

پیش بینی ابعاد خشونت بر اساس راهبردهای مقابله ای در زنان قربانی خشونت خانگی

Prediction of Violence Dimensions upon Coping Strategies in Women of Domestic Violence Victim

Samira Sabori

Malek Mirhashemi

سمیرا صبوری*

مالک میر هاشمی**

Abstract

The family is first social institute and one of its important social pathology is domestic violence. The main objective of this research was to predicting dimensions of domestic violence upon coping strategies domestically women victim. This research was correlational studies. With multistage random sampling 114 married women who reported domestic violence in their files were selected. Participants answered to three questionnaires: Lazarous test, Domestic Violence Questionnaire. The results showed that coping strategies such as escape and avoidance, responsibility have negative correlation with physical violence, while planned problem solving had a meaningful positive correlation with physical violence. Escape and avoidance variables as well as social support had meaningful positive correlations with psychological violence, while responsibility had a negative correlation with it. Data analysis showed that in general, there is significant correlation between the coping strategies with women who reported domestic violence and it could predict domestic violence based on coping strategies.

چکیده

خانواده نخستین نهاد اجتماعی و یکی از آسیب های اجتماعی مهم آن، خشونت است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی ابعاد خشونت خانگی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای در زنان قربانی خشونت بود. پژوهش از نوع همبستگی بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای ۱۱۴ زن قربانی خشونت خانگی به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله با استرس (لازاروس و فولکمن)، پرسشنامه خشونت خانگی را تکمیل کردند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که راهبردهای مقابله با استرس گریز و اجتناب، پذیرش مسئولیت با خشونت جسمانی همبستگی منفی و معنادار دارند در حالی که، مؤلفه حل برنامه ریزی شده مسأله با خشونت جسمانی همبستگی مثبت و معنادار نشان داد. متغیرهای گریز و اجتناب و حمایت اجتماعی با خشونت غیرجسمانی همبستگی مثبت و معنادار داشتند. در عین حال، همبستگی پذیرش مسئولیت با خشونت غیرجسمانی منفی و معنادار بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که به طور کلی بین متغیر راهبردهای مقابله‌ای با خشونت علیه زنان همبستگی معنی دار وجود دارد و براساس راهبردهای مقابله ای می‌توان خشونت علیه زنان را پیش‌بینی کرد.

Keywords: Coping strategies, stress, violence, victim

واژگان کلیدی: راهبردهای مقابله ای، استرس، خشونت، قربانی

مقدمه

خانواده یکی از نخستین و پایدارترین نهادهای اجتماعی است که هویت انسانی و جامعه‌پذیری فرد در آن شکل می‌گیرد و موجب پذیرش ارزش‌ها، هنجارهای اجتماعی و همچنین انتقال الگوهای روابط و تعامل از خانواده به سایر نهادهای اجتماعی است (عزیزیان، ساروخانی و محمودی، ۱۳۸۲). می‌توان گفت بهنجاری یا نابهنجاری در گرو شرایط عمومی خانواده است و آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی‌آید (حمیدی، افروز، کیامنش و رسول‌زاده طباطبائی، ۱۳۸۳). یکی از آسیب‌های اجتماعی مهم، خشونت^۱ است. خشونت رفتاری است که در همه جوامع مشاهده می‌شود و موجب اضطراب مردم و احساس ناامنی گروه‌های آسیب‌پذیرتر در برابر نابرابری اجتماعی و اقتصادی می‌شود (اکبری و اکبری، ۱۳۹۰). گنلی و شکتر^۲ (۱۹۹۵) خشونت خانگی را بدین‌گونه تعریف می‌کنند:

«خشونت خانگی^۳ عبارت است از رفتارهای هجومی و سرکوبگرانه، از جمله حملات فیزیکی (جسمی)، جنسی و روانی و همچنین اعمال فشار اقتصادی توسط هر فرد بالغ و جوان نسبت به فردی که با او ارتباط نزدیک و تنگاتنگ دارد» (ص. ۵۱۵).

اطلاعات حاصل از پژوهش‌ها، رابطه بین سلامت روانی و خشونت در بین قربانیان و نجات یافتگان را مشخص کرده است (آگنبورا، ویلسون و آلیستر^۴، ۲۰۰۱؛ می و کاتز^۵، ۲۰۰۳). مروری بر مطالعات، عوارض روان‌شناختی خشونت نظیر اضطراب، رفتارهای خودکشی، سوءمصرف مواد مخدر، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب منتشر را گزارش کرده است (آگنبورا و همکاران، ۲۰۰۱؛ می و کاتز، ۲۰۰۳). پژوهش در مورد زنان تحت آزار، تأثیر خشونت را بر سلامت جسمی قربانی نشان داده است. این زنان شیوع بالاتری از علائم جسمی شامل سردردها، درد مزمن، مشکلات خواب و استفاده بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی دارند (می و کاتز، ۲۰۰۳). یافته‌های مطالعه لیبوکو و ویلکینسون^۶ (۲۰۰۸) بر روی زنان تحت خشونت خانگی نشان داد که ۶۰ درصد نمونه‌ها عقیده داشتند باید خشونت را تحمل کرد. از جمله دلایل آن‌ها، وجود فرزندان و مسئولیت خانواده (۸۲/۵ درصد)، مسائل مالی (۸۰ درصد)، مصرف الکل توسط همسر و مقصر ندانستن آن‌ها برای سوءرفتار و هنجارهای مذهبی و فرهنگی بود. همچنین، ۷۰ درصد از نمونه‌ها اعتقاد داشتند هنگام مواجهه با خشونت خانگی به اقوام پناه می‌برند و ۶۰ درصد اظهار کردند که به یکی از کارکنان بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند (لیبوکو و ویلکینسون، ۲۰۰۸).

ریشه‌های خشونت خانگی را می‌توان در پنج دسته عوامل فردی، زمینه خانوادگی و عوامل فرهنگی، اقتصادی و ساختاری جستجو کرد. در واقع فرضیه‌های مختلفی وجود دارند که در سطح کلان و خرد درصدد تشریح خشونت خانوادگی، به ویژه خشونت نسبت به زنان برمی‌آیند. در سطح کلان، فرضیه‌هایی وجود دارد که بیش‌تر تکیه آن‌ها بر عوامل فرهنگی، ویژگی‌های ساختاری خانواده، و فشارهای خارجی است. فرضیه‌های مطرح در سطح خرد عموماً بر عواملی مانند اجتماعی شدن، عوامل درون فردی و عوامل میان فردی (مانند ویژگی‌های روان‌شناختی فرد و میان فردی عامل و قربانی) تکیه می‌کنند (کار، ۱۳۸۰). گود^۷ معتقد است خانواده مانند هر نظام اجتماعی دیگری دارای سلسله مراتبی از اقتدار است و هرکسی که به منابع مهم خانواده بیشتر از دیگران دسترسی داشته باشد، می‌تواند دیگر اعضا را به فعالیت در جهت اهداف خود مجبور کند. براساس این نظریه هرچه منابع در دسترس افراد بیشتری باشد کمتر از دیگران به اعمال قدرت به روش خشونت فیزیکی دست می‌زنند. زیرا منابع متعدد

¹ violence

² Ganley & Schechter

³ domestic violence

⁴ Augenbraun, Wilson & Allister

⁵ May & Katz

⁶ Libuku & Wilkinson

⁷ Good

دیگری دارند که از طریق آن‌ها قادر به اعمال قدرت هستند. اما افرادی که دارای پایگاه پایین اجتماعی - اقتصادی هستند از قدرت بدنی استفاده می‌کنند چون سایر منابع در اختیارشان برای رسیدن به اهدافشان ناکافی است (هافمن، دمو و ادواردز^۱ ۱۹۹۴؛ آندرسون و بوشمن^۲، ۲۰۰۲).

از منظر کارکردگرایان خانواده گروهی است که در آن افراد با جنسیت‌ها و گروه‌های سنی متفاوت در ارتباط نزدیک با یکدیگر قرار می‌گیرند. در این گروه سلسله مراتب براساس تخصص یا صلاحیت و لیاقت تعیین نمی‌گردد بلکه برپایه جنسیت، سن و قدرت اقتصادی است. وجود علایق متفاوت در این گروه ناهمگن سبب به وجود آمدن تضادهای آشکار یا پنهان می‌شود. این تضادها ویژگی‌ها و کارکردهای مناسب خانوادگی را از بین می‌برد و در نتیجه باید آن‌ها را از سرراه برداشت. رفع تضادهای خانوادگی با استفاده از ابزار قدرت و در مواردی از راه خشونت امکان‌پذیر می‌گردد (ساروخانی، ۱۳۷۰). نظریه یاگیری اجتماعی که توسط بندورا تبیین شد، مشاهده را عامل اکتساب بسیاری از رفتارها می‌داند (فرسیس^۳، ۱۹۹۴). بسیاری از نظریه‌پردازان روان‌شناسی خانواده، نقش آموزش الگوهای خانوادگی از خانواده اصلی را تأیید کرده‌اند. کودکان نقش‌های همسری والدین را با مشاهده می‌آموزند، از جمله می‌فهمند که بدرفتاری و خشونت امری بهنجار است. اشترواس، مراحل یادگیری خشونت از طریق خانواده را به شرح زیر مشخص کرده است: (۱) فرد می‌آموزد افرادی که یکدیگر را دوست دارند، نیز نسبت به هم رفتار خشونت-آمیز دارند. (۲) نبود منع اخلاقی باعث خشونت به افراد خانواده نیز می‌شود. (۳) افراد می‌آموزند در صورتی که نتوان از راه‌های دیگر مشکلی را حل کرد، استفاده از خشونت مجاز است. جامعه‌پذیری در خانواده، مدرسه یا سایر نهادهای اجتماعی، نقش‌های جنسیتی همراه با امور زمینه ساز خشونت مردان و پذیرش خشونت توسط زنان را به کودکان یاد می‌دهد (عزاز، ۱۳۸۰).

از دید بعضی نظریه‌پردازان زیستی/اجتماعی، زنان و مردان با توجه به آسیب‌پذیری‌های زیست‌شناختی خود- با در نظر گرفتن اینکه مردان فطرتاً گرایش بیشتری به پرخاشگری دارند- با یکدیگر متفاوت هستند. بعضی روان‌شناسان اظهار داشته‌اند که تفاوت‌های جنسیتی در پرخاشگری، بسیار زود و پیش از آنکه جامعه‌پذیری بتواند بر رفتار تأثیر بگذارد، بروز می‌یابند. به نظر می‌رسد در همهٔ جوامع انسانی، مردان پرخاشگرترند (سیگل و سنا^۴، ۲۰۰۰). به عقیدهٔ

کاپلان خشونت زمانی روی می‌دهد که تعادل بین فشارها و مهار درونی درهم می‌شکند (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۰). بنابراین خشونت خانگی را نمی‌توان صرفاً بر اساس فشارهای روانی بیرونی تبیین کرد. زیرا تمامی ازدواج‌ها دست کم با چند فشار روانی مواجه هستند. تفاوت‌های ازدواج‌های شادکام و ناشاد را حداقل تا حدودی می‌بایست در پرتو شیوه‌ای تبیین کرد که طرفین به فشار روانی پاسخ می‌دهند و یا با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند (ساپینگتون^۵، ۱۳۸۴/۱۹۸۹). طبق الگوی ریچاردسون و ولفلک (۱۹۸۴)، به نقل از خدایاری فرد و پرند، (۱۳۹۰) پاسخ‌های استرس نتیجهٔ مستقیم عوامل محیطی تلقی نمی‌شوند، زیرا عوامل محیطی به خودی خود خنثی هستند و نمی‌توانند واکنش‌های استرس را ایجاد کنند. استرس حاصل ارزیابی، ادراک و تفسیر ارگانسیم از موقعیت‌ها و رویدادهاست. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنان قربانی خشونت بیشتر راهبردهای مقابله‌ای^۶ هیجانی و اجتنابی را به کار می‌برند (صابریان، آتش نفس و بهنام، ۱۳۸۳؛ والدروپ و رسیک^۷، ۲۰۰۴ و اندلر و پارکر^۸، ۱۹۹۴ به

¹ Hoffman, Demo & Edwards

² Anderson & Bushman

³ Forsyth

⁴ Siegel & Senna.

⁵ Sapington

⁶ coping strategies

⁷ Waldrop & Resick

⁸ Endler. & Parker

نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۹۰) و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند (صادقی فسایی، ۱۳۸۹؛ میشل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

در تقسیم‌بندی سبک‌های مقابله‌ای می‌توان آن را به صورت کلی به دو سبک مسأله‌محور و هیجان‌محور تقسیم کرد (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۹۰). استفاده از سبک‌مقابله‌ای هیجان‌محور به دلیل ناپخته بودن آن می‌تواند در تصمیم‌گیری در درست و برنامه‌ریزی برای مسأله به وجود آمده مشکلاتی را ایجاد کند. شناسایی و آشنایی سبک‌های مقابله با استرس و همچنین جایگزین کردن سبک مسأله‌محور به جای هیجان‌محور منجر به سازگاری بیشتر و پاسخ‌های مطلوب (فیزیولوژیک، روان‌شناختی و رفتاری) در افراد شود. بنابراین لازم است که تمامی افراد از عوامل و منابع ایجاد کننده استرس و همچنین راه‌ها و راهبردهای مقابله با آن آگاهی داشته باشند. زیرا انتخاب درست در استفاده از سبک‌های مقابله با استرس می‌تواند انتخاب آن‌ها را مسأله‌محور و پخته‌تر کند که هر دو به عملکرد بهتر و کاهش خشونت‌خانگی منجر گردد.

نتایج پژوهش عارفی (۱۳۸۱) بر روی زنان قربانی خشونت‌خانگی در ارومیه نشان داد که زنان بین سنین ۱۷ تا ۳۲ سال بیشترین خشونت را تجربه می‌کنند (۵۶ درصد) و ۶۰ درصد زنانی که مورد خشونت مردان قرار می‌گیرند، دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۵ درصد بی‌سواد هستند. همچنین بیشترین میزان خشونت از نوع جسمی بود (۵۰ درصد) و سپس خشونت غیر جسمانی و مالی (به ترتیب ۲۵/۷ و ۲۳/۲ درصد) بود. پژوهش سالاری‌فر (۱۳۸۸) در تبیین علل و زمینه‌های خشونت خانگی روشن ساخت که در میان عوامل فردی مؤثر بر خشونت علیه همسر، عوامل روان‌شناختی و اخلاقی دارای اهمیت اساسی هستند و می‌توان عناصر شناختی و اخلاقی را هسته اصلی در تبیین خشونت محسوب کرد.

همچنین عناصر زیستی و متغیرهای سنی، هوش و تحصیلات بر خشونت تأثیر گذارند. مطالعات نشان داده‌اند که بین برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی^۲ و همسرآزاری رابطه وجود دارد (نوح جاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ حسن، کاشانیان، روحی، ویژه و حسن، ۱۳۸۹؛ عاطف وحید، قهاری، زارعی دوست، بوالهروی و کریمی کیسمی، ۱۳۸۹؛ رزاقی، تدین‌فر و اکابری، ۱۳۸۹). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان باردار بیشتر مورد بدرفتاری همسر قرار می‌گیرند (لیت، موریس و ریچنر^۳، ۲۰۰۰). بررسی‌های دیگر حاکی از آن است که بین سن و طول مدت ازدواج و بدرفتاری نسبت به زن، رابطه وجود دارد، به طوری که میزان بدرفتاری مردان نسبت به زنان با افزایش سن و طول مدت ازدواج کاهش می‌یابد (شوماخر، فلدبا، کوهنامی و اسمیت^۴، ۲۰۰۱؛ زنگنه، ۱۳۸۰؛ معاشری، میری، ابوالحسن نژاد، هدایتی و زنگویی، ۱۳۹۱؛ شمسی و بیاتی، ۱۳۹۰؛ شمس اسفندآباد، امامی‌پور و صدرالسادات، ۱۳۸۳). به علاوه، مطالعات نشان داده‌اند مردانی که به خشونت علیه همسر اقدام می‌کنند، تحصیلات کمتری دارند (پناغی، پیروزی، شیرین بیان و احمدآبادی، ۱۳۹۰)، و زنان غیرشاغل بیش از زنان شاغل مورد خشونت همسر قرار می‌گیرند (بگرضایی، ۱۳۸۲؛ رهبر طارمسری و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین سوء مصرف مواد و الکل نیز به خشونت مردان علیه زنان دامن می‌زند (واکر، استی تون و لوک فلد^۵، ۲۰۰۲؛ اریکسون، وان در پاهلن، سارکولا و سپا^۶، ۲۰۰۳؛ شعبانی، منصورنیا، منصورنیا و بحرانی، ۱۳۸۷؛ صالحی و مهر علیان، ۱۳۸۵).

¹ Mitchell.

² demographic variables

³ Leat, Morris & Rechner

⁴ Schumacher, Fledbau, Kohnamy & Smith

⁵ Walker, Staton & Leuke Feld

⁶ Eriksson, Von der Pahlen, Sarkola & Seppa

گرچه در مرور کلی بر پژوهش های جمعیت شناسی انجام شده در ایران به نتایج متناقضی برمی خوریم؛ برای مثال افزایش سن در مواردی به افزایش خشونت و در موارد دیگر به کاهش خشونت و حتی در برخی موارد بی ارتباط با خشونت گزارش شده است؛ از طرفی تحصیلات بالای زنان، هم به افزایش و هم به کاهش خشونت انجامیده است؛ همین امر درباره اشتغال به کار زنان نیز صدق می کند؛ یعنی زنان شاغل در مقایسه با سایر گروه ها تحت خشونت کمتری قرار دارند. در بررسی های مختلف، برخی از مشاغل مردان به عنوان عامل مؤثر بر ایجاد خشونت علیه زنان، بیان شده و در خصوص سایر متغیرهای جمعیتی نیز تفاوت هایی دیده می شود (شمس اسفند آباد و امامی پور، ۱۳۸۲). پژوهش نوح جاه و همکاران (۱۳۹۰) تحت عنوان شیوع خشونت خانگی علیه زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در استان خوزستان نشان داد سن، سواد، شغل زن، قومیت، شهر محل سکونت و بیماری روحی همسر با تجربه هر نوع خشونت ارتباط معنادار دارد. نتایج مطالعه صادقی فسایی (۱۳۸۹) با موضوع خشونت خانگی و استراتژی های زنان در مواجهه با آن نشان داد که خشونت خانگی محدود به هیچ طبقه ای نیست و موقعیت شغلی زنان به طور خودکار و به صورت قطعی خشونت علیه آن ها را کاهش نمی دهد. پاسخ زنان به خشونت غالباً با تعجب، شوک، خجالت و خود سرزنشی همراه است و بسیاری از زنان به علت خصوصی پنداشتن موضوع، به دنبال راه حل های ساختاری برای مقابله با آن نیستند؛ لذا با استراتژی های فردی با خشونت علیه خود برخورد می کنند. عاطف وحید و همکاران (۱۳۸۹) نقش ویژگی های جمعیت شناختی و روان شناختی در پیش بینی خشونت در قربانیان همسر آزاری شهر تهران مطالعه کردند. نتایج پژوهش نشان داد که متغیرهای جمعیت شناختی بارداری، سن و تحصیلات پایین، تعداد بالای فرزندان، اعتیاد، بیکاری همسر و ابتلا به مشکلات روانپزشکی به عنوان متغیر پیش بین در تجربه انواع بدرفتاری ها (جسمی، جنسی و عاطفی) مطرح هستند. به علاوه بارداری، تحصیلات و سن پایین و بیکاری زن و نیز تعداد بالای فرزندان پیش بینی کننده این هستند که فرد انواع بدرفتاری ها را در حد شدید تجربه کند. طاهرخانی، میرمحمدعلی، کاظم نژاد، اربابی و عامل ولی زاده (۱۳۸۸) میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین را بررسی کردند و دریافتند بین خشونت و سن زمان ازدواج، تحصیلات همسر، بیماری روانی زن و همسر، مصرف دارو در زن و همسر و سابقه سقط رابطه وجود دارد.

میشل و همکاران (۲۰۰۶) متغیرهای مقابله ای را که در رابطه خشونت شریک جنسی (همسر) و پیامدهای سلامت روانی در میان زنان کم درآمد آفریقایی و آمریکایی میانجی گری می کنند را مطالعه کردند. نتایج پژوهش نشان داد زنان آفریقایی و آمریکایی قربانی خشونت کمتر از راهبردهای مقابله ای سازگارانه استفاده می کنند، سلامت معنوی پایین تری دارند و حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند و نشانه های افسردگی و اضطرابی در آنان بیشتر است. پژوهش والدروپ و رسیک (۲۰۰۴) با عنوان مقابله در میان زنان قربانی خشونت خانگی نشان داد زنان قربانی خشونت بیشتر از راهبردهای مقابله ای اجتنابی در مواجهه با خشونت استفاده می کنند. تحقیق اندلر و پارکر (۱۹۹۴)، به نقل از خدایاری فرد و پرند، (۱۳۹۰) در جامعه کانادا نشان داد که زنان در مقایسه با مردان به کاربرد راهبردهای مقابله ای هیجانی و اجتنابی گرایش بیشتری دارند. با توجه به اهمیت راهبردهای مقابله ای قربانیان در برخورد با عوامل فشارزا و تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی در مسأله همسر آزاری پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای پرسش اساسی زیر است: آیا ابعاد خشونت خانگی در زنان قربانی بر اساس راهبردهای مقابله ای قابل پیش بینی است؟

روش

این مطالعه بر مبنای مفروضه تحقیقات غیرآزمایشی از نوع همبستگی به انجام رسید. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان متأهلی بود که مورد خشونت خانگی قرار گرفته و در سال ۱۳۹۳ به پزشکی قانونی استان البرز ارجاع داده شده یا در آنجا دارای پرونده بودند و همچنین زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناختی یا مراکز مشاوره و مددکاری

استان البرز بودند. حداقل حجم نمونه مورد نظر با استفاده از فرمول تاباچینک و در نظر داشتن تعداد سطوح متغیر پیش بینی کننده (۸ سطح پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس) ۱۱۴ نفر محاسبه گردید. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای از بین ۲۴ مرکز مشاوره و ۹ مرکز مددکاری و پزشک قانونی موجود در استان البرز ۸ مرکز از مراکز مشاوره و ۳ مرکز از مراکز مددکاری به روش تصادفی انتخاب و سپس از هر مرکز نیز با روش تصادفی ساده (قرعه کشی) ۱۴۰ آزمودنی انتخاب گردیدند.

ابزار

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن (WOCQ)

پرسشنامه روش های کنار آمدن (WOCQ) توسط لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۵) تهیه شده است. این آزمون دارای ۶۶ سوال است و در مقیاس ۴ گزینه ای (از ۱ تا ۴) نمره گذاری می شود. نمره گذاری پرسشنامه روش های کنار آمدن به دو روش خام و نسبی انجام می شود. انتخاب این که کدام روش نمره گذاری را باید اجرا کرد، بستگی به اطلاعاتی دارد که پژوهشگر به دنبال آن است. در هریک از دو روش نمره گذاری افراد به هر ماده براساس یک مقیاس چهار گزینه ای (صفر: به کار نبردم یا استفاده نکردم. یک: تا بکار بردم. دو: بیشتر مواقع به کار بردم. سه: به کار برده ام) پاسخ می دهند که نشان دهنده فراوانی هریک از راهبردهای مورد استفاده است. در پژوهش حاضر از روش نمره گذاری نسبی استفاده شد. این آزمون هشت شیوه مقابله ای که به دو دسته مساله محور و هیجان محور تقسیم می شوند را مورد سنجش قرار می دهد. شیوه های مقابله مساله محور عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسأله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت. شیوه های مقابله هیجان محور عبارتند از: رویارویی، دوری گزینی، فرار-اجتناب و خویشتن داری. لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از سبک های مقابله ای گزارش کرده است. در پژوهش علیپور، هاشمی، بابا پور خیرالدین و طولی (۱۳۸۹) پایایی این آزمون ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کلی آزمون ۰/۸۷ بدست آمد. مواد پرسشنامه روش های کنار آمدن دارای روایی صوری است چرا که راهبردهای توصیف شده آنهایی هستند که افراد استفاده از آنها را برای کنار آمدن با موقعیت های استرس برانگیز گزارش کرده اند.

پرسشنامه خشونت خانگی

پرسشنامه خشونت خانگی توسط ابوالمعالی، صابری و صابر (۱۳۹۱) ساخته شد و در سال ۱۳۹۱ بر روی دانشجویان متأهل منطقه ۸ دانشگاه آزاد اسلامی استانداردسازی شد. این پرسشنامه دارای ۴۳ سؤال است. پرسشنامه دو بعد خشونت خانگی یعنی بعد فیزیکی- روانی و کنترل (اقتصادی، جنسی و جبری)، نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای است که به ۰ = اصلاً، ۱ = کمی، ۲ = گاهی، ۳ = اغلب، ۴ = کاملاً تعلق می گیرد. بر اساس این مقیاس یک نمره کلی برای خشونت خانگی به دست می آید. پایایی نمره کل این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی (۰/۹۸۷) و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) (۰/۹۱۵) بدست آمد (ابوالمعالی و همکاران، ۱۳۹۱). آنان ضریب پایایی هر یک از زیر مقیاس های این آزمون را با روش همسانی درونی در حد مطلوب بدست آوردند. در پژوهش ابوالمعالی و همکاران روایی آزمون از طریق تعیین ضریب همبستگی آن با آزمون کیفیت زناشویی رضایتبخش و منفی و معنادار به دست آمد.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. شرح تفصیلی محاسبات آماری در زیر به تفکیک فرضیه‌های مطرح شده، ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای (۸ مولفه) و خشونت خانگی (۲ مولفه) (N=۱۴۰)

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	میانه	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
راهبردهای مقابله‌ای	مقابله و رویارویی	۱۴/۲۰	۱۴	۳/۰۲	۰/۴۹۳	۱/۰۷۱
	فاصله گرفتن	۱۵/۳۳	۱۵	۳/۵۴	۰/۵۹۰	-۰/۲۵۷
	خودکنترلی	۱۸/۳۱	۱۸	۳/۶۱	۰/۰۲۹	-۰/۸۰۷
	گریز و اجتناب	۱۹/۲۳	۱۹	۲/۸۷	۰/۰۷۰	۰/۰۴۰
	حمایت اجتماعی	۱۵/۲۰	۱۶	۵/۲۱	-۰/۳۵۹	-۰/۹۷۱
	پذیرش مسئولیت	۱۱/۱۶	۱۱/۵۰	۲/۲۶	-۰/۰۰۱	-۰/۶۱۶
	حل برنامه ریزی شده مساله	۱۶/۲۴	۱۶	۲/۹۷	۰/۱۸۵	-۰/۷۷۳
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۸/۹۸	۱۹	۴/۲۳	۰/۰۵۲	-۰/۶۷۷
خشونت خانگی	خشونت جسمانی	۸۸/۵۰	۹۳/۵۰	۱۱/۶۷	-۰/۷۵۹	-۰/۳۶۴
	خشونت غیر جسمانی	۳۶/۹۶	۳۸	۱۰/۵۵	-۰/۱۴۵	-۰/۷۵۵

• فرضیه اول: براساس مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (۸ مولفه) می‌توان خشونت جسمانی زنان قربانی را پیش‌بینی کرد.

جدول ۲ خلاصه ضرایب رگرسیون

پیش‌بینی‌کننده‌ها	B	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	۵۷/۵۷۳	-	۴/۹۱۸**	۰/۰۰۱	-	-	۱/۸۲۸
مقابله و رویارویی	۰/۳۷۲	۰/۰۶۹	۰/۶۴۳	۰/۵۲۲	۰/۶۳۴	۱/۵۷۷	
فاصله گرفتن	۰/۵۰۰	۰/۱۰۷	۰/۸۳۲	۰/۴۰۷	۰/۴۳۴	۲/۳۰۷	
خودکنترلی	-۰/۹۹۲	-۰/۲۱۲	-۱/۴۷۴	۰/۱۴۳	۰/۳۵۱	۲/۸۵۱	
گریز و اجتناب	۱/۶۴۱	-۰/۲۷۲	۲/۷۰۱**	۰/۰۰۸	۰/۷۱۳	۱/۴۰۳	
حمایت اجتماعی	۰/۲۵۱	۰/۰۷۶	۰/۵۸۳	۰/۵۶۱	۰/۴۲۴	۲/۳۶۱	
پذیرش مسئولیت	-۲/۴۲۷	-۰/۳۱۶	-۲/۶۶۹**	۰/۰۰۹	۰/۵۱۷	۱/۹۳۵	
حل برنامه ریزی شده مساله	۱/۸۹۲	۰/۳۳۸	۲/۵۱۹*	۰/۰۱۳	۰/۴۰۳	۲/۴۸۰	
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۱۵۰	-۰/۰۳۸	-۰/۲۵۸	۰/۷۹۷	۰/۳۲۸	۳/۰۴۷	

$R^2 = ۰/۴۵۱$ ؛ $R = ۰/۴۵۱$ ؛ $F = ۳/۵۰۹$ ؛ $R^2 = ۰/۲۰۳$ ؛ تعدیل شده؛ $R^2 = ۰/۱۴۵$ ؛ $F = ۳/۵۰۹$ ؛ **

**معنادار در سطح ۰/۰۱؛ *معنادار در سطح ۰/۰۵

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، مقدار R^2 به دست آمده (۰/۲۰۳) بدین معنی است که ۲۰/۳ درصد از واریانس متغیر خشونت جسمانی توسط ۸ مولفه مقابله و رویارویی، فاصله گرفتن، خودکنترلی، گریز و اجتناب، حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل برنامه ریزی شده مساله و ارزیابی مجدد مثبت تبیین می شود. مقدار R مشاهده شده (۰/۴۵۱) نیز نشان دهنده آن است که مدل رگرسیون خطی حاضر می تواند برای پیش بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت F محاسبه شده (۳/۵۰۹) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد مطالعه و متغیر خشونت جسمانی همبستگی معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه اول کافی است. با مراجعه به آماره t و سطوح معناداری می توان قضاوت کرد که تنها ۳ مولفه گریز و اجتناب، پذیرش مسئولیت و حل برنامه ریزی شده مساله با متغیر خشونت جسمانی همبستگی معنادار دارند. علامت ضرایب بتای به دست آمده نشان داد که متغیرهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت با خشونت جسمانی همبستگی منفی و معنادار دارند. به عبارت دیگر، با کاهش نمره در گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت نمره خشونت جسمانی افزایش می یابد. حال آن که، همبستگی حل برنامه ریزی شده مساله با خشونت جسمانی مثبت و معنادار است.

- فرضیه دوم: براساس مولفه های راهبردهای مقابله ای (۸ مولفه) می توان خشونت جسمانی زنان قربانی خشونت غیرجسمانی را پیش بینی کرد.

جدول ۳: خلاصه ضرایب رگرسیون

یش بینی کننده ها	B	β	T	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	۱۳/۳۲۳	-	۱/۸۲۵	۰/۰۷۱	-	-	۲/۰۷۶
مقابله و رویارویی	۰/۴۵۴	۰/۱۳۵	۱/۲۶۵	۰/۲۰۸	۰/۶۳۴	۱/۵۷۷	
فاصله گرفتن	۰/۵۰۲	۰/۱۷۳	۱/۳۶۸	۰/۱۷۴	۰/۴۵۰	۲/۲۲۱	
خودکنترلی	-۰/۴۴۳	-۰/۱۵۰	-۱/۰۵۱	۰/۲۹۶	۰/۳۵۳	۲/۸۳۶	
گریز و اجتناب	۰/۷۵۸	۰/۲۰۵	۲/۰۲۹*	۰/۰۴۵	۰/۷۰۹	۱/۴۱۰	
حمایت اجتماعی	۰/۵۸۷	۰/۲۸۸	۲/۱۸۸*	۰/۰۳۱	۰/۴۱۷	۲/۳۹۸	
پذیرش مسئولیت	-۱/۲۸۳	-۰/۲۶۷	-۲/۲۵۴*	۰/۰۲۶	۰/۵۱۳	۱/۹۴۸	
حل برنامه ریزی شده مساله	۰/۴۴۸	۰/۱۲۸	۰/۹۵۷	۰/۳۴۱	۰/۴۰۳	۲/۴۸۱	
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۰۷۲	۰/۰۲۹	۰/۲۰۰	۰/۸۴۲	۰/۳۳۴	۲/۹۹۸	

$R^2 = ۰/۴۳۷$ ؛ $R = ۰/۶۶۱$ ؛ $R^2 = ۰/۱۹۱$ ؛ $F = ۳/۳۱۱$ ؛ **

**معنادار در سطح ۰/۰۱؛ *معنادار در سطح ۰/۰۵

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، مقدار R^2 به دست آمده (۰/۱۹۱) بدین معنی است که ۱۹/۱ درصد از واریانس متغیر خشونت غیرجسمانی توسط ۸ مولفه مقابله و رویارویی، فاصله گرفتن، خودکنترلی، گریز و اجتناب، حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل برنامه ریزی شده مساله و ارزیابی مجدد مثبت تبیین می شود. به عبارت دیگر، ۱۹/۱ درصد از پراکندگی مشاهده شده در متغیر خشونت غیرجسمانی توسط این متغیرها توجیه می شود. مقدار R مشاهده شده (۰/۴۳۷) نیز نشان دهنده آن است که مدل رگرسیون خطی حاضر می تواند برای پیش بینی استفاده شود. علاوه بر این، نسبت F محاسبه شده (۳/۳۱۱) در سطح اطمینان حداقل ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد مطالعه و متغیر خشونت غیرجسمانی همبستگی معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه دوم کافی است. با مراجعه به آماره t و سطوح

معناداری می توان قضاوت کرد که تنها ۳ مولفه گریز و اجتناب، حمایت اجتماعی و پذیرش مسئولیت با متغیر خشونت غیرجسمانی همبستگی معنادار دارند. علامت ضرایب بتای به دست آمده نشان داد که متغیرهای گریز و اجتناب و حمایت اجتماعی با خشونت غیرجسمانی همبستگی مثبت و معنادار دارند. به عبارت دیگر، با افزایش نمره در گریز و اجتناب و حمایت اجتماعی نمره خشونت غیرجسمانی افزایش می یابد. حال آن که، همبستگی پذیرش مسئولیت با خشونت غیرجسمانی منفی و معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

در رابطه با فرضیه اول مبنی بر این که می توان براساس راهبردهای مقابله‌ای (۸مؤلفه) خشونت جسمانی زنان قربانی خشونت جسمانی را پیش بینی کرد، نتایج نشان داد که متغیرهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت با خشونت جسمانی همبستگی منفی و معنادار دارند. به عبارت دیگر، با کاهش نمره در گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت نمره خشونت جسمانی افزایش می یابد. حال آن که، همبستگی حل برنامه‌ریزی شده مسأله با خشونت جسمانی مثبت و معنادار است. این یافته با یافته‌های حاصل از تحقیقات والدروپ و رسیک (۲۰۰۴) که نشان دادند زنان قربانی خشونت بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی در مواجهه با خشونت استفاده می کنند و یافته‌های حاصل از تحقیق اندلر و پارکر (۱۹۹۴) که دریافتند زنان در به کاربرد راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی گرایش بیشتری دارند، هماهنگ است. این یافته را می توان چنین تبیین نمود که بر طبق نظر آلتایمر راهبردهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت جزء مقابله‌های هیجان مدار هستند که فرد برای متعادل ساختن عواطف و هیجانات، کنترل واکنش‌های هیجانی انجام می دهد. طبق نظریه لانگ و اسکات مقابله‌های هیجان مدار ثبات متوسطی دارد چون فرد کمتر تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار می گیرد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای گریز و اجتناب یعنی کوشش‌های زن در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا و گریز از واقعیت. طبق نظر کارور این نوع مقابله می‌تواند مفید و کاهش‌دهنده ناراحتی و تسهیل‌کننده فرآیند مقابله باشد. در واقع انکار در مراحل اولیه مقابله با موقعیت فشارآور، می‌تواند مؤثر باشد، وقتی فرد از راهبرد اجتناب استفاده می‌کند از فشارروانی و موقعیت‌های فشار روانی اجتناب می‌کند پس وقتی در معرض عامل فشارزا قرار ندارد طبیعی است که مورد خشونت قرار نگیرد. مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد مشکل است که با بکارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی توأم می‌باشد. طبق نظریه ناکامی پرخاشگری وقتی رفتاری موجب رسیدن به هدف نباشد باعث ایجاد انگیزه (تحریکی) می‌گردد که هدف آن صدمه زدن به اشیاء یا افراد دیگر است. در این صورت شرایط محیطی خاص باعث ظهور پرخاشگری می‌شود.

فرضیه دوم پژوهش در این راستا بود که براساس مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (۸مؤلفه) می‌توان خشونت غیرجسمانی زنان قربانی خشونت غیرجسمانی را پیش‌بینی کرد. نتایج پژوهش نشان داد که متغیرهای گریز و اجتناب و حمایت اجتماعی با خشونت غیرجسمانی همبستگی مثبت و معنادار دارند. به عبارت دیگر، با افزایش نمره در گریز و اجتناب و حمایت اجتماعی نمره خشونت غیرجسمانی افزایش می‌یابد. حال آن که، همبستگی پذیرش مسئولیت با خشونت غیرجسمانی منفی و معنادار است. یافته‌های پژوهش با نتایج حاصل از تحقیقات پناغی و همکاران (۲۰۱۲) که دریافتند حمایت اجتماعی و ساز و کارهای مقابله‌ای انفعالی روی رابطه بین بدرفتاری همسر و سلامت روانی اثرات تخفیف‌دهنده داشتند و یافته‌های حاصل از پژوهش سابینا و تیندال (۲۰۰۸) که نشان دادند استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، میزان خشونت، سخت‌گیری، مزاحمت، قدرت و کنترل مبارزه همبسته است، همسو است. منابع مقابله‌ای نظیر سلامت کلی، شاغل بودن حمایت اجتماعی بر نحوه‌ی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای تأثیر

می‌گذارد. همچنین نتایج حاصل از پژوهش میشل و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند زنان آفریقایی و آمریکایی قربانی خشونت کمتر از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند، هماهنگ است.

در رابطه با افزایش خشونت غیر جسمانی هنگامی که زنان از راهبردهای حمایت اجتماعی استفاده می‌کند می‌توان گفت علی‌رغم تمایل مردان برای مخفی ماندن خشونت اعمال شده از سوی آن‌ها در فضای خانه با استفاده از این استراتژی زن قربانی، رفتار آن‌ها برای دیگران برملا می‌شود و ممکن است مرد دست به خشونت غیر جسمانی بیشتر زن از جمله تحقیر و سرزنش او زند. از منظر کارکردگرایان خانواده گروهی است که در آن افراد با جنسیت‌ها و گروه‌های سنی متفاوت در ارتباط نزدیک با یکدیگر قرار می‌گیرند. در این گروه سلسله مراتب براساس یا صلاحیت و لیاقت تعیین نمی‌گردد بلکه بر پایه جنسیت، سن و قدرت اقتصادی اوست. نظریه مردسالاری معتقد است فرایندهای اقتصادی و اجتماعی در طول تاریخ به قسمی بوده که سبب مردسالاری یا پدرسالاری می‌گشته است. تأکید تئوری مردسالاری بیشتر بر منابع اجتماعی است تا ساختار خانوادگی. سیستم اجتماعی پدرسالانه به خشونت نسبت به زنان منجر می‌شود. در خرده فرهنگ‌های مختلف مشاهده می‌شود اصولاً زنان به عنوان جنس دوم و یا جنس ضعیف مطرح می‌شوند و این مسأله در باور زنان نهادینه و مردان را همواره برتر یا فراتر از خود می‌دانند که این مسأله به تنهایی می‌تواند مردان را در هر شرایطی ذی‌نفع جلوه داده و زمینه خشونت علیه را فراهم سازد.

به طور خلاصه، براساس نظریه فرهنگی خشونت، هر فرهنگی و به تبع آن هر خرده فرهنگی دارای عناصر خاص خودش می‌باشد که این عناصر فرهنگی (ارزش‌ها، هنجارها، نگرش‌ها و اعتقادات) ممکن است خشونت شوهران علیه زنان در خانواده را تأیید و تقویت نماید یا از آن ممانعت نماید، در نتیجه تعهد به این عناصر فرهنگی است که خشونت شوهران علیه زنان در خانواده را افزایش یا کاهش می‌دهد. بنابراین چنانچه فرادست انگاری مرد جزو ارزش‌ها و باورهای پذیرفته شده توسط زن باشد، زمینه تقویت خشونت علیه زن ایجاد می‌گردد. چنانچه از رویکرد نظریه یادگیری اجتماعی به این مسأله بنگریم، می‌بینیم که خشونت مانند بسیاری از رفتارهای دیگر در خانواده یاد گرفته می‌شود. نظریه انتقال بین نسل‌ها هم که بر پایه‌ی نظریه‌ی یادگیری اجتماعی استوار است معتقد است افرادی که در کودکی در خانه خشونت را تجربه می‌کنند یا شاهد آن هستند، در بزرگسالی به احتمال زیاد در خانه خود از خشونت استفاده خواهند کرد.

منابع

- ابوالمعالی، خ، و موسی‌زاده، ز. (۱۳۹۱). *پرخاشگری، ماهیت، علل و پیشگیری (با ضمیمه ماهیت و پیشگیری از پرخاشگری از دیدگاه اسلام)*. تهران: کتاب ارجمند، نسل فردا.
- عزازی، ش. (۱۳۸۱). *خشونت‌های خانوادگی (زنان کتک خورده)*. تهران: معالی.
- اکبری، ا، و اکبری، م. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: ساوالان.
- اویسی، س، آفاقی، ا، سفیدی، ف، و میرحسینی، ب. (۱۳۹۱). *واکاوی خشونت‌های خانگی و اجتماعی*. قزوین: سایه گستر.
- بگرضایی، پ. (۱۳۸۰). *بررسی عوامل مؤثر بر میزان خشونت مردان نسبت به زنان در خانواده: مطالعه موردی در شهرستان ایلام*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- پناغی، ل، پیروزی، د، شیرین بیان، م، و احمدآبادی، ز. (۱۳۹۰). نقش ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت‌شناختی در همسرآزاری، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال ۱۷، شماره ۲، ۱۳۵-۱۲۶.

- حسن پور ازغدی، س. ب.، سیمبر، م.، و کرمانی، م. (۱۳۹۰). خشونت خانگی علیه زنان: مروری بر نظریه‌ها، میزان شیوع و عوامل مؤثر بر آن، نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، دوره ۲۱، شماره ۷۳، ۴۴-۵۲.
- حسن، م.، کاشانیان، م.، روحی، م.، ویژه، م.، و حسن، م. (۱۳۸۹). خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط، فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال اول، شماره ۴، ۷۷-۹۴.
- حمیدی، ف.، افروز، غ.، کیامنش، ع.، و رسول‌زاده طباطبایی، س. ک. (۱۳۸۳). بررسی ساخت خانواده دختران فراری و اثربخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن. مجله روان‌شناسی، سال ۲، شماره ۳۰، ۱۲-۱۱۴.
- خدایاری فرد، م.، و اکرم، پ. (۱۳۹۰). استرس و روش‌های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- درتاج رابری، س.، شکرآبی، ر.، بنی‌اسد، م.، و حسینی آغا، ف. (۱۳۸۹). میزان شیوع همسرآزاری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲، شماره ۶۵، ۶۱-۷۲.
- رزاقی، ن.، تدین‌فر، م. ل.، و اکابری، آ. (۱۳۸۶). شیوع همسرآزاری و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۱/۴۷، ۳۹-۳۹.
- رهبر طارمسری، م.، بادسار، ع.، زبده ایمن آبادی، ر.، خواجه چهرمی، س.، امیرمعانی، ع.، و یعقوبی، م. (۱۳۹۱). خشونت فیزیکی در قربانیان همسرآزاری شهر رشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۱، شماره ۸۳، ۲۶-۲۱.
- زنگنه، م. (۱۳۸۰). بررسی جامعه‌شناسی عوامل مؤثر بر خشونت شوهران علیه زنان در خانواده. پایان کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز.
- سایپینگتون، ا. (۱۳۸۷). بهداشت روانی. (ترجمه: حمیدرضا حسین شاهمی برواتی) تهران: روان.
- ساروخانی، ب. (۱۳۷۰). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده. تهران: سروش.
- سالاری فر، م. ر. (۱۳۸۸). تبیین علل و زمینه‌های خشونت خانگی. دو فصلنامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال ۳، شماره ۴، ۴۱-۷.
- شعبانی، س.، منصورنیا، ن.، منصورنیا، م. ع.، و بحرانی، ن. ل. (۱۳۸۷). بررسی عوامل مؤثر در همسرآزاری در زنان ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی کرج در سال ۱۳۸۴. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۱۸، شماره ۴، ۲۷۳-۲۶۹.
- شمس اسفندآباد، ح.، امامی‌پور، س.، و صدرالسادات، س. ج. (۱۳۸۳). همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن در زنان متأهل. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، دوره ۵، شماره ۳، شماره مسلسل ۱۸، ۳۶-۳۰.
- شمس اسفندآباد، ح.، و امامی‌پور، س. (۱۳۸۲). بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن. فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۱، شماره ۵، ۵۹-۸۲.
- شمسی، م.، و بیاتی، ا. (۱۳۹۰). فراوانی خشونت خانگی بر زنان باردار شهر اراک (۱۳۸۹). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۱۳، شماره ۴، ۶۷-۷۵.
- صابریان، م.، آتش‌نفس، ا.، و بهنام، ب. (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سمنان (۱۳۸۲). مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دوره ۶، شماره ۲، ۱۱۵-۱۲۱.
- صادقی فسایی، س. (۱۳۸۹). خشونت خانگی و استراتژی‌های زنان در مواجهه با آن (مطالعه‌ای کیفی). مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، شماره ۱، ۱۰۷-۱۴۲.

- صالحی، ش. و مهرعلیان، ح. (۱۳۸۵). بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد در ۱۳۸۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی، دوره ۱، شماره ۲، ۷۷-۷۲.*
- صدق آمیز، خ. (۱۳۷۶). *بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری زناشویی در شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تهران.*
- طاهرخانی، س.، میرمحمدعلی، م.، کاظم‌نژاد، ا.، اربابی، م.، و عامل ولی‌زاده، م. (۱۳۸۸). بررسی میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین، *مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۵، شماره ۲، ۱۲۳-۱۲۹.*
- عارفی، م. (۱۳۸۱). بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه. *مجله مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)، دانشگاه الزهراء، دوره ۱، شماره ۲، ۱۰۱-۱۲۰.*
- عاطف وحید، م.، ک. قهاری، ش.، زارعی دوست، ا.، بوالهروی، ج.، و کریمی کیسمی، ع. (۱۳۸۹). نقش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی در پیش‌بینی خشونت در قربانیان همسرآزاری شهر تهران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۶، شماره ۴، ۴۱۱-۴۰۳.*
- عزیزیان، ر.، ساروخانی، ب.، و محمودی، م. (۱۳۸۲). *بررسی عوامل خشونت علیه زنان در مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی تهران سال ۱۳۸۰. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال ۲، شماره ۳، ۴۸-۳۷.*
- علیپور، ا.، هاشمی، ت.، باباپورخیرالدین، ج.، و طوسی، ف. (۱۳۸۹). رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با شادکامی دانشجویان. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال ۵، شماره ۱۸، ۸۶-۷۱.*
- فرجاد، م. ح. (۱۳۷۲). *آسیب‌شناسی اجتماعی خانواده و طلاق، تهران: منصوری.*
- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. ج. (۱۳۹۰). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روانشناسی بالینی، (ترجمه فرزین رضاعی)، تهران: ارجمند.*
- کار، م. (۱۳۸۰). *پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران. تهران: روشنگران و مطالعات زنان.*
- معاشری، ن.، میری، م.، ابوالحسن‌نژاد، و، هدایتی، ه. و زنگویی، م. (۱۳۹۱). *شیوع و ابعاد جمعیت‌شناختی خشونت‌های خانگی علیه زنان در شهر بیرجند، مراقبت‌های نوین. فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، سال ۹، شماره ۱، ۳۹-۳۲.*
- نریمانی، م. و آقامحمدیان، ح. ر. (۱۳۸۴). *بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال ۷، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۱۳-۱۰۷.*
- نوح‌جاه، ص.، لطیفی، س. م.، حقیقی، م.، اعتصام، ح.، فتح‌الهی‌فر، ا.، زمان، ن.، فرح‌نیا، ف.، و بنیادی، ف. (۱۳۹۰). *شیوع خشونت-خانگی علیه زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در استان خوزستان، سال ۸۷-۱۳۸۶. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دانشکده علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۵، شماره ۴، ۲۸۶-۲۷۸.*
- وزارت کشور (۱۳۸۳). *اداره کل امور اجتماعی، آمار جرایم.*

Anderson, C.A., Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology, 53*, 27-51.

Augenbrau M., Wilson, T.E., & Allister, L. (2001). Domestic violence reported by women attending a sexually transmitted disease clinic, *American Sexually Transmitted Diseases Association, 28* (3), 143-147.

- Erickson, C. J., Von Der Pahlen, B., Sarkola, T., & Seppa, K. (2003). Oestradiol and human male alcohol-related aggression. *Alcohol and Alcoholism*, 38(6), 589-596.
- Forsyth, D, R (1994), *Our Social World*. Brooks Cole, Albany.
- Ganley, A.L. & Schechter, S. (1995). *Domestic violence: A national curriculum for family preservation practitioners*. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund. 415, 252-8900.
- Good, W. J. (1971). Force & Violence in the Family. *Journal of Marriage and the Family*, 3(4), 320-332.
- Hoffman, K., Demo, D., & Edwards, J. (1994). Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*. 56 (1), 131-146.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1989). *The intergenerational transmission of child abuse*. New York: Cambridge University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1985). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leat, V., Morris, P., & Rechner, S. (2000). The effect of domestic violence on pregnancy. *Archives of Psychology*, 28, 25-30.
- Libuku, E., & Wilkinson, W. (2008). Exposure to domestic violence during pregnancy: Perceptions and coping mechanisms of vulnerable group. *Health South Australia*, 13(2), 3-11.
- May, B. A., & Katz, A. (2003). Are abused women mentally ill? *Psychosocial Nursing*, 41(2), 21-29.
- Mitchell, M. D., Hargrove, G. L., Collins, M. H., Thompson, M. P., Reddick, T. L., & Kaslow, N. (2006). Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1503° 1520. Published online in Wiley inter science. www.interscience.wiley.com.
- Sabina, Ch., & Scott Tindale, R. (2008). Abuse characteristics and coping resources as predictors of problem-focused coping strategies among battered woman. *Violence Against Women*, 14(4), 437-456. <http://vaw.sagepub.com>.
- Schumacher, J.A., Fledbau, S. Kohnamy, M., & Smith, S. (2001). Risk factors for female partner physical abuse. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 6, 281- 352.
- Siegel, L. J., & Senna, J. J. (2000). *Juvenile Delinquency: Theory, practice, and law*. 7th. Belmont: Wadsworth.
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). *Physical Violence in American families*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Waldrop, A. E, Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9(5), 291-302.
- Walker, R., Staton, M., & Leuke Feld, C. (2002). Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence*, 16, 93-11.