

روایت زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی از تجربه‌ی تعامل با پزشک متخصص؛ با تمرکز بر عفونت پاپیلوما‌ی انسانی (HPV)*

زهره ائمه‌دوست^۱، شیرین احمدنیا^۲، نهال نفیسی^۳

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷)

چکیده

زنان در جریان پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی، با چالش‌های متنوعی در دسترسی به خدمات سلامت جنسی مواجه‌اند. با توجه به حساسیت‌های اجتماعی و فرهنگی موجود پیرامون سلامت جنسی، این مطالعه، با تمرکز بر عفونت HPV، تجربه‌ی زنان در مواجهه با نهادهای ارائه‌ی خدمات بهداشت جنسی و به ویژه پزشک متخصص را موضوع مطالعه قرار داده است.

این تحقیق با اتخاذ رویکرد روش‌شناختی کیفی انجام شده‌است و شامل مصاحبه‌ی عمیق نیمه‌ساختاریافته با ده زن دارای فعالیت جنسی از استان‌های مختلف ایران بوده، که پیش از مصاحبه به این ویروس مبتلا و یا مشکوک به ابتلا بوده‌اند و تجربه‌ی مراجعه به پزشک متخصص زنان داشته‌اند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند و برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل مضمون مورد استفاده قرار گرفته است.

در این پژوهش سه مضمون اصلی و هفت مضمون فرعی شناسایی شد. سه مضمون اصلی عبارتند از: «چالش‌های مواجهه با نظام پزشکی»، «تعامل با پزشک؛ سرگذشت واژه‌ها»، و «اهمیت فضا و رعایت حریم شخصی؛ جداره‌های نور گذر». مضامین فرعی عبارتند از: «کیسه‌های پول؛ چالش‌های مالی» و «آزمایش و واکسن؛ چالش‌های حقوقی»، «پیش‌فرض‌های بیمار؛ گمانه‌زنی‌های پیش از وقوع»، «رویکرد پزشک؛ تجربه‌ی درمان در انعکاس نگاه»، «پاسخ‌گویی پزشک؛ همه‌چیز باهم نه!»، «انتظارات بیمار؛ همه‌ی آن چیزهایی که می‌خواهیم» و «نقش منشی؛ پیکاریوس؛ خادم وفادار».

یافته‌ها نشان داد که انگ اجتماعی معطوف به HPV، نه تنها در تعاملات فردی بلکه در نظام پزشکی نیز قابل مشاهده است. موانع برخورداری از آزمایش واژینال استاندارد برای زنان مجرد، شیوه‌ی تعاملی پزشک، هزینه‌ی بالا و دسترسی‌پذیری واکسن و خدمات درمانی، حکایت از چالش‌های متنوعی در شکل‌گیری ارتباط مناسب میان مراجعان و تامین‌کنندگان خدمات بهداشت جنسی داشته است و ضرورت تجدید نظر در سیاست‌گذاری‌های حوزه تامین خدمات بهداشتی و درمانی در ارتباط با سلامت جنسی زنان و فهم عمیق‌تر کاستی‌های موجود در چارچوب تعامل میان پزشک و بیمار، به ویژه در ارتباط با عفونت HPV را مورد تاکید قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: زنان، دسترسی به خدمات بهداشت جنسی، تعامل پزشک-بیمار، ویروس پاپیلوما‌ی انسانی، اچ‌پی‌وی، واکسیناسیون، بیماری مقاربتی

Doi: <https://doi.org/10.22034/jss.2025.2054941.1890>

* مقاله علمی پژوهشی

^۱ کارشناس ارشد مطالعات فرهنگی، گروه مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، Saghams@gmail.com

^۲ دکتر جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) ahmadnia@atu.ac.ir

^۳ دکتر انسان‌شناسی فرهنگی، گروه مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران nahalnaficy1400@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

ساختارهای سنتی روابط خانوادگی در ایران، رو به تغییر است و همین امر سبک‌های زندگی متفاوتی را رقم می‌زند و جوانان ناگزیر از مواجهه با دوگانگی ناشی از بحران‌های ساختاری و بحران انتخاب سبک زندگی هستند. در سایه‌ی دگرگونی‌های اجتماعی، بر ساخت‌های اجتماعی از جنسیت زنان و استقلال عمل آنان همچنان محل مناقشه است. ارتباطات بین‌المللی و میان‌فرهنگی، رویکردهای نوین آموزشی، رسانه‌های اجتماعی، دسترس‌پذیری فناوری‌های نوین اطلاعاتی و غیره از جمله محرک‌های تغییرات سیاسی-اجتماعی هستند که در زمینه‌سازی تغییرات در هنجارهای اجتماعی، نظام‌های ارزشی و پویایی‌های ارتباطی نقش ایفا می‌کنند (معمدی و همکاران^۱، ۲۰۱۶).

در ایران، روابط جنسی پیش از ازدواج جرم‌انگاری می‌شود (مهرالحسنی و همکاران^۲، ۲۰۲۰، لیونگ^۳، ۲۰۱۹). باکرگی، «فقدان رابطه‌ی جنسی» تعریف می‌گردد و به عنوان یک استراتژی کارآمد جهت جلوگیری از خطرات معطوف به سلامت جنسی در نظر گرفته می‌شود (مهرالحسنی و همکاران^۴، ۲۰۲۰). با این حال، شواهد مبنی بر افزایش روابط جنسی پیش از ازدواج، خبر از تغییر در رفتارهای جنسی جامعه‌ی ایرانی دارد. به گونه‌ای که برخی متفکرین از وقوع انقلاب جنسی سخن می‌گویند (میرابی و همکاران^۵، ۲۰۲۲). تغییرات در روابط اجتماعی و چالش‌های اجتماعی-اقتصادی منجر به کمرنگ شدن باورهای مذهبی و در نتیجه تغییرات نگرشی نسبت به هنجارها و قواعد تعیین شده در میان جوانان می‌گردد (معمدی و همکاران، ۲۰۱۶). با وجود این تغییرات، به نظر می‌رسد که سیاست‌گذاری‌های موجود جهت رسیدگی به مشکلات سلامت جنسی در ایران ناکافی هست. علی‌رغم وجود سند بین‌المللی ۲۰۳۰ و الزام ارائه‌ی آموزش جنسی به کودکان و نوجوانان کاربرد این سند در نهادهای آموزش رسمی در ایران، مجاز تلقی نشده و برنامه‌ای مدون برای تربیت جنسی کودکان و نوجوانان وجود ندارد (ترابی و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از عفونت‌های مقاربتی که به دلیل تغییرات سبک زندگی بیش از پیش سلامت افراد را تهدید می‌کند، ویروس پاپیلومای انسانی یا HPV است. HPV یک عفونت شایع مقاربتی است که

1 Motamedi et al.

2 Mehrolhasani et al.

3 Leung

4 Mehrolhasani et al.

5 Mirabi et al.

6 Torbati et al.

می‌تواند پوست، ناحیه تناسلی و گلو را درگیر کند (قادری و همکاران، ۲۰۲۱). واکسن HPV، پتانسیل قابل‌توجهی در پیشگیری از سرطان دهانه‌ی رحم دارد و تشخیص زودهنگام از طریق برنامه‌های واکسیناسیون و غربالگری منجر به کاهش مرگ‌ومیر می‌گردد (وو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸؛ یعقوبی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). با این حال، تحریم‌ها و هزینه‌ی بالای واکسن‌های وارداتی، مانعی بر سر راه این برنامه بوده است (قادری^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود هزینه‌های بالای این خدمات در ایران، می‌توان تصور کرد که زنان مبتلا، با فشارهای روانی و اجتماعی حاصل از این عفونت درگیرند.

سرطان دهانه‌ی رحم به‌عنوان چهارمین سرطان شایع در زنان در سطح جهانی رتبه‌بندی می‌شود (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۲۰۲۴). در سال ۲۰۲۲، ۶۶۰۰۰۰ مورد جدید به ثبت رسیده‌است که تقریباً ۹۴ درصد از ۳۵۰۰۰۰ مرگ‌ومیر ناشی از آن مربوط به کشورهای متوسط یا کم‌درآمد است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴). در ایران، میزان بروز عفونت‌های HPV نزدیک به آمار جهانی است و تخمین زده می‌شود که این میزان در سال‌های آینده به سرعت افزایش یابد (جمدار و همکاران^۵، ۲۰۱۸). سالانه حدود ۱۰۵۶ مورد جدید سرطان دهانه‌ی رحم در ایران تشخیص داده شده و حدود ۶۴۴ مورد مرگ گزارش می‌شود. بیش از ۷۰ درصد زنان مبتلا به سرطان دهانه‌ی رحم در ایران به عفونت HPV نوع ۱۸/۱۶ مبتلا هستند (ثابت و همکاران^۶، ۲۰۲۱).

به باور قادری و همکاران (۲۰۲۱) زن‌ستیزی نظام‌مند، اطلاعات غلط، ترس از محرومیت از حقوق و خشونت (سیستمی و بین فردی) رفاه زنان را مختل می‌کند. برچسب‌های اجتماعی مرتبط با بیماری‌های مقاربتی و ترس از قضاوت اجتماعی، منجر به تأخیر در جست‌وجوی مراقبت‌های پزشکی می‌گردد. علاوه بر این، کمبود دانش در ارتباط با عفونت HPV و عدم شفافیت در ارائه‌ی مسائل مرتبط با سلامت جنسی در میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، تعاملات بیمار-پزشک را پیچیده می‌کند (لیونگ و همکاران، ۲۰۱۹). نقش پزشک، مهارت‌های ارتباطی و اخلاق پزشکی، در نگاه زنان به بدن خویش، ماهیت بیماری، و پیگیری روند درمان بسیار اثرگذار است. ارتباط موفق

1 Mailinh Vu et al.

2 Yaghoubi et al.

3 Qaderi et al.

4 WHO

5 Jamdar et al.

6 Sabet et al.

و مراقبت بیمار محور می‌تواند سطح رضایتمندی را افزایش دهد و منجر به پایبندی بیشتر می‌شود (شوارتز^۱، ۲۰۱۸؛ لئون مالدونادو و همکاران^۲، ۲۰۲۳؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). در مراقبت‌های اولیه، اعتماد و رویکرد مثبت بیماران، دریافت حمایت‌های عاطفی و ارائه‌ی اطلاعات کافی از سوی پزشک، منجر به تبعیت بیشتر بیمار و بیان اطلاعات مورد نیاز می‌گردد (لئون مالدونادو و همکاران^۳، ۲۰۲۳، صادقی‌بازرگانی و همکاران^۴، ۲۰۱۹؛ کاسا و همکاران^۵، ۲۰۱۹). فقدان آموزش مهارت‌های ارتباطی نیز می‌تواند در برقراری ارتباط مثبت اختلال ایجاد کند (دنگ و همکاران^۶، ۲۰۱۷). در جوامعی که عفونت HPV ناشناخته‌تر است، عفونت مقاربتی با انگ و تابو همراه می‌گردد و می‌تواند در برقراری ارتباط موثر با پزشک خدشه ایجاد کند. بنابراین درک عمیق از تجربیات زنان مبتلا و یا مشکوک به عفونت HPV از تعامل‌شان با پزشک، حائز اهمیت است (قادری و همکاران، ۲۰۲۱). در این پژوهش پرسش محوری، حول این شکل گرفته‌است که زنان با توجه به حساسیت‌های فرهنگی پیرامون سلامت جنسی، چه تجربه‌ای از مواجهه با نهادهای ارائه‌ی خدمات بهداشت جنسی و به ویژه پزشک متخصص داشته‌اند.

پیشینه‌ی مفهومی و تجربی

گافمن؛ نظریه‌پرداز «داغ ننگ»، عنوان می‌کند که انگ، باید به عنوان یک مفهوم رابطه‌ای درک شود؛ در تعامل اجتماعی بین دو فرد است که داغ ننگ می‌تواند تأثیرگذار واقع شود (گافمن، ۱۹۶۳). گافمن اظهار دارد که داغ ننگ تأثیر نیرومندی بر کنش متقابل اجتماعی دارد. افراد صرفاً بر حسب انگی که به آنها نسبت داده شده است درک می‌شوند (عبدالاهی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد داغ‌خورده کسانی‌اند که به واسطه‌ی شکافی که بین هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه‌شان وجود دارد، قادر به پیروی از هنجارهای متداول نیستند. در نتیجه به نوعی از جریان عادی زندگی خارج شده‌اند و باید با مصائبی مانند عدم پذیرش دست‌وپنجه نرم کنند. گافمن باور دارد که در جهان چیزی تحت عنوان «داغ»، بانی ذاتی ندارد و می‌تواند هر آن چیزی باشد که با معیارهای مسلط جامعه به مثابه‌ی استانداردهای هنجارمند هم‌خوانی نداشته‌باشد (گافمن، ۱۹۶۳).

1 Schwarz

2 León-Maldonado

3 León-Maldonado

4 Sadeghi-Bazargani

5 Kasa et al.

6 Dang et al.

در ارتباط با روابط جنسی و بیمارهای مقاربتی در ایران، به نظر انگ ساختاری وجود دارد؛ این برچسب‌ها ممکن است به صورت سیستماتیک در روند جامعه‌پذیری افراد اثر بگذارند و بدل به خودانگ‌زنی و انگ‌باور شده گردند و از طرف دیگر به سیستم پزشکی نفوذ کنند و پزشکان به صورت خودآگاه و یا ناخودآگاه از ارائه‌ی خدمات یکسان به افراد مبتلا امتناع ورزند یا آنان را با سایر انگ‌های اجتماعی مواجه کنند. برچسب‌هایی که افراد در جامعه و خانواده نسبت به آن هشدار دریافت کرده‌اند، حال ممکن است از زبان دیگری سرزنش گردند و در قدم بعد با خودسرزنش‌گری و تبعات روانی حاصل از آن مواجه شوند. افراد با مشکوک‌شدن یا ابتلا به عفونت HPV، درگیر تابوهایی اجتماعی در جامعه می‌شوند. مفهوم «**تابوی اجتماعی**» به هنجارها و رفتارهای اجتماعی اشاره دارد که در یک فرهنگ یا جامعه‌ی خاص غیرقابل قبول یا ممنوع تلقی می‌شود (کوزمبار-ویکلیک^۱، ۲۰۱۶).

در تعامل بین پزشک و بیمار، کنش در سطح خرد صورت می‌گیرد. اسکمبر به نقل از هابرماس، نظریه‌پرداز کنش مفاهمه‌ای/ راهبردی^۲، می‌گوید که از نظر وی «کنش مفاهمه‌ای» نوعی کنش متقابل و تعامل است که با میانجی‌گری زبان صورت می‌گیرد و معطوف به دستیابی به اجماع و درک (فهم) است (اسکمبر، ۱۹۴۸). این در حالی است که اگر گوینده قصد ایجاد تأثیرات فرالفظی بر شنوندگان خود داشته‌باشد، کنش راهبردی شکل می‌گیرد. در این کنش، گوینده با جهت‌گیری معطوف به موفقیت عمل می‌کند و از طریق اعمال کلامی بر دیگران اثر می‌گذارد. به هنگامی که نیت گوینده جهت تأثیرگذاری بر دیگری به صراحت اعلام شود، «کنش راهبردی آشکار» شکل می‌گیرد. همچنین هابرماس «کنش مفاهمه‌ای پنهان» را در برابر آشکار قرار می‌دهد و عنوان می‌کند که این کنش مبین فریب است که می‌تواند از نوع آگاهانه باشد. در فریب آگاهانه یکی از مشارکت‌کنندگان با جهت‌گیری معطوف به موفقیت عمل می‌کند و به دیگری اجازه می‌دهد فکر کند که تمام شرایط لازم برای کنش مفاهمه‌ای فراهم شده است (اسکمبر، ۱۹۴۸: ۱۴۴). پزشکان به لحاظ تاریخی، طرفدار کنش راهبردی آشکار بودند. در طی زمان با ظهور اشکال جدیدی از روابط که قائل به اشتراک و روابط متقابل هستند، کنش راهبردی آشکار ارزش خود را به مرور از دست می‌دهد. هابرماس عنوان می‌کند که پزشکان گاهی با اخذ رویکرد کنش مفاهمه‌ای پنهان، دست به فریب آگاهانه می‌زنند؛ به گونه‌ای که با استفاده از اصطلاحات فنی پزشکی، بیمار را به

1 Koszembar-Wiklike

2 Communicative action

اطاعت وادار می‌کنند (اسکلمبر، ۱۹۴۸: ۱۴۵). همچنین، هالپرن در ارتباط با پزشکی مدرن، از اهمیت توجه بی‌طرفانه صحبت می‌کند. منظور از توجه بی‌طرفانه، همدلی با بیمار تا حدی است که با حفظ فاصله‌ی احساسی، بی‌طرفی حرفه‌ای به وجود آید (هالپرن^۱، ۲۰۰۱). بر اساس دیدگاه هالپرن، پزشکان به قدری در طی زمان از رویکرد همدلانه فاصله گرفتند که بسیاری از آنها فارغ از در نظر گرفتن خود بیمار، تنها نوع بیماری در مرکز توجه‌شان قرار گرفت. حال توجه به ابعاد روانی بیمار از ارکان مهم ارائه‌ی خدمات پزشکی در نظر گرفته می‌شود (کیان پور، ۱۳۹۱).

با این حال، پزشک متخصص قادر است که با توجه به تفسیرهای بیماران از علائم HPV، در «مدیریت درد و رنج» آنان موثر واقع شوند. رنج می‌تواند به طور مستقیم از درد فیزیکی حاصل شود و تحت تاثیر عواملی مانند انتظار درد و یا تفسیرهای اخلاقی قرار گیرد. باورهای مذهبی و اخلاقی می‌تواند بر شدت درد و رنج اثر بگذارد (کاسل^۲، ۱۹۸۷). نقش آگاهی در «پیگیری درمان» بر بیماران بسیار تاثیرگذار است. بیماران با آگاهی ضعیف، روند درمانی بلندمدت‌تری را طی می‌کنند، همچنین انطباق پایین‌تر نسبت به درمان‌های دارویی، پذیرش بیشتر در بیمارستان و کاهش عملکرد روانی اجتماعی میان آنان رایج است. از طرفی افزایش آگاهی از بیماری می‌تواند با علائم اضطراب و افسردگی بالاتر و همچنین تمایل به خودکشی در ارتباط باشد (استرویز و همکاران^۳، ۱۹۸۷). این مفهوم بدان اشاره دارد که آگاهی و ناآگاهی از ماهیت عفونت HPV می‌تواند بر رویکرد افراد نسبت به پروسه‌ی درمان و مواجهه با پزشک تاثیرگذار باشد.

رفتارها و واکنش‌های افراد می‌تواند در مواجهه با بیماری تنوع یابد. در ارتباط با این موضوع، مکانیک و ولکارت اصطلاح «رفتار بیماری» را برای توصیف شیوه‌هایی که افراد وضعیت سلامتی خود را تجربه، درک، و ارزیابی کرده و بدان پاسخ می‌دهند به کار برده‌اند (مکانیک و ولکارت، ۱۹۶۰). فرض مهم در مطالعه‌ی رفتار بیماری این است که تجربه‌ی بیماری، توسط عوامل اجتماعی-فرهنگی و روانشناختی اجتماعی، صرف نظر از عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی یا سایر مبناهای بیولوژیکی شکل می‌گیرد (مکانیک و ولکارت، ۱۹۶۰) در مبحث رفتار بیماری، اصطلاح «ادراک بیماری»^۴ به درک شیوه‌های واکنش افراد به بیماری اطلاق می‌شود. بر اساس «مدل

1 Halpern

2 Cassell

3 Osterweis *et al.*

4 Illness perception

خودتنظیمی^۱، افراد به صورت فعال اطلاعات را پردازش می‌کنند و بازنمایی‌هایی که از بیماری وجود دارد، مستقیماً بر نحوه رفتار افراد در رابطه با بیماری‌ای خاص تأثیر می‌گذارد. آنان ممکن است تصمیم گیرند که به جای درگیر شدن با استراتژی‌های متنوع مقابله‌ای، اجتنابی و یا رفتارهای ناسازگار، تحت معاینات بالینی قرار گیرند یا به پیروی از فرایند درمان پایبند باشند (مکانیک و ولکارت، ۱۹۶۰).

در مطالعات پیشین به چالش‌های متعددی در ارتباط با موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و تعامل پزشک-بیمار در ایران پرداخته شده است. پژوهش مرعشی و همکاران^۲ (۲۰۲۱)، «بررسی موانع انجام آزمون پاپ اسمیر در میان زنان ایرانی: یک مطالعه‌ی کیفی»، تقی‌زاده (۲۰۲۰)^۳ «نقش دانش، ادراک ریسک و نشانه‌های اقدام در میان زنان ایرانی در ارتباط با سرطان دهانه‌ی رحم و غربالگری: یک بررسی کیفی» و بیرامی و همکاران^۴ (۲۰۱۵) «چالش‌های ارائه‌ی برنامه‌های پیش‌گیری از سرطان دهانه‌ی رحم در ایران: یک مطالعه‌ی کیفی» نشان داد که عملکرد ضعیف سیستم بهداشتی، دانش ناکافی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات، انگ اجتماعی معطوف به عفونت HPV، مسائل مالی و دسترسی محدود به خدمات درمانی از عوامل کلیدی در کاهش مشارکت زنان در غربالگری سرطان دهانه‌ی رحم هستند. همچنین، نتایج این پژوهش‌ها بر نقش پزشکان در فرآیند درمان، مهارت‌های ارتباطی آنان و تأثیر رویکردهای درمانی بر تجربه‌ی بیماران تأکید داشته‌اند. چالش‌های فرهنگی نظیر احساس شرم، وابستگی مالی به مردان و هنجارهای اجتماعی مرتبط با سلامت جنسی زنان نیز از موانع مهمی بوده‌اند که بر پذیرش آزمایش‌های غربالگری تأثیرگذار هستند.

از سوی دیگر، تحقیقات قادری و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان «چالش‌های روان‌شناختی زنان ایرانی به نتایج مثبت آزمایش HPV: یک مطالعه‌ی کیفی» و پژوهش صالحی‌فر (۱۳۹۴) با عنوان «بررسی آگاهی دانشجویان دختر در مورد سرطان دهانه‌ی رحم، ویروس پاپیلومای انسانی و نگرش و نحوه‌ی پذیرش آن‌ها نسبت به واکسن مربوطه» نشان دادند که زنان مبتلا به HPV علاوه بر دغدغه‌های مرتبط با سلامت جسمانی، با چالش‌های روان‌شناختی، اضطراب، نگرانی از افشای بیماری، ترس از عواقب اجتماعی و احساسات منفی نسبت به بدن خویش مواجه‌اند. این مطالعات

1 Self-regulatory model

2 Marashi *et al.*

3 Taghizadeh *et al.*

4 Bayrami *et al.*

به ضرورت بهبود تعامل پزشک-بیمار، ارائه‌ی اطلاعات کافی و جامع، افزایش آگاهی عمومی از بیماری، و تقویت آموزش‌های مرتبط با سلامت جنسی اشاره کرده‌اند. همچنین پژوهش‌های بین‌المللی، نظیر مطالعه‌ی باتلر و همکاران (2020)¹ با عنوان «تجربیات زنان بومی استرالیایی از مشارکت در آزمایش غربالگری»، نشان داده‌اند که تجربه‌ی غربالگری در میان زنان بومی استرالیا تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اعتماد به پزشکان، و سیاست‌های سلامت عمومی قرار دارد. مجموع این یافته‌ها، بر لزوم اتخاذ سیاست‌های حمایتی، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و تغییر در نحوه‌ی تعامل پزشکان با بیماران تأکید دارد تا تجربه‌ی درمانی زنان بهبود یابد و مشارکت آنان در آزمایش‌های غربالگری افزایش یابد.

تحقیقات انجام شده، علی‌رغم ارائه‌ی نگاهی روشن در خصوص چالش‌ها و ضرورت‌های مرتبط با سیستم پزشکی، بسیاری از جوانب اجتماعی پنهان در زمینه تصمیم‌ها و چالش‌های پزشکی افراد را پوشش نداده‌اند. با توجه به این که احتمال می‌رود زنان در ایران از دانش محدود و ناکافی از بیماری HPV، برخوردار باشند لازم است که رویکرد درون‌نگرانه‌تر و عمیق‌تری نسبت به تجربه‌ی آنان بدست آوریم. پژوهش حاضر در جهت تکمیل یافته‌های مطالعات مذکور، تلاش دارد که به تجربه‌ی مواجهه با این بیماری و مراجعه به پزشک متخصص بپردازد و نگاه عمیق‌تری از این تجربه با توجه به بستر ایران ارائه دهد. تفاوت این پژوهش با سایر مطالعات انجام شده، عمیق‌تر شدن در جزئیات تعاملات پزشک-بیمار و تجربه‌ی زیسته آنان با توجه به چالش‌های موجود است.

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق با اتخاذ رویکرد روش‌شناختی کیفی بر مبنای استقرا به انجام رسیده است و با استفاده از روش تحلیل مضمون، به مطالعه‌ی تجربه‌ی زنان از مراجعه به پزشک متخصص، در ارتباط با عفونت HPV می‌پردازد. جامعه‌ی مورد مطالعه، شامل زنان (ساکن نقاط مختلف ایران) بالای ۱۸ سال و دارای فعالیت جنسی است که تجربیات خود را پس از رضایت آگاهانه، در مصاحبه‌های عمیق انفرادی به اشتراک گذاشتند. در این پژوهش ۱۰ نفر از زنانی مشارکت داشتند که آزمایش HPV و غربالگری دهانه‌ی رحم را تجربه کرده و یا حداقل یک‌بار به دلیل مشکوک بودن به عفونت HPV -در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۳ الی ۱۴۰۳- به دکتر زنان مراجعه کرده‌اند. این پژوهش در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۳ به انجام رسیده است.

1 Butler et al.

بنا بر حساسیت‌های فرهنگی موجود، روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی هدفمند مورد استفاده قرار گرفت. مصاحبه‌های عمیق به سه شکل حضوری (دو نفر)، تماس تلفنی (یک نفر) و یا تماس مجازی (۷ نفر) صورت گرفت. پس از ارائه‌ی توضیحات لازم در ارتباط با اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه، با افراد داوطلب مشارکت، مصاحبه شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و به دقت پیاده‌سازی، مرور و تحلیل شد. میانگین زمانی انجام مصاحبه‌ها حدوداً بالغ بر ۵۰ تا ۶۵ دقیقه بود. مصاحبه‌های نهایی پیرو انجام سه مصاحبه اکتشافی به انجام رسید که در نیل محقق به چارچوب مفهومی نهایی موثر واقع شد.

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	مشارکت‌کننده	سن	محل سکونت	وضعیت تاهل	نتیجه‌ی تست	تعداد پارت‌نر	سابقه‌ی مراجعه به پزشک زنان
۱	ساناز	۳۵	رشت	مجرد	منفی	بیش از ۵	خیر
۲	سودابه	۳۲	انزلی	مجرد	منفی	۵	بله
۳	سمیرا	۳۷	شیراز	مجرد	مثبت	۳	بله
۴	شیرین	۳۰	رشت	مجرد	منفی	چندپارت‌نری	بله
۵	سمن	۱۹	تهران	مجرد	مثبت تایپ ۵۳ و ۵۷	۱	خیر
۶	الناز	۲۷	قزوین	مجرد	منفی	۱	بله
۷	باران	۲۵	کرمان	مجرد	منفی	۱	بله
۸	مبینا	۲۲	کرج	مجرد	مثبت تایپ ۵۵، ۳۳، ۴۴	بیش از ۵	خیر
۹	زیبا	۲۹	تهران	مجرد	منفی	۲	بله
۱۰	سپیده	۲۵	رشت	مجرد	مثبت تایپ ۶	۱	خیر

جهت تحلیل محتوای داده‌ها، کدهای توصیفی تعیین گردید. با کاربرد روش تحلیل مضمون، مفاهیم انتزاعی ساخته شد و کدهای تفسیری دسته‌بندی شده فراهم آمد. مضامین استخراجی نهایی

پس از طی مراحل متعارف تحلیل کیفی، بر اساس ملاحظات نظری و کاربرد متون ادبی، نام‌گذاری شدند.

در تحقیقات کیفی نمی‌توان اظهار داشت که قضاوتی عینی و بی‌طرف ارائه شده است. چراکه همواره محقق درون متنی اجتماعی زندگی می‌کند و بی‌شک بخشی از آن را نیز بازتاب می‌دهند. بنابراین با تکیه بر اصل «بازاندیشی»، اعتباریابی‌های محقق از مفاهیم با تکیه بر نسبیت‌های فرهنگی انجام گرفت. جهت تضمین اعتبار و پایایی، در این پژوهش تلاش شد که با چندسویه‌بینی، چشم‌اندازهای متفاوت از مسئله‌ی مذکور مورد بررسی قرار گیرد. متون، مجدد مورد بررسی و تطابق قرار گرفت تا از صحت نوشته‌ها اطمینان حاصل شود. جهت کسب اطمینان از روایی پژوهش، بازبینی مشارکت‌کنندگان از برداشت‌های محقق و اخذ تایید آن‌ها مورد توجه واقع شد. کدها با کدهای اولیه به‌دقت مورد مقایسه قرار گرفت. تمامی یادداشت‌ها و حاشیه‌نویسی‌ها در حین مصاحبه، لحاظ گردید و جهت شفاف‌سازی هرچه بیشتر، توصیفات جزئی و دقیق یافته‌ها ارائه شد. در جهت تامین اصول اخلاقی تحقیق و مراعات حقوق مشارکت‌کنندگان، کلیه‌ی مصاحبه‌ها پیرو توضیحات کافی در ارتباط با اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه، به‌انجام رسید با اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، که افراد به طور کامل از حقوق خود، ماهیت تحقیق و شرایط مصاحبه مطلع باشند. همچنین اطمینان داده‌شد که در صورت تمایل در هر مرحله از تحقیق قادرند از این پژوهش کناره‌گیری و یا از پاسخ به سوالات خاص اجتناب کنند. اطلاعات شخصی و محرمانه‌ی افراد محفوظ و اسامی واقعی با اسامی مستعار جایگزین شدند.

یافته‌ها

در این بخش، روایت‌های زنان از تجربه‌ی تعامل‌شان با پزشک و چالش‌های موجود با ارجاع به مضامین برخاسته از داده‌ها ارایه شده است. پس از بررسی و دسته‌بندی داده‌ها، سه تم اصلی و هفت تم فرعی شناسایی شد. مقولات اصلی مشتمل است بر «چالش‌های مواجهه با نظام پزشکی»، «تعامل با پزشک؛ سرگذشت واژه‌ها»، و «اهمیت فضا و رعایت حریم شخصی؛ جدارهای نور گذر».

۱. «چالش‌های مواجهه با نظام پزشکی»

این مقوله خود به دو بخش تقسیم می‌شود: نوع مواجهه‌ی افراد با سیستم پزشکی و آزمایش‌های مربوطه.

کیسه‌های پول؛ چالش‌های مالی

زنان در مواجهه با سیستم پزشکی، فارغ از وجهه‌ی انسانی، به مثابه‌ی کیسه‌های پولی متصور می‌شدند که برای رهایی از وضعیت جسمانی پیش‌آمده ناگزیر از پرداخت مبالغ هنگفت به سیستم پزشکی بودند. آنان زمان هرگونه اقدام برای درمان و پیگیری‌های لازم را صرفاً بر مبنای تمکن مالی تنظیم می‌کردند. هزینه‌ی بالای آزمایش پاپ اسمیر و همچنین واکسن HPV به عنوان عامل دل‌نگرانی و ناتوانی در دسترسی به موقع به خدمات سلامت جنسی عنوان شد.

«یادمه که پارسال خب هر کدومش هر دوز واکسن گارداسیل^۱ هیجده و خرده‌ای بود و ما واقعاً نمی‌دونستیم که اون موقع شیش تا هیجده خرده‌ای رو فراهم کنیم و نزدیکیم. تا همین الانم نتونستیم بزنیم.» (سودابه، ۳۲ ساله)

زنان که با استرس و اضطراب شدید به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند، تنها به درمان و بازپس‌گیری سلامتی، فارغ از جنبه‌های مالی می‌اندیشند. ترفندهای سیستم پزشکی برای فرار مالیاتی می‌تواند مازاد بر اضطراب‌های معطوف به بدن، برای بیمار تنش‌زا باشد. «باران» می‌گوید: «اولاً، می‌گن ۶۰۰ تومن پول نقد بیا. اینجا کارت‌خوان نداره. من باید حدود یه تومن محض احتیاط با خودم می‌بردم. اون معاینه‌ای که با دستگاه انجام دادن سه میلیون شد که باید کارت به کارت می‌کردم و یه ۳ تومن دیگه برای برداشت زخم. یک نامه به من دادن برای بیمه‌ی تکمیلی ولی چون این جووری پول گرفته بودن، بیمه تکمیلی در نهایت هیچ هزینه‌ای رو تقبل نکرد. بهم گفتن درسته ما ۳ تومن از تو گرفتیم ولی دو تا نامه بهت می‌دیم که انگار تو دو تا جراحی کوچولو داشتی که جفتش رو بهت میدن بیمه و یه بیماری دیگه چسبید به زخم من. آخرشم بیمه قبول نکرد!» (ک.م، ۲۵ ساله)

آزمایش و واکسن؛ چالش‌های حقوقی

سه تن از زنان نمونه به نوع آزمایش دریافتی - که بنا بر نوع تجربه‌ی جنسی (دخول کامل یا عدم دخول)، در مراکز پزشکی متفاوت ارائه می‌شود - اعتراض داشتند. «شیرین» که سال‌ها با مشکلاتی در ارتباط با رحم و تخمدان درگیر بوده است، می‌گوید که هیچ‌گاه معاینه‌ی واژینال برایش انجام

نداده‌اند و تا همین چندی پیش از علت مشکلات معطوف به رحم خود باخبر نبوده است. تنها پس از برقراری رابطه‌ی جنسی و معاینه‌ی واژینال - که با هدف آزمایش پاپ اسمیر انجام شد - توانست به نتیجه‌ی دقیق از وضعیت جسمانی خود برسد. HPV که از طریق تماس پوستی منتقل می‌شود، گریبان‌گیر بسیاری از زنانی است که رابطه‌ی جنسی را تجربه نکرده‌اند. «شیرین» می‌گوید:

«من از دکتر پرسیدم که چرا شما فقط معاینه‌ی واژینال دارید؟ گفتش که توی معاینه‌ی مسائل مرتبط با اندام تناسلی زنان، واژینال دقیق‌ترین حالت آزمایش هست. سایر آزمایش‌هایی که سطحی هستن، اون دقت و حساسیت رو ندارن. فکر کن که در ایران چقدر این مسئله هست که اکثراً کسایی که نوجوونن با مامانشون می‌رن، اونا رو نمی‌فرستاشون این مدل آزمایش.» (شیرین، ۳۰ ساله)

«اینا» (دکتر زنان) انگار باید به یه جایی جواب پس بدن. به چیزی انگار توی نظام پزشکی هست که اگر یکی بیاد اینجا بفهمه که این پزشک برای دختران ازدواج نکرده، واژینال انجام می‌ده، میان مطب اینو می‌بندن.» (شیرین، ۳۰ ساله)

«زیبا» که خود را مشکوک به HPV می‌بیند، به پزشک زنان مراجعه می‌کند. او زن مجردی است که تا کنون رابطه‌ی جنسی کامل (دخول) را تجربه نکرده‌است. پزشک علی‌رغم خواست او، از انجام آزمایش پاپ اسمیر سرباز می‌زند:

«من رابطه جنسی کامل نداشتم. گفتم/به پزشک/ که این کار رو برای من انجام بده. اصلاً مسئله‌ای نداشتم که این پرده بخواد آسیب ببینه. ولی گفتش که نه چنین چیزی جرمه. اگر من آسیبی بزنم به بکارت تو یا هرکس دیگه‌ای، در آینده می‌تونم بری شکایت کنی و پروانه‌ی من برای همیشه باطل می‌شه. جرم خیلی سنگینی هست از بین بردن پرده‌ی بکارت! یکی از نگرانی‌هایی که من دارم همینیه. که من چون باکره‌ام، اگر این ویروس تو من مثبت بشه، من نمی‌تونم پاپ اسمیر انجام بدم و نمی‌تونم تغییرات دهانه‌ی رحم رو ببینم و پزشک هم این کار نمی‌کنه و در آخر شاید خودم مجبور بشم با کاپ قاعدگی این کارو انجام بدم.» (زیبا، ۲۹ ساله)

۲. تعامل با پزشک «سرگذشت واژه‌ها»

زنان مبتلا و یا مشکوک به عفونت مذکور، با پیش‌فرض‌ها و سطوح مختلف شناخت از عفونت HPV، به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند. روایت‌ها نشان داد که زمینه‌ی فرهنگی می‌تواند رویکرد پزشک را تحت تاثیر قرار دهد:

پیش‌فرض بیمار «گمانه‌زنی‌های پیش از وقوع»

مشارکت‌کنندگان از تصور واکنش احتمالی پزشک متخصص، تجربه‌ی احساسی منفی نظیر ترس و اضطراب داشتند. با این وجود، پزشک آخرین سنگری بود که آنان را از رنج پرسش‌های ذهنی‌شان نظیر «این چیست؟» و «چه باید کرد؟» رها می‌کرد. «الناز» و «زیبا» پیش‌فرض‌هایی مبنی بر قضاوت شدن و یا دریافت سوالات کلیشه‌ای از پزشک در ذهن داشت:

«یه سری حرف‌های کلیشه‌ای دیگه. مثلاً بگه که چرا با این آدم رابطه داشتی؟ این حرف‌ها رو استرسش رو داشتم و این شکلی بودم که قبل از این که حرف بزنم، اول یکم دکتر رو بسنجم.» (الناز، ۲۷ ساله)

«دکتر زنانی که حتی با شکل اندام جنسیت به تو شرم می‌ده، دیگه وقتی که بدونه رابطه داشتی می‌خواد چیکار کنه؟ خیلی انگار برام بدیهی بود. نقد شنیده بودم از اطراف.» (زیبا، ۲۹ ساله)

رویکرد پزشک «تجربه‌ی درمان در انعکاس نگاه»

برخی از مشارکت‌کنندگان، تجربه‌ای منفی از حضور در فضای مطب و تعامل با پزشک متخصص داشتند. برخی نیز ترکیبی از تجربه‌ی مثبت و منفی را بیان کردند. برای «ساناز» علاقه‌ی پزشک به سرک کشیدن در مسائل شخصی وی آزاردهنده بود. از نظر وی لحن پرسش در شکل‌گیری احساسات «مداخله» یا «عدم مداخله» اثرگذار است:

«پزشک اول دوست داشت درباره‌ی زندگی خصوصیم هم دیتا بگیره با این سوالات که ازدواج کردی یا نه؟ اگر نکردی چرا می‌خوای تست بگیری و فلان. دومین پزشک ازم با یه شیطنتی پرسید: پارتنر عوض کردی؟ شاید این سوال در ارتباط با زندگی شخصی من بود، ولی سوالی بود که انگار دوست هم ازت می‌تونه بپرسه. نحوه برخوردش کنکاش توی زندگی من نبود. حتی اگر پارتنر عوض کرده باشم، توی ذهنش یه چیز منفی نبود. به هر حال احساسات به آدم انتقال پیدا می‌کنه دیگه.» (ساناز، ۳۵ ساله)

«مبینا» که برای چکاپ وضعیت سلامت جنسی خود به پزشک مراجعه می‌کند، با پیشنهاد او مبنی بر عمل زیبایی دستگاه تناسلی‌اش مواجه می‌شود. بازخورد اولیه‌ی پزشک به بدن او، نه در خدمت هدف اولیه‌ی مراجعه بلکه اهداف مالی پزشک عنوان می‌شود:

«بهم پیشنهاد جراحی لایبیا داد. انگار که درباره‌ی بدن من نظر داد بدون اینکه ربطی داشته باشه به موضوع. من اصلا برای چیز دیگه‌ای رفته بودم. اومدم معاینم کنی! برای زیبایی که نرفته بودم. سنم هم ۱۸-۱۹ سال بود و یهو داری همچین چیزی بهم میگی!» (مبینا، ۲۲ ساله)

بر خلاف دیگر زنان نمونه، «سپیده» تجربه‌ی مثبتی از مراجعه به پزشک زنان به اشتراک می‌گذارد. او هیچ اثری از مداخله‌ی نابه‌جا در رویکرد و سوالات پزشک نسبت به خود نمی‌یابد.

«ولی حالا وقتی رفتم اتاق پزشک دکتر واقعا خوب رفتار کرد. نه اصرارم پرسید تو رابطه داشتی یا نه/داشتی.» (سپیده، ۲۵ ساله)

با این حال، یکی از دشواری‌های تعاملی که ۳ تن از زنان بدان اشاره داشتند، دریافت ادبیات قضاوت‌گرانه از سوی پزشک بود. «سودابه» می‌گوید که شنیدن این سبک از گزاره‌های قضاوت‌گرانه برایش یک امر بدیهی است. گویی کسی که در قامت به زن مجرد و با زندگی جنسی فعال به پزشک مراجعه می‌کند، بر تابویی دست گذاشته است که این نوع جملات قضاوت‌گرانه، کم‌ترین پیامدی است که با آن مواجه می‌شود.

«یادمه دکتر وقتی که داشت آزمایش می‌نوشت فقط به چیزی بهم گفت: خاک تو سرت! ولی به به حالت عصبی نه‌ها. به به حالت خنده رو که مثلا خاک تو سرت این چه کاریه؟ چیکار دارید می‌کنید شما! جواب اومد گفت نداری/چپی‌وی اما با این شکلی که تو داری زندگی می‌کنی، بعیدم نیست به زودی بگیری!» (سودابه، ۳۲ ساله)

چنان که در روایت «سودابه» بدان اشاره شد، قضاوت همیشه چهره‌ای خصمانه ندارد. می‌تواند در قالب شوخی و خنده و یا رفتارهای دلسوزانه نیز ظاهر گردد؛ با پوشش‌های متنوع و با شدت و حدت مشخصی خودش را در میان کلمات جای خواهد داد. چراکه ریشه‌هایش از ساختار بزرگی که دورتر از میدان دید نشسته است، تغذیه می‌کند. «زیبا» می‌گوید:

«به دکتر گفتم که این آزمایش برای من بنویس و برخوردش اینجور بود که تو که ازدواج نکردی! دیوونه به سرطان دچار میشی. سرطان دهانه‌ی رحم! چرا این کارا رو می‌کنی؟ چرا ازدواج نمی‌کنی؟ بعد من این جووری بودم که خب خانم دکتر باید پیش بیاد دیگه پیش نیومده ازدواج. خیلی حس بدی بهم داد.» (زیبا، ۲۹ ساله)

«ساناز» به مسئله‌ی جرم‌انگاری اشاره می‌کند. در تصورش به هنگامی که به عنوان دختری مجرد با مشکلات معطوف به مسائل جنسی به پزشک مراجعه می‌کنی، به مثابه‌ی مجرمی تحت

فرار هستی. یا چیزی همانند بازی بلوف است؛ بقای بیمار در بلوف زدن است و منافع پزشک در تظاهر به باور.

«از اون اول که وارد مطب میشی، باید تلاش کنی که خودت رو به عنوان مجرمی که اونا دیفالت می‌دونن، خلاص کنی. سال‌های اول دانشجویی که دکتر زنان می‌رفتم، یه حلقه می‌انداختم و می‌رفتم دکتر. چون می‌پرسیدن و تو می‌گفتی بله نامزد دارم یا ازدواج کردم. تو دروغ می‌گفتی و اون‌ها هم می‌دونستن که تو دروغ می‌گی. ولی مجبورت می‌کنن که دروغ بگی.» (ساناز، ۳۵ ساله)

«باران» و «مبینا» از تعامل پزشک، برداشتی اقتصادی داشتند. این رویکرد، تعامل پزشک-بیمار را از یک حالت انسانی و اخلاقی خارج می‌کند و آنان را به مثابه مشتری در یک رابطه بازاری جای می‌دهد. «باران» پیش‌تر اشاره کرد که برقراری این سبک از روابط از سوی پزشک، احساس اعتماد او را به پروسه‌ی تشخیص و درمان کاهش داده است.

«ولی تقریباً فکر می‌کنم من با دکتر هیچ صحبتی نکردم: سلام، خب بیا معاینت کنم، تموم شد. خدا حفظ! این خیلی برای من اعصاب خردکن بود و خیلی بازاری و کاملاً روابط اقتصادی. این جور که سریع تند برو بیرون مریض بعدی بیاد.» (باران، ۲۵ ساله)

«دکتر باهام وارد بحث شد انگار که دارم ارزش کالا می‌خرم. انگار که داره بهم می‌گه نه تو اصلاً مشتری نیستی. در حالی که من ترسیدم و ازت می‌خوام زگیل‌ها رو نشونم بدی. بعد گفت حالا با این وضعیت اومدی تایم آخرم اومدی! بعد گفتش که چیه انجام بدم؟ منم گفتم نه! واومدم بیرون.» (مبینا، ۲۲ ساله)

«سپیده» عدم نگاه قضاوت‌گرانه‌ی پزشک را به سن و تجربه‌ی او در این حوزه مرتبط می‌کند. علاوه بر او، «الناز» و «سمین» علی‌رغم تجربه‌ی تلخ از مواجهه با این عفونت، خاطره‌ای به مراتب مثبت از تعامل با پزشک به اشتراک گذاشتند. «ساناز» نیز علی‌رغم تجربه‌ی منفی از پزشک اول، تجربه‌ی دوم خود را مثبت می‌داند:

«دکتر سنش زیاد بود. شاید حتی نزدیک ۶۰ سالشه ولی اولین چیزی که برخوردم بهش این بود که این شرایط رو عادی می‌دونست. دیدی می‌گن قبیح ماجرا برای طرف ریخته؟ برای من حالت قضاوت‌گری نداشت. اون برجستگی که می‌ترسیدم دچارش بشم تو ذهنش و یا با من بدرفتاری کنه. این‌ها نبود.» (سپیده، ۲۵ ساله)

پاسخگویی پزشک «همه چیز باهم نه!»

تمامی زنان-به جز سه نفر- از ناکافی بودن اطلاعات ارائه شده از سوی پزشک سخن گفتند و هیچ‌کدام اشاره‌ای به برخورداری از حق انتخاب در روند درمان نکردند. آن‌ها به تداوم بر سوژگی خود در پا پیش گذاشتن و پرسیدن جزئیات سخن می‌گفتند. این‌که پزشک در برابر ارائه‌ی اطلاعات، احساس مسئولیتی نداشت. با این حال سه نفر باقی زنان، به ارائه‌ی اطلاعات کافی و خوب طی شدن پروسه‌ی تشخیص و درمان اشاره کردند.

«سعی می‌کرد که بهم آرامش بده. اینکه مثلاً چه داروهای دیگه‌ای بخورم و چه کارایی باید انجام بدم رو با جزئیات توضیح و یکی از بهترین تجربیات دکتر رفتنم بود. در مورد خطرناکش صحبت نکرد. یه جووری حرف زد که من با خودم گفتم حتی اگر بیماری رو داشته باشم هم میشه یه کاریش کرد. چون قبلش فکر می‌کردم که هیچ درمانی نداره.» (الناز، ۲۷- ساله)

«من سوال کردم که جواب داد ولی اگر سوالم نمی‌کردم می‌گفت عزیزم خوب تو برو مشکلی نداری. برو خوشحال باش.» (شیرین، ۳۰ ساله)

همچنین دو نفر از مشارکت‌کنندگان در ارتباط با وجود همدلی پزشک اظهار نظر کردند و در ارتباط با رفتار و واکنش‌های مناسب پزشک به هنگام انجام نمونه‌برداری و آزمایش صحبت کردند. با این حال، هفت نفر از زنان اظهار داشتند که هیچ واکنش همدلانه‌ای از پزشک دریافت نکردند و باقی افراد اظهار نظری در این باب نکردند.

«بین هیچی نگفت. یه حالت انزجاری داشت که نه دوست داشت حرفی بزنه و نه حرفی بشنوه.» (ساناز، ۳۵ ساله)

«اون ری‌اکشن انقدر امن و صمیمی بود که انگار اون پزشک یه لحظه دوست من شد. همدلی کرد باهام. یه جووری که واقعاً نیاز داشتم.» (الناز، ۲۷ ساله)

انتظارات بیمار «همه‌ی آن چیزهایی که می‌خواهیم»

یکی از موارد پرتکرار در انتظارات زنان از پزشک، انتظار از توانایی پزشک در برقراری تعامل مناسب با بیمار بود. این شامل همدلی کردن، درک رفتارهای بیمار، ایجاد احساس امنیت، ارزش قائل بودن و فقدان رویکرد قضاوت‌گرانه بود. «ساناز» که سوالات پزشک را مبنی بر کنجکاوی و مداخله می‌داند، پزشک را نه در کنارش بلکه ایستاده در برابرش می‌بیند که با نگاهی محکوم‌گر، نماینده‌ی آن دیگری بزرگ است که پشت صحنه ایستاده و حکم می‌کند. همسو با «ساناز»، «سپیده» و «الناز» نیز از عدم قضاوت به عنوان مهمترین ویژگی پزشک یاد می‌کنند. با این تفاوت که هر دو

نفر آن‌ها تعاملی بر پایه‌ی درک و همدلی داشتند و هیچ اثری از رویکرد قضاوت‌گرانه احساس نکردند.

«توقع داشتم به عنوان پزشک به کم همدلی داشته باشه. مهمترین چیزی که توقع داشتم این بود که به حالت جرم‌انگاری رفتار نشه با آدم..» «دکترهای زنان باید توی مسائل شخصی افراد دخالت نکنن. حالا تو آزمایش دادی و من مبتلا شدم دیگه چه اهمیتی داره این ویروس از کجا اومده وقتی پزشک رویکردش به مسئله فقط درمانی هست، تو به احساس امنیت میکنی» (ساناز، ۳۵ ساله)

«به نظرم ری‌اکشن دکتر مهمه که قضاوتت نکنه. یا اصن واکنش منفی نشون نده» (الناز، ۲۷ ساله)

«سودابه»، «سمن» و «باران» بر این باورند که ارائه‌ی اطلاعات کافی همراه با تعامل استاندارد و حفظ جانب بی‌طرفانه، قادر است علی‌رغم جلب اعتماد بیمار، در بهتر پیش رفتن روند تشخیص و درمان اثرگذار باشد:

من انتظار داشتم حداقل وقتی که دوباره اومدم پیشت و دارم صد و هشتاد تومن میدم، مخصوصا برای کسی که سنش کم و اولین تجربه‌ش هست و می‌بینی اینقدر حالش بده، یکم بیشتر اطلاعات بدی ولی نه اصلا. میگم نهایت حرفش این بود که کسی نیومده پیش من بمیره! (سمن، ۱۹ ساله)

«این که انقدر سریع ما باید به ماما توضیح می‌دادم و بعد دکتر فقط با من سلام و خداحافظی می‌کرد. میگم قشنگ انگار به کارخونه‌ست که داره به ماشین تولید می‌کنه و ما از مرحله‌ی ویزیت می‌ریم به مرحله‌ی ماما، می‌ریم مرحله دکتر و خیلی ماشین‌نی (باران، ۲۵ ساله).

«زیبا» به موارد متفاوتی اشاره می‌کند. او دوری از کلیشه‌های جنسیتی، فقدان وجود تم مذهبی، رعایت حریم خصوصی بیمار و برخورداری از اطلاعات بروز را در قالب انتظاراتش از پزشک زنان عنوان می‌کند. او از زن‌ستیزی و مردستیزی رایجی میان پزشک زنان صحبت می‌کند که اظهار دارد بارها شخصا شاهد آن بوده است.

«به نظرم مهمه که به دور از کلیشه‌های جنسیتی باشه دکتر زنان. مهمترین فاکتور در انتخاب دکتر زنان اینه که اصلا مذهبی نباشه. که حالا خود این موضوع یک‌سری فاکتورایی رو با خودش میاره مثلا پذیرا بودن، قضاوت‌گر نبودن. خیلی هم آدم آبدیتی باشه. یعنی سنتی نباشه. خودش رو به روز کرده باشه. فضای خصوصی اتاق رو رعایت بکنه، من دیده‌ام که دکتر زنان چند نفر رو

تو راه میدان و به نفر رو می‌فرستن پشت پرده. این اصلا فضای خوبی ایجاد نمی‌کنه.» (زیبا، ۲۹ ساله)

نقش منشی «پیکاریوس»؛ خادم وفادار»

یکی از مسائل جالب توجهی که زنان پژوهش بدان اشاره کردند، تجربه‌ی تعاملی‌شان با منشی کلینیک بود. روایت «سپیده» حاکی از برقراری مکالمه‌ای اضطراب‌آور با منشی است. پیکاریوس، به جای پزشک تشخیص می‌دهد، نسخه می‌پیچد و راه کار ارائه می‌دهد:

«منشی ازم پرسید که مشکلک چیه؟ بارداری؟ گفتم که نه من یه سری زائده‌های پوستی برام ایجاد شده تو ناحیه‌ی واژنم. بعد بلافاصله گفت عههه زگیل زدی؟ ببینم عکس نداری؟ عکس به منشی نشون دادم. گفت آره این زگیله. بعد همون لحظه قلبم وایساد! می‌تونم بگم فشارم افتاد. گفتم که این راه درمانش چجوریه؟ گفتش حتما واکسن بزنی! حتما واکسن بزنی! والا ی سنی هم نداری! منشی قشنگ دل منو خالی کرد و فرستاد اتاق پزشک.»

«سمن» از تجربه‌ی تعاملی‌اش با پیکاریوس به هنگام نمونه‌برداری دهانه‌ی رحم سخن می‌گوید. به باورش منشی یک فرد غیرمتخصص است که از سر کنجکاوی به حیطه‌ی خصوصی او وارد شده است. او علاوه بر نقص حریم خصوصی بیمار، با واکنش‌های خود احساس آشفتگی و اضطراب و انزجار در وی نسبت به بدن خود ایجاد می‌کند.

«وقتی می‌خواست تکه‌برداری کنه، منشیش اومد و نه یه آدمی که درسشو خونده باشه. انگار به آدم خیلی معمولی بود که دیده بود داره رو یکی کار انجام میشه و خیلی کنجکاو بود. من مثلا می‌گفتم سمت راست بدنم درد می‌کنه و منشیش می‌گفتش که تو مگه اون داخل حس می‌کنی کدوم سمت میره؟ وقتی من خونریزی کردم، پزشک خیلی ریلکس داشت کار می‌کرد و اون نمیومد کمک کنه. انگار می‌ترسید که بیاد. من از ترس اون از خودم بدم میومد چون می‌گفتم که این انقدر خطرناکه که طرف می‌ترسه خونم بهش برخورد کنه.» (سمن، ۱۹ ساله)

سایر زنان پژوهش در ارتباط با تعامل با منشی به موضوع خاصی اشاره نکردند و غالباً منشی در نقش کسی که اطلاعات اولیه‌ی مورد نیاز را ثبت می‌کرد معرفی شد.

۱ پیکاریوس در داستان‌های اساطیری خادمی وفادار است که در پشت صحنه به قهرمان داستان کمک می‌کند

۳. اهمیت فضا و رعایت حریم شخصی «جداره‌های نورگذر»

غالب افراد تجربه‌ی مثبتی از رعایت حریم شخصی توسط پزشک و نظام پزشکی به اشتراک گذاشتند. با این حال چندی از افراد تجربه‌ی متفاوتی داشتند. «شیرین» به هنگامی که برای معاینه‌ی اولیه نزد پزشک می‌رود، علی‌رغم درخواست او برای ملاقات خصوصی با پزشک، به اجبار در یک فضای اشتراکی با دیگران مسئله‌اش را با او در میان می‌گذارد. با این وجود، دفعه‌ی دوم ویزیت، فضایی خصوصی برایش در نظر می‌گیرند.

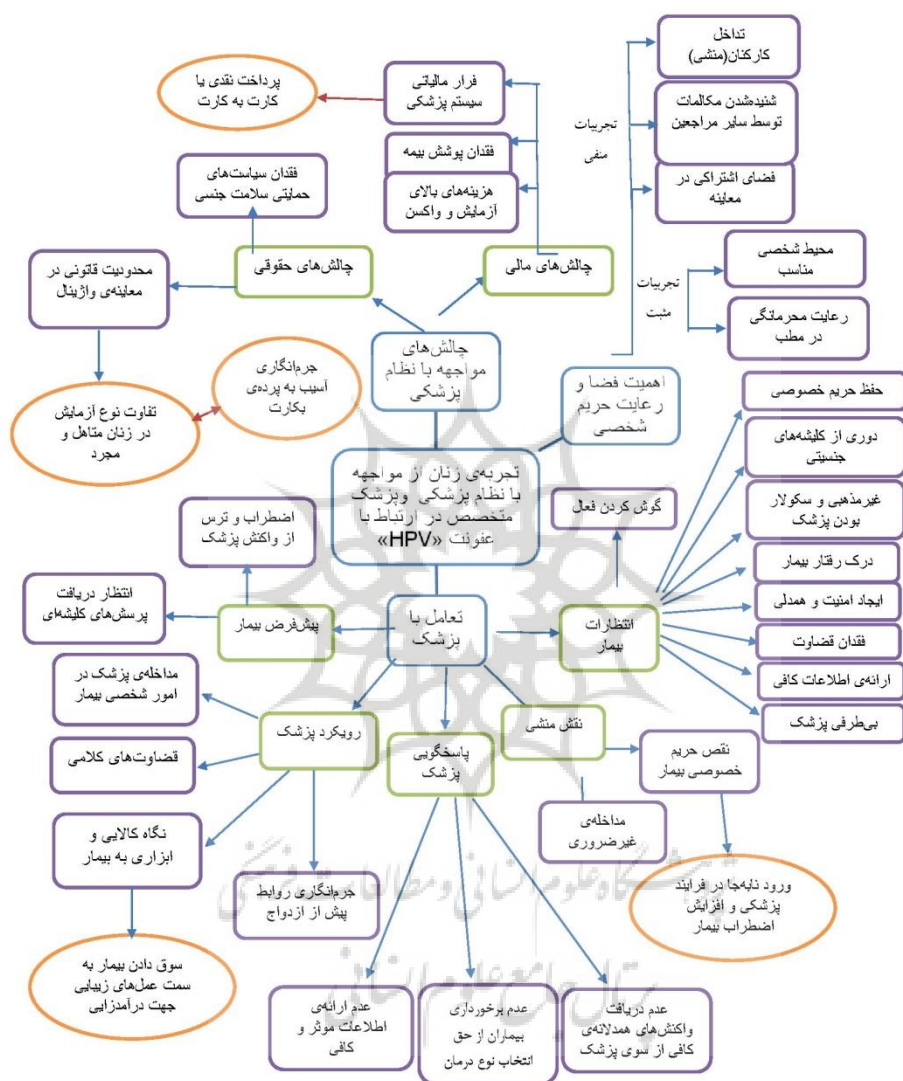
«دفعه‌ی اول اینجوری شد که من افتادم تو اتاقی با سه نفر دیگه بودم و حالا این درخواست کردم که من می‌خوام خصوصی صحبت کنم. گفت که ما برای نتیجه اتاق خصوصی در نظر می‌گیریم. در صورتی که یه عالمه اتاق اونجا بود و بهش گفتم که این کار درستی نیست! مثلاً سرما نخوردی که بری بگی اکی حالا یه نفر دیگه هم اینجاس، مهم نیست! اون دکتر اصلاً فکر نمی‌کنه که این یه چیز خیلی خصوصیه و من حتی مثلاً با دوستم راجع به این مساله حرف نزدم.»

«ص» از وجود حریم خصوصی در فضای کلینیک می‌گوید. در حالی که معماری کلینیک چندان در خدمت حفظ حریم بیمار نبوده است. همچنین تداخل مداوم منشی در حین انجام کار موجب رنجش او گشته بود. او این موضوع را حاصل از حجم زیاد پذیرش بیمار می‌داند:

«یکی از چیزای بدی که داشت این بود که تکه‌برداری توی همون اتاق کوچیک انجام داد و صدای منو هرکسی که بیرون بود شنیده بود. کاملاً می‌دید که یه جور متفاوتی بهت نگاه می‌کنن. یکی دیگه‌ش اینکه خب به نظر من تو یه روز می‌تونن بیمار کمتری پذیرش کنن که وقت بیشتری بذارن. این که مدام منشی بیاد اذیت کنندس. چون هی میومدم حرف بزنم، منشیش در باز می‌کرد و حرف قطع می‌شد.» (سمن، ۱۹ ساله)

از باقی زنان نمونه، روایتی مبنی بر نقض حریم خصوصی دریافت نشد. «باران» و «سمیرا» دو نمونه از زنانی هستند که در ارتباط با حفظ حریم خصوصی در مطب پزشک، تجربه‌ی مثبتی را به اشتراک گذاشتند:

«تو مطب هم فضای شخصیم رو داشتم و کسی توی اتاق نبود.» (باران، ۲۵ ساله)



بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به تجربه‌ی زنان از مراجعه به پزشک متخصص در مواجهه و یا شک به عفونت HPV می‌پردازد. «چگونگی این تجربه و مواجهه‌ی زنان از دسترسی به خدمات سلامت جنسی، محور اصلی پژوهش بوده‌است که به‌نوعی، پیوند پژوهشی حوزه‌ی پزشکی و علوم اجتماعی را برقرار کرده‌است. فشار ساختارها و تابوها، بررسی سلامت جنسی را محدود ساخته است و در ادبیات پژوهشی علوم اجتماعی در ایران سهم اندکی را به‌خود اختصاص داده‌است.

یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثرگذاری کیفیت تعامل پزشک-بیمار در پیگیری بیماری و دسترسی زنان به خدمات پزشکی مرتبط با عفونت HPV است. در تعیین کیفیت این تعامل، ساختارهای اجتماعی-فرهنگی و سیاست‌گذاری‌های موجود در دسترسی به خدمات، موانع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی می‌تواند نقش آفرین باشند و زنان را از پیگیری وضعیت سلامت جنسی خویش بازدارند یا محروم‌سازند. وجود شواهدی مبنی بر مداخله‌ی پزشک در امور شخصی بیمار، قضاوت‌های کلامی در قالب‌های خنده، شوخی، خشم، انزجار، سوق دادن بیمار به سمت عمل‌های زیبایی جهت درآمدزایی، صحبت‌های کلیشه‌ای جنسیت‌زده، جرم‌انگاری، نگاه کالایی و ابزاری به بیمار، عدم ارائه‌ی اطلاعات موثر و کافی، عدم برخورداری بیماران از حق انتخاب نوع درمان و عدم دریافت واکنش‌های همدلانه‌ی از سوی پزشک، از اعتماد زنان نسبت به پروسه‌ی درمان کاسته و بر مطلوبیت و کارایی تعامل تاثیرگذار بوده‌است. مشارکت‌کنندگان انتظاراتی مرتبط با انتخاب پزشک، نظیر قدرت تعامل مثبت، قابلیت درک و تفسیر رفتار بیمار، گوش دادن فعال و موثر بیمار، ایجاد امنیت و همدلی، دوری از نگاه و کلام قضاوت‌گرانه، ارائه‌ی اطلاعات موثر، رویکرد انسان‌محور به بیمار، سکولار بودن پزشک و برخورداری از اطلاعات به‌روز را مطرح کردند. همچنین حفظ حریم خصوصی و جسمانی زنان مورد تاکید قرار گرفت.

بر اساس نظریه‌ی داغ ننگ گافمن، انگ اجتماعی معطوف به عفونت HPV، تاثیر مستقیم در تعاملات فردی دارد و مواجهه‌ی زنان با پزشک متخصص در فضایی شکل می‌گیرد که از پیش تحت تاثیر انگ معطوف به عفونت‌های مقاربتی قرار دارد. این انگ نه فقط در ساحت شخصی بلکه در ساحت ساختاری نظام پزشکی نیز قایل مشاهده است. موانعی نظیر جرم‌انگاری معاینه‌ی واژینال استاندارد برای زنان مجرد می‌تواند منجر به عدم دسترسی بیماران به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز گردد. همچنین با توجه به نظریه‌ی کنش مفاهمه‌ای و راهبردی هابرماس، نوع استفاده‌ی پزشک از زبان جهت ایجاد اجماع یا اعمال قدرت می‌تواند در تحلیل تجربه‌ی تعاملی پزشک-بیمار

موثر واقع شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که استفاده‌ی پزشک متخصص از ادبیات قضاوت‌گرانه -توام با شوخی، سرزنش و غیره- می‌تواند بر بیمار اثرگذار واقع شود که نمود شکل‌گیری کنش راهبردی آشکار است. در حالی که برخی شرکت‌کنندگان عنوان کردند که پزشک طی یک کنش مفاهمه‌ای، تلاش کرده است که با رویکردی شفاف، همدلانه فرایند درمان را پیش ببرد. پزشکانی با کنش راهبردی آشکار، تعامل پزشک-بیمار را به جای ارتباط درمانی استاندارد به رابطه‌ی قضاوت‌گرانه تبدیل کرده‌اند، در بروز احساساتی نظیر ترس، شرم موثر واقع شده‌اند. از طرف دیگر، پزشکانی که کنش مفاهمه‌ای و همدلانه نسبت به بیمار داشته‌اند، توانستند فرایند درمان را با احساس اعتماد و اطمینان بیشتری پیش ببرند.

از طرفی، هالپرن در نظریه‌اش من باب اهمیت توجه بی‌طرفانه در پزشکی نشان می‌دهد که فاصله‌ی احساسی پزشک از بیمار می‌تواند نوع ارتباط و تجربه‌ی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. زنان پژوهش، به میزان همدلی و توجه پزشکان اشاره داشتند؛ در صورت برخورداری همدلی از سوی پزشک، میزان احساس امنیت افزایش یافته و روند درمان با تنش کمتری همراه بوده است. مشکلات دسترسی به خدمات پزشکی اعم از هزینه‌ی بالای آزمایش و واکسیناسیون و عدم ارائه‌ی اطلاعات کافی از سوی پزشک در پیش‌برد فرایند درمان اثرگذار بوده است. تجربه‌ی غالب زنان مشارکت‌کننده نشان‌دهنده‌ی آن بود که فقدان ارتباط انسانی موثر، در برخی موارد، فقدان حق انتخاب روند درمان و محدودیت‌های فرهنگی حاصل از بستر اجتماعی-فرهنگی موجود، می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به سیستم پزشکی و ایجاد احساسات نامطلوب در فرایند درمان گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر، با برخی از پژوهش‌های پیشین همسویی دارد. مرعشی و همکاران (۲۰۲۱) به کمبود امکانات پزشکی، مهارت‌های ارتباطی ضعیف و دانش ناکافی کادر درمان پرداخته‌بودند، مطالعه‌ی فوزل و همکاران^۱ (۲۰۲۱) بر لزوم بهبود دسترسی و افزایش برابری در غربالگری سرطان دهانه‌ی رحم در گروه‌های مختلف تاکید داشت. پژوهش تقی‌زاده (۲۰۲۰)، بر ارتباط مناسب بین سیستم/کادر درمان و بیماران تاکید داشت. ابراهیم‌پور و همکاران (۲۰۱۵)، نیز بر اهمیت چالش‌های چند وجهی (شناختی و رفتاری، اجتماعی و فرهنگی، سیستمی، مالی و دسترسی) تاکید کردند. باتلر و همکاران (۲۰۲۰)، همچنان‌که قادری و همکاران (۲۰۲۱)، همسو با پژوهش حاضر، بر آموزش‌هایی از لحاظ فرهنگی حساس و ضرورت حفظ حریم شخصی و رازداری تاکید داشتند. یافته‌های پژوهش حاضر تاکید می‌کند که بر ضرورت تعامل مثبت با بیمار، همدلی و

1 Fuzzell et al.

همچنین ارائه‌ی اطلاعات کافی که موجب کاهش واکنش‌های روانی منفی مانند اضطراب و تحقق انتظارات بیماران می‌گردد.

در سایه تحولات ارزشی و هنجاری در نسل‌های جدید، خطر شیوع عفونت‌های مقاربتی و سرطان‌های مرتبط رو به افزایش است. تابو بودن مسائل جنسی، ناآگاهی و ترس زنان نسبت به عفونت‌های مقاربتی بر لزوم فهم عمیق‌تر کاستی‌های موجود در چارچوب تعامل میان پزشک-بیمار می‌افزاید. در شرایط کمبود آموزش ملاحظات اخلاق پزشکی در زمینه‌ی مواجهه‌ی پزشک و بیمار، در مواردی، حمایت لازم برای مراجعه‌کنندگان فراهم نمی‌شود و افراد مبتلا یا مشکوک به ابتلا، به منابع گمراه‌کننده متوسل می‌شوند که تبعات بهداشتی، حقوقی و اخلاقی حاصله نگران‌کننده است. یافته‌های پژوهش تأکیدی است بر نیاز به انجام پژوهش‌هایی فراگیر با هدف رفع مشکلات حوزه‌ی برنامه‌ریزی و تسهیل سیاست‌گذاری حوزه‌ی خدمات سلامت جنسی در ایران، به‌ویژه در ارتباط با پیش‌گیری و پاسخگویی به نیازهای مبتلایان یا افراد در معرض ابتلا به عفونت‌های مشابه. این امر، شامل رفع موانع اجتماعی و حقوقی در دسترسی به خدمات مورد نیاز-به‌ویژه برای زنان مجرد-، تغییر و بازبینی سیاست‌گذاری‌های پزشکی در ایران است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- اسکلمبر، گراهام (۱۹۴۸). *هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت*. ترجمه‌ی حسینعلی نودری، موسسه‌ی عالی و پژوهش تامین اجتماعی.
- عباداللهی، حمید؛ پیری، اکبر و موقرنزین، منصور (۱۳۹۰). "داغ ننگ و هویت اجتماعی: بررسی موردی عوامل اجتماعی داغ ننگ‌زنده بر افراد دارای معلولیت جسمانی آشکار در شهر رشت". بررسی مسائل اجتماعی ایران، شماره‌ی یک، ۱۹۵-۲۲۲.
- صالحی فر دل آرا؛ لطفی راضیه و اکبری کامرانی مهناز (۲۰۱۵). "بررسی آگاهی دانشجویان دختر در مورد سرطان دهانه رحم و ویروس پاپیلوما‌ی انسانی و نگرش و نحوه پذیرش آنها نسبت به واکسن مربوطه". جلد چهاردهم، شماره‌ی نهم، ۲۱۷-۲۲۶.
- کیان پور، مسعود (۱۳۹۱). "تجارب مدیریت احساسات در نظام مراقبت‌های پزشکی (مطالعه موردی شهر تورنتو)". *جامعه‌شناسی کاربردی*. دوره بیست و سوم، شماره چهار: ۵۲-۲۵.
- Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. (2015). "Challenges of providing cervical cancer prevention programs in Iran: A qualitative study". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(23), 10071-7.
- Butler TL, Anderson K, Condon JR, et al. (2020). "Indigenous Australian women's experiences of participation in cervical screening". *PLoS One*, 15(6): e0234536.
- Cassell, E.J. (1985). *The Healer's Art*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. (2017). "Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: A longitudinal qualitative study". *BMC Medical Education*, 17:1-10.
- Fuzzell LN, Perkins RB, Christy SM, et al. (2021). "Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups". *Preventive Medicine*, 144:106400.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Halpern, J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Jamdar, F., et al. (2018). "Prevalence of human papillomavirus infection among Iranian women using COBAS HPV DNA testing". *Infectious Agents and Cancer*, 13, 1-5.
- Kasa AS, Gedamu H. (2019). "Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region", *Northwest Ethiopia. BMC health services research*. 19:1-9.
- Koszembar-Wiklik, M. (2016). "Controversial themes in advertisements: On manipulating the emotions of audiences and extending the boundaries of the social 'taboo'". *Communication Today*, 7, 18-31.

- Leung H, Shek DT, Leung E, Shek EY. (2019). "Development of contextually-relevant sexuality education: Lessons from a comprehensive review of adolescent sexuality education across cultures". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4):621.
- León-Maldonado L, Hernández-Ramírez RU, Torres-Ibarra L, et al. (2023). "Factors associated with receiving results and attending colposcopy in patients with positive HPV screens in Mexico City". *Preventive Medicine Reports*, 35:102347.
- Marashi T, Irandoost SF, Yoosefi Lebni J, Soofizad G. (2021). "Exploring the barriers to Pap smear test in Iranian women: a qualitative study". *BMC women's health*. 21: 1-12.
- Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1960). "Illness Behavior and Medical Diagnoses". *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 86-94.
- Mehroolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V, Mirzaei S, et al. (2020). "The concept of virginity from the perspective of Iranian adolescents: A qualitative study". *BMC Public Health*, 20(1):717.
- Mirabi S, Yousefi A, Ghandeharion A. (2022). "A Narrative Review of Theories on Sexuality". *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences*, 19(2):38-1.
- Motamedi M, Merghati-Khoei E, Shahbazi M, et al. (2016). "Paradoxical attitudes toward premarital dating and sexual encounters in Tehran, Iran": A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 13:1-10.
- Osterweis, M., Kleinman, A., & Mechanic, D. (1987). *Illness Behavior and the Experience of Pain. In Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives*. National Academies Press (US).
- Qaderi K, Geranmayeh M, Farnam F, et al. (2021). "Understanding HPV-positive women's needs and experiences in relation to patient-provider communication issues: A qualitative study". *BMC Health Services Research*, 21:1-10.
- Qaderi K, Germmaych M, Mirmolaci ST, Farnam F, Hasani SS. (2021). "“Nothing Is Like Before”: Iranian Women with Human Papillomavirus' Sexual Life". *The Journal for Nurse Practitioners*. 17(10):1261-6.
- Qaderi K, Mirmolaei ST, Geranmayeh M, Farnam F, Sheikh Hasani S. (2021). "“Does HPV affect my fertility?” Reproductive concerns of HPV-positive women: a qualitative study". *Reproductive Health*. 18:1-11.
- Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Tabrizi JS, et al. (2019). "Psychometric properties of primary health care trust questionnaire". *BMC Health Services Research*, 19:1-5.
- Sabet, F., Mosavat, A., Ghezeldasht, S. A., Basharkhah, S., Shamsian, S. A. A., Abbasnia, S., Shamsian, K., & Rezaee, S. A. (2021). "Prevalence, genotypes and phylogenetic analysis of human papillomaviruses (HPV) in northeast Iran". *International journal of infectious diseases*, 103, 480-488.
- Schwarz K. (2018). Everybody Has It but No One Knows Much About It: How Patient-Provider Communication & HPV Knowledge Impact the Lived Experience of Having HPV.
- Taghizadeh Asl R, Van Osch L, De Vries N, Zendehdel K, Shams M, Zarei F, et al. (2020). "The role of knowledge, risk perceptions, and cues to action among Iranian women concerning cervical cancer and screening: a qualitative exploration". *BMC public health*. 20:1-12.

- Torbati S, Tajik Esmaeeli S, Khosravi N. (2020). "Qualitative study of adolescent sexual education and its underlying factors with emphasis on interpersonal relationships with parents (Case study: parents in Tehran)". *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(Special Psychology).
- Vu M, Yu J, Awolude OA, Chuang L. (2018). "Cervical cancer worldwide". *Current Problems in Cancer*, 42(5):457-65.
- WHO. (2024). *Cervical Cancer* - World Health Organization. [Available at](<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>).
- WHO. (2018). Continuity and Coordination of Care: A Practice Brief to Support Implementation of the WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services.
- Yaghoubi M, Nojomi M, Vaezi A, et al. (2018). "Cost-effectiveness analysis of the introduction of HPV vaccination of 9-year-old girls in Iran". *Value in Health Regional Issues*, 15:112-9.

