

# Pathological probing in the health culture focusing on Human Papillomavirus (HPV) diseases

Narges Soltanizadeh<sup>1</sup>, Mohsen Ameri Sharabi<sup>1\*</sup>, Elaheh Ainy<sup>1\*</sup>, Esmaeel Kavousy<sup>1</sup>, Syeed Mahmoud Hashemi<sup>1</sup>

1. Department of Cultural Management and Planning, Faculty of Management and Social Sciences, Islamic Azad University of North Tehran, Tehran, Iran

2. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 2020/01/4

Accept: 2020/05/2)

## Abstract

**Background and Aims:** There are a few studies in Iran on the relationship between health culture, human papillomavirus, and cervical cancer. In the present study, a pathological investigation was carried out in health culture focusing on Human Papillomavirus (HPV) diseases.

**Materials and Methods:** In a cross-sectional study, using mixed method design, 220 patients were studied. In the qualitative study, the grounded theory was used. Data were collected using in-depth interviews with 10) 20 men and 10 women) authorities. Finally, the paradigm model was presented.

**Results:** Knowledge, attitude, and practice of the studied population were evaluated to be at good level ( $P = 0.001$ ). Also, women's knowledge was significantly higher than men's ( $P = 0.04$ ). The existence of a cultural problem related to the prevention of sexually transmitted diseases was regarded as the dominant paradigm of the society. Incompatibility of information with growth of children, increasing age of marriage, decreasing age of puberty, increasing information exchange, increasing population, increasing migration, changing economic conditions, disruption of parent-child relationship as causal factors, lack of safe and restrictive approach, failure to achieve a minimum consensus on the management system, lack of decision-making based on dynamic expertises, lack of authority among clergymen, lack of elites and religious leaders on the issue, lack of awareness of existing capacities as interventionists, and a spirit of diversity, coping with individual humiliation, lack of awareness, this problem being a managed project, weakening the spiritual spirit, and the rise of materialism were the contextual factor, which have resulted in a decrease in STD control based on a program consistent with the country's culture.

**Conclusion:** Existence of the cultural problems related to preventing sexually transmitted infections is the dominant paradigm of the society.

**Keywords:** Human Papillomavirus infection; Heath; Grounded Theory

\*Corresponding author: Mohsen Ameri Sharabi

Email: mohsen.amerishah@gmail.com

## کاوشی آسیب شناسانه در فرهنگ سلامت با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV)

نرگس سلطانی زاده<sup>۱</sup>، سید محسن عامری شهرآبی<sup>\*۱</sup>، الهه عینی<sup>۲</sup>، اسماعیل کاووسی<sup>۱</sup>، سید محمود هاشمی<sup>۱</sup>

۱. گروه مدیریت و برنامه‌ریزی فرهنگی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال، تهران، ایران  
 ۲. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۲/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۱۴

### چکیده:

**سابقه و هدف:** مطالعه‌های محدودی در ایران در خصوص بررسی فرهنگ سلامت در رابطه با پاپیلوما ویروس انسانی و سرطان دهانه رحم انجام شده است. در این مطالعه اقدام به کاوشی آسیب شناسانه در فرهنگ سلامت با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مطالعه‌های ترکیبی بوده که از دو مرحله کمی و کیفی تشکیل شده است. در مرحله کمی در یک مطالعه مقطعی ۲۲۰ نفر بررسی شدند. در مطالعه کیفی از روش پژوهشی استقرایی و اکتشافی گراند تئوری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق با ۲۰ نفر (۱۰ مرد و ۱۰ زن) از افراد صاحب نظر جمع‌آوری شد و در نهایت مدل پارادایمی از بین مدل‌های ارائه شده تعیین شد.

**یافته‌ها:** میزان دانش، نگرش و عملکرد جمعیت بررسی شده در سطح خوب ارزیابی شد (P=۰.۰۰۰). دانش زنان ۸,۲۵±۱,۵ به شکل معناداری بالاتر از مردان ۷,۰۵±۱,۷ بود (P=۰.۰۰۰). وجود مشکل فرهنگی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به عنوان پارادایم حاکم بر جامعه تلقی شد. عدم تناسب اطلاعات با رشد بچه‌ها، افزایش سن ازدواج، کاهش سن بلوغ، افزایش تبادل اطلاعات، افزایش جمعیت، افزایش مهاجرت، تغییر شرایط اقتصادی، گسستگی ارتباط پدر و مادر با فرزندان به عنوان عوامل علی، نبود رویکرد مصون و محدود سازی، نرسیدن به حداقل اجماع برای نظام مدیریت، عدم تصمیم‌گیری با کارشناسی پویا، روبه‌رو نبودن مراجع و روحانیون با مسئله، روبه‌رو نبودن نخبگان و هدایت‌کنندگان دینی با مسئله، عدم اطلاع از ظرفیت‌های موجود به عنوان عوامل مداخله‌ای و روح حاکم بر تنوع خواهی، مقابله با تحقیرهای فردی، کم آگاهی، مشکل یک پروژه مدیریت شده است، تضعیف روحیه معنویت‌گرایی، افزایش روحیه مادی‌گرایی به عنوان عوامل زمینه‌ای مطرح بود که پیامد آن کاهش کنترل بیماری‌های مقاربتی بر اساس برنامه‌ریزی متناسب و منطبق با فرهنگ حاکم بر کشور است.

**نتیجه‌گیری:** وجود مشکل فرهنگی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به عنوان پارادایم حاکم بر جامعه مطرح است.

**واژگان کلیدی:** عفونت ویروس پاپیلوما انسانی، سلامت، گراند تئوری

### مقدمه

آن به یک مشکل جهانی مبدل شده است (۱-۲). سرطان دهانه رحم ۹۹/۷ درصد با HPV همراهی دارد و تا مراحل پیشرفته بدون علامت است و همچنین متأسفانه در مراحل پیشرفته بسیار سخت درمان می‌شود. بنابراین مهم‌ترین مسئله در کنترل سرطان دهانه رحم، غربالگری منظم کلیه خانم‌های واجد شرایط است. سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع در میان زنان جهان است (۳). عفونت با HPV یکی از علل اصلی عفونت‌های آمیزش جنسی است. سن کم در نخستین آمیزش، داشتن آمیزش آزاد با افراد متعدد، کشیدن سیگار، از عوامل تشدیدکننده است. از طرفی با افزایش آگاهی جامعه، این بیماری قابل پیشگیری

پاپیلوما ویروس دارای کوچک‌ترین DNA ویروسی است و سلول‌های اپی‌تلیال را آلوده می‌کند و سبب انواع مختلفی از ضایعه‌ها اعم از زگیل معمولی تا نئوپلازی و سرطان گردن رحم می‌شود و می‌تواند تومور ایجاد کند. پاپیلوما ویروس‌های پرخطر (High-risk) مانند انواع HPV-۱۸ و HPV-۱۶ سبب ایجاد سرطان دهانه رحم می‌شوند. تخمین زده شد که حدود ۲۹ هزار مورد جدید و ۲۷۵ هزار مورد مرگ در سال ۲۰۰۸ بر اثر این ویروس رخ داده و این ویروس توانایی ایجاد تومور داشته و شیوع

نویسنده مسئول: سید محسن عامری شهرآبی

پست الکترونیک: mohsen.amerishah@gmail.com

پس از تأیید اطلاعات جمع‌آوری شد. پرسشنامه دانش، نگرش و نظر سنجی شامل ۴۵ آیتم بود که از طریق مرور ادبیات تهیه شد. دانش، نگرش و نظر سنجی به ترتیب شامل (۱۲ آیتم) (۱۸ آیتم) و (۱۵ آیتم) بود (۱۴).

دانش، نگرش و عملکرد در مقیاس ۵ امتیاز ی لیکرت از ۱ به ۵ امتیاز داده شد (کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، خنثی = ۳، موافق = ۴، به شدت موافق = ۵) و امتیاز کل دانش از ۱۲ تا ۶۰، و نگرش از ۱۸ تا ۹۰ و عملکرد از ۱۵ تا ۷۵ بود. تعریف نمره دانش: زیر ۲۰ به عنوان دانش کم، بین ۲۰ تا ۴۰ به عنوان متوسط و بالاتر از ۴۰ به عنوان خوب تلقی شد.

تعریف نمره نگرش: زیر ۳۰ به عنوان نگرش ضعیف، بین ۳۰-۶۰ به طور متوسط و بالاتر از ۶۰ به عنوان خوب تلقی شد.

تعریف نمره عملکرد: زیر ۲۵ به عنوان ضعیف، بین ۲۵-۵۰ به طور متوسط و ۵۰-۷۵ نمره خوب تلقی شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل بود.

روایی اولیه از طریق روایی محتوای ارزیابی شد. موارد بر اساس پیشنهادهای اصلاح شدند. روایی محتوای کمی با نسبت اعتبار محتوا (CVR) و شاخص اعتبار محتوا (CVI) محاسبه شد.

پایایی مطالعه با استفاده از آزمون دوباره آزمون و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ارزیابی شد. سازگاری داخلی مقادیر  $> 0.81$  محاسبه شد که رضایت بخش تلقی شد.

با توجه به شیوع آلودگی به پاپیلوما ویروس انسانی بر اساس مطالعه‌های انجام شده در کشور، که ۱۱٫۶ درصد است، حجم نمونه‌ی مورد نیاز با اطمینان ۹۵ درصد، انحراف استاندارد ۰٫۵ و خطای حاشیه ۵ درصد +/- حجم نمونه برابر ۲۱۶ محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۲۰ نفر بررسی شدند.

اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۰ وارد و تجزیه تحلیل شد. ضریب همبستگی سوالات دانش، نگرش و عملکرد محاسبه و ۰٫۰۵ > P معنی دار تلقی شد. تحلیل داده‌ها توسط تی تست انجام شد.

**مرحله کیفی:** با استفاده از مطالعه گراند تئوری در کل، بیست مصاحبه با افراد صاحب نظر انجام شد (میانگین مدت زمان = ۴۵ دقیقه)، با استفاده از یک راهنمای نیمه ساختار یافته متشکل از سوالات باز. همه موارد ضبط شده به صورت کلمه به کلمه به زبان فارسی رونویسی شد. همه موارد با توجه به پاسخ‌های شرکت کنندگان و ادبیات مرتبط موجود استخراج شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل تئوری اساسی بر اساس مراحل زیر انجام شد: مرحله اول این نظریه نخستین خط مصاحبه بود که مفاهیم مفیدی در شناسایی و رمزگذاری اولیه (برنامه نویسی آزاد) داشت. قدم بعدی این تئوری بود که در این مرحله مفاهیم به معنای وسیع‌تر (رمزگذاری محوری) با یکدیگر ترکیب و وصل شدند. مرحله سوم اجرای، اصلاح و نوشتن تئوری‌ها با هماهنگی با مدل‌های نظری کدگذاری انتخابی بود و در انتها مدل پارادایمی افراد بررسی شده، استخراج شد.

#### یافته‌ها

نتایج نشان داد در جمعیت بررسی شده ۸۰ نفر (۳۶٫۴ درصد) مرد و ۱۴۰ نفر (۶۳٫۶ درصد) زن بودند. میانگین سن زنان بررسی شده  $36.49 \pm 7.22$  سال بود. میانگین سن مردان بررسی شده  $39.7 \pm 9.05$  سال بود.

جدول ۱. میزان دانش و نگرش جمعیت بررسی شده در زمینه پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) را نشان می‌دهد.

متغیرها	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار سطح متوسط	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار سطح خوب	P value
دانش	۲۴	۳۸/۲ $\pm$ ۱/۶	۱۹۶	۵۳/۰ $\pm$ ۴/۹	۰/۰۰۱
نگرش	۴۴	۵۷/۱ $\pm$ ۲/۷	۱۷۶	۶۹/۶ $\pm$ ۶/۷	۰/۰۰۱
عملکرد	۴۶	۴۵/۲ $\pm$ ۴/۳	۱۷۴	۶۰/۵ $\pm$ ۷/۶	۰/۰۰۱

جدول ۱- میزان گپ عمودی و افقی بر حسب نوع روش قالب‌گیری

است. Zare و همکاران در سال ۱۳۸۴ با مطالعه تأثیر آموزش مسائل بهداشت بلوغ بر آگاهی نگرش و عملکرد دختران ۱۴-۱۲ ساله نشان دادند یکی از نیازهای اساسی بهداشت بلوغ و بلوغ باروری ارتقای سطح دانش و آگاهی جوانان در مورد چارچوب فرهنگی و باورهای مذهبی جامعه است. این سرطان یا کاربرد روش‌های پیشگیری نیز می‌تواند کاهش چشمگیری پیدا کند. یکی از استراتژی‌های موثر در کنترل بیماری واکسیناسیون و ایمن‌سازی علیه HPV قبل از نخستین آمیزش جنسی است (۴). مطالعه‌ها نشان داد که دانش زنان در خصوص رابطه سرطان دهانه رحم با HPV کم است. اما نزدیک به دو سوم از زنان نگرش مثبتی در رابطه با انجام واکسیناسیون قبل از ۱۸ سال برای پیشگیری از ابتلای کودکان خود داشتند. ۹۲ درصد از افراد بررسی شده اعتقاد داشتند کودکان آن‌ها قبل از ازدواج نیاز به آموزش دارند (۵). از طرفی آسیب شناسی مسئله با مشاهده عوارض آسیب آغاز می‌شود (۶). در مورد منابع انسانی عوارض آسیب به طرق گوناگونی بروز می‌کنند که به آن مسائل رفتاری اطلاق می‌شود و در آسیب شناسی علیت بررسی می‌شود (۷). از طرف دیگر الگوواره یا پارادایم، سرمشق و الگوی مسلط و چارچوب فکری و فرهنگی است که مجموعه‌ای از الگوها و نظریه‌ها را برای یک گروه یا یک جامعه شکل داده‌اند (۸). هر گروه یا جامعه، واقعیت‌های پیرامون خود را در چارچوب الگوواره‌ای که به آن عادت کرده تحلیل و توصیف می‌کند (۹-۱۰). در ایران مطالعه‌های محدودی در خصوص بررسی رابطه HPV با سرطان دهانه رحم انجام شده است. با توجه به این که در بین زنان ایرانی بعد از سرطان سینه، مری، معده و کولون، سرطان دهانه رحم از سرطان‌های کشنده است و شیوعی از ۱۰/۳ درصد در کل جمعیت بررسی شده تا ۱۵/۶ درصد در زنان زیر ۲۵ سال گزارش شده است (۱۱-۱۲) و با توجه به این که این سرطان با انجام واکسیناسیون قبل از انجام نخستین ارتباط جنسی در سنین باروری قابل پیشگیری است و مطالعه‌ها موید هزینه اثر بخشی انجام واکسیناسیون به همراه غربالگری سرطان رحم و ادغام در سیستم بهداشتی است (۱۳). همچنین محققان در مطالعه‌های خود تأکید به پیشگیری با انجام فعالیت‌های فرهنگی از قبیل، آموزش مناسب به نوجوانان قبل از رسیدن به بلوغ جسمی، آموزش برای جلوگیری از رفتارهای پر خطر جنسی، آموزش در روابط قبل از ازدواج، برنامه‌ریزی توسط سیاستگذاران فرهنگی و بهداشتی داشته و در کنار آن واکسیناسیون و غربالگری را در راستای اقدام‌های سازمان بهداشت جهانی قابل انجام توسط کارکنان بهداشتی در کشور دانسته‌اند. اما این امر نیاز به کاوشی آسیب شناسانه در فرهنگ سلامت داشته که بتواند مدل پارادایمی با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) مناسب با جامعه ایرانی-اسلامی ارائه کند. در این راستا مطالعه‌ای با هدف کاوشی آسیب شناسانه در فرهنگ سلامت و با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) در سال ۱۳۹۷ طراحی و اجرا شد.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه‌های ترکیبی بوده که از دو مرحله کمی و کیفی تشکیل شده است؛

**مرحله مروری:** ابتدا با بررسی مروری اطلاعات موجود با استفاده از کلیدواژه‌های فرهنگ سلامت و پاپیلوما ویروس انسانی و استفاده از عملگرهای بولین (OR)، (AND) و (NO) پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی و داخلی و سایت‌ها و مجله‌های علمی معتبر مورد جست و جو قرار گرفته، گزارش شدند. پایگاه‌های اطلاعاتی استفاده شده در این پژوهش شامل، PubMed, Scopus, Ovid, ProQuest, Web Of Science و IRANMEDEX, MEDLIB, SID, ISC بودند. نتایج حاصله نقد و بررسی شده و نتایج در طراحی، اجرا و تحلیل نتایج استفاده شد.

**مرحله کمی:** در یک مطالعه مقطعی، اطلاعات

با استفاده از پرسشنامه محقق ساخت با الگو برداری از پرسشنامه‌های بین‌المللی از بین متخصصان موضوعی (متخصصان پوست، عفونی، روانپزشکی، فرهنگی، زنان و زایمان، کارشناسان بهداشتی، و روحانیون) جمع‌آوری شد. روایی و پایایی پرسشنامه در یک مطالعه آزمایشی تعیین و

ابزارهای متفاوتی به کار می‌گیریم که نتیجه مطلوب ندارد. آن طرف با رسانه‌ها اطلاعات تنوع و تسریع می‌یابد و ما با بروکراسی که با تصمیم‌گیری‌هایی که داریم گرفتار شدیم. اعتیاد به اینترنت هم دوز را افزایش داده؛ یعنی در زمان بیشتر، تنوع بیشتری را تجربه می‌کنند.

در اعتیاد به ارضای نیاز جنسی هم عنصر زمان بیشتر است، هم تمهید و تنوع و هم عنصر خشونت، خشونت انواع مختلف دارد گاهی فرد به خودش یا جامعه صدمه می‌زند گاهی هم به جنس موافق یا مخالف یا اشیا یا حیوان. دارد تبدیل می‌شود به جنون، تنها ارضای جنسی نیست.

رسانه‌هایی هم وجود دارد که جوانان را به این کار ترغیب می‌کنند که هم زمان، هم تنوع و هم خشونت توسعه می‌یابد. ما با این مشکلات مواجهیم.

**بهداشت و درمان:** وقتی آموزش می‌دهیم پیشگیری از اتفاق است. در این زمینه مشکل دسترسی دارند. ما می‌خواهیم در کنار دسترسی سلامت هم باشد. یعنی قوانینی باشد که افرادی که منشأ بیماری هستند را جداسازی کند. این اقدام‌ها باید همسو و متناسب با شرایط سنی، جنسی، جغرافیایی و وضعیت کشور باشد.

ما باید اطلسی تهیه کنیم که میزان پراکندگی و رشد این بیماری مشخص باشد. ما باید جلوتر از این اتفاقات باشیم و سراغ علت‌ها برویم.

سهم پدر و مادر در تربیت فرزند کمتر از رسانه‌هاست. دنیای کیفی بچه‌های مان را خوب نتوانستیم بفهمیم و آن‌ها به جای دیگر مراجعه کردند.

پدر و مادر، مدرسه مرجعیت خود را از دست داده، قدرت همسالان و رسانه‌ها در تربیت بیشتر شده است.

(ج) به نظر شما از چه سنی باید در مورد مسائل جنسی آموزش داد؟ کار و تولید از ابتدا باید باهم باشد. از زمانی که فرد آموزش پذیر است باید در این زمینه آموزش ببیند.

ممکن است فرد سه ساله یا هفت ساله باشد، ولی باید کم کم این اطلاعات داده شود.

همان اطلسی که گفتیم باید ببینیم در کدام مناطق و در چه خانواده‌ای این مسئله وجود دارد که باید پیشگیری کرد. گاهی آموزش‌ها متناسب نیست. آموزش، بهداشت، درمان، جداسازی باید در یک بسته ارائه شود نه جدا از هم.

بررسی فرهنگ سلامت و ارائه مدل پارادایمی با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) موضوع سختی است. با توجه به وضعیت، هم فرهنگ عمومی ما و هم شرایطی که متاسفانه یکسری از موضوع‌ها تبدیل به یک موضوع سیاسی هم می‌شود. متاسفانه در صورتی که یک مسئله جامعه است، بنابراین باید راه حل پیدا کرد بخصوص مسئله‌هایی که پزشکی هستند.

مسائل پزشکی را نمی‌توانیم در نظر نگیریم، نرویم به سمت راه حل، کنترل، مدیریت، ره‌ایش کنیم، بعد انتظار داشته باشیم رشد نکند. من به سهم خودم از پرداختن به مشکل تشکر می‌کنم.

یک مقداری دلیل سرعت رشد چنین امراضی در جامعه به نظر اگر خوب تحلیل کنیم در مواجهه هم نسبت به موضوع نگاه جامع‌تر و دقیق‌تری داشته باشیم.

متاسفانه روند جهانی شدن یا جهانی‌سازی که من هردو را با هم قبول دارم، یعنی بخشی جهانی شدن بخشی جهانی‌سازی پروژه است. هردوی این‌ها ترکیبی است... این قضیه بستری را فراهم کرده که اساساً بسیاری از مسائلی را که دارد در جامعه ما سر ریز می‌شود، جامعه سرعت مناسب پذیرشش را پیدا نکرده، قابلیت‌ها در جامعه شکل گرفته که در واقع بتواند در مواجهه با این پدیده‌ها و این مسائل بویژه از منظر ارتباطات جنسی خودش را آماده و یک نوع مسئولیت نسبی ایجاد کند. فشار تولید مسائل، محصولاتی که می‌آید و تصویری که از بیرون تولید می‌شود در داخل اصلاً تناسبی با آمادگی‌ها ندارد که دلایل مختلفی دارد. نامتقارن بودن بین این وضعیتی که درون جامعه ماست، آمادگی‌ها که هست و این شرایطی که از بیرون است یک بخشی از آن در کشور ما سیاستگذاری‌های مختلف است که اتفاقات می‌افتد چه در قالب جهانی شدن و چه در قالب پروژه جهانی‌سازی. پس ما باید بتوانیم جامعه‌مان را واکسینه کنیم. چه با رویکرد محدود سازی و چه با

در ارزیابی دانش و نگرش و عملکرد در جمعیت بررسی شده میانگین و انحراف معیار دانش و نگرش و عملکرد در سطح خوب برآورد شد ( $p < 0.001$ ). دانش زنان  $52.8 \pm 5.1$  به شکل معناداری بالاتر از مردان  $50.7 \pm 7.1$  بود ( $p = 0.042$ ).

### یافته‌های مطالعه کیفی:

برای دستیابی به فرهنگ سلامت و ارائه مدل پارادایمی با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) در مصاحبه‌های انجام شده سوال‌های زیر مطرح بود.

(الف) به نظر شما در راستای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی خلأ چه مشکل فرهنگی احساس می‌شود؟

"ما یک تربیت جنسی داریم و یک تربیت جنسیتی .

اسلام و آموزه‌های دینی ما هر دو را به رسمیت شناخته. مختصات، تفاوت‌ها در زن و مرد پذیرفته شده و در قرآن نیز از زن و مرد مجزا صحبت شده است. با این حال اقتضائات تربیتی این دو با هم متفاوت است. نوع، شیوه و روش تربیت در پسران و دختران با هم متفاوت است چون نقش‌ها و مسئولیت‌های آن‌ها در جامعه متفاوت است.

به موضوع تربیت جنسی به درستی پرداخته نشده است. از گذشته‌های دور هم این طور بوده است. خانواده چیزهایی را که ضروری بود و حتی گفت‌وگو از این جنس را هم مضر می‌دانستند و در منابع هم در لفافه این مطالب گفته می‌شد و ریشه بسیاری از اختلاف‌های خانواده به این دلیل بود.

نسل جدید مواجه شد با فراوانی اطلاعات به خاطر توسعه رسانه‌ها که بی‌محابا اطلاعات را انتقال می‌دادند.

تربیت در خانواده‌ها منفعل شد و رسانه‌ها فعال شدند. بلوغ جنسی بالفعل شد، بچه‌ها در معرض انبوهی از اطلاعات قرار گرفتند که اطلاعات متناسب با رشد آن‌ها نبوده است.

ازدواج که به این مسئله می‌توانست بپردازد، کم‌رنگ شد. سن ازدواج بالا رفت و سن بلوغ پایین آمد و این فاصله زیاد شد و افراد به شیوه‌های غیر متعارف متوسل شدند. در این فضا عوارض بیشتر شد.

به‌نظر من عوامل بیماری‌ها خلق نمی‌شوند بلکه وجود دارند و بروز می‌کنند به صورت موتاسیون.

(ب) مشکل چگونه حل می‌شود؟

در عصر اطلاعات، موضوعات با فراوانی و انتشار بیشتر بود. مرادوات سرعت پیدا کرد و افزایش جمعیت و مهاجرت به گمنامی‌ها کمک کرد، کنترل اجتماعی از بین رفت، شرایط اقتصادی فرق کرد و دلایل بسیار دست به دست هم داد. ما سیستم یا استراتژی را می‌خواهیم که اگر این معضل از بین نمی‌رود رشد آن را کاهش بدهیم

### اولین قدم:

خانواده است: اطلاعات باعث گسسته شدن ارتباط بین پدر، مادر و فرزند شد. پس نیاز داریم دانش خانواده را در این زمینه زیاد کنیم، اگر خانواده این اطلاعات را به صورت کنترل شده در اختیار فرزندان قرار دهد آن‌ها سراغ دیگر اطلاعات نمی‌روند.

نظام آموزشی ما باید یک برنامه مدون و مصوب برای تربیت جنسی داشته باشد تا به دام شبکه‌ها و برنامه‌های ماهواره نیفتیم. برنامه باید متناسب با سن بچه‌ها و اقتضائات کشور باشد. در تربیت جنسی باید از فرهنگ بومی، گروه‌های مرجع و ظرفیت‌های دینی به اندازه استفاده کنیم.

اگر بی‌محابا از یک ابزار استفاده شود مثلاً بهشت و جهنم که انتزاعی هم هستند خیلی استفاده شود، فرزندان رعایت نمی‌کنند و گوش نمی‌دهند.

آموزش‌های عمومی باید هم‌راستا با آموزش‌های مدرسه و آموزش صدا و سیما باشد.

باید دریافت مشخصی از مسئله، پیامدهای آن و نتایج آن داشته باشیم. قرائت خانواده و نظام آموزشی و نهادها و رسانه‌ها یکسان باشد. اگر یکسان نباشد

قرار گیرند. خیلی از آن‌ها در معرض قرار نمی‌گیرند. چون سرنوشت جامعه مهم است، بنابراین مهم است که صورت‌بندی مسئله انجام شود. نخبگان و هدایت‌کننده دینی باید درگیر موضوع شوند تا روند رشد مسئله، بخشی از حساسیت‌ها در لایه‌ها و حوزه‌های کارشناسی را تسهیل کنند.

نوع آموزش چه‌گونه و چه میزان باشد. آلودگی در کدام مناطق است، شناخت مناطق، بر اساس موارد گفته شده شیوه آموزشی و محتوی آموزشی متفاوت خواهد بود.

د) ظرفیت‌هایی وجود دارد که باید این ظرفیت‌ها را برای کنترل به کمک پروژه آورد، نگاه هدف‌گذاری و کنترل است. افراد را بر اساس مسئولیت‌ها و رسالت‌ها آگاه سازیم. شناخت ظرفیت‌ها مهم است. افرادی را در معرض آموزش قرار دهیم. برای بخشی از جوانان خطر را بگوییم. لازم نیست عده‌ای از جوانان را بیهوده حساس کنیم. بعضی از جوانان را باید همراه سازی کرد. حساسیت‌هایی که وجود دارد عده ای را به جای کمک مقابل پروژه قرار می‌دهد. در بعضی از گروه‌ها اگر مطلب از زبان روحانیون گفته شود، موثرتر است.

### فرهنگ سلامت و ارائه مدل پارادایمی با تمرکز بر بیماری‌های ناشی از پاپیلوما و ویروس انسانی (HPV)

آموزش جنسی و تربیت جنسی با توجه به طبقات آن، آسیب‌های آن از بحث‌های جدی روز جامعه است. عده‌ای با کج فهمی از معارف دینی آمدند یک تابویی ساخته‌اند که به هیچ وجه نباید وارد این حوزه شد و باید بعد از ازدواج یا زمان ازدواج این صحبت‌ها را گفت.

در صورتی که هم معارف دینی و هم تجربه بشر نشان می‌دهد در زمان حاضر که عصر حاکمیت رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و فضای مجازی است نیاز داریم که خیلی زودتر از این‌ها شروع کنیم.

اگر ما مدیریت شده و برنامه ریزی شده، هوشمندانه، توسط مشاوران حاذق و توانمند این کار را شروع کنیم قطعاً آسیب‌ها بسیار کمتر از این است که بچه‌ها از فضای مجازی به دنبال پاسخ سوال‌های خودشان بگردند یا مثلاً از دوستان‌شان اطلاعاتی کسب کنند که هزاران بد آموزی دارد. به‌همین دلیل در شورای عالی آموزش و پرورش و در شورای عالی انقلاب فرهنگی منشور نامه‌ای را تنظیم کردیم و الان در دستور کار شورای عالی انقلاب فرهنگی است. در این زمینه، آسیب‌ها که در این زمینه است؛ آسیب‌هایی که از طریق مشاوران، از طریق هسته‌های مشاوره و مراکز مشاوره که داریم متأسفانه گروه‌هایی که مبتلا به این آسیب شده اند محدود به یک قشر خاص نیستند، مذهبی، غیر مذهبی، فقیر و غنی، این طور نیست که شمال شهری ندارد جنوب شهری ندارد. شهری دارد روستایی ندارد، مذهبی ندارد، هم تیپ هستند، فراوانی متفاوت است. ولی در خانواده‌های بسیار مذهبی نیز بچه‌های‌شان درگیر این قضیه هستند، خانواده درگیر هستند.

حال چه می‌توان کرد؟

بحثی است که می‌شود به آن پرداخت و بتوان راه حل‌ی را ارائه کرد.

حال از نظر فرهنگی بخواهیم چه می‌شود کرد؟ این بیماری را من بخشی از بیماری فرهنگی جامعه می‌بینم. چرا عده‌ای آلوده و مبتلا می‌شوند، من ریشه اش را در آسیب‌های فرهنگی جامعه می‌دانم. یکی از آسیب‌های جدی که قبل از این که اشاره‌ای کنم عرض کنم که چیزی که از پزشکان یاد گرفتم وقتی فردی بیماری دارد پایش یا دستش درد می‌کند عده‌ای از پزشکان دست یا پا را بررسی کرده می‌گویند فیزیوتراپی شود، عده‌ای که حاذق ترند می‌گویند از قلبت نوار بگیر از کمرت، می‌گویم دستم درد می‌کند شما می‌گویید از قلبت نوار بگیر یعنی موضع درد در نگاهش با درمان یکی نیست. موضع درد و درمان یکی است برای آن‌ها که سطحی‌نگر هستند ولی ممکن است ریشه درد فرق کند. بسیاری از مسائل اجتماعی این اصل را حاکم می‌بینم، موضع درد و درمان یکی نیست. مثلاً بحث حجاب، بی‌حجابی، بدحجابی درمان این نیست که روسری بچه‌ها را با فشار بگذاری، فشار بسیار و الزام این کارها آخرین نقطه است. چرا اینجوری شد؟ ریشه‌اش جای دیگر است. تاهل نشود مشکل حل نمی‌شود.

در بحث بیماری‌های مقاربتی و بیماری‌های جنسی من ریشه را در این می‌دانم

رویکرد مصون‌سازی که من اعتقاد دارم باید ترکیبی باشد.

هنوز جامعه ما به سیاست روشنی در مصون‌سازی و محدودسازی نرسیده. به یک الگوی جامع نرسیدیم. ما باید ترکیب سیاست‌های مان محدود سازی و مصون سازی باشد و این که چقدر روش محدود سازی، چقدر مصون سازی باشد. در چه حوزه‌هایی مصون سازی و در چه حوزه‌هایی محدود سازی باشد و مصون سازی در حول چه محورهایی باشد.

مجموع جاهایی که باید آموزش بدهند، آگاهی‌ها را بالا ببرند، این‌ها باید چه کارهایی انجام دهند؟ بنابراین سلیقه‌ای کار می‌کنیم. پس ما در مدیریت مسئله دچار یک نوع حیرت و سرشکستگی هستیم.

پس در آسیب مسئله اول در شناخت اوضاع و احوال مان یک اجماع کلی نداریم.

یعنی در حوزه مدیریت و نخبگان. در بعد مدیریت هم دچار مشکل هستیم.

### پس قدم اول این است که:

در این لایه یک اتفاقی بیفتد و به یک اجماعی برسیم. هر مسئله‌ای را در هر کشوری اگر بخواهد به صورت ملی مدیریت شود حداقل اجماع را لازم داده چون تصمیم‌گیری‌های کلان باید در آن اتفاق بیفتد. من فکر می‌کنم که بخشی از فرآیند کار باید در لایه‌های مدیریتی اتفاق بیفتد؛ یعنی تصمیم‌گیری‌های آگاه‌سازی مسیری را برود که آنجا را به تصمیم برساند. باید به الگوهای آموزشی برسیم ولی اگر در نظام تصمیم‌گیری و مدیریتی به این تصمیمات نرسیده باشیم و اجماعی پشت سر آن نباشد این آموزش عملی نمی‌شود.

هدف‌گیری بخشی از مسیر باید این باشد که نظام مدیریت را به تصمیم برساند. بخشی قبل از نظام مدیریت نظام کارشناسی است. نظام کارشناسی ما خیلی پویا و فعال پیش نرفته است. اگر مسائلی در نظام مدیریت به تصمیم‌هایی نرسیده بخشی از خدمت در نظام آموزشی اکمل کارهای کارشناسی شکل نگرفته است یا اتفاق نیفتاده، قدرت اغنا را نتوانسته تولید کند یا قدرت اغناعش را بالا ببرد. بعضی وقت‌ها اصل حرف منطقی است ولی چگونگی انتقال از منطق برتری برخوردار نیست. قدرت اغنا الزاماً به معنی حق بودن مطلب نیست. یک حرفی می‌تواند نادرست باشد و در قالب یک قدرت اغنا بالایی اتفاق بیفتد، قدرت اغنا بالایی تولید شود و تصمیمی هم روی آن گرفته شود، ولی بعد از مدتی معلوم شود آن تصمیم غلط باشد. الزامی نیست.

بخشی از کار باید اینجا اتفاق بیفتد.

بخش سوم کار در فضای آموزشی، آگاه‌سازی و انگیزه بخشی است.

در جامعه، مخاطب قطعاً بخشی از مسئله آموزش است. یکی از مهم‌ترین ابزارها و روش‌ها برای این که مدیریت شود، جامعه مخاطب و بالاتر از جامعه مخاطب که جامعه هدف است جامعه‌ای است که پیرامون این مشکل است.

اگر کسی در خانواده‌ای درگیر چنین بیماری‌هایی شود اطرافیان برای این موضوع کمک کار باشند.

الف) نکته اول مسئله آگاه‌سازی، به معنی اعم آن که آموزش بخشی از آن است. روش‌های دیگری از آگاه‌سازی است که الزاماً در قالب آموزش مصطلح است.

کلاس برگزار شود. در معنای آگاه‌سازی در این قبیل بحث‌ها، جامعه ما نسبت به آگاه‌سازی عمومی حساسیتش بالاست و به‌زودی تبدیل به موضوعات سیاسی می‌شود. علت آن این است که جامعه ما نسبت به یک سری مسائل حریم‌هایی را قائل است. یکسری از مفاهیم در دایره‌های خاصی باید به آن پرداخته شود. اگر این موانع نباشد به راحتی می‌توان با رسانه‌ها به آن پرداخت. جامعه مطلع شود ابزارهای مصونیت‌سازی را با خود دارد.

ب) در محیط‌های محدودتر در جامعه مخاطب یا در معرض خطر، دچار خطر هستند یا آن‌هایی که قطب زنی نیروی انتقال دهنده به این جوامع هستند. مثلاً در مدارس دخترانه‌ای که در معرض خطرند باید به همین مدارس برویم روش‌هایی به صورت مستقیم یا جزوه است یا پک‌های دی‌وی دی بدهیم، که هرکدام ملاحظاتی دارد. جامعه‌ای که درگیر است، خانواده‌هایی که فرزندان یا اطرافیان‌شان در معرض خطر هستند، در قالب نشست‌های اختصاصی. موانع روانی را از این فیلترها رد کنیم.

ج) بخش دیگری از کار، مراجع و روحانیون است که باید در معرض این موضوع

ببریم، در همین حوزه تربیت جنسی را زیاد کنیم. استدلالی که من می‌کنم باید از دبستان شروع کنیم و آموزش بدهیم.

اول باید دین داری عقلانی، انتخایی و آگاهانه باشد. خیلی از خانواده‌های مذهبی خیلی تحکمی هستند و خیلی به احکام دین بیشتر از معارف دین و مفاهیم دینی تاکید می‌کنند. اگر شما در دانشگاه دیده باشید خیلی از بچه‌هایی که از خانواده مذهبی می‌آیند یک مقدار فضای آزاد که می‌بینند فرد دیگری می‌شوند چه دخترچه پسر، دختر چادرش را در می‌آورد، پسر باورش را.

بحث تحقیر بچه‌ها روی کرامت نفس و عزت نفس بچه‌های مان، باید میدان داد به آن‌ها بچه‌ها تحقیر نشوند، حقارت از یه جایی سر بزند. بشود آلودگی‌های اجتماعی. باید یک مقدار بچه‌ها را با شخصیت بار آورد. بچه‌هایی که با شخصیت بار می‌آیند معمولا وارد این پدیده‌ها نمی‌شوند و یا اگر شدند خیلی خیلی اندک هستند.

به اقتضای شرایط سنی مخاطبان چه کودکان و نوجوانان من تجربه‌ام در این سنین است. بحث خدا را در ذهن بچه‌ها یک مقدار پر رنگ تر کنیم. بچه‌ها مهارت بیشتر، آموزش لازم را ببینند. با توجه به شرایطشان سازماندهی کنیم چه در قالب آموزش‌های مکتوب مثل کتاب‌های درسی، چه آموزش‌های تصویری مثل اپلیکیشن‌ها آموزش دهیم.

خطرات را دنبال کنیم، خطرانی که وجود دارد.

در بحث خطرات، خطر فضای مجازی را مطرح کنیم که بد آموزی فضای مجازی است.

فضای مجازی را مدیریت کنیم. بخش اعظم بد آموزی‌های ما از آن فضای مجازی است. شما اطلاع دارید که کمتر کشوری مثل کشور ماست حتی کشورهایی که مهد دموکراتیک هستند این قدر فضای باز مجازی ندارند. خودشان در مدارس مهار می‌کنند. ۷۰-۸۰ درصد در مدارس سیستم فیلترینگ دارند. مافیلتر می‌کنیم، همه فیلترشکن داریم. مدیریت کردن فضای مجازی چه در بخش نرم‌افزاری و چه در سخت‌افزاری هر دو باید صورت گیرد.

با توجه به موارد فوق مدل پارادایمی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج در بخش کمی مطالعه نشان داد در ارزیابی دانش و نگرش و عملکرد در زنان و مردان بررسی شده میانگین و انحراف معیار دانش نگرش و عملکرد در سطح خوب برآورد شد.

میزان دانش افراد در رابطه با HPV و ارتباط آن با سرطان دهانه رحم در مطالعه Farzaneh و همکاران کم بود. نگرش افراد در باره لزوم افزایش آموزش در این زمینه تقریبا بالا بود (۱۵). Klug و همکاران با بررسی دانش در مورد عفونت با پاپیلوما ویروس انسانی (یک مطالعه سیستماتیک) نشان دادند دانش جامعه درباره عفونت HPV ضعیف بود. پیشنهاد شد که افزایش آگاهی کودکان از سنین کم با برنامه‌های آموزشی پیشگیری از بیماری‌ها از مدارس با حمایت رسانه‌ها، متخصصان موضوعی و سازمان‌های ذیربط انجام شود (۱۶).

درصد بالایی از افراد بررسی شده موافق تاثیر تغییر نگرش فرهنگی برای لزوم انجام واکسیناسیون در کاهش بیماری‌های مقاربتی بودند. همچنین موافق آموزش جامعه در رابطه با فواید و مضرات واکسیناسیون بودند.

Kamalikhah و همکاران با بررسی موانع آموزش بهداشت باروری در مدارس در سال ۱۳۹۳ نشان دادند، دانش‌آموزان بزرگ‌ترین مانع سر راه آموزش را رسوم فرهنگی و مخالفت‌های اطرافیان عنوان کردند و ذکر کردند که بیشترین مخالفت با آموزش روابط جنسی و مسائل زناشویی انجام می‌گیرد و حتی عنوان کردند که نباید اجازه دهیم خانواده در مورد آرایه آموزش مطلع گردند. مطالعه نشان داد مربی بهداشت نقش موثری در زمینه آموزش رسمی موضوعات بهداشت باروری در مدارس داشت. تاکید مشارکت کنندگان بر بهره‌گیری از آموزه‌های

که چرا آدم‌ها آلوده به این قضیه می‌شوند. دلایل آلودگی به شرح زیر است.

روح حاکم بر تنوع‌خواهی است. زمان ما، تمدن جدید و تمدن تنوع خواه است. هرروز تنوع‌خواهی را در ما گسترش می‌دهد. به گونه‌های مختلف از موبایل ساده گرفته هر روز مدل جدید می‌آید که مصرف شما را بالا ببرد. مصرف جدید یعنی تنوع‌خواهی. اگر در ۲۰ سال پیش با یک نوع موبایل روبه‌رو بودی، الان با صد نوع مختلف روبه‌رو هستی. تلویزیون می‌خواهی بخری، ماشین بخری، لباس بخری، قاشق چنگال بخری یعنی همه چیز را شما متنوع می‌بینی، این تنوع به مصرف برمی‌گردد و دامن می‌زند به آن تا اقتصاد بچرخد همه این‌ها می‌شود فرهنگ. چکار می‌شود کرد؟

ریشه دیگر را من در تحقیر آدم‌ها می‌بینم که انسان‌ها وقتی تحقیر می‌شوند دنبال یک نشاط و شادابی می‌گردند خودشان را نجات دهند. شادابی و نشاط را در این چیزها می‌بینند. به مواد مخدر رجوع می‌کنند چرا؟ چون آرامش می‌گیرند. به مشروبات الکلی رجوع می‌کنند چرا؟ چون آرامش می‌گیرند یعنی لذت و شادابی را در این کارها جست‌وجو می‌کنند. این از نظر فرهنگی عاملی است که می‌خواهد خلاص شود از فشار زندگی، از تحقیری که شده، از سختی‌هایی که در زندگی با آن‌ها روبه‌روست و نمی‌تواند تحمل کند و می‌خواهد راه مفری پیدا کند و لذت برد از بدن خودش. این تعریف غلطی است از لذت بردن و لذت جویی.

عامل سوم می‌تواند کم آگاهی به عوارض این قضیه باشد. خیلی کسانی که آگاهی دارند آلوده به این قضیه هستند. مثلا حجاب این طور نیست که ندانند این جور بده، آن که می‌داند این طور می‌پوشد همین خانم در حرم یا مشهد می‌رود این طور نمی‌پوشد. این‌ها نشان می‌دهد که در کشور ما یک عامل چهارم هم می‌توان اضافه کرد.

این کار یک پروژه مدیریت شده است. بستری ایجاد می‌کند برای این که نسلی را از آن بویایی و تلاش باز دارد. تبعات تهاجم فرهنگی و شیخون فرهنگی یک برنامه‌ریزی و پروژه است. مدیر دارد، کارمی‌کند، عکس تولید می‌کند، فیلم تولید می‌کند که طبیعی باشد در جامعه ما.

پنجمین و آخرین مورد که می‌توان درصرد هم آن را قرار داد، تضعیف روحیه معنویت‌گرایی و افزایش روحیه مادی‌گرایی و دنیا‌گرایی است. این از آن ریشه‌های قضیه است وقتی شما آخرت، معنویت در ذهن من کمتر شد همه شد دنیا، باید از دنیا لذت ببری، از هر طریقی، به هر قیمتی، به هرگونه‌ای. این لذت‌گرایی وقتی اخلاق هم در جامعه نباشد حد و مرز نمی‌شناسد، حریم خصوصی یا غیر خصوصی (ازدواج سفید). این‌ها ایراد از ریشه‌هاست. که دامن می‌زند و حتما شما گزارش‌هایی از آسیب‌ها دارید. کاری که ما در آموزش و پرورش برای کودکان و نوجوانان انجام می‌دهیم، تنها آسیب از سوی افراد بیگانه نیست، بلکه گاهی در خانواده‌ها اتفاق می‌افتد، به دلیل این که آموزش وجود ندارد و بچه‌ها تربیت جنسی نشده‌اند بدن‌شان را به کسی نشان ندهند، اجازه ندهند هرکس به بدن‌شان دست بزند. حال چکار باید کرد؟

همان طور که عفاف و حجاب را دقیق‌تر بگویم عفاف راحصول دینداری می‌دانم، تجلی دینداری می‌دانم، سلامت روانی هم یک بخشش تجلی دینداری است. البته جامعه خودمان که جامعه‌ای دین‌مدار است بنابراین معتقدم در تربیت دینی بچه‌های مان آگاهانه و هوشیارانه کار کنیم.

تربیت دینی چند الزام دارد.

تحکم در آن نباشد، واژه‌ای که به کار می‌برم در سند تحولی به آن اشاره شده، ما به عنوان پدر، مادر، مربی مدرسه باید زمینه تربیت پذیری بچه‌ها را فراهم کنیم نه تربیت‌شان کنیم. به جای تربیت کردن که یک تحکم درون آن است، و فرزند را منفعل می‌کند و ما را به عنوان پدر و مادر و مربی مسئول می‌کند به جای تربیت کردن به تربیت شدن ببندیشیم. آن کس که باید بپذیرد بچه‌ها هستند بنابراین ما باید زمینه تربیت پذیری و تربیت شدن را فراهم کنیم. ما موانع را باید برطرف کنیم اگر اینچنین باشد او (منظور فرزند) باید انتخاب کند. برای این که او انتخاب کند باید آگاهی و شناخت داشته باشد. لذا یک بعدش این که معرفت بچه‌ها را بالا

جدول ۲- مدل پارادیمی بر اساس نظر افراد صاحب نظر کشور

Outcome پیامدها	Strategies راهبردها	Condition شرایط	Core category طبقه محوری
کاهش کنترل بیماری‌های مقاربتی بر اساس برنامه ریزی متناسب و منطبق با فرهنگ حاکم بر کشور	- نظام آموزشی باید برنامه مدون و مصوب برای تربیت بچه‌ها داشته باشد و متناسب با اقتضاعات کشور داشته باشد - آموزش خانواده برای دادن اطلاعات درست و کنترل شده به فرزندان - استفاده از فرهنگ بومی - استفاده از گروه‌های مرجع - استفاده از ظرفیت‌های دینی - ورود به مشکل قبل از ازدواج - کاهش آسیب‌ها با مدیریت برنامه ریزی شده - کاستن آسیب‌ها با استفاده از مشاوران حاذق - حساس نکردن گروهی که لازم نیست بیشتر آگاه شوند. - کاهش حساسیت‌ها در لایه‌های مختلف برای تسهیل کارشناسی - استفاده از ظرفیت‌ها - برنامه ریزی مسئول بر اساس رسالت آن‌ها - متمرکز بر جامعه در معرض خطر - ایجاد بهداشت در دوره راهنمایی به بعد	- عدم تناسب اطلاعات با رشد بچه‌ها - افزایش سن ازدواج - کاهش سن بلوغ - افزایش تبادل اطلاعات - افزایش جمعیت - افزایش مهاجرت - تغییر شرایط اقتصادی - گسستگی ارتباط پدر و مادر با فرزندان	Causal Condition علی
	- همراه‌سازشدن آموزش مدارس با صدا و سیما - جدا سازی افراد مبتلا از دیگران - تهیه اطلسی برای تعیین میزان پراکندگی مشکل - تحقیق در خصوص تعیین علت مشکل - کمک گرفتن از ظرفیت‌های موجود - انجام به موقع آموزش - آگاه سازی افراد بر اساس مسئولیت‌ها و رسالت‌ها - همراه سازی نوجوانان برای پیشگیری از بیماری  - تربیت دینی بدون تحکم - تربیت دینی و انتخاب عقلانی - پررنگ کردن بحث خدا در ذهن بچه‌ها - توجه به بد آموزی توسط فضای مجازی - فیلتر کردن فضای مجازی - مدیریت فضای مجازی	- نبود رویکرد مصون و محدود سازی - نرسیدن به حداقل اجماع برای نظام مدیریت - عدم تصمیم‌گیری با کارشناسی پویا - روبرو نبودن مراجع و روحانیون با مسئله - روبرو نبودن نخبگان و هدایت‌کنندگان دینی با مسئله - عدم اطلاع از ظرفیت‌های موجود  - روح حاکم بر تنوع خواهی - مقابله با تحقیرهای فردی - کم‌آگاهی - این مشکل یک پروژه مدیریت شده است - تضعیف روحیه معنویت‌گرایی - افزایش روحیه مادی‌گرایی	Intervening Condition مداخله‌ای
			وجود مشکل فرهنگی در رابطه با پیشگیری از بیماری های مقاربتی
			زمینه‌ای

## منابع:

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*. 2010 Dec 15;127(12):2893-917.
2. Barr E, Sings HL. Prophylactic HPV vaccines: new interventions for cancer control. *Vaccine*. 2008 Nov 18;26(49):6244-57.
3. Barbera L, Thomas G. Management of early and locally advanced cervical cancer. *In Seminars in oncology* 2009 Apr 1 (Vol. 36, No. 2, pp. 155-169). WB Saunders.

4. Brabin L, Roberts SA, Farzaneh F, Kitchener HC. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: a survey of parental attitudes. *Vaccine*. 2006 Apr 12;24(16):3087-94.
5. Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstetrics & gynecology*. 2000 Nov 1;96(5):653-6.
6. Rabbanikhah F, Mousa Gholizadeh R, Alirezaei S. Pathology of Organizational Training in Universities of Iran Medical Sciences based on McKinsey 7S Mode. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2017 Jun 10;1(2):80-6.

7. Harrison MI. Diagnosing organizations: Methods, models, and processes. Sage Publications; 2004 Sep 22.
8. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. University of Chicago press; 2012 Apr 18.
9. Sandfort TG, Ehrhardt AA. Sexual health: a useful public health paradigm or a moral imperative?. *Archives of Sexual Behavior*. 2004 Jun 1;33(3):181-7.
10. Solanas A, Patsakis C, Conti M, Vlachos IS, Ramos V, Falcone F, Postolache O, Pérez-Martínez PA, Di Pietro R, Perrea DN, Martínez-Balleste A. Smart health: a context-aware health paradigm within smart cities. *IEEE Communications Magazine*. 2014 Aug 7;52(8):74-81.
11. Jamdar F, Farzaneh F, Navidpour F, Younesi S, Balvayeh P, Hosseini M, Ghodssi-Ghasemabadi R. Prevalence of human papillomavirus infection among Iranian women using COBAS HPV DNA testing. *Infectious agents and cancer*. 2018 Dec;13(1):6.
12. Sinanovic E, Moodley J, Barone MA, Mall S, Cleary S, Harries J. The potential cost-effectiveness of adding a human papillomavirus vaccine to the cervical cancer screening programme in South Africa. *Vaccine*. 2009 Oct 19;27(44):6196-202.
13. Haedicke J, Iftner T. Human papillomaviruses and cancer. *Radiation therapy and oncology*. 2013 Sep 1;108(3):397-402.
14. Tran BX, Than PT, Doan TT, Nguyen HL, Mai HT, Nguyen TH, Le HT, Latkin CA, Zhang MW, Ho RC. Knowledge, attitude, and practice on and willingness to pay for human papillomavirus vaccine: a cross-sectional study in Hanoi, Vietnam. *Patient preference and adherence*. 2018;12:945.
15. Farzaneh F, Shirvani HE, Barouti E, Salehpour S, Khodakarami N, Alizadeh K. Knowledge and attitude of women regarding the human papillomavirus (HPV) infection, its relationship to cervical cancer and prevention methods. *Med J Malaysia*. 2011 Dec 1;66(5):468-73.
16. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Preventive medicine*. 2008 Feb 1;46(2):87-98.
17. Kamalikhah T, RAHMATI NF, KARIMI M. Barriers of reproductive health education in schools. 2012.
18. Tafuri S, Martinelli D, Vece MM, Quarto M, Germinario C, Prato R. Communication skills in HPV prevention: an audit among Italian healthcare workers. *Vaccine*. 2010 Aug 2;28(34):5609-13.
19. Zare M, Malek Afzeli H, Jandghi J, Alammeh MR, Kolahdoz M, Asadi A. Effect of training regarding puberty on knowledge, attitude and practice of 12-14 year old girls. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2006 Jan 15;14(56):18-26.
20. Songthap A, Pitisuttithum P, Kaewkungwal J, Fungladda W, Bussaratid V. Knowledge, attitudes, and acceptability of a human papilloma virus vaccine among students, parents and teachers in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012 Mar 1;43(2):340-53.
21. Fernández ME, Le YC, Fernández-Espada N, Calo WA, Savas LS, Vélez C, Aragon AP, Colón-López V. Peer Reviewed: Knowledge, Attitudes, and Beliefs About Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Among Puerto Rican Mothers and Daughters, 2010: A Qualitative Study. *Preventing chronic disease*. 2014;11.
22. Joseph NP, Clark JA, Bauchner H, Walsh JP, Mercilus G, Figaro J, Bibbo C, Perkins RB. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding HPV vaccination: ethnic and cultural differences between African-American and Haitian immigrant women. *Women's Health Issues*. 2012 Nov 1;22(6):e571-9.
23. Salad J, Verdonk P, de Boer F, Abma TA. "A Somali girl is Muslim and does not have premarital sex. Is vaccination really necessary?" A qualitative study into the perceptions of Somali women in the Netherlands about the prevention of cervical cancer. *International journal for equity in health*. 2015 Dec;14(1):68.
24. Natan MB, Aharon O, Palickshvili S, Gurman V. Attitude of Israeli mothers with vaccination of their daughters against human papilloma virus. *Journal of Pediatric Nursing*. 2011 Feb 1;26(1):70-7.