

Flygtningenævnets baggrundsmateriale

Bilagsnr.:	262
Land:	Nigeria
Kilde:	Landinfo
Titel:	Temanotat. Nigeria: Kønnslemlestelse av kvinner
Udgivet:	14. november 2012
Optaget på baggrundsmaterialet:	4. januar 2013

Temanotat

Nigeria: Kønnslemlestelse av kvinner



Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Justis- og politidepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver.

Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

Opplysningene som blir lagt fram i rapportene og temanotatene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos rapporter og temanotater er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som rapportene omhandler.

© Landinfo 2012

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgaten 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

Fax: 23 30 90 00

E-post: mail@landinfo.no

www.landinfo.no

Temanotat **Nigeria: Kønnslemlestelse av kvinner**

SUMMARY

Female genital mutilation (FGM) is a phenomenon found in large parts of Nigeria, but there is great variation in how it is practised. There is a clear tendency that the share of girls and young women subjected to FGM is decreasing with every generation. FGM is practised by all larger ethnic groups in Nigeria, but other social factors influence the practise and cause great variation within these ethnic groups. FGM is a criminal offence in a number of Nigerian states, but no cases of legal prosecution of people who have subjected girls or women to FGM have been recorded. Projects against FGM, run by both state authorities and NGOs, focus on information to the general public and consciousness building.

SAMMENDRAG

Kjønnslemlestelse praktiseres i store deler av Nigeria, men det er stor variasjon i praktiseringen. Det er en klar tendens til at andelen jenter og unge kvinner som utsettes for kjønnslemlestelse er lavere enn for tidligere generasjoner. Kjønnslemlestelse praktiseres innenfor alle de større etniske gruppene i landet, men andre sosiale faktorer påvirker praktiseringen og skaper stor variasjon innenfor disse gruppene. Formelt er kjønnslemlestelse forbudt i noen av Nigerias delstater, men det er ikke kjent at noen er blitt straffeforfulgt for å ha utført det. Både statlige og ikke-statlige hjelpetiltak er i all hovedsak orientert mot opplysningsarbeid.

INNHOOLD

1. Innledning	6
1.1 Om å lese statistikk om kjønnslemlestelse	6
2. Utvikling i praktiseringen av kjønnslemlestelse i Nigeria over tid	7
2.1 Andelen jenter som utsettes for kjønnslemlestelse går ned	7
2.2 Holdningene til kjønnslemlestelse blir mer negative.....	7
2.3 Formen for kjønnslemlestelse jenter blir utsatt for går delvis mot mindre omfattende inngrep	7
2.4 Andelen som har blitt omskåret av helsepersonell går opp, særlig i sør	8
3. Kjønnslemlestelse og sosial bakgrunn.....	8
3.1 Utdanningsnivå og kjønnslemlestelse	8
3.2 Forskjellene mellom by og land	9
3.3 Kjønnslemlestelse og familieforhold.....	9
3.4 Kjennskap til om kvinner er omskåret eller ikke i lokalsamfunnet	11
3.5 Kjønnslemlestelse, etnisitet og klanstilhørighet	12
3.5.1 Hausa	12
3.5.2 Igbo	13
3.5.3 Yoruba.....	14
3.5.4 Bini/edo	15
3.5.5 Ijaw/ijo/izon.....	15
3.5.6 Ibibio	15
3.5.7 Ekoi/ejagham.....	16
3.5.8 Urhobo	16
3.5.9 Andre etniske grupper	16
3.6 Når utføres kjønnslemlestelse?	16
3.6.1 Kjønnslemlestelse av jenter som returnerer til Nigeria etter vanlig alder for inngrepet.	17
3.7 Kjønnslemlestelse og religiøs tilhørighet	17
3.7.1 Afrikansk religion.....	18
3.7.2 Kristendom	18
3.7.3 Islam.....	19
4. Kjønnslemlestelse blant nigerianere bosatt utenfor Nigeria.....	19
5. Tiltak til bekjempelse av kjønnslemlestelse.....	20
5.1 Lovverk.....	20
5.1.1 Praktisering av lovverk mot kjønnslemlestelse.....	20

5.2	Hjelpetiltak i regi av nigerianske myndigheter.....	20
5.2.1	<i>Politi</i>	20
5.2.2	<i>Krisesentre</i>	20
5.2.3	<i>Opplysningsarbeid i regi av statlige myndigheter</i>	20
5.2.4	<i>Den nasjonale menneskerettighetskommisjonen</i>	21
5.3	Ikke-statlige hjelpetiltak	21
5.3.1	<i>Krisesentre</i>	21
5.3.2	<i>Opplysningsarbeid i regi av ikke-statlige organisasjoner</i>	21
6.	Mulige konsekvenser for foreldre som ikke utsetter egne døtre for kjønnslemlestelse	22
6.1	Foreldres handlingsrom i viktige beslutninger på vegne av egne barn.....	22
6.2	Sosiale sanksjoner	23
6.3	Blir foreldre som velger å ikke utsette jentebarn for kjønnslemlestelse utsatt for vold eller trusler om vold?	23
6.4	Utfører andre slektninger kjønnslemlestelse på jenter mot foreldrenes ønske? ...	23
7.	Referanser	24

1. INNLEDNING

Landinfo har utarbeidet et generelt bakgrunnsnotat om kjønnslemlestelse i Vest-Afrika som beskriver de ulike typene kjønnslemlestelse, og den store variasjonen i praksis og begrunnelser for praksis som finnes i regionen (Landinfo 2007). Dette temanotatet er ment å komme med utfyllende informasjon om de konkrete forholdene i Nigeria, og bygger på det generelle bakgrunnsnotatet.

Nigeria er et stort land med 36 delstater samt Abuja, som defineres som et føderalt territorium. Det er vanlig å dele opp landet i seks soner som omfatter fem til sju delstater, og disse betegnelsene vil også bli brukt i dette notatet:¹

- Nordvest: Jigawa, Kaduna, Kano, Katsina, Kebbi, Sokoto og Zamfara
- Nordøst: Adamawa, Bauchi, Borno, Gombe, Taraba og Yobe
- Nordsentralt: Abuja (føderalt territorium), Benue, Kogi, Kwara, Nasarawa, Niger og Plateau
- Sørvest: Ekiti, Lagos, Ogun, Ondo, Osun og Oyo
- Sørsør: Akwa-Ibom, Bayelsa, Cross River, Delta, Edo og Rivers
- Sørøst: Abia, Anambra, Ebonyi, Enugu og Imo

1.1 OM Å LESE STATISTIKK OM KJØNNSLEMLESTELSE

Det finnes ingen representative undersøkelser om utbredelsen av kjønnslemlestelse i Nigeria, verken for befolkningen som helhet eller for enkeltgrupper. Det nærmeste en kommer er de jevnlig helse- og demografiundersøkelsene som gjøres i samarbeid mellom nigerianske myndigheter og amerikanske bistandsmyndigheter (NPC Nigeria 2000; NPC Nigeria & ORC Macro 2004; NPC Nigeria ICF Macro 2009). Foreliggende befolkningsdata på Nigeria er imidlertid gjennomgående dårlige. Dermed er det vanskelig å kunne være sikre på at utvalgene som danner grunnlag for disse undersøkelsene faktisk er representative sammenlignet med befolkningen, selv om de er representative sammenlignet med foreliggende data registrert hos nigerianske myndigheter.

En rekke undersøkelser referert i medisinske forskningsartikler fokuserer på bestemte etniske grupper, eller inneholder opplysninger om den etniske bakgrunnen til personer i utvalget, men ingen av dem kan sies å være representative. Derfor er det viktig å ha i mente at opplysninger om prosenter av omskårede kvinner innenfor ulike statistiske utvalg ikke kan brukes til å si noe om sannsynlighet for at enkeltindivider innenfor for eksempel en gitt etnisk gruppe vil bli utsatt for kjønnslemlestelse.

¹ Se kart i NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. xxx.

2. UTVIKLING I PRAKTISERINGEN AV KJØNNSLEMLESTELSE I NIGERIA OVER TID

Som andre kulturtrekk, forandrer praktiseringen av kjønnslemlestelse seg over tid. I kildematerialet for Nigeria finner vi følgende utviklingstendenser:

2.1 ANDELEN JENTER SOM UTSETTES FOR KJØNNSLEMLESTELSE GÅR NED

Funn i den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 tyder på at færre jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse enn tidligere (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 299):

Differentials in the prevalence of female circumcision by age indicate that the practice has become less common over time. Women age 45-49 are nearly twice as likely as women age 15-19 to have been circumcised (38 percent compared with 22 percent).

Denne tendensen var tydelig også i de tilsvarende undersøkelsene gjort i 2003 og 1999 (NPC Nigeria & ORC Macro 2004, s. 201; NPC Nigeria 2000, s. 134), og gjenspeiles dessuten i andre studier (Nkwo & Onah 2001; Obi 2004; Adeokun et al. 2006; Awusi 2009).

2.2 HOLDNINGENE TIL KJØNNSLEMLESTELSE BLIR MER NEGATIVE

Tendensen til at stadig færre jenter utsettes for kjønnslemlestelse er i seg selv et klart tegn på at dette er en skikk stadig flere er negative til, ikke minst de som har innflytelse på om jenter skal omskjæres eller ikke. Flere forskingsarbeider med fokus spesifikt på holdninger viser også at dette er en tydelig tendens.

Ett eksempel er studien til L.A. Briggs fra 2002 rundt holdninger til kjønnslemlestelse i Ekpeye i delstaten Rivers. Her oppga 56 % av mennene og 42 % av kvinnene (tabell 8) at de ikke ønsket å omskjære døtrene sine, på tross av at 84 % av mennene og 61 % av kvinnene opplyste at omskjæring var å regne som obligatorisk i deres samfunn (tabell 2).

I studien til B.I. Popoola (2006, s. 119) var holdningene til kjønnslemlestelse hos yorubakvinner gjennomgående mer negative jo yngre kvinnene i utvalget var. 52,3 % av kvinnene under 25 stilte seg negative til kjønnslemlestelse, 39,4 % av dem mellom 25 og 35 var negative, mens det bare gjaldt 4,5 % av dem mellom 36 og 45 og 4 % av dem over 45.

2.3 FORMEN FOR KJØNNSLEMLESTELSE JENTER BLIR UTSATT FOR GÅR DELVIS MOT MINDRE OMFATTENDE INNGREP

Den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 bruker ikke kategoriene til Verdens helseorganisasjon (se WHO 2010 og Landinfo 2007, s. 6-7). Særlig skilles det ikke mellom inngrep av type I og type II, men mellom "cut, flesh removed" og "cut, no flesh removed". Dermed viser ikke denne undersøkelsen om det kan være en tendens til at type I er mer utbredt hos de yngre respondentene enn de mer omfattende inngrepene som går inn under type II, sammenlignet med respondentene i eldre årsklasser. Den tredje kategorien, "sewn closed", stemmer godt overens med WHOs type III – her er det lite variasjon mellom årskullene, men andelene er lave (fra 4,1 til 7,3 %). Merk at andelen respondenter hvor data på type

inngrep mangler er stor i undersøkelsen, hele 44,8 % for utvalget som helhet (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300).

Annen forskning viser imidlertid noe klarere tendenser:

I studien til Popoola var det en tendens til at andelen kjønnslemlestelse type I økte fra en generasjon til neste med en andel på 90,8 % hos mødrene i utvalget og en andel på 96,9 % hos døtrene (2006, s. 118).

Ut fra Orubuloye, Caldwell & Caldwells forskning på kjønnslemlestelse blant yorubaer later det til at inngrepene som foretas er blitt mindre omfattende, noe de mener kan ha en sammenheng med at det i stadig større grad er helsepersonell som utfører inngrepet (2000, s. 89-90, se også neste avsnitt).

2.4 ANDELEN SOM HAR BLITT OMSKÅRET AV HELSEPERSONELL GÅR OPP, SÆRLIG I SØR

Funn i den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 tyder på at andelen jenter som blir omskåret av personer med helsefaglig bakgrunn (særlig sykepleiere og jordmødre) øker svakt. I aldersgruppa 15-19 var andelen 13,2 %, i aldersgruppa 20-24 var den 11,5 %, for dem mellom 25 og 29 lå den på 10,8 %, for spennet 30-34 var den 8 %, for aldersgruppa 35-39 var den 7,1 %, for dem mellom 40 og 44 var den 4,8 % og for spennet 45-49 lå den på 4,1 %. Andelen er betydelig høyere i sør enn i nord: 10,4 % for Sørøst, 14,7 % for Sørsør og 9,9 % for Sørvest, mot 0,1 % for Nordvest, 1,5 % for Nordøst og 4,5 % for Nordsentralt (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 303).

I studien til Orubuloye, Caldwell & Caldwell (2000, s. 88) om kjønnslemlestelse blant yorubaer går det fram at "‘Circumcision’ is being rapidly taken over by modern health providers, especially in urban areas". Tendensen er den samme i en studie gjort i Port Harcourt i delstaten Rivers, hvor det går fram at tradisjonelle fødselshjelpere pleide å utføre kjønnslemlestelse, men at det pr. 1998 var leger som utførte den største andelen av inngrep (Ugboma, Akani & Babatunde 2004, s. 252).

3. KJØNNSLEMLESTELSE OG SOSIAL BAKGRUNN

Det er en rekke ulike sosiale faktorer som påvirker praktiseringen av kjønnslemlestelse i det moderne Nigeria. Det varierer hvilke sosiale faktorer som blir vektlagt i forskjellige undersøkelser av hvordan kjønnslemlestelse praktiseres. Dermed blir ikke det samlede bildet særlig entydig.

3.1 UTDANNINGSNIVÅ OG KJØNNSLEMLESTELSE

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga faktisk en større andel av kvinner med utdanning at de var omskåret enn hva som var tilfellet blant kvinner uten utdanning (18,0 %). 35,8 % av kvinner med barneskole oppga å være omskåret, mot 36,0 % blant dem med ungdomsskole og 37,2 % blant dem med mer enn ungdomsskole (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Det er imidlertid sannsynlig at dette gjenspeiler etniske og geografiske forskjeller, siden det er mye vanligere at jenter går på skole i det sørlige Nigeria, der etniske grupper som

tradisjonelt har praktisert kjønnslemlestelse dominerer. I delen av studien som handler om holdninger til kjønnslemlestelse går det tydelig fram at høyt utdannede kvinner i større grad vil avskaffe skikken enn dem med lavere utdanning (s. 308).

Også Popoola (2006, s. 120) og Orubuloye, Caldwell & Caldwell (2000, s. 92) finner at høyere utdanningsnivå sammenfaller med mer negative holdninger til kjønnslemlestelse, noe som er med på å bidra til at færre velger å utsette jenter for inngrepet.

3.2 FORSKJELLENE MELLOM BY OG LAND

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 36,8 % av kvinner bosatt i urbane strøk at de var omskåret, mot 25,6 % av kvinnene på landsbygda (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Som ovenfor forklares dette imidlertid i stor grad av etnisitet, siden to av de store folkegruppene i Nigeria hvor det er utbredt å praktisere kjønnslemlestelse, yoruba og igbo, i større grad er urbaniserte enn landets befolkning for øvrig (s. 299). *Innenfor* etniske grupper er tendensen klar: Kjønnslemlestelse er mindre utbredt blant folk bosatt i bysamfunn enn blant landsbybefolkningen.

Orubuloye, Caldwell & Caldwell (2000, s. 92) mener å finne at blant yorubaer er forskjellene mellom by og land mer avgjørende enn utdanningsnivå når det gjelder holdninger til kjønnslemlestelse:

The strongest factor in changing attitudes is the urban-rural differential, and most of the differential is not the product of educational differences. The explanation seems to be that townspeople can go their own way with less interference than in rural areas. Parents do not worry so much about their daughters being regarded as different and believe there is less chance that potential husbands will turn them down. [...] only 24 percent of townswomen, compared with 76 percent of villagers, believe that the operation enhances beauty. Only 16 percent in the town, compared with 77 percent in the village, believe that "circumcision" protects infants at birth.

Townswomen are more sophisticated, but they are also much more likely – six times as likely – to hear the new messages. In town, government health providers are more likely to spell out the message, and women's groups are more likely to discuss it. The result is that more than two and a half times the proportion of daughters remain uncircumcised.

Selv om disse funnene ble gjort blant yorubaer, regner Landinfo det for overveiende sannsynlig at dette også gjelder andre etniske grupper, særlig i sør, siden befolkningen i sørnigerianske byer gjennomgående har betydelig bedre tilgang til helsetjenester, utdanning og oppdatert informasjon om dette temaet enn folk på landsbygda, uavhengig av etnisk bakgrunn.

3.3 KJØNNSLEMLESTELSE OG FAMILIEFORHOLD

Kjønnslemlestelse er ofte et storfamilieanliggende, siden viktige livsvalg i Nigeria ofte angår flere enn bare barn og deres nærmeste foresatte. Ikke minst gjelder det i samfunn hvor praksisen delvis begrunnes i et mål om å begrense kvinners seksuelle lyst (Landinfo 2007, s. 12). I samfunn hvor det er offentlig kjent om en jente/kvinne er omskåret eller ikke (se nedenfor), vil beslutningen om omskjæring dessuten kunne

påvirke omdømmet til flere enn bare jenta/kvinnen det gjelder og hennes aller nærmeste familie. Dermed vil andre enn barnets foreldre/foresatte kunne mene at de bør få et ord med i laget.

Relativt få studier som er gjort i Nigeria fokuserer på hvem som påvirker og tar beslutningen om kjønnslemlestelse. Vi presenterer her et sammendrag av funnene fra forskningsarbeidene som tar for seg dette temaet:

I studien til Ehigiegba, Selo-Ojeme & Omorogbe (1998, s. 375), gjort i Benin City, oppga alle mødrene til jentebarn som var utsatt for kjønnslemlestelse at enten ektemannen (33 av 36 tilfeller) eller svigerfamilien (3 av 36 tilfeller) hadde tatt beslutningen om at barna skulle omskjæres, i 7 tilfeller mot morens vilje.

I Oduwale & Iyaniwuras studie (2005, s. 29-30) av hausaer og kjønnslemlestelse går det fram at det er fedrene som tar beslutningen om kjønnslemlestelse skal gjennomføres eller ikke. Bare 7,4 % av kvinnene og ingen av mennene oppga at moren tar beslutningen. Siden bare 20,5 % av mennene i undersøkelsen mente jenter bør omskjæres, mot 64,8 % av kvinnene, kan dette ha gitt utslag i at færre jentebarn blir utsatt for kjønnslemlestelse i dette samfunnet enn om mødrene hadde hatt mer innflytelse over beslutningen.

Anufuro, Oyedele & Pacquiao (2004, s. 109) fant at det varierte mellom ulike etniske grupper hvem som ble sett som viktigste beslutningstaker:

Both parents are generally involved in decision making, with the greater role of older women among the Igbo people and the father among the Yoruba and Hausa tribes. These statements supported this finding:

(Igbo): "The eldest female on the side of the husband makes the decision."

(Hausa): "The father of the child with the mother's support makes the decision."

(Yoruba): "Both parents make the decision, but the father seeks the circumciser."

Orubuloye, Caldwell & Caldwell (2000, s. 86) finner i sin forskning på kjønnslemlestelse blant yorubaer at fedrene er noe mindre involvert enn det som går fram hos Anufuro et al.:

Within the family, the influences are uneven. It is mainly the wife who hears the doctors and nurses, and she is also the one who most identifies with the daughters. But only 8 percent of those not circumcising refused to countenance their husbands' opposition or indecision. In the great majority of cases, the husband concurred that the operation should not be done, and this is the way the survey results are reported. Yet it is quite clear from the in-depth investigations that it was usually the wife who felt strongly on the matter and the husband who left such children's matters – especially as they concerned daughters – to their wives. Not infrequently the wife had the strong support of her mother.

It should be noted that the respondents have few worries about their uncircumcised daughters' chances of marriage.

I samme studie (2000, s. 81) går det fram at synspunktene til jenters besteforeldre i liten grad var utslagsgivende for foreldre som har omskåret døtrene sine eller har til hensikt å gjøre det – det gjaldt 4 % av respondentene med landsbybakgrunn, og 2 % av dem med bybakgrunn. Det var heller ikke gitt at de ble tatt med på råd (s. 86-87):

When we explored further the social pressures on uncircumcised girls, we found they were less than we had anticipated [...]. The spouses' relatives generally either support the decision or are not informed or asked. Only one in five or six of the respondents reported that opposition had been expressed.

In fact, the chief reaction to changing attitudes about female "circumcision" is silence. Parents quite often let the time for "circumcision" pass without discussing it with each other. They find it difficult and are usually reluctant to raise the matter with their own parents.

3.4 KJENNSKAP TIL OM KVINNER ER OMSKÅRET ELLER IKKE I LOKALSAMFUNNET

Som nevnt ovenfor, kan valget rundt kjønnslemlestelse få konsekvenser for omdømmet til både en jente/kvinne og familien hennes. Dette avhenger imidlertid av at det er kjent i lokalsamfunnet hvorvidt kvinner er omskåret eller ikke. Bare i samfunn hvor omskjæring skjer på en slik måte at det blir markert offentlig, vil folk utenfor den aller nærmeste familien ha innsikt i om kvinner er omskåret eller ikke. Også i slike samfunn vil det imidlertid som oftest være på bakgrunn av generell kunnskap om hva som skjer under bestemte ritualer og markeringer, ikke konkret kjennskap til hva individuelle kvinner har vært gjennom.

Dette vil først og fremst gjelde i de samfunnene hvor omskjæring gjøres i forbindelse med kollektive overgangsritualer fra barn til voksen (jf. Landinfo 2007, s. 13). Her vil det være allment kjent i lokalsamfunnet hvem som har vært gjennom slike overgangsriter (på samme måte som det i norske lokalsamfunn som regel er kjent hvem som er konfirmert, og om de er konfirmert kirkelig eller borgerlig), og hva disse ritene innebærer.

I samfunn hvor omskjæring skjer uten ritualer eller offentlig markering, vil det som oftest bare være jenters/kvinnens foresatte som vet om de har vært gjennom omskjæring eller ikke. Forskning fra Nigeria viser at det faktisk ikke er uvanlig at voksne kvinner er usikre på om de er omskåret eller ikke (se Oduwole & Iyaniwura 2005, s. 29), eller oppgir opplysninger om egen status som kjønnslemlestet som ikke stemmer med utfallet av en medisinsk undersøkelse (se for eksempel Snow et al. 2002, s. 94; Adinma 1997, s. 229-230; Adinma & Agbai 1999, s. 45-46; Odujinrin et al. 1989, s. 185). Det finnes flere mulige årsaker til at jenter og kvinner selv kan være uvitende om de er omskåret eller ikke:

- Inngrepet skjer ofte så tidlig at de ikke har noe minne om det.
- Inngrepet er ofte såpass lite omfattende at en må være spesialist for å kunne påvise om det er gjort eller ikke.
- Omskjæring er et så privat anliggende at det ofte ikke diskuteres mellom foreldre og barn.

Landinfo understreker at i tilfeller hvor kvinner selv er dårlig informert om hvorvidt de har vært gjennom kjønnslemlestelse eller ikke, vil sannsynligvis utenforstående være enda mer uvitende om det.

3.5 KJØNNSLEMLESTELSE, ETNISITET OG KLANSTILHØRIGHET

Praktisering av kjønnslemlestelse legitimeres i stor grad av tradisjoner som knyttes til etnisitet, eller til klanstilhørighet innenfor visse etniske grupper.²

Det er et stort antall etniske grupper i Nigeria. Variasjonen er særlig stor i Nordsentralt, Nordøst og i Niger-deltaet (Sørsør), mens Nordvest, Sørøst og Sørvest er mer homogene og dominert av de tre største gruppene i Nigeria – hausa (Nordvest), igbo (Sørøst) og yoruba (Sørvest). Nigerianske storbyer har gjennomgående stor etnisk variasjon på grunn av stor innenlands migrasjon, både fra landsbygda til byene og mellom ulike landsdeler.

Nigerianske migranter til Norge tilhører i all hovedsak etniske grupper med tilhørighet i det sørlige Nigeria, derfor er bare én gruppe med opprinnelse nord i landet (hausa) tatt med.

Det er viktig å understreke at det i dag ikke finnes noen etnisk gruppe i Nigeria med nær universell praktisering av kjønnslemlestelse. Dermed er det i vår tid betydelig variasjon, også innenfor etniske grupper hvor de fleste eller alle kvinner ble omskåret i tidligere tider.

3.5.1 Hausa

Hausaene er den dominerende folkegruppa nord i Nigeria, særlig i Nordvest og Nordsentralt. I tillegg bor det mange hausaer i byene ellers i Nigeria.³

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 20,3 % av kvinnene med hausabakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at 10,2 % av hausakvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvarer type III i WHO 2010). Hele 96,8 % oppgir å være omskåret i første leveår, 0,1 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 0,1 % etter fylte 5 år og 3 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer en del mellom menn og kvinner med hausabakgrunn. 46,3 % av kvinnene og 77 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens 28,6 % av kvinnene og 13,5 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309). Dette betyr faktisk at også en del kvinner i utvalget som selv ikke har vært utsatt for kjønnslemlestelse mener det er en skikk som bør opprettholdes.

I en studie gjort av M. U. Mandara hadde 66 av 226, eller 29,2 %, av hausakvinnene som ble undersøkt vært gjennom kjønnslemlestelse. Av disse ble 47 av tilfellene klassifisert som type I, 12 som type II og 7 som type IV (2004, s. 294). Med type IV i denne studien menes det såkalte *gishiri*-kutt (s. 292). I en annen artikkel av Mandara (2000, s. 98) gis det en mer utførlig beskrivelse av både denne typen kutt, og fjerning av jomfruhinne i tilfeller hvor den regnes som for tykk. Merk at begge

² Landinfo har imidlertid bare funnet én studie som har denne faktoren med i analysen, Orubuloye, Caldwell & Caldwell 2000. Samtidig er det mulig at forskjellige tradisjoner mellom ulike undergrupper av etniske grupper kan være med på å forklare variasjon innenfor etniske grupper, i tillegg til andre sosiale faktorer som nevnt tidligere.

³ Hausaene er videre den dominerende folkegruppa i nabolandet Niger.

disse formene for kjønnslemlestelse blir praktisert innenfor tradisjonell medisin i Nord-Nigeria som "behandling" for ulike problemer, og bare i tilfeller hvor personer som praktiserer tradisjonell medisin mener å påvise et behov.⁴

3.5.2 Igbo

Igboene er den dominerende folkegruppa i det sørøstlige Nigeria, men det bor også store antall igboer i byene ellers i landet. Igboer er dessuten overrepresentert blant nigerianere som har utvandret fra Nigeria, særlig til Europa, USA og Sør-Afrika.

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 51,4 % av kvinnene med igbobakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at bare 5,2 % av igbokvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvarer type III i WHO 2010). Hele 87,6 % oppgir å være omskåret i første leveår, 0,8 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 8,6 % etter fylte 5 år og 3 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer en del mellom menn og kvinner med igbobakgrunn. 68 % av kvinnene og 55,1 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens 21,4 % av kvinnene og 32,8 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309).

I en studie av 610 igbo-kvinner som gikk til graviditetskontroller ved to klinikker i Nnewi (Anambra) hadde 48,5 % av kvinnene vært gjennom kjønnslemlestelse (Adinma & Agbai 1999, s. 45). Studien inneholder ikke nøyaktig informasjon om tidspunkt for omskjæring, utover at det skjedde som spedbarn for et flertall (1999, s. 47).

Studien til Waboso & Akinyibi (2006, s. 89) omfattet 580 gravide kvinner ved et universitetssykehus i Abia. Fokuset var på holdninger til kjønnslemlestelse blant igboer, og et flertall av utvalget var igboer.⁵ 60,4 % av respondentene oppga at de var omskåret, 53,4 % av disse opplyste at det var skjedd kort tid etter fødsel (2006, s. 92).

I studien til Odujinrin, Akitoye & Oyediran (1989, s. 185) fant forskerne at 61,1 % av kvinnene med igbo-bakgrunn var kjønnslemlestet. Merk at kun 11 av de 181 undersøkte kvinnene i utvalget hadde denne etniske bakgrunnen.

I utvalget til Mandara hadde 76 % av igbokvinnene som ble undersøkt vært gjennom en form for kjønnslemlestelse. Her oppga flertallet at de var blitt omskåret i løpet av puberteten (2000, s. 101).

⁴ Det er ikke alltid det går tydelig fram av forskningsrapporter om kjønnslemlestelse blant hausaer om disse formene for kjønnslemlestelse er med i tallene som rapporteres, særlig ikke hvis rapportene ikke opererer med Verdens helseorganisasjons kategorier av kjønnslemlestelse.

⁵ Studien tallfester ikke igbo-andelen, men det er gjennomgående forholdsvis få av annen etnisk bakgrunn i Abia – en delstat uten store byer med stor migrantbefolkning.

3.5.3 Yoruba

Yorubaene er den dominerende folkegruppa i det sørvestlige Nigeria, ikke minst i den tidligere hovedstaden Lagos, en av verdens største byer. Videre bor det yorubaer i de store byene, og mange yorubaer har utvandret fra Nigeria.⁶

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 58,4 % av kvinnene med yorubabakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at bare 1,9 % av yorubakvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvarende type III i WHO 2010). Hele 88,6 % oppgir å være omskåret i første leveår, 2,6 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 5,1 % etter fylte 5 år og 3,6 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer en del mellom menn og kvinner med yorubabakgrunn. 55,5 % av kvinnene og 40,6 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens 29,2 % av kvinnene og 39,1 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309).

I studien til Odujinrin, Akitoye & Oyediran (1989, s. 185) fant forskerne at 52,3 % av kvinnene med yoruba-bakgrunn var kjønnslemlestet. 128 av de 181 undersøkte kvinnene i utvalget hadde denne etniske bakgrunnen.

Forskerne I. O. Orubuloye, P. Caldwell og J. C. Caldwell har gjort en grundig gjennomgang av praktiseringen av kjønnslemlestelse blant yorubaene (Orubuloye, Caldwell & Caldwell 2000). I korte trekk presenterer de følgende funn:

- Yorubaene har tradisjonelt praktisert kjønnslemlestelse, med unntak av to undergrupper, ijebu og egba.
- Kjønnslemlestelse blir for det meste utført i løpet av første leveuke, og selve inngrepet foretas i større og større grad av helsepersonell. Formene for kjønnslemlestelse som utføres kommer stort sett inn under type I, slik den er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO 2010).
- Praksisen er ikke universell i våre dager, selv om den er omfattende for de gruppene som praktiserer den, med andeler i ulike utvalg opp mot 90 %.
- Det er større tendens til at foreldre slutter å omskjære barna sine i byene enn på landsbygda, men tallene synker i både urbane og rurale strøk. Videre er det en tendens til en sammenheng mellom utdanning og lavere forekomst av kjønnslemlestelse.
- Opprinnelig ble kjønnslemlestelse bare begrunnet med at kontakt mellom en babys hode og klitoris under fødsel vil føre til barnets død, og dette er fremdeles en vanlig forestilling. Ikke-kjønnslemlestedde kvinner oppfattes ikke som stygge eller deformerte, få kobler manglende kjønnslemlestelse til promiskuitet hos kvinner. Den siste forklaringen blir imidlertid stadig vanligere, særlig i urbane strøk.

⁶ Yorubaene er også en stor folkegruppe i den sørøstre delen av nabolandet Benin.

3.5.4 Bini/edo

Bini (også kalt edo) er den største folkegruppa i delstaten Edo, og de finnes som migranter i byer ellers i Nigeria. Bini står kulturelt og språklig nær yoruba.

I studien til Odujinrin, Akitoye & Oyediran (1989, s. 185) fant forskerne at 76,7 % av kvinnene med edo/bini-bakgrunn var kjønnslemlestet. 23 av de 181 undersøkte kvinnene i utvalget hadde denne etniske bakgrunnen.

I studien til Snow, Slanger, Okonofua, Oronsaye & Wacker (2002, s. 97), basert på en undersøkelse av 1709 kvinner på to klinikker i delstaten Edo, fant forskerne at 69 % av de 487 kvinnene med bini-bakgrunn hadde vært gjennom kjønnslemlestelse.

Osifo & Evbuomwan (2009, s. 18) opplyser at ulike bini/edo-samfunn utfører kjønnslemlestelse på ulike tidspunkter. Mange grupper gjør det på nyfødte, mens andre gjør det i forbindelse med overgangsrter.

3.5.5 Ijaw/ijo/izon

Ijaw (også kalt ijo og izon) er den fjerde største folkegruppa i Nigeria, og bor primært i delstatene Bayelsa, Delta og Rivers. Det bor også ijawer i delstatene Akwa-Ibom, Edo og Ondo, i tillegg til migranter i byer ellers i Nigeria.

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 23,5 % av kvinnene med ijabakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at bare 4,7 % av ijakvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvare type III i WHO 2010). 46,1 % oppgir å være omskåret i første leveår, 1,8 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 49,5 % etter fylte 5 år og 2,7 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer lite mellom menn og kvinner med ijabakgrunn. 75,7 % av kvinnene og 75,2 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens 7,9 % av kvinnene og 12,7 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309).

3.5.6 Ibibio

Ibibio er den dominerende folkegruppa i delstaten Akwa-Ibom. Det bor også ibibioer i Cross Rivers, i tillegg til migranter i byer ellers i Nigeria. Ibibio-befolkningen står språklig og kulturelt nær efik og ekoi.

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 15,8 % av kvinnene med ibibiobakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at bare 2,2 % av ibibiokvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvare type III i WHO 2010). 29,2 % oppgir å være omskåret i første leveår, 2,5 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 66,8 % etter fylte 5 år og 1,6 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer lite mellom menn og kvinner med ibibiobakgrunn. 78,3 % av kvinnene og 74,5 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens bare 5,5 % av kvinnene og 10,5 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309).

3.5.7 Ekoi/ejagham

Ekoi dominerer i delstaten Cross Rivers. Ekoi-befolkningen står språklig og kulturelt nær efik og ibibio.

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga 34,9 % av kvinnene med ekoibakgrunn at de var omskåret (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 300). Denne rapporten bruker ikke Verdens helseorganisasjons typer av kjønnslemlestelse, men rapporterer at 18,6 % av ekoikvinnene i materialet som er omskåret oppgir å være gjensydd (som tilsvarer type III i WHO 2010). 38,3 % oppgir å være omskåret i første leveår, 7,8 % oppgir at det skjedde da de var mellom 1 og 4 år, 48 % etter fylte 5 år og 5,9 % visste ikke (s. 302). Holdningene til om kjønnslemlestelse er en skikk som bør opprettholdes varierer lite mellom menn og kvinner med ekoibakgrunn. 84,8 % av kvinnene og 87,5 % av mennene mener skikken bør avskaffes, mens 11,1 % av kvinnene og 9,1 % av mennene mener den bør opprettholdes (s. 308-309).

3.5.8 Urhobo

Urhobo er en av de store folkegruppene i delstaten Delta. Urhoboene har kulturelle og språklige fellestrekk med yoruba og bini.

I studien til Snow et al. (2002, s. 97), basert på en undersøkelse av 1709 kvinner på to klinikker i delstaten Edo, fant forskerne at 50,8 % av de 125 kvinnene med urhobo-bakgrunn hadde vært gjennom kjønnslemlestelse.

Mukoros studie (2004) hadde bare kvinner som hadde vært gjennom kjønnslemlestelse i utvalget, siden fokus var på typer av inngrep og hvordan praksis blir begrunnet blant urhoboer. Hos 73,9 % av de 46 respondentene kunne inngrepet klassifiseres som type I, hos de resterende 26,1 % av dem som type II. Ingen ble klassifisert som type III eller IV. Det går fram av konklusjonen (men ikke av analysen) at kjønnslemlestelse blir foretatt i puberteten eller som ung voksen.

3.5.9 Andre etniske grupper

Awusi (2009) har gjort en studie med fokus på isoko i delstaten Delta, og fant at 66 % av de 700 kvinnene i utvalget hadde vært gjennom kjønnslemlestelse (s. 1), og at inngrepet vanligvis foretas ved første ekteskap eller første graviditet.

I studien til Snow et al. 2002, basert på en undersøkelse av 1709 kvinner på to klinikker i delstaten Edo, fant forskerne at 32,5 % av de 505 kvinnene med esan-bakgrunn hadde vært gjennom kjønnslemlestelse.

Landinfo har ikke funnet spesifikk informasjon om praktisering av kjønnslemlestelse hos sørlige etniske grupper som itsekiri og ogoni.

3.6 NÅR UTFØRES KJØNNSLEMLESTELSE?

Det er stor variasjon mellom ulike grupper på når kjønnslemlestelse utføres, men det er aller vanligst at inngrepet blir gjort mens jenter er spedbarn. Dette gjelder særlig

blant yoruba og igbo, to grupper som til sammen antakelig utgjør mer enn halvparten av Nigerias befolkning.⁷

Ut fra kildematerialet Landinfo har innhentet later det til å være mer uvanlig at kjønnslemlestelse blir gjennomført i forbindelse med overgangsriter i pubertet eller enda seinere i Nigeria. I den grad det er utbredt i enkelte grupper, gjelder det mindre etniske grupper og enkelte igbo-undergrupper,⁸ mens det er nærmest ukjent blant yoruba og edo/bini.

Noen mindre etniske grupper (eller mindre undergrupper av store etniske grupper), først og fremst i Sørsør, praktiserer kjønnslemlestelse først ved inngåelsen av ekteskap eller ved første svangerskap (studien Awusi 2009 nevner dette for isoko). Popoola (2006, s. 115) opplyser at disse gruppene primært praktiserer kjønnslemlestelse ut fra forestillinger om at det er skadelig eller farlig for barn å komme borti en intakt klitoris under fødselen.⁹

3.6.1 Kjønnslemlestelse av jenter som returnerer til Nigeria etter vanlig alder for inngrepet

Landinfo kjenner ikke til undersøkelser som tar for seg hvilke valg nigerianere gjør når de returnerer til hjemlandet med jentebarn som har passert alderen for når omskjæring vanligvis praktiseres. Det finnes dermed ingen empiri på hvorvidt foreldre/foresatte i slike tilfeller velger å få utført kjønnslemlestelse på jenter etter retur til Nigeria. Vi mener imidlertid det er liten grunn til å tro at disse foreldrene/foresatte vil være i en annen situasjon enn andre med ansvaret for jentebarn i Nigeria. Det later til å være sjelden at jenter som ikke ble omskåret på det tidspunktet da det vanligvis skjer innenfor deres sosiale gruppe får utført inngrepet senere – uavhengig av hva årsaken er til at det ikke har skjedd tidligere.

Foreldre som returnerer med bedre økonomi enn da de forlot hjemlandet vil gjennomgående ha større handlingsrom rundt denne typen beslutninger. Dessuten kan alle hjemvendte migranter, uansett økonomisk situasjon, ha opparbeidet seg erfaringer og nye perspektiver som gjør dem i stand til å argumentere bedre for egne, selvstendige valg overfor storfamilien, noe som også gir større handlingsrom.

3.7 KJØNNSLEMLESTELSE OG RELIGIØS TILHØRIGHET

Ut fra det foreliggende materialet Landinfo har samlet inn, later det til at religion spiller en relativt liten rolle for praktiseringen av kjønnslemlestelse i Nigeria.

I den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen gjort i 2008 oppga ganske få, 1,9 % av kvinnene og 2,7 % av mennene, at å oppfylle en religiøs plikt var viktigste fortrinn ved kvinnelig omskjæring. I regionen Nordsentralt oppga 11,9 % av

⁷ Den demografiske balansen mellom ulike folkegrupper er et svært ømtålig tema i Nigeria. I forkant av siste folketelling, som ble foretatt våren 2006, ble det derfor besluttet å ikke stille spørsmål om folks etniske bakgrunn. Likevel er det vanlig å snakke om at de tre store folkegruppene, hausa, igbo og yoruba, omfatter mellom 25 og 30 % hver av befolkningen. Dermed vil igbo- og yorubabefolkningen til sammen utgjøre et sted mellom halvparten og 60 % av landets befolkning.

⁸ Disse undergruppene bor primært på landsbygda i etnisk blandede regioner i grenseområdene mellom igboenes kjerneområde i Sørøst og den mer sammensatte regionen Sørsør.

⁹ Dette er imidlertid en viktig begrunnelse også hos flere grupper hvor kjønnslemlestelse utføres svært tidlig.

kvinnene dette, mens 5,4 % av mennene i samme region gjorde det – ellers lå andelene under 4 % (NPC Nigeria & ICF Macro 2009, s. 306-307). Mandara (2004, s. 296) fant ingen statistisk sammenheng mellom religiøs tilhørighet og praksis av kjønnslemlestelse i sin studie. Det samme gjelder Popoolas studie av yorubaer (2006, s. 119), hvor andelene kristne og muslimer var ganske jevnstore, og hvor holdningene til kjønnslemlestelse var ganske like: 68,7 % av de kristne respondentene stilte seg positive til kjønnslemlestelse, mot 70,4 % av muslimene i undersøkelsen. I denne studien sa 24,5 % av respondentene at kjønnslemlestelse var i tråd med familiens religion, mens 75,5 % sa det ikke var det (s. 119).¹⁰

3.7.1 Afrikansk religion

Forestillingene rundt kjønnslemlestelse har tradisjonelt vært en del av et helhetlig syn på tilværelsen hos gruppene som har praktisert skikken. Det er imidlertid ulikt fra gruppe til gruppe om kjønnslemlestelse har vært knyttet til ritualer med religiøst innhold, har blitt gitt en religiøs begrunnelse innenfor lokale religiøse systemer eller blitt sett på som en skikk som symboliserer gruppetilhørighet (og underforstått at en ikke tilhører andre grupper som ikke praktiserer den, eller praktiserer den annerledes).

Det foreliggende kildematerialet Landinfo har samlet inn omhandler i svært liten grad forholdet mellom afrikanske religiøse systemer og kjønnslemlestelse. Derfor må vi åpne for at slike sammenhenger kan finnes, selv om få forskere har vært opptatt av det til nå, utover relativt vage kommentarer om kobling til tradisjoner og kultur.

Som nevnt ovenfor utføres kjønnslemlestelse overveiende svært tidlig i Nigeria. Bare visse grupper i Sørsør utfører kjønnslemlestelse i forbindelse med overgangsritualer fra barn/ung til voksen, hvor ritualene delvis har religiøst innhold. Selv blant de gruppene som utfører kjønnslemlestelse i forbindelse med overgangsritualer, virker det ikke som man ser på kjønnslemlestelse som noen religiøs plikt i særlig grad.

Det blir heller ikke nevnt i det tilgjengelige kildematerialet at kjønnslemlestelse, eller måten det praktiseres på, symboliserer tilhørighet til en bestemt etnisk gruppe, klan eller annen sosial gruppe, eller brukes til å distansere seg sosialt fra andre grupper. (Men heller ikke her kan det utelukkes at dette kan forekomme, selv om det ikke er tatt opp i kildematerialet.)

3.7.2 Kristendom

Landinfo har ikke funnet eksempler på at noen påberoper seg at det skal være en kristen skikk å utføre kjønnslemlestelse. Snarere stiller kirkeledere seg allment negative til kjønnslemlestelse, som de gjennomgående ser som en hedensk skikk. Krass kritikk av folk som praktiserer tradisjonell religion parallelt med kristendom er et vanlig tema for prekener i kirkesamfunn i Nigeria.

En studie fra delstaten Edo i Nigeria (Snow et al. 2002, s. 97) finner at kjønnslemlestelse er mer utbredt blant kvinner med tilhørighet til pinsemenigheter enn blant kvinner som tilhører andre kirkesamfunn (som katolikker og anglikanere). Imidlertid

¹⁰ Denne studien ga respondentene mulighet til å oppgi mer enn én grunn, i motsetning til den nasjonale demografi- og helseundersøkelsen hvor respondentene bare kunne oppgi én årsak.

må ikke dette tolkes som at pinsevenner generelt er mer tolerante hva angår kjønnslemlestelse enn andre kristne retninger. Som det framgår av artikkelen har kvinnene det dreier seg generelt gjennomgått kjønnslemlestelse mange år før de har sluttet seg til en pinsemenighet.

3.7.3 Islam

Det finnes spredte eksempler på at kjønnslemlestelse kobles til islam, som i Oduwale & Iyaniwuras studie av kjønnslemlestelse blant hausaer i Sagamu i Sørvest-Nigeria (2005). Her oppga 44,8 % av mennene religion som den viktigste begrunnelsen for å gjennomføre omskjæring av kvinner, mens bare 8,1 % av kvinnene gjorde det samme. Undersøkelsen sier imidlertid ingenting om hva respondentene legger i dette.

Blant yorubaer, hvor en stor andel er muslimer, finner Orubuloye, Caldwell & Caldwell at "Muslim Yoruba women [...] are increasingly taking the view that the failure of Islam to mandate female 'circumcision' is really a prohibition" (2000, s. 93).

4. KJØNNSLEMLESTELSE BLANT NIGERIANERE BOSATT UTENFOR NIGERIA

Det har vært betydelig utvandring fra Nigeria, og en finner store miljøer av utvandrede nigerianere i ulike europeiske land, særlig i den tidligere kolonimakten Storbritannia, i tillegg til i Canada og USA.¹¹

Den eneste studien Landinfo har funnet som tar for seg holdninger til kjønnslemlestelse blant utvandrede nigerianere er imidlertid en forskningsartikkel av sykepleiere i New Jersey (Anuforo, Oyedele & Pacquiao 2004), som tar for seg synet på kjønnslemlestelse blant hausa, igbo og yoruba. Den inkluderer intervjuer med personer med tilhørighet til alle tre gruppene i Nigeria, og igbo- og yoruba-informanter bosatt i USA (forskerne opplyser at de ikke fant hausainformanter i USA). Studien er basert på dybdeintervjuer med 30 informanter i Nigeria og 20 informanter i USA, og omhandler særlig informasjon om hvilke forestillinger som legitimerer kjønnslemlestelse i de tre etniske gruppene, og praktiske forhold rundt hvordan det utføres. Den er imidlertid knapp hva angår holdningene nigeriansk-amerikanerne har til kjønnslemlestelse (s. 110-111):

The majority of the informants in the United States did not want the practice to continue but resented the Western interpretation of their tradition as oppression of women. Although a few were undecided, no one wanted the practice to continue. This is evidence of changing practice and perspectives associated with social changes and educational programs.

¹¹ Nigerianere bosatt i Europa og Nord-Amerika tilhører overveiende etniske grupper med opprinnelse i det sørlige Nigeria, særlig igbo, yoruba og etniske grupper fra Niger-deltaet. Befolkningen i nord utvandrer i større grad til naboland og land i Midtøsten, blant annet fordi de i mye mindre grad enn befolkningen i sør behersker engelsk.

[...]

American informants were more hesitant to speak of the practice than their Nigerian counterparts. This finding may be related to the fact they were well aware of the legal implications of this practice in the Western world.

5. TILTAK TIL BEKJEMPELSE AV KJØNNSLEMLESTELSE

5.1 LOVVERK

Pr. august 2008 hadde ni delstater i Nigeria lover som forbyr kjønnslemlestelse: Bayelsa, Cross Rivers, Edo, Ekiti, Lagos, Ogun, Ondo, Osun og Rivers (Idowu 2008, s. 13). USAs utenriksdepartement opplyser i sin siste årlige menneskerettighetsrapport for Nigeria at tolv delstater har slikt lovverk, men ikke hvilke de er (U.S. Department of State 2012). Det er ikke iverksatt noe føderalt lovforbud mot kjønnslemlestelse i landet.

5.1.1 Praktisering av lovverk mot kjønnslemlestelse

Til tross at flere delstater har lovverk mot kjønnslemlestelse, har ikke Landinfo funnet eksempler på saker hvor nigerianske myndigheter på noe nivå har brukt eksisterende lovverk til å rettsforfølge personer som har utført kjønnslemlestelse.

5.2 HJELPETILTAK I REGI AV NIGERIANSKES MYNDIGHETER

5.2.1 Politi

Politiet kan formelt sett bare være til hjelp i delstater med lovverk mot kjønnslemlestelse. Landinfo kjenner ikke til at det er utbredt å søke hjelp hos politiet for personer som motsetter seg at kjønnslemlestelse blir utført på dem selv eller andre. Det er allment kjent at nigerianere gjennomgående har svært lav tiltro til politiet, og at det er lite vanlig å henvende seg til politiet for å få hjelp i konflikter innenfor familien.

5.2.2 Krisesentre

Det finnes bare ett krisesenter drevet av offentlige myndigheter i Nigeria. Det ligger i Abuja, er drevet av Det føderale departementet for kvinnesaker og sosial utvikling og har kapasitet til å ta imot normalt sju (opptil femten) kvinner av gangen, men har hovedfokus på kvinner som er offer for vold i hjemmet (U.K. Home Office & Udlændingesservice 2008, s. 11-13).

5.2.3 Opplysningsarbeid i regi av statlige myndigheter

Det amerikanske utenriksdepartementet opplyser i siste utgave av sin årlige rapport om menneskerettsforholdene i Nigeria at Helsedepartementet driver opplysningsarbeid om problemene med kjønnslemlestelse (U.S. Department of State 2012). Arbeidet skjer blant annet gjennom informasjonskampanjer (Obi 2004, s. 184).

En forskningsartikkel nevner også at helsepersonell aktivt motarbeider praktisering av kjønnslemlestelse i arbeidet sitt, særlig overfor gravide som får oppfølging på helsestasjon, og ved hjemmebesøk (Osifo & Evbuomwan 2009, s. 23). Opplysningsarbeid overfor gravide er særlig viktig i Nigeria, siden kjønnslemlestelse i så stor grad utføres kort tid etter at jentebarn er født.

5.2.4 Den nasjonale menneskerettighetskommisjonen

Landinfo hadde møte med den nasjonale menneskerettighetskommisjonen i Nigeria (NHRC) i mars 2006. Da opplyste daværende leder Bukhari Bello at NHRC kan gi rettshjelp og bistå med megling i konflikter mellom familiemedlemmer rundt kjønnslemlestelse. NHRC har kontorer i hovedstaden Abuja, Maiduguri (Nordøst), Kano (Nordvest), Jos (Nordsentralt), Enugu (Sørøst), Lagos (Sørvest) og Port Harcourt (Sørsør). Alle regionkontorene har egne hjelpetelefoner som opplyses å være døgnåpne (NHRC 2010).

5.3 IKKE-STATLIGE HJELPETILTAK

5.3.1 Krisesentre

Det er ytterst få krisesentre i Nigeria. I tillegg til det ene som er drevet av myndighetene i Abuja (se ovenfor), har danske og britiske utlendingsmyndigheter fått opplyst av ulike kilder i Nigeria at det eksisterer to krisesentre drevet av ikke-statlige organisasjoner, ett i Lagos og ett i Enugu (se U. K. Home Office & Udlændingesservice 2008, s. 11-13 for mer informasjon).

5.3.2 Opplysningsarbeid i regi av ikke-statlige organisasjoner

Det amerikanske utenriksdepartementet opplyser at det drives informasjonssarbeid på lokalplan av ikke-statlige organisasjoner, men at de møter flere utfordringer i arbeidet (U.S. Department of State 2012):

The federal government publicly opposed FGM but took no legal action to curb the practice. Twelve states banned FGM; however, once a state legislature criminalized FGM, NGOs found that they had to convince the local government authorities that state laws applied in their districts. The Ministry of Health, women's groups, and many NGOs sponsored public awareness projects to educate communities about the health hazards of FGM; however, underfunding and logistical obstacles limited their contact with health care workers.

Ett forskersteam peker på at det er viktig å involvere religiøse ledere og personer med tradisjonelle tillitsverv, siden dette er personer som gjennomgående har stor innflytelse på viktige beslutninger folk tar – kanskje mer enn helsepersonell (se Osifo & Evbuomwan 2009, s. 23).

Prosjekter i regi av nigerianske ikke-statlige organisasjoner mottar blant annet støtte av utenlandske bistandsmyndigheter. Informasjonsprosjektene i regi av to lokale NGOer i Enugu er finansiert av amerikanske USAID, og blir evaluert i en studie fra 2006 (Babalola et al.).

6. MULIGE KONSEKVENSER FOR FORELDRE SOM IKKE UTSETTER EGNE DØTRE FOR KJØNNSLEMLESTELSE

6.1 FORELDRES HANDLINGSROM I VIKTIGE BESLUTNINGER PÅ VEGNE AV EGNE BARN

I Nigeria er oppfostring av barn et anliggende som i mye større grad enn i Norge involverer andre enn barnas foreldre. Barns besteforeldre, tanter og onkler (særlig foreldrenes eldre søsken), og gjerne også andre slektninger, forventer ofte å bli hørt når foreldrene tar viktige beslutninger for barnas framtid. Som nevnt i del 3.3 kan dette gjelde beslutningen om kjønnslemlestelse av jenter, i tillegg til temaer som skolegang, hvem et barn skal bo hos,¹² arbeid og valg av ektefelle.¹³

Et viktig moment er dessuten at det innenfor nigerianske familier sjelden er bred enighet om temaer som er knyttet til det å følge lokale skikker og tradisjoner. Selv om medlemmene i familier som oftest deler etnisk og regional bakgrunn, og i utgangspunktet de samme tradisjonene, er det ikke uvanlig med til dels store forskjeller internt i familier hva angår utdannelsesnivå, tilnærming til ”moderne verdier” og syn på lokale tradisjoner.¹⁴ Videre vil det variere hva folk har av kunnskaper om skadelige konsekvenser av kjønnslemlestelse rent konkret. Dermed vil foreldre som møter press fra ulike familiemedlemmer til å utsette døtre for kjønnslemlestelse i mange tilfeller også kunne finne støtte for (en beslutning om) å la det være hos andre familiemedlemmer.

Vi understreker også at selv om andre slektninger kan forvente å ha et ord med i laget, er det likevel ingen automatikk i at de blir involvert i rådslagningen før slike beslutninger tas – det være seg på foreldrenes eller eget initiativ (se del 3.3). Og selv i de tilfellene hvor det skjer, og det er uenighet mellom et barns foreldre og andre slektninger om hvilken beslutning som skal tas på et barns vegne, er det ikke vanlig i Nigeria at et barns foreldre overkjøres av andre slektninger.

Årsakene til dette er at barns nærmeste foresatte som regel har siste ord i slike beslutninger, også om de er forholdsvis unge. For selv om yngre voksne forventes å lytte til dem med mer livserfaring, regnes like fullt folk som har fått barn som voksenpersoner med handlingsrom til å ta viktige beslutninger for seg selv og barna de har ansvar for. Det er også grenser for hvilke midler det er sosial aksept for at andre slektninger, for eksempel et barns besteforeldre, tanter eller onkler, kan gripe til overfor barnets foreldre for å påvirke en beslutning, utover å argumentere for sitt eget syn.

¹² I Nigeria er det utbredt at barn vokser opp som fosterbarn hos andre enn sine biologiske foreldre – også når foreldrene er i live. Ofte er fosterforeldrene i slekt med barnet, men barn kan også bo hos andre personer som foreldrene har tillit til. I en undersøkelse referert i en rapport fra FN-komiteen for barns rettigheter går det fram at 11 % av nigerianske barn bor hos andre enn sine biologiske foreldre. I den sørlige delen av landet er andelen større enn i nordområdene (CRC 2009, s. 66).

¹³ Det er særlig ved første gangs ekteskap at en ung mann eller kvinnes slekt forventer å ha innflytelse på valg av ektefelle. For mer om denne tematikken i Sør-Nigeria, se Landinfo 2012.

¹⁴ Den nigerianske forfatteren Chimamanda Ngozi Adichie skildrer en tilsvarende konflikt mellom voksne søsken rundt synet på tradisjonell religion kontra konservativ kristendom i debutboka si, *Dyprød hibiskus* (Adichie 2006).

6.2 SOSIALE SANKSJONER

I Nigeria er de aller fleste avhengige av et stort nettverk de kan søke bistand hos (og som de selv er forpliktet til å bistå) i ulike situasjoner – både for å få praktisk og økonomisk hjelp. Ryggraden i slike nettverk er nær familie og storfamilie, som ut fra rent slektskap i utgangspunktet er forpliktet til å bistå andre familiemedlemmer der de kan. I praksis er imidlertid slik hjelp gjennomgående lettere å få hos familiemedlemmer en har et godt forhold til. Uenighet og konflikt med familiemedlemmer kan fort føre til at en har dårligere tilgang til hjelp fra disse (konkrete) slektningene ved behov, og trusler om å holde tilbake framtidig hjelp er ikke uvanlig i en konflikt-situasjon. I konflikter hvor andre familiemedlemmer kommer med slike trusler blir det opp til de som får dem om de er villige til å holde på sitt, med de praktiske konsekvensene det kan få (som kanskje kan kompenseres for av støttespillere de har ellers i nettverket sitt), eller om de innretter seg, fordi de ikke er villige til å betale den sosiale kostnaden det kan innebære å handle i strid med enkelte slektningers ønsker.

Vi understreker at det ikke er kjent at uenighet om temaer som kjønnslemlestelse fører til at folk kollektivt fryser ut enkeltpersoner fra ulike typer nettverk. (Sosiale sanksjoner med så store konsekvenser rammer nærmest bare personer som har begått alvorlige kriminelle handlinger som drap eller incest, og selv ikke da er det ikke slik at alle nødvendigvis bryter forbindelsen med vedkommende.)

6.3 BLIR FORELDRE SOM VELGER Å IKKE UTSETTE JENTEBARN FOR KJØNNSLEMLESTELSE UTSATT FOR VOLD ELLER TRUSLER OM VOLD?

Det foreligger ikke informasjon i materialet som er gjennomgått til dette notatet som gir eksempler på at foreldre eller kvinner som lar være å utsette døtrene sine for kjønnslemlestelse blir utsatt for vold eller trusler. Dette er lite overraskende, siden vold eller trusler om vold mot voksne familiemedlemmer en mener gjør feil valg i oppfostring av egne barn ses på som sosialt uakseptabelt – også i en nigeriansk kontekst.

6.4 UTFØRER ANDRE SLEKTNINGER KJØNNSLEMLESTELSE PÅ JENTER MOT FORELDRENE ØNSKE?

Landinfo finner ikke eksempler i kildematerialet på at foreldres beslutning om å la være å utsette jentebarn for kjønnslemlestelse blir overprøvd av andre slektninger, som så gjennomfører det mot foreldrenes uttrykte vilje. Siden dette ikke er en uvanlig problemstilling ellers i Vest-Afrika, holder Landinfo det for overveiende sannsynlig at dette ville vært omtalt i relevant faglitteratur hvis det var et fenomen i ulike områder av Nigeria.

7. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Adeokun, L.A., Oduwale, M., Oronsaye, F. Gbogboade, A.O., Aliyu, N., Adekunle, W., Sadiq, G., Sutton, I., & Taiwo, M. (2006). Trends in female circumcision between 1933 and 2003 in Osun and Ogun states, Nigeria: A cohort analysis. *African Journal of Reproductive Health* 2(10), 48-56. Tilgjengelig fra <http://ajol.info/index.php/ajrh/article/viewFile/7885/1513> [lastet ned 13. november 2012]
- Adichie, Chimamanda Ngozi (2006). *Dyprød hibiskus*. Oslo: Gyldendal.
- Adinma, J.I. (1997). Current status of female circumcision among Nigerian Igbo. *West African Journal of Medicine* 16 (4), 227-231.
- Adinma, J.I.B. & Agbai, A.O. (1999). Practice and perceptions of female genital mutilation among Nigerian Igbo women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 19 (1), 44-48.
- Anuforo, P.O., Oyedele, L. & Pacquiao, D.F. (2004). Comparative study of meanings, beliefs, and practices of female circumcision among three Nigerian tribes in the United States and Nigeria. *Journal of Transcultural Nursing* 15 (2), 103-113.
- Awusi, V.O. (2009, desember). Tradition versus female circumcision: A study of female circumcision among the Isoko tribe of Delta State of Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine* 11(1), 1-9. Tilgjengelig fra <http://ajol.info/index.php/bjpm/article/viewFile/48818/35168> [lastet ned 13. november 2012]
- Babalola, S., Brasington, A., Agbasimalo, A., Helland, A., Nwanguma, E. & Onah, N. (2006). Impact of a communication programme on female genital cutting in eastern Nigeria. *Tropical Medicine and International Health* 11 (10), 1594-1603.
- Briggs, L.A. (2002). Male and female viewpoints on female circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 6 (3), 44-52. Tilgjengelig fra <http://www.bioline.org.br/pdf?rh02034> [lastet ned 13. november 2012]
- CRC, dvs. UN Committee on the Rights of the Child (2009, 5. januar). *Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention. Third and fourth periodic report of States parties due in 2008: Nigeria (19 May 2008)*. Geneve: CRC. Tilgjengelig via <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4c32df72.html> [lastet ned 13. november 2012]
- Ehigiegba, A.E., Selo-Ojeme, D.O. & Omorogbe, F.I. (1998). Female circumcision and determinants in southern Nigeria. *East African Medical Journal* 75 (6), 374-376.

- Idowu, Amos Adeoye (2008, november). Effects of female genital-mutilation on human rights of women and female children: The Nigerian situation. *Research Journal of International Studies* 8, 13-26. Tilgjengelig fra http://www.eurojournals.com/rjis_8_02.pdf [lastet ned 13. november 2012]
- Landinfo (2007, august). *Kjønnslemlestelse av kvinner i Vest-Afrika*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://landinfo.no/asset/611/1/611_1.pdf [lastet ned 13. november 2012]
- Landinfo (2012, 20. september). *Nigeria: Tvangsekteskap i sør*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://landinfo.no/asset/2178/1/2178_1.pdf [lastet ned 13. november 2012]
- Mandara, Mairo Usman (2000). Female genital cutting in Nigeria: Views of Nigerian doctors on the medicalization debate. I Shell-Duncan, Bettina & Hernlund, Ylva (Eds.). *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*. Boulder, CO: Lynne Rienner, 95-107.
- Mandara, Mairo Usman (2004). Female genital mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 84 (3), 291-298.
- Mukoro, U.J. (2004). A survey on the psychosexual implications of female genital mutilation on Urhobo women of the Niger Delta Communities of Nigeria. *Journal of Human Ecology* 16(2), 147-150. Tilgjengelig fra <http://www.krepublishers.com/02-Journals/JHE/JHE-16-0-000-000-2004-Web/JHE-16-2-075-150-2004-Abst-PDF/JHE-16-2-147-150-2004-Mukoro-U-J/JHE-16-2-147-150-2004-Mukoro-U-J.pdf> [lastet ned 13. november 2012]
- NHRC, dvs. National Human Rights Commission (2010). *Contact us*. Abuja: NHRC. Tilgjengelig fra http://www.nigeriarights.gov.ng/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=71 [lastet ned 2. august 2010]
- Nkwo, P.O. & Onah, H.E. (2001). Decrease in female genital mutilation among Nigerian Ibo girls. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 75 (3), 321-322.
- NPC Nigeria, dvs. National Population Commission Nigeria (2000, desember). *Nigeria demographic and health survey 1999*. Abuja: NPC Nigeria. Tilgjengelig fra <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR115/FR115.pdf> [lastet ned 13. november 2012]
- NPC Nigeria & ORC Macro, dvs. National Population Commission Nigeria & ICF Macro (2004, april). *Nigeria demographic and health survey 2003*. Abuja: NPC Nigeria & ORC Macro. Tilgjengelig fra <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR148/FR148.pdf> [lastet ned 13. november 2012]
- NPC Nigeria & ICF Macro, dvs. National Population Commission Nigeria & ICF Macro (2009, november). *Nigeria demographic and health survey 2008*. Abuja: NPC Nigeria & ICF Macro. Tilgjengelig fra <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR222/FR222.pdf> [lastet ned 13. november 2012]

- Obi, S.N. (2004). Female genital mutilation in south-east Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 84 (2), 183-184.
- Odujinrin, O.M., Akitoye, C.O. & M.A. Oyediran, 1989. A study on female circumcision in Nigeria. *West African Journal of Medicine* 8 (3), 183-192. Sammendrag tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2486795> [lastet ned 13. november 2012]
- Oduwole, M.D. & Iyaniwura, C.A. (2005, juni). Female genital cutting among the Hausa community in Sagamu. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care* 17(1), 28-32. Tilgjengelig fra <http://ajol.info/index.php/jcmpfh/article/view/32422/6087> [lastet ned 13. november 2012]
- Orubuloye, I.O., Caldwell, P. & Caldwell, J.C. (2000). Female "circumcision" among the Yoruba of Southwestern Nigeria: The beginning of change. I Shell-Duncan, B. & Hernlund, Y. (Red.). *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*. Boulder, CO: Lynne Rienner, 73-94.
- Osifo, David Osarumwese & Evbuomwan, Iyekoretin (2009, mars). Female genital mutilation among Edo people: The complications and pattern of presentation at a pediatric surgery unit, Benin City. *African Journal of Reproductive Health* 1(13), 17-25. Tilgjengelig fra <http://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/55650/44124> [lastet ned 13. november 2012]
- Popoola, B.I. (2006). A study of the prevalence of female genital mutilation and parents' attitude among the Yorubas of Western Nigeria. *European Journal of Social Sciences* 1(2), 114-123. Tilgjengelig fra <http://www.eurojournals.com/ejss%202%201.pdf#page=120> [lastet ned 13. november 2012]
- Snow, R.C., Slinger, T.E., Okonofua, F.E., Oronsaye, F. & Wacker, J. (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health* 7 (1), 91-100. Tilgjengelig fra <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118926649/PDFSTART> [lastet ned 13. november 2012]
- Ugboma, H.A., Akani, C.I. & Babatunde, S. (2004). Prevalence and medicalization of female genital mutilation. *Nigerian Journal of Medicine* 13 (3), 250-253.
- U.K. Home Office & Udlændingetjeneste (2008, 29. oktober). Report of joint British-Danish fact-finding mission to Lagos and Abuja, Nigeria. 9-27 September 2007 and 5-12 January 2008. London/København: U.K. Home Office/Udlændingetjeneste. Tilgjengelig fra <http://www.nyidanmark.dk/NR/rdonlyres/2F5AF3E1-0D42-431D-9013-B75488053160/0/NigeriafactfindingrapportIFAfinal.pdf> [lastet ned 13. november 2012]
- U.S. Department of State (2012, 24. mai). *Country reports on human rights practices for 2011 – Nigeria*. Washington, D.C.: U.S. Department of State.

Tilgjengelig fra

<http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/humanrightsreport/index.htm?dliid=186229>
[lastet ned 13. november 2012]

- Waboso, Paul Feyi & Akinyibi, Amos (2006). Knowledge of, attitudes about, and practice of female genital cutting in antenatal patients among Igbos in Nigeria. *Journal of Gynecologic Surgery* 22 (3), 89-95.
- WHO, dvs. World Health Organization (2010, februar). *Fact sheet N°241: Female genital mutilation*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/print.html> [lastet ned 13. november 2012]

Muntlige kilder

- NHRC, dvs. National Human Rights Commission. Møte med daværende leder Bukhari Bello og Anthony Ojukwu i Abuja, mars 2006.