

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2023; 17(48): e18

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Causes and Consequences of Girls' Virginity Examination in Iranian Midwives' Perspective

Somayyeh Naghizadeh¹, Mahmoud Abbasi², Azam Mohammadi^{3*}

1. Department of Midwifery, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: As a medical procedure, hymen examination is influenced by various cultural and social factors. This study was conducted with the aim of determining the reasons and consequences of girls' virginity examination from the perspective of midwives.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 210 employed midwives in Tabriz in the year 2021. Sampling method was simple random sampling. Data on the reasons and consequences of virginity examination from the perspective of midwives were collected using a researcher-made questionnaire. Data analysis was performed using SPSS 21 software and descriptive statistics, Pearson correlation, independent t-test and one-way ANOVA tests, with $p < 0.05$ considered significant.

Ethical Considerations: Ethical principles in the present study included: clarifying the research objectives to participants, obtaining written informed consent, maintaining privacy and data confidentiality, providing the opportunity to leave the research at any study satge.

Results: 56.2% of midwives believed that hymen examination has no therapeutic value and should not be performed. The majority (81.9%) agreed to perform virginity examination for the purpose of investigating sexual abuse and exploitation. 62% of individuals opposed virginity examination for issuing virginity certificates to girls before marriage. The majority (86.1%) believed that virginity examination is a violation of privacy and causes physical discomfort (74.7%), mental distress (86.1%), exacerbation of gender inequality (75.7%) and increase in physical and verbal violence (62.9%) and honor killings (55.8%). There were statistically significant associations between the causes for midwives' willingness to perform or not perform virginity examinations and ethnicity ($P=0.018$), personal history of virginity examination ($P < 0.001$) and place of employment ($P=0.003$). Additionally, there were statistically significant associations between the consequences of virginity examinations and the level of education ($P=0.038$), ethnicity ($P=0.037$), place of residence ($P < 0.001$), place of employment ($P=0.013$) and the number of virginity examinations performed by midwives ($P=0.022$).

Conclusion: The study reveals that most midwives view hymen examinations as significant violations of women's rights and sources of physical and mental stress. Consequently, midwives, as key members of health care providers, can be instrumental in raising awareness, providing education and promoting cultural change. They can help dispel false beliefs, respect human dignity and privacy and shift the focus from the issue of virginity to other human aspects.

Keywords: Ethical Consequences; Midwife; Hymen; Violence; Virginity Test

Corresponding Author: Azam Mohammadi; **Email:** Mohammadi_a222@yahoo.com

Received: January 12, 2024; **Accepted:** February 15, 2024; **Published Online:** June 12, 2024

Please cite this article as:

Naghizadeh S, Abbasi M, Mohammadi A. The Causes and Consequences of Girls' Virginity Examination in Iranian Midwives' Perspective. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e18.



علل و پیامدهای اخلاقی ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها ایرانی

سمیه نقی‌زاده^۱ ID، محمود عباسی^۲، اعظم محمدی^۳ * ID

۱. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: معاینه پرده بکارت به عنوان یک اقدام پزشکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی متعددی قرار دارد. این مطالعه با هدف تعیین علل و پیامدهای اخلاقی ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها انجام گرفت.

روش: این مطالعه مقطعی توصیفی، بر روی ۲۱۰ نفر از ماماها شاغل شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته، ارزیابی علل و پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و با آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام یافت و $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: اصول و قواعد اخلاقی در پژوهش حاضر عبارت بودند از: تبیین اهداف تحقیق برای شرکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه کتبی، حفظ حریم خصوصی، محرمانه‌بودن داده‌ها، فراهم کردن امکان ترک تحقیق در هر مرحله‌ای از مطالعه.

یافته‌ها: ۵۶/۲ درصد ماماها معتقد بودند معاینه پرده بکارت ارزش درمانی و پیشگیری از وقوع مشکل را ندارد و نباید انجام شود. اکثریت (۸۱/۹ درصد) موافق انجام معاینه بکارت، جهت بررسی تجاوز و سوءاستفاده جنسی بودند. ۶۲ درصد افراد مخالف معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت در دختران قبل از ازدواج بودند. اکثریت (۸۶/۱ درصد) معتقد بودند، معاینه پرده بکارت اجباری تجاوز به حریم خصوصی فرد می‌باشد و باعث ناراحتی جسمی (۷۴/۷ درصد)، ناراحتی روحی و روانی (۸۶/۱ درصد)، تشدید حس نابرابری جنسیتی (۷۵/۷ درصد)، افزایش خشونت فیزیکی و کلامی (۶۲/۹ درصد) و قتل‌های ناموسی (۵۵/۸ درصد) می‌شود. بین علل تمایل ماماها به انجام یا عدم انجام معاینه بکارت با قومیت ($P=0/018$)، سابقه شخصی معاینه بکارت ($P < 0/001$) و محل اشتغال ($P=0/003$) همچنین بین پیامدهای ناشی از معاینه بکارت با سطح تحصیلات ($P=0/038$)، قومیت ($P=0/037$)، محل زندگی ($P < 0/001$)، محل اشتغال ($P=0/013$) و تعداد معاینه بکارت انجام‌شده توسط ماما ($P=0/022$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه اغلب ماماها شرکت‌کننده در مطالعه، معاینه بکارت را از موارد بارز نقض حقوق زنان و مولد استرس جسمی و روحی برای زنان می‌دانستند، لذا می‌توان از ظرفیت ماماها به عنوان یکی از اعضای ارائه‌دهنده خدمات سلامتی، در بالابردن سطح آگاهی، آموزش و فرهنگ‌سازی، تغییر باورهای غلط، احترام به کرامت انسانی، احترام به حریم خصوصی و تمرکززدایی از مسأله بکارت و توجه به سایر جنبه‌های انسانی حداکثر استفاده را کرد.

واژگان کلیدی: پیامدهای اخلاقی؛ ماما؛ بکارت؛ خشونت؛ معاینه بکارت

نویسنده مسئول: اعظم محمدی؛ پست الکترونیک: Mohammadi_a222@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۲۳

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Naghizadeh S, Abbasi M, Mohammadi A. The Causes and Consequences of Girls' Virginity Examination in Iranian Midwives' Perspective. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e18.

مقدمه

کشورهای اروپایی از جمله هلند، سوئد، اسپانیا و کانادا که سابقه قبلی چنین معایناتی را نداشته‌اند، نشان از جهانی شدن این معاینه دارد و نشان‌دهنده نقش غالب باورهای فرهنگی در پذیرش این آزمایش و ترمیم بکارت به منظور دفاع از شرافت است (۱۱-۸).

اگرچه بکارت به عنوان یک ارزش غیر قابل انکار از سوی اغلب جوامع پذیرفته شده است (۱۲)، ولی انجام معاینه بکارت بدون دلیل پزشکی، به دلیل مطرح کردن استانداردهای دوگانه و خشونت علیه زنان مورد تردید می‌باشد (۱۳). مرسوم بودن معاینه بکارت با درخواست شخصی در برخی از کشورها، با توجه به ارتباط بکارت با حیثیت و شرف خانواده‌ها و به دنبال پیامدهایی چون بدنامی، خودکشی و قتل‌های حیثیتی به موضوع مرگ و زندگی مبدل گشته است (۱۴-۱۵) و مورد انتقاد مجامع حقوق بشری واقع شده است (۱۶)، به طوری که سازمان جهانی بهداشت و گزارشگر ویژه سازمان ملل متحد معاینه بکارت را به عنوان شکلی از رفتار غیر انسانی، بی‌رحمانه، اهانت‌آمیز و خشونت جنسی علیه زنان ممنوع اعلام کرده است. با وجود این، این عمل در بسیاری از کشورها از جمله ایران همچنان انجام می‌گیرد (۵). از نظر Olson و همکاران (۲۰۱۷ م.) معاینه پرده بکارت نه تنها خوب نیست، بلکه آسیب‌های جسمی، روحی و روانی برای فرد معاینه‌شونده به ارمغان خواهد آورد (۱۷).

از سوی دیگر بنا بر شواهد موجود در کشورهایی که پرده بکارت، شاخص بکارت است (علیرغم اهداف اولیه و مهم معاینه پرده بکارت) انجام چنین معایناتی موجب می‌شود افراد اقدام به برقراری روابط جنسی دهانی، مقعدی و تماس سطحی تناسلی نمایند که اغلب محافظت نشده است و منجر به بروز بیماری‌های مقاربتی و حاملگی ناخواسته می‌گردد (۱۸-۱۹). آنچه مهم به نظر می‌رسد این است که این معاینه به منظور حفظ سلامت دختران و یا ارتقای آن انجام نمی‌شود و در واقع نقض حقوق بیمار است، چراکه اغلب این معاینه بدون کسب موافقت آگاهانه فرد انجام می‌شود و نتیجه معاینه نیز بدون رضایت فرد به اطرافیان همراه وی بازگو خواهد شد که مغایر اصل رازداری بیمار است و ممکن است به دنبال اعلام این

معاینه پرده بکارت به عنوان یک اقدام پزشکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی متعددی قرار دارد. در جوامع سنتی پدرسالارانه (جایی که نقش‌های جنسیتی به وضوح تعریف و بسیار سختگیرانه اجرا می‌شود)، یک زن نه تنها از نظر توانایی باروری مهم است، بلکه مسأله حفظ بکارت او نیز حائز اهمیت و مایه افتخار اوست. این بکارت بر اعتبار او افزوده و برای ازدواج او بسیار مهم است و تنها باید با ازدواج از بین رود (۱). حفظ بکارت زنان در این جوامع نه تنها نشانگر افتخار دختر است، بلکه برای خانواده دختر نیز از اهمیت بالایی برخوردار است (۳-۲).

در جامعه سنتی - اسلامی ایران نیز، باکرگی به عنوان یک مفهوم فرهنگی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و برای باکره بودن زن قبل از ازدواج، ارزش زیادی قائل است. در جامعه ایران، روابط جنسی قبل از ازدواج عموماً نامشروع تلقی می‌شود و بر حفظ باکرگی تا زمان ازدواج بسیار تأکید شده است. اعتقاد بر این است که باکرگی نماد پاکی و صفات اخلاقی اوست و از دست دادن آن قبل از ازدواج ممکن است باعث شرمساری یا آبروریزی خانواده او شود. انتظار باکرگی در ایران می‌تواند پیامدهای مختلفی داشته باشد. برخی از خانواده‌ها ممکن است به عنوان شرط ازدواج نیاز به اثبات باکرگی مانند معاینه پرده بکارت داشته باشند (۵-۴).

معاینه بکارت به معنای «یک عمل و فرآیند بازرسی دستگاه تناسلی دختران و زنان ازدواج‌نکرده برای تعیین اینکه آیا آن‌ها از نظر جنسی پاک هستند» تعریف شده است (۶). معاینه بکارت در برخی کشورها به صورت سنتی و عرفی انجام می‌گیرد و تیم پزشکی نیز در مراحل گوناگون معاینه و ترمیم آن مشارکت دارند. هدف ابتدایی این معاینه، خودداری جنسی، به تأخیرانداختن رابطه جنسی تا ازدواج، جلوگیری از انتشار بیماری‌های مقاربتی و ایدز در فرهنگ‌های گوناگون اعلام شده است (۷). معاینه بکارت با اهداف متفاوتی بسته به محل جغرافیایی، فرهنگی و مذهبی افراد انجام می‌گیرد. این معاینه اغلب در کشورهای آفریقایی و آسیایی انجام می‌شود. تعداد رو به افزایش متقاضیان معاینه و ترمیم بکارت در

مطالعه حاضر با هدف تعیین علل و پیامدهای اخلاقی ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.SBMU.RETECH.REC.1399.490).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

روش

این مطالعه از نوع مقطعی - توصیفی می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ بر روی ۲۱۰ نفر از ماماها شاغل مطب‌های خصوصی، مراکز بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مراکز بیمارستانی خصوصی، مراکز سلامت و مراکز دانشگاهی سطح شهر تبریز انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، ساکن شهر تبریز، شاغل بودن در یکی از مراکز بهداشتی، درمانی، مطب‌های خصوصی و یا دانشگاهی و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. جهت برآورد حجم نمونه در این مطالعه از فرمول برآورد یک نسبت استفاده شد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}$$

بر اساس نتایج مطالعه Leye و همکاران (۲۴) مقدار P برابر با ۰/۶۵، d برابر ۱۰ درصد در اطراف p و $\alpha=0/05$ حجم نمونه ۲۰۰ نفر به دست آمد و در نهایت با در نظر گرفتن ۵ درصد ریزش احتمالی حجم نمونه ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد.

نحوه نمونه‌گیری در این مطالعه بر اساس محل کار افراد شرکت‌کننده در پژوهش متفاوت بود، بدین‌صورت که برای افراد شاغل در مراکز دانشگاهی (دولتی و آزاد) از روش تمام‌شماری و برای ماماها شاغل در مطب، مراکز سلامت و

نتیجه مسائلی رخ بدهد که نظام مراقبت سلامت توانایی پاسخگویی آن را ندارد (۲۱-۲۰). با این وجود برنامه‌ریزی و اتخاذ سیاست‌های مناسب در ارتباط با معاینه بکارت به عنوان یک محصول فرهنگی اجتماعی در هر کشوری، مستلزم مطالعه موضوع بکارت در بستر فرهنگی و اجتماعی آن کشور می‌باشد. این درحالی است که بنا به شواهد موجود به دلیل عدم وجود پشتوانه پژوهشی مناسب اغلب رویکردهای اتخاذ شده در قبال معاینه بکارت در کشورهای مختلف با شکست مواجه شده‌اند (۵).

به بیان دیگر دستورالعمل واضح و روشنی در ارتباط با معاینه بکارت با درخواست شخصی برای متقاضیان و اعضای کادر درمانی درگیر این معاینه (متخصصین زنان، متخصصین پزشکی قانونی، ماماها و پزشکان عمومی) و مراکز پزشکی کشور وجود ندارد، لذا علیرغم اینکه برخی مرکز درمانی و پزشکان این معاینه را انجام می‌دهند برخی دیگر از انجام معاینه بکارت با عناوین مختلف سرباز می‌زنند و این خود باعث سردرگمی بیشتر متقاضیان معاینه بکارت و معاینه‌کنندگان می‌گردد (۵). ماما به عنوان یکی از اعضای تیم معاینه‌کننده بکارت وظایف اخلاقی حرفه‌ای، مانند نشان‌دادن احترام به فرد در مورد معاینه، جلوگیری از وارد آمدن صدمات روانی، جسمی و اجتماعی، محافظت از حقوق فرد، اطمینان از ارائه مجوز قانونی برای کلیه مراحل، محرمانه‌نگه‌داشتن اطلاعات شخصی، درک احساسات بیمار و در صورت لزوم به عنوان حامی برای فرد دارد (۲۲). آنچه مهم است این است که ماماها به عنوان افراد درگیر این معاینه باید برای انجام مسئولیت حرفه‌ای خود و مسئولیت‌های اخلاقی ناشی از آن از قوانین مربوطه در این زمینه مطلع باشند (۲۳). در کشور ما ایران ماماها سالانه با تعداد زیادی از درخواست‌های معاینه پرده بکارت رو به رو هستند که متأسفانه آموزش‌های دانشگاهی جوابگوی مسائل و سؤالاتی که برای این گروه به وجود خواهد آمد نیست و از طرفی این افراد ممکن است با چالش‌های فرهنگی، اجتماعی، حقوقی، روانی و اخلاقی زیادی در ارتباط با انجام و یا عدم انجام این معاینه مورد مواجهه قرار بگیرند، لذا با توجه به اهمیت موضوع معاینه بکارت و کمبود مطالعات در این زمینه،

پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) طراحی شده بود.

۳. پرسشنامه پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها: این پرسشنامه شامل ۱۷ عبارت می‌باشد که در مورد پیامدهای ناشی از معاینه بکارت می‌باشد که شامل عباراتی از قبیل «معاینه پرده بکارت باعث ناراحتی جسمی در فرد می‌شود»، «معاینه پرده بکارت باعث ناراحتی روحی و روانی در فرد می‌شود» و «معاینه پرده بکارت به صورت اجباری نوعی تجاوز به حریم خصوصی فرد است» می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) طراحی شده بود.

روایی و پایایی پرسشنامه حاضر قبل از شروع نمونه‌گیری سنجیده شد، روایی پرسشنامه با استفاده از روایی صوری و محتوا مورد سنجش قرار گرفت، بدین‌صورت که پرسشنامه به ۱۰ نفر از افراد متخصص در این زمینه از جمله اعضای هیأت علمی مامایی و بهداشت باروری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، متخصصین زنان زایمان، متخصصین پزشکی قانونی از طریق پست الکترونیک ارسال گردید و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید و ضرورت و یا عدم ضرورت موارد توسط متخصصین تعیین گردید که بر این اساس نسبت روایی محتوا (CVR) محاسبه شد. CVR پرسشنامه علل معاینه بکارت ۰/۷۶ و CVR پرسشنامه پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران ۰/۷۴ بدست آمد و در نهایت مقدار CVR کل پرسشنامه ۰/۷۵ بدست آمد. موارد با CVR کمتر از مقدار قابل قبول (۰/۶۲) بر اساس جدول Lawshe حذف شدند (۲۷).

CVR پرسشنامه علل معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها ۰/۸۸ و CVR پرسشنامه پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها ۰/۸۴ به دست آمد. پایایی پرسشنامه با آزمون باز آزمون در یک بازه زمانی دو هفته‌ای بر روی ۲۰ مامای شاغل ارزیابی شد. ضریب همبستگی درونی (ICC=

مراکز بیمارستانی از روش تصادفی ساده استفاده گردید. ابتدا لیست مطب‌های مامایی، مراکز سلامت و مراکز بیمارستانی موجود در سطح شهر تبریز به صورت جداگانه مشخص گردید و سپس به نسبت تعداد ماماها شاغل در مطب، مراکز سلامت و بیمارستان به صورت تصادفی و با استفاده از وبسایت www.random.org، ۱۰ مطب خصوصی، ۵ مرکز سلامت، ۳ بیمارستان دولتی و ۳ بیمارستان خصوصی از بین آن‌ها انتخاب شد. سپس به صورت در دسترس در مکان‌های انتخاب شده نمونه‌گیری بصورت فیزیکی انجام گرفت. بدین صورت که پژوهشگر در مراکز انتخاب شده حضور پیدا می‌کرد و پرسشنامه را در اختیار ماماها قرار می‌داد. در صورت تمایل و داشتن وقت کافی در همان زمان اقدام به تکمیل پرسشنامه می‌کردند، در غیر این صورت روز بعد پرسشنامه دریافت می‌شد. پرسشنامه پژوهشگر ساخته بر اساس پرسشنامه‌های استفاده شده در مقالات رابط‌جزی و همکاران (۵)، Gursoy و Vural (۲۳)، زینال اوگلو و همکاران (۲۵) و سیمبر و همکاران (۲۶) طراحی گردید. این پرسشنامه دربرگیرنده سه قسمت اصلی می‌باشد:

۱. پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی: سؤال‌های این پرسشنامه شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، کفایت درآمد خانوار، سابقه کار، قومیت، مذهب، محل زندگی، محل اشتغال و سؤالاتی از قبیل آیا تا به حال خودتان معاینه بکارت شده‌اید؟ آیا شما پسر، برادر، دختر یا خواهر مجرد دارید؟ و نهایت اینکه چه تعداد معاینه بکارت تا به حال انجام داده‌اید؟ بود.

۲. پرسشنامه علل معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها: این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت می‌باشد که شامل علل شایع انجام یا عدم انجام معاینه بکارت می‌باشد که شامل عباراتی از قبیل «معاینه بکارت را با انگیزه دفاع از حقوق دختران در مقابل همسران انجام می‌دهم»، «معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت باید در تمام دختران قبل از ازدواج انجام گیرد» و «معاینه بکارت را با انگیزه دفاع از حقوق دختران در مقابل همسران انجام می‌دهم» می‌باشد. این

Intraclass-Correlation Coefficients) برای سؤالات ۰/۸۲ محاسبه شد. لازم به ذکر است افراد شرکت‌کننده در بخش پایایی مطالعه، وارد مطالعه اصلی نشدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 21 انجام شد. جهت توصیف مشخصات جمعیت‌شناختی و تعیین دیدگاه ماماها از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نرمالیتی داده‌های کمی با استفاده از Skewness و Kurtosis سنجیده شد که از توزیع نرمال برخوردار بودند. برای تعیین ارتباط بین مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش با دیدگاه آن‌ها در مورد بکارت از آزمون‌های پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. میزان $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سن افراد مورد پژوهش $35/25 \pm 8/9$ سال بود. اکثر آنان (۶۱/۹ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۵۸/۱ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل بوده و محل اشتغال اکثر آنان (۶۳/۱ درصد) در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و میانگین سابقه کار آنان $9/5 \pm 8/1$ سال بود. اکثر آنان دارای قومیت ترک (۹۰ درصد)، مذهب شیعه (۹۸/۱ درصد) و ساکن شهر (۹۷/۱ درصد) بودند. ۷۱/۳ درصد آنان در رابطه به کفایت درآمد خانوار دخل را با خرج برابر گزارش کرده بودند. ۲۷/۵ درصد شرکت‌کنندگان، خودشان از نظر بکارت معاینه شده بودند. ۴۲/۴ درصد شرکت‌کنندگان کمتر از ده مورد معاینه بکارت انجام داده بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی جامعه پژوهش (n=۲۱۰)

متغیر	مشخصات	تعداد (درصد)
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۸۱ (۳۸/۶)
	۳۰-۴۰	۷۲ (۳۴/۳)
	بیشتر از ۴۰	۵۷ (۲۷/۱)
قومیت	ترک	۱۸۹ (۹۰/۰)
	کرد	۷ (۳/۳)
	فارس	۱۴ (۶/۷)
تحصیلات	کاردانی	۸ (۳/۸)
	کارشناسی	۱۳۰ (۶۱/۹)
	کارشناسی ارشد	۴۵ (۲۱/۴)
	دکتر	۲۷ (۱۲/۹)
مذهب	شیعه	۲۰۶ (۹۸/۱)
	سنی	۴ (۱/۹)
محل زندگی	شهر	۲۰۴ (۹۸/۶)
	روستا	۳ (۱/۴)
	مجرد	۸۰ (۳۸/۱)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲۲ (۵۸/۰)
	مطلقه	۶ (۲/۹)
	همسر فوت کرده	۲ (۱/۰)
	بیمارستان دولتی	۸۲ (۳۹/۲)
محل اشتغال	بیمارستان خصوصی	۵۰ (۲۳/۹)
	مرکز بهداشت	۱۰ (۴/۸)

متغیر	مشخصات	تعداد (درصد)
	مطب	۱۰ (۴/۸)
	دانشگاه	۵۷ (۲۷/۳)
کفایت درآمد خانوار	دخل با خرج برابر	۱۴۸ (۷۱/۲)
	دخل بیشتر از خرج	۳۲ (۱۵/۴)
	دخل کمتر از خرج	۲۸ (۱۳/۴)
تعداد معاینه بکارت انجام‌داده‌شده	نداشتم	۴۶ (۲۱/۹)
	کمتر از ۱۰	۸۹ (۴۲/۴)
	۱۰-۲۰	۲۸ (۱۳/۳)
سابقه معاینه بکارت	بیشتر از ۲۰	۴۷ (۲۲/۴)
		۵۷ (۲۷/۱)
داشتن فرزند پسر		۶۵ (۳۰/۹)
	داشتن فرزند دختر	۶۲ (۲۹/۵)
داشتن برادر		۱۶۳ (۷۷/۶)
	داشتن خواهر	۱۰۴ (۴۹/۵)

درصد (۸۱/۹ درصد) موافق را به خود اختصاص داده بود، یعنی بیشتر ماماها معتقد بودند یکی از شایع‌ترین علل انجام معاینه بکارت بررسی تجاوز و سوءاستفاده جنسی است. همچنین ۶۲ درصد افراد مخالف معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت در دختران قبل از ازدواج بودند. همچنین ۶۲ درصد مخالف بودن مربوط به سؤال «معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت باید در تمام دختران قبل از ازدواج انجام گیرد» بود. ۵۹/۱ درصد ماماها مخالف این موضوع بودند که «انجام معاینه بکارت را با انگیزه حق مرد در گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج انجام می‌دهم» بود (جدول ۲).

میانگین \pm انحراف معیار علل انجام یا عدم انجام معاینه بکارت از دیدگاه ماماها $31/57 \pm 5/20$ از محدوده نمره کسب‌شده ۱۰۰-۲۰ و میانگین \pm انحراف معیار پیامدهای ناشی از معاینه بکارت از دیدگاه ماماها $34/11 \pm 6/25$ از محدوده نمره کسب شده ۸۵-۱۷ بود. در مورد علل تمایل ماماها به انجام یا عدم انجام معاینه بکارت، ۵۶/۲ درصد ماماها شرکت‌کننده در پژوهش معتقد بودند، معاینه پرده بکارت ارزش درمانی و حتی پیشگیری از وقوع مشکل را ندارد و نباید انجام شود. ۵۸/۶ درصد ماماها مخالف این موضوع بودند که معاینه بکارت به دلیل اینکه قابلیت تشخیص هرگونه رابطه جنسی را دارد، باید انجام گیرد. بررسی تجاوز و سوءاستفاده جنسی بیشترین

جدول ۲: علل معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها شاغل شهر تبریز (n=۲۱۰)

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	علل انجام یا عدم انجام معاینه بکارت
۱۲ (۵/۷)	۴۰ (۱۹/۰)	۴۰ (۱۹/۰)	۵۶ (۲۶/۷)	۶۲ (۲۹/۶)	معاینه بکارت ارزش درمانی و حتی پیشگیری از وقوع مشکل را ندارد و نباید انجام شود.
۴۳ (۲۰/۵)	۸۰ (۳۸/۱)	۶۰ (۲۸/۶)	۱۹ (۹/۰)	۸ (۳/۸)	معاینه بکارت به دلیل اینکه قابلیت تشخیص هرگونه رابطه جنسی را دارد، باید انجام گیرد.
۶۵ (۳۱/۰)	۶۵ (۳۱/۰)	۴۵ (۲۱/۳)	۲۲ (۱۰/۵)	۱۳ (۶/۲)	معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت باید در تمام دختران قبل از ازدواج انجام گیرد.

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	علل انجام یا عدم انجام معاینه بکارت
۴۷(۲۲/۴)	۵۳(۲۵/۲)	۴۶(۲۱/۹)	۴۲(۲۰/۰)	۲۲(۱۰/۵)	معاینه بکارت به دلیل اینکه دارای ارزش برای سلامت باروری - جنسی است، انجام می‌دهم.
۵۲(۲۴/۸)	۵۴(۲۵/۷)	۴۵(۲۱/۴)	۳۹(۱۸/۶)	۲۰(۹/۵)	معاینه بکارت به دلیل اینکه معاینه‌ای مشابه سایر معاینات پزشکی می‌باشد، انجام می‌دهم.
۴۷(۲۲/۴)	۴۹(۲۳/۳)	۳۰(۱۴/۳)	۶۰(۲۸/۶)	۲۴(۱۱/۴)	معاینه بکارت را با انگیزه دفاع از حقوق دختران در مقابل همسران انجام می‌دهم.
۲۸(۱۳/۴)	۶۱(۲۹/۰)	۵۰(۲۳/۸)	۶۲(۲۹/۵)	۹(۴/۳)	معاینه بکارت را با انگیزه تحمیل عرف جامعه بر وظایف مامایی انجام می‌دهم.
۵۰(۲۴/۰)	۵۱(۲۴/۵)	۶۷(۳۲/۳)	۳۰(۱۴/۴)	۱۰(۴/۸)	معاینه بکارت را با انگیزه اقتصادی انجام می‌دهم.
۳۹(۱۸/۶)	۴۱(۱۹/۵)	۷۰(۳۳/۳)	۴۹(۲۳/۴)	۱۱(۵/۲)	معاینه بکارت را با انگیزه اثبات پاک‌ی و نجابت دختران انجام می‌دهم.
۷۷(۳۶/۷)	۴۷(۲۲/۴)	۵۳(۲۵/۲)	۲۷(۱۲/۹)	۶(۲/۸)	معاینه بکارت را با انگیزه حق مرد در گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج انجام می‌دهم.
۴۳(۲۰/۵)	۴۹(۲۳/۴)	۴۰(۱۹/۰)	۵۹(۲۸/۱)	۱۹(۹/۰)	معاینه بکارت را با انگیزه باور جامعه به ضرورت باکرگی دختر انجام می‌دهم.
۱۸(۸/۶)	۵۲(۲۴/۹)	۶۲(۲۹/۷)	۵۰(۲۳/۹)	۲۷(۱۲/۹)	معاینه بکارت را قبل از اقامت دختران بدسرپرست یا بی‌سرپرست در مراکز بهزیستی را انجام می‌دهم.
۱۵(۷/۱)	۳۳(۱۵/۷)	۳۷(۱۷/۶)	۹۱(۴۳/۴)	۳۴(۱۶/۲)	معاینه بکارت را به دلیل خونریزی نکردن در اولین دخول واژینال انجام می‌دهم.
۲۵(۱۲/۰)	۳۰(۱۴/۴)	۳۹(۱۸/۸)	۸۰(۳۸/۵)	۳۴(۱۶/۳)	معاینه بکارت را به دلیل آسیب احتمالی پرده طی روابط جنسی قبل از ازدواج انجام می‌دهم.
۱۲(۵/۷)	۲۱(۱۰/۰)	۴۱(۱۹/۵)	۸۳(۳۹/۵)	۵۳(۲۵/۳)	معاینه بکارت را قبل از جراحی‌های ترانس واژینال و وستیبول انجام می‌دهم.
۴(۱/۹)	۱۴(۶/۷)	۲۰(۹/۵)	۱۱۰(۵۲/۴)	۶۲(۲۹/۵)	معاینه بکارت را جهت بررسی تجاوز و سوءاستفاده جنسی انجام می‌دهم.
۱۳(۶/۲)	۲۴(۱۱/۴)	۳۶(۱۷/۲)	۸۲(۳۹/۰)	۵۵(۲۶/۲)	معاینه بکارت جهت بررسی آسیب احتمالی پرده بکارت به دنبال تروما و خودارضایی انجام می‌دهم.
۱۳(۶/۲)	۲۱(۱۰/۰)	۵۴(۲۵/۷)	۶۷(۳۱/۹)	۵۵(۲۶/۲)	معاینه بکارت را به دلیل دریافت مهریه کامل در موارد طلاق در صورت باکره‌بودن انجام می‌دهم.
۲۳(۱۱/۰)	۳۵(۱۶/۷)	۱۰۰(۴۷/۶)	۳۳(۱۵/۷)	۱۹(۹/۰)	معاینه بکارت را به دلیل گزارش باکره‌نبودن، برای ازدواج دختر بدون اجازه پدر انجام می‌دهم.
۱۱(۵/۲)	۲۲(۱۰/۵)	۳۷(۱۷/۶)	۹۲(۴۳/۸)	۴۸(۲۲/۹)	معاینه بکارت را جهت خارج کردن نام همسر از شناسنامه در موارد طلاق در صورت باکره‌بودن انجام می‌دهم.

در بررسی پیامدهای معاینه بکارت از دیدگاه ماماها اکثر شرکت‌کنندگان با موضوع ایجاد پیامدهای نامطلوب با معاینه بکارت موافق بودند. اکثریت ماماها شرکت‌کننده در پژوهش (۸۶/۱ درصد) معتقد بودند، معاینه پرده بکارت به صورت اجباری نوعی تجاوز به حریم خصوصی فرد می‌باشد و اکثریت معتقد بودند، معاینه پرده بکارت باعث ناراحتی جسمی (۷۴/۷ درصد) و ناراحتی روحی و روانی (۸۶/۱ درصد) در فرد می‌شود. ۷۵/۷ درصد از شرکت‌کنندگان معتقد بودند معاینه

بکارت باعث تشدید حس نابرابری جنسیتی می‌شود و ۶۲/۹ درصد آن‌ها معتقد بودند معاینه بکارت باعث افزایش خشونت فیزیکی و کلامی برای فرد و باعث قتل‌های ناموسی (۵۵/۸ درصد) می‌شود. همچنین ۷۱/۴ درصد از ماماها، معاینه پرده بکارت و درخواست گواهی بکارت قبل از ازدواج را توهین‌آمیز می‌دانستند. ۵۴ درصد شرکت‌کنندگان معتقد بودند معاینه بکارت باعث افزایش قتل‌های ناموسی می‌شود (جدول ۳).

جدول ۳: پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها‌ی شاغل در شهر تبریز (n=210)

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	پیامدهای ناشی از معاینه بکارت
۱۵ (۷/۱)	۲۳ (۱۱/۰)	۱۵ (۷/۱)	۹۱ (۴۳/۴)	۶۶ (۳۱/۴)	معاینه پرده بکارت باعث ناراحتی جسمی در فرد می‌شود.
۶ (۲/۹)	۹ (۴/۳)	۱۴ (۶/۷)	۸۲ (۳۹/۰)	۹۹ (۴۷/۱)	معاینه پرده بکارت باعث ناراحتی روحی و روانی در فرد می‌شود.
۲ (۱/۰)	۶ (۲/۹)	۵ (۲/۴)	۵۱ (۲۴/۳)	۱۴۶ (۶۹/۴)	معاینه پرده بکارت به صورت اجباری نوعی تجاوز به حریم خصوصی فرد می‌باشد.
۲ (۱/۰)	۰ (۰/۰)	۸ (۳/۸)	۵۳ (۲۵/۲)	۱۴۷ (۷۰/۰)	برای معاینه بکارت احترام به معاینه‌شونده صرف نظر از علت یا نتیجه معاینه لازم است.
۷ (۳/۳)	۱۶ (۷/۶)	۳۷ (۱۷/۶)	۶۳ (۳۰/۰)	۸۷ (۴۱/۵)	معاینه پرده بکارت و درخواست گواهی بکارت قبل از ازدواج برای فرد توهین‌آمیز است.
۷ (۳/۳)	۱۸ (۸/۶)	۵۱ (۲۴/۳)	۷۲ (۳۴/۳)	۶۲ (۲۹/۵)	کسب گواهی سلامت پرده بکارت باعث اطمینان خاطر معاینه‌شونده می‌شود.
۱۷ (۸/۱)	۵۳ (۲۵/۲)	۶۹ (۳۲/۹)	۵۶ (۲۶/۷)	۱۵ (۷/۱)	معاینه پرده بکارت باعث محرومیت اجتماعی در فرد می‌شود.
۶ (۲/۹)	۳۶ (۱۷/۱)	۳۹ (۱۸/۶)	۹۳ (۴۴/۳)	۳۶ (۱۷/۱)	معاینه بکارت باعث کاهش عزت نفس در فرد می‌شود.
۵ (۲/۴)	۳۷ (۱۷/۶)	۵۰ (۲۳/۸)	۷۴ (۳۵/۲)	۴۴ (۲۱/۰)	معاینه بکارت باعث خودسرزندی در فرد می‌شود.
۵ (۲/۴)	۴۸ (۲۳/۰)	۵۰ (۲۳/۹)	۵۹ (۲۸/۲)	۴۷ (۲۲/۵)	معاینه بکارت باعث مشکلات روانی (افسردگی) در فرد می‌شود.
۲ (۱/۰)	۳۲ (۱۵/۲)	۶۱ (۲۹/۰)	۸۴ (۴۰/۰)	۳۱ (۱۴/۸)	معاینه بکارت باعث افزایش قتل‌های ناموسی می‌شود.
۴ (۱/۹)	۲۶ (۱۲/۴)	۴۸ (۲۲/۹)	۹۴ (۴۴/۷)	۳۸ (۱۸/۱)	معاینه بکارت باعث افزایش خشونت فیزیکی و کلامی برای فرد می‌شود.
۸ (۳/۸)	۳۰ (۱۴/۳)	۷۰ (۳۳/۳)	۷۹ (۳۷/۶)	۲۳ (۱۱/۰)	معاینه بکارت باعث افزایش خودکشی می‌شود.
۱۱ (۵/۲)	۳۹ (۱۸/۶)	۷۴ (۳۵/۲)	۶۲ (۲۹/۵)	۲۴ (۱۱/۵)	معاینه بکارت باعث افزایش انحرافات جنسی دختران می‌شود.
۵ (۲/۴)	۳۶ (۱۷/۱)	۵۱ (۲۴/۳)	۷۲ (۳۴/۳)	۴۶ (۲۱/۹)	معاینه بکارت باعث افزایش خودداری از ازدواج می‌شود.
۳ (۱/۴)	۲۱ (۱۰/۰)	۲۷ (۱۲/۹)	۷۱ (۳۳/۸)	۸۸ (۴۱/۹)	معاینه بکارت باعث تشدید حس نابرابری جنسیتی می‌شود.
۱۱ (۵/۲)	۴۰ (۱۹/۰)	۹۲ (۴۳/۸)	۴۳ (۲۰/۵)	۲۴ (۱۱/۵)	معاینه بکارت باعث ایجاد مزاحمت برای معاینه‌کننده می‌شود.

بررسی ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی با دیدگاه ماماها در مورد علل و پیامدهای معاینه بکارت دختران نشان داد بین علل تمایل ماماها به انجام یا عدم انجام معاینه بکارت با قومیت ($P=0/018$)، سابقه شخصی معاینه بکارت ($P<0/001$) و محل اشتغال ($P=0/003$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود

دارد. همچنین بین پیامدهای ناشی از معاینه بکارت با سطح تحصیلات ($P=0/038$)، قومیت ($P=0/037$)، محل زندگی ($P<0/001$)، محل اشتغال ($P=0/013$) و تعداد معاینات بکارت انجام شده توسط ماما ($P=0/022$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴: ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی با علل و پیامدهای معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها‌ی شاغل در شهر تبریز (n=210)

مشخصه فردی - اجتماعی	پیامدهای ناشی از معاینه بکارت	علل تمایل ماماها به انجام یا عدم انجام معاینه بکارت
سن	۰/۸۷۱*	۰/۸۹۳*
سطح تحصیلات	۰/۰۳۸**	۰/۰۵۵**
قومیت	۰/۰۳۷**	۰/۰۱۸**
مذهب	۰/۷۵۲**	۰/۳۱۵**
محل زندگی	۰/۰۰۱***	۰/۳۰۸***
وضعیت تأهل	۰/۹۱۳**	۰/۱۶۶**

مشخصه فردی - اجتماعی	پیامدهای ناشی از معاینه بکارت	علل تمایل ماماها به انجام یا عدم انجام معاینه بکارت
کفایت درآمد خانوار	۰/۲۴۲**	۰/۹۰۲**
سابقه کار	۰/۸۷۱*	۰/۸۹۳*
محل اشتغال	۰/۰۱۳**	۰/۰۰۳**
سابقه شخصی معاینه بکارت	۰/۴۱۶***	۰/۰۰۱***
تعداد معاینه بکارت انجام‌داده‌شده	۰/۰۲۲*	۰/۱۰۰*
داشتن فرزند پسر	۰/۰۶۸***	۰/۸۴۴***
داشتن فرزند دختر	۰/۵۱۴***	۰/۲۳۷***
داشتن برادر	۰/۰۸۰***	۰/۲۰۲***
داشتن خواهر	۰/۱۲۲***	۰/۳۰۲***

* آزمون پیرسون، ** آنالیز واریانس یک‌طرفه، *** آزمون تی مستقل

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین علل و پیامدهای ناشی از معاینه بکارت دختران از دیدگاه ماماها بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر بیش از نیمی از ماماها شرکت‌کننده در پژوهش معتقد بودند معاینه بکارت ارزش درمانی و حتی پیشگیری از وقوع مشکل را ندارد و نباید انجام شود. همچنین اکثریت مخالف این موضوع بودند که معاینه بکارت جهت دریافت گواهی بکارت باید در تمام دختران قبل از ازدواج انجام گیرد. در مطالعه سیمبر و همکاران مهم‌ترین علل معاینه بکارت از طرف ماماها و متخصصین زنان انجام وظیفه حرفه و انگیزه اقتصادی ذکر شده است (۲۶) و با نتایج مطالعه حاضر که تنها ۱۹/۲ درصد ماماها با انگیزه اقتصادی معاینه بکارت انجام داده بودند متفاوت بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی در نمونه‌های پژوهش دانست، چراکه اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ماماها ترک زبان و در مطالعه سیمبر و همکاران ماماها و متخصصین فارس زبان بودند. Gursoy و همکاران (۲۰۰۳ م) نیز در مطالعه خود نشان دادند ۹۰ درصد از پرستاران و ماماها مخالف معاینه بکارت هستند و تقریباً نیمی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که معاینه بکارت بر خلاف میل افراد، نباید بر آن‌ها تحمیل شود. آن‌ها همچنین اظهار داشتند که این عمل نه تنها زیر

پا گذاشتن حقوق بشر است، بلکه برای برخی نیز تجربه‌ای ناپسند است (۲۳). نتایج مطالعه Gursoy و همکاران (۲۰۰۳ م) با نتایج مطالعه ما همسو می‌باشد. در مطالعه حاضر، هرچند بیش از نیمی از افراد مخالف معاینه بکارت با هدف «حق مرد در گذاشتن شرط بکارت برای ازدواج» بودند، اما ۱۵/۸ درصد افراد موافق این موضوع بودند که تقریباً درصد بالایی را به خود اختصاص می‌دهد. علت آن را می‌توان استانداردهای دوگانه یا نابرابری‌های جنسیتی حاکم بر جامعه ایران دانست که مورد تأیید اقشار مختلف جمعیتی می‌باشد (۲۸). در مطالعه Gursoy و همکاران (۲۰۰۳ م) تنها ۳ درصد از پرستاران و ماماها به دوست پسر یا همسر این حق را می‌دادند که درخواست معاینه بکارت را بدهند (۲۳). یافته‌های مطالعه‌ای در فیلیپین که توسط Manalastas و همکاران (۲۰۱۸ م) انجام شده بود نشان داد مردان، شخصیت و ارزش زنان را با باکرگی او برابر می‌دانستند، از این رو بکارت به عنوان هدیه، ارزش قابل توجهی در بین مردان داشت (۲۹). در جوامع سنتی پسران از همسران آینده خود انتظار دارند در هنگام ازدواج باکره باشند، در حالی که خودشان از نظر جنسی فعال بوده و آن را علامت اصلی ورود به مردانگی می‌دانند. عرف، فرهنگ و مذهب، تصویری از زنان ایجاد می‌کند که «بکارت زنان» را به جوامع خود تحمیل می‌کنند (۳) و معاینه

بکارت و ترمیم بکارت بر این ساختارهای مردسالانه دامن می‌زند (۳۰).

در رابطه با بعد «علل شایع انجام معاینه بکارت» بیش از چهار پنجم شرکت‌کنندگان در مطالعه (۸۱/۹ درصد) موافق انجام معاینه بکارت جهت بررسی تجاوز و سوءاستفاده جنسی بودند. ۶۶/۷ درصد افراد موافق انجام معاینه بکارت «به دلیل خارج کردن نام همسر از شناسنامه در موارد طلاق در صورت باکره‌بودن» و ۶۵/۲ درصد افراد موافق انجام معاینه بکارت «جهت بررسی آسیب احتمالی پرده بکارت به دنبال تروما و خودارضایی» بودند. در مطالعه Gursoy و همکاران (۲۰۰۳ م.) ۹۶ درصد ماماها و پرستاران اظهار کردند خود شخص دارای اختیار درخواست معاینه است و بر اساس قانون اساسی ترکیه نمی‌توان بدون رضایت فرد او را تحت معاینه بکارت قرار داد، مگر اینکه از نظر پزشکی ضروری باشد. با این حال ۱۶/۸ درصد از پرستاران و ماماها موافق بودند که می‌توان به درخواست والدین معاینه بکارت را برای دخترانشان انجام داد (۲۳). در ایران نیز مانند ترکیه، معاینه بکارت نیاز به رضایت شخص دارد، بنابراین خانواده در این جوامع یکی از تصمیم‌گیرندگان برای معاینه بکارت دختران می‌باشند، لذا به نظر می‌رسد از آنجایی که معاینه بکارت در تمام دنیا به عنوان یک عمل مخالف حقوق بشر و خشونت علیه زنان شناخته شده، قوانین ملی و بین‌المللی باید این موضوع را در تدوین برنامه‌های خود مد نظر قرار بدهند (۵).

در مطالعه Gursoy و همکاران (۲۰۰۳ م.) نزدیک به ۱۵ درصد از پرستاران و ماماها معتقد بودند که این معاینه جرم محسوب نمی‌شود (۲۳). Christianson و همکاران (۲۰۱۴ م.) (۳۱) نیز در مطالعه خود نشان دادند که اکثریت ماماها شرکت‌کننده در پژوهش انجام معاینه بکارت غیر قابل توجیه را نوعی خشونت علیه زنان می‌دانند و تنها درصد کمی از آن‌ها موافق انجام معاینه بکارت بودند که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. Kortman (۲۰۲۳ م.) در مطالعه کیفی خود نشان دادند که متخصصان و مراقبین بهداشتی انجام‌دهنده این آزمایشات معتقد بودند معاینه بکارت نوعی خشونت مبتنی بر جنسیت است (۳۲).

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر بیانگر آن است که اکثریت ماماها احترام به معاینه‌شونده (صرف نظر از علت یا نتیجه معاینه بکارت) را لازم می‌دانستند، همچنین معاینه بکارت به صورت اجباری را نوعی تجاوز به حریم خصوصی فرد معاینه‌شونده می‌دانستند. اکثریت ماماها معتقد بودند معاینه بکارت باعث ناراحتی جسمی و ناراحتی روحی و روانی در فرد معاینه‌شونده می‌شود. از این نظر نتایج مطالعه پیش رو با بیانیه منتشرشده توسط گروه کارشناسان پزشکی قانونی کشور دانمارک (۲۰۱۵ م.) (۳۳) که بروز درد، مشکلات روانی و نادیده گرفتن حق بیمار را از اثرات معاینه بکارت دانسته‌اند، همخوانی دارد. اکثر شرکت‌کنندگان موافق ایجاد پیامدهای نامطلوب ناشی از معاینه بکارت بودند. اکثریت آن‌ها معتقد بودند معاینه بکارت باعث تشدید حس نابرابری جنسیتی (۷۵/۷ درصد)، باعث افزایش خشونت فیزیکی و کلامی برای فرد (۶۹/۲ درصد) و باعث کاهش عزت نفس در فرد (۶۱/۴ درصد) می‌شود. در مطالعه Eriksson و Christianson و همکاران (۲۰۱۵ م.) ماماها معتقد بودند معاینه بکارت و ترمیم پرده بکارت از عناصر مردسالاری هستند که از آن برای خشونت و کنترل زنان استفاده می‌شود (۳۰) که این نتیجه با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر را می‌توان به انتخاب تصادفی نمونه‌های پژوهش و بررسی ابعاد مختلف تأثیرگذار بر دیدگاه ماماها در رابطه با معاینه بکارت دانست. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که تعدادی از ماماها به جهت فرهنگی از شرکت در مطالعه صرف نظر می‌کردند. به منظور مقابله با این مشکل اهداف مطالعه به طور دقیق به آن‌ها توضیح داده شد و اطمینان داده شد کلیه مراحل مطالعه بدون قید اسم افراد انجام خواهد گرفت. به علت اینکه ممکن بود افراد وقت کافی برای پاسخ‌دادن به سؤالات پرسشنامه را نداشته باشند، در صورت تمایل پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار داده شد و بعد از گذشت یک روز مجدد با افراد تماس گرفته شد و پرسشنامه‌ها از آن‌ها تحویل گرفته شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه اغلب ماماهاى شرکت‌کننده در این مطالعه معاینه بکارت را از موارد بارز نقض حقوق زنان و مولد استرس جسمی و روحی برای زنان می‌دانستند، لذا می‌توان از ظرفیت ماماها به عنوان یکی از اعضای ارائه‌دهنده خدمات سلامتی، در بالابردن سطح آگاهی، آموزش و فرهنگ‌سازی، تغییر باورهای غلط، احترام به کرامت انسانی، احترام به حریم خصوصی و تمرکز زدایی از مسأله بکارت و توجه به سایر جنبه‌های انسانی حداکثر استفاده را کرد.

مشارکت نویسندگان

سمیه نقی‌زاده: طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقدماتی مقاله.
 محمود عباسی: نظارت بر روند اجرای پژوهش.
 اعظم محمدی: نگارش مقاله، اعمال اصلاحات داوران.
 نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

این تحقیق توسط مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: IR.SBMU.RETECH.REC.1399.490).

References

1. Cinthio H. You go home and tell that to my dad! conflicting claims and understandings on hymen and virginity. *Sexuality & Culture*. 2015; 19(1): 172-189.
2. Benbrahim Z, El Mekkaoui A, Lahmidani N, Ismaili Z, Mellas N. Gastric cancer: An epidemiological overview. *Epidemiology (Sunnyvale)*. 2017; 7(2): 1-5.
3. Mulumeoderhwa M. Virginity requirement versus sexually-active young people: What girls and boys think about virginity in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Archives of Sexual Behavior*. 2018; 47: 565-575.
4. Zahedi R, Nasiri N, Zeinali M, Noroozi A, Hajebi A, Haghdoost AA, et al. The prevalence and associated factors of extra/pre-marital sexual behaviors among university students in Kerman, Iran. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2019; 8(1): 1-9.
5. Robatjazi M, Simbar M, Nahidi F, Gharehdaghi J, Emamhadi M, Vedadhir AA, et al. Virginity testing beyond a medical examination. *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(7): 152-164.
6. Naghizadeh S, Maasoumi R, Khalajabadi-Farahani F, Mirghafourvand M. Development of strategies to promote healthy sexuality based on Iranian girls perspective about the role of virginity in the construction of their sexuality: An explanatory sequential mixed method study protocol. *Reproductive Health*. 2022; 19(51): 1-9.
7. Leclerc-Madlala S. Virginity testing: Managing sexuality in a maturing HIV/AIDS epidemic. *Medical anthropology quarterly*. 2001; 15(4): 533-552.
8. Amy JJ. Certificates of virginity and reconstruction of the hymen. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2008; 13(2): 111-113.
9. Bekker MH, 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. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 1996; 6(5): 329-334.
10. Helgesson G, Lynöe N. Should physicians fake diagnoses to help their patients? *Journal of Medical Ethics*. 2008; 34(3): 133-136.
11. Behrens KG. Why physicians ought not to perform virginity tests. *Journal of Medical Ethics*. 2015; 41(8): 691-695.
12. Landor AM, Simons LG. Why virginity pledges succeed or fail: The moderating effect of religious commitment versus religious participation. *Journal of Child and Family Studies*. 2014; 23: 1102-1113.
13. Mkasi L, Rafudeen A. Debating virginity-testing cultural practices in South Africa: A Taylorian reflection. *Journal for the Study of Religion*. 2016; 29(2): 118-133.
14. Hegazy AA, Al-Rukban MO. Hymen: Facts and conceptions. *The Health*. 2012; 3(4): 109-115.
15. Robatjazi M, Simbar M, Nahidi F, Gharehdaghi J, Emamhadi M, Vedadhir A, et al. Virginity and virginity testing: Then and now. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*. 2016; 6(1): 36-43.
16. Christianson M, Eriksson C. A girl thing: perceptions concerning the word "hymen" among young Swedish women and men. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011; 56(2): 167-172.
17. Olson RM, García-Moreno C. Virginity testing: A systematic review. *Reproductive Health*. 2017; 14: 1-10.
18. Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2003; 7(4): 5-13.
19. Sprecher S, Treger S, Sakaluk JK. Premarital sexual standards and sociosexuality: Gender, ethnicity and cohort differences. *Archives of Sexual Behavior*. 2013; 42: 1395-1405.
20. Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V, Mirzaei S, Zolala F, Haghdoost AA, Oroomiei N. The concept of virginity from the perspective of Iranian adolescents: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2020; 20: 1-8.
21. Honarvar B, Salehi F, Barfi R, Asadi Z, Honarvar H, Odoomi N, et al. Attitudes toward and experience of singles with premarital sex: A population-based study in Shiraz, southern Iran. *Archives of Sexual Behavior*. 2016; 45: 395-402.
22. Naghizadeh S, Robatjazi M, Abbasi M, Mohammadi A. Midwives' Views on Virginity Testing: A Cross-sectional Study. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2023; 33(3): 203-213.
23. Gursoy E, Vural G. Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination. *Nursing Ethics*. 2003; 10(5): 485-496.
24. Leye E, Ogbe E, Heyerick M. Doing hymen reconstruction: An analysis of perceptions and experiences of Flemish gynaecologists. *BMC Women's Health*. 2018; 18: 1-7.

25. Zeyneloglu S, Kisa S, Yilmaz D. Turkish nursing students' knowledge and perceptions regarding virginity. *Nurse education Today*. 2013; 33(2): 110-115.
- 26 Simbar M, Rahmanian F, Ramezani Tehrani F. Explaining the experiences and perceptions of gynecologists and midwives about virginity examination and it's outcomes: A qualitative Study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 18(173): 1-22. [Persian]
27. Ebadi A, Zarshenas L, Rakhshan M, Zareiyan A, Sharifnia S, Mojahedi M. Principles of scale development in health science. 3rd ed. Tehran: Jame-e Negar; 2017. Chapter.7 p.149-151. [Persian]
28. Rahmani A, Merghati-Khoei E, Moghadam-Banaem L, Hajizadeh E, Hamdieh M, Montazeri A. Development and psychometric evaluation of the Premarital Sexual Behavior Assessment Scale for Young Women (PSAS-YW): An exploratory mixed method study. *Reproductive Health*. 2014; 11: 1-7.
29. Manalastas EJ, David CC. Valuation of Women's Virginity in the Philippines. *Asian Women*. 2018; 34(1): 23-48.
30. Christianson M, Eriksson C. Promoting women's human rights: A qualitative analysis of midwives' perceptions about virginity control and hymen 'reconstruction'. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2015; 20(3): 181-192.
31. Christianson M, Eriksson C. Acts of violence: virginity control and hymen (re) construction. *British Journal of Midwifery*. 2014; 22(5): 344-352.
32. Kortman E. Holy Hymen, the Might of a Small Membrane-Experiencers' Views About Virginity Testing. Master's Thesis. Laurea: Laurea University of Applied Sciences; 2023.
33. Independent Forensic Expert Group. Statement on virginity testing. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2015; 33: 121-124.