

# تبیین درک و تجربه متخصصین زنان و ماماها از معاینه بکارت و پیامدهای آن: یک مطالعه کیفی

معصومه سیمر<sup>۱</sup>، فاطمه رحمانیان<sup>۲\*</sup>، فهیمه رضانی تهرانی<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی لارستان، فارس، ایران.
۳. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۴

خلاصه

**مقدمه:** معاینه بکارت در برخی کشورها از جمله ایران به صورت سنتی و عرفی شناخته شده است. اهداف اصلی برای انجام این معاینه در فرهنگ های گوناگون شامل ارزیابی خویشتن داری، تأخیر در ایجاد رابطه جنسی تا زمان ازدواج، پیشگیری از ایدز و سایر بیماری های مقاربتی و حفظ شرافت خانوادگی با دفاع از بکارت دختران می باشد. به علت وجود دیدگاه های متفاوت در رابطه با معاینه بکارت و اقدام به عمل جراحی برای ترمیم آن از جانب گروه پزشکی و ارائه دهندگان خدمات بهداشت باروری، بازنگری در نقش و وظایف آنان ضروری به نظر می رسد. مطالعه کیفی حاضر با هدف تبیین درک و تجربه متخصصین زنان و ماماها از معاینه بکارت و پیامدهای آن انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه ۱۵ نفر، شامل ۷ متخصص زنان و ۸ مامای واجد شرایط پژوهش بودند که در ابتدا با روش هدفمند و سپس با روش گلوله برفی انتخاب و مورد مصاحبه عمیق فردی قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده ها از راهنمای سؤال اولیه استفاده شد. تمام مصاحبه ها ضبط و تایپ شد و با روش تحلیل محتوای قراردادی آنالیز شدند.

**یافته ها:** تحلیل داده های کیفی منجر به ظهور سه طبقه "ماهیت معاینه"، "الزامات معاینه" و "پیشگیری از پیامدهای منفی معاینه" بود که در طبقه "ماهیت معاینه" سه زیر طبقه: "علل معاینه بکارت"، "ارزش تشخیصی معاینه" و "پیامد معاینه"، در طبقه "الزامات معاینه" زیر طبقات: "لزوم برنامه ریزی برای نظارت بر انجام معاینه و پیامدهای حاصل از نتایج منفی"، "آموزش، حمایت و امنیت سیستم پزشکی و مامایی" و "اخلاق و حقوق بهداشت باروری" بود و در طبقه سوم یعنی "پیشگیری از پیامدهای منفی معاینه" دو زیر طبقه: "راهکارهای توانمندسازی جامعه" و "راهکارهای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه" جای گرفتند.

**نتیجه گیری:** معاینه بکارت مرتبط با مداخلات پزشکی مانند پیشگیری، درمان و بازتوانی نیست. این معاینه نمی تواند عدم وجود رابطه جنسی را اثبات کرده و دارای پیامدهای نامطلوب است، چنین ارتقاء سیستم بهداشتی در رابطه با کیفیت انجام این معاینه و توانمندسازی جامعه مبتنی بر آموزش، دو رویکرد اساسی برای حفظ حقوق بهداشت باروری می باشند.

**کلمات کلیدی:** بکارت، بهداشت باروری، متخصصین زنان و ماماها

\* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه رحمانیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی لارستان، فارس، ایران. تلفن: ۰۷۱-۳۸۲۱۶۵۲۸؛ پست الکترونیک: azarabad0074@gmail.com

## مقدمه

معاینه بکارت در برخی کشورها از جمله ایران به صورت سنتی و عرفی شناخته شده است و تیم پزشکی نیز در مراحل گوناگون معاینه و ترمیم آن مشارکت دارند. هدف ابتدایی این معاینه، خودداری جنسی، به تأخیر انداختن رابطه جنسی تا ازدواج، جلوگیری از انتشار بیماری‌های مقاربتی و ایدز و حفظ شرافت خانوادگی با دفاع از بکر بودن دختر در فرهنگ‌های گوناگون اعلام شده است (۱، ۲). مسائل فرهنگی - اجتماعی نظیر محدودیت ایجاد رابطه جنسی در دختران قبل از ازدواج و لزوم اثبات آن و عدم ایجاد این محدودیت برای پسرها قبل از ازدواج، این مسئله را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کلیشه‌های جنسیتی جامعه می‌تواند بر روی خدمات بهداشت باروری تأثیر گذاشته و تمام ارائه‌دهندگان خدمات را درگیر عملکردی مضر از نظر بهداشت باروری کند، زیرا از یک سو وجود بکارت به معنی عدم وجود سابقه رابطه جنسی در دختر نمی‌باشد و از طرف دیگر، می‌تواند باعث ترویج راه‌های غیر واژینال تماس جنسی مانند راه‌های مقعدی و دهانی به منظور حفظ بکارت شود. به علاوه آسیب یا نبود پرده بکارت به معنای وجود سابقه رابطه جنسی نیست و مسائلی مانند تجاوز، صدمه در نتیجه خودارضائی، صدمه در نتیجه کودک آزاری و نبود بیولوژیک پرده بکارت، از مسائلی هستند که شاخص بودن این آزمایش را برای تأیید و یا عدم تأیید رابطه جنسی رد می‌کنند (۳).

در برخی کشورهای آفریقایی برای سلامت پرده بکارت و در نتیجه رابطه جنسی پیش از ازدواج، سیستم نمره‌دهی وجود دارد. نمره A به دختری داده می‌شود که پرده بکارت او سالم است و مشکلی ندارد، بنابراین او دارای رابطه جنسی نبوده و شرافت خانواده را حفظ کرده است. نمره B برای دختری است که یک یا دو بار رابطه جنسی داشته و یا حتی ممکن است مورد تجاوز قرار گرفته باشد و نمره C که بسیار غیر قابل قبول و ننگ آور است، برای دختری است که پرده بکارت نداشته و لذا دارای روابط جنسی زیادی بوده است (۴). هنجارهای اجتماعی مربوط به شرافت و شرم در آزمایش بکارت نقش مهمی دارد. در راستای هنجارهای

مربوط به زنانگی و مردانگی جوانان در جامعه، در حالی که زنان در رابطه با ایجاد رابطه جنسی نقش فرودست را ایفا می‌کنند، این آزمایش شکل می‌گیرد (۵) و در سخت‌ترین شرایط ممکن است منجر به مرگ‌های ناموسی و قتل برای حفظ شرافت خانواده شود. در رابطه با شکل‌گیری این آزمایش، ارتباط بین تیم پزشکی، هنجارهای جامعه و حتی پزشکی قانونی مطرح است (۶).

این آزمایش اغلب در کشورهای آفریقایی و آسیایی انجام می‌شود. نقش مذهب و فرهنگ نیز در قبول این آزمایش اهمیت دارد. تعداد رو به افزایش متقاضیان ترمیم بکارت در کشورهای اروپایی، نشان‌دهنده نقش غالب باورهای فرهنگی در پذیرش این آزمایش و ترمیم بکارت به منظور دفاع از شرافت است (۹-۷). دلایلی که معمولاً برای انجام تست مطرح می‌شوند، هیچ کدام به منظور حفظ سلامت دختران و یا ارتقای آن نمی‌باشد. در بررسی موضوع از زاویه اخلاقی، مخالفت آن با حقوق بیمار مطرح می‌شود؛ زیرا معمولاً افراد دیگری (خانواده دختر یا خانواده همسر آینده) او را برای معاینه می‌آورند. بنابراین بحث کسب موافقت آگاهانه دختر نادیده گرفته می‌شود. فشار اجتماعی در تصمیم‌گیری فرد و خانواده او نقش دارد، حق دختر در کنترل روی بدن خود از نظر روحی و جسمی نادیده گرفته می‌شود، نتیجه آزمایش به طور علنی به والدین وی یا همسر آینده گزارش می‌شود (این مغایر اصل رازداری پزشکی است)، دختر نمی‌تواند تقاضای مخفی بودن نتیجه را بدهد و پس از اعلام نتیجه آزمایش، مسائلی ممکن است رخ دهد که سیستم بهداشتی توانایی پاسخگویی به آن‌ها را ندارد (۱۳-۱۰). بر اساس گزارش سالانه صندوق جمعیت سازمان ملل UNFPA<sup>۱</sup>، ۵۰۰۰۰ قتل ناموسی بر اساس نتیجه این آزمایشات اتفاق می‌افتد (۱۴).

دیدگاه‌های متفاوت در رابطه با معاینه بکارت و اقدام به عمل جراحی برای ترمیم آن، چالش‌هایی را به وجود آورده و ارزش پزشکی این معاینه را به بحث کشیده است. در جوامع مهاجرپذیر، پزشکان تحت تأثیر دفاع از

<sup>1</sup> United Nations Population Funds

تجربه معاینه بکارت و صدور گواهی سلامت را داشتند. مصاحبه‌ها در دفاتر کار خصوصی یا دولتی در شهر شیراز و تهران انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از راهنمای سؤالات نیمه ساختارمند و از طریق مصاحبه عمیق فردی انجام شد. اعتبارسنجی راهنمای سؤالات توسط ۳ تن از اساتید با تجربه بهداشت باروری انجام شد. پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق فردی انجام گرفت. قبل از مصاحبه، رضایت افراد کسب شد. هر مصاحبه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشید. در برخی موارد مصاحبه‌های دوم و سوم به منظور تأیید داده‌ها و پر کردن شکاف‌های احتمالی انجام و در نهایت ۱۹ مصاحبه ضبط شد. مصاحبه‌ها تا زمانی که هیچ‌گونه کد جدیدی استخراج نشد و داده‌ها به اشباع رسید، ادامه داشت.

سؤالات راهنما شامل موارد ذیل بودند:

۱- تجارب شما از انجام معاینه بکارت و پیامدهای آن چیست؟

۲- درک شما از تأثیر این معاینه بر سلامت و حقوق بهداشت باروری جوانان چگونه است؟

۳- تجربه و درک شما از نیازهای سیستم بهداشتی در رابطه با این آزمایش چیست؟

۴- به نظر شما راهکارهای سیستم بهداشتی برای کاهش پیامدهای منفی حاصل از نتایج منفی معاینه چیست؟

تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوا انجام شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و خط به خط دستنویس و در همان روز کدگذاری می‌شد. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. با توجه به اینکه محققین، تحلیل محتوای استقرایی<sup>۱</sup> را انتخاب کردند، روند تحلیل یافته‌های کیفی شامل کدگذاری باز، ایجاد گروه، دسته‌بندی، خلق طبقات و خلاصه‌سازی اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل محتوای استقرایی به کار برده شد که معمولاً در مواردی استفاده می‌شود که هدف

حقوق زنان و پیشگیری از قتل‌های ناموسی، اقدام به تأیید بکارت در موارد پارگی آن می‌کنند و یا عملیات ترمیم بکارت را انجام می‌دهند (۱۵). در کشورهایی که از نظر مذهبی، اخلاقی و اجتماعی، روابط جنسی قبل از ازدواج برای دختران ممنوع است نیز ترمیم بکارت و تأیید دوشیزگی دختران دارای رابطه جنسی به طور مخفیانه انجام می‌شود (۱۶). در ایران نیز تلاش‌هایی در جهت توصیف تفاوت‌های آناتومیکی در رابطه با ساختمان هایمن انجام شده است که این آزمایش را به عنوان یکی از معاینات شایع می‌دانند (۱۷)، اما به دلیل نبودن مطالعه در رابطه با تجربه متخصصین و معاینه کنندگان و به دلیل نزدیکی ارتباط آن با باورهای مربوط به شرافت، ضرورت بررسی عمیق در مورد نقش متخصصین پزشکی در انجام تست بکارت، اعلان نتیجه، مشکلات و مسائل بعدی که دختر با آن روبرو خواهد بود، مطالعه کیفی حاضر با هدف شناخت ارتباط معاینه بکارت و پیامدهای آن از دیدگاه متخصصین زنان و ماماهاى ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی انجام شد تا گامی در جهت طراحی و اجرای مؤثرتر خدمات برداشته شود.

## روش کار

این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۳ بر روی متخصصان زنان و ماماها انجام شد. تحقیق کیفی، انعطاف لازم برای کشف ادراکات افراد، تجارب روزانه و بحث و تحلیل در مفهوم داده‌ها را دارد و می‌تواند مواردی که تاکنون در روش‌های کمی، کشف نشده است را آشکار سازد (۱۸). رویکرد مورد استفاده در این مطالعه نیز تحلیل محتوا بود. تحلیل محتوا یک روش تحقیقی و عینی برای توصیف و تعیین ارزش پدیده‌ها است. این روش به محقق اجازه می‌دهد که پیامدهای تئوریک را برای ارتقای دانش در رابطه با یافته‌ها آزمون کند (۱۹). نمونه‌گیری در ابتدا مبتنی بر هدف و سپس با روش گلوله برفی ادامه یافت. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۵ نفر از متخصصین زنان و ماماهاى بودند که دارای دفاتر کار خصوصی یا دولتی بودند و در شهرهای شیراز و تهران سکونت داشتند. همه آن‌ها

<sup>1</sup> Inductive content analysis

محقق، توصیف پدیده‌ای است که تئوری‌های موجود و مقالات منتشر شده در مورد آن محدود هستند. محققان معمولاً طبقه‌بندی‌های از قبل تعیین شده را استفاده نمی‌کنند، در مقابل اجازه می‌دهند که طبقه‌بندی‌ها و نام آنان از میان یافته‌ها ظاهر شده و در نهایت، طبقات استنتاج شوند (۲۰). تمرکز این رویکرد، مشخصه‌های بیان شده و ارتباطی، با توجه به محتوا و زمینه واحدهای معنایی است (۲۱). جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی از چهار معیار مقبولیت، انتقال‌پذیری و تناسب، تعیین (به دست آمدن یافته‌های مشابه، در صورت بررسی گزارشات و دست‌نوشته‌ها و یادداشت‌های پژوهش توسط محقق) و همسانی مطابق نظر گوبا و لینکلن استفاده شد (۲۲).

مقبولیت داده‌ها با برقراری ارتباط مناسب بین پژوهشگر و مصاحبه شونده، ارائه نتایج و تجزیه و تحلیل‌ها به دیگران و استفاده از نظرات تکمیلی و انتقادی آنان، ارائه کدهای استخراج شده به مشارکت‌کنندگان برای بررسی درستی درک نظرات آن‌ها، استفاده از نمونه‌های متنوع شامل متخصصین زنان و ماماها با تجارب گوناگون و با حداکثر تنوع در سن و سابقه کار افزایش یافت. انتقال‌پذیری و تناسب

داده‌ها با ثبت دقیق مشخصات مشارکت‌کنندگان شامل سن، جنس، سابقه کار، حوزه تخصصی خدمات، فرآیند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه انجام گرفت. برای افزایش تعیین تمام مراحل تحقیق شامل فایل صوتی، متن کدگذاری شده، یادداشت‌ها، تجزیه و تحلیل‌ها و مدارک مربوط به مقبولیت و تأیید داده‌ها مستند شد و از دو صاحب نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی و بهداشت باروری درخواست شد تا گزارشات و دست‌نوشته‌ها را مرور کنند و نتایج خود را مطرح کنند تا میزان تشابه در نتیجه‌گیری‌ها مشخص شود که در بیش از ۹۰٪ موارد این تشابه وجود داشت. از کدگذاری جداگانه متن مصاحبه‌ها توسط محققین و رسیدن به نظر واحد در بیش از ۸۰٪ موارد و استفاده از ناظر خارجی در تأیید همسانی استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵ نفر با محدوده سنی ۳۲-۵۵ سال و محدوده سابقه کار ۵-۲۵ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند.

جدول ۱ - مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه

تخصص	سن	وضعیت تأهل	سابقه کار
متخصص زنان	۴۸	مجرد	۱۵
متخصص زنان	۴۴	متاهل (۳ فرزند)	۲۰
متخصص زنان	۵۵	متاهل (۲ فرزند)	۲۵
متخصص زنان	۴۰	متاهل (۱ فرزند)	۴
متخصص زنان	۴۰	متاهل (۱ فرزند)	۱۰
متخصص زنان	۴۳	متاهل (۲ فرزند)	۱۲
متخصص زنان	۴۲	مجرد	۵
کارشناس مامایی	۴۰	متاهل (۲ فرزند)	۱۵
کارشناس مامایی	۳۸	متاهل (۲ فرزند)	۱۰
کارشناس مامایی	۴۷	متاهل (بدون فرزند)	۱۴
کارشناس مامایی	۳۸	متاهل (بدون فرزند)	۱۰
کارشناس مامایی	۳۲	متاهل (بدون فرزند)	۶
کارشناس ارشد مامایی	۴۲	مجرد	۱۳
کارشناس ارشد مامایی	۴۰	مجرد	۱۰
کارشناس ارشد مامایی	۳۸	متاهل (۱ فرزند)	۱۵

تحلیل داده‌های کیفی منجر به ظهور سه طبقه و ۸ زیر طبقه و ۴۲ کد گردید. طبقات استخراج شده شامل ماهیت معاینه، الزامات معاینه و پیشگیری از پیامدهای منفی معاینه بود که در طبقه ماهیت معاینه، زیر طبقات علل معاینه بکارت، ارزش تشخیصی معاینه و پیامد معاینه، در طبقه الزامات معاینه زیر طبقات لزوم

جدول ۲- طبقات، زیر طبقات و کدهای استخراج شده از درک و تجربه متخصصین زنان و ماماها از معاینه بکارت و پیامدهای آن

طبقات	زیر طبقات	کدها
ماهیت معاینه	علل معاینه بکارت	تحمیل عرف جامعه به وظایف پزشکی انگیزه اقتصادی پاسخگویی به مراجعین دفاع از دختران در مقابل اتهام همسر تقاضای دختران برای اطلاع از وضعیت خود حق مرد هنگام گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج باور جامعه به ضرورت باکرگی دختر
	ارزش تشخیصی معاینه	نداشتن قابلیت تشخیص رابطه جنسی نداشتن ارزش درمانی و حتی پیشگیری فاقد ارزش برای سلامت باروری- جنسی
پیامد معاینه	پیامد معاینه	بی اهمیت انگاشتن رابطه مقعدی در معاینه هایمن ترویج روابط غیر معمول برای حفظ بکارت انتشار بیماری های مقاربتی و ایدز اختلال در روابط جنسی آینده به علت عادت به اشکال غیر معمول رابطه جنسی
	برنامه‌ریزی برای نظارت بر انجام معاینه و پیامدهای آن	تربیت نیروی انسانی متخصص آموزش معاینه کننده در مورد اعلام نتیجه لزوم مشاوره با زوج در موارد آسیب دیده حمایت از دختران آسیب دیده برای پیشگیری از عواقب سوء بعدی تدوین دستورالعمل برای اعلام نظر در مورد هایمن ترمیم شده
الزامات معاینه	آموزش، حمایت و امنیت سیستم پزشکی و مامایی	آموزش در رابطه با معاینه هایمن ضرورت حمایت از معاینه کننده در حل معضلات پس از معاینه با نتیجه منفی تخصیص مکان هایی با امنیت قانونی برای انجام معاینه حفظ حرمت
	اخلاق و حقوق بهداشت باروری	کسب اجازه از دختر برای آشکار سازی دفاع از حقوق دختر با لاپوشانی و گزارش خلاف واقع چشم پوشی برای نجات زندگی دختران پیشگیری از آسیب روحی و روانی دختر و پسر نیاز به راهکار عملی در موارد آسیب
پیشگیری از پیامدهای منفی معاینه	توانمندسازی جامعه	شروع آموزش حقوق و سلامت باروری از دبیرستان آموزش حقوق و سلامت باروری در دانشگاه تغییر دیدگاه مادران در پذیرش تبعیض جنسیتی بالا بردن آگاهی خانواده پسر در مورد توهین آمیز بودن معاینه ایجاد امکان جبران خطا برای دختر

تأکید بر وفاداری بعد از ازدواج

توانمند سازی زنان

آشنایی پسرها با روابط جنسی مسئولانه

ارتقای سطح آموزش جنسی در مشاوره های پیش از ازدواج

تلاش برای کسب مهارت برای اعلام نتیجه منفی

معرفی راهکارهای مختلف برای جلوگیری از مشکلات بعدی

ارجاع به پزشکی قانونی برای اعلام نتیجه منفی

عدم تأیید دختر و امتناع از دادن نامه دروغ به علت موانع شرعی

جلوگیری از خشونت نسبت به دختران

راهکارهای پیشگیری از  
پیامدها

## ۱- ماهیت معاینه

در این طبقه، زیر طبقات علل معاینه بکارت، ارزش تشخیصی معاینه و پیامد معاینه قرار داشت:

### ۱-۱- علل معاینه بکارت

تحمیل عرف جامعه به وظایف پزشکی، انگیزه اقتصادی، پاسخگویی به مراجعین، دفاع از دختران در مقابل اتهام همسر، تقاضای دختران برای اطلاع از وضعیت خود، حق مرد هنگام گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج و باور جامعه به ضرورت باکرگی دختر از علل معاینه بکارت شمرده شد:

#### ۱-۱-۱- تحمیل عرف جامعه به وظایف پزشکی:

تمام مشارکت‌کنندگان قبول داشتند که این معاینه جایگاهی از نظر درمان و پیشگیری ندارد:

"من بارها هم گفتم بالاخره ما خودمون هم تابع سنت و فرهنگ هستیم. اگر کسی فرهنگ و سنت را قبول می‌کنه، باید یک سری از مسائل را هم رعایت کنه" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان افزود: "فکر می‌کنم بیشتر یک حالت عرف پیدا کرده، اصلاً این آزمایش به صورت رسم در آمده، ولی هیچ ارزش درمانی و تشخیصی نداره" (متخصص زنان، ۴۰ ساله، متأهل).

#### ۱-۱-۲- مسائل اقتصادی: برخی مشارکت‌کنندگان بر

جنبه اقتصادی و مالی تکیه کردند و این نکته را که انجام این معاینه به هر حال جزء مواردی است که از طرف جامعه به عهده آن‌ها گذاشته شده و برای آن تعرفه‌ای هم تعریف شده است را مهم می‌دانستند: "قانون به من این حق را داده، براش تعرفه تعیین کرده، تعرفه‌ای که اگر من اومده باشم تو بخش خصوصی دارم کار می‌کنم تعرفه خیلی خوبی هست.

نمی‌تونم مریض را به راحتی پس بزنم بگم نه. سر در مطبم بزنم اصلاً تو این مطب معاینه گواهی سلامت داده نمیشه معاینه سلامت انجام نمیشه، نه. من اگر اومدم تو بخش خصوصی کار کنم هدفم این بوده اگر وقت می‌گذارم، اگر از بچه‌ام خانواده‌ام میزنم، اینجا به یک نتایجی برسم. از درسی که خوندم خوب استفاده کنم. پس هرچند ممکنه در مواردی انتقاد داشته باشم، اما از کنار این مسئله نمی‌گذرم، من نمی‌تونم به راحتی بگم هیچ معاینه‌ای انجام نمی‌دهم، معاینه را انجام می‌دهم و حداقل ۷۰٪ به خاطر مسئله مالیشه" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۹ ساله، متأهل).

یکی از کارشناسان با تجربه اضافه کرد: "من موارد زیادی از این معاینات را انجام دادم. سعی کردم مسائل بدون تنش مطرح بشه. اما قانون‌گذار که این معاینه را محل درآمد من قرار داده، باید به تبعات و حفظ حقوق دختران توجه کنه، من کاره‌ای نیستم" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

#### ۱-۱-۳- پاسخگویی به مراجعین: بیشتر مشارکت

کنندگان مسئله تکریم ارباب رجوع را مطرح کردند: "واقعیت اینه که خانواده‌ای به من مراجعه کردند و تقاضایی دارن، دخترشان هم با آن‌ها آمده و اینکه به زور آمده، خودش خواسته یا از ترس بی‌آبرویی آمده را که من نمی‌تونم تشخیص بدم یا اگه متوجه بشم هم که نمیتونم معاینه را انجام ندم، آمدن و از من تقاضایی دارن. در نتیجه من این معاینه را انجام می‌دم" (کارشناس مامایی، ۴۰ ساله، متأهل).

#### ۱-۱-۴- دفاع از دختران در مقابل اتهام همسر: یکی

از مشارکت‌کنندگان که تجربه زیادی در رابطه با معاینه پرده بکارت داشت، این معاینه و تأیید سلامت دختر را

همسرش مراجعه کرده بود و مورد اتهام بود چون در رابطه جنسی خونریزی نکرده بود، دایتم این خانم را معاینه می کردم و واقعاً پرده نوع ارتجاعی بود، ولی آقا اصلاً زیر بار نمی رفت و می گفت این که شما می گید پرده نوع ارتجاعیه و خونریزی نداره چیزی هست که از خودتون درآوردید، همچین چیزی وجود نداره. من دایتم به خانم می گفتم که کاش شما قبل از ازدواج رفته بودی این نامه را گرفته بودی، این آقا اصلاً میدونست که شما ممکنه خونریزی نداشته باشید یه ذهنیت قبلی داشت نه الان. الان تمام مدت می گفت شما زن هستید و دارید از این دفاع می کنید، همچین چیزی نیست و در آخر هم قبول نکرد" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

۱-۱-۷ **باور جامعه به ضرورت باکرگی دختر:** بیشتر مشارکت کنندگان یکی از عوامل استقبال خانواده دختر از انجام این آزمایش را باور جامعه نسبت به ضرورت باکرگی دختر دانستند: "وقتی یه دختر را برای معاینه می یارن، مامانه از این ور با هزار نگرانی و اضطراب نشسته و منتظره که یک گواهی بگیره که آره دخترم سالمه بره با سربلندی نشون پدرش و نشون خانواده داماد بده" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

یکی از متخصصان با تجربه هم اضافه کرد: "فرهنگمون یک فرهنگ خاصه، نمی تونیم ما همه اینها را بگیریم چون قرن بیست و یکم هست، همه را عوض کنیم. اصلاً همچین چیزی نیست. حتی خانواده های خیلی تحصیل کردمون، خانواده های خیلی آنچنانیمون دخترشون را برای معاینه میارن، فقط به خاطر این که ثابت کنند بچمون سالمه اهل هیچ برنامه ای نبوده" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

#### ۱-۲ **ارزش تشخیصی معاینه**

معاینه پرده بکارت از نظر مشارکت کنندگان با ویژگی های داشتن قابلیت تشخیص رابطه جنسی، نداشتن ارزش درمانی و حتی پیشگیری و فاقد ارزش برای سلامت باروری- جنسی توصیف شد:

۱-۲-۱ **نداشتن قابلیت تشخیص رابطه جنسی:** تمام مشارکت کنندگان تأکید داشتند که نتیجه این معاینه نمی تواند در مورد این که این فرد دارای روابط

وسيله ای برای دفاع در مقابل اتهام های همسر می دانست و گفت: "خیلی از مردها شناختی در مورد انواع پرده ها نداشته و به طور سنتی فکر می کنن حتماً همه خانم ها باید در اولین رابطه جنسی خونریزی داشته باشن. حالا اگر پرده بکارت ارتجاعی باشه و خونریزی نداشته باشه، این آقا به خودش اجازه میده که رسوایی به بار بیاره، به این گونه دختر تبرئه می شه" (متخصص زنان، ۴۸ ساله، مجرد).

برخی مشارکت کنندگان علی رغم اینکه این معاینه را از نظر پزشکی لازم نمی دانستند، اما از جهت اطمینان دادن به دختران آن را انجام می دادند: "در واقع یه تضمینی هست این کار. یه تضمین برای خود دختره است نه به خاطر اینکه بخوایم از حقوقش کم کنیم. در واقع جامعه ما یه جوریه که مرداش چیزترن دیگه و بالاخره واقعیتی که تو جامعه ما وجود داره و این نامه ای که ما بهش می گیم در واقع در جهت حمایت از دختره، مخصوصاً برای اینایی که خونریزی ندارن" (متخصص زنان، ۴۸ ساله، مجرد).

#### ۱-۱-۵ **تقاضای دختران برای اطلاع از وضعیت**

**خود:** درخواست دختران برای انجام معاینه و آشنایی با وضعیت خود نیز یکی دیگر از مواردی بود که به عنوان علت انجام معاینات مطرح شد: "خیلی از مریم ها خودشون شخصاً مراجعه می کنند برای این مسئله و خیلی خوب اون دیگه مسئله ای نیست. بالاخره چیزی که خودشون اومدن و می خوان اطلاعاتی در این زمینه کسب کنن" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان افزود: "مراجعاتی هم هست که رابطه جنسی داشتن و تقریباً از وضع خودشون خبر دارن و الان بیشتر برای راه حل به من مراجعه کردند، چون متوجه شدند که در ازدواج به مشکل بر می خورن. البته من ترمیم هایمن را قبول ندارم ولی می دانم بالاخره مشکلشون را حل می کنن" (متخصص زنان، ۴۰ ساله، متأهل).

#### ۱-۱-۶ **حق مرد هنگام گذاشتن شرط بکارت برای**

**ازدواج:** تقریباً بیشتر مشارکت کنندگان، باور جامعه در ایجاد حق برای مردان را از علل قابل توجه و مهم می دانستند: "مراجعه کننده زنی را دایتم که با

جنسی بوده قضاوت کند. به عبارتی از این که بر پایه نتایج معاینه آنان قضاوت‌های نادرست انجام می‌شود راضی نبودند: "اصلاً این معیار سلامتی جنسی یا virginity یک خانم میتونه باشه؟ چقدر به این تست میشه اعتماد کرد که بر حسب این اعتماد بشه حکم قضایی داد یا اصلاً بشه حق را به کسی داد" (متخصص زنان، ۴۴ ساله، متأهل).

یکی از مشارکت‌کنندگان هم اضافه کرد: "خیلی اوقات روابط سطحی روابط دهانی، مقعدی اینها هستند که متأسفانه آمارش هم تو جامعه ما بالاست. این تست این‌ها را که نمی‌تونه رد یا تأیید بکنه بالاخره انواع روابط جنسی ممکنه وجود داشته باشه" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

مشارکت‌کننده دیگری هم در مورد درک نادرست افراد از این معاینه گفت: "مردم نمی‌تونند بپذیرند به طور مادرزادی ممکنه یک خانم اصلاً پرده نداشته باشه یا همون نوع ارتجاعی، توضیح دادنش برای عامه خیلی سخته نمی‌تونند بپذیرند. در صورتی که از نظر فیزیولوژیکی اون خانم مشکلی نداره، صحیح و سلامت هست. از یه بُعد دیگه هم این خانم می‌تونه رابطه جنسی داشته باشه و قابل توضیح هم نباشه تو یک معاینه" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

**۱-۲-۲ نداشتن ارزش درمانی و حتی پیشگیری:** تمام مشارکت‌کنندگان موافق بودند که این معاینه جزء هیچ یک از حوزه‌های طب شامل پیشگیری یا درمان نمی‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان که سابقه زیادی در انجام این معاینات داشت گفت: "فکر می‌کنم بیشتر یک حالت عرف پیدا کرده، یک حالت مثل رسم شده که حالا برای سنجش انجام میشه، ولی هیچ ارزش درمانی و تشخیصی نداره" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

مشارکت‌کننده دیگری افزود: "از نظر درمانی معمولاً نقشی نداره، مگر در مواردی که پرده بکارت دچار اشکال غیر طبیعی باشه خوب اون موقع جنبه درمانی پیدا میکنه" (کارشناس مامایی، ۳۲ ساله، متأهل).

**۱-۲-۳ فاقد ارزش برای سلامت باروری - جنسی:** نکته مهمی که به دفعات توسط مشارکت‌کنندگان مطرح

می‌شد این بود که سلامت باروری و جنسی دختران با این تست معین نمی‌شود: "اگر از ما مراجعه‌کننده یا موارد قانونی هایمن را صرفاً استعلام کرده باشه، ما صرفاً در مورد هایمن صحبت می‌کنیم. حتی مواردی که از دادگاه‌ها به ما مراجعه می‌کنند، اگر قاضی پرونده از ما درخواست این رو کرده که پرده بکارت این فرد را معاینه بکنیم، ما هم فقط وضعیت پرده بکارت را برای قاضی می‌نویسیم، هرچند که موقع معاینه متوجه بشیم این مقعد هم مشکل داشته و اصلاً دختر رابطه مقعدی داشته. اما ما این را قید نمی‌کنیم چون از ما استعلام فقط در مورد پرده بکارت شده" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد تجربه‌ای که در این رابطه داشت گفت: "موردی داشتم که مادری دخترش را برای معاینه پرده بکارت و ازدواج آورده بود، دختر در رابطه آنال دچار زگیل تناسلی شده بود، ولی پرده بکارت سالم بود من واقعاً نمی‌دونستم چه گواهی باید بدم، عاقبت گواهی سلامت داده شد، با دختر هم صحبت کردم و احتمال واگیری بیماری را گفتم، ولی فکر نمی‌کنم با همسرش مطرح کنه و چه به روز همسرش میاد را من نمی‌دونم، هنوز از اینکه این گواهی را دادم ناراحتم، نمی‌تونیم با گفتن اینکه مگه پسر ثابت می‌کنه که رابطه نداره در اینکه یک دختر با بیماری را سالم و بدون سابقه رابطه جنسی معرفی کنیم توجیهی داشته باشیم" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

### ۱-۳ پیامد معاینه

مشارکت‌کنندگان بی‌اهمیت انگاشتن رابطه مقعدی در معاینه هایمن، ترویج روابط غیر معمول برای حفظ بکارت، عامل انتشار بیماری‌های مقاربتی و ایدز، شایع سازی رابطه مقعدی در جامعه، اختلال در روابط جنسی آینده به دلیل عادت به اشکال غیر معمول رابطه جنسی و شایع سازی هرپس ژنیتال به دنبال رابطه مقعدی در دختران را در رابطه با گسترش بیماری‌های مقاربتی با اهمیت دانستند:

**۱-۳-۱ بی‌اهمیت انگاشتن رابطه مقعدی در معاینه هایمن:** مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که اگر منظور



متأسفانه آمار خیلی بالایی داریم" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

مشارکت‌کننده دیگری گفت: "من از همکارهای مرد هم شنیدم که بیماری‌های مقاربتی و حتی ایدز در پسران کم سن و سال و جوانان بیشتر شده، البته ما چون مرکزی برای مردان نداریم و مدارس هم مشاورین با تجربه ندارن، آمار دقیقی نداریم، ولی معمول شدن رابطه مقعدی بدون آموزش استفاده از کاندوم می‌تونه نشونه یه فاجعه باشه" (متخصص زنان، ۴۴ ساله، متأهل).

بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان، تجاربی از مراجعه دختران مبتلا به زگیل مقاربتی به خصوص در ناحیه مقعد را داشتند: "تعارف که نداریم، وقتی هفته‌ای نیست که ما مراجعه کننده دختر مبتلا به زگیل تناسلی نداشته باشیم، یعنی این همه تأکید بدون آموزش روی هایمن داره به ضد خودش در زندگی جوانان تبدیل می‌شه، تازه قضیه به اینجا ختم نمی‌شه. واگیری ایدز هم در رابطه مقعدی بیشتره که ممکنه در ازدواج به طرف مقابل هم سرایت کنه" (متخصص زنان، ۴۸ ساله، مجرد).

یکی دیگر از ماماها با تجربه هم گفت: "اینها از راه واژینال نمی‌خواهند نزدیکی بکنند و دور تا دور ناحیه مقعد زگیل تناسلی دیده شده. حالا اینها آموزش استفاده از کاندوم ندارند" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

**۱-۳-۴ اختلال در روابط جنسی آینده به دلیل عادت به اشکال غیر معمول رابطه جنسی:** نکته مهمی که در بیشتر مصاحبه‌ها به چشم می‌خورد، مسئله تقاضای روابط غیرمعمول جنسی مردان از همسرانشان بود: "خانم‌های زیادی به من مراجعه می‌کنن و از این ناراحتن که همسرشون از آنها تقاضای سکس مقعدی دارد و بیشتر هم علت را سابقه داشتن این روابط در گذشته همسرشون و دوره مجردی می‌دونن، با معمول شدن این روابط، بحران در زندگی زناشویی رشد می‌کنه و حتی ممکنه به خاطر این مسئله خانواده‌ها از هم بپاشن" (متخصص زنان، ۴۷ ساله، مجرد).

از تست بکارت، عدم وجود رابطه جنسی توسط دختر است، این نکته در معاینه بکارت محقق نمی‌شود: "خیلی‌ها می‌گن که ما با نامزدمون رابطه داشتیم یا با هر کسی که هستیم ممکنه رابطه مقعدی داشته باشیم، ما کاری اصلاً به اینا نداریم، چون واقعاً نمی‌تونیم بگیم که این واقعاً رابطه جنسی داشته در همین حد که پرده بکارت سالم هست، کافیه" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۱-۳-۲ ترویج روابط جنسی غیرمعمول در جامعه:** تقریباً تمام مشارکت‌کنندگان یکی از علل شایع بودن روابط جنسی غیرمعمول و مقعدی در جامعه را برای حفظ هایمن می‌دانستند: "اکثراً می‌بینیم که در اینها هایمن سالم هست، اما متأسفانه از ناحیه به اصطلاح مقعد مشکل دارند، یا به طرق مختلفی اینها روابط جنسی ناسالمی را داشتند و این یک معضلی هست تو جامعه ما، باید خودداری جنسی دوباره تعریف بشه و این تعریف برا پسرها هم باشه، واقعیت اینه که بچه‌های امروز باورها و محدودیت‌های ما را قبول ندارن و دنبال راهی هستن که هم به لذت برسن و هم خیلی در جامعه نشون نشن. خوب در این صورت راه‌حل ارتباط جنسی مقعدی راه‌حل خوبیه" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۲ ساله، مجرد).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان افزود: "وقتی به جای ترویج رفتار جنسی مسئولانه و کمک به نوجوانان برای به تأخیر انداختن رابطه جنسی و شناخت مشکلات مربوط به رابطه جنسی زودرس، فقط روی حفظ بکارت، نه بکر بودن تأکید می‌کنیم، جوانان هم راهی برای ارضای خود بدوت آسیب به پرده بکارت پیدا می‌کنند که متأسفانه نتیجه‌اش ترویج روابط مقعدی شده است" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۲ ساله، متأهل).

**۱-۳-۳ انتشار بیماری‌های مقاربتی و ایدز:** وجود بیماری‌های مقاربتی در دخترانی که مشکل هایمن نداشتند نیز توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت: "خیلی اوقات هست که مثلاً پرده سالم هست ولی روابط جنسی وجود داره و انتقال بیماری مقاربتی انجام شده. نمونه مشخص زگیل تناسلی که ما

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان افزود: "رابطه مقعدی شایع شده تو کشور ما. خیلی رواج پیدا کرده، اون هم یکسری بیماری‌های خاص خودش و عوارض خاصی رو داره و از همش مهم تر با عرض معذرت به قول یکی از مریض‌های من می‌گفت احساس می‌کنم عین یک پرنده کوچکی می‌مونم که دست یک حیوون گرفتار شدم، داره من را تکه‌تکه می‌کنه، عارضه روانی اون چیزی که مادام‌العمر در ذهن یک خانم می‌مونه حتی اگر شوهرش باشه" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

## ۲- الزامات معاینه

زیر طبقات لزوم برنامه‌ریزی برای نظارت بر انجام معاینه و پیامدهای حاصل از نتایج منفی، آموزش، حمایت و امنیت سیستم پزشکی و مامایی و اخلاق و حقوق بهداشت باروری قرار داشتند:

### ۱-۲ برنامه‌ریزی برای نظارت بر انجام معاینه و پیامدهای آن:

مشارکت‌کنندگان در این زیر طبقه موارد تعیین مکان و پرسنل آموزش دیده، تربیت نیروی انسانی متخصص، آموزش معاینه کننده در مورد اعلام نتیجه، لزوم مشاوره با زوج در موارد آسیب دیده، حمایت از دختران آسیب دیده برای پیشگیری از عواقب سوء بعدی و تدوین دستورالعمل برای هایمن ترمیم شده را مطرح کردند:

### ۱-۱-۲ تربیت نیروی انسانی متخصص: عده‌ای از

مشارکت‌کنندگان، معاینه پرده بکارت را فراتر از یک امر تشخیصی می‌دانستند و بر عواقب سرنوشت دختر با اعلام این نتیجه تأکید می‌کردند: "نگاه کنید یک پرده ممکن هست از نظر من نوعی فقط آسیب دیده باشه و این آسیب‌دیدگی از نظر من قابل چشم پوشی باشه و نامه سلامت را بنویسم، اما از نظر یکی دیگه نه، همین آسیب دیدگی هم مهمه، حتی علتش هم براش مهم نیست، حالا آسیب فیزیکی بوده، آسیب ناشی از بیماری بوده، آسیب مثلاً صدمه بوده و نامه را ننویسد که این برای اون طرف می‌تونه مشکل‌ساز باشه" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

بیشتر مشارکت‌کنندگان از نداشتن مهارت کافی در برخی افراد ناراضی بودند: "اگر سیستم ما این آزمایش

را قبول کرده، باید برنامه‌ریزی کنه، یعنی الان حتی برای انجامش هم هیچ برنامه‌ای ندارند که اگر قرار هست این انجام بشه، کجا انجام بشه و چه کسانی، با چه سطح مهارتی اصلاً انجام بدهند" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۲ ساله، مجرد).

### ۲-۱-۲ آموزش معاینه‌کننده در مورد اعلام نتیجه:

یکی از ماماها با تجربه، عدم مهارت در اعلام نتیجه را مسبب بسیاری از مشکلاتی که برای دختر پیش می‌آید دانست: "ما این حق را به اون دختر خانمی که مراجعه کرده می‌دهیم که اگر مشکلی هم داره، ما اون مشکل را در حضور به اصطلاح مادرشوهر یا همراهان اون مریض بیان نکنیم و ما بتونیم با سیاستی که داریم با نحوه برخوردی که داریم طوری که حالا ما اون گواهی سلامت را ندهیم، ما می‌تونیم موقعی که مراجعه می‌کنند همون شکل پرده بکارت را بگیریم، اما به طور سربسته یا گواهی را که می‌نویسیم اون سلامت را مطرح نکنیم، چون وقتی که به ما مراجعه می‌کنند ما وظیفه داریم آبروی بیمار را حفظ کنیم و ما حقوق مردم را زیر سؤال نمی‌بریم" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

### ۲-۱-۳ لزوم مشاوره با زوج در موارد آسیب دیده:

یکی از مشارکت‌کنندگان برای کمک به حل مشکل دختران، تجربه خود در مورد مشاوره با مردان را مطرح کرد: "وقتی که برای ما مسجل هست که این بنده خدا هایمنش آسیب دیده، ما سعی می‌کنیم به طرق دیگری باعث ازدواج این بشیم، با مشاوره‌هایی که با اون آقا بتونیم داشته باشیم، با اون خانم بتونیم داشته باشیم، بتونیم مسائل جنسی را به اصطلاح کاری بکنیم که اینها با هم ازدواج بکنند. من مواردی بوده که ایشون با فرد دیگری، با دوست پسرش مسئله جنسی داشتن و پرده بکارتش هم آسیب دیده بود. شش جلسه‌ای که من با ایشون در حضور کسی که الان خواستگاری اومده بود و می‌خواست ازدواج بکنه، من صحبت کردم و توجیه شد که این اشتباه کرده و این که الان داره به شما میگه این تخلف را کردم، بهتر از اونی هست که هایمنش را ترمیم کنه و بخواهد کلاه سر شما بگذاره" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۲-۱-۴ حمایت از دختران آسیب دیده برای پیشگیری از عواقب سوء بعدی:** بیشتر مشارکت کنندگان به دوگانه بودن استانداردها در مورد دختران و پسران تأکید داشتند و با توجه به این که بار این رابطه جنسی فقط متوجه دختران است، حمایت از اینگونه دختران و جلوگیری از فساد آنان را مهم می‌دانستند: "اینها همون‌هایی هستند که بعداً میشن دختران فراری، دختران ایدزی، همون سری اول هم ممکنه بد باشند، چون از ازدواج فرار می‌کنند، وقتی که به یک سنی رسیدند ۳۰ سال و دیگه تو خانواده پدری نخواستند زندگی کنند، ادامه بدهند، از اون ور هم که میگن بکارت نداریم، پس همون‌ها هم صد در صد کشیده میشن" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۲-۱-۵ تدوین دستوالعمل برای اعلام نظر در مورد هایمن ترمیم شده:** تمام مشارکت‌کنندگان از نبودن پروتکل معین در مواردی که متوجه ترمیم پرده می‌شوند ناراضی بودند: "موقع معاینه مشخص شد که دختر یک ترمیم پرده قبلاً انجام داده که بسیار هم ناشیانه انجام شده بود و من همین نتیجه را به دختر گفتم که اول انکار کرد و گفت اصلاً چنین تشخیصی صحت ندارد و از من خواست این را به همسرش عنوان نکنم. بنابراین من تصمیم گرفتم به همسر بگویم برای من قابل تشخیص نیست، با ورود همسر به اتاق عنوان کردم که قادر به تشخیص نیستم، چون بعضی از پرده‌ها به شکلی هستند که به راحتی نمی‌توان با قاطعیت روی آن‌ها تشخیص گذاشت و همسر طبیعتاً به مطرح کردن سؤال‌های بیشتری پرداخت که من تمام آن‌ها را با دید کاملاً علمی جواب دادم و در نهایت با اصرار همسر و سؤالات پی در پی که می‌پرسید در واقع بحث تغییر مسیر داد و من در رابطه با "اعتماد" بین زوجها و این که این اعتمادسازی نمی‌تواند توسط یک معاینه پرده صورت بگیرد، نهایتاً با نتیجه‌ای به ظاهر خوب به اتمام رسید و چند ماه بعد خانم با بارداری به من مراجعه کرد و ظاهراً یک رابطه خوب مابین آن‌ها به وجود آمده بود" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

**۲-۲ آموزش، حمایت و امنیت سیستم پزشکی و مامایی**

موارد آموزش در رابطه با معاینه هایمن، ضرورت حمایت از معاینه‌کننده در حل معضلات پس از معاینه با نتیجه منفی و تخصیص مکان‌هایی با امنیت قانونی برای انجام معاینه توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد:

**۲-۲-۱ آموزش در رابطه با معاینه هایمن:** توجه نکردن به آموزش معاینه پرده بکارت در میان دروس دانشجویان گروه پزشکی و مامایی توسط بیشتر مشارکت‌کنندگان مطرح شد: "در ارتباط با بیماری‌های مقاربتی ما آموزش دیدیم، ولی پرده بکارت اون قدر اهمیت نداره در درمان که ما بخواهیم مثلاً حالا وقت روش واقعاً بگذاریم. میگم یک چیزی هست که بر حسب سنت و بر اساس فرهنگ ما حالا یک مقدار اهمیت پیدا کرده" (متخصص زنان، ۴۴ ساله، متأهل).

**۲-۲-۲ ضرورت حمایت از معاینه‌کننده در حل معضلات پس از معاینه با نتیجه منفی:** بیشتر مشارکت‌کنندگان از نبودن سیستم حمایتی در مواقعی که می‌خواهند نتیجه منفی را اعلام کنند، شکایت داشتند: "چون کلامی را که ما مکتوب دست مریض می‌دهیم و میگیم در مورد هایمنش تبعات قانونی میتونه برای ما داشته باشه، اما متأسفانه حمایت از ماماها همیشه نه از نظر قوه قضاییه و نه از نظر دانشگاه علوم پزشکی و اینها و ما اگر که گواهی را صادر می‌کنیم، اون امنیت خاطر را نداریم. بنابراین خیلی از همکاران ما با ترس و لرز گواهی‌ها را صادر می‌کنند، یا اصلاً مبادرت به این کار نمی‌کنند" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۲-۲-۳ تخصیص مکان‌هایی با امنیت قانونی برای انجام معاینه:** از آنجا که همه معاینه‌کنندگان زن هستند و مطب‌ها خصوصی است، اگر حمله‌ای از طرف مراجعین به فرد شود، حفاظت چندانی برای معاینه‌کنندگان وجود ندارد و این نکته در مصاحبه تعدادی از مشارکت‌کنندگان با تجربه مورد تأکید قرار گرفت: "معاینه هایمن مسئله ساده‌ای نیست، به خصوص وقتی طرفین به مسئله‌ای مشکوک باشند، دقیقاً مثل دعوای توی دادگاه‌ها که البته اونجا نیروهایی برای آرام کردن محیط هست، ولی اینجا وقتی مراجعه

می‌کنن، خشمگین هستن و مطب هم امنیتی نداره" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

از طرفی بیشتر مشارکت‌کنندگان تجاربی از برخوردهای خشن را داشتند که از ترس نمی‌دانستند چطور اظهار نظر کنند و از طرفی حدود دفاع سیستم بهداشتی از خود را نیز ناکافی می‌دانستند: "یعنی ما این مشکل را داریم که اگر که فردی از سلامت برخوردار نیست و یا اینکه مشکل‌دار شدیم، بعضی وقت‌ها میان مثلاً مراجعه‌کننده داشتیم که یک مینی‌بوس از روستایی اومدن و به من میگن که ما می‌خواهیم با هم این پرده را ببینیم. خوب من ممانعت می‌کنم از اینکه بخواد هفت تا هشت تا خانم دیگه هم بخوانند همراه من این را ببینند و بعد می‌بینیم که مردهاشون چاقو درمیارن ما می‌خواهیم با هم ببینیم، من اینجا به عنوان یک خانمی که توی مطب هستم، حالا حتی منشی من آقا هست، به خاطر اینکه من واقعاً به خاطر ایمنی که می‌خواهم خودم در مطب داشته باشم می‌ترسم که بخوام اظهارنظری داشته باشم" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۲-۳ اخلاق و حقوق بهداشت باروری:** حفظ حرمت، کسب اجازه از دختر برای آشکارسازی، دفاع از حقوق دختر با لاپوشانی و گزارش خلاف واقع، حفظ اسرار، چشم‌پوشی برای نجات زندگی دختران، پیشگیری از آسیب روحی و روانی دختر و پسر و نیاز به راهکار عملی در موارد آسیب، در طبقه اخلاق و حقوق بهداشت باروری قرار گرفتند:

**۲-۳-۱ حفظ حرمت:** نکته مهمی که اکثر مشارکت‌کنندگان روی آن تأکید داشتند، مسئله حفظ حقوق دختران از نظر حرمت بود، چون معمولاً شکل رایج این مراجعات به همراه خانواده همسر، همسر یا خانواده دختر است: "به نظر من اطلاعات پزشکی تو هر قسمتی شخصیه. یعنی اگر اون شخص رضایت نداشته باشه، جز در مقابل مقامات قضایی نباید گفته بشه. حتی به نظر من در مواردی حتی به پدر و مادر نمی‌شه گفت، چون مسئله خصوصی هست" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

البته یکی از ماماها با تجربه، اصرار ماما به حفظ حرمت را در برخی موارد باعث سوء تفاهم می‌دانست:

"موردهای زیادی داشتیم که وقتی من از پذیرفتن همراهم بیمار یا توضیح نتیجه برای آنان خودداری کردم، تصور کردند که دختر باکره نیست و من نمی‌خواهم برایشان توضیح بدم" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۲-۳-۲ کسب اجازه از دختر برای آشکارسازی:** عدم رعایت حقوق دختران در کسب اجازه برای آشکارسازی اطلاعات شخصی او مورد تأکید همه مشارکت‌کنندگان بود: "برای شخص باید گفته بشه اگر اون اجازه میده برای خانواده گفته بشه" (کارشناس مامایی، ۴۲ ساله، مجرد). اما به دلیل نبود سیاست واحد، کاملاً سلیقه‌ای رفتار می‌شد، یکی از متخصصان با تجربه گفت: "وقتی سن پایین باشه، معمولاً من مادر را در جریان می‌گذارم. ولی در مواردی که بالای هجده ساله ترجیح می‌دهم پزشک قانونی این مسئله را حل بکنه" (متخصص زنان، ۴۸ ساله، مجرد).

**۲-۳-۳ دفاع از حقوق دختر با لاپوشانی و گزارش خلاف واقع:** با توجه به تبعات آشکارسازی آسیب پرده بکارت و خطرانی که دختر را تهدید می‌کند، برخی مشارکت‌کنندگان کتمان این مسئله را برای نجات دختران با اهمیت می‌دانستند: "فکر می‌کنم حتی در مواردی که مشکلی وجود داره برکه سلامت را بدیم بهتر باشه، چون احساس می‌کنم زندگیش نجات پیدا می‌کنه. یعنی بالاخره انسان جایز الخطاست، ممکن هست ناخواسته یه زمانی اتفاقی اصلاً یه زمانی خواسته، توی یه مقطعی آدم گول بخوره، یه اشتباهی بکنه، دلیل نداره با یه اشتباهی که یک بار کرده، یک عمر بخواد تبعاتشو پس بده، مثلاً دیگه حق ازدواج ازش گرفته بشه" (متخصص زنان، ۴۲ ساله، مجرد).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان افزود: "متخصصین زنان، من یک تعدادیشون را که می‌شناسم یا اصلاً مخالف هستند با معاینه یا بلافاصله می‌نویسند سالم، بدون این که معاینه بکنند؛ چرا، چون خیلی فمینیست هستند. اون‌ها میگن ۱۰۰٪ حق با دخترها و خانم‌هاست" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

اما این نظر مخالفینی هم داشت که معتقد بودند نباید در این زمینه از دختران حمایت کرد: "دختری که

۲-۳-۶ نیاز به راهکار عملی در موارد آسیب: تمام مشارکت‌کنندگان از این مسئله که راهکار عملی برای مواردی که پارگی پرده وجود دارد نداریم و در واقع دختر، پسر و خانواده آن‌ها را رها می‌کنیم تا بر حسب سلیقه و فرهنگ خود با این دختر رفتار کنند، شکایت داشتند و بیان کردند: "بزرگ‌ترین کمکی که من به نظرم می‌رسد، اینه که فعلاً به صورت کتبی مدرک ندیم و نگه داریم بین خودم و اون دختر. در وهله اول نگهش داریم، ولی اینکه بعد چه کار می‌شه کرد، یا اصلاً خانواده‌ها قانع می‌شن یا پیش یک نفر دیگه می‌برن را دیگه نمی‌دونم چه باید کرد؟" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

۳- پیشگیری از پیامدهای منفی معاینه این طبقه شامل راهکارهای توانمندسازی جامعه و راهکارهای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه می‌باشد:

۳-۱-۱ راهکارهای توانمندسازی جامعه در این زیر طبقه به شروع آموزش حقوق و سلامت باروری از دبیرستان، آموزش حقوق و سلامت باروری در دانشگاه، تغییر دیدگاه مادران در پذیرش تبعیض جنسیتی، بالا بردن آگاهی خانواده پسر در مورد توهین‌آمیز بودن معاینه، ایجاد امکان جبران خطا برای دختر، تأکید بر وفاداری بعد از ازدواج، توانمندسازی زنان، تصحیح باور پسران در مورد حقوق دو طرف در رابطه جنسی و ارتقاء سطح آموزش جنسی در مشاوره‌های پیش از ازدواج اشاره شد:

۳-۱-۱-۱ شروع آموزش حقوق و سلامت باروری از دبیرستان: بیشتر مشارکت‌کنندگان افزایش آگاهی جوانان، به خصوص با شروع زودرس بلوغ از دوران دبیرستان را با اهمیت می‌دانستند: "به نظر من از نظر دید روانشناسی و جامع‌شناسانه باید با این مسئله برخورد بشه و از همون دوره دبیرستان این آگاهی را بدهند. در طول دوره نامزدی باید این آگاهی را داشته باشن. من بارها به مریض‌هام میگم ممکنه نامزدی‌ها بهم بخوره و در نهایت بازنده زن هست تعارف نداریم، پسر و دختر باید مزایای خودداری جنسی را باور کنن" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

پایبند نیست بعداً به بچه‌هاش هم پشت می‌کنه. ولی به نظر من زن‌ها بیشتر خانواده رو نگه می‌دارن تا آقایون. برای همین از خانوما انتظار بیشتری داریم" (متخصص زنان، ۴۴ ساله، متأهل).

۲-۳-۴ چشم‌پوشی برای نجات زندگی دختران: حفظ اسرار در همه معاینات پزشکی ضروری است و اغلب مشارکت‌کنندگان در مورد این معاینه نیز بر آن تأکید داشتند: "دختر یواشکی اشاره بهت می‌کنه می‌گه مثلاً من آره یه ارتباطی داشتم هیچی نگین اشاره می‌کنه که به مامانم هیچی نگین و خواهش می‌کنه این گواهی رو واسش صوری صادر کنیم، در حالی که این موضوع خیلی خصوصی هست، یعنی واقعاً به نظر من یک جور ظلم به دختر است که اینطور همه باید روی مسائل و خطاهاش نظر بدن" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۲ ساله، مجرد).

۲-۳-۵ پیشگیری از آسیب روحی و روانی دختر و پسر: خطرات تهدیدکننده حیات و آینده دختران، از جمله مواردی بود که بیشتر مشارکت‌کنندگان را ناچار به چشم‌پوشی از مسائلی می‌کرد که شاید با دقت بیشتر می‌توانستند سابقه رابطه جنسی را تأیید کنند: "از همه مهم‌تر گاهی اوقات برخی مسائل اینقدر ریزه که شما با یک چشم رو هم گذاشتن می‌تونید ازش بگذری، یک دختری وارد یک زندگی جدیدی بشه مته به خشخاش زدن زیاد هم بده، اینها را باید پزشک قانونی یاد ما بده. مسائل حیاتی یک زندگی است و باید مهارت برخورد داشته باشیم" (کارشناس مامایی، ۴۰ ساله، متأهل).

یکی از مشارکت‌کنندگان که سابقه معاینات زیادی را داشت، در رابطه با زمان نامناسب انجام این معاینه گفت: "خانواده‌هایی داریم که دخترشان را به عقد پسری در می‌آورند و این زوج اجازه دارند با هم به سفر بروند و یا شب‌ها و روزها را با هم سپری کنند، ولی چند روز مانده به عروسی برای معاینه پرده بکارت آن‌ها را می‌آورند و این بیشتر شبیه یک بازی روانی با این زوج‌هاست. این نوع برخوردها عوارض روحی روانی زیادی برای زوجین به همراه دارد و حتی تمام قوانین مذهبی را زیر سؤال می‌برد" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

البته یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان، دوره دبیرستان را برای این آموزش‌ها نامناسب می‌دانست: "من یک مقدار مخالف این هستم که تو مدارس اینها توضیح بدن، یعنی ترجیح می‌دهم با جوی که کشور ما داره، فرهنگ ما داره و امکاناتی که ما داریم بیشتر بیایم روی قشر تحصیل کرده یا بزرگسالان نیرو بگذاریم" (متخصص زنان، ۴۷ ساله، متأهل).

**۳-۱-۲ آموزش حقوق و سلامت باروری در دانشگاه:** برخی مشارکت‌کنندگان به مسئله آموزش حقوق و سلامت باروری در دانشگاه اشاره کردند: "واقعیت اینه که جامعه دانشگاهی با وجود این که آماده یادگیری و تغییر عقاید است، در زمینه آموزش‌های حقوق بهداشت باروری فراموش شده است، من مراجعین زیادی داشتم که مرد تحصیل کرده بوده، برای بررسی بکارت نامزدش آمده و سطح برخوردش حتی از افراد عامی پایین‌تر بوده و در حالی که دختر را موظف به اثبات باکرگی می‌دونن، هیچکس نباید از خودشون هیچ توضیحی بخواد، بارها به خودم گفتم پس این‌ها در دانشگاه چی یاد می‌گیرن؟ یا حتی دختران تحصیل کرده‌ای که با اصرار گواهی سلامت می‌خواهند، در حالی که هم من و هم خودشان می‌دونن هاین ترمیم شده است و گواهی که می‌برن به نوعی فریب طرف مقابل و نادیده گرفتن حقوق آنان در شناخت واقعی است" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

**۳-۱-۳ تغییر دیدگاه مادران در پذیرش تبعیض جنسیتی:** تمام مشارکت‌کنندگان ریشه اصرار در رابطه با اثبات بکارت را در دیدگاه مادران در مورد تفاوت بین زن و مرد می‌دانستند و اینکه به عنوان مادر پسر هیچ حقی را برای دختران قائل نیستند و مادر دختر هم این را می‌پذیرد: "یک وقتی‌هایی که دختر تحت فشار اجتماعی و اجبار نانوشته، با مادر خودش میاد. پس کار ما اشتباه هست ما خانم‌ها، ما مادران دختر که خودمون میریم مطب می‌گیریم که خوب دختر من را معاینه بکن و هرگز از خانواده پسر نمی‌خوایم که در مورد پسرشون چنین اطمینانی به ما بدن و حتی به این موضوع فکر هم نمی‌کنیم" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۳-۱-۴ بالا بردن آگاهی خانواده پسر در مورد توهین‌آمیز بودن معاینه:** بیشتر مشارکت‌کنندگان بالا بردن آگاهی خانواده پسر در مورد توهین‌آمیز بودن معاینه را از موارد ضروری برای تغییر رفتار نسبت به دختران می‌دانستند: "به مادر پسر میگم، درسته که قرار هست که شما دختری را انتخاب بکنید که از هر طریقی، از هر طرفی مطمئن باشید. ولی آیا به پسر خودتون هم همین قدر اطمینان دارید؟ میرید معاینه بکنید ازش سؤال کنید که ببینید سالم است؟ و اصلاً به این فکر نمی‌کنید که ممکنه تحقیر بشه یا این که اصلاً چرا باید خودش را اثبات کنه. ما اینقدر یعنی ترجیح جنسیتی داریم تو جامعمون که اصلاً اگر پسر رابطه جنسی داشته باشه یا نداشته باشه، اصلاً مهم نیست. اصلاً بیان نباید بشه، ولی یک دختر حتماً باید معاینه هم بشه گواهی کتبی هم باید بیاره" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در مورد تجربه خود گفت: "متأسفانه موردی داشتم که وقتی داشتم معاینه می‌کردم متوجه شدم مادر پسر در اتاق معاینه را آروم باز کرده و داره گوش میده که ببینه صحبتی اینجا رد و بدل میشه یا نه؟ حتی به من هم اعتماد نداشت" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۳-۱-۵ ایجاد امکان جبران خطا برای دختر:** تقریباً تمام مشارکت‌کنندگان از این که با ندادن گواهی سلامت یا با دادن گواهی عدم سلامت، زندگی یک دختر چطور تحت تأثیر قرار می‌گیرد، ناراحت بودند و ایجاد امکان جبران خطا برای دختر را ضروری می‌دانستند: "یعنی این مسئله‌ای هست که تو ایران کل زندگی را تحت شعاع قرار میده، دیگر هیچ کس این دختر را قبول نمی‌کنه اگرچه ممکن هست بقیه خودشون صدها مرتبه از نظر اخلاقی مشکل بیشتر داشته باشند. به نظر من پیشگیری و آگاهی در این زمینه مهمه، چون بالاخره سنی هم هستن، بالاخره سنی که سن بلوغ هست و هورمون‌ها بیشتر اثر می‌کنن، دخترها کمتر به آینده‌شون فکر می‌کنن یا بیشتر گول می‌خورن" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

هیچ کدام دختر نیستند و من با هر دختری سکس داشتم دختر نبوده و ملاکش برای این تشخیص عدم خونریزی در اولین تماس جنسی بود" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

**۳-۱-۹ ارتقاء سطح آموزش جنسی در مشاوره‌های پیش از ازدواج:** نقش مشاوره‌های پیش از ازدواج در تصحیح باورها مورد تأکید بیشتر مشارکت‌کنندگان بود: "آقا تمام رابطه‌ها را تجربه کرده همه چیز اطلاعات داره، دختر نه تجربه‌ای داره نه کلاسی دیده ولی بعد از ازدواج همه چیز را یک جا ازش می‌خواهند. پس ما تو مرحله ازدواج کلاس‌های آموزشیمون اشکال داره، کلاس‌ها، کلاس‌های ناقص هست و یا حالت رفع مسئولیت، رفع تکلیف هست" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

بیشتر مشارکت‌کنندگان از امنیت خود در مواردی که متهم به حمایت از دختر می‌شوند یا از نداشتن مهارت کافی در برخی افراد ناراضی بودند: "اگر سیستم ما این آزمایش را قبول کرده باید برنامه‌ریزی کنه، یعنی الان حتی برای انجامش هم هیچ برنامه‌ای ندارند که اگر قرار هست این انجام بشه کجا انجام بشه و چه کسانی با چه سطح مهارتی اصلاً انجام بدهند" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۲ ساله، مجرد).

برخی مشارکت‌کنندگان، معاینه پرده بکارت را فراتر از یک امر تشخیصی می‌دانستند و بر عواقب سرنوشت دختر با اعلام این نتیجه تأکید می‌کردند: "نگاه کنید یک پرده ممکن هست از نظر من نوعی فقط آسیب دیده باشه و این آسیب‌دیدگی از نظر من قابل چشم‌پوشی باشه و نامه سلامت را بنویسم، اما از نظر یکی دیگه نه، همین آسیب‌دیدگی هم مهمه حتی علتش هم براش مهم نیست حالا آسیب فیزیکی بوده آسیب ناشی از بیماری بوده آسیب مثلاً صدمه بوده و نامه را ننویسد که این برای اون طرف میتونه مشکل‌ساز باشه" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۳-۲ راهکارهای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه**

تلاش برای کسب مهارت برای اعلام نتیجه منفی، معرفی راهکارهای مختلف برای جلوگیری از مشکلات

**۳-۱-۶ تأکید به وفاداری بعد از ازدواج:** یکی از مشارکت‌کنندگان از تجربیات خود در مشاوره با خانواده دختری که به هر حال دچار خطا شده گفت: "ما معمولاً پرده بکارت‌هایی را که آسیب دیده خودمون تعیین می‌کنیم که باهاشون مشاوره داشته باشیم و بتونیم اینها را تغییر رفتاری دهیم تا در آینده تغییر رفتار به اصطلاح در برنامه‌های جنسیشون ایجاد بشه. بعضی مواقع با صحبت کردن در مورد وفاداری بعد از ازدواج می‌توان از فاجعه‌های بعدی جلوگیری کرد" (متخصص زنان، ۵۵ ساله، متأهل).

**۳-۱-۷ توانمندسازی زنان:** مشارکت‌کنندگان توانمندسازی زنان برای دفاع از حقوق خود را عامل مهمی برای رفع تبعیض در رابطه با این آزمایش می‌دانستند: "نیاز آموزش ما اینه که یک زن اینقدر اقتدار داشته باشه که بتونه بگه انسان بودن من مهم‌تر از بکارت داشتن یا نداشتن من هست. اگر هر زنی خودش بتونه این حرف را بزنه اگر هم واقعاً هم خواست کاری انجام بده، می‌دونه داره چکار می‌کنه، تا آخر هم پاش می‌ایسته. نه اینکه براش بکارت مهم باشه و رفتار دیگه‌ای بکنه و ضربه هم می‌خوره بعد هم تا آخر عمر داره خودش را شمانت می‌کنه و کاری هم نمی‌تونه بکنه" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۲ ساله، مجرد).

**۳-۱-۸ آشنایی پسرها با روابط جنسی مسئولانه:** مشارکت‌کنندگان یکی از راه‌های توانمندسازی جامعه را آشنایی پسرها با روابط جنسی مسئولانه دانستند که در آن صورت فقط از دختران انتظار باکرگی وجود نخواهد داشت: "یک مراجعه‌کننده دیگه پسری بود تقریباً ۲۰ ساله که با دختری ۱۷ ساله رابطه برقرار کرده بود و چون دختر خونریزی نداشت به دوشیزگی او شک کرده بود و جالب اینجاست که مدت آشنایی آن‌ها فقط ۱ هفته بود. وقتی من به پسر گفتم شما با چه مجوزی با این خانم ارتباط برقرار کردی که حالا دنبال اینی که تهمت هم به دختر بزنی؟ گفت من باید چک کنم ببینم این آدم حسابیه که باهاش بمونم یا نه و طبیعتاً این دختر هیچ حقی برای دفاع از خودش برای خودش قائل نبود و با هیچ‌کس هم نمیتونست صحبت کنه. پسر با کمال وقاحت می‌گفت دخترهای این زمانه

بعدی، ارجاع به پزشکی قانونی برای اعلام نتیجه منفی، عدم تأیید دختر و امتناع از دادن نامه دروغ به دلیل موانع شرعی و تعریف جایگاهی برای ترمیم هایمن در جهت جلوگیری از خشونت نسبت به دختران از راهکارهایی بود که مشارکت‌کنندگان برای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه مطرح کردند.

**۳-۲-۱ تلاش برای کسب مهارت در اعلام نتیجه منفی:** برخی مشارکت‌کنندگان مهارت در اعلام نتیجه منفی در این معاینه که می‌تواند طرح چنین نتیجه‌ای باعث به خطر افتادن جان دختر شود را با اهمیت می‌دانستند: "ما هیچ آموزشی در رابطه با نحوه برخورد با مواردی که نمی‌توانیم سلامت هایمن را تأیید کنیم ندیدیم. اون کسی که داره معاینه میکنه، حتماً از نظر مهارتی توانایی داشته باشه که قضاوت نکنه، وقتی از طرف خانواده آورده میشن معمولاً حقوق شخصی مطرح نیست دیگه و ما هم توی این مورد می‌مونیم که آیا حقیقت را مطرح بکنیم، نکنیم! من خودم به شخصه معمولاً به طور مستقیم نمیگم این‌ها را. حالا با یک لحن به اصطلاح متعادلی مطرح می‌کنم" (کارشناس مامایی، ۴۷ ساله، متأهل).

**۳-۲-۲ معرفی راهکارهای مختلف برای جلوگیری از مشکلات بعدی:** به دلیل حساسیت مسئله معاینه پرده بکارت، بیشتر مشارکت‌کنندگان معرفی راهکارها را مهم می‌دانستند: "اگر برای خانواده گفته میشه، طوری گفته نشه که حالا یک جور فاجعه اتفاق افتاده، ولی متأسفانه بیشتر همکارا به خصوص همکارای جوونتر هنوز در مورد اینکه چه عواقبی برا دختر داشته باشه چیزی نمی‌دونن. راهکارها را بدهیم حالا ما تعیین کننده نیستیم که اون خانواده می‌خواهند از چه راهکاری استفاده کنند، ولی راهکارها بهشون گفته بشه حتی امکان ترمیم پرده. البته اگر خانواده در جریان باشد حتماً به دنبال ترمیم آن هستند" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۳-۲-۳ ارجاع به پزشکی قانونی برای اعلام نتیجه:** یکی از راهکارهای پیشنهاد شده توسط تعداد کمی از مشارکت‌کنندگان، ارجاع به پزشکی قانونی برای اعلام نتیجه بود: "چون کلامی را که ما مکتوب

دست مریض می‌دهیم و می‌گیم در مورد هایمنش، میتونه تبعات قانونی برای ما داشته باشه، اما متأسفانه حمایت از ماماها نمیشه، نه از نظر قوه قضاییه و نه از نظر دانشگاه علوم پزشکی و این‌ها و ما اگر که گواهی را صادر می‌کنیم، اون امنیت خاطر را نداریم بنابراین خیلی از همکاران ما با ترس و لرز گواهی‌ها را صادر می‌کنند یا اصلاً مبادرت به این کار نمی‌کنند" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

البته یکی از مشارکت‌کنندگان با تجربه به نکته‌ای اشاره کرد: "ارجاع به پزشکی قانونی خوبه، ولی واقعاً اونجا چقدر برای آرام کردن خانواده آماده هستند یا اصلاً می‌توانند از حقوق دختر حمایت کنند که بلایی سر او نیاورند، در کل اگر کادر پزشکی قانونی آماده برخورد در این مسائل باشند خوب است. ولی با تعریف‌هایی که من شنیدم و اینکه مسئله را خیلی پلیسی می‌کنند ضرورتی برای اینکار نمی‌بینم" (کارشناس ارشد مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

**۳-۲-۴ عدم تأیید دختر و امتناع از دادن نامه دروغ به علت موانع شرعی:** تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان علی‌رغم اینکه می‌دانستند تأیید سلامت بکارت برای دختر بسیار اهمیت دارد، اما با دادن گواهی دروغ مخالف بودند: "من در چنین مواقعی (منفی بودن) اصلاً حرف نمیزنم و میگم که بهتره یک کارشناس دیگه‌ای مراجعه کنید، اما دادن گواهی دروغ را قبول ندارم از نظر قانونی هم که کسی متوجه نشه اما از نظر اخلاقی و شرعی آدم احساس مسئولیت می‌کنه" (کارشناس مامایی، ۳۸ ساله، متأهل).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نکته جالبی را مطرح کرد: "دختری که پایبند نیست، بعداً به بچه‌هاش هم پشت می‌کنه، ولی به نظر من زن‌ها بیشتر نگه می‌دارن خانواده رو تا آقایون. برای همین از خانوما انتظار بیشتری داریم. شاید بتونه یه مانعی باشه بالاخره مجبور می‌شن به یه چیزایی پایبند بشن، بنابراین من دادن گواهی دروغ رو ترویج بی‌بندوباری می‌دونم، درسته باید از دختر حمایت بشه، ولی این کار غلطه" (متخصص زنان، ۴۷ ساله، متأهل).



### ۳-۲-۵ تعریف جایگاهی برای ترمیم هایمن برای

**جلوگیری از خشونت نسبت به دختران:** بیشتر مشارکت‌کنندگان معتقد به ایجاد شرایطی جهت ترمیم بکارت در جهت حفظ حقوق دختران و پیشگیری از آسیب بودند: "به نظر من پسرها هیچ وقت نه محاکمه‌ای میشن نه سؤال جواب میشن در این زمینه. این چیزی که تقریباً نابرابری جنسیتی در این زمینه صددرصد و قطعی هست، حالا اگر یک دختری تو هر سنی آسیب دید، با عرض معذرت باید بره یک قبری بکنه توش بخوابه چون دیگه از اون به بعد نه خودش می‌تونه زندگی کنه نه پدر و مادرش" (کارشناس ارشد مامایی، ۴۰ ساله، مجرد).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان هم اضافه کرد: "ترمیم پرده بکارت از اون مسائلی است که با وجود اینکه داره انجام می‌شه، ولی هنوز مسئولین دوست ندارن راجع به اون فکر کنن و جایگاهی برای اون تعریف کنن تا در کشوری که خطر مرگ هم وجود داره بشه کاری کرد. الان کادر پزشکی با این مشکلات و سؤالات بی‌جواب رها شدن و هر کس سلیقه‌ای کاری می‌کنه" (کارشناس مامایی، ۴۰ ساله، متأهل).

### بحث

مطالعه حاضر برای اولین بار به بررسی تجارب و درک متخصصین زنان و ماماها در رابطه با معاینه پرده بکارت پرداخت.

در رابطه با علل معاینه، درخواست مراجعین، اطلاع دختران از وضعیت خود و انگیزه اقتصادی مطرح شد. در مطالعات دیگر نیز بیشترین علل مراجعه برای معاینه بکارت، درخواست مراجعین برای اطلاع از وضعیت خود بود تا بتوانند سلامت خود و عدم وجود رابطه جنسی قبل از ازدواج را برای خانواده خود اثبات کنند (۲۳)، (۲۴). در رابطه با انجام وظیفه حرفه‌ای و انگیزه اقتصادی که در مطالعه حاضر مطرح شد، لکلر (۲۰۱۲) در هلند نیز وجود تقاضا و انگیزه اقتصادی را بیشترین عامل برای حمایت از این معاینه در میان پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی مطرح کرد (۱). مشارکت‌کنندگان وجود معاینه بکارت را ناشی از حق

مرد در گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج دانستند که در مطالعه وان پوست هم به آن اشاره شده است (۲۵). آمی، سال ۲۰۰۸، بیان کرد که *Virginity* به این معنی است که دختر تاکنون رابطه جنسی نداشته است. این کلمه ترکیبی از کلمه لاتین *Vir* به معنی مرد و *genere* به معنی "خلق شده برای" می‌باشد، بنابر این در بررسی ریشه لغوی این کلمه، موقعیت فرودست زنان مشخص می‌شود. یهودیان، مسیحیان و مسلمانان اهمیت زیادی برای دوشیزگی قبل از ازدواج قائلند (۸). سایر مطالعات نیز مطرح شدن این آزمایش در میان برخی جوامع را مطرح می‌کنند. بالا بودن آمار ابتلاء به ایدز در میان جوانان و به خصوص زنان جوان، این مسئله را مطرح می‌کند که دختران جوان از نظر جنسی فعال هستند و لازم است مجدداً برتری و غلبه مردان در مورد رابطه جنسی مورد تأکید قرار گیرد و آزمایش بکارت برای اثبات دوشیزگی و وجود عدم رابطه جنسی دوباره احیاء شود (۲۶).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان در بررسی ماهیت معاینه، به ارزش تشخیصی معاینه پرده بکارت اشاره کردند. پرده بکارت در حین رابطه جنسی پاره می‌شود و باعث می‌شود که دارای پرز و زوائد نامرتب و باریک شود (۲۷)، از نظر ایس، رابطه عمیق باعث پارگی بیشتر آن می‌شود که این پارگی‌ها بیشتر در قسمت خلفی یا خلفی- جانبی است. (۲۸) اوانان (۲۰۰۵) یک مورد از تشکیل پرده بکارت بدون منفذ در حاملگی را گزارش کرد که هیچ‌گونه جراحی روی آن انجام نشده بوده و چنین توجیه کرد که ممکن است اپی‌تلیوم گلیکوژنه در پاسخ به استروژن در بارداری چنین تغییراتی کرده باشد (۲۹). بسیاری از نویسندگان معتقدند که پارگی پرده بکارت و خونریزی آن ممکن است به دنبال اولین رابطه جنسی ایجاد نشود (۳۱)، (۳۰). در ماهیت معاینه، انجام آن به عنوان عامل گسترش روابط جنسی غیر معمول و گسترش بیشتر بیماری‌های مقاربتی نیز از مواردی بود که توسط مشارکت‌کنندگان در تبیین ماهیت معاینه عنوان شد. دختران نوجوان بر اساس باورهای اجتماعی به حفظ بکارت معتقدند و از آنجایی که آگاهی و مهارت لازم

برای عقب انداختن رابطه جنسی تا ازدواج را ندارند، به رابطه جنسی مقعدی روی می‌آورند که آگاه‌سازی دختران در مورد خطر این رابطه مورد تأکید مشارکت‌کنندگان بود. در مطالعه روگرس (۱۹۹۸) در آفریقای جنوبی در رابطه با شیوع روابط جنسی مقعدی در بین جوانان دختر و پسر انجام شد، حفظ بکارت از محرک‌های ایجاد این رابطه بود و بیشتر جوانان از احتمال انتقال ایدز در این رابطه اطلاع نداشتند (۳۲). دختران در رابطه با استاندارد دوگانه در مورد تست باکرگی دچار مشکل هستند، زیرا پسرها اثباتی در رابطه با عدم رابطه جنسی خود ندارند و کارکنان بهداشتی که با انجام این تست مسائل شخصی دختران را آشکار می‌کنند (۴). هرچند در بسیاری از کشورها این آزمایش به عنوان عملکرد مضر سیستم بهداشتی در رابطه با حقوق بهداشت باروری دختران نوجوان محسوب می‌شود (۳۳). در حقیقت، دوشیزگی یک وضعیت فیزیولوژیک است که نه تنها به معنای پرده بکارت سالم است، بلکه نشانه یک اعتقاد اخلاقی به عدم رابطه جنسی قبل از ازدواج است، چون در برخی موارد علی‌رغم داشتن رابطه جنسی، پرده بکارت سالم بوده است (۳۴). در مروری بر مطالعات که توسط ویکستروم (۲۰۱۰) در آفریقای جنوبی مطرح شد، حتی مادران دختران نوجوان روش‌های جایگزین مانند *Thigh sex* (داشتن رابطه جنسی بدون ازاله بکارت) را توصیه می‌کردند (۲۶).

در این مطالعه الزامات معاینه نیز از محورهای مهمی بود که مشارکت‌کنندگان از جنبه‌های مختلفی به آن پرداختند. لزوم برنامه‌ریزی برای نظارت بر انجام معاینه و پیامدهای حاصله از عدم وجود بکارت و منفی بودن نتیجه آزمایش مورد تأکید قرار گرفت که در این رابطه به تخصیص زمان، مکان و افراد متخصص برای این معاینه به دلیل حساسیت و احتمال خشونت نسبت به دختران اشاره کردند. در موارد مشابه در گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ نشان داده شد که تربیت و حساس‌سازی پرسنل پزشکی، نقش مهمی در جلوگیری از خشونت و حفظ حقوق زنان دارد. باید راهنماهای عملی مبتنی بر فرهنگ و اعتقادات به وجود

آید (۳۵). پرسنل بهداشتی باید قابلیت شناسایی مواردی که ممکن است منجر به ایجاد خطر برای زنان و دختران شود را داشته باشند (۳۶). مطالعات مختلف اهمیت مداخلات ممکن در جلوگیری از خشونت نسبت به زنان را نشان می‌دهند، چون علل دیگر پارگی پرده بکارت بدون رابطه جنسی شامل استفاده از تامپون و انگشتان، فعالیت‌های ورزشی شدید، افتادن روی یک ابزار تیز و عملیات جراحی نیز باید مد نظر قرار گیرد (۳۷، ۳۸). گزارش وضعیت پرده بکارت یک دختر به اطرافیان دختر، ریشه ایجاد قتل‌های ناموسی است (۳۹). بارها مشاهده شده که بعد از مرگ یک دختر در جریان قتل‌های ناموسی، مشخص شده که دختر هیچ‌گونه تماس جنسی نداشته است، بنابراین تشخیص وجود رابطه جنسی در صورتی که پزشک، پرستار یا ماما نتواند پرده بکارت را تشخیص دهد، بسیار مسئولانه خواهد بود (۴۰). یکی دیگر از نکاتی که توسط مشارکت‌کنندگان تأکید شد، آموزش، حمایت و امنیت سیستم پزشکی و مامایی در رابطه با انجام معاینه بکارت بود. در مطالعه خافاجی در سال ۲۰۰۷، نشان داده شد که بسیاری از زنان قربانی مرگ‌های ناموسی و شرافتی که توسط افراد خانواده به قتل رسیده‌اند، حداقل یک بار سابقه مراجعه به سیستم بهداشتی را داشته‌اند که به خصوص برای اثبات باکرگی که این مجوز به طور مستقیم از طرف سیستم بهداشتی تأیید می‌شود، بوده است (۴۱). برنامه ستل از استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸)، حساس‌سازی و آموزش کارکنان سیستم بهداشتی در جهت ارتقاء توانایی مشاوره و ارائه راهکار مناسب برای پیشگیری از این گونه قتل‌ها را ضروری می‌داند (۴۲). در مطالعه حاضر، توجه به حقوق بهداشت باروری در رابطه با الزامات معاینه نیز مورد توجه قرار گرفت و مشارکت‌کنندگان به حقوق دختران، که در نتیجه انجام اجباری این آزمایش مورد تعدی قرار می‌گیرد، اشاره کردند. در رابطه با انجام اجباری این آزمایش، ولز (۲۰۰۶) مطرح کرد هر چند که به نظر غیر عادی می‌رسد، اما همچنان اثبات عدم فعالیت جنسی دختر قبل از ازدواج با معاینه بکارت اهمیت دارد و اگر شک به وجود رابطه جنسی باشد،

و بسیاری از مدارس و کلیساها در آمریکا و تحت نام‌های "عشق واقعی صبر می‌کند" ادامه داشت. در سال ۱۹۹۵ نوجوانان و جوانان داوطلب با پوشیدن حلقه نقره در انگشت دست چپ این تعهد را در رابطه با خودداری جنسی قبول می‌کردند. نتایج نشان داد که این گروه از نوجوانان کمتر به رفتارهای پر خطر روی می‌آوردند و در مجموع نوجوانان دختر رابطه محکم‌تری با تعهد خود داشتند (۴۸).

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان برای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه منفی، راهکارهایی را نشان دادند. آن‌ها به اهمیت جایگاه پزشکی قانونی در کم کردن پیامدهای ناشی از اعلام عدم باکری تأکید داشتند. کمپبل (۲۰۰۷)، نیز تأثیر حساس‌سازی پلیس، سیستم قضایی و بازنگری قوانین برای پیشگیری از خشونت‌هایی که تحت نام حفظ شرافت خانوادگی انجام می‌شود را در کاهش قتل‌های ناموسی نشان دادند (۴۹).

در این مطالعه تعریف جایگاهی برای ترمیم هایمن برای جلوگیری از خشونت نسبت به دختران و معرفی راهکارهای مختلف برای جلوگیری از مشکلات بعدی مورد تأکید مشارکت‌کنندگان قرار داشت. در مطالعه اراپ (۲۰۱۴) در رابطه با قانونی یا اخلاقی بودن ترمیم پرده بکارت، نظرات متخصصان زنان که موافق و مخالف ترمیم پرده بکارت بودند، را مورد بررسی قرار داد. موافقین ترمیم پرده اعتقاد داشتند که بدون انجام این عمل، زنان در معرض خشونت و حتی مرگ قرار می‌گیرند. اما مخالفان ترمیم پرده بکارت، ترمیم آن را معادل با قانونی دانستن حق مردان در رابطه با برتری نسبت به زنان می‌دانستند و این عمل را از نظر پزشکی غیر ضروری می‌دانستند و تصورشان این بود که به تبعیض علیه زنان دامن زده می‌شود (۱۵). از طرفی اوستا (۲۰۰۰) در رابطه با انجام عمل ترمیم پرده توسط متخصصان نکاتی را مطرح کرد. او منبع اقتصادی و هزینه بالای این عمل کوچک را به عنوان محرکی برای انجام آن می‌دانست و خطرات اجتماعی و روانی این عمل را مطرح کرد. از دیدگاه او، پزشکان فقط خود را مقابل زنانی که به عنوان بیمار آن‌ها مشکل رابطه جنسی قبل از ازدواج را داشتند، مسئول می‌دانند و

دختر به زور و علی‌رغم میل باطنی باید این آزمایش را انجام دهد (۴۳). طبق مطالعه گورسوی در سال ۲۰۰۳، آزمایشات اجباری در کشور ترکیه عامل خودکشی تعداد زیادی از دخترها بوده است و در این کشور پرستاران و ماماها در این عملیات شریک می‌شوند (۴۴). این عملیات برای بسیاری از دختران مضر است، زیرا علی‌رغم این که نتیجه این آزمایش مثبت یا منفی باشد، اما تحمیل این آزمایش به آنان، روی درک آنان از حقوق فردی خود تأثیر می‌گذارد. بسیاری از والدین تحت فشار جامعه دختران خود را مجبور به انجام این آزمایش می‌کنند (۴۱). محققان دیگری نیز به این نکات اشاره کردند که دختران تحت فشار اجتماعی، به این معاینه مجبور شده و نمی‌توانند از حقوق بهداشتی خود دفاع کنند و تقاضای مخفی بودن معاینه را بکنند (۱۰، ۱۳). توانمندسازی پرسنل در دفاع از حقوق زنان و راهکارهای سیستم بهداشتی برای اطمینان از مصونیت‌های قانونی مورد مطالعه و تأیید قرار گرفته است (۴۵، ۴۶).

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان برای پیشگیری از پیامدهایی که در نتیجه اعلام عدم وجود بکارت بوجود می‌آید، راهکارهایی مانند کسب مهارت توسط پرسنل، ارجاع به پزشکی قانونی برای اعلام نتیجه منفی جلوگیری از خشونت نسبت به دختران را مطرح کردند که در مطالعه سازمان بهداشت جهانی نیز مورد تأیید بود (۳۵).

به منظور توانمندسازی جامعه در پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در صورت منفی بودن نتیجه، ضرورت آموزش پسرها و دخترها در رابطه با رفتار جنسی مسئولانه و خویشتن‌داری از ایجاد رابطه جنسی زود هنگام و خارج از ازدواج مطرح شد که در تجربه‌های مشابه در آمریکا نیز این مسئله تأیید شد. در آمریکا طرحی به نام وفاداری به بکر بودن و عدم ایجاد رابطه جنسی تا زمان ازدواج در میان دختران و پسران اجرا شد که بر اساس تعهدی که نوجوانان به طور داوطلبانه به صورت شفاهی یا کتبی می‌دهند، قرار می‌گذارند که تا زمان ازدواج خویشتن‌داری جنسی داشته باشند (۴۷). این حرکت از سال ۱۹۹۳ شروع شد

متوجه نیستند که با شیوع این عمل، چه تعداد مردانی که به درمانگاه‌های لبنان مراجعه کرده و خواسته‌اند که همسر آن‌ها قبل از ازدواج بررسی شوند تا مطمئن شوند که این عمل را انجام نداده‌اند، در حال افزایش است و به این ترتیب، همه زنان در معرض اتهام قرار می‌گیرند. بنابراین، پزشک باید در مقابل تمام زنان احساس مسئولیت کند و آنچه را که می‌تواند روی رابطه وی با همسرش اثر منفی داشته باشد، جلوگیری کند (۱۶).

حفظ پرده بکارت با دو فرض قابل بررسی است، فرض اول اهمیت فرهنگی و روانی آن به عنوان علامتی از باکرگی است، که در برخی جوامع، وجود پرده بکارت سالم، به عنوان نشانه‌ای از پاک بودن و دوری از روابط جنسی در دختران، به شدت مورد توجه است. فرض دوم این است که پرده بکارت می‌تواند عملکردی در جهت پیشگیری از آلودگی واژن با مدفوع و مواد دیگر به خصوص در سنین ابتدایی زندگی شود (۵۰).

در مطالعه حاضر اقدامات معاینه‌کنندگان برای پیشگیری از پیامدهای ناشی از اعلام نتیجه نیز از محورهای مورد بحث بیشتر مشارکت‌کنندگان بود. آن‌ها به اهمیت جایگاه پزشکی قانونی در کم کردن پیامدهای ناشی از اعلام عدم باکرگی تأکید داشتند. وان مورست و همکاران (۲۰۱۲) نیز تأثیر مشاوره برنامه ریزی شده با جوانان و خانواده‌های آن‌ها را در بازنگری ارزش‌ها و کاهش قتل‌های ناموسی نشان دادند (۲۵).

در مطالعه حاضر از جهت ملاحظات اخلاقی، پژوهش و اهداف آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد، رضایت آگاهانه برای شرکت در مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان کسب شد و حرمت، شأن و آزادی عمل آنان حفظ شد و قبل از مصاحبه، اجازه از افراد مورد مطالعه جهت ضبط مصاحبه، کسب شد و بعد از مصاحبه، یادداشتهای برای اطمینان از درستی انتقال نظرات به آن‌ها داده شد.

از محدودیت‌های این مطالعه، غیر قانونی بودن برخی مداخلات گروه پزشکی مانند ترمیم بکارت بود که ممکن است مانع آشکارسازی دیدگاه‌ها شود؛ لذا با همه اطمینانی که به مشارکت‌کنندگان داده شد، هیچگاه کسانی که این عملیات را انجام می‌دهند، حاضر به گفتگو در رابطه با نحوه و انگیزه انجام این عمل نبودند. پیشنهاد می‌شود در رابطه با معاینه بکارت، الزامات آن و راهکارهای کنترل پیامدها، مطالعاتی در حوزه متخصصان پزشکی قانونی، بهزیستی و سیاست‌گذاری انجام شود تا زوایای دیگری از این مسئله روشن شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که هر چند که این معاینه نقش تعریف شده‌ای به عنوان مداخلات پیشگیری، درمان و بازتوانی ندارد، اما مداخلات سیستم بهداشتی باید در راستای ارتقاء نظارت بر روند معاینه و پیشگیری از عواقب نامطلوب در موارد منفی شدن نتیجه آزمایش باشد. توانمندسازی جامعه برای پیشگیری از خشونت نسبت به زنان و تربیت متخصصان برای تشخیص صحیح و ارائه مشاوره مناسب نیز مورد توجه قرار گرفت. به علاوه تأکید بر معاینه بکارت بدون آموزش بهداشت جنسی، عامل بروز رفتارهای نامعمول جنسی که موجب انتشار بیماری‌های مقاربتی و افزایش تقاضا برای ترمیم بکارت می‌شود، شناخته شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است، بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی و تمام مشارکت‌کنندگان در این مطالعه که با ارائه مسئولانه نظرات و تجارب ارزشمند خود ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Leclerc-Madala S. Virginity testing: managing sexuality in a maturing HIV/AIDS epidemic. *Med Anthropol Q* 2001; 15(4):533-52.
2. Mourfi DE. A time of testing in virginity. *The Los Angeles Times*, 15 July 1999. Available at: URL: <http://www.aegis.com/news/lt/1999/LT990702.html>; 2007.
3. George E. Like a virgin? Virginity testing as HIV/AIDS prevention: human right universalism and cultural relativism revisited. *Int Comparat Law Colloquium* 2007; 4:1-58.
4. Scorgie F. Virginity testing and the politics of sexual responsibility: implications for AIDS intervention. *Afr Stud* 2002; 61(1):55-75.
5. Awwad AM. Virginity control and gender-based violence in Turkey: social constructionism of patriarchy, masculinity, and sexual purity. *Int J Hum Soc Sci* 2011; 1(15):105-10.
6. Baker N, Gregware P, Cassidy MA. Family killing fields: honor rationales in the murder of women. *Violence Against Women* 1999; 5(2):164-84.
7. Helgesson G, Lynöe N. Should physicians fake diagnoses to help their patients? *J Med Ethics* 2008; 34(3):133-6.
8. Amy JJ. Certificates of virginity and reconstruction of the hymen. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(2):111-3.
9. Becker MJ, Rademakers J, Mouthaan I, De Neef M, Huisman WM, Van Zandvoort H, et al. Reconstructing hymens or constructing sexual inequality? Service provision to Islamic young women coping with the demand to be a virgin. *J Community Appl Soc Psychol* 1996; 6(5):329-34.
10. Sahinogh SP. Bekaret muayenesi (Virginity examination). *State of World Population*. Available at: URL: <http://www.ucansupurge.org/newhtml/bekaret.php>; 2008.
11. Önal G. Violence towards women. *Ucan Supurge*. Available at: URL: [http://www.ucansupurge.org/newhtml/s\\_iddetetik.php](http://www.ucansupurge.org/newhtml/s_iddetetik.php); 2002.
12. Mete S. The effect of nurses' approach towards the anxiety of women who undergo gynaecological examination. [Master Thesis]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1998.
13. Örs Y. Is it a perineum examination of hymen examination? *Bulletin Foren Med* 1996; 1(2):54-7.
14. Impunity for domestic violence, 'honour killings' cannot continue-UN official. *UN News Center*. Available at: URL: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=33971#.VoeH3rZ96M8>; 2011.
15. Earp BD. Hymen 'restoration' in cultures of oppression: how can physicians promote individual patient welfare without becoming complicit in the perpetuation of unjust social norms? *J Med Ethics* 2014; 40(6):431.
16. Usta I. Hymenorrhaphy: what happens behind the gynecologist's closed door? *J Med Ethics* 2000; 26(3):217-8.
17. Hedjazi A, Zarenezhad M, Roshanzamir S, Gholamzadeh S, Valee M, Shaghaghian A, et al. Hymenal findings in women referred to Fars Legal medicine center examination unit, Southwest of Iran. *J Gynecol Obstet* 2014; 2(2):12-5.
18. Denzin NK. *Interpretive interactionism*. Newbury park: CA, Sage; 1989.
19. Sandelowski M. Focus on research methods whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23(4):334-40.
20. Tesch R. *Qualitative research: Analysis types and software*. Bristol, PA: Falmer Press; 1990.
21. Morse JM, Niehaus L. *Mixed methods design. Principles and procedures*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2009.
22. Adib Hagbagheri, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative and quantitative research methods*. 3rd ed. Tehran: Boshra publishing; 2007. (Persian).
23. Juth N, Lynöe N. Do strong values-based influence estimations of future events? *J Med Ethics* 2010; 36(4):255-6.
24. Juth N, Tännsjö T, Hansson SO, Lynöe N. Honour-related threats and human rights: a qualitative study of Swedish healthcare providers' attitudes towards young women requesting virginity certificates or hymen surgery. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18(6):451-9.
25. van Moorst BR, van Lunsen RH, van Dijken DK, Salvatore CM. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012; 17(2):93-105.
26. Wickström A. Virginity testing as a local public health initiative: a 'preventive ritual' more than a 'diagnostic measure'. *J Royal Anthropol Inst* 2010; 16(3):532-50.
27. Curtis E, San Lazaro C. Appearance of the hymen in adolescents is not well documented. *BMJ* 1999; 318(7183):605.
28. Ellis H. *Clinical anatomy: a revision in applied anatomy for clinical students*. 11th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2006.
29. Onan MA, Turp AB, Taskiran C, Ozogul C, Himmetoglu O. Spontaneous closure of the hymen during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193,889- 91.
30. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics* 1992; 89(2):307-17.
31. Eman SJ, Woods ER, Allred EN, Grace E. Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994; 125(1):153-60.
32. Rogers DJ, Stark M. The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse. *BMJ* 1998; 317(7155):414..

33. Swartoobi-Xabadiya ZC. Attitudes and perceptions of girls in St John's College about the practice of virginity testing. [Doctoral Dissertation]. Polokwane, South Africa: University of Limpopo; 2010.
34. Le Roux L. Harmful traditional practices, (male circumcision and virginity testing of girls) and the legal rights of children. [Doctoral Dissertation]. Bellville, South Africa: University of the Western Cape; 2006.
35. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, World Health Organization, 2013..
36. Ndlovu C. Virginity testing raises many questions. *Network* 2005; 23(4):14.
37. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr* 2003; 92(12):1453-62.
38. Goodyear-Smith FA, Laidlaw TM. Can tampon use cause hymen changes in girls who have not had sexual intercourse? A review of the literature. *Forensic Sci Int* 1998; 94(1-2):147-53.
39. Cook RJ, Dickens BM. Hymen reconstruction: ethical and legal issues. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107(3):266-9.
40. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(2):226-39.
41. Khafagy F. Honour killing in Egypt. In an expert group meeting organised by the UN Division for the Advancement of Women. Cairo, Egypt: UN Division for the Advancement of Women; 2005.
42. Lemus G, Kenndy M. Strengthening understanding of femicide. Seattle, Program for Appropriate Technology in Health, Washington DC: Intercambios; 2008 Using research to galvanize action and accountability. Washington DC: Intercambios; 2008.
43. Wells DL. Sexual assault practice: myths and mistakes. *J Clin Forensic Med* 2006; 13(4):189-93.
44. Gürsoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nurs Ethics* 2003; 10(5):485-96.
45. Essén B, Blomkvist A, Helström L, Johnsdotter S. The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair). *Reprod Health Matters* 2010; 18(35):38-46.
46. Flood M. Men, gender, and development. *Develop Bulletin* 2004; 64:26-30.
47. Bersamin MM, Walker S, Waiters ED, Fisher DA, Grube JW. Promising to wait: virginity pledges and adolescent sexual behavior. *J Adolesc Health* 2005; 36(5):428-36.
48. Bruckner H, Bearman P. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *J Adolesc Health* 2005; 36(4):271-8.
49. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(3):246-69.
50. Hobday AJ, Haury L, Dayton PK. Function of the human hymen. *Med Hypotheses*. 1997; 49:171-3.

