

**NAISTE SUGUELUNDITE MOONUTAMIST (FGM) KOGENUD**

**PATSIENTIDE ABISTAMINE**

Abimaterjal tervishoiutöötajale

Eesti Seksuaaltervise Liit

Sotsiaalkindlustusamet

2022

Abimaterjali on koostanud Eesti Seksuaaltervise Liit ja see on rahastatud EL Varjupaiga-Rände ja Integratsioonifondi ning EV siseministeeriumi poolt rahastatud Sotsiaalkindlustusameti projektist „Ühtsete integratsiooni toetavate sotsiaalvaldkonna meetmete välja töötamine ning rakendamine Eestis (CIMISM)“.

Abimaterjali autorid: Elina Kivi, Marie Abel  
Seadusliku tausta peatükk: Liiri Oja  
Vaimse tervise peatükk: Annika Tamme

Tagasiside ja küsimused võib edastada järgmistele e-postiaadressidele:  
Elina Kivi [elina.kkivi@gmail.com](mailto:elina.kkivi@gmail.com)  
Marie Abel [drmarieabel@gmail.com](mailto:drmarieabel@gmail.com)

Abimaterjal on kooskõlastatud Eesti Ämmaemandate Ühinguga.

2022

## SISUKORD

<b>SISSEJUHATUS</b> .....	<b>4</b>
<b>1. FGM ÜLEVAADE</b> .....	<b>6</b>
1.1 FGM TÜÜBID .....	6
1.2 KUS FGMi PRAKTISEERITAKSE? .....	9
1.3 FGM JURIIDILINE TAUST .....	10
1.3.1 FGM KUI INIMÕIGUSTE RIKKUMINE .....	10
1.3.2 FGM EESTI SEADUSTES .....	11
<b>2. FGM TAGAJÄRJED FÜÜSILISELE TERVISELE JA SEKSUAALSUSELE</b> .....	<b>13</b>
2.1 TAGAJÄRJED FÜÜSILISELE TERVISELE .....	13
2.2 TAGAJÄRJED SEKSUAALSUSELE.....	14
<b>3. FGM JA VAIMNE TERVIS</b> .....	<b>15</b>
3.1 FGMIST TULENEVAD VAIMSE TERVISE PROBLEEMID .....	15
3.2 KUIDAS TOETADA FGM ÜLE ELANUD PATSIENTI? .....	15
3.3 FGM ÜLE ELANUD NAISTE KOGEMUSED .....	16
<b>4. FGM KOGENUD NAISE KÄSITLUS</b> .....	<b>17</b>
4.1 FGM KOGENUD NAINA ARSTI VÕI ÄMMAEMANDA VASTUVÕTUL .....	17
4.2 SÜNNITUSABIALASED RISKID .....	18
<b>5. DEINFIBULATSIOON</b> .....	<b>19</b>
5.1 DEINFIBULATSIOONI ÜLEVAADE .....	19
5.2 DEINFIBULATSIOONI AJASTUS .....	19
5.3 DEINFIBULATSIOONI PROTSEDUURI KULG .....	20
5.4 RISKID JA VASTUNÄIDUSTUSED .....	23
<b>6. ENNETUS</b> .....	<b>24</b>
<b>7. Kuhu pöörduda? Kellelt nõu küsida?</b> .....	<b>25</b>
<b>KASUTATUD KIRJANDUS</b> .....	<b>28</b>

## SISSEJUHATUS

Naiste suguelundite moonutamiseks ehk FGMiks loetakse kõiki protseduure, mis hõlmavad naiste väliste suguelundite vigastamist ja/või eemaldamist **ilma meditsiinilise põhjuseta** (1). FGM on sõnalühend praktika ingliskeelsest nimetusest *female genital mutilation*. Antud sõnalühendi kasutamist ülemaailmse terminina juurutatakse, et hõlbustada andmete kogumist ja ühtlustada rahvusvahelist õigusruumi (2).

Teadaolevalt pärinevad esimesed FGM juhtumid Egiptusest 200 aastat eKr, kus seda teostati muumiatele. Kirjalik viide FGMile on leitud Kreeka papüüruselt, mis pärineb ajajärgust 163 aastat eKr. Vana-Roomas praktiseeriti sarnast rituaali orjadel. 1800ndatel aastatel on FGMi praktiseeritud Euroopas ja USAs nümfoomania raviks. (3). Naiste suguelundite moonutamist teostatakse ajendil, et tegu on osaga kultuurist ning antud kultuuriruumis kasvanud inimeste uskumuste kohaselt on see vajalik säilitamiseks naise süütust ja puhtust ning seeläbi kaitsmaks perekonna au (4, 5, 6). Protseduuri teostamise läbi saab tüdruk kogukonna silmis naiseks. Kuigi naiste suguelundite moonutamist seostakse ekslikult usuliste põhimõtetega, ei nõua ega toeta ükski religioon antud traditsiooni. (7, 8).

Rituaali viivad enamasti läbi kogukonnas keskset rolli mängivad isikud, sünnitoetajad või traditsioonilised ümberlõikajad, kes kasutavad selleks kättesaadavaid terariistu (žilette, nuge, teravaid kive, klaasikilde, kääre, inimküüsi) (4). Protseduur pole sageli aseptiline, seda teostatakse ilma anesteesiata ning ümberlõikajate teadmised anatoomiast ja kirurgiast pole enamusel juhtudest nõuetele vastavad (4, 9).

FGMi teostamise vanus varieerub kogukondades ja riikides, kuid enamasti leiab see aset enne tüdruku 15. eluaastat. Sealhulgas arvatakse, et üle 50% FGMi juhtudest toimub enne tüdruku 5-aastaseks saamist. (10)

Täpne tüdrukute ja naiste arv, kellele väliseid suguelundeid on moonutatud, on teadmata. Hinnanguliselt elab **maailmas** üle 200 miljoni tüdruku ja naise, kellele on teostatud FGM. **Euroopas** elab hinnanguliselt vähemalt 600 000 FGMi kogenud tüdruku/naist. Traditsiooni jätkudes hinnatakse, et aastatel 2015-2030 teostatakse FGM veel lisaks 68. miljonile tüdrukule. (11).

Viimane **Eesti** kohta avaldatud naiste suguelundite moonutamist puudutav statistika pärineb aastast 2011, mil Eestis oli kehtiv elamisluba 84. suguelundite moonutamist praktiseerivast riigist pärit kodanikul. Sealhulgas polnud teada kui paljudele nendest tüdrukutest/naistest on teostatud FGM. (12).

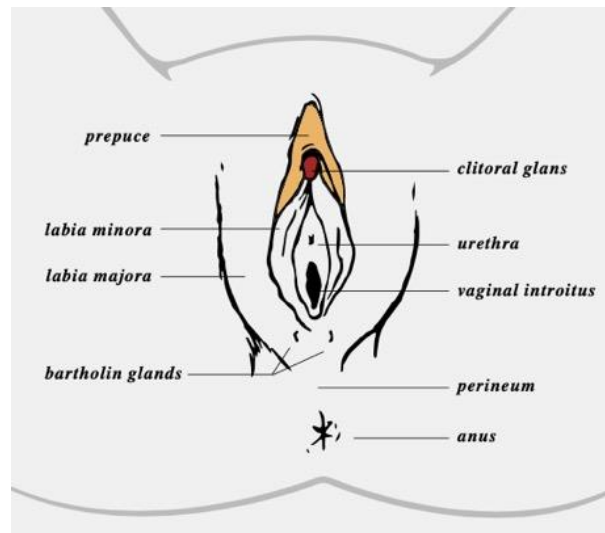
# 1. FGM ÜLEVAADE

## 1.1 FGM TÜÜBID

WHO klassifikatsiooni järgi on **FGM jagatud neljaks tüübiks (1).**

### **I TÜÜP:**

osaline või täielik kliitori välise osa eemaldamine koos või ilma kliitori eesnaha eemaldamisega (8).

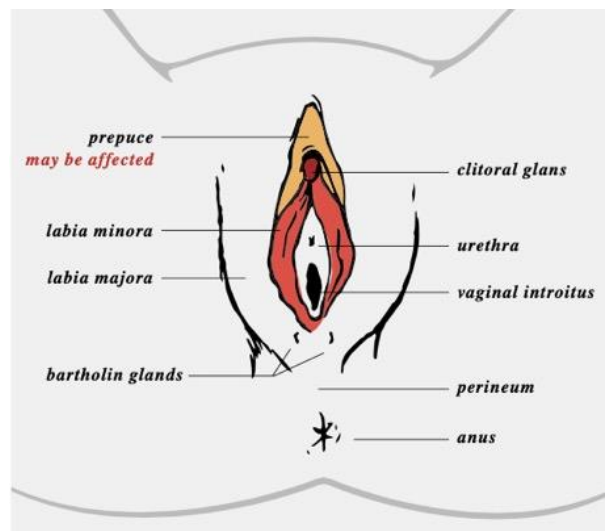


### **II TÜÜP:**

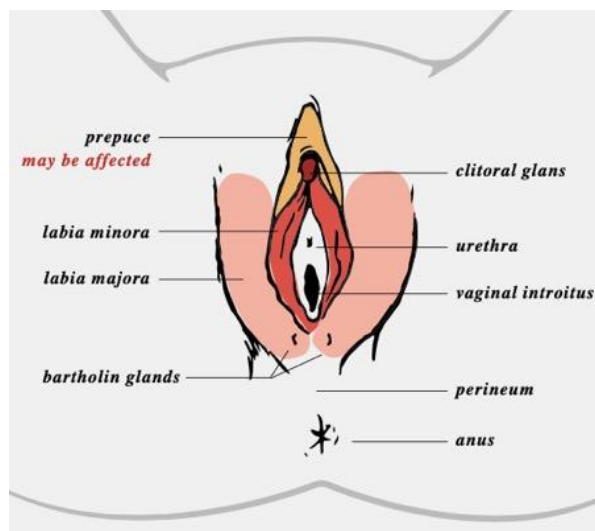
FGMi II tüüp jaguneb kolmeks alatüübiks:

Tüüp IIa – väikeste häbememokkade eemaldamine;

Tüüp IIb – osaline või täielik kliitori välise osa ning väliste häbememokkade eemaldamine (võidakse eemaldada ka kliitori eesnahk);



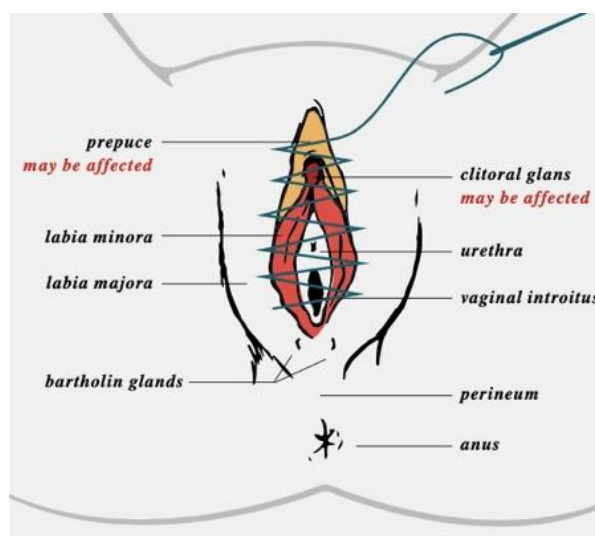
Tüüp IIc - osaline või täielik kliitori välise osa ning väikeste ja suurte häbememokkade eemaldamine (võidakse eemaldada ka kliitori eesnahk) (8).



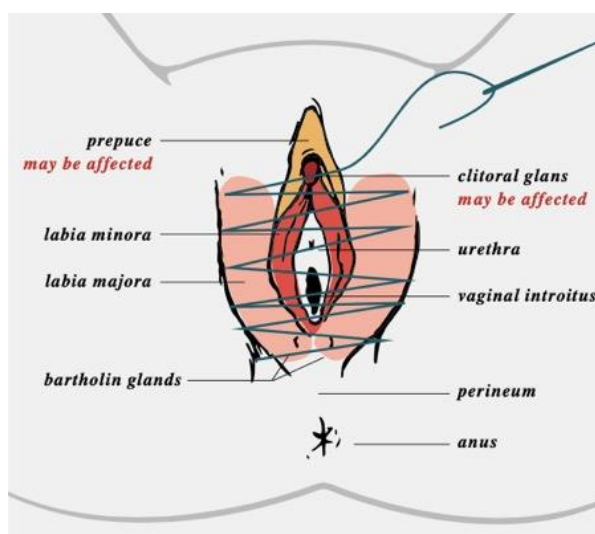
### III TÜÜP:

FGMi III tüüp jaguneb kaheks alatüübiks:

Tüüp IIIa – tupeesiku / tupe sissepääsu kitsendamine eemaldades ja/või lähendades väikeseid häbememokkasid (koos või ilma kliitori ja eesnaha eemaldamisega);

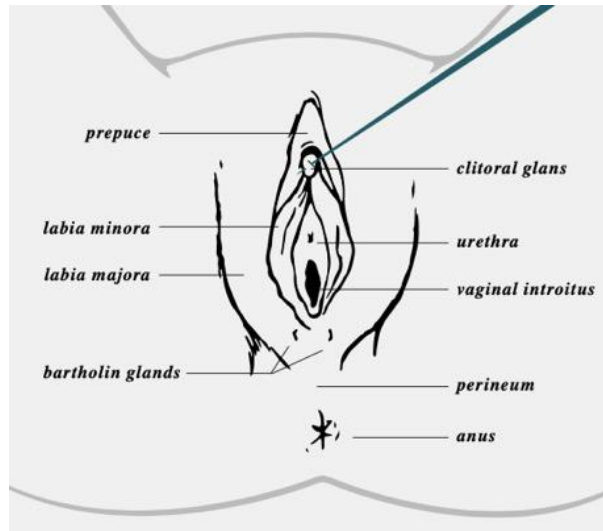


Tüüp IIIb – tupeesiku / tupe sissepääsu kitsendamine eemaldades ja/või lähendades suuri häbememokkasid (koos või ilma kliitori ja eesnaha eemaldamisega) (8).



#### **IV TÜÜP:**

kõik muud tegevused, mis kahjustavad naiste väliseid suguelundeid ja mille teostamiseks ei ole meditsiinilist põhjust. Näiteks punkteerimine, augustamine, kraapimine, lõikamine ja põletamine (8).



Hinnanguliselt on 80-85% FGMi juhtumitest I või II tüüpi (3).

Patsiendid võivad FGMist rääkides kasutada erinevaid termineid. Esimese tüüpi puhul on levinud väljend “*sunna*”, mis tuleneb Araabia keelest ning tähendab traditsiooni või kohustust. (13). Antud väljendit võidakse kasutada ka kirjeldamaks FGMi II tüüpi. III tüüpi puhul on kasutusel väljend “*pharaonic*” ehk vaarao lõikus, mis viitab rituaali juurdunud kultuurilisele päritolule. (8).

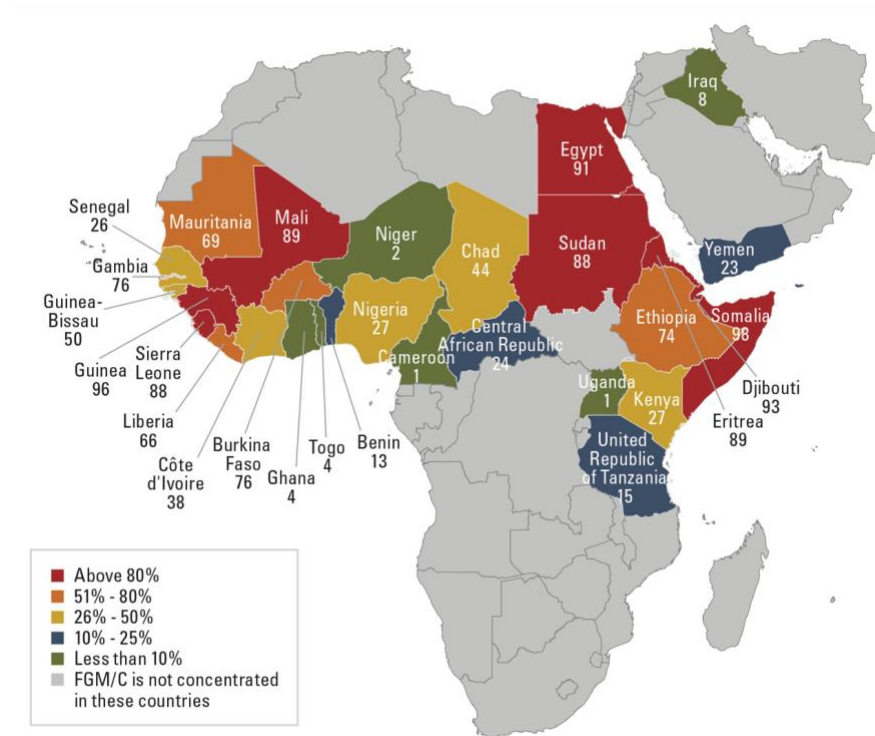
#### Pildiviited:

Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Classification of FGM, Pages 27-32. (WHO loal)



## 1.2 Kus FGMi praktiseeritakse?

Tänapäeval praktiseeritakse naiste suguelundite moonutamist peamiselt kolmekümnes Aafrika ning mõnedes Lähis-Ida ja Aasia riikides (1). Tulenevalt ülemaailmse rände suurenemisest, kasvab FGMi levik üle maailma (1, 2). Lisaks suureneb väljaspool traditsiooni päritoluriike toime pandud FGM juhtumite arv (7, 9).



**Pilt:** FGMi protsentuaalne esinemissagedus Lähis-Ida ja Aafrika riikides (13).

Aasia riikidest praktiseeritakse FGMi näiteks Indias, Indoneesias, Malaisias ja Sri Lankal. Lähis-Ida riikidest näiteks Araabia Ühendemiraatides, Egiptuses, Jeemenis ning Omaanis (3).

### Pildiviide:

Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. (2013). UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/female-genital-mutilation-cutting> (08.06.2022).

## 1.3 FGM juriidiline taust

### 1.3.1 FGM kui inimõiguste rikkumine

Inimõigused on õiguslikult siduvad garantiid, mille eesmärk on kaitsta universaalselt iga inimese inimväärikust. Eesti riigi õigus-, sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi ülesanne on muuhulgas toetada iga tervishoiutöötajat selliselt, et ta saaks oma töös alati lähtuda inimõiguste kaitsest ja edendamisest.

Olenemata sotsiaalsest/kultuurilisest kontekstist või nt usulistest põhjendustest on FGM ehk naiste väliste suguelundite vigastamine ja/või eemaldamine **ilma meditsiinilise põhjuse** raske **inimõiguste rikkumine**. Seega puutub inimõiguste kaitse küsimustega kokku ka tervishoiutöötaja, kelle vastuvõtule tuleb FGM-i kogenud patsient.

FGM mõjutab ebaproportsionaalselt just naisi ja tüdrukuid ning selle juured on negatiivsetes stereotüüpsetes hoiakutes naiste kehade ja seksuaalsuse suhtes. Tegu on soopõhise vägivallaga ning samuti on FGM üheks reproduktiiv- ja seksuaalvägivalla vormiks. Kui kvalifitseerida FGM kui inimõiguste rikkumine täpsemalt konkreetsete inimõiguste rikkumiste kaudu, siis olenevalt juhtumist võib FGM rikkuda **õigust elule, piinamise ja alaväärse kohtlemise keeldu, diskrimineerimise keeldu ja õigust tervisele** (sh õigust seksuaal- ja reproduktiivtervisele). Need inimõigused on kõikidel inimestel sõltumata nende vanusest, rahvusest, religioonist, keeleoskusest jne.

Kõik loetletud inimõigused on Eestis kaitstud nii Eesti Vabariigi põhiseaduse kui ka erinevate rahvusvaheliste (nii globaalsete kui ka regionaalsete ehk Euroopa) inimõiguste kaitse lepingute ehk konventsioonidega (nt ÜRO lapse õiguste konventsioon, ÜRO [piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastane konventsioon](#), ÜRO konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta ja [naistevastase vägivalla ja perevägivalla ennetamise ja tõkestamise Euroopa Nõukogu konventsioon ehk nn Istanbuli konventsioon](#)). Neid õiguslikult siduvaid (st täitmiseks kohustuslikke) õigusallikaid toetavad erinevad täiendavad ja selgitavad [konsensusdokumendid](#), mis kinnitavad, et kuigi enamik konventsioone ei maini tekstides FGM-i otsesõnu, on FGM siiski ka nende konventsioonide rikkumine.

Nn Istanbuli konventsioon on kaasaegsem (vastu võetud 2011. aastal) ja selle võrra erinev, et konventsiooni tekst paneb liikmesriikidele (sh Eestile alates 2018. aastast) kohustuse tagada, et FGM oleks siseriiklikult kriminaliseeritud. Täpsemalt näeb konventsiooni artikkel 38 ette, et konventsiooniosalised võtavad vajalikke seadusandlikke või muid meetmeid tagamaks, et järgmised tahtlikud teod oleks kriminaliseeritud:

a) naise suurte või väikeste häbememokkade või kliitori täielik või osaline eemaldamine, kinniõmblemine või muul moel moonutamine; b) naise sundimine või asetamine olukorda tema peal punktis a) nimetatud tegude läbiviimiseks; c) tütarlapse õhutamise, sundimine või asetamine olukorda punktis a) nimetatud tegude läbiviimiseks.

### 1.3.2 FGM Eesti seadustes

Lisaks inimõiguste raamistikule (mis on siduv ja millele saab ka kohtus toetuda), on FGM-i puhul olulised ka mitmed teised Eesti seadused.

Nt karistusseadustik, mis on õigusallikas, kus on nimetatud kõik kuriteod, mille eest saab Eestis inimest karistada (süüdimõistva kohtuotsusega), sätestab erinevad karistatavad olukorrad ka FGM-i puhul. Paragrahv 118<sup>1</sup> lisati karistusseadustikku ülal nimetatud nn Istanbuli konventsiooniga liitumisel. Normi esimene lõige sätestab, et naise või alla kaheksateistaastase tütarlapse suguelundite sandistava moonutamise eest või tema sundimise või asetamise eest olukorda, kus ta kannataks sellise teo toimepanemise all, või alla kaheksateistaastase tütarlapse õhutamise eest, et ta kannataks sellise teo toimepanemise all, karistatakse kuni viieaastase vangistusega. Normi teine lõige loetleb olukorrad, kus samade tegude eest on nähtud ette pikem karistus (4-12 aastat): kui see on toime pandud korduvalt sama isiku suhtes; see on toime pandud kahe või enama isiku suhtes; see on toime pandud grupi poolt; sellega on põhjustatud raske tervisekahjustus; sellega on põhjustatud oht elule; sellega on põhjustatud raske tagajärg. Seega nagu normi tekstist näha, ei ole karistatav ainult FGM ise (selle tegemine), vaid ka inimese sundimine FGM-iks, tema asetamine olukorda, kus ta kannataks FGM-i all või alaealise õhutamise FGM-iks.

Kui tervishoiutöötaja puutub kokku olukorraga, kus tema alaealine patsient on juba kogunud FGM-i või on selleks oht, on tervishoiutöötajal mitu samaaegset kohustust. Esiteks loomulikult

hoolitseda selle eest, et tema poole pöördunud patsient saaks vajalikku meditsiinilist abi, nõustamist ning tunneks ennast turvaliselt. Teiseks tuleb tervishoiutöötajal arvesse võtta [lastekaitseadust](#), millest lähtuvalt on kõigil inimestel kohustus teatada **abivajavast** või **hädaohus** olevast lapsest. Lastekaitseaduse § 26 järgi on abivajav laps laps, kelle heaolu on ohustatud või kelle puhul on tekkinud kahtlus tema väärkohtlemise, hooletusse jätmise või muu lapse õigusi rikkuva olukorra suhtes, ja laps, kelle käitumine ohustab tema enda või teiste isikute heaolu. § 27 järgi tuleb abivajavast lapsest viivitamata teatada kohaliku omavalitsuse üksusele või lasteabitelefoni 116 111. Abivajavast lapsest teatanud isikut ega teatamise fakti ei avalikustata, välja arvatud süüteo menetluses. Abivajavast lapsest teavitaval isikul on enda või oma perekonna kaitseks õigus jätta teavitamisel enda kohta andmed avaldamata.

Lastekaitseaduse paragrahv 30 järgi on **hädaohus olev laps** laps, kes on oma elu või tervist ohustavas olukorras, ja laps, kelle käitumine ohustab tema enda või teiste isikute elu või tervist. § 31 järgi on kohustus hädaohus olevast lapsest teatada kõigil isikutel, kellel on olemas vastav teave hädaohus olevast lapsest. Hädaohus olevast lapsest tuleb viivitamata teatada hädaabinumbril 112. Paragrahv 32 sätestab, et hädaohus olevat last tuleb viivitamata abistada ning likvideerida selleks lapse elu või tervist ohtu seadnud olukord. Vajaduse korral võib hädaohus oleva lapse toimetada ohutusse tingimustesse kuni ohu möödumiseni, küsimata selleks lapse hooldusõigust teostava isiku (nt lapsevanema) nõusolekut.

**Oluline on siin teadvustada kohustust reageerida, mitte arvata, et tegemist on nt kogukonna või pere nn siseasjaga, kuhu tervishoiutöötaja ei tohi sekkuda.**

Tervishoiutöötaja võib kokku puutuda ka noorega, kes on kogenud FGM-i ja soovib nt läbida defibulatsiooni protseduuri ning seda **ilma vanema/hooldusõigust teostava isiku nõusolekuta**. Siin tuleb lähtuda tavapärasest [laspatsiendi nõusoleku](#) küsimise regulatsioonist. Eesti seaduste järgi on alaealisel õigus saada tervishoiuteenust ka ilma vanema nõusolekuta. Tervishoiutöötaja peab hindama lapse kaalutusvõimet - kas laps on võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma, saab aru protseduuri võimalikest riskidest jne. Iga lapse kaalutusvõimet tuleb eraldi hinnata ja seda iga raviotsuse puhul. [Võlaõigusseadus](#) näeb ette, et kui tervishoiutöötaja hinnangul on laps kaalutusvõimeline (paragrahv 766 lõige 4), annab raviks või protseduuri tegemiseks nõusoleku laps ise.

## 2. FGM tagajärjed füüsilisele tervisele ja seksuaalsusele

Naiste väliste suguelundite moonutamist, seda ka juhul kui tegu on FGMi I ehk vähim invasiivse tüübiga, seostatakse laialdaste terviseprobleemidega (14).

### 2.1 Tagajärjed füüsilisele tervisele

FGMist tulenevad, lühiajalised, vahetult protseduuri järgselt tekkivad tagajärjed on enamasti seotud protseduuri läbiviimise tingimustega. Nendeks on:

- tugev valu ja kudede kahjustus,
- hemorraagia,
- hemorraagiline šokk,
- infektsioonide teke ja sepsis,
- genitaalpiirkonna turse,
- äge uriiniretensioon (8).

Isegi kui suguelundite moonutamine möödus vahetute komplikatsioonideta, võib see põhjustada pikaajalisi tagajärgi kogu naise elukaare ulatuses (7).

FGMiga seotud pikaajalised tagajärjed:

- armistumine (sh keloidarmide, inklusioonsüstide teke),
- krooniline valu (mõnedel juhtudel lisaks sellest tulenev liikumispiiratus),
- menstruaalprobleemid,
- urotraktihäired (sh urotraktiinfektsioonid, inkontinents ja eritusprobleemid, kusiti ahenemine, fistulite teke, põie ebatäielik tühjenemine),
- reproduktiivteede infektsioonid (sh bakteriaalne vaginosis, sugulisel teel levivad infektsioonid, PID) (8, 15).

## 2.2 Tagajärjed seksuaalsusele

Naiste suguelundite moonutamine võib avaldada olulist mõju naiste seksuaalelu kvaliteedile (14, 16). Seksuaalset düsfunktsiooni on täheldatud enim FGMi III tüübi puhul (16, 17). FGM võib mõjutada seksuaalsust nii seksuaalselt aktiivsetel kui mitteaktiivsetel naistel (16).

FGMiga seonduvad tagajärjed seksuaalsusele on:

- väga valulik esimene seksuaalvahekord,
- mitte rahuldustpakkuv seksuaalelu,
- vahekorraegne valu ja põletustunne,
- seksuaalse huvi puudumine (14, 18).

Teisalt on täheldatud, et suguelundite moonutamise läbinud naiste seas leidub neid, kes on seksuaalsuhetega rahul, neil on rahuldav libiido ning nad saavad orgasme. Seega ei välista FGM seksuaalset rahuldust täielikult, kuid vähendab tõenäosust rahuloluks seksuaaleluga ja võimalust saavutada orgasme. (19).

### 3. FGM ja vaimne tervis

#### 3.1 FGMist tulenevad vaimse tervise probleemid

Naiste suguelundite moonutamiseiga on seotud paljud erinevad vaimse tervise probleemid, näiteks ärrituvus, frustratsioon, õudusunenäod, madal enesekindlus, hirm, paranoia, uneprobleemid ja obsessiiv-kompulsiivsed tunnused. FGM kogenud inimestel esineb rohkem ka vaimse tervise häireid, näiteks depressiooni, ärevushäireid, posttraumaatilise stressi sündroomi ning somaatilisi kaebusi ilma orgaaniliste põhjusteta. Kuna traumaatilised kogemused (nagu FGM) võivad esile kutsuda suure amplituuda erinevaid emotsioone, siis on oluline mitte negatiivseid tundeid automaatselt patoloogiseerida.

Käesolevas peatükis ei käsitleta spetsiifilisemalt erinevaid FGMiga seotud vaimse tervise probleeme ning nende ravi, vaid keskendutakse FGM kogenud inimeste vaimse heaolu toetamisele. Kui vastuvõtu jooksul ilmneb, et patsiendil võib esineda vaimse tervise häireid, tuleks patsient suunata edasi kliinilise psühholoogi ja/või psühhiaatri poole.

Kuna esmatasandi tervishoiuteenused on inimestele kättesaadavamad, siis on oluline, et esmatasandil töötavad meedikud suudaksid pakkuda FGM kogenud inimestele psühholoogilist tuge. WHO kohaselt on kõige olulisemad baasilised psühholoogilise toe aspektid, mida tervishoiutöötaja saab patsiendile pakkuda psühhoharidus, stressorite vähendamine, stressi alandamine või stressiga toimetulekutehnikate õpetamine ning nende kasutamise julgustamine, positiivsete toimetulekumehhanismide kaasamine, igapäevaste toimetuste toetamine, sotsiaalse toe tugevdamine.

Ülal toodud aspektidest olulisimateks on stressorite vähendamine, stressiga toimetulekutehnikad ja stressi alandamine ning sotsiaalse toe suurendamine.

#### 3.2 Kuidas toetada FGM üle elanud patsienti?

Stressorite vähendamine – praeguste stressorite arutamine patsiendiga ning probleemilahendusoskuste arendamine (probleemide identifitseerimine, ajurünnak, strateegia valimine, strateegia kasutamine, tulemuste analüüsimine)

Stressiga toimetulekutehnikad ja stressi alandamine – stressi mõju selgitamine patsiendile ja stressi alandavate tehnikate julgustamine (hingamistehnikad, progressiivne lihaste

releksatsioon, võimalikud patsiendi kultuurile spetsiifilised tehnikad, mis teda varem toetanud on)

Sotsiaalse toe suurendamine – tugivõrgustiku identifitseerimine, toetavate sotsiaalsete tegevuste identifitseerimine, patsiendi nõusolekul ka kohalike kogukondade kohta info jagamine (näiteks kogukonnakeskused, tugigrupid, vabatahtlik töö, (in)formaalset haridust pakkuvad asutused) (8)

Teatud puhkudel piisab FGM kogenud naisele tervishoiutöötaja poolt pakutavast esmasest psühholoogiliselt toest. Teatud puhkudel võib osutada vajalikuks ka psühholoogile suunamine, ehkki seda ei vaja/soovi kõik naised. Vajadusel ning patsiendi soovi korral võib psühholoogilise nõustamise jaoks suunata patsiendi psühholoogi vastuvõtule samas raviasutuses, elukohajärgselt või võtta ühendust Ohvriabiga telefonil 116 006 (välismaalt helistades +372 614 7393). Lisainfot leiab Ohvriabi veebilehelt: [www.palunabi.ee](http://www.palunabi.ee)

### 3.3 FGM üle elanud naiste kogemused

Euroopas elavad FGM kogenud naised on välja toonud stigmatiseerituse tunnet, eriti seoses raseduse või sünnitusjärgse perioodiga. Kirjeldati piinlikkust, vastikust ning töötajate suhtumisest tekkinud häbitunnet. Samuti võib olla naistel, kes on pärit piirkonnadest, kus FGMil on kultuuriliselt oluline tähendus, keeruline leida tasakaalu individuaalse heaolu ning perekonna maine vahel.

Oluline on aidata patsiendil mõista põhjus-tagajärg seoseid oma hetkeolukorras, pakkuda tõenduspõhist informatsiooni ning toetada patsiendi psühholoogilist tervist. Kuna selle aluseks on mõistev, toetav ning usalduslik suhe patsiendiga, on oluline, et tervishoiutöötajad suhtuksid FGM läbi elanud inimestesse ning nende kogemustesse neutraalselt, olenemata isiklikest vaadetest. (20)



## 4. FGM kogenud naise käsitus

### 4.1 FGM kogenud naine arsti või ämmaemanda vastuvõtul

Komplikatsioonide ulatus, mida suguelundite moonutamise läbinud naised raseduse ja sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil kogeda võivad on erinevad, sõltudes FGMi tüübist ja sellest, kas ja millises tervishoiusüsteemis naine abi saab (9, 21).

Kõiki naisi, kes on pärit FGMi praktiseerivatest piirkondadest, tuleks võimalusel esimesel visiidil küsitleda nende FGM staatuse osas. Kui naisele on teostatud FGM, tuleks võimalusel identifitseerida selle tüüp ning kanda vastav info rasedakaarti (8, 22). Heaks ajaks küsida suguelundite moonutamise kohta, on kogudes informatsiooni eelnevatest operatsioonidest või praegustest günekoloogilistest probleemidest. Samuti võib FGMi kohta küsida enne günekoloogilise läbivaatuse alustamist. (8).

Kõigile FGMi läbinutele tuleks pakkuda võimalust psühholoogiliseks nõustamiseks (raseduskriisinõustamine / psühholoog) (22).

Naisi tuleks skriinida HIV, B- ja C-hepatiidi suhtes (22).

FGMi läbinud naisi tuleks hoolikalt jälgida kaebuste osas, mis viitavad uro- ja genitaaltrakti põletikele. Eriti oluline on põletike ennetamine ja varane avastamine ning ravimine raseduse ajal, vähendamaks ja ennetamaks raseduskomplikatsioone. (21).

Naistele, kes on kogenud FGM tüüp III, on soovitatav pakkuda deinfibulatsiooni ehk häbememokkade kirurgilist eraldamist. Seda võib teha enne suguelu alustamist, enne raseduse planeerimist, raseduse ajal või sünnituse käigus. Kui FGM III tüübiga rasedale ei ole varasemalt deinfibulatsiooni tehtud, on seda soovituslik teha raseduse II trimestril. Deinfibulatsiooni teostamine I trimestril on mittesoovituslik, kuna I trimestril on loomulikult kõrgem risk raseduste spontaanseks katkemiseks / peetumiseks. Kuigi deinfibulatsioon riski ei tõsta, võivad naised raseduse katkemist / peetumist hakata ekslikult seostama protseduuriga (8).

## 4.2 Sünnitusabialased riskid

FGMi läbinud naise tuleks käsitleda kõrge riskiga sünnitajana (8, 22). Sünnitust juhtivaks isikuks võiks olla naistearst. Madala riskiga sünnitajateks võib lugeda naise, kellel on varasemalt olnud normaalne vaginaalne sünnitus ning sellisel juhul võib sünnitust juhtida ämmaemand. (22).

FGMi läbinutel on kõrgeenenud risk järgnevatiks komplikatsioonideks:

- pikaleveninud sünnitus,
- instrumentaalne sünnitus,
- keisrilõige,
- sünnitusjärgne verejooks,
- vajadus teostada episiootomiat,
- ulatuslikud lahliharendid (8).

Lisaks esineb FGMi läbinutel võrreldes tavapopulatsiooniga enam loote asfüksiat, vajadust vastsündinu elustamiseks, surnultsünte ning vastsündinu surmasid varajases neonataalperioodis (8).

Komplikatsioonidest ollakse enim ohustatud FGMi III tüübi puhul. Riske aitab maandada varasem deinfibulatsioon. Kui deinfibulatsiooni ei ole teostatud enne rasedust või raseduse ajal, tuleks see teostada sünnitajale esimesel võimalusel (võimalusel enne väljutusperioodi). (8)

Deinfibulatsioon peaks alati eelnema episiootomia teostamisele, kuna peale deinfibulatsiooni teostamist ei pruugi episiootomia enam vajalik olla ja naine saab sünnitada lahkliha vigastamata. Kui deinfibulatsioon teostatakse väljutusperioodis, võib häbememokkade eraldamisele järgneva haava servade õmblemise teostada peale sünnitust. (8)

## 5. DEINFIBULATSIOON

### 5.1 Deinfibulatsiooni ülevaade

Häbememokkade deinfibulatsioon (paralleelselt kasutatakse ka mõistet "defibulatsioon") ehk kirurgiline eraldamine on protseduur, mida teostatakse FGMi III tüübi puhul (1, 2). Deinfibulatsioon on näidustatud juhtudel, kui tupeava pole piisavalt avatud teostamiseks vaginaalset läbivaatust ning kusitiava pole nähtav. Eelnev deinfibulatsioon võib olla mõnedel juhtudel vajalik teostamiseks teisi günekoloogilisi protseduure, näiteks kirurgilist aborti või emakaõõne abrasiooni. (8, 22). Protseduuri eesmärgiks on avada tupe sissekäik ning seeläbi suurendada naise heaolu, lihtsustada seksuaalvahekorda, parandada tervislikku seisundit ning günekoloogilisi ja sünnitusabialaseid tulemeid (23, 24).

Deinfibulatsiooni oodatavad kasutegurid:

- raseduse jälgimise lihtsustamine,
- sünnitusriskide vähendamine ja sünnituse kulu parem hindamine,
- uriini ja menstruaalvere kergem väljumine ning üle selle valu vähenemine,
- seksuaalvahekorra aegse valu vähendamine,
- uriiniretensiooni ning korduvate uroinfektsioonide ravi,
- korduvate reproduktiivteede infektsioonide ravi,
- vajalik mõnede rasestumisvastaste vahendite kasutamiseks (8).

### 5.2 Deinfibulatsiooni ajastus

Häbememokkade kirurgilise eraldamise parima ajastuse osas puudub ühtne seisukoht (23). Protseduuri on võimalik teostada raseduseks valmistumisel, raseduse või sünnituse ajal kui ka rasedusest eraldiseisvana. Naisi, kes võiksid potentsiaalselt häbememokkade eraldamisest kasu saada, tuleks protseduuri osas nõustada ning selle teostamise võimalust pakkuda enne rasestumist, ideaalis enne esimest seksuaalvahekorda. Kui deinfibulatsiooni teostatakse

sünnituse ajal, siis võiks seda teha esimesel võimalusel, võimalusel enne väljutusperioodi. Deinfibulatsiooni saab teha ka pärast keisrilõikust. (8)

Teostades deinfibulatsiooni on oluline roll adekvaatsel valuvaigistamisel, vältimaks suguelundite moonutamisest tekkinud traumaatiliste mälu-piltide, emotsioonide ja traumajärgse stressi vallandumist. Protseduuri võib teostada kasutades lokaal-, spinaal- või üldanesteesiast. Häbememokkade eraldamisel sünnituse esimeses või teises faasis tuleks naisele pakkuda epiduraalanesteesiast. (23). Enne protseduuri teostamist tuleks patsienti põhjalikult nõustada, et ta mõistaks protseduuri kulgu, selle oodatavaid kasutegureid ning tal oleksid protseduurile realistlikud ootused. Naist tuleks nõustada protseduuriga kaasnevate füsioloogiliste muutuste osas (suguelundite välimuse muutus; uriini kiirem vool; menstruaatsioonid võivad tunduda vererohkemad; tupevoolus võib suurenedada; seksuaalvahekord võib tunduda teistsugusena nii naise kui partneri jaoks). Samuti tuleb naist informeerida, et kui deinfibulatsiooni tehakse nt sünnituse käigus, siis pärast häbememokki uuesti kokku ei õmmelda (reinfibulatsiooni ei tohi seadusest tulenevalt teostada) (8).

### 5.3 Deinfibulatsiooni protseduuri kulg

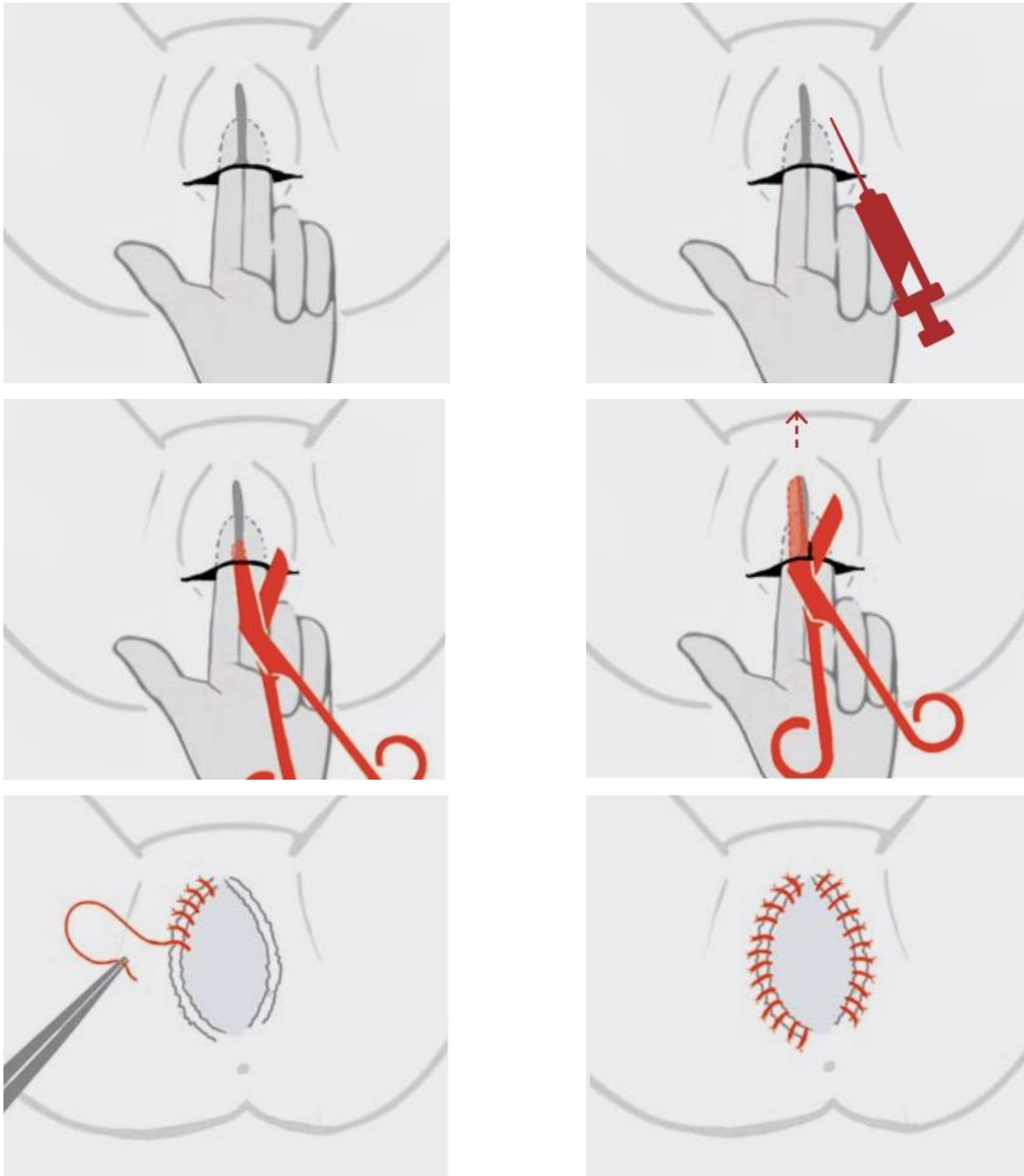
#### ÕPPEVIDEO

Järgnevalt lingil leiab Genfi ülikoolihaigla poolt koostatud õppevideo deinfibulatsiooni teostamise kohta: [https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj\\_c&t=146s](https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c&t=146s) (25)

#### PROTSEDUURI KIRJELDUS SAMMHAVAL

- Protseduurile peab eelnema patsiendi igakülgne nõustamine ning nõuetekohane kirjaliku informeeritud nõusoleku saamine.
- Profülaktiline antibiootikumi manustamine pole reeglina vajalik.
- Deinfibulatsiooni teostatakse lokaal-, spinaal või üldanesteesias. Sünnituse ajal võiks kasutada epiduraalanesteesiast ning lisaks sellele lokaalanesteesiast. Erandjuhtudel, kui deinfibulatsiooni teostatakse sünnitusel väljutuse ajal ning lokaalanesteetikumi pole mingil põhjusel manustada, võib deinfibulatsiooni teostada kontraktsiooni ajal valutipu ajal.
- Eelnevalt nahk töödeldakse nahaantiseptikumiga.
- Tuppe puhastatakse antiseptikumilahusega, kasutades varrega tutikut või kui tupeava on suhteliselt kitsas, siis võib antiseptikumi tuppe viia ka ilma nõelata süstla abil.

- Vahel on palpatsioonil võimalik tuvastada naha all kliitoripea asukoht, mis on orientiiriks. Sõrm, klemm või spaatel viiakse kokkuõmmeldud häbememokkade alla.
- Visuaalselt identifitseeritakse keskjoon, mille võib märgistada ka kirurgilise vildikaga, et lõpptulemus jääks võimalikult sümmeetriline.
- Lokaalanesteesia kasutamise korral infiltreeritakse piirkond sobiva lokaalanestetikumilahusega (nt 1% lidokaiinlahus).
- Käärde või skalpelli abil lõigatakse häbememokad ettevaatlikult järk-järgult lahti, vältides allasetsevate struktuuride (eriti ureetra) vigastamist. Eesmärgiks võiks olla häbememokkade avamine 1 cm ulatuses kõrgemale kusitiava asukohast. Võimalusel vabastatakse ka kliitoripea piirkond, kui patsiendiga on nii kokku lepitud ja protseduur ei toimu sünnituse ajal.
- Haavaservad õmmeldakse resorbeeruva õmblusega jooksvalt või üksikõmblustega. (8, 29)
- Nõustada patsienti koduse režiimi, haavahoolduse ja valuravi osas. Haavu pesta 1-2 korda päevas sooja voolava veega. 4-6 nädala jooksul vältida vaginaalset vahekorda. Valuraviks sobib näiteks paratsetamool 1000 mg 4 korda päevas ja ibuprofeen 600-800 mg kuni 3 korda päevas. Nõustada ka selle osas, et suguelundite välimus, urineerimine ja menstruatsioon võib olla varasemast erinev, samuti võib suurened tupevooluse eritus.



Pildiviited:

Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Caring for women with FGM during pregnancy, labour, childbirth & postpartum, Pages 224-225. (WHO loal)

## 5.4 Riskid ja vastunäidustused

Kõikidele naistele, kellele on teostatud või on plaanis teostada kirurgiline sekkumine FGMI tagajärgede parandamise eesmärgil, peab olema tagatud psühholoogiline nõustamine (1). On oluline, et naiste ootused kirurgiliste sekkumiste võimalike kasude, riskide ja suguelundite protseduurijärgse välimuse osas oleksid realistlikud. Uuringute kohaselt pole kolmandik deinfibulatsiooni läbinud naistest enda suguelundite protseduuri järgse välimusega rahul ning kümnendiku arvates on välised suguelundid pärast deinfibulatsiooni esteetiliselt inetumad. (24).

Protseduuri vastunäidustusteks on naise keeldumine ning väliste suguelundite liigne armistumine, mis takistab protseduuri ohutut sooritamist (8).

Protseduuriga kaasnevaks riskiks on kusiti ja või põie vigastamise oht (8).

## 6. Ennetus

Sarnaselt mitmete teiste vägivalla ja kuritarvitamise vormidele, nähakse naiste suguelundite moonutamise elimineerimises võtit uute põlvkondade harimises ja seeläbi sotsiaalsete normide muutmises (26). Informeeritud ja nõustatud emad mõistavad suurema tõenäosusega, et suguelundite moonutamine pole usuline kohustus, sellega kaasnevad terviseriskid ja loobuvad seetõttu protseduuri teostamisest oma tütardele (27). Ennetusel on oluline roll ka isade kui perepeade informeerimisel (8).

Suguelundite moonutamise riskigruppi kuuluvad tüdrukud, kes on pärit riikidest, kus tava praktiseeritakse ja tema emale ja/või teistele naispereliikmetele on teostatud FGM. Lisaks on ohumärgiks, kui laps räägib, et ta läbib varsti erilise protseduuri ning saab seeläbi naiseks ja/või enda õdede/ema sarnaseks. (8). Juba teostatud suguelundite moonutamisest annavad märku raskused kõndimisel, istumisel ja seismisel, lisaks pikenenud tualeti küllastamine, mis tuleneb probleemidest urineerimisega. Samuti sage urineerimine ja menstruaalprobleemid (28). Ohumärkideks on ka muutused lapse käitumises ja meeleolus ning keeldumine igasugustest meditsiinilistest läbivaatustest (8).

Puutudes kokku suguelundite moonutamise läbinud patsiendiga tuleb järgida niinimetatud ühe võimaluse reeglit, mille kohaselt võib tervishoiutöötajal olla vaid üks võimalus rääkida ja abistada antud patsienti ning seega ennetada tulevast kahju (10). Rasedusaegsed antenataalsed visiidid võivad olla FGMi läbinud naiste ainsaks kokkupuutepunktiks tervishoiusektoriga. Lisaks tuleks tähelepanu pöörata olukorrale, kus FGMi läbinud naine sünnitab tütre. Sel juhul võiks FGM ennetus ning perekonna nõustamine toimuda enne haiglast lahkumist (8).



## 7. Kuhu pöörduda? Kellelt nõu küsida?

Käesolevalt ei ole täpselt teada, kui palju FGM läbi teinud naisi hetkel Eestis võiks elada. Seepärast pole tänase seisuga ka terviklikku süsteemi nende patsientide suunamiseks ega spetsialiseerunud keskusi nagu nt Põhjamaades.

**Kui vastuvõtule tuleb patsient, kes on pärit mõnest riigist, kus FGM praktiseeritakse, tuleks temalt selle kohta küsida.** Lähtuda tasub printsiibist, et tervishoiutöötajal võib olla vaid üks võimalus usaldusliku kontakti loomiseks ning FGM kohta küsimiseks. Kui vähegi praktiliselt võimalik, oleks hea, kui FGM kogenud patsiendile saaks pakkuda igakülget abi selles tervishoiuasutuses, kuhu ta on abisaamiseks pöördunud.

**Väga suur osa FGM kogenud patsiendi käsitlemisest ei erine teiste patsientidega töötamisest. Ka siin on tähtis roll empaatilisel ja lugupidaval suhtumisel, küsimisel, kuulamisel ning nõustamisel.** Kui tervishoiutöötaja tunneb, et tal jääb teadmistest ja oskustest vajaka, siis saab tervishoiutöötaja küsida nõu:

- kolleegidelt, kes on FGM koolitusel osalenud,
- lugeda käesolevat abimaterjali või teiste riikide juhendeid või
- konsulteerida abimaterjali autoritega (kontaktid on abimaterjali alguses)

Kui see pole mingil põhjusel võimalik või on patsienti tarvis suunata protseduurile, mida esmase pöördumise kohas ei saa teostada, siis tuleks patsienti **suunata kõrgemasse etappi**. Seejuures tuleks patsiendiga kindlasti läbi arutada tema logistilised võimalused, kuna mõnedel juhtudel võib esineda sotsiaalmajanduslikke või olmelisi takistusi, miks ta ei saa näiteks teise linna raviasutusse minna.

Kui FGM tuvastatakse alaealisel, siis tuleks **kaasata Lastemaja, teavitada lastekaitset või pöörduda lasteabi telefonile 116 111** (vt ka õiguslane ptk 1.3).

Psühholoogi nõustamist ei vaja/soovi kõik FGM kogenud naised, kuid kui patsiendil on valmisolek psühholoogile pöörduda, siis võib teda sinna suunata kas samas raviasutuses, elukohajärgselt või **Ohvriabi** kaudu. Ohvriabiga saab kontakti telefonil **116 006**. Lisainfot leiab Ohvriabi veebilehelt: [www.palunabi.ee](http://www.palunabi.ee)

## 8. SUHTLUS FGMi LÄBINUD PATSIENDIGA

### **PEA MEELES**

- Tegemist on kultuuritundliku teemaga, millesse tuleks suhtuda empaatiaga ja lugupidavalt.
- Suhtluse aluseks on luua patsiendiga usalduslik side.
- Keskkond, kus vestlust läbi viia võiks olla vaikne, rahulik.
- Käsitle antud teemat vaid juhul kui patsient on selleks valmis. Aidata ei saa inimest, kes ei ole valmis abi vastu võtma.
- Kui patsient ei soovi FGMist rääkida, võib küsida vaid seda, kas antud hetkel on tal kaebusi, mis võiksid olla seotud FGMiga.
- Patsiendid ei pruugi olla teadlikud, et neile on teostatud FGM.
- Mõnedel juhtudel võib FGMi tüübi tuvastamine olla keeruline, tüübid ei pruugi välja näha sellised nagu joonistel. Sellisel juhul võib võimalusel dokumenteerida muutused joonisena (vt näidispilte peatüki lõpus).
- Patsiendid on erinevad. Mõned naised võivad soovida antud teemat arutada vaid partneri juuresolekul, teised tunnevad, et teemat oleks mugavam arutada üksi.

### **VÄLDI:**

- hinnangute andmist (sh jälgi miimikat, kehakeelt, hääletooni).
- kiirustamist – ajapuudusel ning võimalusel kutsu patsient kordusvisiidiks.
- patsiendi infoga üleujutamist esimesel visiidil.

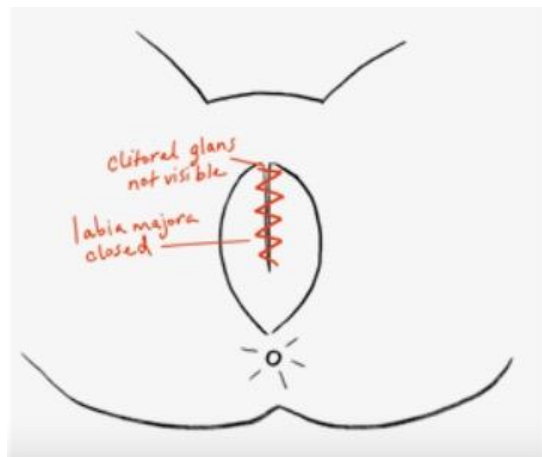
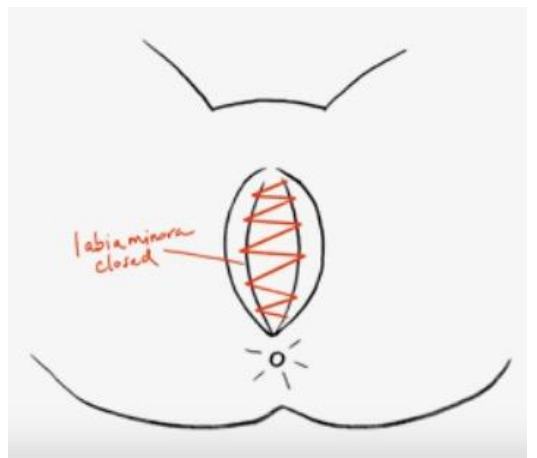
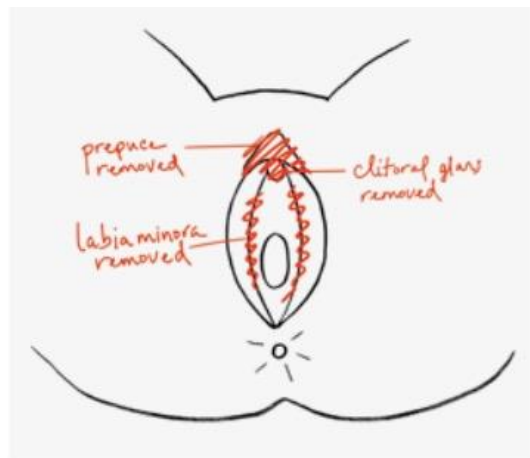
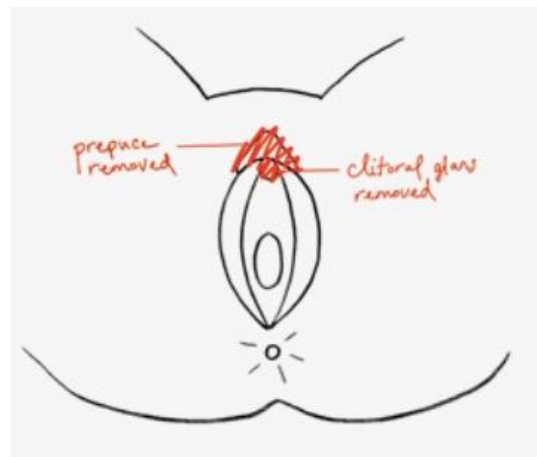
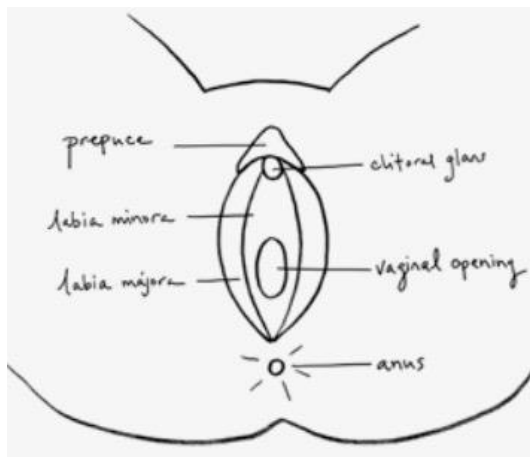
### **RÄÄGI:**

- Eestis kehtivast seadusandlusest.

### **ANNA:**

- võimalusel patsiendile kaasa kirjalikku infomaterjali (lingid erinevates keeltes patsiendi infolehtedele on leitavad veebiküljelt <http://www.seksuaaltervis.ee/fgm>)

Viisid FGMi lihtsustatud visuaalseks dokumenteerimiseks.



Pildiviited:

Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Classification of FGM, Page 167. (WHO loal)

## KASUTATUD KIRJANDUS

1. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. (2016). World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf?sequence=1) (08.06.2022).
2. Westmarland, N. (2015). *Violence against women: criminological perspectives on men's violences*. London: Ashford Colour Press Ltd.
3. Essak, B., Illahe, K., Sailo, E. (2011). Say no to FGM. Female genital mutilation. Helsinki: Africarewo ry. [http://www.africancare.fi/wp-content/uploads/2014/12/SayNoToFGM\\_ENG.pdf](http://www.africancare.fi/wp-content/uploads/2014/12/SayNoToFGM_ENG.pdf) (08.06.2022).
4. Groeneveld, A. E. (2013). Female genital mutilation: Tradition versus human rights. *African Journal of Urology*, 19, 134–135.
5. Hearst, A. A., Molnar, A. M. (2013). Female Genital Cutting: An Evidence-Based Approach to Clinical Management for the Primary Care Physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (6), 618–629.
6. Isman, E., Ekéus, C., Berggren V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 93–98.
7. Rushwan, H. (2013). Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health. *African Journal of Urology*, 19, 130–133.
8. Care of girls and women living with genital mutilation: a clinical handbook. (2018). World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1> (08.06.2022).
9. Reisel, D., Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80, 48–51.
10. Tackling FGM in the UK – Intercollegiate recommendations for identifying, recording and reporting. (2013). The Royal College of Midwives. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004531> (08.06.2022).
11. European Commission – Questions and Answers about Female Genital Mutilation (FGM). Brussels, 2021. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda\\_21\\_402](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_21_402) (08.06.2022).
12. Naiste suguelundite moonutamise olukord Eestis. (2013). Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituut. DOI: 10.2839/14399.

13. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. (2013). UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/female-genital-mutilation-cutting> (08.06.2022).
14. Andro, A., Cambois, E., Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177–184.
15. Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006316.
16. Andersson, S. H. A., Rymer, J., Joyce, D. W., Momoh, C., Gayle, C. M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case–control study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 1606–1611.
17. Rouzi, A. A., Berg, R. C., Sahly, N., Alkafy, S., Alzaban, F., Abduljabbar, H. (2017). Effects of female genital mutilation/cutting on the sexual function of Sudanese women: a cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217, 62.e1–6.
18. Biglu, M.–H., Farnam, A., Abotalebi, P., Biglu, S., Ghavami, M. (2016). Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 3–8.
19. Abdel-Azim, D. (2013). Psychosocial and sexual aspects of female circumcision. *African Journal of Urology*, 19, 141–142.
20. O'Neill, S. & Pallitto, C. (2021). The consequences of female genital mutilation on psychosocial well-being: a systematic review of qualitative research. *Qualitative health research*, 31(9), 1738-1750.
21. Balogun, O. O., Hirayama, F., Wariki, W. M. V., Koyanagi, A., Mori, R. (2013). Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2*. DOI: 10.1002/14651858.CD009872.pub2
22. Female Genital Mutilation and its Management. (2015). Green-top Guideline No. 53. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf> (08.06.2022).
23. Gupta, S., Lathe, P. (2018). Female genital mutilation de-infibulation: anenatal or intrapartum? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 28(3), 92–94.
24. Berg, R. C., Taraldsen, S., Said, M., A., Sorbye, I. K., Vangen, S. (2018). The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(3), 278–287.
25. Genfi ülikoolihaigla õppevideo deinfibulatsioon kohta: Youtube [https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj\\_c&t=146s](https://www.youtube.com/watch?v=fbKPqE6Vj_c&t=146s) (20.06.2022)

26. Walby, S., Towers, J., Balderston, S., Corradi, C., Francis, B., Heiskanen, M., Helweg-Larsen, K., Mergaert, L., Olive, P., Palmer, E., Stöckl, H., Strid, S. (2017). *The concept and measurement of violence against women and men*. Bristol: Policy Press.
27. Vogt, S., Efferson, C., Fehr, E. (2017). The risk of female genital cutting in Europe: Comparing immigrant attitudes toward uncut girls with attitudes in a practicing county. *SSM – Population Health*, 3, 283–293.
28. Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation. (2020). HM Government. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1016817/6.7166 HO FBIS BN O Leaflet A4 FINAL 080321 WEB.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1016817/6.7166_HO_FBIS_BN_O_Leaflet_A4_FINAL_080321_WEB.pdf) (09.06.2022).
29. Flo, K. et al. (2020) Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering. Norra naistearstide seltsi ravijuhendid. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/kvinnelig-omskjaring-kjonnslemlestelse-deinfibulering/> (20.06.2022)