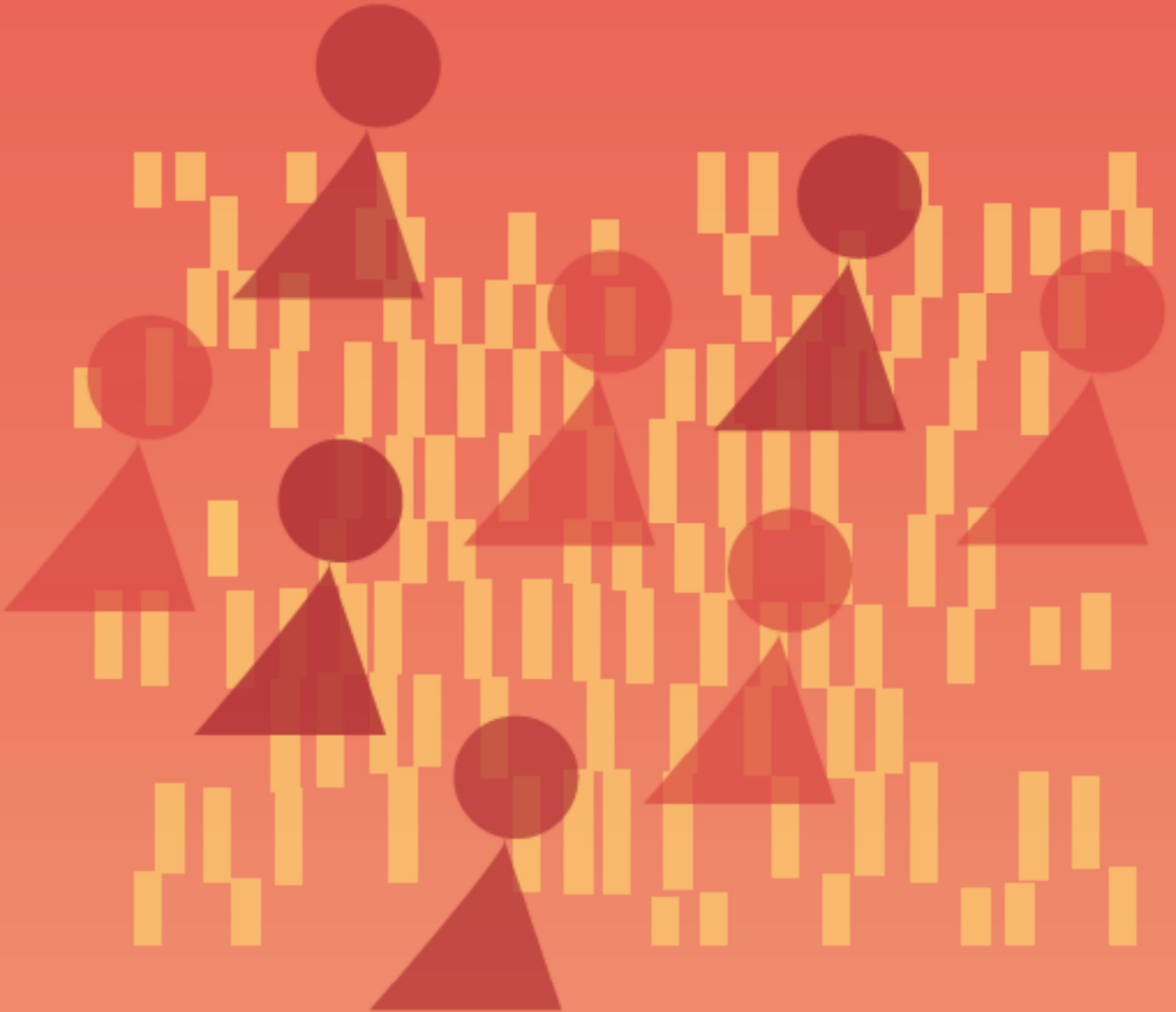


المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن
التدبير العلاجي للمضاعفات
الصحية الناجمة عن تشويه
الأعضاء التناسلية الأنثوية

منظمة
الصحة العالمية 



المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية
بشأن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية
الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

لمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
[WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation]

ISBN 978-92-4-654964-1

© منظمة الصحة العالمية 2018

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم كما هو مبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons) licence أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

الاقتباس المقترح لمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

[WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation]

جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة في الرابط <http://apps.who.int/iris/>.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

جدول المحتويات

٧	تنويه
vii	مسرد المصطلحات
viii	الموجز
١	١ - معلومات أساسية
١	١-١ أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
١	٢-١ أسباب تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
١	٣-١ المخاطر الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
٥	٤-١ تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وحقوق الإنسان
٨	٥-١ إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
١٠	٦-١ أهداف المبادئ التوجيهية
١٠	١-٦-١ لماذا وُضعت هذه المبادئ التوجيهية
١١	٢-٦-١ الغرض من هذه المبادئ التوجيهية
١١	٣-٦-١ الفئة المستهدفة
١٢	٢ - الطرائق
١٢	١-٢ المساهمون في المبادئ التوجيهية
١٢	٢-٢ إعلان المصالح من جانب المساهمين الخارجيين
١٢	٣-٢ تحديد المسائل والحصائل ذات الأولوية في مجال البحوث - عملية الحصر
١٣	٤-٢ استرجاع البيانات
١٣	٥-٢ تقييم الجودة والدمج وتصنيف البيانات
١٣	٦-٢ البحوث النوعية والبيانات الخاصة بحقوق الإنسان
١٤	٧-٢ صياغة التوصيات
١٥	٨-٢ إعداد الوثيقة واستعراض النظراء
١٦	٣ - التوجيهات
١٦	١-٣ المبادئ التوجيهية
١٦	٢-٣ التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات
١٦	١-٢-٣ إزالة التبتيك (التوصيات ١-٣ والبيانات ١-٢ بشأن أفضل الممارسات)
٢٣	٢-٢-٣ الصحة النفسية (التوصية ٤ والبيان ٣ بشأن أفضل الممارسات)
٢٦	٣-٢-٣ الصحة الجنسية الأنثوية (التوصية ٥)
٢٧	٤-٢-٣ المعلومات والتنقيف (البيانات ٤-٨ بشأن أفضل الممارسات)
٣١	٣-٣ تدخلات لم تصدر بشأنها توصيات
٣١	٣-٣-١ ما هي البدائل العلاجية للألم الفرجي والألم البظري لدى الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من أي نوع؟
٣٢	٣-٣-٢ ما هو دور استئناء النظر؟

٣٣	٤ - النشر والتنفيذ
٣٣	٤-١ نشر المبادئ التوجيهية
٣٣	٤-٢ تنفيذ المبادئ التوجيهية
٣٤	٤-٣ رصد أثر المبادئ التوجيهية وتقييمه
٣٤	٤-٤ تحديث المبادئ التوجيهية
٣٥	٥ - المراجع
	الملحق ١: المعاهدات والوثائق التوافقية الدولية والإقليمية المعنية بحقوق الإنسان التي توفر الحماية
٤١	من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتتضمن ضمانات لمكافحته
٤٣	الملحق ٢: المساهمون في المبادئ التوجيهية
٤٦	الملحق ٣: ملخص المصالح المعلنة من أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية وكيفية التصدي لها
٤٧	الملحق ٤: العوامل التي روعيت لدى تصنيف البيانات حسب جودتها

الملحق الإلكتروني: جداول GRADE - متاح إلكترونياً في الموقع:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

تنويه

إليزابيث إينبانغ والسيد نوربا إنواشوكو والدكتور أوغونا إنوانكو والسيد إدوارد أودي والدكتور فرايدي أودي والدكتور أولابيزي أودول والدكتور أودوزوكو ك. أوغبونا والدكتورة ميريام أوغوبو والدكتور أولومويوا أوجو والسيدة أوبياماكا أوكافو والدكتور أودواك أوكومو والسيد أنتوني أوكورو والدكتور أيفينوا أوكوي والدكتور باباسولا أوكوسانيا والسيدة شيوما أورينغنجي والسيدة شوكوندي أورينغنجي والدكتور أتييم أودو والدكتور إكونغ إ. أودوه. والشكر الجزيل أيضاً للسيد غراهام شان الذي وضع استراتيجيات البحث.

وقد كتبت هذه الوثيقة الدكتورة كارين ستاين والدكتورة دوريس شو بالنيابة عن الفريق.

وتُعرب عن التقدير لمساهمات الأفراد التالية أسماؤهم في وضع المبادئ التوجيهية: الدكتور أولوفيمي أدابو والسيدة ماريا باريكس والسيدة ليان غوتراغز والسيدة ماري هيلين دوسيت. ونشكر الدكتورة ياسمين عبد القادر والدكتورة لوكريزيا كاتانيا والدكتور باتريك بيتينيا والدكتور عمر عبد القادر على ما قدموه من مساعدة بشأن صياغة مفاهيم الرسومات التوضيحية لأنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. والشكر الجزيل للسيد سفتلين كوليف والسيدة جانيت بيتيبير على ما قدماه من مساعدة تقنية بشأن الرسوم البيانية الواردة في المبادئ التوجيهية. وقد خضعت وثيقة المبادئ التوجيهية هذه لمراجعة تحريرية من جانب السيدة جين باتن من مؤسسة Green Ink بالمملكة المتحدة.

ويود فريق المنظمة التوجيهي أن يشكر أمانة لجنة استعراض المبادئ التوجيهية التابعة للمنظمة على ما قدمت من دعم عام خلال عملية وضع المبادئ التوجيهية، مع إهداء الشكر والعرفان للدكتورة سوزان ل. نورس.

وقد جرى تمويل وضع هذه المبادئ التوجيهية من جانب البرنامج المشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف المعني بتشويه/ بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية: تسريع التغيير، وإدارة الصحة الإنجابية وبحوثها والبرنامج الخاص للبحث والتطوير والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري المشترك بين برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

أنتجت إدارة الصحة الإنجابية وبحوثها، في منظمة الصحة العالمية (المنظمة)، وثيقة المبادئ التوجيهية هذه تحت قيادة الدكتورة لالي ساي. وتولت الدكتورة دوريس شو والدكتورة كارين ستاين تنسيق عملية وضع المبادئ التوجيهية. وينوّه فريق المنظمة التوجيهي (الدكتور إيان أسكيو والدكتورة لالي ساي والدكتورة دوريس شو والدكتورة ميشيل هندن والسيد راجات خوسلا والدكتورة كريستينا باليتو والدكتورة كارين ستاين) مع الشكر بمساهمات جميع أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية (الفريق): الدكتورة ياسمين عبد القادر، السيدة جويبا بانرجي، الدكتور أولابي بجالكندر، الدكتورة سوزانا فريد، الأستاذة أدريانا كابلان ماركوسان، الأستاذ جوزيف كارانجا، الأستاذة كايتلين كندى، الدكتور موريسندا كوياتي، الأستاذة إلس لبي، الأستاذ مارتين م. ميريميكو، الدكتورة نوال نور، الأستاذ أولانكا أولوزولا أوميغبودون، الأستاذ جمال سرور، الأستاذ مصطفى توري، الدكتورة إنجيلا ويكلوند؛ وشركائنا في منظومة الأمم المتحدة من البرنامج المشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف المعني بتشويه/ بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية: تسريع التغيير، الدكتورة نفيسو ج. ديوب والسيد كودي دونا هو.

والشكر الجزيل للأفراد التالية أسماؤهم على استعراض الوثيقة من جانب النظراء: الأستاذة بسكال أ. ألوتي والدكتورة كومفورت موموه والسيدة ماريسلينا ه. إمسويا.

ويود فريق المنظمة التوجيهي أن يشكر أيضاً المشاركين المجهولين الذين شاركوا في استقصاء تحديد النطاق فيما يتعلق بالمبادئ التوجيهية.

والشكر الخاص للدكتورة هيلين سميث على إجراء الاستعراضات المنهجية النوعية وللاستاذ مارتين ميريميكو من الفرع النيجيري لمركز كوكرين في جنوب أفريقيا على قيادة فريق الاستعراض المنهجي المكون من الأعضاء التالية أسماؤهم: الدكتورة ألوكا يودي أبايومي والدكتور أدوغوكي أديلوفوسي والسيد دافيد أغامسي والسيد إيميمبونغ أكويزوا والسيدة داشي أريكو والدكتور إيوارا أريكو والدكتور سيغون بلو والسيدة موريام ت. شيبوزور والدكتور باسي إدت والدكتور إيمانويل إفا والدكتورة ريجينا إيجيموت-إنواديارو والسيد إكبيروني إسو والدكتور إيفياني إيزيبالو والدكتور أوستن إيهيسي والدكتورة

تم ترك الصفحة بيضاء عن عمد

مسرد المصطلحات

المصطلحات المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية:

التَّبَتِيك (تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث)
تضييق فتحة المهبل بتكوين سدّ غطائي عن طريق قطع الشفرين الصغيرين و/ أو الشفرين الكبيرين والمقاربة بينهما، مع استئصال البظر أو دون استئصاله.

إزالة التبتيك
الممارسة المتمثلة في قطع الفتحة المهبليّة المضيقّة من أجل توسيعها لدى امرأة تعرضت للتبتيك، وذلك ضروري في كثير من الأحيان لتحسين الصحة والرفاه وكذلك للسماح بالجماع أو لتيسير الولادة.

إعادة التبتيك
الإجراء الذي يرمي إلى تضييق فتحة المهبل لدى امرأة بعد إزالة التبتيك لديها (أي بعد الولادة)؛ ويُعرف أيضاً بإعادة الخياطة.

إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
الحالات التي يمارَس فيها هذا الإجراء (بما في ذلك إعادة التبتيك) من جانب أي فئة من مقدمي الرعاية الصحية، سواءً في عيادة عامة أو خاصة، في المنزل أو في مكان آخر، وذلك في أي وقت خلال حياة المرأة.

المصطلحات المرتبطة بالتدخلات:

المعالجة الإدراكية السلوكية
نمط من المعالجة النفسية المستندة إلى الفكرة القائلة بأن المشاعر تتأثر بالتفكير والمعتقدات. وإذا تُركت هذه الأفكار والمعتقدات دون رقيب، فقد تؤدي إلى سلوكيات غير مفيدة. وعادة تشمل المعالجة الإدراكية السلوكية مكوناً إدراكياً (أي يساعد الشخص على اكتساب القدرة على استبانة الأفكار غير المعقولة والسلبية ومقاومتها) ومكوناً سلوكياً.

الصحة الرقمية
استخدام تكنولوجيات المعلومات والاتصالات لدعم الصحة والمجالات المتصلة بها.

التثقيف الصحي
توفير معلومات دقيقة وصحيحة بحيث يصير الشخص على علم بالموضوع ويتخذ خيارات مستنيرة.

المعلومات والتثقيف والاتصال
نهج من نهج الصحة العمومية يهدف إلى تغيير السلوكيات المتعلقة بالصحة أو تعزيزها في فئة مستهدفة، بشأن مشكلة محدّدة وخلال فترة زمنية معرّفة مسبقاً، من خلال وسائل الاتصال ومبادئه.

الموجز التنفيذي

هذه الوثيقة أيضاً التوجيهات لمقرري السياسات ومديري الرعاية الصحية وغيرهم من المسؤولين عن تخطيط بروتوكولات وسياسات الرعاية الصحية الوطنية والمحلية وتطويرها وتنفيذها. والمعلومات الواردة في هذه الوثيقة مفيدة أيضاً في تصميم معينات الوظائف والمقررات التدريبية المهنية السابقة للخدمة والمواكبة لها في مجالات الطب والتمريض والقبالة والصحة العمومية لمقدمي الرعاية الصحية الذين يوفرون الرعاية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية.

أساليب وضع المبادئ التوجيهية

أعدت هذه الوثيقة باستخدام إجراءات تشغيل موحدة متسقة مع العملية الموصوفة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الطبعة الثانية.^١ وباختصار، تتطوي العملية على ما يلي: (١) تحديد المسائل والحصائل الحاسمة في مجال البحوث؛ (٢) تكليف خبراء بإجراء استعراضات منهجية؛ (٣) استرجاع أحدث البيانات؛ (٤) تقييم الجودة ودمج البيانات؛ (٥) صياغة التوصيات؛ (٦) التخطيط لنشر المبادئ التوجيهية وتنفيذها وتقييم أثرها وتحديثها. وقد دُمجت البيانات العلمية المستخدمة في إثراء التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات باستخدام أساليب تصنيف التوصيات وتطويرها وتقييمها (GRADE).^٢ وأعدت، لكل مسألة ذات أولوية في مجال البحوث، ملخصات البيانات المستمدة من الاستعراضات المنهجية القائمة التي جرى التكليف بها. وجرى تقييم لقيم الزبائن ومقدمي الرعاية الصحية وأفضليتهم باستخدام البيانات المستمدة من الاستعراضات النوعية لسياق وأحوال التدخلات المستخدمة في التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.^٣ وقد وُضعت التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات

يشمل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية جميع الإجراءات التي تنطوي على الإزالة الجزئية أو الكلية للأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة، أو أي إصابة تُلحق بالأجهزة التناسلية الأنثوية لأسباب غير طبية. وليس لهذا الإجراء فوائد صحية معروفة. وعلاوة على ذلك، تتداخل إزالة أنسجة الأعضاء التناسلية السليمة أو إتلافها مع وظيفة الجسم الطبيعية وقد تسبب عدة عواقب صحية فورية وبعيدة المدى. وبالتالي فإن الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية معرضات للمعاناة من المضاعفات طوال حياتهن. وإضافة إلى ذلك، ينتهك تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية سلسلة من مبادئ حقوق الإنسان الراسخة، بما في ذلك مبادئ المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس، والحق في الحياة عندما يؤدي الإجراء إلى الوفاة، والحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وكذلك حقوق الطفل.

وهذه الممارسة - الشائعة في ٣٠ من بلدان أفريقيا وفي عدد قليل من بلدان آسيا والشرق الأوسط - تُشاهد الآن عبر الكرة الأرضية بسبب الهجرة الدولية. ومن ثم قد يجد مقدمو الرعاية الصحية في جميع البلدان حاجة إلى تقديم الرعاية الصحية لهذه المجموعة السكانية. ولسوء الحظ، فإن العاملين الصحيين كثيراً ما يكونون غير مدركين للعواقب الصحية السلبية العديدة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وقد يظلون على قدر غير كافٍ من التدريب بشأن التعرف عليها ومعالجتها بالشكل السليم.

وتسليماً باستمرار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية رغم الجهود المنسقة التي تستهدف القضاء على هذه الممارسة أو تركها في بعض المجتمعات المتأثرة بها، وتتويهاً بالفتيات والنساء اللاتي يعانين من العواقب الصحية السلبية المرتبطة بها أو المعرضات للمعاناة منها وعددهن ٢٠٠ مليون فتاة وامرأة، تهدف هذه المبادئ التوجيهية إلى توفير أحدث التوصيات المستنيرة بالبيانات بشأن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وتهدف هذه الوثيقة أيضاً إلى توفير معايير يُمكن استخدامها كأساس لوضع مبادئ توجيهية محلية ووطنية وبرامج لتدريب مقدمي الرعاية الصحية.

الفئة المستهدفة

تستهدف هذه المبادئ التوجيهية أساساً مهنيي الرعاية الصحية المعنيين برعاية الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لأي شكل من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية. وتوفر

١ دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الطبعة الثانية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤

٢ يُتاح المزيد من المعلومات في الموقع:

<http://www.gradeworkinggroup.org/>

٣ كان الفريق يُصدر توصيات عندما كانت البيانات المتاحة والمعايير الفرعية تدعم وضعها. وأما عندما كانت البيانات المتاحة منخفضة الجودة أو ضعيفة ولكن محتوى البيان الموصى به مستند إلى حكم سليم ومُدعم بمبادئ حقوق الإنسان والإنصاف، والممارسات العمومية أو الطبية، ويُعتقد أنه لا يمثل سوى خطر ضئيل على الصحة أو لا يمثل ضرراً عليها إطلاقاً، كان الفريق يُصدر بيانات بشأن أفضل الممارسات.

المشكلة، وقضايا الإنصاف وحقوق الإنسان، ومدى قبول التدخل المقترح وجدواه. وفي الحالات التي كانت تقتضي توجيهات ولكن لم تُتَحَ فيها بيانات بحثية ذات صلة، جرى الاتفاق على التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات إذا كانت مدعومة بخبرة أعضاء الفريق في مجال الصحة العمومية أو الممارسة الطبية. وبغية ضمان أن كل توصية وبيان بشأن أفضل الممارسات سيُفهم ويُستخدَم على النحو المتوخى، قدّم الفريق توضيحات إضافية حسب الحاجة، ويشار إليها تحت التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات المعنية حيث ترد بالكامل في نص هذه المبادئ التوجيهية.

والنُمت أيضاً مدخلات من استعراضات النظراء ومن مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة، بما في ذلك زملاء يعملون مباشرة مع فتيات ونساء متعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية، وقد ساعدت على إضفاء مزيد من الوضوح على التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات. وجرى تحديد الثغرات المعرفية المهمة التي تحتاج إلى المعالجة من خلال البحوث الأولية وتضمينها في الوثيقة.

ويرد في الجدول أدناه ملخص للتوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات فيما يتعلق بالتدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وسوف يجري استعراضها وتحديثها لدى استبانة بيانات جديدة.

باستخدام نهج مستند إلى توافق الآراء بواسطة فريق وضع المبادئ التوجيهية (الفريق)، وهو فريق دولي من الخبراء في مجال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، خلال اجتماع عُقد في مقر منظمة الصحة العالمية (المنظمة) في جنيف في الفترة من ١ إلى ٢ أيلول/سبتمبر ٢٠١٥.

التوجيهات: التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات

أدت عملية وضع المبادئ التوجيهية إلى اعتماد ثلاثة بيانات بشأن "المبادئ التوجيهية" وخمس توصيات وثمانية بيانات بشأن أفضل الممارسات، وهي تتناول استخدام إزالة التبتيك والصحة النفسية والصحة الجنسية الأنثوية والمعلومات والتثقيف (انظر جداول ملخص التوجيهات). وجرى تقييم جودة البيانات لكل توصية وبيان بشأن أفضل الممارسات باعتبارها "منخفضة جداً" أو "منخفضة" أو "متوسطة" أو "عالية" استناداً إلى أساليب تصنيف التوصيات وتطويرها وتقييمها. وعندما كانت لا توجد بيانات بشأن توصية أو بيان بشأن أفضل الممارسات، أو كانت لا تُتاح سوى بيانات غير مباشرة، أُشير إلى ذلك في ملخص البيانات.

واعُتبرت التوصيات "قوية" (توصيتان) أو "مشروطة" (ثلاث توصيات) استناداً إلى البيانات المتوافرة، وأيضاً إلى الاعتبارات المتعلقة بالتوازن بين الفوائد والأضرار، وأفضليات النساء ومقدمي الرعاية الصحية، والآثار المترتبة على الموارد البشرية وغيرها، ومدى أولوية

ملخص التوجيهات

المبادئ التوجيهية

أولاً خضعت الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية لممارسة ضارة وينبغي توفير الرعاية الصحية الجيدة لهن.

ثانياً ينبغي لجميع أصحاب المصلحة – على المستوى المجتمعي والوطني والإقليمي والدولي – استهلال إجراءات تستهدف الوقاية الأولية من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أو مواصلة هذه الإجراءات.

ثالثاً إن إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (أي إجراء تشويه للأعضاء التناسلية الأنثوية على يد مقدمي الرعاية الصحية) غير مقبول على الإطلاق لأن ذلك ينتهك الأخلاقيات الطبية بالنظر إلى (١) أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ممارسة ضارة؛ (٢) أن إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يديمه؛ (٣) أن مخاطر هذا الإجراء تفوق أي فوائد متصورة.

ملخص التوصيات (ت) والبيانات بشأن أفضل الممارسات (أ م)

إزالة التبتيك

ت-١ يوصى بإزالة التبتيك من أجل الوقاية من المضاعفات التوليدية ومعالجتها لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (توصية قوية، بيانات ذات جودة منخفضة جداً).

ت-٢ يوصى بإزالة التبتيك إما قبل الوضع أو أثناءه من أجل تيسير الولادة لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (توصية مشروطة، بيانات ذات جودة منخفضة جداً).

ت-٣ يوصى بإزالة التبتيك للوقاية من المضاعفات المتعلقة بالجهاز البولي وعلاجها - وعلى وجه التحديد عدوى المسالك البولية المتكررة واحتباس البول - لدى الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (توصية قوية، لا توجد بيانات مباشرة).

أ م-١ ينبغي تزويد الفتيات والنساء المرشحات لإزالة التبتيك بمعلومات كافية قبل العملية (بيان بشأن أفضل الممارسات).

أ م-٢ ينبغي إتاحة إمكانية التخدير الموضعي للفتيات والنساء اللاتي يخضعن لإزالة التبتيك (بيان بشأن أفضل الممارسات).

الصحة النفسية

ت-٤ ينبغي أن تؤخذ في الحسبان المعالجة الإدراكية السلوكية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية اللاتي يعانين من أعراض متسقة مع اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمة (توصية مشروطة؛ لا توجد بيانات مباشرة).

أ م-٣ ينبغي أن يكون الدعم النفسي متاحاً للفتيات والنساء اللاتي سيخضعن أو اللاتي خضعن لأي تدخل جراحي لتصحيح المضاعفات الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية (بيان بشأن أفضل الممارسات).

الصحة الجنسية والأنثوية

ت-٥ يوصى بإسداء المشورة الجنسية من أجل الوقاية من الخلل الجنسي أو علاجه في صفوف النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية (توصية مشروطة؛ لا توجد بيانات مباشرة).

المعلومات والتثقيف

أ م-٤ ينبغي توفير التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال^٤ بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وصحة المرأة للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من أي نوع (بيان بشأن أفضل الممارسات).

أ م-٥ ينبغي توفير معلومات التثقيف الصحي^٥ بشأن إزالة التبتيك للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (بيان بشأن أفضل الممارسات).

أ م-٦ تقع على عاتق مقدمي الرعاية الصحية مسؤولية نقل المعلومات بدقة ووضوح باستخدام لغة وأساليب يمكن للفتيات والنساء فهمها بسهولة (بيان بشأن أفضل الممارسات).

أ م-٧ ينبغي توفير المعلومات المتعلقة بمختلف أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وما يرتبط بها من مخاطر صحية فورية وطويلة الأجل لمقدمي الرعاية الصحية الذين يوفرون الرعاية للفتيات والنساء المتعايشات مع هذا التشويه (بيان بشأن أفضل الممارسات).

أ م-٨ ينبغي للمعلومات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المقدمة إلى العاملين الصحيين أن تتضمن بوضوح رسالة مؤداها أن إضفاء الصفة الطبية غير مقبول (بيان بشأن أفضل الممارسات).

٤ تعرّف منظمة الصحة العالمية تدخلات المعلومات والتثقيف والاتصال باعتبارها "نهجاً من نهج الصحة العمومية يهدف إلى تغيير السلوكيات المتعلقة بالصحة أو تعزيزها لدى فئة مستهدفة بشأن مشكلة محدّدة وخلال فترة زمنية معيّنة مسبقاً من خلال وسائل الاتصال ومبادئه". المصدر: المعلومات والتثقيف والاتصال - دروس من الماضي؛ وتوقعات المستقبل. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠١.

٥ التثقيف الصحي هو توفير معلومات دقيقة وصحيحة بحيث يصير الشخص على علم بالموضوع ويتخذ خيارات مستنيرة. المصدر: Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections: educating and counselling the patient. Geneva: World Health Organization; 2007

١- معلومات أساسية

٢-١ أسباب تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

يُمَارَس تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لأسباب اجتماعية وثقافية متنوعة، تختلف من منطقة لأخرى ومن مجموعة عرقية لأخرى. والسبب الرئيسي هو أنه جزء من تاريخ المجتمع المحلي وتقاليدته الثقافية. وهو يُشكّل في العديد من الثقافات أحد طقوس الانتقال إلى مرحلة البلوغ كما أنه يُجرى من أجل إيجاد إحساس بالهوية العرقية والجنسية داخل المجتمع المحلي. وفي العديد من السياقات، يُمثّل القبول الاجتماعي سبباً رئيسياً لاستمرار الممارسة. وتشمل الأسباب الأخرى المحافظة على العذرية قبل الزواج وتعزيز القابلية للزواج (أي زيادة فرص عثور الفتاة على زوج) وضمان الإخلاص بعد الزواج والوقاية من الاغتصاب وتوفير مصدر دخل لمن يقمن بالختان، بالإضافة إلى الأسباب الجمالية (النظافة والجمال) (٥). وتعتقد بعض المجتمعات المحلية أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية مطلب ديني، ولو أنه غير مذكور في النصوص الدينية الرئيسية مثل القرآن والتوراة. والواقع أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية سابق على ظهور الإسلام ولا يمارَس في العديد من البلدان الإسلامية، في حين يمارس في بعض المجتمعات المحلية المسيحية (٥).

وبصرف النظر عن السبب المزمع، يجسّد تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أشكالاً راسخة من عدم المساواة بين الجنسين. وهذا الجانب، بالإضافة إلى كون تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ممارسة اجتماعية وثقافية دفينّة، يجعلان من القضاء عليه تماماً مثيراً لتحديات فائقة. ومن هذا المنطلق، يتعيّن أن تستمر الجهود الرامية إلى منع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على الصعيد العالمي وبالتالي استئصاله في نهاية المطاف، بالإضافة إلى التتويه بمجموعة الفتيات والنساء اللاتي يعشن بالفعل مع عواقبه ولا تستوفي احتياجاتهن الصحية حالياً بشكل كامل، ومساعدتهن.

٣-١ المخاطر الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

لا توجد فوائد صحية معروفة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، والفتيات والنساء اللاتي تعرضن لهذه الممارسة معرضات بدرجة كبيرة للمعاناة من مضاعفاتها طوال حياتهن. وهذا الإجراء مؤلم ورضحي (١)، ويُجرى في كثير من الأحيان في ظل ظروف غير معقمة على يد ممارس تقليدي ليست لديه سوى معرفة يسيرة بالتشريح

يشمل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية جميع الإجراءات التي تنطوي على الإزالة الجزئية أو الكلية للأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة أو أي إصابة تلحق بالأعضاء التناسلية الأنثوية لأسباب غير طبية (١). وعلى الرغم من أن من المسلم به دولياً أنه انتهاك لحقوق الإنسان وأن تشريعات تحظر هذا الإجراء صدرت في العديد من البلدان، فما زال الإبلاغ عن هذه الممارسة مستمراً حتى الآن في ٣٠ بلداً في أفريقيا وفي عدد قليل من بلدان آسيا والشرق الأوسط (١، ٢). وقد جرى الإبلاغ أيضاً عن بعض أشكال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في بلدان أخرى، بما في ذلك بين مجموعات عرقية معينة في أمريكا الوسطى والجنوبية (١). وأدت الزيادة في الهجرة الدولية إلى زيادة أعداد الفتيات والنساء اللاتي يعشن ضمن المجموعات السكانية المهاجرة، بما في ذلك في أوروبا وأمريكا الشمالية، وتعرضن لهذه الممارسة أو قد يتعرضن لها (٣، ٤).

وطبقاً للتقديرات، تعاني أكثر من ٢٠٠ مليون من الفتيات والنساء على الصعيد العالمي من آثار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (٢)، وعلى الرغم من الجهود المبذولة لاستئصال هذه الممارسة، تتعرض ثلاثة ملايين من الفتيات والنساء تقريباً كل عام لمخاطر تشويه الأعضاء التناسلية، ويتعرضن بالتالي للعواقب الصحية السلبية الممكنة لهذه الممارسة الضارة (٤).

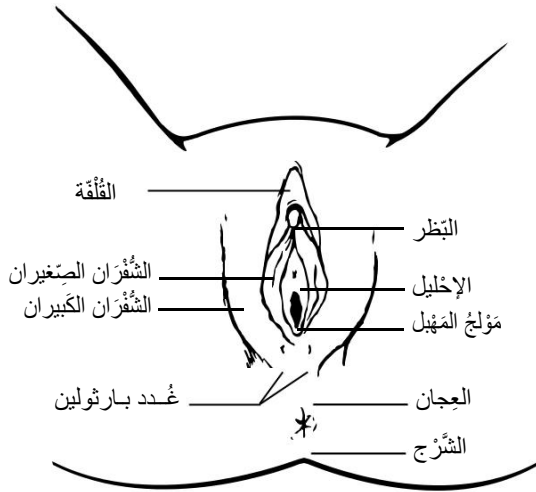
وفي عام ٢٠٠٨، أصدرت المنظمة، في إطار ولايتها الأساسية المتعلقة بمساعدة الدول الأعضاء على تحقيق هدف بلوغ أعلى مستوى يُمكن بلوغه من الصحة للجميع، بياناً مشتركاً بين الوكالات بشأن القضاء على ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. ويصف البيان، في جملة أمور، الآثار السلبية للممارسة على الصحة، والأهم من ذلك، على حقوق الإنسان للفتيات والنساء، وأعرب عن الدعم القوي لتركها (١). ويُشكّل التطلّع إلى التخفيف من الحالات الصحية الضارة المرتبطة بهذه الممارسة واستعادة حقوق الإنسان المنتهكة حجر الزاوية في هذه المبادئ التوجيهية.

١-١ أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

تصنّف المنظمة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في أربعة أنواع (١)، كما هو مبين في الإطار ١-١. وتبين الصورة الأولى الأعضاء التناسلية الأنثوية دون تغيير لأغراض المقارنة.

الإطار ١-١: أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية*

الأعضاء التناسلية الأنثوية دون تغيير



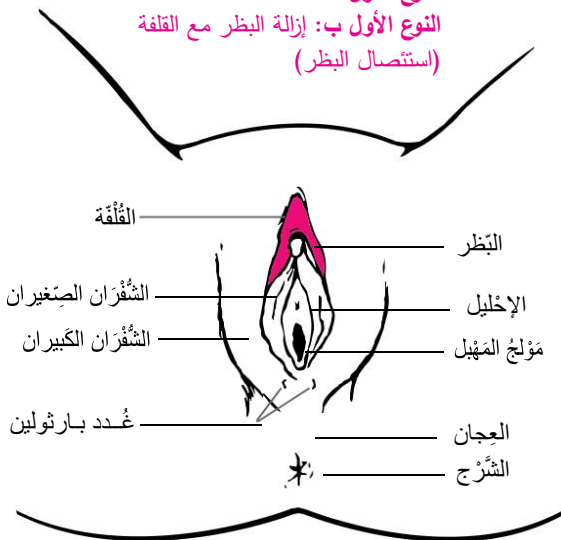
النوع الأول: الإزالة الجزئية أو الكلية للبظر (استئصال البظر) و/أو القلفة

تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من

النوع الأول

النوع الأول أ: إزالة البظر مع القلفة

(استئصال البظر)

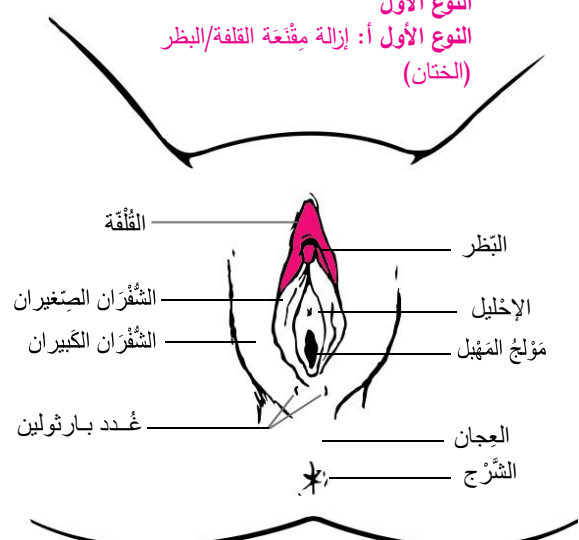


تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من

النوع الأول

النوع الأول أ: إزالة مِقتَعة القلفة/البظر

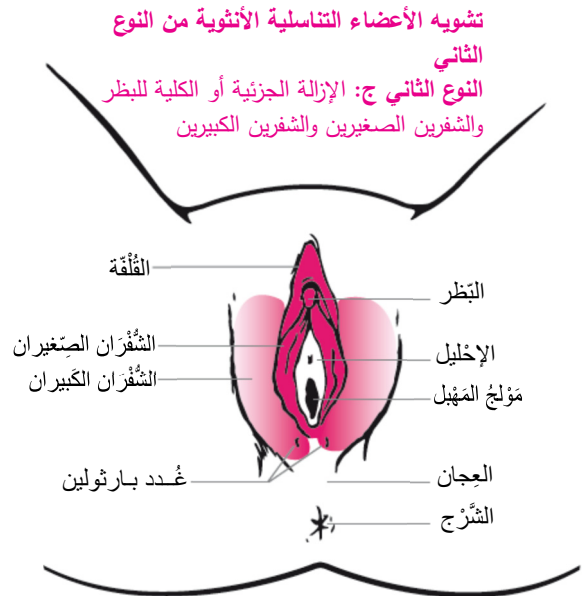
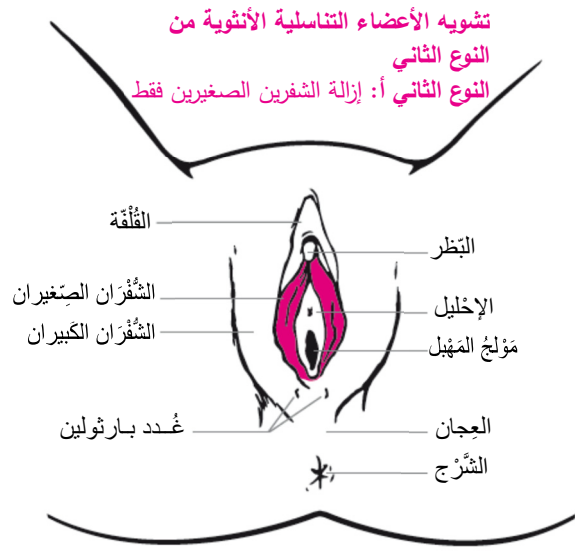
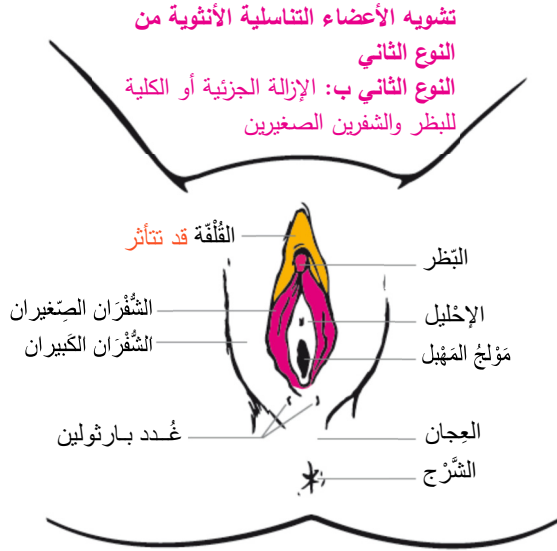
(الختان)



* Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for healthcare professionals. 2016 (under review).

الإطار ١-١: أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

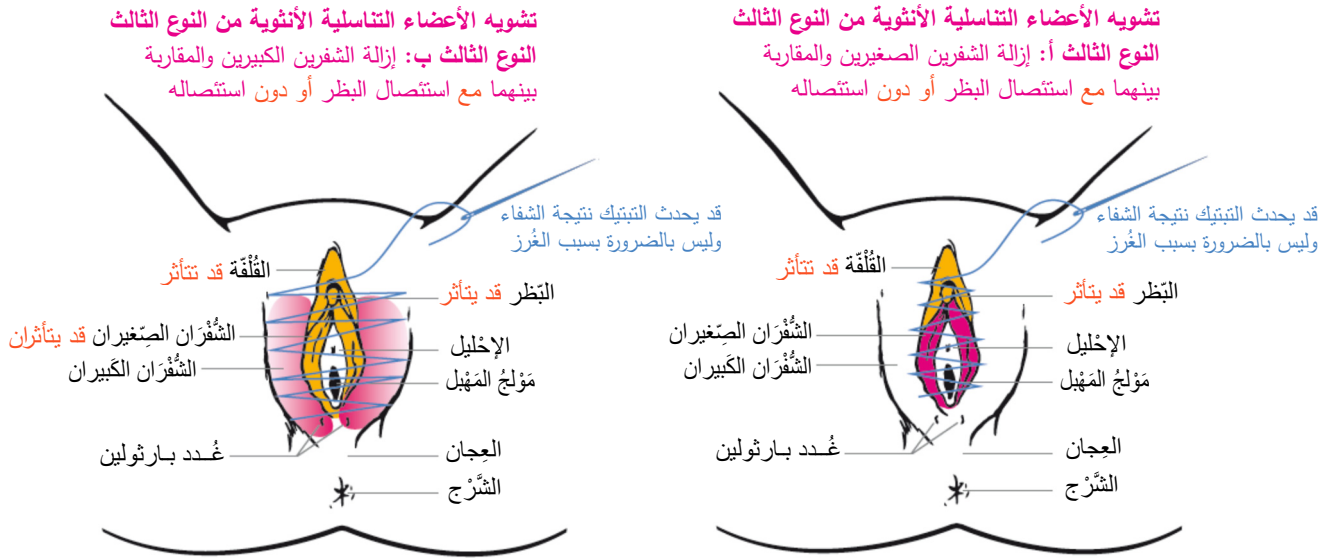
النوع الثاني الإزالة الجزئية أو الكلية للبظر والشفرين الصغيرين، مع استئصال الشفرين الكبيرين أو دون استئصالهما (الاستئصال)



(ترد بقية الإطار في الصفحة التالية)

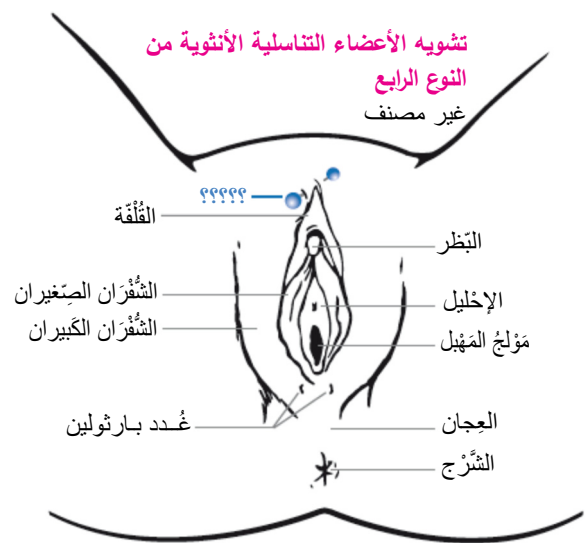
الإطار ١-١: أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

النوع الثالث تضيق فتحة المهبل بتكوين سدّ غطائي عن طريق قطع الشفرين الصغيرين و/ أو الشفرين الكبيرين والمقاربة بينهما، مع استئصال البظر أو دون استئصاله (التبتيك)



إعادة التبتيك الإجراء الذي يرمي إلى تضيق فتحة المهبل لدى امرأة بعد إزالة التبتيك لديها (أي بعد الولادة)، ويُعرف أيضاً بإعادة الخياطة.

النوع الرابع جميع الإجراءات الضارة الأخرى التي تتعرض لها الأعضاء التناسلية الأنثوية لأغراض غير طبية، على سبيل المثال الوخز والشد والتقبب والنشق والكشط والكي.



الارتباط، فما زال مقدمو الرعاية الصحية في الحقيقة غير مدركين في كثير من الأحيان للعواقب السلبية الكثيرة وغير متدرجين بالقدر الكافي على التعرف عليها وعلاجها على النحو السليم.

١-٤ تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وحقوق الإنسان

تسليماً باستمرار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية رغم الجهود المنسقة التي تستهدف القضاء على هذه الممارسة أو تركها في بعض المجتمعات المتأثرة بها، وتسليماً بالحاجة المتزايدة إلى توجيهات واضحة بشأن علاج النساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية ورعايتهن، وضعت المنظمة هذه المبادئ التوجيهية بحيث تتضمن تركيزاً على حقوق الإنسان وجوانب عدم المساواة بين الجنسين (١٣).

وفي كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢، وافقت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، في قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٤٦/٦٧، على تكثيف الجهود من أجل القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، باعتباره ممارسة تشكل "إيذاء لا يمكن تداركه أو عكسه وأنه يؤثر سلباً في حقوق الإنسان الخاصة بالنساء والفتيات" (١٤).

وعلى مدى عدة عقود ماضية، طرحت مجموعة متنوعة من الباحثين والمناصرين والمشرعين وممارسي الرعاية الصحية آراءً وأفكاراً مختلفة بشأن أفضل طريقة للاستجابة لقرار الأمم المتحدة هذا. وكان أحد المواضيع الثابتة والقوية في هذه الحوارات هو الدعوة إلى التسليم الجماعي بأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية هو إنكار لقدرة الفتيات والنساء على ممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهن بالكامل والتحرر من التمييز والعنف وعدم المساواة.

وينتهك تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية سلسلة من مبادئ حقوق الإنسان الراسخة وقواعدها ومعاييرها، بما في ذلك مبادئ المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس، والحق في الحياة عندما يؤدي الإجراء إلى الوفاة، والحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وكذلك حقوق الطفل (انظر الإطار ٣-١). وبالنظر إلى أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يؤثر على أنسجة الأعضاء التناسلية السليمة في حالة غياب ضرورة طبية وأنه قد يؤدي إلى عواقب خطيرة بالنسبة لصحة المرأة البدنية والنفسية، يُشكل هذا الإجراء أيضاً انتهاكاً لحق الشخص في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه (١٥).

وقد أقرت معاهدات واتفاقات متنوعة متعلقة بحقوق الإنسان أيضاً بأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية هو من مظاهر العنف ضد الفتيات والنساء، وممارسة تطيل بقاء قواعد عدم المساواة بين الجنسين والأفكار النمطية التي تتعارض مع حقوق الإنسان. وقد دأبت هيئات رصد معاهدة حقوق الإنسان على الإعراب بوضوح عن أن الممارسات الضارة من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

الأنثوي أو بالتدبير العلاجي للأحداث الضارة الممكنة (٦). وعلاوة على ذلك، تتداخل إزالة أنسجة الأعضاء التناسلية السليمة أو إتلافها مع وظيفة الجسم الطبيعية وقد تسبب عدة عواقب صحية فورية وبعيدة المدى (٦-١) (انظر الإطار ٢-١). وتشير البيانات إلى أن احتمال حدوث أضرار فورية قد يكون أكبر عندما يكون تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث مقارنة بالنوعين الأول والثاني، وأن هناك نزوعاً إلى نقص الإبلاغ عن هذه الأحداث بدرجة يُعتد بها (٦).

وفيما يتعلق بالمخاطر التوليدية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، خلص فريق دراسة تابع للمنظمة أجرى تحليلاً بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في عام ٢٠٠٦ إلى أن النساء المتعايشات مع هذا التشويه أشد تعرضاً بدرجة يُعتد بها لخطر الحاصلات التوليدية الضارة من النساء اللاتي لم يتعرضن له، وأن هذا الخطر يبدو أكبر كلما كان الإجراء شاملاً بدرجة أكبر (٩). وقد تؤثر هذه الحاصلات الضارة أيضاً في صحة المولود (١٠) (انظر الإطار ٢-١).

وبالنسبة للعديد من الفتيات والنساء، قد يكون التعرض لتشويه الأعضاء التناسلية تجربة صادمة ربما تترك أثراً نفسياً دائماً وتسبب عدداً من مشاكل الصحة النفسية (١١)، (١٢) (انظر الإطار ٢-١).

وبالنظر إلى أن بعض أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ينطوي على إزالة هياكل حساسة جنسياً، بما في ذلك حشفة البظر وجزء من الشفرين الصغيرين، يفيد بعض النساء بانخفاض الاستجابة الجنسية ونقص الإشباع الجنسي. وإضافة إلى ذلك، قد يسبب تنذّب الباحة الفرجية الألم، بما في ذلك خلال الجماع (٦، ١١) (انظر الإطار ٢-١).

وبالإضافة إلى هذه المخاطر الصحية، قد يتعرق عدد من الإجراءات والأنشطة اليومية بسبب ما يطرأ من تشويه تشريحي، بما في ذلك فحوصات طب النساء واختبارات السيولوجيا وإفراغ الرحم بعد الإجهاض ووضع اللولب واستخدام الدخسة، وخاصة في حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث.

وكان توفير بيانات دقيقة بشأن الآثار الصحية المباشرة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية مهمة مثيرة للتحدي بسبب صغر أحجام العينات وجوانب القصور المنهجية للدراسات المتاحة. ورغم هذه القيود، تراكمت البيانات بشأن الآثار الصحية المباشرة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على مدى العقد الماضي تقريباً، بما يسمح بإجراء استعراضات منهجية حديثة وتحليلات تجميعية من أجل توفير ملخصات لهذه الآثار الصحية. ويتضمن الإطار ٢-١ ملخصاً لجميع المخاطر الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

وعلى الرغم من وجود بيانات على أن هذه الحاصلات الصحية الضارة مرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وأن العديد من المجتمعات المحلية بدأ التسليم بهذا

الإطار ١-٢: المخاطر الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية	
المخاطر	الملاحظات
المخاطر الفورية (٦، ٨)	
النزف	
الألم	
الصدمة	النزفية أو العصبية أو الإنتانية
تورم الأنسجة التناسلية	نتيجة لاستجابة التهابية أو عدوى موضعية
العداوى	عداوى موضعية حادة؛ تكوّن الخراجات، الإنتان الدموي، عداوى الجهاز التناسلي؛ عداوى المسالك البولية
	لايزال الارتباط المباشر بين تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وفيروس العوز المناعي البشري غير واضح، وإن كان الإضرار بالأنسجة التناسلية قد يزيد من خطر انتقال الفيروس.
المشاكل البولية	احتباس البول الشديد، التبول المؤلم، إصابة الإحليل
مشاكل التئام الجروح	
الوفاة	نتيجة للنزف الوخيم أو الإنتان الدموي
المخاطر التوليدية (٩، ١٠)	
الجراحة القيصرية	
النزف بعد الوضع	فقدان ٥٠٠ مليلتر من الدم أو أكثر بعد الوضع
بَضْعُ الفَرْج	
المخاض المطوّل	
تمزّق أو تهنّك توليدي	
الولادة بالأدوات	
صعوبة المخاض/عسر الولادة	
بقاء الأم المطوّل في المستشفى	
الإملاص والوفاة المبكرة للمواليد	
إنعاش المولود عند الوضع	
المخاطر المرتبطة بالوظائف الجنسية (٦، ١١)	
عُسْر الجماع (الآلام خلال الجماع)	يكون احتمال عُسْر الجماع أكبر في حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث مقارنة بالنوعين الأول والثاني (٦)
نقص الإثبات الجنسي	
قلّة الرغبة الجنسية والتهيج الجنسي	
نقص التزليق خلال الجماع	
قلّة تواتر هزّة الجماع أو فقدان هزّة الجماع	

الإطار ١-٢: المخاطر الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية	
المخاطر	الملاحظات
المخاطر النفسية (١٢)	
الإجهاد العصبي التالي للصدمة	
اضطرابات القلق	
الاكتئاب	
المخاطر الطويلة الأجل (٦، ٨)	
ضرر الأنسجة التناسلية	يترتب عليه ألم مزمن في الفرج والبظر
إفرازات المهبل	نتيجة عداوى مزمنة للجهاز التناسلي
حكة المهبل	
المشاكل الحوضية	عُسر الطمث وعدم انتظام الحيض وصعوبة إخراج دم الحيض
عداوى الجهاز التناسلي	يُمكن أن تسبب الآلام الحوضية المزمنة
عداوى الأعضاء التناسلية المزمنة	بما في ذلك خطر متزايد للإصابة بالالتهاب المهبلي البكتيري
عداوى المسالك البولية	كثيراً ما تكون متكررة
التبول المؤلم	نتيجة الانسداد وعداوى المسالك البولية المتكررة

هذه الممارسة، كما في حالة إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. ويقتضي الالتزام بالتلبية من الدول أن تتخذ الإجراءات المناسبة التشريعية والإدارية والقضائية والخاصة بالميزانية وغيرها من أجل الوقاية من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية واستئصاله. وأخيراً، يقتضي الالتزام بالحماية من الدول أن تضمن أن الأطراف الثالثة لا تنتهك حقوق الفتيات والنساء وأن هناك تدابير وقائية قائمة بالفعل، مثل الخدمات الصحية والقانونية والاجتماعية. وهذا يعني أنه يتعين على الدول أن تقيم نظاماً وهاكل لدعم "النساء والأطفال من ضحايا الممارسات الضارة" عن طريق ضمان الوصول إلى "خدمات الدعم الفوري، بما في ذلك الخدمات الطبية والنفسية والقانونية"، وكذلك الخدمات الطبية في حالات الطوارئ (١٩).

ويعني الحق في الصحة أنه يتعين على الدول أن تُوجد الظروف التي يُمكن فيها للجميع التمتع بأعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه. ورغم إحراز بعض التقدم في هذا الصدد، ما زالت الحكومات تواجه تحديات مستمرة في سعيها إلى الوفاء بالتزاماتها الدولية في إطار قوانينها وسياساتها الوطنية المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وتتراوح هذه التحديات بين الفشل في التنفيذ والإنفاذ الكاملين للقوانين القائمة، والفشل في توقع العواقب غير المقصودة للقوانين والسياسات والتصدي لها، واتخاذ الإجراءات الخاطئة التي قد تؤدي إلى زيادة الممارسة، مثل

تمثل شكلاً من التمييز على أساس الجنس والعمر وغير ذلك من الأسس (١٩). وتتصدى عدّة اتفاقات إقليمية بشأن حقوق الإنسان أيضاً لهذه المسألة، وخاصة البروتوكول المعني بحقوق المرأة في أفريقيا ("بروتوكول مابوتو")، الذي يقضي بالخطر القانوني للممارسات الضارة من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (٢٠). وترد في الملحق ١ قائمة شاملة بالمعاهدات والوثائق التوافقية الدولية والإقليمية بشأن حقوق الإنسان التي توفر الحماية والضمانات إزاء تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

وقد دعت اتفاقية الأمم المتحدة بشأن القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة واتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الطفل علاوة على ذلك إلى وضع حدّ لهذه الممارسة، كما دعت إلى ذلك أيضاً هيئات متنوعة أخرى منبثقة عن معاهدة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان (١٩). وقد أوضحت أن "التزام الدول باحترام حقوق الفتيات والنساء وتبليتها وحمايتها" تقتضي منها أن تتخذ إجراءات لضمان أن الفتيات والنساء قادرات على العيش دون التعرض للممارسات الضارة، من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

ويقتضي الالتزام بالاحترام أن تمتنع الدول عن التدخل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التمتع بهذه الحقوق. وفي حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، قد يقتضي ذلك من الدول أن تضمن أن النظام الصحي لا يُستخدم لإجراء

في أن توفير المعلومات عن المخاطر الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، رغم كونه جزءاً مهماً من الجهود التي تستهدف القضاء عليه، لا يكفي في حد ذاته لاستئصال ممارسة مستندة بقوة إلى المعتقدات الثقافية ومتغلغلة بعمق في التقاليد المجتمعية.

وكأثر جانبي إضافي لاتباع "نهج المخاطر الصحية" إزاء تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، تزايد دعم بعض المنظمات المهنية والحكومات لأشكال أقل تطرفاً من القطع (على سبيل المثال، وخز البظر) تُجرى في ظل ظروف نظيفة وخاضعة للسيطرة الطبية؛ وتهدف استراتيجيات الحد من الضرر هذه إلى التقليل من احتمال حدوث مضاعفات وخيمة ناجمة عن القيام بالإجراء في ظل ظروف محفوفة بالمخاطر.

وقد أسهمت هذه الملاحظات - المقترنة باعتقاد عدد من مقدمي الرعاية الصحية المستمر بأن أشكالاً معينة من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ليست ضارة، وعدم قدرة نسبة كبيرة منهم على توضيح موقفهم أو عدم رغبتهم في ذلك عند مجابتهم بقضايا حاسمة الأهمية مثل إجراء تشويه للأعضاء التناسلية الأنثوية أو إعادة التبتيك (٥) - في زيادة رواج إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية عبر أفريقيا وفي الشرق الأوسط. وعلاوة على ذلك، من المرجح أن تؤدي مشاركة مقدمي الرعاية الصحية في إجراء تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية إلى إيجاد إحساس بأن الممارسة شرعية، وقد يُعطي انطباعاً بأن الأجراء مفيد لصحة المرأة أو أنه على الأقل غير ضار (٢١).

وقد استهلكت الجهود الرامية إلى وقف هذه العواقب غير المقصودة من جانب المنظمة في عام ١٩٧٩ خلال المؤتمر الدولي الأول المعني بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المعقود في الخرطوم، السودان، حيث أكدت المنظمة أن من غير المقبول الإيحاء بأن إجراء أشكال أقل اقتحامية من التشويه للأعضاء التناسلية الأنثوية داخل المرافق الطبية سوف يقلل من المضاعفات الصحية. ومنذ ذلك الحين، حظي هذا الموقف بتأييد العديد من الروابط المهنية الطبية والوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية والحكومات. وسلط مزيد من الضوء على شجب إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وكُرِّر الإعراب عنه، في البيان المشترك بين الوكالات بشأن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لعام ٢٠٠٨ (١). وثمة تسليم بأن وقف إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية هو مكون أساسي من النهج الشامل المستند إلى حقوق الإنسان الرامي إلى القضاء على هذه الممارسة: فعندما ترى المجتمعات المحلية أن مقدمي الرعاية الصحية ينتهجون موقفاً مؤيداً لترك الإجراء وأنهم يمتنعون عن الاضطرار به، فإن ذلك سيعزز النقاش المحلي ويضع الممارسة في موضع الشك.

إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (انظر الفرع ١-٥)، والذي كثيراً ما يؤخذ به كتدبير يقلل من الضرر (١٣). ويُمكن للتدخلات الصحية التي تستهدف النساء اللاتي يعانين من المضاعفات المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أن تُسهم، من داخل النظام الصحي نفسه، في حماية عدد من حقوق الإنسان المتعلقة بالصحة واستعادتها. ولتحقيق ذلك، تُمثل التوجيهات السريرية المناسبة المستندة إلى البيانات والمصحوبة بالتدريب الكافي لمقدمي الرعاية الصحية مطلباً رئيسياً. وفي حين أن تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها هما في نهاية المطاف مسؤوليتي الحكومات، فمن الواضح أنه يُمكن لمقدمي الرعاية الصحية الاضطرار بدور حاسم بشأن ضمان أن الجهود المبذولة لاستئصال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتوفير الرعاية للنساء المتعايشات معه يواكبها أكبر قدر من العناية بحقوق الإنسان الخاصة بالفتيات والنساء والمراعاة لها (١٣).

١-٥ إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

يشير إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية إلى الحالات التي يُمارس فيها هذا الإجراء (بما في ذلك إعادة التبتيك) من جانب أي فئة من مقدمي الرعاية الصحية، سواء في عيادة عامة أو خاصة، في المنزل أو في مكان آخر، وذلك في أي وقت خلال حياة المرأة. وقد اعتمد هذا التعريف لأول مرة من جانب المنظمة في عام ١٩٩٧ (٢١)، وأعيد تأكيده في عام ٢٠٠٨ من جانب ١٠ من وكالات الأمم المتحدة في البيان المشترك بين الوكالات المعنون *القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية* (١). وقد أكد البيان المشترك بين الوكالات بشدة على أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، بصرف النظر عما إذا كان يجري على يد عاملين تقليديين أو طبيين، يمثل ممارسة ضارة وغير أخلاقية، لا فوائد لها على الإطلاق، ولا ينبغي إجراؤها تحت أي ظروف.

وربما يتزايد لجوء المجتمعات المحلية إلى مقدمي الرعاية الصحية للاضطرار بهذا الإجراء لمجموعة من الأسباب. ويتمثل عامل مساهم مهم في حقيقة أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يُعامل منذ سنوات باعتباره قضية صحية، باستخدام ما يُعرف باسم "نهج المخاطر الصحية". وقد شارك في هذا النهج خبراء صحيون يحظون بالاحترام على المستوى المحلي أعربوا عن قلقهم إزاء المخاطر الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وذلك من خلال بث الرسائل التثقيفية والوقائية (٢٢). ولكن لسوء الحظ، في عدة بلدان تنتشر فيها هذه الممارسة، لم يؤد هذا النهج إلى ترك الأفراد أو الأسر أو المجتمعات المحلية للممارسة، ولكنهم شرعوا في تحويلها من الختانين التقليديين إلى ممارسي الرعاية الصحية العصريين على أمل أن يؤدي ذلك إلى الحد من مخاطر مختلف المضاعفات (٢٢، ٢١). وقد سلط ذلك الضوء على المشكلة المتمثلة

الإطار ١-٣: حقوق الإنسان التي ينتهكها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

حقوق الإنسان	الأساس المنطقي
الحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه	بالنظر إلى أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يُمكن أن يؤدي إلى ضرر بدني ونفسي وخيم وأنه يشكل إجراءً اقتحامياً لأنسجة سليمة بخلاف ذلك دون أي ضرورة طبية، فإنه يُعتبر انتهاكاً للحق في الصحة. ويُقر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بحق كل إنسان في "التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه" (١٥).
الحق في الحياة والسلامة البدنية، بما في ذلك عدم التعرض للعنف	يُمكن أن يؤدي تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية إلى أضرار بدنية ونفسية وخيمة، تقضي أحياناً إلى الوفاة. وهو يتداخل، من هذا المنطلق، مع حق المرأة في الحياة والسلامة البدنية والتحرر من العنف. ويشمل الحق في السلامة البدنية الحق في التحرر من التعذيب واحترام الكرامة المتأصلة في الإنسان والحق في الحرية والأمن والحق في الخصوصية. وهذه الفئة من الحقوق تحظى بحماية صكوك متنوعة معنية بحقوق الإنسان ومنها: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المادتان ١ و ٣؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الديباجة؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، الديباجة والمادة ٩؛ واتفاقية حقوق الطفل، المادة ١٩ (١٨-١٥).
الحق في المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس	يُديم تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية الاعتقاد التمييزي الأساسي بالدور التابع للفتيات والنساء، وهو ما يفى بتعريف التمييز ضد المرأة. ويشير هذا التعريف إلى "أي تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس الجنس ويكون من آثاره أو أغراضه توهين أو إحباط الاعتراف للمرأة بحقوق الإنسان والحريات الأساسية في الميادين السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمدنية أو في أي ميدان آخر، أو توهين أو إحباط تمتعها بهذه الحقوق أو ممارستها لها، بصرف النظر عن حالتها الزوجية وعلى أساس المساواة بينها وبين الرجل" (١٩).
حقوق الطفل	بالنظر إلى أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يُجرى في المقام الأول على فتيات تقل أعمارهن عن ١٨ عاماً، تصبح القضية أساساً هي حماية حقوق الطفل. وتسلم اتفاقية حقوق الطفل بدور الآباء والأسر في اتخاذ القرارات بشأن الأطفال، ولكنها تضع المسؤولية النهائية عن حماية حقوق الطفل على عاتق الحكومة (المادة ٥). وتكرس الاتفاقية أيضاً "مصالح الطفل الفضلى" كمعيار للتصدي لحقوق الأطفال (المادة ٣). ويُسلّم بأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية هو انتهاك لمعيار مصالح الطفل الفضلى هذا وانتهاك لحقوق الأطفال. وإضافة إلى ذلك، تقضي الاتفاقية بأن تمنع الحكومات "الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال" (المادة ٢٤) (١٨).

الأسرة إجراء تشويه للأعضاء التناسلية للفتيات أو عندما تطلب منهم النساء إجراء عملية إعادة التبتك بعد الوضع. وينبغي توفير المعارف التقنية عن كيفية التعرف على مضاعفات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتدبيرها العلاجي، بما في ذلك الرعاية التوليدية المناسبة وكيفية إسداء المشورة للنساء بشأن المسائل المتصلة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، من أجل التأكيد على دور مقدم الرعاية الصحية كموفرٍ للرعاية لا كمقترف جريمة. وبالتالي، لا يُصبح التدريب المناسب تدبيراً وقائياً

وعلى هذا الأساس، أصدرت المنظمة هذه المبادئ التوجيهية كبيان بالتوجيهات الخاصة بمكافحة إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بغية وقف هذه الممارسة (انظر الفرع ٣-١). ويتمثل أحد التدابير الأساسية اللازمة للتعامل مع هذا الوضع في وضع بروتوكولات وأدلة ومبادئ توجيهية لتوجيه مقدمي الرعاية الصحية الذين يواجهون قضايا متعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، بما في ذلك ما الذي ينبغي عليهم أن يفعلوه عندما يطلب منهم الآباء أو أفراد

شاركت المنظمة في توقيعه مع تسع من وكالات الأمم المتحدة الشريكة (١)، دعا قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٤٦/٦٧ المؤرخ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢، تكثيف الجهود العالمية من أجل القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، الدول الأعضاء إلى:

... حماية ودعم النساء والفتيات اللواتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية والنساء والفتيات المعرضات لهذا الخطر، بطرق منها استحداث خدمات للدعم والرعاية على المستويين الاجتماعي والنفسي، واتخاذ التدابير اللازمة لتحسين أحوالهن الصحية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، من أجل مساعدة النساء والفتيات اللاتي يتعرضن لهذه الممارسة؛

والى:

... وضع استراتيجيات شاملة ومتكاملة لمنع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ودعمها وتنفيذها، بما في ذلك تدريب الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين في المجال الطبي وقادة المجتمعات المحلية والقادة الدينيين والمتخصصين المعنيين وكفالة قيامهم بكفاءة بتقديم خدمات الدعم والرعاية للنساء والفتيات المعرضات لخطر تشويه الأعضاء التناسلية أو اللاتي تعرضن لذلك بالفعل، وتشجيعهم على إبلاغ السلطات المختصة بالحالات التي يعتقدون فيها أن المرأة أو الفتاة معرضة لهذا الخطر (١٤).

ومنذ صدور البيان المشترك بين الوكالات والقرار، بذلت جهود ذات شأن لمكافحة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من خلال ما يلي: (١) البحوث الرامية إلى إيجاد المزيد من البيانات لإثراء التدخلات السياسية والصحية على السواء؛ (٢) العمل مع المجتمعات المحلية بشأن الاستراتيجيات الوقائية؛ (٣) الدعوة؛ (٤) سنّ القوانين. ويشمل العنصر الأخير التشريعات التمكينية المناهضة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ويركّز في المقام الأول على التدابير العقابية ضد الممارسين وأعضاء المجتمع المحلي الذين يمارسون تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وكذلك الآباء الذين يدعمونه أو يسمحون به. وتوجد قوانين لمكافحة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في أكثر من نصف البلدان التي يمارس فيها هذا التشويه تقليدياً، وكذلك في العديد من البلدان التي تضم مجتمعات محلية من المهاجرين القادمين من بلدان يُمارس فيها. وفي حين يوجد الحظر القانوني بيئة تمكينية مهمة للجهود الرامية إلى التخلي عن هذه الممارسة، وأن الملاحقات الجنائية يُمكن أن تبعث برسالة قوية مناهضة لها، فما لم تواكب هذه التدابير بالتنقيف والتعبئة المجتمعية فإنها تنطوي على خطر وضع ممارسي الرعاية الصحية في موضع من

فحسب، وإنما أيضاً أداة تشتت إليها الحاجة للتعامل مع حقيقة أن الملايين من النساء قد تعرضن بالفعل لتشويه الأعضاء التناسلية ويتعين عليهن التعايش مع عواقبه.

وخلال وضع هذه المبادئ التوجيهية (انظر الطرائق، الفرع ١-٢)، لاحظ الفريق أن جراحة التجميل التناسلية الأنثوية موضوع يكتسب أهمية متزايدة فيما يتعلق بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وعلى الرغم من إمكانية وجود جوانب تشابه بين إجراءات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وجراحة التجميل التناسلية الأنثوية (التي تشمل التصغير الشفري أو تضيق المهبل بسبب المعايير الاجتماعية والثقافية والخاصة بالمجتمع المحلي التي تُروّج بصورة جمالية معينة للمرأة ولجسمها)، فثمة اختلافات واضحة حاسمة الأهمية. فتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية حسبما يصفه تصنيف المنظمة (١) ويشار إليه في هذه الوثيقة هو نتيجة إجراء يُضطلع به على أفراد دون موافقتهم المستنيرة الكاملة، وقد يتعرضون للإكراه الشديد على نحو مباشر أو غير مباشر للخضوع لهذا الأجراء الذي يُجرى دون أي فوائد طبية ممكنة. وتُديم الأسباب الدفينة لإجراء تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في السياق الذي يُناقش في هذه المبادئ التوجيهية عدم مساواة عميق الجذور بين الجنسين ويشكّل انتهاكاً لحقوق الإنسان، حسبما يرد أعلاه وحسبما لوحظ في تقرير الأمم المتحدة إلى الجمعية العامة لعام ٢٠٠٩ عن الطفلة: فتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية "يُجرى دون قصد أولي بارتكاب العنف ولكنه بحكم الواقع عنيف في طبيعته" (٢٣).

وهكذا، على الرغم من أن جراحة التجميل التناسلية الأنثوية تقع خارج النطاق المباشر لهذه المبادئ التوجيهية، فرّق الفريق بذلك بينها وبين تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وفي الحالات التي تُطلب فيها جراحة التجميل التناسلية الأنثوية من فرد يتمتع بكامل الاستقلال وقادر على الموافقة، ينبغي توفير المشورة الكاملة لهذا الفرد قبل العملية، بما في ذلك مناقشة التفاوتات الطبيعية والتغيرات النفسية التي تطرأ على مدى العمر، وكذلك إمكانية حدوث عواقب غير مقصودة لجراحة التجميل على الباحة التناسلية. وينبغي أيضاً مناقشة الافتقار إلى البيانات عن الحصائل والافتقار إلى البيانات عن أثر التغيرات اللاحقة خلال الحمل والإياس واعتبار ذلك جزءاً من عملية الموافقة المستنيرة (٢٤).

١-٦ أهداف المبادئ التوجيهية

١-٦-١ لماذا وُضعت هذه المبادئ التوجيهية

عقب نشر البيان المشترك بين الوكالات بشأن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لعام ٢٠٠٨ الذي

من الصحة يُمكن بلوغه. وهذا مهمّ على نحو خاص فيما يتعلق بالجهود الرامية إلى وضع حدٍّ لإضفاء الصفة الطبية على الممارسة، والتركيز على دور العاملين الصحيين باعتبارهم مقدمي الرعاية الذين لا يجب أن يصيروا أيضاً سبباً لاستمرار ممارسة ضارة.

١-٦-٢ الغرض من هذه المبادئ التوجيهية

يتمثل الغرض الرئيسي لهذه المبادئ التوجيهية في توفير توصيات مثارة بالبيّنات عن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أو الناجمة عنه.

وتتصدى التوجيهات المقدمة لمواضيع مختارة متصلة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية اعتُبرت حاسمة الأهمية من جانب فريق دولي متعدد التخصصات من مقدمي الرعاية الصحية ومناصري المرضى وغيرهم من أصحاب المصلحة. وبالتالي، لا تتضمن هذه المبادئ التوجيهية جميع الحالات الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية التي أُبلغ عنها، بيد أن ذلك لا ينبغي بأي حال من الأحوال أن يفسّر على أنه يعني أن هذه الحالات الصحية ليست أيضاً حقيقة أو مهمة.

وإضافة إلى ذلك، يُمكن استخدام هذه المبادئ التوجيهية، وخاصة الثغرات المعرفية المستبانة فيها، كمخطط أولي لتصميم البروتوكولات البحثية التي يُمكن أن تُثري البيّنات النادرة المتاحة حالياً بشأن التدبير العلاجي للحالات الصحية التي قد تنجم عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

١-٦-٣ الفئة المستهدفة

تستهدف هذه المبادئ التوجيهية في المقام الأول مهنيي الرعاية الصحية المعنيين برعاية الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لأي شكل من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وقد يشمل مهنيو الرعاية الصحية هؤلاء، ضمن فئات أخرى، أخصائيي التوليد وأطباء طب النساء والجراحين والممارسين الطبيين العاميين والقبالات والمرضات وغيرهم من الكوادر الصحية الخاصة بالبلد. ومهنيو الرعاية الصحية المعنيون بتوفير الرعاية الصحية النفسية والتدخلات التنقيفية، مثل أطباء الأمراض النفسية واختصاصيي علم النفس والعاملين المجتمعيين، هم أيضاً جزء من الفئة المستهدفة. وتوفّر هذه الوثيقة أيضاً التوجيهات لراسمي السياسات ومديري الشؤون الصحية وغيرهم من المسؤولين عن التخطيط للتدريب المهني قبل الخدمة وخلالها وتمويله وتنفيذه، والمسؤولين عن وضع مقررات التدريب في مجالات الطب والتمريض والقبالة والصحة العمومية.

ينفذون سياسات عقابية، مما قد يُضّر بعلاقاتهم بالفتيات والنساء ويحدّ من قدرتهم على الاضطلاع بممارسات مستندة إلى الحقوق ومعزّزة للمساواة بين الجنسين (١٣). وقد ثبت أن إطاراً يشمل تدابير وقائية لتعزيز التخلي عن الممارسة وكذلك تدابير عقابية لمن يضطعون بها، يؤثر بطريقة إيجابية عندما يكون مقترناً بعمل مجتمعي المرتكز (٢١).

ورغم العلامات الإيجابية الناتجة عن هذه الجهود، فمازال انتشار الممارسة في مناطق عديدة مرتفعاً، وتعيش الملايين من النساء اليوم مع العواقب الصحية السلبية لتشويه الأعضاء التناسلية (١). وفي هذا الصدد، يكتسي وضع مبادئ توجيهية سريرية مستندة إلى البيّنات ومناسبة لمقتضى الحال للعاملين الصحيين بأهمية رئيسية. فأولاً وقبل كل شيء، تساعد المبادئ التوجيهية على توجيه عملية اتخاذ القرارات السريرية وتضمن تقديم خدمات صحية جيدة ومعيارية للفتيات والنساء اللاتي يعانين حالياً من مضاعفات تشويه الأعضاء التناسلية.

وثانياً، تُستخدم المبادئ التوجيهية كأساس مهمّ لبرامج التدريب الطبي السابقة للخدمة والمواكبة لها على السواء، وهي برامج تشدّد إليها الحاجة لا في البلدان التي يكون انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية فيها عالياً فحسب، وإنما أيضاً في البلدان المرتفعة الدخل التي تسكنها مجتمعات محلية متزايدة من الأشخاص الذين هاجروا من مناطق ينتشر فيها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على نطاق واسع. ونتيجة لذلك، فإن مقدمي الرعاية الصحية عبر العالم، الذين لم يتلق العديد منهم سوى تعليم رسمي ضئيل، أو لم يتلق تعليماً رسمياً على الإطلاق، بشأن موضوع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، قد يجدون أنفسهم غير مؤهلين جيداً للاستفسار عن أمور حساسة بشأن هذا التشويه وعلاج الفتيات والنساء اللاتي يعانين من المضاعفات المرتبطة به ورعايتهن (٢٥).

وعلاوة على ذلك، يوفّر وضع المبادئ التوجيهية فرصة فريدة لاستعراض البيّنات المتاحة في مجالات اهتمام محددة بطريقة منهجية، وبهذه الطريقة، استبانة الثغرات الحرجة في مجال البحوث المتسمة بأهمية حاسمة بالنسبة لتوسيع نطاق معارفنا في أي مجال علمي، واستهداف هذه الثغرات.

وأخيراً، فإن المعارف التقنية المنقولة ضمن هذه المبادئ التوجيهية بشأن كيفية التعرف على مضاعفات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتدابيرها العلاجية تبين بوضوح أن الإجراء ضار بطبيعته بصحة الفتيات والنساء، والأكثر من ذلك، أنه ينتهك عدّة حقوق من حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في بلوغ أعلى مستوى

٢- الطرائق

الاجتماع عن تضارب في المصالح ذي شأن بما يكفي لتعريض عملية وضع المبادئ التوجيهية لأي مخاطر أو للتقليل من مصداقيتها. ويرد في الملحق ٣ موجز لبيانات إعلان المصالح وكيف جرى التصدي لحالات تضارب المصالح.

٢-٣ تحديد المسائل والحصائل ذات الأولوية في مجال البحوث - عملية الحصر

بعد استعراض مبدئي لحصر الأدبيات العلمية المتاحة، وضع فريق المنظمة التوجيهي قائمة بالمسائل والحصائل ذات الأولوية المُمكنة فيما يتعلق بالمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية باستخدام نموذج "السكان والتدخل وأساس المقارنة والحصيلة". ثم قُدمت هذه القائمة المبدئية إلى الفريق خلال الاجتماع الأول لوضع المبادئ التوجيهية الذي عُقد في جنيف، سويسرا، في شباط/فبراير ٢٠١٥. واستناداً إلى نواتج هذا الاجتماع، أُعد استقصاء حصر عن طريق الإنترنت يتضمن القائمة المحدثة للمسائل المُمكنة في مجال البحوث من أجل التماس المُدخلات. وقد طُلب من المشاركين في الاستقصاء تصنيف أهمية المسائل بمقياس مُدرّج من ١ إلى ٩ وتوفير مُدخلات بشأن اختيار الحصائل وتصنيفها. وفي هذه السياق، اعتُبرت المسائل التي تراوح تصنيفها بين ٧ و ٩ "حاسمة"، في حين اعتُبرت تلك التي تراوح تصنيفها بين ٤ و ٦ "مهمّة"، ولكن غير حاسمة". وأما المسائل التي صُنفت بأقل من ٤ فلم تُعتبر مهمّة لأغراض هذه المبادئ التوجيهية. ويُتاح بناءً على الطلب ملحق شبكي يتضمن استقصاء الحصر والقائمة الكاملة للمسائل.

وقد أُرسِل الاستقصاء إلكترونياً إلى خبراء دوليين في مجال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية قام بتسميتهم أعضاء في الفريق. وفي محاولة لإشراك أكبر عدد ممكن من المجيبين، أنشئت وصلة عمومية إلى الاستقصاء في الموقع الشبكي لإدارة الصحة الإنجابية وبحثها. واستناداً إلى أن المسائل الثلاث والثلاثين المُمكنة قد صُنفت كلها باعتبارها "حاسمة" أو "مهمّة"، ولكن غير حاسمة" من جانب المجيبين على الاستقصاء، وبالنظر إلى أن عدد الاستعراضات المنهجية التي يُمكن التكليف بها محدود بسبب الموارد، وافق فريق المنظمة التوجيهي على إدراج

وُضعت هذه الوثيقة طبقاً للمعايير والمتطلبات المحددة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الطبعة الثانية (٢٦). وباختصار، تشمل العملية: (١) تحديد المسائل والحصائل الحاسمة في مجال البحوث؛ (٢) تكليف خبراء بإجراء استعراضات منهجية؛ (٣) استرجاع البيانات؛ (٤) تقييم الجودة ودمج البيانات؛ (٥) عرض البيانات باستخدام نهج منظم؛ (٦) صياغة التوصيات.

٢-١ المساهمون في المبادئ التوجيهية

خضعت عملية وضع المبادئ التوجيهية للتوجيه من جانب ثلاثة أفرقة رئيسية (يرد في الملحق ٢ وصف مفصل لأدوارها). وقد تولى قيادة العملية فريق المنظمة التوجيهي المكوّن من موظفين وخبراء استشاريين من الفريق المعني بالمراهقين والمجموعات السكانية المعرضة للمخاطر التابع لإدارة الصحة الإنجابية وبحثها. وقدم هذا الفريق، المكون من ١٥ من أصحاب المصلحة الدوليين الخارجيين (غير التابعين للمنظمة)، بما في ذلك مقدمو الرعاية الصحية وباحثون ومديرو برامج صحية ومحامو حقوق الإنسان ومناصرو صحة المرأة، المشورة بشأن محتوى المبادئ التوجيهية وصاغوا توصيات مستندة إلى البيانات. وأخيراً، قام فريق الاستعراض الخارجي، المكون من أصحاب المصلحة الدوليين المعنيين، باستعراض وثيقة المبادئ التوجيهية الختامية لاستبانة أي أخطاء وقائية وعلّق على وضوح اللغة والمسائل السياقية والآثار المترتبة على التنفيذ.

٢-٢ إعلان المصالح من جانب المساهمين الخارجيين

كان يتعيّن على جميع أعضاء الفريق وغيرهم من المساهمين الخارجيين إكمال نموذج إعلان مصالح معياري قبل الشروع في عملية وضع المبادئ التوجيهية والمشاركة في أي من الاجتماعات المعنية بالمبادئ التوجيهية. وقبل وضع الصيغة النهائية للدعوات الموجهة إلى الخبراء للمشاركة في وضع المبادئ التوجيهية، استعرض فريق المنظمة التوجيهي جميع نماذج إعلانات المصالح باستخدام معايير تقييم مدى شدة تضارب المصالح الواردة في دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية (٢٦). ولم يُعلن أي من المشاركين في

و(EBSCOhost) و PsycINFO و POPLINE و ERIC (EBSCO host) و WHOLIS via LILACS و مكتبة NYAM و ClinicalTrials.gov و

و(AOL) African Journals Online و

وPan African Clinical Trials Registry وقسود استخدمت المبادئ التوجيهية لمنهجية PRISMA (بنود الإبلاغ المفضلة في الاستعراضات المنهجية والتحليلات التجميعية) ومخططها التدفقي في الإبلاغ عن استراتيجيات البحث المستخدمة لاستبانة الدراسات والمعايير المحددة لإدراج الدراسات واستبعادها، ويرد وصفها في فرادى الاستعراضات المنهجية. ولم تكن هناك قيود على اللغة المستخدمة في الدراسات أو تاريخ نشرها.

٢-٥ تقييم الجودة والدمج وتصنيف البيانات

أجرى فريق المستعرضين المنهجيين الخارجي تقييماً لجودة مجموعة البيانات باستخدام منهجية GRADE (تصنيف التوصيات وتطويرها وتقييمها).^٦ وطبقاً لهذا النهج، جرى تصنيف جودة البيانات لكل حصة باعتبارها "مرتفعة" أو "متوسطة" أو "منخفضة" أو "منخفضة جداً"، استناداً إلى المجموعة التالية من المعايير المحددة سلفاً: (١) أوجه القصور في تصميم الدراسة وتنفيذها؛ (٢) عدم اتساق النتائج؛ (٣) عدم وجود علاقة مباشرة؛ (٤) عدم الدقة؛ (٥) الانحياز في النشر (٢٦).

وفي الخطوة الأخيرة من عملية التقييم، استخدمت برمجيات GRADE التحليلية لإجراء تحليلات لبيانات GRADE (أو جداول تحتوي على "موجز النتائج") لكل مسألة بحثية ذات أولوية أُتيحت لها بيانات؛ وتتضمن هذه الجداول التقييمات والأحكام المتعلقة بالعناصر الموصوفة أعلاه والمخاطر المقارنة التوضيحية لكل حصة، وهي متاحة في الملحق الشبكي: جداول GRADE.^٧

٢-٦ البحوث النوعية والبيانات الخاصة بحقوق الإنسان

بغية الحصول على بيانات عن قيم وأفضليات الفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية والعاملين الصحيين الذين يوفرون الرعاية الصحية لهذه

١١ مسألة حصلت على أعلى تصنيف في نطاق هذه المبادئ التوجيهية.

وبالنظر إلى أن البحث المبدئي عن المقالات الذي أجراه فريق الاستعراض المنهجي كشف النقاب عن قلة الدراسات القوية في جميع المواضيع البحثية المعنية تقريباً، قام فريق المنظمة التوجيهي، بمشاركة الباحث الرئيسي في عملية الاستعراض المنهجي وأخصائي المنهجيات المعني بالمبادئ التوجيهية (انظر الملحق ٢)، بتنقيح قائمة المسائل في محاولة لتوسيع نطاقها. وهكذا، امتثالاً للمواضيع ذات الأولوية التي اختارها المشاركون في الاستقصاء، جرى تحديد عدد من المسائل التي تتشارك في التدخل نفسه وإدماجها في مسألة بحثية أوسع نطاقاً تشمل التدخل المشترك وقائمة موسعة من الحاصلات. وتتاح قائمتنا المسائل البحثية الأصلية والمرتبة حسب الأولوية على السواء بناءً على الطلب.

٢-٤ استرجاع البيانات

جرى استرجاع منهجي وشامل للبيانات من أجل استبانة الدراسات المنشورة بشأن المضاعفات الصحية المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية التي جرى ترتيبها حسب أولويتها أثناء عملية الحصر. ولم يكن بالإمكان الإجابة على أي من المسائل ذات الأولوية باستخدام استعراض موجود ومنهجي وحديث (أي منشور منذ أقل من عامين) لأدبيات علمية متاحة حالياً. وبالتالي، من أجل توفير المعلومات اللازمة لوضع التوصيات، جرى تكليف فريق خارجي من المستعرضين المنهجيين المنتمين للفرع النيجيري لمركز كوكرين في جنوب أفريقيا بإجراء ١٠ استعراضات جديدة.

وقد أُعد بروتوكول معياري لكل استعراض منهجي، متضمناً مسألة "السكان والتدخل وأساس المقارنة والحصة" ومعايير استبانة الدراسات، بما في ذلك استراتيجيات البحث وطرائق تقييم مخاطر الانحياز وخطة تحليل البيانات. وقام فريق المنظمة التوجيهي وأخصائي المنهجيات المعني بالمبادئ التوجيهية باستعراض البروتوكولات واعتمادها قبل إجراء فريق المستعرضين لكل عملية استعراض. وبغية استبانة الدراسات ذات الصلة، أُجريت عمليات بحث منهجية في عدة قواعد بيانات إلكترونية، منها قواعد MEDLINE و CSRO via CENTRAL و Plus و CINHAL و SCOPUS و Web of Science و EBSCOhost و PILOT و African Index Medicus و LILACS

^٦ يُتاح المزيد من المعلومات في الموقع الإلكتروني:

<http://www.gradeworkinggroup.org/>

^٧ متاحة في الموقع الإلكتروني:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>

المعنى بالمبادئ التوجيهية بمشاركة أعضاء من فريق المنظمة التوجيهي مسودة بيان أولي لكل مسألة ذات أولوية، وهو ما استُخدم كمخطط أولي لكل من التوصيات النهائية وللبعض البيانات بشأن أفضل الممارسات. وخلال اجتماع أيلول/سبتمبر، قُدِّمت إلى أعضاء الفريق جميع مسودات البيانات وموجزات البيانات وجدول GRADE المناظرة لها (عندما كانت البيانات متاحة). وقبل إصدار توصية نهائية أو بيان نهائي بشأن أفضل الممارسات، ناقش المشاركون البيانات المعروضة واستعرضوا بطريقة منهجية كل مسودة بيان مع مراعاة مجموعة من المعايير المكرسة (انظر الإطار ٢-١).

الإطار ٢-١ العوامل التي روعيت لدى صياغة كل توصية وبيان بشأن أفضل الممارسات

جودة البيانات المتاحة
التوازن بين الفوائد والأضرار
قيم وأفضليات الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية ومقدمي الرعاية الصحية
العواقب بالنسبة للموارد
أولوية المشكلة الصحية التي يُتصدى لها
قضايا المساواة وحقوق الإنسان
مدى قبول التدخل المقترح
جدوى التدخل المقترح

وباستخدام كل مسودة بيان كنقطة انطلاق، كان بإمكان المشاركين أن يقرروا إصدار توصية أو بيان بشأن أفضل الممارسات، أو عدم إصدار توصية أو بيان من هذا القبيل، أو عدم اتخاذ قرار نهائي في هذا الصدد. وعلاوة على ذلك، قبل إصدار توصية نهائية، كان يجري الاتفاق على قوة كل بيان يصدر. ويرد في الملحق ٤ شرح لاستخدام الفريق لمختلف الفئات فيما يتعلق بقوة التوصيات.

وكانت بيانات بشأن أفضل الممارسات تصدر عندما تكون البيانات المباشرة المتاحة ذات جودة منخفضة أو غير موجودة، ومحتويات البيان الموصى به مستندة إلى حكم عملي سليم، بالإضافة إلى كونها مدعومة بمبادئ حقوق الإنسان والمساواة والممارسة الصحية العمومية أو الطبية، وعندما كان يُعتقد أنها لا تمثل سوى خطر ضئيل على الصحة أو لا تمثل خطراً على الصحة إطلاقاً.

المجموعة السكانية، أُجريت أربعة استعراضات منهجية إضافية للبحوث النوعية على يد خبير استشاري خارجي بالتعاون مع فريق المنظمة التوجيهي. وقد ركزت هذه الاستعراضات على السياقات والظروف المحيطة بما يلي:

- التدخلات الطبية/الجراحية
- التدخلات النفسية
- التدخلات الاستشارية
- التدخلات المعنية بالمعلومات الصحية.

وقد استهدف كل من هذه الاستعراضات المنهجية الأربعة ما يلي: (١) فهم تجارب أصحاب المصلحة بشأن التدخلات وتصوّرهم لها؛ (٢) تحديد وتلخيص العوائق والمُسهّلات السياقية لتنفيذ التدخلات؛ (٣) استكشاف العلاقة بين سياق التنفيذ وظروفه من ناحية والحاصل المبلغ عنها في استعراضات الفعالية من ناحية أخرى.

وبالنظر إلى أن توفير الخدمات الصحية للنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية ينبغي أن يجري بأكبر قدر من الرعاية والمراعاة لحقوق الإنسان الخاصة بالفتيات والنساء، جرى تكليف فريق خارجي من خبراء حقوق الإنسان بإجراء استعراضين للأدبيات العلمية من أجل إيجاد فهم أفضل للصلات الصحية العمومية وصلات حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين فيما يتعلق بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. واستهدف هذان الاستعراضان استبانة بيانات بشأن: (١) التدخلات التي ترمي إلى التصدي لقضايا حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين و/أو دعمها في سياق البرامج والسياسات المعنية بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛ (٢) كيفية تأثير مظاهر محدّدة لعدم المساواة بين الجنسين وإهمال/انتهاك حقوق الإنسان في تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتأثيرها به.

وقد ساعدت البيانات المستمدة من الاستعراضين المذكورين أعلاه على توفير المعلومات للفريق بشأن القيم والأفضليات وقضايا حقوق الإنسان والمساواة، وهي تشكل اعتبارات مهمّة لدى البتّ في اتجاه التوصيات الصادرة وقوتها.

٢-٧ صياغة التوصيات

قبل الاجتماع الثاني لوضع المبادئ التوجيهية، الذي عُقد في أيلول/سبتمبر ٢٠١٥، صاغ أخصائي المنهجيات

متضمنة جميع التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات التي صاغها الفريق وكذلك النقاط الرئيسية في مداولات المشاركين في الاجتماع وقراراتهم. ومن ثم، أرسلت مسودة المبادئ التوجيهية إلكترونياً إلى جميع أعضاء الفريق لالتماس مزيد من التعليقات قبل إرسالها إلى فريق الاستعراض الخارجي لاستعراض النظراء (للحصول على قائمة كاملة بأعضاء فريق الاستعراض الخارجي، يُرجى الرجوع إلى الملحق ٢). وأجرى فريق المنظمة التوجيهي تقييماً دقيقاً لجميع المُدخلات الواردة من أعضاء فريق الاستعراض الخارجي، وقد اقتصر ذلك على تصويب بعض الأخطاء الوفائية وتوضيح الصياغة، كما قدّم إجابات على كل تعليق من تعليقاتهم وأعاد هذه الإجابات إلى كل مستعرض خارجي. ولم تنشأ خلافات رئيسية خلال هذه العملية، كما لم تُجرِ تعديلات على اتجاه التوصيات أو قوتها أو محتواها.

وكان الاعتماد النهائي لكل بيان بشأن أفضل الممارسات أو توصية - وقوة كل منهما - يتقرران بتوافق الآراء، الذي كان يعرف بأنه يعني موافقة جميع المشاركين. وقد تحققت الموافقة بالإجماع بالنسبة لجميع التوصيات باستثناء توصية واحدة. وقد طُرحت تلك التوصية للتصويت واعتمدت بالأغلبية البسيطة. وجرى تسجيل الوضع على هذا النحو في النص المصاحب للتوصية. ولم يكن حق التصويت مكفولاً لموظفي المنظمة الحاضرين الاجتماع والخبراء التقنيين الخارجيين المعنيين بجمع البيانات وتصنيفها والمراقبين.

٢-٨ إعداد الوثيقة واستعراض النظراء

في أعقاب اجتماع الفريق، قام أعضاء في فريق المنظمة التوجيهي بإعداد مسودة لكامل وثيقة المبادئ التوجيهية



٣- التوجيهات

٣-٢ التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات

أصدرت التوصيات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية بعد النظر في البيانات الموجودة (في حالة إتاحتها) وجودتها، بالإضافة إلى سلسلة من العوامل كما هو مذكور في الفرع ٢: الطرائق (انظر الإطار ٢-١).

وعموماً، كانت جودة البيانات منخفضة فيما يتعلق بأغلب التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات، وفي عدد من المجالات المواضيعية لم تتوافر بيانات. وعلى الرغم من انخفاض جودة البيانات أو عدم توافرها، اعتمدت بعض التدخلات وسُمّيت "بيانات بشأن أفضل الممارسات" إذا كانت مدعومة بالحكم العملي السليم للفريق. وكان يتعين أيضاً لهذه البيانات ألا تمثل سوى خطر ضئيل على الصحة أو لا تمثل خطراً على الصحة إطلاقاً وأن تكون مدعومة بمعايير ومبادئ حقوق الإنسان المعترف بها دولياً.

وقد جرى تسجيل مسوغ كل من هذه القرارات، إلى جانب المسائل الرئيسية التي يتعين مراعاتها لدى التنفيذ. وجرى أيضاً إدراج الثغرات البحثية المناظرة المستبانة في كل مجال مواضيعي. وفي الحالات التي استندت فيها التوصيات السريرية إلى بيانات غير مباشرة (أي بيانات غير مستمدة مباشرة من مجموعة النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية)، كانت التوصيات توسم تبعاً لذلك.

٣-٢-١ إزالة التبتيك (التوصيات ٣-١ والبيان ٢-١ بشأن أفضل الممارسات)

إزالة التبتيك هي إجراء جراحي بسيط يُضطلع به من أجل إعادة فتح مخرج المهبل لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث. ولتحقيق ذلك، يقوم مهني صحي متمرن بشق نسيج الخط الناصف الندبي الذي يغطي مخرج المهبل حتى يظهر الصمّاخ الرحمي، وفي نهاية المطاف البظر. وبعد ذلك تجري خياطة حروف القطع مما يسمح لمخرج المهبل بأن يظل مفتوحاً. ويُضطلع بهذا الإجراء من أجل تحسين الصحة والرفاه، وكذلك للسماح بالجماع و/أو لتيسير الوضع.

خلال اجتماع وضع المبادئ التوجيهية الذي عُقد في أيلول/سبتمبر ٢٠١٥، اعتمد المشاركون ثلاثة بيانات بشأن المبادئ التوجيهية وخمس توصيات وثمانية بيانات بشأن أفضل الممارسات تتناول التدخلات الصحية الرامية إلى الوقاية من المخاطر الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وعلاجها.

٣-١ المبادئ التوجيهية

أسهمت أعمال الوقاية التي اضطلعت بها المجتمعات المحلية والحكومات والمنظمات الوطنية والدولية على مدى عقود في الحد من انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في بعض المناطق (١). بيد أن معدل الانخفاض الإجمالي في انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية كان بطيئاً. وبالتالي فإن جميع التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية تصدر في إطار المبادئ التوجيهية الثلاثة التالية التي تجسّد موقف المنظمة ومجموعة عريضة من وكالات الأمم المتحدة^٨ والفريق إزاء تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والحاجة إلى وضع حد لهذه الممارسة الضارة.

المبادئ التوجيهية

أولاً: تعرضت الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية لممارسة ضارة وينبغي توفير الرعاية الصحية الجيدة لهن.

ثانياً: ينبغي لجميع أصحاب المصلحة - على المستوى المجتمعي والوطني والإقليمي والدولي - استهلال إجراءات تستهدف الوقاية الأولية من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، أو مواصلة مثل هذه الإجراءات.

ثالثاً: إن إضفاء الصفة الطبية على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (أي إجراء هذا التشويه على يد مقدمي الرعاية الصحية) غير مقبول على الإطلاق لأن ذلك ينتهك الأخلاقيات الطبية بالنظر إلى أن (١) تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ممارسة ضارة؛ (٢) إضفاء الصفة الطبية عليه يُديمه؛ (٣) مخاطر الإجراء تفوق أي فائدة متصورة.

^٨ مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز واللجنة الاقتصادية لأفريقيا واليونسكو وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونيسيف وهيئة الأمم المتحدة للمرأة.

التوصية ١: يوصى بإزالة التبتيك من أجل الوقاية من المضاعفات التوليدية ومعالجتها لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث



قوة التوصية: قوية (بيّنات ذات جودة منخفضة جداً)

ملخص البيّنات (انظر الملحق الشبكي: جداول GRADE)

استُمدت البيّنات من استعراض منهجي تناول آثار إزالة التبتيك بالنسبة للوقاية من المضاعفات التوليدية وعلاجها لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (٢٧). وشمل الاستعراض أربع دراسات مقترنة بحالات ضابطة: دراستين أُجريتَا في المملكة المتحدة (٢٨، ٢٩) ودرستين في المملكة العربية السعودية (٣٠، ٣١).

وقد قارنت دراستان بين نساء تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث. فخضعت مجموعة منهن لإزالة التبتيك خلال المخاض في حين مرّت المجموعة الأخرى بمرحلة المخاض والوضع دون إزالة التبتيك (٢٨، ٢٩). ووجدت الدراسة أن الحاصلات التوليدية تكون أفضل بين النساء اللاتي خضعن لإزالة التبتيك خلال المخاض مقارنة بالنساء اللاتي ظللن خاضعات للتبتيك. وكانت معدلات الجراحة القيصرية والنزف بعد الولادة أقل بدرجة يُعتد بها إحصائياً بين النساء اللاتي خضعن لإزالة التبتيك (بيّنات ذات جودة منخفضة جداً).

وقارنت دراستان بين نساء تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث ثم خضعن لإزالة التبتيك خلال المخاض بنساء لم يتعرضن قط لتشويه الأعضاء التناسلية (وبالتالي لم يخضعن للتبتيك) (٣٠، ٣١). وكانت معدلات بضع الفرج وطول مرحلة المخاض الثانية متماثلة في كلتا المجموعتين. وقد بيّن Rouzi وغيره (٢٠٠١) علاوة على ذلك أنه عند مقارنة نساء خضعن لإزالة التبتيك بنساء لم يتعرضن قط لتشويه الأعضاء التناسلية، فإنه لا توجد اختلافات يُعتد بها إحصائياً بين متوسط كمية الدم التي يفقدنها وطول مدّة بقائهن في مستشفى الولادة (بالأيام) ومعدلات خضوعهن للجراحة القيصرية وتعرضهن للتهتكات المهبليّة وتقييم أبغار لمواليدهن بعد دقيقة وخمس دقائق (بيّنات ذات جودة منخفضة جداً).

وتبيّن بيّنات إضافية مستمدة من دراسة استطلاعية تعاونية للمنظمة أُجريت في ستة بلدان أفريقية وجود خطر سببي ممكن ينم عن ارتباط الاستجابة بالجرعة بين أنواع التشويه بدرجة ما فتنت تتزايد للأعضاء التناسلية الأنثوية، من ناحية، والحاصلات التوليدية والوليدية الضارة، من ناحية أخرى، حيث يبلغ خطر الحاصلات الصحية الإيجابية الضارة أقصاه في حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوعين الثاني والثالث (٩). وتوحى البيّنات علاوة على ذلك بأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لا يؤثر في نمو الجنين (لا ارتباط بين التشويه والوزن عند الميلاد)، بيد أنه يؤثر في الوضع، حيث تكون معدلات وفاة الجنين قبيل الولادة مباشرة أعلى بين النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية (٩).

الأساس المنطقي

بالنظر إلى العلاقة المُمكنة بين الجرعة والاستجابة الموصوفة بين أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ومخاطر المضاعفات التوليدية، واستناداً إلى الفوائد السريرية الموصوفة في إطار استعراض البيّنات، والتي تبين إضافة إلى ذلك أنه لدى استخدام نساء لم يخضعن للتبتيك قط كحالات ضابطة، فإن إزالة التبتيك خلال الولادة المهبليّة تكون أحد الخيارات التي لا تزيد من احتمال حدوث المضاعفات التوليدية المركبة، أوصى الفريق بعكس تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث من خلال إزالة التبتيك من أجل الوقاية من المضاعفات التوليدية وعلاجها.

وإضافة إلى هذا، لاحظ الفريق ما يلي:

استناداً إلى العلاقة السببية بين تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من النوع الثالث (التبتيك) وعدد من المضاعفات الصحية المستبانة في الدراسة الاستطلاعية التعاونية للمنظمة المُسطّلع بها في ستة بلدان أفريقية (٩)، يُمكن اعتبار إزالة التبتيك إجراءً جراحياً يُمكن أن يُعيد فتح مولج المهبل المضيق، بحيث يرجع تشريح مخرج الحوض إلى حالته قبل التبتيك (قدر الإمكان). وقد يُسهم ذلك في الحدّ من تكاليف الرعاية الصحية إجمالاً عن طريق تشجيع محاولة المخاض (بدلاً من استخدام تاريخ تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وحده كسبب للتوصية بالجراحة القيصرية)، أو الوقاية من الإصابة العجائنية الوخيمة نتيجة التهتكات التلقائية أو بضع الفرج وقت الوضع. وتتطلب

الجراحة القيصرية ومعالجة تهتكات الدرجة الثالثة والرابعة على السواء مهارة جراحية رفيعة المستوى بدرجة يُعتد بها، وقد يكون لهما حصائل ضارة أطول أجلاً تؤدي إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية (على سبيل المثال، الرعاية والتدبير العلاجي لسلس البول نتيجة لعدم استقرار قاع الحوض، وهي حالة صحية قد تنشأ نتيجة للتهتكات العجانية).

وبالإضافة إلى أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية غير ضروري من الناحية الطبية، فإنه يتداخل مع الأنسجة التناسلية السليمة ويمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة لصحة المرأة البدنية والنفسية. وبالتالي، تُعتبر هيئات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية هذه الممارسة انتهاكاً للحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ومن ثم، يُمكن اعتبار أن إعادة التشريح والفيزيولوجيا إلى حالتهما قبل التشويه (قدر الإمكان) من خلال إزالة التبتيك، استناداً إلى الموافقة المستنيرة، عنصر ضروري في دعم حق المرأة في الصحة وضمان حصولها على سلع الرعاية الصحية وخدماتها اللازمة لكي تتمتع بكامل هذا الحق.

ملاحظات بشأن التنفيذ

يتعين أن يكون مقدمو الرعاية الذين يضطلعون بإزالة التبتيك مدربين بقدر كافٍ على كيفية القيام بهذا الإجراء الجراحي. ومع ذلك، فمن شأن الطبيعة البسيطة نسبياً لهذا الإجراء الجراحي أن تسمح بتدريب العاملين الصحيين من المستوى المتوسط على الاضطلاع بإزالة التبتيك، بحيث يؤدي ذلك إلى تقليل الموارد البشرية والمالية اللازمة.

وتبين البيانات النوعية المتاحة أن نقص المعرفة بين العاملين الصحيين بشأن إزالة التبتيك لا يشكل فقط سبباً مهماً لعزوف مقدمي الرعاية أحياناً عن الاضطلاع بإزالة التبتيك، حتى في السياقات التي يُطلب فيها منهم ذلك، وإنما يُلقي بظلاله أيضاً على النساء اللائي وصفن انعدام خبرة مقدمي الرعاية كمصدر رئيسي لخوفهن (٣٢). وبالتالي، لاحظ الفريق أن التدريب الكافي لمقدمي الرعاية الصحية خطوة حاسمة وتمس إليها الحاجة فيما يتعلق بتنفيذ هذه التوصية.

التوصية ٢: يوصى بإزالة التبتيك إما قبل الوضع أو أثناءه من أجل تيسير الولادة لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث، حسب السياق



قوة التوصية: مشروطة (بيّنات ذات جودة منخفضة جداً)

بالنظر إلى أن إزالة التبتيك قبل الوضع وأثناءه متماثلان على ما يبدو من حيث الحاصلات التوليدية، ينبغي أن يكون القرار بشأن وقت الاضطلاع بالإجراء مستنداً إلى العوامل السياقية التالية:

- أفضلية المرأة
- إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية
- مكان الوضع
- مستوى مهارة مقدم الرعاية الصحية.

ملخص البيّنات (انظر الملحق الشبكي: جداول GRADE)

استُمدت البيّنات المتعلقة بتوقيت إزالة التبتيك لأغراض الولادة لدى النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث من استعراض منهجي بحث آثار إزالة التبتيك قبل الوضع أو أثناءه على حواصل الولادة (٣٣). وشمل الاستعراض خمس دراسات استرجاعية ورصدية: دراستين أُجريتَا في المملكة المتحدة (٢٩، ٣٥) ودرستين في المملكة العربية السعودية (٣٠، ٣١) ودراسة واحدة في السويد (٣٤).

وقد اقتصر التحليل على الدراستين المقترنتين بحالات ضابطة (٢٩، ٣٥) اللتين قارنتا مباشرة بين توقيت إزالة التبتيك - أي إما قبل الوضع أو أثناءه. وثُبِنَ النتائج عدم وجود اختلاف يُعتد به تبعاً لتوقيت إزالة التبتيك فيما يتعلق بمدة المخاض والتهتكات العجانية والنزف بعد الوضع ومعدلات بضع الفرج (بيّنات ذات جودة منخفضة جداً).

الأساس المنطقي

طبقاً للبيّنات المتاحة، تبدو الحاصلات التوليدية متماثلة بصرف النظر عن توقيت إزالة التبتيك - قبل الوضع أو أثناءه - فيما بين النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث اللاتي يخضعن لإزالة التبتيك والنساء اللاتي لم يتعرضن للتبتيك قط (بتأكيد منخفض).

وبالنظر إلى ما يرد أعلاه، وبسبب قلة البيّنات المباشرة عن أفضليات النساء فيما يتعلق بتوقيت إزالة التبتيك، رأي أعضاء الفريق أنه ينبغي اتخاذ القرار على أساس العوامل السياقية التالية.

- ١- أفضلية المرأة: ينبغي التشاور مع النساء بشأن أفضلياتهن. فعلى سبيل المثال، إذا كانت للنتائج الجمالية التي تعقب العملية أهمية كبيرة للمرأة، ينبغي إعطاء الأفضلية لإزالة التبتيك قبل الوضع من أجل السماح بوقت كافٍ للالتئام وتحقيق أمثل النتائج الجمالية.
- ٢- إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية: في السياقات التي قد تصادف المرأة فيها حالات تأخير غير مقصودة في انتقالها إلى مرفق الرعاية الصحية بسبب صعوبة الوصول إليه، ينبغي إعطاء الأفضلية لإزالة التبتيك قبل الوضع.
- ٣- مكان الولادة: بالنظر إلى أنه ينبغي إجراء عملية إزالة التبتيك على يد مقدم للرعاية الصحية مدرب وفي سياقات تنتشر فيها الولادة في المنزل، ينبغي إسناد الأولوية لإزالة التبتيك قبل الوضع. وينطبق الشيء نفسه على السياقات التي يكون فيها حمل مرفق الرعاية الصحية من المرضى كبيراً.
- ٤- مستوى مهارة مقدم الرعاية الصحية: يُمكن للحالات الصحية التشريحية من قبيل وذمة الأنسجة وتشويهها خلال المخاض أن تثير صعوبات بالنسبة لمهنيي الرعاية الصحية الأقل خبرة الذين يضطلعون بإزالة التبتيك أثناء الوضع. وفي هذه الحالة ينبغي إعطاء الأفضلية لإزالة التبتيك قبل الوضع. وأمّا في السياقات التي يوجد فيها مقدمو رعاية ذوو خبرة ومدربون جيداً، فإن إزالة التبتيك أثناء الوضع تكون إجراءً مقبولاً.

ملاحظات بشأن التنفيذ

توحي البيانات النوعية المتاحة بالافتقار إلى الوضوح فيما يتعلق بتوزيع المسؤولية عن المهام المتنوعة على امتداد سلسلة الرعاية بين مقدمي الرعاية الصحية للنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية (٣٢)، مما قد يشكل عائقاً أمام استبانة النساء المحتاجات إلى إزالة التبتيك من أجل وقايتهم من المخاطر التوليدية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وفي هذا الصدد، أكد الفريق على أهمية إيجاد سبيل إحالة واضح، وخاصة للحوامل المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث، وشجّع الجهود الرامية إلى تعريف أدوار ومسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية على امتداد سلسلة رعاية النساء من الرعاية السابقة للولادة إلى الفترة التالية للوضع.

التوصية ٣: يوصى بإزالة التبتيك للوقاية من المضاعفات المتعلقة بالجهاز البولي وعلاجها - وعلى وجه التحديد عدوى المسالك البولية المتكررة واحتباس البول - لدى الفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث



لم يتسن للفريق التوصل إلى توافق في الآراء بشأن قوة هذه التوصية. وبالتالي طُرحت للتصويت: ومن بين ١٢ عضواً من ١٤ عضواً في الفريق حضروا التصويت وكان يحق لهم التصويت وصوّتوا بالفعل، صوّت ١١ عضواً لصالح تصنيف التوصية باعتبارها "قوية" وصوّت عضو واحد لصالح تصنيفها "مشروطة".^٩

قوة التوصية: قوية (لا توجد بيانات مباشرة)

ملخص البيانات

أُجري استعراض منهجي تناول آثار إزالة التبتيك على الوقاية من عدوى المسالك البولية المتكررة واحتباس البول في صفوف النساء اللائي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (التبتيك) وذلك من أجل تعزيز هذه التوصية بالمعلومات (٣٦). ولم يجد المؤلفون دراسات تقى بمعايير إدراج الدراسات؛ وبالتالي فإن البيانات المباشرة عن آثار التبتيك على استعادة الوظيفة الطبيعية غير متوفرة في الوقت الراهن.

الأساس المنطقي

تؤكد بيانات إضافية مستمدة من استعراض منهجي تناول آثار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على حصائل الصحة البدنية أن انخفاض تدفق البول أسفل ندبة التبتيك يُمكن أن يؤدي إلى أعراض انسداد المسالك البولية، مما قد ينجم عنه عدوى المسالك البولية المتكررة نتيجة لركود البول، وهي حالات صحية شائعة في هذه المجموعة السكانية (٦).

وأكد الفريق، استناداً إلى البيانات الواردة أعلاه والخبرة السريرية لأعضائه من الممارسين الطبيين، علاوة على ذلك، أن عدّة من الحالات الصحية للجهاز البولي التي تُعالج عادة بإجراءات طبية منخفضة التعقيد في صفوف النساء اللائي لم يتعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية (على سبيل المثال، الفتقطة في حالة احتباس البول الحاد أو قبل الجراحة القيصرية الاختيارية و/ أو الطارئة) لا يُمكن علاجها بسهولة بهذه الإجراءات نفسها في وجود تشويه للأعضاء التناسلية من النوع الثالث (التبتيك). وقد يؤدي ذلك إلى تحويل حالات صحية منخفضة التعقيد إلى حالات خطيرة وربما مميتة كان بالإمكان تلافيها لو أن إزالة التبتيك جرت في الوقت المناسب. وهكذا، رغم الافتقار إلى بيانات مباشرة عن آثار إزالة التبتيك على استعادة الوظيفة الطبيعية، اعتمد الفريق على رأي الخبراء وأوصى بإزالة التبتيك لعلاج الحالات الصحية للجهاز البولي بين الفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث. وكان هدف الفريق من هذه التوصية هو الوقاية من الحصائل الصحية السلبية الوخيمة الناجمة عن المضاعفات المرتبطة بالحالات الصحية للجهاز البولي في سياق التبتيك.

واعتمد الفريق هذا التدخل، علاوة على ذلك، استناداً إلى حقيقة أن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ينتهك سلسلة من مبادئ حقوق الإنسان الراسخة وقواعدها ومعاييرها، بما في ذلك مبادئ المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس والحق في الحياة وسلامة الجسم والحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه والحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وبالتالي، استناداً إلى حجة حقوق الإنسان التي يجري تناولها في التوصية رقم ١، أكد الفريق أيضاً أنه لا ينبغي النظر إلى إعادة التشريح والفيزيولوجيا إلى حالتهما قبل التشويه (قدر الإمكان) من خلال إزالة التبتيك فقط كعلاج للمضاعفات الصحية التي تصيب الجهاز البولي وإنما أيضاً كمحاولة لاستعادة حق منتَهك من حقوق الإنسان، وعلى وجه الخصوص الحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه.

ملاحظات بشأن التنفيذ

يتعين أن يكون مقدمو الرعاية الذين يضطلعون بإزالة التبتيك مدربين بالقدر الكافي على كيفية القيام بهذا الإجراء الجراحي. ويمثل تدريب العاملين الصحيين من المستوى المتوسط على الاضطلاع بإزالة التبتيك نهجاً مقبولاً يُمكن أن يحدّ من تكاليف التدخل ويزيد من إمكانية استفادة الفتيات والنساء من الإجراء.

^٩ عضو الفريق الذي صوّت لصالح اعتبار التوصية مشروطة فعل ذلك بالنظر إلى الحاجة الماسة إلى دراسات جادة تتناول بطريقة مباشرة أثر إزالة التبتيك على علاج الحالات الصحية للجهاز البولي في هذه المجموعة السكانية.

البيان ١ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي تزويد الفتيات والنساء المرشحات لإزالة التبتيك بمعلومات كافية قبل العملية



توحي البيانات بشأن قيم وأفضليات النساء اللاتي خضعن لإزالة التبتيك بأن بعض النساء قد يُبلغن عن انزعاج ابتدائي بسبب ظهور أشعار بعد عملية إزالة التبتيك (٣٢). وبالتالي، بالإضافة إلى الحصول على الموافقة قبل العملية، ينبغي للعاملين في مجال الرعاية الصحية لدى إساءة المشورة للنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية أن يوفروا دائماً مشورة متوازنة وغير منحازة عن الفوائد المتوقعة والمخاطر الممكنة المرتبطة بالإجراء خلال جلسة إحاطة واضحة قبل العملية. وفي سياق إزالة التبتيك، ينبغي لجلسة الإحاطة هذه أن تشمل معلومات بشأن التغييرات التشريحية والفيزيولوجية التي يمكن توقعها بعد إزالة التبتيك (على سبيل المثال، زيادة سرعة التبول وزيادة الإفرازات المهبلية).

البيان ٢ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي إتاحة إمكانية التخدير الموضعي للفتيات والنساء اللاتي يخضعن لإزالة التبتيك



كما هو الحال بالنسبة لأي إجراء جراحي آخر، لاحظ الفريق أنه ينبغي القيام بإزالة التبتيك تحت التخدير الموضعي. بيد أنه بالنظر إلى أن التخدير الموضعي قد لا يكون متاحاً بسهولة في بعض السياقات المنخفضة الموارد أو في حالات قد تكون إزالة التبتيك فيها حاسمة الأهمية بالنسبة لتطور الولادة أو في الحالات الصحية التي تهدد الحياة، ينبغي القيام بإزالة التبتيك بصرف النظر عن توافر مخدر موضعي أو عدم توافره. فعلى سبيل المثال، يمكن القيام بذلك لتخفيف المرحلة الثانية من الولادة المتعسرة من أجل إخراج رأس الجنين، على نحو يُشبه عملية بضع الفرج.

الآثار بالنسبة للبحوث

تسليماً بأهمية إزالة التبتيك في الوقاية من المضاعفات وتحسين الحاصلات التوليدية للنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث، ثمة حاجة إلى البحوث بشأن كيفية تحسين الممارسة المتعلقة بإزالة التبتيك في صفوف مختلف كواادر مقدمي الرعاية في مجموعة متنوعة من السياقات السريرية والثقافية. ولا توجد لدى العديد من مقدمي الرعاية معلومات كافية عن كيفية القيام بإزالة التبتيك لدى النساء وعن وقت القيام بذلك، وهناك العديد من الثغرات في البيانات عن كيفية تحسين الممارسة في هذا الصدد.

وتشمل بعض الثغرات المحددة المستبانة في البحوث ما يلي:

- ثمة حاجة ماسة إلى بحوث لفهم العوامل التي تروّج لعملية إزالة التبتيك أو تثني عنها، ولاسيما بشأن:
 - معرفة النساء بإجراء إزالة التبتيك وقبولهن له
 - آراء الشركاء من الرجال بشأن الإجراء الجراحي ومعرفتهم به
 - محتوى وجودة برامج التدريب على إزالة التبتيك القائمة التي تستهدف مقدمي الرعاية الصحية.
- ثمة حاجة إلى بحوث إضافية فيما يتعلق بعواقب هذا الإجراء بالنسبة للجهاز البولي، لا لفهم خطر المضاعفات التي تصيب الجهاز البولي بين النساء اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث فحسب، وإنما أيضاً لفهم آثار إزالة التبتيك على حواصل الجهاز البولي، وخاصة عداوى المسالك البولية المتكررة وأحتباس البول. ويمكن التحقق مما إذا كانت النساء اللاتي يعانين من تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث أشد تعرضاً لخطر مضاعفات الجهاز البولي من خلال الدراسات الاسترجاعية، وسوف يكون ذلك خطوة مهمة في سبيل تبرير الحاجة إلى إزالة التبتيك للحد من مضاعفات الجهاز البولي. وعلاوة على ذلك، سوف يوفر تقييم الحاصلات السريرية الطويلة الأجل للنساء اللاتي خضعن لإزالة التبتيك بيانات تشدد إليها الحاجة بشأن دور إزالة التبتيك في تحسين الصحة والحد من مضاعفات الجهاز البولي لدى النساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث.
- ثمة حاجة إلى بحوث إضافية لتحديد أفضل طريقة لتوفير المعلومات للنساء بشأن خيار إزالة التبتيك خلال الحمل أو الولادة، مما سيوفر بدوره معلومات بشأن كيفية تحسين طلب إزالة التبتيك. وعلى وجه الخصوص، ثمة حاجة إلى البحوث لمقارنة حواصل إزالة التبتيك لا بين فترتي قبل الوضع وأثناءه فحسب وإنما أيضاً بين مختلف النقاط الزمنية خلال المرحلة السابقة للوضع.

الاكتئاب والقلق بما في ذلك الإجهاد العصبي التالي للصدمات في صفوف هذه المجموعة السكانية، في أعقاب إجراء تشويه للأعضاء التناسلية (١٢، ٤١-٣٧). وتوحي هذه البيانات بأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والمخاطر الصحية المرتبطة به عوامل مُجهدة يُمكن أن تؤدي إلى حصائل نفسية سلبية متنوعة، بما في ذلك الحالات الصحية المذكورة أعلاه.

٣-٢-٢ الصحة النفسية (التوصية ٤ والبيان ٣ بشأن أفضل الممارسات)

إن الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية أكثر تعرضاً للمعاناة من حالات صحية نفسية من النساء اللاتي لم يتعرضن لهذا التشويه (١١). وقد جرى تناول ذلك بالتفصيل في عدة دراسات وثقت اضطرابات

التوصية ٤: ينبغي أن تؤخذ في الحسبان المعالجة الإدراكية السلوكية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية اللاتي يعانين من أعراض متسقة مع اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات



قوة التوصية: مشروطة (لا توجد بيانات مباشرة)

يُمكن أخذ المعالجة الإدراكية السلوكية في الحسبان شريطة:

- أن يكون قد جرى تشخيص نفسي لاضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات،

- وأن توفر في سياقات يكون الأفراد فيها مؤهلين (أي مدربين وخاضعين للإشراف) لتوفير العلاجات.

وفي السياقات المحدودة الموارد، قد يكون التدبير العلاجي للإجهاد العصبي الخيار العلاجي الأكثر جدوى (٤٢). ويُتاح المزيد من المعلومات في الموقع:

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/en/

ملخص البيانات

أُجري استعراض منهجي تناول آثار المعالجة الإدراكية السلوكية على اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات أو الاكتئاب أو اضطرابات القلق في صفوف الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من أجل تعزيز هذه التوصية بالمعلومات (٤٣). ولم يجد المؤلفون دراسات تقي بمعايير إدراج الدراسات، وبالتالي لم يتسن استخدام بيانات مباشرة من أجل هذه التوصية.

الأساس المنطقي

توفر المعالجة الإدراكية السلوكية علاجاً مستنداً إلى البيانات يُمكن أن يحدّ أو يُبرئ بفاعلية من أعراض اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات أو الاكتئاب أو اضطرابات القلق المرتبطة بحالات صحية أخرى، بما في ذلك في صفوف من يبقون على قيد الحياة بعد التعذيب والحروب وضحايا العنف الجنسي (٤٦-٤٤). وبالنظر إلى البيانات المتاحة عن الآثار المفيدة للعلاج النفسي بالمعالجة الإدراكية السلوكية لهذه الاضطرابات في مجموعات سكانية أخرى، اتفق الفريق على أن من المعقول افتراض أن هذا التدخل يُمكن أن يكون مفيداً أيضاً للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية. وبما أن البيانات غير المباشرة تشير فقط إلى هذه الحالات الصحية النفسية الثلاث، رأى الفريق أن الأمر يقتضي توصية مشروطة ولاحظ أنه ينبغي لهذه التوصية أن تطبّق حصرياً بالنسبة للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية اللاتي جرى تشخيصهن نفسياً بشكل مؤكد، على أن يجري ذلك على يد أفراد مدربين بالقدر الكافي.

ومن منظور حقوق الإنسان، يشمل الحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه، حسبما يُعرّف به طبقاً للمعايير الدولية والإقليمية، الحق في التمتع بحالة من الرفاه البدني والنفسي والاجتماعي الكامل. وقد فُسّر هذا الحق على أنه يشمل:

تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض الجسدي والنفسي على حدّ سواء، بما في ذلك إمكانية الوصول على قدم المساواة وفي الوقت المناسب إلى الخدمات الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية ... بما يشمل أيضاً العلاج والرعاية المناسبة للصحة النفسية (٤٧).

ملاحظات بشأن التنفيذ

فيما يتعلق بجدوى هذا التدخل، وخاصة نقص العاملين في مجال الرعاية الصحية المدربين بالقدر الكافي على توفير المعالجة الإدراكية السلوكية في غالبية البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، أوصى الفريق بالرجوع إلى كتيب تقييم الحالات المرتبطة بالضغط النفسي تحديداً ومعالجتها: وحدة دليل التدخل لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية، الذي يتضمن عدداً من التدخلات المتعلقة بالفتيات والنساء اللائي يعانين من اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات والتي يستطيع العاملون الصحيون المجتمعون الاضطلاع بها بأمان، بما في ذلك التنقيف النفسي وتقنيات التدبير العلاجي البديل للإجهاد العصبي (على سبيل المثال، تمرينات التنفس، وارتداء العضلات التدريجي) (٤٢). ويُتاح المزيد من المعلومات في الموقع:

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/ar/

وإضافة إلى ذلك، ناقش الفريق بيانات مستمدة من دراسات تكملية تدعم استخدام المعالجة الإدراكية السلوكية المستندة إلى الإنترنت (أي برامج المساعدة الذاتية النفسية المتاحة عبر الإنترنت) باعتبارها معالجة فعالة للأفراد الذين يوجد بشأنهم تشخيص أولي مؤكد باضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات (٤١). وبالنظر إلى أن بالإمكان الوصول إلى البرامج الشبكية دون الإفصاح عن الهوية وأينما يُتاح حاسوب، تتطوي هذه الخدمات على إمكانية التغلب على الوصم، وكذلك على العوائق الجغرافية والمالية التي تعترض الحصول على علاج الصحة النفسية (٤٩)، مما يجعلها خياراً علاجياً معقولاً لهذه المجموعة السكانية.

البيان ٣ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي أن يكون الدعم النفسي متاحاً للفتيات والنساء اللائي سيخضعن أو اللاتي خضعن لأي تدخل جراحي لتصحيح المضاعفات الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية



تبين البيانات النوعية المتاحة بشأن قيم الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية وأفضليتهن والمستمدة من دراستين أجريتا في غامبيا وفي صفوف مجموعات سكانية مهاجرة في النرويج وهولندا أن النساء قد يتعرضن لعدة حصائل نفسية سلبية عقب عملية تشويه الأعضاء التناسلية، بما في ذلك القلق والخوف والإحساس بالخيانة والألم والغضب (٥٠). وذلك تدعمه، علاوة على ذلك، بيانات مستمدة من تحليل تجميعي يُبين أن النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية أكثر تعرضاً للتشخيص النفسي مقارنة بالنساء اللائي لم يتعرضن قط لهذا التشويه (١١). وتفسر البيانات الأولى سبب وجود احتياج خاص إلى تدخلات الدعم النفسي في صفوف هذه المجموعة السكانية، ولا سيما في سياق أحداث الحياة المُجهدة للأعصاب التي قد تُذكر المرأة بالرضح الابتدائي الناجم عن عملية تشويه الأعضاء التناسلية، مثل الإجراءات الجراحية الرامية إلى تصحيح المضاعفات المرتبطة بهذا التشويه.

ولا توجد بيانات مباشرة عن أثر التدخلات النفسية على الحصائل التالية للجراحة بالنسبة للفتيات والنساء اللائي يخضعن لإجراء يهدف إلى علاج المضاعفات المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية. ونتيجة لذلك، نظر الفريق في البيانات غير المباشرة بشأن آثار التدخلات النفسية على التعافي من الجراحة في صفوف مجموعات سكانية أخرى، بما في ذلك الجراحات البطنية وجراحات الفتوق (٥٢-٥١). وقد لاحظ الفريق فوائد الدعم النفسي فيما يتعلق بالألم التالي للجراحة والتعافي والرفاه النفسي، عندما يُقدّم كإضافة للإجراءات الجراحية.

ورأي الفريق، مدعوماً ببيانات غير مباشرة وبحقيقة أن الدعم النفسي يشمل أنشطة تتراوح بين البرامج الخاصة والتعديلات – أو الإضافات – البسيطة وغير المكلفة للإجراءات الطبية الضرورية، بما في ذلك توفير المعلومات الإجرائية أو الدعم الانفعالي، أنه ينبغي إتاحة التدخل للنساء اللائي يخضعن للإجراءات الجراحية التي تستهدف تصحيح المضاعفات الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية.

ومن منظور حقوق الإنسان، أكد الفريق بشدة على أن الحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه يشمل الحق في بلوغ حالة من الصحة البدنية والنفسية الكاملة على حدّ سواء، إلى جانب الرفاه الاجتماعي (٤٧). وبالتالي فإن هذه التوصية قائمة بموجب اتساقها مع الوفاء بحق الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية في الصحة.

ملاحظات سياسية وبرنامجية

فيما يتعلق بالموارد البشرية اللازمة لتوفير الدعم النفسي في سياق الإجراءات الجراحية التي تستهدف تصحيح المضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية، يُسلّم الفريق بأن الاضطلاع بتدخلات الصحة النفسية يُمكن أن يعتمد بشدة على العاملين الصحيين بدلاً من التكنولوجيا أو المعدات، وأن الموارد البشرية المدربة والمتاحة لهذا الغرض غير كافية في أغلب البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وفي هذا الصدد، واستناداً إلى التوجيهات بشأن تحويل المهام المستمدة من برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية (٥٣)، اقترح الفريق أن بالإمكان تنفيذ بعض التدخلات ذات الأولوية بواسطة العاملين الصحيين المجتمعيين، بعد تزويدهم بتدريب محدد وفي ظل الإشراف اللازم. ويُتاح المزيد من المعلومات في الموقع:

http://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/ar/

الآثار بالنسبة للبحوث

التلاؤم وتحسين فهم التشريح والمخاطر الصحية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وكذلك فهم مخاطر إجراء جراحي ما وفوائده فيما يتعلق بالتصدي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

وعلى وجه الخصوص، ثمة حاجة إلى المزيد من البحوث لدراسة فعالية المعالجة الإدراكية السلوكية في علاج اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات وأعراض الاكتئاب بين الفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية. وتشمل الحاصلات المحددة التي يُمكن قياسها الحدّ من أعراض اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات وتحسين الوظائف والحدّ من الضائقة الانفعالية والاكتئاب.

وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى المزيد من البيانات بشأن طرق الاضطلاع بالمعالجة الإدراكية السلوكية (أي من خلال مقدمي الرعاية الصحية المدربين أو العاملين الصحيين المجتمعيين أو من خلال برامج المساعدة الذاتية عبر الإنترنت، حسب الاقتضاء) من أجل استبانة مدى فعالية مختلف طرق توفير الرعاية ومقبوليّتها.

يُوحى الخطر المتزايد لحدوث آثار صحية نفسية ضارة ناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بأن النساء اللاتي يعانين من هذا التشويه ربما يحتجن دعماً نفسياً إضافياً بشكل عام ولدى التماسهن تدخلاً جراحياً فيما يتعلق بالمضاعفات الناجمة عنه. بيد أن ثمة حاجة إلى بحوث وبائية إضافية لبيان تأثير تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على جوانب صحية نفسية محدّدة. وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى بيانات بشأن نوع التدخل النفسي الأكثر فائدة للفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية.

ويمثّل وضع محتوى الدعم النفسي والتثقيف الصحي واختباره، وكذلك طرق الاضطلاع بهذه التدخلات، خطوات مهمّة في سبيل وضع ممارسة فضلى مستندة إلى البيانات. وسوف يتفاوت محتوى التدخل وطريقة الاضطلاع به تبعاً لما إذا كان مقدّم الدعم النفسي شخصاً غير متخصص أو اختصاصياً في علم النفس أو غير ذلك من مقدمي الرعاية. وتشمل بعض الحاصلات التي يُمكن تقييمها من خلال بحوث التدخلات باستخدام التصاميم التجريبية أو شبه التجريبية تقليل الضائقة الانفعالية وتحسين آليات

٣-٢-٣ الصحة الجنسية الأنثوية (التوصية ٥)

يشمل بلوغ أعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه أيضاً الحق في الصحة الجنسية. وعموماً، تُفهم الصحة الجنسية على أنها حالة من الرفاه البدني والانفعالي والنفسي والاجتماعي فيما يتعلق بالجنسانية، وهي لا تشمل فقط جوانب معينة من الصحة الإنجابية

– مثل إمكانية التحكم في الخصوبة من خلال الحصول على موانع الحمل والإجهاض وعدم المعاناة من الأمراض المنقولة جنسياً والخلل الجنسي وعواقب العنف الجنسي أو تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية – وإنما أيضاً إمكانية التمتع بتجارب جنسية ممتعة ومأمونة، دون إكراه أو تمييز أو عنف (٥٤).

التوصية ٥: يوصى بإسداء المشورة الجنسية من أجل الوقاية من الخلل الجنسي أو علاجه في صفوف النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية



قوة التوصية: مشروطة (لا توجد بيانات مباشرة)

هذه التوصية مشروطة لأن هناك عموماً افتقاراً إلى البيانات المباشرة فيما يتعلق باستخدام إسداء المشورة تحديداً بين النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية، كما أن من المتوقع أن يكون هذا الموضوع شديد الحساسية.

ملخص البيانات

أجري استعراض منهجي لبحث آثار إسداء المشورة الجنسية على علاج الخلل الجنسي أو الوقاية منه بين النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من أجل تعزيز هذه التوصية بالمعلومات (٥٥). ولم يجد المؤلفون دراسات تقي بمعايير إدراج الدراسات وبالتالي لم يتسن استخدام بيانات مباشرة.

الأساس المنطقي

تدعم البيانات الراهنة المستمدة من استعراض منهجي تناول آثار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية على الوظائف الجنسية للمرأة الرأي القائل بأن المرأة التي أُزيلت أنسجتها التناسلية جزئياً أكثر عرضة للمعاناة من المزيد من الألم والنقص في الإشباع والرغبة الجنسيين (٥٦). وفي هذا الصدد، أكد الفريق على أن الجراحة وحدها – وخاصة استئناء البظر – لا تعالج جميع جوانب الخلل الجنسي التي قد تحدث بين النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية (٥٧)، كما أن تدخلات طبية أخرى مثل استخدام مُزَلِّقات الأعضاء التناسلية لم تخضع لدراسة شاملة. والأكثر من ذلك، تبين الدراسات أن استخدام الهلامات قد لا يكون مقبولاً من النساء وشركائهن، وذلك تبعاً للممارسات الجنسية الشخصية ومدى تأثير الرجال على البت في استخدام هذه المنتجات وكيفية استخدامها (٥٨). وبالنظر إلى ما ورد أعلاه، وتسليماً بأن جنسانية النساء متعددة العوامل وتعتمد، في جملة أمور أخرى، على تفاعل عوامل تشريحية وإدراكية وعلاقية، لاحظ الفريق أن إتاحة بدائل علاجية للخلل الجنسي – في هذه الحالة إسداء المشورة الجنسية – لهذه المجموعة السكانية ينبغي أن تحظى بالأولوية.

واستناداً إلى الخبرة السريرية والبيانات غير المباشرة التي تدعم إسداء المشورة الجنسية كعلاج فعال للخلل الجنسي في مجموعات سكانية أخرى، بما في ذلك مرضى سرطان الثدي والأمراض القلبية الوعائية (٥٩-٦٢)، اعتبر الفريق أن التدخل مفيد، شريطة تكييفه على النحو المناسب لمختلف البلدان والسياسات الثقافية. واتفق الفريق على أنه ينبغي، من أجل تلافي الآثار الضارة غير المقصودة مثل عنف الشريك الحميم أو الوصم الاجتماعي، أن تؤخذ في الاعتبار خصائص من قبيل عمر المرأة وحالتها الزوجية وإمكانية إشراك شريكها لدى عرض إسداء المشورة على النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية.

وإضافة إلى ذلك، طبقاً للتوصية رقم ٢٤ بشأن المادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، ينبغي للأطراف أن تضمن، دون إجحاف أو تمييز، الحق في المعلومات والثقافة والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية لجميع الفتيات والنساء (٦٣، ٦٤). وفي هذا الصدد، يساعد توفير المشورة الجنسية على تعزيز الوفاء بحق الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية في حياة جنسية صحية.

الآثار بالنسبة للبحوث

إلى دراسات بشأن نجاعة خيارات العلاج الجراحي وغير الجراحي في صفوف الفتيات والنساء المتعاشيات مع هذا التشويه ممن يعانون على السواء من الألم الفرجي والبظري الحاد والمزمن (انظر أيضاً الفرع ٣-٣-١). وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى بحوث لتقييم نجاعة المعالجة الجنسية، دون استثناء البظر وبالاقتزان مع استثناءه، في تحسين الصحة الجنسية بين النساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية.

يمثل تحديد ما إذا كان تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية يزيد من مخاطر الألم خلال الجماع وغير ذلك من أشكال الخلل الجنسي خطوة مهمة في سبيل تصميم التدخلات. وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى المزيد من البحوث لدراسة مدى نجاعة تدخلات إسداء المشورة الجنسية في علاج الخلل الجنسي بين النساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية. وثمة حاجة

٣-٢-٤ المعلومات والتثقيف (البيانات ٤-٨ بشأن أفضل الممارسات)

البيان ٤ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي توفير التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وصحة المرأة للفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية من أي نوع



تعرف المنظمة التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال بأنها "نهج في مجال الصحة العمومية يهدف إلى تغيير السلوكيات المتصلة بالصحة أو تعزيزها في فئة مستهدفة، بشأن مشكلة محددة وفي إطار فترة زمنية محددة مسبقاً، من خلال وسائل الاتصال ومبادئ" (٦٥).

وفي هذا الصدد، تناول استعراض منهجي جرى مؤخراً، وشمل خمس دراسات اضطلع بها في بلدان أفريقية، الآثار المترتبة على توفير التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ومواضيع متعلقة بالصحة للفتيات والنساء المتعاشيات مع هذا التشويه بصرف النظر عن نوعه (انظر الملحق الإلكتروني: جداول GRADE). وخلص الاستعراض إلى أن التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال لها على ما يبدو آثار إيجابية على الفتيات والنساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية وسائر أعضاء المجتمع المحلي من خلال تقليل ما يلي:

- استعداد النساء للتوصية بتشويه الأعضاء التناسلية لبناتهن؛
- خجل النساء من مناقشة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛
- عدد حالات تشويه الأعضاء التناسلية في صفوف البنات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٥ و ١٠ سنوات، وذلك بعد مرور سنتين على حضور النساء والرجال دورات تثقيفية.

وقد استبان هذا الاستعراض المنهجي عدداً من التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال التي اضطلع بها داخل مجتمعات محلية يشهد فيها انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية مثل:

- الوحدات التثقيفية النمطية التشاركية التي تتناول صحة المرأة والنظافة الأساسية وحل المشاكل وقضايا حقوق الإنسان (٧٠-٦٧)؛
- الدعوة المحددة الهدف لمكافحة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (٦١، ٦٢)؛
- الحملات الإعلامية لحفز الحوار بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والآثار الضارة المرتبطة به والترويج لهذا الحوار (٦٢، ٧١)؛
- المبادرات المجتمعية لحشد المجموعات من أجل صياغة إعلانات عمومية مناهضة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (٦٨).

بيد أنه لوحظ أن برامج تمكين النساء، وخاصة المراهقات والشابات، عن طريق تشجيعهن على اكتساب المعارف عن أجسامهن وممارسة حقوقهن، مازالت نادرة للغاية (٧٢). وطبقاً لتقديرات الأمم المتحدة، تفتقر الغالبية العظمى من المراهقين والشباب إلى إمكانية الحصول على المعلومات والتثقيف بشأن أجسامهم وبشأن العواقب السلبية المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (٧٣).

وبالتالي اتفق الفريق، مدعوماً بالبيّنات وبحقيقة أن توفير التثقيف والمعلومات للفتيات والنساء يتفق مع حقوق الإنسان والقواعد والمعايير الدولية وبشكلٍ تدبيراً مهماً للحد من جوانب عدم المساواة، على أنه ينبغي تشجيع هذا النوع من التدخلات التثقيفية ومواصلة تطويره في البلدان التي يمارس فيها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أو يوجد فيها. ولاحظ الفريق أنه على الرغم من عدم إمكانية التوصية بتدخلات محدّدة حالياً، بسبب قلة البيّنات، ينبغي أن يكون ذلك أولوية مهمّة في مجال البحوث.

بيد أن الفريق أكّد على أهمية ضمان أن يكون محتوى التدخلات المعنية بالمعلومات والتثقيف والاتصال مناسباً من أجل تلافي الآثار الضارة غير المقصودة، مثل إعادة الإحساس بالرضح، ولاسيما بين الفتيات والنساء اللاتي شُخص لديهن اضطراب الإجهاد العصبي التالي للصدمات.

وبالتالي ينبغي للتدخلات التثقيفية أن تكون:

- معزّزة بالمعلومات ودقيقة علمياً
- غير مجحفة
- غير حكمية
- متسمة بالحساسية والاحترام
- غير قائمة على الأفكار النمطية
- مستندة إلى قدرات المراهقين المتطوّرة (عندما تستهدف هذه المجموعة).

ملاحظات سياساتية وبرنامجية

لاحظ الفريق أن برامج المعلومات والتثقيف والاتصال الجيدة التصميم والفعالة يُمكن أن تكون كثيفة الاستهلاك للموارد، وذلك أساساً بسبب ما يلزم لتنفيذها من موارد بشرية والوقت اللازم لتبديل المعارف بفاعلية. وعلى الرغم من أن هذه التكاليف ذات الصلة تتفاوت تبعاً لطبيعة التدخل، ينبغي التماس طرق لخفض النفقات خلال تصميم مثل هذه البرامج. وقد يتراوح ذلك بين تكييف برامج قائمة للسياقات المحلية واستخدام الابتكارات، بما في ذلك استراتيجيات الصحة الرقمية، على سبيل المثال.

البيان ٥ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي توفير المعلومات والتثقيف الصحي بشأن إزالة التبتيك للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث



التثقيف الصحي هو توفير معلومات دقيقة وصحيحة بحيث يصير الشخص على علم بموضوع ما ويتخذ خيارات مستنيرة بشأنه (٧٤). وفي حالة إزالة التبتيك بين الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث، يهدف التثقيف الصحي إلى توفير معلومات علمية غير قسرية لمساعدة هؤلاء الفتيات والنساء على فهم الإجراء الجراحي وفوائده وأيضاً ما يرتبط به من مضاعفات مُمكنة.

وينبغي للتثقيف الصحي بشأن إزالة التبتيك أن يتضمن ما يلي:

- وصف للإجراء الجراحي؛
- الفوائد الصحية لإزالة التبتيك؛
- الحصائل الجراحية الضارة الفورية والطويلة الأجل المُمكنة؛
- التغييرات التشريحية والفيزيولوجية التي قد تشهدها الفتيات والنساء بعد الإجراء؛
- معلومات عن الرعاية المناسبة بعد العملية؛
- معلومات عن العواقب الصحية لإعادة التبتيك، وفوائد عدم إعادة التبتيك.

وأكد الفريق أن توفير المعلومات والتثقيف الصحي بشأن إزالة التبتيك للنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية يُمكن أن يخدم غرضين. يتمثل الغرض الأول في ضمان مبدأ استقلال الزبون، الذي يعبر عنه من خلال اتخاذ قراراً مستتبياً بكامل حريته، وذلك موضوع أساسي في الأخلاقيات الطبية ومكرس في قانون حقوق الإنسان. ويقتضى احترام استقلالية اتخاذ القرار أن تكون أي مشورة أو نصيحة مقدّمة من العاملين الصحيين أو غيرهم من موظفي الدعم غير إلزامية، بما يسمح للأفراد باتخاذ القرارات الأفضل لهم (٦٣).

وثانياً، يُمكن أن يؤدي توفير المعلومات للفتيات والنساء بشأن الآثار الصحية لإزالة التبتيك وأيضاً عواقب إعادة التبتيك إلى الإسهام في تقليل الطلب على إعادة التبتيك، وهي إجراء يتزايد حظره في عدّة بلدان. وقد دُعم ذلك بالبيانات المتاحة المستمدة من استعراض منهجي لأثر إساءة المشورة قبل إزالة التبتيك على إرضاء الزبائن ومعدل طلبات إعادة التبتيك من النساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث (٧٥) (انظر الملحق الإلكتروني: جداول GRADE). وكانت الدراسة الوحيدة المستوفية لمعايير إدراج الدراسات ملخصاً مستمداً من دراسة استطلاعية مقترنة بحالات ضابطة (٧٦). وقد أفادت هذه الدراسة بانخفاض معدلات طلب إعادة التبتيك بعد الولادة من النساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث ممن تلقين المشورة أثناء الحمل قبل إزالة التبتيك، وإن كان لا يُعتمد بهذه النتائج إحصائياً (بيانات ذات جودة منخفضة جداً).

ملاحظات سياسية وبرنامجية

تشير البيانات النوعية المتاحة إلى حقيقة أن النساء قد يؤخرن التماس الرعاية وقد يخجلن من مناقشة المشاكل المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية علانية وأن ذلك يمثل عائقاً ممكناً مهماً أمام التدخلات (٧٧). ومن ثم، أكد الفريق على أهمية وضع استراتيجيات للتواصل مع هذه المجموعة السكانية، بالإضافة إلى تصميم برامج للتثقيف الصحي متوفرة بسهولة في بيئة ترحيبية.

البيان ٦ بشأن أفضل الممارسات: تقع على عاتق مقدمي الرعاية الصحية مسؤولية نقل المعلومات بدقة ووضوح باستخدام لغة وأساليب يُمكن للزبائن فهمها بسهولة



يحق للأفراد الحصول على معلومات كاملة من عاملين مدربين على النحو المناسب (٦٣). وهذا يعني أن مقدمي الرعاية الصحية مسؤولون عن نقل المعلومات بدقة ووضوح باستخدام لغة وأساليب يُمكن للزبائن فهمها بسهولة (على سبيل المثال، بمساعدة مترجم شفوي عند الضرورة) إلى جانب إساءة المشورة السليمة وغير القسرية، من أجل تيسير اتخاذ القرارات المستتبيرة بحرية كاملة (٧٨).

البيان ٧ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي توفير المعلومات المتعلقة بمختلف أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وما يرتبط بها من مخاطر صحية فورية وطويلة الأجل لمقدمي الرعاية الصحية الذين يوفرّون الرعاية للفتيات والنساء والمتعايشات مع هذا التشويه



يقتضى توفير الرعاية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية وجود مقدمي رعاية صحية على معرفة بالموضوع ومدربين جيداً على استبانة الفتيات والنساء اللاتي قد يعانين من مجموعة متنوعة من المضاعفات الصحية الناجمة عن مختلف أنواع هذا التشويه، أو علاجهن أو إحالتهم. وعلى الرغم من أن هذا الشرط بديهي فإنه لا يُستوفى في حالات عديدة، حسبما يتبين من البيانات النوعية المتاحة التي ناقشها الفريق.

وقد أبرزت بيانات مستمدة من دراسة عن المعارف والمواقف والممارسات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية اضطُلع بها بين القابلات الفلمنديات (٧٩) واستعراض منهجي للسياق والظروف المحيطة بالتدخلات المعنية بالمعلومات الصحية، الضائقة الانفعالية التي يعاني منها مهنيو الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية للنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية، وذلك أساساً بسبب افتقار مقدمي الرعاية إلى التدريب والمهارات اللازمة لإدارة الرعاية المقدمة لهؤلاء الفتيات والنساء (٨٠). وذكر مقدمو الرعاية أيضاً شعورهم بتدني كفاءتهم فيما يتعلق

بالتصرف إزاء المناقشات التي تجري مع النساء بشأن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وأشاروا صراحةً إلى احتياجهم إلى المزيد من المعلومات عن هذا الموضوع. ومن ثم، تفيد نساء بمرورهن بتجارب كان التواصل فيها سيئاً مع العاملين الصحيين، وهو أمر يفاقمه شعورهن الذاتي بالخجل لدى مناقشة هذا التشويه. وعلى ذلك، تشير هذه الدراسات إلى أن مقدمي الرعاية والزبائن على السواء في حاجة إلى تدخلات معنية بالمعلومات وأن توفير المعارف قد يتيح فوائد متبادلة لكلتا الفئتين.

وإضافة إلى ذلك، ناقش الفريق البيانات المتاحة المستمدة من استعراض منهجي تناول آثار توفير المعلومات عن عواقب تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية لمقدمي الرعاية الصحية للفتيات والنساء المتعايشات مع هذا التشويه (١١) (انظر الملحق الإلكتروني: جداول GRADE). وكانت الدراسة الوحيدة التي أمكن إدراجها دراسة سابقة ولاحقة مقترنة بحالات ضابطة جرت في مالي وكشفت النقاب عن حدوث تحسينات يُعتد بها إحصائياً في قدرة مقدمي الرعاية على تسمية أي نوع من أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بعد حضور دورات تدريبية شملت توفير المعلومات عن التشريح الأنثوي وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ومدى انتشار هذا التشويه في مالي ومناطق أخرى (١٢). ولوحظ اتجاه إيجابي فيما يتعلق بآثار التدريب على معارف مقدمي الرعاية الصحية عن المخاطر الفورية والطويلة الأجل لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وإن كان لا يُعتد بهذه النتائج إحصائياً (بيانات ذات جودة منخفضة جداً).

وخلص الفريق إلى أن تحسين قدرات مقدمي الرعاية الصحية على استبانة مختلف أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتسجيلها على النحو الصحيح، بالإضافة إلى استبانة المضاعفات الصحية المرتبطة بها على النحو المناسب، يشكل خطوة أساسية نحو تحسين جودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى تحقيق الفائدة الإضافية المتمثلة في تعزيز القدرة على رصد تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

ملاحظات سياسية وبرنامجية

أكد الفريق أنه ينبغي إيلاء الأولوية للبرامج المنتظمة والجارية المعنية ببناء القدرات التي تستهدف العاملين الصحيين، على السواء في البلدان التي يشتد فيها انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والبلدان التي تعيش فيها مجموعات سكانية مهاجرة متأثرة بهذا التشويه. ولكن لسوء الحظ، ورغم بعض الأمثلة المشجعة في بعض البلدان الأفريقية (١٣، ١٤)، نادراً ما يجري تناول تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية بالتفصيل في مناهج تدريب الممرضات والقابلات والأطباء وغيرهم من مهنيي الرعاية الصحية. واقترح الفريق أنه يُمكن استخدام هذا البيان بشأن أفضل الممارسات كحجر الزاوية في وضع مقررات أساسية على السواء للتدريب الأكاديمي والتدريب أثناء الخدمة من أجل محاولة سدّ الثغرات في التعليم المهني.

وأخيراً، بغية خفض التكاليف الممكنة المرتبطة بالتدخل شجّع الفريق، كما بالنسبة للبيان ٤ بشأن أفضل الممارسات، النظر في تكيف البرامج القائمة تبعاً للسياقات المحلية واستخدام الابتكارات الناشئة، بما في ذلك استراتيجيات الصحة الرقمية، على سبيل المثال.

البيان ٨ بشأن أفضل الممارسات: ينبغي للمعلومات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية المقدمة إلى العاملين الصحيين أن تتضمن بوضوح رسالة مؤداها أن إضفاء الصفة الطبية غير مقبول



أعرب الفريق عن القلق إزاء احتمال أن يكون إضفاء الصفة الطبية على نحو متزايد أثراً غير مقصود لتوفير المعلومات عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية للعاملين الصحيين. وبغية تلافي ذلك، ينبغي لجميع المعلومات التي يجري توفيرها أن:

- تتصدى تحديداً لإضفاء الصفة الطبية ومخاطره؛
- تتضمن محتوى دقيقاً علمياً ومستنداً إلى البيانات؛
- تستهدف أيضاً العاملين غير الطبيين، الذين يوظفون في سياقات معينة ببعض مهام الرعاية الصحية؛
- تُقدّم باللغات المحلية (أي بترجمات صحيحة) من أجل ضمان فهمها بما فيه الكفاية.

الآثار بالنسبة للبحوث

هناك حاجة إلى المزيد من التقييم الصارم للتدخلات المعنية بالتدريب والتنقيف التي تستهدف الزبائن ومقدمي الرعاية.

فعلى سبيل المثال، في حين توجد عدّة تدخلات مجتمعية واعدة معنية بالمعلومات والتنقيف والاتصال تستهدف تحسين المعارف وتغيير القواعد والحدّ من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، أدّى الافتقار إلى تقييمات صارمة لفعالية هذه التدخلات ومقبوليّتها وقابليّتها للاستدامة إلى ثغرة معرفية. وثمة حاجة إلى بيانات بشأن ما إذا كان برنامج أو نهج معيّن قد حقق حصائله المقصودة قبل التوصية به أو التوسع في تطبيقه. وبشكل إدماج مكوّن تقييمي في البرامج القائمة و/أو اختبار التدخلات المجتمعية من خلال تصاميم بحثية تجريبية أو شبه تجريبية خطوة مهمة في تصميم البرامج المعنية بالمعلومات والتنقيف والاتصال المستندة إلى البيانات الرامية إلى الحدّ من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في المجتمعات المحلية التي يشتد فيها انتشار هذه الممارسة.

وإضافة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى تقييمات أكثر صرامة لكيفية تأثير التدخلات المعنية بالتنقيف التي تستهدف مقدمي الرعاية الصحية على تجارب الفتيات والنساء وتفاعلهم مع مقدمي الرعاية. ويُمكن القيام بذلك عن طريق تقييم مدى رضا الزبائن من خلال إجراء تقييم أو عن طريق تصاميم بحثية تجريبية بدرجة أكبر تُقارَن فيها حصائل الزبائن الذين تلقوا العلاج على يد مقدمي رعاية تلقوا تدريباً متخصصاً بحصائل من تلقوا العلاج من مقدمي رعاية لم يتلقوا مثل هذا التدريب.

ويمثّل التنقيف الصحي المحيط بالتدخل الجراحي مكوّنًا ضروريًا في الرعاية المستتيرة، بيد أن البيانات عن حصائل دورات التنقيف الصحي هذه حاسمة الأهمية بالنسبة لتحسين محتوى تدخلات التنقيف الصحي وتنفيذه بالنسبة للزبائن. وعلى وجه الخصوص، استبان الفريق حصيلتين رئيسيتين باعتبارهما من الأولويات في مجال البحوث – وهما رضا الزبائن ومعدل طلبات إعادة التثبيت. وتشمل قياسات الحصائل الإضافية التي يُمكن استكشافها أثر تدخلات التنقيف الصحي على معارف النساء بشأن التشريح والآثار الصحية لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والفوائد الصحية لإزالة التثبيت. وثمة حاجة أيضاً إلى بيانات بشأن الطريقة التي يُمكن بها لمشاركة شريك المرأة في عملية التنقيف الصحي أن تؤثر على رضا النساء عن الخدمات، وعلى معدّل طلبهن لإعادة التثبيت.

٣-٣ تدخلات لم تصدر بشأنها توصيات

بالإضافة إلى المواضيع التي تناولتها التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات التي صدرت وأدرجت في هذه المبادئ التوجيهية، ناقش الفريق نتائج استعراضين منهجيين إضافيين خلال اجتماعات وضع المبادئ التوجيهية. وقد تناول هذان الاستعراضان آثار التدخلات الجراحية وغير الجراحية بالنسبة لعلاج الألم الفرجي والألم البظري، ومأمونية استئناء البظر ونجاعتها في صفوف الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية.

وبالنظر إلى الافتقار إلى البيانات (في حالة تدخلات علاج الألم الفرجي والألم البظري) وإلى الشواغل المتعلقة بالمأمونية (في حالة استئناء البظر)، قرر الفريق عدم إصدار أي توصيات بشأن هذه التدخلات في الوقت الراهن وشجّع بقوة على مواصلة البحوث في هذه المجالات.

ومع ذلك، تسليمًا بالأهمية السريرية للألم الفرجي والألم البظري، والاهتمام المتزايد باستئناء البظر كاستراتيجية لاستعادة اللذة الجنسية والهوية الأنثوية، وتزايد الإعلان عن ذلك، رأى الفريق أن من المناسب لمقتضى الحال إدراج مناقشة مقتضبة لكلا هذين الموضوعين في هذه المبادئ التوجيهية، حسبما يرد في هذا الفرع.

٣-٣-١ ما هي البدائل العلاجية للألم الفرجي والألم البظري لدى الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية من أي نوع؟

فُذِم استعراض منهجي بحث آثار التدخلات العلاجية وغير العلاجية في معالجة الألم الفرجي والألم البظري لدى الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من أجل إثراء المناقشة بالمعلومات. ولم يجد المؤلفون أي دراسات تقي بمعايير إدراج الدراسات وبالتالي لم تُنَح بيانات مباشرة.

وبالنظر إلى الافتقار حالياً إلى بيانات مباشرة بشأن هذا الموضوع، اتفق الفريق على أنه ينبغي التخفيف من الألم الفرجي والألم البظري استناداً إلى الحكم السريري وأفضليات الزبائن. وتشمل بعض البدائل العلاجية ما يلي:

- استخدام المزلقات القابلة للذوبان في الماء خلال الجماع
- تخفيف الضغط على المنطقة الفرجية (أي تجنب أنشطة من قبيل ركوب الدراجات)
- التخدير الموضعي (على سبيل المثال هلامه الليدوكين).

على الأقل في أعراض الألم الفرجي المزمن والألم البظري بين النساء بعد سنة من المتابعة (١٧).

وأبلغت ثلاث دراسات عن معدلات تراوحت بين ٣,٥٪ و ٢٣,٦٪ لحدوث المضاعفات (١٨-١٦). وقد شملت هذه المضاعفات العودة إلى دخول المرفق بعد العملية بمعدلات تصل إلى ٥,٣٪ وإعادة العملية بمعدلات تتراوح بين ٣,٧٪ و ٤,٢٪. وأبلغت دراسة واحدة عن انخفاض الاستجابة البظرية لدى ١٢ من أصل ٥٣ امرأة كنَّ يحسِّنَ بهزة الجماع بانتظام قبل العملية (١٧).

وتبيّن البيّنات المتاحة أن جراحة استئناء البظر قد تحسّن الألم البظري المزمن وكذلك أعراض الألم الفرجي بين النساء اللاتي تعرضن لاستئصال النسيج البظري أو لتلفه بسبب تشويه الأعضاء التناسلية. وفي حين قد تبدو هذه النتائج واعدة، أعرب الفريق عن قدر كبير من القلق إزاء أوجه القصور المنهجية للدراسات المُدرّجة، وخاصة النسبة الكبيرة أو غير المعروفة من النساء التي لا تجري متابعتهن حتى نهاية الدراسة واستخدام تصنيفات لم يُتحقق من صحتها لقياس الوظيفة البظرية، بالإضافة إلى معدلات المضاعفات المبلغ عنها المرتفعة بدرجة غير مقبولة. وأعرب الفريق عن القلق أيضاً بشأن إمكانية حدوث المزيد من الضرر للهياكل المجاورة، مثل الإحليل والحزمة العصبية العوائية البظرية، مع ما يترتب على ذلك من تدهور في الوظيفة البظرية كما جرى الإبلاغ في اثنتين من الدراسات المُدرّجة.

وعلاوة على ذلك، حذّر الفريق من أن اعتماد استئناء البظر في غياب بيّنات قاطعة على حدوث فائدة منه يُمكن أن يؤدي إلى استغلال توقعات لا يُمكن أن تتحقق بالنسبة للعديد من النساء المتعاشيات مع عواقب هذه الممارسة الضارة، واللّائي تزايد اهتمامهن بالإجراء في السنوات الأخيرة باعتباره وسيلة محتملة لتحسين رفاههن الجنسي. وقد لوحظ أيضاً أنه ليس بالإمكان تنفيذ توصية لصالح هذا الإجراء على نحو منصف لأن الإجراء غير متاح حتى الآن في غالبية البلدان التي يشتد فيها انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

وإضافة إلى ذلك، أكّد الفريق أن عدّة أحداث ضارة ممكّنة ترتبط بالتدخلات الجراحية (أي الألم والتندب الإضافي والنزف) وأفاد بأنه ما لم يُستَبَن سبب مباشر واضح للألم (على سبيل المثال نسيج ندبي أو ورم عصبي بظري أو خُراج أو كيسة)، ينبغي تجنب الإجراءات الجراحية.

وفي حالة النساء المتعاشيات مع تشويه الأعضاء التناسلية دون أعراض اللّائي يطلبن الجراحة، أعرب الفريق عن تحفظات قوية بشأن إجراء أي نوع من التدخل الجراحي واتفق على أنه في الحالات التي تُجرى فيها التدخلات استناداً إلى الحكم السريري ينبغي استهلال التدبير العلاجي لهذه الحالات دائماً بأقل الإجراءات المتاحة اقتحامية.

٣-٣-٢ ما هو دور استئناء البظر؟

ناقش الفريق البيّنات المتاحة من استعراض منهجي تناول مأمونية استئناء البظر ونجاعته في صفوف النساء اللّائي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية (٥٧).

وقد صُنِّفَت البيّنات المتعلقة بجميع الحاصلات المُقاسة باعتبارها ذات جودة منخفضة جداً؛ وانطوت جميع الدراسات على مخاطر انحياز ذات شأن بسبب طريقة اختيار المشاركين وعدم متابعة نسبة كبيرة منهم حتى نهاية الدراسة واستخدام تصنيفات لم يُتحقق من صحتها لتقييم الوظيفة البظرية (انظر الملحق الإلكتروني: جداول GRADE).

وقد أبلغت دراسة واحدة مقترنة بحالات ضابطة اضطُلع بها في مصر عن تحسن الوظيفة الجنسية بعد ستة أشهر من الجراحة (١٥)، في حين وصفت ثلاث دراسات جماعية استطلاعية إضافية جرت في فرنسا وبوركينا فاسو تحسناً طفيفاً أو حقيقياً في اللذة البظرية بعد العملية (١٨-١٦). ولم تستخدم أي من الدراسات المذكورة أعلاه تصنيفات جرى التحقق من صحتها لقياس الحاصلات الموصوفة. وبيّنت دراسة واحدة تحسناً ضئيلاً

٤- النشر والتنفيذ

هذه المبادئ التوجيهية. وأخيراً، سوف توضع، استناداً إلى التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية، مجموعة من الأدوات العملية - بما في ذلك كتيب سريري ومعينات وظيفية ومقرّر تدريبي لمقدمي الرعاية الصحية وأدوات لتعزيز السياسات الصحية والنظم الصحية.

٤-٢ تنفيذ المبادئ التوجيهية

يعتمد الأخذ بنجاح في البرامج الوطنية وخدمات الرعاية الصحية بسياسات مستندة إلى البيانات بشأن التدخلات التي تستهدف تحسين الحاصلات الصحية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية على عمليات تكييف وتنفيذ مخططة جيداً وتشاركية ومدفوعة بتوافق الآراء. وقد تشمل هذه العمليات وضع مبادئ توجيهية وطنية جديدة أو تكييف مبادئ توجيهية وطنية قائمة أو بروتوكولات باستخدام المبادئ التوجيهية للمنظمة هذه كمرجع.

وينبغي تكييف التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية في وثائق مناسبة للسياق المحلي يُمكن أن تقي باحتياجات كل بلد وخدماته الصحية، مع أخذ الموارد البشرية والمالية المتوافرة في الحسبان في الوقت نفسه؛ وينبغي لذلك أن يشمل السياسات الوطنية وكذلك التوجيهات السريية المحلية. وفي هذا السياق، يُمكن قصر التعديلات على التوصيات المشروطة، كما ينبغي صياغة تبرير أي تغييرات بطريقة صريحة وشفافة.

ويتمثل أحد الشروط المسبقة المهمة لتنفيذ التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه الوثيقة في إيجاد بيئة تمكينية لاستخدامها (أي توفير المستلزمات الطبية ومنطقة خاصة للتحدث مع الزبائن لدى توفير الدعم النفسي)، بالاقتران مع التدريب الكافي لممارسي الرعاية الصحية ومديرها من أجل التمكين من استخدام الممارسات المستندة إلى البيانات. وفي هذه العملية، تضطلع الجمعيات المهنية المحلية أيضاً بدور مهم، وينبغي التشجيع على أن تكون العملية شاملة وتشاركية.

يمثل نشر هذه المبادئ التوجيهية وتنفيذها خطوتين حاسمتي الأهمية في سبيل تحسين جودة الرعاية الصحية والحاصلات الصحية للفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية. وقد اعتمدت إدارة الصحة الإنجابية وبحوثها في المنظمة إطاراً رسمياً لتحويل "المعارف إلى إجراءات" من أجل نشر المبادئ التوجيهية واعتمادها وتنفيذها.^{١٠} وبالإضافة إلى هذا الإطار، سوف تؤدي الإجراءات الموصوفة في هذا الفرع إلى تنفيذ هذه العمليات بمزيد من اليسر.

٤-١ نشر المبادئ التوجيهية

سوف تُترجم التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية إلى اللغتين العربية والفرنسية وتُنشر بالتعاون مع شبكة واسعة من الشركاء الدوليين، بما في ذلك: مكاتب المنظمة القطرية والإقليمية؛ ووزارات الصحة؛ والمراكز المتعاونة مع المنظمة؛ والرابطات المهنية؛ ووكالات الأمم المتحدة الأخرى، وخاصة صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)؛ والمنظمات غير الحكومية. وسوف تُتاح أيضاً على الموقع الشبكي للمنظمة^{١١} وفي مكتبة المنظمة للصحة الإنجابية.^{١٢} وإضافة إلى ذلك، سيوضع ويُنشر من خلال مكاتب المنظمة القطرية وشركاء كل منها موجز يستهدف الأطباء السريريين ومجموعة عريضة من راسمي السياسات ومديري البرامج ويركز بشكل خاص على البلدان التي يشتد فيها انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

وسوف تُنشر في مجلة خاضعة لاستعراض النظراء سلسلة من الاستعراضات المنهجية الناجمة عن عملية تحديد النطاق التي جرت على سبيل التحضير لوضع

١٠ يتاح المزيد من المعلومات عن إطار تحويل "المعارف إلى إجراءات" في الموقع:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/greatproject_KTAframework/en/.

١١ سوف تُتاح هذه المبادئ التوجيهية، بما في ذلك جميع النسخ الصادرة بلغات مختلفة والملاحق الشبكية، في الموقع:

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>.

١٢ تُتاح مكتبة الصحة الإنجابية في الموقع:

<http://apps.who.int/rhl/en/>

٣-٤ رصد أثر المبادئ التوجيهية وتقييمه

في الأحوال المثالية، ينبغي رصد تنفيذ التوصيات والبيانات بشأن أفضل الممارسات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية على مستوى مرفق الرعاية الصحية. ويمكن استخدام سلسلة زمنية منقطة من المراجعات السريرية أو مراجعات سريرية مستندة إلى المعايير للحصول على بيانات متعلقة بالتغيرات التي تطرأ على الرعاية المقدمة للفتيات والنساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات صحية ناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية. ويحتاج الأمر إلى معايير استعراض ومؤشرات رصد وتقييم معرفة بوضوح يمكن ربطها بأهداف متفق عليها محلياً. وينبغي مراعاة قابلية القياس والجدوى لدى إجراء الاختيار النهائي للمؤشرات في كل سياق بلداني. وتشمل القائمة التالية عدة مؤشرات مقترحة:

- عدد البلدان التي تضع مبادئ توجيهية للرعاية الأولية بشأن التدبير العلاجي للمضاعفات الصحية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، والتغيرات التي تطرأ على المبادئ التوجيهية الوطنية والمعنية بالرعاية الصحية بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية للمنظمة؛

- نسبة مقدمي الرعاية الصحية المدربين على ما يلي:

- تحديد مختلف أنواع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

- معرفة مدى انتشار الإجراء ومخاطره الصحية

- الوقاية من مضاعفات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتدبيرها العلاجي؛

- نسبة مرافق الرعاية الصحية التي أجرت تقييماً على نطاق المؤسسة لجميع السياسات والبروتوكولات والممارسات التي تؤثر على الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية، بما في ذلك مسارات الإحالة المناسبة والموارد البشرية وتدريب العاملين الصحيين وتوافر السياسات والبروتوكولات المدونة التي جرى توزيعها من أجل الحد من إضفاء الصفة الطبية على الممارسة والوقاية من المضاعفات وعلاجها بين الفتيات والنساء اللاتي يتعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية؛

- نسبة النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث اللاتي خضعن لإزالة التبتيك قبل الولادة أو خلالها؛
- نسبة النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث اللاتي طلبن إعادة التبتيك بعد أن خضعن لإزالة التبتيك لتيسير الولادة؛
- نسبة مقدمي الرعاية الصحية الذين يضطلعون بتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية من أي نوع، بما في ذلك إعادة التبتيك؛
- نسبة النساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية اللاتي قُدمت لهن معلومات عن المخاطر الصحية المرتبطة بهذه الممارسة؛
- عدد كليات الطب والمهن الطبية المساعدة التي تنفذ تدريباً في مجال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في المرحلة الجامعية ومرحلة الدراسات العليا، بما في ذلك تحديد أنواع هذا التشويه والمخاطر الصحية المرتبطة به والوقاية من المضاعفات الصحية الناجمة عنه وعلاجها والمخاطر المرتبطة بإضفاء الصفة الطبية على هذه الممارسة.

٤-٤ تحديث المبادئ التوجيهية

سوف تُحدَّث هذه المبادئ التوجيهية عقب استبانة بيانات جديدة تشير إلى ضرورة تغيير توصية أو أكثر. وبالنظر إلى أن بيانات جميع التوصيات كانت إما منخفضة الجودة أو لا وجود لها، قد يحتاج الأمر إلى إصدار توصيات جديدة أو تغيير توصيات منشورة قبل نهاية فترة السنوات الخمس المعتادة. وسوف يواصل فريق المنظمة التوجيهي متابعة تطورات البحوث في مجال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وخاصة في المجالات المستبانة باعتبارها ذات أولوية بالنسبة للبحوث خلال استرجاع البيانات ودراستها من أجل هذه المبادئ التوجيهية.

وترحب المنظمة بالاقتراحات المتعلقة بإدراج مواضيع إضافية في المبادئ التوجيهية المحدثة. وفي هذا الصدد، يرجى إرسال اقتراحاتكم بالبريد الإلكتروني إلى: rhr_monitoring_eval@who.int

٥- المراجع

- ١- مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واللجنة الاقتصادية لأفريقيا ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة ومنظمة الصحة العالمية. التلخيص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: بيان مشترك بين الوكالات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٨
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596447_ara.pdf، تم الاطلاع في ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠١٦
2. Female genital mutilation/cutting: a global concern. Geneva: UNICEF; 2016 (<http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-a-global-concern.html>, accessed 26 April 2016).
3. Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A. Female genital cutting in the demographic and health surveys: a critical and comparative analysis. DHS Comparative Reports No. 7. Calverton (MD): ORC Macro; 2004.
4. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: United Nations Children's Fund; 2013 (<http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-a-statistical-overview-and-exploration-of-the-dynamics-of-change.html>, accessed 26 April 2016).
5. Ali AA. Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan. Reprod Health. 2012;9:23.
6. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2014;4(11):e006316.
7. Kimani S. A synthesis of the evidence: health impacts of female genital mutilation/cutting. Nairobi: Africa Coordinating Center for the Abandonment of FGM/C; 2015.
8. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(6):1137-49.
9. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006;367(9525):1835-41. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3.
10. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. Obstet Gynecol Int. 2014;54:2859. doi:10.1155/2014/542859.
11. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret nr 13-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
12. Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipsheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. Ethn Health. 2012;17(6):677-95.
13. Fried ST, Banerjee J, Kowalchuk J, Chiliza J. Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: interventions and impact. 2015 (in preparation).
- ١٤- القرار ١٤٦/٦٧. تكثيف الجهود العالمية من أجل القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث. دورة الجمعية العامة السابعة والستون، ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢. نيويورك: الأمم المتحدة؛ ٢٠١٣
http://www.un.org/en/ga/search/view_.asp?symbol=A/RES/67/146، تم الاطلاع في ٢٣ شباط/ فبراير ٢٠١٦.
- ١٥- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. اعتمد وفتح باب التوقيع عليه وتصديقه والانضمام إليه بموجب قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (الدورة الحادية والعشرون) المؤرخ ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦، ودخل حيز النفاذ في ٣ كانون الثاني/يناير ١٩٧٦ وفقاً للمادة ٢٧
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>، تم الاطلاع في ٢٣ شباط/ فبراير ٢٠١٦

- ١٦- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. نيويورك: الأمم المتحدة؛ ١٩٤٨.
- ١٧- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. نيويورك: الأمم المتحدة؛ ١٩٦٦.
- ١٨- اتفاقية حقوق الطفل. قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤ المؤرخ ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩. نيويورك: الأمم المتحدة؛ ١٩٨٩ (دخلت حيز النفاذ في ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠).
- ٢١- صندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد والمجلس الدولي للممرضين والممرضات والمنظمة الدولية للهجرة ورابطة الطبيبات الدولية والاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي والجمعية الطبية العالمية. الاستراتيجية العالمية لمنع مقدمي الرعاية الصحية من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٠.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70264/1/WHO_RHR_10.9_eng.pdf
في ٢٦ نيسان/أبريل ٢٠١٦
22. Toubia NF, Sharief EH. Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obstet*. 2003;82(3):251–61.
23. The girl child: report of the Secretary-General. New York (NY): United Nations General Assembly; 2009 (A/64/315; <http://www.refworld.org/docid/4ac9ac552.html>, accessed 29 April 2016).
24. Shaw D, Lefebvre G, Bouchard C, Shapiro J, Blake J, Allen L et al. Female genital cosmetic surgery. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013; 35(12):1108–14.
25. Purchase TC, Lamoudi M, Colman S, Allen S, Latthe P, Jolly K. A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):858–61.
26. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 26 April 2016).
27. Okusanya BO, Oduwale OA, Nwachukwu NS, Meremikwu M. Deinfibulation for treating or preventing complications of type III female genital mutilation (in preparation). 2015.
28. Raouf SA, Ball T, Hughes A, Holder R, Papaioannou S. Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;113(2):141–43.
29. Paliwal P, Ali S, Bradshaw S, Hughes A, Jolly K. Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: a retrospective audit. *Midwifery*. 2014;30(3):282–8.
30. Rouzi, AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *BJOG*. 2001;108(9):949–51.
31. Rouzi, AA, Al-Sibiani SA, Al-Mansouri NM, Al-Sinani NS, Al-Jahdali EA, Darhouse K. Defibulation during vaginal delivery for women with type III female genital mutilation. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):98–103.
32. Smith H. Surgical/medical Interventions for FGM: a review of qualitative evidence on context and conditions of implementation. 2015 (in preparation).
33. Ekpereonne E, Udo A, Okusanya BO, Agamse D, Meremikwu M. Antepartum or intrapartum deinfibulation for childbirth in women with type III female genital mutilation. 2015 (in preparation).
34. Essen B, Sjoberg NO, Gudmundsson S, Ostergren PO, Lindqvist PG, Gudmundsson S. No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *Eur J Obstet, Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(2):182–5.
35. Albert J, Bailey E, Duaso M. Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? *Br J Midwif*. 2015;23(6):430–7.
36. Effa E, Ojo O, Ihesie A, Meremikwu M. Deinfibulation for treating urologic complications of type III female genital mutilation. 2015 (in preparation).
37. Baasher T. Psychological aspects of female circumcision in traditional practice affecting the health of woman. Report of a seminar. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 1979.

38. Whitehorn J, Ayonrinde O, Maingay S. Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sex Relation Ther.* 2002;17(2):161–70. doi:10.1080/14681990220121275.
39. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):1000–2.
40. Applebaum J, Cohen H, Matar M, Rabia YA, Kaplan Z. Symptoms of posttraumatic stress disorder after ritual female genital surgery among bedouin in Israel: myth or reality? *Primary Care Companion to J Clin Psychiatry.* 2008;10(6):453–6.
41. Kilizhan JI. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *Eur J Psychiatry.* 2011;25:92–100.
- ٤٢- تقييم الحالات المرتبطة بالضغط النفسي تحديداً ومعالجتها: وحدة دليل التدخل لبرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية (النسخة ١,٠). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣ http://www.who.int/mental_health/emergencies/mhgap_module_management_stress/ar/، تم الاطلاع في ٤ نيسان/ أبريل (٢٠١٦).
43. Adelufosi A, Edet B, Arikpo D, Aquaisua E, Meremikwu M. Cognitive behavioral therapy (CBT) for post-traumatic stress disorder (PTSD), depression or anxiety disorders in women and girls living with FGM. 2015 (in preparation).
44. Bass JK, Annan J, Mclvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New Engl J Med.* 2013;368(23):2182-91. doi:10.1056/NEJMoa1211853.
45. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003388.
46. Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD009317.
- ٤٧- لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. التعليق العام رقم ١٤: الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسمية والعقلية (المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)، الدورة الثانية والعشرون. في: تقرير عن الدورات الثانية والعشرين والثالثة والعشرين والرابعة والعشرين. الملحق رقم ٢. نيويورك وجنيف: المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة؛ ٢٠٠١ <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/2001/e2001-22.pdf>، تم الاطلاع في ٤ نيسان/ أبريل (٢٠١٦).
48. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Steward SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD011565.
49. Dedert E, McDuffie JR, Swinkels C, Shaw R, Fulton J, Allen KD et al. Computerized cognitive behavioral therapy for adults with depressive or anxiety disorders. Evidence-based Synthesis Program. Washington (DC): United States Department of Veterans Affairs; 2013.
50. Smith H. Psychological interventions for FGM: a review of qualitative evidence on context and conditions of implementation. 2015 (in preparation).
51. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effect of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Pub Health.* 1982;72(2):141–51.
52. Rosenberger PH, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14(7):397–405.
- ٥٣- برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية: النهوض برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٨ (http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf)، تم الاطلاع في ٤ نيسان/ أبريل (٢٠١٦).
54. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf, accessed 26 April 2016).

55. Ogugbue M, Okomo U, Inyang E, Meremikwu M. Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with FGM. 2015 (in preparation).
56. Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Pol.* 2012;9(1):41–56.
57. Abdulkadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;129(2):93–7.
58. Woodsong C, Alleman P. Sexual pleasure, gender power and microbicide acceptability in Zimbabwe and Malawi. *AIDS Educ Prev.* 2008;20(2):171–87. doi:10.1521/aeap.2008.20.2.171.
59. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14(5):672–8.
60. Song H, Oh H, Kim H, Seo W. Effects of a sexual rehabilitation intervention program on stroke patients and their spouses. *NeuroRehabilitation.* 2011;28(2):143–50. doi:10.3233/NRE-2011-0642.
61. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2013;42(6):915–33. doi:10.1007/s10508-012-0062-0.
62. Kashani FL, Vaziri S, Akbari ME, Far ZJ, Far NS. Sexual skills, sexual satisfaction and body image in women with breast cancer. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;159:206–13.
- ٦٣- لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. التوصية العامة رقم ٢٤: المادة ١٢ من الاتفاقية: المرأة والصحة. اعتمدت خلال الدورة العشرين للجنة، الدورة الرابعة والخمسون للجمعية العامة، الملحق رقم ٣٨ (الفصل الأول). نيويورك: الأمم المتحدة؛ ١٩٩٩ (الوثيقة A/54/38/Rev.1)؛
http://www.refworld.org/docid/453882a73.html
تم الاطلاع في ٢٦ نيسان/ أبريل ٢٠١٦.
64. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf, accessed 26 April 2016).
65. Information, education and communication – lessons from the past; perspectives for the future. Geneva: World Health Organization; 2001.
66. Okoye I, Arikpo I, Nwadiaro R, Meremikwu M. Providing information to improve body image and care-seeking behaviour of women and girls living with female genital mutilation. 2015 (in preparation).
67. Babalola S, Brasington A, Agbasimalo A, Helland A, Nwanguma E, Onah N. Impact of a communication programme on female genital cutting in eastern Nigeria. *Trop Med Int Health.* 2006;11(10):1594–603.
68. Barsoum G, Rifaat N, El-Gibaly O, Elwan N, Forcier N. National efforts toward FGM-free villages in Egypt: the evidence of impact. A summary of the evaluation of The FGM-Free Village Project implemented by Egypt's National Council of Childhood and Motherhood. New York (NY): Population Council; 2011.
69. Diop NJ, Askew I. The effectiveness of a community-based education program on abandoning female genital mutilation/cutting in Senegal. *Stud Fam Plann.* 2009;40(4):307–18.
70. Ouoba D, Congo Z, Diop NJ, Melching M, Banza B, Guiella G, Baumbarten I. Experience from a community based education program in Burkina Faso: The Tostan Program. Washington (DC): Population Council; 2004.
71. Chege J, Igras S, Askew I, Mutesh J. Testing the effectiveness of integrating community-based approaches for encouraging abandonment of female genital cutting into CARE's reproductive health programs in Ethiopia and Kenya. Washington (DC): Frontiers in Reproductive Health, Population Council; 2004.

72. Realizing sexual and reproductive rights: a human rights framework. London: Amnesty International; 2012 (http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/act_350062012_english.pdf, accessed 27 April 2016).
73. Monitoring of population programmes, focusing on adolescents and youth. Report of the Secretary-General. Commission on Population and Development, Forty-fifth session, 23–27 April 2012. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2012 (E/CN.9/2012/5; http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/E.CN.9.2012-5_UNFPA-Population-programmes-report_Advance%20Unedited%20Copy.pdf, accessed 4 April 2016).
74. Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections: educating and counselling the patient. Geneva: World Health Organization; 2007.
75. Bello S, Ogugbue M, Chibuzor MT, Okomo U, Meremikwu M. Counselling for deinfibulation in women with type III female genital mutilation. 2015 (in preparation).
76. Wheeler ME, Burke M, Kramer T, Coddington C. Impact of antenatal counseling on management of patients with female circumcisions. *Obstet Gynecol*. 2005;105(4):76S.
77. Smith H. Counselling interventions for FGM: a review of qualitative evidence on context and conditions of implementation. 2015 (in preparation).
78. التعليق العام رقم ٢٢ (٢٠١٦) على الحق في الصحة الجنسية والإنجابية (المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية). جنيف: لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ ٢٠١٦ (E/C.12/GC/22).
79. Cappon S, L'Ecluse C, Clays E, Tency I, Leye E. Female genital mutilation: knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery*. 2015;31(3):e29–35.
80. Smith, H. Health Information Interventions for FGM a review of qualitative evidence on context and conditions of implementation. 2015 (in preparation).
81. Oringanje C, Okoro A, Nwankwo O, Meremikwu M. Providing information about the consequences of FGM to health care providers caring for women and girls living with FGM to improve provider attitude and client satisfaction. 2015 (in preparation).
82. Sangaré M, Tandia F, Touré KA, Diop NJ, Traoré F, Diallo H et al. Study of the effectiveness of training Malian social and health agents in female genital cutting issues and in educating their clients. Bamako: Republic of Mali; 1998 (http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/poster/frontiers/OR_TA/mal3_en.pdf, accessed 4 April 2016).
83. Kaplan A, Cham B, Nije LA, Seixas A, Blanco S, Utzet M. Female genital mutilation/cutting: the secret world of women as seen by men. *Obstet Gynecol Int*. 2013;643780.
84. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, Ceesay H. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Women's Health*. 2013;5:323-31. doi:10.2147/IJWH. S42064.
85. Thabet SMA, Thabet ASMA. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003;29(1):12–9.
86. Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94 cas [Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. About 94 cases]. *Ann Chir Plast Esth*. 2013;58(3):208–15 [in French]. doi:10.1016/j.anplas.2012.04.004

87. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. 2012;380(9837):134–41. doi:10.1016/S0140-6736(12)60400-0.

88. Foldès P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas [Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases]. *Gynécol Obstét Fertil*. 2006;34(12):1137–41 [in French].

الملحق ١: المعاهدات والوثائق التوافقية الدولية والإقليمية المعنية بحقوق الإنسان التي توفر الحماية من تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وتتضمن ضمانات لمكافحته

المعاهدات الدولية

اتفاقية حقوق الطفل، اعتُمدت في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩. قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤. الوثائق الرسمية للجمعية العامة للأمم المتحدة، الدورة الرابعة والأربعون، الملحق رقم ٤٩. وثيقة الأمم المتحدة A/44/49 (دخلت حيز النفاذ في ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠).

<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. التوصية العامة رقم ١٤، ١٩٩٠، ختان الإناث؛ والتوصية العامة رقم ١٩، ١٩٩٢، العنف ضد المرأة؛ والتوصية العامة رقم ٢٤، ١٩٩٩، المرأة والصحة.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm> .

لجنة حقوق الإنسان. التعليق العام رقم ٢٠، ١٩٩٢. حظر التعذيب والمعاملة أو العقوبة القاسية. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/TBGeneralComments.aspx> .

لجنة حقوق الإنسان. التعليق العام رقم ٢٨، ٢٠٠٠. المساواة في الحقوق بين الرجال والنساء. الوثيقة CCPR/C/21/rev.1/Add.10.

[http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b\)GeneralCommentNo28Theequalityofrightsbetweenmenandwomen\(article3\)\(2000\).aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b)GeneralCommentNo28Theequalityofrightsbetweenmenandwomen(article3)(2000).aspx) .

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. التعليق العام رقم ١٤، ٢٠٠٠. الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يُمكن بلوغه. وثيقة الأمم المتحدة E/C.12/2000/4.

<http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

لجنة حقوق الطفل. التعليق العام رقم ٤، ٢٠٠٣. صحة المراهقين ونموهم في إطار اتفاقية حقوق الطفل. الوثيقة CRC/GC/2003/4.

<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC4.pdf> .

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، اعتُمد في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨. قرار الجمعية العامة ٢١٧. وثيقة الأمم المتحدة A/810.

<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين، اعتُمدت في ٢٨ تموز/يوليو ١٩٥١ (دخلت حيز النفاذ في ٢٢ نيسان/أبريل ١٩٥٤)

<http://www.unhcr.org/pages/49da0e466.html>

البروتوكول الخاص بوضع اللاجئين، اعتُمد في ٣١ كانون الثاني/يناير ١٩٦٧ (دخل حيز النفاذ في ٤ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٦٧).

https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtidsg_no=V-5&chapter=5&lang=en

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، اعتُمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦ (دخل حيز النفاذ في ٢٣ آذار/مارس ١٩٧٦).

https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtidsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتُمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦ (دخل حيز النفاذ في ٣ كانون الثاني/يناير ١٩٧٦).

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، اعتُمدت في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٩ (دخلت حيز النفاذ في ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١).

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، اعتُمدت وفتح باب التوقيع عليها وتصديقها والانضمام إليها بموجب قرار الجمعية العامة ٤٦/٣٩ المؤرخ ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٤ (دخلت حيز النفاذ في ٢٦ حزيران/يونيو ١٩٨٧).

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

المعاهدات الإقليمية

الوثائق التوافقية

الجمعية العامة للأمم المتحدة، إعلان بشأن القضاء على العنف ضد المرأة، وثيقة الأمم المتحدة A/RES/48/104 (١٩٩٣).

<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، إعلان وخطة عمل فيينا، حزيران/ يونيو ١٩٩٣. وثيقة الأمم المتحدة DPI/ 1394-39399 (أب/ أغسطس ١٩٩٣).
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>

برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، مصر، ٥-١٣ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٤. وثيقة الأمم المتحدة A/CONF.171/13/Rev.1 (١٩٩٥)
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

إعلان ومنهاج عمل بيجين للمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين، الصين، ٤-١٥ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٥. وثيقة الأمم المتحدة A/CONF.177/20
<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>

إعلان اليونسكو العالمي بشأن التنوع الثقافي، اعتمد في ٢ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠١.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162e.pdf>

اتفاقية حماية وتعزيز تنوع أشكال التعبير الثقافي، اعتمدت في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٥ (دخلت حيز النفاذ في آذار/ مارس ٢٠٠٧).
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919e.pdf>

المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة وضع المرأة. قرار بشأن وضع حد لممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. آذار/ مارس ٢٠٠٧.

E/CN.6/2007/L.3/Rev.1.
http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/AC_resolutions/Final%20L2%20ending%20female%20genital%20mutilation%20-%20advance%20unedited.pdf

الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية، اعتمدت في ٤ تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٥٠ (دخلت حيز النفاذ في ٣ أيلول/ سبتمبر ١٩٥٣)
http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (دخلت حيز النفاذ في ١٨ تموز/ يوليو ١٩٧٨)
http://www.oas.org/dil/treaties_B-32_American_Convention_on_Human_Rights.htm

الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (ميثاق بنجول)، اعتمد في ٢٧ حزيران/ يونيو ١٩٨١. منظمة الوحدة الأفريقية. الوثيقة CAB/LEG/67/3/Rev.5 (١٩٨١)، أعيدت طباعته في الوثيقة 21 I.L.M. 59 (١٩٨٢)، (دخل حيز النفاذ في ٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٨٦).

<https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%201520/volume-1520-I-26363-English.pdf>

الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل، اعتمد في ١١ تموز/ يوليو ١٩٩٠. منظمة الوحدة الأفريقية. الوثيقة CAB/LEG/24.9/49 (دخل حيز النفاذ في ٢٩ تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٩).
<http://www.refworld.org/docid/3ae6b38c18.html>

البروتوكول المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، اعتمد في ١١ تموز/ يوليو ٢٠٠٣، جمعية الاتحاد الأفريقي (دخل حيز النفاذ في ٢٥ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٥).
<http://www.achpr.org/instruments/women-protocol/>

الملحق ٢: المساهمون في المبادئ التوجيهية

والآثار بالنسبة للتنفيذ. وتحقق الفريق أيضاً من أن عمليات اتخاذ القرارات بشأن المبادئ التوجيهية أخذت في الحسبان القيم السياقية وأفضليات مستخدمي التوصيات المحتملين ومهنيي الرعاية الصحية وراسمي السياسات. ولم تكن من مهام الفريق تغيير التوصيات التي صاغها فريق وضع المبادئ التوجيهية. ويُقدّم أعضاء فريق الاستعراض الخارجي في الصفحات التالية من هذا الملحق.

قوائم أسماء الخبراء الخارجيين الذين شاركوا في إعداد المبادئ التوجيهية

فريق وضع المبادئ التوجيهية (الفريق)

الدكتورة ياسمين عيد القادر
كبيرة الأطباء المقيمين
قسم طب النساء والتوليد
مستشفى جامعة جنيف
كلية الطب
جامعة جنيف
30 Bld de la Cluse
1211 Geneva
Switzerland

السيدة جويانا بانرجي
زميلة شراكة بيل للصحة والعدالة
جامعة بيل
170 15th Street
New York, NY 11215
USA

الدكتور أوولابي بياكندر
إدارة علوم الصحة العمومية
قسم الصحة العالمية
معهد كارولينسكا
Widerströmska Huset
Tomtebodavägen 18A
17177 Stockholm
Sweden

الدكتورة سوزانا فرايد
زميلة شراكة بيل للصحة والعدالة
جامعة بيل
170 15th Street
New York, NY 11215
USA

تولى توجيه عملية وضع المبادئ التوجيهية ثلاثة أفرقة رئيسية:

فريق المنظمة التوجيهي

تولى قيادة عملية وضع المبادئ التوجيهية فريق المنظمة التوجيهي، المكون من مجموعة أساسية من موظفي المنظمة وخبرائها الاستشاريين من أعضاء فريق المراقبين والمجموعات السكانية المعرضة للمخاطر في إدارة الصحة الإنجابية وبحوثها. وكان الفريق مسؤولاً عن استعراض نطاق المبادئ التوجيهية، ووضع مسودة الأسئلة المتعلقة بالسكان والتدخل وأساس المقارنة والحصيلة، والإشراف على استرجاع البيانات وكتابة المبادئ التوجيهية. وكان فريق المنظمة التوجيهي مسؤولاً أيضاً عن اختيار أعضاء الأفرقة المتعاونة وتنظيم اجتماعات وضع المبادئ التوجيهية. ويُقدّم أعضاء الفريق التوجيهي في الصفحات التالية من هذا الملحق.

فريق وضع المبادئ التوجيهية (الفريق)

دعا فريق المنظمة التوجيهي ١٥ من أصحاب المصلحة الدوليين الخارجيين إلى تكوين الفريق، ومنهم مقدمو الرعاية الصحية وباحثون ومديرو برامج الرعاية الصحية ومحامو حقوق الإنسان ومناصرو صحة المرأة. وهكذا تكوّن فريق متنوع ومتوازن بين الجنسين قدم المشورة بشأن محتوى المبادئ التوجيهية، وساعد على تعريف المسائل والحصائل البحثية التي وجّهت دمج البيانات، وصاغ التوصيات المستندة إلى البيانات. ويُقدّم أعضاء الفريق في الصفحات التالية من هذا الملحق.

فريق الاستعراض الخارجي

ضم هذا الفريق ثلاثة خبراء تقنيين وأصحاب مصلحة آخرين من المهتمين بصحة الفتيات والنساء المتعايشات مع تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. وكان فريق الاستعراض الخارجي متوازناً جغرافياً وممثلاً للجنسين، ولم يُعلن أي من أعضائه عن تضارب في المصالح. وقد استعرض الفريق وثيقة المبادئ التوجيهية النهائية من أجل استبانة أي أخطاء وقائعية وعلّق على وضوح اللغة والمسائل السياقية

الأستاذة أدريانا كابلان ماركوزان

مؤسسة واسو
جامعة برشلونة المستقلة
Módul de Recerca A – Campus Bellaterra
08193 – Barcelona
Spain

الأستاذ أولايكا أولوسولا أوميغبودون

أستاذ علم النفس
كلية الطب
جامعة عبادان
200010 Ibadan
Nigeria

الأستاذ جوزيف كارانجا

الأستاذ المساعد
قسم طب النساء والتوليد
جامعة نيروبي
Kenyatta National Hospital Campus
PO Box 19676
Nairobi
Kenya

الأستاذ جمال سرور

أستاذ طب النساء والتوليد
مدير المركز الإسلامي الدولي للدراسات والبحوث السكانية
جامعة الأزهر
SE1 8ST – Maadi
Egypt

الأستاذ مصطفى توري

رئيس قسم طب النساء والتوليد
مستشفى مالي
Bamako
Mali

الدكتور موريسندا كوياتي

المدير التنفيذي للجنة الأفريقية
ECA Africa Hall
Menelik Road
PO Box 3001
Addis Ababa
Ethiopia

الدكتورة إينجيلا ويكلوند

عضو مجلس الإدارة
الاتحاد الدولي للقابلات
Baldersgatan 1
SE-114 27 Stockholm
Sweden

الأستاذة إلس لبي

الأستاذة وكبيرة الباحثين
المركز الدولي للصحة الإنجابية
جامعة غنت
De Pintelaan UZ P114
9000 Ghent
Belgium

أخصائي منهجية المبادئ التوجيهية/GRADE**الأستاذة كابتلين كندي^{١٤}**

الأستاذة المساعدة
قسم الصحة الدولية
مدرسة جون هوبكنز بلومبرغ للصحة العمومية
615 N. Wolfe Street, Room E5033
Baltimore, MD 21205
USA

الأستاذ مارتين م. ميريميكوو^{١٣}

أستاذ طب الأطفال
قسم طب الأطفال
مستشفى جامعة كالا بار التعليمي
PMB 1115
Calabar, Cross River State
Nigeria

فريق الاستعراض المنهجي**السيد إكبير يوني إسو**

قسم الصحة العمومية
كلية العلوم الطبية
جامعة كالا بار
PMB 1115, Calabar
Cross River State
Nigeria

الدكتورة نوال نور

مديرة قسم طب النساء والتوليد
مديرة المركز الصحي لنساء أفريقيا
مديرة خدمات التوليد المتنقلة في بريغهام ومستشفى النساء
الأستاذة المساعدة، مدرسة هارفارد الطبية
المركز الصحي لنساء أفريقيا
75 Francis Street
Boston, MA 02115
USA

الدكتور أودواك أوكومو

مجال اللقاحات والتمنيع
وحدة مجلس البحوث الطبية
Atlantic Boulevard, Fajara
PO Box 273
Banjul
The Gambia

السيدة ماريسيلينا ه. أمسويا
محاضرة جامعية
جامعة كيليمانجارو المسيحية الطبية
PO Box 2240
Moshi
Kilimanjaro
Tanzania

الدكتور باباسولا أوكوسانيا
قسم طب النساء والتوليد
كلية الطب
جامعة لاغوس
Private Mail Bag 12003
Lagos
Nigeria

أمانة منظمة الصحة العالمية

فريق المنظمة التوجيهي

إدارة الصحة الإنجابية وبحوثها

الدكتور إيان أسكيو
المدير

الفريق المعني بالمرهقين والمجموعات السكانية المعرضة للمخاطر

الدكتورة لالي ساي
المنسقة

الدكتورة دوريس شو
موظفة طبية

الدكتورة ميشيل هندي
خبيرة علمية

الدكتورة كريستينا باليتو
خبيرة علمية

الدكتورة كارين ستاين
خبيرة استشارية

مكتب المدير

السيد راجات خوسلا
مستشار حقوق الإنسان

الإدارة المعنية بالمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان

الدكتورة فيرونكا ماغار
رئيسة الفريق

إدارة صحة الأمهات والمواليد والأطفال والمرهقين

الدكتور أنطوني كوستيلو
المدير

الدكتورة هيلين سميث
كبيرة الباحثين المساعدين
مركز صحة الأمومة والمواليد
مدرسة ليفربول لطب المناطق المدارية
Pembroke Place
Liverpool, L3 5QA
United Kingdom

شركاء الأمم المتحدة

الدكتورة نافيساتو ج. ديوب
كبيرة المستشارين
منسقة فريق تنسيق البرنامج المشترك بين صندوق الأمم
المتحدة للسكان واليونيسيف
المعني بتشويه/بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية: تسريع
التغيير
UNFPA
New York
USA

السيد كودي دونا هو
أخصائي حماية الأطفال
فريق تنسيق البرنامج المشترك بين صندوق الأمم المتحدة
للسكان واليونيسيف المعني بتشويه/بتر الأعضاء التناسلية
الأنثوية: تسريع التغيير
UNICEF
New York
USA

فريق الاستعراض الخارجي

الأستاذة باسكال أ. ألوتي
أستاذة الصحة العمومية
رئيسة قسم الصحة العالمية
مدرسة الطب وعلوم الصحة
جامعة موناخ
Building 3 Room 02-03
Malaysia

الدكتورة كومفورت موموه
الأخصائية في مجال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية
والصحة العمومية
مؤسسة غاي وسان توماس للنظام الصحي الوطني
عبادة النساء الأفريقيات
8th Floor – c/o Antenatal Clinic
Lambeth Palace Rd
London, SE1 7EH
United Kingdom

الملحق ٣: ملخص المصالح المُعلَّنة من أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية وكيفية التصدي لها

الإسم والخبرة المساهم بها في وضع المبادئ التوجيهية	المصلحة (المصالح) المُعلَّنة	كيفية التصدي للمصلحة (للمصالح) المُعلَّنة
الدكتورة ياسمين عبد القادر الدور: خبيرة في المحتوى ومستخدم نهائية	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
السيدة جويانا بانرجي الدور: خبيرة في الشؤون الجنسانية	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الدكتور أولابى بيالكندر الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الدكتورة سوزان فرايد الدور: خبيرة في حقوق الإنسان	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذة أدريانا كابلان ماركوزان الدور: خبيرة في المحتوى ومستخدم نهائية	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذ جوزيف كارانجا الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذة كابتلين كندي الدور: خبيرة في المنهجيات	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الدكتور موريسندا كوياتي الدور: ممثل للمستهلكين	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذة إلس لبي الدور: خبيرة في المحتوى ومستخدم نهائية	١- تلقت مؤسستها منحة للبحوث. ٢- كانت عضواً في فريق تقدير مخاطر تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في الاتحاد الأوروبي	لم يُعتبر تضارب المصالح جدياً بما يكفي للتأثير على العضوية في فريق وضع المبادئ التوجيهية
الأستاذ مارتين م. ميريميكوو الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الدكتورة نوال نور الدور: خبيرة في المحتوى ومستخدم نهائية	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذ أولانكا أولوسولا أوميغودون الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذ جمال سرور الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الأستاذ مصطفى توري الدور: خبير في المحتوى ومستخدم نهائي	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق
الدكتورة إنجيلا ويكلوند الدور: خبيرة في المحتوى ومستخدم نهائية	لم يُعلن عن أي مصالح	لا ينطبق

الملحق ٤: العوامل التي روعيت لدى تصنيف البيّنات حسب جودتها

الآثار المترتبة على التوصية المشروطة:

بالنسبة للزبائن - سوف يرغب أغلب الناس في هذه الحالة في اتباع مسار العمل الموصى به، بيد أن العديد منهم سوف يعرض عن ذلك.

بالنسبة للسرييين - ثمة خيارات مختلفة تناسب مختلف الزبائن الذين سيحتاجون إلى المساعدة في التوصل إلى قرار بشأن التدبير العلاجي المتسق مع قيمهم وأفضلياتهم.

بالنسبة لراسمي السياسات - سوف يقتضي رسم السياسات مناقشة العديد من أصحاب المصلحة ومشاركتهم بصورة أساسية.

تتطوي كل توصية ترد في هذه المبادئ التوجيهية على اتجاه (لصالحها أو ضدها)، وكما يُناقش في هذا الملحق، على درجة قوة التوصية: قوية أم مشروطة.

وقد استخدم فريق وضع المبادئ التوجيهية (الفريق) الفئات المختلفة التالية لتصنيف قوة التوصيات:^{١٥}

التوصيات القوية تعني أن الفريق على ثقة من أن الآثار المرغوبة للامتثال للتوصية تفوق آثاره غير المرغوبة.

التوصيات المشروطة تعني أن الفريق خلص إلى أن الآثار المرغوبة للامتثال للتوصية تفوق على الأرجح آثاره غير المرغوبة، وإن كان غير متأكد من هذا الاستنتاج.

الآثار المترتبة على التوصية القوية:

بالنسبة للزبائن - سوف يرغب أغلب الناس في هذه الحالة في اتباع مسار العمل الموصى به، ولن يعرض عن ذلك سوى نسبة قليلة منهم.

بالنسبة للسرييين - ينبغي أن يتبع أغلب الزبائن مسار العمل الموصى به.

بالنسبة لراسمي السياسات - يُمكن اعتماد التوصية كسياسة في أغلب الحالات.

١٥ دليل منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الطبعة

الثانية، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤

(http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf)

يُمكن الحصول على المزيد من المعلومات من:
إدارة الصحة الإنجابية وبحوثها
منظمة الصحة العالمية

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171

E-mail: reproductivehealth@who.int

