مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه اختلالات جنسی و همسرآزاری در زنان بارور و نابارور

راضیه اعتصامی‌پور[1]، کورش بنی‌هاشمیان[2]

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری و نگرش نسبت به آن، زندگی زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد. محققین بروز رفتارهای تکانشی، افسردگی، احساس درماندگی، اضطراب، تشویش و باورهای منفی نسبت به خود در مورد افراد نابارور را گزارش نموده‌اند. هدف از این مطالعه، تعیین نقش ناباروری در اختلالات جنسی و همسرآزاری، در زنان متأهل شهر جهرم بود.

روش تحقیق: از میان زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی زنان و زایمان در ماه‌های اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۸، تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زن بارور و ۱۰۰ زن نابارور به تشخیص متخصص زنان) به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه، همه افراد مورد مطالعه، به پرسشنامه خشونت خانوادگی و اختلالات و رضایت‌مندی جنسی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آزمون‌های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی اعمال‌شده در زنان نابارور، به صورت معنی‌داری بیشتر از زنان بارور بود (به ترتیب P<۰/۰۰۱، ۰/۰۰۲ و P<۰/۰۰۱). ارتباط معنی‌دار آماری بین نوع همسرآزاری با اختلالات جنسی در زوج‌های نابارور وجود نداشت. اثر تعاملی معنی‌داری بین تحصیلات زنان و میزان همسرآزاری در گروه بارور و نابارور مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: ناباروری به عنوان یکی از عوامل تنش‌زا می‌تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد؛ از جمله می‌تواند باعث خشونت همسران نسبت به زنان نابارور و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی شود.

واژه‌های کلیدی: ناباروری، همسرآزاری، اختلالات جنسی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۱۸(۱): ۱۰-۱۷

دریافت: ۱۳۸۹/۰۴/۰۱ اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۰۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۱/۱۵

[1] نویسنده مسؤول، مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور جهرم، ایران
آدرس: فارس- جهرم- دانشگاه پیام نور- ساختمان شماره ۲
تلفن: ۰۷۹۱-۲۲۲۶۹۰۳ پست الکترونیکی: r.eatesami@gmail.com
[2] مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور جهرم، ایران

مقدمه

ناباروری به ناتوانی در باروری پس از یک سال آمیزش جنسی منظم و بدون پیشگیری اطلاق می‌شود. بیش از نیمی از دلایل ناباروری را می‌توان به دلیل مشکلات مرد و یا به علت ارتباط بین زوجین دانست (۱).

ناباروری به عنوان یک عامل تنش‌زای شدید روانشناختی و بین فردی شناخته شده است. بیشتر متخصصان معتقدند که میان ناباروری و اختلالات جنسی رابطه وجود دارد (۲). ناباروری همچنین با کاهش فعالیت جنسی همراه است (۳). زوجین نابارور، در مقایسه با زوجین بارور، از عزت نفس پایین‌تر و کارکرد جنسی و رضایت زناشویی بدتری شکایت می‌کنند (۴-۷)؛ همچنین در زوجین نابارور، میزان بالایی از مشکلات جنسی گزارش می‌شود (۵). اختلالات جنسی ممکن است نقش سببی در ناباروری داشته باشد و یا ممکن است خود پیامد اختلال دیگری از تنش روانشناختی در یک یا هر دوی زوجین باشد (۸).

بر اساس تحقیقات انجام شده، شایعترین علل شناخته‌شده ناباروری شامل آندومتریوز، نقص در اسپرماتوژنز، آسیب به لوله‌های فالوپ و عدم تخمک‌گذاری می‌باشد (۹). در بررسی عوامل مؤثر بر ناباروری، نقش مسائل روانشناختی مورد مناقشه است ولی مسلماً متغیرهای روانزاد و سبک زندگی تأثیر بسزایی در ایجاد آن دارند (۹).

بر اساس مطالعات موجود، عواملی نظیر نازایی، حاملگی و سالمندی (۱۰)، انجام جراحی‌های زنان در ناحیه لگنی (۱۱)، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی (۱۲)، عوامل روانشناختی- اجتماعی و ابتلا به بیماری‌های مزمن (۱۳) و نیز ناتوانی‌هایی نظیر معلولیت‌های مادرزادی یا حین تولد (۱۴) در بروز اختلالات عملکرد جنسی اثرگذار هستند.

به طور کلی ناباروری می‌تواند اختلال برجسته‌ای را در زندگی افراد یا شریک جنسی آنها ایجاد کند؛ این اختلال می‌تواند از یک میزان خفیف (نارضایتی همراه با لذّت کم از روابط جنسی) تا میزان شدید (توقف رابطه جنسی که با احساسات تلخ و ناگوار همراه است)، متغیر باشد (۱۵)؛ البته سن و عوامل دیگر نیز می‌توانند تأثیر بسیار زیادی بر میزان نارسایی جنسی افراد داشته باشند. در این زمینه برخی از صاحبنظران مشکلات جنسی که باعث ناباروری این افراد می‌گردند را یک نوع دوگانگی در مورد احساس مادرشدن و عقده ادیپ[1] می‌دانند. محققان دیگر تعارضات هویت جنسی را در این اختلالات دخیل دانسته‌اند (۹).

در پژوهش‌های متعدد، تجربه تنش‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روانشناختی شامل کاهش سطح عزت نفس، افزایش سطح اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خود کم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (۱۶،۶).

به طور کلّی ناباروری به عنوان یک نوع بیماری و پدیده مرضی در کشورهای مختلف جهان بخصوص کشورهای در حال توسعه مطرح می‌شود. این اختلال، مشکلات و معضلات روحی، روانی و اجتماعی - فرهنگی گوناگونی را به دنبال دارد. با توجه به این که قشری از افراد جامعه ایران نیز در معرض این پدیده هستند و در زندگی خصوصی با مسائلی از قبیل بدرفتاری، بی‌توجهی، محرومیت اجتماعی، طلاق و جدایی روبه‌رو می‌باشند، شناخت مسائل و مشکلات این قشر و توجه به آثار اجتماعی ناباروری از اهمیتی ویژه برخوردار است. از آنجا که تأمین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زنان در خانواده از عوامل مهمّ در ثبات و پایداری خانواده و جامعه محسوب می‌گردد و نیز به دلیل عدم اجرای پژوهشی نظام‌مند در این زمینه در ایران، شناخت علل مؤثر در ایجاد ناامنی و خشونت در خانواده و بررسی ابعاد آن می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های توسعه کشور مؤثر باشد. با توجه به مطالب پیش‌گفت، مطالعه حاضر با هدف تعیین ناباروری و نقش آن در اختلالات جنسی و همسرآزاری نسبت به زنان، در زنان متأهل شهر جهرم، انجام شد.

---

[1] *Oedipus Complex*

روش تحقیق

این مطالعه علّی- مقایسه‌ای بر روی زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه متخصصین زنان و زایمان در شهر جهرم اجرا گردید و به دلیل مقطعی بودن مطالعه و محدودیت دسترسی به آزمودنی‌ها، در دو ماه اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۸ انجام شد. از میان ۵۵۰ نفر، ۲۰۰ زن متأهل (۱۰۰ زن بارور و ۱۰۰ زن نابارور بر اساس تشخیص متخصص زنان و زایمان) به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مسؤولین و پزشکان درمانگاه و اخذ رضایت افراد، تمامی اعضای نمونه در مراجعه بعدی خود به درمانگاه توسط خود محقق مورد سنجش قرار گرفتند؛ بدین صورت که پس از معرفی و بیان هدف خود از اجرای پرسشنامه‌ها، توضیحات لازم در هر سؤال داده شد و پس از اتمام مدّت زمان لازم (۲۰ دقیقه) برای پاسخ به سؤالات، اقدام به جمع‌آوری آنها گردید. به منظور حفظ اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها، در پرسشنامه در مورد نام و نام خانوادگی سؤالی مطرح نشده بود.

به منظور سنجش میزان همسرآزاری نسبت به زنان، از پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان حاج یحیی استفاده شد (نقل از مقاله خسروی و خاقانی‌فرد (۱۷). این پرسشنامه از چند پرسشنامه دیگر از جمله پرسشنامه مقیاس تکنیک تعارض Straus، پرسشنامه خشونت روانشناختی زنان Tolman، سنجش همسرآزاری Rodenburg و Fantuzzo، شاخص همسرآزاری Hudson و Mcintosh و پرسشنامه رفتارهای خشونتی Shepard و Campbell اقتباس شده است. پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان شامل چهار عامل (۳۲ ماده) می‌باشد. عامل اول (مواد ۱ تا ۱۶) خشونت روانی، عامل دوم (مواد ۱۷ تا ۲۷) خشونت فیزیکی، عامل سوم (مواد ۳۰ تا ۲۸) خشونت جنسی و عامل چهارم (مواد ۳۱ و ۳۲) خشونت اقتصادی را می‌سنجد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که به گزینه‌های "هرگز"، "یک‌بار"، "دوبار و بیشتر" به ترتیب نمرات ۱، ۲ و ۳ اختصاص داده می‌شود؛ بنابراین دامنهٔ نمرات تغییرات این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۹۶ است. ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) برای چهار عامل آزمون حاج یحیی، به ترتیب (۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۲) گزارش شده است (۱۷).

منظور از اختلالات جنسی در این پژوهش، اختلال عملکرد جنسی یا کژکاری جنسی است؛ یعنی هرگونه اختلال در فرایند طبیعی میل، انگیختگی یا ارگاسم که موجب رابطهٔ جنسی بدون رضایت در دفعات متعدد شود. این اختلالات شامل بی‌میلی جنسی و یا میل جنسی مهارشده، ارگاسم یا اوج لذّت جنسی مهارشده، واژینیسموس (انقباض غیرارادی ثلث انتهایی واژن) و نزدیکی دردناک است.

برای سنجش اختلالات و رضایتمندی جنسی، از پرسشنامه خودساخته‌ای که توسط O'farrel و همکاران تهیه شده بود، استفاده گردید (۱۸). این پرسشنامه ۳۸ ماده دارد و از چهار بخش تشکیل شده که بخش الف (۷ ماده)، اطلاعات مرتبط با رضایتمندی کلّی را مورد سنجش قرار می دهد؛ بخش ب (۹ ماده)، در زمینه چگونگی ارتباط در آمیزش جنسی می‌باشد؛ بخش ج (۱۳ ماده)، مرتبط با رضایتمندی از جنبه‌های خاص رابطه جنسی است و بخش د (۹ ماده)، اختلالات جنسی را مورد سنجش قرار می‌دهد. O'farrel و همکاران، ضریب پایایی آزمون خود را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۱۸). نحوه نمره‌دهی پرسشنامه اختلالات جنسی به صورت روش لیکرت با درجه‌بندی هرگز=۱، خیلی کم=۲، کم=۳، متوسط=۴، زیاد=۵ و خیلی زیاد=۶ و با دامنه تغییرات نمرات بین ۹ تا ۵۴ بود. به دلیل این که این پرسشنامه اولین بار در ایران اجرا می‌شد، ابتدا آزمون به فارسی ترجمه و سپس اعتبار آن توسط گروهی از روانپزشکان و صاحب‌نظران در این زمینه ارزیابی و پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ سنجیده شد که میزان آن ۰/۷۸ به دست آمد.

برای پردازش داده‌های جمع‌آوری شده، از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آزمون‌های کای‌دو، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس دو طرفه در سطح معنی‌داری $P<0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش دو گروه زنان بارور و نابارور (هر گروه ۱۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها در جدول ۱ نشان داده شده است. تفاوت معنی‌داری در وضعیت شغلی بین گروه زنان بارور و نابارور مشاهده شد. بیش از ۶۰٪ از هر دو گروه، میزان تحصیلات دیپلم به پایین داشتند.

مقایسه میزان انواع خشونت اعمال شده توسط همسران نشان داد که خشونت‌های روانی، فیزیکی و اقتصادی در گروه زنان نابارور به میزان معنی‌داری بیشتر از گروه زنان بارور بوده است (P=۰/۰۰۲)؛ در حالی که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در میزان خشونت‌های جنسی مشاهده نشد (جدول ۲).

به منظور بررسی رابطهٔ بین همسرآزاری نسبت به زنان و اختلالات جنسی در زنان نابارور از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که میان هیچ‌یک از ابعاد همسرآزاری و اختلالات جنسی، رابطه معنی‌داری از نظر آماری وجود ندارد.

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس دو طرفه، اثر تعاملی تحصیلات و وضعیت باروری بر همسرآزاری نسبت به زنان، بررسی شد. برای وارد کردن متغیر تحصیلات، تمام آزمودنی‌ها به سه گروه زیردیپلم، دیپلم و لیسانس‌به‌بالا تقسیم شدند. نتایج نشان داد که این اثر تعاملی، معنی‌دار نیست؛ در نتیجه، تحصیلات در هر دو گروه زنان بارور و نابارور، تأثیری بر همسرآزاری نسبت به آنها نشان نداد (جدول ۴).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که همسرآزاری در زنان نابارور در ابعاد خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی به صورت معنی‌داری بیشتر از زنان بارور بوده است؛ اما بین زنان بارور و نابارور از نظر خشونت جنسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتیجه این تحقیق با تحقیقی مشابه در همین زمینه همخوانی دارد (۸).

داشتن فرزند نقش مهمّی در شادی زندگی زناشویی دارد. زمانی که فرد از داشتن فرزند محروم باشد، نه تنها مفهوم زندگی خود، بلکه مفهوم روابط بین آنها نیز زیر سؤال می‌رود. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد. محققین بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش بویژه با درمان‌های طولانی مدّت و در برخی موارد ناموفق و باورهای منفی نسبت به خود را در مورد این افراد گزارش نموده‌اند. در این میان داشتن خودپنداره منفی و عزت نفس پایین هم در میان آزارگران و هم آزاردیدگان موجب می‌شود که آنها برای خود انتظارات غیرواقعی و زود هنگام داشته باشند و به دلیل نرسیدن به این انتظارات (که آرزوی داشتن فرزند نیز یکی از این عوامل است)، به موفقیت نرسیده و با انجام رفتارهای نامقبولی مانند خشونت ورزیدن به همسر خود ناراحتی‌شان را کاهش دهند؛ همچنین بین هیچ کدام از انواع همسرآزاری با اختلالات جنسی زنان نابارور رابطه معنی‌داری وجود نداشت که این یافته بر خلاف مطالعات قبلی بود (۲۰،۱۹).

بر اساس نظر برخی از صاحبنظران، مشکلات جنسی که باعث ناباروری این افراد می‌گردد، یک نوع دوگانگی در مورد احساس مادرشدن و عقده ادیپ حل نشده است (۹)؛ همچنین تعارضات هویت جنسی نیز در این اختلالات مؤثر است. ناباروری نیز می‌تواند روابط جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۹).

به طور کلی عدم ارضای نیازهای جنسی نقش مؤثر و مهمّی در اختلافات زن و شوهر دارد. عدم توجه به نیازهای جنسی یکدیگر که به ناتوانی، بی‌میلی یا سردمزاجی فرد مربوط می‌شود، با لطمه به روابط زوجین، افراد را دچار عصبانیت و دلسردی نسبت به همسر و زندگی می‌کند و بتدریج موجب بروز رفتارهای پرخاشگرانه و در نهایت افسردگی می‌شود.

جدول ۱ - اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به دو گروه زنان بارور و نابارور

گروه	شغل		تحصیلات	
	خانه‌دار	غیر خانه‌دار	دیپلم و پایین‌تر	بالای دیپلم
زنان بارور (تعداد=۱۰۰)	۲۷	۷۳	۶۷	۳۳
زنان نابارور (تعداد=۱۰۰)	۵۸	۴۲	۶۹	۳۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱		۰/۸۷	

جدول ۲ - یافته‌های مربوط به انواع همسرآزاری در دو گروه زنان بارور و نابارور

انواع خشونت	وضعیت باروری	فراوانی	میانگین و انحراف‌معیار	سطح معنی‌داری
روانی	نابارور	۱۰۰	۲۹/۵۵±۱۰/۱۵	P<۰/۰۰۱
	بارور	۹۸	۲۲/۲۶±۶/۱۷	
فیزیکی	نابارور	۱۰۰	۱۴/۶۳±۶/۰۱	۰/۰۰۲
	بارور	۹۸	۱۲/۲۶±۳/۴۸	
اقتصادی	نابارور	۱۰۰	۲/۹۰±۱/۱۵	P<۰/۰۰۱
	بارور	۱۰۰	۲/۳۵±۰/۸۸	
جنسی	نابارور	۱۰۰	۳/۸۹±۱/۴۳	۰/۸۸۹
	بارور	۹۹	۳/۸۷±۱/۴۸	

جدول ۳ - همبستگی بین مؤلفه‌های همسرآزاری و اختلالات جنسی

مؤلفه‌ها	اختلالات جنسی	سطح معنی‌داری
خشونت روانی	-۰/۰۷۲	۰/۴۷۸
خشونت فیزیکی	-۰/۰۳۰	۰/۷۶۶
خشونت جنسی	۰/۰۸	۰/۴۲۶
خشونت اقتصادی	-۰/۰۲۸	۰/۷۸۵

جدول ۴ - بررسی اثر تعاملی تحصیلات و وضعیت باوری زنان بر آزار همسران نسبت به آنها

منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
اثر مستقیم باروری	۹۹۰/۹۷۹	۹۹۰/۹۷۹	۱	۰/۰۱۸
اثر مستقیم تحصیلات	۱۶۱۹/۸۵۳	۲۶۹/۹۷۵	۶	۰/۱۶۶
اثر تعاملی تحصیلات و باروری	۱۲۶۳/۳۰۸	۲۵۲/۶۶۲	۵	۰/۲۱۰

در این پژوهش تحصیلات در هیچ کدام از گروه‌های زنان بارور و نابارور، تأثیری بر همسرآزاری نسبت به آنها نداشت؛ این یافته با مطالعات قبلی همخوانی ندارد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که زنان با تحصیلات بالاتر، آزار کمتری از طرف همسر خود دیده‌اند (۲۱). علت این مسأله می‌تواند به دلیل مطالعات و آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیشتر برای مشارکت و فعالیت اجتماعی زنان باشد؛ از طرفی هرچه زنان دارای تحصیلات بیشتر باشند، می‌توانند به دنبال روش‌های مختلفی برای بهبود وضعیت زناشویی خود باشند؛ همچنین، زنان نابارور تحصیل‌کرده شاید بتوانند از طریق برقراری راه‌های مناسبی در ارتباط با همسر خود، ضعف خود را جبران کنند؛ از طرف دیگر با افزایش پایگاه اجتماعی زنان، ممکن است مردان موقعیت خود را در خطر دیده، در نتیجه امکان افزایش خشونت نیز بیشتر شود (۲۲).

با توجه به این که این پژوهش در شهر جهرم انجام شده و این شهر از نظر مراکز پزشکی و درمانگاهی از محدودیت

زیادی برخوردار است، جامعه آماری و نمونه نیز محدود بود و به دلیل مسائل فرهنگی، دسترسی به بسیاری از بیماران، بخصوص در حیطه بیماری‌های زنان و زایمان به سهولت امکان‌پذیر نبود که به نظر می‌رسد این مسأله در بسیاری از شهرستان‌های غیر مرکز استان وجود داشته باشد؛ بنابراین نمونه‌گیری با محدودیت مواجه بود که از این جهت، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر از نظر تعداد نمونه در شهرهای بزرگتر، ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

ناباروری به عنوان یکی از عوامل تنش‌زا می‌تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد؛ به گونه‌ای که می‌تواند باعث خشونت همسران نسبت به زنان نابارور شود و مشکلات زیادی را در روابط بین فردی به وجود آورد؛ این مسأله نه تنها بر سلامتی افراد یا همسران دارد بلکه بر سلامت جامعه به عنوان یک کلّ نیز تأثیر می‌گذارد.

تقدیر و تشکر

از تمامی بیماران، مسؤولین و پزشکان محترم درمانگاه تخصصی زنان شهرستان جهرم که محققین را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌شود.

منابع:

1- Brugh VM 3rd, Lipshultz LI. Male factor infertility: evaluation and management. Med Clin North Am. 2004; 88(2): 367-85.

2- Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA. Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. J Endocrinol Invest. 2003; 26(3 Suppl): 72-76.

3- Nene UA, Coyaji K, Apte H. Infertility: a label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. Patient Educ Couns. 2005; 59(3): 234-38.

4- O'Brien JH, Lazarou S, Deane L, Jarvi K, Zini A. Erectile dysfunction and andropause symptoms in infertile men. J Urol. 2005; 174(5): 1932-34; discussion 1934.

5- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004; 63(1): 126-30.

6- Besharat MA, Hosseinzadeh Bazargan R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006; 12(2): 146-53. [Persian]

7- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. J Marriage Fam. 1992; 54(2): 408-17.

8- Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. J Urol. 2008; 179(3): 1056-59.

9- Sargolzaei MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javadi K, Karimi S, Fayazi Bordbar MR. Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center. Journal of Reproduction and Infertility. 2001; 2(4): 46-51. [Persian]

10- Goshtasbi A, Vahdaninia MAS, Rahimi Foroushani A, Mohammadi A. Reproductive correlates of female sexual dysfunctions in Kohgilouyeh- Boyerahmad province: A Population-Based study. Payesh. 2008; 7(1): 67-73. [Persian]

11- Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000; 2(3): 189-95.

12- Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ. 2003; 327(7412): 423.

13- Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Eur Urol. 2005; 47(3): 366-74; discussion 374-75.

14- Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. Arch Womens Ment Health. 2002; 5(2): 59-63.

15- Braverman AM . Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. International Congress Series. 2004; 1266: 270-76.

16- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004; 63(1): 126-30.

17- Khosravi Z, Khaghanifard M. Spouse annoying sadism with tendency to suicide and feeling of hurting spouse in women of Tehran. Women's Studies. 2005; 2(6): 99-114. [Persian]

18- O'Farrell TJ, Kleinke CL, Cutter HS. A Sexual Adjustment Questionnaire for use in therapy and research with alcoholics and their spouses. J Subst Abuse Treat. 1997; 14(3): 259-68.

19- Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. J Trauma Stress. 2006; 19(6): 895-903.

20- Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, Eldesoky MM, Aly OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Sexual abuse experienced by married Egyptian women. Int J Gynaecol Obstet. 2007; 99(3): 216-20.

21- Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the heath care centers in Semnan. Koomesh. 2005; 6(2): 115-22. [Persian]

22- Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C, Davies L, Merritt-Gray M, Campbell J, et al. Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. Soc Sci Med. 2009; 68(6): 1021-29.

Abstract *Original Article*

Comparison of sex disorders and couple abuse among fertile and infertile women

R. Etesami Pour[1], K. Banihashemian[2]

Background and Aim: Infertility and the attitude about it, lead to emotional disturbance in couple life. Researchers reported impulsive behavior, depression helplessness, anxiety and negative self belief in infertile persons. The aim of this study was to investigate the effect of infertility in sex disorder and couple abuse in married women in Jahrom.

Materials and Methods: Among the women who were referred to the gynecology clinic in May and June 2009, 200 cases were randomly selected (100 fertile and 100 infertile women according to gynecologist diagnosis). After obtaining informed consent, all subjects responded to the family violence and sexual satisfaction & disorders questionnaires. Data analysis were done by means of SPSS (version 11.5) and statistical methods of independent Student t-test, Pearson correlation and ANOVA at the significant level of $P<0.05$.

Results: The rate of received mental, physical and economical violence in infertile women was significantly higher than fertile ones ($P<0.001$, 0.002 and $P<0.001$, respectively). There was no statistical significant relationship between type of couple abuse and sexual disorder in infertile couples. Significant interaction effect between education of women and the rate of couple abuse was not observed in fertile and infertile groups.

Conclusion: Infertility, as one of the stressors, may affect couple lives in different aspects; it can causes husbands violence upon their infertile housewife and leads to disturbances in interpersonal relationships.

Key Words: Infertility, Couple abuse, Sexual disorders

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2011; 18(1): 10 -17

Received: June 22, 2010 Last Revised: April 3, 2011 Accepted: April 4, 2011

[1]*Corresponding Author, Instructor, Department of Psychology, Payam-e-Nour University of Jahrom, Jahrom, Iran r.eatesami@gmail.com*
[2]*Instructor, Department of Psychology, Payam-e-Nour University of Jahrom, Jahrom, Iran*