

# ارتباط خشونت خانگی علیه زنان با ضایعات پیش بدخیم و بدخیم سرویکس: مطالعه مروری

مصطفی راد<sup>۱</sup>، مرضیه ترکمن نژاد سبزواری<sup>۲\*</sup>

۱. مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۹

## خلاصه

**مقدمه:** خشونت علیه زنان در جامعه ایرانی و در کل جهان بیش از ۵۰٪ می‌باشد. با وجود اینکه ارتباط خشونت خانگی با بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده زنان مشخص شده است، تاکنون مطالعه مروری برای شناسایی ارتباط سرطان دهانه رحم با خشونت خانگی انجام نشده است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط خشونت علیه زنان با ضایعات پیش بدخیم و بدخیم سرویکس انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه مروری، با استفاده از کلمات کلیدی سرطان سرویکس و خشونت خانگی، در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، Iranmedex، Magiran، SID، Google scholar، Science direct، Pubmed جستجو بین مقالات فارسی و انگلیسی موجود در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ انجام شد. بعد از مرور مقالات، در نهایت تعداد ۱۶ مقاله مرتبط نقد و بررسی شد.

**یافته‌ها:** احتمال ابتلاء به ضایعات درجه بالا و درجه پایین داخل اپی تلیومی سنگ فرشی و سرطان سرویکس با مدت زمانی که زنان تحت تأثیر خشونت قرار داشتند، ارتباط مستقیم داشت ( $p < 0.05$ ). زنان با تجربه‌ی هر سه نوع خشونت (فیزیکی، جنسی و روانی) بالاترین میزان ابتلاء به ضایعات دهانه رحم و سرطان سرویکس را داشتند و زنان تحت خشونت تا سنین قبل از یائسگی، جهت تست پاپ اسمیر مراجعه نکرده بودند که خود منجر به تشخیص دیر هنگام ضایعات سرویکس شده بود.

**نتیجه گیری:** خشونت خانگی با خطر ابتلاء به ضایعات داخل اپی تلیومی سنگ فرشی و سرطان سرویکس و فراوانی مراجعه جهت انجام تست پاپ اسمیر ارتباط مثبت دارد. لذا می‌توان با آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی و مسئولین مربوطه از این ارتباط، گامی جهت برنامه‌ریزی و اقدام مناسب برای غربالگری و شناسایی زنان تحت خشونت خانگی برداشت.

**کلمات کلیدی:** خشونت خانگی، ضایعات داخل اپی تلیومی سنگفرشی، نئوپلازی، پاپ اسمیر

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مرضیه ترکمن نژاد سبزواری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۳۹۱۸۵۰۳۹۲  
پست الکترونیک: torkmanm921@mums.ac.ir

## مقدمه

خشونت علیه زنان عبارت است از هرگونه عمل خشونت آمیز مبتنی بر جنسیت که پیامد مستقیم یا غیرمستقیم آن، صدمات فیزیکی، جنسی و روانی یا تحمل رنج و درد توسط زنان باشد. رفتارهایی که چه در زندگی اجتماعی و چه در زندگی خصوصی زنان، تحمیل کننده ترس و تهدید، اجبار و محرومیت از آزادی برای زنان باشد، مواردی از قبیل سوء استفاده جنسی، اقتصادی، تهدیدات لفظی و متارکه نیز در این تعریف می‌گنجد. خشونت‌های جنسی و خانگی به عنوان یک مشکل مراقبت سلامتی جهانی مطرح می‌شود که در انواع و درجات مختلف به صورت اپیدمی وجود دارد (۱-۳). به طور کلی انواع خشونت در پی رفتارهای نامحترمانه شدید رخ می‌دهد که آثار سوء روانی، روحی و جسمی زیادی در پی دارد (۴). خشونت خانگی در چهار شکل روانی-کلامی، اقتصادی، جسمانی و جنسی مشاهده می‌شود که نوع روانی-کلامی شامل: استفاده از شیوه‌های منزوی کننده فرد (مانند تضعیف روابط زن با اطرافیان، جلوگیری از تماس تلفنی یا ملاقات با خانواده و دوستان)، آقاء ترس (مانند تهدید به صدمه جسمانی، تهدید به دور کردن فرزندان یا صدمه به آنان) یا دشنام و ناسزا گفتن، تحقیر، قهر کردن و صحبت نکردن با وی است. خشونت اقتصادی در برگیرنده رفتارهایی مانند خودداری از پرداخت پول و تأمین مالی، دخل و تصرف در اموال زن یا آزار رساندن در محیط کار است؛ به طوری که منجر به از دست دادن منبع درآمد زن شود. خشونت جسمانی شامل رفتارهای تکرار شونده مبنی بر حمله فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت و لگد و ...) یا جلوگیری از دست یابی همسر به خدمات بهداشتی-درمانی و نیز خشونت جنسی به هر نوع رابطه جنسی با همسر بدون رضایت وی یا رابطه‌ای با توسل به زور و خشم و روش‌های غیرطبیعی اطلاق می‌شود (۵-۷). تروماهای ناشی از خشونت‌های خانگی با برخی از مسائل مزمن سلامتی مانند اعتیاد به مواد مخدر، مصرف الکل، بیماری‌های منتقله جنسی مانند ایدز و محدود کردن توانایی زنان در مدیریت بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشار خون

بالا ارتباط دارد و منجر به عواقب خطیری در سلامت جامعه می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که شیوع خشونت خانگی در زنان بیشتر از سایر مشکلات نظیر دیابت، سرطان سینه و سرطان سرویکس می‌باشد (۸). در کشور آمریکا سالانه بیش از نیم میلیون نفر به دنبال خشونت خانگی به اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند و تعداد ویزیت‌های سرپایی به این دلیل یک میلیون نفر عنوان شده است (۹). هزینه متحمل شده ناشی از این مسئله در آمریکا سالانه بیش از هشت بیلیون دلار می‌باشد (۱۰).

خشونت علیه زنان یک آسیب نهفته اجتماعی و نگران کننده از نقطه نظر بهداشت و سلامت فیزیکی جنسی و روانی است. مطالعات نشان داده‌اند که در جوامع مختلف طیفی از انواع خشونت علیه زنان وجود دارد و زنان به عنوان گروهی خاص، ۸ برابر بیشتر از مردان مورد خشونت توسط همسر قرار می‌گیرند. تخمین جهانی خشونت علیه زنان میزان آن را ۳۲/۲-۲۷/۸٪ نشان داده است (۱۱).

خشونت خانگی و تجاوز در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به ترتیب ۵ و ۱۹٪ از کل مشکلات سلامت زنان ۴۴-۱۵ ساله را به خود اختصاص داده است (۵). در مطالعه ترکاشوند و همکاران (۲۰۱۳) فراوانی انواع خشونت علیه زنان ۶۰-۱۹ ساله در ایران به طور کلی ۵۰/۹٪ بود که در زمینه فراوانی انواع خشونت ۲۳/۱٪ خشونت فیزیکی، ۳۸/۱٪ خشونت کلامی، ۲۱/۳٪ خشونت عاطفی و ۱۸/۹٪ خشونت جنسی را تجربه و گزارش کرده بودند. معمولاً خشونت همسران کمتر از تعداد واقعی گزارش شده و یا تناقض‌های زیادی در مطالعات مختلف وجود دارد که می‌تواند ناشی از تنوع اقلیم‌ها و فرهنگ‌ها و تفاوت درک زنان از خشونت خانگی باشد. به دلیل خصوصی بودن اطلاعات مربوط به خشونت خانگی، پنهان بودن از دید دیگران و اهمیت حفظ خانواده در فرهنگ ایرانی، آمار دقیقی از شیوع خشونت خانگی وجود ندارد (۳، ۱۲).

در حال حاضر در ایران، زنان به عنوان گروه آسیب پذیر و در معرض خطر انواع خشونت خانگی، از این نظر غربالگری نمی‌شوند و غربالگری خشونت خانگی فقط

در زمان بارداری توصیه شده است. نظر به اینکه در کشور ما، درصد بالایی از زنان ۶۰-۱۵ ساله در معرض انواع خشونت خانگی قرار دارند و با وجود اینکه بسیاری از آنان به دلایل غیرمرتبط با خشونت نظیر مشاوره تنظیم خانواده، مشاوره پیش بارداری، کنترل رشد کودک، واکسیناسیون، مشاوره سالمندی و یا ملاقات با پزشک به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند، برای کشف خشونت خانگی علیه زنان پرسش یا مشاوره خاصی صورت نمی‌گیرد (۱۳). علت این مسئله تابو بودن خشونت خانگی در بسیاری از کشورها از جمله ایران می‌باشد و ابراز این مسئله برای پزشک یا ماما و نیز برای مددجویان مشکل است. بنابراین بسیاری از زنان در معرض خشونت شناسایی نمی‌شوند (۱۴). بدین خاطر لازم است که تیم بهداشتی درمانی اعم از پزشکان، ماماها و پرستاران در مورد علائم سوء استفاده‌های همسران و خشونت‌های آنان نسبت به زنان آگاه باشند تا با مشاوره و عملکرد صحیح از تبعات سوء آن بکاهد (۱۵). مطالعات نشان داده اند که بسیاری از زنان علاقه‌مند به پیگیری موارد خشونت از سوی کادر مراقبتی درمانی می‌باشند، اما متأسفانه پزشکان و پرستاران پریشی در این زمینه مطرح نمی‌کنند (۱۶). خشونت علیه زنان با کاهش اعتماد به نفس آنها، خودمراقبتی و مدیریت بیماری‌های مزمن را در زنان تضعیف کرده و امکان روی آوردن، تشدید یا بروز بسیاری از عوامل خطر مانند مصرف سیگار، الکل و اعتیاد به مواد مخدر یا رفتارهای پرخطر جنسی را برای فرار از استرس ناشی از خشونت و رسیدن به آرامشی کاذب و موقتی، به دنبال دارد (۱۷، ۱۸). گاهی زنان عمداً و با وجود اطلاع از بیماری، از پیگیری و انجام به موقع آزمایشات و یا درمان‌های لازم خودداری می‌کنند تا اعتراض خود را نسبت به شرایط نشان دهند و با سوق دادن خود به سمت پیشرفت بیماری و مرگ، از همسر یا اطرافیان خود انتقام بگیرند (۱۹، ۲۰). بنابراین می‌توان خشونت خانگی را زمینه ساز بروز یا پیشرفت بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای مانند سرطان دهانه رحم مرتبط با عوامل خطر ذکر شده دانست. سرطان سرویکس، دومین سرطان شایع زنان است که سالیانه

حدود ۲۱۰ هزار مورد جدید از این سرطان گزارش می‌شود و ۲۸۰ هزار مرگ در سال، مربوط به این بدخیمی می‌باشد. اکثر این موارد در کشورهای فقیر و در حال توسعه مشاهده می‌شود (۲۱، ۲۲). خشونت علیه زنان به خصوص خشونت جنسی می‌تواند با افزایش بیماری‌های منتقله جنسی با سرطان دهانه رحم ارتباط داشته باشد. همچنین زنانی که در دوران کودکی تحت سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، با احتمال بیشتری در دوران بلوغ و بزرگسالی در معرض رفتارهای پرخطر جنسی قرار دارند (۲۳، ۲۴). در مطالعه حاضر با مروری بر متون، ارتباط خشونت خانگی با ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم مورد ارزیابی قرار گرفت تا در صورت وجود این ارتباط، با آگاه نمودن پرسنل بهداشتی درمانی و مسئولین مربوطه، گامی جهت تدوین برنامه ای برای غربالگری و شناسایی زنان تحت خشونت خانگی و مشاوره و راهنمایی ایشان برداشته شود. لذا مطالعه مروری حاضر با هدف ارتباط خشونت خانگی با ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم انجام شد.

## روش کار

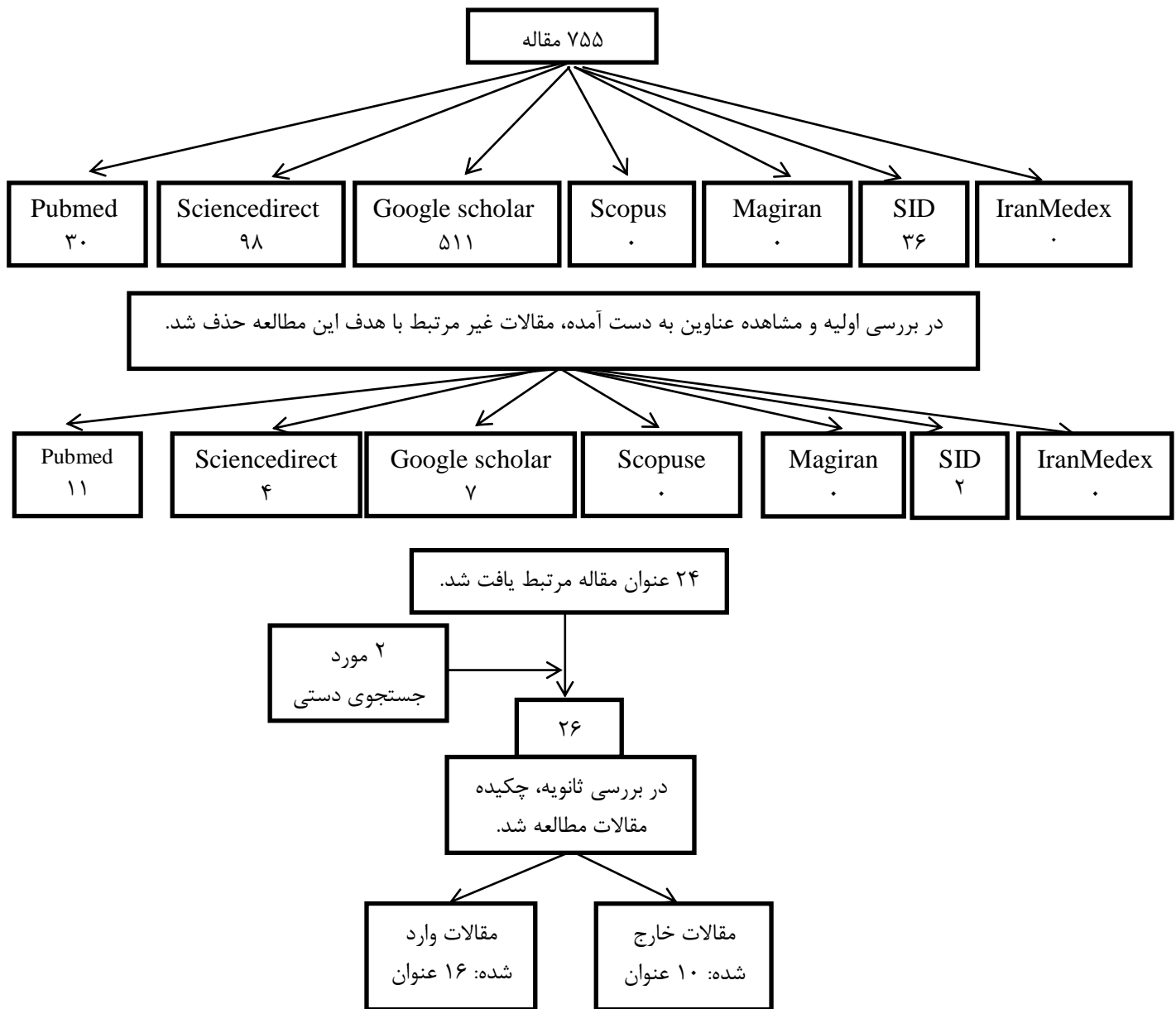
در این مطالعه مروری در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ با استفاده از کلیدواژه‌های "violence domestic + cervical cancer"، "Papanicolaou Test + domestic violence" و "child abuse + cervical cancer" در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed، Scencedirect، Google scholar، SID، Magiran، IranMedex و scopus تعداد ۷۵۵ مقاله مرور شد. مدت زمان جستجو از ۱۵ بهمن ماه ۱۳۹۳ شروع و تا ۱۰ خرداد ۱۳۹۴ به طول انجامید. در نهایت تعداد ۲۶ مقاله به طور کامل بررسی شد و از این میان ۱۶ مقاله مرتبط وارد مطالعه شد و مورد نقد و بررسی قرار گرفت (شکل ۱). جستجو در بین مقالات فارسی و انگلیسی صورت گرفت.

معیار اصلی ورود مقالات به مطالعه شامل مقالاتی بود که جامعه پژوهش آن زنان مبتلا به ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم و زنان تحت خشونت خانگی بودند. همچنین مقالاتی که به بررسی ارتباط

خشونت خانگی و عوامل خطر ابتلاء به سرطان دهانه رحم پرداخته بودند.

ابتدا لیست عناوین مقالات مورد نظر تهیه و چکیده مقالات به منظور بررسی هدف مقاله و جامعه مورد پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله اول تعداد ۷۳۱ عنوان مقاله به دلیل عدم ارتباط موضوعی با مطالعه حاضر حذف شدند. سپس چکیده ۲۴ عنوان مقاله مرتبط، تهیه و به صورت مستقل مطالعه و بررسی شد. پس از بررسی جامعه پژوهش و مطالعه نتایج

گزارش شده، مقالاتی که با سؤال پژوهش انطباق نداشتند، حذف و از مطالعه خارج شدند. برای اطمینان از بررسی تمام منابع موجود، جستجوی دستی در بین منابع مقالات انجام شد و دو عنوان مقاله مرتبط یافت شد. در بررسی های بعدی ۱۰ مقاله به دلیل عدم پاسخ به سؤال پژوهش حاضر حذف و در نهایت ۱۶ مقاله انتخاب شد. مقالات مورد نظر دارای طرح های مورد - شاهدهی، توصیفی تحلیلی، مقطعی و کوهورت بودند (شکل ۱).



شکل ۱- تعداد مقالات مرور شده پس از بررسی در پایگاه های اطلاعاتی مختلف

## یافته ها

نتایج این مرور در سه بخش تنظیم شدند: (۱) مطالعاتی که مستقیماً به ارتباط خشونت خانگی و ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم پرداخته اند، (۲) مطالعاتی که ارتباط خشونت خانگی و غربالگری دهانه رحم را مورد بررسی قرار داده اند و (۳) مقالات که به ارتباط خشونت خانگی و عوامل خطر ضایعات دهانه رحم (سیگار، رفتار پرخطر جنسی و استرس) اختصاص داشته است.

### (۱) ارتباط خشونت خانگی و ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم

مطالعات محدودی به بررسی ارتباط خشونت خانگی و ضایعات بدخیم دهانه رحم پرداخته‌اند. مطالعه مقطعی کوکر و همکاران (۲۰۰۰) که با هدف بررسی ارتباط خشونت خانگی و ضایعات دهانه رحم انجام شد، نشان داد که خطر ابتلاء به ضایعات مهاجم و بدخیم سرویکس در زنانی که در معرض خشونت قرار دارند افزایش می‌یابد (نسبت خطر معادل ۴/۲۸ در زنان قربانی در مقایسه با ۱/۹۴ در اشخاص عادی) و ابتلاء به ضایعات پیش بدخیم سرویکس نیز افزایش می‌یابد (نسبت خطر ۱/۴۷ در مقایسه با ۱/۱۶) (۸). کوکر و

همکاران در مطالعه‌ای مقطعی (۲۰۰۹) با حجم نمونه ۴۷۳۲ زن گزارش کردند که خشونت علیه زنان خطر ابتلاء به سرطان های مهاجم دهانه رحم را ۲/۶ افزایش می‌دهد. مواجهه با خشونت در دوران کودکی خطر را ۲/۴ برابر افزایش می‌دهد. زنان مبتلا به هر سه نوع خشونت ۶/۴ برابر در معرض خطر قرار داشتند (۲۵). کوکر و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای که بر روی ۵۵۳ زن انجام دادند، بیان کردند شیوع ابتلاء به سرطان سرویکس در زنان تحت خشونت خانگی (۱۰/۳٪) نسبت به زنانی که هرگز تحت خشونت نبوده‌اند (۳/۲٪) بیشتر است. ۲۰٪ از زنانی که مبتلا به سرطان سرویکس بودند، تاریخچه‌ای از خشونت جنسی را در دوران کودکی ذکر کردند (۲۶). مطالعه مورد شاهدهی مادسیت و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که تشخیص سرطان در زنان در معرض خشونت در ۲/۵ برابر در مراحل بالاتری نسبت به سایرین صورت می‌گیرد که به دلیل تأخیر در مراجعه جهت پیگیری و درمان است. همچنین در بین ۱۰۱ زن، ۱۴ مورد ابتلاء به سرطان سرویکس در زنان قربانی خشونت در برابر ۱۱ مورد ابتلاء در زنان بدون خشونت گزارش شد (۲۷) (جدول ۱).

جدول ۱- ارتباط خشونت خانگی و ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم

نویسنده/ سال	طرح پژوهش/ حجم نمونه	عنوان	نتایج
کوکر و همکاران (۲۰۰۰)	مقطعی / ۱۱۵۲ نفر	Intimate partner violence and cervical neoplasia. Journal of women's health & gender-based medicine	نسبت خطر ابتلاء در زنان قربانی خشونت ۴/۲۸ برابر زنان عادی بود.
مادسیت و همکاران (۲۰۰۶)	کوهورت / ۱۰۱ نفر	Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial or ovarian cancer. Obstetrics & Gynecology	از ۲۵ زن مبتلا به سرطان سرویکس، ۱۴ زن در معرض خشونت قرار داشتند و ۱۱ زن بدون خشونت.
کوکر و همکاران (۲۰۰۹)	مقطعی / ۴۷۳۲ نفر	Violence against women raises risk of cervical cancer. Journal of Women's Health	۲/۶ برابر افزایش خطر ابتلاء در زنان تحت یک نوع خشونت، ۶/۴ برابر خطر ابتلاء در زنان تحت هر سه نوع خشونت.
کوکر و همکاران (۲۰۱۲)	مقطعی / ۵۵۳ نفر	Association of intimate partner violence and childhood sexual abuse with cancer-related well-being in women. Journal of Women's Health"	شیوع ابتلاء به سرطان دهانه رحم در زنان تحت خشونت ۱۰/۳٪، در زنان فاقد تجربه خشونت ۳/۲٪

### (۲) ارتباط خشونت خانگی و غربالگری دهانه رحم

تست پاپ اسمیر سال هاست که به عنوان غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان توصیه می‌شود و مراکز بهداشتی در سطح وسیعی این عمل را انجام می‌دهند.

هدف از این تست، شناسایی زود هنگام ضایعات دهانه رحم می‌باشد. مطالعات مختلفی در زمینه ارتباط خشونت خانگی و مراجعه منظم جهت غربالگری دهانه رحم انجام شده است. در مطالعه مقطعی محمدی و

همکاران (۲۰۱۰)، ۵۲/۲٪ از زنان تحت خشونت، علی رغم واجد شرایط بودن و دسترسی به مراکز بهداشتی، هرگز پاپ اسمیر انجام نداده بودند (۲۸). مطالعه گاندهی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که زنان در معرض خشونت فیزیکی و جنسی در سنین ۷۴-۴۰ سال در مقایسه با زنانی که در معرض خشونت روانی قرار داشتند، ۸۷٪ کمتر جهت انجام غربالگری دهانه رحم مراجعه کرده بودند. در سنین زیر ۴۰ سال بین قربانیان و اشخاص عادی تفاوتی وجود نداشت (۲۹). در مطالعه مقطعی لوکستون و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۷۳۱۲ زن انجام شد، زنانی که تجربه خشونت خانگی را حداقل ۸ سال جلوتر داشتند، نسبت به زنانی که این تجربه را نداشتند، ۱/۴۲ برابر کمتر برای غربالگری سرطان دهانه رحم مراجعه کردند. بعد از در نظر گرفتن سایر موانع غربالگری در دو گروه مانند آموزش، درآمد، وضعیت

ازدواج و ملاقات‌های پزشک عمومی، مهم‌ترین عامل بیماری‌های مزمن و افسردگی و خشونت خانگی توسط همسر، علت عدم مراجعه برای غربالگری به وسیله پاپ اسمیر بود (۳۰). در مطالعه مورد شاهدی فارلی و همکاران (۲۰۰۲) که با حجم نمونه ۴۲۱۱ نفر انجام شد، زنانی که قبل از سن ۱۸ سالگی تحت تجاوز جنسی قرار گرفته بودند (۳۶٪ در برابر ۵۰٪) و زنان زیر ۱۸ سالی که تحت یورش‌های دیگر قرار گرفته بودند (۳۵٪ در برابر ۵۰٪)، کمتر جهت انجام غربالگری دهانه رحم مراجعه کرده بودند (۳۱). در مطالعه توصیفی - تحلیلی کادمن و همکاران (۲۰۱۲) با حجم نمونه ۱۳۵ نفر، ۳۸٪ از زنانی که تحت خشونت بودند علی رغم واجد شرایط بودن، هرگز برای غربالگری دهانه رحم مراجعه نکرده بودند (جدول ۲).

جدول ۲- ارتباط خشونت خانگی و غربالگری دهانه رحم

نویسنده/ سال	طرح پژوهش/ حجم نمونه	عنوان	نتایج
فارلی و همکاران (۲۰۰۲)	مورد- شاهدی ۴۲۱۱	" Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? "	زنان تحت خشونت جنسی قبل از ۱۸ سال ۱۴٪ در مقایسه با سایر خشونت‌ها، کمتر پاپ اسمیر انجام می‌دادند.
گاندهی و همکاران (۲۰۰۹)	مقطعی ۳۸۲	"Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women"	زنان در معرض خشونت فیزیکی و جنسی در سن ۷۴-۴۰ سال ۸۷٪ کمتر از زنان در معرض خشونت روانی برای انجام پاپ اسمیر مراجعه می‌کنند
لوکستون و همکاران (۲۰۰۹)	مقطعی ۷۳۱۲	"Inadequate cervical cancer screening among mid-aged Australian women who have experienced partner violence "	زنانی که مدت بیشتری تحت خشونت بودند؛ ۱/۴۲ برابر کمتر پاپ اسمیر انجام می‌دادند.
کادمن و همکاران (۲۰۱۲)	توصیفی - تحلیلی ۱۳۵	" Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study "	۳۸٪ از زنان تحت خشونت علی رغم واجد شرایط بودن پاپ اسمیر انجام نمی‌دهند.
محمدی و همکاران (۱۳۸۹)	توصیفی- مقطعی ۷۵	"بررسی وضعیت بهداشت باروری در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز آسیب تهران ۱۳۸۹"	۵۲٪ از زنان تحت خشونت هرگز پاپ اسمیر انجام نداده بودند.

۳) ارتباط خشونت خانگی و عوامل خطر ضایعات پیش بدخیم و بد خیم دهانه رحم سیگار و خشونت خانگی:  
یوشیهاما (۲۰۱۰) گزارش کرد آغاز مصرف الکل و سیگار در زنان تحت خشونت ۱۸ تا ۴۹ ساله، ۲ برابر بیش از زنانی است که خشونت را تجربه نکرده‌اند (۳۳).

نتایج مطالعه اکرسون و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که مصرف سیگار در زنانی که در حال حاضر یا از یک سال قبل تحت خشونت قرار گرفته‌اند ۲۹/۵٪ و زنانی که هرگز خشونت خانگی را تجربه نکرده‌اند ۲/۵٪ می باشد (۳۴) (جدول ۳).

### رفتار پر خطر جنسی و خشونت خانگی:

شوارتزن دروبر و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط خشونت و رفتارهای پر خطر جنسی بیان کردند که زنانی که طی ۱۲-۶ ماه اخیر تحت خشونت توسط شریک جنسی خود قرار گرفته بودند؛ در معرض رفتارهای پرخطری مانند تعدد شرکای جنسی، مصرف الکل و رابطه جنسی بدون کاندوم بوده اند (۳۵) (جدول ۳).

### استرس درک شده و خشونت خانگی:

عوامل استرسور همواره به عنوان یکی از بزرگ‌ترین عوامل خطر ابتلا به سرطان مطرح شده اند. استرس طولانی مدت، استرس پس از واقعه و اختلالات اضطرابی و از جمله مشکلات شایع بهداشتی در زنان در معرض خشونت خانگی می‌باشد. احمدی و همکاران (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای بر ۱۱۸۹ زن متاهل ۱۵ سال به

بالا گزارش کردند که از لحاظ وضعیت سلامت روان، ۳۴/۱٪ نمونه‌ها مشکوک به اختلال روانی (اضطراب، استرس و افسردگی) بوده‌اند. این میزان در افرادی که تحت خشونت خانگی قرار داشته‌اند ۳/۵ برابر افرادی است که تحت خشونت خانگی نبوده‌اند (۳۶). رشتی و گل شکوه (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای با حجم نمونه ۴۰۴ نفر زن متاهل در دزفول بیان کردند که خشونت جسمی- روانی و خشونت جنسی ارتباط معناداری با اختلال استرس پس از آسیب دارند (۳۷). ادوارد و همکاران (۲۰۰۹) ریسک ابتلا به اختلالات استرسی را در زنان تحت خشونت ۳/۶ در برابر زنان عادی ۱/۶ گزارش کردند که زنانی که از تمام انواع خشونت رنج می‌بردند نسبت به کسانی که فقط تحت خشونت جنسی قرار داشتند، بیشتر در معرض اختلالات استرسی قرار داشتند (۳۸) (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط خشونت خانگی و عوامل خطر ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم

نویسنده/ سال	طرح پژوهش/ حجم نمونه	عنوان	نتایج
اکرسون و همکاران (۲۰۰۷)	توصیفی - تحلیلی ۲۸۸۰۶۹	"Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study"	مصرف سیگار در زنان تحت خشونت ۲۷٪ بیشتر از زنان عادی می باشد.
یوشیهاما و همکاران (۲۰۱۰)	مقطعی ۲۴۰۰	"Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking: A population-based study of women in Yokohama, Japan "	زنان تحت خشونت دو برابر بیشتر مصرف سیگار و الکل را آغاز می‌کنند.
شوارتزن و همکاران (۲۰۱۱)	آینده نگر ۶۵۳	"Sexually transmitted infections, sexual risk behavior, and intimate partner violence among African American adolescent females with a male sex partner recently released from incarceration"	رفتار پرخطر جنسی مانند تعدد شرکای جنسی در زنان تحت خشونت اخیر، بیشتر است.
احمدی و همکاران (۱۳۸۳)	مقطعی ۱۱۸۹	" تاثیر خشونت خانگی بر سلامت روان زنان شهر تهران"	زنان تحت خشونت خانگی ۳/۵ برابر بیشتر از زنان عادی به اختلال اضطراب و استرس دچار هستند.
رشتی و گل شکوه (۱۳۸۹)	همبستگی ۴۰۴	" رابطه‌ی خشونت جسمی، روانی و جنسی با اختلال استر پس از آسیب در زنان متاهل "	بین خشونت خانگی جسمی- روانی و جنسی و اختلال استرس ارتباط معنی داری $P < 0.05$ وجود دارد.
ادوارد و همکاران (۲۰۰۹)	توصیفی- مقطعی ۹۳۳۵	"Physical and sexual intimate partner violence and reported serious psychological distress in the 2007 BRFSS"	خشونت جسمی و جنسی با ابتلا به دیسترس روانی ارتباط دارد.

### بحث

مطالعات گوناگون با طرح‌ها و معیارهای غربالگری متنوعی به بررسی ارتباط یا اثر مستقیم و غیر مستقیم

خشونت خانگی بر ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم در زنان ۶۰ - ۱۵ ساله پرداخته اند. نتایج این مطالعات حاکی از توافق اکثر آنان در ارتباط مثبت بین

خشونت خانگی و ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم می‌باشد و در مطالعات محدودی معنی دار بودن این نتایج تایید نشده است. نتایج این مرور نشان داد که خشونت خانگی می‌تواند در جوامع متفاوت و طی زمان‌های گوناگون، سلامت زنان را با خطر مواجه سازد. از آنجا که زنان به عنوان هسته اصلی خانواده در تربیت و بالندگی نسل آینده، نقش مهمی ایفا می‌کنند؛ گامی هر چند کوتاه می‌تواند خطرات تهدید کننده سلامت زنان را بهبود ببخشد. نتایج مطالعات مختلف، حاکی از این مطلب می‌باشد که خشونت خانگی به طرق گوناگون زنان و به تبع آن جامعه را به کام بیماری و ناتوانی می‌کشد (۳، ۱۵، ۳۱، ۳۹). مصرف الکل، تنباکو و مواد مخدر در تمام جوامع اعتیاد محسوب می‌شود و به تمامی کشورها آسیب‌های جانی و اقتصادی فراوانی را وارد می‌سازد. زنانی که از خشونت خانگی رنج می‌برند سطوح بالای اضطراب و استرس و افسردگی را درک می‌کنند (۳۹). دستیابی به آرامش موقتی و فرار از این استرس تحمیل شده، زنان قربانی را به سمت سوء مصرف مواد، سیگار و الکل، می‌برد (۳۳).

کرین و همکاران در مطالعه‌ای مروری گزارش کردند که آغاز مصرف سیگار و تعداد نخ‌های مصرفی و مصرف الکل در زنان با خشونت خانگی ارتباط معناداری دارد (۴۰). در این راستا جنس در مطالعه خود با هدف بررسی ارتباط سیگار و الکل با ضایعات دهانه رحم گزارش کرد که زنانی که به مدت طولانی‌تری سیگار و الکل مصرف کرده اند بیش از سایرین در معرض ابتلا به سرطان دهانه رحم و ضایعات پیش بدخیم می‌باشند (۴۰). زنانی که در معرض خشونت هستند دفعات کمتری جهت انجام آزمایش غربالگری دهانه رحم مراجعه می‌نمایند که این امر باعث می‌شود سرطان دهانه رحم در مراحل پیشرفته‌تری کشف شوند (۸). در حالی که ریسک رفتار پرخطر جنسی و ابتلا به عفونت‌های منتقله جنسی در این زنان بیشتر از سایرین می‌باشد (۳۱).

استرس و اضطراب درک شده توسط زنان تحت خشونت خانگی، نیز سبب افزایش سطوح کورتیزول و تضعیف سیستم ایمنی بدن نیز می‌شود و می‌تواند

اثرات مستقیم خود را در آغاز روند بیماری یا پیشرفت آن، اعمال نماید (۶، ۴۲).

از این محدودیت مطالعه می‌توان به احتمال عدم دسترسی به مقالات انتشار نیافته اشاره نمود. هرچند با جستجوی دستی سعی شد تا حد امکان به این محدودیت غلبه شود. عدم بررسی کیفیت مقالات وارد شده و کم بودن تعداد مقالات مرتبط با هدف این مطالعه، محدودیتی دیگر بود. از نقاط قوت این مطالعه بررسی و جمع بندی اثرات غیر مستقیم خشونت خانگی بر بروز سرطان دهانه رحم بود.

### نتیجه گیری

به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که خشونت خانگی به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر بروز و پیشرفت ضایعات دهانه رحم اثر دارد. تضعیف سیستم ایمنی بدن، عدم مراجعه منظم جهت غربالگری سرطان سرویکس، روی آوردن به مصرف سیگار و الکل، گرایش به رفتار پر خطر جنسی و افزایش ابتلا به عفونت‌هایی مانند ایدز و پاپیلوما ویروس اثرات سوء ناشی از خشونت خانگی علیه زنان می‌باشد که هریک ارتباط پرفردتی با ابتلا به ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه‌ی رحم دارد. لذا پیشنهاد می‌شود با آگاهی و آموزش به پرسنل بهداشتی درمانی، گامی جهت برنامه‌ریزی و اقدام مناسب برای غربالگری و شناسایی زنان تحت خشونت خانگی برداشته شود. با نگاه کلی تر و با اتکا به نتایج این مطالعه، می‌توان آموزش درباره مقابله و اطلاع رسانی به موقع خشونت خانگی در زنان، دختران نوجوان و جوان را مد نظر قرار داد. با گسترش مراکز حمایت حقوقی از زنان در معرض خشونت می‌توان به کاهش میزان خشونت خانگی و پیامدها ناشی از آن کمک نمود. در ادامه پیشنهاد می‌شود تحقیقات وسیعتری در زمینه ارتباط خشونت خانگی و بیماری‌های مزمن زنان، صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه نویسندگان مقالات مرتبط با موضوع که از متون آن‌ها برای نگارش این مقاله استفاده شد، تشکر و قدردانی می‌شود.



1. Paudel GS. Domestic violence against women in Nepal. *Gend Technol Dev* 2007; 11(2):199-233.
2. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543):1260-9.
3. Golmakani N, Amozandeh E. Domestic violence in pregnancy, outcomes and strategies: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(42):13-22. (Persian).
4. Rad M, Ildarabadi EH, Moharreri F, Karimi Moonaghi H. A study of incivility in the Iranian nursing training system based on educators and students' experiences: a quantitative content analysis. *Glob J Health Sci* 2014; 7(2):203-9.
5. Loke WC, Torres C, Bacchus L, Fox E. Domestic violence in a genitourinary medicine setting--an anonymous prevalence study in women. *Int J STD AIDS* 2008; 19(11):747-51.
6. Johnson DM, Delahanty DL, Pinna K. The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *J Anxiety Disord* 2008; 22(5):793-800.
7. Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Violence Vict* 2009; 24(2):265-79.
8. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9(9):1015-23.
9. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med* 2004; 2(1):20.
10. Domestic & Sexual Violence Information. Institute for Women's Health VCU. Available at: URL: <http://www.womenshealthvcu.edu/outreach/domesticviolence/indexhtml>; 2013.
11. Devries KM, Mak JY, Garcia-Moreno C, Petzold M, Child J, Falder G, et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science* 2013; 340(6140):1527-8.
12. Torkashwand F, Rezaeean M, Sheikhfathollahi M, Mehrabian M, Bidaki R, Garousi B, et al. The prevalence of the types of domestic violence on women referred to health care centers in Rafsanjan in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(9):695-708. (Persian).
13. Noughjah S, Latifi S, Haghghi M, Eatesam H, Fatholahifar A, Zaman N, et al. Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2011; 15(4):278-86. (Persian).
14. Razaghi N, Parvizy S, Ramezani M, Tabatabaei Nejad SM. The consequences of violence against women in the family: a qualitative study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):11-20. (Persian).
15. Martino MA, Balar A, Cragun JM, Hoffman MS. Delay in treatment of invasive cervical cancer due to intimate partner violence. *Gynecol Oncol* 2005; 99(2):507-9.
16. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Ann Fam Med* 2012; 10(3):213-20.
17. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(7):830-42.
18. Conner KR, Cox C, Duberstein PR, Tian L, Nisbet PA, Conwell Y. Violence, alcohol, and completed suicide: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2014; 158(10):1701-5.
19. Ballan MS, Freyer MB. Self-defense among women with disabilities an unexplored domain in domestic violence cases. *Violence Against Women* 2012; 18(9):1083-107.
20. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med* 2011; 73(1):79-86.
21. Riahi SM, Barakati AS, Mohammadi M, Nabipour AZ, Sohayli J, Tavakoli A. Investigating the epidemiology of pap smear samples and influencing factors on cervical cells inflammation in tabas. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(34):15-25. (Persian).
22. Toosi M, Mohammadian M, Hoseini S, Yousefi Z. Cervical cancer in pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(124):15-21. (Persian).
23. Brown MJ, Weitzen S, Lapane KL. Association between intimate partner violence and preventive screening among women. *J Womens Health* 2013; 22(11):947-52.
24. Cesario SK, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Linking cancer and intimate partner violence: the importance of screening women in the oncology setting. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18(1):65-73.
25. Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against women raises risk of cervical cancer. *J Womens Health* 2009; 18(8):1179-85.
26. Coker AL, Follingstad D, Garcia LS, Williams CM, Crawford TN, Bush HM. Association of intimate partner violence and childhood sexual abuse with cancer-related well-being in women. *J Womens Health* 2012; 21(11):1180-8.

27. Modesitt SC, Gambrell AC, Cottrill HM, Hays LR, Walker R, Shelton BJ, et al. Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial, or ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1330-6.
28. Mohammadi G, Aliakbari SA, Ramezankhani A, Majd HA. The reproductive health status of women with experience of violence in harm reduction centers in Tehran, 2010. *Pajoohandeh J* 2011; 16(5):219-25.
29. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(3):343-53.
30. Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R, Hosking S. Inadequate cervical cancer screening among mid-aged Australian women who have experienced partner violence. *Prev Med* 2009; 48(2):184-8.
31. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *J Fam Pract* 2002; 51(10):827-31.
32. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012; 38(4):214-20.
33. Yoshihama M, Horrocks J, Bybee D. Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking: a population-based study of women in Yokohama, Japan. *Soc Sci Med* 2010; 71(6):1199-207.
34. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study. *Tob Control* 2007; 16(6):378-83.
35. Swartzendruber A, Brown JL, Sales JM, Murray CC, DiClemente RJ. Sexually transmitted infections, sexual risk behavior, and intimate partner violence among African American adolescent females with a male sex partner recently released from incarceration. *J Adolesc Health* 2012; 51(2):156-63.
36. Ahmadi BA, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaezadeh D. Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2006; 4(2):35-44.
37. Rashti S, Golshkuh F. Association of physical, psychological and sexual domestic violence with post traumatic stress disorder in married women. *N Find Psychol* 2010; 5(15):105-14.
38. Edwards VJ, Black MC, Dhingra S, McKnight-Eily L, Perry GS. Physical and sexual intimate partner violence and reported serious psychological distress in the 2007 BRFSS. *Int J Public Health* 2009; 54(1):37-42.
39. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006; 15(5):599-611.
40. Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse* 2013; 14(4):305-15.
41. Jensen KE, Schmiedel S, Frederiksen K, Norrild B, Iftner T, Kjær SK. Risk for cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in relation to smoking among women with persistent human papillomavirus infection. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012; 21(11):1949-55.
42. Inslicht SS, Marmar CR, Neylan TC, Metzler TJ, Hart SL, Otte C, et al. Increased cortisol in women with intimate partnerviolence-related posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071:428-9