

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی

حسین ماهور^۱، کاظم فرزین‌فر^{۲*}

۱. استادیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه فرهنگیان سبزوار، سبزوار، ایران
 ۲. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۵ آذر ۱۳۹۴
 تاریخ پذیرش: ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۵

اهداف مدل طرحواره‌درمانی برای آسیب‌شناسی ارتباط والدین با کودک ارائه شده است و با تأکید بر روابط بین‌فردی از دوران کودکی تا زمان حال، سبب کاهش سطح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی مستعد افسردگی و اضطراب هستند. با بررسی ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای این افراد و با شناسایی نوع طرحواره‌های آنان و ارائه تکنیک‌های طرحواره‌درمانی می‌توان باعث کاهش افسردگی و اضطراب آن‌ها شد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر، مطالعه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی است که فرزندان آن‌ها در مراکز توان‌بخشی کودکان ناشنوا ثبت‌نام کرده بودند. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. سپس، طی دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طرحواره‌درمانی مجدداً با پرسشنامه یادشده ارزیابی شد.

یافته‌ها نتایج حاصل از تحلیل آماری با آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود ($F_{df(1,27)} = 40/064$ ، $p < 0/05$).
نتیجه‌گیری نتایج پژوهش جاری حاکی از مؤثر بودن طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی است.

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی روان‌شناختی، طرحواره‌درمانی، ناشنوا.

مقدمه

بهزیستی روان‌شناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فردی را شامل می‌شود. بهزیستی روانی از سه مؤلفه تشکیل شده است: رضامندی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت [۴].

ریف و کیس [۵] مقیاس‌های سنجش بهزیستی روان‌شناختی را نکوهش کرده‌اند و دو مؤلفه دیگر به مقیاس بهزیستی جدای از رضایت از زندگی و تعادل عاطفی افزوده‌اند. این دو مؤلفه عبارت است از عزت‌نفس و خودمختاری. آن‌ها ارزیابی واحد چند محوری را پیشنهاد می‌کنند، شامل مؤلفه‌های نگرش مثبت به خود شخص و زندگی گذشته‌اش (خویش‌پذیری)، رضایت از ارتباط با دیگران (ارتباط مثبت با

کم‌شنوایی از مهم‌ترین علت‌های ناتوانی در کودکان است. از دیدگاه خانواده، ناشنوایی پراسترس‌ترین معلولیت‌هاست [۱]. پس از اینکه در خانواده‌های کودکان کم‌شنوا تشخیص داده شد، عموماً والدین وارد مرحله‌ای شبیه سوگواری و غم می‌شوند و کم‌شنوایی فرزندان را به‌مثابه ازدست‌دادن کودکی کامل و زندگی‌ای هنجار برای او و کل خانواده در نظر می‌گیرد. البته، والدین با شنوایی هنجار که فرزند کم‌شنوا دارند استرس بسیار بیشتری نسبت به والدین کم‌شنوا دارند [۲]. هر چه اضطراب والدین کودکان کم‌شنوا کمتر باشد، مشکلات هیجانی و اجتماعی فرزندان هم کمتر است [۳].

* نویسنده مسئول: کاظم فرزین‌فر

نشانی: دانشگاه فرهنگیان سبزوار، سبزوار، ایران

تلفن: ۰۹۱۵۵۷۱۳۸۰۱

رایانه: kfarzinfar@yahoo.com

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۴، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۶، ص ۳۱۱-۳۱۸.

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

در گروه آزمایش اعمال، تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در بیماران گروه آزمایش بررسی و با گروه کنترل مقایسه شد.

جامعه آماری مورد بررسی در پژوهش حاضر، شامل ۸۰ نفر از مادران کودکان ناشنای زیر ۶ سال شهرستان سبزوار است که در مراکز توان‌بخشی این شهر ثبت‌نام کرده بودند. از این تعداد، ۳۰ نفر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انتخاب شدند. افراد نمونه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه با گمارش تصادفی انتخاب شدند. به هر دو گروه قبل از اعمال متغیر مستقل، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی داده شد. سپس، گروه آزمایش دوازده جلسه تحت طرحواره‌درمانی قرار گرفت. جلسات به مدت ۹۰ دقیقه و به صورت یک جلسه در هفته تشکیل شد. پس از پایان جلسات درمانی، پرسشنامه مذکور به هر دو گروه داده شد تا دوباره تکمیل کنند. سپس، نمرات پیش و پس‌آزمون هر دو گروه با هم مقایسه شد. محتوای دوازده جلسه طرحواره‌درمانی، به اختصار به شرح زیر است:

جلسه نخست، خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات و قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم، تعریف طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها.

جلسه سوم، معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردهای طرحواره، و شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره.

جلسه چهارم، معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شود، به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای، و ایجاد آمادگی در بین مادران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها.

جلسه پنجم، آموزش طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی، تصویرسازی هیجانی خلق‌وخوی هیجانی و دادن بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره، و ایجاد آمادگی برای تغییر.

جلسه ششم، آزمون اعتبار طرحواره‌ها توسط مادران، به چالش گرفتن طرحواره (قداست‌زدایی)، تکنیک پیوستارنگری، و نامه معرفی خود.

جلسه هفتم، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره، به چالش گرفتن شواهد تأییدکننده طرحواره توسط

دیگران)، حس خودمختاری و استقلال و آزادی از هنجارها (خودپیروی)، هدف‌داشتن در زندگی و اعتقاد به اینکه زندگی هر فردی معنادار است (هدف در زندگی)، توانایی اداره زندگی و محیط اطراف (تسلط محیطی) و آزاد بودن نسبت به تجربیات جدید به‌همراه رشد شخصی.

بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و روان‌رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد [۶]. بین ابعاد بهزیستی- روان‌شناختی و اضطراب، و افسردگی و خصومت رابطه معناداری وجود دارد [۷].

طرحواره یانگ و همکاران [۸] که طرحواره‌درمانی یا درمان طرحواره‌محور نیز خوانده می‌شود تلفیقی ابتکاری است از رفتار درمانی شناختی با گشتالت‌درمانی و روابط موضوعی رویکردی‌های روانکاو محسوب می‌شود. در واقع، گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد. نقطه مرکزی این نظریه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه قدیمی‌ترین مؤلفه‌های شناختی و باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان است و از تعامل خلق‌وخوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید. این طرحواره‌های غیرشرطی، آسیب‌پذیری و اشکال نوروتیکی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهد [۹].

طرحواره‌های ناسازگار اولیه با عواطف مثبت، اعتماد به نفس و سازگار مشارکتی زوجین رابطه منفی دارد [۱۰]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر منفی بر رضایت زناشویی دارد [۱۱]. بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ازهم‌پاشیدگی خانوادگی رابطه معنادار موجود دارد [۱۲]. طرحواره‌درمانی در بهبود ارتباط زناشویی بین زنان و همسران آن‌ها کارآمد است و برای افزایش رضایت زناشویی، این رویکرد را می‌توان هم‌گام با سایر روش‌های درمانی به کار برد [۱۳].

با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته، تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی صورت نگرفته است. پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره‌درمانی بر ابراز وجود و تمایز یافتگی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. متغیر مستقل طرحواره‌درمانی است که تنها

در مرحله بعد، داده‌های به‌دست آمده از این پرسشنامه با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. از سویی، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در هر دو گروه در فاصله سنی ۲۵-۳۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۰-۴۵ سال است. بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به مادران خانه‌دار و کمترین فراوانی مربوط به مادران شاغل است. بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به قشر با درآمد متوسط و کمترین فراوانی مربوط به قشر با درآمد بالاست. بیشترین فراوانی در هر دو گروه در مورد سطح تحصیلات در مقاطع ابتدایی و دیپلم و کمترین فراوانی در مقطع فوق‌دیپلم است.

در جدول ۲، از مقایسه نمرات به‌دست‌آمده در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش متغیرها، به این نتیجه دست می‌یابیم که نمرات گروه کنترل تغییر اندکی دارد که این موضوع در گروه آزمایش میزان و افزایش بالاتری داشت. این تغییر و افزایش مورد انتظار بوده است.

در جدول ۳، در بررسی نرمال بودن متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک‌طرفه استفاده شد. در تفسیر این آزمون باید گفت، با توجه به سطح معناداری که بیشتر از آلفای ۰/۰۵ است، می‌توان چنین استنباط کرد که توزیع متغیرهای تحقیق در جامعه نرمال است و فرض H_0 پذیرفته می‌شود و می‌توان از آزمون‌های پارامتریکی استفاده کرد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به بالابودن سطح معناداری از آلفای ۰/۰۵ واریانس‌ها همگن و فرض همگنی واریانس‌ها در مورد تمامی متغیرها محقق شده است و می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۵ و با توجه به F های محاسبه‌شده $۲۱/۸۰۲$ ، $۳۳/۵۰۳$ ، $۱۵/۵۳۳$ ، $۳۱/۰۲۴$ ، $۱۷/۰۳۸$ ، $۲۱/۰۷۷$ ، $۴۰/۰۶۴$ و $F_{df(۱,۲۷)} = ۴۰/۰۶۴$ و $sig = ۰/۰۰۰$ ، $۰/۰۰۱$ و $p < ۰/۰۵$ است و با توجه به معنادار شدن F های محاسبه‌شده نتیجه می‌گیریم که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۱$) و می‌توان گفت که فرایند درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی در گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است.

مادران، و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای مادران. **جلسه هشتم**، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره در میان مادران، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی به کمک مادران، و آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط مادران

جلسه نهم، ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان، انجام گفتگوهای خیالی، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، نوشتن نامه به والدین، و گفتگوی خیالی با والدین.

جلسه دهم، معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های مهم تغییر، آمادگی برای انجام الگوکنی رفتار، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، و اولویت‌بندی رفتارها برای الگوکنی.

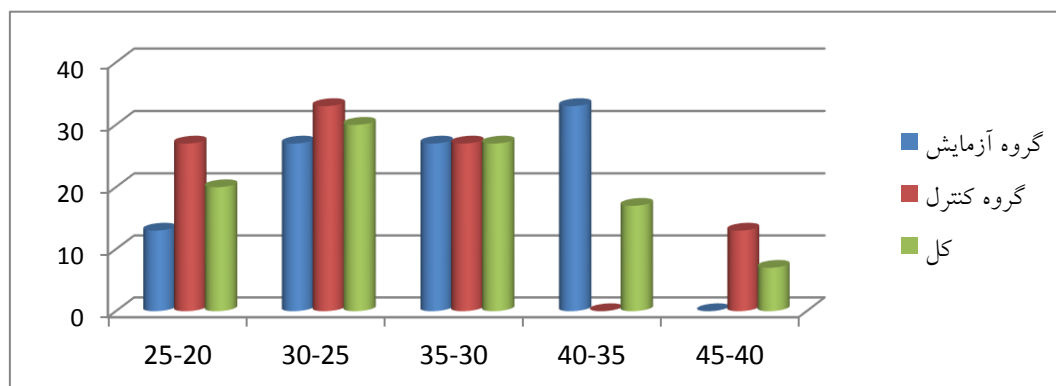
جلسه یازدهم، فهرست کردن مصادیق پاسخ‌های مقابله‌ای مراجع، تأیید ناهمخوانی خواسته‌های مراجع با رفتارهایش (رفتار متناقض)، آموزش متناسب با خواسته‌های مراجع، و شیوه صحیح رسیدن به خواسته‌ها.

جلسه دوازدهم، افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی، شناسایی مادرانی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه‌ریزی برای جلسه مشاوره انفرادی با آن‌ها، غلبه بر موانع تغییر رفتار، و اجرای پس‌آزمون.

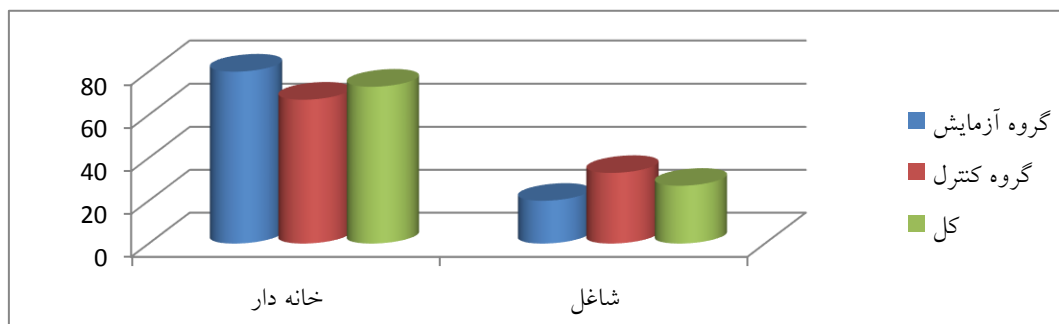
برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. این پرسشنامه را ریف (۱۹۹۵) برای سنجش شش جنبه از بهزیستی روان‌شناختی طراحی کرد. در این پرسشنامه برای هر جنبه سه سؤال در نظر گرفته شد. پاسخ به هر یک از هجده سؤال این پرسشنامه روی طیفی شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. همبستگی این پرسشنامه با فرم اصلی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است [۱۴]. در نمونه‌ای ۳۳۰ نفری از دانشجویان، روایی و اعتبار این پرسشنامه بررسی شد. در این پژوهش برای محاسبه اعتبار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب پایایی کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ و عامل پذیرش خود ۰/۶۷، تسلط محیطی ۰/۷۲، رابطه مثبت با دیگران ۰/۶۵، داشتن هدف در زندگی ۰/۷۵، رشد فردی ۰/۷۷ و عامل تسلط بر محیط ۰/۶۰ به‌دست آمد. همچنین، همبستگی این پرسشنامه با فرم ۸۴ سؤالی نیز بیانگر روایی مطلوب این پرسشنامه بود. این پرسشنامه برای ابعاد شش‌گانه بهزیستی روان‌شناختی به‌کار گرفته شد [۱۵].

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس متغیرهای دموگرافیکی

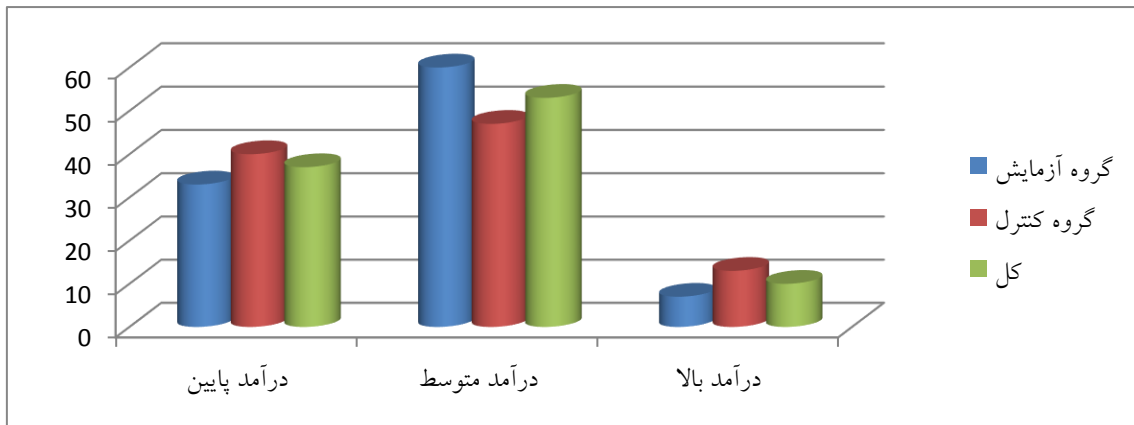
متغیرها	سطوح	گروه آزمایش N=۱۵		گروه کنترل N=۱۵		کل N=۳۰	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۱۲	۸۰	۶۷	۱۰	۲۲	۷۳
	شاغل	۳	۲۰	۳۳	۵	۸	۲۷
وضعیت اقتصادی	درآمد پایین	۵	۳۳	۴۰	۶	۱۱	۳۷
	درآمد متوسط	۹	۶۰	۴۷	۷	۱۶	۵۳
	درآمد بالا	۱	۷	۱۳	۲	۳	۱۰
وضعیت تحصیلی	ابتدایی	۷	۴۷	۱۳	۲	۹	۳۰
	سیکل	۲	۱۳	۱۳	۲	۴	۱۳
	دیپلم	۳	۲۰	۴۰	۶	۹	۳۰
	فوق دیپلم	۰	۰	۱۳	۲	۲	۷
	کارشناسی	۳	۲۰	۲۰	۳	۶	۲۰
وضعیت سنی	۲۵-۲۰	۲	۱۳	۲۷	۴	۶	۲۰
	۳۰-۲۵	۴	۲۷	۳۳	۵	۹	۳۰
	۳۵-۳۰	۴	۲۷	۲۷	۴	۸	۲۷
	۴۰-۳۵	۵	۳۳	۰	۰	۵	۱۷
	۴۵-۴۰	۰	۰	۱۳	۲	۲	۲



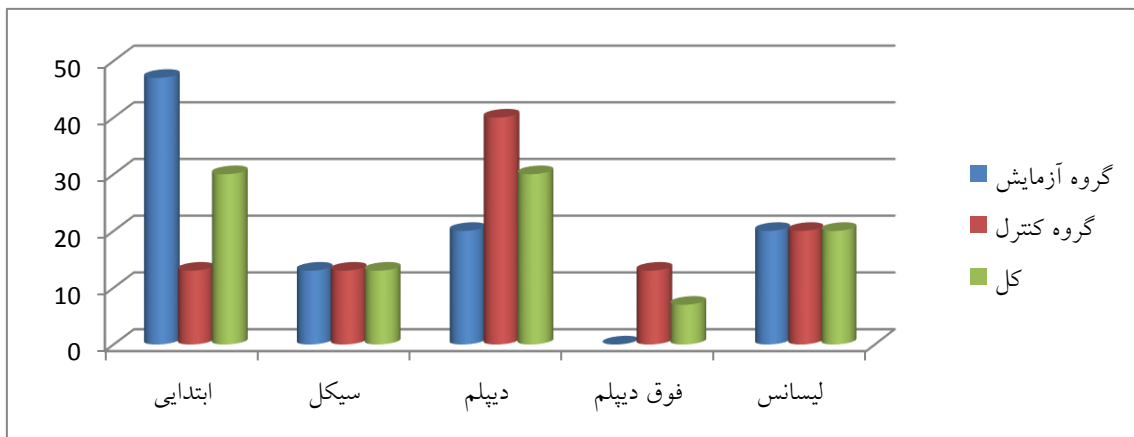
شکل ۱. نمودار میله‌ای درصد فراوانی متغیر سن در افراد نمونه مورد مطالعه



شکل ۲. نمودار میله‌ای درصد فراوانی متغیر وضعیت شغلی در افراد نمونه مورد مطالعه



شکل ۳. نمودار میله‌ای درصد فراوانی متغیر وضعیت اقتصادی در افراد نمونه مورد مطالعه



شکل ۴. نمودار میله‌ای درصد فراوانی متغیر سطح تحصیلات در افراد نمونه مورد مطالعه

جدول ۲. نمرات میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

شاخص	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	۳۳۱	۳۰	۳۳۵	۲۹
	پس آزمون	۳۸۳	۳۴	۳۲۵	۴۱
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۵۴	۷	۵۷	۷
	پس آزمون	۶۴	۷	۵۶	۷
زندگی هدفمند	پیش آزمون	۵۷	۸	۵۸	۶
	پس آزمون	۶۶	۹	۵۹	۶
پذیرش خود	پیش آزمون	۵۲	۸	۵۴	۷
	پس آزمون	۶۲	۷	۵۳	۷
روابط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۵۹	۶	۵۵	۶
	پس آزمون	۶۶	۶	۵۵	۵
خود مختاری	پیش آزمون	۵۰	۵	۵۳	۶
	پس آزمون	۵۹	۷	۵۱	۵
رشد فردی	پیش آزمون	۵۸	۶	۵۷	۵
	پس آزمون	۶۷	۶	۵۷	۶

بهزیستی روان شناختی

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (K-S) در بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

متغیر	کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری (Sig)
بهبودی روان‌شناختی	۰/۵۴	۰/۹۲
پذیرش خود	۰/۷۴	۰/۶۴
خودمختاری	۰/۴۴	۰/۹۸
روابط مثبت با دیگران	۰/۴۹	۰/۹۶
هدف‌مندی در زندگی	۰/۷۴	۰/۶۳
رشد فردی	۰/۶۸	۰/۷۳
تسلط بر محیط	۰/۶۶	۰/۷۷

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون همگنی رگرسیون در متغیرهای تحقیق

متغیر	Df1	Df2	سطح معناداری (Sig)
بهبودی روان‌شناختی	۱	۲۸	۰/۷۲
پذیرش خود	۱	۲۸	۰/۵۱
خودمختاری	۱	۲۸	۰/۱۷
روابط مثبت با دیگران	۱	۲۸	۰/۱۱
هدف‌مندی در زندگی	۱	۲۸	۰/۷۸
رشد فردی	۱	۲۸	۰/۸۰
تسلط بر محیط	۱	۲۸	۰/۲۶

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمرات پیش‌آزمون متغیر بهبودی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن

سطح معناداری (sig)	نسبت F	مجدور میانگین	درجه آزادی	جمع مجذورات	مدل تصحیح شده	
۰/۰۰۰	۳۲/۹۸۸	۲۳۱۲۶/۸۳۹	۲	۴۶۲۵۳/۶۷۹	مدل تصحیح شده	بهبودی روان‌شناختی
۰/۰۰۰	۳۰/۳۱۸	۲۱۲۵۵/۱۴۶	۱	۲۱۲۵۵/۱۴۶	پیش‌آزمون بهبودی روان‌شناختی	
۰/۰۰۰	۴۰/۰۶۴	۲۸۰۸۷/۶۹۲	۱	۲۸۰۸۷/۶۹۲	گروه	
		۷۰۱/۰۷۹	۲۷	۱۸۹۲۹/۱۲۱	خطا	
			۳۰	۳۸۲۰۴۱۶/۰۰۰	کل	
			۲۹	۶۵۱۸۲/۸۰۰	کل تصحیح شده	
۰/۰۰۰	۱۸/۶۱۷	۵۵۱/۶۹۴	۲	۱۱۰۳/۳۸۸	مدل تصحیح شده	پذیرش خود
۰/۰۰۰	۲۰/۷۶۵	۶۱۵/۳۵۵	۱	۶۱۵/۳۵۵	پیش‌آزمون پذیرش خود	
۰/۰۰۰	۲۱/۰۷۷	۶۲۴/۵۹۳	۱	۶۲۴/۵۹۳	گروه	
		۲۹/۶۳۴	۲۷	۸۰۰/۱۱۲	خطا	
			۳۰	۱۰۱۰۹۱/۰۰۰	کل	
			۲۹	۱۹۰۳/۵۰۰	کل تصحیح شده	
۰/۰۰۱	۹/۷۸۱	۳۰۱/۳۷۷	۲	۶۰۲/۷۵۳	مدل تصحیح شده	خودمختاری
۰/۰۱۵	۶/۷۰۹	۲۰۶/۷۲۰	۱	۲۰۶/۷۲۰	پیش‌آزمون خودمختاری	
۰/۰۰۰	۱۷/۰۳۸	۵۲۴/۹۸۳	۱	۵۲۴/۹۸۳	گروه	
		۳۰/۸۱۳	۲۷	۸۳۱/۹۴۷	خطا	
			۳۰	۹۲۵۱۵/۰۰۰	کل	
			۲۹	۱۴۳۴/۷۰۰	کل تصحیح شده	
۰/۰۰۰	۳۶/۵۲۳	۶۷۲/۱۵۰	۲	۱۳۴۴/۳۰۱	مدل تصحیح شده	روابط مثبت با دیگران
۰/۰۰۰	۲۰/۷۰۱	۳۸۰/۹۶۷	۱	۳۸۰/۹۶۷	پیش‌آزمون روابط مثبت با دیگران	
۰/۰۰۰	۳۱/۰۲۴	۵۷۰/۹۵۵	۱	۵۷۰/۹۵۵	گروه	
		۱۸/۴۰۴	۲۷	۴۹۶/۸۹۹	خطا	
			۳۰	۱۱۲۰۱۲/۰۰۰	کل	
			۲۹	۱۸۴۱/۲۰۰	کل تصحیح شده	

سطح معناداری (sig)	نسبت F	مجدور میانگین	درجه آزادی	جمع مجدورات	
۰/۰۰۰	۲۰/۳۱۴	۶۵۰/۳۸۱	۲	۱۳۰۰/۷۶۲	مدل تصحیح‌شده
۰/۰۰۰	۲۷/۰۹۸	۸۶۷/۵۶۲	۱	۸۶۷/۵۶۲	پیش‌آزمون هدف‌مندی در زندگی
۰/۰۰۱	۱۵/۵۳۳	۴۹۷/۲۹۳	۱	۴۹۷/۲۹۳	گروه
		۳۲/۰۱۶	۲۷	۸۶۴/۴۳۸	خطا
			۳۰	۱۱۹۷۲۸/۰۰۰	کل
			۲۹	۲۱۶۵/۲۰۰	کل تصحیح‌شده
۰/۰۰۰	۲۷/۳۰۷	۵۴۶/۱۴۷	۲	۱۰۹۲/۲۹۴	مدل تصحیح‌شده
۰/۰۰۰	۱۸/۵۹۹	۳۷۱/۹۹۴	۱	۳۷۱/۹۹۴	پیش‌آزمون رشد فردی
۰/۰۰۰	۳۳/۵۰۳	۶۷۰/۰۶۹	۱	۶۷۰/۰۶۹	گروه
		۲۰/۰۰۰	۲۷	۵۴۰/۰۰۶	خطا
			۳۰	۱۱۵۸۳۹/۰۰۰	کل
			۲۹	۱۶۳۲/۳۰۰	کل تصحیح‌شده
۰/۰۰۰	۱۵/۹۴۴	۴۵۳/۱۹۶	۲	۹۰۶/۳۹۳	مدل تصحیح‌شده
۰/۰۰۰	۱۶/۶۴۷	۴۷۳/۱۹۳	۱	۴۷۳/۱۹۳	پیش‌آزمون تسلط بر محیط
۰/۰۰۰	۲۱/۸۰۲	۶۱۹/۷۳۲	۱	۶۱۹/۷۳۲	گروه
		۲۸/۴۲۵	۲۷	۷۶۷/۴۷۴	خطا
			۳۰	۱۰۹۴۳۴/۰۰۰	کل
			۲۹	۱۶۷۳/۸۶۷	کل تصحیح‌شده

بحث

پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های اسماعیلی [۱۶]، سلگی [۱۷]، کارمن و ونگیروس [۱۸]، ریان و دسی [۱۹]، و سلیگمن و همکاران [۲۰] همسوست.

نبود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب و استرس مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و کاهش بهزیستی روانی مادران کودکان ناشنواست [۲۱]. مهم‌ترین مسئله و شاید از مشکل‌ترین مسائل مربوط به کودکی ناشنوا در خانواده، بعد تربیتی اوست. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است، وجود کودک ناشنوا موجب سنگینی این بار بر دوش مادر می‌شود، به‌ویژه که در فرهنگ ما مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند. بنابراین، این بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت کودک ناشنوا ممکن است به کاهش بهزیستی روانی وی منجر شود [۲۲].

مادران کودکان استثنایی، از جمله مادران کودکان ناشنوا، به‌دلیل فرزند ناشنوا خود با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند که نحوه واکنش اطرافیان و بستگان یکی از آنهاست. آشنایان درک کمتری از موضوع دارند و واکنش‌های آن‌ها عمدتاً

به‌صورت دلسوزی و ترحم است. از این‌رو، مادران معمولاً به‌نوعی انزوا و کناره‌گیری اجتماعی روی می‌آورند که سطح روابط صمیمانه و اجتماعی را کاهش می‌دهد، ضمن اینکه هر قدر ناشنوایی کودک آشکارتر و مشکلات رفتاری وی بیشتر باشد، این انزوا و کناره‌گیری افزایش خواهد یافت. خانواده‌های کودکان ناشنوا، به‌طور کلی، شبکه اجتماعی کوچک‌تری دارند [۲۳].

مادران کودکان ناشنوا به‌دلیل شرایط خاص فرزندشان، وقت کمتری برای برقراری روابط اجتماعی دارند. به‌همین سبب می‌توان علت پایین‌بودن سطح مؤلفه‌های بهزیستی روانی در مادران کودکان ناشنوا را در محدودیت شبکه اجتماعی آن‌ها، ارتباطات اجتماعی اندک و مشکلات فرزندشان جستجو کرد. علاوه بر این، می‌توان گفت وضعیت خاص کودکان ناشنوا موجب می‌شود مادران آن‌ها بسیار بیش از کودکان عادی برایشان وقت اختصاص دهند. به‌همین دلیل، فرصت کمتری برای پرداختن به علایق شخصی، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها دارند. بنابراین، وضعیت بهزیستی روانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر است [۲۲].

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج کلی این پژوهش از ارزش‌مندی و اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران

آید. انجام این پژوهش (طرح‌واره‌درمانی) در آینده برای پدران این کودکان لازم و ضروری است.

تشکر و قدردانی

با تقدیر و تشکر از مدیر محترم مرکز توان‌بخشی پژواک (ویژه خانواده و کودک کم‌شنوا و ناشنوای زیر ۶ سال) شهر سبزوار که از این پژوهش حمایت مالی کردند و همکاری صمیمانه‌ای در اجرای جلسات درمان گروهی (طرح‌واره‌درمانی) داشتند. این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی است. بدین وسیله از زحمات استاد راهنمای گرانقدر جناب آقای دکتر حسین ماهور سپاسگزاری می‌شود.

کودکان مبتلا به ناشنوایی حمایت می‌کند. باتوجه به اینکه جامعه تحقیق حاضر مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی بودند و در مصاحبه تشخیصی که به صورت انفرادی از آن‌ها به عمل آمد، حدود ۹۰ درصد مادران تلخ‌ترین رویداد منفی طرح‌واره برانگیزان را شنیدن خبر ناشنوایی فرزندشان ذکر کردند و نوع سبک مقابله‌ای اکثر مادران جبران افراطی و نوع ذهنیت طرح‌واره‌ای اکثر آن‌ها کودک آسیب‌پذیر بود.

مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی به علت اطلاع پیدا کردن غیرمنتظره از ناشنوایی کودکان دچار شوک می‌شوند و سلامت روان آن‌ها دچار اختلال می‌گردد و در معرض افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند. لذا، نیاز مبرم است که طرح‌واره‌درمانی به صورت فردی برای همه مادران جهت درمان افسردگی و اضطرابشان برنامه‌ریزی شود و پیگیری لازم به عمل

- marriage satisfaction womenkind [dissertation]. Allameh Tabatabai University, 2008. [in Persian]
- [14] Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *J Current Directions in Psychological Science*, 1995; 4: 99-104.
- [15] Sefidi F, Farzad V. The structure psychological well-being Ryff test on Qazvin University of Medical Sciences student. *J Scientific Qazvin University of Medical Sciences Student*, 2012; 1(62): 66-71.
- [16] Esmaili L. The effectiveness emotional regulation on psychological well-being of Epilepsy-impaired girls. *J Behavioral Science Research*, 2014; 2(2): 194-204. [in Persian]
- [17] Selgi M. The training stress management with cognitive-behavioral method on psychological well-being, differentiation of self and family turnover of mother of effect child. [dissertation]. Scienc and Industry University, 2013. [in Persian]
- [18] Karrman A, Vingerhoets Ad. attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *J Personality and Individual Differences*, 2012; 53(7): 821-823.
- [19] Rayan RM, Deci EL. Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *J of Happiness Studies*, 2008; 9: 139-170.
- [20] Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 2006; 61(5): 88-774.
- [21] Nearde A, Tambs K, Mathiesen K, Dalgard OS, Samuelsen S. Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child-care taking. *J of Affective Disorder*, 2000; 58(3): 181-199.
- [22] Narimani M, Agha mohammadian HR, Rajabi SA. Comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *J Fundamental Ment Health*, 2007; 9(33-34): 15-24. [in Persian]
- [23] Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. Family quality of life following early identification of deafness. *Lang Speech Hear Serv Sch.*, 2010; 41(2): 194-205.
- [1] Movallali G, Foroughan M, Salimi M, Malayeri AS. The effectiveness of a group counseling proplem on the mental health of parents of hearing. *J Audiol*, 2007; 17(4): 486-499. [in Persian]
- [2] Movallali G, Nemati Sh. Difficulties in parenting hearing impaired children. *J Audiol*, 2009; 18(1-2): 1-11. [in Persian]
- [3] Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 2006.
- [4] Diener E, Oishi S, Oishi S. Personality, culture, and subjective well-being emotional and cognitive evaluations of life. *J Ann Rev Psychol.*, 2003; 54: 403-425.
- [5] Ryff CD, Keyes CLM. The structure of Psychological well-being revisited. *Journal Pers Soc Psychol.*, 1995; 69: 719-727.
- [6] Paradise WA, Kernis HM. Self esteem and psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, 2002; 4: 345-361.
- [7] Roini CD, Ottolini F, Raffanelli C, Tossani E, Ryff CD, Fave AG. The relationship of psychological well-being distress and personality. *J Psychotherapy Psychosomatics*, 2003; 72: 268-375.
- [8] Young JE, Klosko JS, Weishar ME. Schoma therapy: Apractitioners guide. New York: The Guidford Press, 2003.
- [9] Young JE. Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach (Reviseded). Sarasota , FL: Professional Resource Press, 1999.
- [10] D'andrea JT. An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping style. Ph.D. dissertation. New York: New York University, 2004; 15-32.
- [11] Arieti S, Bemporad J. The psychological organization of depression. *J Am Psychiatry*, 1980; 13(7): 5-1360.
- [12] Beck AT, Emery G. Anxiety disorder and phobia: A cognitive perspective. New York: Basic Books, 1985; 46-127.
- [13] Khajeh Rasouli M. The effectiveness schema therapy on