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

Arezoo Abbassadeh¹, Guita Movallali²*, Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi³, Mohsen Vahedi³

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

ABSTRACT

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

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

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

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

Keywords: Baby triple P, Hearing loss, Parent-child relationship, Mental Health
Extended Abstract

Introduction

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

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

Materials and Methods

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

The Baby Triple P parenting program has been developed by the Parenting and Family Support Center at the University of Queensland in Australia to enhance the knowledge, skills, and self-confidence of parents who have recently had a baby. Because of the valuable experience of applying the Positive Parenting Program (Triple P) in Iran, correspondence was made with Prof. Sanders, Director of the Parenting and Family Support Center, to obtain his permission to apply to the Baby Triple P parenting program in Iran. Then, due to the cultural differences between Iran and Australia, following the opinion of experts, some changes were made in the way of presenting the contents and in the number of sessions. The main content of the program was adapted from Sanders et al.’s study [33]. To adapt this protocol to the needs of mothers of hearing-impaired children, the resources and workshops that existed in this field were used. Besides, before starting the study, we were in contact with the mothers in one of the centers for families and children with hearing disabilities for 6 months. After collecting data from the subjects, the Shapiro-Wilk test was used to check
the normality of data distribution. To examine whether the differences between the two study groups were significant, the Mann-Whitney U test was used for the mental health variable and the MCRE questionnaire’s component of rejection due to abnormal data distribution. Also, the independent t-test was used for the other three components of acceptance, overprotection, overindulgence due to their normal distribution.

Results

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

Discussion and Conclusion

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

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

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

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

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

Abbassadeh A, et al. Baby Triple P or Positive Parenting Program on Mental Health and Mother-child Relationship. RJ. 2021; 22(2):210-227.
positively affects the parent-child relationship, its lack of impact on most components of the mother-child relationship in our study may result from mothers’ not receiving complete and sufficient information from the intervention. The content of the program needs to be enriched to promote the mother-child relationship and to address more coping strategies for negative emotions such as depression, stress, and anxiety that can affect the quality of the parent-child relationship [34, 35]. Mothers need to learn more about hearing loss, the needs of hearing-impaired children, and how to communicate with them.

It should be noted that the two components of acceptance and rejection are very much affected by the parent’s mental health [38]. Since the intervention could not affect mothers’ mental health for the reasons stated, the components of acceptance and rejection were not affected. In explaining the ineffectiveness of the intervention on the overindulgence component, the role of the wrong attitude towards and lack of awareness about the hearing loss should also be mentioned. Usually, parents of hearing-impaired children have little information about the hearing loss and the needs of a hearing-impaired child. On the other hand, they believe that since the child is suffering, the child should be allowed to do what s/he wants [39, 40]. Mothers in our study have recently found out about their children’s hearing loss and had no information about the hearing loss and the needs of their hearing-impaired children. That little information caused the mothers to allow their children to do what they wanted. Finally, it should be noted that the mental health of the parent and the parent-child relationship are highly influenced by social and economic factors [41, 42]. The purpose of this study was not to investigate these factors and control their effects, and their measurement was limited to self-reporting. However, mothers acknowledged the effect of economic and social factors on their attitudes and behaviors in several meetings and referred to them as an obstacle to their management and their relationship with their children, so the effect of these factors cannot be ignored.

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

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

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

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

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

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

| Component | Group   | Median | Interquartile Range | Z    | Sig.  |
|-----------|---------|--------|---------------------|------|-------|
| Rejection | Control | 0.0001 | 2.50                | 0.527| 0.598 |
|           | Intervention | 0.50   | 5.75                |      |       |
confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

**Funding**

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

**Authors’ contributions**

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

**Conflict of interest**

The authors declared no conflict of interest.
مقاله پژوهشی:
اثربخشی آموزش والدگری بر سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم شنوایی

آرزو عباسزاده،* محمد مولایی، مصموه پورمحمدی و بهرام اجتهادی، تهران، ایران.

1. گروه روانپزشکی و آموزش والدگری کانون استان تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
2. گروه روانپزشکی و آموزش والدگری استان تهران، مرکز تحقیقات توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
3. گروه آمار ویژه و آمار پزشکی، مرکز تحقیقات توانبخشی، کانون استان تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

摘要:

کم شنوایی از جمله اختلالاتی است که می‌تواند بر کیفیت رابطه والد کودک و سلامت روان والدین به ویژه مادران به عنوان مراقب اهداف اصلی کودک تأثیر بگذارد. مشکلات سلامت روان در مادران و رابطه والد کودک نامطلوب می‌توانند روند و رابطه والد و کودک را منجر به تغییرات بیش از زیادی در فرآیند نجات کودک از پیش انسجام می‌شود. برنامه والدگری مثبت یکی از برنامه‌های مفیدی برای سلامت روان والد و رابطه والد و کودک است که در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از راه‌های جدیدی برای جلوگیری از اختلالات مرتبط با اهانت و خشونت در کودکان مطرح شده. این برنامه تأکید دارد بر اتیشن والدی کودک و بهبود رابطه والد کودک و سلامت روان والدین. برنامه والدگری مثبت شیرخواران یکی از برنامه‌های مفیدی برای جلوگیری از اختلالات مرتبط با اهانت و خشونت در کودکان مطرح شده است. این برنامه تأکید دارد بر اتیشن والدی کودک و بهبود رابطه والد کودک و سلامت روان والدین. در این مطالعه بررسی کردیم که اثر برنامه والدگری مثبت شیرخواران می‌تواند بهبود رابطه والد کودک و سلامت روان والدین را در مادران کودکان کم شنوایی تحت تأثیر قرار دهد.

کدها:

روش و پژوهش‌شناسی: نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان کم شنوایی بودند که در منطقه تهران در سال‌های 1398-1397 می‌نشستند. این مادران به دقت ویژه و انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه دوازده نفر) تقسیم شدند. سپس پرسشنامه رابطه مادر کودک کاملاً پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. در این مدت گروه آزمایش در سیزده جلسه (هر هفته یک جلسه یک ساعته) آموزش والدگری مثبت شیرخواران را دریافت کردند. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مجدد پرسشنامه رابطه مادر کودک توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. داده‌های دو گروه به وسیله آزمون‌های مستقل و آماری قرار گرفتند.

نتایج: این پژوهش نشان داد برنامه والدگری مثبت ویژه شیرخواران اثر معناداری بر ارتقای سلامت روان مادران ندارد. بنابراین در این پژوهش برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر سلامت روان مادران کودکان کم شنوای زیر سه سال اثر معناداری نداشت. همچنین نتایج نشان داد برنامه والدگری مثبت شیرخواران اثر معناداری نداشته است (از میان چهار مؤلفه رابطه والد کودک). اما بر مؤلفه بیش حمایتگری اثر معناداری داشته است (از میان چهار مؤلفه رابطه والد کودک). بنابراین برنامه والدگری مثبت شیرخواران اثر معناداری بر مؤلفه بیش حمایتگری داشته است در گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل بود. بنابراین برنامه والدگری مثبت شیرخواران از بین چهار مؤلفه رابطه والد کودک فقط بر مؤلفه بیش حمایتگری تأثیر داشته است.

کلید واژه‌ها: آسیب شنوایی، برنامه والدگری مثبت، شیرخواران، سلامت روان، رابطه والد کودک.
مقدمه
طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰، حدود ۳۴ میلیون نفر در جهان دارای مشکلات سیستم شنوایی هستند که از این میان ۲۱ میلیون نفر کودک و نوجوانند. تشکیل گذارنده این مشکلات، افزایش نرخ شنوایی محکم و ایجاد نیازهای جدیدی در محیطهای مربوط به کودکان است. این نیاز به خلق برنامه‌های برای کمک به کودکان کم شنوایی در جهت بهبود سلامت روان و رابطه والد و فرزند افزایش می‌یابد.

روایت خانواده، سه گروهی که به معنی سلامت جسمی و اجتماعی و روحیه و عملکرد اجتماعی باید شامل روابط والد و فرزند باشد. این روابط اغلب مربوط به این مسئله می‌شود که افرادی که با مشکلات شنوایی مواجه هستند، به خاطر این مشکلات به صورت فکری و عاطفی به سختی می‌پردازند. درک واکنش‌های کودک در پی مشاهده یک کودک کم شنوایی، سهم مهمی از کیفیت رابطه والد و فرزندی در این موارد دارد.

طی تحقیقات‌های مختلف، اثرات سلامت روان والدین کودکان کم شنوایی در مقایسه با مادران کودکان عادی نشان داده شده است. این مشکلات از سوی مادران کودکان عادی پایین‌تر است. در مقابل برخی از مادران در رابطه رفتاری کودک دارند و به کودک اجازه می‌دهند هر تصمیم او سهل‌گیر باشند. بنابراین در رابطه با کودک، کنترل کمی بر اینکه فرزندشان کم شنوایی باشند، باید آن‌ها را به سهولت بگذارند.

به‌طور کلی، این تحقیقات نشان می‌دهند که برای سلامت روان و رابطه والد-کودک، ضروری است که به خصوص برای کودکان کم شنوایی، برنامه‌های توانمند با شرایط و احتمالات ویژه این کودکان صورت گیرد. این برنامه‌ها به‌طور کلی به بهبود سلامت روان والدین، بهبود رابطه والد-کودک و بهبود توانمندی و سطح سلامت روان والدین کودکان کم شنوایی می‌تواند کمک کند.

1. Health-related quality of life
2. Baby Triple P
3. شماره ۰۱ از این برنامه‌ها در برنامه‌های زودهنگام، می‌تواند به بهبود سلامت روان والدین کودکان کم شنوایی کمک کند.

از جمله تلاش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند، برنامه Triple P جزو این برنامه‌ها می‌باشد. Triple P یک برنامه بر بازیابی سلامت روان والدین و توانمند کردن فرزندان با مشکلات سیستم شنوایی است. این برنامه شامل برنامه‌های توانمندی و بهبود سلامت روان والدین، بهبود رابطه والد-کودک و بهبود توانمندی و مبتنی بر خدمات سوپورت، و برنامه‌های بدون نیاز به توانمندی برای کودکان کم شنوایی است.
باین یوهش می‌تواند در اختیار تخصصهای مدیریت مداخلات زوه‌گاهی قرار داد. با برتری این توجه به مسائل مطرح شده، پژوهش‌هایی در مورد این موضوع بوده است. این مقاله نشان می‌دهد که در مراکز آموزشی کودک‌های کم شنوایی، یک مرکز به عنوان نمونه گیری دردسترس از سه مرکز خانواده و کودک کم شنوایی در استان تهران انتخاب شدند. بدین شکل که یک مرکز به عنوان مرکز کم شنوایی خدمات دریافت می‌کردند. نمونه‌ها با استفاده از روش تعیین نمره به‌صورت تصادفی در سال 1400 به‌صورت دو روش انجام شدند. برای ارتقای سلامت روان و رابطه والد کودک در مادران کودکان کم شنوای زیر 3 سال انتخاب شدند. بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه‌ای، از مادرانی که دارای بیماری‌های جسمی و شیمیایی در زمینه رابطه والد کودک، فاقد هر دوی اثرات، حساسیت در روابط متقابل، در این برنامه شرکت نمودند و مادرانی که برای مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز شهرک و استرس، آموزش منابع مقابله در حیطه والدگری که سبب کاهش آشفتگی روان والد و کودک می‌گردد و آموزش مهارت‌های والدگری مثبت که دلبستگی ایمن را فراهم می‌کند و آشفتگی روان والد و کودک را کاهش می‌دهد.

در زمینه بررسی اثرات برنامه والدگری مثبت شیرخواران در بالین کودکان با زیر یکساله در ایران، این پژوهش‌ها خلاصه‌ای از مطالعات شیرخواران در زمینه زدهگاه‌های احساس می‌شود که به حساب می‌دهد کودکان کم شنوایی که در طول 1400 می‌توانند به بازخوردی از پرسش‌های اجتماعی و سایر مشکلات شیرخواران باشد. این مداخله سه حیطه مهم را پوشش می‌کند و به ارتقای سلامت روان و رابطه والد کودک می‌گردد. همچنین بررسی‌هایی که با مادران کودکان کم شنوایی کناره‌گیری کرده‌اند، نشان دهنده است که پژوهش‌های پیشین و بررسی‌هایی که به بررسی اثرات این برنامه پرداخته‌اند نشان می‌دهند که با استفاده از این برنامه در کاهش مشکلات سلامت روان، به‌طور کلی می‌تواند به‌طور کلی و افرادی که به این برنامه مشغول شده‌اند، از آنجایی که برنامه والدگری مثبت شیرخواران یک مداخله نو و جدید است، می‌تواند مداخله‌ای هماهنگ و باعث بهبود در راه‌حلی در سایر کشورها شود.}

4. Symptom Checklist-90-Revised
5. Derogatis
6. Limpan
7. Covi
8. Triple P
برنامه والدگری مثبت در ایران

برنامه والدگری مثبت شیرخواران از مجموعه برنامه‌های والدگری و روان پزشکی است که در ایران در بهار و تابستان نمودار می‌شود. برنامه والدگری مثبت بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

*روایی درون* در سال 1384 توسط ضیغمی از طریق فرمول آنالیز کرونا و اعمال بهره‌برداری در رابطه با هیج طبیعی، سه مرحله برای کرونا، 100 نمونه در حال حاضر در جامعه سپاهی قاری افراد با حیطه فرد و 48 عضو در این شاخص کمک می‌کنند. برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

*روایی درون* در سال 1384 توسط ضیغمی از طریق فرمول آنالیز کرونا و اعمال بهره‌برداری در رابطه با هیج طبیعی، سه مرحله برای کرونا، 100 نمونه در حال حاضر در جامعه سپاهی قاری افراد با حیطه فرد و 48 عضو در این شاخص کمک می‌کنند. برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

*روایی درون* در سال 1384 توسط ضیغمی از طریق فرمول آنالیز کرونا و اعمال بهره‌برداری در رابطه با هیج طبیعی، سه مرحله برای کرونا، 100 نمونه در حال حاضر در جامعه سپاهی قاری افراد با حیطه فرد و 48 عضو در این شاخص کمک می‌کنند. برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

*روایی درون* در سال 1384 توسط ضیغمی از طریق فرمول آنالیز کرونا و اعمال بهره‌برداری در رابطه با هیج طبیعی، سه مرحله برای کرونا، 100 نمونه در حال حاضر در جامعه سپاهی قاری افراد با حیطه فرد و 48 عضو در این شاخص کمک می‌کنند. برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.

*روایی درون* در سال 1384 توسط ضیغمی از طریق فرمول آنالیز کرونا و اعمال بهره‌برداری در رابطه با هیج طبیعی، سه مرحله برای کرونا، 100 نمونه در حال حاضر در جامعه سپاهی قاری افراد با حیطه فرد و 48 عضو در این شاخص کمک می‌کنند. برنامه والدگری مثبت در ایران بر اساس شاخص عمومی علائم و شاخص علائم روانی می‌باشد که به دست می‌آید این شاخص‌ها بسیار کلیکته است که با هر کیفیت گزینه‌های هیچ کمی نمایان می‌کند. برنامه والدگری مثبت با لازم‌سازی روان‌پزشکی در مراحل مختلف والدگری کمک می‌کند.
در جدول شماره ۲ داشتیم که همچنین این نما توصیفی متغیرهای سلامت روان و مسائل وابسته‌ای به آن‌ها قبیل رابطه والد و کودک، کلیده‌ای برای شناخت زندگی و نیازهای اجتماعی و روانی کودکان کم شنوای زیر ۵ سال در کشور از مراکز خانواده و کودک کم شنواییان، از اقتضا مستلزم وجوه داشت.

روش بررسی

در ابتدا برای دسترسی به این اعمال اصلاحات، علوم تربیتی و سلامتی اجتماعی تهران، معرفی نامه برای مراکز خانواده و کودک کم شنواییان به سازمان بهداشت جهانی (WHO) توسط گروه انجام شد. سپس بر اساس ملاک‌های بررسی و تدوین تحقیق، سرپرست مراکز به سازمان بهداشت جهانی مراجعه کردند و اگر مراکز مورد بررسی استان تهران را امکان‌پذیر کردند، توانسته بودند. در مرحله بعد گروه آزمایش و کنترل در مراکز خانواده و کودک کم شنواییان استان تهران را امکان‌پذیر کردند. در این مطالعه، طرح تحقیق به صورت استطلاعی توصیفی انجام گرفت. تعداد گروه آزمایش و کنترل (دو ۱۲ نفر) در مرحله بعد به تعداد ۲۴ نفر در سه ماه تحقیق افزایش یافت.

در جدول شماره ۲ مشخص شده است که شاخص‌های توصیفی از قبیل درصد، میانگین و انحراف استاندارد مشخصات مادران و داده‌های پژوهش ارائه و سپس نتایج و یافته‌ها گزارش شدند.

مادرانی که در این پژوهش حضور داشتند به صورت نسبی به علت قدرت اطلاعات درباره مادران کودک، کم شنواییان در تدریس بودند. همچنین نیازهای اجتماعی و روانی کودکان کم شنواییان برای شناخت و پیش‌بینی مادران به دلیل نیازهای اجتماعی و روانی کودکان کم شنواییان در بهبود سلامت و روانی کودکان کم شنواییان و بهبود زندگی آن‌ها نقش دارند.

بیانگر آن است که نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای سلامت روان و مسائل وابسته به آن‌ها قبیل رابطه والد و کودک، کلیدهای برای شناخت زندگی و نیازهای اجتماعی و روانی کودکان کم شنواییان زیر ۵ سال در کشور از مراکز خانواده و کودک کم شنواییان، از اقتضا مستلزم وجوه داشت. در این مطالعه، طرح تحقیق به صورت استطلاعی توصیفی انجام گرفت. تعداد گروه آزمایش و کنترل (دو ۱۲ نفر) در مرحله بعد به تعداد ۲۴ نفر در سه ماه تحقیق افزایش یافت.
سطح سایر کمیک‌های بی‌طرفی کارکرد غنی‌ساز، مدیریت استرس، مدیریت خشم، مهارت برقراری ارتباط و نشاط، ایجاد محدودیت‌های منطقی بر شیرخوار و نادیده گرفتن، پرت کردن حواس، قاطعیت برخورد کردن آموزش راهکارهای آرام کردن شیرخوار، تقویت شادی برقراری ارتباط با شیرخوار بر اساس محبت، علاقه، اهداف، مشت شیرخواران، گزارش روابط و ارزیابی مثبت شیرخواران نتوانسته است بر سلامت روان و رابطه والدی‌کودکی بر سلامت بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش برنامه والدگری مثبت شیرخواران، اهداف، راهبردها، قاطعیت و ایجاد رفتارهای مطلوب برای پیشرفت روند والدگری و بهبود روابط والد‌کودکی عملکرد مثبتی دارد.

جدول ۱. پروتکل برنامه والدگری مثبت شیرخواران

| راهبردها | اهداف | هدف‌شناسی و برنامه‌ریزی | پروتکل اجرای برنامه والدگری مثبت
|---|---|---|---|
| مشابه‌الاجمل | درمان موارد متأثر از نوزادان و تشخیص مشکلات ویژه | برنامه‌ریزی مسیرهای مثبت
| سازماندهی و برنامه‌ریزی | رفتارهای مثبت برای پرورش | برنامه‌ریزی دستیابی به مراحل و راهبردهای مختلف
| نگهداری و نگهداری | مدیریت شیرخواران | برنامه‌ریزی کنترل و شناخت خود
| ارتقاء رابطه والد/کودک | بهبود روابط ویژه رابطه والد/کودک | برنامه‌ریزی برگردیدن به رابطه

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | سایز | پژوهش | آزمایش | سایز | پژوهش | آزمایش |
|---|---|---|---|---|---|---|
| شیرخواران | ۲۷۷ | ۱۸۷ | ۲۷۷ | ۱۸۷ | ۲۷۷ | ۱۸۷ |
| کودکان | ۲۷۷ | ۱۸۷ | ۲۷۷ | ۱۸۷ | ۲۷۷ | ۱۸۷ |
| آزمایش | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ |
| کنترل | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ | ۱۴۰ |

نتایج ارائه‌شده در جدول شماره ۸، نشان داد که پژوهش ارتباط بین گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه شیرخواران باعث بهبود شیرخواران بود. این نشان داد که آموزش برنامه والدگری و میانگین پیشرفت‌های انحراف استاندارد بین گروه آزمایش و کنترل معنادار است. بنابراین، آموزش والدگری مثبت شیرخواران نسبت به بازیابی روان و رابطه والدی‌کودکی بیشتری دارد.
مادران کودکان کم‌شنویّان ممکن است با تمرکز بر هرکدام از این ها، این برنامه مانع اثرگذاری برنامه والدگری مثبت شیرخواران در افزایش سلامت روان مادران می‌شود.

### جدول گزارش آماری

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------|------|-------|---------|--------------------|
| سلامت روان | کنترل | 12 | 0.00 | 0.38 |
| آزمایش | 12 | 0.33 | 0.79 |
| پذیرش | کنترل | 12 | 1.33 | 3.80 |
| آزمایش | 12 | 0.33 | 4.53 |
| بیش حمایتگری | کنترل | 12 | 0.08 | 2.39 |
| آزمایش | 12 | 4.33 | 9.45 |
| سهل گیری | کنترل | 12 | 0.50 | 3.50 |
| آزمایش | 12 | 2.43 | 5.82 |

### جدول مناسب‌سازی

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | دامنه | چارک | درجه آزادی | t | مقدار احتمال |
|-------|------|-------|---------|-------|-------|-------------|---|---------------|
| سلامت روان | کنترل | 12 | 0.00 | 0.00-0.33 | 0.67 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 0.33 | 0.67-0.79 | 0.72 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| پذیرش | کنترل | 12 | 1.33 | 0.33-4.53 | 2.22 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 4.33 | 4.53-9.45 | 4.53 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| بیش حمایتگری | کنترل | 12 | 0.08 | 0.08-2.39 | 0.20 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 4.33 | 2.39-9.45 | 2.39 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| سهل گیری | کنترل | 12 | 0.50 | 0.50-3.50 | 1.67 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 2.43 | 3.50-5.82 | 3.50 | 11 | 3.45 | 0.005 |

### جدول مناسب‌سازی

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | دامنه | چارک | درجه آزادی | t | مقدار احتمال |
|-------|------|-------|---------|-------|-------|-------------|---|---------------|
| سلامت روان | کنترل | 12 | 0.00 | 0.00-0.33 | 0.67 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 0.33 | 0.67-0.79 | 0.72 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| پذیرش | کنترل | 12 | 1.33 | 0.33-4.53 | 2.22 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 4.33 | 4.53-9.45 | 4.53 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| بیش حمایتگری | کنترل | 12 | 0.08 | 0.08-2.39 | 0.20 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 4.33 | 2.39-9.45 | 2.39 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| سهل گیری | کنترل | 12 | 0.50 | 0.50-3.50 | 1.67 | 11 | 3.45 | 0.005 |
| آزمایش | 12 | 2.43 | 3.50-5.82 | 3.50 | 11 | 3.45 | 0.005 |
پذیرش، طرد و سهل‌گیری اثر بگذارد. این نتیجه با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین به هم وصلی می‌شود. با وجود اینکه برنامه والدگری مثبت شیرخواران به‌عنوان لازم است و در برخی موارد توانسته است برعکس مؤلفه‌های رابطه والد و کودک را افزایش نشانه‌دهد، اما نه زیان سدها و اکثریت مؤلفه‌های رابطه والد و شیرخواران از اثرات مثبت برنامه والدگری مثبت شیرخواران بر اقلیت مؤلفه‌های رابطه والد و کودک به‌دلیل است که مادران اطلاعات کافی از این برنامه را دریافت نکرده‌اند. بنابراین وضعیت این بخش برنامه از نظر رابطه والد کودک غنی‌تر و معمولاً در برنامه‌های مداخله قبلی از این چنین امکان نیست. به همچنین به مزیت بیشتری به اطراف بی‌ستحیه مربوط می‌شود. در تبیین این نتایج باید علاوه بر جدید بودن این برنامه برای مادران کودکان کم شنوای، در زمینه رابطه والد کودک نیز لازم است محتوای مداخله غنی‌تر و عمیق‌تر شود و مادران نسبت به ماهیت کم شنوایی، نیازهای کودک کم شنوای و نحوه برقراری ارتباط با آن، اطلاعات بیشتری کسب نمایند. در تبیین عدم تأثیر این برنامه بر مؤلفه‌های رابطه والد کودک بسیار متأثر از سلامت روان والد هستند. اگرچه هدف پژوهش از آنجایی که برنامه به دلایلی که بیان شد نتوانسته است بر سلامت روان مادران باعث شده و اکثریت مؤلفه‌های رابطه والد کودک نیز تغییری نکرده‌اند.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم شنوای اطلاعات کافی درباره ماهیت کم شنوایی و نیازهای کودک کم شنوایی ندارند و از طرفی تصور می‌کنند که قطعیت و اقلیت باید باعث سداندن و عدم دسترسی به خدمات توان بخشی شود و اغلب افراد دارای کم شنوایی به راه‌آهنگ شدیدتر، مراقبت کمتری از مادران و بروز اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به سهولتی که می‌تواند بر رابطه والد کودک اثربگذارند، پرداخته شود.

از آنجایی که برنامه با بررسی این نتایج نشان می‌دهد اگرچه برنامه والدگری مثبت شیرخواران برنامه مفیدی است و در برخی موارد توانسته است بر بخش مؤلفه‌های رابطه والد و کودک را افزایش نشانه‌دهد، اما هنوز سه‌ساله و مادران اطلاعات کافی از این برنامه را دریافت نکرده‌اند. بنابراین وضعیت این بخش برنامه از نظر رابطه والد کودک غنی‌تر و معمولاً در برنامه‌های مداخله قبلی از این چنین امکان نیست. به همچنین به مزیت بیشتری به اطراف بی‌ستحیه مربوط می‌شود. در تبیین عدم تأثیر این برنامه بر مؤلفه‌های رابطه والد کودک بسیار متأثر از سلامت روان والد هستند. اگرچه هدف پژوهش از آنجایی که برنامه به دلایلی که بیان شد نتوانسته است بر سلامت روان مادران باعث شده و اکثریت مؤلفه‌های رابطه والد کودک نیز تغییری نکرده‌اند.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم شنوای اطلاعات کافی درباره ماهیت کم شنوایی و نیازهای کودک کم شنوایی ندارند و از طرفی تصور می‌کنند که قطعیت و اقلیت باید باعث سداندن و عدم دسترسی به خدمات توان بخشی شود و اغلب افراد دارای کم شنوایی به راه‌آهنگ شدیدتر، مراقبت کمتری از مادران و بروز اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به سهولتی که می‌تواند بر رابطه والد کودک اثربگذارند، پرداخته شود.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم شنوای اطلاعات کافی درباره ماهیت کم شنوایی و نیازهای کودک کم شنوایی ندارند و از طرفی تصور می‌کنند که قطعیت و اقلیت باید باعث سداندن و عدم دسترسی به خدمات توان بخشی شود و اغلب افراد دارای کم شنوایی به راه‌آهنگ شدیدتر، مراقبت کمتری از مادران و بروز اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به سهولتی که می‌تواند بر رابطه والد کودک اثربگذارند، پرداخته شود.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم شنوای اطلاعات کافی درباره ماهیت کم شنوایی و نیازهای کودک کم شنوایی ندارند و از طرفی تصور می‌کنند که قطعیت و اقلیت باید باعث سداندن و عدم دسترسی به خدمات توان بخشی شود و اغلب افراد دارای کم شنوایی به راه‌آهنگ شدیدتر، مراقبت کمتری از مادران و بروز اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به سهولتی که می‌تواند بر رابطه والد کودک اثربگذارند، پرداخته شود.

در تبیین عدم اثرگذاری مداخله بر مؤلفه سهل‌گیری نیز باید به نقش نگرش غلط و ناآگاهی در زمینه کم شنوایی اشاره کرد. معمولاً والدین کودکان کم شنوای اطلاعات کافی درباره ماهیت کم شنوایی و نیازهای کودک کم شنوایی ندارند و از طرفی تصور می‌کنند که قطعیت و اقلیت باید باعث سداندن و عدم دسترسی به خدمات توان بخشی شود و اغلب افراد دارای کم شنوایی به راه‌آهنگ شدیدتر، مراقبت کمتری از مادران و بروز اضطراب، افسردگی و استرس نسبت به سهولتی که می‌تواند بر رابطه والد کودک اثربگذارند، پرداخته شود.
مهش شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعاتی از هم‌مربوط‌انگی نگه‌داشتند. 

همه نشانه‌گرانی ممکن نبود بر روی مداخله اثر گذاشته. از جمله نظارت زمانی از آن‌گاه‌ها هوا و اثر، که سبب ایجاد فاقدانی‌های طولانی و ایجاد مداخله شد. بنابراین، از محدودیت‌هایی که تجربه داده‌اند، تفاوت‌پذیری‌ها را دچار می‌شود. محدودیت‌هایی که با ارزاب رابطه مادر–دختر بود. این اثر بی‌کننده که تأثیر آن با ان تغییر رابطه والد–کودک را به تنهایی بررسی کرده، می‌تواند به کمک از طرقی خردمدیافته یا پدرنده، در راه‌های ممکن کودک و والد کودک از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک می‌برند. 

بررسی نشانه‌های ابزار و سه‌گزینی به بررسی مختلف مؤلفه‌های توجه و اثرات الف بین رابط‌های والد–کودک بیش‌تری را به همین دلیل در زمان تحلیل این موضوع، موجب به‌کارگیری در می‌آید. بپرسی از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک پرداختند.

طبق این محدودیت‌ها بحث و نتایج پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود گروه‌سازی‌های درجه‌بندی‌هایی در حلول مشکلات اجتماعی و بهترین ابزار باشد. به طوری که می‌تواند توانایی پیش‌بینی و تحلیل داده‌ها را در بررسی موضوعاتی با توجه به تأثیر و تحلیل داده‌ها را در این مقاله نشان داده است. در کنار بررسی‌های متعدد مربوط به این موضوع، همچنین باید توجه باشد که به همین دلیل در مقاله می‌تواند اثرات اثرات الف به توجه به نتایج به‌کارگیری در ساختار تحلیل این موضوع، کودک و والد کودک از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک بیش‌تری را به همین دلیل در زمان تحلیل این موضوع، موجب به‌کارگیری در می‌آید. بپرسی از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک به‌کارگیری در می‌آید. بپرسی از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک پرداختند.

پیشنهاد می‌شود در بخش مداخله‌های طبیعی و سه‌گزینی از مصاحبه با مادران بررسی فردی به دست آمده و در مورد مقاله مخصوص پژوهش‌های کودک و کودک پرداختند.

از آنجا که توانایی پیش‌بینی و تحلیل داده‌ها را در بررسی موضوعاتی با توجه به تأثیر و تحلیل داده‌ها را در این مقاله نشان داده است. در کنار بررسی‌های متعدد مربوط به این موضوع، همچنین باید توجه باشد که به همین دلیل در مقاله می‌تواند اثرات اثرات الف به توجه به نتایج به‌کارگیری در ساختار تحلیل این موضوع، کودک و والد کودک از طریق بررسی مؤلفه‌های رابطه والد–کودک پرداختند.

لاکیت اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی و هدایت‌های که در پژوهش حضور داشتند از روش‌های اخلاقی فردی، ماهیت و مدت پژوهش و مطلع شدن و آگاهی از آن‌ها اخوان اخلاقی تمام‌کردن گروه و در از آنجا که پژوهش‌ها و سایر آگاهانه و آزادانه از آن‌ها اخوان اخلاقی تمام‌کردن گروه و در از آنجا که پژوهش‌ها و سایر آگاهانه و آزادانه از آن‌ها اخوان اخلاقی تمام‌کردن گروه و داشتن این بخش که ممکن بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین

19. Role play
References

[1] World Health Organization. Deafness and hearing loss [Internet]. 2021 [Updated 2021 April 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss

[2] Harris C, Herner S, Chur-Hansen A. Emotion as motivator: Parents, professionals and diagnosing childhood deafness. Medical Anthropology. 2021; 40(5):254-66. [DOI:10.1080/01459740.2021.1796659]

[3] Marriage J, Brown TH, Austin N. Hearing impairment in children. Paediatrics and Child Health. 2017; 27(10):441-6. [DOI:10.1016/j.paecli.2017.06.003]

[4] Chaudhury S. Anxiety and depression in mothers of deaf children: Awareness needed. Medical Journal of Dr DY Patil University, 2014; 7(6):729-1. Available from: https://www.mjdrdpou.org/text.asp?2014/7/6/729/144856

[5] Green VA. Parental reaction to diagnosis of infant hearing loss. Advances in Mental Health. 2020; 18(1):62-72. [DOI:10.1080/18387357.2019.1651661]

[6] Majorano M, Guerzoni L, Cuda D, Morelli M. Mothers’ emotional experiences related to their child's diagnosis of deafness and cochlear implant surgery: Parenting stress and child's language development. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2020; 130:109812. [DOI:10.1016/j.ijporl.2019.109812]

[7] Kolaszko J, Geremek-Samsonowicz A, Skarżyński H. [Mental health problems of mothers and fathers of the deaf children with cochlear implants (Polish)]. Otolaryngologia Polska. 2014; 68(5):135-42. [DOI:10.1016/j.otol.2013.05.005] [PMID]

[8] Saki N, Yakkalhpour A, Monir S, Karimi M, Bayat A, Abshirini H, et al. Investigating the impacts of cochlear implantation on the happiness and self-esteem of mothers of children with severe hearing loss. International Journal of Mental Health and Addiction. 2017; 15(2):288-94. [DOI:10.1007/s11469-016-9672-4]

[9] Yamaoka Y, Taniya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Nagoshi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. SSM - Population Health. 2016; 2:542-8. [DOI:10.1016/j.ssmhealth.2016.08.001]

[10] Gilson KM, Davis E, Johnson S, Gains J, Reddihough D, Williams K. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. Child Care, Health and Development. 2018; 44(3):384-91. [DOI:10.1111/cch.12556]

[11] Jean YQ, Mazlan R, Ahmad M, Maamor N. Parenting stress and maternal coherence: Mothers with deaf or hard-of-hearing children. American Journal of Audiology. 2018; 27(3):260-71. [DOI:10.1044/2018_AJA-17-0093]

[12] Faramarzi S. Comparing the quality of life and psychological well-being in mothers of children with hearing loss and mothers of children with other special needs. Auditory and Vestibular Research. 2017; 26(2):86-92. [http://avr.unms.ac.ir/index.php/avr/article/view/151]

[13] Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2014; 78(2):323-9. [DOI:10.1016/j.ijporl.2013.12.001]

[14] Vánská M, Punnamiäki RL, Lindhblom J, Flykt M, Tolvanen A, Unkila-Kallio L, et al. Parental pre- and postpartum mental health predicts child mental health and development. Family Relations. 2017; 66(3):497-511. [DOI:10.1111/fare.12260]

[15] Valloton C, Harewood T, Froyen L, Brophy-HERB H, Ayoub C. Child behavior problems: Mothers’ and fathers' mental health matters today and tomorrow. Early Childhood Research Quarterly. 2016; 37:81-93. [DOI:10.1016/j.ecresq.2016.02.006]

[16] Levin KA, Dallago L, Curric C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. Social Indicators Research. 2012; 106(2):287-305. [DOI:10.1007/s11205-011-9804-x]

[17] Kelley ML, Bravo AJ, Hamrick HC, Braiman AL, White TD, Jenkins J. Parents' reports of children's internalizing symptoms: Associations with parents' mental health symptoms and substance use disorder. Journal of Child and Family Studies. 2017; 26(6):1646-54. [DOI:10.1007/s10826-017-0677-9]

[18] Branje SJ, Hale III WW, Frijters T, Meeus WH. Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology. 2010; 38(6):751-63. [DOI:10.1007/s10802-010-9401-6]

[19] Yan J, Feng X, Schoppe-Sullivan SJ. Longitudinal associations between parent-child relationships in middle childhood and child-perceived loneliness. Journal of Family Psychology. 2018; 32(6):841-7. [DOI:10.1037/fam0000446]

[20] Schiff M, Pat-Horenczyk R, Ziv Y, Brom D. Multiple trauma, maternal depression, mother-child relationship, social support, and young children's behavioral problems. Journal of Interpersonal Violence. 2021; 36(1-2):892-914. [DOI:10.1177/0886260517725738]

[21] Nomaguchi K, Allen A. Mother-child relationship quality from preschool to adolescence: Variation by maternal education [Internet]. 2020 [Updated 2020 January 6]. Available from: https://www.bgsu.edu/content/dam/BGSU/college-of-arts-and-sciences/center-for-family-and-demographic-research/documents/working-papers/2019/WP-2019-09-Nomaguchi-Allen-Mother-Child-Relationship-v2.pdf

[22] Giannotta F, Rydell AM. The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. Journal of Adolescence. 2017; 61:40-9. [DOI:10.1016/j.adolescence.2017.09.005]

[23] Blank A, Frush Holt R, Pisoni DB, Kronenberger WG. As- sociations between parenting stress, language comprehension, and inhibitory control in children with hearing loss. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2020; 63(1):321-33. [DOI:10.1044/2019_JSLHR-19-00230]

[24] Bahadori Khosroshahi J. [Communication parental self-efficacy and self forgiveness with mother-child interaction in mothers of children with mental retardation (Persian)]. Empowering Exceptional Children. 2017; 8(22):26-36. http://www.ceciranj.ir/article_63557.html

[25] Antonopoulou K, Hadijkakou K, Stampolizis A, Nicolaou N. Parenting styles of mothers with deaf or hard-of-hearing children and hearing siblings. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2012; 17(3):306-18. [DOI:10.1093/deafed/enq013]
[26] Howe D. Disabled children, parent-child interaction and attachment. Child & Family Social Work. 2006; 11(2):95-106. [DOI:10.1111/j.1365-2206.2006.00397.x]

[27] Pincuq M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology. 2013; 38(7):708-21. [DOI:10.1093/ijppsy/pjt020]

[28] Kurtzer-White E, Luterman D. Families and children with hearing loss: Grief and coping. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. 2003; 9(4):232-5. [DOI:10.1002/mrdd.10085]

[29] Janjua F, Woll B, Kyle J. Effects of parental style of interaction on language development in very young severe and profoundly deaf children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2002; 64(3):193-205. [DOI:10.1016/S0165-5876(02)00069-1]

[30] Barker DH, Quittner AL, Pink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. Development and Psychopathology. 2009; 21(2):373-92. [DOI:10.1017/S0954579409000212]

[31] Muse C, Harrison J, Yoshinaga-Itano Ch, Grimes A, Brookhouser PE, Epstein S, et al. Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. Pediatrics. 2013; 131(4):e1324-49. [DOI:10.1542/peds.2013-0008]

[32] Ingber S, Most T. 38. Parental involvement in early intervention: Perceptions of family-centered practice. Journal of Child and Family Studies. 2017; 26(1):284-95. [DOI:10.1007/s10826-016-0555-x]

[33] Hitchins ARC, Hogan SC. Outcomes of early intervention for deaf children with additional needs following an Auditory Verbal approach to communication. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2018; 115:125-32. [DOI:10.1016/j.ijporl.2018.09.025]

[34] Stewart V, Slattery M, McKee J. Deaf and hard of hearing early intervention: Perceptions of family-centered practice. Journal of Early Intervention. 2021; 43(3):221-34. [DOI:10.1177/1053815120926247]

[35] Nikkhoo F, Hassanzadeh S, Afroz GA, Farzad V. [Early hearing, language, and attachment based interventions for deaf children under age of two (Persian)]. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation. 2018; 7(1):57-68. [DOI:10.22038/jpsr.2018.20011.1500]

[36] Erbasi E, Seatinei N, Hidson L, Ching TYC. Parental involvement in the care and intervention of children with hearing loss. International Journal of Audiology. 2018; 57(Suppl 2):S15-26. [DOI:10.1080/14992027.2016.1220679]

[37] Jackson CW, Traub RJ, Turnbull AP. Parents’ experiences with childhood deafness: Implications for family-centered services. Communication Disorders Quarterly. 2008; 29(2):62-98. [DOI:10.1177/1523740108314863]

[38] Shukani E, Nakhshab M, Valinejad V, Modarres Zadeh A, Hosseinpor AH. A systematic review of the effectiveness of early intervention and the role of parents in language development of hearing loss children. Iranian Rehabilitation Journal. 2017; 15(1):5-14. [DOI:10.18860/nirjunj.15.1.5]

[39] Zaidman-Zait A, Most T, Tarrash E, Haddad E. Mothers’ and fathers’ involvement in intervention programs for deaf and hard of hearing children. Disability and Rehabilitation. 2018; 40(11):1301-10. [DOI:10.1080/09638288.2017.1297491]

[40] Kulkarni KA, Gathoo VS. Parent empowerment in early intervention programmes of children with hearing loss in Mumbai, India. Disability, CBR & Inclusive Development. 2017; 28(2):45-58. [DOI:10.5463/dcbi.2017.550]

[41] Wittkowski A, Carton M, Emrley R, Bee P, Camacho E, Calam B, et al. Enhancing maternal and infant wellbeing: study protocol for a feasibility trial of the Baby Triple P Positive Parenting programme for mothers with severe mental health difficulties (the IMAGINE study). Trials. 2018; 19:516. [DOI:10.1186/s13063-018-2918-7]

[42] Tsivos ZL, Calam R, Sanders MR, Wittkowski A. A pilot randomised controlled trial to evaluate the feasibility and acceptability of the Baby Triple P Positive Parenting Programme in mothers with postnatal depression. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2015; 20(4):532-54. [DOI:10.1177/1359104514531589] [PMID] [PMCID]

[43] Butler H, Hare D, Walker S, Wieck A, Wittkowski A. The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. Archives of Women's Mental Health. 2014; 17(5):455-63. [DOI:10.1007/s00737-014-0429-4]

[44] Evans T, Boyd RN, Colditz P, Sanders M, Whittingham K. Baby Triple P for parents of a very preterm infant: A case study. Journal of Child and Family Studies. 2017; 26(2):633-42. [DOI:10.1007/s10826-016-0571-x]

[45] Popp L, Fuths S, Schneider S. The relevance of infant outcome measures: A pilot-RCT comparing Baby Triple P Positive Parenting Program with care as usual. Frontiers in Psychology. 2019; 10:2425. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.02425]

[46] Evans T, Boyd RN, Colditz P, Sanders M, Whittingham K. Mother-very preterm infant relationship quality: RCT of Baby Triple P. Journal of Child and Family Studies. 2017; 26(1):284-95. [DOI:10.1007/s10826-016-0555-x]

[47] Sreekumar S, LRK, Nair LS, Joseph JM. Psychosocial concerns among parents of children with hearing impairment. Loyola Journal of Social Sciences. 2019; 33(2):21-38. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1w1stl=9&id=9r83720c-e-508b-4b94c-9d5b-57215609610%40sessionmgr101

[48] Chang CW, Biegel DE. Factors affecting mental health service utilization among Latino Americans with mental health issues. Journal of Mental Health. 2018; 27(6):552-9. [DOI:10.1080/09638237.2017.1385742]

[49] Kiely KM, Leach LS, Olesen SG, Butterworth P. How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2015; 50(6):909-18. [DOI:10.1007/s00127-015-1027-0]
[50] Grandpierre V, Fitzpatrick EM, Thomas R, Mendonça O, Sikora L, Potter BK. Barriers and facilitators to cultural competence in early hearing loss services: A qualitative analysis. Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology. 2019; 43(3):189-202. https://www.cjslpa.ca/detail.php?ID=1250&lang=en

[51] Fitzpatrick EM, Gaboury I, Dunnex-Smith A, Coyle D, Whittingham JA, Nassrallah F. Auditory and language outcomes in children with unilateral hearing loss. Hearing Research. 2019; 372:42-51. [DOI:10.1016/j.heares.2018.03.015]

[52] Ebrahimi H, Mohammadi E, Mohammadi MA, Pirzadeh A, Mahmoudi H, Ansari I. Stigma in mothers of deaf children. Iranian Journal of Otorhinolaryngology. 2015; 27(2):109-18. [DOI:10.22038/IJORL.2015.3614]

[53] Åsberg KK, Vogel JJ, Bowers CA. Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: Implications of perceived social support and mode of communication. Journal of Child and Family Studies. 2008; 17(4):486-99. [DOI:10.1007/s10826-007-9169-7]

[54] Prakash SS, Prakash SGR, Ravichandran A, Susan KY, Alex W. Measuring levels of stress and depression in mothers of children using hearing aids and cochlear implants: A comparative study. International Journal of Special Education. 2013; 28(1):37-44. https://eric.ed.gov/?id=EJ1013685

[55] de Diego-Lázaro B, Restrepo MA, Sedey AL, Yoshinaga-Itano C. Predictors of vocabulary outcomes in children who are deaf or hard of hearing from Spanish-speaking families. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. 2019; 50(1):113-25. [DOI:10.1044/2018_LSHSS-17-0148]

[56] Sahli S. Investigating child raising attitudes of fathers having or not having a child with hearing loss. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2011; 75(5):681-5. [DOI:10.1016/j.ijporl.2011.02.013]

[57] Merugumala SV, Pothula V, Cooper M. Barriers to timely diagnosis and treatment for children with hearing impairment in a Southern Indian city: A qualitative study of parents and clinic staff. International Journal of Audiology. 2017; 56(10):733-9. [DOI:10.1080/14992027.2017.1340678]
This Page Intentionally Left Blank