

بررسی مواجهه زنان نابارور با خشونت و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهپر ارومیه در سال ۹۴-۱۳۹۳

فاطمه مقدم‌تبریزی^۱، نگار فیض‌بخش*^۲، ناصر شیخی^۳، طاهره بهروزی لک^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری تبعات روانی-اجتماعی متعددی را برای زوجین در پی دارد. بروز تعارضات زناشویی به دنبال اطلاع از ناباروری و شکست درمانی منجر به بروز خشونت علیه زنان می‌گردد. لذا مطالعه کنونی باهدف تعیین عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان نابارور در ابعاد گوناگون خشونت خانگی، فشار اجتماعی، تنبیه، مواجهه با اعمال سنتی و محروم‌سازی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۸۴ زن نابارور مبتلا به ناباروری اولیه که در سال ۹۴-۱۳۹۳ به مرکز ناباروری بیمارستان شهید مطهری شهر ارومیه مراجعه نمودند انجام گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته (اطلاعات دموگرافیک زوجین، اطلاعات ناباروری)، پرسشنامه سنجش سلامت عمومی و پرسشنامه تعیین مواجهه زنان نابارور با خشونت بود. درنهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار Spss نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل و نتایج اعلام شد.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در مجموع میانگین نمره کل خشونت برابر ۸۷.۴۷ ± ۴۱.۸۸ بود. بین سن آزمودنی و سن همسر، با تمامی مؤلفه‌های خشونت رابطه مستقیم وجود دارد. زنان نابارور در خانواده‌هایی که زنان نابارور و همسران آنان از تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر برخوردار بودند ($P < ۰/۰۰۱$)، زنانی که در پایگاه اقتصادی پایین‌تری قرار داشتند با خشونت به میزان بیش‌تری مواجهه داشتند. با افزایش مدت ازدواج و مدت اطلاع از ناباروری مواجهه زنان نابارور با خشونت بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$) و نیز یک رابطه نسبتاً قوی ($r > ۰/۵$) بین کلیه مؤلفه‌های خشونت با نمرات سلامت عمومی وجود داشت. **بحث و نتیجه‌گیری:** از آنجایی که در بروز خشونت علیه زنان نابارور عوامل متعددی دخالت دارند بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان نابارور در برنامه‌ریزی برای طراحی مداخلات در زمینه کاهش خشونت می‌تواند مؤثر واقع شود.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۷۵، دی ۱۳۹۴، ص ۸۶۲-۸۵۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو ساختمان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: n.feazbakhsh92@gmail.com

مقدمه

زوجین نابارور بطور منفی تحت تاثیر ناباروری قرار می‌گیرد (۶). در واقع چون فرزندآوری هدف مهم زوجین است لذا ناباروری از علل مهم بحران‌های زناشویی می‌باشد (۹-۷). این موارد باعث بروز بحران در روابط زناشویی می‌شود. اگر زوجین نتوانند با عوامل استرس‌زا کنار بیایند و یا حمایت اجتماعی به اندازه کافی وجود نداشته باشد در درازمدت و یا کوتاه مدت این اثرات منفی منجر به بروز رفتارهای خشونت‌آمیز می‌شود (۱۱-۱۰ و ۶). اگرچه که در بروز ناباروری عوامل مردانه و یا زنانه تقریباً به یک اندازه دخالت

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را تحت عنوان عدم دست‌یابی به بارداری بالینی بدنبال ۱۲ ماه رابطه جنسی محافظت نشده تعریف نموده است (۱). ناباروری ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج را در سرتاسر دنیا متأثر نموده، که این آمار در حال افزایش می‌باشد (۳، ۲). در کشور ما حدود ۲ میلیون زوج نابارور هستند که تخمین زده شده است که ۲۲ درصد زنان ایرانی ناباروری اولیه را تجربه نموده‌اند (۵، ۴). احساس خوب بودن جسمانی و روانی-اجتماعی

^۱ عضو هیئت علمی، دکتری بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد آمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ عضو هیئت علمی گروه زنان، فلوشیپ نازایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دارند (۱۲)، اما این گونه به‌نظر می‌آید که افراد، زنان را مسئول ناباروری زوجین می‌پندارند، در نتیجه این باور غالباً عوارض ناخوشایندی از قبیل تنبیه اجتماعی و اقتصادی را برای زنان در پی دارد (۱۳).

خشونت علیه زنان به‌عنوان یک معضل اجتماعی باعث بروز مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و استرس در بین زنان می‌گردد (۱۴، ۱۵). خشونت علیه زنان در واقع ورای مرزهای اجتماعی و منطقه‌ای به‌صورت جدی‌ترین معضل جوامع سال‌هاست که مطرح‌شده است (۱۶). به‌عنوان مثال در بررسی شیوع خشونت خانگی در زنان نابارور شیوع آن در ایران بیش‌تر از شیوع خشونت علیه زنان در هنگ‌کنگ ۱/۸ درصد و ترکیه ۳۳/۶ درصد و برابر با ۶۱/۸ درصد بوده است (۹). سازمان بهداشت جهانی بیان داشته است که شیوع عوامل فردی از قبیل سطح تحصیلات زن، وضعیت اشتغال، سابقه قربانی شدن، سطح حمایت اجتماعی و سابقه خشونت در خانواده فرد و نیز عوامل مرتبط با همسر شامل سطح ارتباطی با همسر، سوء‌مصرف مواد، شاهد رفتارهای خشونت‌آمیز والدین به‌هنگام کودکی بودن مرد و اینکه مرد در هنگام برخورد با سایر مردها رفتارهای پرخاشگرانه داشته است، در افرادی که خشونت را تجربه کرده‌اند بیش‌تر است (۱۷).

در زمینه عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان مطالعات متعدد (۲۰-۱۸ و ۹) انجام شده است که در هرکدام از این مطالعات بعضی از عوامل زمینه‌ای یا عوامل مرتبط با ناباروری به‌عنوان ریسک فاکتوری برای خشونت علیه زنان نابارور شناخته‌شده‌اند و گاه‌ا نتایج مطالعات همگرایی نداشته، لذا با تأکید بر اهمیت و ابعاد گوناگون خشونت علیه زنان نابارور بررسی عوامل زمینه‌ساز دخیل در این زمینه قابل‌توجه است، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان نابارور در حیطه‌های خشونت خانگی، فشار اجتماعی، تنبیه، مواجهه با اعمال سنتی و محروم‌سازی می‌باشد.

قسمت سوم پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) دارای ۴ خرده‌مقیاس و ۲۸ سؤال است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر^۳ معرفی‌شده (۲۲)، این خرده‌مقیاس‌ها شامل علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. پاسخ به سؤالات به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای با امتیازبندی ۰ تا ۳ است. حداقل امتیاز ۰ و حداکثر ۸۴ است. امتیازات بالاتر به معنی سلامت عمومی پایین‌تر می‌باشد. به‌منظور انجام مطالعه پس از تصویب طرح تحقیقاتی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کسب مجوز رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه ذی‌ربط با حضور محقق در مرکز ناباروری شهر ارومیه ضمن اطمینان دهی به نمونه‌های پژوهش و نیز همسران ایشان که آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش شرکت نموده‌اند از اینکه اطلاعات حاصل از بررسی‌ها کاملاً محرمانه خواهند ماند و صرفاً در راستای این طرح تحقیقاتی بکار گرفته خواهند شد از زنان

قسمت دوم پرسشنامه مواجهه زنان نابارور با خشونت (۲۱)، است که از ۳۱ گویه تشکیل شده است. پرسشنامه موردنظر در ۵ حیطه شامل: حیطه خشونت خانگی (۱۱ گویه)، حیطه فشار اجتماعی (۷ گویه)، حیطه تنبیه (۶ گویه)، حیطه مواجهه با اعمال سنتی (۴ گویه) و حیطه محروم‌سازی (۳ گویه) به‌صورت اختصاصی مواجهه زنان نابارور را با خشونت می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به‌صورت ۵ گزینه‌ای و از هیچ‌وقت تا همیشه می‌باشد. امتیازات بالاتر به معنی مواجهه بیش‌تر زنان نابارور با خشونت است. این پرسشنامه در سال ۲۰۱۴ برای اولین بار توسط اونات^۱ در ترکیه طراحی شد و جهت انجام مطالعه کنونی بعد از جمع‌آوری داده‌ها و نیز انجام آزمون-باز آزمون این مشخص گردید که در ارزیابی سازگاری درونی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و همچنین در ارزیابی تکرارپذیری (پایایی آزمون - بازآزمون) ضریب ICC^۲، ۰/۵۹ بود.

قسمت سوم پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) دارای ۴ خرده‌مقیاس و ۲۸ سؤال است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر^۳ معرفی‌شده (۲۲)، این خرده‌مقیاس‌ها شامل علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. پاسخ به سؤالات به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای با امتیازبندی ۰ تا ۳ است. حداقل امتیاز ۰ و حداکثر ۸۴ است. امتیازات بالاتر به معنی سلامت عمومی پایین‌تر می‌باشد. به‌منظور انجام مطالعه پس از تصویب طرح تحقیقاتی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کسب مجوز رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه ذی‌ربط با حضور محقق در مرکز ناباروری شهر ارومیه ضمن اطمینان دهی به نمونه‌های پژوهش و نیز همسران ایشان که آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش شرکت نموده‌اند از اینکه اطلاعات حاصل از بررسی‌ها کاملاً محرمانه خواهند ماند و صرفاً در راستای این طرح تحقیقاتی بکار گرفته خواهند شد از زنان

دارند (۱۲)، اما این گونه به‌نظر می‌آید که افراد، زنان را مسئول ناباروری زوجین می‌پندارند، در نتیجه این باور غالباً عوارض ناخوشایندی از قبیل تنبیه اجتماعی و اقتصادی را برای زنان در پی دارد (۱۳).

خشونت علیه زنان به‌عنوان یک معضل اجتماعی باعث بروز مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و استرس در بین زنان می‌گردد (۱۴، ۱۵). خشونت علیه زنان در واقع ورای مرزهای اجتماعی و منطقه‌ای به‌صورت جدی‌ترین معضل جوامع سال‌هاست که مطرح‌شده است (۱۶). به‌عنوان مثال در بررسی شیوع خشونت خانگی در زنان نابارور شیوع آن در ایران بیش‌تر از شیوع خشونت علیه زنان در هنگ‌کنگ ۱/۸ درصد و ترکیه ۳۳/۶ درصد و برابر با ۶۱/۸ درصد بوده است (۹). سازمان بهداشت جهانی بیان داشته است که شیوع عوامل فردی از قبیل سطح تحصیلات زن، وضعیت اشتغال، سابقه قربانی شدن، سطح حمایت اجتماعی و سابقه خشونت در خانواده فرد و نیز عوامل مرتبط با همسر شامل سطح ارتباطی با همسر، سوء‌مصرف مواد، شاهد رفتارهای خشونت‌آمیز والدین به‌هنگام کودکی بودن مرد و اینکه مرد در هنگام برخورد با سایر مردها رفتارهای پرخاشگرانه داشته است، در افرادی که خشونت را تجربه کرده‌اند بیش‌تر است (۱۷).

در زمینه عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان مطالعات متعدد (۲۰-۱۸ و ۹) انجام شده است که در هرکدام از این مطالعات بعضی از عوامل زمینه‌ای یا عوامل مرتبط با ناباروری به‌عنوان ریسک فاکتوری برای خشونت علیه زنان نابارور شناخته‌شده‌اند و گاه‌ا نتایج مطالعات همگرایی نداشته، لذا با تأکید بر اهمیت و ابعاد گوناگون خشونت علیه زنان نابارور بررسی عوامل زمینه‌ساز دخیل در این زمینه قابل‌توجه است، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان نابارور در حیطه‌های خشونت خانگی، فشار اجتماعی، تنبیه، مواجهه با اعمال سنتی و محروم‌سازی می‌باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بصورت مقطعی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه زنان نابارور مبتلا به ناباروری اولیه مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری بیمارستان شهید مطهری شهر ارومیه بودند. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به اهداف مطالعه از فرمول برآورد کاکران و جدول کریچی مورگان استفاده گردید. حجم نمونه ۳۸۴ نفر شد. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده و با

³ Goldberg and Hiller

¹ Onat

² Intra Class Coefficient

و انحراف معیار خشونت خانگی 16.9 ± 30.10 فشار اجتماعی 19.48 ± 8.35 تنبیه 16.19 ± 8.35 مواجهه با اعمال سنتی 12.90 ± 6 محروم‌سازی 8.98 ± 4.06 و در مجموع نمره کل خشونت برابر 41.88 ± 47.87 به دست آمد. بررسی ارتباط مؤلفه‌های خشونت با وضعیت دموگرافیک (سن زن، سن همسر)، سلامت عمومی، اطلاعات ناباروری (مدت اطلاع از ناباروری و سول مدت درمان) آزمودنی‌ها نتایج زیر به دست آمد.

نابارور بر اساس معیارهای ورود به مطالعه خواسته شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. در پایان توسط نسخه ۲۲ نرم‌افزار spss داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بررسی وضعیت خشونت بر اساس متغیرهای تحقیق از سوی آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های خشونت علیه زنان نابارور میانگین

جدول (۱): بررسی ارتباط مؤلفه‌های خشونت با فاکتورهای کمی مطالعه بر اساس آزمون همبستگی پیرسون

متغیر	خشونت خانگی	فشار اجتماعی	تنبیه	مواجهه با اعمال سنتی	محروم‌سازی	نمره کل
سن زن	مقدار همبستگی ۰.۵۷	۰.۴۹	۰.۴۱	۰.۴۸	۰.۳۲	۰.۵۵
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
سن همسر	مقدار همبستگی ۰.۴۶	۰.۴۰	۰.۲۴	۰.۳۷	۰.۲۸	۰.۴۱
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
GHQ	مقدار همبستگی ۰.۷۶	۰.۶۴	۰.۵۶	۰.۶۴	۰.۵۳	۰.۷۳
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
مدت ازدواج	مقدار همبستگی ۰.۶۳	۰.۵۲	۰.۵۰	۰.۵۶	۰.۳۹	۰.۶۱
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
مدت اطلاع از ناباروری	مقدار همبستگی ۰.۶۵	۰.۵۳	۰.۵۷	۰.۵۸	۰.۴۲	۰.۶۴
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
مدت درمان	مقدار همبستگی ۰.۶۵	۰.۵۲	۰.۵۵	۰.۵۸	۰.۴۵	۰.۶۵
	Pvalue	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰
		حجم نمونه				۳۸۴

خشونت قرار داشتند ($P < 0.001$). بر اساس آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی LSD میزان خشونت خانگی، فشار اجتماعی، تنبیه، مواجهه با اعمال سنتی و محروم‌سازی در گروه دارای پایگاه اقتصادی پایین بیشتر بود و زنانی که در پایگاه اقتصادی بالاتری قرار داشتند با خشونت به میزان کم‌تری مواجهه داشتند ($P < 0.05$).

در بررسی وضعیت اشتغال آزمودنی‌ها با مؤلفه‌های خشونت نشان داد که در زنان شاغل کم‌تر از زنان خانه‌دار در معرض خشونت قرار دارند. به طوری که بر اساس آزمون تی گروه‌های مستقل، زنان شاغل به میزان $3/13$ واحد، $2/96$ واحد، $23/28$ واحد به ترتیب در مؤلفه‌های مواجهه و محروم‌سازی و نمره نهایی خشونت نسبت به زنان خانه‌دار کم‌تر قرار دارند ($P < 0.05$).

بررسی میزان خشونت در بین زنانی که همسران آنان کارمند بودند بر اساس آزمون واریانس با خشونت کم‌تری مواجهه داشتند، به عبارتی در کلیه مؤلفه‌های مورد تحقیق بیش‌ترین میزان خشونت در خانواده‌های با سرپرست بیکار و کارگر و کم‌ترین میزان آن در زنانی که سرپرست آنان کارمند بودند گزارش شد ($P < 0.001$).

بر اساس جدول شماره ۱ ملاحظه گردید که بین سن آزمودنی با تمامی مؤلفه‌های خشونت رابطه مستقیم وجود دارد ($P < 0.001$) به عبارتی هرچه قدر سن آزمودنی بالاتر بود میزان مواجهه با خشونت بیشتر بود که بیش‌ترین آن در خشونت خانگی و کم‌ترین آن در محروم‌سازی بوده است. بررسی ارتباط سن همسر با میزان خشونت نشان داد که رابطه مستقیمی با افزایش سن همسر با افزایش خشونت وجود دارد به طوری که بیش‌ترین خشونت در حیطه خشونت خانگی ($r = 0.46$) و کم‌ترین میزان آن در حیطه تنبیه ($r = 0.24$) بوده است ($P < 0.001$). در بررسی ارتباط تحصیلات همسر و میزان مواجهه با خشونت علیه زنان نابارور ملاحظه گردید که زنانی که در خانواده‌هایی که همسران آنان از تحصیلات ابتدایی و پایین‌تری برخوردار بودند زنان نابارور با خشونت بیش‌تری مواجهه داشتند، این خشونت در بعد خشونت خانگی بیشتر نمود داشته است ($P < 0.05$). در تحلیل واریانس بررسی مؤلفه‌های خشونت بین گروه‌های تحصیلی آزمودنی‌ها نشان داد که زنان دارای مدارک ابتدایی و پایین‌تر بیشتر از افراد دارای مدارک متوسطه و دانشگاهی در معرض

همچنین زنانی که مدت زمان بیش‌تری تحت درمان‌های ناباروری بودند، میزان بیش‌تری از مواجهه با خشونت را تجربه کردند به طوری که بیش‌ترین خشونت در حیطه خشونت خانگی ($t=0.65$) و کم‌ترین آن در حیطه محروم‌سازی ($t=0.45$) و ($P<0.05$) بود.

ارتباط بین سلامت عمومی زنان نابارور با مؤلفه‌های خشونت حاکی از آن است که یک رابطه نسبتاً قوی ($r>0.5$) بین کلیه مؤلفه‌های خشونت با نمرات سلامت عمومی وجود دارد؛ به عبارت دیگر هرچقدر نمره حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی آزمودنی‌ها افزایش یافته زنان نابارور در معرض خشونت خانگی، محروم‌سازی و فشار اجتماعی بیش‌تری قرار داشتند ($P<0.001$).

میزان همبستگی بین خشونت خانگی، فشار اجتماعی، تنبیه، مواجهه با اعمال سنتی و محروم‌سازی با مدت زمان ازدواج به ترتیب برابر با (0.39 و 0.56 و 0.5 و 0.52 و 0.63) به دست آمده که در سطح خطای ۱ درصد و ۵ درصد معنی‌دار بودند؛ به عبارت دیگر با افزایش مدت ازدواج مواجهه زنان نابارور با خشونت بیش‌تر بود ($P<0.001$).

در پاسخ به اینکه آیا مدت اطلاع از ناباروری بر روی مواجهه زنان نابارور با خشونت رابطه مستقیم دارد یا خیر؟ ملاحظه گردید که در زنانی که مدت اطلاع از ناباروری بیش‌تر بود میزان نمره نهایی خشونت و خشونت خانگی به نسبت دیگر مؤلفه‌های خشونت افزایش نشان داد؛ به عبارت دیگر کم‌ترین خشونت رخ داده در افراد مطلع در حیطه محروم‌سازی بود و بیش‌ترین آن در حیطه خشونت خانگی نمایان شد ($r>0.5$ و $P<0.001$).

جدول (۲): مقایسه میانگین \pm انحراف معیار مؤلفه‌های خشونت بین متغیرهای زمینه‌ای آزمون تحلیل واریانس

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه‌ها	mean \pm std	F	Pvalue
وضعیت اقتصادی	تنبیه	دخل کم‌تر از خرج	۴۰.۶۰ \pm ۱۴.۷	۲۷	۰.۰۰
		دخل و خرج برابر	۲۹.۷۱ \pm ۱۶.۶۵		
		دخل بیش‌تر از خرج	۲۲.۲۸ \pm ۱۴.۶۷		
مواجهه با اعمال سنتی	مواجهه با اعمال سنتی	دخل کم‌تر از خرج	۲۴.۹۵ \pm ۱۰.۰۸	۲۷.۳۴	۰.۰۰
		دخل و خرج برابر	۱۹.۴ \pm ۱۰.۶۱		
		دخل بیش‌تر از خرج	۱۵.۱۸ \pm ۱۹.۲۱		
تحصیلات زن	محرورم‌سازی	دخل کم‌تر از خرج	۲۱.۴۶ \pm ۷.۵۸	۱۴.۶۷	۰.۰۰
		دخل و خرج برابر	۱۵.۶ \pm ۸.۱۵		
		دخل بیش‌تر از خرج	۱۳.۰۸ \pm ۷.۳۷		
خشونت خانگی	خشونت خانگی	بی سواد	۱۵.۷۱ \pm ۳۵.۸	۱۸.۸۹	۰.۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۳۶.۲۷ \pm ۱۶.۳		
		متوسطه و دیپلم	۲۸.۲۲ \pm ۱۶.۴		
تحصیلات زن	فشار اجتماعی	بی سواد	۲۳.۴۶ \pm ۱۰.۹	۱۲.۷۶	۰.۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۲۲.۲۳ \pm ۱۰.۴۴		
		متوسطه و دیپلم	۱۸.۳۳ \pm ۱۰.۶۴		
تنبیه	تنبیه	بی سواد	۱۸.۷۶ \pm ۷.۶۹	۱۴.۳۳	۰.۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۱۸.۵ \pm ۸.۱۰		
		متوسطه و دیپلم	۱۵.۸۷ \pm ۸.۲۸		
		دانشگاهی	۱۱.۲۷ \pm ۷.۱۲		

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه‌ها	mean±std	F	Pvalue
مواجهه با اعمال سنتی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۱۵.۲۵±۵.۳۵	۱۵.۷	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۱۴.۴۹±۵.۴۸		
		متوسطه و دیپلم	۱۲.۴۱±۵.۸۵		
		دانشگاهی	۹.۴۷±۵.۸۶		
محروم‌سازی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۱۰.۲۸±۳.۸۷	۱۲.۳۸	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۹.۹۴±۴.۰۹		
		متوسطه و دیپلم	۸.۸۸±۳.۹۱		
		دانشگاهی	۶.۷۲±۳.۵۳		
خشونت خانگی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۳۸.۹۲±۱۴.۷۹	۱۳.۵۲	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۳۵.۵۶±۱۶.۰۱		
		متوسطه و دیپلم	۲۷.۵۴±۱۷.۲۷		
		دانشگاهی	۲۲.۸۷±۱۴.۶۱		
فشار اجتماعی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۲۵.۲۱±۹.۹۹	۱۵.۱۹	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۲۳.۵±۹.۹۶		
		متوسطه و دیپلم	۱۶.۶۸±۰.۴۳		
		دانشگاهی	۱۵.۸۵±۹.۲۹		
تنبیه همسر	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۱۷.۹۶±۷.۶۹	۶.۶۸	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۱۸.۹۲±۸.۱۱		
		متوسطه و دیپلم	۱۵.۲۶±۸.۳۷		
		دانشگاهی	۱۳.۶۶±۸.۰۴		
مواجهه با اعمال سنتی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۱۵.۹۶±۴.۸۴	۱۳.۷۳	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۱۴.۹۸±۵.۲۸		
		متوسطه و دیپلم	۱۱.۸۲±۶.۰۷		
		دانشگاهی	۱۰.۴۷±۵.۸۵		
محروم‌سازی	بی سواد ابتدایی و راهنمایی متوسطه و دیپلم دانشگاهی	بی سواد	۱۰.۵±۳.۸۵	۶.۵۴	۰.۰۰۰
		ابتدایی و راهنمایی	۹.۹±۴.۰۶		
		متوسطه و دیپلم	۸.۵۷±۴.۰۷		
		دانشگاهی	۷.۷۷±۸.۵۷		
خشونت خانگی	بیکار کارمند کارگر آزاد	بیکار	۳۶.۲۸±۱۷.۲۲	۹.۲۴	۰.۰۰۰
		کارمند	۲۴.۶۴±۱۵.۹۷		
		کارگر	۳۳.۳±۱۷.۱۱		
		آزاد	۳۲.۰۳±۱۵.۷۹		
فشار اجتماعی	بیکار کارمند کارگر آزاد	بیکار	۲۴.۱۲±۱۰.۴۴	۱۰.۷۴	۰.۰۰۰
		کارمند	۱۵.۹۴±۹.۹۴		
		کارگر	۲۱.۵۶±۱۰.۴۹		
		آزاد	۲۰.۳۸±۱۰.۴۹		
شغل همسر	بیکار کارمند کارگر آزاد	بیکار	۲۱.۴۸±۸.۳	۱۳.۲۳	۰.۰۰۰
		کارمند	۱۳.۵۲±۷.۴۲		
		کارگر	۱۶.۸۸±۸.۳۹		
		آزاد	۱۶.۸۶±۸.۱۸		
مواجهه با اعمال سنتی	بیکار کارمند کارگر آزاد	بیکار	۱۵.۹۲±۵.۲۹	۱۱.۸۶	۰.۰۰۰
		کارمند	۱۰.۸۶±۶.۱۰		
		کارگر	۱۳.۶±۵.۹		
		آزاد	۱۳.۷۹±۵.۲۲		
محروم‌سازی	بیکار	۱۰.۴۴±۴.۰۳	۴.۶۳	۰.۰۰۰	

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه‌ها	mean±std	F	Pvalue
		کارمند	۸.۱۷±۳.۸۱		
		کارگر	۹.۴۶±۴.۰۹		
		آزاد	۸.۹۷±۴.۲		

جدول (۳): مقایسه میانگین \pm انحراف معیار بین مولفه های خشونت و شغل زن آزمون تی

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه‌ها	mean± std	t	Pvalue
	خشونت خانگی	شاغل	۲۳.۴۶±۱۵.۵	۳۶.۶	...
		خانه‌دار	۳۳.۸۲±۱۶.۵۸		
	فشار اجتماعی	شاغل	۱۶.۰۴±۹.۹۱	۲۳.۸۲	...
		خانه‌دار	۲۱.۴۲±۱۰.۶		
شغل زن	تنبیه	شاغل	۱۳.۵±۷.۷	۲۳.۶۸	...
		خانه‌دار	۱۷.۷±۸.۳۱		
	مواجهه با اعمال سنتی	شاغل	۱۰.۹۸±۵.۸۸	۲۳.۳۴	...
		خانه‌دار	۱۳.۹۸±۵.۸		
	محروم‌سازی	شاغل	۷.۹۵±۳.۸۱	۱۴.۴۰	...
		خانه‌دار	۹.۵۶±۴.۰۹		

بحث و نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن طبیعت استرس زا و تهدیدکننده عاطفی و هزینه بالای ناباروری، این موضوع که ناباروری بحران زندگی مشترک زوجین است قابل توجه می باشد. ناباروری تن‌ها یک بیماری ژنیکولوژیک نیست بلکه یک معضل زیستی- روانی- اجتماعی در حیطه سلامت عمومی است (۲۴،۲۳). بر اساس مرور متون بدنبال تبعات نامناسب ناباروری بر زوجین زنان نابارور خشونت را تجربه می نمایند. به‌عنوان مثال در مطالعه شیخان در ایران خشونت خانگی ۳۴.۷ درصد، خشونت جسمی ۵.۳ درصد، خشونت عاطفی ۷۴.۳ درصد و خشونت جنسی ۴۷.۳ درصد شیوع داشته است (۲۰).

فرزادی در مطالعه خود نشان داد که ۸۲ درصد از زنان نابارور حداقل تحت یک نوع از آزار روانی قرار گرفته بودند (۲۵). یافته‌های این پژوهش نشان دادند که میانگین نمره نهایی خشونت در زنان بالا بوده و با توجه به بررسی ابعاد مختلف خشونت به‌طور میانگین اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه به نحوی مورد خشونت خانگی، فشار اجتماعی، محروم‌سازی، تنبیه و مواجهه قرار گرفتند. نتیجه بررسی ارتباط سن زنان و نیز همسرانشان با خشونت نشان داد که ارتباط معنی‌دار بین سن آزمودنی و مواجهه با خشونت علیه زنان وجود داشت که به خصوص در حیطه خشونت خانگی بروز یافته است. نتیجه پژوهش کنونی بر خلاف نتیجه مطالعه اردبیلی و

همکاران و نیز نتیجه مطالعه یلدیزان و همکاران^۱ است که ارتباطی را بین سن زنان و همسران آنان و مواجهه با خشونت گزارش نکردند (۱۲،۹). شاید عدم همخوانی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مذکور استفاده نمودن از ابزار تعیین مواجهه زنان نابارور با خشونت دانست، چرا که به بررسی کلی‌تر مواجهه با خشونت با در نظر گرفتن ابعاد متفاوتی از خشونت پرداخته است و نیز با افزایش سن زوجین از توانایی باروری آنان کاسته شده و خود این مسئله باعث بروز نگرانی و تشویش در روابط ایشان شده. فروزان و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان مورد خشونت قرار گرفته مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران نشان داد که زنانی که مورد همسرآزاری قرار گرفته بودند، سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند (۱۸). این نتیجه در راستای بررسی کنونی مبنی بر اینکه زنان با تحصیلات بالاتر مواجهه کم‌تری با خشونت داشته‌اند و نیز زنانی که همسر ایشان از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند نیز با خشونت کم‌تری مواجهه داشته‌اند، می‌باشد. شاید سطح تحصیلات بالاتر زنان باعث افزایش میزان آگاهی آنان در زمینه حقوق خویش شده و بروز خشونت علیه‌شان کم‌تر بوده است. در خصوص ارتباط سطح تحصیلات همسر با بروز خشونت علیه زنان نابارور مطالعه نتیجه کنونی مشابه با مطالعه اردبیلی و همکاران است (۹).

وضعیت اقتصادی یک عامل اساسی در بروز خشونت می‌باشد تا آن جایی که شیوع خشونت در خانواده‌های با وضع اقتصادی پایین

¹ Yildizhan and et al

بیش‌تر از وقوع در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی بالاتر است. اشتراوس^۲ در مطالعه خود بیان نمود که احتمال وقوع خشونت زنان در خانواده‌های مرفه نصف شیوع خشونت علیه زنانی است که از رفاه کم‌تری برخوردار هستند (۲۶، ۲۷).

در راستای بررسی وضعیت اقتصادی به‌عنوان عامل ساختاری که باعث وقوع خشونت در میان زوجین می‌شود نتیجه بررسی فوق موید همبستگی و ارتباط معنی‌دار وضعیت اقتصادی و خشونت علیه زنان نابارور است، چه اینکه هزینه‌های درمان ناباروری خود یک عامل استرس‌آور است که منجر بروز درگیری‌ها در زوجین می‌گردد، بخصوص اینکه زن عامل ناباروری باشد و مرد به تنهایی هزینه‌های زندگی را تأمین نماید، در این باره به زنان در بروز ناباروری به‌عنوان گنهکار نگریسته شده و باعث تحمیل هزینه‌های تشخیصی و درمانی در این مسیر باشند. از آنجایی که در زنان نابارور شاغل در نمره نهایی خشونت مواجهه کم‌تری با خشونت داشته‌اند می‌توان نتیجه گرفت که وابستگی مالی به مرد برای تأمین هزینه‌ها از عوامل مؤثر در بروز خشونت علیه زنان نابارور بوده است. زنانی که همسر آنان کارمند می‌باشند به میزان کم‌تری با خشونت مواجهه داشته‌اند. نجومی و همکاران در بررسی ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۶۴ سال که به کلینیک‌های زنان و مامایی مراجعه کرده بودند نشان داد که شغل مرد با بروز خشونت خانگی ارتباط داشته است و مردان شاغل در نهادهای دولتی کم‌تر به همسرآزاری اقدام می‌کردند. بر خلاف مطالعه اردبیلی و همکاران و مطالعه نجومی و همکاران بین وضعیت اشتغال زنان و خشونت ارتباطی وجود ندارد در مطالعه حاضر بین اشتغال زنان و خشونت ارتباط وجود دارد که می‌توان آن را با استقلال مالی زنان توجیه نمود (۲۸، ۲۹). همانطور که در نتایج ذکر شد، همبستگی مدت ازدواج و مدت اطلاع از ناباروری با خشونت علیه زنان ارتباط معنی‌داری داشته است. نتیجه این مطالعه در خصوص مدت ازدواج با نتیجه بررسی انجام شده به‌منظور بررسی خشونت علیه زنان نابارور نیچریه همخوانی ندارد اما در خصوص بررسی خشونت علیه زنان نابارور و مدت ناباروری با رگرسیون لجستیک انجام گرفته روی داده‌های حاصل از این بررسی نشان داده شده که مدت ناباروری می‌تواند پیش‌گویی‌کننده خشونت علیه زنان نابارور باشد (۲۹). با توجه به اینکه با افزایش طول درمان ناباروری خشونت افزایش یافته بود شاید با هم‌خوانی نتیجه فوق با نتیجه مطالعه که نشان داده هرچه تعداد دفعات لقاح داخل آزمایشگاهی افزایش یابد خشونت نیز بیش‌تر خواهد شد (۲۰) که می‌توان به اهمیت درمان زود هنگام ناباروری با استفاده از تکنیک‌های صحیح اشاره نمود.

ناباروری یک پدیده استرس‌آور است که به‌طور ناخواسته و ناگهانی به وقوع می‌پیوندد (۳۰). بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در رویارویی با استرس‌های زندگی زنان از شیوه‌های متمرکز بر هیجان به نسبت بیش‌تری از مردان مقابله می‌نمایند (۳۱). استا و همکاران^۳ در گزارش خود به نقش سلامت عمومی زنان به‌عنوان فاکتور پیش‌گویی‌کننده خشونت خانگی تأکید کرده‌اند (۳۲). مطالعه کنونی نشان داد که زنانی که سلامت عمومی بالاتری داشته‌اند با خشونت کم‌تری مواجهه داشتند، پژوهش شیخان و همکاران نیز به ارتباط سلامت عمومی زنان نابارور با خشونت اشاره نموده است (۲۰).

شاید بتوان این گونه نتیجه گرفت که برخورداری از وضعیت سلامت عمومی مطلوب (با توجه به پرسشنامه مورد استفاده در ابعاد علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) بالاتر باعث می‌شود که زنان نابارور در مقابله با استرس ناشی از بحران ناباروری چه در روابط زناشویی و چه در روابط اجتماعی از راه‌حل‌های مناسب استفاده نمایند که از بروز تنش در روابط جلوگیری گردد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر مبنی بر این است که اگرچه حجم نمونه مطالعه مناسب بوده است اما چون در مرکز ناباروری شهر ارومیه انجام شده است نمی‌تواند وضعیت کشور را در این خصوص به‌طور کلی بازگو نماید. از سوی دیگر مردان به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان اصلی در کانون خانواده‌های ایرانی اجازه همکاری به زنان در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها ندادند که با این توصیف ارزیابی وضعیت و ترسیم خشونت علیه آن دسته از زنان در خصوص خشونت علیه‌شان غیرممکن می‌باشد.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به استفاده نمودن از پرسشنامه تعیین مواجهه زنان نابارور با خشونت علیه زنان برای نخستین بار در کشور اشاره نمود، بر اساس مطالعات موجود از آنجایی که در اکثر مطالعات از ابزارهای عمومی‌تر خشونت استفاده شده بود شاید بتوان استفاده نمودن از این ابزار برای نخستین بار در کشور که به‌طور اختصاصی با شمول بر پنج بعد مواجهه زنان را با خشونت علیه‌شان می‌سنجد از نقاط شایان‌ذکر مطالعه نامید.

در پایان امید است در کنار اقدامات درمانی جهت کمک به باروری زوجین، به ارزیابی وضعیت سلامت روان آنان در کنار پروسه درمانی عنایت گردد تا بتوان با شناسایی زنان نابارور آزرده و عوامل دخیل در بروز خشونت علیه زنان نابارور با طراحی و اجرای مداخلات برای ایشان از عوارض و تبعات ناخواسته آن کاسته شود.

³Usta and et al

² Straus

اجرای این طرح را تأمین نمودند و نیز از کلیه مراجعین محترم به مرکز ناباروری بیمارستان مطهری شهر ارومیه را اعلام می دارند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی خویش را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ارومیه که هزینه های

References:

- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertil Steril*; 2009. p. 1520-4.
- Adamson PC, Krupp K, Freeman AH, Klausner JD, Reingold AL, Madhivanan P. Prevalence & correlates of primary infertility among young women in Mysore, India. *Indian J Med Res* 2011;134:440-6.
- Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22: 1506-12.
- Safarinejad MR. Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Androl* 2008;31:303-14.
- Kazem M, Ali A. An overview of the epidemiology of primary infertility in Iran. *J Reprod Infertil* 2009;10: 213-6.
- Cano A, Vivian D. Life stressors and husband-towife violence. *Aggress Violent Behav* 2001; 6(5):459-80.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process*. 2003; 42(1): 59-70.
- Braverman AM. Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. *Int Congress Series* 2004; 1266: 270-6.
- Ardabil HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112(1): 15-7.
- 1Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggress Violent Behav* 2004; 10(1): 65-98.
- Tang CS, Lai BP. A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987-2006. *Aggress Violent Behav* 2008; 13(1): 10-28.
- Yildizhan R, Adali E, Kolusari A, Kurdoglu M, Yildizhan B, Sahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynecol Obstet* 2009; 104: 110-2.
- Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, Lombard CJ, van der Spuy ZM. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod* 2005; 20: 1938-43.
- Ramos BM, Carlson BE. Lifetime abuse and mental health distress among English-speaking latinas. *Affilia* 2004; 19(3): 239-56.
- Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66(4): 1008-18.
- Wahed T, Bhuiya A. Battered bodies & shattered minds: violence against women in Bangladesh. *Ind J Med Res* 2007;126: 341-54.
- The World Health Organization (WHO) Multi-country Study on women's health and domestic

- violence against women, Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, 2005. Summary report, WHO Press, Switzerland, Retrieved from http://www.who.int/gender/violence/whomulticountrystudy/summary_report/summary_report_English2.pdf, on 12 December 2010.
18. Fourozan AS, Dejman M, Baradaran-Eftekhari M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers of Tehran (2002). *Arch Iran Med* 2007; 10(3): 295-300. (Persian)
 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. *Euro J Obst Gynecol Reproduc Biol* 2015;188:66-9.
 20. Sheikhan ZG, Ozgoli MA. Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islamic Republic Iran* 2013; 28: 152.
 21. Onat GL. Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproduc Health* 2014; 11(1): 18-26.
 22. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
 23. Covington SN, Burns LH: *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*. USA: Cambridge University Press; 2006.
 24. Onat GB, Kızılkaya NB: Marital relation and quality of life among infertile couples. *Sex Disabil* 2012; 30(1):39-52.
 25. Farzadi L. Intimate Partner Violence against Infertile Women. *J Clin Res Governance* 2014; 3(2): 147-51.
 26. Straus MA. Victims and aggressors in marital violence. *Am Behav Sci* 1980; 23:681-704.
 27. Hutchison IW, Hirschel JD, Pesackis CE. Family violence and police utilization. *J Vio Vic* 1994; 9:299-313.
 28. Agae S, Nojomi M, Eslami S, Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Arch Iran Med* 2007; 10(3): 309-15.
 29. Aduloju PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *Euro J Obst Gynecol Reproduc Biol* 2015;188:66-9.
 30. Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peersupport groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2008;63:506-16.
 31. Lancaster D, Boivin J. Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychol* 2005;24:171-8.
 32. Usta J, Jo Ann M. Farver, Nora Pashayan. Domestic violence: The Lebanese experience. *Public Health* 2007; 121: 208- 19.

EXPOSURE OF INFERTILE WOMEN TO VIOLENCE AND RELATED FACTORS IN WOMEN REFERRING TO URMIA INFERTILITY CENTER IN 2015

Fatemeh Moghaddam Tabrizi¹, Negar Fezbakhsh², Naser Sheikhi³, Tahereh Behroozi Lak⁴

Received: 29 Sep, 2015; Accepted: 1 Dec, 2015

Abstract

Background & Aims: Infertility causes lots of psychosocial consequences for many couples. Being aware of infertility and treatment failure, marital conflicts begin to occur, which leads to violence against women. The present study aimed to determine the factors associated with violence against infertile women in various aspects such as domestic violence, social pressure, punishment, frustration, and traditional violence practices.

Materials & Methods: The study inducted on 384 infertile women with primary infertility in infertility centers affiliated to Urmia University of Medical Sciences in 2015. Random Sampling was used. Researcher made Questionnaire (demographic couples, infertility information), and General Health Questionnaire as well as scale for determining violence against infertile women were used as tools to collect the data. The data were analyzed with SPSS software (version 22).

Results: Results showed that the mean scores of violence were 87.47 ± 41.88 . There were significant association between the ages of the subjects and the age of the wife. In families with infertile women and husband with primary education and below, and in women with lower economic status, the violence rate was significant (Pvalue <0.001). By lengthening the duration of marriage, and awareness of the infertile women, the rate of the violence was high (Pvalue <0.001). And relatively, there was strong relationships between all the components of the violence, and the total score of public health ($r > 0.5$).

Conclusion: Several factors are involved in violence against infertile women. So identifying the factors associated with violence against infertile women can help the public health care providers to reduce these kinds of violence.

Key words: infertility, violence, violence against women

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 44-32754961

Email: n.fezbakhsh92@gmail.com

¹ Assistant Professor in Nursing and Midwifery Department, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Candidate in Midwifery Consultation, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Msc of Statistics Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Faculty of Medical Sciences, Urmia University of Medical Science s, Urmia, Iran