

## بررسی شاخصهای توانمندی در مقابله با خشونت در زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر گرگان

دکتر محمد اسحاق افکاری<sup>۱</sup>، مرضیه لطیفی<sup>۲</sup>، دکتر محمد حسین تقدیسی<sup>۳</sup>  
دکتر کمال اعظم<sup>۴</sup>، فاطمه استبصاری<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** خشونت علیه زنان در تمام دنیا به عنوان پدیده‌ای شناخته شده است و سابقه‌ای به قدمت تاریخ خانواده دارد. هدف از این پژوهش تعیین میزان شاخص‌های توانمندی در زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) گرگان در پیشگیری از خشونت می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته آگاهی و نگرش که روایی و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ (۰/۸۱) و آزمون مجدد ضریب همبستگی ۰/۸۸ سنجیده شده و پرسشنامه‌های استاندارد عزت نفس روزنبرگ و خودکارآمدی عمومی می‌باشد. تعداد ۹۱ نفر از زنان همسر دار تحت پوشش کمیته امداد شهر گرگان با حداقل یک فرزند، در مطالعه شرکت کردند. اطلاعات با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای توصیفی و استنباطی (کاسکوئر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی زنان به ترتیب برابر با  $6/5 \pm 2/49$  و  $4/16 \pm 2/22$  و  $5/25 \pm 1/92$  و  $5/26 \pm 1/67$  بود. میانگین نمره هر ۴ سازه در مورد خشونت، متوسط و ضعیف بود و زنان بر مهارت‌های کنترل خشم و خشونت آگاهی نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های بدست آمده بنظر می‌رسد، زنان باید خود را علیه خشونت توانمند کنند و برای این مهم نیاز به انجام مداخله آموزشی جهت ارتقاء آگاهی و نگرش و عزت نفس و خودکارآمدی در این گروه از زنان برای افزایش میزان توانمندی آنان لازم به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** خشونت، عزت نفس، خودکارآمدی، آگاهی، نگرش، توانمندی

\* نویسنده مسئول:

مرضیه لطیفی؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم

پزشکی تهران

Email:

Latifi.marzieh@gmail.com

- پذیرش مقاله: فروردین ۱۳۹۲

- دریافت مقاله: تیر ۱۳۹۱

### مقدمه

در سال‌های اخیر خشونت علیه زنان به عنوان جدی‌ترین مشکل اجتماعی در همه فرهنگ‌ها و جوامع مورد توجه واقع شده است (۱). خشونت علیه زنان موضوعی نیست که اخیراً مطرح شده باشد بلکه عمری به پهنه زندگی بشری دارد و یکی از مسائل بسیار جدی تمامی جوامع معاصر است (۲).

<sup>۱</sup> استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران،

ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان خشونت جنسی است که توسط همسر اعمال می‌شود و به نام خشونت خانگی خوانده می‌شود (۳). خشونت خانگی بر علیه زنان شامل هر نوع سوء استفاده جسمی، جنسی یا احساسی است که در روابط خانوادگی بر آنها اعمال می‌شود (۴). آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که از هر ۳ زن، یک زن در جهان مورد خشونت خانگی واقع می‌شود (۵). بررسی ۵۰ مطالعه جمعیتی در سال ۱۹۹۸ در ۳۶ کشور جهان نشان داد که ۱۰ تا ۶۰٪ زنان ازدواج کرده یا دارای شریک نزدیک، حداقل یکبار خشونت جسمی را از شریک خود تجربه کرده‌اند (۶). زنان در موقعیت‌های پایین‌تر اقتصادی، اجتماعی موقعیت‌های بدتر خشونت را تجربه می‌کنند و عواملی مثل سطح سواد پایین، درآمد کم، فقر، منابع اندک و مشکلات ناشی از فرزند آوری در افرادی که به خشونت دست می‌زنند یا قربانی خشونت می‌شوند قابل توجه است. ماهیت این پدیده در برخی از کشورها متفاوت است، برای مثال در کشور غنا، خشونت اعمال شده علیه زنان می‌تواند جنبه‌های شبه مذهبی، اجتماعی، فرهنگی، جنسی، بدنی، عاطفی، روانی و اقتصادی داشته باشد (۷). بین زندگی پر استرس و ابتلا به بیماری‌ها رابطه نزدیکی وجود دارد، استرس مرتبط با خشونت خانگی باعث بروز مشکلاتی از قبیل دردهای مزمن و علائم سیستم گوارشی، علائم سیستم عصبی مرکزی، علائم قلبی می‌شود (۸). با توجه به آسیب پذیر بودن زنان در مقابل خشونت توانمندسازی آنها بسیار مهم است. امروزه درک و بکارگیری مفهوم توانمندسازی به صورت یک آرمان جهت ارتقای سلامت جوامع در آمده است. به طوری که در سال ۱۹۸۶ منشور اتاوا آن را قلب ارتقای سلامت قرار داد (۹). اگر چه توانمندسازی مفهوم تازه به شمار نمی‌آید با این حال در متون مختلف مفهوم مبهم و ناهمگونی دارد و افراد

گونگون به تناسب ویژگی‌های خود استنباط‌های متفاوتی از آن دارند (۱۰). هدف توانمندسازی در ارتقای سلامت توانمند کردن افراد و جوامع برای تصمیم‌گیری در زمینه انتخاب بهترین گزینه سلامت با توجه به تاکید بر نقش و اهمیت شناخت تعیین کننده‌های سلامت که در محیط فیزیکی و اجتماعی نمود عینی دارند، می‌باشند (۱۱). بنابراین می‌توان گفت توانمندسازی در مبحث ارتقا سلامت نقش مهمی داشته است (۱۲)، داشتن جامعه‌ای توانمند با افرادی توانمند که از توانمندی لازم برای انتخاب و به کار گیری روش‌های مناسب، قابل اعتماد و صحیح در حفظ، تامین و ارتقای سلامت خود به منظور برخورداری از یک زندگی با کیفیت در جامعه‌ای با توسعه پایدار برخوردارند و هر استراتژی که منجر به حق تعیین خود تصمیم‌گیری و خودباوری (خود کارامدی، خودکفایتی، کفایت نفس) افراد شود، توانمندی آنها را در پی خواهد داشت (۱۳). سازمان بهداشت جهانی توانمندسازی را این گونه تعریف می‌کند: فرایندی که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیمات و اعمال موثر بر سلامتی شان کسب می‌نمایند (۱۴). توانمندسازی در بعد فردی آن عبارتند از فرایند قادر ساختن افراد برای کنترل بیشتر بر تصمیم‌گیری‌ها، شیوه‌های زندگی و فعالیت‌هایی که بر وضعیت سلامتی آنها تاثیر گذار هستند در حالی که بعد اجتماعی ارتقاء سلامت، بالا بردن پتانسیل جامعه برای پذیرش مسئولیت نسبت به سلامتی است که سبب ارتقای سلامت می‌شود، به علاوه فرایند ارتقا سلامت یک عملکرد اجتماعی است که سبب ارتقای مشارکت مردم، سازمان‌ها، جامعه و ارتقاء کارایی سیاسی و بهبود کیفیت زندگی اجتماعی و سرانجام عدالت اجتماعی و مساوات در مقوله سلامت می‌شود (۱۵). در تعریف سازمان بهداشت جهانی توانمندسازی فرایندی است که از طریق آن افراد

## روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع مطالعات مشاهده‌ای با رویکرد توصیفی-تحلیلی است. تعداد ۹۱ نفر خانم تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر گرگان که همسر دار بوده و حداقل یک فرزند داشته باشند به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. با توجه به اینکه افراد تحت پوشش کمیته امداد از قشر سطح پایین از نظر اقتصادی می‌باشند و در مطالعات مختلف بین فقر و خشونت ارتباط معنی داری به دست آمده است، محل انجام این مطالعه کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر گرگان انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات آن پرسشنامه‌ای محقق ساخته بر اساس سازه‌های توانمندسازی بود. پرسشنامه در بخش‌هایی شامل اطلاعات دموگرافیکی، آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی تدوین شد. قابل ذکر است که پرسشنامه مربوط به سازه نگرش با ۱۰ و پرسشنامه آگاهی با ۱۱ سؤال مبتنی بر سنجش میزان آگاهی و نگرش آنها از خشونت و راه‌های پیشگیری از آن، طراحی شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه نگرش از روش محاسبه آلفا کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۱ محاسبه گردید. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه آگاهی از روش آزمون مجدد استفاده شد که  $p=0/001$  و ضریب همبستگی آن ۰/۸۸۳ بدست آمد. جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه آگاهی و نگرش از روش اعتبار محتوی توسط پانل متخصصین (۸ نفر از متخصص آموزش بهداشت و جامعه شناس سلامت) استفاده شد. به منظور ارزیابی وضعیت آگاهی واحدهای مورد پژوهش تا چارک اول کل جواب‌های صحیح را به عنوان آگاهی ضعیف، چارک دوم و سوم را به عنوان آگاهی متوسط و از چارک ۳ به بالا، به عنوان آگاهی خوب در نظر گرفته شد. در قسمت سئوالات آگاهی به جواب‌های صحیح یک امتیاز تعلق گرفت و برای پاسخ‌های غلط و نمی‌دانم امتیازی در

کنترل بیشتری بر تصمیمات و اعمال موثر بر سلامتی خود کسب می‌نمایند. در واقع در این فرایند افراد بر زندگی خود، در بستر تغییر محیط اجتماعی و سیاسی خود تسلط پیدا می‌کنند که می‌تواند به اشکال فرهنگی، اجتماعی، سیاسی باشد. بعد فردی توانمندسازی بر کسب کنترل فرد بر زندگی شخصی‌اش تأکید دارد (۱۴). توانمندسازی به تدارک و تسلط بیشتر بر منابع و کسب منافع برای زنان اطلاق می‌شود. این واژه به مفهوم غلبه بر نابرابری‌های بنیانی است. توانمندسازی یک زن به این مفهوم است که او برای انجام برخی کارها توانایی جمعی پیدا کند و این امر به رفع تبعیض میان زنان و مردان منجر شود و یا در مقابله با تبعیض‌های جنسیتی در جامعه موثر واقع گردد (۱۶). اصول توانمندسازی شامل توانایی در حل مسئله، خودتکایی، ایجاد اعتماد به نفس است به طوری که توانمندسازی رکن اصلی در جهت ارتقای سلامت جامعه می‌باشد (۱۷ و ۱۸).

اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقا بهداشت و کیفیت زندگی لازم است (۱۹). توانمندسازی شهروندان بی‌گمان یکی از مهم‌ترین وظایف دولت‌ها محسوب می‌شود. در کشورهای مختلف جهان بخش عظیمی از تحقیقات و منابع صرف این حقیقت می‌شود که شهروند مطلوب برای جامعه باید دارای چه خصوصیتی باشد و چگونه می‌توان این صفات و ویژگی‌ها را در اقشار مختلف جامعه توسعه داد (۲۰). بنابراین مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان شاخص‌های توانمندی در زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر گرگان در مقابله با خشونت انجام شد تا در صورت نیاز مطالعات بعدی برای مداخلاتی جهت پیشگیری از خشونت و افزایش توانمندسازی انجام گیرد.

ضعیف، چارک دوم تا سوم به عنوان خودکارآمدی متوسط و از چارک سوم به بالا به عنوان خودکارآمدی خوب در نظر گرفته می‌شد. به منظور سنجش وضعیت عزت نفس واحدهای مورد پژوهش، از پرسشنامه استاندارد روزنبرگ که مشتمل بر ۱۰ سؤال بود، استفاده شد (۲۲)، که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف نمره‌دهی می‌شد. به سئوالات موافق و کاملاً موافق امتیاز یک داده می‌شد و به مخالف و کاملاً مخالف امتیاز تعلق نمی‌گرفت. در تفسیر نمرات عزت نفس در مقیاس لیکرت ۴ گویه‌ای تا چارک اول کل جواب‌های صحیح به عنوان عزت نفس ضعیف، چارک دوم تا سوم به عنوان عزت نفس متوسط و از چارک سوم به بالا به عنوان عزت نفس خوب در نظر گرفته می‌شد. نمره توانمندی کل بر اساس مجموع نمرات آگاهی، نگرش، خودکارآمدی و عزت نفس محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از آنالیز توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کاسکوئر) استفاده شد.

### یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

نظر گرفته نشد. با این توضیحات و با در نظر گرفتن کل سئوالات آگاهی که ۱۱ سؤال بود، نمرات آگاهی تا ۴ به عنوان آگاهی ضعیف، بین ۴/۱ تا ۶ آگاهی متوسط و ۶/۱ به بالا را آگاهی خوب در نظر گرفته شد. در قسمت نگرشی سئوالات ۱، ۲ و ۱۰ پاسخ مخالف امتیاز یک و به موافق و بی نظر امتیاز تعلق نمی‌گرفت. به سئوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ به پاسخ موافق امتیاز یک و به پاسخ مخالف و بی نظر امتیاز تعلق نمی‌گرفت. برای تفسیر نمرات آزمودنی‌ها، تا چارک اول کل جواب‌های صحیح به عنوان نگرش ضعیف، چارک دوم تا سوم به عنوان نگرش متوسط و از چارک سوم به بالا به عنوان نگرش خوب در نظر گرفته می‌شد. پرسشنامه استاندارد مربوط به سازه خود کارآمدی عمومی شامل ۱۰ عبارت با مقیاس لیکرت: اصلاً صحیح نیست (۱)، به سختی صحیح (۲)، تقریباً صحیح (۳)، کاملاً صحیح است (۴) می‌باشد. به منظور سنجش وضعیت خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش، از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی که شامل ۱۰ سؤال بود استفاده شد (۲۱).

به سئوالات نسبتاً درست و کاملاً درست امتیاز یک داده می‌شد و به گویه‌های نسبتاً غلط و کاملاً غلط امتیاز تعلق نمی‌گرفت. در تفسیر نمرات خودکارآمدی در مقیاس لیکرت ۴ گویه‌ای تا چارک اول کل جواب‌های صحیح به عنوان خودکارآمدی

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق شافصهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

گروه	گویه‌ها	فراوانی	درصد	P value آگاهی	value نگرش	value عزت نفس	value خودکارآمدی
سن	زیر ۲۵ سال	۱۶	۱۷/۶	۰/۹۰۱	۰/۶۳۱	۰/۵۲۱	۰/۴۴۷
	۲۵-۳۵	۲۹	۲۴/۲				
	۳۵-۴۵	۲۲	۳۱/۹				
	بیشتر از ۴۵	۲۴	۲۶/۴				

				۳۵	۳۲	بی سواد	تحصیلات
۰/۵۶۶	۰/۰۳۵	۰/۰۱۵	۰/۵۳۵	۲۹/۷	۲۷	ابتدایی	
				۲۰/۹	۱۹	راهنمایی	
				۱۴/۴	۱۳	دیپلم و بالاتر	
۰/۶۱۴	۰/۳۶۸	۰/۲۴۲	۱/۰۹۸	۹۱/۲	۸۳	خانه دار	شغل
				۸/۸	۸	شاغل	
۰/۱۹۲	۰/۹۰۳	۰/۱۵۶	۰/۹۸۱	۴۴	۴۰	شهر	محل زندگی
				۵۶	۵۱	روستا	
۰/۷۶۱	۰/۵۴۷	۰/۳۶	۰/۳۰۸	۳۱/۹	۲۹	استیجاری	نوع تملک منزل
				۶۸/۱	۶۲	ملکی	
۰/۲۴۵	۰/۰۳۷	۰/۰۹۱	۰/۰۷۵	۴۱/۸	۳۸	بلی	زندگی با خانواده همسر
				۵۸/۲	۵۳	خیر	
۱	۰/۲۲۱	۰/۷۱۲	۰/۱۷۵	۱۷/۶	۱۶	فقط دختر	جنسیت فرزندان
				۸۲/۴	۷۵	دختر و پسر	

پژوهش باسواد و بین عزت نفس سواد و زندگی با خانواده همسر و خودکارآمدی با سیگار کشیدن همسر رابطه معنی داری وجود دارد. بین دیگر شاخص‌های دموگرافیک و ۴ سازه مورد بررسی ارتباط معناداری یافت نشد.

به منظور مقایسه نمرات آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش و تعیین رابطه آن با سئوالات دموگرافیک، از آزمون آماری کاسکوئر استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی اولیه واحدهای مورد پژوهش و همچنین بین میانگین نمرات نگرش واحدهای مورد

#### جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار شفاف‌های توانمندی در واحدهای مورد پژوهش

میانگین و انحراف معیار	وضعیت
۶/۵۰ ± ۲/۴۹	آگاهی
۴/۱۶ ± ۲/۲۲	نگرش
۵/۶۲ ± ۲/۰۲	عزت نفس
۵/۲۶ ± ۱/۶۷	خودکارآمدی
۲۱/۵۵ ± ۵/۴۴	توانمندی کل

**جدول ۳: مقایسه فراوانی شافص های توانمندی بر حسب ضعیف، متوسط و قوی در وامدهای مورد پژوهش**

وضعیت	عزت نفس		خودکارآمدی		نگرش		آگاهی		توانمندی کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ضعیف	۴۶	۵۰/۵	۵۳	۵۸/۲	۳۶	۳۹/۶	۲۹	۳۱/۹	۲۰	۲۲
متوسط	۱۹	۲۰/۹	۲۳	۲۵/۳	۴۳	۴۷/۳	۴۲	۴۶/۲	۴۵	۴۹/۵
قوی	۲۶	۲۸/۶	۱۵	۱۶/۵	۱۲	۱۳/۲	۲۰	۲۲	۲۶	۲۸/۶
جمع	۹۱	۱۰۰	۹۱	۱۰۰	۹۱	۱۰۰	۹۱	۱۰۰	۹۱	۱۰۰

**بحث**

ضعیف بود. Shiemen (۲۶) و عنایت (۲۴) در مطالعات جداگانه‌ای نشان دادند که با افزایش سطح تحصیلات عزت نفس هم بالا می‌رود که در مطالعه حاضر نیز نتایج حاکی از آن بود که زنان با سواد، عزت نفس و نگرش بالاتری نسبت به زنان بی سواد داشتند، اما در مورد خودکارآمدی و آگاهی ارتباط معنی داری یافت نشد. همچنین در مطالعه توبک نشان داده شد که زنانی که فعالیت های خارج از منزل دارند عزت نفس بالاتری نسبت به بقیه دارند (۲۷)، که در مطالعه حاضر ارتباطی بین شغل و عزت نفس، خودکارآمدی، آگاهی و نگرش بدست نیامد که عمده ترین دلیل آن این بود که اکثریت قریب به اتفاق جمعیت مورد مطالعه خانه دار بودند.

ساختار قدرت در خانواده با عزت نفس ارتباط معنی داری دارد. زنانی که در خانواده‌های دموکراتیک زندگی می‌کنند عزت نفس بیشتری دارند، در چنین خانواده‌هایی به دلیل کاهش سرکوبگری زنان و توجه به آنها و مشارکت شان در تصمیم گیری‌ها زنان احساس سودمندی و ارزشمندی می‌کنند (۲۸). افرادی که عزت نفس بالایی دارند، در مقابل انواع مشکلات و مسائل زندگی، فشارهای روانی، تهدیدها و حوادث ناگوار طبیعی و بیماریهای روانی مقاوم و پایدار خواهند بود که این شکوفایی استعدادهاى نهفته،

با توجه هدف این مطالعه که بررسی میزان آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان گرگان در مورد خشونت خانگی بود، طبق جستجوی محققین مطالعه مشابهی، پیدا نشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که اکثریت جمعیت مورد مطالعه سطوح آگاهی متوسط (۶۷/۵ ± ۲/۴۹)، نگرش متوسط (۴/۱۶ ± ۲/۲۲)، عزت نفس متوسط (۵/۶۲ ± ۲/۰۲) و خودکارآمدی متوسط (۲۱/۵۵ ± ۱/۶۷) داشتند. نتایج مطالعه درانی و همکاران در تهران بیانگر آن بود که به استثنای یک نفر از مریبان سایرین از عزت نفس متوسطی برخوردار بودند (۲۳). در مطالعه عنایت و همکاران نیز سطح عزت نفس زنان مورد مطالعه پایین بود (۲۴).

نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران در مشهد نشان داد که ۶۰/۱٪ از زنان پرستار از عزت نفس متوسطی برخوردارند (۲۵) و ارتباط بین عزت نفس و فقدان موفقیت فردی وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر که ۷۱/۴٪ زنان (۶۵ نفر) مورد بررسی در مطالعه حاضر عزت نفس پایین و متوسط و همچنین میزان نمره آگاهی ۷۸/۷۱٪ (۷۱ نفر)، و نگرش ۸۶/۹٪ (۷۹ نفر) و خودکارآمدی ۸۳/۵٪ (۷۶ نفر) آنها نیز متوسط و

اجتماعی و مسائل مربوط به کنترل خشم و خودکارآمدی و مهارت‌های زندگی به چشم می‌خورد. کم سواد بودن جامعه مورد پژوهش و پراکنده بودن محل زندگی آنان و در دسترس نبودن افراد مورد مطالعه همچنین خصوصیات متفاوت روحی و روانی، تفاوت‌های شخصیتی، تفاوت در انگیزه، تفاوت در تعاملات بین فردی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر به حساب می‌آید. پخش فیلم‌هایی از شبکه‌های استانی مبنی بر کنترل خشم و خشونت و مهارت‌های ارتباط موثر در افزایش اعتماد به نفس و کاهش خشونت بسیار موثر می‌باشد. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی آموزش در اولویت امر قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح شماره ۱۶۴۱۸ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۰ می‌باشد که با حمایت مرکز مبتنی بر مشارکت جامعه اجرا شده است. برخورد واجب می‌دانیم که از ریاست محترم کمیته امداد استان گلستان، شهرستان گرگان و علی آباد و همه عزیزانی که با شرکت در جلسات آموزشی باعث اجرای موفقیت آمیز این پژوهش شدند، تشکر نماییم.

خلافت و پیشرفت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی را به دنبال خواهد داشت (۲۹).

park & kim (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی با رضایت از زندگی رابطه مستقیم دارد. به بیان دیگر، کسانی که خود را کارآمدتر می‌پندارند، علاوه بر کسب موفقیت بیشتر از نظر عملکرد، احساس رضایت بیشتری از زندگی نیز می‌کنند (۳۰). در مطالعه Shiemen و عنایت بین شغل و سن ارتباط معنی داری به دست آمد و نشان داد که اشتغال می‌تواند سبب تقویت عزت نفس، موقعیت اجتماعی و خودکفایی زن شود و در مجموع تاثیر مثبتی بر بهداشت روانی زن داشته باشد که در مطالعه حاضر بین عوامل فوق و عزت نفس ارتباط معنی داری به دست نیامد. در مطالعه مشکی و همکاران (۳۱) مانند مطالعه حاضر بین شاخص‌های دموگرافیک و عزت نفس رابطه معنی داری نیافتند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به میانگین متوسط و پایین نمرات سازه‌های خودکارآمدی، عزت نفس، آگاهی، نگرش نیاز شدید به استفاده از شیوه‌های آموزشی فعال در آموزش و به وجود آوردن محیط‌های حمایتی برای زنان و حمایت

### منابع

1. Wahed T & Bhuiya A. Battered bodies & shattered minds: Violence against women in Bangladesh. *Indian J Med Res* 2007; 126(4): 341-54.
2. Holtzworthmunore A, Smutzler N, Bates L & Sandin E . An overview of research on couple violence: What do we know about male batterers, their partners and their children? *Psychotrapy in Practice* 1996; 2(3): 7-23.
3. Kranz G, Phuong TV, Larsson V, Thi Bich Thuan N & Ringsberg KC. Intimate partner violence: forms, consequences and preparedness to act as perceived by healthcare staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam. *Public Health* 2005; 119(11): 1048-55.
4. Devi L, Khosla AH, Dua D & Sud ss. Domestic violence in pregnancy in north Indian women. *Ind J Med Sci* 2005; 59(5): 195-9.

5. WHO. Promoting gender equality to prevent violence against women. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597883\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597883_eng.pdf). 2009.
6. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science & Medicine* 2004; 59(11): 2373-85.
7. Salarifar M. Violence against women, with approach to Islamic sources. Office of Women's Studies. Iran: Qom: Hajer Publishing; 2009: 123-9[Book in Persian].
8. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359(9314): 1331-6.
9. Haggart M & Carey PH. Community health promotion: challenge for practice. USA: Royal College of Nursing; 2000: 35-6.
10. Abtahi H & Abesi S. Employee empowerment. Karaj: Management Research and Training Institute; 2007: 19-21[Book in Persian].
11. Mohammadi N & Raffieifar SH. Health education curriculum & with practical implications. Tehran: Mehr Ravash; 2006: 522-30[Book in Persian].
12. Heritage Z & Dooris M. Community participation and empowerment in healthy cities. *Health Promote Int* 2009; 24(1): 45-55.
13. Conger JA & Kanugo RN. The empowerment process: integrative Theory and practice. *The Academy of Management Review* 1998; 13(3): 471-82.
14. Dehdari T, Ramezankhani A & Zarghi A. Principles of Health Promotion. Tehran: Nazari Publication; 2011: 32-6[Book in Persian].
15. Pour Eslami M. Health promotion empowerment. *Teb va Tazkieh* 2003; 12(1): 9[Article in Persian].
16. Office of Women's Affairs and the President of the United Nations Children's Fund. The role of women and family in human development. Tehran: Roshangaran Publication; 1994: 14[Book in Persian].
17. Craig PM & Lindsay G. Nursing for public health: population based care. UK: London; Churchill Living Stone; 2001: 63-8.
18. Auld ME & Hathcher MT. Environmental health promotion: advancing the science and practice. *Health Promote Pract* 2010; 11(3): 301-2.
19. Allahyari I, Alhani F, Kazemnejhad A & Izadyar M. Effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-age children with thalassemia. *Iranian Journal of Pediatrics* 2006; 16(4): 455-61[Article in Persian].
20. Vajargah Fathi K & Diba Vajary T. Civil society and citizenship education. Tehran: Fakher Publishing; 2002: 24-7[Book in Persian].
21. Nezami E, Schwarzer R & Jerusalem M. A adoption of the general self efficacy scale. Available at: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/Persian.Htm>. 1996.
22. Zahirinav B & Rajabi S. The relationship between variables in a group of students with low academic motivation Persian Language and Literature. *Training & Learning Researches* 2009; 1(36): 69-80[Article in Persian].
23. Darrani K & Lavasani MGH. Relationship between job satisfaction, self-esteem and mental health, case study of preschool educators Center Tehran University. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2000; 5(1): 76-98[Article in Persian].



24. Enayat H & Dastranj M. Relationship between Employment and self-esteem of women with emphasis on demographic factors. *Journal of Social Sciences of Shiraz University* 2008; 27(1): 81-96[Article in Persian].
25. Yaghoubinia F, Mazlom SR, Salehi FJ & Esmaeili H. Study of the Relationship between Self - Esteem and Burn out in Nurses of Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in 2000. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2003; 10(3): 73-9[Article in Persian].
26. Shiemen S. Socioeconomic status, job conditions and well-Being; self-concept Explanation for Gender-contingent Effects. *The Sociological Quarterly* 2002; 43(4): 627-46.
27. Tobak M. Relationship between self-esteem and participation of rural women[Thesis in Persian]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 1996.
28. Movahed M & Dastranj M. Related fields of study in family socialization and self-esteem of married women. *Journal of Women and Society* 2010; 1(3): 63-76[Article in Persian].
29. Biyabangard E. Adolescent Psychology[Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad University; 2005.
30. Mayer B & Kim U. The inter relationships among German adolescents' self efficacy, perception of home and school environment and health, Poland; Pultusk: The 15th International Congress of the International Association for Cross- Cultural Psychology(IACCP), Jul 2000.
31. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P & Hajizade E. Effect of health education program using the self-esteem and control beliefs on students' mental health. *Feyz* 2008; 12(4): 38-43[Article in Persian].

# Indicators Of Empowerment In Women Supported By Imam Khomeini Relief Committee Of Gorgan In Confrontation With Violence

Afkari Mohammad Eshagh<sup>1</sup> (Ph.D) - Latifi Marziyeh<sup>2</sup> (MSc.)  
Taghdisi Mohammad Hossein<sup>3</sup> (Ph.D) - Kamal Azam<sup>4</sup> (Ph.D)  
Estebarsari Fatemeh<sup>5</sup> (MSc.)

1 Assistant Professor, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Sciences in Health Education and Promotion, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Assistant Professor, Epidemiology and Biostatistics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Ph.D Student in Health Education and Promotion, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Jun 2012  
Accepted : Apr 2013

**Background and Aim:** Violence against women is recognized internationally. Domestic Violence is a phenomenon as old as family history. The purpose of this study was to determine empowerment indicators of women covered by Imam Khomeini Relief Committee in Gorgan.

**Materials and Methods:** The method of study was descriptive-analytical and the data collection tool was a questionnaire. To determine reliability, test-retest method was used, and a correlation coefficient of 0.883 was obtained. To determine validity, Cronbach's alpha was applied and the figure turned out to be 0.81. In total, 91 women participated in the study and completed the questionnaire. They had at least one child and each lived with her husband. The data were then analyzed using SPSS software (version 16) as well as descriptive and inferential (Chi square) statistics.

**Results:** The means and standard deviations of women's Knowledge, Attitude, Self-esteem and Self-efficacy were  $6.5 \pm 2.49$ ,  $4.16 \pm 2.22$ ,  $5.25 \pm 1.92$ ,  $5.26 \pm 1.67$ . The means of all 4 indicators were either average or low for violence against women; moreover, they did not know much about anger management skills.

**Conclusion:** Women should be empowered to prevent violence against them. To this end, they should be informed about how to enhance their Knowledge, Attitude, Self-esteem and Self-efficacy.

**Key words:** Violence, Empowerment, Knowledge, Attitude, Self-Esteem, Self-Efficacy

\* Corresponding Author:  
Latifi M;  
E-mail:  
Latifi.marzieh@gmail.com