تأثیر آموزش مبتنی بر مدل قصد رفتاری بر نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک در مراجعین به خانه‌های بهداشت شهرستان فلاورجان استان اصفهان

خسرو توکل[۱]، شکوفه عظیمی[۲]، غلامرضا شریفی راد[۳]، عباس حسینی[۴]

چکیده

مقدمه: از عوامل مؤثر در نحوه رفتار والدین با کودک، نگرش آنها نسبت به شیوه‌های تربیتی است و نگرش می‌تواند با اتکاء به دانش حاصل از آموزش، جهت‌گیری مثبت و منطقی به خود بگیرد. گذر از آموزش بهداشت سنتی مستلزم مطالعه مدل‌های آموزشی نوین می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک قبل و بعد از آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی، یک گروهی و با طرح آزمون قبل و بعد بود. نمونه‌های این پژوهش را ۴۵ مادر دارای نگرش سوء رفتار تشکیل می‌دادند که به روش تصادفی منظم از میان مراجعین یکی از خانه‌های بهداشت شهرستان فلاورجان در سال ۸۷-۱۳۸۶ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد نقش والدی افراد جوان- بزرگسال بود. این پرسش‌نامه از روایی و پایایی لازم برخوردار بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{10}$ و آزمون t-paired مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه میانگین نمرات نگرش مادران قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی با $P < ۰/۰۰۱$، نمایانگر وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین نمره کلی نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی بود.

نتیجه‌گیری: از آن‌جایی که در این مطالعه نگرش مادران نسبت به رفتار با کودک بعد از مداخله آموزشی ارتقا یافت، این مسأله تاثیر اقدامات آموزشی را تأیید می‌نماید. چنین آموزش‌هایی ممکن است با بهبود رفتار والدین نسبت به فرزندان، موجب کاهش موارد بد رفتاری و کم توجهی نسبت به کودکان شود.

واژه‌های کلیدی: سوء رفتار با کودک، مدل قصد رفتاری، آموزش.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۸۶/۲/۱۵ *پذیرش مقاله: ۸۷/۳/۱۱*

۱- مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسؤول) E-mail: tavakol@nm.mui.ac.ir
۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه عفوم پزشکی اصفهان
۳- استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۴- مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]
www.mui.ac.ir

مقدمه

بدون شک یکی از مهمترین دوران زندگی انسان، دوران کودکی است که مبنای رشد جسمی و روانی و آینده فرد را رقم می‌زند. با آن‌که تعلیم و تربیت کودک از بزرگ‌ترین رسالت‌های والدین است با کمـــال تأسف در بین خانواده‌های مختلف، والدینـــی وجود دارند که آگاهانه یا ناآگاهانه به شیوه‌های تربیتی نادرست متوسل می‌شوند که در نهایت به کودک‌آزاری می‌انجامد (۱). پیش از هر چیز لازم است کودک‌آزاری تعریف شود. کودک‌آزاری عبارت است از آسیب جسمی یا روانی، بدرفتاری یا بهره‌وری جنسی و یا رفتار غفلت‌آمیز نسبت به یک کودک زیر ۱۸ سال که توسط فرد مسؤول رفاه و آسایش کودک، اعمال شود. این بدرفتاری خود شامل انواع سوء رفتار جسمی، سوء رفتار جنسی، سوء رفتار عاطفی و غفلت (فیزیکی و عاطفی) می‌باشد که می‌تواند به تنهایی یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیفتد (۲).

مطابق با آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، ۴۰ میلیون کودک قربانی سوء رفتار شدند. در همان سال یونیسف نیز اعلام کرد، سالیانه ۳۵۰۰ کودک زیر ۱۵ سال در نتیجه خشونت فیزیکی و غفلت، جان خود را از دست می‌دهند (۳). جانسون در تحقیقی که تحت عنوان سوء رفتار با کودک انجام داد، سوء رفتار را عامل اصلی ابتلا به بیماری و مرگ و میر در آمریکا و سایر کشورهای تحت مطالعه خود ذکـر کرد (۴). متأسفانه آمار رسمی مربوط به سوء رفتار نسبت به کودک در بسیاری از کشورهای در حال توسعه موجود نمی‌باشد. در کشور ما ایران نیز به تازگی، انعکاس حوادث ناشی از بد رفتاری با کودک به چشم می‌خورد. گر چه کودک‌آزاری معضلی است که در کشور ما از سال‌ها قبل وجود داشته، لیکن چند وقتی است که به آن توجه بیشتری می‌شود. در ایران بر اساس آمار سازمان بهزیستی سال ۱۳۸۴، ۶۶ درصد کودک‌آزاری‌ها از سوی مردان اعمال می‌شد و دختران بیش از پسران در معرض کودک آزاری قرار می‌گرفتند. این در حالی است که ۵۰ درصد والدین ایرانی معتقدند کـــــه تنبیه برای کودکان الزامی است و ۴۰ درصد نیز بـــــه تنبیه بدنی گرایش دارند (۵). به موازات این آمـــار بالای سوء رفتار، عوارض و پیـامدهای ناشی از آن نیز بی‌شمار است. از آن‌جا که کودک برای پایه‌گذاری صحیح بنای روانی و عاطفی خود و ایجاد شخصیت سالم به محبت والدین نیاز دارد وجود این کمبودهای عاطفی و بدرفتاری با وی بر رفتار و شخصیت آینده او اثرات نامطلوبی بر جای خواهد گذاشت، به طوری‌که این کودکان آمادگی زیادی برای ابتلاء به بیماری‌های روانی، اضطراب، سوء مصرف مواد و الکل، اختلالات رشد، به‌خصوص نارسایی کلامی، دارند؛ از لحاظ سلامت بدنی بسیار ضعیف هستند و در بزرگسالی مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلف می‌شوند (۶). آموزش بهداشت، فرآیندی برای آموختن رفتارهایی به افراد و یا گروه‌ها در جهت ارتقا، حفظ و بازسازی سلامت آنها می‌باشد. آموزش بهداشت عامل مهمی برای ارتقای تندرستی، بالا بردن کیفیت‌ها و استانداردهای زندگی سالم، مشارکت جامعه در فعالیت‌های رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۷). گذر از آموزش بهداشت سنتی مستلزم درک و مطالعه تئوری‌ها و مدل‌های آموزشی نوین است. متأسفانه ارزش تئوری‌ها و مدل‌ها کمتر شناخته شده و ارتباط تئوری و عمل در جهان واقعی به میزان زیادی در تلاش‌ها و تحقیقات آکادمیک، برای سال‌ها آسیب دیده است. برای موفقیت در تغییر و تثبیت رفتار سالم، آموزش‌دهندگان سلامت باید از عوامل مؤثر بر یادگیری مردم آگاه باشند و تئوری‌ها به این فرآیند کمک می‌کنند. تئوری‌های رفتار انسانی و مدل‌هـــا چارچوبی برای درک این‌که مردم چگونه یاد می‌گیرند و چگونه و چرا رفتار می‌کنند، می‌باشند (۸). یکی از مدل‌های آموزش بهداشت مدل قصد رفتاری می‌باشد. مدل قصد رفتاری در سال ۱۹۶۷ توسط مارتین فیش بین ارائه شد و سپس در سال ۱۹۷۵ توسط وی و ایسک آجزن تکمیل و به عنوان یک مدل رسمی ارائه گردید (۹). این تئوری جهت توجیه هر رفتاری که فرد می‌تواند کنترل کند، قابل استفاده است. در این مدل هدف نهایی پیش‌بینی رفتار است و عامل اصلی تعیین‌کننده رفتار، قصد شخص است که بر اساس این مدل، عوامل مؤثر در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]

www.mui.ac.ir

قصد دو عامل اساسی هستند که عبارت است از عامل شخصی و عامل بازتاب تأثیر اجتماعی. عامل شخصی که مربوط به سرشت خود شخص است. عامل شخصی به ارزش‌یابی مثبت یا منفی شخص از انجام رفتار برمی‌گردد که همان نگرش فرد نسبت به رفتار است و ممکن است آحاد مردم نسبت به یک مسأله نگرش‌های متفاوتی داشته باشند. بنابراین نخستین عاملی که بر روی قصد اثر دارد نگرش نسبت به رفتار است (۹). عامل بازتاب تأثیر اجتماعی، که به هنجارهای (نرم‌های) انتزاعی معروف است گویای آن است که افراد تحت تأثیر اشخاص مختلفی در جامعه نظیر پدر، مادر، همسر، رهبران مذهبی، فامیل، کارکنان بهداشتی و ... قرار گرفته، در اثر نفوذ یا فشارهای آنها رفتاری را انجام داده، یا انجام نمی‌دهند. در حقیقت فرد قصد خود را بر مبنای خواسته دیگران استوار می‌کند. گاهی اوقات فرد در گروه هم‌سالان قرار گرفته و چنانچه مطابق هنجارهای آنها عمل نکند، گروه او را قبول نمی‌نماید. در چنین وضعیتی فرد دچار فشار اجتماعی می‌شود و تحت تأثیر این فشار اقدام به عمل می‌نماید و یا در مواقعی ممکن است فرد نگرش مثبت برای انجام رفتاری داشته باشد ولی افرادی که برای او مهم هستند، اعم از پدر، مادر، خواهر، برادر، رهبران مذهبی، رهبران سیاسی و ... (هنجارهای انتزاعی)، نظر مخالف داشته باشند (۱۰). علت انتخاب الگوی قصد رفتاری در این مطالعه، بر اساس کاربرد این مدل جهت تغییر آگاهی و نگرش افراد، شناسایی فاکتورهای اجتماعی مؤثر و همچنین تقویت قصد آنها جهت انجام رفتار مناسب می‌باشد (۱۱). در این راستا پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی با هدف کلی تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری بر نگرش مادران نسبت به سوءرفتار با کودک در مراجعه‌کنندگان به خانه‌های بهداشت شهرستان فلاورجان در سال ۱۳۸۶ انجام دهد؛ به طوری‌که هدف ویژه پژوهشگر از این تحقیق مقایسه میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی بود و فرضیه این مطالعه این بود که میانگین نمرات نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی، یک گروهی و با طرح آزمون قبل و بعد بود. در این مطالعه، جامعه پژوهش شامل مادرانی بود که تحت پوشش یکی از خانه‌های بهداشت شهرستان فلاورجان بودند و در سال ۸۷-۱۳۸۶ جهت دریافت خدمات برای خود و یا سایر اعضای خانواده به این مراکز مراجعه نمودند و دارای پرونده بهداشتی مراقبت از کودک زیر ۶ سال بودند. روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی سیستماتیک و تعداد نمونه ۴۵ نفر بود. شرایط ورود به مطالعه شامل واحدهایی که در خانه بهداشت دارای پرونده بهداشتی مراقبت از کودک و دارای کودک زیر ۶ سال بودند. حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشته، از تمایل و توان شرکت در کلاس‌های آموزشی برخوردار بودند. همچنین مادرانی وارد پژوهش شدند که نگرش سوء رفتار نسبت به کودک داشتند. شرایط خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی، عدم تمایل مادران و هنجارهای انتزاعی و فشارهای اجتماعی برای ادامه مطالعه، بیماری مادر و هنجارها به گونه‌ای که از ادامه شرکت در کلاس ناتوان باشند، مهاجرت و جابجایی مادران و هنجارها به گونه‌ای که ادامه شرکت در کلاس مقدور نباشد. روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش تکمیل پرسش‌نامه با سؤالات بسته بود. پرسش‌نامه‌ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسش‌نامه‌ای استاندارد به نام پرسش‌نامه نقش والدی افراد جوان- بزرگسال بود. بخش اول پرسش‌نامه مشتمل بر سؤالات در مورد مشخصات دموگرافیک و تعیین هنجارهای انتزاعی بود که در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای پژوهش طرح‌ریزی شده بود و بخش دوم شامل بررسی نگرش نسبت به سوء رفتار با کودک بود که ۴ حیطه شامل انتظارات نابه‌جا از کودک، فقدان همدلی با نیازهای کودک، تنبیه بدنی کودک، جابه‌جایی نقش والد و کودک را در بر می‌گرفت. تنبیه بدنی، به عنوان یک آسیب عمدی و آگاهانه تعریف می‌شود به طوری‌که در این نگرش والدین معتقدند برای تربیت کودک و بازداشت او از انجام اعمال ناشایست استفاده از فشار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]
www.mui.ac.ir

و نیروی فیزیکی لازم است. در حیطه انتظارات نابه‌جا از کودک، انتظارات والدین توأم با واقع‌بینی نیست بلکه ناشی از عدم شناخت و درک توانایی‌ها و مهارت‌های کودک در مراحل مختلف رشد و تکامل می‌باشد. به عنوان مثال آنها انتظار دارند که کودک قبل از سن دو سالگی قادر به حرف زدن باشد و یا بچه‌های کوچک قادر به انجام کارهای خانه، آماده کردن غذا یا مراقبت از خودشان باشند. در حیطه فقدان همدلی با نیازهای کودک، والدین آگاهی لازم از نیازهای جسمی، روانی، آموزشی، بهداشتی و ...کودک را ندارند که ناشی از عدم توانایی والدین در شناخت احساسات، نیازها و حالات فکری کودکان می‌باشد. به طوری‌که اغلب نیازهای کودک را نادیده می‌گیرند و دچار غفلت از وی می‌شوند. در جابه‌جایی نقش والد و کودک، والدین در ایفای نقش والدی خود قصور کرده، انتظار دارند کودک به نیازهای آنها آگاه و قادر به رفع این نیازها باشد. این در حالی است که نقش خود را به عنوان فرد مسؤول تأمین آسایش و رفاه کودک نادیده می‌گیرند (۱۲). پرسش‌نـــامه مذکور از ۳۲ آیتم تشکیل شد که معیار نمره‌بندی آنها بر اساس معیار لیکرت بود؛ بدین معنی که سؤالات ۵ درجه‌ای بود و طیف جواب‌ها از کاملاً موافقم شروع و به کاملاً مخالفم خاتمه می‌یافت. به جواب کاملاً مخالف نمره ۵ و به جواب کاملاً موافق نمره ۱ تعلق گرفته بود. معیار نمره‌دهی پرسش‌نامه مزبور بدین صورت بود که حداقل میانگین امتیاز به طور کلی ۳۲ و حداکثر ۱۶۰ در نظر گرفته شده بودکه به امتیازات ۶۴-۳۲ نگرش منفی، امتیازات ۹۶-۶۵ نگرش خنثی و امتیازات ۱۶۰-۹۷ نگرش مثبت داده شد. لازم به ذکر است که پرسش‌نامه نقش والدی افراد جوان– بزرگسال، پرسش‌نامه‌ای استاندارد می‌باشد که از نظر اعتماد و اعتبار به عنوان یک ابزار استاندارد، بارها در تحقیقات داخل و خارج مورد استفاده قرار گرفته و با توجه به این مسأله اعتماد و اعتبار علمی آن مبرهن است (۱۴،۱۳). در انجام پژوهش، پژوهشگر برای دستیابی به نمونه مورد نظر از بین خانه‌های بهداشت، دو خانه بهداشت را به تصادف انتخاب و سپس نمونه‌ها را با روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب کرد به طوری‌که با مراجعه به دفاتر مراقبت از کودک سالم، شماره‌های زوج را انتخاب و شماره پرونده‌ها را استخراج نمود و خانواده‌هایی که دارای پرونده بهداشتی مراقبت از کودک بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب کرد. سپس با همکاری بهورز خانه بهداشت با آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده تماس گرفته شد و از مادران جهت مراجعه به خانه بهداشت و تکمیل پرسش‌نامه دعوت به عمل آمد. بعد از آن با بررسی پرسش‌نامه و نمره دهی آن، مادران دارای نگرش سوء رفتار (نگرش منفی و خنثی، نمرات ۹۶-۳۲) که متمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی بودند، وارد مطالعه شدند. در این پژوهش هنجارهای انتزاعی شامل فشارهای برخاسته از ناحیه همسر، پدر، مادر، پدر شوهر، مادر شوهر، برادر، خواهر، دوستان و کارکنان بهداشتی بود که با سؤال موجود در قسمت خصوصیات دموگرافیک پرسش‌نامه مشخص شدند. البته اطمینان لازم در مورد شرکت هنجارهای انتزاعی در جلسات آموزشی نیز قبل از آموزش به دست آمد. از آن‌جا که ممکن بود تعدادی از نمونه‌ها یا هنجارها به علت حصول معیارهای خروج از مطالعه خارج شوند، در ابتدا تعداد نمونه بیشتری انتخاب شد تا این که با حذف این افراد هم نمونه مورد نظر به دست آید. از آن‌جایی که در این پژوهش افراد دارای نگرش مبتنی بر سوء رفتار (نگرش منفی و خنثی) وارد مطالعه شدند، افراد دارای نگرش مثبت شرایط ورود به مطالعه را نداشتند، از مطالعه حذف شدند. سپس از مادران و هنجارهای آنها برای شرکت در کلاس‌های آموزشی در خصوص رفتار صحیح با کودک دعوت به عمل آمد. با هماهنگی اداره آموزش و پرورش از سالن اجتماعات دبستان همجوار خانه بهداشت و از کلاس آموزشی خانه بهداشت استفاده شد. همچنین بر اساس مدل قصد رفتاری به منظور تغییر نگرش فرد علاوه بر آموزش به خود شخص و تغییر نگرش‌ها در فرد به افراد ذی‌نفوذ و پیرامون شخص که او آنها را به عنوان الگو و هنجار می‌شناسد، نیز باید توجه کرد؛ چرا که این افراد به عنوان عوامل محرک ممکن است باعث انجام اقدام بهداشتی و یا بر عکس، باعث انجام رفتار غیر بهداشتی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]

www.mui.ac.ir

شوند. لذا باید آنها را در برنامه‌های آموزشی دخیل نمود. بدین منظور و جهت اجرای این مدل جلسات آموزشی مادران و هنجارها به صورت ۳ جلسه آموزش به مدت۶۰ دقیقه در طول یک هفته برگزار شد و مادران و هنجارها با یکدیگر در این کلاس‌های آموزشی شرکت کردند. روش آموزشی سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ متناسب با اهداف رفتاری و ارائه جزوه آموزشی به مادران بود.

یک ماه بعد از اتمام کلاس‌های آموزشی، پرسش‌نامه دوباره به مادران داده شد و پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSS_{10}$ داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. به طوری‌که در تجزیه و تحلیل خصوصیات دموگرافیک از آمار توصیفی و در رابطه با هدف پژوهش و به منظور مقایسه میانگین نمرات نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی از آزمون آماری t-paired استفاده شد. علت انتخاب فاصله یک ماه بعد، بدین جهت بود که در مطالعات متعدد جهت بررسی تأثیر آموزش از فاصله زمانی یک ماه استفاده شده بود؛ از جمله در مطالعه‌ای که با عنوان تأثیر آموزش بر دانش و نگرش والدین توسط Bethmann و همکاران در سال ۲۰۰۴ در شهر میسوری انجام گرفت که هدف از این مطالعه نیمه تجربی ارزیابی اثر بخشی برنامه آموزشی مهارت‌های والدی در زندگی به وسیله اندازه‌گیری تغییر در دانش و نگرش والدین بود. والدین در کلاس‌های آموزشی شرکت کردند و از پرسش‌نامه مذکور جهت بررسی تغییر نگرش والدین استفاده شد. به طوری‌که پرسش‌نامه در شروع کلاس‌ها و یک ماه بعد از اتمام کلاس‌ها توسط والدین تکمیل شد (۱۵).

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ارتباط با مشخصات دموگرافیک نشان داد که ۵۷/۸ درصد دارای فرزند پسر و ۴۲/۲ درصد دارای فرزند دختر بودند. همچنین اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۲/۲ درصد) دارای فرزند در گروه سنی۴-۳ سال بودند و میانگین سنی کودکان ۳/۲۸ سال بود. اکثریت مادران (۳۷/۸ درصد) دارای تحصیلات در سطح دیپلم بودند و کمترین سطح، تحصیلات دانشگاهی با ۴/۴ درصد بود. ۳۵/۶ درصد از واحدها دارای تحصیلات راهنمایی و ۲۲/۲ درصد دارای تحصیلات ابتدایی بودند و اکثریت واحدهای مورد پژوهش را زنان خانه‌دار (۸۸/۹ درصد) تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی هنجار انتزاعی در پژوهش حاضر، همسر ۳۷/۸ درصد و کمترین فراوانی، کارمندان بهداشتی ۲/۲درصد بود. در مورد سایر هنجارهای انتزاعی برادر ۹ درصد، دوستان ۴/۴ درصد، مادر ۱۷/۸ درصد، پدر ۶/۶ درصد، خواهر ۱۱/۱ درصد و مادر شوهر ۱۱/۱ درصد بود. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی نگرش بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته بود. به طوری‌که بعد از مداخله، میانگین نمره $\bar{x}$ = ۷۶/۸۴ و انحراف معیار SD = ± ۱۴/۵۸ بود که در مقایسه با میانگین قبل از مداخله، $\bar{x}$ = ۶۹/۰۶ و انحراف معیار SD = ±۱۶/۰۴، افزایش یافته بود و این افزایش از لحاظ آماری با P < ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری را نشان می‌داد و لذا فرضیه پژوهش تأیید شد.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره کلی نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی در واحدهای مورد پژوهش

متغیر شاخص	میانگین نمره	انحراف معیار	p	t
میانگین نمره کلی نگرش قبل از مداخله	۶۹/۰۶	± ۱۶/۰۴	< ۰/۰۰۱	۴/۹۴
میانگین نمره کلی نگرش بعد از مداخله	۷۶/۸۴	± ۱۴/۵۸		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان داد که نمره کلی نگرش بعد از مداخله آموزشی در مقایسه با نمره کلی قبل از مداخله افزایش یافته بود. در مطالعه Palusci (۲۰۰۷) نیز که میانگین نمرات نگرش والدین قبل از آموزش با پرسش‌نامه نقش والدی افراد جوان- بزرگسال مورد بررسی قرار داد، نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵) (۱۶). در همین راستا مطالعه Cowen و همکاران (۲۰۰۱) که با هدف بررسی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]

www.mui.ac.ir

پیشرفت نگرش والدی پس از دریافت برنامه‌های آموزشی انجام شد، نشان داد که تفاوت نمرات قبل و بعد از آموزش معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱) (۱۷) که نتایج آن دو مطالعه مشابه یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین الین مارشال (۱۹۹۶) در مطالعه خود که با هدف تغییر در نگرش والدی دانش‌آموزان سطح متوسطه به دنبال برگزاری کلاس‌های آموزش بهداشت در مورد موضوع والدی و پیش‌گیری از سوء رفتار با کودک انجام داد، افراد را به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم کرد. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که در گروه کنترل، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون در حیطه‌های مختلف نگرش شامل انتظارات نابه‌جا از کودک ۳/۸۸± ۱۴/۷، تنبیه بدنی ۴/۰۱± ۱۵، فقدان همدلی با نیازهای کودک ۵/۲۲± ۱۶/۷ و جابه‌جایی نقش والد و کودک ۴/۵۷± ۱۵/۷ بود. در گروه مداخله، میانگین و انحراف معیار نمرات در حیطه انتظارات نابه‌جا از کودک، ۴/۵۳± ۱۵/۶، جابه‌جایی نقش والد و کودک ۵/۰۳± ۱۶/۱، تنبیه بدنی ۴/۲۱± ۱۴/۹ و فقدان همدلی با نیازهای کودک ۵/۱۵± ۱۶/۳ بود. کمترین میانگین نمرات در گروه کنترل، مربوط به انتظارات نابه‌جا از کودک و در گروه مداخله، مربوط به تنبیه بدنی و بیشترین آن مربوط به فقدان همدلی با نیازهای کودک بود (۱۴).

از آن‌جایی که در این مطالعه نگرش مادران نسبت به رفتار با کودک بعد از مداخله آموزشی ارتقا یافته است، این مسأله می‌تواند تأثیر اقدامات آموزشی را تا حدودی مشخص نماید. به نظر پژوهشگر و یافته‌های حاصل از سایر مطالعات بی‌تردید دستیابی به سلامت و داشتن یک زندگی موفق و تربیت کودکانی سالم، نیازمند دانش و آگاهی والدین بوده و از سوی دیگر آموزش یک حق اساسی انسانی والدین است که بدانند چگونه با کودکان خود رفتار کنند وآنها را به شیوه اصولی و صحیح تربیت نمایند. مهم‌تر از همه این‌که توجه و اهمیت دادن به کودکان، سرمایه‌گذاری برای آینده مملکت است و این امر واضح است که ظهور و ایجاد جمعیت با استعداد، مبتکر و مولد از میان کودکان ناسالم امری بعید و غیر ممکن خواهد بود. همچنین توجه به بهداشت و سلامت کودک می‌تواند موجب سلامتی و رشد طبیعی در سنین بلوغ و پس از آن شده، به نوبه خود رشد و توسعه یک نسل را فراهم نماید؛ لذا آموزش تأثیر به‌سزایی در تغییر نگرش والدین و به دنبال آن، تغییر رفتارهای غیر بهداشتی به رفتارهای بهداشتی خواهد داشت.

پژوهشگر با انجام این تحقیق لزوم انجام پژوهش‌های جدید در این رابطه را با عناوین زیر پیشنهاد می‌کند: بررسی تأثیر مدل پرسید بر نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک، بررسی تأثیر مدل بزنف بر نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک، بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل‌های آموزشی در مقایسه با آموزش بر اساس روش‌های سنتی بر نگرش مادران نسبت به سوء رفتار با کودک.

سپاسگزاری

لازم است از کلیه همکاران شاغل در حوزه معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت بهداشتی شهر اصفهان و شبکه درمانی شهرستان فلاورجان به واسطه حمایت‌های بی‌دریغشان تشکر و قدردانی نماییم.

References

1. Tavakol Kh, Karimi M. Child abuse in family. 1st ed. Qum: Nice 2-sun; 2005.
2. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community, community oriented practice. 2nd ed. London: Mosby Elsevier; 2006.
3. Deveci SE, Acik Y, Ayar A. A survey of rate of victimization and attitudes towards physical violence among school- aged children in turkey. Child Care Health Dev 2008; 34(1): 25-31.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]
www.mui.ac.ir

4. Libby AM, Orton HD, Beals J, Buchwald D, Manson S M. Child hood abuse and later parenting outcomes in two American Indian tribes. Child Abuse Negl 2008; 32(2): 195-211.
5. Barkhordari M. Behzisti proceeds: 361 case of child abuse in Iran. Hamshahri Newspaper. 14 April 2006. Available from URL: http://socialworker.mihanblog.com/post/category/6
6. Kelly P, Farrant B. Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000-2002. J Paediatr Child health 2008; 44(3): 99-107
7. Shojaeezadeh D. Models of behavior study in health education. 1st ed. Tehran: Adminstration of health education; 2000.[In Persian].
8. Naseri M, Rafieefar Sh. Lesson comprehensive schedule of health education. 2nd ed. Tehran: Mehr Publication; 2006. [In Persian].
9. Colemont A, Broucke SVD, Measuring determinats of occupational heath related behavior in Flemish farmers: an approach of the theory of planned behavior. J Aafety Res 2008; 39(1): 55-64.
10. Fathean Z. Survay of effect education with behavioral intention model on decrease amount surgical delivery in pregnant women of khomainishahr township at 2005 year. [Thesis for MD] .Isfahan university of medical sciences; 2006.
11. Hatami H, Razavi M, Eftekharardebili H, Majlesi F, seiednozadi M, Parizadeh M. Public health text book. Tehran: Arjmand Publication; 2004.
12. Duggan A, Caldera D, Rodriguezk, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. Child Abuse Negl 2007; 31(8): 801-27.
13. Conners NA, Mansell LW, Deere D, ledet T, Edwards MC. Measuring the potential for child maltreatment the reliability and validity of the adult adolescent parenting inventory. Child abuse and neglect. 2006; 30: 39-53.
14. Tavakol Kh , Abedi H ,Saberi N, Mohamadhoseinzadeh S. Parent attitude of girl student about corresponding behavior child and parent. Nursing and midwifery research review 2005;27.
15. Mann MB, Pearl PT, Behle PD. Effects of parent education on knowledge and attitude. Adolescence 2004:39(154): 355-60.
16. Palusci VJ, Crum P, Bliss R, Bavolek SJ. Changes in parenting attitudes and knowledge among inmates and other at risk populations after a family nurturing program. Children and youth services review 2008; 30(1): 79-89.
17. Cowen PS. Effectiveness of a parent education intervention for at risk families. J Soc Pediatr Nurs 2001; 6(2): 73-81.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1387.6.1.6.2]

www.mui.ac.ir