

în mod real. De fapt, bolnavul nu poate înțelege dintr-o dată ceea ce recepționează precum și întreg spectru de consecințe ale maladiei care o suportă. În fiecare etapă a bolii, putem observa reacții aparente de fugă, de negare sau de evitare, care nu trebuie luate drept demisie, dar sunt reflexii ale resentimentelor pacientului și ale modului său propriu de a reacționa. Ele trebuie acceptate și respectate. Pacientul trebuie să simtă atât responsabilitatea deciziei sale, cât și sprijinul oferit de către medic. Numai așa se va ajunge la o colaborare pozitivă dintre medic și pacient cu excluderea conflictelor existente astăzi dintre „principiul minciunii sacre” și „adevărului medical justificat”.

Bibliografie

1. Nicolae Miu, Științele comportamentului, Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
2. Teodor N. Țârdea, Elemente de Bioetică. Suport de curs, Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.
3. Aristotel, Etica Nicomahică, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1988.
4. Ernest Stere, Din istoria doctrinelor morale, Iași: Editura Polirom, 1998.
5. Imm.Kant, Întemeierea metafizicii moravurilor. Critica rațiunii practice, București: Editura științifică, 1972.
6. Lazăr G., Aspecte deontologice în procesul consilierii, Note de curs. București: Universitatea, 2006.
7. Mereuță I., Filozofia patologiei și dezvoltării societății noastre, Chișinău: Editura AȘRM, 2003.
8. Țârdea T.N. Filosofie și Bioetică: istorie, personalități, paradigme, Editura UASM, Chișinău, 2000.

MUTILAREA GENITALĂ FEMININĂ – ASPECTE MEDICALE ȘI BIOETICE

Iurie Arian

(Coordonator științific: dr. in polit., conf. univ, Serghei Sprincean)
Catedra de Filosofie și Bioetică USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Female genital mutilation-medical and bioethical aspects

Female genital mutilation (FGM), called also female genital cutting (FGC), represents a reproductive health and human rights concern, with devastating short- and long- term impacts on women and girls life. The procedure is risky and life-threatening for the girl undergoing the procedure and throughout the course of her life. Despite global efforts to promote abandonment of the practice, FGM remains widespread in many developing countries, and not only.

Rezumat

Mutilarea genitală feminină (MGF), de asemenea numită și circumcizia feminină, este o referiță a sănătății reproducerii și a drepturilor omului, cu un impact devastator asupra vieții femeilor și a fetelor, care se poate manifesta fie pe termen lung sau scurt. Procedura este riscantă și pune în pericol viața fetei pe durata procedurii și la fel pe tot parcursul vieții ei. În ciuda eforturilor globale de a promova abandonarea acestei practici, MGF rămâne a fi practică pe larg în multe țări în curs de dezvoltare și nu numai.

Actualitatea temei

Termenul "mutilarea genitală feminină" (MGF) se referă la toate procedurile care includ excizia parțială sau totală a organelor genitale feminine externe sau orice altă intervenție asupra organelor genitale feminine pentru cauze culturale sau altele care nu țin de

medicină. Actualmente, în lume trăiesc circa 130 de milioane de fete și femei care au fost supuse la astfel de proceduri, iar 2 milioane de fete sunt supuse riscului în fiecare an. Practica este caracteristică pentru regiuni ale Africii, Asiei și în unele țări arabe, precum și în rândul anumitor comunități de imigranți din America și Europa. În Africa această practică este prezentă în 28 de țări, în unele din ele ajungând la o prevalență națională de 90 % și mai mult pentru populația ce practică MGF.

Scopul

Identificarea particularităților și diversității de forme a mutilării genitale feminine (MGF) practicate, precum și evidențierea cauzelor principale care impun practica.

Argumentare

Conform studiului efectuat în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” la care au participat 200 de studenți, anul II, facultatea Medicină Generală, în cadrul căruia studenții au fost întrebați ce cunosc ei despre MGF, sunt relevante rezultatele:

- 1,5% sunt la curent despre problema dată.
- 9,5% au auzit despre ea, dar înțeleg greșit noțiunea.
- 89% Nu au auzit niciodată despre MGF.

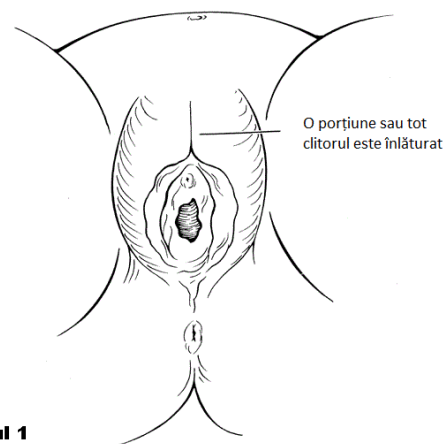
Așadar, în concluzie, se poate evidenția necesitatea actualizării problemei în RM, problemă ce ar putea fi confruntată de viitorii medici în practica lor ulterioară.

Conținut

Originile MGF sunt necunoscute. În secolul 5 î.Hr. Herodot susținea că fenicienii, hetii și etiopienii practicau circumcizia, precum și în Egiptul Antic unde acest ritual se utiliza probabil pentru asigurarea virginității miresei destinate Faraonului sau altor oameni mari. Există date că unele mumii egiptene prezentau semne caracteristice ale MGF. De asemenea, sau raportat cazuri de practică a exciziei și în Filipine, de triburile din Amazonul de Sus, precum și printre Aborigenii din Australia. De asemenea, s-au găsit dovezi ale acestui ritual și la romani și arabi. În Mesopotamia antică Codul lui Hammurabi marchează începutul instituționalizării familiei patriarhale (1250 î.Hr.). Conform acestui cod, părinții au fost împuterniciți în mod legal pentru a trata virginitatea fiicelor drept un activ de proprietate. Cei mai mulți cercetători cred că practica a fost dezvoltată pentru prima oară de către bărbați în etapele de început ale civilizației, pentru a controla sexualitatea femeilor, oferindu-se astfel o mai mare siguranță patrimoniului lor și vieții personale, precum și asigurarea continuității culturii patriarhale și a bunurilor [3; 8; 9; 11].

Organizația Mondială a Sănătății a identificat și definit 4 tipuri de mutilare genitală feminină:

- Tipul 1: Excizia prepuțului, cu sau fără excizia unei părți sau a clitorisului în întregime.
- Tipul 2: Excizia clitorisului cu excizia parțială sau totală a labiilor mici.
- Tipul 3: Excizia unei părți sau a organelor genitale externe în întregime și coaserea/îngustarea intrării în vagin (infibulare). Se întâlnește uneori sub denumirea de circumcizie faraonică.



- Tipul 4: Altele, cum ar fi înțeparea, străpungerea, incizia, arderea clitorisului, îndepărtarea țesutului din jurul orificiului vaginal extern, tăierea vaginului, introducerea substanțelor corozive sau ierburilor în interiorul vaginului pentru a cauza sîngerarea sau îngustarea intrării.

Tipurile 1 și 2 se întîlnesc cel mai des, cu variații în dependență de țară. Tipul 3, infibularea, se întîlnește la aproximativ 20% dintre femeile afectate și este caracteristic pentru Somalia, Sudanul de nord și Djibouti.

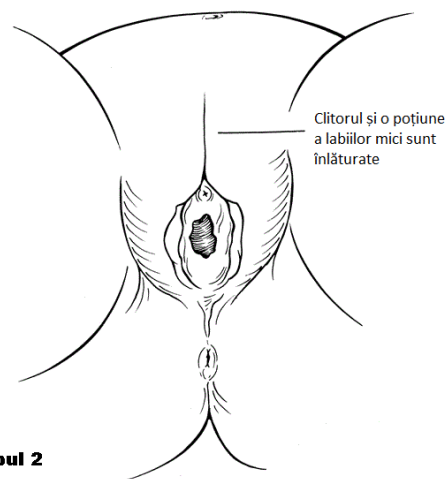
Dacă e să vorbim despre tipul 3, infibularea crează o barieră fizică pentru relațiile sexuale și nașterea copiilor. O femeie infibulată prin urmare trebuie să sufere o extindere treptată a intrării în vagin înainte ca relațiile sexuale să aibă loc. Deseori, la femeile infibulate intrarea în vagin e deschisă prin tăietură în prima noapte de mariaj (de către soț sau o altă persoană) pentru a permite soțului să aibă relații intime cu soția sa. La nașterea copilului multe femei trebuie să fie tăiate din nou, pentru că intrarea în vagin e prea mică ca să permită trecerea copilului. Încercările de penetrare forțată pot cauza rupturi și uneori fisuri perineale, dispareunie și vaginism. Forța excesivă a penisului în timpul primelor relații sexuale poate cauza o sîngerare abundentă, șoc și infecție. În unele comunități marginile rănii sunt suturate din nou după nașterea copilului, creîndu-se iarăși o intrare mică în vagin. Aceasta se mai numește re-infibulare.

MGF este de obicei îndeplinită de oamenii în vîrstă din comunitate (de obicei femeile și nu numai), care au fost desemnați pentru această funcție sau de către oamenii care tradițional au grijă de nașteri. Acești oameni primesc o plată de la membrii familiei fetei în bani sau materie. În unele cazuri personalul medical îndeplinește operația la fel pentru o plată. Pentru anumite populații, MGF poate fi îndeplinită de cei care practică medicina tradițională, frizeri (bărbați), membrii societăților secrete, specialiști pe plante sau de către o rudă feminină [2; 4].

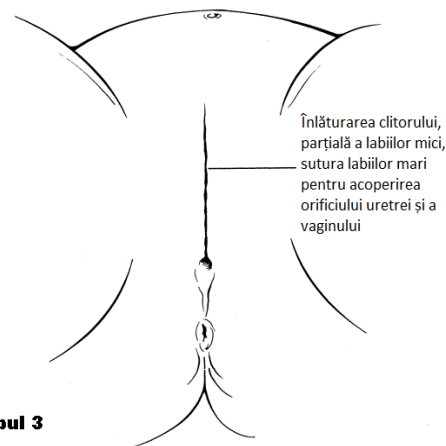
MGF se efectuează cu cuțite speciale, foarfece, bisturiu, bucați de sticlă, lame de ras. Anestezice și antiseptice în general nu sunt folosite cu excepția cazurilor în care operația e îndeplinită de către medicii generaliști. În comunitățile unde se practică infibulările, picioarele fetei sunt legate împreună pentru a o imobiliza pe o perioadă de 10-14 zile, astfel permițînd cicatrizarea rănii. Ca preparate antihemoragice se utilizează: mixturi de ierburi locale, terci de ovăz, cenușă, noroi (lut), pămînt, etc., care sunt măcinate pe rană pentru a opri hemoragia. În cazul tipului 3 (infibularea), marginile rănii sunt cusute sau unite cu spini (de exemplu cu spini de acacia-salcîm) [5; 6; 13].

Deoarece procedura este cuplată cu pierderea de sânge și de utilizarea unui instrument pentru o serie de operațiuni, riscul transmiterii HIV/SIDA este crescut. De asemenea, datorită deteriorării organelor sexuale feminine, actul sexual poate duce la răni ale țesuturilor, care crește foarte mult riscul de transmitere. Același lucru este valabil și pentru pierderile de sânge din cadrul nașterii [12].

Vîrsta la care se efectuează MGF variază. În unele regiuni aceasta se face din fragedă copilărie (cîteva zile după naștere), în altele în copilărie, către timpul căsătoriei, în timpul primei sarcini sau după nașterea primului copil. Vîrsta tipică este între 7 și 10 ani sau imediat înainte de pubertate, cu toate că multe rapoarte sugerează că în unele regiuni vîrsta este mai mică [1; 3].



Tipul 2



Tipul 3

Complicațiile post MGF depind de tipul efectuat, condițiile de igienă în care este efectuat și starea generală de sănătate a fetei / femeii supuse procedurii. Complicațiile pot să apară în toate tipurile de MGF, dar sunt cele mai frecvente în cazul infibulării. MGF are consecințe atât pe termen lung cât și imediate care afectează starea de sănătate a femeilor:

- **Complicații imediate:** Acestea includ durere severă, șoc, hemoragie, tetanos sau infecție, retenție urinară, ulceratii ale regiunii genitale și a țesutului adiacent, infecții ale regiunii afectate, febră și septicemie. Hemoragiile și infecțiile pot fi de mărime imense, ca rezultat survenind moartea.
- **Consecințe pe termen lung:** Acestea includ anemie, formarea de chisturi și abcese, formarea de cicatrice cheloide, daune la nivelul uretrei ce duc la incontinență urinară, dispareunie și disfuncție sexuală, hipersensibilitatea zonei genitale. Infibularea poate provoca formarea de cicatrice severe, dificultăți la urinare, tulburări menstruale, infertilitate (ca o consecință a infecțiilor anterioare). Decuparea țesutului cicatrizat este uneori necesară pentru a facilita actul sexual și / sau de naștere. Obstrucția vaginală poate să aibă ca rezultat acumularea de flux menstrual în vagin și uter. În timpul nașterii riscul de hemoragie și infecție este foarte crescut [7].

Practici culturale, cum ar fi MGF, sunt adunate într-un set de credințe, valori, modele culturale și sociale care guvernează comportamentul vieții oamenilor în societatea unde acestea sînt permise. Există multe motive pentru practicarea MGF, ele putînd fi clasificate în cinci categorii:

1. motive psihosexuale: MGF se desfășoară ca un mijloc de a controla sexualitatea femeilor (care se consideră a fi nesațioasă în cazul în care anumite părți ale organelor genitale, în special clitorisul, nu sunt eliminate). Acesta este gândit pentru a asigura virginitatea înainte și fidelitate după căsătorie și / sau pentru a crește plăcerea sexuală la bărbați. MGF este adesea considerată în comunități drept un mod de a reduce libidoul femeilor, mai mult ca atât, se crede că aceasta o ajută să reziste actelor sexuale "ilicite". Atunci când o deschidere vaginală este acoperită sau îngustată (tipul 3), teama de durere la deschiderea acesteia, precum și teama că acest lucru va fi aflat – este evidentă, acestea fiind descurajate spre a avea un act sexual "ilicit".

2. motive sociale și culturale: MGF este văzută ca parte a inițierii fetei în statutul de domnișoară și ca o parte intrinsecă a tradiției patrimoniului cultural al comunității. Există diferite mituri despre organele genitale feminine care servesc pentru perpetuarea practicii (de exemplu: dacă se lasă netăiat clitorisul va crește la dimensiunea unui penis; MGF ar spori fertilitatea sau promova supraviețuirea copiilor, etc). MGF este asociată cu idealurile culturale despre feminitate și modestie, care includ ideea că fetele sunt "curate" și "frumoase" după ce-și înlătură anumite părți ale corpului care sunt considerate "masculine" sau „murdare”.

3. motive igienice și estetice: În unele comunități, organele genitale externe feminine sunt considerate murdare și urâte și sunt eliminate ostentativ astfel promovînd igiena și apelul estetic [10; 14].

4. motive religioase: Deși MGF nu este sancționat de către Islam sau Creștinism, deseori mențiunea termenului de Sunna din Coran, este utilizată pentru a justifica practica.

5. factori socio-economici: În multe comunități, MGF este o condiție necesară pentru căsătorie, în special în comunitățile unde femeile sunt în mare măsură dependente de bărbați. La fel, necesitatea economică poate fi un factor determinant pentru efectuarea procedurii. Uneori, este o condiție necesară pentru dreptul de a moșteni anumite averi. MGF este la fel o sursă importantă de venit pentru cei ce o îndeplinesc.

Practica este caracteristică pentru regiuni ale Africii, Asiei și în unele țări arabe. Se practică printre comunități ca: Benin, Burkina Faso, Camerun, Republica Africană Centrală, Ciad, Coasta de Fildeș, Republica Democratică Congo, Djibouti, Egipt, Etiopia, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, și Uganda.

MGF este deasemenea practică printre anumite grupuri etnice într-un șir de țări din Asia (India, Indonesia, Malaysia, Pakistan), printre unele grupuri din Peninsula Arabică (Oman,

Arabia Saudită, Emiratele Arabe Unite, Yemen) și printre anumite comunități emigrante în Europa, Australia, Canada și Statele Unite.

Discuții

Mutilarea genitală a femeilor nu are beneficii de sănătate cunoscute. Dimpotrivă, este cunoscut pentru a fi dăunătoare pentru fete și femei sub diferite aspecte. În primul rând și nu în ultimul, este dureroasă și traumatizantă. Înlăturarea sau deteriorarea țesutului genital sănătos interferează cu funcționarea naturală a organismului și provoacă imediat multe consecințe fizice negative pe termen lung. De exemplu, copiii femeilor care au urmat mutilarea genitală, suferă o rată mai mare de deces neonatal, comparativ cu cei născuți al femeilor care nu au fost supuse acestei proceduri.

În urma "Protocolului de la Maputo" – un document regional care interzice și condamnă MGF, în noiembrie 2005, 16 țări africane au interzis această practică. Este important de remarcat totuși că, deși în prezent, MGF este ilegală în multe țări din Africa și Orientul Mijlociu, acest lucru nu a redus numărul de fete care sunt mutilate în fiecare an. Guvernele acestor țări nu au nici un fel de monitorizare a răspândirii și practicii MGF. Națiunile Unite, UNICEF, și Organizația Mondială a Sănătății au catalogat MGF a fi o încălcare a drepturilor omului și au făcut recomandări pentru a eradica aceste practici. Cu toate acestea, încercarea de a lupta împotriva MGF pe punct de vedere juridic este inefficientă, deoarece cei care sînt supuși practicii de cele mai multe ori nu denunță ca fiind o violență. Cert este și faptul că MGF este practică pe scară largă, îndeosebi în sate și locuri îndepărtate, unde guvernul nu are un acces facil.

MGF în orice formă nu ar trebui să fie practică de către profesioniștii din domeniul sănătății, în orice setare - inclusiv spitale sau alte instituții de sănătate. Mutilarea corpului nu poate fi tolerată de către furnizorii de servicii medicale. MGF este nociv pentru sănătatea femeilor și fetelor și încalcă drepturile fundamentale ale omului și medicalizarea procedurii nu elimină acest rău. Dimpotrivă, ea întărește continuarea practicii de a da impresia că este legitimă. Practicienii de sănătate ar trebui să furnizeze toate îngrijirile necesare și consiliere pentru complicații care pot apărea ca urmare a MGF.

Mutilarea Genitală Feminină este un obicei social, nu o practică religioasă. Cu toate acestea, în țările musulmane unde aceasta reprezintă o practică religioasă, MGF este deseori justificată de o vorbă a Profetului Mohammed, care pare să favorizeze circumcizia tradițională care presupune o tăiere minimă a clitorisului. Autenticitatea acestor spuse este neconfirmată și unii savanți le-au infirmat. Chiar și în cazul în care acestea ar fi corecte, spusele doar permit practica, însă nu o declară obligatorie. Cu toate acestea, în urma Conferinței Internaționale de la Cairo, din noiembrie 2006, la care concluzia finală a declarat MGF a fi contrară Islamului, un atac asupra femeilor, și o practică care ar trebui să fie incriminată:

"Conferința se adresează tuturor musulmanilor cu mesajul de a opri practicarea acestui obicei, în conformitate cu învățăturile Islamului care interzic provocarea daunelor oricărei ființe umane. Conferința reamintește tuturor instituțiilor de învățământ și mass-media rolul lor de a explica oamenilor efectele nocive ale acestui obicei, cu scopul de a îl elimina. Conferința face apel către instituțiile judiciare de a emite legi care să interzică și să incrimineze acest obicei care a apărut în mai multe societăți și a fost adoptat de către unii musulmani, deși nu este sancționată de Coran sau Sunna."

[Concluzia finală a Conferinței Internaționale de la Cairo, Egipt, 24 Noiembrie 2006]

Deoarece MGF face parte dintr-o tradiție culturală, aceasta poate fi condamnată? Cultura și tradiția au menirea de a oferi un cadru de bunăstare umană. Argumentele culturale nu pot fi folosite pentru scuză a violenței persoanelor, fie ele femei ori bărbați. Mai mult decât atât, cultura nu este statică, ci în continuă schimbare și adaptare. Cu toate acestea, activitățile întreprinse pentru eliminarea MGF ar trebui să fie adaptate și implementate într-un mod care ar sensibiliza tradițiile culturale și sociale ale comunităților care le practică. Comportamentul se poate schimba atunci când oamenii înțeleg pericolele anumitor practici și atunci când aceștia își

dau seama că e posibil să renunțe la practicile dăunătoare fără a renunța la aspectele semnificative ale culturii lor.

Din aspectul bioeticii această practică este privită ca o forma de agresiune asupra dreptului omului la un acord informat. Aceasta reese din faptul imposibilității persoanelor supuse procedurii de a-și da acordul ca urmare a cunoașterii tuturor consecințelor și luare în seamă a beneficiilor posibile de pe urma acestei intervenții. Mutilarea genitală feminină, nu poate fi justificată sub nici o cauză atît timp cît pune în pericol integritatea copului și a vieții omului, deci nu poate fi acceptată nici sub aspect al bioeticii.

Concluzii

- Reeșind din faptul că este dovedit a fi contrară principiilor religiei islamice, această practică se rezumă a fi o tradiție/obicei cultural.
- Văzută din perspectiva drepturilor omului, această practică reflectă inegalitatea adânc înrădăcinată între sexe și constituie o formă extremă de discriminare a femeilor.
- Mutilarea genitală a femeilor este aproape întotdeauna efectuată asupra minorilor și, prin urmare, este o violare și a drepturilor copilului.
- Practica încalcă, de asemenea, drepturile la sănătatea, securitatea și integritatea fizică a persoanei, dreptul de a fi liber de tortură și tratamente crude, inumane sau degradante, precum și dreptul la viață atunci când rezultatul procedurii poate fi moartea.

Bibliografie

1. ABUSHARAF R., *Female circumcision: multicultural perspectives*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2007
2. WHO, *Islamic ruling on male and female circumcision*. Alexandria: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1996
3. WHO, *Female genital mutilation. Report of a WHO technical working group*. Geneva, 1996
4. WHO, *FGM programmes to date: what works and what doesn't. A review*. Geneva. Report No: WHO/CHS/WMH/99.5, 1999
5. WHO (a). *Female genital mutilation*. Fact Sheet No 241, June 2000. Geneva, 2000
6. WHO, *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*. World Health Organization. WHO/FCH/WMH/00.5, 2000
7. WHO, *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide*. Geneva, World Health Organization, 2001
8. WHO Somalia, *Female genital cutting in Somalia. Reasons for continuation and strategies for eradication*. Hargeisa, Somalia, World Health Organization, 2002
9. WHO, UNICEF, UNFPA . *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva, World Health Organization, 1997
10. YODER P.S., KHAN S. *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, Macro International Inc., 2007
11. YODER P.S., ABDERRAHIM N., ZHUZHUNI A. *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis*. Calverton, Macro International Inc., 2004
12. YOUNT K.M., ABRAHAM B.K. *Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women*. Studies in Family Planning, 2007
13. UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration*. New York, 2005
14. GRUENBAUM E. *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press, 2001