

Vrouwelijke autonomie en vrouwenbesnijdenis in Egypte, 2005

Resultaten van de EDHS2005

Ronan Van Rossem

Universiteit Gent

- onderzoeksgroep **Macro- & Structurele Sociologie**

Vrouwelijke autonomie en vrouwenbesnijdenis in Egypte, 2005

Ronan Van Rossem

Universiteit Gent

14 December 2008

Abstract

Vrouwelijke autonomie en vrouwenbesnijdenis in Egypte, 2005

Inleiding

Vrouwenbesnijdenis, of met de meer toepasselijke Engelse term “female genital mutilation” (FGM), is nog steeds een wijdverspreide praktijk in grote delen van Afrika en in bepaalde gemeenschappen. Het totaal aantal besneden vrouwen in Afrika is moeilijk te schatten. De *World Health Organization* (WHO) schat dat er wereldwijd tussen de 100 en 140 miljoen vrouwen besneden zijn (2008b), waarvan 91.5 miljoen in Afrika. Volgens dezelfde bron ondergaan er in Afrika jaarlijks ongeveer 3 miljoen meisjes deze praktijk. Een recente studie schat het aantal besneden vrouwen ouder dan 15 in Afrika op iets minder dan 80 miljoen (Yoder & Khan, 2008).

Vrouwenbesnijdenis als sociale praktijk moet gezien worden in het licht van de sociale status van de vrouw en de geslachtsongelijkheid binnen een samenleving. Een verbetering van de positie van de vrouw in deze gemeenschappen zou dan ook kunnen bijdragen tot het verdwijnen van deze praktijk. “Empowerment” (of machtsverwerving) van vrouwen wordt dan ook door internationale instellingen gezien als een belangrijke strategie ter bestrijding van vrouwenbesnijdenis (OHCHR et al., 2008; UNICEF, 2005).

In deze studie wordt de relatie tussen de gedragsautonomie van moeders en het besnijden van dochters in Egypte onderzocht. Verwacht wordt dat vrouwelijke autonomie zowel direct als indirect via attitudes ten opzichte van vrouwenbesnijdenis deze praktijk zal beïnvloeden.

In Egypte wordt vrouwenbesnijdenis nog steeds quasi universeel uitgevoerd. Op basis van de *Egypt Demographic and Health Survey* van 2005 (2005EDHS) schat men dat meer dan 95% van vrouwen 15 tot 49 jaren oud besneden zijn, en dat cijfer vrij constant blijft over alle cohorten (Ministry of Health and Population & National Population Council, 2006 en eigen berekeningen; UNICEF, 2005 zie ook: ; Allam et al., 2001; Boyle & Preves, 2000). Deze gegevens suggereren dat de prevalentie van vrouwenbesnijdenis in Egypte hoog en stabiel blijft. El-Gibaly et al. (2002) stellen echter dat de DHS stelselmatig de prevalentie van vrouwenbesnijdenis overschat daar ze gebaseerd zijn op een steekproef van ooit-getrouwde vrouwen tussen de 15 en de 49 jaren oud en dus blind blijven voor recente veranderingen in de jongere cohorten. In hun eigen onderzoek bij een representatieve steekproef van meisjes 10 tot 19 jaren oud vinden zij een duidelijke

daling van de praktijk, met zoveel als 10% in vergelijking met de moeders. Of deze trend zich zal voortzetten, kon op basis van hun data niet gezegd worden. Deze resultaten worden wel bevestigd door enkele andere studies (Yount, 2002; Hassanin, Saleh, Bedaiwy, Peterson, & Bedaiwy, 2008). In een recente studie onder meisjes tussen de 10 en 14 jaar vond men dat ongeveer 85% van de meisjes besneden waren (Hassanin et al., 2008), en dat in geurbaniseerde gebieden besnijdenis minder vaak voorkwam dan in rurale.

De WHO onderscheidt vier types van vrouwenbesnijdenis (2008a). In Egypte komen voornamelijk types I (clitoridectomie) en II (clitoridectomie + (gedeeltelijke) verwijdering van de kleine schaamlippen) voor (Assaad, 1980; Al-Hussaini, 2003). Type III (infibulatie) komt maar relatief zelden voor. De ingreep vindt meestal plaats voor de aanvang van de puberteit (Hassanin et al., 2008). Volgens gegevens van de 2005EDHS is de mediale leeftijd waarop besnijdenis plaatsvindt 10 jaar, en zijn bijna alle meisjes besneden voor hun 13^{de} (El-Zanaty & Way, 2006). Traditioneel werd de besnijdenis uitgevoerd door de Dayas, de traditionele vroedvrouwen, maar de laatste decennia is er een duidelijke medicalisering van de praktijk waar te nemen (El-Gibaly et al., 2002; Hassanin et al., 2008). Volgens de 2005EDHS wordt momenteel bijna 70% van de besnijdenissen uitgevoerd door dokters en maar 22% door Dayas (El-Zanaty & Way, 2006).

Al bijna een halve eeuw wordt in Egypte – formeel gezien dan toch – een beleid tegen vrouwenbesnijdenis gevoerd. Dit beleid bleef echter grotendeels dode letter, zoals blijkt uit de persistent hoge prevalentie van vrouwenbesnijdenis. Reeds in 1959 verbood Nasser infibulatie en stelde hij dat de andere vormen alleen nog door medisch geschoold personeel mochten gebeuren (Boyle & Preves, 2000). Dit verbod werd niet of nauwelijks afgedwongen. In latere jaren werden nog enkele verbodsmaatregelen ingesteld, meestal na schandalen die de internationale pers haalden. Midden jaren ‘90 verbood men o.a. aan hospitalen en dokters om deze praktijk uit te voeren, en pas in 2007 werd vrouwenbesnijdenis formeel verboden (Maki & Population Reference Bureau, 2008).

Een belangrijke reden voor het falen van het beleid is dat de praktijk van vrouwenbesnijdenis nog steeds de steun heeft van het overgrote deel van de bevolking (Boyle & Preves, 2000). Van de ooit-gehuwde vrouwen in de 2005EDHS steunden 67.5% de praktijk en maar 23.3% was voorstander van het stoppen van deze praktijk (El-Zanaty & Way, 2006).

Religie speelt hierbij een niet onbelangrijke rol. Niet minder dan 60.8% van de vrouwen in de 2005EDHS dachten dat besnijdenis door een religie voorgeschreven werd. Hoewel bepaalde vooraanstaande Islamitische leiders erkennen dat de Islam nergens de besnijdenis van vrouwen vereist (Allam et al., 2001), zijn er toch nog vele Islamitische geestelijken die de praktijk aanvaarden of zelfs steunen. De Islam in Egypte (en elders) heeft zeer zeker bijgedragen aan de legitimering van deze praktijk (Gruenbaum, 2001; Hicks, 1993; Assaad, 1980). Een van de redenen waarom de regelgeving tegen vrouwenbesnijdenis in Egypte nooit afgedwongen werd, was juist om de conservatieve religieuze groepen die de praktijk steunden niet voor het hoofd te stoten. Nog in 1994 sprak het hoofd van de Al Azhar universiteit een fatwa uit die vrouwenbesnijdenis legitimeerde (Boyle & Preves, 2000).

Theoretisch kader

Alhoewel in vele gevallen religie de praktijk legitimeert is vrouwenbesnijdenis geen religieuze praktijk maar één die zeer solide ingebed is in de sociale en culturele tradities van de gemeenschap (Gruenbaum, 2001; Hicks, 1993; Yoder, Camara, & Soumaoro, 1999a; Yoder & Mahy, 2001; Morrone, Hercogova, & Lotti, 2002; Bonney, 2004; Freymeyer & Johnson, 2007), wat ook de hardnekkige weerstand tegen pogingen om het uit te roeien verklaart. Als men peilt naar de redenen voor vrouwenbesnijdenis wordt vaak verwezen naar de traditie (Almroth et al., 2001; Gruenbaum, 2001; Freymeyer & Johnson, 2007; Mackie, 2000). Bijvoorbeeld, in een recente studie in Opper-Egypte noemden 37% van de respondenten religie en 33% traditie als een belangrijke reden voor vrouwenbesnijdenis (Hassanin et al., 2008)¹. Vrouwen laten hun dochters dus besnijden omdat hun moeders hen lieten besnijden, en hun grootmoeders hun moeders, enz. en omdat iedereen in de gemeenschap het doet en altijd gedaan heeft. Vrouwenbesnijdenis is een wezenlijk element van de tradities van een gemeenschap, van diens sociale en culturele overlevering.

Het concept “traditioneel handelen” neemt reeds sinds Durkheim en Weber een belangrijke plaats in in het sociologische denken. Ruwweg refereert traditioneel handelen naar het handelen dat gegrond is in de normen en waarden van de gemeenschap en dat aan de maatschappelijke verwachtingspatronen voldoet. Hierbij wordt vaak gewezen naar de temporele continuïteit in het gedrag, naar het volgen van een historische voorbeeld. Dit blijkt ook uit de definitie van Shils (1981) waarbij traditie alles is wat uit het verleden

overgeleverd wordt, inbegrepen opvatting, waarden, normen, gedrag, enz. Halbwachs (1923) merkte echter reeds in de jaren '30 van vorige eeuw op dat tradities niet zomaar overgedragen worden uit het verleden, maar actief aangepast worden aan de huidige situatie. Tradities zijn hedendaagse herinterpretaties van het verleden, wat maakt dat tradities steeds aan verandering en manipulatie onderhevig zijn, maar dat ze ook selectief en transformerend met elementen uit het verleden omgaan (Giddens, 1990). Hobsbawm (1983) verwees in dit opzicht naar het “invented” karakter van tradities. Tradities zijn, in dit perspectief, dan ook intiem verbonden met de heersende sociale orde en weerspiegelen de bestaande macht- en statusverhoudingen. Zij vervullen verschillende functies: zij beklemtonen de samenhang van de gemeenschap, legitimeren de bestaande order, en socialiseren individuen in de “gebruiken” en normen van de gemeenschap. Het is juist hierdoor dat tradities zo hardnekkig kunnen zijn, en dat het voor individuen vaak heel moeilijk is om tradities te negeren of te verwerpen.

Tradities maken dusdanig deel uit van het alledaagse leven dat ze vaak niet langer in vraag gesteld worden, dat ze niet geproblematiseerd (kunnen) worden, noch op maatschappelijk, noch op individueel niveau. Tradities worden deels geïnternaliseerd door de leden van de gemeenschap en vormen deel van de habitus (Elias, 1988; Bourdieu, 1977) en dusdanig niet langer in vraag gesteld. Doordat tradities doorgaans op de steun van een aanzienlijk deel van gemeenschap kunnen rekenen, leiden afwijkingen van het traditionele gedragspatroon dan ook vaak tot sanctionering door anderen in de gemeenschap. Sociale controle ondersteunt de tradities, zoals actoren die de tradities negeren sancties riskeren. Deze sancties zijn overwegend informeel van aard: roddel, statusverlies, sociale uitsluiting enz., maar bemoeilijken zeker het leven binnen de gemeenschap –zeker indien het hier om een relatief gesloten gemeenschap gaat— en kunnen krachtig genoeg zijn om het naleven van de tradities af te dwingen.

De inbedding van vrouwenbesnijdenis is een dergelijk web van zingeving en de verwevenheid met andere cultuurelementen maakt dat de onderliggende oorzaken van de praktijk grotendeels verborgen blijven. Dit maakt ook dat de redenen voor de praktijk niet alleen sterk variëren maar ook vaak vrij vaag blijven. Onderzoekers, zowel als leden van deze gemeenschappen, vernoemen een ganse waaier redenen (en mogelijk rationalisering) voor vrouwenbesnijdenis: religieuze verplichting, esthetische standaarden, vrouwelijkheid, reinheid, eer, controle over vrouwelijke seksualiteit, rite de passage, enz. (Jones, Ehiri, & Anyanwu, 2004; Rajadurai & Igras, 2005; Shaaban & Harbison, 2005; Yoder et al., 1999a; Hassanin et al., 2008; Lee, 2007; Shaaban & Harbison, 2005; James & Robertson, 2002b) Gruenbaum 2001 } (Hicks, 1993).

¹ Respondenten konden meer dan één reden noemen.

Vooral de huwbaarheid van dochters wordt vaak vernoemd als reden voor vrouwenbesnijdenis (Almroth et al., 2001; Baker, Gilson, Vill, & Curet, 1993; Gruenbaum, 2001; Gruenbaum, 2006; James & Robertson, 2002a; Jones et al., 2004; Missailidis & Gebre-Medhin, 2000; Shaaban & Harbison, 2005; Shell-Duncan, 2001; UNFPA, United Nations Population Fund, 1997; Walley, 2002; World Health Organization, 1986). Men "vreest" dat niet-besneden dochters het moeilijker zullen hebben op de huwelijksmarkt en ofwel minder gemakkelijk aan een partner zullen geraken, ofwel zich tevreden zullen moeten stellen met minder goede partners.

Een gemeenschappelijk kenmerk van al deze verklaringen is dat zij vrouwenbesnijdenis linken aan de sociale positie van de vrouw, d.w.z., aan het stratificatiesysteem van deze samenlevingen. Structuratietheorie en aanverwante modellen (Giddens, 1973; Elias, 1988; Bourdieu, 1977) beklemtonen dat sociale ongelijkheden gereproduceerd en potentieel getransformeerd worden door alledaagse praktijken en relaties. Vrouwenbesnijdenis is één van de praktijken die binnen deze samenlevingen de sociale positie van de vrouw reproduceert (Toubia & Sharief, 2003). Om vrouwenbesnijdenis toe te schrijven aan het patriarhaat of aan mannelijke dominantie is een te simplistische kijk op het stratificatiesysteem van deze maatschappijen (Epstein, 2007; Gruenbaum, 2001; Lee, 2007; Rajadurai & Igras, 2005), als deze praktijk niet alleen de positie van vrouwen ten opzichte van mannen bepaalt, maar ook ten opzichte van andere vrouwen en als leden van hun gemeenschap. Vrouwen spelen dan ook een zeer belangrijke rol bij het in stand houden van de praktijk als hun sociale status en positie verbonden zijn met hun rollen als echtgenote en moeder. Door de status en huwbaarheid van hun dochters te verzekeren versterken zij ook hun eigen status (Gruenbaum, 2001; Walley, 2002). Besnijdenis, in dit opzicht, is, gezien de omstandigheden, volledig rationeel. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in vele gevallen het de vrouwen zelf zijn die voorstander zijn van de praktijk en die deze dan ook actief in stand houden.

In relatief gesloten samenlevingen (Hicks, 1993) is de familie, en niet het (nucleaire) gezin, de voornaamste eenheid van sociale organisatie en status. De identiteit en status van een individu hangt grotendeels af van de familie waartoe hij of zij behoort. Eer en waardigheid zijn belangrijke aspecten van de status van een familie en deze worden afgemeten tegen het gedrag van diens leden. Voor vrouwen brengt dit strikte kuisheids- en omgangsregels mee die moeten verzekeren dat vrouwen als maagd in het huwelijk stappen en later trouw zijn aan hun echtgenoot (Gruenbaum, 2001; Hicks, 1993; Nordenstam, 1968). Onbehoorlijk seksueel gedrag, in het bijzonder van vrouwen, kan beduidende schade aanbrengen aan de eer en status van de familie, en dient dus onder controle gehouden worden. Assaad (1980), bijvoorbeeld, vermeldt dat

velen in Egypte het verlies van maagdelijkheid voor het huwelijk nog steeds als een schande beschouwen, en dat dit sommigen nog steeds aanzet tot het doden van hun dochter. Vrouwenbesnijdenis is één van de strategieën, naast andere zoals kledingsvoorschriften, beperkingen op de contacten tussen de seksen, enz., voor controle over de seksualiteit van de vrouw. Besnijdenis wordt vaak gezien als een waarborg dat een meisje maagd blijft tot aan het huwelijk, wat haar huwbaarheid verbetert (Almroth et al., 2001; Baker et al., 1993; Gruenbaum, 2001; Hicks, 1993; Missailidis & Gebre-Medhin, 2000; UNFPA, United Nations Population Fund, 1997; World Health Organization, 1986; James & Robertson, 2002b; Epstein, 2007; Gruenbaum, 2006; Gruenbaum, 2005; Freymeyer & Johnson, 2007). Besnijdenis is dus een manier om de maagdelijkheid en eer van dochters te vrijwaren door hun seksualiteit aan banden te leggen.

Douglas (2004) wees op het gebruik van termen zoals "vuil" en "reinheid" bij het bepalen van de morele orde en gepast gedrag, en ook dat het gebruik van deze termen toeneemt naarmate de grenzen tussen verschillende statussen meer uitgesproken werden. Samenlevingen waarin vrouwenbesnijdenis voorkomt neigen naar een strikte scheiding tussen mannelijke en vrouwelijke rollen en statussen. Besneden zijn labelt vrouwen als rein en dus als moreel hoogstaand (Epstein, 2007; Lee, 2007; Gruenbaum, 2005), een visie die nog versterkt wordt door esthetische criteria en visies over seksuele aantrekkelijkheid (Gruenbaum, 2006; James & Robertson, 2002a).

Vrouwenbesnijdenis bepaalt niet alleen de morele staat van een vrouw, maar ook haar sociale identiteit en status binnen de gemeenschap (Gruenbaum, 2001; Jones et al., 2004; Little, 2003; Rajadurai & Igras, 2005; Toubia & Sharief, 2003; World Health Organization., 1999; Walley, 2002). Besneden zijn mag dan wel de onderschikte positie van de vrouw in de gemeenschap beklemtonen, maar het symboliseert ook haar intrede in de wereld van de vrouwen en bevestigt haar als een volwaardig lid van de gemeenschap (Assaad, 1980; Walley, 2002). Niet-besneden vrouwen lopen dus het risico te worden beschouwd als uitgestotenen, als immorele vrouwen. In deze gemeenschappen leidt het zich niet laten besnijden tot stigmatisering en statusverlies. Niet alleen de vrouw in kwestie ziet haar status en eer verminderen, maar ook haar families eer en status lijdt eronder (Gruenbaum, 2005; Epstein, 2007; Rajadurai & Igras, 2005). Moeders staan dus onder aanzienlijke sociale druk om hun dochters te laten besnijden (Freymeyer & Johnson, 2007; Jackson et al., 2003; Mackie, 2000). De sociale kost van het niet laten besnijden van een dochter kan vrij aanzienlijk zijn: statusverlies, verminderde huwelijkskansen voor de dochter, sociale uitsluiting, enz. Verschillende studies hebben inderdaad vastgesteld dat niet-besneden vrouwen uitgesloten werden door hun gemeenschap (Almroth et al. 2001)(Gruenbaum, 2005; Gruenbaum, 2001;

Gruenbaum, 2006; Yoder et al., 1999a; Shell-Duncan, 2001). Er dient reeds een aanzienlijk deel van de gemeenschap tegen besnijdenis zijn vooraleer deze sociale kosten afnemen en de sociale druk om dochters te laten besnijden vermindert. Besnijdenis is een onderdeel van socialisatie van vrouwen in hun volwassen rollen, waarbij ze aangeleerd worden hoe zich te gedragen tegenover hun echtgenoot en familie en wat hun rol binnen de gemeenschap is (Yoder et al., 1999a; Shaaban & Harbison, 2005).

Zoals reeds eerder betoogd, is het huwelijk in deze samenlevingen een belangrijk bron van status voor vrouwen, en dus is de huwbaarheid van meisjes een belangrijke overweging. Het huwelijk is niet alleen een bron van status voor het meisje zelf, maar voor hun moeders en families. In een dergelijke context, houdt het maximaliseren van de huwelijkskansen van dochters steek, zelfs indien dit betekent hen te laten besnijden. Ouders die hun dochters niet laten besnijden kunnen in deze optiek zelfs beschuldigd worden van de toekomst van hun dochters in het gevaar te brengen (Lee, 2007; James & Robertson, 2002b; Gruenbaum, 2005; Gruenbaum, 2006). Voor vele ouders is de kost van het niet laten besnijden van hun dochters te hoog.

Coale (1973) introduceerde het RWA model om de (eerste) demografische transitie in Europa te beschrijven. Gedragsverandering vereist dat men klaar (*Ready*), bereid (*Willing*) en bekwaam (*Able*) is om het nieuwe gedrag te vertonen. *Ready* betekent hier dat men zich bewust is van de voordelen van het nieuwe gedrag vergeleken met het oude, d.w.z., de voordelen of winsten moet groter zijn dan de nadelen of kosten, en verwijst dus in de eerste plaats naar de cognitieve voorwaarden en de rationele afweging van voor- en nadelen, de kosten-baten calculus. *Willing* refereert naar de culturele aanvaardbaarheid van het nieuwe gedrag, dus naar de mate waarin het nieuwe gedrag ofwel ondersteund wordt door ofwel ingaat tegen de normen en waarden van het individu, naar de emotioneel-morele calculus. *Able* verwijst dan naar de mogelijkheden van de actor om het nieuwe gedrag te vertonen. Alle drie de voorwaarden dienen vervuld te zijn vooraleer men tot gedragsverandering komt. Het is dus een kwestie van *Ready* en *Willing* en *Able*, en niet van *Ready* of *Willing* of *Able*. Of met andere woorden, het is de voorwaarde die het minst vervuld is die de al dan niet adoptie van het nieuwe gedrag en de timing ervan zal bepalen (Lesthaeghe & Vanderhoeft, 2001). Is men bijvoorbeeld wel klaar en bekwaam maar niet bereid, dan zal men het nieuwe gedrag niet aannemen. In het geval van vrouwenbesnijdenis betekent dit dat men niet alleen overtuigd moet zijn dat het beter is om dochters niet te laten besnijden, maar ook dat het moreel aanvaardbaar is om van de traditie af te wijken en dat men als vrouw moet kunnen wegen op de beslissing om haar dochters te laten besnijden. Indien één van deze drie voorwaarden niet vervuld is, is het onwaarschijnlijk dat de vrouw effectief zal beslissen haar dochters

niet te laten besnijden. Het RWA-schema is een heuristisch kader eerder dan een theoretisch model. Niettemin komen de elementen ervan terug in verscheidene sociaal-cognitieve theorieën van gedragsverandering, zoals het health belief model, theory of reasoned action, theory of planned behavior (Ajzen, 1991b; Bandura, 1997; Fishbein & Ajzen, 1975; Janz & Becker, 1984).

In vele van deze patriarchale samenlevingen hebben vrouwen maar beperkte mogelijkheden om te beslissen over de besnijdenis van hun dochters, maar wordt deze beslissing genomen door de echtgenoot of andere familieleden, zoals grootouders. Zij mogen dan misschien wel klaar (*ready*) en bereid (*willing*) zijn om te stoppen met het besnijden van hun dochters, maar niet in staat (*able*) om deze beslissing effectief te beïnvloeden.

“Ability” is een containerterm die een hele hoop factoren omvat die de mogelijkheden van een actor om een bepaald gedrag te stellen, *in casu* het niet langer laten besnijden van dochters, beïnvloeden. Het bevat factoren op verschillende niveau, van het nationale tot de lokale gemeenschap, de familie, het huishouden, en de actor zelf. Het kan hier bv. gaan om de politieke toestand van een land, de juridische positie van de vrouw, de aanwezigheid van gezondheidsdiensten in de buurt, tot de relatie van een vrouw met haar echtgenoot en zelfeffectiviteit. In deze studie concentreren we ons op één aspect van “ability”, namelijk vrouwelijke autonomie, de mogelijkheid van een vrouw om zelf beslissingen te treffen over zaken die haar of haar directe omgeving aanbelangen. Daarom ook de aandacht voor vrouwelijke autonomie als een potentiële factor in de strijd tegen vrouwenbesnijdenis. Men gaat er van uit dat wanneer vrouwen meer effectieve beslissingsmacht krijgen over hun eigen leven in het algemeen en in het bijzonder met betrekking tot hun (reproductieve) gezondheid en die van hun kinderen, zij minder geneigd zullen zijn om hun dochters te laten besnijden. Deze assumptie is gebaseerd deels op empirisch bewijs dat bv. beter geschoolde vrouwen meer geneigd zijn om zich af te zetten tegen vrouwenbesnijdenis (Frey Meyer & Johnson, 2007; Population Reference Bureau, 2001; Mandara, 2004; Hassanin et al., 2008; El-Gibaly et al., 2002). Maar deels is deze assumptie ook gebaseerd op de overtuiging dat meer geëmancipeerde en autonome vrouwen zich niet alleen minder gelegen laten aan tradities en minder onderhevig zijn aan sociale controle, maar ook dat ze betere kennis over de voor- en nadelen van vrouwenbesnijdenis hebben, en dat ze er meer moderne —lees westerse— opvattingen op na houden, en daarom minder geneigd zijn om voorstander van deze praktijk te zijn. Autonomie of de condities ervoor zouden dus zowel de R, W als A component beïnvloeden.

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen status, “empowerment” (machtsverwerving) en autonomie (Sen & Batliwala, 2000; England,

2000). Deze drie begrippen overlappen substantieel maar toch zijn er duidelijke verschillen. De status van de vrouw verwijst naar haar positie binnen het stratificatiesysteem (Sen & Batliwala, 2000; Mason, 1995). De status van vrouwen is de resultante van twee stratificatiesystemen: 1) het socio-economische stratificatiesysteem dat de verdeling van middelen over huishoudens regelt, en 2) het geslachtsstratificatie systeem dat de verdelingen van middelen en macht binnen een huishouden regelt (Mason, 1986). Een vrouw kan dus een lage status hebben omdat ze tot een arm huishouden behoort of omdat ze een vrouw is, of een combinatie van beide.

Bij machtsverwerving ligt de nadruk op het proces waarbij vrouwen uit een ondergeschikte positie macht en controle over hun eigen leven verwerven, en dus hun *de facto* status kunnen verbeteren (Sen & Batliwala, 2000; Malhotra, Schuler, & Boender, 2002; Kabeer, 2000). Typisch hierbij is dat vrouwen zelf een belangrijke bijdrage tot dit proces moeten leveren, en dat het hier zowel gaat om het verwerven van extrinsieke controle over middelen, als om het verwerven van intrinsieke capaciteit (Sen & Batliwala, 2000; England, 2000). Dit laatste verwijst naar een toename in het zelfvertrouwen van de vrouwen, hun zelfeffectiviteit, hun zelfbeeld, enz. Williams (2005) merkt hierbij op dat machtsverwerving veronderstelt dat vrouwen het geslachtsstratificatiesysteem in vraag stellen en trotseren, dat zij ingaan tegen de heersende geslachtsnormen.

Autonomie verwijst dan naar de mate waarin vrouwen deze macht en controle effectief hebben, of dit nu al dan niet het gevolg is van een machtsverwervingsproces of niet. Autonomie heeft dus in eerste instantie te maken met de mate waarin vrouwen zelfstandig beslissingen kunnen maken over zaken die hun zelf en hun directe omgeving aanbelangen en dat men zich kan los maken van de afhankelijkheid van anderen voor deze beslissingen (Dyson & Moore, 1983; Malhotra et al., 2002; Jejeebhoy, 2003; Hindin, 2000; Mason, 1986). Autonomie kan dus zowel passief als actief van aard zijn. In het eerste geval verwerven vrouwen autonomie door het wegvallen van externe belemmeringen, in het laatste door actief hun eigen lot in handen te nemen. Men kan dit ook doortrekken naar andere domeinen en spreken over vrouwelijke autonomie m.b.t. arbeidsmarktparticipatie of politieke participatie.

Vrouwelijke autonomie behoort tot de bekwaamheidscomponent, de *Able*, uit het RWA-schema. In de theory of planned behavior (Ajzen, 1991a) komt dit onder andere terug in de vorm "behavioral control" en "self-efficacy", die ook bij autonomie een rol spelen als geïnternaliseerde of intrinsieke aspecten van vrouwelijke autonomie. In de literatuur wordt vrouwelijke autonomie niet alleen theoretisch verbonden met maar ook vaak geoperationaliseerd aan de hand van structurele condities die de mate van vrouwelijke autonomie

zouden beïnvloeden (Kishor, 2000; Hindin, 2000; Malhotra et al., 2002; Sen & Batliwala, 2000). Deze structurele condities bestaan op verscheidene niveaus, van het individuele, via het huishouden en de gemeenschap naar het regionale en nationale niveau.

Op het nationale niveau kan men onder andere denken aan discriminerende wetgeving die de rechten van de vrouwen beperken en de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen in stand houden, maar ook aan gebrekkige voorzieningen voor vrouwen, het gebrek aan politieke vertegenwoordiging, de aan- of afwezigheid van vrouwenorganisaties, enz. Op gemeenschapsniveau kan men denken aan de diversiteit en geslotenheid van de gemeenschappen. Meer heterogene gemeenschappen of minder gesloten gemeenschappen niet alleen bieden meer diverse informatie aan hun leden maar oefenen ook minder coherente sociale controle uit over de inwoners, en bieden aldus meer mogelijkheden om autonoom te handelen. De integratie van de vrouw in de gemeenschap, bv. door de aanwezigheid van een sterk (schoon)familienetwerk kan ook haar autonomie beïnvloeden. De aanwezigheid van bepaalde diensten en organisaties in de gemeenschap kan ook de autonomie van de vrouwen versterken. Ook de samenstelling van het huishouden en de middelen waarover ze kan beschikken beïnvloedt de autonomie van de vrouwen in het huishouden. De afwezigheid van een partner en de verplichting voor de vrouw om als hoofd van het huishouden op te treden verhoogt natuurlijk haar autonomie. De aanwezigheid van andere familieleden, zoals schoonouders, ondermijnen haar autonomie dan weer. Ook de socio-economische status van het huishouden en het opleidingsniveau en socioculturele achtergrond van de partner spelen hier een rol. De meest genoemde individuele middelen die de autonomie van vrouwen ondersteunen zijn haar eigen opleidingsniveau en haar arbeidsmarktparticipatie. Er zijn inderdaad vele studies die aantonen dat het onderwijsniveau van de moeders een negatief effect heeft op de besnijdenis van de dochters (Frey Meyer & Johnson, 2007; Population Reference Bureau, 2001; Mandara, 2004; Hassanin et al., 2008; El-Gibaly et al., 2002).

Deze structurele condities zijn inhoudelijk echter wezenlijk verschillend van de beslissingsautonomie die de kern van het begrip vrouwelijke autonomie uitmaakt. Deze structurele condities zijn factoren die de (on)afhankelijkheid van vrouwen en hun beslissingsautonomie kunnen beïnvloeden, en kunnen enerzijds als economisch, menselijk, sociaal en cultureel kapitaal gezien worden dat de autonomie van vrouwen ondersteunt en anderzijds als belemmeringen die een dergelijke autonomie tegengaan. Het onderwijsniveau van de vrouwen en hun arbeidsmarktparticipatie zijn standaardvoorbeelden van kapitaal dat vrouwen kunnen gebruiken om hun beslissingsautonomie kracht bij te zetten (Hindin, 2000; Malhotra & Mather, 1997). Familiestructuren, lokale gebruiken

en wetgeving daarentegen zijn factoren die dergelijke autonomie kunnen beperken. Er dient echter nogmaals op gewezen te worden dat deze structurele condities niet zelf deel uit maken van de vrouwelijke autonomie en er ook niet automatisch toe leiden, maar zij bakenen wel de opportuniteitsstructuur voor autonomie af (Dixon-Mueller & Germain, 2000). De autonomie van een vrouw zal deels ook afhangen van haar persoonlijkheid, haar relaties met haar omgeving en andere onvoorspelbare omstandigheden.

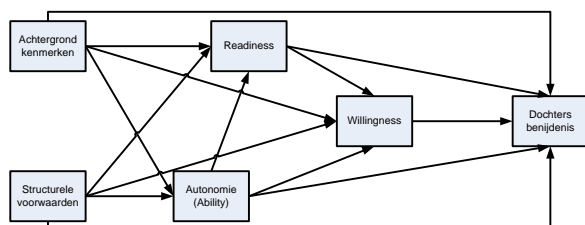
Deze structurele condities worden vaak geassocieerd met het moderniseringsproces, zowel met de structurele als de culturele aspecten ervan: urbanisatie, toename van onderwijsniveau, industrialisatie, rationalisering, individualisering, emotionele nuclearisatie, enz. (Freymeyer & Johnson, 2007; Yoder, Camara, & Soumaoro, 1999b; Yoder et al., 1999b; Shell-Duncan & Hernlund, 2000). Onderwijs wordt hierbij vaak een sleutelrol toebedeeld als de verspreider van moderniteit. Als de scholingsgraad van de bevolking toeneemt, verwacht men ook dat ze meer moderne waarden- en gedragspatronen zal vertonen. Voor vrouwen zou dit moeten betekenen dat “traditionele” beperkingen op hun gedrag wegvallen en dat ze “gelijker” worden aan de mannen. Dit moderniseringsproces en de structurele condities beïnvloeden echter niet alleen de autonomie van vrouwen en dus de A-component uit het RWA-schema, maar ook beide andere componenten. Als moderniseringsprocessen het onderwijspeil van de bevolking, vrouwen inbegrepen, verhoogt en leidt tot betere toegang tot communicatiemediën en informatie, vergroot ook de kans dat ze beter op de hoogte zijn van de gevaren van vrouwenbesnijdenis (R). De culturele modernisering leidt tot waarden waarbij tradities minder belangrijk zijn en individuele rechten en plichten belangrijker geacht worden dan verplichtingen ten opzichte van de familie of de gemeenschap. Dan zal de status gepaard gaan met een afname van besnijdenis (R) en zal de bereidheid om dergelijke traditionele handelingen niet langer uit te voeren (W) toenemen. Deze visie wordt ondersteund door de studie van Allam et al. (2001) die vonden dat onder Egyptische universiteitsstudenten, wat de meest gemoderniseerde groep zou zijn, de steun voor vrouwenbesnijdenis relatief laag lag met maar 28% voorstanders, en dat het voorstander zijn van de afschaffing van deze praktijk gepaard ging met een betere kennis van de gevaren die er mee gepaard gingen en het ontkennen van de voordelen ervan. Het is deze mentale modernisering die cruciaal is voor gedragsverandering. Giddens (1990) bv, wijst hierbij op de wezenlijk verandering in de aard van de reflexiviteit van het handelen. Waar in traditionele culturen de traditie de reflexiviteit integreerde met de bestaande sociale organisatie, maakt modernisering dat deze reflexiviteit er uit bestaat dat sociale praktijken ge(re)ëvalueerd worden in het kader van nieuwe informatie, en aldus

meer transformerend dan reproducerend werkt. Vele auteurs en beleidsinstanties stellen hun hoop dus op moderniserings- of ontwikkelingsprocessen om vrouwenbesnijdenis terug te dringen in de plaatsen waar het nog beoefend wordt (zie bv. El-Gibaly et al., 2002). Binnen deze gemeenschappen veronderstelt men dan het stoppen van besnijden zal verspreiden van de eerst en meest gemoderniseerde (of verwesterde) groepen naar de rest van de maatschappij (Shell-Duncan, Obiero, & Muruli, 2000). Maar naarmate deze ook moderniseert zal men hier ook minder geneigd worden om hun dochters te laten besnijden. Er zijn echter aanwijzingen dat deze moderniseringslogica te optimistisch zou zijn, en dat modernisering niet noodzakelijk gepaard gaat met het verwerpen van aloude tradities, vrouwenbesnijdenis inbegrepen (Mackie, 2000; Carr, 1997; Freymeyer & Johnson, 2007). Ook beter geschoolde vrouwen kunnen besnijdenis blijven steunen als een element van hun culturele en sociale identiteit, of door de vrees dat onbesneden dochters het moeilijk zullen hebben op de huwelijksmarkt. Moderniteit en traditie kunnen best compatibel zijn.

In het traditionele RWA-schema wordt er geen aandacht besteed aan hoe deze drie componenten zich ten opzichte van elkaar verhouden. Nochtans zijn er voldoende redenen om een causale hiërarchie te veronderstellen tussen de drie componenten: A → R → W. Niet dat de componenten uit elkaar af te leiden zijn, ze blijven relatief onafhankelijk functioneren ten opzichte van elkaar, maar ze beïnvloeden elkaar wel. Neem nu een vrouw met een hoge beslissingsautonomie vergeleken met één met lage beslissingsautonomie, dus hoge vs. lage *ability*. Dat deze laatste weinig controle en zeggenschap heeft over haar eigen leven wordt niet alleen weerspiegeld in haar geringe beslissingsmacht, maar ook in een beperkte visie op de wereld rond zich, in een beperkte levenswereld. Voor dergelijke vrouwen vormen tradities ook een ijzeren kooi die ze moeilijk kunnen doorbreken, indien ze dit al zouden willen. Dit heeft te maken met de intrinsieke aspecten van autonomie: het veranderde zelfconcept van de vrouw, haar meer interne “locus of control”, verhoogde zelf-effectiviteit, enz. (Sen & Batliwala, 2000; England, 2000). Vrouwen met hogere autonomie zijn veel beter in staat uit deze ijzeren kooi van de traditie te ontsnappen en hun blik verder te werpen dan hun traditionele omgeving. Dusdanig kunnen ze niet alleen nieuwe informatie opdoen, maar kunnen ze op basis daarvan ook beter een eigen mening vormen. Om soortelijke redenen kan men verwachten dat vrouwen met meer autonomie ook meer geneigd zullen zijn niet-traditionele waarden te aanvaarden en traditionele waarden te verwerpen, en in dit geval, dus ook niet langer de praktijk van vrouwenbesnijdenis te steunen.

Inzien dat het beter is om dochters niet te laten besnijden (R), d.w.z. dat een kostenbaten analyse aangeeft dat het saldo van het niet laten besnijden van dochters groter is dan dit van het wel laten

besnijden, kan niet los gezien worden van de bereidheid (W) om te stoppen met deze praktijk. De kostenbaten analyse zal altijd een effect hebben op de emotioneelculturele verbondenheid met de praktijk. Hoe beter de kennis over de gevaren van besnijdenis en hoe minder men gelooft in de “voordelen” ervan, hoe meer men ook geneigd is om de praktijk niet langer te steunen (Allam et al., 2001). Dit alles leidt dan tot onderstaand conceptueel model (Figuur 1).



Figuur 1: Conceptueel model

Dit conceptueel model geeft niet de verwachte interactie-effecten tussen R, W en A weer. Het is immers een kwestie van klaar (R), en bereid (W) en bekwaam (A) te zijn om het traditionele gedrag te vervangen door een alternatief. Het model voorspelt dat alle drie condities voor gedragsverandering voldaan dienen te zijn vooraleer er daadwerkelijk een verandering van het gedrag zal plaatsvinden, dus dat er een interactie bestaat tussen de drie componenten.

Methoden

STEEKPROEF

Deze studie maakt gebruik van de gegevens van de 2005 Egypt Demographic and Health Survey (2005EDHS) (Ministry of Health and Population & National Population Council, 2006) die in opdracht van het Egyptische Ministry of Health and Population en de National Population Council werden verzameld in de periode van maart tot juli 2005. Een multifase steekproefdesign werd hierbij gebruikt. In de eerste fase werden “primary sampling units” (PSUs) geselecteerd (steden of (groepen van) gemeenten), die dan in de tweede fase verder werden opgedeeld in segmenten van ongeveer 200 huishoudens waarvan er vervolgens een deel geselecteerd werden voor de survey. Binnen de geselecteerde segmenten werden dan door middel van een systematische steekproef de huishoudens geselecteerd voor participatie in de survey. De doelpopulatie voor de 2005EDHS waren alle ooit gehuwde vrouwen in de leeftijdscategorie van 15 tot 49 jaren. In de vrouwenquestionnaire werden volgende thema’s bevroegd: achtergrondkenmerken van de respondent, reproductie, kennis over en gebruik van contraceptiva, voorkeuren i.v.m. vruchtbaarheid en attitudes m.b.t. gezinsplanning, zwangerschap en

borstvoeding, immunisatie en de gezondheid van kinderen, kenmerken van de echtgenoot en de arbeidsmarktparticipatie van de respondenten, vrouwelijke besnijdenis, toegang tot gezondheidsdiensten, HIV/AIDS en andere SOA’s, moeder- en kindvoeding, en (in een substeekproef) geweld in het huishouden. De totale steekproef bestaat uit 19,474 vrouwen. Voor deze studie alleen werden de vrouwen met dochters in het huishouden weerhouden, resulterend in een effectieve steekproef met een omvang van 12,478 respondenten. Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar het rapport over de 2005EDHS (El-Zanaty & Way, 2006).

VARIABELEN

ACHTERGROND

De achtergrondvariabelen kunnen opgesplitst worden in drie groepen: de sociodemografische kenmerken van de respondent: haar leeftijd (in jaren), haar burgerlijke staat (gehuwd vs. niet langer gehuwd) en het onderwijsniveau van haar (laatste) partner; geografische kenmerken: de regio waar de respondent woont, en de urbanisatiegraad (hoofdstad, kleine stad, gemeente, platteland); en indicatoren voor traditie: de religie van de respondent (Christen vs. Moslim) en of de respondent zelf besneden is.

De gemiddelde leeftijd in de effectieve steekproef is 33.7 jaar (zie Tabel 1). Doordat alleen ooit gehuwde vrouwen met minstens één dochter weerhouden werden ligt dit gemiddelde hoger dan het gemiddelde voor deze leeftijdscategorie in de populatie. Maar 3% van de steekproef is 20 jaar oud of jonger, en 22% is ouder dan 40. Bijna een kwart (24%) van de partners (huidige of laatste) heeft geen formeel onderwijs genoten, 31% heeft zijn secundair onderwijs voltooid, en 14% heeft hoger onderwijs genoten. Aangezien de steekproef van de 2005EDHS uitsluitend bestaat uit ooit gehuwde vrouwen, discrimineert de burgerlijke staat van de respondent alleen tussen diegenen die nog steeds gehuwd zijn, en diegene die ooit gehuwd waren maar nu niet meer (weduwenschap, scheiding, ...). 95% van de respondenten geven dan ook aan nog steeds gehuwd te zijn.

Bijna 60% van de respondenten geeft aan op het platteland te wonen, 14% in de hoofdstad en 21% in kleinere steden. De overgrote meerderheid van de respondenten is moslim (95%), de rest christen. In de effectieve steekproef geeft 97% van de vrouwen aan zelf besneden te zijn. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de rapportage van de eigen besnijdenisstatus wel eens onnauwkeurig zou kunnen zijn. Onderzoekers hebben gevonden dat vrouwen op deze vraag wel eens sociaal wenselijke antwoorden durven te geven die niet met de werkelijkheid overeenkomen (Jackson et al., 2003;

Huntington, Nawar, Abdel Tawab, & Hegazi, 1996). Bijvoorbeeld, een studie in Egypte, gebaseerd op zelfrapportage gevolgd door een gynaecologisch onderzoek, gaf een accuraatheid van 92% aan (Huntington et al., 1996). Niet-besneden vrouwen waren echter meer geneigd hun toestand foutief te rapporteren.

STRUCTURELE CONDITIES

De structurele condities voor vrouwelijke autonomie refereren naar de kenmerken van de respondenten die hun beslissingsautonomie zouden moeten beïnvloeden. Het gaat hier om middelen (kapitaal) die de vrouwen bezitten of belemmeringen die hun autonomie aantasten. Volgende vormen van kapitaal werden opgenomen: het onderwijspeil van de respondent, het beroep van de respondent, en de DHS bezitsindex die de economische status van het huishouden meet (Rutstein & Johnston, 2004). Een grote minderheid van de respondenten (38%) zegt geen formeel onderwijs genoten te hebben, en nog 12% heeft haar lager onderwijs niet afgemaakt. Maar 37% van de respondent zegt haar secundair onderwijs afgemaakt te hebben. Deze effectieve steekproef komt uit huishoudens met gemiddeld een iets lagere socio-economische status zoals aangeduid door de bezitsindex. De overgrote meerderheid van de vrouwen (77%) zegt niet te werken. Diegenen die wel tewerkgesteld zijn, zijn dit overwegend in professionele, technische of managementberoepen (8%) of in de landbouwsector (7%). Als belemmeringen werden opgenomen: het leeftijdsverschil tussen de partner en de respondent en de aanwezigheid van schoonouders in het huishouden. Een groot leeftijdsverschil tussen man en vrouw, waarbij de man aanzienlijk ouder is dan de vrouw, wijst vaak op een grotere machtsongelijkheid tussen de partners (Casterline, Williams, & McDonald, 1986; Casterline et al., 1986; Kishor, 2000; Mason, 1986). In deze steekproef is de echtgenoot gemiddeld 7.2 jaren ouder dan de vrouw, het modale leeftijdsverschil was 5 jaar. Voor minder dan 4% van de respondenten was hun echtgenoot jonger dan zichzelf, en voor 22% was de echtgenoot 10 jaren of meer ouder dan zichzelf. De aanwezigheid van schoonouders in het gezin beperkt ook de macht van de vrouw binnen het huishouden (Jejeebhoy & Sathar, 2001; Kishor, 1995; Hatem, 1992; Eft & Russ-Eft, 2005). 18% van de respondenten rapporteerden dat ze in hetzelfde huishouden woonden dan hun schoonouders.

RWA

Vrouwelijke autonomie

De index voor vrouwelijke autonomie is gebaseerd op vier reeksen indicatoren. Een eerste reeks indicatoren meet of vrouwen zelf konden

beslissen om medische hulp voor zichzelf te halen: of het een probleem zou zijn om toestemming te krijgen en of het een probleem zou zijn om er geld voor vrij te maken. Indien men stelde dat dit geen probleem was, scoorde men +1 op de index. Een tweede reeks meet de mate waarin de respondent beslissingen kan nemen in het huishouden in volgende domeinen: gezondheidszorg, grote aankopen, gewone aankopen, en bezoek aan familie. Voor elk van de domeinen waarop de respondent zelfstandig kon beslissen kreeg ze een score van +2, en voor elk waar ze in overleg met haar partner besliste een score van +1. De derde reeks meet de mate waarin de respondent kan meebeslissen over hoe huishoudinkomsten besteed worden. Deze vraag werd apart gesteld voor het inkomen van de respondent en dat van de partner, en werd gescoord zoals de items voor de tweede reeks. De laatste reeks had betrekking op de respondent haar houding tegenover huishoudelijk geweld. De respondent kregen vijf situaties voorgeschoteld en steeds werd gevraagd of in deze omstandigheden een man zijn vrouw mocht slaan. Voor elke situatie dat de respondent vermeldde dat geweld niet mocht scoorde ze +1 op de index. De maximale range van deze index voor vrouwelijke autonomie is tussen 0 en 19. Maar weinige respondenten scoren zo extreem, maar 39 respondenten (0.3%) scoorden het minimum (0), en maar 8 (0.1%) scoorden het maximum (19). De gemiddelde score is 9.2 met een standaardafwijking van 3.5, en de mediaan ligt op 10.

Readiness

De readiness van de respondent, d.w.z., de mate waarin de respondent de gevaren van vrouwenbesnijdenis erkent, en de mogelijke voordelen ervan ontkent, werd gemeten aan de hand van een reeks items die de voor- en nadelen van vrouwenbesnijdenis weergeven. Als voordelen van besnijdenis werden opgenomen dat mannen besneden vrouwen verkiezen als echtgenote en dat besnijdenis overspel voorkomt. Als nadelen werden opgenomen dat besnijdenis het baren van kinderen kan bemoeilijken en dat het tot de dood van meisjes kan leiden. De "readiness" index werd aangemaakt als het aantal maal dat de respondent niet akkoord was met de voordelen, en akkoord was met de nadelen van vrouwenbesnijdenis. Dit leidt tot een index met range van 0 tot 4, waarbij een hogere score aangeeft dat men meer "klaar" is om de praktijk op te geven. De frequentieverdeling van deze variabele geeft aan dat de meeste vrouwen in de steekproef nog niet klaar zijn om besnijdenis op te geven. Bijna de helft van de respondenten (49%) scoort het minimum (0) op deze indicator, en maar 11% scoorden 3 of 4. Maar 19% van de respondent was niet akkoord met de uitspraak dat mannen een besneden vrouw zouden verkiezen, en maar 30% niet akkoord met de stelling dat besnijdenis overspel voorkomt. Ook de gevaren van besnijdenis worden nog lang niet algemeen erkend: maar 15% erkende dat besnijdenis het baren van kinderen kan

bemoeilijken, en maar 32% dat het kan leiden tot de dood van meisjes.

Willingness

“Willingness” of de bereidheid om gedrag te veranderen, dus in dit geval, om dochters niet langer te laten besnijden, werd geoperationaliseerd aan de hand van twee items: of men dacht dat besnijdenis een religieuze traditie is, en of men denkt dat de traditie van vrouwenbesnijdenis diende voortgezet worden of niet. Indien men het geen religieuze traditie vond, of indien men vond dat men deze traditie niet diende voort te zetten, scoorde men +1 op de “willingness” indicator. Deze indicator heeft dus een range van 0 tot 2. De overgrote meerderheid van de respondenten is helemaal niet bereid om te stoppen met besnijdenis, 73% van de respondenten haalt een score van 0, en slechts 16% heeft een score van 2. De gemiddelde score is 0.4. Nog 62% van de respondenten denkt dat besnijdenis een religieuze traditie is, en 70% vindt dat men de praktijk dient voort te zetten.

GEDRAG

De uitkomst variabele is of de respondenten alle dochters hebben laten besnijden, of de intentie hebben de nog niet besneden dochters alsnog te laten besnijden. Dit brengt mee dat respondenten van wie wel reeds enkele dochters besneden zijn, maar die niet de intentie hebben om hun andere dochters nog te laten besnijden negatief scoren op deze uitkomst variabele. Dus alleen diegenen die ofwel alle dochters hebben laten besnijden, ongeacht het aantal, of de intentie hebben dit alsnog te laten gebeuren, scoren positief op deze uitkomstmaat. Slechts 19% van de respondenten was niet langer van plan hun dochters te laten besnijden, terwijl 81% ofwel al hun dochters hadden laten besnijden of nog van plan waren dit te laten doen.

Resultaten

BIVARIATE ANALYSES

De resultaten van de bivariate analyses van de relaties tussen het laten besnijden van dochters en de andere variabelen worden getoond in Tabel 1. Voor de continue onafhankelijke variabelen werden *t*-toetsen voor twee onafhankelijke steekproeven gebruikt, voor categorische variabelen werden χ^2 -toetsen gebruikt.

ACHTERGROND VARIABLEN

Een opmerkelijke bevinding is dat de leeftijd van de vrouwen die hun dochters niet (langer) laten besnijden gemiddeld significant ouder is dan deze van diegenen die ze wel nog willen laten besnijden.

Deze bevinding is in tegenspraak met de verwachting dat nieuwe gedragspatronen en dus ook de tegenstand tegen vrouwenbesnijdenis zich in de eerste plaats onder de jongere generaties zou verspreiden.

Ook het opleidingsniveau van de partner is geassocieerd met het al dan niet laten besnijden van de dochters ($\chi^2 = 919.5$, *df* = 5, *p* = 0.000). Onder diegenen die hun dochters niet laten besnijden heeft maar 10% van de partners geen onderwijs genoten en 31% hoger onderwijs, terwijl dit onder diegenen die hun dochters wel laten besnijden respectievelijk 27% en 10% is. Onder de respondenten wiens partners geen onderwijs genoten hebben laat 92% hun dochters besnijden, terwijl dit onder diegenen met partners met hoger onderwijs als gezakt is tot 57%, nog steeds een meerderheid maar beduidend minder dan bij respondenten met partners die geen hoger onderwijs volgden. De huidige burgerlijke staat van de respondenten had geen effect op het al dan niet laten besnijden van dochters.

Er zijn ook duidelijk geografische verschillen met betrekking tot de geneigdheid om dochters te laten besnijden. De verschillende regio's in Egypte tonen duidelijk verschillende patronen ($\chi^2 = 1298.5$, *df* = 5, *p* = 0.000). Zo zijn respondenten uit de stedelijke (39% nee) en de grensgouvernementen (38% nee) veel minder geneigd om hun dochters te laten besnijden dan deze uit ruraal Opper- (7% nee) en Neder-Egypte (14% nee). Respondenten wonend in de hoofdstad zijn ook beduidend minder geneigd (37% nee) om hun dochters te laten besnijden dan respondenten die op het platteland wonen (10% nee). Respondenten die in kleinere steden of in gemeenten wonen zijn ook beduidend meer geneigd om hun dochters niet te laten besnijden (30% en 28% nee, respectievelijk) dan plattelandsbewoners ($\chi^2 = 966.3$, *df* = 3, *p* = 0.000).

Moslims zijn beduidend meer geneigd om hun dochters te laten besnijden dan christenen ($\chi^2 = 487.6$, *df* = 1, *p* = 0.000). Dit betekent echter niet dat christenen niet participeren in deze praktijk. Bijna de helft van christenen (47%) in de steekproef gaf aan hun dochters wel te laten besnijden. Onder moslims was dit echter 83%. Of de respondent zelf besneden is had een sterke invloed op het al dan niet laten besnijden van de dochters ($\chi^2 = 1639.6$, *df* = 1, *p* = 0.000). Waar onder de besneden respondenten 84% verklaarden hun dochters te laten besnijden, was dit onder de niet-besneden respondenten slechts 12%.

STRUCTURELE CONDITIES

Het leeftijdsverschil tussen de partners voor vrouwen die hun dochters niet laten besnijden is significant kleiner dan voor vrouwen die hun dochters wel laten besnijden (*t* = -4.0, *df* = 4219, *p* = 0.000). Het verschil is zo'n half jaar. Ook de socio-economische status van het huishouden heeft een effect op het al dan niet laten besnijden van de

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

dochters ($t = 36.4$, $df = 3256$, $p = 0.000$; $\chi^2 = 1564.3$, $df = 4$, $p = 0.000$). Diegenen die hun dochters niet laten besnijden scoren gemiddeld significant hoger op de bezitsindex dan diegenen die ze wel laten besnijden. Waar in het laagste quintiel van de bezitsindex, 92% van de respondenten hun dochters laten besnijden, daalt dit in het hoogste quintiel tot 55%. Dat respondenten met een hogere SES minder geneigd zijn om hun dochters te laten besnijden blijkt ook uit de relatie tussen het al dan niet laten besnijden van dochters en het opleidingsniveau ($\chi^2 = 1289.1$, $df = 5$, $p = 0.000$) en de arbeidsmarktparticipatie ($\chi^2 = 574.6$, $df = 9$, $p = 0.000$) van de respondenten. Waar onder diegenen die hun dochters niet laten besnijden maar 17% geen onderwijs genoten had, en 64% minimaal hun secundair onderwijs afgemaakt hadden, waren deze percentages onder diegenen die hun dochters wel lieten besnijden 42% en 31%, respectievelijk. Onder de respondenten die geen formeel onderwijs genoten laat 91% hun dochters besnijden, terwijl bij hen die hoger onderwijs gevolgd hebben, dit nog minder dan de helft is (49%). Bij de arbeidsmarktparticipatie ligt het verschil niet zozeer tussen diegenen die niet werken en zij die wel werken, maar tussen diegenen die in professionele, technische of manager posities werken (42% nee), of als bediende (37% nee) of in de dienstensector (30% nee) werken en de rest.

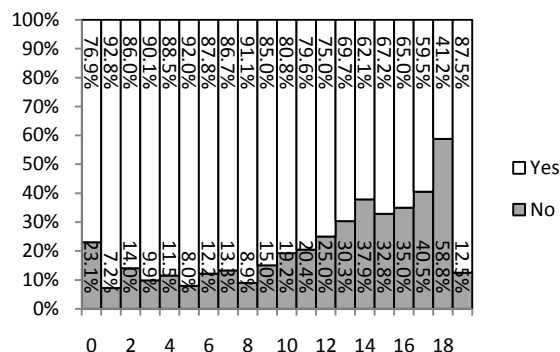
Ook de aanwezigheid van schoonouders in het huishouden beïnvloedt het al dan niet laten besnijden van dochters ($\chi^2 = 65.1$, $df = 1$, $p = 0.000$). Wanneer er geen schoonouders aanwezig zijn in het huishouden laat 20% van de respondenten hun dochters niet besnijden, terwijl wanneer ze wel aanwezig zijn dit maar 13% is.

RWA-VARIABLEN

De drie RWA-indicatoren, readiness, willingness, en vrouwelijke autonomie als aspect van ability blijken ook allen significant geassocieerd met het al dan niet laten besnijden van de dochters. Uit Tabel 1 blijkt dat vrouwen die hun dochters niet (langer) laten besnijden gemiddeld significant hoger scoren dan zij die hun dochters wel nog laten besnijden op alle drie de indicatoren: readiness, willingness, en vrouwelijke autonomie.

Om de sterkte van de relatie tussen deze RWA indicatoren en het al dan niet laten besnijden van dochters te meten, werd een correlatieanalyse tussen deze indicatoren uitgevoerd. De resultaten hiervan worden getoond in Tabel 2. Gezien de aard en de verdeling van de variabelen werd hierbij gebruik gemaakt van polychorische en polyseriele correlaties. Alle drie de RWA indicatoren zijn negatief gecorreleerd met het al dan niet laten besnijden van dochters, d.w.z. dat naarmate men hoger scoort op deze indicatoren men minder geneigd is om haar dochters nog te laten besnijden. Vooral de correlatie met de willingness indicator is zeer sterk ($r = -0.89$), en ook die met readiness is

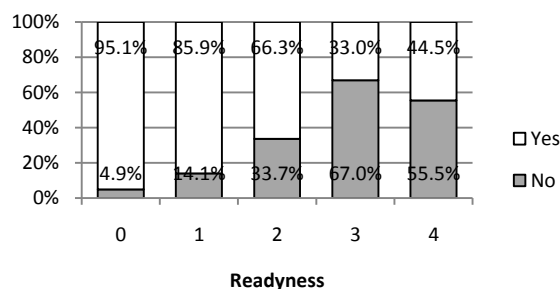
sterk ($r = -0.64$). De correlatie tussen het al dan niet laten besnijden van dochters en vrouwelijke autonomie is echter substantieel zwakker ($r = -0.28$). Het is niet verwonderlijk dat hoe dichter conceptueel de verschillende componenten bij het gedrag aansluiten, hoe sterker ze correleren met de uitkomstvariabele.



Figuur 2: Al dan niet laten besnijden van dochters naar score op vrouwelijke autonomie index

Figuur 2 toont de proportie van respondenten die hun dochters wel of niet laten besnijden naargelang hun score op de vrouwelijke autonomie index. Indien men hier de extreme waarden negeert, gezien de kleine aantallen in deze categorieën, dan stelt men inderdaad vast dat de proportie respondenten die besluiten hun dochters niet (langer) te laten besnijden begint toe te nemen eens men meer dan 10 scoort op deze index. Maar zelfs op hoogste niveaus qua vrouwelijke autonomie laat toch nog een meerderheid hun dochters besnijden.

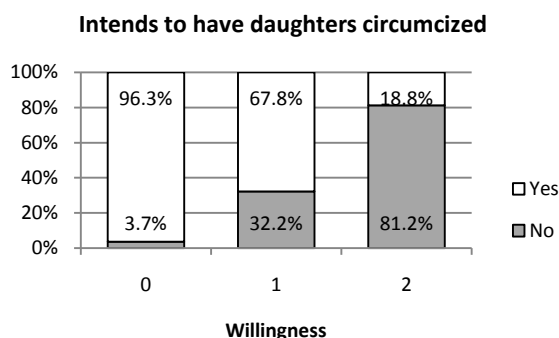
Intends to circumcise daughters



Figuur 3: Al dan niet laten besnijden van dochters naar score op readiness index

Dit ligt anders wanneer men de index voor readiness bekijkt (zie Figuur 3). Daar is de meerderheid van de respondenten met de hoogste scores niet van plan hun dochters (nog) te laten besnijden. Waar onder de respondenten die helemaal niet klaar zijn (score 0), er maar 5% aangeven hun dochters niet meer te laten besnijden, loopt dit onder diegenen die er duidelijk wel klaar voor zijn (scores 3 en 4) op tot 67 en 56%, respectievelijk.

De sterkste correlatie met het al dan niet laten besnijden van dochters was voor “willingness”, de bereidheid van de respondent om de praktijk te zien verdwijnen. Theoretisch ligt dit concept ook het dichtst bij het werkelijke gedrag. Figuur 4 toont dat de beslissing dochters niet langer te laten besnijden sterk toeneemt met de score op de “willingness” indicator. Waar onder de respondenten met een score 0 nog geen 4% van de respondenten aangaf hun dochter niet meer te laten besnijden, was dit onder de respondenten met een maximum score (2) 81%. Dit toont echter ook aan dat hoewel bereidheid een belangrijke voorwaarde is voor het adopteren van nieuwe gedragspatronen, het geen voldoende voorwaarde is.



Figuur 4: Al dan niet laten besnijden van dochters naar score op willingness index

MULTIVARIATE ANALYSES

De basis voor de multivariate analyses wordt gevormd door het conceptueel model zoals getoond in Figuur 1. Eerst worden modellen getoetst voor de RWA-indicatoren. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van meervoudige regressietechnieken. De vrouwelijke autonomie index wordt geresseerd op zowel de achtergrondvariabelen en de structurele condities. Voor “readiness” wordt ook vrouwelijke autonomie aan het model toegevoegd, en voor “willingness”, zowel vrouwelijke autonomie als “readiness”. Deze verschillende blokken van variabelen worden stapsgewijs ingevoerd. Voor de uitkomstvariabele, het al dan niet laten besnijden van dochters, werd een logistische regressie uitgevoerd waarbij de onafhankelijke variabelen in drie stappen werden ingevoerd: eerst de RWA-variabelen, dan de structurele condities, en tenslotte de achtergrondvariabelen. Op deze manier kan nagegaan worden of de effecten van de RWA-variabelen robuust zijn voor controle voor de andere variabelen. Een extra model dat ook de interactietermen tussen de verschillende RWA-variabelen bevatte werd ook getoetst, maar de resultaten hiervan worden niet getoond in Tabel 6.

De resultaten voor de regressieanalyses voor vrouwelijke autonomie worden getoond in Tabel 3. Model (a) bevat het regressiemodel met alleen de achtergrondvariabelen als predictoren, in model (b) zijn daar ook de structurele condities aan toegevoegd. Het eerste model toont dat de achtergrondkenmerken op zich reeds een belangrijk deel van de variantie in vrouwelijke autonomie verklaren. Oudere vrouwen hebben meer autonomie dan jongere, en gehuwde vrouwen meer dan niet meer gehuwde vrouwen. Aangezien het hier gaat om vrouwen die ooit gehuwd geweest waren, zijn niet langer gehuwde vrouwen (weduwen, gescheiden vrouwen, ...) hoogstwaarschijnlijk opgenomen in een ander huishouden waar ze een minder belangrijke rol spelen. Opmerkelijk is ook dat vrouwen die rapporteren besneden te zijn, gemiddeld grotere autonomie rapporteren dan niet-besneden vrouwen. Deze bevinding gaat in tegen onze verwachtingen, aangezien zowel het niet-besneden zijn en het meer autonomie bezitten als aspecten van modernisering kunnen gezien worden. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding ligt in de relatie tussen besnijdenis en sociale status. Als besneden vrouwen een hogere status hebben in hun gemeenschap kunnen ze hieraan mogelijk ook autonomie ontlenen. Verder stellen we vast dat verstedelijking inderdaad bijdraagt aan de autonomie van vrouwen, hoe stedelijker het milieu waarin de vrouw verblijft, hoe meer autonomie ze heeft. Er zijn, los van de verstedelijking, ook geografische verschillen qua autonomie waar te nemen. Vrouwen die verstedelijkt Opper-Egypte of in de Grensgouvernementen wonen rapporteren gemiddeld minder autonomie dan deze in de stedelijke gouvernementen, terwijl die in ruraal Neder-Egypte meer autonomie rapporteren dan kan verwacht worden op basis van de verstedelijkingsgraad.

Christelijke respondenten rapporteren gemiddeld ook meer autonomie dan hun moslimcollega's. Dit verschil verdwijnt echter wanneer men controleert voor de structurele condities van de respondenten. Ook het effect van het opleidingsniveau van de partner verdwijnt eens men controleert voor de structurele condities. Zonder deze controles vindt men, zoals verwacht, dat de autonomie van de vrouw toeneemt met het onderwijsniveau van haar partner. De socio-economische positie van de vrouw—zoals gemeten door de structurele condities—hangt dus duidelijk samen met zowel de religie van de respondent als het opleidingsniveau van de partner.

De structurele condities kunnen geïnterpreteerd worden als indicatoren voor zowel de individuele modernisering van de vrouw als haar status. Zoals verwacht neemt de autonomie van de vrouw toe met haar onderwijsniveau. Vrouwen met hoger onderwijs scoren gemiddeld 1.53 punten hoger op de autonomie index (of 0.43 standaardafwijkingen) dan

deze zonder enige formele opleiding. Ook de arbeidsmarktparticipatie van de vrouw verhoogt haar autonomie. Het contrast is echter niet gewoon tussen werkenden en niet-werkenden, maar tussen aan de ene kant diegenen die niet werken of in de landbouwsector werkzaam waren, en de anderen. De laatsten hebben beduidend hogere autonomie dan de eersten. Ook de bezitsindex heeft een positief effect op vrouwelijke autonomie, vrouwen uit rijkere huishoudens hebben hogere autonomie dan deze uit armere huishoudens. Het leeftijdsverschil met de partner, wat regelmatig als proxy voor de status van de vrouw in het huishouden gebruikt wordt, had echter geen effect op autonomie. De aanwezigheid van schoonouders in het huishouden, daarentegen, vermindert duidelijk de autonomie van de respondent.

READINESS

Tabel 4 geeft de resultaten voor de regressieanalyse voor de “readiness” indicator. Model (c) bevat alleen de achtergrond variabelen als predictoren, in model (d) worden daar de structurele condities aan toegevoegd, en in (e) de vrouwelijke autonomie indicator. De verklaarde variantie van het model neemt significant toe bij elke stap, maar de extra verklaarde variantie door toevoeging van vrouwelijke autonomie aan het model is zo miniem (0.1%) dat men zich kan afvragen of deze netto bijdrage substantieel nog iets betekent. Niettemin, de mate van autonomie van de vrouw heeft wel degelijk een effect op haar “readiness” om vrouwenbesnijdenis te stoppen. Vrouwen met hogere autonomie neigen ook meer “ready” te zijn.

Opvallend en passend binnen het idee dat vrouwenbesnijdenis een traditioneel of conventioneel gedrag is, is dat vrouwen die zelf besneden zijn beduidend minder klaar zijn om te stoppen met de praktijk dan vrouwen die niet besneden zijn. Ook religie speelt hier weer een rol, als christelijke vrouwen gemiddeld hoger op de “readiness” index scoren dan moslima’s. Of dit nu te maken heeft met de legitimerende rol van beide godsdiensten of met de verschillen in de status van de vrouw tussen beide kan hier niet uitgemaakt worden, maar het effect van godsdienst wordt nauwelijks kleiner wanneer men controleert voor de structurele condities en de vrouwelijke autonomie van de respondenten. Dit lijkt dus eerder in de richting van de legitimerende rol van godsdienst te wijzen dan op verschillen in de sociale status van de vrouwen.

Ook met betrekking tot “readiness” zijn er geografische verschillen. Vergeleken met stedelijke gouvernementen zijn inwoners van andere regio’s gemiddeld minder klaar om te stoppen met vrouwenbesnijdenis. Het is voornamelijk in Opper-Egypte dat de respondenten minder klaar zijn om te stoppen. Inwoners van steden en gemeenten in

Neder-Egypte lijken weinig te verschillen van inwoners van Cairo.

Vrouwen die momenteel niet langer gehuwd zijn geven ook aan meer klaar te zijn dan vrouwen die wel nog gehuwd zijn. Zoals verwacht heeft het onderwijsniveau van de partner ook hier een positief effect. Hoe hoger zijn onderwijsniveau hoe meer de respondent klaar is om te stoppen met besnijdenis. Het effect van het onderwijsniveau van de partner wordt echter een stuk kleiner wanneer men controleert voor de structurele condities, wat er op wijst dat ook hier deze indicator een proxy is voor kapitaal van de respondent en de algemene socio-economische status van het gezin. Inderdaad, zowel de rijkdom van het huishouden, het onderwijsniveau van de respondent, en haar arbeidsmarktparticipatie hebben alle significante effecten op “readiness”. Hoe rijker het huishouden of hoe hoger het onderwijsniveau van de respondent (meer dan lager onderwijs), hoe meer men klaar is om te stoppen. Het effect van arbeidsmarktparticipatie is echter vrij beperkt. Alleen vrouwen die als bedienden te werk gesteld zijn zeggen meer klaar te zijn om te stoppen dan werkloze vrouwen.

De belemmeringen, het leeftijdsverschil tussen de respondent en haar partner, en de aanwezigheid van schoonouders in het huishouden, hebben geen rechtstreeks effect op “readiness”.

WILLINGNESS

De resultaten voor “willingness”, de bereidheid om te stoppen met vrouwenbesnijdenis, zijn analoog aan deze voor vrouwelijke autonomie en “readiness”. Christelijke respondenten zijn niet alleen meer klaar om te stoppen met het besnijden van hun dochters dan moslims, maar ook meer bereid om dit te doen, terwijl nog steeds gehuwde vrouwen en zelf besneden vrouwen ook minder bereid zijn om te stoppen met deze praktijk. Vrouwen uit de stedelijke gouvernementen zijn ook meer bereid om te stoppen. Ook hier zijn het voornamelijk de respondenten uit Opper-Egypte die minder bereid zijn om de praktijk te stoppen, terwijl respondenten uit verstedelijkte gebieden meer bereid zijn dan deze van het platteland.

Ook hier verdwijnt het effect van het onderwijsniveau van de (laatste of huidige) partner wanneer de structurele condities aan het model toegevoegd worden. De bereidheid om te stoppen neemt toe met het onderwijsniveau van de partner. Zoals ook het geval bij “readiness”, neemt ook de “willingness” toe met het onderwijsniveau van de respondent en de rijkdom van het huishouden. Arbeidsmarktparticipatie heeft maar een relatief zwak effect op de bereidheid om te stoppen. Alleen de vrouwen die als bedienden werkten toonden een significant grotere bereidheid om de praktijk te stoppen dan niet-werkende respondenten. Ook hier hadden het leeftijdsverschil met de partner en de

aanwezigheid van schoonouders in het huishouden geen significant effect.

De toevoeging van vrouwelijke autonomie aan het model draagt weinig bij tot de totale verklaaringskracht van het model. De verklaarde variantie neemt maar met 0.1% toe, maar het effect is wel significant. Vrouwen met meer autonomie zijn lichtjes meer bereid om vrouwenbesnijdenis te stoppen dan vrouwen met minder autonomie. De "readiness" van de respondent daarentegen heeft een zeer sterk effect ($\beta = 0.40$) op "willingness". Het heeft een netto-bijdrage, d.w.z., nadat alle andere variabelen in het model ingebracht zijn, van 15% in de verklaarde variantie van "willingness". Vrouwen die klaar zijn om te stoppen met vrouwenbesnijdenis zijn dus over het algemeen ook meer bereid deze praktijk te stoppen.

BESNIJDENIS VAN DOCHTERS

Tabel 6 toont de resultaten voor de logistische regressies voor het al dan niet laten besnijden van de dochters. Het eerste model (kolom j) bevat alleen de drie RWA variabelen. Deze RWA variabelen blijken zeer sterke predictoren te zijn voor het al dan niet laten besnijden van dochters. De pseudo- R^2 voor dit model bedraagt reeds 0.61. Voornamelijk de bereidheid tot stoppen met besnijdenis is een zeer belangrijke predictor, belangrijker dan de andere twee. In een model met alleen "willingness" bedraagt de pseudo- R^2 reeds 0.58, terwijl dit voor een model met alleen "readiness" maar 0.30 is, en met alleen vrouwelijke autonomie slechts 0.06 (resultaten niet getoond). De kansenverhouding om hun dochters niet te laten besnijden ligt voor vrouwen met de hoogste score (2) op de "willingness" indicator 62 maal hoger dan voor hen met de laagste score (0). Respondenten met de hoogste score (4) op de "readiness" indicator hadden een kansenverhouding zesmaal zo hoog om hun dochters niet (langer) te laten besnijden dan die met de laagste score (0), terwijl respondenten met de hoogste score op vrouwelijke autonomie (19) een viermaal zo hoge kansenverhouding hadden om hun dochters niet te laten besnijden dan vrouwen met de minimum score (0).

In de volgende modellen (kolommen k en l) worden respectievelijk de structurele condities en de achtergrondvariabelen aan het model toegevoegd. De effecten van "readiness" en "willingness" blijken vrij robuust voor deze controle maar dit voor vrouwelijke autonomie wordt niet-significant, d.w.z., dat nadat men controleert voor de achtergrond variabelen en de structurele condities voor vrouwelijke autonomie, deze laatste zelf niets meer bijdraagt aan het verklaren van de beslissing om dochters niet (langer) te laten besnijden.

Opvallend bij deze logistische regressiemodellen is dat de structurele condities en achtergrondvariabelen een minder grote rol spelen

dan bij de RWA-variabelen. Alleen respondenten die minstens hun secundair onderwijs afgemaakt hadden, waren significant minder geneigd hun dochters te laten besnijden dan respondenten zonder formeel onderwijs. De arbeidsmarktparticipatie van de respondent had helemaal geen effect op de beslissing om dochters al dan niet te laten besnijden. De beslissing wordt echter wel duidelijk beïnvloed door de welstand van het huishouden. Respondenten uit rijkere huishoudens waren beduidend minder geneigd hun dochters te laten besnijden dan respondenten uit armere huishoudens. Het leeftijdsverschil tussen de partners of de aanwezigheid van schoonouders hadden geen effect op de beslissing om de dochter al dan niet te laten besnijden.

Ook het onderwijsniveau van de partner had geen effect meer op de beslissing nadat gecontroleerd was voor de structurele condities. Wel zijn er blijkbaar regionale verschillen, voornamelijk dan tussen Opper- en Neder-Egypte, waarbij respondenten uit de laatste minder geneigd zijn hun dochters te laten besnijden. Urbanisatie als dusdanig had geen effect.

Dat culturele factoren ook duidelijk een rol spelen, blijkt uit de effect van religie en of de respondent zelf ook besneden is. Christenen hebben een kansenverhouding om hun dochters niet te laten besnijden die 3 maal zo groot zijn als die van moslims. Vrouwen die zelf niet besneden zijn tienmaal minder geneigd hun dochters te laten besnijden dan vrouwen die wel besneden zijn. Er is dus duidelijk sprake van een traditie, d.w.z., een cultureel gebruik dat over de generaties heen doorgegeven wordt en dat o.a. religieus gelegitimeerd wordt. Eigenaardig is wel dat oudere vrouwen minder geneigd zijn om hun dochters (nog) te laten besnijden dan jongere. Dit suggereert dat in tegenstelling tot wat verwacht kon worden dat jongere generaties niet meer afkerig staan van deze traditionele gebruiken dan oudere, in tegendeel zelfs.

Coale's (1973) RWA-model veronderstelt dat alle drie de voorwaarden vervuld moeten zijn vooraleer er gedragsverandering optreedt (zie ook Lesthaeghe & Vanderhoeft, 2001). In de voorgaande modellen echter werden steeds additieve effecten voor de drie voorwaarden verondersteld. Om na te gaan of er ook een multiplicatief effect van deze drie factoren was op het al dan niet laten besnijden van dochters, werden er ook modellen getoetst met interactie-effecten tussen de drie RWA-indicatoren (resultaten niet getoond). Het toevoegen van interactietermen tussen de RWA indicatoren aan de modellen j en l leidde echter niet tot een significant betere fit. De likelihoodratio toetsten voor het toevoegen van deze termen aan beide modellen was in geen van beide gevallen significant (model j: $\chi^2 = 8.1$, $df = 4$, $p = 0.086$; model l: $\chi^2 = 3.1$, $df = 5$, $p = 0.544$). In tegenstelling tot de verwachtingen vinden we hier dus geen multiplicatief model voor de RWA-indicatoren. Het is dus niet, zoals verwacht, R

en *W* en *A* die nodig zijn voor gedragsverandering, maar *R* of *W* of *A*, en hoe meer van de voorwaarden vervuld zijn hoe meer geneigd men zal zijn haar gedrag te wijzigen.

Besluit

Deze studie toont nogmaals hoe sterk een traditie wel kan zijn. Vrouwenbesnijdenis is nog steeds wijd verspreid in Egypte en hoewel er aanwijzingen zijn dat de incidentie van en steun voor de praktijk begint af te nemen (El-Gibaly et al., 2002; Yount, 2002; Hassanin et al., 2008), blijft de overgrote meerderheid van de bevolking nog steeds trouw aan deze traditie. Traditie legitimeert en deproblematiseert bepaalde praktijken door middel van een verwijzing naar een “mythisch” verleden. Het is echter belangrijk niet uit het oog te verliezen dat elke traditie een hedendaagse constructie is die meer te maken heeft met de huidige maatschappelijke orde dan met het verleden. In dit geval betekent dit dat de tradities met betrekking tot vrouwenbesnijdenis verband houden met de ondergeschikte status van de vrouw in de Egyptische maatschappij.

De kracht van deze traditie varieert dan ook met de positie van de vrouw. Vrouwen met een betere positie, of hogere status, zouden dan ook minder gevoelig moeten zijn voor deze tradities en dus ook meer geneigd om te stoppen met het laten besnijden van hun dochters. Men kan dan ook verwachten dat vrouwen uit minder traditionele omgevingen: verstedelijkte groepen, culturele elites, hogere socio-economische status, enz. eerder geneigd zullen zijn de traditionele praktijken te verlaten. Dit zijn ook de groepen die het meest getroffen zijn door moderniseringsprocessen. Het is deze modernisering en de structurele veranderingen die er mee gepaard gaan, die de emancipatie van de vrouw stimuleren. De resultaten gepresenteerd in deze studie geven zeker steun aan zowel het traditie-als het moderniseringsargument. Zowel indicatoren van traditie, zoals religie en het al dan niet besneden zijn van de respondenten, als van modernisering, waaronder urbanisatie, onderwijsniveau, arbeidsmarktparticipatie, en SES hebben significante effecten op zowel kennis en houding ten opzichte van vrouwenbesnijdenis als op de intentie om hun dochters nog te laten besnijden. Niettemin dient men hierbij op te passen, elites kunnen ook de belangrijkste dragers van tradities zijn, voornamelijk als deze hun positie binnen de samenleving bevestigen.

Vrouwelijke autonomie refereert rechtstreeks naar de status van de vrouw en is hier geconceptualiseerd als de beslissingsmacht die een vrouw heeft in verband met zaken die haar aanbelangen in haar dagelijks leven. De hypothese was dat modernisering vrouwelijke autonomie zou bevorderen, een hypothese die in de analyse

bevestigd werd. Modernisering beïnvloedt vrouwelijke autonomie door veranderingen in de structurele condities voor autonomie. Deze condities kunnen zich op verschillende niveaus voordoen, en zowel de vrouwen zelf beïnvloeden als hun omgeving. Belangrijk voor vrouwen zijn hierbij onder andere hun opleidingsniveau en arbeidsmarktparticipatie, maar ook de veranderingen in gezinsstructuur. Moeilijker te vatten zijn de culturele aspecten van modernisering, een verandering in de aard van de reflexiviteit van het denken, een verandering die deels, maar niet volledig, het gevolg is van het toegenomen onderwijspeil en waardoor de vanzelfsprekendheid van traditionele opvattingen en praktijken in vraag gesteld worden. Deze moderne reflexiviteit laat mensen verder dan het vertrouwde kijken. De gerealiseerde mate van autonomie is natuurlijk maar in beperkte mate beïnvloed door deze moderniseringsprocessen. Voor een groot deel is deze autonomie onderhandeld met de directe omgeving en dus beïnvloed door niet alleen de persoonlijkheid van de actoren maar ook door de specifieke situatie waarin zij verkeert.

Het RWA of “Ready”, “Willing” en “Able” model dat door Coale voorgesteld werd ter duiding van de eerste demografische traditie (Coale, 1973), wijst op drie voorwaarden die vervuld moeten zijn vooraleer gedragsverandering plaatsvindt. Men dient de voordelen van het nieuwe gedrag in te zien (*R*), het cultureel aanvaardbaar vinden (*W*) en in de mogelijkheid verkeren om het gedrag te stellen (*A*). Vrouwelijke autonomie is één aspect van de “Ability”-component als het betrekking heeft op de mogelijkheid van de vrouwen zelf beslissingen te nemen die hen zelf en hun familie aanbelangen. Gezien het belang dat vele organisaties hechten aan “vrouwelijke machtsverwerving” en aan het verbeteren van de status van de vrouw (OHCHR et al., 2008; UNICEF, 2005), kon men verwachten dat vrouwelijke autonomie een belangrijk effect zou hebben op het niet langer laten besnijden van dochters. De resultaten hier tonen wel aan de vrouwelijke autonomie zowel een direct als indirect effect (via de *R* en *W* componenten) heeft op het al dan niet laten besnijden van dochters, maar dat dit effect vrij beperkt is, zeker in vergelijking met het belang van de *R* en *W* componenten.

Het is onduidelijk waarom vrouwelijke autonomie, waarop toch zo velen hun hoop gesteld hadden, een dergelijk zwak effect heeft op het al dan niet laten besnijden van dochters. Enerzijds is er natuurlijk het feit dat vrouwelijke autonomie op zich niets betekent in de strijd tegen vrouwenbesnijdenis of men dient te geloven dat vrouwen van nature uit tegen besnijdenis zijn en zij dit alleen tolereren omdat ze niet de macht hebben er tegen in te gaan. Autonomie echter kan gebruikt worden zowel voor het in stand houden van als voor het stoppen van de praktijk. Men zou dus kunnen verwachten dat er interactie-effecten zouden zijn tussen vrouwelijke autonomie en de *R*- en *W*-componenten, maar ook

deze bleken niet-significant te zijn. Dus, ook dit is geen afdoende verklaring voor het zwakke effect van vrouwelijke autonomie.

De resultaten van deze studie tonen duidelijk aan dat de W-component, de bereidheid om te veranderen, de belangrijkste determinant is van de beslissing om dochters niet langer te laten besnijden. Ook de R-component, het inzien van de voordelen van gedragsverandering, heeft een aanzienlijk direct effect op deze beslissing, alsmede een indirect effect via de W-component. Deze R- en W-componenten blijken ook niet onafhankelijk te zijn van vrouwelijke autonomie als autonomie ook leidt tot een beter inzicht van de voordelen van gedragsverandering en tot een bereidheid om van gedacht te veranderen. Het effect van vrouwelijke autonomie is echter relatief klein, en zwakker dan theoretisch verwacht werd. De moderniseringsvariabelen daarentegen beïnvloeden zowel de "Readiness" als de "Willingness", onafhankelijk van vrouwelijke autonomie. Het zijn voornamelijk het onderwijsniveau van de vrouw, haar rijkdom en of ze al dan niet in een stedelijke omgeving woont die bijdragen aan betere kennis over de voor- en nadelen van vrouwenbesnijdenis, en die ook haar houding tegenover de praktijk beïnvloeden. Modernisering verbetert dus niet alleen de status van de vrouw maar ook haar kijk op de wereld en haar waardenpatroon.

Opmerkelijk is hier de bevinding dat de R, W en A-componenten additieve effecten hebben. Zowel R, W als A beïnvloeden het al dan niet laten besnijden van een dochter onafhankelijk van elkaar. Deze bevinding gaat in tegen de logica van het RWA-model (Coale, 1973; Lesthaeghe & Vanderhoeft, 2001), die stelt dat alle drie de voorwaarden dienen vervuld te zijn vooraleer gedragsverandering plaatsvindt, en dat het dus de traagste van de drie de timing van de gedragsverandering bepaalt. In de analyses werd echter geen significant interactie-effect tussen de drie componenten waargenomen. In het geval van vrouwenbesnijdenis in Egypte is het dus niet R en W en A, maar R of W of A, en hoe meer de drie condities vervuld zijn hoe meer men geneigd zal zijn dochter niet langer te laten besnijden, zonder hierbij te vereisen dat alle drie vervuld zijn. Hierbij zijn het voornamelijk de R- en W-componenten die belangrijk zijn voor de gedragsverandering, en de A-component (vrouwelijke autonomie) beduidend minder.

In het standaard RWA-model fungeren twee onafhankelijke calculi: een economische calculus voor de R-componenten en een morele voor de W-component. Beide calculi dienen positief te zijn voor de gedragsverandering vooraleer deze kan plaats vinden. Een alternatieve kijk zou zijn beide componenten in één enkele algemene calculus te betrekken waarin zowel economische (kostenbaten) als morele elementen aan bod komen. Dit betekent dat men economische en morele elementen tegen

elkaar dient af te wegen, en dan is het dus mogelijk om tot gedragsverandering over te gaan wanneer men zich voldoende bewust is van de voordelen ervan, zelfs indien men het gedrag moreel minder aanvaardbaar vindt, of omgekeerd, wanneer men het nieuwe gedrag moreel hoogstaander vindt maar nog niet overtuigd is van de voordelen ervan. Een vrouw mag dus bv. vinden dat vrouwenbesnijdenis een belangrijk en waardevol element van haar cultuur is, maar indien ze denkt dat dit extra risico's meebrengt voor de gezondheid van haar dochter en dat het weinig of geen voordelen op de huwelijksmarkt geeft, dan zal ze kunnen beslissen haar dochter niet te laten besnijden. Morele bezwaren kunnen opzij gezet worden indien de voordelen duidelijk genoeg zijn, of omgekeerd, nadelen kunnen genegeerd worden indien het oude gedrag gedelegitimeerd wordt.

Nog een alternatief is dat R, W en A een sequentie vormen, namelijk $A \rightarrow R \rightarrow W$. Enige steun hiervoor wordt geleverd door de gepresenteerde resultaten. "Ability" leidt tot "Readiness" en dit leidt dan weer tot "Willingness". Zulke interpretatie is ook consistent met de dominante sociaalpsychologische theorieën van gedragsverandering, die allen van sociaalcognitieve inzichten vertrekken. Dit zou ook verklaren waarom de W-component het sterkste effect heeft op het al dan niet laten besnijden van dochters, en de A-component het zwakste, met de R-component in het midden. De W-component staat conceptueel het dichtste bij de intentie om een gedrag te vertonen, een belangrijke proxy voor gedrag in bijvoorbeeld de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991b). De A-component daarentegen staat dan weer het verst van gerealiseerd gedrag en het dichtst bij de structurele condities van het handelen. Dit verklaart dan ook waarom volgens Lesthaeghe en Vanderhoeft(2001) het meestal de W-component is die achterloopt bij de andere en aldus de timing van nieuw gedrag het sterkst beïnvloedt.

Referenties

- Ajzen, I. (1991a). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (1991b). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Al-Hussaini, T. K. (2003). Female Genital Cutting: Types, Motives and Perineal Damage in Laboring Egyptian Women. *Medical Principles and Practice*, 12(2), 123-128.
- Allam, M. F., De Irala-Estevéz, J., Navajas, R. F. C., Del Castillo, A. S., Hoashi, J. S., Pankovich, M. B., & Liceaga, J. R. (2001). Factors Associated With the Condoning of Female Genital Mutilation Among University Students. *Public Health*, 115(5), 350-355.

- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, O. M., El Hadi, N., Al-Said, S. S., Hasan, S. S., Lithell, U. B., & Bergstrom, S. (2001). A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 74(2), 179-85.
- Assaad, M. B. (1980). Female Circumcision in Egypt: Social Implications, Current Research and Prospects for Change. *Studies in Family Planning*, 11(1), 3-16.
- Baker, C. A., Gilson, G. J., Vill, M. D., & Curet, L. B. (1993). Female circumcision: obstetric issues. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169(6), 1616-1618.
- Bandura, A. (1997). Social cognitive theory. In R. Vasta (editor), *Six theories of child development. Revised formulations and current issues* (pp. 1-60). London: Jessica Kingsley.
- Bonney, R. (2004). Reflection on the differences between religion and culture. *Clinical Cornerstone*, 6(1), 25-33.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, E. H., & Preves, S. E. (2000). National Politics as International Process: the Case of Anti-Female-Genital-Cutting Laws. *Law & Society Review*, 34(3), 703-737.
- Carr, D. (1997). Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program. *Demographic and Health Surveys [DHS]*.
- Casterline, J. B., Williams, L., & McDonald, P. (1986). The Age Difference Between Spouses: Variations among Developing Countries. *Population Studies*, 40(3), 353-374.
- Coale, A. J. (1973). The demographic transition reconsidered. *International population conference* (pp. 53-72). Liège: IUSSP.
- Dixon-Mueller, R., & Germain, A. (2000). Reproductive health and the demographic imagination. In H. B. Presser, & G. Sen *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* (pp. 69-94). Oxford: Oxford University Press.
- Douglas, M. (2004). *Purity and danger : an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.
- Dyson, T., & Moore, M. (1983). On kinship structure, female autonomy, and demographic behavior in India. *Population and Development Review*, 9(1), 35-60.
- Eft, N., & Russ-Eft, D. (2005). The Role and Status of Women in a Rural Village in Egypt: Five Life Stages. *Human Resource Development International*, 8(3), 277-291.
- El-Gibaly, O., Ibrahim, B., Mensch, B. S., & Clark, W. H. (2002). The Decline of Female Circumcision in Egypt: Evidence and Interpretation. *Social Science and Medicine*, 54(2), 205-220.
- El-Zanaty, F., & Way, A. (2006). *Egypt Demographic and Health Survey 2005*. Cairo, Egypt: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
- Elias, N. (1988). *On civilization, power, and knowledge* (The Heritage of Sociology). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- England, P. (2000). Conceptualizing women's empowerment in countries of the north. In H. B. Presser, & G. Sen *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* (pp. 37-65). Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, C. F. (2007). Great divides: The cultural, cognitive, and social bases of the global subordination of women. *American Sociological Review*, 72(1), 1-22.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Freymeyer, R. H., & Johnson, B. E. (2007). An exploration of attitudes toward female genital cutting in Nigeria. *Population Research and Policy Review*, 26, 69-83.
- Giddens, A. (1973). *The class structure of advanced societies*. London: Hutchinson.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Gruenbaum, E. (2001). *The female circumcision controversy. An anthropological perspective*. Philadelphia, PA : University of Pennsylvania Press.
- Gruenbaum, E. (2005). Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 429-441.
- Gruenbaum, E. (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(1), 121-138.
- Halbwachs, M. (1923). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Alcan.
- Hassanin, I. M. A., Saleh, R., Bedaiwy, A. A., Peterson, R. S., & Bedaiwy, M. A. (2008). Prevalence of Female Genital Cutting in Upper Egypt: 6 Years After Enforcement of Prohibition Law. *Reproductive Biomedicine Online*, 16, 27-31.
- Hatem, M. F. (1992). Economic and Political Liberation in Egypt and the Demise of State Feminism. *International Journal of Middle East Studies*, 24(2), 231-251.
- Hicks, E. K. (1993). *Infibulation. Female mutilation in Islamic Northeastern Africa*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Hindin, M. J. (2000). Women's Autonomy, Women's Status and Fertility-Related Behavior in Zimbabwe. *Population Research and Policy Review*, 19 (3), 255-282.
- Hobsbawm, E. J. E. (1983). Introduction: Inventing traditions. In E. J. E. Hobsbawm, & T. O. Ranger (eds.), *The invention of tradition* (pp. 1-14). Cambridge: Cambridge University Press.
- (1996). Cairo: Egyptian Fertility Care Society; The Population Council; & Macro, International.

- Jackson, E.F., Akweongo, P., Sakeah, E., Hodgson, A., Asuru, R., and Phillips, J.F. (2003). *Women's denial of experienced female genital cutting in Northern Ghana: Explanatory factors and consequences for analysis of survey data* (Policy research division working paper No. 178). New York, NY: Population Council.
- James, S. M., & Robertson, C. C. (2002a). *Genital cutting and transnational sisterhood. Disputing U.S. polemics*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- James, S. M., & Robertson, C. C. (2002b). Introduction: Reimagining transnational sisterhood. In S. M. James, & C. C. Robertson *Genital cutting and transnational sisterhood. Disputing U.S. polemics* (pp. 5-16). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief model - A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jejeebhoy, S. J., & Sathar, Z. A. (2001). Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. *Population and Development Review*, 27(4), 687-712.
- Jejeebhoy, S. (2003). Women's Autonomy in Rural India: Its Dimensions, Determinants, and the Influence of Context. In H. B. Presser, & G. Sen (eds.), *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Oxford: Oxford University Press.
- Jones, S. D., Ehiri, J., & Anyanwu, E. (2004). Female genital mutilation in developing countries: An agenda for public health response. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 144-151.
- Kabeer, N. (2000). Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. In Shahra Razavi *Gendered Poverty and Well-Being*. Oxford: Blackwell.
- Kishor, S. (1995, April). *Three faces of women's autonomy in Egypt: are they painted with the same brush?* Paper presented at the meeting of the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, California.
- Kishor, S. (2000). Empowerment of women in Egypt and links to the survival and health of their infants. In H. B. Presser, & G. Sen *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* (pp. 119-156). Oxford: Oxford University Press.
- Lee, S. H. (2007). Female genital mutilation. In G. Ritzer (ed.), *The Blackwell encyclopedia of Sociology. Volume IV, F-HE* (pp. 1653-1657). Malden, MA: Blackwell.
- Lesthaeghe, R., & Vanderhoeft, C. (2001). Ready, willing and able: a conceptualization of transitions to new behavioral forms. In J. B. Casterline (ed.), *Diffusion processes and fertility transition: selected perspectives* (pp. 242-266). Washington, DC: National Academy of Sciences & National Research Council.
- Little, C. M. (2003). Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *Journal of Cultural Diversity*, 10(1), 30-4.
- Mackie, G. (2000). *Female genital cutting: the beginning of the end*. Boulder, CO: Lynne Rienner.
- Maki, S., & Population Reference Bureau. (Egypt Bans Female Genital Cutting [Web Page]. URL <http://www.prb.org/Articles/2007/EgyptBansFGC.aspx> [2008, August 10].
- Malhotra, A., & Mather, M. (1997). Do schooling and work empower women in developing countries? Gender and domestic decisions in Sri Lanka. *Sociological Forum*, 12(4), 599-630.
- Malhotra, A., Schuler, S.R., & Boender, C. *Measuring women's empowerment as a variable in international development*. Paper presented at the meeting of the World Bank workshop on poverty and gender: New perspectives, Washington.
- Mandara, M. U. (2004). Female Genital Mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 84(3), 291-298.
- Mason, K. O. (1986). The status of women: Conceptual and methodological issues in demographic studies. *Sociological Forum*, 1(2), 284-300.
- Mason, T. (1995). *Nazism, Fascism and the Working Class*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 2005 Egypt Demographic and Health Survey (2005 EDHS) . (2006). Cairo: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
- Missailidis, K., & Gebre-Medhin, M. (2000). Female genital mutilation in eastern Ethiopia. *Lancet*, 356(9224), 137-138.
- Morrone, A., Hercogova, J., & Lotti, T. (2002). Stop Female Genital Mutilation: Appeal to the International Dermatologic Community. *International Journal of Dermatology*, 41(5), 253-263.
- Nordenstam, T. (1968). *Sudanese ethics*. New York: Africana.
- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF/UNIFEM, & WHO. (2008). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement*. Geneva: WHO.
- Population Reference Bureau. (2001). *Abandoning female genital cutting. Prevalence, attitudes, and efforts to end the practice*. Washington, DC: Measure Communication.
- Rajadurai, H., & Igras, S. (2005). *CARE's experiences working with communities toward abandonment of female genital cutting (FGC)*. Atlanta, GA: CARE .
- Rutstein, S.O. and Johnston, K. (2004). *The DHS wealth index* (DHS comparative reports No. 6). Calverton, MD: OCR Macro.
- Sen, G., & Batliwala, S. (2000). Empowering women for reproductive rights. In H. B. Presser, & G. Sen *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* (pp. 15-36). Oxford: Oxford University Press.
- Shaaban, L. M., & Harbison, S. (2005). Reaching the tipping point against female genital mutilation. *The Lancet*, 366(9483), 347-349.

- Shell-Duncan, B., Obiero, W. O., & Muruli, L. A. (2000). Women without choices: The debate over medicalization of female cutting and its impact on a Northern Kenyan community. In B. Shell-Duncan, & Y. Yernland (eds.), *Female circumcision in Africa: Culture, controversy, and change* (pp. 109-128). Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- Shell-Duncan, B. (2001). The Medicalization of Female "Circumcision": Harm Reduction or Promotion of a Dangerous Practice? *Social Science and Medicine*, 52(7), 1013-1028.
- Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000). Female "Circumcision" in Africa: Dimensions of the Practice and Debates. In B. Shell-Duncan, & Y. Hernlund (eds.), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy, and Change* (pp. 1-40). Boulder, CO: Lynne Rienner publ.
- Shils, E. (1981). *Tradition*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Toubia, N. F., & Sharief, E. H. (2003). Female Genital Mutilation: Have We Made Progress? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 251-261.
- UNFPA, United Nations Population Fund. (1997). *The state of world population 1997. The right to choose: reproductive rights and reproductive health*. New York, NY: United Nations Population Fund.
- UNICEF. (2005). *Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration 2005*. New York: UNICEF.
- Walley, C. J. (2002). Searching for "voices": Feminism, anthropology, and the global debate over female genital operations. In S. M. James, & C. C. Robertson *Genital cutting and transnational sisterhood. Disputing U.S. polemics* (pp. 17-53). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Williams, J. (2005, April). *Measuring gender and women's empowerment using confirmatory factor analysis* (Working paper No. 01). Boulder, CO: University of Colorado, Research Program on Population Processes.
- World Health Organization. (1986). A traditional practice that threatens health -- Female circumcision. *WHO Chronicle*, 40(1), 31-36.
- World Health Organization. (1999). *Female genital mutilation. Programmes to date: what works and what doesn't*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2008a) *Classification of female genital mutilation* [Web Page]. URL <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/terminology.htm> [2008a, October 5].
- World Health Organization (WHO). (2008b) *Female Genital Mutilation (FGM). Prevalence and age* [Web Page]. URL <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/prevalence.htm> [2008b, August 10].
- Yoder, P. S., Camara, P. O., & Soumaoro, B. (1999a). *Female genital cutting and coming of age in Guinea*. Calverton, MD & Conakry, Guinea: Macro International Inc & Université de Conakry.
- Yoder, P. S., Camara, P. O., & Soumaoro, B. (1999b). *Female Genital Cutting and Coming of Age in Guinea*. Calverton, MD & Conakry, Guinea: Macro International Inc. & Université de Conakry.
- Yoder, P.S. and Khan, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total* (DHS working papers). Calverton, MD: Macro Int.
- Yoder, P.S. and Mahy, M. (2001, June). *Female genital cutting in Guinea: Qualitative and quantitative research strategies* (DHS Analytical studies). Calverton, MD: MEASURE DHS+.
- Yount, K. M. (2002). Like Mother, Like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(3), 336-358.

Tabellen

Tabel 1: Beschrijvende statistiek voor variabelen in analyse

	Laat dochters besnijden		Sign.	Totaal
	Nee	Ja		
N	2379	10099		
%	19.1%	80.9%		
Achtergrond				
Leeftijd	34.64 (7.65)	33.52 (7.82)	***	33.73 (7.80)
Religie			***	
Moslim	85.9%	97.0%		94.9%
Christen	14.1%	3.0%		5.1%
Urbanisatie			***	
Hoofdstad	27.0%	10.9%		13.9%
Kleine stad	33.0%	18.4%		21.2%
Gemeente	7.9%	4.7%		5.3%
Platteland	32.1%	66.1%		59.6%
Regio			***	
Stedelijke gouvernementen Urban governorates	35.4%	12.8%		17.1%
Urbaan Neder-Egypte2 ..Urban LE	13.3%	6.2%		7.6%
Ruraal Neder-Egypte3 ..Rural LE	15.9%	23.4%		22.0%
Urbaan Opper-Egypte5 ..Urban UE	13.1%	13.0%		13.0%
Ruraal Opper-Egypte6 ..Rural UE	13.2%	41.0%		35.7%
Grens gouvernementen7 Frontier governorates	9.1%	3.6%		4.6%
Onderwijsniveau partner			***	
Geen	10.5%	27.2%		24.0%
Incompleet lager	9.1%	15.4%		14.2%
Compleet lager	5.7%	6.6%		6.4%
Incompleet secundair	9.5%	11.1%		10.8%
Compleet secundair	34.6%	30.1%		30.9%
Hoger	30.6%	9.6%		13.6%
Burgerlijke staat				
Ander	5.3%	5.1%		5.1%
Gehuwd	94.7%	94.9%		94.9%
Respondent besneden			***	
Nee	18.8%	0.6%		4.1%
Ja	81.2%	99.4%		96.9%
Structurele condities				
Leeftijdsverschil met echtgenoot	6.82 (5.49)	7.34 (6.70)	***	7.24 (6.49)
Bezitsindex (continue)	0.55 (1.03)	-0.28 (0.88)	***	-0.12 (0.97)
Bezitsindex			***	
Armsten (Q1)	10.3%	26.2%		23.2%
Armen (Q2)	8.5%	23.3%		20.5%
Gemiddelde (Q3)	12.3%	20.3%		18.8%
Rijken (Q4)	24.1%	17.3%		18.6%
Rijksten (Q5)	44.7%	12.8%		18.9%
Onderwijsniveau			***	
Geen	16.9%	42.4%		37.6%
Incompleet lager	6.8%	12.7%		11.6%
Compleet lager	3.7%	4.4%		4.3%
Incompleet secundair	8.5%	9.9%		9.6%
Compleet secundair	41.0%	25.4%		28.4%
Hoger	23.2%	5.1%		8.6%
Beroep			***	
Werkt niet	69.8%	78.6%		76.9%
Vrij beroep of	17.6%	5.8%		8.1%

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

management				
Bediende	5.5%	2.2%		2.9%
Verkoop	0.9%	1.7%		1.5%
Landbouw, zelfstandig	1.0%	4.6%		3.9%
Landarbeider	0.7%	3.4%		2.9%
Diensten	3.3%	1.8%		2.1%
Geschoold arbeider	0.8%	1.2%		1.1%
Ongeschoold arbeider	0.3%	0.7%		0.7%
WN	0.0%	0.0%		0.0%
Schoonouder(s) in huishouden			***	
Nee	87.4%	80.3%		81.7%
Ja	12.6%	19.7%		18.3%
Autonomie				
Index vrouwelijke autonomie	10.62 (3.40)	8.90 (3.48)	***	9.23 (3.53)
Medische hulp voor zichzelf halen	1.71 (0.54)	1.54 (0.62)	***	1.57 (0.61)
Huishoudsbeslissingen	4.24 (1.88)	3.82 (1.80)	***	3.90 (1.82)
Beslissingen inkomen te besteden	1.04 (0.80)	0.82 (0.73)	***	0.86 (0.75)
Slaan van vrouwen	3.86 (1.81)	2.93 (2.05)	***	3.10 (2.04)
Readiness				
Readiness	2.06 (1.14)	0.71 (0.97)	***	0.97 (1.13)
Echtgenoot zal een besneden vrouw verkiezen			***	
Akkoord	24.1%	72.6%		63.3%
Niet akkoord	57.3%	10.4%		19.4%
WN	18.6%	17.0%		17.3%
Besnijdens voorkomt overspel			***	
Akkoord	20.9%	61.3%		53.6%
Niet akkoord	66.4%	21.6%		30.1%
WN	12.7%	17.1%		16.2%
Besnijdens bemoeilijkt het baren van kinderen			***	
Akkoord	19.8%	14.3%		15.3%
Niet akkoord	53.2%	64.7%		62.5%
WN	26.9%	21.0%		22.1%
Besnijdens kan leiden tot de dood van een meisje			***	
Akkoord	62.6%	24.4%		31.7%
Niet akkoord	26.8%	61.1%		54.6%
WN	10.6%	14.5%		13.8%
Willingness				
Willingness	1.52 (0.73)	0.17 (0.46)	***	0.43 (0.75)
Is besnijdens een religieuze traditie			***	
Nee	69.7%	9.7%		21.1%
Ja	18.8%	72.7%		62.4%
Onzeker	11.5%	17.6%		16.4%
Moet besnijdens voortgezet worden			***	
Continueren	12.1%	83.3%		69.7%
Discontinueren	82.5%	7.2%		21.5%
WN	5.4%	9.6%		8.8%

significantie: *: 0.050; **: 0.010; ***: 0.001

Tabel 2: Polychorische en polyseriële correlaties tussen RWA variabelen en intentie om dochters te laten besnijden

	(1)	(2)	(3)
(1) Readiness			
(2) Willingness	0.65		
(3) Index vrouwelijke autonomie	0.21	0.26	
(4) Laat dochters besnijden	-0.64	-0.89	-0.28

Tabel 3: Regressie resultaten voor index vrouwelijke autonomie

B (β)	(a)	(b)
Constate	3.588*** (0.000)	3.780*** (0.000)
Achtergrondkenmerken		
Religie: Christen vs. Moslim	0.466*** (0.029)	0.184 (0.011)
Leeftijd	0.035*** (0.079)	0.015*** (0.032)
Gehuwd	4.580*** (0.287)	4.640*** (0.291)
Respondent besneden	0.583*** (0.033)	0.494*** (0.028)
Regio (ref: Stedelijke gouvernementen)	***	***
Verstedelijkt Neder-Egypte	-0.047 (-0.004)	-0.041 (-0.003)
Ruraal Neder-Egypte	0.728* (0.086)	0.398 (0.047)
Verstedelijkt Opper-Egypte	-0.747*** (-0.071)	-0.273* (-0.026)
Ruraal Opper-Egypte	-0.191 (-0.026)	0.121 (0.016)
Grensgouvernementen	-0.491* (-0.029)	-0.239 (-0.014)
Urbanisatie (ref: Hoofdstad)	***	***
Kleinere stad	-0.378*** (-0.044)	-0.476*** (-0.055)
Gemeente	-0.825*** (-0.052)	-0.497** (-0.032)
Platteland	-2.265*** (-0.315)	-1.066*** (-0.148)
Onderwijsniveau partner (ref: Geen)	***	
Incompleet lager	0.221* (0.022)	-0.055 (-0.005)
Compleet lager	0.279* (0.019)	-0.124 (-0.009)
Incompleet secundair	0.726*** (0.064)	0.028 (0.002)
Compleet secundair	1.670*** (0.219)	0.082 (0.011)
Hoger onderwijs	2.749*** (0.268)	0.208 (0.020)
Structurele condities		
Onderwijsniveau respondent (ref; Geen)		***
Incompleet lager		0.414*** (0.038)
Compleet lager		0.633*** (0.036)
Incompleet secundair		0.797*** (0.067)
Compleet secundair		1.495*** (0.191)
Hoger onderwijs		1.528*** (0.122)
Arbeidsmarktparticipatie (Ref: Werkt niet)		***
Vrij beroep of management		1.651*** (0.128)
Bediende		1.487*** (0.070)
Verkoop		1.032*** (0.036)
Landbouw, zelfstandig		-0.281* (-0.016)
Landarbeider		0.380*

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

		(0.018)
Diensten		1.509***
		(0.061)
Geschoold arbeider		1.529***
		(0.045)
Ongeschoold arbeider		1.503***
		(0.035)
Leeftijdsverschil met partner		-0.006
		(-0.011)
Bezitsindex		0.749***
		(0.205)
Schoonouders in huishouden		-0.626***
		(-0.069)
R ²	0.265***	0.351***
ΔR ²		0.086***

significantie: *: 0.050; **: 0.010; ***: 0.001

Tabel 4: Regressie resultaten voor index “readiness”

	b (β)	(c)	(d)	(e)
Constante		2.091*** (0.000)	2.047*** (0.000)	1.990*** (0.000)
Achtergrondkenmerken				
Religie: Christen vs. Moslim		0.356*** (0.069)	0.320*** (0.062)	0.317*** (0.062)
Leeftijd		0.003* (0.022)	0.002 (0.017)	0.002 (0.015)
Gehuwd		-0.096* (-0.019)	-0.098* (-0.019)	-0.168*** (-0.033)
Respondent besneden		-0.923*** (-0.160)	-0.915*** (-0.159)	-0.923*** (-0.160)
Regio (ref: Stedelijke gouvernementen)		***	***	***
Verstedelijkt Neder-Egypte		-0.551*** (-0.129)	-0.544*** (-0.127)	-0.543*** (-0.127)
Ruraal Neder-Egypte		-0.529*** (-0.193)	-0.550*** (-0.201)	-0.556*** (-0.203)
Verstedelijkt Opper-Egypte		-1.002*** (-0.297)	-0.946*** (-0.281)	-0.942*** (-0.280)
Ruraal Opper-Egypte		-0.928*** (-0.392)	-0.875*** (-0.370)	-0.876*** (-0.370)
Grensgouvernementen		-0.479*** (-0.089)	-0.435*** (-0.081)	-0.432*** (-0.080)
Urbanisatie (ref: Hoofdstad)		***	***	***
Kleinere stad		0.422*** (0.152)	0.411*** (0.148)	0.418*** (0.151)
Gemeente		0.332*** (0.066)	0.372*** (0.074)	0.380*** (0.075)
Platteland		0.149 (0.064)	0.277** (0.120)	0.293** (0.127)
Onderwijsniveau partner (ref: Geen)		***	*	*
Incompleet lager		0.083** (0.026)	0.055 (0.017)	0.056 (0.017)
Compleet lager		0.051 (0.011)	0.010 (0.002)	0.012 (0.003)
Incompleet secundair		0.129*** (0.035)	0.039 (0.011)	0.038 (0.010)
Compleet secundair		0.251*** (0.102)	0.043 (0.018)	0.042 (0.017)
Hoger onderwijs		0.485*** (0.147)	0.144*** (0.043)	0.140** (0.043)
Structurele condities				
Onderwijsniveau respondent (ref: Geen)			***	***
Incompleet lager			0.001 (0.000)	-0.005 (-0.001)
Compleet lager			-0.023	-0.032

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

	(-0.004)	(-0.006)
Incompleet secundair	0.162***	0.150***
	(0.042)	(0.039)
Compleet secundair	0.201***	0.179***
	(0.080)	(0.071)
Hoger onderwijs	0.310***	0.287***
	(0.077)	(0.071)
Arbeidsmarktparticipatie (Ref: Werkt niet)	***	**
Vrij beroep of management	0.071	0.046
	(0.017)	(0.011)
Bediende	0.210***	0.187**
	(0.031)	(0.028)
Verkoop	-0.032	-0.047
	(-0.003)	(-0.005)
Landbouw, zelfstandig	-0.110*	-0.106*
	(-0.019)	(-0.018)
Landarbeider	0.046	0.041
	(0.007)	(0.006)
Diensten	0.093	0.070
	(0.012)	(0.009)
Geschoold arbeider	0.019	-0.004
	(0.002)	(0.000)
Ongeschoold arbeider	-0.241*	-0.263*
	(-0.017)	(-0.019)
Leeftijdsverschil met partner	0.000	0.000
	(-0.003)	(-0.002)
Bezitsindex	0.087***	0.076***
	(0.075)	(0.065)
Schoonouders in huishouden	-0.020	-0.010
	(-0.007)	(-0.004)
RWA		
Index vrouwelijke autonomie		0.015***
		(0.047)
R²	0.187***	0.200***
ΔR²	0.013***	0.001***

significantie: *: 0.050; **: 0.010; ***: 0.001

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

Tabel 5: Regressie resultaten voor index “willingness”

	b (β)	(f)	(g)	(h)	(i)
(Constant)		1.450*** (0.000)	1.387*** (0.000)	1.351*** (0.000)	0.822*** (0.000)
Achtergrondkenmerken					
Religie: Christen vs. Moslim		0.600*** (0.177)	0.568*** (0.167)	0.566*** (0.167)	0.482*** (0.142)
Leeftijd		0.001 (0.011)	0.001 (0.009)	0.001 (0.007)	0.000 (0.001)
Gehuwd		-0.060* (-0.018)	-0.065* (-0.019)	-0.109*** (-0.032)	-0.065* (-0.019)
Respondent besneden		-0.964*** (-0.255)	-0.947*** (-0.250)	-0.952*** (-0.251)	-0.706*** (-0.187)
Regio (ref: Stedelijke gouvernementen)		***	***	***	***
Verstedelijkt Neder-Egypte		-0.106*** (-0.038)	-0.099** (-0.035)	-0.099** (-0.035)	0.045 (0.016)
Ruraal Neder-Egypte		-0.198** (-0.110)	-0.216*** (-0.120)	-0.220*** (-0.122)	-0.073 (-0.040)
Verstedelijkt Opper-Egypte		-0.335*** (-0.151)	-0.287*** (-0.129)	-0.284*** (-0.128)	-0.034 (-0.015)
Ruraal Opper-Egypte		-0.292*** (-0.187)	-0.246*** (-0.158)	-0.247*** (-0.159)	-0.015 (-0.009)
Grensgouvernementen		-0.063 (-0.018)	-0.020 (-0.006)	-0.018 (-0.005)	0.097* (0.027)
Urbanisatie (ref: Hoofdstad)		***	**	**	**
Kleinere stad		0.068** (0.037)	0.062* (0.034)	0.067** (0.037)	-0.044* (-0.024)
Gemeente		-0.055 (-0.017)	-0.018 (-0.005)	-0.013 (-0.004)	-0.114** (-0.034)
Platteland		-0.101 (-0.066)	0.013 (0.008)	0.023 (0.015)	-0.055 (-0.036)
Onderwijsniveau partner (ref: Geen)		***			
Incompleet lager		0.057** (0.027)	0.033 (0.015)	0.033 (0.016)	0.018 (0.009)
Compleet lager		0.111*** (0.037)	0.071** (0.023)	0.072** (0.024)	0.069** (0.023)
Incompleet secundair		0.097*** (0.040)	0.022 (0.009)	0.021 (0.009)	0.012 (0.005)
Compleet secundair		0.216*** (0.134)	0.036 (0.022)	0.035 (0.022)	0.024 (0.015)
Hoger onderwijs		0.371*** (0.171)	0.059* (0.027)	0.057* (0.026)	0.019 (0.009)
Structurele condities					
Onderwijsniveau respondent (ref: Geen)			***	***	***
Incompleet lager			0.001 (0.000)	-0.003 (-0.001)	-0.001 (-0.001)
Compleet lager			0.039 (0.010)	0.033 (0.009)	0.041 (0.011)
Incompleet secundair			0.103*** (0.041)	0.096*** (0.038)	0.056** (0.022)
Compleet secundair			0.191*** (0.115)	0.176*** (0.107)	0.129*** (0.078)
Hoger onderwijs			0.337*** (0.127)	0.322*** (0.121)	0.246*** (0.093)
Arbeidsmarktparticipatie (Ref: Werkt niet)			*	*	
Vrij beroep of management			0.019 (0.007)	0.003 (0.001)	-0.009 (-0.003)
Bediende			0.132*** (0.029)	0.117** (0.026)	0.068* (0.015)
Verkoop			-0.021 (-0.003)	-0.031 (-0.005)	-0.018 (-0.003)
Landbouw, zelfstandig			-0.026 (-0.007)	-0.024 (-0.006)	0.004 (0.001)
Landarbeider			-0.037	-0.040	-0.051

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

	(-0.008)	(-0.009)	(-0.011)
Diensten	0.081	0.066	0.048
	(0.016)	(0.013)	(0.009)
Geschoold arbeider	-0.053	-0.068	-0.067
	(-0.007)	(-0.009)	(-0.009)
Ongeschoold arbeider	-0.085	-0.100	-0.030
	(-0.009)	(-0.011)	(-0.003)
Leeftijdsverschil met partner	-0.001	-0.001	-0.001
	(-0.006)	(-0.005)	(-0.005)
Bezitsindex	0.075***	0.068***	0.047***
	(0.097)	(0.088)	(0.061)
Schoonouders in huishouden	0.002	0.008	0.011
	(0.001)	(0.004)	(0.005)
RWA			
Index vrouwelijke autonomie		0.010***	0.006**
		(0.045)	(0.026)
Index readiness			0.266***
			(0.404)
R^2	0.226***	0.247***	0.248***
ΔR^2		0.021***	0.001***

significantie: *: 0.050; **: 0.010; ***: 0.001

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

Tabel 6: Logistische regressie resultaten voor beslissing dochters te besnijden

	b (s)	(j)	(k)	(l)
Constant		4.343*** (0.115)	3.699*** (0.146)	2.289*** (0.370)
RWA				
Vrouwelijke autonomie		-0.076*** (0.010)	0.003 (0.012)	-0.005 (0.013)
“Readiness”		-0.453*** (0.030)	-0.388*** (0.031)	-0.341*** (0.034)
“Willingness”		-2.060*** (0.043)	-2.014*** (0.044)	-1.896*** (0.046)
Arbeidsmarktparticipatie (Ref: Werkt niet)				
Vrij beroep of management			-0.227 (0.127)	-0.193 (0.132)
Bediende			-0.092 (0.181)	-0.038 (0.184)
Verkoop			0.256 (0.315)	0.307 (0.324)
Landbouw, zelfstandig			0.193 (0.263)	-0.089 (0.266)
Landarbeider			0.051 (0.309)	-0.127 (0.316)
Diensten			-0.060 (0.211)	-0.005 (0.218)
Geschoold arbeider			0.018 (0.359)	0.086 (0.364)
Ongeschoold arbeider			-0.820 (0.435)	-0.905* (0.439)
WN			17.721 (28416.047)	17.920 (28388.322)
Onderwijsniveau respondent (ref: Geen)			**	*
Incompleet lager			-0.067 (0.134)	-0.193 (0.141)
Compleet lager			-0.122 (0.185)	-0.160 (0.199)
Incompleet secundair			0.112 (0.135)	-0.156 (0.148)
Compleet secundair			-0.207 (0.106)	-0.450*** (0.130)
Hoger onderwijs			-0.540*** (0.156)	-0.451* (0.188)
Leeftijdsverschil met partner			-0.005 (0.006)	-0.013* (0.006)
Bezitsindex			-0.445*** (0.049)	-0.298*** (0.061)
Schoonouders in huishouden			-0.033 (0.099)	-0.141 (0.107)
Achtergrondkenmerken				
Regio (ref: Stedelijke gouvernementen)				***
Verstedelijkt Neder-Egypte				-0.366* (0.155)
Ruraal Neder-Egypte				-0.158 (0.362)
Verstedelijkt Opper-Egypte				0.250 (0.137)
Ruraal Opper-Egypte				0.376 (0.364)
Grensgouvernementen				-0.254 (0.234)
Urbanisatie (ref: Hoofdstad)				
Kleinere stad				0.289* (0.126)
Gemeente				0.416* (0.208)

VROUWELIJKE AUTONOMIE EN BESNIJDENIS

Platteland			0.439 (0.364)
Onderwijsniveau partner (ref: Geen)			
Incompleet lager			-0.050 (0.143)
Compleet lager			-0.071 (0.179)
Incompleet secundair			-0.198 (0.150)
Compleet secundair			-0.008 (0.134)
Hoger onderwijs			-0.313 (0.162)
Religie: Christen vs. Moslim			-1.154*** (0.140)
Leeftijd			-0.022*** (0.005)
Gehuwd			-0.089 (0.186)
Respondent besneden			2.276*** (0.195)
<hr/>			
Nagelkerke R ²	0.608	0.625	0.653
<hr/>			

significantie: *: 0.050; **: 0.010; ***: 0.001





Universiteit Gent
Vakgroep Sociologie


Ghent University
Department of Sociology

Korte Meer 3-5
9000 Gent

België - Belgium

 +32 (0)9 264.67.96

 +32 (0)9 264.69.75

 socio@ugent.be