

مدل یابی روابط ساختاری پنج عامل شخصیت و سبکهای مقابله ای با خشونت خانگی علیه زنان با میانجیگری سن و تحصیلات

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش، مدل یابی روابط ساختاری پنج عامل شخصیت و سبک های مقابله ای با خشونت خانگی علیه زنان با میانجی گری سن و تحصیلات در زنان همسر دار منطقه یک شهر تهران انجام شد.

روش: روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری تمام زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت منطقه یک شهر تهران به تعداد 24852 نفر جمعیت تحت پوشش این مراکز بودند که براساس جدول کرجی و مورگان 380 نفر به عنوان نمونه با روش نمونه برداری داوطلبانه از پنج مرکز انتخاب و از پرسشنامه پنج عاملی نئو کاستا و مک کری (1989)، سبک های مقابله ای بلینگز و موس (1984) و خشونت خانگی علیه زنان حاج یحیی (2001) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. پس از حذف 30 پرسشنامه مخدوش و 6 داده پرت، داده ها با استفاده از روش تحلیل مسیر تحلیل شد.

نتایج: در این مطالعه همبستگی معناداری بین خرده مقیاس های سبک های مقابله ای و عوامل شخصیت با خشونت خانگی علیه زنان به دست آمد. در این پژوهش، مسیر های مستقیم توسط متغیرهای پنج عاملی شخصیت و سبک های مقابله ای بر خشونت خانگی علیه زنان و مسیرهای غیر مستقیم با میانجی گری سن و تحصیلات معنادار بود. به طور کلی، سه متغیر پژوهش حاضر شامل ویژگی های جمعیت شناختی (سن و تحصیلات)، سبک های مقابله ای و عوامل شخصیت، توان پیش بینی 73% از متغیر خشونت خانگی علیه زنان را دارا هستند. آثار سن بر خشونت خانگی، در پژوهش های مختلف، متفاوت است. در پژوهش حاضر در برآورد غیر مستقیم، روان رنجورخویی، مهار هیجانی و مهار جسمانی با افزایش سن، خشونت دیدگی را به طور مثبت پیش بینی کرد در حالی که برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و مسئولیت پذیری، ارزیابی شناختی و حل مسئله با افزایش سن، خشونت دیدگی کمتری را نشان دادند. همچنین، روان رنجورخویی، مهار هیجانی و مهار جسمانی با افزایش سطح تحصیلات، خشونت دیدگی را به طور مثبت پیش بینی کرد در حالی که برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و مسئولیت پذیری، ارزیابی شناختی و حل مسئله با افزایش سطح تحصیلات، خشونت دیدگی کمتری را نشان دادند.

بحث و نتیجه گیری: در اکثر مطالعات میزان خشونت دیدگی با بالارفتن میزان تحصیلات زنان کاهش معنی داری می یابد. بر این اساس، سطح تحصیلات به عنوان یک عامل مهم حفاظتی از مهمترین عوامل موثر در خشونت خانگی است و داشتن تحصیلات بالا را می توان از عوامل محافظت کننده در برابر خشونت همسر یاد کرد. از سوی دیگر، می توان انتظار داشت که با افزایش سن زنان در طول زندگی مشترک احتمالاً به دلیل افزایش تجارب اجتماعی از میزان مواجهه با خشونت خانگی کاسته شود.

کلیدواژه ها: خشونت خانگی، عوامل پنج گانه شخصیت، سبک های مقابله ای، سن و سطح تحصیلات

مقدمه

خشونت¹ علیه زنان، بویژه خشونت خانگی²، از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی و نقض حقوق انسانی زنان به شمار می‌رود. شایع ترین شکل خشونت، در بستر خانگی و علیه زنان اتفاق می‌افتد (1) و خشونت شریک جنسی در فضای صمیمانه، یکی از رایج ترین و ویرانگرترین اشکال خشونت است که در سراسر دنیا به وقوع می‌پیوندد. یکی از بهترین تعاریف خشونت خانگی عبارت است از الگویی از رفتارهای تهاجمی و اجباری شامل حملات فیزیکی، جنسی و روانی و همچنین فشار و تهدید اقتصادی که افراد علیه جفت (شریک) صمیمی شان به کار می‌برند (2 و 3)

و به دو صورت آشکار و پنهان، در ابعاد جسمانی، جنسی، روانی و اقتصادی رخ می‌دهد (3). اگرچه شاید خشونت جنسی شایع ترین نوع خشونت محسوب شود (4) بیش از نیمی از قربانیان خشونت زناشویی، بیش از یک نوع آن را گزارش می‌کنند (5). در بررسی بیش از 24 هزار زن 15 تا 49 ساله در ده کشور جهان، شیوع خشونت جسمی یا جنسی یا هر دو در طول عمر بین 15 تا 71 درصد گزارش شده است (6). شیوع خشونت جسمانی، جنسی و روانی در بابل در سال 1384 به ترتیب 15%، 42% و 81/5% (7) در مطالعه انجام شده در تهران در سال 1388 به ترتیب 25/4، 39/1% و 87/3% (8) و در مطالعه انجام شده در شهر مریوان در سال 1391 به ترتیب 60%، 32% و 79/7% (9) گزارش شده است.

بالاترین میزان خشونتی که توسط زنان تجربه می‌شود خشونت همسر (شریک جنسی) است و عواملی که با خشونت خانگی ارتباط دارند عبارت است از سطح تحصیلات زوجین، مصرف الکل توسط مردان و وضعیت اجتماعی-اقتصادی (10 و 11). پژوهشی در ترکیه، ارتباط سطح پایین تحصیلات و ازدواج در سنین پایین با شیوع بالاتر خشونت خانگی را نشان داد (12). نتایج پژوهشی در ایران نشان داد سطح خشونت علیه زنان به عواملی چون سن زنان، سن همسران، سطح تحصیلات، طول مدت ازدواج و سوء مصرف مواد توسط مردان بستگی دارد (13).

جهت علت شناسی همسرآزاری در سطح فردی افزون بر تمرکز روی ویژگی های عامل خشونت، بررسی ویژگی های قربانی نیز ضروری است، زیرا تعامل متجاوز و خشونت دیده است که به اعمال خشونت منجر می‌شود و در بسیاری موارد وقوع حادثه ای خشونت بار ناشی از ضعف یا مستعد بودن فرد قربانی است (14). خشونت شریک جنسی در فضای صمیمانه (فیزیکی، جنسی و روانی) موجب مشکلات طولانی مدت فیزیکی، روانی، جنسی و مشکلات سلامت باروری می‌شود (15). قربانیان خشونت خانگی اغلب مورد تهدیدهای جانی، تجاوز جنسی و محرومیت اقتصادی قرار می‌گیرند و خشونت در فضای صمیمانه علت بیش از 44 درصد از قتل های زنان و حداقل موجب یک درصد از کل موارد پذیرش اورژانس های حوادث به شمار می‌رود (16). خشونت خانگی بیش از بیماریهایی نظیر سرطان پستان، سرطان رحم و تصادفات سبب از بین رفتن سلامت زنان 15 تا 44 ساله می‌شود (17). در طول چند دهه اخیر چندین مطالعه ارتباط بین خشونت خانگی و بیماریهای عملکردی دستگاه گوارش³ را تایید کرده اند (18) و همچنین شواهد فزاینده ای مبنی بر ایجاد ترومای آسیب مغزی⁴ در زنان، طی حوادث خشونت بار در محیط صمیمانه وجود دارد به بیان دیگر؛ زنانی که با خشونت خانگی زندگی می‌کنند، در ریسک بالای ترومای صدمات مغزی هستند (19).

افراد مختلف با توجه به ویژگی های شخصیتی⁵ خود، هر یک روشی را برای مقابله با تنش انتخاب می‌کنند. شخصیت¹ به منزله الگوهای پایدار رفتار و کیفیت درونی فرد شامل الگوهای ثابت فکری، عاطفی

1-Violence

2-Domestic Violence

3-Functional Digestive Disease

4-Traumatic Brain Injury

5-Personality Traits

و رفتاری است، مدل پنج عاملی شخصیت (کاستا و مک کری²) توافقی است میان روانشناسان صفت که پنج بعد یا عامل اصلی در توصیف همه صفات شخصیت وجود دارد، این پنج بعد گسترده، پنج عامل بزرگ خوانده می شود که شامل روان آزرده خوئی³، برون گرایی⁴، گشودگی به تجربه⁵، توافق پذیری⁶ و وجدانی بودن⁷ (مسئولیت پذیری) است (20).

در این راستا، همبستگی منفی عامل موافقت پذیری، وجدانی بودن و گشودگی به تجربه با خشونت در مطالعه صبوری و میرهاشمی (1394)، دیده شد (21). استفاده از راهبردهای مقابله ای⁸ متناسب، به افراد آسیب دیده کمک می کند تا با تنش و تاثیرات ناشی از آن کنار بیایند (22) و با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب آوری او را فراهم می آورد (23). مقابله به دو صورت اساسی صورت می گیرد: مقابله مسئله مدار⁹ و مقابله هیجان مدار¹⁰. سبک مقابله ای مسئله مدار شامل تلاش یا انجام کار در راستای حل مسئله جهت کنترل موقعیت، از بین بردن تنیدگی و یا به حداقل رساندن مشکل است که می تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. سبک مقابله ای هیجان مدار، مبتنی بر خود فرد و متمرکز بر کاهش احساسات ناخوشایند است (24). در مطالعات اخیر در برخورد با موقعیت های پرفشار و تنیدگی زا به سبک مقابله اجتنابی¹¹ نیز اشاره می شود که عبارت است از فاصله گرفتن از مسئله تنیدگی زا. این نوع مقابله به عنوان سبک کمتر سازش یافته شناخته می شود (24). طبق نظریه اندلر و پارکر¹² (1990)، افرادی که از راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی بیش از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کنند، اضطراب و تنیدگی بیشتری را تجربه می کنند (25).

از عوامل مهم مرتبط با خشونت خانگی، سن و تحصیلات است که در این پژوهش به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است. در مطالعه آقاخانی و همکاران (1392) مشخص شد در خانواده هایی که از سطح تحصیلات پایین برخوردار هستند، بیشترین میزان خشونت ها گزارش شده است و با افزایش سواد زن و مرد از میزان آن کاسته می شود (26). بسر و دمیرجی (2018) به ارتباط قابل ملاحظه ای بین خشونت خانگی و سطح تحصیلات دست یافتند (12). نتایج برخی از مطالعات (27 و 28) نشان داده اند که خطر خشونت علیه زنان با افزایش سن زن، کاهش می یابد. همچنین سن پایین ازدواج بویژه در مران (با میانگین سنی 18 سال) احتمالاً به دلیل نداشتن مهارت های کافی برای ایفای نقش همسری با همسر آزاری همراه است (27 و 29). برخی مطالعات نیز افزایش سن را مقارن با افزایش خشونت دانستند (30).

از عوامل روانشناختی موثر بر مواجهه با خشونت، ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله با استرس ناشی از خشونت دیدگی است. از این رو هدف پژوهش حاضر مدل یابی روابط ساختاری پنج عامل شخصیت¹³ و سبک های مقابله ای با خشونت خانگی علیه زنان با میانجی گری سن و تحصیلات در زنان همسر دار منطقه یک شهر تهران است.

1-Personality

6-Costa & McCrae

3-Neuroticism

4-Extraverted

5-Openness

6-Agreeableness

7-Conscientiousness

8-Problem Solving Coping Strategy

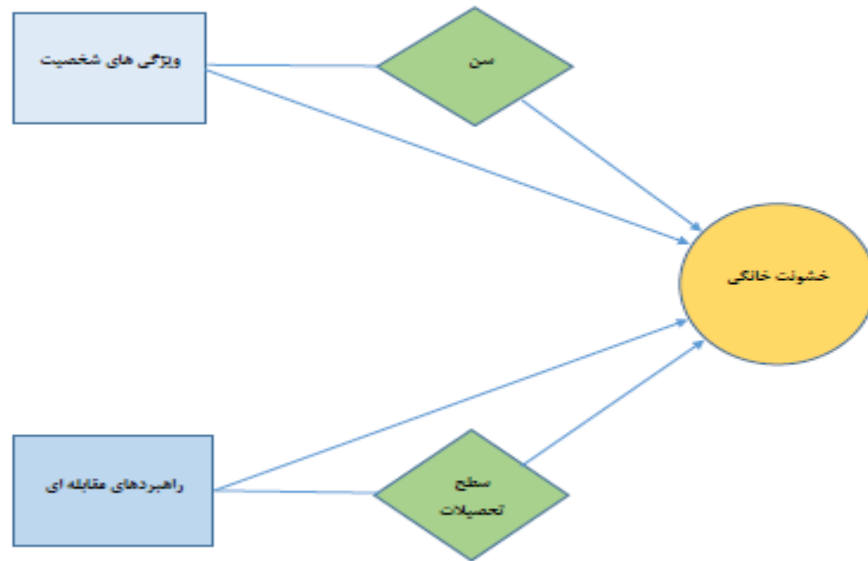
9-Problem Solving Coping Strategy

10-Emotion Focus Coping

11-Avoidant Coping

¹² endler & parker

13-Personality Five Factor



شکل- 1: مدل فرضی پژوهش

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح های همبستگی و مبتنی بر روابط ساختاری (مدل سازی معادلات ساختاری¹) است که از مدل های علی برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش استفاده کرده است. آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش تمام زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت منطقه یک شهر تهران بودند.

ب) نمونه پژوهش: حجم نمونه بر اساس روش آماری «مدل سازی معادلات ساختاری» و نمونه گیری با روش در دسترس 380 زن متاهل با در نظر گرفتن 10 تا 20 آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده (31) و احتمال ریزش نمونه انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری داده ها شامل سه پرسشنامه بود که عبارت اند از پرسشنامه شخصیتی نئو، پرسشنامه سبک های مقابله ای، پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان.

1. پرسشنامه شخصیتی نئو². این پرسشنامه یک ابزار اندازه گیری تخصصی عوامل نخستین شخصیت است که توسط کاستا و مک کرا³ با 240 ماده در سال 1985 ساخته شد و در سال 1992 نسخه

¹ Structural Equation Model (SEM)

² NEO-FFI

³ Costa & Mcrae

تجدید نظر شده آن منتشر گردید(32). در سال 1992 فرم کوتاه آن با 60 ماده معرفی شد که پنج خرده مقیاس روان رنجورخویی¹، برون گرایی²، تجربه پذیري³، توافق پذيري⁴ و وظیفه شناسي⁵ را در طیف لیکرت از کاملاً مخالفم=1 تا کاملاً موافقم=5 مورد سنجش قرار می دهد. مک کری و کاستا (2004) در مطالعه ای ضریب همبستگی NEO-FFI را با آزمون NEO-PI برای پنج عامل E، N، O، A، C به ترتیب 0/83، 0/83، 0/91، 0/76 و 0/86 و روایی آن را قابل قبول گزارش کردند (33). در پژوهش قلی پور، مرعشی، مهربانی زاده هنرمند و ارشدی (1394) آلفای کرونباخ پنج عامل E، N، O، A، C به ترتیب 0/78، 0/69، 0/43، 0/46 و 0/77 (34) و در مطالعه حاضر به ترتیب 0/83، 0/79، 0/79 و 0/79 به دست آمد.

2. پرسشنامه سبک های مقابله ای. این پرسشنامه با 32 ماده و 5 راهبرد مقابله ای توسط بیلینگز و موس⁶(1984) در طیف لیکرت 4 درجه ای از 0=هیچ وقت تا 3=همیشه ساخته شد. 5 راهبرد عبارتند از مقابله ای متمرکز بر ارزیابی شناختی، مقابله ای متمرکز بر حل مساله، مقابله ای متمرکز بر هیجان، مقابله ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و مقابله ای متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات (35). در پژوهش حسینی قدمگانی (1376 به نقل از نورعلی، 1383) همسانی درونی خرده مقیاس مقابله ارزیابی شناختی 0/9، مقابله مسئله محور 0/9، مقابله مهار هیجانی 0/60، مقابله جسمانی کردن 0/90 و مقابله حمایت اجتماعی 0/90 (36) و در مطالعه حاضر به ترتیب 0/81، 0/79، 0/82، 0/80 و 0/77 به دست آمد.

3. پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان. این پرسشنامه با 32 ماده و 4 عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی توسط حاج یحیی (2001) ساخته شد و توسط خاقانی فرد (1382) در دانشگاه الزهرا ترجمه شده و اعتبار آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تایید قرار گرفت. ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ 0/97 به دست آمد(37). بر پایه نتایج حاصل از اولین زمینه یابی فلسطینی ها در مورد خشونت علیه زنان که در مورد 2410 زن انجام شد ضریب همسانی درونی برای چهار عامل مقیاس به ترتیب 0/71، 0/86، 0/93 و 0/92 گزارش شد (38). پایایی کل مقیاس در پژوهش لطیفیان، عرشی، علی پور و قائد امینی هارونی (1395) با استفاده از آلفای کرونباخ 0/92 (39) و در پژوهش حاضر 0/75 به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا با دریافت مجوز و اخذ "کد اخلاق" IR.SBMU.RETECH.1396.1352 از کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سپس هماهنگی با معاونت بهداشتی آن دانشگاه و شبکه بهداشت و درمان شمیرانات، از کلیه مراکز جامع سلامت منطقه یک تهران براساس جدول کرجسی و مورگان تعداد 380 نمونه بطور غیرتصادفی و داوطلبانه، از جمعیت 24852 نفری تحت پوشش آن مراکز انتخاب گردید به این ترتیب که از میان کلیه مراکز جامع سلامت منطقه یک تهران 5 منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد و با مراجعه به این مراکز و با تشریح هدف پژوهش زنان متاهلی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند در مطالعه شرکت داده شدند.

شیوه تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش از محاسبه شاخص های آمار توصیفی، همچون میانگین و انحراف استاندارد برای ارائه اطلاعات توصیفی پژوهش استفاده شد و برای آزمون برازندگی مدل

1 Neuroticism
2 Extraversion
3 Openness
4 Agreeableness
5 Conscientiousness
6 Billings & Moos

پیشنهادی و فرضیه های آماری مرتبط با آن، روش تحلیل مسیر اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها، نرم افزار SPSS18 و Amos23 به کار رفت.

یافته ها

در بررسی 380 پرسشنامه ی تکمیل شده، 29.5 درصد در گروه سنی 20 تا 30 سال، 48.2 درصد در گروه سنی 31 تا 40 و 22.4 درصد در گروه سنی 41 تا 70 سال قرار داشت. همچنین 28.7 درصد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، 71.3 درصد دارای تحصیلات دانشگاهی، و نیز 6.8 درصد بدون فرزند و 93.2 درصد دارای فرزند بودند. پیش فرض های آماری با استفاده از آزمون های، کشیدگی و چولگی، جعبه ای، کولموگروف-اسمیرنوف بررسی و داده های پرت شناسایی شد سپس با استفاده از آزمون ماهالانوبیس داده های پرت اصلاح گردید، حجم نمونه پس از حذف 30 پرسشنامه مخدوش و 6 داده پرت، داده ها که به 344 نفر کاهش یافت. با استفاده از روش تحلیل مسیر تحلیل شد. همچنین پس از بررسی نرمالی داده ها مدل اندازه گیری (روایی تاییدی) ابزار بررسی شد، سپس مدل اولیه و نهایی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول 1. ماتریس همبستگی بین متغیرهای شخصیت، سبک های مقابله ای، خشونت دیدگی، سن و تحصیلات

ردیف	متغیرهای پژوهش	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	خشونت دیدگی													
2	روان رنجورخویی	.27*												
3	برون گرایی	-.23*	1											
4	گشودگی به تجربه	-.24*	-.14	1										
5	توافق پذیری	-.26*	-.13	-.71**	1									
6	وظیفه شناسی	-.20*	-.23*	-.89**	.75*	1								
7	ارزیابی شناختی	-.23*	-.15	-.70**	.87**	.61**	1							
8	حل مسأله	-.31**	-.23**	-.88**	.75*	.91**	.77*	1						
9	مهار هیجانی	-.24**	-.18**	-.46**	.45*	.45*	.46*	.44*	1					
10	جلب حمایت اجتماعی	-.20*	-.24*	-.39*	.43*	.40*	.34*	.45*	.39*	1				
11	مهار جسمانی	.22**	.16*	.39*	.30*	.37*	.34*	.36*	.33*	.15*	1			
12	سن	-.19*	-.12*	.21**	.15*	.13*	.19*	.11*	.22**	-.27**	-.17**	1		
13	وضعیت تحصیلی	-.13*	-.11*	.18**	.21**	.10*	.08	.15*	.18**	-.17**	-.16**	.20**	1	

*P< 0/05 **P<0/01

جدول 1 نشان می دهد خشونت دیدگی در زنان با برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، وظیفه شناسی، ارزیابی شناختی، حل مسأله، جلب حمایت اجتماعی، افزایش سن و افزایش سطح تحصیلات همبستگی منفی و با روان رنجورخویی، مهار هیجانی و مهار جسمانی همبستگی مثبت دارد.

جدول 2. شاخص ها، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش (تعداد=339)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
خشونت دیدگی	41/98	10/98	-0/435	0/574	0/741	1/932
روان رنجورخویی	34/46	5/41	-0/535	0/364	0/794	1/781

2/385	0/911	-0/371	-0/019	3/61	33/26	برون گرایی
2/286	0/764	-0/817	-0/821	3/65	38/07	گشودگی به تجربه
1/481	0/645	-0/838	-0/858	4/43	37/39	توافق پذیری
0/450	0/754	-0/778	-0/486	3/38	41/53	وظیفه شناسی
1/683	0/678	0/045	-0/544	2/57	15/78	ارزیابی شناختی
1/772	0/754	-0/857	-0/445	2/25	13/47	حل مسأله
1/566	0/965	0/634	-0/925	2/48	10/96	مهار هیجانی
1/669	0/865	-0/205	0/857	2/30	12/72	جلب حمایت اجتماعی
1/700	0/804	-0/890	0/817	2/52	8/53	مهار جسمانی

جدول 2 بیانگر توزیع طبیعی داده‌ها و مفروضه هم خطی بودن در بین متغیرهای پژوهش است.

جدول 3. شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار قبل تصحیح	مقدار بعد تصحیح
χ^2/df	نسبی اسکور کای	<3	3/05	2/86
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	<0/1	0/073	0/034
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	>0/9	0/892	0/947
NFI	شاخص برازش نرم	>0/9	0/901	0/928
CFI	شاخص برازش مقایسه ای	>0/9	0/903	0/954
DF	-	-	16	13

مطابق جدول 3 مقدار RMSEA برابر با 0/034 می باشد لذا این مقدار کمتر از 0/1 است و نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب و مدل قابل قبول است. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (2/86) بین 1 و 3 و میزان شاخص NFI, FI, GFI که تقریباً برابر و بزرگتر از 0/9 است بیانگر این است که مدل اولیه متغیرهای پژوهش، مدلی مناسب است.

جدول 4. برآورد مستقیم مدل به روش حداکثر درست نمایی (ML1)

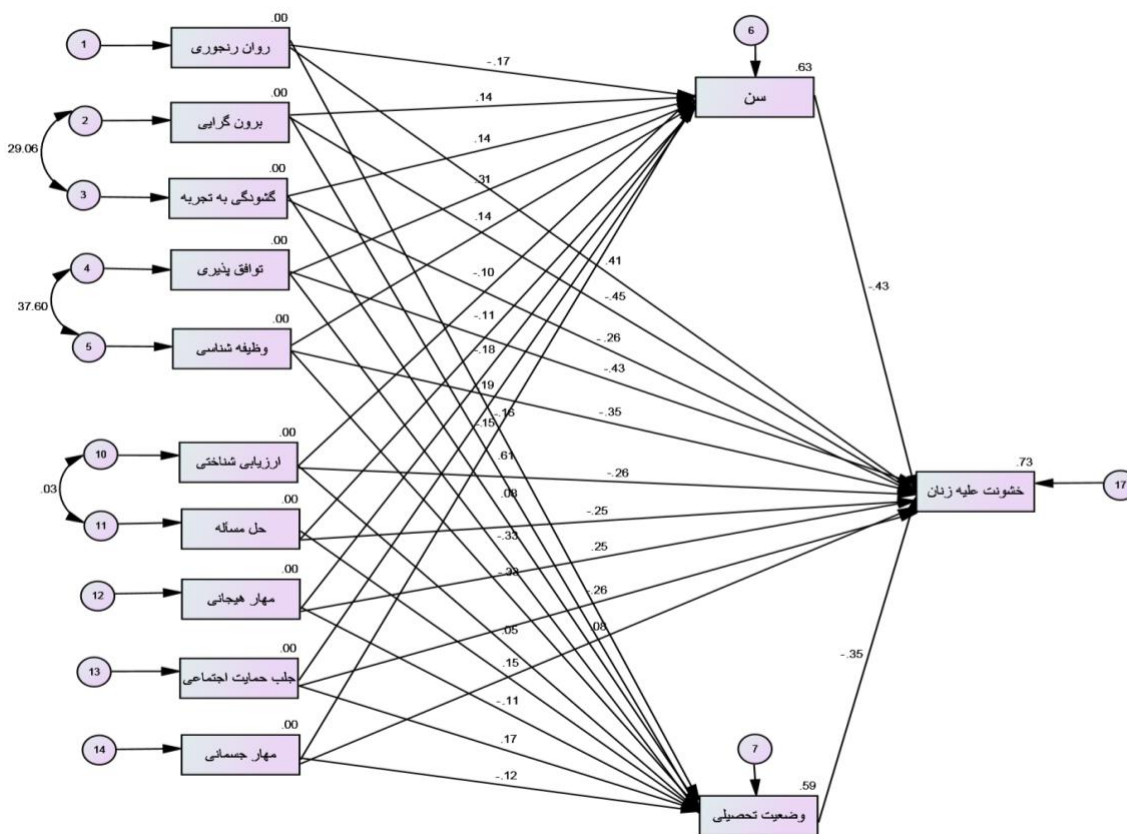
P	T	R ²	B	b	متغیر
0/0001	7/326	0/11	0/18	0/66	روان رنجورخویی بر خشونت دیدگی
0/0001	8/89	0/09	-0/15	-0/65	برون گرایی بر خشونت دیدگی
0/0001	15/442	0/06	-0/12	-0/54	گشودگی به تجربه بر خشونت دیدگی
0/0001	27/781	0/02	-0/08	-0/36	توافق پذیری بر خشونت دیدگی
0/0001	12/347	0/06	-0/14	-0/48	وظیفه شناسی بر خشونت دیدگی
0/0001	12/654	0/06	-0/12	-0/51	ارزیابی شناختی بر خشونت دیدگی
0/0001	17/425	0/05	-0/10	-0/52	حل مسأله بر خشونت دیدگی
0/0001	15/143	0/06	0/15	0/42	مهار هیجانی بر خشونت دیدگی
0/0001	15/411	0/03	-0/11	-0/33	جلب حمایت اجتماعی بر خشونت دیدگی
0/0001	14/624	0/04	0/11	0/39	مهار جسمانی بر خشونت دیدگی
0/0001	12/12	0/03	-0/12	-0/28	سن بر خشونت دیدگی
0/0001	8/164	0/06	-0/13	-0/47	وضعیت تحصیلی بر خشونت دیدگی

مطابق جدول 4 اثر مسیرهای مستقیم توسط سن، وضعیت تحصیلی، سبک‌های مقابله‌ای و عوامل شخصیت بر خشونت علیه زنان معنادار است، مقادیر واریانس مشترک (R²) بیانگر این موضوع است.

جدول 5: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش حداکثر درست نمایی (ML)

P	R ²	مسیر غیر B مستقیم	مسیر B مستقیم	متغیر
0/0001	0/005	0/05	0/10	روان رنجورخویی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/003	0/017	-0/10	-0/17	برون گرایی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/0001	0/009	-0/07	-0/14	گشودگی به تجربه بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/0001	0/003	-0/04	-0/08	توافق پذیری بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/001	0/009	-0/08	-0/12	وظیفه شناسی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/002	0/017	-0/11	-0/16	ارزیابی شناختی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/0001	0/01	-0/09	-0/12	حل مساله بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/0001	0/03	0/05	0/07	مهار هیجانی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/002	0/009	-0/08	-0/12	جلب حمایت اجتماعی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/0001	0/03	0/15	0/21	مهار جسمانی بر خشونت دیدگی با میانجیگری سن
0/003	0/007	0/07	0/11	روان رنجورخویی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/004	0/18	-0/06	-0/11	برون گرایی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/0001	0/006	-0/08	-0/13	گشودگی به تجربه بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/004	0/012	-0/09	-0/13	توافق پذیری بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/0001	0/012	-0/08	-0/15	وظیفه شناسی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/003	0/002	-0/03	-0/08	ارزیابی شناختی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/002	0/008	-0/07	-0/12	حل مساله بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/0001	0/016	0/10	0/16	مهار هیجانی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/0001	0/016	-0/11	-0/15	جلب حمایت اجتماعی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی
0/001	0/009	0/07	0/13	مهار جسمانی بر خشونت دیدگی با میانجیگری وضعیت تحصیلی

مطابق جدول 5، مسیرهای غیر مستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، استاندارد نشده (b) و واریانس تبیین شده ی (R^2) بر خشونت دیدگی زنان معنادار است و به طور کلی توان پیش بینی خشونت دیدگی ($R^2=73\%$) توسط متغیرهای برون زا قابل تبیین است.



شکل 1. الگوی ساختاری عوامل شخصیت، راهبردهای مقابله ای، سن و وضعیت تحصیلی بر خشونت دیدگی زنان

در این مطالعه همبستگی معناداری بین خرده مقیاس های سبک های مقابله ای و عوامل شخصیت با خشونت دیدگی در زنان دیده شد و تمام مقادیر به دست آمده، معنادار بود. در این پژوهش، مسیرهای مستقیم توسط عوامل شخصیت و سبک های مقابله ای بر خشونت دیدگی زنان دیده شد که دارای اثر مستقیم بودند و مسیرهای غیر مستقیم با میانجیگری سن و تحصیلات به دست آمد. در ادامه با اجرای تحلیل مسیر، مدل تجربی و قابل استفاده حاصل شد.

به طور کلی، سه متغیر پژوهش حاضر شامل ویژگی های جمعیت شناختی (سن و تحصیلات)، سبک های مقابله ای و عوامل شخصیت، توان پیش بینی 73% از متغیر خشونت دیدگی زنان را دارا هستند که تمامی مقادیر بدست آمده معنادار و نشان دهنده پیش بینی معنادار است، در مجموع این سه متغیر 73% خشونت دیدگی زنان را تبیین می کند که توان پیش بینی بسیار بالایی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مدل یابی روابط ساختاری پنج عامل شخصیت و سبک های مقابله ای با خشونت خانگی علیه زنان با میانجی گری سن و تحصیلات در زنان همسر دار بود. بالاترین میزان خشونت که توسط زنان تجربه می شود خشونت همسر و به عبارتی خشونت خانگی است، عوامل مرتبط با آن سطح تحصیلات، سن، ویژگی های شخصیتی، راهبردهای مقابله ای، حمایت اجتماعی و نظایر آن است. نتایج مطالعات نشان می دهند سن و وضعیت تحصیلات در رابطه بین پنج عامل شخصیت و سبک های مقابله ای با خشونت دیدگی زنان نقش میانجی دارند. همسو با این یافته در پژوهش آقاخانی و همکاران (1391) مشخص شد میزان خشونت خانگی با بالا رفتن میزان تحصیلات زنان کاهش معنی داری یافت و سواد پایین بطور معنی داری با خشونت فیزیکی ارتباط داشت (26). آثار سن بر خشونت خانگی، در پژوهش های مختلف، متفاوت است. در مطالعه احمدی و همکاران (1394) با کاهش سن زنان، میزان

خشونت افزایش یافته است (11)، در حالی که مطابق پژوهش امینی و همکاران (1393) فراوانی خشونت خانگی با افزایش سن افزایش یافته است (40) زیرا افزایش سن زنان مصادف با شروع تغییرات هورمونی و رخداد یائسگی است که می تواند منجر به تغییرات خلق و خو و تجربه اضطراب و افسردگی شود. وامقی، خدایی اردکانی و سجادی، (1392) دریافتند با افزایش تحصیلات زن و مرد، به ویژه تحصیلات دانشگاهی از شیوع خشونت خانگی کاسته می شود (41). درخشانیپور، محبوبی و کشاورزی (1393) ذکر کردند، سطح تحصیلات طرفین از مهمترین عوامل موثر در خشونت خانگی است و تحصیلات می تواند یک عامل حفاظتی مهم باشد (17). زیرا اکثر خشونت ها در زوجین با تحصیلات پایین رخ می دهد. همچنین با افزایش میزان تحصیلات زنان، از خشونت خانگی کاسته می شود (11) و داشتن تحصیلات بالا از عوامل محافظت کننده در برابر خشونت همسر به شمار می رود (10 و 42). فلاح زاده، رستم زاده و قلیچی قوجق (1394)، پی بردند با افزایش سن زنان و بیشتر شدن سن ازواج میزان مواجهه با خشونت خانگی کاهش می یابد (43).

در برآورد غیر مستقیم، روان رنجورخویی با میانجی گری سن، 10% خشونت خانگی را بطور مثبت پیش بینی کرد. یعنی با افزایش سن ارتباط روان آزرده خویی و خشونت خانگی تشدید شد. رگه های شخصیتی روان رنجور خویی، آسیب پذیری های دائمی به دنبال دارد و از طرفی افراد محیط خود را به گونه ای انتخاب می کنند و شکل می دهند که در تایید صفات شخصیتی آنها باشد (20). در پژوهش های مختلف نقش سن بر خشونت متفاوت است، در بعضی پژوهش ها سن موجب کاهش و در برخی دیگر موجب افزایش آن خشونت می گردد (41). در مطالعات خارجی، بالاترین میزان شیوع خشونت را مربوط به زنان با سن کمتر دانسته اند (41). از آنجایی که روان رنجورخویی همراه با تجارب منفی هیجانی، ضعف در کنترل تکانه و احساس درماندگی است، بالا رفتن سن و مرور زمان نیز احتمالاً می تواند اثرات آن را تشدید کند بنابراین در طولانی مدت و به مرور زمان اثرات استرس ها شدید تر شده و توانایی افراد در کنترل استرس کاهش می یابد که می تواند تبیین کننده این ارتباط مثبت باشد. برون گرایی با میانجی گری سن، 17% بطور منفی با خشونت خانگی همبستگی داشت. به این معنی که بالا رفتن سن تاثیر بیشتری بر کاهش خشونت خانگی نشان داد. برون گرایی با ثبات اجتماعی بالا، بشاش بودن و هیجانانگیز مثبت، که از ویژگی های این عامل شخصیتی است می تواند با افزایش سن و گذشت زمان، اثر کاهشی بر خشونت داشته باشد که تبیین کننده این ارتباط، احتمالاً افزایش تجربیات اجتماعی این افراد، انتخاب و شکل دادن محیط زندگی خود در راستای تایید ویژگی های شخصیتی شان در طول زمان می باشد.

گشودگی به تجربه با میانجی گری سن، 14% بطور منفی خشونت خانگی را پیش بینی کرد، یعنی با افزایش سن، این ویژگی شخصیتی تاثیر بیشتری بر خشونت خانگی دارد و آن را کاهش می دهد. در این عامل شخصیت، رضایت زناشویی بالاتری در زندگی مشترک دیده می شود (44). این افراد میتکر، خلاق، علاقمند و انعطاف پذیر هستند. با توجه به این صفات، از جمله تمایل و خواست برای تغییر، درک احساس های درونی، آزاد اندیشی و تاثیر این ویژگی ها بر روابط بین فردی و اجتماعی، این رابطه منفی می تواند تبیین شود.

توافق پذیری و خشونت خانگی با میانجی گری سن، 8% بطور منفی رابطه داشتند. به این معنی که با توافق پذیری بیشتر فرد، خشونت خانگی کمتر شد که با نقش میانجی گری سن بطور منفی، با بالا رفتن سن این موضوع قوی تر گردید. در مطالعه شاکریان، فاطمی و فرهادیان (1390) رابطه بین خشونت دیدگی و عامل موافقت پذیری منفی گزارش شد (44). به نظر می رسد افراد دارای موافقت پذیری بالا، سازگار و همنا با ارزش های جا افتاده اجتماعی هستند و گرایش کمتری به خشونت دارند. این افراد خوش خلق، قابل اعتماد، دارای حس همکاری، باگذشت و مصمم هستند و با داشتن این صفات در طول زمان می توانند محیط مطلوبی ایجاد کنند. توافق جویی موجب ثبات در زندگی زناشویی و ایجاد رضایت بیشتر است. بنابراین رابطه منفی و نقش سن، قابل تبیین دیده شد. وظیفه شناسی با میانجی گری سن، 12%

بطور منفی خشونت خانگی را پیش بینی کرد یعنی با بالا رفتن سن خشونت خانگی کمتر می شود. در پژوهش های متعدد بین وظیفه شناسی به معنای تعهد بالا، تسلط بر خود، پایبندی به اصول، تلاش برای اهداف و اداره سازنده ی درگیری هایی که بالاجبار در روابط با دیگران بوجود می آید و رضایت زناشویی رابطه مثبت دیده شد (44 و 45).

ارزیابی شناختی، 16% توان پیش بینی خشونت خانگی را به صورت منفی با میانجی گری سن داشت که با افزایش بر قدرت رابطه افزوده می شود. استفاده از راهبردهای سازگارانگانه ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب آوری او را فراهم آورد (23). در تبیین این رابطه می توان گفت به دلیل بالا رفتن سن، افزایش تجربیات و استفاده مناسب از این راهبرد، سلامت روانی بیشتری حاصل شده و در نتیجه قرار گرفتن در معرض خشونت کمتر می گردد.

حل مسئله، 12% بطور منفی خشونت خانگی را با میانجی گری سن پیش بینی کرد. به این معنی که با بالا رفتن سن از میزان خشونت خانگی کاسته شد. مهارت حل مسئله با رابطه بین فردی سالم مرتبط است بطوری که حل مسئله موفق ناسازگاری افراد را کاهش و سازگاری مثبت آنان را افزایش می دهد. افرادی که بیشتر از راهبردهای شناختی مسئله مدار استفاده می کنند، پیامدهای سازگاری بهتری را نشان می دهند (46) همچنین اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می کنند و رضایت بیشتر از زندگی دارند (47). بین راهبردهای حل مسئله و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (46). با افزایش تجربیات در اثر بالا رفتن سن و پیدا کردن راهکارهای جدیدتر قاعدتا خشونت کاهش می یابد، آرامش و رضایت بیشتر می گردد که می تواند تبیین کننده این رابطه باشد.

مهار هیجانی با میانجی گری سن 7% با خشونت خانگی همبستگی مثبت دارد یعنی با بالا رفتن سن میزان خشونت بیشتری تجربه می شود. استفاده از این نوع راهبرد، فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می دارد و توانمندی او را برای حل مشکل کاهش می دهد (48). راهبردهای هیجان مدار با ایجاد بدنظمی های هیجانی مکرر، موجب کاهش کیفیت زندگی می شوند و بدنظمی هیجانی کارکرد موثر شناخت را مختل می کند و تنظیم هیجان به عنوان تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی مورد نیاز است (49). جلب حمایت اجتماعی نیز 12% توان پیش بینی منفی خشونت خانگی را با میانجی گری سن داشت که سن بطور منفی تاثیر گذار است، به این معنی که با بالا رفتن سن از میزان خشونت خانگی کاسته شد. حمایت اجتماعی با میزان آسیب پذیری افراد در برابر استرس و موقعیت های استرس زا مرتبط می باشد و اثر مستقیمی بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی دارد. حمایت اجتماعی و خانوادگی موجب پرورش تاب آوری در مواجهه با مشکلات می گردد و استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله ای سازگار و کاهش استرس را به همراه دارد. استفاده از این مکانیسم در مدیریت تاثیرات استرس موثر است و اثر تقلیل دهنده نشان می دهد. در نهایت، مهار جسمانی با میانجی گری سن توانست به میزان 21% همبستگی مثبت با خشونت خانگی نشان دهد که نقش سن در اینجا بسیار چشمگیر بود و نشان دهنده تشدید عوارض و مشکلات بدنی، ناشی از جسمانی کردن اثر مقابله با استرس می باشد. شیوه های هیجان مدار بر شدت تنش موقعیتی و درونی می افزاید و ناتوانی در تنظیم یا خود مدیریتی هیجانی، از قبیل اندوه و استرس، بطور گسترده ای کیفیت زندگی فرد را در حوزه سلامت روانشناختی و فیزیکی به خطر می اندازد. بیماریهای استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی، بیشتر در کسانی دیده می شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می کنند (49). استفاده از سبک های هیجان مدار در مقایسه با نوع مسئله مدار، امکان سکنه قلبی را پنج برابر بیشتر می کند همچنین فشارخون بالا و رسوب کلسترول در دیداره عروق از دیگر عوارض استفاده از این گونه مقابله با استرس در بلند مدت است (50).

عامل روان رنجورخویی با میانجی گری تحصیلات توانست 11% بطور مثبت خشونت خانگی را پیش بینی کند. به این معنی که در این پژوهش، با افزایش سطح تحصیلات بر خشونت خانگی افزوده شده. در

تیبیین آن می توان گفت؛ عامل روان رنجوری تقریباً در تمام پژوهش ها همبستگی مثبت با خشونت داشت (42، 44، 45) بر اساس پژوهش های ذکر شده، روان رنجورخویی قوی ترین عامل شخصیتی موثر بر خشونت است که می تواند بقیه عوامل را هم تحت تاثیر قرار دهد، ضمن اینکه این عامل دارای بالاترین همبستگی منفی با رضایت زناشویی است و یکی از صفات شخصیتی است که به دلیل آثار زیانباری که بر روابط زناشویی دارد مورد توجه است (11، 17، 42، 50) و) بطور کلی با افزایش میزان تحصیلات شاهد کاهش خشونت خانگی هستیم اما در پژوهش حاضر با میانجی گری تحصیلات با در نظر گرفتن روان رنجورخویی شاهد بالا رفتن خشونت خانگی بودیم، این ارتباط می تواند ناشی از نقش پررنگ این ویژگی شخصیتی باشد که بالا بودن میزان تحصیلات نیز نتوانست از اثرات این ویژگی بکاهد. روان رنجور خویی همواره، تجارب هیجانی منفی، پریشانی، ترس، زودرنجی، تحریک پذیری، عزت نفس پایین، اضطراب اجتماعی، ضعف در کنترل تکانه و احساس درماندگی به همراه دارد.

برون گرایی با میانجی گری تحصیلات 11% همبستگی منفی با خشونت خانگی داشت. به این معنی که تحصیلات اثر منفی برون گرایی در خشونت خانگی در برآورد مستقیم را تشدید کرد. در خیلی از پژوهش ها همانطور که پیشتر نام برده شد با افزایش میزان تحصیلات زنان، از خشونت خانگی کاسته می شود. زنان برون گرا با توجه به ویژگی هایشان و نقش تحصیلات آن ها، امکان مشارکت بیشتر در فعالیت های اجتماعی را دارا می باشند. در واقع سطح تحصیلات می تواند یک عامل حفاظتی مهم باشد (17). گشودگی به تجربه با ورود تحصیلات 13% همبستگی منفی با خشونت خانگی نشان داد. نقش موثر و منفی تحصیلات در این معادله دیده شد. تحصیلات بالاتر، در افزایش مهار عاطف، به ویژه خشم و ارتقای مهارت های اجتماعی (11) در تشدید این رابطه مثبت تاثیر گذار است. همانطور که پیشتر گفته شد این ویژگی با رضایت زناشویی همبستگی مثبت و معنادار دارد و تحصیلات بالاتر به جهت افزایش توانمندی های افراد، این رابطه را قابل تبیین می نماید. عامل توافق پذیری با میانجی گری تحصیلات 13% بطور منفی خشونت خانگی را پیش بینی کرد. یعنی در تاثیر منفی این ویژگی شخصیتی بر خشونت، میزان تحصیلات اثر تشدید کننده داشت. تحصیلات بالاتر منجر به یادگیری و پیدا کردن مهارت راه های کسب توافق و سازگاری در خانواده موثر می شود که می تواند اثرات کاهشی بر خشونت خانگی داشته باشد (11).

ویژگی وظیفه شناسی با ورود تحصیلات 15% بطور منفی خشونت خانگی را پیش بینی کرد. از آنجایی که وظیفه شناسی با رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معنادار در پژوهش ها دارد (45) بنابراین بالاترین میزان تحصیلات، می تواند با افزایش توانمندی در به کارگیری مهارت های زندگی و فرزند پروری همراه باشد و موجبات کاهش خشونت خانگی را فراهم آورد (42). ارزیابی شناختی با ورود تحصیلات 8% خشونت خانگی را بطور منفی پیش بینی کرد. به این معنی که تاثیر منفی ارزیابی شناختی بر خشونت خانگی با افزایش تحصیلات، بیشتر شد. در خانواده های تحصیل کرده با آگاهی یافتن از راه های کنار آمدن با تعارض ها در روابط نزدیک، خشونت خانگی کاهش می یابد (11) و همانطور که در اکثر مطالعات عنوان شده است، تحصیلات موجب کاهش خشونت می شود. مقابله حل مسئله با میانجی گری تحصیلات 12% همبستگی منفی با خشونت خانگی داشت. یعنی تحصیلات تاثیر حل مسئله بر خشونت را تشدید کرد. زنان با تحصیلات بالاتر، بدلیل افزایش توانمندی و بالاترین آگاهی در زمینه های مختلف، از شیوه های معقول برای حل مسئله کمک می گیرند (11) و تحصیلات به افزایش توانمندی های آنان در به کارگیری مهارت های زندگی مانند حل مسئله در کاهش نرخ خشونت خانگی موفق ترند (رشتی، پاشا و نادری، 1394). مهار هیجانی با میانجی گری تحصیلات 16% همبستگی مثبت با خشونت خانگی داشت. در اینجا نقش تحصیلات بوضوح مشخص بود. پژوهشها نشان داد نداشتن مهارت های حل مسئله و بروز پاسخ های هیجانی حتی در افراد با تحصیلات بالا، منجر به خشونت کلامی و فیزیکی نسبت به هم می شود (49). حمایت اجتماعی، 15% بطور منفی با میانجی گری تحصیلات بر خشونت خانگی موثر بود. افزایش میزان تحصیلات تاثیر این نوع مقابله را افزایش داد. حمایت اجتماعی

یک عامل حفاظتی در برابر مشکلات زندگی است و احتمالاً زنان تحصیل کرده با افزایش تعاملات اجتماعی و با آگاهی از اثرات مثبت این تعاملات، از این روش بیشتر سود می‌جویند. مهار جسمانی با میانجی‌گری تحصیلات 13% بطور مثبت پیش‌بینی‌کننده خشونت بود. یعنی بالا رفتن سطح تحصیلات، نتوانست تأثیرات این نوع مقابله را کاهش دهد و به نوعی موجب افزایش خشونت می‌شود. افرادی که از این نوع مقابله استفاده می‌کنند، در واقع به جای مقابله موثر و حل مسئله، آنها را بصورت بدنی و جسمانی نشان می‌دهند و در استمرار و مداومت این مکانیسم، دچار آسیب‌های جسمانی بیشتری می‌شوند که روانشناسی سلامت به روشنی به این موضوع پرداخته است. در تبیین این رابطه مثبت می‌توان گفت؛ آسیب‌های ناشی از این نوع مقابله، به حدی زیاد است که حتی افزایش میزان تحصیلات نیز نمی‌تواند موجب کاهش خشونت شود. بیماری‌های استرس‌مدار و کاهش سلامت عمومی به وضوح در این افراد دیده می‌شود. علاوه بر این مشکلات جسمانی و بیماری‌های ناشی از این سبک مقابله احتمالاً موجب تحریک‌پذیری افراد در مقابل وقایع استرس‌زا، از جمله خشونت خانگی نیز می‌شود (49).

پژوهش حاضر با محدودیتهایی روبرو بوده است، مراحل اداری طولانی و وقت‌گیر جهت دریافت مجوزهای لازم، نیاز به سطح سواد کافی جهت خواندن و پاسخ به پرسشنامه‌ها و صرف وقت نسبتاً طولانی برای تکمیل پرسشنامه‌ها از جمله این محدودیتها بود. پیشنهاد می‌شود با غربالگری بویژه در مناطق محروم، زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی که نیاز بیشتر به آموزش و شرکت در طرح‌های مداخله‌ای دارند را شناسایی کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز معاونت بهداشتی آن دانشگاه و مسئولان و کارکنان شبکه بهداشت و درمان شمیرانات و کلیه شرکتهای کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Han Almish, B., Koyoncu Ktuk, E., Gumustus, F., & Celik, M. (2018). Risk factors for domestic violence in women and predictors of development of mental disorders in these women. *Arch neuropsychiatry*, 55, 67-72.
- 2- Schechter, S. Ganley, A. (1995), *Understanding domestic violence*. In *Domestic violence: A national curriculum for family preservation practitioners*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.
- 3- Barnett, O.W. Miller-Perrin, C.L. Perrin, R.G. (1997), *Family violence across the lifespan: An introduction*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 4- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effect, mediators, and psychological treatment. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 6, 906-915.
- 5- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Prevention Medicine*, 30, 447-457.
- 6- Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368(9543): 1260-1269

- 7- Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2005; 11(5/6): 870-879.
- 8- Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M, Amelvalizadeh M. A survey on prevalence of domestic violence against women and relationship with couple's characteristics. *Sci J Forensic Medicine.* 2009; 15(2): 123-129.
- 9- Nouri R, Nadrian H, Yari A, Bakri G, Ansari B, Ghazizadeh A. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Marivan County, Iran. *J Fam Viol.* 2012; 27(5): 391-399
- 10- Chauhan, P., Shridevi, K., & Katkuri, S. (2018). Domestic violence and related facts among evermarried females in a rural area of southern India. *International journal of community medicine and public health* , 5(9), 3847-3852.
- 11- احمدی، محبوبه؛ رهنوردی، منا، کیانی، مهرزاد؛ پور حسین قلی، اسما؛ معافی، فرنوش؛ و اسدزاده، فیروزه (1394). عوامل مساعد کننده خشونت خانگی در زنان. *مجله سلامت و مراقبت*، 17(1)، 81-70.
- 12- Basar, F., Demirci, N. (2018). Domestic violence against women in Turkey. *Park J. Med science*, 34-3, 660-665.
- 13- Kargar Jahromi, M., Jamali. S., Rahmanian Koshkaki., & Javadpour. S. (2016). Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. *Global journal of health science*, 8- 5, 10-18.
- 14- داساریند، بیتا؛ پناغی، لیلی و موتابی، فرشته (1396). رابطه بین همسرآزاری و نشانگان افسردگی در قربانیان زن: نقش تعدیل کنندگی ویژگی های شخصیتی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 12 (88)، 49-38.
- 15- World Health Organization (WHO)(2017). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- 16- Stylianou, A. (2018). Economic abuse experiences and depressive symptoms among victims of intimate partner violence. *Journal of family violence.* 33, 6, 381-392.
- 17- درخشانیپور، فیروزه؛ محبوبی، حمیدرضا و کشاورزی، ساحل (1393). شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، 16(1)، 131-126.
- 18- Couto Coronel, A., & Hubert Silva, H. (2018). Interrelation between functional constipation and domestic violence. *Journal of coloproctology*, 38, 2, 117-123.
- 19- Ivany, A. Bullock, L., Schminkey, D., Wells, K., Sharps, P., & Kools, S. (2018). Living in fear and prioritizing safety. *Qualitative health research* 28 (11), 1708-1718.
- 20- پروین، لارنس و جان، الیور (1391)، *شخصیت (نظریه و پژوهش)*. (محمدجعفر جوادی و پروین کدیور)، تهران: آبیژ.
- 21- صبوری، سمیرا و میرهاشمی، مالک (1395). پیش بینی ابعاد خشونت بر اساس راهبردهای مقابله ای در زنان قربانی خشونت خانگی. *دو فصلنامه آسیب شناسی مشاوره و غنی سازی خانواده*. 17(2)، 1-13.
- 22- پناغی، لیلی؛ پیروزی، دارا؛ شیرین بیان، مینو و احمدآبادی، زهره (1390). نقش ویژگی های شخصیتی و جمعیت شناختی در همسرآزاری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 17 (2)، 126-135.
- 23- شاه بیک، سروش؛ خانه کشی، علی و خان محمدی، ارسلان (1397). بررسی مقایسه ای راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در زنان مطلقه و غیر مطلقه. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. 7(2)، 44-50.
- 24- Biggs, A.; Brough, P.; Drummond, S. (2017). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, Wiley online library.

- 25- اشرفی، زینب؛ عالی شیرمرد، عبدالله و دهدار، مجتبی (1396). بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله ای با سلامت روان معلمان. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، 3(1)، 83-92.
- 26- آقاخانی، ن.، افتخاری، ع.، زارعی خیرآباد، موسوی، ا.، دلیرراد، پرند، م.، اقتدار، س.، و رهبر، ن. (1391). بررسی انواع خشونت شوهران علیه زنان و تاثیر عوامل مختلف در میزان بروز آنها در زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان اورمیه در سال 90-91. مجله علمی پزشکی قانونی، 18(2-3)، 69-78.
- 27- قهاری، شهربانو؛ پناغی، لیلی؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ زارعی دوست، الهام و محمدی آریا، علیرضا (1385). سلامت روان زنان قربانی همسرآزاري. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، 8، 4، 58-63.
- 28- صابریان، معصومه؛ آتش نفس، الهه و بهنام، بهناز (1383). بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سمنان در سال 1382. مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان، 6، 2، 115-121.
- 29- بختیاری، افسانه و امیدبخش، نادیا (1382). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل، مجله پزشکی قانونی، 9، 31، 1-30.
- 30- ترکاشوند، فاطمه، رضاییان؛ شیخ فتح الهی، محمود؛ مهرابیان، میلاد؛ بیدکی، رضا؛ گروسی، بهشید و موحدی، محمد (1392). بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رفسنجان در سال 1391. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره 12، 695-709.
- 31- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4th Ed.). Guilford Publications.
- 32- Costa, P. T., Jr. McCrae. R, R (1999). A FiveFactor Theory of Personality. In L.A. Pervin and O.P. John (Eds), Handbook of Personality: Theory and research (pp. 139-153). New York: Guilford.
- 33- Robert R. McCrae*, Paul T. Costa Jr.(2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. Personality and Individual Differences, 36, 587-596.
- 34- قلی پور، زهرا؛ مرعشی، سیدعلی؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و ارشدی، نسرين (1394). تاب آوری به عنوان میانجی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و شادکامی. فصلنامه روان شناسی تربیتی، 12(39)، 135-155.
- 35- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 877-891.
- 36- حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیان زاده، اکبر و فیض، ابوالحسن (1377). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 37- خاقانی فرد، میترا (1382). بررسی رابطه همسرآزاري با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر در زنان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا.
- 38- Haj-Yahia, M.M. (1999). Wife abuse and it's psychological consequences as revealed by the first Palestinian national survey on violence against women. Jurnal of family psychology, 13, 642-662.
- 39- مریم لطیفیان، ملیحه عرشی، فردین علی پور و غالمرضا قاندامینی هارونی (1395) بررسی رابطه خشونت خانگی و طلاق عاطفی در میان زنان متاهل شهر تهران در سال 1395. فصلنامه مددکاری اجتماعی، 1395؛ 5(05-122):
- 40- امینی، لیلیا؛ حیدری، مریم؛ دانش پرور، حمیدرضا؛ قرایی، بنفشه و مهران، عباس (1393). بررسی ارتباط خشونت خانگی با برخی تعیین کننده های اجتماعی ساختاری سلامت زنان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران، 24(114)، 130-134.
- 41- وامقی، مروثه؛ خدائی اردکانی و سجادی، حمیرا (1392). خشونت خانگی در ایران: مرور مطالعات 1387-1380. فصلنامه رفاه اجتماعی، 13(50)، 37-70.
- 42- رشتی، سارا؛ پاشا، رضا و نادری، فرح (1394). بررسی توصیفی خشونت خانگی و رابطه آن با نیمرخ روانی زنان متاهل. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، 6(24)، 66-51.

- 43- فلاح، سعید؛ رستم زاده، سوده و قلیچی قوجق، موسی (1394). عوامل موثر بر خشونت خانگی علیه زنان متأهل. *مجله علوم پزشکی دانشگاه گرگان*. 17(4)، 91-97.
- 44- شاکریان، عطا؛ فاطمی، عادل و فرهادیان، مختار (1390). بررسی رابطه بین ویژگیهای شخصیتی با رضایتمندی زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. 16، 92-99.
- 45- رازقی، نرگس؛ نیکی جو، معصومه؛ کراسکیان موجباری، ادريس و ظهرايي مسیحي، آرينه (1390). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی تحولی*. 7(27)، 269-277.
- 46- حق شناس، سپیده و باباخانی، نرگس (1396). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس مهارت های مقابله با استرس و چشم انداز زمان. 13(52)، 569-584.
- 47- بیرانوند، نورالدین؛ کمیلی ثانی، حسین و حیدری، حشمت اله (1394). بررسی رابطه هوش هیجانی با سبک های مقابله با استرس در پرستاران. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. 4(3)، 40-49.
- 48- غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت اله (1387). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *مجله اصول بهداشت روانی*. 10(1)، 47-54.
- 49- ندایی، علی؛ پاغوش، عطاله و هسنیجه، امیرحسین صادقی (1395). رابطه بین راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه ای مهارت های تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*. 4(32)، 1-17.
- 50- عارفی، مختار؛ رحیمی، روح اله و گل محمدیان، محسن (1395). بررسی و مقایسه رگه های شخصیت و سبک های مقابله ای در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری های قلبی سرپایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. 23(1)، 122-132.

Modeling of Structural Relationships of Five Personality Factors and Domestic Violence Coping Strategies against Women by Mediating Age and Education

Abstract

Introduction: The aim of the study was to model the structural relationships of five personality factors and coping styles with domestic violence against women by mediating age and education in married women in Tehran's District One. **Method:** Solidarity research method and statistical population of all married women referring to comprehensive health centers in region one of Tehran city with 24852 people were covered by these centers. A five-factor questionnaire was selected and used by Neo Costa and McCray (1989), Blingings and Moss (1984) coping styles, and domestic violence against Haj Yahya (2001) women to collect data. After removing 30 distorted questionnaires and 6 discarded data, the data were analyzed using the path analysis method. **Results:** In this study, a significant correlation was found between retroactive scale scales and personality factors with domestic violence against women. In this study, direct pathways by five-factor personality variables and coping styles on domestic violence against women and indirect pathways with age-mediated mediation and education were significant. In general, the three variables of the present study include demographic characteristics (age and education), coping styles and personality factors, and the ability to predict 73% of the variables of domestic violence against women. The effects of age on domestic violence vary from study to study. In the present study, in indirect estimation, neuroticism, emotional inhibition, and physical inhibition with age predicted positive visual violence, while extroversion, openness to experience, agreement and responsibility, cognitive assessment, and problem solving. As they grew older, they showed less violence. Also, neuroticism, emotional inhibition, and physical inhibition with a positive level of education positively predicted visual violence, while extraversion, openness to experience, agreement

and responsibility, cognitive assessment, and problem solving increased the level of education. They showed less visual violence. **Discussion:** In most studies, the rate of visual violence decreases significantly with the increase in women's education. Accordingly, the level of education as an important protective factor is one of the most important factors influencing domestic violence and having a higher education can be considered as a protective factor against spousal violence. On the other hand, it can be expected that with increasing age of women and increasing the age of marriage, the rate of exposure to domestic violence will decrease, which can be explained by increasing social experiences, acquiring metacognitive skills and reviewing inefficient methods.

Keywords: Domestic Violence, Five Personality Factors, Coping Styles, Age and Level of Education