

Winter 2022, Volume 8, Issue 2

Maternal Self-efficacy of Children Aged One to Five Years in the Field of Diarrhea

Narges Haji shabanha¹, Mahboobeh Rasouli², Leili Borimnejad^{3*}

1- MSN, Pediatric Nursing Department, Iran University of Medical Sciences, Iran.

2- Associated Professor Associate Professor of Biostatistics Department of Biostatistics, School of Health Iran University of Medical Sciences, Iran.

3- Professor Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Iran.

Correspondent author: Leili Borimnejad, Professor Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Iran.

Email: Borimnejad.L@IUMS.AC.IR

Received: 30 Jan 2021

Accepted: 10 Oct 2021

Abstract

Introduction: Despite advances in health care in developed and developing countries, including Iran, there are still high rates of children suffering from diarrhea and serious complications. In this regard, mothers' self-efficacy in preventing, controlling and treating diarrhea is very important. The aim of this study was to determine the self-efficacy of mothers of children aged one to five years in the field of diarrhea prevention in kindergartens in Qazvin in 1399.

Method: In this cross-sectional descriptive study, 400 mothers with children aged 1-5 years in kindergartens in Qazvin were selected who met the inclusion criteria including minimum writing literacy, physical and mental health. sampling was done randomly- cluster and in two stages. A total of 20 kindergartens and then 20 mothers were selected from every home. To collect data the form of demographic and The Maternal Self-Efficacy Scale for Preventing Early Childhood.

Result: In this study, the average maternal self - efficacy score in the prevention of diarrhea in children was $(11/8) \pm 47/104$, which was below the bottom range. there was no significant correlation between the age of the mother, the level of education, the economic situation and the number of children and mothers and their self - efficacy score.

Conclusions: The low self-efficacy of mothers of children in this study indicates the need for planning to implement educational programs for mothers.

it is suggested that this study should be done in other cities of the country to be able to reduce the incidence of diarrhea in high - risk age groups by developing a detailed atlas of mothers self - efficacy in the field of diarrhea.

Keywords: Mother, Self-efficacy, Diarrhea, Children.

بررسی خودکارآمدی مادران کودکان یک تا پنج سال در زمینه پیشگیری از اسهال

نرگس حاجی شعبانها^۱، محبوبه رسولی^۲، لیلی بریم نژاد^{۳*}

۱- کارشناس ارشد پرستاری کودکان، گروه پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۲- دانشیار گروه آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۳- استاد مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نویسنده مسئول: لیلی بریم نژاد، استاد مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران.
ایمیل: Borimnejad.L@IUMS.AC.IR

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۱۸

چکیده

مقدمه: با وجود پیشرفت های بهداشتی و درمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران، هنوز آمار بالایی از ابتلای کودکان به اسهال و عوارض جدی ناشی از آنها گزارش می شود. در این زمینه خودکارآمدی مادران در پیشگیری، کنترل و درمان اسهال از اهمیت بسزایی برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی مادران کودکان یک تا پنج سال در زمینه پیشگیری از اسهال در مهدکودک های شهر قزوین سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی از بین مادران دارای کودکان ۱-۵ سال مهدکودک های شهر قزوین ۴۰۰ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، سلامت جسمی روانی به بیان خود بودند انتخاب شدند. نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای و در دو مرحله انجام شد. در مجموع ۲۰ مهد کودک و سپس از هر مهد کودک ۲۰ مادر انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از فرم جمعیت شناختی و پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال زودرس کودکی (The Maternal Self-Efficacy Scale for Preventing Early Childhood) گردید.

یافته ها: در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان (۱۱/۸) ± ۴/۱۰۴ بود که در محدوده پایین قرار داشت. ارتباط معناداری بین سن مادر، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان مادران و نمره خودکارآمدی آنان مشاهده نشد.

نتیجه گیری: خودکارآمدی پایین مادران کودکان در این مطالعه نشاندهنده لزوم برنامه ریزی جهت اجرای برنامه های آموزشی برای مادران است. پیشنهاد می شود این مطالعه در سایر شهرهای کشور نیز انجام شود تا بتوان با تدوین اطلس دقیقی از وضعیت خودکارآمدی مادران در زمینه اسهال با اجرای مداخلات آموزشی مناسب، بروز اسهال در گروه های سنی پرخطر را کاهش داد.

کلیدواژه ها: مادر، خودکارآمدی، اسهال، کودکان.

مقدمه

می باشد که تقریباً ۸ درصد کل مرگ و میرهای کودکان زیر ۵ سال را در سال ۲۰۱۷ شامل می شد (۳). همچنین، بر اساس آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰) که اطلاعات مربوط به سال ۲۰۱۷ را منتشر کرد، بیماری اسهال دومین علت مرگ و میر کودکان و شایع ترین علت سو تغذیه در کودکان زیر ۵ سال است. به طوری که

بیماری اسهال از مهمترین عوامل تهدید کننده سلامت در کشورهای در حال توسعه (۱) و از جمله ایران (۲) است. بر اساس آخرین گزارش صندوق کودکان سازمان ملل متحد یونیسف (United Nations Children's Fund (UNICEF)) در سال ۲۰۲۰، بیماری اسهال از شایع ترین علل مرگ کودکان

نمی شوند بلکه کنترل عملکرد آنان به طور خودکار صورت می گیرد و در چهارچوب مدل سه جانبه محیط، شخص و رفتار تبیین می شود. (۱۶) درحقیقت، باندورا خودکارآمدی را باور فرد به توانایی خویش در رسیدن به هدف خاص تعریف نموده است. در واقع فرضیه زیربنای خودکارآمدی بر این اساس است که هرچه فرد احساس اعتماد به نفس بیشتری در خود نسبت به رسیدن به یک هدف داشته باشد، احتمال دستیابی به آن هدف بیشتر می گردد (۱۷). به بیان دیگر خودکارآمدی اطمینان خاطر است که شخص در ازای انجام فعالیت های خاص احساس می کند. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۸، ۱۹).

از آنجایی که مادر اولین کسی است که مراقبت از کودک را انجام می دهد؛ بنابراین به منظور دستیابی به اهداف مراقبتی، لازم است که مادران، اطلاعات بیشتری کسب نمایند (۲۰). خودکارآمدی مادر با قابلیت ها و توانایی های مادران، رابطه مستقیم و مثبت دارد (۲۱، ۲۲) و با کنترل استرس، بهبود عزت نفس، بهزیستی، وضعیت جسمانی، سازگاری بیمار در بیماری های حاد و مزمن مرتبط می باشد (۲۳). در حقیقت، خودکارآمدی، عامل تعیین کننده اصلی عملکرد شایسته مادری است و ارتباط نزدیکی با تکامل کودک دارد (۲۴). Joventino و همکاران (۲۰۱۳)، Sabino و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود، تاثیر خودکارآمدی مادران را در پیشگیری از اسهال نشان دادند (۲۵، ۲۶). Pereira و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود به ارزشیابی نقش مراقبت مادر در پیشگیری از اسهال پرداختند و به تاثیر معنی دار خودکارآمدی مادر بر پیشگیری از اسهال دست یافتند (۲۷) Oliveira و Lima (۲۰۲۰) در بررسی عوامل موثر بر بروز مشکلات گوارشی در کودکان بر این موضوع تاکید کرده اند. (۲۸) با وجود اینکه اهمیت نقش خودکارآمدی مادران در زمینه پیشگیری از اسهال در مطالعات گذشته تاکید شده است (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸) اما تاکنون مطالعه ای که سطح خودکارآمدی مادران را در ایران بررسی کند انجام نشده است، بنابراین با توجه به اهمیت نقش مادر و خودکارآمدی او در سلامت کودک این مطالعه با هدف تعیین خودکارآمدی مادران کودکان یک تا پنج سال در زمینه پیشگیری از اسهال در مهدکودک های شهرستان قزوین سال ۱۳۹۹ انجام شد.

اسهال سبب حدود ۵۲۵۰۰۰ مرگ در کودکان زیر پنج سال در هر سال میگردد. این در حالیست که سالیانه ۱/۷ میلیارد مورد ابتلا به اسهال در کودکان در سرتاسر جهان گزارش می شود (۴). در کشورهای آفریقایی و جنوب آسیا بالاترین میزان مرگ و میر در کودکان ناشی از اسهال است که تا ۸۲٪ نیز گزارش شده است (۵). در ایران نیز اسهال دومین عامل مرگ و میر کودکان به شمار می رود (۶).

اسهال از دلایل مهم تأخیر رشد جسمی کودکان، سوءتغذیه و مستعد شدن در برابر سایر بیماریها و کودکان در چند سال اول زندگی در مقابل گاستروانتریت آسیب پذیرترند (۷). این کودکان به علت از دست دادن سریع آب بدن و عدم مصرف کافی مایعات و استفراغ جان خود را از دست می دهند (۸). همچنین ممکن است، کودک با بیماری سازگاری پیدا کند و برای مدت طولانی بدون درمان در آن وضعیت باقی بماند که می تواند منجر به عوارض خطرناکی برای کودک شود (۹).

علی رغم شیوع بالای اسهال در کودکان، این بیماری قابل پیشگیری و درمان است و بسیاری از کودکان با کنترل صحیح بیماری، نجات پیدا می کنند (۴). تلاش های مضاعف برای بهبود کیفیت مراقبت در کودکان مبتلا به اسهال در مراکز بهداشتی و در سطح جامعه، ضروری است (۱۰). دستورالعمل مدیریت بیماریهای اسهالی در دوران کودکی وجود دارد در عین حال، اقداماتی جهت پیروی از آن لازم است (۱۱). از سوی دیگر، به نظر می رسد آموزش هایی که در حال حاضر جهت پیشگیری از اسهال در سطح جوامع ارائه میگردد، جامع نبوده و همه اطلاعات لازم جهت پیشگیری از این بیماری را پوشش نمی دهد (۱۲).

تمرکز جهانی در جهت خودکارآمد ساختن مادران و مشارکت آنها در مراقبت با تأکید بر ارتقاء سلامتی، پیشگیری و آموزش بهداشت، عامل موثری در مدیریت اسهال کودکان بوده است (۱۳). خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی های خود در کنترل افکار، احساسات، فعالیت ها و نیز عملکرد موثر او در موقعیت های استرس زا می باشد (۱۴).

خودکارآمدی یکی از جنبه های نظریه شناختی اجتماعی باندورا (Bandura) است، که رفتار فرد را هدفمند و پیش بینی پذیر تلقی نموده به طوری که انسان از طریق تجربه مستقیم یا غیر مستقیم، عملکرد را فرا می گیرد (۱۵). در این دیدگاه افراد، به وسیله نیروهای درونی یا بیرونی برانگیخته

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در مهدکودک های شهر قزوین انجام شد. جامعه پژوهش شامل مادران دارای کودک ۵ - ۱ سال که به مهدکودک های شهر قزوین مراجعه کردند بود. نمونه پژوهش از بین کسانی که دارای معیارهای با حداقل سواد خواندن و نوشتن و دارای سلامت جسمی روانی به بیان خود بودند بر اساس نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند.

بعد از تصویب پروپوزال و اخذ کد کمیته اخلاق IR.IUMS. REC.1398.966 و مجوز ورود به محیط از اداره بهداشتی استان قزوین و مراجعه به مهدکودک های منتخب پژوهشگر ضمن معرفی خود، بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه کتبی از مادران و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه خودکارآمدی را در اختیار آنان قرار داد. توزیع پرسشنامه ها از تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱ آغاز و ۲۲۸ پرسشنامه تا تاریخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ جمع آوری شد. به علت شیوع بیماری کرونا و تعطیلی مهدکودک ها جمع آوری پرسشنامه ها به مدت یک ماه متوقف شد. طی هماهنگی های سازمان بهداشتی با مدیران مهدکودک ها اجازه جمع آوری مابقی پرسشنامه هایی که در ابتدا توزیع و تکمیل شده بودند و به علت تعطیلی مهدکودک ها اجازه جمع آوری آنها داده نشده بود، اخذ گردید، ۱۷۲ پرسشنامه به صورت حضوری از مهدکودک ها جمع آوری شد. جمع آوری پرسشنامه ها در تاریخ ۱۳۹۹/۴/۱ به اتمام رسید.

نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای و در دو مرحله انجام شد به طوری که ابتدا ۵ مهدکودک به صورت تصادفی از هر یک از مناطق جغرافیایی چهارگانه شهر قزوین (شمال - جنوب - شرق - غرب) انتخاب شد. در مجموع ۲۰ مهدکودک انتخاب و سپس از هر مهدکودک ۲۰ مادران دارای کودک ۵-۱ ساله به صورت دسترس انتخاب شد. حجم نمونه مورد نیاز از فرمول زیر بدست آمد:

$$n = \frac{\sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(d)^2}$$

که در آن n حجم نمونه مورد نیاز، σ انحراف معیار خودکارآمدی و d دقت مورد نظر است (کوچکترین اختلاف بین میانگین نمونه و جامعه که معنی دار تلقی می شود). پارامتر d/σ را اندازه اثر (effect size) است. $Z_{(u/2)}$ به مقدار

متناظر با خطای نوع اول α درصد، و توان آزمون β درصد می باشد.

با قبول خطای نوع اول ۵ درصد ($Z_{(0.05/2)}=1.96$)، توان ۸۰ درصد و اندازه اثر برابر ۲۰ درصد حجم نمونه برابر ۱۹۶ برآورد می شود.

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2}{(0.2)^2} = 196$$

با توجه به نوع نمونه گیری که از نوع خوشه ای بود، جهت تصحیح حجم نمونه ضریب طرح را برابر ۲ در نظر گرفته شد و حجم نمونه ی محاسبه شده را در آن ضرب کردیم که برابر ۳۹۲ شد. یعنی جهت این مطالعه به ۴۰۰ تقریباً نمونه نیاز بود.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سولاتی بود که توسط پژوهشگر طراحی شد و در برگزیده ویژگی های فردی، خانوادگی و اجتماعی کودک و خانواده بود.

پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال زودرس کودکی توسط جوونتینو و همکاران (۲۰۱۳) طراحی شده است و شامل ۲۴ سوال در سه بعد بهداشت خانواده (۱۵ سوال)، تغذیه و عملکردهای عمومی (۹ سوال) است. پاسخ ها در مقیاس لیکرت از یک (به شدت مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) سنجیده می شوند. امکان انتخاب یک گزینه در هر گویه وجود دارد. مجموع نمرات از ۲۴ تا ۱۲۰ امتیاز دارد که ۲۴ معادل کمترین و ۱۲۰ به معنای بیشترین میزان خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال حاد کودکی می باشد. نمرات ۱۰۹ و کمتر به عنوان نمره خودکارآمدی کم، نمره ۱۱۰ تا ۱۱۴ متوسط و ۱۱۵ و بیشتر خوب در نظر گرفته شده است (۲۵).

جوونتینو و همکاران (۲۰۱۳)، پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آوردند. همچنین، ضریب همبستگی ابزار با استفاده از روش آزمون و پس آزمون ($r=0.45, P=0.026$) تعیین شد (۲۵). در مطالعه سایینو (Sabino) جهت تایید روایی و پایایی ابزار، شاخص اعتبار محتوا و آلفا کرونباخ به ترتیب با مقدار ۰/۹۲ و ۱ مورد تایید قرار گرفته است که نشان دهنده تاثیر افزایش خودکارآمدی مادران در جلوگیری از اسهال در کودکان می باشد (۲۶). در مطالعه حاضر، پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال حاد کودکی برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت. بعد از مکاتبه با طراح پرسشنامه و کسب مجوز

نگرس حاجی شعبانها و همکاران

آنها دارای فرزند ۴ و ۵ ساله بودند (۳۲۳ نفر (۸۳٫۲ درصد) جنسیت فرزند اکثر آنها (۲/۵۸٪) پسر بود. اکثر دارای یک فرزند بودند (۱۹۳ نفر (۴۸٫۲٪). فقط ۱/۵ درصد (۶ نفر) دارای بیماری زمینه ای بودند. سطح تحصیلات اکثر مادران ۱۸۷ نفر (۴۶/۸٪) دیپلم و فوق دیپلم بود، ۴۱ نفر آنها (۱۰/۴٪) در گروه علوم پزشکی تحصیل کرده بودند، ۵۶ درصد آنها اطلاعاتش را از فضای مجازی کسب کرده اند (۳۲۴ نفر). اکثر مادران ۱۶۸ نفر (۴۲٪) خانه دار بودند، تنها ۵/۲ درصد ۲۱ نفر آنها درآمد بالای ۵ میلیون تومان در ماه داشتند.

همانطور که در (جدول ۱) نشان می دهد اکثر مادران نمره خودکارآمدی پایینی در پیشگیری از اسهال داشتند. میانگین نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان $10.4/47 \pm 8/11$ بود. لازم به ذکر است که آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که نمره خودکارآمدی مادران توزیعی نرمال دارد و از این رو اطلاعات مربوط به نمره خودکارآمدی به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش گردیده است. همچنین نمره ابعاد پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال شامل دو بعد بهداشت خانواده و تغذیه و عملکردهای عمومی به ترتیب میانگین ۶۶ و ۳۸/۹۳ بود.

در جدول ۲ تا ۵ آزمون های آماری بین متغیرهای جمعیت شناختی و نمره خودکارآمدی مادر ارتباط معنی داری را نشان نداد.

برای استفاده از ابزار، گویه ها با همکاری فرد حرفه ای و آشنا به دو زبان فارسی و انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و سپس توسط فرد دیگری، باز ترجمه و به زبان اصلی برگردانده شد و مورد تایید طراح اصلی پرسشنامه قرار گرفت. سپس به منظور اطمینان از روایی، نظرات اساتید گروه پرستاری، آموزش بهداشت و متخصص عفونی در خصوص گویه ها اعمال شد. جهت تایید پایایی، با استفاده از روش آزمون مجدد، پرسشنامه در فاصله زمانی دو هفته توسط تعدادی از مادران، تکمیل و ضریب همبستگی مربوطه محاسبه شد و ضریب همبستگی = 0.92 بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار 0.84 محاسبه شد. برای بررسی اعتبار محتوایی پرسشنامه میزان پوشش دادن سوالات با حیطه مورد بررسی، توسط اساتید مورد ارزیابی قرار گرفت و تغییرات لازم در محتوای پرسشنامه اعمال شد.

داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد. توصیف داده ها با استفاده از شاخص های مرکزی، پراکندگی و محاسبه فراوانی و درصد انجام شد. جهت دستیابی به اهداف تحلیلی از آزمون های کای اسکویر، آنالیز کوواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که سطح معنی داری ($\alpha = 0.05$) منظور شد.

یافته ها

میانگین و (انحراف معیار) سن مادران $32.84 \pm (3/757)$ سال بود. از بین ۴۰۰ مادر مشارکت کننده در پژوهش اکثریت

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهر قزوین

نمره خودکارآمدی	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
کم	۲۸۳	۷۰/۸				
متوسط	۶۸	۱۷	۱۰٫۴/۴۷	۸/۱۱	۷۶	۱۱۷
خوب	۴۹	۱۲/۲				
کل	۴۰۰	۱۰۰				

جدول ۲: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهر قزوین بر حسب سن مادر

نمره خودکارآمدی	سن مادران فراوانی (%)				P value	شخصه های آماری (کای اسکویر)
	۲۰-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۵	۳۶-۴۰		
کم	۲۴ (۷۷/۴)	۴۲ (۷۳/۷)	۱۴۲ (۶۷/۹)	۷۵ (۷۲/۸)		
متوسط	۴ (۱۲/۹)	۱۰ (۱۷/۵)	۳۵ (۱۶/۷)	۱۹ (۱۸/۵)	۰/۷۵۷	۰/۰۹۶
خوب	۳ (۹/۷)	۵ (۸/۸)	۳۲ (۱۵/۴)	۹ (۸/۷)		

جدول ۳: ارتباط نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال و سطح تحصیلات، سن مادران، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی در کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهر قزوین

شاخص های آماری (آنالیز واریانس)		میانگین \pm (انحراف معیار)		خودکارآمدی	
P value	آماره				
۰/۰۶۵	۲/۷۴۹		سیکل	$(۷/۸۲) \pm ۱۰۴/۷۰$	
			دیپلم	$(۸/۲) \pm ۱۰۳/۵۶$	سطح تحصیلات
			لیسانس و بالاتر	$(۸/۵۶) \pm ۱۰۵/۸۴$	
۰/۶۶۲	۰/۴۱۳		کم	$(۳/۸۷) \pm ۳۲/۷۵$	سن مادر
			متوسط	$(۳/۶۵) \pm ۳۳/۲۹$	
			خوب	$(۳/۳) \pm ۳۲/۶۵$	
۰/۸۲۷	۰/۱۹۰		۱	$(۷/۷۲) \pm ۱۰۴/۳۴$	تعداد فرزندان
			۲	$(۸/۱) \pm ۱۰۴/۴۵$	
			۳	$(۹/۷۷) \pm ۱۰۵/۲۵$	
۰/۱۸۹	۱/۶۷		زیر ۲ میلیون	$(۷/۸۱) \pm ۱۰۴/۸۱$	وضعیت اقتصادی
			۲-۵ میلیون	$(۸/۴۱) \pm ۱۰۴/۱۱$	
			۵-۱۰ میلیون	$(۱۰/۲) \pm ۱۰۱/۰۷$	

جدول ۴: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهر قزوین بر حسب تعداد فرزندان

نمره خودکارآمدی	تعداد فرزندان فراوانی (%)			شاخصهای آماری (کای اسکوئر)	P value	آماره
	۱	۲	۳			
پایین	۱۳۹ (۷۲)	۱۲۲ (۷۱/۳)	۲۲ (۶/۱۱)	۰/۲۱۸	۱/۵۲	
متوسط	۳۱ (۱۶/۱)	۳۲ (۱۸/۷)	۵ (۱۳/۹)			
خوب	۲۳ (۱۱/۹)	۱۷ (۹/۹)	۹ (۲۵)			

جدول ۵: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهر قزوین بر حسب وضعیت اقتصادی

نمره خودکارآمدی	وضعیت اقتصادی فراوانی (%)			شاخصهای آماری (کای اسکوئر)	P value	آماره
	زیر ۲ میلیون	۲-۵ میلیون	۵-۱۰ میلیون			
پایین	۱۹۰ (۷۰/۴)	۷۸ (۲۸/۶)	۱۱ (۴/۳)	۰/۵۸۵	۰/۲۹۸	
متوسط	۴۶ (۱۷)	۱۹ (۷/۴)	۳ (۱/۰)			
زیاد	۳۴ (۱۲/۶)	۱۲ (۴/۴)	۱ (۰/۳)			

بحث

جهان نشان می دهد سطح خودکارآمدی این مادران نسبت به مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه مشابه می باشد.

آدلک (Adeleke) و همکاران (۲۰۱۹) در آفریقای جنوبی در مطالعه مقطعی مشاهده ای خود، دانش و نگرش مادر و راهکارهای پیشگیری و مدیریت اسهال کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و بررسی نمودند. مطالعه آنها نشان داد که دانش، نگرش و عملکرد مادران در پیشگیری از

این مطالعه برای اولین بار در ایران به تعیین سطح خودکارآمدی مادران کودکان یک تا ۵ سال در زمینه پیشگیری از اسهال پرداخت و نتایج نشان دهنده سطح پایین خودکارآمدی این مادران بود. بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال، اکثر مادران نمره خودکارآمدی کم در پیشگیری از اسهال داشتند. مقایسه نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات مرتبط در سایر نقاط

نشد. بنابراین مطالعات بالا نشان می دهد که خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در حد قابل قبولی نیست و باید در این زمینه برنامه ریزی مشخصی جهت پیشگیری از عوارض مربوط به کودکان و کاهش هزینه های مربوط به آن صورت گیرد. از روش های مختلفی جهت آموزش مادران در زمینه پیشگیری از اسهال مثل آموزش از طریق ویدئو و ویزیت های در منزل استفاده نمود. در این بین باید توجه شود که برنامه های آموزشی در نظر گرفته شده باید خاص پیشگیری از اسهال در کودکان باشد و تنها کفایت به آموزش رعایت رفتارهای بهداشتی به تنهایی کافی نمی باشد. آموزش هایی که در زمینه ارتقای خودکارآمدی مادران باشد. خودکارآمدی مادران نقش مهمی در پیشگیری از بروز اسهال در کودکان دارد به طوری که مشاهده شده است کودکان دارای مادران خودکارآمد تا دو برابر کمتر دچار اسهال می شوند (۲۵). علاوه بر این، تالبرت Talbert و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه هم گروهی گذشته نگر (کوهورت) خود نشان دادند که با وجود تمام عوامل زمینه ای تهدید کننده کودکان، مادرانی که از خودکارآمدی و اعتماد به نفس بالاتری داشتند، در پیشگیری و درمان کودک مبتلا به اسهال از موفقیت بیشتری برخوردار هستند (۳۱). در همین راستا، در مطالعه عرب و همکاران رفتارهای بهداشتی مادران دارای کودک زیر یک سال مبتلا به اسهال و سایر کودکان بستری در بخش اطفال بررسی شد. نتایج حاکی از این بود که اگر چه رفتارهای بهداشتی در مادران دارای کودکان مبتلا به اسهال بهتر از مادران دارای کودکان غیر اسهالی بود با این حال تفاوت معناداری بین نمره رفتار بهداشتی آنها مشاهده نشد. به عبارتی رعایت رفتار بهداشتی از سوی مادران نشان از توانایی آنان در پیشگیری از بروز اسهال در کودکانشان نیست که این امر می تواند به دلیل لزوم و اهمیت آموزش اختصاصی در زمینه پیشگیری از اسهال کودکان برای مادران است. لذا برنامه های آموزشی مدونی باید به طور جداگانه به منظور ارائه راهکارهایی در جهت پیشگیری از بروز اسهال در کودکان برای مادران تدوین گردد و این امر جدا از برنامه های آموزشی مربوط به رفتارهای معمول بهداشتی است (۳۲).

توجه به دو نکته در توصیف مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه حائز اهمیت است نکته اول سطح درآمدی این افراد است که اکثریت آنها در سطح درآمدی پایین قرار داشتند و نکته دوم استفاده حداکثری از فضای مجازی برای دریافت اطلاعات بود. در مطالعه آدلک و

اسهال در مادران کم می باشد و مادران توانایی مقابله با بروز اسهال در کودکان خود را نداشتند (۲۹). که سطح دانش و عملکرد و همچنین خودکارآمدی در کنترل اسهال کودکان در سطح کمی بود. مطالعه دیگری توسط آندراد و همکاران (۲۰۱۵) در برزیل و با هدف تعیین ارتباط بین خصوصیات اجتماعی- دموگرافیک و خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال دوران کودکی انجام شد. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال کودکان بود که مشابه با مطالعه حاضر است. نتایج مطالعه نشان داد که نمره خودکارآمدی مادران در سطح کم است. یافته های این مطالعه نیز مشابه مطالعه حاضر است و نمره خودکارآمدی بدست آمده در این مطالعه نیز از نظر عددی نزدیک به نمره خودکارآمدی در مطالعه حاضر است (۱۰۱ در مقابل ۱۰۴) (۲۲). لذا در مطالعه آندراد و همکاران یافته های بدست آمده در مطالعه ما را حمایت می کند. لویز Lopez و همکاران (۲۰۱۳) در برزیل در یک مطالعه توصیفی خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال کودکان را بررسی کردند. این مطالعه از نظر پرسشنامه به کار رفته یکسان با مطالعه حاضر بود. در مطالعه آنها ۵۱/۳ درصد کودکان مورد بررسی سابقه اسهال داشتند. همچنین ۸۹٪ مادران دارای خودکارآمدی کمی در پیشگیری از اسهال داشتند. همچنین ۷/۹٪ خودکارآمدی متوسط و ۳/۱٪ خودکارآمدی بالا داشتند. یافته های این مطالعه مشابه با مطالعه حاضر هست به طوری که اکثر مادران نمره خودکارآمدی کمی داشتند. در مطالعه دیگری که توسط جونتینو Joventino و همکاران (۲۰۱۷) در برزیل انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال کودکان در سطح کم است. از نظر عددی نیز مطالعه جونتینو و همکاران (۲۰۱۷) نمره خودکارآمدی نزدیک به مطالعه حاضر است (۱۰۱ در مقابل ۱۰۴). همچنین دو بعد بهداشت خانواده و تغذیه و عملکرد عمومی در مطالعه جونتینو و همکاران (۲۰۱۷) به ترتیب ۶۵ و ۳۶ بودند که مشابه با اعداد بدست آمده در مطالعه حاضر برای بعد بهداشت خانواده ۶۶ و بعد تغذیه و عملکرد عمومی ۳۸ است (۳۰). بنابراین، سطح خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال در مطالعه حاضر مشابه کشورهای آفریقایی جنوبی و برزیل است. علت این تشابه سطح خودکارآمدی مادران در این سه کشور می تواند به دلیل تشابه وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در این کشورها باشد. مطالعه ای که خودکارآمدی اکثر مادران در پیشگیری از اسهال را بالا و یا متوسط گزارش کند یافت

همکاران در آفریقای جنوبی، کایر و همکاران در غنا، آندراد و همکاران و لویز و همکاران در برزیل نیز سطح درآمد اکثر شرکت کنندگان پایین داشتند. نتایج این مطالعات مشابه مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر، میزان خودکارآمدی مادران کودکان یک تا پنج سال در زمینه پیشگیری از اسهال بر حسب سن مادر، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی بررسی شد. اکثر مادران در تمام گروه های سنی، نمره خودکارآمدی در سطح کم داشتند و ارتباط معناداری بین سن مادران و نمره خودکارآمدی وجود نداشت. همچنین اکثر مادران در تمام سطح تحصیلات، نمره خودکارآمدی در سطح کم داشتند. نمره خودکارآمدی مادران با سطح تحصیلات آنها ارتباط معناداری نداشت. علاوه بر این، ارتباط معناداری بین نمره خودکارآمدی و وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان مشاهده نشد. به عبارتی سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، و تعداد فرزندان مادران تاثیری در نمره خودکارآمدی آنان ندارد.

در همین رابطه، آدلک و همکاران نشان داد که از عوامل تاثیر گذار در دانش و نگرش و عملکرد مادران در پیشگیری از اسهال سن آنهاست (Adeleke & Mhlaba, 2019). در مطالعه آندراد و همکاران نیز سن مادر ارتباط معناداری با نمره خودکارآمدی بالاتر داشت (22). جوونتینو و همکاران نیز نشان دادند که سن مادر یک فاکتور موثر و معنادار برای بهبود خودکارآمدی است (25). علت بهبود نمره خودکارآمدی مادران در مطالعات بالا، بر اساس مدل پرستاری بندورا قابل توضیح است که با افزایش سن، تجربه مادران در مراقبت از کودکان افزایش می یابد لذا مادران بهتر می توانند در پیشگیری از اسهال کودکان عمل نمایند (33). علت عدم معناداری رابطه سن و نمره خودکارآمدی در مطالعه حاضر می تواند به دلیل محدوده کم سن مادران باشد. در مطالعه حاضر متوسط سن 32 سال بود در حالی که در مطالعه آدلک و همکاران رنج سن مادران کم تر از 19 و بیشتر از 40 سال بود. در مطالعه جوونتینو و همکاران نیز تعداد قابل توجهی از مادران (46 مادر) سن بیشتر از 40 سال داشتند. در مطالعه آندراد و همکاران نیز رنج سنی بین 15 الی 58 سال بود که از مطالعه حاضر بیشتر بود. بنابراین سن بیشتر مادران در مطالعات دیگر که می تواند نقش مهمی در خودکارآمدی بهتر مادران داشته باشد یک عامل موثر در معنادار شدن ارتباط بین سن و نمره خودکارآمدی است. در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات

مادران و نمره خودکارآمدی مشاهده نشد. در حالیکه در مطالعه آندراد و همکاران و جوونتینو و همکاران، سطح تحصیلات به عنوان یک عامل موثر در بهبود خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال معرفی شده است. در مطالعه راضی و همکاران نیز سطح تحصیلات کم مادر یک عامل موثر در مرگ و میر کودکان معرفی شده است (34) در مطالعه ادلک و همکاران سطح تحصیلات بالاتر رابطه معکوسی با دانش پیشگیری از اسهال داشت و مادران با سطح تحصیلات کمتر دانش بیشتری در رابطه با کنترل اسهال داشتند. آدلک و همکاران، نتایج این مطالعات بر خلاف مطالعات حاضر است. در مطالعه جوونتینو و همکاران (2013)، سطح سواد همه نمونه های مطالعه کمتر از 13 سال تحصیل در مدرسه بود که سطح سواد کمی به حساب می آید. در مطالعه آندراد نیز اکثر نمونه های مطالعه تنها 7-5 سال سابقه تحصیل داشتند. در حالی که در مطالعه حاضر اکثر نمونه ها سطح سواد دیپلم و فوق دیپلم داشتند و 26/4٪ نیز سطح سواد لیسانس و بالاتر داشتند. با این حال سطح سواد بالاتر مادران در مطالعه حاضر منجر به بهبود نمره خودکارآمدی نشده است و سطح خودکارآمدی در سطح کم است. علت این امر می تواند متاثر بودن نمره خودکارآمدی به عوامل دیگر مثل شرکت در برنامه های آموزشی، سیستم بهداشت کشورها، فرهنگ، وضعیت اقتصادی و غیره باشد. به هر حال، سطح تحصیلات عامل مهمی در خودکارآمدی مادران است چون که سطح تحصیلات مستقیماً بر روی رفتار و فرهنگ فرد تاثیر می گذارد که هر دو این عوامل در پیشگیری از اسهال کودکان نقش مهمی دارند (35، 36).

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان و نمره خودکارآمدی مادران مشاهده نشد. در مطالعات لویز و همکاران و جوونتینو و همکاران تعداد فرزند بیشتر به عنوان یک عامل موثر در بهبود خودکارآمدی مادران معرفی شده است (25، 37). در دو مطالعه سیلاح و همکاران در گامبیا (38) و انصاری و همکاران در نپال (39) نیز تعداد فرزند بیشتر همراه با دانش و عملکرد بهتر مراقبت از کودکان در برابر اسهال بود. راضی و همکاران و عرب و همکاران نیز اشاره می کنند که با افزایش تعداد فرزند، مراجعه مادران به دلیل اسهال کودکان خود به مراکز درمانی کاهش می یابد (34، 32). با این حال، آندراد و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که خودکارآمدی مادران ارتباطی با تعداد فرزندان ندارد (22). در مطالعه آدلک و همکاران نیز در مناطق

که می تواند خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال را کاهش دهد. از محدودیت های این مطالعه شیوع بیماری کووید-۱۹ بود که منجر به تاخیر در اجرای جمع آوری اطلاعات گردید. همچنین، انجام اقدامات بهداشتی جهت پیشگیری از بروز بیماری کووید ۱۹ سبب کاهش مدت حضور مادران در مهدهای کودک می شد که امکان دسترسی کامل به مادران و تکمیل پرسشنامه ها در حضور محقق وجود نداشت. از محدودیت های دیگر این مطالعه نمونه گیری غیراحتمالی بود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که خودکارآمدی مادران کودکان یک تا پنج سال در مهدکودک های شهرستان قزوین در سطح کم است و لذا لزوم برنامه ریزی جهت اجرای برنامه های آموزشی برای مادران را نشان می دهد. با توجه به استفاده حداکثر مادران از فضای مجازی بررسی تاثیر آموزش های مبتنی بر فضای مجای بر خودکارآمدی این مادران پیشنهاد می شود.

از آنجایی که این مطالعه نشان داد خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال کم می باشد و از سوی دیگر، بیماری اسهال می تواند منجر به بروز عوارض جبران ناپذیر و افزایش هزینه های بهداشتی شود لذا اتخاذ برنامه های آموزشی از طریق روش های مختلفی مثل استفاده از فضای مجازی باید توسط مسئولان مربوطه جهت بهبود خودکارآمدی مادران صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه نویسنده اول، در رشته پرستاری کودکان دانشگاه علوم پزشکی ایران است بر خود لازم می دانیم علاوه بر تقدیر و تشکر از مسئولین دانشکده پرستاری ایران، از سازمان بهزیستی استان قزوین و مسئولین مهدهای کودک، از همه مادران مشارکت کننده در طرح که صمیمانه و صادقانه به سوالات ما پاسخ دادند مراتب سپاس خود را اعلام نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچگونه تعارض منافی با سازمان یا شرکت خاصی ندارند.

روستایی تعداد فرزند بیشتر یک عامل موثر در دانش و عملکرد بهتر در پیشگیری از اسهال کودکان بود در حالی که در مناطق شهری تعداد فرزندان تاثیر در پیشگیری از اسهال کودکان نداشت (۲۹). نتایج مطالعات بالا متناقض می باشد و در برخی مطالعات تعداد فرزند بیشتر به عنوان عامل موثر در پیشگیری از اسهال معرفی شده است و در برخی دیگر این فرضیه رد شده است. توجیه مطالعاتی که تعداد فرزند بیشتر را عامل موثر در پیشگیری از اسهال می دانند این است که تعداد فرزند بیشتر سبب افزایش تجربه های مادران می شود که این خود سبب عملکرد بهتر آنها در پیشگیری از اسهال کودکان می شود. اما باید به این نکته توجه داشت که عوامل دیگری در خودکارآمدی مادران موثر است که می تواند بر روی تجربه مادران تاثیرگذار باشد. از جمله این عوامل آب آشامیدنی، عدم تغذیه کودک با شیر مادر و بهداشت خانوار است (۲۲). علت دیگر عدم معناداری ارتباط بین تعداد فرزند و نمره خودکارآمدی در مطالعه حاضر این است که اکثر مادران در مطالعه حاضر تنها یک فرزند داشتند و همه آنها ۳ فرزند و کمتر داشتند که نشان دهنده تجربه کم مادران در بچه داری است.

در مطالعه حاضر وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری با نمره خودکارآمدی نداشت. در مطالعه آدلک و همکاران در آفریقای جنوبی و کایر و همکاران در غنا سطح درآمد کم به عنوان یک عامل موثر در مراقبت کودکان در برابر اسهال معرفی شده است (۲۹،۴۰). آندراد و همکاران نیز اشاره می کنند که سطح درآمد پایین در خودکارآمدی مادران در پیشگیری از اسهال موثر است (۲۲). سطح درآمد عامل است که بر نگرش افراد موثر است (۲۹) و این خود می تواند در سلامتی افراد تاثیرگذار باشد (۲۲). علت عدم معناداری وضعیت اقتصادی با خودکارآمدی می تواند به دلیل سطح درآمد متوسط در اکثر نمونه های مطالعه باشد که این امر می تواند به این دلیل باشد که اکثر مادران (۵۸٪) مطالعه حاضر در خارج از خانه یا کارمند بودند و یا مشغول به کار بودند. این امر همچنین می تواند علت نمره خودکارآمدی کم مادران باشد چرا که اشتغال سبب صرف وقت کمتر برای یادگیری مراقبت های لازم در برابر ابتلا و درمان اسهال شود. از سوی دیگر اگر چه وضعیت درآمد مادران در مطالعه حاضر متوسط بود اما عواملی مثل تجربه کم به دلیل تعداد فرزند کم و محدوده سنی کم عاملی است

References

1. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; 388(10053):1659-724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
2. Arashkia A, Bahrami F, Farsi M, Nejati B, Jalilvand S. Molecular analysis of human adenoviruses in hospitalized children <5 years old with acute gastroenteritis in Tehran, Iran. 2019 Jul 8. PubMed PMID: 31283018. <https://doi.org/10.1002/jmv.25539>
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Diarrhoea 2020. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>.
4. World Health Organization. World health statistics World Health Organization; 2020.
5. Melese B, Paulos W, Astawesegn FH, Gelgelu TB. Prevalence of diarrheal diseases and associated factors among under-five children in Dale District, Sidama zone, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2019;19(1):1235. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7579-2>
6. Kazemi S, Alikhani MY, Arabestani MR, Sedighi I, Rastyani S, FARHADI KH. Prevalence of *Aeromonas hydrophila* and *Yersinia enterocolitica* in children with acute diarrhea attending health centers in Hamadan. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*. 2016;22(4):338-45.
7. Shah D. 50 Years Ago in The Journal of Pediatrics: Epidemiology and Etiology of Severe Infantile Diarrhea. *The Journal of pediatrics*. 2018 Jan;192:151. PubMed PMID: 29246337. Epub 2017/12/17. eng. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.07.040>
8. Abbas J, Chandra Pandey D, Verma A, Kumar V. Management of acute diarrhea in children: is the treatment guidelines is really implemented. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2018;6(2):539-44. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20180294>
9. Camilleri M, Sellin JH, Barrett KE. Pathophysiology, evaluation, and management of chronic watery diarrhea. *Gastroenterology*. 2017;152(3):515-32. e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.014>
10. Carvajal-Vélez L, Amouzou A, Perin J, Maïga A, Tarekegn H, Akinyemi A, et al. Diarrhea management in children under five in sub-Saharan Africa: does the source of care matter? A Countdown analysis. *BMC Public Health*. 2016;16(1):830. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3475-1>
11. Kobayashi M, Mwandama D, Nsona H, Namuyinga RJ, Shah MP, Bauleni A, et al. Quality of case management for pneumonia and diarrhea among children seen at health facilities in southern Malawi. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2017;96(5):1107-16. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0945>
12. Ramezankhani A, Kermani NA, Hatami H, Bagheri N. The effect of mothers' comprehensive health education program on the prevention of diarrhea in children. *Pajoohandeh Journal*. 2014;19(3):137-41.
13. Taheri Z, Khorsandi M, Ghafari M, Amiri M. Empowerment-Based Interventions in Patients with Diabetes: A Review Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;15(5):453-68.
14. Graham JE, Stoeberner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K, et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007;5(1):39. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-39>
15. Mohebbi B, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Akbari Somar N, Doyore Agide F. The efficacy of social cognitive theory-based self-care intervention for rational antibiotic use: a randomized trial. *The European Journal of Public Health*. 2018;28(4):735-9. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky082>
16. Parvin L, John O. *Theory and Research: Aijiz*; 2015.
17. Ghasemi V, Simbar M, Banaei M, Saei Ghare Naz M, Jahani Z, Nazem H. The Effect of Interventions on Breastfeeding Self-efficacy by Using Bandura's Theory in Iranian Mothers: A Systematic Review. *International Journal of Pediatrics*. 2019;7(8):9939-54.
18. Eshghi Motlagh A, Babazadeh R, Akhlaghi F, Esmaily H. Effect of an educational intervention program based on bandura's self-efficacy theory on self-care, self-efficacy, and blood sugar levels in mothers with pre-diabetes during pregnancy. *Evidence Based Care*. 2019;9(2):53-64.
19. Kiaei M, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar Q, Ahmadzadeh MS, Bahmanziari N. Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *the journal of qazvin university of medical sciences*. 2016;20(2):65-58.
20. Sadoghi. *The Relationship between Child Growth Status and Nutritional Behavior of Mothers 3-6*

- Year Old Children Referring to Qazvin Health Centers: qazvi university of medical sciences/ qazvin/iran; 2017.
21. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(3-4):388-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
 22. De Oliveira Andrade LC, da Rocha Mendes ER, Vasconcelos IÁ, Joventino ES, de Almeida PC, Ximenes LB. Socio-demographic factors relating to mothers' self-efficacy in preventing childhood diarrhea: a longitudinal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2015;14(1):62-70. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20155100>
 23. McQuade CM. An investigation of the relationships among performance anxiety, perfectionism, optimism, and self-efficacy in student performers: Fordham University; 2009.
 24. Leahy-Warren P, McCarthy G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*. 2011;27(6):802-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
 25. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, Oria MO. The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. *Public Health Nursing*. 2013;30(2):150-8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01042.x>
 26. Sabino LMMd, Ferreira ÁMV, Mendes ERdR, Joventino ES, Gubert FdA, Penha JCd, et al. Validation of primer for promoting maternal self-efficacy in preventing childhood diarrhea. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71:1412-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0341>
 27. Pereira JR, Araújo Rodrigues NL de, Bouillet LÉM, Childhood diarrhea: evaluation of maternal care in prevention and treatment. pdfs.semanticscholar.org 2019
 28. Lima FLO, Oliveira GAL de. Fatores associados ao impacto de gastroenterites por *Campylobacter jejuni* Research, Society and Development, 2020 <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4326>
 29. Adeleke A, Mhlaba T. Maternal Knowledge, Attitudes and Practices towards Prevention and Management of Child Diarrhoea in Urban and Rural Maseru, Lesotho. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health*. 2019;1-20. <https://doi.org/10.9734/ijtdh/2019/v36i230140>
 30. Joventino ES, Ximenes LB, da Penha JC, Andrade LCdO, de Almeida PC. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. *International Journal of Nursing Practice*. 2017;23(3):e12524. <https://doi.org/10.1111/ijn.12524>
 31. Talbert A, Ngari M, Bauni E, Mwangome M, Mturi N, Otiende M, et al. Mortality after inpatient treatment for diarrhea in children: a cohort study. *BMC medicine*. 2019;17(1):20. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1258-0>
 32. Arab A, Akabarian S. Comparing the health behaviors of mothers of infants under 1 with diarrhea and other infants hospitalized in the pediatric ward of Shohadaye Khalije Fars Hospital, Boushehr, Iran, 2015-2016. *Nursing of the Vulnerables*. 2017; 4 (10):55-65.
 33. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
 34. Razi T, Shamsi M, Khorsandi M, Roozbehani N, Ranjbaran M. Knowledge, attitude and practice of mothers with regard to the warning signs of respiratory infections and diarrhea in children below the age of five in Arak in 2014. *J Educ Community Health*. 2015;1(4):43-50. <https://doi.org/10.20286/jech-010443>
 35. Barros MBdA, Zanchetta LM, Moura ECd, Malta DC. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Revista de saude publica*. 2009;43:27-37. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>
 36. Maia LTdS, Souza WVd, Mendes AdCG. Differences in risk factors for infant mortality in five Brazilian cities: a case-control study based on the Mortality Information System and Information System on Live Births. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(11):2163-76. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100016>
 37. Lopes TC, Chaves AFL, Joventino ES, Rocha RS, Castelo ARP, Oriá MOB. Assessment of the maternal self-efficacy for child diarrhea prevention. *Rev Rene*. 2014;14(6).
 38. Sillah F. Knowledge, attitude and practice assessment of mothers in managing children under five years old with diarrhea in the Gambia. 2012.
 39. Ansari M, Palaian S, Ibrahim M. The role of mothers in the management of childhood diarrhoea in Nepal. *Australasian Medical Journal*. 2009;1(14):235-8. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2009.131>
 40. Kumi-Kyereme A, Amo-Adjei J. Household wealth, residential status and the incidence of diarrhoea among children under-five years in Ghana. *Journal of epidemiology and global health*. 2016;6(3):131-40. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2015.05.001>