

## بررسی میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز منتخب ناباروری شهر تهران

زهره شیخان<sup>۱</sup>، گیتی ازگلی<sup>۲</sup>، دکتر ماهیار آذر<sup>۳</sup>، فرزانه حسینی<sup>۴</sup>،

ملیحه نصیری<sup>۵</sup>، صبا امیری<sup>۶</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامائی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دکترای تخصصی روانپزشکی، استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکترای آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۶. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

■ نویسنده مسئول مکاتبات: زهره شیخان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیک: zsheikhan@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** خشونت یک بلای جهانی است. هر سال بیش از ۱/۶ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت خشونت به کام مرگ فرو میروند. تعداد بسیاری نیز مجروح شده دچار مشکلات جسمی، جنسی، باروری و روانی می گردند. ۳۰-۵۰ درصد موارد خشونت خانگی را خشونت جنسی تشکیل می دهد. هدف از این پژوهش تعیین میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری منتخب شهر تهران ۱۳۹۰، بوده است.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که نمونه گیری آن بصورت نمونه گیری در دسترس در مراکز ناباروری منتخب شهر تهران انجام شده است. تعداد نمونه ۴۰۰ نفر بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده که به طریقه مصاحبه تکمیل شده است. پرسشنامه از ۴ بخش، مشخصات دموگرافیک زن، مشخصات دموگرافیک همسر، پرسشنامه خشونت جنسی و پرسشنامه سلامت عمومی تشکیل شده است. از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و برای آمار استنباطی از آزمون های اسپیرمن، آنالیز واریانس یکطرفه (Anova) استفاده شده است. تمام اطلاعات توسط نرم افزار اس پی اس ۱۷ آنالیز شد.

**یافته ها:** اکثریت زنان نابارور در سنین ۳۰-۳۶ (۳۵/۴ درصد) و با میانگین  $30/50 \pm 6/16$  سال قرار داشتند. زنان نابارور در ۴۷/۳ درصد مورد خشونت جنسی قرار گرفته بودند که با درآمد، خواسته بودن ازدواج، استفاده از دارو و تریاک و ارزیابی سلامت عمومی زنان و قومیت همسر و میزان درآمد ماهیانه همسر، کشیدن سیگار، اعتیاد به مواد مخدر و ابتلا به بیماری روحی-عصبی همسران زنان نابارور همبستگی داشت. خشونت جنسی با تهدید به طلاق قبل از درمان و سلامت عمومی، تعداد دفعات ارتباط جنسی همبستگی داشت.

**بحث و نتیجه گیری:** یکی از اهداف مهم ازدواج زنان در کشورهای در حال توسعه، باروری است. زنان برای حفظ موقعیت خود به انواع روش های دشوار درمان ناباروری تن میدهند. عکس العمل در مقابل نازایی، احساس تنهایی و وجود درمان های دشوار ناباروری است و مسائل جنسی و زناشویی می تواند مهمترین عامل مستعد کننده برای بروز اختلالات روحی - روانی باشد که زمینه ساز بروز خشونت است. از عوامل موثر بر بروز خشونت، کشیدن سیگار، استفاده از مواد

اعتیاد آور و وجود بیماری جسمی و روحی-روانی در فرد می‌باشد. راهکارهای مقابله با استرس، تبیین اهداف ازدواج، آگاهی در مورد درمان‌های ناباروری، توانمندی زنان، روابط صمیمی با همسر... می‌تواند به یاری زوجین نابارور آید.

## کلمات کلیدی: خشونت جنسی، سلامت روان، زنان، ناباروری

### مقدمه

امروزه مجادلات فراوانی در خصوص فعالیت‌های مربوط به ارتقاء سلامت در گرفته است. در یک کلام، آنچه تا دیروز بر معالجه بیماری‌ها تمرکز داشت اکنون به پیشگیری، تأمین و ارتقاء سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی که به مقدمه

میلیونها زن و مرد در سراسر جهان با پدیده ناباروری مواجه هستند. گرچه شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در هر منطقه ایی متفاوت است اما طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، در جهان ۸۰-۶۰ میلیون زوج، ناباروری را تجربه کرده‌اند (۲۰۰۶، Boonmongkon). در بعضی مناطق، ۳۰ درصد زوجین نازا هستند که با توجه به درمان‌های موجود ۵ درصد آنها توانایی باروری نخواهند داشت. در ایران میزان شیوع ناباروری اولیه در سال ۲۰۰۴، ۲۴/۹ درصد ذکر شده است (Vahidi et al, ۲۰۰۹). اگر چه نازایی ممکن است در بسیاری از کشورها بر سلامت عمومی تأثیر گذار نباشد، اما می‌تواند زمینه ساز رنجی اجتماعی و روانی برای زن و مرد باشد (۲۰۰۵، Vayena et al). ناباروری که به عدم وقوع بارداری پس از یک سال مقاربت بدون پیشگیری اطلاق می‌شود (Berek, ۲۰۱۲) یک واقعه استرس‌زا است. ناباروری زن، شایستگی‌های فردی و اجتماعی وی یعنی احساس ارزش مادری و همسری را زیر سوال می‌برد و معنی هدف ازدواج و ادامه زندگی را با مشکل مواجه می‌سازد. تردیدها و تهدیدهایی که از ناکامی ناباروری ناشی می‌شود می‌تواند سلامت روان زنان را بخطر اندازد. در موقعت ناباروری، زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری متوجه خود میدانند و شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می‌پندارند حتی زمانی که شوهر خود عامل ناباروری باشد. ناباروری سبب تشدید احساس خود کوچک بینی و گناه، سرزنشگری، نگرانیها و عاملی مرتبط با خشونت و درگیریهای جسمانی، عاطفی مثل سوگ، انکار، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و اختلال در عزت نفس و تصویر بدنی است که رفتار زن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Besharat & 2006 Hosseinzadeh). تحقیقات بیانگر شیوع دیسترسهای روانی در زنان نابارور از ۴۸ درصد تا ۹۶ درصد می‌باشد (Kissi et al

۲۰۱۳، Sambisa et al, ۲۰۱۰).

ناباروری سبب ایجاد ناامیدی در زن شده و بر روی ارتباط او با همسر، خانواده و دوستانشان تأثیر گذار است. زنان نابارور بیشتر در معرض افسردگی، اضطراب، استرس و وقایع استرس‌زا هستند که می‌تواند زمینه مساعدی برای بروز خشونت باشد. (Hassanin et al, ۲۰۱۰). از سوی دیگر، خشونت یک بلای جهانی است. هر سال بیش از ۱/۶ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت خشونت به کام مرگ فرو میروند. تعداد بسیاری نیز مجروح شده دچار مشکلات جسمی، جنسی، باروری و روانی می‌گردند. معمولاً زنان و دختران قربانیان طراز اول خشونت خانگی هستند. این نوع خشونت به خشونت واقعی یا تهدید به خشونت در زمینه‌های جسمی، جنسی یا روانی توسط شریک جنسی فعلی گفته می‌شود. صرفنظر از مسائل اقتصادی، مذهب یا نژاد ۶۹-۱۰ درصد زنان در طول زندگیشان در معرض خشونت جسمی هستند که در یک سوم تا بیش از ۵۰ درصد موارد نیز با خشونت جنسی همراه می‌باشد (Pico – Alfonso et al, 2006). بر آوردهای جهانی نشان می‌دهد که خشونت یکی از علل ناتوانی و مرگ و میر زنان بوده است (Molavardi ۲۰۰۶). در اعلامیه رفع خشونت علیه زنان (۱۹۹۹) این پدیده به عنوان سدی جهت نیل به برابری، توسعه و صلح نام برده شده است. براساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانوادگی بیش از سرطان سینه و رحم و تصادفات سلامتی زنان در سنین باروری را بخطر می‌اندازد (Saberian et al ۲۰۰۴). شواهد دیوان عدالت آمریکا حاکی از آن است که زنان ۱۱ بار بیشتر از مردان قربانی خشونت خانوادگی می‌شوند (Kar ۲۰۰۰). خشونت گستره وسیعی از هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کند (Pourezza et al ۲۰۰۳). در برنامه مردم سالم (۲۰۱۰) خشونت به عنوان یک اپیدمی جهانی شناخته شده و روش‌های سازماندهی شده برای غربالگری، درمان و پیشگیری از آن پیشنهاد شده است (Schuiling & likis ۲۰۰۶).

نتایج مطالعه سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که از هر ۵ سال زندگی سالم زنان، یک سال به علت صدمه، بیماری

که خشونت‌های جنسی را تجربه کرده‌اند در مقایسه با زنانی که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند، از لحاظ سلامتی، ضعیف یا خیلی ضعیف تر بودند. همچنین مشکلات عمده این زنان در راه رفتن و حرکت برای فعالیت‌های روزانه، درد و کاهش قدرت حافظه بود (Harne & Rad 2008).

از دیگر عوارض خشونت، میتوان از کاهش اعتماد به نفس نام برد (Jewkes et al, 2008)، حتی میزان تمایل به خودکشی را در زنان تحت خشونت افزایش می‌دهد (Devries et al, 2011). خشونت علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از ضربه‌های جسمی به بهداشت روان، به اعتماد به نفس زنان نیز لطمه می‌زند (Saberian, 2004)، زیرا سلامت زنان بطور مستقیم در ارتباط با نوع، طول مدت و شدت مواجهه با خشونت می‌باشد (۲۰۰۶، Boonmongkon). اگر چه ناتوانی در بچه دار شدن می‌تواند بر یک یا هر دو طرف ازدواج، استرس سنگین وارد کند، (2000 Pourafkari) اما در دهه گذشته، پیشرفتهایی در زمینه روش‌های کمک باروری مصنوعی سبب امیدواری زوجین نابارور برای حل مشکل آنها شده است (۲۰۰۵، Vayena et al) تا از بروز طلاق در خانواده‌های آنان جلوگیری شود (۲۰۰۶، Boonmongkon). اگر چه نمی‌توان خشونت را بطور قطع پیش بینی نمود اما شناسایی عوامل موثر بر آن بر چگونگی وقوع آن موثر است (Inanlou et al ۲۰۰۱). تخمین زده می‌شود که ۴۰/۸ درصد زنان نابارور افسردگی و ۸۶/۸ درصد آنان اضطراب را تجربه می‌کنند (Ramezanzadeh et al ۲۰۰۴) که می‌تواند عاملی برای بروز خشونت باشد و با توجه به اینکه نرخ باروری در ایران بالاست و باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای خصوصاً برای زنان برخوردار است، مطالعه پدیده ناباروری با تکیه بر جنبه‌های روانی و اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا پژوهشگران بر آن شدند که مطالعه ایی با هدف تعیین میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری منتخب شهر تهران ۱۳۹۰، طراحی کنند تا با شناخت عوامل خطر احتمالی، گامی هر چند کوچک در جهت کاهش میزان بروز آن و کمک و یاری به ارتقاء سلامت زنان و کیفیت زندگی آنان شود.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که به منظور تعیین میزان خشونت جنسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز منتخب ناباروری انجام شده است. ۴۰۰ زن نابارور که برای درمان نازایی به مراکز ناباروری منتخب شهر تهران، مرکز

یا مرگ زودرس ناشی از خشونت از دست می‌رود (Nojomi et al 2007). خشونت باعث افزایش حاملگی ناخواسته، استفاده از روش‌های پیشگیری، افزایش شیوع ایدز و بیماری‌های مقاربتی می‌شود (Wingood et al 2000). بعضی از گزارشها، بیان‌کننده این است که ۳ میلیون زن تحت خشونت قرار گرفته‌اند (Peterman et al, 2011). یکی از انواع خشونت، خشونت جنسی است. آمارهای متفاوتی در این زمینه ارائه شده است. در بنگلادش ۷۵ درصد زنان در طول عمر خود خشونت فیزیکی و جنسی را تجربه کرده‌اند و یک سوم آنان مورد خشونت جنسی و فیزیکی در عرض ۱۲ ماه گذشته بوده‌اند (Hindin et al 2008). در بوسنی و هرزگوین میزان خشونت جنسی ۴۳/۵ درصد (Avdibegovic & Sinanovic 2006) در ژاپن ۲۳ درصد (Weigourt et al 2001) ذکر شده است. در یک بررسی انجام شده در آمریکا بر روی بیماران مونث ویزیت شده توسط پزشکان خانواده، ۴۷ درصد آنان اظهار کرده بودند که در طول زندگی خود قربانی نوعی تجاوز جنسی تماسی شده بودند. در میان زنان قربانی، تقریباً ۶۸ درصد از آنان تجاوز زناشویی را به عنوان یکی از اجزای سوء استفاده جنسی ذکر کرده بودند و طیفی از فعالیت‌های جنسی را از اجبار جنسی تا سوء استفاده تماسی (بوسه ناخواسته، لمس اجباری، نوازش کردن اجباری) را شامل می‌شده است (Berek, 2012). در ایران مطالعات متفاوتی انجام شده است. Taherkhani et al (۲۰۰۹) میزان خشونت جنسی را در پژوهش خود ۳۹/۱ درصد ذکر نموده است. Et al (۲۰۱۰) Hesami میزان خشونت جنسی را در مطالعه خود ۵۵/۱ درصد و et al (۲۰۱۰) Dolatian ۴۴/۶ درصد و Nohjah et al (۲۰۱۱) ۱۱/۹ درصد و et al (۲۰۱۰) Hassan ۱۳/۸ درصد بیان نموده‌اند. بسیاری از خشونت‌های جنسی اظهار نمی‌شوند بخصوص اگر توسط شوهر انجام شده باشد و مهمتر آنکه اکثر موارد آن توسط تیم‌های پزشکی شناسایی نمی‌شود (Tavara et al, 2006). خشونت‌های جنسی آثار منفی بر عملکرد زنان دارد. یکی از آثار آن، اختلال استرس بعد از تروما است (Littleton, 2012), Berek (۲۰۰۷) و همکاران در پژوهش خود میزان اختلال استرس بعد از تروما را در زنان تحت خشونت جنسی ۵۰ درصد ذکر کرده‌اند که بسیاری از آنان از علائم بدنی شاکی بوده‌اند. (Moore (۲۰۱۰) و همکاران معترفند که اختلال استرس بعد از تروما می‌تواند عاملی برای سوق دادن فرد برای بروز رفتارهای پرخطر باشد که منجر به اختلال در بهداشت باروری از بروز سرطان تا زایمان زودرس شود. زنانی

اکثریت زنان نابارور در سنین ۳۰-۲۶ (۳۵/۴ درصد)  $\pm 6/16$  سال قرار داشتند. قومیت اکثر زنان مورد پژوهش فارس (۵۸ درصد) بودند. ۹۸/۵ درصد زنان مورد پژوهش مسلمان و اکثریت آنها دارای تحصیلات دانشگاهی (۴۷/۲ درصد) بودند. شغل اکثر زنان نابارور، خانه‌دار (۸۳/۷ درصد) بوده و در مسکن شخصی (۴۸/۷ درصد) با زیربنای بین ۵۰-۹۹ متر مربع (۶۵/۷ درصد) زندگی میکردند. اکثر زنان نابارور فاقد درآمد (۸۱/۷ درصد) بودند و تعداد افراد خانواده آنها ۲ نفر (۸۹/۷ درصد) بود. سن ازدواج اکثریت زنان مورد پژوهش ۲۵-۲۰ سال (۴۴/۷ درصد)  $\pm 5/98$  سال بود. مدت ازدواج اکثر زنان مورد پژوهش بیش از ۵ سال (۵۰/۶ درصد)  $\pm 4/93$  بود و (۷/۱۶) و (۹۵/۳ درصد) آنان اولین ازدواجشان بود. در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۵/۷ درصد) ازدواج خواسته بود و هیچکدام (۶۹/۴ درصد) از زوجین ناراضی نبودند. ۹۴/۷ درصد زنان مورد پژوهش فرزندی از ازدواج قبلی نداشته و اکثریت آنان (۸۵/۷ درصد) دچار ناباروری اولیه بودند. در اکثریت واحدهای مورد پژوهش منشا ناباروری زن (۳۸ درصد) بوده است و طول مدت ناباروری آنان (۴۳/۷ درصد) بین ۱-۲۴ ماه بوده است. اکثریت زنان مورد پژوهش (۶۸/۳ درصد) لقاح آزمایشگاهی انجام نداده و در کسانی که آن را انجام داده‌اند (۲۱/۷ درصد) یک بار انجام داده‌اند که میانگین آن  $\pm 2/94$  بوده است. ۸۷/۳ درصد میکرواینجکشن انجام نداده‌اند و در کسانی که میکرواینجکشن انجام داده‌اند بیشترین رتبه (۶/۳ درصد) یکبار بوده است که اکثریت زنان نابارور (۹۸/۳ درصد) سیگار نمی‌کشیدند و ۱/۱ درصد از تریاک استفاده کرده بودند. ۹۰/۷ درصد زنان نابارور بیماری جسمی نداشتند و در کسانی که مبتلا به بیماری جسمی بودند ۳/۶ درصد دچار هیپوتیروئیدی بودند. ۹۶ درصد زنان نابارور مبتلا به بیماری عصبی و روانی نبودند و در مبتلایان به این نوع بیماری ۴ درصد بقیه سابقه افسردگی داشتند. از واحدهای مورد پژوهش در مورد وضعیت جسمانی، روحی و سلامت کلی سوال شد که به ترتیب در ۶۵/۷ درصد خوب، ۵۵ درصد متوسط و در کل ۵۱ درصد خوب بودند.

سن همسران زنان نابارور در اکثریت موارد (۳۰ درصد) کمتر از ۳۰ سال  $\pm 8/40$  بود. شغل همسران زنان نابارور در اکثریت آنان ۴۳ درصد آزاد و قومیت آنان (۶۱/۳ درصد) فارس بود و در ۹۷/۳ درصد مسلمان بودند. سن زمان ازدواج همسران زنان نابارور در اکثریت موارد (۴۱ درصد) و میانگین سنی آنها  $\pm 10/09$  بوده است. اکثریت همسران زنان نابارور (۴۵/۳ درصد) تحصیلاتشان در حد دبیرستان بوده و در ۴۹/۷ درصد

ناباروری صارم، مرکز ناباروری کوثر و مرکز ناباروری وابسته به مرکز تحقیقات باروری، ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای معیارهای ورود پژوهش بودند، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در این پژوهش شرکت داده شدند. معیارهای ورود پژوهش عبارتند از، ایرانی بودن کلیه زنان مورد پژوهش و حداقل یکسال از زمان ازدواجشان گذشته باشد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده که از ۴ بخش، مشخصات دموگرافیک زن، مشخصات دموگرافیک همسر، پرسشنامه خشونت جنسی و پرسشنامه سلامت عمومی تشکیل شده است و به طریقه مصاحبه تکمیل شده است. پرسشنامه همسر نیز توسط زن تکمیل شده است. در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها، عدم حضور همسران زنان نابارور الزامی بود. جهت تعیین اعتبار فرمهای اطلاعاتی پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه خشونت جنسی از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی آن ( $\alpha=0/88$ ) و برای سایر پرسشنامه‌ها از باز آزمون بر روی ۱۰ نفر از نمونه‌ها که در طی ۲ بار به فاصله ۱۰ روزه پرسشنامه تکمیل گردید که ضریب پایایی آن ( $r=0/81$ ) بود. کلیه اطلاعات با موافقت زنان نابارور و در محیطی کاملاً خصوصی کسب گردید. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک زنان نابارور حاوی ۳۳ سوال و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک همسر در ۱۶ سوال طراحی شده بود. پرسشنامه خشونت جنسی که در سه ماه اخیر رخ داده بود، حاوی ۱۷ سوال بود که در مقیاس ۵ امتیازی لیکرت (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) طراحی شده بود. پرسشنامه سلامت عمومی نیز از طریق انجام مصاحبه تکمیل شد. در صورت احراز نمرات ۲۱ و کمتر در کل بدون علائم اضطرابی و اختلال خواب و علائم افسردگی در نظر گرفته میشدند و در صورت احراز نمرات ۲۲ و بیشتر، دارای اختلال در سلامت عمومی بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی که شامل جداول فراوانی و شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های افراد مورد مطالعه و آمار استنباطی شامل آزمون اسپیرمن، آنالیز واریانس یک طرفه (Anova) استفاده شد. کلیه اطلاعات توسط نرم‌افزار اس پی اس اس ۱۷ تجزیه و تحلیل شد و نتایج به صورت جداول تنظیم شد. در تمام آزمون‌های بکارگرفته شده، حداقل سطح معنی داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰۰ نفر زن نابارور مورد مطالعه قرار گرفت.

ارتباط مشخصات دموگرافیک با خشونت جنسی	آماره آزمون	Pvalue	نوع آزمون	نتیجه آزمون
استفاده از تریاک...	۱۳/۸۱۰	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$
ارزیابی وضعیت جسمانی	۲/۴۶۲	۰/۰۰۵	آنووا	$P < ۰/۰۱$
ارزیابی وضعیت سلامت کلی	۳/۱۸۳	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$
قومیت همسر	۱/۸۶۲	۰/۰۳۹	آنووا	$P < ۰/۰۵$
میزان در آمد ماهیانه همسر	-۰/۱۴۹	۰/۰۱۰	اسپیرمن	$P < ۰/۰۵$
کشیدن سیگار همسر	۳/۳۳۶	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۵$
اعتیاد به مواد مخدر همسر	۴/۰۸۸	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$
ابتلا به بیماری روحی - عصبی	۳/۰۹۷	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$
تهدید به طلاق قبل از درمان	۱/۸۵۰	۰/۰۴۰	آنووا	$P < ۰/۰۵$
تعداد دفعات جنسی	۰/۱۱۹	۰/۰۴۰	اسپیرمن	$P < ۰/۰۵$
وضعیت سلامت عمومی	۲/۰۱۱	۰/۰۲۳	آنووا	$P < ۰/۰۵$

### بحث

در این پژوهش میزان خشونت جنسی در زنان نابارور ۴۷/۳ درصد بود. در پژوهش Ardabili و همکاران (۲۰۱۱) نیز که بر روی زنان نابارور انجام شده بود این میزان ۸ درصد ذکر شده است. در مطالعه Yhidizhan و همکاران (۲۰۰۹)، میزان خشونت جنسی ۲۹/۲ درصد ذکر شده است. Afifi و همکاران (۲۰۱۱) میزان خشونت جنسی را ۶/۹ درصد ذکر کرده‌اند. البته تفاوت در میزان‌های خشونت جنسی از تفاوت‌های فرهنگی، نوع پژوهش و ابزار گردآوری اطلاعات متاثر است. البته این نکته را باید در نظر داشت که خشونت جنسی در بسیاری از جوامع مورد غفلت و چشم پوشی واقع شده است. زیرا عکس العمل اجتماعی که نسبت به خشونت و مسائل جنسی وجود دارد، زن را مجبور به پذیرش و سکوت در مورد آن کرده است. خشونت جنسی بعنوان یکی از عوامل مختل کننده بهداشت جنسی که از حقوق زنان است باید مورد توجه بسیاری از مسئولین مراقبتهای بهداشتی قرار گیرد (Tavara et al, 2006) زیرا طبق قوانین حقوق باروری، زنان حق دارند یک رابطه جنسی ایمن و لذت بخش را تجربه کنند نه یک رابطه با زور و تهدید را. عدم عدالت جنسیتی به عنوان یک عامل خطر برای بروز افسردگی در زنان مورد توجه است. فقدان حقوق باروری و جنسیتی یک معیار مهم برای بی عدالتی جنسیتی در

میزان در آمد آنان در حد ۳۰۰-۵۰۰ هزار تومان در ماه بوده است. ۸۸ درصد همسران زنان نابارور، اولین ازدواجشان بوده و در ۹۳ درصد موارد فرزندی از ازدواج قبلی نداشته‌اند. ۶۱/۳ درصد همسران زنان نابارور سیگار نمی کشیدند و در ۳/۷ درصد از تریاک استفاده کرده بودند که در ۲ درصد موارد گاهی بوده است. ۹۶/۷ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش اعتیاد به مواد مخدر نداشته و در ۹۱/۳ درصد به بیماری جسمی مبتلا نبوده و در ۹۶/۷ درصد به بیماری عصبی و روحی مبتلا نبوده‌اند. ۹ درصد همسران زنان نابارور از دارو در طی ماه گذشته استفاده کرده بودند که در اکثر موارد (۲ درصد) از داروهای درمان نازایی بود.

زنان نابارور در ۴۷/۳ درصد مورد خشونت جنسی قرار گرفته بودند که در ۰/۴ درصد، درد ناحیه تناسلی و عفونت در ناحیه تناسلی در اثر رابطه جنسی اجباری دیده شده و شخص را مجبور به مراجعه به پزشک نموده است. میزان ارتباط جنسی زنان نابارور در ۶۰ درصد موارد، ۳-۴ بار در هفته بوده است. ۵/۳ درصد از زنان نابارور تهدید به طلاق شده که ۲/۳ درصد قبل از درمان بوده است. خشونت جنسی با میزان درآمد ماهیانه زن، خواسته بودن ازدواج و ناراضی بودن طرفین ازدواج و استفاده از تریاک، هروئین، الکل و داروهای آرامبخش و ارزیابی از وضعیت جسمانی سلامت کلی زنان همبستگی داشت ( $P < ۰/۰۱$ ). خشونت جنسی با قومیت همسر و میزان درآمد ماهیانه همسر ( $P < ۰/۰۵$ )، و کشیدن سیگار، اعتیاد به مواد مخدر و ابتلا به بیماری روحی-عصبی همسران زنان نابارور همبستگی داشت ( $P < ۰/۰۱$ ). خشونت جنسی با تهدید به طلاق قبل از درمان و سلامت عمومی، تعداد دفعات ارتباط جنسی همبستگی داشت ( $P < ۰/۰۵$ ). تمام موارد خشونت جنسی توسط همسران زنان نابارور انجام شده بود. ۲۱/۷ درصد از زنان نابارور طبق ارزیابی پرسشنامه سلامت عمومی (احراز نمره ۲۲ و بیشتر) در سلامت عمومی دچار اختلال بودند. (جدول شماره ۱)

### جدول ۱- تعیین ارتباط خشونت جنسی با مشخصات

#### دموگرافیک

ارتباط مشخصات دموگرافیک با خشونت جنسی	آماره آزمون	Pvalue	نوع آزمون	نتیجه آزمون
میزان درآمد ماهیانه	-۰/۱۹۲	۰/۰۰۱	اسپیرمن	$P < ۰/۰۱$
ناخواسته بودن ازدواج	۳/۰۸۲	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$
ناراضی بودن طرفین ازدواج	۴/۲۱۵	۰/۰۰۰	آنووا	$P < ۰/۰۱$

جنسیتی باشد. خشونت‌ها می‌تواند بازتاب تعاریف فرهنگی باشد که از نقش‌های مردان شده است. دیدگاه فیمینیستی، تسلط مرد و اجتماعی شدن جهت استفاده از قدرت را منشا خشونت می‌داند. خشونت از نتایج پدر سالاری و تسلط مرد و نابرابری جنسی است (Shamsehsfandabad & Emamipour 2003). در این تحقیق خشونت جنسی با میزان درآمد ماهیانه همسر ارتباط معنی داری وجود داشت. نتایج تحقیقات Hassan و همکاران (۲۰۱۰)، (Naved & Persson 2008) و (Babu & Kar ۲۰۱۰) با پژوهش ما همخوانی دارد. ارتباط فقر و خشونت که ناشی از عدم ثبات وضعیت اقتصادی نامطلوب، بیکاری، درآمد پایین و وابستگی اقتصادی زن به همسرش می‌تواند از علل بروز خشونت باشد. شایان ذکر است که درمان‌های نابرابری در تمامی کشورها هزینه‌های گزافی داشته که خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد. ما ارتباط معنی داری بین خشونت جنسی و کشیدن سیگار، اعتیاد به مواد مخدر همسر یافتیم که با نتایج مطالعات (Hassan & Babu & Kar ۲۰۱۰) و همکاران (۲۰۱۰) و (Aklimunnessa et al 2007) همخوانی داشت.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) از عوامل موثر بر بروز خشونت را کشیدن سیگار، استفاده از مواد اعتیاد آور و وجود بیماری جسمی و روحی-روانی در فرد می‌داند. نظریه‌های مختلفی بر این زمینه حاکم است. نظریه ناکامی-پرخاشگری بر این مبناست که در صورتی که رفتار در جهت رسیدن به هدف نباشد ناکامی سبب ایجاد انگیزه (تحریک) می‌گردد که هدف آن صدمه زدن به افراد یا اشیای دیگر است در این صورت شرایط محیطی مثل افراط در سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی باعث بروز پرخاشگری می‌شود (Narimani & 2005). ما ارتباط معنی داری بین خشونت جنسی و ابتلا به بیماری روحی - روانی همسر یافتیم. نتایج تحقیقات Taherkhani و همکاران (۲۰۰۹) و Nohjah و همکاران (۲۰۱۱) با مطالعه ما همخوانی دارد. Abedinia و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند شیوع افسردگی و بیماری‌های روانی در زوجین نابارور کشور ما بیشتر از سایر کشورهاست. این مسئله می‌تواند سبب خشونت شود. در مطالعه ما ارتباط معنی داری بین خشونت جنسی با تهدید به طلاق قبل از درمان و سلامت عمومی، تعداد دفعات ارتباط جنسی همبستگی داشت.

زنانی که تحت خشونت جنسی قرار گرفته اند، اغلب دچار اختلال عملکرد جنسی و اشکال در برقراری روابط صمیمی می‌شوند. ترس از ایجاد ارتباطات صمیمی، فقدان لذت جنسی، اشکال در تمایل و انگیزش جنسی و عدم دستیابی به ارگاسم

جامعه است و زنان در بسیاری از نقاط دنیا، حقی میان حقوق باروری و نیازهای جنسی خود ندارند (Ali et al, 2009). در این پژوهش خشونت جنسی با میزان درآمد ماهیانه زن ارتباط معنی دار داشت که با مطالعه Nohjah- و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت. Taherkhani و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباط معنی داری بین بروز خشونت جنسی و استقلال زن یافتند. همچنین خشونت جنسی با خواسته بودن ازدواج و ناراضی بودن از ازدواج ارتباط آماری معنی دار داشت که با نتایج تحقیق Yhidizhan و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. Noorbala و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که بیشترین عاملی که زنان نابارور را تحت فشار و استرس قرار می‌دهد، عکس العمل مردم در مقابل نازایی، احساس تنهایی و وجود درمان‌های دشوار نابرابری است و مسائل جنسی و زناشویی می‌تواند مهمترین عامل مستعد کننده برای بروز اختلالات روحی - روانی باشد که زمینه ساز بروز خشونت است. در پژوهش ما خشونت جنسی با استفاده از تریاک، هروئین، الکل و داروهای آرامبخش زنان همبستگی داشت. Taherkhani و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباط معنی داری بین بروز خشونت و مصرف دارو در زن یافتند. Hassan و همکاران (۲۰۱۰) نیز ارتباط معنی داری بین بروز خشونت و مصرف سیگار در زن یافتند. عدم اطلاع زن و مرد از نقش‌های واقعی خود در خانواده و جامعه، حاکم نبودن منطق در خانواده، توقعات دست نیافتنی، اهمیت ندادن به خواسته‌ها و نیازهای یکدیگر زمینه ساز بروز بیماری‌های روحی و کشمکش‌های روانی است که زوجین را به پیروی از رفتارهای پر خطر سوق می‌دهد. شاید یکی از علل رفتارهای پر خطر در زنان نابارور مطالعه ما بیماری‌های روحی - روانی در آنان باشد که از حیطة پژوهش ما خارج بود. Domar و همکاران (۲۰۰۰) شیوع بالای افسردگی را در زنان نابارور مشاهده کردند و توصیه نمودند قبل از اقدام به درمان نابرابری، مداخلات روانی جهت بهبود وضعیت روانی زنان انجام شود. در پژوهش ما خشونت جنسی با ارزیابی از وضعیت جسمانی سلامت کلی زنان ارتباط معنی داری وجود داشت. Usta و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که وضعیت سلامتی زن عامل مهم پیشگویی کننده بروز خشونت است. استرس‌های مزمن که در زنان نابارور مشاهده می‌شود می‌تواند سبب بروز خشونت شود (Rashidi et al 2011). در پژوهش ما خشونت جنسی با قومیت همسر ارتباط معنی داری وجود داشت. Nohjah و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین قومیت همسر و بروز خشونت یافتند. خشونت‌های خانگی می‌تواند بیانگر عدم تساوی اجتماعی، اقتصادی و عدالت

داشت که یکی از اهداف مهم ازدواج زنان در کشورهای در حال توسعه، باروری است. چنانکه میزان بالای باروری در این کشورها نشان دهنده این خواسته است. ناباروری در حقیقت، خدشه دار شدن این ارزش است. این است که زنان برای حفظ موقعیت خود به انواع روش‌های دشوار ناباروری تن میدهند و چه بسا آنها را در مقابل بیماری‌های روانی و افسردگی و سایر اختلالات روانی آسیب پذیر می‌کند (Leung et al, 2005, Trivedi et al, 2011, Grudzen et al, 2011, Halk & Celal, 2011). بنا بر این بر اهمیت مسئله مشاوره تاکید و افزوده می‌شود. راهکارهای مقابله با استرس، تبیین اهداف ازدواج، آگاهی در مورد درمان‌های ناباروری، توانمندی زنان، روابط صمیمی با همسر... می‌تواند به یاری زوجین نابارور آید. از سوی دیگر بسیاری از زنان، خشونت را آشکار و اظهار نمیکنند. ترس از پاشیدن زندگی، متزلزل شدن موقعیت اجتماعی، نداشتن شغل مناسب و درآمد کافی و... آنها را مجبور به تحمل خشونت می‌کند. مشاوره، آگاهی در مورد روش‌های کمک باروری و توجه به زمان بر بودن آنها، داشتن حوصله، راهکارهای مقابله با استرس و... موجب کاهش برخورد‌های منجر به خشونت شده و محیطی گرم و صمیمی را برای آنها به ارمغان می‌آورد.

از محدودیتهای این پژوهش میتوان به اعتیاد زنان نابارور شرکت کننده در این بررسی یا همسران آنها به الکل، سیگار و مواد مخدر که ممکن است به دلایل فرهنگی و اجتماعی بیان نشده باشد، و عدم افشای خشونت بدلیل فرهنگی، اجتماعی، شرم، خجالت و فراموشی توسط زنان نابارور اشاره کرد. چون پرسشنامه همسر توسط زن تکمیل شده است ممکن است در مواردی مصرف دارو توسط همسر اظهار نشده باشد. عدم موافقت بعضی از مراکز ناباروری نیز از دیگر محدودیتهای انجام پژوهش بود.

### تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل طرح مصوب تحقیقاتی شماره ۲۵/۱۲/۸۹۱۱ پ/ به تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۸ معاونت پژوهشی است لذا پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، مدیریت و پرسنل محترم مراکز ناباروری صارم، کوثر و مرکز تحقیقات باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه زنان نابارور شرکت کننده در این پژوهش اعلام میدارند.

از سایر عوارض خشونت جنسی است. زنان فوق بیشتر دچار افسردگی، تلاش برای خودکشی، اضطراب مزمن، عصبانیت، مشکلات مربوط به سو استفاده از مواد، اختلال شخصیت حد مرزی، خستگی، اعتماد به نفس پایین، احساس گناه و سرزنش خود و اختلال خواب می‌شوند. این زنان اغلب دچار انزوای اجتماعی، انواع هراس، احساس آسیب پذیری، ترس، احساس حقارت، غم و فقدان کنترل می‌شوند (Berek, 2012 و Lung et al 2003). از سوی دیگر افسردگی و اضطراب می‌تواند فرایند بیولوژی باروری را تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه مشکل ناباروری را پیچیده تر کند (Ramezanzadeh et al, 2004). وقتی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال توسط استرس و فشارهای روانی فعال می‌شود، سبب ترشح هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین از هیپوتالاموس، آدرنوکورتیکوتروپیک از هیپوفیز و کورتیزول از آدرنال می‌شود. این مجموعه سبب ترشح نور اپی نفرین از قسمت میانی آدرنال می‌شود. استرس و اختلالات روانی سبب تغییراتی در رفتارهای جنسی و سطح ترشحات گنادوتروپینها می‌شوند که این حالت به کرات در استرسهای مزمن دیده می‌شود. مسیر بیولوژیک دیگری که تأثیر اضطراب بر سیستم ایمنی فرد مضطرب است و سبب کاهش تطابق شده و از این طریق می‌تواند بر لانه گزینی در این افراد موثر باشد، وقتی که تحت تأثیر فشارهای روانی، سیستم عصبی سمپاتیک و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال فعال می‌شود، سطح کاتکول آمینها و کورتیزول افزایش مییابد که منجر به تغییرات ایمنی در فرد می‌شود. (Cwikel, 2004). گرچه بسیاری از مشکلات کنونی جامعه ما به ویژه خانواده‌ها، ناشی از مرحله گذار جامعه از ساختار سنتی به ساختار مدرن است و افزایش سطح تحصیلات زنان، اشتغال و استقلال مالی زنان و تغییر ساختار اجتماعی خانواده منجر به تغییر نقش زن در خانواده و جامعه شده است. از طرف دیگر عدم تطابق مردان و زنان با این تغییرات و سبک جدید زندگی منجر به بروز مشکلات و افزایش سطح استرس در جامعه و خانواده میشود و در این میان افزایش کمی و کیفی ارتباط با جهان خارج از طریق رسانه‌ها و مسافرت‌ها و برخورد با فرهنگ جوامع مختلف در تشدید تاثیرات این مساله نیز باید مدنظر قرار داد. نمایش تصاویر خشونت آمیز در رسانه‌ها می‌تواند به یادگیری و ترویج خشونت خانگی علیه زنان در جامعه منجر شود و بر روی سلامت روانی و معنوی خانواده‌ها تاثیر گذارد. (Ahmadi 2008). گرچه تحقیقات کمی در مورد خشونت در زنان نابارور انجام شده است، ولی باید توجه

## REFERENCES -----

- Abedinia V, Ramezanzadeh F, Noorbala A. (2009). Effects of a psychological intervention on quality of life in infertile couples. *Journal of Family and Reproductive Health*. 3(3)87-93
- Afifi ZE Al-Muhaideb NS Hadish NF et al (2011). Domestic violence and its impact on married women's health in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 32(6) 612-20
- Ahmadi B Naseri S Ali Mohammadian M et al(2008). [Views of men and women in Tehran and expert on domestic violence against women in Iran: a qualitative study]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 6(2) 67-81 (Persian).
- Aklimunnessa K Khan M Kabir M Mori M(2007). Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Bangladesh: evidence from a national survey . *The Journal of Men's Health & Gender*. 4(1) 52-63
- Ali F Israr S Ali B Janjua N(2009). Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rap with depression among Pakistani women. *Bio Med Central Psychiatry*. 9(1) 77
- Ardabil HE Moghadam ZB Salsali M et al(2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal Gynecology and Obstetrics* . 112 (1) 15-17
- Avdibegovic E Sinanovic D (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina . *Croatian Medical Journal* . 47(5)730-410
- Babu BV & Kar SK(2010). Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration. *Public Health*. 31(1) 29-40
- Berek L(2006). Sexual violence. best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 20(3) 395-408
- Berek SJ (2012). Berek & Novak's Gynecology. 15th edition. Philadelphia ,Lippincott ,Williams & Wilkins.
- Besharat MA Hosseinzadeh R (2006). [Comparison of psychological and sexual problems of fertile and infertile women]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 12(45)146-153 (Persian).
- Boonmongkon P (2006). Family networks and support to infertile people. WHO, Geneva. Available from <http://www.WHO.org>.
- Cwikel J Gidron Y Sheiner E(2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 117(2) 126-131
- Devries K Watts C Yoshihama M et al (2011). 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. *Social Science & medicine*. 73(1) 79-86
- Dolatian M Hesami K Shams J et al (2010). [Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression]. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 12(4) 377-383
- Domar AD Clapp D Slawsby EA Dusek J et al(2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile Women. *Fertility & Sterility*. 73(4) 805-12
- Grudzen CR Meeker D Torres JM et al(2011). Comparison of the mental health of female adult film performers and other young women in California. *Psychiatric Services*. 62(6) 639-45.
- Halk Sagligi & Celal Bayer Univ (2011). The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptom in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa Turkey. *Turkish Psikiyatri Dergisi*. 22(1) 10-6.
- Harne L & Rad FL (2008). Tackling Domestic Violence. New York: Open-University Press.
- Hassan M Kashanian M Roohi M et al (2010). [Domestic violence against pregnant women: prevalence and associated factors]. *Journal of Woman and Society*. 1(4) 77-96(Persian).
- Hassanin IMA Abd-El-Raheem T Shahin AY(2010). Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 110(2)118-121
- Hesami K Dolatian M Shams J et al (2010). [Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women]. *Iran Journal of Nursing*. 23(63) 51-59 (Persian).



- Hindin J Kishor S Ansara DL(2008). Intimate Partner: Violence among Couples in 10 DHS Countries Predictors and Health Outcomes. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland: Macro International Inc, USA. 430-432
- Inanlou M, Hagdost F, Mashayekhi F, Haggani H (2001). [A study of couples characteristics and existing relations with the kind and severity of wife abuse ]. Iran Journal of Nursing. 13(26) 57-65 (Persian).
- Jewkes R Darnall L(2008). Sexual violence. International Encyclopedia of Public Health. 38(2) 723-731
- Kar M (2000). [ Research about violence against women in Iran]. Tehran Roshangaran and Motaleat Zanan Publications. (Persian).
- Kissi YE Romdhane AB Hidar S et al (2013). General psychopathology, anxiety ,depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment:a comparative study between men and women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 167(2) 185-9
- Leung TW Leung WC Ng E HO PC(2005). Quality of life of victim of intimate partner violence. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 90 (3) 258-262
- Leung TW Ng E Leung WC HO PC(2003). Intimate `partner violence among infertile women. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 83(3) 323-324
- Littleton HL berfnson AB Breilkopf CR(2007). An evaluation of health care providers' sexual violence screening practices. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 196(6)564-567
- Molavardi Sh(2006). [ Dissection Violence Against Women]. Tehran: Hogogdan and Daneshnegar Publications. (Persian). ;
- Moore AM Frohwirth L Miller E(2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United State. Social Science & Medicine. 70(11) 1737-1744
- Narimani M Aghamohamadian H(2005). [ Evaluation of male violence against women and its related factors among family Resides in the city of Ardabil 2005]. Journal of Mental Health Principle. 7(27,28) 107-113 (Persian).
- Naved T & Persson A (2008). Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. International Family Planning Perspective. 34(2) 71-78
- Nohjah S Latifi SM Haghghi M et al(2011). [ The prevalence of domestic violence against women and its related factors in Khuzestan province, in 2007-2008]. Behbood, Research Journal Medical Sciences, Kermanshah . 15(4) 278-286 (Persian).
- Nojomi M, Agae S, Eslami S (2007). [Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics]. Archives of Iranian Medicine. 10(3)309-15 (Persian).
- Noorbala AA Ramezanzadeh F Abedinia N et al (2007). Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. Journal of Family and Reproductive Health . 1(1) 6-11.
- Peterman A Palermo T Bredenkamp C (2011). Estimates and determinants of sexual violence against women and in the Democratic Republic of Congo. American Journal of Public Health. 101(6) 1060-70
- Pico-Alfonso MA, Garsia-Linares MI, Celda-Navarro N et al (2006). 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. Journal of Women's Health. 15(5) 599-611
- Pourafkari N (2000). [Comprehensive Dictionary of Psychology 'in Psychiatry and Related Fields] 2nd Edition Tehran: Fargange moaser publication. (Persian).
- Pourreza A, Mosavi P (2003). [ Violence Against Women]. Tehran: Iranban Publications. (Persian)
- Ramezanzadeh F Aghssa M Abedinia N et al (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. BMC Women's Health. 4(9)440-448
- Rashidi B Hosseini S Beigi1 Pet al (2011). Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support. Journal of Family and Reproductive Health . 5(4) 324-329
- Saberian M (2004). [Factors affecting the incidence of domestic violence against its methods from the perspective of women referred to health centers in Semnan city 2003]. Journal of Forensic Medicine.

- 11(33) 30-34 (Persian).
- Sambisa W Angeles G Lance PM et al (2010). Physical and sexual abuse of wives in urban Bangladesh: husbands' reports. *Studies in Family Planning*. 41(3) 165-78
- Schuiling KD & likis FE (2006). *Women's Gynecologic Health*. Sudbury: Joes and Bartlett Publishers.
- Shamsh Esfandabadi H, Emamipour S (2003). [A survey on prevalence wife battering and affecting factors]. *Journal of Women's Research*. 5(1) 59-82 (Persian).
- Taherkhani S, MirmohammadAli M, Kazemnezhad A, et al (2009). [Investigation of domestic violence against women and its relationship with the couple's profile. ] *Journal of Forensic Medicine*. 15 (2) 123-129(Persian).
- Tavara L(2006). Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 20(3) 395-408.
- Trivedi JK Mishra M Kendurkar A(2007). Depression among women in the South-Asian region:The underlying issues. *Journal of Affective Disorders*. 21(1) 219-225.
- Usta J Farver JAM Pashayan N(2007). Domestic violence: The Lebanese experience. *Public Health*. 121(3) 208-219.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. (2009) Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004–2005. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 21(3) 287–93
- Vayena E Rowe P griffin D et al (2005). *Fertility & Infertility*. WHO, Geneva. Available from <http://www.WHO.org>.
- Weigourt R, Maruyama T, Sawada I, Yoshino J(2001). Domestic violence and women's mental health in Japan. *International Nursing Review* 48(2)102-8
- Wingood GM DiClemente RJ Raj A (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in nonurban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*. 19(4) 270-5
- Yhidizhan R Adali E Kolusari A et al (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 104 (2) 110-112

# Prevalence of sexual violence among infertile women attended to 2011. Tehran of infertility centers

Z Sheikhan<sup>1</sup>, G Ozgoli<sup>2</sup>, M Azar<sup>3</sup>, F Hosseini<sup>4</sup>, M Nasiri<sup>5</sup>, S Amirii<sup>6</sup>

1-Lecturer ,Department of Midwifery and reproductive health, Faculty of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Lecturer PhD student , Department of Midwifery and reproductive health , Faculty of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3-MD , Assistant professor, Department of Psychiatry , School Medicine of , Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4-M. Sc,Fertility & Infertility research center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5-PhD student , Department of Biostatistics, Tarbiat Modarres University Tehran, Iran

6- BS, Faculty of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

■ Corresponding author: Zohre Sheikhan. Email: zsheikhan@Gmail. com

## Abstract

**Background & Aims:** Violence is a global problem. More than 1. 6 millions of people worldwide lose their lives because of violence every year. Also, many others are injured and suffer from physical, sexual, reproductive and mental problems. 10-69 percent of women experience of physical violence and over 30-50 percent of them experience sexual violence. The purpose of this study was to identify the prevalence and the factors associated with sexual violence against infertile women attending to infertility centers in Tehran, Iran.

**Materials and Methods:** In this cross sectional / descriptive study 400 infertile women attending to infertility centers in Tehran were included. The samples of the study were selected by purposive sampling method. A questionnaire was used for data collection. The questionnaire consisted of demographical characteristics of infertile women, demographical characteristics of husband , The questionnaire of sexual violence that has happened in the last 3 months and Questionnaire of general health. To analyze data, descriptive statistics, Spearman test, one way analysis of variance and SPSS 17 software were used.

**Findings:** Age of women was 30. 50±6. 16. Prevalance of sexual violence was 47. 3%. Sexual violence was significantly associated with income, unwanted marriage ,using drugs and opium and evaluation of total physical health of women and ethnicity , smoking and addiction or drug abuse, mental diseases of the husband and threatened to divorce before treatment , general health status and number of sexual intercourse. ( $P < 0. 05$ ).

**Conclusion:** One of the main purposes of marriage in developing countries is fertility. Infertile women try many methods of infertility treatment, loneliness and harsh treatment of infertility and sexual and marital problems may be the most important predisposing factor for mental disorders and violence. Factors influence the incidence of violence, smoking , use of drug and physical and mental illnesses. Coping strategies , defining marriage goals , knowledge about infertility treatments , women's empowerment , intimate relationships can help infertile couples and lessen violence.

**Key words:** Sexual violence , Mental health ,Women ,Infertility