MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Dec. **Research Article**

A Comparative Study of Early Maladaptive Schemas in Visually Impaired and Seeing Woman with a Focus on Satisfaction with Life

Parviz Sharifi[1], *Roghayeh Rezai[2]

Author Address
1. Exceptional Children Psychology PhD, Professor of Allameh-Tabatabaei University, Tehran, Iran;
2. Psychology MA, Islamic Azad University of Shahrood. Iran.
***Corresponding Author Address:** Islamic Azad University of Shahrood. Iran.
***E-mail:** Rezai7845@gmail.com

Received: 2015 December 17**; Accepted:** 2016 January 24.

Abstract
Objective: The aim of this study was to determine the differences between early maladaptive schemas in visually impaired and seeing women. One of the indicators of mental health is life satisfactions that affect people's quality of life. People with disabilities have different may be influenced by the type and level of their disability.
Methods: The study was causal comparative. The sample, recruited through convenience sampling, consisted of 41 seeing women and 40 visually impaired women who volunteered to participate in the research. The research instruments were the Young Early Maladaptive Schemas Questionnaire (YEMSQ) (2005) and Diener Life Satisfaction (1985). Independent samples t-test and multivariate analysis of variance (MANOVA) were used to test the research hypotheses.
Results: The results showed that there is no significant difference the in early maladaptive schemas in visually impaired and seeing women with respect to life satisfaction except for the abandonment scheme ($P<0.05$).
Conclusion: It can be stated that the early maladaptive schemas have been less inefficient among visually impaired women.
Keywords: Early Maladaptive Schema, Life Satisfaction, Normal Women, Blind Women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با میزان رضایت از زندگی در زنان بینا و نابینا

پرویز شریفی درآمدی[۱]، *رقیه رضایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، استاد دانشگاه علامه‌طباطبایی تهران، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، ایران.

***رایانامه:** Rezai7845@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶آذرماه ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۴ بهمن‌ماه۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شاخص‌های بهداشت روانی میزان رضایت از زندگی بوده که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. ازآنجاکه افراد با ناتوانی، ویژگی‌ها و توانایی‌های متفاوتی با افراد عادی دارند، ممکن است رضایت از زندگی آن‌ها تحت‌تأثیر نوع و میزان ناتوانی‌شان قرار گیرد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با میزان رضایت از زندگی در زنان بینا و نابینا انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را ۴۱ نفر از زنان عادی و ۴۰ نفر از زنان نابینا و کم‌بینا تشکیل دادند که به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. ابزار به‌کاررفته در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ ۲۰۰۵ و پرسشنامهٔ رضایت از زندگی داینر و همکاران ۱۹۸۵ بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تی گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و میزان رضایت از زندگی در میان زنان بینا و نابینا تفاوت معناداری وجود ندارد و تنها در مؤلفهٔ طرحوارهٔ ناکارآمد رهاشدگی بین دو گروه تفاوت معناداری به دست آمد (p=۰/۰۴۴).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها، به‌نظر می‌رسد حضور و مسائل مربوط به نابینایی در زنان، تأثیر چشمگیری بر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و رضایت از زندگی آنان ندارد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، رضایت از زندگی، زنان بینا، زنان نابینا.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

۱ مقدمه

از گروه‌های بسیار بارز دارای ناتوانی، افراد بااختلال بینایی[1] هستند. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت نزدیک به ۳۸میلیون نفر در سراسر جهان نابینا بوده و حدود ۱۱۰ میلیون نفر در دنیا نقص شدید بینایی دارند که تعداد آن‌ها روبه افزایش است بیش از ۹۰درصد از کل افرادی که ازلحاظ بینایی دارای ناتوانی هستند در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند. شیوع نابینایی در کشورهای آسیایی درحال توسعه حدود ۰/۳ تا۴/۴درصد گزارش شده است (۱).

از مؤلفه‌هایی که در افراد نابینا اهمیت ویژه‌ای دارد، رضایت از زندگی[2] است. رضایت از زندگی مفهومی ذهنی و منحصربه‌فرد برای هر انسان بوده و به ارزیابی‌های شناختی فرد از زندگی‌اش اشاره دارد (۲). این مفهوم ارزیابی کلی از زندگی بوده و فرایندی مبتنی‌بر قضاوت فردی است؛ یعنی فرد بر اساس معیارهای شخصی خود، کیفیت زندگی‌اش را می‌سنجد. رضایت از زندگی لازمهٔ زندگی مفید و مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و شامل ارزیابی شناختی افراد از وضعیت زندگی خودشان می‌شود (۳). افراد دارای رضایت بیشتر از زندگی هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه‌کرده و از گذشته و آیندهٔ خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به‌یاد می‌آورند. همچنین از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری داشته و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند (۴). درحالی‌که افرادی که رضایت کمتری از زندگی دارند، خود، گذشته و آینده‌شان، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت‌های زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۵). در پژوهش‌های مختلفی این نتیجه حاصل شده است افرادی که به‌نوعی دارای نقص یا اختلال جسمانی هستند، مشکلات و محدودیت‌هایی دارند که میزان رضایت آن‌ها از زندگی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۶). ازجمله معلولیت‌ها، نقص در بینایی است که باعث می‌شود این افراد در زمینه‌های مختلف مانند تحصیل و مهارت‌های اجتماعی و... با موانع و مشکلاتی روبه‌رو شوند و مسائل روانی و اجتماعی خاصی برای آنان رقم خورد (۶). همچنین، مطالعات مختلف نشان داده است که نقص بینایی رضایت از زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار داده و فعالیت‌های اجتماعی و استقلال او را کاهش می‌دهد. ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی امروزه به‌عنوان هدف در برنامه‌های بازتوانی و توان‌بخشی به‌شمار می‌رود (۷). در پژوهش اشترانی و همکاران در سال ۱۳۹۱ دربارهٔ مقایسهٔ رضایت از زندگی در دانش‌آموزان استثنایی نابینا و ناشنوا و عادی مدارس شهر همدان، نتایج بیان کرد بین میزان رضایت از زندگی در سه گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا و عادی اختلاف معناداری وجود دارد. همچنین بین میزان رضایت از زندگی دو گروه ناشنوا و نابینا اختلاف معناداری مشاهده شده و پژوهش نشان داد دانش‌آموزان ناشنوا درمقایسه با دانش‌آموزان نابینا و عادی میزان بیشتری از رضایت از زندگی را دارا بودند (۸).

ازجمله مؤلفه‌ای که می‌تواند بر رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار باشد، طرحواره[3]هاست. یانگ[4] آن دسته از طرحواره‌ها را که منجربه شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌نامد. این طرحواره‌ها از مفاهیم پیچیده و اثرگذار در شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی بوده که از تعامل سرشت ذاتی کودک و تجارب آسیب‌های دوران کودکی شکل می‌گیرد. او معتقد است آن‌ها موضوع‌های ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی به‌وجود آمده و به زندگی بزرگسالی راه یافته و بر شیوهٔ تفکر و احساس و رفتار آن‌ها در روابط صمیمانهٔ بعدی و کیفیت میزان رضایت از زندگی‌شان اثر می‌گذارد و تا حد زیادی ناکارآمد هستند (۹). طرحواره‌های ناکارآمد اولیهٔ گوناگون آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی شخصیتی ایجاد می‌کنند (۱۰). فریمن در پژوهشی به این نتیجه رسید که داشتن طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کنندهٔ ناسازگاری بین‌فردی است (۱۱). حال باتوجه به محدودیت‌ها و مشکلاتی که معلولان ازجمله قشر نابینایان به‌عنوان بخشی از جامعهٔ افراد دارای ناتوانی دارند، این سازه می‌تواند نقش برجسته‌ای را در کیفیت و میزان رضایت از زندگی‌شان ایفا کند. درزمینهٔ رابطهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی ازجمله افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت، سوءمصرف مواد و اختلالات دوقطبی پژوهش‌های زیادی انجام گرفته است (۱۲)؛ امّا آنچه به‌خوبی مدنظر و تحقیق قرار نگرفته، مقایسهٔ طرحواره‌های ناکارآمد با میزان رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد عادی دارای ناتوانی است. باتوجه به اثر طرحواره‌ها در حیطه‌های مختلف زندگی مانند رضایت‌مندی افراد از زندگی و مقایسهٔ آن در افراد عادی و افراد دارای ناتوانی، پژوهش حاضر درصدد مقایسهٔ طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و میزان رضایت‌مندی از زندگی در زنان نابینا و عادی است.

۲ روش‌بررسی

در پژوهش حاضر روش تحقیق علّی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را افراد نابینا و کم‌بینا در گروه سنی ۱۸تا۴۰ سال و افراد عادی با همان گروه سنی تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. بدین‌شکل که پرسشنامه در بین اقوام، دوستان، آشنایان و افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و ادارهٔ بهزیستی و توان‌بخشی استان سمنان توزیع شده و ۴۰ نفر از زنان با آسیب بینایی و ۴۱ نفر از زنان عادی انتخاب شدند. ملاک‌های شرکت در پژوهش شامل دامنهٔ سنی بین ۱۸تا۴۰ سال، نداشتن اختلالات ذهنی، مبتلانبودن به اختلالات حاد روانی و اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی از آنان برای شرکت در پژوهش حاضر، بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت‌بود از: ۱. ابتلا به بیماری‌های

1. People with visual impairment
2. Life Satisfaction
3. schema
4. Yang

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

عفونی و واگیر؛ ۲. شروع درمان دارویی یا انجام جراحی؛ ۳. جابه‌جایی محل تحصیل یا محل زندگی؛ ۴. دریافت برنامهٔ مداخله‌ای هم‌زمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

الف. مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس را دینر در سال ۱۹۸۵ تهیه کرد و از پنج گزاره تشکیل شده است که مؤلفهٔ احساس ذهنی بهزیستی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۳). آزمودنی‌ها اظهار می‌کنند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی هستند یا چقدر به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. این مقیاس به‌صورت گروهی اجرایی بوده و هر گزینه در این مقیاس هفت قسمت دارد که در مقیاس لیکرت ۱تا۷ از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شود. درنهایت نمرهٔ فرد در مقیاس بین ۵تا۳۵ تعیین می‌شود. لازم به‌ذکر است که در این ابزار نمرهٔ زیادتر رضایت بیشتر را نشان می‌دهد و نمرهٔ ۳۱تا۳۵ به‌شدت راضی، ۲۶تا۳۰ راضی، ۲۱تا۲۵ اندکی راضی، ۲۰ خنثی، ۱۵تا۱۹ اندکی ناراضی، ۱۰تا۱۴ ناراضی و نمرهٔ ۵تا۹ به‌شدت ناراضی، درنظر گرفته شده است. مقیاس رضایت از زندگی با اعتبار ۰/۶۹ است. همچنین این مقیاس به زبان‌های آلمانی و اسپانیایی و ژاپنی توسط دینر، سان، لوکاس و اسمیت در سال ۱۹۹۹ در مطالعه‌ای بین‌فرهنگی ترجمه شد. روایی مقیاس مذکور که ازطریق مصاحبه و حتی تلفن نیز انجام‌پذیر بوده، درمقایسه با بسیاری از ابزارهای سنجش احساس ذهنی، سلامت، اضطراب و افسردگی و... تأیید شده است (۱۴). در پژوهش مگناس و همکاران، اعتبار مقیاس رضایت از زندگی ازطریق آلفای کرونباخ و بازآزمایی در فاصلهٔ زمانی چهار سال به‌ترتیب برابر با ۰/۵۴ و ۰/۸۷ گزارش شد (۱۵). در پژوهش تقرّبی و همکاران حتی ویژگی‌های روان‌شناختی آن در دانشجویان ایرانی ارزیابی شد؛ به‌گونه‌ای که پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان آن نیز تست شادکامی آکسفورد و بک در همین گروه تأیید شده است (۱۶).

ب. فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره[1] (SQ-SF): نسخهٔ اصلی طرحواره‌ها (SQ) را یانگ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساخت. فرض بر این است که طرحوارهٔ ناسازگار اولیه، پدیدآیی و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. تحلیل عاملی نسخهٔ ۲۰۵سؤالی پرسشنامهٔ طرحواره‌ها، طرحواره‌های پیشنهادی یانگ را تأیید کرد (۱۷). شکل کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره (SQ-SF) که ۷۵ گویه دارد برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحوارهٔ ناسازگار اولیه توسط یانگ براساس فرم اصلی ساخته شده است. این طرحواره‌ها عبارت‌است از: ۱. محروم‌بودن هیجانی، ۲. طرد-بی‌ثباتی، ۳. بی‌اعتمادی-بدرفتاری، ۴. انزوای اجتماعی-بیگانگی، ۵. نقص-شرم، ۶. شکست، ۷. وابستگی-بی‌کفایتی، ۸. آسیب‌پذیری درقبال ضرر یا بیماری، ۹. خود تحول‌نایافته/ گرفتار، ۱۰. اطاعت، ۱۱. ایثار/فداکاری، ۱۲. بازداری هیجانی، ۱۳. معیارهای سرسختانه/ بیش‌انتقادی، ۱۴. استحقاق/ بزرگ‌منشی، ۱۵. خودکنترلی ناکافی (۱۶). هر پرسش بر مقیاسی شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر پنج پرسش یک‌طرحواره را تحت سنجش قرار می‌دهد. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بیشتر از ۲/۵ باشد، آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (۱۸). هنجاریابی این پرسشنامه را در ایران، آهی در سال ۱۳۸۴ در میان دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران انجام داد. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای به‌دست‌آمده ۰/۹۱ بود. آلفای مربوط به طرحواره‌ها در این مطالعه به‌شرح زیر است: محروم‌بودن هیجانی ۰/۸۳، طرد-بی‌ثباتی ۰/۷۳، بی‌اعتمادی-بدرفتاری ۰/۷۹، انزوای اجتماعی-بیگانگی ۰/۸۲، نقص-شرم ۰/۸۵، شکست ۰/۹۰، وابستگی/بی‌کفایتی ۰/۸۰، آسیب‌پذیری درقبال ضرر یا بیماری ۰/۸۷، خود تحول‌نایافته/گرفتار ۰/۷۳، اطاعت ۰/۸۵، ایثار/فداکاری ۰/۸۷، بازداری هیجانی ۰/۷۷، معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی ۰/۷۱، استحقاق/بزرگ‌منشی ۰/۸۰ و خودکنترلی ناکافی ۰/۷۶ (۱۹).

پس از انتخاب نمونه‌ها، محقق توضیحات لازم را برای پرکردن پرسشنامه‌های رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه به آنان ارائه داد. سپس پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. همچنین برای افراد نابینا این پرسشنامه‌ها به‌صورت فایل صوتی در اختیار آنان قرار گرفت. بعد از یک‌هفته پرسشنامه‌ها از تمام آزمودنی‌ها جمع‌آوری شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ انجام گرفت. به این صورت که ابتدا اطلاعات توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد محاسبه و سپس برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از آزمون آماری تی‌مستقل و تحلیل چندمتغیره استفاده شد. ملاحظات اخلاقی عبارت‌بود از محرمانه‌بودن اطلاعات آزمودنی‌ها، کسب رضایت شخصی از آزمودنی‌هایی که به سؤالات پاسخ‌گو بودند، اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامهٔ آن انصراف دهند و همچنین استفاده‌نکردن از نام و اطلاعات آزمودنی‌ها در تحلیل داده‌ها و این که تجزیه‌وتحلیل به‌صورت گروهی انجام شود.

۳ یافته‌ها

طبق یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، حداقل و حداکثر نمرات رضایت از زندگی در زنان بینا به‌ترتیب برابر با ۹ و ۳۵ و این آماره‌ها در زنان نابینا برابر با ۶ و ۳۴ مشاهده شد. میانگین (انحراف استاندارد) رضایت از زندگی زنان بینا ۲۱/۶۵ (۶/۴۲) و زنان نابینا ۲۳/۱۷ (۶/۹۸) به‌دست آمد. همچنین، حداقل و حداکثر نمرات طرحواره‌های ناکارآمد در گروه زنان بینا برابر با ۱۷ و ۲۷۵، میانگین (انحراف استاندارد) آن برابر با ۱۱۵ (۶۸/۸۳) و در گروه زنان نابینا، حداقل طرحواره‌های ناکارآمد ۵، حداثر ۳۴۶، میانگین ۱۱۴ و انحراف استاندارد آن ۷۸/۸۴ محاسبه شد.

در بخش بعدی، داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها، به‌منظور آزمون

[1]. Schema Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

معناداری تفاوت بین متغیرهای رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در زنان بینا و زنان نابینا، با استفاده از آزمون آماری تی‌مستقل و تحلیل چندمتغیره تحت تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. نتیجهٔ آزمون تی‌مستقل برای مقایسهٔ میانگین متغیرهای طرحواره‌های ناکارآمد و رضایت از زندگی بین زنان بینا و نابینا

شاخص متغیر	زنان نابینا	زنان بینا	زنان نابینا	زنان بینا	T	مقدار p
	میانگین		انحراف استاندارد			
طرحوارهٔ ناکارآمد	۱۱۴/۵۰	۱۱۵/۰۳	۷۳/۸۳	۷۲/۵۹	۰/۱۱۳	۰/۱۱۹
رضایت از زندگی	۲۲/۴۱	۲۱/۹۷	۶/۷۰	۶/۳۴	-۱/۰۱	۰/۳۱۲

همان‌طورکه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و رضایت از زندگی در بین زنان بینا و نابینا تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

جدول ۲. نتیجهٔ آزمون تحلیل چندمتغیرهٔ مؤلفه‌های طرحواره‌های ناکارآمد

مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناکارآمد	گروه	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p
محروم‌بودن هیجانی	زنان نابینا	۲۱/۵۶	۶/۴۲	۳/۱۴	۰/۰۸۰
	زنان بینا	۲۳/۱۷	۶/۹۸		
طرد	زنان نابینا	۱۲/۷۸	۵/۴۳	۴/۱۹	۰/۰۴۴
	زنان بینا	۱۰/۵۲	۶/۰۱		
بی‌اعتمادی	زنان نابینا	۱۲/۱۷	۴/۸۴	۰/۸۰	۰/۷۷۶
	زنان بینا	۱۴/۶۲	۶/۰۷		
بیگانگی	زنان نابینا	۱۰/۴۸	۴/۶۲	۰/۱۷	۰/۶۷۶
	زنان بینا	۱۷/۱۰	۵/۲۰		
نقص	زنان نابینا	۱۱/۳۶	۴/۸۹	۰/۸۵	۰/۳۵۸
	زنان بینا	۱۱/۸۷	۵/۹۹		
شکست	زنان نابینا	۶/۷۵	۲/۹۳	۰/۹۶	۰/۳۲۹
	زنان بینا	۷/۵۷	۴/۸۲		
وابستگی	زنان نابینا	۹/۷۵	۴/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۰۰
	زنان بینا	۱۰/۹۷	۶/۰۹		
آسیب‌پذیری	زنان نابینا	۷/۵۳	۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	زنان بینا	۱۹/۳۷	۵/۶۲		
خود تحول‌نایافته	زنان نابینا	۱۰/۹۲	۵/۶۸	۲/۴۴	۰/۱۲۲
	زنان بینا	۱۰/۹۷	۶/۴۷		
اطاعت	زنان نابینا	۹/۹۲	۵/۰۲	۱/۰۸	۰/۳۰۰
	زنان بینا	۱۱/۷۷	۵/۶۰		
فداکاری	زنان نابینا	۱۱/۷۵	۵/۳۰	۰/۵۵	۰/۴۶۱
	زنان بینا	۷/۵۵	۵/۰۹		
خودکنترلی	زنان نابینا	۱۸/۱۲	۵/۴۲	۰/۰۱	۰/۹۱۲
	زنان بینا	۱۸/۱۲	۷/۴۹		
معیار سرسختانه	زنان نابینا	۱۵/۷۳	۱۲/۵۰	۲/۰۴	۰/۱۵۶
	زنان بینا	۱۵/۸۵	۴/۴۳		
استحقاق	زنان نابینا	۱۸/۵۸	۴/۳۴	۰/۶۹	۰/۴۰۶
	زنان بینا	۲۰/۱۷	۵/۵۸		
بازداری هیجانی	زنان نابینا	۱۷/۰۴	۸/۴۵	۰/۰۴	۰/۸۲۸

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

زنان بینا	۱۵/۷۰	۵/۸۰

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تنها مؤلفهٔ رهاشدگی از متغیر طرحواره‌های ناسازگار در میان زنان بینا و نابینا دارای تفاوت آماری معنادار است (p=۰/۰۴۴). در رابطه با دیگر مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اختلاف معناداری در زنان بینا و نابینا ملاحظه نشد.

۴ بحث

رضایت از زندگی از ضروریات زندگی مفید و مؤثر و رضایت‌بخش فردی بوده و شامل ارزیابی شناختی افراد از رضایت زندگی خودشان است. عوامل متعددی در افزایش رضایت افراد از زندگی دخالت دارد. این عوامل را می‌توان در دو دستهٔ عوامل زیستی نظیر (آمادگی ژنتیکی و سلامت جسمانی) و عوامل اجتماعی‌روانی نظیر (روابط اجتماعی مطلوب و نیازهای روانی) طبقه‌بندی کرد (۲۰).

از پدیده‌های شناختی مؤثر در رضایت از زندگی طرحواره‌ها بوده است. طرحواره‌هایی که از ابتدای زندگی افراد، شکل‌گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند؛ زیرا طرحواره‌ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به‌کاررفته و تعیین‌کنندهٔ واکنش‌های عاطفی افراد به موقعیت‌های زندگی و روابط بین‌فردی است که با میزان رضایت از زندگی رابطه دارند. ازآن‌جاکه طرحواره‌ها و حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی باهم تعامل داشته، می‌توان با شناخت و آگاهی از طرحواره‌ها و کار روی آن‌ها تاحدزیادی در بهبود رضایت از زندگی تأثیرگذار بود (۲۱).

همان‌طورکه قبلاً بیان شد هدف از پژوهش حاضر مقایسهٔ طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با میزان رضایت از زندگی در زنان با آسیب بینایی و زنان عادی بود. در پاسخ به فرضیهٔ اول پژوهش (بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیهٔ زنان نابینا با زنان بینا تفاوت معناداری وجود دارد) یافته‌ها نشان داد میان دو گروه از نظر طرحواره‌های ناکارآمد تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد نابینا و کم‌بینا با محدودیت‌های نقص بینایی مواجه بودند؛ امّا این نقص باعث نشده است که ازلحاظ شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی شکل می‌گیرد با افراد عادی دارای تفاوت باشند. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های یوسف‌نژاد و پیوسته‌نگر درسال ۱۳۹۰ هم‌سو نیست (۲۱). طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در تجارب ناگوار دورهٔ کودکی ریشه دارند. نکتهٔ مهم اینکه طرحواره‌هایی که زودتر به‌وجود می‌آیند، معمولاً قوی‌تربوده و از خانواده‌های هسته‌ای نشأت می‌گیرند و درواقع پویایی‌های جهان ذهنی کودک هستند. یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۳ بیان کردند طرحواره‌ها به‌دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دورهٔ کودکی به وجود آمده و به‌عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب دورهٔ کودکی عمل می‌کنند. به‌همین دلیل طرحواره‌های منفی در افرادی که تجارب کودکی مشکل‌آفرینی دارند به نشانه‌هایی مثل اضطراب یا افسردگی منجر می‌شود. دیدگاه خوش‌بینانه موجب فراخوانی هیجانات مثبت شده و کیفیت مقابله با فشار روانی را در فرد بهبود می‌بخشد (۱۰). یانگ و همکاران در این زمینه اظهار داشتند افراد دارای طرحوارهٔ مثبت، احتمال کمتری دارد که دچار بیماری شوند؛ زیرا این افراد هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده و زمانی‌که در مقابل مشکلات قرار می‌گیرند توانایی بهتری برای مقابله با مشکلات دارند (۱۰). در پاسخ به فرضیهٔ دوم پژوهش (بین میزان رضایت از زندگی زنان نابینا با زنان بینا تفاوت معناداری وجود دارد)، یافته‌ها مشخص کرد بین دو گروه ازنظر میزان رضایت از زندگی تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. در تبیین این امر می‌توان گفت نقص بینایی منجربه شکل‌گیری دیدگاه‌های بدبینانه دربارهٔ زندگی، نظیر اینکه دیگران با من همدلی نکرده و ما را درک نمی‌کنند یا نیازهای ما به‌موقع برآورده نمی‌شود، نزدیکان از ما حمایت عاطفی نمی‌کنند یا عقیده به اینکه دیگران ما را آزار می‌دهند که همگی موجب فراخوانی هیجانات منفی شده و به کاهش توان مقابلهٔ شخص با مشکلات زندگی منجر می‌شود که درنهایت سبب کاهش رضایت از زندگی شده، مرتبط نبوده است. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌اندوز و حمیدپور، شمسایی و همکاران و براون مطابقت ندارد (۲۲). در پاسخ به فرضیهٔ سوم پژوهش (بین مؤلفه‌های طرحواره‌های ناکارآمد اولیهٔ زنان بینا و نابینا تفاوت معناداری وجود دارد)، بین دو گروه در طرحواره‌های محروم‌بودن هیجانی/ بی‌اعتمادی/ بیگانگی/ نقص/ شکست/ وابستگی/ آسیب‌پذیری/ خود تحول‌نایافته/ اطاعت/ فداکاری/ خودکنترلی/ معیار سرسختانه/ استحقاق/ بازداری هیجانی تفاوت معناداری یافت نمی‌شود که تا اندازه‌ای با پژوهش یوسف‌نژاد و پیوسته‌نگر هم‌خوانی دارد؛ امّا بین طرحوارهٔ رهاشدگی در دو گروه زنان بینا و نابینا تفاوت معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد نابینا به‌علت محدودیت جسمی و نقص بینایی بیشتر از افراد بینا به نزدیکان خود برای انجام برخی کارهای روزمره وابسته شده و نگران از دست‌دادن آن‌ها می‌شوند و بیشتر ترس این را دارند که تنها بمانند.

افراد با ناتوانی علاوه‌بر مشکلات جسمی با مشکلاتی نظیر افسردگی، مشکلات عاطفی و اجتماعی، امنیت‌نداشتن و مشکلات رفتاری نیز روبه‌رو بوده و به‌طورکلی این افراد دارای مشکلات زندگی بیشتری هستند مانند میزان زیاد دستگیری، مشکلات ازدواجی، اجتماعی و شغلی. همهٔ این امور نقش رضایت از زندگی را که از ابعاد کیفیت زندگی است در آنان پر اهمیت‌تر می‌کند؛ به‌طوری‌که نارضایتی از زندگی با وضعیت سلامت ضعیف، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (۲۳). نارسایی بینایی می‌تواند بر خصوصیات رفتاری و روان‌شناختی فرد تأثیراتی داشته باشد. پژوهش‌ها روی افراد نابینا بیان کرده است که این افراد، مشکلات درخورتوجهی در رفتارهای سازگاری کلی، ارتباط‌ها، مهارت‌های زندگی روزمره و اجتماعی‌شدن نشان می‌دهند (۲۴).

در این پژوهش به‌اقتضای موضوع بررسی شده، محدودیت‌هایی ازجمله: فقدان پیشینهٔ پژوهشی دربارهٔ طرحواره‌ها و رضایت از زندگی در دو گروه بینا و نابینا در داخل و خارج از کشور و همچنین مشکلات تکمیل پرسشنامه‌ها برای افراد کم‌بینا به‌خصوص نابینای مطلق که تنها ازطریق خواندن پرسشنامه‌ها ارتباط با آنان ممکن بود و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

نمونه‌ای از یک‌جنس (زن بینا و نابینا)، وجود داشت.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، نشان داد که تفاوت معنادار و درخورتوجهی بین زنان بینا و زنان نابینا ازلحاظ طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و رضایت از زندگی وجود ندارد؛ بنابراین، می‌توان گفت که افزایش رضایت از زندگی زنان (نابینا و بینا) با طرحواره‌های کارآمد و ناکارآمد آنان مرتبط نیست.

۶ تشکروقدردانی

از مدیریت و کارکنان مراکز مشاوره و ادارهٔ بهزیستی و توان‌بخشی استان سمنان تقدیر و تشکر می‌شود که با حمایت‌های همه‌جانبهٔ خود در محیطی مطلوب ما را در اجرای ابزارهای گردآوری داده‌ها یاری کرده تا پژوهش حاضر به‌نحو احسن به‌اتمام برسد. درضمن این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود مریم رضایی است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

References

1. Dandona L, Dandona R, Srinivas M, Giridhar P, Vilas K, Prasad MN, et al. Blindness in the Indian State of Andhra Pradesh. Invest Ophthalmol Vis Sci.2001;42(5):908–16.[Link]
2. Shirmohammadi L, Mikaeli Manee F, Zaree H. Relationship between Hardiness, Life Satisfaction, and Hope with Academic Performance in University Students. Journal of Modern Psychological Researches. 2011; 5(20): 125-147.[Link]
3. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology. 2002;82(6):1007-1022. [Link]
4. Kajbaf M B, Sajadian P, Kaviani M, Anvari H. The relationship between Islamic lifestyle with happiness in life satisfaction of students in Isfahan. Psychology and Religion. 2011; 4(4): 61-74.
5. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2010;41(4):373–380.[Link]
6. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. Child abuse & neglect. 2009;33(1):59–68. [Link]
7. Mansouri F. Life skills training on mental health of people with visual impairment. [Master's thesis]. [Sari]: Islamic Azad University Sari; 2013, pp: 37-41. [Persian]
8. Klein BE, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Performance-based and self-assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures, and measured gait time: the Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology. 1998;105(1):160–164. [Link]
9. Shamsaei F, Ashtarani F, Ashtarani E. Comparison of life satisfaction in blind and deaf students with normal students of Hamadan schools in 2014. Pajouhan Scientific Journal. 2014;13(1):52–60.[Persian][Link]
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press;2003, pp: 123-127. [Link]
11. Lotfi R. Compare of Early maladaptive schemas in patients with personality disorder category B and normal Individuals. [Master's thesis]. [Tehran]:Alzahra University; 2007. pp: 31-35. [Persian]
12. Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction [PhD Thesis]. Rosemead School of Psychology, Biola University; 1998.
13. 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.[Link]
14. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological bulletin. 1999;125(2):276 -278.[Link]
15. Magnus K, Diener ED, Fujita F, Pavot W. Personality and events: A long urinal analysis. Journal of Personality and Social Psychology. 1992; 37, 251-265.
16. Tagharrobi Z, Sharifi Kh, Soluki Z, Tagharrobi, L. Psychometric short form questionnaire satisfactory quality and enjoyment of life. Payesh Journal. 2012; 11 (2): 235-244. [Persian]
17. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1994.
18. Oei TP, Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology. 2007;59(2):78–86.[Link]
19. Ahi G. Standardization Young Schema Questionnaire-Short. [Master's thesis]. [Tehran]: Allameh Tabatabaei University; 2005, pp: 38-45. [Persian]
20. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology. 2002;82(6):1007 -1022.[Link]
21. Shirvani MY, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2011;12(2):55–65. [Link]
22. Brown RL, Barrett AE. Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2011;66(3):364–373. [Link]
23. Maleki Tabar A, Khosh Konesh A, Khodabakhshi Koolaei A. Compared to healthy self-concept and social adjustment of blind and normal students, Journal of Zahedan Research in Medical Sciences. 2011; 13(1): 33-37. [Persian][Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]

24. Salleh NM, Zainal K. How and why the visually impaired students socially behave the way they do. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;9:859–863. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.15.3]