

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور
(مورد مطالعه: زنان مراجعه کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

The effect of domestic violence with emphasis on spousal abuse on sexual dysfunction of infertile women (Case of study: women referring to Clinic of Shahid-Mofateh and Hospital of Shohadeh-Qomnam in Yasuj)

Fateme Mahboubifar

Master of Educational Management, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

فاطمه محبوبی فر

کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

Vahid Dastyar

PhD student in sociology, Mazandaran University, Mazandaran, Iran.

Email: Vdastyar95@gmail.com

وحید دستیار*

دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران.

Abdelaeh Farjanipour

Master of General Psychology, Islamic Azad University, Yasouj, Iran.

عبدالله فرجانی پور

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

Sheyda Layeghi-Motlagh

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Yasouj, Iran.

شیدا لایقی مطلق

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

Abstract

Sexual dysfunctions include disorders of libido, sexual arousal, orgasm, sexual pain, and sexual disorders caused by general medical problems. This research aimed to investigate the effect of domestic violence with emphasis on spousal abuse on the sexual dysfunction of infertile women. The current research was a cross-sectional survey in terms of the implementation method. The statistical population included infertile married women referring to Clinic of Shahid-Mofateh and Hospital of Shohadeh-Qomnam in Yasuj, 200 of whom were selected as a sample using the available sampling method. Finally, the data collection tool was distributed among them (Short form of spousal abuse experience (Alipour and

چکیده

اختلالات عملکرد جنسی دربرگیرنده اختلالات میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، درد جنسی و اختلالات جنسی ناشی از مشکلات عمومی پزشکی است. هدف این تحقیق، بررسی تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور بود. پژوهش حاضر از لحاظ روش اجراء، پیمایشی از نوع مقطعی - تحلیلی بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل نابارور مراجعه کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج بودند که ۲۰۰ نفر از آنان به عنوان نمونه و با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و در نهایت ابزار گردآوری داده‌ها (پرسشنامه‌های فرم کوتاه تجربه همسرآزاری علی‌پور و همکاران و عملکرد جنسی روزن و همکاران) بین آنها

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

et al) and sexual performance (Rosen and et al)). Spss24 and Amos23 softwares were used for data analysis. According to research findings, there was a significant and inverse relationship between light physical violence and sexual violence with women's sexual performance ($P < 0.01$), but there was a significant and direct relationship between severe physical violence and the sexual performance of infertile women ($P < 0.01$). While there was an inverse but insignificant relationship between emotional violence and verbal violence in women's sexual performance ($P > 0.05$). Finally, the results showed that 36% of the variance of the "female sexual performance" variable was explained by the spousal abuse variable. From the findings of the research, it can be concluded that the higher the amount of spousal abuse in the family, the more destructive it will be for sexual performance.

Keywords: Domestic Violence, Yasouj City, Spousal Abuse, Infertile Women.

توزیع شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای Spss24 و Amos23 استفاده شد. با توجه به یافته‌های تحقیق بین خشونت جسمی سبک و خشونت جنسی با عملکرد جنسی زنان رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت ($P < 0.01$)، اما بین خشونت جسمی سنگین و عملکرد جنسی زنان نابارور رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت ($P < 0.01$). در صورتی که بین خشونت عاطفی و خشونت کلامی با عملکرد جنسی زنان رابطه معکوس، اما غیرمعناداری وجود داشت ($P > 0.05$). در نهایت نتایج نشان داد که به میزان ۳۶ درصد از واریانس متغیر «عملکرد جنسی زنان» توسط متغیر همسرآزاری تبیین شده است. از یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که هر چه میزان همسرآزاری در خانواده بیشتر باشد، بر روی عملکرد جنسی تأثیر مخرب‌تری خواهد گذاشت.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، شهر یاسوج، همسرآزاری، زنان نابارور.

پذیرش: شهریور ۱۴۰۱

دریافت: تیر ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

ناباروری یکی از مسائل اجتماعی، روانی و پزشکی مهم عصر حاضر است و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۷۵ میلیون زوج در سراسر جهان و بیش از ۱/۵ میلیون زوج در ایران از ناباروری رنج می‌برند. شیوع آن در نقاط مختلف جهان ۱۰ تا ۱۵ درصد است که از هر شش زوج در سنین باروری یکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. اما این درصد در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است (حدود ۳۱ درصد) و ۹/۱ درصد از زنان ناباروری اولیه و ۱۰/۵ درصد ناباروری ثانویه را تجربه کرده‌اند [۲]. شواهد نشان می‌دهد که اکثر افراد نابارور در جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و بچه‌دار شدن در این مکان‌ها اغلب تنها راه زنان برای ارتقای جایگاه خود در جامعه است. علیرغم این واقعیت که ۴۰ درصد ناباروری‌ها مربوط به مردان، ۴۰ درصد مربوط به زنان و ۲۰ درصد مربوط به هر دو یا به دلایل ناشناخته است، در برخی جوامع تقریباً همیشه ناتوانی در فرزندآوری فقط به «زن» نسبت داده می‌شود و زنان نیز اغلب مقصر ناباروری هستند، حتی اگر علت ناباروری به آنها مربوط نباشد [۳]. در تعریف ناباروری باید گفت که ناباروری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن زوجها پس از یک سال رابطه جنسی محافظت‌نشده نتوانسته‌اند بچه‌دار شوند [۴]. در بسیاری از فرهنگ‌ها، زنانگی از طریق مادر بودن تعریف می‌شود و زنان نابارور معمولاً مقصر ناتوانی زوجین در باردار شدن هستند. همچنین، زنان بدون فرزند اغلب انگ نازایی می‌خورند که منجر به انزوا، بی‌توجهی، خشونت خانگی و چندهمسری می‌شود [۵]. بنابراین، ناباروری یکی از مهم‌ترین مشکلات پزشکی و اجتماعی است که سلامت روانی خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند باعث مشکلات روانی و اجتماعی متعددی مانند اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلال عملکرد جنسی شود [۶]. در این راستا، دونکور، نب و کاسیوا^۱ [۷] نشان دادند که ناباروری به عنوان

یک مشکل عمده زندگی در اکثر خانه‌ها دیده می‌شود و گاهی منجر به استرس‌های روانی مانند بی‌ثباتی زناشویی، اختلال عملکرد جنسی با کاهش کیفیت زندگی و عدم ثبات روابط زناشویی می‌شود. رابطه جنسی یکی از خصوصی‌ترین و صمیمی‌ترین ارتباط بین زوجین است که احساس رضایت از آن باعث می‌شود نظام خانوادگی حفظ شود. در این بین یکی از مهمترین عوامل موثر نارضایتی زوجین از رابطه جنسی، اختلالات جنسی است [۸]. اختلال جنسی به این معناست که فرد در یک یا چند مرحله از چهار مرحله میل، هیجان، ارگاسم و وضوح جنسی، اختلال عملکردی دارد یا در حین رابطه جنسی درد را تجربه می‌کند. بر اساس کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، سه نوع اختلال عملکرد جنسی برای زنان وجود دارد: اختلال ارگاسم زنان، اختلال علاقه جنسی/برانگیختگی جنسی زنان و درد تناسلی لگنی [۹]. در مجموع اختلالات عملکرد جنسی عبارت‌اند از: اختلالات میل جنسی، کم‌فعالیتی یا مهار و تنفر جنسی، اختلالات برانگیختگی جنسی، اختلالات ارگاسم، اختلالات درد جنسی (واژینیسم، مقاربت دردناک و درد جنسی غیرمقاربتی) و اختلالات جنسی ناشی از مشکلات عمومی پزشکی و مصرف مواد مخدر [۱۰]. اختلالات عملکرد جنسی در تمام جوامع وجود دارد و بر روی کیفیت روابط جنسی زنان نابارور اثر می‌گذارد. از جمله عواملی که ممکن است به اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور دامن بزند، خشونت خانگی (با تأکید بر همسرآزاری) است [۱۱ و ۱۲].

خشونت در خانواده، سلامت خانواده را به خطر می‌اندازد و خانواده‌های ناسالم سبب بروز مشکلات و معضلات متعدد اجتماعی و کاهش سلامت جامعه می‌گردند [۱۳]. براساس گزارش بانک جهانی، خشونت خانگی بیش از بیماری‌هایی مانند سرطان ریه و تصادف، باعث از بین رفتن سلامتی زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود [۱۴]. طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت، کمترین میزان خشونت خانگی در ژاپن و بیشترین میزان آن به کشورهای بنگلادش، اتیوپی، پرو و تانزانیا تعلق دارد [۱۵]. خشونت نوعی اعمال خصمانه و پرخاشگرانه عمدی است که به افراد آسیب وارد می‌کند. در تعریف دیگری می‌توان گفت که، خشونت رفتاری است که در آن، یک فرد با کلام یا عمل به فرد دیگری حمله می‌کند و او را مورد آزار جسمانی و روانی قرار می‌دهد. طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت، شیوع خشونت جسمی در جهان بین ۱۵ تا ۷۱ درصد گزارش شده است. بنابراین، یکی از موضوعاتی که آسیب‌های بسیار جدی به ارتباط میان زوجین وارد می‌کند، خشونت است و یکی از بارزترین خشونت‌ها در جامعه امروزی، خشونت علیه زنان است. خشونت در خانواده باعث بالا رفتن اضطراب، بیماری‌های روان‌تنی و قتل‌های خانوادگی می‌شود و همچنین مولفه‌های کودک‌آزاری، سالمندآزاری، همسرکشی و همسرآزاری را دربر می‌گیرد [۱۱]. و خود همسرآزی منجر به کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس زوجین، اختلال در روابط بین فردی، اختلال در تغذیه، اختلال در عملکرد جنسی و اختلال استرس پس از سانحه می‌گردد [۱۶]. در این زمینه، کاویانی و همکاران [۱۷] در پژوهش خود نشان دادند، از مجموع زنانی که دچار خشونت خانگی قرار گرفتند، ۹۱/۹ درصد دارای اختلال عملکرد جنسی و ۸۵/۳ درصد دارای اختلال روانی بودند. همچنین رسول‌زاده اقدم و همکاران [۱۲] در پژوهش خود اظهار کردند که بین همسرآزاری روانی، جسمانی، جنسی و اقتصادی با اختلال در عملکرد جنسی زنان رابطه مستقیم وجود دارد. یا اعتصامی‌پور [۱۸] در مطالعه خود بیان داشتند که همسرآزاری منجر به بدکارکردی‌های جنسی می‌گردد و کاهش اعتماد به نفس زنان را به دنبال دارد.

همسرآزاری^۲ یکی از شایعترین مشکلات زوجین در هر جامعه‌ای است و یکی از انواع خشونت خانگی که به معنای اعمال هر گونه خشونت از طرف شریک جنسی است [۱۹]. همسرآزاری خشونت است فیزیکی یا روانی که از طرف یکی از زوجین بر دیگری اعمال می‌گردد. در تعریفی دیگر می‌توان گفت که همسرآزاری، بدر رفتاری یکی از زوجین با زوج دیگر است، که این بدر رفتاری‌ها می‌تواند دربرگیرنده آسیب‌های جزئی تا ترومای شدید (شکستگی اندام‌ها و دنده‌ها، خونریزی داخلی و آسیب مغزی) است [۲۰]. اندیشمندان ابعاد متفاوتی از خشونت علیه همسران را بیان کرده‌اند، که با جمع‌بندی نظرات آنها می‌توان از شش

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

بعد صحبت کرد: (۱) خشونت زبانی (کلامی) علیه همسر، (۲) خشونت جنسی علیه همسر، (۳) خشونت جسمی (فیزیکی) علیه همسر، (۴) خشونت عاطفی (روانی) علیه همسر، (۵) خشونت مالی (اقتصادی) علیه همسر و (۶) خشونت اجتماعی علیه همسر. بنابراین در این پژوهش می‌توان از شش زاویه به همسرآزاری پرداخته می‌شود: همسرآزاری زبانی یا کلامی، همسرآزاری جنسی، همسرآزاری فیزیکی و جسمی، همسرآزاری مالی، همسرآزاری اجتماعی و همسرآزاری روانی یا عاطفی [۱۱، ۱۳، ۱۴ و ۲۰].

خشونت روانی علیه همسر، به هر نوع رفتار خشنی گفته می‌شود که سلامت روانی زوجین را به خطر بیندازد، مانند اهانت و تحقیر، انتقاد ناروا، تهدید به طلاق، محدود کردن آزادی، فحاشی و ... **خشونت فیزیکی علیه همسر**، هر نوع خشونتی که هدف آن آسیب رساندن به جسم است، مانند کتک‌کاری؛ خفه کردن، قتل، شکنجه و ... **خشونت جنسی علیه همسر**، هر نوع رفتار جنسی خلاف میل که منجر به صدمه جنسی شود را خشونت جنسی می‌گویند، مانند اجبار به ارتباط جنسی نامطلوب، مزاحمت‌های تلفنی و حضوری فحشاء، ارتباط جنسی در عادت ماهانه یا در زمان بارداری و ... **خشونت یا بدرفتاری اجتماعی علیه همسر**، هر رفتاری است که روابط و فعالیت‌های اجتماعی همسر را محدود می‌کند، مانند محدود کردن و یا جلوگیری از تماس تلفنی و رفت و آمد او با پدر و مادر و اقوام، جلوگیری از فعالیت‌های اجتماعی (مانند شرکت در جلسات مذهبی و کارهای خیریه)، جلوگیری از ادامه تحصیل و سر کار رفتن و یا جلوگیری از تنها بیرون رفتن و ... **خشونت مالی علیه همسر**، هر نوع رفتار خشنی که موجب آزار مالی فرد شود، مانند فروش وسایل و اثاثیه خانه، عدم تأمین نیازهای مالی خانواده و ... [۱۳]. برای پی بردن به وضعیت همسرآزاری در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه چند نمونه از آمارها ذکر می‌گردد. طبق آمارها در کشور شیلی از هر ۴ زن، ۱ نفرشان بدرفتاری عاطفی را تجربه کرده و می‌کند و در کشور هند ۶۱/۵ درصد از زنان گرفتار بدرفتاری کلی و ۱۷/۸ درصدشان مورد بدرفتاری جسمانی قرار گرفته‌اند [۲۱]. در کشور نیجریه ۸۱ درصد زنان مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند و در کشور انگلستان بدرفتاری به همسر بین ۳۹ تا ۶۰ درصد گزارش شده است [۱۱]. طبق مطالعات متعدد و مختلف میزان همسرآزاری در ایران بین ۳۰ تا ۹۳/۶ درصد گزارش گردیده است [۲۲]. با نگاهی به وضعیت استان کهگیلویه و بویراحمد از لحاظ خشونت خانگی و همسرآزاری، آمارهای پزشکی قانونی استان کهگیلویه و بویراحمد حاکی از آن است که میزان همسرآزاری هر ساله روند صعودی داشته است. مدیرکل پزشکی قانونی استان کهگیلویه و بویراحمد اظهار داشت که تعداد مراجعه‌کنندگان مدعی همسرآزاری در سال ۱۳۹۹ نسبت به سال ۱۳۹۸، ۷/۴۲ درصد افزایش پیدا کرد و بیان کرد که استان کهگیلویه و بویراحمد رتبه ۲۱ را از لحاظ همسرآزاری به خود اختصاص داده است. در ادامه او به ۳۶۲ پرونده همسرآزاری در اداره‌های پزشکی قانونی استان اشاره کرد که ۳۶۱ نفر زن و یک نفر مرد بوده‌اند (خبرگزاری جمهوری اسلامی، ۶ آبان ۱۳۹۹، کد خبر: ۲۲۱۲). با توجه به بیانات مدیرکل بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد در ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۱، براساس اقدامات کارشناسان و پیمایش‌های انجام گرفته شده، آسیب‌های همسرآزاری - خشونت خانگی، خودکشی و روابط بین زوجین در صدر آسیب‌ها هستند، و از میان این سه آسیب، همسرآزاری در برخی مناطق در رتبه اول قرار دارد. این نکته فراموش نشود؛ با توجه به اینکه همسرآزاری یک مساله خصوصی و خانوادگی است و در محیط‌های سنتی و طایفه‌ای تعصبات خاصی نسبت به این مسائل وجود دارد، بیشتر موردهای همسرآزاری به بیرون گزارش نمی‌شود. بنابراین، میزان واقعی بیشتر از این آمارها است. اهمیت انجام این پژوهش را می‌توان در چند مورد بیان کرد: (۱) علاوه بر اینکه در جامعه همیشه تبعیضاتی نسبت به زنان وجود داشته است، مساله ناباروری هم مشکلات آنان را دوچندان کرده است، چرا که در بسترهای سنتی و محلی مانند یاسوج، ناباروری، سرکوفت زنان نابارور را به دنبال دارد. این سرکوفت‌ها به حدی است که نه تنها کارکرد جنسی آنان را مختل می‌کند، بلکه ممکن است کارکرد اجتماعی و خانوادگی آنها را هم دچار اختلال کند و در نهایت به جدایی از همسر ختم گردد. (۲) علاوه بر اینکه در فرهنگ‌های عشیره‌ای و سنتی، همسرآزاری و خشونت خانگی همیشه وجود داشته است، شرایط کنونی و وجود کرونا و ویروس در سال‌های اخیر هم به این مساله دامن زده است و بدون شک دعوای درون خانواده‌ها را نیز افزایش داده است

و ۳) براساس جست و جو در نشریات معتبر علمی از جمله مگ ایران، نورمکس، اس آی دی، سیویلیکا از سال ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰، تاکنون پژوهشی در این زمینه در کشور به طور اعم و در شهر یاسوج به طور اخص انجام نشده است. با توجه به مطالب ذکر شده این پژوهش در پی پاسخگویی به این پرسش است که، آیا بین خشونت خانگی (با تأکید بر همسرآزاری) و اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور رابطه وجود دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش، روش تحقیق پیمایشی از نوع مقطعی - تحلیلی بود و از اوایل اردیبهشت تا اواسط مرداد ۱۴۰۱ بین زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج انجام گرفت، که ۲۰۰ نفر از آنان به عنوان نمونه و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در نهایت ابزار گردآوری داده‌ها (پرسشنامه‌های فرم کوتاه تجربه همسرآزاری علی‌پور و همکاران [۲۱] و عملکرد جنسی روزن و همکاران [۲۳]) بین آنها توزیع شد.

الف) پرسشنامه تجربه همسرآزاری: پرسشنامه فرم کوتاه تجربه همسرآزاری توسط علی‌پور و همکاران [۲۱] در ۱۹ ماده و ۵ خرده‌مقیاس خشونت جسمی سبک (سوالات ۱ تا ۵)، خشونت جسمی سنگین (سوالات ۶ تا ۹)، خشونت عاطفی (سوالات ۱۰ تا ۱۳)، خشونت کلامی (سوالات ۱۴ تا ۱۶) و خشونت جنسی (سوالات ۱۷ تا ۱۹) طراحی و توسعه داده شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. به این صورت است که به گزینه خیلی کم، نمره ۱؛ کم، نمره ۲؛ تا اندازه‌ای، نمره ۳؛ زیاد، نمره ۴ و خیلی زیاد، نمره ۵ تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی این مقیاس بین ۱۹ تا ۹۵ می‌باشد، به این صورت که هر چه فرد نمره‌ی نزدیک‌تری به ۹۵ بدست آورد، میزان خشونت همسر علیه او بیشتر است و بالعکس. روایی صوری و محتوی با ارائه پرسشنامه به پنج نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده روایی صوری و محتوی مطلوب پرسشنامه است. علاوه بر این، در پژوهش علی‌پور و همکاران [۲۱] روایی محتوای، صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. پایایی این ابزار را علی‌پور و همکاران [۲۱] مورد بررسی قرار داده‌اند و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان پایایی را ۰/۸۶ بدست آوردند. همچنین در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان پایایی پرسشنامه تجربه همسرآزاری ۰/۸۳ بدست آمد، که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسشنامه ($\alpha > 0/70$) یاد شده می‌باشد.

ب) پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران [۲۳]: این مقیاس توسط روزن و همکاران [۲۳] در ۱۹ ماده و ۶ خرده‌مقیاس میل جنسی (سوالات ۱ و ۲)، برانگیختگی یا تحریک روانی (سوالات ۳ تا ۶)، لغزندگی یا رطوبت مهبل (سوالات ۷ تا ۱۰)، ارگاسم (سوالات ۱۱ تا ۱۳)، رضایت جنسی (سوالات ۱۴ تا ۱۶) و درد جنسی (سوالات ۱۷ تا ۱۹) طراحی شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای برای سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۶ و طیف ۶ درجه‌ای برای سوالات ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ است. به این صورت است که به گزینه اصلاً فعالیت جنسی نداشتیم، نمره ۱؛ تقریباً همیشه، نمره ۲؛ بیشتر اوقات (بیش از نیمی)، نمره ۳؛ گاهی اوقات (تقریباً نصف زمان‌ها)، نمره ۴ و کم (کمتر از نصف) تقریباً هرگز یا هرگز، نمره ۵ تعلق می‌گیرد. و به گزینه اصلاً فعالیت جنسی نداشتیم، نمره ۱؛ خیلی کم یا اطمینان نداشتیم، نمره ۲؛ کم، نمره ۳؛ متوسط، نمره ۴؛ زیاد، نمره ۵ و خیلی زیاد، نمره ۶ تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی این مقیاس بین ۱۹ تا ۱۰۵ می‌باشد، به این صورت که هر چه فرد نمره‌ی نزدیک‌تری به ۱۰۵ بدست آورد، میزان عملکرد جنسی در او بیشتر است و بالعکس. نقطه برش جهت تعیین اختلال عملکرد جنسی ۵۲/۵ است، یعنی هر چه فرد پایین‌تر از ۵۲/۵ نمره کسب کند دارای اختلال عملکرد جنسی است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۹ تا ۵۲/۵ باشد، عملکرد جنسی زنان ضعیف است (یعنی دارای اختلال عملکرد جنسی‌اند)، در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵۲/۵ تا ۷۸ باشد، عملکرد جنسی آنها در حد متوسط دچار اختلال است و در صورتی که نمرات بالای ۷۸ باشد، میزان عملکرد جنسی بسیار خوبی دارند

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

(یعنی فاقد اختلال عملکرد جنسی‌اند). روایی صوری و محتوی با ارائه پرسشنامه به ده نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده روایی صوری و محتوی مطلوب پرسشنامه است. روایی پرسشنامه در پژوهش روزن و همکاران [۲۳] از طریق تحلیل عاملی نیز مورد تایید قرار گرفت و در پژوهش برقی ایرانی [۲۴] روایی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. پایایی این ابزار را روزن و همکاران [۲۳] و برقی ایرانی [۲۴] مورد بررسی قرار داده‌اند و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان پایایی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۶ بدست آوردند. همچنین در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ، میزان پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی ۰/۷۴ بدست آمد، که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسشنامه ($\alpha > 0/70$) یاد شده می‌باشد. در آخر به منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای، به آزمودنی‌ها در مورد اینکه اطلاعات مربوط به ایشان به صورت محرمانه نگهداری می‌شود اطمینان داده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزارهای Spss نسخه ۲۴ و Amos نسخه ۲۳ صورت گرفت و از آمار توصیفی و آمار استنباطی (معادلات ساختاری) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی پژوهش

براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۳۰ سال است. مدت زمان ناباروری بیش از ۷۳ درصد از آنها بین ۱ تا ۵ سال بود، ۱۲ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال دچار ناباروری بودند، ۱۰ درصدشان ۱۱ تا ۱۵ سال و ۴ درصد هم بین ۱۶ تا ۲۰ سال دچار ناباروری بودند. همچنین نتایج توصیفی نشان داد که ۳۲ نفر (۱۶ درصد) از پاسخگویان ابتدایی و کمتر، ۴۳ نفر (۲۱/۵ درصد) راهنمایی، ۳۲ نفر (۱۶ درصد) دیپلم، ۳۷ نفر (۱۸/۵ درصد) فوق‌دیپلم، ۳۰ نفر (۱۵ درصد) لیسانس و ۲۶ نفر (۱۳ درصد) فوق‌لیسانس و بالاتر بودند.

جدول (۱): نتایج توصیفی سازه‌های تحقیق و بررسی نرمال بودن آنها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
عملکرد جنسی زنان	۳۹/۶۹	۹/۹۹۰	۰/۳۰۴	۰/۰۷۵	۱۹	۱۰۵
میل جنسی	۳/۹۵	۱/۸۰۳	۱/۲۲۷	۱/۳۹۷	۲	۱۰
برانگیختگی یا تحریک روانی	۸/۸۶	۳/۵۱۴	۰/۷۸۸	۰/۵۳۵	۴	۲۲
لغزندگی یا رطوبت مهبل	۸/۲۴	۲/۵۸۰	۰/۷۶۳	۱/۰۸۹	۴	۲۲
ارگاسم	۶/۲۶	۲/۵۶۶	۰/۵۵۵	-۰/۲۸۹	۳	۱۷
رضایت جنسی	۶/۴۸	۲/۰۰۷	۰/۲۶۷	۰/۱۴۷	۳	۱۶
درد جنسی	۵/۸۹	۱/۷۶۳	۰/۲۸۳	-۰/۲۷۵	۳	۱۸
همسرآزاری	۶۸/۶۹	۱۳/۷۷۰	-۰/۷۷۷	۰/۷۹۳	۱۹	۹۵
خشونت جسمی سبک	۱۹/۹۰	۳/۴۰۷	-۰/۹۶۲	۱/۲۶۹	۵	۲۵
خشونت جسمی سنگین	۱۴/۳۶	۳/۴۳۳	-۰/۵۸۳	۰/۶۵۹	۴	۲۰
خشونت عاطفی	۱۲/۸۳	۳/۹۳۸	-۰/۱۴۸	-۰/۴۳۹	۴	۲۰
خشونت کلامی	۹/۹۶	۲/۹۶۶	-۰/۳۸۲	-۰/۳۴۷	۳	۱۵
خشونت جنسی	۱۱/۶۲	۲/۲۵۶	-۰/۷۷۴	۰/۸۰۵	۳	۱۵

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، شاخص‌های آماری تمامی خرده‌مقیاس‌های متغیر عملکرد جنسی زنان و همسرآزاری گزارش شده است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۹ تا ۵۲/۵ باشد، عملکرد جنسی زنان ضعیف است (یعنی دارای اختلال عملکرد جنسی‌اند)، در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵۲/۵ تا ۷۸ باشد، عملکرد جنسی آنها در حد متوسط دچار اختلال است و در صورتی که نمرات بالای ۷۸ باشد، میزان عملکرد جنسی بسیار خوبی دارند (یعنی فاقد اختلال عملکرد جنسی‌اند). بنابراین، با توجه به میانگین بدست آمده (۳۹/۶۹)، می‌توان گفت که زنان متأهل نابارور دارای اختلال عملکرد جنسی هستند. همسرآزاری (خشونت علیه زنان نابارور) در حد بالاست. میزان چولگی و کشیدگی متغیرهای عملکرد جنسی و همسرآزاری همراه با خرده‌مقیاس‌هایشان (در بازه +۲ و -۲) نشان می‌دهد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. همچنین برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شده است (سطح معناداری برای متغیر عملکرد جنسی و همسرآزاری به ترتیب ۰/۷۴۰ و ۰/۲۶۳). از آنجا که در این آزمون سطوح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است، می‌توان گفت که فرض نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار گرفته است.

ب) یافته‌های استنباطی پژوهش

در بخش آمار استنباطی، برای سنجش تأثیر همسرآزاری (خشونت علیه زنان) بر عملکرد جنسی آنها، از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. اما قبل از رسم و تفسیر مدل ساختاری پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌های تحقیق، چندهم‌خطی بودن متغیرهای مستقل از طریق ضریب تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ (که مقدار عامل تورم واریانس برای تمام متغیرهای پیش‌بین از مقدار ۱۰ کمتر و مقدار ضریب تحمل برای تمام متغیرها از ۰/۴ بیشتر شد) و بررسی استقلال خطاها (که مقدار آماره دوربین - واتسون در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار گرفت) رعایت گردید.

نتایج ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

جدول (۲): نتایج آزمون ماتریس همبستگی بین همسرآزاری (متغیر مستقل یا پیش‌بین) و عملکرد جنسی

(متغیر وابسته یا ملاک) زنان متأهل نابارور (همراه با خرده‌مقیاس‌ها). $n = 200$

متغیر ملاک متغیر پیش‌بین	عملکرد جنسی	میل جنسی	برانگیختگی یا تحریک روانی	لغزندگی یا رطوبت مهبلی	ارگاسم	رضایت جنسی	درد جنسی
همسرآزاری	** ۰/۴۳۱	-۰/۱۲۹	** ۰/۲۸۷	** ۰/۳۴۸	** ۰/۳۳۵	** ۰/۴۰۴	** ۰/۲۷۹
خشونت جسمی سبک	** ۰/۴۴۷	* ۰/۱۵۸	** ۰/۲۵۱	** ۰/۴۵۱	** ۰/۳۱۸	** ۰/۳۵۰	** ۰/۳۴۸
خشونت جسمی سنگین	** ۰/۳۰۹	-۰/۰۳۸	** ۰/۲۲۹	** ۰/۲۵۶	** ۰/۲۴۵	** ۰/۳۱۶	* ۰/۱۶۷
خشونت عاطفی	** ۰/۳۵۵	-۰/۱۰۹	** ۰/۲۴۷	** ۰/۲۵۷	** ۰/۲۸۲	** ۰/۳۶۲	** ۰/۲۱۲
خشونت کلامی	** ۰/۳۵۷	* ۰/۱۴۰	** ۰/۲۲۸	** ۰/۲۳۸	** ۰/۳۱۴	** ۰/۳۲۷	** ۰/۲۴۸
خشونت جنسی	** ۰/۳۹۴	-۰/۱۲۱	** ۰/۲۹۴	** ۰/۲۹۵	** ۰/۲۸۵	** ۰/۳۹۴	** ۰/۲۲۸

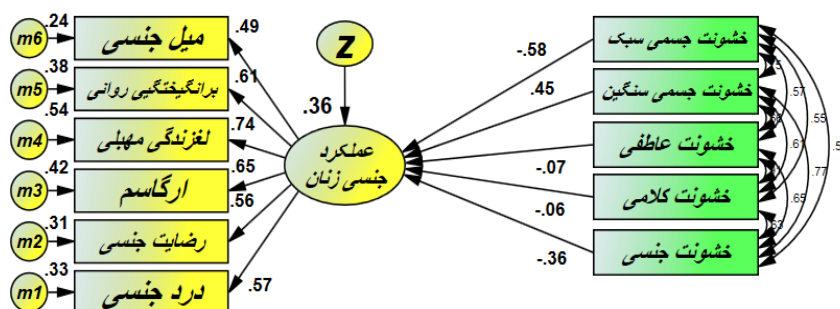
* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

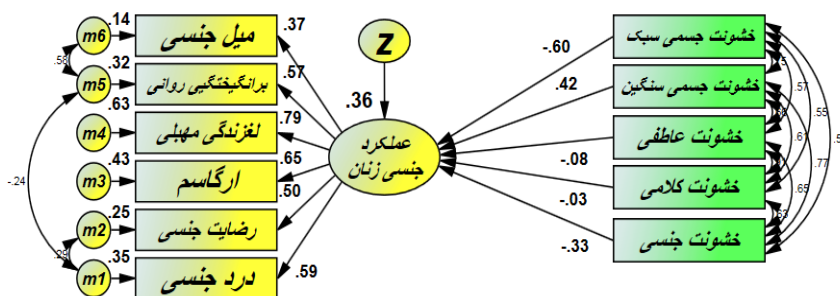
مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین همسرآزاری و عملکرد جنسی زنان متأهل نابارور رابطه معنادار معکوس وجود دارد ($R = -0.431, P < 0.01$). پس فرض H_0 مبنی بر ناهمبسته بودن همسرآزاری و عملکرد جنسی در سطح ۱ درصد رد می‌شود، یعنی این دو متغیر به طور معنی‌داری همبسته می‌باشند. همچنین نشان داده شده است که بین تمامی خرده‌مقیاس‌های همسرآزاری با عملکرد جنسی زنان متأهل نابارور رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). عملکرد جنسی زنان بیشترین و کمترین ارتباط را به ترتیب با خرده‌مقیاس‌های خشونت جسمی سبک و خشونت جسمی سنگین دارد. مشخص شده است که، بین همسرآزاری و تمامی خرده‌مقیاس‌های (به جزء خرده‌مقیاس میل جنسی) عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد. برای سنجش فرضیه‌های تحقیق از این جدول استفاده نمی‌شود و از آنجا که میزان دقت در مدل معادلات ساختاری بالاتر است، برای سنجش فرضیه‌های تحقیق از این مدل استفاده شده است.

نتایج مدل معادلات ساختاری

برای بررسی تأثیر همسرآزاری (همراه با ابعاد) بر عملکرد جنسی زنان، از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است تا روشن شود سازه‌های اثرگذار (ابعاد همسرآزاری) تا چه اندازه قادر به تبیین عملکرد جنسی هستند.



مدل (۱): ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی تأثیر همسرآزاری بر عملکرد جنسی زنان (مدل مفروض).



مدل (۲): ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی تأثیر همسرآزاری بر عملکرد جنسی زنان (مدل اصلی یا اصلاح شده).

در وهله‌ی اول کلیت مدل با استفاده از شاخص‌های برازش کلی (جدول ۳) و در وهله دوم جزئیات مدل (جدول ۴) تحلیل می‌شود.

جدول (۳): شاخص‌های برازش مدل آزمون شده پژوهش.

شاخص‌ها	مدل مفروض	مدل اصلی یا اصلاح شده
مجذور خی (CMIN) (X^2)	۱۷۴/۱۶	۶۷/۴۵
درجه آزادی (DF)	۳۴	۳۱
سطح معناداری مدل (p)	۰/۰۰	۰/۰۰
خی دو بر درجه آزادی (X^2/DF)	۵/۱۲۳	۲/۱۷
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۸۷	۰/۹۴
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	۰/۷۵	۰/۸۸
شاخص توکر - لوئیس (TLI)	۰/۸۲	۰/۹۵
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	۰/۹۰	۰/۹۷
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۰	۰/۹۷
شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۷۹	۰/۹۱
شاخص برازش هنجار شده (بنتلر - بونت) (NFI)	۰/۸۷	۰/۹۵
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۱۴	۰/۰۷
شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI)	۰/۵۵	۰/۵۵
شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۵۳	۰/۵۳

چنانچه شاخص خی دو بر درجه آزادی کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی، چنانچه بین ۲ تا ۵ باشد برازندگی خوب و چنانچه بزرگ‌تر از ۵ باشد، برازندگی ضعیف و غیرقابل قبول است. وقتی شاخص AGFI برابر ۰/۸۵ یا بیشتر باشد برازش قابل قبول است و مقادیر نزدیک به ۰/۹۵ یک برازش خوب را نشان می‌دهد. هر چه شاخص‌های GFI، CFI، IFI، NFI و TLI به ۱ نزدیک‌تر باشند، برازش مدل بهتر است. اگر مقدار شاخص RAMSEA بالاتر از ۰/۱۰ باشد برازش مدل ضعیف، بین ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ برازش مدل متوسط، بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ برازش مدل مناسب و کمتر از ۰/۰۵ باشد برازش مدل عالی است [۲۵، ۲۶ و ۲۷]. همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مرور دقیق شاخص‌های نیکویی برازش الگوی ساختاری نشان می‌دهد که الگوی ساختاری از برازش خوبی برخوردار است.

جدول (۴): نتایج تبیین مدل پژوهش.

مسیرها	برآورد غیر استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنادار	برآورد استاندارد	ضریب تعیین
خشونت جسمی سبک <---	-۰/۱۸۵	۰/۰۳۷	-۴/۹۴۴	***	-۰/۶۰۱	
خشونت عاطفی <---	-۰/۰۲۱	۰/۰۴۶	-۰/۴۴۵		-۰/۰۷۸	
خشونت کلامی <---	-۰/۰۱۱	۰/۰۵۹	-۰/۱۸۵		-۰/۰۳۱	۰/۳۶۲
خشونت جنسی <---	-۰/۱۵۴	۰/۰۵۴	-۲/۸۴۷		-۰/۳۳۱	
خشونت جسمی سنگین <---	۰/۱۲۸	۰/۰۴۳	۳/۰۰۵		۰/۴۱۸	

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

تأثیر کل	تأثیر غیرمستقیم	تأثیر مستقیم	مسیرها
۰/۱۵۵	۰/۱۵۵	-	خشونت جسمی سنگین <--- میل جنسی
۰/۲۳۷	۰/۲۳۷	-	خشونت جسمی سنگین <--- برانگیختگی روانی
۰/۳۳۱	۰/۳۳۱	-	خشونت جسمی سنگین <--- لغزندگی مهیلبی
۰/۲۷۳	۰/۲۷۳	-	خشونت جسمی سنگین <--- ارگاسم
۰/۲۱۱	۰/۲۱۱	-	خشونت جسمی سنگین <--- رضایت جنسی
۰/۲۴۸	۰/۲۴۸	-	خشونت جسمی سنگین <--- درد جنسی
-۰/۱۲۳	-۰/۱۲۳	-	خشونت جنسی <--- میل جنسی
-۰/۱۸۸	-۰/۱۸۸	-	خشونت جنسی <--- برانگیختگی روانی
-۰/۲۶۲	-۰/۲۶۲	-	خشونت جنسی <--- لغزندگی مهیلبی
-۰/۲۱۶	-۰/۲۱۶	-	خشونت جنسی <--- ارگاسم
-۰/۱۶۷	-۰/۱۶۷	-	خشونت جنسی <--- رضایت جنسی
-۰/۱۹۶	-۰/۱۹۶	-	خشونت جنسی <--- درد جنسی
-۰/۰۱۲	-۰/۰۱۲	-	خشونت کلامی <--- میل جنسی
-۰/۰۱۸	-۰/۰۱۸	-	خشونت کلامی <--- برانگیختگی روانی
-۰/۰۲۵	-۰/۰۲۵	-	خشونت کلامی <--- لغزندگی مهیلبی
-۰/۰۲۰	-۰/۰۲۰	-	خشونت کلامی <--- ارگاسم
-۰/۰۱۶	-۰/۰۱۶	-	خشونت کلامی <--- رضایت جنسی
-۰/۰۱۸	-۰/۰۱۸	-	خشونت کلامی <--- درد جنسی
-۰/۰۲۹	-۰/۰۲۹	-	خشونت عاطفی <--- میل جنسی
-۰/۰۴۴	-۰/۰۴۴	-	خشونت عاطفی <--- برانگیختگی روانی
-۰/۰۶۲	-۰/۰۶۲	-	خشونت عاطفی <--- لغزندگی مهیلبی
-۰/۰۵۱	-۰/۰۵۱	-	خشونت عاطفی <--- ارگاسم
-۰/۰۳۹	-۰/۰۳۹	-	خشونت عاطفی <--- رضایت جنسی
-۰/۰۴۶	-۰/۰۴۶	-	خشونت عاطفی <--- درد جنسی
-۰/۲۲۳	-۰/۲۲۳	-	خشونت جسمی سبک <--- میل جنسی
-۰/۳۴۱	-۰/۳۴۱	-	خشونت جسمی سبک <--- برانگیختگی روانی
-۰/۴۷۷	-۰/۴۷۷	-	خشونت جسمی سبک <--- لغزندگی مهیلبی
-۰/۳۹۳	-۰/۳۹۳	-	خشونت جسمی سبک <--- ارگاسم
-۰/۳۰۳	-۰/۳۰۳	-	خشونت جسمی سبک <--- رضایت جنسی
-۰/۳۵۶	-۰/۳۵۶	-	خشونت جسمی سبک <--- درد جنسی

*** P < ۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، به طور خلاصه می‌توان گفت؛ کوچکتر بودن مقدار P از ۰/۰۵ معیاری برای تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده با صفر در سطح اطمینان ۹۵٪ است و مقدار نسبت بحرانی نشان می‌دهد که در صورت رد فرضیه صفری که مقدار این پارامتر را برابر با صفر قرار می‌دهد، تا چه حد احتمال خطا وجود دارد (در صورتی که مقدار این نسبت کوچکتر از قدر مطلق ۱/۹۶ باشد، پارامتر محاسبه شده فاقد تفاوت معنادار با صفر است). شاخص‌های جزئی و سطوح معناداری (Ps)

نیز نشان می‌دهد که: بین خشونت جسمی سبک و خشونت جنسی با عملکرد جنسی زنان در سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد ($P < 0/01$)، اما بین خشونت جسمی سنگین و عملکرد جنسی زنان نابارور در سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد ($P < 0/01$ و $R = 0/42$). در صورتی که بین خشونت عاطفی و خشونت کلامی با عملکرد جنسی زنان رابطه‌ی معکوس، اما غیرمعناداری وجود دارد ($P > 0/05$). ضریب تعیین محاسبه شده نیز نشان می‌دهد که به میزان ۳۶ درصد از واریانس متغیر «عملکرد جنسی زنان» توسط متغیر همسرآزاری (خشونت جسمی سبک و سنگین، خشونت کلامی، عاطفی و جنسی) که در این مدل آن را تحت تاثیر قرار داده است، تبیین و پیش‌بینی شده است. بنابراین می‌توان استنباط نمود که خشونت خانوادگی با تأکید بر همسرآزاری بر عملکرد جنسی زنان نابارور تاثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری‌هایی که براساس تحلیل‌های صحیح ارائه شده باشد، می‌تواند مشکلات موجود بر سر راه را که تحقیق به آن منظور طراحی شده است برطرف کند. با این اوصاف هدف این پژوهش بررسی تاثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور بود. ناباروری یکی از مهم‌ترین مشکلات پزشکی و اجتماعی است که سلامت روانی خانواده‌ها را تحت تاثیر قرار داده است و مشکلات روانی و اجتماعی متعددی مانند اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلال عملکرد جنسی به بار آورده است. اختلالات عملکرد جنسی شامل اختلالات میل جنسی، کم‌فعالیتی یا مهار و تنفر جنسی، اختلالات برانگیختگی جنسی، ارگاسم و اختلالات درد جنسی (واژینیسم، مقاربت دردناک و درد جنسی غیرمقاربتی) می‌باشند. در این پژوهش مشخص شد که خشونت خانگی (با تأکید بر همسرآزاری) یکی از فاکتورهای اثرگذار بر عملکرد جنسی است که می‌تواند منجر به اختلال آن گردد. خشونت رفتاری است که در آن، یک فرد با کلام یا عمل به فرد دیگری حمله می‌کند و او را مورد آزار جسمانی و روانی قرار می‌دهد و یکی از بارزترین خشونت‌ها در جامعه امروزی، خشونت علیه زنان است. خشونت در خانواده باعث بالا رفتن اضطراب، بیماری‌های روان‌تنی، قتل‌های خانوادگی، کودک‌آزاری، سالمندآزاری، همسرکشی و همسرآزاری می‌شود. یافته‌های توصیفی نشان داد که بیشترین و کمترین میزان اختلال جنسی به ترتیب مربوط به خرده‌مقیاس‌های «رضایت جنسی» و «درد جنسی» است، و به ترتیب بیشترین و کمترین میزان همسرآزاری یا خشونت علیه همسر متعلق به خرده‌مقیاس‌های «خشونت جنسی» و «خشونت عاطفی» است. نتایج استنباطی نشان داد که بین خشونت جسمی سبک و خشونت جنسی با عملکرد جنسی زنان رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد، اما بین خشونت جسمی سنگین و عملکرد جنسی زنان نابارور رابطه معنادار و مستقیمی وجود داشت. در صورتی که بین خشونت عاطفی و خشونت کلامی با عملکرد جنسی زنان رابطه‌ی معکوس، اما غیرمعناداری وجود داشت. نشان داد که ۳۶ درصد از واریانس متغیر «عملکرد جنسی زنان» توسط متغیر همسرآزاری (خشونت جسمی سبک و سنگین، خشونت کلامی، عاطفی و جنسی) تبیین و پیش‌بینی شده است. از بین ابعاد همسرآزاری، به ترتیب «خشونت جسمی سبک» و «خشونت کلامی» بیشترین و کمترین تاثیر را بر عملکرد جنسی زنان داشتند. از بین ابعاد همسرآزاری، تنها خشونت جسمی سنگین تأثیر مثبت بر عملکرد جنسی زنان داشت و دیگر ابعاد (خشونت جسمی سبک، خشونت جنسی، کلامی و عاطفی) تأثیر منفی بر عملکرد جنسی زنان نابارور داشتند. خشونت جسمی سنگین به ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را بر ابعاد «لغزندگی یا رطوبت مهبل» و «میل جنسی» داشت. همچنین دیگر ابعاد همسرآزاری (مانند خشونت جسمی سبک، خشونت جنسی، کلامی و عاطفی) به ترتیب بیشترین و کمترین تاثیر را بر ابعاد «لغزندگی یا رطوبت مهبل» و «میل جنسی» داشتند. این یافته تحقیق با نتایج پژوهش کاپوانی و همکاران [۱۷] که نشان دادند، ۹۱/۹ درصد زنان مورد خشونت خانگی دارای اختلال عملکرد جنسی و ۸۵/۳ درصد دارای اختلال روانی‌اند، انطباق دارد. همچنین با نتایج مطالعه رسول‌زاده اقدم و همکاران [۱۲] که اظهار کردند بین همسرآزاری روانی، جسمانی، جنسی و اقتصادی با اختلال در عملکرد

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

جنسی زنان رابطه مستقیم وجود دارد، همسو است. در ادامه با نتایج تحقیق اعتصامی پور [۱۸] که بیان داشتند همسرآزاری منجر به بدکارکردی‌های جنسی می‌گردد و کاهش اعتماد به نفس زنان را به دنبال دارد، همسو می‌باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش: (۱) آزمودنی‌ها با توجه به مشکلی که داشتند (یعنی نابارور بودن) معمولاً حال خوبی نداشتند و گاهی برخی از آنها عصبانی بودند و یا خیلی تمایل نداشتند که به سوالات پاسخ دهند، (۲) برخی از آزمودنی‌ها نسبت به سوالات پرسشنامه عملکرد جنسی واکنش نشان می‌دادند و آن را ورود به حریم خصوصی می‌پنداشتند و به سختی برای پاسخ دادن قانع می‌شدند و (۳) همکاری نکردن برخی از آزمودنی‌ها بنا به دلایلی مانند حوصله‌اش را ندارم، این کار چه مشکلاتی را می‌خواهد حل کند، وقت ندارم و ... از جمله پیشنهادات کاربردی و پژوهشی: (۱) نتایج پژوهش در اختیار دیگر محققان قرار گیرد تا در جهت تقلیل اختلالات جنسی زنان نابارور راهکارهایی ارائه دهند، (۲) زنان نابارور در زمینه مهارت‌های زندگی، حل مسئله، تقویت اعتماد و عزت نفس آموزش‌های لازم را ببینند، (۳) قبل از انجام چنین پژوهش‌هایی، یک‌سری کارگاه‌های آموزشی در زمینه آشنایی و مقابله با همسرآزاری، ضرورت عملکرد جنسی و توضیح مسائل روانی و اجتماعی ناباروری برای جمعیت مورد مطالعه گذاشته شود (۴) در آخر پیشنهاد می‌شود انجام چنین پژوهش‌های جزء اولویت‌های پژوهشی علوم بهزیستی و پزشکی قرار گیرد و پژوهشگران را به انجام آنها ترغیب نمود.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش یاری‌گر بودند، بی‌نهایت کمال تشکر و احترام را داریم.

منابع

- [1] Joelsson, L.S., Berglund, A., Wanggren, K., Tyden, T. (2016). Symptoms of anxiety and depression among infertile women, women pregnant after infertility treatment and spontaneously pregnant women. *Fertil Steril*. 106 (3): e335. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.07.949>
- [۲] کیانی، ز.، سیمبار، م.، حاجیان، س.، زائری، ف. (۱۴۰۰). شیوع علائم افسردگی در زنان نابارور: مروری سیستماتیک و متاآنالیز. *مجله تحقیق و تمرین باروری*، ۶، ۷. doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3
- [۳] حسن پور ازغدی، ب.، سیمبار، م.، ودادیر، ا. (۱۳۹۳). پیامدهای عاطفی-روانی ناباروری در زنان نابارور متقاضی درمان: نتایج یک مطالعه کیفی. *مجله پزشکی تولیدمثل ایران*، ۱۲(۲): ۱۳۱-۱۳۸.
- [۴] آخوندی، م. م.، کمالی، ک.، رنجبر، ف.، شیرزاد، م.، بهجتی اردکانی، ز.، گودجانی، ا.، پارسائیان، م.، محمد، کاظم. (۱۳۹۲). شیوع ناباروری اولیه ایران در سال ۱۳۸۹. *مجله بهداشت عمومی ایران*، ۴۲ (۱۲): ۱۳۹۸-۱۴۰۴.
- [5] Wiersema, N.J., Drukker, A.J., Dung, M.B.T., Nhu, G.H., Nhu, N.T., Lambalk, B. (2006). Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the south of Vietnam. *J Transl Med*. 4:54-61.
- [۶] باغیانی مقدم، م.ح.، امینیان، ا.ح.، عبدلی، ع. م.، سیغال، ن.، فلاح زاده، ح.، قاسمی، ن. (۱۳۹۰). ارزیابی سلامت عمومی زوجین نابارور. *مجله پزشکی تولیدمثل ایران*، ۹(۴): ۳۱۴-۳۰۹.
- [7] Donkor, E.S., Naab, F. & Kussiwaah, D.Y. (2017). "I am anxious and desperate": psychological experiences of women with infertility in The Greater Accra Region, Ghana. *Fertil Res and Pract* 3, 6. <https://doi.org/10.1186/s40738-017-0033-1>
- [۸] صادقی بیدمشکی، ف.، میرهاشمی، م. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال عملکرد جنسی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال ۱۲، شماره ۴۵: ۱۶۹-۱۵۵.
- [۹] محمدی، ش.، برجعلی، ا.، رئیسی، ف.، یوسفی، ن. (۱۴۰۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عزت نفس جنسی و اضطراب در زنان مبتلا به اختلالات ارگاسمیک. *مجله روانپزشکی و علوم رفتاری ایران*، ۱۵(۳): ۷-۱.
- [10] Brody, S., Laan, E., Van Lunsen, R.H.W. (2003). Concordance between women's physiological and subjective sexual arousal is associated with consistency of orgasm during intercourse but no other sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 29:15-23.
- [۱۱] اسمعیلی شاهرودی مقدم، ز.، صابری، م.، فروزش، م.، ایوبیان، علی. (۱۴۰۰). عوامل خطر همسرآزاری در زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهر تهران. *مجله پزشکی قانونی ایران*. ۲۷ (۴): ۲۴۵-۲۳۵.
- [۱۲] رسول زاده اقدم، ص.، عباسی، ال.، سعادت، م. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین همسرآزاری و اختلال در عملکرد جنسی. *مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهر تبریز*، همایش ملی خانواده و مسائل نو پدید، اهر.
- [۱۳] مردای خانقاه؛ د.، امیرفاضلی، ه.، سیداصل، س.، مولایی، ف. (۱۴۰۰). بررسی همسرآزاری در منطقه لاله قباي شهرستان سراب. *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۲۲، دوره ۴: ۱۷-۱.
- [۱۴] حجازی، آ.، رئوفیان، ک.، ضیایی، ح.، زارع‌نژاد، م. (۱۳۹۱). همه‌گیرشناسی همسرآزاری در زنان ارجاع شده به مراکز پزشکی قانونی شهر مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۴ (۴): ۲۷-۳۴.
- [۱۵] رسولیان، م.، بوالهروی، ج.، نجومی، م.، حبیب، س.، میرزایی خوشالانی، م. (۱۳۹۴). همسرآزاری، بررسی نظریه‌ها و مدل‌های مداخلاتی: ارائه مدل مداخلاتی مبتنی بر نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی در ایران*، سال ۲۱، شماره ۱: ۱۶-۳.
- [۱۶] شایان، آ.، معصومی، ز.، یزدی راوندی، س.، زارع‌نژاد، م. (۱۳۹۴). عوامل موثر بر همسرآزاری در زنان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز در سال ۱۳۹۲. *مجله علمی پژوهان*، دوره ۱۳، شماره ۴: ۴۸-۳۹.

تأثیر خشونت خانگی با تأکید بر همسرآزاری بر اختلال عملکرد جنسی زنان نابارور (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید مفتاح و بیمارستان شهداء گمنام شهر یاسوج)

- [۱۷] کاویانی، م.، شایانی، آ.، حق پناه، س.، غلامزاده، س.، زارع نژاد، م.، معصومی، ز. (۱۳۹۴). بررسی اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان با خشونت خانگی ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۲۳ (۲): ۳۲-۴۱.
- [۱۸] اعتصامی‌پور، ر. (۱۳۹۱). مقایسه همسرآزاری، عزت نفس و اختلالات جنسی در زنان متأهل شهر و روستا. مجله پژوهش و سلامت، ۲(۲): ۱۹۹-۱۹۱.
- [19] Reiding, M.J., Black, M.C., Ryan, G.W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen US states/territories. *American Journal of Preventive Medicine*. 34(2):112-8. [DOI: 10.1016/j.amepre.2007.10.001] [PMID]
- [۲۰] قهاری، ش.، خادم‌الرضا، ن. (۱۳۹۷). همسرآزاری در ایران: امروز کجا هستیم؟. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۲۴، شماره ۴: ۴۶۱-۴۵۸.
- [۲۱] علی‌پور، ف.، رفیعی، ح.، علیار، ع.، بهرامی، م. (۱۳۹۸). ساخت و رواسازی فرم کوتاه پرسشنامه تجربه همسرآزاری، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۹(۷۲): ۱۳۸-۱۵۴.
- [۲۲] نورانی سعدالدین، ش.، بهارشاهی، س.، اسماعیلی، ح.، اصغری‌پور، ن. (۱۳۹۶). مقایسه طرحواره نقش جنسیتی زوجین، در دو گروه از زنان با و بدون همسرآزاری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۴. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، دوره ۲۰، شماره ۲: ۳۰-۲۱.
- [23] Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49: 822-830.
- [۲۴] برقی ایرانی، ز. (۱۳۹۲). اثر بخشی شناخت‌رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر بهبود نشانه‌های مرضی، همبسته‌های شناختی و برخی رفتارهای مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری پارکینسون (PD)، پایان نامه دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور.
- [۲۵] قاسمی، وح. (۱۳۹۲). مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی با کاربرد Amos Graphics، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- [۲۶] لومکس، ر. ج.، شوماخر، ر. ا. (۱۳۸۸). مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری، ترجمه‌ی وحید قاسمی، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- [27] Byrne, Barbara M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS, Basic Concepts, Applications, and Programming*, second edition, Routledge is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business.