

REVIEW ARTICLE

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

Anvar Sadat Nayebi 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^۱

ماهرخ دولتیان^۲

بتول حسن پور ازغدی^۳

عباس عبادی^۴

علیرضا 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 می‌باشد، که به طور مستقیم با دسترسی زنان به مراقبت‌های بهداشتی و نتایج بهداشتی، مرتبط است. هدف از انجام این مطالعه مروری، بررسی ارتباط بین خشونت شریک جنسی و بهداشت باروری زنان می‌باشد.

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

یافته‌ها: پس از تکمیل جستجو و ارزیابی مقالات با استفاده از چک لیست، ۳۱ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعات، کم‌ترین و بیش‌ترین 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 روش‌های پیشگیری از بارداری، سقط، بیماری‌های دستگاه تناسلی، پیامدهای ضعیف بارداری و عدم استفاده از خدمات بهداشت باروری بیش‌ترین ارتباط را نشان داده است.

استنتاج: مرور سیستماتیک این مطالعات ارتباط تنگاتنگ خشونت خانگی با جنبه‌های مهم بهداشت باروری را نشان می‌دهد که بیان‌کننده اهمیت پیشگیری از خشونت خانگی در جهت ارتقای سلامت کل جامعه می‌باشد.

واژه‌های 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 می‌دهد (۲). گزارشات نشان می‌دهد که خشونت علیه زنان یک امر جهانی است که به صورت اپیدمی در

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی خشونت شریک جنسی، به رفتارهایی اطلاق می‌گردد 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 بیکره 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، ۱۷). 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، Scopus، ProQuest، MEDLINE 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 پای‌مد (PubMed)

```
#1 domestic violence in mesh
#2 Violence, Domestic, Family Violence, Violence, Family
#3 Combination #1 and #2: ("domestic violence" OR (Violence AND Domestic) OR "Family Violence" OR (Violence AND Family))
#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، ۹، ۷، 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 Escrivà 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 سردبیر، 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.

جدول شماره ۲: مشخصات مطالعات و شیوع خشونت

شیوع خشونت (درصد)			شیوع خشونت (درصد)			شیوع خشونت (درصد)			شیوع خشونت (درصد)		
عاطفی	جنسی	جسمی	حجم نمونه	محل	نویسنده (سال)	عاطفی	جنسی	جسمی	حجم نمونه	محل	نویسنده (سال)
۷۵/۹	۳۴/۶	۳۱/۹	۳۷۳	پاکستان	Zakar (۲۰۱۲) (۳۶)	۱۵	۳۶/۵	۹/۲	۹۶۳۹	هند	Sudha (۲۰۱۱) (۱۰)
-	-	۲۵/۸	۴۵۷	بنگلادش	Pearson (۲۰۱۶) (۲۵)	-	۳۶/۵۶	-	۳۲۰	کنگو	Dossa (۲۰۱۴) (۳۸)
-	-	۱۸/۴	۱۹۶۶	استونیا	Laanpere (۲۰۱۲) (۷)	-	-	۳۷	۴۲۲۳	هند	Ahmad (۲۰۱۶) (۱۷)
-	-	۴۷/۹	۱۰۱۳	بنگلادش	Kamal (۲۰۱۲) (۲۴)	-	-	۳۵/۴	۱۲۷۶	ویتنام	Hoang (۲۰۱۶) (۳۷)
-	-	۳۴	۱۹۵۹	تیمور شرقی	Taft (۲۰۱۵) (۱)	-	-	۴۲/۸	۲۰۰۱	بنگلادش	Rahman (۲۰۱۲) (۲۶)
-	-	۵/۷	۶۰۱۳	استرالیا	Lockart (۲۰۱۰) (۳۳)	-	-	-	۳۳۳۵	نیجریه	Okenwa (۲۰۱۱) (۱۱)
-	۱۳	۳۶	۴۴۷۱	تانزانیا	Msuya (۲۰۱۴) (۴)	-	-	-	۱۰۵۹۰	بولیوی	Aguirre (۲۰۱۰) (۳۵)
-	-	۳۶/۱	۱۸۱۲	کانادا	Levesque (۲۰۱۶) (۲۹)	-	-	۳۲/۳	۲۲۳	نیویورک	Katz (۲۰۱۵) (۲۲)
-	-	۲/۸-۱۲	۸۸۳	ایتالیا	Escriba (۲۰۱۲) (۱۴)	-	-	-	۲۲۰	هند	Nair (۲۰۱۴) (۹)
۴۶/۶	۲۱/۹	۲۹	۳۹۳۰	نیجریه	Tanimu (۲۰۱۶) (۳۴)	-	-	۶/۲	۱۹۳۳۱۰	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۵) (۲۰)
-	۱/۹	۱۷/۴	-	هند	Shabnam (۲۰۱۷) (۱۸)	-	۵/۳	-	۲۲۴	نیویورک	Panchana (۲۰۱۰) (۲۳)
-	-	-	۲۳۹	ایالت متحده	Alhusen (۲۰۱۴) (۱۹)	-	-	۱۳/۳	۱۵۹۵	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۷) (۵)
۳۲/۶	۱۰	۱۵/۹	۱۸۵۷	مصر	Ibrahim (۲۰۱۵) (۳۰)	-	-	۱۵/۴	۳۳۷	تایلند	Falb (۲۰۱۴) (۳۹)
-	-	۷۲/۸	۱۳۰۰	ایران	Hassan (۲۰۱۴) (۳۱)	-	-	۶/۴	۲۰۲۳۶۸	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۴) (۲۱)
-	۱۲	-	۷۸۶۶۰	نروژ	Henriksen (۲۰۱۳) (۲۸)	-	۱۸/۴	-	۷۶۸۷۰	نروژ	Henriksen (۲۰۱۴) (۲۷)
-	-	-	-	-	-	۲۳/۳	۳۷/۶	۱۸/۶	۲۱۰	اتیوپی	Bedru (۲۰۱۷) (۳۲)

جدول شماره ۳: ارتباط خشونت خانگی با روش های تنظیم خانواده و اقدام به بارداری

اقدام به بارداری (OR(CI%))			روش های تنظیم خانواده (OR(CI%))			حجم نمونه	محل	نویسنده (سال)	
حاملگی ناخواسته	عدم توافق زوجین در بارداری شدن	عدم تمایل به بارداری	فرزندان بیشتر	مخالفت همسر	روش های نامعتبر	عدم استفاده از روش های معیبر و کاندوم			
					۱/۵۴۰	۲/۰۲۰	۱۹۶۶	استونیا	Laanpere (۲۰۱۲) (۷)
					(۱/۱۶-۲/۰۴)	(۱/۴۴-۲/۸۲)			
						۰/۶۷۰	۶۰۱۳	استرالیا	Lockart (۲۰۱۰) (۳۳)
						(۰/۴۸-۰/۹۴)			
۱/۱۴					۲/۳۵۰		۱۹۵۹	تیمور شرقی	Taft (۲۰۱۵) (۱)
(۰/۸۶-۱/۵۱)					(۱/۰۵-۵/۲۶)				
۲/۲۹۰				۳/۳۱۰		۱/۷۹۰	۳۷۳	پاکستان	Zakar (۲۰۱۲) (۳۶)
(۱/۳۹-۳/۷۶)				(۱/۹۳-۵/۶۸)		(۱/۰۵-۳/۰۷)			
		۷/۹۵۰		۶/۲۴۰		سس	۸۸۳	ایتالیا	Escriba (۲۰۱۲) (۱۴)
				(۱/۶۵-۲۳/۶۵)					
		(۲/۰۱-۳۱/۴۴)							
		۱/۹۸۰		۴/۴۱۰		۱/۸۱۰	۴۵۷	بنگلادش	Pearson (۲۰۱۶) (۲۵)
		(۱/۴۴-۲/۷۴)		(۱/۶۴-۳/۹۸)		(۱/۰۵-۳/۰۹)			
۲/۳۵۰							۱۰۱۳	بنگلادش	Kamal (۲۰۱۲) (۲۴)
(۱/۲۸-۴/۳۳)									
۲/۱۵۰						۰/۶۱	۱۵۹۵	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۷) (۵)
(۱/۲۷-۳/۶۶)						(۰/۲۶-۱/۴۲)			
				۲/۰۰			۲۲۰	هند	Nair (۲۰۱۴) (۹)
				(۱/۱-۳/۱)					
		۳/۵۰					۳۲۰	کنگو	Dossa (۲۰۱۴) (۳۸)
		(۱/۶-۷/۸)							
						۰/۹۰	۴۲۲۳	هند	Ahmad (۲۰۱۶) (۱۷)
						(۰/۷۹-۱/۲۰)			
						۱/۳۰	۱۸۱۲	کانادا	Levesque (۲۰۱۶) (۲۹)
						(۰/۹۹-۱/۷۰)			
							۳۳۳۵	نیجریه	Okenwa (۲۰۱۱) (۱۱)
						۰/۶۷۰	۱۰۵۹۰	بولیوی	Aguirre (۲۰۱۰) (۳۵)
						(۰/۵۲-۰/۸۳)			
						۰/۸۹	۲۲۳	نیویورک	Katz (۲۰۱۵) (۲۲)
						(۰/۹۳-۱/۰۵)			
						۱/۰۲	۴۴۷۱	تانزانیا	Msuya (۲۰۱۴) (۴)
						(۰/۸۵-۱/۱۳)			
						۰/۷۲۰	۱۹۳۳۱۰	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۵) (۲۰)
						(۰/۵۸-۰/۸۹)			
						۲/۳۹۰	۲۲۴	نیویورک	Pancha (۲۰۱۰) (۲۳)
						(۱/۱۳-۵/۰۵)			
				۱/۳۵۰			۱۳۰۰	ایران	Hassan (۲۰۱۴) (۳۱)
				(۰/۲-۹/۱)					
۲/۴۰							۲۰۲۳۶۸	ایالت متحده	Cha (۲۰۱۴) (۲۱)
(۲/۲-۲/۷)									

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

نویسنده (سال)	محل	حجم نمونه	بیماری های تناسلی OR(%CI) فیسچول	سقط OR(%CI) سقط	سلامت جنسی OR(%CI) کاهش تمایل جنسی	درد مزمن لگن
(۷)Laanpere (۲۰۱۲)	استونیا	۱۹۶۶	۲/۰۵۰ (۱/۵۶-۲/۶۸)	۱/۷۲۰ (۱/۲۴-۲/۳۷)	۲/۱۴۰ (۱/۶۵-۲/۸۷)	
(۳۳)Lockart (۲۰۱۰)	استرالیا	۶۰۱۳	۱/۵۸۰ (۱/۰۵-۲/۳۹)	۱/۹۰۰ (۱/۰۸-۲/۳۳)		
(۱)Taft (۲۰۱۵)	تیمور شرقی	۱۹۵۹	۴/۴۶۰ (۳/۲۷-۶/۰)	۱/۴۲۰ (۱/۰۳-۱/۹۶)		
(۱۴)Escriba (۲۰۱۲)	ایتالیا	۸۸۳		۷/۳۶۰ (۱/۹۲-۲۷/۶۲)		
(۲۴)Kamal (۲۰۱۲)	بنگلادش	۱۰۱۳		۱/۴۱۰ (۰/۹۵-۲/۱۰)		
(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	۱۱/۱۰ (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%)
(۱۷)Ahmad (۲۰۱۶)	هند	۴۲۳۳	۱/۰۰۶ (۰/۸۳-۱/۲۰)	عوارض و بستری شدن
(۱)Taft (۲۰۱۵)	تیمور شرقی	۱۹۵۹	۱/۰۳ (۰/۹-۱/۱۹)	زایمان زودرس
(۱۴)Escriba (۲۰۱۲)	ایتالیا	۸۸۳	۱/۷۶۰ (۱/۲۱-۲/۵۵)	وزن کم تولد
(۲۶)Rahman (۲۰۱۲)	بنگلادش	۲۰۰۱	۰/۶۹۰ (۰/۵۳-۰/۸۸)	مرد زایی
(۳۷)Hong (۲۰۱۶)	ویتنام	۱۲۷۶		مرد زایی
(۹)Nair (۲۰۱۳)	هند	۲۲۰		مرد زایی
(۱۰)Sudha (۲۰۱۱)	هند	۹۶۳۹	۰/۷۲۰ (۰/۵۳-۰/۹۹)	مرد زایی
(۱۷)Ahmad (۲۰۱۶)	هند	۴۲۳۳		مرد زایی
(۳۵)Aguirre (۲۰۱۰)	بولیوی	۱۰۵۹۰	۰/۶۳۰ (۰/۴۸-۰/۷۹)	مرد زایی
(۱۱)Okenwa (۲۰۱۱)	نجریه	۳۳۳۸۵		مرد زایی
(۳۶)Zakar (۲۰۱۲)	پاکستان	۳۷۳	۲/۱۱۰ (۱/۲۳-۳/۶۹)	مرد زایی
(۴)Msuya (۲۰۱۴)	تانزانیا	۴۴۷۱	۰/۹۸ (۰/۸۲-۱/۱۸)	مرد زایی
(۱۹)Alhusen (۲۰۱۴)	ایالت متحده	۲۲۹		مرد زایی
(۳۹)Falb (۲۰۱۴)	تایلند	۳۳۷		مرد زایی
(۳۰)Ibrahim (۲۰۱۵)	مصر	۱۸۵۷		مرد زایی
(۲۱)Cha (۲۰۱۴)	ایالت متحده	۲۰۲۳۶۸	۱/۴۰ (۱/۳-۱/۶)	مرد زایی
(۳۱)Hassan (۲۰۱۴)	ایران	۱۳۰۰		مرد زایی
(۳۷)Henriksen (۲۰۱۴)	نروژ	۷۶۸۰		مرد زایی
(۳۸)Henriksen (۲۰۱۳)	نروژ	۷۸۶۰		مرد زایی
(۳۲)Bedru (۲۰۱۷)	اتیوپی	۲۱۰	۰/۴۸۰ (۲/۱-۰/۷۱)	مرد زایی

استفاده از خدمات بهداشت باروری: از نه مطالعه، هفت مطالعه ارتباط معنی داری بین خشونت و تعداد مراقبت‌های کم‌تر 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 جنبه‌های مختلف بهداشت باروری است. با توجه به یافته‌های 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 استفاده‌ترین ابزار سنجش خشونت است که سه نوع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند. بیش‌ترین 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). کم‌ترین شیوع مربوط به خشونت جسمی در زنان، دوران بعد از زایمان با میزان ۲/۸ درصد بود که می‌تواند بیانگر کاهش خشونت‌های 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 روش‌های پیشگیری از بارداری معنی دار

نبود، ولی اکثر مطالعاتی که به بررسی روش‌های تنظیم خانواده پرداخته‌اند، گویای ارتباط خشونت خانگی با عدم استفاده و یا کارشکنی شوهر و یا خانواده وی برای استفاده از روش‌های مختلف تنظیم خانواده از جمله روش‌های مدرن و کاندوم، می‌باشند. در نتایج مرور سیستماتیکي 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 روش‌های تنظیم خانواده، کاندوم و خشونت خانگی گزارش کردند (۴۱). از آن‌جا که استفاده نادرست از روش‌های تنظیم خانواده، بارداری ناخواسته و عدم تناسب در تعداد فرزندان را به همراه خواهد داشت ارتباط خشونت خانگی با بارداری ناخواسته و تعداد فرزندان بیش‌تر که در برخی از مطالعات نشان داده شده است قابل قبول به نظر می‌رسد. در مطالعه مرور سیستماتیک Coker نیز ارتباط حاملگی ناخواسته با اکثر مطالعات بررسی شده، نشان داده شد (۴۰).

هشت مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط خشونت با جنبه‌های مختلف سقط پرداخته بودند، تنها مطالعه Nair و همکاران در هند در سال ۲۰۱۲، معنی دار نبوده است که می‌توان به حجم نمونه پایین آن‌ها نسبت داد (۹). در مطالعه Coker، از ۱۶ مطالعه‌ای 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 نگرانی‌های مهم در زمینه بهداشت باروری است که بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، علت ۸ درصد مرگ و میر مادری در کل جهان می‌باشد و این گویای اهمیت ارتباط خشونت خانگی با سقط می‌باشد (۱۴). در مطالعه حاضر ارتباط معنی داری در

مراقبت‌های 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 می‌کند. مراقبت دهنده بهداشتی می‌تواند نقش مهمی در کمک به زنان خشونت دیده ایفا کند. به دلیل آن که بسیاری از مراقبت دهنده‌ها چون از جایگاه خشونت بی اطلاع هستند فرصت کمک به زنان را از دست می‌دهند (۱۶). از آنجا که بیش تر مراقبت دهنده‌های بهداشتی اطلاعات

برخی مقالات، روش مختلف نمونه‌گیری، حجم نمونه متفاوت و استفاده از ابزارهای متفاوت باشد. با توجه به مطالب ارائه شده می‌توان برای رفع این محدودیت‌ها، 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 جنبه‌های مختلف بهداشت باروری با خشونت خانگی نشان داده شد. با توجه به اهمیت بهداشت باروری در تمام دوره‌های 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 می‌آید، اهمیت پیشگیری از خشونت خانگی و رسیدگی به آن از جنبه‌های مهم سلامت کل جامعه محسوب می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از رساله دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. 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 می‌شود.

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 می‌تواند به دنبال استفاده نامناسب از خدمات بهداشت باروری، مهارت‌های کمی برای تشخیص، مدیریت و ارجاع زنان خشونت دیده دریافت کرده‌اند، به نظر می‌رسد آموزش مراقبت دهنده‌های بهداشتی از جمله مراقبت دهنده‌های مراکز پری ناتال که اغلب تنها مراقبت دهنده‌هایی می‌باشند 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 بیماری‌های 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 بیماری‌های منتقله جنسی گزارش شد (۴۰). این ارتباط می‌تواند در ارتباط با عدم حساسیت زنان خشونت دیده نسبت به بیماری‌های منتقله جنسی، عدم مراجعه آنها به مراکز بهداشتی و عدم جستجوی مراقبت‌های 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 کرده‌اند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به، در نظر گرفتن صرف مطالعات انگلیسی زبان، عدم دستیابی به تمامی مقالات و گزارش‌های منتشر نشده، ناتوانی در مقایسه و تحلیل نتایج مطالعات اشاره کرد. علل این محدودیت‌ها می‌تواند مواردی مانند: عدم گزارش صحیح، با کیفیت و قابل استفاده

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.