

Domestic Violence and Its Association with Domains of Reproductive Health in Women: A Systematic Review

Anvar Sadat Nayeibi Nia¹,
Mahrokh Dolatian²,
Batool Hasan Pour Azghadi³,
Abas Ebadi⁴,
Alireza Akbarzadeh Baghban⁵

¹ Ph.D. Candidate of Reproductive Health, Student Research Committee, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ professor. Behavioral Sciences Research Center. Life style institute, faculty of nursing. Baqiyatallah university of Medical sciences, Teheran, Iran

⁵ Ph.D in Biostatistics, Associate Professor, Proteomics Research Center, Department of Basic Sciences, School of Rehabilitation Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received May 30, 2017 ; Accepted September 26, 2017)

Abstract

Background and purpose: Violence is one of the main aspects of gender inequality that is a major barrier to achieving the goals of global reproductive health. It is directly associated with women's access to health care and health outcomes. In a systematic review, we aimed to investigate the articles on the relationship between intimate partner violence and women's reproductive health.

Materials and methods: Electronic databases including, Scopus, ProQuest, PubMed, and Google Scholar were searched for articles published in English between 2010 and 2017.

Results: After evaluation, 31 articles were selected. The lowest and highest prevalence of violence was associated with physical violence (2.8%) and psychological violence (75.9%), respectively. Moreover, violence was found to be associated with six domains of reproductive health including, not using contraceptive methods, abortion, genital tract diseases, poor pregnancy outcomes, and not using reproductive health services.

Conclusion: Systematic review of studies investigated, showed a strong relationship between domestic violence and major aspects of reproductive health. Therefore, it is necessary to prevent domestic violence in order to promote the health of whole community.

Keywords: domestic violence, reproductive health, women, systematic review

خشونت خانگی و ابعاد بهداشت باروری در زنان: مرور سیستماتیک

انور سادات ناییبی^۱ماهرخ دولتیان^۲بتول حسن پور ازغدی^۳عباس عبادی^۴علیرضا اکبرزاده باغبان^۵

چکیده

سابقه و هدف: خشونت یکی از نمودهای اصلی نابرابری جنسی است. خشونت علیه زنان یکی از موانع مهم برای رسیدن به اهداف بهداشت باروری جهانی می باشد، که به طور مستقیم با دسترسی زنان به مراقبت های بهداشتی و نتایج بهداشتی، مرتبط است. هدف از انجام این مطالعه مروری، بررسی ارتباط بین خشونت شریک جنسی و بهداشت باروری زنان می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر به منظور مروری سیستماتیک بر مطالعات انجام شده در جهان، به مرور مقالات چاپ شده به زبان انگلیسی در پایگاه های اطلاعاتی PubMed، ProQuest، Scopus و Google Scholar، در ارتباط با خشونت خانگی و ابعاد بهداشت باروری در زنان، بین سال های ۲۰۱۰-۲۰۱۷ پرداخته است.

یافته ها: پس از تکمیل جستجو و ارزیابی مقالات با استفاده از چک لیست، ۳۱ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعات، کم ترین و بیش ترین شیوع خشونت به ترتیب، مربوط به خشونت جسمی (۲/۸ درصد) و خشونت روانی (۷۵/۹) بوده است. خشونت با شش حیطه بهداشت باروری، از جمله عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، سقط، بیماری های دستگاه تناسلی، پیامد های ضعیف بارداری و عدم استفاده از خدمات بهداشت باروری بیش ترین ارتباط را نشان داده است.

استنتاج: مرور سیستماتیک این مطالعات ارتباط تنگاتنگ خشونت خانگی با جنبه های مهم بهداشت باروری را نشان می دهد که بیان کننده اهمیت پیشگیری از خشونت خانگی در جهت ارتقای سلامت کل جامعه می باشد.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، بهداشت باروری، زنان، مرور سیستماتیک

مقدمه

عمومی در جهان است و به عنوان یک شرایط استرس زا، زنان سنین باروری را بیشتر تحت تاثیر قرار می دهد (۲). گزارشات نشان می دهد که خشونت علیه زنان یک امر جهانی است که به صورت اپیدمیک در

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی خشونت شریک جنسی، به رفتارهایی اطلاق می گردد که در یک رابطه عشقی منجر به صدمه جسمی، جنسی و روانی گردد (۱). خشونت شریک زندگی یک نگرانی بهداشت

مؤلف مسئول: ماهرخ دولتیان - تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع اتوبان هاشمی رفسنجانی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، معاونت پژوهشی

E-mail: mhdolatian@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۵. دانشیار، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۷/۴

برای جستجوی مراقبت‌های بهداشتی باروری مهم است (۱۰).

بر اساس نتایج مطالعات مختلف و تاکید بر عواملی مانند تاثیر منفی خشونت علیه زنان بر بهداشت عمومی و جنبه‌های مختلف بهداشت باروری، افزایش مشکلاتی چون سقط، حاملگی ناخواسته، نارضایتی جنسی، بیماری‌های عفونی دستگاه تناسلی و پیامدهای سوء بارداری، لزوم شناخت کافی مشکلات مرتبط با خشونت برای غربال‌گری صحیح آن و آسیب به پیکره بهداشت باروری در ابعاد مختلف آن که یکی از جنبه‌های مهم مشکلات مربوط به خشونت در زنان است، نشان دهنده اهمیت بهداشت باروری برای سلامت کل جامعه می‌باشد (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۷). مطالعه حاضر مرور نظام مند، شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با بهداشت باروری در زنان است، که با هدف مروری سیستماتیک بر مقالات انجام شده در ارتباط با خشونت خانگی و ابعاد بهداشت باروری در زنان جهت رسیدن به یک جمع‌بندی منظم در این زمینه پرداخته است.

در این مطالعه مروری، با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی Pubmed، (MEDLINE)، ProQuest، Scopus و Google Scholar در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷، براساس عنوان، چکیده و کلید واژه و با استفاده از استراتژی جستجوی پیشرفته، عملگرها و تگ‌های متناسب با هر پایگاه علمی مورد جستجو قرار گرفتند. جهت جستجوی مقالات از کلمات کلیدی domestic violence، reproductive health، sexual health، و معادل آن‌ها در Reproductive، Sexual Health استفاده گردید (جدول شماره ۱).

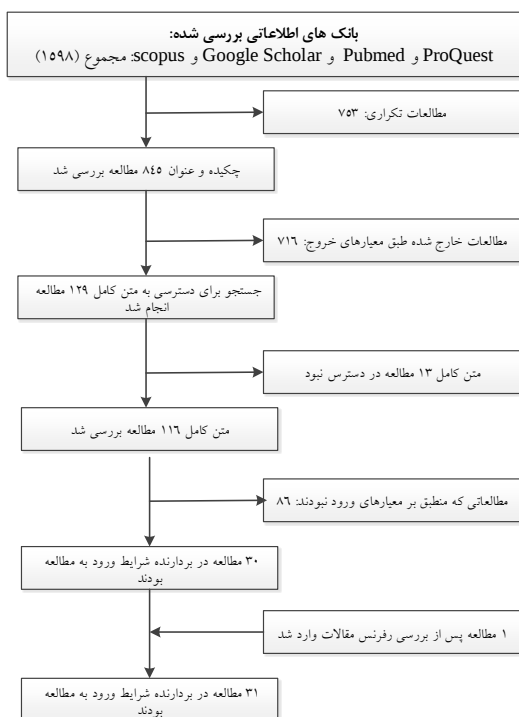
جدول شماره ۱: استراتژی جستجو در پایگاه (PubMed)

```
#1 domestic violence in mesh
#2 Violence, Domestic, Family Violence, Violence, Family
#3 Combination #1 and #2: ("domestic violence" OR (Violence AND Reproductive) OR "Sexual Health" (Health AND Sexual))
#4 Reproductive Health in mesh
#5 Health, Reproductive, Sexual Health, Health, Sexual
#6 Combination #4 and #5: ("Reproductive Health" OR (Health AND Reproductive) OR "Sexual Health" (Health AND Sexual))
#7 Combination #3 and #6: ("domestic violence" OR (Violence AND Domestic) OR "Family Violence" OR (Violence AND Family)) AND ("Reproductive Health" OR (Health AND Reproductive) OR "Sexual Health" (Health AND Sexual)) AND 2010:2017[dp]
```

تمام جوامع رخ می‌دهد (۳). در سال‌های اخیر خشونت علیه زنان به عنوان جدی‌ترین مشکل اجتماعی در همه فرهنگ‌ها و جوامع مورد توجه واقع شده است به طوری که ۳۵ درصد از زنان در جهان خشونت جسمی و یا جنسی را از جانب همسر و یا شریک غیر جنسی تجربه می‌کنند (۴، ۵).

زندگی در یک محیط خانوادگی همراه با خشونت، خطرات جدی برای سلامتی زنان به همراه دارد (۶، ۷). ایجاد پیامدهای فیزیکی، روانی و بهداشت باروری حاد و مزمن، برای زنانی که مورد سوء استفاده واقع شده‌اند، امری معمول است (۸، ۲). علاوه بر این رفتارهای سوء استفاده آمیز همسر می‌تواند به طور مستقیم بر آزادی باروری زنان تاثیر بگذارد (۹). زنان خشونت دیده با بسیاری از مشکلات در حیطه بهداشت باروری درگیر هستند. نتایج مطالعه Sudha و همکاران در سال ۲۰۱۱، نشان داده است که میزان عفونت‌های منتقله جنسی در زنان خشونت دیده به طور معنی‌داری بیش‌تر می‌باشد (۱۰). نتایج مطالعه Okenwa و همکاران در سال ۲۰۱۱ در نیجریه، نشان می‌دهد زنان خشونت دیده به نسبت سایر زنان تعداد بارداری بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۱۱). Akyuz و همکاران در سال ۲۰۰۸ نیز در مطالعه خود نشان دادند که زنان خشونت دیده به علت مخالفت همسران شان برای مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی، کم‌تر معاینات و غربالگری‌های زنان را انجام می‌دهند (۱۲). از دیگر مشکلات این زنان، زایمان در مراکز غیر بهداشتی-درمانی، زایمان توسط فرد بدون مهارت و افزایش بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز می‌باشد (۱۳).

خشونت یکی از نمودهای اصلی نابرابری جنسی است که به دلیل ارتباط مستقیم با دسترسی زنان به مراقبت‌های بهداشتی و نتایج بهداشتی، مانع مهمی برای رسیدن به اهداف بهداشت باروری جهانی است. برای ارتقاء سلامت، دانستن ارتباط بین خشونت شریک جنسی و یا همسر، بهداشت باروری زنان و قدرت آن‌ها



شکل شماره ۱: مروری بر مطالعات جستجو شده و انتخاب مقالات

از ۳۱ مطالعه وارد شده چهار مطالعه در هند، شش مطالعه در ایالت متحده، سه مطالعه در بنگلادش، دو مطالعه در نروژ و بقیه در کانادا، مصر، ایران، اتیوپی، استرالیا، نیجریه، بولیوی، تانزانیا، تیمور شرقی، ایتالیا، پاکستان، ویتنام، کنگو، تایلند و استونی انجام شده بود (۳۹، ۱۷، ۱۴، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۴، ۱، ۱۶ مطالعه بر روی زنان سن باروری و پنج مطالعه بر روی زنان حامله انجام شده بود (۳۹، ۳۴، ۳۱، ۳۰، ۲۸، ۲۴، ۱۹، ۱۷، ۱۱، ۷، ۹، ۴، ۱). در ۳۱ مطالعه انجام شده برای بررسی خشونت، ۱۱ مطالعه از ابزار تعارض و یا فرم اصلاح شده آن به صورت مصاحبه یا پرسشنامه، سه مطالعه از پرسشنامه خشونت جنسیتی سازمان بهداشت جهانی و در دیگر مطالعات از پرسشنامه‌های محقق ساخته استفاده کردند (۳۹، ۳۷، ۳۶، ۳۲، ۲۶، ۲۲، ۱۹، ۱۷، ۱۱، ۱۰، ۱). کم‌ترین شیوع مربوط به خشونت جسمی (۲/۸ درصد) در مطالعه Escibà و

ابتدا تمام مطالعات و مقالات مرتبط با خشونت و بهداشت باروری جمع‌آوری گردید و پس از اتمام جستجو، لیستی از چکیده مقالات تهیه شد. پس از مخفی کردن مشخصات مقالات شامل نام مجله و نام مؤلف، متن کامل مقالات در اختیار مرورگرها قرار گرفت. مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج در دو مرحله غربال‌گری گردید و در نهایت تعداد ۳۱ مقاله وارد مطالعه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: مطالعاتی که بر روی زنان انجام گرفته است، استفاده از رگرسیون برای آنالیز داده‌ها، انگلیسی زبان و مطالعاتی که خشونت شریک جنسی را بررسی کرده است، می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مقالاتی که ارتباطی با موضوع مورد بررسی نداشتند، گزارش تکراری نتایج در سایر مقالات، انجام مطالعه به صورت مداخله‌ای و داده‌های مقالات مروری، گزارش‌های موردی، خلاصه مقالات، پوسترها و نامه به سردیر، می‌باشد. با استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت استروپ برای ارزیابی مطالعات کمی، کیفیت مطالعات توسط دو نفر مرورگر به صورت مستقل ارزیابی گردید و اختلاف نظر میان آن‌ها با روش اجماع حل و فصل شد. بعد از تدوین فرم استخراج داده‌ها، اطلاعات توسط دو نفر به طور مستقل از هم، استخراج گردید. اطلاعات کلی مقالات شامل نوع مطالعه، محل انجام مطالعه، حجم نمونه و نتایج آن، شامل درصد شیوع و OR، می‌باشد.

براساس جستجوی بانک‌های اطلاعاتی ۱۵۹۸ مقاله استخراج گردید و در نهایت ۳۱ مطالعه تحلیلی-مشاهده‌ای از نوع کوهورت، مورد-شاهدی و مقطعی که در راستای اهداف پژوهش و منطبق بر معیارهای ورود بودند، وارد مطالعه گردید. شکل شماره ۱ بیان‌گر دیاگرام مراحل مختلف انجام مطالعه می‌باشد.

همکاران، و بیشترین شیوع مربوط به خشونت روانی (۷۵/۹ درصد) در مطالعه Zakar و همکاران گزارش شده است (۱۴، ۳۶). شیوع خشونت برای سه مطالعه گزارش نشده است (جدول شماره ۲).

ابعاد بررسی شده بهداشت باروری در مطالعات، شامل تنظیم خانواده، اقدام به بارداری، سقط، بیماری‌های دستگاه تناسلی، سلامت جنسی، پیامدهای بارداری و استفاده از خدمات بهداشت باروری بوده است که نتایج آن‌ها بدین شرح می‌باشد.

تنظیم خانواده: از میان مطالعاتی که به نوعی به ارتباط جنبه‌های مختلف تنظیم خانواده و خشونت خانگی پرداخته بودند، ارتباط خشونت با عدم استفاده از روش‌های مختلف تنظیم خانواده و یا کاندوم در هشت مطالعه، استفاده از روش‌های نامعتبر و یا سنتی تنظیم خانواده در دو مطالعه، مخالفت و یا کارشکنی همسر و یا خانواده وی برای استفاده از روش‌های تنظیم خانواده در سه مطالعه، معنی‌دار بود (۷، ۱۴، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۳۳، ۳۵، ۳۶). ۱، ۵، ارتباط خشونت خانگی با روش‌های تنظیم خانواده در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

اقدام به بارداری: از پنج مطالعه که به بررسی ارتباط حاملگی ناخواسته و خشونت پرداخته بود. در چهار مطالعه ارتباط معنی‌دار گزارش گردید (۵، ۲۱، ۲۴، ۳۶). خشونت با، تعداد فرزندان بیش‌تر، عدم توافق با شوهر و خانواده وی در باردار شدن و عدم تمایل زن به بارداری، در ارتباط بوده است (۹، ۱۱، ۱۴، ۲۵، ۳۱، ۳۸). ارتباط خشونت و اقدام به بارداری در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

سقط: از ۳۱ مطالعه بررسی شده در نه مطالعه ارتباط معنی‌داری بین خشونت و افزایش سقط وجود دارد (۱، ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴). ارتباط خشونت و افزایش سقط در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

بیماری‌های دستگاه تناسلی: شش مطالعه ارتباط معنی‌داری بین خشونت و افزایش عفونت‌های منتقله جنسی داشته‌اند (۱، ۷، ۱۰، ۱۸، ۲۹، ۳۳). در مطالعه Dossa و همکاران در سال ۲۰۱۴، ارتباط معنی‌داری بین خشونت، گزارش فیستول و درد مزمن لگنی نشان داده شد (۳۸). در جدول شماره ۴ ارتباط خشونت با بیماری‌های دستگاه تناسلی نشان داده شده است.

سلامت جنسی: از ۳۱ مطالعه دو مطالعه به بررسی جنبه‌هایی از سلامت جنسی پرداخته بود. در مطالعه Dossa و همکاران در سال ۲۰۱۴، ارتباط معنی‌داری بین خشونت با عدم تمایل به داشتن رابطه جنسی بیان شد (۳۸). در مطالعه Laanpere و همکاران در سال ۲۰۱۲، ارتباط خشونت با درد جنسی معنی‌دار گزارش گردید (۷). ارتباط سلامت جنسی با خشونت در جدول شماره ۴ نشان داده شد.

پیامدهای بارداری: از شش مطالعه که ارتباط مرده زایی و خشونت را گزارش کرده بود در پنج مطالعه ارتباط معنی‌دار بوده است (۱، ۱۱، ۱۴، ۳۰، ۳۹). پنج مطالعه ارتباط معنی‌داری بین وزن کم هنگام تولد و خشونت، در چهار مطالعه ارتباط معنی‌دار بین زایمان زودرس و خشونت و هم‌چنین در شش مطالعه ارتباط معنی‌دار بین عوارض بارداری و زایمان و بستری شدن در دوران بارداری بوده است (۱، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۷). ارتباط خشونت با پیامدهای باروری در جدول شماره ۵ آمده است.

شیوع خشونت (درصد)				شیوع خشونت (درصد)				شیوع خشونت (درصد)			
نویسنده (سال)	محل	حجم نمونه	جسمی	جنسی	عاطفی	نویسنده (سال)	محل	حجم نمونه	جسمی	جنسی	عاطفی
Sudha (۲۰۱۱) (۱۰)	هند	۹۶۳۹	۹/۲	۳۶/۵	۱۵	Zakar (۲۰۱۲) (۳۶)	پاکستان	۳۷۳	۳۱/۹	۳۴/۶	۷۵/۹
Dossa (۲۰۱۴) (۳۸)	کنگو	۳۲۰	-	۳۶/۵۶	-	Pearson (۲۰۱۶) (۲۵)	بنگلادش	۴۵۷	۲۵/۸	-	-
Ahmad (۲۰۱۶) (۱۷)	هند	۴۲۲۳	۳۷	-	-	Laanpere (۲۰۱۲) (۷)	استونیا	۱۹۶۶	۱۸/۴	-	-
Hoang (۲۰۱۶) (۳۷)	ویتنام	۱۲۷۶	۳۵/۴	-	-	Kamal (۲۰۱۲) (۲۴)	بنگلادش	۱۰۱۳	۴۷/۹	-	-
Rahman (۲۰۱۲) (۲۶)	بنگلادش	۲۰۰۱	۴۲/۸	-	-	Taft (۲۰۱۵) (۱)	تیمور شرقی	۱۹۵۹	۳۴	-	-
Okenwa (۲۰۱۱) (۱۱)	نیجریه	۳۳۳۸۵	-	-	-	Lockart (۲۰۱۰) (۳۳)	استرالیا	۶۰۱۳	۵/۷	-	-
Aguirre (۲۰۱۰) (۳۵)	بولیوی	۱۰۵۹۰	-	-	-	Msuya (۲۰۱۴) (۴)	تانزانیا	۴۴۷۱	۳۶	۱۳	-
Katz (۲۰۱۵) (۲۲)	نیویورک	۲۲۳	۳۲/۳	-	-	Levesque (۲۰۱۶) (۲۹)	کانادا	۱۸۱۲	۳۶/۱	-	-
Nair (۲۰۱۳) (۹)	هند	۲۲۰	-	-	-	Escriba (۲۰۱۲) (۱۴)	ایتالیا	۸۸۳	۲/۸-۱۲	-	-
Cha (۲۰۱۵) (۲۰)	ایالت متحده	۱۹۳۳۱۰	۶/۲	-	-	Tanimu (۲۰۱۶) (۳۴)	نیجریه	۳۹۳۰	۲۹	۲۱/۹	۴۶/۶
Panchana (۲۰۱۰) (۲۳)	نیویورک	۲۲۴	-	۵/۳	-	Shabnam (۲۰۱۷) (۱۸)	هند	۱۷/۴	۱/۹	-	-
Cha (۲۰۱۷) (۵)	ایالت متحده	۱۵۹۵	۱۳/۳	-	-	Alhusen (۲۰۱۴) (۱۹)	ایالت متحده	۲۳۹	-	-	-
Falab (۲۰۱۴) (۳۹)	تایلند	۳۳۷	۱۵/۴	-	-	Ibrahim (۲۰۱۵) (۳۰)	مصر	۱۸۵۷	۱۵/۹	۱۰	۳۲/۶
Cha (۲۰۱۴) (۲۱)	ایالت متحده	۲۰۲۳۶۸	۶/۴	-	-	Hassan (۲۰۱۴) (۳۱)	ایران	۱۳۰۰	۷۲/۸	-	-
Henriksen (۲۰۱۴) (۲۷)	نروژ	۷۶۸۷۰	-	۱۸/۴	-	Henriksen (۲۰۱۳) (۲۸)	نروژ	۷۸۶۶۰	-	۱۲	-
Bedru (۲۰۱۷) (۳۲)	اتیوپی	۲۱۰	۱۸/۶	۳۷/۶	۲۳/۳						

OR(CI%) اقدام به بارداری			OR(CI%) روش های تنظیم خانواده			حجم نمونه	محل	پیوسته (سال)
حامیگی تاخواسته	عدم توافق زوجین در باردار شدن	عدم تمایل به بارداری	فرزندان بیشتر	مخالفت همسر	روش های نامعتبر			
					۱/۵۴۰ (۱/۱۶-۲/۰۴)	۲/۰۲۰ (۱/۴۴-۲/۸۲) ۰/۶۷۰ (۰/۴۸-۰/۹۴)	۱۹۶۶	استونیا (۷) Lanperve (۲۰۱۲)
۱/۱۴ (۰/۸۶-۱/۵۱)					۲/۳۵۰ (۱/۰۵-۵/۲۶)		۶۰۱۳	اوتارلیا (۳۳) Lockar (۲۰۱۰)
۲/۲۹۰ (۱/۳۹-۳/۷۶)							۱۹۵۹	تیمور شرقی (۱) Tafa (۲۰۱۵)
	۷/۹۵۰			۳/۳۱۰ (۱/۹۳-۵/۶۸)	۱/۷۹۰ (۱/۰۵-۳/۰۷)		۳۷۳	پاکستان (۳۶) Zaka (۲۰۱۲)
				۶/۲۴۰ (۱/۶۵-۲۳/۶۵)	سس		۸۸۳	ایتالیا (۱۴) Escriba (۲۰۱۲)
	(۲/۰۱-۳۱/۴۴)							
	۱/۹۸۰ (۱/۴۴-۲/۷۴)			۴/۴۱۰ (۱/۶۴-۳/۹۸)	۱/۸۱۰ (۱/۰۵-۳/۰۹)		۴۵۷	بنگلادش (۲۵) Pearson (۲۰۱۶)
۲/۳۵۰ (۱/۲۸-۴/۳۲)							۱۰۱۳	بنگلادش (۲۴) Kama (۲۰۱۲)
۲/۱۵۰ (۱/۲۷-۳/۶۴)						۰/۶۱ (۰/۲۶-۱/۴۲)	۱۵۹۵	ایالت متحده (۵) Chaudhary (۲۰۱۷)
			۲/۰۰ (۱/۱-۳/۱)				۲۲۰	هند (۹) Niaz (۲۰۱۳)
		۳/۵۰ (۱/۶-۷/۸)					۳۲۰	کنگو (۳۸) Dossou (۲۰۱۴)
					۰/۹۰ (۰/۷۹-۱/۲۰)		۴۲۲۳	هند (۱۷) Ahmadi (۲۰۱۶)
					۱/۳۰ (۰/۹۹-۱/۷۰)		۱۸۱۲	کانادا (۲۹) Levesque (۲۰۱۶)
				۰/۸۲۰ (۰/۷۴-۰/۹۲)			۳۳۳۵	نيجریه (۱۱) Okenwa (۲۰۱۱)
						۰/۶۷۰ (۰/۵۲-۰/۸۳)	۱۰۵۹۰	بولیوی (۳۵) Aguirre (۲۰۱۰)
						۰/۹۹ (۰/۹۳-۱/۰۵)	۲۲۳	نیوزرک (۲۲) Katon (۲۰۱۵)
					۱/۰۲ (۰/۸۵-۱/۱۳)		۴۴۷۱	ناثانیا (۴) M suya (۲۰۱۴)
					۰/۷۲۰ (۰/۵۸-۰/۸۹)		۱۹۳۳۱۰	ایالت متحده (۲۰) Chaudhary (۲۰۱۵)
					۲/۳۹۰ (۱/۱۳-۵/۰۵)		۲۲۴	نیوزرک (۲۳) Panchan (۲۰۱۰)
			۱/۲۵۰ (۰/۲-۹/۱)				۱۳۰۰	ایران (۳۱) Hassanpour (۲۰۱۴)
۲/۴۰ (۲/۲-۲/۷)							۲۰۳۴۶۸	ایالت متحده (۲۱) Chaudhary (۲۰۱۰)

جدول شماره ۴: ارتباط خشونت با بیماری های تناسلی، سقط و سلامت جنسی

نویسنده (سال)	محل	حجم نمونه	بیماری های تناسلی OR(%CI) فیسچول	درد مزمن لگن	سقط OR(%CI) سقط	سلامت جنسی OR(%CI) کاهش تمایل جنسی	درد جنسی
(۷)Laanpere (۲۰۱۲)	استونیا	۱۹۶۶	۲/۰۵۰ (۱/۵۶-۲/۶۸)		۱/۷۲۰ (۱/۲۴-۲/۳۷)		۲/۱۴۰ (۱/۶۵-۲/۷۷)
(۳۳)Lockart (۲۰۱۰)	استرالیا	۶۰۱۳	۱/۵۸۰ (۱/۰۵-۲/۳۹)		۱/۹۰۰ (۱/۰۸-۳/۳۳)		
(۱)Taft (۲۰۱۵)	تیمور شرقی	۱۹۵۹	۴/۴۶۰ (۳/۲۷-۶/۰۰)		۱/۴۲۰ (۱/۰۳-۱/۹۶)		
(۱۴)Escriba (۲۰۱۲)	ایتالیا	۸۸۳			۷/۳۶۰ (۱/۹۲-۲۷/۶۲)		
(۲۴)Kamal (۲۰۱۲)	بنگلادش	۱۰۱۳			۱/۴۱۰ (۰/۹۵-۲/۱۰۰)		
(۹)Nair (۲۰۱۳)	هند	۲۲۰			۰/۶ (۰/۳-۱/۵)		
(۱۰)Sudha (۲۰۱۱)	هند	۹۶۳۹	۱/۳۶۰ (۱/۱۷-۱/۵۸)				
(۳۸)Dossa (۲۰۱۴)	کنگو	۳۲۰		۱/۱۰ (۳/۱-۳۹/۳)	۵/۱۰ (۲/۴-۱۰/۹)	۳/۵۰ (۱/۷-۶/۹)	
(۲۹)Levesque (۲۰۱۶)	کانادا	۱۸۱۲	۱/۶۳۰ (۱/۱۲-۲/۴۰)		۲/۰۲۰ (۱/۲۳-۳/۳۱)		
(۱۱)Okenwa (۲۰۱۱)	نجریه	۳۳۳۸۵			۰/۶۸۰ (۰/۷۸-۱/۳۲)		
(۳۴)Tanimu (۲۰۱۶)	نجریه	۳۹۳			۲/۰۸۰ (۱/۵۹-۲/۲۶)		
(۱۸)Shabnam (۲۰۱۷)	هند	۳/۱۷۰					
(۳۰)Ibrahim (۲۰۱۵)	مصر	۱۸۵۷			۵/۴۰ (۲/۴-۱۲/۳)		

جدول شماره ۵: ارتباط خشونت با استفاده از خدمات بهداشت باروری و پیامد های بارداری

نویسنده (سال)	محل	حجم نمونه	استفاده از خدمات بهداشت باروری OR(CI%)	پیامد های بارداری OR(CI%)	مراقبت بارداری تاکتی	دریافت مراقبت بعد از زایمان	عدم مراجعه به مراقبت دهفته آموزش دیده	مرد زایی	وزن کم تولد	زایمان زودرس	عوارض و بستری شدن
(۱۷)Ahmad (۲۰۱۶)	هند	۴۲۲۳	۱/۰۳ (۰/۹-۱/۱۹)	۱/۰۰۶ (۰/۸۳-۱/۲۰)							
(۱)Taft (۲۰۱۵)	تیمور شرقی	۱۹۵۹	۱/۷۶۰ (۱/۲۱-۲/۵۵)						۲/۰۸۰ (۱/۶۴-۲/۶۴)		
(۱۴)Escriba (۲۰۱۲)	ایتالیا	۸۸۳							۶/۰۴۰ (۰/۹۶-۳۸/۰)		۵/۸۱۰ (۱/۶۲-۲۰/۸۳)
(۲۶)Rahman (۲۰۱۲)	بنگلادش	۲۰۰۱	۰/۶۹۰ (۰/۵۳-۰/۸۹)				۰/۵۴۰ (۰/۳۷-۰/۷۸)				
(۲۷)Hong (۲۰۱۶)	ویتنام	۱۲۷۶						۵/۷۰ (۲/۲-۱۴/۹)	۵/۵۰ (۲/۱-۱۴/۱)		
(۹)Nair (۲۰۱۳)	هند	۲۲۰						۰/۹ (۰/۴-۲/۳)			
(۱۰)Sudha (۲۰۱۱)	هند	۹۶۳۹	۰/۷۲۰ (۰/۵۳-۰/۹۹)								
(۱۷)Ahmad (۲۰۱۶)	هند	۴۲۲۳									۱/۷۴۰ (۱/۵۳-۲/۰۰)
(۳۵)Aguirre (۲۰۱۰)	بولیوی	۱۰۵۹۰	۰/۶۳۰ (۰/۴۸-۰/۷۹)								
(۱۱)Okenwa (۲۰۱۱)	نجریه	۳۳۳۸۵						۰/۸۴۰ (۰/۷۷-۰/۹۲)			
(۳۶)Zakar (۲۰۱۲)	پاکستان	۳۷۳	۲/۱۱۰ (۱/۲۳-۳/۶۹)								
(۴)Msuya (۲۰۱۴)	تانزانیا	۴۴۷۱	۰/۹۸ (۰/۸۲-۱/۱۸)				۱/۰۲ (۰/۸۳-۱/۲۶)				
(۱۹)Alhusen (۲۰۱۴)	ایالت متحده	۲۳۹							۴/۲۰۰ (۱/۴۶-۱۲/۱۰)		
(۳۹)Falb (۲۰۱۴)	تایلند	۳۳۷									۲/۹۰ (۱/۴-۶/۱)
(۳۰)Ibrahim (۲۰۱۵)	مصر	۱۸۵۷							۲/۱۰ (۱/۶-۲/۸)	۰/۶۰ (۰/۲-۱/۵)	
(۲۱)Cha (۲۰۱۴)	ایالت متحده	۲۰۲۳۶۸	۱/۴۰ (۱/۳-۱/۶)								۱/۹۰ (۱/۷-۲/۱)
(۳۱)Hassan (۲۰۱۴)	ایران	۱۳۰۰							۱/۵۴۰ (۱/۱۶-۲/۰۳)		۶/۴۵۰ (۳/۸۲-۱۰/۵۲)
(۲۷)Henriksen (۲۰۱۴)	نروژ	۷۶۸۷۰							۱/۱۵۰ (۰/۹۷-۱/۳۷)	۱/۰۷۰ (۰/۸۵-۱/۳۴)	
(۲۸)Henriksen (۲۰۱۳)	نروژ	۷۸۶۶۰									۱/۹۰ (۱/۴-۲/۵)
(۳۲)Bedru (۲۰۱۷)	اتیوپی	۲۱۰	۰/۴۸۰ (۲۱۰-۰/۷۱)				۰/۳۱۰ (۰/۱۲-۰/۹۸)				

استفاده از خدمات بهداشت باروری: از نه مطالعه، هفت مطالعه ارتباط معنی داری بین خشونت و تعداد مراقبت های کم تر در دوران بارداری نشان دادند (۱، ۱۰، ۲۱، ۲۶، ۳۲، ۳۵، ۳۶). از سه مطالعه که به بررسی ارتباط خشونت و مراجعه به مراقبت دهنده آموزش دیده در دوران بارداری و زایمان، پرداخته بودند در دو مطالعه ارتباط معنی دار بوده است (۲۶، ۳۲). در جدول شماره ۵ ارتباط خشونت با استفاده از خدمات بهداشت باروری آمده است.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، مروری بر ارتباط خشونت خانگی و جنبه های مختلف بهداشت باروری است. با توجه به یافته های حاصل از مطالعات بررسی شده، در اکثر مطالعات، از ابزار تعارض و یا فرم اصلاح شده آن برای بررسی خشونت استفاده شده است. پرسشنامه فوق یکی از معتبرترین و پر استفاده ترین ابزار سنجش خشونت است که سه نوع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را اندازه گیری می کند. بیش ترین شیوع گزارش شده برای خشونت، ۷۵/۹ درصد مربوط به خشونت عاطفی در مطالعه Zakar و همکاران در سال ۲۰۱۲ در پاکستان بود که از ابزار تعارض برای سنجش خشونت استفاده کرده بود (۳۶). کم ترین شیوع مربوط به خشونت جسمی در زنان، دوران بعد از زایمان با میزان ۲/۸ درصد بود که می تواند بیانگر کاهش خشونت های خانگی در این دوران باشد (۱۴). در مطالعات دیگر که به زنان غیر حامله پرداخته بود شیوع خشونت جسمی در محدوده ۵/۷ درصد در استرالیا تا ۴۷/۹ درصد در بنگلادش، با میانگین تقریباً ۲۹ درصد در بین ۱۲ مطالعه بود که تا حدودی با آمار سازمان بهداشت جهانی مبنی بر شیوع ۳۵ درصدی خشونت خانگی تطابق دارد (۲۴، ۳۳، ۵).

اگر چه در تعدادی از مطالعات ارتباط خشونت خانگی و استفاده از روش های پیشگیری از بارداری معنی دار

نبود، ولی اکثر مطالعاتی که به بررسی روش های تنظیم خانواده پرداخته اند، گویای ارتباط خشونت خانگی با عدم استفاده و یا کارشکنی شوهر و یا خانواده وی برای استفاده از روش های مختلف تنظیم خانواده از جمله روش های مدرن و کاندوم، می باشند. در نتایج مرور سیستماتیک که Coker در سال ۲۰۰۷ بر مطالعات چاپ شده در طول ۴۰ سال انجام داد، ارتباط خشونت خانگی با عدم استفاده از کاندوم در اکثر مطالعات گزارش شد (۴۰). Maxwell و همکاران در سال ۲۰۱۵، با متا آنالیز نتایج هفت مطالعه ارتباط معنی داری بین عدم استفاده از روش های تنظیم خانواده، کاندوم و خشونت خانگی گزارش کردند (۴۱). از آن جا که استفاده نادرست از روش های تنظیم خانواده، بارداری ناخواسته و عدم تناسب در تعداد فرزندان را به همراه خواهد داشت ارتباط خشونت خانگی با بارداری ناخواسته تعداد فرزندان بیش تر که در برخی از مطالعات نشان داده شده است قابل قبول به نظر می رسد. در مطالعه مرور سیستماتیک Coker نیز ارتباط حاملگی ناخواسته با اکثر مطالعات بررسی شده، نشان داده شد (۴۰).

هشت مطالعه ای که به بررسی ارتباط خشونت با جنبه های مختلف سقط پرداخته بودند، تنها مطالعه Nair و همکاران در هند در سال ۲۰۱۲، معنی دار نبوده است که می توان به حجم نمونه پایین آن ها نسبت داد (۹). در مطالعه Coker، از ۱۶ مطالعه ای که به بررسی ارتباط سقط و خشونت خانگی پرداخته بودند، در ۱۳ مطالعه این ارتباط معنی دار گزارش شد (۴۰). در مطالعه متا آنالیزی که در سال ۲۰۱۴ توسط Hall و همکاران انجام شد، ارتباط معنی داری بین ختم بارداری و خشونت خانگی پیدا شد (۴۲).

سقط یکی از نگرانی های مهم در زمینه بهداشت باروری است که بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، علت ۸ درصد مرگ و میر مادری در کل جهان می باشد و این گویای اهمیت ارتباط خشونت خانگی با سقط می باشد (۱۴). در مطالعه حاضر ارتباط معنی داری در

نتایج اکثر مطالعات با پیامدهای سوء بارداری از جمله مرده زایی، وزن کم هنگام تولد و زایمان زودرس دیده شد. در مرور سیستماتیک که در سال ۲۰۱۰ توسط Shah و همکاران بر روی خشونت خانگی و پیامدهای بارداری انجام شده بود، نیز ارتباط قوی بین خشونت خانگی و زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد نشان داده شد (۴۳). نتایج مرور سیستماتیک که در سال ۲۰۰۳ توسط Boy و همکاران انجام شد نیز به بیان ارتباط خشونت خانگی با وزن کم هنگام تولد، مرده زایی و زایمان زودرس پرداخته است (۴۴). ارتباط خشونت خانگی با پیامدهای سوء بارداری می تواند به دنبال استفاده نامناسب از خدمات بهداشت باروری، و مهارت های کمی برای تشخیص، مدیریت و ارجاع زنان خشونت دیده دریافت کرده اند، به نظر می رسد آموزش مراقبت دهنده های بهداشتی از جمله مراقبت دهنده های مراکز پری ناتال که اغلب تنها مراقبت دهنده هایی می باشند که زن خشونت دیده با آنها در ارتباط است، برای چگونگی کمک به این زنان، بتواند از پیامدهای نامطلوب بارداری تا حدودی پیشگیری کند (۴).

ارتباط خشونت خانگی با بیماری های منتقله جنسی و درد لگنی در غالب مطالعات، معنی دار بود. در مطالعه مروری Coker و همکاران نیز ارتباط معنی داری بین خشونت خانگی و بیماری های منتقله جنسی گزارش شد (۴۰). این ارتباط می تواند در ارتباط با عدم حساسیت زنان خشونت دیده نسبت به بیماری های منتقله جنسی، عدم مراجعه آنها به مراکز بهداشتی و عدم جستجوی مراقبت های بهداشتی و خدمات بهداشت باروری باشد. از جمله نقاط قوت این مطالعه، جستجوی قوی و محدود سازی به مطالعاتی است که از روش آماری رگرسیون استفاده کرده اند. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به، در نظر گرفتن صرف مطالعات انگلیسی زبان، عدم دستیابی به تمامی مقالات و گزارش های منتشر نشده، ناتوانی در مقایسه و تحلیل نتایج مطالعات اشاره کرد. علل این محدودیت ها می تواند مواردی مانند: عدم گزارش صحیح، با کیفیت و قابل استفاده

مراقبت های نامطلوب پری ناتال و کمبود مراقبت دهنده آموزش دیده برای خدمت رسانی به زنان خشونت دیده که به طور معنی داری در مطالعات مختلف با خشونت خانگی در ارتباط بودند، باشد.

مراقبت دهنده بهداشتی اغلب اولین و گاهی تنها فردی است که قربانی خشونت خانگی به وی مراجعه می کند. مراقبت دهنده بهداشتی می تواند نقش مهمی در کمک به زنان خشونت دیده ایفا کند. به دلیل آن که بسیاری از مراقبت دهنده ها چون از جایگاه خشونت بی اطلاع هستند فرصت کمک به زنان را از دست می دهند (۱۶). از آن جا که بیش تر مراقبت دهنده های بهداشتی اطلاعات

برخی مقالات، روش مختلف نمونه گیری، حجم نمونه متفاوت و استفاده از ابزارهای متفاوت باشد. با توجه به مطالب ارائه شده می توان برای رفع این محدودیت ها، انجام مطالعاتی که به بررسی تمام مطالعات مرتبط داخلی و خارجی پرداخته است و انجام متا آنالیز برای بدست آوردن یک نتیجه کلی برای تفسیر مطالعات را پیشنهاد کرد.

در مطالعه حاضر، ارتباط قوی اکثر جنبه های مختلف بهداشت باروری با خشونت خانگی نشان داده شد. با توجه به اهمیت بهداشت باروری در تمام دوره های مختلف زندگی یک زن، و با توجه به این که بهبود بهداشت باروری برای سلامت زنان و کودکان آنها مهم و حیاتی است، و از اهداف توسعه هزاره به شمار می آید، اهمیت پیشگیری از خشونت خانگی و رسیدگی به آن از جنبه های مهم سلامت کل جامعه محسوب می شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از رساله دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین دانشکده، کتابخانه و واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جهت همکاری در جستجوی مقالات تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Taft AJ, Powell RL, Watson LF. The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste. *Aust N Z J Public Health*. 2015;39(2):177-1781.
2. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and postnatal depression. *SJKU* 2008, 13(2): 57-68.(persian)
3. Shakerinezhad M. Domestic Violence and Related Factors in Pregnant Women. *ZUMSJ*. 2013;21(89):117-126. (persian)
4. Msuya S, Adinan J, Mosha N, Simbayi L, Matseke G, Wabiri N, et al. Intimate partner violence and empowerment among women in Tanzania: Prevalence and effect on utilization of reproductive and maternal health services. *AIDS Care*. 2014;7(4):22942.
5. Cha S, Masho SW, Heh V. Partner violence victimization and unintended pregnancy in Latina and Asian American women: Analysis using structural equation modeling. *Women Health*. 2017;57(4):430-445.
6. Amini L, heydari M, Daneshparvar H, Gharaee B, Mehran A. The Relationship between Dimensions of Domestic Violence and Social Structural Determinants of Health in Women. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014, 24(114): 131-134 .(persian)
7. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Karro H. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16–44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health*. 2013 Aug;23(4):688-693
8. Dolatian M, Zahiroddin A, Velaie N, Majd HA. Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. *Pajoohandeh* .2012;16(6):277-283.(persian)
9. Nair S, Raj A, Saggurti N, Naik DD, Dasgupta A, Balaiah D. Reproductive health concerns of women contending with spousal violence and husband's alcohol use in a Mumbai slum community. *Int J Gynaecol Obstet* .2013;122(3):268 -269
10. Sudha S, Morrison S. Marital violence and women's reproductive health care in Uttar Pradesh, India. *Womens Health Issues*. 2011;21(3):214-221.
11. Okenwa L, Lawoko S, Jansson B. Contraception, reproductive health and pregnancy outcomes among women exposed to intimate partner violence in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(1):18-25.
12. Akyüz A, Şahiner G, Bakir B. Marital violence: Is it a factor affecting the reproductive health status of women? *J Fam Violence*. 2008;23(6):437-445.
13. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *lancet*. 2004;363(9419):1415-1421.
14. Escribà-Agüir V, Romito P, Scrimin F, Turan JM. Are there differences in the impact of partner violence on

- reproductive health between postpartum women and women who had an elective abortion? *J Urban Health*. 2012;89(5):861-871.
15. Motlagh ME, Torkestani F, Rabiee M, Ashrafian Amiri H, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani D, et al. The prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum in Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;27(150):78-88. (persian)
 16. Dolatian M, Shams J, Alavi Majd H, Moafi F. The Barriers to Screening for Domestic Violence. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(2): 112–116.
 17. Ahmad J, Khan M, Mozumdar A, Varma DS. Gender-Based Violence in Rural Uttar Pradesh, India Prevalence and Association With Reproductive Health Behaviors. *J Interpers Violence*. 2016;31(19):3111-3128.
 18. Shabnam S. Sexually Transmitted Infections and Spousal Violence: The Experience of Married Women in India. *Indian J Gend Stud*. 2017;24(1):24-46.
 19. Alhusen JL, Bullock L, Sharps P, Schminkey D, Comstock E, Campbell J. Intimate partner violence during pregnancy and adverse neonatal outcomes in low-income women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(11):920-926.
 20. Cha S, Chapman DA, Wan W, Burton CW, Masho SW. Intimate partner violence and postpartum contraceptive use: The role of race/ethnicity and prenatal birth control counseling. *Contraception*. 2015;92(3):268-275.
 21. Cha S, Masho SW. Intimate partner violence and utilization of prenatal care in the United States. *J Interpers Violence*. 2014;29(5):911-927.
 22. Katz J, Poleshuck EL, Beach B, Olin R. Reproductive Coercion by Male Sexual Partners Associations With Partner Violence and College Women's Sexual Health. *J Interpers Violence*. 2015;0886260515597441.
 23. Panchanadeswaran S, Frye V, Nandi V, Galea S, Vlahov D, Ompad D. Intimate partner violence and consistent condom use among drug-using heterosexual women in New York City. *Women Health*. 2010;50(2):107-124.
 24. Kamal SM. Domestic violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. *J Family Reprod Health*. 2013;7(1):11-22.
 25. Pearson E, Andersen KL, Biswas K, Chowdhury R, Sherman SG, Decker MR. Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(3):290-297.
 26. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample. *BMC Public Health*. 2012;12(1):913.

27. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and neonatal outcomes: a Norwegian population-based cohort study. *BMJ open*. 2014;4(10):e005935.
28. Henriksen L, Vangen S, Schei B, Lukasse M. Sexual violence and antenatal hospitalization. *Birth*. 2013;40(4):281-288.
29. Lévesque S, Rodrigue C, Beaulieu-Prévost D, Blais M, Boislard M-A, Lévy JJ. Intimate partner violence, sexual assault, and reproductive health among university women. *Can J Hum Sex*. 2016;25(1):9-20.
30. Ibrahim Z, Sayed W, El-Hamid S, Hagraas A. Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(2):212-219.
31. Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public health*. 2014;128(5):410-415.
32. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI, Yi H, Tsang KW-k, Haidar JA. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):178.
33. Lockart I, Ryder N, McNulty AM. Prevalence and associations of recent physical intimate partner violence among women attending an Australian sexual health clinic. *Sex Transm Infect*. 2011;87(2):174-176.
34. Tanimu TS, Yohanna S, Omeiza SY. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2016;8(1):1-6.
35. Aguirre GP, Kincaid M, Gutierrez BM. The Relationship between Domestic Violence and Reproductive Health and Family Planning Services in Bolivia, 2003. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2010;7(2):1-13.
36. Zakar R, Zakar MZ, Mikolajczyk R, Krämer A. Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;117(1):10-14.
37. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Thuy HNT, Rasch V. Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: a prospective cohort study. *PLoS one*. 2016;11(9):e0162844.
38. Dossa NI, Zunzunegui MV, Hatem M, Fraser W. Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: A population-based cross-sectional study. *Birth*. 2014;41(1):5-13.
39. Falb KL, McCormick MC, Hemenway D, Anfinson K, Silverman JG. Symptoms associated with pregnancy complications along the Thai-Burma border: the role of conflict violence and

- intimate partner violence. *Matern Child Health J.* 2014;18(1):29-37.
40. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(2):149-177.
41. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118234.
42. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S, et al. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2014;11(1):e1001581.
43. Shah PS, Shah J. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health.* 2010;19(11):2017-2031.
44. Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International journal of fertility and women's medicine.* 2003;49(4):159-164.