

«زن و مطالعات خانواده»

سال دوازدهم - شماره چهل و پنجم - پاییز ۱۳۹۸

ص ص: ۷-۲۶

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۸

## بررسی نقش ابعاد خودمراقبتی در خودکارآمدی مادری زنان مراجع به

### مراکز بهداشت شهر اهواز

سیمین زغبی قناد<sup>۱</sup>

سیروس عالیپور<sup>۲</sup>

سحر بارانیان<sup>۳</sup>

#### چکیده

احساس مادر از توانایی مختص به فرزندپروری عنوان "خودکارآمدی مادری" گرفته است که بر کنش‌های والدگری مادر اثرگذار است. پژوهش حاضر قصد دارد نقش ابعاد خودمراقبتی در خودکارآمدی مادری زنان مراجع به مراکز بهداشت شهر اهواز را بیازماید. بدین منظور، ۳۸۱ نفر از زنان مراجعه کننده به چهار مرکز بهداشت شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ به شیوه نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای انتخاب شدند و مقیاس‌های خودمراقبتی آگاهانه و شایستگی والدگری را تکمیل کردند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد خودمراقبتی در مجموع، ۴۰ درصد از واریانس متغیر خودکارآمدی مادری را تبیین کردند. مهم‌ترین پیش‌بین‌های خودکارآمدی مادری شامل خودمراقبتی محیطی، پزشکی و ذهن‌آگاهی بودند. این یافته‌ها روشن می‌سازد که علی‌رغم تجربه و آموزش مؤثر والدگری، سلامت جسمانی و آرامش ذهنی مادر در احساس کارآمدی یک مادر از انجام وظایف وی تأثیرگذار است و سهم قابل توجهی در این مورد دارد.

**کلیدواژه‌ها:** خودکارآمدی مادری، خودمراقبتی، زنان مراجع به مراکز بهداشت

۱. دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

۳. کارشناس ارشد گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

## مقدمه

رشد یک انسان از بستر خانواده و بطن مادر آغاز می‌شود و مادر در شکل‌گیری سالم فرزندش از ابعاد مختلف، نقش اساسی را دارد. مرحله بارداری شروع فرایند مادر شدن است. احساس یک مادر از توانایی مختص به فرزندپروری عنوان "خودکارآمدی مادری"<sup>۱</sup> گرفته است. منظور از این اصطلاح احساس خودکارآمدی یک زن در قبال نقش مادری اوست (فلدهاوسن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). مادری با خودکارآمدی بالا در ایجاد ارتباطی گرم و حساس با نوزاد و تفسیر درست علائم نوزاد موفق‌تر است. در مقابل، خودکارآمدی مادری پایین با اثربخشی والدگری، دلبستگی ناایمن و آسیب‌پذیری در ارتباط است (کولمان و کاراکر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). به طور کلی، خودکارآمدی والدگری<sup>۴</sup> در چارچوب نظریه بندورا<sup>۵</sup> به عنوان باورها یا قضاوت‌های یک والد از توانمندی در سازمان‌دهی و اجرای یک مجموعه از وظایف والدگری تعریف می‌شود (دمونتینی و لاجریت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (۲۰۰۱) گرفته شده است که به قضاوت‌های فرد به توانایی خود در انجام وظایف و مسؤلیت‌ها اشاره دارد. در تحلیل اجتماعی-شناختی بندورا (۱۹۹۷)، انتظارات خودکارآمدی بر اساس چهار منبع اطلاعاتی شکل می‌گیرند، این چهار منبع عبارتند از: تجربه‌های شخصی، تجربه جانشینی، ترغیب کلامی و حالت‌های فیزیولوژیکی.

**۱. تجربه‌های شخصی:** پر نفوذترین این منابع تجربه‌های شخصی است زیرا بنیاد آن بر تجربه‌هایی است که فرد در آن‌ها تبحر یافته است. موفقیت، انتظارهای تبحری را بالا می‌برد و شکست‌های پیاپی باورهای خودکارآمدی را کاهش می‌دهد. اگر فرد دریابد که با کوشش پی‌گیر می‌تواند بر دشوارترین مشکلات چیره شود می‌تواند با پیروزی بر شکست‌های پیشین خودکارآمدی خود را افزایش دهد و آن را به موقعیت‌های دیگر گسترش دهد (بندورا، ۲۰۰۱).

**۲. تجربه جانشینی:** دومین منبع مهم اطلاعات در مورد خودکارآمدی، تجربه جانشینی است. تجربه جانشینی یا تجربه غیر مستقیم، عبارت است از مشاهده کردن الگویی که همان رفتاری را اجرا می‌کند که فرد قرار است اجرا کند. وقتی مشاهده‌گر می‌بیند که دیگران با مهارت عمل می‌کنند، خودکارآمدی او افزایش می‌یابد (ویلیامز<sup>۷</sup> و ویلیامز، ۲۰۱۰). علت آن است که دیدن افراد مشابهی که رفتار یکسانی را انجام می‌دهند، فرآیند مقایسه اجتماعی را فعال می‌سازد.

1. maternal self-efficacy

2. Feldhousen

3. Coleman & Karraker

4. parenting self-efficacy

5. Bandura

6. De Montigny & Lacharite

7. Williams

**۳. قانع سازی کلامی:** مربیان، والدین، آموزگاران، همسالان و افراد دیگر تلاش می‌کنند ما را متقاعد سازند که اگر فقط سعی کنیم، می‌توانیم عمل خاصی را با وجود اینکه فکر می‌کنیم توانایی انجام آن را نداریم، به صورت شایسته‌ای انجام دهیم. در این موقعیت‌ها فرد تحت تأثیر تشویق‌های دیگران قانع می‌شود که بیشتر روی توانمندی‌ها و استعدادها و کمتر روی ضعف‌ها و کاستی‌ها تمرکز کند. این منبع کارآمدی تا زمانی مؤثر واقع خواهد شد که یک منبع قوی مانند تجربه مستقیم، قانع سازی‌های دیگران را نقض نکند (ردموند<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). اثر بخشی قانع‌سازی کلامی به اعتبار، مهارت و قابل اعتماد بودن فرد قانع کننده بستگی دارد. افراد معمولاً به صورت خودآموخته، به خودشان دلگرمی می‌دهند، که این کار حداقل برای مدتی می‌تواند کارآمدی آن‌ها را تقویت نماید. قانع سازی کلامی وقتی مؤثر واقع می‌شود که کارآیی موقت فرد را تقویت کند تا انگیزه لازم برای انجام مجدد آن کار داشته باشد (شانک، ۱۹۹۱).

**۴. حالات فیزیولوژیکی:** آشفته‌گی ذهنی، درد، لرزش دست‌ها و خستگی از علایم فیزیولوژیکی هستند که به فرد هشدار می‌دهند که توانایی‌ها و قابلیت‌های آن‌ها از آنچه که برای انجام فعالیت پیش‌روی لازم است، کمتر هستند. حالات فیزیولوژیک باعث جلب توجه فرد می‌شود و در احساس ناکارآمدی وی دخالت می‌کند. از سوی دیگر، فقدان تنش، ترس و استرس، با تأمین بازخورد بدنی، مینی بر این که فرد واقعاً می‌تواند با دشواری‌های فعالیت پیش‌روی خود به نحو شایسته‌ای کنار بیاید، خودکارآمدی وی را افزایش می‌دهد. علت دوسویه‌ای بین کارآمدی و حالات فیزیولوژیکی برقرار است: ناکارآمدی، انگیزتگی را افزایش می‌دهد و افزایش انگیزتگی ادراک ناکارآمدی را در فرد تقویت می‌کند. حالات فیزیولوژیک، بیشتر زمانی که کارآمدی اولیه نامشخص است (فرد برای اول بار با نوعی فعالیت یا تکلیف روبه‌رو می‌شود)، اطلاعات لازم جهت کارآمدی را به فرد ارائه می‌دهند. وقتی فرد به کارآمدی خود اطمینان داشته باشد، به نشانه‌ها و حالات فیزیولوژیک خود توجهی نمی‌کند یا حتی آن‌ها را به صورت منبع مثبت کارآمدی، تعبیر می‌کند (کارور<sup>۲</sup> و بلانی<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷). به طور کلی، هنگامی که افراد با شرایط سخت و دشوار روبه‌رو می‌شوند و خود را برای انجام تکلیفی آماده می‌کنند، برای پیش‌بینی کارآمدی خود در طول عملکرد به چهار منبع اطلاعاتی تکیه می‌کنند.

باورهای خودکارآمدی بر الگوی اندیشه اثر می‌گذارد. برای چیره شدن بر پیچیدگی فرایند پردازش داده‌های چند بعدی و فرایند حل مسأله، افراد باید از حس خودکارآمدی بالایی برخوردار باشند تا در موقعیت‌های تصمیم‌گیری پیچیده و در اندیشه تحلیلی<sup>۴</sup>، خودکارآمد شوند. هر اندازه که باور خودکارآمدی ادراک شده فرد بالاتر باشد، برای پردازش شناختی و اندیشه تحلیلی بیشتر کوشش می‌کند (بندورا، ۲۰۰۱). نویسندگان متعددی نشان داده‌اند که بین خودکارآمدی و رفتارهای والدین ارتباط وجود دارد. خودکارآمدی

1 - Redmond

2. Carver

3. Blaney

4. analytic thinking

والدگری عمده‌ترین تعیین‌کننده رفتارهای والدگری باکفایت است (جونز و پرینز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). تتی و گلفاند<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) دریافته‌اند که خودکارآمدی مادری با رفتارهای مادرانه شایسته در ارتباط است. همچنین، خودکارآمدی والدگری با سطوح بالای رفتارهای والدینی حمایت‌گرانه و فعالانه و از سوی دیگر، با رفتارهای پرخاشگرانه و جبرگرایانه ارتباط منفی دارد (مورداک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). همچنین، خودکارآمدی والدگری علاوه بر الگوی والدگری گرم و کنترل والدین سازگاری اجتماعی-عاطفی مثبت برای کودک را نیز پیش‌بینی می‌کند (ایزو، ویس، شاناهان و رودریگز-براون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). هیل و بوش<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) نیز شواهدی را به دست داده‌اند که خودکارآمدی والدین از طریق تاثیر بر اعمال آن‌ها کودکان را در مقابل اضطراب محافظت می‌کند و رابطه منفی با قوانین ناهمخوان و خودداری از محبت‌ورزی دارد. مطابق یافته‌های مطالعات دیگر، خودکارآمدی مادری با خودتنظیمی کودکان (برادی، فلور و گیسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹)، ادراک نوجوانان از مسؤولیت‌پذیری و نظارت والدین (بوگنشneider، اسمال و تسای<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷) و سازگاری عاطفی (شومو و لوماکس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲) کودکان تاثیر دارد. سؤالی که پژوهش حاضر قصد دارد به آن پاسخ دهد این است که آیا علاوه بر یادگیری مستقیم نقش مادری، عوامل دیگری نیز بر شکل‌گیری خودکارآمدی مادری نقش دارند؟ آیا سلامت جسمانی، ذهنی، روانی و اجتماعی مادر می‌تواند خودکارآمدی والدگری او را افزایش دهد؟

یکی از مفاهیم تازه که به جنبه‌های مختلف سلامت اشاره می‌کند، خودمراقبتی<sup>۹</sup> است. خودمراقبتی مفهومی در ارتباط با مراقبت اساسی از سلامت جسمی و عاطفی و در حقیقت، بهداشت جسمی مثبت، سلامت عاطفی و بهداشت ذهنی می‌باشد. مطابق یک تعریف، خودمراقبتی را فرایند روزمره پرداختن آگاهانه به نیازهای جسمانی و عاطفی تعریف کرده‌اند (کوک‌کاتون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). باروفسکی (به نقل از راهنمای تدریس برنامه خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی، ۱۳۹۴) چهار دسته خودمراقبتی را معرفی می‌کند:

۱. خودمراقبتی تنظیم‌کننده<sup>۱۱</sup>: شامل عملیات روتین حفظ سلامت مانند خوردن، خوابیدن و بهداشت شخصی است؛

1. Jones & Prinz
2. Teti & Gelfand
3. Murdock
4. Izzo, Weiss, Shanahan & Rodriguez-Brown
5. Hill & Bush
6. Brody, Flor & Gibson
7. Bogenschneider, Small & Tsay
8. Shumov & Lomax
9. Self-care
10. Cook-Cottone
11. care self- regulatory

۲. خودمراقبتی پیشگیرانه<sup>۱</sup>: شامل انجام منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماریهای روتین است؛
۳. خودمراقبتی واکنشی<sup>۲</sup>: شامل پاسخ به علایمی که توسط پزشک برچسب بیماری نخورده است؛
۴. خودمراقبتی بازگرداننده سلامتی<sup>۳</sup>: شامل ظرفیت پذیرش رژیم درمانی یا تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است.

کوک کاتون (۲۰۱۴) ابعاد تغذیه، ورزش، مراقبت پزشکی، استراحت<sup>۴</sup>، خودتسکین بخشی<sup>۵</sup>، ذهن-آگاهی<sup>۶</sup>، خودشفقت‌ورزی<sup>۷</sup>، روابط (حمایت عاطفی و اجتماعی)، عوامل محیطی و اعمال معنوی را برای خودمراقبتی معرفی کرده است. منظور از خودتسکین بخشی روش‌هایی است که افراد برای آرام کردن خود از آن‌ها استفاده می‌کنند (برای مثال، پیاده‌روی، نقاشی کردن، گوش دادن به موسیقی و ...). ذهن‌آگاهی شامل توجه آرام و بدون قضاوت افراد به جسم، ذهن و احساسات‌شان می‌شود. خودشفقت‌ورزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌های خود و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور بدون اجتناب، بدون بزرگ‌نمایی و با احساس غم و تأسف برای خود می‌باشد. همچنین، منظور از عوامل محیطی تأثیری است که فرد در محیط زندگی خود با هدف آرام و جالب کردن آن اعمال می‌کند، برای مثال، داشتن برنامه، اجتناب از وظایف گرانبار و پر مشقت، جذاب‌تر کردن محیط کار و زندگی و ... (کوک کاتون، ۲۰۱۴).

یافته‌های برخی مطالعات گذشته از این رابطه حمایت کرده‌اند، برای مثال، نقش حمایت اجتماعی (تتی و گفلند، ۱۹۹۱؛ لیهی-وارن، مک‌کارتی و کورکوران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲؛ آزموده، جعفرنژاد و مظلوم، ۱۳۹۴)، بهزیستی معنوی (وتستون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵)، خودشفقت‌ورزی (ویتنی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳)، ذهن‌آگاهی (برازو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵) در پیش‌بینی خودکارآمدی مادری مورد مطالعه قرار گرفته و تایید شده‌اند. برای مثال، در زمینه تاثیر خودشفقت‌ورزی، استدلال ویتنی (۲۰۱۳) چنین است که هرچه مادر از خودشفقت‌ورزی بالاتری برخوردار باشد، کمتر قضاوت منفی و مخرب نسبت به خودش می‌کند و در برابر فشار فرهنگی برای کمال‌گرایی یا تمرکز بر شکست‌های والدگری مقاومت نشان می‌دهد، که در نتیجه، احساس اطمینان بیشتری را به عنوان یک والد موثر تجربه

1. care self- preventive
2. care self- reactive
3. care self- restorative
4. rest
5. self-soothing strategies
6. mindfulness
7. self-compassion
8. Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran
9. Whetstone
10. Whitney
11. Brazeau

خواهد کرد. والدین دارای خودشفقت‌ورزی بیش‌تر ظرفیت بالاتری برای پاسخ دادن سازگار به نوزادشان دارند و فراوانی الگوهای تفکر و رفتار خودکار بیش از حد آموخته در آنان کاسته می‌شود. این فرایندها توانایی پاسخ به چالش‌های والدگری به روش‌های حساس‌تر و تاب‌آورتر را می‌افزایند. والدین با شفقت بیش‌تر، گرمی و مسؤولیت‌پذیری بالاتری نشان می‌دهند که بر والدین و کودکان هر دو مؤثر است. وقتی کودکی مادر خود را در حال پاسخگویی مشفقانه می‌یابد، در اثر الگوگیری رفتار مشابهی بروز می‌دهد و به دلیل نقش خودشفقت‌ورزی در افسردگی، از اثرات منفی افسردگی والدین باز داشته می‌شود (سایکوگیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین، در اینجا به برخی دیگر از تحقیقاتی که به نحوی رابطه خودمراقبتی (یا ابعاد آن) و خودکارآمدی را بیان می‌کنند، اشاره می‌شود:

۱. مطالعه نصیری، دوازده امامی، کشاورز، کریم خانی زندی و نصیری (۱۳۹۸) اثربخشی مراقبت معنوی بر خودکارآمدی را در زنانی با سرطان سینه را آزموده و تأیید کرده‌اند.
۲. مطالعه معینی، ساریخانی-خرمی و قمرانی (۱۳۹۸) در قالب یک پژوهش مداخله اثرات مثبت و افزایشی آموزشی خود-شفقت‌ورزی را بر عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری نشان داده‌اند.
۳. تحقیق هولت<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) ارتباط روابط بین فردی با خودکارآمدی را تأیید کرده است.
۴. پن، چنگ، چن<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر بهداشت روانی حین بارداری و اوایل مادر شدن در نمونه‌ای تصادفی از زنان باردار مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌های آنان نشان می‌دهد که این برنامه منافع درازمدت و قابل‌پذیرشی را برای زنان در دوره بارداری و پس از آن فراهم می‌کند.
۵. نتایج مطالعه موتوری، کید، خان، کتلان، زایس، لیندشیلد و ادھیکاری<sup>۴</sup> (۲۰۱۶)، نشان می‌دهد که آموزش تغذیه ethnic-specific که بر نگرش‌های مرتبط با سلامتی و دوستان اجتماعی حامی محیط غذایی سالم موثر هستند، موجب ارتقای خودکارآمدی و رفتارهای سالم رژیم‌در میان نوجوانان می‌شود.

1. Psychogiou

2. Holt

3. Pan, Chang & Chen

4. Muturi, Kidd, Khan, Kattelman, Zies, Lindshield & Adhikari

۶. یاراحمدی، محمد مهدی، جباری، علی، غضنفری، الهه و خدیور، زهره (۱۳۹۵). اثر خودمراقبتی در بارداری بر کاهش زایمان زودرس و ارتقای سلامت بارداری را بررسی و در ششمین همایش سراسری راهکارهای ارتقای سلامت و چالش‌ها ارائه کرده‌اند.
۷. تأثیر خودمراقبتی بر ارتقای سلامت دوران بارداری توسط یاراحمدی، جباری، غضنفری و خدیور (۱۳۹۵) تحقیق شده است.
۸. کاظمی، نگار، امیدی، افسر، خطیبیان، دکتر مهناز و کرمی، دکتر منوچهر. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و در مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۳ (۲)، ۷۴-۸۶ منتشر کرده‌اند.
۹. یافته‌های تحقیق کاظمی، امیدی، خطیبیان و کرمی (۱۳۹۴) حاکی از آن است که آموزش خود مراقبتی به بیماران توسط پرسنل بهداشتی و درمانی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی و ارتقای سطح سلامت بیماران شود.
۱۰. نتایج مطالعه مکیولی، کاتولا، میهالکو، بلیسمر، دانکن، پنا و دان<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که فعالیت فیزیکی و خودکارآمدی در بزرگسالان دارای ارتباط هستند.
۱۱. ترکمه، کاراهرودی، یانگجه و قاسمی<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) به ارزیابی اثرات آموزش خودمراقبتی بر خودکارآمدی نوجوانان دارای تالاسمی عمده پرداختند. نتایج پژوهش آنان این اثرات را تأیید می‌کند.
۱۲. مورات و هندک<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) روابط مثبت بین خودشفقت ورزی، خودکارآمدی و باور کنترلی یادگیری را در دانشجویان ترک نشان داده‌اند.
۱۳. صناعی، حسینی و جمشیدی فر (۲۰۱۴)، نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی بیماران دارای سرطان سینه اثربخش است.
۱۴. ماتوینکو-سیکار، لی، مورفی و مورفی<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) در مطالعه خود اثرات مثبتی برای مداخلات ذهن‌آگاهی بر بهزیستی والدگری یافتند.

1. McAuley, Katula, Mihalko, Blissmer, Duncan, Pena & Dunn

2. Tarakmeh, Karahroudy, Yangejeh, & Ghasemi

3. Murat & Hendek

4. vienko-Sikar, Lee, Murphy & Murphy

۱۵. تحقیق زیمرمن و کلر<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) نشان داده است که آموزش تغذیه خودکارآمدی کودکان اقشار کم درآمد را افزایش می‌دهد.

۱۶. چابوک، کاشانیان و حقانی<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) بین سلامت معنوی و خودکارآمدی کلی در اوایل جوانی رابطه مثبتی یافتند.

۱۷. منصوروی و شاهدادی<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) اثر آموزش برنامه خودمراقبتی مبتنی بر مدل خودمراقبتی اوروم را بر خودکارآمدی زنان دیابتی بررسی و تایید کرده‌اند.

۱۸. اثر آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی در نمونه‌ای از بیماران سرطان سینه توسط سنایی، حسینی و جمشیدی فر در سال ۱۳۹۳ مشخص شده است.

مادران همواره اعضای فداکار خانواده‌اند و بسیاری از اوقات، به دلیل احساس مسؤولیت مادرانه از مراقبت‌های لازم برای خویشتن غافل می‌شوند. تحقیق حاضر از این نظر به بررسی ارتباط خودمراقبتی و خودکارآمدی می‌پردازد تا نشان دهد خودمراقبتی از همان دوران بارداری نه تنها مانع اجرای صحیح مسؤولیت‌های مادری نیست، بلکه اثر مثبتی بر ارتقای سطح کیفی والدگری مادران خواهد داشت. بنابراین، سؤالات اصلی پژوهش حاضر، از این قرار هستند:

۱. آیا بین ابعاد خودمراقبتی با خودکارآمدی مادری رابطه وجود دارد؟

۲. مهم‌ترین ابعاد خودمراقبتی در پیش‌بینی خودکارآمدی مادری کدام هستند؟

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی/همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر را تمام زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع تصادفی مرحله‌ای بود. به این صورت که از بین مراکز بهداشت اهواز چهار مرکز بهداشت تحت انتخاب تصادفی قرار گرفتند و سپس، ۴۰۰ پرسشنامه به طور تصادفی در اختیار زنان قرار گرفت که در نهایت، تعداد ۳۸۱ پرسشنامه به طور کامل پاسخ داده شده و قابل ورود به مرحله تحلیل تشخیص داده شدند. این نمونه شامل زنانی با میانگین و انحراف معیار سنی ۲۹/۹۵ و ۵/۹۸ سال، کمترین و بیشترین سن به ترتیب، ۱۹ و ۴۸ سال بود. ۳۳۶ نفر از آن‌ها خانه‌دار و ۳۷ نفر شاغل و ۸ نفر بی‌پاسخ بودند. به لحاظ تحصیلات، ۶۰ نفر زیر دیپلم، ۱۹۷ نفر دیپلم، ۱۱۴ نفر کارشناسی و ۱ نفر بی‌پاسخ بودند.

1. Zimmerman & Keller

2. Chabok, Kashaninia, & Haghani

3. Mansouri, & Shahdadi



### ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از مقیاس خودمراقبتی آگاهانه و خردهمقیاس خودکارآمدی والدگری مقیاس شایستگی والدینی به منظور گردآوری داده‌ها استفاده شده است.

۱. **مقیاس خودمراقبتی آگاهانه**<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط کوک‌کاتون (۲۰۱۴) تدوین شده است. مقیاس خودمراقبتی آگاهانه ۸۴ ماده دارد که فراوانی رفتارهای خودمراقبتی توسط افراد را سنجش می‌کند. هدف این مقیاس شناساندن نقاط ضعف و قوت افراد در زمینه رفتارهای خودمراقبتی آنها و ارزیابی مداخلات مؤثر در بهبود خودمراقبتی می‌باشد. این مقیاس به ۱۰ حیطه خودمراقبتی پرداخته است: تغذیه (برای مثال، من در مورد مصرف وعده‌های غذایی و تنقلات، برنامه دارم)، ورزش (برای مثال، حداقل ۳۰ تا ۶۰ دقیقه در هفته ورزش می‌کنم)، خودتسکین‌بخشی (برای مثال، من به چیزهای آرامبخشی مثل طبیعت و خاطرات شیرین فکر می‌کنم)، ذهن‌آگاهی (برای مثال، من به شکل‌های مختلف اهل عبادت و مراقبه هستم)، استراحت (برای مثال، من به اندازه کافی می‌خواهم تا احساس آسایش پیدا کنم)، روابط (برای مثال، من اوقاتی را با افرادی که دوستم دارند می‌گذرانم)، مراقبت پزشکی (به خدمات پزشکی و دندانپزشکی هر زمان لازم باشد، دسترسی دارم)، خودشفقت‌ورزی (برای مثال، من سختی‌ها و مشکلاتم را دلبپذیر می‌دانم)، عوامل محیطی (برای مثال، من در محیط راحت و آرامی زندگی می‌کنم) و اعمال معنوی (برای مثال، من به مکان‌های مذهبی می‌روم). ماده‌های این مقیاس بر یک طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۰ به ازای هرگز تا ۴ برای مکرر و برخی از آن‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل مقیاس از مجموع نمره افراد از خردهمقیاس‌ها حاصل می‌شود. آلفای کرونباخ برای خردهمقیاس‌ها به ترتیب برای تغذیه ۰/۶۶، ورزش ۰/۷۰، خودتسکین‌بخشی ۰/۸۸، ذهن‌آگاهی ۰/۸۶، استراحت ۰/۷۶، روابط ۰/۸۰، مراقبت پزشکی ۰/۵۱، خودشفقت‌ورزی ۰/۷۴، برای عوامل محیطی ۰/۷۳، عوامل معنوی ۰/۷۶ و برای نمره کل خودمراقبتی ۰/۹۲ به دست آمد. به منظور بررسی روایی پرسشنامه از روش تحلیل عامل تاییدی و روایی سازه استفاده شد. تحلیل عامل تاییدی نشان داد که تمام ماده‌های پرسشنامه به جز ۱۰ ماده از بار عاملی مناسب (بالای ۰/۳۰) برخوردار بودند. همچنین، ضرایب همبستگی بین خردهمقیاس‌ها با نمره کل مقیاس خودمراقبتی آگاهانه از ۰/۲۳ تا ۰/۸۰ و همگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار بودند.

۲. **مقیاس شایستگی والدگری**: در پژوهش حاضر از خردهمقیاس خودکارآمدی مقیاس شایستگی والدگری<sup>۲</sup> (جانستون و ماش<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹) استفاده شد. این خردهمقیاس ۷ ماده (برای مثال، اگر یک نفر بتواند بگوید که چه چیز برای بچه من بد است، آن هم خودم هستم) دارد که احساس‌های رضایت و کارآمدی از والد بودن را سنجش می‌کند. نمره‌گذاری این مقیاس با استفاده از طیف شش نقطه‌ای لیکرت

1. The Mindful Self-Care Scale

2. the Parenting Sense of Competence Scale

3. Johnston & Mash

از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم صورت می‌گیرد. مروری بر پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که ساختار عاملی آن مورد تایید قرار گرفته است (اوهان، لیونگ<sup>۱</sup> و جانستون، ۲۰۰۰) و همسانی درونی آن در پژوهش سازندگان مقیاس مناسب تشخیص داده شده است ( $\alpha = 0/76$ ). همچنین در پژوهش حاضر تحلیل عامل تأییدی بار عاملی مناسب و کافی (بالای ۰/۳) را برای ۷ ماده آن تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ خرده-مقیاس کارآمدی والدینی در پژوهش حاضر به مقدار ۰/۸۴ محاسبه شده است که باز هم پایایی قابل قبول و مناسب آن را نشان می‌دهد.

### روش تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه از روش تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور پاسخ دادن به پرسش‌های پژوهش استفاده شد. تحلیل‌های ابتدایی برای به دست آوردن بینش اولیه نسبت به داده‌ها (میانگین، انحراف معیار و همبستگی‌های ساده) و تحلیل رگرسیون گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS (ویراست ۲۱) انجام گرفتند.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی که شامل میانگین، انحراف معیار، کشیدگی و چولگی متغیرها در جدول ۱ و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده‌اند. یافته‌های جدول ۱ شامل مقادیر کشیدگی و چولگی نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش از لحاظ توزیع فراوانی نرمال هستند (مقادیر عددی متغیرها کمتر از ۲- و بالاتر از ۲ نمی‌باشد).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

شاخص‌های توصیفی	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی
تغذیه	۱۰/۶۴	۳/۳۷	-۰/۴۰	-۰/۰۸
ورزش	۸/۰۴	۴/۷۴	-۰/۰۲	-۱/۲۳
خودتسکین بخشی	۲۰/۱۷	۷/۱۰	-۰/۲۴	-۰/۳۵
ذهن آگاهی	۳۴/۰۱	۶/۱۷	-۰/۱۱	-۰/۵۷
خودشفقت‌ورزی	۱۳/۰۶	۳/۵۷	-۰/۲۹	-۰/۱۰
استراحت	۱۶/۵۵	۵/۲۸	-۰/۲۶	-۰/۲۸
مراقبت پزشکی	۷/۴۶	۳/۴۲	-۰/۱۲	-۱/۱۸
روابط	۱۹/۰۹	۵/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۴۲

<sup>1</sup> . Ohan, Leung

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
تغذیه	-۱/۰۰										
ورزش											
خودتسکین بخشی											
ذهن آگاهی											
خودشنی											
استراحت											
مراقبت زنی											
روابط اجتماعی											
عوامل محیطی											
عوامل اجتماعی											
خودکارآمدی مادر											
عوامل معنوی											
عوامل محیطی											
خودکارآمدی مادری											
متغیر		۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
تغذیه											
ورزش											
خودتسکین بخشی											
ذهن آگاهی											
خودشنی											
استراحت											
مراقبت زنی											
روابط اجتماعی											
عوامل محیطی											
عوامل اجتماعی											
خودکارآمدی مادر											
عوامل معنوی											
عوامل محیطی											
خودکارآمدی مادری											

جدول (۲) - ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

تحلیل‌های همبستگی در جدول ۲، روابط دو متغیری بین متغیر پیش‌بین (خودمراقبتی و ابعاد آن) و ملاک (خودکارآمدی مادری) را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود، روابط بین ابعاد خودمراقبتی به جز تغذیه، ورزش، خودتسکین‌بخشی و استراحت با خودکارآمدی مادری در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار هستند. بالاترین ضریب همبستگی را از میان ابعاد خودمراقبتی با خودکارآمدی مادری، عوامل محیطی نشان داد (۰/۵۵). در پژوهش حاضر، جهت بررسی همبستگی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. به این منظور، محاسبات رگرسیون چندگانه با استفاده از روش مرحله‌ای (Stepwise) صورت گرفته است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که در مجموع ۴۰ درصد از واریانس خودکارآمدی مادری توسط ابعاد خودمراقبتی تبیین می‌شوند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که سه متغیر عوامل محیطی، مراقبت پزشکی و ذهن‌آگاهی به عنوان مهم‌ترین پیش‌بین‌های خودکارآمدی مادری در پژوهش حاضر مشخص شدند، به این صورت که ضرایب بتای آن‌ها با خودکارآمدی مادری به ترتیب  $0/46$ ،  $0/20$  و  $0/23$  بودند که همگی در سطح  $0/001$   $P <$  معنی‌دار می‌باشند.

جدول ۳. ضرایب چندگانه ابعاد خودمراقبتی با خودکارآمدی مادری روش مرحله‌ای (Stepwise)

(B) و (β)	F P	R <sup>2</sup>	R		
β = 0/46 B = 0/64 t = 10/07 P < 0/001	F=164/89 P < 0/000	0/30	0/55	عوامل محیطی	خودکارآمدی مادری
β = 0/20 B = 0/46 t = 4/75 P < 0/000	F=113/04 P < 0/000	0/37	0/61	مراقبت پزشکی	
β = 0/23 B = 0/29 t = 4/49 P < 0/000	F=82/13 P < 0/000	0/40	0/63	ذهن‌آگاهی	

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد خودمراقبتی در خودکارآمدی مادری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر اهواز انجام شد. تحلیل رگرسیون نشان داد که در مجموع، ۴۰ درصد از واریانس خودکارآمدی مادری توسط ابعاد خودمراقبتی پیش‌بینی می‌شود. به علاوه، بنا بر نتایج حاصل از رگرسیون گام به گام، اعمال محیطی، مراقبت پزشکی و ذهن‌آگاهی از بین ابعاد خودمراقبتی، مهم‌ترین عوامل موثر بر خودکارآمدی مادری بودند که به ترتیب ضرایب بتای  $0/46$ ،  $0/20$  و  $0/23$  را در معادله رگرسیون به دست آوردند.

خودمراقبتی از بعد عوامل محیطی شامل ایجاد شرایط زندگی و کاری در یک محیط آرام، لذت‌بخش، جالب، منظم، اجتناب از بر عهده گرفتن وظایف بیش از حد، تعادل بین انتظارات و اولویت‌های شخصی با کاهش موانع فیزیکی محیطی است و از بعد عوامل پزشکی شامل فراهم بودن امکانات و مراقبت‌های پزشکی لازم برای تامین سلامت مادر است. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار،

محیط و فرد است. عاملیت خودمراقبتی نوعی شایستگی اکتسابی چند بعدی است که به معنای قدرت و قابلیت برآورده ساختن مستمر نیازهای فردی به خودمراقبتی است. به گونه‌ای که با خودمراقبتی فرایندهای حیاتی فرد تنظیم شده، یکپارچگی جسم و عملکرد فرد حفظ شده، ارتقا یافته و تندرستی او افزایش یابد. به تعبیر دیگر عاملیت خودمراقبتی به معنای قابلیت افراد برای درگیری در اقدامات خودمراقبتی است که به منظور شناسایی و برآورده ساختن نیازهای سلامت آن‌ها در یک محدوده زمانی و مکانی خاص صورت می‌گیرد. بندورا (۱۹۷۷، به نقل از گونیا، ۲۰۰۳) روابط بین رفتار، رویدادهای درونی و محیط بیرونی را تحت عنوان مدل تقابلی مطرح کرده است. مطابق این مدل، رفتار معنی‌دار شخص، شناخت و سایر رویدادهای درونی که ادراکات و اعمال را تحت تاثیر قرار می‌دهند و محیط بیرونی می‌توانند بر یکدیگر اثرگذار باشند. توانایی شخص برای مداخله مثبت در محیط انسانی اطراف خود می‌تواند خودکارآمدی مادری را نیز انعکاس دهد. به این معنی که بخشی از تلاش مادر در ایجاد شرایط محیطی مناسب صرف مداخله‌های مثبت در رابطه با فرزند و فضای خانواده می‌شود. بندورا (۱۹۹۷) چهار منبع اطلاعاتی تجارب تسلط فعالانه، تجارب جانشینی، متقاعدسازی کلامی و اجتماعی و حالات روان‌شناختی و عاطفی در موقعیت‌های استرس‌زا را که به عنوان نشانه‌های عدم کفایت یا آسیب‌پذیری عمل می‌کنند، شناسایی کرد که افراد بر اساس آن‌ها باورهای خودکارآمدی‌شان را شکل می‌دهند. عوامل مساعد پزشکی و محیطی شرایطی را ایجاد می‌کند تا مادر دغدغه‌ها و محدودیت‌های کمتری را ادراک کند که مانع ایفای نقش مادری‌اش می‌شوند. وقتی موانع محیطی برطرف شوند، زمینه لازم برای تسلط کافی یافتن بر الگوی مناسب والدگری برای مادران فراهم می‌شود.

رفتار انسان تنها در کنترل محیط نیست بلکه فرایندهای شناختی نیز نقش مهمی در رفتار آدمی دارند. ذهن آگاهی همان‌طور که تعریف شد به عنوان گونه‌ای از آگاهی غیرقضاوتی و غیرواکنشی به تجربه‌های لحظه حاضر، شامل هیجان‌ها، شناخت‌ها، احساس‌های بدنی و محرک‌های بیرونی، تعریف می‌شود (براون و رایان، ۲، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی در آموزش بودایی، شاهراه اساسی‌ای تلقی می‌شود که انسان از طریق آن از علل و منابع رنج آگاه می‌شود و به بیداری و روشن‌فکری می‌رسد؛ به فرد این توانایی را می‌دهد که کمتر خودخواهانه عمل کند و نسبت به حالت "بدون خود"<sup>۳</sup> دارای بینش شود. بنا بر دیدگاه بودایی، وقتی فردی تلاش می‌کند تا به بینش "بدون خود" یا روشن‌فکری دست یابد، به آزادی کامل ذهنی خواهد رسید. شماری از پژوهش‌ها به ارتباط بین ذهن آگاهی با تغییر دیدگاه نسبت به خود (هولزل<sup>۴</sup>، لازار<sup>۵</sup>، گارد<sup>۶</sup>،

1. Gonya

2. Ryan

3. no self

4. Holzel

5. Lazar

6. Gard

شومان-اولیویر<sup>۱</sup>، واگو و اوت<sup>۲</sup>، (۲۰۱۱)، پی برده‌اند. یکی از یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد که آموزش ذهن‌آگاهی با افزایش در نگرش مثبت نسبت به خود، برای مثال، عدم وابستگی (یا پذیرش) (مونترومارین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، دلسوزتر شدن نسبت به خود و همدلی بیشتر نسبت به دیگران (زیائو و همکاران، ۲۰۱۷) ارتباط دارد. مطالعات گذشته دریافته‌اند که ذهن‌آگاهی با کاهش همانندسازی با تصاویر خود در رابطه است (ادواردز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در نتیجه انجام فعالیت‌های ذهن‌آگاهی، دانش خود یعنی دانش از ماهیت خود و رابطه بین خود و محتوای تجربه ارتقا می‌یابد (جانکوسکی<sup>۵</sup> و هولاس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). این افزایش دانش، توانایی فرد برای آغاز تجربه احساس "خود" را به عنوان یک فرایند تغییر گذرا و پویا به جای یک موجودیت ثابت و غیر قابل تغییر، افزایش می‌دهد. سپس، به طور تدریجی خودپنداره ضمنی و دیدگاه‌های مرتبط با خود را در سطحی کیفی (دامبرون<sup>۷</sup> و ریکارد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱) تغییر می‌دهد و به موازات این که پردازش خودرأی کاهشی می‌یابد، تجربه اول شخص افزایش پیدا می‌کند.

پژوهش حاضر نشان داد که مراقبت پزشکی و ذهن‌آگاهی نیز در خودکارآمدی مادری بالا مؤثر هستند. ابعاد سلامت جسمی خودمراقبتی مطابق مفهوم‌سازی کوک‌کاتون (۲۰۱۴)، رعایت تغذیه سالم، ورزش، مراقبت پزشکی و استراحت کافی را شامل می‌شوند. به نظر می‌رسد این ابعاد حداقل از دو طریق بر خودکارآمدی مادری تاثیرگذار هستند. مهم‌ترین منبع خودکارآمدی تجارب تسلط فعالانه در یک هدف معین است (بندورا، ۱۹۹۷). مادری که به دانش و عمل گسترده و صحیح برای مراقبت جسمانی خود دسترسی دارد، در مراقبت از فرزندش نیز احساس کارآمدی بیشتری می‌کند. منبع دیگر تشکیل احساس خودکارآمدی بر مبنای نظریه بندورا (۱۹۹۷)، حالات روان‌شناختی و عاطفی در موقعیت‌های استرس‌زا است که به عنوان نشانه‌های عدم کفایت یا آسیب‌پذیری عمل می‌کنند. افزایش سلامت جسمانی و کاهش نیاز به خدمات پزشکی سطح تنش و استرس روانی مادر را می‌کاهد. هرچه فرد از سلامت جسمی و به تبع آن سلامت روانی بالاتری برخوردار باشد، در مواجهه با موقعیت‌های عملکردی برای مثال، آرام کردن نوزاد زمانی که گریه می‌کند، آرامش خود را بهتر حفظ کرده و در نتیجه، از روش‌های مؤثرتری برای حل این مشکل بهره می‌گیرد، نتایج بهتری دریافت کرده و خودکارآمدتر می‌شود. در زمینه‌ی ذهن‌آگاهی، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های برازو (۲۰۱۵) همخوان می‌باشد. همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعات گذشته، ذهن‌آگاهی بر استرس مادری (برای مثال، بتی، هال، بیرو، ایست و لاو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷) و استرس مادری بر

1. Schuman-Olivier

2. Ott

3. Monteromarin

4. Edwards

5. Jankowski

6. Holas

7. Dambrun

8. Ricard

9. Beattie, Hall, Biro, East & Lau

خودکارآمدی والدگری (دانینگ و گالیو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) موثر است. افراد ذهن‌آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (براون، رایان و کرسول<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). بعد ذهن‌آگاهی خودمراقبتی یاری می‌دهد تا افرادی که تجارب ناخوشایندی از والدگری در کودکی خود داشته‌اند، کمتر تحت تأثیر افکار مربوط به آن قرار گیرند و در نتیجه، تجارب مثبت جدید را جذب کرده و خودکارآمدی بالاتری را تجربه کنند.

بر اساس دیدگاه بندورا خودکارآمدی به عنوان یک ویژگی شخصیتی ثابت تلقی نمی‌شود بلکه یک فرایند پویا است که با تغییر تکلیف، الزامات موقعیتی و عوامل فردی تغییر می‌کند. از این رو تقویت باورهای خودکارآمدی مرکز توجه مداخله‌های درمانی روانی-اجتماعی به خصوص در حیطه فرزندپروری بوده است (بلوم‌فیلد و کندال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). ابعاد خودمراقبتی (مراقبت‌های جسمانی، ذهن‌آگاهی، روابط، خودشفقت‌ورزی، خودتسکین‌بخشی، اعمال معنوی و تغییر محیط) که همگی در دسته عوامل درون فردی قرار می‌گیرند، قابل انعطاف و آموزش می‌باشند. مداخله در هر یک از این ابعاد یا مجموعه‌ای از آن‌ها در قالب اصلاح سبک زندگی زنان، می‌تواند پیامدهای مثبت بسیاری برای مادر و فرزندش داشته باشد که یکی از آن‌ها خودکارآمدی مادری است. به طور کلی، زنانی که از روش‌هایی برای آرامش بخشیدن به خود استفاده می‌کنند (برای مثال، پیاده‌روی، نقاشی کردن، گوش دادن به موسیقی و ...)، به افکار و احساسات افراد بدون قضاوت توجه می‌کنند، آگاهی متعادلی نسبت به هیجان‌های خود دارند، با افکار و احساسات رنج آور مواجهه غیراجتنابی کرده، به آسایش و استراحت خود اهمیت می‌دهند، به اعمال مذهبی و کسب هدف و معنی زندگی می‌پردازند و احساسی از حمایت اجتماعی و عاطفی بسنده دارند، از خودکارآمدی مادری بالاتری برخوردار هستند. خودکارآمدی والدگری به خوبی واریانس مهارت‌ها و رضایت از والدگری را در بر می‌گیرد و تعیین‌کننده عمده‌ای از رفتارهای والدگری شایسته است (جونز و پرینز، ۲۰۰۵) که چه به شکل مستقیم و چه از طریق رفتارهای والدگری و تعامل بین کودک و والدین بر رشد کودک اثر دارد.

تعمیم یافته‌های این پژوهش با برخی محدودیت‌ها همراه است. از جمله این که تنها از ابزارهای نوبتاری و خودسنجی برای بررسی متغیرها استفاده شد. گزارش زنان باردار ممکن است تحت تأثیر حساسیت‌های دوران بارداری، دقیق و کاملاً منطبق بر واقعیت نباشد. از این رو، تکمیل این سنجش‌ها با روش مشاهده و مصاحبه با اطرافیان نزدیک، به افزایش اعتبار نتایج این مطالعه کمک می‌کند. به علاوه، در جهت تعمیم‌پذیری بهتر نتایج پژوهش حاضر بهتر است این مدل را در نمونه‌های دیگر نیز مورد تحلیل قرار داد.

1. Dunning & Giallo

2. Brown, Ryan & Creswell

3. Bloomfield & Kendall

---

**References**

Azmoude, E., Jafarnejade, F., & Mazlom, S. R. (2015). **The Predictors for Maternal Self-efficacy in Early Parenthood**. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*; 3(2): 368-376.

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York, NY: W. H. Freeman.

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The Exercise of Control**. New York, NY: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2001). **Social cognitive theory**. *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Beattie, J., Hall, H., Biro, M. A., East, C., & Lau, R. (2017). **Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomized trial**. *Midwifery*, 50, 174-183.

Bloomfield, L. & Kendall, S. (2012). **Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme**. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 364-372.

Bogensneider, K., Small, S. A., & Tsay, J. C. (1997). **Child, parent, and contextual influences on perceived parenting competence among parents of adolescents**. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 345-362.

Brazeau, N. (2015). **The association between compromised caregiving, social support and maternal self-efficacy**. Mills College.

Brody, G. H., Flor, D. L., & Gibson, N. M. (1999). **Linking maternal self-efficacy beliefs, developmental goals, parenting practices, and child competence in rural single parent African American families**. *Child Development*, 70, 1197-1208.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). **The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). **Addressing Fundamental Questions about Mindfulness**. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.

Carver, C. S., & Blaney, P. H. (1977). **Avoidance behavior and perceived control**. *Motivation and Emotion*, 1, 61-63.



Chabok, M., Kashaninia, Z., & Haghani, H. (2017). **The relationship between spiritual health and general self-efficacy in the Iranian elderly.** JCCNC, 3 (2), 125-132.

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). **Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications.** Developmental Review, 18, 47-85.

Cook-Cottone, C. P. (2014). **The Mindful Self-Care Scale: Self-care as a tool to promote physical, emotional, and cognitive well-being.** Retrieved from <http://gse.buffalo.edu/about/directory/faculty/cook-cottone>.

Dambrun, M., & Ricard, M. (2011). **Self-centeredness and selflessness: A theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness.** Review of General Psychology, 15, 138-157.

De Montigny, F., & Lacharite, C. (2005). **Perceived parental efficacy: concept analysis.** Journal of Advanced Nursing, 49, 387-396.

Dunning, M. J., & Giallo, R. (2012). **Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children.** Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30 (2), 145-159.

Feldhousen, E. B. (2014). **The relationships between stress, social support, maternal self-efficacy, maternal depression, maternal reports of child demandingness and maternal reports of child social and emotional quality of life in a sample of overweight and obese women two years post childbirth.** Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Marriage and Family Therapy. Syracuse University.

Gonya, J. (2003). **Factors influence maternal self-efficacy: A comparison of hearing mothers with deaf children and hearing mothers with hearing children.** The Doctoral degree of Philosophy. The Ohio State University.

Hill, N. E., & Bush, K. R. (2001). **Relationships between parenting environment and children's mental health among African American and European American mothers and children.** Journal of Marriage and the Family, 63, 954-966.

Holt, L. (2013). **Interpersonal relationships and the association with athlete's motivation, self-efficacy and fear of failure.** Ithaca College Theses. Paper 15.

Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). **How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective.** *Psychological Science*, 6, 537-559.

Izzo, C., Weiss, L., Shanahan, T., & Rodriguez-Brown, F. (2000). **Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families.** *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20, 197-213.

Jankowski, T., & Holas, P. (2014). **Metacognitive model of mindfulness.** *Consciousness and Cognition*, 28, 64-80.

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). **A measure of parenting satisfaction and efficacy.** *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). **Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review.** *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.

Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016) **The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review.** *Psychology & Health*, 31(12), 1415-1434.

McAuley, E., Katula, J., Mihalko, S. L., Blissmer, B., Duncan, T. E., Pena, M., & Dunn, E. (1999). **Mode of Physical Activity and Self-Efficacy in Older Adults: A Latent Growth Curve Analysis.** *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54 (5), 283-292.

Moeini, M., Sarikhani-Khorrami, E., & Ghamarani, A. (2019). **The effects of self-compassion education on the self-efficacy of the clinical performance of nursing students.** *Iranian J Nursing Midwifery Res*, 24, 469-471.

Monteromarin, J., Pueblaguedea, M., Herreramercadal, P., Cebolla, A., Soler, J., Demarzo, M., Vazquez, C., Rodriguez-Bornaetxea, F., & Garcia-Campayo, J. (2016). **Psychological effects of a 1-month meditation retreat on experienced meditators: The role of non-attachment.** *Frontiers in Psychology*, 7(1935), 1-10.

Murat, I., & Hendek, S. (2009). **The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish University students.** *Social Behavior and Personality*, 37(5), 711-720.

Murdock, K. W. (2012). **An examination of parental self-efficacy among mothers and Fathers.** Psychology of Men & Masculinity. Advance online publication.

Muturi, N. W., Kidd, T., Khan, T., Kattelman, K., Zies, S., Lindshield, E., & Adhikari, K. (2016). **An examination of factors associated with self-efficacy for food choice and healthy eating among low-income adolescents in Three U.S. States.** Front. Commun., 1(6).

Nasiri, F., Davazdahemami, M. H., Keshavarz, Z., Karimkhani Zandi, S., & Nasiri, M (2019). **The effectiveness of spiritual care on the self-efficacy of women with Breast Cancer.** The J Urmia Nurs Midwifery Fac, 16(12), 856-864.

nsouri, A., & Shahdadi, H. (2017). **The effect of self-care education program based on "Oram Self-care Model" on self-efficacy of women with Gestational Diabetes Mellitus.** J Diabetes Nurs, 5 (2), 157-166.

Pan, W., Chang, C., Chen, S. et al. (2019). **Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial.** BMC Pregnancy Childbirth, 19, 346.

Psychogiou, L., Legge, K., Parry, E., Mann, J., Nath, S., Ford, T., & Kuyken, W. (2016). **Self-Compassion and Parenting in Mothers and Fathers with Depression.** Mindfulness, 7, 896–908.

Redmond, B. F. (2010). **Self-efficacy theory: Do I think that I can succeed in my work.** University of Pennsylvania. Retrieved from: [www.Cms.psu.edu](http://www.Cms.psu.edu).

Sanaei, H., Hossini, S. A., & Jamshidifar, Z. (2014). **Effectiveness of mindfulness training on self-efficacy of patients infected by Breast Cancer.** Social and Behavioral Sciences, 159, 426 – 429.

Sanaeia, H., Hossini, S. A., Zahra, J. (2014). **Effectiveness of mindfulness training on self-efficacy of patients infected by Breast Cancer.** Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159, 426 – 429.

Schunk, D. H. (1991). **Self-efficacy and academic motivation.** Educational Psychology, 26, 207-231.

---

Shumov, L., & Lomax, R. (2002). **Parental self-efficacy: Predictor of parenting behavior and adolescent outcomes.** *Parenting, Science and Practice*, 2, 127-150.

Tarakmeh, T., Karahrudy, F. A., Yangejeh, H. M., & Ghasemi, E. (2018). **Evaluation of the effect of self-care education on the self-efficacy of adolescents with Thalassemia Major.** *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 4(1), 59-70.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). **Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy.** *Child Development*, 62, 919-929.

Whetstone, T. D. (2015). **Gender-Homogenous Mentoring, Spiritual Wellbeing, and Self-Efficacy Beliefs in African American Male Adolescents: A Test of Three Models.** Dissertation for the doctoral degree of Philosophy. Loyola University Chicago.

Whitney, T. B. (2013). **Self-Compassion and the Parenting Behaviors of Mothers of Young Children.** Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy. The University of Texas.

Williams, T., & Williams, K. (2010). **Self-efficacy and performance in mathematics: Reciprocal determinism in 33 nations.** *Journal of Educational Psychology*, 102, 453-466.

Zimmerman, L., & Keller, K. (2016). **Nutrition education to increase the self-efficacy of low-income children to make healthy and safe food choices.** *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(7), 85.

**Investigation of the Role of Self-care Dimensions in Parenting Self-efficacy in Women Referring to Eastern Health Centers**

---

**Abstract**

The mother's feelings of parenting ability titled "maternal self-efficacy" that affects maternal actions. This research the role of self-care dimensions in parenting self-efficacy in women referring to Ahvaz health centers 381 women referring to 4 health centers of Ahvaz city in the year 2016 were selected by stage random sampling method and completed the Mindful Self-Care Scale and the Parenting Sense of Competence Scale. Gathered data were analyzed by using SPSS-21 software. The results of this study showed that self-care dimensions accounted for 40% of maternal self-efficacy variable variance. The most important predictors of maternal self-efficacy included environmental self-care, medicine and mindfulness. These findings make it clear that, despite the experience and parenting education, physical health and mental relaxation have an impact on a mother ability to perform her duties, and have a significant share.

**Keywords:** self-care, maternal self-efficacy, women referring to health centers