Journal of Research in Psychological Health
June 2019, volume 13, issue 1

Effectiveness of Parent-Child Interaction Program on Parenting Stress and Parent-Hearing Impaired Child Relationship

Marzieh Paghandeh [*1] , Saeid Hassanzadeh [2] , Sogand Ghasemzadeh[3]

1.(Corresponding author): M.A, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.*

2. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

Citation: Paghandeh M, Hassanzadeh S, Ghasemzadeh S. Effectiveness of Parent-Child Interaction Program on Parenting Stress and Parent-Hearing Impaired Child Relationship. Journal of Research in Psychological Health, 2019; 13(1):99-124. [Persian].

Highlights

- Parent-child educational program has a meaningful effect on reducing parenting stress of parents.
- Parent-child educational program has a meaningful effect on increasing parent-child interaction of parents.

Keywords
Mother-child interaction, Hearing impairment, Parenting stress, Parent-child relationship.

Abstract

Hearing Impairment is one of the most complicated sensory impairments that has an effect on parenting stress and parent-child interaction. Parent-child interaction program taken from parent-child interaction therapy (PCIT) theory that developed by Sheila Eyberg resulted from her wide background on actor theory, traditional child psychotherapy and the first child development. In fact, this program has used both attachment theory and social learning theory to gain access to ways of powerful parenting. So parent-child interaction is effective for a correct performance with the child and reduction of parenting stress especially for those who are hearing-impair and have parents who are not. Parents who have a child who is hearing-impaired have a negative cognitive evaluation of their abilities as parents so causing a reduction in mental health and well-being of parents. The present study aimed to investigate the effectiveness of educational program of parent-child interaction for mothers who have a hearing-impaired child on reduction of parenting stress and relationship of parents with the child. The present study was of semi-experimental kind and used pre-test and post-test model and a follow-up step with control group. Sample included 30 preschool children with hearing impairment and their parents purposefully selected and randomly put in two groups of experimental and control. Then before performing, parent-child interaction program designed and edited by the researcher. This program included providing need assessment form and defining parent education parameters. In child directed interaction (CDI), reward, mimicry, reflection, description, enthusiasm, getting attention and in parent directed interaction (PDI) issuing good orders, encouraging discipline, punishing by standing on the chair because of disobedience and making authentic rules at home were considered. Subjects of experimental group received parent-child interaction program in 12 sessions during one month. To study parent-child interaction and parenting stress, parent-child relationship scale and parent stress scale were used. The findings showed mean of scores in parent-child interaction and parenting stress has been effective in father; but it increased more in control group in post-test in comparison with pre-test in mother. The results of the study showed the importance of parents' cooperation in parent-child interaction. It seems effectiveness of parent-child interaction program showed on improving the relationship of parents with child having a hearing impairment.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]

[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

اثربخشی برنامه‌ی تعامل مادر با کودک بر تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والدین با کودک دارای آسیب شنوایی

مرضیه پاغنده[۱]، سعید حسن‌زاده[۲]، سوگند قاسم‌زاده[۳]

۱. (نویسنده‌ی مسئول) کارشناس‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. Paghandeh@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

یافته‌های اصلی

- برنامه‌ی آموزشی والد-کودک تأثیر معناداری بر کاهش تنیدگی فرزندپروری والدین دارد.
- برنامه‌ی آموزشی والد-کودک تأثیر معناداری بر افزایش تعامل والد-کودک والدین دارد.

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۱۲/۲۴

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۰۳/۲۶

واژگان کلیدی
تعامل والد با کودک، آسیب شنوایی، تنیدگی فرزندپروری، رابطه‌ی والد-کودک

چکیده

آسیب شنوایی، یکی از پیچیده‌ترین آسیب‌های حسی است و بر تنیدگی فرزندپروری و تعامل والد-کودک تأثیر می‌گذارد. برنامه‌ی تعامل والد-کودک برگرفته از نظریه‌ی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودکی است که شیلا آیبرگ، براساس نظریه‌ی رفتار کنشگر، روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین کودک تدوین کرده است. این برنامه هم از نظریه‌ی دلبستگی و هم از نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، به‌منظور دستیابی به شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه بهره جسته است؛ از این رو، به نظر می‌رسد تعامل والد-کودک برای آموزش نحوه‌ی تعامل صحیح با کودک و کاهش تنیدگی فرزندپروری، بالاخص برای گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی که والدینی شنوا دارند، مؤثر است. والدینی که دارای فرزندی با آسیب شنوایی هستند، ارزیابی شناختی منفی از توانمندی‌های خود به‌عنوان والد دارند و به همین سبب، باعث کاهش سلامت روانی و بهزیستی خود می‌شوند. مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی اثربخشی برنامه‌ی آموزش تعامل مادر-کودک برای مادران دارای کودک با آسیب شنوایی بر کاهش تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والدین با کودک انجام شده است. این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. نمونه شامل ۳۰ کودک دچار آسیب‌شنوایی پیش‌دبستانی و والدینشان بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برنامه‌ی تعامل والد-کودک را پژوهشگر تدوین و طراحی کرد. این برنامه شامل تهیه‌ی نیازسنجی و تدوین یک‌سری مؤلفه‌های برنامه‌ی آموزش والدین (مهارت‌های تعامل کودک‌مدار و مهارت‌های والدگری) بود. مهارت‌های تعامل کودک‌مدار شامل جایزه دادن، تقلید، بازتاب، توصیف، اشتیاق و جلب توجه و تمرکز مدنظر قرار گرفت؛ سپس مهارت‌های والدگری شامل صدور فرامین خوب، تشویق فرمان‌برداری، محروم‌سازی با روی صندلی قرارگرفتن به‌خاطر نافرمانی و ایجاد قوانین معتبر در خانه تنظیم گردید. آزمودنی‌های گروه آزمایش، برنامه‌ی تعامل والد-کودک را در قالب ۱۲ جلسه‌ی دوساعته در طی یک ماه دریافت کردند. برای بررسی تعامل والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری از مقیاس رابطه‌ی والد-کودک و مقیاس تنیدگی والدگری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات در تعامل والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری در پدران اثرگذار بوده است؛ ولی در مادران، در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش بیشتری یافته است. نتایج این پژوهش اهمیت مشارکت والدین در برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک به‌عنوان والد-درمانگر را نشان می‌دهد. یافته‌ها اثربخشی برنامه‌ی تعامل والد-کودک بر بهبود رابطه‌ی بین والدین با کودک دچار آسیب شنوایی را نیز نشان می‌دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]

[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

مقدمه

وجود کودک ناتوان، به‌ویژه کودک با آسیب‌شنوایی[1]، بر تمام جنبه‌های زندگی خانواده، از جمله عاطفی، اجتماعی و اقتصادی تأثیرات فراوانی دارد. والدین در چنین موقعیتی واکنش‌هایی مانند انکار واقعیت، عدم‌پذیرش مشکل شنوایی کودک، خشم و پرخاشگری، افسردگی و احساس گناه دارند؛ لذا سازگاری درونی‌شان به هم خورده، در برابر کودک احساس مسئولیت می‌کنند و در عین حال از مسئولیت خود، علل ناتوانی کودک، شیوه‌ی تعامل با کودک و ویژگی‌های کودک آگاهی لازم و کافی را ندارند و با نقش‌های اضافی که در اثر تولّد چنین کودکی به وجود می‌آید، مواجه می‌شوند. علاوه بر مسئولیت فرزندپروری و خستگی‌های ناشی از مراقبت و پرستاری از کودک، مجبورند در آموزش کودک خود شرکت داشته و در جهت یادگیری فعالیت‌های اجتماعی و خودمراقبتی او تلاش نمایند (۱). از دیدگاه خانوادگی، آسیب شنوایی پیچیده‌ترین آسیبِ حسی است. شناسایی آسیب شنوایی کودک، خانواده را با یک‌سری بحران و مشکلات ویژه روبه‌رو می‌کند؛ چراکه بیش از ۹۰درصد کودکان دچار آسیب شنوایی از والدین شنوا متولّد می‌شوند. در بیشتر موارد هیچ‌گونه تاریخچه‌ای از آسیب شنوایی 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 (۲)؛ زمانی همه چیز برای والدین تغییر می‌کند که دیدگاه آنان در مورد چالش‌های مراقبت از کودک معلول خود تغییر کند (۳). عوامل متعددی در بروز تنیدگی در والدین دارای کودک با آسیب شنوایی نقش دارند. برخی پژوهشگران معتقدند تنیدگی فرزندپروری[2] خانواده‌های دارای فرزندی با آسیب‌شنوایی، به موقعیت‌های ویژه وابسته است و اولویت عوامل تنیدگی‌زایی که والدین دارای فرزند با آسیب‌شنوایی از ناحیه‌ی فرزند تجربه می‌کنند، با والدین دارای فرزند شنوا متفاوت است (۴). از این‌رو، نوزاد انسانی از بدو تولد با انبوهی از ادراک‌های ناشی از محرک‌های برونی و نیازهای درونی مواجه می‌شود که من ابتدایی وی توانایی متمایز کردن آن‌ها را ندارد. این وضعیت، رابطه با مادر و پستان وی را به رابطه‌ی پیچیده‌ای تبدیل می‌کند که در آن عشق و نفرت، کام‌یافتگی و ناکامی همراه با هم وجود دارند. اما به تدریج، کودک با استفاده از سازوکارهای دفاعی مختلف، از این حالت اغتشاش و هرج و مرج خارج می‌شود. کاربرد سازوکار دوپاره‌سازی به کودک امکان می‌دهد تا موضوع (مادر) یا بخشی از موضوع (پستان) و همچنین خود را به قسمت‌های خوب و بد تقسیم کند و با مجزا کردن بخش‌های بد، توانایی آن‌ها را در ایجاد اضطراب کاهش دهد. بدین ترتیب، سازوکار دوپاره‌سازی با متمایز کردن موضوع محبوب و خود ارضاشده از موضوع منفور و خودکام‌شده، رابطه‌ی پیچیده با مادر را به رابطه‌ی ساده‌تری تبدیل می‌کند (۵).

پس از جنگ جهانی اول، کلاین یک روش بازی‌درمانگری را ابداع کرد که با روش پیشگامان این زمینه مانند هوگ-هلموت[3] و آنا فروید متفاوت بود و در حال حاضر در سطح جهانی به کار می‌رود. کلاین برای جانشینی روش همخوانی آزاد فروید که کاربرد آن در مورد کودکان خردسال میسر نبود، از روش بازی‌درمانگری برای کشف انگیزه‌های ناهشیار کودکان سود جست. وی بر این باور بود که کودکان از راه کاربرد بازی و ترسیم، احساس‌های خود را در جلسه‌های درمانگری فرافکنی می‌کنند. کلاین

1. hearing impairment

2. parenting stress

3. Hug-Helmuth

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]

[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

نشان داد که روش بازی کودکان با اسباب‌بازی‌ها در بیشتر مواقع آشکارکننده‌ی خیال‌پردازی‌ها و اضطراب‌های زودرس آن‌هاست و در نتیجه، امکان درک زندگی ناهشیار آن‌ها توسط روان‌تحلیل‌گر را از راه رفتار غیرکلامی فراهم ساخت. کلاین براساس تحلیل‌گری کودکان نشان داد که چگونه این اضطراب‌ها با ایجاد اختلال‌های عاطفی بر تحول من، فرامن و جنسیت اثر می‌کنند. وی با ابداع روش‌هایی کوشید کودکان پرخاشگری و احساسهای ادیپی خود را (که بیان آن‌ها به والدین امکان‌پذیر نبود) به سوی درمانگر جهت دهند. بدین‌ترتیب، از احساس گنهکاری معلول‌کننده‌ی خویشتن رها شوند (۵). در واقع، بازی با نقش درمانی خود، فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و نارضایتی‌ها از محیط را تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی‌درمانی‌ها نقش پالاینده‌ی روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامی‌ها کاسته و نقشه‌های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می‌دهد (۶).

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک[1] (PCIT) یک برنامه‌ی مبتنی بر پژوهش است که دکتر «شیلا آیبرگ» برای آموزش رفتاری والدین تدوین کرده است. در این برنامه که شامل کار با والدین و فرزندان کوچکشان (سنین ۳ تا ۶ سال) می‌شود، درمانگر پدر یا مادر را طی یک تعامل واقعی با کودک آموزش داده و آماده می‌سازد. بیشتر اوقات، درمانگر از پشت یک آینه‌ی یک‌طرفه آموزش می‌دهد و از طریق یک وسیله‌ی کمک‌شنیداری مثل میکروفون داخل گوش با پدر یا مادر ارتباط برقرار می‌کند. والدین با دو دسته مهارت آماده می‌شوند. در تعامل کودک‌مدار[2] (CDI)، والدین یاد می‌گیرند برای ارتقای رابطه‌ی کودک-والدین از مهارت‌های بازی‌درمانی سنتی استفاده کنند. مهارت‌های CDI شامل جایزه، تقلید، بازتاب، توصیف، اشتیاق و فراهم ساختن توجه وابسته است. در تعامل والدمدار[3] (PDI)، والدین مهارت‌هایی را برای بهبود فرمان‌برداری کودک و کاهش رفتارهای آشفته‌ی او یاد می‌گیرند. مهارت‌های PDI شامل صدور فرامین خوب، تشویق فرمان‌برداری، محروم‌سازی با روی صندلی قرار گرفتن به خاطر نافرمانی و ایجاد قوانین معتبر در خانه می‌شود. درمان PCIT یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت است که اغلب به دوازده جلسه‌ی یک‌ساعته‌ی هفتگی نیاز دارد. اگرچه مدت این درمان کوتاه است اما PCIT به زمان محدود نمی‌شود. پیشرفت از طریق برنامه‌ی درمانی بر اساس تبحر در مهارت است (که از طریق نظام رمزگذاری میزان‌شده‌ای تعیین می‌شود). بنابراین طول درمان در بین خانواده‌ها متغیر است. نتیجه‌ی PCIT زمانی حاصل می‌شود که والدین هم در مهارت‌های تعامل کودک‌مدار (CDI) و هم در مهارت‌های تعامل والدمدار (PDI) متبحّر شوند و رفتار کودک در محدوده‌ی طبیعی بهبودی یابد (۷). در واقع پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از برنامه‌ی تعامل والد-کودک، بهبود و پیشرفت معناداری در کاهش تنیدگی والدین و کاهش نگرانی‌های بیرونی و درونی در مورد فرزندان و افزایش مثبت‌نگری والدین نسبت به فرزندانشان داشته است. این نتایج در زمینه‌ی بهبود کیفیت مراقبت از کودکان که اغلب نیازمند به آموزش، بودند نیز مورد توجّه قرار گرفته است (۸). از این‌رو تنیدگی فرزندپروری ناشی از ارزیابی شناختی منفی والدین از توانمندی‌های خود به‌عنوان والد است. اگر والدین، موقعیت و شرایط والدینی را منفی ارزیابی کنند، دچار تنیدگی می‌شوند (۹). از جمله عواملی چون سن کودک، نوع وسیله‌ی کمک‌شنوایی و بودن در

1. parent-child interaction therapy
2. child-directed interaction
3. parent-directed interaction

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

نوبت کاشت‌حلزون، در میزان تنیدگی فرزندپروری تعیین‌کننده است (۱۰). تولّد کودک با این عارضه در والدین، احساساتی شبیه داغدیدگی به همراه دارد. در واقع وجود کودک ناتوان به‌ویژه کودک دچار آسیب شنوایی بر تمام جنبه‌های زندگی خانواده از جمله عاطفی، اجتماعی و اقتصادی تأثیرات فراوانی دارد (۱). نتایج مطالعه‌ی انجام‌گرفته روی یک کودک پنج ساله‌ی دارای اختلال کمبود توجّه و بیش‌فعّالی (۱۱)، با استفاده از آموزش تعامل والد-کودک و با داشتن وضعیت اقتصادی مناسب، نشان می‌دهد که مداخله‌ی بهنگام و مناسب، تأثیرات اجتماعی مناسب و ثبات رفتاری بهتر و کاهش رفتارهای شدید را در پی دارد. در همین راستا، تعامل والدین با یکدیگر و مشارکتشان در فعالیت‌ها باهم، در کنار آمدن با مشکلات و مقابله با مشکلات فرزند مؤثر است (۱۲). در واقع حضور یک کودک استثنایی اثرات برگشت‌ناپذیری بر سلامت روانی خانواده و افراد فامیل دارد و عمیقاً بر روش‌های ارتباطی میان اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۳). از این‌رو برخی از راهبردهای مقابله‌ای یا کنار آمدن با این وضعیت، برای موقعیت‌های تنش‌زا مورد نیاز است. معمولاً مراحلی را که والدین در پی تولّد فرزند متفاوت خود پشت سر می‌گذارد، به شکل زیر خلاصه می‌شود: ۱-شوک، ۲- انکار، ۳- احساس گناه، ۴- خشم، ۵- غم، ۶- ناکامی، ۷- اضطراب و نگرانی، ۸- پذیرش (۱۴). پژوهشی (۱۵) استفاده از این برنامه را در بهبود تعامل والد-کودک و کاهش مشکلات ارتباطی بین والدین و کودکان مناسب دانسته است. همچنین برخی پژوهشگران (۱۶) نشان دادند که میزان تنیدگی فرزندپروری در مادران به لحاظ آماری در خرده‌مقیاس‌های محدودیت نقش، فزون‌طلبی، افسردگی و انزوای اجتماعی کاهش معناداری داشته است. البته ابزار پژوهشی مورد استفاده شامل الکتروانسفالوگرافی کمی، شاخص تنیدگی فرزندپروری و فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی بود. در این راستا پژوهشگران نیز معتقدند تعامل والد-کودک می‌تواند با استفاده از روش‌های درمانی جایگزین برای خانواده‌هایی که از مراقبت پرستار برای کودکان خود استفاده می‌کنند مؤثر باشد (۱۷). در این زمینه پژوهشگران (۱۸) گزارش کردند که هم مادر و هم پدری که از آموزش تعامل والد-کودک برخوردار شده بودند، پس از درمان سطح بالاتری از مهارت‌های ارتباطی را نشان دادند و رضایت از درمان در سطح بالایی قرار داشت و باعث شد که فرزندپروری مناسب و کاهش تنیدگی والدین را در بر داشته باشد. برنامه‌ی آموزش تعامل والد-کودک، روی دستاوردهای زبانی کودک (۱۹) و عملکرد بالینی در کودکان دچار تأخیر رشدی (۲۰) و روابط پدر و مادر و درک احساسات کودک (۲۱) تأثیر می‌گذارد؛ علاوه بر آن سن مادر، درآمد والدین، تحصیلات والدین، سن کودک در تشخیص، انسجام خانواده، حمایت اجتماعی و درک سلامت (۲۲) احساس امنیت، مشارکت والدین همراه با فرزندانشان در طول بازی درمانی (۲۳) نیز در تعامل والد-کودک و کاهش تنیدگی فرزندپروری مؤثر است.

نکته‌ی مهم آن است که تحقیقات دهه‌های اخیر، اثربخشی تعامل والد-کودک را بر حس همدردی به‌عنوان عاملی در ارتباط با تجربه‌ی تنیدگی و رضایت ذهنی والدین در پذیرش اختلالات اضافی کودک و وضعیت شنوایی کودک (۲۴) نشان داده است. در همین راستا پژوهش (۲۵) اثربخشی درمان تعامل والد-کودک، بهبود توجه پایدار دانش‌آموزان را تأیید می‌کند.

با توجه به حجم مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی تنیدگی فرزندپروری والدین و تعامل والد-کودک در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

سال‌های اخیر و همچنین بر طبق نظر پژوهشگر، تاکنون پژوهشی در کشور به آموزش تعامل والد-کودک برای گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی در مقطع سنی از بدو تولد تا ۶ سال، صورت نگرفته است. در واقع بسیاری از مشکلاتی که بین والد-کودک پیش می‌آید به کشمکش‌های رشدی برای استقلال یا انتظارات نامناسب والدین در جریان رشد کودک، مربوط می‌شود (۲۶). از این‌رو والدین، اولین تکیه‌گاه کودک دچار آسیب شنوایی هستند و انتظار می‌رود که از طریق مداخلات بهنگام آموزش تعامل والد-کودک و بهبود رابطه‌ی والدین با کودک، همراه با جلسات آموزشی والدین، و آموزش تعامل والدمدار و تعامل کودک‌مدار، بتوان نسبت به ارتباط مؤثر والدین با کودک، اقدام نمود؛ هرچند تاکنون مطالعه‌ی جامعی در این زمینه انجام نشده است. پس هدف پژوهشگر در پژوهش حاضر، بررسی این سؤالات پژوهشی است:

- آیا برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک بر تعامل بین والدین (پدر و مادر) و کودک تأثیر دارد؟
- آیا برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک بر تنیدگی فرزندپروری والدین (پدر و مادر) تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی همراه با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و فهرست انتظار به همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی ثبت‌نام‌شده‌ها و مراجعین به مرکز گویا و آموزشگاه ناشنوایان قطب‌زاده در شهر رشت بود که ۶۷ کودک در مقطع پیش‌دبستانی، از بدو تولد تا ۶ سال را تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها، به‌صورت ۱۵ کودک با مادر و ۱۵ پدر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر با کودک و ۱۵ پدر در گروه کنترل استفاده شده است. دو پرسش‌نامه‌ی تعامل والد-کودک پیانتا CPRS[1] و پرسش‌نامه‌ی استرس والدینی بری و جونز PSS، در اختیار ۳۰ پدر و مادر از گروه آزمایش و ۳۰ پدر و مادر در فهرست انتظار قرار گرفت. در این پژوهش فقط مادران به همراه کودکان دارای آسیب شنوایی، آموزش دریافت نمودند که شامل ۱۵ مادر با کودک می‌شد، اما پدران فقط پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. هدف از این برنامه این بود که مادران اطلاعات دریافتی از برنامه‌ی مداخله را در اختیار همسرانشان قرار دهند؛ در نهایت به‌دلیل ریزش آزمودنی‌ها و عدم همکاری دو تا از نمونه‌های پژوهش، گروه کنترل به ۱۳ مادر با کودک کاهش یافت. براساس نتایج به‌دست‌آمده، فراوانی و درصد تحصیلات مادران گروه نمونه در مقطع کمتر از دیپلم و دیپلم ۴۲/۹ درصد و فوق‌دیپلم و کارشناسی و بالاتر ۷/۱ درصد بود و میزان تحصیلات پدران گروه نمونه کمتر از دیپلم و دیپلم ۴۶/۴ درصد، فوق دیپلم و کارشناسی ۷/۱ درصد بود. از نظر شغلی، تمامی مادران گروه نمونه خانه‌دار بودند. از بین پدران گروه نمونه نیز ۱۱ نفر شغل آزاد داشتند و ۴ نفر کارمند بودند. پس از مشخص شدن گروه‌ها، از والدین (هم پدر و هم مادر) هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۱۲ جلسه مداخله‌ی برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک برای گروه نمونه، اجرا شد و پس از پایان جلسات، دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج به‌دست‌آمده از گروه نمونه با گروه کنترل مقایسه شد؛ سپس بعد از سه ماه برای مرحله‌ی پیگیری، مجدداً آزمون‌ها بر روی گروه آزمایش اجرا شد و نتایج آن مورد بررسی قرار گرفت. به‌طورکلی، ملاک‌های ورود مادران در پژوهش عبارت بود از: ۱)

1. Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

مادر دارای کودک با آسیب شنوایی باشد ۲) مادر در برنامه شرکت داوطلبانه داشته باشد. ۳) مادر هم‌زمان برنامه‌ی مشابهی را در مرکز دیگری دریافت نکند. ۴) کودک دارای آسیب‌شنوایی در گروه سنی زیر شش سال باشد. ۵) کودک با هر دو والد زندگی کند. ملاک‌های خروج مادران نیز عبارت بود از: ۱) غیبت بیش از دو جلسه. ۲) محرز شدن خلاف هر یک از موارد مندرج در ملاک‌های ورود.

ب) ابزار و مواد

۱. مقیاس تنیدگی والدینی[1]

مقیاس تنیدگی والدینی در سال ۱۹۹۵ برای ارزیابی تنیدگی والدین کودکان معلول و مبتلا به بیماری مزمن منتشر گشت (۲۷). این مقیاس در ایران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شده است (۱۰). این مقیاس را که ۱۸ گویه دارد والدین تکمیل می‌کنند. گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت وظایف والدین و همچنین جنبه‌های منفی آن را مورد توجه قرار می‌دهند. برای مثال، اولین گویه‌ی این مقیاس چنین است: «از نقش خود به‌عنوان والد خوشحال هستم.»، یا گویه چهاردهم عبارت است از: «اگر دوباره این امکان را پیدا می‌کردم، تصمیم می‌گرفتم بچه‌دار نشوم». از والدین تقاضا می‌شود موافقت یا عدم موافقت خود را با هر گویه بر اساس رابطه‌ای که به‌طور معمول با فرزند خود دارند، در یک مقیاس لیکرت شامل کاملاً مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق اعلام کنند. سازندگان مقیاس، اعتبار درونی و اعتبار پیش‌آزمون-پس‌آزمون این مقیاس را به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در بررسی مقدماتی که به‌منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه‌شده به زبان فارسی روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با فاصله‌ی زمانی یک هفته، ۰/۷۸ به دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس می‌تواند ابزار معتبری در اندازه‌گیری استرس والدینی و همچنین تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای بر این نوع استرس باشد. برای نمره‌گذاری در هر عبارت، گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق به‌ترتیب یک، دو، سه، چهار، پنج نمره می‌گیرند؛ به‌جز عبارات شماره‌ی (۱-۲-۵-۶-۷-۸-۱۷و ۱۸) یعنی هشت گویه که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ یعنی گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق به‌ترتیب پنج، چهار، سه، دو و یک امتیاز می‌گیرند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر آن ۹۰ است. هرچه نمره‌ی آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد، نشانگر تنیدگی بیشتری است.

۲. مقیاس رابطه‌ی والد-کودک[2]

این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۹۴ در دو برگه‌ی کوتاه و بلند ساخته شد (۲۸). برگه‌ی کوتاه، مقیاس‌های تعارض و نزدیکی را شامل می‌شود و ضریب آلفای پایایی آن بر مبنای یک نمونه‌ی ۷۱۴ نفری کودکان ۴ و نیم ساله برای مقیاس تعارض ۰/۸۳ و برای مقیاس نزدیکی ۰/۷۲ محاسبه شده است. برگ کوتاه، شامل ۱۵ ماده سؤال است، مؤلفه‌های شماره‌ی ۲-۴-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ مربوط به مقیاس تعارض یا کشمکش و سؤال‌های ۱-۳-۵-۶-۷-۹-۱۵ مربوط به مقیاس نزدیکی یا صمیمیت است. برگه‌ی بلند، ۳۰ ماده‌سؤال دارد که ادراک والدین درباره‌ی رابطه‌ی آن‌ها با کودک را می‌سنجد و شامل سه خرده‌مقیاس تعارض، نزدیکی و وابستگی است. سؤال‌های ۲-۱۲-۱۴-۱۷-۱۸-۱۹-۲۱-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸ مربوط به خرده‌مقیاس

1. Parent Stress Scale (PSS)

2. Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

تعارض یا کشمکش، سؤال‌های ۱-۳-۵-۸-۱۰-۱۳-۱۶-۲۲-۲۹-۳۰ مربوط به خرده‌مقیاس نزدیکی یا صمیمیت و پرسش‌های ۶-۹-۱۱-۲۶ مرتبط با خرده‌مقیاس وابستگی است. سؤال‌های ۴-۷-۱۵-۲۰ نمره‌گذاری نمی‌شود. سبک و سیاق تفسیر اطلاعات به‌دست‌آمده بدین نحو است که بالاترین نمره در خرده‌مقیاس کشمکش یا تعارض، ۴۰ است و پایین‌ترین نمره ۸ است. مسلّم است که هرچه نمرات از ۴۰ به پایین باشد، رابطه‌ی والد-فرزند بهتر خواهد بود. ولی یک رابطه‌ی پسندیده میان والد و فرزند متضمن این است که نمره‌ی آن‌ها بین ۸ و ۱۶ باشد. در رابطه با خرده‌مقیاس صمیمیت یا نزدیکی، بالاترین نمره ۳۵ و پایین‌ترین نمره ۷ است. مسلّم است که هرچه نمرات از هفت بالاتر باشد، رابطه‌ی والد-فرزند بهتر خواهد بود. اما یک رابطه‌ی پسندیده میان والد و فرزند متضمن این است که نمره‌ی آن‌ها بین ۲۸ و ۳۵ باشد. پایایی آلفا برای هر مقیاس بر اساس ۷۱۴ آزمودنی ۴/۴-۴/۵ ساله محاسبه شده است. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۶ ترجمه شد و روایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ (۱۳۸۸) به دست آمد. پایایی هرکدام از مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی به‌ترتیب با ضریب آلفای ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱، از پایایی مناسبی برخوردار بود (۲۹). مقیاس رابطه‌ی والد-کودک یک پرسشنامه‌ی خودگزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (نمره‌ی ۵ برای «کاملاً درست» و نمره‌ی ۱ برای «کاملاً غلط» است. شیوه‌ی نمره‌گذاری بر پایه‌ی مقیاس نمرات خط پایه‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود. این مقیاس برای سنجش رابطه‌ی والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است.

ج- شیوه‌ی اجرا

بسیاری از کودکان خردسال طی دوران رشد طبیعی خود حالت‌های نافرمانی، پرخاشگری و رفتارهای بیش‌فعالانه را نشان می‌دهند. در بسیاری از کودکان مشکلات رفتاری در حدود سه‌سالگی به اوج می‌رسد و طی سال‌های باقی‌مانده‌ی پیش از دبستان تقلیل می‌یابد. ماهیت مشکلات رفتاری‌ای که معمولاً از سوی نمونه‌های پیش‌دبستانی دیده می‌شود مشخصاً مربوط به موانع رشدی خاصی است که کودک با آن روبه‌رو شده است. میزان فرمان‌برداری کودک در جریان رشد طبیعی به‌عنوان تابعی از چگونگی اندازه‌گیری آن‌ها، متغیر است. تعامل والد-کودک برای کودکان کم‌سن‌وسال‌تر، با والدینی که آموخته‌اند کودکان نافرمان را به محل محرومیت ببرند، بیشتر کمک‌کننده است. ما باید برای امنیت کودکان بزرگسال‌تر و والدینشان راهبردهایی را به کار گیریم که کمتر فیزیکی و مقابله‌ای باشند (۷).

تعامل والد-کودک تدوین‌شده توسط دکتر شیلا آیبرگ[1] حاصل پیشینه‌ی گسترده‌ی او درزمینه‌ی نظریه‌ی کنشگر، روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین کودک بود. پایه‌های نظری PCIT بر کار دیانا بامریند (۱۹۶۶،۱۹۶۷) در خصوص شیوه‌های فرزندپروری استوار است. در واقع، PCIT هم از نظریه‌ی دلبستگی و هم از نظریه‌ی یادگیری اجتماعی به‌منظور دستیابی به شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه بهره جسته است. نظریه‌ی دلبستگی بر این نکته تأکید دارد که حساسیت و پاسخ‌گویی والد، پایه‌ای است برای این حس کودک که بداند پدر یا مادر در زمان نیاز، پاسخ خواهند داد. بنابراین، کودکان خردسالی که والدینشان گرمی بیشتری نشان می‌دهند و به رفتارهای کودک

1. Shila Iberg

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

پاسخ‌گو و حساس هستند، بیشتر احتمال دارد که در روابط احساس امنیت نموده و در تنظیم رفتاری و هیجانی خود موفق باشند. آیبرگ تأکید کرده است که دو وجه شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه‌ی بامریند، پرورش و زمان محدود، با دو مرحله‌ی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (تعامل کودک-مدار و تعامل والد-مدار) هم‌تراز است. در حالی که آیبرگ در مفهوم‌سازی اثرات مرحله‌ی کودک-مدار برنامه، به‌سختی از نظریه‌ی دلبستگی بیرون می‌آید. هنگام مفهوم‌سازی جنبه‌ی والد-مدار از برنامه‌ی تعامل والد-کودک به‌ویژه عملکرد والدین (برحسب موقعیت چگونه باید باشد)، به نظریه‌ی یادگیری اجتماعی مخصوصاً به نظریه‌ی پاترسون[1] اشاره می‌نماید. بر اساس این نظریه، رفتار آشفته‌ی کودک از طریق تقویت برخاسته از والدین مانند توجه منفی و دادن امکان فرار از تقاضا به کودک پرورش پیدا می‌کند و ماندگار می‌شود. در مرحله‌ی دوم تعامل والد-کودک به والدین یاد داده می‌شود درحالی‌که از روابط متقابل خشونت‌بار و اجبار با کودک دوری می‌کنند محدودیت‌ها را تعیین و پی‌آمدهای پایدار را ایجاد کنند (۷).

از این‌رو تعامل والد-کودک برای عملکرد صحیح با کودک و کاهش تنیدگی فرزندپروری مؤثر است؛ بالاخص برای گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی که دارای والدینی شنوا هستند. آیبرگ تشخیص داد که بازی‌درمانی سنتی نیز برای خانواده‌ها با تأکید بر ایجاد یک رابطه‌ی درمانی گرم و مطمئن، فرصت بیشتری فراهم می‌آورد. او فهمید، درست همان‌طور که می‌شود به والدین مهارت عاملی توجه افتراقی را آموزش داد، می‌توان در حالی که کودک بازی را هدایت می‌کند، مهارت‌های بازی‌درمانی سنتی را با ایجاد توجه کامل، توصیف فعالیت‌های بازی، بازتاب و بسط بر اساس گفته‌های کودک و تقلید به والدین آموخت. این روش ترکیبی از فنون رفتاردرمانی عامل و بازی‌درمانی سنتی آیبرگ، در چارچوب فرایند رشد کودک است. در واقع بسیاری از مشکلاتی که بین والد-کودک پیش می‌آید به کشمکش‌های رشدی برای استقلال یا انتظارات نامناسب والدین در جریان رشد کودک، مربوط می‌شود؛ بدین منظور تعامل والد-کودک در قالب بازی‌های دونفره به‌طور گسترده شکل می‌گیرد؛ زیرا که بازی نخستین واسطه‌ای است که کودکان از طریق آن مهارت‌های حل مسئله را کسب می‌کنند و کار با مشکلات رشدی را یاد می‌گیرند. آموزش برنامه‌ی تعامل والد-کودک PCIT به‌صورت یک کارگاه آموزشی برای والدینی طراحی شده است که دارای کودک آسیب شنوایی هستند. برای ساخت این برنامه پس از مطالعه‌ی پیشینه، پژوهشی مربوط به آموزش‌های طراحی‌شده برای والدین این گروه از کودکان تهیه شد. پس از آن نیازسنجی شد. بر اساس نتایج نیازسنجی، هدف‌های مداخلاتی استخراج و مرحله‌ی تدوین محتوا صورت گرفت. زیربنای تدوین برنامه‌ی آموزشی بر اساس آموزش تعامل والد-کودک تدوین شده است که حاصل پیشینه‌ی گسترده در زمینه‌ی نظریه‌ی کنشگر، روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین کودک است (۷). متخصصان آموزشی، روایی محتوایی بسته را بررسی و تأیید کردند.

برنامه، بدین صورت تدوین و تهیه شد:

الف. تنظیم برگه‌ی نیازسنجی

برگه‌ی نیازسنجی درخصوص نیازهای توانبخشی و آموزشی خانواده‌ی کودکان دچار آسیب شنوایی را متخصصین و همکاران آموزشی تهیه و تنظیم کردند و موارد اصلاحی بررسی شد. همکاران شنوایی‌شناس، گفتاردرمان، مشاور، شش نفر از

1. Patterson's coercion theory

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

معلمان و همکاران آموزشی و اداری که با کودکان پیش‌دبستانی در ارتباط بودند، برای تنظیم فرم نیازسنجی همکاری کردند. این افراد از کارشناسان و متخصصان کارآمد و حرفه‌ای در زمینه‌ی کار با گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی بودند. متناسب با نیازهای والدین دارای کودک با آسیب‌شنوایی موارد زیر مورد توجه قرار گرفت و برگه‌ی مورد نیاز در قالب یک مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته تهیه و تنظیم شد. که چند مورد ذکر شده است:

- شناسایی مراکز آموزشی
- شناسایی مراکز گفتاردرمانی و شنوایی‌شناس
- شناسایی مراکز تهیه‌ی سمعک و باتری
- شناسایی مراکز بیمارستانی برای کاشت‌حلزون
- آشنایی والدین به فرایند رشد کودک
- آشنایی والدین به فرایند آموزشی کودک

متخصصان، فرم تنظیم‌شده توسط پژوهشگر را تایید قرار کردند و به بررسی نیازهای آموزشی مورد نیاز والدین پرداخته شد.

ب. مؤلفه‌های برنامه آموزش والدین

برنامه‌ی تعدیل برنامه‌ی آموزش تعامل والد-کودک، بر اساس نتایج نظرسنجی ویژه‌ی خانواده کودکان دارای آسیب شنوایی، شامل دو بخش نیازسنجی و اجرای برنامه‌ی مداخلاتی بود. بخش دوم شامل مراحل آموزش به والدین بود که در این برنامه نیز جلسات منسجمی درباره‌ی برنامه‌هایی که مادران باید تحت آموزش قرار گیرند تهیه و تنظیم شد. هدف از این برنامه نیز کاهش تنیدگی والدین بالاخص مادر و همچنین افزایش تعامل والد-کودک بود. در این برنامه مادران آموزش دیدند؛ اما بازخورد این آموزش روی هر دو والد بررسی شد.

آموزش برنامه‌ی تعامل والد-کودک PCIT به‌صورت یک کارگاه آموزشی برای والدینی طراحی شده بود که دارای کودک با آسیب شنوایی بودند. برای ساخت این برنامه پس از مطالعه‌ی پیشینه‌ی پژوهشی، آموزش‌هایی برای والدین این گروه از کودکان طراحی شد. پس از آن نیازسنجی گردید. بر اساس نتایج نیازسنجی، هدف‌های مداخلاتی استخراج و مرحله‌ی تدوین محتوا صورت گرفت. زیربنای تدوین برنامه‌ی آموزشی بر اساس آموزش تعامل والد-کودک آیبرگ تنظیم شد (۷). روایی محتوایی بسته را متخصصان آموزشی بررسی و تأیید کردند. این برنامه در مرکز گویا در مقطع پیش‌دبستانی آسیب‌دیده‌ی شنوایی از بدو تولد تا ۶ سال اجرا شد و ۱۵ مادر به همراه کودک دچار آسیب شنوایی در آن شرکت داشتند. این برنامه به مدت ۱۲ جلسه اجرا شد. نمونه‌های مورد آزمایش ابتدا فرم رضایت‌نامه را امضا و در برنامه‌ی مداخلاتی شرکت نمودند. پدران نیز این اطلاعات را از همسران خود دریافت کردند، هر چند در جلسات حضور نداشتند.

در جلسه‌ی اول مادران گروه آزمایش، به همراه کودکانشان که دچار آسیب شنوایی بودند، حضور داشتند. و پرسش‌نامه‌هایی را که قبلاً در اختیارشان قرار داده شده بود، دریافت کردند. در این جلسه به مادران شرکت‌کننده در برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک توضیح داده شد که مطالب و آموزش‌های دریافتی از این جلسات را در اختیار همسران خود (پدران خانواده) قرار دهند. نمونه‌های شرکت‌کننده در این پژوهش، مادران دارای کودک با آسیب شنوایی با گروه سنی از بدو تولد تا ۶ سال شرکت داشتند که در گروه آزمایش، ۱۱ پسر و ۴ دختر و در گروه کنترل، ۳ پسر و ۱۰ دختر را شامل می‌شدند. در واقع، گروه آزمایش، مجموعاً ۱۵ نفر و گروه کنترل، مجموعاً ۱۳ نفر بودند. در این پژوهش مادران به همراه کودکان خود، برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک را به مدت یک ماه به‌صورت فشرده دریافت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

کردند؛ اما تأثیر این برنامه بر پدران خانواده نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف از این مداخله این بود که آیا مادران اطلاعات دریافتی از این مداخله را در اختیار همسران خود قرار می‌دهند یا نه؟ و اگر قرار می‌دهند چه تأثیری بر رفتار پدران با کودکانشان داشته است؛ آیا در رابطه‌ی بین پدر و کودک هم تغییری ایجاد می‌شود یا نه؟

مادران شرکت‌کننده در برنامه‌ی مداخله، همه شنوا و از سلامتی کامل برخوردار بودند، و تا آن وقت، در هیچ جلسه‌ی آموزشی شرکت نکرده بودند. این برنامه‌ی آموزشی از برنامه‌ی درمانی تعامل والد-کودک متناسب‌سازی شده بود که با استفاده از روش بازی، سخنرانی، روش نمایشی، هدایت تعامل والدمدار، هدایت تعامل کودک‌مدار، تهیه‌ی جزوات آموزشی، استفاده از شعرهای کوتاه کودکانه مثل «کدو کدو؛ این‌ور کدو اون‌ور کدو» یا «لی‌لی حوضک» یا «کلاغ پر»، استفاده از تجارب خوب مادران و بیان آن بین مادران دیگر، تکالیف خانگی، قوانین منزل و قوانین مربوط به بیرون از منزل به‌صورت بومی‌سازی شده و تحت فرهنگ متناسب با جامعه، در اختیار مادران قرار گرفت و تأثیر آن بر هر دو والد، یعنی هم پدر و هم مادر سنجیده شد.

تأثیر این برنامه بعد از سه ماه در گروه آزمایش پیگیری شد.

محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه‌ی برنامه‌ی مداخله

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان	معارفه- معرفی برنامه- توافق بر قوانین، انتقال اطلاعات دریافتی از این جلسات به همسران، و توصیف اجمالی درباره‌ی سبک فرزندپروری و چگونگی بازی با کودک برای برقراری ارتباط مناسب با کودک. آگاهی دادن به مادران درباره‌ی اهداف، مراحل و فرایند درمان. دریافت اطلاعات تاریخچه‌ای درباره‌ی کودک در قالب یک مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاری.	تعیین اهداف والدین و دلایل لزوم شرکت در برنامه‌ی آموزش تعامل والد-کودک و عدم غیبت در جلسات.
دوم	آموزش مهارت‌های تعامل کودک‌مدار (بدون حضور کودک).	در بازی کودک‌مدار به کودک اجازه داده می‌شود، با هر آنچه می‌خواهد بازی کند و توجه کامل والد را داشته باشد؛ از این‌رو عملکرد والدین به این صورت بود: تمجید عنوان‌دار- تقلید- توجه به بازتاب‌ها- توصیف رفتار کودک	بازی با کودک به‌مدت پنج دقیقه، ارائه‌ی جزوه‌ای از تمجیدهای عنوان‌دار توسط درمانگر.
سوم	هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک‌مدار (با حضور کودک).	مرور تکلیف خانگی- هدایت مادر در حین بازی با کودک- تمرکز بر توصیفات رفتاری کودک- تأکید بر نقاط قوت والدین- ارائه‌ی الگو و سرمشق مناسب- تأکید بر مهارت‌های «انجام‌دادنی»- پرهیز از سرزنش و گرفتن خطا از والدین.	کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها در بازی ویژه پنج‌دقیقه‌ای که در منزل انجام می‌شود.
چهارم	هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک).	توضیح درباره‌ی شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوبِ ناشی از الگوگیری از رفتارهای بزرگ‌ترها. ارائه و سرمشق‌سازی مهارت‌های «پرهیزی» مثل پرهیز از دستوردادن؛ چه به‌صورت مستقیم، چه به‌صورت غیرمستقیم. آموزش ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله‌ی تعامل کودک‌محور.	در بازی با کودک در منزل به‌مدت پنج دقیقه ملاک‌های مهارت کودک‌محور را به کار ببندید.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

پنجم	هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک).	استفاده از تحسین رفتارهای پسندیده و شیوه‌ی حمایت‌کننده‌ی پیشرفت کار. تلاش برای «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از دیگر افرادی که در محیط اطرافشان هستند، به شیوه‌ی مناسبی حمایت دریافت کنند.	انجام بازی ویژه
ششم	هدایتگری با تأکید بر موضوع تنیدگی کودکان (با حضور کودک).	صحبت درباره‌ی تأثیر تنیدگی بر کودکان و درک هیجانی آن‌ها. در فرایند هدایتگری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به‌صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها، به‌طور خاص در رابطه با آن مهارت تمرین و تکرار صورت می‌گیرد.	تشخیص موقعیت‌های تنش‌زا برای کودک و یادداشت کردن آن‌ها.
هفتم	آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک).	آموزش دستورالعمل مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک، ارائه‌ی اطلاعات مکمل برای زمان محروم‌سازی، بحث بر سر پیامدهای پیروی‌کردن و پیامدهای پیروی‌نکردن.	دادن جزوه‌ی خلاصه از همه‌ی نکات آموزشی در این رابطه به والدین برای مطالعه و آمادگی برای جلسه‌ی بعد.
هشتم	هدایتگری و آماده‌سازی تعامل والدمحور (با حضور کودک).	مرور تکالیف خانگی و پاسخ به سؤالات؛ سپس مهیاکردن این فرصت برای والدین که بتوانند در قالب یک هدایتگری فشرده از جانب درمانگر فرایند تعامل والدمحور را به‌درستی اجرا نمایند.	تمرین و تکرار هدایت تعامل والدمدار در منزل به مدت ۵ دقیقه، هنگام انجام بازی ویژه.
نهم	تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی	مرور تکالیف خانگی، تمرین مهارت‌ها، تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی.	جمع‌آوری اسباب بازی‌ها
دهم	هدایتگری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی	تأکید بر فرمان‌پذیری کودک و استفاده از تکنیک‌های آموزشی دیگر. بعد از هدایت تعامل والدمحور نمودار فهرست رفتار کودک آیبرگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقی‌مانده با والدین مرور می‌شود.	تمرین بازی ویژه در منزل به‌عنوان تکلیف خانگی و رعایت قوانین خانگی.
یازدهم	هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار	در این مرحله، برنامه‌ی تعامل کودک‌محور و تعامل والدمحور مرور و تمرین می‌گردد و سپس برای آشنایی مادران با تنیدگی، تعریف می‌شود و درباره‌ی علل، ویژگی‌ها و روش‌های مقابله با آن توضیحاتی داده خواهد شد.	بازی ویژه طبق معمول به مدت ۵ دقیقه در منزل انجام می‌شود.
دوازدهم	هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار	مهارت افزایش صمیمیت در ارتباط با اعضای خانواده، اهمیت برقراری رابطه‌ی انسانی با فرزندان، توانایی حل مسئله و حل تعارض در خانواده و توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های تنیدگی‌زا و توانایی افزایش مسئولیت‌پذیری و اعتماد به نفس.	تمرین و تکرار بازی ویژه و رفع اشکالات و ایرادات در این زمینه و پاسخ به سؤالات.

با توجّه به پیش‌فرض‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و از روش‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره و برای بررسی داده‌ها هم از نرم‌افزار spss ۲۳ استفاده شده است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای رابطه‌ی والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل، در پدران و در مادران ارائه شده است (جدول ۲).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

جدول ۲. یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل، در متغیرهای تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والد-کودک در مادران

مقیاس	خرده‌مقیاس	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
		گروه آزمایش*			گروه کنترل*		
رابطه‌ی والد-کودک	تعارض	پیش‌آزمون	۳۳/۱۳	۸/۳۴	پیش‌آزمون	۳۳/۰۷	۸/۸۹
		پس‌آزمون	۳۰/۲۶	۶/۱۴	پس‌آزمون	۳۲/۱۴	۹/۰۹
		پیگیری	۲۸/۲۵	۶/۴۵			
	نزدیکی	پیش‌آزمون	۴۳	۴/۹۱	پیش‌آزمون	۴۳/۳۰	۴۳/۲۱
		پس‌آزمون	۴۳/۳۷	۴/۶۳	پس‌آزمون	۴۳/۴۷	۴/۳۱
		پیگیری	۴۴/۵۰	۴/۷۲			
	وابستگی	پیش‌آزمون	۱۷/۲۶	۱/۷۵	پیش‌آزمون	۱۷/۲۳	۲/۱۲
		پس‌آزمون	۱۷/۲۶	۱/۷۵	پس‌آزمون	۱۷/۲۵	۱/۸۹
		پیگیری	۱۸	۰/۹۲۵			
تنیدگی فرزندپروری	تنیدگی فرزندپروری	پیش‌آزمون	۴۰/۴۶	۹/۶۵	پیش‌آزمون	۴۲/۸۴	۸/۷۸
		پس‌آزمون	۳۸/۸۰	۱۰/۶۴	پس‌آزمون	۴۳	۱۱/۸۸
		پیگیری	۴۰	۹/۲۸			

(n=30)

جدول ۲ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد متغیر، تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والد-کودک در مادران و ابعاد آن شامل خرده‌مقیاس تعارض، نزدیکی و وابستگی گروه آزمایش و گروه کنترل از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری است. همان‌طور که از جدول مشخص است در میانگین متغیرهای پژوهش در خرده‌مقیاس تعارض تغییر ایجاد شده است. البته در مرحله‌ی پیگیری نیز نسبت به مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش بیشتری از تعارض را نشان می‌دهد. در خرده‌مقیاس نزدیکی و وابستگی در مرحله‌ی پیگیری نیز این افزایش نسبت به مرحله‌ی پس‌آزمون نیز دیده می‌شود که نشان‌دهنده‌ی تأثیر برنامه‌ی مداخله در مادران بوده است. البته با توجه به شواهد، به نظر می‌رسد که رابطه‌ی مادر با کودک بهبود یافته و از میزان تعارض مادران با کودک دارای آسیب‌شنوایی نسبت به گروه کنترل کاسته شده و البته میزان صمیمیت و نزدیکی و وابستگی مادران نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. در نهایت، رابطه و ارتباط بین مادر با کودک بهبود یافته است. در ادامه برای بررسی سؤال‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد؛ لذا قبل از استفاده از این آزمون اطمینان از نبود داده‌های پرت حاصل شد؛ سپس مفروضه‌های نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف اسمیرنف، همگنی واریانس با آزمون لوین و برابر ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام. باکس مورد بررسی قرار گرفت. بررسی سؤال‌ها حاکی از عدم معناداری مقدار F در تمام متغیرها و آزمون‌ها بود (P>۰/۰۵)؛ بنابراین برای بررسی سؤال‌های پژوهش حاضر استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

جدول ۳. نتایج آزمون‌های پیلایی، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره رابطه‌ی والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری در مادران

مقیاس	نام آزمون	مقدار	F	df	df	معناداری (p)	توان آماری
رابطه‌ی مادر با کودک	آزمون اثر پیلایي	۰/۱۰۰	۰/۶۴۰	۴	۲۳	۰/۶۴۰	۰/۱۷۹
	آزمون لامبداي ویلکز	۰/۹۰۰	۰/۶۴۰	۴	۲۳	۰/۶۴۰	۰/۱۷۹
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۱۱	۰/۶۴۰	۴	۲۳	۰/۶۴۰	۰/۱۷۹
تنیدگی فرزندپروری	آزمون اثر پیلایي	۰/۰۷۱	۰/۶۱۳	۳	۲۴	۰/۶۱۳	۰/۱۵۸
	آزمون لامبداي ویلکز	۰/۹۲۹	۰/۶۱۳	۳	۲۴	۰/۶۱۳	۰/۱۵۸
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۷۷	۰/۶۱۳	۳	۲۴	۰/۶۱۳	۰/۱۵۸

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، آزمون‌های سه‌گانه‌ی تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) روي میانگین نمرات تعامل والد-کودک، با میزان تأثیر ۰/۱۷ و سطح معناداری (p=۰/۶۴۰) از لحاظ آماری معنادار نیست.

همچنین در جدول نشان داده شده است که میانگین نمرات تنیدگی فرزندپروری مادران، با میزان تأثیر ۰/۱۵ و سطح معناداری (p=۰/۶۱۳) از لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول ۴. یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والد-کودک در پدران

		گروه آزمایش			گروه کنترل		
مقیاس	خرده‌مقیاس	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
رابطه‌ی والد-کودک	تعارض	پیش‌آزمون	۳۰/۷۳	۹/۳۳	پیش‌آزمون	۲۹/۷۶	۱۰/۵۲
		پس‌آزمون	۲۸/۹۳	۹/۹۷	پس‌آزمون	۳۱/۳۸	۱۱/۳۳
		پیگیری	۲۶/۱۲	۷/۸۲			
	نزدیکی	پیش‌آزمون	۴۲/۷۳	۳/۹۳	پیش‌آزمون	۴۳/۲۳	۴/۸۶
		پس‌آزمون	۴۱/۱۳	۶/۲۰	پس‌آزمون	۴۱/۳۸	۴/۲۳
		پیگیری	۴۳/۲۵	۶/۴۹			
	وابستگی	پیش‌آزمون	۱۶/۴۶	۱/۸۰	پیش‌آزمون	۱۷/۲۳	۱/۸۷
		پس‌آزمون	۱۶/۲۰	۲/۵۴	پس‌آزمون	۱۵/۶۱	۳/۱۲
		پیگیری	۱۶	۲/۶۱			
تنیدگی فرزندپروری	تنیدگی فرزندپروری	پیش‌آزمون	۳۴/۸۰	۷/۹۳	پیش‌آزمون	۴۰/۳۰	۱۰/۸۶
		پس‌آزمون	۳۲/۹۳	۱۰/۳۸	پس‌آزمون	۴۲/۹۲	۱۱/۷۹
		پیگیری	۳۰	۶/۲۱			

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، رابطه‌ی والد- کودک در پدران و ابعاد آن شامل تعارض، نزدیکی و وابستگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در مرحله‌ی پیگیری نیز کاهش تعارض نسبت به پس‌آزمون و افزایش نزدیکی مشهود است. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، تنیدگی فرزندپروری در گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش را نشان می‌دهد که نسبت به گروه کنترل کاهش تنیدگی وجود دارد. در مرحله‌ی پیگیری نیز این کاهش نسبت به مرحله‌ی پس‌آزمون دیده می‌شود که نشان‌دهنده‌ی تأثیر برنامه‌ی مداخله بر مادران و انعکاس آن بر پدران است و اینکه مادران خیلی خوب توانسته‌اند همسران خود (پدران خانواده) را از محتوای برنامه‌ی مداخله آگاه کنند.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های پیلایی، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره رابطه‌ی والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری در پدران

مقیاس	نام آزمون	مقدار	F	df	df	معناداری (p)	توان آماری
رابطه‌ی پدر با کودک	آزمون اثر پیلایی	۰/۰۳۴	۰/۲۸۴	۳	۲۴	۰/۸۳۶	۰/۰۹۷
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۶۶	۰/۲۸۴	۳	۲۴	۰/۸۳۶	۰/۰۹۷
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۳۶	۰/۲۸۴	۳	۲۴	۰/۸۳۶	۰/۰۹۷
تنیدگی فرزندپروری	آزمون اثر پیلایی	۰/۲۲۷	۳/۶۶	۲	۲۵	۰/۰۴۰	۰/۶۲۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۷۳	۳/۶۶	۲	۲۵	۰/۰۴۰	۰/۶۲۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۹۳	۳/۶۶	۲	۲۵	۰/۰۴۰	۰/۶۲۰

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، آزمون‌های سه‌گانه‌ی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بر میانگین نمرات تعامل والد-کودک در پدران، با میزان تأثیر ۰/۰۹۷ و سطح معناداری (p=۰/۸۳۶) از لحاظ آماری معنادار نیست.

آزمون‌های سه‌گانه‌ی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بر میانگین نمرات تنیدگی فرزندپروری در پدران، با میزان تأثیر۰/۶۲ و سطح معناداری (p=۰/۰۴۰) از لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول۶. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی اثرات گروه روی متغیرهای رابطه‌ی والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری در مادران

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تعارض	۱۱۳/۷۲	۱	۱۱۳/۷۲	۱/۳۹	۰/۲۴۸	۰/۰۵۱	۰/۲۰۷
نزدیکی	۸/۷۰	۱	۸/۷۰	۰/۴۵۸	۰/۵۰۴	۰/۰۱۷	۰/۱۰۰
وابستگی	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰/۹۶۱	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
تنیدگی فرزندپروری	۱۲۲/۸۵	۱	۱۲۲/۸۵	۰/۹۷۴	۰/۳۳۳	۰/۰۳۶	۰/۱۵۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در میانگین نمرات اصلاح‌شده‌ی پس‌آزمون تعامل والد-کودک، بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تعارض، نزدیکی و وابستگی) تفاوت معناداری وجود دارد. میزان تأثیر نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است (F=۱/۳۹،p>۰/۰۱). در خرده مقیاس تعارض در مادران مقدار اندازه‌ی اثر برابر با ۰/۰۵۱ است که گویای تفاوت مشاهده‌شده، هرچند اندک است؛ ولی این تفاوت وجود داشته است؛ از این‌رو براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۶، رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نمرات تعامل والد-کودک در گروه مادران معنی‌دار نشده است (p>۰/۰۱)؛ با کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری ندارد (P=۰/۰۰۱). براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از جدول ۶ رابطه‌ی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نمرات تنیدگی و ابعاد آن در گروه مادران معنی‌دار نشده است (p>۰/۰۱)؛ اما نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اصلاح‌شده‌ی پس‌آزمونِ جنبه‌های منفی والدینی بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱، F=۰/۹۷۴) و مقدار اندازه‌ی اثر برابر با ۰/۰۳۶ بوده که گویای تأثیر برنامه‌ی مداخله بر تنیدگی فرزندپروری مادران است. اما با کنترل این رابطه، در میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۰۰۱).

جدول۷. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی اثرات گروه روی متغیرهای رابطه‌ی والد-کودک و تنیدگی فرزندپروری در پدران

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
تعارض	۴۱/۸۴	۱	۴۱/۸۴	۰/۳۷۱	۰/۵۴۸	۰/۰۰۱۴	۰/۰۹۰
نزدیکی	۰/۴۴۰	۱	۰/۴۴۰	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
وابستگی	۲/۳۸	۱	۲/۳۸	۰/۲۹۸	۰/۵۹۰	۰/۰۱۱	۰/۰۸۲
تنیدگی فرزندپروری	۶۹۵/۰۰۱	۱	۶۹۵/۰۰۱	۵/۶۸	۰/۰۲۵	۰/۱۷۹	۰/۶۳۲

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۷، رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری نمرات تعامل والد-کودک در گروه پدران معنادار نشده (p>۰/۰۱) و F=۰/۳۷۱ است. همچنین در خرده‌مقیاس تعارض در پدران، در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد (P=۰/۰۰۱). نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شده و کنترل، با یکدیگر تفاوت معنادار داشته و نتیجه‌ی اعمال انجام آزمایشی مداخله‌ی برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک را نشان می‌دهد. در ضمن، براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۷ رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نمرات تنیدگی و بعد جنبه‌های منفی والدینی آن در گروه پدران معنی‌دار شده است (p<۰/۰۱). با توجه به میانگین نمرات اصلاح‌شده‌ی پس‌آزمون، بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱)، F=۵/۶۸. همچنین مقدار اندازه‌ی اثر برابر با ۰/۱۷۹ بود که گویای آن است که این میزان تأثیر از تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات پس‌آزمون جنبه‌های منفی والدینی دو گروه آزمایش و کنترل در نتیجه‌ی اعمال برنامه‌ی آزمایشی گویای آن است که تفاوت مشاهده‌شده هرچند اندک بوده (مداخله‌ی مقدار اندازه‌ی اثر برابر با ۰/۰۰۱۴ است)، ولی این تفاوت وجود داشته است. کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری پس‌آزمون تعامل والد- کودک در خرده‌مقیاس تعارض بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش تعامل والد-کودک است؛ اما در بعد جنبه‌های مثبت تفاوت معنی‌دار نبود، با کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری در نمره‌ی کل و بعد جنبه‌های منفی والدینی دارد (p<۰/۰۰۱). به‌طورکلی نتایج نشان‌دهنده‌ی آن است که برنامه‌ی مداخله‌ای تعامل والد-کودک در کاهش میزان تعارض در تعامل والد-کودک در پدران و مادران اثر داشته است؛ ولی این تأثیر اندک بوده است که شاید به خاطر عوامل مختلف باشد. همچنین، برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک در تنیدگی فرزندپروری، در خرده‌مقیاس جنبه‌های منفی والدینی در مادران و پدران کاهش نشان می‌دهد که نشان‌دهنده‌ی تأثیر این برنامه است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

جدول ۸. فراوانی و درصد مربوط به پرسش‌های برگه‌ی نیازسنجی

پرسش‌ها	هیچ		کمی		تا اندازه کمی		زیاد		بسیار زیاد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱- مهارت برقراری ارتباط مؤثر کلامی با اعضای خانواده							۱	۹/۱	۱۰	۹۰/۹
۲- مهارت برقراری ارتباط و تعامل با فرزند							۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷
۳- مهارت چگونگی بازی کردن با فرزند							۴	۳۶/۴	۷	۶۳/۶
۴- توانایی احساس رضایت و شادمانی از خود و دیگران					۳	۲۷/۳	۱	۹/۱	۷	۶۳/۶
۵- مهارت ایجاد روابط رضایت‌بخش با دیگران					۱	۹/۱	۳	۲۷/۳	۷	۶۳/۶
۶- مهارت افزایش صمیمیت در ارتباط با اعضای خانواده					۲	۱۸/۲	۱	۹/۱	۸	۷۲/۷
۷- توانایی کنترل و مدیریت خشم در خانواده							۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷
۸- توانایی کنترل و مدیریت تنیدگی در خانواده					۱	۹/۱	۲	۱۸/۲	۸	۷۲/۷
۹- توانایی حل مسئله و حل تعارض در خانواده					۱	۹/۱	۲	۱۸/۲	۸	۷۲/۷
۱۰- توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا							۲	۱۸/۲	۹	۸۱/۸
۱۱- توانایی افزایش رفتارهای مناسب در فرزند							۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷
۱۲- توانایی کاهش رفتارهای نامناسب در فرزند							۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷
۱۳- مهارت مدیریت و تنظیم هیجانات و عواطف منفی							۳	۲۷/۳	۸	۷۲/۷
۱۴-توانایی قدرشناسی و بخشش در خانواده					۱	۹/۱	۲	۱۸/۲	۸	۷۲/۷
۱۵- توانایی افزایش مسئولیت‌پذیری و اعتمادبه‌نفس در خانواده					۱	۹/۱	۲	۱۸/۲	۸	۷۲/۷

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

جدول بالا نشان می‌دهد که اکثر پاسخ‌ها به گزینه‌های بسیار زیاد و زیاد است. و با توجه به این جدول، بالاترین فراوانی ۱۰ بوده که با ۹۰/۹ درصد بیشترین پاسخ‌دهی مربوط به پرسش اول بوده است. یعنی اکثر افراد پاسخ‌دهنده درباره‌ی این سؤال «مهارت برقراری ارتباط مؤثر کلامی با اعضای خانواده» متفق‌القول بوده‌اند.

پرسش‌نامه‌ی نیازسنجی، با توجه به اکثریت سؤالات و با بیشترین فراوانی‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌ها در تمامی موارد یادشده آموزش و حمایت اجتماعی و خانوادگی نیاز دارند.

جدول ۹. ضریب توافق برگه‌ی نیازسنجی

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۹/۳۶	۸/۲۷	۷/۷۷	۶/۴۱	۷/۱۴	۷/۲۳	۷/۴۱	۷/۸۶	۷/۷۷	۸/۹۱	۸/۴۱	۸/۴۱	۸/۴۱	۷/۸۶	۷/۷۷

جدول بالا نشان می‌دهد که دلیل عدم توافق، تفاوت در دیدگاه‌هاست. نتایج تحلیل ضریب کندال نشان‌دهنده‌ی عدم معناداری بین دیدگاه‌های افراد است.

جدول ۱۰. فهرست ضریب کندال برگه‌ی نیازسنجی

نمونه	۱۱
کندال	۰/۱۳۵
خی دو	۲۰/۸۵۱
درجه‌ی آزادی	۱۴
معناداری	۰/۱۰۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، طراحی و تدوین برنامه‌ی آموزش تعامل مادر-کودک PCIT، برای مادران دارای کودک با آسیب شنوایی و اثربخشی آن بر تنیدگی فرزندپروری و رابطه‌ی والدین با کودک بود. مادران دارای فرزند ناشنوا، به زمان و منابع بیشتری برای رشد فرزندشان نیاز دارند. نیازهای متنوع فرزند ناشنوا به لحاظ ارتباطی و استفاده از وسایلی چون سمعک و کاشت حلزون، باید توسط خانواده و به‌ویژه مادر مدیریت شود (۱۰). در برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک PCIT، بر تأثیر رفتار والدین بر کودک تأکید می‌شود و به نگرانی‌هایی که والدین راجع به فرزندانشان، درباره‌ی عملکرد خود نسبت به کودک دارای آسیب شنوایی یا عملکرد کودک نسبت به خود دارند، توجه می‌شود و اطلاعات لازم برایشان فراهم می‌آید. در پرتو اطلاعات جدید، والدین درک بهتری نسبت به کودکان خود پیدا می‌کنند. در واقع، برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک PCIT از یک چارچوب روشن برای هدایت روند سازگاری فرهنگی برخوردار است و با توجه به متغیرهای زبانی و فرهنگی متعدد را تسهیل می‌کند (۳۰).

باتوجه به نظریه‌های رفتاری می‌دانیم که با تحریک پیوسته‌ی یک رفتار، آن رفتار تقویت شده و افزایش می‌یابد؛ برای مثال، ستایش درمانگر از رفتارهای مثبت والدین یا ستایش والدین از رفتارهای متناسب و مثبت کودک، فراوانی این رفتار را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، نظریه‌ی یادگیری اجتماعی توضیح می‌دهد که چرا اصطلاحات مدرن مانند

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

مدل‌سازی می‌تواند راهبردی مؤثر در جلسه‌ی تعامل والد-کودک باشد (۷) برای مثال، والدین نشان می‌دهند که رفتارهای آرام، قاطعانه و مثبت در تعامل با فرزندان خود رفتار مشابهی با فرزندانشان دارند.

از این‌رو، یکی از اهداف استفاده از برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک PCIT تشویق والدین به درگیری فعالانه در مداخله‌هایی است که کارکرد خانواده را تقویت می‌کند، شیوه‌های فرزندپروری را رشد می‌دهد، احساسات را تنظیم می‌کند و وضعیت عاطفی را رشد می‌دهد (۳۱). بدین‌ترتیب یکی از بهترین روش‌های برقراری ارتباط با کودک، بازی است. بازی وسیله‌ی طبیعی کودک برای بیان و اظهار «خود» است. بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک، به‌دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک باشد. این روش از مبانی نظری راجرز گرفته شده است. روش درمانی کارل راجرز، موجب تحلیل نظریه‌ی ارتباط درمانی و ایجاد درمان غیرمستقیم (بدون رهنمود) می‌شود (۳۲).

با توجه به یافته‌های پژوهش، روش مداخله‌ی تعامل والد-کودک و بازی‌درمانی، رابطه بین والدین با کودک در گروه آزمایش را به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل، افزایش داده است؛ پس، می‌توان چنین استنباط کرد که یافته‌های این پژوهش، با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلفی که پیش‌تر در این حوزه انجام شده است، همخوانی دارد. پژوهش‌هایی (۲۵، ۲۶ و ۳۰) که همگی حاکی از آن هستند که برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک، نقش مهمی در ارتباط والدین با کودک ایفا می‌کنند. با توجه به این نکته که رفتارها و هیجان‌های ناسازگار کودکان در بستر خانواده و در ارتباط با سایر افراد شکل می‌گیرد، انتظار می‌رود که با بهبود روابط بین‌فردی در خانواده، ایجاد تعامل مثبت بین اعضا و اصلاح روش‌های ناکارآمد تربیتی والدین، مشکلات کودکان نیز کاهش یابد (۶).

لازم به ذکر است تاکنون پژوهشی مبتنی بر تعامل والد-کودک بر روی گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی در مقطع سنی از بدو تولد تا شش سال در ایران صورت نگرفته است و بیشتر پژوهش‌های موجود بر روی دیگر گروه‌های سنی و با نیازهای ویژه‌ی دیگری چون اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی و اوتیسم و ناتوانی‌های هوشی بوده است؛ اما با توجه به پژوهش‌های موجود می‌توان اذعان نمود که برنامه‌ی مداخله‌ای آموزش تعامل والد-کودک در رابطه‌ی والدین با کودک و در برقراری ارتباط مؤثر با کودک و کنترل لجبازی و خشم کودک و والدین مؤثر و تأثیرگذار است. در پژوهش حاضر نیز که به مدت ۱۲ جلسه صورت گرفت، تأثیر این برنامه در آرامش مادر و کودک در زمان انجام مداخله کاملاً نمایان و مشهود بود. البته نتیجه‌ی پژوهش‌هایی (۱۵، ۳۰، ۳۳) که روی والدین و کودکان دارای آسیب شنوایی انجام شده این بوده است که درمان تعامل والد-کودک می‌تواند برنامه‌ی آموزشی مناسبی برای این قشر از افراد جامعه باشد. یک مطالعه‌ی موردی (۳۰) روی یک خانواده‌ی دارای آسیب شنوایی و کودکشان انجام شد که سه ماه بعد از درمان پیگیری شد. طبق گزارش دریافتی از معلم و مصاحبه با والدین، کودک ناشنوای این خانواده که در منزل و مدرسه دارای مشکلات رفتاری بود، با استفاده از درمان تعامل والد-کودک توانست بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای حاصل کند و به شاگردی سخت‌کوش تبدیل شود که البته این پژوهش نیز تغییرات مثبت این درمان را خیلی خوب توصیف کرده است و با پژوهش حاضر نیز همسو است. مصاحبه‌هایی که در این پژوهش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

بعد از پایان مداخله گرفته شد و مشاهداتی که پس از انجام مداخله توسط پژوهشگر صورت گرفت نشان‌دهنده‌ی نتیجه‌ی مثبت این برنامه بود.

نتیجه حاصل از پژوهش دیگری (۱۵) که روی خانواده‌های ناشنوا و سخت‌شنوا انجام شد، نشان‌دهنده‌ی یک روش تجربی برای درمان کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و عاطفی در گروه ناشنوا و سخت‌شنوا است که توانسته باعث بهبود ارتباط و پیوند بین والدین و کودک دچار آسیب‌شنوایی شود که برحسب نتیجه‌ی موجود با پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین در پژوهشی (۳۰) هم که روی خانواده‌های دارای آسیب شنوایی این درمان انجام شده البته به صورت اشاره؛ تا مطالب و موارد آموزشی کاملا برای والدینی که خود ناشنوا هستند و دارای فرزند ناشنوا نیز هستند، قابل تفهیم باشد. در این پژوهش نیز استفاده از یک چارچوب روشن برای هدایت روند سازگاری فرهنگی، و توجه به متغیرهای زبانی جهت استفاده از تسهیل PCIT برای خانواده‌های ناشنوا که از زبان اشاره آمریکایی استفاده می‌کنند، دقت لازم صورت گرفته است که نتیجه‌ی حاصله نیز مثبت ارزیابی شد؛ به‌طوری‌که تعمیم آن به سایر افراد و مداخلات نیز گزارش شده است. البته این پژوهش که به‌صورت محتوای ویدئویی است هیچ گزارش آماری ارائه نداده است. در نهایت، نظریه‌ی نظام خانواده و برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک توضیح می‌دهد که چگونه ایجاد تغییرات در رفتار والدین، مثل افزایش رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی می‌تواند بر رفتار فرزند تأثیر بگذارد. در واقع، پاسخ‌های کودک به رفتارهای والدین بستگی دارد. با این حال فرایندهای دیگری نیز وجود دارند که احتمالاً به دلیل درگیری موفقیت‌آمیز در PCIT تغییر می‌کنند؛ مخصوصاً در مواردی که کودکان در معرض حوادث ناگوار یا آسیب‌دیدگی مختلف باشند (۳۴).

همچنین، از میان پژوهش‌هایی که درباره‌ی میزان استرس والدینی صورت گرفته است، استرس والدینی مادران صاحب فرزند ناشنوا و تأثیر نوع وسیله‌ی کمک‌شنوایی و عوامل جمعیت شناختی بر میزان این استرس مؤثر است.

در واقع در استرس والدینی یا تنیدگی فرزندپروری مادرانی که فرزند ناشنوای آن‌ها در فهرست انتظار کاشت حلزون شنوایی بودند، مادران فرزندان کاشت حلزون‌شده و مادران فرزندان ناشنوایی که از سمعک استفاده می‌کردند، به ترتیب در مقایسه با والدین دارای فرزند شنوا استرس معنادار بیشتری را تجربه می‌کردند (۱۰).

در نهایت در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان عنوان کرد که والدین به‌عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری آن‌ها ایفا می‌کنند. پس، آموزش والدین با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند و در راستای بهبود مشکلات خود و فرزندانشان نقشی مؤثر و فعال ایفا نمایند (۳۵). علاوه بر این، اثربخشی بازی‌درمانی بر کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی مبتلا به مشکلات تکلم نشان‌دهنده‌ی آن است که کمک بسیاری در کاهش اضطراب کودکان دارد. بازی‌درمانی فرایندی تخصصی است که در آن، از ظرفیت‌های بازی برای کمک به کودکان و بهبود بخشیدن به عملکردهای ایشان جهت بهبود تکالیف خانگی، افزایش خودکارآمدی والدین و کاهش خستگی کمک گرفته می‌شود؛ این پژوهش با پژوهش حاضر همسو است. پژوهش‌های دیگری (۳۶-۳۳) نیز اثربخشی درمان تعامل والد-کودک PCIT را در رشد شخصیت کودکان پیش دبستانی مورد توجه قرار داده‌اند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

پژوهش (۱و ۱۴) آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی، بر تنیدگی والدینی مادران دارای کودک ناشنوا را اثربخش دانسته و کاهش تنیدگی فرزندپروری را نشان می‌دهد که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. البته در پژوهش حاضر، پس از اجرای ۱۲ جلسه مداخله، تنیدگی فرزندپروری تاحدودی کاهش یافت. هرچند به نظر می‌رسد که تأثیر برنامه‌ی آموزش تعامل والد-کودک اندک بوده است؛ ولی با وجود شرایط و فشرده بودن زمان اجرای برنامه‌ی مداخله و چگونگی تنظیم پرسش‌نامه‌ها در تأثیر اندک برنامه مؤثر بوده است. سعی بر آن شده تا تمام اعضای خانواده در فرایند آموزش و درمان وارد شوند؛ به‌گونه‌ای که تأثیر برنامه بر پدران خانواده نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

در پژوهشی (۶) از بازی‌درمانی برای بهبود مشکلات و همچنین دستیابی به رشد و بالندگی استفاده شده است که روش مناسبی است و جذابیت بیشتری برای کودکان در فرایند درمان دارد و به همکاری بیشتر آن‌ها منجر می‌شود. ضمن اینکه رابطه‌ی درمانی مؤثرتری نیز بین کودک و درمانگر شکل می‌گیرد و شواهد حاکی از اثربخشی این روش بر مشکلات هیجانی رفتاری کودکان بود. در ضمن، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان عنوان کرد که وقتی خانواده‌ها از درمان تعامل والد-کودک PCIT در پیش‌دبستانی استفاده می‌کنند، متغیر وابسته به والدین در پیش‌بینی نتایج درمان اهمیت پیدا می‌کند و عوامل تنیدگی‌زایی والدین را تحت تأثیر قرار داده و عواملی مثل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و سطوح بالای تنیدگی را از طریق بهبود مهارت‌های فرزندپروری تقلیل می‌دهد (۳۵).

در بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده تأثیر درمان PCIT بر کاهش تنیدگی‌ها و افزایش رابطه‌ی والد-کودک مشهود است؛ ازجمله در پژوهش (۳۱) به بررسی افزایش درمان تعامل والد-کودک PCIT با تکنیک‌های مصاحبه‌ی انگیزشی برای کودکان مبتلا به اختلال رفتاری پرداخته شده است که نتیجه‌ی آن نشان‌دهنده‌ی کاهش دمدمی‌مزاجی، دوسوگرایی، لجبازی و آشفتگی در کودکان بوده است.

این درمان از معتبرترین درمان‌هایی است که در زمینه‌ی توانمندسازی والدین به مهارت‌های فرزندپروری در بین خانواده‌ها پرداخته است. علاوه بر این، در یک مطالعه‌ی موردی (۳۰)، از درمان تعامل والد-کودک PCIT برای والدین ناشنوا و کودک شنوا استفاده شده است که یافته‌های این پژوهش، PCIT را به‌عنوان یک گزینه‌ی امیدوارکننده‌ی درمانی جهت استفاده در افراد ناشنوا ثبت کرده است. همچنین پژوهش دیگری (۱۵)، به درمان تعامل والد-کودک با خانواده‌هایی که دارای کودک با آسیب‌شنوایی شدید و عمیق یا سخت‌شنوا هستند پرداخته است. در واقع همه‌ی این پژوهش‌ها درمان تعامل والد-کودک را مؤثر دانسته‌اند.

به‌طورکلی خلأ پژوهشی در زمینه‌ی کار با گروه آسیب‌دیده‌ی شنوایی احساس می‌شود. همچنین این برنامه در ایران توسط پژوهشگرانی چون ایزدی‌فرد و همکاران (۲۵) بر روی مادران دارای فرزندان مقطع ابتدایی اجرا شده که با یافته‌ی پژوهش حاضر همسو است. در نهایت، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی برنامه‌ی آموزشی تعامل والد-کودک، می‌توان عنوان کرد که والدین به‌عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری آن‌ها ایفا می‌کنند، لذا، آموزش والدین، با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک، این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند و در راستای بهبود مشکلات خود و فرزندانشان، نقشی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

مؤثر و فعال ایفا نمایند (۶). به هر حال، به‌طور خاص در مداخله‌ی پژوهش حاضر سعی بر آن بوده که تمام اعضای خانواده وارد فرایند آموزش و درمان قرار گیرند؛ به‌گونه‌ای که در پایان هر جلسه تکلیف خانگی به والدین داده می‌شد تا هر کدام از والدین به‌طور مجزا به مدت ۵ دقیقه، تعامل کودک-مدار را تنظیم نموده و برای جلسه‌ی بعدی در حضور درمانگر موارد و شرایط بازی را توصیف کنند که ایرادات موجود توسط درمانگر در برگه‌ی مخصوص تکالیف خانگی نوشته می‌شد و در اختیار والدین قرار می‌گرفت تا در جلسه‌ی بعدی ایرادات و اشکالات مورد نظر مرتفع گردد. از این‌رو، محتوای برنامه‌ی مداخله‌ی تعامل والد-کودک و بازی‌درمانی پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی‌اسلامی در تدوین آن می‌تواند به‌خوبی تبیین‌کننده‌ی نتایج پژوهش حاضر باشد. اصل رازداری در پژوهش نیز کاملاً رعایت شده و در تمامی مراحل پژوهش تا حد امکان شرایط متناسب و لازم فراهم بوده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. از جمله می‌توان اشاره کرد که با توجه به شرایط و فشرده بودن زمان برای اجرای برنامه مداخله و وقت اندک والدین برای اجرای تکالیف خانگی، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های استثنایی با احتیاط عمل شود. در نهایت، استفاده از این برنامه برای آموزگاران و مادران دارای فرزندانی در هر مقطع سنی، و با هر گروه از کودکان با نیازهای ویژه و کودکان عادی به‌صورت کارگاه‌های آموزشی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزان و والدین محترم که در این پژوهش حاضر شدند و همچنین مسئولان مرکز گویا که در این پژوهش و مطالعه ما را یاری رساندند، کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

Reference

1. Noorabadi Z, Hasanzadeh S, Gholamali Lavasani M, Farzadmehr M. The effectiveness of stress coping skills training on parental stress of mother of 1 to 3 years old deaf children in Gorgan. Journal of exceptional education. 2014; 14(6): 13-20. [Persian].

2. Movaleli G. Mental health in mothers of deaf children. Jounal of psychology and educational sciences. 2008; 28(2): 27-30. [Persian].

3.Walker A, Alfonso ML, Colquitt G, Weeks K, Telfair J. "When everything changes:" Parent perspectives on the challenges of accessing care for a child with a disability. Disability and health journal. 2016; 19(1):157-61.

4. Hassanzadeh S, Charmfroush Jalali L, Davaee M, Afrooz G. Development and Assessment of Effectiveness of Coping skills Training program on parenting stress and Marital Satisfaction of mothers with Deaf Children. Applied Psychological Research Quarterly. 2015; 6 (2):91-104 .[Persian].

5. Dadsetan P. A Selection of Major Theories of Developmental Psychology. samt publication, Tehran. 2010.[Persian].

6. Ghasemzadeh S, Matbou RM, Alavi Z, Hasanzadeh M. Effectiveness of family based intervention and play therapy in parenting style and stress of mothers and clinical symptoms of children with separation anxiety disorder. Journal of Research in Psychological Helth. 2018; 11(4): 68-83.[Persian].

7. McNeli CB, Hembree-Kigin T. Parent-child Interaction Therapy (M. Najmi, N. Johnghorban,Trans.). Tehran: 2010. [Persian].

8. Allen B, Timmer SG, Urquiza AJ. Parent–Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. Children and Youth Services Review. 2014; (1)47:334-341.

9. Lazaruse RS. Evalution of model of stress; illustration from families of hyperactive children an families of physically abused children. Journal of Clinical Child Physically.2000; 19: 313-328.

10. Hasanzadeh S. Parental stress in mother with deaf children. Journal of Psychology and Educational Sciences. 2012; 42(1): 51-62. [Persian].

11. Kimonis ER, Armstrong K. Adapting parent–child interaction therapy to treat severe conduct problems with callous-unemotional traits: A case study. Clinical Case Studies. 2012;11(3): 234-52.

12. Koroloff NM, Friesen BJ. Support groups for parents of children with emotional disorders: A comparison of members and non- members. Community Mental Health Journal. 1991; 27(4): 265-79.

13. Jenaabadi H. The study and comparison of stress levels and coping strategies in parents of exceptional (mentally retarded, blind and deaf) and normal children in Zahedan. Proce Social
and Behavioral Sciences. 2014; 114: 197-202.

14. Charmfroush Jalali L. Family and Exceptional children. Journal of New Thoughtful Green. 2016; 9(35): 16-19. [Persian].

15. Shinn MM. Parent–Child Interaction Therapy with a deaf and hard of hearing family. Clinical Case Studies. 2013; 12(6): 411-27.

16. Beh-Pajooh A, Motevali Poor A, Farzad V, Rostami R, Habibi Askarabad M. The Efficacy of Stress Coping Skills Training on Parenting Stress of Mothers with Children Suffering from Attention Deficit Heyperactivity Disorder. Journal of family research. 2010; 6(1): 99-114. .[Persian].

17. Mersky JP, Topitzes J, Grant-Savela SD, Brondino MJ, McNeil CB. Adapting Parent–Child Interaction Therapy to foster care: Outcomes from a randomized trial. Research on Social Work Practice. 2016; 26(2):157-67.

18. Scudder AT, McNeil CB, Chengappa K, Costello AH. Evaluation of an existing parenting class within a women's state correctional facility and a parenting class modeled from Parent–Child Interaction Therapy. Children and Youth Services Review. 2014; 46(1): 238-47.
19. Allen J, Marshall CR. Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. International Journal of Language & Communication Disorders. 2015; 1:1-4.
20. Bagner DM, Graziano PA. Barriers to success in parent training for young children with developmental delay: The role of cumulative risk. Behavior modification. 2013; 37(3): 356-
21. Socarras K, Smith-Adcock S, Shin SM. A qualitative study of an intensive filial intervention using child–parent relationship therapy (CPRT). The Family Journal. 2015; 23(4): 381-91.
22. Senger BA, Ward LD, Barbosa-Leiker C, Bindler RC. Stress and coping of parents caring for a child with mitochondrial disease. Applied Nursing Research. 2016; 29(1): 195-201.
23. Boswell JN. The use of child parent relationship therapy and common parent concerns: Voices from the community. The Family Journal. 2014; 22(4): 382-9.
24. Hintermair M. Sense of coherence: a relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children?. Journal of deaf studies and deaf education. 2004; 19(1): 15-26.
25. Eizadifard R, Sobhi Gharamaleki N, Arjmandnia AA. The effectiveness of parent-child intreraction therapy on improving sustained attention of students: Journal of school psychology. 2016; 6(1): 161-168. [Persian].
26. Das S, Das B, Nath K, Dutta A, Bora P, Hazarika M. Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. Asian journal of psychiatry. 2017; 1 (28): 133-9.
27. Berry JO, Jones WH. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. Journal of Social and Personal Relationships. 1995; 12(3): 463-72.
28.Pianta RC. Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. Journal of school psychology. 1994; 32(1): 15-31.
29. Pourmohamadreza-Tajrishi M, Ashouri M, Afrooz G, Arjmandnia A, Ghobari-Bonab B.The Effecveness of Posive Parenng Program (Triple-P) Training on Interacon of Mother-Child with Intellectual Disability. Rehabilitation. 2015; 16(2): 127-137.
30. Day LA, Costa EA, Previ D, Caverly C. Adapting parent–child interaction therapy for deaf families that communicate via American Sign Language: A formal adaptation approach. Cognitive and Behavioral Practice. 2018; 25(1): 7-21.
31. Landreth GL, Bratton SC, Kellam T, Blackard S. Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents. Routledge. 2006; 26. 77
32. N'zi AM, Lucash RE, Clionsky LN, Eyberg SM. Enhancing parent–child interaction therapy with motivational interviewing techniques. Cognitive and Behavioral Practice. 2017; 24(2):131-41.
33. Armstrong K, David A, Goldberg K. Parent–child interaction therapy with deaf parents and their hearing child: A case study. Clinical Case Studies. 2014; 13(2):115-27.
34. Urquiza AJ, Timmer S. Parent-child interaction therapy: Enhancing parent-child relationships. Psychosocial Intervention. 2012; 21(2):145-56.
35. Werba BE, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Predicting outcome in parent-child interaction therapy: Success and attrition.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]

Behavior modification. 2006; 30(5):618-46.
36. Pearl E, Thieken L, Olafson E, Boat B, Connelly L, Barnes J, Putnam F. Effectiveness of community dissemination of parent–child interaction therapy. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2012; 4(2):204.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.1.5.1]
[DOI: 10.52547/rph.13.1.99]