

The Socio-Cultural Contexts of Female Genital Mutilation (FGM) with a Focus on “Circumcision” in Hormozgan Province

Afsaneh Bahador 

PhD Student, Department of Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (afsaneh.bahador29@gmail.com)

Alieh Shekarbeygi (Corresponding Author) 

Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (ashekarbeugister@gmail.com)

Sasan Vadiea 

Assistant Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (S.vadiea5@gmail.com)

Abstract

One of the types of violence against women is genital mutilation, such as Circumcision, which causes physical, sexual or psychological harm or suffering to women and is caused by cultural and social issues and has received less attention. The aim of the present study is to examine the “lived experience of the socio-cultural contexts of female genital mutilation centered on “Circumcision” in Hormozgan Province”. Data were collected using a social interpretive approach and a qualitative method using in-depth interview techniques. Based on the purposeful snowball sampling method and the theoretical saturation criterion, fifteen people participated in this study and their lived experience in relation to the lived experience of female genital mutilation centered on “Circumcision” was studied and analyzed. The analysis of information and the presentation of the final theory are based on the grounded theory method. According to the findings, the central category that indicates the impact of religious and family institutions in the continuation and “reproduction of the traditional pattern” has been. The causal conditions for the formation of the central phenomenon as perceived by the participants include: deception, inexperience, passivity, fear, disturbing feelings or perceptions. The conditions of various intervening factors include: traditionalism, obligation of religious norms, gender stereotypes, repressive stereotypes and cultural alienation. In order to oppose the phenomenon and interrupt it, the activists also use strategies such as: escape strategies (escape, delay) and gender empowerment. The consequences of using the strategies of the participants are: withdrawal; feminine deficiency, physical, mental and emotional damage, dissatisfaction and social confrontation.

Keywords: Sexual mutilation, Circumcision, Violence, Patriarchy and Traditional model.



Extended Abstract

1. Introduction

Female genital mutilation (FGM) not only lacks any medical or health benefits but also represents a form of violence and sexual abuse against girls and women. This practice jeopardizes women's health and leads to numerous complications, including uterine infections, severe pain during sexual intercourse, frequent urination, and persistent bleeding. Violence against women transcends class, race, nationality, age, religion, and ideology, and FGM—often referred to as cutting or circumcision—is one manifestation of this global phenomenon. It inflicts physical, sexual, and psychological harm and persists due to entrenched cultural and social norms that have received limited scholarly attention. Opposition to FGM has become a major concern for women's rights advocates, human rights activists, social movements, and international organizations such as UNICEF and the United Nations. The most extreme forms of this practice have devastating effects on women's physical and psychological well-being and can even result in death due to bleeding or infection. This study aims to examine the socio-cultural contexts of FGM in Hormozgan Province, focusing on the lived experiences of women who have undergone cutting. It seeks to answer the following questions: What are women's lived experiences of FGM in Hormozgan Province? What are the socio-cultural foundations of this practice? What are its main consequences? And what strategies can help prevent or reduce it?

2. Methodology

This qualitative study employs grounded theory to explore the lived experiences and socio-cultural foundations of FGM. Participants were selected through theoretical and snowball sampling, resulting in a group of 15 women from Hormozgan Province in 2022–2023. Interviews continued until data saturation was reached.

Data collection was based on semi-structured interviews, and new participants were recruited according to emerging concepts and categories derived from the grounded theory framework. The data were analyzed through open, axial, and selective coding, leading to 289 initial concepts condensed into 42 subcategories and 17 core categories. These were integrated into a paradigmatic model consisting of causal conditions, intervening conditions, strategies, and consequences centered around the core phenomenon.

To ensure validity, interviews included women of different ages and social

backgrounds. Continuous comparison of data, triangulation with national and international studies, and conceptual saturation strengthened both internal and external validity.

3. Findings

Causal conditions showed that family decisions regarding cutting are shaped by local normative pressures, fear of moral stigmatization, and gender stereotypes. Mothers, often influenced by elder female relatives, face a conflict between preserving family honor and protecting their daughters' bodily integrity.

Contextual and intervening conditions revealed that local customs outweigh religious mandates, with religion serving more as a legitimizing discourse than a genuine obligation. Ritual adherence—embedded within an “economy of morality” that links honor to control over female sexuality—plays a decisive role in maintaining the practice. Although some participants referred to strict Shafi'i interpretations, analysis showed these beliefs were intertwined with misinformation and limited access to alternative medical or religious perspectives. The findings also indicated that women's strategies evolve over time. In childhood, strategies such as silence, avoidance, and endurance prevail, while in adulthood, negotiation, persuasion, alliance-building, and consulting midwives or physicians emerge as active strategies. These actions expand through storytelling, reframing of shame and honor, and social media advocacy. Education, urbanization, and exposure to external influences further strengthen this transformation.

The consequences are both physical and psychological: pain during intercourse, reduced pleasure, difficulty achieving sexual satisfaction, feelings of bodily violation, and traumatic recollections. A notable insight is women's dual role—as both subjects of the practice and agents of its reproduction or transformation. Female leadership within families can either reinforce traditional norms or catalyze change when supported by education, networks, and alternative knowledge.

4. Conclusion




The conceptual framework integrates causal and intervening conditions, strategies, and consequences into a coherent model centered on the reproduction of male-centered subjectivity upon women's bodies. This reproduction is sustained through ritual legitimacy, bodily discipline, and intergenerational transmission within kinship-based family structures and the moral economy of honor. However, intervening factors such as education,

urbanization, culturally sensitive health services, and access to alternative narratives open cracks in this structure. Depending on women's access to resources and alliances, these cracks may widen, allowing for critical forms of female agency to emerge. Consequently, outcomes range from the reinforcement of patriarchal control to the rise of a new female subjectivity that redefines bodily dignity and social value.

Keywords: Sexual mutilation, Circumcision, violence, Patriarchy and Traditional model.



زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی ناقص‌سازی جنسی زنان با محوریت «ختنه» در استان هرمزگان

افسانه بهادر^۱  عالیه شکرپیگی^۲  ساسان ودیعه^۳ 

چکیده

یکی از انواع خشونت علیه زنان، ناقص‌سازی جنسی مثل ختنه است که موجب آسیب جسمی، جنسی و روانی و یا رنج زنان می‌شود و ناشی از مسائل فرهنگی و اجتماعی است و کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. هدف مقاله حاضر تحلیل زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی ناقص‌سازی جنسی زنان با محوریت «ختنه» در استان هرمزگان است. با استفاده از پارادایم تفسیرگرایی اجتماعی، روش تحقیق، نظریه زمینه‌ای با رویکرد اشتراوس و کربین و تکنیک مصاحبه عمیق، داده‌ها گردآوری شدند. حجم مشارکت‌کنندگان برابر با ۱۵ نفر بود که با ترکیبی از روش نمونه‌گیری نظری و گلوله‌برفی انتخاب شدند. طبق یافته‌ها، مقوله مرکزی حاکی از اثرگذاری نهاد‌های دین و خانواده در تداوم و «بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان» بوده است. شرایط علی شکل‌گیری این بازتولید شامل فریب‌دیدگی، بی‌تجربگی، انفعال، هراس و احساسات یا ادراک آزردهنده بود. شرایط مداخله‌گر شامل سنت‌گرایی، الزام هنجارهای دینی، کلیشه‌های جنسیتی، کلیشه‌های سرکوبگرانه و بیگانگی فرهنگی بود. کنشگران در جهت مخالفت با پدیده و انقطاع آن نیز از راهبردهایی چون گریز (فرار، به تأخیرانداختن) و توانمندسازی جنسیتی استفاده می‌کردند که پیامدهای استفاده از این راهبردها، کناره‌گیری، نقصان زنان، آسیب فیزیکی، روحی و عاطفی، نارضایتی و تقابل اجتماعی بود.

کلیدواژگان: ناقص‌سازی جنسی، ختنه، خشونت، مردسالاری، بازتولید سوژگی مردانه.

۱. دانشجوی دکتری رشته جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران/ afsaneh.bahador29@gmail.com

۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)/ ashekarbeugister@gmail.com

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران/ S.vadiei5@gmail.com



۱. مقدمه و بیان مسئله

وسعت خشونت علیه زنان به گستردگی تاریخ بشر است. خشونت و تهاجم بر زنان، طبقه، نژاد، ملیت، سن، مذهب و نوع باورهای ایدئولوژی نمی‌شناسد. این پدیده اساساً همهٔ مرزها را درمی‌نوردد و به آشکال مختلف اعمال می‌شود. اگرچه خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است، اما برخی از شیوه‌های آن بنا به ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکانی متفاوت است.

ختنهٔ زنان یکی از فرهنگ‌های سخت در مدیترانه و جنوب صحرای آفریقا است. این عمل شامل بریدن بخشی از اندام تناسلی زنان به درجات مختلف بسته به جامعه است. انگیزهٔ پشت این عمل، کاهش میل جنسی زنان، نشانهٔ بلوغ و حفظ فرهنگ است (مکوا و همکاران، ۲۰۱۳). تحولات اجتماعی در دنیای کنونی به خصوص تغییر در شرایط اقتصادی و اجتماعی زنان، موضوع تجردزیستی آنان را به یک چالش تبدیل کرده است (کناری و همکاران، ۱۴۰۴). با توجه به تغییرات رفتاری و نگرشی خانوادهٔ ایرانی در چند دههٔ اخیر، توجه به این تغییرات در میان نسل‌ها اهمیت دارد، زیرا آن‌ها به‌طور متفاوتی در معرض تغییرات بوده‌اند و در نتیجه تغییرات اجتماعی را به‌گونه‌ای متفاوت درک، باور و عملیاتی کرده‌اند (چیت‌ساز، ۱۴۰۲). خشونت جنسیتی بر نامتقارن بودن روابط اجتماعی زنان و مردان در عرصه‌های مختلف دلالت دارد (قادرزاده و عبدالله‌زاده، ۱۴۰۱).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که عمل ختنهٔ زنان در برخی کشورها رایج است، حتی اگر قوانینی علیه ختنهٔ زنان وجود داشته باشد، حذف آن در دههٔ گذشته پیشرفت کمی داشته است. این ممکن است به این دلیل باشد که کشورهای توسعه‌یافته در درک پویایی‌های فرهنگی و مذهبی جوامع و قومیت‌هایی که ختنهٔ دختران را انجام می‌دهند، مشکل دارند (کلین، ۲۰۱۸). همچنین، در دهه‌های گذشته، جامعهٔ بین‌المللی بر اهمیت رویکرد چندبخشی برای مقابله با ختنهٔ زنان تأکید کرده است (جوهانسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). ختنه‌کردن دستگاه تناسلی زنان، از جمله شیوه‌های سنتی ریشه‌دار است که در آن اندام تناسلی خارجی زنان به دلایل غیرپزشکی به‌طور جزئی یا کامل برداشته می‌شود (بکالو^۲، ۲۰۱۹). بریدن اندام تناسلی زنان یک عمل مضر است که منجر به نقض حقوق دختران و زنان می‌شود.

1. Johansen
2. Bekalo

تلاش‌های جهانی زیادی برای محدود کردن ختنه انجام شده است، اما گزارش‌های کمی در مورد تغییرات مثبت در این زمینه وجود دارد (وایگوا و همکاران، ۲۰۱۸). موارد پراکنده‌ای وجود دارد که به‌طور مخفیانه با عمل ختنه زنان از زمان کمپین مخالفت با ختنه زنان مرتبط است، بنابراین این باید دلیلی برای ادامه کارزار باشد (مقدمی، ۱۳۹۲). جلب موافقت رهبران قومی می‌تواند موفقیت بهتری را در مبارزه با ختنه زنان تسهیل کند. علاوه بر این، انتشار اجتماعی با ازدواج‌های بین‌قومی نیز به‌عنوان یکی از عواملی که باعث ناآشنا شدن ختنه زنان در آینده برای جوامع می‌شود، مشخص شده است (مکوا و همکاران، ۲۰۲۳). این عمل معمولاً توسط زنان مسن زیر نظر مادر و مادر بزرگ‌های دختر انجام می‌شود که معتقدند این عمل باعث افزایش جذابیت و قابلیت ازدواج در میان زنان می‌شود. زنانی که این کار را انجام می‌دهند خود نتیجه جامعه مردسالاری هستند که ختنه را بر روی دختران جوان‌تر انجام می‌دهند تا به استانداردهای فرهنگی مورد انتظار زنان این جوامع دست پیدا کنند (احمدی، ۱۴۰۰).

در اثر تغییرات کالبدی و به‌تبع آن دگردیسی در مناسبات اجتماعی، تجربه زیسته کودکان (دختران) با والدین (مادران) تفاوت بنیادی پیدا کرده است؛ تفاوتی که در تربیت و در نهایت شخصیت متفاوت مادران و دخترانشان پدیدار می‌شود (شجاعی و همکاران، ۱۴۰۲). آداب و رسوم اجتماعی ممکن است از دین منشأ گرفته و یا ریشه مذهبی داشته باشند. یکی از رفتارهای اجتماعی که از گذشته‌های دور در میان برخی اقوام رواج داشته، ختنه دختران است (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۵). تنوع زیادی در شیوع ختنه بین کشورهای وجود دارد و به نظر می‌رسد شیوع آن در بسیاری از کشورهای روبه‌کاهش است که دلگرم‌کننده است، زیرا آسیب‌های فیزیکی و فیزیولوژیکی را برای نسل آینده زنان به حداقل می‌رساند (فاروکی^۱، ۲۰۲۲). اخیراً محققان سازمان جهانی بهداشت تحقیقات جامعی را پیرامون مسئله ختنه دختران انجام داده‌اند تا به بررسی این موضوع به‌طور کامل بپردازند. این سازمان، بُرش آلت تناسلی زنان را شامل تمام اعمال مربوط به برداشتن جزئی یا کلی از دستگاه تناسلی خارجی زن و یا آسیب‌های دیگر به اندام تناسلی زنان می‌داند که بدون دلیل پزشکی انجام می‌شود (برگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). در بیانیه مشترکی که سازمان بهداشت جهانی، یونیسف، یونسکو، کمسیون حقوق بشر سازمان ملل متحد و سایر سازمان‌های وابسته به سازمان ملل علیه ناقص‌سازی

1. Waigwa

2. Farouki

3. Berg

زنان منتشر نموده‌اند صریحاً عنوان شده است که هیچ سود پزشکی برای ختنه زنان شناخته نشده است و در عوض مشخص شده است که این عمل برای زنان از بسیاری جهات مضر و خطرناک است (برزین خلیفه‌لو، ۱۳۹۴).

گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹) حاکی از این واقعیت است که حدود ۱۰۰ میلیون دختر و زن در سراسر جهان در حال حاضر با عواقب ناشی از ختنه زندگی می‌کنند که ۹۱٫۵ میلیون نفر از آنان در آفریقا به سر می‌برند. همچنین تخمین زده که ۳ میلیون دختر در سال در معرض خطر ختنه قرار دارند و بسته به کشور و آداب و رسوم آن، در سنین مختلف انجام می‌گیرد. ختنه دختران در جهان به عنوان نقض حقوق دختران و زنان شناخته شده و یکی از مصادیق خشونت علیه دختران و زنان تلقی می‌شود (سپسما، ۲۰۱۲، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵).

ختنه‌کردن/بُریدن آلت تناسلی زنان یک روش غیرپزشکی است که مستلزم اصلاح اندام تناسلی خارجی زنان است (فاروکی و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه در سال ۲۰۱۱ که لایحه منع ختنه زنان به قانون تبدیل شد (کوبای، ۲۰۲۳: ۷۲)، اما در حال حاضر ختنه زنان در ۳۰ کشور در سرتاسر آفریقا و خاورمیانه انجام می‌شود و تخمین زده می‌شود که بیش از ۲۰۰ میلیون در سراسر جهان ختنه شده‌اند و تقریباً ۶۰۰۰ دختر هر روز ختنه می‌شوند (کلین، ۲۰۱۸). این عمل، به دلیل مهاجرت‌های بین‌المللی، در زنان ساکن اروپا، شمال آمریکا، استرالیا و نیوزیلند نیز به چشم می‌خورد، اما شیوع آن در بین کشورها متغیر است. این اقدام در برخی نقاط ایران نیز رایج است. در شهرهایی نظیر بندر کنگ، سوسنگرد، بندر جاسک و جزایر قشم و کیش دختران در نخستین ماه‌های عمر خود ختنه می‌شوند. از روانسر و میناب نیز گزارش‌هایی وجود دارد که ختنه دختران به عنوان یکی از سنت‌های اصیل مردمان این مناطق به ترتیب با شیوع ۵۵٫۷٪ و ۷۰٪ انجام می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که ختنه دختران با سطح پایین تحصیلات خانواده، تعصبات دینی و اجتماعی و پایبندی به آداب و رسوم برجای مانده از پیشینیان ارتباط دارد (سیمبر و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاشایی^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ احدی و همکاران، ۱۳۸۲). ختنه دختران نه تنها هیچ‌گونه فواید طبی و بهداشتی نداشته، بلکه نوعی «خشونت و آزار جنسی» علیه آنان نیز محسوب می‌شود. ختنه، سلامتی زنان و دختران را تهدید می‌کند و عوارض زیادی به دنبال دارد که شامل عفونت رحم، درد زیاد در هنگام نزدیکی، تکرر ادرار

1. Sipsma
2. Pashaie

و خونریزی‌های مداوم است. قاعدگی دردناک، عفونت بارداری، مشکلات روحی-روانی و احتمال ابتلا به ایدز و هیپاتیت از دیگر عوارض ختنه به شمار می‌روند که تا آخر عمر، زندگی زنان را دشوار می‌سازد. به علاوه، عمل ختنه زنان از عوامل مهم مرگ‌ومیر زنان، عفونت‌های ادراری، دیس پارونی، کاهش کیفیت رابطه جنسی، دردهای مزمن و خونریزی بعد از زایمان محسوب می‌شود. گاهی زنان ختنه‌شده در هنگام زایمان به دلیل انسداد مجرای خروجی رحم با خطر مرگ خود و نوزاد روبه‌رو می‌شوند (مارتینلی و الی گوئیگ، ۲۰۱۲).

در حال، مبارزه با ختنه زنان موضوعی بحث‌برانگیز در سراسر جهان است و بسیاری از گروه‌ها آن را هدف لازم اجرای مشی خود می‌دانند، از جمله مدافعان حقوق زنان، فعالان حقوق بشر، فعالان اجتماعی و به همین ترتیب سازمان‌های بین‌المللی نظیر یونیسف و یو.ان و نیز برخی حکومت‌های مسئول. نوع افراطی این عمل عواقبی بسیار خطرناک برای سلامتی دختران به دنبال دارد، قربانیان این عمل تا پایان عمر با آسیب روانی و جسمی ناشی از این عمل دست‌وپنجه نرم می‌کنند و حتی در برخی موارد بر اثر خونریزی شدید یا عفونت جان خود را از دست می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف بررسی خشونت علیه زنان با محوریت ختنه دختران در استان هرمزگان انجام می‌گردد و قصد دارد به این سؤالات پاسخ دهد: تجربه زیسته زنان استان هرمزگان از ناقص‌سازی جنسی با محوریت «ختنه» چیست؟ زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی این ناقص‌سازی کدام‌اند؟ این عمل چه پیامدهایی دارد؟ و مهم‌ترین راهکارهای جلوگیری و یا کاهش آن چیست؟

۲. چارچوب مفهومی

بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد در اثر هم‌نشینی با افراد جامعه چگونه رفتار کردن را می‌آموزند. این دیدگاه به نقش خانواده و همسالان در ارتکاب خشونت اشاره دارد. از این رو، در دیدگاه کارکردی، خشونت برای بقای خانواده کاربرد پیدا می‌کند. از این دیدگاه، افراد در گروه خانواده نقش‌های بارزی دارند. نظریه فرهنگ خشونت از دیگر نظریه‌های تبیین‌کننده دخترآزاری است. این نظریه بیان می‌کند که اساس انواع گوناگون رفتارهای سوء مانند دخترآزاری، کودک‌آزاری و سالمندآزاری به وسیله جامعه شکل می‌گیرد. از این دیدگاه، فرهنگ میراث اجتماعی گذشته است که بر رفتار کنونی و آینده انسان تأثیر می‌گذارد.

دوبار از جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی به‌عنوان عامل تداوم سلطهٔ مرد بر زن یاد می‌کند. به اعتقاد وی، شخصیت دختران و زنان می‌توانست بسیار متفاوت با الگوهای نابرابر کنونی شکل گیرد، مشروط بر این‌که دختر بچه‌ها از همان ابتدا با همان توقعات و پاداش‌ها و همان سختگیری‌ها و آزادی‌هایی تربیت می‌شدند که برادرانشان تربیت می‌شوند (بستان، ۱۳۸۲: ۱۱). بنابراین می‌توان گفت جامعه‌پذیری جنسیتی با نهادینه‌کردن نابرابری از یک سو و تداوم بخشیدن به آن در نسل آینده از سوی دیگر می‌تواند در حکم بسترهای نابرابر جنسیتی شناخته شود. طبق الگوی جامعه‌پذیری جنسیتی که در آن مردانگی ارزش محسوب می‌شود، زنان موجوداتی تابع و مطیع در ساختار مردسالار خانواده‌اند و در حوزه‌های خصوصی خانواده محصورند و مردان در دنیای معمولی حضور و اشتغال دارند (ابوت و والاس، ۱۳۸۰: ۱۲۸).

در این پژوهش نظریهٔ شبکه بر روابط اعضای خانواده و شبکهٔ خویشاوندی تأکید دارد و بیان می‌کند که هر چه روابط بین شبکه کم‌تر و سست‌تر باشد، اعضای خانواده وظایف خود را بهتر انجام می‌دهند. پس اگر شبکهٔ قوی باشد، زوجین خود نمی‌توانند تصمیمات لازم را اتخاذ نمایند؛ چراکه باید بر اساس شرایط و روابط شبکه عمل کنند و دخالت دیگران را در زندگی خود قبول کنند. الیزابت بات این مسئله را زمینهٔ بروز اختلافات و کودک‌آزاری در خانواده می‌داند و معتقد است در نتیجهٔ دخالت دیگران، خانواده دچار انحلال می‌شود (ریاحی، ۱۳۸۶: ۱۲۰).

هدایت این مطالعه بر اساس برخی نظریه‌ها از جمله نظریهٔ هنجارهای اجتماعی، نظریهٔ ساخت‌گرایی اجتماعی و به‌خصوص اصول کارکردگرایی ساختاری انجام شد. به دلیل کارآمدی این نظریه در توضیح این‌که چگونه نهادهایی مانند خانواده و دین به تداوم ختنهٔ زنان در میان برخی خانواده‌های ایرانی کمک می‌کنند، انتخاب شد (پاتریشیا، ۲۰۲۱).

ختنهٔ دختران به‌مثابهٔ راهبردی فرهنگی برای تنظیم و به‌تعویق انداختن لذت جنسی قبل از ازدواج صورت‌بندی می‌شود؛ بدنی که موضوع «کنترل زمانمند میل» است تا آبرو/ بکارت به «زمان مشروع» پس از ازدواج موکول گردد (سیمبر و همکاران، ۲۰۱۴). در این منطق، اسکرپیت‌های جنسی تأخیری با پیوند لذت به خطر بی‌عفتی و خیانت، یا لذت را تهی می‌کنند یا آن را به آینده حواله می‌دهند (بکرا و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، شواهد پیامدهای جسمی/ روانی و اُفت معنادار عملکرد جنسی نشان می‌دهد که این تأخیر هنجاری، به هزینهٔ

1. Patricia
2. Becerra

کاهش لذت و افزایش درد/اضطراب تحمیل می‌شود و خود به کانون مقاومت و بازمان‌بندی لذت - بدون مداخله‌های آسیب‌زا - تبدیل می‌گردد (وایگاوا و همکاران، ۲۰۱۸). لذا به جای تبیین‌های کلاسیک صرف، تحلیل حاضر بر سیاست زمان‌بندی لذت و کشاکش میان هنجار تأخیر و عاملیت زنان برای بازتعریف لذت مشروع و کرامت بدن متمرکز است.

۳. پیشینه تجربی

پژوهش‌های داخلی و خارجی درباره‌ی ختنه‌ی زنان یا ناقص‌سازی جنسی زنان (FGM/C) نشان می‌دهد که این پدیده ترکیبی از باورهای فرهنگی، مذهبی و اجتماعی است و در مناطق خاصی از ایران و جهان همچنان رواج دارد.

احمدی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان «سیاست‌های مرتبط با فرهنگ ختنه‌ی زنان در ایران» نشان داد که در میان چهار استان مورد مطالعه، تنها در آذربایجان غربی اکثریت زنان مخالف تداوم این رسم بودند. دلایل تداوم ختنه از دید پاسخگویان شامل حفظ بکارت پیش از ازدواج، وفاداری زناشویی، افزایش لذت جنسی شوهر، بهبود باروری، پاکیزگی و الزامات شرعی ذکر شده است، اما سنت و هنجار فرهنگی مهم‌ترین عامل تداوم آن بوده است. استیری (۱۳۹۶) در مطالعه «بررسی فقهی-اجتماعی احکام پس از تولد نوزاد دختر» بیان می‌کند که از دیدگاه فقهی، ختنه در حد «هودکتومی» (برداشتن بخشی از پوست کلیتوریس) تعریف می‌شود و فراتر رفتن از آن جنبه شرعی ندارد.

در پژوهش احمدی (۱۳۹۵) درباره «بررسی حقوقی و ریشه‌های فرهنگی ناقص‌سازی جنسی زنان»، مشخص شد که قانون مجازات اسلامی صراحتی در منع یا تجویز این عمل ندارد و تنها می‌توان آن را در قالب «نقص عضو» تفسیر کرد. یافته‌ها نشان دادند که در بندرلنگه، مؤلفه‌های فرهنگی، به‌ویژه آداب و رسوم محلی، بیشترین نقش را در انجام این عمل دارند. سیمبر و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیق «ختنه دختران: الزام دینی یا اجبار فرهنگی؟» به این نتیجه رسیدند که در متون دینی اسلام، مسیحیت و یهودیت توصیه‌ای صریح به ختنه‌ی زنان وجود ندارد و تنها مذهب شافعی آن را واجب می‌داند. در عمل، جنبه فرهنگی و عرفی بر جنبه مذهبی غلبه دارد، هرچند توجیحات مذهبی برای حفظ مشروعیت فرهنگی به کار گرفته می‌شوند.

مطالعه مظفریان (۱۳۹۰) با تمرکز بر جزیره قشم نشان داد که اعتقاد به کلیشه‌های جنسیتی و اجتماعی نقش مهمی در تداوم ختنه دارد. زنان، با وجود تجربه دردناک خود در کودکی، اغلب ختنه دخترانشان را نشانه تربیت و پاکی می‌دانند.

در ادبیات بین‌المللی نیز مطالعات متعددی انجام شده است. مکوا و همکاران (۲۰۲۳) در تانزانیا چهار محور را در استمرار ختنه زنان شناسایی کردند: پیشینه تاریخی و دلایل تداوم، چالش‌های ترک آن، راهبردهای ریشه‌کنی و عوامل کلیدی تغییر، از جمله نقش رهبران محلی و آگاهی جمعی.

بسرا و همکاران (۲۰۲۳) در ایالات متحده گزارش کردند که زنان مهاجر ختنه شده، با مشکلات جسمی و روانی متعددی مواجه‌اند و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت درک کافی از ابعاد فرهنگی و پزشکی موضوع ندارند.

فاروکی^۳ و همکاران (۲۰۲۲) در یک متاآنالیز جهانی نشان دادند که میزان شیوع ختنه زنان در بسیاری از کشورها کاهش یافته، اما تفاوت‌های منطقه‌ای زیاد است و روند کاهش به آگاهی، تحصیلات و سیاست‌های حمایتی بستگی دارد.

اندی-مولر^۴ و همکاران (۲۰۲۱) در مرور سامانمند خود، اثرات ختنه بر عملکرد جنسی زنان را بررسی کرده و کاهش معنی‌داری در شاخص عملکرد جنسی (FSFI) گزارش کردند. رهام^۵ و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مصر دریافتند که ۶۲٪ از زنان مورد مطالعه ختنه شده بودند و در ۸۸٪ موارد، مادر خانواده تصمیم‌گیرنده اصلی بوده است؛ عاملی که نشان از انتقال بین‌نسلی این باور دارد.

آلموئا^۶ و همکاران (۲۰۲۱) در اتیوپی بیان کردند که سطح تحصیلات، ثروت، مذهب و تجربه قبلی ختنه از عوامل اصلی تعیین‌کننده نگرش زنان است. آنان نتیجه گرفتند که تغییر نگرش نیازمند ارتقای موقعیت اجتماعی-اقتصادی زنان و همکاری رهبران مذهبی است.

ماریا نل^۷ و همکاران (۲۰۲۱) درباره زنان مهاجر جنوب صحرای آفریقا در اسپانیا نشان دادند که فشار خانوادگی و ناآگاهی از مضرات فیزیولوژیک ختنه، موجب تداوم آن می‌شود. در

1. Mkuwa
2. Besera
3. Farouki
4. Andy-Muller
5. Reham
6. Alemua
7. María del

مقابل، آگاهی از عوارض جسمی، شناخت حقوق فردی و قانون‌گذاری حمایتی نقش مهمی در تغییر نگرش داشته است.

وایگوا و همکاران (۲۰۱۸) در مرور خود دربارهٔ مداخلات آموزشی تأکید کردند که برنامه‌های آموزش سلامت در صورت توجه به عوامل فرهنگی، اقتصادی و باورهای محلی می‌توانند مؤثر باشند. آنان چهار گروه عامل مؤثر در موفقیت برنامه‌ها را معرفی کردند: وضعیت اجتماعی اقتصادی، سنت‌ها و باورها، محتوای آموزشی و شیوهٔ ارائه.

درنهایت، کلین^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که با وجود تلاش‌های جهانی برای حذف این عمل، پویایی‌های اجتماعی و فرهنگی همچنان آن را در جوامع خاصی زنده نگه داشته است. آنان تأکید کردند که تغییر پایدار باید از درون جامعه و با مشارکت زنان، رهبران مذهبی و بهداشت عمومی شکل گیرد.

جمع‌بندی پیشینهٔ تجربی نشان می‌دهد که ختنهٔ زنان، پدیده‌ای چندبُعدی است که در تقاطع دین، سنت، جنسیت و ساختار اجتماعی قرار دارد. در پژوهش‌های ایرانی، عوامل فرهنگی و عرفی مهم‌ترین علت تداوم این عمل شناخته شده‌اند و در کنار آن، فقدان قوانین بازدارنده و ابهام فقهی نیز زمینهٔ استمرار را فراهم کرده است. در مقابل، مطالعات بین‌المللی، به‌ویژه در آفریقا و خاورمیانه، بر نقش تعیین‌کنندهٔ آموزش، توانمندسازی زنان و مشارکت رهبران محلی در کاهش این عمل تأکید دارند. این مطالعات همچنین پیامدهای جسمی و روانی قابل توجه ختنه را مستند کرده‌اند. به‌طور کلی، الگوی مشترک در سراسر پژوهش‌ها آن است که تغییر نگرش و رفتار اجتماعی نیازمند مداخلات فرهنگی از درون جامعه است، نه صرفاً اقدامات قانونی یا آموزشی از بیرون. تداوم این پدیده به بازتولید فرهنگی و انتقال نسلی ارزش‌های جنسیتی سنتی وابسته است.

مطالعهٔ حاضر با تمرکز بر استان هرمزگان، به‌ویژه از منظر فرهنگی اجتماعی، مزیتی دوگانه دارد: نخست آن‌که برخلاف بسیاری از پژوهش‌های پیشین که بر ابعاد فقهی یا حقوقی تمرکز داشتند، این تحقیق به تحلیل درونی ساختارهای فرهنگی، باورهای محلی و کنش‌های اجتماعی مرتبط با ختنهٔ زنان می‌پردازد. دوم، این پژوهش به جای اتکا بر داده‌های ثانویه، از روش میدانی و گفت‌وگو با زنان محلی بهره می‌گیرد تا الگوی واقعی تداوم یا ترک این رفتار در بستر فرهنگی خود منطقه شناسایی شود.

1. Waigwa

2. Klein

بدین ترتیب، مطالعه حاضر قادر است شکاف دانشی میان رویکردهای کلان ملی و تجربه زیسته زنان در جوامع محلی را پر کند و درک عمیق تری از زمینه‌های فرهنگی، هویتی و جنسیتی مؤثر در ختنه زنان در جنوب ایران ارائه دهد؛ نگاهی که می‌تواند مبنای سیاست‌گذاری اجتماعی و فرهنگی مؤثرتر در جهت پیشگیری از این پدیده باشد.

۴. روش‌شناسی

این تحقیق با هدف مطالعه تجربه زیسته و زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی ناقص‌سازی جنسی زنان با محوریت «ختنه» در استان هرمزگان با استفاده از روش‌شناسی کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شده است. مشارکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری ترکیبی از نظری و گلوله‌برفی به تعداد ۱۵ نفر از زنان استان هرمزگان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ انتخاب شدند. مصاحبه‌ها با معیار اشباع نظری انجام گرفت. محورهای مصاحبه در این پژوهش نیمه‌ساختاریافته و بازطراحی شدند تا امکان بیان آزاد تجربه‌ها و نگرش‌های زنان فراهم شود. محورهای اصلی پرسش‌ها شامل چهار حوزه بود:

- شرایط علی: از شرکت‌کنندگان خواسته شد درباره چگونگی آشنایی خود با پدیده ختنه، دلایل انجام آن در خانواده، نقش سنت، مذهب، یا فشار اجتماعی و فرد تصمیم‌گیرنده در این زمینه توضیح دهند.
- شرایط مداخله‌گر: پرسش‌هایی درباره نقش اطرافیان، رهبران مذهبی، باورهای فرهنگی، نگرش جامعه نسبت به زنان ختنه‌نشده و عواملی که موجب تداوم یا تغییر این رفتار می‌شوند مطرح گردید.
- راهبردها: از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد چگونه با تجربه ختنه کنار آمده‌اند، در برابر آن چه واکنشی نشان داده‌اند و چه اقداماتی برای آگاهی یا پیشگیری از آن در خانواده یا جامعه انجام داده‌اند.
- پیامدها: مصاحبه‌ها به بررسی تأثیر ختنه بر زندگی شخصی، روابط خانوادگی، احساسات، سلامت جسمی و روانی و نگرش آنان نسبت به آینده و نسل بعدی اختصاص داشت. انجام مصاحبه تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. فرایند پرسش از مشارکت‌کنندگان مبتنی بر سؤالات هدفمند و انتخاب افراد جدید بر اساس داده‌های مستخرج از هر مصاحبه، مفاهیم و مقوله‌های ایجاد شده و برقراری ارتباط بین مقوله‌ها، بر اساس ملاک‌های نظریه زمینه‌ای انجام شد.

در ادامه، با توجه به سؤالات و چارچوب مفهومی پژوهش، داده‌های اولیه کدگذاری گردید. داده‌ها با استفاده از مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تحلیل قرار گرفتند. مفاهیم حاصل از کدگذاری، ذیل مقوله‌ها قرار گرفت و مدل پارادایمی استخراج شده در چهار بخش شامل شرایط علی، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها حول پدیده مرکزی شکل گرفت. لازم به ذکر است که ۲۸۹ مفهوم از داده‌های اولیه استخراج شد. دستیابی به ۴۲ خرده‌مقوله و ۱۷ مقوله اصلی، نتیجه تحلیل داده‌ها و مفاهیم مستخرج از آن‌ها بود. برای تأمین اعتبار و کیفیت تحقیق، چندین اقدام انجام شد: مصاحبه‌ها با زنان ختنه‌شده از گروه‌های سنی و اجتماعی مختلف در استان هرمزگان صورت گرفت تا تنوع دیدگاه‌ها پوشش داده شود. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به‌عنوان روش جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شدند تا روایی درونی تحقیق ارتقاء یابد. پرسش‌های مصاحبه بر اساس چهار محور اصلی (شرایط علی، مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها) طراحی شدند. برای تحلیل داده‌ها، از روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده شد و داده‌ها به‌طور مداوم بازبینی شدند تا مفاهیم و الگوهای اصلی شناسایی شوند. اعتبار بیرونی تحقیق با مقایسه نتایج با مطالعات مشابه ملی و بین‌المللی تأمین شد که نتایج تحقیق با شواهد قبلی همخوانی داشت و ویژگی‌های بومی استان هرمزگان را برجسته کرد.

۵. یافته‌ها

سؤالات پژوهش در جهت مطالعه درک تجربه زنان ختنه‌شده و زمینه‌ها و عواملی که منجر به شکل‌گیری این پدیده و تداوم آن شده بود شکل گرفت. همچنین، مطالعه راهبردهای به‌کارگرفته شده توسط زنان برای برخورد با پدیده ختنه و پیامدهای آن بر زنان نیز از اهداف این پژوهش بود. انجام مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختاریافته محقق را قادر ساخت تا تجربیات و ادراکات زنان، هنجارها و الزامات سنتی و دینی و نحوه برخورد با پدیده را به تصویر بکشد.

چهار موضوع اصلی پس از مصاحبه‌ها و تحلیل مصاحبه‌ها پدیدار شد. (۱) شرایط علی که منجر به ختنه می‌شوند و در ایجاد و تداوم آن نقش داشته‌اند. (۲) شرایط مداخله‌گری که منجر به ختنه و تثبیت و پایداری آن در خانواده و جامعه می‌شوند. (۳) راهبردهای مشارکت‌کنندگان جهت مواجهه با ختنه، کاهش و پایان دادن به آن. (۴) پیامدهای ختنه و رویکردها و موانع احتمالی برای کاهش یا حذف ختنه.

۵-۱. شرایط علی

شرایط علی آن‌هایی‌اند که منجر به ناقص‌سازی مشارکت‌کنندگان و شکل‌گیری و تداوم پدیده «بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان» می‌شوند. این شرایط شامل بودند از: (۱) فریب‌دیدگی، (۲) بی‌تجربگی، (۳) انفعال، (۴) هراس و (۵) احساسات یا ادراک آزاردهنده.

جدول شماره ۱: فرایند تبدیل مفاهیم به مقولات (شرایط علی)

مقولات اصلی	مقولات فرعی	مفاهیم
فریب‌دیدگی	اغفال / فریفتن / نیرنگ	تشویق مالی، جایزه، رفتن به مهمانی، جلب‌توجه دیگران، دریافت هدیه از نزدیکان، به ملاقات آمدن بستگان
بی‌تجربگی	عدم تجربه ذهنی	نداشتن تصویر ذهنی از پدیده، عدم تجربه، احساس گنگ و نامفهوم
	نداشتن تجربه زیسته	
انفعال	استیصال	نبودن راه فرار، عدم توان مخالفت
	احساس قربانی شدن	قربانی ناآگاهی، قربانی جامعه سنتی
	سرنوشت محتم	تبعیت صرف از خانواده، احساس حرمان، حس بی‌دفاعی و انفعال، رفتن به مسلخ‌گاه، عدم گریز، بی‌دفاع، ناتوانی در مقابله، عدم تأثیر بر سرنوشت، عدم اثربخشی
	بی‌اهمیتی و عدم کارکرد عاملیت	
احساسات آزاردهنده	واهمه / انزوا / هراس	تنهایی، بی‌پناهی
		احساس ترس و وحشت
	تجربه الیم	دردناک‌بودن پدیده، تجربه درد، خدشه‌دارشدن غرور فردی، احساس انزجار، تجربه تلخ

مشارکت‌کنندگان از فریبی که توسط خانواده خورده‌اند به تلخی یاد می‌کنند و به دلیل اجباری که توسط خانواده بر فرد تحمیل می‌شود و تلاش بی‌ثمر آن‌ها و از سوی دیگر نداشتن تجربه و توان برای مقابله، چاره‌ای جز پذیرش شرایط دردناک را ندارند و با هراس و نگرانی تن به وضعیت موجود می‌سپارند. احساسات تلخ در طول زندگی با آن‌ها همراه است و گریزی از آن وجود ندارد. مشارکت‌کننده ۴۱ ساله با تحصیلات دکتری می‌گوید:

«فقط یه چیزی که باعث دل‌خوشی م بود تا بتونم اون درد رو تحمل کنم، این بود که می‌گفتن بعد از این‌که ختنه انجام شد و یا هرکسی زودتر بیاد، به اون جایزه یا پول بیشتری می‌دیم. چون چند نفر بودیم من و خواهرم و دختر عموم بودیم. حتی اون پول خیلی کم بود و شاید می‌شد فقط باهاش یه پفک بخریم».

درحالی‌که از نظر اکثریت کنشگران پدیده ختنه بسیار خشونت‌بار توصیف می‌شود، به نظر می‌رسد که برای تعداد اندکی از افراد با تفکر سنتی، این مسئله بر اثر تکرار پذیرش خانواده‌ها به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی دختران عادی شده است تا جایی که کنشگر تحصیل‌کرده این پدیده را ناقص‌سازی نمی‌داند. دلیل چنین تفکری این است که در هر زمان و مکانی زمینه‌های فردی و اجتماعی و تجارب قبلی در ایجاد پذیرش یک پدیده، مهم هستند. مشارکت‌کننده ۴۲ ساله با تحصیلات کاردانی که او نیز همچون سایر دختران در محیطی غیراستریل ختنه شده می‌گوید:

«من هیچ تصویری از ختنه نداشتم، نمی‌دونستم چی هست تا وقتی که این بلا رو سر ما آوردن. خیلی دردناک بود تا جایی که دختری که قبل از من بود و جیغ کشید، خیلی ترسیدم و خودم رو عقب کشیدم».

انفعال خانواده و فرد در پذیرش آنچه بزرگ‌ترها و جامعه به آن‌ها تحمیل می‌کند، علی‌رغم ترس و نگرانی و احساسات آزاردهنده آن‌ها باعث بروز مداوم پدیده می‌شود. دلیل این مسئله می‌تواند ناشی از رویارویی مستقیم و غیرمستقیم با بستگان و جامعه‌ای سنتی باشد که فرد در آن رشد یافته و افراد فرصت اظهارنظر و بیان عقیده خود را ندارند. مشارکت‌کننده دیگر در خصوص عدم توان مخالفت خود می‌گوید:

«گیج بودم و هیچ آمادگی نداشتم. مثل یک مرغی که ببری بخوای سرشو ببری و گوشتش رو بخوری. دوزن از بستگان ما من رو گرفتن. دست و پام رو سفت گرفتن و تیغ رو درآوردن...».

۲-۵. شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای در این تحقیق شامل عوامل اجتماعی و فرهنگی است که در بستر استان هرمزگان، بر شکل‌گیری و تداوم پدیده ختنه زنان تأثیر می‌گذارند. این شرایط عبارت‌اند از: (۱) میزان و شدت که تحت تأثیر سنت‌های فرهنگی و دینی در مناطق مختلف هرمزگان و ارتباط این سنت‌ها با تغییرات در نگرش‌ها و رفتارهاست. این شامل شدت اجرای سنت‌ها و میزان پذیرش آن‌ها توسط خانواده‌ها و زنان ختنه‌شده است؛ (۲) دوره زمانی که بر

اساس آن، زمان‌های خاص که این سنت در تاریخچه خانوادگی و فرهنگی منطقه به‌ویژه در نسل‌های مختلف حفظ شده است. این شامل تحولات اجتماعی و فرهنگی در طول زمان است که بر تداوم یا تغییر سنت تأثیر گذاشته‌اند؛ (۳) پراکنش جغرافیایی در استان هرمزگان، به طوری که: تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی در استان هرمزگان، به‌ویژه در روستاها و مناطق شهری، تأثیر زیادی بر میزان و نوع پذیرش و اجرای این سنت‌ها دارد. در برخی مناطق، تأثیرات فرهنگی و دینی پُررنگ‌تر و در برخی دیگر کم‌تر است.

جدول شماره ۲: فرایند تبدیل مفاهیم به مقولات (شرایط زمینه‌ای)

مقولات اصلی	مقولات فرعی	مفاهیم
عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر تداوم سنت‌ها	میزان و شدت پابندی به سنت‌ها	شدت اجرای سنت‌های فرهنگی و دینی
	نگرش و پذیرش اجتماعی	میزان پذیرش سنت ختنه در میان خانواده‌ها و زنان
تحولات تاریخی و نسلی در اجرای سنت‌ها	تغییرات بین‌نسلی در نگرش‌ها و رفتارها	تداوم سنت ختنه در نسل‌های مختلف
	تغییر در الگوهای فرهنگی در گذر زمان	نقش تحولات اجتماعی و فرهنگی در تغییر سنت‌ها
تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی در بستر اجتماعی	پراکنش جغرافیایی و تفاوت‌های فرهنگی	تفاوت‌های فرهنگی و جغرافیایی میان مناطق روستایی و شهری
	نقش دین و مذهب در تداوم یا کاهش سنت	تأثیر باورهای دینی و محلی در مناطق مختلف استان

۳-۵. شرایط مداخله‌گر

نتایج مصاحبه با مشارکت‌کنندگانی که مورد ختنه واقع شده‌اند نشان داد که «بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان» برای استمرار پدیده ختنه تحت تأثیر مداخله‌گرهای مختلفی از جمله (۱) سنت‌گرایی، (۲) الزام هنجارهای دینی، (۳) کلیشه‌های جنسیتی، (۴) کلیشه‌های سرکوبگرانه و (۵) بیگانگی فرهنگی است.

جدول شماره ۳: فرایند تبدیل مفاهیم به مقولات (شرایط مداخله‌گر)

مقولات اصلی	مقولات فرعی	مفاهیم
سنت‌گرایی	ضرورت آئینی	جبر سنت‌ها، خوانش اشتباه از سنت، پذیرش رسم، جامعه سنتی، تداوم رسم، تداوم عرف‌های غلط اجتماعی، تداوم یک رسم غلط، پافشاری در اجرای رسم، الزامات سنتی، پنداشت عادی بودن پدیده، معمول بودن پدیده در هر مرزگان، احساس رضایت از پدیده، کاهش فساد در جامعه، زنان بانی تداوم پدیده
	استمرار رسم	
	انقیاد ناشی از ناآگاهی زنان	
	خوانش غلط از سنت	
الزام‌هنجارها	الزام‌های دینی	نگرانی از الزام دین، خوانش اشتباه از دین، سنت پیامبر، رعایت مسائل مذهبی، صِدیت با خدا و پیامبر، سختگیر بودن فقه شافعی، مهم بودن پدیده در فقه شافعی، و جوب پدیده در فقه شافعی، رعایت بهداشت فردی، دوری از آلودگی و بیماری، پدیده غیر بهداشتی
	بینش‌های نادرست فکری و کلیشه‌ای	
	وجوب پدیده	
	الزام نهاد خانواده	انفعال خانواده، ناآگاهی مادر، رضایت مادر، برنامه‌ریزی زنان خانواده
	بینش‌های نادرست خانواده	
کلیشه‌های جنسیتی	تبعیض	نابرابری و تبعیض، برخورد دوگانه، خفه کردن صدای دختران، ظلم به دختران، ترس از آبرو، سرزنش از بازگویی تجربه، سکوت و پنهان کردن
	عدم بیان تجربه زیسته	
	برخورد دوگانه	
	نکوهش	
کلیشه‌های سرکوب‌گرانه	کنترل‌گری	کاهش ذائقه جنسی، کاهش حس جنسی، کنترل امیال دوران بلوغ
	تخریب عزت نفس	
	خشونت (فیزیکی، عاطفی، روانی و کلامی)	خشونت کلامی، اعمال زور، اجبار، برخورد تحقیرآمیز، دردناک بودن پدیده خشونت زنان علیه زنان، خشونت روانی و عاطفی
انقیاد دختران		
بیگانگی فرهنگی تهاجم فرهنگی	ارتباطات بین کشورها/ تأثیر‌پذیری فرهنگی بیگانگان	مهاجرت آفریقایی‌ها در زمان زمامداری پرتغالی‌ها به ایران، ارتباط و مراد به با آفریقایی‌ها

سنت‌گرایی در بین خانواده‌هایی (مادرانی) که خود قربانی رسوم و سنت‌ها هستند و دختران خود را به دست قابله‌هایی می‌سپارند که آن‌ها نیز خود قربانی پدیده ختنه هستند، بسیار مهم بوده و ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مشارکت‌کنندگان در خصوص جبر سنت‌ها و اثر این جبر در تداوم و استمرار رسم و ضرورت اجرای آیین‌ها می‌گوید:

«اون زمان همش جبر بوده و ازشون خواستن که این کار انجام بشه و هیچ توجیهی نداشتن و می‌گفتن یه دختر باید این کار رو انجام بده و براش لازمه و به‌طورکلی یه رسم بوده که تداوم پیدا کرده که برای همه دختران باید به همین شکل پیش بره».

پایبندی شدید به اجرای سنت و پذیرش جبر حاصل از آن، نتیجه عرف‌های حاکم بر جامعه سنتی‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند و این سنت‌ها برای او الزامات محدودکننده‌ای ایجاد می‌کنند. مشارکت‌کننده‌ای در خصوص الزام‌های دینی در خانواده می‌گوید:

«فقه شافعی ختنه دختران رو مانند ختنه پسران واجب می‌دونه».

سنت‌گرایی نیز ناشی از خوانش‌های غلطی است که خانواده‌ها از سنت دارند و تصورشان بر این است که عدم اجرای سنت باعث فشارهای هنجاری از سوی جامعه در مورد آنان می‌شود. همچنین تفکر کلیشه‌ای نشئت‌گرفته از سنت‌گرایی و الزام هنجاری در بین زنان و سایر اعضای خانواده باعث خوانش اشتباه از دین و سنت پیامبر نیز شده است. ازجمله مزایا یا دلایل ذکرشده توسط مشارکت‌کنندگان، حمایت از شیوه‌های فرهنگی جامعه و حفظ آن‌ها بود. افزون بر موارد ذکرشده، تفکر در مورد وجوب ختنه و عدم الزام آن، گسترش فساد در جامعه را در اذهان تعداد بسیار محدودی از مشارکت‌کنندگان تقویت کرده است؛ به نحوی که این مشارکت‌کننده‌ها، توافق خود را در صورت کنترل دختران و حفظ نجابت آن‌ها، با ختنه ابراز کردند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«هرمزگانی‌ها بر این باور هستن که میل جنسی بانوان کم می‌شه (بحث غیرت و ناموس). به نظرم کار بسیار بی‌رحمانه و زن‌ستیزی هست و فقط برای سرکوب زنان استفاده می‌شه».

والدین و رهبران مذهبی ختنه را در سراسر جوامع خود اجرا می‌کنند تا اطمینان حاصل شود که نسل‌های بعدی فرزندان، سنت را حفظ می‌کنند اصرار خانواده بر استمرار پدیده به دلیل تصورات غلط در حوزه سلامت، بهداشت، پاکیزگی و دوری از آلودگی و بیماری است. یکی دیگر از مداخله‌گرها، کلیشه‌های جنسیتی است. کلیشه‌های جنسیتی شکل‌گرفته

در جامعه سنتی، تبعیض و نابرابری بین دختران و پسران را شدت بخشیده و باعث برخورد دوگانه با فرزندان دختر و پسر، خفه کردن صدای دختران و ظلم به آن‌ها شده است؛ به نحوی که دختران از بیان تجربه زیسته خود منع می‌شوند و اگر سکوت خود را بشکنند به شدت مورد نکوهش قرار می‌گیرند. تفکر در مورد وجوب یا عدم الزام ختنه، گسترش فساد در جامعه را در اذهان تعداد بسیار محدودی از مشارکت‌کنندگان تقویت کرده است؛ به نحوی که این مشارکت‌کننده‌ها، توافق خود را در صورت کنترل دختران و حفظ نجابت آن‌ها، با ختنه ابراز کردند.

تعداد معدودی نیز بیگانگی فرهنگی را دلیل ختنه می‌دانند. چون روزگاری پرتغالی‌ها در استان هرمزگان حضور داشته‌اند و در آن زمان برخی آفریقایی‌ها نیز به آن استان مهاجرت کرده‌اند. مراد با آفریقایی‌ها، تأثیرپذیری از فرهنگ آن‌ها را به دنبال داشته و در این استان باعث ختنه دختران شده است. از نظر نگارندگان، وقوع و شیوع این پدیده در برخی از استان‌های کشور از جمله کردستان و کرمانشاه این گزاره را رد می‌کند. همچنین سال‌ها از مهاجرت پرتغالی‌ها و آفریقایی‌ها گذشته است اما این رسم همچنان به قوت خود باقی مانده است. به عبارت دیگر دلایل را باید در زمینه و بستر فرهنگی جامعه ایران مطالعه کرد.

۴-۵. راهبردها

کنشگران در جهت مخالفت با پدیده و انقطاع آن نیز از راهبردهای (۱) گریز (فرار، به تأخیر انداختن) و (۲) توانمندسازی جنسیتی استفاده می‌کنند. چنان‌که سرنوشت محتوم را در کودکی پذیرفته‌اند و چاره‌ای جز اتخاذ راهبردهای مقطعی نداشته‌اند. بر همین اساس فرار از موقعیت و یا به تأخیر انداختن پدیده را پی گرفته‌اند که البته همیشه هم با شکست مواجه شده‌اند. مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص می‌گوید:

«من فقط فرار کردم اما در نهایت تسلیم شدم».

اما راهبردهایی را که کنشگران در بزرگ‌سالی اتخاذ کرده‌اند در جهت توانمندسازی جنسیتی و جلوگیری از وقوع مجدد پدیده بوده است. مشارکت‌کنندگان افزون بر راهبردهای فوق، گاهی بر اثر تحصیلات و افزایش آگاهی‌های خود در طول زمان، تغییر زمینه زندگی و محل سکونت و... و همچنین، جهت مخالفت با ختنه دختران و کاهش آن در خانواده‌های خود به شدت با وقوع ختنه مخالفت می‌ورزند تا از وقوع مجدد آن جلوگیری به عمل آورند که در برخی موارد نیز برای خواهران کوچک‌تر از خود در خانواده موفق بوده‌اند.

جدول شماره ۴: فرایند تبدیل مفاهیم به مقولات (راهبردها)

مقولات اصلی	مقولات فرعی	مفاهیم
راهبردهای گریز	فرار	فرار از موقعیت، به تأخیر انداختن پدیده
	تأخیر در مواجهه با پدیده	
توانمندسازی جنسیتی	افزایش آگاهی نسل جوان/ اقناع	مطالعه جهت کاهش و حذف پدیده، افزایش آگاهی دختران و زنان، آگاهی زنان از تبعیض آشکار، آگاهی از بی اساس بودن و بی اهمیت بودن پدیده، آگاهی از عواقب پدیده، آموزش زنان جوان، ایجاد زمینه‌های فرهنگی جهت تغییر رفتار و حذف پدیده، افزایش آگاهی مادران در زمان بارداری، برگزاری جلسات در خانواده و شهر، ورود پزشکان، ورود علما جهت آگاهی‌رسانی
	ورود رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی	
	آموزش	
	مرجعیت علمی و دینی	
جلوگیری از وقوع مجدد پدیده	مخالفت با پدیده	مخالفت با پدیده، جلوگیری از وقوع پدیده،

۵-۵. پیامدها

پیامدهای به‌کارگرفته شده توسط مشارکت‌کنندگان عبارت از (۱) کناره‌گیری، (۲) نقصان زنانه؛ (۳) آسیب فیزیکی، روحی و عاطفی، (۴) نارضایتی و (۵) تقابل اجتماعی یا اجتماعی شدن مجدد بودند. از جمله پیامدهای مهم توانمندسازی جنسیتی و مخالفت با پدیده ختنه در جامعه، همسو با گسترش فضای مجازی و افزایش آگاهی افراد و خانواده‌ها، کناره‌گیری و کاهش وقوع ختنه و تقلیل قابل توجه آن در برخی از مناطق شهری است. اما این پدیده در روستاها همچنان مشاهده می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید:

«خدا رو شکر توی جامعه الآن طوری شده که از ۱۵ یا ۱۶ سال پیش دیگه این کار رو انجام نمی‌دن، یعنی بین اطرافیان من ندیدم خواهرزاده‌ها، برادرزاده‌ها و غیره رضایت به این کار هم ندارن.»

از جمله پیامدهای ختنه بر مشارکت‌کنندگان، آسیب‌هایی است که آن‌ها تجربه کرده‌اند. این آسیب‌ها که از نقصان زنانه نشئت می‌گیرد، شامل آسیب‌های فیزیکی چون عفونت، خونریزی، دردناک شدن رابطه جنسی، زخمی شدن و جریحه‌دار شدن جسم است که اثرات روانی و عاطفی فراوانی را به دنبال داشته است.

اثرات جسمی و روانی پدیده به قدری بر کنشگران تأثیرگذار بوده که از بیان تجربه خود نزد همسرانشان نیز خودداری می‌کنند و کم‌تر در مورد این نقصان (از نظر مشارکت‌کنندگان) حاضر به سخن‌گفتن هستند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

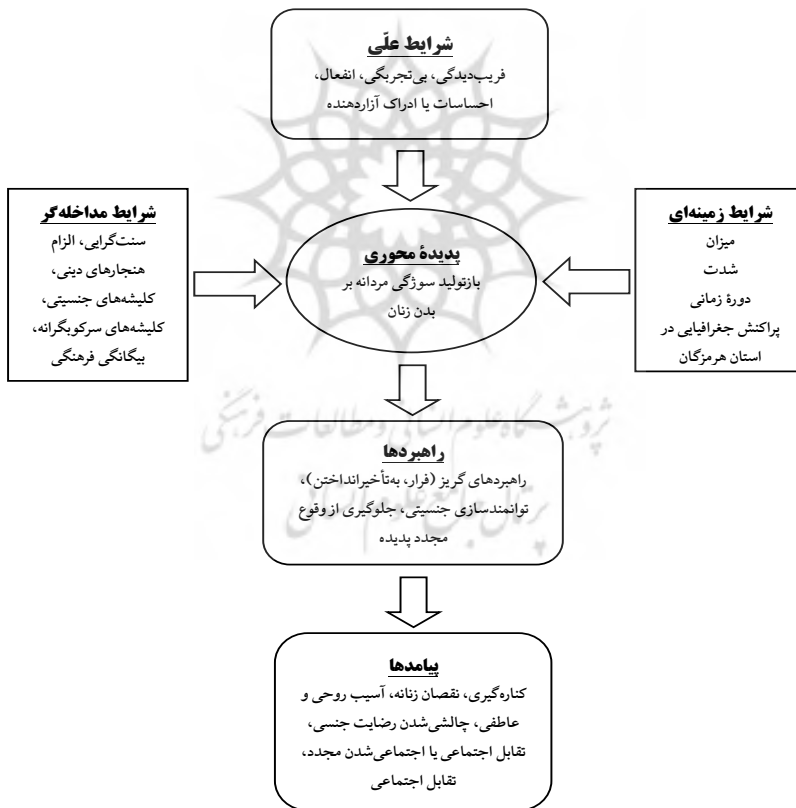
«من به هزار و یک دلیل الان اجازه نمی‌دم که کسی از نزدیکان دخترش رو ختنه کنه. چون وقتی ازدواج کرد باعث اختلاف و مشکل بین خودش و همسرش می‌شه».

جدول شماره ۵: فرایند تبدیل مفاهیم به مقولات (پیامدها)

مقولات اصلی	مقولات فرعی	مفاهیم
کناره‌گیری	حذف پدیده	حذف پدیده به دلیل مازادبودن و بی‌اثر بودن، حذف پدیده تحت تأثیر فضای مجازی، کاهش وقوع پدیده در طول زمان
	کاهش وقوع پدیده در طول زمان (تقلیل پدیده)	
نقصان زنانه	آسیب فیزیکی	عفونت زنانه، خونریزی، دردناک شدن رابطه جنسی، زخمی شدن، جریحه‌دار شدن جسم
آسیب روانی و عاطفی	آسیب روانی و عاطفی	احساس خیانت، یادآوری خاطرات تلخ
چالشی شدن رضایت جنسی	نارضایتی جنسی	عدم رضایت جنسی، عدم لذت در رابطه، محرومیت از لذت طبیعی، عدم کشش جنسی، کاهش میل جنسی، کاهش کیفیت رابطه، بروز مشکلات زناشویی، اختلاف بین زوجین، ناتوانی در پاسخ به نیاز همسر، نارضایتی فردی، عدم بیان تجربه نزد همسر، ظلم به خانواده، بی‌اهمیت شدن ارتباط جنسی
	متأثر شدن زندگی زناشویی	
تقابل اجتماعی یا اجتماعی شدن مجدد	جامعه‌پذیری معکوس	مخالفت شدید با پدیده، تأثیر فردی، جلوگیری از تکرار پدیده، کنش مسئولانه در برابر تبعیض جنسیتی
	کنشگری جهت جلوگیری از تکرار پدیده	

در این مطالعه، زنان نامطلوب ختنه را توصیف کردند و پیامدهای سلامت جسمی را بیشتر از پیامدهای روانی/عاطفی ذکر کردند. افزون بر این، ادامه این وضعیت و احساس نقص و ناکارآمدی در مورد زنانگی نیز ممکن است بار مضاعفی را برای زنان مجرد ختنه شده ایجاد کند. جامعه پذیری معکوس از جمله پیامدهای مهمی است که بسیار قابل توجه است. مشارکت‌کنندگان در راستای مخالفت با ختنه، به آموزش و افزایش آگاهی در نسل اول یعنی مادران خود می‌پردازند که در برخی موارد موفقیت‌آمیز بوده و توالی پدیده انقطاع یافته و در همان خانواده و نزدیکان دیگر تکرار نشده است.

در ادامه، شکل شماره ۱ (۱) مدل پارادایمی است که علل، زمینه، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای پدیده بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۱: مدل پارادایمی تحقیق

۶. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با اتکا به روش نظریه زمینه‌ای، پدیده مرکزی «بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان» را در زمینه ختنه زنان در هرمزگان آشکار ساخت؛ پدیده‌ای که از سه سازوکار درهم‌تنیده مشروعیت‌بخشی آیینی، انضباط بدن زنانه و انتقال بین‌نسلی هنجارها نیرو می‌گیرد و در میدان قدرت خرد خانواده و خویشاوندی تداوم می‌یابد. این صورت‌بندی مفهومی، هم از داده‌های کیفی متمایز این مطالعه برمی‌آید و هم با بخش قابل‌توجهی از ادبیات پیشین هم‌راستا و در برخی نقاط، آن را تکمیل می‌کند.

در سطح شرایط علی، یافته‌ها نشان داد تصمیم خانواده برای انجام ختنه عمدتاً در تقاطع فشار هنجاری محلی، ترس از برچسب‌گذاری اخلاقی و کلیشه‌های جنسیتی شکل می‌گیرد؛ جایی که مادران، زیر نفوذ اقتدار زنان مسن خانواده، میان دو منطق متعارض حرکت می‌کنند: حفظ آبرو با تبعیت از سنت و مراقبت از سلامت و حرمت بدن دختران. این نتیجه با گزارش بسرا و همکاران (۲۰۲۳) همخوان است که ترس، فشار خانوادگی و آنگ‌زنی اخلاقی را از محرک‌های جدی تداوم عمل معرفی می‌کند. همچنین با صورت‌بندی احمدی (۱۴۰۰) و ایگه (۲۰۱۸) درباره جایگاه خانواده به عنوان کانون قدرت مردسالارانه و سازوکارهای حفظ جایگاه زنان هم‌راستا است؛ بدین معنا که تصمیم به ختنه، در حکم ابزار انضباط‌بخشی بر بدن زنانه برای مدیریت میل جنسی و تضمین وفاداری زناشویی تفسیر می‌شود.

در سطح شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر، داده‌های این پژوهش نشان داد که سنت و عرف محلی در بسیاری از مواقع بر خوانش‌های دینی پیشی می‌گیرد و دین، بیشتر در مقام زبان مشروعیت‌بخشی به عرف عمل می‌کند تا سرچشمه واقعی حکم. این جمع‌بندی با یافته‌های سیمبر و همکاران (۱۳۹۵) همسوست که بر غلبه عنصر فرهنگی بر اعتقادات دینی تأکید داشتند و نیز با نتایج مارتینلی (۲۰۱۲) و برگ (۲۰۱۴) درباره نقش آیینی و نمادین ختنه، از سوی دیگر، کلین (۲۰۱۸) نشان داد که پایبندی به آیین، به مثابه اقتصاد اخلاقی حفظ آبرو و کنترل انحراف، در تداوم رفتار کارکردی تعیین‌کننده دارد؛ تصویری که داده‌های ما در هرمزگان نیز تأیید می‌کند. افزون بر این، در همخوانی با والبرگ و همکاران (۲۰۱۹)، تصورات دینی سخت‌گیرانه (به ویژه ارجاع‌های شافعی) در گفتار مشارکت‌کنندگان دیده شد، هرچند تحلیل داده‌ها نشان داد این تصورات اغلب با ناآگاهی پزشکی و فقدان دسترسی به خوانش‌های بدیل فقهی و سلامت‌محور همراه است؛ امری که با بسرا و همکاران (۲۰۲۳) درباره پیوند پاکیزگی، باکرگی و وفاداری با ختنه نیز هم‌جهت است.

یافته‌های مربوط به راهبردها نشان داد که کنشگران زن با تغییر موقعیت قدرت و منابع، از راهبردهای منفعلانه دوران کودکی (گریز، سکوت، تحمل) به راهبردهای فعال بزرگ‌سالی (مذاکره، اقناع، ائتلاف‌سازی با خویشاوندان، ارجاع به ماما و پزشک و استناد به مرجعیت علمی و دینی) گذار می‌کنند. این تغییر در سطح خُرد، به روایتگری درد و بازتعریف کدهای شرم و آبرو می‌انجامد و از دل شبکه‌های زنانه و رسانه‌های اجتماعی، پیام‌های آگاهی‌بخش تولید می‌کند. این خط سیر، همسو با بکالو (۲۰۱۹)، وایگوا و همکاران (۲۰۱۸) است که آموزش سلامت و گفت‌وگوی جامعه‌محور را شرط لازم برای مهار عمل دانسته‌اند و نیز با کوبای (۲۰۲۳) که پایان دادن به ختنه را نیازمند گفت‌وگوی دقیق با جوامع انجام‌دهنده می‌داند. از منظر تغییر هنجاری، مواجهه با زمینه‌های جدید دانشی و مکانی، به روایت جانسدوتر (۲۰۱۸)، می‌تواند به تبدیل نظام اعتقادی و تغییر نگرش بینجامد؛ یافته‌ای که تحصیل، شهرنشینی و گسترش تماس‌های فرامحلی در این پژوهش هم آن را تقویت می‌کند.

در حوزه پیامدها، داده‌های این مطالعه از طیفی از اثرات جسمی و روانی حکایت می‌کند: از درد هنگام رابطه، کاهش لذت و دشواری تجربه رضایت جنسی تا احساس خیانت به حرمت بدن و بازگشت خاطرات دردناک. این نتایج با نتایج مطالعه اندی مولر و همکاران (۲۰۲۱) درباره کاهش معنی‌دار شاخص عملکرد جنسی و باکلین (۲۰۱۸) و جانسدوتر (۲۰۱۸) درباره پیامدهای ماندگار روان اجتماعی همسوست. نکته مهم دیگر، دوگانگی نقش زنان است: آنان هم موضوع عمل‌اند و هم عاملان فعال تداوم یا تغییر. آکونونگو و همکاران (۲۰۲۱) نیز همین دوگانگی را نشان می‌دهند: رهبری زنانه در خانواده می‌تواند هم به مشروعیت‌بخشی عمل یاری رساند و هم در صورت دسترسی به دانش بدیل و ائتلاف با شبکه‌های حمایتی، موتور تغییر شود.

چارچوب مفهومی این پژوهش، مسیرهای علی و مداخله‌ای، راهبردها و پیامدها را در یک الگوی منسجم گرد می‌آورد. در مرکز، بازتولید سوژگی مردانه بر بدن زنان قرار دارد که از حلقه مشروعیت‌آیین، انضباط بدنی و انتقال نسلی تغذیه می‌کند. این حلقه در بافت خانواده خویشاوندی، مرجعیت محلی-دینی و اقتصاد اخلاقی آبرو استقرار دارد. شرایط مداخله‌گر تضعیف‌کننده مانند تحصیلات دختران، شهرنشینی، دسترسی به خدمات سلامت حساس به فرهنگ و مواجهه با رسانه‌ها و روایت‌های بدیل، شکاف‌هایی در حلقه ایجاد می‌کند. راهبردهای کنشگران، بسته به منابع و ائتلاف‌ها، می‌تواند این شکاف‌ها را به ترک‌های ساختاری الگو بدل سازد. پیامدها نیز، بسته به غلبه هر سوی کشاکش، از تثبیت سوژگی مردانه بر بدن زنان تا سرب‌آوردن سوژگی انتقادی زنانه و بازتعریف منزلت و کرامت بدن در نوسان است.

مقایسه سیستماتیک با ادبیات پیشین، جایگاه این چارچوب را روشن‌تر می‌کند. نخست، هم‌سویی با بسرا و همکاران (۲۰۲۳)، کلین (۲۰۱۸) و مظفریان (۱۳۹۰) در تأکید بر سنت و فشار اجتماعی، مؤید آن است که تداوم ختنه در هرمزگان نیز عمدتاً بر دوش سازوکارهای فرهنگی-هنجاری است، هرچند زبان دین به آن وجاهت می‌بخشد. دوم، همگرایی با احمدی (۱۴۰۰) و سیمبر و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که شکاف بین متن‌های مقدس و عمل اجتماعی واقعی پابرجاست و فقط در برخی بافت‌ها خوانش‌های فقهی خاص (مانند ارجاعات شافعی) به کارِ مشروعیت‌بخشی می‌آیند. سوم، هم‌صدایی با آلمونا و همکاران (۲۰۲۱)، داویت و همکاران (۲۰۲۱) و مکووا و همکاران (۲۰۲۳) درباره نقش تحصیلات، ثروت و رهبران محلی در تغییر نگرش، در داده‌های این پژوهش نیز بازتاب یافته است. چهارم، هم‌سویی با وایگوا و همکاران (۲۰۱۸) و بکالو (۲۰۱۹) درباره کارآمدی مداخلات آموزشی، به خصوص وقتی حساسیت فرهنگی رعایت شود، نشان می‌دهد که تغییر پایدار باید از درون جامعه و از زبان معنادار بومی شکل گیرد. پنجم، همخوانی با اندی مولر و همکاران (۲۰۲۱) درباره پیامدهای جنسی و روانی، اهمیت فراهم آوردن خدمات سلامت حساس به فرهنگ و پروتکل‌های حمایت روانی-اجتماعی را برجسته می‌سازد.

در پرتو این چارچوب مفهومی و هم‌سنجی با پژوهش‌های پیشین، چند دلالت سیاستی و مداخله‌ای روشن می‌شود:

- نخست، مداخله اثربخش باید به سطح معنا و مشروعیت دست ببرد: بازخوانی‌های دینی-بومی که ختنه را ناسازگار با کرامت بدن و سلامت معرفی می‌کند، وقتی با مرجعیت روحانیون محلی و زبان فرهنگی مردم همراه شود، کارآمدتر خواهد بود؛
- دوم، توانمندسازی زنان باید در مقیاس خانواده و شبکه‌های زنانه آغاز شود: حلقه‌های گفت‌وگو، روایتگری تجربه زیسته و دسترسی امن به مشاوره پزشکی و حقوقی، سرمایه نمادین تازه‌ای برای شکستن حلقه بازتولید فراهم می‌آورد؛
- سوم، نظام سلامت باید آموزش و خدمات حساس به فرهنگ ارائه دهد: تربیت ماماها و پزشکان برای مواجهه غیرقضاوتی، ارجاع به روان‌شناسی سلامت و مسیرهای حمایت اجتماعی؛
- چهارم، حضور مردان، به ویژه مردان جوان، در گفت‌وگوهای مرتبط با کرامت بدن و رضایت جنسی زوجین، می‌تواند معادله مشروعیت را تغییر دهد و از تبدیل آبرو به ابزار کنترل بدن زنانه بکاهد؛

• پنجم، سیاست‌های حقوقی اگر از زمینه فرهنگی گسسته باشند، به پنهان‌کاری دامن می‌زنند؛ در عوض، هم‌نشینی قانون با بسته‌های آموزشی-حمایتی و میانجی‌گری اجتماعی می‌تواند مسیر تغییر را هموارتر کند.

مزیت نسبی این مطالعه در پیوند دادن مفاهیم حساس با داده‌های میدانی بومی هم‌زمگان و در ترسیم گذار راهبردهای زنان از سکوت به کنش ائتلافی است. افزون بر مقایسه دقیق با تحقیقات پیشین، چارچوب مفهومی پیشنهادی نشان می‌دهد که چرا صرف تکرار یافته‌ها کفایت نمی‌کند: آنچه اهمیت دارد، توضیح سازوکارهای معنایی-هنجاری بازتولید و نقاط ورود مداخله است. محدودیت‌های مطالعه، از جمله گستره نمونه و امکان خودسانسوری، ایجاب می‌کند که پژوهش‌های آینده با طرح‌های مقایسه‌ای بین منطقه‌ای، روش‌های مشارکتی و سنجش‌های طولی، مسیر پایداری تغییر را دنبال کنند.

منابع

- ابوت، پاملا و والاس، کلر. (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی زنان، ترجمه منیره نجم عراقی. تهران: نی.
- احدی، هما، خدیوزاده، طلعت، سیدی علوی، قدیسه و اسماعیلی، حبیب‌الله (۱۳۸۲). ختنه زنان در میناب: شیوع، آگاهی و نگرش. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، ۱۷-۱۴، (۲۸)۷.
- احمدی، کامیل (۱۴۰۰). سیاست‌های مرتبط با فرهنگ ختنه زنان / ناقص‌سازی آلت جنس زنان در ایران. روانشناسی، علوم اجتماعی و علوم تربیتی، ۵(۲)، ۱۷۸-۱۸۹.
- استیری، سهیلا (۱۳۹۶). بررسی فقهی-اجتماعی احکام پس از تولد نوزاد دختر (مطالعه موردی ختنه دختران). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س)، تهران.
- برزین خلیفه‌لو، موسی (۱۳۹۴). ناقص‌سازی جنسی زنان در فقه و حقوق ایران. حقوق اسلامی، (۴۶)، ۶۷-۷۹.
- بستان، حسین. (۱۳۸۲). «کارکردهای خانواده از منظر اسلام و فمینیسم». فصلنامه روش‌شناسی علوم انسانی، ۹(۳۵)، ۴-۳۴.
- چیت‌ساز محمدجواد. (۱۴۰۲). خانواده ایرانی و تحولات فرهنگی-اجتماعی: تحلیل نسلی مسائل اجتماعی ایران ۱۴ (۱): ۱۱۲-۸۹.
- دو بوار، سیمون. (۱۳۸۰). جنس دوم، ۲ جلد، ترجمه قاسم صنعوی. تهران: توس
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ بهرامی‌کاکاوند، سیاوش؛ و علیوردنیا، اکبر. (۱۳۸۶). «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق (مطالعه موردی شهرستان کرمانشاه)». پژوهش زنان، ۵(۳)، ۱۰۹-۱۴۰.
- سیمبر، معصومه، حاجی فقها، محبوبه، گل‌عذار، سمیرا و علیزاده، شیوا (۱۳۹۵). ختنه دختران: الزام دینی یا اجبار فرهنگی. مجله مامایی و نازایی زنان ایران، ۱۹(۲۵)، ۱۶-۸.
- شجاعی مرجان، توسلی افسانه، موسوی حمیدرضا. (۱۴۰۲). تحولات محله‌های شهری و تجربه دوران

- کودکی مادران و دختران ساکن در شهر تهران مسائل اجتماعی ایران ۱۴(۲): ۱۲۷-۱۰۳.
- قادرزاده امید، عبدالله‌زاده محمدطاهر. (۱۴۰۱). تجربه و درک مردان سنندجی از خشونت جنسیتی؛ واکاوی زمینه‌ها و پیامدها مسائل اجتماعی ایران ۱۳(۱): ۱۳۰-۱۰۹.
 - مظفریان، رایحه (۱۳۹۰). پژوهشی بر روی عوامل اجتماعی و فرهنگی دخیل در ختنه زنان در جزیره قشم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، جمعیت‌شناسی، دانشکده اقتصاد دانشگاه شیراز.
 - مقدمی، ندا (۱۳۹۲). ختنه زنان در ایران و ضرورت حمایت‌های کیفری در قبال آن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و الهیات، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان.
 - Akweongo, P., Jackson, E. F., Appiah-Yeboah, S., Sakeah, E., & Phillips, J. F. (2021). It's a woman's thing: gender roles sustaining the practice of female genital mutilation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Reproductive health*, 18(1), 1-17.
 - Bekalo, D. B. (2019). Modeling determinants of time-to-circumcision of girls: a comparison of various parametric shared frailty models. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 19(2-3), 145-174.
 - Becerra, N. et al. (2023). Attitudes and experiences around FGM/C in the United States: A scoping review.
 - Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and gynecology international*, 2014, 542859. <https://doi.org/10.1155/2014/542859>
 - Besera, G., Goldberg, H., Okoroh, E. M., Snead, M. C., Johnson-Agbakwu, C. E., & Goodwin, M. (2023). Attitudes and Experiences Surrounding Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: A Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(2), 449-482.
 - Farouki, L., El-Dirani, Z., Abdulrahim, S., Akl, C., Akik, C., & McCall, S. J. (2022). The global prevalence of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies. *PLoS Medicine*, 19(9), e1004061.
 - Ige, R. A. (2018). An Exploration of the Contributions of African Feminism to the Development of International Human Rights (Doctoral dissertation, Keele University).
 - Johansen, R. E. B., Ziyada, M. M., Shell-Duncan, B., Kaplan, A. M., & Leye, E. (2018). Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
 - Johnsdotter, S. (2018). The impact of migration on attitudes to female genital cutting and experiences of sexual dysfunction among migrant women with FGC. *Current sexual health reports*, 10(1), 18-24.

- Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S., & Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female genital mutilation: health consequences and complications—a short literature review.
- Kopelman L.M. (2012). Female Circumcision and Genital Mutilation, Encyclopedia of Applied Ethics(Second Edition). 285-294.
- Kubai, F. K(2023). Persistence Of Female Genital Mutilation In Kenya: A Case(Doctoral dissertation, Mount Saint Vincent University).
- María del, Mar Pastor-Bravo, PilarAlmansa-Martínez123IsmaelJiménez-Ruiz(2021), Factors contributing to the perpetuation and eradication of female genital mutilation/ Cutting in sub-Saharan women living in Spain, Midwifery, In Press, Journal Pre-proofWhat are Journal Pre-proof articles? Available online 21 November 2021, 103207
- Martinelli, M., & Olle-Goig, J.E. (2012). Female genital mutilation in Djibouti. *Afr Health Sci*, 12(4), 412-5.
- Mkuwa, S., Sempeho, J., Kimbuta, O., Mushy, S. E., Ndjovu, A., Mfaume, J., & Ngalesoni, F(2023). The role of communities and leadership in ending female genital mutilation in Tanzania: an exploratory cross-sectional qualitative study in Tanga. *BMC public health*, 23(1), 1-8.
- Elbendary, R. N., Shokry, D. A., Deeb, W. S., & Morsi, E. M. (2021). Female genital mutilation (FGM): Is it still an existing problem in Egypt?. *Forensic science international*, 318, 110574. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110574>
- Pashaie, T., Rahimi, A., Ardalan, A., & Majlesi, F. (2012). Prevalence of female genital mutilation and factors associated with it among women consulting health centers in Ravansar City, Iran. *Sjsph*, 9(4), 57-68.
- Patricia, C(2021). The Role of Socio-Economic Factors on the Continuation of Female Genital Mutilation in Africa: A Critical Analysis of Kenya.
- Simbar, M., Abdi, F., Zaheri, F., & Mokhtari, P. (2014). Outcomes of circumcision in women: a review of existing studies. *Hakim Jorjani J*, 2(1), 10-1.
- Sipsma, H.L. et al. (2012). Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin World Health Organisation*, 90(2), 120-127.
- Wahlberg, A., Essén, B., & Johnsdotter, S. (2019). From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys. *Culture, health & sexuality*, 21(6), 619-635.
- Waigwa, S., Doos, L., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2018). Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/ cutting(FGM/C): a systematic review. *Reproductive health*, 15, 1-14.
- World Health Organization (2015). Female genital mutilation: a joint WHO. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

References in Persian

- Abbott, P., & Wallace, C. (2001). *Sociology of women* (M. Najm Araghi, Trans.). Tehran: Ney Publishing. (Original work published in Persian)
- Ahadi, H., Khediozadeh, T., Seydi Alavi, G., & Esmaili, H. (2003). Female circumcision in Minab: Prevalence, awareness, and attitudes. *Qazvin University of Medical Sciences Journal*, 7(28), 14–17.
- Ahmadi, K. (2021). Policies related to the culture of female circumcision/female genital mutilation in Iran. *Psychology, Social Sciences and Educational Sciences*, 5(2), 178–189.
- Akweongo, P., Jackson, E. F., Appiah-Yeboah, S., Sakeah, E., & Phillips, J. F. (2021). It's a woman's thing: gender roles sustaining the practice of female 11 Leye 16 genital mutilation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Reproductive health*, 18(1), 1-17.
- Barzin Khalifehlu, M. (2015). Female genital mutilation in Iranian jurisprudence and law. *Islamic Law*, (46), 67–79.
- Becerra, N. et al. (2023). Attitudes and experiences around FGM/C in the United States: A scoping review.
- Bekalo, D. B. (2019). Modeling determinants of time-to-circumcision of girls: a comparison of various parametric shared frailty models. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 19(2-3), 145-174.
- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and gynecology international*, 2014, 542859. <https://doi.org/10.1155/2014/542859>
- Besera, G., Goldberg, H., Okoroh, E. M., Snead, M. C., Johnson-Agbakwu, C. E., & Goodwin, M. (2023). Attitudes and Experiences Surrounding Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: A Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(2), 449-482.
- Bostan, H. (2003). Functions of the family from the perspectives of Islam and feminism. *Methodology of Humanities Quarterly*, 9(35), 4–34.
- Chitsaz, M. (2023). The Iranian family and socio-cultural transformations: A generational analysis. *Iranian Journal of Social Issues*, 14(1), 89–112.
- De Beauvoir, S. (2001). *The second sex* (Q. Sanavi, Trans.; 2 vols.). Tehran: Toos Publishing. (Original work published in French)
- Elbendary, R. N., Shokry, D. A., Deeb, W. S., & Morsi, E. M. (2021). Female genital mutilation (FGM): Is it still an existing problem in Egypt?. *Forensic science international*, 318, 110574. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110574>
- Estiri, S. (2017). A jurisprudential-sociological analysis of post-birth rulings for newborn girls (A case study of female circumcision) (Master's thesis, Al-Zahra

- University, Tehran, Iran).
- Farouki, L., El-Dirani, Z., Abdulrahim, S., Akl, C., Akik, C., & McCall, S. J. (2022). The global prevalence of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies. *PLoS Medicine*, 19(9), e1004061.
 - Ghaderzadeh, O., & Abdollahzadeh, M. (2022). Men's experiences and understandings of gender-based violence in Sanandaj: Contexts and consequences. *Iranian Journal of Social Issues*, 13(1), 109–130.
 - Ige, R. A. (2018). An Exploration of the Contributions of African Feminism to the Development of International Human Rights (Doctoral dissertation, Keele University).
 - Johansen, R. E. B., Ziyada, M. M., Shell-Duncan, B., Kaplan, A. M., & Leye, E. (2018). Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
 - Johnsdotter, S. (2018). The impact of migration on attitudes to female genital cutting and experiences of sexual dysfunction among migrant women with FGC. *Current sexual health reports*, 10(1), 18-24.
 - Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S., & Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female genital mutilation: health consequences and complications—a short literature review.
 - Kopelman L.M. (2012). Female Circumcision and Genital Mutilation, *Encyclopedia of Applied Ethics* (Second Edition), 285-294.
 - Kubai, F. K. (2023). Persistence Of Female Genital Mutilation In Kenya: A Case (Doctoral dissertation, Mount Saint Vincent University).
 - María del, Mar Pastor-Bravo, PilarAlmansa-Martínez, Ismael Jiménez-Ruiz (2021), Factors contributing to the perpetuation and eradication of female genital mutilation/ Cutting in sub-Saharan women living in Spain, *Midwifery*, In Press, Journal Pre-proof. What are Journal Pre-proof articles? Available online 21 November 2021, 103207
 - Martinelli, M., & Olle-Goig, J.E. (2012). Female genital mutilation in Djibouti. *Afr Health Sci*, 12(4), 412-5.
 - Mkuwa, S., Sempeho, J., Kimbute, O., Mushy, S. E., Ndjovu, A., Mfaume, J., & Ngalesoni, F. (2023). The role of communities and leadership in ending female genital mutilation in Tanzania: an exploratory cross-sectional qualitative study in Tanga. *BMC public health*, 23(1), 1-8.
 - Moghaddami, N. (2013). Female circumcision in Iran and the necessity of criminal protections (Master's thesis, Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Law and Theology).
 - Mozaffarian, R. (2011). A study of social and cultural factors involved in female

- circumcision in Qeshm Island (Master's thesis, University of Shiraz, Faculty of Economics, Department of Demography).
- Pashaie, T., Rahimi, A., Ardalan, A., & Majlesi, F. (2012). Prevalence of female genital mutilation and factors associated with it among women consulting health centers in Ravansar City, Iran. *Sjsph*, 9(4), 57-68.
 - Patricia, C(2021). The Role of Socio-Economic Factors on the Continuation of Female Genital Mutilation in Africa: A Critical Analysis of Kenya.
 - Riahi, M., Bahrami-Kakavand, S., & Aliverdinia, A. (2007). A sociological analysis of the tendency toward divorce (Case study: Kermanshah County). *Women's Studies*, 5(3), 109-140.
 - Shojaei, M., Tavassoli, A., & Mousavi, H. (2023). Urban neighborhood transformations and childhood experiences of mothers and daughters living in Tehran. *Iranian Journal of Social Issues*, 14(2), 103-127.
 - Simbar, M., Abdi, F., Zaheri, F., & Mokhtari, P. (2014). Outcomes of circumcision in women: a review of existing studies. *Hakim Jorjani J*, 2(1), 10-1.
 - Simbar, M., Haji Faghaha, M., Golazar, S., & Alizadeh, Sh. (2016). Female circumcision: Religious obligation or cultural coercion? *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(25), 8-16.
 - Sipsma, H.L. et al. (2012). Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin World Health Organisation*, 90(2), 120-127.
 - Wahlberg, A., Essén, B., & Johnsdotter, S. (2019). From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys. *Culture, health & sexuality*, 21(6), 619-635.
 - Waigwa, S., Doos, L., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J. (2018). Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting(FGM/C): a systematic review. *Reproductive health*, 15, 1-14.
 - World Health Organization (2015). *Female genital mutilation: a joint WHO*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

