

The Impact of Infertility on Sexual Violence in Women Referring to AL-Zahra Infertility Center in Rasht

Rahnavardi M¹, Shayan A², Rezaie Chamani S¹, Heydarifard S³, Rahebi M*¹

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Abhar, Iran

*Corresponding author. Tel: +989117499042, E-mail: rahebi@yahoo.com

Received: Jun 17, 2018 Accepted: Oct 6, 2018

ABSTRACT

Background & objectives: Violence against women is a serious threat to health and human rights. It seems that the level of violence in infertile women is more than other women. The aim of this study was to determine the relationship between infertility and sexual violence in infertile women referred to Alzahra hospital in Rasht.

Methods: The analytical-cross sectional study was conducted in 400 women (200 infertile women and 200 fertile women) who were referred to Al-Zahra hospital in Rasht, Iran. Samples were selected through convenience sampling from patients referring to clinics of infertility and women. Data were collected by sexual violence questionnaire retrieved from WHO Domestic violence questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, chi-square test and logistic regression in SPSS software version 18.

Results: Sexual violence was 60% in the case group and 35.5% in the control group, which was significantly higher in the infertile group ($p < 0.0001$). In the logistic model, there was a significant relationship between sexual violence with the duration of marriage, female education, husband's job and infertility ($p < 0.001$). Also there was a significant relationship between husband addiction and sexual violence at the level of $p < 0.05$.

Conclusion: The study found that infertile women are suffered from sexual violence more significantly. Given that, factors such as the level of women education and occupation and the addiction of spouse can also be a predisposing factor for violence, it is necessary to include plans for empowering women in field of violence, preventing addiction and raising awareness about sexual violence in the community.

Keywords: Domestic Violence, Sexual Violence, Infertility, Women

بررسی تاثیر ناباروری بر میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (ص) رشت

منا رهنوردی^۱، آرزو شایان^۲، صدیقه رضایی چمنی^۱، سولماز حیدری فرد^۳، سیده مرضیه راهبی^{۱*}

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی ایهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۷۴۹۹۰۴۲ ایمیل: rahebi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی آنان محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد میزان خشونت در زنان نابارور بیش از سایر زنان باشد. هدف این مطالعه تعیین ارتباط ناباروری و خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان الزهرا (ص) شهرستان رشت بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی- تحلیلی با مشارکت ۴۰۰ زن (۲۰۰ مورد و ۲۰۰ شاهد) مراجعه کننده به مرکز آموزشی- درمانی الزهرا شهر رشت در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعین به دو درمانگاه نازایی و زنان انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه خشونت جنسی برگرفته از پرسشنامه خشونت خانگی سازمان بهداشت جهانی جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و رگرسیون لجستیک در نرم افزار کامپیوتری SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان خشونت جنسی در زنان نابارور ۶۰ درصد و در زنان بارور، ۳۵/۵ درصد دیده شد که به طور معناداری در گروه نابارور بیشتر بود ($p < 0/0001$). در مدل لجستیک، بین ناباروری و خشونت جنسی، مدت ازدواج، سطح تحصیلات زن و شغل همسر ارتباط معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین ارتباط معنی داری بین اعتیاد همسر و اعمال خشونت جنسی علیه زنان دیده شد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که زنان نابارور مورد خشونت جنسی بیشتری قرار می‌گیرند. با توجه به اینکه عواملی چون سطح تحصیلات زن و شغل و اعتیاد همسر نیز می‌تواند عامل مستعدکننده در بروز خشونت باشند لازم است برنامه‌هایی جهت توانمندسازی زنان در زمینه خشونت، پیشگیری از اعتیاد و افزایش سطح آگاهی زنان در زمینه مقابله با خشونت جنسی در سطح جامعه گنجانده شود.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، خشونت جنسی، ناباروری، زنان

دریافت: ۹۷/۳/۲۷ پذیرش: ۹۷/۷/۱۴

مقدمه

ناباروری را بین ۸ تا ۱۲ درصد گزارش کرده است (۲). در ایران شیوع ناباروری، ۲۱/۱ درصد برآورد شده است (۳). ناباروری سبب ایجاد ناامیدی در زن شده و روی ارتباط او با همسر، خانواده و دوستان تأثیر می‌گذارد. زنان نابارور با طیف گسترده

میلیون‌ها زن و مرد در سراسر جهان از ناباروری رنج می‌برند. ناباروری به صورت ناتوانی در باروری پس از یک سال آمیزش جنسی منظم و بدون پیشگیری تعریف می‌شود (۱). سازمان بهداشت جهانی، میزان

آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش سطح عزت نفس، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی مواجه می‌شوند که همگی می‌توانند زمینه مساعدی برای بروز خشونت علیه آنها باشند (۴). خشونت خانگی یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و مساله حقوق بشر است که به معنی رفتار خشونت آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو علیه عضو یا اعضای دیگر خانواده می‌باشد (۵). طبق تعریف بیانیه حذف خشونت علیه زنان سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی در زنان شده و یا باعث محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زن می‌گردد (۶). خشونت جنسی یکی از انواع خشونت خانگی است که طیفی از فعالیت‌های جنسی از اجبار جنسی تا سوءاستفاده تماسی (بوسه ناخواسته و لمس و نوازش کردن اجباری) را شامل می‌شود (۷). صرف نظر از مسائل اقتصادی، مذهب یا نژاد، ۶۹-۱۰ درصد زنان در طول زندگی خود در معرض خشونت هستند که در یک سوم تا بیش از ۵۰ درصد موارد با خشونت جنسی همراه است (۵).

ناباروری یک عامل استرس‌زا در زندگی زناشویی و جنسی افراد می‌باشد که باعث اعمال خشونت از جانب همسر می‌شود (۲). آمارهای متفاوتی در زمینه خشونت جنسی در زنان نابارور ارائه شده به طوری که بالاترین آمار با ۸۲/۸ درصد در یک مطالعه در کشور نیجریه به ثبت رسیده (۸) در حالی که در ترکیه این میزان، ۷/۳ درصد گزارش شده است (۲). مطالعه‌ای در تهران، بروز خشونت جنسی در زنان نابارور را ۴۷/۳ درصد گزارش کرده است (۹). علیرغم آمارهای گزارش شده به نظر می‌رسد، بسیاری از خشونت‌های جنسی اظهار نمی‌شوند و اکثر موارد آن توسط تیم‌های پزشکی شناسایی نمی‌گردند (۱۰).

خشونت جنسی باعث ایجاد اثرات منفی بر عملکرد زنان می‌شود که یکی از این آثار، اختلال استرس پس از حادثه است (۱۱). این اختلال، می‌تواند منجر به بروز رفتارهای پرخطر و در نتیجه اختلال در بهداشت باروری نظیر زایمان زودرس یا حتی سرطان شود (۱۲). از عوارض مرتبط دیگر با خشونت جنسی می‌توان افزایش شیوع ایدز و بیماری‌های مقاربتی، عوارض جسمی و عفونی نظیر خون مردگی، درد و خارش در ناحیه تناسلی، خونریزی مقعدی یا مهبلی، انواع ترشحات مهبلی، انواع عفونت‌های تناسلی و مقاربتی، عفونت‌های مکرر دستگاه ادراری و اشکال در راه رفتن و نشستن را نام برد که به نوبه خود حائز اهمیت می‌باشند (۹، ۱۳). همچنین انواع مشکلات روانی چون تنهایی، افسردگی، اضطراب، خودکشی و دیگر کشتی، از عواقب کشنده و آسیب‌زای خشونت علیه زنان است (۱۴). هرچند شیوع، نوع، شدت، عواقب و عوامل مساعدکننده این پدیده متفاوت است اما خشونت اختصاص به یک منطقه خاص جغرافیایی و یا سطح معینی از اقتصاد و رفاه نداشته و در همه جوامع و تمامی لایه‌های اجتماعی قابل ردیابی است. اما به نظر می‌رسد زنان با موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر، خشونت بیشتری را تجربه می‌کنند و عواملی مانند سطح سواد پایین، درآمد کم، فقر و مشکلات ناشی از فرزندآوری در افرادی که به خشونت دست می‌زنند یا قربانی خشونت می‌شوند، قابل توجه است (۱۵، ۱۶). مطالعه‌ای در کراچی رایج‌ترین دلیل جهت خشونت خانگی علیه زنان را ناباروری و نداشتن فرزند به خصوص فرزند پسر گزارش کرد (۱۷). نتایج مطالعه ییلدیزان^۱ و همکاران نیز نشان داد که میزان خشونت جنسی در زنانی که نازا و بدون فرزند هستند، بیشتر است (۱). در کشورهای اسلامی داشتن فرزند بسیار حایز اهمیت می‌باشد به طوری که بچه‌دارنشده همسر اول

¹ Yildizhan

سونوگرافی انتخاب شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها در گروه مورد شامل عدم بارداری طی یک سال از نزدیکی محافظت نشده، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و بیماری مزمن نظیر سرطان، ایدز و...، عدم استعمال مواد مخدر و داروهای روانگردان و در گروه شاهد شامل داشتن حداقل یک فرزند و سایر موارد ذکر شده بودند.

قبل از انجام مطالعه پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ گردید و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد، سپس پرسشنامه خشونت جنسی در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه خشونت خانگی سازمان بهداشت جهانی^۱ است و دارای ۳۲ سوال است که ۲۱ سوال آن در مورد ویژگی‌های دموگرافیک، ۱ سوال در زمینه سابقه خشونت توسط اعضای خانواده، ۵ سوال در زمینه خشونت جنسی، ۳ سوال در زمینه میزان رابطه جنسی و کاهش میل جنسی و دلایل آن، ۱ سوال در زمینه اعتیاد همسر به انواع مواد مخدر (تریاک، هرویین و غیره) و ۱ سوال در مورد علت خشونت از دیدگاه زنان می‌باشد. تعداد موارد انواع خشونت جنسی براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار، بیش از ۵ بار) محاسبه گردید و زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات خشونت جنسی داده بود. اعتبار پرسشنامه توسط حاجیان و همکاران (۲۰۱۴) بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای سه حیطه مختلف پرسشنامه یعنی خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۸۸ به دست آمده است (۱۸). در این مطالعه، اعتبار پرسشنامه خشونت جنسی با استفاده از روش اعتبار محتوا سنجیده شد و شاخص

می‌تواند دلیلی جهت جدایی و یا ازدواج مجدد شوهر باشد (۲).

با توجه به این که نرخ ناباروری در ایران بالا بوده و باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای خصوصاً برای زنان برخوردار است، مطالعه ناباروری با تکیه بر جنبه‌های روانی و اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا پژوهشگران بر آن شدند مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر ناباروری بر خشونت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری بیمارستان الزهرا (ص) شهر رشت انجام دهند تا با شناخت عوامل خطر احتمالی، گامی هرچند اندک در جهت کاهش میزان بروز خشونت جنسی و کمک به ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی جنسی زنان نابارور بردارند.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی-تحلیلی بود که با مشارکت ۴۰۰ زن (۲۰۰ زن بارور و ۲۰۰ زن نابارور) مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری و کلینیک زنان بیمارستان الزهرا (ص) شهر رشت در سال ۱۳۹۵ انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و نتایج مطالعات، حداقل ۱۷۴ نفر برای هر گروه محاسبه گردید (۲،۱۶).

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{P_1 - P_2} \right]$$

$$P = (P_1 + P_2) / 2$$

$$\alpha = 0.05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$\beta = 0.20 \rightarrow Z_{1-\beta/2} = 0.84$$

$$P_1 = 0.6, P_2 = 0.44$$

پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و اخذ مجوزهای لازم، به درمانگاه ناباروری بیمارستان الزهرا مراجعه نمود. گروه مورد به صورت در دسترس از بین زنان نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه نازایی و گروه شاهد به روش تصادفی ساده از زنان بدون سابقه نازایی مراجعه‌کننده به درمانگاه زنان و تنظیم خانواده و

¹ World Health Organization Questionnaire for Domestic Violence

(۴۱٪)، ۲ بار در هفته رابطه جنسی داشتند. از نظر تجربه خشونت خانگی قبل از ازدواج، نتایج نشان داد که ۱۷ درصد زنان در گروه بارور و ۲۶/۵ درصد در گروه نابارور تجربه خشونت فیزیکی و روانی از سوی خانواده خود را قبل از ازدواج داشته اند ($p=0/03$).

در رابطه با میزان خشونت جنسی در دو گروه بارور و نابارور نتایج نشان داد که ۱۲۰ نفر (۶۰٪) از زنان گروه نابارور و ۷۱ نفر (۳۵/۵٪) از گروه بارور، تجربه خشونت جنسی داشتند که آزمون کای دو تفاوت معنی‌دار آماری را بین دو گروه نشان داد ($p<0/0001$) (جدول ۲).

همچنین طبق نتایج حاصل از آزمون کای دو، بین اعتیاد همسر و اعمال خشونت جنسی رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد ($p<0/0001$). جهت سنجش متغیرهای پیشگویی‌کننده خشونت جنسی از آزمون رگرسیون لجیستیک استفاده شد و نتایج نشان داد شانس مورد خشونت قرار گرفتن در افراد بارور حدود ۸۷ درصد کمتر از افراد با سابقه نازایی بود. همچنین شانس مورد خشونت قرار گرفتن در افراد با تحصیلات دبیرستان حدود ۸۰ درصد کمتر از افراد با تحصیلات دانشگاهی و در افراد با همسر بیکار حدود ۱۶ برابر بیشتر از سایرین بود (جدول ۳).

روایی محتوای^۱ (CVI) آن بالای ۰/۸ به دست آمد. جهت ارزیابی پایایی پرسشنامه نیز از ضریب پایایی درون رده ای^۲ (ICC) استفاده شد. مقدار این ضریب برابر ۰/۹۹ شد که بیانگر پایایی بالای ابزار است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS-18 انجام گرفت. جهت توصیف اطلاعات به دست آمده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی (آزمون کای دو، تی مستقل و ضریب رگرسیون) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج، میانگین سن نمونه‌ها در گروه نابارور $32/96 \pm 7/25$ و در گروه بارور $32/44 \pm 6/45$ بود. اکثر شرکت‌کنندگان در هر دو گروه خانه‌دار بوده و تحصیلات متوسطه داشتند. بین متغیرهای سن همسر، نسبت فامیلی با همسر، میزان تحصیلات زن و همسر، شغل زنان و همسران، میزان درآمد ماهیانه و رتبه ازدواج زن و همسر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. تنها تفاوت معنادار آماری بین دو گروه در متغیر مدت زمان ازدواج مشاهده شد ($p<0/001$) (جدول ۱). اکثریت زنان در دو گروه مورد و شاهد

¹ Content Validity Index

² Intraclass Correlation Coefficient

جدول ۱. مقایسه مشخصات فردی- اجتماعی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه بارور و نابارور

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	نابارور	بارور	
T= 0.757 P=0.4	۳۲/۹۶±۷/۲۵	۳۲/۴۴±۶/۴۵	سن
T= 0.794 P=0.4	۳۶/۶۳±۷/۹۷	۳۶/۰۲±۷/۲۴	سن همسر
T= 3.62 P=0.001*	۸/۴۵ ± ۴/۳۷	۱۰/۴۴±۶/۴	مدت زمان ازدواج
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
X ² =0.116 P= 0.8	۹ (۱۸)	۲۰ (۱۰)	نسبت فامیلی با همسر
	۱۸۲ (۹۱)	۱۸۰ (۹۰)	ندارد

نتیجه آزمون	بارور		نابارور		گروه خشونت جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
X ² =0.805 P=0.9	۱۳ (۶/۵)	۱۳ (۶/۵)	۱۳ (۶/۵)	۱۳ (۶/۵)	ابتدایی
	۳۳ (۱۶/۵)	۳۳ (۱۶/۵)	۳۶ (۱۸)	۳۶ (۱۸)	راهنمایی
	۱۰۰ (۵۰)	۱۰۰ (۵۰)	۱۰۴ (۵۲)	۱۰۴ (۵۲)	متوسطه
	۵۳ (۲۶/۵)	۵۳ (۲۶/۵)	۴۷ (۲۳/۵)	۴۷ (۲۳/۵)	دانشگاهی
X ² =2.78 P=0.73	۳ (۱/۵)	۳ (۱/۵)	۵ (۲/۵)	۵ (۲/۵)	بی سواد
	۲۴ (۱۲)	۲۴ (۱۲)	۱۹ (۹/۵)	۱۹ (۹/۵)	ابتدایی
	۴۲ (۲۱)	۴۲ (۲۱)	۳۵ (۱۷/۵)	۳۵ (۱۷/۵)	راهنمایی
	۸۸ (۴۴)	۸۸ (۴۴)	۹۲ (۴۶/۵)	۹۲ (۴۶/۵)	متوسطه
X ² =6.86 P=0.14	۶۳ (۸۱/۵)	۶۳ (۸۱/۵)	۱۵۰ (۷۵)	۱۵۰ (۷۵)	خانه دار
	۱۵ (۷/۵)	۱۵ (۷/۵)	۳۰ (۱۵)	۳۰ (۱۵)	کارمند
	۱۴ (۷)	۱۴ (۷)	۱۳ (۶/۵)	۱۳ (۶/۵)	کارگر
	۸ (۴)	۸ (۴)	۶ (۳)	۶ (۳)	آزاد
X ² =7.98 P=0.09	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	پزشک
	۲۰ (۱۰)	۲۰ (۱۰)	۱۷ (۸/۵)	۱۷ (۸/۵)	بیکار
	۵۰ (۲۵)	۵۰ (۲۵)	۵۶ (۲۸)	۵۶ (۲۸)	کارمند
	۵۸ (۲۹)	۵۸ (۲۹)	۵۴ (۲۷)	۵۴ (۲۷)	کارگر
	۷۲ (۳۶)	۷۲ (۳۶)	۶۶ (۳۳)	۶۶ (۳۳)	آزاد
	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۳/۵)	۷ (۳/۵)	پزشک

p<0.05 *

جدول ۲. مقایسه میزان خشونت جنسی در دو گروه زنان بارور و نابارور

نتیجه آزمون	بارور		نابارور		گروه خشونت جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
X ² = 54.144 * P=0.0001	۳۵/۵	۷۱	۶۰	۱۲۰	دارد
	۶۴/۵	۱۲۹	۴۰	۸۰	ندارد
	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰	جمع

p<0.05 *

جدول ۳. عوامل موثر بر خشونت جنسی در زنان نابارور شرکت کننده در مطالعه

سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪		درجه آزادی	خطای معیار	نسبت شانس	متغیرها
	پایین	بالا				
0.0001*	0.057	0.310	۱	0.431	0.133	ناباروری
0.0001*	0.070	0.446	۴	0.474	0.176	سطح تحصیلات زن
0.208	0.751	3.723	۴	0.408	0.980	سطح تحصیلات مرد
0.030*	1.307	191.977	۴	1.273	15.839	شغل همسر

*p<0.05

** گروه رفرانس

بیمارستان الزهراي رشت انجام شد نشان داد که میزان خشونت جنسی در زنان نابارور به طور معنی داری بیشتر از زنان بارور بود. در ترکیه نیز

بحث

این مطالعه که با هدف تعیین ارتباط ناباروری و خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به

تفاوت معناداری بین دو گروه نابارور خشونت دیده و خشونت ندیده از نظر مدت زمان ازدواج وجود نداشت (۲) که با توجه به روش مطالعه متفاوت و وجود گروه شاهد در مطالعه حاضر قابل توجه می‌باشد. به نظر می‌رسد ناپختگی افراد و عدم شناخت صحیح نیازهای زن و شوهر توسط همدیگر در اوایل ازدواج می‌تواند زمینه ساز خشونت باشد که با گذشت زمان و ایجاد درک صحیح متقابل در زوجین این مساله مرتفع تر خواهد شد.

در خصوص ارتباط خشونت با متغیرهای سطح تحصیلات، شغل زنان، درآمد، تحصیلات و شغل همسر، ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات زن و شغل همسر با خشونت جنسی وجود داشت. همسو با این مطالعه در مطالعاتی بین تحصیلات و شغل مرد و خشونت ارتباط معناداری گزارش شده است به طوری که تحصیلات پایین‌تر مردان با خشونت فیزیکی و جنسی مرتبط بود (۲). در مطالعات دیگر نیز به طور مشابه بین سطح تحصیلات و شغل زن و مرد و خشونت ارتباط مثبت و معناداری گزارش شد (۲۸،۸). در مقابل نتایج مطالعه ییلدیزان و همکاران تفاوت معناداری را بین سطح تحصیلات و شغل مرد و زن با خشونت خانگی در زنان نابارور نشان نداد که با توجه به حجم کوچکتر نمونه‌ها در مطالعه مذکور و جامعه و فرهنگ متفاوت نمونه‌ها قابل توجه است (۱). نتایج مطالعات نیز موید آن است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین و بیکاری و مشکلات اقتصادی خانواده، با درصد بالاتری از همسر آزاری همراه بوده است و زنانی که شوهرانشان بیکار و دارای تحصیلات زیر دیپلم می‌باشند به میزان بیشتری تجربه خشونت روانی، کلامی و فیزیکی را داشتند (۲۲،۲۹).

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر میزان خشونت جنسی اعمال شده علیه زنان نابارور به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بارور بود که جای نگرانی دارد. با توجه به میزان بالای

مشابه با پژوهش حاضر تفاوت آماری معنی‌داری بین خشونت جنسی در دو گروه بارور و نابارور گزارش شد به طوری که میزان این خشونت در گروه نابارور بیشتر بود (۱۹).

در مطالعه حاضر افراد نابارور خشونت روانی و فیزیکی از طرف خانواده خود را به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بارور گزارش کردند. به طور مشابه در مطالعه ای گزارش شد که زنان نابارور توسط خویشاوندان بیشتر تهدید می‌شوند (۲۰). در یک مطالعه دیگر، زنان نابارور خانواده خود و همسر را به عنوان اعمال‌کننده خشونت گزارش کرده‌اند (۲۱). در مطالعه حاضر بین اعتیاد همسر و اعمال خشونت رابطه معنی‌داری وجود داشت. مطالعات بسیاری رابطه اعتیاد مردان و اعمال خشونت توسط آنها را مورد تایید قرار داده‌اند (۲۲،۲۳).

در این پژوهش ارتباط معناداری بین سن زنان و خشونت جنسی یافت نشد. همسو با نتایج این مطالعه، مطالعاتی ارتباط معناداری را بین سن زنان و سن همسران با خشونت خانگی بیان نکردند (۱،۲). در مقابل نتیجه مطالعه بابو^۱ و همکاران نشان داد که میزان خشونت خانگی با افزایش سن افزایش می‌یابد (۲۴) و مطالعه ابرامسکی و همکاران نیز سن پایین زنان را از عوامل خطر ساز خشونت توسط همسر بیان کردند (۲۵). آنچه مسلم است خشونت در همه سنین و حتی حاملگی ممکن است رخ دهد و بنابراین زنان در همه سنین و مراحل زندگی بایستی از لحاظ خشونت غربالگری شوند (۲۶). در این مطالعه ارتباط آماری معناداری بین میانگین مدت زمان ازدواج و خشونت جنسی وجود داشت به طوری که با افزایش مدت زمان ازدواج، میزان خشونت جنسی کاهش می‌یافت. مطالعاتی ذکر کرده‌اند که میزان خشونت خانگی در زنان با افزایش مدت زمان ازدواج افزایش می‌یابد (۲۶،۲۷). در حالی که در مطالعه اردبیلی و همکاران،

¹ Babu

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره ۹۳۱۲۱۱۲۰ در سال ۱۳۹۵ است. لذا پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، مدیریت و پرسنل محترم مراکز ناباروری الزهرا و کلیه زنان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

خشونت جنسی، انجام غربالگری خشونت در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی و نیز آموزش مهارت‌های زندگی و ترویج فرهنگ مشاوره در بین زوجین توصیه می‌شود. همچنین از آنجایی که عواملی نظیر سطح تحصیلات زن و شغل و اعتیاد همسر نیز می‌توانند در بروز خشونت جنسی علیه زنان نقش داشته باشند بنابراین لازم است برنامه‌هایی جهت توانمندسازی زنان در زمینه خشونت و پیشگیری از اعتیاد و افزایش سطح آگاهی آنان در زمینه مقابله با خشونت جنسی در سطح جامعه گنجانده شود.

References

- 1- Yildizhan R, Adali E, Kolusari A, Kurdoglu M, Yildizhan B, Sahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;104(2):110-12.
- 2- Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011;112(1):15-17.
- 3- DirekvandMoghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran: a systematic review. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;16(81):1-7 [Persian].
- 4- Hassanin I, Abd-El-Raheem T, Shahin A. Primary infertility and health-related quality of life in upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;110(2):118-21.
- 5- World Health Organization. World report on violence and health. available from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction. Published 2002. Accessed August 11, 2015.
- 6- Nojomi M, Agaee S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Archives of Iranian Medicine*. 2007;1(3):309-15.
- 7- Berek J. Berek & Novak's Gynecology. 15th Edition, Philadelphia, Lippincott: Williams and Wilkins; 2012.
- 8- Iliyasu Z, Galadanci HS, Abubakar S, Auwal MS, Odoh C, Salihu HM, et al. Phenotypes of intimate partner violence among women experiencing infertility in Kano, Northwest Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;133(1):32-36.
- 9- Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2014;28(4):152-60.
- 10- Tavara L. Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2006;20(3):395-408.
- 11- Littleton H, Berfnson A, Breitkopf C. An evaluation of health care providers' sexual violence screening practices. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2007;196(6):564-67.
- 12- Moore A, Frohwirth L, Miller E. Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social Science & Medicine*. 2010;70(11):1737-44.
- 13- Noormohammadi G. Violence against women from the perspective of science and religion. Tehran: Presidential Center for Women and Family Affairs; 2011 [Persian].
- 14- SaeaaRasi E, Nicknezhad Z. Sociological analysis of violence against women. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010;6(2):97-122.

- 15- Ahmadi M, Rahnavardi M, Kiyani M, Poorhoseyngholi A. Relationship between domestic violence and suicidal thoughts on women referred to Rasht city health-medical center and the family courts in 2013. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014;20(4):201-10 [Persian].
- 16- Kaur S, Patidar A, Meenakshi B, Navneet S. Domestic violence and its contributory factors among married women in selected slums of ludhiana Punjab. *Nursing and Midwifery Research Journal*. 2014;1(10):30-35.
- 17- Ali T, Bustamante G. Prevalence of and reasons for domestic violence among women from low socioeconomic communities of Karachi. *Eestern Mediterranean Health Journal*. 2007;13(6):1416-27.
- 18- Hajian S, Vakilian K, Najm-abad K, Hajianet P, Jalalian M. Violence against women by their intimate partners in Shahrud in northeastern region of Iran. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(3):117-30.
- 19- Aduloju PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;188(21):66-69.
- 20- Hasanpoor-Azghdy S, Simbar M, Vedadhir A. The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2015;8(4):409-20.
- 21- Ameh N, Kene T, Onuh S, Okohue J, Umeora O, Anozie O. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*. 2007;16(4):375-77.
- 22- Jahromi MK, Jamali S, Koshkaki AR, Javadpour S. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(5):175-83.
- 23- Derakhshanpour F, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2014;16(1):126-31 [Persian].
- 24- Babu B, Kar S. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009;9(1):129-35.
- 25- Abramsky T, Watts C, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11(109):2-17.
- 26- Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, AlaviMajd H. Investigate the relationship between abuse and pregnancy outcome in pregnant women. *Hormozgan University of Medical Sciences*. 2009;13(4):261-69 [Persian].
- 27- Razeghi N, Tadayonfar M, Akaberi A. The incidence of wife abuse and its related factors in women referred to health centers in Sabzevar. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2010;17(1):39-47 [Persian].
- 28- Noori A, Sanago A, Jouybari L, Azimi M. Survey of types of domestic violence and its related factors in pregnant mothers in Kalaleh at 2014. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;9(39):54-62 [Persian].
- 29- Rahmatian A, Hosseini A. Domestic abuse in Behshahr, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2015;9(4):1-5.