

بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان امام خمینی پیرانشهر در رابطه با ختنه دختران: یک مطالعه مقطعی

سهیلا ربیعی پور^۱، زینب احمدی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۹/۰۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: ختنه زنان به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی در برخی از جوامع از جمله ایران مطرح است و شامل کلیه روش هایی است که منجر به آسیب به بخشی یا تمام دستگاه تناسلی زنان به دلایل غیر پزشکی است. مطالعه حاضر باهدف تعیین آگاهی و نگرش زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان امام خمینی پیرانشهر در رابطه با ختنه زنان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ طراحی و انجام شده است.

مواد و روش کار: در مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی حاضر، ۳۲۰ نفر از زنان باردار (۱۶۰ نفر در گروه ختنه شده و ۱۶۰ نفر در گروه ختنه نشده) مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان امام خمینی پیرانشهر به روش هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات لازم از طریق فرم اطلاعات جمعیت شناختی و فرم تاریخچه بارداری و پرسشنامه محقق ساخته آگاهی و نگرش نسبت به ختنه جمع آوری و در سطح معنی داری ۰.۰۵ در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی زنان ختنه شده و ختنه نشده به ترتیب 28.92 ± 6.2 و 25.42 ± 4.8 سال بود. در هر دو گروه تحت بررسی اغلب زنان از سطح آگاهی پایین در مورد ختنه برخوردار بوده ولی میزان آگاهی زنان ختنه شده بالاتر از زنان ختنه نشده بود و اختلاف معنی داری از نظر آماری داشته اند ($p=0.006$). همچنین یافته ها حاکی از آن بود که در هر دو گروه از زنان تحت بررسی اغلب نگرش منفی نسبت به ختنه وجود داشته ولی زنان ختنه نشده نگرش منفی تری نسبت به ختنه داشته اند که از نظر آماری معنی دار است ($p<0.001$). مدل رگرسیون خطی نشان داد که از بین متغیرها سن، تحصیلات، محل تولد و میزان درآمد در افزایش آگاهی زنان باردار رابطه معنی دار از نظر آماری نشان داد ($p<0.05$). در این میان شغل تأثیری در پیش گویی آگاهی در زنان نداشت ($p=0.483$). همچنین مدل رگرسیون خطی نشان داد که از بین متغیرهای جمعیت شناختی؛ سن، تحصیلات، محل تولد در پیش گویی نگرش در زنان باردار تحت بررسی تأثیرگذار و این رابطه برای متغیرهای مذکور معنی دار بود ($p<0.05$) در این بین شغل ($p=0.484$) و میزان درآمد ($p=0.537$) تأثیر معنی داری در نوع نگرش زنان در رابطه با ختنه نداشت ($p>0.05$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به رایج بودن عمل ختنه در شهرستان پیرانشهر و پایین بودن آگاهی زنان و وجود زنانی که هنوز نگرش آن ها به ختنه مثبت است؛ انتظار می رود به منظور افزایش آگاهی و ارتقای نگرش زنان در مورد ختنه، تدوین استراتژی های آموزشی و قانونی در سطح منطقه ای حاضر توسط مدیران سلامت و سیاست گذاران بخش بهداشت و درمان مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه ها: آگاهی، نگرش، ختنه زنان، زنان باردار، ایران

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره دوازدهم، پی در پی ۱۴۹، اسفند ۱۴۰۰، ص ۹۶۳-۹۵۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: ahmadizeinab943@gmail.com

خانواده و جامعه دارد (۱) و از مفاهیم زیربنایی در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی - اجتماعی است (۲،۴). همچنین زنان کفیل نسل های بعدی هستند و اهمیت آن ها اغلب در پس مدیریت های مردانه کم رنگ و مخفی باقی می ماند (۳).

مقدمه

سلامت زنان و به ویژه سلامت مادران، به عنوان زیربنای خانواده ها و جوامع، اهمیت ویژه ای در تأمین و استمرار سلامت

^۱ دانشیار بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

ایران (هرمزگان) در رابطه با ختنه بیان کرده بودند که ختنه یک عمل رایج در مناطق روستایی جنوب ایران است. بی‌سواد و سابقه خانوادگی در این خصوص و آگاهی و نگرش ضعیف نسبت به ختنه عامل اصلی شیوع و تداوم زیاد آن در منطقه است (۲۲).

اسمیل^۱ و همکاران نیز در سال ۲۰۱۹، مطالعه‌ای باهدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران نسبت به ختنه در دو استان اومبادا و خارطوم در سودان در یافته‌های خود گزارش کردند که مادران دارای عملکرد و نگرش منفی نسبت به ختنه بوده و انجام این عمل را ناشی از عوامل مذهبی، فرهنگی، اجتماعی، سنت و باورهای غلط می‌دانند (۲۳). ابدو^۲ و همکاران در سال ۲۰۲۰ در یافته‌های مطالعه خود باهدف شیوع ختنه زنان مصری و تعیین آگاهی، نگرش آن‌ها اعلام کردند که در مصر ختنه رایج است و سطح آگاهی زنان ضعیف و سطح نگرش آن‌ها در حد نامطلوب بوده که در این خصوص کمپین‌های آگاهی و تغییر نگرش و اجرای قانون ممکن است به کاهش ختنه در زنان مصری کمک‌کننده باشد (۲۴).

از آنجاکه پژوهش در زمینه مقولات مرتبط با سلامت زنان سودمند است و همچنین با در نظر گرفتن پیامدهای زیان‌بار ختنه در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، جنسی و اجتماعی و از طرفی دیگر خلأهای موجود در رابطه با ختنه زنان و ناچیز بودن پژوهش‌های داخلی به انجام رسیده در این خصوص، ضرورت و اهمیت انجام یک تحقیق گسترده در این رابطه را نشان می‌دهد. بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تعیین آگاهی و نگرش زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان امام خمینی پیرانشهر در رابطه با ختنه در سال ۱۳۹۹ طراحی و انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی بود. بعد از دریافت مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه مذکور (IR.UMSU.REC.1398.080)، محقق به محیط پژوهش مراجعه و پس از هماهنگی‌های لازم با مدیریت و مسئولین بخش زایمان در بیمارستان امام خمینی شهرستان پیرانشهر در سال ۱۳۹۹ جهت نمونه‌گیری از بین زنان باردار مراجعه‌کننده اقدام نمود. انجام پژوهش حاضر در اتاق زایمان بیمارستان مذکور انجام گرفت. دلیل انجام پژوهش حاضر در اتاق زایمان این بود که بیمارستان پیرانشهر تنها مرکز زایمان شهر بوده زنان با هر سطح اجتماعی-اقتصادی به همان بیمارستان مراجعه می‌نمایند و این پوشش وسیع کل جمعیت را باعث شده و نمونه اخذشده نماینده نمونه کل جمعیت شهر می‌باشد

یکی از مواردی که سلامت جسمی و روانی زنان را به مخاطره می‌افکند؛ انواع خشونت علیه زنان است (۵). خشونت علیه زنان ابعاد و مظاهر مختلفی داشته و بسیاری از آن‌ها ریشه در سنت‌های غیر آئینی و یا با توجیهات دینی دارند (۵، ۶). ختنه زنان از جمله این موارد بوده که با توجه به ابعاد شیوع و پیامدهای زیان‌بار آن بر سلامتی زنان در دو دهه اخیر از سوی مجامع بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است (۷، ۸). ختنه زنان به دلایل مختلفی از جمله ورود به بزرگسالی، کاهش میل جنسی، پیشگیری از انتقال بیماری‌های جنسی، نطفات، حفظ زنانگی انجام می‌شود (۹، ۱۰).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی ختنه زنان عبارت است از برداشتن یا آسیب به بخشی یا تمام قسمت‌های دستگاه تناسلی خارجی زنان بدون دلیل پزشکی می‌باشد (۱۲). این عمل در چهار سطح مختلف قابل انجام است که از بریدن و برداشتن تمام یا قسمتی از کلیتورس تا خارج کردن لب‌های بزرگ دستگاه تناسلی خارجی متغیر است (۱۳).

بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت تخمین زده می‌شود که ۲۰۰ میلیون دختر و زن در جهان از ختنه رنج می‌برند و ۳ میلیون دختر، هر ساله در معرض خطر ختنه، قرار دارند (۱۴). این عمل از صدها سال قبل تاکنون در بیش از ۳۰ کشور آفریقایی و بخش‌هایی از آسیا و خاورمیانه صورت می‌پذیرد (۱۶-۱۵). در برخی کشورهای آفریقایی، شیوع انجام این عمل به ۹۰ درصد می‌رسد (۱۷). آمار دقیقی از میزان شیوع ختنه در ایران گزارش نگردیده است ولی بعضی تحقیقات، میزان شیوع ختنه در مناطق مختلف ایران را حدوداً بین ۷۰-۲۰ درصد تخمین زده‌اند (۱۸).

در اکثر جوامع این عمل با ادوات ابتدایی و توسط افراد فاقد تخصص و در شرایط غیر استریل انجام می‌شود و بر اساس بخشی از تحقیقات انجام شده؛ پیامدهای مختلف جسمانی، روانی، جنسی و اجتماعی در پی دارد (۱۹، ۲۰).

در بررسی متون گسترده‌ای که در مقاله حاضر انجام گرفت؛ مطالعات محدودی در رابطه با بررسی آگاهی و نگرش زنان ایرانی یافت شد. به‌طور مثال: احدی و همکاران در سال ۱۳۸۲ در مطالعه خود باهدف بررسی آگاهی و نگرش زنان شهر میناب در رابطه با ختنه شیوع ختنه را در کل ۷۰ درصد گزارش و اعلام نموده بودند که آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه ضعیف بوده و لزوم آموزش مردم منطقه و اهمیت مراکز بهداشتی - درمانی در افزایش سطح آگاهی و تغییر نگرش‌های مردم را ضروری دانسته بودند (۲۱). دهقان خلیلی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۹ در مطالعه‌ای با بررسی اپیدمیولوژی، ویژگی‌های منطقه‌ای، دانش و نگرش زنان در جنوب

² Abdou

¹ Alamen Esmeal

و بدین شیوه نتایج داده‌ها دچار سوگیری ناشی از متغیرهای مهم جمعیت شناختی نمی‌شود. همچنین انجام معاینات واژینال از نظر انجام یا عدم انجام ختنه در اتاق زایمان بهتر مقدور بود و در این حالت صحت اقدام به ختنه در زنان توسط پژوهشگر بهتر قابل معاینه و تأیید و توضیح اهداف مطالعه برای زنان راحت تر و دریافت پاسخ‌های صحیح به سؤالات از طرف زنان در آن محیط بهتر فراهم می‌آمد.

حجم نمونه در مطالعه حاضر بر اساس مطالعه کیروس گبریمش^۳ همکاران در سال ۲۰۱۸ (۲۵) و در نظر گرفتن سطح خطای پنج درصد، توان آماری ۸۰ درصد و آزمون دو دامنه در هر دو گروه مادران باردار ختنه شده و ختنه نشده ۱۵۶ نفر برآورد شد؛ که با در نظر گرفتن ریزش ۱۶۰ زن ختنه شده و ۱۶۰ زن ختنه نشده و در مجموع ۳۲۰ نفر نمونه‌گیری و وارد مطالعه شدند.

زنان باردار واجد شرایط که معیارهای ورود شامل تمایل شرکت در مطالعه، امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه، توانایی خواندن و نوشتن، خانم‌های بارداری که منتخب سزارین الکتیو نباشند به صورت هدفمند انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه بود. در ادامه، مادران باردار واجد شرایط از طرف محقق با روش مشاهده دستگاه تناسلی از نظر تأیید انجام یا عدم انجام ختنه به دو گروه ۱- مادران باردار ختنه شده و ۲- مادران باردار ختنه نشده تخصیص داده شدند. پس از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش در اختیار مادرانی که مایل به شرکت در این پژوهش بودند؛ قرار گرفت. در ابتدا فرم مشخصات جمعیت شناختی شامل: سن، شغل، محل تولد (شهر، روستا)، سطح تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، راهنمایی/دبیرستان و دانشگاهی)، میزان درآمد (دخل بیشتر از خرج، دخل مساوی از خرج و دخل کمتر از خرج) و سپس فرم تاریخچه بارداری شامل: سن حاملگی، پارите زنان، فراوانی سقط (بله/خیر)، مرگ داخل رحمی (بله/خیر)، فراوانی خواسته بودن بارداری (بله/خیر)، فراوانی مراقبت دوران بارداری (بله/خیر)، تعداد مراقبت‌های دوران بارداری، نمایه توده بدنی، توسط محقق از طریق مصاحبه با نمونه‌های تحت پژوهش، تکمیل شدند. در ادامه،

پرسشنامه محقق ساخته ۱۹ سؤالی (شامل ۷ سؤال آگاهی و ۱۲ سؤال نگرش) جهت سنجش آگاهی و نگرش زنان باردار ختنه شده و ختنه نشده به طور جداگانه نسبت به ختنه، مورد ارزیابی قرار گرفت. جواب‌ها در پرسشنامه مذکور در سه سطح موافق، مخالف و بدون نظر طبقه بندی شده بود. به تمامی سؤالات در صورتی که فرد جواب موافق داده باشد نمره ۲، نظر مخالف نمره ۱ صفر و در صورت نداشتن نظر نمره ۱ یک داده شد اما در مورد سؤالات ۳ و ۷ و ۱۵-۱۶ که معکوس نمره داده شد. که جمع نمرات عددی بین ۰ تا ۳۸ بود. اعتبار این پرسشنامه با نظرسنجی از ۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد قضاوت و ارزیابی قرار گرفت که اعتبار عبارات آن را به منظور سنجش آگاهی و نگرش زنان باردار در رابطه با ختنه را تأیید نمودند. برای ارزیابی پایایی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که طبق نرم افزار SPSS ۰٫۷ محاسبه شد. جهت دستیابی به نتایج پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق برنامه SPSS نسخه ۱۶ وارد و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰٫۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. برای داده‌های کمی میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های کیفی فراوانی و نسبت گزارش شد. همچنین در قسمت آمار استنباطی از آزمون‌های تی تست، کای دو، تست دقیق فیشر و رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جدول شماره ۱ بیانگر این مطلب است از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات، محل تولد بین دو گروه زنان باردار ختنه شده و نشده اختلاف آماری معنی‌دار داشته‌اند ($P < 0.05$). میانگین سنی زنان ختنه شده و ختنه نشده به ترتیب 28.92 ± 6.2 و 25.42 ± 4.8 سال بود. در یافته‌های جدول ۲ از بین متغیرهای تاریخچه بارداری تفاوت مشاهده شده از نظر فراوانی پارите زنان ($P < 0.001$)، فراوانی خواسته بودن بارداری ($P = 0.02$)، میانگین و انحراف معیار نمایه توده بدنی ($P = 0.003$) در گروه ختنه شده بیشتر از گروه ختنه نشده بود و از نظر آماری معنی‌دار بود. و در سایر متغیرهای دیگر تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده نشد ($P > 0.05$).

جدول (۱): بررسی و مقایسه مشخصات جمعیت شناختی زنان باردار تحت بررسی در مطالعه حاضر

| p-value | ختنه نشده (۱۶۰ نفر) | | ختنه شده (۱۶۰ نفر) | | زیرگروه |
|------------------|---------------------|------|--------------------|------|----------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| | ۷۸ | ۴۸.۸ | ۵۱ | ۳۱.۹ | ۱۵ تا ۲۵ |
| $< 0.001 \times$ | ۷۸ | ۴۸.۸ | ۸۱ | ۵۰.۶ | ۲۶ تا ۳۵ (سال) |

³ Kiros Gebremiche

| | | | | | | |
|---------|------|-----|------|-----|-------------------|-------------|
| | ۲.۵ | ۴ | ۱۷.۵ | ۲۸ | ۴۵ تا ۳۶ | |
| | ۹۸.۸ | ۱۵۸ | ۱۰۰ | ۱۶۰ | خانه‌دار | |
| ۰.۴۹۰xx | ۰.۶ | ۱ | ۰ | ۰ | کارمند | شغل |
| | ۰.۶ | ۱ | ۰ | ۰ | دانشجو | |
| | ۴.۴ | ۷ | ۲۶.۲ | ۴۲ | بی‌سواد | |
| <۰.۰۰۱x | ۳۲.۵ | ۵۲ | ۳۵.۰ | ۵۶ | ابتدایی | |
| | ۵۱.۹ | ۸۳ | ۳۳.۱ | ۵۳ | راهنمایی/دبیرستان | تحصیلات |
| | ۱۱.۲ | ۱۸ | ۵.۶ | ۹ | دانشگاهی | |
| <۰.۰۰۱x | ۸۱.۹ | ۱۳۱ | ۴۸.۱ | ۷۷ | شهر | |
| | ۱۸.۱ | ۲۹ | ۵۱.۹ | ۸۳ | روستا | محل تولد |
| | ۳۳.۸ | ۵۴ | ۲۵.۰ | ۴۰ | دخل بیشتر از خرج | |
| ۰.۱۲۵x | ۵۶.۲ | ۹۰ | ۵۸.۸ | ۹۴ | دخل مساوی خرج | میزان درآمد |
| | ۱۰.۰ | ۱۶ | ۱۶.۲ | ۲۶ | دخل کمتر از خرج | |

x آزمون کای دو؛ xx آزمون دقیق فیشر

جدول (۲): تاریخچه بارداری در زنان باردار مورد بررسی

| P value | ختنه نشده | ختنه شده | متغیر گروه | |
|---------|--------------|------------|------------|--------------------------------|
| | | | متغیر | |
| *۰/۰۸ | ۳۹/۳ ۱±/۱۴ | ۳۹/۵ ۱±/۲۳ | هفته | سن حاملگی |
| <۰/۰۰۱ | ۶۶ (۴۱/۲) | ۴۸ (۳۰) | ندارد | پارینه زنان |
| | ۶۸ (۴۲/۵) | ۵۶ (۳۵) | ۱ | |
| | ۲۳ (۱۴/۴) | ۳۲ (۲۰) | ۲ | |
| | ۳ (۱/۹) | ۲۴ (۱۵) | ۳ و بیشتر | |
| ۰/۷۵ | ۱۳۶ (۸۵) | ۱۳۴ (۸۳/۸) | خیر | فراوانی سقط |
| | ۲۴ (۱۵) | ۲۶ (۱۶/۲) | بلی | |
| **۱ | ۲ (۱/۲) | ۲ (۱/۲) | خیر | مرگ داخل رحمی |
| | ۱۵۸ (۹۸/۸) | ۱۵۸ (۹۸/۸) | بلی | |
| ۰/۰۲ | ۹ (۵/۶) | ۲۱ (۱۳/۱) | خیر | فراوانی خواسته بودن بارداری |
| | ۱۵۱ (۹۴/۴) | ۱۳۹ (۸۶/۹) | بلی | |
| ۰/۳۷ | ۱۵۶ (۹۷/۵) | ۱۵۹ (۹۹/۴) | بلی | فراوانی مراقبت دوران بارداری |
| | ۴ (۲/۵) | ۱ (۰/۶) | خیر | |
| *۰/۵۴ | ۶/۲ ۱±/۹۸ | ۶/۱۰ ۲±/۲۵ | | تعداد مراقبت‌های دوران بارداری |
| ۰/۰۰۳ | ۲۵/۸۵ ± ۴/۱۲ | ۲۷/۴۲ ۵±/۱ | | نمایه توده بدنی |

x آزمون فیشر x منی ویتمنی

جدول (۳): ویژگی‌های ختنه زنان باردار در مطالعه حاضر

| متغیر | پاسخ | ختنه شده | |
|---------------------------------|---------------|----------|-------|
| | | فراوانی | درصد |
| موافق در مورد انجام ختنه خودشان | بله | ۱۹ | ۱۱.۹ |
| | خیر | ۱۴۱ | ۸۸.۱ |
| قصد انجام ختنه در دختر خود | بله | ۱۶ | ۱۰ |
| | خیر | ۱۴۴ | ۹۰ |
| تأثیر ختنه بر سلامتی | کاهش میل جنسی | ۱۰۷ | ۶۷ |
| | درد | ۴ | ۲.۵ |
| | عفونت | ۱۰ | ۶.۲۵ |
| | خونریزی | ۱۲ | ۷.۵ |
| | نمی‌دانم | ۲۷ | ۱۶.۷۵ |
| دلایل انجام ختنه | دلایل مذهبی | ۸۹ | ۵۵.۶ |
| | کاهش میل جنسی | ۲۳ | ۱۴.۴ |
| | پاکیزه شدن | ۷ | ۴.۴ |
| | نمی‌دانم | ۴۱ | ۲۵.۶ |

سطح آگاهی پایین در مورد ختنه برخوردار بوده ولی میزان آگاهی زنان ختنه شده بالاتر از زنان ختنه نشده بود و زنان تحت بررسی در هر دو گروه از نظر آگاهی در مورد ختنه اختلاف معنی‌داری از نظر آماری داشته‌اند ($p=0.006$). یافته‌های مقایسه نمره نگرش در رابطه با ختنه در بین زنان باردار ختنه شده و نشده حاکی از آن است که زنان ختنه نشده نگرش منفی‌تری نسبت به ختنه داشته‌اند که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($p<0.001$).

جدول ۳ به ویژگی‌های ختنه زنان اشاره می‌کند که بیشتر افراد مخالف ختنه خود و دختران خود بوده و تأثیر ختنه بر کاهش میل جنسی را تأیید کرده‌اند و از علل ختنه زنان بیشتر به دلیل مذهبی اشاره کرده‌اند.

جدول شماره ۴ به مقایسه نمرات آگاهی و نگرش در رابطه با ختنه در بین زنان باردار ختنه شده و نشده تحت بررسی در مطالعه حاضر پرداخته است. در هر دو گروه تحت بررسی اغلب زنان از

جدول (۴): مقایسه نمره آگاهی در رابطه با ختنه در بین زنان باردار ختنه شده و نشده تحت بررسی در مطالعه حاضر

| متغیر | زیرگروه | ختنه شده (۱۶۰ نفر) | | ختنه نشده (۱۶۰ نفر) | | p-value |
|-------|---------|--------------------|------|---------------------|------|---------|
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | |
| آگاهی | بالا | ۱ | ۰.۶ | ۲ | ۱.۳ | ۰.۰۰۶* |
| | پایین | ۱۱۵ | ۷۱.۹ | ۱۳۷ | ۸۵.۶ | |
| | متوسط | ۴۴ | ۲۷.۵ | ۲۱ | ۱۳.۱ | |
| | جمع | ۱۶۰ | ۱۰۰ | ۱۶۰ | ۱۰۰ | |
| | نگرش | مثبت | ۳۱ | ۱۹.۴ | ۱۰ | |
| منفی | ۱۲۹ | ۸۰.۶ | ۱۵۰ | ۹۳.۸ | | |
| جمع | ۱۶۰ | ۱۰۰ | ۱۶۰ | ۱۰۰ | | |

x آزمون کای دو

معنی دار از نظر آماری داشتند ($p < 0.05$). در این میان شغل (p=0.484) تأثیری در پیش‌گویی آگاهی و نگرش و نیز و میزان درآمد (p=0.537) تأثیر معنی‌داری در نگرش زنان در رابطه با ختنه در زنان نداشت (p=0.483).

جدول شماره ۵ درجه پیش‌گویی و معنی‌داری رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و آگاهی و نگرش از ختنه در زنان تحت بررسی را نشان می‌دهد از بین متغیرها سن، تحصیلات، محل تولد و میزان درآمد در افزایش آگاهی و نگرش زنان باردار رابطه

جدول (۵): مدل رگرسیون خطی بررسی مشخصات جمعیت شناختی به منظور درجه پیش‌گویی آگاهی و نگرش در مورد ختنه در زنان باردار در مطالعه حاضر

| متغیر | ضریب رگرسیونی خام | خطای معیار | ضریب رگرسیونی تطبیق شده | مقدار تی | p-value |
|---------------|-------------------|------------|-------------------------|----------|---------|
| سن | ۰.۰۲۹ | ۱.۶۵ | ۰.۰۶۷ | ۱.۱۵۳ | ۰.۰۵۰ |
| شغل | -۰.۰۷۹۳ | ۱.۱۲۹ | -۰.۰۳۹ | -۰.۰۷۰۲ | ۰.۴۸۳ |
| آگاهی تحصیلات | ۰.۳۳۷ | ۰.۱۷۹ | ۰.۱۱۴ | ۱.۸۸۲ | ۰.۰۳۱ |
| محل تولد | ۰.۳۷۴ | ۰.۳۰۸ | ۰.۰۷۱ | ۱.۲۱۴ | ۰.۰۲۶ |
| میزان درآمد | ۰.۱۱۹ | ۰.۲۲۳ | ۰.۰۳۰ | ۰.۵۳۳ | ۰.۰۴۹ |
| سن | ۰.۰۶۷ | ۰.۰۴۱ | ۰.۰۹۳ | ۱.۶۳۵ | ۰.۰۰۳ |
| شغل | -۱.۰۲۷۸ | ۰.۸۲۳ | -۰.۰۳۹ | -۰.۰۷۰۱ | ۰.۴۸۴ |
| نگرش تحصیلات | ۱.۰۲۸۴ | ۰.۲۸۹ | -۰.۲۶۴ | ۴.۴۴۲ | <۰.۰۰۱ |
| محل تولد | ۰.۱۸۸ | ۰.۴۹۷ | ۰.۰۲۲ | ۲.۳۷۹ | ۰.۰۰۵ |
| میزان درآمد | -۰.۲۲۳ | ۰.۳۶۰ | -۰.۰۳۴ | -۰.۶۱۸ | ۰.۵۳۷ |

بحث و نتیجه‌گیری

می‌کنند، شیوع بیشتری دارد. بنابراین، این نتیجه با مطالعه انجام شده در اتیوپی که اکثر زنان ختنه شده از ساکنان مناطق روستایی بود، همخوانی دارد (۳۵). به نظر می‌رسد افزایش سطح سواد به پایان دادن به این پدیده مضر کمک خواهد کرد. توانمندسازی مردم و سیاست‌های پیشگیرانه مورد نیاز است و باید تلاش شود تا هنجارهای نامناسب اجتماعی و فرهنگی را که این عمل را عادی و زیاد می‌کند پایان یابد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، میانگین سن حاملگی، فراوانی سابقه سقط، سابقه مرگ داخل رحمی و مراقبت‌های بارداری در دو گروه مشابه بود. زنان ختنه شده شاخص توده بدنی ($P = 0.003$) و تعداد زایمان بیشتری داشتند ($P < 0.001$). بارداری ناخواسته در زنان ختنه شده بیشتر بود ($P < 0.02$).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر زنان ختنه شده تأثیر ختنه در سلامتی را تأیید و پیامدهای آن مانند کاهش میل جنسی گله‌مند و علت انجام ختنه را دلایل مذهبی عنوان نموده بودند. این یافته همسو با نتایج گزارش شده لاول و همکاران در سال ۲۰۱۷، موریس و همکاران در سال ۲۰۱۹، زهیرا در سال ۲۰۱۵، دوگان و همکاران در سال ۲۰۲۰ می‌باشد که در آن شرکت‌کنندگان نگرش‌های مثبت مذهبی به مسئله ختنه زنان و باورهای عمیق

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات، محل تولد بین دو گروه زنان باردار ختنه شده و نشده اختلاف آماری معنی‌دار داشته‌اند ($p < 0.05$). مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان در زنان ختنه شده $28/92 \pm 4/8$ بیشتر از زنان ختنه نشده $25/42 \pm 4/8$ است و از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.001$) نتایج مطالعه حاضر با مطالعه پاشایی و همکاران (۹) در روانسر همخوانی دارد که با کاهش سن، شیوع ختنه کمتر می‌شود. این یافته‌ها احتمالاً به دلیل افزایش تحصیلات و ارتقا سطح آگاهی‌های بهداشتی و تغییر باورها در چند سال اخیر است. همچنین ختنه زنان با تحصیلات زنان ختنه شده، تحصیلات پدر و مادر زنان و تحصیلات همسر زنان و شغل همسر ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P > 0.001$) تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که شیوع ختنه زنان در زنان با سطح تحصیلات پایین زیاد است. بنابراین، این یافته با سایر مطالعات گزارش شده از اتیوپی و مصر مطابقت دارد که سطح پایین تحصیلات با میزان بالای شیوع ختنه زنان همراه است (۳۶، ۳۵). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ختنه دستگاه تناسلی زنان در میان زنانی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند در مقایسه با کسانی که در مناطق شهری زندگی

فرهنگی در ارتباط با این رسم را عامل زبان‌بار را ذکر کرده بودند (۲۶-۲۹). مطالعات آن‌ها نشان داد که نیاز به اتخاذ تدابیر و تمهیدات قانونی لازم در پیشگیری از این خشونت در زنان بوده است.

در راستا و منطبق بر یافته‌های پژوهش حاضر مطالعات انجام شده در سال ۲۰۲۱ توسط ماتاندا و همکاران در، ایریکه‌ی و همکاران، بوکایی و همکاران، عبدالغدير و همکاران نیز کاهش میل جنسی در زنان به دنبال انجام ختنه در آن‌ها را تأیید و گزارش کرده‌اند (۳۰-۳۳). تلاش‌هایی که در دهه‌های گذشته در زمینه سوادآموزی و تحکیم اعتقادهای مذهبی مردم صورت گرفته و همچنین اقدام‌هایی که در جهت افزایش آگاهی و سطح بهداشت جامعه برداشته شده در تغییر نگرش، ارتقای آگاهی و اصلاح رفتارهای غیربهداشتی و پیشگیری از عوارض متعاقب ختنه در زنان نقش داشته است. این امر نشان‌دهنده تأثیرپذیری مردم و نیاز آنان به درک آگاهی‌های درست بهداشتی و اعتقادات و باورهای صحیح مذهبی است. پاشایی و همکارانش (۹) نشان دادند که دلایل بروز ختنه به ترتیب به صورت زیر است: سنت و عرف (۶۶/۷ درصد)، پاکیزگی (۱۷/۲ درصد)، مذهب (۲/۸ درصد)، بهداشت (۲/۶ درصد) و کنترل تمایلات جنسی (۱ درصد). بسیار مبرهن است که، سنت، مذهب و فشار اجتماعی مهم‌ترین انگیزه برای انجام ختنه بودند. در مطالعه ایی که تگ‌الدین و همکارانش انجام دادند (۳۴)، دلیل بروز ختنه را به صورت زیر بیان نمودند: مذهب (۳/۹ درصد)، پاکیزگی دختران (۸/۹ درصد)، و سنت‌های اجتماعی و فرهنگی (۱۷/۹ درصد - ۱۵/۹ درصد). خلیلی و همکارانش در سال ۱۳۹۶ همچنین گزارش دادند که بیشترین دلیل انجام ختنه به ترتیب اهمیت دلایل زیر بوده است: سنت (۵۷/۱ درصد)، پاکیزگی و یا حلال بودن دختر (۴۰/۱ درصد) و تحریک جنسی شریک جنسی (۳۲/۱ درصد) و حدود ۳۰/۳ درصد از شرکت‌کنندگان به مذهب اشاره نمودند، درحالی‌که افزایش لذت خود از عملکرد جنسی در ۲۵/۸ درصد گزارش شرکت‌کنندگان وجود داشت (۲۲). محمد و همکارانش همچنین گزارش دادند که در میان زنان مصری، سنت، پاکیزگی و باکری از مهم‌ترین انگیزه‌های تداوم ختنه تا حدود (۱۰۰ درصد) است، که بعدازآن، تمایلات مردان، فاکتورهای زیبانشاخی، و فاکتورهای مذهبی به ترتیب (۴۵/۲ درصد - ۱۰۰ درصد) وجود دارند (۳۵). براین اساس پیشنهاد می‌گردد که آموزش جامعه از طرف مدیران و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان به‌ویژه برای زنان در زمینه عوارض ختنه و اصلاح نگرش آن‌ها در راستای حذف این مشکل باید مورد تأکید قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در هر دو گروه تحت بررسی اغلب زنان از سطح آگاهی پایین در مورد ختنه برخوردار بوده ولی میزان آگاهی زنان ختنه شده بالاتر از زنان ختنه نشده بود و

زنان تحت بررسی در هر دو گروه از نظر آگاهی در مورد ختنه اختلاف معنی‌داری از نظر آماری داشته‌اند ($p=0,006$). این یافته همسو با نتایج منتشرشده از توسط کالیچمن و همکاران در سال ۲۰۱۸، گراند و همکاران در سال ۲۰۱۷، شفاعتی و همکاران در سال ۲۰۲۱ و نانتزا و همکاران در سال ۲۰۲۰ بود (۴۲-۳۶، ۳۷). با توجه به عدم انجام ختنه در همه اقوام و مناطق دنیا بهتر است در آموزش‌های در این خصوص این شواهد مدنظر و آموزش‌های تنظیم‌شده در گروه‌های هدف طراحی و اجرا شود که بیشترین منفعت در راستای ارتقای آگاهی زنان در این خصوص حاصل آید. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که زنان ختنه نشده نگرش منفی‌تری نسبت به ختنه داشته‌اند که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($p<0,001$) این یافته خود حاکی از موفقیت نسبی اقدامات همکاران بخش بهداشت و درمان و سیاست‌های اجراشده در خصوص تغییر نگرش زنان در خصوص ختنه می‌باشد. برخلاف این یافته مطالعاتی وجود دارند که در آن بیشتر شرکت‌کنندگان نگرش مثبت در مورد انجام ختنه در زنان داشته‌اند از جمله می‌توان به مطالعات گله و همکاران (۲۰۱۲)، ویس و همکاران (۲۰۰۸) و مشانا و همکاران (۲۰۱۱) اشاره کرد (۳۸-۴۰). این مغایرت‌ها بسته به فرهنگ و اقوام مختلف، نوع ابزار بکار گرفته‌شده در بررسی‌ها و نوع طراحی مطالعه از سوی محققان برای سنجش و ارزیابی نگرش افراد به ختنه قابل توجیه و تبیین است. (جدول ۴).

یافته‌های مطالعه حاضر هم‌چنین نشان داد که از بین متغیرها افزایش سن، تحصیلات، محل تولد و میزان درآمد با افزایش آگاهی و پیشگویی نگرش زنان باردار رابطه معنی‌دار از نظر آماری داشتند ($p<0,005$). این یافته‌ها منطبق با نتایج حاصل از مطالعه احدی و همکاران (۲۰۰۳)، ابوالفتوح و همکاران (۲۰۱۵) (۴۱)، گیله و همکاران (۲۰۱۲) (۳۸) و ال‌جموک و همکاران (۴۴) می‌باشد (جدول ۵).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به حالت روحی مادران باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان امام خمینی پیرانشهر در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌های آگاهی و نگرش در رابطه با ختنه و تکمیل آن‌ها اشاره نمود که در این راستا، محقق تلاش نمود اهداف و سودمندی‌های انجام و یافته‌های حاصل از مطالعه را برای شرکت‌کنندگان توضیح و تبیین نماید. پیشنهاد می‌شود موضوع مهم تحت بررسی در پژوهش حاضر به‌طور جداگانه در مکان و اقوام مختلف، و به‌صورت مطالعات کیفی تکرار و انجام گردد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به همگن نبودن افراد تحت مطالعه اشاره کرد. نمونه مورد مطالعه بیشتر افراد کم‌سواد و با تحصیلات پایین و با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین بودند، در نتیجه لازم است مطالعات آینده تنوع بیشتری از نمونه‌ها از لحاظ

مادران جهت جلوگیری از انجام این عمل روی دخترانشان امری اثرگذار خواهد بود. امید است نتایج پژوهش حاضر بتواند با ارائه راه‌حل‌های مناسب جهت مقابله با این مشکل گام مؤثری جهت ارتقاء سطح سلامت دخترها و زنان در سطح ملی و منطقه‌ای بردارد.

تضاد منافع

نویسندگان مطالعه حاضر ابراز می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه ندارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مصوب در رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به شماره ثبت IR.UMSU.REC.1398.080 است. در پایان از کلیه زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌شود. هم‌چنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که، کلیه مسئولینی که در تصویب و اجرای این طرح مشارکت داشتند تشکر می‌شود.

متغیرهای دموگرافیک داشته باشد تا نتایج مطالعه مخدوش نگردد و قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

به‌طور خلاصه، با توجه به رایج بودن اقدام به ختنه در شهرستان پیرانشهر و پایین بودن آگاهی زنان و وجود زنانی که هنوز نگرش آن‌ها به ختنه مثبت است؛ انتظار می‌رود در تدوین استراتژی‌های آموزشی و قانونی در سطح منطقه‌ای متغیرهایی معنی‌دار در پژوهش حاضر توسط مدیران سلامت و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان به‌منظور افزایش و ارتقای نگرش زنان در مورد ختنه مدنظر قرار گیرد. از آنجایی که مهم‌ترین عامل در پایان دادن به ختنه زنان ایجاد تغییرات مناسب اجتماعی و فرهنگی در جوامع موردنظر است لازم است خاطرنشان ساخت چنین تغییراتی نیازمند ارتقای سطح درک و آگاهی و تغییر نگرش زنان و دختران می‌باشد. لذا با توجه به یافته‌های مطالعه پیشنهاد می‌شود که در مناطقی که ختنه رواج دارد در مورد پیامدهای ناشی از آن مراکز بهداشتی درمانی، آموزش‌های لازم را ارائه دهند و افراد جامعه خصوصاً والدین را نسبت به پیامدهای ختنه آگاه کنند، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای

References:

1. Kazar HN. Health Education and Strengthening the Women's Awareness of Health. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education 2021;12(11): 2598-602.
2. Dey J, Ramanathan C, Dutta S. Issues and Concerns of Women's Health in India: A Case Study of Cachar, Assam. The International Journal of Community and Social Development 2020;2(3): 327-43.
3. Burkett E, Carter A. It's Not about the Fish: Women's Experiences in a Gendered Recreation Landscape. Leisure Sciences. 2020: 1-8.
4. Sharma E. Women and politics: a case study of political empowerment of Indian women. International Journal of Sociology and Social Policy 2020;40: 607-626.
5. Cepeda I, Lacalle-Calderon M, Torralba M. Microfinance and violence against women in rural Guatemala. Journal of interpersonal violence 2021;36(3-4): 1391-413.
6. DeKeseredy WS, Rennison CM. Thinking theoretically about male violence against women in rural places: A review of the extant sociological literature and suggestions for future theorizing. International Journal of Rural Criminology 2020;5(2): 162-80.
7. Kasmani M. Determining Whether Female Circumcision is a Human Rights Violation. Bridges: An Undergraduate Journal of Contemporary Connections 2021;5(1): 3.
8. Coho C, Parra Sepúlveda R. Restoring what no longer exists: therapeutic and cultural issues regarding female genital mutilation/cutting. The International Journal of Forensic Psychotherapy 2021;3(1): 14-26.
9. Allan JA. Circumcision Debates in Sexology Magazine (1934-1975). The Journal of Men's Studies 2021;29(3): 354-72.
10. Soeselo DA, Suparman AS, Grimaldy G. Pediatric charity circumcision: Parents' knowledge and behaviour concerning circumcision. International Journal of Child and Adolescent Health 2021;14(1): 47-51.
11. Earp BD, Johnsdotter S. Current critiques of the WHO policy on female genital mutilation.

- International journal of impotence research 2021;33(2): 196-209.
12. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549646>
 13. Toubia N. Female genital mutilation. Women's Rights Human Rights: Routledge; 2018. p. 224-37.
 14. Unicef. 1. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern [Internet]. UNICEF DATA. 2016 [cited 2022 Jun 19]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>
 15. Pastor-Bravo MdM, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Postmigratory Perceptions of Female Genital Mutilation: Qualitative Life History Research. J Transcult Nurs 2021;32(5): 530-8.
 16. Lever H, Ottenheimer D, Teysir J, Singer E, Atkinson HG. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and a history of pervasive gender-based violence among women asylum seekers who have undergone female genital mutilation/cutting: a retrospective case review. Journal of immigrant and minority health 2019;21(3): 483-9.
 17. Berg RC, Denison E. Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries. Campbell systematic reviews 2012;8(1): 1-155.
 18. Pashaei T, Rahimi A, Ardalan A, Felah A, Majlessi F. Related factors of female genital mutilation (FGM) in Ravansar (Iran). J Women's Health Care 2012;1(2): 1000108.
 19. Enyeribe Oguh S. Lysistrata in Chains: Medical Ethical Analysis of Female circumcision in Kenya. Hekima Review (ISSN 1019-6188) 2009; 40: 147-56.
 20. Serour G. Medicalization of female genital mutilation/cutting. African Journal of Urology 2013;19(3): 145-9.
 21. Ahadi H, Khadivzadeh T, Seyyedialavi G, Esmaili H. Women's circumcision in Minab: prevalence, knowledge, attitude. J Inflamm Disease 2003;7(4): 14-20.
 22. Dehghankhalili M, Fallahi S, Mahmudi F, Ghaffarpasand F, Shahrzad ME, Taghavi M, et al. Epidemiology, regional characteristics, knowledge, and attitude toward female genital mutilation/cutting in Southern Iran. J Sex Med 2015;12(7): 1577-83.
 23. Esmeal EA, Mohammed AEE, Waggiallah HA, Almosaad YM. Knowledge, attitude, and practice among mothers towards female circumcision Ombada province Khartoum state, Sudan. International Journal of Community Medicine and Public Health (IJCMPh) 2016.
 24. Abdou MS, Wahdan IM, El-Nimr NA. Prevalence of Female Genital Mutilation, and Women's Knowledge, Attitude, and Intention to Practice in Egypt: A Nationwide Survey. Journal of High Institute of Public Health 2020;50(3): 139-45.
 25. Gebremicheal K, Alemseged F, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth 2018;18(1): 305.
 26. Lawal TA, Olapade-Olaopa EO. Circumcision and its effects in Africa. Transl Androl Urol 2017;6(2): 149.
 27. Morris BJ, Hankins CA, Lumbers ER, Mindel A, Klausner JD, Krieger JN, et al. Sex and male circumcision: Women's preferences across different cultures and countries: A systematic review. Sex Med 2019;7(2): 145-61.
 28. Jinnah Z, Lowe L. Circumcising circumcision: renegotiating beliefs and practices among Somali

- women in Johannesburg and Nairobi. *Med Anthropol* 2015;34(4): 371-88.
29. Doğan G. The effect of religious beliefs on the publication productivity of countries in circumcision: A Comprehensive Bibliometric View. *J Relig Health* 2020;59: 1126–36.
 30. Matanda DJ, Kabiru CW, Okondo C, Shell-Duncan B. Plurality of beliefs about female genital mutilation amidst decades of intervention programming in Narok and Kisii Counties, Kenya. *Cult Health Sex* 2021: 1-32.
 31. Auricchio V, Garzon S, Pomini P, Laganà AS, Casarin J, Cromi A, et al. Clitoral reconstructive surgery after female genital mutilation: a systematic review. *Sex Reprod Healthc* 2021: 100619.
 32. Bokaie M, Hatefi S, Mojahed S, Roozbeh N. Sexual Function in Women With and Without Female Genital Mutilation in Reproductive Age in South of Iran. 2021. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-256453/v1>
 33. Abdulcadir J. Female Genital Mutilation/Cutting. *The EBCOG Postgraduate Textbook of Obstetrics & Gynaecology: Gynaecology* 2021: 473.
 34. Tag-Eldin MA, Gadallah MA, Al-Tayeb MN, Abdel-Aty M, Mansour E, Sallem M. Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls. *Bull World Health Organ* 2008;86: 269– 74.
 35. Mohammed GF, Hassan MM, Eyada MM. Female genital mutilation/cutting: will it continue? *J Sex Med* 2014;11: 2756– 63.
 36. Kalichman S, Mathews C, Kalichman M, Eaton LA, Nkoko K. Male circumcision for HIV prevention: Awareness, risk compensation, and risk perceptions among South African women. *Global public health* 2018;13(11): 1682-90.
 37. Grund JM, Bryant TS, Jackson I, Curran K, Bock N, Toledo C, et al. Association between male circumcision and women's biomedical health outcomes: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2017;5(11): e1113-e22.
 38. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC public health* 2012;12(1): 1-10.
 39. Weiss HA, Plummer ML, Changalucha J, Mshana G, Shigongo ZS, Todd J, et al. Circumcision among adolescent boys in rural northwestern Tanzania. *Trop Med Int Health* 2008;13(8): 1054-61.
 40. Mshana G, Wambura M, Mwanga J, Mosha J, Mosha F, Changalucha J. Traditional male circumcision practices among the Kurya of North-eastern Tanzania and implications for national programmes. *Aids Care* 2011;23(9): 1111-6.
 41. Abolfotouh SM, Ebrahim AZ, Abolfotouh MA. Awareness and predictors of female genital mutilation/cutting among young health advocates. *Int J Womens Health* 2015;7: 259.
 42. Nanteza BM, Makumbi FE, Gray RH, Serwadda D, Yeh PT, Kennedy CE. Enhancers and barriers to uptake of male circumcision services in Northern Uganda: a qualitative study. *AIDS care* 2020;32(8): 1061-8.
 43. Shafaati Laleh S, Maleki A, Samiei V, Roshanaei G, Soltani F. The comparison of sexual function in women with or without experience of female genital circumcision: A case-control study in a Kurdish region of Iran. *Health Care Women Int* 2021;3(1-3): 1-13.
 44. Olajumoke Ereola O, ADEUSI JT, KOLAWOLE MO, AFOLABI YC. Bivariate Logistic Regression of Knowledge as Predictor of the Practice of Female Genital Mutilation in Ekiti State, Nigeria. *Psychology* 2020;10(2): 72-82.

SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF PREGNANT WOMEN REFERRING TO THE DELIVERY WARD OF IMAM KHOMEINI HOSPITAL IN PIRANSHAHR REGARDING CIRCUMCISION IN 2020: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Soheila Rabeipour¹, Zeynab Ahmadi^{*2}

Received: 23 November, 2021; Accepted: 22 May, 2022

Abstract

Background & Aims: Female circumcision is considered as one of the health problems of women in some societies, including Iran, and includes all methods that lead to damage or removal of part or all of the female reproductive system based on cultural goals or other non-medical reasons. The aim of this study was to determine the knowledge and attitude of pregnant women referring to the maternity ward of Imam Khomeini Hospital in Piranshahr city regarding circumcision in 2020.

Materials & Methods: In the present descriptive-analytical cross-sectional study, 320 pregnant women (160 in the circumcised group and 160 in the uncircumcised group) who were referred to the maternity ward of Imam Khomeini Hospital in Piranshahr city were selected by convenience sampling method. Necessary information was collected through demographic information form, maternal characteristics assessment form (during pregnancy), researcher-made questionnaire of knowledge, and attitude towards circumcision questionnaire. A significance level of 0.05 was coded in SPSS software version 16.

Results: The mean age of circumcised and uncircumcised women was 28.92 ± 6.2 and 25.42 ± 4.48 years, respectively. In both groups, most women had a low level of knowledge about circumcision but the knowledge of circumcised women was higher than uncircumcised women and a statistically significant difference existed in terms of knowledge about circumcision ($p = 0.006$). The results also showed that in both groups, there was a negative attitude towards circumcision but uncircumcised women had a more negative attitude towards circumcision, which is statistically significant ($p = 0.001$). The linear regression model showed that among the variables, age, education, place of birth, and income were statistically significant in increasing the awareness of pregnant women ($p < 0.05$ for all). Meanwhile, occupation had no effect on predicting knowledge in women ($p = 0.483$). The linear regression model also showed that among the demographic variables; age, education, and place of birth were effective in predicting attitude in pregnant women under study and this relationship was significant for these variables ($p < 0.05$ for all). Among these, job ($p = 0.484$) and income ($p = 0.537$) had no significant effect on women's attitude toward circumcision.

Conclusion: Considering the prevalence of circumcision in Piranshahr city and the low awareness of women and the existence of women whose attitude towards circumcision is still positive; it is expected that in formulating educational and legal strategies at the regional level, significant variables in the present study will be considered by health managers and health policymakers in order to increase and promote women's attitude about circumcision.

Keywords: Knowledge, attitude, female circumcision, cross-sectional study, Iran

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: ahmadizeinab943@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Associate Professor of Maternal and Child Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc student of consulting in midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)