

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی والدگری مادران در مورد فرایند رشد و تکامل کودکان نوپا

محمدرضا شمشیری^۱، محبوبه سجادی^{۲*}، شراره خسروی^۳، فاطمه رفیعی^۳

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: کودکان از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند و دانش و آگاهی مادر نقش مهمی در تحریک تکاملی کودک دارد. کمبود دانش مادران در حوزه‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی تکامل کودک موجب کاهش خودکارآمدی والدین می‌شود. بنابراین، هدف این مطالعه تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی والدگری مادران در مورد فرایند رشد و تکامل کودکان نوپا است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۴۰۱ به روش نمونه‌گیری در دسترس ۷۲ نفر از مادران کودکان نوپای بستری در بیمارستان امیرکبیر شهر اراک انتخاب و به روش تصادفی‌سازی بلوکی به گروه کنترل (۳۶ نفر) و مداخله (۳۶ نفر) تقسیم شدند. گروه کنترل تحت مراقبت معمول بستری بود و در گروه مداخله توانمندسازی خانواده محور در پنج جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و خودکارآمدی والدگری قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله انجام یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام یافت. یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشته است ($p=0/416$). میانگین نمره خودکارآمدی والدگری بعد از مداخله ($p<0/001$) و همچنین در پیگیری یک ماه بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: الگوی توانمندسازی خانواده محور سبب بهبود خودکارآمدی مادران شد. این الگو برای مدیریت بهتر رشد و تکامل کودکان توصیه می‌شود.

نویسنده مسئول:
محبوبه سجادی؛
دانشکده پرستاری،
دانشگاه علوم پزشکی
اراک، اراک، ایران
e-mail:
sajadimahbobeh@
yahoo.com

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی خانواده محور، خودکارآمدی والدگری، رشد و تکامل، کودکان

– دریافت مقاله: مهر ماه ۱۴۰۲ – پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۴۰۲ – انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۳

مقدمه

کودکان به عنوان سرمایه‌های ارزشمند بشریت شناخته می‌شوند و آینده‌سازان هر جامعه به شمار می‌روند. سرمایه‌گذاری در رشد و تکامل کودکان، آینده روشن، نیروی انسانی سالم و سلامتی جامعه را تضمین می‌کند. دوران اولیه زندگی کودکان به عنوان مهم‌ترین دوره

رشد و تکامل شناخته می‌شود و آن‌ها جزء گروه‌های آسیب‌پذیرتر سنی هستند، بنابراین توجه به این دوره حیاتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱و۲).

رشد به‌طور کلی تغییراتی در اندازه بدن و تکامل تغییراتی در عمل، رفتار، ابعاد مختلف جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی را شامل می‌شود. در صورتی که کودک توانایی‌های تکاملی متناسب با سن خود را به دست نیاورد،

۱- گروه آموزشی پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲- گروه آموزشی پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳- گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

خودکارآمدی والدگری براساس باور و ارزیابی‌های والدین درباره توانایی‌های خود برای موفقیت در نقش والدی شکل می‌گیرد. برای احساس خودکارآمدی، والدین نیازمند داشتن دانش و اطلاعات کافی در زمینه روش‌های مؤثر مراقبت از کودک، تعامل و برقراری ارتباط با کودک هستند (۱۴ و ۱۳).

در حالی که دانش و آگاهی والدین از تکامل کودک در حیطه‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی کم است و از طرفی چالش‌های رفتاری اوایل کودکی و منفی‌گرایی و لجابت کودک در دوره نوپایی می‌تواند موجب کاهش خودکارآمدی والدین و اختلال در تعامل والد و کودک شود (۱۴ و ۱). بنابراین، نیازمند یک الگوی توانمندسازی خانواده محور هستیم که بهبود دانش و آگاهی والدین درباره هنجارها، مراحل رشد کودک، و مهارت‌های مراقبتی و فرزندپروری را فراهم کند. این برنامه می‌تواند منجر به بهبود تعامل خانواده با کودکان نوپا، توسعه رشد و تکامل آن‌ها و افزایش خودکارآمدی والدین شود (۹ و ۸). این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی والدگری مادران در مورد فرایند رشد و تکامل کودکان نوپا انجام گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با مرحله پیگیری است که در سال ۱۴۰۱ انجام گرفته است. حجم نمونه پژوهش شامل ۷۲ نفر از مادران کودکان نوپای بستری در بخش کودکان بیمارستان امیرکبیر شهر اراک بود که به روش نمونه‌گیری در

ممکن است دچار تأخیر در تکامل شده و رشد و تکامل مناسبی نداشته باشد (۳ و ۴).

با توجه به آمارهای جدید، ۲۵۰ میلیون کودک کم‌تر از ۵ سال در معرض خطر عدم دستیابی به حداکثر ظرفیت رشد خود هستند. در ایران نیز، تأخیر در حیطه‌های مختلف رشد و تکامل کودکان بین ۳/۶۹ تا ۴/۳۱٪ گزارش شده است (۶ و ۵).

رشد و تکامل کودکان تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر عوامل ارثی، محیطی، زیستی، خانوادگی، مراقبت‌های بهداشتی، بیماری‌ها، عوامل روانی و اجتماعی قرار دارد. در این میان، خانواده به عنوان اولین و مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر رشد و تکامل کودک شناخته شده است (۴، ۷ و ۵).

دانش و آگاهی مادر درباره رشد و تکامل کودک، تأثیر مهمی بر تحریک تکاملی کودک دارد و باعث بهبود عملکردهای شناختی و حرکتی کودک، افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه، کاهش چالش‌های رفتاری و تعامل مثبت خانواده می‌شود. اما دانش والدین ایرانی در زمینه تکامل شناختی، عاطفی و اجتماعی کم است (۸ و ۹). برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی خانواده می‌تواند در زمینه تقویت دانش و مهارت‌های والدین مؤثر باشد، اما برای موفقیت، نیاز به گوهایی است که همزمان دانش و مهارت‌ها را تقویت کرده و خودکارآمدی و خودباوری والدین را افزایش دهد (۱۰). توانمندسازی خانواده محور از طریق به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات، موجب می‌شود که خانواده به خودکارآمدی برسد و در مواقع مختلف رفتارهای مناسبی را انجام دهد و مشکلات را حل کند (۱۱ و ۱۲).

(همیشه) است. دامنه نمرات ۱۰ تا ۷۰ است. نمره ۱۰ تا ۲۰ سطح پایین، نمره ۲۱ تا ۴۰ سطح متوسط و نمره ۴۰ به بالاتر سطح بالای خودکارآمدی را نشان می‌دهد. سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸ به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند؛ هرچه نمره فردی در این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. صفرپور و عاشوری پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۷۷٪ و روایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (۱۳). در مطالعه حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد.

برای اجرای پژوهش پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره IR.ARAKMU.REC.1401.236 انجام یافت. کلیه پرسشنامه‌ها برای حفظ اصل محرمانگی بدون نام براساس کد تکمیل شد و رضایت آگاهانه از نمونه‌های پژوهش اخذ شد. با ارایه معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و کسب اجازه انجام تحقیق در بیمارستان امیرکبیر اراک، این مطالعه آغاز شد. جامعه آماری شامل مادران دارای کودک نوپای بستری در بخش کودکان بیمارستان امیرکبیر بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس اهداف پژوهش، روش کار و اهمیت مطالعه به نمونه‌ها توضیح داده شد. بعد از پذیرش نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه از نمونه‌ها کسب شد و با روش تصادفی‌سازی بلوکی به گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. از روش بلوک تصادفی برای تخصیص ۷۲ نفر به دو گروه استفاده شد. نمونه‌ها به ۱۸ بلوک ۴ نفره تقسیم شده و در هر بلوک، ترکیب‌های مختلف تخصیص (AABB،

دسترس انتخاب و با روش تصادفی‌سازی بلوکی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. براساس مطالعه محمدی و همکاران (۱۵) و متغیر خودکارآمدی والدگری طبق فرمول مقایسه میانگین‌ها، $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/02$ ، $S_1=6/26$ ، $S_2=9/921$ و $d=6$ حجم نمونه در هر گروه ۳۱ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش ۳۶ نفر برای هر گروه انتخاب شدند.

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2}$$

معیارهای ورود شامل: دامنه سنی مادران ۲۰ تا ۴۵ سال، میزان تحصیلات دوره اول دبیرستان به بالا، عدم معلولیت ذهنی و جسمی مادر و کودک، داشتن فرزند ۱ تا ۳ سال بستری در بخش کودکان بیمارستان امیرکبیر و داشتن تمایل به همکاری بود. معیارهای خروج شامل: مشارکت هم‌زمان نمونه‌ها بعد از ورود به مطالعه در برنامه‌های آموزشی مشابه و عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران و کودکان (سن مادر، سطح تحصیلات مادر، تعداد فرزندان، رتبه تولد کودک، محل زندگی، شغل مادر و سن کودک) و پرسشنامه خودکارآمدی والدگری (Parenting Self-Agency Measure) بود.

پرسشنامه را Dumka و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی کرده‌اند (۱۶). این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است؛ ۵ عبارت مثبت و ۵ عبارت منفی دارد و احساس کلی مادر از توانایی خود در ایفای نقش مادری را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرت از ۱ (به‌ندرت) تا ۷

(BAAB, BABA, BBAA, ABBA, ABAB) به صورت تصادفی با استفاده از نرم افزار R version 4.3.1 انتخاب شد. در حین مطالعه دو نفر از گروه مداخله به دلیل مرخص شدن کودک از بیمارستان حذف شدند و دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به همکاری در مطالعه حذف شدند، لذا با ۳۴ نفر در هر یک از دو گروه کنترل و مداخله مطالعه انجام یافت. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران و کودکان و مقیاس خودکارآمدی والدگری در گروه کنترل و مداخله به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. گروه کنترل، مداخله توانمندسازی خانواده محور در مورد رشد و تکامل کودک نوپا را دریافت نکردند و فقط مراقبت و آموزش‌های معمول موجود در بخش‌های بستری کودکان را دریافت کردند. البته همه کودکان طبق دستورالعمل کشوری براساس پرسشنامه سنین و مراحل تکامل (Ages & Stages Questionnaires) در پایگاه‌های بهداشت توسط کارشناسان پایش می‌شدند.

در گروه مداخله الگوی توانمندسازی خانواده محور براساس گام‌های چهارگانه آن (درک تهدید، خودکارآمدی، خودباوری و ارزیابی) به صورت بحث گروهی در گروه‌های چهار نفره طی پنج جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هر روز یک جلسه برای مادران اجرا شد. لازم به یادآوری است که به علت شلوغ بودن بخش‌های کودکان بیمارستان در زمان صبح به دلیل حضور دانشجویان و معاینه روزانه پزشکان و جهت کمک به افزایش تمرکز نمونه‌ها برای یادگیری، کلاس‌های آموزشی، عصرها در کلاس آموزشی بخش‌های بستری کودکان برگزار شد و برای

افزایش همکاری کودکان نوپا در حین برگزاری کلاس، به کودکان کتاب و وسایل رنگ‌آمیزی هدیه داده شد. محتوای جلسات توانمندسازی خانواده محور در مورد رشد و تکامل کودک نوپا طبق منابع معتبر رشد و تکامل کودکان بود (۱۷) که از نظر روایی محتوا توسط اعضای هیأت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری علوم پزشکی اراک تأیید شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات توانمندسازی خانواده محور در مورد فرایند رشد و تکامل کودک نوپا در جدول شماره ۱ توضیح داده شده است.

جلسات توانمندسازی مشتمل بر چهار گام برگزار شد: افزایش شدت و حساسیت درک شده از طریق افزایش دانش و آگاهی مادر در مورد رشد و تکامل کودک در ابعاد مختلف و چالش‌های موجود در رشد و تکامل کودک نوپا برای والدین به عنوان گام اول (درک تهدید). در گام دوم (خودکارآمدی) مادر آگاهی در مورد رشد و تکامل کودک و راهکارهای مواجهه با چالش‌های موجود در رشد و تکامل کودک نوپا را کسب کرد. هدف از این مرحله کمک به دستیابی مادر به خودکارآمدی و خودکنترلی بود. در گام سوم (خودباوری) هر یک از مادران در هر جلسه مبحث جلسه قبل را به صورت کنفرانس برای مادران دیگر ارائه داد و پژوهشگر جهت و صحت بحث را در گروه‌ها کنترل کرد. هدف این مرحله مشارکت آموزشی مادران و کمک به یادگیری بیشتر به منظور رسیدن مادر به خودباوری و کسب عزت نفس بود. به علاوه، در گام چهارم ارزیابی هر جلسه توسط پژوهشگر در طی آموزش، به منظور اطمینان از مشارکت فعال در برنامه

آموزشی انجام یافت (گام چهارم). ارزشیابی نهایی بعد از آخرین جلسه مداخله به وسیله تکمیل پرسشنامه مقیاس خودکارآمدی والدگری توسط نمونه‌های مورد پژوهش به صورت خودگزارش‌دهی انجام گرفت و یک ماه بعد از آخرین جلسه میزان حفظ خودکارآمدی والدگری پیگیری شد. همچنین محتوای توانمندسازی خانواده محور بعد از اتمام مرحله پیگیری خودکارآمدی به گروه کنترل ارایه شد. مداخله موردنظر در مطالعه حاضر یک برنامه توانمندسازی و آموزش به گروه مداخله بود و امکان کورسازی برای نمونه‌ها و پژوهشگر نبود و مطالعه حاضر یک مطالعه یک سوکور از نظر تحلیلگر آماری بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. آمار توصیفی

برای متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی با فراوانی و درصد گزارش شد. توزیع نرمال داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی دارای توزیع نرمال بین دو گروه و از آزمون ناپارامتریک من‌ویتنی برای متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال استفاده شد. برای بررسی متغیرهای کیفی، آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر به کار رفت. همچنین، برای بررسی تغییرات متغیرهای کمی در طول زمان، از آنالیز واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و برای بررسی تغییرات متغیرهای رتبه‌ای از آزمون فریدمن استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- خلاصه‌ای از محتوای جلسات توانمندسازی خانواده محور (۱۷)

جلسات	موضوع جلسه	اهداف جلسات
اول	تکامل زیستی، حرکتی و گفتاری	۱- آشنایی با معیارهای رشدی (قد، وزن، دور سر و دور سینه) ۲- یادگیری حرکات عمده و ظریف متناسب با سن کودک ۳- آشنایی با تکامل گفتار کودک متناسب با سن کودک (گام اول)
دوم	تکامل روانی و اجتماعی و وظایف تکامل اجتماعی	۱- درک حس استقلال کودک نوپا ۲- درک غلبه بر حس شک و شرم در کودک ۲- یادگیری وظایف تکامل اجتماعی، تحمل جدایی از والدین، افتراق خود از دیگران ۴- توانایی تعامل با دیگران و توانایی تحمل تأخیر در ارضا نیازها ۵- انتقال تجربیات قبلی در این مورد (گام اول) ۶- کنفرانس مباحث جلسه قبل توسط مادران (گام سوم) ۷- ارزشیابی فرایند، جلسه قبل (گام چهارم)
سوم	کج خلقی، منفی‌گرایی و تشریفات	۱- یادگیری علت منفی‌گرایی و تشریفات و کج خلقی (گام اول) ۲- رفتارهای صحیح هنگام منفی‌گرایی و کج خلقی ۳- رعایت تشریفات کودک نوپا ۴- انتقال تجربیات قبلی در این مورد (گام دوم) ۵- کنفرانس مباحث جلسه قبل توسط مادران (گام سوم) ۶- ارزشیابی فرایند، جلسه قبل (گام چهارم)
چهارم	آموزش دفع	۱- آشنایی و تشخیص آمادگی‌های فیزیولوژیک، روانی و حرکتی کودک جهت آموزش دفع ۲- یادگیری زمان مناسب آموزش و روش‌های صحیح آموزش ۲- انتقال تجربیات قبلی در این مورد (گام دوم) ۴- کنفرانس مباحث جلسه قبل توسط مادران (گام سوم) ۵- ارزشیابی فرایند، جلسه قبل (گام چهارم)
پنجم	تغذیه، بهداشت دندان	۱- آشنایی با نیاز کالریک در نوپایی (گام اول) ۲- ایجاد عادات صحیح تغذیه‌ای ۲- یادگیری زمان معاینات دندان و رعایت بهداشت دندان ۴- یادگیری رژیم غذایی با پوسیدگی‌زایی کم (گام دوم) ۵- کنفرانس مباحث جلسه قبل توسط مادران (گام سوم) ۶- ارزشیابی فرایند، جلسه قبل (گام چهارم)

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۴ نفر از نمونه‌ها براساس معیارهای خروج، از مطالعه خارج شدند و داده‌های ۶۸ نفر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای سن کودک، سن مادر، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر، وضعیت تأهل، محل سکونت، تعداد فرزندان، رتبه تولد، اطلاعات در مورد کودک نوپا و منبع اطلاعات اختلاف معنادار آماری نداشتند ($p > 0/05$). متغیر جنس کودک در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت ($p = 0/015$) (جدول شماره ۲).

نتایج نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشته است ($p = 0/416$)، اما میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله ($p < 0/0001$) و در پیگیری یک ماه بعد از مداخله ($p < 0/0001$) در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت و در گروه مداخله بالاتر بود. برای بررسی روند تغییرات خودکارآمدی والدگری در سه نوبت، آنالیز واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر با کنترل اثر مخدوش‌کنندگی (جنس کودک) انجام یافت و نتایج نشان داد تغییرات میانگین خودکارآمدی والدگری در تمامی نمونه‌ها معنادار بوده است ($p < 0/0001$)، همچنین، میانگین تعدیل شده تغییرات خودکارآمدی والدگری در گروه‌ها با یکدیگر اختلاف معنادار آماری داشت ($p < 0/0001$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p < 0/0001$) معنادار بود که به معنی وجود تفاوت معنادار در تغییرات زمانی بین گروه‌ها بود. به عبارت دیگر، روند تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی والدگری در دو گروه در طول زمان با یکدیگر تفاوت معنادار آماری داشت (جدول شماره ۳).

به دنبال معنادار شدن اثر متقابل گروه و زمان در متغیر خودکارآمدی والدگری، برای بررسی بیش‌تر تغییرات زمانی آزمون مقایسه زوجی بونفرونی انجام یافت که نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی والدگری در گروه مداخله بعد از مداخله $10/97 \pm 0/65$ واحد افزایش معنادار ($p < 0/0001$) نسبت به قبل از مداخله داشته است. در نوبت سوم میانگین خودکارآمدی والدگری $14/32 \pm 0/95$ واحد افزایش نسبت به قبل از مداخله داشت که معنادار بود ($p < 0/0001$) و یک ماه بعد از مداخله میانگین خودکارآمدی والدگری $3/35 \pm 0/78$ واحد افزایش نسبت به بعد از مداخله داشت که معنادار بود ($p < 0/0001$).

در گروه کنترل، میانگین نمره خودکارآمدی والدگری بعد از مداخله $1/50 \pm 0/80$ واحد کاهش نسبت به پیش‌آزمون داشت که معنادار نبود ($p = 0/2060$). همچنین، یک ماه بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی والدگری $1/24 \pm 0/66$ واحد کاهش نسبت به قبل پیش‌آزمون داشت که معنادار نبود ($p = 0/212$) و یک ماه بعد از مداخله $2/74 \pm 0/87$ واحد کاهش نسبت به بعد از مداخله داشت که معنادار بود ($p < 0/0001$).

نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد توزیع فراوانی خودکارآمدی قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشته است ($p = 0/609$)، اما بعد از مداخله و یک ماه بعد توزیع فراوانی خودکارآمدی در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت ($p < 0/0001$). در گروه مداخله، قبل از مداخله ۱۰ نفر خودکارآمدی متوسط و ۲۴ نفر خودکارآمدی بالا داشتند که بعد از مداخله و یک ماه بعد به ۳۴ نفر با خودکارآمدی بالا تغییر یافت. در

خودکارآمدی متوسط و ۱۷ نفر خودکارآمدی بالا داشتند. نتایج آزمون فریدمن نشان داد تغییرات سطوح خودکارآمدی در گروه مداخله معنادار ($p < 0.0001$)، اما در گروه کنترل معنادار نبوده است ($p = 0.180$).

گروه کنترل قبل از مداخله ۱۳ نفر خودکارآمدی متوسط و ۲۱ نفر خودکارآمدی بالا داشتند که بعد از مداخله به ۱۵ نفر خودکارآمدی متوسط و ۱۹ نفر خودکارآمدی بالا تغییر یافت و همچنین یک ماه بعد از مداخله ۱۷ نفر

جدول ۲- اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران دارای کودک نوپای بستری در بیمارستان امیرکبیر شهر اراک در سال ۱۴۰۱

p-value	گروه مداخله (تعداد=۳۴)		گروه کنترل (تعداد=۳۴)		متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین		انحراف معیار \pm میانگین		
**/۰۷۲۱	۳۰/۱۷ \pm ۶/۳۳		۲۹/۷۰ \pm ۴/۲۹		سن مادر (سال)
p-value	(دامنه میان چارگی) میانه		(دامنه میان چارگی) میانه		
°/۰۱۷۵	۲۰ (۱۰/۲۵)		۲۴ (۱۲)		سن کودک (ماه)
p-value	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		متغیر
***./۰۱۵	۲۱ (۶۱/۸)	۱۱ (۳۲/۴)	پسر	جنس کودک	
	۱۳ (۳۸/۲)	۲۳ (۶۷/۶)	دختر		
***./۰۸۲۶	۱۱ (۳۲/۴)	۱۰ (۲۹/۴)	زیردیپلم	سطح تحصیلات مادر	
	۱۲ (۳۵/۳)	۱۰ (۲۹/۴)	دیپلم		
	۱۱ (۳۲/۴)	۱۴ (۴۱/۲)	دانشگاهی		
***./۰۳۴۰	۲۶ (۷۶/۵)	۳۰ (۸۸/۲)	شهر	محل سکونت	
	۸ (۲۳/۵)	۴ (۱۱/۸)	روستا		
***./۰۷۶۵	۲۸ (۸۲/۴)	۲۶ (۷۶/۵)	بله	اطلاعات کودک نوپا	
	۶ (۱۷/۶)	۸ (۲۳/۵)	خیر		
p-value	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		منبع اطلاعات
***./۰۵۶۰	۹ (۲۶/۵)	۶ (۱۷/۶)	بله	شبکه اجتماعی	
	۲۵ (۷۳/۵)	۲۸ (۸۲/۴)	خیر		
***./۰۳۴۰	۸ (۲۳/۵)	۴ (۱۱/۸)	بله	تلویزیون	
	۲۶ (۷۶/۵)	۳۰ (۸۸/۲)	خیر		
***./۰۴۶۶	۱۶ (۴۷/۱)	۲۰ (۵۸/۸)	بله	خانواده	
	۱۸ (۵۲/۹)	۱۴ (۴۱/۲)	خیر		
***./۰۹۹۹	۵ (۱۴/۷)	۶ (۱۷/۶)	بله	کتاب و مجله	
	۲۹ (۸۵/۳)	۲۸ (۸۲/۴)	خیر		
***./۰۹۹۹	۸ (۲۳/۵)	۸ (۲۳/۵)	بله	تیم بهداشتی	
	۲۶ (۷۶/۵)	۲۶ (۷۶/۵)	خیر		
***./۰۴۹۳	۰ (۰)	۲ (۵/۹)	بله	سایر	
	۳۴ (۱۰۰)	۳۲ (۹۴/۱)	خیر		
***./۰۶۶۰	۱۳ (۳۸/۲)	۱۳ (۳۸/۲)	اول	رتبه تولد کودک	
	۱۶ (۴۷/۱)	۱۶ (۴۷/۱)	دوم		
	۳ (۸/۸)	۵ (۱۴/۷)	سوم		
	۲ (۵/۹)	۰ (۰)	چهارم		
***./۰۴۴۳	۱۲ (۳۵/۳)	۱۳ (۳۸/۲)	یک	تعداد فرزندان	
	۱۷ (۵۰)	۱۵ (۴۴/۱)	دو		
	۳ (۸/۸)	۶ (۱۷/۶)	سه		
	۲ (۵/۹)	۰ (۰)	چهار		
***./۰۹۹۹	۳۲ (۹۴/۱)	۳۲ (۹۴/۱)	خانه‌دار	شغل مادر	
	۲ (۵/۹)	۲ (۵/۹)	آزاد		
***./۰۹۹۹	۳۳ (۹۷/۱)	۳۴ (۱۰۰)	متأهل	تأهل	
	۱ (۲/۹)	۰ (۰)	جدا شده		

*آزمون من‌ویتنی **آزمون تی مستقل ***آزمون مجذور کای ****آزمون دقیق فیشر

جدول ۳- مقایسه تغییرات میانگین نمره خودکارآمدی والدگری مادران دارای کودک نوپای بستری در بیمارستان امیرکبیر

شهر اراک در سال ۱۴۰۱

خودکارآمدی والدگری	میانگین \pm انحراف معیار قبل از مداخله	میانگین \pm انحراف معیار بعد از مداخله	میانگین \pm انحراف معیار یک ماه بعد از مداخله	آنالیز واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر		
				میانگین تعدیل شده \pm انحراف معیار	درون آزمودنی	بین گروهی
مداخله	$44/08 \pm 7/20$	$55/05 \pm 5/73$	$58/41 \pm 6/11$	$F=8/463$	$F=45/575$	$F=109/665$
کنترل	$42/44 \pm 9/24$	$40/94 \pm 8/49$	$39/70 \pm 7/87$	$40/736 \pm 1/237$		

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی والدگری مادران در مورد فرایند رشد و تکامل کودک نوپا انجام یافت. میانگین نمرات کسب شده مربوط به متغیر خودکارآمدی مادران قبل از مداخله نشان داد که ضعف‌هایی در خودکارآمدی والدگری مادران وجود دارد. حجازی و همکاران معتقدند که خودکارآمدی مؤثرترین و پرنفوذترین سازوکار را در کارکرد شناختی انسان دارد و آموزش رسمی به مادران باعث بهبود خودکارآمدی در آن‌ها می‌شود (۱۸). دهقان منشادی و همکاران بیان کردند که بسیاری از والدین مهارت کافی برای مدیریت درست چالش‌های رفتاری کودکان خود ندارند و آموزش مهارت‌های والدینی و فرزندپروری مثبت می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی والدگری شود (۱۹).

در مطالعه ابارشی و همکاران، تأثیر برنامه ارتقای رشد روانی و اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر-کودک بر خودکارآمدی والدگری مورد سنجش قرار گرفت که طبق نتایج به دست آمده، خودکارآمدی والدگری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشت. مداخله انجام یافته در این مطالعه تمرکز بر اصول هشت گانه ارتباط مثبت داشت (۲۰). در

مطالعه‌ای که ملاحسنی و طاهر انجام دادند، گزارش شده است که آموزش توانمندسازی رفتاری به مادران منجر به افزایش خودکارآمدی می‌شود و همچنین رابطه والد و کودک را ارتقا می‌دهد (۲۱). در مطالعه Salvador و همکاران نیز نتایج حاکی از آن بود که خودکارآمدی درک شده والدین حایز اهمیت بوده، در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را ارتقا می‌دهد (۲۲). در مطالعه حاضر نیز در مداخله توانمندسازی انجام یافته در مورد فرایند رشد و تکامل کودک نوپا، بر اهمیت ارتباط و تعامل بین مادر و کودک تأکید شد و توانمندسازی در حیطه تکامل روانی و اجتماعی انجام یافت و بر اهمیت رفتار مناسب در مواجهه با بروز چالش‌های رفتاری دوره نوپایی تأکید شد.

الگوی توانمندسازی خانواده محور با تمرکز بر درک تهدید، خودکارآمدی، خودباوری و ارزشیابی الگوی مناسبی جهت توانمندسازی خانواده است. در مطالعه غلامی و همکاران که به بررسی موضوع تأثیر برنامه توانمندسازی بر خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به صرع در زمینه‌های تطابق روانی، کسب حمایت و دریافت اطلاعات پرداختند، بیان نمودند که برنامه توانمندسازی، خودکارآمدی مادران دارای کودک مصروع را در زمینه‌های تطابق روانی، کسب حمایت و دریافت اطلاعات افزایش می‌دهد (۲۳).

توانمندسازی خانواده محور و مداخلات انجام یافته مربوط به بیماری‌های مزمن بود در حالی که هدف مطالعه حاضر، تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی مادران در مورد فرایند رشد و تکامل طبیعی کودک نوپای سالم است و توانمندسازی انجام یافته بر دانش و آگاهی مادران در حیطه‌های تکامل بیولوژیکی، حرکتی، گفتاری، روانی و اجتماعی متمرکز است.

در این مطالعه، تأثیر کاربرد الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی والدگری مشخص شد. به عبارت دیگر میانگین خودکارآمدی والدگری بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار آماری داشت و در گروه مداخله بالاتر بود. بنابراین توانمندسازی می‌تواند به افزایش دانش و نگرش خانواده کمک کند و به پیروی از آن باعث بهبود خودکارآمدی مادر شود و این امر می‌تواند به مادر کمک کند مدیریت مناسب‌تری در چالش‌های رشد و تکامل کودک داشته باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای متخصصان و کارکنان حوزه سلامت و خدمات بهداشتی و درمانی، راهگشا باشد تا برنامه‌های آموزشی کارآمدتری را در خصوص رشد و تکامل کودکان در دوره نوپایی و شیوه‌های مقابله با چالش‌های مرتبط با این مرحله از رشد، برای والدین طراحی و ارائه کنند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم در نظر گرفتن تأثیر احتمالی تعداد فرزندان خانواده بر خودکارآمدی مادران اشاره کرد. مطالعه حاضر در محیط بیمارستان انجام یافت که به علت بیماری کودکان احتمال نگرانی و

در مطالعه عسکری کچوسنگی و همکاران که با هدف ایجاد فرصت‌هایی برای توانمندسازی والدین نوزادان زودرس انجام یافت، نتایج نشان داد نمره خودکارآمدی در گروه درمان و نظارت در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشته و تفاوت معناداری بین گروه درمان و نظارت نبود که می‌توان این پدیده را به مشارکت فعال والدین در برنامه ربط داد آنان اظهار داشتند که برنامه‌های آموزشی برای والدین مؤثر بوده است و والدین برای تقویت مهارت‌های فرزندپروری نیاز به آموزش و حمایت دارند و برنامه‌های آموزشی باور و دانش مادر را در مورد نوزاد خود تقویت می‌کند و تعامل والد و نوزاد را بهبود می‌بخشد (۱۲) در مطالعه Liu و همکاران نیز که با هدف بررسی تأثیر راهبرد توانمندسازی بر خودکارآمدی والدین نوزادان نارس صورت گرفته بود، نتیجه مشابهی با مطالعه حاضر دیده شد. در این مطالعه نیز افزایش نمره خودکارآمدی در هر دو گروه آزمایش و کنترل طی گذر زمان دیده شد و این افزایش برای هر دو گروه از نظر آماری معنادار بود (۲۴). همچنین Vance و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که عملکرد خانواده تنها عامل زمینه‌ای مهم در خودکارآمدی است که در آن نتایج ضعیف عملکرد خانواده در سنجش اولیه با اعتمادبه‌نفس کم‌تر در طول زمان همراه بود. مادرانی که مسن‌تر بودند و بیش از یک فرزند داشتند، پیش‌بینی کننده قابل توجهی برای خودکارآمدی بالاتر بودند، نتایج مطالعه به رابطه افزایش خودکارآمدی و کنترل و مدیریت بهتر شرایط در خانواده‌های دارای فرزندان بیمار پرداخت (۲۵). نتایج مطالعه حاضر هم‌سو با نتایج مطالعات بالا می‌باشد. البته در مطالعات بالا

اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره (IR.ARAKMU.REC.1401.236) برگرفته شده است که با پشتیبانی و حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام یافته است. بر خود لازم می‌دانیم از کلیه بیماران، کارکنان، مسئولان محترم بیمارستان مورد مطالعه، دانشگاه علوم پزشکی اراک که در انجام پژوهش پایان‌نامه با پژوهشگران نهایت همکاری و مساعدت را نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

کاهش تمرکز مادر برای یادگیری وجود داشت. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در این قلمرو تأثیر احتمالی تعداد فرزندان در خودکارآمدی مادران در نظر گرفته شود و محل اجرای مطالعه و نمونه‌گیری برای جلوگیری از کاهش ظرفیت یادگیری مادران در مکان‌های غیربیمارستانی باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان با کد اخلاق از کمیته

References

- 1 - Salavati Ghasemi Sh, Cheraghi F, Hasan Tehrani T, Moghimbeigi A. [The effect of mothers' feeding behavior education on eating habits of their toddler children in Hamadan kindergartens]. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 2(2): 68-79. (Persian)
- 2 - Moradi F, Babazade T, Zibae N. [Impact of educational intervention on mothers empowerment about proper nutrition among infants under 2 years of age covered by health homes of district 18 of Tehran municipality]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 2(3): 242-250. (Persian)
- 3 - Mohammadi Parsa N, Moradi A, Einabadi F. [An investigation of the relationship between maternal depression with gross motor and fine motor delay in one-year old children]. *Journal of Paramedical Sciences and Rehabilitation*. 2015; 4(4): 43-50. (Persian)
- 4 - Moradi-Pourghavam Z, Karimi-Shahanjarini A, Barati M, Doosti-Irani A, Nouri Sh. [Associated factors with developmental delay of under 5 year old children in Hamadan, Iran: a case-control study]. *Journal of Education and Community Health*. 2020; 7(4): 263-273. doi: 10.29252/jech.7.4.263. (Persian)
- 5 - Soleimani F, Bajalan Z, Alavi Majd H, Fallah S. [Relationship between gender and development status in children]. *Archives of Rehabilitation*. 2018 Jan 1; 18(4): 338-345. doi: 10.21859/jrehab.18.4.8. (Persian)
- 6 - Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017 Jan 7; 389(10064): 77-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7.
- 7 - Zokaeifar A, Mousazadeh T. [The role of parental parenting styles in predicting social development of preschool children 5 and 6]. *Social Psychology Research*. 2020; 10(37): 87-100. doi: 10.22034/spr.2020.109698. (Persian)
- 8 - Habibi E, Sajedi F, Afzali HM, Hatamizadeh N, Shahshahanipour S, Glascoe FP. Early childhood development and Iranian parents' knowledge: a qualitative study. *Int J Prev Med*. 2017 Oct 24; 8: 84. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_159_17.
- 9 - National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Parenting matters: supporting parents of children ages 0-8*. Washington, DC: The National Academies Press; 2016.
- 10 - Zafar Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M. [The effect of family centered empowerment model on mothers QOL of girls under six years old with UTI]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2014; 3(3): 7-15. (Persian)

- 11 - Shoghi M, Shahbazi B, Seyedfatemi N. The effect of the family-centered empowerment model (FCEM) on the care burden of the parents of children diagnosed with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019 Jun 1; 20(6): 1757-1764. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.6.1757.
- 12 - Askary Kachosangy R, Shafaroodi N, Heidarzadeh M, Qorbani M, Bordbbr A, Hejazi Shirmard M, et al. Increasing mothers' confidence and ability by creating opportunities for parent empowerment (COPE): a randomized, controlled trial. *Iran J Child Neurol*. 2020 Winter; 14(1): 77-83.
- 13 - Safarpour F, Ashori M. [Investigating the effect of incredible years program training on self-efficacy in mothers of deaf children]. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2020; 10(1): 21-32. doi: 10.22108/CBS.2021.126699.1479. (Persian)
- 14 - Bahadori khosroshahi J. [Communication parental self-efficacy and self forgiveness with mother-child interaction in mothers of children with mental retardation]. *Empowering Exceptional Children*. 2017; 8(2): 26-36. (Persian)
- 15 - Mohammadi M, Tahmasian K, Ghanbari S, Fathabadi J. [Efficacy of mindful parenting program on parenting stress and parental self-efficacy among high conflict adolescents' mothers]. *Journal of Developmental Psychology*. 2018; 14(56): 419-433. (Persian)
- 16 - Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*. 1996 Apr; 45(2): 216-222. doi: 10.2307/585293.
- 17 - Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's nursing care of infants and children*. 11th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2019.
- 18 - Hejazi E, Sadeghi N, Khatoon Khaki S. [A study on the relationship between teachers' job attitude, sense of efficacy and collective efficacy with their job commitment]. *Journal of Educational Innovations*. 2012; 11(2): 7-30. (Persian)
- 19 - Dehghan Manshadi SM, Gholamrezay S, Ghaznanfari F. [The effectiveness of positive parenting skills training on parental self-efficacy and children's behavioral problems in female-headed households in city of Yazd]. *Quarterly Journal of Social Work*. 2016; 5(2): 20-27. (Persian)
- 20 - Abareishi Z, Tahmasian K, Mazaheri MA, Panaghi L. [The impact of psychosocial child development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2009; 3(3): 49-58. (Persian)
- 21 - Molahasani Sh, Taher M. Evaluation of the effectiveness of behavioral empowerment training on improving mother-child relationship and parenting self-efficacy beliefs of female household heads. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2020; 2(1): 71-86.
- 22 - Salvador A, Crespo C, Barros L. The benefits of family-centered care for parental self-efficacy and psychological well-being in parents of children with cancer. *Journal of Child and Family Studies*. 2019; 28(7): 1926-1936. doi: 10.1007/s10826-019-01418-4.
- 23 - Gholami S, Reyhani T, Beyraghi Toosi M, Behnam Vashani HR. [Effect of an empowerment program on self-efficacy of epileptic child's mothers in psychological adaptation, gaining support and receiving information]. *Journal of Internal Medicine Today*. 2016; 22(4): 299-306. doi: 10.18869/acadpub.hms.22.4.299. (Persian)
- 24 - Liu CH, Chao YH, Huang CM, Wei FC, Chien LY. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *J Clin Nurs*. 2010 Jun; 19(11-12): 1729-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03082.x.
- 25 - Vance AJ, Pan W, Malcolm WH, Brandon DH. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Hum Dev*. 2020 Feb; 141: 104946. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104946.

The effect of a family-centered empowerment model on mothers' parenting self-efficacy regarding the growth and development of toddlers

Mohammadreza Shamshiri¹, Mahbobeh Sajadi^{2*}, Sharareh Khosravi², Fatemeh Rafiei³

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2024
Accepted: Dec. 2024
Published: 22 Jan. 2025

Corresponding author:
Mahbobeh Sajadi
e-mail:
sajadimahbobeh@yahoo.
com

Abstract

Background & Aim: Children are a particularly vulnerable group, and mothers' knowledge and awareness play a crucial role in fostering their developmental progress. Insufficient knowledge of the cognitive, emotional, and social aspects of child development may lead to a decrease in parental self-efficacy. This study aims to investigate the effect of a family-centered empowerment model on mothers' self-efficacy regarding the growth and development of toddlers.

Methods & Materials: This quasi-experimental study was conducted in 2022 at Amir Kabir Hospital in Arak. A total of 72 mothers of hospitalized toddlers were selected and randomly assigned to either a control group (n=36) or an intervention group (n=36) through block randomization. The control group received standard hospital care, while the intervention group participated in a five-session, family-centered empowerment model program, with each session lasting 60 minutes. Data were collected using demographic questionnaires and parenting self-efficacy assessments, administered before the intervention, immediately after, and one month post-intervention. Analysis was performed using SPSS version 26, incorporating both descriptive and inferential statistics.

Results: The results showed that the mean self-efficacy scores before the intervention had no statistically significant difference between the two groups ($P=0.416$). However, post-intervention, the mean parenting self-efficacy scores demonstrated a statistically significant difference between the groups ($P<0.001$). Additionally, the mean parenting self-efficacy scores measured one month after the intervention also showed a statistically significant difference ($P<0.001$).

Conclusion: The family-centered empowerment model significantly improved mothers' self-efficacy. It is recommended as an effective approach for improving the management of children's growth and development.

Key words: empowerment, parenting, self-efficacy, growth and development, children

Please cite this article as:

Shamshiri M, Sajadi M, Khosravi Sh, Rafiei F. [The effect of a family-centered empowerment model on mothers' parenting self-efficacy regarding the growth and development of toddlers]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2025; 30(4): 341-352. (Persian)

1 - Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran; Students Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2 - Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3 - Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

