

PREVENTION OF DOMESTIC VIOLENCE

The Impact of Educational Intervention to Increase Self Efficacy and Awareness for the Prevention of Domestic Violence Against Women

ABSTRACT

Background and objective: Violence against women are commonly seen throughout the world. Studies showed that violence is related to self-efficacy. Therefore, this study was aimed to determine the effect of an educational intervention to increase self-efficacy and awareness for the prevention of domestic violence against women in the Gorgan city, Iran.

Methods: This quasi-experimental study was designed with pre-and post-test on 91 married women under the aegis of the Imam Khomeini Relief Foundation (IKRF) in Gorgan in winter and spring of 2012-2013. Tools for gathering data included demographic information, General self-Efficacy questionnaire and a questionnaire about awareness of violence. Based on the results of the pretest, the educational content was prepared. Post-test was conducted 40 days later, after 3 educational sessions. Using SPSS16 and analytical test such as the paired t-test data were analyzed.

Results: The mean age of subjects were 37.37 ± 12.13 years. The scores means of self-efficacy ($p < 0.001$) and awareness ($p < 0.001$) before and after the intervention were statistically had significant difference. Therefore, it seems that educational program was effective in the promotion of the variables means.

Conclusion: To decrease the domestic violence against women, increasing women's self-efficacy and awareness through educational classes and proper planning is recommended.

Paper Type: Research Article.

Key words: Prevention of domestic violence, Self-efficacy, Awareness, Women, Gorgan.

► **Citation:** Taghdisi MH, Latifi M, Afkari ME, Dastoorpour M, Estebarsari F, Jamalzadeh F. The Impact of Educational Intervention to Increase Self Efficacy and Awareness for the Prevention of Domestic Violence Against Women. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Spring 2015;3(1):32-38.

Mohammad Hossein Taghdisi

Professor, Dept. of Health education & Health Promotion, School of Public Health, Iran Univ. of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

Marzieh Latifi

* PhD Candidate of Health education & Health Promotion, Dept. of Health education & Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti Univ. of Medical Sciences (SBUMS), Tehran, Iran (Corresponding Author) marziye_latifi@yahoo.com

Mohammad Eshagh Afkari

Assistant Professor, Dept. of Health education & Health Promotion, School of Health, IUMS, Tehran, Iran

Maryam Dastoorpour

PhD Candidate of Epidemiology, Research Center for Modelling in Health, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences (KMS), Kerman, Iran

Fatemeh Estebarsari

PhD in Health education & Health Promotion, Dept. of Health education & Health Promotion, School of Health, IUMS, Tehran, Iran

Fiesal Jamalzadeh

MSc. on Health Economics, Kerman University of Medical Sciences (KMS), Kerman, Iran

Received: 10 June 2014

Accepted: 11 March 2015

تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خودکارآمدی و آگاهی زنان برای پیشگیری از خشونت خانگی

محمدحسین تقدیمی

استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرضیه لطفی

* دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) - marziye_latifi@ya-hoo.com

محمداسحاق افکاری

استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مریم دستورپور

دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

فاطمه استبصاری

دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

فیصل جمالزاده

کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان در سراسر جهان دیده می‌شود. مطالعات نشان داده است که خشونت ارتباط زیادی با خودکارآمدی دارد. بنابراین، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خودکارآمدی و آگاهی زنان برای پیشگیری از خشونت خانگی علیه آن‌ها در شهر گرگان هدف این پژوهش بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون بر روی ۹۱ زن همسر دار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی‌شهر گرگان در زمستان و بهار ۱۳۹۰-۱۳۹۱ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و دو پرسشنامه سنجش خودکارآمدی عمومی و آگاهی زنان درباره خشونت بود. بر اساس نتایج پیش‌آزمون محتوای آموزشی تهیه شد. پس‌آزمون ۴۰ روز بعد پس از ۳ جلسه آموزش اجرا شد. داده‌ها از طریق SPSS16 و با به‌کارگیری آزمون تحلیلی مانند تی زوجی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد $37/37 \pm 12/13$ سال بود. نمرات میانگین میزان خودکارآمدی ($p < 0/01$) و آگاهی زنان درباره خشونت ($p < 0/01$) قبل و بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارتی دیگر، به نظر می‌رسد برنامه آموزشی بر ارتقاء میانگین متغیرهای مذکور مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: برای کاهش خشونت خانگی علیه زنان، افزایش میزان آگاهی و خودکارآمدی آنان از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی و برنامه‌ریزی صحیح پیشنهاد می‌شود.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: پیشگیری از خشونت خانگی، خودکارآمدی، آگاهی، خشونت خانگی، زنان، گرگان.

◀ **استناد:** تقدیمی م ح، لطفی م ح، افکاری م ا، دستورپور م، استبصاری ف، جمالزاده. تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خودکارآمدی و آگاهی زنان برای پیشگیری از خشونت خانگی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. بهار ۱۳۹۴؛ ۳(۱): ۳۲-۳۸.

مقدمه

اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه‌جانبه کشور بر کسی پوشیده نیست. اطلاع از وضعیت بهداشت و سلامت زنان و نیز عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت اصلاح وضعیت پیشرفت آن‌ها قرار گیرد (۱). اما زنان مورد خشونت واقع می‌شوند. در میان انواع خشونت‌ها علیه زنان، شایع‌ترین نوع آن، خشونت خانگی یا خشونت توسط همسر است (۲) که به عنوان «هر حادثه یا رفتار تهدید، خشونت و سوءاستفاده اعم از روانی، جسمی، جنسی، مالی ویا عاطفی» تعریف شده است (۳). این نوع خشونت‌ها روز به روز در حال افزایش است (۴).

مطالعه تقدیسی و همکاران (۵) نشان داد شیوع خشونت در تهران ۳۳/۶٪ است؛ لذا زنان نیازمند توانمندی هستند. یکی از مفاهیم الگوی توانمندسازی، خودکارآمدی است. خودکارآمدی یک متغیر کلیدی در روان‌شناسی بالینی، آموزشی، اجتماعی، توسعه‌ای، بهداشتی و شخصیتی است. باندورا، خودکارآمدی را ظرفیت درک‌شده به وسیله فرد برای اجرای موفقیت‌آمیز یک رفتار می‌داند. در نتیجه، خودکارآمدی یک مفهوم شناختی است و نیازهای رفتاری را با ظرفیت‌های فردی مقایسه می‌کند (۶). از نظر بندورا این عوامل در ایجاد خودکارآمدی مؤثر هستند:

- ۱- تجربه‌های موفق،
- ۲- تجربه‌های جانشینی،
- ۳- ترغیب‌های کلامی یا اجتماعی و
- ۴- حالات عاطفی و فیزیولوژیک (۷-۹).

خودکارآمدی یا درک توانایی انجام موفقیت‌آمیز یک وظیفه، اصل مهمی است که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می‌کند. خودکارآمدی بر انتخاب رفتار، زمان و موقعیت انجام رفتار و میزان کوشش و پافشاری برای انجام دادن یک وظیفه خاص تأثیر می‌گذارد (۱۰). برای اینکه انسان موفق شود، باید تعهد، کاردانی و پشتکار داشته باشد؛ که این موارد از طریق خودکارآمدی به دست می‌آید (۱۱). قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل ویژه می‌باشد (۱۲)؛ این کار وابسته به احساس کنترل فرد بر محیط و رفتار خود است (۱۳).

عقاید مربوط به خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارند و تشکیل‌دهنده پیامدهای رفتار انسان هستند. افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتری هستند، اهداف مهم‌تری را در نظر می‌گیرند، متعهدتر گشته و در نتیجه رفتار مطلوب‌تری از خود بروز می‌دهند. درحالی‌که افرادی که خودکارآمدی کمی دارند، رفتار مناسبی از خود بروز نمی‌دهند (۱۴). درک خودکارآمدی باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقا دهنده سلامت می‌شود (۱۳). افراد با تلاش فراوان می‌توانند انتظارات را تغییر دهند (۱۵). مطالعات زیادی تأثیر خودکارآمدی بر تغییر رفتار را تأیید کرده‌اند (۱۶-۲۱). در پژوهش‌های مختلفی خودکارآمدی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم رضایت از زندگی بوده است. خودکارآمدی پایین با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روان‌تنی زیاد ارتباط دارد (۲۲).

مطالعات زیادی در ایران و خارج از کشور در باره خشونت انجام شده است؛ اما طی جستجوهای مختلف مطالعه مشابهی در ایران یافت نشد؛ اما در مطالعه تاور و همکاران بر روی زنان ساکن فلوریدا که با هدف آموزش و غربالگری زنان برای کاهش و شناسایی قربانیان خشونت خانگی انجام شد، خودکارآمدی درک‌شده و غربالگری اجزای مهمی برای پیشگیری از خشونت خانگی به حساب آمد (۲۳). بنابراین، پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خودکارآمدی و آگاهی زنان برای پیشگیری از خشونت خانگی بر روی زنان تحت پوشش کمیته امداد شهر گرگان طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، بدون گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه ۹۱ نفر از زنان همسر دار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر گرگان در زمستان و بهار ۱۳۹۰-۱۳۹۱ بود. طبق فرمول، حجم نمونه با توان آزمون ۸۰٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر ۱۲۶ نفر بود و با احتساب ۱۵٪ ریزش به دلایل مختلف و با توجه به محدود بودن جامعه مورد

خشونت بود. برای تهیه آن از پرسشنامه‌های طرح صابریان و همکاران (۲۵)، که درباره خشونت مطالعه نموده بودند، استفاده شد. روایی ابزار توسط ۶ نفر از اساتید گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت و جامعه‌شناس پزشکی تأیید شد. برای تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه آگاهی در اختیار ۱۰ نفر از زنان تحت پوشش کمیته امداد، که بعداً از مطالعه اصلی خارج شدند، قرار گرفت. با استفاده از روش همسانی درونی، برای تعیین پایایی پرسشنامه آگاهی از روش آزمون مجدد استفاده شد ($p=0.01$) و ضریب همبستگی آن 0.883 بود.

در ابتدای مطالعه، اهداف مطالعه برای جمعیت مورد مطالعه توضیح داده شد. پس از اخذ رضایت‌نامه و تمایل برای حضور در مطالعه و بی‌نام و نشان کردن پرسشنامه‌ها، ۹۱ نفر از افراد با روش نمونه‌گیری تصادفی طبق فرمول حجم نمونه برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. در مرحله اول پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. سپس با توجه به نتایج پیش‌آزمون، برنامه‌ریزی آموزشی اجرا و بسته آموزشی مناسب تهیه شد. این بسته آموزشی برای افراد مورد مطالعه اجرا شد. نوع، محتوا، روش آموزش و تعداد و زمان برگزاری کلاس‌های آموزشی با توجه به تجزیه و تحلیل نتایج مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مواد آموزشی مورد نیاز طراحی شدند.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل این مرحله، مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی در قالب سه جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای با موضوعات افزایش مهارت نه گفتن، حل مسئله، روش‌های کاهش خشم، آگاهی از انواع خشونت با روش بحث گروهی، پرسش و پاسخ، مشاوره، نمایش عملی، سخنرانی کوتاه، پمفلت، هدایت و راهنمایی بحث‌ها طراحی و در یک مطالعه مقدماتی بررسی و تکمیل شد. لازم به ذکر است که در مورد افزایش آگاهی در زمینه انواع خشونت‌ها و نحوه برخورد به شرکت‌کنندگان در صورت مواجه شدن با خشونت نیز آموزش‌های لازم داده شد. در مرحله دوم (پس‌آزمون) با فاصله ۴۵ روز بعد از مداخله دوباره پرسشنامه‌ها توسط افراد نمونه تکمیل شد. نتایج آزمون دوم تجزیه و تحلیل و با نتایج آزمون اول مقایسه شد.

پژوهش، جمعیت حجم نمونه طبق فرمول ۹۱ نفر تعیین شد و این تعداد به‌طور تصادفی ساده از روی لیست مددجویان کمیته امداد امام خمینی انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: همسر دار بودن، حداقل یک سال تحت پوشش کمیته امداد بودن و حداقل یک فرزند داشته باشند و ایرانی الاصل بودن. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: شرکت نکردن در ۲ جلسه آموزشی، مهاجرت از گرگان، تمایل نداشتن برای ادامه همکاری.

ابزار مورد استفاده: دو ابزار خودکارآمدی عمومی و آگاهی در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند:

۱- پرسشنامه استاندارد مربوط به سازه خودکارآمدی عمومی: به منظور سنجش وضعیت خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش، از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (طراحی شوارتسر و جوروسالم، ۱۹۸۱، به نقل از (۲۴) که شامل ۱۰ سؤال با مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (اصلاً صحیح نیست (۱)، به سختی صحیح (۲)، تقریباً صحیح (۳) یا کاملاً صحیح است (۴)) استفاده شد. به گویه‌های نسبتاً درست و کاملاً درست امتیاز یک داده شد و به گویه‌های نسبتاً غلط و کاملاً غلط امتیازی تعلق نگرفت. روایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی مورد استفاده رجبی (۲۴) برابر 0.82 بود. این مقیاس دارای ۱۰ گویه چهارگزینه‌ای با دامنه ۱ تا ۴ است. این مقیاس جهت پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی زندگی، چگونگی زندگی در هر مرحله رشد برای کارهای بالینی و دگرگون‌سازی رفتار به کار می‌رود (۲۴). در تفسیر نمرات خودکارآمدی در مقیاس لیکرت چهارگویه‌ای (با حداقل ۱۰ و حداکثر ۴۰ نمره) تا چهارک اول کل جواب‌های صحیح به عنوان خودکارآمدی ضعیف، چهارک دوم تا سوم به عنوان خودکارآمدی متوسط و از چهارک سوم به بالا به عنوان خودکارآمدی خوب در نظر گرفته شد.

۲- پرسشنامه آگاهی: پرسشنامه محقق‌ساخته آگاهی در مورد

میانگین رفتار خودکارآمدی قبل و بعد مداخله آموزشی مداخله از $1/66 \pm 24/5$ به $1/29 \pm 19/7$ و نمره آگاهی قبل مداخله آموزشی از $2/44 \pm 53/6$ به $2 \pm 54/8$ افزایش یافت. جدول ۲ نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازه‌های آگاهی، خودکارآمدی قبل از مداخله آموزشی نسبت به بعد آن افزایش معناداری داشته است ($p > 0/001$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی قبل و بعد مداخله آموزشی

متغیر	میانگین و انحراف معیار		p-value
	پیش آزمون	پس آزمون	
آگاهی	$6/53 \pm 2/44$ ۳۱/۹۴	$۸/۵۴ \pm ۲$ ۳۳/۴۴	$p > 0/001$
خودکارآمدی	$5/24 \pm 1/66$ ۳۲/۴۰	$۷/۱۹ \pm 1/29$	$p > 0/001$

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی در ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون سیر افزایشی داشت. اختلاف این میانگین خودکارآمدی قبل و بعد مداخله آموزشی از نظر آماری معنی‌دار بود ($p > 0/001$). میانگین خودکارآمدی نیز تغییر یافته و بدین معنی است که آموزش اثر معناداری بر ارتقا خودکارآمدی افراد مورد پژوهش داشته است.

به‌منظور مقایسه نمرات خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش و تعیین رابطه آن با سؤالات جمعیت‌شناختی، از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که بین خودکارآمدی با اعتیاد همسر ($p > 0/001$)، زندگی با خانواده همسر ($p > 0/001$) و سواد ($p > 0/001$) رابطه معناداری وجود دارد. بین آگاهی و سواد افراد مورد بررسی ارتباط معناداری وجود داشت ($p > 0/001$). آزمون دقیق فیشر بین شغل، جنسیت فرزندان، تملک منزل، محل زندگی و خودکارآمدی ارتباط معناداری از نظر آماری نشان نداد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، در مراحل گوناگون سنجش، داده‌ها کدگذاری شده و سپس با استفاده از SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های آماری استفاده گردید. در راستای انجام آزمون‌ها جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آنالیز واریانس، تی مستقل، کای اسکوئر استفاده شد. سطح معناداری در این مطالعه $0/05$ بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه ۷ نفر از افراد با توجه به معیارهای خروج از مطالعه خارج و در مجموع با تعداد ۸۴ نفر از زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر گرگان مطالعه به اتمام رسید.

یافته‌ها

بیشترین گروه سنی مورد مطالعه افراد ۳۵-۴۵ ساله و ۳۵٪ از افراد مورد مطالعه بی‌سواد بودند. شغل ۹۱/۲٪ افراد خانه‌دار بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی و مطلق شاخص‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش:

درصد	فراوانی	گروه‌ها	
۱۷/۶	۱۶	زیر ۲۵ سال	سن (سال)
۲۴/۲	۲۹	۲۵-۳۵	
۳۱/۹	۲۲	۳۵-۴۵	
۲۶/۴	۲۴	بیشتر از ۴۵	تحصیلات
۳۵	۳۲	بی‌سواد	
۲۹/۷	۲۷	ابتدایی	
۲۰/۹	۱۹	راهنمایی	
۱۴/۴	۱۳	دیپلم و بالاتر	شغل
۹۱/۲	۸۳	خانه‌دار	
۸/۸	۸	شاغل	محل زندگی
۴۴	۴۰	شهر	
۵۶	۵۱	روستا	
۳۱/۹	۲۹	استیجاری	نوع تملک منزل
۶۸/۱	۶۲	ملکی	
۴۱/۸	۳۸	بلی	زندگی با خانواده همسر
۵۸/۲	۵۳	خیر	
۱۷/۶	۱۶	فقط دختر	جنسیت فرزندان
۸۲/۴	۷۵	دختر و پسر	

بحث

متأسفانه مطالعه‌ای مبنی بر آموزش خودکارآمدی بر کاهش

موردبررسی قرارداد، نیز نشان داد که مداخلات درباره خشونت در نگرش‌ها، رفتارها و مهارت‌های مربوطه، اثربخشی قابل قبولی دارد و در دانش افراد نیز تغییر به وجود می‌آورد. نتایج این مطالعات همسو با نتایج مطالعه حاضر بود.

بی‌سواد و یا کم‌سواد بودن افراد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه‌ها را می‌توان از محدودیت‌های مطالعه حاضر دانست. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از نظر شرایط ارتقایی مؤثر بر رفتار فرد و انتخاب شیوه آموزشی و منابع اطلاعاتی محیطی، به نظر می‌رسد ارتباط بهتر کارشناسان با زنان و مشاوره در خصوص بالا بردن خودکارآمدی و آگاهی در ارتقای سلامت روانی و خودکارآمدی آنان مؤثر است.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد مداخله آموزشی و به‌کار بردن روش‌های افزایش خودکارآمدی باعث ارتقاء سطح آگاهی و خودکارآمدی افراد می‌شود. افزایش خودکارآمدی ارتباط معناداری با کاهش خشونت دارد. لذا پیشنهاد می‌گردد برای ارتقا آگاهی زنان درباره حقوق خود و افزایش مهارت‌های زندگی آموزش‌هایی از طریق رسانه‌های گروهی صورت پذیرد. همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی در محله‌ها و مکان‌های تجمع زنان خانه‌دار مثل مساجد الزامی است. از اهداف عمده علم آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، بهبود کیفیت و استانداردهای زندگی با افزایش مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های مرتبط با سلامت است. این امر با به‌کارگیری راهبردهای سلامتی از طریق انتخاب شیوه‌های صحیح زندگی و رفتارهای سلامتی قابل‌دسترسی است.

سپاسگزاری

این مقاله از پایان‌نامه شماره ۱۶۴۱۸ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در ۱۳۹۰ به دست آمده است که با حمایت «مرکز مبتنی بر مشارکت جامعه» اجراء شد. واجب می‌دانیم که از ریاست محترم کمیته امداد استان گلستان، شهرستان گرگان و علی‌آباد و همه عزیزانی که با شرکت در جلسات آموزشی باعث اجرای موفقیت‌آمیز این پژوهش شدند، تشکر نماییم.

خشونت خانگی علیه زنان با توجه به جستجوهای صورت گرفته توسط در ایران صورت نگرفته بود ولی مطالعات متعددی با تأکید بر خودکارآمدی به‌عنوان یکی از متغیرهای روانی-اجتماعی انجام شده بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش خودکارآمدی و آگاهی باعث کاهش خشونت خانگی می‌شود؛ که نتایج این مطالعه همسو با نتایج شی و همکاران (۲۶) و آلن و همکاران (۲۷) است.

در مطالعه شی و همکاران (۲۶) در سال ۲۰۰۸ نیز نشان دادند که مداخله آموزشی بر اساس الگوی خودکارآمدی و با استفاده از راهبردهای آموزش بهداشت سبب تغییرات معنی‌دار آماری در خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل می‌گردد (۲۶). همچنین مطالعه آلن و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که خودکارآمدی بالا به میزان بیشتری از خشونت خانگی جلوگیری می‌کند (۲۷). لذا آموزش خودکارآمدی در پیشگیری از خشونت تأثیر زیادی دارد؛ که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود.

با توجه به نتایج این مطالعه، شرکت در کلاس‌های آموزشی و تعامل با دیگران سبب می‌شود آن‌ها را از فردی غیرفعال به فردی فعال و درگیر در مراودات اجتماعی تبدیل کند و بیان تجارب خود در کلاس و استفاده از تجارب جانشین، قرار گرفتن فرد در معرض تجربه‌های موفق قرار بگیرد.

نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که میانگین نمره آگاهی در ۲ مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون سیر افزایشی داشت و سطح آگاهی به میزان خوبی افزایش یافت. سپس فرضیه اول مبنی بر تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی در این تحقیق به اثبات رسید. بنابراین، فرضیه «آموزش بر افزایش آگاهی زنان مؤثر است» تأیید می‌شود. در مطالعه خسروی‌زادگان و همکاران (۲۸) با عنوان «بررسی

ابعاد جمعیت‌شناسی و روان‌شناختی خشونت خانگی علیه زنان در استان بوشهر» که در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت، بیان شد که آگاهی پایین زنان از خشونت، یکی از راه‌های اعمال خشونت همسرانشان علیه آن‌هاست. مطالعه فراتحلیل فلمث^۱ و همکاران (۲۹) تحت عنوان «مداخلات مبتنی بر مهارت‌های آموزشی برای جلوگیری از خشونت در نوجوانان و بزرگسالان جوان» که ۳۸ مطالعه را

1. Fellmeth

215. [Abstract](#)

16. Tehrani H, Taghdisi MH. Community Action: A Strategy for Health Promotion. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015;2(4):255-9. [Abstract/FREE Full Text](#)

17. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. Journal of consulting and clinical psychology. 1991;59(5):739. [Abstract](#)

18. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. Research quarterly for exercise and sport. 1992;63(1):60-6. [Abstract](#)

19. Allison KR, Dwyer JJ, Makin S. Self-efficacy and participation in vigorous physical activity by high school students. Health Education & Behavior. 1999;26(1):12-24. [Abstract](#)

20. Long JD, Stevens KR. Using Technology to Promote Self-Efficacy for Healthy Eating in Adolescents. Journal of Nursing Scholarship. 2004;36(2):134-9. [Abstract/FREE Full Text](#)

21. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviours in college students. Journal of advanced nursing. 2004;48(5):463-74. [Abstract/FREE Full Text](#)

22. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. Behaviour Research and Therapy. 2004;42(10):1129-48. [Abstract](#)

23. Tower LE. Domestic violence screening: Education and institutional support correlates. Journal of Social Work Education. 2003;39(3):479-94 [Abstract](#)

24. Rajabi Gh. Assessment of Reliability and Validity General self - efficacy scale (GSE -10) in Faculty of Education and Psychology student Shahid Chamran University and Marvdasht Azad University. Quarterly Journal of New Thoughts on Education. 2006;2(1,2):111-122 [Abstract/FREE Full Text](#)

25. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan (2003). koomesh. 2005; 6 (2):115-122 [Abstract/FREE Full Text](#)

26. Shi Q, Ostwald SK, Wang S. Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. Journal of clinical nursing. 2010;19(3-4):398-404. [Abstract/FREE Full Text](#)

27. Allen VD, Solomon P. Educational-entertainment as an intervention with black adolescents exposed to community violence. Journal of prevention & intervention in the community. 2012;40(4):313-24. [Abstract](#)

28. Azizi F, Khosravizadegan Z, Morvaridi MR. Demographic and psychologic aspects of domestic violence against women. ISMJ. 2007;10(1):75-81 [Abstract/FREE Full Text](#)

29. Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD004534. DOI: 10.1002/14651858.CD004534. pub3. [Abstract/FREE Full Text](#)

References

1. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization. 2005;204. [Abstract/FREE Full Text](#)

2. Aklimunnessa K, Khan MM, Kabir M, Mori M. Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Bangladesh: evidence from a national survey. The journal of men's health & gender. 2007;4(1):52-63. [Abstract/FREE Full Text](#)

3. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(12):e51740. doi: 10.1371/journal.pone.0051740. [Abstract/FREE Full Text](#)

4. Edleson Jeffrey L. Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. J Interpers Violence. 1999;14(8):839-870. doi: 10.1177/088626099014008004. [Abstract](#)

5. Latifi M, taghdisi Mh, estebarsari F, rahimi z, joveini H. Survey of wife abuse and influencing Social factors incidence of domestic violence in Tehranian families. Alborz university of medical science. Alborz journal;2014: (1)3. [Abstract/FREE Full Text](#)

6. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychology & Health 1998; 13(4):623-49. [Abstract/FREE Full Text](#)

7. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. Evaluation and program planning. 1990;13(1):9-17. [Abstract/FREE Full Text](#)

8. Appelbaum SH, Honeggar K. Empowerment: a contrasting overview of organizations in general and nursing in particular- an examination of organizational factors, managerial behaviors, job design, and structural power. Empowerment in Organizations. 1998;6(2):29-50. [Abstract](#)

9. Carlopio J, Andrewartha G. Developing Management Skills: A comprehensive guide for leaders: Pearson Education Australia; 2008. [View Link](#)

10. Zarei F, Taghdisi MH, Tehrani H. Normalizing health values in the socialization process. J Research Health. 2012;2(2):169-71. [Abstract/FREE Full Text](#)

11. Schwarzer R, Luszczynska A. Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. Self-efficacy beliefs of adolescents Adolescence and education. London: IAP 2006: 139-59. [View Link](#)

12. Pender JN, Murdaugh LC, Parsons AM. Health promotion in nursing practice. 5th ed, Upper Saddle River, Nurs J: Prentice Hall: 2006. [Abstract/FREE Full Text](#)

13. Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education & Behavior. 1986;13(1):73-92. [Abstract](#)

14- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior. 2004;31(2):143-64. [Abstract](#)

15- Bandura A. "self-efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change". Psychological Review. 1977; 84(2): 191-