

# بررسی خشونت جنسی علیه زنان ماستکتومی شده

## بهبود یافته از سرطان پستان

مهدی خانبابایی گول<sup>۱</sup>، دکتر نوشین مبارکی اصل<sup>۲</sup>، زهرا قوامی<sup>۳</sup>، مهسا ژرفی<sup>۴</sup>، دکتر عبدالرضا مهدی نواز اقدم<sup>۵\*</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. فلوشیپ انکولوژی زنان، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۳. متخصص زنان و زایمان، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. استادیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۵

### خلاصه

**مقدمه:** به دلیل ناشناخته ماندن خشونت جنسی در جامعه ایرانی، پیامدهای نامطلوب این نوع خشونت نیز به دنبال آن نامشخص می‌باشد؛ لذا مطالعه حاضر با هدف اطلاع از شیوع خشونت جنسی در زنان ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۳۲۰ زن ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. خشونت جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان به کمک پرسشنامه خشونت جنسی سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف، رگرسیون خطی و اسپیرمن انجام گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین خشونت جنسی در مطالعه حاضر برابر  $۵۱/۳۵ \pm ۰۹/۵۳$  و در سطح "خشونت جنسی متوسط" بود. در میان حیطة‌های خشونت جنسی، حیطة "تحقیر همسر در حین رابطه جنسی" با نمره  $۱۴/۱۱ \pm ۱/۰۳$  بیشترین نمره را کسب کرده بود. خشونت جنسی با سن ( $p=۰/۰۰۳$ )، سابقه بهبودی از سرطان ( $p=۰/۰۴۹$ )، تحصیلات بیمار ( $p=۰/۰۱۳$ ) و همسرش ( $p=۰/۰۰۱$ ) و وضعیت سلامت عمومی بیمار ( $p=۰/۰۰۱$ ) همبستگی داشت.

**نتیجه‌گیری:** خشونت جنسی در مبتلایان به سرطان پستان پس از ماستکتومی در حد متوسطی قرار دارد.

**کلمات کلیدی:** خشونت جنسی، سرطان پستان، ماستکتومی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر عبدالرضا مهدی نواز اقدم؛ مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.  
تلفن: ۰۹۳۷۶۳۳۴۷۴۹؛ پست الکترونیک: Dr.mehdinavaztbzmed@Yahoo.Com

## مقدمه

امروزه خشونت به این دلیل که به تدریج عمومی تر می‌شود، دارای اهمیت اجتماعی زیادی شده و به همین دلیل در مطالعات اخیر توجه ویژه‌ای به آن شده است، بنابراین جامعه به‌طور فزاینده‌ای خشونت را به شکل‌های مختلف (فیزیکی، اخلاقی یا اجتماعی) تجربه می‌کند (۱). استفاده از قدرت یا نیروی فیزیکی به‌صورت واقعی یا به‌صورت تهدید، علیه خود، دیگری، علیه یک گروه یا جامعه، که منجر به آسیب‌رسانی، مرگ، آسیب روانی، ناتوانی در رشد یا محرومیت می‌شود، به‌عنوان جامع‌ترین تعریف خشونت در مطالعات مختلف ارائه شده است (۲). با آغاز قرن جدید، خشونت تبدیل به یک مسأله سلامت عمومی در تمامی کشورهای جهان شده است که علت آن تعداد زیاد قربانیان و شدت این مسأله می‌باشد. مشاهده شده است که خشونت منجر به عواقب فیزیکی، روانی، احساسی و اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، اعتیاد به الکل و داروهای روانگردان، خودکشی، اختلالات گوارشی و پیامدهای فیزیکی که منجر به ناتوانی می‌شود، می‌گردد (۳، ۴).

امروزه خشونت در ۴ دسته طبقه‌بندی می‌شود: (۱) خشونت فیزیکی؛ به‌عنوان هر رفتاری که به سلامتی یا تمامیت فیزیکی آسیب برساند، تعریف شده است. (۲) خشونت روانی؛ به‌عنوان رفتاری که باعث آسیب‌های عاطفی و کاهش عزت نفس و یا موجب آسیب رساندن و مانع پیشرفت کامل یک فرد از نظر روانی می‌شود، شناخته شده است. این نوع شکنجه به شیوه‌های مختلفی همچون توهین به رفتار، باور و تصمیم‌های فرد، تهدید فرد، تحقیر کردن، توهین، هتک حرمت، تمسخر و هر نوع محدودیت در رفت‌وآمد فرد اعمال می‌شود. (۳) خشونت جنسی؛ هرگونه عمل، تلاش یا تهدید است که در اصل جنسی بوده و بدون رضایت قربانی صورت می‌گیرد. خشونت جنسی شامل تجاوز، سوء استفاده و آزار و اذیت جنسی، بهره‌کشی و اجبار به تن‌فروشی می‌باشد. این مسأله می‌تواند از طریق ازدواج نیز اتفاق بیفتد، مخصوصاً وقتی عدم رضایت برای عمل جنسی در یکی از زوجین وجود داشته باشد. (۴) خشونت اخلاقی: به‌عنوان هرگونه رفتاری است که شامل تهمت زدن، توهین و خشم می‌باشد.

خشونت خانگی شامل انواع خشونت‌ها در محیط خانواده می‌باشد که توسط همسر و یا همسر سابق که با هم زندگی می‌کنند و یا ممکن است با هم زندگی نکنند، ایجاد می‌شود (۵، ۶).

کوکر و همکاران (۲۰۱۷) گزارشی در رابطه با بررسی‌هایی که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، تخمدان و آندومتر بودند و احتمالاً سرطان آنها مرتبط با خشونت فیزیکی و جنسی بوده، ارائه کردند. خشونت علیه زنان در ۴۸/۵٪ از این گروه مشاهده شد و ۲۲/۴۴٪ این گروه مبتلا به سرطان پستان بودند؛ با این حال یافتن ارتباط بین خشونت و ابتلاء به سرطان، کار دشواری است که نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد (۷).

سرطان پستان در دنیا، متداول‌ترین سرطان در میان زنان است و یک بیماری پیچیده است که به‌علت درمان‌های تهاجمی و غیرقطعی، تأثیرات شدیدی را بر زندگی زنان می‌گذارد (۸، ۹). سرطان پستان بیشترین شیوع را در بین زنان بالای ۴۰ سال دارد. بلوغ زودرس، یائسگی دیررس، اولین زایمان بعد از ۳۰ سالگی، فاکتورهای ژنتیکی و وجود سرطان در بستگان درجه اول، به‌عنوان عوامل خطر این بیماری معرفی شده‌اند. سایر عوامل خطر شامل سن، قرار گرفتن در معرض اشعه X، چاقی، عادات ناسالم غذایی، موقعیت جغرافیایی، مصرف الکل و استفاده از قرص‌های ضد بارداری خوراکی می‌باشند (۱۰، ۱۱).

به‌نظر می‌رسد با توجه به افزایش میزان خشونت و سرطان پستان در دهه اخیر، خشونت در افراد مبتلا به سرطان پستان نیز همسو با آنان افزایش داشته باشد که نیاز به بررسی بیشتر دارد. با این حال مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است که حاکی از آن هستند که خشونت جنسی در زنان ماستکتومی شده (به‌دلیل ایجاد نقص در اندام زنانه و از دست دادن زیبایی جنسی) نسبت به سایر انواع خشونت‌ها شایع‌تر است که موجب عواقب خطرناکی همچون افسردگی‌های شدید، اقدام به خودکشی، طلاق و افزایش مرگ‌ومیر می‌گردد (۱۲). در این زمینه نتایج مطالعه دوگنین و همکاران (۲۰۱۷) که به تبیین تجارب زنان قربانی خشونت جنسی پرداختند، چنین بیان می‌کند که خشونت جنسی در زنان

ماستکتومی شده پس از بهبودی از سرطان پستان از دلایل اصلی خودکشی و بی‌توجهی در پیگیری و کنترل‌های پس از درمان است (۱۲). با این حال هنوز ضریب تأثیر این نوع خشونت بر عوامل ذکر شده به دقت بررسی نشده است.

عدم وجود مطالعه در ایران در زمینه خشونت جنسی زنانی که ماستکتومی شده‌اند و ناشناخته ماندن این موضوع و رغبت پایین نسبت به انجام تحقیقات پیرامون این موضوع به دلیل فرهنگ جامعه ایرانی، موجب شده است که شیوع این نوع خشونت تقریباً ناشناخته بماند و متعاقب آن پیامدهای آن نیز نامشخص است. از طرفی دیگر بر اساس مطالعات پیشین، از آنجایی که بیماری‌های زنان نقش عمده‌ای در سلامت عمومی جوامع دارند و سلامت متأثر از فرهنگ هر جامعه است، بهتر است در هر مطالعه‌ای به فرهنگ آن جامعه توجه نمود تا نتایج ملموس‌تری به دست آید (۲۲-۱۳). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی خشونت جنسی در زنان ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد تا به کمک نتایج آن بتوان زمینه لازم جهت انجام مطالعات بعدی را فراهم نمود.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-مقطعی در طی سال ۱۳۹۷ پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره IR.TBZMED.REC.1397.598 انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای شیوع و با توجه به هدف اصلی مقاله که بررسی خشونت جنسی بوده و این متغیر به‌عنوان متغیر اصلی مورد بررسی از نوع کیفی است (خشونت دارد و ندارد) و با توجه به میزان شیوع خشونت جنسی در مطالعه‌ای مشابه (۴۷/۳٪) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و سطح خطای ۵٪، ۲۹۱ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی برابر ۳۲۰ برآورد گردید. پس از برآورد حجم نمونه، پژوهشگر با در دست داشتن مجوزها و هماهنگی‌های لازم به درمانگاه‌های شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی توراکیس بیمارستان‌های آموزشی درمانی امام رضا (ع)،

شهید مدنی و قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت نمونه‌گیری مراجعه نمود. حجم نمونه تخصیصی برای هر مرکز آموزشی درمانی با توجه به تعداد بیماران مراجعه‌کننده به آن مرکز تعیین شد؛ به‌طوری‌که برای مرکز آموزشی درمانی امام رضا ۱۲۰ بیمار، برای مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی ۱۰۰ بیمار و برای مرکز آموزشی درمانی قاضی طباطبایی ۱۰۰ بیمار وارد مطالعه شدند. انتخاب نمونه‌ها بر اساس اولویت ورود بیماران به بیمارستان مورد نظر بود و هر بیماری که ماستکتومی شده بود و درمان سرطان وی تمام شده بود و برای پیگیری و کنترل به مرکز مربوطه مراجعه می‌نمود، وارد مطالعه می‌شد و نوع بخش (جراحی، رادیوتراپی و یا شیمی‌درمانی) در تعداد نمونه تأثیری نداشت. نمونه‌گیری به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان برای هر بخش و هر مرکز مورد مطالعه بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: متأهل بودن، انجام جراحی ماستکتومی و گذشت ۳ ماه از بهبودی سرطان پستان و معیارهای خروج از مطالعه شامل: بیماری روانی خود و همسر، سابقه طلاق، ابتلاء به سرطان‌های دیگر و از دست دادن بستگان نزدیک طی ۶ ماه اخیر بود. افراد پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه و رعایت تمامی موارد اخلاق در پژوهش، اقدام به تکمیل پرسشنامه مربوطه نمودند. این پرسشنامه از سه قسمت اصلی تشکیل شده بود؛ قسمت اول حاوی اطلاعات فردی بیماران شامل سن، سابقه بیماری، تعداد افراد خانواده، سطح تحصیلات خود و همسر و قسمت دوم نیز مقیاس خشونت جنسی بود که توسط خلیفه و همکاران (۲۰۱۵) جهت تعیین میزان خشونت جنسی طراحی شده است (۲۳) که دارای روایی  $I=0/81$  و پایایی برابر  $\alpha=0/88$  برحسب آلفای کرونباخ بود که نسخه ایرانی آن در مطالعه شیخان و همکاران (۲۰۱۴) هنجاریابی شده و دارای روایی قابل قبول و پایایی برابر  $\alpha=0/88$  برحسب آلفای کرونباخ است (۲۴). این پرسشنامه حاوی ۱۷ سؤال در زمینه خشونت جنسی می‌باشد که نمره‌دهی آن به‌شیوه طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) می‌باشد و هر سؤال حداقل یک نمره و حداکثر نمره ۵ را کسب خواهد نمود. نمره نهایی کسب شده نیز

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش همچون سایر پژوهش های حیطه علوم پزشکی که پژوهشگر ملزم به رعایت آنان است، به طور کامل رعایت شدند و سپس داده ها جمع آوری شدند (۲۸-۲۵). داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش های آمار توصیفی (میانگین  $\pm$  انحراف معیار و فراوانی- درصد) و آزمون های کولموگروف - اسمیرنوف، رگرسیون خطی و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۱/۲۶±۴۹/۴۹ سال بود. حدود ۶۲/۳۹٪ از آنان (۱۹۰ بیمار) کمتر از ۹ ماه بهبود یافته بودند. سطح تحصیلات اکثر بیماران و همسرانشان کمتر از سوم راهنمایی بود و اکثر آنان ۳ فرزند داشتند. نمره سطح سلامت عمومی بیماران نتایج حاکی از آن بود که اکثر آنان (۵۶/۰۶٪) از سطح سلامت عمومی خوبی برخوردار نبوده و دارای اختلال بودند. اطلاعات فردی بیماران در جدول ۱ آورده شده است.

طیفی بین ۸۵-۱۷ خواهد بود و در ۴ حیطه عدم وجود خشونت (نمرات کمتر از ۳۴)، خشونت کم (نمرات بین ۳۴-۵۱)، خشونت متوسط (نمرات بین ۵۱-۶۸) و خشونت شدید (نمرات بالاتر از ۶۸) دسته بندی خواهد شد. این پرسشنامه دارای ۵ حیطه می باشد که شامل: ۱- خشونت جنسی به شیوه کلامی (۳ سؤال)، ۲- عدم تمایل به رابطه جنسی (۲ سؤال)، ۳- تحقیر همسر در حین رابطه جنسی (۴ سؤال)، ۴- اجبار به عدم استفاده از روش های جلوگیری از بارداری (۳ سؤال) و ۵- آسیب فیزیکی در حین رابطه جنسی (۵ سؤال) می باشند. به تکمیل کنندگان توضیح داده شد که اطلاعات پرسشنامه مربوط به اتفاقات ۳ ماه اخیر می باشد و تجاربی که بیشتر از ۳ ماه اتفاق افتاده اند، نباید در پرسشنامه وارد شوند. قسمت سوم پرسشنامه نیز، پرسشنامه سلامت عمومی بود و در صورتی که فرد نمره کمتر از ۲۱ را کسب نماید، نشان دهنده سلامت عمومی خوب و در غیر این صورت دارای اختلال در سلامت عمومی است. همچنین تکمیل پرسشنامه ها به شیوه خود گزارش دهی با کمک قلم و کاغذ بود و تکمیل پرسشنامه برای بیمارانی که بی سواد یا کم سواد بودند، توسط همراه بیمار تکمیل شد.

جدول ۱- اطلاعات فردی - اجتماعی بیماران شرکت کننده در مطالعه

تعداد (درصد)	متغیر مورد بررسی	
۱۴۱ (۴۴/۰۶)	بین ۳-۶ ماه	سابقه بهبودی
۴۶ (۳۲/۱۵)	بین ۶-۹ ماه	
۷۵ (۲۳/۴۳)	بین ۹-۱۲ ماه	
۵۵ (۱۷/۱۸)	بیشتر از ۱۲ ماه	
۶۹ (۲۱/۵۶)	بی سواد	تحصیلات بیمار
۱۰۹ (۳۴/۰۷)	کمتر از سوم راهنمایی	
۵۱ (۱۵/۹۴)	دیپلم	
۶۲ (۱۹/۳۷)	کارشناسی	تحصیلات همسر
۲۹ (۰۹/۰۶)	کارشناسی ارشد	
۷۶ (۲۳/۷۵)	بی سواد	
۹۹ (۳۰/۹۴)	کمتر از سوم راهنمایی	تحصیلات همسر
۴۹ (۱۵/۳۱)	دیپلم	
۶۱ (۱۹/۰۶)	کارشناسی	
۳۵ (۱۰/۹۴)	کارشناسی ارشد	تعداد افراد خانواده
۳۲ (۱۰/۰۰)	۳	
۹۹ (۳۰/۹۴)	۴	
۱۱۰ (۳۴/۳۸)	۵	

بیشتر از ۵ نفر	۷۹ (۲۴/۶۸)
وضعیت سلامت عمومی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۴/۱۷ $\pm$ ۷/۲۳
دارای اختلال	۱۸۹ (۵۹/۰۶)
بدون اختلال	۱۳۱ (۴۰/۹۴)

میانگین نمره خشونت جنسی کل در زنان مبتلا به سرطان پستان برابر  $۵۱/۳۵ \pm ۹/۵۳$  بود که نشان‌دهنده خشونت جنسی متوسط در این افراد می‌باشد. در بررسی حیطه‌های مورد مطالعه، گویه " آسیب فیزیکی در حین رابطه جنسی" در اکثر آنان مشاهده شده بود. میانگین نمرات خشونت جنسی در هر حیطه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- نمرات خشونت جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان

حیطه مورد بررسی	میانگین $\pm$ انحراف معیار
خشونت جنسی به شیوه کلامی	۷/۰۱ $\pm$ ۰/۹۰
عدم تمایل به رابطه جنسی	۴/۱۱ $\pm$ ۰/۵۷
تحقیر همسر در حین رابطه جنسی	۱۴/۱۱ $\pm$ ۱/۰۳
اجبار به عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری	۷/۰۴ $\pm$ ۰/۸۵
آسیب فیزیکی در حین رابطه جنسی	۱۹/۰۸ $\pm$ ۱/۲۳
کل	۵۱/۳۵ $\pm$ ۹/۵۳

وضعیت سلامت عمومی بیمار ( $p=۰/۰۰۱$ ) همبستگی داشت. نتایج همبستگی بین مشخصات فردی- اجتماعی زنان شرکت‌کننده در مطالعه با خشونت جنسی در جدول ۳ آورده شده است.

در بررسی ارتباط خشونت جنسی با برخی مشخصات فردی - اجتماعی که توسط رگرسیون و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد، خشونت جنسی با سن ( $p=۰/۰۰۳$ )، سابقه بهبودی از سرطان ( $p=۰/۰۴۹$ )، تحصیلات بیمار ( $p=۰/۰۱۳$ ) و همسرش ( $p=۰/۰۰۱$ ) و

جدول ۳- نتایج ضریب همبستگی بین ارتباط مشخصات فردی اجتماعی با خشونت جنسی

متغیر	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
سن	$1/893^*$	۰/۰۰۳
سابقه بهبودی	$0/411^a$	۰/۰۴۹
تحصیلات بیمار	$0/111^a$	۰/۰۱۳
تحصیلات همسر بیمار	$0/218^a$	۰/۰۰۱
تعداد افراد خانواده	$0/389^a$	۰/۰۵۹
وضعیت سلامت عمومی	$2/09^*$	۰/۰۰۱

\* رگرسیون  $\alpha$ : آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن

به‌طوری‌که ابراهامز و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه مروری خود بیان کردند زنانی که دچار بیماری می‌شوند و یا از سطح سلامت عمومی خوبی برخوردار نیستند، به‌دلیل ناتوانی جسمانی، تمایلی به برقراری رابطه جنسی با شریک زندگی خود ندارد و همین امر موجب بروز خشونت جنسی از طرف همسر می‌گردد. آنها بیان کردند که در اکثر مطالعاتی که به بررسی خشونت جنسی در زنان پرداخته شده است، زنان بیمار و یا زنان تازه بهبود

## بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی شیوع خشونت جنسی در زنان ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد؛ در رابطه با هدف اصلی مطالعه، میانگین خشونت در مطالعه حاضر برابر  $۵۱/۳۵ \pm ۹/۵۳$  بود که نشان‌دهنده "خشونت جنسی متوسط" می‌باشد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که خشونت جنسی در زنان شرکت‌کننده در مطالعه بالاتر از حد طبیعی است؛

(۳۳، ۳۴). در این رابطه نیسیدا و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که هرچه سن زنان کمتر باشد، وضعیت مناسب جسمانی آنان موجب تمایل بیشتر مردان (شریک جنسی و بیگانه) نسبت به آنان می‌شود و همین امر خشونت جنسی را در آنان بالاتر می‌برد (۳۴). از طرفی دیگر کائولی و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که بین سن و خشونت جنسی ارتباطی وجود ندارد و خشونت جنسی در زنان بسته به فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند، متفاوت است که نتایج مطالعه آنها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۳۵).

در قسمتی دیگر از نتایج مشاهده شد که خشونت جنسی با سلامت عمومی ضعیف و نامطلوب همبستگی دارد؛ به طوری که گذشت زمان پس از جراحی سینه، زنان را مستعد خشونت می‌نماید و خشونت جنسی در آنان بالاتر است. در این رابطه سامر و همکاران (۲۰۱۵) و ویچتر و همکاران (۲۰۱۵) همچون مطالعه حاضر، بر افزایش خشونت جنسی در زنان بیمار و سرطانی تأکید داشتند (۳۶، ۳۷). در این میان سامر و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند سرطان‌های زنان از دلایل اصلی افزایش میزان خشونت از جمله خشونت جنسی در زنان می‌باشد که از دلایل آن می‌توان به ناتوانی جنسی زنان در روابط زناشویی اشاره نمود (۳۶). ویچتر و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیماری‌های مختلف از جمله سرطان را از دلایل افزایش‌دهنده خشونت جنسی در زنان برشمرده‌اند و لیستی از بیماری‌هایی که ممکن است زنان با ابتلاء به آن مستعد خشونت جنسی از طرف شریک جنسی‌شان شوند را ارائه دادند که از آن میان می‌توان به انواع سرطان‌ها از جمله سرطان‌های زنانه اشاره نمود (۳۷). همچنین لی و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند که ضعف و ناتوانی زنان به‌دنبال بیماری و جراحی، موجب ضعف در عملکرد جنسی زنان می‌شود و ضعف در عملکرد جنسی زنان نیز زمینه‌ساز خشونت جنسی در آنان می‌باشد. در مطالعه آنان نیز همچون مطالعه حاضر خشونت جنسی در زنان مورد مطالعه بالاتر از میزان نرمال آن گزارش شده بود (۳۸). برون و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود به‌دنبال دلایل افزایش خشونت جنسی در زنان بیمار چنین بیان کردند که دریافت برخی داروها همچون

یافته به میزان بیشتری در معرض خشونت جنسی قرار می‌گیرند که نتایج آنها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۹). از طرفی دیگر لیته و همکاران (۲۰۱۷) نیز با بررسی مروری خشونت در زنان مبتلا به سرطان سرویکس بیان کردند که سرطان اندام‌های جنسی در زنان، موجب فاصله‌گیری زنان از برقراری ارتباط جنسی با همسرانشان می‌گردد و این فاصله‌گیری آنان را مستعد خشونت جنسی می‌نماید؛ همچنین آنان معتقدند که زنانی که به سرطان‌های زنانه مبتلا می‌شوند، به‌دلایلی همچون اعمال جراحی در ناحیه سرطانی شده، توانایی برقراری رابطه جنسی با شریک خود را از دست می‌دهند و این دلایلی برای خشونت جنسی آنان است که نتایج مطالعه آنان نیز با مطالعه حاضر همسو بود (۳۰). کاپامادنیز (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود میزان خشونت جنسی در زنان پس از درمان سرطان پستان و بهبودی را بالا گزارش کرد و بیان نمود که زنان به‌دنبال شیمی درمانی به‌شدت دچار ضعف جسمانی می‌شوند و این ضعف منجر می‌شود در روابط زناشویی خود همانند سابق عمل نمایند و آنان مستعد خشونت جنسی از طرف شریک جنسی خود گردند. وی خشونت جنسی را در مطالعه خود در سطح "خشونت زیاد" گزارش کرد که نتایج مطالعه آن با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۳۱). گرینوید و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود با اشاره به بالا بودن خشونت جنسی در زنان مبتلا به سرطان، گریزی به ارتباط مسقیم افزایش خشونت جنسی با سرطان پستان زنان زدند و بیان کردند ممکن است خشونت جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان بالاتر از حد طبیعی باشد که مطالعه آنها با مطالعه حاضر همسو بود (۳۲). متأسفانه به‌دلیل تعداد محدود و بسیار کم مطالعات مشابه با عنوان مطالعه حاضر، محققین مجبور به مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه دیگر شده‌اند.

در قسمتی از نتایج مشخص شد که بین خشونت جنسی و سن همبستگی وجود دارد؛ در این زمینه بریدینگ (۲۰۱۴) و نیسیدا و همکاران (۲۰۱۷) برخلاف نتایج مطالعه حاضر، بیان کردند که اگر سن زنان کمتر از ۳۰ سال باشد، میزان خشونت جنسی در آنان بیشتر می‌باشد

داروهای شیمی‌درمانی، زنان را ضعیف نموده و آنان را مستعد انواع خشونت می‌نماید. در قسمتی دیگر از مقاله خود بیان کردند که اقدامات درمانی همچون همودیالیز و شیمی‌درمانی، در صدر دلایل اصلی افزایش خشونت جنسی در زنان قرار دارند (۳۹).

در نهایت در مطالعه حاضر ارتباط سطح تحصیلات بیمار و همسر با خشونت جنسی مورد بررسی قرار گرفت که حاکی از همبستگی این دو عامل با یکدیگر است. در این زمینه گیرالدو و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود همچون مطالعه حاضر، ارتباط معکوسی بین سطح تحصیلات و خشونت گزارش نمودند. آنان بیان کردند که هرچه سطح تحصیلات افراد بیشتر باشد، به تبع آن انواع خشونت‌ها را شناخته و نسبت به آنها به درک بیشتری رسیده و طبیعتاً کمتر در معرض آن قرار خواهند گرفت (۴۰).

هلیتا (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود به بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات عالی و خشونت پرداخت. وی در مطالعه خود برخلاف مطالعه حاضر نتوانست ارتباط معناداری بین افزایش سطح تحصیلات به نفع کاهش میزان خشونت دست یابد و معتقد بود که فرهنگ‌های جامعه نسبت به سطح تحصیلات افراد، بیشترین تأثیر را در انواع خشونت‌ها دارند و در صورتی که فرهنگ جامعه‌ای مملوء از انواع خشونت‌ها باشد، سطح تحصیلات افراد به مدت زمان بسیار زیادی طول می‌کشد تا موجب کاهش خشونت در جامعه گردد (۴۱).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد پایین مطالعات انجام شده مشابه با مطالعه حاضر و نبود مطالعه

مشابه داخلی، عدم توجه به خشونت جنسی در مراحل مختلف بیماری و سنجیدن فقط یک‌بار میزان خشونت جنسی که موجب محدودیت در تعمیم به جامعه می‌شود، عدم دسترسی به نظرات شوهران زنان و نادیده گرفتن نظرات آنان در مطالعه اشاره کرد، لذا محققین انجام مطالعات بیشتر با تکیه بر محدودیت‌های مطالعه حاضر را پیشنهاد می‌کنند. همچنین محققین انجام مطالعات دیگر با هدف بررسی ترغیب زنان مبتلا به خشونت جنسی در ادامه درمان‌های خود و همچنین انجام برنامه‌های مداخله‌ای جهت کاهش شیوع خشونت جنسی را توصیه می‌کنند.

### نتیجه‌گیری

در زنان ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان، خشونت جنسی در حد متوسطی از طرف همسر بر آنان اعمال می‌شود و ماستکتومی آنان را مستعد خشونت جنسی می‌نماید.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۱ به کد اخلاق شماره 598 IR.TBZMED.REC.1397 می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Smith SG, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, Walling M, et al. National intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 state report. Atlanta: U.S Department of Health & Human Services; 2017.
2. Breiding MJ, Chen J, Black MC. Intimate partner violence in the United States--2010. Atlanta: U.S Department of Health & Human Services; 2014.
3. Gracia E, Tomás JM. Correlates of victim-blaming attitudes regarding partner violence against women among the Spanish general population. *Violence Against Women* 2014; 20(1):26-41.
4. Razaghi N, Parvizi S, Ramezani M, Tabatabayinejad SM. The consequences of violence against women in the family: a qualitative study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):11-20. (Persian).
5. Austin AE, Shanahan ME, Barrios YV, Macy RJ. A systematic review of interventions for women parenting in the context of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse* 2017; 2017:1524838017719233.
6. Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2017; 18(2):155-71.

7. Coker AL, Follingstad DR, Garcia LS, Bush HM. Intimate partner violence and women's cancer quality of life. *Cancer Causes Control* 2017; 28(1):23-39.
8. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghatge S, et al. Benefits and harms of breast cancer screening: a systematic review. *JAMA* 2015; 314(15):1615-34.
9. Yeganeh Z, Sheikhan Z, Kariman N, Hajian P, Nasiri M, Mirzadeh N. Relationship between pregnancy-associated variables and breast cancer risk: a systematic review. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(2):85-97. (Persian).
10. Lambertini M, Santoro L, Del Mastro L, Nguyen B, Livraghi L, Ugolini D, et al. Reproductive behaviors and risk of developing breast cancer according to tumor subtype: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer treatment reviews*. 2016;49:65-76.
11. Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT, Mumford JE, Afshin A, Estep K, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ* 2016; 354:i3857.
12. Dognin J, Sedlander E, Jay M, Ades V. Group education sessions for women veterans who experienced sexual violence: qualitative findings. *Fam Syst Health* 2017; 35(3):360-72.
13. Mobaraki N, Kahn mouei-Aghdam F, Amani F, Mahami S. Comparing the Effectiveness of Intravenous Oxytocin Versus Rectal Misoprostol in the Management of Third-Stage of Labour After Second-Trimester Abortion. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2016;4(4):181-4.
14. Rad AH, Azizi A, Dargahi R, Bakhtiari O, Javadi M, Moghaddam MJ, et al. Development of Synbiotic Milk Chocolate Enriched with *Lactobacillus paracasei*, D-tagatose and Galactooligosaccharide. *Applied Food Biotechnology*. 2018;5(2):59-68.
15. Mobaraki N, Yousefian M, Seifi S, Sakaki M. A randomized controlled trial comparing use of entonox with pethidine for pain relief in primigravid women during the active phase of labor. *Anesthesiology and Pain Medicine*. 2016;6(4): e37420.
16. Dargahi R, Shahbazzadegan S, Naghizadeh-Baghi A, Sefati Kooyakhi S. Expression levels of Drosha and Dicer enzymes and DGCR8 protein in pre-eclamptic patients. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;20(12):40-9.
17. Navali N, Mallah F, Bastani P, Mashrabi O. Comparing therapeutic effects of Metformin and Pioglitazone in Polycystic ovary syndrome (PCOS). 2012;28(3):390-394.
18. Bastani P, Shoari N, HAJEBRAHIMI S, Mallah F, Azadi A. Comparison of performing and not-performing the prophylactic surgery for urinary incontinence in advanced pelvic organ prolapse. 2014;2(5):311-315.
19. Ziyadi S, Bastani P, Homayouni A, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mallah F. Probiotics and usage in urinary tract infection. Probiotics prebiotics and synbiotics: Bioactive foods in health promotion Elsevier Inc, London. 2016:827-30.
20. Mallah F, Nazari F, Navali N, Hajipour B. Comparison of direct visual inspection (DVI) with pap smear in diagnosis of precancerous lesion of cervix. *Life Science Journal*. 2012;9(4):2556-60.
21. Mallah F, Tasbihi P, Navali N, Azadi A. Urinary incontinence during pregnancy and postpartum incidence, severity and risk factors in Alzahra and Taleqani hospitals in Tabriz, Iran, 2011-2012. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2014;2(3):178-85.
22. Dargahi R, Mobaraki-Asl N, Ghavami Z, Pourfarzi F, Hosseini-Asl S, Jalilvand F. Effect of cell-free fetal DNA on spontaneous preterm labor. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*. 2019;10(3):117-120.
23. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med* 2015; 45(4):875-86.
24. Z S, G O, M A, F H, M N, S A. Prevalence of sexual violence among infertile women. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014;23(81):5836-41.
25. Rasooli S, Parish M, Mahmoodpoor A, Moslemi F, Sanaie S, Faghfuri S. The effect of intramuscular ephedrine in prevention of hypotension due to propofol. *PAKISTAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES*. 2007;23(6):893-897.
26. Rasooli S, Moslemi F. Effects of varying doses of spinal 0.25% hyperbaric bupivacaine on visceral pain in cesarean section. *J Med Sci*. 2007;7(1):136-40.
27. Hosseinzadeh H, Golzari S, Abravesh M, Mahmoodpoor A, Aghamohammadi D, Zomorodi A, et al. Effect of low dose dopamine on early graft function in living unrelated kidney donors. *Urol J* 2012; 9(1):389-96.
28. Zomorodi A, Mohammadipoor Anvari H, Kakaei F, Solymanzadeh F, Khanlari E, Bagheri A. Bolus injection versus infusion of furosemide in kidney transplantation: a randomized clinical trial. *Urol J* 2017; 14(2):3013-7.
29. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet* 2014; 383(9929):1648-54.
30. Leite FM, Amorim MH, Primo CC, Gigante DP. Violence against women and cervical cancer screening: a systematic review. *J Clin Nurs* 2017; 26(15-16):2126-36.
31. Kapamadzija A. Screening sexual violence during family planning counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2018; 23:30-6.
32. Greenwade M, Rowland M, Ruskin R, Ding K, Gillen J, Crim A, et al. Factors influencing clinical trial enrollment among ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol* 2016; 141(3):465-9.



33. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63(8):1-18.
34. Nisida IV, Boulos MI, Atui F, Diegoli CA, Segurado AC. Gender-age characteristics of acute sexual violence victims: 2001-2013, Brazil. *J Sex Med* 2017; 14(5):e265-66.
35. McCauley HL, Breslau JA, Saito N, Miller E. Psychiatric disorders prior to dating initiation and physical dating violence before age 21: findings from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(9):1357-65.
36. Sumner SA, Mercy A, Saul J, Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R, et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services-seven countries, 2007-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64(21):565-9.
37. Waechter R, Ma V. Sexual violence in America: public funding and social priority. *Am J Public Health* 2015; 105(12):2430-7.
38. Lees BF, Stewart TP, Rash JK, Baron SR, Lindau ST, Kushner DM. Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: a potentially vicious cycle. *Gynecol Oncol* 2018; 150(1):166-72.
39. Brown R, McNair R, Szalacha L, Livingston PM, Hughes T. Cancer risk factors, diagnosis and sexual identity in the Australian Longitudinal Study of Women's Health. *Womens Health Issues* 2015; 25(5):509-16.
40. Giraldo A, Ojha M, Ojha M. The effect of quality of education on violence: evidence from Colombia. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana-Bogotá; 2017.
41. Heleta S. Decolonisation of higher education: dismantling epistemic violence and Eurocentrism in South Africa. *Transform Higher Educ* 2016; 1(1):1-8.