

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

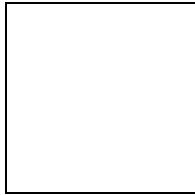
FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

**Cutting the rose.
Vrouwelijke genitale verminking in België.**

Eindwerk voorgedragen
tot het behalen van de
graad van Licentiaat in de
familiale en seksuologische
wetenschappen
door Anne SLOWACK

Promotor: Prof. dr. Alfons VANSTEENWEGEN
Faculteit Geneeskunde
Departement Familiale en seksuologische wetenschappen

Leuven, 2007



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

**Cutting the rose.
Vrouwelijke genitale verminking in België.**

Eindwerk voorgedragen
tot het behalen van de
graad van Licentiaat in de
familiale en seksuologische
wetenschappen
door Anne SLOWACK

Promotor: Prof. dr. Alfons VANSTEENWEGEN
Faculteit Geneeskunde
Departement Familiale en seksuologische wetenschappen

Leuven, 2007

Samenvatting.

De onderzoeksvraag van dit eindwerk luidt als volgt : “In welke mate heeft de genitale verminking bij vrouwen een invloed op hun seksualiteit en beleving ervan?”. Het doel van dit onderzoek was meer inzicht verwerven over de invloed van de genitale verminking bij vrouwen en meer specifiek op de seksualiteit en de seksualiteitsbeleving. Om dit te bevragen werd gebruik gemaakt van een vragenlijst. Voor een deel bestaat deze uit zelf ontworpen vragen, maar ook de Dyadic Adjustment Scale, de vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit en de vragenlijst over seksuele disfuncties werden gebruikt. Er werd gebruik gemaakt van twee onderzoeksgroepen : één bestaande uit besneden vrouwen die momenteel in België verblijven (N=16) en de controlegroep (N=21). Men kan niet zomaar aannemen dat alle besneden vrouwen seksuele problemen hebben. In de beschikbare literatuur bestaat daar immers geen consensus over. In dit onderzoek komen toch een aantal dingen naar voren. De besneden vrouwen zouden meer pijn hebben bij seksuele betrekkingen dan de onbesneden vrouwen. Dit uit zich onder andere ook in het minder vaak hebben van seksueel contact. Het is ook niet duidelijk hoe het zit met het seksueel plezier van besneden vrouwen. Hebben Afrikaanse vrouwen een verschillende visie op pijn en plezier bij seksuele gemeenschap? Verder blijkt ook dat de seksuele belangstelling van besneden vrouwen toch enigszins aangetast blijkt te zijn : er wordt minder snel iemand uit de omgeving aantrekkelijk gevonden door besneden vrouwen en ze komen minder seksueel prikkelende dingen tegen bij het televisie kijken of lezen. Daarnaast geven alle besneden vrouwen aan dat ze soms helemaal niet opgewonden worden bij seksueel contact en soms wordt men dan ook helemaal niet vochtig tijdens het vrijen. Voor het soms minder vochtig worden en minder lang vochtig worden werd er geen verschil tussen beide onderzoeksgroepen teruggevonden. Er werd niet echt een duidelijk verschil teruggevonden voor wat betreft de mate van tevredenheid met het seksueel leven tussen beide onderzoeksgroepen. Er werd wel een duidelijk verschil gevonden voor het hebben van gevoelens van afkeer en angst tijdens seksueel contact : bij de besneden vrouwen komt dit meer voor dan bij de onbesneden vrouwen. Met betrekking tot het kunnen krijgen van een orgasme brengt dit onderzoek niet veel duidelijkheid. Ook in de literatuur bestaat daar geen sluitend antwoord op. Niet alleen de ernst van de besnijdenis, maar ook de cultuur en de mate van internaliseren van die culturele gewoontes spelen een belangrijke rol,. Als conclusie kan gesteld worden dat er niet zomaar kan gesproken worden van een negatieve invloed van de besnijdenis op de seksualiteit en de seksualiteitsbeleving bij alle besneden vrouwen.

Abstract.

The research question of this thesis is : “How does female genital cutting influence the sexuality and the perception of sexuality of women?”. The goal of this research was to get an insight on the influence of the circumcision on women’s lives and specifically on their sexuality. A questionnaire was used to get this information. This questionnaire partially consists of self made questions, of the Dyadic Adjustment Scale, the Questionnaire concerning female sexuality and the Questionnaire for the screening of sexual dysfunctions. Two research groups were examined : one consisting of circumcised women who currently reside in Belgium (N=16) and a control group (N=21). One cannot state that all circumcised women have sexual difficulties, since there is not even a consensus on this topic in the available literature. In this research several findings surfaced. Circumcised women appear to have more pain during sexual intercourse than uncircumcised women, which decreases the frequency of sexual intercourse as a result. Also, there is no clarity on sexual enjoyment for circumcised women. Do African women have a different vision on pain and pleasure during sexual intercourse? Furthermore it appears that the sexual interest of circumcised women is affected to some extent. All circumcised women indicate that sometimes they do not get turned on by sexual contact, which sometimes leads to no lubrication of the vagina. The results for less lubrication and a shorter period of lubrication were the same for both groups. There was no clear difference concerning satisfaction with sexual life between both groups. A difference however was found concerning feelings of sexual aversion and fear during sexual intercourse : this is more frequent for circumcised women. The ability of having an orgasm is not clarified by this research, but literature can neither provide an answer to this. Both the severity of the circumcision as the culture and the internalization of cultural habits play an important role. As a conclusion one could say that circumcision doesn’t necessarily have a negative influence on the sexuality and the perception of sexuality on all circumcised women.

Dankwoord.

Een licentiaatsverhandeling schrijven doe je nooit helemaal alleen. Nu dit werk bijna afgewerkt voor me ligt, realiseer ik me dat ik heel wat mensen daarvoor moet bedanken.

Zonder hun steun was het misschien niet gelukt.

Ik wil daarom graag van de gelegenheid gebruik maken om mijn promotor Prof. Dr. A.

Vansteenwegen te bedanken voor de begeleiding en goede raad.

Daarnaast wil ik ook iedereen die werkt bij GAMS heel hartelijk bedanken, zonder hun essentiële bijdrage en hulp bij het zoeken naar respondenten had deze thesis hier misschien niet gelegen.

Vervolgens bedank ik graag mijn ouders die me opnieuw de mogelijkheid gaven om verder te studeren en die me steeds voluit steunden en moed inspraken.

Mijn vriend verdient hier ook een plaatsje, omdat hij steeds in mij bleef geloven, wanneer ik het even niet meer zag zitten.

Ook een welgemeende dank u aan al diegenen die mijn thesis verscheidene malen hebben nagelezen, in het bijzonder dank ik hiervoor mijn beide zussen, mijn vriend en mijn ouders.

Tenslotte bedank ik nog graag Vero en Ronny, maar ook Sharon, Catherine, Kelly, Nele, Sandra en Johan voor de geboden steun, hulp en de broodnodige ontspanning.

Een licentiaatsverhandeling staat tenslotte ook symbool voor het afsluiten van twee leerrijke jaren. Graag bedank ik hier ook even mijn medestudenten voor hun steun en schouderklopjes.

Bedankt allemaal!

Inhoudstabel.

Algemene inleiding.	1
Hoofdstuk 1 : Vrouwenbesnijdenis.	2
1.1. Verschillende termen.	2
1.2. Is vrouwenbesnijdenis vergelijkbaar met mannenbesnijdenis?	2
1.3. Wat is vrouwelijke genitale verminking?	3
1.4. Welke verschillende vormen vrouwelijke genitale verminking bestaan er?	3
1.5. Geografische spreiding.	4
1.6. Waarom doet men aan vrouwenbesnijdenis?	8
1.6.1. Traditie.	8
1.6.2. Religie.	9
1.6.3. Sociaal-culturele redenen.	10
1.6.4. Economische redenen.	12
1.6.5. Gender-gerelateerde factoren.	12
1.6.6. Gezondheid, hygiëne en esthetiek.	14
1.7. Verloop van de ingreep.	15
1.7.1. De leeftijd.	15
1.7.2. De ceremonie.	15
1.8. Complicaties voor het meisje en de vrouw.	17
1.8.1. Complicaties op korte termijn.	18
1.8.2. Complicaties op lange termijn.	21
Hoofdstuk 2 : De juridische situatie in België.	36
Hoofdstuk 3 : Probleemstelling en methoden.	39
3.1. Aanknopning met het huidig onderzoek :	39
3.3. Doel van dit onderzoek :	39
3.4. Methode - Respondenten	39
3.4.1. GAMS :	39
3.4.2. Moeilijkheden met de specifieke doelgroep :	40
3.5. Instrumentarium	42
3.5.1. Algemeen :	42
3.5.2. Informatie :	42
3.5.3. Vragenlijst :	42
3.6. Statistische methoden.	45
Hoofdstuk 4 : Resultaten van het onderzoek.	46
4.1. Het aantal respondenten.	46
4.2. Algemene gegevens van de respondenten.	46
4.2.1. De leeftijd.	46
4.2.2. Burgerlijke staat, leeftijd partner en duur van de relatie.	46
4.2.3. Kinderen.	47
4.2.4. Opleiding, beroep.	48
4.2.5. Origine, nationaliteit, migrant.	48
4.3. De persoonlijke situatie met betrekking tot de besnijdenis van de besneden vrouwen.	49
4.3.1. Type en leeftijd besnijdenis.	49
4.3.2. Herinneringen van de besnijdenis.	49
4.3.3. Gevolgen van de besnijdenis.	51
4.3.4. Houding ten opzichte van vrouwenbesnijdenis.	53
4.4. Dyadic Adjustment Scale (DAS).	55
4.4.1. Totaalscore.	55

4.4.2. Dyadische consensus. _____	55
4.4.3. Dyadische tevredenheid. _____	56
4.4.4. Dyadische affectie. _____	56
4.4.5. Dyadische cohesie. _____	56
4.5. Vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit. _____	57
4.5.1. Hoogste graad van tevredenheid ooit en nu. _____	57
4.5.2. Frequentie van geslachtsgemeenschap en de invloed van besnijdenis. _____	57
4.5.3. Het hebben van seksuele gedachten en fantasieën. _____	58
4.5.4. Opwinding. _____	59
4.5.5. Orgasme. _____	60
4.5.6. Invloed besnijdenis op seksueel functioneren? _____	60
4.5.7. Infecties. _____	61
4.5.8. Algemene tevredenheid. _____	61
4.5.9. Eigen vragen. _____	61
4.6. Vragenlijst voor het signaleren van seksuele disfuncties. _____	64
4.6.1. Eerste deel : Seksuele gevoelens en activiteiten. _____	64
4.6.2. Tweede deel : masturbatie. _____	68
4.6.3. Derde deel : Seksueel contact met partner. _____	70
<i>Hoofdstuk 5 : Bespreking. _____</i>	75
5.1. Pijn bij betrekkingen. _____	75
5.2. Mate van tevredenheid. _____	76
5.3. Seksuele belangstelling en gevoelens van afkeer. _____	77
5.4. Orgasme. _____	78
5.5. Masturbatie. _____	79
5.6. Opwinding en lubricatie. _____	80
5.7. In welke mate heeft de genitale verminking bij vrouwen een invloed op hun seksualiteit en de beleving ervan? _____	81
5.8. Beperkingen van het onderzoek. _____	82
5.8. Aanbevelingen voor verder onderzoek. _____	83
<i>Hoofdstuk 6 : Conclusie. _____</i>	84

Lijst van figuren.

Figuur 1 : Prevalentie van vrouwenbesnijdenis in Afrika.

Lijst van tabellen.

Tabel 1 : Twee types prevalentie-indicators van vrouwenbesnijdenis.

ALGEMENE INLEIDING.

“Nu weet ik dat er een tijdbom tikt in Europa.

*Hij klinkt luid en duidelijk :
tiktak, tiktak, tiktak.” (W. Dirie, 2005).*

Vrouwelijke genitale verminking is een problematiek die niet alleen voorkomt in bepaalde landen van Afrika. Ook in Europa komt dit voor. Migranten die naar Europa verhuizen en daarbij heel erg aan hun cultuur vasthouden, brengen deze gewoonte mee. Het Europese vasteland wordt dus in toenemende mate geconfronteerd met deze praktijk. Daarom is het belangrijk dat men ook hier de problematiek kent. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat hulpverleners geconfronteerd worden met besneden vrouwen. Het is dan van groot belang om deze vrouwen niet te gaan stigmatiseren, ze hebben al genoeg nare ervaringen achter de rug.

Deze thesis handelt over de seksualiteitsbeleving bij besneden vrouwen, die momenteel in België wonen. Als controlegroep werden niet-besneden vrouwen uit België bevroegd.

In het eerste hoofdstuk worden de verschillende types van genitale verminking van meisjes behandeld, alsook de redenen die gegeven worden voor deze praktijk. Ook de gevolgen voor de meisjes op verschillende domeinen komen aan bod. Daarnaast wordt ook een schets gegeven van de geografische situatie in Afrika.

Vervolgens wordt er heel kort ingegaan op de juridische situatie in België. In hoofdstuk drie wordt de probleemstelling en methoden besproken. Daarnaast worden de resultaten van dit onderzoek uiteengezet in hoofdstuk vier. Deze worden geïnterpreteerd en besproken in hoofdstuk vijf. Conclusies worden tenslotte getrokken in hoofdstuk zes.

HOOFDSTUK 1 : VROUWENBESNIJDENIS.

1.1. Verschillende termen.

In dit werk worden de termen vrouwenbesnijdenis, vrouwelijke genitale verminking (VGV) en female genital mutilation (FGM) door elkaar gebruikt. Hoewel dit allen synoniemen van elkaar zijn, kan men toch een verschil in waardeoordeel vinden tussen de termen. Tot 1990 werd vooral de term vrouwenbesnijdenis gebruikt (Duchateau, A., 1998), maar het IAC¹ vond deze benaming misleidend en raadde daarom aan de term FGM te gebruiken. Men wilde daarmee vooral het verminkende van de ingreep benadrukken (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Deze term werd ook overgenomen door de wereldgezondheidsorganisatie en werd ook gebruikt in verschillende documenten van de Verenigde Naties.

In de vragenlijst werd ervoor gekozen om de term vrouwelijke genitale verminking niet te gebruiken, vanwege het stigmatiserend, offensief en bedreigend karakter ervan (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Ik vond het immers niet opportuun om deze vrouwen als verminkt te bestempelen. In plaats daarvan werd systematisch de term vrouwenbesnijdenis gebruikt². De term vrouwenbesnijdenis doet echter uitschijnen dat enkel vrouwen worden besneden. Terwijl men in de meerderheid van de gevallen op heel jonge leeftijd wordt besneden en men misschien beter kan spreken van meisjesbesnijdenis. Wanneer ik echter de term vrouwenbesnijdenis gebruik, bedoel ik daar uiteraard zowel meisjes- als vrouwenbesnijdenis mee.

1.2. Is vrouwenbesnijdenis vergelijkbaar met mannenbesnijdenis?

Ook de term vrouwenbesnijdenis is niet probleemloos. Het doet een zekere analogie met mannenbesnijdenis uitschijnen. Maar vrouwenbesnijdenis is geen echte tegenhanger van besnijdenis bij mannen. Bij mannen is de besnijdenis veel minder ingrijpend. De voorhuid van de penis wordt wel verwijderd, maar de penis wordt als orgaan zelf verder niet aangetast (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Normaal gezien tast dit het seksueel functioneren van de man niet aan (Amnesty International, 2004). Bovendien is er ook nog een belangrijk verschil in de sociale en seksuele betekenis van deze ingreep. Mannenbesnijdenis wordt geassocieerd met mannelijkheid en viriliteit en heeft een hogere sociale status. Met vrouwenbesnijdenis wordt een duidelijke boodschap gegeven aan de vrouw : haar seksuele verlangens moeten onderdrukt worden en de vrouw speelt slechts een beperkte rol in de samenleving (Rahman, A. & Toubia, R., 2000).

¹ Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children

² In de Franse vragenlijst werd de gelijkaardige term “l’excision” gebruikt.

Nochtans zijn er ook bij mannenbesnijdenis sterke tegenstanders van deze ingreep. Zo bestaat er NOCIRC³, een organisatie in de Verenigde Staten, die sterk gekant is tegen deze praktijk en dit om verschillende redenen (www.nocirc.org).

Zij wijzen op de functies die de voorhuid heeft: namelijk de eikel van de baby beschermen tegen de irriterende werking van urine en faeces en bescherming tegen verwondingen. Wanneer de blootgelegde eikel tegen de kledij schuurt, wordt hij na een tijd droog en gevoelloos.

De voorhuid bevat bovendien ook nog een heel aantal zenuwen die een seksuele genotsfunctie hebben. Daarnaast houdt ook de operatie op zich risico's in : nl overmatig bloedverlies, infecties, chirurgische fouten, ...

Tenslotte hebben sommige besneden mannen volgende symptomen : zware verlittekening, een gekromde penis, pijnlijke erecties, ejaculatieproblemen en impotentie. Daarenboven kan men het gevoel hebben dat men "aangerand" en verminkt werd. Bovendien wordt de ingreep vaak zonder verdoving uitgevoerd op pasgeboren baby's. Maar voor baby's is de operatie even pijnlijk als voor een volwassene.

1.3. Wat is vrouwelijke genitale verminking?

Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is vrouwenbesnijdenis de aanduiding voor elke procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen (geheel of gedeeltelijk) worden verwijderd of beschadigd, omwille van culturele, religieuze of andere niet-medische redenen (Dirie W., 2005).

Vrouwenbesnijdenis wordt vaak gezien als een markeringsritueel (Van der Kwaak, A., Bartels, E., de Vries, F., Meuwese, S., 2003). De overgang van meisje naar vrouw wordt dan gekenmerkt door dit ritueel. Deze ingreep kan echter ook veel vroeger of later in de levensloop gebeuren. In sommige culturen kan er al een besnijdenis uitgevoerd worden op meisjes die slechts enkele dagen oud zijn. Maar ook juist voor het huwelijk of na de eerste zwangerschap kan een vrouw besneden worden (Rahman, A. & Toubia, N., 2000).

1.4. Welke verschillende vormen vrouwelijke genitale verminking bestaan er?

Er bestaan verschillende soorten indelingen, maar ik beperk me hier tot de indeling van de wereldgezondheidsorganisatie. Deze onderscheidt vier categorieën besnijdenissen. (Dirie W., 2005).

³ National Organization of Circumcision Information Resource Centers

- Type 1 : Verwijdering van de voorhuid van de clitoris, met of zonder de verwijdering van de gehele of delen van de clitoris. Dit type wordt de “sunna-besnijdenis” genoemd.
- Type 2 : Verwijdering van de voorhuid van de clitoris, de clitoris en de kleine schaamlippen of delen ervan. Dit type wordt excisie of clitoridectomie genoemd.
- Type 3 : Verwijdering van delen of van alle uitwendige geslachtsdelen. Daarna wordt de wonde op een klein gaatje na, dichtgenaaid. Dit type wordt infibulatie of “faraonische” besnijdenis genoemd.
- Type 4 : Elke andere procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen worden verwond of besneden. Het inprikken, doorsteken, insnijden, uittrekken van de clitoris of de schaamlippen, het littekens maken op de vagina of de schaamlippen door brandwonden te veroorzaken, het wegschrappen van de vaginale opening, het inbrengen van etsende substanties of kruiden om de vagina te verkleinen, en elke andere procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen worden verwond of besneden.

Tenslotte heeft men het ook nog over defibulatie. Dit is het vergroten van de opening van de vagina of het opheffen van de obstructie, meestal voor een bevalling.

Als men de vagina opnieuw dichtnaait, na een bevalling spreekt men over re-infibulatie. De vagina wordt meestal hersteld in dezelfde staat als voor de bevalling.

1.5. Geografische spreiding.

Wereldwijd wordt het aantal levende besneden meisjes en vrouwen tussen 100 en 140 miljoen geschat (Unicef, 2005). Daarbovenop lopen nog eens 2 tot 3 miljoen meisjes en vrouwen jaarlijks het risico om besneden te worden (Rahman, A. & Toubia, N., 2000) (Unicef, 2005). Dat komt neer op 6000 tot 8000 vrouwen per dag die het gevaar lopen besneden te worden (Amnesty International, 2004).

Vrouwenbesnijdenis is een praktijk die voorkomt op geografisch verspreide plaatsen (Kool, R., Beijer, A., Van Drumpt, C., Eelman, J., Knoops, G., 2005). Zo is deze traditie verspreid over meer dan 40 landen. Maar de bakermat van vrouwenbesnijdenis bevindt zich in Afrika, waar het beoefend wordt in 28 landen (Amnesty International, 2004).

Unicef voerde een studie uit naar de prevalentie van vrouwenbesnijdenis in verschillende landen in Afrika (Unicef, 2005). Het is gebaseerd op data afkomstig van “Demographic and Health Surveys” (DHS) en van “Multiple Indicator Cluster Surveys” (MICS).

DHS en MICS zijn nationale onderzoeken die een representatief aantal huishoudens bevragen over de gezondheid en de voedingsstatus⁴ van vrouwen en kinderen.

⁴ “Nutritional status”

In de vragenlijst zitten met andere woorden een heel aantal vragen met betrekking tot gezondheid en demografische gegevens. Maar daarbovenop zitten er ook een aantal vragen met betrekking tot vrouwenbesnijdenis in deze vragenlijsten verwerkt. In het onderzoek werd de steekproef beperkt tot vrouwen tussen 15 en 49 jaar en diens dochters.

In Egypte, Soedan en Jemen⁵ werden enkel gehuwde vrouwen bevroegd⁶. In 2005 werden de vragen met betrekking tot vrouwenbesnijdenis opgenomen in het onderzoek in 20 Afrikaanse landen.

In 1990 werd door een heel aantal landen het “World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children” aanvaard. Met dit verdrag werden een aantal doelen vooropgesteld om de overleving, bescherming en ontwikkeling van kinderen te helpen garanderen. MICS werd specifiek ontworpen om data te verzamelen omtrent deze vooropgestelde doelen. Bovendien bevroeg men aan de hand van MICS in drie landen ook de situatie rond vrouwenbesnijdenis : de Centraal-Afrikaanse republiek, Tsjaad en Soedan.

Aan de hand van DHS en MICS samen kunnen data worden verzameld over de prevalentie van vrouwenbesnijdenis. Men focust in het onderzoek op twee types prevalentie-indicators. Het eerste type heeft betrekking op het aantal besneden vrouwen tussen 15 en 49 jaar. De tweede prevalentie-indicator handelt over de status van de dochters. Deze indicator geeft het aantal besneden vrouwen tussen 15-49 jaar weer, met tenminste één besneden dochter⁷.

Op figuur 1 (Unicef, 2005) is duidelijk te zien dat er regionale verschillen zijn in het voorkomen van vrouwenbesnijdenis. Er zijn drie grote groepen landen te onderscheiden.

In de eerste groep bevinden zich landen waar vrijwel alle vrouwen (tenminste 80%) besneden werden. Binnen deze landen is er heel weinig variatie naar socio-demografische variabelen. Op de kaart is duidelijk te zien dat Egypte, Soedan, Ethiopië, Eritrea, Mali en Guinee tot deze groep behoren.

In de landen van groep twee is er een prevalentie van vrouwenbesnijdenis tussen 25 en 79%. Men heeft ook kunnen vaststellen dat er regionale verschillen zijn binnen een land en dat vrouwenbesnijdenis enkel binnen bepaalde etnische groepen voorkomt. Landen die tot deze groep behoren, zijn : Mauritanië, Senegal, Ivoorkust, Burkina Faso, Ghana, Tsjaad, Centraal-Afrikaanse republiek en Kenia.

Ook in de prevalentie van vrouwenbesnijdenis in de landen van groep drie zijn er regionale verschillen binnen een land.

⁵ In het onderzoek van Unicef wordt Jemen als een deel van het continent Afrika beschouwd. Nochtans zou Jemen eerder tot de Arabische landen gerekend kunnen worden, zoals verder in dit eindwerk ook gebeurt.

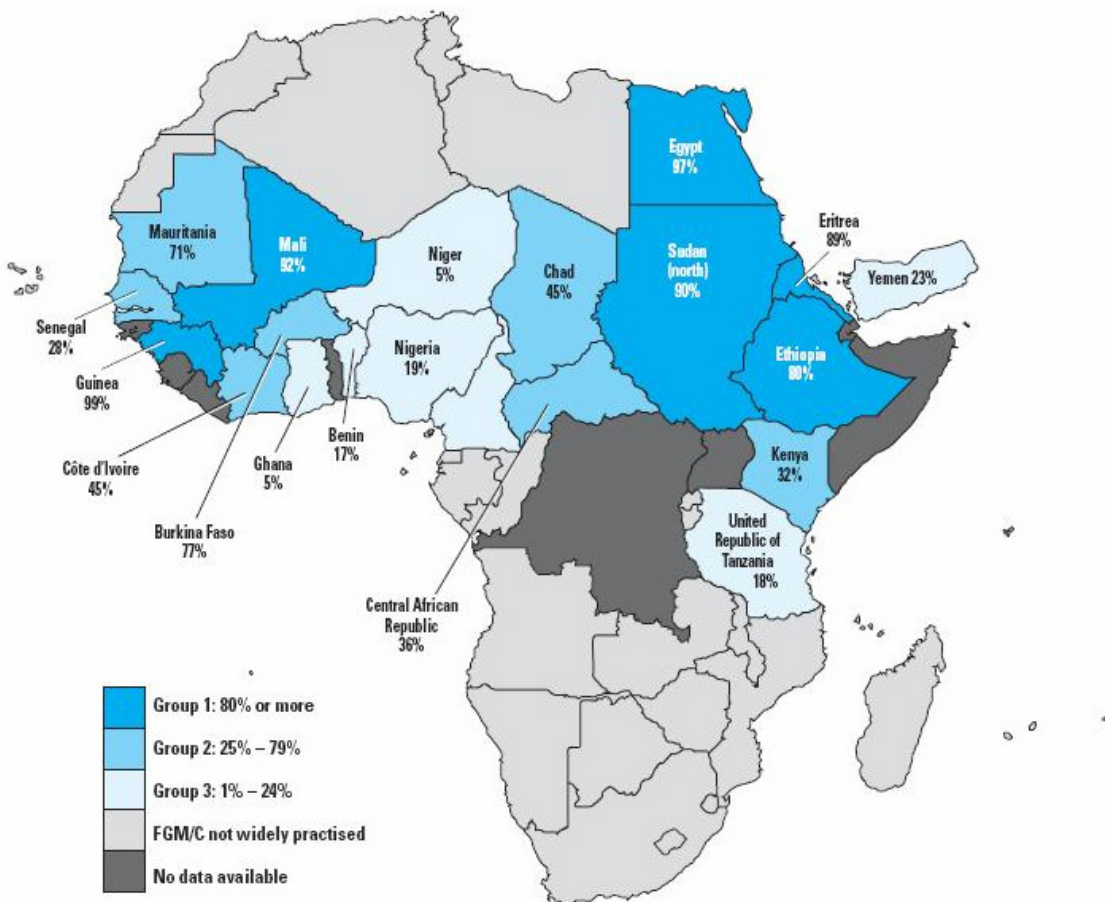
⁶ De meeste resultaten van deze landen verschillen niet van de resultaten van de overige landen.

⁷ In een aantal landen werd enkel de status van de oudste dochter bevroegd. Dit gebeurde in de Ivoorkust, Kenia, Niger en Tanzania.

In deze groep is echter sprake van een laag prevalentiepercentage van vrouwenbesnijdenis, nl tussen 1 en 24%. Tot deze groep behoren de volgende landen : Ghana, Benin, Niger, Nigeria, Kameroen, Tanzania en Jemen.

Naast deze groepen, werd op de kaart ook duidelijk weergegeven waar vrouwenbesnijdenis bijna niet voorkomt, zoals: Marokko, Algerije, Tunesië, Westelijke Sahara, Libië en de meer zuidelijk gelegen landen van Afrika. Tenslotte zijn er voor wat Afrika betreft ook landen waar men over geen data beschikt m.b.t. vrouwenbesnijdenis.

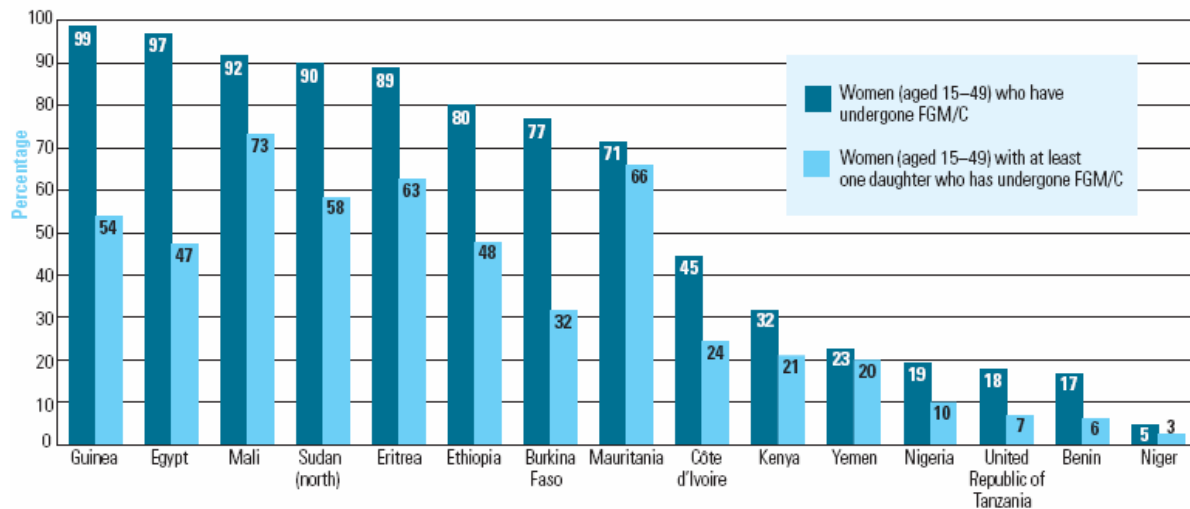
Figuur 1 : Prevalentie van vrouwenbesnijdenis in Afrika.



Eerder werd al vermeld dat men twee types van prevalentie-indicators voor vrouwenbesnijdenis heeft. In de volgende tabel worden deze twee types duidelijk weergegeven. Wat opvalt is dat er een duidelijk verschil in percentage is tussen de groep vrouwen tussen 15 en 49 jaar die besneden werd, en de groep vrouwen tussen 15 en 49 jaar die tenminste één dochter heeft die besneden is. Deze tweede groep heeft duidelijk lagere prevalentiecijfers. Wat zou dit kunnen betekenen? Unicef verklaart dit door een generationale trend die misschien het begin van het einde van deze praktijk inluidt.

Vooral in de landen waar de prevalentie-indicator voor besneden vrouwen meer dan 75% bedraagt, valt op dat slechts de helft van deze vrouwen tenminste één besneden dochter heeft. Dit is een trend die alleen maar toegejuicht kan worden.

Tabel 1: Twee types prevalentie-indicators van vrouwenbesnijdenis (Unicef, 2005).



Het is belangrijk te weten dat vrouwenbesnijdenis niet alleen in Afrika voorkomt. In de literatuur staat beschreven dat dit ook in Azië zou bestaan, er zijn meer bepaald meldingen van besnijdenissen bij de Daudi Bohra moslims in India en bij bepaalde etnische moslimgroepen in Sri Lanka (Rahman, A. & Toubia, N., 2000), maar ook in Indonesië, Maleisië, Pakistan en India (Aldeeb, A.S., 1994). Over het voorkomen van vrouwenbesnijdenis in Azië zijn er bitter weinig cijfers beschikbaar.

Arabische landen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren zijn : Jemen, de Verenigde Arabische Emiraten, Bahrein, Katar, Oman, sommige regio's in Saoedi-Arabië en Mauritanië (Aldeeb, A.S., 1994). Ook bij bepaalde groepen in Midden- en Zuid-Amerika zou vrouwenbesnijdenis bestaan, maar ook hierover is weinig informatie beschikbaar (Neven, K., 2005).

In Europa en de Verenigde Staten zou vrouwenbesnijdenis tot in 1950 gebruikt zijn als behandeling voor "vrouwenziekten" zoals hysterie, lesbianisme en zelfs masturbatie (Rahman, A. & Toubia, N., 2000).

Zoals eerder in de inleiding vermeld, wordt het Westen (Europa, Canada, Australië en de Verenigde Staten) opnieuw geconfronteerd met vrouwenbesnijdenis, doordat Afrikaanse migrantengemeenschappen deze praktijk met zich meebrengen. Over hoeveel vrouwen het hier precies gaat, is opnieuw niet duidelijk.

Hoe dan ook werd in een studie (Dijkema, Joris, I., P., Kramer, M., Tichelman, P., Verhoeff, A., 2005) een overzicht gemaakt van enkele studies die het voorkomen in Europa bestudeerd hebben.

Uit een onderzoek van 304 Afrikaanse vrouwen, allen woonachtig in Zweden, bleek dat 68% besneden was. In 2003 gebeurde een studie in Londen met 94 jonge alleenstaande Somalische vrouwen tussen 16 en 22 jaar, daarvan was 70% besneden. In een Italiaanse studie van 2002 werden 439 dokters en verloskundigen bevroegd en 60% van hen werd tenminste één keer geconfronteerd met een besneden vrouw tijdens hun hele loopbaan.

Van de 1162 bevroegde Zwitserse gynaecologen werd 20% geconfronteerd met een besneden vrouw (Dijkema, Joris, I., P., Kramer, M., Tichelman, P., Verhoeff, A., 2005) .

Als conclusie kan gesteld worden dat er weinig duidelijke informatie is over het voorkomen van vrouwenbesnijdenis in de wereld. Afrika blijkt wel het centrum van deze praktijk te vormen, maar vrouwenbesnijdenis wordt tot in het Westen gebracht door Afrikaanse migrantengemeenschappen.

1.6. Waarom doet men aan vrouwenbesnijdenis?

Men vraagt zich af waarom moeders die weten welke nadelen vrouwenbesnijdenis met zich kan meebrengen, hun dochters toch laten besnijden. Hierop een antwoord vinden is niet zo evident. De redenen waarom men aan vrouwenbesnijdenis doet, zijn immers heel erg complex en bovendien ook verweven met elkaar (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Daarom is het moeilijk om verklaringen te isoleren en in categorieën te stoppen, maar om het overzichtelijk te houden, ga ik toch zo te werk.

1.6.1. Traditie.

Vrouwenbesnijdenis wordt heel vaak vanuit de traditie en gewoonte van generatie op generatie voortgezet (Amnesty International, 2004). Men stelt dan dat het nooit anders geweest is. Het gebruik wordt ook gerechtvaardigd door te stellen dat de voorouders of de goden het zo willen (Van Geertruyen, G., 2001). Men denkt dat het zo hoort en dat alle vrouwen besneden zijn.

Vrouwelijke genitale verminking wordt ook gebruikt om een onderscheid te maken met andere etnische groepen. VGV bepaalt dan, samen met andere fysieke kenmerken, wie tot de groep behoort. Een onbesneden vrouw die met een man afkomstig uit een etnische groep waar VGV voorkomt wil trouwen, zal eerst besneden moeten worden en dan pas als een volwaardig lid van de groep beschouwd worden.

De druk die op vrouwen gelegd wordt om hun dochters ook te laten besnijden is heel groot.

Onbesneden vrouwen worden uitgesloten uit de samenleving en waarschijnlijk zelfs uitgestoten door de familie. De kans dat zij zullen kunnen trouwen binnen hun gemeenschap is zo goed als onbestaande. (Trefpunt stop geweld tegen vrouwen, z.d.). Vrouwenbesnijdenis wordt zo als een voorwaarde voor een huwelijk gezien (Daris, W., 2005) (Fokkema, T. & Huisman, C., 2004).

1.6.2. Religie.

In het Westen wordt de Islam vaak aangewezen als de hoofdreden voor het bestaan van vrouwenbesnijdenis (Godparents Association inc., 2004). Maar het is belangrijk te weten dat vrouwenbesnijdenis reeds bestond voor het Christendom en de Islam.

Het kan dan ook beschouwd worden als een culturele in plaats van een religieuze praktijk (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Vrouwenbesnijdenis komt bovendien voor bij verschillende religieuze groepen in Afrika, waaronder joden, christenen, moslims en animisten⁸. Dat neemt natuurlijk niet weg dat de praktijk meer wordt toegepast door moslims dan door aanhangers van eender welke andere godsdienst, maar de meerderheid van de moslims aanvaarden VGV niet. (Amnesty International, 2004) (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Geen enkele van de grote godsdiensten gebiedt de toepassing van de praktijk (Amnesty International, 2004), hoogstens nemen ze een neutrale houding aan ten opzichte van vrouwenbesnijdenis (Van Geertruyen, G., 2001).

Als we ons verder concentreren op de relatie van vrouwenbesnijdenis met de islam, is het wel opvallend dat vrouwenbesnijdenis wel voorkomt in islamitische landen zoals Egypte, Soedan en Somalië. Maar in eveneens islamitische landen zoals de Maghreblanden of landen in het Midden-Oosten komt de praktijk dan weer niet voor. Hieruit kunnen we alvast besluiten dat het niet om een religieuze plicht gaat (Van Geertruyen, G., 2001). In de Koran wordt er over vrouwenbesnijdenis niet gesproken (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994).

In Al Nisa, een islamitisch maandblad voor vrouwen, is er een artikel verschenen dat onder andere ingaat op het verband tussen vrouwenbesnijdenis en de islam (Ghonem, K., 2005). Daarin staat dat twee Nederlandse imams⁹ gezegd hebben dat meisjesbesnijdenis geen islamitisch voorschrift is. Verder wordt nog verteld dat de islam juist de rechten van vrouwen en kinderen beschermt. Volgens hen kan de verminking gezien worden als een onderdrukking van de vrouwelijke seksualiteit.

⁸ Animisten geloven dat alles in de natuur een ziel en een geweten hebben. Zij vereren stenen, aarde, bomen en dieren, en geloven ook dat sommige dieren over bijzondere krachten of machten beschikken. Daarnaast doen ze ook aan geesten- en voorouderverering. In Senegal zijn er nog steeds een aantal ethnische groepen die hierin geloven (http://nl.wikipedia.org/wiki/Animistische_religie).

⁹ Imam Yusuf van het Islamitische Culturele Centrum Dar-al-Hijra en Imam Abdulwahid van Bommel.

Volgens de tegenstanders van vrouwenbesnijdenis kunnen bepaalde verzen in de Koran geïnterpreteerd worden als verbod op verminking, waaronder deze (Ghonem, K., 2005) :

“ en laat uw eigen handen geen bijdrage bieden aan uw vernietiging”.

Verder wordt nog verwezen naar een vers dat handelt over de ongerepte toestand van de natuur, die moet je laten zoals hij wordt aangetroffen.

Maar er zijn ook voorstanders van de praktijk die verwijzen naar twee uitspraken van de profeet Mohammed (Ghonem, K., 2005) (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994). De eerste handelt over een ontmoeting tussen Mohammed en een besnijdstster van vrouwelijke slaven. Mohammed zou toen gevraagd hebben of zij haar beroep nog steeds uitoefent. De besnijdstster antwoordt daar affirmatief op, en voegt eraan toe : *“Unless it is forbidden and you order me to stop doing it”* (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994).

Mohammed antwoordt : *“Yes, it is allowed. Come closer, so I can teach you”* (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994). Tenslotte zou hij nog de raad gegeven hebben niet te diep te snijden, want dat zou bevredigender zijn voor zowel de man als de vrouw (Ghonem, K., 2005) (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994). Een tweede uitspraak van Mohammed zou vergelijkbaar zijn met deze. Veel geleerden twijfelen echter aan de authenticiteit van deze uitspraken en hechten er weinig geloof aan (Ghonem, K., 2005) (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994).

Het is tenslotte ook opmerkelijk dat het hier over het eerste type van vrouwenbesnijdenis gaat, ofwel de “sunna-besnijdenis” (Ghonem, K., 2005). Over de andere, meer vergaande types van vrouwenbesnijdenis wordt niets vermeld.

El-Saadawi (vermeld in (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994) schrijft het volgende :

“If religion comes from God, how can it order to cut off an organ created by Him as long as that organ is not deceased or deformed?”.

Volgens haar kan geen enkele echte religie bevelen om het lichaam van meisjes en vrouwen te verminken door een essentieel onderdeel van de vrouwelijke reproductieve organen te amputeren (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994).

1.6.3. Sociaal-culturele redenen.

Enkel besneden vrouwen tellen mee als volwaardige individuen in de samenlevingen waar vrouwenbesnijdenis voorkomt. Pas als men één of andere vorm van deze praktijk ondergaan heeft, wordt men echt aanvaard in de maatschappij (Van Geertruyen, G., 2001). Meisjesbesnijdenis kan daarom een markeringsritueel genoemd worden (Van der Kwaak, A., Bartels, E., de Vries, F., Meuwese, S., 2003). Meisjes worden zo vrouw en krijgen een plaats binnen de groep en een eigen identiteit. Vaak gaat de praktijk dan ook gepaard met initiatierituelen.

Men geeft dan bijvoorbeeld een feest ter ere van de besneden meisjes om de overgang naar de nieuwe positie te vieren (Duchateau, A., 1998). Nochtans lijkt er sprake van een steeds dalende leeftijd waarop de meisjes besneden worden, waardoor de link met initiatie steeds zwakker lijkt te worden (WHO, 1999a).

Iedereen die rond vrouwenbesnijdenis werkt, wordt geconfronteerd met de volgende vraag : waarom zetten vrouwen een traditie voort door hun dochters te laten besnijden, terwijl men meestal de fysieke en psychologische gevolgen van deze ingreep kent (Unicef, 2005)?

De verklaring ligt in de sociale dynamieken van de samenleving waar vrouwenbesnijdenis voorkomt. Moeders laten hun dochters besnijden omdat dit nu eenmaal bij een behoorlijke opvoeding hoort. Men bezwijkt voor de sociale druk vanuit de samenleving. De meeste vrouwen in die samenleving zijn immers besneden. Familie, buren en vrienden oefenen druk uit op de vrouw. In een samenleving waar vrouwenbesnijdenis een belangrijk aspect vormt van sociale conformiteit, is het waarschijnlijk geen optie voor de moeder om haar dochter niet te laten besnijden.

De gevolgen die het niet laten besnijden zou kunnen hebben, zijn verrijkend. Zo zou een man een huwelijk met een onbesneden vrouw kunnen weigeren omwille van die reden (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Dit is een vrij belangrijk gevolg, want vrouwen krijgen in zulke samenlevingen nauwelijks kans op onderwijs en kunnen geen beroep uitoefenen. Vrouwen moeten met andere woorden kunnen huwen om te overleven (Neven, K., 2005). Bovendien kunnen ze soms ook geen geld, vee of land erven omwille van het feit dat ze niet besneden zijn (Van Geertruyen, G., 2001). Zeker in samenlevingen waar infibulatie het meest voorkomt en waar de grootte van de opening van de vagina als maatstaf geldt voor bruidsprijs, (namelijk hoe kleiner de opening, hoe hoger de bruidsprijs) is de kans heel gering dat een onbesneden vrouw binnen de gemeenschap kan huwen (Fokkema, T., Nienhuis, C. en Smidman, N., 2000).

Verder kunnen onbesneden vrouwen uitgesloten worden van bepaalde activiteiten. Zo mogen ze bijvoorbeeld niet deelnemen aan begrafenisplechtigheden en mogen ze ook geen voedsel bereiden voor mannen en besneden vrouwen.

Het kan tenslotte ook een invloed hebben op de familieleden. Zo mogen jongens van de Samburu in Kenia geen krijgers worden, zolang ze een oudere zus hebben die niet besneden is (Van Geertruyen, G., 2001). Toetreden tot de klasse van de krijgers is voor hen zeer belangrijk, want het betekent dat de jongeman volwassen wordt.

Omwille van de angst voor de gevolgen vanuit de gemeenschap wordt de druk op vrouwen verhoogd. Het is duidelijk dat het om een cyclisch proces gaat : door te geloven in het belang van vrouwenbesnijdenis met betrekking tot sociale homogeniteit, wint vrouwenbesnijdenis aan belang (Rahman, A. & Toubia, N., 2000).

Omdat iedere vrouw hetzelfde heeft meegemaakt, is er een groot samenhangsgevoel tussen vrouwen. Zo worden ze als groep ook duidelijk afgebakend van de mannen (Duchateau, A., 1998). De besnijdenis geeft een vrouw ook een status in de gemeenschap. Het is daarom belangrijk dat men tijdens dit ritueel pijn lijdt, want net het doorstaan van die pijn maakt van meisjes vrouwen (Van Geertruyen, G., 2001). De pijn die ze tijdens de ingreep ondergaat, zou een goede voorbereiding vormen voor de pijn die ze zal ondergaan tijdens de bevalling (Fokkema, T., Nienhuis, C. en Smidtman, N., 2000).

Gezinnen die migreren naar het Westen, kunnen nog meer belang gaan hechten aan de tradities en gewoonten van hun oorspronkelijke cultuur. Zo zal vrouwenbesnijdenis heel belangrijk worden om de eigen cultuur in stand te houden (Van Geertruyen, G., 2001).

1.6.4. Economische redenen.

Vrouwenbesnijdenis wordt traditioneel uitgevoerd door een "midgaan" (www.warisdirie.nl). Meestal wordt deze praktijk uitgevoerd door vrouwen. Soms is het een beroep dat aangeleerd wordt van moeder op dochter.

De vrouwenbesnijdstster heeft een belangrijke sociale positie en kan genieten van een zeker maatschappelijk prestige. Hun beroep geeft deze vrouwen de kans om een inkomen te verwerven (Van Geertruyen, G., 2001).

Bovendien kan een besnijdenis voor de familie van het meisje een uitgesproken gelegenheid zijn om hun welvaart te kunnen laten zien en hun maatschappelijke positie te benadrukken. Ze kunnen dit doen door bijvoorbeeld het grootste feest te geven en de meeste geschenken uit te delen (Van Geertruyen, G., 2001).

1.6.5. Gender-gerelateerde factoren.

Opvattingen over man-vrouw-relaties, de rol van de vrouw, vrouwelijkheid en vrouwelijke seksualiteit zijn belangrijke factoren in het zoeken naar verklaringen voor het bestaan van vrouwenbesnijdenis. Hiermee komen we waarschijnlijk tot de kern van de zaak. Maar deze dimensie zal vermoedelijk door de volkeren die vrouwenbesnijdenis toepassen, zelf niet geadresseerd of (h)erkend worden (Unicef, 2005a).

Een heel belangrijke reden voor vrouwenbesnijdenis is de controle die zo uitgevoerd kan worden op de seksualiteit van de vrouw. Door de sociale constructie van seksualiteit kan dit een verschillende betekenis hebben in verschillende contexten.

Voor bepaalde gemeenschappen is de maagdelijkheid van de vrouw verbonden met de eer van een familie of clan. Wanneer een vrouw geen maagd meer is voor het huwelijk, is dit een schande voor de hele familie.

Dit is bijvoorbeeld het geval in Egypte, Soedan en Somalië. Vrouwenbesnijdenis heeft in die landen een duidelijke functie, namelijk voorhuwelijks seks tegengaan en het bewaren van de maagdelijkheid.

Vrouwenbesnijdenis kan ook worden toegepast om de lust van de vrouw in te perken. Dit zou er dan voor zorgen dat de seksuele vragen naar haar man toe verminderen, zodat de man meerdere vrouwen kan huwen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Kenia en Oeganda.

Er kunnen dus verschillende redenen zijn om de seksualiteit van de vrouw te controleren. Duidelijk is wel dat het een belangrijke functie heeft in het promoten van de maagdelijkheid van de vrouw en het beschermen van de huwelijks trouw (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Men denkt namelijk dat een onbesneden vrouw niet uit eigen keuze trouw kan zijn (Amnesty International, 2004). Dit gaat zelfs zo ver dat een man zijn geïnfibuleerde vrouw kan laten dichtnaaien wanneer hij bijvoorbeeld voor lange tijd van huis weggaat. Nadien kan hij haar dan terug (laten) openen (Amnesty International, 2004).

Men denkt dus de vrouwelijke seksualiteit te kunnen controleren door de besnijdenis. Maar in de praktijk blijkt dit helemaal niet te beantwoorden aan de realiteit : zelfs geïnfibuleerde vrouwen blijken er wel eens buitenechtelijke relaties en zelfs kinderen op na te houden (Van Geertruyen, G., 2001). In sommige samenlevingen geloven ze dat een geïnfibuleerde vagina het genot van de man kan verhogen.

Maar vaak geven mannen de voorkeur aan seksuele contacten met onbesneden vrouwen, wanneer ze daar ervaring mee hebben (Amnesty International, 2004) (Van Geertruyen, G., 2001). Toch willen mannen liever huwen met geïnfibuleerde vrouwen (Amnesty International, 2004).

Op zijn minst merkwaardig te noemen, is het geloof van sommige volkeren¹⁰ dat de clitoris een gevaarlijk orgaan is. Zo wordt er beweerd dat de clitoris een vrouw onvruchtbaar kan maken en kinderen die bij de bevalling met het orgaan in aanraking zouden komen, kunnen er zelfs door gedood worden. Bovendien zou contact van de man met de clitoris impotentie, maar ook verlies van de mannelijkheid bij de echtgenoot veroorzaken en zou dit zelfs kunnen lijden tot de dood van de man (Van Geertruyen, G., 2001).

¹⁰ In landen zoals Mali, Burkina Faso, Kenia, Soedan en Nigeria.

Tenslotte hoort men soms ook dat de clitoris van vrouw moet weggesneden worden, omdat ze anders heel erg zou gaan doorgroeien (Van Geertruyen, G., 2001) (Sterke vrouwen, aflevering 5).

In Mali brengen de Banama mannen- en vrouwenbesnijdenis met elkaar in verband. Zij beweren dat er zich in de voorhuid van de penis en in de clitoris een kwade geest bevindt, waardoor men nooit volwassen zou worden. Daarom zouden beiden moeten weggesneden worden. Dit brengt ons bij het wegnemen van de gender-ambivalentie.

Bepaalde volkeren stellen dat mannen worden geboren met een vrouwelijk kenmerk (nl de voorhuid van de penis) en dat vrouwen worden geboren met een mannelijk kenmerk (nl de clitoris). Besnijdenis is dan een middel om beide geslachten duidelijk van elkaar te scheiden (Van Geertruyen, G., 2001).

Het is van belang te onthouden dat zulke opvattingen duidelijk passen in maatschappijen waar een sterke tweedeling bestaat tussen de mannen- en de vrouwenwereld (Van Geertruyen, G., 2001).

1.6.6. Gezondheid, hygiëne en esthetiek.

Vrouwenbesnijdenis wordt vaak gerechtvaardigd door het geloof dat vrouwelijke genitalia "onrein" en afstotelijk zouden zijn. (Leye, E. & Temmerman, M., 2001). De ingreep bevordert dan de reinheid en zuiverheid van de vrouw. Maar daarnaast worden besneden vrouwen, in samenlevingen waar vrouwenbesnijdenis voorkomt, ook mooier bevonden.

Waarschijnlijk verwijst men met "reinheid" niet naar hygiëne in de westerse betekenis (Van Geertruye, G., 2001). Want besneden vrouwen hebben vaak meer hygiënische problemen dan niet besneden vrouwen. Dit speelt zeker een belangrijke rol bij geïnfibuleerde vrouwen. De opening van de vagina is vaak zo klein dat urine en menstruatiebloed heel moeilijk het lichaam kan verlaten. Zo ontstaat er een groot risico op infectie (Van Geertruye, G., 2001).

Soms gelooft men ook dat vrouwenbesnijdenis de vruchtbaarheid zou verhogen. Maar jammer genoeg is de ingreep vaak de oorzaak van onvruchtbaarheid en bovendien van moeilijke bevallingen (Van Geertruye, G., 2001). Nog een geloof waar men op kan stuiten betreft de gedachte dat de baarmoeder uit het lichaam zou vallen, indien de vrouw niet dichtgenaaid zou zijn (Van Geertruye, G., 2001).

Zoals verder zal blijken, zijn er verschillende schadelijke gevolgen van vrouwenbesnijdenis op de gezondheid van de vrouw, zowel op korte als op lange termijn.

Vaak worden deze echter niet in verband gebracht met de ingreep en denkt men dat het normale vrouwenkwalen zijn, aangezien alle vrouwen die ze kennen meestal besneden zijn (Van Geertruye, G., 2001).

1.7. Verloop van de ingreep.

Over wat heeft men het eigenlijk als men praat over “de ingreep” of “deze praktijk”? Dit zal hier verduidelijkt worden. Achtereenvolgens gaan we in op de leeftijd en de ceremonie waar ook de besnijdstster en de gebruikte instrumenten van deze praktijk aan bod zullen komen.

1.7.1. De leeftijd.

Een meisje wordt meestal besneden tussen haar vierde en twaalfde levensjaar (Rahman, A. & Toubia, N., 2000), voor de eerste menstruatie (Fokkema, T. & Huisman, C. 2000). Het is dus duidelijk dat men op heel jonge leeftijd besneden kan worden en men dus misschien beter kan spreken van meisjesbesnijdenis in plaats van vrouwenbesnijdenis. Maar de exacte leeftijd waarop een meisje besneden wordt, varieert van land tot land en zelfs binnen een land kan dit regionaal sterk verschillen (Unicef, 2005a).

Volgens Unicef wordt 90% van de vrouwen in Egypte besneden tussen de leeftijd van vijf en veertien jaar. In Ethiopië, Mali en Mauritanië daarentegen is 60% van de meisjes reeds besneden voor de vijfde verjaardag. En in Jemen wordt 76% van de meisjes al besneden tijdens de eerste twee weken na de geboorte (Unicef, 2005a).

De mogelijkheid bestaat ook dat men pas besneden wordt na het baren van een eerste kind of voor het huwelijk (Fokkema, T. & Huisman, C. 2000) (WHO, 1999a).

De leeftijd waarop de besnijdenis uitgevoerd wordt, lijkt te dalen. Dit kan wijzen op een minder sterke band met de initiatie, zoals reeds eerder werd aangehaald.

1.7.2. De ceremonie.

Vrouwenbesnijdenis is een vrouwenaangelegenheid en mannen worden meestal niet tot deze gebeurtenis toegelaten (Beke, A., Doctor, H., Hodgson, A. & Sakeah, E., 2006) (Neven, K., 2005). Sommige meisjes ondergaan de ingreep alleen, maar vaker zijn verschillende meisjes na elkaar aan de beurt. Zo ondergaan zussen, andere vrouwelijke familieleden of buren de ingreep vaak samen. Indien het gaat om een initiatieritueel worden meestal alle vrouwelijke leeftijdsgenoten samen besneden (Amnesty International, 2004).

Een meisje wordt zonder enige verdoving besneden, vaak door personen zonder enige medische opleiding en met instrumenten die niet gesteriliseerd worden (Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A., 1994).

Een mes, scheermesje, scherpe steen, het deksel van een blikje, een schaar of zelfs glasscherven worden gebruikt als instrumenten om een meisje te besnijden (Amnesty International, 2004). Sommige besnijdsters gebruiken zelfs hetzelfde instrument voor al hun slachtoffers, zonder te denken aan het verhoogd risico op infecties (IRIN Web special, 2005). Vaak wordt de ingreep georganiseerd door de moeder of de grootmoeder van het meisje en gebeurt het traditioneel bij het meisje thuis, het huis van burens of in een speciale hut.

Vaak zit het meisje gewoon op de grond, en is er geen sprake van hygiënische omstandigheden. Hoe lang de ingreep duurt, is afhankelijk van hoe erg het meisje tegenspartelt en hoe vlot de besnijdster de operatie kan uitvoeren. Een vrouwenbesnijdenis kan minstens een half uur duren. Het meisje wordt in bedwang gehouden door verschillende personen (afhankelijk van de leeftijd van het meisje). Soms worden de benen van het meisje vastgebonden aan die van een vrouw die het meisje in haar schoot houdt om zo de benen van het meisje goed te kunnen openhouden (IRIN Web special, 2005). De wonde wordt dichtgenaaid met doornen of hechtingen (Amnesty International, 2004). Soms wordt er ontsmettend poeder of smeersels die kruiden, melk, eieren, as of mest kunnen bevatten op de wonde aangebracht, omdat men gelooft dat deze de genezing zouden vergemakkelijken (Amnesty International, 2004). Na het snijden worden de benen meestal voor een tiental dagen tot een maand aan elkaar vastgebonden, zodat de wonde goed kan genezen (IRIN Web special, 2005).

De praktijk wordt meestal uitgevoerd door een oude vrouw die van vrouwenbesnijdenis haar beroep heeft gemaakt. In de studie van Unicef werden de meeste vrouwenbesnijdenissen in de meeste landen nog door een traditionele besnijdster uitgevoerd (Unicef, 2005a).

Maar er is ook sprake van een medicalisering van de praktijk : het verrichten van vrouwenbesnijdenis op zo min mogelijk ingrijpende wijze (door opgeleid medisch personeel), onder de beste medische omstandigheden (met andere woorden in steriele omstandigheden) (Keizer, C. & Van der Kwaak, A., 2004). In de meeste landen gebeurt het nog steeds op de traditionele manier, maar daar zijn een aantal uitzonderingen op. Zo werd in 2000 in Egypte al 61% van de vrouwenbesnijdenissen uitgevoerd door medisch personeel (Unicef, 2005a). Ook in de steden van Soedan, Kenia, Guinee, Mali en Somalië komt medicalisering van de praktijk voor (Unicef, 2005a) (Keizer, C. & Van der Kwaak, A., 2004). Sterker nog, de medicalisatie van de praktijk is in stijgende lijn. Dit kan misschien verklaard worden door de impact van campagnes die focussen op de gezondheidsrisico's die geassocieerd worden met de praktijk, maar die erin falen om de onderliggende motieven van de praktijk te adresseren (Unicef, 2005a).

Met betrekking tot de medicalisering van vrouwenbesnijdenis of de zogenaamde “harm-reduction-strategie” zijn er zowel voor- als tegenstanders (Keizer, C. & Van der Kwaak, A., 2004). Voorstanders hopen erger te voorkomen door de praktijk in ziekenhuizen door medisch opgeleid personeel te laten uitvoeren. Maar tegenstanders, waaronder WHO, zijn tegen de institutionalisering van deze praktijk, waar de medicalisering op neerkomt.

Bovendien voegen ze er nog aan toe dat een besnijdenis nooit door een arts mag uitgevoerd worden, omdat het jong meisje wilsonbekwaam is, er geen medische oorzaak is en het om een verminkende ingreep gaat die vele ernstige complicaties tot gevolg heeft (Keizer, C. & Van der Kwaak, A., 2004).

Zoals eerder al werd vermeld geeft het beroep van vrouwenbesnijdsters de vrouw een zekere status in de samenleving en nog belangrijker : het geeft deze vrouw ook een inkomen. Indien men vrouwenbesnijdenis een halt wil toeroepen, is het duidelijk dat deze vrouwen in het veranderingsproces moeten betrokken worden en niet in de kou mogen blijven staan. Want zij voeren in een aantal landen nog steeds de hoofdbrok van alle besnijdenissen uit¹¹. Projecten die besnijdsters mee betrekken in hun pogingen om vrouwenbesnijdenis te stoppen, worden “conversiestrategieën” genoemd (WHO, 1999b). Men poogt immers besnijdsters om te scholen naar andere beroepen. Alvorens aan het project te kunnen beginnen, moeten de besnijdsters natuurlijk eerst geïdentificeerd worden. Men probeert de besnijdsters de schadelijke gevolgen van de praktijk aan te leren. Tevens leert men hen de normale vrouwelijke genitaliën kennen en legt men hen alle functies daarvan uit. Er wordt hen ook uitgelegd welke rol zij kunnen spelen in het veranderingsproces.

1.8. Complicaties voor het meisje en de vrouw.

Vrouwenbesnijdenis is een zware lichamelijke ingreep, die zowel op korte als op lange termijn serieuze gevolgen heeft voor de vrouw. Deze gevolgen uiten zich op verschillende domeinen. Hier wordt dan ook een opsplitsing gemaakt tussen korte en lange termijn en de gevolgen worden in verschillende categorieën opgedeeld, namelijk de lichamelijk, psychische en seksuele gevolgen.

Door het taboe en de geheimdoening rond vrouwenbesnijdenis is het moeilijk om gegevens te verzamelen over complicaties ten gevolge van de besnijdenis. Hoeveel meisjes aan deze ingreep reeds zijn bezweken is onmogelijk te achterhalen. Soms is het ook zo dat als er problemen zijn deze meestal niet worden toegeschreven aan de persoon die de vermindering uitvoerde. De schuld kan dan bijvoorbeeld gelegd worden bij een niet goed uitgevoerd offer

¹¹ 91% in Ivoorkust, 95% in Eritrea, 88% in Mali.

of ritueel, of aan de promiscuïteit van het meisje (Amnesty International, 2004). Tenslotte worden in traditionele samenlevingen gezondheidsproblemen vaak niet in verband gebracht met de verminking, maar denkt men dat het gaat om typische vrouwenkwaaltjes. Men heeft namelijk niet de mogelijkheid om de toestand van besneden vrouwen te gaan vergelijken met niet-besneden vrouwen (Amnesty International, 2004).

1.8.1. Complicaties op korte termijn.

Hier worden de complicaties die optreden tijdens de ingreep zelf tot kort nadien besproken. Dit zullen vooral lichamelijke en psychische gevolgen zijn. De seksuele gevolgen treden pas later op en worden dan ook alleen bij de complicaties op lange termijn besproken.

1.8.1.1. Lichamelijke gevolgen.

De lichamelijke gevolgen zijn afhankelijk van drie factoren. Een eerste factor betreft het type besnijdenis dat uitgevoerd werd, of met andere woorden : naargelang de ernst van de procedure, kunnen meer of minder lichamelijke gevolgen de kop opsteken (IRIN Web special, 2005). Meisjes en vrouwen die type 2 en 3 ondergaan hebben, hebben meer kans op ernstige complicaties dan vrouwen die type 1 hebben moeten ondergaan. Toch werden er ook consequenties voor het eerste type gerapporteerd (IRIN Web special, 2005).

Een tweede belangrijke factor zijn de hygiënische omstandigheden waarin de ingreep uitgevoerd werd. Ook de vaardigheden van de besnijdsters in deze procedure is uitermate belangrijk. De meeste traditionele besnijdsters hebben reeds jaren ervaring in het uitvoeren van besnijdenissen, maar vaak worden primitieve materialen gebruikt en gebeurt de ingreep in onhygiënische omstandigheden (IRIN Web special, 2005). Zo gebruikt men vaak hetzelfde instrument, zonder sterilisatie, bij verschillende meisjes. Op deze manier heeft men een vergroot risico op infecties en verspreiding van HIV of andere besmettelijke ziekten (Amnesty International, 2004).

Maar nog andere factoren kunnen meespelen. Zo zou het kunnen dat aangezien het meestal gaat om een oudere vrouw die de besnijdenissen uitvoert, haar zicht niet meer zo goed is of dat ze de ingreep moet uitvoeren met trillende handen (Toubia, N., 1999). Dit betekent dat een meisje afkomstig van een bepaalde etnische groep die meestal één bepaald type besnijdenis laat uitvoeren bij de vrouwen van deze groep, meer schade kan hebben dan verwacht (Toubia, N., 1999). Zo hadden bijvoorbeeld sommige meisjes van Nigeria die normaal volgens type twee besneden zouden moeten zijn, diepere insneden in de schaamlippen van de vagina dan normaal. Deze wonden genazen dan door aan elkaar te groeien, wat met zich meebrengt dat de schaamlippen aan elkaar vergroeiden, waardoor men eerder van een infibulatie kan spreken (Toubia, N., 1999).

Maar omgekeerd kan ook : men heeft dan minder schade dan verwacht. Bijvoorbeeld meisjes die geïnfibuleerd zijn, zouden theoretisch gezien geen clitoris meer mogen hebben. Toch zou het kunnen dat de clitoris niet helemaal werd verwijderd of zich zelfs nog helemaal intact bevindt onder de aan elkaar genaaide schaamlippen van het meisje (Toubia, N., 1999).

Een derde belangrijke factor betreft de gezondheid van het meisje die de procedure moet ondergaan. Het immuunsysteem speelt hier een belangrijke rol. Hoe zwakker de gezondheid van de vrouw en het vermogen om een infectie tegen te gaan, hoe groter de kans om effectief geïnfibuleerd te raken (IRIN Web special, 2005). Wanneer de ingreep uitgevoerd wordt in een ziekenhuis met medisch getraind personeel, kan het risico op infecties dalen (IRIN Web special, 2005). Bovendien wordt de ingreep ook uitgevoerd onder lokale verdoving, wat de pijn vermoedelijk wel zal verlichten (Lightfoot-Klein, H. & Shaw, E. 1991). Door deze verbeterde techniek lijken de fatale aflopen en onmiddellijke complicaties ten gevolge van de ingreep te verminderen. Maar de gevolgen op lange termijn, zeker wanneer het gaat om infibulatie, zijn nog steeds dezelfde (Lightfoot-Klein, H. & Shaw, E. 1991).

PIJN : de ingreep wordt uitgevoerd zonder verdoving en veroorzaakt daardoor zonder enige twijfel ernstige pijn. Soms wordt het meisje in een koud bad gelegd, zoals bij de Gikuyu's, of wordt ze besprenkeld met koud water (Reijners, M., 1993). Maar dit is niet voldoende om iedere pijnsensatie weg te nemen. Men gelooft ook dat de doornen van de dwergacacia, die gebruikt worden om een meisje dicht te naaien bij infibulatie, een pijnstillend effect hebben. Dit wordt niet bevestigd door wetenschappelijke literatuur (Reijners, M., 1993). Indien de besnijdenis als een overgangsritueel of een initiatierite geldt, is de pijnbeleving en het kunnen verdragen van pijn heel belangrijk en maakt het een deel uit van de procedure (Reijners, M., 1993).

BLOEDINGEN : daarnaast is het verder ook logisch dat een meisje hevig kan bloeden wanneer zij besneden wordt. De clitoris en de schaamlippen zijn immers bloedrijke organen (Reijners, M., 1993). Wanneer de clitoris wordt verwijderd, wordt de ader eronder ook doorgesneden. Het wegsnijden van de schaamlippen of delen ervan kan ook andere aders en slagaders beschadigen (Keizer, C., 2003). Pogingen om bloedingen te stelpen, zijn soms niet effectief en het komt ook voor dat men zo hevig blijft bloeden dat men doodbloedt (Denholm, N., 2004). Hevig bloedverlies kan ook anemie of bloedarmoede veroorzaken, zodanig dat men vatbaarder is voor andere ziekten (Reijners, M., 1993).

SHOCK : door de hevige pijn, bloedingen en angst kan men in een shocktoestand terechtkomen (Amnesty International, 2004). Het bloedverlies kan een hemorragische shock (shock ten gevolge van veel bloedverlies) of een oligemische shock (shock door daling van het hartminuutvolume ten gevolge van bloedverlies) veroorzaken (Keizer, C., 2003) . Zonder behandeling loopt deze shocktoestand meestal fataal af.

URINERETENTIE : het meisje kan ook proberen de urine op te houden, door de pijn die de urine veroorzaakt op de wonde (Keizer, C., 2003). Op de lange duur kan dit leiden tot incontinentie of chronische blaasontsteking (Keizer, C., 2003).

INFECTIES : er zijn ook infecties mogelijk. Dit is afhankelijk van de omstandigheden waarin de procedure uitgevoerd werd: de steriliteit van de gebruikte instrumenten, de substanties die op de wonde aangebracht werden, etc. (IRIN Web special, 2005).

BESCHADIGING VAN AANGRENZEND WEEFSEL : tenslotte worden vaak ook andere organen dan de vagina beschadigd tijdens de procedure, door het gebrek aan expertise van de besnijder en het spartelen van het slachtoffer. Zo kunnen het sleutelbeen, dijbeen of opperarmbeen gebroken worden (www.notebooks.morgaine-lefaye.net) (IRIN Web special, 2005).

Maar ook aangrenzende structuren zoals de urineleider, blaas, darm, anus en sluitspier kunnen beschadigd worden (Fokkema, T. & Huisman, C., 2004).

1.8.1.2. Psychische gevolgen.

Er is weinig onderzoek gebeurd naar de psychische gevolgen van vrouwenbesnijdenis (Rahman, A. & Toubia, N., 2000). Meestal werd eerder de focus gelegd op de lichamelijke gevolgen van de verminking. Maar uit de beschikbare informatie blijkt alvast dat meisjes kort na de ingreep een verstoord eet- en slaapedrag, cognitie- en humeurschommelingen vertonen (Rahman, A. & Toubia, N., 2000) (WHO, 2006).

Zo werden volgende symptomen gerapporteerd : slapeloosheid, wederkerende nachtmerries, verlies van eetlust, gewichtsverlies of net overmatig bijkomen, angstaanvallen, posttraumatische stress en tenslotte concentratie- en leermoeilijkheden (WHO, 2006).

Een meisje wordt meestal op jonge leeftijd besneden. Men weet niet wat hen nu juist te wachten staat. Maar als het moment van de ingreep aangebroken is, is men zich wel bewust van alles wat gebeurt, want de meisjes worden niet verdoofd. Ze moeten bovendien ook fysiek tegengehouden worden, als ze proberen te ontsnappen of weg te komen (WHO, 1995).

Duidelijk is alvast dat het een heel angstige en ingrijpende ervaring moet zijn in het leven van een jong meisje. In ieder geval, de meisjes die deze traumatische ervaring ondergaan hebben, zullen ze waarschijnlijk niet snel vergeten (Fokkema, T., Huisman, C. & Smidtman, N., 2000). Naar alle waarschijnlijkheid speelt ook de ernst van de besnijdenis een rol, in dat geval is het zo dat hoe ernstiger de ingreep was, hoe traumatischer de ervaring zal zijn (Fokkema, T., Huisman, C. & Smidtman, N., 2000).

Oudere vrouwen hebben ook gerapporteerd dat niets wat ze later in het leven meemaakten (pijn en stress tijdens de seksuele gemeenschap, menstruaties, zwangerschap en de geboorte van het kind) zoveel pijn deed als besneden worden (WHO, 1995). Men kan zich tenslotte ook boos en verraden voelen door de ouders en de familie, omdat ze toestonden dat ze zoveel pijn moest ondergaan (WHO, 1995).

1.8.2. Complicaties op lange termijn.

De ingreep kent ook complicaties op langere termijn op verschillende domeinen, namelijk lichamelijke en psychologische gevolgen op lange termijn. Maar er zijn zeker ook seksuele complicaties bij vrouwen die besneden werden.

1.8.2.1. Lichamelijke gevolgen.

PLASPROBLEMEN : vooral bij geïnfibuleerde vrouwen stelt dit probleem zich, zij kunnen niet meer met een straal plassen (Reijners, M., 1993). Dit komt doordat de urinebuis zich achter de samengegroeide schaamlippen bevindt (Reijners, M., 1993). De urine kan daardoor niet rechtstreeks naar buiten vloeien, waardoor het in de vagina kan terechtkomen waar het zich opstapelt en druppel per druppel naar buiten vloeit langs de kleine opening (Denholm, N., 2004). De blaas volledig leegmaken gebeurt heel langzaam en kan zo tot 30 minuten duren (Denholm, N., 2004). Door de opstapeling binnenin de vagina kunnen zich vaginastenen vormen (Reijners, M., 1993). Het perineum (de huid tussen de vagina en de anus) blijft constant nat en is daardoor gevoeliger voor bacteriën. Ook terugkomende urineweginfecties kunnen vaker voorkomen en kunnen de blaas, uterus en de nieren infecteren (Denholm, N., 2004).

Indien deze niet behandeld worden kunnen blaas- en nierstenen gevormd worden (Reijners, M., 1993) en kan daardoor ook andere schade aan de nieren worden toegebracht (WHO, 1995).

MENSTRUATIEPROBLEMEN : dit probleem treft ook weer vooral geïnfibuleerde vrouwen en stelt zich het meest bij meisjes die nog maagd zijn (Denholm, N., 2004). Bij hen is de vaginaopening immers het kleinst, doordat ze nog geen gemeenschap gehad hebben.

De vaginaopening is meestal minuscule klein gelaten, waardoor het menstruele bloed niet kan wegvloeien (Reijners, M., 1993). Bloed kan zich ophopen in de vagina (haemocolpos) en kan heel lange pijnlijke menstruatieperiodes veroorzaken. Op die manier kunnen infecties veroorzaakt worden (Denholm, N., 2004). In sommige gevallen vult ook de baarmoeder zich op met oud menstratiebloed (Reijners, M., 1993). Dit kan leiden tot nog langere en meer pijnlijke periodes van menstruatie of tot amenorroe. In het laatste geval blijven de maandstonden uit en zwelt de onderbuik op. In eerste instantie zal de diagnose van een zwangerschap gesteld worden.

Dit is een grote schande voor het meisje en haar familie indien dit gebeurt voor het meisje gehuwd is (Reijners, M., 1993). Soms wordt het meisje daarom zelfs verstoten of gedood, om de eer van de familie enigszins terug te winnen (Reijners, M., 1993) (WHO, 1995). Dit zijn in ieder geval ernstige sociale consequenties veroorzaakt door een misverstand (Reijners, M., 1993).

Door hun cultuur zijn meisjes en vrouwen vaak te beschaamd om met zulke problemen naar de dokter te stappen, laat staan om vaginale onderzoeken te ondergaan.

Het beste wat men tegen menstruatieproblemen kan doen, is de vaginaopening vergroten door deïnfibulatie. Iets minder effectief is het nemen van de orale anticonceptiepil, zodanig dat de hoeveelheid menstratiebloed verminderd wordt. Maar vaak worden deze mogelijkheden geweigerd, omdat ze niet cultureel aanvaard zijn en de meisjes daardoor als promiscu kunnen beschouwd worden en bijna geen kans meer op een huwelijk hebben (Denholm, N., 2004).

CYSTEN : structuren van de opperhuid (zoals bijvoorbeeld talgklieren en haarzakjes) kunnen zich in het wondgebied bevinden. Doordat hun afscheidingen niet meer weg kunnen, worden ze opgehoopt. Na verloop van meerdere jaren kunnen ze vrij grote afmetingen aannemen. De vaginaopening kan zo onbereikbaar gemaakt worden (Reijners, M., 1993). De cysten worden best helemaal verwijderd, als er resten zijn overgebleven kunnen deze weer gaan groeien. Bovendien is er risico op infectie, omdat de cyste verbonden kan zijn met de huid of omdat in de inhoud van de cysten bacteriën kunnen broeden. De cysten variëren in grootte, zijn pijnlijk en kunnen penetratie verhinderen (Denholm, N., 2004).

VERLITTEKENING VAN DE VULVA : na een infectie kan het litteken van de vagina verhard en samentrekken, zodanig dat het pijnlijk wordt om te zitten en stappen (Reijners, M., 1993). Bovendien kan het littekenweefsel van de wondranden op de vagina woekeren, zodanig dat stappen gehinderd wordt (Smith, J. & van der Weide, H., 1992).

KELOÏDE LITTEKENS : keloïde littekens zijn littekens die over de grenzen van de verwondingen heengroeien. Dit kan veroorzaakt worden door een trage en onvolledige genezing van de wonde. Het litteken kan zelfs de vaginale opening blokkeren, zodat penetratie heel moeilijk, zometertijd onmogelijk wordt (Denholm, N., 2004).

CHRONISCHE INFECTIES : zoals eerder al vermeld kunnen infecties aan de blaas en vagina voorkomen. Zeker in het geval van een infibulatie, waar door de te kleine vaginaopening urine en menstratiebloed zich kunnen ophopen.

Dit kan blaasontstekingen, ontstekingen aan de hogere urinewegen en aan de inwendige geslachtsorganen veroorzaken. Door de opstijging van de bacteriën kunnen ook de eileiders, eierstokken en de baarmoeder (ook wel gekend onder "Pelvic inflammatory disease - PID") geïnfecteerd worden (Smith, J. & van der Weide, H., 1992).

ONVRUCHTBAARHEID : dit kan veroorzaakt worden door chronische (PID)infecties aan de voortplantingsorganen, waardoor onherstelbare schade aan deze organen wordt toegebracht (Denholm, N., 2004).

NEURINOOM : een neurinoom (dit is een goedaardig gezwell uitgaande van de zenuw) kan ontstaan wanneer de dorsale zenuw van de clitoris doorgesneden is of een zenuw die vastzit in littekenweefsel. Het omliggende weefsel wordt hypersensitief en heel erg pijnlijk (Denholm, N., 2004). De hele genitale streek is dan permanent ondraaglijk gevoelig voor aanraking (Smith, J. & van der Weide, H. 1992) (Dorkenoo, E. & Elworthy, S. 1980).

FISTELS : er zijn verschillende soorten fistels. Een vesico-vaginale fistel is een opening die gecreëerd wordt tussen de blaas en de vagina. Een recto-vaginale fistel daarentegen is een opening die ontstaat tussen het rectum en de vagina. Fistels worden veroorzaakt door verwondingen tijdens de mutilatie, defibulatie, reïnfibulatie, seksuele gemeenschap of tijdens een moeizame bevalling (WHO, 1995) (Denholm, N., 2004).

ABCESSEN : abscessen worden veroorzaakt door een onderliggende infectie, veroorzaakt door een wonde die niet goed geneest. Dit kan bijvoorbeeld door een achtergebleven draadje (of iets anders dat gebruikt wordt om de wonde te dichten) (WHO, 1995).

VORMING VAN VAGINASTENEN : stenen kunnen gevormd worden door opgehoopt menstrueel bloed of urine dat is achtergebleven in de vagina.

COMPLICATIES BIJ DE BEVALLING : ook bij de bevalling kunnen er complicaties rijzen, die zelfs zeer ernstig kunnen zijn en kunnen leiden tot de dood van zowel het kind als de moeder (Toubia, N., 1999). In het Westen is de kans op sterfte van de moeder door de zwangerschap of door de bevalling minimaal, maar in ontwikkelingslanden is de kans dat er iets misloopt tijdens de bevalling groter, omwille van allerlei redenen (infecties en verbloedingen, zwangerschapsstuipen en baarmoederscheuren) (Reijners, M., 1993).

Welke de rol is van de besnijdenis in de landen waar dit voorkomt, is niet erg duidelijk en juiste cijfers ontbreken (Reijners, M., 1993).

Volgens Reijners worden de risico's van een zwangerschap en bevalling bij besneden vrouwen overschat, vooral wat betreft fistelvorming (Reijners, M., 1993). Indien er een goede opvang van de zwangere vrouw voorzien is, treden er niet meer ernstige complicaties op dan bij niet-besneden vrouwen (Reijners, M., 1993). Vrouwen met type 1 of 2 zonder bijkomende complicaties verschillen in ieder geval niet van een niet besneden zwangere vrouw (Toubia, N., 1999). Men kan deze vrouwen dus geruststellen, zij hebben geen hogere risico's op bepaalde complicaties. Men kan van de gelegenheid wel gebruik maken om te polsen naar de tevredenheid met de seksuele relatie en haar laten weten dat er steeds counseling mogelijk is daaromtrent (Toubia, N., 1999).

Bij zwangere vrouwen die geïnfibuleerd zijn (type drie), is het niet zo simpel. De vaginale opening is te klein om een hoofdje van een baby te laten passeren en dus moet er een defibulatie van de vagina gebeuren. Belangrijk hierbij is dat men extra voorzichtig moet zijn, het is immers niet de bedoeling dat de vrouw denkt dat er haar opnieuw iets akeligs wordt aangedaan.

In de literatuur lijkt men het niet eens te zijn over het juiste tijdstip voor een defibulatie. Enerzijds spreekt men over het tweede trimester van de zwangerschap als het meest geschikte tijdstip, om infecties en overvloedige bloedingen tijdens de bevalling zelf te voorkomen (Toubia, N., 1999) (Lightfoot-Klein, H. & Shaw, E., 1991). De ingreep zal dan plaatshebben onder lokale verdoving (Toubia, N., 1999). Anderzijds wordt gezegd dat het uitgelezen tijdstip voor een defibulatie de bevalling zelf is, omwille van praktische maar ook emotionele redenen (Meijers, M., 1993). Volgens Reijners zouden er onaangename herinneringen aan de besnijdenis zelf kunnen opgeroepen worden door de defibulatie reeds voor de bevalling te laten uitvoeren, terwijl er makkelijk tijdens de bevalling zelf een extra 'knipje' kan worden gegeven, eventueel samen met het normale 'knipje' (Reijners, M., 1993). Eens een geïnfibuleerde vrouw succesvol gedefibuleerd werd, kan de rest van de zwangerschap normaal verlopen.

Indien er geen defibulatie wordt uitgevoerd, wordt de bevalling (vooral de tweede fase) langer omdat de vagina veel van haar elasticiteit kwijt is (Dorkenoo, E. & Elworthy, S., 1980).

Het hoofd van de baby wordt dan door het perineum geduwd, omdat dit elastischer is dan het litteken van de infibulatie. Zo is er onnodig veel bloedverlies en is de kans op scheuren groot (Dorkenoo, E. & Elworthy, S., 1980).

Door de lange arbeid kan de baby hersenschade oplopen of zelfs intra-uterien overlijden (Dorkenoo, E. & Elworthy, S., 1980).

Een volgend aandachtspunt betreft de re-infibulatie (Toubia, N., 1999). Wil de vrouw dat de vagina opnieuw dichtgenaaid wordt en dat de vagina wordt hersteld in dezelfde staat als ze was voor de re-infibulatie?

Of moet de vagina in een zo normaal mogelijke toestand hersteld worden? Dit kan het best allemaal voor de bevalling besproken worden en indien mogelijk in aanwezigheid van de echtgenoot of partner van de besneden vrouw (Reijners, M., 1993). Het probleem is dat een re-infibulatie vaak morele problemen oproept bij de arts. Reijners stelt dan ook voor dat indien men een re-infibulatie wenst, de arts dan kan meedelen dat hij of zij daar onmogelijk aan kan en wil meewerken (Reijners, M., 1993). Het is en blijft een moeilijk dilemma voor een arts, omdat de mogelijkheid bestaat dat men ervoor kiest in minder veilige omstandigheden (bijvoorbeeld thuis) te bevallen, zodanig dat achteraf een re-infibulatie mogelijk is. In ieder geval moet het gesprek niet uit de weg gegaan worden, het is waarschijnlijk één van de weinige kansen die een man heeft om bij zulke vrouwenzaken betrokken te worden. Het is verder ook de uitgesproken gelegenheid om hen de risico's en complicaties van een besnijdenis uit te leggen (Reijners, M., 1993). Wie weet kan men daarmee een dochter van een besnijdenis redden.

Veel vrouwen wensen een re-infibulatie omdat ze denken dat dit het plezier van de man verhoogt tijdens de seksuele gemeenschap (Lightfoot-Klein, H. & Shaw, E., 1991). Dit is echter niet het geval (Bartels, E., 1987). Vaak blijkt de echtgenoot niet akkoord te zijn met de herfibulatie, maar in sommige gevallen doet zijn mening er weinig toe en wordt een hoger belang gehecht aan de waarde van de traditie. Het stereotiepe beeld van de man die wil dat zijn vrouw opnieuw geïnfibuleerd wordt, is dan belangrijker dan wat hun echtgenoot er echt van vindt (Bartels, E., 1987).

Blijkt trouwens dat re-infibulatie nog niet zo lang voorkomt, in Soedan wordt ze vooral toegepast door jongere geschoolde vrouwen. Een categorie van wie men net het meest verwachtte in de strijd tegen deze praktijken (Bartels, E., 1987). Oudere vrouwen ondergingen geen herfibulatie en kennen het gebruik soms zelfs niet, wat inderdaad wijst op een vrij recente opkomst van deze praktijk (Bartels, E., 1987).

Wat indien de vrouw met type 1 of 2 besnijdenis lokale complicaties (vb. abscessen, keloïde littekens, etc.) kent? Indien deze een obstructie vormen voor de vaginaopening, kan het nodig zijn om deze eerst chirurgisch te verwijderen.

Ook infecties en cysten moeten eerst behandelend worden (Toubia, N., 1999). In het algemeen geldt, volgens Toubia, hoe vroeger de complicaties worden behandeld hoe beter, en hoe minder men kans heeft om de veiligheid van de zwangerschap en de bevalling in het gedrang te brengen (Toubia, N., 1999).

Besneden vrouwen hebben niet meer kans op een keizersnede dan niet besneden vrouwen (Reijners, M., 1993). Tenzij dit door de arts of de vrouw verzocht wordt, omdat men bang is het kind via de natuurlijke weg te laten geboren worden enkel en alleen omdat men besneden is en defibulatie wil vermijden (Toubia, N., 1999). Dit wordt in de literatuur heel stellig afgeraden (Toubia, N., 1999).

1.8.2.2. Psychische gevolgen.

Zoals eerder al vermeld werd, is er heel weinig wetenschappelijke kennis over de psychische gevolgen maar ook over de seksuele gevolgen van de ingreep (Toubia, N., 1994).

Voor kinderen is het heel belangrijk dat ze de familie kunnen plezieren, dat ze aan sociale status winnen en dat ze kunnen doen wat hun "peers" ook doen. Maar tegelijkertijd hebben ze ook negatieve gevoelens omtrent de ingreep : angst vooraf en een eventueel opgelopen trauma achteraf (Toubia, N., 1994). Meestal worden de meisjes niet voorbereid op de ingreep en worden ze letterlijk vastgegrepen (Smith, J. & van der Weide, H., 1992). Men kan zich vernederd voelen en verraden door de ouders, meer bepaald door de moeder (Dorkenoo, E., 1980). Wanneer er zich later ernstige complicaties voordoen kan dit ervoor zorgen dat de negatieve gevoelens versterkt worden, zodanig dat deze belangrijker kunnen worden dan de sociale voordelen van de ingreep. Zo zou zelfs een psychologisch trauma kunnen ontstaan (Toubia, N., 1994).

Bijna alle vrouwen ervaren de ingreep trouwens als een traumatische ervaring, onder andere vanwege de pijn, de onverwachtheid, de ervaringen korte tijd nadien, de problemen met urineren en ontlasten, de verbijstering door het grove geweld (Smith, J. & van der Weide, H., 1992).

Maar na de ingreep kan er ook een feest gegeven worden, zodanig dat het ook mogelijk is dat deze wordt geassocieerd met speciale kledij, lekker eten, trotse gevoelens. Tenslotte kan men zich na de ingreep "rein" voelen, zoals iedere andere vrouw die men kent, men kan zich ook trots voelen omdat men de ingreep heeft ondergaan zonder te veel geschreeuw en gespartel (Dorkenoo, E., 1980).

Inderdaad, als er vanuit de gemeenschap genoeg druk wordt uitgeoefend op kinderen om hun genitaliën in natuurlijke staat als onrein, gevaarlijk of als een bron van onvermijdelijk promiscue gedrag te beschouwen, kunnen meisjes zich opgelucht voelen als de ingreep voorbij is en ze zoals alle andere vrouwen in hun gemeenschap zijn (Dorkenoo, E., 1980).

Nog opmerkelijker is dit verhaal dat in de literatuur beschreven staat : een meisje dat niet besneden was, schaamde zich daar zo over dat zij zichzelf probeerde te besnijden met een mes. Nadat ze daardoor officieel als besneden verklaard werd, voelde ze zich trots (Keizer, C., 2003).

De identiteit die men door de besnijdenis verwerft is blijkbaar heel erg belangrijk om een plaats binnen de samenleving te verwerven (Keizer, C., 2003). Dit ritueel benadrukt namelijk de eer en de waardigheid van een vrouw. Men heeft zichzelf geschikt gemaakt voor het huwelijk, en de vrouw is aanvaardbaar voor de samenleving omdat zij volgens de tradities leeft (Amnesty International, 2004).

Sommige experts zeggen dat de shock en het trauma van de ingreep bijgedragen hebben tot “kalmer” en “volgzamer” gedrag. Dit gedrag wordt als positief beschouwd in samenlevingen waar vrouwenbesnijdenis beoefend wordt, en wordt zelfs geëist van de vrouwen daar (Amnesty International, 2004).

In de literatuur werd er een “*genitally focused anxiety-depression*” ter sprake gebracht (Toubia, N., 1994). Dit syndroom zou gekarakteriseerd worden door constante twijfel over de staat van de eigen genitaliën, dysmenorree (heel erg pijnlijke menstruaties) en angst voor onvruchtbaarheid (Toubia, N., 1994). Infibulatie zou op lange termijn depressie, angst, frigiditeit en zelfs psychoses kunnen veroorzaken (Keizer, C., 2003).

Bovendien zouden “geëmancipeerde” vrouwen zich zwaar vernederd voelen door de ingreep, besnijdenis is namelijk het uiterlijke teken van de inferioriteit van de Afrikaanse vrouw (Dolle Mina, 1978).

1.8.2.3. Seksuele gevolgen.

De gevolgen van vrouwenbesnijdenis voor de seksualiteit zijn niet zo makkelijk op te sommen. Vooreerst zijn er verschillende types vrouwenbesnijdenis en verschillende factoren die rechtstreeks verband houden met de ingreep. De gevolgen variëren dan ook afhankelijk van het type verminking dat men onderging en ook afhankelijk van de hoeveelheid weefsel dat verwijderd werd. Vervolgens is de mate en de wijze van littekenvorming belangrijk. Hoe de ingreep beleefd werd is ook van belang. Tenslotte spelen ook nog culturele en seksuele verwachtingen mee (Denholm, N., 2004).

Ten tweede is het ook belangrijk te weten dat de manier waarop de partner met de besnijdenis van de vrouw omgaat, een rol speelt in het beeld dat de vrouw van haar lichaam en van haar seksualiteit heeft (Toubia, N., 1999). Ter illustratie geef ik hier twee hypothetische situaties aan.

In de eerste hypothetische situatie gaat het over een vrouw die een zeer attente partner heeft. Op het vlak van seksualiteit hecht hij veel belang aan zijn vrouw en hij neemt zijn tijd, zodanig dat zij ook van seks zou kunnen genieten. In de tweede situatie gaat het over een vrouw met een man die wat seks betreft niet veel aandacht schenkt aan haar. Hij verwijt haar zelfs dat ze besneden is en de nadelige invloed die dit heeft op hun seksleven. Hij wijst haar als persoon om deze reden zelfs af.

Het is heel erg waarschijnlijk dat de vrouw uit de eerste hypothetische situatie een heel ander beeld over haar lichaam en over seksualiteit zal hebben, dan de vrouw uit de tweede situatie. Bovendien zullen zij ook op een andere manier omgaan met hun "besneden-zijn" (Toubia, N., 1999).

Hoe vroeger een vrouw besneden wordt, hoe groter de schade waarschijnlijk zal zijn, omdat masturbatie tijdens de kindertijd en de puberteit ervoor zorgt dat men zich bewust wordt van de seksualiteit en ook van de functies van de geslachtsorganen (Dorkenoo, E., 1994).

Vervolgens zijn er buiten het seksuele, ook emotionele, sensuele, psychologische en sociale aspecten in een relatie. Men kan een emotioneel bevredigende relatie hebben, zelfs als het seksuele aspect in deze relatie niet steeds een succes is volgens de bestaande normen (Toubia, N., 1999).

Met de juiste partner, en indien nodig de juiste therapeutische begeleiding, kunnen de meeste koppels leren om een bevredigend seksueel leven te hebben (Toubia, N., 1999).

De veronderstelling dat besneden vrouwen (onafhankelijk van welk type ze ondergaan hebben) geen bevredigende seksuele en emotionele relatie kunnen hebben, is fout. Men geeft hiervoor verschillende redenen (Toubia, N., 1999). Ten eerste zouden er wetenschappelijke gegevens bestaan die bevestigen dat een aantal vrouwen die volgens type 1 en 2, maar ook vrouwen die volgens type 3 besneden werden, op een moment in hun leven een orgasme ervoeren (Toubia, N., 1999). Ze erkenden ook dat ze niet steeds een seksueel bevredigende relatie hebben en dat het de kwaliteit en de aard van de relatie en daarbovenop ook de attentheid van de partner was die het verschil maakt (Toubia, N., 1999) tussen een al dan niet bevredigende relatie.

1.8.2.3.1. De eerste seksuele gemeenschap.

De eerste keer dat er seksuele gemeenschap plaatsvindt is voor geïnfibuleerde vrouwen vaak een traumatische ervaring (Denholm, N., 2004). Het openmaken van de vagina van de vrouw kan enkele dagen tot zelfs maanden duren (Smith, J. & van der Weide, H., 1992). Het openen van de vagina kan gebeuren tijdens de eerste huwelijksnacht door de man zelf met behulp van zijn vingers, een scheermesje, een mes, schaar of gewoon aan de hand van zijn penis (Dorkenoo, E., 1994).

Volgende casus uit de literatuur illustreert de moeilijkheden die daarmee gepaard kunnen gaan (Dorkenoo, E., 1994). Hier volgt een getuigenis van een Soedanese man over de eerste seksuele ervaring met zijn nieuwe bruid.

“ The first experiences were very painful for her. For a long time we could not enjoy sex together, because it was a unilateral thing. It was I who had the orgasm.

She had only fear and pain. I had some experience, and knew either I would ruin the whole relationship, or with gentleness and patience I would eventually solve the problem. I loved her very much, and for a long time, for several months, we both tried very hard to make it work. It was a nightmare. Of course I wanted sex. Every time I approached her sexually, she bled. The wound I had caused was never able to heal. I felt horribly guilty. The whole thing was so abnormal.

The thought that I was hurting someone I loved so dearly troubled me greatly. I felt like an animal. It is an experience that I would rather not remember. It was bad for both of us. It was not until after our first child was born that she could have relations without pain, and then she was able to enjoy sex for the first time. The child was born in England, and she was not resutured. I don't think I would permit that to be done to her again. Things are very good the way they are now, and we both enjoy sex together very much, now that nobody is suffering any pain.” (Dorkenoo, E., 1994, p 23).

Daarnaast kan het openen van de vagina ook gebeuren door een traditionele vroedvrouw, ofwel voor de huwelijksnacht ofwel nadien als het openen van de vagina niet gelukt is door de man (Denholm, N., 2004). Er wordt aangeraden van onmiddellijk na het openen van het litteken met behulp van een scheermesje, mes of een schaar, gemeenschap met penetratie te hebben om te vermijden dat de wonde terug aan elkaar dichtgroeit (Denholm, N., 2004).

Vaak zijn het vrouwen uit iets hogere klassen die zich laten deïnfibuleren in een ziekenhuis en heeft de meerderheid van de vrouwen daar geen toegang toe (Dorkenoo, E., 1994).

1.8.2.3.2. Onderzoek van Schultz en Van de Wiel.

Omdat er tot nu toe weinig onderzoek gebeurde naar de seksualiteitsbeleving van besneden vrouwen, vind ik het belangrijk om naar een vergelijkbaar onderzoek bij niet besneden vrouwen te kijken. Reijners (Reijners, M., 1993) haalt een onderzoek aan dat gebeurde in Groningen door een gynaecoloog en een psycholoog. Zij bestudeerden jarenlang de gevolgen op de seksualiteit van een noodzakelijke mutilerende operatie wegens kanker aan de schaamlippen bij gehuwde vrouwen. Daaruit blijkt dat het seksueel functioneren na een mutilerende operatie niet ophoudt, zoals verondersteld werd in eerdere literatuur, ondanks de fysieke schade en de gestoorde genitale gevoelens tijdens opwinding en orgasme (Reijners, M., 1993). Verder vertelt dit onderzoek ons iets over de motivatie om tot seksuele interactie over te gaan.

Deze motieven zijn niet beperkt tot het ervaren van seksuele opwinding. Voor veel vrouwen uit dit onderzoek (en waarschijnlijk ook voor veel 'normale' vrouwen) is een seksuele situatie in de eerste plaats een sociale situatie.

Daarin zijn gevoelens van intimiteit en verbondenheid belangrijker dan seksuele opwinding (Reijners, M., 1993). Belangrijk hierbij is dat het kunnen ervaren van intieme gevoelens onafhankelijk is van de fysieke capaciteit.

Met andere woorden : uit dit onderzoek is gebleken dat psychische en sociale aspecten belangrijker zijn voor de seksuele beleving van de vrouw die een mutilerende operatie onderging dan zuiver lichamelijke aspecten (Reijners, M., 1993).

Wat kan men daar nu uit afleiden omtrent seksualiteit van besneden vrouwen? Deze gegevens kunnen en mogen ook niet zomaar toegepast worden op deze populatie. Een belangrijk verschil is dat de besnijdenis plaatsvindt voor het eerste seksuele contact en waarschijnlijk is er dus vanaf de seksuele gemeenschap pijn bij betrokken voor de vrouw (Reijners, M., 1993). Maar een besneden vrouw heeft nooit anders geweten.

Ondanks de verschillen zijn er ook raakpunten te vinden, zoals onder andere het feit dat vrouwen zonder clitoris blijkbaar wel degelijk een orgasme kunnen ervaren, ongeacht de manier waarop men die clitoris verloren is (door middel van een besnijdenis of een operatie ten gevolge van kanker). Daarnaast blijkt uit een Nigeriaans onderzoek (Megafu in Reijners, M., 1993) met 500 volwassen vrouwen dat de frequentie van gemeenschap niet relevant zou verschillen bij besneden vrouwen en onbesneden vrouwen. Ook het al dan niet kunnen beleven van een orgasme bij de vrouw zou daar geen significante invloed op hebben (Reijners, M., 1993).

Toch voelen zowel vrouwen uit het onderzoek te Groningen als besneden vrouwen zich beschadigd en niet meer volledig vrouw en kan men bovendien ook seks als iets geforceerds ervaren (Reijners, M., 1993).

1.8.2.3.3. Orgasme.

Het blijft moeilijk om iets over dit onderwerp te zeggen, gezien het gebrek aan studies hieromtrent (Toubia, N., 1999). Bovendien blijven er ondanks de studies die wel aanwezig zijn nog grote onduidelijkheden over. Vooral met betrekking tot de vraag of besneden vrouwen al dan niet een orgasme kunnen krijgen. Sommigen beweren dat besneden vrouwen absoluut geen clitoraal orgasme meer kunnen ervaren, indien er een clitoridectomie of infibulatie werd uitgevoerd en noemen dit “een afschuwelijke aantasting van haar leven” (Dolle Mina, 1978).

De clitoris bestaat uit zwelweefsel, omgeven door bindweefsel met spiervezels en elastische vezels (Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P., 2004).

De clitoris bestaat uit verschillende delen, namelijk de top (of de glans) en de schacht (of corpus) met de zwellichamen (corpus cavernosa of ook crura, “benen”) (Ijff, M., 2006).

De top van de clitoris is voorzien van vele zenuwuiteinden en is daardoor zeer gevoelig voor prikkeling (Ijff, M., 2006). De top van de clitoris is een erogene zone, vergelijkbaar met de eikel van de penis bij de man.

Bij beide geslachten kan directe of indirecte stimulatie van de top van het geslachtsorgaan een orgasme opwekken, dat ook gevoeld kan worden in andere lichaamsdelen (Dorkenoo, E., 1994). Als de clitoris gereduceerd wordt tot een gebied van littekenweefsel, is het heel waarschijnlijk dat er geen orgasme meer opgewekt kan worden (Smith, J., van der Weide, H., 1992). Verminkingen die inhouden dat een deel of de volledige clitoris wordt weggenomen of beschadigd, brengen schade toe aan de zenuwen die verantwoordelijk zijn voor een clitorale erectie (Denholm, N., 2004). Indien er toch nog een erectie van een gedeeltelijk verminkte clitoris kan plaatsvinden, kan die zelfs pijnlijk zijn (Denholm, N., 2004).

Het komt waarschijnlijk vaak voor dat besneden vrouwen geen orgasme kunnen ervaren (Denholm, N., 2004), maar in de bestaande literatuur is men het daar niet helemaal over eens. Zo haalt Denholm (Denholm, N., 2004) een onderzoek aan uit 1979 waar 4024 besneden vrouwen in Soedan bevestigd werden. Uit deze studie bleek dat 80% van de geïnfibuleerde vrouwen rapporteerden dat ze nooit een orgasme hadden beleefd. Sommige vrouwen weten zelfs niet van het bestaan van een orgasme af (Denholm, N., 2004). Andere vrouwen kennen het wel en menen dat de mogelijkheid om een orgasme te krijgen niet teniet wordt gedaan door de ingreep (Smith, J., van der Weide, H., 1992). Andere studies voegen daar nog aan toe dat veel besneden vrouwen frustraties ervaren met betrekking tot hun seksualiteit en frigide kunnen zijn (Denholm, N., 2004). Frigiditeit kan ook een gevolg zijn van een slechte relatie tussen man en vrouw.

Dit kan hier ook een aanzienlijke rol in spelen, gezien het feit dat economisch geregelde huwelijken nog steeds vaak voorkomen in deze populatie (Smith, J., van der Weide, H., 1992). Liefde speelt immers geen belangrijke rol in deze gearrangeerde huwelijken.

Daarnaast moet men er ook rekening mee houden dat men voor de seksuele gemeenschap reeds gaat anticiperen op de pijn die waarschijnlijk zal komen (Smith, J., van der Weide, H., 1992).

1.8.2.3.4. Dyspareunie en vaginisme.

Vaak heeft een besneden vrouw, en dit is vooral het geval bij infibulatie, pijn tijdens de seksuele betrekkingen (Denholm, N., 2004). Dit kan veroorzaakt worden door verschillende complicaties. Een eerste betreft het feit dat de opening van de vagina te klein en te smal is om de penis toe te laten makkelijk te penetreren.

Daarnaast kan het ook zijn er keloïde littekenvorming bestaat, die ervoor zorgt dat het litteken over de grenzen van de wonden heen groeit. De hele zone van de vagina kan ook hypersensitief zijn. Er kunnen zoals eerder vermeld ook cysten voorkomen.

Een vrouw kan niet vochtig genoeg worden, door afwezigheid van psychologische opwinding, bijvoorbeeld omdat de vrouw seks associeert met pijn en angst (Denholm, N., 2004). Sommige van deze complicaties worden het best medisch aangepakt. Soms kunnen echter enkel de symptomen wat verlicht worden (Denholm, N., 2004). Soms rapporteren vrouwen dat ze veel minder, of zelfs geen pijn meer hebben bij seksuele betrekkingen na de geboorte van een kind langs de vaginale weg (Denholm, N., 2004). Dit bleek in de voorgaande casus ook al het geval te zijn : de vrouw kon pas genieten van seks na de geboorte van haar eerste kind (Dorkenoo, E., 1994).

Vaginisme komt soms ook voor bij deze vrouwen. Het kan dan veroorzaakt zijn door het trauma van de ingreep in de kindertijd, de angst en de pijn die geassocieerd worden met seks. Indien al meerdere keren tevergeefs werd gepoogd te penetreren, kan de vrouw zich op voorhand al zorgen maken, waardoor een vaginistische reactie opgewekt kan worden (Denholm, N., 2004). Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de volgende casus (Dorkenoo, E., 1994, p 24). *“I was infibulated when I was nine years old. I have had four operations to open up the infibulation for sexual relations with my husband since I got married four years ago but all this has been unsuccessful. Each time my husband comes near me the place closes up. He cannot enter me. I have been through a lot of pain even to the point I wanted to commit suicide. My husband unfortunately emotionally abuses me. He says I am a useless woman. It hurts me so much. I cannot speak about this to my family or to any members of the community. This will bring shame on my family.*

I need to see a psychologist but if my family or the community finds out that I am seeing a psychologist, there will be gossip in the community and I will be dismissed as a mad person”.

Het is goed denkbaar dat er veel vrouwen in Afrika in stilte lijden. In de gemeenschappen is immers niets bekend over vaginisme. Het is dus meestal pas als vrouwen naar het Westen komen en over vaginisme horen, dat sommigen beseffen dat dit is wat zij ook hebben (Dorkenoo, E., 1994).

1.8.2.3.4. Onderzoek van Hanny Lightfoot-Klein.

Een belangrijke auteur met betrekking tot het thema van seksualiteit van besneden vrouwen is Hanny Lightfoot-Klein. Zij voerde in Soedan een vijfjarig onderzoek naar de seksualiteit van besneden vrouwen.

Daarvoor interviewde ze meer dan driehonderd Soedanese vrouwen en honderd Soedanese mannen. Wat de vrouwen betreft, kreeg de auteur aanvankelijk vaak sociaal wenselijke antwoorden op haar vragen. Aanvankelijk antwoordden veel vrouwen dat ze geen enkele seksuele verlangens of plezier beleefden (Lightfoot-Klein, H., 1989b).

Na overleg met enkele geschoolde Soedanese vrouwen besloot ze eerst te vragen of een vrouw de “smoke ceremony” gebruikt. Dit is een bepaalde ceremonie waarbij vrouwen zich rijkelijk met allerlei substanties insmeerden, om aan te geven dat ze zin hebben in seksuele gemeenschap. Elke Soedanese vrouw kent dan ook de betekenis van dit gebruik.

Eens de vrouwen snaptten dat de onderzoekster de betekenis van dit gebruik begreep, verliep de communicatie veel hartelijker. Bijna alle vrouwen gaven aan dit gebruik toe te passen. De besneden vrouwen geven aan dat hun seksuele verlangens onaangetast zijn en dat ze nog lust beleven. Dit is dus in tegenstelling tot wat als een belangrijk doel van de besnijdenis wordt ervaren, namelijk hun seksuele lustgevoelens te verminderen. De Soedanese cultuur eist van de vrouwen dat ze hun seksuele verlangens moeten verbergen: maar door verschillende sekssignalen (zoals onder andere the smoke ceremony) kunnen ze toch tegemoet komen aan de noden van hun eigen seksualiteit. Een vrouw die seksueel initiatief toont of zelfs maar laat blijken dat ze seksueel geïnteresseerd zou zijn, kan zwaar gestraft worden door de gemeenschap. Daarom dat de meeste vrouwen na de “smoke ceremony” doen alsof ze geen enkele interesse of plezier hebben. Ondanks het feit dat iedere man en vrouw de betekenis die aan deze ceremonie vasthangt wel kent moet de cultuur blijkbaar toch gerespecteerd worden. Dit is ook het geval tijdens de gemeenschap zelf.

Een Soedanese vrouw moet tijdens het vrijen onbeweeglijk stil blijven liggen. Een actieve rol wordt geassocieerd met een dier en is zelfs een reden voor de man om te scheiden.

De vrouw wordt dan immers beschouwd als losbandig, wulps en van lichte zeden. Als de vrouw een orgasme zou krijgen moet ze dit verbergen voor haar man. Als ze haar reacties op dat moment niet onder controle heeft, moet ze ontkennen dat die het gevolg waren van seksueel plezier.

Toch beweert negentig procent van de vrouwen in dit onderzoek dat ze reeds een orgasme beleefd hadden, variërend in frequentie van zelden tot altijd. Sommigen beweerden intense verlengde orgasmen te kunnen beleven, anderen zeiden dat hun orgasme weinig intens was en dat het heel moeilijk was om zover te kunnen komen. Maar vaak was het door de pijn dat men niet klaarkwam. Soms was anorgasmie waarschijnlijk het gevolg van een ongelukkig huwelijk. Onder de anorgasmische vrouwen bevonden zich onder andere geschoolde vrouwen van een hogere sociale klasse die zich bewust waren van het feit dat er ook onbesneden vrouwen in de wereld waren.

Zij waren boos over wat men hen had aangedaan. Ze vertelden ook dat ze ondanks de liefde die ze voelden voor hun echtgenoot ze niet in staat waren om hen, of eender welke andere man, seksueel te begeren.

Vaak gaven vrouwen ook aan bezorgd te zijn over het feit dat de behoeften van hun echtgenoten niet zouden vervuld zijn, omdat zij besneden zijn.

Sommige vrouwen voelden zich schuldig omdat ze niet beter seksueel konden functioneren. Lightfoot-Klein gaat ook uitvoerig in op redenen waarom in de literatuur nog zoveel onduidelijkheid is met betrekking tot de kwestie van een eventueel orgasme van besneden vrouwen.

Volgens haar moet men er rekening mee houden dat een vrouw niet makkelijk eerlijk zal antwoorden op vragen over seksualiteit, zeker niet als ze bevraagd wordt door een mannelijke interviewer. Ze zegt dat de verschillen in resultaten voor een deel voortspuiten uit verschillen in de interviewsituatie. Zo speelt het geslacht en de aanpak van de interviewer een rol en ook de gemakkelijkerheid waarin seksuele aspecten besproken konden worden, is een niet te onderschatten factor (Lightfoot-Klein, H., 1989b).

1.8.2.3.5. Hoe beleven mannen hun besneden vrouwen?

In het onderzoek van Lightfoot-Klein (Lightfoot-Klein, H., 1989a) kwamen ook Soedanese mannen uit de hogere klassen aan bod, die naast seksuele ervaringen met geïnfibuleerde vrouwen ook ervaringen hadden met westerse vrouwen (of gewoon met vrouwen die minder drastisch besneden waren). Zij zijn van mening dat Soedanese vrouwen veel verliezen door hun ingrijpende verminking. Ze zeggen dat een orgasme bij deze vrouwen, of tenminste hoe de man dit orgasme ervaart, minder intens en frequent is en dat het langer duurt om tot een orgasme te komen.

Dit laatste kan natuurlijk veroorzaakt zijn door het verlies aan zenuwen door de verminking. Maar men moet zich wel bewust zijn van het feit dat hun cultuur vereist dat vrouwen hun seksuele respons verbergen voor de mannen. De echtgenoot kan haar orgasme dan misschien wel detecteren, maar de enige die echt iets kan zeggen over de intensiteit van een orgasme blijft natuurlijk de vrouw zelf (Lightfoot-Klein, H., 1989b).

HOOFDSTUK 2 : DE JURIDISCHE SITUATIE IN BELGIË.

In België werd op 28 november 2000 een wet afgekondigd met betrekking tot de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen. Door deze wet werd er een nieuw artikel (409 Sw) in het strafwetboek opgenomen (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Het artikel 409 van het strafwetboek luidt als volgt : “ §1. *Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming, wordt gestraft met gevangenisstraf van drie jaar tot vijf jaar. De poging wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar.*

§2. Indien de verminking uitgevoerd wordt op een minderjarige of met een winstoogmerk, is de straf opsluiting van vijf jaar tot zeven jaar.

§3. Indien de verminking een ongeneeslijk lijkende ziekte of een blijvende arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt, is de straf opsluiting van vijf jaar tot tien jaar.

§4. Wanneer de verminking zonder het oogmerk om te doden, toch de dood ten gevolge heeft, is de straf opsluiting van tien jaar tot vijftien jaar.

§5. Is de in §1 bedoelde verminking op een minderjarige of een persoon die uit hoofde van zijn lichaams- of geestestoestand niet bij machte is om in zijn onderhoud te voorzien, uitgevoerd door zijn vader, moeder of andere bloedverwanten in de opgaande lijn, of door enig andere persoon die gezag heeft over de minderjarige of de onbekwame, of door een persoon die hen onder zijn bewaring heeft, of door een persoon die occasioneel of gewoonlijk samenwoont met het slachtoffer, dan wordt het minimum van de bij de §§1 tot 4 bepaalde straffen verdubbeld in geval van gevangenisstraf en met twee jaar verhoogd in geval van opsluiting.” (Art 409 Sw).

Dit artikel houdt de strafbaarstelling in van het uitvoeren, vergemakkelijken of bevorderen van een genitale verminking op minderjarige meisjes (art 409, §2 Sw). Dit zal worden bestraft met een opsluiting van vijf tot zeven jaar. Maar niet alleen het minderjarige meisje wordt beschermd door deze wet. Ook de volwassen vrouw is hiertegen beschermd, ongeacht of de betrokken vrouw haar toestemming heeft gegeven of niet (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Op het besnijden van een volwassen vrouw staat een gevangenisstraf van drie tot vijf jaar (art 409, §1 Sw).

Er zijn ook een aantal strafverzwarende elementen voorzien. Indien de verminking wordt uitgevoerd met een winstoogmerk is de strafopsluiting van vijf tot zeven jaar (art. 409, §2 Sw). Vervolgens wordt de straf opsluiting van tien tot vijftien jaar, indien het slachtoffer komt te overlijden (art 409, §4 Sw). Daarnaast wordt de straf verzwared tot opsluiting van vijf tot tien jaar indien er ten gevolge van de verminking een ongeneeslijke ziekte of blijvende arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld.

Tenslotte wordt het minimum van de straffen verdubbeld in geval van gevangenisstraf en met 2 jaar verhoogd ingeval van opsluiting, indien de uitvoerder een ouder, ascendent of een andere persoon is die gezag heeft over het slachtoffer, of door een persoon die er de bewaring over heeft of die occasioneel met het slachtoffer samenwoont (art 409 §5 Sw).

In de wet wordt er bewust geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van genitale verminking van vrouwen. De strafmaat is dus voor de verschillende vormen even hoog, al heeft de rechter natuurlijk een appreciatiemarge tussen de minimum- en maximumstraf voorzien in de wet (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Er werd bewust voor deze strategie gekozen omdat, indien de strafbare technieken heel uitvoerig zouden beschreven worden in de wet, de uitvoerders hier rekening mee zouden kunnen houden. Zo zou de toegepaste techniek misschien wat aangepast kunnen worden, zodat deze niet meer aan de beschrijving voldoet en het toepassen van de wet wordt bemoeilijkt (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

In de memorie van toelichting werd wel verduidelijkt dat het begrip “genitale verminking” geen betrekking heeft op bijvoorbeeld piercings en tatoeages (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Ook de jongensbesnijdenis valt niet onder de toepassing van deze wet, maar is wel strafbaar onder de noemer van slagen en verwondingen (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Meisjes- en vrouwenbesnijdenis was vroeger ook strafbaar onder de strafbepaling van slagen en verwondingen. Men koos ervoor om de genitale verminking van meisjes en vrouwen toch expliciet strafbaar te stellen, omwille van de belangrijke symbolische en levensbeschouwelijke dimensie die het heeft. Bovendien noopt een expliciete strafbaarstelling dan ook tot een vervolgingsbeleid (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Als doel van deze wet werd gesteld dat er zich hopelijk een mentaliteitswijziging voordoet bij de betrokken partijen, zodanig dat men van deze praktijk afziet. Tenslotte werd er met de expliciete strafbepaling ook een ondersteuning geboden aan het zuiden die daar specifieke wetgeving probeert door te voeren (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Een volgende reden waarom er een expliciete wet voorzien werd, is het feit dat men wilde dat de verjaringstermijn pas begint te lopen vanaf het moment van de meerderjarigheid (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Dit is niet het geval bij slagen en verwondingen, daar begint de verjaring reeds te lopen vanaf het ogenblik dat de feiten gepleegd werden.

Bovendien heeft men nog een tweede wijziging doorgevoerd. Wanneer het feit gecategoriseerd kan worden als een misdad dan bedraagt de verjaringstermijn normaal tien jaar. Maar vaak worden misdaden gecorrectionaliseerd tot een wanbedrijf en dan bedraagt de verjaringstermijn slechts vijf jaar.

De nieuwe wet wijzigt dit dus voor genitale verminkingen en een feit kan dus ten vroegste tien jaar na de meerderjarigheid van het slachtoffer verjaren (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Een volgende reden waarom er een nieuwe wet voorzien werd, is omdat men een uitzondering moest maken op het territorialiteitsprincipe. Normaal zijn Belgische strafwetten enkel van toepassing op feiten die gepleegd werden op Belgisch grondgebied. Men maakte hier een uitzondering op om meisjes die in België verblijven, maar die tijdens een vakantie naar het buitenland gestuurd worden met het oog op hun besnijdenis, ook juridisch te kunnen beschermen (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Zoals eerder al vermeld werd, werd ervoor geopteerd om jongensbesnijdenis niet onder de toepassing van deze wet te doen vallen. Men kan zich dan ook afvragen of er hier geen sprake is van geslachtsdiscriminatie. Waarom is meisjesbesnijdenis wel expliciet strafbaar gesteld en waarom valt jongensbesnijdenis onder het algemene misdrijf slagen en verwondingen? Het antwoord op deze vraag is niet zo eenvoudig. De toenmalige minister van justitie antwoordde dat het artikel werd ingevoerd omdat rituele verminkingen zich voornamelijk voordoen ten aanzien van personen van het vrouwelijke geslacht. Door de ingreep wordt elke genotsbeleving weggenomen en het draagt bovendien ook bij tot de onderdrukking van de vrouw (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001). Hij stelt bovendien ook dat er een algemene consensus bestaat over het feit dat jongensbesnijdenis niet verminkend is. Er wordt nochtans in de literatuur soms naar voren gebracht dat het seksuele genot bij jongens ook kan verminderen ten gevolge van de besnijdenis (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

Bovendien is het ook niet duidelijk of de sunnabesnijdenis, (waar de voorhuid of de top van de clitoris wordt verwijderd) die te vergelijken is met de jongensbesnijdenis, ook onder deze wet valt. Wanneer dit wel het geval is en de lichtste vorm van meisjesbesnijdenis ook als een verminking wordt beschouwd, zou men misschien wel kunnen spreken van discriminatie ten opzichte van de jongensbesnijdenis. Ten tijde van het wetsontwerp was het echter niet zeker of deze vorm ook wel strafbaar werd gesteld, omdat men het in de voorbereidende werken vooral heeft over 'excisie (clitoridectomie)' en 'infibulatie'. Veel hangt ook af van de interpretatie van de rechter (Meerschaut, K. & Backs, A., 2001).

HOOFDSTUK 3 : PROBLEEMSTELLING EN METHODEN.

3.1. Aanknopng met het huidig onderzoek :

In navolging van het reeds gevoerde onderzoek wilde ik de seksualiteit en seksualiteitsbeleving van besneden vrouwen die momenteel in België verblijven, proberen te onderzoeken. Kunnen besneden vrouwen genieten van seks?

In mijn onderzoek gaat het echter om migranten die in België komen wonen zijn. Willens of niet, deze vrouwen werden geconfronteerd met een samenleving die deze praktijk niet aanvaardt en ze zelfs verwerpt. Als controlegroep werden niet-besneden vrouwen uit België bevroegd.

De onderzoeksvraag van mijn onderzoek luidt als volgt :

“ In welke mate heeft de genitale verminking bij vrouwen een invloed op hun seksualiteit en beleving ervan?”

Deze invloed kan theoretisch zowel positief als negatief zijn. Maar uit de vele literatuur (Amnesty International, 2004) blijkt duidelijk dat genitale verminking bij vrouwen verschillende nefaste gevolgen heeft op verschillende domeinen. Daarom verwacht ik ook dat de besnijdenis een negatieve invloed zal hebben op het vlak van de seksualiteit en de beleving.

3.3. Doel van dit onderzoek :

Het doel van dit onderzoek was meer inzicht verwerven over de invloed van de genitale verminking bij vrouwen. Specifieker wil ik de invloed van de besnijdenis op de seksualiteit en de beleving ervan onderzoeken.

3.4. Methode - Respondenten

3.4.1. GAMS :

De respondenten werden, gezien de onderzoeksvraag, beperkt tot vrouwen. Deze vrouwen zijn van een Afrikaanse origine, maar wonen nu in België. Ik vond de respondenten via het centrum GAMS. België. GAMS staat voor Groepering van mannen en vrouwen voor de Afschaffing van Seksuele Verminkingen van Vrouwen (www.gams.be).

Het is een vereniging die bestaat uit Afrikaanse en Europese mannen en vrouwen met ervaring op het vlak van gezondheid, sociaal milieu, opvoeding, communicatie, talen en met een grote ervaring inzake preventie. Ze hebben twee doelgroepen. Enerzijds helpt GAMS vrouwen met administratieve problemen, meestal hebben deze betrekking op een asielaanvraag. De meeste vrouwen onder hen zijn afhankelijk van de hulpverlening en moeten zichzelf en hun gezin kunnen onderhouden. Daarom hebben ze professionele begeleiding nodig die hen helpt een weg te vinden in de administratieve molen.

GAMS organiseert ook franse lessen, zowel voor mannen als vrouwen. Het is de bedoeling om door deze lessen het vertrouwen te winnen van de leerlingen, zodanig dat de mogelijkheid gecreëerd wordt om over meer intieme, vertrouwelijke zaken te spreken. Het is belangrijk om over meer intieme, vertrouwelijke zaken te spreken. Het is belangrijk om ook met mannen over vrouwenbesnijdenis te spreken, zodanig dat zij ook begrijpen wat het inhoudt en wat de gevolgen kunnen zijn.

Daarnaast biedt men ook informatie en documentatie aan. Zo bijvoorbeeld aan mensen die door hun beroep in contact komen met besneden vrouwen enerzijds, en anderzijds worden ook studenten geholpen.

Enerzijds vond ik de respondenten zelf via GAMS, anderzijds heb ik hulp gezocht bij een Afrikaans studente waarmee ik in contact kwam via GAMS. Zij zocht voor mij nog een aantal respondenten en liet deze respondenten vragenlijsten invullen. Zij deden dit echter op hun eentje. Ik koos ervoor om me te laten helpen, omdat ik zelf als blanke heel weinig vooruitgang boekte.

3.4.2. Moeilijkheden met de specifieke doelgroep :

Het zoeken naar respondenten die bereid waren om mijn vragenlijst in te vullen, liep niet van een leien dakje. Integendeel zelfs. Meestal spraken deze vrouwen wel de franse taal, maar vaak kon men deze taal niet schrijven of lezen. Om dit te verhelpen, werd besloten dat ik de vragenlijst volledig zou voorlezen, dit vraag per vraag. Deze methode heeft als voordeel dat ik kon ingrijpen als ik voelde dat de vragen niet begrepen werden. Dit zou niet kunnen gebeuren indien men de vragenlijst op zijn eentje invult. Zo was er een vrouw waarvan ik vermoedde dat ze het begrip “orgasme” niet begreep. Ik vroeg haar of dat het geval was, en heb haar dit begrip dan proberen uit te leggen. Naderhand had ik echter het gevoel dat ze nog steeds tegenstrijdige antwoorden gaf, alsof ze nog niet wist wat een orgasme was. Ik vroeg haar nogmaals of ze het begrip orgasme wel begreep, maar ze antwoordde hier bevestigend op.

Ik besloot niet verder aan te dringen, omdat ik haar niet in verlegenheid wou brengen. Maar met de bespreking van de resultaten zal ik hier uiteraard rekening mee moeten houden.

Dat ik de vragenlijst voor de respondenten invul, heeft als nadeel dat er waarschijnlijk wel rekening mee moet gehouden worden dat men sociaal wenselijk antwoord.

Seksualiteit is sowieso al een heel gevoelig onderwerp, zelfs bij Belgen. Deze vrouwen zijn van Afrikaanse origine en in deze cultuur is seksualiteit nog een veel groter taboe dan in de onze. Eén vrouw wees me daar ook op, terwijl we de vragenlijst aan het invullen waren. Ze zei dat Afrikaanse vrouwen onder elkaar nog niet eens over seksualiteit praten.

Ze vond het gênant om de vragen over seksualiteit met mij te bespreken, maar toch wilde ze doorgaan met de vragenlijst.

Het is dus duidelijk dat vrouwen niet graag over dit onderwerp praten, zelfs niet als je ze verzekert dat deelnemen aan het onderzoek volledig anoniem is.

Ik garandeerde de respondenten dit door te wijzen op het feit dat er nergens een naam, adres of telefoonnummer ingevuld moest worden. Ik vond het belangrijk dit mee te delen gezien de specifieke doelgroep die GAMS België aantrekt. Meestal gaat het immers om vrouwen waarvan het asiel nog niet is goedgekeurd.

Ze zitten met andere woorden in een fase waarin heel wat formulieren in orde moeten gebracht worden. Deze administratieve rompslomp wordt geassocieerd met blanke mensen.

Vermits er bij GAMS geen blanke mensen werken en ik vaak de enige blanke aanwezig was, die hen dan kwam vragen om een vragenlijst in te vullen, vermoed ik dat dit ook wel zal meegespeeld hebben in het feit dat er zo vaak geweigerd werd om deel te nemen.

Verder was er ook een vrouw die niet wilde meewerken, omdat ze geen toestemming had van haar man om over dit onderwerp te praten met mij. Nadien vroeg deze vrouw me of ik haar kon helpen met het vinden van werk. Ik legde haar uit dat ik dat niet kon, onder andere omdat ik zelf nog student was. Maar het toont, mijns inziens, toch wel goed aan dat men mij associeerde met officiële instanties.

Daarnaast hadden vele weigeringen te maken met het ontbreken van de nodige tijd. Een belangrijke reden hiervoor is dat ik geen toestemming kreeg om tijdens de lessen vragenlijsten in te vullen. Daardoor hadden de meeste vrouwen geen tijd om na de les het aan het onderzoek deel te nemen.

3.5. Instrumentarium

3.5.1. Algemeen :

Om inzicht te krijgen in de seksualiteit van de vrouwen, werd gebruik gemaakt van een vragenlijst. In de meerderheid van de gevallen gaat het om gesloten vragen. Enkele vragen heb ik bewust open gelaten. De vragenlijst bestaat uit zes delen. De hele bundel bestaat uit een aantal pagina's informatie en daarna vindt men de eigenlijke vragenlijst.

3.5.2. Informatie :

In de informatiebundel vindt men een uitnodigingsbrief terug, met daarin informatie over het onderzoek, de promotor, etc. Verder vindt men in de informatiebundel ook een "informed consent" terug, waarin de respondent gewezen wordt op een aantal rechten.

Zo wordt er bijvoorbeeld in vermeld dat men gerust vragen mag stellen, men mag ook op elk moment stoppen met de deelneming aan het onderzoek zonder daarvoor een reden te moeten geven. Bovendien wordt het anonimiteitsprincipe nog benadrukt.

Vervolgens vindt men de indeling van de vragenlijst terug, waarin de verschillende delen worden weergegeven. Daarna bevindt zich de weigering van deelname. Men is vrij om de reden van weigering aan te geven. Spijtig genoeg werd er schriftelijk geen enkele keer een weigering van deelname ingevuld. Mondeling werd soms de reden wel aangegeven, bijvoorbeeld "ik heb geen tijd" of "ik mag niet deelnemen zonder toestemming van mijn man".

3.5.3. Vragenlijst :

Tenslotte begint dan de eigenlijke vragenlijst, waarvan ik de eerste drie delen zelf opgesteld heb.

3.5.3.1. Deel één : Praktische vraag :

Het eerste deel bestaat uit één enkele vraag, namelijk of men al dan niet besneden is. De reden waarom deze als eerste vraag gesteld wordt, is vooral praktisch. Zo kan ik onmiddellijk nagaan of de respondent al dan niet tot de controlegroep behoort.

3.5.3.2. Algemene gegevens :

Een tweede deel bestaat dan uit algemene gegevens. Er wordt onder meer gevraagd naar de geboortedatum, de burgerlijke staat, het al dan niet hebben van een partner, van kinderen. Deze vragen zijn vooral van belang voor het samenstellen van de controlegroep. Verder wordt er in het tweede deel nog gevraagd naar hoogst behaalde diploma en het beroep. Tenslotte wordt de origine en de huidige nationaliteit bevraagd.

3.5.3.3. Persoonlijke situatie met betrekking tot besnijdenis :

Hier wordt de persoonlijke situatie van de besneden vrouw bevraagd. Er wordt gevraagd of men weet volgens welk type men besneden is. Indien men regelmatig naar een gynaecoloog gaat, weet men dit meestal wel. Indien men niet weet welk type men heeft en wat het onderscheid is tussen de verschillende types, kan men dit nagaan op de voorgaande beschrijving van de verschillende types. Er werd gekozen om deze types te illustreren met tekeningen, om tegemoet te komen aan diegenen die de taal niet goed machtig zijn.

De tweede vraag die gesteld wordt, vraagt naar de leeftijd waarop men besneden werd. Meestal wordt men op zeer jonge leeftijd al besneden, en kent men de precieze leeftijd niet (meer). Daarom kan men kiezen tussen verschillende leeftijdsklassen. Indien men de precieze leeftijd wel nog kent, is daar een antwoordmogelijkheid voor voorzien.

De derde vraag is een open vraag, hier wordt gevraagd kort te beschrijven wat men nog weet van de dag van de besnijdenis zelf. Ik heb hier voor een open vraag gekozen zodat de vrouwen zelf kunnen beslissen hoeveel informatie ze daaromtrent willen geven. De besnijdenis is immers een traumatische ervaring en het is niet mijn bedoeling om verdrukte herinneringen op te roepen. Indien men hier niet wenst op te antwoorden, wordt dit vanzelfsprekend gerespecteerd.

De volgende zes vragen peilen naar de specifieke gevolgen van de besnijdenis op de gezondheid. Er wordt ook gevraagd of men pijn of last heeft bij seksuele betrekkingen. Vervolgens vind men zeven vragen die handelen over de bevalling, indien men al een kind of kinderen heeft. De besnijdenis kan immers een belangrijke complicatie zijn tijdens de bevalling. In de drie volgende vragen wordt naar de houding omtrent vrouwenbesnijdenis gevraagd. Indien men een dochter heeft, werd zij besneden? Begrijpt men dat deze praktijk in België verboden is? Hier werd een mogelijkheid voorzien om iets toe te voegen (een bemerking of commentaar), indien ze dat wensten. Wat vindt men tenslotte van Westerse, onbesneden vrouwen?

De volgende vraag peilt naar het technische verloop van de eerste seksuele gemeenschap. Tenslotte wordt gevraagd naar de subjectieve relatie tussen de gezondheid en de besnijdenis.

3.5.3.4. Dyadic Adjustment Scale :

Een vierde deel van de vragenlijst bestaat uit de DAS, oftewel Dyadic Aadjustment Scale. Deze gevalideerde, betrouwbare vragenlijst werd ontwikkeld door Spanier in 1976. De vragenlijst wordt gebruikt om de kwaliteit van de partnerrelatie te meten (Spanier, G.B., 1976). Er worden 32 vragen gesteld die in vier categorieën onderverdeeld zijn.

Een eerste categorie betreft de “dyadische consensus” en bestaat uit volgende items : 1 tot 3, 5 en 7 tot 15. De dyadische consensus betreft de mate waarin de partners het met elkaar eens zijn over zaken die van belang zijn in de relatie.

De volgende categorie “dyadische tevredenheid” wordt gevormd door de items 16 tot 23, 31 en 32. Hiermee meet men de mate waarin de partners tevreden zijn met de huidige relationele situatie en de mate waarin ze de relatie in stand willen houden.

Daarnaast is er ook de categorie “dyadische cohesieschaal” die bestaat uit items 24 tot en met 28. Hiermee bekijkt men de mate waarin de partners sociale activiteiten samen stellen.

Tenslotte heeft men de categorie “dyadische affecties” of de mate waarin de partners tevreden zijn met de uitdrukking van affectie en seksualiteit. Deze categorie beslaat de volgende items : 4, 6, 29 en 30.

Een hogere score duidt op een betere kwaliteit van de partnerrelatie. In dit eindwerk werden enkel de vrouwen bevroegd en gaat het dus enkel over de visie van de vrouw op hun relatie. De mening van de man komt niet aan bod. Met een Cronbach's alfa van .96 voor wat betreft de DAS is de betrouwbaarheid voldoende hoog (Spanier, G.B., 1976). Bovendien meet DAS ook wat Spanier beoogde ermee te meten, namelijk de kwaliteit van de relatie (Spanier, G.B., 1976) (Miller, D.C., 1991).

3.5.3.5. Vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit, seksueel functioneren :

Dit deel van de vragenlijst werd ontworpen door Prof. Paul Enzlin (Bosteels, J., Demyttenaere, K., Enzlin, P., Mathieu, C., Vanderschueren, D. & Van den Bruel, A., 2004).

Eenzijds wordt er gepeild naar een aantal aspecten van de seksuele responscyclus (zoals de frequentie, tevredenheid, libido, opwinding, orgasme, pijnlijke betrekkingen) (Borms, R., 2003). Anderzijds wordt het huidige seksueel functioneren bevroegd en de mate van tevredenheid met dit seksueel functioneren. Doordat men ook peilt naar het hoogste niveau van seksueel functioneren, kan men het huidige niveau daarmee vergelijken. Hogere scores zeggen dat men meer seksueel actief en tevreden is.

3.5.3.6. Vragenlijst over seksuele disfuncties :

Deze gevalideerde en betrouwbare vragenlijst werd ontwikkeld door J. Vroege en kan zowel gebruikt worden in de klinische praktijk en in onderzoek (Vroege, J.A., 2003). In deze vragenlijst wordt gepeild naar het bestaan van seksuele disfuncties en de mate waarin de betrokken persoon daar last van heeft.

De vragenlijst behandelt onder andere volgende aspecten : masturbatie, seks met de partner, veel of weinig seksuele belangstelling, seksuele aversie, problemen met de seksuele opwindning, problemen met de lubricatie, orgasmeproblemen, pijn in de geslachtsdelen, pijn elders, gevoelloosheid van de geslachtsdelen, negatieve emoties tijdens seksuele activiteit en seksuele satisfactie.

Voor mensen met een andere culturele achtergrond dan de onze, blijft het lastig om een dergelijke vragenlijst in te vullen. Onder meer omdat er hier vanuit gegaan wordt dat masturbatie een normale seksuele situatie is (Vroege, 2003), terwijl dit niet in alle culturen zo is. Onder andere voor de specifieke doelgroep van dit onderzoek is dit het geval. Indien er niet aan masturbatie gedaan wordt, kan dit deel van de vragenlijst natuurlijk overgeslagen worden.

3.6. Statistische methoden.

Alle data die bekomen werden in het kader van deze studie werden ingevoerd in het 'statistical package for the social sciences' (SPSS versie 15.0). Datzelfde programma gebruikte ik ook om statistische analyses uit te voeren.

Om de onderzoekspopulatie te beschrijven werd gebruik gemaakt van gemiddelde scores +/- SD. Om de beide groepen met elkaar te vergelijken gebruikte ik Mann-Whitney-u toetsen (MWU), omdat ik beschik over non-parametrische gegevens.

HOOFSTUK 4 : RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK.

4.1. Het aantal respondenten.

In de onderzoeksgroep van de besneden vrouwen beschik ik over 16 vragenlijsten. Zij wilden echter niet allemaal de volledige vragenlijst invullen, waardoor ik slechts elf volledig ingevulde vragenlijsten bezit en vijf onvolledige. Omdat ik over zo weinig respondenten beschik, vond ik het de moeite waard om ook de onvolledig ingevulde vragenlijsten in mijn analyses te betrekken. Dit deed ik vooral met de bedoeling om zo weinig mogelijk informatie te laten verloren gaan.

In de controlegroep van de niet besneden vrouwen, beschik ik over 21 respondenten. Ook hier zijn er twee onvolledig ingevulde vragenlijsten, waarvan ik toch gebruik maak waar mogelijk. Dit uiteraard weer met de bedoeling om zo weinig mogelijk informatie te laten verloren gaan.

4.2. Algemene gegevens van de respondenten.

4.2.1. De leeftijd.

De gemiddelde leeftijd van de besneden vrouwen werd berekend op basis van 13 respondenten die hun geboortedatum ingevuld hadden. Dit wil zeggen dat ik van drie respondenten geen antwoord kreeg op deze vraag. De geboortedatum werd omgerekend naar de leeftijd van de desbetreffende respondent. De jongste respondent is 18 jaar en de oudste respondent is een dame van 52 jaar. De gemiddelde leeftijd van de besneden vrouwen bedraagt 32,15 jaar.

De gemiddelde leeftijd van de onbesneden vrouwen bedraagt 33,80 jaar. Al de onbesneden respondenten vulden deze vraag in. De jongste respondent is 21 jaar en de oudste respondent is 54 jaar.

4.2.2. Burgerlijke staat, leeftijd partner en duur van de relatie.

Wat betreft de burgerlijke staat van de besneden vrouwen beschik ik over 14 vragenlijsten, dit wil zeggen dat er twee respondenten om een bepaalde reden deze informatie liever niet wilden geven. Van deze 14 vrouwen is één respondent ongehuwd, ze heeft wel een vaste partner, maar woont er nog niet mee samen. Drie besneden vrouwen zijn ongehuwd en hebben een vaste partner waar ze mee samenwonen. Vijf respondenten zijn gehuwd, drie vrouwen zijn gescheiden en twee zijn weduwe.

Wat de onbesneden vrouwen betreft, is er slechts één iemand die deze vraag niet heeft ingevuld. Dit wil zeggen dat ik over 20 respondenten beschik.

Zeven daarvan zijn ongehuwd, maar hebben wel een vaste partner met wie ze niet samenwonen. Vijf respondenten zijn ongehuwd, maar hebben wel een vaste partner met wie ze samenwonen. Nog eens zeven vrouwen zijn gehuwd. Eentje is gescheiden en geen enkele respondent is weduwe.

Met betrekking tot de leeftijd van de partners waren er elf besneden vrouwen die deze invulden. Vier vrouwen geven aan geen partner te hebben. Zij kunnen met andere woorden op deze vraag en op de vraag met betrekking tot de duur van de relatie niets antwoorden. Eén vrouw geeft op beide vragen geen antwoord. Tenslotte zijn er nog vier vrouwen die wel de leeftijd van hun partner geven, maar die niet zeggen hoe lang hun relatie al duurt.

De partners van de besneden vrouwen zijn iets ouder dan de vrouwen zelf. De jongste partner is 28 jaar, terwijl de oudste partner er 60 is. De gemiddelde leeftijd van de partners bedraagt 40,45 jaar. De gemiddelde duur van de relaties bedraagt 7,1 jaar. Het koppel dat het minst lang samen is, is reeds drie jaar samen en het koppel dat het langst samen is, doet daar nog eens 22 jaar bovenop (25 jaar dus).

Dezelfde vragen met betrekking tot de leeftijd van de partner en de duur van de relatie werden ook aan de onbesneden vrouwen gesteld. Deze informatie is van al deze respondenten beschikbaar, dit wil zeggen dat er geen respondenten zonder partner zijn. Daaruit blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de partner van de onbesneden vrouw 36,62 jaar is. De jongste partner is er 21 en de oudste 58 jaar. Wat de duur van de relatie betreft, lijkt deze gemiddeld iets hoger te liggen dan bij de besneden vrouwen, namelijk 10,20 jaar. Het koppel dat het minst lang samen is, heeft gedurende vier maanden een relatie met elkaar, terwijl dit bij het koppel dat het langst een relatie heeft reeds 36 jaar is.

4.2.3. Kinderen.

25 % van de besneden vrouwen (N=4) heeft geen kinderen, terwijl 75% (N=12) wel kinderen heeft. Tien vrouwen hebben minstens één kind (twee vrouwen antwoordden wel op het feit of ze al dan niet kinderen hebben, maar niet op de leeftijd van hun kinderen), de gemiddelde leeftijd van het eerste kind is tien jaar. Er zijn zes vrouwen die twee kinderen hebben, de gemiddelde leeftijd van het tweede kind is 8,75 jaar. Twee vrouwen hebben drie kinderen en de gemiddelde leeftijd van het derde kind is 5,5 jaar. Slechts één vrouw heeft een vierde en een vijfde kind, de respectievelijke leeftijd is vier en één jaar. Het gaat om een vrouw van negentien jaar, die reeds weduwe geworden is.

Ze beschouwt de vier kinderen van haar overleden echtgenoot ook als haar kinderen, zijzelf heeft echter slechts één kindje, namelijk het jongste kindje dat één jaar geworden is.

Bij de controlegroep hebben 11 van de 21 vrouwen geen kinderen, wat neerkomt op 58%.

De resterende tien vrouwen (42%) hebben wel kinderen.

Tien vrouwen hebben minstens één kind, de gemiddelde leeftijd van het eerste kind is 17,87 jaar. Vijf vrouwen hebben nog een tweede kind, met een gemiddelde leeftijd van 24,6 jaar. Eén vrouw heeft nog een derde, vierde en vijfde kind, met de respectievelijke leeftijd van 27, 25 en 23.

4.2.4. Opleiding, beroep.

Van de 16 besneden vrouwen hebben vijf vrouwen geen enkele opleiding voltooid en hebben vier vrouwen een diploma lager onderwijs. Eén vrouw heeft een diploma beroepssecundair onderwijs en vier vrouwen hebben een diploma algemeen secundair onderwijs. Eén vrouw heeft een diploma hoge school en één vrouw heeft een universitair diploma. Elf vrouwen zijn werkloos, vier vrouwen zijn huisvrouw en één vrouw is voltijds aan het werk.

Bij de 21 onbesneden vrouwen heeft er één lager onderwijs voltooid, drie hebben een diploma beroepssecundair onderwijs, vier vrouwen hebben een diploma technisch secundair onderwijs, drie vrouwen hebben een diploma hoger onderwijs, zes vrouwen hebben een diploma hoge school en vier vrouwen hebben een universitair diploma. Eén vrouw is werkloos, twee vrouwen werken deeltijds, twaalf vrouwen werken voltijds, één vrouw is huisvrouw, vier vrouwen noemen zichzelf nog student en één vrouw is op pensioen.

4.2.5. Origine, nationaliteit, migrant.

De volledige groep van de besneden vrouwen is gemigreerd naar België. Hun origine en nationaliteit komen nog steeds overeen, wat wil zeggen dat ze niet de Belgische nationaliteit hebben. Eén vrouw komt uit de Ivoorkust, vijf vrouwen komen van Mali, zeven vrouwen zijn afkomstig van Guinea, één vrouw komt uit Senegal en twee vrouwen uit Mauritanië.

Wat de gemiddelde duur van hun verblijf in België betreft, zijn er slechts antwoorden van twaalf respondenten, wat wil zeggen dat vier vrouwen daar niet op wilden antwoorden. De gemiddelde duur van het verblijf in België van deze twaalf vrouwen bedraagt 9,08 jaar. Er zijn twee vrouwen die hier al heel lang verblijven, namelijk één 30 jaar en één vrouw reeds 40 jaar. De rest van de besneden vrouwen woont hier minder dan acht jaar.

Wat de onbesneden groep betreft zijn er slechts drie vrouwen die gemigreerd zijn. Ook hier zijn bij alle vrouwen hun origine en nationaliteit dezelfde.

Achttien vrouwen zijn van Belgische afkomst. Eén vrouw is afkomstig van de Ivoorkust, twee vrouwen zijn afkomstig van Kongo en één vrouw komt uit Burundi.

Van de drie vrouwen die naar België zijn gekomen, hebben we ook informatie over de duur dat ze reeds in België wonen. Eén vrouw woont hier minder dan één jaar, twee vrouwen wonen hier drie jaar. Dit brengt het gemiddelde van die drie vrouwen op 2,22 jaar.

4.3. De persoonlijke situatie met betrekking tot de besnijdenis van de besneden vrouwen.

4.3.1. Type en leeftijd besnijdenis.

Van de 16 vrouwen weten 13 welk type van besnijdenis ze ondergaan hebben. In bijlage van de vragenlijst was er een pagina opgenomen met het onderscheid tussen de verschillende types. Dit was ook met tekeningen geïllustreerd. Desondanks zeggen drie vrouwen niet te weten volgens welk type ze besneden werden.

Van de 13 vrouwen die hun persoonlijk type kennen zijn er slechts 11 die dit type ook ingevuld hebben. Er zijn vier vrouwen die type één of de sunnabesnijdenis ondergaan hebben. Zeven vrouwen werden volgens het tweede type (clitoridectomie of excisie) besneden.

Wat de leeftijd betreft waarop de vrouwen besneden werden, heb ik gevraagd om deze aan te duiden tussen verschillende antwoordmogelijkheden. Ik koos ervoor om leeftijdsklassen te gebruiken omdat ik vermoedde dat veel vrouwen de precieze leeftijd niet meer kenden. Er werd wel een antwoordmogelijkheid voorzien voor vrouwen die zich de precieze leeftijd van hun besnijdenis nog herinnerden. Negen vrouwen maakten daar gebruik van. Zeven vrouwen hebben deze vraag beantwoord aan de hand van leeftijdsklassen. Eén vrouw geeft aan besneden te zijn tussen nul en twee jaar. Vier vrouwen werden besneden tussen twee en vijf jaar. Eén vrouw werd besneden tussen haar vijfde en twaalfde. Slechts één vrouw werd na haar twaalfde besneden.

De negen andere vrouwen werden allen op een verschillende leeftijd besneden, namelijk op twee, vier, vijf, zes, zeven, elf, twaalf, dertien en vijftien jaar. Dit brengt de gemiddelde leeftijd waarop deze negen vrouwen besneden werden op 8,33 jaar.

4.3.2. Herinneringen van de besnijdenis.

Uit het eerste deel kon al opgemaakt worden dat een besnijdenis een traumatiserende ervaring kan zijn voor een meisje. Ik heb aan de hand van een open, niet verplichte vraag gepeild naar hun herinneringen omtrent deze besnijdenis. Deze vraag werd uiteraard enkel ingevuld indien ze dit wilden, het was immers niet de bedoeling om deze vrouwen erg pijnlijke herinneringen opnieuw te doen beleven.

Daarom had ik vooraf ook besloten om aan elke vrouw de vraag te stellen, maar indien ze niet wilden antwoorden niet verder aan te dringen. Bovendien heb ik ook geen bijvragen gesteld, maar heb ik alleen genoteerd wat een vrouw uit vrije wil zelf vertelde.

Het was immers geenszins mijn bedoeling om een spectaculair en volledig verhaal te kennen van hoe de besnijdenis verlopen was. Elf vrouwen wilden wel iets vertellen over de besnijdenis, vijf vrouwen wensten dit niet te doen of zeiden dat ze daaromtrent geen enkele herinnering hadden. Wat volgt is een bloemlezing van de herinneringen van vrouwen die deze wilden delen.

- ✓ Het deed heel veel pijn. Ik heb geen cadeaus gekregen achteraf.
- ✓ Ik herinner mij deze dag niet zo goed, maar ik denk dat het heel erg pijnlijk was.
- ✓ Het deed heel erg veel pijn.
- ✓ We waren met vijf meisjes die die dag besneden moesten worden. De besnijdstster was een tante. Het deed heel erg pijn. We weenden heel erg, alle vijf. "C'était l'horreur". Na drie weken kregen we kledij en cadeaus.
- ✓ We werden met vijf meisjes die dag besneden in een huis dat heel erg afgelegen lag van de andere huizen, in een bos. Er waren drie vrouwen, twee om ons vast te houden en één om te besnijden. Later kregen we een feest, een feest voor de vrouw, waar we kledij, cadeaus en schoenen kregen. Ons kapsel werd mooi gemaakt.
- ✓ "C'est dur". Ik werd opgevoed door mijn tante en haar man die geen kinderen hadden. Ze waren beide geschoold. De man stond niet achter de besnijdenis. Tijdens een vakantie in de hoofdstad werd ik besneden. Alleen. Er waren geen andere meisjes aanwezig. De besnijdstster desinfecteerde alles, dat kon ze wel. Mijn tante deed het niet omdat ze me pijn wilde doen, maar wel uit traditie. Ze wilde mijn maagdelijkheid behouden. "C'est choquant quand on coupe une partie de toi".
- ✓ Ja, er waren andere meisjes aanwezig. Een dame voerde de besnijdenis uit. Nadien kreeg ik geld en cadeaus.
- ✓ Samen met drie andere meisjes werd ik die dag besneden. Ze maakten ons 's morgens al heel vroeg wakker, we gingen op weg maar wisten niet waar naartoe. In een soort omheining waren er twee vrouwen aanwezig, één vrouw hield ons vast. Drie weken later kreeg ik cadeaus en geld, werd er lekker eten klaargemaakt en waren er veel mensen op het feest.
- ✓ Ik had bloedingen gedurende de hele dag dat ik besneden werd. Ik had heel erg veel pijn. We werden met twee meisjes besneden, het andere meisje was zes jaar.

- ✓ Pijn. Nachtmerrie.
- ✓ Een praktijk die heel erg pijnlijk is. Ik heb enorm veel gebleed en heel hard geweend.

4.3.3. Gevolgen van de besnijdenis.

Op de vraag of men reeds gehospitaliseerd werd ten gevolge van de besnijdenis of een complicatie door de besnijdenis, antwoordden drie vrouwen daar positief op. Van deze drie vrouwen zijn er twee die een operatie ondergingen ten gevolge van de besnijdenis. Eén vrouw daarvan liet al twee maal een abces verwijderen, dit gebeurde telkens in België.

Eén vrouw liet haar clitoris herstellen, zij wilde ook plezier kunnen beleven aan seksuele betrekkingen. De derde vrouw die wel werd gehospitaliseerd ten gevolge van de besnijdenis, maar die geen operatie onderging, werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege bloedingen.

Negen vrouwen geven aan last of pijn te hebben ter hoogte van de vagina tijdens seksuele betrekkingen. Dit is meer dan de helft van de respondenten. Indien ze dit wensten, kon er ingevuld worden waar het precies om ging. Dit kwam daaruit voort :

- ✓ Ik heb niet veel plezier tijdens seksuele gemeenschap.
- ✓ Het doet pijn.
- ✓ Het brandt dan zo in mijn vagina. Ik kan het niet langer volhouden dan tien minuten.
- ✓ Gedurende drie jaar heb ik helemaal niet kunnen genieten. Nu gaat het wel, als de man echt moeite doet.
- ✓ Ik ervaar geen enkel plezier, ik voel alleen maar de pijn.
- ✓ Tijdens de penetratie doet het pijn.
- ✓ Ik schaam mij tijdens seksuele gemeenschap.

Wat de gevolgen op vlak van seksualiteit betreft, werd er gevraagd of het nodig was de vagina verwijd werd bij de eerste seksuele gemeenschap, en indien ja, hoe dat gebeurd was. Zeven vrouwen gaven aan dat dit gebeurd was door de partner zelf, met behulp van zijn penis. Vijf vrouwen zeiden dat dit niet nodig was geweest. Vier vrouwen gaven geen antwoord op deze vraag.

Vijf vrouwen hebben pijn tijdens het plassen, tien vrouwen zeggen dat dit niet het geval is. Eén vrouw antwoordde niet op deze vraag. Vervolgens werd een lijstje van mogelijke complicaties voorgesteld waarop de vrouwen konden aanduiden welke complicaties zij kennen. Drie vrouwen geven aan pijn ter hoogte van de vagina te hebben, één vrouw zegt bloedingen te hebben.

Zeven vrouwen geven aan last te hebben van infecties ter hoogte van de vagina. Drie vrouwen hebben abcessen of hebben er al gehad. Vier vrouwen hebben last van infecties van de urinewegen.

Eén vrouw zegt al last te hebben gehad van een infectie aan het reproductieve kanaal ten gevolge van obstructie van de menstruatie. Drie vrouwen zeggen dat ze reeds een infectie aan het bekken hebben gehad.

Twee vrouwen geven aan dat hun infecties ter hoogte van de vagina van chronische aard zijn. De overige vrouwen die soms een infectie hebben, zeggen dat dit niet van chronische aard is.

De klachten die geen enkele keer aangeduid werden en dus niet voorkomen bij deze besneden vrouwen zijn : stenen in de blaas of het urinekanaal, schade aan de nieren, HIV en andere besmettelijke ziekten en onvruchtbaarheid. Wat ook belangrijk om weten is, is dat zes vrouwen deze vraag hebben opengelaten. Het is echter niet duidelijk of dit komt omdat ze niet op deze vraag wilden antwoorden of omdat ze geen enkele klacht vertonen.

Slechts één vrouw geeft aan medicatie te gebruiken voor een seksueel probleem. Zij neemt soms medicijnen (antibiotica) om een infectie aan de vagina te behandelen. Telkens zij een infectie heeft, moet ze een hele week deze medicatie innemen. Het gaat hier om één van beide vrouwen waarbij de infecties aan de vagina van chronische aard zijn. Daarom aanvaard ik dit als zijnde een seksueel probleem. Eén vrouw antwoordde niet op deze vraag, de rest van de vrouwen gebruikt geen medicatie.

Zoals eerder al vermeld hebben twaalf vrouwen kinderen. De landen waar de baby's geboren werden zijn heel verschillend, namelijk : Ivoorkust, België, Mali, Guinea en Senegal. Wat het eerste kind betreft geven acht vrouwen aan dat de bevalling op een natuurlijke manier gebeurde. Bij één vrouw werd het eerste kind geboren aan de hand van een keizersnede. Het tweede kind werd bij vijf vrouwen op een natuurlijke wijze geboren en slechts bij één vrouw met behulp van een keizersnede. Slechts één vrouw heeft een derde kind gebaard, en dit op een natuurlijke wijze.

Slechts drie vrouwen geven aan dat het nodig was dat de vagina opengesneden werd bij de bevalling. Bij alle drie gebeurde dit tijdens de bevalling zelf en werd de vagina naar dezelfde toestand als die was voor de geboorte hersteld. Daarnaast is er nog één vrouw die aangeeft dat de opening van de vagina bewust groter gelaten werd dan voorheen het geval was en dit met haar toestemming.

Tenslotte werd er gevraagd naar de pijn die deze vrouwen hebben gehad in de afgelopen maand ten gevolge van hun besnijdenis.

Drie vrouwen hebben hevige pijn gehad gedurende de maand die voorafging aan het afnemen van de vragenlijst. Vier vrouwen hebben matige pijn gehad, drie vrouwen zeiden dat deze pijn gering was, twee vrouwen gaven aan dat deze pijn erg gering was en drie vrouwen vertelden geen pijn te hebben. Eén vrouw gaf geen antwoord op deze vraag.

Indien gevraagd werd hoe vaak het tijdens de afgelopen maand voorkwam dat men hevige pijn had ten gevolge van de besnijdenis dan antwoordde één vrouw dat ze elke dag hevige pijnen leed. Zeven vrouwen antwoordden dat dit op sommige dagen wel eens het geval kon zijn. Drie vrouwen gaven aan dat dit zelden voorkwam en bij nog eens drie vrouwen kwam dit nooit voor. Eén vrouw gaf geen antwoord op deze vraag.

Er werd ook gevraagd naar hoe vaak men moeilijk kon slapen als gevolg van de pijn. Twee vrouwen gaven aan dat ze elke dag moeilijkheden ondervonden om in slaap te vallen ten gevolge van de pijn. Bij drie vrouwen kwam dit slechts sommige dagen voor. Bij acht vrouwen kwam dit zelden voor en bij twee vrouwen zelfs nooit. Opnieuw antwoordde één vrouw niet op deze vraag.

Er werd gevraagd om een algemene beoordeling te geven van hun gezondheid op het moment van afname van de vragenlijst. Eén vrouw vertelt dat het uitstekend gaat met haar gezondheid, zeven vrouwen geven aan dat ze een goede gezondheid hebben, zes vrouwen vinden dat ze een redelijke gezondheid hebben en twee vrouwen geven geen antwoord. Daarnaast werd ook gevraagd naar de tevredenheid met betrekking tot hun gezondheid. Vier vrouwen zijn zeer tevreden met hun gezondheid, negen vrouwen zijn enigszins tevreden, twee vrouwen zijn enigszins ontevreden en één vrouw antwoordde niet op deze vraag.

Wanneer gevraagd werd naar de relatie tussen de gezondheidsproblemen die men ervoer en de besnijdenis, antwoordden zes vrouwen dat ze geen gezondheidsproblemen hadden. Vier vrouwen vertelden dat hun gezondheidsproblemen het gevolg waren van een ander probleem. Twee vrouwen zeiden dat hun gezondheidsproblemen slechts gedeeltelijk een gevolg waren van iets anders. Drie vrouwen zeiden dat hun gezondheidsproblemen grotendeels te wijten waren aan hun besnijdenis. Eén vrouw gaf opnieuw geen antwoord op deze vraag.

4.3.4. Houding ten opzichte van vrouwenbesnijdenis.

Eén vrouw geeft aan dat haar dochter reeds besneden werd, maar vertelt er ook bij dat dit achter haar rug gebeurd is, toen de dochter tien jaar oud was.

Negen vrouwen vertellen dat ze hun dochters niet willen laten besnijden. Twee vrouwen geven daar een bepaalde reden voor :

- ✓ Wat ik heb moeten ondergaan, kan ik niet laten gebeuren aan mijn kinderen.
Dit is crimineel.

- ✓ “C’est presque tuer un enfant”. Een kind besnijden komt bijna overeen met een kind vermoorden.

Twaalf vrouwen antwoorden positief op de vraag of ze begrijpen waarom vrouwenbesnijdenis in België verboden is. Drie vrouwen geven echter aan dat ze dat niet begrepen. Eén vrouw geeft op deze vraag geen antwoord. Bij deze vraag werd er een mogelijkheid voorzien om commentaar te geven, men kon er schrijven wat men kwijt wilde hieromtrent. Volgende commentaren werden gegeven :

- ✓ Vrouwenbesnijdenis, “c’est l’horreur”. We moeten onze kinderen beschermen. Ik denk voortdurend aan mijn besnijdenis.
- ✓ Het is goed dat er zo’n wet bestaat, dat beschermt andere meisjes. Zo’n wet moet zeker blijven bestaan.
- ✓ Het is verboden in Europa, maar ook in sommige landen van Afrika. Mannen beseffen dat het pijn doet, dat het niet goed is. Maar vrouwen doen het verborgen, uit schaamte. Ze vrezen dat hun dochters anders geen maagd meer zullen zijn tot het huwelijk.
- ✓ Het is goed dat het verboden is.
- ✓ “L’excision, c’est mal”. We kunnen onze kinderen niet aandoen wat onszelf is overkomen en waar wij zo erg hebben onder geleden.
- ✓ Er is geen enkele belangrijke reden waarom men een meisje zou moeten besnijden.

Tenslotte vroeg ik ook naar hun houding omtrent Westerse, onbesneden vrouwen. Dit om de reden dat iemand die heel erg gelooft in het nut van een besnijdenis of in de tradities van een bepaalde cultuur meestal vindt dat onbesneden vrouwen onrein en promiscu zijn. Deze mening werd echter geen enkele keer door een besneden vrouw gegeven in dit onderzoek. De meest terugkomende mening was dat onbesneden Westerse vrouwen waarschijnlijk veel gelukkiger zijn. Verder werd ook gezegd dat onbesneden vrouwen meer geluk gehad hebben dan zichzelf. Onbesneden vrouwen zijn meer vrouw dan zichzelf. Ze kunnen genieten van seks, vinden ze, maar ook van hun lichaam “comme Dieu l’a donné”.

Het is wel van belang rekening te houden met het feit dat ik een deel van mijn respondenten vond bij GAMS, een organisatie voor de afschaffing van vrouwenbesnijdenis. De drie vrouwen die zeggen niet te begrijpen waarom vrouwenbesnijdenis verboden is, werden niet gevonden via GAMS. Jammer genoeg heeft geen van hen aangegeven waarom ze dit niet begrepen.

4.4. Dyadic Adjustment Scale (DAS):

Met de Dyadic Adjustment Scale wordt gepeild naar de kwaliteit van een relatie van zowel gehuwde als ongehuwde koppels.

Bij de scoring van deze vragenlijst diende er een opsplitsing gemaakt te worden tussen vier categorieën die reeds eerder werden uitgelegd. Daarnaast was het ook mogelijk om de totaalscore per individu te berekenen.

Slechts elf besneden vrouwen vulden dit deel van de vragenlijst in. Van vijf besneden vrouwen ontbreekt dit deel van de score, waaronder er vier geen partner hebben en dit daarom niet kunnen invullen. Bij de onbesneden groep beschik ik over 20 ingevulde exemplaren van DAS.

4.4.1. Totaalscore.

De totaalscore van een gemiddelde populatie die werd gerapporteerd door de auteur van deze vragenlijst is 101,5 (114,8 voor gehuwden en 70,7 voor gescheiden mensen). Hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit van de relatie wordt geacht te zijn. De score kon gaan van nul, wat wil zeggen dat het heel slecht gaat in de relatie, tot een score van 151, wat wil zeggen dat het zeer goed gaat in de relatie.

De gemiddelde totaalscore voor wat betreft de partnerrelaties van de besneden vrouwen bedraagt 90,82 (SD =15,95). De minste totaalscore is 64, terwijl de hoogste totaalscore 115 bedraagt.

De gemiddelde totaalscore van de onbesneden groep bedraagt 101,76 (SD = 15, 85). De minste totaalscore is 62 en de hoogste totaalscore is 131.

Noch de gemiddelde totaalscores van de besneden, noch die van de onbesneden groep verschillen significant van de gemiddelde populatie (p is respectievelijk .051 en .182).

De besneden vrouwen lijken minder goede relaties te hebben dan de niet besneden vrouwen. Dit blijkt ook een statistisch significant verschil te zijn (MWU 54,00; $p = .020$).

4.4.2. Dyadische consensus.

De scores die de auteur behaalde voor de gemiddelde populatie is 52,8 (57,9 voor de gehuwde koppels en 41,1 voor de gescheiden koppels). Een score van nul betekent dat een koppel met betrekking tot geen enkel aspect overeenkomt. Een score van 65 zou betekenen dat men het met betrekking tot alle aspecten met elkaar eens is.

Wat de dyadische consensus betreft werd er een gemiddelde behaald bij de onbesneden vrouwen van 50,09 (SD = 7,30). De laagste score was 36 en de hoogste score is 65.

De gemiddelde score van de besneden vrouwen bedraagt 50,23 (SD = 8,83). De minste score die behaald werd is 33 en de hoogste score die behaald werd, is 64.

Beiden groepen verschillen niet statistisch significant van elkaar (MWU 98,500; $p = .506$). Maar ook vergelijken met de gemiddelde populatie levert dit geen significant verschil op (besneden : $p = .365$; onbesneden : $p = .120$).

4.4.3. Dyadische tevredenheid.

De score voor deze categorie kon variëren tussen 0 (niet tevreden) tot 50 (men is heel erg tevreden). De score van de gemiddelde populatie die de auteur vermeld is 35,0 (gehuwden : 40,5 en gescheiden : 22,2).

De onbesneden groep behaalde hierop een gemiddelde score van 29,95 (SD = 5,96). De laagste score die werd behaald is 14 tegenover de hoogste score van 38.

De besneden meisjes haalden een gemiddelde score van 24 (SD = 7,30). De laagste score bedraagt 15, de hoogste score bedraagt 36.

Beiden groepen verschillen wat betreft deze categorie wel statistisch significant van elkaar (MWU 47,500; $p = .008$). Maar ook vergeleken met de gemiddelde populatie vertonen beide groepen een significant verschil (besneden : $p = .001$; onbesneden : $p = .014$).

4.4.4. Dyadische affectie.

De scores voor de dyadische affectie bevonden zich tussen 0 (wat wil zeggen dat er geen expressie van affectie was) en 12 (wat wil zeggen dat er zeer veel expressie van affectie was). De gemiddelde scores die de auteur beschrijft zijn 9 voor de gehuwde koppels en 5,1 voor de gescheiden koppels en voor de gemiddelde populatie bedraagt deze score 7,8.

De besneden groep behaalden een gemiddelde van 7,55 (SD = 2,42). De laagste score bedroeg 2 en de hoogste score was er één van 10. Deze groep verschilt niet significant van de gemiddelde populatie ($p = .735$).

De onbesneden groep haalde een gemiddelde van 9,14 (SD = 2,17). De laagst behaalde score was 3, terwijl de hoogst behaalde score 12 bedroeg. De onbesneden vrouwen verschillen van de gemiddelde populatie ($p = .002$). Zij blijken meer affectie te vertonen dan de gemiddelde populatie.

Beiden groepen bleken ook voor deze subcategorie statistisch significant van elkaar te verschillen (MWU 46,500; $p = .007$).

4.4.5. Dyadische cohesie.

Voor de laatste subcategorie tenslotte bevond de score zich tussen 0 (geen gezamenlijke gebeurtenissen) en 24 (veel gezamenlijke gebeurtenissen). De auteur behaalde een score van 11,8 voor de gemiddelde populatie (13,4 voor de gehuwden en 8,0 voor de gescheiden koppels).

De onbesneden groep behaalde een gemiddelde van 16,57 (SD = 3,59). De laagste score was er één van 7 en de hoogste score bedroeg 21. Het gemiddelde van deze groep verschilt significant van dat van de gemiddelde populatie ($p=.000$).

Bij de besneden vrouwen bedroeg het gemiddelde 9 (SD = 5,21). De laagste score bedraagt 2 en de hoogste score bedraagt 19. Deze groep verschilt niet significant van de gemiddelde populatie ($p=.105$).

Beide onderzoeksgroepen bleken statistisch significant van elkaar te verschillen (MWU 30,500; $p = .000$). De onbesneden vrouwen uit dit onderzoek doen in hun relaties meer dingen samen met de partner dan besneden vrouwen.

4.5. Vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit.

4.5.1. Hoogste graad van tevredenheid ooit en nu.

Eerst werd de hoogste graad van seksuele tevredenheid die de respondenten ooit gekend hebben in hun leven bevraagd. Daarna werd een vraag gesteld naar de mate van tevredenheid met de huidige seksuele relatie. De antwoorden gingen van geen tevredenheid tot zeer veel tevredenheid.

Wat deze twee vragen betreft zijn er elf besneden vrouwen die deze vraag ingevuld hebben. In verband met de hoogste graad van tevredenheid ooit zijn er drie vrouwen niet tevreden over hun seksuele relatie, zeven vrouwen kennen weinig tevredenheid en drie vrouwen kennen enige tevredenheid in hun seksuele relatie.

Geen enkele vrouw koos voor veel of zeer veel tevredenheid. Bij de niet besneden vrouwen hebben er 20 respondenten geantwoord, waarvan er drie enige tevredenheid vertoonden, zes vrouwen veel tevredenheid en elf vrouwen zeer veel tevredenheid kenden. Dit blijkt een significant verschil te zijn tussen beide groepen (MWU 4,5000; $p= .000$, mean 2 vs 4,4). Onbesneden vrouwen blijken ooit in hun leven een hogere graad van tevredenheid te vertonen dan onbesneden vrouwen.

Wat de hoogste graad van tevredenheid in hun huidige seksuele relatie betreft blijkt het verschil tussen beide groepen niet significant te zijn (MWU 82,500; $p = .261$; mean 2,45 vs 3,90). Later in de vragenlijst werd er een soortgelijke vraag gesteld, er werd namelijk gevraagd naar de tevredenheid over het seksuele leven in het algemeen. Ook hier blijkt dat er niet kan gesproken worden van een statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 36,000; $p = .131$, mean 2,88 vs 3,67).

4.5.2. Frequentie van geslachtsgemeenschap en de invloed van besnijdenis.

Wanneer gevraagd werd naar de hoogste frequentie van geslachtsgemeenschap ooit, wordt duidelijk dat besneden vrouwen minder seks hebben met een partner dan onbesneden vrouwen.

Dit is een statistisch significant verschil (MWU 42,500; $p = .001$, mean 2,84 vs 3,94). Zo geven vijf besneden vrouwen aan dat ze tijdens de periode waarin ze het meest seksueel tevreden waren minder dan één maal per maand seks hadden. Nog eens vijf besneden vrouwen gaven aan dat ze meer dan één maal per maand maar minder dan twee maal per week seks hadden. Terwijl slechts drie besneden vrouwen meer dan twee maal per week seks hadden. Geen enkele besneden vrouw heeft elke dag seks gehad.

Dit is een verschil met de onbesneden vrouwen, vier vrouwen geven daar aan elke dag seks gehad te hebben. Tien vrouwen geven aan meer dan twee maal per week seks gehad te hebben, terwijl vijf vrouwen toch meer dan één maal per maand, maar minder dan twee maal per week hadden gevrijd. Geen enkele onbesneden vrouw had minder dan één maal per maand gevrijd.

Ook bij de huidige frequentie bestaat er een statistisch significant verschil (MWU 60,500; $p = .009$, mean 2,46 vs 3,60) en vrijen de onbesneden vrouwen meer dan de besneden vrouwen.

Wat is nu de invloed van de besnijdenis op deze frequentie? Vijf vrouwen geven aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op heeft, drie vrouwen spreken van een matige invloed en vier vrouwen geven aan dat de besnijdenis daar weinig invloed op heeft. Geen enkele vrouw geeft echter aan dat de besnijdenis daar geen enkele invloed op zou hebben.

Ook werd er in de loop van deze vragenlijst bevraagd of en in welke mate seks pijnlijk is voor de vrouw. Hier blijkt een statistisch significant verschil te bestaan tussen beide groepen vrouwen (MWU 39,000; $p = .003$, mean 3,33 vs 1,95). Voor geen enkele besneden vrouw bleek seks nooit pijnlijk te zijn, terwijl dit bij zes onbesneden vrouwen wel het geval was. Vier besneden tegenover acht onbesneden vrouwen geven aan dat seks zelden pijnlijk is. Twee besneden tegenover drie onbesneden vrouwen vinden seks soms pijnlijk. Vier besneden vrouwen tegenover slechts één onbesneden vrouw vinden seks vaak pijnlijk. Twee besneden vrouwen vinden seks zelfs altijd pijnlijk, terwijl dit bij geen enkele onbesneden vrouw het geval is.

4.5.3. Het hebben van seksuele gedachten en fantasieën.

Onbesneden vrouwen hadden in de periode waarin ze het meest seksuele tevredenheid ondervonden meer seksuele gedachten, erotische fantasieën of zin in seks dan de besneden vrouwen. Dit verschil is statistisch significant (MWU 31,00; $p = .000$, mean 2,54 vs 4,11).

Hetzelfde geldt voor de huidige periode : onbesneden vrouwen hebben meer seksuele gedachten, erotische fantasieën of zin in seks dan de besneden vrouwen en opnieuw is dit een statistisch significant verschil (MWU 35,500; $p = .000$, mean 1,92 vs 3,74).

Zo denken vijf besneden vrouwen nooit aan seks of hebben ze geen fantasieën. Zes besneden vrouwen geven aan dat dit minder dan één maal per maand voorkomt. Eén besneden vrouw geeft aan dat dit meer dan één maal per maand, maar minder dan twee maal per week voorkomt, terwijl een andere besneden vrouw aangeeft elke dag te fantaseren.

Wat de onbesneden vrouwen betreft is er slechts één vrouw die nooit seksuele fantasieën heeft, bij twee vrouwen komt dit minder dan één maal per maand voor, vier vrouwen geven aan dat dit bij hen meer is dan één maal per maand maar minder dan twee maal per week. Zes vrouwen fantaseren meer dan twee maal per week en nog eens zes vrouwen geven aan elke dag te fantaseren.

Wat is de invloed van de besnijdenis op het hebben van deze gedachten? Zes vrouwen geven aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op heeft, vier vrouwen spreken over een matige invloed en drie vrouwen spreken over weinig invloed. Opnieuw is er geen enkele vrouw die zegt dat dit geen enkele invloed heeft.

4.5.4. Opwinding.

Wanneer de gemakkelijheid van het krijgen van opwinding (vochtig worden van de vagina) bevraagd werd, werd er weer een opsplitsing gemaakt tussen de periode waarin men het meest seksuele tevredenheid ondervond en de huidige periode.

De onbesneden vrouwen leken makkelijker opwinding te kunnen ervaren in beide periodes (ooit : MWU 49,500; $p = .006$, mean 2,77 vs 4,17; nu : MWU 32,00; $p = .001$, mean 2,00 vs 3,67). De verschillen zijn statistisch significant.

Vier besneden vrouwen zeggen dat ze heel erg moeilijk ('moeilijker kon niet') opgewonden konden raken. Vijf besneden vrouwen gaven aan dat dit tamelijk moeilijk ging. Voor twee besneden vrouwen ging dit gemakkelijk en tenslotte geeft één vrouw aan dat het tamelijk gemakkelijk ging. Geen enkele besneden vrouw geeft aan dat het niet gemakkelijker kon. Bij de onbesneden vrouwen geeft één vrouw aan dat het niet moeilijker kan. Twee vrouwen zeggen dat het tamelijk moeilijk gaat. Bij vier vrouwen gaat het gemakkelijk. Bij zes vrouwen gaat het tamelijk gemakkelijk en vijf vrouwen zeggen dat het niet makkelijker kan.

Wat is nu de invloed van de besnijdenis op het krijgen van opwinding? Vijf vrouwen geven aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op heeft, vier vrouwen spreken van een matige invloed en vier vrouwen vinden dat dit weinig invloed uitoefent op het kunnen ervaren van opwinding. Geen enkele vrouw zegt dat dit geen invloed daarop heeft.

4.5.5. Orgasme.

Wanneer er gevraagd werd naar de mogelijkheid om een orgasme te bereiken en de mate van gemakkelijheid waarmee dit gepaard ging, werd er opnieuw een opsplitsing gemaakt tussen de periode waarin men het meeste seksuele tevredenheid kende en de huidige periode. Opnieuw vindt men hier een statistisch significant verschil tussen beide groepen, in het voordeel van de onbesneden vrouwen. Deze laatsten lijken makkelijker een orgasme te kunnen krijgen, zowel in de periode met de meeste seksuele tevredenheid als in de huidige periode (ooit : MWU 37,000; $p = .002$, mean 2,08 vs 3,56; nu : MWU 46,500; $p = .011$, mean 2,09 vs 3,32). Voor de huidige periode bleken vijf besneden vrouwen aan te geven dat het niet moeilijker kon om een orgasme te bereiken, twee vrouwen gaven aan dit tamelijk moeilijk ging, twee vrouwen vonden dit makkelijk en twee vrouwen vonden dit tamelijk gemakkelijk.

Bij de onbesneden vrouwen is er slechts één vrouw die aangeeft dat het niet moeilijker kan zijn om een orgasme te bereiken, drie vrouwen vinden dit tamelijk moeilijk, vier vrouwen vinden dit makkelijk en elf vrouwen vinden dit tamelijk gemakkelijk.

Oefent de besnijdenis nu een invloed uit, volgens de besneden vrouwen, op deze mogelijkheid? Volgens vijf vrouwen heeft de besnijdenis een ernstige invloed op het kunnen bereiken van een orgasme. Twee vrouwen vinden dat dit een matige invloed heeft. Vier vrouwen vinden dat de besnijdenis daar weinig invloed op heeft en één vrouw vindt dat de besnijdenis daar helemaal geen invloed op heeft.

4.5.6. Invloed besnijdenis op seksueel functioneren?

Wanneer gevraagd werd naar de invloed van de besnijdenis op het algemene seksueel functioneren, antwoorden vijf vrouwen dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op uitoefent. Drie vrouwen zeggen dat de besnijdenis een matige invloed heeft op het algemene seksueel functioneren, terwijl vier vrouwen spreken van weinig invloed. Geen enkele vrouw geeft aan dat er geen invloed is van de besnijdenis op het algemene seksueel functioneren.

Zowel aan de besneden als aan de onbesneden vrouwen werd gevraagd naar de invloed die het seksueel functioneren heeft op de levenskwaliteit. Hier bleek geen statistisch significant verschil te zijn tussen beide groepen (MWU 112,50; $p = .952$, mean 2,17 vs 2,16). Drie besneden vrouwen geven aan dat het seksueel functioneren een ernstige invloed heeft op de algemene levenskwaliteit, tegenover vijf onbesneden vrouwen.

Vijf besneden vrouwen geven toe dat het seksueel functioneren een matige invloed heeft op het zich goed voelen in het algemeen, terwijl dit bij acht onbesneden vrouwen het geval is. Drie besneden vrouwen zeggen dat er weinig invloed uitgaat van het seksueel functioneren op de levenskwaliteit, tegenover vier onbesneden vrouwen.

Tenslotte geeft één besneden vrouw aan dat er geen enkele invloed uitgaat van het seksueel functioneren op de levenskwaliteit en ook twee onbesneden vrouwen delen die mening.

4.5.7. Infecties.

Wat het voorkomen van vaginale infecties betreft is er niet echt sprake van een statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 69,00, $p = .048$, mean 2,50 vs 1,65). Bij de besneden groep is de mate waarin infecties voorkomen mooi verdeeld, zowel in de antwoordcategorieën nooit, zelden, soms of vaak zijn telkens drie vrouwen aanwezig. Bij de onbesneden vrouwen gaat het respectievelijk om tien, zeven, drie en nul vrouwen.

Ook voor het behandelen van deze vaginale infecties bij zichzelf of bij de partner is er geen significant verschil tussen beide groepen van vrouwen (MWU 113,000; $p = .984$, mean 1,91 vs 2,05).

4.5.8. Algemene tevredenheid.

De totaalscore van deze vragenlijst geeft ons de mogelijkheid te zeggen in welke mate de respondent tevreden is met zijn seksuele relatie. Een score minder dan 30 wijst erop dat er geen tevredenheid is, een score tussen 30 en 70 betekent dat er matige tevredenheid bestaat en een score van meer dan 70 vertelt dat er grote tevredenheid is (Borms, R., 2003). Er bestaat een significant verschil tussen beide groepen (MWU 75,00; $p = .029$). De onbesneden vrouwen hebben een gemiddelde van 79,38, wat betekent dat er gemiddeld gezien grote tevredenheid over de seksuele relatie bestaat. Daarentegen hebben de besneden vrouwen een gemiddelde score van 63,38. Dit zou betekenen dat gemiddeld genomen deze groep slechts matige tevredenheid kent met hun seksuele relatie. Dit is logisch, negen besneden vrouwen hebben een score tussen 30 en 70, terwijl slechts vier besneden vrouwen een score van meer dan 70 hebben. Bij de onbesneden vrouwen zijn er tien vrouwen die een score tussen 30 en 70 hebben en zijn er elf vrouwen die een score boven de 70 hebben.

4.5.9. Eigen vragen.

Na alle voorgaande vragen werden er nog elf eigen vragen bijgesteld. Ik bespreek hier de belangrijkste daarvan.

Ik herhaal nog eens de vraag met betrekking tot de mate van tevredenheid over het seksuele leven met de partner. Indien de vrouwen antwoorden dat ze ontevreden zijn, kan ik verder de reden daarvan bevragen.

Wat de mate van tevredenheid betreft blijkt er opnieuw een statistisch significant verschil te bestaan tussen beide groepen (MWU 21,00; $p = .021$, mean 3,00 vs 1,63).

Er zijn slechts drie vrouwen in totaal die aangeven ontevreden tot zeer ontevreden te zijn, waaronder twee besneden vrouwen en één niet besneden vrouw. De onbesneden vrouw is zeer ontevreden over het seksuele leven met haar partner omdat hij haar niet opwindt. Eén besneden vrouw geeft aan dat ze ontevreden is omdat ze geen plezier ervaart tijdens seksueel contact. De tweede besneden vrouw zegt dat ze ontevreden is omdat ze niets voelt. Ze geeft verder nog aan dat het haar daarom onverschillig laat of ze nu wel of niet seksueel contact heeft met haar partner.

Er werden al vragen gesteld naar de mate van tevredenheid in de periode dat men het meest tevreden was en in de huidige periode, naar het eigen seksueel functioneren en tenslotte ook naar de tevredenheid met het seksuele leven met de partner. Daarnaast werd de vraag gesteld naar de tevredenheid met het seksuele leven in het algemeen. Deze vraag omhult eigenlijk al de voorgaande vragen. Er blijkt een statistisch significant verschil te bestaan tussen beide groepen (MWU 42,000; $p = .003$, mean 3,00 vs 4,21). Vier besneden vrouwen zijn in het algemeen ontevreden, terwijl dit slechts bij één niet besneden vrouw het geval is. Verder staan zowel bij de besneden als de onbesneden groep telkens vier vrouwen neutraal tegenover hun seksuele leven. Daarnaast zijn ook telkens vier vrouwen in beide groepen tevreden. Bij de onbesneden groep zijn er tien vrouwen die zeer tevreden zijn, terwijl er geen enkele besneden vrouw zeer tevreden is.

Vervolgens werd er expliciet gevraagd naar hoe belangrijk ze seksualiteit vinden. Dit verschil tussen beide groepen bleek statistisch niet significant te zijn (MWU 81,00; $p = .157$, mean 2,54 vs 3,00). Eén besneden vrouw vond seksualiteit onbelangrijk, terwijl ook twee onbesneden vrouwen diezelfde mening waren toegedaan. Zes besneden vrouwen vonden seksualiteit niet zo belangrijk, terwijl dit ook het geval was bij twee onbesneden vrouwen. Zes besneden vrouwen vonden seksualiteit belangrijk (vier) tot zeer belangrijk (twee), terwijl dit bij de onbesneden vrouwen respectievelijk acht en zes vrouwen betrof.

Verder werd er ook expliciet gevraagd of men zich wel eens seksueel opgewonden voelt. Hier zou weer sprake zijn van een statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 41,500; $p = .002$, mean 2,50 vs 3,68). Bij de besneden vrouwen was er één vrouw die zich nooit seksueel opgewonden voelde en ook één onbesneden vrouw zei dat dit bij haar het geval was. Zes besneden en evenveel onbesneden vrouwen gaven aan zich soms opgewonden te voelen. Drie besneden vrouwen zeiden zich vaak opgewonden te voelen, terwijl dit bij negen onbesneden vrouwen het geval was. Twee besneden vrouwen vertelden dat ze zich zeer vaak seksueel opgewonden voelde, terwijl dit ook voor drie onbesneden vrouwen klopte.

Daarenboven werd ook de frequentie van masturbatie ondervraagd. Op deze vraag werd geen duidelijk statistisch significant verschil tussen beide groepen gevonden (MWU 47,000; $p = .040$, mean 1,20 vs 2,17).

Bij de besneden vrouwen gaven acht vrouwen aan nooit te masturberen en slechts twee vrouwen deden dit soms. Bij de onbesneden vrouwen zeiden zeven vrouwen nooit te masturberen, vijf vrouwen deden dit zelden, drie vrouwen masturbeerden soms, twee vrouwen vaak en ééntje zeer vaak.

Vervolgens werd er gevraagd of er een orgasme bereikt werd indien men aan zelfbevrediging doet. Bij de besneden vrouwen zeiden drie vrouwen dat ze nooit een orgasme bereikten, terwijl dit bij geen enkele van de niet besneden vrouwen voorkwam. Eén besneden vrouw gaf aan soms tot een orgasme te komen en ook twee onbesneden vrouwen konden dit beamen. Geen enkele onbesneden vrouw zei dat ze meestal wel tot een orgasme kwamen, terwijl dit voor één onbesneden vrouw wel het geval was. Slechts één besneden vrouw gaf aan altijd tot een orgasme via zelfbevrediging te kunnen komen, terwijl dit bij negen onbesneden vrouwen het geval is.

Ook het voorkomen van een orgasme bij seksueel contact met de partner werd bevraagd, maar beide groepen verschilden niet statistisch significant van elkaar voor wat dat betreft (MWU 61,00; $p = .064$, mean 2,64 vs 3,63). Twee besneden vrouwen zouden nooit een orgasme bereiken bij seksueel contact met hun partner en ook bij drie onbesneden vrouwen is dit het geval. Vier besneden vrouwen komen slechts zelden klaar, maar bij de onbesneden vrouw is er geen enkele vrouw die slechts zelden klaarkomt. Twee besneden vrouwen geven aan soms een orgasme te kunnen krijgen, terwijl dit bij vier onbesneden vrouwen ook het geval is. Daarnaast zijn er nog twee besneden vrouwen die meestal kunnen klaarkomen en dit is ook zo bij zes onbesneden vrouwen. Eén besneden vrouw gaf aan altijd te kunnen klaarkomen bij seksueel contact met de partner, terwijl dit ook het geval is bij zes niet besneden vrouwen.

Tenslotte werd er nog gevraagd of er gebruik gemaakt werd van een glijmiddel en indien ja, in welke mate dit het geval was. Ook dit verschil tussen beide groepen vrouwen is statistisch niet significant (MWU 87,500; $p = .170$). Vijf besneden vrouwen gebruiken nooit een glijmiddel, twee besneden vrouwen slechts zelden, nog eens twee besneden vrouwen gebruiken dit soms. Eén besneden vrouw gebruikt dit meestal en nog eens één besneden vrouw gebruikt dit altijd. Wat de onbesneden vrouwen betreft, gebruikt de meerderheid (13) van de vrouwen nooit een glijmiddel. Eén vrouw gebruikt dit zelden, twee vrouwen gebruiken dit soms wel eens, geen enkele vrouw gebruikt dit meestal, maar twee vrouwen geven aan dit wel altijd te gebruiken.

4.6. Vragenlijst voor het signaleren van seksuele disfuncties.

Deze vragenlijst is bedoeld voor het signaleren van bepaalde seksuele moeilijkheden. Daarom bevroegt men bepaalde seksuele activiteiten, maar ook gevoelens en lichamelijke reacties die daarbij kunnen optreden. Opvallend is dat bij dit deel van de vragenlijst heel weinig besneden vrouwen alle vragen hebben ingevuld. Met behulp van deze vragenlijst kan men onderzoeken of er sprake is van een seksuele disfunctie. Als de scores op de 'last'-vraag en op de 'frequentie'-vraag drie of hoger is, is er sprake van een seksuele disfunctie (Vroege, J.A., 2003). Dit betekent dat men minstens last van iets moet hebben en dat dit daarnaast ook regelmatig moet voorkomen.

4.6.1. Eerste deel : Seksuele gevoelens en activiteiten.

4.6.1.1. Seksuele belangstelling.

De eerste vraag behandelt het seksueel aantrekkelijk vinden van iemand in de omgeving, dit kan de partner zelf zijn, maar ook iemand anders.

Een minderheid van de besneden vrouwen (N=8) vindt iemand in haar omgeving weleens aantrekkelijk (twee vrouwen), terwijl het bij de onbesneden vrouwen (N=20) net de meerderheid van de vrouwen is (16) die weleens iemand aantrekkelijk vinden. Dit verschil is statistisch significant (MWU 36,000; $p=.025$; mean 1,75 vs 1,20). Indien het antwoord op deze vraag positief is, werd er gevraagd hoe vaak dit voorkwam. Bij de besneden vrouwen was dit beduidend minder dan bij de onbesneden vrouwen : één besneden vrouw zei dat dit minder dan één maal per maand voorkwam tegenover drie onbesneden vrouwen. De andere besneden vrouw zei dat dit een aantal keren per maand gebeurde en ook drie onbesneden vrouwen gaven deze frequentie aan. Voor de meerderheid van de onbesneden vrouwen gebeurde dit echter vaker, gaande van één maal per week tot een aantal keren per dag. Dit verschil tussen beiden groepen is geen statistisch significant verschil (MWU 6,000; $p=.209$, mean 2,00 vs 3,94).

Daarnaast werden een aantal vragen gesteld naar seksuele prikkels. Wanneer gevraagd werd of men soms bij het lezen of televisie kijken weleens iets tegen kwam dat men seksueel prikkelend vond, antwoordde slechts één besneden vrouw daar positief op tegenover vijftien onbesneden vrouwen. Zeven besneden en vijf onbesneden vrouwen zeiden dat dit niet voorkwam. Dit verschil tussen beide groepen blijkt statistisch significant te zijn (MWU 30,00; $p=.010$; mean 1,88 vs 1,23). Weer werd er aan diegenen die positief antwoordden, gevraagd hoe vaak dit voorkwam. Doordat het hier bij de besneden vrouwen slechts om één vrouw gaat, is het niet aangewezen om hierbij statistische verschillen te gaan detecteren.

Bij vier onbesneden vrouwen en bij die ene besneden vrouw kwam dit minder dan één maal per maand voor. Bij zeven vrouwen is dit een aantal keren per maand, bij één vrouw gebeurt dit éénmaal per week, en bij drie vrouwen een aantal keren per week.

Opvallend is dat geen enkele besneden vrouw uit deze onderzoeksgroep op zoek gaat naar dingen die hen seksueel prikkelen.

Bij de meerderheid van de onbesneden vrouwen (13) is dit ook het geval, maar er zijn toch zeven vrouwen die dit wel doen. Dit verschil blijkt echter statistisch niet significant te zijn (MWU 52,000; $p=.165$, mean 2 vs 1,65).

Vervolgens werd er gevraagd of men vond dat men veel of weinig bezig was met dingen die men seksueel prikkelend vindt. Geen enkele besneden vrouw vindt dat ze veel bezig is met seksueel prikkelende dingen en slechts één onbesneden vrouw vindt dat dit wel het geval is. Bovendien geeft deze vrouw aan dat ze dit als een last beschouwd. Het is vrij logisch dat dit geen statistisch significant verschil is (MWU 66,50; $p=.850$, mean 2,00 vs 1,95). Daarentegen zijn er een aantal vrouwen die vinden dat ze weinig met seksueel prikkelende dingen bezig zijn, dit is slechts het geval bij één besneden vrouw maar is ook het geval bij elf onbesneden vrouwen.

Vijf besneden en acht onbesneden vrouwen vinden dit niet, maar geven ook aan daar geen of weinig last van te hebben. Dit is geen statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 33,50; $p=.138$, mean 1,83 vs 1,42).

Wanneer gevraagd werd naar het al dan niet hebben van zin in seksueel contact met de partner, viel op dat slechts één besneden vrouw zei dat ze daar weleens zin in had. Zes besneden vrouwen zeiden dat ze geen zin hadden in seksueel contact met de partner. Bij de onbesneden vrouwen zijn er zestien vrouwen die daar wel zin in hebben, maar is er toch ook één vrouw die aangeeft daar geen zin in te hebben. Dit is wel een belangrijk statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 12,00; $p=.001$, mean 1,86 vs 1,06). Indien men positief op deze vraag antwoordde, werd gevraagd om aan te geven hoe vaak men daar zin in heeft. Slechts één besneden vrouw kon dus ook op deze vraag antwoorden, zij antwoordde dat ze daar minder dan één maal per maand zin in heeft.

Bij de onbesneden vrouwen is er slechts één vrouw die ook minder dan één maal per maand zin heeft in seksueel contact met de partner. Eén onbesneden vrouw geeft aan dat ze daar één maal per maand zin in heeft, vier vrouwen hebben daar een aantal keren per maand zin in, twee vrouwen hebben daar één maal per week zin in. Vijf vrouwen hebben daar een aantal keren per week zin in, één vrouw heeft daar één maal per dag zin in en twee vrouwen hebben daar een aantal keren per dag zin in.

Tenslotte werd gevraagd of men veel of weinig behoefte had aan seksueel contact met de partner. Geen enkele van de acht besneden vrouwen zeiden dat ze veel zin hadden in seksueel contact met de partner. Vier besneden vrouwen vonden daarentegen dat ze weinig behoefte hadden in seksueel contact met de partner, twee besneden vrouwen vinden dit niet. Eén besneden vrouw geeft aan dat ze er veel last van heeft dat ze weinig behoefte heeft aan seks. Wat de onbesneden vrouwen betreft zijn er tien vrouwen die vinden dat ze veel behoefte in hebben seksueel contact, negen vrouwen vinden dit niet. Acht niet besneden vrouwen vinden dat ze weinig behoefte in seks hebben, terwijl elf vrouwen dit niet vinden. Met betrekking tot het hebben van veel behoefte aan seksuele contact, is er een statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 36,00; $p=.034$, mean 2,00 vs 1,47). Toch is er geen sprake van een statistisch significant verschil tussen beide groepen voor wat betreft het hebben van weinig behoefte aan seksueel contact (MWU 43,00; $p=.400$, mean 1,33 vs 1,58). Er zijn vier besneden en acht onbesneden vrouwen die vinden dat ze weinig behoefte hebben aan seksueel contact. Er was slechts één besneden vrouw die er veel last van had van het feit dat ze weinig behoefte heeft aan seksueel contact. Voor twee andere besneden vrouwen die aangaven weinig behoefte aan seksueel contact te hebben, veroorzaakt dit geen tot weinig last.

Als laatste werd gevraagd of men wel eens zin heeft in seksueel contact met iemand anders dan met de partner. Eén besneden vrouw geeft aan dat dit soms het geval is, vijf besneden vrouwen geven aan dat dit niet het geval is. Ook drie onbesneden vrouwen zeggen dat dit wel eens kan gebeuren, terwijl dit bij vijftien vrouwen niet het geval is. Dit verschil is niet statistisch significant (MWU 46,00; $p=.254$, mean 1,83 vs 1,83).

4.6.1.2. Masturbatie.

In dit eerste deel van de vragenlijst werd al even kort ingegaan op masturbatie, maar dit onderwerp komt in het tweede deel van de vragenlijst uitgebreider aan bod. Hier kwam vooral aan bod of men vindt dat men veel of weinig masturbeert en of men daar eventueel last van heeft. Geen enkele besneden vrouw vond dat ze veel masturbeerde, tegenover één onbesneden vrouw. Deze laatste geeft trouwens aan daar heel veel last van te hebben.

Acht besneden en 19 onbesneden vrouwen vonden met andere woorden niet dat ze veel masturberen. Slechts één besneden vrouw vond daarentegen dat ze weinig masturbeerde, dit tegenover acht onbesneden vrouwen. De overige vrouwen (respectievelijk zes en negen) vonden dit niet. Bij geen enkele van deze twee vragen werd een statistisch significant verschil tussen beide groepen gevonden (MWU veel masturbatie : 76,00; $p=.862$, mean 2,00 vs 1,95) (MWU weinig masturbatie 40,00; $p=.234$, mean 1,86 vs 1,53).

4.6.1.3. Negatieve emoties bij seksuele activiteit.

Er werd ook gevraagd of er soms negatieve gevoelens kwamen kijken bij seksueel contact. Ten eerste werd er gevraagd of er soms bij de gedachte aan seksueel contact weleens een gevoel van afkeer ontstond. Drie besneden vrouwen antwoordden hier positief op, terwijl vier besneden vrouwen dit gevoel niet hebben. Ook drie onbesneden vrouwen geven aan weleens een gevoel van afkeer te hebben bij de gedachte aan seksueel contact met hun partner. Voor de meerderheid (16) van de vrouwen is dit niet het geval.

Eén besneden vrouw geeft aan dat ze weinig last heeft van dat gevoel, één vrouw geeft aan er last van te hebben en nog één besneden vrouw geeft aan er veel last van te hebben. Ook bij de onbesneden vrouwen is er één vrouw die er last van heeft en nog één vrouw die er zelfs heel veel last van heeft. Bij twee vrouwen (één besneden en één niet besneden vrouw) zijn de voorwaarden voldaan om van een seksuele disfunctie te spreken. De besneden vrouw geeft aan dat ze veel last heeft van gevoelens van afkeer bij de gedachte aan seksueel contact en dat dit één maal per week voorkomt. Bij de onbesneden vrouw komt dit een aantal keren per dag voor, zij geeft aan daar heel veel last van te hebben.

Er is geen statistisch significant verschil tussen beide groepen wat betreft het hebben van gevoelens van afkeer voor seksueel contact (MWU 48,50; $p=.306$, mean 1,57 vs 1,84).

Naast een gevoel van afkeer, werd ook gevraagd of men zich weleens angstig voelt bij de gedachte aan seksueel contact.

Opnieuw zijn er drie besneden vrouwen die aangeven dat ze dit gevoel weleens hebben, tegenover slechts één onbesneden vrouw. Slechts één besneden vrouw geeft aan dat dit veel last oplevert, nog één besneden vrouw geeft aan dat ze er last van heeft en de laatste besneden vrouw zegt er weinig last van te hebben. Bij twee van de drie besneden vrouwen zijn de voorwaarden voor een seksuele disfunctie voldaan. Eén besneden vrouw geeft aan dat ze last heeft van angst bij de gedachte aan seksueel contact en dit komt één maal per week voor. Ook bij de tweede besneden vrouw doet dit zich één maal per week voor en zij geeft aan daar veel last van te hebben.

De enige onbesneden vrouw die soms een gevoel van angst voor seksueel contact kan hebben, geeft aan er weinig last van te hebben. Er werd geen statistisch significant verband vastgesteld tussen de beide groepen (MWU 30,00; $p=.119$, mean 1,50 vs 1,94).

Als laatste in deze categorie werd gevraagd of men soms eens met tegenzin seksueel contact heeft met de partner. Vier besneden vrouwen geven aan dat dit weleens voorkomt, tegenover vijf onbesneden vrouwen. De overige drie besneden vrouwen zeggen dat dit niet gebeurt, tegenover veertien onbesneden vrouwen. Bij drie van de vier besneden vrouwen die aangeven dat dit weleens het geval is, is er sprake van een seksuele disfunctie. Er is één besneden vrouw die zegt dat ze weleens tegen haar zin seks heeft met haar partner, bij haar komt dit één maal per week voor en zij geeft aan daar last van te hebben.

Een tweede besneden vrouw vertelt dat dit bij haar een aantal keren per maand voorkomt en zegt daar veel last van te hebben. Een derde besneden vrouw tenslotte zegt dat dit één per week gebeurt en heeft daar veel last van. Tenslotte is er bij één onbesneden vrouw ook sprake van een seksuele disfunctie, zij heeft er immers veel last van dat ze een aantal keren per week met tegenzin met haar partner vrijt.

Tussen beide groepen werd er geen statistisch significant verschil gevonden (MWU 46,00; $p = .254$, mean 1,43 VS 1,74).

4.6.2. Tweede deel : masturbatie.

Uit dit deel is er geen enkel statistisch significant verschil te halen. Daarom ga ik maar kort in op de verschillende aspecten van masturbatie en haal ik enkel de meest opvallende dingen aan. Er zijn zes besneden en tien onbesneden vrouwen die de vragen met betrekking masturbatie ingevuld hebben.

4.6.2.1. Negatieve emoties tijdens masturbatie.

Eén besneden vrouw geeft aan dat ze weleens tijdens of na masturbatie gevoelens van afkeer heeft, maar heeft daar weinig last van. Geen enkele vrouw is tijdens of masturbatie angstig. Eén besneden vrouw geeft aan vaak gespannen te zijn na masturbatie en vindt dit bijzonder lastig. Nog een besneden vrouw geeft aan zich vaak onprettig te voelen na masturbatie, toch heeft ze daar weinig last van.

4.6.2.2. Problemen met opwinding.

Eén besneden vrouw geeft aan geen moment seksueel opgewonden te zijn bij zelfbevrediging, dit gebeurt vaak en ze heeft daar veel last van. Men zou hier dus kunnen spreken van een seksuele disfunctie. Eén niet besneden vrouw meldt dat ze heel zelden geen moment seksueel opgewonden is, maar heeft daar geen last van. Twee besneden vrouwen en vier niet besneden vrouwen geven aan dat ze soms minder lang seksueel opgewonden blijven dan ze zouden wensen. Eén besneden vrouw heeft daar heel veel last van en omdat dit vaak voorkomt is sprake van een seksuele disfunctie.

Twee onbesneden vrouwen hebben daar last van, twee onbesneden vrouwen hebben daar weinig tot geen last van.

4.6.2.3. Lubricatieproblemen.

Drie besneden vrouwen zeggen veel last te hebben van het feit dat hun vagina bij masturbatie soms helemaal niet vochtig wordt. Bij twee daarvan is er sprake van een seksuele disfunctie, zij geven aan dat dit regelmatig tot vaak gebeurt. Dit gebeurt ook regelmatig bij één onbesneden vrouw, die daar geen last van heeft. Eén besneden vrouw wordt vaak minder vochtig dan ze zou willen en heeft daar veel last van.

Opnieuw is hier sprake van een seksuele disfunctie. Drie niet besneden vrouwen geven dit probleem ook aan. Twee vrouwen hebben daar weinig last van, terwijl één vrouw daar toch veel last van heeft, maar omdat ze aangeeft dat dit niet zo vaak voorkomt is er bij haar geen sprake van een seksuele disfunctie. Twee besneden vrouwen geven aan soms minder lang vochtig te blijven dan ze zouden willen. Slechts één geeft aan dat dit vaak voorkomt en heeft daar veel last van. Hier zou dus sprake kunnen zijn van een seksuele disfunctie. Er is ook één onbesneden vrouw die daar mee kampt, maar zij geeft aan dat ze daar weinig last van heeft.

4.6.2.4. Problemen met orgasme.

Eén besneden vrouw geeft aan vaak geen orgasme te bereiken door masturbatie, ze heeft daar heel veel last van. Hier is opnieuw sprake van een seksuele disfunctie. Dit komt nochtans ook voor bij drie onbesneden vrouwen, en zij geven aan daar geen tot weinig last van te hebben.

4.6.2.5. Pijn en gevoelloosheid.

Eén besneden vrouw geeft aan vaak pijn na masturbatie te hebben en vindt dit zeer lastig. Men zou opnieuw kunnen spreken van een seksuele disfunctie. Daarnaast wordt bij één besneden vrouw de geslachtsdelen regelmatig tijdens of na masturbatie helemaal gevoelloos. Zij geeft aan daar veel last van te hebben. De voorwaarden om van een seksuele disfunctie te kunnen spreken zijn weer voldaan.

Twee besneden vrouwen geven dit in iets mindere mate ook aan, zij hebben soms minder gevoel in hun geslachtsdelen dan ze zouden willen. Er moet wel bij verteld worden dat één van beide vrouwen dezelfde vrouw is die ook aangeeft dat ze soms helemaal gevoelloos is. Ook voor het hebben van minder gevoel dan men zou willen, is er sprake van een seksuele disfunctie bij haar. Ze hebben daar allebei last van tot zelfs veel last. Er is ook één onbesneden vrouw waar zich dit ook al eens heeft voorgedaan, zij heeft daar geen last van.

4.6.2.6. Algemene bemerking.

Wat masturbatie betreft is er een aantal keren sprake van een seksuele disfunctie, namelijk bij opwinding, lubricatie, orgasme, pijn en minder gevoel tot gevoelloosheid na masturbatie en het gespannen zijn na masturbatie. Opvallend is dat dit allemaal slechts bij één en dezelfde besneden vrouw voorkomt.

4.6.3. Derde deel : Seksueel contact met partner.

Hier werd gevraagd naar een aantal moeilijkheden die kunnen optreden bij seksueel contact met de partner. Indien men de laatste tijd geen seksueel contact had gehad, moest men dit deel niet invullen.

4.6.3.1. Negatieve emoties bij seksueel contact.

Er zijn zes besneden vrouwen die tijdens of na seksueel contact wel eens een gevoel van afkeer hebben, slechts ééntje heeft dit niet. Bij de onbesneden vrouwen hebben drie vrouwen hier positief op geantwoord, maar bij de meerderheid (17) is dit niet het geval. Hier hebben de meeste vrouwen toch last van. Slechts één besneden en één onbesneden vrouw geven aan daar weinig last van te hebben. Bij de besneden vrouwen zijn er vier vrouwen bij wie men zou kunnen spreken van een seksuele disfunctie. Deze vrouwen geven aan dat dit regelmatig tot vaak voorkomt en dat ze daar last tot veel last van hebben. Bij de onbesneden vrouwen is er ook iemand bij wie dit als seksuele disfunctie beschouwd kan worden. Zij heeft daar immers heel veel last van en dit blijkt haar vaak te overkomen. Hier wordt een statistisch significant verschil vastgesteld tussen beide groepen (MWU 20,50; $p=.004$, mean 1,14 vs 1,85).

Ook wat betreft het hebben van angst tijdens of na seksueel contact antwoorden vijf besneden vrouwen hier positief op, slechts twee hebben dit niet. Er is verder ook één onbesneden vrouw die aangeeft soms angst te hebben. Deze laatste heeft daar weinig last van, terwijl dit slechts het geval is bij één besneden meisje. De andere vier geven aan daar last tot veel last van te hebben. Bij twee van deze besneden vrouwen komt het voldoende vaak voor om te kunnen spreken van een seksuele disfunctie. Ook hier is dit een significant verschil tussen beide groepen (MWU 23,500; $p=.008$, mean 1,29 vs 1,95).

Vervolgens werd er gevraagd of men zich na seksueel contact met de partner wel eens gespannen voelde. Twee besneden en één onbesneden vrouw antwoordden daar positief op. Bij de onbesneden vrouw gebeurde dit bijna nooit en heeft daar dan ook geen last van, maar bij de besneden vrouwen gebeurde dit weleens tot vaak en zij hebben daar last tot veel last van. Bij één besneden vrouw komt dit vaak voor en kan men dus spreken van een seksuele disfunctie. Maar hier is er geen statistisch significant verschil tussen beide groepen gevonden (MWU 39,00; $p=.343$, mean 1,67 vs 1,94).

Daarnaast werd gevraagd of men zich wel eens onprettig voelde na seksueel contact met de partner.

Twee besneden en twee onbesneden vrouwen antwoordden dat dit wel eens kon voorkomen, op vrij regelmatige basis (gaande van weleens tot vaak). Eén besneden en één onbesneden vrouw geven aan daar weinig last van te hebben, terwijl één besneden en één onbesneden vrouw daar veel last van hebben.

Zowel bij deze laatste besneden als onbesneden vrouw zou er sprake kunnen zijn van een seksuele disfunctie. Ook hier werd tussen beide groepen geen statistisch significant verschil vastgesteld (MWU 40,00; $p=.473$, mean 1,67 vs 1,88).

Tenslotte werd gevraagd of de vrouwen vonden dat hun partner veel behoefte heeft aan seksueel contact en in welke mate ze daar last van hebben. Twee besneden en veertien onbesneden vrouwen zeiden dat hun partner veel behoefte aan seksueel contact heeft. Slechts één besneden vrouw en twee onbesneden vrouwen geven aan daar last van te hebben, één besneden vrouw zegt daar veel last van te hebben en één onbesneden vrouw tenslotte geeft aan daar heel veel last van te hebben. Hier is ook geen sprake van een statistisch significant verschil (MWU 34,00; $p=.156$, mean 1,67 vs 1,26).

4.6.3.2. Problemen met opwinding.

Al de besneden vrouwen (7) die op deze vragenlijst antwoordden geven aan zich weleens bij seksueel contact geen moment seksueel opgewonden te voelen. Bij de niet besneden vrouwen gaat het om vijf vrouwen, 15 vrouwen antwoorden daar negatief op. Slechts twee besneden vrouwen geven aan daar geen tot weinig last van te hebben, drie besneden vrouwen spreken van last, één besneden vrouw geeft aan daar veel last van te hebben. Van de vier besneden vrouwen die aangeven daar last tot veel last van te hebben, zijn er drie vrouwen bij wie de voorwaarden voor een seksuele disfunctie voldaan zijn. Bij de onbesneden vrouwen is er slechts ééntje die daar weinig last van heeft, de vier andere hebben daar last tot heel veel last van. Ook hier is er bij twee onbesneden vrouwen sprake van een seksuele disfunctie. Tussen beide groepen is er wat de problemen met opwinding betreft een statistisch significant verschil (MWU 17,50; $p=.002$, mean 1,00 vs 1,75).

Het is dan ook logisch dat opnieuw zes van de zeven besneden vrouwen aangeven dat ze weleens een minder intens gevoel van seksuele opwinding hebben dan dat ze zouden willen. Bij de onbesneden vrouwen zijn er elf vrouwen die dit ook beamen, terwijl negen vrouwen dit niet hebben. Alle zes besneden vrouwen geven aan daar last tot veel last van te hebben. Bij vijf van de zes besneden vrouwen is er sprake van een seksuele disfunctie. Bij de onbesneden vrouwen zijn er zes vrouwen die daar weinig last van hebben, en vijf vrouwen waar dit varieert tussen last tot heel veel last.

Bij twee van de vijf vrouwen die daar last tot heel veel last van hebben kan dit beschouwd worden als een seksuele disfunctie. Er is geen sprake van een statistisch significant verband (MWU 48,50; $p=.240$, mean 1,14 vs 1,45).

Wanneer de lengte van de opwindingsduur bevestigd wordt, zijn er zes besneden vrouwen die aangeven dat men zich soms minder lang seksueel opgewonden voelt dan men zou willen. Ook bij negen onbesneden vrouwen is dit het geval. Twee besneden vrouwen en vier onbesneden vrouwen geven aan daar geen tot weinig last van te hebben.

Eén besneden vrouw en vier onbesneden vrouwen geven aan daar last van te hebben, terwijl drie besneden vrouwen daar veel last van hebben en één onbesneden vrouw daar heel veel last van ondervindt. Van de negen vrouwen die er minstens last van hebben dat ze soms minder lang seksueel opgewonden blijven dan ze zouden wensen, zijn er vier besneden vrouwen bij wie dit een seksuele disfunctie kan zijn en ook bij één onbesneden vrouw is dit het geval. Het verschil tussen beide groepen voor wat betreft het minder lang seksueel opgewonden blijven dan men zou wensen, is statistisch significant (MWU 27,00; $p = .046$, mean 1,00 vs 1,55).

4.6.3.3. Problemen met lubricatie.

Opnieuw geven alle besneden vrouwen aan dat ze weleens helemaal niet vochtig worden. Bij de onbesneden vrouwen zijn dit er vijf, vijftien vrouwen geven aan dat dit bij hen niet voorkomt. Vijf besneden vrouwen zeggen dat dit last tot veel last veroorzaakt. Van deze vijf besneden vrouwen zijn er vier bij wie men dit als een seksuele disfunctie kan beschouwen. Bij de onbesneden vrouwen zijn er drie vrouwen die daar last tot heel veel last van hebben. Slechts bij één onbesneden vrouw zou er sprake zijn van een seksuele disfunctie. Opnieuw is er sprake van een statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 17,500, $p = .002$, mean 1,00 vs 1,75).

Nadien werd de vraag gesteld of het weleens gebeurt dat men minder vochtig wordt dan men zou willen. Dit gebeurde bij zes besneden vrouwen, maar ook bij tien onbesneden vrouwen. Eén besneden vrouw zei dat dit niet het geval was, net zoals tien onbesneden vrouwen. Drie besneden en vier onbesneden vrouwen hebben daar last van, één besneden en twee onbesneden vrouwen hebben daar veel last van.

Geen enkele besneden vrouw heeft daar heel veel last van, dit is wel het geval bij één onbesneden vrouw. Van alle besneden en onbesneden vrouwen die daar last tot heel veel last van hebben, zijn er drie besneden en twee onbesneden vrouwen bij wie dit een seksuele disfunctie kan zijn. Het gaat hier niet om een statistisch significant verschil (MWU 45,00; $p = .179$, mean 1,14 vs 1,50).

Daarnaast werd ook bevestigd of men weleens minder lang vochtig blijft dan men zou willen. Vier besneden en zeven onbesneden vrouwen geven aan dat dit weleens gebeurt.

Eén besneden vrouw en twee onbesneden vrouwen hebben daar last van, één besneden en één onbesneden vrouw hebben daar veel last van en tenslotte heeft één onbesneden vrouw daar heel veel last van. Van alle vrouwen uit de twee onderzoeksgroepen die aangeven weleens minder lang vochtig te blijven dan men zou willen en daar last tot heel veel last van hebben, zijn er twee besneden vrouwen en één onbesneden vrouw die een seksuele disfunctie zouden hebben.

Voor de problemen met lubricatie is er geen statistisch significant verschil tussen beide groepen vast te stellen (MWU 41,00; $p = .268$, mean 1,33 vs 1,65).

4.6.3.4. Problemen met orgasme.

Op de vraag of het weleens gebeurt dat men bij seksueel contact geen orgasme krijgt, antwoordden vijf besneden vrouwen en dertien onbesneden vrouwen positief. Slechts één besneden vrouw en zeven onbesneden vrouwen geven aan dat dit niet het geval is. De meerderheid van de onbesneden vrouwen (7) geven aan dat dit geen probleem is, terwijl slechts één besneden vrouw dit ook vindt. Drie onbesneden vrouwen vinden dat dit weinig last veroorzaakt.

Drie besneden vrouwen vinden dat lastig, één besneden vrouw vindt dat dit veel last veroorzaakt, ook één onbesneden vrouw is die mening toegedaan. Twee onbesneden vrouwen vinden dat dit veel last veroorzaakt. Opnieuw zijn er drie besneden en twee onbesneden vrouwen bij wie dit zou kunnen betekenen dat ze een seksuele disfunctie hebben. Er is geen statistisch significant verschil tussen beiden groepen terug te vinden voor wat betreft het krijgen van een orgasme tijdens seksueel contact (MWU 49,00; $p = .533$, mean 1,17 vs 1,35).

4.6.3.5. Pijn en gevoelloosheid.

Bij drie besneden en vier onbesneden vrouwen gebeurt het weleens dat de penis van de partner niet kan worden ingebracht in de vagina omdat dit bijvoorbeeld te pijnlijk is. Eén besneden en één onbesneden vrouw geven aan daar last van te hebben, één besneden vrouw geeft aan daar veel last van te hebben en één onbesneden vrouw spreekt over heel veel last.

Bij twee besneden vrouwen en bij één onbesneden vrouw zou men kunnen spreken van een seksuele disfunctie. Tussen beide groepen is er daaromtrent geen statistisch significant verschil (MWU 42,00; $p = .295$, mean 1,50 vs 1,80).

Daarnaast werd er gevraagd naar het voorkomen van pijn tijdens of na seksueel contact (vb jeuk, een branderig gevoel, etc). Drie besneden vrouwen antwoorden dat dit weleens het geval was en ook bij zes onbesneden vrouwen komt dit voor. Slechts bij één besneden vrouw gebeurt dit vaak.

Eén besneden en vier onbesneden vrouwen hebben daar weinig last van, één onbesneden vrouw heeft daar last van, terwijl twee besneden en één onbesneden vrouw daar veel last van hebben. Bij twee besneden vrouwen en ook bij één onbesneden vrouw kan dit beschouwd worden als een seksuele disfunctie. Hier bestaat er opnieuw geen statistisch significant verschil tussen beide groepen (MWU 45,00; $p=.581$, mean 1,50 vs 1,67).

Vervolgens werd gevraagd of de geslachtsdelen voor, tijdens of na seksueel contact wel eens helemaal gevoelloos zijn. Daar antwoordden twee besneden en één onbesneden vrouw positief op. De besneden vrouwen geven aan dat dit vaak gebeurt, terwijl dit bij de onbesneden vrouw niet het geval is. Deze laatste geeft dan ook aan dat ze er weinig last van ondervindt, terwijl de twee besneden vrouwen daar last tot veel last van hebben. De twee besneden vrouwen zouden hier theoretisch gezien een seksuele disfunctie kunnen hebben. Voor het helemaal gevoelloos zijn van de geslachtsdelen en de mate waarin dit voorkomt is er geen statistisch significant verschil tussen beide groepen terug te vinden (MWU 20,00; $p=.195$, mean 1,50 vs 1,94).

Meer algemeen werd gevraagd of het soms voorkwam dat de geslachtsdelen minder gevoelig zijn dan men soms zou willen voor, tijdens of na seksueel contact. Bij drie besneden en vijf onbesneden vrouwen was dit weleens het geval. Eén besneden en vier onbesneden vrouwen hebben daar weinig last van. Twee besneden vrouwen hebben daar last tot veel last van en één onbesneden vrouw heeft daar heel veel last van. Bij één besneden en één onbesneden vrouw zou men kunnen spreken van een seksuele disfunctie.

Hier is opnieuw geen statistisch significant verschil te vinden (MWU 45,00; $p=.387$, mean 1,50 vs 1,75).

HOOFDSTUK 5 : BESPREKING.

De onderzoeksvraag luidt als volgt : “In welke mate heeft de genitale verminking bij vrouwen een invloed op hun seksualiteit en de beleving ervan?”. Uiteraard bespreek ik hier enkel de resultaten die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Waar mogelijk worden deze vergeleken met de beschikbare literatuur. Er werd heel weinig aandacht besteedt in wetenschappelijk onderzoek aan de seksuele gevolgen van vrouwenbesnijdenis. Bovendien hebben de studies die wel uitgevoerd werden te kampen met methodologische tekortkomingen (Obermeyer, C.M., 2005). In sommige studies beweren besneden vrouwen dat ze in de onmogelijkheid werden gebracht om ook maar enig seksueel plezier te beleven. Anderen beweren daarentegen dat ze seksueel volledig normaal functioneren. Doordat er geen vergelijkingsmateriaal bestaat over het seksuele leven voor en na de besnijdenis, is het zeer moeilijk om de werkelijke impact van de besnijdenis te kennen (Denholm, N., 2004). Het is belangrijk te weten dat de respondenten van de besneden onderzoeksgroep allen besneden werden volgens type één of type twee. Nochtans kan niet met zekerheid gezegd worden dat er geen enkele geïnfibuleerde vrouw in deze groep zit, want er zijn vijf vrouwen van wie het type niet gekend is. Als men pijn hebben bij het plassen als indicatie voor het al dan niet geïnfibuleerd zijn beschouwt, dan zijn er vijf geïnfibuleerde vrouwen in de onderzoeksgroep. Maar aangezien dit slechts gissingen blijven, ga ik daar verder geen rekening mee houden. Daarenboven kan niet gezegd worden dat bijvoorbeeld een type twee besnijdenis effectief een type twee besnijdenis is en er niet meer of minder schade werd toegebracht dan volgens de classificatie van het WHO. Omdat er bovendien geen mogelijkheid bestond tot het klinisch onderzoeken van de besneden vrouwen of om hun dossier bij hun gynaecoloog door te nemen, ga ik de gevolgen van de besnijdenis niet opdelen volgens de verschillende types, maar bespreek ik ze liever algemeen.

5.1. Pijn bij betrekkingen.

Er zijn negen besneden vrouwen die aangeven dat ze last of pijn hebben ter hoogte van de vagina tijdens seksuele betrekkingen. Meer besneden vrouwen hebben last van pijn dan onbesneden vrouwen. Voor geen enkele besneden vrouw in de onderzoeksgroep is seks nooit pijnlijk. Wat betreft het hebben van pijn komt in de literatuur (Reijners, M., 1993) naar voor dat 50% van de besneden vrouwen uit een studie van Mahran pijnsensaties tijdens de coïtus hebben of een vorm van vaginisme vertonen. In dit eindwerk wordt echter enkel de pijn bevraagd. Het zou met andere woorden dus kunnen dat het bij een aantal vrouwen eerder om vaginisme gaat. Het zou ook logisch zijn dat de besneden vrouwen die meer pijn rapporteren minder vrijen dan onbesneden vrouwen.

Dit wordt ook teruggevonden in dit onderzoek. Toch is er ook literatuur te vinden die stelt dat meisjes die een besnijdenis achter de rug hebben daarom niet minder seksueel actief zijn (Megafu in Reijners, M., 1993). Maar ook het tegendeel wordt in de literatuur beschreven, namelijk dat besneden vrouwen meestal laag tot zeer laag scoren voor wat betreft de frequentie van de coïtus (Mahran in Reijners, M., 1993). Wanneer in dit eindwerk expliciet gevraagd wordt naar de inhoud van de besnijdenis op de frequentie van het vrijen, geven vijf vrouwen aan dat er sprake is van een ernstige invloed. Nog eens drie vrouwen spreken van een matige invloed. Volgens vier vrouwen heeft de besnijdenis daar weinig invloed op. In dit eindwerk wordt de frequentie van het vrijen in de meerderheid van de gevallen dus wel beïnvloedt door de besnijdenis.

5.2. Mate van tevredenheid.

Onbesneden vrouwen blijken ooit in hun leven een hogere graad van tevredenheid te behalen dan besneden vrouwen, waar de hoogste graad van tevredenheid slechts enige tevredenheid betreft. Dit tegenover de onbesneden vrouwen die tot zeer veel tevredenheid kennen. Merkwaardig genoeg wordt er geen significant verschil gevonden voor de huidige graad van tevredenheid. Dareer (Dareer in Lightfoot-Klein, H., 1989b) rapporteert dat 50% van een onderzoeksgroep van 2375 besneden vrouwen nooit seksueel plezier beleven en seks als een plicht beschouwen. Het lijkt erop alsof ze hun eigen gevoelens irrelevant vinden en dat het vooral de behoefte is om de man te plezieren (Lightfoot-Klein, H., 1989b). Dit komt ook in een onderzoek van Lightfoot-Klein zelf aan bod, sommige vrouwen vrezen dat ze niet voldoen aan de behoeften van hun man. Soms voelen ze zich schuldig omdat ze seksueel niet beter kunnen functioneren (Lightfoot-Klein, H., 1989). Daarnaast wordt er in de literatuur teruggevonden dat 91% van de besneden vrouwen beweert seksueel plezier te ondervinden. Eenenzeventig procent zou penetratie aangenaam tot heel aangenaam vinden (Obermeyer, C.M., 2005). Dit zou congruent zijn met een andere studie (Essen, B. & Johnsdotter, S. in Obermeyer, M.C., 2005) die zegt dat geen enkele besneden vrouw spontaan begint te vertellen over het verlies van het seksueel plezier ten gevolge van de besnijdenis. Integendeel, de meesten beweren dat ze geen seksuele problemen hebben en plezier beleven aan hun seksuele relaties (Obermeyer, M.C., 2005). Er wordt verder geopperd dat verschillende visies op pijn en plezier in verschillende culturen daar misschien de oorzaak van zouden zijn (Obermeyer, M.C., 2005). Dit wijst er volgens mij op dat men toch verwachtte dat besneden vrouwen minder seksueel plezier zouden hebben.

In dit eindwerk werd er gevraagd of de besneden vrouwen last of pijn hebben ter hoogte van de vagina tijdens seksuele betrekkingen.

Negen besneden vrouwen antwoordden daar positief op. Indien ze dit wensten, konden ze dit specificeren. Twee vrouwen gaven aan dat ze geen seksueel plezier beleven aan de seksuele gemeenschap.

Hoewel het slechts twee besneden vrouwen zijn die aangeven dat ze geen seksueel plezier hebben, zijn deze volgens mij toch belangrijk omdat ze dit spontaan antwoorden op een vraag die ze mochten invullen indien ze dit wensten. Dit lijkt dus in tegenspraak te zijn met het voorgaande voor wat betreft het spontaan vertellen over verlies van seksueel plezier.

5.3. Seksuele belangstelling en gevoelens van afkeer.

Uit dit onderzoek blijkt dat besneden vrouwen minder seksuele gedachten, fantasieën of zin in seks hebben dan onbesneden vrouwen. Nochtans werd in de literatuur teruggevonden dat het seksueel verlangen meestal niet zou aangetast zijn door de besnijdenis (Hercogova, J., Lotti, T., Morrone, A., 2002) (WHO, 1995) (Toubia, N., 1994). In tegenstelling daarmee werd er in de literatuur ook teruggevonden dat sommige besneden vrouwen minder behoefte hebben aan seksueel contact dan ze eigenlijk wensten. Ze hadden het ook over gevoelens van onverschilligheid, passiviteit en afkeer. In dit eindwerk werden er geen verschillen met betrekking tot gevoelens van angst en afkeer gevonden voor wat betreft de gedachte aan seksueel contact met de partner, wat tegen mijn verwachtingen ingaat. Daarentegen werd er wel een significant verschil teruggevonden tussen de besneden en onbesneden voor wat betreft het hebben van deze gevoelens bij het effectief hebben van seksueel contact met de partner (in plaats van louter de gedachte eraan). In de literatuur werd dit verklaard doordat deze vrouwen het traumatische gebeuren van de besnijdenis mentaal nog niet verwerkt hadden. Daardoor kunnen ze op de duur een afkeer van participatie in seksuele activiteit krijgen (Lightfoot-Klein, H., 1989a). Slechts één besneden vrouw zei soms zin te hebben in seksueel contact met haar partner en zelfs bij haar kwam dit minder dan één maal per maand voor. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de besneden en onbesneden groep. Tenslotte werd er ook geen verschil gevonden voor wat betreft met tegenzin vrijen met de partner.

Voor wat betreft het aantrekkelijk vinden van iemand in de omgeving, werd er wel een verschil tussen beide groepen gevonden. Bij de besneden vrouwen komt dit slechts weinig voor, terwijl dit bij de onbesneden vrouwen bij wijze van spreken de normaalste zaak van de wereld is. Verder blijkt ook dat besneden vrouwen minder seksueel prikkelende dingen tegenkomen bij het televisie kijken of lezen. Maar voor wat betreft het op zoek gaan naar seksueel prikkelende dingen werd geen significant verschil vastgesteld. Er zijn ook geen verschillen teruggevonden voor het weinig of veel bezig zijn met seksueel prikkelende dingen.

Tenslotte is er een verschil gevonden tussen beide groepen voor wat betreft het hebben van veel behoefte aan seksueel contact. Geen enkele besneden vrouw zei dat ze veel behoefte had aan seksueel contact.

Maar voor wat betreft het hebben van weinig behoefte aan seksueel contact werd dan weer geen verschil teruggevonden. Dit komt waarschijnlijk omdat dit wel eens meer voorkomt bij vrouwen in het algemeen.

5.4. Orgasme.

Wat betreft de mogelijkheid tot het krijgen van een orgasme is er in dit onderzoek niet veel duidelijkheid. In de vragenlijst over de vrouwelijke seksualiteit werd er een statistisch significant verschil teruggevonden tussen beide groepen. De onbesneden vrouwen lijken in het voordeel. Zij lijken makkelijker een orgasme te kunnen krijgen dan de besneden vrouwen. Er werd zelfs een verschil teruggevonden tussen beide groepen zowel voor in de periode met de meeste seksuele tevredenheid als in de huidige periode. Volgens vijf besneden vrouwen heeft de besnijdenis een ernstige invloed op het kunnen bereiken van een orgasme en nog volgens twee besneden vrouwen heeft dit daar een matige invloed op. Vijf vrouwen vinden daarentegen dat de besnijdenis daar weinig tot geen invloed op heeft. Daarnaast werd er bij de eigen vragen geen verschil teruggevonden voor wat betreft het bereiken van een orgasme bij seksueel contact. Uit de gegevens die voortspruiten uit de vragenlijst voor het signaleren van seksuele disfuncties, blijkt dat het bij vijf van de zeven besneden vrouwen bij seksueel contact weleens gebeurt dat ze geen orgasme krijgen (één vrouw heeft hier niet op geantwoord). Onbesneden vrouwen lijken wel makkelijker een orgasme te kunnen krijgen, maar met betrekking tot de capaciteit van het krijgen van een orgasme werd er geen verschil gevonden. Wat wel vermeld moet worden is dat ik aan twee besneden vrouwen het begrip “orgasme” heb moeten uitleggen. Wil dit zeggen dat het niet kennen van het begrip orgasme in verband staat met het kunnen krijgen van een orgasme? Dit is echter niet duidelijk. Ook in de literatuur werden vrouwen gevonden die het begrip “orgasme” niet kenden en er niks van afwisten (Denholm, N., 2004). Uit het onderzoek van Lightfoot-Klein blijkt dat 90% van de bevroegde besneden vrouwen toch ooit een orgasme hadden beleefd. In dit eindwerk is er één besneden vrouw die aangeeft wel orgasmes te kunnen beleven. Maar wat in dit eindwerk opvalt is dat de meerderheid van de besneden vrouwen wel eens geen orgasme krijgt tijdens seksueel contact. Wat dit seksueel contact precies is, is niet bevroegd. Het is geweten dat bij een gewone populatie veel vrouwen niet kunnen klaarkomen door vaginale penetratie en dat er vaak specifieke stimulatie nodig is voor een clitoraal orgasme. Men kan daarom ook niet spreken van een seksuele disfunctie omdat men niet altijd klaarkomt tijdens coïtus (Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I. & Weijenborg, P., 2004).

Daarnaast hebben 7 tot 10 % van de vrouwen uit een normale populatie problemen met orgasme (Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P., 2004). Het is daarom ook niet verwonderlijk dat ook 13 onbesneden vrouwen aangeven weleens geen orgasme te kunnen krijgen tijdens seksueel contact.

Er is slechts één besneden vrouw die aangeeft ook problemen te hebben met het bereiken van een orgasme bij masturbatie. Als men verder gaat kijken, gebeurt het vaak dat deze vrouw door middel van masturbatie geen orgasme krijgt en geeft ze bovendien aan dat ze er heel veel last van heeft. Door middel van de VSD kan dit geïnterpreteerd worden als een seksuele disfunctie (Vroege, J.A., 2003) (Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P., 2004).

Bij de drie onbesneden vrouwen bij wie dit ook wel eens voorkomt, gebeurt dit minder regelmatig en geven ze ook aan er geen tot weinig last van te hebben.

Van de vijf besneden vrouwen die aangeven weleens geen orgasme te ervaren bij seksueel contact met de partner zijn er drie bij wie dit regelmatig tot vaak gebeurt en alle drie hebben ze daar last tot veel last van. Ook dit is weer voldoende voor de VSD om dit te beschouwen als een seksuele disfunctie. Van de onbesneden vrouwen zijn er vier vrouwen bij wie dit regelmatig tot altijd voorkomt. Daarvan geven er twee vrouwen aan daar heel veel last van te hebben, waardoor ook bij deze vrouwen sprake lijkt te zijn van een seksuele disfunctie. Volgens Toubia is de mogelijkheid om al dan niet een orgasme te kunnen krijgen, enerzijds afhankelijk van de ernst van de verminking, maar anderzijds ook van de mate waarin de gewoontes van de cultuur met betrekking tot het niet uiten van seksuele signalen geïnternaliseerd zijn (Toubia, N., 1994). Lightfoot-Klein stelt dat bepaalde fenomenen in de hersenen misschien belangrijker zijn in het al dan niet krijgen van een orgasme dan de vraag op welke manier en welke anatomische structuren gestimuleerd worden (Lightfoot-Klein, H., 1989b). De seksuele respons van de besneden vrouw is afhankelijk van haar achtergrond, opleiding, ervaring en ook van de tederheid en wederzijdse participatie in de seksuele act. Verder vertelt Lightfoot-Klein dat vaginale sensaties proprioceptief zijn, dit wil zeggen dat deze sensaties het resultaat zijn van een stimulus in en niet van buiten het lichaam (Lightfoot-Klein, H., 1989a). Het gebied waar het orgasme gevoeld wordt, hoeft daarom niet hetzelfde gebied te zijn als het gebied waar de stimulatie plaatsvond (Lightfoot-Klein, H., 1989b).

5.5. Masturbatie.

Ook wat betreft masturbatie werden er geen statistisch significante verschillen gevonden tussen beide groepen. Nochtans lijkt het er wel op dat meer onbesneden vrouwen masturberen dan besneden vrouwen.

Bij deze laatste groep geven acht vrouwen aan nooit te masturberen en ook bij de onbesneden vrouwen zijn er zeven vrouwen die nooit masturberen. Zes onbesneden vrouwen daarentegen masturberen wel, gaande van soms tot zeer vaak.

Bij de besneden vrouwen zijn er slechts twee vrouwen die aangeven soms te masturberen.

In de literatuur wordt gesteld dat meer onbesneden vrouwen masturberen dan besneden vrouwen (Dorkenoo, E., 1994). In mijn onderzoek werd er echter geen significant verschil gevonden.

5.6. Opwinding en lubricatie.

Besneden vrouwen hebben meer opwindingsproblemen. Alle besneden vrouwen geven aan dat ze soms helemaal niet seksueel opgewonden worden. Hiervoor werd er een significant verschil vastgesteld. Daarnaast bleek er ook een verschil te zijn in de mate waarin men al dan niet gemakkelijk tot opwinding komt. Bij onbesneden vrouwen komt de opwinding makkelijker dan bij de besneden vrouwen. Besneden vrouwen voelen zich in het algemeen minder vaak seksueel opgewonden. Bij masturbatie is er bij één besneden vrouw sprake van een seksuele disfunctie, zij geeft aan zich geen moment seksueel opgewonden te voelen bij masturbatie. In de literatuur wordt bevestigd dat er een deel besneden vrouwen zijn die geen gevoel, warmte of opwinding tijdens de gemeenschap hebben (Mahran in Reijners, M., 1993). Voor wat betreft het soms helemaal geen opwinding voelen bij seksueel contact met de partner, zijn er drie besneden vrouwen bij wie de voorwaarden voor een seksuele disfunctie voldaan zijn. Als men gaat kijken naar een minder intens gevoel van opwinding dan men wel zou willen, dan zou er sprake kunnen zijn van een seksuele disfunctie bij vijf besneden vrouwen, maar ook bij twee onbesneden vrouwen is dit het geval. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen beide groepen. Er werd tenslotte ook een verschil teruggevonden voor wat betreft het minder lang seksueel opgewonden blijven dan men zou wensen, tussen beide groepen. Daarnaast zou er bij vier besneden vrouwen en één onbesneden vrouw ook sprake kunnen zijn van een seksuele disfunctie.

Opnieuw is er een meerderheid van besneden vrouwen die aangeven dat de besnijdenis een matige (N=4) tot ernstige invloed (N=5) heeft op het krijgen van opwinding. Vier vrouwen vinden daarentegen dat dit weinig invloed heeft op hun opwinding.

Onbesneden en besneden vrouwen verschillen voor wat betreft het wel eens helemaal niet vochtig worden tijdens seksueel contact. Dit komt meer voor bij de besneden vrouwen en bij vier besneden vrouwen kan men dit als een seksuele disfunctie beschouwen. Dit is ook het geval bij één onbesneden vrouw. Beide onderzoeksgroepen verschillen niet voor wat betreft het soms minder vochtig worden.

Er zijn drie besneden en twee onbesneden vrouwen bij wie dit een seksuele disfunctie kan zijn. Wat betreft het minder lang vochtig blijven dan men zou willen, is er geen significant verschil vast te stellen tussen beide groepen.

Er zou wel sprake kunnen zijn bij twee besneden vrouwen en één onbesneden vrouw van een seksuele disfunctie. Dit komt zowel bij de besneden als onbesneden vrouwen voor.

Ook wat betreft het vochtig worden van de vagina bij zelfbevrediging, zou er bij twee besneden vrouwen sprake kunnen zijn van een seksuele disfunctie. Wat betreft de mate van lubricatie van de vagina betreft werd er geen relevante literatuur teruggevonden.

5.7. In welke mate heeft de genitale verminking bij vrouwen een invloed op hun seksualiteit en de beleving ervan?

In tegenstelling tot wat ik aanvankelijk verwacht had, is het niet zo makkelijk om hier een eenduidig antwoord op te formuleren.

Zelfs wanneer men expliciet vraagt naar de invloed van de besnijdenis op een bepaald aspect van de seksualiteit, dan valt er maar één ding op. Er is geen enkele besneden vrouw die aangeeft dat de besnijdenis geen enkele invloed zou hebben, met uitzondering van één vrouw met betrekking tot het orgasme. Laat me deze gegevens eens kort samenvatten.

Met betrekking tot de frequentie van geslachtsgemeenschap geven vijf vrouwen aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op heeft, drie vrouwen spreken van een matige invloed en vier vrouwen geven aan dat de besnijdenis daar weinig invloed op heeft. Geen enkele vrouw geeft aan dat de besnijdenis geen enkele invloed heeft.

Voor wat betreft het hebben van seksuele gedachten en fantasieën en de invloed van de besnijdenis daarop, werd het volgende teruggevonden. Zes vrouwen spreken van een ernstige invloed, vier vrouwen geven aan dat dit een matige invloed heeft en drie vrouwen zeggen dat dit weinig invloed heeft. Opnieuw is er geen enkele vrouw die zegt dat dit geen invloed heeft.

Op het krijgen van opwinding geven vijf vrouwen aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op heeft. Vier vrouwen spreken van een matige invloed en vier vrouwen vinden dat dit weinig invloed uitoefent op het kunnen ervaren van opwinding. Geen enkele vrouw zegt dat dit geen invloed heeft daarop.

Volgens vijf vrouwen heeft de besnijdenis een ernstige invloed op het kunnen bereiken van een orgasme. Twee vrouwen vinden dat dit een matige invloed heeft. Vier vrouwen spreken van weinig invloed en één vrouw vindt dat de besnijdenis daar helemaal geen invloed op heeft.

Gevraagd naar de invloed van de besnijdenis op het algemeen seksueel functioneren, geven vijf vrouwen aan dat de besnijdenis daar een ernstige invloed op uitoefent.

Drie vrouwen zeggen dat de besnijdenis daar een matige invloed op uitoefent en vier vrouwen spreken van weinig invloed. Geen enkele vrouw geeft aan dat er geen invloed is.

De meerderheid van de besneden vrouwen geeft dus aan dat de besnijdenis een matige tot ernstige invloed heeft op de frequentie van geslachtsgemeenschap, op het hebben van seksuele gedachten en fantasieën, op het krijgen van opwinding, op het kunnen bereiken van een orgasme en op het algemeen seksueel functioneren.

De seksualiteitsbeleving staat in dit onderzoek iets minder op de voorgrond. Maar als we kijken naar de mate van tevredenheid bij besneden vrouwen werd er voor wat betreft de hoogste graad van tevredenheid wel een verschil gevonden met de onbesneden vrouwen. Voor de huidige graad van tevredenheid werd er geen verschil teruggevonden. Er zijn verder ook twee besneden vrouwen die aangeven dat ze geen seksueel plezier kennen. Tenslotte werd er ook een duidelijk verschil gevonden voor wat betreft het hebben van gevoelens van afkeer en angst tijdens seksueel contact.

Als conclusie kan gesteld worden dat er geen duidelijk negatieve invloed is van de besnijdenis op de seksualiteit van de besneden vrouwen. Voor de meerderheid van de vrouwen is dit wel het geval, maar niet voor alle besneden vrouwen. Ook in de literatuur is er onduidelijkheid daarover.

Hetzelfde geldt voor de seksualiteitsbeleving. Er lijkt wel een invloed te zijn van de besnijdenis op de tevredenheid van de vrouwen, maar dit is wederom niet bij alle besneden vrouwen het geval. Besneden vrouwen hebben meer gevoelens van afkeer en angst tijdens seksueel contact.

5.8. Beperkingen van het onderzoek.

Gezien de beperktheid van tijd en middelen waaraan dit onderzoek onderhevig is, zijn er ook een aantal beperkingen aan dit onderzoek. Een eerste beperking ligt in het feit dat de besneden vrouwen zelf moesten aangeven volgens welk type ze besneden werden. In bijlage van de vragenlijst werd er daarom een overzicht opgenomen met een geïllustreerde beschrijving van de verschillende types. Desondanks zijn er toch vijf vrouwen die deze vraag niet konden of wilden beantwoorden. Daarnaast is het ook maar de vraag hoe betrouwbaar de gegeven informatie is. De literatuur stelt dat dit nogal varieert (Obermeyer, C.M., 2005). Maar het was praktisch gezien onmogelijk om in het kader van een eindwerk, de vrouwen klinisch te laten onderzoeken of hun dossiers bij hun gynaecoloog door te nemen.

Ten gevolge daarvan koos ik ervoor om de gevolgen van de besnijdenis algemeen te bespreken en niet op te delen volgens de verschillende types.

Daarenboven worden de besneden vrouwen niet in een medische setting bevraagd, waardoor ik weer moet steunen op de betrouwbaarheid van de antwoorden in verband met de medische complicaties. Opnieuw was hier geen alternatief voor, maar men moet er toch rekening mee houden, omdat de perceptie van gezondheid varieert met leeftijd en cultuur. Daarenboven beïnvloeden sociale definities van gezondheid, pijn of last de mate waarin vrouwen rapporteren wat ze voelen (Obermeyer, C.M., 2005). Het zou ook mogelijk zijn dat besneden vrouwen zich soms niet bewust zijn van de complicatie en de link met de besnijdenis.

Een volgende beperking betreft de respectievelijke onderzoeksgroepen. De besneden onderzoeksgroep is beperkt. Te beperkt om er veel uit te kunnen afleiden, maar praktisch gezien was het bijna onmogelijk om nog meer besneden vrouwen te strikken voor dit onderzoek. Daarnaast bestaat de controlegroep vooral uit Belgische vrouwen, omdat het heel moeilijk bleek te zijn om Afrikaanse onbesneden vrouwen te vinden die bereid waren de vragenlijst in te vullen.

5.8. Aanbevelingen voor verder onderzoek.

Voor verder onderzoek zou het misschien interessant zijn om te bevragen welke reacties besneden vrouwen vertonen op de avances van mannen. Daarnaast zou het ook boeiend zijn om te onderzoeken of vrouwen ooit het initiatief nemen en hoe ze dat dan zouden doen. Met andere woorden bestaan er gelijkaardige mechanismen zoals de smoke ceremony in Soedan?

Bovendien zou het ook interessant zijn te weten of besneden vrouwen zich als seksuele wezens bekijken.

Daarnaast kan men in verder onderzoek misschien proberen om zoveel mogelijk de partner en de partnerrelatie in het onderzoek te betrekken.

HOOFDSTUK 6 : CONCLUSIE.

Men kan niet zomaar aannemen dat alle besneden vrouwen seksuele problemen hebben, geen plezier aan seksueel contact hebben of dat ze geen orgasme kunnen krijgen (Toubia, N., 1994). Daar bestaat immers geen sluitend wetenschappelijk bewijs voor. Als er één rode draad doorheen de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot seksualiteit loopt, is het wel dat er geen consensus is over de gevolgen op seksualiteit van de besnijdenis (Obermeyer, C.M., 2005). De methodologische kwaliteit van veel studies die met betrekking tot seksualiteit iets onderzochten, laat vaak te wensen over en zijn daardoor gelimiteerd. Ook dit onderzoek heeft natuurlijk zijn beperkingen, desondanks probeer ik toch een aantal conclusies te trekken.

Ten eerste komt naar voor in dit onderzoek dat besneden vrouwen meer pijn hebben bij seksuele betrekkingen. Dit wordt ook teruggevonden in de literatuur. Daarenboven werden er ook verschillen gevonden met betrekking tot de frequentie van seksueel contact, waarbij de onbesneden vrouwen meer vrijen dan de besneden vrouwen. Met betrekking tot dit laatste aspect wordt er in de literatuur geen consensus teruggevonden.

In dit onderzoek blijkt de seksuele belangstelling van besneden vrouwen toch enigszins aangetast te zijn. Er wordt zelfs een significant verschil teruggevonden tussen beide groepen voor het hebben van gevoelens van afkeer tijdens seksueel contact. In de literatuur werd daarvoor een verklaring gezocht in het nog niet verwerkt hebben van de traumatische besnijdenis. Dit zou het geval kunnen zijn, maar ik vraag me af in welke mate het hebben van pijn bij seksueel contact ook een rol speelt in het hebben van gevoelens van afkeer voor vrijen met de partner.

Voor wat betreft het opgewonden worden, werd er een significant verschil gevonden tussen beide groepen. Alle besneden vrouwen geven aan dat ze soms helemaal niet opgewonden worden. In de literatuur wordt dit bevestigd. Besneden vrouwen voelen zich in het algemeen minder vaak seksueel opgewonden. Ook wat het soms helemaal niet vochtig wordt werd er een verschil teruggevonden in het voordeel van de onbesneden vrouwen. Voor de mildere problematieken zoals het soms minder vochtig worden en minder lang vochtig worden werd er geen verschil gevonden tussen beide onderzoeksgroepen.

In dit onderzoek wordt er niet echt een duidelijk verschil teruggevonden voor wat betreft de mate van tevredenheid tussen de twee onderzoeksgroepen. Er is wel een verschil teruggevonden voor de hoogste graad van tevredenheid ooit, maar niet voor wat betreft de mate van tevredenheid met het huidige seksuele leven. Of de besnijdenis een invloed heeft op het hebben van seksueel plezier is in de wetenschappelijke literatuur niet duidelijk. Men vraagt zich ook af of men misschien verschillende visies van pijn en plezier kan hebben in verschillende culturen.

Met betrekking tot het kunnen krijgen van een orgasme is er in de literatuur geen consensus over en ook dit onderzoek brengt niet veel duidelijkheid. Wat wel duidelijk is, is dat men niet kan spreken van orgasmeproblemen omdat de vrouw niet zou klaarkomen tijdens seksueel contact. Immers, wat is precies dat seksueel contact en waar en op welke manier vindt er stimulatie plaats. Lightfoot-Klein stelt dat bepaalde fenomenen in de hersenen belangrijker zijn dan de specifieke vorm en plaats van stimulatie.

Verder speelt ook de ernst van de besnijdenis zeker een belangrijke rol, maar daarnaast is het ook van belang te weten in welke mate gewoontes in verband met het uiten van seksuele signalen geïnternaliseerd werden (Toubia, N., 1994).

Tussen beide onderzoeksgroepen werd er geen verschil gevonden voor wat betreft masturbatie.

Als antwoord op de onderzoeksvraag kan gesteld worden dat de invloed van de besnijdenis op seksualiteit niet eenduidig negatief is voor alle besneden vrouwen. Voor de meerderheid van de vrouwen blijkt dit toch het geval te zijn. Ook voor wat betreft de seksualiteitsbeleving is het niet zo eenvoudig. Er is zeker een duidelijk verschil voor wat betreft het hebben van gevoelens van afkeer en angst tijdens seksueel contact. Of besneden vrouwen plezier beleven aan seksueel contact, is een vraag waar moeilijk antwoord op te geven is. Twee vrouwen geven expliciet aan dat ze geen plezier hebben aan seksuele betrekkingen, terwijl dit eigenlijk niet specifiek bevraagd werd. Er lijkt dus wel voor sommige besneden vrouwen een negatieve invloed te zijn op de seksualiteitsbeleving, maar dit kan niet eenduidig statistisch worden aangetoond.

Referenties :

1. Boeken :

Denholm, N. (2004). *Female genital mutilation in New Zealand : understanding and responding. A guide plan for health and child protection professionals.* Newmarket Auckland : The refugee health education programme.

Dirie, W. (2005). *Onze verborgen tranen.* Amsterdam : Uitgeverij Sirene bv.

Dolle Mina Werkgroep Clitoridectomie, *Clitoridectomie en het recht op onze eigen seksualiteit.* Amsterdam : Dolle Mina Werkgroep Clitoridectomie.

Dorkenoo, E. & Elworthy, S. (1980). *Female genital mutilation : proposals for change.* Londen : Minority Rights Group.

Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the rose : female genital mutilation. The practice and its prevention.* Londen : Minority Rights Group.

Gianotten, W., Gijs, L., Vanwesenbeeck, I. & Weijenborg, P. (2004). *Seksuologie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ijff, M. (2006). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening.* Assen : Van Gorcum.

Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual. An odyssey into female genital mutilation in Africa.* New York : Harrington Park Press.

Keizer, C. (2003). *Acculturatie en psychische effecten van vrouwenbesnijdenis. Een onderzoek onder sleutelfiguren en vertegenwoordigers eigen taal en cultuur van de Somalische gemeenschap in Nederland.* Leiden : Wetenschapswinkel VU.

Miller, D.C., (1991). *Handbook of Research Design and Social Measurement. Fifth edition.* Londen : Sage publications.

Rahman, A. & Toubia, N. (2000). *Female genital mutilation. A guide to laws and policies worldwide.* London, New York : Zed Books.

Reijners, M.M.J. (1993). *Het besnijden van meisjes : een leven lang leed en pijn*. Amsterdam : Boom.

Smith, J. & van der Weide, H. (1992). *Visies en discussies omtrent genitale verminking van meisjes. Een inventarisatie in internationaal perspectief*. Amsterdam : Defence for children international.

Toubia, N. (1999). *Caring for women with circumcision : a technical manual for health care providers*. New York : Rainbo.

Vroege, J.A. (2003). *De vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties (VSD). Bruikbaarheid in de klinische praktijk*. Delft : Eburon.

World Health Organization (1995). *Female genital mutilation : report of a WHO technical working group*. Geneva : WHO.

2. Tijdschriften :

Ahmed, M., Berggren, V., Edberg A-K., Habbani, E., Hernlund, Y. & Johansson, E. (2006). Being victims or beneficiaries? Perspectives on female genital cutting and reinfibulation in Soedan. *African Journal of Reproductive Health*, 10 (2), 25- 36.

Aldeeb Abu-Sahlieh, S.A. (1994). To mutilate in the name of Jehovah or Allah : Legitimization of male and female circumcision. *Medicine and Law*, 13 (7-8), 572-622.

Bartels, E. (1987). Herfibulatie en de strijd tegen vrouwenbesnijdenis. *Tijdschrift Vrouwenstudies*, 8 (1), 15-30.

Beke, A., Doctor, H., Hodgson, A. & Sakeah, E. (2006). Males' preference for circumcised women in northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 10 (2), 37-47.

Bosteels, J., Demyttenaere, K., Enzlin, P., Mathieu, C., Vanderschueren, D. & Van den Bruel, A. (2004). Seksuele problemen bij vrouwen met type 1 diabetes mellitus en bij een controlegroep : een vergelijkende studie. *Tijdschrift voor seksuologie*, 28, 197-203.

Fokkema, T., & Huisman, C. (2004), De strijd tegen vrouwenbesnijdenis. *Demos*, 20 (2), 12-16.

Fokkema, T., Huisman, C. & Smidman, N. (2000), Vrouwenbesnijdenis : grote gezondheidsrisico's. *Demos*, 16 (6).

Ghonem, K. (2005). In het web van de tradities. Over meisjesbesnijdenis. *AL NISA : islamitisch maandblad voor vrouwen*.

Leye, E. & Temmerman, M. (2001). Vrouwenbesnijdenis. *Verhandelingen van de koninklijke academie voor geneeskunde van België*, 2, 177-191.

Lightfoot-Klein, H. (1989b). The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The journal of sex research*, 26 (3), 375-392.

Lightfoot-Klein, H. (1983). Pharaonic Circumcision of Females in the Sudan. *Medicine and Law*, 2, 353-360.

Lightfoot-Klein, H. & Shaw, E. (1991). Special needs of ritually circumcised women patients. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 20 (2), 102-107.

Obermeyer, C.M. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, health and sexuality*, 7 (5), 443-461.

Shell-Duncan, B. (2001). The medicalization of female "circumcision" : harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science and medicine*, 52, 1013-1028.

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and the family*, 38 (1), 15-28.

Toubia, N. (1994). Female genital mutilation and the responsibility of reproductive health professionals. *International Journal of gynecology and obstetrics*, 46 (2), 127-135.

3. Licentiaatsverhandelingen :

Borms, R. (2003). *Seksueel functioneren en seksualiteitsbeleving bij reumatoïde artritis patiënten*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Familiale en Seksuologische Wetenschappen.

Duchateau, A. (1998). Onder Westerse vleugels. Universaliteit versus relativiteit van mensenrechten m.b.t. meisjes- en vrouwenbesnijdenis. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Sociale en Culturele antropologie.

Neven, K. (2005). Vrouwelijke genitale verminking : van probleemstelling en getuigenis tot juridisch en seksueel-psychologisch kader. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Familiale en Seksuologische Wetenschappen.

4. Internet :

Amnesty International, (2004). Vrouwelijke genitale verminking. Afgehaald van het web op 22 juli 2006 :

http://www.aivl.be/Media/Vrouwelijke_Genitale_Verminking_april03.pdf

Bullough, V.L. & Bullough, B. (1994). *Human Sexuality. An Encyclopedia*. New York : Garland Publishin, afgehaald van het web op 5 februari 2007 :

<http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SEN/INDEX.HTM>

Dijkema, P., Joris, I., Kramer, M., Tichelman, P., Verhoeff, A. (2005). *Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken. Een onderzoek naar de aard, omvang en attitude onder professionals en risicogroep in Amsterdam en Tilburg*. Afgehaald van het web op 23 september 2006 :

http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=29612&VolgNr=1

Godparents Association, Inc. (2004). *Female Genital Cutting and religion*. Godparents News, 6 (11). Afgehaald van het web op 28 maart 2007 :

http://www.godparents.net/our_newsletter.htm

IRIN Web special (2005). Razor's edge. The controversy of female genital mutilation. Afgehaald van het web op 19 maart 2007 :
<http://www.irinnews.org/IndepthMain.aspx?IndepthId=15&ReportId=62462>

Kool, R.S.B., Beijer, A., van Drumpt, C.F., Eelman, J.M. & Knoops G.G.J., *Genitale verminking in juridisch perspectief. Rechtsvergelijkend onderzoek naar de juridische mogelijkheden ter voorkoming en bestrijding van vrouwelijke genitale verminking*. Willem Pompe Instituut, sectie Strafrecht, Universiteit Utrecht. Afgehaald van het web op 19 maart 2007.

[http://igiturarchive.library.uu.nl/law/20060801211532/Kool_05VrouwelijkeGenitaleverminkingi
njuridischperspectief.doc](http://igiturarchive.library.uu.nl/law/20060801211532/Kool_05VrouwelijkeGenitaleverminkingi
njuridischperspectief.doc)

Meerschaut, K. & Backs, A. (2001). Vrouwenbesnijdenis en recht. Afgehaald van het web op 13 september 2006 : <http://cas1.elis.ugent.be/avrug/vrouwel4.htm>

NOCIRC. National Organization of Circumcision Information Resource Centers. *Answers to your questions about infant circumcision*. Afgehaald van het web op 11 maart 2007. <http://www.nocirc.org/publish/3pam.pdf>

Trefpunt Stop geweld tegen vrouwen, (z.d.), Over meisjesbesnijdenis/FGM. Afgehaald van het web op 17 maart 2007 : <http://www.vluchtelingenorganisaties.nl/fgm/fgm.asp>

Unicef (2005a). Changing a harmful social convention : female genital mutilation/cutting. Afgehaald van het web op 21 maart 2007 : <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/fgm-gb-2005.pdf>

Unicef (2005b). Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration. Afgehaald van het web op 22 maart 2007 : http://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf

Van der Kwaak, A., Bartels, E., de Vries, F., Meuwese, S. (2003). *Strategieën ter voorkoming van besnijdenis bij meisjes. Inventarisatie en aanbevelingen*. Nederland/Vrije Universiteit, VU Medisch Centrum, afgehaald van het web op 14 maart 2007. http://www.emancipatieweb.nl/uploads/729/Onderzoeksrapport_meisjesbesnijdenis_2003.pdf

Van Geertruyen, G., (2001). *Vrouwelijke genitale verminking : de sociaal-culturele context*. Afgehaald van het web op 13 september 2006 : <http://cas1.elis.ugent.be/avrug/vrouwel1.htm>

World Health Organization (1999a), *Female Genital Mutilation. Information Kit*. Geneva, afgehaald van het web op 16 juli 2006.

World Health Organization (1999b), *Female Genital Mutilation. Programmes to date : what works and what doesn't. A review*. Afgehaald van het web op 16 juli 2006 : http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_programmes_review.pdf

World Health Organization (2006), *Progress in sexual and reproductive health research*.
Afgehaald van het web op 5 april 2007.

5. Beeldmateriaal :

Sterke vrouwen (met Liekens, G.) *Nafisa, over vrouwenbesnijdenis (Somaliland)*. Aflevering
5.

Bijlage : Vragenlijst.

Geachte Mevrouw,

Met dit schrijven wensen we u uit te nodigen om deel te nemen aan een onderzoek omtrent "Seksualiteitsbeleving bij besneden vrouwen". Dit onderzoek wordt gevoerd door Anne Slowack (een studente Familiale en Seksuologische Wetenschappen) onder leiding van promotor Prof. Dr. A. Vansteenwegen (psychotherapeut, seksuoloog en voorzitter van het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen) van de Katholieke Universiteit te Leuven.

Het betreft een onderzoek waarmee we een groot aantal vrouwen willen bereiken. Het onderzoek richt zich vooral op de seksualiteitsbeleving van besneden vrouwen.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te verwerven in de relatie- en seksualiteitsbeleving van besneden vrouwen.

De vragenlijsten worden voorgelegd aan besneden en niet-besneden vrouwen, liefst met een partner. Het is echter niet vereist dat er binnen deze relatie regelmatig seksueel contact is.

We zijn er ons van bewust dat er zeer intieme vragen gesteld worden. Daarom wensen we extra te benadrukken dat de anonimiteit volledig gegarandeerd wordt.

Wij hopen dat u zo goed wil zijn om uw medewerking te verlenen,

Hoogachtend,

Prof. Dr. Alfons Vansteenwegen

Anne Slowack

Onderzoek “Seksualiteitsbeleving bij besneden vrouwen”

Toestemmingsformulier (“informed consent”)

Ik, ondergetekende, verklaar voldoende de gelegenheid gehad te hebben om eventuele aanvullende vragen te stellen en ben op de hoogte van de volgende punten :

- Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en ik kan mij op elk moment uit het onderzoek terugtrekken zonder daarvoor een reden te moeten opgeven. Ik kan op elk tijdstip d.w.z. voor, tijdens of na het onderzoek vragen stellen over het onderzoek.
- Deelname aan het onderzoek is éénmalig. Het invullen van de vragenlijsten duurt maximaal 90 minuten en mag –indien nodig- gespreid worden over verschillende momenten. De vragenlijsten handelen over mijn algemene levenskwaliteit, relatiekwaliteit, psychologisch welzijn en seksualiteitsbeleving.
- De resultaten van het onderzoek worden anoniem en vertrouwelijk behandeld en bewaard.
- De bij het onderzoek betrokken medewerker van de KULeuven, Prof. Dr. A. Vansteenwegen staat ervoor garant dat het onderzoek wordt uitgevoerd volgens de verstrekte gegevens en waarborgt de privacy van de deelnemer.

Datum :

Handtekening deelnemer :

- Ja, ik wil een samenvatting ontvangen van de onderzoeksresultaten.
Volledig adres (straat, nr, bus; postcode, plaats) :

Dit toestemmingsformulier is in tweevoud verstrekt. Wij vragen u om één exemplaar te ondertekenen en met de vragenlijst terug te sturen. Het andere exemplaar kunt u behouden voor de informatie over het onderzoek en de onderzoekers.

Toelichting voor het invullen van deze bundel vragenlijsten.

Gezien de liggigheid van deze bundel wordt de inhoud ervan even kort voorgesteld.

Deze bundel bevat de volgende informatie en vragenlijsten :

- Uitnodigingsbrief met informatie over dit onderzoek
- Toestemmingsformulier (“Informed consent”)
- Weigering van deelname *
- Algemene gegevens
- Omschrijving types vrouwenbesnijdenis
- Situering van de persoonlijke situatie
- Dyadic Adjustment Scale
- Vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit
- Vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties

Weigering van deelname.

Gezien de gevoeligheid van het onderwerp waarover dit onderzoek handelt, verwachten we dat sommige mensen niet wensen deel te nemen aan dit onderzoek. We hebben hiervoor alle begrip.

Toch is het voor de onderzoekers nuttig te weten waarom mensen niet aan dit onderzoek wensen deel te nemen. Het staat u volledig vrij om ons die redenen al dan niet mee te delen. Indien u dit wel wenst te doen, vragen we u om hieronder aan te duiden welke stelling(en) best uw reden tot weigering weergeeft.

Reden(en) voor weigering deelname :

- Ik heb geen partner en ben niet meer seksueel actief
- Ik heb een (seksuele) partner, maar ben niet meer seksueel actief. Ik wens niet aan dit onderzoek deel te nemen.
- Ik heb een (seksuele) partner en ben seksueel actief, maar ik wens er niet aan deel te nemen.
- Ik heb een (seksuele) partner en ben seksueel actief, maar mijn partner wenst niet dat ik eraan deelneem.
- Ik ben niet geïnteresseerd in dit soort van onderzoek.
- De vragen zijn te intiem.
- Ik zie er het nut niet van in.
- Ik heb geen tijd.
- Andere :
- Andere :
- Andere :

Alvast bedankt.

Vragenlijst vrouwenbesnijdenis .

1. Gelieve eerst volgende vraag op te lossen, alvorens u aan de vragenlijst zelf begint.

1. Bent u besneden?
- Ja
 - Neen

2. Algemene gegevens.

1. Wat is uw geboortedatum? //..... (dd /mm / jjjj)
2. Wat is uw burgerlijke staat?
- Ongehuwd, geen vaste partner
 - Ongehuwd, vaste partner, niet samenwonend
 - Ongehuwd, vaste partner, samenwonend
 - Gehuwd
 - Gescheiden
3. Indien u momenteel een partner heeft, hoe oud is uw partner dan? jaar
4. Indien u momenteel een partner heeft, hoe lang heeft u al een relatie met uw partner?
.....jaar en maand(en).
5. Heeft u kinderen ?
- Neen
 - Ja. → Zoja, welke leeftijd?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
6. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
- Geen
 - Lagere school
 - BSO(beroepsonderwijs)
 - TSO (technisch onderwijs)
 - ASO (Algemeen onderwijs)
 - BuSo (Buitengewoon onderwijs)
 - Hoger onderwijs
 - Hoge school
 - Universiteit
 - Anders, nl
7. Wat is uw beroepsactiviteit?
- Werkloos
 - Deeltijds :%
 - Vrijwilligerswerk
 - Voltijds
 - Invaliditeit :%
 - Huisvrouw (?)
 - Andere, nl ...

8. Wat is uw oorspronkelijke origine ?

.....
.....

9. Wat is uw nationaliteit?

.....
.....

10. Wat is uw geboorteplaats en –land?

.....
.....

11. Bent u gemigreerd naar België?

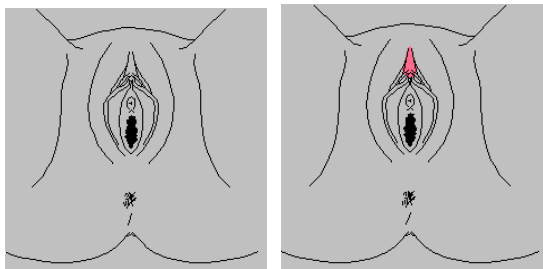
- Ja → Zoja : hoeveel jaar woont u reeds hier? jaar
- Neen

3. Omschrijving type FGM

Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie is vrouwenbesnijdenis de aanduiding voor elke procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen (geheel of gedeeltelijk) worden verwijderd of beschadigd, omwille van culturele, religieuze of andere niet-medische redenen.

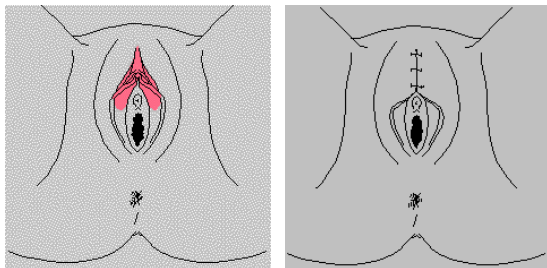
De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt 4 verschillende categorieën besnijdenissen.

Type 1 : Verwijdering van de voorhuid van de clitoris, met of zonder de verwijdering van de gehele of delen van de clitoris. Dit type wordt de "sunna-besnijdenis" genoemd.



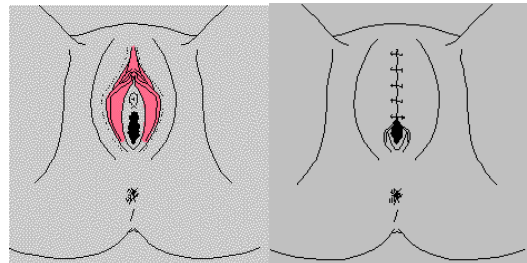
*Links : een onbesneden vagina.
Rechts : Verwijdering volgens type 1.*

Type 2 : Verwijdering van de voorhuid van de clitoris, de clitoris en de kleine schaamlippen of delen ervan. Dit type wordt excisie of clitoridectomie genoemd.



*Links : Verwijdering volgens type 2.
Rechts : Dichtnaaien na besnijdenis volgens type 2.*

Type 3 : Verwijdering van delen of van alle uitwendige geslachtsdelen. Daarna wordt de wonde op een klein gaatje na, dichtgenaaid. Dit type wordt infibulatie of "faraonische" besnijdenis genoemd.



*Links : Verwijdering volgens type 3.
Rechts : Dichtnaaien na besnijdenis volgens type 3.*

Type 4 : Elke andere procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen worden verwond of besneden. Het inprikken, doorsteken, insnijden, uitrekken van de clitoris of de schaamlippen, het littekens maken op de vagina of de schaamlippen door brandwonden te veroorzaken, het wegschrappen van de vaginale opening, het inbrengen van etsende substanties of kruiden om de vagina te verkleinen, en elke andere procedure waarbij de vrouwelijke geslachtsorganen worden verwond of besneden.

8. Heeft u last van : (meerdere antwoorden mogelijk)

- Pijn ter hoogte van de vagina
- Bloedingen
- Infecties ter hoogte van de vagina
 - Zoja, zijn deze infecties chronisch? Ja/nee
- Abscessen
- Infecties van de urinewegen
 - Zoja, zijn deze chronisch? Ja / neen
- Stenen in de blaas en/of het urinekanaal
- Schade aan de nieren
- Infecties van de reproductieve kanalen ten gevolge van obstructie van de menstruatie
- Infecties aan het bekken
- Onvruchtbaarheid
- HIV / andere besmettelijke ziekten

9. Neemt u medicatie in verband met een seksueel probleem?

- Neen
- Ja
 - Zoja, welke medicatie neemt u?
.....
 - Zoja, Welk seksueel probleem heeft u?
.....
.....

10. Indien u reeds bevallen bent, in welk land was dat? Indien u (nog) geen kinderen ter wereld bracht, gelieve dan verder te gaan naar vraag 18.

- 1^e kind :
- 2^e kind :
- 3^e kind :
- 4^e kind :
- 5^e kind :
- 6^e kind :
- 7^e kind :

11. Werd(en) uw kinde(eren) op een natuurlijke wijze geboren ?

- 1^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 2^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 3^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 4^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 5^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 6^e kind : ja / neen, via een keizersnede.
- 7^e kind : ja / neen, via een keizersnede.

12. Was het noodzakelijk dat de vagina werd opengesneden om de bevalling goed te kunnen doorstaan?

- Ja.
- Neen.

13. Tijdens welke periode van de zwangerschap heeft men de vagina opengesneden?

- Tijdens het eerste trimester van de zwangerschap
- Tijdens het tweede trimester van de zwangerschap
- Tussen de 7^e en 8^{ste} maand van de zwangerschap
- Tijdens de bevalling zelf

14. Hoe heeft men de vagina weer dichtgenaaid na de bevalling?
- Men heeft de opening groter gelaten dan voorheen het geval was, tegen mijn wil in.
 - Men heeft de opening groter gelaten dan voorheen het geval was, met mijn toestemming.
 - Men heeft mijn vagina hersteld naar dezelfde toestand als voor de bevalling.

15. Is (één van uw) kind(eren) voor, tijdens of vlak na de geboorte overleden?
- Ja
 - Neen : ga verder naar vraag 17.

16. Had dit overlijden iets te maken met de complicaties tijdens de bevalling, ten gevolge van de besnijdenis?
- Ja
 - Neen.

17. Heb je je dochters al laten besnijden?
- Ja
 - Zoja, in welk land was dat dan?
 - Zoja, hoe oud waren ze?
 - Neen
 - Zonee, denk je eraan om je dochters te laten besnijden? Ja/neen. (Schrapp wat niet past).
Waarom wel, waarom niet?
 -
 -
 -
 -

18. Begrijp je waarom vrouwenbesnijdenis in België verboden is?
- Ja
 - Neen

Indien je hier iets aan wilt toevoegen, gebruik dan deze ruimte :

.....

.....

.....

.....

19. Wat vind je van Westerse, niet besneden vrouwen?
-
-
-

- 20 . Hoe werd de opening verwijld bij de eerste seksuele gemeenschap?
- Door mijn partner met behulp van zijn penis.
 - Mijn partner maakte de opening voor de seksuele gemeenschap eerst groter door middel van een mes, schaar of een ander hulpmiddel.
 - Een familielid maakte de opening groter voor de seksuele gemeenschap door middel van een mes, schaar of een ander hulpmiddel.
 - Het was niet nodig om de opening van mijn vagina te verwijden voor de seksuele gemeenschap.
 - Andere, nl ...

21. Gedurende de afgelopen **maand** :

a) Hoe was de pijn die u gewoonlijk had ten gevolge van de besnijdenis?

- Hevig
- Matig
- Gering
- Erg gering
- Geen pijn

b) Hoe vaak heeft u hevige pijn gehad ten gevolge van de besnijdenis?

- Elke dag
- De meeste dagen
- Sommige dagen
- Zelden
- Nooit

c) Hoe vaak kon u moeilijk slapen als gevolg van uw pijn?

- Elke dag
- De meeste dagen
- Sommige dagen
- Zelden
- Nooit

22. Hoe is het in het algemeen gesteld met uw gezondheid, op dit moment?

- Uitstekend
- Goed
- Redelijk
- Slecht

23. Hoe tevreden bent u op dit moment met uw gezondheid?

- Zeer tevreden
- Enigszins tevreden
- Niet tevreden /niet ontevreden
- Enigszins ontevreden
- Zeer ontevreden

24. In hoeverre zijn uw gezondheidsproblemen op dit moment een gevolg van de besnijdenis?

- Ik ondervind geen gezondheidsproblemen
- Volledig het gevolg van iets anders
- Grotendeels het gevolg van iets anders
- Gedeeltelijk het gevolg van de besnijdenis
- Grotendeels het gevolg van de besnijdenis
- Volledig het gevolg van de besnijdenis

25. Als u alle manieren waarop de besnijdenis uw leven beïnvloedt bekijkt, hoe gaat het dan met u in vergelijking tot andere mensen van uw leeftijd?

- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht
- Erg slecht

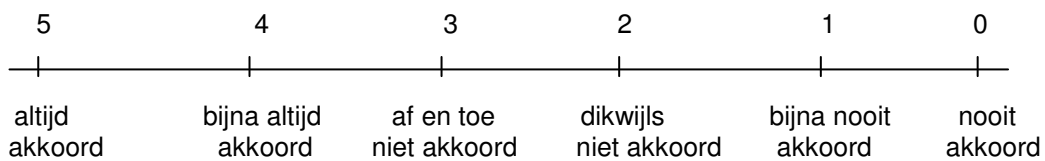
5. D.A.S.

De meeste personen hebben wel eens onenigheden in hun relaties. Zou u zo vriendelijk willen zijn om voor de hieronder volgende lijst van items te willen aanduiden in welke mate u en uw partner het al dan niet eens zijn.

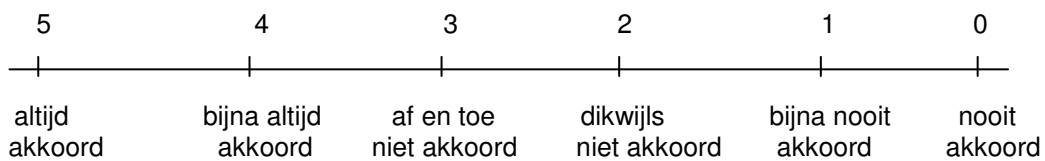
1. Financiële regelingen:



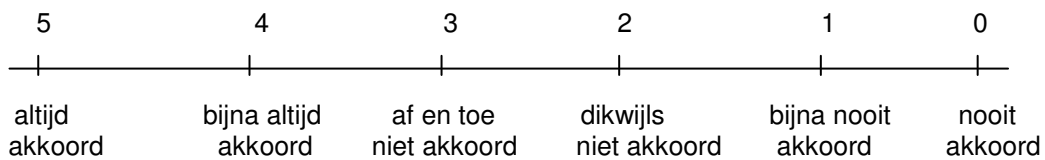
2. Ontspanning:



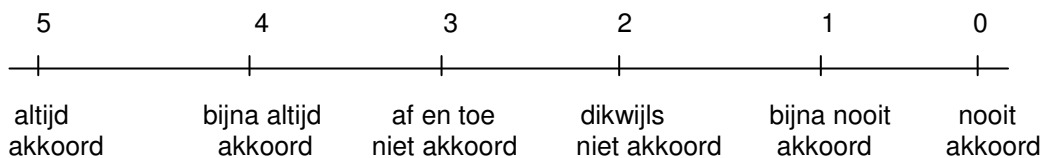
3. Godsdienstige overtuiging:



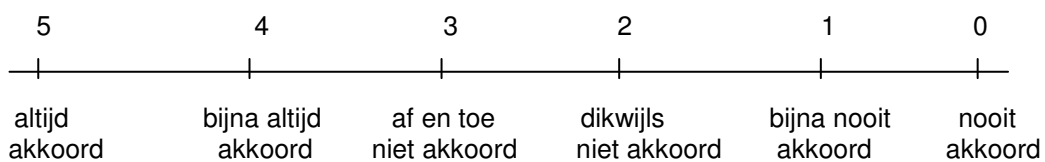
4. Tonen van affectie (genegenheid):



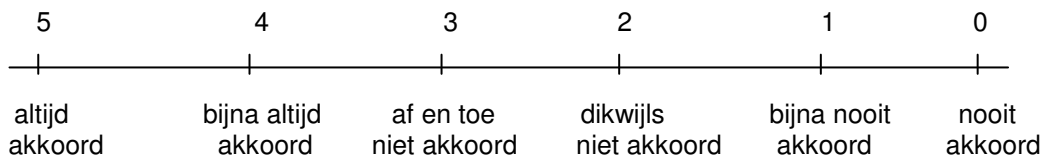
5. Vrienden:



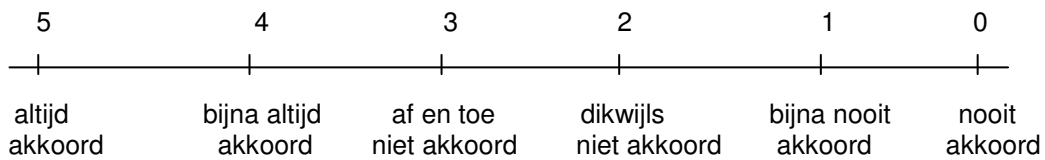
6. Seksualiteit:



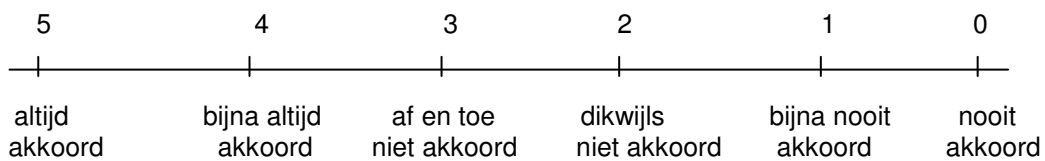
7. Hoe je je volgens de regels moet gedragen



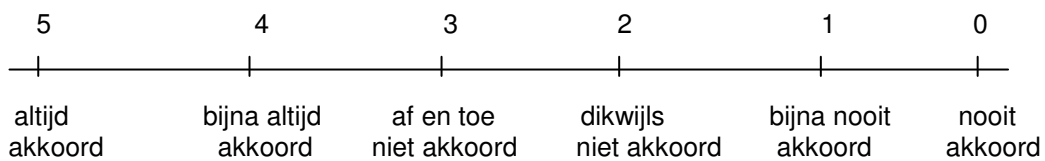
8. Levensfilosofie (opvattingen over het leven):



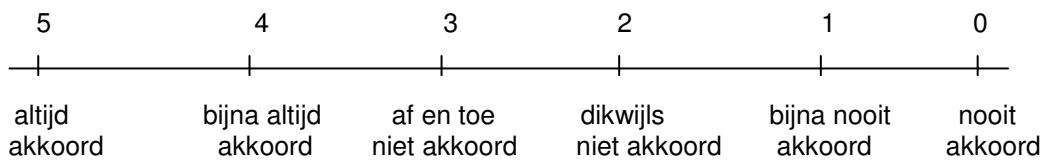
9. Omgang met ouders en schoonouders:



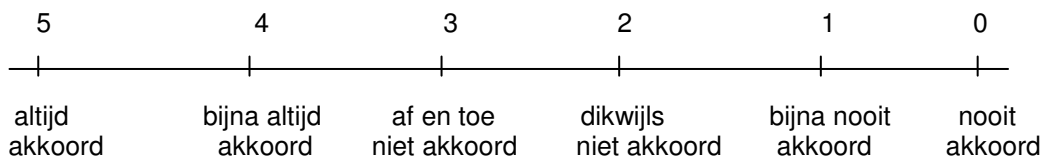
10. Doelen en dingen die je belangrijk vindt:



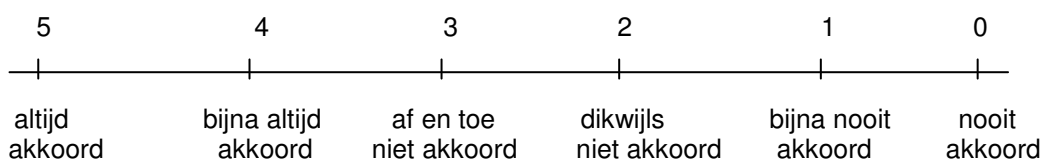
11. Hoeveelheid tijd die je samen doorbrengt:



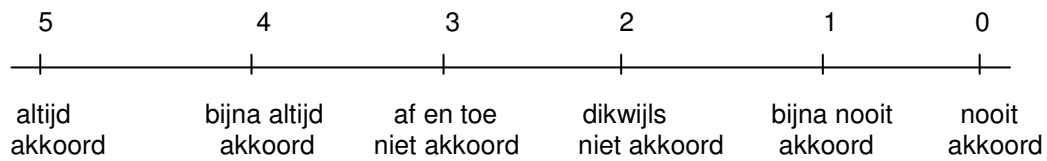
12. Belangrijke beslissingen nemen:



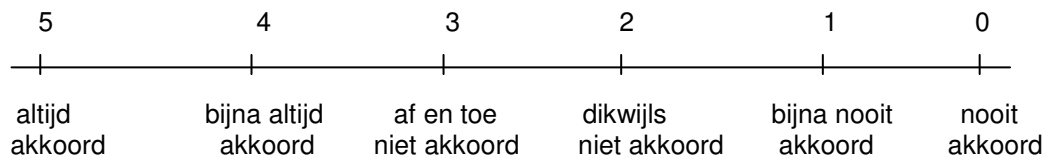
13. Huishoudelijke taken:



14. *Interesses en activiteiten in je vrije tijd:*

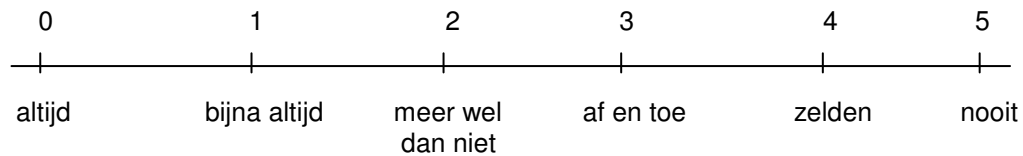


15. *Beslissingen rond je beroep:*

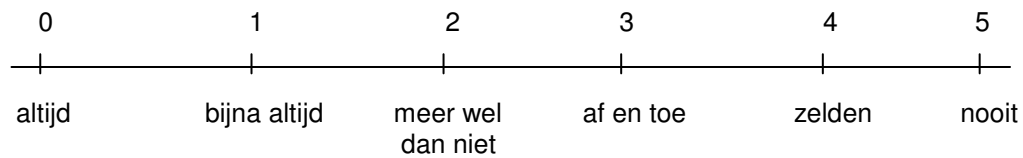


Let op, vanaf hier wordt er een andere schaal gebruikt.

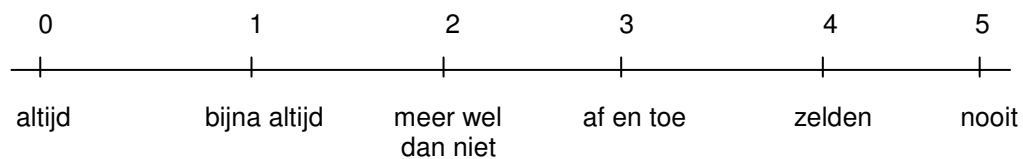
16. *Hoe dikwijls denk je eraan om te scheiden, uit elkaar te gaan of een einde te maken aan je relatie?*



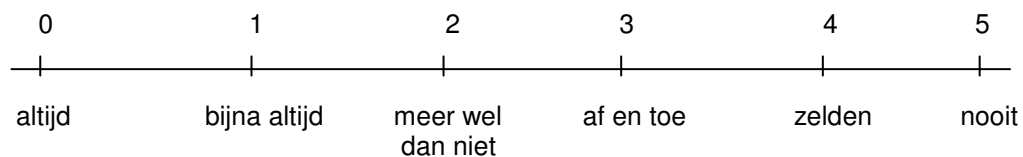
17. *Hoe dikwijls loopt één van beiden het huis uit na een ruzie?*



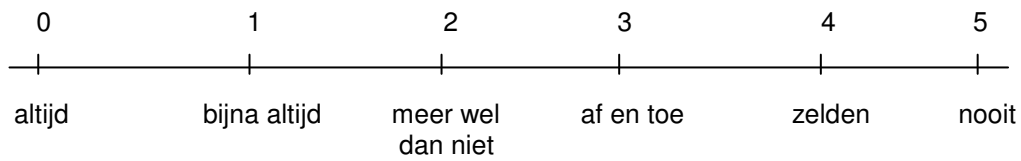
18. *Hoe dikwijls denk je dat tussen jou en je partner in het algemeen goed gaat?*



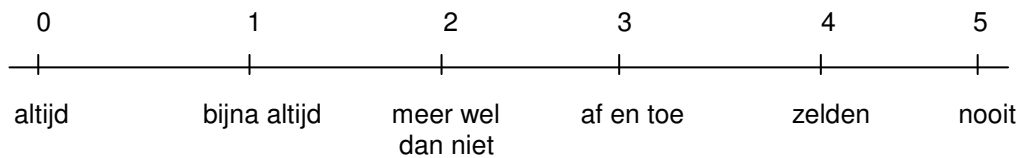
19. *Heb je vertrouwen in je partner?*



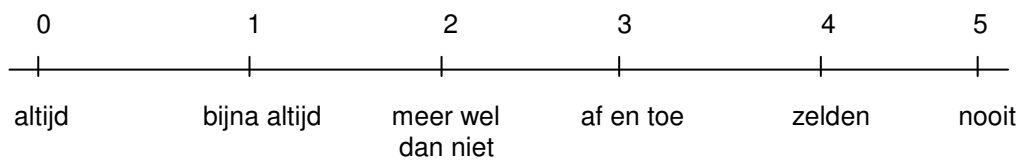
20. Heb je er spijt van dat je getrouwd bent (of samenwoont)?



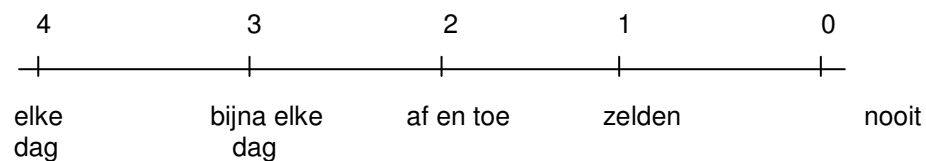
21. Hoe dikwijls kibbelen jullie?



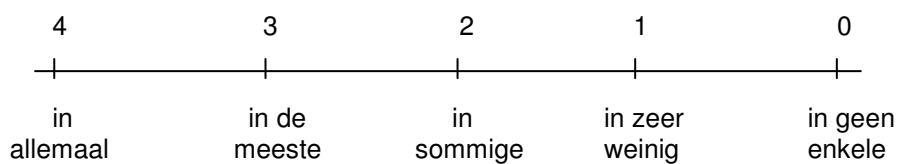
22. Hoe dikwijls "werken jullie elkaar op de zenuwen"?



23. Zoen je je partner?

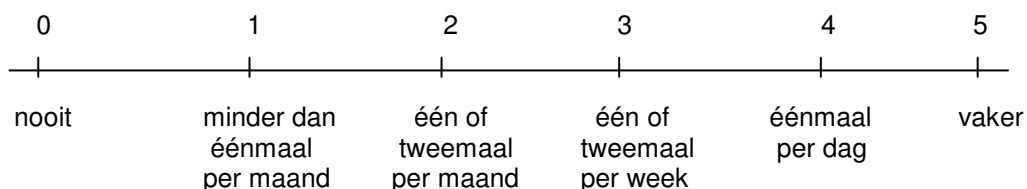


24. Hebben jullie gezamenlijke interesses buitenshuis?

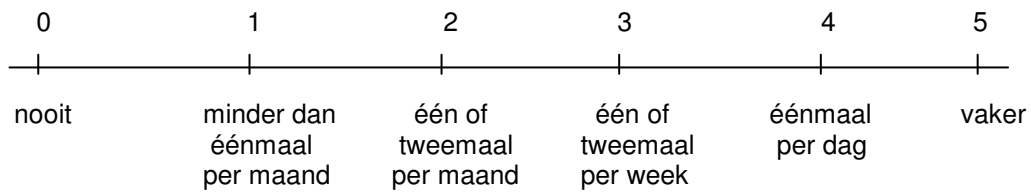


Geef aan hoe dikwijls de volgende gebeurtenissen plaats vinden tussen jou en je partner:

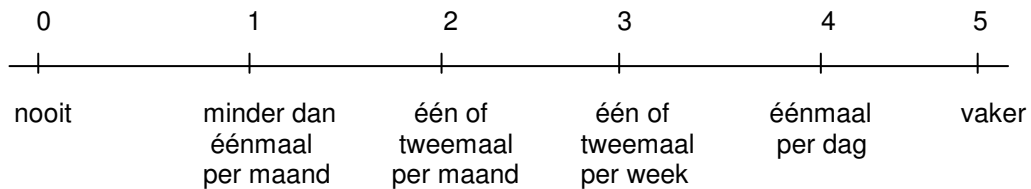
25. Een stimulerende uitwisseling van gedachten:



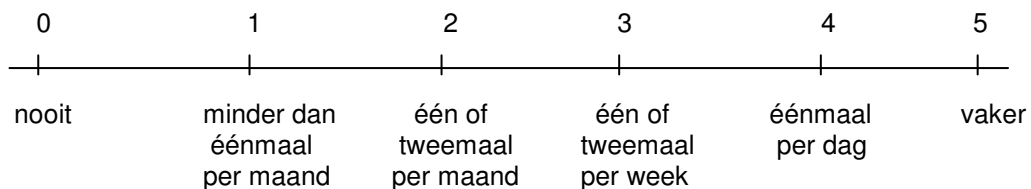
26. Samen lachen:



27. Iets rustig bespreken:



28. Samen aan een project werken:

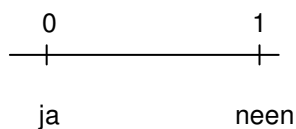


Over een aantal zaken komen koppels soms overeen maar soms ook niet.

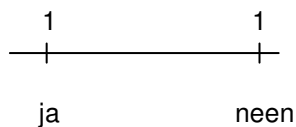
Geef voor elk van de onderstaande items aan of dit voor meningsverschillen zorgde in je relatie GEDURENDE DE LAATSTE WEKEN?

(Duid aan: ja/nee).

29. Te moe zijn voor seks:



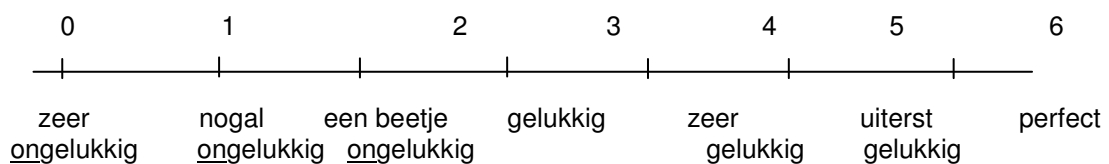
30. Geen liefde tonen:



31. De punten op de volgende lijn geven verschillende maten van "gelukkig zijn" in je relatie aan.

Het middelste punt ("gelukkig") wijst op de gemiddelde mate van geluk in de meeste relaties.

Omcirkel het punt dat IN HET ALGEMEEN de beste maat van geluk aangeeft binnen jouw relatie.



32. *Omcirkel het cijfer voor de bewering die het best weergeeft hoe jij je relatie ziet in de toekomst?*

- (5) Ik wil verschrikkelijk graag dat mijn relatie zal slagen en wil daarvoor tot het uiterste gaan.
- (4) Ik wil zeer graag dat mijn relatie zal slagen en zal daar al het mogelijke voor doen.
- (3) Ik wil zeer graag dat mijn relatie zal slagen en zal daar mijn bijdrage toe leveren.
- (2) Het zou fijn zijn als mijn relatie zou slagen, maar ik kan niet meer doen dan ik al doe.
- (1) Het zou fijn zijn als het zou slagen, maar ik weiger om meer te doen dan ik nu al doe (om de relatie staande te houden).
- (0) Mijn relatie kan nooit slagen en ik kan niet méér doen om de relatie staande te houden.

6. Vragenlijst over vrouwelijke seksualiteit, seksueel functioneren.

Met deze vragenlijst wordt gepeild naar een aantal aspecten van uw seksueel leven, naar eventuele veranderingen die zich op dit gebied hebben voorgedaan en de mate waarin u het gevoel hebt dat uw besnijdenis hier een invloed op heeft. Er zijn geen juiste of foute antwoorden, elk antwoord is goed zolang het maar uw eigen ervaring weergeeft. Sommige vragen gaan specifiek over de invloed van de besnijdenis op het seksueel functioneren. Indien u niet besneden bent, slaat u deze vragen gewoon over.

1. Wanneer u terugblijkt op uw gehele leven, wat was globaal gezien de hoogste graad van seksuele tevredenheid die u ooit bereikte?

- Geen tevredenheid
- Weinig tevredenheid
- Enige tevredenheid
- Veel tevredenheid
- Zeer veel tevredenheid

2. In vergelijking met de hoogste tevredenheid (vraag 1) die u ooit bereikte, hoe zou u uw huidige seksuele relatie evalueren?

- Geen verschil
- Enige vermindering
- Veel vermindering
- Zeer veel vermindering

3. In welke mate is er momenteel tussen u en uw partner tevredenheid over jullie seksuele relatie?

- Geen tevredenheid
- Weinig tevredenheid
- Enige tevredenheid
- Veel tevredenheid
- Zeer veel tevredenheid

4. Hoe vaak was u seksueel actief (geslachtsgemeenschap, masturbatie) tijdens de periode waarin u het meest seksuele tevredenheid ondervond?

- Nooit
- Minder dan 1 maal per maand
- Meer dan 1 maal per maand, minder dan 2 maal per week
- Meer dan 2 maal per week
- Elke dag

5. Hoe vaak bent u momenteel seksueel actief (geslachtsgemeenschap, masturbatie)?

- Nooit
- Minder dan 1 maal per maand
- Meer dan 1 maal per maand, minder dan 2 maal per week
- Meer dan 2 maal per week
- Elke dag

6. Hoe groot is, naar uw gevoel, de invloed van uw besnijdenis op deze frequentie?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

7. Hoe vaak had u seksuele gedachten, erotische fantasieën of zin in seks tijdens de periode waarin u het meest seksuele tevredenheid ondervond?

- Nooit
- Minder dan 1 maal per maand
- Meer dan 1 maal per maand, minder dan 2 maal per week
- Meer dan 2 maal per week
- Elke dag

8. Hoe vaak heeft u momenteel seksuele gedachten, erotische fantasieën of zin in seks?

- Nooit
- Minder dan 1 maal per maand
- Meer dan 1 maal per maand, minder dan 2 maal per week
- Meer dan 2 maal per week
- Elke dag

9. Hoe groot is, naar uw gevoel, de invloed van uw besnijdenis op het hebben van deze seksuele gedachten, erotische fantasieën of zin in seks?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

10. Hoe gemakkelijk (snel) bereikte je seksuele opwinding (vochtig worden) tijdens de periode waarin je het meest seksuele tevredenheid kende?

- Gemakkelijker kon niet
- Tamelijk gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Tamelijk moeilijk
- Moeilijker kon niet

11. Hoe gemakkelijk (snel) bereik je momenteel seksuele opwindning (vochtig worden)?

- Gemakkelijker kon niet
- Tamelijk gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Tamelijk moeilijk
- Moeilijker kon niet

12. Hoe groot is, naar uw gevoel, de invloed van uw besnijdenis op het opgewonden geraken (vochtig worden)?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

13. Hoe gemakkelijk (snel) bereikte je een orgasme tijdens de periode waarin je het meest seksuele tevredenheid kende?

- Gemakkelijker kon niet
- Tamelijk gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Tamelijk moeilijk
- Moeilijker kon niet

14. Hoe gemakkelijk (snel) bereik je momenteel een orgasme?

- Gemakkelijker kon niet
- Tamelijk gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Tamelijk moeilijk
- Moeilijker kon niet

15. Hoe groot is, naar uw gevoel, de invloed van uw besnijdenis op het kunnen bereiken van een orgasme?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

16. Hoe groot is, naar uw gevoel, de invloed van uw besnijdenis op uw seksueel functioneren in het algemeen?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

17. Welke invloed heeft uw seksueel functioneren op uw levenskwaliteit (het zich goed voelen in het algemeen)?

- Geen invloed
- Weinig invloed
- Matige invloed
- Ernstige invloed

18. Wilt u aangeven hoe tevreden u in het algemeen bent over uw seksueel functioneren?

- Geen tevredenheid
- Weinig tevredenheid
- Enige tevredenheid
- Veel tevredenheid
- Zeer veel tevredenheid

19. Hoe dikwijls is geslachtsgemeenschap voor u pijnlijk?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

20. Hoe vaak heeft u last van vaginale infecties?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

21. Hoe vaak laat u en/of uw partner zich hiervoor behandelen?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Altijd

22. Heeft u momenteel een vaste seksuele partner?

- Ja
- Neen (ga verder naar vraag 26)

23. Bent u tevreden over het seksuele leven met uw partner?

- Niet van toepassing (naar vraag 25)
- Zeer tevreden (naar vraag 25)
- Tevreden (naar vraag 25)
- Neutraal (naar vraag 25)
- Ontevreden (naar vraag 24)
- Zeer ontevreden (naar vraag 24)

24. Waarom bent u ontevreden?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25. Hoe vaak heeft u tegenwoordig seksueel contact met uw partner?

- Niet van toepassing
- Geen
- Minder dan één maal per maand
- Eén maal per maand
- Een aantal keren per maand
- Eén maal per week
- Een aantal keren per week
- Eén maal per dag
- Een aantal keren per dag

26. Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven in het algemeen?

- Niet van toepassing
- Zeer tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Zeer ontevreden

27. Is seksualiteit belangrijk voor u?

- Zeer belangrijk
- Belangrijk
- Niet zo belangrijk
- Onbelangrijk

28. Voelt u zich wel eens seksueel opgewonden?

- Zeer vaak
- Vaak
- Soms
- Nooit

29. Hoe vaak doet u aan zelfbevrediging? Denk hierbij aan iedere poging uzelf te bevredigen, ook als dat niet leidt tot een orgasme.

- Nooit
- Minder dan 1 maal per maand
- Eenmaal per maand
- 3 à 4 maal per maand
- Meermaals per week

30. Als u aan zelfbevrediging doet, krijgt u dan een orgasme?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

31. Als u seksueel contact heeft, raakt u dan opgewonden?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

32. Als u seksueel contact heeft, krijgt u dan een orgasme?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

33. Maakt u gebruik van een glijmiddel tijdens geslachtsgemeenschap?

- Niet van toepassing
- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

7. Vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties (VSD).

Deze vragenlijst is bedoeld voor het signaleren van bepaalde seksuele moeilijkheden. Dat gebeurt door middel van vragen over uw seksuele activiteiten, en over gevoelens en lichamelijke reacties die daarbij kunnen optreden.

Deze vragenlijst is bedoeld voor vrouwen met een mannelijke partner. **Indien u de laatste tijd (d.w.z. de afgelopen maanden) geen partner heeft, hoeft u deze vragenlijst niet in te vullen.**

De vragenlijst is opgebouwd uit een aantal delen. Elk deel begint met een aparte instructie. Het is de bedoeling dat u deze instructie goed leest, en de vragen zo eerlijk en nauwkeurig beantwoordt.

Belangrijk is dat u bij iedere vraag slechts één antwoord geeft. Er zijn geen juiste of foute antwoorden.

DEEL 1 : in dit deel van de lijst wordt gevraagd naar een aantal seksuele gevoelens en activiteiten. Het is de bedoeling dat u aangeeft of die bij u de laatste tijd voorkomen, en zo ja:

- hoe vaak dat gebeurt en
- in hoeverre u daar last van heeft.

U doet dat door bij elke vraag het bolletje voor het door u gekozen antwoord aan te kruisen of zwart te maken.

1a. Gebeurt het weleens dat u iemand in uw omgeving (uw partner of een ander dan uw partner) seksueel aantrekkelijk vindt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 2a)

1b. Hoe vaak gebeurt dat dan?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- 1 maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

2a. Komt u bij het lezen of televisie kijken weleens iets tegen dat u seksueel prikkelt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 3a)

2b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- 1 maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

3a. Gaat u weleens op zoek naar dingen (situaties, afbeeldingen, etc) die u seksueel prikkelen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 4a)

3b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- 1 maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

4a. Vindt u dat u veel bezig bent met dingen die u seksueel prikkelen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 5a).

4b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

5a. Vindt u dat u weinig bezig bent met dingen die u seksueel prikkelen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 6a).

5b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

6a. Vindt u dat u veel masturbeert?

- Ja
- Neen (ga dan naar 7a).

6b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

7a. Vindt u dat u weinig masturbeert?

- Ja
- Neen (ga dan naar 8a)

7b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

8a. Heeft u weleens zin in seksueel contact met uw partner? (Denk bij 'seksueel contact' niet alleen aan geslachtsgemeenschap, maar ook aan andere manieren van vrijen die u of uw partner seksueel opwindend vindt.)

- Ja
- Neen (ga dan naar 9a).

8b. Hoe vaak heeft u daar zin in?

- Minder dan 1 maal per maand
- 1 maal per maand
- Een aantal keren per maand
- maal per week
- Een aantal keren per week
- maal per dag
- Een aantal keren per dag

9a. Vindt u dat u veel behoefte heeft aan seksueel contact met uw partner?

- Ja
- Neen (ga dan naar 10a).

9b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

10a. Vindt u dat u weinig behoefte heeft aan seksueel contact met uw partner?

- Ja
- Neen (ga dan naar 11a)

10b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

11a. Heeft u bij de gedachte aan seksueel contact met uw partner weleens een gevoel van afkeer?

- Ja
- Neen (ga dan naar 12a).

11b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

11c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

12a. Wordt u bij de gedachte aan seksueel contact met uw partner weleens angstig?

- Ja
- Neen (ga dan naar 13a).

12b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

12c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

13a. Gebeurt het weleens dat u eigenlijk tegen uw zin seksueel contact heeft met uw partner?

- Ja
- Neen (ga dan naar 14a).

13b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

13c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

14a. Heeft u weleens zin in seksueel contact met een ander dan uw partner?

- Ja
- Neen (ga dan naar 15a).

14b. Hoe vaak heeft u daar zin in?

- Minder dan 1 maal per maand
- maal per maand
- Een aantal keren per maand
- maal per week
- Een aantal keren per week
- 1 maal per dag
- Een aantal keren per dag

DEEL 2 : in dit deel van de lijst wordt gevraagd naar een aantal moeilijkheden die kunnen optreden bij masturbatie. Het is de bedoeling dat u bij 'masturbatie' denkt aan iedere poging uzelf te bevredigen (ook als dat niet leidt tot een orgasme). **Als u de laatste tijd nooit masturbeert, kunt u dit deel overslaan en overgaan tot deel 3.** Belangrijk is dat u bij iedere vraag denkt aan de laatste tijd (dat wil zeggen de afgelopen maanden).

1a. Heeft u tijdens of na masturbatie weleens een gevoel van afkeer?

- Ja
- Neen (ga dan naar 2a).

1b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

1c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

2a. Bent u tijdens of na masturbatie weleens angstig?

- Ja
- Neen (ga dan naar 3a).

2b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

2c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

3a. Gebeurt het weleens dat u zich bij masturbatie geen moment seksueel opgewonden voelt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 4a).

3b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

3c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

4a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij masturbatie helemaal niet vochtig wordt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 5a).

4b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

4c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

5a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij masturbatie minder vochtig wordt dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 6a)
- Mijn vagina wordt nooit vochtig (ga dan naar 6a)

5b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

5c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

6a. Gebeurt het weleens dat u zich bij masturbatie minder lang seksueel opgewonden voelt dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 7a)
- Ik voel me nooit seksueel opgewonden (ga dan naar 7a).

6b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

6c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

7a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij masturbatie minder lang vochtig blijft dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 8a)
- Mijn vagina wordt nooit vochtig (ga dan naar 8a).

7b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

7c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

8a. Gebeurt het weleens dat u bij masturbatie geen orgasme krijgt (niet klaarkomt)?

- Ja
- Neen (ga dan naar 9a).

8b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

8c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

9a. Heeft u voor, tijdens, of na masturbatie weleens pijn in uw geslachtsdelen? (bv jeuk, een branderig gevoel etc.)

- Ja
- Neen (ga dan naar 10a).

9b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

9c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

10a. Zijn uw geslachtsdelen voor, tijdens of na masturbatie weleens helemaal gevoelloos?

- Ja
- Neen (ga dan naar 11a).

10b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

10c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

11a. Zijn uw geslachtsdelen voor, tijdens of na masturbatie weleens minder gevoelig dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 12a).
- Mijn geslachtsdelen zijn altijd gevoelloos (ga dan naar 12a).

11b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

11c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

12a. Bent u na masturbatie weleens gespannen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 13a).

12b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

12c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

13a. Voelt u zich na masturbatie weleens onprettig?

- Ja
- Neen (ga dan naar deel 3).

13b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

13c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

Deel 3 : In dit deel van de lijst wordt gevraagd naar een aantal moeilijkheden die kunnen optreden bij seksueel contact met uw partner. Het is de bedoeling dat u bij 'seksueel contact' niet alleen denkt aan geslachtsgemeenschap, maar ook aan andere manieren van vrijen die u of uw partner seksueel opwindend vindt. Belangrijk is dat u bij iedere vraag denkt aan de laatste tijd (dit wil zeggen de afgelopen maanden). Als u de laatste tijd nooit seksueel contact heeft met uw partner, kunt u dit deel overslaan.

1a. Heeft u tijdens of na seksueel contact met uw partner weleens een gevoel van afkeer?

- Ja
- Neen (ga dan naar 2a).

1b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

1c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

2a. Bent u tijdens of na seksueel contact met uw partner weleens angstig?

- Ja
- Neen (ga dan naar 3a).

2b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

2c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

3a. Gebeurt het weleens dat u zich bij seksueel contact met uw partner geen moment seksueel opgewonden voelt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 4a).

3b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

3c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

4a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij seksueel contact met uw partner helemaal niet vochtig wordt?

- Ja
- Neen (ga dan naar 5a)

4b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

4c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

5a. Gebeurt het weleens dat uw gevoel van seksuele opwindning bij seksueel contact met uw partner minder intens is dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 6a)
- Ik voel me nooit seksueel opgewonden (ga dan naar 6a)

5b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

5c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

6a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij seksueel contact met uw partner minder vochtig wordt dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 7a)
- Mijn vagina wordt nooit vochtig (ga dan naar 7a)

6b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

6c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

7a. Gebeurt het weleens dat u zich bij seksueel contact met uw partner minder lang seksueel opgewonden voelt dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 8a)
- Ik voel me nooit seksueel opgewonden (ga dan naar 8a).

7b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

7c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

8a. Gebeurt het weleens dat uw vagina bij seksueel contact met uw partner minder lang vochtig blijft dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 9a)
- Mijn vagina wordt nooit vochtig (ga dan naar 9a)

8b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

8c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

9a. Gebeurt het weleens dat u bij seksueel contact met uw partner geen orgasme krijgt (niet klaarkomt)?

- Ja
- Neen (ga dan naar 10a)

9b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

9c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

10a. Gebeurt het weleens dat de penis van uw partner voldoende stijf is, maar niet kan worden ingebracht in uw vagina (bijvoorbeeld omdat dat voor u te pijnlijk is)?

- Ja
- Neen (ga dan naar 11a)

10b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

10c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

11a. Heeft u voor, tijdens of na seksueel contact met uw partner weleens pijn in uw geslachtsdelen? (bv jeuk, een branderig gevoel etc)

- Ja
- Neen (ga dan naar 12a)

11b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

11c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

12a. Zijn uw geslachtsdelen voor, tijdens of na seksueel contact met uw partner weleens helemaal gevoelloos?

- Ja
- Neen (ga dan naar 13a)

12b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

12c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

13a. Zijn uw geslachtsdelen voor, tijdens of na seksueel contact met uw partner weleens minder gevoelig dan u zou willen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 14a)
- Mijn geslachtsdelen zijn altijd gevoelloos (ga dan naar 14a)

13b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

13c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

14a. Bent u na seksueel contact met uw partner weleens gespannen?

- Ja
- Neen (ga dan naar 15a)

14b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

14c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

15a. Voelt u zich na seksueel contact met uw partner weleens onprettig?

- Ja
- Neen (ga dan naar 16a)

15b. Hoe vaak gebeurt dat?

- Bijna nooit
- Weleens
- Regelmatig
- Vaak
- Altijd

15c. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

Behalve van uw eigen seksuele reacties en moeilijkheden kunt u uiteraard ook last hebben van de seksuele reacties en moeilijkheden van uw partner. In dit deel van de vragenlijst wordt daarnaar geïnformeerd. Belangrijk is dat u, ook hier, bij iedere vraag denkt aan de laatste tijd (dat wil zeggen de afgelopen maanden).

16a. Vindt u dat uw partner veel behoefte heeft aan seksueel contact?

- Ja
- Neen

16b. In hoeverre heeft u daar last van?

- Geen last
- Weinig last
- Last
- Veel last
- Heel veel last

Hartelijk dank voor uw medewerking!!

