

Research Paper:

Effect of Baby Triple P or Positive Parenting Program on Mental Health and Mother-child Relationship in Mothers of Hearing-impaired Children

Arezoo Abbaszadeh¹, Guita Movallali^{2*}, Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi², Mohsen Vahedi³

1. Department of Psychology and Exceptional Children Education, Faculty of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology and Exceptional Children Education, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Biostatistics and Epidemiology, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Abbaszadeh A, Movallali G, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Vahedi M. [Effect of Baby Triple P or Positive Parenting Program on Mental Health and Mother-child Relationship in Mothers of Hearing-impaired Children (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2021; 22(2):210-227. <https://doi.org/10.32598/RJ.22.2.3258.1>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.22.2.3258.1>



Received: 27 Sep 2020

Accepted: 02 Oct 2020

Available Online: 01 Jul 2021

ABSTRACT

Objective Hearing loss in children can affect the parent-child relationship and the mental health of parents, especially mothers as the children's primary caregivers. Maternal mental health problems and challenges in the parent-child relationship can affect the rehabilitation process and the future of hearing-impaired children. Thus, the interventions to promote the parent-child relationship and mental health of parents, especially mothers, should be studied. Triple P or positive parenting program is one of these effective interventional programs. Recently, a new intervention called the Baby Triple P parenting program was developed based on the Triple P program. This study investigates the effect of the Baby Triple P positive parenting program on mental health and mother-child relationship in mothers of children with hearing impairment.

Materials & Methods This research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design using a control group. The participants were 24 mothers under 3 years old children with hearing impairment referred to the centers for families and children with hearing disabilities in Tehran, Iran, in 2019. They were selected using a convenience sampling method and then randomly divided into groups of intervention (n=12) and control (n=12). The intervention group received the Baby Triple P positive parenting program for 13 training 1-h sessions, one session per week. The control group did not receive any intervention. Both groups completed the mother-child relationship evaluation questionnaire and the symptom checklist-90-revised instrument before and after the intervention. The collected data were analyzed by the Mann-Whitney U test and independent sample t-test.

Results There was no significant difference between the two groups regarding mental health after the intervention ($P>0.05$). Among four components of the mother-child relationship, the Baby Triple P program had no significant effect on acceptance, overindulgence, and rejection ($P>0.05$), except on the overprotection component ($P<0.05$), which was significantly higher in the intervention group.

Conclusion There is a great need for early interventions for maternal mental health problems and challenges in mother-child relationships for mothers of children with hearing impairment. Although the Baby Triple P is a useful program, it is new for the parents of these children. Considering the unique needs of these children, more studies are needed to enrich the content of this program for the mothers of children with hearing loss to explore its various aspects.

Keywords:

Baby triple P, Hearing loss, Parent-child relationship, Mental Health

* Corresponding Author:

Guita Movallali, PhD.

Address: Department of Psychology and Exceptional Children Education, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180042

E-Mail: drmovallali@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

According to the 2020 World Health Organization report, there are currently 466 million people in the world with hearing impairment, of whom 34 million are children [1]. Newborn hearing loss has profound effects on the family members and parents [2]. Mothers have an essential and pivotal role in raising their children. So facing any disability of the child, including hearing loss, is more challenging for them, and they are less prepared for it [3, 4]. Studies on the mental health of mothers of hearing-impaired children have shown that the mental health of these mothers is lower than that of mothers with normal children [5-10]. Maternal mental health problems have several consequences [11-14]. One of the most critical issues affecting mothers' mental health is the parent-child relationship [15, 16]. A warm, intimate, and trusting relationship between parent and child is an essential factor in child development, and problems in this regard cause problems in the cognitive and emotional-behavioral development of the child [17-20]. Mothers of hearing-impaired children have difficulty building a positive mutual relationship between themselves and their children due to a lack of awareness of the new situation, the nature of the hearing loss, and the resulting psychological stress [21-26]. It is difficult for them to have supportive behaviors, accept the child's disease and provide parenting intimacy and warmth [23]. Since the effects of early interventions are high when parents, especially mothers, are responsive to their child's needs as primary caregivers [27-30], it is necessary to address the emotional dimension of the family and psychological status of mothers in rehabilitation programs along with providing routine services for hearing-impaired children [9, 31].

One of the interventions that can be supportive for mothers of hearing-impaired children is Baby Triple P Program. This program is a new intervention that aims to improve the quality of the parent-child relationship and improve the mental health of parents, especially mothers [32, 33]. It was designed based on level 4 of the positive parenting program. The purpose of this program is to cover the needs of parents of children under 3 years of age who face mental health problems such as anxiety, depression, and stress and are challenged in establishing a relationship with their babies [32]. Studies on the effectiveness of the Baby Triple P Program have shown that this program has been helpful in reducing the mental health problems of parents, especially mothers, and has had a positive effect on the parent-child relationship and the management of behavioral problems in children [33-36]. Because there is a tremendous need

for early intervention in Iran that emphasizes the psychological support of parents of hearing-impaired children, this program may be an effective method for hearing-impaired children and their parents. The present study aims to determine the effect of Baby Triple P positive parenting program on mental health and mother-child relationship in mothers of hearing-impaired children.

Materials and Methods

This research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design using a control group. The study population consists of all mothers of hearing-impaired children aged less than 3 years in Tehran Province, Iran, who received services in centers for families and children with hearing disabilities in 2019. After obtaining ethical approval and permissions from the University of Welfare and Rehabilitation Sciences and referring to the clinics, 24 mothers were selected based on the inclusion and exclusion criteria using a convenience sampling method. The mothers were then randomly divided into the intervention and control groups. The inclusion criteria were having a hearing-impaired child under 3 years of age and having at least a high school diploma. The exclusion criteria were having a chronic physical disease, participation in the same intervention simultaneously, and being absent from more than 3 sessions. The mothers in the intervention group received the Baby Triple P program for 13 1-h sessions, one session per week. In both groups, symptom checklist-90-revised was used to measure subjects' mental health, and a Mother-Child Relationship Evaluation (MCRE) questionnaire to measure their mother-child relationship quality at pretest and posttest phases.

The Baby Triple P parenting program has been developed by the Parenting and Family Support Center at the University of Queensland in Australia to enhance the knowledge, skills, and self-confidence of parents who have recently had a baby. Because of the valuable experience of applying the Positive Parenting Program (Triple P) in Iran, correspondence was made with Prof. Sanders, Director of the Parenting and Family Support Center, to obtain his permission to apply to the Baby Triple P parenting program in Iran. Then, due to the cultural differences between Iran and Australia, following the opinion of experts, some changes were made in the way of presenting the contents and in the number of sessions. The main content of the program was adapted from Sanders et al.'s study [33]. To adapt this protocol to the needs of mothers of hearing-impaired children, the resources and workshops that existed in this field were used. Besides, before starting the study, we were in contact with the mothers in one of the centers for families and children with hearing disabilities for 6 months. After collecting data from the subjects, the Shapiro-Wilk test was used to check

the normality of data distribution. To examine whether the differences between the two study groups were significant, the Mann-Whitney U test was used for the mental health variable and the MCRE questionnaire's component of rejection due to abnormal data distribution. Also, the independent t-test was used for the other three components of acceptance, overprotection, overindulgence due to their normal distribution.

Results

The mothers in this study had a normal hearing with a Mean±SD age of 38.8±4.55 years. Also, 70.8% of them had a high school diploma, 4.2% had a postgraduate degree, and 25% had a bachelor's degree. Besides, 20.8% of them had poor, 50% moderate, and 29.2% good socio-economic status. The Mean±SD age of their children was 22.13±1.346 weeks. All of them were using a hearing aid, except one who had a cochlear implant. The results of the Mann-Whitney U test presented in Table 1 indicate that mental health in the intervention group was not significantly different from that in the control group. Therefore, the Baby Triple P parenting program did not affect the mental health of mothers of hearing-impaired children. The results of the independent t-test (Table 2) indicate that the difference between the two groups was significant only in the overprotection component of the MCRE questionnaire. The differences between the two groups in acceptance and overindulgence components were not significant. Thus, the Baby Triple P parenting program affected only the overprotection component. The results presented in Table 3 indicate that the difference between the two study groups was not significant in terms of the rejection component. Therefore, parenting education did not affect the rejection component, either.

Discussion and Conclusion

This study aimed to investigate the effect of the Baby Triple P parenting program on mental health and mother-child relationship in mothers of hearing-impaired children aged less than 3 years. Findings showed that the Baby Triple P parenting program could not affect the mental health of mothers. It could only affect one of the components of the mother-child relationship (overprotection). Some stud-

ies on the effect of the Baby Triple P parenting program on mothers with mental health problems and the parent-child relationship have confirmed the positive effect of this program [33, 34, 36], while some have not [34, 35]. Regarding the mental health variable, our results are against the results of some previous studies [33, 34, 36]. One of the possible reasons why the intervention in the present study did not affect mothers' mental health was the novelty of the Baby Triple P program for mothers. This intervention has previously been performed only on mothers of normal-hearing children, and the present study is the first study to evaluate its effectiveness in mothers of hearing-impaired children. The needs and concerns of mothers of normal-hearing and hearing-impaired children are very different. Although efforts have been made to tailor and implement this program based on the needs of mothers of hearing-impaired children, this program was been effective for this group of mothers, and further research is needed. Moreover, mothers in previous studies had children under two years of age or had psychological disorders such as depression, anxiety, and postpartum depression. While in the present study, the age of children ranges from newborn to 3 years, and mothers had no psychological disorders. They were mothers who did not expect the birth of a baby with hearing impairment, and this problem faced them with new challenges.

On the other hand, the insufficient content of the intervention and its low focus on solutions to deal with mental health problems and acceptance of hearing impairment has affected the results. Although the number of intervention sessions was increased, it seems that the content of the sessions needs to be enriched and deepened. Furthermore, one of the most critical issues that should be included in the intervention is accepting the child's hearing loss, because the non-acceptance of a child's hearing loss can be an obstacle to benefiting from psychological interventions [37], and the mothers in this study had a problem in this regard.

Among the mother-child relationship components, the Baby Triple P parenting program significantly affected the overprotection components. It did not affect acceptance, rejection, and overindulgence components. This result is consistent with the results of some previous studies [34, 35]. Although the Baby Triple P parenting program is useful and

Table 1. Results of Mann-Whitney U test for mental health variable (n=12)

Variable	Group	Median	Interquartile Range	Z	Sig.
Mental health	Control	-0.03	0.18	-1.623	0.105
	Intervention	-0.38	0.79		

Table 2. Results of the independent t-test for acceptance, overprotection, overindulgence components of mother-child relationship (n=12)

Component	Group	Mean±SD	df	t	Sig.
Acceptance	Control	-1.33±3.80	22	-0.459	0.651
	Intervention	-0.33±6.53			
Overprotection	Control	-0.08±2.39	22	2.481	0.025
	Intervention	-4.0±4.92			
Overindulgence	Control	-0.50±3.0	22	2.028	0.059
	Intervention	-4.33±5.82			

Archives of
Rehabilitation

positively affects the parent-child relationship, its lack of impact on most components of the mother-child relationship in our study may result from mothers' not receiving complete and sufficient information from the intervention. The content of the program needs to be enriched to promote the mother-child relationship and to address more coping strategies for negative emotions such as depression, stress, and anxiety that can affect the quality of the parent-child relationship [34, 35]. Mothers need to learn more about hearing loss, the needs of hearing-impaired children, and how to communicate with them.

It should be noted that the two components of acceptance and rejection are very much affected by the parent's mental health [38]. Since the intervention could not affect mothers' mental health for the reasons stated, the components of acceptance and rejection were not affected. In explaining the ineffectiveness of the intervention on the overindulgence component, the role of the wrong attitude towards and lack of awareness about the hearing loss should also be mentioned. Usually, parents of hearing-impaired children have little information about the hearing loss and the needs of a hearing-impaired child. On the other hand, they believe that since the child is suffering, the child should be allowed to do what s/he wants [39, 40]. Mothers in our study have recently found out about their children's hearing loss and had no information about the hearing loss and the needs of their hearing-impaired children. That little information caused the mothers to allow their children to do what they

wanted. Finally, it should be noted that the mental health of the parent and the parent-child relationship are highly influenced by social and economic factors [41, 42]. The purpose of this study was not to investigate these factors and control their effects, and their measurement was limited to self-reporting. However, mothers acknowledged the effect of economic and social factors on their attitudes and behaviors in several meetings and referred to them as an obstacle to their management and their relationship with their children, so the effect of these factors cannot be ignored.

There is a high need for early intervention focusing on the mental health and mother-child relationship for mothers of hearing-impaired children. Although the Baby Triple P positive parenting program is useful, further research should be done on it, considering the unique needs of hearing-impaired children aged under 3 years. Also, the program's content should be enriched for the mothers of hearing-impaired children to explore further the various aspects of the program.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Mothers were informed about the study objectives, methods, and duration, and informed consent was obtained. All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the

Table 3. Results of Mann-Whitney U test for the rejection component of mother-child relationship (n=12)

Component	Group	Median	Interquartile Range	Z	Sig.
Rejection	Control	0.0001	2.50	0.527	0.598
	Intervention	0.50	5.75		

Archives of
Rehabilitation

confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This study was extracted from the MA. thesis of the first author at the Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran.

Authors' contributions

Conceptualization, editing, and review: Guita Movallali; Data collection: Arezoo Abaszadeh; Methodology: Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi; Data analysis: Mohsen Vahedi.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی:

اثربخشی آموزش والدگری بر سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم‌شنوا

آرزو عباس‌زاده^۱، گیلا موللی^۲، معصومه پورمحمدرضای تجربی^۲، محسن واحدی^۳

۱. گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب کودکان، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۶ مهر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۲۹ مهر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۰

اهداف: کم‌شنوایی از جمله اختلالاتی است که می‌تواند بر کیفیت رابطه والد کودک و سلامت روان والدین به‌ویژه مادران به عنوان مراقب اصلی کودک اثر بگذارد. مشکلات سلامت روان در مادران و رابطه والد کودک نامطلوب می‌توانند روند توان‌بخشی و آینده کودک کم‌شنوا را تحت تأثیر قرار دهند. از این رو لزوم توجه به مداخلاتی که ارتقا و رابطه والد کودک و سلامت روان والدین به‌ویژه مادران را مدنظر قرار داده‌اند بیش از پیش احساس می‌شود. برنامه والدگری مثبت یکی از برنامه‌های اثرگذار بر سلامت روان و رابطه والد کودک است که در سال‌های اخیر برنامه جدیدی با عنوان «برنامه والدگری مثبت شیرخواران» از آن استخراج شده است. گروه هدف این برنامه والدین شیرخوارانی هستند که با مشکلات سلامت روان و رابطه والد کودک روبه‌رو هستند. در این مطالعه به دنبال آن بودیم که اثر برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال را بررسی کنیم.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال می‌شد که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در مراکز خانواده و کودک کم‌شنوای استان تهران خدمات دریافت می‌کردند. از جامعه یادشده ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه دوازده نفر) تقسیم شدند. سپس پرسش‌نامه رابطه مادر کودک MCRC و چک‌لیست تجدیدنظر شده علائم اختلالات روانی SCL-90-R، به عنوان پیش‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. مادران گروه آزمایش در سیزده جلسه (هر هفته یک جلسه یک‌ساعته) آموزش والدگری مثبت شیرخواران شرکت کردند. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مجدداً پرسش‌نامه‌های MCRC و SCL-90-R توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. داده‌های دو گروه به وسیله آزمون‌های من‌ویتنی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد برنامه والدگری مثبت ویژه شیرخواران اثر معناداری بر ارتقای سلامت روان مادران ندارد ($P > 0.05$). یعنی سلامت روان در گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل نبود. بنابراین در این پژوهش برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر سلامت روان مادران کودکان کم‌شنوای زیر سه سال اثر معناداری نداشته است. همچنین نتایج نشان داد برنامه والدگری مثبت شیرخواران اثر معناداری بر مؤلفه‌های پذیرش ($P > 0.05$)، سهل‌گیری ($P > 0.05$) و طرد ($P > 0.05$) نداشته است (از میان چهار مؤلفه رابطه والد کودک). اما نتایج نشان داد برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر مؤلفه بیش‌حمایتگری اثر معناداری داشته است ($P < 0.05$) و مؤلفه بیش‌حمایتگری در گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل بود. بنابراین برنامه والدگری مثبت شیرخواران از بین چهار مؤلفه رابطه والد کودک فقط بر مؤلفه بیش‌حمایتگری در مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال اثر داشت است و بر پذیرش، سهل‌گیری و طرد در این مادران اثر نداشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد اگرچه نیاز زیادی در حیطه مداخلات زود هنگام که بر سلامت روان مادران کودکان کم‌شنوا و رابطه والد کودک تأکید دارد، احساس می‌شود و اگرچه برنامه والدگری مثبت شیرخواران برنامه مفیدی است، اما از آنجایی که مداخله‌های جدید برای والدین کودکان کم‌شنواست باید تحقیقات بیشتری روی آن انجام شود. البته با در نظر گرفتن نیازهای خاصی که مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال دارند و غنی کردن اطلاعاتی که والدین در هر جلسه دریافت می‌کنند. همچنین باید جنبه‌های مختلف برنامه والدگری مثبت شیرخواران برای والدین کودکان کم‌شنوا بیشتر مورد بررسی قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها:

آسیب شنوایی،
برنامه والدگری مثبت
شیرخواران، سلامت
روان، رابطه والد کودک

* نویسنده مسئول:

دکتر گیلا موللی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی.

تلفن: ۰۴۲ ۲۲۸۰۰۴۲ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: drmollali@gmail.com

مقدمه

بیش حمایتگری، سهل‌گیری و طرد فرزند در مادران کودکان با نیاز ویژه، از جمله کودکان کم‌شنوا، متأثر از میزان خودکارآمدی والدین است. بدین ترتیب که با افزایش خودکارآمدی مادر بیش حمایتگری، سهل‌گیری و طرد از سوی مادر کاهش می‌یابد و در مقابل، پذیرش فرزند افزایش پیدا می‌کند [۲۴]. با وجود این تحقیقات نشان می‌دهند مادران کودکان کم‌شنوا به دلیل ناآگاهی از موقعیت جدید، ماهیت کم‌شنوایی و فشار روانی ناشی از این اتفاق در ساختن یک رابطه دوطرفه مثبت بین خود و فرزندشان دچار مشکل هستند [۳۰-۲۵]. برای آن‌ها فراهم کردن رفتارهای حمایتگرانه، پذیرش فرزند، صمیمیت و گرمای والدگرانه مشکل است [۲۷]. همچنین برخی از این مادران گمان می‌کنند به دلیل اینکه فرزندشان کم‌شنواست باید او را آزاد بگذارند و نسبت به او سهل‌گیر باشند. بنابراین در رابطه با کودک، کنترل کمی بر رفتارهای کودک دارند و به کودک اجازه می‌دهند هر تصمیمی می‌خواهد بگیرد [۲۵]. در مقابل برخی دیگر از مادران در ارتباط با کودک کنترلگر هستند و سبک ارتباطی آن‌ها سلب‌گرانه است [۳۰]. آن‌ها انرژی روانی لازم برای برقراری ارتباط با کودک را ندارند و دارای الگوهای منفی رابطه با کودک هستند [۲۸]. مادران کودکان کم‌شنوا در درک واکنش‌های کودک دچار مشکل‌اند و نسبت به نیازهای کودک کمتر پاسخ‌گو هستند [۲۹]. این مشکلات از سوی مادر ممکن است سبب شکل‌گیری سبک دل‌بستگی ناایمن در کودک کم‌شنوا شود [۲۶].

در همین راستا راهنمای مداخلات زود هنگام (بنابر آنچه در اصل چهار این راهنما آمده است) بیان می‌کند هرگاه مراقبان کودک کم‌شنوا نیاز به حمایت‌های روان‌شناختی و هیجانی دارند باید این حمایت‌ها از جانب متخصصان امر به آن‌ها ارائه شود [۳۱]. راهنمای مداخلات زود هنگام و تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده‌اند تأکید می‌کند که موفقیت کودک کم‌شنوا در فرایند توان‌بخشی زمانی اتفاق می‌افتد که تشخیص و مداخله، مبتنی بر خانواده و زود هنگام باشد [۳۵-۳۱]، اما غالباً مشکلات سلامت روان و چالش‌های رابطه والد کودک در مادران کودکان کم‌شنوا، شروع می‌شود و فرایند مداخله کودک کم‌شنوا را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۸-۳۶، ۵]. بنابراین از آنجایی که اثرات مداخلات زود هنگام زمانی بالاست که والدین به‌ویژه مادر به عنوان مراقب اصلی در مقابل نیازهای فرزندشان پاسخ‌گو باشند [۳۶، ۳۲] [۳۹، ۳۸] لازم است در برنامه‌های توان‌بخشی در کنار خدمات معمول برای کودکان کم‌شنوا به ابعاد هیجانی و احساسی خانواده و وضعیت روان‌شناختی مادران نیز پرداخته شود [۴۰، ۱۲].

یکی از مداخلاتی که به نظر می‌رسد می‌توان از آن به عنوان مداخله حمایتی برای مادران کودکان کم‌شنوا استفاده کرد برنامه والدگری مثبت شیرخواران^۱ است. این برنامه، مداخله‌ای جدید است که هدف آن بهبود کیفیت رابطه والد کودک و بهبود سلامت روان والدین به‌ویژه مادران است [۴۲، ۴۱]. این مداخله بر

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ در حال حاضر ۴۶۶ میلیون نفر در جهان دارای آسیب شنوایی هستند که از این میان ۳۴ میلیون نفر آن کودکان هستند [۱]. تشخیص کم‌شنوایی فرزند تازه‌متولد شده مسئله‌ای بسیار مهم برای خانواده است. این مسئله اثرات عمیقی بر خانواده و والدین دارد [۲]. تحقیقات بسیاری در سال‌های اخیر به بررسی واکنش‌های والدین به این مسئله پرداخته‌اند [۷-۳]. والدین معمولاً هیجانات متعددی را تجربه می‌کنند. روبه‌رو شدن با کم‌شنوایی فرزند یک ضربه عاطفی را به والدین وارد می‌کند. رؤیاهای والدین درباره فرزندشان فرومی‌باشد و نخستین واکنش‌ها تکذیب و انکار است [۳]. درماندگی، احساس گناه، اندوه و خشم از معمول‌ترین هیجاناتی است که والدین تجربه می‌کنند [۶]. آن‌ها اغلب شوکه می‌شوند و کم‌شنوایی فرزندشان را همراه با احساس سرخوردگی و ناامیدی کامل از زندگی تجربه می‌کنند [۷، ۴].

برای مادران به دلیل نقش مهم و محوری‌ای که در تربیت فرزند خود دارند، مواجه شدن با هرگونه ناتوانی فرزند از جمله کم‌شنوایی چالش‌برانگیزتر است و آمادگی کمتری نسبت به این مسئله دارند [۹، ۸]. پژوهش‌هایی که به بررسی سلامت روان مادران کودکان استثنایی (از جمله مادران کودکان کم‌شنوا) پرداخته‌اند نشان می‌دهند که سلامت روان این مادران در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر است [۱۰، ۱]. جین و همکاران بیان می‌کنند مادران کودکان کم‌شنوا استرس بالایی را تجربه می‌کنند [۱۱]. کوپوسکو و همکاران نیز بیان می‌کنند مادران کودکان کم‌شنوا نسبت به مادران کودکان عادی کیفیت خواب پایینی دارند و دچار اضطراب هستند [۷]. تحقیقات دیگر بیان می‌کنند سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا پایین‌تر از مادران کودکان شنواست. این مادران از اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با مادران شنوا رنج می‌برند [۱۲، ۴]. همچنین نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۱ که به معنای سلامت روان، جسم و عملکرد اجتماعی شخص است در مادران کودکان کم‌شنوا دچار مشکل است [۱۳]. به عبارتی کم‌شنوایی فرزند بر تمامی ابعاد سلامت مادران کودکان کم‌شنوا از جمله سلامت روان اثر می‌گذارد [۱۳].

مشکلات سلامت روان مادران نتایج متعددی دارد [۱۷-۱۴]. یکی از مهم‌ترین مسائلی که تحت تأثیر سلامت روان مادران قرار می‌گیرد رابطه والد کودک است [۱۹، ۱۸]. یک رابطه گرم، نزدیک و قابل اعتماد بین والد و کودک عاملی مهم در رشد کودک است و بروز مشکل در این رابطه سبب ایجاد مشکلاتی در رشد شناختی و هیجانی رفتاری کودک می‌شود [۲۳-۲۰]. رابطه والد کودک و مؤلفه‌های آن از جمله پذیرش فرزند،

یافته‌های مفیدی در اختیار متخصصان مداخلات زودهنگام قرار داد. بنابراین با توجه به مسائل مطرح‌شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال استان تهران بودند که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در مراکز خانواده و کودک کم‌شنوا خدمات دریافت می‌کردند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز خانواده و کودک کم‌شنوا در استان تهران انتخاب شدند. بدین شکل که یک مرکز به عنوان گروه کنترل و دو مرکز به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. حجم نمونه با توان ۸۰ درصد و خطای ۵ درصد با استفاده از اطلاعات مطالعات مشابه با احتمال ریزش در هر گروه، دوازده نفر در نظر گرفته شد و در مجموع ۲۴ نفر از مادران برای مطالعه انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی به دو گروه دوازده نفری تقسیم شدند. با نگاهی به پژوهش‌های پیشین و با توجه به اینکه هدف کاربردی این پژوهش به کار گرفتن مداخله اجرایی در جریان مداخلات زودهنگام کم‌شنوایی بوده است ملاک‌های ورود بدین شرح بودند: ۱. کلیه مادرانی که کودک کم‌شنوا داشتند. ۲. مادرانی که فرزندشان زیر ۳ سال بود. ۳. مادرانی که حداقل دارای مدرک دیپلم بودند. همچنین با توجه به اینکه برخی عوامل می‌توانند روند مداخلات را تحت تأثیر قرار دهند ملاک‌های خروج جهت به حداقل رساندن اثر این عوامل بدین شرح بودند: ۱. مادرانی که دارای بیماری‌های مزمن جسمی بودند. ۲. مادرانی که هم‌زمان در مداخله مشابه شرکت داشتند. ۳. مادرانی که بیش از سه جلسه غیبت داشتند.

به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد.

چک‌لیست تجدیدنظر شده علائم اختلالات روانی

فرم اولیه چک‌لیست تجدیدنظر شده علائم اختلالات روانی توسط دراکاتس^۵، لیمپن^۶ و کووی^۷ در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن مورد تجدیدنظر قرار گرفت و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه شد. این چک‌لیست دارای ۹۰ ماده است که نه بُعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل،

4. Symptom Checklist-90-Revised
5. Derogates
6. Limpan
7. Covi

پایه سطح چهار برنامه والدگری مثبت^۳ طراحی شده است. هدف از این برنامه پوشش دادن نیازهای والدین کودکان زیر ۳ سال است که با مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس مواجه‌اند و در برقراری رابطه با شیرخوار دچار چالش هستند [۴۱]. این مداخله سه حیطه مهم را پوشش می‌دهد: ۱. آموزش مهارت‌های والدگری مثبت که دلبستگی ایمن را فراهم می‌کند و آشفتگی روانی والد و کودک را کاهش می‌دهد. ۲. فراهم کردن حمایت همسران از یکدیگر و حمایت‌های اجتماعی که سبب ارتقای سلامت روان خانواده به طور کلی می‌شود. ۳. آموزش منابع مقابله‌ای در حیطه والدگری که سبب کاهش مشکلات سلامت روان والدین می‌شود [۴۱].

از آنجایی که برنامه والدگری مثبت شیرخواران یک مداخله نو و جدید است پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی آن پرداخته‌اند محدودند. پژوهش‌های پیشین همگی بر روی والدین کودکان عادی اجرا شده‌اند. مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اثربخشی برنامه والدگری مثبت شیرخواران نشان می‌دهد استفاده از این برنامه در کاهش مشکلات سلامت روان والدین به‌ویژه مادر مؤثر بوده است و توانسته است افسردگی و استرس را به‌ویژه در مادران کاهش دهد [۴۲-۴۴]. همچنین برنامه والدگری مثبت شیرخواران از آنجایی که به مهارت‌هایی می‌پردازد که سبب ارتقای رابطه والد کودک می‌شود، توانسته است بر رابطه والد کودک و مدیریت مشکلات رفتاری فرزند اثر مثبت بگذارد [۴۴، ۴۵]. با وجود این، در پژوهشی مشاهده شده است که این مداخله نتوانسته است سبب ارتقای رابطه والد کودک شود و مادران حاضر در پژوهش کماکان در مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز شیرخوار و پاسخ‌گو بودن به نیازهای او دچار مشکل بوده‌اند [۴۶].

در زمینه بررسی اثربخشی برنامه والدگری مثبت شیرخواران در والدین کودکان با نیاز ویژه در ایران و در سایر کشورها خلأ پژوهشی وجود دارد. از طرفی در ایران نیاز فوق‌العاده زیادی در زمینه مداخلات زودهنگام احساس می‌شود که بر حمایت روان‌شناختی از والدین کودکان کم‌شنوا تأکید دارند و در این زمینه نیز در کشور خلأ پژوهشی وجود دارد. از آنجایی که تأکید برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر ارتقای رابطه والد کودک و سلامت روان (دو حیطه مهم که مادران کودکان کم‌شنوا در آن دارای مشکل هستند) والدین کودکان زیر ۳ سال است و نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات انجام‌شده روی این برنامه نشان می‌دهد بر سلامت روان مادران تأثیر مثبت دارد، شاید این برنامه بتواند مداخله‌ای مؤثر برای کودکان کم‌شنوا و والدین آن‌ها باشد. انتخاب سن زیر ۳ سال در پژوهش حاضر به دلیل بحرانی بودن این دوره در جریان مداخلات زودهنگام است و وجه تمایز مطالعه را نسبت به پژوهش‌های مشابه پیشین توجیه می‌کند. همچنین می‌توان در صورت مؤثر بودن برنامه والدگری مثبت شیرخواران

3. Triple P

برنامه والدگری مثبت شیرخواران

برنامه والدگری مثبت شیرخواران از مجموعه برنامه‌های والدگری مثبت (تریپل پی) برگرفته شده است که توسط مرکز حمایت از خانواده و والدگری^{۱۷} دانشگاه کوئینزلند در استرالیا طراحی شده است و هدف آن ارتقای دانش، مهارت و اعتمادبه‌نفس والدینی است که به‌تازگی صاحب فرزند شده‌اند [۴۲]. با توجه به تجربه مفید برنامه‌ی والدگری مثبت (تریپل پی) در ایران، پس از مطالعه مقالاتی که در رابطه با برنامه والدگری مثبت شیرخواران به چاپ رسیده بودند، مکاتباتی با پروفسور سنדרز^{۱۸}، مدیر مرکز حمایت از خانواده و والدگری دانشگاه کوئینزلند و بنیان‌گذار برنامه والدگری مثبت، انجام شد. طی این مکاتبات ایشان موافقت خود را با اجرای برنامه والدگری مثبت شیرخواران در ایران اعلام کردند. سپس با توجه به تفاوت‌های فرهنگی بین کشور ما و کشور استرالیا با نظر اساتید، تغییراتی در نحوه‌ی ارائه مطالب و تعداد جلسات ایجاد شد. در نهایت پروتکلی که در مقالات برنامه‌ی والدگری مثبت شیرخواران به چاپ رسیده بود با الهام گرفتن از پروتکل تریپل پی و همچنین بهره بردن از تجربه قبلی اجرای برنامه والدگری مثبت در گروه مادران کودکان کم‌شنوا و با توجه نیازهای خاص این مادران در ایران بنابر آنچه در **جدول شماره ۱** آمده است اجرا شد. در هر جلسه ابتدا تجارب مادران در رابطه با موضوع آن جلسه به بحث گذاشته می‌شد و مادران تجربیات خود را در آن زمینه به اشتراک می‌گذاشتند. سپس مطالب مرتبط با هر جلسه، آموزش داده می‌شد و مادران به بحث و تبادل نظر درباره به‌کارگیری مطالب آموزش دیده در عمل و زندگی روزمره می‌پرداختند. در پایان هر جلسه مادران موظف بودند به عنوان تکلیف آن جلسه مطالب جدید را طی هفته پیش‌رو در منزل به کار گیرند و تجربیات خود را در این زمینه در جلسه بعد به اشتراک بگذارند.

محتوای اولیه و اصلی برنامه والدگری مثبت از مقاله‌ای که توسط سنדרز و همکاران [۴۲] نگارش شده است استخراج شده است. همچنین از برنامه والدگری مثبت (تریپل پی) به دلیل هم‌پوشانی محتوای آن با برنامه والدگری مثبت شیرخواران جهت مناسب‌سازی این برنامه استفاده شده است. جهت آشنایی و یاد گرفتن برنامه والدگری مثبت از کارگاه‌های آموزشی در این زمینه استفاده شد. همچنین از آنجایی که بخش مهمی از جلسات برنامه والدگری مثبت شیرخواران به بحث مدیریت هیجانات منفی و مهارت‌های ارتباطی می‌پردازد، از طریق کارگاه‌هایی که در این زمینه وجود داشت نحوه آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانات منفی و مهارت‌های ارتباطی فراگرفته شد. در نهایت جهت مناسب‌سازی این پروتکل با نیازهای مادران کودکان کم‌شنوا، از منابع و کارگاه‌هایی که در این زمینه وجود داشت بهره برده

17. Parenting and Family Support Center
18. Matthew R. Sanders

افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را دربر می‌گیرد. نمره‌گذاری آزمون بر اساس شاخص عمومی علائم^۸ و شاخص علائم روانی مثبت^۹ به دست می‌آید. این چک‌لیست به شکل لیکرت ۵ درجه‌ای است که به هریک از گزینه‌های هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، به‌شدت، به ترتیب نمرات ۰، ۱، ۲، ۳، تعلق می‌گیرد. روایی و پایایی این ابزار در تحقیقات متعددی بررسی و محاسبه شده است. در یکی از این پژوهش‌ها مدبرنیا و همکاران بیشترین ضریب پایانی با روش بازآزمایی (۲۰۰۹/۹۳)، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ (۲۰۰۸/۸۵) را در افسردگی یافتند. همچنین بین نه عامل و ضرایب سه‌گانه همبستگی مشاهده شد (۲۰۰۵/۵۰). بین نه بعد از SCL-90-R و مقیاس‌های پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا^{۱۱} همبستگی دیده شد که بیشترین همبستگی بین اضطراب و افسردگی SCL-90-R با ضعف روانی در MMPI (۲۰۰۵/۵۹) و بین وسواس و اجبار و روان‌پریشی با اسکیزوفرنی (۲۰۰۵/۵۸) وجود داشت. همبستگی دو آزمون در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

پرسش‌نامه ارزیابی رابطه مادر کودک

مقیاس ارزیابی رابطه مادر کودک^{۱۱} توسط راس^{۱۲} در سال ۱۹۶۱ انتشار یافته است. این آزمون یک مقیاس نگرش‌سنج است که نقطه‌نظر مادران را در خصوص چهار سبک تعامل با کودک مورد ارزیابی قرار داده و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد. زیر مقیاس‌های این آزمون عبارت‌اند از: پذیرش فرزند^{۱۳}، بیش‌حمایتگری^{۱۴}، سهل‌گیری افراطی^{۱۵} و طرد فرزند^{۱۶}. هر مقیاس دارای دوازده عبارت است که مجموعاً ۴۸ عبارت را شامل می‌شود. عبارات ۱ الی ۳۹ بدین شکل نمره‌گذاری می‌شوند: کاملاً موافقم، ۵؛ موافقم، ۴؛ نمی‌توانم تصمیم بگیرم، ۳؛ مخالفم، ۲؛ کاملاً مخالفم، ۱. اما عبارات ۴۰ الی ۴۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ بدین شکل که کاملاً موافقم، ۱؛ موافقم، ۲؛ نمی‌توانم تصمیم بگیرم، ۳؛ مخالفم، ۴؛ کاملاً مخالفم، ۵.

روایی آزمون در سال ۱۳۸۴ توسط ضمیری از طریق فرمول آلفای کرونباخ انجام شده است. ضرایب سازگاری درونی برای حیطه پذیرش فرزند، ۰/۷۷؛ حیطه طرد فرزند، ۰/۷۲؛ حیطه سهل‌گیری افراطی، ۰/۷۱ و حیطه بیش‌حمایتگری ۰/۷۸ محاسبه شده است. طبق ضرایب اعتبار محاسبه‌شده، آزمون مذکور دارای اعتبار لازم است. همچنین پایایی آزمون توسط اساتیدی باتجربه، مورد تأیید قرار گرفت و آزمون قابل اجرا دانسته شد.

8. General Symptom Index
9. Positive Symptom Distress Index
10. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
11. Mother Child Relationship Evaluation (MCRE)
12. Robert
13. Acceptance
14. Overprotection
15. Over indulgence
16. Rejection

نیز ۲۲ ماه و ۱۳ روز با انحراف استاندارد ۱/۳۴۶ بود. تمامی آن‌ها به جز یک نفر، از سمعک استفاده می‌کردند و آن یک نفر دارای دستگاه کاشت حلزون بود.

در **جدول شماره ۲** شاخص‌های توصیفی متغیرهای سلامت روان و مؤلفه‌های رابطه والد کودک گزارش شده است. نرمال بودن توزیع داده‌های هریک از متغیرها نیز در این جدول بررسی شده‌اند.

نتایج ارائه‌شده در **جدول شماره ۲** بیانگر آن است که میانگین‌های متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های رابطه والد کودک در مادران دارای کودک کم‌شنوا نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. همچنین نتایج ارائه‌شده در این جدول بیانگر آن است که توزیع داده‌های متغیر سلامت روان و مؤلفه طرد نرمال نبوده است، اما توزیع داده‌ها در مؤلفه‌های پذیرش، بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری نرمال بوده است.

بدین ترتیب پس از تعیین نمرات افتراقی، برای بررسی اینکه آیا تفاوت‌ها بین دو گروه کنترل و آزمایش معنادار بوده است یا خیر، برای متغیر سلامت روان و مؤلفه طرد به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون من‌ویتنی و برای مؤلفه‌های پذیرش، سهل‌گیری و بیش‌حمایتگری از آزمون تی مستقل استفاده شد (**جدول شماره ۳، ۴ و ۵**).

در **جدول شماره ۳** معنادار بودن تفاوت‌های گروه کنترل و آزمایش در متغیر سلامت روان بررسی شده است. همان‌گونه که در **جدول شماره ۲** بررسی شد، به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌های سلامت روان، از آزمون من‌ویتنی برای این متغیر استفاده شد.

نتایج ارائه‌شده در **جدول شماره ۳** بیانگر آن است که سلامت روان در گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل ندارد؛ بنابراین آموزش والدگری بر سلامت روان مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال تأثیر نداشته است.

در **جدول شماره ۴** معنادار بودن تفاوت‌های گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه‌های پذیرش، بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری بررسی شده است. به این منظور بنابر آنچه در **جدول شماره ۲** گزارش شده است به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

نتایج ارائه‌شده در **جدول شماره ۴** بیانگر آن است که تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه بیش‌حمایتگری معنادار است، اما در مؤلفه‌های پذیرش و سهل‌گیری تفاوت‌ها بین گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست. بنابراین آموزش والدگری بر مؤلفه بیش‌حمایتگری اثر نداشته است، اما بر مؤلفه‌های پذیرش و سهل‌گیری اثر نداشته است. در **جدول شماره ۵** معنادار بودن تفاوت‌های گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه طرد بررسی شده است. همان‌گونه که در **جدول شماره ۲** بررسی شد به دلیل نرمال

شد. همچنین پیش از شروع مداخله و برای غنی کردن اطلاعات درباره مادران کودکان کم‌شنوا و نیازهای آنان، به مدت شش ماه با مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال، در یکی از مراکز خانواده و کودک کم‌شنوای تهران، ارتباط مستمر وجود داشت.

روش بررسی

در ابتدا پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، معرفی‌نامه برای مراکز خانواده و کودک کم‌شنوای استان تهران اخذ شد. پس از مراجعه به این مراکز ابتدا هدف و اهمیت پژوهش به مدیران مراکز توضیح داده شد. سپس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش ۲۴ نفر از مادران انتخاب شدند. سپس مادران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (دوازده نفر گروه کنترل، دوازده نفر گروه آزمایش). سپس از آن‌ها خواسته شد پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند و چنانچه ابهامی در فهم سؤالات داشتند از پژوهشگر بپرسند. در مرحله بعد گروه آزمایش هر هفته طی یک جلسه یک‌ساعته به مدت سیزده جلسه مداخله را دریافت کردند. مطالب برخی جلسات به دلیل درخواست مادران طی دو جلسه آموزش داده شد تا مادران بتوانند سؤالات خود را مطرح کنند و به بحث درباره آن بپردازند. گروه کنترل در طول زمانی که گروه آزمایش مداخله را دریافت می‌کرد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، بار دیگر از مادران گروه کنترل و آزمایش درخواست شد پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، به درخواست مادران گروه آزمایش، کتابچه‌ای حاوی مطالبی که در خلال جلسات به آن‌ها پرداخته بودیم تنظیم شد و در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا بتوانند هرگاه نیاز داشتند به محتوای جلسات دسترسی داشته باشند (متأسفانه به دلیل اینکه اتمام اجرای مداخله هم‌زمان شد با شیوع ویروس کرونا در کشور امکان اجرای خلاصه این برنامه برای گروه کنترل وجود نداشت). در نهایت اطلاعات به‌دست‌آمده از آزمودنی‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

ابتدا شاخص‌های توصیفی از قبیل درصد، میانگین و انحراف استاندارد مشخصات آزمودنی‌ها و داده‌های پژوهش ارائه و سپس نتایج و یافته‌ها گزارش شدند.

مادرانی که در این پژوهش حضور داشتند همگی شنوا بودند و میانگین سنی آن‌ها $38/8 \pm 4/55$ بود. همچنین $70/8$ درصد مادران دارای مدرک دیپلم، $4/2$ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم و 25 درصد آن‌ها دارای مدرک لیسانس بودند. $20/8$ درصد آن‌ها دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی ضعیف، 50 درصد دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی متوسط و $29/2$ درصد دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی خوب بودند. میانگین سنی فرزندان این مادران

جدول ۱. پروتکل برنامه والدگری مثبت شیرخواران

جلسه	عنوان	اهداف	راهبردها
۱	معرفی برنامه والدگری مثبت شیرخواران، اهداف، راهبردها، معرفی عناوین جلسات و هدف‌گذاری برای دوره	آماده کردن مادران برای جلسات والدگری مثبت شیرخواران	بررسی اجمالی جلسات پیش‌رو
۲	معرفی مراحل رشدی شیرخوار و عوامل اثرگذار بر آن	ارتقای رابطه والد کودک	رشد شناختی، جسمانی و هیجانی اجتماعی، محیط غنی و ویژگی‌های آن. محرک‌های مطلوب محیطی برای تحریک رشد
۳	معرفی راهکارهایی برای پاسخ دادن به نوزاد	ارتقای رابطه والد کودک	برقراری ارتباط با شیرخوار بر اساس محبت، علاقه، تحسین و توجه
۴	معرفی نحوه برقراری ارتباط با شیرخوار، مدیریت پریشانی‌های شیرخوار و ایجاد رفتارهای مطلوب در شیرخوار	برقراری ارتباط با شیرخوار متناسب با سن او و تقویت رفتارهای مطلوب	آموزش راهکارهای آرام کردن شیرخوار، تقویت شادی و نشاط، ایجاد محدودیت‌های منطقی برای شیرخوار و ایجاد روزه‌های منعطف
۵	معرفی تجارب مشترک والدین و خطاها و تله‌های رایج والدگری	مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز	حمایت اجتماعی
۶	آموزش راهکارهای مقابله با بدرفتاری در شیرخواران	مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز	نادیده گرفتن، پرت کردن حواس، قاطمانه برخورد کردن
۷-۱۲	معرفی هیجانات منفی و مشکلات ارتباطی با همسر و اثرات آن‌ها بر نحوه والدگری	ایجاد و نگه داشتن یک رابطه شاد، مدیریت مسائلی که در ارتباط با دیگران به‌ویژه همسر می‌توانند روند والدگری را تحت تاثیر قرار دهند	مدیریت استرس، مدیریت خشم، مهارت برقراری ارتباط و قاطعیت
۱۳	جمع‌بندی و به اشتراک گذاشتن تجربیات	نگهداشتن تغییرات	تقویت خودتنظیمی و هدف‌گذاری برای آینده

توانبخشنی

بحث

نبودن توزیع داده‌های مؤلفه طرد، از آزمون من‌ویتنی برای این مؤلفه استفاده شد.

هدف این پژوهش مطالعه تأثیر آموزش والدگری بر سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال بود. مداخله‌ای که در این پژوهش اجرا شد برنامه والدگری مثبت شیرخواران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه والدگری مثبت شیرخواران نتوانسته است بر سلامت روان اثر

نتایج ارائه شده در **جدول شماره ۵** بیانگر آن است که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه طرد معنادار نیست، بنابراین آموزش والدگری بر مؤلفه طرد اثر نداشته است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین ± انحراف استاندارد	فراوانی	میانگین ± انحراف استاندارد	فراوانی
سلامت روان	کنترل	۰/۸۹۲ ± ۰/۲۱۸	۱۲	۰/۸۳۹ ± ۰/۲۰۳	۱۲
	آزمایش	۱/۰۳ ± ۰/۲۵۵	۱۲	۰/۷۴ ± ۰/۲۰۳	۱۲
پذیرش	کنترل	۴۱/۲۵ ± ۱/۴۴	۱۲	۳۹/۹۲ ± ۱/۴۹	۱۲
	آزمایش	۴۱/۱۷ ± ۱/۳۹	۱۲	۴۰/۸۳ ± ۱/۸۱	۱۲
بیش‌حمایتگری	کنترل	۳۶/۱۷ ± ۲/۱۵	۱۲	۳۶/۰۸ ± ۲/۳۲	۱۲
	آزمایش	۳۸/۹۲ ± ۲/۲۱	۱۲	۳۴/۹۲ ± ۲/۰۶	۱۲
سهل‌گیری	کنترل	۳۷/۷۵ ± ۱/۶۷	۱۲	۳۷/۲۵ ± ۲/۰۱	۱۲
	آزمایش	۴۰/۲۵ ± ۱/۸۰	۱۲	۳۵/۹۲ ± ۱/۳۴	۱۲
طرد	کنترل	۳۵/۷۵ ± ۱/۳۸	۱۲	۳۵/۹۲ ± ۰/۹۲۵	۱۲
	آزمایش	۳۵/۲۵ ± ۱/۶۴	۱۲	۳۵/۳۳ ± ۱/۱۵	۱۲

توانبخشنی

جدول ۳. نتایج آزمون من‌ویتنی برای متغیر سلامت روان

متغیر	گروه	تعداد	میان	دامنه میان چارکی	آماره	مقدار احتمال
سلامت روان	کنترل	۱۲	-۰/۰۳	۰/۱۸	-۱/۶۳۳	۰/۱۰۵
	آزمایش	۱۲	-۰/۲۸	۰/۷۹		

توانبخشنی

مادران کودکان کم‌شنوا متناسب‌سازی و اجرا شود، این برنامه در این پژوهش نتوانسته است برای مادران کودکان کم‌شنوا مؤثر واقع شود و نیاز به بررسی‌های بیشتر در این زمینه وجود دارد. از طرفی یک تفاوت قابل تأمل بین پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین وجود دارد و آن این است که مادرانی که در پژوهش‌های پیشین حضور داشتند فرزندشان زیر ۲ سال بوده‌اند و مادر دارای اختلالات روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و افسردگی پس از زایمان بوده‌اند. در حالی که در پژوهش حاضر بازه سنی تولد تا ۳ سالگی برای فرزند در نظر گرفته شد و مادران دارای اختلالات روان‌شناختی نبودند، بلکه مادرانی بودند که انتظار تولد کودک کم‌شنوا را نداشتند و مواجه شدن با این مسئله آن‌ها را با چالش‌های جدیدی روبه‌رو کرده بود.

از طرفی به نظر می‌رسد کافی نبودن محتوای مداخله و تمرکز کم آن بر راهکارهای مقابله با مشکلات سلامت روان و پذیرش آسیب‌شنوایی، بر نتایج اثر گذاشته است. با وجود اینکه تعداد جلسات مداخله افزایش پیدا کرد، به نظر می‌رسد آموزش‌ها و محتوای جلسات باید غنی‌تر و عمیق‌تر شود. همچنین یکی از مهم‌ترین مسائلی که به نظر می‌رسد باید در مداخله گنجانده و در جلسات متعددی به آن پرداخته می‌شد، مسئله پذیرش کم‌شنوایی فرزند بود. چراکه عدم پذیرش کم‌شنوایی کودک می‌تواند مانعی برای بهره‌مندی از مداخلات روان‌شناختی شود [۴۷] و مادران حاضر در این پژوهش در این زمینه مشکل داشتند.

یافته دیگر پژوهش بیانگر آن است که برنامه والدگری مثبت شیرخواران از میان مؤلفه‌های رابطه والد کودک تنها بر مؤلفه بیش‌حمایتگری اثر داشته است و نتوانسته است بر مؤلفه‌های

بگذارد و تنها توانسته است بر یکی از مؤلفه‌های رابطه والد کودک (بیش‌حمایتگری) اثر بگذارد. برخی از پژوهش‌های انجام‌شده درباره تأثیر برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر مادرانی که دارای مشکلات سلامت روان و رابطه والد کودک بودند تأثیر مثبت این برنامه را تأیید کرده‌اند [۴۴-۴۲] و برخی آن را تأیید نکرده‌اند [۴۶، ۴۵].

نخستین یافته پژوهش نشان داد استفاده از برنامه والدگری مثبت شیرخواران به ارتقای سلامت روان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر نشده است که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌خوانی ندارد [۴۴-۴۲]. یافته‌های این پژوهش‌ها که هم‌خوان با پژوهش حاضر نیستند نشان می‌دهند آموزش برنامه والدگری مثبت شیرخواران که تمرکز آن بر تکنیک‌های والدگری و مدیریت موقعیت‌های چالش‌برانگیز است می‌تواند سلامت روان را در مادرانی که دارای مشکلات سلامت روان همچون افسردگی، اضطراب و استرس هستند ارتقا دهد [۴۴-۴۲].

یکی از اولین مسائلی که می‌توان نقش آن را در عدم اثرگذاری مداخله در پژوهش حاضر بر سلامت روان مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال بررسی کرد جدید بودن برنامه والدگری مثبت شیرخواران برای این مادران است. این مداخله قبلاً فقط در مادران کودکان عادی اجرا شده است و پژوهش حاضر نخستین پژوهشی است که اثربخشی برنامه والدگری مثبت شیرخواران را در مادران کودکان کم‌شنوا بررسی کرده است. نیازها و دغدغه‌های مادران کودکان عادی و مادران کودکان کم‌شنوا بسیار متفاوت است و با وجود اینکه تلاش شده بود این پروتکل بر اساس نیازهای

جدول ۴. نتایج آزمون تی مستقل برای مؤلفه‌های پذیرش، بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری

مؤلفه	گروه	تعداد	میانگین \pm انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	مقدار احتمال
پذیرش	کنترل	۱۲	-۱/۳۳ \pm ۲/۸۰	۲۲	-۰/۴۵۹	۰/۶۵۱
	آزمایش	۱۲	-۰/۳۳ \pm ۶/۵۳			
بیش‌حمایتگری	کنترل	۱۲	-۰/۰۸ \pm ۲/۳۹	۲۲	۲/۴۸۱	۰/۰۲۵
	آزمایش	۱۲	-۴ \pm ۴/۹۲			
سهل‌گیری	کنترل	۱۲	-۰/۵۰ \pm ۳	۲۲	۲/۰۲۸	۰/۰۵۹
	آزمایش	۱۲	-۴/۳۳ \pm ۵/۸۲			

توانبخشنی

جدول ۵. نتایج آزمون من‌ویتنی برای مؤلفه طرد

متغیر	گروه	تعداد	میان	دامنه میان چارکی	آماره	مقدار احتمال
طرد	کنترل	۱۲	۰/۰۰۰۰	۲/۵۰	۰/۵۲۷	۰/۵۹۸
	آزمایش	۱۲	۰/۱۵۰	۵/۷۵		

توانبخشی

بوده است، اما از آنجایی که در جلسات متعدد مادران اذعان می‌داشتند عوامل اقتصادی و اجتماعی بر نگرش و رفتارهای آن‌ها تأثیر دارد و از آن‌ها به عنوان مانعی برای مدیریت خود و رابطه‌شان با فرزندشان یاد می‌کردند، نمی‌توان اثر این عوامل را بر پژوهش نادیده گرفت. در سایر پژوهش‌های حیطه کم‌شنوایی نیز بیان شده است به دلیل عدم حمایت بیمه‌ها از خدمات توان‌بخشی معمولاً والدین این کودکان فشار اقتصادی زیادی را در زمینه هزینه کلاس‌های توان‌بخشی و ابزارهای کمکی مانند سمعک و عمل کاشت حلزون تجربه می‌کنند [۵۲-۵۰]. همچنین آگاهی کم نسبت به مسئله کم‌شنوایی در میان خانواده‌ها و جامعه و برجسب‌های منفی از سوی دیگران برای افراد دارای کم‌شنوایی سبب می‌شود مادران نگران نگاه و نگرش جامعه و حتی اقوام نزدیکشان نسبت به فرزندشان و طرد شدن از جانب دیگران باشند. کمبود منابع حمایتی از سوی خانواده به‌ویژه همسران و جامعه نیز بر میزان این نگرانی‌ها می‌افزاید [۵۴، ۵۳]. در همین راستا نیز پژوهش‌هایی که در زمینه مداخلات زودهنگام انجام شده‌اند نشان می‌دهند مسائل اقتصادی و اجتماعی می‌توانند مانعی برای مشارکت مطلوب والدین در روند مداخلات کودک کم‌شنوا باشند [۵۷-۵۵]. تمامی موارد ذکر شده از دغدغه‌های مادران حاضر در پژوهش بود و نمی‌توان تأثیر آن‌ها را بر پژوهش نادیده گرفت.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد اگرچه برنامه والدگری مثبت شیرخواران برنامه مفیدی است و با وجود اینکه نیاز فوق‌العاده زیادی در حیطه مداخلات زودهنگام وجود دارد که بر سلامت روان و رابطه والد کودک تأکید دارد، باید تحقیقات بیشتری روی برنامه والدگری مثبت شیرخواران، با در نظر گرفتن نیازهای خاصی که مادران کودکان کم‌شنوا در این سن دارند و غنی کردن اطلاعاتی که مادران در هر جلسه دریافت می‌کنند انجام شود تا جنبه‌های مختلف برنامه والدگری مثبت شیرخواران برای والدین کودکان کم‌شنوا بیشتر مورد بررسی قرار بگیرد.

همانند هر پژوهش دیگری، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله دشواری در دسترسی به مادران کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال به دلیل عدم همکاری مراکز توان‌بخشی که سبب شد فرایند اجرا به تعویق بیفتد. علاوه بر آن عوامل اجتماعی پیش‌بینی نشده که امکان کنترل آن‌ها را

پذیرش، طرد و سهل‌گیری اثر بگذارد. این نتیجه با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین هم‌خوان است [۴۶، ۴۵]. این پژوهش‌ها بیان می‌کنند با وجود اینکه برنامه والدگری مثبت شیرخواران برنامه مفیدی است و در برخی موارد توانسته است بر برخی مؤلفه‌های رابطه والد کودک اثر مثبتی داشته باشد، اما به نظر می‌رسد عدم اثرگذاری برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر اغلب مؤلفه‌های رابطه والد کودک به این دلیل است که مادران اطلاعات کامل و کافی از مداخله دریافت نمی‌کنند. آن‌ها بیان می‌کنند نیاز است محتوای برنامه در زمینه ارتقای رابطه والد کودک غنی‌تر شود و همچنین به میزان بیشتری به راهکارهای مقابله با هیجانات منفی همچون افسردگی و استرس و اضطراب که می‌توانند بر رابطه والد کودک اثر بگذارند، پرداخته شود [۴۶-۵۴].

در تبیین این نتایج باید اشاره کرد علاوه بر جدید بودن این برنامه برای مادران کودکان کم‌شنوا، در زمینه رابطه والد کودک نیز لازم است محتوای مداخله غنی‌تر و عمیق‌تر شود و مادران نسبت به ماهیت کم‌شنوایی، نیازهای کودک کم‌شنوا و نحوه برقراری ارتباط با او اطلاعات بیشتری کسب کنند. در کنار این مسئله باید اشاره کرد دو مؤلفه پذیرش و طرد از میان مؤلفه‌های رابطه والد کودک بسیار متأثر از سلامت روان والد هستند [۵۵]. از آنجایی که مداخله به دلایلی که بیان شد نتوانسته است بر سلامت روان مادران اثر داشته باشد، بنابراین مؤلفه‌های پذیرش و طرد نیز تغییری نکرده‌اند.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم‌شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم‌شنوا اطلاعات کمی درباره ماهیت کم‌شنوایی و نیازهای کودک کم‌شنوا دارند و از طرفی تصور می‌کنند چون کودک دارای آسیب است باید او را آزاد گذاشت [۵۰، ۵۶]. اغلب مادرانی که در این پژوهش حضور داشتند مدت کمی از تشخیص کم‌شنوایی فرزندشان گذشته بود و هنوز اطلاعات کافی نسبت به کم‌شنوایی و نیازهای کودک کم‌شنوا نداشتند. بنابراین عدم آگاهی دقیق از نیازهای کودک کم‌شنوا سبب شده بود مادران کودک را آزاد بگذارند و سهل‌گیر باشند.

سلامت روان والد و رابطه والد کودک بسیار تحت تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی قرار دارند [۴۹-۴۷]. اگرچه هدف پژوهش حاضر بررسی این موارد نبوده است و پژوهشگران آن را کنترل نکرده‌اند و سنجش آن‌ها در حد دریافت اطلاعات کلی از مادران

همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله: گیتا موللی؛ تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها: آرزو عباس‌زاده؛ مشاوره تنظیم مقاله: معصومه پورمحمد رضای تجریشی؛ مشاوره تحلیل داده‌ها: محسن واحدی.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

زمان اجرای مداخله ممکن نبود بر روند مداخله اثر گذاشتند. از جمله تعطیلات متعدد ناشی از آلودگی هوای تهران که سبب ایجاد وقفه‌های طولانی بین جلسات مداخله شد. یکی دیگر از محدودیت‌هایی که تحلیل داده‌ها و تبیین یکی از فرضیه‌ها را دچار مشکل کرد، محدودیت مرتبط با ابزار رابطه مادر کودک بود. این ابزار یک نمره کلی که بتوان با آن متغیر رابطه والد کودک را به تنهایی بررسی کرد ارائه نمی‌دهد، بلکه از طریق خرده‌مقیاس‌های پذیرش، طرد، بیش‌حمایتگری و سهل‌گیری به بررسی مؤلفه‌های رابطه والد کودک می‌پردازد. به همین دلیل در زمان تحلیل داده‌ها پژوهشگران مجبور به تغییر فرضیه دوم شدند و به بررسی رابطه والد-کودک از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد کودک پرداختند.

طبق این محدودیت‌ها جهت غنای نتایج پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود اگر مشکلات اجتماعی همچون تعطیلات غیرقابل‌پیش‌بینی مداوم مراکز توان‌بخشی رخ داد از قابلیت جلسات آنلاین استفاده شود. پیشنهاد می‌شود هر دوی والدین در جلسات حضور داشته باشند، چراکه نقش حمایتی همسران و آگاه‌سازی هر دو والد می‌تواند نتایج بهتری را هم برای والدین و هم برای کودک به ارمغان آورد. پیشنهاد می‌شود جهت کسب اطلاعات دقیق‌تر و غنا بخشیدن به نتایج و تحلیل داده‌ها در کنار پرسش‌نامه از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت بررسی نتایج پژوهش در بلندمدت آزمون پیگیری نیز اجرا شود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و عواملی که بر نتایج اثر گذاشتند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی محتوای مداخله در قسمتی که به آموزش تکنیک‌های مقابله با مشکلات سلامت روان پرداخته می‌شود، غنی‌تر شود و افراد حضور فعال‌تری در جلسات مداخله داشته باشند و در آموزش مهارت‌ها از ایفای نقش^{۱۹} نیز استفاده شود. همچنین از آنجایی که عدم آگاهی والد نسبت به کم‌شنوایی و نیازهای کودک کم‌شنوا می‌تواند بر والدگری اثر بگذارد، پیشنهاد می‌شود در جلسات ابتدایی مداخله که در رابطه با نحوه برقراری ارتباط با شیرخوار صحبت می‌شود به میزان بیشتری به نیازهای خاص کودک کم‌شنوا پرداخته شود تا آگاهی والدین نسبت به آن بالاتر رود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت اصول اخلاقی مادرانی که در پژوهش حضور داشتند از روش اجرا، اهداف، فواید، ماهیت و مدت پژوهش مطلع شدند و رضایت آگاهانه و آزادانه از آن‌ها اخذ شد. اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین

References

- [1] World Health Organization. Deafness and hearing loss [Internet]. 2021 [Updated 2021 April 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- [2] Harris C, Hemer S, Chur-Hansen A. Emotion as motivator: Parents, professionals and diagnosing childhood deafness. *Medical Anthropology*. 2021; 40(3):254-66. [DOI:10.1080/01459740.2020.1796659]
- [3] Marriage J, Brown TH, Austin N. Hearing impairment in children. *Paediatrics and Child Health*. 2017; 27(10):441-6. [DOI:10.1016/j.paed.2017.06.003]
- [4] Chaudhury S. Anxiety and depression in mothers of deaf children: Awareness needed. *Medical Journal of Dr DY Patil University*. 2014; 7(6):720-1. <https://www.mjdrdypu.org/text.asp?2014/7/6/720/144856>
- [5] Green VA. Parental reaction to diagnosis of infant hearing loss. *Advances in Mental Health*. 2020; 18(1):62-72. [DOI:10.1080/18387357.2019.1651661]
- [6] Majorano M, Guerzoni L, Cuda D, Morelli M. Mothers' emotional experiences related to their child's diagnosis of deafness and cochlear implant surgery: Parenting stress and child's language development. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2020; 130:109812. [DOI:10.1016/j.ijporl.2019.109812]
- [7] Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. [Mental health problems of mothers and fathers of the deaf children with cochlear implants (Polish)]. *Otolaryngologia Polska*. 2014; 68(3):135-42. [DOI:10.1016/j.otopol.2013.05.005] [PMID]
- [8] Saki N, Yadollahpour A, Moniri S, Karimi M, Bayat A, Abshirini H, et al. Investigating the impacts of cochlear implantation on the happiness and self-esteem of mothers of children with severe hearing loss. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2017; 15(2):288-94. [DOI:10.1007/s11469-016-9672-4]
- [9] Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. *SSM - Population Health*. 2016; 2:542-8. [DOI:10.1016/j.ssmph.2016.08.001]
- [10] Gilson KM, Davis E, Johnson S, Gains J, Reddihough D, Williams K. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. *Child: Care, Health and Development*. 2018; 44(3):384-91. [DOI:10.1111/cch.12556]
- [11] Jean YQ, Mazlan R, Ahmad M, Maamor N. Parenting stress and maternal coherence: Mothers with deaf or hard-of-hearing children. *American Journal of Audiology*. 2018; 27(3):260-71. [DOI:10.1044/2018_AJA-17-0093]
- [12] Faramarzi S. Comparing the quality of life and psychological well-being in mothers of children with hearing loss and mothers of children with other special needs. *Auditory and Vestibular Research*. 2017; 26(2):86-92. <https://avr.tums.ac.ir/index.php/avr/article/view/151>
- [13] Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolaric B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2014; 78(2):323-9. [DOI:10.1016/j.ijporl.2013.12.001]
- [14] Vänskä M, Punamäki RL, Lindblom J, Flykt M, Tolvanen A, Unkila-Kallio L, et al. Parental pre- and postpartum mental health predicts child mental health and development. *Family Relations*. 2017; 66(3):497-511. [DOI:10.1111/fare.12260]
- [15] Valloiton C, Harewood T, Froyen L, Brophy-Herb H, Ayoub C. Child behavior problems: Mothers' and fathers' mental health matters today and tomorrow. *Early Childhood Research Quarterly*. 2016; 37:81-93. [DOI:10.1016/j.ecresq.2016.02.006]
- [16] Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Social Indicators Research*. 2012; 106(2):287-305. [DOI:10.1007/s11205-011-9804-y]
- [17] Kelley ML, Bravo AJ, Hamrick HC, Braitman AL, White TD, Jenkins J. Parents' reports of children's internalizing symptoms: Associations with parents' mental health symptoms and substance use disorder. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26(6):1646-54. [DOI:10.1007/s10826-017-0677-9]
- [18] Branje SJ, Hale III WW, Frijns T, Meeus WH. Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2010; 38(6):751-63. [DOI:10.1007/s10802-010-9401-6]
- [19] Yan J, Feng X, Schoppe-Sullivan SJ. Longitudinal associations between parent-child relationships in middle childhood and child-perceived loneliness. *Journal of Family Psychology*. 2018; 32(6):841-7. [DOI:10.1037/fam0000446]
- [20] Schiff M, Pat-Horenczyk R, Ziv Y, Brom D. Multiple traumas, maternal depression, mother-child relationship, social support, and young children's behavioral problems. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36(1-2):892-914. [DOI:10.1177/0886260517725738]
- [21] Nomaguchi K, Allen A. Mother-child relationship quality from preschool to adolescence: Variation by maternal education [Internet]. 2020 [Updated 2020 January 6]. Available from: <https://www.bgsu.edu/content/dam/BGSU/college-of-arts-and-sciences/center-for-family-and-demographic-research/documents/working-papers/2019/WP-2019-09-Nomaguchi-Allen-Mother-Child-Relationship-v2.pdf>
- [22] Giannotta F, Rydell AM. The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. *Journal of Adolescence*. 2017; 61:40-9. [DOI:10.1016/j.adolescence.2017.09.005]
- [23] Blank A, Frush Holt R, Pisoni DB, Kronenberger WG. Associations between parenting stress, language comprehension, and inhibitory control in children with hearing loss. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020; 63(1):321-33. [DOI:10.1044/2019_SLHR-19-00230]
- [24] Bahadori Khosroshahi J. [Communication parental self-efficacy and self forgiveness with mother-child interaction in mothers of children with mental retardation (Persian)]. *Empowering Exceptional Children*. 2017; 8(22):26-36. http://www.ccciranj.ir/article_63557.html
- [25] Antonopoulou K, Hadjikakou K, Stampoltzis A, Nicolaou N. Parenting styles of mothers with deaf or hard-of-hearing children and hearing siblings. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2012; 17(3):306-18. [DOI:10.1093/deafed/ens013]

- [26] Howe D. Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child & Family Social Work*. 2006; 11(2):95-106. [DOI:10.1111/j.1365-2206.2006.00397.x]
- [27] Pinquart M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2013; 38(7):708-21. [DOI:10.1093/jpepsy/jst020]
- [28] Kurtzer-White E, Luteran D. Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2003; 9(4):232-5. [DOI:10.1002/mrdd.10085]
- [29] Janjua F, Woll B, Kyle J. Effects of parental style of interaction on language development in very young severe and profound deaf children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2002; 64(3):193-205. [DOI:10.1016/S0165-5876(02)00069-1]
- [30] Barker DH, Quittner AL, Fink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Development and Psychopathology*. 2009; 21(2):373-92. [DOI:10.1017/S0954579409000212]
- [31] Muse C, Harrison J, Yoshinaga-Itano Ch, Grimes A, Brookhouser PE, Epstein S, et al. Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics*. 2013; 131(4):e1324-49. [DOI:10.1542/peds.2013-0008]
- [32] Ingber S, Most T. 38. Parental involvement in early intervention for children with hearing loss. In: Dattner E, Bar-On A, Ravid D, editors. *Handbook of Communication Disorders: Theoretical, Empirical, and Applied Linguistic Perspectives*. Handbooks of Applied Linguistics (HAL). Vol. 15. Berlin/Boston: De Gruyter Mouton; 2018. pp. 793-810. [DOI:10.1515/9781614514909-039]
- [33] Hitchins ARC, Hogan SC. Outcomes of early intervention for deaf children with additional needs following an Auditory Verbal approach to communication. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2018; 115:125-32. [DOI:10.1016/j.ijporl.2018.09.025]
- [34] Stewart V, Slattery M, McKee J. Deaf and hard of hearing early intervention: Perceptions of family-centered practice. *Journal of Early Intervention*. 2021; 43(3):221-34. [DOI:10.1177/1053815120962547]
- [35] Nikkhoo F, Hassanzadeh S, Afroz GA, Farzad V. [Early hearing, language, and attachment based interventions for deaf children under age of two (Persian)]. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2018; 7(1):57-68. [DOI:10.22038/JPSR.2018.20011.1500]
- [36] Erbas E, Scarinci N, Hickson L, Ching TYC. Parental involvement in the care and intervention of children with hearing loss. *International Journal of Audiology*. 2018; 57(Suppl 2):S15-26. [DOI:10.1080/14992027.2016.1220679]
- [37] Jackson CW, Traub RJ, Turnbull AP. Parents' experiences with childhood deafness: Implications for family-centered services. *Communication Disorders Quarterly*. 2008; 29(2):82-98. [DOI:10.1177/1525740108314865]
- [38] Shekari E, Nakhshab M, Valinejad V, Modarres Zadeh A, Hosseinpour AH. A systematic review of the effectiveness of early intervention and the role of parents in language development of hearing loss children. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(1):5-14. [DOI:10.18869/nrip.irj.15.1.5]
- [39] Zaidman-Zait A, Most T, Tarrasch R, Haddad E. Mothers' and fathers' involvement in intervention programs for deaf and hard of hearing children. *Disability and Rehabilitation*. 2018; 40(11):1301-9. [DOI:10.1080/09638288.2017.1297491]
- [40] Kulkarni KA, Gathoo VS. Parent empowerment in early intervention programmes of children with hearing loss in Mumbai, India. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2017; 28(2):45-58. [DOI:10.5463/dcid.v28i2.550]
- [41] Wittkowski A, Cartwright K, Emsley R, Bee P, Camacho E, Calam R, et al. Enhancing maternal and infant wellbeing: study protocol for a feasibility trial of the Baby Triple P Positive Parenting programme for mothers with severe mental health difficulties (the IMAGINE study). *Trials*. 2018; 19:516. [DOI:10.1186/s13063-018-2918-7]
- [42] Tsivos ZL, Calam R, Sanders MR, Wittkowski A. A pilot randomised controlled trial to evaluate the feasibility and acceptability of the Baby Triple P Positive Parenting Programme in mothers with postnatal depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 20(4):532-54. [DOI:10.1177/1359104514531589] [PMID] [PMCID]
- [43] Butler H, Hare D, Walker S, Wieck A, Wittkowski A. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*. 2014; 17(5):455-63. [DOI:10.1007/s00737-014-0429-4]
- [44] Evans T, Boyd RN, Colditz P, Sanders M, Whittingham K. Baby Triple P for parents of a very preterm infant: A case study. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26(2):633-42. [DOI:10.1007/s10826-016-0571-x]
- [45] Popp L, Fuths S, Schneider S. The relevance of infant outcome measures: A pilot-RCT comparing Baby Triple P Positive Parenting Program with care as usual. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10:2425. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.02425]
- [46] Evans T, Boyd RN, Colditz P, Sanders M, Whittingham K. Mother-very preterm infant relationship quality: RCT of Baby Triple P. *Journal of Child and Family Studies*. 2017; 26(1):284-95. [DOI:10.1007/s10826-016-0555-x]
- [47] Sreekumar S, L RK, Nair LS, Joseph JM. Psychosocial concerns among parents of children with hearing impairment. *Loyola Journal of Social Sciences*. 2019; 33(2):21-38. <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=9d83720e-508b-4bac-9db3-57215609610f%40sessionmgr101>
- [48] Chang CW, Biegel DE. Factors affecting mental health service utilization among Latino Americans with mental health issues. *Journal of Mental Health*. 2018; 27(6):552-9. [DOI:10.1080/09638237.2017.1385742]
- [49] Kiely KM, Leach LS, Olesen SC, Butterworth P. How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015; 50(6):909-18. [DOI:10.1007/s00127-015-1027-0]

- [50] Grandpierre V, Fitzpatrick EM, Thomas R, Mendonca O, Sikora L, Potter BK. Barriers and facilitators to cultural competence in early hearing loss services: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*. 2019; 43(3):189-202. <https://www.cjslpa.ca/detail.php?ID=1250&lang=en>
- [51] Fitzpatrick EM, Gaboury I, Durieux-Smith A, Coyle D, Whittingham JA, Nassrallah F. Auditory and language outcomes in children with unilateral hearing loss. *Hearing Research*. 2019; 372:42-51. [DOI:10.1016/j.heares.2018.03.015]
- [52] Ebrahimi H, Mohammadi E, Mohammadi MA, Pirzadeh A, Mahmoudi H, Ansari I. Stigma in mothers of deaf children. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*. 2015; 27(2):109-18. [DOI:10.22038/IJORL.2015.3614]
- [53] Åsberg KK, Vogel JJ, Bowers CA. Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: Implications of perceived social support and mode of communication. *Journal of Child and Family Studies*. 2008; 17(4):486-99. [DOI:10.1007/s10826-007-9169-7]
- [54] Prakash SS, Prakash SGR, Ravichandran A, Susan KY, Alex W. Measuring levels of stress and depression in mothers of children using hearing aids and cochlear implants: A comparative study. *International Journal of Special Education*. 2013; 28(1):37-44. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1013685>
- [55] de Diego-Lázaro B, Restrepo MA, Sedey AL, Yoshinaga-Itano Ch. Predictors of vocabulary outcomes in children who are deaf or hard of hearing from Spanish-speaking families. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2019; 50(1):113-25. [DOI:10.1044/2018_LSHSS-17-0148]
- [56] Sahli S. Investigating child raising attitudes of fathers having or not having a child with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2011; 75(5):681-5. [DOI:10.1016/j.ijporl.2011.02.013]
- [57] Merugumala SV, Pothula V, Cooper M. Barriers to timely diagnosis and treatment for children with hearing impairment in a Southern Indian city: A qualitative study of parents and clinic staff. *International Journal of Audiology*. 2017; 56(10):733-9. [DOI:10.1080/14992027.2017.1340678]

This Page Intentionally Left Blank
