




تدوین و اعتبار سنجی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی و استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران
استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

فاطمه مرتضوی کیاسری 

رضا دنیوی* 

بهرنگ اسماعیلی شاد 

ایمیل نویسنده مسئول: donyavi@iauneka.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ پیاپی ۱۸ | ۴۸۸-۴۵۶
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(مرتضوی کیاسری و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

مرتضوی کیاسری، فاطمه، دنیوی، رضا، و اسماعیلی شاد، بهرنگ. (۱۴۰۲). پیش‌بینی سلامت روان براساس ناگویی هیجانی و دلزدگی زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۴۵۶-۴۸۸.

چکیده

هدف: هدف پژوهش تدوین و اعتبار سنجی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی بود. **روش پژوهش:** پژوهش به شیوه کیفی-کمی انجام شد. جامعه تحقیق مادران دارای کودک با آسیب شنوایی در شهرستان‌های ساری و میان‌دورود بود. در بخش کیفی از شیوه نمونه‌گیری هدفمند تا حد اشباع استفاده شد. شیوه نمونه‌گیری در بخش کمی بصورت در دسترس بود و ۱۶ نفر از مادران انتخاب شدند. ابزار مصاحبه غیرساختاریافته بود. برای تأمین روایی و پایایی، مصاحبه‌های ثبت شده همراه با مضمون بدست آمده از آنها، در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت و از شیوه اطمینان‌پذیری از داده‌های استخراج شده منطبق از مصاحبه‌های صورت پذیرفته، استفاده بعمل آمد. برای تأمین اعتبار از شیوه انتقال‌پذیری استفاده شد. پایایی کل دو گد گذار برابر ۰/۹۰ می‌باشد. برای تعیین اعتبار و برازش مولفه‌های برنامه از نرم‌افزار SPSS و Amos استفاده شد. **یافته‌ها:** با عنایت به مصاحبه‌ها و پیشینه‌های پژوهش، برنامه فرزندپروری مذکور در ۱۰ جلسه تدوین شد که عبارت است از: پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند، بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا، آشناسازی مادران با نحوه مراقبت از فرزند ناشنوا، آشنا سازی با شیوه‌های کنترل هیجان، آشنا سازی با شیوه‌های رفع احساس درماندگی، آشنا سازی با راهکارهای ارتباط با فرزند ناشنوا، تعامل با فرزند، آشنا سازی با شیوه‌های رفع احساس خستگی، رفع احساس ناامیدی، برطرف سازی احساس تنهایی کودک. **نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق نشان دهنده اعتبار و برازش مولفه‌های تدوین شده برنامه فرزندپرورش مبتنی بر تجارب زیسته مادران بود. **کلیدواژه‌ها:** تجارب زیسته، مادران، کودک، آسیب شنوایی.

مقدمه

کم‌توانی‌های تحولی^۱ با وجود تمام پیشرفت‌های مهم انجام شده در علم ژنتیک و پزشکی، هنوز هم در همه جوامع مشاهده می‌شود. این مفهوم اصطلاحی کلی است و به هر نوع آسیبی اطلاق می‌شود که کارکردهای جسمی و ذهنی فرد را تحت تأثیر قرار داده و به واسطه آن فعالیت‌های فردی و اجتماعی وی را با محدودیتهایی مواجه سازد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۷). آسیب شنوایی یکی از این نارسایی‌های تحولی است (هالاها، کافمن و پولن، ۲۰۱۱). براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، تقریباً ۹ درصد از آسیب‌های شنوایی در دوران کودکی رخ می‌دهند (استوارت و اسمیت، ۲۰۱۹). در ایران از هر ۱۰۰۰ کودک، ۵-۶ دارای اختلال شنوایی هستند (پاغنده، حسن زاده و قاسم زاده، ۱۳۹۸).

ناشنوایی به معنای افت شنوایی به میزانی است که کودک در پردازش اطلاعات زبانی از طریق شنیدن با یا بدون تقویت صدا، ناتوان است و بر عملکرد آموزشی کودک تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (قانون آموزش افراد با ناتوانی‌ها، ۲۰۰۴؛ به نقل از اسمیت و همکاران، ۲۰۱۲). بیش از نود درصد از کل کودکان کم شنوا در خانواده‌هایی با والدین شنوا متولد می‌شوند (رایت و همکاران، ۲۰۲۱). برای بیشتر این خانواده‌ها، فرزندشان نخستین فرد کم شنوایی است که تاکنون دیده‌اند (مینزن-در و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که نابهنجاری جسمی و روانی کودکان، روابط والدینی را دستکاری کرده و کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خداپرست کازرونی، ۱۳۹۴). عموماً پس از شناسایی کودک کم شنوا، والدین وارد مرحله سوگواری و غم می‌شوند و کم شنوایی فرزندشان را به مثابه از دست دادن یک زندگی هنجار برای او و کل خانواده در نظر می‌گیرند و وارد مرحله خشم، تاسف، احساس گناه و نومیدی^۳ می‌شوند (ون الدیک و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوو، ۲۰۰۶). تولد و حضور کودکی با نقص شنوایی چالش‌های منحصر به فرد و متفاوتی را برای خانواده فراهم می‌کند که احتمالاً ناامیدی، غمگینی، افسردگی، ناباوری و همچنین خشم و درماندگی، احساس گناه، شرم و حقارت را در پی خواهد داشت و افرادِ چنین خانواده‌هایی، رفتارهای متفاوتی مانند پرخاشگری، گوشه‌گیری، طردکنندگی و اجتماع‌گریزی از خود نشان می‌دهند (گیلیور و همکاران، ۲۰۱۳؛ مورفی، ۲۰۰۷؛ ون الدیک و همکاران، ۲۰۰۴)؛ رویاهای آنان در مورد آینده فرزند فرو می‌پاشد و دچار افسردگی^۴ می‌شوند. ممکن است یک سلسله واکنش‌های هیجانی مانند آنچه در داغدیدگی دیده می‌شود را پشت سر بگذارند و زندگی اجتماعی و زناشویی آن‌ها تحت تأثیر قرار گیرد و احساس انزوا و تنهایی، گنجی و بی‌بهره ماندن از شادی کنند (ملازاده و جاهدی فر، ۱۳۹۹). واکنش‌های افراد نسبت به کودک کم شنوا در مجامع عمومی و عدم درک و پذیرش او، مزید ناراحتی والدین شده و آنان را به انزوا و ترک ارتباطات سوق می‌دهد (استین برگ و همکاران، ۱۹۹۷).

براساس پژوهش‌های انجام شده، آسیب شنوایی کودکان تأثیر بسیاری بر مادران دارد؛ زیرا مادران نقش مراقبتگری و رفع نیازهای جسمی، عاطفی و اجتماعی کودکان را دارند (بشیر و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که نیمی از مادرانی که دارای فرزندان ناشنوا هستند، به دلیل این انگ^۵، از داشتن فرزند

1. Developmental disabilities
2. World Health Organization
3. Anger, regret, guilt and disappointment
4. Depression
5. Stigma

ناشنوا، احساس تحقیر شدگی و شرم می‌کنند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۵). فرشاف مانی صفت و پور رحیم (۱۳۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان کم شنوا، سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی پایین تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. همچنین مادران کودکان کم شنوا، علائم اضطرابی و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. یافته‌های کاسین و همکاران (۲۰۲۰)، افروز و تقی زاده (۱۳۹۳) و موللی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که بهزیستی و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری دارد. کوبوسکو و همکاران (۲۰۱۴) به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان ناشنوا نسبت به مادران کودکان سالم، علائم اضطراب را به طور چشمگیری تجربه می‌کنند.

تحقیقات نشان می‌دهد که مادران کودکان کم شنوا به دلیل نا آگاهی از موقعیت جدید، ماهیت کم شنوایی و فشار روانی ناشی از این اتفاق، در ساختن یک رابطه دو طرفه مثبت بین خود و فرزندشان دچار مشکل هستند (هوو، ۲۰۰۶؛ بارکر و همکاران، ۲۰۰۹؛ آنتونوپولو و همکاران، ۲۰۱۲؛ پینکارت، ۲۰۱۳). برای آن‌ها فراهم کردن رفتارهای حمایتگرانه، پذیرش فرزند، صمیمیت و گرمای والدگرانه مشکل است (پینکارت، ۲۰۱۳). آن‌ها انرژی روانی لازم برای برقراری ارتباط با کودک را ندارند و نسبت به نیازهای کودک کمتر پاسخگو هستند (کورتزر وایت و لوترمن، ۲۰۰۳). تعامل و ارتباط والدین و فرزندان، نقش به سزایی در شکل‌گیری و تشدید آسیب‌پذیری رفتاری و عاطفی کودکان دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد کودکان کم شنوایی که نتوانسته‌اند با والدین خود ارتباط مناسبی برقرار کنند، بیش از کودکان کم شنوایی که به خوبی قادر به برقراری ارتباط با اعضای خانواده بودند، دچار مشکلات بهداشت روان و مشکلات رفتاری شده بودند (فلینگر، هلزینگر، بیتل و همکاران، ۲۰۰۹).

از جمله مهمترین عوامل موثر بر روند رشد کودک، نوع و شیوه تربیتی یا به اصطلاح سبک فرزندپروری^۱ است، که والدین از این راه می‌توانند بر تحول فرزند خود تأثیر بگذارند (ذکابی فر و موسی زاده، ۱۳۹۹). الگوی غالب فرزند پروری در بیشتر والدین دارای کودکان کم شنوا «الگوی کناره‌گیر^۲» است. در چنین الگویی، کودکان کم شنوا توسط والدین تحت استرس پرورش می‌یابند که این خود همانند منابع استرس اضافی در خانواده عمل می‌کند. این چرخه روابط خانوادگی، کارایی والدین و کودک و توانایی مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت را بسیار متاثر می‌کند و ارتباط والد - کودک در چنین خانواده‌هایی خدشه دار می‌شود (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵).

پرورش کودک کم شنوا در عین حال که شبیه به پرورش هر کودک دیگری است اما جنبه‌های بسیار متفاوتی نیز دارد. والدین باید بیاموزند تصمیم‌های درستی در مورد شیوه ارتباطی فرزند خود و آموزش او اتخاذ کنند. نحوه برخورد والدین با مسائل، تجربیات پیشین آن‌ها و شیوه زندگی آن‌ها پیش از به دنیا آمدن کودک کم شنوا نیز حائز اهمیت است. داشتن فرزند کم شنوا گاهی ایجاب می‌کند که والدین تغییراتی در خود دهند (هینتر مایر، ۲۰۰۶؛ آلگرتی، ۲۰۰۲). تنها پس از پذیرش کامل کم شنوایی فرزند است که والدین تلاش می‌کنند زندگی خود را بگونه‌ای تغییر دهند که بتوانند نیازهای ویژه فرزندشان را

برآورده کنند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). از آنجایی که تحقیقات در زمینه تجربیات واقعی مادران کودکان کم شنوا در باب روشهای فرزندپروری و مصائب و مشکلات واقعی آنها با روش پدیدارشناسی تاکنون انجام نشده فلذا پژوهش حاضر به جهت فهم و تبیین تجارب واقعی مادران کودک کم شنوا به کاوش و فهم این تجارب با رویکرد پدیدارشناسانه می‌پردازد تا با شناخت عمیق از مسائل مخاطبان اصلی (یعنی مادران) به تدوین برنامه فرزندپروری بپردازد. پدیدارشناسی، مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است و به جهان آنچنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه واقعیتی جدای از انسان، توجه دارد (امامی سیگارودی و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجایی که والدین، بویژه مادر، در رابطه با تربیت فرزند و فرزندپروری، نقش بسیار مهمی دارند و آگاهی آنها از مسائل هیجانی و روشهای فرزندپروری می‌تواند آسیبهای احتمالی و جدی در این خانواده‌ها را کاهش دهد، لذا پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتبار سنجی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک ناشنوا و تاثیر آن بر تنظیم هیجان و رابطه مادر-کودک انجام خواهد شد؛ بنابراین پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک ناشنوا چیست؟

برخی پژوهش‌های انجام شده در رابطه با شیوه‌های فرزندپروری و یا مسائل خانواده‌های دارای کودک ناشنوا عبارتند از: پژوهش آقازارتی و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان «فرزندپروری ذهن آگاهانه^۱: دل‌بستگی کودکان ناشنوا و تاب‌آوری در مادرانشان» یک طرح کارآزمایی کنترل شده نیمه تصادفی بود که نشان داد مداخله بر دل‌بستگی کودکان ناشنوا و تاب‌آوری مادران آنها تأثیر معنادار و مثبتی داشت و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. آقازارتی و همکاران (۱۴۰۲) تحقیقی با عنوان «اثر بخشی فرزندپروری ذهن آگاهانه بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان مادران کودکان کم‌شنوا» انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه فرزندپروری ذهن آگاهانه بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان مادران کودکان کم‌شنوا تأثیر معناداری داشت. بنابه مطالعه حسینی و عاشوری (۱۴۰۱) با عنوان «برنامه رابطه درمانی کودک-والد و متناسب سازی آن برای کودکان با آسیب جسمی، اتیسم و ناشنوا: یک مطالعه روایتی» کودکان استثنایی نیازهای خاصی دارند. والدین این کودکان نیز نقشی اساسی در حمایت و مراقبت از فرزندان خود ایفا می‌کنند. در رابطه درمانی کودک-والد بر تقویت رابطه بین والدین و کودک از طریق رابطه درمانی تمرکز می‌شود. همچنین انطباق یابی‌ها و توصیه‌های این مداخله با توجه به نوع ناتوانی کودکان، به ویژه برای کودکان با آسیب جسمی، اتیسم و ناشنوا ارائه شده است. بنابه مطالعه رحیمی (۱۴۰۰) با عنوان «تأثیر سبک‌های فرزندپروری بر احساس تنهایی کودکان ناشنوا» شناخت سبک‌های فرزندپروری والدین کودکان ناشنوا و تلاش برای بکارگیری سبک موثر می‌تواند بر کاهش احساس تنهایی و انزوای اجتماعی تأثیرگذار باشد. نتایج نشان داد احساس تنهایی در دانش‌آموزان ناشنوا با سبک فرزندپروری مستبدانه بیشتر از سایر سبک‌های فرزندپروری است. کمترین میزان احساس تنهایی در دانش‌آموزان با سبک فرزندپروری مقتدرانه دیده می‌شود. سبک فرزندپروری مقتدرانه می‌تواند در کاهش احساس تنهایی کودکان ناشنوا موثر باشد. این والدین به نقطه نظرات کودکان با جدیت گوش می‌دهند و آنها را به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی تشویق می‌نمایند که سبب کاهش احساس تنهایی در کودکان ناشنوا می‌شود.

1. Mindful Parenting

صابری راد و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان « اثربخشی برنامه فرزندپروری براساس مدل ساندرز بر تنظیم هیجان مادران و تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری» انجام دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که آموزش برنامه فرزندپروری براساس مدل ساندرز بر تنظیم هیجان در مادران و تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری در مرحله پس‌آزمون اثر معناداری دارد. بنابه مطالعه تقوایی یزدی (۱۳۹۹) با عنوان «رابطه شیوه‌های فرزندپروری با احساس تنهایی و اختلالات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود والدین-دانش‌آموزان» سهم هر یک از شیوه‌های فرزندپروری بر پیش‌بینی احساس تنهایی و اختلالات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود کودکان متفاوت است و مؤلفه شیوه فرزندپروری مقتدرانه با بیشترین سهم (۰/۲۳) و شیوه فرزندپروری استبدادی با کمترین سهم (۰/۱۷) در پیش‌بینی احساس تنهایی کودکان نقش دارند. مؤلفه شیوه فرزندپروری استبدادی با بیشترین سهم (۰/۴۹) و شیوه فرزندپروری مقتدرانه با کمترین سهم (۰/۲۵) در پیش‌بینی اختلالات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود کودکان نقش دارند.

بنابه مطالعه پاغنده، حسن زاده و قاسم زاده (۱۳۹۸) با عنوان «اثربخشی برنامه تعامل مادر با کودک بر تنیدگی فرزندپروری و رابطه والدین با کودک دارای آسیب شنوایی» اهمیت مشارکت والدین در برنامه آموزشی تعامل والد-کودک به عنوان والد-درمانگر را نشان می‌دهد. یافته‌ها اثربخشی برنامه تعامل والد-کودک بر بهبود رابطه بین والدین با کودک دچار آسیب شنوایی را نیز نشان می‌دهد. بنا به مطالعه نعمتی (۱۳۹۸) با عنوان «تجربه زیسته مادران دارای کودکان با آسیب‌های شنوایی از مشکلات فراروی فرزندان شان: مطالعه پدیدارشناسی»، مجموعه شواهد موجود در ارتباط با سامانه خانوادگی نارسایی‌های تحولی، از جمله گروه با آسیب‌های شنوایی نشان می‌دهد که این گروه از خانواده‌ها در گزارش‌های خود، هم تأثیرات مثبت و هم منفی را از حضور کودک خود در بافت خانواده گزارش می‌دهند؛ به طوری که با وجود گزارش تجارب منفی مانند تجربه تنیدگی‌های مزمن، تجربه رشد شخصی نیز در این گروه از خانواده‌ها مورد توجه است. در پژوهش حاضر مشکلات فراروی والدین دارای کودکان با آسیب‌های شنوایی به ترتیب شامل زندگی مستقل، مشکلات رفتاری، و مشکلات اجتماعی شناسایی شد. مشکلات چندگانه زندگی مستقلانه، مشکلات رفتاری، و اجتماعی بیانگر اثرات آسیب‌های شنوایی بر بافت کلی زندگی و محیط اجتماعی کودک است. بنا به مطالعه علمردانی صومعه و نیرمانی (۱۳۹۴) با عنوان «مقایسه عدم تحمل بالتکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا»، بین دو گروه مادران دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا، از نظر عدم تحمل بالتکلیفی، تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت که میانگین نمرات عدم تحمل بالتکلیفی در مادران دختر ناشنوا بالاتر از مادران دختر شنوا بود. همچنین در متغیر تنظیم هیجان، بین مادران دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا تفاوت معناداری مشاهده شد. این نتایج لزوم اثر‌پذیری شناخت عمیق دانش‌آموزان ناشنوا و به ویژه والدینشان را آشکار کرده و می‌تواند تلویحاتی برای برنامه ریزی‌های مناسب برای آموزش و پرورش استثنایی داشته باشد. یافته‌های پژوهش مهاجری و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان «بررسی سلامت عمومی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه» نشان داد که وضعیت سلامت مادران کودکان با نیازهای ویژه پایین بود، لذا توجه بیشتر به وضعیت سلامت این گروه از مادران و تدوین برنامه‌های مناسب جهت ارتقاء وضعیت سلامتی آن‌ها بسیار ضروری است.

بنابه مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان «نگرانیهای مادران دارای کودک ناشنوا: یک مطالعه کیفی» نگرانیهای مادران دارای کودک ناشنوا در ۳ طبقه اصلی خلاصه گردید که شامل نگرانیهای مربوط به ماهیت ناشنوایی، نگرانیهای مربوط به مشکلات اجتماعی و نگرانیهای مربوط به آینده کودک بود. در میان نگرانیهای مربوط به آینده، احتمال تولد فرزند ناشنوی دیگر و ترس از ناشنوا شدن فرزندان کودک ناشنوی خود مهمترین دغدغه و نگرانیهای مادران بود. علی اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۳) تحقیقی با عنوان «اثر بخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی در مادران کودکان با آسیب شنوایی» انجام دادند. به گروه مورد برنامه فرزندپروری مثبت بر مبنای برنامه سندرز (۱۹۹۳) در طول هشت جلسه آموزش داده شد. نتایج حاکی از این بود که آموزش روش فرزندپروری مثبت در کاهش نمرات تنیدگی والدینی در قلمرو کودک و مؤلفه‌های تقویت‌گری و خلق کودک و در قلمرو والد و مؤلفه‌های آن احساس صلاحیت، روابط با همسر و محدودیت نقش مؤثر بود. بنابه مطالعه بحری، دهقان منشادی و دهقان منشادی (۱۳۹۳) با عنوان «بررسی نقش پیش بینی کنندگی تاب آوری و حمایت اجتماعی در سلامت روانی والدین کودکان نابینا و ناشنوا» حمایت اجتماعی و تاب آوری با سلامت روانی والدین کودکان ناشنوا و نابینا رابطه دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی و تاب آوری به طور معنی داری قادر است تا سلامت روانی آنان را پیش بینی کند.

بنابه مطالعه رحمان پور (۱۳۹۳) با عنوان «بررسی چالشهای فراروی الگوی فرزندپروری والدین دارای فرزندان کم شنوا و ارائه راهکارهای مناسب» کم شنوایی یکی از ناتوانیهای رایج در میان کودکان به شمار می‌رود که مسائلی را نیز برای والدین در زمینه چگونگی پرورش آنها به وجود می‌آورد که برای برون رفت از این مسائل باید برنامه‌ها و مداخلات پیشگیرانه انجام گیرد. طبق نتایج، معمولا والدین در مواجهه با کودکان کم شنوا از دو الگوی فرزندپروری مسئولانه و کناره گیرانه تبعیت می‌کنند. الگوی اول با پذیرش و تلاش در جهت کاهش مشکل همراه می‌باشد اما الگوی دوم، عدم پذیرش و عدم تلاش در جهت حل مشکل را به همراه دارد. راهکارهای ارائه شده در این نوشتار شامل دو دسته است. اول، شامل توجه جدی به اجرای برنامه غربالگری شنوایی و انجام مشاوره‌های قبل از ازدواج به عنوان پیشگیری اولیه و دوم، مشاوره با والدین کودکان کم شنوا در خصوص نحوه پرورش آنان، به عنوان پیشگیری ثانویه می‌باشد. بنابه مطالعه فرامرزی و مرادی (۱۳۹۳) با عنوان «تأثیر هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوی پسر» بین عملکرد دو گروه مورد و شاهد در متغیرهای احساس ناامیدی و تنهایی در پس آزمون در سطح $P < 0.01$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر بهبود احساس ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوا موثر است و از آن به عنوان یک روش آموزشی و درمانی غیرمستقیم می‌توان برای کاهش احساسات منفی کودکان ناشنوا به ویژه تنهایی و ناامیدی استفاده کرد.

نتایج مطالعه قدمی و کاکاجویباری (۱۳۹۰) با عنوان «نگرش عاطفی مادران کودکان ناشنوا و کم‌توان ذهنی نسبت به فرزندان معلولشان» در بین مادران دانش‌آموزان ناشنوا و کم توان ذهنی مدارس استثنایی شهر تهران، نشان داد و از نظر چهار ویژگی میزان پذیرش، طرد، اعطای آزادی و ابراز محبت نسبت به کودک معلولشان، بررسی و با یکدیگر مقایسه شدند. دو گروه نمونه در چهار ویژگی فوق الذکر هیچ تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و از نگرش مشابهی نسبت به کودکان معلولشان برخوردار هستند. به عبارت

دیگر نوع معلولیت در نگرش منفی مادران مؤثر نمی‌باشد و می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که این نوع معلولیت به یک اندازه فشار روانی روی والدین بخصوص مادران ایجاد می‌کند. نتایج مطالعه علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان «میزان استرس مادران در کودکان هنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی» بیانگر آن بود که میزان استرس مادران دارای کودک کم‌شنوا با دیگر مادران کودکان استثنایی و کودکان عادی، در کل و در خرده‌مقیاس‌های فشارهای درون‌خانوادگی، مالی و تجاری، ناشی از تغییر شغل، بیماری و پرستاری و کم و زیاد شدن اعضای خانواده دارای تفاوت معنی‌داری بود. از آنجایی که ناشنوایی یک معلولیت پنهان است، کودک کم‌شنوا مجموعه‌ای از مشکلات آموزشی و اجتماعی را با خود به‌همراه دارد که برای والدین به‌ویژه مادر استرس زیادی ایجاد می‌کند. برای کاهش استرس مادران راهکارهایی چون مشاوره‌های خانوادگی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر استرس، حمایت اجتماعی کافی، ایجاد کلاسهای آموزشی مخصوص والدین ضروری انگاشته می‌شود.

بنابه مطالعه سیلی و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان «تربیت کودکان ناشنوا: بررسی روابط بین تشخیص، شیوه‌های فرزندپروری و روحیه و آسیب‌پذیری درک‌شده کودک» تربیت کودک ناشنوا می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر سلامت والدین، رابطه آن‌ها با کودک ناشنوا و توانایی آن‌ها برای فرزندپروری مؤثر داشته باشد. این مطالعه با استفاده از یک نظرسنجی آنلاین، دو سوال را مورد بررسی قرار داد: اول، بررسی اینکه آیا والدین شنوا در حین کنترل ویژگی‌های والدین (از جمله تشخیص تشخیص)، بویژه از نظر سبک‌های فرزندپروری و آسیب‌پذیری درک‌شده، با کودکان ناشنوا و شنوا رفتار و درک متفاوتی دارند یا خیر. دوم، آیا شنیدن توانایی والدین برای حل احساسات خود در مورد تشخیص کم‌شنوایی فرزندشان با روحیه والدینی آن‌ها مرتبط است و آیا آن‌ها کودک ناشنوا خود را آسیب‌پذیر می‌دانند یا خیر. در مجموع ۸۴ والدین با یک کودک ناشنوا بین ۵ تا ۱۲ سال این نظرسنجی را تکمیل کردند که ۳۲ نفر از آن‌ها نیز در مورد فرزند دوم بدون کم‌شنوایی در همان محدوده سنی گزارش دادند. از آن‌ها خواسته شد چندین پرسشنامه را در مورد روحیه فرزندپروری، آسیب‌پذیری کودک و سبک‌های فرزندپروری تکمیل کنند. یافته‌ها نشان می‌دهد احساسات حل نشده با روحیه پایین‌تر والدین و درک بیشتر از آسیب‌پذیری کودک مرتبط است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه داشتن یک کودک ناشنوا می‌تواند تأثیر منفی بر روحیه والدین و درک آسیب‌پذیری کودک داشته باشد و نیاز به حمایت‌های هدفمند و پژوهش‌های بیشتر را برجسته می‌کند. بنا به مطالعه لیلو-مارتین و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان «خانواده: شروع اولیه آموزش عادلانه برای کودکان ناشنوا» کودکان ناشنوا و کم‌شنوا به دلیل دیدگاه‌های عمدی یا غیرعمدی توانایی‌گرایانه، موانع سیستماتیکی را برای آموزش عادلانه تجربه می‌کنند، مثلاً عدم تعادل اطلاعات به نفع زبان‌های گفتاری که زبان اشاره را به عنوان روشی پست‌تر برای ارتباط می‌بیند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پذیرش زودهنگام یک زبان اشاره طبیعی، بدون به خطر انداختن توسعه زبان گفتاری، محافظت حیاتی را در برابر خطرات محرومیت از زبان ایجاد می‌کند. در این مقاله، نویسندگان اقداماتی را که والدین و متخصصان می‌توانند برای به حداکثر رساندن شانس کودکان با آسیب‌شنوایی برای رشد به موقع زبان اتخاذ کنند، را بیان می‌دارند.

نتایج تحقیق اوکورو (۲۰۲۱) با عنوان «نگرش والدین نسبت به تحصیلات کودکان دارای اختلال شنوایی در ایالت اویو در نیجریه» نشان داد برخی والدین نگرش مثبتی نسبت به کودکان دارای آسیب شنوایی از خود نشان می‌دهند در حالی که برخی دیگر واقعاً اهمیت چندانی به چنین کودکانی نمی‌دهند. این مطالعه به این نتیجه رسید که والدینی که قبلاً نگرش منفی نسبت به کودکان دارای آسیب شنوایی داشتند، می‌توانند نگرش مثبتی نسبت به چنین کودکانی ایجاد کنند. بنا به مطالعه پیلارسکا و سیکولا (۲۰۱۹) با عنوان «وابستگی دوسویه مشکلات رشدی و اجتماعی در کودکان کم شنوا به اضطراب مادر» اختلال شنوایی مادرزادی بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی اکثریت کودکان تأثیر منفی دارد. رشد کودکان با سطوح مختلف کم شنوایی را که دارای سمعک بودند و کودکان کاشت حلزون و کودکان بدون مشکل شنوایی مقایسه شد. فرضیه رابطه وابستگی دوسویه بین متغیرهای تحقیق تأیید گردید: تأثیر اضطراب مادران بر رشد کودکان دارای اختلال شنوایی و تأثیر سطح رشد کودکان بر سطح اضطراب مادرانشان. رابطه علت و معلولی بین کم شنوایی کودک و رشد او در حوزه ارتباطی و همچنین در حوزه اجتماعی و عاطفی نشان داده شد. مشخص شد که کودکان با ناشنوایی عمیقی که کاشت حلزون کرده اند، عملکرد بهتری نسبت به کودکان دارای آسیب شنوایی مشابه یا کمتر که از سمعک استفاده می‌کنند، داشتند. اضطراب مادران رشد ضعیف‌تر کودک را مشروط می‌کرد و تاخیر در رشد کودک بر افزایش سطح اضطراب مادران تأثیر داشت. سطح عمیق کم شنوایی رشد ارتباطی و اجتماعی و عاطفی کودکان را ضعیف می‌کند. بین اضطراب مادران و رشد فرزندانشان رابطه دوسویه وجود دارد. جین و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان «استرس فرزندپروری و انسجام مادری: مادرانی که کودکان ناشنوا یا کم شنوا دارند» استرس مادرائی که دارای کودکان ناشنوا هستند بیشتر از مادرانی است که دارای کودکان کم شنوا می‌باشند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مادران کودکان با آسیب شنوایی می‌توانند به طور موثر استرس فرزندپروری را مدیریت کنند و با سرمایه گذاری بر منابع کاهش استرس مربوطه برای دستیابی به انسجام مادری، بهزیستی را افزایش دهند. بنابر نتایج پژوهش استوربک و یانگ (۲۰۱۶) شناسایی ناشنوایی قبل از ۳ ماهگی به طور قابل ملاحظه‌ای رشد اجتماعی-زبانی و شناختی کودکان ناشنوا را بهبود می‌بخشد. غربالگری هدفمند در پاسخ به موقع به سوءظن مادر، ابزاری مناسب برای کاهش قابل ملاحظه سن تشخیص ناشنوایی می‌باشد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آمیخته (کیفی و کمی) بود. روش کیفی به شیوه پدیدارشناسی بود که با مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی مصاحبه شد و تجربیات زیسته آن‌ها در این رابطه واکاوی شد. گام‌های پدیدارشناسی شامل سه مرحله تعلیق، ایده‌زایی و آگاهی است. در ابتدا پژوهشگر همه دانسته‌های پیشین خود را به حالت تعلیق در می‌آورد و می‌کوشد بدون پیش‌داوری به مصاحبه بپردازد. پس از آنکه مصاحبه‌ها انجام شد باید ایده‌زایی شود که بر کدگذاری متن مصاحبه‌ها استوار است. در نهایت نیز باید زمینه‌های لازم برای شناخت و آگاهی یافتن فراهم شود (حبیبی و جلال‌نیا، ۱۴۰۱). دربخش کیفی به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی (۱۹۷۸) استفاده شد که شامل خواندن یافته‌های مهم و احساس شدن با افراد شرکت کننده به منظور درک افراد و استخراج جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه (فرزند پروری کودکان ناشنوا)، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج شده، دسته بندی مفاهیم و

خوشه‌های بدست آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه‌ای داده‌ها، توصیف پدیده مورد مطالعه و در نهایت بازگردانی توصیف پدیده‌ها به شرکت کنندگان جهت بررسی اعتماد پذیری نتایج بدست آمده است. سپس گدگذاری و استخراج مضمون‌های اصلی و ریز مضمون‌ها انجام گرفت.

ابزار پژوهش

۱. **مصاحبه غیرساختاریافته.** ابزار پژوهش در بخش کیفی شامل مصاحبه غیرساختاریافته با مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی بود. اولین سؤال مصاحبه عبارت بود از اینکه «مادر گرامی: تجربیات شما در رابطه با فرزندپروی کودک ناشنوا کدامند؟» مابقی سؤالات مصاحبه بر اساس پاسخ‌های داده شده به سؤال اول مصاحبه شکل گرفت و توسعه یافت.

با وجود اینکه معیار روایی ریشه در پارادایم اثبات گرایی و کمی دارد، محققان کیفی می‌توانند با تعریف مجدد این معیار بر مبنای هستی‌شناسی و روش‌شناسی تفسیری از آن در جهت ارتقاء باورپذیری و قابل دفاع بودن پژوهش خود بهره بگیرند.

برای تأمین روایی و پایایی مصاحبه‌های انجام شده، بدین ترتیب عمل می‌شود که مصاحبه‌های ثبت شده همراه با مضمون بدست داده شده از آن‌ها در اختیار مصاحبه شونده‌گان قرار می‌گیرد و از شیوه اطمینان پذیری از داده‌های استخراج شده منطبق از مصاحبه‌های صورت پذیرفته، استفاده بعمل آمد. برای تأمین اعتبار از شیوه انتقال پذیری استفاده بعمل آمد. انتقال پذیری به معنای میزان پیش بینی مضمون‌های بدست داده شده توسط سایر متخصصان است. لذا در ابتدا از ۲ نفر استاد خبره خواسته شد که در دسته بندی‌های مضمون‌های فراهم شده بر اساس مفاهیم شبیه بهم و دسته بندی مضمون‌های سازمان دهنده، نظرات خود را به منظور رسیدن به دسته بندی‌های مشترک اعلام نمایند.

$$\text{درصد پایایی} = \frac{2 \times \text{تعداد توافقات}}{\text{کل تعداد کدها}} * 100$$

جدول ۱. نتایج بررسی پایایی بین دو گدگذار

عنوان مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	درصد پایایی
مصاحبه نفر اول	۳۵	۲۸	۷	۰/۸۰
مصاحبه نفر دوم	۳۲	۳۱	۱	۰/۹۷
مصاحبه نفر سوم	۳۷	۳۵	۲	۰/۹۴
مصاحبه نفر چهارم	۳۴	۳۰	۴	۰/۸۸
مصاحبه نفر پنجم	۳۸	۳۴	۴	۰/۹۰
مصاحبه نفر ششم	۳۶	۳۲	۴	۰/۸۹
مصاحبه نفر هفتم	۳۳	۳۰	۳	۰/۹۱
مصاحبه نفر هشتم	۳۷	۳۵	۲	۰/۹۴
مصاحبه نفر نهم	۳۵	۳۱	۴	۰/۸۸
مصاحبه نفر دهم	۳۴	۲۹	۵	۰/۸۵
مصاحبه نفر یازدهم	۳۷	۳۵	۲	۰/۹۴

۴۶۵ تدوین و اعتبار سنجی برنامه فرزندپروری مبتنی بر...	مرتضوی کیاسری و همکاران	اخوانواده درمانی کاربردی
۳۲	۲۸	۴
۳۸	۳۵	۳
۳۶	۳۵	۱
۳۴	۳۲	۲
۳۸	۳۱	۱۴

بر اساس داده‌های جدول ۱ پایایی کل دو کُد گذار برابر ۰/۹۰ می‌باشد. با توجه به اینکه پایایی بیش از ۰/۶۰ است، قابل قبول است لذا قابلیت اعتماد کُد گذاری تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که شناسه گذاری‌ها از پایایی مناسبی برخوردار است (گالوین، ۲۰۱۵).

شیوه اجرا. جامعه آماری در بخش کیفی شامل کلیه مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی بود که فرزندان آن‌ها در مدارس استثنائی شهرستان‌های ساری (ناحیه ۱ و ۲) و میان‌دورود می‌باشد. در بخش کیفی از شیوه نمونه‌گیری هدفمند تا حد اشباع داده‌ها استفاده شد، بدین ترتیب با مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی به تعداد ۱۶ نفر تا حد کفایت داده‌ها مصاحبه صورت پذیرفت. شیوه نمونه‌گیری در بخش کمی بصورت در دسترس و در نهایت تصادفی بود، بدین ترتیب که تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی که فرزندان‌شان در مدارس آموزش و پرورش استثنائی ثبت‌نام و مشغول به تحصیل هستند، انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش (تعداد ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) بطور تصادفی تقسیم شدند.

یافته‌ها

بر پاسخ به این سوال از روش پدیدارشناختی توصیفی استفاده گردید و تحلیل داده‌ها بر اساس روش 7 مرحله‌ی کلایزی انجام شد. بدین ترتیب، پژوهشگر پس از آن که در قسمت اول به هر کدام از جملات مهم استخراج شده، مفهوم خاصی بخشید، در ادامه ۴۰ مفهوم در رابطه با تجارب زیسته مادران دارای فرزند ناشنوا استخراج شد که در جدول ۲ ارائه گردیده است.

سوال اول (مؤلفه‌های برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای فرزند ناشنوا کدامند؟

جدول ۲. مفاهیم ساده شده استخراج شده از تجارب زیسته مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی

کُد	مفاهیم استخراج شده در رابطه با تجارب زیسته مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی
۱	سعی من بر این است که هر فرصتی بدست بده باهاش صحبت کنم که احساس تنهایی نکنه چون می‌دونم که از آنجایی که مشکل شنوایی داره ممکنه احساس تنهایی کنه و این خیلی احساس بدیه که در اون بوجود بیاد. آخه بچه ام عشقمه و نمی‌خوام این احساس درش باشه (مادر ۱).
۲	مادری می‌گفت که باید یک مادر برای امیدواری در فرزند ناشنوا در سبک زندگی خودش با فرزندش تجدید نظر کنه (مادر ۱۰)
۳	مادر باید وقت بیشتری را با فرزندش سپری کنه در چنین حالتی امید در فرزندش بیشتر می‌شه (مادر ۳)
۴	من برای برطرف کردن احساس تنهایی فرزند ناشنوایم سعی می‌کنم که با روشن کردن تلویزیون برای او، اونو سرگرم کنم (مادر ۱۱)

۵	روشن کردن تلویزیون برای فرزند ناشنوا خیلی خوبه با تماشا کردن فیلم راحت می‌فهمه که ماجرا فیلم از چه قراره و خیلی چیزها یاد می‌گیره (مادر ۱۱)
۶	من برای فرزندم موبایل خریدم چون هم می‌تونه بخونه مطابشو و هم با دیدن کلیپ‌های آموزنده خیلی چیزها یاد بگیره (مادر ۱۱)
۷	تمامه تلاشمو می‌کنم که فرزندم احساس ناامیدی نکنه (مادر ۲)
۸	چون بچه‌های ناشنوا نمی‌تونن حرفشونو به دیگران بزنند و منظورشون بگند به همین دلیل ممکنه ناامید بشن ولی من نمی‌ذارم فرزندم نسبت به ابراز خواسته‌ها و نیازهاش به من بی‌خیال بشه (مادر ۲)
۹	سعی میکنم که هم با زبان دل، و هم با زبان ذهن با فرزندم صحبت کنم (مادر ۲)
۱۰	با زبان بدن و حرکت دادن دست و اعضای صورتم باهش حرف بزیم (مادر ۲)
۱۱	همیشه برای فرزندم وقت می‌ذارم برای ابراز نظراتش که با امیدواری هرچه بیشتر با من وارد صحبت کردن بشه (مادر ۲)
۱۲	من به فرزند ناشنوا خودم خیلی محبت می‌کنم در آغوشش می‌گیرم (مادر ۹)
۱۳	به فرزندم خیلی احترام می‌گذارم و بهتره بگم که خیلی بهش توجه می‌کنم (مادر ۹)
۱۴	سعی می‌کنم که احساس طردشدگی نکنه (مادر ۹)
۱۵	تعامل و ارتباطم باهش خیلی زیاده (مادر ۹)
۱۶	سعی می‌کنم برای اینکه از احساس درماندگی فرزندم را بدر بیارم بهش مهارت‌هایی را یاد بدم (مادر ۶ و مادر ۸)
۱۷	خیلی از مهارت‌ها را از طریق سی‌دی‌های آموزشی که براش تهیه می‌کنم یاد می‌گیره (مادر ۶ و مادر ۸)
۱۸	یک مادری که دارای فرزند ناشنوا هست، هیچگاه نباید احساس درماندگی بکنه. به نظرم درماندگی زمانی در مادر بوجود میاد که بلد نیست با فرزند ناشنوا خودش چطوری رفتار کنه پس باید نحوه رفتار با فرزندش را یاد بگیره (مادر ۳)
۱۹	مادری می‌گفت که مادر دارای فرزند ناشنوا باید تلاش کنه در سبک زندگی خودش با فرزندش تجدید نظر کنه (مادر ۳)
۲۰	برای بالا بردن تاب آوری خودم در کارگاه‌هایی شرکت کردم: افزایش تاب آوری، دعوت کردن خود به آرامش، نحوه حمایت عاطفی فرزند ناشنوا، نحوه برقراری رابطه کلامی با فرزند ناشنوا، نحوه صحبت کردن (مادر ۳)
۲۱	حضور در کارگاه‌های آموزشی در پایین آوردن سطح انتظارات متناسب با توانایی فرزندم خیلی مؤثر بود (مادر ۳)
۲۲	من برای، شناسایی مشکلات فرزند ناشنوا در کارگاه‌های آموزشی شرکت کردم و مؤثر بود (مادر ۳)
۲۳	سعی کردم با دنیای واقعی فرزند ناشنوایم بیشتر آشنا بشم و طرز افکار فرزندم بفهمم و مشکلات او را بیشتر درک نمایم (مادر ۳)
۲۴	سعی دارم که به فرزندم فشار روانی وارد نکنم و او را ناراحت نکنم، یادگیری نحوه درگیر کردن فرزند ناشنوا در کمک به انجام کارهای خونه (مادر ۳)
۲۵	همیشه فرصت‌هایی فراهم می‌کنم که چیزایی را یاد بگیره که برای زندگیش بدرخش می‌خوره (مادر ۸)
۲۶	همیشه درمقابل فرزند ناشنوا خود، هیجانانگم را کنترل می‌کنم که احساس ناراحتی در اون بوجود نیاد و یا سعی می‌کنم چیزی نگم که اونو ناراحت کنه مثلاً هیچوقت پیش اون جیغ نمی‌کشم، داد و فریاد نمی‌کنم (مادر ۴)
۲۷	پیش روی فرزند ناشنوایم گریه نمی‌کنم، احساس ناراحتی نمی‌کنم (مادر ۴)
۲۸	با همسرم پیش روی فرزندم دعوا و یا جروبحث نمی‌کنم (مادر ۴)
۲۹	برای رفع نگرانی‌ها و مشکلاتم با فرزند ناشنوایم سعی می‌کنم شناخت خودمو در رابطه با کودکانشونو بالا ببرم (مادر ۱۳)
۳۰	سعی دارم با مادرانی که فرزند ناشنوا دارند صحبت می‌کنم و از تجربیات آن‌ها استفاده می‌کنم برای نحوه زندگی کردن با فرزندم و رفع مشکلاتی که با اون دارم (مادر ۱۳)
۳۱	سعی می‌کنم با رفتن بیرون از خونه، با آدمای بیرون ارتباطش بدم به هر بهانه‌ای که اینجوری خستگی اونو از تو خونه

موندن بدریبارم (مادر ۱۶)

۳۲	من از طریق آموزش به او سعی می‌کنم که او را به انجام کارهای ضروری زندگی اش مسلط کنم و اینطوری دیگه برای حالی کردن نحوه انجام کارها به او اذیت نمی‌شم و خودش به انجام کارهای زندگیش وارد میشه (مادر ۶)
۳	من برای ارتباط با فرزند ناشنوای خود از کارگاههای آموزشی تکلم با ناشنوا استفاده کردم. در کارگاههای آموزشی شیوه صحبت کردن با ناشنوا، و تکنیکهای صحبت کردن با ناشنوا آموزش داده می‌شود (مادر ۳ و مادر ۱۵).
۳۴	گاهی اوقات برای تفهیم برخی صحبت‌هایم به کودک از روش نوشتن استفاده می‌کنم و سعی می‌کنم کلمات و واژه‌های دشواری که امکان تفهیم آن‌ها از طریق زبان بدن وجود ندارد را به شیوه نوشتن برای او بنویسم (مادر ۱۴)
۳۵	سعی می‌کنم برای اینکه بتونم باهاش ارتباط برقرار کنم و از تنهایی هم خودمو و اونو دربیارم، باهاش بازی‌هایی را انجام دهم که دو نفره میشه انجام داد و به نوعی با هم ارتباط برقرار می‌کنیم توی بازی. اینجوری هر دو من سرگرم میشیم و احساس تنهایی نداریم (مادر ۱۲)
۳۶	من فرزند ناشنوای خودمو با همه مشکلاتش و مسائلمش پذیرفتم و در سبک زندگیم با او تجدید نظر کردم (مادر ۱۰).
۳۷	مادری که فرزند ناشنوا داره باید خودشو با فرزندش و مسائل سازگار کنه. چنین مادری باید زندگی خودشو بگونه‌ای تغییر بده که بتونه نیازهای ویژه فرزندش را برآورده کنه (مادر ۱۰)
۳	من پذیرفتم که بچه من ناشنواست و با این مسئله کنار اومدم. این باعث شده که من خیلی اذیت نشم به همین دلیل
۸	هم به من و هم به بچم کمتر فشار روانی وارد میشه و راحت تر زندگی می‌کنیم (مادر ۸)
۳۹	خیلی کارها کردم که شنوایی فرزندم درست بشه. وقتی خانم شنوایی شناس برآش سمعک تجویز کرد و برآش سمعک گذاشت، بهتر شده و کمی صدای ما را می‌شنوه و از این بابت کمی خوشحالم که می‌تونم باهاش بهتر ارتباط برقرار کنم (مادر ۷)
۴۰	برای بچه ناشنوای خودم همیشه نگرانم و دلهره دارم و به دلیل اضطرابی که دارم، دچار بی‌خوابی هستم. می‌ترسم خوابم بیره و بچه م چیزی بخواد و نتونه بهم بگه برای همین همیشه سعی می‌کنم که تا حدی که بتونم چیزایی مثل بطری آب و چندتایی بیسکویت یا کیک کنار تخت‌آبش بذارم (مادر ۵)

در مرحله بعد، توصیف‌ها تحت عناوین مفاهیم سطح اول، دوم و سوم نام گذاری گردیده اند که در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. مضامین مفاهیم سطح اول، دوم و سوم پژوهش

مفاهیم محوری	مفاهیم سطح اول	مفاهیم سطح دوم	مفاهیم سطح سوم
	برطرف سازی احساس	تجدید نظر در سبک زندگی	کُد ۲
	تنهایی در کودک	دردسترس قرار دادن رسانه‌های اجتماعی برای فرزند	کُد ۲
	ناشنوا	بدست دادن فرصت‌های گفتگو با او	کُد ۲
	تعامل زیاد با فرزند	توجه به فرزند	کُد ۹
	ناشنوا	جلوگیری از احساس طرد شدگی	کُد ۹
	رفع احساس درماندگی	مهارت آموزی به فرزند ناشنوا	کُد ۶، کُد ۸
		یادگیری قلق رفتار با فرزند ناشنوا	کُد ۳
		افزایش تاب آوری	کُد ۳
		آشنایی با دنیای واقعی فرزند ناشنوا	کُد ۳
		تعدیل سطح انتظارات نسبت به فرزند ناشنوا	کُد ۳
تجارب زیسته مادران		توانمندسازی فرزند ناشنوا با فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری	کُد ۸

کنترل هیجان	جیغ و فریاد نزدن	کُد ۴
	گریه نکردن	کُد ۴
	دعوا نکردن با همسر	کُد ۴
رفع احساس خستگی	رفتن کوچه و خیابان	کُد ۱۶
	آسان کردن کارها برای فرزندم	کُد ۱۶
جستجوی راهکارهای ارتباط	شرکت در کارگاههای آموزشی زبان بدن	کُد ۳ و کُد ۱۵
	شیوه نوشتن برای تفهیم کردن فرزند ناشنوا	کُد ۱۴
	بازی کردن با فرزند ناشنوا	کُد ۱۲
بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند	بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا	کُد ۱۳
مادران دارای فرزند ناشنوا	گفتگو با مادران دارای فرزند ناشنوا	کُد ۱۳
پذیرش مشکل ناشنوایی فرزندم	کنار اومدن با مشکلات فرزند ناشنوا	کُد ۸
	پذیرش فرزند ناشنوا	کُد ۱۰
رسیدگی به فرزند	گذاشتن بطری آب و چندتا بیسکویت با کیک کنار تختخواب فرزند	کُد ۵
	تهیه سمعک برای فرزند ناشنوایم	کُد ۷
رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک	تلاش برای امیدواری کودک در برقراری ارتباط	کُد ۲
	استفاده از زبان بدن و زبان دل	کُد ۲
ناشنوا	ایجاد فرصت برای فرزند برای ابراز نظراتش	کُد ۲

برای تدوین برنامه (پروتکل) فرزندپروری از متن مصاحبه‌ها و همچنین برخی پیشنهادها ذکر شده در این مقاله استفاده گردید.

سرفصل جلسه اول و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۸، کُد ۱۰ و بخشی از مطالب جلسه هفتم برگرفته از مطالعات (رحمان پور، ۱۳۹۳) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، شرط روابط والد-فرزند، پذیرش وضعیت و شرایط فرزند ناشنوا از سوی مادر است که این امر هم وابسته به درک مشکلات فرزند دارد که با نحوه برخورد متناسب با او بسیاری از آن‌ها برطرف می‌گردد. در چنین حالتی است که مادران با بهره‌گیری از مهارت‌های فرزندپروری می‌توانند به فرزند ناشنوای خود کمک نمایند که زندگی عادی خود را سپری نماید.

سرفصل جلسه دوم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۲ بخشی از مطالب جلسه هشتم برگرفته از مطالعات (سیلی و مک ماهون و اسویلر، ۲۰۲۳؛ لیلو-مارتین و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکورو، ۲۰۲۱؛ پیلارسکا و سیکولا، ۲۰۱۹) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، مادران برای برخورد متناسب با فرزند خود باید از تجربیات سایر مادرانی که دارای فرزند ناشنوا

می‌باشند، بهره‌مند شوند و از اینرو باید با آن‌ها در قالب یک گروه منسجم و تشکل یافته در ارتباط باشند از اینروست که مشکلات آن‌ها با استفاده از تجربیات کسب شده در فرزند پروری به نحو چشمگیری کاهش می‌یابد.

سرفصل جلسه سوم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با آشناسازی مادران با نحوه مراقبت از فرزند ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۵، کُد ۷، کُد ۱۰، کُد ۱۳ و بخشی از مطالب جلسه ششم برگرفته از مطالعات (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۴) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابر نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، مادران دارای فرزند ناشنوا باید برای آشنایی با نحوه مراقبت از فرزند خود از کارگاه‌های آموزشی بهره‌مند شوند و در چنین حالتی است که فشارهای روانی آنان کاهش می‌یابد.

سرفصل جلسه چهارم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با آشنا سازی با شیوه‌های کنترل هیجان فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۴ و بخشی از مطالب جلسه چهارم برگرفته از مطالعات (رحمان پور، ۱۳۹۳؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ لیلو-مارتین، و همکاران، ۲۰۲۱) تهیه و تنظیم گردید. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، آشنا سازی مادران برای کنترل هیجان موجب می‌شود که آن‌ها از جیغ و فریاد نزد فرزند ناشنوا و گریه کردن دوری ورزند، همچنین از دعوا کردن نزد او پرهیز نمایند و یا داد و فریاد نکنند.

سرفصل جلسه پنجم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با آشنا سازی مادران با شیوه‌های رفع احساس درماندگی فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۳، کُد ۶، کُد ۸ و بخشی از مطالب جلسه سوم برگرفته از مقالات (فرامرزی و مرادی، ۱۳۹۳؛ بحری، دهقان منشادی و دهقان منشادی، ۱۳۹۳؛ اوکورو، ۲۰۲۱) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، مادران باید با شیوه‌های رفع احساس درماندگی آشنا شوند. در این راستا باید با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای مادران تلاش شود که قلق رفتار با فرزند ناشنوا به آن‌ها آموزش داده شود. نیز تاب آوری مادران در برابر مشکلات فرزند ناشنوا افزایش یابد و این در صورتی است که مادران با دنیای واقعی فرزند دارای آسیب شنوایی هر چه بیشتر آشنا گردند. در چنین حالتی است که سطح انتظارات نسبت به فرزند ناشنوا، تعدیل می‌شود، از اینرو بهتر می‌توانند با مشکلات فرزند ناشنوا کنار بیایند و آن‌ها را با تمام مشکلاتی که دارند، بپذیرند.

سرفصل جلسه ششم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با آشنا سازی با راهکارهای ارتباط با فرزند ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه دوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۳، کُد ۹، کُد ۱۲، کُد ۱۴، کُد ۱۵ و بخشی از مطالب جلسه دوم برگرفته از مطالعات (پاغنده، حسن زاده و قاسم زاده، ۱۳۹۸) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، آشناسازی مادران با نحوه ارتباط با فرزند ناشنوا از طریق استفاده از زبان بدن و زبان دل، ممکن پذیر است. با برقراری ارتباط مادران

با فرزندشان وتوجه به آنها، احساس طرد شدگی در فرزند کاهش می‌یابد تا حدی که برطرف می‌شود. این در حالی است که علاوه بر استفاده از زبان بدن، با فرزند از طریق بازی کردن، ارتباطات توسعه یابد و فرصت‌هایی برای ابراز نظر او فراهم گردد.

سرفصل جلسه هفتم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با تعامل زیاد با فرزند ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۹ و بخشی از مطالب جلسه دهم برگرفته از مطالعات (علمردانی صومعه و نریمانی، ۱۳۹۴؛ مهاجری و همکاران، ۲۰۱۵؛ جین و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوکورو، ۲۰۲۲) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مورد نیاز مادران برای فرزندپروری ناشنوا توسعه می‌یابد چنانکه ضمن برطرف شدن اضطراب مادران، تعامل و ارتباط آنها با فرزندشان گسترش می‌یابد.

سرفصل جلسه هشتم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با آشنا سازی با شیوه‌های رفع احساس خستگی فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۴ و بخشی از مطالب جلسه پنجم برگرفته از مطالعات (قدمی و کاکاجویباری، ۱۳۹۳؛ پاغنده، حسن زاده و قاسم زاده، ۱۳۹۸؛ آقا زیارتی و همکاران، ۲۰۲۳) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، آشنایی مادران با نحوه رفع احساس خستگی در فرزندپروری کودک ناشنوا تأثیر به‌سزایی دارد تا حدی که روحیه آنها برای فرزندپروری ارتقاء می‌یابد.

سرفصل جلسه نهم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه سوم بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۸ و بخشی از مطالب جلسه نهم برگرفته از مطالعات (فرامرزی و مرادی، ۱۳۹۳؛ استوریک و یانگ، ۲۰۱۶) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، آموزش فرزند پروری ناشنوا موجب آن می‌شود تا احساس ناامیدی مادران در برقراری ارتباط با فرزندشان برطرف شود و نحوه رفتار متناسب را در رابطه با فرزند خود فراگیرند از اینروست که فشارهای روانی وارد بر مادر از یکسو و فرزند از سویی مهمتر برطرف می‌شود.

سرفصل جلسه دهم و مطالب مورد آموزش فرزندپروری ناشنوا بر اساس مصاحبه‌ها با مادران دارای فرزند ناشنوا و همچنین مقالات مطالعه شده در رابطه با راهبردهای برطرف سازی احساس تنهایی در فرزند ناشنوا فراهم شد. چنانکه بخشی از مطالب جلسه اول بر اساس مصاحبه‌های دارای کُد ۲ و بخشی از مطالب جلسه اول برگرفته از مطالعات (تقوایی یزدی، ۱۳۹۹؛ رحیمی، ۱۴۰۰) تهیه و تنظیم گردیده است. بنابه نتایج مصاحبه‌ها و مطالعات مستندات صورت پذیرفته، تلاش برای برطرف سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا از طریق برقراری ارتباط با او و ایجاد فرصت برای فرزند برای ابراز نظراتش از سوی مادر لازم و ضروری است که این امر از طریق آشناسازی مادران در این رابطه میسر است.

جدول ۴. پروتکل اجرای آموزش مادران دارای فرزند با آسیب شنوایی

جلسه اول	پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند	درک مشکلات فرزند ناشنوا، کنار آمدن با چالش‌های فرزند ناشنوا، عادی سازی رفتار با فرزند ناشنوا، وارد نکردن فشار روانی بر فرزند
جلسه دوم	بهره گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا	افزایش شناخت در مورد فرزند ناشنوا، گفتگو با مادران دارای فرزند ناشنوا
جلسه سوم	آشناسازی مادران با نحوه مراقبت از فرزند ناشنوا	گذاشتن بطری آب و خوراکی کنار تختخواب فرزند، آشنایی با انواع و نحوه تهیه سمعک برای فرزند ناشنوا تحت مراقبت یک فرد شنوایی شناس
جلسه چهارم	آشنا سازی با شیوه‌های کنترل هیجان	جیغ و فریاد زدن نزد فرزند ناشنوا، گریه نکردن، دعوا نکردن با همسر (ایجاد آرامش در محیط خانه)
جلسه پنجم	آشنا سازی مادران با شیوه‌های رفع احساس درماندگی	یادگیری قلق رفتار با فرزند ناشنوا، راهبردهای افزایش تاب آوری در مادران، آشنایی با دنیای واقعی فرزند ناشنوا، تعدیل سطح انتظارات نسبت به فرزند ناشنوا، توانمندسازی فرزند ناشنوا با فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری، کنار آمدن با مشکلات فرزند ناشنوا، پذیرش فرزند ناشنوا، بهره گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا
جلسه ششم	آشنا سازی با راهکارهای ارتباط با فرزند ناشنوا	استفاده از زبان بدن و زبان دل، شیوه‌های توجه به فرزند، راهبردهای جلوگیری از احساس طرد شدگی در فرزند، مهارت آموزی به فرزند ناشنوا، تلاش برای امیدواری کودک در برقراری ارتباط، ایجاد فرصت برای فرزند برای ابراز نظراتش، بازی کردن با فرزند ناشنوا، شیوه نوشتن برای تفهیم کردن فرزند ناشنوا
جلسه هفتم	تعامل زیاد با فرزند ناشنوا	محبت به فرزند ناشنوا، توجه مکفی به فرزند، جلوگیری از ایجاد احساس در فرزند، داشتن تعامل و ارتباط زیاد به فرزند
جلسه هشتم	آشنا سازی با شیوه‌های رفع احساس خستگی	سرگرمی‌های تعاملی مانند رفتن به گردش تفریحی (مثلا کوچه و خیابان) با فرزند ناشنوا، نحوه آسان کردن کارها برای فرزند
جلسه نهم	رفع احساس ناامیدی درارتباط برای کودک ناشنوا	دادن فرصت به فرزند برای درک منظورشان، بی خیال بودن نسبت به آن‌ها و نیازهای آن‌ها، نحوه فراهم کردن زمینه امیدوار کردن آن‌ها به زندگی
جلسه دهم	شیوه‌های برطرف سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا	تلاش برای امیدواری کودک در برقراری ارتباط، ایجاد فرصت برای فرزند برای ابراز نظر، چگونگی تغییر در سبک زندگی

برای پاسخ به سؤال‌های کمی پژوهش درباب اعتبار و برازش مولفه‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و نرم‌افزار Amos استفاده شد. در جدول ۵ نتایج آزمون کیزر-میر-الکین و آزمون کرویت بارتلت ارائه شده است.

جدول ۵. مقادیر آزمون کیزر-میر-الکین و آزمون کرویت بارتلت

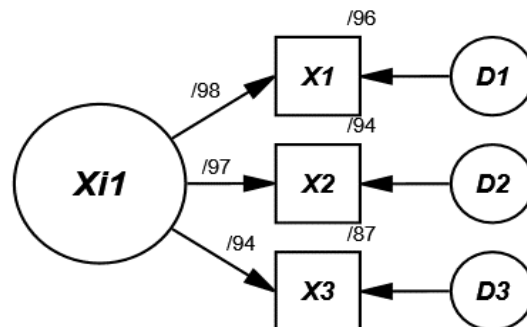
شاخص کفایت نمونه‌گیری (آزمون کیزر-میر-الکین)	۰/۹۶۱
آزمون کرویت بارتلت	۲۰۸۹۲/۵۸۷
درجه آزادی	۳۷۸
سطح معنی داری	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۵ مشخص است، مقدار آزمون کیزر-میر-الکین برابر با ۰/۹۶۱ است. بنابراین اندازه نمونه برای تحلیل عاملی مناسب است. همچنین مقدار احتمال خطای آزمون بارتلت کوچک‌تر از سطح ۰/۰۰۱ است، بنابراین شرط لازم برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری فراهم شده است. با توجه به توضیحات بالا، به تفکیک، پاسخ هر یک از سؤال‌های پژوهش حاضر به شرح زیر است:

سوال دوم پژوهش) آیا ابعاد برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی دارای اعتبار و برازش است؟

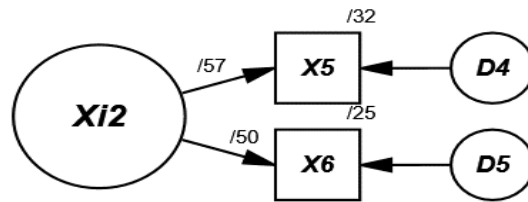
پاسخ به این سؤال، مستلزم انجام تحلیل عاملی تأییدی مرحله اول است. بر این اساس، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول هر یک از ابعاد در اشکال و جداول زیرارائه شده است.

الف) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۱ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس $X1$ با ضریب مسیر ۰/۹۸ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات $Xi1$ است. بنابراین، وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین، در این تحلیل، مقیاس $X3$ با ضریب مسیر ۰/۹۴ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا

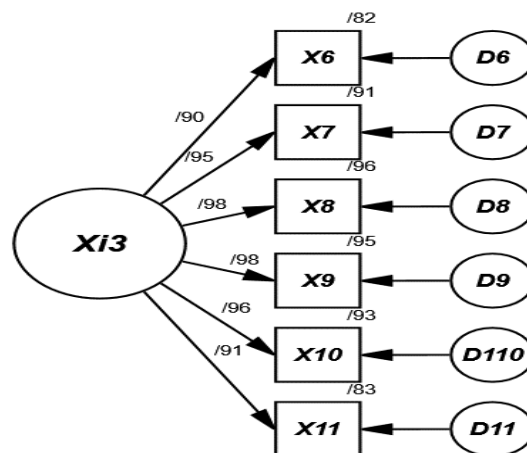
۲) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد تعامل زیاد با فرزند ناشنوا نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد تعامل زیاد با فرزند ناشنوا در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۲ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس $X4$ با ضریب مسیر ۰/۵۷ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات $Xi2$ است. بنابراین، وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس $X5$ با ضریب مسیر ۰/۵۰ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



شکل ۲. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد تعامل زیاد با فرزند ناشنوا

۳) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس درماندگی

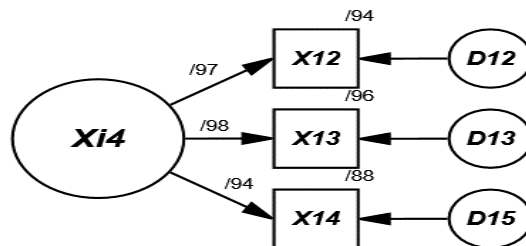
نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس درماندگی در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۳ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X8 و X9، به‌طور مشترک، با ضریب مسیر ۰/۹۸ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi3 است. بنابراین، وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا هستند. همچنین، در این تحلیل، مقیاس X6 با ضریب مسیر ۰/۹۰ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



شکل ۳. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس درماندگی

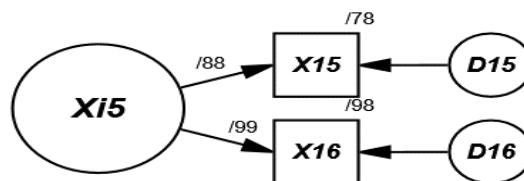
۴) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد کنترل هیجان

نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد کنترل هیجان در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۴ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X13 با ضریب مسیر ۰/۹۸ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi4 است. بنابراین، وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین، در این تحلیل، مقیاس X14 با ضریب مسیر ۰/۹۴ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



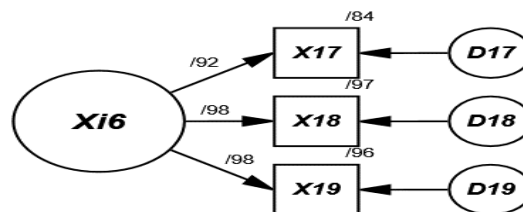
شکل ۴. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد کنترل هیجان

۵) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس خستگی
 نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس خستگی در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۵ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X16 با ضریب مسیر ۰/۹۹ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi5 است. بنابراین، وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین، در این تحلیل، مقیاس X15 با ضریب مسیر ۰/۸۸ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



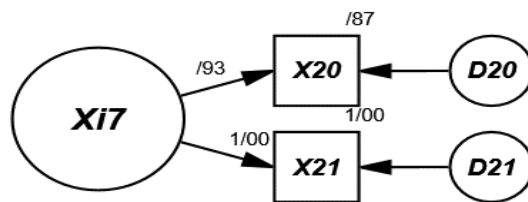
شکل ۵. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس خستگی

۶) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد جستجوی راهکارهای ارتباط
 نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد جستجوی راهکارهای ارتباط در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۶ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X18 و X19، به‌طور مشترک، با ضریب مسیر ۰/۹۸ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi6 است. بنابراین وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس X17 با ضریب مسیر ۰/۹۲ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



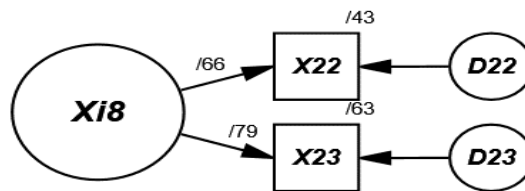
شکل ۶. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد جستجوی راهکارهای ارتباط

۷) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۷ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X21 با ضریب مسیر ۱/۰۰ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi7 است. بنابراین وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس X20 با ضریب مسیر ۰/۹۳ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



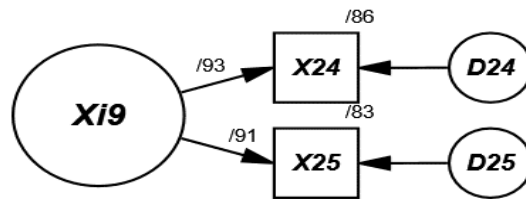
شکل ۷. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد بهره‌گیری از تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا

۸) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۸ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X23 با ضریب مسیر ۰/۷۹ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi8 است. بنابراین وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس X22 با ضریب مسیر ۰/۶۶ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



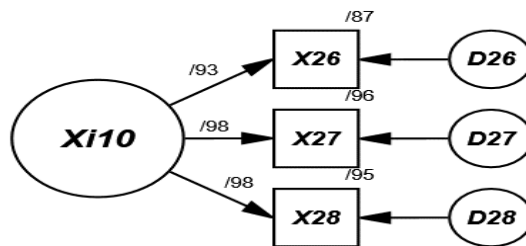
شکل ۸. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند

۹) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رسیدگی به فرزند نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رسیدگی به فرزند در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۹ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X24 با ضریب مسیر ۰/۹۳ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi9 است. بنابراین وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس X25 با ضریب مسیر ۰/۹۱ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



شکل ۹. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رسیدگی به فرزند

۱۰) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک ناشنوا نتیجه آزمون تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک ناشنوا در قالب مدل اندازه‌گیری در شکل ۱۰ ارائه شده است. همان‌طور که این شکل نشان می‌دهد، مقیاس X27 و X28، به‌طور مشترک، با ضریب مسیر ۰/۹۸ دارای بار عاملی بیشتری با نمرات Xi10 است. بنابراین وزن بیشتری نیز با این متغیر پنهان دارا است. همچنین در این تحلیل، مقیاس X26 با ضریب مسیر ۰/۹۳ دارای پایین‌ترین بار عاملی است.



شکل ۱۰. مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک ناشنوا

در جدول ۶ نیز نتیجه بررسی معنی‌داری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا به همراه نمادهای آماری، رتبه و عناوین مؤلفه‌ها ارائه شده است.

جدول ۶. بررسی معنی‌داری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول بُعد برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا

رتبه	نتیجه	بار عاملی	نماد	مؤلفه‌ها	بُعد و نماد
۱	>۰/۳۰ تأیید	۰/۹۸	X1	تجدید نظر در سبک زندگی	برطرف‌سازی
۲	>۰/۳۰ تأیید	۰/۹۷	X2	دردسترس قرار دادن رسانه‌های اجتماعی برای فرزند	احساس تنهایی در کودک ناشنوا
۳	>۰/۳۰ تأیید	۰/۹۴	X3	بدست دادن فرصت‌های گفتگو با او	Xi1
۱	>۰/۳۰ تأیید	۰/۵۷	X4	توجه به فرزند	تعامل زیاد با فرزند
۲	>۰/۳۰ تأیید	۰/۵۰	X5	جولوگیری از احساس طردشدگی	ناشنوا

Xi2

۵	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۰	X6	مهارت‌آموزی به فرزند ناشنوا	احساس	رفع
۳	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۵	X7	یادگیری قلق رفتار با فرزند ناشنوا		درماندگی
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X8	افزایش تاب‌آوری		Xi3
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X9	آشنایی با دنیای واقعی فرزند ناشنوا		
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۶	X10	تعدیل سطح انتظارات نسبت به فرزند ناشنوا		
۴	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۱	X11	توانمندسازی فرزند ناشنوا با فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری		
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۷	X12	جیغ و فریاد نزدن		کنترل هیجان
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X113	گریه نکردن		Xi4
۳	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۴	X14	دعوا نکردن با همسر		
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۸۸	X15	رفتن به کوچه و خیابان	احساس	رفع
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۹	X16	آسان کردن کارها برای فرزندم		خستگی
							Xi5
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۲	X17	شرکت در کارگاه‌های آموزشی زبان بدن		جستجوی
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X18	شیوه نوشتن برای تفهیم کردن فرزند ناشنوا		راهکارهای ارتباط
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X19	بازی کردن با فرزند ناشنوا		Xi6
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۳	X20	افزایش اطلاعات در مورد فرزند ناشنوا	از	بهره‌گیری
۱	>۰/۳۰	تأیید	۱/۰۰	X21	گفتگو با مادران دارای فرزند ناشنوا	مادران	تجربیات
							دارای فرزند ناشنوا
							Xi7
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۶۶	X22	کنار آمدن با مشکلات فرزند ناشنوا	مشکل	پذیرش
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۷۹	X23	پذیرش فرزند ناشنوا	فرزندم	ناشنوایی
							Xi8
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۳	X24	گذاشتن بطری آب و خوراکی کنار تختخواب فرزند		رسیدگی به فرزند
							Xi9
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۱	X25	تهیه سمعک برای فرزند ناشنوا		
۲	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۳	X26	تلاش برای امیدواری کودک در برقراری ارتباط	احساس	رفع
							نامیدی در ارتباط
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X27	استفاده از زبان بدن و زبان دل		برای کودک ناشنوا
۱	>۰/۳۰	تأیید	۰/۹۸	X28	ایجاد فرصت برای فرزند برای ابراز نظراتش		Xi10

در ادامه، بررسی اعتبار ابعاد برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی، مستلزم انجام تحلیل عاملی تأییدی مرحله دوم است. بر این اساس، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم در ادامه ارائه شده است.

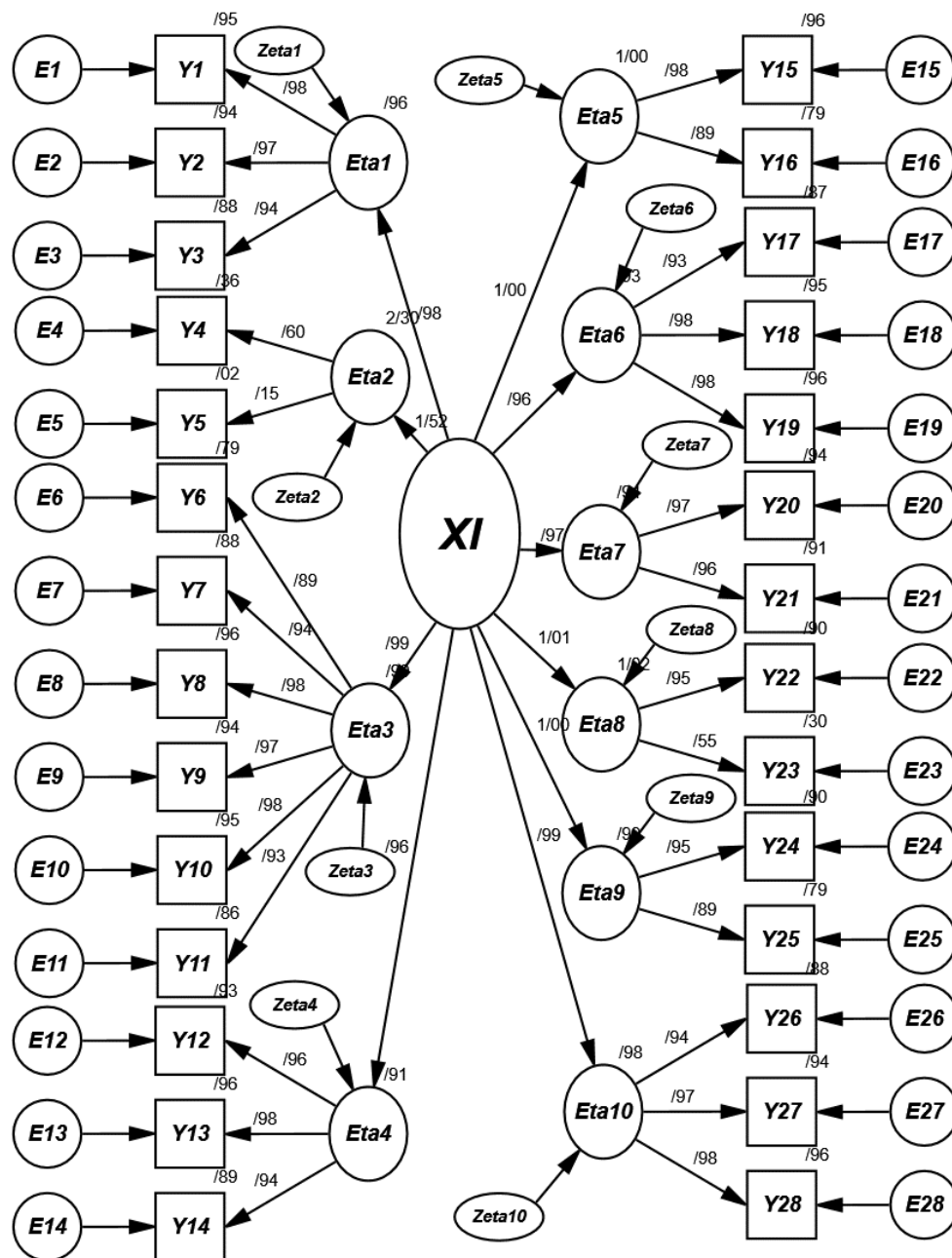
ب) تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم

در تحلیل عاملی مرتبه دوم، عامل‌های پنهانی که با استفاده از متغیرهای مشاهده‌شده مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند، تحت تأثیر یک متغیر پنهان، ولی در سطح بالاتر قرار دارند (قاسمی، ۱۳۹۲). در این پژوهش، مدل تحلیل عاملی مرتبه دوم از ۱۰ بُعد تشکیل شده است. بر این اساس، XI به‌عنوان متغیر

پنهان است و Eta1 تا Eta10 به‌عنوان متغیر مشاهده‌شده تحت تأثیر متغیر پنهان سطح بالاتر XI یا همان «برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی» قرار دارند. با توجه به اینکه برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی دارای ۱۰ بُعد است که به‌عنوان نشانگر این سازه عمل می‌کنند، بنابراین تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم در راستای آزمون مدل اندازه‌گیری و نیز روائی ابعاد سازه برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی بررسی شد. نتیجه بررسی معنی‌داری تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته به‌همراه نمادهای آماری، رتبه و عناوین ابعاد، در جدول ۷ و مدل‌یابی معادلات ساختاری آن در شکل ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۷. تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی

ردیف	نماد	عامل	بارعاملی	نتیجه	رتبه
۱	Eta1	برطرف‌سازی احساس تنهایی در کودک ناشنوا	۰/۹۸	>۰/۳۰ تأیید	۵
۲	Eta2	تعامل زیاد با فرزند ناشنوا	۱/۵۲	>۰/۳۰ تأیید	۱
۳	Eta3	رفع احساس درماندگی	۰/۹۹	>۰/۳۰ تأیید	۴
۴	Eta4	کنترل هیجان	۰/۹۶	>۰/۳۰ تأیید	۷
۵	Eta5	رفع احساس خستگی	۱/۰۰	>۰/۳۰ تأیید	۳
۶	Eta6	جستجوی راهکارهای ارتباط	۰/۹۶	>۰/۳۰ تأیید	۷
۷	Eta7	راهبردهای مبتنی بر شناخت و فراشناخت	۰/۹۷	>۰/۳۰ تأیید	۶
۸	Eta8	پذیرش مشکل ناشنوایی فرزند	۱/۰۱	>۰/۳۰ تأیید	۲
۹	Eta9	رسیدگی به فرزند	۱/۰۰	>۰/۳۰ تأیید	۳
۱۰	Eta10	رفع احساس ناامیدی در ارتباط برای کودک ناشنوا	۰/۹۹	>۰/۳۰ تأیید	۴



شکل ۱۱. مدل یابی معادلات ساختاری سازه برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی

با توجه به اطلاعات مندرج در جداول و شکل ۱۱ نتیجه‌گیری می‌شود که تمام ابعاد برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی از اعتبار بسیار بالایی برخوردار هستند.

سؤال سوم) آیا برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک ناشنوا، از برازش برخوردار است؟

برای پاسخ به این سؤال، از شاخص‌های برازش مدل ساختاری برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی استفاده شد. نتایج تحلیل شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۸ آمده است. با توجه به معنی‌دار بودن تمام شاخص‌های برازش، نتیجه‌گیری می‌شود برازش مدل برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی بسیار مطلوب است.

جدول ۸. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی مرتبه دوم سازه برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی

مشخصه	نماد	برآورد	نتیجه
نسبت مجذور خی به درجه آزادی	CMIN/DF	۲/۹۳۲	۵ < تأیید
شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده	RMSEA	۰/۰۴۳	۰/۰۵ < تأیید
شاخص نکویی برازش	GFI	۰/۹۵۲	۰/۹۰ > تأیید
شاخص تعدیل‌شده نکویی برازش	AGFI	۰/۹۴۴	۰/۹۰ > تأیید
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۳۸	۰/۹۰ > تأیید
شاخص برازش هنجار شده بنتلر بونت	NFI	۰/۹۵۸	۰/۹۰ > تأیید
شاخص برازش توکر-لوئیس	TLI	۰/۹۸۰	۰/۹۰ > تأیید
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۲۰	۰/۹۰ > تأیید
شاخص برازش نسبی	RFI	۰/۹۸۸	۰/۹۰ > تأیید
شاخص نسبت اقتصاد	PRATIO	۰/۵۹۸	۰/۵۰ > تأیید
شاخص برازش هنجار شده مقتصد	PNFI	۰/۵۴۳	۰/۵۰ > تأیید
شاخص برازش تطبیقی مقتصد	PCFI	۰/۵۲۶	۰/۵۰ > تأیید

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتبار سنجی برنامه فرزندپروری مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک با آسیب شنوایی انجام شد. بیش از نود درصد از کل کودکان کم شنوا در خانواده‌هایی با والدین شنوا متولد می‌شوند. برای بیشتر این خانواده‌ها، فرزندشان نخستین فرد کم شنوایی است که تاکنون دیده‌اند (میزن-در و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که نابهنجاری جسمی و روانی کودکان، کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (خداپرست کازرونی، ۱۳۹۴). معمولاً مادران به دلیل فشار ناشی از نیازهای روزمره کودکان، بیش از پدران در معرض انواع آسیب‌های روانشناختی هستند. فرشایف مانی صفت و پور رحیم (۱۳۹۷) به این نتیجه دست یافتند که مادران کودکان کم شنوا، سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. مادران کودکان کم شنوا، علائم اضطرابی و اختلال خواب بیشتر و کارکرد اجتماعی ضعیف‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. تحقیق خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱) نیز نشان داد که والدین کودکان استثنائی، مشکلات روانی

بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند و همچنین میزان مشکلات روانی مادران در مقایسه با پدران بیشتر است. مشکلات مربوط به نگهداری فرزند ارتباط نزدیکی با میزان فشار روانی والدین دارد. سن کودک، وضعیت اقتصادی والدین و جو عاطفی خانواده در میزان فشار روانی وارد بر والدین مؤثرند. با بالا رفتن سن کودک میزان افسردگی و اضطراب والدین کمتر می‌شود. از سوی دیگر اشتغال و کسب درآمد مادران و استقلال آن‌ها، گرایش‌های مذهبی و اختصاص زمانی برای تفریح، میزان فشار روانی والدگری را در آن‌ها کم می‌کند. بعلاوه داشتن ارتباطی حمایت کننده و روشن با همسر، سلامت روانی بهتری را در مادران به همراه دارد. نداشتن تحصیلات دانشگاهی و عدم اشتغال مادران، عدم وجود حمایت‌های عاطفی اطرافیان و خدمات اجتماعی نامناسب مهمترین عوامل مؤثر بر اضطراب مادران است (نارد و همکاران، ۲۰۰۰). مادری که مشکلات روانی و عاطفی دارد و دچار افسردگی است، نمی‌تواند رفتار مناسبی با کودک خود داشته باشد. محبت‌های افراطی و حمایت‌های بیش از حد از کودک کم توان در کنار احتمال طرد وی توسط مادر که مبتنی بر سیستم دفاعی ناخودآگاه است، می‌تواند مشکلات جدی در روند رشد کودک ایجاد کند (قدمی و کاکو جویباری، ۱۳۹۰).

در مورد ناشنوایی این وضعیت با مشکلات ویژه‌ای روبرو است، چرا که بیش از ۹۰ درصد ناشنوایان از والدین شنوا متولد می‌شوند. در بیشتر موارد هیچگونه تاریخچه‌ای از ناشنوایی در خانواده نیست و خانواده اصلاً با چنین موقعیتی آشنایی ندارد. این واقعیت سبب می‌شود والدین احساس تنهایی کنند و به دنبال پناهی برای دردهای خود باشند. در عین حال والدین متوجه می‌شوند که باید آگاهی‌های بسیاری کسب کنند، به سرعت تصمیم بگیرند و بهترین راه حل را برای فرزندشان انتخاب و خدمات مورد نیاز او را تأمین کنند. پیچیدگی این معلولیت و مشکلات ارتباطی که به همراه می‌آورد همه در زندگی روزمره خانواده اختلال ایجاد می‌کند. مشکلات ارتباطی کودک ناشنوا مضاف بر علت می‌شود و خانواده‌ها زمان زیادی از زندگی را صرف غلبه بر موانع موجود بر سر راه تلفیق کامل اجتماعی می‌کنند (تورنبال و جکسون، ۲۰۰۴). با توجه به مسئولیت سنگین والدین و بویژه مادران کودکان ناشنوا و اهمیت این برنامه‌ها و با توجه به اینکه، به خصوص در سنین پیش دبستانی، اصلی ترین مربی کودک ناشنوا، مادر و بهترین محل آموزش، خانه است، می‌توان به اهمیت آموزش‌های این مادران پی برد. پرورش کودک کم شنوا در عین حال که شبیه به پرورش هر کودک دیگری است اما جنبه‌های بسیار متفاوتی نیز دارد. والدین باید بیاموزند تصمیم‌های درستی در مورد شیوه ارتباطی فرزند خود و آموزش او اتخاذ کنند. نحوه برخورد والدین با مسائل، تجربیات پیشین آن‌ها و شیوه زندگی آن‌ها پیش از به دنیا آمدن کودک کم شنوا نیز حائز اهمیت است. داشتن فرزند کم شنوا گاهی ایجاب می‌کند که تغییراتی در خود دهند (هینتر مایر، ۲۰۰۶؛ آلگرتی، ۲۰۰۲). با عنایت به یافته‌های تحقیق حاضر که بر اساس تجربیات عینی مادران دارای کودک با آسیب شنوایی است، پیشنهاد می‌شود:

- مادامی مادران دارای فرزند ناشنوا احساس درماندگی می‌کنند که از مهارت‌های لازم برای فرزندپروری برخوردار نیستند لذا پیشنهاد می‌شود که با شناسایی این دسته از مادران و فراهم سازی کارگاه‌های آموزشی رایگان، به آن‌ها آموزش‌های ارائه شود که احساس درماندگی آن‌ها کاهش یابد

- از آنجایی که بسیاری از مادران دارای فرزند ناشنوا، فرصتی برای شرکت در کارگاه‌های آموزشی حضوری ندارند لذا پیشنهاد می‌شود که برای آن‌ها کارگاه‌های آموزش فرزندپروری مجازی برگزار گردد.

-برای کاهش ناامیدی مادران دارای فرزند ناشنوا پیشنهاد می‌شود که از سیستم مشاوره همراه مادران دارای فرزند ناشنوا استفاده شود که این دسته از مادران همواره بتوانند از طریق مشاوره تلفنی مشکلات خود را حل و برطرف سازند.

-به منظور به اشتراک گذاری تجربیات مادران دارای فرزند ناشنوا با یکدیگر، پیشنهاد می‌شود که گروه‌های در شبکه‌های مجازی از سوی مراکز ذیصلاح راه اندازی شود و تحت راهنمایی متخصصان و مشاوران، مادران به عنوان اعضای گروه با یکدیگر به تبادل تجربه بپردازند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: عدم تعمیم نتایج پژوهش به سایر جوامع بدلیل محدودیت جغرافیایی جامعه آماری و عدم جامعیت مدل بدست داده شده بدلیل محدود بودن اطلاعات جمع آوری شده.

موازن اخلاقی

به جهت رعایت اخلاق پژوهش، در فرایند پژوهش و در تحلیل مصاحبه‌ها، رعایت صداقت و امانتداری علمی، رضایت آگاهانه جامعه آماری برای شرکت در پژوهش و ناشناس ماندن آزمودنیها رعایت شد. مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد که در شورای پژوهش واحد مربوطه دارای کد ۱۰۱۴۸۲۰۹۲۰۰۵۹۹۵۱۴۰۰۱۶۲۵۴۶۹۷۰ می‌باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مادران گرامی شرکت کننده که در اجرای پژوهش همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، ویراستاری و نهایی سازی دارای نقش یکسانی بوده‌اند.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی در مقاله حاضر وجود ندارد.

منابع

- آقازیارتی علی، عاشوری محمد، نوروزی قاسم، هالاهان دانیل پی. (۱۴۰۲). اثربخشی فرزندپروری ذهن آگاهانه بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان مادران کودکان کم‌شنوا. فیض، ۲۷ (۱): ۷۶-۸۳.
- ابراهیمی، حسین، محمدی، عیسی، شمشیری، محمود، محمدی، علی محمد، دادخواه، بهروز. (۱۳۹۴). نگرانی‌های مادران دارای کودک ناشنوا: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳(۱): ۱۴۵-۱۳۶.

- اسمیت، تام. ای. سی.، پولووی، ادوارد. ای.، داوتی، ترزا، پتن، جیمز. آر.، داودی، کارول. ای. (۱۳۹۵). روانشناسی و آموزش دانش آموزان ویژه. ترجمه قربان همتی علمدارلو، عباسعلی حسین خاززاده، حمید علیزاده، تهران: ارسباران (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۲).
- افروز غلامعلی، تقی زاده حسین. بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۲ (۱۲۴): ۷-۱۷
- امامی سیگارودی، ع.، دهقان نیری، ن.، رهنورد، ز.، نوری، س. (۱۳۹۱). روش شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی. پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲(۲۲): ۶۳-۵۶
- بحری، سیده لیلیا، دهقان منشادی، ماریه، دهقان منشادی، زبیده. (۱۳۹۳). بررسی نقش پیش بینی کنندگی تاب آوری و حمایت اجتماعی در سلامت روانی والدین کودکان نابینا و ناشنوا. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۴(۱): ۵-۱۲.
- پاغنده، م.، حسنزاده، س.، قاسمزاده، س. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه‌تعامل مادر با کودک بر تنیدگی فرزندان پروری و رابطه والدین با کودک دارای آسیب شنوایی. پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۳(۱): ۹۹-۱۲۴
- تقوایی یزدی، مریم. (۱۳۹۹). رابطه شیوه‌های فرزندپروری با احساس تنهایی و اختلالات رفتاری درون نمود و برون نمود والدین-دانش آموزان. مهارت‌های روانشناسی تربیتی، ۱۱(۴): ۵۴-۳۸.
- حیبی، آرش.، جلال نیا، راحله. (۱۴۰۱). پدیدارشناسی، تهران: نارون دانش
- حسینی مائده، عاشوری محمد. (۱۴۰۱). برنامه رابطه‌درمانی کودک -والد و متناسب‌سازی آن برای کودکان با آسیب جسمی، اوتیسم و ناشنوا: مرور روایتی. رویش روان شناسی، ۱۱(۱۱): ۱-۱۴
- خداپرست کازرونی، س. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای رضایت مندی زناشویی و صمیمیت زوجینی والدین کودکان عقب مانده معلول جسمی و بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز.
- ذکایی فر، آرزو، موسی زاده، توکل. (۱۳۹۹). نقش سبک‌های فرزند پروری والدین در پیش‌بینی رشد اجتماعی کودکان پیش‌دبستان ۵ و ۶ ساله. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۰(۳۷): ۸۷-۱۰۰
- رحمان پور محمد. (۱۳۹۳). بررسی چالش‌های فراروی الگوی فرزندپروری والدین دارای فرزندان کم شنوا و ارائه راهکارهای مناسب. تعلیم و تربیت استثنایی. ۱ (۱۲۳): ۳۶-۴۸.
- رحیمی، سهیل. (۱۴۰۰). تاثیر سبک‌های فرزندپروری بر احساس تنهایی کودکان ناشنوا، اولین کنگره ملی توانبخشی ایران، تهران
- صابری‌راد احمد، حیدری حسن، داوودی حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری براساس مدل ساندرز بر تنظیم هیجان مادران و تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری. مطالعات ناتوانی، ۷: ۱۰-۱
- علمردانی صومعه، سجاده، نریمانی، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا. مطالعات پیش دبستان و دبستان، ۱۱(۱): ۹۳-۱۱۱.
- علی اکبری دهکردی، مهناز، کاکاجویاری، علی اصغر، محتشمی، طیبه، یکتاخواه، سرور. (۱۳۹۰). میزان استرس مادران در کودکان هنجار، کم شنوا، و سایر کودکان استثنایی. شنوایی سنجی، ۲۰(۱): ۱۳۶-۱۲۹.

- علی اکبری دهکردی، مهناز، کاکو جویباری، علی اصغر، محتشمی، طیبه، یکدله‌پور، نرگس. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی در مادران کودکان با آسیب شنوایی. شنوایی شناسی، ۲۳ (۶): ۶۶-۷۵
- فرامرزی، سالار، مرادی، محمدرضا. (۱۳۹۳). تأثیر هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان ناشنوا. شنوایی شناسی، ۲۳ (۶): ۳۱-۲۵.
- فرشادفانی صفت، فرناز، پوررحیم، الناز. (۱۳۹۷). مقایسه سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوانی‌های هوشی و کودکان عادی. کودکان استثنایی، ۱۸ (۱): ۳۳-۴۶
- فروغان، مهشید، موللی، گیتا، سلیمی، مجید و ملایری، سعید اسد (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین و کودکان کم‌شنوا. شنوایی شناسی، ۱۵ (۲): ۶۰-۵۳.
- قدمی، م.، کاکو جویباری، ع.ا. (۱۳۹۰). نگرش عاطفی مادران کودکان ناشنوا و کم‌توان ذهنی نسبت به فرزندان معلولشان. کودکان استثنایی، ۱۱ (۳): ۲۸۳-۲۹۲
- ملازاده، علیرضا، جاهدی فر، علی. (۱۳۹۹). کودک ناشنوا، کرونا و آموزش خانواده‌محور، دسترسی آنلاین www.behzisti.ir (۱۳۹۹/۰۴/۲۲)
- موللی، گیتا، نعمتی، شهروز (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا. شنوایی شناسی، ۱۸ (۱-۲): ۱۱-۱.
- موللی، گیتا، عبدالله زاده رافی، مهدی، نعمتی، شهروز (۱۳۹۲). مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا و شنوا. شنوایی شناسی، ۲۲ (۲): ۳۹-۳۴.
- نعمتی، شهروز. (۱۳۹۸). تجربه زیسته مادران دارای کودکان با آسیب‌های شنوایی از مشکلات فراروی فرزندان شان: مطالعه پدیدارشناسی. سلامت روان کودک، ۶ (۴): ۳۱۵-۳۰۵

References

- Afrouz, G., & Taghizadeh, H. (2017). A comparative study of perceived social support and mental health of mothers with and without hearing-impaired children. *Journal of Exceptional Education*, 2(124), 7-17. (In Persian)
- Aghaziarati, A., Ashori, M., Norouzi, G., & Hallahan, D. P. (2023). Mindful Parenting: Attachment of Deaf Children and Resilience in Their Mothers. *Deaf Studies and Deaf Education*, 28(3): 300-310.
- Aliakbari Dehkordi, M., Kakojouibari, A. A., Mohtashemi, T., & Yektakhah, S. (2011). The level of stress of mothers of normal, hearing-impaired, and other exceptional children. *Audiology*, 20(1), 129-136. (In Persian)
- Aliakbari Dehkordi, M., Kakojouibari, A. A., Mohtashemi, T., & Yekdelpour, N. (2015). The effectiveness of positive parenting program on parenting stress in mothers of children with hearing impairment. *Audiology*, 23(6), 66-75. (In Persian)
- Alimardani Soume'e, S., & Narimani, M. (2015). Comparison of intolerance of uncertainty and emotion regulation in mothers of deaf and hearing daughters. *Pre-school and Elementary Education Studies*, 1(1), 93-111. (In Persian)
- Allegretti CM. (2002). The effects of a cochlear implant on the family of a hearing-impaired child. *Paediatr Nurs*, 28(6): 614-20.
- Antonopoulou K, Hadjikakou K, Stampoltzis A, Nicolaou N. (2012). Parenting styles of mothers with deaf or hard-of-hearing children and hearing siblings. *Deaf Studies and Deaf Education*, 17(3): 306-1

- Bahri, S. L., Dehghan Manshadi, M., & Dehghan Manshadi, Z. (2014). Predictive role of resilience and perceived social support in the mental health of parents of blind and hearing-impaired children. *Journal of Exceptional Education*, 14(1), 5-12. (In Persian)
- Barker DH, Quittner AL, Fink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK. (2009). Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Development and Psychopathology*, 21(2):373-9
- Bashir, A., Bashir, U., Lone, A., & Ahmad, Z. (2014). Challenges faced by families of autistic children. *Interdisciplinary Research and Innovations*, 2(1): 64–68
- Ebrahimi Hossein., Mohammadi Eissa., Mohammadi Mohammad Ali., Pirzadeh Akbar., Mahmoudi Hamzeh., Ansari Ismail. (2015). Stigma in Mothers of Deaf Children. *Otorhinolaryngol*, 27(79): 109–118.
- Ebrahimi, H., Mohammadi, E., Shamshiri, M., Mohammadi, A. M., & Dadkhah, B. (2015). Qualitative study of mothers' concerns about deaf children. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 13(1), 145-136. (In Persian)
- Emami Sigaroudi, A., Dehghan Niri, N., Rahnavard, Z., & Nouri, S. (2012). Qualitative research methodology: Phenomenology. *Journal of Comprehensive Nursing and Midwifery*, 2(22), 56-63. (In Persian)
- Faramarzi, S., & Moradi, M. R. (2014). The Effect of art therapy using painting on reducing hopelessness and loneliness in deaf boy children. *Audiology*, 23(6), 31-25. (In Persian)
- Farshbaf Mani Safat, F., & Pourrahim, E. (2018). Comparison of psychological health, psychological capital, and marital intimacy in mothers of children with hearing loss, intellectual disabilities and normal children. *Exceptional Children*, 18(1), 33-46. (In Persian)
- Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*; 379(9820):1037-44
- Foroughan, M., Mowlaei, G., Salimi, M., & Malayeri, S. A. (2006). The effect of counseling on the psychological health of deaf parents and their children. *Audiology*, 15(2), 60-53. (In Persian)
- Galvin. Ray. (2015). How many interviews are enough? Do qualitative interviews in building energy consumption research produce reliable knowledge?. *Building Engineering*, 1(1): 2-12
- Ghadami, M., & Kakoojoobaray, A. (2011). Emotional attitude of mothers of deaf and mentally handicapped children toward their disabled children. *Exceptional Children*, 11(3), 283-292. (In Persian)
- Gilliver M, Ching TY, Sjahalam-King J. (2013). When expectation meets experience: parents' recollections of and experiences with a child diagnosed with hearing loss soon after birth. *Audiol*, 52 (2): doi: 10.3109/14992027.2013.825051
- Habibi, A., & Jalalnia, R. (2022). Phenomenology. Tehran: Narvan Danesh. (In Persian)
- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. (2011). *Exceptional learners: an introduction to special education*. 12 edition. Boston: Pearson Education
- Hintermair M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Deaf Stud Deaf Educ*, 11(4): 493-513.
- Hosseini, M., & Ashouri, M. (2022). Play therapy program for parent-child relationship and adaptation for children with physical disabilities, autism, and hearing impairment: A narrative review. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 11(11), 1-14. (In Persian)

- Howe D. (2006). Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child & Family Social Work*, 11(2): 95-106.
- Jean, Y. Q., Mazlan, R., Ahmad, M., Maamor, N. (2018). Parenting stress and maternal coherence: Mothers with deaf or hard-of-hearing children. *Audiology*, 27(3): 260-271.
- Kasin, Courtney., Muñoz, Karen., Ong, Clarissa., Whicker, John., Twohig, Michael. (2020). Well-being of Parents of Children Who Are Deaf or Hard of Hearing, *Early Hearing Detection and Intervention*, 5(1): 86-97
- Khodaparast Kazeroni, S. (2015). A comparative study of marital satisfaction and marital intimacy of parents of mentally disabled and normal children. Unpublished master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz. (In Persian)
- Kobosko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. (2014). Mental health problems of mothers and fathers of the deaf children with cochlear implants. *Otolaryngol Pol*, 68(3):135-42.
- Kurtzer-White Ellen., Luterman David. (2003). Families and children with hearing loss: Grief and coping, *Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(4): 232-235
- Kushalnagar P, Krull K, Hannay J, Mehta P, Caudle S, Oghalai J. (2005). Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med*, 60(5): 965-75.
- Lillo-Martin, D. C., Gale, E., & Chen Pichler, D. (2023). Family ASL: An Early Start to Equitable Education for Deaf Children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 43(2): 156–166
- Meinzen-Derr J, Lim LH, Choo DI, Buyniski S, Willey S. (2008). Pediatric hearing impairment caregiver experience: impact of duration of hearing loss on parental stress. *Pediatr Otorhinolaryngol*, 72(11): 1693-703.
- Mollazadeh, A., & Jahedi Far, A. (2020). Deaf children, coronavirus and family-centered education. Retrieved from www.behzisti.ir on 22/04/1399. (In Persian)
- Movalali, G., & Naemati, S. (2009). Parenting issues in raising hearing-impaired children. *Audiology*, 18(2-1), 11-1. (In Persian)
- Movalali, G., Abdollahzadeh Rafi, M., & Naemati, S. (2013). Comparison of general health in mothers of hearing-impaired and normal children. *Audiology*, 22(2), 39-34. (In Persian)
- Murphy NA. (2007). The Health of Caregivers for Child ren with Disabilities: Caregiver Perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33 (2): 180-187.
- Naemati, S. (2019). Mother's lived experience of raising children with hearing impairments: a phenomenological study. *Child Mental Health*, 6(4), 305-315.
- Okoro, E. N. (2021). Parental attitude towards academics of children with hearing impairment in Oyo State, Nigeria. *International Journal of Educational Research*, 9(1): 130-138.
- Paghanadeh, M., Hassanzadeh, S., & Ghasemzadeh, S. (2019). The effectiveness of mother-child interaction program on reducing parenting stress and improving parent-child relationship in mothers with hearing-impaired children. *Journal of Psychological Health*, 13(1), 99-124. (In Persian)
- Pilarska, Agnieszka., Sekula, Alicja. (2019). Bidirectional dependency of developmental and social difficulties in hearing impaired children on the mother's state anxiety. *Child and Family Studies*, 28: 744-752.

- Pinquart M. (2013). Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Pediatric Psychology*, 38(7): 708-21
- Rahimi, S. (2022). The role of parenting styles in the loneliness of hearing-impaired children. Proceedings of the 1st National Congress of Iran Rehabilitation, Tehran. (In Persian)
- Rahmanpour Mohammad, M. (2014). Challenges facing the parenting model of parents with hearing-impaired children and appropriate solutions. *Journal of Exceptional Education*, 1(123), 36-48. (In Persian)
- Saberi Rad, A., Heidari, H., & Davoudi, H. (2020). The effectiveness of Saunders's parenting program on maternal emotion regulation and mother-child interaction with behavioral disorders. *Exceptional Education Studies*, 10, 1-7. (In Persian)
- Sealy, J., McMahon, C., & Sweller, N. (2023). Parenting Deaf Children: Exploring Relationships Between Resolution of Diagnosis, Parenting Styles and Morale, and Perceived Child Vulnerability. *Child and Family Studies*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02579-z>
- Smith, T. I. C., Polvoorde, E. A., Doty, T., Patton, J. A., Davoudi, C. A., & Patel, A. R. (2013). Psychology and education of special children. (K. Hemati Almodarresi, A.A. Hossein Khanzadeh, & H. Alizadeh, Trans.) Tehran: Ersbaran. (Original work published 2012). (In Persian)
- Steinberg AG, Davila JR, Collazo J, Loew RC, Fischgrund JE. (1997). A Little Sign and a Lot of Love...: Attitudes, Perceptions, and Beliefs of Hispanic Families with Deaf Children. *Qualitative Health Research*, 7(2): 202-222
- Störbeck, C., Young, A. (2016). The HI HOPES data set of deaf children under the age of 6 in South Africa: Maternal suspicion, age of identification and newborn hearing screening. *BMC pediatrics*, 16(1): 1-10.
- Stuart, A., & Smith, M. R. (2019). The emergence and prevalence of hearing loss in children with homozygous sickle cell disease. *Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 123: 69-79
- Taghvae Yazdi, M. (2020). The relationship between parenting styles and loneliness and internal and external behavioral disorders in parents and students. *Educational Psychology Skills*, 11(4), 38-54. (In Persian)
- Turnball.K, Jackson.L.(2004). How a deaf child affects family life Available at: [www. Hands and voices](http://www.Hands and voices).
- Van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Ann Deaf*, 148(5): 390-5.
- Wright B, Hargate R, Garside M, Carr G, Wakefield T, Swanwick R, Noon I, Simpson P. (2021). A systematic scoping review of early interventions for parents of deaf infants. *BMC Pediatr*, 21(1):467
- Zekaei Far, A., & Mozaffari, T. (2020). The role of parenting styles in predicting social development in 5- and 6-year-old preschoolers. *Social Psychology Research*, 10(37), 87-100. (In Persian)

Developing and validating a parenting program based on the lived experiences of mothers with hearing impaired children

Fatemeh. Mortazavi Kiasari¹, Reza. Donyavi^{2*} & Behrang. Esmaeili Shad³

Abstract

Aim: The purpose of the research was to develop and validate a parenting program based on the lived experiences of mothers with hearing impaired children. **Method:** The research was conducted in a qualitative-quantitative way. The research community consisted of mothers with hearing impaired children in Sari and Miandorud cities. In the qualitative part, the purposeful sampling method was used until saturation. Sampling method was available in quantitative section and 16 mothers were selected. The interview tool was unstructured. In order to ensure validity and reliability, the recorded interviews along with the content obtained from them were provided to the interviewees and the method of reliability of extracted data according to the conducted interviews was used. Transferability method was used to provide validity. The total efficiency of two encoders is equal to 0.90. SPSS 26 and Amos software were used to determine the validity and suitability of program components. **Results:** Based on the interviews and the background of the research, the mentioned parenting program was compiled in 10 sessions, which consists of: accepting the child's deaf problem, using the experiences of mothers with deaf children, familiarizing mothers with how to care for a deaf child, Acquaintance with methods of emotion control, familiarization with ways to relieve the feeling of helplessness, familiarization with ways to communicate with a deaf child, interaction with the child, familiarization with ways to relieve the feeling of fatigue, relief from the feeling of hopelessness, relief from the child's feeling of loneliness. **Conclusion:** The research results showed the validity and appropriateness of the compiled components of the parenting program based on the lived experiences of mothers.

Keywords: lived experiences, mothers, children, hearing damage

1. Ph.D student, Department of General and Exceptional Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Neka Branch, Islamic Azad University, Neka, Iran

Email: donyavi@iauneka.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran