

تأثیر آموزش گروهی رابطه درمانی والد- کودک به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا

پریسا رنجگر^{۱*}، عبدالله شفیع آبادی^۲، آسیه شریعتمداری^۳

^۱گروه توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، ^۲گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۱/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: کم شنوایی کودکان یکی از ناتوانی‌هایی است که پیامدهای روانشناختی نامطلوبی برای کودک و والدین او به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین و بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر رابطه درمانی والد - کودک به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه این پژوهش، دانش‌آموزان دختر کم شنوا مقطع ابتدایی مدرسه ناشنوایان باغچه بان ۲ شهر تهران در ۱۳۹۴ سال بودند. نمونه‌ها ۱۶ نفر دانش‌آموز کم شنوا بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل و بعد از مداخله دانش‌آموزان هر دو گروه به وسیله مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفتند. آموزش مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک در ۱۰ جلسه دو ساعته برای مادران دانش‌آموزان گروه آزمایش ارائه شد، در حالی که مادران دانش‌آموزان گروه کنترل تا پایان مرحله پس‌آزمون، بسته آموزشی را دریافت نمودند. داده‌ها به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که آموزش گروهی مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک به مادران بر کاهش احساس تنهایی در دختران کم شنوای گروه تحت مداخله مؤثر بوده است. میانگین نمرات احساس تنهایی برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۴۷/۲۸ و در پس‌آزمون ۴۰/۲۵ به دست آمد. برای گروه کنترل نیز این نمره در پیش‌آزمون ۴۸/۰۰ و در پس‌آزمون ۴۹/۲۵ به دست آمد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر پژوهش در پس‌آزمون تغییراتی داشته‌اند. با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس تک متغیری است، مقدار F برای احساس تنهایی ($F=۲۵/۵۳$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که اثر آموزش مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک معنی‌دار است، بدین معنا که پس از محاسبه اثر پیش‌آزمون، تفاوت ایجاد شده در نمرات دو گروه در میزان احساس تنهایی معنی‌دار است. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۶۶ درصد از تغییرات به وجود آمده ناشی از اثر مداخله آموزشی است.

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی به شیوه CPRT به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد مؤثر بوده است. آموزش مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک یک روش مفید و اقتصادی برای کاهش مشکلات و ارتقاء کیفیت رابطه والد-کودک است و می‌تواند به عنوان یک روش توانبخشی مبتنی بر خانواده به کار گرفته شود. همچنین پژوهش‌هایی که به طور مستقیم در راستای نتایج این مطالعه باشند، یافت نشد، اما یافته‌های بسیاری از جمله پژوهش‌های یوئن، لندرت و باگرلی، توفام و همکاران، گلزرز-والدمن و همکاران و بسیاری از پژوهش‌های دیگر با پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رابطه درمانی والد-کودک، احساس تنهایی، کم شنوایی، آموزش گروهی

*نویسنده مسئول: پریسا رنجگر، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه توانبخشی

Email: parisa.ranjgar@yahoo.com

مقدمه

کم شنوایی شایع‌ترین نقص حسی - عصبی در انسان است و از هر هزار کودک، ۱ تا ۶ کودک با کم شنوایی شدید تا عمیق به دنیا می‌آید (۱). کم شنوایی شخصی است که با استفاده از وسایل کمکی یا بدون بهره‌گیری از آن‌ها در شنیدن گفتار عادی دیگران مشکل دارد یا به عبارتی میزان ناتوانی حس شنوایی اش بیشتر از ۲۵ دسیبل است (۲). بیش از ۹۵ درصد کودکان کم شنو از والدین شنوا متولد می‌شوند (۲). آمار مبتلایان به افت شنوایی تا سال ۲۰۱۳ حدود ۱/۱ میلیارد نفر بود، از این تعداد ۵ درصد (۳۸-۳۶۰ میلیون) معلولیت مختصر شنوایی داشتند و حدود ۱۲۴ میلیون نفر معلولیت شنوایی متوسط تا شدید داشتند. از کسانی که دارای معلولیت متوسط تا شدید بودند، ۱۰۸ میلیون نفر در کشورهای کم درآمد و متوسط درآمد زندگی می‌کردند و از این تعداد ۶۵ میلیون نفر از دوران کودکی مبتلا به معلولیت شنوایی شده بودند (۳).

در پژوهش فلینگر و همکاران مشخص شده است، کودکان کم شنوایی که نتوانسته بودند با والدین خود ارتباط مناسبی در حوزه انجام رفتارها و انجام مسئولیت‌های خود دست یابند، بیش از کودکان کم شنوایی که به خوبی قادر به برقراری ارتباط با اعضای خانواده بودند، دچار مشکلات بهداشت روان و مشکلات رفتاری مقابله جویانه شده بودند (۴). عکس این یافته در پژوهش هینتتمیر به دست آمده است، این پژوهشگر به این نتیجه رسید که کودکان کم شنو

و آسیب دیده شنوایی ارتباط‌های اولیه خوبی در خانواده داشتند، از سازگاری روانشناختی و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۵). به طور کلی وجود فرزند کم شنوا اثرات عمیقی بر روی نحوه ارتباط یکایک افراد خانواده با هم و هر یک از آن‌ها با فرزند کم شنوا می‌گذارد و همین اثرات ناخوشایند چنان‌چه به گونه‌ای منطقی و چاره جویانه حل نشود، زیان جبران ناپذیری بر روان والدین و سایر اعضای خانواده و به ویژه فرد کم شنوا وارد می‌کند (۶).

به طور کلی افراد با آسیب شنوایی از لحاظ درک زبان، تولید زبان، گفتار و متعاقب آن مهارت‌های ارتباطی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این در حالی می‌باشد که توانایی برقراری و حفظ یک رابطه دوستانه در بهداشت روان تأثیر بسزایی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان و نوجوانانی که در کسب مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نقص دارند، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدتی را تجربه می‌کنند، به تدریج منزوی می‌شوند و در معرض تنهایی قرار دارند (۷). بررسی روزکان نشان داد که موارد مرتبط با مهارت‌های ارتباطی مثل کمرویی، کمبود حرمت خود و اضطراب اجتماعی پیش بینی کننده احساس تنهایی است (۸). یکی از نتایج احساس تنهایی رشد مشکلات اجتماعی و ارتباطی است. دانش‌آموزان کم شنوایی که در روابط خود با دیگران دچار مشکل هستند به وسیله همسالان عادی خود مورد پذیرش واقع نمی‌شوند و در معرض فشارهای شدید روانی، طرد و تنهایی قرار دارند (۹). احساس

تنهایی، مجموعه پیچیده‌ای از احساس، شناخت، پریشانی و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود (۱۰). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به تجربه نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود. افرادی که احساس تنهایی می‌کنند، عزت نفس پایینی دارند و به ویژه نسبت به توانایی‌های خود تردید می‌کنند و در رفتارهای بین فردی حالت‌هایی مثل خجالت، شرم، اضطراب، جسارت نداشتن، خطرپذیری کم و درون گرایی از خود نشان می‌دهند (۱۱).

یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد در کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا مؤثر واقع شود، رویکرد مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک (Child Parent Relationship Therapy: CPRT) است. CPRT نوعی فرزند درمانی است که در آن از ارتباط بین والد-کودک به عنوان منبع تغییر درک کودک و در نهایت رفتار او استفاده می‌شود (۱۲). در CPRT تمرکز بر بهبود بخشیدن به روابط والد-کودک بوده و هدف، تضعیف رفتارهای متقابل ناکارآمد والد-کودک و افزایش توانایی والدین در درک کودک می‌باشد (۱۳). یکی از ویژگی‌های اصلی آموزش CPRT این است که آموزش‌های آن متمرکز بر آینده است، در حالی که اغلب مدل‌های آموزش والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح روابط گذشته کودک تأکید می‌کنند، CPRT بر آنچه کودک توانایی

تبدیل شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است (۱۴). در این CPRT دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش مشکلات رفتاری فرزندشان، مهارت‌های لازم را فرا می‌گیرند (۱۵). استفاده از این مهارت‌ها به وسیله والدین موجب ایجاد احساس ایمنی و رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌شود (۱۳). مداخلات مبتنی بر روابط والد-کودک متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند (۱۶).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی CPRT در کاهش استرس والدینی و مشکلات رفتاری کودکان (۱۷)، بهبود عملکرد خانواده (۱۸)، کاهش استرس والدینی و افزایش رفتار همدلانه و پذیرش والدینی (۱۹)، کاهش تنیدگی و افزایش توانمندی والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال کاستی توجه/فزون کنشی (۲۰) و کاهش نشانگان اضطرابی کودکان پیش دبستانی (۲۱) بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهشی شین به آموزش تعامل والد-کودک خانواده‌های دارای کودک ناشنوا و کم شنوا پرداخت

و نشان داد که آموزش و آگاهی والدین باعث بهبود تعامل والد کودک می‌شود (۲۲).

با توجه به وجود مشکلاتی همچون احساس تنهایی در کودکان کم‌شنوا، پژوهش حاضر در پی آن است تا با مطالعه تأثیر آموزش مبتنی بر CPRT به مادران دارای کودک کم‌شنوا، افزون بر پر کردن خلاء پژوهشی در این زمینه، گامی برای مقابله با فشار و مشکلات خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و روانی ناشی از داشتن کودک کم‌شنوا و بهبود روابط مادر و کودک در آن‌ها بردارد. شایان ذکر است که اجرای پژوهش حاضر می‌تواند افزون بر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر رابطه درمانی والد کودک بر کاهش احساس تنهایی دختران کم‌شنوا به متخصصان و معلمان حوزه کودکان با آسیب شنوایی در ارایه راهکارهای مؤثرتر مشاوره‌ای به والدین و کودکانشان کمک کند. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین و بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم‌شنوا انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه این پژوهش، متشکل از دانش آموزان دختر کم‌شنوا مقطع ابتدایی مدرسه ناشنوایان باغچه‌بان ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند، با بهره‌گیری از شیوه نمونه‌گیری از دسترس، ۱۶ نفر از دانش‌آموزان انتخاب و با گمارش

تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند. از آنجایی که در گروه‌های مشاوره و روان درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست (۲۳). روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که پس از هماهنگی‌های لازم با مدیریت مدرسه ناشنوایان باغچه‌بان ۲ جهت اجرای پژوهش، از میان دانش‌آموزان کم‌شنوای این مدرسه، ۱۶ دانش‌آموز که مادران آنها تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد پرسشنامه احساس تنهایی به وسیله دانش‌آموزان و با کمک پژوهشگر تکمیل گردید. سپس برای مادران دانش‌آموزان گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزشی دو ساعته مبتنی بر CPRT برگزار گردید، در حالی که مادران دانش‌آموزان در گروه کنترل مداخله دریافت ننموده و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. در این مطالعه، مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت شد، که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (۲۴).

پس از پایان جلسات آموزشی مجدداً فرزندان این مادران به وسیله ابزار مطالعه از نظر میزان احساس تنهایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از

پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسات آموزشی را برای آنها نیز اجرا کرد. پکیج جلسات آموزشی در این مطالعه، بر اساس طرح درمانی لندرت و براتون تنظیم شد (۱۳). شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش برای سنجش میزان احساس تنهایی از مقیاس احساس تنهایی آشور، هیمل و رنشاو (۲۵) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۸ گویه آن انحرافی و به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط است، اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی از آنها استفاده نمی‌شود. بنابراین، این ابزار دارای ۱۶ گویه اصلی است. هدف از گویه‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتر نگرش‌های خود را ابزار و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری گویه‌ها روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از "کاملاً همین‌طور است" تا "اصلاً این‌طور نیست" درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۱۶ تا حداکثر ۸۰ قرار می‌گیرد، علاوه بر آن تعدادی از گویه‌ها در جهت مخالف با سایر گویه‌ها نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶). ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ و با استفاده از روش اسپیرمن ۰/۹۱ به دست آمد. روایی تمیزی این پرسشنامه آشکار ساخت که وضعیت اجتماعی خوب با احساس تنهایی کمتر همبستگی منفی و معنی‌دار دارد و با

وضعیت اجتماعی نامناسب دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار است (۲۵). در پژوهش رضایی، صفایی و سادات هاشمی برای تعیین روایی سازه مقیاس احساس تنهایی از روش تحلیل عاملی و روایی همگرا استفاده شد. برای محاسبه روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی از اجرای هم‌زمان آن با مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس استفاده شد که بر اساس پژوهش‌های انجام شده با احساس تنهایی رابطه معنی‌داری داشتند، به این منظور مقیاس‌های ذکر شده به طور هم‌زمان در بین ۳۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه سمنان اجرا و اطلاعات حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید. نتایج نشان داد که میزان همبستگی بین نمره کل مقیاس احساس تنهایی و مقیاس‌های افسردگی (۰/۴۱)، اضطراب (۰/۳۰) و استرس (۰/۳۹) معنی‌دار شد. علاوه بر آن بین خرده مقیاس‌های احساس تنهایی (تنهایی عاطفی و اجتماعی) با افسردگی، اضطراب و استرس نیز رابطه معنی‌داری به دست آمد که حاکی از روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی می‌باشد (۲۷). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۴ محاسبه شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کوواریانس تک متغیری به همراه آزمون‌های مربوط به پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس ک شامل آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین می‌باشد، تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: مختصری از محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر CPRT

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار گروه	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، ارایه توضیحی مختصر در مورد رابطه درمانی والد-کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخدهی انعکاسی	انجام پاسخهای انعکاسی در منزل
دوم	آماده سازی مادران برای اجرای جلسات بازی در منزل	آماده سازی مادران برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخدهی انعکاسی، آشناسازی مادران با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی بازی توضیح در مورد بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی و ارایه فهرست فرآیند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی	تهیه فهرست اسباب بازی برای جلسات انتخاب مکان مناسب انجام بازی با مقررات
چهارم	آموزش A-C-T تنظیم محدودیت	بررسی گزارش مادران از جلسه بازی، نقد فیلم ویدئویی، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله‌ای A-C-T، ایفای نقش مهارت محدودیت	تعیین حدود، کاربرد تمرین A-C-T، انجام جلسه بازی
پنجم	مرور مهارت تنظیم محدودیت و ایفای نقش	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده به وسیله آنها، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش	انجام بازی، تکمیل فهرست مهارت‌های جلسه بازی
ششم	آموزش مهارت دادن حق انتخاب	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب	انجام بازی، استفاده از مهارت‌های جدید
هفتم	آموزش مهارت، پاسخ‌های سازنده عزت نفس و پاسخدهی انعکاسی	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس و پاسخدهی انعکاسی	تمرین پاسخ‌های عزت نفس، انجام بازی
هشتم	آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده به وسیله آنها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.	انجام بازی، استفاده از مهارت‌های جدید در خانه
نهم	آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن	انجام بازی، تعیین حد و حدود برای خارج از جلسه بازی
دهم	مرور اصول رابطه درمانی، مهارت‌های آموخته شده، آموزش تعمیم مهارت‌ها به خارج از بازی	بررسی گزارش مادران از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، مرور اصول پایهی رابطه درمانی والد-کودک و مهارت‌های آموخته شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی	

یافته‌ها

کنترل نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات مندرج در این

جدول، اکثریت مادران در گروه آزمایش دارای

تحصیلات راهنمایی و دیپلم بوده که شش نفر (۷۵

درصد) را شامل شده‌اند و یک نفر (۱۲/۵ درصد) از

مادران سطح تحصیلی ابتدایی و پایین‌تر داشت و یک

نفر نیز (۱۲/۵ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشته

است. در مورد سطح تحصیلات مادران گروه کنترل

نیز مادران دارای تحصیلات راهنمایی و دیپلم با هفت

بر اساس اطلاعات جدول ۲، میانگین و انحراف

استاندارد سن برای کل آزمودنی‌ها ۹/۴۴±۱/۰۳ سال

بوده است که این میانگین برای گروه آزمایش

۹/۶۳±۱/۰۶ سال و برای گروه کنترل ۹/۲۵±۱/۰۳

سال می‌باشد.

جدول ۳ توزیع فراوانی تحصیلات مادران

افراد مورد مطالعه را به تفکیک دو گروه آزمایش و

نفر (۸۷/۵ درصد) بیشترین فراوانی را در این گروه داشتند و یک نفر (۱۲/۵ درصد) از مادران نیز در این گروه تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر داشت.

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیر احساس تنهایی را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات احساس تنهایی برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۴۷/۳۸ و در پس‌آزمون ۴۰/۲۵ به دست آمده است. برای گروه کنترل نیز این نمره در پیش‌آزمون ۴۸ و در پس‌آزمون ۴۹/۲۵ به دست آمده است. همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر پژوهش در پس‌آزمون تغییراتی داشته‌اند. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشند یا خیر، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است که در صورت رعایت این پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون استفاده کرد. این پیش‌فرض‌ها شامل؛ نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون می‌باشد که در ابتدا این پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن

است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیر احساس تنهایی در جدول ۵ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر احساس تنهایی در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر نرمال می‌باشد.

هدف از بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون برای متغیر احساس تنهایی در جدول ۶ آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر احساس تنهایی تأیید می‌شود.

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است. فرض

می‌کنیم که در جامعه رگرسیون متغیر وابسته (Y) از روی متغیر همراه (X) در هر دو گروه یکسان است. این پیش‌فرض فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون را بررسی می‌کند. اگر تعامل وجود نداشته باشد، یعنی شیب رگرسیون‌ها یکسان است (جدول ۷). با توجه به این که مقادیر آماره F برای متغیر احساس تنهایی معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$)، بنابراین تعاملی بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون وجود ندارد و بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت گردیده است.

با توجه به این که پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج تحلیل کوواریانس در جداول بعدی ارائه شده است.

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس تک متغیری که در جدول فوق آمده است، معنی‌داری

مقدار F برای احساس تنهایی ($F = 25.53$ و $p < 0.01$) نشان می‌دهد که اثر آموزش مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک معنی‌دار است، بدین معنا که پس از محاسبه اثر پیش‌آزمون، تفاوت ایجاد شده در نمرات دو گروه در میزان احساس تنهایی معنی‌دار است. همچنین با توجه به میانگین نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($47/38$) و پس‌آزمون ($40/25$)، مشخص می‌شود که میانگین نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است که نشان از اثر آموزش گروهی مبتنی بر رابطه درمانی والد-کودک بر کاهش احساس تنهایی دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۶۶ درصد از تغییرات به وجود آمده ناشی از اثر مداخله آموزشی است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیر احساس تنهایی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پیش‌آزمون	۸	۴۷/۳۸	۸	۴۸
پس‌آزمون	۸	۴۰/۲۵	۸	۴۹/۲۵

جدول ۳: خلاصه نتایج تعامل بین گروه و نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
گروه × احساس تنهایی	۲۰۴/۶۳	۲	۱۰۲/۳۱	۱/۸۳	۰/۲۲

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثر آزمون در متغیر احساس تنهایی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۲۷/۷۸	۱	۱۲۷/۷۸	۱۰/۸۴	۰۰۶	-
اثر متغیر مستقل (رابطه درمانی)	۳۰۰/۹۴	۱	۳۰۰/۹۴	۲۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
واریانس خطا	۱۵۳/۲۱	۱۳	۱۱/۷۸	-	-	-
واریانس کل	۳۲۶۴۶	۱۶	-	-	-	-

بحث

کم شنوایی پیامدهای رشدی نامطلوبی در زمینه‌های ارتباطی، شناختی و هیجانی - اجتماعی بر جای می‌گذارد (۲۸). با این حال نوع و شدت پیامدها به عواملی مانند؛ میزان افت شنوایی، عملکرد شنیداری با وسایل کمک شنیداری یا کاشت حلزون، ناتوانی‌های مضاعف، هوشبهر، آموزش والدین در حوزه ویژگی و نیازهای کودکان ناشنوا، منابع والدینی و تلاش‌های آموزشی بستگی دارد (۲۹). در بررسی والیس و همکاران مشخص شد که ۱۲/۳ درصد نوجوانان کم شنوا در مرز یک اختلال رفتاری و ۲۹/۸ دارای یک اختلال بالینی بودند (۳۰). کودکان و نوجوانان با آسیب شنوایی به دلیل طرد شدگی، غفلت و آزار دیدگی‌های جسمی و جنسی مشکلات بیشتری نسبت به کودکان و نوجوانان شنوا دارند که این عوامل رشد عاطفی، اجتماعی و رفتاری آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۱).

بررسی‌های گذشته نشان می‌دهد که ارتباط مادران شنوا با کودکان کم شنوای خود بیشتر خشک، مداخله‌گر و منفی است و همچنین والدین کودکان و نوجوانان کم شنوا در ارتباط با فرزند خود بیشتر از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند (۳۲). زیرا یافته‌های پژوهشی دلالت بر این امر دارند که یکی از دلایل مشکلات رفتاری در کودکان کم شنوا، بد رفتاری با کودک است و نتایج بررسی‌هایی که بر روی کودکان کم شنوا نیز صورت گرفته است، مشخص شده است

که آنها بیش از کودکان عادی مورد سوء رفتار واقع می‌شوند و بیشتر مورد خشونت والدین قرار می‌گیرند (۳۳ و ۴). به دلایل ذکر شده کودکان کم شنوا به مراتب مشکلات بیشتری از جمله احساس تنهایی و طرد شدن از جانب دیگران را تجربه خواهند کرد، لذا هدف از پژوهش تعیین و تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر رابطه درمانی والد- کودک به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا بود.

نتایج نشان داد که آموزش گروهی به شیوه CPRT به مادران بر کاهش احساس تنهایی دختران کم شنوا در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد مؤثر بوده است. پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای نتایج این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین بدین شرح هم‌سو می‌باشد. یوئن، لندرت و باگرلی در پژوهشی اثربخشی CPRT را بر افزایش همدلی، پذیرش والدینی و کاهش استرس والدگری تأیید نمودند (۳۴). در مطالعه‌ای که به وسیله توفام و همکاران انجام شد، نتایج حاکی از اثربخشی بالای روش CPRT در والدین دچار تنیدگی و کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی بود، به طوری که والدین پذیرش و همدلی بیشتری نسبت به کودکان خود به دست آوردند (۳۵).

گلازروالدمن و همکاران در مطالعه‌ای به کاربرد CPRT در گروهی از والدین کودکان ۴/۵ تا ۸/۵ ساله مبتلا به بیماری‌های مزمن پرداختند. در

پایان درمان، والدین گروه آزمایش به خوبی قادر به شناسایی، سنجش و ارزیابی میزان اضطراب فرزندان بیمار خود بودند و پذیرش و همدلی بیشتری نسبت به آنها نشان می‌دادند (۳۵). کیدرون و لندرث پژوهشی را بر روی والدین اسرائیلی که دچار تنیدگی‌های مزمنی بودند، انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که روش CPRT نه تنها سطح تنیدگی والدینی را کاهش می‌دهد، بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آنها می‌شود (۳۷). لندرث و لوباک در پژوهشی اثربخشی روش CPRT را در گروهی از پدران زندانی و فرزندان ۴ تا ۹ ساله آنها مورد بررسی قرار دادند و به نتایج معنی‌داری دست یافتند. در انتهای درمان، والدین گروه آزمایش کاهش معنی‌داری را در تنیدگی والدینی مرتبط با مشکلات رفتاری کودکان نشان دادند و پذیرندگی بیشتری نسبت به فرزندان خودشان پیدا کردند. علاوه بر این عزت نفس و خودپنداره کودکان نیز در خلال جلسات بازی با والدین به طور معنی‌داری افزایش یافت (۳۸). همچنین یافته‌های پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های یانگ (۳۹)، لی و لندرث (۴۰)، شیلی (۴۱)، سرجنت (۴۲) و تیو و همکاران (۴۳) مبنی بر اثربخشی روش CPRT همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج این مطالعه می‌توان گفت، راجرز بیان می‌کند که روابط همراه با پذیرش، حالت تدافعی کودک را کاهش می‌دهد و به کودک این امکان

را می‌دهد که آزادانه احساسات خود را بروز دهد و بدون ترس از مورد قضاوت واقع شدن رفتار کند. زمانی که کودک در می‌یابد که صرف نظر از این که انتظارات والدین را برآورده کرده است یا خیر، مورد پذیرش والدین است، نسبت به ارزش خود دلگرم می‌شود و می‌تواند آزادانه احساسات، افکار، نیازها و خواسته‌هایش را ابراز کند و در نتیجه به خود رهبری و خود کنترلی دست می‌یابد (۱۳). یکی از ویژگی‌های اصلی CPRT این است که در این رویکرد به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود تا ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد-کودک تغییر کند. کودک در طول جلسات CPRT شاهد تغییر نگرش و رفتار والد نسبت به خویش است. او به تدریج و پس از هر جلسه بازی احساس پذیرش بیشتری می‌کند. او متوجه می‌شود که والدینش او را می‌فهمند، احساسش را می‌دانند و به خواسته‌های خود توجه می‌کنند. کودک احساس امنیت بیشتری می‌کند و میزان رفتارهای مشکل آفرینی که پیش از آن وسیله‌ای برای ابراز وجود و راهی برای برقراری ارتباط با دیگران و کاهش احساس تنهایی بود، کاهش می‌یابد. در نتیجه می‌توان تداوم اثر CPRT را بر کاهش احساس تنهایی کودک تبیین کرد.

در سراسر برنامه CPRT بر پذیرش والدینی به عنوان اصل اساسی در ارتباط بین والد با کودک تأکید شده است. CPRT بر این فرض استوار است که شکل‌گیری ارتباط بر پایه پذیرش غیرشرطی نسبت به

والد کودک را غنی‌تر نموده و در نتیجه کودک احساس تنهایی کمتری نماید.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان کم‌شنوای یکی از مدارس ناشنوایان شهر تهران انجام شده است، در تعمیم به دیگر دانش‌آموزان و شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود. خودگزارشی بودن ابزار پژوهش، حجم نمونه کم و شیوه نمونه‌گیری در دسترس است که باید به آن توجه شود. محدودیت در همراهی پدران با مادران برای انجام تکالیفی که در جلسات رابطه درمانی والد-کودک به مادران محول شده بود تا در منزل انجام دهند، چنانچه برخی از مادران شرکت کننده در گروه آزمایش از این مساله شکایت داشتند. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر پژوهش است، لذا پیشنهاد می‌شود مدل رابطه درمانی والد-کودک جهت برگزاری کلاس‌های مشاوره گروهی برای زوجین قبل از تولد فرزند، استفاده شود، زیرا مداخلات رفتاری زود هنگام می‌تواند در اصلاح و عدم تداوم مشکلات احتمالی رفتاری کودکان بسیار مؤثر باشد، این شیوه درمانی جهت کاهش مشکلات روان شناختی کودکان مبتلا به سایر اختلالات و ناتوانی‌ها اجرا گردد و در تحقیقات بعدی مطالعه پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود.

کودک می‌تواند باعث شکل‌گیری خودپنداره مثبت در کودک، افزایش اعتماد به نفس، عزت نفس و همچنین موجب افزایش خودکنترلی در کودک گردد. در این شیوه سعی بر ایجاد گفتگویی بی قید و شرط میان والد و کودک است، به طوری که در سراسر برنامه، پذیرش نامشروط کودک، شرط اساسی تمامی تمرین‌ها و مهارت‌های بازی درمانی ارایه شده در جلسات می‌باشد. در طول جلسات به والدین آموزش داده می‌شود که کودک خود را چگونه که هست، بپذیرند و با او ارتباط برقرار کنند. همچنین در جهت افزایش پذیرش والدینی در طول هر جلسه، تمرین‌هایی از قبیل شناسایی احساسات، انعکاس احساس و بازخوردهای عاطفی مناسب به والدین ارایه می‌شود و از آنها خواسته می‌شود که با استفاده از فن ایفای نقش به تمرین این مهارت‌ها بپردازند، تا بتوانند این مهارت‌ها را به نحوی مؤثر در ارتباط با فرزند خود به کار گیرند (۱۹). در طول جلسات CPRT والدین می‌آموزند که چگونه از طریق جلسات بازی، وارد دنیای کودک شوند و زبان مخصوص کودکان، یعنی بازی را به خوبی می‌آموزند. آنها زبان کودک را می‌آموزند و شروع به گسترش درک خود از احساس، ادراک، رفتار، نیازها و خواسته‌های کودک خود می‌کنند. آنها در طول مدت برنامه به تمرین مهارت‌های آموخته شده می‌پردازند و در پایان دوره، به والدینی تواناتر تبدیل می‌شوند و این توانایی بالاتر در برقراری ارتباط مؤثر با کودک می‌تواند میزان روابط

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه
کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی با کد ۱۵۱۱۱
دانشگاه علامه طباطبائی می باشد، که با حمایت این
دانشگاه انجام شد. همچنین از مدیریت محترم مدرسه
ناشنوایان باغچه بان ۲ و تمامی دانش آموزان و
مادران عزیزی که صمیمانه محققین را در فرآیند
اجرای پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را
دارند.

REFERENCES

- 1.Tabchi B, Rassi B, Akl E, Fares G. Epidemiology of profound neurosensory deafness in Lebanese children. *J Med Liban* 2000; 48(5): 294-7.
- 2.Katz J. Handbook of clinical audiology. 3rd Ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2010; 18& 20
- 3.Homans NC, Metselaar RM, Dingemanse JG, van der Schroeff MP, Brocaar MP, Wieringa MH, et al. Prevalence of age-related hearing loss, including sex differences, in older adults in a large cohort study. *Laryngoscope* 2017; 127(3): 725- 30.
- 4.Fellinger J, Holzinger D, Beitel C, Laucht M, Goldberg DP, The impact of language skills on mental health in teenagers with hearing impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009; 120(2): 153-9.
- 5..Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people-a resource-oriented approach to identity work. *Journal Deaf Study and Deaf Education* 2008; 13: 278–300.
- 6.Jackson CW. Family supports and resources for parents of children who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf* 2011; 156(4): 343-62.
- 7.Ranjbar J, Tarkhan M, Taher M, Hossein Khanzadeh AA, Esapour M. The effectiveness of communication skills training on self – concept and loneliness in students with hearing impairment. *Journal of school Psychology* 2015; 4(2): 39-54.
- 8.Erozkan A. The predictors of loneliness in adolescents. *Elementary Education Online* 2009; 8: 809-19.
- 9.Trief E. The use of tangible cues for children with multiple disabilities and visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 2007; 101(10): 613-9.
- 10.Wiseman H, Mayseless O, Sharabany R. Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Pers Individ Differ* 2006; 40(2): 237-48.
- 11.Khodabakhshi-Koolaei A, Falsafinejad MR, Abbas Gholeinejad M. The effectiveness of storytelling on reducing the aggression and loneliness of Afghan refugee children. *JPEN* 2019; 5(2): 59-67.
- 12.Moses A. Child parent relationship therapy for parent of children with disruptive behavior. (dissertation). Western Michigan University 2012; 48-50.
- 13.Landreth GL, Bratton SC. The 10-session CPRT model. In *Child-parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. 1st ed. New York: Routledge; 2006; 109-26.
- 14.Rajabpour M, Makvand-Hoseini SH, Rafienia P. The effectiveness of child-parent relationship therapy on aggression in preschoolers. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(1): 65-74.
- 15.Greco LA, Sorrell JT, McNeil CB. Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Child and Family Behavior Therapy* 2001; 23(4): 21-36.
- 16.Landreth GL. *Play Ther: The art of the relationship*, 2nd ed. New York: Routledge; 2002; 23.
- 17.Dillman Taylor D, Purswell K, Lindo N, Jayne K, Fernando D. The impact of child parent relationship therapy on child behavior and parent-child relationships: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy* 2011; 20(3): 124-37.
- 18.Cornett N, Bratton SC. Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *J Marital Fam Ther* 2014; 40(3): 302-18.
- 19.Bratton S, Landreth G. Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy* 1995; 4(1): 61-80.
- 20.Azizi A, Fatehizade M, Ahmadi A, Jazayeri R. Effect of childparent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Family Counseling and Psychotherapy* 2018; 1: 27- 46.
- 21.Karami J, Zabet M. Efficacy of child-parent relationship therapy in reducing anxiety syndrome in preschool children. *JCMH* 2015; 2(3): 39-47.
- 22.Shinn MM. Parent–child interaction therapy with a deaf and hard of hearing family. *Clinical Case Studies* 2013; 12(6): 411–27.
- 23.Sanai B. *Group couceling and psychotherapy*, 8th ed. Tehran: Chehr publication; 2013: 85.
- 24.World Medical A. World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20): 2191-4.
- 25.Asher S, Hymel S, Renshaw P. Loneliness in children. *Child Dev* 1984; 55: 1454-64.
- 26.Moayed Ghaedi T, Ghorban Shiroodi S. The efficacy of group hope therapy on depression, loneliness, and self-efficacy in female students. *JCMH* 2016; 3(2): 65-75.
- 27.Rezaei AM, Safaee M, Sadat-Hashemi F. Psychometric properties of the student loneliness feeling scale (SLFS). *J Clin Psychol* 2013; 5(3): 81-91.

- 28.Kral M. Profound deafness in childhood. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363: 1438-50.
- 29.Fellinger J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M. Mental health and quality of life in deaf pupils. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(7): 414-23.
- 30.Wallis D, Musselman C, MacKay S. Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 2005; 9(1): 1-13.
- 31.Seibald AM. Child abuse and deafness: an overview. *Am Ann Deaf* 2008; 153(4): 376-83.
- 32.Knutson JF, Johnson CR, MSullivan P. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse Neglect* 2004; 28: 925-37.
- 33.Barnett S, Klein JD, Pollard RQ Jr, Samar V, Schlehofer D, Starr M, et al. Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *Am J Public Health* 2011; 101(12): 2235-8.
- 34.Yuen T, Landreth GL, Baggerly JN. Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy* 2002; 11(2): 63-90.
- 35.Topham GL, Wampler KS, Titus G, Rolling E. Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy* 2011; 20(2): 79-93.
- 36.Glazer-Waldman HR, Zimmerman JE, Landreth GL, Norton D. Filial therapy: An intervention for parents of children with chronic illness. *International Journal of Play Therapy* 1992; 1(1): 31-42.
- 37.Kidron M, Landreth G. Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy* 2010; 19(2): 64-78.
- 38.Landreth GL, Lobaugh AF. Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development* 1998; 76(2): 157-65.
- 39.Jang M. Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy* 2000; 9(2): 39-56.
- 40.Lee M, Landreth G. Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy* 2003; 12(2): 67- 85.
- 41.Sheely A. School based child parent relationship therapy(CPRT) with low income Black American parents: Effects on children's behaviors and parent-child relationship stress, a pilot study. *Dissertation Abstract International section A: Humanities and social sciences*. Washington 2009; 69(8-A): 39-42.
- 42.Sergeant M. Efficacy of child parent relationship therapy for caregivers of children with attachment problems. *Doctor of philosophy theses, Department of education and human Development University of Louisville, Kentucky*. 2011; 41-3.
- 43.Tew K, Landreth G, Joiner KD, Solt MD. Filial therapy with parents of chronically ill children. *International J Play Therapy* 2002; 11(1): 79-100.

The Effect of Group Training Parent-Child Relationship Therapy (CPRT) for Mothers on Reducing Feeling of Loneliness among Girls with Hearing Impairment

Ranjgar P^{1*}, Shafiabadi A², Shariatmadar A²

¹Department of Rehabilitation, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran, ²Department of Counseling, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

Received: 26 Jan 2019 Accepted: 15 June 2020

Abstract

Background & aim: Hearing impairment of children is one of the disabilities which is accompanied by unpleasant psychological consequences for the child and his/her parents. The present research was aimed at investigating the effect of group training of parent-child relationship therapy (CPRT) for mothers to reduce the feeling of loneliness among daughters with hearing impairment.

Methods: The present study was an applied research type which was conducted by semi-experimental method with pretest-posttest with control group design. The research population included all female students with hearing impairment in primary deaf school of Baghcheh-Ban 2 in Tehran, 2015. The sample included 16 students with hearing impairment who were selected via available sampling method and were assigned into two eight-subject groups of experiment and control by random assignment method. Before and after the intervention, the students of both groups were assessed by Asher and colleagues' loneliness scale (1986). Group training based on parent-child relationship therapy was delivered to mothers of the students of the experiment group in 10 2-hour sessions while the mothers of the students in the control group didn't receive the training package until the end of the posttest phase. The data were analyzed through univariate analysis of covariance in SPSSv20.

Results: Results of the covariance analysis indicated that group training based on parent-child relationship therapy for mothers was effective in reducing loneliness among girls with hearing impairment in the experiment group. Mean scores of loneliness for the experimental group were 47.38 in the pre-test and 40.25 in the post-test. For the control group this score was 48.00 in pre-test and 49.25 in post-test. As evident, the scores of the experimental group in the post-test changed. According to the results the covariance analysis is univariate. The F value for Loneliness ($F=25.53$, $p<0.01$) indicates that the effect of training of parent-child relationship therapy is significant, meaning that after calculating the pre-test effect, difference in Loneliness between both groups was significant. Eta chi-square also shows that 66% of the changes were due to the effect of training intervention.

Conclusion: Group training based on child-parent relationship therapy (CPRT) to mothers was effective in reducing the loneliness of hearing-impaired daughters in the intervention group compared to the control group. Furthermore, CPRT is an economic and helpful method for reducing problems and enhancing the quality of the parent-child relationship and it can be used as a family-based rehabilitation method. However, No studies were found directly in line with the results of this study, nevertheless, many findings including those of Yuen, Landreth & Baggerly, Topham et al., Glazer-Waldman et al., and others, are consistent with the present study.

Keywords: Parent-Child Relationship Therapy, Loneliness, Hearing Impairment, Group Training

***Corresponding author:** Ranjgar P, Department of Rehabilitation, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
Email: parisa.ranjgar@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Ranjgar P, Shafiabadi A, Shariatmadar A. The Effect of Group Training Parent-Child Relationship Therapy (CPRT) for Mothers on Reducing Feeling of Loneliness among Girls with Hearing Impairment. *Armaghane-danesh* 2020; 24(6): 1165-1179.