

## پیشگیری از خشونت خانگی: اجرای برنامه آزمایشی جلب حمایت در یک منطقه شهری

جعفر بوالهروی<sup>۱</sup>، تینا امیری<sup>۲</sup>، عیسی کریمی کیسومی<sup>۳</sup>، معصومه محسنی کبیر<sup>۴</sup>

۱- روانپزشک، استاده، گروه روانپزشکی جامعه‌نگر، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

۳- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.



تاریخ دریافت: ۱۸ مرداد ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: ۰۱ بهمن ۱۳۹۶

**اهداف این مطالعه** با هدف اجرای آزمایشی برنامه حمایت‌طلبی توسعه‌ایمینی و پیشگیری از خشونت خانگی در سازمان‌ها و نهادها و نیز جمعیت زیر پوشش مرکز بهداشت غرب تهران انجام شد.

**مواد و روش‌ها** پژوهش حاضر پروژه‌ای کاربردی و پایلوت، با روش مطالعه کمی و کیفی بر اساس مداخله مبتنی بر جامعه و پژوهش خدمات بهداشتی صورت گرفته است. جامعه آماری شامل نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع و فعال در پیشگیری از خشونت خانگی در منطقه جنوب غرب شهر تهران بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین تمام جامعه آماری شامل مرکز بهداشت غرب تهران، مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی، بخش فرهنگی اجتماعی منطقه ۹ شهرداری تهران، کلاتری ۱۱۹ مهرآباد (نیروی انتظامی)، انجمن دفاع از قربانیان خشونت و نیز ۲۵ نفر از کارکنان انجام شد. ابزار مطالعه پرسش‌نامه پایش و ارزشیابی، مصاحبه، مشاهده، متون آموزشی، مستندات مکتوب، صورت‌جلسه‌ها و گزارش‌های کارکنان بود.

**یافته‌ها** یافته‌ها نشان داد به طور کلی بیشتر نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع، به‌ویژه بخش سلامت و معاونت بهداشتی، در اجرا و حمایت‌طلبی از برنامه ایمینی و پیشگیری از خشونت خانگی همکاری داشتند. با این حال برخی مشکلات گزارش شده حاصل از یافته‌های کیفی شامل عدم رضایت کارکنان و عدم حمایت و پیشرفت فعالیت‌ها بوده است. در بسیاری از یافته‌های کیفی علاقه، انگیزه و نگرش مثبت به یاری‌رسانی در میان کارکنان و مدیران و متخصصان گزارش شد که در رفتار و وظایف سازمانی آن‌ها نیامده بود. یافته‌های کمی و کیفی از کاستی در همکاری و حمایت درون‌بخشی و برون‌بخشی، همکاری کم مدیران و معتمدان محلی و ضعف در ثبت پرونده‌ها و داده‌ها حکایت می‌کردند.

**نتیجه‌گیری** برنامه جلب حمایت که در سند ملی ایمینی و پیشگیری از خشونت خانگی پیشنهاد شده است، برنامه‌ای اجرایی، مستند به شواهد و کاربردی است. در میان سازمان‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش، بخش سلامت و معاونت بهداشتی بیش از دیگر سازمان‌ها مشارکت داشته است. با این حال برای اجرای مؤثرتر برنامه پیشگیری از خشونت خانگی به تصویب سطوح بالای مدیریت کشور و برنامه‌ریزی برای مشارکت بیشتر دیگر سازمان‌ها، تخصیص بودجه مناسب برای یاری رساندن به قربانیان و حمایت همه‌جانبه از قربانیان نیاز است.

## کلیدواژه‌ها:

حمایت‌طلبی، خشونت خانگی، همسرآزاری

## مقدمه

ترتیب حدود ۵ و ۱۹ درصد از کل بار بیماری‌ها در زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله را به خود اختصاص می‌دهد [۶].

در آلمان از هر چهار زن یک نفر (۲۵ درصد) خشونت جنسی یا فیزیکی را توسط شریک خود تجربه کرده است [۷]. در بریتانیا ۲۱ درصد از زنان حداقل یکبار در طول زندگی خشونت فیزیکی و یا تهدید شدن را توسط شریک زندگی خود تجربه کرده‌اند [۸]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی شیوع خشونت علیه زنان جهانی است و حدود ۳۵ درصد از زنان در سرتاسر جهان خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده‌اند، در حالی که در برخی

خشونت خانگی به عنوان مشکلی شایع و عمده، تهدیدکننده سلامت قربانیان و یک اپیدمی پنهان ادامه‌دار در حوزه سلامت روان شناخته می‌شود. خشونت خانگی علاوه بر مشکلات جسمانی می‌تواند در دیگر جنبه‌های سلامت فرد منجر به مشکلات متعددی در سلامت فرد همچون سندروم درد مزمن، افسردگی و از سوی دیگر موجب سوء مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقاربتی و انواع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود [۵-۱]. خشونت خانگی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به

\* نویسنده مسئول:

تینا امیری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشگاه علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۰۲۰۸۸۵۲۰۰۷ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: tinaamiri888@gmail.com

گروه‌های زنان را بسیار کمک‌کننده یافته‌اند، در حالی که پلیس، روحانیان و وکلا برای آنان کمک‌کننده نبوده‌اند. این تحقیق لزوم مداخلات در نظام سلامت را به خوبی نشان می‌دهد [۳۱]. در ایران نیز با توجه به نبود زنجیره حمایتی و ناکارآمدی نظام قضایی و حمایتی، زنان به‌ندرت خشونت خانگی را به سیستم‌های قضایی گزارش می‌دهند و در برخی موارد سیستم قضایی توجه مناسبی به این مسئله نشان نمی‌دهد [۱۶].

موارد زیر از برنامه‌های پیشگیری از خشونت خانگی در ایران گزارش شده است: توانمندسازی زنان به کمک دوره‌های مشاوره پیش از ازدواج، راه‌اندازی برنامه مداخله در بحران و تلفن‌های ۲۴ ساعته، ایجاد مکان‌هایی برای نگهداری و حفاظت از قربانیان همراه با مداخلات روان‌شناختی، آموزش مهارت‌های زندگی و فرهنگ تاب‌آوری در مدارس و دانشگاه‌ها [۱۰، ۱۱، ۱۲]. برای پیشگیری از همسرآزاری لازم است بر آموزش کارکنان بهداشتی همت گماشت؛ همچنین مداخلات پیشگیرانه وسیع و سراسری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور اجرایی شود؛ و همه سازمان‌های حمایتی مانند تأمین اجتماعی، بهزیستی، قضایی، پلیس، اورژانس‌ها، انجمن‌های مردم‌نهاد و پیشگیری در همسرآزاری و کودک‌آزاری همکاری و حمایت همه‌جانبه‌ای داشته باشند [۱، ۱۱، ۲۶، ۳۲، ۳۳].

با توجه به هزینه‌های بسیاری که خشونت علیه زنان بر جامعه تحمیل می‌کند و نیز ظرفیت فراوانی که شبکه سلامت کشور و شبکه‌های تأمین اجتماعی، حمایتی، انتظامی، قضایی و آموزشی در پیشگیری از خشونت دارند، تا به حال در اجرای برنامه‌های پراکنده و سراسری پیشگیری از خشونت خانگی توسط وزارت بهداشت حمایت جمعی و مؤثری صورت نگرفته است.

این مطالعه با رویکرد حمایت‌طلبی در یک منطقه شهری تهران با اهداف زیر اجرا شد تا بتواند راهگشای همکاری و حمایت‌طلبی وسیعی در این برنامه‌ها باشد [۳۴].

۱. کمک به اجرای برنامه توسعه ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی با الگوی حمایت‌طلبی از نهادها و سازمان‌های موجود در منطقه ۹ شهر تهران؛

۲. ارائه مدلی مؤثر از حمایت‌طلبی مبتنی بر وظایف و فرهنگ سازمان‌ها با یک برنامه حمایت‌طلبی<sup>۱</sup> از پیش طراحی شده.

در واقع در این پژوهش به منظور جلب حمایت سازمان‌ها برای پیشگیری از خشونت خانگی شهری (شامل ساختار، فرایند، روال، استانداردها، منابع مالی، انسانی و شیوه مدیریت) یک الگوی نمونه مشارکت ارائه شده است. در این تحقیق ظرفیت‌ها و قابلیت‌های سازمان‌های مرتبط، ارتباطات و همکاری‌های بین‌سازمانی برای اجرای مشارکتی برنامه پیشگیری از خشونت

مطالعات در ایران میزان شیوع خشونت جسمی علیه زنان ۴۶ یا ۱۵ درصد، خشونت جنسی ۴۲ درصد و خشونت روان‌شناختی ۸۲ درصد گزارش شده است [۵، ۸-۱۱]. حذف و محدود ساختن خشونت نیازمند عناصر متعددی است که توسط افراد و جامعه نظارت و حمایت شود، بر اساس سیاست‌های کلان و فرهنگ آن کشور باشد، و زنجیره بازدارنده خشونت توسط مشارکت همه ذی‌نفعان تشکیل شود و کارا باشد [۱۶-۱۲].

به طور کلی خدماتی که در حال حاضر در بیشتر کشورها به قربانیان خشونت خانگی ارائه می‌شود شامل چهار دسته فعالیت است که عبارتند از: ایجاد خطوط تلفن برای قربانیان خشونت، مشاوره دادن، فراهم کردن پشتیبانی توسط افراد غیرمتخصص و ایجاد پناهگاه‌هایی برای زنان آسیب‌دیده و فرزندان‌شان در صورت لزوم [۱۷]. تحقیقات نشان داده‌اند که پناهگاه‌ها و خدمات پشتیبانی بسیار مؤثرتر از مشاوره‌های مرسوم و سنتی هستند [۱۹، ۱۸] و زنانی که خدمات پشتیبانی دریافت می‌کنند به احتمال بیشتری به پیگیری از طریق قانونی نیز روی می‌آورند [۲۰].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد مشاوره‌های مرسوم تأثیر بسیار کمی بر قربانیان دارد، اما مشاوره با رویکرد حمایتی و آموزش روان‌شناختی تأثیرات مثبتی بر قربانیان خشونت خانگی دارد [۲۱، ۲۲، ۱۷]. تحقیقات دیگر نیز به لزوم تعامل بین کنترل قانونی و غیررسمی، و حمایت اجتماعی و قانونی و بر همکاری و هماهنگی بین سازمان‌ها تأکید می‌کنند [۲۳، ۲۴]. نتایج بررسی آکادمی ملی علوم آمریکا در رابطه با مداخلات انجام‌شده در رابطه با خشونت خانگی گزارش کرد که شواهد غیرپژوهشی نشان می‌دهد اصلاحات جامع در اداره‌های پلیس، دفاتر حقوقی و دادگاه‌های ویژه، تجربیات کودکان و زنان قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشیده است [۲۵].

در سال‌های اخیر برنامه‌های مداخلاتی به بازنگری در پاسخ‌گویی تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی متمایل شده است و سیستم بهداشتی به عنوان یک سیستم فراهم‌کننده حمایت برای زنان قربانی خشونت جایگاه مهمی را به خود اختصاص داده است [۲۶]. کشورهای بسیاری همچون برزیل، ایرلند، مالزی، مکزیک، نیکاراگوئه، فیلیپین، آفریقای جنوبی و ایران به منظور آموزش و حساس کردن کارکنان سلامت برای شناسایی و پاسخ‌گویی به خشونت علیه زنان، پروژه‌های مقدماتی گوناگونی را اجرا کرده‌اند [۲۷، ۲۸]. در این زمینه هنوز جای بحث و بررسی بسیاری وجود دارد. از جمله اینکه این مداخلات تحت چه شرایطی مؤثر خواهند بود و یا کدام‌یک از برنامه‌ها برای قربانیان خشونت سودمندتر است [۲۹، ۳۰].

در مطالعه‌ای که گوردون با تحلیل ۱۲ تحقیق انجام داده یافته‌ها حاکی از آن است که در مداخلاتی که خدمات اجتماعی انجام داده‌اند، زنان خشونت‌دیده، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و

1. Advocacy program

و نقاط قوت و ضعف برنامه پیشگیری از خشونت بررسی شده است و طراحی و اجرای آزمایشی مدل جلب مشارکت در پیشگیری از خشونت مورد نظر بوده است.

## روش

این مطالعه نوعی بررسی کمی، کیفی و مقدماتی (پایلوت) در اجرای برنامه حمایت‌طلبی در چهارچوب پژوهش کاربردی و نظام خدمات بهداشتی<sup>۲</sup> است که در نظر دارد الگویی از حمایت‌طلبی نهادها و سازمان‌های موجود در چند محله از منطقه ۹ شهرداری در جنوب غرب تهران را برای اجرا و توسعه طرح پیشگیری از همسرآزاری وزارت بهداشت ارائه کند که در این منطقه در حال اجراست. جامعه مطالعه شده عبارت است از تمام سازمان‌ها و نهادهای منطقه و نیز ساکنان تحت پوشش آن‌ها.

نمونه مطالعه شده شامل همه سازمان‌ها و نهادهای در دسترس فعال و ذی‌نفع در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی از جمله مرکز بهداشت غرب تهران، مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی، بخش فرهنگی اجتماعی شهرداری این منطقه، دادگاه خانواده، کلاتری محل (نیروی انتظامی)، انجمن دفاع از قربانیان خشونت، و نیز مرکز اورژانس کشور است. نمونه شامل بیشتر کارکنان فعال برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در واحدهای بهداشتی مرکز بهداشت غرب تهران (۲۵ نفر) از جمله پزشکان عمومی یا خانواده‌ها، روان‌شناسان، ماماها و دیگر کارکنان مراکز سلامت خانواده است که به صورت در دسترس انتخاب شده‌اند. در این مطالعه دو چک‌لیست برای ارزشیابی نهایی و پایش روند اجرای طرح و حمایت‌طلبی تهیه شد.

در بخش کمی، چک‌لیستی به عنوان پرسش‌نامه ارزشیابی حمایت‌طلبی در طرح پیشگیری از خشونت خانگی تهیه شد که کمیته علمی پژوهشی طرح ساخته بود و اعتبار صوری و محتوای آن به روش کیفی تعیین شد. در پایان طرح روی ۲۵ نفر از کارکنان و کارشناسان فعال در اجرای طرح اجرا شد. چک‌لیست پایش، ابزار دیگری بود که با ۱۳ پرسش، هر شش ماه یکبار پیشرفت و نتایج اجرای طرح در هر یک از مراکز نام‌برده را پایش می‌کرد. مواردی از ۱۳ آیتم این چک‌لیست و نتایج پایش به شرح زیر است:

• آیا آموزش به قربانیان خشونت و مرتکبان به‌خوبی اجرا شده است؟

• آیا همکاری با مدیران و معتمدان محلی و دیگر نهادها به‌درستی انجام شده است؟

• آیا تعداد موارد ثبت‌شده غربالگری و قربانیان خشونت مناسب است؟

• آیا مراحل گردش کار، طبق نمودار به‌درستی ارائه شده است؟  
• آیا تعداد قربانیانی که در هر دوره مهارت‌های زندگی را آموزش می‌بینند مناسب بوده است؟

• آیا موقعیت نصب پوستر و دسترسی به بروشورها مناسب است؟

• آیا همکاری درون‌بخشی با بخش اعتیاد، ایدز، خانواده و دیگر واحدها فعال است؟

• آیا همکاری برون‌بخشی با شهرداری، بهزیستی، شورای حل اختلاف، پلیس و دیگر موارد فعال است؟

ابزار کیفی مطالعه شامل مصاحبه، مشاهده، توزیع متون آموزشی، وجود مستندات مکتوب در محل اجرای طرح، صورت‌جلسه‌ها و گزارش‌های کارکنان بود. این موارد توسط کمیته علمی اجرایی و کمیته کار در طول اجرای طرح اجرا و ثبت و مستندات آن پیوست گزارش نهایی طرح شد. در اجرای این مطالعه کوشش شد که همزمان با اجرای طرح پیشگیری از همسرآزاری در مرکز بهداشت غرب تهران، با آموزش و حمایت وسیع در اجرای طرح، برنامه حمایت‌طلبی پیش‌نویس سند ملی [۳۳] به اجرا درآید و حمایت از طرح ارزشیابی شود.

در این پژوهش متون و مستندات آموزشی گوناگون مرتبط با پژوهش‌های پیشین [۳۲، ۳۴] به کار گرفته شد. مراحل اجرایی مطالعه نیز به ترتیب شامل مطالعه سند سیاست ملی پیشگیری از خشونت و مرور اطلاعات مرتبط، دعوت نهادهای مرتبط با موضوع به کمیته علمی و حضور در کارگروه، تشکیل کمیته کار در منطقه، نهایی کردن شرح وظایف و مسئولیت‌های ارگان‌های ذی‌ربط و توافق در اجرای آن، و کمک به اجرای مراحل دیگر طرح حمایت‌طلبی بود. مداخلات صورت‌گرفته در طرح شامل موارد زیر بود: برقراری ارتباط با سازمان‌های ذی‌ربط در مداخلات پیشگیری از خشونت خانگی، کمک به شناسایی و ارجاع موارد خشونت خانگی، هدایت و حمایت قربانیان، شناسایی و تحلیل مشکل، تدوین اهداف کلی و اختصاصی، شناسایی و تحلیل دست‌اندرکاران، تولید پیام، انتخاب و اجرای راهبرد جلب حمایت همه‌جانبه، تهیه طرح عمل برای اجرای برنامه حمایت‌طلبی، برنامه‌ریزی برای پایش و ارزشیابی، برگزاری جلسات آموزشی برای ارتقای سطح آموزشی گروه‌های کارشناسی و مربیان و پزشکان عمومی، برگزاری کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی برای قربانیان خشونت و کارکنان نهادها و سازمان‌های نام‌برده.

این موارد به عنوان برنامه حمایت‌طلبی در پیش‌نویس سند ملی پیشگیری از خشونت خانگی در ایران توصیه شده است [۳۳]. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران این طرح را تصویب کرده است. هنگام اجرا نیز با گرفتن فرم رضایت آگاهانه و ملاحظات اخلاقی تمام مشخصات ثبت‌شده افراد محرمانه تلقی شد.

2. Health System Research (HSR)

جدول ۱. توزیع فراوانی، درصد و میانگین رضایتمندی کارشناسان (۵۲ نفر) با چک‌لیست تعیین کیفیت خدمات و میزان همکاری و حمایت

نوع سؤال	گزینه‌ها (شاخص‌های آماری)	عالی و خوب فراوانی (درصد)	متوسط و ضعیف فراوانی (درصد)
کیفیت ارائه خدمات	۹(۲۶)	۱۶(۶۴)	
کیفیت ارائه آموزش	۱۱(۳۴)	۱۴(۵۶)	
کیفیت آمادگی و همکاری بین‌بخشی	۷(۲۸)	۱۸(۷۲)	
کیفیت پشتیبانی و مدیریت	۸(۳۲)	۱۷(۶۸)	
کیفیت پیگیری مراجعه‌کننده	۶(۲۴)	۱۹(۷۶)	
نحوه برخورد و ارتباط	۱۶(۶۴)	۹(۳۶)	
کیفیت تسریع و تسهیل کار	۴(۱۶)	۲۱(۸۴)	
میزان آگاهی و آشنایی کارکنان نهادها	۵(۲۰)	۲۰(۸۰)	
کیفیت مراحل گردش کار و ارجاع	۳(۱۲)	۲۲(۸۸)	
شرکت در جلسات کمیته کار	۱۰(۴۰)	۱۵(۶۰)	
میزان حمایت بین‌بخشی نهادها	۳(۱۲)	۲۲(۸۸)	
فراوانی و درصد کل رضایتمندی	۷۵(۳۷/۷)	۱۲۴(۶۲/۳)	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

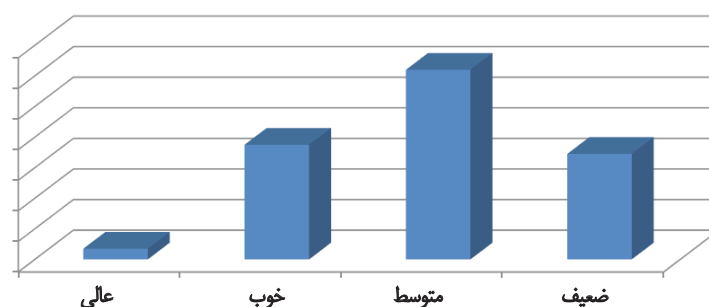
## یافته‌ها

ابتدا یافته‌های کمی و سپس کیفی به شرح زیر ارائه می‌شود:

### پذیرش و مقبولیت طرح در بررسی کمی

یافته‌های کمی به دست آمده از این مطالعه به کمک پرسش‌نامه ارزشیابی حمایت‌طلبی نشان داد که در ارزشیابی اجرای طرح حمایت‌طلبی که همزمان با اجرای برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در منطقه ۹ شهر تهران اجرا شد، پس از حدود دو سال یافته‌های زیر به دست آمد:

در جدول شماره ۱، از مجموع ۲۵ نفر پاسخگو، به ۱۱ سؤال ارزشیابی، میانگینی در حد ۳۰ درصد گزینه عالی و خوب را انتخاب کردند، ۷۰ درصد میانگین پاسخ ارزشیابی آن‌ها متوسط و ضعیف بود. در این ارزشیابی نحوه برخورد و ارتباط (۶۴ درصد)، کیفیت ارائه آموزش (۴۴ درصد)، شرکت در جلسات کمیته کار (۴۰ درصد)، و کیفیت ارائه خدمات (۳۴ درصد) بیشترین رضایتمندی را به خود اختصاص داده بود، در حالی که میزان حمایت بین‌بخشی و کیفیت مراحل گردش کار (۸۸ درصد)، کیفیت تسریع و تسهیل کار (۸۴ درصد) و میزان آگاهی و آشنایی کارکنان نهادها (۸۰ درصد)، بیشترین نارضایتی یا



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تصویر ۱. فراوانی و فراوانی نسبی رضایتمندی کارشناسان طرح (۲۵ نفر) از اجرای آن در پاسخ به گزینه‌های پرسش‌نامه ارزشیابی

امضای چندین تفاهم‌نامه همراه با لیست کردن موضوع مشارکت و ارائه وظایف کامل همه افراد و سازمان‌ها صورت گرفت و در پایش‌ها و ارزشیابی نهایی فعالیت‌های مرکز بهداشت چشم‌گیر بود، اما هیچ‌یک از دیگر مراکز همکار، موردی از خشونت را شناسایی یا ارجاع نکردند؛

کوشش در تأمین منابع مورد نیاز طرح (نیروی انسانی، آموزشی، فرهنگی و مالی) با اتکا به منابع بهداشتی و سازمان‌های محلی صورت گرفت؛

همزمان کمیته علمی بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به پیشنهاد اصلاح قوانین، تغییر نگرش و جلب حمایت مدیران، تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، قوه قضائیه، بهزیستی، شهرداری، انجمن حمایت از قربانیان خشونت، فرمانداری، افراد و گروه‌های تأثیرگذار را با جلسات و کمیته‌های گوناگون بر عهده داشت.

#### یافته‌های کیفی در ناکامی، کاستی و شکست‌های طرح

مشاهدات و گزارش گروه علمی اجرایی، کارگروه، هسته پیشگیری از خشونت، و پژوهشگران پایش و ارزشیابی طرح در منطقه همگی بیانگر تنهایی خشونت‌دیده‌ها، نبود حمایت‌های پزشکی روانی اجتماعی، توانمندسازی آنان، نبود قوانین حمایتی، کاستی بسیار در دادگاه‌ها و ضوابط قضایی و انتظامی، همچنین خالی بودن جای داوطلبان یاری‌رسان و سازمان‌های مردم‌نهاد یا انجمن‌های علمی در دفاع از آنان بودند. از سوی دیگر ناتوانی و مشکلات در دادگاه‌ها و کاستی در رسیدگی به شکایات همسرآزاری مشکلی جدی و فراوان در یافته‌ها بود که طرح نتوانست در آن موفقیتی داشته باشد. همچنین نبود وکیل به‌ویژه وکیل رایگان که مدافع قربانی و زبان دادستان و مردم باشد، بی‌توجهی به نظرات وکیل و شاهدان و خانواده و مهم‌تر از آن دخالت ندادن نظر مددکاران اجتماعی موضوعی بود که در این طرح به فراوانی مشاهده شد.

#### بحث

در پژوهش مداخله‌ای و عملیاتی میدانی حاضر یک برنامه جلب حمایت به صورت آزمایشی و در پی اجرایی شدن سند سیاست ملی ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی کشور به اجرا درآمد. در این سند راهبردهای اصلی حمایت‌طلبی ارائه و مواردی از جزئیات آن شامل شناسایی سازمان‌ها و گروه‌های حمایتی، شرح وظایف سازمان‌ها و افراد، مداخلات و آموزش‌های مرتبط با حمایت از قربانیان، کنترل و مدیریت خشونت‌گر و خشونت، تدابیر پیشگیری و پایش برنامه ارائه شده است. طی پژوهش حاضر و با توجه به یافته‌های آن مواردی نیز به برنامه حمایت‌طلبی افزوده و سپس اجرا شد [۱۴].

کمترین حمایت از طرح را داشته است. رضایتمندی متوسط یا پایین‌تر از متوسط از تصویر شماره ۱ استنباط می‌شود.

#### پایش روند اجرای حمایت‌طلبی با چک‌لیست اجرایی

در اجرای چک‌لیست دوم توسط همکاران اصلی طرح که برنامه را در طول اجرا و هر شش ماه یک‌بار نظارت و پایش می‌کردند یافته‌های مشابهی به دست آمد. نتیجه کلی پایش نشان داد بیشتر پاسخ کارشناسان و پرسشگران و نیز کارکنان اجرای طرح به گزینه‌های بالا خیر یا متوسط بوده است که نشان‌دهنده نارضایت آن‌ها و پیشرفت نکردن فعالیت‌ها مطابق برنامه و جدول پایش بوده است. داده‌های کمی نشان‌دهنده کاستی در همکاری درون‌بخشی و برون‌بخشی، همکاری کم مدیران و معتمدان محلی، و نیز ضعف در ثبت پرونده و داده‌های خشونت خانگی است.

#### بررسی یافته‌های کیفی

داده‌های کیفی نشان داد در موارد بسیاری علاقه، انگیزه، نیاز به دانش بیشتر، و نیز نگرش مثبت به کسب یاری و یاری رساندن در میان مدیران، کارکنان، متخصصان و قربانیان خشونت مشاهده می‌شود. با کوشش و پیگیری کمیته علمی اجرایی امکان دستیابی به برخی اهداف طرح نیز ممکن شد. این اهداف عبارت بودند از:

در سطوح بالا و ملی قوه قضائیه کمیته ملی پیشگیری از خشونت با محوریت و تلاش دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان شکل گرفت؛

در دانشکده، هسته پژوهشی پیشگیری از خشونت خانگی و کمیته سلامت‌محور پیشگیری از خشونت قوه قضائیه راه‌اندازی شد؛

در دانشگاه علوم پزشکی ایران چند جلسه کمیته دانشگاهی مداخله در بحران و کمیته کار یا کارگروه پیشگیری از خشونت خانگی در مرکز بهداشت غرب تهران، و چند جلسه کمیته شهرستانی فرمانداری شهر تهران به پیشگیری از خشونت خانگی اختصاص یافت؛

تولیدات آموزشی بسیاری مرتبط با حمایت‌طلبی در پیشگیری از خشونت خانگی به صورت بروشور، پوستر، تراکت، کتابچه، و کتاب توزیع شد و جلسات آموزشی، چانه‌زنی و رایزنی با مسئولان سازمان‌ها و حمایت‌طلبی در سطح منطقه و ملی صورت گرفت؛

برگزاری کارگاه‌های آموزشی با موضوع مشاوره با فرد خشونت‌دیده و مهارت‌های زندگی و مشاوره تلفنی برای مشاوران سازمان بهزیستی و کلانتری و اورژانس اجتماعی و سازمان دفاع از قربانیان خشونت و افراد خشونت‌دیده قضات دادگستری انجام شد.

در مجموع، نتایج کیفی مثبت حاصل از این پژوهش در اجرایی کردن حمایت‌طلبی را می‌توان بدین صورت بیان کرد:

قربانیان حمایت مؤثری به برنامه حمایت‌طلبی ارائه کرد.

همزمان کمیته علمی نیز فعالیت‌های مربوط به پیشنهاد اصلاح قوانین، تغییر نگرش سیاست‌گذاران، افراد و گروه‌های تأثیرگذار را با جلسات و کمیته‌های گوناگون در دانشگاه، استانداری تهران، معاونت پیشگیری قوه قضائیه و موارد دیگر پیگیری می‌کرد. یکی از اهداف اساسی این بود که سازمان‌های گوناگون اجازه دهند با ورود داوطلبان تخصصی (مددکاران اجتماعی) و داوطلبان مردمی (زنان خشونت‌دیده) در کنار انجام وظایف خودشان مسئولیت‌های ویژه‌ای را نیز بپذیرند.

همچنان که روبرت نیز در کتاب جامع خود در پیشگیری و مداخله در خشونت مطرح می‌کند که همه این موارد در راستای اسناد بالادستی گوناگون و با تأکید بر پیشگیری از خشونت و نیز خشونت خانگی، برنامه‌ریزی‌های کلان و هدایت تمام سازمان‌های ذی‌نفع در مقابله با خشونت است [۳۵، ۳۶، ۳۸-۴۰]. در این راستا مطابق ماده ۲۲۷ و ۲۳۰ قانون برنامه پنجم توسعه، تفاهم‌نامه‌هایی بین وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌های متولی در افزایش امنیت و کاهش خشونت خانگی امضا شده است. یافته‌های این مطالعه و پیش‌نویس سند ملی نیز همین توصیه را دارد [۳۳، ۳۴].

نبود التزام قانونی و برنامه پیشرفته و نوین ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی در سازمان‌ها و نهادها و در عین حال نبود الزام قانونی در همکاری بین‌بخشی در این منطقه منجر به عدم هماهنگی بین‌سازمانی در جلب حمایت و کاهش خشونت خانگی در اجرای طرح شد. از سوی دیگر بوروکراسی اداری و درخواست همه ادارات برای انجام مکاتبات به دفعات مکرر منجر به تأخیر در مراحل اجرا و مانع ارتقای پژوهش محسوب می‌شود. پیچیدگی مدیریت در ارائه خدمات گوناگون سلامت در کلان‌شهری همچون تهران نیز منجر می‌شود پیشگیری از خشونت به عنوان اولویت آخر قرار گیرد. از سوی دیگر نبود برنامه قانونی و ملی، جابه‌جایی کارشناسان مسئول، مدیران، همکاران و حامیان طرح در برخی سازمان‌ها تداوم همکاری بین‌سازمان‌ها را با مشکل مواجه می‌ساخت. از سوی دیگر نبود نیروی انسانی کافی در سازمان‌های ذی‌نفع و در حوزه تخصصی روان‌شناسی، روان‌پزشکی و مددکاری برای خدمات پیشگیری، مداخله‌ای و حمایتی به‌ویژه در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در منطقه چند میلیون نفری تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران در عمل مانع کار تیمی و اجرای وظایف شد.

برای کاهش همسرآزاری و پیشگیری از خشونت خانگی لازم است سند ملی و طرح حمایت‌طلبی در پیشگیری از خشونت در وزارت بهداشت و شواری عالی سلامت و غذا با حضور و دستور رئیس‌جمهور مورد حمایت وسیع قرار گیرد تا تمام سازمان‌های ذی‌نفع در پیشگیری از خشونت خانگی اقداماتی را اجرایی کنند. اطلاع‌رسانی و آگاه‌کردن مداوم نهادهای دولتی و غیردولتی،

یافته‌های کمی و کیفی همچون مطالعات پیشین نشان داد برنامه حمایت‌طلبی در پیش‌نویس سند سیاست ملی ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی [۱۰] قابل اجرا، مستند به شواهد و کاربردی است. در اجرای آن علاقه و انگیزه بسیاری گزارش و مشاهده شد که پذیرش وجود خشونت در خانواده و ضرورت پیشگیری از آن جزو اولویت‌های بسیاری از سازمان‌ها و نهادهاست. در این مطالعه بی‌تفاوتی از سوی فرد و یا سازمان به اجرای برنامه کمتر دیده شد و به‌ندرت پیش آمد که اولویت در شیوع و یا مداخله پذیرفته نشود، اما نبود یک برنامه یا دستورالعمل مشخص که همکاری بین‌بخشی را تسهیل کند یا نبود مجوزهای قانونی باعث شد که همکاری بین‌بخشی آن‌گونه که انتظار می‌رفت موفق نباشد.

یافته‌های به‌دست‌آمده مطالعات پیشین در رابطه با شیوع‌شناسی خشونت خانگی، برنامه‌های کلان کشورها، سازمان‌های بین‌المللی و نیز در خدمات اجتماعی است [۳۵، ۳۶]. یافته کلیدی دیگر این مطالعه که در راستای هدف اصلی پژوهش به دست آمده، مشارکت نسبی مدیریت بخش سلامت و معاونت بهداشتی دانشگاه است که نسبت به دیگر سازمان‌ها، همکاری و حمایت مؤثرتری به عمل آورد. دانشگاه و مرکز بهداشت غرب تهران در چهار مرکز بهداشتی درمانی، برای جمعیت و سازمان‌های زیر پوشش خود در غرب تهران گام‌های ده‌گانه حمایت‌طلبی را پذیرفت و تمام مراحل اجرایی طرح را اجرا کرد. در حالی که ارگان‌های دیگر مانند شهرداری و بهزیستی تنها مشارکتی محدود در انجام طرح از خود نشان دادند.

این یافته در تأیید رویکرد جدید راهبردهای ادغام برنامه ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی در مراقبت‌های سلامت است که تأییدکننده این امر است که خشونت پدیده‌ای روانی اجتماعی و مشکل اصلی بخش سلامت است [۱۴، ۲۶، ۳۳، ۳۴]. از سوی دیگر بخش سلامت بیش از دیگر بخش‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی با مسئله خشونت و قربانیان آن مرتبط است. بنابراین به جز آموزش و برنامه‌ریزی برای کارکنان بخش سلامت، به حمایت‌طلبی وسیع اجتماعی، قانون‌گذاری ملی و همه‌جانبه نیاز است تا قادر شوند به قربانیان یاری رسانند. این مسئله مؤید این امر است که خشونت پدیده‌ای روانی اجتماعی و مشکل اصلی بخش سلامت است. این مدل و رویکرد سلامت‌پذیری نظریه‌های اجتماعی مبنی بر اینکه عوامل محیطی و اجتماعی نقش مؤثری در خشونت‌گری و پذیرش خشونت دارد نیز بوده است [۱، ۳۷، ۳۸]. به عنوان نمونه در این پژوهش کمیته کار محلی و کمیته علمی اجرایی طرح برنامه حمایت‌طلبی از منابع محلی را برای اجرای بهتر برنامه به کار گمارد و با مشارکت سازمان دفاع از قربانیان خشونت، زنان قربانی خشونت، مددکار اجتماعی و روان‌شناسان داوطلب در طراحی جلسات، شناسایی افراد خشونت‌دیده، تشکیل جلسات گروهی، چانه‌زنی با مدیران و کارکنان سازمان‌ها و پیگیری مراحل اداری برای حل بحران

### سیاسگزاری

این پژوهش به سفارش و با بودجه دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت و با حمایت مدیران و کارکنان معاونت بهداشتی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران) انجام شد. همکاری‌های مؤثر خانم دکتر مانا طباطبایی راد و خانم مریم زمانی موجب موفقیت این طرح شد که از آنان قدردانی می‌کنیم. بنا به اظهار نویسندگان مسئول، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

موظف کردن کارکنان برای ثبت موارد و ارائه گزارش ماهانه و سالیانه در رابطه با خشونت خانگی، به‌کارگیری شاخص‌های ارزشیابی برنامه پیشگیری از خشونت خانگی سازمان‌ها و آگاه کردن مردم از وجود مراکز روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مددکاری به منظور آشنایی با آموزش مهارت‌های زندگی به‌ویژه در خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر موجب حمایت بیشتر از برنامه همسرآزاری بین خانواده‌های درگیر با این مشکل می‌شود.

لازم است در این زمینه برای آموزش همگانی و افزایش سلامت عمومی به منظور افزایش آگاهی و آشنا کردن جامعه با مصادیق خشونت خانگی و حقوق زنان، کودکان و سالمندان نیز اقداماتی صورت پذیرد. بدون مشارکت فعال گروه‌های داوطلب، انجمن‌های علمی و خیریه‌ها و همین‌طور حضور مددکاران اجتماعی، مشاوران خانواده و کارآموزی دانشجویان رشته‌های مرتبط به عنوان یاوران افراد و خانواده‌های خشونت‌دیده حمایت همه‌جانبه از قربانیان خشونت خانگی مقدور نخواهد بود.

جلب حمایت نیازمند کمک‌ها و حمایت‌های قانونی و قضایی برای افراد خشونت‌دیده، به‌روزرسانی قوانین ناکارآمد خانواده در تأمین حقوق همه‌جانبه کودکان و زنان، به‌روزرسانی دانش و مهارت‌های قضات و دیگر کارکنان دادگستری‌ها، پلیس و ضوابط قضایی حداقل‌هایی است که پیشنهاد می‌شود در دستور کار مدیران و برنامه‌ریزان کشوری قرار گیرد تا پیشگیری و مقابله با خشونت خانگی سیری کارآمد داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد در حالی که هر روز پیامدها و ابعاد جدیدی از خشونت خانگی در جهان و ایران گزارش می‌شود، در دهه گذشته کوشش‌ها و موفقیت‌های گوناگونی در شناسایی خشونت خانگی و پیشگیری از آن در کشور صورت گرفته است، اما سرمایه‌گذاری و حمایت چندانی توسط افراد، سازمان‌ها، نهادها، برنامه‌ریزان و مدیران کشور صورت نگرفته است. وزارت بهداشت نیز که موفق شده است پیش‌نویس برنامه ملی ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی را تدوین و اجرای تدریجی آن را در کشور پیگیری کند، نیازمند حمایت‌طلبی وسیع و همه‌جانبه است. این مطالعه حمایت‌طلبی که پژوهشی کاربردی در نظام سلامت است، با اجرای آزمایشی در یک منطقه شهری تهران نشان داد قربانیان خشونت، کارکنان بخش سلامت، مدیران و برنامه‌ریزان خدمات شهری، بهزیستی، اورژانس، شهرداری، قوه قضائیه و پلیس در حالی که علاقه و انگیزه مشارکت در این طرح و حمایت از قربانیان خشونت را دارند، به دلایل فراوان که گزارش شده است، به جز بخش سلامت، همکاری مناسبی در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی ندارند. لازم است حرکتی ملی و در سطح کلان برای پشتیبانی از برنامه حمایت‌طلبی در نظر گرفته شود؛ چنین برنامه‌ای در سند ملی ارائه شده است.

## References

- [1] Hugi Wajek JA, Cairo D, Shah S, McCreary B. Detection of domestic violence by a domestic violence advocate in the ED. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012; 43(5):860-5. [DOI:10.1016/j.jemermed.2009.07.031] [PMID]
- [2] Tjaden PG, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. National Institute of Justice and the Centers for Disease Control. 2000. [DOI:10.1037/e300342003-001]
- [3] Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 2004; 18(4):260-9. [DOI:10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x] [PMID]
- [4] Çaha Ö. Attitudes towards the status of women in Turkish society: The case of Istanbul. *European Journal of Economic and Political Studies*. 2010; 3(2):145-62.
- [5] Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. London: Home Office; 2004.
- [6] Wallach HS, Sela T. The importance of male batterers' attributions in understanding and preventing domestic violence. *Journal of Family Violence*. 2008; 23(7):655. [DOI:10.1007/s10896-008-9189-0]
- [7] Cremers M, Krabel J, Calmbach M, Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth. Male educators in Kita: A study on the situation of men in early childhood education. 2010; Berlin: Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth.
- [8] Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11(5-6):870-9. [PMID]
- [9] Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15(3):300-7.
- [10] Ghasemi M. Impact of domestic violence on the psychological wellbeing of children in Iran. *Journal of Family Studies*. 2009; 15(3):284-95. [DOI:10.5172/jfs.15.3.284]
- [11] Ahmadi B, Soleiman E. Effectiveness of health education in intimate partner violence prevention. *Social Welfare Quarterly*. 2011; 40(11):237-57.
- [12] Mehrad BF. Evaluation of national policy about domestic violence against women in Iran. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*. 2014; 3(1):25-31.
- [13] Moore AM, Frohwirth L, Miller E. Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social Science & Medicine*. 2010; 70(11):1737-44. [DOI:10.1016/j.socscimed.2010.02.009] [PMID]
- [14] Rasoulzadeh M, Habib S, Bolhari J, Hakim Shoostari M, Nojomi M, Abedi S. Risk factors of domestic violence in Iran. *Journal of environmental and public health*. 2014; 2014.
- [15] UN Division for the Advancement of Women. Violence against women: Good practices in combating and eliminating violence against women; The Austrian model of intervention in domestic violence cases. Vienna: UN Division for the Advancement of Women; 2005.
- [16] Ashtiani A. [Women status in Islamic Republic of Iran (Persian)]. Tehran: The Center for Women and Family Affairs; 2008.
- [17] L, Riger S, Schewe P, Howard A, Wasco S. Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: A statewide evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*. 2004; 19(7):815-29. [DOI:10.1177/0886260504265687] [PMID]
- [18] Bowker LH, Maurer L. The effectiveness of counseling services utilized by battered women. *Women & Therapy*. 1987; 5(4):65-82. [DOI:10.1300/J015V05N04\_08]
- [19] Campbell R, Baker CK, Mazurek TL. Remaining radical? Organizational predictors of rape crisis centers' social change initiatives. *American Journal of Community Psychology*. 1998; 26(3):457-83. [DOI:10.1023/A:1022115322289] [PMID]
- [20] Weisz A. Legal advocacy for domestic violence survivors: The power of an informative relationship. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. 1999; 80(2):138-47. [DOI:10.1606/1044-3894.656]
- [21] Tutty LM. Post-shelter services: The efficacy of follow-up programs for abused women. *Research on Social Work Practice*. 1996; 6(4):425-41. [DOI:10.1177/104973159600600402]
- [22] Tutty LM, Bidgood BA, Rothery MA. Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*. 1993; 8(4):325-43. [DOI:10.1007/BF00978097]
- [23] Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: Do they promote patient well-being?. *JAMA*. 1995; 273(22):1781-7. [DOI:10.1001/jama.1995.03520460063037] [PMID]
- [24] Sherman LW, Smith DA, Schmidt JD, Rogan DP. Crime, punishment, and stake in conformity: Legal and informal control of domestic violence. *American Sociological Review*. 1992; 57(5):680-90. [DOI:10.2307/2095921]
- [25] National Research Council. Violence in families: Assessing prevention and treatment programs. Washington, D.C.: National Academies Press; 1998.
- [26] Rasulian M, Bolhari J, Nojomi M, Habib S, Mirzaei Khoshalani M. [Theories and interventional models of intimate partner violence: Suggesting an interventional model based on primary health care system in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 21(1):3-16.
- [27] Leye E, Githaiga A, Temmerman M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. Gent: University of Ghent; 1999.
- [28] Lee A, Coles J, Lee S, Kulkarni J. Primary healthcare practitioners' screening practices and attitudes towards women survivors of child abuse. *Mental Health in Family Medicine*. 2012; 9(3):181. [PMID] [PMCID]
- [29] Eckhardt CI, Murphy CM, Whitaker DJ, Sprunger J, Dykstra R, Woodard K. The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2013; 4(2):196-231. [DOI:10.1891/1946-6560.4.2.196]
- [30] Roberts AR. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- [31] Farhi F. Religious intellectuals, the "Woman question," and the struggle for the creation of a democratic public sphere in



- Iran. *International Journal of Politics, Culture, and Society*. 2001; 15(2):315-39. [DOI:10.1023/A:1012929303594]
- [32] Bolhari J, Rasulian M, Habib S, Nojomi M, Abedi Sh HS. [Final report of intimate partner violence prevention in primary health care of Iran (Persian)]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute in Collaboration with Health and Women's offices of Ministry of Health; 2011.
- [33] Ministry of Health (IR Iran). [Policy paper's draft on safety and domestic violence prevention in Iran (Persian)]. Tehran: Ministry of Health; 2003.
- [34] Bolhari J, Karimikeisami E, Mohsenikabi M, Tabatabairad M, Zamani M. [Final report of domestic violence prevention advocacy program: A pilot program in urban area of Tehran City (Persian)]. Tehran: School of Behavioral Sciences and Mental Health; 2017.
- [35] Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroun, Islamic Republic of Iran. *Violence and Victims*. 2010; 25(1):116. [DOI:10.1891/0886-6708.25.1.116] [PMID]
- [36] Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's experiences with intimate partner violence: A qualitative study. *Health Promotion Perspectives*. 2014; 4(2):230. [PMID] [PMCID]
- [37] Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: A multi-country study. Washington, D.C.: United States Agency for International Development (USAID); 2004. [PMID] [PMCID]
- [38] Roberts AR. Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, programs, and legal remedies. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- [39] Abramsky T, Watts CH, Garcia Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):109. [DOI:10.1186/1471-2458-11-109] [PMID] [PMCID]
- [40] Dasarband B, Panaghi L, Mootabi F. Relationship between spouse abuse and depression in women: The moderating role of personality characteristics. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017; 23(1):38-49. [DOI: 10.18869/nirp.ijp-cp.23.1.38]