

بررسی کاربرد رویکرد فرآیند عمل بهداشتی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران

محمدحسین باقیانی مقدم^۱، سعیده نوروزی^۲، محمدعلی مروتی شریف‌آباد^۳، علی نوروزی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: برنامه فرزندپروری مثبت بارویکرد فرآیند عمل بهداشتی برای والدین کودکانی که در معرض ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی قرار گرفته‌اند به کار می‌رود و هدف این پژوهش بررسی کاربرد رویکرد فرآیند عمل بهداشتی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران بود. **روش‌ها:** این پژوهش بر روی مادران واجد فرزند ۳ الی ۸ سال انجام شد. حجم نمونه ۱۲۰ نفر تخمین زده شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه طراحی شده بر اساس سازه‌های مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی و آزمون آسکی بود. روایی محتوی و صوری پرسشنامه و چک لیست‌ها توسط پانل خبرگان تایید شد و روایی ساختاری هم با تحلیل عاملی تاییدی به دست آمد. پایایی ابزارهای اندازه‌گیری نیز توسط آلفا کرونباخ به دست آمد. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار آماری SPSS IBM نسخه ۲۱ تحلیل گردید.

یافته‌ها: آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه مداخله و غیر مداخله از نظر میانگین رفتار مهارت‌های فرزندپروری قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. با آزمون تی مستقل مشخص شد که بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره سازه‌های پرسشنامه در هر دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت و نتایج آنالیز رگرسیون و رگرسیون لجستیک نشان داد که سازه‌های مدل تبیین کننده ۷۱/۹-۵۳/۱٪ واریانس انجام مهارت‌های فرزندپروری بودند و مدل برازش خوبی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که مداخله آموزشی‌ای که در چارچوب مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی و بر اساس سازه‌های این مدل طراحی شده بود، تاثیر مثبتی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران داشته و عملکرد آنها را به طور چشمگیری افزایش داده است. لذا شایسته است از این مدل در برنامه‌ریزی‌های آموزشی مربوط به آموزش خانواده خصوصاً مهارت‌های فرزندپروری بهره گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: رویکرد فرآیند عمل بهداشتی، مهارت‌های فرزندپروری، مادران

ارجاع: باقیانی مقدم محمدحسین، نوروزی سعیده، مروتی شریف‌آبادی محمدعلی، نوروزی علی. **بررسی کاربرد رویکرد فرآیند عمل**

بهداشتی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۱۸۱۵-۱۸۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۲۹

۱. استاد، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: norouzi62@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مباحث روان‌شناسی رشد، فرزندپروری می‌باشد (۱). فرزندپروری فعالیت پیچیده‌ای شامل روش‌ها و رفتارهای ویژه است که به طور مجزا یا در تعامل با یکدیگر بر رشد کودک تاثیر می‌گذارد (۲). برنامه فرزندپروری مثبت، برای والدین کودکانی که در معرض ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی قرار گرفته‌اند به کار می‌رود (۳). هدف آموزش فرزندپروری کمک به والد (معمولاً مادر) برای پاسخدهی و برخورد مناسب در موقعیت‌های متفاوت است (۴). برنامه فرزندپروری، مهارت‌های مدیریت مثبت کودک را بعنوان جایگزینی برای روش‌های ناکارآمد و غیر موثر فرزندپروری به والدین آموزش می‌دهد (۳). کاملاً واضح است که ارایه راه حل برای والدینی که در معرض استرس ناشی از تربیت فرزندشان هستند، بسیار مهم است. از این رو اکثر مطالعات طراحی شده در این زمینه، مداخلات آموزش رفتاری والدین یا (Behavioral Parent Training BPT) می‌باشند (۶). امروزه مداخلات فراوانی در زمینه مداخلات آموزش رفتاری والدین طراحی شده‌اند. از معروف‌ترین مطالعات در زمینه آموزش رفتاری والدین می‌توان به برنامه‌های PMT، (HNC: Helping the Non-Compliant Child)، (TIY: The Incredible Years) و (TripleP Positive Parenting Program) اشاره کرد (۷). یکی از برنامه‌های آموزش فرزندپروری است که توسط فورهند و مک ماهوند ارایه شده است. گروه هدف این برنامه، والدین واجد کودک در سنین ۳ الی ۸ سال بوده که برای آموزش آنها در خصوص نحوه رفتار صحیح با فرزندان طراحی شده است (۸). این برنامه شامل دو فاز بود که معمولاً در ۸ الی ۱۲ جلسه اجرا گردید. با توجه به اینکه برنامه HNC مبتنی بر مهارت است، تعداد جلسات آموزشی بسته به مهارت کسب شده توسط والدین تعیین گردید. در فاز یک این برنامه والدین سه مهارت توجه کردن، پاداش دادن و نادیده گرفتن را آموختند و در فاز دو، مهارت‌های دستور دادن موثر و محروم‌سازی موقت آموزش داده شد (۷).

رویکرد فرآیند عمل بهداشتی (Health Action Process Approach) یک مدل شناختی-اجتماعی و یک مدل روان‌شناسی در حوزه آموزش بهداشت است که به عنوان چارچوب نظری این پژوهش استفاده شده است (۹،۱۰). این مدل شامل سه مرحله (Intender, Pre-Intender, Actor) است. در مرحله پیش از قصد (Pre-Intender) شخص برای انجام رفتار قصد نکرده، در مرحله قصد (Intender) شخص برای انجام رفتار قصد کرده ولی هنوز قصد به عمل تبدیل نشده و در مرحله عمل (Actor) شخص رفتار مورد نظر را انجام می‌دهد. در این مدل، فرآیند تغییر رفتار بهداشتی شامل فاز انگیزشی و فاز ارادی است. فاز انگیزشی فرآیندی است که در آن فرد برای اتخاذ یک عمل یا تغییر یک رفتار پر خطر قصد می‌کند. فاز ارادی فرآیندی است که تبدیل قصد به رفتار واقعی را در بر می‌گیرد و شامل سه مرحله، آغاز، نگهداری و بهبود است (۱۱). در مرحله انگیزشی اولیه، شخص قصد انجام یک عمل را می‌کند. در این فاز، خطر درک شده به عنوان یک پیش‌آیند اولیه در نظر گرفته می‌شود که خطر درک شده به تنهایی جهت ایجاد قصد در شخص، کافی نمی‌باشد (۹،۱۰). در مرحله انگیزشی هنگامی که شخص مزایا و معایب نتایج رفتاری معین را متعادل می‌کند، انتظارات نتایج مثبت اهمیت دارد به علاوه شخص برای انجام عمل به صورت مطلوب، نیاز دارد که به توانایی‌هایش اعتقاد داشته باشد که از آن با عنوان خودکارآمدی درک شده یاد می‌گردد. خودکارآمدی درک شده هماهنگ با انتظارات نتایج مثبت عمل می‌کند، هر دو در تشکیل قصد همکاری می‌کنند. پس از آنکه شخص تمایل به یک رفتار بهداشتی ویژه پیدا کرد، قصد، به دستورالعمل‌های جزئی شده تغییر شکل پیدا می‌کند. از این رو مرحله بعد از قصد باید به برنامه‌ریزی عمل و خودکارآمدی بهبود تجزیه شود (۹). تمایز بین خودکارآمدی عمل، خودکارآمدی از عهده برآیی و خودکارآمدی بهبود توسط مارلات و همکاران ارایه شده است (۱۰). هنگامی که ترجیحی برای یک رفتار بهداشتی ویژه به وجود می‌آید، قصد باید به اجزای ساختاری

(Does) استفاده شود (۵). به همین دلیل در این پژوهش از ابزار آسکی (OSCE Objective Structured: Clinical Evaluation) جهت سنجش مهارت‌های عملی فراگیران استفاده شد.

با توجه به جستجوهای به عمل آمده در سایت‌های علمی، تاکنون در ایران مطالعه‌ای در خصوص رویکرد فرآیند عمل بهداشتی منتشر نشده است. به همین دلیل تصمیم بر آن شد که در این پژوهش از این مدل جهت ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران استفاده شود.

روش‌ها

این پژوهش که یک کارآزمایی میدانی بود بر روی مادران دارای فرزند ۳ الی ۸ سال انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰.۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ برای رسیدن به اختلاف معنی‌دار ۳ واحد در میانگین نمره مهارت فرزندپروری و مقدار واریانس ۸، با احتساب ۲۰٪ ریزش ۱۲۰ نفر انتخاب شد که ۸۳ نفر در گروه مداخله و ۳۷ نفر در گروه غیرمداخله قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی بود. ابتدا ۶ مدرسه به صورت تصادفی از بین لیست مدارس شهرستان ابهر انتخاب شدند که ۴ مدرسه در گروه مداخله و ۲ مدرسه در گروه غیر مداخله قرار گرفتند. در مرحله بعد پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مدیران مربوطه. از بین دانش‌آموزان پایه‌های پیش دبستانی، اول و دوم ابتدایی هر مدرسه ۲۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. از طریق مدیران این مدارس، از مادران دانش‌آموزان منتخب دعوت به عمل آمد تا در کلاس توجیهی شرکت نمایند. که هدف از این کلاس‌ها تعیین نمونه‌های واجد شرایط شرکت در پژوهش بود.

پس از آن پرسشنامه طراحی شده بر اساس مدل HAPA (Pretest) بین شرکت‌کنندگان توزیع شد و همزمان آزمون آسکی نیز برگزار گردید. نتایج نشان داد که هیچ مادری نتوانسته است نمره قبولی را در هر یک از سه مرحله مدل HAPA (Actor, Pre-Intender, Intender) کسب کند. بنابراین در این مطالعه مداخله آموزشی برای کلیه مادران در

چگونگی انجام عمل تبدیل گردد. به طور مثال اگر فردی قصد کاهش وزن داشته باشد، باید طراحی کند که چگونه آن را انجام دهد، مثلاً چه غذایی بخرد، کی و چه مقدار از آن غذا بخورد، کی و کجا ورزش کند. بنابراین یک قصد جامع می‌تواند از دسته‌ای از مقاصد وابسته و برنامه‌ریزی عمل، تشکیل شود (۱۲). نتایج مطالعه باربارا و همکاران ابعاد مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی را تایید کرد که می‌تواند در ارتقای رفتار تهیه غذای بهداشتی کمک کننده باشد (۱۳).

تحقیقات اخیر بیانگر آن است که، فرزندپروری لزوماً یک مهارت طبیعی نبوده و اکثر والدین به درجاتی از آموزش مهارت‌های فرزندپروری نیاز دارند (۱۴). در مطالعه اسپیکرکز و همکاران اثر بخشی برنامه فرزندپروری در ارتقا رضایت و کارآمدی والدین و کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان نشان داده شد (۱۱). پژوهشگران حوزه خانواده و مدرسه تاثیرپذیری عملکرد تحصیلی از شیوه‌های فرزندپروری والدین را در مطالعات خود نشان دادند (۱۵). در حال حاضر محتوی آموزشی برنامه‌ای که تحت عنوان مهارت‌های فرزندپروری، توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سطح مراکز بهداشتی درمانی کشور اجرا می‌شود مطابقت بسیار زیادی با برنامه HNC دارد. از طرفی با توجه به اینکه برنامه HNC، رویکردی مبتنی بر مهارت (Competency Based Approach) جهت استفاده در پژوهش حاضر انتخاب گردید، لذا گروه هدف این پژوهش نیز مادران دارای فرزند ۳ الی ۸ ساله بودند. یکی از ایراداتی که همواره در پژوهش‌های انجام یافته در خصوص رویکرد فرآیند عمل بهداشتی، مشاهده می‌گردد این است که، انجام رفتار معمولاً توسط پرسش‌نامه خود گزارشی (Self-Report) سنجیده شده است. توجه به این نکته ضروری است، هنگامی که مهارت عملی فراگیر مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد، باید از ابزار ارزشیابی مناسب آن نیز استفاده شود. از این رو مطابق الگویی که در هرم میلر ارائه شده است، لازم است برای سنجش مهارت‌های عملی در فراگیران از ابزارهای ارزشیابی قسمت‌های فوقانی هرم میلر (قسمت Shows و

- هر سه فاز مدل Motivational}HAPA (انگیزشی)، Volitional (ارادی) و Actional (عمل) صورت پذیرفت. در مرحله بعد از تمامی مادران گروه مداخله دعوت به عمل آمد تا در کلاس‌های آموزشی که به مدت ۱۰ جلسه تشکیل می‌گردید، شرکت نمایند که موضوع ۵ جلسه آن، مهارت توجه کردن، پاداش دادن، دستور دادن موثر، نادیده گرفتن و محروم‌سازی موقت در قالب فاز انگیزشی و موضوع ۵ جلسه دیگر مربوط به مهارت توجه کردن، پاداش دادن، دستور دادن موثر، نادیده گرفتن و محروم‌سازی موقت در قالب فاز ارادی بود. هر جلسه به مدت ۲ ساعت برگزار شد. تعداد افراد در هر جلسه ۲۰ نفر بود، در این جلسات از روش‌های آموزشی فراگیر محور شامل بحث گروهی، PBL و ایفای نقش استفاده شد و این جلسات توسط دو متخصص روان‌شناسی و آموزش بهداشت اداره می‌شد. بلافاصله بعد از اتمام کلاس‌های فاز Motivational، پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی که شامل سازه‌های فاز Motivational بود، در اختیار مادران گروه مداخله و غیر مداخله قرار گرفت تا آن را تکمیل نمایند.
- نتایج تجزیه و تحلیل این مرحله نشان دهنده آن بود که تمامی مادران گروه مداخله نمره قبولی را در فاز Motivational کسب نموده‌اند. لذا بار دیگر از تمامی مادران گروه مداخله دعوت به عمل آمد که در ۵ جلسه آموزشی دیگر شرکت نمایند. هر یک از این جلسات به مدت دو ساعت برگزار گردید و در آنها اصول مهارت‌های فرزندپروری بر اساس سازه‌های فاز ارادی (Volitional) تدریس شد.
- سرفصل مطالب ارایه شده عبارت بود از:
- لزوم یادگیری مهارت‌های فرزند پروری
 - عوارض ناشی از فرزند پروری نادرست.
 - احتمال خطر و شدت عوارض ناشی از انجام فرزند پروری نادرست.
 - فواید و انتظارات ناشی از کاربرد مهارت‌های فرزندپروری.
- مهارت توجه کردن، مهارت نادیده گرفتن، مهارت دستور دادن موثر، مهارت تشویق کردن، مهارت محروم‌سازی موقت.
- زمان، مکان و چگونگی انجام صحیح مهارت‌های فرزند پروری.
- موانع به کارگیری مهارت‌های فرزند پروری و راه حل مناسب آن‌ها.
- توانایی برنامه‌ریزی جهت به کارگیری اصولی مهارت‌های فرزند پروری.
- چگونگی به کارگیری مهارت‌های فرزند پروری.
- یک ماه پس از اتمام کلاس‌ها، بار دیگر از کلیه مادران (گروه مداخله و غیرمداخله) خواسته شد تا در مدرسه مربوطه اجتماع یابند و به پرسشنامه طراحی شده بر اساس سازه‌های فاز Volitional، پاسخ دهند. ۶ ماه بعد از اتمام کلاس‌های فاز دوم، دوباره از کلیه افراد دعوت به عمل آمد تا در سنجش نهایی عملکرد، توسط آزمون آسکی شرکت نمایند.
- در این مطالعه برای حذف اثر هائورن، همزمان با اجرای کلاس‌ها برای گروه مداخله، کلاس‌های دیگری با موضوع متفاوت برای گروه غیر مداخله تشکیل گردید.
- در این پژوهش از دو ابزار جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.
۱. پرسشنامه طراحی شده بر اساس مدل HAPA که این پرسشنامه در ۹ مقیاس متفاوت، ۹ سازه مدل HAPA را مورد اندازه‌گیری قرار می‌داد. هر یک از مقیاس‌ها، حاوی یک پایه و تعدادی سوال بود. لذا از شرکت کنندگان خواسته شد که پس از خواندن پایه سوالات به سوالات مرتبط با آن در طیف لیکرتی ۵ تایی پاسخ دهند. نمره قابل اکتساب در هر سازه عبارت بود از:
- مقیاس حساسیت درک شده: ۶ الی ۳۰ امتیاز، مقیاس شدت درک شده: ۶ الی ۳۰ امتیاز، مقیاس انتظارات نتایج: ۶ الی ۳۰ امتیاز،
- مقیاس خودکارآمدی عمل: ۷ الی ۳۵ امتیاز، مقیاس قصد رفتاری: ۵ الی ۲۵ امتیاز، مقیاس خودکارآمدی از عهده برآیی:

به همین دلیل تصمیم گرفته‌اید که نشان دهید این فکر او غلط است و شما توجه کافی به اعمال او دارید. او هم اکنون در حال کشیدن نقاشی است، لطفاً "مهارت توجه کردن" را بر روی این کودک اجرا نمایید.

مشخصات چک لیست‌های آسکی به این شرح بود: دو چک لیست برای مهارت تشویق کردن هر کدام حاوی ۵ سؤال، دو چک لیست برای مهارت نادیده گرفتن هر کدام حاوی ۵ سؤال، دو چک لیست برای مهارت محروم‌سازی موقت هر کدام حاوی ۷ سؤال، چک لیست مهارت توجه کردن حاوی ۵ سؤال و دو چک لیست برای مهارت دستور دادن هر کدام حاوی ۷ سؤال بود. جواب‌ها شامل دو گزینه بلی و خیر بود که اگر شرکت‌کنندگان در هر ایستگاه، مهارت را به طور صحیح انجام می‌دادند، ارزیاب گزینه بلی و اگر آن را انجام نمی‌دادند، گزینه خیر را تیک می‌زد. در انتهای هر چک لیست یک سوال با طیف لیکرتی (از ۱ خیلی بد تا ۵ عالی) قرار داشت که عملکرد کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

مرحله اجرا: ابتدا کلیه مادران جهت شرکت در آزمون آسکی به مدرسه مربوطه دعوت شدند سپس مراحل اجرای آزمون برای آنها توضیح داده شد و در نهایت از آنها درخواست گردید که یک به یک وارد ایستگاه‌ها شوند. در هر ایستگاه ارزیاب مربوطه سناریوی خود را برای مادر شرح داد و از وی خواست تا مهارت مرتبط با آن ایستگاه را بر روی کودک اجرا نماید. هر ارزیاب در ایستگاه خود مهارت مادر را با توجه به چک لیست موجود مورد ارزیابی قرار داد.

جهت تعیین روایی محتوی و صوری پرسش‌نامه و چک لیست‌ها از پانل خبرگان (سه نفر متخصص علوم رفتاری و آموزش بهداشت، یک نفر متخصص روان‌شناسی و روان‌سنجی و یک نفر متخصص آموزش پزشکی) استفاده شد. روایی ساختاری هم با تحلیل عاملی تاییدی بدست آمد. پایایی ابزارهای اندازه‌گیری نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج مناسبی را نشان داد. نتایج آلفا کرونباخ به دست آمده در جدول ۱ نشان داده شده است.

۷ الی ۳۵ امتیاز، مقیاس خودکارآمدی بهبود: ۳ الی ۱۵ امتیاز، مقیاس برنامه‌ریزی عمل: ۳ الی ۱۵ امتیاز و مقیاس برنامه‌ریزی از عهده برآیی: ۵ الی ۲۵ امتیاز.

۲. آزمون آسکی:

از این آزمون جهت سنجش‌سازه رفتار در شرکت‌کنندگان استفاده گردید. مراحل اجرای این آزمون به شرح ذیل بود: مرحله آماده‌سازی: در این مرحله مقدمات اجرای این آزمون فراهم گردید. ابتدا به ۹ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی آموزش‌های لازم در خصوص مهارت‌های فرزندپروری ارایه گردید تا به عنوان ارزیاب در این آزمون فعالیت نمایند. سپس از ۹ کودک ۳ الی ۸ ساله دعوت به عمل آمد تا پس از دریافت آموزش‌های کافی نقش فرزند را در این آزمون ایفا نمایند. چک لیست و سناریوی هر ایستگاه تهیه گردید و در چند جلسه آزمایشی با حضور ارزیابان و کودکان مراحل اجرای آزمون مرور شد. پس از اینکه که ارزیابان و کودکان مذکور به آمادگی‌های لازم دست یافتند، به مدارس مراجعه شد و هماهنگی لازم با مدیر مربوطه صورت پذیرفت. سپس ۹ کلاس به عنوان ایستگاه‌های آزمون در نظر گرفته شد: ایستگاه اول مهارت توجه کردن، ایستگاه دوم و ششم مهارت تشویق کردن، ایستگاه سوم و هفتم مهارت دستور دادن، ایستگاه چهارم و هشتم مهارت نادیده گرفتن و ایستگاه پنجم و نهم مهارت محروم‌سازی موقت. هر ایستگاه نیز از چهار جز تشکیل شده بود: یک ارزیاب، یک کودک، سناریوی ایستگاه و چک لیست مربوطه.

سناریوهای هر ایستگاه: هر یک از ایستگاه‌های این آزمون واجد یک سناریو بود. در این سناریوها، مادران با یک موقعیت شبیه‌سازی شده جهت اجرای یکی از مهارت‌های فرزندپروری، مواجه می‌شدند. در زیر نمونه سناریوی مهارت توجه کردن ارایه می‌گردد:

فرض کنید کودکی که در اتاق است، فرزند شماست. در هفته گذشته چندین بار از او شنیده‌اید که:

"تو هیچ توجهی به من نداری"

رگرسیون، رگرسیون لجستیک و آنالیز واریانس) تجزیه و تحلیل گردید.

سپس اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ گردید و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های آماری همبستگی، تی مستقل، تی زوجی،

جدول ۱: نتایج تحلیل پایایی سازه‌های پرسشنامه و چک لیست سنجش رفتار

تحلیل پایایی		
تعداد آیتم‌ها	آلفا	مقیاس
	کرونباخ	
۶	۰/۸۳۸	حساسیت درک شده
۶	۰/۹۲۹	شدت درک شده
۶	۰/۹۴۳	انتظار نتایج
۷	۰/۹۵۰	خودکارآمدی عمل
۵	۰/۷۷۳	قصد رفتاری
۷	۰/۹۳۹	خودکارآمدی از عهده برآیی
۳	۰/۷۸۱	خودکارآمدی بهبود
۳	۰/۸۷۸	برنامه ریزی عمل
۵	۰/۹۰۳	برنامه ریزی از عهده برآیی
۹	۰/۹۱۹	رفتار

نفر در گروه Pre-Intender و ۳ نفر در گروه Intender قرار داشتند. از ۳۷ نفر گروه غیر مداخله نیز تنها یک نفر در گروه Intender قرار داشت.

برای مقایسه اختلاف میانگین نمرات سازه‌های پرسش‌نامه و رفتار در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی از آزمون تی مستقل استفاده گردید و نتایج نشان داد که دو گروه فقط از نظر میانگین نمره خطر درک شده تفاوت معنی‌دار آماری دارند ($P = ۰/۰۰$) و برای بقیه سازه‌ها اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

برای مقایسه اختلاف میانگین نمرات سازه‌های پرسش‌نامه و رفتار در هر دو گروه بعد از مداخله آموزشی نیز از آزمون تی مستقل استفاده گردید و نتایج نشان داد که میانگین نمره همه سازه‌های پرسش‌نامه و رفتار در هر دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری دارد.

یافته‌ها

از ۱۲۰ مادر شرکت کننده در این مطالعه، ۸۳ نفر (۶۸/۶٪) در گروه مداخله و ۳۷ نفر (۳۰/۶٪) در گروه غیر مداخله قرار گرفتند.

در جدول دو فراوانی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و غیر مداخله، نشان داده شده است.

برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و غیر مداخله از آزمون کای دو استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که اختلاف معنی آماری تنها بین شغل پدر در دو گروه مشاهده شد ($P = ۰/۰۱$) و این اختلاف در بین سایر متغیرها مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

یافته‌های مطالعه نشان داد که تعداد افراد قرار گرفته در سه گروه Pre-Intender، Intender و Actor را قبل از مداخله آموزشی عبارت بود از: از ۸۳ نفر گروه مداخله تنها یک

رفتاری و تعداد فرزند، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P < 0/02$).

همچنین در این مطالعه برای بررسی پیش‌بینی کننده‌های سازه‌های مدل از آنالیز رگرسیون و رگرسیون لجستیک استفاده شد. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون در فاز Motivational، هیچ کدام از سازه‌های این فاز، قصد رفتاری را پیش‌بینی نکردند و در فاز Volitional، خودکارآمدی از عهده برآیی ($P = 0/00$) و خودکارآمدی بهبود ($P = 0/01$) انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند. در فاز Actor، خطر درک شده ($P = 0/00$)، انتظارات نتایج ($P = 0/05$)، خودکارآمدی از عهده برآیی ($P = 0/01$)، خودکارآمدی بهبود ($P = 0/03$) و برنامه‌ریزی عمل ($P = 0/05$) انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک همه سازه‌های مدل به طور معنی‌داری انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند. ($P = 0/00$) ($B = 0/44$). سازه‌های مدل تبیین کننده $71/9\% - 53/1\%$ واریانس انجام مهارت‌های فرزندپروری بود. آزمون Hasmer و Lamsho نشان داد که مدل برازش خوبی دارد (کای دو = $2/34$ ، درجه آزادی = 8 ، سطح معنی‌داری = $0/96$).

برای ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی، نتایج به دست آمده از هر دو گروه، در قبل و بعد از مداخله، مورد مقایسه قرار گرفت. آزمون تی زوجی نشان داد که اختلاف میانگین نمرات سازه‌های مدل قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله معنی‌دار بود ولی در گروه غیر مداخله معنی‌دار نبود. برای بررسی مقادیر همبستگی (r) بین سازه‌های مدل، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج نشان داد که بعد از مداخله بین همه سازه‌های مدل با یکدیگر همبستگی معنی‌دار در سطح $0/01$ وجود دارد. در این پژوهش برای پی بردن به اختلاف میانگین گروه‌ها از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد و بر اساس نتایج این آزمون، فقط در میانگین نمره خودکارآمدی بهبود، بر حسب سطح تحصیلات مادر، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P < 0/04$). همین آزمون و نیز آزمون تعقیبی توکی، ال اس دی و شفه نشان داد که خودکارآمدی بهبود در آزمودنی‌هایی که دیپلم ($P < 0/04$) و فوق دیپلم ($P < 0/04$) بودند، بیشتر بود. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی ال اس دی، در میانگین نمره انتظارات نتایج بر حسب تعداد فرزند، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P < 0/04$). همچنین بین میانگین نمره قصد

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک گروه مداخله و غیر مداخله

متغیرهای دموگرافیک		مداخله		غیر مداخله	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن مادر	زیر ۲۵ سال	۷	۸/۵	۵	۱۳/۹
	۲۵-۳۵ سال	۶۶	۸۰/۵	۲۹	۸۰/۵
	بالای ۳۵ سال	۹	۱۱	۲	۵/۶
سطح تحصیلات مادر	دیپلم	۷۱	۹۴/۶	۲۸	۸۰
	بالای دیپلم	۴	۵/۴	۷	۲۰
شغل مادر	خانه دار	۷۶	۱۰۰	۳۴	۹۷/۱
	شاغل	۰	۰	۱	۲/۹
شغل پدر	کارگر	۶۳	۸۸/۷	۲۴	۶۸/۵
	کارمند	۸	۱۱/۳	۱۱	۳۱/۵
تعداد فرزند	یک فرزند	۲۹	۳۴/۹	۱۱	۳۱/۴
	دو فرزند	۴۳	۵۱/۹	۱۹	۵۴/۳
تعداد سال‌های زندگی مشترک	سه فرزند و بیشتر	۱۱	۱۳/۲	۵	۱۴/۳
	کمتر از ۹ سال	۲۰	۳۷	۱۰	۳۵/۷
	۱۰ سال	۱۷	۳۱/۵	۱۳	۴۶/۴
	بالای ۱۱ سال	۱۷	۳۱/۵	۵	۱۷/۹

جدول ۳: مقایسه اختلاف میانگین نمرات سازه‌های پرسش‌نامه و رفتار در دو گروه قبل و بعد از مداخله

سازه های مدل	گروه	میانگین		انحراف معیار		سطح معنی داری	
		قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
خطر درک شده	مداخله	۳۱	۵۵	۸	۴	۰/۰۰	۰/۰۰
	غیر مداخله	۳۰	۳۱	۴	۵	۰/۰۰	۰/۰۰
انتظارات نتایج	مداخله	۱۰	۲۷	۳	۳	۰/۰۰	۰/۴۲
	غیر مداخله	۱۲	۱۲	۴	۴	۰/۰۰	۰/۵۴
خودکارآمدی عمل	مداخله	۱۲	۳۲	۴	۳	۰/۰۰	۰/۵۴
	غیر مداخله	۱۵	۱۴	۳	۴	۰/۰۰	۰/۸۱
قصد رفتاری	مداخله	۱۷	۷	۳/۸	۲	۰/۰۰	۰/۸۱
	غیر مداخله	۱۵	۱۴	۳/۷	۴	۰/۰۰	۰/۵۷
خودکارآمدی از عهده برآیی	مداخله	۱۲	۳۲	۴/۵	۳	۰/۰۰	۰/۵۷
	غیر مداخله	۱۶	۱۴	۴/۲	۴	۰/۰۰	۰/۰۶
خودکارآمدی بهبود	مداخله	۵	۱۴	۳/۲	۱	۰/۰۰	۰/۰۶
	غیر مداخله	۸	۷	۲/۱	۲	۰/۰۰	۰/۱۴
برنامه ریزی	مداخله	۱۴	۳۷	۶	۳	۰/۰۰	۰/۱۴
	غیر مداخله	۲۱	۱۹	۴	۶	۰/۰۰	۰/۱۲
رفتار	مداخله	۱۸	۴۳	۴/۳	۳/۲	۰/۰۰	۰/۱۲
	غیر مداخله	۲۱	۲۱	۳/۲	۳/۲	۰/۰۰	

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات سازه ها قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و غیر مداخله

سازه های مدل	گروه مداخله		گروه غیر مداخله		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خطر درک شده قبل از مداخله	۳۱	۸	۳۰/۵۶	۴/۶	۰/۵۷
	۵۵	۴	۳۱/۲۴	۵/۴	
خطر درک شده بعد از مداخله	۱۰	۳/۳	۱۲/۳۵	۴/۰۲	۰/۷۵
	۲۷	۳/۵	۱۲/۰۲	۴/۱۵	
انتظار نتایج قبل از مداخله	۱۲	۴/۰۷	۱۵/۲	۳/۷	۰/۵۷
	۳۲	۳/۹۴	۱۴/۶	۴/۶	
انتظار نتایج بعد از مداخله	۱۷	۳/۸	۱۵/۲	۳/۷	۰/۲۱
	۷	۲/۲	۱۴	۴/۵	
خودکارآمدی عمل قبل از مداخله	۱۲	۴/۵	۱۶/۱۸	۴/۲	۰/۲۰
	۳۲	۳/۴	۱۴/۹	۴/۲	
خودکارآمدی عمل بعد از مداخله	۵	۳	۸/۵	۲/۱	۰/۲۵
	۱۴	۱	۷/۸	۲/۹	
خودکارآمدی بهبود قبل از مداخله	۱۴	۶	۲۱	۴	۰/۲۶
	۳۷	۳	۱۹	۶	
خودکارآمدی بهبود بعد از مداخله	۱۸	۴/۳	۲۱	۳/۲	۰/۱۴
	۴۳	۳/۲	۲۰	۳	

جدول ۵: همبستگی بین سازه های مدل بعد از مداخله:

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
								۱	خطر درک شده
							۱	۰/۹۱	انتظارات نتایج
						۱	۰/۹۳	۰/۹۱	خودکارآمدی عمل
					۱	-۰/۶۷	-۰/۶۷	-۰/۶۸	قصد رفتاری
				۱	-۰/۶۴	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۱	خودکارآمدی از عهده برآیی
			۱	۰/۸۲	-۰/۶۴	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۸۳	خودکارآمدی بهبود
		۱	۰/۸۷	۰/۸۵	-۰/۶۴	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۸۴	برنامه ریزی عمل
	۱	۰/۸۷	۰/۷۱	۰/۸۳	-۰/۶۲	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۸۵	برنامه ریزی از عهده برآیی
								-۰/۸۸	رفتار
۱	-۰/۷۷	-۰/۸۱	-۰/۸۰	-۰/۸۶	-۰/۶۵	-۰/۸۳	-۰/۸۲		

تاکنون مطالعات زیادی در زمینه مدل HAPA انجام یافته است اما در هیچ کدام از آنها به مرحله‌ای که افراد در آن قرار دارند اشاره نشده است. البته Rebecca و همکاران در مطالعه خود به مقایسه Intenderها و Non-Intenderها پرداختند. در این پژوهش افراد سیگاری در یک بررسی مقطعی شرکت کردند که در آن انگیزش ترک سیگار و خطر درک شده ناشی از آن بررسی شد. نتایج این مطالعه، تاییدکننده سازه‌های مدل HAPA بودند، به طوری که Non-Intenderها در مقایسه با Intenderها، خطر درک شده کمتری داشتند. بیشتر یافته‌ها از نظر آماری معنی‌دار بودند. نتایج نشان داد که خطر درک شده در-Non-Intenderها از خطر درک شده در Intenderها متمایز است. بنابراین نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کند که سیگاری‌هایی که دارای انگیزش پایین در ترک سیگار هستند، می‌توانند از اطلاعات و یادآوری‌ها در خصوص عوارض بهداشتی جدی ناشی از سیگار سود ببرند (۱۶).

در پژوهش حاضر، اختلاف معنی‌داری در سازه رفتار، قبل و بعد از مداخله در بین دو گروه مشاهده گردید. آزمون آسکی نشان داد که رفتار مهارت‌های فرزندپروری بعد از آموزش در گروه مداخله افزایش یافته و مادران انجام مهارت‌های فرزندپروری را در رفتار خود نشان می‌دادند. باید توجه داشت

بحث

با توجه به کاربرد موثر مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی در مطالعات مختلف، در پژوهش حاضر، از این مدل برای ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران استفاده گردید. در ایران تاکنون مقاله‌ای در زمینه مدل HAPA منتشر نشده است و تمامی مطالعاتی هم که با استفاده از این مدل در کشورهای خارجی انجام گردیده، در زمینه‌هایی غیر از مهارت‌های فرزندپروری بوده است. لذا در این مطالعه مدل HAPA برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت.

تحلیل‌های انجام گرفته نشان داد، قبل از مداخله، فقط دو الی سه شرکت کننده از هر دو گروه در دسته Pre-Intender و Intenderها قرار دارند. در این مقطع هیچ یک از شرکت‌کنندگان در دسته Actorها قرار نگرفتند. ما با توجه به این نتایج، کلاس‌های آموزشی را هم در فاز انگیزشی و هم در فاز ارادی دایر نمودیم. بعد از آموزش، افراد گروه مداخله در هر سه مرحله Pre-Intentional، Intentional و Action نمره قبولی را کسب کردند. در حالی که افراد گروه غیر مداخله در هیچ یک از این مراحل قرار نگرفتند که این نتایج نشان‌دهنده تاثیر اثر بخش کلاس‌های آموزشی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران بود.

از اجرای برنامه تنها ۱۲٪ از آنها دچار این مشکلات بودند (۱۹).

علاوه بر مطالعات بالا، راجرز و همکاران برنامه فرزندپروری مثبت را با ۸۳ نفر از مادران فرزندان ۲ تا ۱۵ ساله که مشکلات بیش فعالی داشتند، اجرا کردند. نتایج این پژوهش بیانگر افزایش معنی‌دار خودکارآمدی مادران، رضایت والدینی و نیز کاهش مشکلات بیش فعالی کودکان بود (۲۰).

پس از انجام آزمون همبستگی مشخص شد که بعد از مداخله بین سازه‌های مدل همبستگی بالایی وجود دارد. مقادیر همبستگی نزدیک به یک بود که نشان دهنده همبستگی قوی بین سازه‌ها می‌باشد، به عبارت دیگر با افزایش نمره سازه‌های فاز انگیزشی و ارادی، می‌توان نمره مهارت‌های فرزندپروری مادران را نیز افزایش داد. نتایج مطالعه boner Jason E نشان داد که انتظارات نتایج در فاز دوم با قصد رفتاری در فاز دوم در سطح $0/001$ همبستگی معنی‌دار داشت ($r = 0/43$). همچنین خودکارآمدی عمل در فاز دوم با قصد رفتاری و انتظارات نتایج در فاز دوم در سطح $0/001$ همبستگی معنی‌دار داشت ($r = 0/79$) ($r = 0/39$). قصد رفتاری در فاز اول با قصد رفتاری، انتظارات نتایج و خودکارآمدی عمل در فاز دوم در سطح $0/001$ همبستگی معنی‌دار داشت ($r = 0/64$) ($r = 0/39$) ($r = 0/65$).

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی ال اس دی، فقط در میانگین نمره خودکارآمدی بهبود، بر حسب سطح تحصیلات مادر ($P < 0/04$)، در میانگین نمره انتظارات نتایج بر حسب تعداد فرزند ($P < 0/04$) و همچنین در میانگین نمره قصد رفتاری بر حسب تعداد فرزند ($P < 0/02$)، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد. مطالعه دیگری در این زمینه جهت مقایسه نتایج وجود ندارد.

براساس نتایج آنالیز رگرسیون در فاز Motivational، هیچ کدام از سازه‌های این فاز، قصد رفتاری را پیش‌بینی نکردند و در فاز Volitional، خودکارآمدی از عهده برآبی ($P = 0/00$) و خودکارآمدی بهبود ($P = 0/01$) انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند. در فاز actor، خطر درک

که مطالعه‌ای در این زمینه وجود ندارد که جهت مقایسه نتایج مورد استفاده قرار گیرد.

نمره سازه‌های دیگر مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی که با استفاده از پرسش‌نامه خودگزارشی سنجیده شده بود، حاکی از تاثیر آموزش بر روی گروه مداخله بود. تاکنون در مطالعات انجام شده با استفاده از مدل رویکرد فرآیند عمل بهداشتی، تنها به پیشگویی کننده‌های انجام رفتار پرداخته شده و گزارشی از تاثیر آموزشی منتشر نگردیده است.

هر چند که تاکنون هیچ مطالعه‌ای در خصوص مهارت‌های فرزندپروری با استفاده از مدل HAPA منتشر نشده است، اما پژوهش‌های متعددی در زمینه مهارت‌های فرزندپروری وجود دارد که تاثیر آموزش را بررسی می‌کند. به عنوان مثال مطالعه‌ای توسط زوبریک بر روی ۷۱۸ والد پیش دبستانی انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که پس از آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، کاهش چشمگیری در اختلالات رفتاری کودکان و سبک فرزندپروری استبدادی والدین ایجاد شد. در ضمن افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در مورد مسایل تربیتی کودک نیز کاهش یافته و در نتیجه سازگاری زناشویی افزایش پیدا کرد (۱۷). Sanders و Turner گزارش کردند که والدین پس از آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، سطوح کمتری از مشکلات رفتاری کودکان را گزارش می‌دهند. در این والدین سطوح کمتری از فرزندپروری ناکارآمد مشاهده شد و نیز اضطراب و استرس آنان در مقایسه با والدین گروه آموزش ندیده (کنترل) به طور قابل ملاحظه‌ای پایین بود (۱۸).

Cann و همکارانش در مطالعه‌ای، ۵۸۹ نفر از والدین را که در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ در برنامه فرزندپروری مثبت شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده حاکی از بهبود قابل ملاحظه در احساس خودکارآمدی والدینی، رضایت والدینی، استرس، اضطراب و افسردگی والدین بود. علاوه بر این قبل از شروع مداخلات ۴۵٪ کودکان درگیر مشکلات رفتاری بودند، در حالی که پس

نتیجه یافته‌های مطالعه نشان داد که مدل اصلاح شده HAPA، ارتقای سلامت افرادی که مبتلا به ام اس هستند را گسترش خواهد داد (۲۴).

Ralf Schwarzer و همکاران مطالعه‌ای جهت پیشگویی کاهش مصرف سیگار در میان بالغین انجام دادند. ۵۳۰ دانش آموز در سه زمان اندازه‌گیری شرکت کردند. درک خطر، انتظارات نتایج و خودکارآمدی پیش از عمل، به عنوان پیشگویی کننده‌های قصد بودند. خودکارآمدی نگره‌داری و قصد، به عنوان پیشگویی کننده‌های برنامه‌ریزی عمل بیان گردیدند. خودکارآمدی بهبود و برنامه‌ریزی عمل نیز به عنوان پیشگویی کننده‌های رفتار مشخص شدند. از بین همه ارتباطات مشمول در مدل، تنها مسیر بین خطر درک شده و قصد، از نظر آماری معنی‌دار نبود (۲۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش (همه سازه‌های مدل HAPA به طور معنی‌داری انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش بینی نمودند) چنین استنباط می‌شود که مداخله آموزشی که در چارچوب مدل HAPA و بر اساس سازه‌های این مدل طراحی شده بود، تاثیر مثبتی در ارتقای مهارت‌های فرزندپروری مادران داشته و عملکرد آنها را به طور چشمگیری افزایش داده است. لذا شایسته است از این مدل در برنامه‌ریزی‌های آموزشی مربوط به آموزش خانواده خصوصاً مهارت‌های فرزندپروری بهره گرفته شود. از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به استفاده از آزمون آسکی جهت سنجش عینی رفتار اشاره کرد و از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم همکاری مدیران بعضی از مدارس و مادران، عدم وجود فضای مناسب و کافی برای برگزاری کلاس‌های آموزشی و کمبود امکانات آموزشی از قبیل کامپیوتر، اشاره کرد. که راهکارهای که برای رفع این محدودیت‌ها می‌تواند ارائه داد این موارد می‌باشد: برگزاری کلاس‌های توجیهی از طرف اداره آموزش و پرورش برای مدیران مدارس مبنی بر اهمیت برگزاری این کلاس‌ها توسط اساتید روان شناس و اهمیت فزاینده تربیت فرزند توسط والدین دانش آموزان و

شده (P=۰/۰۰)، انتظارات نتایج (P=۰/۰۵)، خودکارآمدی از عهده برآیی (P=۰/۰۱)، خودکارآمدی بهبود (P=۰/۰۳) و برنامه‌ریزی عمل (P=۰/۰۵) انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند. نتایج مطالعه Jason Eboner نشان داد که چندین فاکتور کلیدی شناختی اجتماعی، از قبیل فاز انگیزشی مدل HAPA، تشکیل قصد رفتاری برای انجام فعالیت جسمی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج مرحله ارادی HAPA تعیین کرد که فقط قصد رفتاری پیش‌بینی می‌کند که کدام یک از شرکت کنندگان بعد از گذراندن دوره آموزشی خودمراقبتی دیابت به مقدار اندکی فعالیت جسمی‌شان را افزایش خواهند داد.

بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک همه سازه‌های مدل HAPA به طور معنی‌داری انجام مهارت‌های فرزندپروری را پیش‌بینی نمودند (P= ۰/۰۰) (B=۰/۴۴). سازه‌های مدل HAPA تبیین کننده ۷۱/۹-۵۳/۱٪ واریانس انجام مهارت‌های فرزندپروری بود. آزمون Lamsho و Hasmer نشان داد که مدل برازش خوبی دارد (کای دو = ۲/۳۴، درجه آزادی = ۸، سطح معنی‌داری = ۰/۹۶). Chung-Yi Chiu در مطالعه خود نشان داد که مدل HAPA با داده‌های به دست آمده از فعالیت بدنی مناسب بود و ۳۲/۶٪ واریانس فعالیت بدنی را توضیح داد. همچنین مدل HAPA با داده‌های به دست آمده از رژیم غذایی نیز مناسب بود و ۱۴/۷٪ واریانس رژیم غذایی را توضیح داد. هر دو مدل ارتباط مستقیم و غیر مستقیمی را بین خودکارآمدی و انتظارات نتایج نشان دادند. قصد رفتاری می‌توانست به وسیله برنامه‌ریزی عمل و برنامه‌ریزی از عهده برآیی که منجر به فعالیت بدنی و رژیم مناسب غذایی می‌گردد، تقویت شود. به علاوه، مشخص شد که رفتار فعالیت بدنی همبستگی معنی‌داری با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی دارد ولی با رفاه (خوب زیستن) ذهنی همبستگی معنی‌داری نداشت. رژیم غذایی سالم همبستگی کمی تا متوسط معنی‌داری با بعد روانی کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و شادی ذهنی داشت ولی با بعد جسمی کیفیت زندگی همبستگی معنی‌داری نداشت. در

تربیت مدرس پرداخت نموده است لذا ضمن قدردانی و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت کننده در این طرح، اعلام می‌نمایند.

تاثیر آن بر پیشرفت تحصیلی آنها، ساخت سالن‌های اجتماعات در مدارس جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی و مجهز کردن تمامی مدارس به امکانات کمک آموزشی از قبیل کامپیوتر.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل از بخشی از رساله دکتری آموزش سلامت می‌باشد که هزینه آن را معاونت پژوهشی دانشگاه

References

1. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin* 1993;113:487-96.
2. Baumrind D, Cowan P, Hetherington M. *Effective parenting during the early adolescent transition*. England: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
3. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KM. *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence: Parenting and Family Support Centre*. The University of Queensland; 2003.
4. Sanders MR, Markie-Dadds C, Lynch ME. *Every Parent's Workbook: A Practical Guide to Positive Parenting*. Australian: Australian Academic Press; 1994.
5. Amin Z. *Practical Guide to Medical Student Assessment*. World Scientific Pub Co Inc; 2006.
6. Murrell ARE. *Conditioned relational responding in parents: US: The university of mississippi*; 2007.
7. Murrell AR. *Evaluating the effectiveness of a parent training protocol based on an acceptance and commitment therapy philosophy of parenting: US: university of north texas*; 2011.
8. McMahon RJ, Forehand RL, Foster SL. *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior: United kingdom: The Guilford Press*; 2005.
9. Ralf Schwarzer FFS, Sonia L, Aleksandra L, Urte S, Benjamin S, Mary W, et al. Ziegelmann. *On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting an Investigation*. Berlin: Freie Universität Berlin 2003;2-3.
10. Schwarzer R. *Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors*. *Applied Psychology*
11. Spijkers W, Jansen D, de Meer G, Reijneveld S. Effectiveness of a parenting programme in a public health setting: a randomised controlled trial of the positive parenting programme (Triple P) level 3 versus care as usual provided by the preventive child healthcare (PCH). *BMC Public Health*. 2010;10(1):131.
12. Schwarzer R. *The Health Action Process Approach (HAPA)*. <http://wwwhapa-modelde>, 2011.
13. Schwarzer R. *Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors*. *Applied Psychology* 2008;57(1):1-29.
14. Sanders M, Morawska A. Can changing parental knowledge, dysfunctional expectations and attributions, and emotion regulation improve outcomes for children? *Australia: Encyclopedia on early childhood development* 2005:1-12.
15. Dornbusch SM1, Ritter PL, Leiderman PH, Roberts DF, Fraleigh MJ. The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Dev* 1987; 58(5):1244-57.
16. Rebecca J. Williams TAH, Vani N. Simmons. Risk perception and motivation to quit smoking: A partial test of the Health Action Process Approach. *Addictive Behavior* 2011;36:789– 91.

17. Turner KMT, Sanders MR, Markie-Dadds C. Facilitator's manual for Group Triple P: Triple P International; 2005.
18. Turner KM, Sanders MR.. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther* 2006;37(2):131-42.
19. Cann W, Rogers H, Worley G. Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. *Advances in Mental Health* 2003;2(3):201-7.
20. Rogers H, Cameron D, Cann W, Littlefield L, Lagioia V. Evaluation of the Family Intervention Service for Children Presenting with Characteristics Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2003;2(3): 216-55
21. Schwarzer R, Luszczynska A. How to Overcome Health-Compromising Behaviors. *European Psychologist* 2008;13(2):141-51.
22. McMahon RJ. Parent training interventions for preschool-age children. Washington; *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2006.
23. Ralf Schwarze ALAUW. Perceived Self-Efficacy in Health Behaviour Change. United kingdom: University of Sussex;
24. Chiu CY. Testing Schwarzer's Health Action Process Approach (HAPA) Model of Health Promotion for People with Multiple Sclerosis: A Path Analytic Approach. University of Wisconsin--Madison; 2009.

Evaluation of the health action process approach to improve mothers' parenting skills

Mohammad.Hossein Baghiani Moghaddam¹, Saiideh Norouzi²,
 MohammadAli Morowatisharifabad³, Ali Norouzi⁴

Original Article

Abstract

Background: A positive parenting program with health action process approach was applied for the parents that their children are at the risk of behavioral and emotional disorders, and the aim of this study is to investigate the application of health action process approach for improving mother's parenting skills.

Methods: The research has done for the mothers of children who aged between 3 and 8 year old. The sample size of 120 was estimated. A random multi-stage cluster sampling was done. For data gathering, a questionnaire was designed based on structures of the health action process approach and OSCE. Content and face validity of questionnaire and check lists are approved by a panel of experts and construction validity was obtained by confirmatory factor analysis. Reliability of measurements is tested by Cronbach's alpha. The collected data were analyzed using SPSSIBM21 statistical software.

Findings: Chi-square test showed that between intervention and non-intervention groups, there were significant differences about the mean behavior and parenting skills before and after intervention. Independent t-tests indicated that after educational intervention, mean scores for both groups were significantly different and Logistic regression analysis results showed that the structure of the model described 53.1 to 71.9 percent of parenting skills variance, and the model showed a good fit.

Conclusions: According to the research, it can be inferred that the intervention that was designed based on the structure of the health action process approach, had a positive impact on improving parenting skills of mothers and has increased their performance affectedly. Thus, this model can be used for educational planning related to family training specially parenting skills.

Key Words: Health Action Process Approach, parenting skills, mothers

Citation: BaghianiMoghaddam MH, Norouzi S, Morowatisharifabad MA, Norouzi A. **Evaluation of the health action process approach to improve mothers' parenting skills.** J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: 1815-1828

Received date: 20/07/2013

Accept date: 07/01/2014

1. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran (Corresponding Author) Email: norouzi62@yahoo.com
3. Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
4. Department of Medical Education, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran