

A NŐI GENITÁLIS CSONKÍTÁS: MŰLT ÉS JELEN

TÖRTÉNETI ÉS GYAKORLATI HELYZETKÉP KENYÁBAN

SOLYMÁRI DÁNIEL – JANET MANGERA – CSIKÓS GABRIELLA

Jelen tanulmányban röviden ismertetjük a női genitális csonkítás kialakulásának történeti kontextusát, összefoglaljuk a fontosabb források eredményeit. A terminológiai, fogalmi tisztázáson túl ismertetjük a gyakorlat főbb típusait és alkalmazásának módjait. Részletesebben foglalkozunk egészségügyi hátterével, a lehetséges következményekkel. Mindezeket túl kortárs képet vázolunk annak kenyai előfordulásáról, jogi és társadalmi helyzetéről. Írásunk végén, terjedelmi okokból kifolyólag csak rövidebben, kvalitatív, „hólabda” módszerrel készült kismintás kutatást mutatunk be egykori áldozatokkal, közelebb hozva e gyakorlat lelki, pszichoszociális oldalát.

Bevezetés

„A jelenség, amelyről épp olyan nehéz olvasni, mint írni.” E sorokkal kezdődik a brit szociológus Hilary Burrage, a téma egyik alampublikójának számító könyve (Burrage, 2016). Azonos érzései voltak jelen tanulmány szerzőinek is, amikor az elérhető források, valamint személyes találkozások és beszélgetések alapján kísérelték meg összeállítani a női genitális csonkítás aktuális helyzetképét. Tették ezt abban a hitben, hogy sokkal inkább beszélhetnek majd egy múltbéli gyakorlatról, mint a jelen és a mindennapok valóságáról. Az adatok a téma vizsgálatokor azonban rögtön szemfelnyitókak: a női nemi csonkításnak mintegy 200 millió áldozata, elszenvedője él ma a világon a WHO, az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének becslése szerint; többségük serdülő (UNICEF, 2013). Durva összehasonlításban ez Németország, Franciaország és az Egyesült Királyság lakosságának összessége. Három országnyi lány és nő, akik átestek valamilyen nemi csonkításon. A számokkal természetesen ez esetben is óvatosak kell legyünk: témánk a személyi méltóság vonatkozásában az egyik leginkább indiszkrét jelenségek egyike, így 100%-ban egzakt kutatási statisztikák, adatok a téma természetéből következően nem születhetnek. Az áldozatok, akik jellemzően törzsi, etnikai vagy kulturális-vallási okból máig (valóságos vagy elvont értelemben) izoláltan élnek saját társadalmi szerkezetükben, csak ritkán beszélnek az átéltekről, szenvedésükről. Érthető módon, hiszen a kérdés nem kevesebb, amit a tárgy kutatásakor fel kívánunk tenni, mint hogy legintimebb élményét ossza meg teljes nyíltsággal egy jellemzően elnyomott helyzetű, súlyosan traumatizált nő. Ennek a körülményben jelen írás végén különös jelentő-

sége lesz: a téma narratív feldolgozását kvalitatív interjúzási módszerrel egészítettük ki, amely során szembesültünk ezzel a körülménnyel.

A női genitális csonkításnak számos vonatkozása és tudományos megközelítése van. Mindegyik mély kutatásra és aktuális kérdések feltételére ad lehetőséget. Vizsgálható mások mellett annak egészségügyi, pszichológiai és mentálhigiénés oldala, kutatható antropológiai, szociológiai szempontból, de elemezhető a történelemtudomány, hely- és politikatörténet eszközeivel is. A téma első alkalommal kerül magyar nyelven mélyebb feldolgozásra, ezért átfogó képet kívánunk rajzolni, egyik vagy másik részterületben történő elmélyedés helyett, amelyek azonban későbbi tudományos gondolkodás tárgyát képezhetik.

Történeti háttér

A férfi és női nemi szervek mesterséges átalakítása, körülmetélése, csonkítása, funkcióinak korlátozása nem új jelenség. Régészeti leletek bizonyítják, hogy már az ókori Egyiptomban is létező gyakorlatnak számított: időszerűségünk előtti egyiptomi múmiák testén is találtak erre utaló jeleket (Assad, 1980). A beavatkozást a zsidó történeti hagyomány is ismerte, és a közösséghez tartozás jeleként értelmezte: az Ószövetség Teremtés könyvében az Úr így szólította meg Ábrahámot: „Tartsd meg szövetségemet, te és utánad utódaid minden nemzedéken át. Ez az én szövetségem, amit meg kell tartanotok, köztem és köztetek, s utánad utódaid között: Minden férfit körül kell metélni közületek, mégpedig előbőrötök húsát kell körülmetélni. Ez legyen a szövetség jele köztem és köztetek” (Ter 17,1). A gyakorlat eredőjének pontos hely- és időmeghatározása azonban vita tárgya. A következőekben a két főbb teóriát, valamint egy harmadik, a kettő ötvözetének számító elméletet mutatunk be röviden, továbbra is annak női vonatkozásaira fókuszálva.

Az első elmélet szerint ab ovo ősi afrikai rítusról van szó: forrása minden bizonnyal a szudáni térség, és csak innen került Egyiptomba és a núbiai területekre, kezdetben az afrikai népmozgások, kereskedelmi tevékenység következtében (mások mellett a Darb al-Arba'in, Bayuda kereskedelmi útvonalakon, vagy Wadi Milk alakulaton át). Az elvándorló, helyzetváltóztató őslakosok, majd elhurcolt rabszolgák magukkal vitték és gyakorolták szociokulturális szokásaikat. E köztes északi „állomáson” a módszerek ötvözödtek, keveredtek, majd terjedt szét a szubszaharai Afrika középső, keleti, valamint nyugati részei felé. Illetve később a Római Birodalomba (Lockhat, 2004). A jelenség elnevezése nem oldja fel a földrajzi dilemmát, vagyis hogy délebről került északra, vagy inkább északról délre, mivel a gyakorlatot Egyiptomban „Sudanese circumcision-nek”, a szudáni térségben pedig éppen ellenkezőleg: „pharaonic circumcision-nek” nevezték. A teória szerint csak ezt követően keveredett az arab világból érkezők szokásaival, de az korábban tehát Afrikában már mindenképpen jelen volt (Dorkenoo, 1994).

A másik főbb teória szerint azonban nem annyira afrikai, sokkal inkább arab szokásról van szó: az Arab-félszigetről „importálták” korabeli kereskedők az iszlám afrikai megszállása során, Afrika területére csak általuk került. Ez utóbbit erősíti, hogy az iszlám kulturális dominancia máig erős a szubszaharai Afrikában: leletek,

tárgyi emlékek bizonyítják, hogy az arab expanzió kezdetekor az afrikai rabszolgák nőknél erényövet kellett viselniük; sőt, az afrikai-arab vegyes házasságokban az afrikai nőnek át kellett esni valamiféle genitális csonkításon (DeMeo, 1997). Vélelmezés, hogy ez egyben megkülönböztető jegy is lehetett az afrikai és arab nők közötti különbségtételre. Ezt a teóriát igazolhatja, hogy a gyakorlat legösszetettebb és leg-radikálisabb formái éppen a kelet-afrikai parti területeken voltak megtalálhatók: Núbia területén, valamint a mai Etiópiában, Szomáliában és Dzsibutiban, tehát az arab és fekete-afrikai kultúrák elsődleges találkozásánál. Megjegyezzük azonban, hogy mivel az iszlám felemelkedése, az Arab Birodalom afrikai megjelenése csak 639-ben, Egyiptom elfoglalásával kezdődött és csak ezt követően terjedt délebbre a mai Nigéria, Uganda, Kongó területeire, majd végig a keleti part mentén (Fage, 2004), e teória nem ad magyarázatot az időszámítást megelőző észak-afrikai (döntően egyiptomi) leletekre.

A pontos eredet tehát kérdéses. Azonban szinte biztos, hogy a gyakorlat bizonyos formája már létezett a szubszaharai Afrikában az iszlám elterjedése előtt is. Közelebb áll tehát a valósághoz a harmadik, a korábbi kettőt ötvöző elképzelés, miszerint az ősi afrikai gyakorlat keveredett az arab hódítók etnikai különbségtételre is irányuló módszereivel (Dorkenoo, 1994). Ezt bizonyítja, hogy a megtalált tárgyi leletek a Nílus területére vezetnek, melyek szerint Kr.e. 3100 körül már alkalmazott gyakorlatnak számított a harcospásztor, nomád népek körében, akik szélsőségesen patriarchális társadalomban éltek. Hitték a szakrális vezetők hatalmában, és már alkalmazták rituálékot, beavatási szertartásokat, szakrális megtisztításokat. E népek úgy hitték, hogy a fityma a nők férfi, a csikló pedig a nők férfi része (Tanui, 2006, 20.).

Az ókori Rómából fennmaradt források már egyértelműbbek, a módszerek és eszközök is ismertebbek. Találtak olyan gyűrűket, amelyekkel a nagyajkakat (*Labia majora*) kapcsolták össze, megakadályozva a közösülést. És szintén maradtak fent erényövek illetve más fizikai korlátozók. A csonkítások, fizikai akadályozó eszközök célja és használta hasonlított a korábbi korok és népek gyakorlataihoz: különbséget tettek a nők között, kifejezték társadalmi alárendeltségüket, korlátozták szexuális életüket. Sőt, esetenként büntetési céllal is alkalmazták. A középkorban kezdődő, majd különösen a XVIII-XIX. században elterjedt gyakorlat már más természetű volt: célja a nemi vágatok önkéntes, jellemzően vallási-ideológiai természetű féken

A férfi és női nemi szervek mesterséges átalakítása, körülmetélése, csonkítása, funkcióinak korlátozása nem új jelenség. Régészeti leletek bizonyítják, hogy már az ókori Egyiptomban is létező gyakorlatnak számított: időszámításunk előtti egyiptomi múmiák testén is találtak erre utaló jeleket.

tartására irányult. A katolikus és (főként a karizmatikusabb, szélsőségekre is hajló) protestáns gyakorlatban is egyaránt megtalálhatóak voltak ilyen extrémítások.¹

A gyakorlat, elsősorban az európai felvilágosodás eszmeáramlatának és a katolikus egyház megváltozott moráleteológiai tanításainak hatására visszaszorult vagy teljesen eltűnt. A nyolcvanas, kilencvenes évektől kezdődő antropológiai és nőmozgalmi kutatások eredményeképpen² számos mélyreható forrás áll rendelkezésre, hogy jobban megértsük ezt az egykor kulturális sajátosságnak tekintett, mára viszont számos országban illegálissá vált gyakorlatot.

Fogalmi lehatárolás

A gyakorlat terminológiája számos tartalmi, formai és kifejezőmódbeli változáson ment keresztül. Az első, jellemzően antropológiai kutatások, mint például Annie de Villeneuve 1937-ben írt munkája a szomáliai „varrt nőkről” a körülmetélés (circumcisio) vagy infibulatio (infibulatus, infibulare: kapoccsal bezár, lezár, becsuk) kifejezéseket használja. A nyolcvanas és kilencvenes években egyre szaporodó, a témát feldolgozó irodalomban azonban már jellemzően a mutiláció, azaz csonkítás, valamint a kivágás fogalmak jelentek meg, máig jellemzően e két elnevezéssel találkozhat a téma iránt érdeklődő. E nevezéktani kérdés talán mellékesnek, lényegtelennek tűnhet a durva gyakorlat ismeretében, azonban mégis meghatározta a szakmai dialógust, mi több vitát okozott a kutatók között. Májig egyet nem értés van abban a kérdésben, hogy csonkításnak tekinthető-e a kivágás, kimetszés valamint az infibulatio, összevarrás? E vita háttérben a jelenség kivitelezésének gyakorlati, módbéli eltérése áll, amit a későbbiekben ismertetünk részletesebben. Az orvosi terminológiában ugyanis a csonkítás, mint fogalom, a létfontosságú vagy látható testrész eltávolítását vagy károsodását jelenti. Egyes orvosok, egészségügyi szakemberek szerint azonban a beavatkozások némelyike nem tekinthető csonkításnak, az inkább kivágás, részbeni eltávolítás; valamint szintén nem pontos a fogalom a női nemi szerv összevarrását eredményező beavatkozások esetében sem. Az elnevezés továbbá félreértésre adhat okot az orvosilag indokolt csonkítással járó beavatkozásokkal, valamint az önkéntes, egyéni elhatározásból fakadó szépészeti, kozmetikai célú testmódosítással járó összefüggésben.

Ennek a vitának az eredményeképpen az angol terminológiában két kifejezés terjedt el: amíg az egyik csoport a női genitális csonkítás (female genital mutilation, röviden FGM) kifejezés, addig a másik, a női genitális vágás (female genital cutting vagy circumcision, FGC) elnevezés használatát tartja kívánatosnak. Fran P. Hosken osztrák feminista író az elsők között használta az FGM rövidítést és végzett úttörő kutatások a témában a hetvenes évektől kezdődően. Többek között a The Hosken Report című munkájában (1981) azt hangsúlyozta: a nevezéktani kérdés lényege, hogy az egyértelműen elválasztható legyen a férfi körülmetéléstől, amely teljesen más jelenség. Bettina Shell-Duncan magyarázata szerint is hibás a „női körülmetélés” kifejezés, mivel egyes társadalmakban a férfi és a női beavatási rítusoknak a körülmetélés egyaránt része, és egyes afrikai nyelvekben ugyanazzal a kifejezéssel illetik mind a kettőt, ezért fontos a pontos megkülönböztetés (Shell-Duncan et al.,

2017). Ez a megkülönböztetés napjainkban még inkább jelentős, amikor a férfiak körülmetélését gyakran mint a HIV-fertőzés terjedését akadályozó módszert propagálják ugyanazon közösségekben, ahol egyébként kampány folyik az FGM megszüntetésére.

Az amerikai antropológus, Ellen Gruenbaum könyvének címében (2000) azonban már a körülmetélés, circumcisio szót használja. A fogalom tisztázásakor viszont hangsúlyozza, hogy „annak pontos elnevezésétől függetlenül szándékos és gonosz szándékból elkövetett kárt és fájdalmat okozó tettről van szó”. Hasonlóan az amerikai nő jogi aktivista Stanlie M. James, vagy az amerikai történész, afrikanista Claire C. Robertson is az FGC, female genital cutting, azaz kivágás kifejezést használják: az FGM mint közös halmaz szerintük nem pontos és nem tesz érzékelhető különbséget az egyes altípusok között.

Nahid Toubia, szudáni sebész orvos és női aktivista, a téma egyik jeles kutatója viszont azt hangsúlyozza, hogy a csonkítás kifejezés használatának mellőzése elsősorban annak pszichológiai hatása miatt kerülendő: annak ugyanis rossz üzenete van az áldozatokra nézve és nehézséget jelent az ilyen beavatkozásokon átesett és súlyosan traumatizált nők mentálhigiénés gyógyítása során (Toubia, 1999).

A kifejezésbeli eltérések és viták hátterében tehát az a közös szándék húzódik, hogy egyértelmű különbséget tegyenek a kényszerített, vallási-kulturális gyökerű genitális csonkítás és egyéb beavatkozások között. Határvonalat kívánnak még húzni a szexuális erőszaktételek során elszenvedett nemi csonkítástól is, amely igen gyakori következménye a nők elleni bűntetteknek. Mindennek jogi jelentősége is van, amely eszköz lehet a gyakorlat visszaszorítására, szankcionálására vonatkozóan. Fontos hangsúlyozni, hogy e terminológiai viták azonban valóban az áldozatok érdekeit szolgálják és ne öncélú dialogizálások legyenek.

Az FGM/FGC hivatalos meghatározásával kapcsolatban elsőként a nagy nemzetközi szervezetek foglaltak állást. Elsőként, immáron hivatalosan is, 1990-ben az Inter-African Committee (IAC) Addisz-Abebában harmadik alkalommal megrendezett konferenciáján (On Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children) használták az FGM, női genitális csonkítás kifejezést, amelyet a WHO 1991-ben az ENSZ egésze számára javasolt átvételre (WHO, 2008). E folyamat eredményeképpen 2005-ben az IAC hatodik, Maliban tartott közgyűlésén elfogadták az ún. Bamako Declaration-t, amely expressis verbis rögzíti az egyes fogalmakat (IAC 2005). A WHO a gyakorlatot így definiálja: „a női nemi szervek megcsonkítása, más néven a női nemi szervek körülmetélése vagy a női körülmetélés fogalma egy sor olyan eljárást foglal magába, amelyek során a külső női nemi szerveket egészségügyi indok nélkül, részben vagy egészben eltávolítják, vagy egyéb átalakításokat okoznak rajtuk” (WHO, 2008:4).

Okok és eredők

A női genitális csonkítás, körülmetélés társadalmi megítélésének, legitimitásának alapvetően két szintje különíthető el: az egyik az azt végző, gyakorló helyi társadalom viszonyulása, a másik pedig a „külső”, jellemzően tehát nyugati közvélemény

megítélésmódja. E kettő két végletként értékelhető: amíg az előbbi bizonyos szűkebb társadalmi körben máig hisz jelentőségében, az emberi életút, felnőtté válás, közönséghez tartozás elválaszthatatlan részének tekinti, utóbbi brutális és igazolhatatlan gyakorlatként tekint rá. E kettőség Kenyába, az FGM-ért és az az ellen folytatott harcban jól megfigyelhető, ahol a gyarmati kötelekektől megváló tradíció, majd a nyugatosodó politika évtizedekig küzdött az FGM megtartásáért, majd aztán betiltásáért; mindezt később részletesen is bemutatjuk.

Nyugati karakterű, emberi jogi és szociális szempontból nézve ez a gyakorlat a nemek közötti mélyen gyökerező egyenlőtlenség eszköze. A nőekkel szembeni hátrányos megkülönböztetés szélsőséges formája (WHO, 2008). Mivel az FGM-et jellemzően kiskorúakon végzik, ezért az a gyermekek jogainak a megsértését is jelenti. A gyakorlat sérti a személy egészséghez, biztonságához és fizikai épséghez fűződő jogát: az áldozatoknak minden esetben kínzást és kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító bánásmódot kell elszenvedniük. Ütközik az élethez való joggal, amennyiben az eljárás gyakran az áldozat életét veszélyezteti, annak halálához vezethet (WHO, 2008). Indirekt módon ellehetetleníti a lányokat az oktatáshoz és gazdasági fejlődéshez való hozzáféréstől, így az nem biztosít egyenlő esélyeket. Azok a lányok, akik átestek az eljáráson, korán, kényszerűen házasítják, így ők kimaradnak a formális oktatásból. A nyugati közvéleményben tehát széles az egyetértés, hogy a genitális csonkításnak minden formája tiltandó, orvosilag szükségtelen, egyértelműen indokolatlan, kockázatos.

Egészségügyi karakterizáció

A nyugati medicina „beavatkozás” alatt az orvosi tudás alkalmazását, sebészeti műtét elvégzését, orvosi módszerek használatát érti, amelyekkel egy betegség tüneteit, kóros folyamatait, káros hatásait igyekeznek csökkenteni, megszüntetni. A külső női és férfi nemi szerveken elvégzett sebészeti beavatkozások indokoltan, valamilyen egészségügyi (pl. gyulladás, daganat, trauma) ok miatt történnek, tehát a beteg javát szolgálják. Felmerül így a kérdés, hogy a női genitáliák csonkítása a nyugati orvoslás szempontjából beavatkozásnak tekinthető-e? Az orvosi társadalomban teljes egyetértés van ma abban, hogy a rituális-kulturális gyökerű csonkítások sosem a nők egészségét szolgálják; egészségügyi előnyük nincs, nem terápiás céllal történnek. Természetesen nem része jelen témánknak a szeméremjakkal önként vállalt szépészeti korrekciója, amely az utóbbi években elterjedt kozmetikai beavatkozás.

Nyugati karakterű, emberi jogi és szociális szempontból nézve ez a gyakorlat a nemek közötti mélyen gyökerező egyenlőtlenség eszköze. A nőekkel szembeni hátrányos megkülönböztetés szélsőséges formája.

A női genitáliák csonkításának típusai

Azon eljárásokat tehát, amelyek nem terápiás céllal a külső nemi szervek részleges vagy teljes eltávolítását, átalakítását, összevarrását eredményezik, genitális csonkításnak nevezzük. A csonkításokhoz, metszésekhez társuló szövődmények egész életen át kísérik annak áldozatait. Az egészséges szerv indokolatlan eltávolítása vagy megsértése károsítja a test természetes működését, azonnali és hosszú távú panaszokat okoz, valamint teljesen megfosztja a nőt a nemi élet örömétől.

A női genitáliák csonkításának, kivágásának gyakorlati módozatait, a kivitelezés fajtáit a WHO négy fő csoportba osztályozza, hogy érzékeltesse és megkülönböztesse a fentebb említettek szerint annak formáit, eseteit (WHO, 2008). A következőkben a négy fő csoportot mi további alcsoportokkal egészítjük ki, árnyalva a jelenség aktuális orvosi-egészségügyi megközelítését, hogy minél pontosabb képet adhassunk az egyes „beavatkozásokról”.

I. típus, az ún. clitoridectomy: a csikló (clitoris) és/vagy a csikló fitymájának, előbőrének (preputium clitoridis) részleges vagy teljes eltávolítása

- I. a. csak a csikló fitymájának az eltávolítása
- I. b. csikló fitymájának és a csiklónak a közös eltávolítása

II. típus, az ún. excisio: a csikló és a kis szeméremajkak (Labia minora) részleges vagy teljes eltávolítása, a nagy szeméremajkak (Labia majora) kimetszésével vagy anélkül

- II. a. csak a kis szeméremajkak eltávolítása
- II. b. a csikló és a kis szeméremajkak részleges vagy teljes eltávolítása
- II. c. a csikló részleges vagy teljes eltávolítása a kis és nagy szeméremajkakkal együtt

III. típus, az ún. infibulatio: összevarrás (sutura) vagy infibuláció, azaz a kis szeméremajkak és /vagy a nagy szeméremajkak eltávolítása csiklóval vagy anélkül (a hüvelybemenetet leszűkítik, csak egy kis nyílás marad a vizelet és a menstruációs vér távozására). A továbbiakban a szó latinus írásmódját követjük.

- III. a. a kis szeméremajkak eltávolítása és összevarrása
- III. b. a nagy szeméremajkak eltávolítása és összevarrása

IV. típus: csiklót és a szeméremajkakokat kegyetlen próbatételnek teszik ki: égetéssel, bemetszéssel (incisio), átszúrással, nyújtással, átvágással vagy kaparással.

A csonkítások egészségügyi kockázatai és következményei

A nők életére, testi és lelki fejlődésére, egészségügyi és pszichés állapotára az FGM igen komoly hatást gyakorol, számos nem kívánt mellékhatása lehetséges. Ez természetesen attól is függ, hogy melyik típusú „beavatkozáson” estek át, valamint függ a csonkítást végző képzettségétől, tapasztalatától, és higiéniai körülményektől (jellemző, hogy az eljárást végző laikus személy súlyos károkat okoz). Függ még a

csonkításon átesett nő előzetes, általános egészségügyi állapotától is. Komplikációk minden típusú eljárásnál felléphetnek, de a legnagyobb veszélynek a III. típuson (infibulatio) átesett nők vannak kitéve.

Az FGM igen komoly rövid távú kockázatokat rejt magában. A „beavatkozást” minden esetben erős fájdalom kíséri, amelyet az idegek elmeszése és a nemi szerv érzékeny szövetének kimetszése okozza. Megfelelő fájdalomcsillapítást ritkán alkalmaznak, vagy ha mégis, az jellemzően hatástalan. A gyógyulási folyamat szintén fájdalmas és hosszadalmas. A gyakorlat sok vérveszteséggel jár, amely nagyon gyakran súlyos, vagy halálos kimenetelű. A rendkívül erős vérzést a csikló artériájának vagy egy másik véredény átmetszése okozza. Az áldozatok gyakran sokkos állapotba kerülnek, amelyet a fájdalom és/vagy a vérzés okozhat. Az eljárást követően a külső nemi szerv szövetének rendkívül fájdalmasan megduzzadnak, amely a gyulladásra adott válasz, vagy esetleges fertőzés következménye. Az eljárást úgynevezett ceremóniakéssel végzik, amely gyakran fertőzött. De végezhetik még: késsel, fém pengével, valamely más „rituális szerszámmal”. Az interjúk során megkérdezettek beszámoltak olyan esetekről is, hogy átalakított konzerves dobozzal hajtottak végre csonkítást. Használatuk után tetanusz (*Clostridium tetani* baktérium) és/vagy más baktérium által okozta fertőzés léphet fel. Hasonlóképpen: HIV és Hepatitis B fertőzés is veszélyezteti az FGM-en átesett nőket, lányokat. A fertőzés veszélye fokozódik, ha egymás után több nővel történik a beavatkozás, és az eszközök nem kellően vagy egyáltalán nincsenek fertőtlenítve. A „beavatkozás” következményeként vizeleti panaszok jelentkezhetnek: vizelet visszatartás (vizeletretentio) vagy fájdalmas vizelet és húgyúti fertőzés. A kimetszés alkalmával kóros hegesedés (keloid) léphet fel, amely fájdalomhoz és fertőzéshez vezethet. Súlyos fertőzés és nagy mennyiségű vérveszteség miatt a csonkítás kimenetele halálos is lehet. Az eljárás alkalmával az áldozatot gyakran lefogják, leszorítják, esetenként ki is kötözik, amely traumás csonttöréshez vezethet. Az erős fájdalom és a sokk igen megrázó eseménynek számít a lányok és nők életében.

A gyakorlatnak számos hosszú távú kockázata lehetséges (Brewer et al., 2007). Az esetleges fertőzések krónikus nőgyógyászati, húgyúti és szüléssel kapcsolatos panaszokat okozhatnak: e fertőzések közé tartozik a krónikus genitális tályogképződés, sepsis, hüvelyfertőzés, vérrel és testváladékkal terjedő HIV, Hepatitis B és C (elsősorban a nem steril eszközök használata okán) (Pépin et al., 2006). A szövétkárosodás és a kóros hegesedés (keloid) súlyos fájdalommal jár; irritálhatja később a ruházat, viszkethet, nyomásra, tapintásra érzékeny lehet. Idővel menstruációval kapcsolatos panaszok léphetnek fel, mint például fájdalmas és elhúzódó vérzés. Ez leginkább a III. típusú gyakorlat (infibulatio) esetében lép fel. Szintén ide tartozik, hogy a beavatkozás eredményeképpen a hüvely bemeneti nyílása nagyon szűkké válik és a menstruációs vér csak lassan tud távozni. Előfordulhat továbbá, hogy már a menstruációs vér megreked a hüvelyben (haematocolpos). Szintén hosszú távú szövődmény, hogy az FGM-en átesett nőknél sérülhet a húgycső, ami húgyúti fertőzések kialakulásához vezethet. Nem ritka a húgycsőszűkület, húgyhólyag-hüvely és/vagy végbél-hüvely között kialakuló sipoly. Hegesedésből kifolyólag a húgycsőnyílás el

is záródhat. Az infibulation átesett nők esetében meddőség léphet fel, amely a felszálló (ascendáló) fertőzésekkel hozható kapcsolatba. FGM-en átesett nők esetében nagyobb arányban fordul elő elhúzódó, eszközös szülés, császármetszés, szülés utáni erős vérzés. Az ilyen esetekben szükségessé válhat a gátmetszés (episiotomia), ami hosszabb egészségügyi intézményben való tartózkodásának kellene, hogy jelentsen. Az elhúzódó szülés (kitolási fázis meghosszabbodása) esetében szükségessé válhat az újszülött újraélesztése, de ez ad abszurdum az újszülött halálához is vezethet. A női nemi szervek minden egyes képletének funkciója van. Utaltunk már rá, hogy csiklón keresztüli (clitoriális) orgazmus megsemmisül. A szeméremajkak védő funkciója, megszűnik, így húgyúti fertőzés, hüvelygombásodás, bakteriális vagy vírusos felülfertőződés léphet fel. Ha egy nő szeméremajkait megcsonkítják, akkor az egyébként is érzékeny terület teljesen szabadon marad a kórokozók számára. Az állandósult fertőzések talaján ciszta, tályog, daganatos betegségek alakulhatnak ki, melyek sokszor halálos kimenetelűek. Későbbi nemi kapcsolat esetén, a kiirtott mirigyek miatt száraz marad a hüvely, és így az aktus nagy fájdalommal jár. Gyakori, hogy a szűkített hüvelybemenet esetében a varratot, kapcsokat, fizikai korlátozót a férj vagy az infibulatiót végző személy metszi fel, távolítja el a nászéjszaka alkalmával. Mindez szörnyű fájdalommal, vérzéssel jár, ugyanis a vágott, varrt testrészen kóros hegesezés, sebgyógyulás alakul ki: a hegsvöetvet fel kell tépni, el kell távolítani.

Az FGM-en átesettek későbbi kezelése

Az FGM-en átesett lányok és nők külső nemi szervének meggyógyítása, eredeti állapotukba való visszaállítása nem lehetséges, mivel egy szerv teljes vagy részleges csonkításáról beszélünk, a kimetszett szervrészt már nem lehet pótolni. A III. típusú eljárás, (infibulatio, összevarrás) esetében idővel szükségessé válhat a sebészeti beavatkozás, az úgynevezett deinfibulatio, mivel ez az eljárás jár a legtöbb hosszú távú negatív következménnyel. Ezzel az eljárással lehetséges az összevarrt szervrész felnyitása, így a normál méretű hüvelybemenet, tehát az akadálymentes vizelet, menstruációs vér elfolyásának biztosítása.

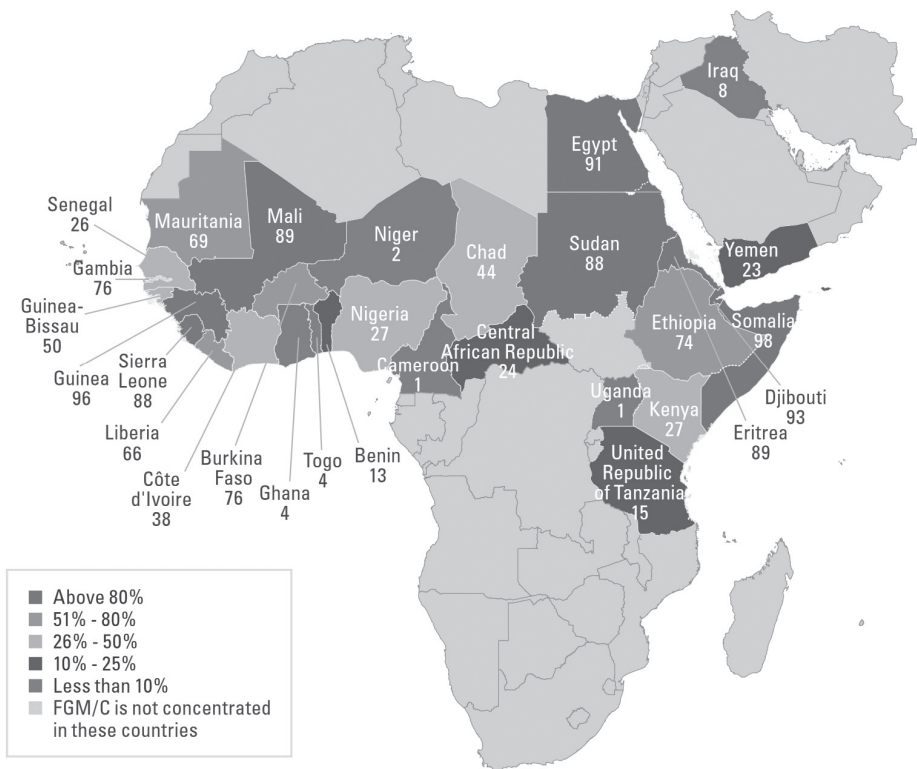
Hangsúlyozzuk továbbá, hogy az FGM hosszú távon súlyos traumatizációhoz (ez akár azonnal is bekövetkezhet) és kóros pszichés állapothoz vezet: poszttraumás stressz (PTSD), szorongás, depresszió, gyermekek esetében viselkedési zavarok, bizalomvesztés alakulhat ki. A gyakorlat mentálhigiénés, pszichoszociális következményei külön tanulmány témáját képezhetik, ezért ezekkel most részletesebben nem foglalkozunk.

Földrajzi előfordulás a szubszaharai Afrikában

A női genitáliák csonkítása a kontinens számos országában máig jelenlévő gyakorlat. Az UNICEF 2013-as részletes globális jelentése 29 ilyen országról számol be, Dél-Szudán kivételével (UNICEF, 2013). Az adatok felvétele ugyanis még az ország határainak pontos kijelölése előtt történtek. Más források, mint pl. a WHO vagy a 28TooMany civil szervezet bővebben, már a két Szudánnal kiegészítve, Észak-Afrikát és az Arab-félsziget bizonyos országait is feltüntetik, úgymint Egyiptom, Irak és

Jemen. Az előfordulás intenzitása országoként erősen változó: amíg Szomáliában 98%-os a nők áldozattá válásának aránya, addig Ugandában 1%. Etnikai csoportként is nagy az eltérés: szomáliak például egyaránt alkalmazzák Szomáliában és Kenyában, ahogyan a maszájok Kenyában és Tanzániában.

Az UNICEF 2013-as jelentése öt előfordulási csoportot különböztet meg, a kiemelkedően magastól a szórványosig. Az első csoportba nyolc olyan ország tartozik, ahol 80% fölötti az áldozattá válási arány: ilyen Szomália (98%), Guinea (96%), Dzsibuti (93%), Egyiptom (91%), Eritrea (89%), Mali (89%), Sierra Leone (88%) valamint Szudán (88%). Ezekben az országokban szinte a teljes női populáció érintett valamilyen genitális vágásos, csonkításos beavatkozással kapcsolatosan. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy nem is annyira az ország maga döntő az előfordulások tekintetében, sokkal inkább az etnikai csoportok, amelyek életterei alkalmanként országhatárokon is átnyúlnak.



▲ *Az FGM előfordulása Afrikában*
 Forrás: FGM/C A statistical Overview UNICEF Report 2013

A genitális csonkítás Kenyában

Okok és eredők

Számos magyarázat létezik Kenyában az FGM alkalmazásának okával, történeti eredőjével kapcsolatban. A kalendzsiknél például széles körben úgy tartották, hogy ez a gyakorlat fokozza a lányok házassági esélyeit, megelőzi a promiszkuitást, és elősegíti a könnyű gyermekszülést. Azok a nők, akik nem végeztették el lányaik körülmetélését, azt kockáztatták, hogy felelőtlennek, erkölcstelennek és a nyugati kultúra utánczóinak fogják őket tekinteni (Tanui, 2006). A körülmetélés az egy közösséghez való tartozás szimbólumát és érzését jelentette a beavatott számára. Ezt közösségi titkoknak is tekintették, amely azt a célt szolgálta, hogy az egész életükre szilárdan rögzüljön elméjükben, majd ők is tovább adják a következő nemzedékek számára. Az eljárást gyakorló közösségek úgy tekintenek a körülmetélésre, mint őseik és az istenek által rájuk hagyományozott parancsolatra, amelyet kétségbevonhatatlanul és változtatás nélkül kell gyakorolniuk, megtartva és beteljesítve a hagyományokat (UNICEF, 2004). Az FGM gyakorlata tehát ősi hiedelmeken és felfogásokon alapul, és jóllehet mára jelentős mértékben csökkent.

Kenyában egyes etnikai közösségek, a női nemi szervek megcsonkításának korábban bemutatott minden típusát a mai napig széles körben végzik: a szomálik, a kiszik, a maszaik, a meruk, a kalendzsik, a kikujuk, a pokotok, a boranák, a kambák, a luiák, a midzsikendák, a taiták és a kuriák egyaránt alkalmazzák a csonkítás, vágás valamely fajtáját. A szokás háttérében ősi és mélyen rögzült hiedelmek állnak, amelyeknek mindegyike tévedésen, hibás szociális, lelki és biológiai ismereteken, berögződéseken alapul. A nők esetében ez gyakran a felnőtté válás és házasságra való felkészítés része (28TooMany, 2013). Számos olyan közösség ismert, ahol az FGM a házasság előfeltétele, létfontosságú egy nő társadalmi és gazdasági elfogadottságához. Élő hiedelem, hogy ha egy lányon nem végzik el, akkor azok nem találnak maguknak férjet, nem lesznek vonzóak a férfiak számára. Több közösségben úgy tartják, ez a nők iránti későbbi tisztelet legfontosabb előfeltétele. De nem csupán „morális érték”: a szexuális vágy házasság előtti kontrollálásnak direkt módja, valamint a később a hűség biztosításának (különösen a poligám házasságokon belül) konkrét eszköze. De a tévhit szerint a személyi higiéne és tisztaság garanciája is.

A gyakorlat napjainkban

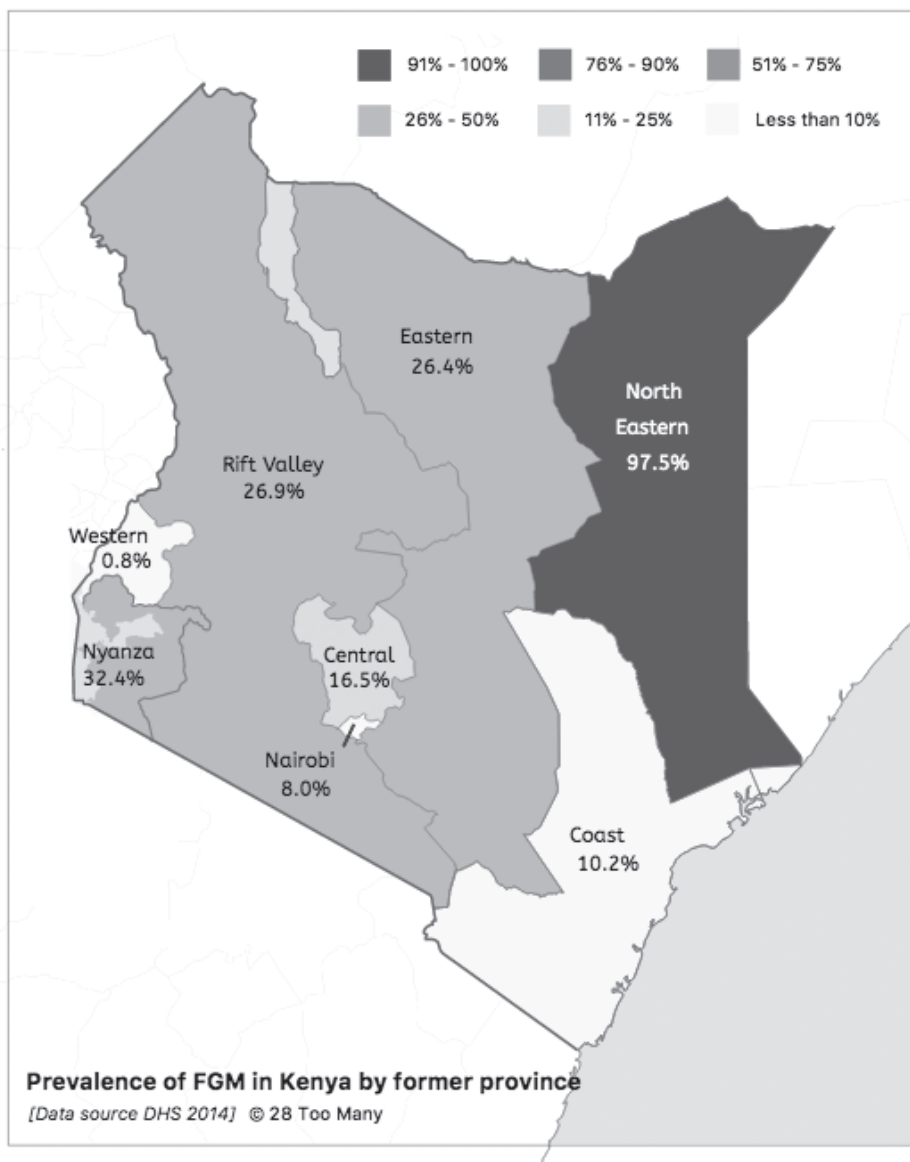
Az UNICEF 2013-as felmérése szerint Kenyában a nők 27%-a esett át valamilyen FGM-el kapcsolatos gyakorlaton, ami 9,3 millió nőt és lányt jelent. Ezzel Kenya az eljárást máig gyakorló 28-29 afrikai ország közül a 17. helyen áll. A leggyakoribb 98%-os az előfordulás az ország Észak-keleti területén, amíg a parti térségben már mindössze 10%. A szamburu és szomáli közösségeiben például tízből kilenc lányon hajtották végre ilyen beavatkozást (KDHS 2014). A felmérés azonban az FGM országos előfordulásának egyenletes csökkenését mutatják: így 1998 és 2014 között 38%-ról 21%-ra csökkent (KDHS, 2014; KDHS, 2015), jóllehet ez a szám továbbra is nagyon magas. Különösen és kiemelkedően (a 21%-os átlagot meghaladja) az alábbi

népcsoportokba tartozó nők esetében: 98% a szomáliai, 73% a maszaik és 96% a kiszik körében. Ez szinte a teljes női populációt jelenti az említett etnikai közösségekben. A FGM arányaiban magasabb az idősebb nők körében, de úgy tűnik, hogy a fiatalabb nőknél csökkenő tendenciát mutat (KDHS, 2014), aminek vélelmezhető oka az eredeti közösségek elhagyása, a belső és a külső migráció. Az áldozattá vált teljes női populáció 83%-a az FGM leggyakoribb, I. típusán esett át a felmérések szerint. 13%-uk infibulation (III. típus) és 2%-uk kimetszésen (II. típus) (DHS, 2008–09). Napjainkra azonban az áldozattá vált serdülő korú fiatal lányok számának csökkenése figyelhető meg: vélelmezhető a szülők körében egyfajta „felvilágosulási” tendencia, de az is lehet, hogy csak a jog tiltó ereje okán mellőzik a beavatkozást. Ugyanakkor az is elképzelhető, hogy jobban titokban tartják, mint korábban (28TooMany, 2013). A már idézett 2014-es demográfiai és népegészségügyi országos felmérés az FGM 2,8%-os elterjedtségét mutatja a 0-14 éves korosztály körében. Ennek a számadatnak a helyes értelmezéséhez azonban fontos tudni, hogy még nem minden lány jutott el a körülmételés végső állapotába; sok az olyan eset, hogy fokozatosan, lépésenként hajtják végre a csonkítás egyes formáit. Az ilyen szituációkban ezért jellemzőek a be nem vallott, nem regisztrált esetek.

A felmérés azt mutatja, hogy az eljárás elterjedtsége tartományonként változik: a legelterjedtebb az Észak-keleti Tartományban (98%) és a legalacsonyabb az elterjedtsége a Nyugati Tartományban (1%). A jelentésből továbbá az is kiderül, hogy az FGM-en átesett kenyai nők 72%-a 3 tartományban – az Észak-keleti, a Nagy-hasadék-völgyben és Nyanza tartományban – él. Az FGM egészségügyi szakemberek által történő végrehajtása, különösen a kiszik körében, manapság dokumentumokkal alátámasztott trend. Az 1998-as 34,4%-hoz képest 2003-ban a kenyai lányok 46%-án hajtottak végre egészségügyi szakemberek valamilyen típusú genitális csonkítást. Mindazonáltal a legújabb felmérések szerint az átfogó számadat 19,7%, illetve 27,8% a városi területeken (28TooMany, 2013).

Az FGM a társadalmi demográfiai vonalak mentén is változó. Ez legszembetűnőbb az etnikai hovatartozás tekintetében: míg a luó és a luija nők 1%-a esett át az FGM-n, addig az adatok szerint a szomáli népcsoport körében a nők 94%-át metélték körül, amely arány magasabb a szegény, iskolázatlan szülők lányainak körében (KDHS, 2014).

Az áldozattá vált nők és lányok az esetek jelentős részében marginalizálódnak mind a helyi, mind a többségi társadalmon belül. Ez ellenkezőleg is igaz lehet: az eljáráson át nem esettek félnek a közösségük elutasításától, szélsőséges esetekben abúzustól. Anyagi, egzisztenciális függetlenségük okán a fiatal lányoknak erős a kiszolgáltatottság érzése, amely csak erősíti, hogy engednek az etnikai hagyományoknak (Brewer et al., 2007). Dokumentált esetek bizonyítják, hogy azokat a lányokat, akik nem hajlandók „szembenézni a késsel”, megátkozzák, elűzik a közösségből; szüleiket a közösség kirekeszti, bántalmazza gyerekeik miatt (Kilimo and Ngeny, 2017).



^ Az FGM előfordulása Kenyában
 Forrás: 28TooMany, USAID DHS Program 2014

Az alkalmazás megszüntetésére, visszaszorítására irányuló törekvések

Mára kezdeményezések, kampányok és állami stratégiák széles skáláját alkalmazták Kenyában a gyakorlat csökkentésére és teljes megszüntetésére. Az aktivitások elsősorban szemléletformálásra, figyelemfelkeltésre irányulnak. Ilyenek például: az egészségi kockázatok bemutatása, generációk közötti párbeszéd, a téma iskolai oktatásba való beemelése, a formális oktatásba kapcsolás ösztöndíjakkal, anyagi támogatással történő serkentése, a gyermekházasság elől menekülő lányok intézeti, intézményes keretek között történő támogatása (Population Council, 2007).

Az alternatív beavatási rítus (ARP) az utóbbi évek egyik sokat ígérő válasza lehet az FGM visszaszorítására (Hughes, 2018). E széles körben alkalmazott módszer gyökere a hagyományos FGM-t végző személyek oktatása és számukra alternatív bevételi források biztosítása volt. E rítust végző személyek ugyanis díjazás ellenében végzik a szertartást. Az ARP, Alternative Rites of Passage azonban ötvözni próbálja a „soft” módszereket, úgy mint oktatás, szemléletformálás, a „hard” eszközökkel (Prazak, 2007). Az ARP előfeltétele a külső személy, szervezet irányába történő bizalom megnyerése, alapja pedig a teljes közreműködői kör koncentrikus halmazonkénti tájékoztatása, bevonása. A folyamat kezdete az anya és lánya közötti kapcsolat átalakítása, szemléletük formálására irányul. Ezt követi a közösség kisebb köreinek, a szertartást vezetőnek, idősebb döntéshozóknak, közelebbi és távolabbi rokonoknak bevonása. Cél, hogy az adott közösségben saját, új, de a már meglévő tradíciókra alapuló, azokból merítő szimbolikus beavatási szertartások jöjjenek létre, lehetőség szerint a korábbi vezetők meghagyásával. Az ARP célja, hogy a beavatás szertartás hagyományát megtartva kicserélje annak tartalmi elemeit.

A vonatkozó jogi, törvényi szabályozás általában

Helyi és nemzetközi szervezetek visszaszorító aktivitása ellenére, napjainkban 28 olyan afrikai és közel-keleti ország ismert, ahol az FGM valamely formája máig létező gyakorlat. Felében mára létezik korlátozó törvény, vagy jogszabályba, alkotmányba építették a gyakorlat tilalmát. Annak gyakorlati alkalmazása, mindennapi életre váltása azonban már más kérdés. Egy tanulmány megállapította, hogy a 28 országból csak 4-ben indult valóban büntetőeljárás FGM alkalmazása miatt (Rahman, 2000). Nyugat-Európában, elsősorban az egykori gyarmattartó és menekülteket leginkább befogadó országokat érinti leginkább mindez, ahol jellemzően létezik helyi tiltó jogi szabályozás. Sok országban azonban máig nem kodifikálták, nem vált a hard law jogszabályok részévé. Ezekben a helyeken az alábbi eszközökkel próbálják visszaszorítani a gyakorlatot (28TooMany, 2015).

- alternatív beavatási rítusok kidolgozásával igyekeznek „kiváltani” az FGM-et, meghagyva a felnőtté válási, beavatási rítus keretét, tartalmát és funkcióját
- kampányokkal, a nyilvánosság bevonásával és más soft eszközzel igyekeznek felhívni a lakosság és a bevándorló közösségek figyelmét a gyakorlat veszélyeire.

Általános nemzetközi jogi megközelítésből az FGM az alábbi helyekkel ütköztethető össze:

- Az emberi jogok egyetemes nyilatkozatának (1948) 2., 3., 5. és 25. cikkelye
- a Polgári és politikai jogok nemzetközi egyezségokmányának (1966) 9. cikkelye
- a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának (1966) preambuluma valamint 12. cikkelye
- a nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló ENSZ egyezmény (1979) 1., 2., 3., 5(a), 12(1) cikkelye valamint az általános ajánlás No.19-es pontja
- a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés elleni 1984-es egyezményre 16. cikkelye
- A gyermekek jogairól szóló 1989. évi konvenció 2. és 3 (1, 2), 19., 24., 37. cikkelye és az általános ajánlás No.14. pontja.

Az afrikai regionális jogszabályok tekintetében pedig, továbbra is általánosságban:

- az Ember és a Népek Jogainak Afrikai Chartájának (1981) 2., 21(1) cikkelye valamint ennek nők jogairól szóló protokolljának (2003) 1(f, j), 5., 14(1) cikkelye
- az 1990. évi gyermek jogairól és jólétéről szóló afrikai alapokmány 1(3), 3., 4(1), 14(1), 16(1), 21(1) cikkelye
- valamint az Afrikai Unió nemek egyenlőségéről szóló 2004-es egyezményének 6. paragrafusa.

A jogi, törvényi szabályozás alakulása és kenyai gyakorlata

Az általános nemzetközi és regionális afrikai jogi vonatkozások után, most lokálisabb szinten, a kenyai törvényi szabályozást, valamint kialakulásának történeti vonatkozásait tekintjük át részletesebben. Az FGM gyakorlatának gyökeres, mély társadalmi szintű megszüntetése és az arról való lemondás hosszú ideje osztársadalmi küzdelem Kenyában.

Keresztény misszionáriusok már az 1920-as években elkezdtek egyfajta FGM-ellenes küzdelmet (Boyle, 2005). Elsősorban egészségügyi okokból, valamint tevékenységük kiterjesztése részeként (még ha azokat ma már nem is tekinthetjük minden kritika nélkül). Tevékenységük hatott a gyarmatosítók körében, akik az állami adminisztráció, helyi közigazgatás megszervezésekor erőfeszítéseket tettek a körülmételés korlátozása érdekében, valamint lehetővé tették az általános orvosi ellátást. E tradicionálisan mélyen begyökerezett szokással szemben a társadalmi változások elméletéből merítették az erőt a korabeli politikai döntéshozók, civil és egyházi aktivisták.

A helyzet azonban megakadt, amikor 1929-ben több misszió is arra szólította fel tagjait, hogy szüntessék be közösségeikben az FGM alkalmazását. Idővel büntették azokat, akik nem tettek eleget ennek: kizárták őket az istentiszteleti alkalmakról, megtagadták gyermekeiktől a missziós iskolákba való beíratás lehetőségét (Murray 1976; Pedersen, 1991). Ez etnikai feszültséghez, szembenálláshoz vezetett a törzsek, helyi közösségek és a „civilizációs támogatást” biztosító gyarmati adminisztráció között. Mások mellett a Kikuyu Central Association nevű, frissen létrejött nacionalista szervezet kezdte hevesen védelmezni az FGM gyakorlatát és annak a helyi

társadalomba mélyen integrált szerepét. Idővel az FGM melletti kiállást a gyarmati erővel szembeni ellenállás egyik kifejezőmódjának, eszközének tekintették, ami aztán jelentős szerepet is kapott a brit uralom ellen folytatott nacionalista függetlenségi harcban. Jomo Kenyatta, a KCA akkori főtitkára és Kenya későbbi elnöke élesen kritizálta a misszionáriusok és az európaiak beavatkozását, mint országa ősi szokásai ellen irányuló támadást, amelynek szerinte az volt a célja, hogy országuk rendjét megbontsák, és ezáltal felgyorsítsák annak „európaizálódását” (Kenyatta 1978 [1938]; 133). Így Kenyatta számára a körülmetélés az afrikai hagyomány, ősi tradíció fontos szimbólumává vált „nemzetépítő eszközzé”. Azt méltatva úgy fogalmazott, hogy az „intézményünk lényege, mérhetetlen oktatási, társadalmi, erkölcsi és vallási haszonnal, következménnyel” (Kenyatta 1978 [1938];133). A *Facing Mt. Kenya: The Tribal Life of the Gikuyu* című könyvében (1959) egyértelműen és élesen kritizálja az európaiakat, hogy nem értik meg az FGM helyi jelentőségét. Kenyatta és körének támogató erejű politikája mellett, vagy annak ellenére voltak azonban, akik erősen kritizálták annak szerepét és létjogosultságát. 1956-ban például a merui Njuri-Ncheke Tanács megtiltotta a női nemi szervek körülmetélését. Ez, hasonlóan a gyarmatosítók által Afrika más részein meghozott jogi tilalmakhoz, széleskörű ellenállást váltott ki (Thomas, 2000). A „merui tilalmat” követően előfordult, hogy annak ellenére fiatal lányok, részben kényszer, részben a nyílt ellenállásuk kifejezéséként, saját maguk végezték el önnön körülmetélésüket. A feszültségeket enyhítendő a gyarmati kormány 1958-ban visszavonta a női körülmetéléssel kapcsolatos összes akkor élő határozatot (Chege et al., 2001). Noha az FGM a kultúrához való hűség jelképének és az európai gyarmatosítás elleni kihívásnak számított, idővel már nem bírt a korábbihoz hasonló jelentőséggel.

Az 1970-es években, részben a függetlenné vált Kenya (1963) „nyugatosodási” törekvése hatására, egyre erősebb FGM elleni légkör alakult ki: a nemzetközi közösség önálló részévé vált országban mind a kormányzati, mind a civil, egyházi szereplők nyíltan támadták annak alkalmazását, azt barbár, idejétmúlt gyakorlatnak tekintették (UNICEF, 2013). Kenya bekapcsolódott az ENSZ 1970-es, majd 1980-as években indított, az FGM megszüntetésére irányuló globális kampányaiba. Mindez átalakította a nők helyzetéről, egészségéről folytatott diskurzust és nyomást gyakorolt a vezető elite és a törvényhozás szereplőire. Egyfajta balansz jött létre, amelyben az egyik oldalon a „nyugatosodó” vezetők, a másik oldalon pedig a „tradicionalista”, az FGM-et továbbra is támogatók küzdöttek (Obiora, 1997; Boyle és Preves, 2000).

1982-ben Daniel arap Moi Kenya második elnöke (1978–2002) kompromisszumos megoldást keresett. Kiállt azt FGM megszüntetése mellett, amelyet haszontalannak titulált, és szorgalmazta az eljárást továbbra is végző személyek bíróság elé állítását. Mindazonáltal e tilalomhoz jogi erőt, súlyt nem adott. Éppen ezért voltak, akik úgy értelmezték döntését, mint a nyugatiak érzékenységének csillapítására szolgáló intézkedést, lényegében látszatpolitikát.

Ezt követően 1989-ben, 1998-ban, majd 2001-ben elnöki rendeletek születtek, amelyek fokozatosan korlátozták a csonkításos gyakorlatokat és szorították ki az FGM-et végző szakemberek tevékenységét az egészségügyi rendszerből. A jogi

szabályozás azonban lassan és nehézkesen tudott haladni. Kenyában ugyanis vegyes a jogrend: az a brit polgári jog, az iszlám jog és helyi szokásjog keveréke. Az ország „kvázi-szövetségi” struktúrájú, nemzeti és tartományi kormányzattal.

2001-ben a Kenyai Parlament megszavazta azt a törvényt, amelyben megerősítette az állam arra irányuló felhatalmazását, hogy megvédje a gyermekeket a jogsértéstől, többek között a szexuális kizsákmányolástól. Megtiltja a korai (kényszerű) házasságot valamint az FGM-et a 18 éven aluli lányok esetében. Vád emelhető az ellen, aki 18 éven aluli lányon genitális csonkítást hajt végre, és egy év letöltendő börtönbüntetést vagy 50,000 KSH (cca. 700 USD) pénzbírságot, akár mindkettőt együttesen szabhatnak ki rá (IRIN News, July 10, 2006). A társadalmi nyomás és e folyamatok hatására 2010-ben az alkotmányban rögzítették a nők méltóságának védelmét, elsősorban annak 29(c, f), 44(3) valamint 53(d) cikkelyei. Jóllehet, az alaptörvény nem beszél expressis verbis a csonkításról, FGM-ről (Constitutional Law and Acts 2010).

Az FGM ellen irányuló jogi korlátozás 2011-ben érte el csúcspontját, amikor megszületett a The Prohibition of Female Genital Mutilation Act (FGM Act 2011) elnevezésű törvény (GoK, 2011). Ez mérföldkőnek számított az FGM elleni küzdelemben: annak végrehajtását teljes körűen, kortól függetlenül, Kenya teljes területére vonatkozóan tiltja. Mi több: mindennemű közreműködést büntet. Szankcionálja az asszisztálás, az ajánlást, buzdítást a gyakorlat vállalására, vagy csupán ha valaki helyet biztosít annak elvégzésére. Még a bejelentés is kötelező, ha valaki tudomást szerez a gyakorlatról. A törvény továbbmegy: büntethető, ha valaki megvető, lealacsonyító módon beszél olyasvalakiről, aki nem esett át genitális csonkításon. A törvény megszegése hét évig terjedő szabadságvesztéssel vagy 500.000 KSH pénzbírsággal jár. A törvény előkészítésének folyamata során a Nemekkel, Gyermekekkel és Társadalmi Fejlődéssel Kapcsolatos Ügyek Minisztériuma (Ministry of Gender, Children and Social Development) nemzeti cselekvési tervet (2008–2012) bocsátott ki az FGM kenyai megszüntetésének felgyorsítása érdekében (Roald, 2013). A kormány vállalta, hogy konkrét lépéseket tesz a FGM megszüntetésének elősegítése érdekében a törvényhozás, közoktatás, szociális munka, érdekképviselet, média megjelenések, a nők erősítése és reprodukciós egészségre irányuló szolgáltatások által (UNFPA/UNICEF, 2007). Az Egészségügyi Minisztérium referencia-kézikönyvet is megjelentetett az egészségügyi szolgáltatók számára az FGM komplikációinak kezeléséről (Roald, 2013).

Kvalitatív kutatás FGM áldozatokkal

2016 és 2018 több alkalommal kerestük a személyes kapcsolatot FGM-et átéltnővel, lányokkal. Célunk az volt, hogy mélyinterjúk keretében kérdezzük őket egyéni történetükről, hogy megismerhetőbbé váljon a jelenség mély, személyes oldala. Az interjúk elkészítésének nehézsége a célcsoport elérhetősége valamint a mintavételi sajátosságok miatt a tervezésnél egyértelmű volt: csonkításokat átéltek a helyi társadalmon, közösségen belül „rejtőzködőnek” számítanak, a téma természete érzékeny, az egyén legmélyebb magánügye. Ezért az elsődlegesen megkérdezettek körén, a kiinduló mintán továbblépve az ismerősök ismerőseinek irányába haladtunk,

„szájhagyomány útján” keresve az újabb kapcsolatokat. Vélelmeztük ugyanis, hogy újabb ügyfeleket csak ilyen módon fogunk találni, ami be is igazolódott: a megszólítottak közel 50%-át korábbi interjúalanyoktól kapott információ alapján értük el.

Tervezési szempont volt annak a dilemmának a feloldása, hogy etikus-e az interjú, amit tervezünk? Nem feszegetünk-e túlzottan személyes kérdéseket, amelyeket az interjú alanya nem (velünk) akarna megosztani. Vagy a megosztással nem nyitunk-e meg olyan „lelki csapokat”, amelyek utókövetésére, pszichoszociális gondozására már nem adunk lehetőséget. Számítottunk a célcsoport traumatizációjából fakadó nehézségekre, valamint esetleges nyelvi akadályokra, az eltérő helyszínek okozta személytelenségre, és mélyinterjúkra való személyes alkalmatlanságra (attitűd, egyéni tulajdonságok). A kérdéseket ezért úgy alkottuk meg, hogy azok ne zavarják össze az alanyokat, ne hozzák kényelmetlen helyzetbe őket. Ugyanakkor kellően rugalmasak legyünk, ha egy alany többet szeretne elmondani nekünk a kérdezettnél. Fontos volt még az az előzetes feltételezés, hogy az interjúk „hatalmi jellege” (a kérdező személye) felszínre hozhatják a korábban átéltek alá-fölérendeltségének élményét, a feltett kérdések az esetleges lelki sebeket tovább mélyíthetik (Mason, 2002).

Mindezeket figyelembe véve, és tekintettel arra, hogy rejtőzködő, ritka populációról (rare vagy hidden populations) van szó, a munkához a kvalitatív módszert választottuk. „A ritka populációk alatt olyan közösségeket, társadalmi csoportokat értünk, amelyekről közvetlen mintavételi keret (tehát az adott populáció tagjairól egy csaknem teljes körű lista) nem áll rendelkezésre (nincs, vagy létezik, de nem elérhető)” (Kapitány, 2010). A tervezés során 10-15 előzetesen megfogalmazott, állandó kérdést terveztünk, amelyek további, rögtönzött kérdésekkel egészültek ki, meghagyva az alany szabadságát, ha többet, mást kívánna elmondani. Így félig strukturált, kismintás, ún. „hólabdatípusú” mintavételre épülő interjúkra készültünk (Denzin–Lincoln, 2018). A tervezési szakasz végén próbainterjút végeztünk, amire 2016-ban, Nairobiban került sor. Az interjú tapasztalatai megerősítették a feltételezést, hogy az áldozatok nagyon nehezen fognak az átélt élményeikről beszélni és nagyfokú rugalmasságra lesz szükség.

A próbainterjú tapasztalatait értékelve, a feltett kérdéseket véglegesítve, 2017 és 2018 között több alkalommal, változó helyszíneken mintegy tíz olyan felnőtt korú nőt tudtunk részletesen megszólítani, akik átestek valamilyen FGM beavatkozáson és nyitottak voltak irányunkba. További tíz esetben részleges interjúkat vettünk fel: ezek a beszélgetések külső körülmények vagy a megkérdezett személyek visszako-

A kérdéseket ezért úgy alkottuk meg, hogy azok ne zavarják össze az alanyokat, ne hozzák kényelmetlen helyzetbe őket. Ugyanakkor kellően rugalmasak legyünk, ha egy alany többet szeretne elmondani nekünk a kérdezettnél.

zása miatt szakadtak meg, de részben értékelhetőek voltak. Az egyes találkozások szinte minden esetben mélyinterjúkká, „life story-vá” nőtték ki magukat, amire számítottunk is a tervezésnél. Az interjúk elkészítését és elemzését követően továbblépés volt azok értékelése (a felvett minták, adatok részletes elemzése, a vizsgált populáció teljes elemző vizsgálata, szűrése). A beszélgetések adattá alakítása illetve a kontroll nem készült el, de ez lehetőség a jövőben.

Az interjúk teljes, elemző közlése, a kérdésekre adott válaszok alapos bemutatása külön tanulmányt képezne. Terjedelmi okokból most a beszélgetések főbb jellemzőit összegezzük, két találkozást kiemelve.

A beszélgetések Nairobiban, környező városokban, valamint Mombasában történtek. Jellemzően egyik találkozás fonódott a másikba: azaz egyik interjúalany ajánlott valaki mást, de voltak teljesen független találkozások is. A sikeres, nem megszakadt beszélgetések általában 3-4 órán át tartottak. Az interjúk mindegyikét a bizalmatlanság jellemezte. Közös volt a beszélgetésekben, hogy a megkérdezettek szégyent és félelmet éreztek. Tartottak tőlünk, negatív ítéletünktől, valamit attól is, hogy a beszélgetéseink név szerint kitudódnak. Közös volt a megkérdezettekben, hogy mindannyian áldozatnak tekintették magukat, a beavatkozások akarata ellenére történtek. Egymástól függetlenül tagadták, hogy a legcsekélyebb mértékben is úgy éreznék, hogy a beavatkozás részét képeznék önnön identitásuknak, lelki és mentális felnőtté válásuknak. A téma kapcsán mélyen traumatizáltak voltak, némelyikük évtizedekkel az átéltek után is élő fájdalommal emlékezett vissza a történetekre. Általános jellemző, hogy mindegyiküknek kislányként kellett átesni a procedúrán, amely típusukat tekintve változatos képet mutatott. Közös volt az esetekben, hogy az átélteknek máig tartó hatása van, mind lelki, mind testi vonatkozásban: a személyes higiéné, gyerekvállalás és szexuális élet is komoly nehézségekkel jár. Párkapcsolati szempontból a megkérdezettek súlyosan hátrányos helyzetűnek érezték magukat és mindannyian komoly csalódásokat is átéltek.

Az egyik első interjút egy 21 éves lánnyal készítettük, aki szállodai recepciós volt egy Nairobától néhány száz kilométerre lévő, turisták által kedvelt helyszínen. Maszáj faluba született, négy testvérrel együtt éltek nem messze a tanzániai határtól. Fiatalon, 6-7 évesen esett át genitális csonkításon. A szertartás mindenre elemére emlékszik, az eltelt idő és fiatal kora ellenére. Elmondta, hogy az FGM-et korábban jellemzően 15 éves kortól végezték a házasságra való felkészítés céljából, manapság azonban 5-10 éves kor körül már átesnek a lányok e fájdalmas procedúrán. Döntően a korábban ismertetett I. típusba tartozó eljárások egyikén. A maszajok körében az eljárást gyakran végzik az iskolai szünetek idején, így azt gyakran nem képesek folytatni a felmerülő egészségügyi következmények miatt. A „nőiség rítusa” együtt jár a lányok hajának leborotválásával, ami jel, hogy a lány felnőtté vált. Egyúttal ezzel biztosítják a fiatal lányok szexuális tisztaságát, a szüzességüket is (Coexist, 2012). Később kényszerű házasságot kellett kössön a szülei és közössége által kijelölt fiúval, azonban ő korán, 11 évesen megszökött. Egy keresztény közösség fogadta be, ott élt és tanult, ugyanis formális oktatásban nem vehetett részt, csak ház körüli munkákra tanították meg. Majd egy FGM-en átesett traumatizált nők segélyezésével

foglalkozó civil szervezet segítette, elsősorban lelkileg, mentálhigiénés szempontból. Találkozásunk idején még független állapotú volt, de elmondása szerint komoly kapcsolatban élt barátjával, aki az átéltek ellenére elfogadta. Elmondása szerint egyértelműen mély, élethosszig tartó pszichés sebet ejtettek rajta. Találkozásunkkor orvosi gyógykezelésekre várt, ugyanis a gyerekvállalás jelenleg nem volna még császármetszéssel történő szülés esetén sem problémamentes.

Egy másik találkozásunk egy 34 éves prostituált nővel történt, aki súlyos csonkításon esett át gyermekkorában. Kenya északi, észak-keleti részén született. Elmondása szerint minden általa ismert lányon végeztek valamilyen genitális csonkítást, általános gyakorlat volt ez közösségében. Nyíltan és őszintén (önkritikusan) beszélt az átéltekről. Jóllehet borzalmas élményei voltak, ugyanis az FGM egyik legbrutálisabb formáján kellett átesnie, mégsem emiatt került társadalmi perifériára és él alacsony szocioökonómia státuszban. Meglettek volna a lehetőségei, hogy tanuljon, ismeri a segítő szervezeteket, amelyek FGM-en átesett nőkkel foglalkoznak. Magánklinikán kezelték a korábbi években majd önerőből fedezve kozmetikai beavatkozásokat is elvégeztek rajta. Azonban teljesen mégsem tudták tünetmentessé tenni. Gyerekvállalást nem tervez, részben a csonkítás hatására sem lenne egyszerű számára. Beszámolt róla, hogy „munkájában” külön kategóriába tartozik, mint FGM-en átesett prostituált. Sőt, vannak olyan „ügyfelei”, akik kifejezetten ezért keresik a társaságát. Mindent összevetve azonban önmagát áldozatnak tekinti, az átéltekre nagy fájdalommal emlékszik vissza.

Záró gondolatok

A korábbiakban röviden, kitekintésszerűen összefoglaltuk a női genitális csonkítás afrikai kialakulásának történetét, szűkebb fókusszal annak szubszaharai térségére, majd kenyai előfordulására. A kérdés fogalmi tisztázásán túl részletesebben foglalkoztunk annak azonnali és hosszabb távú egészségügyi hatásaival. Az írás további részében írtunk a gyakorlat kenyai helyzetéről, majd röviden ismertettük a kvalitatív módszerrel készült kismintás kutatásunk módszertanát és illusztrációképpen két interjú némely részletét.

Próbáltunk tárgyilagosan fogalmazni, de mélyen egyetértünk azzal a megközelítéssel, hogy a genitális csonkítás minden formája súlyosan sérti a nők emberi méltóságát, valamint alig helyrehozható testi és lelki sebeket okoz. Sok esetben gyógyíthatatlanul károsítva és traumatizálva a nőket. Ezért igazat adunk azoknak, akik áldozatnak tekintik az FGM-et átélteket, még ha ez nehézséget is jelent a későbbi mentálhigiénés kezelésük során. A genitális csonkításnak nincs egészségügyileg és kulturálisan legitimálható szerepe. A fizikai és lelki következmények élethosszig tartóak.

Jelen írásunk nem terjedt ki a téma egyik speciális vonatkozására, a nyugati országokban jelenlévő genitális csonkításos szokásokra, amelyeket elsősorban az egykori gyarmatterületekről, illetve általában Afrikából és az arab világból érkezett menekültek gyakorolnak. Napjaink migrációs diskurzusába illeszkedve ez témának egyik fontos szelete. Franciaországban, az Egyesült Királyságban, a skandináv

országokban vagy az Egyesült Államokban ugyanis komoly társadalmi és jogi kihívást jelent annak visszaszorítása, korlátozása, tiltása. ☀

Jegyzetek

- 1 A szokás és idea megtalálható volt a katolikus és protestáns gyakorlatban egyaránt. A 17. században élt anglikán püspök, *Jeremy Taylor* sokat írt a tisztaság és szentségi élet összefüggéséről. Ahogyan amerikai karizmatikus vagy puritán protestáns közösségek (tk. a shakerek és más utópista vallások) is „alkalmaztak” szabályozókat a nemi vágyak fékentartására.
- 2 Mások mellett *Ellen Gruenbaum*, *Fran Hosken*, *Nahid Toubia* vagy *Hilary Burrage* vagy a mára tartalmában meghaladott, de úttörőnek számító *Efua Dorkenoo* munkái új lendületet adtak a korábbi évtizedek FGM-el kapcsolatos kutatásainak. Újszerűségük leginkább abban áll, hogy a téma emberi, személyes, lelki oldalára helyezték a hangsúlyt.

Felhasznált irodalom

- Assad, M. B. (1980) Female Circumcision in Egypt: Social Implications, Current Research, and Prospects for Change in *Studies in Family Planning* 11(1):3-16.
- Berg, R. C. – Denison, E. (2011) Does Female Genital Mutilation/ Cutting (FGM/C) Affect Women’s Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sexuality Research and Social Policy* 9(1): 41-56.
- Boyle, E. (2005) Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 39-41.
- Brewer et al. (2007) Male and Female Circumcision Associated with Prevalent HIV Infection in Virgins and Adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. *Annals of Epidemiology* 17: 217-226.
- Burrage, H. (2016) *Eradicating Femal Genital Mutilation*, Routledge, London.
- Chege, J. (2001) An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya. *Massena University*, 89-129.
- Coexist (2012) The Coexist Initiative; The 2012 (Kajiado County) FGM Community Assessment.
- Denzin N. K. – Lincoln Y. S. (2018) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, London.
- DeMeo (1997) *Geography of Male and Female Genital Mutilations in Sexual Mutilations: A Human Tragedy* 1-15. (szerk. Denniston G. C. és Milos M. F.) Springer, New York.
- Dorkenoo, E. (1994) *Cutting the Rose Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention*, Minority Rights Publications, London, 32-34.
- Elish, E. (1996) *Reaching for a Healthier Future*. Populi, 12-16.
- Equality Now (2011) *Protecting Girls from Undergoing Female Genital Mutilation*. Forrás: http://www.equalitynow.org/sites/default/files/Protectin%20Girls_FGM_Kenya_Tanzania.pdf
- Fage, J.D. (2004) *Afrika története, Az iszlám hatás Afrikára*, 125-127. Osiris Kiadó, Budapest
- *Frontiers in Reproductive Health Program*. Forrás: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/Kenya_Somali_FGC.pdf
- GoK (2001) *Kenya Children’s Act 2001* Government Printers, Nairobi.
- GoK (2008) *Kenya Demographic health Survey* Government Prints, Nairobi.
- GoK (2010) *The Constitution of Kenya* Government Printers, Nairobi.
- Gok (2011) *Kenya Anti FGM Act* Government Printers, Nairobi.
- GoK,(2012) *Prohibition of Female Genital Mutilation Act* Government Printers, Nairobi.
- GoK (2015) *Protection Against Domestic Violence ACT* go Government printers, Nairobi.
- GoK/KNBS (2014) *Kenya Demographic Health Survey*. Government Printers, Nairobi.

- Gruenbaum, E. (2000) *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*, University of Pennsylvania Press, Pennsylvania.
- Hosken, F. P. (1981) *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*, *International Journal of African Historical Studies* Vol. 14, No. 3, pp. 523-526.
- Hughes, L. (2018) *Alternative Rites of Passage: Faith, rights, and performance in FGM/C abandonment campaigns in Kenya*, *African Studies* 77 (2):274-292.
- IAC (2005) *Declaration: on the Terminology FGM*; 6th IAC General Assembly Forrás: <https://bit.ly/2Jt4VHE>
- Kapitány, B. (2010) *Mintavételi módszerek ritka populációk esetén*, *Statisztikai Szemle*, 88. évfolyam 7-8. szám 739-754.
- Kilimo, R. – Ngeny, P. K. (2017) *The Undamaged Fruits*, East African Publishers.
- Kool, R. – Wahedi, S. (2014) *Criminal Enforcement in the Area of Female Genital Mutilation in France, England and the Netherlands: A Comparative Law Perspective*, *International Law Research*, Vol. 3, No. 1
- Kouba, J. – Muasher, J (1985) *Female Circumcision in Africa: An Overview*, *African Studies Review*, 28 (1): 95–1100.
- Lockhat, H. (2004) *Female Genital Mutilation Treating the Tears*, Middlesex University Press, pp. 8-21.
- Mason, J. (2002) *Qualitative Researching*, Sage Publications, London. 62-84.
- Njeru, L. (2016.06.30.) *FGM Cases on the Decline Says Kilimo*. Daily Nation Kenya. Forrás: <https://www.nation.co.ke/counties/meru/FGM-cases-on-the-decline--says-Kilimo/1183302-3322984-n1ritcz/index.html>
- Prazak M. (2007) *Introducing Alternative Rites of Passage*, *Africa Today*, Vol. 53, No. 4, (Summer, 2007), pp. 19-40.
- Rahman A. (2000) *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*, Zed Book, London.
- Roald, A. (2013) *Women in Islam: The Western Experience*, London, Routledge.
- Rodriguez, B. (2014) *Female Circumcision and Clitoridectomy in the United States: A History of a Medical Treatment*. Rochester, NY, University of Rochester Press.
- Rushwan, H. (2013) *Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health*, *African Journal of Urology*, Volume 19, Issue 3, September, 130-133.
- Shell-Duncan, B. – Gathara, D. – Moore, Z. (2017) *Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: Is Change Taking Place? Descriptive Statistics from Four Waves of Demographic and Health Surveys*. Forrás: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2017RH_FGMCKenyaChange.pdf
- Sheikh, M. A. – Ian, A. (2009) *A religious Oriented Approach to Addressing FGM/C Among the Somali Community of Wajir, Kenya*, Population Council, Frontiers, USAID. Forrás: <https://bit.ly/2XS6rvd>
- Tanui, K. (2006) *Dying Voice*, Kitale Kenya, Zapf Chancery Publishers Africa, Kenya, 16-46.
- Toubia, N. (1999) *Caring for Women with Circumcision: A Technical Manual for Health Care Providers*, Research Action & Information.
- Thomas, L. (2003) *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*, Berkeley, University of California Press.
- UNICEF (2005) *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*.
- UNICEF (2013) *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the dynamics of change*. Forrás: https://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf
- UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting (2016) *Annual Report*.

- UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting (2016) UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting (2016) Annual Report.
- UNFPA (2014) Media to play key role in eliminating FGM in Kenya.
- Villeneuve, A. (1937) Étude sur une coutume Somalie: les femmes cousues, *Journal des Africanistes*, 7-1 pp. 15-32. Forrás: https://www.persee.fr/doc/jafr_0037-9166_1937_num_7_1_1619
- Walley, J. (2012) Searching for Voices: Feminism, Anthropology, and the Global Over Female Genital Operation, in James, S. M. – Robertson, C. (szerk.) *Genital Cutting and Transnational Sisterhood*. Urbana: University of Illinois Press, Urbana-Chicago, 54–86.
- Wandia, M. (2016) Kenya doing well in fighting FGM but should do more, *Citizen digital*. Forrás: <https://bit.ly/2xMvBg1>
- Westley, D. (1999) Female Circumcision and Infibulation in Africa, *Electronic Journal of Africana Bibliography*, Vol 4. Article 1. Forrás: <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1009&context=ejab>
- WHO (2008) *Eliminating Female Genital Mutilation, An Interagency Statement*. Forrás: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
- World Vision (2017) *Female Genital Mutilation/Cutting*, Nairobi, Kenya.
- Yoder, P. S. – Abderrahim, N. – Zhuzhani, A. (2004) *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical Comparative Analysis*. Calverton, Maryland: Macro International.
- 28TooMany (2013) *Country Profile: FGM in Kenya*.
- 28TooMany (2015) *Laws Relating to FGM*. Forrás: [https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Law/laws_relating_to_fgm_\(june_2015\).pdf](https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Law/laws_relating_to_fgm_(june_2015).pdf)

English Abstract

Female Genital Mutilation and Cutting: Past and Present The Relook at the FGM Eradication Quest in Kenya

In this paper we briefly describe the historical context of the development of female genital mutilation and summarize the results of the most important sources. In addition to terminological and conceptual clarification, we describe the main types of practice. We draw attention to the health and medical aspects of its use and the possible consequences. Furthermore, we present a contemporary picture of its practice in Kenya and its legal and social situation. At the end of the essay, for the sake of understanding its personal and human ramifications, we briefly describe the results of a research on qualitative ‚snowball’ methods with former victims, revealing the psychosocial side of this practice.

Solymári Dániel

Solymári Dániel teológiát és nemzetközi kapcsolatokat tanult és szerzett MA fokozatot Magyarországon és az Egyesült Királyságban, majd a Nemzetközi Vöröskeresztnél. Szakterülete a nemzetközi segélyezés, migráció, nagyvárosi szegregátumok, elsősorban a szubszaharai Afrika vonatkozásában. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat nemzetközi kapcsolatainak vezetője. A Pécsi Tudományegyetem BTK IDI Politikatudományi Program PhD hallgatója. Daniel Solymári studied Theology and International Relations in Hungary and in the United Kingdom and holds MA degrees. He has received an advanced degree in Humanitarian Diplomacy at ICRC. He researches and writes on a number of issues in the area of international aid, Sub-Saharan Africa and migration, urban slums, WASH and re-settlement initiatives. Daniel is currently a PhD student at the University of Pécs, Political Science Doctoral Programme, Faculty of Humanities.

Janet Mangera

Janet Mangera a kenyai Nairobi Egyetemen szerzett MA fokozatot szociológiából, majd a kanadai Royal Roads Egyetemen doktorált 2017-ben. Közel tíz évet dolgozott a kenyai Caritasnál, aminek kezdetben országos nemi esélyegyenlőségi programkoordinátora, majd 2010–2012-ig igazgatója volt. Ezt követően nagyvárosi szegregátumok vízügyi és társadalmi felzárkóztatásával kezdett foglalkozni. 2018-tól a Multimedia University of Kenya egyetemen tanít.

Janet Mangera studied in Nairobi University and holds MA degree in sociology. She has completed her PhD studies at the Royal Roads University in Applied and Social Sciences in 2017. She worked at the Caritas Kenya as its national gender coordinator, then, as a director. She has been teaching teaching Sociology and Development Studies at the Multimedia University of Kenya.

Csikós Gabriella

Csikós Gabriella orvos, geriáter. Általános orvos diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen szerezte. Gerátria szakképzésben a budapesti Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban vett részt, ahol jelenleg az intézmény Krónikus Belgyógyászatának osztályvezető-helyettese.

Gabriella Csikós has earned her MD degree at Semmelweis University in Budapest. She started her professional training in geriatrics at the Szent Imre Hospital in Budapest where she has been working at the department of Chronic Internal Medicine as Deputy of the Head of Department.

@

solymari.daniel@maltai.hu