

ارتباط امید به زندگی با طرحواره های ناسازگار اولیه در مادران کودکان آسیب دیده ذهنی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳

عبدالرضا یآوری^۱، فرانک سروری^۲، محمد رضایی^۳، فرزاد ویسی^{۴*}، بهرام طهماسبی^۵، حمید دالوند^۶

۱. کارشناسی ارشد گفتاردرمانی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد تنکابن، تنکابن، ایران
۳. کارشناسی ارشد گفتاردرمانی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشجوی دکتری گفتاردرمانی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۶. دکتری کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۲۰

چکیده

مقدمه: امید به عنوان یکی از منابع مقابله با مشکلات در انسان عمل می کند. طرحواره های اولیه باورهای هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند. در این پژوهش میزان امید به زندگی مادرانی که دارای فرزند آسیب دیده ذهنی با طرحواره های ناسازگار اولیه مقایسه گردید و ارتباط امید به زندگی با هر کدام از طرحواره ها مشخص مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰ نفر از مادران کودکان آسیب دیده ذهنی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه امید به زندگی و پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه بود. اطلاعات بدست آمده با روش تحلیل رگرسیون و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، که تنها بین طرحواره های طرد و رها شدگی ($P=0/002$)، محدودیت های مختل ($P=0/007$) و دیگر جهت مندی ($P=0/003$) با امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی از لحاظ آماری ارتباط معنا دار وجود دارد. بین سایر طرحواره ها و امید به زندگی ارتباط معنا داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: طرحواره دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل و طرد و رها شدگی در مادران دارای فرزند آسیب دیده ذهنی با امید به زندگی در آنها ارتباط معنادار دارد. در واقع هر اندازه این طرحواره ها در مادر بارزتر باشد، امید به زندگی بیشتری در آنان پیش بینی می گردد. بنابراین از این طرحواره ها می توان در افزایش امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، آسیب دیده ذهنی، طرحواره های ناسازگار اولیه

مقدمه

آرزوها و امیدهای آنها مبدل به یاس شده و مشکلات، شروع می شود [۱]. در واقع، تولد کودک آسیب دیده ذهنی یا عقب مانده ذهنی که طبق تعریف DSM-IV-TR فردی است که عملکرد کلی هوش وی به طور قابل توجهی از سطح متوسط پایین تر می باشد و با محدودیت قابل توجه در عملکرد تطابقی با شروع قبل از ۱۸ سالگی شناخته می

با وجود بسیاری از مشکلات که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می شوند، امید به سالم و طبیعی بودن کودک معمولاً موجب احساس اعتماد در آنها و در نتیجه پذیرش کودک می گردد. به محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند، تمام

* نویسنده مسئول: فرزاد ویسی، دانشجوی دکتری گفتاردرمانی، گروه گفتاردرمانی،

دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

ایمیل: Farzadweisi@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۵۷۹۱۰۳۲

در برگزیده داشتن هدف، قدرت برنامه ریزی و اراده برای دستیابی به هدف، توجه به موانع، رسیدن به هدف و توانایی رفع آنها است [۹].

یکی از پدیده های شناختی مورد توجه در زمینه زندگی امیدوارانه طرحواره ها بوده است [۱۰]. طرحواره ها از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تأثیر قرار می دهند [۱۱]. اما طرحواره های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی دردوران کودکی سرچشمه می گیرند [۱۲]. در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجاستند و اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان داده و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند [۱۳، ۱۴]. از آنجا که طرحواره ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می روند و تعیین کننده واکنش های عاطفی افراد نسبت به موقعیت های زندگی و روابط بین فردی می باشند، گفته شده که با رضایت از زندگی و امید به زندگی رابطه دارند [۱۵].

با توجه به به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و امید به زندگی در مادران کودکان آسیب دیده ذهنی انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش مادران کودکان عقب مانده ذهنی و فلج مغزی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی سطح شهر کرمانشاه از جمله مراکز وابسته به مؤسسه توانبخشی بهزیستی در سال ۱۳۹۳ بودند. تعداد ۵۰ نمونه به روش نمونه گیری در دسترس از بین مادرانی که مایل به مشارکت در پژوهش بودند به مطالعه وارد شدند. مادران کودکان آسیب دیده ذهنی فقط دارای یک فرزند بودند تا وجود فرزند دیگر که عمدتاً فرزند سالم بود، اثر مخدوش کننده ای روی نتایج نداشته باشد. تشخیص کودکان مبتلا به فلج مغزی دارای آسیب ذهنی، بر اساس نظر نورولوژیست کودکان و همچنین تشخیص کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی بر اساس تشخیص نورولوژیست و روان پزشک کودکان و بر اساس ملاک های تشخیص DSM-IV-TR بود. همچنین

شود، نمایانگر فروپاشی تصویری است که والدین در سر می پروراندند [۲]. مادر اولین فردی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند. رویارویی مادر با فرزند آسیب دیده ذهنی، نیاز کودک به مراقبت دایمی، اهمیت فراهم ساختن شرایط ویژه رشد، تجربه ی تنش والدین ناشی از وجود رفتارهای سنتی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می نمایند. وجود چنین مشکلاتی افزایش میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک آسیب دیده ذهنی را در مقایسه با مادران کودکان عادی در پی خواهد داشت [۳]. همچنین داشتن توقعات و انتظارات دور از توانایی کودکان و برآورده نشدن آنها موجب ناکامی والدین می شود. بنابراین تولد یک کودک آسیب دیده ذهنی در مادرانی که به مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک کودک سالم و با ویژگی های طبیعی را داشته اند، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک رادر مادر فراهم می کند که بالطبع غم، اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت. در مجموع چنین شرایطی می تواند سبب گوشه گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس گناه و بی ارزشی در مادر شود و پیامدهای منفی همچون اضطراب، پرخاشگری [۱] احساس بی ارزش بودن [۳] و افسردگی شدید [۴] را در مادران به دنبال داشته باشد و سلامت آنها را به خطر اندازد. یکی از مهمترین منابع زمینه ساز این گروه از مشکلات روانشناختی از دست دادن امید به زندگی است [۵]. به نظر می رسد که امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می باشد، که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه های نو کسب نماید و نیروهای تازه های را در فرد ایجاد کند [۶]. امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان عمل می کند. بر خلاف دیدگاه Gropman که ویژگی انفعالی برای آن در نظر می گیرد و به آن را به مانند دارونما در سازگاری با مشکلات و حتی بیماریهای صعب العلاج می داند [۷]، بلکه می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد [۸]. داشتن نگرش مثبت و امید به فرد جرات میدهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آنها را افزایش دهد. Shnider معتقد است که امید، ویژگی فعالی است که

طرحواره ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می گردد. در هر کدام از طرحواره ها که فرد نمره بیشتری کسب کند، آن طرحواره به عنوان طرحواره ارجح وی در نظر گرفته می شود. اولین پژوهش جامع در مورد این طرحواره ها را اسمیت، جونز و یانگوتلج (۱۹۹۵ به نقل از لطفی ۱۳۸۵) انجام دادند و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران نشان دادند پرسشنامه طرحواره یانگ با مقیاس های پریشانی روان شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است [۱۷]. این پرسشنامه را در ایران آهی ۱۳۸۵ ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مذکر ۰/۹۸ در گروه مؤنث ۰/۹۷ گزارش کرده است [۱۸].

یافته ها

در جدول ۱ نتایج رابطه بین امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی و طرحواره ناسازگار اولیه نشان داده شده است. همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود تنها بین طرحواره های طرد و رها شدگی ($P=0/002$)، محدودیت های مختل ($P=0/007$) و دیگر جهت مندی ($P=0/003$) با امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی از لحاظ آماری ارتباط معنا دار وجود دارد. بین سایر طرحواره ها و امید به زندگی ارتباط معنا داری وجود ندارد.

با توجه به جدول ۲ ابتدا طرحواره طرد و رها شدگی، سپس دیگر جهت مندی و در نهایت محدودیت مختل به مدل وارد می شود و ۳ مدل را ارائه داده:

مدل ۱: امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی و طرحواره طرد و رها شدگی

مدل ۲: امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی و طرحواره های طرد و رها شدگی و دیگر جهت مندی

مدل ۳: امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی

خویشاوندان مادر کودک دارای اختلال که فقط یک کودک داشتند و مایل به پر کردن پرسشنامه بودند، به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

در ابتدا پس از توجیه مادران نسبت به اهداف پژوهش، به مادرانی که مایل به مشارکت بوده و از نظر تحصیلات با سواد بودند، پرسشنامه امید به زندگی و پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه را داده شد و همچنین از آنان رضایت آگاهانه دریافت شد. اطلاعات جمع آوری با روش تحلیل رگرسیون و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

الف- پرسشنامه امید به زندگی: در این پژوهش از فرم ۳۳ سوالی پرسشنامه امید به زندگی استفاده گردید. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) طراحی شده است که حداکثر نمره در این پرسشنامه ۹۹ است که هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده امید به زندگی بیشتر است. در این سوالات به گزینه کاملاً یک نمره، تقریباً دو نمره، هرگز سه نمره تعلق می گیرد. حلاجیان ۱۳۸۹ اعتبار این شاخص را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه، آزمودنی های دختر و آزمودنی های پسر به ترتیب (۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۹) به دست آورد و ضریب پایایی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ می باشد [۱۶].

ب- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF): برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه از پرسشنامه ۷۵ سوالی یانگ (۲۰۰۵)، با مقیاس پاسخگویی ۶ درجه ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر، رفتاری/در دام افتادگی، اطاعت، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن داری و خود انضباط ناکافی استفاده شد. هر پنج سؤال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره است و برای به دست آوردن نمره

جدول ۱. بررسی همبستگی امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی با طرحواره های ناسازگار اولیه

گوش بزرگی بیش از حد	محدودیت های مختل	خودگردانی/ عملکرد مختل	انحراف معیار خطای برآورد	طرد و رها شدگی
۰/۰۲۲	۰/۴۱۶	۰/۳۷۴	۰/۱۱۶	-۰/۴
۰/۸۷۹	۰/۰۰۳	۰/۰۰۷	۰/۴۲۴	۰/۰۰۲

می باشد بنابراین مدل رگرسیونی ارائه شده معنادار است. آماره فیشر آزمون رگرسیون طرحواره طرد و رها شدگی و عملکرد مختل با امید به زندگی $10/72$ می باشد و دارای درجه آزادی ۲ و ۴۷ می باشد و چون سطح معناداری کمتر از $0/05$ می باشد بنابراین مدل رگرسیونی ارائه شده معنادار است.

آماره فیشر آزمون رگرسیون طرحواره طرد و رها شدگی و عملکرد مختل دیگر جهت مندی با امید به زندگی $9/13$ می باشد و دارای درجه آزادی ۳ و ۴۶ می باشد و چون سطح معناداری کمتر از $0/05$ می باشد بنابراین مدل رگرسیونی ارائه شده معنادار است.

از آن جا که ۳ مدل رگرسیونی معنادار بوده حال این ۳ مدل رگرسیونی را ارائه می دهیم:

همانطور که در **جدول ۴** نشان داده شده است، مدل رگرسیونی را که از طریق آنالیز واریانس معنادار بود، به

و طرحواره های طرد و رها شدگی، دیگر جهت مندی و محدودیت مختل توان یک مدل رگرسیونی توسط مجذور R اصلاح شده سنجیده می شود که با توجه به جدول ۲ برای سه مدل ارائه شده به ترتیب $0/16$ ، $0/28$ و $0/33$ می باشد که مدل سوم مناسب ترین می باشد. همچنین از جدول می بینیم که مقدار آماره دوربین واتسون نیز برابر با $1/84$ است که در دامنه $1/5$ تا $2/5$ قرار می گیرد و بنابراین وجود همبستگی بین خطاها رد می شود و می توان از مدل رگرسیون استفاده کرد.

جدول ۳ نتایج حاصل از ۳ مدل رگرسیون بین طرحواره های طرد و رها شدگی، محدودیت های مختل و دیگر جهت مندی با امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی را نشان می دهد. آماره فیشر آزمون رگرسیون طرحواره طرد و رها شدگی با امید به زندگی $10/37$ می باشد و دارای درجه آزادی ۱ و ۴۸ می باشد و چون سطح معناداری کمتر از $0/05$

جدول ۲. بررسی مدلی طرحواره ها با استفاده از آزمون واتسون

مدل	ضرب همبستگی	ضرب تعیین	ضرب تعیین اصلاح شده	انحراف معیار خطای برآورد	آماره دوربین واتسون
طرد و رها شدگی	۰/۴۲۲	۰/۱۷۸	۰/۱۶۱	۹/۴۳۵	۱/۸۴۶
دیگر جهت مندی	۰/۵۶۰	۰/۳۱۳	۰/۲۸۴	۸/۷۱۳	
محدودیت مختل	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	۰/۳۳۲	۸/۴۱۳	

جدول ۳. نتایج حاصل از بررسی رگرسیونی بین طرحواره ها و امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی

مدل	جمع مربع ها	درجه آزادی	میانگین مربع	آماره فیشر	سطح معناداری
طرحواره طرد و رها شدگی با امید به زندگی	۹۲۳/۰۷۶	۱	۹۲۳/۰۷۶	۱۰/۳۷۰	۰/۰۰۲
	۴۲۷۲/۵۴۴	۴۸	۸۹/۰۱۱		
	۵۱۹۵/۶۲۰	۴۹			
طرحواره های طرد و رها شدگی و محدودیت مختل با امید به زندگی	۱۶۲۷/۸۰۶	۲	۸۱۳/۹۰۳	۱۰/۷۲۲	۰/۰۰۰
	۳۵۶۷/۸۱۴	۴۷	۷۵/۹۱۱		
	۵۱۹۵/۶۲۰	۴۹			
طرحواره های طرد و رها شدگی، محدودیت مختل و دیگر جهت مندی با امید به زندگی	۱۹۳۹/۴۳۶	۳	۶۴۶/۴۷۹	۹/۱۳۳	۰/۰۰۰
	۳۲۵۶/۱۸۴	۴۶	۷۰/۷۸۷		
	۵۱۹۵/۶۲۰	۴۹			

محاسبه ضرایب مدلشان پرداخته و هر ۳ مدل کلی را ارائه می دهیم:

مدل اول شامل مقدار ثابت و متغیر مستقل طرد و رها شدگی است که مقدار ضرایب متغیر به ترتیب ۷۹ و $-۰/۵۳$ است و چون سطح معناداری برای این دو پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این دو پارامتر معنادار می باشند و مدل اول به صورت طرد و رها شدگی ($۰/۵۳$) امید به زندگی می باشد.

مدل دوم شامل مقدار ثابت و متغیرهای مستقل طرد و رها شدگی و دیگر جهت مندی است که مقدار ضرایب متغیر آنها به ترتیب ۶۸، $-۰/۴۷$ و $۰/۸۳$ است و چون سطح معناداری برای این سه پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این سه پارامتر معنادار می باشند و مدل دوم به صورت دیگر جهت مندی ($+۰/۸۳$) طرد و رها شدگی ($-۰/۴۷$) امید به زندگی می باشد.

مدل سوم شامل مقدار ثابت و متغیرهای مستقل طرد و رها شدگی و دیگر جهت مندی و محدودیت مختل است که مقدار ضرایب متغیر آنها به ترتیب ۶۶، $۰/۴۶$ ، $۰/۶۶۰$ و $۰/۴۰۱$ است و چون سطح معناداری برای این سه پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این ۴ پارامتر معنادار می باشند و مدل چهارم به صورت محدودیت مختل ($+۰/۴۰$) دیگر جهت مندی ($+۰/۶۶$) طرد و رها شدگی ($-۰/۴۶$)

امیدبه زندگی می باشد

مدل اول شامل مقدار ثابت و متغیر مستقل طرد و رها شدگی است که مقدار ضرایب متغیر به ترتیب ۷۹ و $-۰/۵۳$ است و چون سطح معناداری برای این دو پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این دو پارامتر معنادار می باشند و مدل اول به صورت طرد و رها شدگی ($۰/۵۳$) امید به زندگی می باشد.

مدل دوم شامل مقدار ثابت و متغیرهای مستقل طرد و رها شدگی و دیگر جهت مندی است که مقدار ضرایب متغیر آنها به ترتیب ۶۸، $-۰/۴۷$ و $۰/۸۳$ است و چون سطح معناداری برای این سه پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این سه پارامتر معنادار می باشند و مدل دوم به صورت دیگر جهت مندی ($+۰/۸۳$) طرد و رها شدگی ($-۰/۴۷$) امید به زندگی می باشد.

مدل سوم شامل مقدار ثابت و متغیرهای مستقل طرد و رها شدگی و دیگر جهت مندی و محدودیت مختل است که مقدار ضرایب متغیر آنها به ترتیب ۶۶، $۰/۴۶$ ، $۰/۶۶$ و $۰/۴۰$ است و چون سطح معناداری برای این سه پارامتر کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین این ۴ پارامتر معنادار می باشند و مدل چهارم به صورت محدودیت مختل ($+۰/۴۰$) دیگر جهت مندی ($+۰/۶۶$) طرد و رها شدگی ($-۰/۴۶$) امیدبه زندگی می باشد.

جدول ۴. بررسی مدل رگرسیونی طرحواره ها

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب غیر استاندارد		مدل
			انحراف معیار	برآورد ضریب	
۰/۰۰۰	۳۲/۱		۲/۴۷	۷۹	ضریب ثابت مدل
۰/۰۱	-۳/۲	-۰/۴۲۲	۰/۱۶	-۰/۵۳۰	طرد و رها شدگی
۰/۰۰۰	۱۵/۹		۴/۲	۶۸	ضریب ثابت مدل
۰/۰۰۹	-۳/۱	-۰/۳۷۷	۰/۱۵۳	-۰/۴۷۵	طرد و رها شدگی
۰/۰۴	۳/۰۴	+۰/۳۷۱	۰/۲۷۴	۰/۸۳۶	دیگر جهت مندی
۰/۰۰۰	۱۵/۶		۴/۲۵۰	۶۶	ضریب ثابت مدل
۰/۰۰۹	-۲/۱	-۰/۳۶۸	۰/۱۴۸	-۰/۴۶۳	طرد و رها شدگی
۰/۰۴	۲/۳	۰/۲۹۳	۰/۲۷۸	۰/۶۶۰	دیگر جهت مندی
۰/۰۱	۲/۰۹۸	۰/۲۵۷	۰/۱۹۱	۰/۴۰۱	محدودیت مختل

بحث

نتیجه این مطالعه نشان داد که تنها بین طرحواره های طرد و رها شدگی، محدودیت های مختل و دیگر جهت مندی با امید به زندگی مادران کودکان آسیب دیده ذهنی از لحاظ آماری ارتباط معنا دار وجود دارد، در سایر موارد نیز همانطور که در نشان داده شده است رابطه معنی داری دیده نشد.

امید را احساس وجد و نشاط در نظر می گیرند که هنگامی تجربه می شود که فرد آینده ای بهتری را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد [۱۵، ۱۹]. Bulby ۱۹۸۰ معتقد است اختلالاتی که در مرحله اول زندگی روی می دهد، بر پردازش اطلاعات در دوره های بعدی زندگی اثر می گذرد و در نتیجه فرد را به تهدیدهای ترک شدن و تهدیدهایی برای بقای بیولوژیکی، آسیب پذیر می سازد که خود زمینه ساز بسیاری از اختلالات محوری تر است [۲۰] همچنین بنا به نظر Yung ۱۹۹۰ برخی از طرحواره ها، بخصوص طرحواره هایی که در طی دوران اولیه زندگی بر اساس تجربه ی نا خوشایند و نامطلوب دوران کودکی شکل می گیرند، ممکن است هسته مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه ای خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن را تشکیل دهند. طرحواره های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی ریشه دارند [۲۱-۲۴].

نکته مهم اینکه طرحواره هایی که زودتر به وجود می آیند، معمولاً قوی تر هستند، از خانواده های هسته ای نشات می گیرند و در واقع پویایی های جهان ذهنی کودک هستند. Yung و همکاران ۲۰۰۳ معتقدند که طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند و به عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می کنند. به همین دلیل طرحواره های منفی در افرادی که تجارب کودکی مشکل آفرین دارند، به نشانه هایی مثل اضطراب و افسردگی منجر می شوند. در مقابل طرحواره های ناسازگار اولیه که موجب تحمیل دیدگاهی منفی نسبت به وقایع زندگی می شوند [۲۱، ۲۳].

دیدگاه خوشبینانه موجب فراخوانی هیجانات مثبت می شود و کیفیت مقابله با فشار روانی را در فرد بهبود می بخشد. Yung و همکاران ۲۰۰۳ در این زمینه اظهار داشته اند افرادی که طرحواره مثبتی دارند کمتر احتمال دارد دچار بیماری شوند زیرا این افراد هیجان های مثبت بیشتری را تجربه می کنند و زمانی که در مقابل مشکلات قرار می گیرند، توانایی بهتری برای مقابله با فشارها دارند [۲۱].

یافته های پژوهش نشان داد که طرحواره دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل در مادران دارای فرزند آسیب دیده ذهنی با امید به زندگی در آنها ارتباط معنا دار دارد. در واقع، هر اندازه این طرحواره ها در مادر بارزتر باشد، امید به زندگی در وی نیز افزایش می یابد. نتایج این مطالعه با پژوهش دیگری نظیر مطالعه Wei و همکاران همسو است، نتایج آنان نیز نشان داد مادرانی که از طرحواره دیگر جهت مندی برخوردارند امید بیشتری در زندگی دارند [۲۴]. البته طرحواره محدودیت و طرد و رها شدگی رابطه مثبت با امید به زندگی دارد. طرحواره های خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزننگی بیش از حد، رابطه معنا داری با امید به زندگی ندارند و می توان گفت این طرحواره ها تاثیر مثبت یا منفی در میزان امید به زندگی افراد ندارند.

از نتایج این پژوهش برای آگاه ساختن خانواده (به ویژه مادران)، مشاوران و دست اندرکاران در امر آموزش دانش آموزان آسیب ذهنی نسبت به اهمیت طرحواره ها به عنوان یکی از عوامل موثر در امید به زندگی استفاده کرد. همچنین با راهکارها و روش های روان درمانی مبتنی طرحواره درمانی علاوه بر (افزایش سطح امید به زندگی در مادران)، میتوان سلامت روانی آنها و در نتیجه خانواده آنها را نیز افزایش داد. افزایش سلامت روانی و محیطی خانواده مانع از تشدید کم توانی فرزندان این مادران می گردد، پژوهش های Doussard ۲۰۰۳، Yung ۲۰۰۳، Waller ۲۰۰۱ این نتایج را تایید می کنند [۸، ۲۴، ۲۵].

نتیجه گیری

شناخت طرحواره های موثر بر امید به زندگی این امکان را به پژوهشگران می دهد با تحقیقات کاربردی زمینه شناخت و آموزش والدین را فراهم آورند تا در تربیت و فراهم کردن محیط مناسب برای شکل گیری این نوع طرحواره ها در فرزندان خود دقت لازم را داشته باشند.

در مجموع با توجه به اهمیت امید به زندگی در سلامت روانی و کنار آمدن موثر مادران (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای تنش زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی، اهمیت ثبات شخصیت و نحوه ارتباط) با فرزندان آسیب دیده ذهنی خود احساس می گردد که انجام مطالعات و پژوهش های بیشتر به راه حل های عملی جهت افزایش امید به زندگی و مهارت های مقابله با مشکلات در این افراد دست یابیم.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی مراجعان و والدین شهرستان کرمانشاه که نیاز این پژوهش را پاسخ گفتند تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

References

- Ghadipasha M, Sardaripour M, Khoshravesh S. Comparison of the Preliminary Discordant Schema in Psychopath Men Offenders with Personality Disorder. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2014;19(2):283-289. (Persian)
- Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987;55(1):3-9.
- Narimani M, Maghsoud F, Assareh M, Khorramdel K, Pour Nik Dast S. Modeling the paths between spiritual intelligence an psychological well-being in adolescents with impaired vision “the mediating role of resiliency and social support”. *Indian Journal of Scientific Research*. 2014;7(1):169-178.
- Salehi Fadardi J, The effectiveness of a drug-attention control training program on reducing detoxified drug abusers’ attentional bia. XXX International Congress of Psychology; July 22; Cape Town 2012.
- Walker LS, Greene JW. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families?. *Journal of Pediatric Psychology*. 1989;14(2):231-243.
- Pourmohamadreza-Tajrishi M, Ashori M, Jalilabkenar SS. The Effectiveness of Emotional Intelligence Training on the Mental Health of Male Deaf Students. *Iranian Journal of Public Health*. 2013;42(10):1174-1180. (Persian)
- Ripley JS, Worthington EL. Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling & Development*. 2002;80(4):452-463.
- Doussard-Roosevelt JA, Joe CM, Bazhenov va OV, Porges SW. Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*. 2003;15(02):277-295.
- Myers JE, Harper MC. Evidence-Based Effective Practices With Older Adults. *Journal of Counseling & Development*. 2004;82(2):207-218.
- Snyder CR. *The psychology of hope: You can get there from here*: Simon and Schuster; 1994.
- Dozois DJ, Martin RA, Bieling PJ. Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research*. 2009;33(6):585-596.
- Yang J, McCrae RR, Costa Jr PT, Dai X, Yao S, Cai T, et al. Cross-cultural personality assessment in psychiatric populations: The NEO-PI-R in the People’s Republic of China. *Psychological Assessment*. 1999;11(3):359-368.
- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*. 2003;54(1):403-425.
- Maltby J, Day L. Forgiveness and defense style. *The Journal of genetic psychology*. 2004;165(1):99-112.
- Wright TA, Cropanzano R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2000;5(1):84-94.
- Hallajian Z. The efficacy of relation between life expectancy happiness and the quality of life in people with Thalassemia compared with healthy people in Ramsar. [MSc Thesis]. Ram-

- sar: Ramsar Payame Noor University; 2010. (Persian)
17. Lotfi R. Comparison of early maladaptive schemas between personality disorder (cluster b) and normal subjects. [MSc Thesis]. Theran: Al-Zahra University of medical Sciences; 2007. (Persian)
 18. Ahi Gh. Reliability and validity of the yung schema questionnaire short form. [MSc Thesis]. Theran: Allameh Tabatabaei University; 2007. (Persian)
 19. Bukatko D, Daehler M. Child development: A thematic approach. Massachusetts: Cengage Learning; 2011.
 20. Green NS. The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness. *Journal of Clinical Investigation*. 2004;113(11):1514.
 21. Baltes PB. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*. 1987;23(5):611-626.
 22. Fisher B, Costantino J, Redmond C, Poisson R, Bowman D, Couture J, et al. A randomized clinical trial evaluating tamoxifen in the treatment of patients with node-negative breast cancer who have estrogen-receptor-positive tumors. *New England Journal of Medicine*. 1989;320(8):479-484.
 23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
 24. Wei M, Heppner PP, Mallinckrodt B. Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*. 2003;50(4):438-447.
 25. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*. 2001;25(2):137-147.

The relation between life expectancy and early maladaptive schemas in the mothers of children with intellectual disability in Kermanshah City in 2014

Abdolreza Yavari¹, Faranak Sorouri², Mohammad Rezaei³, Farzad Weisi^{4*}
Bahram Tahmasebi⁵, Hamid Dalvand⁶

1. MSc in Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. MSc in General Psychology, Psychology Department, Azad University of Tonekabon, Tonekabon, Iran
3. MSc in Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Ph.D. Student of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. MSc in General Psychology, Faculty of Rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
6. Ph.D. in Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 11 Nov. 2014

Accepted: 30 Jan. 2015

Abstract

Introduction: Expectancy acts as a basis for dealing with problems in human. Early schemas are beliefs that people have about themselves and others and environment and generally stem from not satisfying basic essentials, particularly emotional needs, in childhood. The aim of this study was to determine relationship between life expectancy and early maladaptive schemas in the mothers of children with intellectual disability and also the relation between life expectancy and each determined schema was investigated.

Methods: This descriptive, analytical, cross-sectional study was performed on 50 mothers, who were selected through available sampling referring to rehabilitation centers of Kermanshah City in 2014, with intellectual disabled children in. The questionnaires of life expectancy and early maladaptive schemas were used for data gathering. The information obtained was analyzed by regression analysis through SPSS version 22.

Results: The results of regression analysis showed significant relationship between social isolation scheme ($P= 0.002$), impaired limits schema ($P= 0.007$) and other-directedness schema ($P= 0.003$) with life expectancy in mothers of children with intellectual disability. There was not significant relationship between other schemas and life expectancy.

Conclusion: There is a significant relationship between other-directedness schema and impaired limits and social isolation schemas in the mothers of children with intellectual disability and life expectancy. Indeed, the more sensible are these schemas, the more life expectancy is projected for the mothers. Thus, these schemas can be used to enhance the life expectancy of the mothers of children with intellectual disability.

Keywords: Life expectancy, Intellectual disabled, Early maladaptive schemas

*Corresponding Author: Farzad Weisi, Ph.D. Student of Speech
caliTher-apy, Rehabilitation Faculty, Iran University of Med
Sciences, Teh-ran, Iran

Email: Frarzadweisi@gmail.com

Tel: +989125791032

Please cite this article as: Yavari A, Sorouri F, Rezei M, Weisi F, Tahmasebi B, Dalvand H. [The relation between life expectancy and early maladaptive schemas in the mothers of children with intellectual disability in Kermanshah City in 2014]. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015;13(2):32-39