DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 2, Summer

Received: 06.01.2024 Accepted: 21.07.2024 Published: 06.07.2025

Investigating Factors Related to the Self-Efficacy of Parenting Skills among Mothers in Jiroft City, Kerman Province, Iran

Reza Pournarani[1], Ehsan Movahed[1], Reza Faryabi[1], Akbar Mehralizadeh[2]

Original Article

Abstract

Background: Parenting methods have a very important role in the way of communication with the child and his mental and social health. This study was conducted to investigate the factors related to the coping self-efficacy of parenting skills of mothers in Jiroft City, Iran.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted in 2023 with 252 mothers of children aged 3 to 8 years, utilizing a multi-stage cluster sampling method. Data were collected using a validated and reliable questionnaire, which included demographic information and constructs of the Health Action Process Approach (HAPA). The collected data were analyzed using SPSS software, employing descriptive statistical tests, Pearson's correlation, and multiple regression analysis at a significance level of 0.05.

Findings: The average score of motivational constructs of the HAPA was higher than the volitional construct**.** Moreover, there was a statistically significant difference between behavior intention ($r = 0.62$, $P < 0.01$), action planning ($r = 0.67$, $P < 0.01$), coping planning ($r = 0.50$, $P < 0.01$), and coping self-efficacy. In addition, based on the results of multiple regression analysis, the aforementioned variables predicted 54% of the changes of coping self-efficacy variable of the positive parenting program in mothers.

Conclusion: Considering the predictive role of coping self-efficacy of the positive parenting program with the help of volitional phase constructs of the HAPA, it is recommended that the theoretical framework of this approach be used in carrying out interventions to increase coping self-efficacy in improving parenting skills in mothers.

Keywords: Self-efficacy; Skills; Parenting; Mothers

Citation: Pournarani R, Movahed E, Faryabi R, Mehralizadeh A. **Investigating Factors Related to the Self-Efficacy of Parenting Skills among Mothers in Jiroft City, Kerman Province, Iran.** J Health Syst Res 2025; 21(2): 183-90.

1- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

2- PhD, School of Medicine, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

Corresponding Author: Reza Pournarani; Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran; Email: rezanareni732@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596 Published by Vesnu Publications

بررسی عوامل مرتبط با خودکارامدی از عهده‌برآیی مهارت فرزندپروری مادران شهر جیرفت در استان کرمان

رضا پورنارانی[1]، احسان موحد[1]، رضا فاریابی[1]، اکبر مهرعلیزاده[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شیوه‌های فرزندپروری در نحوه ارتباط با کودک و سلامت روانی و اجتماعی وی نقش بسیار مهمی دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین عوامل مرتبط با خودکارامدی از عهده‌برآیی مادران در مهارت فرزندپروری بود.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۲۵۲ مادر دارای فرزند ۳ تا ۸ ساله که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای در سال ۱۴۰۲ انتخاب شده بودند، صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که روایی و پایایی آن در تحقیقات پیشین تأیید شده بود، اطلاعات دموگرافیک و سازه‌های رویکرد فرایند عمل بهداشتی (HAPA یا Health Action Process Approach) جمع‌آوری گردید. اطلاعات با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson و تحلیل Multiple regression در نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره سازه‌های انگیزشی HAPA بیشتر از سازه ارادی بود. همچنین، بین متغیرهای قصد رفتار ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۶۲$)، برنامه‌ریزی عمل ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۶۷$)، برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۵۰$) و خودکارامدی از عهده‌برآیی همبستگی معنی‌داری وجود داشت. بر اساس نتایج تحلیل Multiple regression، متغیرهای مذکور پیش‌بینی‌کننده ۵۴ درصد از تغییرات متغیر خودکارامدی از عهده‌برآیی برنامه فرزندپروری مثبت در مادران بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش پیش‌بینی‌کنندگی خودکارامدی از عهده‌برآیی برنامه فرزندپروری مثبت به کمک سازه‌های فاز ارادی HAPA، توصیه می‌شود از چارچوب نظری این رویکرد در انجام مداخلات با هدف افزایش خودکارامدی از عهده‌برآیی در ارتقای مهارت فرزندپروری در مادران استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: خودکارامدی؛ مهارت‌ها؛ فرزندپروری؛ مادران

ارجاع: پورنارانی رضا، موحد احسان، فاریابی رضا، مهرعلیزاده اکبر. **بررسی عوامل مرتبط با خودکارامدی از عهده‌برآیی مهارت فرزندپروری مادران شهر جیرفت در استان کرمان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۲): ۱۹۰-۱۸۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۴/۳۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۴/۱۵

مقدمه

فرزندپروری به رفتارهای ویژه و روش‌هایی گفته می‌شود که جداگانه یا در تعامل با یکدیگر بر رشد کودک تأثیر می‌گذارد. در واقع، پایه و اساس شیوه فرزندپروری، بیان‌کننده تلاش‌های والدین برای کنترل و اجتماعی کردن کودکانشان می‌باشد (۱). سبک‌های فرزندپروری تحت عنوان نوع برخورد والدین در قالب و رفتارهای متنوع، بهنجار و طبیعی که به منظور کنترل و اجتماعی کردن فرزند خود به کار می‌برند، تعریف می‌شود (۲).

شیوه‌های فرزندپروری مجموعه‌ای از نگرش‌ها نسبت به کودک است که در رفتارهای والدین متبلور می‌گردد و در نحوه ارتباط با کودک نقش بسیار مهمی دارد و باعث ایجاد فضای عاطفی ناشی از رفتار و عملکرد والدین می‌شود. این رفتارها شامل دو گروه رفتارهای خاص و معطوف به هدف والدین مانند انجام وظایف والدینی و رفتارهای غیر معطوف به هدف همچون لحن صدا، حرکات و یا بیان احساسات می‌باشد (۳). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرزندپروری مثبت با مهارت‌های اجتماعی و فرزندپروری منفی با مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان مرتبط است (۴).

خودکارامدی عامل مؤثری در توانمندسازی افراد به منظور سازش با انواع موقعیت‌های تنش‌زا، وظایف دشوار و پرچالش است و می‌تواند با مدیریت آن موقعیت‌ها، منجر به افزایش اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در افراد شود (۵) خودکارامدی والدین به باور آنان در توانایی اداره کردن مؤثر تکالیف و موقعیت‌ها مرتبط است و به وظایفی اشاره دارد که مسؤولیت اجرای آن‌ها را بر عهده دارند (۶). وقتی فرزندان دارای والدینی با خودکارامدی ضعیف باشند، زندگیشان تحت تأثیر قرار خواهدگرفت. بنابراین، به دلیل پیوستگی که بین زندگی پدر و مادر و کودک وجود دارد، زندگی کودک نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۶).

در مطالعه Fass و همکاران، مادران با خودکارامدی پایین، تمایل به استفاده بیشتر از تنبیهات بدنی دارند که این عامل باعث بروز رفتارهای نامناسب در کودکان می‌گردد (۷). برخلاف خودکارامدی عمومی، خودکارامدی از عهده‌برآیی به قضاوت فرد در مورد توانایی آن‌ها برای مقابله مؤثر با چالش‌های

۱- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران
۲- دکتری تخصصی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران
نویسنده مسؤول: رضا پورنارانی؛ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران
Email: rezanarani732@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

زندگی اشاره دارد (۸). نتایج تحقیق Cieslak و همکاران نشان داد که انجام مداخلات با هدف افزایش باورهای خودکارامدی از عهده‌برآیی ضروری به نظر می‌رسد (۹).

در این زمینه برای اطمینان از اثربخشی پیش‌بینی‌کنندگی رفتارها و عوامل مرتبط با آن (مانند خودکارامدی)، استفاده از نظریه‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت ضروری به نظر می‌رسد. نظریه‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت به عنوان یک چارچوب مبتنی بر شواهد، نقشه راه برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزش بهداشت که پیش‌تر مؤثر بوده‌اند را روشن می‌کند. در واقع، ادراک و باورهای مربوط به استعداد بیماری یا آسیب فردی و اجتماعی جایگاه قابل توجهی در مدل‌های رفتار سلامتی دارند (۱۰). بنابراین، شناخت بهتر عوامل تأثیرگذار و تمرکز بر آن‌ها بر مبنای چارچوب نظری، مؤثر و قابل استفاده‌تر خواهد بود (۱۱).

یکی از نظریه های کارامد به منظور درک عوامل مؤثر بر رفتار و تغییر رفتار، رویکرد فرایند عمل بهداشتی (Health Action Process Approach یا HAPA) است که Schwarzer آن را بر اساس نظریه شناختی اجتماعی Bandura پیشنهاد کرد (۱۳، ۱۲). بر اساس چارچوب نظری HAPA، برای این که یک فرد رفتاری را اتخاذ نماید، باید از دو مرحله انگیزشی و ارادی گذر کند. در فاز انگیزشی سه عامل «درک خطر، انتظار پیامد و خودکارامدی» بر قصد رفتاری تأثیر می‌گذارند. به دنبال آن، فرد خودش را برای پذیرش رفتار معین و تصمیم‌گیری مرتبط با آن آماده می‌کند. پس از شکل‌گیری قصد رفتاری، فرد وارد مرحله ارادی می‌شود که متشکل از سازه‌های «برنامه‌ریزی عمل، برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی، خودکارامدی از عهده‌برآیی و خودکارامدی بهبود» است (۱۴). بر اساس این رویکرد، یک تفاوت عملکردی در بین سازه‌های خودکارامدی وجود دارد و آن، تمایز و تفاوت بین باورهای فاز خاص خودکارامدی در حوزه‌های مختلف تغییر رفتار مفید می‌باشد (۱۵).

خودکارامدی وظیفه، گرایش به پیش‌بینی قصد دارد و هنگام روبه‌رو شدن با یک تقاضای چالش‌انگیز جدید، قصد فرد را برای انجام رفتار مورد نظر مشخص می‌کند؛ در حالی که خودکارامدی از عهده‌برآیی، تمایل به پیش‌بینی و تداوم رفتار دارد. در نهایت، خودکارامدی بازیابی به اعتقاد شخص به برگشت به مسیر پس از خارج شدن از مسیر رفتاری مورد نظر مربوط می‌شود که در آن فرد به صلاحیت خود در به دست آوردن مجدد کنترل پس از یک مانع یا شکست و به منظور کاهش آسیب اعتماد می‌کند (۱۵). در بسیاری از رفتارهای بهداشتی، از HAPA به منظور پذیرش یک رفتار و عملیاتی کردن آن استفاده شده است (۱۷، ۱۶).

با توجه به اهمیت پیشگیری از اختلالات رفتاری و عاطفی در نوجوانان و همچنین، لزوم خودکارامدی از عهده‌برآیی برای تداوم رفتار فرزند پروری در مادران، پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با خودکارامدی از عهده‌برآیی مادران در تداوم رفتار مهارت فرزندپروری انجام شد.

روش‌ها

طراحی مطالعه و شرکت‌کنندگان: در این مطالعه مقطعی، ۲۵۲ مادر دارای کودک ۳ تا ۸ ساله شهرستان جیرفت (کرمان) در سال ۱۴۰۲ به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد تحقیق شدند. پس از اخذ مجوزهای لازم (تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق) برای اجرای طرح، ابتدا شهر جیرفت به سه منطقه (شمالی، مرکزی و جنوبی) تقسیم و سپس از هر منطقه یک پایگاه بهداشتی شهری انتخاب و در نهایت، با توجه به حجم نمونه در یک بازه زمانی چهار ماهه توسط مادران مراجعه‌کننده به پایگاه‌های شهری منتخب، در صورت احراز شرایط ورود به پژوهش و رضایت شرکت در طرح، پرسش‌نامه تکمیل گردید. معیارهای ورود شامل رضایت داوطلبانه و آگاهانه، داشتن فرزند ۳ تا ۸ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. عدم توانایی درک و پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه‌ها و تکمیل ناقص آن نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزار و فرایند جمع‌آوری داده‌ها: قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از ارایه راهنمایی‌های لازم، پرسش‌نامه‌ها توسط مادران مراجعه‌کننده تکمیل گردید. همچنین، در حین تکمیل، در صورت هرگونه ابهام یا سؤال، کارشناسان مراقب سلامت توضیحات لازم را ارایه می‌دادند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، شغل، وضعیت تحصیلات و تعداد فرزندان و مقیاس سنجش سازه‌های HAPA شامل سازه‌های «ادراک خطر، انتظار پیامد، خودکارامدی، قصد رفتاری، برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی، خودکارامدی از عهده برآیی، خودکارامدی بازیابی» بود.

سازه ادراک خطر دارای ۶ گویه بود و برای سنجش ادراک خطر به کارگیری مهارت فرزندپروری استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً وخیم نیست) تا ۵ (بسیار زیاد وخیم است) متغیر می‌باشد. امتیاز این مقیاس بین ۶ تا ۳۰ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتری از درک خطر بود. به عنوان مثال، یکی از سؤالات به این ترتیب بود: «به نظر شما اگر به افزایش بدرفتاری و کاهش حرف‌شنوی از جانب کودک اهمیت ندهید، چقدر می‌تواند برای آینده فرزندتان وخامت داشته باشد؟».

سازه انتظار پیامد شامل ۸ گویه به منظور سنجش انتظارات پیامد (مثبت یا منفی) مادران در به کارگیری مهارت فرزندپروری بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس از ۶ تا ۳۰ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر، سطوح بالاتر انتظارات برای نتیجه را نشان می‌داد. به عنوان مثال، یک آیتم در این مقیاس عبارت بود از: «اگر من از مهارت توجه کردن در تربیت فرزندم استفاده کنم، در این صورت باعث ایجاد رابطه مثبت با فرزندم می‌شود».

سازه خودکارامدی عمل متشکل از ۷ گویه جهت سنجش ادراک شرکت‌کنندگان از توانایی خود در به کارگیری مهارت فرزندپروری بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً صحیح) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس بین ۷ تا ۳۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر سطوح بالاتری از خودکارامدی عمل را نشان می‌داد. به عنوان مثال، یک مورد در این مقیاس عبارت بود از: «من به خود اطمینان دارم که می‌توانم از مهارت‌های فرزندپروری در تربیت کودکم استفاده کنم؛ حتی اگر باعث گریه و بهانه‌گیری در بچه‌ها شود».

سازه قصد رفتاری دارای ۵ گویه می‌باشد و برای سنجش قصد استفاده از مهارت فرزندپروری استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس بین ۵ تا ۲۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر حاکی از سطوح بالاتری از قصد رفتاری بود. به عنوان مثال، یک مورد در این مقیاس این بود: «من قصد دارم برای کنترل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

رفتارهای کودکم و نیز کاهش انجام رفتار اشتباه در او از مهارت نادیده گرفتن استفاده کنم».

سازه برنامه‌ریزی عمل شامل ۳ گویه به منظور سنجش این که آیا شرکت‌کنندگان برنامه روشن و دقیقی برای فرزندپروری دارند یا خیر؟ بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۵ (کاملاً درست) تا ۱ (کاملاً غلط) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس از ۵ تا ۲۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر، سطوح بالاتر برنامه‌ریزی عمل را نشان می‌داد. به عنوان مثال، یک آیتم در این مقیاس این بود: «من برنامه‌ریزی مفصلی دارم که چه وقتی از هر کدام از مهارت‌های فرزندپروری استفاده کنم».

سازه برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی متشکل از ۵ گویه جهت سنجش این که آیا شرکت‌کنندگان برنامه روشن و دقیقی برای مقابله با موانع به کارگیری مهارت فرزندپروری دارند یا خیر؟ بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) متغیر بود. نمره ممکن برای این مقیاس از ۵ تا ۲۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر برنامه‌ریزی برای مقابله بود. به عنوان مثال، یک آیتم در این مقیاس شامل:«من برنامه‌ریزی مفصلی دارم که چگونه از مهارت‌های فرزندپروی در مقابله با دشواری‌های به وجود آمده استفاده کنم».

سازه خودکارامدی از عهده برآیی دارای ۷ گویه به منظور سنجش ادراک شرکت‌کنندگان از توانایی خود برای ادامه انجام فرزندپروری در شرایط سخت بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً صحیح) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس از ۷ تا ۳۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر، بیان‌کننده سطوح بالاتری از خودکارامدی نگهداری می‌باشد. به عنوان مثال، یک آیتم در این سازه این بود: «من قادر هستم روش‌های صحیح فرزندپروری را در تربیت کودکم به طور مستمر ادامه دهم؛ حتی اگر احساس ناامیدی کنم».

سازه خودکارامدی بازیابی شامل ۳ گویه برای سنجش درک شرکت‌کنندگان از توانایی خود برای شروع مجدد انجام فرزندپروری پس از دوره‌های توقف موقت گاه و بی‌گاه بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) متغیر بود. امتیاز ممکن برای این مقیاس از ۵ تا ۱۵ در نظر گرفته شد و نمرات بالاتر، حاکی از سطوح بالاتر خودکارامدی بازیابی بود. به عنوان مثال، یک آیتم در این مقیاس این بود: «من قادر هستم مهارت‌های فرزندپروری را در تربیت کودکم از سر بگیرم؛ حتی اگر آن را به مدت ۳ ماه ترک کرده باشم».

روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران تأیید شده است (۱۸). در تحقیق آن‌ها جهت تعیین روایی محتوایی و صوری پرسش‌نامه و چک‌لیست‌ها، از پانل خبرگان (سه نفر متخصص علوم رفتاری و آموزش بهداشت، یک نفر متخصص روان‌شناسی و روان‌سنجی و یک نفر متخصص آموزش پزشکی) استفاده گردید. روایی ساختاری هم با تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب Cronbach´s alpha برای مقیاس‌های درک خطر، انتظارات پیامد، خودکارامدی وظیفه، قصد رفتاری، برنامه‌ریزی عمل، برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی، خودکارامدی از عهده‌برآیی و خودکارامدی بازیابی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۷۷، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۹۴ و ۰/۷۸ به دست آمد که پایایی پرسش‌نامه را تأیید می‌کند (۱۸).

به منظور رعایت اخلاق پژوهش، ابتدا اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت رضایت داشتن، وارد تحقیق شدند. علاوه بر این، جمع‌آوری اطلاعات به صورت گمنام نزد تیم تحقیق حفظ شد و تمامی ملاحظات اخلاقی طبق معاهده Helsinki رعایت گردید. پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت با کد IR.JMU.REC.1401.026 مورد تأیید قرار گرفت.

به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌های جمع‌آوری شده متغیرهای کمی با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی گردید. برای سنجش ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی Pearson و برای تبیین چگونگی ارتباط متغیرهای پیش‌بین با متغیر پیشگو، از تحلیل Multiple regression به روش Enter استفاده شد. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۲۵۲ مادر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۷۵/۷۹ درصد (۱۹۱ نفر) آن‌ها در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند. وضعیت تحصیلی ۲۸/۳۹ درصد (۹۹ نفر) از مادران کاردانی و بالاتر و ۴۳/۲۵ درصد (۱۰۹ نفر) آن‌ها کارمند بودند (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۲۵۲ نفر)

متغیر		تعداد (درصد)
سن (سال)	۲۰-۳۰	۱۹۱ (۷۵/۷۹)
	۳۰-۴۰	۵۵ (۲۱/۸۲)
	۴۰ و بیشتر	۶ (۲/۳۸)
تحصیلات	ابتدایی	۷ (۲/۷۷)
	راهنمایی	۴۹ (۱۹/۴۴)
	دیپلم	۹۷ (۳۸/۴۹)
	کارشناسی	۹۹ (۳۹/۲۸)
شغل	خانه‌دار	۴۶ (۱۸/۰۳)
	آزاد	۹۳ (۳۶/۹۰)
	کارمند	۱۰۹ (۴۳/۳۰)
	کشاورز	۴ (۱/۶۰)
تعداد فرزندان	۱	۱۵۷ (۶۲/۳۰)
	۲	۸۱ (۳۲/۱۰)
	۳ و بیشتر	۱۴ (۵/۶۰)

میانگین و نمره سازه‌های HAPA در جدول ۲ ارایه شده است. میانگین سازه‌ها در فاز انگیزشی بیشتر از فاز ارادی بود (جدول ۲).

ضریب همبستگی بین سازه‌های HAPA در بیشتر سازه‌ها معنی‌دار گزارش گردید. بین متغیرهای قصد رفتار ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۶۲$)، برنامه‌ریزی عمل ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۶۷$) و برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی ($P < ۰/۰۱$، $r = ۰/۵۰$) با متغیر خودکارامدی از عهده‌برآیی همبستگی معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳).

https://hsr.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

جدول ۲. میانگین نمره سازه‌های مرتبط با تداوم رفتار مهارت فرزندپروری مثبت

فازهای رویکرد	متغیر	میانگین ± انحراف معیار	کمترین	بیشترین
انگیزشی	درک خطر	۱۶/۰۶ ± ٤/۰۱	٦	۳۰
	انتظارات پیامد	۱٦/۱۱ ± ٤/۲٥	٦	۲۹
	خودکارامدی عمل	۱۸/٥٥ ± ٤/٤٥	۷	۲۸
ارادی	قصد رفتار	۱٥/۳۱ ± ٤/۱٥	٥	۲٥
	برنامه‌ریزی عمل	۸/۲٦ ±۲/٥٤	٦	۱٥
	برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی	۱۰/۰٦ ± ۳/۱۸	٥	۲۰
تداوم رفتار	خودکارامدی از عهده‌برآیی	۱۰/۲٤ ± ٤/٦۳	۷	۲۸
	خودکارامدی بازیابی	٤/۳۲ ± ۲/۱٥	۳	۱۲

تحلیل رگرسیونی نشان دهنده تأثیرگذاری اندک سازه‌های درک خطر (Beta = ۰/۱۳۹)، انتظارات پیامد (Beta = ۰/۱٤٥) و تأثیرگذاری زیاد خودکارامدی عمل (Beta = ۰/۳۳۹)، بر قصد رفتاری در فاز انگیزشی بود. این متغیرها پیش‌بینی‌کننده ۳۰ درصد از تغییرات متغیر قصد برنامه فرزندپروری مثبت در مادران بود (جدول ۴).

در فاز ارادی و تداوم رفتار، سازه‌های قصد رفتار (Beta = ۰/۳۰۳)، برنامه‌ریزی عمل (Beta = ۰/۱٤٥) و برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی (Beta = ۰/۱۸۱) بر خودکارامدی از عهده‌برآیی تأثیرگذار بود. این متغیرها پیش‌بینی‌کننده ۵۴ درصد از تغییرات متغیر خودکارامدی از عهده‌برآیی فرزندپروری مثبت در مادران بود (جدول ۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با خودکارامدی از عهده‌برآیی مؤثر بر فرزندپروری مثبت در مادران با استفاده از HAPA انجام شد. بین متغیرهای قصد رفتار، برنامه‌ریزی عمل و برنامه‌ریزی کنار آمدن با متغیر خودکارامدی از عهده‌برآیی همبستگی معنی‌داری وجود داشت. علاوه بر این، متغیرهای مذکور پیش‌بینی‌کننده ۵۴ درصد متغیر خودکارامدی از عهده‌برآیی فرزندپروری در مادران بودند.

بر اساس نتایج تحلیل Multiple regression، درک خطر مادر تأثیر مثبت و معنی‌داری با قصد فرزندپروری مثبت نداشت. در مطالعات پیشین نیز مشخص گردید که درک خطر بر متغیر قصد فرزندپروری تأثیرگذار نبوده است (۱۸، ۱۱). با این حال، نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که خطر درک شده یک نیروی مهم انگیزشی برای اتخاذ رفتارهای بهداشتی می‌باشد (۲۰، ۱۹). بر اساس نتایج بررسی حاضر، درک خطر در این رفتار، یک نیروی مهم انگیزشی برای تحت تأثیر قرار دادن قصد مادران در فرزندپروری نمی‌باشد و یا ممکن است این عامل تحت تأثیر عوامل دیگری قرار گیرد.

در پژوهش حاضر، انتظارات پیامد بر قصد فرزندپروری مثبت تأثیرگذاری کمی را نشان داد. بسیاری از مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که با شفاف‌سازی پیامدهای ناشی از رفتارهای بهداشتی، می‌توان قصد قوی‌تری برای انجام آن رفتارها داشت (۲۲، ۲۱). از دلایل مغایرت یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات پیشین، می‌توان گفت که انتظارات پیامد در این رفتار، وزن کافی برای تحت تأثیر قرار دادن قصد مادران در به کارگیری فرزندپروری ندارد یا ممکن است این عامل تحت تأثیر عوامل مختلفی همچون سن و وضعیت تحصیلات مادران باشد.

بر اساس نتایج به دست آمده، متغیر خودکارامدی با مقدار بتای ۰/۳۰۹، نسبت به سایر متغیرها بیشتر بر قصد تأثیر داشت. این مقدار بتا نشان داد که یک واحد تغییر در انحراف معیار متغیر مستقل خودکارامدی، منجر به تغییر در انحراف معیار قصد می‌شود. این نتایج با پژوهش‌های انجام شده در مورد سایر رفتارهای بهداشتی همخوانی دارد. اعتقاد فرد به توانایی خودش برای انجام کاری، می‌تواند تسهیل‌کننده قصد برای انجام رفتار مورد نظر باشد (۲۳، ۱۱).

جدول ۳. ضرایب همبستگی Pearson بین سازه‌های Health Action Process Approach (HAPA)

متغیر	درک خطر	انتظارات پیامد	خودکارامدی وظیفه	قصد رفتار	برنامه‌ریزی عمل	برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی	خودکارامدی از عهده‌برآیی	خودکارامدی بازیابی
درک خطر	۱							
انتظارات پیامد	۰/۸٤**	۱						
خودکارامدی عمل	۰/۷۹**	۰/۸٥**	۱					
قصد رفتار	۰/٥۰**	۰/٥۲*	۰/٥٤**	۱				
برنامه‌ریزی عمل	۰/۲۰**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/٦٤**	۱			
برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/٤۰**	۰/٤۷**	۱		
خودکارامدی از عهده‌برآیی	۰/۲۳**	۰/۲۰**	۰/۲۱**	۰/٦۲**	۰/٦۷**	۰/٥۰**	۱	
خودکارامدی بازیابی	۰/٤٥**	۰/٤۲**	۰/٤۳**	۰/۳۷**	۰/٦۱**	۰/٤۷**	۰/٤۹**	۱

**معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

جدول ۴. نتایج تحلیل Multiple regression برای پیش‌بینی قصد فرزندپروری توسط متغیرهای فاز انگیزشی

متغیر	ضرایب B	ضرایب استاندارد بتا	آماره T	مقدار P	R
ثابت	۵/۳۰۷		۵/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰۸
درک خطر	۰/۱۴۴	۰/۱۳۹	۱/۳۶۰	۰/۱۷۳	
انتظارات پیامد	۰/۱۴۱	۰/۱۴۵	۱/۹۸۰	۰/۲۳۲	
خودکارامدی عمل	۰/۲۸۸	۰/۳۰۹	۲/۹۴۱	۰/۰۴۰	

بنابراین، می‌توان گفت مادرانی که خودکارامدی بیشتری در اجرای مهارت فرزندپروری دارند، احتمالاً قصد قوی‌تری برای انجام فرزندپروری مثبت دارند.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان گفت که در فاز انگیزشی تمایل مادران در فرزندپروری مثبت تحت تأثیر خودکارامدی عمل در اجرای فرزندپروری قرار دارد. بنابراین، برای افزایش قصد مادران، لازم است جوانب مختلف موانع موجود در انجام فرزندپروری بررسی و خودکارامدی مادران ارتقا یابد. بر اساس چشم‌انداز تئوریک این رویکرد، خودکارامدی از عهده‌برآیی و بازیابی، منجر به تداوم رفتار می‌گردد. برای تبیین خودکارامدی از عهده‌برآیی، تأثیر معنی‌داری سازه‌های فاز ارادی بررسی شد و نتایج نشان داد که متغیرهای های قصد، برنامه‌ریزی عمل و برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی فرزندپروری مثبت، ۵۴ درصد خودکارامدی از عهده‌برآیی را پیش‌بینی کرد. برنامه‌ریزی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده رفتار محسوب می‌شود و با مفهوم خودتنظیمی مرتبط می‌باشد (۲۳). بنابراین، می‌توان گفت که مادران در به کارگیری مهارت فرزندپروری مثبت، احتمالاً با موانعی مواجه می‌شوند و به منظور غلبه بر این مشکل، برنامه‌ریزی امری لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

از یافته‌های تحقیق حاضر، تأثیر مثبت و معنی‌دار قصد فرزندپروری مثبت و خودکارامدی از عهده‌برآیی بود. از دلایل احتمالی آن می‌توان گفت مادرانی که قصد فرزندپروری دارند، شاید انگیزه مهمی برای خودکارامدی از عهده‌برآیی برای تداوم رفتار دارند.

بر اساس نتایج به دست آمده، تأثیر مثبت و معنی‌داری بین برنامه‌ریزی عمل، برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی و خودکارامدی از عهده‌برآیی وجود داشت. برنامه‌ریزی رفتار می‌تواند در خودکارامدی از عهده‌برآیی و تداوم رفتار مؤثر باشد (۲۴). در تحلیل نتایج مذکور می‌توان گفت احتمالاً مادران با برنامه‌ریزی، می‌توانند خودکارامدی از عهده‌برآیی بیشتری در تداوم فرزندپروری مثبت داشته باشند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، خودکارامدی بازیابی فرزندپروری مثبت، پیشگویی‌کننده خودکارامدی از عهده‌برآیی نبود. از دلایل احتمالی این نتیجه می‌توان گفت مادرانی که در فرزندپروری مثبت شکست می‌خورند، احتمالاً تحت تأثیر این عامل، انگیزه کافی برای تداوم رفتار ندارند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان گفت که خودکارامدی از عهده‌برآیی در مادران تحت تأثیر عوامل مهم شکل‌گیری برنامه فرزندپروری مثبت می‌باشد. بنابراین، شایسته است از این مدل در برنامه‌ریزی آموزشی جهت ارتقای مهارت فرزندپروری مثبت استفاده گردد. علاوه بر این، به منظور ارتقای خودکارامدی از عهده‌برآیی مادران، توجه به سازه‌های قصد، برنامه‌ریزی عمل و برنامه‌ریزی کنار آمدن مؤثر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده تأثیر مداخله آموزشی این رویکرد در ارتقای خودکارامدی از عهده‌برآیی مادران ارزیابی گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم دقت در تکمیل پرسش‌نامه و ناقص کردن پرسش‌نامه اشاره نمود. برای رفع این محدودیت، پرسش‌نامه‌هایی که ناقص تکمیل شده بودند، حذف گردید. علاوه بر این، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارش‌دهی بود که می‌تواند صحت داده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. برای رفع این محدودیت، داده‌ها به صورت گمنام جمع‌آوری شد.

نتیجه‌گیری

به دلیل مؤثر بودن سازهای فاز ارادی HAPA در پیش‌بینی خودکارامدی از عهده‌برآیی فرزندپروری مثبت در مادران، توصیه می‌شود مسؤولان، روان‌شناسان و مشاوران برای آموزش و توانمندسازی مادران در فرزندپروری، از چارچوب نظری این رویکرد استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره p_1401_734، مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت می‌باشد. بدین وسیله از کلیه مسؤولان پایگاه‌ها، کارشناسان و مادران مراجعه‌کننده با پایگاه‌های بهداشتی که در انجام این مطالعه همکاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

جدول ۵. نتایج تحلیل Multiple regression برای پیش‌بینی خودکارامدی از عهده‌برآیی توسط متغیرهای فاز ارادی

متغیر	ضرایب B	ضرایب استاندارد بتا	آماره T	مقدار P	R
قصد رفتاری	۳/۵۱۰		۴/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
برنامه‌ریزی عمل	۰/۳۳۸	۰/۳۰۳	۵/۳۷۹	۰/۰۰۱	
برنامه‌ریزی از عهده‌برآیی	۰/۶۲۹	۰/۳۴۵	۵/۲۲۰	۰/۰۰۱	
خودکارامدی بازیابی	۰/۲۶۳	۰/۱۸۱	۳/۵۶۴	۰/۰۰۱	
	۰/۱۷۳	۰/۰۸۰	۱/۴۳۱	۰/۱۵۴	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

References

1. Doodman P. The relationship between parenting practices and accountability of high school students in Mehr Town, 2015–2016 (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018; 12(4): 51-60. [In Persian].
2. Samani S, Fulad Chang M. Psychology of adolescence. Shiraz, Iran: Molkesoliman Publications; 2006.
3. Alipour F, Aliakbari Dehkordi M, Barghi Irani Z. The effectiveness of safe parenting skills training program on parenting practices of mothers of children with signs of internalizing and externalizing behavior problems Lahijan city. J Except Child 2018; 18(2): 123-34. [In Persian].
4. Bolsoni-Silva AT, Loureiro SR. Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. Psicologia Reflex Crit 2020; 33(1): 22.
5. Singh B, Udainiya R. Self-efficacy and well-being of adolescents. J Indian Acad Appl Psychol 2009; 35(2): 227-32.
6. Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbahani N, Ranjbaran M. Education and self-efficacy of mothers regarding alerting signs in children less than five years in Arak, Iran. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2016; 24(1): 1-8. [In Persian].
7. Fass MN, Khoury-Kassabri M, Koot HM. Associations between Arab mothers' self-efficacy and parenting attitudes and their children's externalizing and internalizing behaviors. Child Ind Res 2018; 11(4): 1369-87.
8. Hua J, Howell JL. Coping self-efficacy influences health information avoidance. J Health Psychol 2022; 27(3): 713-25.
9. Cieslak R, Benight CC, Lehman VC. Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. Behav Res Ther 2008; 46(7): 788-98.
10. Faryabi R, Rezabeigi Davarani F, Daneshi S, Moran DP. Investigating the effectiveness of protection motivation theory in predicting behaviors relating to natural disasters, in the households of southern Iran. Front Public Health 2023; 11: 1201195.
11. Pournarani R, Sharifabad M, Madadizadeh F. Factors influencing use of integrated pest management in greenhouses of Jiroft, Kerman, Iran. J Agric Sci Technol 2023; 25(4): 817-29.
12. Mohammadi Zeidi B, Kariman N, Kashi Z, Mohammadi Zeidi I, Alavi Majd H. Predictors of physical activity following gestational diabetes: Application of health action process approach. Nurs Open 2020; 7(4): 1060-6.
13. Alinaghizadeh E, Javadi M, Lesani A. Predicting factors associated with healthy eating nutritional behavior at primary school students in Tehran: an application of the Health Action Process Approach (HAPA). Iran J Endocrinol Metab 2017; 19(4): 252-60. [In Persian].
14. Zhang CQ, Zhang R, Schwarzer R, Hagger MS. A meta-analysis of the health action process approach. Health Psychol 2019; 38(7): 623-37.
15. Schwarzer R, Luszczynska A. How to overcome health-compromising behaviors. Eur Psychol 2008; 13(2): 141-51.
16. Steca P, Pancani L, Cesana F, Fattirolli F, Giannattasio C, Greco A, et al. Changes in physical activity among coronary and hypertensive patients: A longitudinal study using the Health Action Process Approach. Psychol Health 2017; 32(3): 361-80.
17. Gholami M, Lange D, Luszczynska A, Knoll N, Schwarzer R. A dietary planning intervention increases fruit consumption in Iranian women. Appetite 2013; 63: 1-6.
18. Baghiani Moghaddam MH, Norouzi S, Morowatisharifabad MA, Norouzi A. Evaluation of the health action process approach to improve mothers' parenting skills. J Health Syst Res 2014; 9(14): 1815-28. [In Persian].
19. Scholz U, Keller R, Perren S. Predicting behavioral intentions and physical exercise: a test of the health action process approach at the intrapersonal level. Health Psychol 2009; 28(6): 702-8.
20. Sweet SN, Fortier MS, Strachan SM, Blanchard CM, Boulay P. Testing a longitudinal integrated self-efficacy and self-determination theory model for physical activity post-cardiac rehabilitation. Health Psychol Res 2014; 13(1): 1008-15.
21. Pinidiyapathirage J, Jayasuriya R, Cheung NW, Schwarzer R. Self-efficacy and planning strategies can improve physical activity levels in women with a recent history of gestational diabetes mellitus. Psychol Health 2018; 33(8): 1062-77.
22. Barg CJ, Latimer AE, Pomery EA, Rivers SE, Rench TA, Prapavessis H, et al. Examining predictors of physical activity among inactive middle-aged women: an application of the health action process approach. Psychol

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]

Health 2012; 27(7): 829-45.
23. Pournarani R, Faryabi R, Mehralizadeh A, Danshi S, Yoshany N. Factors influencing substance use relapse in people referring to addiction recovery centers in Jiroft, Kerman. J Educ Community Health 2023; 10(3): 173-8. [In Persian].
24. Keller J, Gellert P, Knoll N, Schneider M, Ernsting A. Self-efficacy and planning as predictors of physical activity in the context of workplace health promotion. Appl Psychol Health Well Being 2016; 8(3): 301-21.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1596]