OPEN PEER REVIEW

Open Peer Review (OPR)

As a new feature for progressing towards transparency, we decided to open a new window for all of our editors as well as authors titled "**Peer Review**". We hope by this new facility, our reviewers will be more motivated and authors will be more satisfied with the review process. We believe that publishing our peer review reports could make a transparent and clear environment for all our efforts within a journal, but not all reviewers tend to publish their comments.

What is "Open Peer Review" process?

An "Open Peer Review" process is making the details of all review process (including reviewers, associate editors, and EICs comments) as "Public" as it is agreed by EIC, Authors, and reviewers.

Advantages of "Open Peer Review" process

- More transparency, constructiveness and tactful comments of the peer review process: leads to an increase in the quality of reviews
- More motivations for all involved roles in the review process
- Authors' satisfactions from the review process: Increases honesty between authors and reviewers
- Education of both authors and new students
- Prevents reviewers from following their individual agendas and leading to the detection of reviewers' conflicts of interests

You can find out more at:

Peer Review

Journal of Kermanshah University of Medical Sciences
Article DOI: https://doi.org/10.5812/jkums-120264
Published in: Journal of Kermanshah University of Medical Sciences: 26(2) ; e120264

Peer Review Report for "Predicting Quality of Life and Domestic Violence Against Women During COVID-19 Quarantine Based on Resilience and Coping Styles"

Author(s): Zhaleh Koohboomi, Mohammad Ghamari, Simin Hosseinian

Review Timeline:

Submit Date:	11 Oct 2021
Revised Date:	20 May 2022
Accepted Date:	7 Jun 2022

Revision (0)

Here, you can see the **Reviewers**, **Associate Editors** and **EICs'** comments from the beginning to the end of the revision process.

OPEN PEER REVIEW

Revision (1)

Reply to Reviewers

Ideally, the reviewing process can significantly improve the submitted manuscripts by allowing the authors to take into account the advice of reviewers. Author(s) must reply to all reviewers' comments in a separate Word file, point by point. A "**Reply to Reviewers**" document is submitted along with revised manuscript during submission of revised files, summarizing the changes that the authors made in response to the reviewers' comments. The responses to reviewers' comments specifies how the authors addressed each comment the reviewers made.

You can read the authors' responses to the reviewers' comments in the next page.

نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سبکهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس

چکیده

زمینه: اقدامات محدودیتی ناشی از کرونا ویروس خانواده‌ها را در معرض برخی تنش‌های بحرانی قرار داده است، که بررسی عواملی روانشناختی مؤثر بر تنش‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است.

هدف: هدف از این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه سبک‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس بود.

روش: روش پژوهش همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. از بین زنان متأهل شهر کرج در سال 1399، 241 نفر بصورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه سبک‌های مقابلهای بلینگز و مو، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه خشونت علیه زنان حاج یحیی، با روش اجرای اینترنتی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری (همبستگی و رگرسیون) انجام شد.

یافته‌ها: سبک‌های مقابله‌ای بطور مستقیم و غیرمستقیم و به شکل منفی بر کیفیت زندگی و بطور مستقیم و مثبت بر خشونت خانگی علیه زنان مؤثر است. همچنین سبک‌های مقابله‌ای بر تاب‌آوری، و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس، تاثیر دارد.

نتیجه‌گیری: الگوی پیشنهادی از برازش مطلوب برخوردار است و گامی مهم در جهت شناخت عوامل روانشناختی مؤثر بر خشونت علیه زنان، بویژه در دوران کرونا ویروس به شمار می‌رود. و مشاوران و زوج درمانگران می‌توانند در درمان زنان خشونت دیده سبک‌های مقابله‌ای و سطح تاب‌آوری آنها را بررسی کرده و از راهبردهای آموزشی در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت استفاده نمایند.

واژههای کلیدی: تاب‌آوری، سبکهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، خشونت خانگی، قرنطینه ناشی از کرونا

مقدمه

شرایط ناشی از ویروس کرونا باعث بروز استرس در افراد شده و آسیب‌های زیادی به آنان وارد ساخته است (1). روابط زناشویی و خانوادگی یکی از ابعاد تأثیرگذاری استرس ناشی از ویروس کرونا است که می‌تواند فضای خانه را آشفته سازد. چنانچه براساس مطالعه Bo و همکاران نشان داد شرایط آسیب زای ناشی از ویروس کرونا می‌تواند باعث روابط ناکارآمد و حتی خشونت بین زوجین شود (2). در حال حاضر در سراسر دنیا گزارشهایی در مورد افزایش نرخ خشونت خانگی در دوران اپیدمی ویروس کرونا گزارش شده است (3). خشونت خانگی اصطلاحی گسترده است که شامل خشونت شریک صمیمی، سوء استفاده از بزرگترها و کودک آزاری میشود (4). پژوهش‌ها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، و به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامهدار یاد میکنند (5). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهند در دوران اپیدمی اثرات روانی منفی همزمانی خشونت خانگی و قرنطینه خانگی، از جمله استرس پس از سانحه، فرسودگی، اضطراب، افسردگی، سردرگمی و خشم چندین برابر شده است؛ که بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده‌های آن‌ها اثرات مخرب بر جای می‌گذارد (6,7). کیفیت زندگی به عنوان درک فرد از موقعیت خویش در زندگی شناخته میشود که تحت تأثیر فرهنگ و سیستم ارزشی افراد است (8). خشونت خانگی علیه زنان موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان می‌شود (9,10).

از سازههای مطرح که در کیفیت زندگی افراد و به تبع آن خشونت خانگی نقش به سزایی دارد، میتوان به سبکهای مقابله، و تابآوری اشاره کرد. یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات جسمی و ذهنی، سبک‌های مقابله فرد با موقعیتهای برانگیزاننده و تنیدگیزا است. افراد سعی می‌کنند با اتخاذ شیوههای منحصر به فردی به مقابله با آن بپردازند. از نظر لازاروس و فولکمن (1984) سبکهای مقابلهای تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری است که افراد هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض تنیدگی به کار میگیرند (11). پژوهش‌ها نشان میدهد روشهای مقابله با تنیدگی منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض میشود (12,13). براساس نتایج پژوهش Wang, Xia, Xiong, Li, Xiang, Yuan و همکاران تأهل و سبک مقابله از عوامل

تأثیرگذار بر پریشانی روانشناختی است و ویروس همه گیر کوید-19 موجب افزایش فشار روانی شده است(14) . محققین دریافتند در مواقعی که سوء استفاده اقتصادی بیشتر باشد، کیفیت زندگی پایین‌تر است و بالعکس؛ و سوء استفاده اقتصادی در بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت نقش بسزایی دارد (15). Lee, Seo, Lee, Park, Lee و همکاران در پژوهشی نشان دادند که گروه‌های سالم از روش متمرکز بر مسئله و گروه‌های متعارض از روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (16). نوروزی، و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که که با افزایش مقابله مسأله مدار و با کاهش مقابله هیجان مدار، میانگین کیفیت زندگی افزایش می یابد (17). موسوی و همائی در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که پیش بینی کیفیت زندگی از روی راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار معنی‌دار می‌باشد و پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی می‌باشند (18). در تحقیق صبوری و میرهاشمی نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابلهای با خشونت علیه زنان همبستگی معنیدار وجود دارد و میتوان خشونت علیه زنان را پیش‌بینی کرد (19).

یکی دیگر از عوامل تعیین کننده پاسخهاي افراد در مقابل رویدادهاي استرسزا همچون خشونت خانگي، تابآوری است (20). انجمن روانشناسی امریکا [1](2014) تابآوری را "سازگاری خوب در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید و منابع قابل توجه استرس" تعریف میکند (21). تعارضات زناشویی در همسرانی که تابآوری ندارند، افزایش می‌یابد (22,23). پژوهشی ارتباط مثبت و معنی‌دار سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با تاب‌آوری را مورد تأیید قرار داد (24). پژوهش دیگری نشان داد که سبک مقابله ناکارآمد پیش‌بینی کننده منفی و سبک مقابله کارآمد پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری در افراد دارای تجربه بحران می‌باشد (24). همچنین خودکارآمدی به صورت معنی داری کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و متغیر تاب آوری به صورت معنی‌داری در پیش بینی کیفیت زندگی مؤثر است. خودکارآمدی و تاب‌آوری نیز با هم 6/33% از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می کنند (25).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد خشونت خانگی نسبت به شریک زندگی او را در معرض آسیب‌های جسمی و روانشناختی قابل توجهی قرار می‌دهد و بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده آنان اثرات مخرب و ماندگار می‌گذارد (7). بر این اساس و با توجه به این که در طول شیوع بیماری کرونا دسترسی قربانیان خشونت خانگی به سیستم‌های حمایتی و خدمات بهداشتی با محدودیت مواجه شده است، می‌توان با شناخت دقیق عوامل مؤثر در بروز خشونت خانگی و جنبه‌های متعدد آن زمینه مناسبی را در جهت پیشگیری، آموزش، مداخله و درمان قربانیان و خانواده‌های آنها فراهم نمود. بنابراین شناسایی مدلهایی برای درک مکانیسمهای دخیل در پیدایش و تداوم خشونت خانگی علیه زنان ضرورت دارد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سبکهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس انجام شد.

روش

پژوهش حاضر جزء مطالعات توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل زنان متأهل شهر کرج در بازه زمانی اول مهر تا پایان آبان ماه 1399 بود. با توجه به این که در پژوهش‌های مدلیابی تعیین حجم نمونه به ازای هر متغیر اندازهگیری شده مي‌بایست حداقل 15 مشاهده تعیین شود (26). در پژوهش حاضر با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش (12 متغیر) و با احتساب احتمال افت آزمودنی حجم نمونه پژوهش 250 نفر تعیین شد. به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از نمونه در دسترس و روش اجرای اینترنتی استفاده شد. به این صورت که ابتدا هدف پژوهش، ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، شرح روش اجرا و پاسخگویی به سؤال‌های هر پرسشنامه، و پرسشنامه‌های مورد نظر به صورت آنلاین طراحی شد و پس از تعیین موقعیت جغرافیایی شهر کرج، به مدت دو ماه از طریق شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و واتساپ) برای زنان شهر کرج انتشار یافت. در نهایت پس از دوماه، 344 نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند که در نرم افزار SPSS25 مورد بررسی قرار گرفته و آزمودنی‌هایی که با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار نبودند حذف شد. در نهایت پرسشنامه‌های تعداد 241 نفر از زنان به عنوان نمونه نهایی پژوهش با استفاده از آزمونهای آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد.

ملاکهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی 50-20 سال، عدم متارکه و فوت همسر، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای سنجش که در پژوهش استفاده شد عبارت بود از:

مقیاس تابآوری: توسط کانر و دیویدسون (2003) با 25 گویه تهیه شده است. پاسخگویی به سؤالات در یک مقیاس 5 درجهای لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین صفر تا 100 قرار دارد. محمدی (1384) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ 89/0 گزارش کرده است؛ روایی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر

[1]. American Psychological Association

نمره با نمره کل نشان داد که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین 14/0 تا 64/0 گزارش شده است (27). در پژوهش عبادت‌پور و همکاران با روش آلفای کرونباخ محاسبه و 90/0 گزارش شده است(27) . در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 56/0 و پایایی ترکیبی 92/0، و آلفای کرونباخ 91/0 به دست آمد.

پرسشنامه خشونت علیه زنان[1] (VTWI): پرسشنامه خشونت علیه زنان توسط حاج یحیی[2] (1999) تهیه شده است، و توسط خسروی و خاقانی فرد (1383) در ایران ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن توسط اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل 32 ماده و چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی است. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد این پرسشنامه در یک مقیاس 3 درجه‌ای (هرگز=1؛ یک بار= 2؛ دوبار یا بیشتر=3) قرار می‌گیرد، بنابراین دامنه نمرات بین 32 تا 96 است. شاخص عددی روایی خارجی و داخلی پرسشنامه تاکنون در پژوهشی گزارش نشده است. حاج یحیی (1999) برای به دست آوردن پایایی این پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و نتایج آن را برای خشونت روانی 71/0، خشونت فیزیکی 86/0، خشونت جنسی 93/0 و خشونت اقتصادی 92/0 گزارش کرد که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (28). در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 97/0 گزارش شده است (28). همچنین ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در نمونه 130 نفری پژوهش خجسته‌مهر، امان‌الهی، زهره‌ای و رجبی (29)، 91/0 و در پژوهش اصلانی، خدادادی اندریه، امان‌الهی، رجبی و استیس (30) 76/0 گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ 94/0 به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[3] (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (1996) تنظیم شده است. شامل 26 سؤال می‌باشد و به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد میپردازد که عبارتند از: 1) سلامت جسمانی، 2) سلامت روانشناختی، 3) روابط اجتماعی، 4) ادراک از محیط زندگی. پاسخگویی به سؤالها به صورت 5 گزینهای (اصلاً=1، خیلی کم=2، در حد متوسط=3، زیاد=4 و خیلی زیاد=5) تنظیم شده است و سؤالات 3، 4 و 26 به صورت منفی نمرهگذاری میشوند. دامنه نمره بین 125-25 میباشد (31). در ایران ضریب آلفای کرونباخ بین 73/0 تا 89/0 برای خرده مقیاسهای چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی (با فاصله سه هفتهای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده و هر سه مورد بیانگر مطلوبیت مقیاس بوده است. همچنین روایی این مقیاس برای بعد سلامت جسمی، سلامت روان، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط زندگی به ترتیب 70/0، 77/0، 65/0 و 77/0 گزارش کردهاند. در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این پرسشنامه 65/0 و پایایی ترکیبی 94/0، و آلفای کرونباخ 92/0 به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های مقابلهای: این پرسشنامه توسط بلینگز و موس[4](1984) ساخته شده با هدف سنجش نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرسزا تهیه شده است. شامل 32 ماده و دو نوع راهبرد مقابله ای کارآمد و ناکارآمد می‌باشد. پاسخ‌گویی به ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت (هیچ وقت= صفر تا همیشه= 3) تنظیم شده است. بیلینگز و موس دو نوع سبک مقابلهای کارآمد و ناکارآمد را با توجه به سؤالات طراحی کردند. راهبردهای مقابلهای کارآمد شامل سؤال‌های 1، 3، 4، 6، 11، 16، 18 ، 29، و 30 و راهبردهای مقابلهای ناکارآمد شامل سؤالهای 2، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15، 17، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 31، و 32 است (32). این مقیاس در ایران توسط حسینی قدمگانی (1376) هنجاریابی شده و ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه 79/0 و اعتبار همسانی درونی آن از 41/0 تا 66/0گزارش شده است (33). در پژوهش پیری، امیری مجد، بزازیان و قمری آلفای کرونباخ راهبرد مقابلهای کارآمد 72/0 و راهبرد مقابلهای ناکارآمد 75/0 گزارش شده است (34). در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 53/0 و پایایی ترکیبی 81/0، و آلفای کرونباخ 76/0 به دست آمد.

در نهایت داده‌ها در بخش توصیفی با استفاده از فراوانی، درصد فراوانی به منظور بررسی ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بررسی شد. سپس با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون) به وسیله نرم افزارهای SPSS23 و Smart PLS3 تجزیه و تحلیل شد.

یافتهها

[1].Violence Toward Women Inventory (VTWI)
[2]. Hajyahi, M
[3].World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire
[4]. Billings, & Moos

با توجه به یافته های جدول 1، از مجموع 241 زن شرکت‌کننده در پژوهش 63 نفر (26%) با بالاترین فراوانی در دامنه سنی 39-35 سال، و 9 نفر(4%) با کمترین فراوانی در دامنه سنی 24-20 سال قرار دارند. 61 نفر(25%) آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم ، 16نفر (7%) کاردانی، 102 نفر(42%) کارشناسی، 53 نفر(22%) کارشناسی ارشد، و 9 نفر(4%) دکترا بودند. از این میان 98 نفر(40%) دارای شغل دولتی، 38 نفر(16%) شغل غیردولتی، و 105 نفر(44%) خانه‌دار گزارش شدند. همچنین میانگین، و انحراف معیار، متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، خشونت خانگی و کیفیت زندگی زنان محاسبه و نتایج در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1. شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، و خشونت خانگی

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین ± انحراف معیار
دامنه سنی			
20-24	9	4	
25-29	24	10	
30-34	53	22	
35-39	**63**	**26**	
40-44	37	15	
45-50	55	23	
سطح تحصیلات **(%)**			
دیپلم	61	25	
کاردانی	16	7	
کارشناسی	**102**	**42**	
کارشناسی ارشد	53	22	
دکتری	9	4	
طول مدت ازدواج **(%)**			
1-5	50	21	
6-10	52	**22**	
11-15	50	21	
16-20	37	14	
21-25	27	11	
26-30	21	9	
31-35	4	2	
1-5	50	21	
وضعیت شغلی **(%)**			
دولتی	98	40	
غیر دولتی	38	16	
خانه دار	**105**	**44**	
سبک‌های مقابله‌ای	-	-	82/88 ± 8/8
کارآمد	-	-	26/25 ± 79/3
ناکارآمد	-	-	56/63 ± 05/8
تاب آوری	-	-	66/92 ± 04/16
کیفیت زندگی	-	-	41/60 ± 01/15
سلامت جسمانی	-	-	64/17 ± 86/4
سلامت روانشناختی	-	-	81/14 ± 06/4
روابط اجتماعی	-	-	6/7 ± 48/2
ادراک از محیط	-	-	35/20 ± 63/5
خشونت خانگی	-	-	39/84 ± 26/12
روانی	-	-	78/39 ± 99/7
فیزیکی	-	-	26/31 ± 76/3
جنسی	-	-	11/8 ± 53/1
اقتصادی	-	-	31/5 ± 21/1

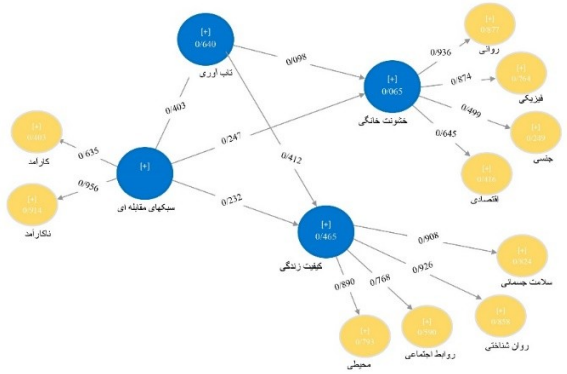
n=241

در جدول 2 ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول 2 متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد با خشونت خانگی در سطح معناداری 01/0 همبسته‌اند.

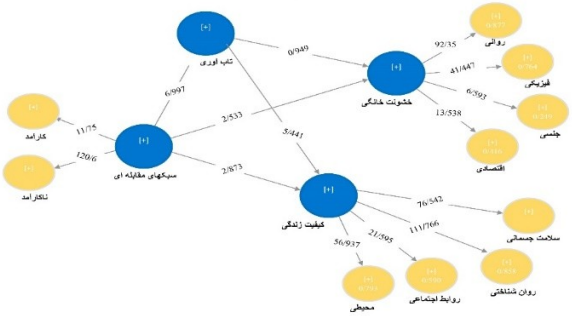
جدول 2. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	1	2	3	4	5
1. خشونت خانگی	1				
2. تاب‌آوری	188/0** -	1			
3. کیفیت زندگی	284/0** -	638/0**	1		
4. سبک مقابله‌ای	279/0**	500/0**	418/0** -	1	
5. سبک کارآمد	077/0	325/0** -	325/0** -	493/0**	1
6. سبک ناکارآمد	285/0**	493/0**	336/0** -	727/0**	131/0*
	P	P	P	P* <05/0	P* <01/0

مدل مفهومی: با استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری حداقل مجذورات جزئی مدل مفهومی پژوهش بررسی شد سپس به بررسی روابط بین متغیرها ، ضرایب اعتبار و پایایی و کیفیت مدل پرداخته شد. در ادامه ابتدا مدل مربوط به ضرایب مسیر و متعاقبا مدل مربوط به مقادیرتی ارائه می‌شود.



شکل 1. مدل مربوط به ضرایب مسیر



شکل 2. مدل مربوط به مقادیر تی

در Smart PLS برای بررسی برازش مدل SSE (مجموع مجذورات خطا پیش‌بینی) برای هر بلوک متغیر پنهان و $(1-SSE/SSO)$ نیز شاخص اعتبار اشتراک یا CV-COM را نشان می‌دهد و اگر شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان مثبت باشد، مدل اندازه‌گیری دارای کیفیت مناسب است.

جدول 3. شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان

متغیر	SSO	SSE	SSE/SSO-1
تاب‌آوری	7/1183	9/1034	126/0
کیفیت زندگی	773/156	905/112	28/0
خشونت خانگی	481/164	328/113	311/0

با توجه به یافته‌های جدول 3 شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان برای تمام سازه‌ها مثبت است، و همچنین شاخص SRMR (ریشه دوم میانگین باقی مانده مربعات استاندارد شده)(شاخص برازش مدل) استفاده شد که این شاخص برابر 076/0 گزارش شده است که از 08/0 کوچکتر است و نشان می‌دهد داده‌های تجربی کلیت مدل نظری را مورد تأیید قرار می‌دهد، و مدل اندازه‌گیری دارای کیفیت مناسب است.

در نهایت پس از تأیید کفایت، پایایی و روایی‌های مورد نیاز ، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان بررسی شد، که یافته‌های به دست آمده در جدول 4 ارائه شده است.

جدول 4. برآوردهای ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل در متغیرهای برونزا

مسیرها	S.E	β	t	سطح معناداری
اثر کل				
سبک‌های مقابله‌ای ← خشونت خانگی	084/0	286/0	406/3	001/0
سبک‌های مقابله‌ای ← کیفیت زندگی	068/0	-398/0	891/5	0001/0
تاب‌آوری ← خشونت خانگی	104/0	098/0	94/0	348/0
تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	079/0	-412/0	209/5	0001/0
اثر مستقیم				
سبک‌های مقابله‌ای ← خشونت خانگی	099/0	247/0	503/2	013/0
سبک‌های مقابله‌ای ← کیفیت زندگی	078/0	-232/0	961/2	003/0
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری	057/0	403/0	127/7	0001/0
تاب‌آوری ← خشونت خانگی	104/0	/098	94/0	348/0
تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	079/0	-412/0	209/5	0001/0
اثر غیرمستقیم				
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری ← خشونت خانگی	042/0	040/0	942/0	346/0
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	040/0	-166/0	112/4	0001/0

یافته‌های جدول 4 نشان می‌دهد که اثر مستقیم سبک‌های مقابله‌ای و اثر کل (مجموع اثرات مستقیم و غیر مستقیم) بر خشونت خانگی معنادار است، اما اثر غیرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای از طریق تاب‌آوری معنادار نیست. همچنین اثرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی و اثر کل سبک‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی، اثر غیرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای از طریق تاب‌آوری معنادار است. یافته پایانی در جدول نشان می‌دهد که اثر مستقیم سبک‌های مقابله‌ای بر تاب‌آوری، و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی معنادار است. اما اثر مستقیم تاب‌آوری بر خشونت خانگی معنادار نیست.

جدول 5. تبیین میزان واریانس

	میزان R^2
تاب آوری	64/0
کیفیت زندگی	465/0
خشونت خانگی	065/0

با توجه به یافته جدول 5 مدل پیشنهادی توانسته است که 64 درصد از واریانس تاب‌آوری، 46 درصد از واریانس کیفیت زندگی و 6 درصد از واریانس خشونت خانگی را تبیین کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس انجام شد. شاخص ها نشان دادند که این مدل از برازش مطلوب برخوردار است. مدل برازش یافته در پژوهش حاضر در مسیرهای زیر قابل تبیین و پیش‌بینی کننده راهکارهایی جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت علیه زنان بویژه در دوران قرنطینه ناشی از کرونا ویروس است.

یافته نخست نشان داد سبک‌های مقابله‌ای بصورت مستقیم و به شکل مثبت بر خشونت خانگی علیه زنان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (17)، صبوری و میرهاشمی (19)، موسوی و همائی (18)، وانگ و همکاران (14)، همسو است. یافته فوق را می‌توان چنین تبیین نمود که: به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای به افراد کمک مي‌كند تا بر بسیاری از تعارضات فردی، مشکلات مربوط به روابط اجتماعي، جسماني و رواني غلبه کنند. آنچه با عنوان سبک‌های مقابله‌ای مطرح مي‌شود، روش‌های برخورد با مسائل است. متوسل شدن به سبک گریز-اجتناب در موقعیت‌های پر تنش، موقعیت حل مسئله را از شخص سلب مي‌كند. این شرایط باعث مي‌شود نه تنها مشکل ایجاد شده به قوت خود باقي بماند بلکه به صورت مکرر، تنش همراه با آن به زندگي برگردد. این در حالي است که یافته‌ها نشان مي‌دهند که زیان بخش‌ترین متغیرها برای روابط صمیمانه، عوامل فشارزایي خفیف و مزمن بیروني هستند که به روابط صمیمانه سرایت مي‌كند. این عوامل استرس‌زا دلیل تنش و تعارض در بین زوج‌ها و بیگانگي میان آنهاست که احتمال طلاق را افزایش مي‌دهد (35). بر طبق نظرAltheimer راهبردهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت جزء مقابله‌های هیجان مدار هستند که فرد برای متعادل ساختن عواطف و هیجانات، کنترل واکنش‌های هیجانی انجام می‌دهد. طبق نظریه Lang, & Scott مقابله هیجان‌مدار ثبات متوسطی دارد چون فرد کمتر تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار می‌گیرد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای گریز و اجتناب یعنی کوشش‌های زن در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا و گریز از واقعیت. طبق نظر Carver این نوع مقابله در مراحل اولیه مقابله با موقعیت فشارآور، می‌تواند مؤثر باشد، وقتی فرد از راهبرد اجتناب استفاده می‌کند از فشار روانی و موقعیت‌های فشار روانی اجتناب می‌کند پس وقتی در معرض عامل فشارزا قرار ندارد طبیعی است که مورد خشونت قرار نگیرد. مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز بر خود 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 (19).

یافته به دست آمده مبنی بر عدم نقش میانجی تاب‌آوری با یافته‌هاي تحقیقات پیشین همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی این است که جامعه مورد مطالعه متفاوت‌تر از تحقیقات پیشین است و به همین دلیل ممکن است نتایج به دست آمده در یک مقطع زمانی در یک جامعه آماري معنادار.شود و در جایی دیگر معنادار نشود. دلیل دیگر این ناهمخوانی نیز شاید به این دلیل باشد که بعضی وقت‌ها وقتی این متغیرها در مدل قرار می‌گیرند و ترکیب متغیرها و تأثیرشان بر روي همدیگر سنجیده می‌شود، ممکن است معنی‌دار نشود.

یافته دوم نشان داد سبک‌های مقابله‌ای مستقیم و غیرمستقیم و به شکل منفی بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کروناویروس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش (نوروزی و همکاران (17)، موسوی و همائی (18)، آدامز و بیبل (15) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که افراد با اتکاء به سبك‌های مقابله‌ای در شرایط پر استرس به استفاده و بهره‌برداری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی در محافظت از خودشان در برابر تأثیرات منفی استرس می‌پردازند (36). در فرایند مقابله، افراد به تلاش‌هایی با ماهیت رفتاري و شناختی براي پیشگیري، نظم بخشیدن و فرو نشاندن تنیدگی می‌پردازند. در واقع، سبك‌هاي مقابله فرایندي است که طی آن فرد به اداره خواست‌هایی می‌پردازد که فراتر از منابع و توانایی‌هاي شخصی در شرایط تهدید کننده هستند و بر حسب موفقیت‌آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر می‌کند (37) و به این ترتیب از آسیب‌های استرس در امان مانده و کیفیت زندگی خود را ارتقا می‌بخشد. افراد به کمك مهارتهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی کرده و مولدهای بروز هیجانات منفی توسط خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهند(38) . سبك مقابله‌اي مسئله مدار با ایجاد تلاش‌هاي شناختی و رفتاري به جلوگیري، مدیریت و کاهش تنیدگی منجر می‌شود که می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روانی بکاهد و سلامت روانی و سازگاري روانی و اجتماعی را افزایش

دهد (39) که خود می‌تواند زمینه ساز سبك زندگی سالم و در نتیجه کیفیت زندگی باشد. از سویی تاب‌آوری، عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از افراد در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌نماید. از سوی دیگر تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند و بدون این که آسیب زیادی ببینند از این موقعیت‌ها به عنوان فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود استفاده کنند (40). این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرآیندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند.

یافته سوم حاکی از آن شد که بین سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری، رابطه مستقیم و مثبت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش چن (23)، ولف و رأی (24)، و لی و همکاران (41) همخوان می‌باشد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: مقابله، سازه‌ای چندبعدی و خودتنظیم کننده است که نشانگر مکانیزم‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت خواسته‌های درونی و بیرونی در مواقع استرس‌زا است (42). سبک مقابله‌ای هیجان مدار در مقابل استرس‌ها در این موضع قرار خواهد گرفت که حال با این استرس فاجعه‌بار چه کنم ولی سبک‌های مسئله‌مدار به این موضوع خواهد اندیشید که حال چه کاری برای برون رفت از این مشکل می‌توانم انجام دهم. طبق مطالعه Chatman عدم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی، میزان تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. در واقع رویکردهای متمرکز بر هیجان به صورت تکانشی واکنش‌هایی بروز می‌دهند که از میزان رنج تحمیلی بکاهند ولی عموماً چنین واکنش‌هایی به شکل فرار از واقعیت، انکار و کناره‌گیری خواهد بود که این واکنش‌ها به آسیب‌پذیری بیشتر خواهد انجامید، در مقابل افراد مسئله‌مدار به دنبال راه حل‌هایی برای سازگاری و برون‌رفت از استرس برخواهند آمد و مسئولانه با فرایند مشکل روبه رو می‌شوند که اتخاذ چنین رویکردی به افزایش تاب‌آوری کمک خواهد کرد (43). لذا افرادی که پذیرای واقعیت‌های پیش رو و سعی در کنار آمدن با آن را دارند، تاب‌آوری بالاتری در مواجهه با مسائل دارند که این خصوصیت در سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان مشهودتر خواهد بود.

یافته چهارم نشان داد تاب‌آوری بر خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کاربونل و تیمپانو (44) همسو است. تاب‌آوری یکی از عواملی است که خط سیر رشد را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب‌های روانشناختی محافظت کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌شود (45). عاملی که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (46). اما از سویی، تاب‌آوری توانایی سازگاری بر حسب شرایط محیطی است. افراد تاب‌آور دارای رفتار خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمل، تعدیل و تغییر شرایط استرس‌زا را دارند (41). به عبارت دیگر، تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر شرایط استرس‌زا تلقی می‌شود و می‌تواند توانش اجتماعی فرد را در هنگام مشکلات بهبود بخشد و خشونت خانگی نیز نوعی شرایط تهدیدزا تلقی می‌شود، افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند بهتر می‌توانند بر مشکلات‌شان غلبه کنند. افراد دارای تاب‌آوری پایین هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا رویکرد محافظه‌کارانـه و انعطاف‌ناپذیری را لحاظ کرده و به روش ناسازگارانه رفتار می‌کنند، در مقابل افراد دارای تاب‌آوری بالا با داشتن انعطاف‌پذیری بیشتر عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و اعتماد به نفس بیشتر و سازگاری روانشناختی بهتری دارند (45).

یافته پنجم نشان داد تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کروناویروس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش رزم پوش و همکاران (25) همسو است. تاب‌آوری به عنوان يك مفهوم دوبعدی يعني اهميت ناگواری و سازگاری مثبت در نظر گرفته مي‌شود، كه مي‌تواند بر روی كيفيت زندگي و ابعاد آن تأثيرگذار باشد (47). تاب‌آوری از ميزان بزرگي تهديد در ارزيابي آن مي‌كاهد و انتظار فرد را مبني بر اينكه تلاش‌هايشان نتيجه بخش خواهند بود را افزايش مي‌دهد. افراد با تاب‌آوری بالا قادرند به شيوه مناسب‌تری با استرس كنار بيايند و همچنين بار ديگر تجارب متناقض خود را تنظيم و تفسير كنند (48). افراد تاب‌آور مي‌توانند از طريق شايستگي‌های لازم برای حل مشكلات در شرايط بحران و استرس با استفاده از هيجان‌های مثبت و كم كردن هيجان‌های منفي به يك تعادل و وضعيت مناسب برسند. از نظر Garmezy افراد تاب‌آور در برابر استرس، عموماً دارای منبع كنترل دروني هستند، يعني مي‌توانند مسئوليت شرايط و مسائل خود را بر عهده گيرند خودشناسي مثبت دارند و نسبت به زندگي خوش‌بين هستند (49). بنابراين افرادی با اين ويژگي‌ها در مقابل شرايط فشارزا و پراسترس از راهكارهای كارآمد و اثربخش استفاده مي‌كنند، كه موجب افزايش و بهبود كيفيت زندگی نيز می‌شود.

نقاط قوت و محدودیت ها

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبه رو می‌سازد. اول آنکه با توجه به شرایط همه‌گیری کرونا ویروس، اجرای پژوهش بصورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های

مجازی صورت گرفت و بسیاری از افراد به دلیل عدم دسترسی به شبکه‌های مجازی، در این پژوهش شرکت نکردند. همچنین کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون عوامل فرهنگی که ممکن است در تاب‌آوری، کیفیت زندگی و خشونت خانگی نقش داشته باشند امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در شرایط عادی به صورت حضوری و در فرهنگ‌های گوناگون بر روی زنان انجام شود تا بتوان به یک نتیجه قطعی‌تر دست یافت. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خشونت خانگی به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. دست اندرکاران حوزه زوج و خانواده، مشاوران و درمانگران برنامه‌های آموزشی را در راستای پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان در مورد عوامل و ویژگی‌های شناختی زن در خانواده و در ارتباط با همسر مورد استفاده قرار دهند تا بدین ترتیب خطر خشونت علیه آن‌ها در خانواده کاهش یابد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که مدل پژوهش حاضر از نظر آماری دارای شاخص‌های برازش قابل قبولی است. در نتیجه داده‌های بدست آمده از مدل پژوهش حاضر حمایت کردند. روابط حاکم بین متغیرها نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای، و تاب‌آوری به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان نقش دارند. همچنین نتایج نشان داد که چگونه متغیر تاب‌آوری در نقش متغیر واسطه تأثیر دارد. نتایج این مطالعه گویاي آن است که، عوامل فردی و روانشناختی فرد خشونت دیده می‌تواند در بروز خشونت علیه وی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی نقش بسزایی داشته باشد. بنابراین به منظور مقابله بهتر با این پدیده، می‌توان اقداماتی در جهت بهبود ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی زنان جامعه همچون سبکهای مقابله‌ای کارآمد، و تاب‌آوری مد نظر قرار داد تا بدین ترتیب موجبات افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت علیه زنان را فراهم نمود.

مشارکت نویسندگان: مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشجو افسانه صفارپور به راهنمایی جناب آقای دکتر محمد قمری، و مشاوره های سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان می‌باشد.
تکرارپذیری داده‌ها: داده های مربوط به این پژوهش موجود می باشد و در صورت درخواست به سردبیر مجله ارائه می شود.
تأیید اخلاقی: مطالعه حاضر با با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.196 مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.
بودجه/حمایت: این مطالعه بدون حمایت مالی توسط دانشجو (ویسنده اول مقاله) انجام شد
ملاحظات اخلاقی: در مورد محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی؛ مشارکت داوطلبانه توضیحاتی به شرکت کنندگان ارائه شد. فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. در مورد آزادی در انصراف از شرکت در پژوهش در هر مقطعی از پاسخگویی، توضیحاتی لازم قبل از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها ارائه شد.
تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را گزارش نکرده‌اند.

References

1. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, & Asmundson GJ. No COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depress anxiety*. 2020; **37**(8): 706–14. https://doi.org/10.1002/da.23071
2. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X,& Xiang YT. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*. 2021; **51**(6): 1052-1053. https://doi.org/10.1017/S0033291720000999.
3. Lobie TA, Tesfaye D, & Abrham A. A narrative synthesis on COVID-19 risks and concerns in developing countries: The case of Ethiopia. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2020;**12**(2):86–97. https://doi.org/10.5897/JPHE2020.1221
4. Huecker MR, & Smock W. Domestic Violence. NCBI: [Internet]. 2020; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/ Accessed 10 Oct 2020.
5. Alesina A, Brioschi B, & La Ferrara E. Violence against women: A cross-cultural analysis for Africa (No. w21901). Natl Bur Econ Res. 2016. DOI:10.3386/w21901
6. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, & Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020;**14**(5):779-788. DOI:10.1016/j.dsx.2020.05.035
7. Telles L E, Valenca A M, Barros A J, & da Silva AG. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. *Brazilian J Psychiatry*. 2020; **43**(3), 233-234. DOI:10.1590/1516-4446-2020-1060
8. Reb A M, & Cope DG. Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *Western Journal of*

Nursing Research. 2019;***41***(10):1385–1406. https://doi.org/10.1177/0193945919846901
9. Shama AK, & Vachher AS. Domestic violenece against women and their mental health status in a clony in Delhi. *Ind J community Med*. 2010; 35:403–5. doi:10.4103/0970-0218.69266
10. Setayesh N, Ezoji K, Bakhshizade M, Nojomi M. Domestic violence and physical and mental state of women. *RJMS*. 2017; **24**(154):20–6. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4300-en.html
11. El-Sayed H S M, Elmashad H AM, & Ibrahim A AW. Benson's relaxation therapy: Its effect on stress and coping among mothers with high risk pregnancy. *International Journal of Nursing Didactics*. 2017; **7**(6):16–25. DOI:10.15520/ijnd.2017.vol7.iss6.226.16-25
12. Das S, Das B, Nath K, Dutta A, Bora P, & Hazarika M. Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; **28**: 133–139. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.040
13. Sarani A, Azhari S, Mazlom S, Aghammohamadiansherbaf H. The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers. J Babol Univ Med Sci. 2016; **18**(7): 7–13. http://jbums.org/article-1-5736-en.html
14. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, Liu Y, & Li Z. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 2020; **15**(5): e0233410. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233410
15. Adams A E, & Beeble ML. Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life. *Psychology of Violence*. 2019; 9(5): 517–525. https://doi.org/10.1037/vio0000174
16. Lee J H, Seo M, Lee M, Park S Y, Lee J H, & Lee SM. Profiles of coping strategies in resilient adolescents. *Psychological reports*. 2017; **120**(1):49–69. https://doi.org/10.1177/0033294116677947
17. Noroozi E, Dehghani A, Nokani M, Haghayegh SA. Predictors of Quality of Life based-on Coping Strategies and Spiritual Health among Pregnant Women with Obesity. Community Health. 2021; **8**(2):264–72. http://journals.sbmu.ac.ir/ch
18. Moosavi A, & Homaei R. The relationship between coping strategies, cognitive emotion regulation and mindfulness with quality of life in mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Exceptional Education. 2019;**19**:9–20. http://ensani.ir/file/download/article/1581766662-9991-157-1.pdf
19. Mirhashemi M, & Sabori S. Prediction of Violence Dimentions upon Coping Strategies in Women of Domestic Violence Victim. *fpcej*. 2015;**1**(2):1–13. http://fpcej.ir/article-1-75-en.html
20. Bonanno G A, Galea S, Bucciareli A, & Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographic resources and life stress. *J Consult Clin Psychol*. 2007; **75**(5): 671-682. DOI:10.1037/0022-006X.75.5.671
21. Southwick S M, Bonanno G A, Masten AS, Panter-Brick C, & Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J psycho Traumatol*. 2014; **5**(1): 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338
22. Darnhofer I, Lamine C, Strauss A, & Navarrete M. The resilience of family farms: Towards a relational approach. *J Rural Stud*. 2016;**44**(1),:111-122. https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2016.01.013
23. Chen C. The role of resilience and coping styles in subjective wellbeing among Chinese university students. *Res Asia-Pacific Educ*. 2016; **25**(3): 377–87. DOI 10.1007/s40299-016-0274-5
24. Wolfe T, & Ray S. The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. *Int J Ment Heal Promot*. 2015; **17**(2): 78-96. https://doi.org/10.1080/13642529.2015.1008799
25. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. *Shefaye Khatam*. 2019; **7**(1): 34–42. http://shefayekhatam.ir/article-1-1857-en.html
26. Hooman HA. *Structural Equation Modeling with Lisrel Application.* Tehran: Samt. 2019.
27. Ebadatpour B, Navabinejad Sh, Shafie Abadi A, Falsafinejad M. Formulation of a Pattern for Marital Burn out Based on Family Function, Individual Resilience and Spiritual Beliefs. Psychol Methods Model. 2014;**3**(13):29-45. http://journals.miau.ac.ir/article_338.html
28. Etesamipour R. Comparison of spouse abuse, low self- esteem and sexual disorders in married women in city and village. J Res Heal 2012; **2**(2):191–199. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-150230
29. Khojasteh Mehr R, Zohrei E, Rajabi G. Attachment styles, causal attribution and responsibility attribution as predictors of violence against women. *Fam Psychol*. 2014;**1**(1):41–52. http://ijfp.ir/browse.php?a_id=53&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
30. Aslani Kh, Khodadadi andarie F, Amanelahi A, Rajabi Gh, Stith S. The effectiveness of domestic violence–focused couple therapy on violence against women: Intervention in maladjusted couple relationships living in Ahvaz. *J Fam Couns Psychother*. 2020; **9**(2):215-232. Doi:20.1001.1.22516654.1398.9.2.10.6
31. Rahimi M, & Khayyer M. The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Found Educ*. 2009;**010**(1):5–25. Doi:10.22067/fe.v10i1.2096
32. Billings A G, & Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Personal Soc Psychol*. 1984; **46**(4): 877. https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.877
33. Homayoon Nia Firoozjah M, Sheikh M, & Hemayat Talab R. The relationship between behavioral disorders, coping strategies and emotional intelligence in young athletes. *Mot Behav*. 2014; **6**(17): 141–56. https://mbj.ssrc.ac.ir/article_21_3.html?lang=en

34. Piri Z, Amiri Majd M, Bazzazian S, GhamariM. The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship of Difficulties in Emotion Regulation With Internet Addiction Among College Students. *Horiz Med Sci*. 2019; **26**(1):38–53. http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3262-en.html
35. Kamp Dush C M, Taylor M G, & Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. *Fam relations*. 2008; **57**(2): 211–26. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00495.x
36. Aggarwal S, Kaur J, & Kaur S. To assess the coping strategies used among significant family members of patients with end stage renal failure undergoing hemodialysis. *Ethn Dis*. 2017;**12**(1):49–52. https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=12&issue=1&article=009
37. Peyambari M, Sadeghi M, Rashidi M, Ahmadi tahour M. The effect of cognitive- behavioral training on depression and psychological hardiness of Patient With cardiovascular diseases. *Iran J Heal Educ Heal Promot*. 2019;**7**(4):289–99. http://journal.ihepsa.ir/article-1-1045-en.html
38. Trump LJ, & Mendenhall TJ. Couples coping with cardiovascular disease: A systematic review. Families, *Systems, & Health*. 2017; **35**(1):58–69. https://doi.org/10.1037/fsh0000232
39. Nilsson A, Carlsson M, Lindqvist R, Kristofferzon ML. A comparative correlational study of coping strategies and quality of life in patients with chronic heart failure and the general Swedish population. *Nurs Open*. 2017; **4**(3): 157–67. https://doi.org/10.1002/nop2.81
40. Momeni Kh, Ebrahimi P, & Hosseinian S. Promoting mental health and quality of life through a resilience education program for mothers of children with learning disabilities. *The Women and Families Cultural-Educational Journal*. 2014; **26**:39–64.
41. Lee J, Han I, Kang B R, Kim S H, Sul W J, & Lee TK. Degradation of crude oil in a contaminated tidal flat area and the resilience of bacterial community. *Marine pollution bulletin*. 2014; **114**(1): 296–301. https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2016.09.043
42. Lazarus R, & Folkman S. Dynamics of stressfull encounter: Cognitive appraisal, Coping, Emotional Intelligence, and Encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol*. 1986;**50**: 992–1003. DOI:10.1037//0022-3514.50.5.992
43. Chatman J D. Risk and resiliency among inner city minority adolescents: A study of coping and ethnic identity (Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles). 2006;
44. Carbonella JY, & Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Behav Ther*. 2016;47(2),:262–73. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003
45. Benadé P, Du Plessis E, & Koen MP. Exploring resilience in nurses caring for older persons. *Heal SA Gesondheid*. 2017; **22**: 138-149. DOI:10.1016/j.hsag.2017.01.003
46. Veselska Z, Geckova A M, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk J P, & Reijneveld SA. Selfesteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav*. 2009; **34**(3): 287-291. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.005
47. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), D*evelopmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 2006; https://psycnet.apa.org/record/2006-03609-020
48. Bigbee JL. Hardiness: A new health perspective in health promotion. *Nurse Pract.* 1985; **10**(11): 51–56.DOI:10.1097/00006205-198511000-00006
49. Garmezy N, & Masten AS, & Telegen A. The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopatology. *child development*. 1984; 55: 97–111. https://doi.org/10.2307/1129837

OPEN PEER REVIEW

Revision (1)

OPEN PEER REVIEW

Revision (2)

Reply to Reviewers

Ideally, the reviewing process can significantly improve the submitted manuscripts by allowing the authors to take into account the advice of reviewers. Author(s) must reply to all reviewers' comments in a separate Word file, point by point. A "**Reply to Reviewers**" document is submitted along with revised manuscript during submission of revised files, summarizing the changes that the authors made in response to the reviewers' comments. The responses to reviewers' comments specifies how the authors addressed each comment the reviewers made.

You can read the authors' responses to the reviewers' comments in the next page.

بررسی وضعیت کیفیت زندگی و خشونت علیه زنان در دوران پاندمی کرونا ویروس :نقش تاب آوری و سبک های مقابله ای

Assessing the Quality of Life and Home/Domestic Violence against Women during the Coronavirus Pandemic:The Role of Resilience and Coping Mechanism/Styles

ژاله کوه بومی
دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی ، تهران، ایران.
دکتر محمد قمری (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی ، ابهر، ایران.
دکتر سیمین حسینیان
استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

Zhaleh Koohboomi
Ph.D Student Consulting, Department Of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Mohammad Ghamari*
Assistant Professor, Department Of Counseling ,Abhar Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
counselor_ghamari@yahoo.com
Dr. Simin Hosseinian
Professor, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

چکیده

زمینه:شرایط ناشی از ویروس کرونا باعث بروز استرس در افراد شده و میتواند روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار دهدوممکن است موجب روابط نا کارآمدو حتی خشونت خانگی شده و بر کیفیت زندگی موثر باشد.

هدف : تعیین نقش تاب آوری و سبک های مقابله ای در وضعیت **کیفیت زندگی و خشونت علیه زنان در دوران پاندمی کرونا ویروس بود .**

روش:روش پژوهش همبستگی بود.از بین زنان متاهل شهر کرج، 241 نفر بصورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس های تاب‌آوری ، سبک‌های مقابلهای ،کیفیت زندگی و پرسشنامه خشونت علیه زنان بود. داده ها با روش اجرای اینترنتی جمع آوری شدداده ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 و Smart PLS3 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نشان داد سبک‌های مقابله‌ای بطور مستقیم و غیرمستقیم و به شکل منفی بر کیفیت زندگی (P <01/0) و بطور مستقیم و مثبت (P <01/0) بر خشونت خانگی علیه زنان مؤثر است. همچنین سبک‌های مقابله‌ای بر تاب‌آوری (P <01/0) و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس (P <01/0) تاثیر دارد. نتایج پژوهش نشان داد مدل پیشنهادی توانسته است 64% درصد از واریانس تاب‌آوری، 46% از واریانس کیفیت زندگی و 6% از واریانس خشونت خانگی را تبیین کند.

نتیجه گیری: الگوی پیشنهادی از برازش مطلوب برخوردار است و گامی مهم در جهت شناخت عوامل روانشناختی موثر بر خشونت علیه زنان بویژه در دوران کرونا ویروس به شمار می رود، و مشاوران و زوج درمانگران می توانند در درمان زنان خشونت دیده سبک های مقابله ای و تاب آوری آن ها را بررسی کرده و از راهبرد های آموزشی در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت استفاده نمایند.

واژههای کلیدی: تاب‌آوری، سبکهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، ***واژههای کلیدی:*** تاب‌آوری، سبکهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، خشونت خانگی، قرنطینه ناشی از کرونا

Abstract

Backgrounds: The situation of coronavirus makes stress and can impress marital relationship.It may caused dysfunctional relationship and even can cause domestic violence and it may impress quality of life.

Objectives: the aim was to determine the mediating role of resilience in the relationship between coping styles and quality of life and domestic violence against women during coronavirus quarantine.

Methods: The research method was correlational. Among all married women in Karaj city, 241 of them were selected by a convenience sampling method. The instruments of this study included Resilience Scales , Coping Styles Scale, and the Quality of Life, and the Violence Towards Women Inventory . Data was gathered with online implementation. Data were analysed by using SPSS23 and Smart PLS3 software.

Results: The results showed that coping styles directly and indirectly and negatively affect quality of life (P <0.01) and directly and positively (P<0.01) affect domestic violence towards women. Also, coping styles affect resilience(P<0.01) and resilience affects women's quality of life during coronavirus quarantine (P<0.01). The results of the study showed that the proposed model could explain 64% of the variance of resilience, 46% of the variance of quality of life and 6% of the variance of domestic violence.

Conclusion: The proposed model has an optimal fit and is an important step in recognizing the psychological factors affecting violence against women, especially during the coronavirus, and counselors and couple therapists can treat coping styles and resilience in women under violence as well as examining them and using educational strategies to increase quality of life and reduce violence.

Keywords: *resilience, coping styles, quality of life, domestic violence, coronavirus quarantine*

مقدمه

شرایط ناشی از ویروس کرونا باعث بروز استرس در افراد شده و آسیب‌های زیادی به آنان وارد ساخته است (1). روابط زناشویی و خانوادگی یکی از ابعاد تأثیرگذاری استرس ناشی از ویروس کرونا است که می‌تواند فضای خانه را آشفته سازد. چنانچه براساس مطالعه Bo و همکاران نشان داد شرایط آسیب زای ناشی از ویروس کرونا می‌تواند باعث روابط ناکارآمد و حتی خشونت بین زوجین شود (2). در حال حاضر در سراسر دنیا گزارشهایی در مورد افزایش نرخ خشونت خانگی در دوران اپیدمی ویروس

کرونا گزارش شده است (3). خشونت خانگی اصطلاحی گسترده است که شامل خشونت شریک صمیمی، سوء استفاده از بزرگترها و کودک آزاری میشود (4). پژوهش‌ها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، و به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامهدار یاد میکنند (5). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهند در دوران اپیدمی اثرات روانی منفی همزمانی خشونت خانگی و قرنطینه خانگی، از جمله استرس پس از سانحه، فرسودگی، اضطراب، افسردگی، سردرگمی و خشم چندین برابر شده است؛ که بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده‌های آن‌ها اثرات مخرب بر جای می‌گذارد (6,7). کیفیت زندگی به عنوان درک فرد از موقعیت خویش در زندگی شناخته میشود که تحت تأثیر فرهنگ و سیستم ارزشی افراد است (8). خشونت خانگی علیه زنان موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان می‌شود (9,10).

از سازههای مطرح که در کیفیت زندگی افراد و به تبع آن خشونت خانگی نقش به سزایی دارد، میتوان به سبکهای مقابله اشاره کرد. یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات جسمی و ذهنی، سبک‌های مقابله فرد با موقعیتهای برانگیزاننده و تنیدگیزا است. افراد سعی میکنند با اتخاذ شیوه‌های منحصر به فردی به مقابله با آن بپردازند. از نظر لازاروس و فولکمن (1984) سبکهای مقابلهای تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری است که افراد هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض تنیدگی به کار میگیرند (11). سبکهای مقابله‌ای یک راه حل خاص برای مشکلات نیستند، اما می‌توان از آنها برای رفع تعارض روانی و کاهش احساسات ناخوشایند چون ترس و تنش استفاده کرد. نتایج مطالعات بیانگر این است که سبک‌های مقابله ای به طور منطقی این ظرفیت را دارند که در حوزه مداخلات تشخیصی و درمانی بویژه در حوزه خانواده و زناشویی مورد استفاده متخصصان واقع شوند (12). در روابط زوجین که سبکهای مقابله‌ای برای کاهش اضطراب ناشی از رخدادها و تعارضات استفاده می‌شود، در صورتی که سبکهای مقابله‌ای به صورت مناسب بهره گرفته نشود موجب افزایش تنش، ناتوانی در برقرار ارتباط و حل مسئله می‌شود. سبکهایی که هر زوج به کار می‌برد، بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری او به شمار می‌رود و به کارگیری راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل استرس‌زا موجب افزایش مشکلات می‌شود (13). به عنوان مثال خشونت زمانی اتفاق می‌افتد که تعادل بین فشار و مهار درونی بر هم بخورد (14). بنابراین، خشونت خانگی را نمی‌توان تنها بر اساس فشارهای روانی خارجی تبیین کرد. زیرا همه ازدواج ها حداقل با مقداری استرس روبرو هستند. تفاوتهای بین ازدواجهای شاد و ناخوشایند را باید حداقل در پرتو نحوه پاسخگویی طرفین به فشار روانی یا برقراری ارتباط با یکدیگر توضیح داد (15). طبق مدل ریچاردسون و ولفلک[1] (1984)، پاسخ‌های استرس نتیجه مستقیم عوامل محیطی محسوب نمی‌شوند، زیرا عوامل محیطی به خودی خود خنثی هستند و نمی توانند واکنش های استرسی ایجاد کنند. استرس نتیجه ارزیابی، درک و تفسیر ارگانیسم از موقعیت ها و حوادث است (16). پژوهش‌ها نیز نشان میدهد روشهای مقابله با تنیدگی منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض میشود (17,18). براساس نتایج پژوهش Wang, Xia, Xiong, Li, Xiang, Yuan و همکاران تأهل و سبک مقابله از عوامل تأثیرگذار بر پریشانی روانشناختی است و ویروس همه گیر کوید-19 موجب افزایش فشار روانی شده است(19) . محققین دریافتند در مواقعی که سوء استفاده اقتصادی بیشتر باشد، کیفیت زندگی پایین‌تر است و بالعکس؛ و سوء استفاده اقتصادی در بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت نقش بسزایی دارد (20). Lee, Seo, Lee, Park, Lee و همکاران در پژوهشی نشان دادند که گروه‌های سالم از روش متمرکز بر مسئله و گروه‌های متعارض از روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (21). نوروزی، و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که که با افزایش مقابله مسأله مدار و با کاهش مقابله هیجان مدار، میانگین کیفیت زندگی افزایش می یابد (22). موسوی و همائی در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که پیش بینی کیفیت زندگی از روی راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار معنی‌دار می‌باشد و پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی می‌باشند (23). در تحقیق صبوری و میرهاشمی نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابلهای با خشونت علیه زنان همبستگی معنیدار وجود دارد و میتوان خشونت علیه زنان را پیش‌بینی کرد (24).

براساس نتایج تحقیقات، یکی از متغیرهایی که می تواند بر روابط زوجین تأثیرگذار باشد وخود نیز از سبک‌های مقابله‌ای تأثیر بپذیرد تاب‌آوری است (25). لذا تاب‌آوری به عنوان یک متغیر میانجی مناسب در رابطه بین مقابله با رویدادهاي استرسزا در روابط زوجین همچون خشونت خانگي مورد بررسی قرار گیرد (26). انجمن روانشناسی امریکا [2](2014) تابآوری را "سازگاری خوب در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید و منابع قابل توجه استرس" تعریف میکند (27). سازه‌ای که براساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوّت بنا شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات است (28). به عبارت دیگر،

[1] Woolfolk, & Richardson

[2]. American Psychological Association

براساس نظریه کانر و دیویدسن (2003)، تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی توصیف شده است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با مشقت‌ها و سختی‌ها رشد کرده و مقاوم باشد (29). به طور کلی مطابق با Meister و همکاران (30) برخی پژوهشگران تاب‌آوری را پیامد یک سازه می‌بینند و آن را نداشتن مشکلات روان شناختی در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا می‌دانند، دیگران بیشتر روی فرایند تاب آوری تمرکز دارند که انطباق سریع با رویداد استرس‌زا را نشان می‌دهد. دیدگاه سوم نیز تاب‌آوری را به ویژگی شخصیتی فرد ربط می‌دهد که به خوبی در مقابل رویدادها واکنش نشان می‌دهد (31). تاب‌آوری در حوزه خانواده و روابط همسران، ویژگیای است که به افراد و همسران کمك میکند کمتر تحت تأثیر پیشامدهای ناگوار قرار بگیرند و همسرانی که از ویژگی تابآوری برخوردار نیستند توانایی تعدیل شرایط ناگوار و استرسهای ناشی از مشکلات زناشویی را ندارند، که این موجب افزایش تعارضات و نارضایتی زناشویی میشود (32). Carbonell, & Timpano در پژوهش خود نشان دادند افراد دارای تابآوری، سطوح بالای انسجام خانوادگی، ارتباطات مؤثرتر و مشکلات کم در عملکرد خانواده را گزارش کردند، اما افرادی که دارای تابآوری پایین بودند، مسائل و مشکلات بیشتری را در ارتباطات خانوادگی داشتند(33) . تعارضات زناشویی در همسرانی که تابآوری ندارند، افزایش می‌یابد (32,34). پژوهشی ارتباط مثبت و معنی‌دار سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با تاب‌آوری را مورد تأیید قرار داد (35). پژوهش دیگری نشان داد که سبک مقابله ناکارآمد پیش‌بینی کننده منفی و سبک مقابله کارآمد پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری در افراد دارای تجربه بحران می‌باشد (35). همچنین خودکارآمدی به صورت معنی داری کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و متغیر تاب آوری به صورت معنی‌داری در پیش بینی کیفیت زندگی مؤثر است. خودکارآمدی و تاب‌آوری نیز با هم 6/33% از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می کنند (36).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد خشونت خانگی نسبت به شریک زندگی او را در معرض آسیب‌های جسمی و روانشناختی قابل توجهی قرار می‌دهد و بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده آنان اثرات مخرب و ماندگار می‌گذارد (7). بر این اساس و با توجه به این که در طول شیوع بیماری کرونا دسترسی قربانیان خشونت خانگی به سیستم‌های حمایتی و خدمات بهداشتی با محدودیت مواجه شده است، می‌توان با شناخت دقیق عوامل مؤثر در بروز خشونت خانگی و جنبه‌های متعدد آن زمینه مناسبی را در جهت پیشگیری، آموزش، مداخله و درمان قربانیان و خانواده‌های آنها فراهم نمود. بنابراین شناسایی مدلهایی برای درک مکانیسمهای دخیل در پیدایش و تداوم خشونت خانگی علیه زنان ضرورت دارد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سبکهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس انجام شد.

روش

پژوهش حاضر جزء مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل زنان متأهل شهر کرج در بازه زمانی اول مهر تا پایان آبان ماه 1399 بود. با توجه به این که در پژوهش‌های مدلیابی تعیین حجم نمونه به ازای هر متغیر اندازهگیری شده می‌بایست حداقل 15 مشاهده تعیین شود (37). در پژوهش حاضر با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش (12 متغیر) و با احتساب احتمال افت آزمودنی حجم نمونه پژوهش 250 نفر تعیین شد. به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از نمونه در دسترس و روش اجرای اینترنتی استفاده شد. به این صورت که ابتدا هدف پژوهش، ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، شرح روش اجرا و پاسخگویی به سؤال‌های هر پرسشنامه، و پرسشنامه‌های مورد نظر به صورت آنلاین طراحی شد و پس از تعیین موقعیت جغرافیایی شهر کرج، به مدت دو ماه از طریق شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و واتساپ) برای زنان شهر کرج انتشار یافت. در نهایت پس از دوماه، 344 نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند که در نرم افزار SPSS25 مورد بررسی قرار گرفته و آزمودنی‌هایی که با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار نبودند حذف شد. در نهایت پرسشنامه‌های تعداد 241 نفر از زنان به عنوان نمونه نهایی پژوهش با استفاده از آزمونهای آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد.

ملاکهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی 50-20 سال، عدم متارکه و فوت همسر، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای سنجش که در پژوهش استفاده شد عبارت بود از:

مقیاس تابآوری: توسط کانر و دیویدسون (2003) با 25 گویه تهیه شده است. پاسخگویی به سؤالات در یک مقیاس 5 درجهای لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین صفر تا 100 قرار دارد. محمدی (1384) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ 89/0 گزارش کرده است؛ روایی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین 14/0 تا 64/0 گزارش شده است (38). در پژوهش عبادت‌پور و همکاران با روش آلفای کرونباخ محاسبه و 90/0 گزارش شده

است(38) . در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 56/0 و پایایی ترکیبی 92/0، و آلفای کرونباخ 91/0 به دست آمد.

پرسشنامه خشونت علیه زنان[1] (VTWI): پرسشنامه خشونت علیه زنان توسط حاج یحیی[2] (1999) تهیه شده است، و توسط خسروی و خاقانی فرد (1383) در ایران ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن توسط اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل 32 ماده و چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی است. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد این پرسشنامه در یک مقیاس 3 درجه‌ای (هرگز=1؛ یک بار= 2؛ دوبار یا بیشتر=3) قرار می‌گیرد، بنابراین دامنه نمرات بین 32 تا 96 است. شاخص عددی روایی خارجی و داخلی پرسشنامه تاکنون در پژوهشی گزارش نشده است. حاج یحیی (1999) برای به دست آوردن پایایی این پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و نتایج آن را برای خشونت روانی 71/0، خشونت فیزیکی 86/0، خشونت جنسی 93/0 و خشونت اقتصادی 92/0 گزارش کرد که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (39). در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 97/0 گزارش شده است (39). همچنین ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در نمونه 130 نفری پژوهش خجسته‌مهر، امان‌الهی، زهره‌ای و رجبی (40)، 91/0 و در پژوهش اصلانی، خدادادی اندریه، امان‌الهی، رجبی و استیس (41) 76/0 گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ 94/0 به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[3] (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (1996) تنظیم شده است. شامل 26 سؤال می‌باشد و به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد میپردازد که عبارتند از: 1) سلامت جسمانی، 2) سلامت روانشناختی، 3) روابط اجتماعی، 4) ادراک از محیط زندگی. پاسخگویی به سؤالها به صورت 5 گزینهای (اصلاً=1، خیلی کم=2، در حد متوسط=3، زیاد=4 و خیلی زیاد=5) تنظیم شده است و سؤالات 3، 4 و 26 به صورت منفی نمرهگذاری میشوند. دامنه نمره بین 125-25 میباشد (42). در ایران ضریب آلفای کرونباخ بین 73/0 تا 89/0 برای خرده مقیاسهای چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی (با فاصله سه هفتهای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده و هر سه مورد بیانگر مطلوبیت مقیاس بوده است. همچنین روایی این مقیاس برای بعد سلامت جسمی، سلامت روان، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط زندگی به ترتیب 70/0، 77/0، 65/0 و 77/0 گزارش کردهاند. در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این پرسشنامه 65/0 و پایایی ترکیبی 94/0، و آلفای کرونباخ 92/0 به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های مقابلهای: این پرسشنامه توسط بلینگز و موس[4](1984) ساخته شده با هدف سنجش نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرسزا تهیه شده است. شامل 32 ماده و دو نوع راهبرد مقابله ای کارآمد و ناکارآمد می‌باشد. پاسخ‌گویی به ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت (هیچ وقت= صفر تا همیشه= 3) تنظیم شده است. بیلینگز و موس دو نوع سبک مقابلهای کارآمد و ناکارآمد را با توجه به سؤالات طراحی کردند. راهبردهای مقابلهای کارآمد شامل سؤال‌های 1، 3، 4، 6، 11، 16، 18 ، 29، و 30 و راهبردهای مقابلهای ناکارآمد شامل سؤالهای 2، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15، 17، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 31، و 32 است (43). این مقیاس در ایران توسط حسینی قدمگانی (1376) هنجاریابی شده و ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه 79/0 و اعتبار همسانی درونی آن از 41/0 تا 66/0گزارش شده است (44). در پژوهش پیری، امیری مجد، بزازیان و قمری آلفای کرونباخ راهبرد مقابلهای کارآمد 72/0 و راهبرد مقابلهای ناکارآمد 75/0 گزارش شده است (45). در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 53/0 و پایایی ترکیبی 81/0، و آلفای کرونباخ 76/0 به دست آمد.

در نهایت داده‌ها در بخش توصیفی با استفاده از فراوانی، درصد فراوانی به منظور بررسی ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بررسی شد. سپس با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون) به وسیله نرم افزارهای SPSS23 و Smart PLS3 تجزیه و تحلیل شد.

یافتهها

با توجه به یافته‌های جدول 1، از مجموع 241 زن شرکت‌کننده در پژوهش 63 نفر (26%) با بالاترین فراوانی در دامنه سنی 39-35 سال، و 9 نفر (4%) با کمترین فراوانی در دامنه سنی 24-20 سال قرار

[1].Violence Toward Women Inventory (VTWI)
[2]. Hajyahi, M
[3].World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire
[4]. Billings, & Moos

دارند. 61 نفر(25%) آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم ، 16نفر (7%) کاردانی، 102 نفر (42%) کارشناسی، 53 نفر(22%) کارشناسی ارشد، و 9 نفر(4%) دکترا بودند. از این میان 98 نفر(40%) دارای شغل دولتی، 38 نفر(16%) شغل غیردولتی، و 105 نفر(44%) خانه‌دار گزارش شدند. همچنین میانگین، و انحراف معیار، متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، خشونت خانگی و کیفیت زندگی زنان محاسبه و نتایج در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1. شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، و خشونت خانگی

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین ± انحراف معیار
دامنه سنی			
20-24	9	4	
25-29	24	10	
30-34	53	22	
35-39	**63**	**26**	
40-44	37	15	
45-50	55	23	
سطح تحصیلات **(%)**			
دیپلم	61	25	
کاردانی	16	7	
کارشناسی	**102**	**42**	
کارشناسی ارشد	53	22	
دکتری	9	4	
طول مدت ازدواج **(%)**			
1-5	50	21	
6-10	52	**22**	
11-15	50	21	
16-20	37	14	
21-25	27	11	
26-30	21	9	
31-35	4	2	
1-5	50	21	
وضعیت شغلی **(%)**			
دولتی	98	40	
غیر دولتی	38	16	
خانه دار	**105**	**44**	
سبک‌های مقابله‌ای	-	-	82/88 ± 8/8
کارآمد	-	-	26/25 ± 79/3
ناکارآمد	-	-	56/63 ± 05/8
تاب آوری	-	-	66/92 ± 04/16
کیفیت زندگی	-	-	41/60 ± 01/15
سلامت جسمانی	-	-	64/17 ± 86/4
سلامت روانشناختی	-	-	81/14 ± 06/4
روابط اجتماعی	-	-	6/7 ± 48/2
ادراک از محیط	-	-	35/20 ± 63/5
خشونت خانگی	-	-	39/84 ± 26/12
روانی	-	-	78/39 ± 99/7
فیزیکی	-	-	26/31 ± 76/3
جنسی	-	-	11/8 ± 53/1
اقتصادی	-	-	31/5 ± 21/1

n=241

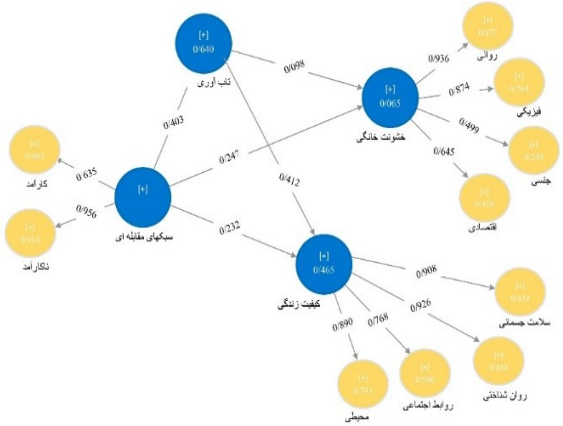
در جدول 2 ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول 2 متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد با خشونت خانگی در سطح معناداری 01/0 همبسته‌اند.

جدول 2. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

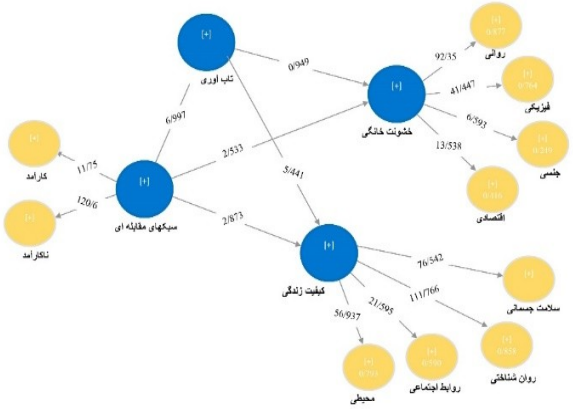
	1	2	3	4	5
1. خشونت خانگی	1				
2. تاب‌آوری	188/0** -	1			
3. کیفیت زندگی	284/0** -	638/0**	1		
4. سبک مقابله‌ای	279/0**	500/0**	418/0** -	1	
5. سبک کارآمد	077/0	325/0** -	325/0** -	493/0**	1
6. سبک ناکارآمد	285/0**	493/0**	336/0** -	727/0**	131/0*

P* <01/0 P <05/0

مدل مفهومی: با استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری حداقل مجذورات جزئی مدل مفهومی پژوهش بررسی شد سپس به بررسی روابط بین متغیرها ، ضرایب اعتبار و پایایی و کیفیت مدل پرداخته شد. در ادامه ابتدا مدل مربوط به ضرایب مسیر و متعاقبا مدل مربوط به مقادیرتی ارائه می‌شود.



شکل 1. مدل مربوط به ضرایب مسیر



شکل 2. مدل مربوط به مقادیر تی

در Smart PLSبرای بررسی برازش مدل SSE (مجموع مجذورات خطا پیش‌بینی) برای هر بلوک متغیر پنهان و (1−SSE/SSO) نیز شاخص اعتبار اشتراک یا CV-COM را نشان می‌دهد و اگر شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان مثبت باشد، مدل اندازه‌گیری دارای کیفیت مناسب است.

جدول 3. شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان

متغیر	SSO	SSE	SSE/SSO-1
تاب‌آوری	7/1183	9/1034	126/0
کیفیت زندگی	773/156	905/112	28/0
خشونت خانگی	481/164	328/113	311/0

با توجه به یافته‌های جدول 3 شاخص وارسی اعتبار اشتراک متغیرهای پنهان برای تمام سازه‌ها مثبت است، و همچنین شاخصSRMR (ریشه دوم میانگین باقی مانده مربعات استاندارد شده) (شاخص برازش مدل) استفاده شد که این شاخص برابر 076/0 گزارش شده است که از 08/0 کوچکتر است و نشان می‌دهد داده‌های تجربی کلیت مدل نظری را مورد تأیید قرار می‌دهد، و مدل اندازه‌گیری دارای کیفیت مناسب است.

در نهایت پس از تأیید کفایت، پایایی و روایی‌های مورد نیاز ، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان بررسی شد، که یافته‌های به دست آمده در جدول 4 ارائه شده است.

جدول 4. برآوردهای ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل در متغیرهای برونزا

مسیرها	S.E	β	t	سطح معناداری
اثر کل				
سبک‌های مقابله‌ای ← خشونت خانگی	084/0	286/0	406/3	001/0
سبک‌های مقابله‌ای ← کیفیت زندگی	068/0	-398/0	891/5	0001/0
تاب‌آوری ← خشونت خانگی	104/0	098/0	94/0	348/0
تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	079/0	-412/0	209/5	0001/0
اثر مستقیم				
سبک‌های مقابله‌ای ← خشونت خانگی	099/0	247/0	503/2	013/0
سبک‌های مقابله‌ای ← کیفیت زندگی	078/0	-232/0	961/2	003/0
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری	057/0	403/0	127/7	0001/0
تاب‌آوری ← خشونت خانگی	104/0	/098	94/0	348/0
تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	079/0	-412/0	209/5	0001/0
اثر غیرمستقیم				
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری ← خشونت خانگی	042/0	040/0	942/0	346/0
سبک‌های مقابله‌ای ← تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	040/0	-166/0	112/4	0001/0

یافته‌های جدول 4 نشان می‌دهد که اثر مستقیم سبک‌های مقابله‌ای و اثر کل (مجموع اثرات مستقیم و غیر مستقیم) بر خشونت خانگی معنادار است، اما اثر غیرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای از طریق تاب‌آوری معنادار نیست. همچنین اثرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی و اثر کل سبک‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی، اثر غیرمستقیم سبک‌های مقابله‌ای از طریق تاب‌آوری معنادار است. یافته پایانی در جدول

نشان می‌دهد که اثر مستقیم سبک‌های مقابله‌ای بر تاب‌آوری، و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی معنادار است. اما اثر مستقیم تاب‌آوری بر خشونت خانگی معنادار نیست.

جدول 5. تبیین میزان واریانس

	میزان R^2
تاب آوری	64/0
کیفیت زندگی	465/0
خشونت خانگی	065/0

با توجه به یافته جدول 5 مدل پیشنهادی توانسته است که 64 درصد از واریانس تاب‌آوری، 46 درصد از واریانس کیفیت زندگی و 6 درصد از واریانس خشونت خانگی را تبیین کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس انجام شد. شاخص ها نشان دادند که این مدل از برازش مطلوب برخوردار است. مدل برازش یافته در پژوهش حاضر در مسیرهای زیر قابل تبیین و پیش‌بینی کننده راهکارهایی جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت علیه زنان بویژه در دوران قرنطینه ناشی از کرونا ویروس است.

یافته نخست نشان داد سبک‌های مقابله‌ای بصورت مستقیم و به شکل مثبت بر خشونت خانگی علیه زنان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (22)، صبوری و میرهاشمی (24)، موسوی و همائی (23)، وانگ و همکاران (19)، همسو است. یافته فوق را می‌توان چنین تبیین نمود که: به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای به افراد کمک مي‌کند تا بر بسیاری از تعارضات فردی، مشکلات مربوط به روابط اجتماعي، جسماني و رواني غلبه کنند. آنچه با عنوان سبک‌های مقابله‌ای مطرح مي‌شود، روش‌های برخورد با مسائل است. متوسل شدن به سبک گریز-اجتناب در موقعیت‌های پر تنش، موقعیت حل مسئله را از شخص سلب مي‌کند. این شرایط باعث مي‌شود نه تنها مشکل ایجاد شده به قوت خود باقي بماند بلکه به صورت مکرر، تنش همراه با آن به زندگي برگردد. این در حالي است که یافته‌ها نشان مي‌دهند که زیان بخش‌ترین متغیرها برای روابط صمیمانه، عوامل فشارزایي خفیف و مزمن بیروني هستند که به روابط صمیمانه سرایت مي‌کند. این عوامل استرس‌زا دلیل تنش و تعارض در بین زوج‌ها و بیگانگي میان آنهاست که احتمال طلاق را افزایش مي‌دهد (46). بر طبق نظرAltheimer راهبردهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت جزء مقابله‌های هیجان مدار هستند که فرد برای متعادل ساختن عواطف و هیجانات، کنترل واکنش‌های هیجانی انجام می‌دهد. طبق نظریه Lang, & Scott مقابله هیجان‌مدار ثبات متوسطی دارد چون فرد کمتر تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار می‌گیرد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای گریز و اجتناب یعنی کوشش‌های زن در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا و گریز از واقعیت. طبق نظر Carver این نوع مقابله در مراحل اولیه مقابله با موقعیت فشارآور، می‌تواند مؤثر باشد، وقتی فرد از راهبرد اجتناب استفاده می‌کند از فشار روانی و موقعیت‌های فشار روانی اجتناب می‌کند پس وقتی در معرض عامل فشارزا قرار ندارد طبیعی است که مورد خشونت قرار نگیرد. مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز بر خود مشکل است که با بکارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی توأم می‌باشد. طبق نظریه ناکامي 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 محیطي خاص باعث ظهور پرخاشگری می‌شود (24).

یافته به دست آمده مبنی بر عدم نقش میانجی تاب‌آوری با یافته‌هاي تحقیقات پیشین همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی این است که جامعه مورد مطالعه متفاوت‌تر از تحقیقات پیشین است و به همین دلیل ممکن است نتایج به دست آمده در یک مقطع زمانی در یک جامعه آماري معنادار.شود و در جایی دیگر معنادار نشود. دلیل دیگر این ناهمخوانی نیز شاید به این دلیل باشد که بعضی وقت‌ها وقتی این متغیرها در مدل قرار می‌گیرند و ترکیب متغیرها و تأثیرشان بر روي همدیگر سنجیده می‌شود، ممکن است معنی‌دار نشود.

یافته دوم نشان داد سبک‌های مقابله‌ای مستقیم و غیرمستقیم و به شکل منفی بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کروناویروس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش (نوروزی و همکاران (22)، موسوی و همائی (23)، آدامز و بیبل (20) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که افراد با اتکاء به سبك‌های مقابله‌ای در شرایط پر استرس به استفاده و بهره‌برداری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی در محافظت از خودشان در برابر تأثیرات منفی استرس می‌پردازند (47). در فرایند مقابله، افراد به تلاش‌هایی با ماهیت رفتاري و شناختی براي پیشگیري، نظم بخشیدن و فرو نشاندن تنیدگی می‌پردازند.

در واقع، سبك‌هاي مقابله فرايندي است كه طی آن فرد به اداره خواست‌هایی می‌پردازد که فراتر از منابع و توانایی‌هاي شخصی در شرایط تهدید کننده هستند و بر حسب موفقیت‌آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر می‌کند (48) و به این ترتیب از آسیب‌های استرس در امان مانده و کیفیت زندگی خود را ارتقا می‌بخشد. افراد به کمك مهارتهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی کرده و مولدهای بروز هیجانات منفی توسط خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهند(49) . سبك مقابله‌اي مسئله مدار با ایجاد تلاش‌هاي شناختی و رفتاري به جلوگيري، مديريت و كاهش تنيدگی منجر می‌شود که می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روانی بکاهد و سلامت روانی و سازگاري رواني و اجتماعی را افزایش دهد (50) که خود می‌تواند زمینه ساز سبك زندگی سالم و در نتیجه کیفیت زندگی باشد. از سویی تاب‌آوری، عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از افراد در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌نماید. از سوی دیگر تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند و بدون این که آسیب زیادی ببینند از این موقعیت‌ها به عنوان فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود استفاده کنند (51). این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرآیندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند.

یافته سوم حاکی از آن شد که بین سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری، رابطه مستقیم و مثبت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش چن (34)، ولف و رأی (35)، و لی و همکاران (52) همخوان می‌باشد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: مقابله، سازه‌ای چندبعدی و خودتنظیم کننده است که نشانگر مکانیزم‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت خواسته‌های درونی و بیرونی در مواقع استرس‌زا است (53). سبک مقابله‌ای هیجان مدار در مقابل استرس‌ها در این موضع قرار خواهد گرفت که حال با این استرس فاجعه‌بار چه کنم ولی سبک‌های مسئله‌مدار به این موضوع خواهد اندیشید که حال چه کاری برای برون رفت از این مشکل می‌توانم انجام دهم. طبق مطالعه Chatman عدم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی، میزان تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. در واقع رویکردهای متمرکز بر هیجان به صورت تکانشی واکنش‌هایی بروز می‌دهند که از میزان رنج تحمیلی بکاهند ولی عموماً چنین واکنش‌هایی به شکل فرار از واقعیت، انکار و کناره‌گیری خواهد بود که این واکنش‌ها به آسیب‌پذیری بیشتر خواهد انجامید، در مقابل افراد مسئله‌مدار به دنبال راه حل‌هایی برای سازگاری و برون‌رفت از استرس برخواهند آمد و مسئولانه با فرایند مشکل روبه رو می‌شوند که اتخاذ چنین رویکردی به افزایش تاب‌آوری کمک خواهد کرد (54). لذا افرادی که پذیرای واقعیت‌های پیش رو و سعی در کنار آمدن با آن را دارند، تاب‌آوری بالاتری در مواجهه با مسائل دارند که این خصوصیت در سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان مشهودتر خواهد بود.

یافته چهارم نشان داد تاب‌آوری بر خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کاربونل و تیمپانو (33) همسو است. تاب‌آوری یکی از عواملی است که خط سیر رشد را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب‌های روانشناختی محافظت کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌شود (55). عاملی که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (56). اما از سویی، تاب‌آوری توانایی سازگاری بر حسب شرایط محیطی است. افراد تاب‌آور دارای رفتار خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمل، تعدیل و تغییر شرایط استرس‌زا را دارند (52). به عبارت دیگر، تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر شرایط استرس‌زا تلقی می‌شود و می‌تواند توانش اجتماعی فرد را در هنگام مشکلات بهبود بخشد و خشونت خانگی نیز نوعی شرایط تهدیدزا تلقی می‌شود، افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند بهتر می‌توانند بر مشکلات‌شان غلبه کنند. افراد دارای تاب‌آوری پایین هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا رویکرد محافظه‌کارانـه و انعطاف‌ناپذیری را لحاظ کرده و به روش ناسازگارانه رفتار می‌کنند، در مقابل افراد دارای تاب‌آوری بالا با داشتن انعطاف‌پذیری بیشتر عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و اعتماد به نفس بیشتر و سازگاری روانشناختی بهتری دارند (55).

یافته پنجم نشان داد تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کروناویروس مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش رزم پوش و همکاران (36) همسو است. تاب‌آوری به عنوان يك مفهوم دوبعدی يعني اهميت ناگواری و سازگاری مثبت در نظر گرفته مي‌شود، كه مي‌تواند بر روی كيفيت زندگي و ابعاد آن تأثيرگذار باشد (57). تاب‌آوری از ميزان بزرگي تهديد در ارزيابي آن مي‌كاهد و انتظار فرد را مبني بر اينكه تلاش‌هايشان نتيجه بخش خواهند بود را افزايش مي‌دهد. افراد با تاب‌آوری بالا قادرند به شيوه مناسب‌تری با استرس كنار بيايند و همچنين بار ديگر تجارب متناقض خود را تنظيم و تفسير كنند (58). افراد تاب‌آور مي‌توانند از طريق شايستگي‌های لازم برای حل مشكلات در شرايط بحران و استرس با استفاده از هيجان‌های مثبت و كم كردن هيجان‌های منفي به يك تعادل و وضعيت مناسب برسند. از نظر Garmezy افراد تاب‌آور در برابر استرس، عموماً دارای منبع كنترل دروني هستند، يعني مي‌توانند مسئوليت شرايط و

مسائل خود را بر عهده گیرند خودشناسي مثبت دارند و نسبت به زندگي خوش‌بين هستند (59). بنابراين افرادی با اين ويژگي‌ها در مقابل شرايط فشارزا و پراسترس از راهکارهای کارآمد و اثربخش استفاده مي‌کند، که موجب افزايش و بهبود کيفيت زندگی نيز می‌شود.

نقاط قوت و محدودیت ها

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبه رو می‌سازد. اول آنکه با توجه به شرایط همه‌گیری کرونا ویروس، اجرای پژوهش بصورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت و بسیاری از افراد به دلیل عدم دسترسی به شبکه‌های مجازی، در این پژوهش شرکت نکردند. همچنین کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون عوامل فرهنگی که ممکن است در تاب‌آوری، کیفیت زندگی و خشونت خانگی نقش داشته باشند امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در شرایط عادی به صورت حضوری و در فرهنگ‌های گوناگون بر روی زنان انجام شود تا بتوان به یک نتیجه قطعی‌تر دست یافت. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خشونت خانگی به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. دست اندرکاران حوزه زوج و خانواده، مشاوران و درمانگران برنامه‌های آموزشی را در راستای پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان در مورد عوامل و ویژگی‌های شناختی زن در خانواده و در ارتباط با همسر مورد استفاده قرار دهند تا بدین ترتیب خطر خشونت علیه آن‌ها در خانواده کاهش یابد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که مدل پژوهش حاضر از نظر آماری دارای شاخص‌های برازش قابل قبولی است. در نتیجه داده‌های بدست آمده از مدل پژوهش حاضر حمایت کردند. روابط حاکم بین متغیرها نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای، و تاب‌آوری به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان نقش دارند. همچنین نتایج نشان داد که چگونه متغیر تاب‌آوری در نقش متغیر واسطه تأثیر دارد. نتایج این مطالعه گويای آن است که، عوامل فردی و روانشناختی فرد خشونت دیده می‌تواند در بروز خشونت علیه وی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی نقش بسزایی داشته باشد. بنابراین به منظور مقابله بهتر با این پدیده، می‌توان اقداماتی در جهت بهبود ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی زنان جامعه همچون سبکهای مقابله‌ای کارآمد، و تاب‌آوری مد نظر قرار داد تا بدین ترتیب موجبات افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت علیه زنان را فراهم نمود.

مشارکت نویسندگان: مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشجو ژاله کوه بومی به راهنمایی جناب آقای دکتر محمد قمری، و مشاوره های سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان می‌باشد.
تکرارپذیری داده‌ها: داده های مربوط به این پژوهش موجود می باشد و در صورت درخواست به سردبیر مجله ارائه می شود.
تأیید اخلاقی: مطالعه حاضر با با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.196 مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.
بودجه/حمایت: این مطالعه بدون حمایت مالی توسط دانشجو (ویسنده اول مقاله) انجام شد
ملاحظات اخلاقی: در مورد محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی؛ مشارکت داوطلبانه توضیحاتی به شرکت کنندگان ارائه شد. فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. در مورد آزادی در انصراف از شرکت در پژوهش در هر مقطعی از پاسخگویی، توضیحاتی لازم قبل از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها ارائه شد.
تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را گزارش نکرده‌اند.

References

1. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, & Asmundson GJ. No COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. Depress anxiety. 2020; **37**(8): 706–14. https://doi.org/10.1002/da.23071
2. Bo, HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X,& Xiang YT.Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. Psychological medicine. 2021; **51**(6): 1052-1053. https://doi.org/10.1017/S0033291720000999.
3. Lobie TA, Tesfaye D, & Abrham A. A narrative synthesis on COVID-19 risks and concerns in developing countries: The case of Ethiopia. Journal of Public Health and Epidemiology. 2020; **12**(2): 86–97. https://doi.org/10.5897/JPHE2020.1221
4. Huecker, MR., & Smock W. Domestic Violence . NCBI: [Internet]. 2020; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/ Accessed 10 Oct 2020.

5. Alesina A, Brioschi B, & La Ferrara E. Violence against women: A cross-cultural analysis for Africa (No. w21901). Natl Bur Econ Res. 2016. https://doi.org/10.3386/w21901
6. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M J, Chatterjee S, Lahiri D, & Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev. 2020; **14**(5): 779-788. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035
7. Telles L E, Valenca A M, Barros A J, & da Silva AG. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. Brazilian J Psychiatry. 2020; **43**(3), 233-234. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060
8. Reb A M, & Cope DG. Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. Western Journal of Nursing Research. 2019; ***41***(10): 1385–1406. https://doi.org/10.1177/0193945919846901
9. Shama AK, & Vachher AS. Domestic violenece against women and their mental health status in a clony in Delhi. Ind J community Med. 2010; **35:** 403–5. https://doi.org/10.4103/0970-0218.69266
10. Setayesh N, Ezoji K, Bakhshizade M, Nojomi M. Domestic violence and physical and mental state of women. RJMS. 2017; **24**(154): 20–6. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4300-en.html
11. El-Sayed H S M, Elmashad HAM, & Ibrahim AAW. Benson's relaxation therapy: Its effect on stress and coping among mothers with high risk pregnancy. International Journal of Nursing Didactics. 2017; **7**(6):16–25. https://doi.org/10.15520/ijnd.2017.vol7.iss6.226.16-25
12. LaCourseA, Listwan S J, Reid S, & Hartman JL. LaCourse, A., Listwan, S. J., Reid, S., & Hartman, J. L. (2019). Recidivism and Reentry: The Role of Individual Coping Styles. *Crime & Delinquency*. 2019; **65**(1): 46-68. https://doi.org/10.1177/0011128718790497
13. Alaghband L, Sharifi HP, Farzad V, & Aghayousefi A. Predicting emotional divorce based on emotional literacy, coping styles, quality of life, resilience mediation. Journal of Psychological Science. **19**(90), 733-743. http://psychologicalscience.ir/article-1-603-fa.html
14. Sadock's, BJ, Sadok's VA, & Ruiz P. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Scienes/Clinical Psychiatry*. Translated by: Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand Publications.; 2019.
15. Sappington A. Mental Health. Translated by: Hosseinshahi Baravati. Tehran: Ravan.; 2020.
16. Khodayarifard M, & Parand A. *Stress and Coping Styles*. University of Tehran Press.; 2012.
17. Das S, Das B, Nath K, Dutta A, Bora P, & Hazarika M. Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; **28**: 133–139. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.040
18. Sarani A, Azhari S, Mazlom S, Aghammohamadiansherbaf H. The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers. J Babol Univ Med Sci. 2016; **18**(7): 7–13. http://jbums.org/article-1-5736-en.html
19. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, Liu Y, & Li Z. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 2020; **15**(5): e0233410. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233410
20. Adams A E, & Beeble ML. Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life. Psychology of Violence. 2019; **9**(5): 517–525. https://doi.org/10.1037/vio0000174
21. Lee J H, Seo M, Lee M, Park S Y, Lee J H, & Lee SM. Profiles of coping strategies in resilient adolescents. Psychological reports. 2017; **120**(1): 49–69. https://doi.org/10.1177/0033294116677947
22. Noroozi E, Dehghani A, Nokani M, Haghayegh SA. Predictors of Quality of Life based-on Coping Strategies and Spiritual Health among Pregnant Women with Obesity. Community Health. 2021; **8**(2): 264–72. http://journals.sbmu.ac.ir/ch
23. Moosavi A, & Homaei R. The relationship between coping strategies, cognitive emotion regulation and mindfulness with quality of life in mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Exceptional Education. 2019; **19**: 9–20. http://ensani.ir/file/download/article/1581766662-9991-157-1.pdf
24. Mirhashemi M, & Sabori S. Prediction of Violence Dimentions upon Coping Strategies in Women of Domestic Violence Victim. fpcej. 2015; **1**(2):1–13. http://fpcej.ir/article-1-75-en.html
25. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-Related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles, 2020; **82**(1-2): 44-52. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01032-0
26. Bonanno G A, Galea S, Bucciareli A, & Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographic resources and life stress. *J Consult Clin Psychol*. 2007; **75**(5): 671-682. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671
27. Southwick S M, Bonanno G A, Masten AS, Panter-Brick C, & Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J psycho Traumatol*. 2014; **5**(1): 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338
28. Norman S M, Avey J B, Nimnicht J L, & Graber Pigeon N. The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee organizational citizenship and deviance behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 2010; **17**(4), 380-391. https://doi.org/10.1177/1548051809353764

29. Gras ME, Font-Mayolas S, Baltasar A, Patiño J, Sullman MJ, Planes M. La escala de resiliencia de Connor-Davidson en adultos españoles jóvenes. Clínica y Salud. 2019; **30**(2): 73-79. https://doi.org/10.5093/clysa2019a11
30. Meister R E, Weber T, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, chmid J, & Känel R. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. Open Hear. 2015; **2**(1): e000261.
31. Ebad por A, & Saber S. Assessment of marital satisfaction based on resilience and self-differentiation. Journal of Psychometry. 2015; **4**(13): 1-11. https://jpsy.riau.ac.ir/article_349.html
32. Darnhofer I, Lamine C, Strauss A, & Navarrete M. The resilience of family farms: Towards a relational approach. *J Rural Stud*. 2016; **44**(1): 111-122. https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2016.01.013
33. Carbonella JY, & Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. Behav Ther. 2016; **47**(2): 262–73. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003
34. Chen C. The role of resilience and coping styles in subjective wellbeing among Chinese university students. Res Asia-Pacific Educ. 2016; **25**(3): 377–87. https://doi.org/10.1007/s40299-016-0274-5
35. Wolfe T, & Ray S. The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. Int J Ment Heal Promot. 2015; **17**(2): 78-96. https://doi.org/10.1080/13642529.2015.1008799
36. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. Shefaye Khatam. 2019; **7**(1): 34–42. http://shefayekhatam.ir/article-1-1857-en.html
37. Hooman HA. *Structural Equation Modeling with Lisrel Application*. Tehran: Samt; 2019.
38. Ebadatpour B, Navabinejad Sh, Shafie Abadi A, Falsafinejad M. Formulation of a Pattern for Marital Burn out Based on Family Function, Individual Resilience and Spiritual Beliefs. Psychol Methods Model. 2014; **3**(13): 29-45. http://journals.miau.ac.ir/article_338.html
39. Etesamipour R. Comparison of spouse abuse, low self- esteem and sexual disorders in married women in city and village.J Res Heal 2012; **2**(2): 191–199. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-150230
40. Khojasteh Mehr R, Zohrei E, Rajabi G. Attachment styles, causal attribution and responsibility attribution as predictors of violence against women. Fam Psychol. 2014; **1**(1): 41–52. http://ijfp.ir/browse.php?a_id=53&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
41. Aslani Kh, Khodadadi andarie F, Amanelahi A, Rajabi Gh, Stith S. The effectiveness of domestic violence–focused couple therapy on violence against women: Intervention in maladjusted couple relationships living in Ahvaz. *J Fam Couns Psychother*. 2020; **9**(2): 215-232. https://doi.org/20.1001.1.22516654.1398.9.2.10.6
42. Rahimi M, & Khayyer M. The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Found Educ*. 2009; **010**(1): 5–25. Doi:10.22067/fe.v10i1.2096
43. Billings A G, & Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Personal Soc Psychol*. 1984; **46**(4): 877. https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.877
44. Homayoon Nia Firoozjah M, Sheikh M, & Hemayat Talab R. The relationship between behavioral disorders, coping strategies and emotional intelligence in young athletes. Mot Behav. 2014; **6**(17): 141–56. https://mbj.ssrc.ac.ir/article_21_3.html?lang=en
45. Piri Z, Amiri Majd M, Bazzazian S, GhamariM. The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship of Difficulties in Emotion Regulation With Internet Addiction Among College Students. *Horiz Med Sci*. 2019; **26**(1): 38–53. http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3262-en.html
46. Kamp Dush C M, Taylor M G, & Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. Fam relations. 2008; **57**(2): 211–26. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00495.x
47. Aggarwal S, Kaur J, & Kaur S. To assess the coping strategies used among significant family members of patients with end stage renal failure undergoing hemodialysis. Ethn Dis. 2017; **12**(1): 49–52. https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=12&issue=1&article=009
48. Peyambari M, Sadeghi M, Rashidi M, Ahmadi tahour M. The effect of cognitive- behavioral training on depression and psychological hardiness of Patient With cardiovascular diseases. Iran J Heal Educ Heal Promot. 2019; **7**(4): 289–99. http://journal.ihepsa.ir/article-1-1045-en.html
49. Trump LJ, & Mendenhall TJ. Couples coping with cardiovascular disease: A systematic review. Families, *Systems, & Health*. 2017; **35**(1):58–69. https://doi.org/10.1037/fsh0000232
50. Nilsson,A, Carlsson M, Lindqvist R, Kristofferzon ML. A comparative correlational study of coping strategies and quality of life in patients with chronic heart failure and the general Swedish population. Nurs Open. 2017; **4**(3): 157–67. https://doi.org/10.1002/nop2.81
51. Momeni Kh, Ebrahimi P, & Hosseinian S. Promoting mental health and quality of life through a resilience education program for mothers of children with learning disabilities. The Women and Families Cultural-Educational Journal. 2014; **26**: 39–64.
52. Lee J, Han I, Kang B R, Kim S H, Sul W J, & Lee TK. Degradation of crude oil in a contaminated tidal flat area and the resilience of bacterial community. Marine pollution bulletin. 2014; **114**(1): 296–301. https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2016.09.043
53. Lazarus R, & Folkman S. Dynamics of stressfull encounter: Cognitive appraisal, Coping, Emotional Intelligence, and

Encounter outcomes. J Personal Soc Psychol. 1986; **50**: 992–1003. https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992
54. Chatman J D. Risk and resiliency among inner city minority adolescents: A study of coping and ethnic identity (Doctoral dissertation, University of California, Los Angeles). 2006;
55. Benadé P, Du Plessis E, & Koen MP. Exploring resilience in nurses caring for older persons. Heal SA Gesondheid. 2017; **22**: 138-149. https://doi.org/10.1016/j.hsag.2017.01.003
56. Veselska, Z, Geckova A M, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk J P, & Reijneveld SA. Selfesteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. Addict Behav. 2009; **34**(3): 287-291. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.005
57. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 2006; https://psycnet.apa.org/record/2006-03609-020
58. Bigbee JL. Hardiness: A new health perspective in health promotion. *Nurse Pract.* 1985; **10**(11): 51–56. https://doi.org/10.1097/00006205-198511000-00006
59. Garmezy, N, & Masten AS, & Telegen A. The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopatology. child development. 1984; **55**: 97–111. https://doi.org/10.2307/1129837

OPEN PEER REVIEW

Revision (2)

OPEN PEER REVIEW

Revision (3)

Reply to Reviewers

Ideally, the reviewing process can significantly improve the submitted manuscripts by allowing the authors to take into account the advice of reviewers. Author(s) must reply to all reviewers' comments in a separate Word file, point by point. A "**Reply to Reviewers**" document is submitted along with revised manuscript during submission of revised files, summarizing the changes that the authors made in response to the reviewers' comments. The responses to reviewers' comments specifies how the authors addressed each comment the reviewers made.

You can read the authors' responses to the reviewers' comments in the next page.

پیش‌بینی کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس براساس تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای

چکیده

زمینه: بیماری جدید کرونا ویروس و اقدامات محدودیتی ناشی از آن ساختار خانواده‌ها را در معرض برخی مسائل و تنش‌های بحرانی چون کاهش کیفیت زندگی و افزایش خشونت خانگی قرار داده است؛ و بررسی عواملی روانشناختی که در این مهم نقش دارند از اهمیت بسیاری برخوردار است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی و خشونت علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس براساس تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد.

روش: روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متاهل شهر کرج در بازه زمانی اول مهر تا پایان آبان ماه 1399 بود. 241 نفر بصورت در دسترس بعنوان نمونه انتخاب، و با روش اجرای اینترنتی به پرسشنامه‌های سبک‌های مقابلهای (بلینگز و موس، 1984)، کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت، 1996)، خشونت علیه زنان (حاج یحیی، 1999) مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، 2003)، پاسخ گفتند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان با نرم‌افزار SPSS23 استفاده شد.

یافته‌ها: بین تاب‌آوری، سبک مقابله کارآمد با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار، و بین سبک مقابله ناکارآمد با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود دارد (01/0P>). بین تاب‌آوری با خشونت خانگی رابطه منفی معناداری، و بین سبک مقابله ناکارآمد با خشونت خانگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (01/0P>). تاب‌آوری و سبک مقابله کارآمد کیفیت زندگی و خشونت خانگی؛ و سبک مقابله ناکارآمد خشونت خانگی علیه زنان را پیش بینی می‌کند(01/0P>).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته های پژوهش می‌توان دریافت عوامل فردی و روانشناختی افراد می‌تواند در بروز خشونت علیه‌شان و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی نقش بسزایی داشته باشد. بنابراین مشاوران و درمانگران زوج و خانواده می‌توانند در جلسات آموزشی و درمانی عوامل فردی و روانشناختی چون سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری را بررسی کرده و از راهبردهای آموزشی در این زمینه بمنظور افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت مدنظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، سبکهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، خشونت خانگی، قرنطینه ناشی از کرونا

Abstract

Backgrounds: The situation of coronavirus makes stress and can impress marital relationship.It may caused dysfunctional relationship and even can cause domestic violence and it may impress quality of life.

Objectives: present study was carried out based on predicting quality of life and domestic violence against women during coronavirus quarantine based on resilience and coping styles.

Methods: The research method was descriptive -correlational type. Among all married women in Karaj city, 241 of them were selected by a convenience sampling method. The instruments of this study included Resilience Scales (Connor and Davidson, 2003) , Coping Styles Scale (Billngs and Moss, 1984), and the Quality of Life (WHOQOL-BREF, 1996), and the Violence Towards Women Inventory (VTWI) (Haj Yahya, 1999). Data was gathered with online implementation. Data were analysed by using SPSS23 software.

Results: here was significant positive relationship between resilience , efficacy coping styles with quality of life; and there was

significant negative relationship between non efficacy coping styles with quality of life (p> 0/01).
There was significant negative relationship between resilience with domestic violence and there was significant positive relationship between non efficacy coping styles and and domestic violence (p >0.01). resilience and efficacy coping styles predicted quality of life and domestic violence and non efficacy coping styles predicted domestic violence against women(p<0/01) .
Conclusion: according to research findings, it can be found that individual and psychological factor's persons in the occurrence of violence against themselves and thus reduction the quality of life can have a significant role. Therefore couples and families counselors and therapists can check individual and psychological factors such as coping strategies and resilience in educational sessions and they use from educational strategies to increase the quality of life and to reduce violence in this field

Keywords: *resilience, coping styles, quality of life, domestic violence, coronavirus quarantine*

مقدمه

شرایط ناشی از ویروس کرونا باعث بروز استرس در افراد شده و آسیب‌های زیادی به آنان وارد ساخته است (1). روابط زناشویی و خانوادگی یکی از ابعاد تأثیرگذاری استرس ناشی از ویروس کرونا است که می‌تواند فضای خانه را آشفته سازد. چنانچه براساس مطالعه Bo و همکاران نشان داد شرایط آسیب زای ناشی از ویروس کرونا می‌تواند باعث روابط ناکارآمد و حتی خشونت بین زوجین شود (2). در حال حاضر در سراسر دنیا گزارشهایی در مورد افزایش نرخ خشونت خانگی در دوران اپیدمی ویروس کرونا گزارش شده است (3). خشونت خانگی اصطلاحی گسترده است که شامل خشونت شریک صمیمی، سوء استفاده از بزرگترها و کودک آزاری میشود (4). پژوهش‌ها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، و به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامهدار یاد میکنند (5). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهند در دوران اپیدمی اثرات روانی منفی همزمانی خشونت خانگی و قرنطینه خانگی، از جمله استرس پس از سانحه، فرسودگی، اضطراب، افسردگی، سردرگمی و خشم چندین برابر شده است؛ که بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده‌های آن‌ها اثرات مخرب بر جای می‌گذارد (6,7). کیفیت زندگی به عنوان درک فرد از موقعیت خویش در زندگی شناخته میشود که تحت تأثیر فرهنگ و سیستم ارزشی افراد است (8). خشونت خانگی علیه زنان موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان می‌شود (9,10).

از سازههای مطرح که در کیفیت زندگی افراد و به تبع آن خشونت خانگی نقش به سزایی دارد، میتوان به سبکهای مقابله اشاره کرد. یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات جسمی و ذهنی، سبک‌های مقابله فرد با موقعیتهای برانگیزاننده و تنیدگیزا است. افراد سعی میکنند با اتخاذ شیوه‌های منحصر به فردی به مقابله با آن بپردازند. از نظر لازاروس و فولکمن (1984) سبکهای مقابلهای تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری است که افراد هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض تنیدگی به کار میگیرند (11). سبکهای مقابله‌ای یک راه حل خاص برای مشکلات نیستند، اما می‌توان از آنها برای رفع تعارض روانی و کاهش احساسات ناخوشایند چون ترس و تنش استفاده کرد. نتایج مطالعات بیانگر این است که سبک‌های مقابله ای به طور منطقی این ظرفیت را دارند که در حوزه مداخلات تشخیصی و درمانی بویژه در حوزه خانواده و زناشویی مورد استفاده متخصصان واقع شوند (12). در روابط زوجین که سبکهای مقابله‌ای برای کاهش اضطراب ناشی از رخدادها و تعارضات استفاده می‌شود، در صورتی که سبکهای مقابله‌ای به صورت مناسب بهره گرفته نشود موجب افزایش تنش، ناتوانی در برقرار ارتباط و حل مسئله می‌شود. سبکهایی که هر زوج به کار می‌برد، بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری او به شمار می‌رود و به کارگیری راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل استرس‌زا موجب افزایش مشکلات می‌شود (13). به عنوان مثال خشونت زمانی اتفاق می‌افتد که تعادل بین فشار و مهار درونی بر هم بخورد (14). بنابراین، خشونت خانگی را نمی‌توان تنها بر اساس فشارهای روانی خارجی تبیین کرد. زیرا همه ازدواج ها حداقل با مقداری استرس روبرو هستند. تفاوتهای بین ازدواجهای شاد و ناخوشایند را باید حداقل در پرتو نحوه پاسخگویی طرفین به فشار روانی یا برقراری ارتباط با یکدیگر توضیح داد (15). براساس نظر ریچاردسون و ولفلک[1] (1984)، پاسخ‌های استرس نتیجه مستقیم عوامل محیطی محسوب نمی‌شوند، زیرا عوامل محیطی به خودی خود خنثی هستند و نمی توانند واکنش های استرسی ایجاد کنند. استرس نتیجه ارزیابی، درک و تفسیر ارگانیسم از موقعیت ها و حوادث است (16). پژوهش‌ها نیز نشان میدهد روشهای مقابله با تنیدگی منجر به کاهش فشار روانی و حل تعارض میشود (17,18). براساس نتایج پژوهش Wang, Xia, Xiong, Li, Xiang, Yuan و همکاران تأهل و

[1] Woolfolk, & Richardson

سبک مقابله از عوامل تأثیرگذار بر پریشانی روانشناختی است و ویروس همه گیر کوید-19 موجب افزایش فشار روانی شده است(19) . محققین دریافتند در مواقعی که سوء استفاده اقتصادی بیشتر باشد، کیفیت زندگی پایین‌تر است و بالعکس؛ و سوء استفاده اقتصادی در بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت نقش بسزایی دارد (20). Lee, Seo, Lee, Park, Lee و همکاران در پژوهشی نشان دادند که گروه‌های سالم از روش متمرکز بر مسئله و گروه‌های متعارض از روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (21). نوروزی، و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که که با افزایش مقابله مسأله مدار و با کاهش مقابله هیجان مدار، میانگین کیفیت زندگی افزایش می یابد (22). موسوی و همائی در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که پیش بینی کیفیت زندگی از روی راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار معنی‌دار می‌باشد و پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی می‌باشند (23). در تحقیق صبوری و میرهاشمی نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابلهای با خشونت علیه زنان همبستگی معنیدار وجود دارد و میتوان خشونت علیه زنان را پیش‌بینی کرد (24).

براساس نتایج تحقیقات، یکی از متغیرهایی که می تواند بر روابط زوجین تأثیرگذار باشد وخود نیز از سبک‌های مقابله‌ای تأثیر بپذیرد تاب‌آوری است (25). لذا تاب‌آوری به عنوان یک متغیر میانجی مناسب در رابطه بین مقابله با رویدادهاي استرسزا در روابط زوجین همچون خشونت خانگي مورد بررسی قرار گیرد (26). انجمن روانشناسی امریکا [1](2014) تابآوری را "سازگاری خوب در مواجهه با سختی، تروما، تراژدی، تهدید و منابع قابل توجه استرس" تعریف میکند (27). سازه‌ای که براساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوّت بنا شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات است (28). به عبارت دیگر، براساس نظریه کانر و دیویدسن (2003)، تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی توصیف شده است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با مشقت‌ها و سختی‌ها رشد کرده و مقاوم باشد (29). به طور کلی مطابق با Meister و همکاران (30) برخی پژوهشگران تاب‌آوری را پیامد یک سازه می‌بینند و آن را نداشتن مشکلات روان شناختی در پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا می‌دانند، دیگران بیشتر روی فرایند تاب آوری تمرکز دارند که انطباق سریع با رویداد استرس‌زا را نشان می‌دهد. دیدگاه سوم نیز تاب‌آوری را به ویژگی شخصیتی فرد ربط می‌دهد که به خوبی در مقابل رویدادها واکنش نشان می‌دهد (31). تاب‌آوری در حوزه خانواده و روابط همسران، ویژگیای است که به افراد و همسران کمك میکند کمتر تحت تأثیر پیشامدهای ناگوار قرار بگیرند و همسرانی که از ویژگی تابآوری برخوردار نیستند توانایی تعدیل شرایط ناگوار و استرسهای ناشی از مشکلات زناشویی را ندارند، که این موجب افزایش تعارضات و نارضایتی زناشویی میشود (32). Carbonell, & Timpano در پژوهش خود نشان دادند افراد دارای تابآوری، سطوح بالای انسجام خانوادگی، ارتباطات مؤثرتر و مشکلات کم در عملکرد خانواده را گزارش کردند، اما افرادی که دارای تابآوری پایین بودند، مسائل و مشکلات بیشتری را در ارتباطات خانوادگی داشتند(33) . تعارضات زناشویی در همسرانی که تابآوری ندارند، افزایش می‌یابد (32,34). پژوهشی ارتباط مثبت و معنی‌دار سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با تاب‌آوری را مورد تأیید قرار داد (35). پژوهش دیگری نشان داد که سبک مقابله ناکارآمد پیش‌بینی کننده منفی و سبک مقابله کارآمد پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری در افراد دارای تجربه بحران می‌باشد (35). همچنین خودکارآمدی به صورت معنی داری کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و متغیر تاب‌آوری به صورت معنی‌داری در پیش‌بینی کیفیت زندگی مؤثر است. خودکارآمدی و تاب‌آوری نیز با هم 6/33% از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می کنند (36).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد خشونت خانگی نسبت به شریک زندگی او را در معرض آسیب‌های جسمی و روانشناختی قابل توجهی قرار می‌دهد و بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده آنان اثرات مخرب و ماندگار می‌گذارد (7). بر این اساس و با توجه به این که در طول شیوع بیماری کرونا دسترسی قربانیان خشونت خانگی به سیستم‌های حمایتی و خدمات بهداشتی با محدودیت مواجه شده است، می‌توان با شناخت دقیق عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و بروز خشونت خانگی و جنبه‌های متعدد آن زمینه مناسبی را در جهت پیشگیری، آموزش، مداخله و درمان قربانیان و خانواده‌های آنها فراهم نمود. براین اساس پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی و خشونت علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس براساس تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد.

روش

پژوهش حاضر جزء مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان متأهل شهر کرج در بازه زمانی اول مهر تا پایان آبان ماه 1399 بود. به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از نمونه در دسترس و روش اجرای اینترنتی استفاده شد. به این صورت که ابتدا هدف پژوهش، ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، شرح روش اجرا و پاسخگویی به

[1]. American Psychological Association

سؤال‌های هر پرسشنامه، و پرسشنامه‌های مورد نظر به صورت آنلاین طراحی شد و پس از تعیین موقعیت جغرافیایی شهر کرج، به مدت دو ماه از طریق شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و واتساپ) برای زنان شهر کرج انتشار یافت. در نهایت پس از دوماه، 344 نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند که در نرم افزار SPSS25 مورد بررسی قرار گرفته و شرکت‌کنندگانی که با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار نبودند حذف شد. در نهایت پرسشنامه‌های تعداد 241 زن به عنوان نمونه نهایی پژوهش با استفاده از آزمونهای همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان به وسیله نرم افزار SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

ملاکهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی 50-20 سال، عدم متارکه و فوت همسر، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای سنجش که در پژوهش استفاده شد عبارت بود از:

مقیاس تابآوری: توسط کانر و دیویدسون (2003) با 25 گویه تهیه شده است. پاسخگویی به سؤالات در یک مقیاس 5 درجهای لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین صفر تا 100 قرار دارد. محمدی (1384) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ 89/0 گزارش کرده است؛ روایی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین 14/0 تا 64/0 گزارش شده است (37). در پژوهش عبادت‌پور و همکاران با روش آلفای کرونباخ محاسبه و 90/0 گزارش شده است(37) . در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 56/0 و پایایی ترکیبی 92/0، و آلفای کرونباخ 91/0 به دست آمد.

پرسشنامه خشونت علیه زنان[1] (VTWI): پرسشنامه خشونت علیه زنان توسط حاج یحیی[2] (1999) تهیه شده است، و توسط خسروی و خاقانی فرد (1383) در ایران ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن توسط اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل 32 ماده و چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی است. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد این پرسشنامه در یک مقیاس 3 درجه‌ای (هرگز=1؛ یک بار= 2؛ دوبار یا بیشتر=3) قرار می‌گیرد، بنابراین دامنه نمرات بین 32 تا 96 است. شاخص عددی روایی خارجی و داخلی پرسشنامه تاکنون در پژوهشی گزارش نشده است. حاج یحیی (1999) برای به دست آوردن پایایی این پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و نتایج آن را برای خشونت روانی 71/0، خشونت فیزیکی 86/0، خشونت جنسی 93/0 و خشونت اقتصادی 92/0 گزارش کرد که نشان از پایایی مطلوب این پرسشنامه دارد (38). در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 97/0 گزارش شده است (38). همچنین ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در نمونه 130 نفری پژوهش خجسته‌مهر، امان‌الهی، زهره‌ای و رجبی (39)، 91/0 و در پژوهش اصلانی، خدادادی اندریه، امان‌الهی، رجبی و استیس (40) 76/0 گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ 94/0 به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[3] (WHOQOL-BREF)**:** این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (1996) تنظیم شده است. شامل 26 سؤال می‌باشد و به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد میپردازد که عبارتند از: 1) سلامت جسمانی، 2) سلامت روانشناختی، 3) روابط اجتماعی، 4) ادراک از محیط زندگی. پاسخگویی به سؤالها به صورت 5 گزینهای (اصلاً=1، خیلی کم=2، در حد متوسط=3، زیاد=4 و خیلی زیاد=5) تنظیم شده است و سؤالات 3، 4 و 26 به صورت منفی نمرهگذاری میشوند. دامنه نمره بین 125-25 میباشد (41). در ایران ضریب آلفای کرونباخ بین 73/0 تا 89/0 برای خرده مقیاسهای چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی (با فاصله سه هفتهای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده و هر سه مورد بیانگر مطلوبیت مقیاس بوده است. همچنین روایی این مقیاس برای بعد سلامت جسمی، سلامت روان، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط زندگی به ترتیب 70/0، 77/0، 65/0 و 77/0 گزارش کردهاند. در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این پرسشنامه 65/0 و پایایی ترکیبی 94/0، و آلفای کرونباخ 92/0 به دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های مقابلهای: این پرسشنامه توسط بلینگز و موس[4](1984) ساخته شده با هدف سنجش نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرسزا تهیه شده است. شامل 32 ماده و دو نوع راهبرد مقابله ای کارآمد و ناکارآمد می‌باشد. پاسخ‌گویی به ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت (هیچ وقت= صفر تا همیشه= 3) تنظیم شده است. بیلینگز و موس دو نوع سبک مقابلهای کارآمد و ناکارآمد را با توجه

[1].Violence Toward Women Inventory (VTWI)

[2]. Hajyahi, M

[3].World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire

[4]. Billings, & Moos

به سؤالات طراحی کردند. راهبردهای مقابلهای کارآمد شامل سؤال‌های 1، 3، 4، 6، 11، 16، 18، 29، و 30 و راهبردهای مقابلهای ناکارآمد شامل سؤالهای 2، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15، 17، 19، 20 ، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 31، و 32 است (42). این مقیاس در ایران توسط حسینی قدمگانی (1376) هنجارپابی شده و ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه 79/0 و اعتبار همسانی درونی آن از 41/0 تا 66/0گزارش شده است (43). در پژوهش پیری، امیری مجد، بزازیان و قمری آلفای کرونباخ راهبرد مقابلهای کارآمد 72/0 و راهبرد مقابلهای ناکارآمد 75/0 گزارش شده است (44). در پژوهش حاضر روایی تشخیصی این مقیاس 53/0 و پایایی ترکیبی 81/0، و آلفای کرونباخ 76/0 به دست آمد.

یافتهها

با توجه به یافته‌های جدول 1، از مجموع 241 زن شرکت‌کننده در پژوهش 63 نفر (26%) با بالاترین فراوانی در دامنه سنی 39-35 سال، و 9 نفر (4%) با کمترین فراوانی در دامنه سنی 24-20 سال قرار دارند. 61 نفر(25%) آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم ، 16نفر (7%) کاردانی، 102 نفر (42%) کارشناسی، 53 نفر(22%) کارشناسی ارشد، و 9 نفر(4%) دکترا بودند. از این میان 98 نفر(40%) دارای شغل دولتی، 38 نفر(16%) شغل غیردولتی، و 105 نفر(44%) خانه‌دار گزارش شدند. همچنین یافته‌ها نشان‌داد 82 درصد شرکت‌کنندگان خشونت خانگی زیاد و 16درصد خشونت خانگی متوسط را در دوران قرنطینه ناشی از کرونا ویروس گزارش کردند. 58 درصد شرکت‌کنندگان دارای کیفیت زندگی متوسط و 36 درصد کیفیت زندگی پایینی داشتند.

میانگین و انحراف معیار، متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، خشونت خانگی و کیفیت زندگی زنان محاسبه و نتایج در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1. اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (n=241)

متغیر		فراوانی	درصد	میانگین ± انحراف معیار
دامنه سنی (%)	20-24	9	4	
	25-29	24	10	
	30-34	53	22	
	35-39	63	26	
	40-44	37	15	
	45-50	55	23	
سطح تحصیلات (%)	دیپلم	61	25	
	کاردانی	16	7	
	کارشناسی	102	42	
	کارشناسی ارشد	53	22	
	دکتری	9	4	
طول مدت ازدواج (%)	1-5	50	21	
	6-10	52	22	
	11-15	50	21	
	16-20	37	14	
	21-25	27	11	
	26-30	21	9	
	31-35	4	2	
وضعیت شغلی (%)	دولتی	98	40	
	غیر دولتی	38	16	
	خانه دار	105	44	
وضعیت خشونت خانگی	کم	6	2	
	متوسط	38	16	
	زیاد	197	82	
وضعیت کیفیت زندگی	پایین	86	36	
	متوسط	140	58	
	بالا	15	6	
سبک‌های مقابله‌ای	کارآمد			26/25 ± 79/3
	ناکارآمد			56/63 ± 05/8
تاب آوری				66/92 ± 04/16
کیفیت	کل			41/60 ± 01/15

زندگی	سلامت جسمانی	64/17 ± 86/4
	سلامت روانشناختی	81/14 ± 06/4
	روابط اجتماعی	6/7 ± 48/2
	ادراک از محیط	35/20 ± 63/5
خشونت خانگی	کل	39/84 ± 26/12
	روانی	78/39 ± 99/7
	فیزیکی	26/31 ± 76/3
	جنسی	11/8 ± 53/1
	اقتصادی	31/5 ± 21/1

در جدول 2 ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول 2. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	1	2	3	4
1. خشونت خانگی	1			
2. تاب‌آوری	188/0-**	1		
3. کیفیت زندگی	284/0-**	638/0**	1	
4. سبک مقابله کارآمد	077/0	325/0-**	325/0**	1
5. سبک مقابله ناکارآمد	285/0**	493/0**	336/0-**	131/0*
	P	P*<05/0	P*<01/0	

با توجه به یافته‌های جدول فوق متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد با خشونت خانگی در سطح معناداری 01/0 همبسته‌اند.

به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس براساس تاب آوری و سبک های مقابله‌ای (کارآمد، ناکارآمد) زنان از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون همزمان در جدول 3 ارائه شده است.

جدول3: خلاصه نتایج مدل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی و خشونت خانگی

متغیرهای پیش بین مدل همزمان		MR	RS	F	sig	ضرایب غیر استاندارد			ضرایب استاندارد	
						B	خطا	β	t	sig
کیفیت زندگی	تاب آوری	651/0	423/0	013/58	0001/0	629/0	065/0	602/0	727/9	0001/0
	سبک کارآمد					091/0-	273/0-	020/0-	332/0-	740/0
	سبک ناکارآمد					272/0-	105/0-	136/0-	596/2-	010/0
خشونت خانگی	تاب آوری	302/0	091/0	90/7	0001/0	090/0-	062/0-	113/0-	454/1	147/0
	سبک کارآمد					060/0-	261/0-	017/0-	230/0-	818/0
	سبک ناکارآمد					379/0-	100/0-	249/0-	781/3-	0001/0

با توجه به یافته‌های جدول 3، ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای (کارآمد، ناکارآمد) با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در سطح 01/0 معنادار

است و متغیرهای پیش‌بین در مجموع 42/0 از واریانس نمره کیفیت زندگی و 09/0 از واریانس نمره خشونت خانگی را پیش‌بینی می‌کنند. از بین متغیرهاي پیش‌بین، تاب آوری و سبک ناکارآمد قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی و سبک ناکارآمد قادر به پیش‌بینی خشونت خانگی است. تاب‌آوری (602/0) و سبک ناکارآمد (136/0-) با بتای بیان شده سهم یگانه‌ای در تبیین متغیر کیفیت زندگی، و سبک ناکارآمد (249/0) با بتای بیان شده سهم یگانه‌ای در تبیین متغیر خشونت خانگی وقتی واریانس تبیین شده به وسیله همه متغیرهای دیگر کنترل شده باشد دارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی و خشونت علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس براساس تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای انجام شد. بطورکلی نتایج نشان داد تاب‌آوری و سبک مقابله کارآمد کیفیت زندگی؛ و سبک مقابله ناکارآمد، خشونت خانگی علیه زنان را در دوران قرنطینه کرونا ویروس پیش‌بینی می‌کند.

یافته نخست نشان داد بین سبک مقابله ناکارآمد با خشونت خانگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد، و سبک مقابله ناکارآمد قادر به پیش‌بینی خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس است. این یافته با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (22)، صبوری و میرهاشمی (24)، موسوی و همائی (23)، وانگ و همکاران (19)، همسو است. یافته فوق را می‌توان چنین تبیین نمود که: به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای به افراد کمک مي‌کند تا بر بسیاری از تعارضات فردی، مشکلات مربوط به روابط اجتماعي، جسماني و رواني غلبه کنند. آنچه با عنوان سبک‌های مقابله‌ای مطرح مي‌شود، روش‌های برخورد با مسائل است. متوسل شدن به سبک گریز-اجتناب در موقعیت‌های پر تنش، موقعیت حل مسئله را از شخص سلب مي‌کند. این شرایط باعث مي‌شود نه تنها مشکل ایجاد شده به قوت خود باقي بماند بلکه به صورت مکرر، تنش همراه با آن به زندگي برگردد. این در حالي است که یافته‌ها نشان مي‌دهند که زیان بخش‌ترین متغیرها برای روابط صمیمانه، عوامل فشارزایي خفیف و مزمن بیروني هستند که به روابط صمیمانه سرایت مي‌کند. این عوامل استرس‌زا دلیل تنش و تعارض در بین زوج‌ها و بیگانگي میان آنهاست که احتمال طلاق را افزایش مي‌دهد (45). بر طبق نظرAltheimer راهبردهای گریز و اجتناب و پذیرش مسئولیت جزء مقابله‌های هیجان مدار هستند که فرد برای متعادل ساختن عواطف و هیجانات، کنترل واکنش‌های هیجانی انجام می‌دهد. طبق نظریه Lang, & Scott مقابله هیجان‌مدار ثبات متوسطی دارد چون فرد کمتر تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار می‌گیرد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای گریز و اجتناب یعنی کوشش‌های زن در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا و گریز از واقعیت. طبق نظر Carver این نوع مقابله در مراحل اولیه مقابله با موقعیت فشارآور، می‌تواند مؤثر باشد، وقتی فرد از راهبرد اجتناب استفاده می‌کند از فشار روانی و موقعیت‌های فشار روانی اجتناب می‌کند پس وقتی در معرض عامل فشارزا قرار ندارد طبیعی است که مورد خشونت قرار نگیرد. مشکل گشایی برنامه‌ریزی شده مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز بر خود مشکل است که با بکارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی توأم می‌باشد. طبق نظریه ناکامي 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 (24).

یافته دوم نشان داد بین سبک مقابله کارآمد با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار و بین سبک مقابله ناکارآمد با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود دارد، و سبک مقابله کارآمد قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش (نوروزی و همکاران (22)، موسوی و همائی (23)، آدامز و بیبل (20) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که افراد با اتکاء به سبك‌های مقابله‌ای در شرایط پر استرس به استفاده و بهره‌برداری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی در محافظت از خودشان در برابر تأثیرات منفی استرس می‌پردازند (46). در فرایند مقابله، افراد به تلاش‌هایی با ماهیت رفتاري و شناختی براي پیشگیري، نظم بخشیدن و فرو نشاندن تنیدگی می‌پردازند. در واقع، سبك‌هاي مقابله فرایندي است که طی آن فرد به اداره خواست‌هایی می‌پردازد که فراتر از منابع و توانایی‌هاي شخصی در شرایط تهدید کننده هستند و بر حسب موفقیت‌آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر می‌کند (47) و به این ترتیب از آسیب‌های استرس در امان مانده و کیفیت زندگی خود را ارتقا می‌بخشد. افراد به کمك مهارتهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی کرده و مولدهای بروز هیجانات منفی توسط خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهند(48) . سبك مقابله‌اي مسئله مدار با ایجاد تلاش‌هاي شناختی و رفتاري به جلوگیري، مدیریت و کاهش تنیدگی منجر می‌شود که می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روانی بکاهد و سلامت روانی و سازگاري روانی و اجتماعی را افزایش دهد (49) که خود می‌تواند زمینه ساز سبك زندگی سالم و در نتیجه کیفیت زندگی باشد. از سویی تاب‌آوری، عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از افراد در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی

محافظت می‌نماید. از سوی دیگر تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبه‌رو شوند و بدون این که آسیب زیادی ببینند از این موقعیت‌ها به عنوان فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود استفاده کنند (50). این توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرآیندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند.

یافته سوم پژوهش نشان داد بین تاب‌آوری با خشونت خانگی رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کاربونل و تیمپانو (33) همسو است. تاب‌آوری یکی از عواملی است که خط سیر رشد را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب‌های روانشناختی محافظت کرده و علیرغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌شود (51). عاملی که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (52). اما از سویی، تاب‌آوری توانایی سازگاری بر حسب شرایط محیطی است. افراد تاب‌آور دارای رفتار خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمل، تعدیل و تغییر شرایط استرس‌زا را دارند (50). به عبارت دیگر، تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر شرایط استرس‌زا تلقی می‌شود و می‌تواند توانش اجتماعی فرد را در هنگام مشکلات بهبود بخشد و خشونت خانگی نیز نوعی شرایط تهدیدزا تلقی می‌شود، افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند بهتر می‌توانند بر مشکلات‌شان غلبه کنند. افراد دارای تاب‌آوری پایین هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا رویکرد محافظه‌کارانـه و انعطاف‌ناپذیری را لحاظ کرده و به روش ناسازگارانه رفتار می‌کنند، در مقابل افراد دارای تاب‌آوری بالا با داشتن انعطاف‌پذیری بیشتر عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و اعتماد به نفس بیشتر و سازگاری روانشناختی بهتری دارند (52).

یافته چهارم نشان داد بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کروناویروس رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ و تاب‌آوری، کیفیت زندگی زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش رزم پوش و همکاران (36) همسو است. تاب‌آوری به عنوان يك مفهوم دوبعدی يعني اهميت ناگواری و سازگاري مثبت در نظر گرفته مي‌شود، كه مي‌تواند بر روی كيفيت زندگي و ابعاد آن تأثيرگذار باشد (54). تاب‌آوری از ميزان بزرگي تهديد در ارزيابي آن مي‌كاهد و انتظار فرد را مبني بر اينكه تلاش‌هايشان نتيجه بخش خواهند بود را افزايش مي‌دهد. افراد با تاب‌آوری بالا قادرند به شيوه مناسب‌تری با استرس كنار بيايند و همچنين بار ديگر تجارب متناقض خود را تنظيم و تفسير كنند (55). افراد تاب‌آور مي‌توانند از طريق شايستگي‌های لازم برای حل مشكلات در شرايط بحران و استرس با استفاده از هيجان‌های مثبت و كم كردن هيجان‌های منفي به يك تعادل و وضعيت مناسب برسند. از نظر Garmezy افراد تاب‌آور در برابر استرس، عموماً دارای منبع كنترل دروني هستند، يعني مي‌توانند مسئوليت شرايط و مسائل خود را بر عهده گيرند خودشناسي مثبت دارند و نسبت به زندگي خوش‌بين هستند (56). بنابراين افرادی با اين ويژگي‌ها در مقابل شرايط فشارزا و پراسترس از راهكارهای كارآمد و اثربخش استفاده مي‌كند، كه موجب افزايش و بهبود كيفيت زندگی نيز می‌شود.

به طور کلی نتایج پژوهش و روابط حاکم بین متغیرها نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای (کارآمد و ناکارآمد)، و تاب‌آوری به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر و مهم بر کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان نقش دارند. نتایج این مطالعه گویاي آن است كه، عوامل فردی و روانشناختی فرد خشونت دیده می‌تواند در بروز خشونت علیه وی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی نقش بسزایی داشته باشد. بنابراین به منظور مقابله بهتر با این پدیده، می‌توان اقداماتی در جهت بهبود ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی زنان جامعه همچون سبک‌های مقابله‌ای کارآمد، و تاب‌آوری مد نظر قرار داد تا بدین ترتیب موجبات افزایش کیفیت زندگی و کاهش خشونت علیه زنان را فراهم نمود.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط روبه رو می‌سازد. اول آنکه با توجه به شرایط همه‌گیری کرونا ویروس، اجرای پژوهش بصورت غیرحضوری و از طریق شبکه‌های مجازی صورت گرفت و بسیاری از افراد به دلیل عدم دسترسی به شبکه‌های مجازی، در این پژوهش شرکت نکردند. همچنین کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون عوامل فرهنگی که ممکن است در تاب‌آوری، کیفیت زندگی و خشونت خانگی نقش داشته باشند امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه پژوهش حاضر در شرایط عادی به صورت حضوری و در فرهنگ‌های گوناگون بر روی زنان انجام شود تا بتوان به یک نتیجه قطعی‌تر دست یافت. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خشونت خانگی به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گیرد. دست اندرکاران حوزه زوج و خانواده، مشاوران و درمانگران برنامه‌های آموزشی را در راستای پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان در مورد عوامل و

ویژگی‌های شناختی زن در خانواده و در ارتباط با همسر مورد استفاده قرار دهند تا بدین ترتیب خطر خشونت علیه آن‌ها در خانواده کاهش یابد.

مشارکت نویسندگان: مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره نویسنده اول می باشد که با راهنمایی دکتر محمد قمری، و مشاوره‌های دکتر سیمین حسینیان انجام شده است.
تکرارپذیری داده‌ها: داده های مربوط به این پژوهش موجود می باشد و در صورت درخواست به سردبیر مجله ارائه می شود.
تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.196 مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.
بودجه/حمایت: این مطالعه بدون حمایت مالی توسط دانشجو (ویسنده اول مقاله) انجام شد
ملاحظات اخلاقی: در مورد محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی؛ مشارکت داوطلبانه توضیحاتی به شرکت کنندگان ارائه شد. فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. در مورد آزادی در انصراف از شرکت در پژوهش در هر مقطعی از پاسخگویی، توضیحاتی لازم قبل از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها ارائه شد.
تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را گزارش نکرده‌اند.

References

1. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, & Asmundson GJ. No COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. Depress anxiety. 2020; **37**(8): 706–14. https://doi.org/10.1002/da.23071
2. Bo, HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X,& Xiang YT.Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. Psychological medicine. 2021; **51**(6): 1052-1053. https://doi.org/10.1017/S0033291720000999.
3. Lobie TA, Tesfaye D, & Abrham A. A narrative synthesis on COVID-19 risks and concerns in developing countries: The case of Ethiopia. Journal of Public Health and Epidemiology. 2020; **12**(2): 86–97. https://doi.org/10.5897/JPHE2020.1221
4. Huecker, MR., & Smock W. Domestic Violence . NCBI: [Internet]. 2020; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/ Accessed 10 Oct 2020.
5. Alesina A, Brioschi B, & La Ferrara E. Violence against women: A cross-cultural analysis for Africa (No. w21901). Natl Bur Econ Res. 2016. https://doi.org/10.3386/w21901
6. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M J, Chatterjee S, Lahiri D, & Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev. 2020; **14**(5): 779-788. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035
7. Telles L E, Valenca A M, Barros A J, & da Silva AG. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. Brazilian J Psychiatry. 2020; **43**(3), 233-234. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060
8. Reb A M, & Cope DG. Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. Western Journal of Nursing Research. 2019; ***41***(10): 1385–1406. https://doi.org/10.1177/0193945919846901
9. Shama AK, & Vachher AS. Domestic violenece against women and their mental health status in a clony in Delhi. Ind J community Med. 2010; **35:** 403–5. https://doi.org/10.4103/0970-0218.69266
10. Setayesh N, Ezoji K, Bakhshizade M, Nojomi M. Domestic violence and physical and mental state of women. RJMS. 2017; **24**(154): 20–6. http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4300-en.html
11. El-Sayed H S M, Elmashad HAM, & Ibrahim AAW. Benson's relaxation therapy: Its effect on stress and coping among mothers with high risk pregnancy. International Journal of Nursing Didactics. 2017; **7**(6):16–25. https://doi.org/10.15520/ijnd.2017.vol7.iss6.226.16-25
12. LaCourseA, Listwan S J, Reid S, & Hartman JL. LaCourse, A., Listwan, S. J., Reid, S., & Hartman, J. L. (2019). Recidivism and Reentry: The Role of Individual Coping Styles. *Crime & Delinquency*. 2019; **65**(1): 46-68. https://doi.org/10.1177/0011128718790497
13. Alaghband L, Sharifi HP, Farzad V, & Aghayousefi A. Predicting emotional divorce based on emotional literacy, coping styles, quality of life, resilience mediation. Journal of Psychological Science. **19**(90), 733-743. http://psychologicalscience.ir/article-1-603-fa.html
14. Sadock's, BJ, Sadok's VA, & Ruiz P. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Scienes/Clinical Psychiatry*. Translated by: Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand Publications.; 2019.
15. Sappington A. Mental Health. Translated by: Hosseinshahi Baravati. Tehran: Ravan.; 2020.
16. Khodayarifard M, & Parand A. *Stress and Coping Styles*. University of Tehran Press.; 2012.
17. Das S, Das B, Nath K, Dutta A, Bora P, & Hazarika M. Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017; **28**: 133–139. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.040
18. Sarani A, Azhari S, Mazlom S, Aghammohamadiansherbaf H. The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers. J Babol Univ Med Sci. 2016; **18**(7): 7–13.

http://jbums.org/article-1-5736-en.html
19. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, Liu Y, & Li Z. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 2020; **15**(5): e0233410. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233410
20. Adams A E, & Beeble ML. Intimate partner violence and psychological well-being: Examining the effect of economic abuse on women's quality of life. Psychology of Violence. 2019; **9**(5): 517–525. https://doi.org/10.1037/vio0000174
21. Lee J H, Seo M, Lee M, Park S Y, Lee J H, & Lee SM. Profiles of coping strategies in resilient adolescents. Psychological reports. 2017; **120**(1): 49–69. https://doi.org/10.1177/0033294116677947
22. Noroozi E, Dehghani A, Nokani M, Haghayegh SA. Predictors of Quality of Life based-on Coping Strategies and Spiritual Health among Pregnant Women with Obesity. Community Health. 2021; **8**(2): 264–72. http://journals.sbmu.ac.ir/ch
23. Moosavi A, & Homaei R. The relationship between coping strategies, cognitive emotion regulation and mindfulness with quality of life in mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Exceptional Education. 2019; **19**: 9–20. http://ensani.ir/file/download/article/1581766662-9991-157-1.pdf
24. Mirhashemi M, & Sabori S. Prediction of Violence Dimentions upon Coping Strategies in Women of Domestic Violence Victim. fpcej. 2015; **1**(2):1–13. http://fpcej.ir/article-1-75-en.html
25. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-Related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles, 2020; **82**(1-2): 44-52. https://doi.org/10.1007/s11199-019-01032-0
26. Bonanno G A, Galea S, Bucciareli A, & Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographic resources and life stress. *J Consult Clin Psychol*. 2007; **75**(5): 671-682. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671
27. Southwick S M, Bonanno G A, Masten AS, Panter-Brick C, & Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J psycho Traumatol*. 2014; **5**(1): 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338
28. Norman S M, Avey J B, Nimnicht J L, & Graber Pigeon N. The interactive effects of psychological capital and organizational identity on employee organizational citizenship and deviance behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 2010; **17**(4), 380-391. https://doi.org/10.1177/1548051809353764
29. Gras ME, Font-Mayolas S, Baltasar A, Patiño J, Sullman MJ, Planes M. La escala de resiliencia de Connor-Davidson en adultos españoles jóvenes. Clínica y Salud. 2019; **30**(2): 73-79. https://doi.org/10.5093/clysa2019a11
30. Meister R E, Weber T, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, chmid J, & Känel R. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. Open Hear. 2015; **2**(1): e000261.
31. Ebad por A, & Saber S. Assessment of marital satisfaction based on resilience and self-differentiation. Journal of Psychometry. 2015; **4**(13): 1-11. https://jpsy.riau.ac.ir/article_349.html
32. Darnhofer I, Lamine C, Strauss A, & Navarrete M. The resilience of family farms: Towards a relational approach. *J Rural Stud*. 2016; **44**(1): 111-122. https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2016.01.013
33. Carbonella JY, & Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. Behav Ther. 2016; **47**(2): 262–73. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003
34. Chen C. The role of resilience and coping styles in subjective wellbeing among Chinese university students. Res Asia-Pacific Educ. 2016; **25**(3): 377–87. https://doi.org/10.1007/s40299-016-0274-5
35. Wolfe T, & Ray S. The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. Int J Ment Heal Promot. 2015; **17**(2): 78-96. https://doi.org/10.1080/13642529.2015.1008799
36. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. Shefaye Khatam. 2019; **7**(1): 34–42. http://shefayekhatam.ir/article-1-1857-en.html
37. Ebadatpour B, Navabinejad Sh, Shafie Abadi A, Falsafinejad M. Formulation of a Pattern for Marital Burn out Based on Family Function, Individual Resilience and Spiritual Beliefs. Psychol Methods Model. 2014; **3**(13): 29-45. http://journals.miau.ac.ir/article_338.html
38. Etesamipour R. Comparison of spouse abuse, low self- esteem and sexual disorders in married women in city and village.J Res Heal 2012; **2**(2): 191–199. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-150230
39. Khojasteh Mehr R, Zohrei E, Rajabi G. Attachment styles, causal attribution and responsibility attribution as predictors of violence against women. Fam Psychol. 2014; **1**(1): 41–52. http://ijfp.ir/browse.php?a_id=53&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
40. Aslani Kh, Khodadadi andarie F, Amanelahi A, Rajabi Gh, Stith S. The effectiveness of domestic violence–focused couple therapy on violence against women: Intervention in maladjusted couple relationships living in Ahvaz. *J Fam Couns Psychother*. 2020; **9**(2): 215-232. https://doi.org/20.1001.1.22516654.1398.9.2.10.6
41. Rahimi M, & Khayyer M. The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Found Educ*. 2009; **010**(1): 5–25. Doi:10.22067/fe.v10i1.2096
42. Billings A G, & Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Personal Soc*

Psychol. 1984; **46**(4): 877. https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.877
43. Homayoon Nia Firoozjah M, Sheikh M, & Hemayat Talab R. The relationship between behavioral disorders, coping strategies and emotional intelligence in young athletes. Mot Behav. 2014; **6**(17): 141–56. https://mbj.ssrc.ac.ir/article_21_3.html?lang=en
44. Piri Z, Amiri Majd M, Bazzazian S, GhamariM. The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship of Difficulties in Emotion Regulation With Internet Addiction Among College Students. *Horiz Med Sci*. 2019; **26**(1): 38–53. http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3262-en.html
45. Kamp Dush C M, Taylor M G, & Kroeger RA. Marital happiness and psychological well-being across the life course. Fam relations. 2008; **57**(2): 211–26. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00495.x
46. Aggarwal S, Kaur J, & Kaur S. To assess the coping strategies used among significant family members of patients with end stage renal failure undergoing hemodialysis. Ethn Dis. 2017; **12**(1): 49–52. https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bfunj&volume=12&issue=1&article=009
47. Peyambari M, Sadeghi M, Rashidi M, Ahmadi tahour M. The effect of cognitive- behavioral training on depression and psychological hardiness of Patient With cardiovascular diseases. Iran J Heal Educ Heal Promot. 2019; **7**(4): 289–99. http://journal.ihepsa.ir/article-1-1045-en.html
48. Trump LJ, & Mendenhall TJ. Couples coping with cardiovascular disease: A systematic review. Families, *Systems, & Health*. 2017; **35**(1):58–69. https://doi.org/10.1037/fsh0000232
49. Nilsson,A, Carlsson M, Lindqvist R, Kristofferzon ML. A comparative correlational study of coping strategies and quality of life in patients with chronic heart failure and the general Swedish population. Nurs Open. 2017; **4**(3): 157–67. https://doi.org/10.1002/nop2.81
50. Momeni Kh, Ebrahimi P, & Hosseinian S. Promoting mental health and quality of life through a resilience education program for mothers of children with learning disabilities. The Women and Families Cultural-Educational Journal. 2014; **26**: 39–64.
51. Lee J, Han I, Kang B R, Kim S H, Sul W J, & Lee TK. Degradation of crude oil in a contaminated tidal flat area and the resilience of bacterial community. Marine pollution bulletin. 2014; **114**(1): 296–301. https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2016.09.043
52. Benadé P, Du Plessis E, & Koen MP. Exploring resilience in nurses caring for older persons. Heal SA Gesondheid. 2017; **22**: 138-149. https://doi.org/10.1016/j.hsag.2017.01.003
53. Veselska, Z, Geckova A M, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk J P, & Reijneveld SA. Selfesteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. Addict Behav. 2009; **34**(3): 287-291. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.005
54. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 2006; https://psycnet.apa.org/record/2006-03609-020
55. Bigbee JL. Hardiness: A new health perspective in health promotion. *Nurse Pract.* 1985; **10**(11): 51–56. https://doi.org/10.1097/00006205-198511000-00006
56. Garmezy, N, & Masten AS, & Telegen A. The study of stress and competence in children: building blocks for developmental psychopatology. child development. 1984; **55**: 97–111. https://doi.org/10.2307/1129837

OPEN PEER REVIEW

Revision (3)