

## تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش خشونت خانگی و ارتقا سلامت عمومی زنان

ابوالفضل محمدبیگی<sup>۱\*</sup>، سپیده سادات سیدی<sup>۲</sup>، معصومه بهداری<sup>۳</sup>، راضیه بروجردی<sup>۴</sup>، علی‌اکبر رضاخو<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۶/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۸/۳۰

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خشونت خانگی رفتار پرخطرانه‌ای است که دارای ابعاد مختلف جسمی، روان‌شناختی، آسیب، اقتصادی و جنسی است و با توجه به عوارض قابل‌توجهی آن بر زنان جزء اولویت‌های سلامت محسوب می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش خشونت خانگی و نمره سلامت عمومی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی است که بر روی ۲۲ نفر از زنان شهر قم به شیوه در دسترس و پس از کسب رضایت آگاهانه انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه محقق ساخته شامل سؤالات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه استاندارد و تجدیدنظر شده خشونت خانگی CTS-2 اشتراوس و پرسشنامه استاندارد GHQ جمع‌آوری شد. پیش‌آزمون ابتدا برگزار گردید و طی شش جلسه یک و نیم ساعت طی دو هفته آموزش مهارت‌های زندگی داده شد و سپس پس‌آزمون یک ماه بعد از آخرین جلسه آموزش برگزار شد. تأثیر مداخله با استفاده از آزمون‌های تی زوجی و مک نمار بررسی شد

**یافته‌ها:** مداخله آموزشی توانست میانگین نمره سلامت عمومی افراد مورد مطالعه را کاهش معنی‌داری دهد. همچنین میانگین تعداد دفعات خشونت کلی و حیطه‌های آن شامل حیطه خشونت کلامی، آسیب رساندن و خشونت جنسی کاهش آماری معنی‌داری را نشان داد ( $p < 0.05$ ) اما در تعداد دفعات خشونت مالی، روانی و جسمی کاهش معنی‌دار دیده نشد ( $P > 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش انواع خشونت علیه زنان داشته باشد و البته نمره سلامت روانی زنان مورد مداخله را ارتقا دهد. لذا برگزاری کلاس‌های آموزشی برخورد با مسئله و کنترل خشم در آقایان نیز می‌تواند از پیامدها و عوارض این پدیده پیشگیری نماید.

**کلیدواژه‌ها:** خشونت خانگی، زنان خانه‌دار، زنان شاغل

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۷۵، دی ۱۳۹۴، ص ۹۱۱-۹۰۳

آدرس مکاتبه: قم، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، تلفن: ۰۲۵-۳۷۸۴۲۲۲۸

Email: beigi60@gmail.com

## مقدمه

جنسی ولی غالباً شامل رفتارهای کنترلی مثل جداکردن زن از خانواده، دوستان و محدود کردن وی از دسترسی به منابع مختلف می‌شود(۱). خشونت علیه زنان کاملاً جهانی بوده و از دیدگاه‌های مختلفی چون دیدگاه اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و جمعیت شناختی و بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است(۲). بر پایه گزارشات از هر چهار زن یک نفر در معرض خشونت است و تقریباً ۷۵ درصد زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند(۳). بر اساس مطالعه‌ای بزرگ که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد شیوع

مقدمه خشونت علیه زنان یکی از خشن‌ترین نتایج نابرابری‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است که منجر به بیماری‌های جسمی و روانی، شرکت کم زنان در فعالیت‌های اجتماعی، غمگینی، افسردگی، استرس روحی، بد عملکردی جنسی، سقط، بستری مادران باردار، تاخیر در مراقبت‌های بارداری و ابتلا به عفونت‌های جنسی شده است(۱). همسر آزاری دارای اشکال و ابعاد مختلف است از بدرفتاری فیزیکی و آزارهای روانی گرفته تا بدرفتاری

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات سیاستگذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، قم، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، قم، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، قم، ایران

<sup>۵</sup> پزشک عمومی، واحد بیمارهای ژنتیک، سازمان بهزیستی قم، قم، ایران

خشونت خانگی در کشورهای جهان از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است (۴)

سازمان جهانی بهداشت نیز خشونت علیه زنان را از اولویت‌های بهداشتی می‌داند که عوارض قابل قبولی را در سلامت جسمی و روانی زنان ایجاد می‌کند (۲) این عوارض شامل بیماری‌های منتقله از راه جنسی (هیپاتیت و ایدز)، اعتیاد به مواد مخدر، مشکلات خواب، سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزاد کم‌وزن، مرده زایی، آسیب‌های جسمی و کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و بزهکاری و خودکشی است (۳).

تا سه دهه قبل جامعه شناسان خشونت در خانواده را امری استثنایی قلمداد می‌کردند و آن را خاص خانواده‌هایی می‌دانستند که دارای مشکلات مادی، سطح فرهنگی پایین و شرایط بحرانی مانند طلاق بودند اما نتایج برخلاف تصور نشان می‌دهد که خشونت در میان همه خانواده‌ها وجود دارد و معمولاً خشونت در خانواده زنان و کودکان هستند (۵). همسر آزاری دارای علل گوناگونی است که شامل تضاد فرهنگی، مسائل روانی و عوامل شخصیتی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، سطح تحصیلات، اعتیاد، مسائل فرهنگی و تربیتی است (۶-۱۱). مطالعات به نقش پررنگ تربیتی - فرهنگی در بروز پدیده همسر آزاری رسیده‌اند به طوری که مردانی که در کودکی در خانواده شاهد کتک خوردن مادران خود بوده‌اند بیشتر به خشونت علیه زنان روی می‌آورند و زنانی که به باورهای مردسالارانه معتقدند و به نوعی آن را پذیرفته‌اند نیز بیشتر مورد خشونت واقع شده‌اند (۱۲). مهارت‌های زندگی شامل مجموعه‌ای از آموزش‌ها است که باهدف کمک به افراد در جهت شناخت هر چه بهتر خود، کنترل هیجانات و استرس‌ها و حل کردن هر چه بهتر مسائل و مشکلات ارائه می‌شود (۴، ۱۳). با توجه به اهمیت و ارزش آموزش مهارت‌های زندگی با اهداف پیشگیرانه و ارتقاء سطح سلامت روان، فقدان این گونه آموزش‌ها می‌تواند بر عزت نفس و توانمندی افراد در برخورد با کشمکش‌ها و تنش‌ها مؤثر بوده و نتیجتاً در بروز خشونت‌ها نقش خواهند داشت (۴، ۱۲-۱۴). سایر مطالعات نیز تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش رفتارهای ناهنجار را نشان داده‌اند (۴، ۱۲-۱۵). لذا با توجه به شیوع نسبتاً بالای خشونت در جامعه زنان ایرانی (۱، ۳، ۸) مطالعه حاضر با تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش این پدیده طراحی شد و امید است نتایج مطالعه حاضر نقش مؤثری در کاهش خشونت در جامعه زنان و ارتقای موقعیت و حفاظت از ارزش و مقام زنان داشته باشد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی به منظور تعیین تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش خشونت در نمونه‌ای از زنان

جامعه است که بر اساس رضایت آگاهانه و داشتن معیارهای لازم به مطالعه وارد شدند. معیار ورود به مطالعه متأهل بودن، موافقت جهت شرکت در مطالعه و حداقل داشتن یک سال زندگی مشترک با همسر بود و چنانچه هر یک از معیارهای ورود وجود نداشت، فرد مورد نظر از مطالعه خارج می‌شد. لذا ۲۲ نفر خانم متأهل در کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی شرکت کردند و قبل از مداخله آموزشی بروز انواع خشونت در آن‌ها اندازه گیری شد و سپس با بروز خشونت در بعد از مداخله مقایسه گردید.

در این مطالعه بر اساس نتایج مطالعه لطیفی و همکاران (۴) و با در نظر گرفتن تأثیر کاهشی مداخله برابر با  $diff=1/35$ ، و انحراف معیار قبل از مداخله و بعد از مداخله به ترتیب برابر با  $1/92$  و  $1/32$  و همچنین خطای نوع اول برابر با  $0/05$  و توان مطالعه برابر با  $80\%$  تعداد ۲۲ نفر مورد آموزش قرار گرفتند اما دو نفر برای شرکت در پس‌آزمون مراجعه نکردند. گردآوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه محقق ساخته شامل سؤالات دموگرافیک و سؤالاتی در خصوص علل خشونت و همچنین پرسشنامه استاندارد و تجدیدنظر شده خشونت خانگی CTS-2 که توسط اشتراوس در سال ۱۹۹۶ ایجاد شده است و پایایی آن بین  $0/79$  تا  $0/95$  محاسبه شده است که شامل سؤالاتی در خصوص تعداد دفعات خشونت می‌باشد، انجام گرفت (۱۶، ۱۷). اعتبار و روایی پرسشنامه توسط متخصصان روانشناسی، اپیدمیولوژی و آمار صورت پذیرفت و البته در مطالعات مختلف نیز روایی پرسشنامه در جامعه ایرانی تأیید شده است (۱۸). به‌علاوه جهت تعیین اختلال افسردگی از پرسشنامه استاندارد GHQ استفاده شد. پرسشنامه مقیاس سلامت عمومی شامل ۲۸ سؤال بوده و در چهار زیر مقیاس ۷ سؤالی ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و اضطراب را موردسنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط محققین مختلف و در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن نیز قابل قبول است (۱۹، ۲۰). در این مطالعه نیز از فرم ۲۸ سؤالی استفاده می‌شود و نمره‌گذاری براساس روش لیکرت به هر پاسخ، بر مبنای اصلاً برابر صفر، در حد معمول برابر با یک، بیش از حد معمول برابر با دو و به مراتب بیشتر از حد معمول مساوی سه تعلق می‌گیرد. نمرات هر آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به‌طور جداگانه مشخص می‌شوند و پس از آن، نمرات چهار مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم که جهت سنجش وضعیت روانی به کار خواهد رفت. در این ابزار بدترین حالت در سلامت روانی بیشترین نمره و بهترین حالت آن کم‌ترین نمره را کسب می‌کند. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس زیر است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی که از مجموع نمرات چهار مقیاس نیز یک نمره کلی به دست می‌آید؛ و دارای پنج روش نمره‌گذاری است که

## یافته‌ها

مداخله آموزشی بر روی ۲۰ نفر از مادران شهر قم در طی شش جلسه کلاس یک و نیم‌ساعته انجام شد. میانگین سنی آن‌ها و همسرانشان به ترتیب برابر با  $30/65 \pm 2/9$  و  $35/8 \pm 3/8$  سال بود و به‌طور متوسط  $19/9 \pm 3/7$  سال از زندگی مشترک آن‌ها می‌گذشت. از نظر سطح تحصیلات ۱۵ درصد آن‌ها راهنمایی، ۴۵ درصد دبیرستان و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۳۵ درصد زنان مورد مطالعه شاغل بودند. اسکان ۴۰ درصد آن‌ها در منزل شخصی و ۴۰ درصد در منازل اجاره‌ای و مابقی در منزل آشنایان و فامیل بود. ۳۰ درصد آن‌ها ازدواج فامیلی داشته بودند و شیوع طلاق در خانواده زنان مورد مطالعه و همسرانشان به ترتیب ۲۰ درصد و ۴۵ درصد گزارش شد.

جدول شماره یک نشان می‌دهد میانگین تعداد دفعات خشونت کلی و حیطه‌های آن شامل حیطه خشونت کلامی، آسیب رساندن و خشونت جنسی کاهش آماری معنی‌داری را نشان داد. به‌نحوی که مداخله سبب کاهش تعداد دفعات خشونت در زنان مورد مطالعه شده است. قابل ذکر است که تعداد دفعات خشونت مالی، روانی و جسمی نیز پس از مداخله کاهش یافته بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نشان داده نشد ( $P > 0/05$ ). نتایج جدول دو نشان می‌دهد که مداخله آموزشی توانسته است میانگین نمره کل سلامت عمومی افراد مورد مطالعه به میزان ۵ نمره و از مرز بحران به کم‌تر از نقطه ۲۴ (مرز اختلال روانی) کاهش دهد؛ که این اختلاف قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ) اما در میانگین نمره هیچ یک از حیطه‌های سلامت عمومی کاهش معنی‌داری دیده نشد ( $P > 0/05$ ). نمودارهای یک تا سه بیانگر اختلاف میانگین نمره سلامت عمومی و تعداد دفعات خشونت قبل و بعد از مداخله می‌باشند. نمودار ۱ نشان‌دهنده کاهش میانگین نمره سلامت عمومی بعد از مداخله نسبت به قبل از آن است. قابل ذکر است که نمره بالاتر سلامت عمومی به معنای وجود اختلالات روانی بیشتر در افراد مورد بررسی است. نمودار ۲ نشان می‌دهد که میانگین تعداد دفعات خشونت کلی و ابعاد آن شامل خشونت کلامی، آسیب و خشونت جنسی قبل و بعد از مداخله در افراد مورد مطالعه کاهش داشته است. نمودار ۳ نیز نشان‌دهنده کاهش میانگین تعداد دفعات خشونت روانی، جسمی و مالی قبل و بعد از مداخله در افراد مورد مطالعه می‌باشد اما این کاهش از نظر آماری محسوس نبوده است.

بهترین روش آن شیوه نمره‌گذاری لیکرت صفر، یک، دو و سه با حداکثر امتیاز ۸۴ می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه در تحقیقات متعدد در کشور بین ۲۱-۲۳ تعیین شده است. در این مطالعه از نقطه برش ۲۳ برای نشان دادن اختلال روانی در کل و برای هر یک از مقیاس‌های فرعی از نمره ۱۴ استفاده شد. نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشان‌دهنده اختلال روانی و پایین‌تر از آن نشانه سلامت روانی محسوب شد (۱۹، ۲۱).

جهت اجرای پروژه با هماهنگی سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی قم، پس از تصویب طرح و اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و سازمان و هماهنگی‌های لازم با مراجع قانونی و ارگان‌های ذی‌نفع، ابتدا دو نفر از پرسشگران طرح (دو نفر خانم از دانشجویان دانشگاه به مراکز مشخص‌شده بر مبنای طرح نمونه‌گیری مراجعه و داده‌های بر اساس مصاحبه جمع‌آوری شد. همچنین جهت انجام مداخله، هماهنگی‌های لازم با موسسه‌های آموزشی همکار سازمان بهزیستی جهت اجرای مداخله صورت گرفت. قبل از اجرای مداخله آموزشی پیش‌آزمون از آن‌ها گرفته شد و شرایط موجود افراد مورد مطالعه تعیین شد. سپس زنان مورد مطالعه برای ۶ جلسه یک و نیم‌ساعته در مدت دو هفته کاری مورد آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. سه هفته پس از آخرین جلسه آموزشی، با همکاری موسسه آموزشی مادران آموزش‌دیده فراخوان شدند و مجدداً سؤالات پرسشنامه توسط آن‌ها تکمیل گردید و از آن‌ها خواسته شد بروز خشونت و وضعیت سلامت عمومی خود را در طی دوره آموزش را گزارش کنند. مداخله آموزشی بر روی ۲۲ نفر از مادران شهر قم در طی شش جلسه کلاس یک و نیم‌ساعته انجام شد و ۲۰ نفر آنان در جلسه پس‌آزمون شرکت کردند.

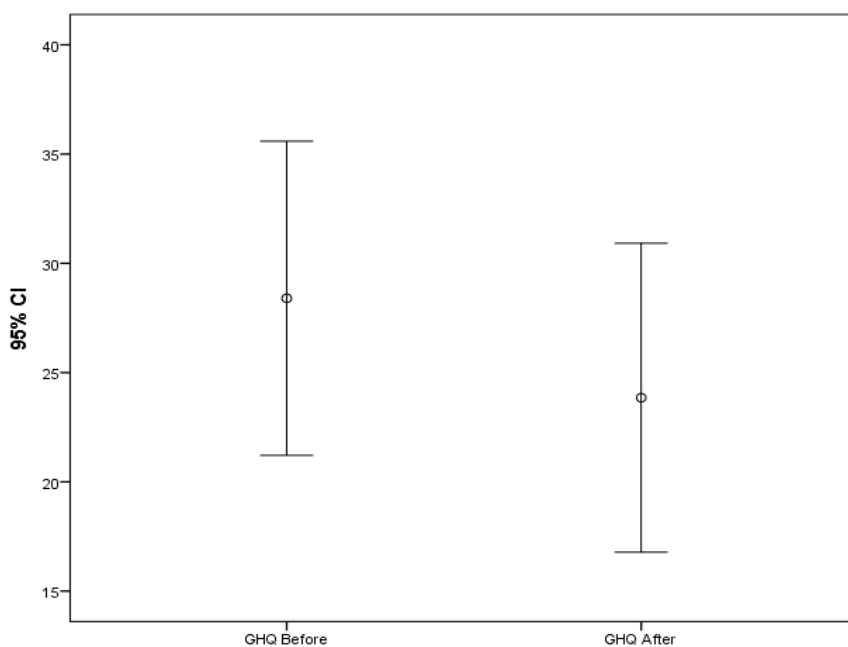
پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، اطلاعات جمع‌آوری‌شده پس از کدبندی و ورود به رایانه از طریق نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌های نهایی، تأثیر مداخله در گروه مداخله با استفاده از آزمون‌های تی زوجی و مک نمار بررسی شد. اطلاعات کلیه شرکت‌کنندگان در طرح حاضر کاملاً مکتوم و محرمانه بوده و هیچ‌گونه نام و نام‌خانوادگی از شرکت‌کنندگان گرفته نشد. ضمن آنکه رضایت‌نامه اخلاقی ضمیمه‌شده طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسید و موافقت‌نامه آگاهانه جهت حضور در این طرح از کلیه شرکت‌کنندگان گرفته شد.

**جدول (۱):** مقایسه میانگین تعداد دفعات خشونت و ابعاد مختلف آن قبل و بعد از مداخله مهارت‌های زندگی

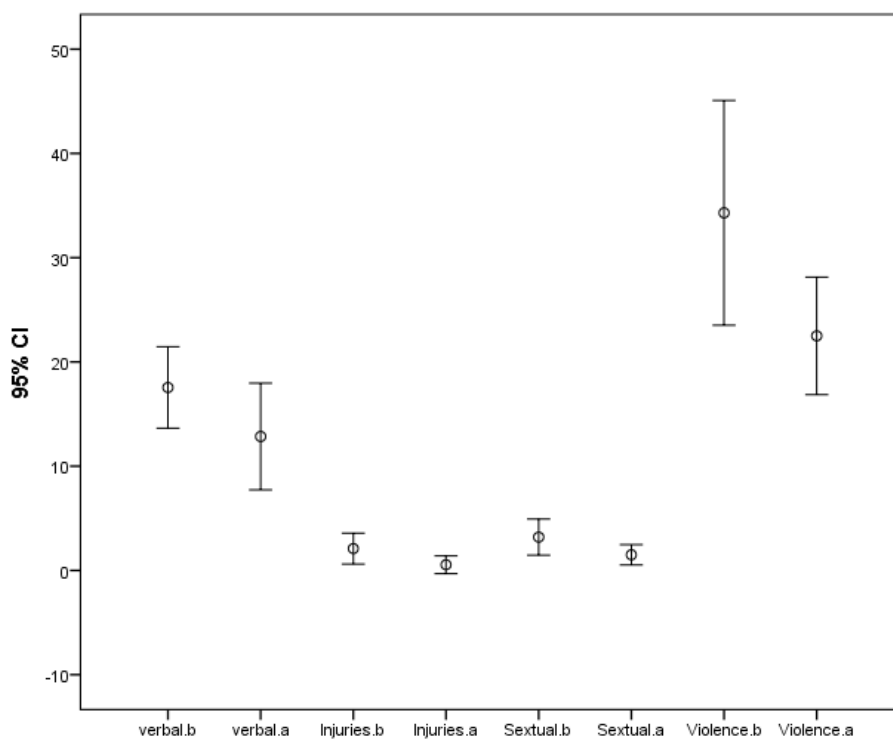
P value	After	Before	Variables
	SD±Mean	SD±Mean	
۰/۱۸۳	۵/۲±۴/۳۳	۸/۲±۱۰/۴۴	خشونت روانی
۰/۲۹۶	.	۲/۶±۹/۳	خشونت جسمی
۰/۰۳۳	۱۲/۸۵±۱۰/۹	۱۷/۵۵±۸/۳۴	خشونت کلامی
۰/۰۳۱	۰/۵۵±۱/۸	۲/۱±۳/۲	آسیب
۰/۱۳۸	۱/۷±۲/۴	۲/۵±۲/۹	خشونت مالی
۰/۰۴۲	۱/۵±۲/۱	۳/۲±۳/۷	خشونت جنسی
۰/۰۴۱	۲۲/۵±۱۲/۰۴	۳۴/۳±۲۳/۰۲	خشونت کلی

**جدول (۲):** مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی و ابعاد مختلف آن قبل و بعد از مداخله مهارت‌های زندگی

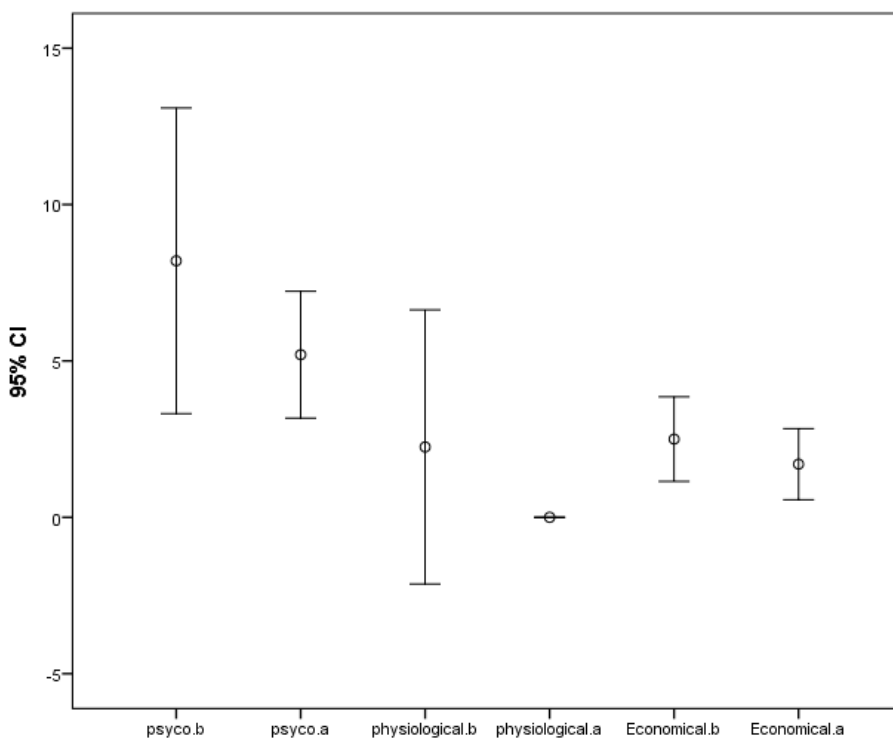
P value	After	Before	Variables
	SD±Mean	SD±Mean	
۰/۰۴۳	۲۳/۸۵±۱۵/۱	۲۸/۴±۱۵/۳۶	نمره سلامت عمومی کل
۰/۵۹۸	۸/۲±۵/۴۲	۸/۶۵±۴/۵۷	سلامت جسمی
۰/۸۳۱	۶/۹±۴/۴	۷/۱±۳/۹	بی‌خوابی و اضطراب
۰/۱۹۸	۶/۶±۲/۵	۷/۵±۳/۶	اجتماعی کارکرد
۰/۰۵۸	۵/۷±۷/۷	۶/۲±۵/۱	افسردگی



**نمودار (۱):** مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله در افراد مورد مطالعه



نمودار (۲): مقایسه میانگین تعداد دفعات خشونت کلی و ابعاد آن شامل خشونت کلامی، آسیب و خشونت جنسی قبل و بعد از مداخله در افراد مورد مطالعه



نمودار (۳): مقایسه میانگین تعداد دفعات خشونت روانی، جسمی و مالی قبل و بعد از مداخله در افراد مورد مطالعه

## بحث و نتیجه‌گیری

مداخله آموزشی در مطالعه حاضر توانست میانگین نمره سلامت عمومی افراد مورد مطالعه را کاهش معنی‌داری دهد. گرچه در نمره ابعاد مختلف سلامت عمومی کاهش معنی‌داری دیده نشد. به‌علاوه میانگین تعداد دفعات خشونت کلی و حیطه‌های آن شامل حیطه خشونت کلامی، آسیب رساندن و خشونت جنسی کاهش آماری معنی‌داری را نشان داد. مطالعه‌ای مشابه به‌صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط لطیفی و همکارانش (۲۲). بر روی نمونه‌ای از زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی‌شهر گرگان به‌منظور تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقای سطح سلامت روانی و افزایش عزت‌نفس زنان انجام شد و نشان داد که آموزش اثر معنی‌داری بر ارتقای عزت‌نفس واحدهای مورد پژوهش داشته است.

همچنین کاهش میزان خشونت قبل از مداخله آموزشی نسبت به بعد از مداخله معنی‌دار بود. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مهارت‌های زندگی سبب کسب تجربه، حل مسئله و ارتباط مؤثر در زنان می‌گردد که مانع از بروز رفتارهای منفی از جانب زن در منزل می‌شود و این خود افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش خشونت را به همراه دارد (۲۲، ۲۳). نتایج مشابهی نیز در سایر مطالعات حاصل شده است (۲۴-۲۷). مطالعات متعددی نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش معنی‌دار سلامت روانی و کاهش معنی‌دار اضطراب و ناسازگاری اجتماعی در آزمودنی‌ها شده است اما بر میزان افسردگی آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است (۲۸، ۲۹). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که آموزش بر بهتر شدن نمره سلامت عمومی افراد تحت مداخله مؤثر بوده است. لذا تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و حل مسئله در زنان می‌تواند در کاهش خشونت علیه آنان و همچنین کاهش اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و سلامت جسمی آنان مؤثر باشد (۲۴، ۲۶).

بنابراین به نظر می‌رسد انجام مداخله‌های آموزشی شامل مهارت‌های زندگی، شیوه‌های مقابله با رفتار، کنترل خشم و سایر مهارت‌های روان‌شناختی می‌تواند نتیجه مؤثری بر کاهش آسیب و خشونت داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد از آنجاکه فاعل اصلی خشونت علیه زنان مردان بوده و معمولاً به دلایل مختلف کاری و اجتماعی شروع‌کننده خشونت در خانواده هستند کلاس‌های آموزشی مشابهی در مردان نیز انجام شود. گرچه نمره سلامت عمومی کل بعد از مداخله به سمت بهتر شدن پیش رفته بود و مشخص گردید که شیوع خشونت نیز کاهش یافته است اما با توجه به دوره کوتاه مطالعه نمره حیطه‌های مختلف سلامت عمومی علی‌رغم کاهش، معنی‌دار نشد.

با توجه به برخی مسائل در حیطه زناشویی و جامعه‌شناختی و با توجه به ساختار فرهنگی جامعه و حس گذشت و فداکاری مادران، بسیاری از موارد خشونت اعمال‌شده علیه زنان خصوصاً در مباحث عاطفی، روانی، مالی و علی‌الخصوص جنسی نمی‌تواند گزارش شود و به عبارتی حس مغلوب بودن که ناشی از نوعی درماندگی آموخته‌شده زنان و مادران ایرانی است می‌تواند بر این مسئله مؤثر باشد. به‌رحال در این مطالعه سعی شد تا با ایجاد یک مصاحبه دوستانه و ایجاد اعتماد متقابل در مادران داده‌های معتبری به دست آید. از جمله محدودیت‌های دیگر مطالعه می‌توان به ترس مادران از بر ملا شدن پاسخ‌های آنان بود و ترس از اعمال خشونت بیشتر در صورت آگاهی همسرانشان سبب کم برآوردی خشونت می‌گردید که با توجه به توضیحات تیم پژوهش مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و بدون نام و نشان بودن پرسشنامه سعی بر رفع نگرانی‌ها داشتیم. آموزش مهارت‌های زندگی در این مطالعه در قشری از جامعه صورت گرفت که میزان خشونت در آن‌ها کم‌تر از متوسط خشونت در کل مادران جامعه بود و سبب گردید که تأثیر مداخله آموزشی در برخی از حیطه‌های خشونت علیه زنان معنی‌دار نشان داده نشود. همچنین با توجه به تأثیرات طولانی مدت این‌گونه آموزش‌ها بر خشونت به نظر می‌رسد نتایج مطالعه حاضر در کوتاه‌مدت حاصل شده است و بنابراین پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده بر روی گروهی از جامعه صورت گیرد که بیش از سایرین در معرض خطر خشونت می‌باشند و طول مدت مداخله نیز افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌گردد آموزش مهارت‌های زندگی خصوصاً مهارت‌های حل مسئله، کنترل خشم و روابط مؤثر در مردان نیز صورت گیرد تا بتوان کنترل خشونت را در فاعلین نیز کاهش داد. همچنین به‌منظور بررسی تأثیر خشونت خانگی بر روی عملکرد و آینده فرزندان نیز مطالعات طولی پیشنهاد می‌گردد تا بتوان عوارض این پدیده را در زندگی زناشویی فرزندان مادران مورد خشونت قرار گرفته بررسی نمود.

آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند زمینه تغییر رفتار و کنترل خشم را در افراد بالاتر برده و با ایجاد روابط مناسب اجتماعی حتی در خانواده‌ها از بسیاری از کنش‌ها و تعاملات هیجانی پیشگیری نماید و بنابراین می‌تواند نقش مؤثری در کاهش انواع خشونت ایجاد نماید و البته نمره سلامت روانی زنان مورد مداخله را ارتقا دهد. از آنجاکه همبستگی مثبتی بین وضعیت سلامت روان افراد و مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم و برخورد با هیجانات وجود دارد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند نقض سینرژیستی در کاهش خشونت در خانواده اعمال نماید. لذا سیاست‌گذاری مسئولین را در خصوص گسترش آموزش مهارت‌های زندگی در همه گروه‌های جامعه از جمله مردان، جوانان در سن ازدواج و مادران می‌طلبد.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه بانوان محترم شرکت‌کننده در مطالعه و سازمان بهزیستی قم که طرح مذکور را مورد حمایت مالی دادند تشکر و قدردانی می‌شود.

## References:

1. Mirzaii K, Vakilian K, Hajian S. Prevalence of domestic violences (psychological):housewives compared to employed women and the relationship between domestic violence and some demographic factors in Shahroud, 1388. 2010;16(4):277-83. (Persian)
2. Khosravi F, Hashemi NASab L, Abdollahi M. Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of sanandaj hospitals. Urmia Med J 2008;19(1):8-14.
3. Moasheri N, Miri M, Abolhasannejad V, Hedayati H, M. Z. Survey of prevalence and demographical dimensions of Domestic Violence against women in Birjand Modern Care J 2012;9(1):32-9.
4. Latifi M, Taghdisi M, Afkari M, Azam KE. Effect of Life Skills Training on Self-Esteem and Decreasing Violence against Women. J Health Syst Res 2013;8(6):1040-9.
5. Tavasoli A, MoniriFar S. A Sociological Study on the Effect of Social-Economic Status of Violence Against Women During Marital life (Case Study: Employees and Staff of Azad University of Tehran). J Fam Res 2009;5(4):41-54.
6. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2007;11(4):32-41.
7. Bolhari J, Karimi-kismi E. The Role of Demographic and Psychological Variables in Predicting Violence in Victims of Spouse Abuse in Tehran. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2011;16(4):403-11.
8. Noughjah S, Latifi SM, Haghighi M, Eatesam H, Fatholahifar A, Zaman N, et al. Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province. J Kermanshah Univ Med Sci 2011;15(4).
9. Salari Z, Nakhaee N. Identifying types of domestic violence and its associated risk factors in a pregnant population in Kerman hospitals, Iran Republic. Asia-Pacific J Public Health 2008;20(1):49-55.
10. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. J Gorgan Univ Med Sci 2011;13(4):67-75.
11. Bazmi shabnam KM, Rezvani soudابه BE, Naeaji H. Wife abuse and related factors in referred to forensic medical examination subunits of tehran legal medicine organization. Medical law; 2012.
12. Mohseni Tabrizi A, Kaldi A, Javadianzadeh M. The Study of Domestic Violence in Married Women Admitted to Yazd Legal Medicine Organization and Welfare Organization. Toloo Behdasht 2013;11(3):11-24.
13. Razaghi N, Ramezani M, Tabatabaei Nejad SM, Parvizy S. Socio-cultural contexts of domestic violence against women: A qualitative study. J Kermanshah Univ Med Sci 2013;17(8):509-19.
14. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade M da GG, Pérez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. Revista de saude publica 2008;42(5):877-85.
15. Bayati A, Shamsi M, Mohammadbeygi A. Prevalence of spouse abuse and some affecting factors among women. J Kermanshah University of Med Sci 2010;13(4).

16. Straus MA. The Conflict Tactics Scales and Its Critics: An Evaluation and New Data on Validity and Reliability. 1987 [cited 2016 Jan 24]; Available from: <http://eric.ed.gov/?id=ED297030>
17. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* 1996;17(3):283-316.
18. Ghorbani M, Kazemi H, Bahraini-borujeni M, Ghorbani T, Sepehri-borujeni K. Comparison of marital conflict dimensions between substance dependence patients: Shishe, Crack, Opioids. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2012;14(3):12-9.
19. Bayati A, Beigi M, Salehi M. Depression prevalence and related factors in Iranian students. *Pak J Biol Sci* 2009;12(20):1371-5.
20. Noorbala A, Mohammad K, Bagheri Yazdi S. Validation of GHQ-28 in Iran. *Hakim* 1999;5:101-10.
21. Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *British J Psychiatry* 2004;184(1):70-3.
22. Latifi M, Taghdisi MH, Eshagh AM, Azam K. Effect of life skills training on self-esteem and decreasing violence against women. *Health System Res* 2012;8(6):1040-9.
23. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention science*. 2006;7(4):403-8.
24. Tork-Ladani F, Esmaeili M, Tavakoli M, Heshmati A, Mahdavi S, Latifi Z. The Effect of Life Skills Training of Mothers of Elementary School Children on Childhood Behavioral Problems. *Galen Med J* 2013;2(2):76-9.
25. Boroumandfar K, Javaheri S, Ehsanpour S, Abedi A. Reviewing the effect of two methods of educational package and social inoculation on changing the attitudes towards domestic violence against women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;15(Suppl1):283.
26. Taghdisi MH, Estebarsari F, Dastoorpour M, Jamshidi E, Jamalzadeh F, Latifi M. The impact of educational intervention based on empowerment model in preventing violence against women. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(7).
27. Khajeddin N, Riahi F, Salehi-Veysi M, Izadi-Mazidi S. Effects of Life Skills Workshops on Marital Satisfaction. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4(2):42-6.
28. Ardabily HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynecol Obstet* 2011;112(1):15-7.
29. Moradi A, Kalantar M. The impact of life skills training on psychological profile of women with physical-motor disabilities. *Research on Exceptional Children*; 2006.



## THE EFFECT OF LIFE SKILLS TRAINING ON DECREASING OF DOMESTIC VIOLENCE AND GENERAL HEALTH PROMOTION OF WOMEN

Abolfazl Mohammadbeigi<sup>\*1</sup>, Sepidehsadat Seyedi<sup>2</sup>, Masumeh Behdari<sup>3</sup>,  
Razieh Brojerdi<sup>4</sup>, Ali Akbar Rezakhoo<sup>5</sup>

Received: 20 Sep, 2015; Accepted: 21 Nov, 2015

### Abstract

**Background and Aims:** Domestic violence is an aggressive behavior with different aspects including physical, psychological, sexual, injuries and economic. Due to considerable consequences of domestic violence on women, it is as health priorities. The current study conducted to determine the effect of life skill education program on decline of domestic violence and general health score.

**Materials and Methods:** This is a quasi-experiment study that conducted on 22 women, which selected by convenience sampling method. Data were collected by three questionnaires including demographic, revised domestic violence CTS-2 and GHQ questionnaires. Life skills training program applied for 6 different sessions and each session continued to 90 minute.

**Results:** Educational intervention decreased the mean score of general health. In addition, the mean of number in violence its aspects including verbal, injuries and sexual violence statistically decreased ( $p < 0.05$ ). Nevertheless, did not see decrease in economic, psychological and physical violence after intervention ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Life skills education program could be effective on decreasing domestic violence and promote the general health status of women. Therefore, educational programs regarding to resentment control and problem solving would be preventive for this outcome.

**Key words:** domestic violence, household women, worker women, life skills

**Address:** Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Qom, Iran.

**Tel:** (+98) 25-37842228

**Email:** beigi60@gmail.com

<sup>1</sup> Department of Epidemiology and biostatistics, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Health Policy and Promotion Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom / Iran

<sup>3</sup> Student Research committee, Qom University of Medical Sciences, Qom / Iran.

<sup>4</sup> Student Research committee, Qom University of Medical Sciences, Qom / Iran.

<sup>5</sup> MD, MPH, Department of Genetic diseases, Qom Welfare organization, Qom / Iran.