

# عوامل زمینه‌ای موثر در اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای زنان با خشونت خانگی: یک مطالعه کیفی

سکینه طاهرخانی<sup>۱</sup>(Ph.D candidate)، رضا نگارنده<sup>۲\*</sup>(Ph.D)، معصومه سیمبر<sup>۱</sup>(Ph.D)، فضل‌الله احمدی<sup>۳</sup>(Ph.D)

۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

## چکیده

سابقه و هدف: خشونت یکی از دلایل جدی ناتوانی و مرگ زنان محسوب می‌شود، رفتار تطابقی در مواجهه با خشونت بر سلامت جسمی و روانی فرد تاثیر می‌گذارد و متاثر از عوامل زمینه‌ای می‌باشد؛ شناسایی این عوامل زمینه‌ای، طراحی مداخلات مبتنی بر زمینه را تسهیل خواهد کرد. لذا این مطالعه با هدف شناسایی عوامل زمینه‌ای موثر در اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای زنان با خشونت خانگی طراحی شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی انجام شد، مشارکت کنندگان ۲۴ زن متأهل بودند که از پارک‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و دانشگاه‌های شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته گردآوری شده و با روش تحلیل محتوی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مشارکت کنندگان در رده سنی ۲۲-۷۲ سال و طول مدت ازدواج ۳-۵۸ سال قرار داشتند. مدرک تحصیلی ۷ نفر از مشارکت کنندگان دیپلم، ۵ نفر لیسانس و بالاتر و مابقی کمتر از دیپلم بود. ۶ نفر از مشارکت کنندگان شاغل و مابقی خانه دار بودند. اکثریت مشارکت کنندگان ۱-۲ فرزند داشتند. ۱۲ نفر وضعیت اقتصادی خانواده را تا حدی مطلوب، ۸ نفر مطلوب و ۴ نفر نامطلوب گزارش کردند. منابع در دسترس، ترس و نگرانی، رابطه زوجین و تاثیر پذیری، طبقات زمینه‌ای حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بودند؛ این عوامل نه تنها اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای را جهت می‌دادند بلکه با یکدیگر نیز مرتبط بوده و با گذشت زمان دستخوش تغییر می‌شدند.

نتیجه‌گیری: اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای متاثر از عوامل زمینه‌ای بود به طوری که با تغییر عوامل زمینه‌ای، نحوه مقابله زنان با خشونت خانگی تغییر می‌کرد. بنابراین توجه به عوامل زمینه‌ای در طراحی مداخلات و در برنامه‌های حمایتی از قربانیان خشونت خانگی سودمند خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، همسر آزاری، پژوهش کیفی، ایران

## مقدمه

مشکل بهداشتی جدی، مورد توجه قرار گرفته است [۱]، هر چند مفهوم خشونت خانگی در برگیرنده خشونت میان افراد خانواده است اما به طور معمول به خشونت میان بزرگسالانیکه

خشونت علیه زنان به واسطه پیامدهای اساسی بر بهداشت باروری و سلامت جسمی و روانی زنان، همواره به عنوان یک

۳- تماس جنسی هم‌راه با خشونت و آسیب تهدید به خشونت جسمی یا جنسی: استفاده از کلمات، ایما و اشاره یا اسلحه برای این که به قربانی نشان دهد قادر به ایجاد مرگ، ناتوانی، صدمه یا آسیب جسمی در وی می‌باشد.

خشونت روانی/عاطفی: اعمال، تهدید به اعمال یا روش‌های زورگویانه‌ای است که منجر به آسیب به قربانی می‌شود؛ خشونت روانی/عاطفی شامل موارد زیر می‌باشد اما محدود به این موارد نمی‌شود: تحقیر قربانی، کنترل آنچه قربانی می‌تواند یا نمی‌تواند انجام دهد، امتناع از در اختیار قرار دادن اطلاعات، انجام عمدی اعمالی که منجر به احساس اضطراب و تحقیر در قربانی شود، دور نگه داشتن قربانی از دوستان و خانواده و محدود کردن دسترسی قربانی به پول یا دیگر منابع ضروری [۴].

IPV از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار می‌باشد، سازمان جهانی بهداشت با بررسی بیش از ۲۴ هزار زن ۱۵-۴۹ ساله در ۱۰ کشور جهان، شیوع خشونت (جسمی یا جنسی یا هر دو) تجربه شده از سوی شریک جنسی در طول زندگی را ۷۱٪-۱۵ گزارش کرد [۵]. برآورد جهانی نشان می‌دهد که خشونت یک‌بارگی دلایل جدی ناتوانی و مرگ زنان محسوب می‌شود [۶]. پیامدهای سلامت‌تربط با خشونت ممکن است در نتیجه مستقیم خشونت جسمی یا در نتیجه تاثیر خشونت بر سیستم ایمنی و آندوکراین رخ دهد (از طریق استرس مزمن یا دیگر مکانیسم‌ها)؛ تعدادی از این پیامدها شامل اختلالات سیستم عصبی مرکزی، مشکلات قلب و عروق، فیبرومیالژیا، اختلالات گوارشی، سندرم روده تحریک‌پذیر [۷-۹]، سندرم درد مزمن، ناتوانی، کوفتگی‌ها و کبود شدگی‌ها، شکستگی‌ها، پارگی‌ها و خراشیدگی‌ها، آسیب‌های شکم و قفسه سینه و کاهش عمل‌کرد جسمی می‌باشد [۱۰]. افسردگی، خودکشی، اختلال استرسی بعد از تروما، سوء مصرف مواد، عزت نفس کم [۱۱-۱۶] و اختلالات خواب و خوردن [۳] از جمله پیامدهای روانی مرتبط با خشونت می‌باشد.

شریک جنسی یا عاطفی یک‌دیگر هستند، گفته می‌شود. خشونت خانگی با عناوین همسرآزاری، زن‌آزاری، شریک‌آزاری، خشونت زناشویی و سایر عبارات مشابه نیز توصیف می‌گردد و ممکن است این عبارات به جای هم نیز مورد استفاده قرار گیرند [۲].

در متون موجود به طور رایج از واژه خشونت شریک جنسی نزدیک (IPV) استفاده شده است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)، IPV را وقوع رفتارهایی در یک رابطه نزدیک تعریف می‌کند که منجر به آسیب جسمی، جنسی یا روانی می‌شود و شامل حملات جسمی، زورگویی جنسی، خشونت روانی و رفتارهای کنترلی می‌باشد. بر اساس این تعریف، مرتکب IPV می‌تواند همسر یا شریک جنسی فعلی یا سابق باشد [۳]. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) (۲۰۱۰) نیز IPV را آسیب جسمی، جنسی یا روانی اعمال شده توسط شریک جنسی یا همسر فعلی یا سابق تعریف می‌کند و آن را به چهار نوع خشونت جسمی، خشونت جنسی، تهدید به خشونت جسمی یا جنسی و خشونت روانی/عاطفی تقسیم می‌کند [۴]. در ادامه به توضیح آن‌ها پرداخته می‌شود:

خشونت جسمی: بر اساس تعریف CDC (۲۰۱۰) خشونت جسمی استفاده عمدی از نیروی جسمی است که می‌تواند منجر به مرگ، ناتوانی، آسیب یا صدمه گردد؛ چنگ انداختن، هل دادن، پرت کردن، با زور گرفتن، گاز گرفتن، خفه کردن، سیلی زدن، مشت زدن، سوزاندن، استفاده از اسلحه بر علیه فرد دیگر نمونه‌هایی از موارد خشونت جسمی می‌باشد.

خشونت جنسی: خشونت جنسی به سه دسته تقسیم می‌شود:

۱- استفاده از نیروی جسمی برای وادار کردن شخص برای درگیر شدن در رابطه جنسی برخلاف میلش.

۲- انجام رابطه جنسی یا مبادرت به انجام آن در فردی که قادر به درک ماهیت یا شرایط رابطه و بیان امتناع یا بی‌میلی خود برای درگیر شدن در رابطه جنسی نیست (نظیر شرایط بیماری، ناتوانی، تحت تاثیر الکل یا دارو بودن یا به دلیل ترس یا فشار).

بیماری‌های التهابی لگن، مقاربت دردناک، بیماری‌های مقاربتی، خون‌ریزی واژینال غیر قابل توضیح، درد لگن، فیبروئید [۱۷]، نازایی، اختلال عمل‌کرد جنسی و سقط غیر ایمن [۱۰] از جمله مشکلات ژنیکولوژیکی می‌باشد که به طور شایع در زنان خشونت‌دیده، دیده می‌شود. این در حالیست که زنان خشونت‌دیده باردار نیز طیف گسترده‌ای از پیامدهای منفی و مشکلات مرتبط با بارداری و زایمان را تجربه می‌کنند، مطالعات موجود نشان داده‌اند تجربه خشونت در بارداری با مشکلاتی نظیر سقط خودبه‌خودی، کندگی پیش از موند جفت، پارگی زودرس پرده‌های جنینی، وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس [۱۸]، مرگ نوزادی و استفاده بیش‌تر از خدمات بهداشتی [۱۹] همراه می‌باشد.

فرامرزی و همکاران (۲۰۰۵) با بررسی ۲۴۰۰ زن متاهل مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی شهر بابل، شیوع خشونت جسمی، جنسی و روانی را در یک سال گذشته به ترتیب ۱۵٪، ۴۲/۴٪ و ۸۱/۵٪ تخمین زدند [۲۰]؛ طاهرخانی و همکاران (۲۰۱۰) نیز با بررسی ۸۱۱ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران شیوع خشونت خانگی در یک سال گذشته را ۸۸/۳٪ و شیوع انواع جسمی، جنسی و عاطفی را به ترتیب ۲۵/۴٪، ۳۹/۱٪ و ۸۷/۳٪ گزارش کردند [۲۱]. در مطالعه دیگری در شهر کازرون شیوع خشونت جسمی، جنسی و روانی به ترتیب ۴۳/۷٪، ۳۰/۹٪ و ۸۲/۶٪ گزارش شد [۱۱]. صالحی و مهرعلیان (۲۰۰۶) با بررسی ۱۶۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد، شیوع خشونت را ۶۷/۵٪ و شیوع انواع جسمی، روانی و جنسی را به ترتیب ۳۴/۵٪، ۵۱/۷٪ و ۱۳/۸٪ عنوان کردند [۲۲]. گروسی و همکاران (۲۰۰۸) نیز شیوع خشونت عاطفی، جسمی و جنسی را در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان به ترتیب ۶۰/۷٪، ۴۱/۴٪ و ۲۵/۲٪ گزارش کردند [۲۳]. در مطالعه نوری و همکاران (۲۰۱۲) در شهر مریوان، شیوع خشونت جسمی، جنسی و روانی در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های دولتی به ترتیب ۶۰٪، ۳۲٪ و ۷۹/۷٪ بود [۲۴].

تطابق فرآیندی پویا از تلاش‌های رفتاری و شناختی است که به طور مداوم در حال تغییر می‌باشد و برای اداره تقاضاهای داخلی و خارجی که به عنوان تحمیل یا خارج از منابع فرد ارزیابی شده‌اند، صورت می‌گیرد. در صورتی که تلاش‌های تطابقی برای اصلاح آسیب، تهدید یا چالش به کار روند، تطابق مبتنی بر مساله یا تطابق فعال گفته می‌شود و در صورتی که تلاش‌های تطابقی برای تنظیم پاسخ فرد به آن تقاضاها و با هدف تعدیل حالات هیجانی مرتبط با استرس و رسیدن به تعادل عاطفی انجام گیرند، تطابق مبتنی بر هیجان یا تطابق اجتنابی گفته می‌شود. هنگامی که شرایط ایجادکننده استرس به صورت قابل تغییر درک شود، تطابق مبتنی بر مساله و زمانی که فرد شرایط ایجادکننده استرس را غیر قابل تغییر درک نماید، تطابق مبتنی بر هیجان به کار گرفته می‌شود [۲۵، ۲۸-۲۸].

رفتار تطابقی در مواجهه با خشونت ممکن است منجر به افزایش یا کاهش خشونت یا استرس مرتبط با آن شود [۱۸] و از سوی دیگر بر سلامت روانی فرد تاثیر می‌گذارد [۲۹]. بسیاری از رفتارهای نامناسب سازشی یا حالات هیجانی از قبیل سوء مصرف دارو، سوء مصرف افراطی الکل، اعمال خشونت به دیگران، ترس بازدارنده یا افسردگی در تلاش برای تطابق با خشونت رخ می‌دهد [۲۸]. والدراپ و رسیک (۲۰۰۴) معتقدند تطابق متناسب با تغییر عوامل زمینه‌ای، تغییر می‌کند [۲۷]. لوئیس و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان دادند تطابق در زنان خشونت‌دیده وابسته به زمینه می‌باشد (زمان، مکان، موقعیت و انتخاب‌های درک‌شده)؛ آن‌ها نتیجه گرفتند ارزیابی استراتژی‌های تطابقی زنان به‌ویژه زنان غیر سفید پوست، باید در ارتباط با زمینه آن‌ها صورت گیرد به عنوان مثال سکوت زنان آفریقایی آمریکایی با فاکتورهایی نظیر وفاداری، غرور قومی، بی‌اعتمادی به سیاست‌های سازمانی و اجرا قانون در ارتباط می‌باشد [۱۶].

در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۰) افزایش تهدید درک‌شده در نتیجه ترک رابطه، مسائل والدی، عدم دسترسی به منابع و تعهد به رابطه از جمله عوامل مهم در عدم ترک

## مواد و روش‌ها

ناکارآمدی روش‌های کمی در پاسخ به سوال پژوهش و مبتنی بر زمینه بودن تطابق؛ منجر به طراحی مطالعه‌ای کیفی با رویکرد تحلیل محتوا شد. تحلیل محتوی کیفی روش مناسبی برای مطالعه موضوعات زمینه‌ای می‌باشد [۳۱].

نمونه‌گیری هدفمند از زنان در پارک‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و دانشگاه‌های مستقر در شهر تهران انجام شد. معیارهای شرکت در مطالعه عبارت بودند از داشتن تجربه خشونت خانگی در طول زندگی مشترک، توانایی تکلم به زبان فارسی، ایرانی و متاهل بودن، داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر و نبودن در دوران بارداری و دوران پس از زایمان (تا ۶ ماه پس از زایمان). سعی شد مشارکت‌کنندگان از نظر سن، شغل، تحصیلات، تعداد فرزند، جنس فرزند، طول مدت ازدواج و وضعیت اقتصادی تنوع لازم را داشته باشند.

از آن‌جا که درک، پذیرش یا رد خشونت خانگی وابسته به فرهنگ می‌باشد و خشونت خانگی می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف به صورت‌های متفاوت درک شود [۳۵]، لذا در مطالعه حاضر، جهت شناسایی زنان خشونت‌دیده و تایید وضعیت خشونت دیدگی آن‌ها، از تعاریف از پیش تعیین شده و ابزارهای غربالگری موجود استفاده نشد. زنانی که خود معتقد بودند شوهرشان رفتار مناسبی با آن‌ها ندارد، در صورتی که سایر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند و از آن‌ها خواسته می‌شد تا در رابطه با رفتارهای آزاردهنده شوهر خود صحبت کنند. بنابراین در مطالعه حاضر تجارب زنان از خشونت خانگی از دیدگاه خود آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت، رویکردی که مبتنی بر فلسفه فمینیست می‌باشد.

داده‌ها با مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انفرادی رو در رو در طی دوره ۱۷ ماهه (خرداد ۱۳۹۱ تا آبان ۱۳۹۲) جمع‌آوری شد. مصاحبه با سوالی کلی نظیر "زندگی زناشویی خود را توصیف کنید؟" شروع می‌شد سپس از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد اگر در زندگی زناشویی از شوهر خود آزرده شده‌اند، در مورد آن صحبت کنند؛ آنان تشویق می‌شدند تا

رابطه بود [۲۶]. در مطالعه فن‌اسلو و رایبسون (۲۰۱۰) نیز ناتوانی در تحمل بیش‌تر شریک جنسی، شدت بالای آسیب، ترس یا تهدید به مرگ و نگرانی بابت فرزندان، دلایل زنان را برای جستجوی کمک و ترک رابطه تشکیل می‌دادند [۳۰]. بررسی متون موجود در ارتباط با عوامل زمینه‌ای موثر در اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای زنان خشونت‌دیده، نشان داد که تمرکز عمده مطالعات، بر شناسایی عوامل زمینه‌ای دخیل در رفتارهای مقابله‌ای خاص نظیر ترک/عدم ترک رابطه و جستجوی کمک/عدم جستجوی کمک بوده است حال آن‌که بر اساس تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) تطابق عبارت است از کلیه تلاش‌های شناختی و رفتاری، که برای اداره تقاضاهای داخلی و خارجی که خارج از منابع فرد یا به عنوان تحمیل یا فشار ارزیابی شده‌اند، انجام می‌گیرد [۲۵]؛ بنابراین استراتژی‌هایی نظیر جستجوی کمک و ترک رابطه تنها بخش کوچکی از رفتارهای تطابقی زنان را در مواجهه با خشونت خانگی تشکیل می‌دهند و مطالعات موجود به جهت شناسایی جامع عوامل زمینه‌ای دخیل در تطابق با خشونت خانگی، دارای محدودیت می‌باشند.

توجه به این نکته که تطابق مبتنیبر زمینه است [۱۶] و در هر جامعه‌ای از عوامل شخصی، اجتماعی و فرهنگی آن جامعه تاثیر می‌پذیرد [۳۱] هم‌چنین توجه به محدودیت مطالعات موجود در تبیین دقیق عوامل زمینه‌ای موثر بر رفتارهای تطابقی زنان در مواجهه با خشونت خانگی، نیاز به انجام مطالعات بیش‌تر در این زمینه را، نشان می‌دهد. اگر چه در ایران استراتژی‌های مقابله‌ای زنان در مواجهه با خشونت خانگی با مطالعات کیفی [۳۲، ۳۳] و کمی [۳۴] بررسی شده است اما عوامل دخیل در انتخاب این استراتژی‌ها (به استثناء عوامل موثر در عدم جستجوی کمک و عدم ترک رابطه)، مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین با توجه به موارد فوق‌الذکر، مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل زمینه‌ای موثر در اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای زنان با خشونت خانگی طراحی و اجرا شد.

تاییدپذیری از تکنیک حسابرسی استفاده شد؛ متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران قرار گرفت که در طی آن کدها و طبقات استخراج شده به دو نفر از اعضای هیات علمی داده شد و مورد بررسی قرار گرفت؛ آن‌ها نیز درستی انجام تحلیل را تایید نمودند. همچنین روند و مراحل تحقیق به صورت جزئی و دقیق مستند شد تا امکان حسابرسی برای دیگر محققین در آینده فراهم شود. مقایسه تشابه یافته‌ها با تجارب ۱۰ زن خشونت دیده دیگر که در تحقیق شرکت نداشتند و در نظر گرفتن حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، انتقال‌پذیری را افزایش داد.

تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تایید شد، توضیحاتی در خصوص هدف و ماهیت تحقیق، ماهیت داوطلبانه شرکت، حق کناره‌گیری از تحقیق در هر زمان دلخواه و حفظ محرمانگی و بی‌نامی به مشارکت‌کنندگان داده شد، رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا اخذ شد. برای تضمین ایمنی مشارکت‌کنندگان، محقق و نیز تضمین اعتبار داده‌ها، به راهنماهای اخلاقی که در خصوص تحقیق پیرامون خشونت خانگی وجود داشت، توجه شد [۵،۳۹] از جمله انجام مصاحبه با رعایت خلوت کامل و تلاش جهت مطلع نشدن افراد دیگر از جمله هم‌راهان و آشنایان زن از موضوع مصاحبه.

## نتایج

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۲۴ زن متأهل در رده سنی ۲۲-۷۲ سال و طول مدت ازدواج ۳-۵۸ سال بودند. مدرک تحصیلی ۷ نفر از مشارکت‌کنندگان دیپلم، ۵ نفر لیسانس و بالاتر و مابقی کم‌تر از دیپلم بود. ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان شاغل و مابقی خانه‌دار بودند. اکثریت مشارکت‌کنندگان ۲-۱ فرزند داشتند. ۱۲ نفر وضعیت اقتصادی خانواده را تا حدی مطلوب، ۸ نفر مطلوب و ۴ نفر نامطلوب گزارش کردند. ۲ نفر از مشارکت‌کنندگان سابقه طلاق به دنبال تجربه خشونت در ازدواج قبلی خود داشتند (طلاق توافقی)؛ ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان در جستجوی کمک به مراجع

تجارب و درک خود از خشونت تجربه شده، چگونگی مواجهه با آن و علل انتخاب یا عدم انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای خود را بازگو کنند. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ زمانی که طبقات اشباع شدند و کدهای استخراج شده از مصاحبه‌های انجام شده، تکراری شد، نمونه‌گیری خاتمه یافت. جمعاً ۲۹ مصاحبه با ۲۴ نفر انجام شد. طول مصاحبه‌ها ۱۰۶-۲۵ دقیقه بود.

هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل نیز انجام گرفت، برای این کار از روش پیشنهادی گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) استفاده شد که دارای ۵ مرحله برای آنالیز داده‌های کیفی می‌باشد (۱) بازنویسی کلمه به کلمه مصاحبه‌ها و چندین بار خواندن تا درک کلی از محتوای آن‌ها به دست آید (۲) تقسیم متن به واحدهایی که خلاصه و کوتاه شده‌اند (۳) انتزاعی کردن واحدهای معنایی خلاصه شده و کدگذاری آن‌ها (۴) مقایسه کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دسته‌بندی آن‌ها به طبقات و زیر طبقات (که بیانگر محتوی آشکار متن می‌باشد) (۵) مشخص کردن تم‌ها از طبقات (که بیانگر محتوی پنهان متن می‌باشد) [۳۶]؛ در این مطالعه آنالیز تا آشکار شدن محتوی آشکار (تعیین طبقات و زیر طبقات) پیش رفت. برای تسهیل در تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار این کد نسخه (B1 3/6) استفاده شد [۳۷]. این نرم‌افزار کاربردی با قابلیت کدگذاری داده‌های متنی و تشکیل طبقات و یا زیرطبقات؛ قابل استفاده برای کدگذاری باز می‌باشد.

جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای اعتبار، قابلیت اعتماد، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری لینکلن و گوبا استفاده گردید [۳۸]. برقراری ارتباط مناسب با مشارکت‌کنندگان، چک کردن (توسط سایر اعضای تیم تحقیق و چک کردن توسط خود مشارکت‌کنندگان) و انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع، اعتبار داده‌ها را افزایش داد؛ در چک کردن توسط مشارکت‌کنندگان بخشی از متن مصاحبه هم‌راه با کدهای اولیه در اختیار مشارکت‌کننده قرار می‌گرفت و میزان تجانس ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها، با نظر مشارکت‌کننده مقایسه می‌گردید. برای افزایش قابلیت اعتماد و

انتخاب استراتژی‌ها را جهت می‌داد. منابع شخصی به نقاط قوت درونی و فردی نظیر منابع مالی، اعتماد به نفس، قوای جسمانی، سلامتی، اشتغال و توانمندی در رفع نیاز اشاره داشت. به عنوان نمونه اعتماد به نفس به عنوان یک منبع شخصی می‌توانست نقش تسهیل‌کننده در ترک رابطه داشته باشد؛ زن ۳۲ ساله‌ای که ۱۲ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود و در مواجهه با خیانت شوهرش طلاق گرفته بود، چنین گفت: "زن بابام گفت من نگاهت نمی‌دارم، گفتم من اصلاً احتیاجی به نگه داشتن شما ندارم، من خودم بلدم زندگی خودم را روبرا کنم. من خودم را خیلی قبول داشتم، هنوز هم یه جورهایی قبول دارم". مشارکت‌کننده دیگری فقدان سلامتی را عامل اصلی در نرزش و کوتاه آمدن در مواجهه با شوهر عنوان کرد: "فقط یه چیز باعث می‌شد اعصابم نمی‌کشید، افسردگی داشتم حوصله جر و بحث نداشتم، رو این حساب کوتاه می‌آمدم که دیگه ادامه پیدا نکنه، اعصاب خودم خرد نشه". (۳۰ ساله، طول مدت ازدواج ۱۵ سال، خشونت دیده جسمی و عاطفی).

منابع اجتماعی به معنای بهره‌مندی از حمایت اجتماعی بود، این حمایت می‌توانست در بعد عاطفی یا مشاوره‌ای باشد، حمایت شدن در جهت رفع نیازهای مالی و غیر مالی و یا در جهت کنترل خشونت از دیگر ابعاد حمایت اجتماعی بود. به طور کلی دسترسی به حمایت اجتماعی، انتخاب‌های بیش‌تری در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار می‌داد و آنان با توجه به منابع اجتماعی در دسترس، به اداره موقعیت می‌پرداختند. به عنوان نمونه، زن ۳۸ ساله‌ای که ۲۱ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، از تغییر استراتژی خود به دنبال دسترسی به منابع حمایتی سخن گفت: "اون موقع واقعاً رفتم دادسرا شکایت کردم چون پسرانم بزرگ شده بودند کمکم می‌کردند، خرج خونه را پسرانم میدن، ... اول‌ها اون منو تهدید می‌کرد، بچه‌ها را بهت نمیدم، الان من تهدیدش می‌کنم می‌گم دیگه بچه‌هام بزرگ شدن، می‌خوام برم جدا زندگی کنم، از این

قضایم مراجعه کرده بودند که از بین آن‌ها ۱ نفر به پزشکی قانونی مراجعه کرده و دادخواست طلاق داده بود که در مراحل بعدی منصرف شده بود. مشارکت‌کنندگان در طول زندگی مشترک، خشونت را در ابعاد جسمی، جنسی و عاطفی تجربه کرده بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴ طبقه را آشکار نمود که شامل منابع در دسترس، ترس و نگرانی، رابطه زوجین و تاثیرپذیری بود؛ این عوامل بر انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای تاثیرگذار بودند. در ادامه به توضیح هر یک از طبقات و زیر طبقات پرداخته می‌شود (جدول ۱).

جدول ۱. طبقات و زیر طبقات پدید آمده از داده‌ها

| طبقه                 | زیر طبقه   |
|----------------------|--|
| منابع شخصی و اجتماعی | منابع شخصی   |
|                      | منابع اجتماعی  |
| ترس و نگرانی         | ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت اطرافیان  |
|                      | ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت شوهر  |
|                      | ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت فرزندان   |
|                      | ترس و نگرانی از فروپاشی زندگی  |
|                      | ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت خود   |
| رابطه زوجین          | تفاهم  |
|                      | اعتماد   |
|                      | رضایت  |
|                      | علاقه  |
|                      | ترحم و وابستگی   |
| تاثیر پذیری          | تاثیر پذیری از عوامل درونی (تجارب، باورها و اعتقادات، نگرش‌ها، تمایلات، شخصیت)                                     |
|                      | تاثیر پذیری از عوامل بیرونی (الگو رفتاری مشاهده شده، هنجار درک شده، بازخورد دریافتی از اطرافیان و شوهر، گذشت زمان) |
|                      |  |

منابع در دسترس. منابع در دسترس با دو زیر طبقه منابع شخصی و منابع اجتماعی از عوامل مهم زمینه‌ای بود که به طور مستقیم یا به طور غیر مستقیم با تاثیر بر سطح تحمل زن،

هم می ترسه". در حالی که مشارکت کننده دیگری فقدان حمایت اطرافیان را عامل مهمی در نحوه مقابله خود با خشونت توصیف کرد: "هیچ وقت قهر نکردم برم چون جایگاهی نداشتم ... اگر پدرم پشتم بود، شاید الان من خونه بابام بودم". (۳۸) ساله، طول مدت ازدواج ۱۸ سال، خشونت دیده جسمی و عاطفی).

زن ۴۶ ساله ای که ۲۵ سال از طول زندگی مشترکش می گذشت و خشونت جسمی و عاطفی را تجربه کرده بود؛ بهره مندی از حمایت مشاوره ای اطرافیان را عامل مهمی در افزایش تحمل و عدم ترک رابطه عنوان کرد: "دایی بزرگش چون مدیر بود، خانومش هم مدیر بود حالت مشاور ما را داشت، در جریان زندگی ما بود، زنگ می زد با خانوم اون صحبت می کردم، خیلی من را راهنمایی می کرد. مثلاً زنگ می زد به شوهرم می گفت این کار را نکن یا این کار را نکن، اون ها باعث شدند که به ذره من بتونم ادامه بدم".

ترس و نگرانی. ترس و نگرانی عاملی محدودکننده بود که انتخاب های در دسترس زنان را کاهش می داد؛ مشارکت کنندگان از ترس و نگرانی در ۵ حیطه سخن به میان آوردند.

ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت اطرافیان: ترس و نگرانی از آسیب دیدن اطرافیان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در حال یا آینده بود نظیر ترس و نگرانی از ناراحت شدن اطرافیان، ترس از رفتن آبروی اطرافیان و ترس از رفتار نامناسب شوهر با اطرافیان. زن ۳۲ ساله ای که ۱۶ سال از طول زندگی مشترکش می گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، ترس از ناراحتی اطرافیان را علت فاش نکردن رفتار شوهر و عدم جستجوی کمک عنوان کرد: "همه اش را نمی دونند شاید ۵٪ یا ۱۰٪ را می دونند، نمیگم، میگم چرا ناراحت بشن وقتی کاری نمیشه کرد، الان شاید شما به آدم غریبه، منم به آدم غریبه، این ها را که نمیدونستی خوب شاید خیلی فکر شما را هم مشغول کرد، چه برسه به خانواده خود آدم، پدر و مادر، که من

جگر گوششم، چقدر می خواد اون شکنجه بشه، بیش تر از خود من، به خاطر همین نمیگم".

ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت شوهر: ترس و نگرانی از آسیب دیدن شوهر در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در حال یا آینده بود نظیر ترس از ناراحت شدن شوهر، ترس و نگرانی از رفتار نامناسب اطرافیان با شوهر، ترس از تحقیر شدن شوهر و خدشه دار شدن وجهه وی مقابل اطرافیان و .... این ترس بیش تر در مواقعی که رابطه زوجین مبتنی بر علاقه و صمیمیت بود، وجود داشت. مثال زیر نقش ترس از رفتار نامناسب اطرافیان با شوهر را، در عدم جستجوی کمک نشان می دهد: "من خانواده خودم را می شناسم الان مثلاً برم به مادرم بگم شوهرم این کار را کرد، می دونم عکس العملش چیه، چه بر خورد بدی می خواهد با شوهر من کنه، به خاطر آن هیچ وقت نمی آم به خانواده ام بگم". (۳۴) ساله، طول مدت ازدواج ۱۴ سال، خشونت دیده جسمی و عاطفی).

ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت فرزندان: ترس و نگرانی از آسیب دیدن فرزند در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در حال یا آینده بود نظیر ترس و نگرانی از مورد تهدید قرار گرفتن آرامش و آسایش فرزند، ترس از ابتلا فرزند به اختلالات روانی در آینده، ترس از تحقیر شدن فرزند مقابل دیگران و .... زن ۲۷ ساله ای که ۱۳ سال از طول زندگی مشترکش می گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، در خصوص ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت فرزندان چنین گفت: "۲- ۱ بار رفتم فقط به خاطر این دخترم برگشتم، پسر من، می گم پسر بزرگ می شه، می آد پیدام می کنه، فقط می گم دختره، نمونه زبردست نامادری. ... فقط کتک می خورم چیزی نمیگم، ترس از این که بچه هام ناراحت نشن تو خونه، نمی خوام فردا بچه هام بگن، مامان هم تو تقصیر داشتی هم بابام".

ترس و نگرانی از فروپاشی زندگی: ترس و نگرانی از فروپاشی زندگی شامل ترس و نگرانی از مخدوش شدن رابطه، ترس از طلاق و ترس از خیانت شوهر بود. زن ۶۲ ساله ای که

یافته‌ها نشان داد مشارکت‌کنندگان به صورت اختیاری از روی علاقه و ترحم و گاهی به صورت اجباری از روی وابستگی و نیاز استراتژی‌های مقابله‌ای خود را انتخاب می‌کردند. زن ۳۶ ساله‌ای که ۱۹ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفیرا تجربه کرده بود، از تاثیر علاقه در مقابله خود چنین گفت: "خودم هم واقعا دلم می‌سوزه مثلاً یه وقت دعواش می‌کنم ... وقتی نگاهش می‌کنم می‌خوابه، خیلی مظلومانه، دستاش را که نگاه می‌کنم پینه بسته، جگرم کباب می‌شه، این دوست داشتن من، خودم را عقب انداخته اگر یه بار واقعاً قهر می‌کردم، خودم را به یه جایی می‌رسوندم، این جور نمی‌شد."

مشارکت‌کنندگان از وابستگی به شوهر در ابعاد مالی، جنسی، عاطفی یا اجتماعی (امنیت) سخن گفتند؛ هر چه زنان منابع کم‌تری در اختیار داشتند وابستگی به شوهر بیش‌تر می‌شد و هرچه وابستگی به شوهر بیش‌تر بود، زنان انتخاب‌های محدودتری برای مقابله با خشونت داشتند، این وابستگی می‌توانست ترس و نگرانی را ایجاد یا تشدید نماید. زن ۵۴ ساله‌ای که ۳۰ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، از وابستگی به شوهر جهت رفع نیاز جنسی خود سخن به میان آورد: "گفتم من اگر طلاق بگیرم تو این جامعه نمی‌تونم، بالاخره این نیاز [جنسی] باید برم دنبال یکی دیگه، می‌ترسم از این که دنبال یکی دیگه برم بدتر و بدتر بشه، پس همین زندگی را می‌کشم می‌رم جلو، پس این زندگی بهتر از اون زندگیه که بخوام طلاق بگیرم."

تاثیرپذیری. تاثیرپذیری از عوامل درونی و بیرونی از عوامل عمده زمینه‌ای محسوب می‌شد که بر انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای تاثیر داشت.

تاثیرپذیری از عوامل درونی: تجارب اعم از تجارب حاصل از به کارگیری استراتژی‌های قبلی و تجارب زندگی گذشته، از عوامل درونی مهم در انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای بود، اگر پیامد به دست آمده از به کارگیری یک

۴۴ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، در خصوص ترس از مخدوش شدن رابطه چنین گفت: "اگر فحش پدر و مادر بده، من جراتش را ندارم جواب بدم، خجالت می‌کشم، می‌گم فردا چه جویری به روش نگاه کنم."

ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت خود: ترس و نگرانی از آسیب دیدن خود در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در حال یا آینده بود نظیر ترس و نگرانی از از دست دادن اموال و فرزندان، ترس از تشدید خشونت، ترس از پیامد بازخورد غیر حمایتی و نامناسب اطرافیان و ... مثال زیر نقش ترس از بازخورد غیر حمایتی اطرافیان را در عدم ترک رابطه نشان می‌دهد: "گفتم دیگه داره می‌گذره، کجا می‌خوام برم، خونه پدری‌ام فکر نمی‌کنم خیلی بهتر از خونه خودم باشه نه این که بد بگذره؛ خوب می‌گفتند سر این موضوع آمدی، این‌ها دلایل محکمی نیست، می‌ترسیدم خودم طرد بشم، شکنجه روحی خودم بشه، دیدم فایده نداره گفتم بزار یه دلیل محکم پیدا بشه برای طلاق". (۳۱ ساله، طول مدت ازدواج ۹ سال، خشونت دیده عاطفی).

رابطه زوجین. رابطه زوجین با ویژگی‌هایی نظیر تفاهم، اعتماد، رضایت، علاقه، ترحم و وابستگی از دیگر عوامل زمینه‌ای دخیل در انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای بود؛ این ویژگی‌ها از میزان ثابتی برخوردار نبوده بلکه در طیفی از کم تا زیاد متغیر بودند. رابطه مبتنی بر تفاهم و درک شوهر و رضایت از وی، عامل مهمی در تحمل وضعیت، نادیده گرفتن رفتار شوهر و در پیش گرفتن نرمش در مواجهه با وی بود. زن ۵۰ ساله‌ای که ۳۷ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت عاطفی را تجربه کرده بود، چنین گفت: "خرجی می‌ده، مشهد می‌بره، کربلا می‌بره، دکتر می‌بره، نماز می‌خونه، دزد نیست، سیگار نمی‌کشه، به خاطر من اون شب و روز کار می‌کنه، بدی‌هاش را هم من نمی‌بینم، اونم یه دفعه عصبانی می‌شه، بد می‌شه، فحش می‌ده، ایراد می‌گیره، دستور می‌ده، من نمی‌بینم".



استراتژی مطلوب بود؛ احتمال به کارگیری آن استراتژی، در مواجهه‌های بعدی افزایش می‌یافت در حالی که کسب پیامدهای نامطلوب، احتمال به کارگیری آن استراتژی را کاهش می‌داد. تجارب زندگی گذشته نیز بر انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای تاثیرگذار بود؛ تجربه وضعیت بهتر یا متفاوت در گذشته، رنجش حاصل از رفتار شوهر را افزایش می‌داد و تحمل شرایط موجود را برای زن دشوار می‌ساخت در حالی که تجربه وضعیت بدتر یا مشابه در گذشته، احتمال رنجش را کم و تحمل شرایط را برای زن تسهیل می‌کرد. زن ۵۵ ساله‌ای که ۳۶ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت جسمی و عاطفی را تجربه کرده بود، در این زمینه گفت: "نمی‌دونم چه جوری بیان کنم من که از شهرستان آمده بودم چون زیاد سختی کشیده بودم تحمل کردن این برام راحت بود اما اگر با ناز و نعمت بزرگ می‌شدم شاید هرگز یک روز هم نمی‌تونستم این‌ها را تحمل کنم".

باورها و اعتقادات، نگرش‌ها، تمایلات و ویژگی‌های شخصیتی از دیگر عوامل درونی تاثیرگذار بودند و اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای هماهنگ با این عوامل درونی صورت می‌گرفت؛ مثال‌های زیر به ترتیب نقش اعتقادات و شخصیت را در نحوه مقابله زنان نشان می‌دهد: "اون عصبانی می‌شه، داد می‌کشه، من باید کوتاه بیام، مرد یه احترامی داره باید مرد را بزرگ بشمری، خدا می‌گه بعد از من به شوهراتون احترام بزارید ما این را شنیدیم، عقیده‌ام این بوده". (۵۰ ساله، طول مدت ازدواج ۳۷ سال، خشونت دیده عاطفی). "من هیچ کاری نمی‌کردم تحمل می‌کردم، در مقابل رفتارهاش صبر می‌کردم، من فکر می‌کنم این شخصیت، که خیلی صبر داشتم یا زود فراموش می‌کردم، خیلی تاثیر داشت، هر کسی جای من بود صبر نداشت". (۴۱ ساله، طول مدت ازدواج ۱۳ سال، خشونت دیده عاطفی و جسمی).

تاثیرپذیری از عوامل بیرونی. الگو رفتاری مشاهده شده در محیط پیرامون، هنجار درک شده، بازخورد دریافتی از اطرافیان و شوهر و گذشت زمان از عوامل بیرونی تاثیرگذار بر نحوه مقابله زنان بود. تاثیرپذیری از الگو رفتاری مشاهده

شده، تاثیرپذیری از مشاهده رفتار دیگران در قبال زن و فرزندان‌شان بود، متعاقب آن مقایسه رفتار شوهر با الگوهای رفتاری مشاهده شده صورت می‌گرفت؛ در صورتی که مشارکت‌کنندگان رفتار بهتری را شاهد بودند، تحمل شرایط موجود برای آن‌ها دشوار می‌شد اما در صورتی که رفتار مشابه یا بدتری را شاهد بودند، میزان تحمل و امید آن‌ها بیش‌تر شده و تسکین می‌یافتند. زن ۲۴ ساله‌ای که ۷ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت جسمی و عاطفی را تجربه کرده بود، در این زمینه گفت: "صبح ساعت ۸ می‌ره سرکار، ۱۲ شب می‌آد خونه، هیچ وقتی هم برای من نمی‌زاره ... باز هم فکر می‌کنم می‌بینم به خاطر ماست دیگه، این هم اگر دوست داشت مثل بقیه آدم‌ها فقط به فکر عشق و حال خودش باشه، هیچ موقع اینقدر سر کار نمی‌موند؛ این صد در صد ناراحتی‌ام را کم می‌کنه، خیلی‌ها را دیدم هم تو خانواده خودم، هم تو خانواده شوهرم، به بهانه کار می‌رفتند جاهای دیگه، به فکر زندگی‌شون نبودند".

تاثیرپذیری از هنجار درک شده (مطرود بودن طلاق و جایگاه متزلزل زن مطلقه) به طور مستقیم یا به طور غیر مستقیم به‌واسطه ایجاد ترس از مشکلات طلاق، عامل مهمی در شکل‌گیری رفتار مقابله‌ای مشارکت‌کنندگان بود. زن ۳۸ ساله‌ای که ۱۸ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت جسمی و عاطفی را تجربه کرده بود، در این زمینه گفت: "طلاق بگیرم چه کار کنم جز این که ضربه‌اش بیش‌تره، الان بیوه بودن تو جامعه ما ضربه‌اش خیلی بالاتره، وقتی می‌خوای بری شاغل شی، صاحب کار می‌پرسه خوب از این ور اون‌ور بو می‌بره، بیا با من رفیق شو، داریم تو تولیدی‌ها اینقدر هستند، خانم تا می‌گه با شوهرم حتی مشکل دارم، حتی اعتیاد داره، سریع باهاش رفیق می‌شن. وقتی من جداشم می‌خوام ببینم فامیل می‌گه با زن فلانی زیاد هم صحبت نشو، چون شوهر نداره؛ همش زیر ذره‌بینی، آن خودش سنگینی‌اش بیش‌تره، ولی خوب وقتی با یه فردی دارم زندگی می‌کنم هر چی هست، حداقل اسمش تو شناسنامه‌ام هست، کسی به من چپ نگاه نمی‌کنه".

خفا)، سیر زمانی (پیش‌رونده یا پس‌رونده)، درگیری فرزندان (چه به صورت بروز مشکلات جسمی و روانی به دنبال تجربه خشونت یا شاهد خشونت بودن یا به طرق دیگر)، نوع خشونت (عاطفی، جسمی یا جنسی) و تعدد خشونت تجربه شده (تجربه یک نوع خشونت یا تجربه هم‌زمان چند نوع خشونت) در شدت درک شده از خشونت موثر بود. مثال زیر نقش سیر پیش‌رونده خشونت در طی زمان و نوع خشونت تجربه شده را در رنجش حاصله و اتخاذ استراتژی نشان می‌دهد:

زن ۳۲ ساله‌ای که ۱۶ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، چنین گفت: "شوهرم سنش رفت بالا، بدتر شد. اوائل به این شدت نبود، منم جوان‌تر بودم تحملم هم پیش‌تر بود، الان تو این سه سال موهای من تمام سفید افتاد، تو این ۳ سال من حسایی دیگه مریض شدم افتادم. دائماً مواردی ازش دیدم که هر زن دیگه‌ای بود قید بچه‌هاش را هم می‌زد می‌رفت، زن تو خونه می‌آورد، بیش‌ترین علت مریضی من این بود، باز شاید با دست بزنش می‌ساختم، با زورگویی‌ها و لجبازی‌هاش می‌ساختم، ولی با این یه چیز نمی‌تونم؛ الان تنها چاره‌ای که به ذهنم می‌رسه، اینه که تا ۱۸ سالگی بچه‌هام تحمل کنم، بعد طلاق بگیرم."

### بحث و نتیجه‌گیری

زنان قربانیان خاموش نیستند بلکه آن‌ها تلاش‌های فراوانی برای فرار از خشونت می‌کنند؛ بدون توجه به عوامل زمینه‌ای، برخی از استراتژی‌های آن‌ها ممکن است در ظاهر ضد و نقیض به نظر برسد [۴۰]. نتایج نشان داد عواملی نظیر منابع در دسترس، ترس و نگرانی، رابطه زوجین و تاثیرپذیری از عوامل درونی و بیرونی، بر رفتارهای تطابقی زنان با خشونت تاثیر داشتند.

در مطالعه حاضر منابع در دسترس اعم از منابع شخصی و اجتماعی از عوامل مهم در انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای بود؛ دسترسی به منابع، انتخاب‌های بیش‌تری در اختیار زنان قرار

تاثیرپذیری از بازخورد مستقیم و توصیه اطرافیان هم‌چنین بازخورد دریافتی از شوهر (پاسخ‌های دل‌گرم‌کننده نظیر ابراز پشیمانی، وعده اصلاح دادن و بهبود نسبی رفتار شوهر یا پاسخ‌های ناامیدکننده) از دیگر عوامل بیرونی تاثیرگذار بود. زن ۲۷ ساله‌ای که ۱۳ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و ترکیبی از انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را تجربه کرده بود، در این زمینه گفت: "من الان اسم خودش را آقا صدا می‌کنم، یه بار از دهنم آقا نیفتاده، از خواب هم بلند می‌شم سلام می‌دم بهش، صبح به خیر یا خوابیدنی شب به خیر، اون باهام خوب نیست من باهاش خوبم. اونم به خدا مادرم می‌گه باهاش خوب رفتار کن، بزار از دلش درییاد، بزار محبتت بیفته."

گذشت زمان از دیگر عوامل بیرونی تاثیرگذار بود، کاهش حساسیت به رفتار شوهر و بی‌اهمیت شدن رفتار وی برای زن در پی مواجهه‌های تکراری اتفاق می‌افتاد به عبارتی مشارکت‌کنندگان کاهش رنجش و عادی شدن را در طی زمان تجربه می‌کردند که خود اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای را متأثر می‌ساخت. زن ۴۶ ساله‌ای که ۲۵ سال از طول زندگی مشترکش می‌گذشت و خشونت جسمی و عاطفی را تجربه کرده بود، در این زمینه گفت: "مثلاً اگر ماه‌ها با من قهر کنه حرف نزنه، اصلاً دیگه برام مهم نیست، اوائل خیلی برام مهم بود حتی التماسش می‌کردم، تو رو خدا با من حرف بزنی، تو رو خدا قهر نکن، تو رو خدا تمومش کن، ولی الان قهر می‌کنه ۴ روز دیگه می‌آد خودش آشتی می‌کنه، دیگه ناراحت نمی‌شم، عادت کردم، ۲۵ ساله داریم با هم زندگی می‌کنیم."

در انتها باید متذکر شد عامل مهم دیگری که مستقل از عوامل زمینه‌ای انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای را جهت می‌داد، شدت خشونت درک شده بود؛ در مواردی که شدت درک شده از خشونت بالا بود، رنجش بیش‌تری رخ می‌داد و استراتژی‌های متفاوتی در مقایسه با زمانی که شدت درک شده از خشونت کم‌تر بود و رنجش کم‌تری رخ می‌داد، به کار گرفته می‌شد. یافته‌ها نشان داد ویژگی‌های خشونت نظیر تکرر (دفعات وقوع خشونت)، طول مدت، محل وقوع (در جمع یا

قرار گرفتن از سوی ارائه‌دهندگان خدمات و ترس از ناراحت کردن خانواده به‌ویژه در مواردی که خانواده زن نمی‌توانستند او را مورد حمایت قرار دهند [۴۸] منجر به گزارش نکردن رفتار خشن شوهر، عدم جستجوی کمک، پذیرش خشونت و طلاق نگرفتن می‌شد.

نکته قابل تامل در این مطالعات آن بود که در مواردی که هنجارها و باورهای مرتبط با تقدس و حفظ خانواده و خصوصی پنداشتن خشونت وجود داشت، در جوامعی که سرپرستی قانونی فرزندان با شوهر بود، در مواردی که زنان با فقدان منابع مواجه بودند و در اقلیت‌های قومی نظیر مهاجران که با تبعیض نژادی، ناامنی و عدم دسترسی به منابع مواجه بودند، ترس و نگرانی بارزتر بوده و نقش مهم‌تری در اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای زنان خشونت‌دیده داشت. یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد هنجارهای مرتبط با تقدس و حفظ خانواده (مطرود بودن طلاق) و فقدان منابع، قادر به ایجاد یا تشدید ترس و نگرانی می‌باشد.

در مطالعه حاضر رابطه زوجین با ویژگی‌هایی نظیر تفاهم، اعتماد، رضایت، علاقه، ترحم و وابستگی از عوامل موثر در انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای زنان خشونت‌دیده بود. در سایر مطالعات نیز به‌طور وسیعی به علاقه [۴۹،۳۰] و وابستگی به شوهر [۴۹،۴۸،۴۰] به عنوان عوامل موثر در عدم ترک رابطه یا عدم جستجوی کمک اشاره شده بود. محققان نشان دادند که عشق به شریک جنسی، دلیل اصلی برای ماندن یا برگشت به رابطه بود [۴۰،۳۹]. کالویکی و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند فقدان منابع شخصی نظیر ندانستن زبان انگلیسی، عدم آگاهی از خدمات اجتماعی قانونی در جامعه و فقدان درآمد مستقل از یک طرف و وضعیت مهاجر بودن از طرف دیگر، وابستگی به شوهر را چندین برابر افزایش داده و زنان مهاجر عرب را به ماندن در رابطه و عدم جستجوی کمک سوق می‌داد [۴۸].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سایر ویژگی‌های رابطه زوجین نظیر تفاهم، اعتماد و رضایت نیز بر انتخاب استراتژی‌های مقابله‌ای موثر بودند که در سایر مطالعات به

می‌داد و آن‌ها را در مقابله بهتر با خشونت یاری می‌رساند. این یافته مشابه با یافته‌های سایر مطالعات می‌باشد؛ در مطالعه اوستا و همکاران (۲۰۰۷) زنانی که تحصیلات بالاتر، شغل بهتر، خودمختاری و استقلال مالی بیشتری داشتند، کم‌تر در مقابل شوهر تسلیم شده، بهتر قادر به استفاده از منابع در دسترس بودند و نگرانی کم‌تری از پیامدهای جستجوی کمک داشتند در حالی که زنان غیر شاغل و با تحصیلات کم‌تر، بیش‌تر در مقابل شوهر مطیع و فرمانبردار بوده و انتظارات نقش سنتی‌شان را در زندگی زناشویی انجام می‌دادند [۴۱].

در مطالعه رویزپرز و همکاران (۲۰۰۶) حمایت اجتماعی یک فاکتور تعیین‌کننده در پاسخ زنان به خشونت بود؛ در زنانی که از حمایت خانواده و دوستان بهره‌مند بودند، احتمال جدا شدن یا جستجوی کمک بیش‌تر بود [۴۲]. در حالی که شکست در دسترسی به منابع و جستجوی کمک ناموفق، منجر به ماندن در رابطه می‌شد و اعتماد به نفس زنان را برای ترک موفقیت‌آمیز شریک جنسی کاهش می‌داد [۴۳]. رفتار تطابقی در مواجهه با هر استرسور، با عمل‌کرد استرسور و منابع در دسترس مرتبط می‌باشد، منابع، فرصت استفاده از استراتژی‌های فعال را به فرد می‌دهد و قادر به تخفیف تأثیرات منفی وقایع استرس‌آمیز می‌باشد [۴۴] بنابراین پاسخ تطابقی زنان خشونت‌دیده نیز متأثر از منابع در دسترس آن‌ها می‌باشد [۴۵].

نتایج گویای آن بود که ترس و نگرانی از به مخاطره افتادن وضعیت اطرافیان، خود، شوهر، فرزندان و ترس از فروپاشی زندگی، عاملی محدودکننده بود که انتخاب‌های در دسترس زنان را کاهش می‌داد. مفهوم ترس و نگرانی به‌طور ضمنی یا آشکار در سایر مطالعات نیز اشاره شده بود؛ زاکار و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که ترس از طلاق در زنان پاکستانی، مانع از گزارش به پلیس یا استفاده از خدمات قضایی بود [۴۶]. ترس از پیامدهای فاش خشونت نظیر تشدید خشونت، ترس از به خطر افتادن آبروی خانواده [۴۷]، ترس از دست دادن فرزندان، ترس از مقصر شناخته شدن یا تایید نشدن توسط دیگران [۴۸،۴۷]، ترس از مورد تبعیض

آن‌ها اشاره‌ای نشده بود؛ این امر می‌تواند به این دلیل باشد که تمرکز اصلی مطالعات موجود بر رفتارهای تطابقی‌خاص نظیر ترک/عدم ترک رابطه و جستجوی کمک/عدم جستجوی کمک بوده است و به نظر می‌رسد بیش‌ترین عواملی که در شکل‌گیری یا عدم شکل‌گیری استراتژی‌های اشاره شده تاثیر دارند، علاقه و وابستگی به شوهر باشد؛ حال آن‌که در مطالعه حاضر عوامل موثر در اتخاذ کلیه استراتژی‌های مقابله‌ای زنان خشونت‌دیده مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها نشان داد مشارکت‌کنندگان استراتژی‌های مقابله‌ای خود را با تاثیرپذیری از عوامل درونی و بیرونی به کار می‌بستند؛ باورها و اعتقادات، نگرش‌ها، تمایلات، شخصیت و تجارب عوامل درونی تاثیرگذار را تشکیل می‌دادند. در سایر مطالعات نیز به نقش اعتقادات [۵۰،۴۱،۴۹]، ویژگی‌های شخصیتی [۵۰،۴۹] و تجارب [۴۰] در ترک/عدم ترک رابطه و جستجوی کمک/عدم جستجوی کمک اشاره شده بود. در مطالعه انجام شده در برزیل، اعتقاد زنان به تغییر و اصلاح شریک جنسی و تمایل آن‌ها به حفظ خانواده، دلیل ماندن در رابطه یا برگشت به خانه پس از ترک بود هم‌چنین مشخص شد توداری زن خشونت‌دیده، می‌توانست مانع از فاش خشونت و جستجوی کمک شود [۴۹].

در مطالعه رویترز و همکاران (۲۰۱۳) دریافت پاسخ نامیدانه از موسسات در گذشته، زنان را از جستجوی کمک دوباره باز می‌داشت. محققان دریافتند شاهد خشونت بودن یا تجربه خشونت در خانواده خواستگاه منجر به پذیرش خشونت، تحمل و طبیعی دانستن آن می‌شد در حالی که زنانی که در گذشته خشونت را تجربه نکرده بودند، پذیرش خشونت برای آن‌ها و خانواده‌هایشان بسیار دشوار بود، این زنان در گزارش خشونت به پلیس مصمم بوده و تصمیم قطعی به ترک رابطه داشتند [۴۰].

در مطالعه حاضر الگو رفتاری مشاهده شده، هنجار درک‌شده، بازخورد دریافتی از شوهر و اطرافیان و گذشت زمان عوامل بیرونی تاثیرگذار را تشکیل می‌دادند. مطالعات موجود به طور وسیعی نقش هنجارها [۵۱،۴۵،۵۰]، بازخورد

دریافتی از شوهر و اطرافیان [۴۰،۴۹] و گذشت زمان [۲۷،۴۰،۵۱] را بر رفتارهای تطابقی زنان خشونت‌دیده مورد تایید قرار دادند. در مناطق روستایی اندونزی، هنجارهایی که زنان را مسئول حفظ انسجام خانواده می‌دانند و از آن‌ها می‌خواهند که یک همسر مطیع و یک مادر خوب باشند، نقش ناتوان‌کننده برای زنان خشونت‌دیده داشت و منجر به تسلیم و تحمل خشونت می‌شد [۴۵]. محققان دریافتند زمانی که خشونت در طی زمان تکرار می‌شد، زنان خشونت را درونی کرده و موقعیت را نرمال ارزیابی می‌کردند [۴۰]. در تبیین علت تشابه یافته‌ها باید گفت پاسخ‌های تطابقی افراد در مواجهه با وقایع استرس‌زا تحت تاثیر تعامل شخص-محیط می‌باشد [۲۵] به عبارت دیگر عوامل درونی و فردی از یک سو و عوامل بیرونی و محیطی از سوی دیگر رفتار تطابقی افراد را شکل می‌دهند و هر راهبرد مقابله‌ای، منعکس‌کننده تاثیرات متقابل عوامل درونی و شرایط بیرونی می‌باشد [۵۲].

به طور خلاصه می‌توان گفت تطابق با خشونت خانگی در زنان مورد مطالعه، مبتنی بر زمینه بود و عوامل زمینه‌ای نظیر منابع در دسترس، ترس و نگرانی، رابطه زوجین و تاثیرپذیری اتخاذ استراتژی‌های مقابله‌ای را جهت می‌دادند؛ بنابراین مطالعه حاضر، لزوم طراحی مداخلات مبتنی بر زمینه را جهت حمایت از زنان خشونت‌دیده نشان می‌دهد و یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی این گونه مداخلات به کار رود. از سوی دیگر یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به عنوان بخشی از محتوی آموزشی دروس دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و بخشی از محتوی آموزشی برنامه‌های بازآموزی ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی، مورد استفاده قرار گیرد. بدون شک کارکنان بهداشتی که در تماس نزدیک با زنان خشونت‌دیده هستند، با آگاهی از عوامل زمینه‌ای موثر بر فرآیند تطابق، بهتر خواهند توانست زنان خشونت‌دیده را درک کنند، از برخوردهای قضاوت‌تیدر مواجهه با آن‌ها ممانعت کرده و آنان را در مقابله بهتر با خشونت یاری رسانند.

جهت درک بهتر و کامل‌تر عوامل زمینه‌ای موثر در تطابق با خشونت خانگی، انجام مطالعات تکمیلی در سایر جمعیت‌ها

- [7] Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 US States/Territories, 2005. *Ann Epidemiol* 2008; 18: 538-544.
- [8] Crofford LJ. Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 299-313.
- [9] Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 331-343.
- [10] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
- [11] Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict* 2010; 25: 116-127.
- [12] Swan SC, Snow DL. The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women* 2006; 12: 1026-1045.
- [13] Baly AR. Leaving abusive relationships: Constructions of self and situation by abused women. *J Interpers Violence* 2010; 25: 2297-2315.
- [14] Mburia-Mwalili A, Clements-Nolle K, Lee W, Shadley M, Yang W. Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: Can social support help?. *J Interpers Violence* 2010; 25: 2258-2278.
- [15] Häggblom AM, Möller AR. Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2007; 2: 169-178.
- [16] Lewis CS, Griffing S, Chu M, Jospitre T, Sage RE, Madry L, et al. Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic violence survivors. *Violence Against Women* 2006; 12: 340-354.
- [17] Schuiling KD, Likis FE, Editors. Women's gynecologic health. Sudbury: Joes and Bartlett Publishers; 2006.
- [18] Kaye DK, Ekström AM, Johansson A, Bantebya G, Mirembe FM. Escaping the triple trap: Coping strategies of pregnant adolescent survivors of domestic violence in Mulago hospital, Uganda. *Scand J Public Health* 2007; 35: 180-186.
- [19] Sarkar N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 266-271.
- [20] Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2005; 11: 870-879.
- [21] Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women. *Sci J Forensic Medicine* 2010; 16: 95-106. (Persian).
- [22] Salehi Sh, Mehr Alian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *Shahrekord Univ Med Sci J* 2006; 8: 72-77. (Persian).
- [23] Garrusi B, Nakhaee N, Zangiabadi M. Domestic violence: Frequency and womens perception in Iran (IR). *J Appl Sci* 2008; 8: 340-345.
- [24] Nouri R, Nadrian H, Yari A, Bakri G, Ansari B, Ghazizadeh A. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Marivan County, Iran. *J Fam Viol* 2012; 27: 391-399.
- [25] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
- [26] Smith PH, Murray CE, Coker AL. The coping window: A contextual understanding of the methods

(زنان مراجعه کننده به دادگاه های خانواده و مراکز پزشکی قانونی) و سایر گروه ها با ویژگی های فردی و اجتماعی متفاوت، توصیه می شود؛ هم چنین طراحی برنامه های مداخلاتی با هدف تقویت سیستم حمایت رسمی و غیر رسمی و تسهیل دسترسی به خدمات رسمی به ویژه سیستم مراقبت بهداشتی و با هدف بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان در جامعه از طریق توجه ویژه به تحصیلات و اشتغال آنان پیشنهاد می گردد. زنان جوان تر به علت همراه داشتن فرزند یا فرزندان خردسال و گریه و بی تابی فرزندان، نداشتن فردی برای نگهداری از فرزندان یا نداشتن وقت برای مصاحبه، موفق به شرکت در مطالعه نشدند که از محدودیت های مطالعه حاضر می باشد.

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج پایان نامه دکتری بهداشت باروری نویسنده اول در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد؛ نویسندگان از تمامی مشارکت کنندگان که تجاربشان را به اشتراک گذاشتند، تشکر می کنند.

## منابع

- [1] Babu B, Kar S. Domestic violence against women in eastern India: A population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health* 2009; 9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/129>
- [2] Vameghi M, Khodai Ardakani M, Sajadi S. Domestic Violence in Iran: Review of 2001-2008 literature. *Social Welfare Quarterly* 2014; 13: 37-70. (Persian).
- [3] World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
- [4] Center for Disease Control and Prevention (CDC). Intimate Partner Violence: definitions; 2010 [cited 2013 June 1]. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>.
- [5] Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *lancet* 2006; 368: 1260-1269.
- [6] Molavardi Sh. Dissection of violence against women. Tehran: Hogogdan va Daneshnegar 2006. (Persian).

- [40] Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Madrid N, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Márquez-Herrera N, et al. Inhibiting and facilitating factors to end a violent relationship: Patterns of behavior among women in Spain. *Violence Vict* 2013; 28: 884-898.
- [41] Usta J, Farver JA, Pashayan N. Domestic violence: The Lebanese experience. *Public health* 2007; 121: 208-219.
- [42] Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. How do women in Spain deal with an abusive relationship?. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 706-711.
- [43] Koepsell JK, Kernic MA, Holt VL. Factors that influence battered women to leave their abusive relationships. *Violence Vict* 2006; 21: 131-147.
- [44] Sabina C, Tindale RS. Abuse characteristics and coping resources as predictors of problem-focused coping strategies among battered women. *Violence Against Women* 2008; 14: 437-456.
- [45] Hayati EN, Eriksson M, Hakimi M, Högborg U, Emmelin M. 'Elastic band strategy': Women's lived experiences of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Glob Health Action* 2013; 6. Available from: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.18894>
- [46] Zakar R, Zakar MZ, Krämer A. Voices of strength and struggle women's coping strategies against spousal violence in Pakistan. *J Interpers Violence* 2012; 27: 3268-3298.
- [47] Decker MR, Nair S, Saggurti N, Sabri B, Jethva M, Raj A, et al. Violence-related coping, help-seeking and health care-based intervention preferences among perinatal women in Mumbai, India. *J Interpers Violence* 2013; 28: 1924-1947.
- [48] Kulwicki A, Aswad B, Carmona T, Ballout S. Barriers in the utilization of domestic violence services among Arab immigrant women: Perceptions of professionals, service providers & community leaders. *J Fam Viol* 2010; 25: 727-735.
- [49] Silva RdA, Araújo TVBd, Valongueiro S, Ludermir AB. Facing violence by intimate partner: The experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2012; 46: 1014-22. Available from: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)
- [50] Nash ST. Through black eyes African American women's constructions of their experiences with intimate male partner violence. *Violence Against Women* 2005; 11: 1420-1440.
- [51] Rabbani F, Qureshi F, Rizvi N. Perspectives on domestic violence: Case study from Karachi, Pakistan. *East Mediterr Health J* 2008; 14: 415-423.
- [52] Azad H. Health psychology (mental health). Tehran: besat 2010. (persian).
- women use to cope with battering. *Violence Vict* 2010; 25: 18-28.
- [27] Waldrop AE, Resick PA. Coping among adult female victims of domestic violence. *J Fam Viol* 2004; 19: 291-302.
- [28] Carlson BE. A stress and coping approach to intervention with abused women. *Fam Relat* 1997; 46: 291-298.
- [29] Meyer A, Wagner B, Dutton MA. The relationship between battered women's causal attributions for violence and coping efforts. *J Interpers Violence* 2010; 25: 900-918.
- [30] Fanslow JL, Robinson EM. Help-seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand. *J Interpers Violence* 2010; 25: 929-951.
- [31] Babamohamadi H, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N. Barriers to and facilitators of coping with spinal cord injury for Iranian patients: A qualitative study. *Nurs Health Sci* 2011; 13: 207-215.
- [32] Saberian M, Atashnafas E, Behnam B, Haghightat S. A survey on the causes and susceptible factors of the domestic violence and adopting coping methods from women's views referred to the health care centers in Semnan (2003). *Sci J Forensic Medicine* 2004; 10: 30-34. (Persian).
- [33] Sadeghifasai S. A qualitative study of domestic violence and women's coping strategies in Iran. *Iranian J Soc Problem* 2010; 1: 107-138. (Persian).
- [34] Rabbani R, Javadian S. A survey on women's behavior to husband's violence. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 14: 19-30. (Persian).
- [35] Few AL, Rosen KH. Victims of chronic dating violence: How women's vulnerabilities link to their decisions to stay. *Fam Relat* 2005; 54: 265-279.
- [36] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.
- [37] Department of Public Health and Clinical Medicine. Open Code 3.6 B1. Sweden: Umeå University; 2009 [cited 2012 June 5]. Available from: <http://www.phmed.umu.se/english/divisions/epidemiology/research/open-code/>
- [38] Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- [39] Department of Gender and Women's Health, Family and Community Health, World Health Organization. Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001.

## Effect of contextual factors on women coping strategies against domestic violence: A qualitative study

Sakineh Taherkhani (Ph.D candidate)<sup>1</sup>, Reza Negarandeh (Ph.D)<sup>\*2</sup>, Masomeh Simbar (Ph.D)<sup>1</sup>, Fazlollah Ahmadi (Ph.D)<sup>3</sup>

1- Dept. of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received: 24 May 2014; Accepted: 16 Mar 2015)

**Introduction:** The domestic violence against women has always been the serious cause of disability and even death among women. The coping behaviors with violence affect mental and physical health and are influenced by contextual factors. Identifying the contextual factors can facilitate designing context-based interventions. This study was conducted to identify contextual factors affecting women's coping strategies with domestic violence.

**Materials and Methods:** The study was conducted using qualitative research approach. The participants were 24 married women were selected from parks, health centers and universities of Tehran, using purposive sampling method. Data were gathered from semi-structured interviews and analyzed using qualitative content analysis approach.

**Results:** The participants were between 22-72 years of age. The duration of their marriage ranged from 3 to 58 years. The participants' levels of education were ranged from literate without a high school diploma certificate (12 participants) and with high school certificate (7 participants) to bachelor's degree or higher (5 participants). All but six were housewives. The majority of participants had 1-2 children. The participants economic status was reported as; appropriate (8 participants), fairly appropriate (12 participants) or poor (4 participants). The contextual factors emerged from data analysis were included availability of resources, fears and worries, marital relationships, and being impressed by the environment. These factors were not only directing the coping strategies, also, were related to each other and changing with time.

**Conclusion:** The women coping strategies against domestic violence are influenced by the contextual factors. Therefore, changes in the contextual factors consequently were changing the way they were coping with domestic violence. Thus considering specific contextual factors would be helpful in designing proper interventions and supportive programs for victims of domestic violence.

**Keywords:** Domestic Violence, Spouse Abuse, Qualitative Research, Iran

\* Corresponding author. Tel: +98 21 66421685

rnegarandeh@tums.ac.ir