

اثربخشی برنامه آموزشی شناختی رفتاری بر رضامندی زوجیت و سلامت روان مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی

جهانگیر کرمی^۱

طیبه تازیکی^۲

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر رضامندی زوجیت و سلامت روان آن‌ها انجام گرفت. **روش:** جامعه پژوهشی شامل کلیه مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی استان شهرستان علی‌آباد بود، که ۲۴ نفر از آنان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل شرکت کردند. از بین نمونه فوق ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل گمارش تصادفی شدند. سپس برنامه مداخله آموزش شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه گروهی اجرا گردید. جهت ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس رضامندی زوجیت افروز در دو مرحله پیش و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌های حاصل از دو گروه کنترل و آزمایش با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های فوق حاکی از معناداری تمام خرده مقیاس‌های هر دو مقیاس سلامت روان و رضامندی زناشویی در سطح بود. **نتیجه‌گیری:** در مجموع می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که آموزش شناختی رفتاری می‌تواند منجر به افزایش رضامندی زوجیت و سلامت روان مادران گردد.

کلیدواژه‌ها: آموزش شناختی رفتاری، دانش‌آموزان با آسیب شنوایی، رضامندی زوجیت، سلامت روان.

مقدمه:

و تجلی، ۱۳۸۴). در واقع اگرچه گاهی ممکن است کمبودهایی در عملکرد افراد با آسیب شنوایی ظاهر گردد، اما این افراد قابلیت‌های ذهنی طبیعی دارند و تفاوت‌های مشاهده شده در آن‌ها بیشتر ناشی از مشکلات ارتباطی در این گروه است (نریمانی، حسن‌زاده و قاسم‌پور، ۱۳۹۰).

داشتن فرزند با آسیب شنوایی می‌تواند تنش و فشار روانی بر والدین وارد آورده و باعث افزایش سطح مشکلات رفتاری و خانوادگی گردد (وولفسون^۴، ۲۰۰۴). وجود اختلال یا شرایط مزمن در کودکان برای کانون خانواده بسیار نگران‌کننده و تنش‌آور است. ماهیت چالش‌برانگیز آسیب شنوایی، هزینه‌های زیاد ناشی از مراقبت از فرزند با آسیب شنوایی، به‌واسطه ویژگی‌هایی از قبیل مشکلات یادگیری، هزینه‌های درمانی حاصل از آسیب شنوایی مثل خرید سمعک، فقدان تجارب والدین، ضعف در تعامل با همسالان، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی ضعیف، طرد از سوی همسالان و

دانش‌آموز با آسیب شنوایی، دانش‌آموزی است که به خدمات آموزشی ویژه نیازمند است و ناشنوا به فردی اطلاق می‌شود که حتی با بهره‌گیری از وسایل کمک شنوایی نتواند از باقی‌مانده شنوایی خود در پردازش و فرایندسازی اطلاعاتی که از طریق شنیدن به دست می‌آورد، استفاده کند. آسیب شنوایی یک واقعیت روان‌شناختی است که در زندگی یک فرد نفوذ کرده و او را دچار محرومیت حسی و ناتوانی در کسب تجارب دنیای واقعی می‌کند (هالاها، کافمن و پالن^۳، ۲۰۱۱). در خصوص کارکرد شناختی کودکان با آسیب شنوایی نگاه متفاوتی از طرف پژوهشگران شده است. برخی ادعان می‌کنند که این گروه در زمینه ادراک، یادگیری و حافظه نسبت به کودکان شنوا عملکرد محدودی دارند و برخی دیگر این نظر را نقض می‌کنند و می‌گویند که هیچ تفاوت معناداری بین کودکان با و بدون آسیب شنوایی وجود ندارد (کشاورزی ارشدی

^۱ استادیار روان‌شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۱۲

^۳ Hallahan, Kauffman, & Pullen

^۴ Woolfson

روان‌شناختی است. در حقیقت مداخلات شناختی - رفتاری از دو استفاده می‌کند؛ بنابراین مداخلات آموزشی و درمانی در رویکرد فوق بر اساس درجات متفاوت شناخت و عناصر رفتاری برنامه‌ریزی می‌شود (مک‌گوایر^{۱۱}، ۲۰۰۶).

به باور چارلوت^{۱۲} (۲۰۰۴) کل برنامه‌های مداخله‌های شناختی - رفتاری بر یادگیری مهارت‌های جدید و روش‌های جدید تفکر، تأکید می‌شود. در نتیجه مداخله‌های شناختی - رفتاری می‌تواند به تغییراتی در رفتارها و فعالیت‌ها منجر شود. هم‌چنین جانسون^{۱۳} (۲۰۰۲) می‌گوید مداخله‌های شناختی - رفتاری شامل آموزش تکنیک‌ها و استراتژی‌ها برای مقابله با افکار منفی و کاذب به فرد است. از طرفی فنون آموزشی شناختی - رفتاری به شکل مهارت‌هایی هستند که با تمرین یاد گرفته می‌شوند و به محیط زندگی فرد انتقال می‌یابند (کلارک^{۱۴}، ۲۰۰۴) و هدف نهایی آموزش، در آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، اصلاح شناخت و تغییر رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای جدید و سازگارانه است (استفنز، ۲۰۰۸؛ هوکسترا، برکل‌مانز، بیجاارد و کرتگن^{۱۵}، ۲۰۰۹).

پژوهشگران متعددی از جمله ترنر و ساندرز^{۱۶} (۲۰۰۶)، دوزوایس و دابسون^{۱۷} (۲۰۰۴)، دوایس و لیساکر^{۱۸} (۲۰۰۵)، کاونانگ و همکاران^{۱۹} (۲۰۰۹)، کوکرویز و جویتر^{۲۰} (۲۰۰۷)، گارنفسکی و کریج^{۲۱} (۲۰۰۳)، و نزو، دیزاریلا، و نزو^{۲۲} (۲۰۰۵) در مطالعات علمی و پژوهشی متنوع از مداخله‌های شناختی - رفتاری بهره گرفته‌اند. بعلاوه رویکرد شناختی - رفتاری نه تنها در درمان بلکه در پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روان‌پزشکی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (برت و ترنر^{۲۳}، ۲۰۰۱؛ تن‌بام، امید و مایو^{۲۴}، ۲۰۰۷؛ دوزوایس، دابسون و وسترا^{۲۵}، ۲۰۰۴؛ دولموس و رپ-پگلیسی، ۲۰۰۵؛ دیمیجان و همکاران^{۲۶}، ۲۰۰۶؛ ساکسنا و

مشکلات سازگاری با محیط بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند، گاه سبب انزوای اجتماعی خانواده شده و نیز ممکن است کارکرد خانواده را در معرض مشکلات سلامت روان، و کاهش رضامندی زوجیت قرار دهد (افروز، ۱۳۸۴؛ به‌پژوه، ۱۳۹۱؛ هالاها و همکاران، ۲۰۱۱؛ کرنیک، لو، ۲۰۰۲؛ هیمن، برگر^۲، ۲۰۰۸)؛ بنابراین انجام مطالعات پژوهشی در زمینه بهبود متغیرهای روان - شناختی همچون سلامت‌روان و رضامندی زوجیت در والدین این دانش‌آموزان حائز اهمیت است.

رضامندی زوجیت، رضامندی متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی - جنسی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش و امنیت روانی در زندگی مشترک می‌باشد (افروز، ۱۳۹۱). رضامندی زوجیت یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آن چیزی است که در زندگی‌اش تجربه می‌کند (آستروم، اسپلاند و آستروم^۳، ۲۰۱۳؛ الماسی، آکوشیان و مرئسی^۴، ۲۰۱۳؛ مک‌کی، فایننگ و پالگ^۵، ۲۰۰۶). سلامت و بیماری دو مفهوم کاملاً جدا از هم نیستند، بلکه به هم مربوطند (دولموس و رپ‌پگلیسی^۶، ۲۰۰۵). سلامت روانی، حالتی از بهزیستی است که افراد به استفاده از آن با آگاهی از توانایی خود بر استرس‌ها یا تنش‌های طبیعی موجود در زندگی‌شان فائق آمده و قادر به همکاری با اقشار جامعه می‌باشند و می‌توانند به‌طور مؤثر و کارآمد کار کنند (سازمان بهداشت جهانی^۷، ۲۰۰۶). جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی زندگی شخص تأثیر متقابل بر سلامت روان فرد دارد (استفنز^۸، ۲۰۰۸). از آنجا که سلامت روان و رضامندی زوجیت از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر پویایی کارکرد خانواده است، پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است (پرویلکس، هلمز و بوهلر^۹، ۲۰۰۷). از جمله روش‌هایی که در بهبود دو متغیر سلامت روان و رضامندی زوجیت مفید و مؤثر بوده است، رویکردهای شناختی رفتاری است.

سلیگمن، اسکالمن و تریون^{۱۰} (۲۰۰۷) اظهار می‌دارند درمان شناختی رفتاری محبوب‌ترین و معتبرترین رویکرد در درمان‌های

^{۱۴} Clark

^{۱۵} Hoekstra, Brekelmans, Beijaard, & Korthagen

^{۱۶} Turner, & Sanders

^{۱۷} Dozois, & Dobson

^{۱۸} Davis, & Lysaker

^{۱۹} Kavanagh, et al.

^{۲۰} Cukrowicz, & Joiner

^{۲۱} Garnefski, & Kraaij

^{۲۲} Nezu, D'Zurilla, & Nezu

^{۲۳} Barrett, & Turner

^{۲۴} Tannenbaum, Ahmed, & Mayo

^{۲۵} Dozois, Dobson, & Westra

^{۲۶} Dimidjian, et al.

^۱ Crnic, & Low

^۲ Heiman, & Berger

^۳ Astrom, Asplund, & Astrom

^۴ Almasi, Akuchekian, & Maracy

^۵ McKay, Fanning, & Paleg

^۶ Dulmus, & Rapp-Paglicci

^۷ World Health Organization

^۸ Stephens

^۹ Proulx, Helms, & Buehler

^{۱۰} Seligman, Schulman, & Tryon

^{۱۱} McGuire

^{۱۲} Charlotte

^{۱۳} Johnson

فوق باعث افزایش رضامندی زوجیت در زوجین می‌شود. مرادی، شفیع‌آبادی و سودانی (۱۳۸۷) و جان‌بزرگی و ابراهیمی (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که آموزش ارتباط مؤثر سبب افزایش رضامندی زوجیت می‌شود.

باتوجه به مشکلات عدیده ناشی از حضور یک فرزند با آسیب شنوایی در خانواده و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف روان‌شناختی فرد، خانواده و به‌ویژه مادر و از طرفی خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر مداخله‌های شناختی - رفتاری بر والدین دانش‌آموزان با آسیب شنوایی و سایر عواملی که پیشتر یاد شده، سؤالاتی چون آیا آموزش شناختی رفتاری مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر سلامت روان آن‌ها مؤثر است؟ و آیا آموزش شناختی رفتاری مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر رضامندی زوجیت آن‌ها مؤثر است، ذهن پژوهشگران را به خود مشغول داشت؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزشی شناختی رفتاری بر رضامندی زوجیت و سلامت روان مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی انجام گرفت.

روش پژوهش:

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه پژوهشی حاضر شامل کلیه مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی شهرستان علی‌آباد (استان گلستان) بود. از جامعه فوق و افراد داوطلب شرکت در پژوهش، ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. در یک طرح شبه-آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل، از بین نمونه فوق، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند. سپس برنامه مداخله آموزش شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه گروهی اجرا گردید. ملاک‌های ورود به برنامه شامل دارا بودن فرزند با آسیب شنوایی، عدم دارا بودن فرزند چند معلولیتی و عدم معلولیت والد بود و متغیرهایی چون سن، جنس و سطح تحصیلات کنترل شدند.

ابزار پژوهش:

۱- پرسش‌نامه سلامت عمومی^{۱۲} (GHQ): پرسش‌نامه سلامت عمومی یک "پرسش‌نامه غربالگری" مبتنی بر خود گزارشی است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ طراحی شده است. سوال‌های پرسشنامه که به بررسی وضع روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل

گریسون^۱، ۲۰۰۴؛ فم و رز^۲، ۲۰۰۸؛ شورت، برت و فاکس^۳، ۲۰۰۱؛ کمفیلد و اسکوینگتون^۴، ۲۰۰۸؛ گاربر^۵، ۲۰۰۶؛ و لینچ و همکاران^۶، ۲۰۰۹.

نتایج برنامه آموزشی حل مسأله به نوجوان دارای رفتارهای ضداجتماعی، نشان داد که رفتارهای اجتماعی گروه آزمایش به‌طور معناداری در خانه و مدرسه بهبود یافت (کازدین، ماریانو و وایتلی^۷، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای دیگر، آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس منجر به افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت، سلامت عمومی و کنترل هیجان‌های منفی نظامیان مورد مطالعه شده و شدت مشکلات جسمی آن‌ها کاهش یافت (شوگ و دوریز^۸، ۲۰۰۵). بعلاوه استفاده از کارگاه‌های آموزشی شناختی - رفتاری برای دانشجویان سطح به‌زیستی و سلامت روان گروه آزمایشی را بهبود داد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷). کوکرویز و جویئر^۹ (۲۰۰۷)، در پژوهشی اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری را بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان داد. نتایج به‌دست‌آمده، از آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، به کارکنان ستادی وزارت بهداشت، حاکی از تفاوت معنادار گروه شرکت‌کننده در کارگاه‌ها با افراد گروه کنترل در مؤلفه‌های سلامت عمومی، نشانگان استرس و رفتارهای سلامتی بود (فتی و موتابی، ۱۳۸۵). بعلاوه محرابی (۱۳۸۶) اذعان می‌دارند آموزش گروهی شناختی - رفتاری مدیریت استرس می‌تواند بر تغییر شاخصه‌های سلامت روان مؤثر باشد.

هم‌چنین یافته‌های مطالعه اسپیکرز، جانسن، میر و ریجنولد^{۱۰} (۲۰۱۰) ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین را نشان داد. مطالعه راجرز، هپبورن، استاکچوس و وهنر^{۱۱} (۲۰۰۳) نیز بهبود قابل‌ملاحظه‌ای در رابطه تعارضات والدینی، رضامندی زوجیت، افسردگی، اضطراب و استرس به‌وجود آمده بود. منجزی، شفیع‌آبادی و سودانی (۱۳۹۱) نیز بهبود رضامندی زوجیت زوج‌ها را نشان داد. علاوه بر این غیائی، معین و گوهرگانی (۱۳۸۹)، در پژوهشی با عنوان بررسی آموزش خانواده بر رضایت‌مندی زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی نشان دادند که آموزش‌های شناختی - رفتاری موجب افزایش رضامندی زوجیت زوجین می‌گردد. حسین پور، شهروی، و عبادی (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی به آموزش خانواده به شیوه شناختی - رفتاری پرداختند و دریافتند که آموزش

^۱ Kazdin, Marciano, & Whitley

^۲ Schok, & DeVries

^۳ Cukrowicz, & Joiner

^۴ Spijkers, Jansen, Meer, & Reijneveld

^۵ Rogers, Hepburn, Stackhouse, & Wehner

^۶ General Health Questionnaire (GHQ)

^۱ Saxena, & Garrison

^۲ Fehm, & Mrose

^۳ Shortt, Barrett, & Fox

^۴ Camfield, & Skevington

^۵ Garber

^۶ Lynch, et al.

کرانباخ محاسبه شده است که آلفای کرانباخ معادل ۰/۹۵ نشان دهنده اعتبار کل مقیاس بوده است. روایی همزمان نمرات زوجین در این مقیاس با نمرات آن‌ها در پرسشنامه «رضامندی زناشویی انریچ» معنادار بوده است. مقیاس ساخته شده بر اساس رویکرد ازدواج سالم، رویکرد شناختی-اجتماعی و تجارب بالینی در زمینه مناسب موقعیت‌های پژوهشی و بالینی است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰). در این پژوهش منظور از رضامندی زوجیت نمره‌ای است که از مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۸۹) (فرم کوتاه) حاصل شده است.

روش اجرا:

پس از انتخاب نمونه و تکمیل پرسشنامه‌ها متغیر مستقل یعنی برنامه ۸ جلسه‌ای (یک روز در هفته و هر جلسه به مدت ۳ ساعت) آموزش شناختی رفتاری گروهی بر مادران گروه آزمایشی اعمال شد. در ابتدای هر جلسه جزوه، برگه تکلیف^۳ و کاربرگ‌های تمرینی^۴ مرتبط با موضوع در اختیار شرکت کنندگان قرار داده می‌شد و شرکت کنندگان در گروه‌های کوچک تمرین‌های ارائه شده در جزوه‌های آموزشی و کاربرگ‌های آماده شده را انجام می‌دادند. محتوای آموزش داده شده برگرفته از پیشینه پژوهشی و منابع اطلاعات علمی طراحی و اجرا گردید. محتوای جلسه برگرفته از منابع علمی مرتبط (اینگرام^۵، ۲۰۰۷؛ بایر و گارلند^۶، ۲۰۰۵؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷؛ فتی و موتابی، ۱۳۸۵؛ فم و مروز، ۲۰۰۸؛ کاونانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ لی، اکسیونگ، زانگ، یو، چن^۷، ۲۰۱۴؛ لینچ و همکاران، ۲۰۰۹؛ هدمن و همکاران^۸، ۲۰۱۳) در جدول ۱ آمده است.

نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد (ناگیوا، کرل، سیلسایوا، استورات^۱، ۲۰۰۰). این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال چهارگزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس است که هر کدام از مقیاس‌ها هفت سوال دارد. مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی عبارتند از علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره‌گذاری استفاده از مدل لیکرت (با نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳) برای گزینه‌های مواد پرسشنامه است. در ایران نیز اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۹ برآورد شده است (بشارت، ۱۳۸۵). تحقیقات سایر محققان همگی نشان می‌دهد که پرسشنامه سلامت عمومی از پایایی و روایی لازم برخوردار بوده و قابلیت استفاده در پژوهش‌های مربوطه را دارا است (ویلموت، بوردمانی، هانشاو، جونز^۲، ۲۰۰۴). در این پژوهش منظور از سلامت روان نمره‌ای است که از پرسشنامه سلامت عمومی حاصل شده است.

۲- مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۸۹) (فرم کوتاه): ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز فرم کوتاه ۵۱ سؤالی می‌باشد. این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز (۱۳۸۴) طراحی و سپس توسط افروز و قدرتی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است. پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده که عبارتند از مطلوب‌اندیشی همسران، رضامندی زوجیت، افکارهای شخصی، افکارهای ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسئله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، روش فرزندپروری، اوقات فراغت و تعامل احساسی است. ضریب اعتبار کل مقیاس رضامندی زوجیت افروز به شیوه آلفای

جدول ۱. محتوای آموزشی

| جلسات | عناوین محتوای آموزشی |
|-------------------|---|
| جلسه اول و دوم | سلام و خوش آمدگویی، آشنایی اعضا با یکدیگر، توضیح درباره مقررات گروه، معرفی برنامه و ساختار جلسات، ارائه اطلاعات در مورد آسیب شنوایی، چالش‌ها و مسایل مرتبط با آن |
| جلسه سوم و چهارم | مفهوم ارتباط، عناصر اصلی ارتباط، موانع ارتباط مؤثر، ارتباط کلامی و غیر کلامی، بهبود ارتباط با خوبستن و اطرافیان، تمرین همدلی و بهبود ارتباط با بستگان، گوش دادن فعال، تکنیک‌های گوش دادن فعال |
| جلسه پنجم تا هفتم | شناسایی احساسات، تفکیک رابطه احساسات منفی با افکار منفی، علایم و نشانه‌های احساسات منفی، مفهوم کنترل و مدیریت هیجانات منفی، اصول مدیریت استرس و کنترل نگرانی، آشنایی با مقابله‌های هیجان‌مدار و مسأله‌مدار سازگار در مقابله با استرس، اصول شادکامی، مهارت‌های لازم در کنترل زندگی و جستجوی موفقیت‌آمیز، کنترل خلق و خوی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، مدیریت کیفیت زندگی، بازسازی شناختی، تکنیک‌های مقابله با افکار منفی |

^۵ Ingram

^۶ Baer, & Garland

^۷ Li, Xiong, Zhang, Yu, & Chen

^۸ Hedman, et al.

^۱ Nagyova, Krol, Szilasiova, & Stewart

^۲ Willmott, Boardmanj, Henshaw, & Jones

^۳ homework

^۴ worksheet

جلسه هشتم مرور جلسات قبل، ارائه سناریو و بهره‌گیری از جلسات آموزشی قبل به صورت عملی برای مقابله سازگاران، بررسی تجارب و چالش‌های شرکت‌کننده‌ها در اجرای برنامه و رفع نواقص

محسوسی نشان می‌دهد، که این نشان‌دهنده بهبود است. این در حالی است که در نمرات گروه کنترل تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. بعلاوه میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه رضامندی زوجیت در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یعنی بهبود را نشان می‌دهد. در صورتی که گروه کنترل تفاوت چندانی نشان نمی‌دهد.

یافته‌ها:

داده‌های حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه رضامندی زوجیت در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شدند. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های فوق در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که در جدول نشان داده شده است میانگین داده‌های پرسشنامه سلامت عمومی در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌ها و مراحل تحت بررسی

| گروه آزمایش | گروه کنترل | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | |
| میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| جسمانی | ۱۱/۵۸ (۲/۰۶) | ۵/۵۸ (۳/۴۲) | ۱۱/۵۰ (۲/۷۸) |
| اضطراب | ۱۴/۰۰ (۱/۲۸) | ۵/۴۱ (۲/۹۳) | ۱۴/۰۸ (۲/۷۱) |
| عملکرد اجتماعی | ۱۳/۰۰ (۲/۳۱) | ۴/۹۱ (۳/۲۳) | ۱۲/۷۵ (۲/۶۶) |
| افسردگی | ۱۳/۳۳ (۲/۰۶) | ۴/۹۱ (۳/۷۷) | ۱۳/۵۸ (۲/۵۰) |
| عاطفی | ۱۲/۲۵ (۱/۱۴) | ۱۸/۲۵ (۱/۲۱) | ۱۱/۷۵ (۲/۴۱) |
| تعاملی | ۱۱/۲۵ (۰/۸۶) | ۱۸/۲۵ (۱/۴۸) | ۱۰/۹۲ (۲/۰۲) |
| نگرشی | ۱۲/۹۲ (۱/۷۳) | ۲۳/۰۰ (۱/۰۴) | ۱۲/۴۲ (۱/۸۳) |
| رفتاری | ۱۹/۵۰ (۳/۰۳) | ۳۲/۸۳ (۲/۳۸) | ۱۸/۵۸ (۳/۰۲) |
| حمایتی-اجتماعی | ۹/۳۳ (۲/۹۶) | ۱۶/۷۵ (۱/۶۰) | ۹/۶۷ (۲/۵۷) |
| هم‌اندیشی | ۶/۰۸ (۱/۳۱) | ۹/۵۰ (۱/۳۸) | ۵/۸۳ (۱/۴۰) |
| مشکل‌گشایی | ۶/۶۷ (۰/۹۸) | ۱۳/۰۸ (۱/۵۶) | ۷/۳۳ (۱/۲۳) |
| شخصیتی | ۵/۰۰ (۱/۳۴) | ۱۰/۴۲ (۱/۰۸) | ۵/۲۵ (۱/۰۵) |
| فرزندپروری | ۵/۴۲ (۱/۵۰) | ۱۰/۴۲ (۱/۱۶) | ۵/۸۳ (۱/۴۰) |
| مطلوب‌اندیشی | ۸/۰۸ (۱/۰۸) | ۱۳/۲۵ (۱/۴۸) | ۸/۸۳ (۱/۵۹) |

و پایایی اندازه‌گیری هم‌پراش صورت گرفت و برقراری شرایط استفاده از آزمون فوق محرز گردید؛ بنابراین نتایج مربوط به تحلیل کواریانس بین گروهی یک‌طرفه چند متغیری در ادامه مطرح می‌گردند.

به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت روان و رضامندی زوجیت مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. بررسی‌های مقدماتی جهت حصول اطمینان در مورد عدم تخطی از مفروضه‌های بهنجاری، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون

جدول ۳. آزمون F چندمتغیری با کواریانس مقایسه دو گروه (GHQ)

| متغیرهای وابسته | جسمانی | اضطراب | عملکرد اجتماعی | افسردگی |
|-----------------|--------|--------|----------------|---------|
| مجموع | ۲۵۳/۴۲ | ۵۰۵/۲۸ | ۴۱۸/۸۳ | ۵۲۶/۷۷ |
| SS | | | | |
| مجذورات | | | | |

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|---------------|---------|------|
| ۱۰۵/۳۵ | ۸۳/۷۶ | ۱۰۱/۰۶ | ۵۰/۶۸ | میانگین | MS | |
| | | | | | مجذورات | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۳ | سطح معناداری | P | |
| ۴۵۰/۳۱ | ۳۷۸/۳۱ | ۴۶۴/۶۶ | ۲۰۹/۹۰ | مجموع | SS | گروه |
| | | | | | مجذورات | |
| ۴۵۰/۳۱ | ۳۷۸/۳۱ | ۴۶۴/۶۶ | ۲۰۹/۹۰ | میانگین | MS | |
| | | | | | مجذورات | |
| ۵۴/۱۳ | ۴۷/۷۸ | ۶۸/۹۹ | ۲۲/۱۵ | تحلیل واریانس | F | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | سطح معناداری | P | |
| ۱۴۹/۷۳ | ۱۴۲/۵۰ | ۱۲۱/۲۲ | ۱۷۰/۵۴ | مجموع | SS | خطا |
| | | | | | مجذورات | |
| ۸/۳۲ | ۷/۹۱ | ۶/۷۳ | ۹/۴۷ | میانگین | MS | |
| | | | | | مجذورات | |
| ۲۷۳۰ | ۲۴۳۴ | ۲۹۰۸ | ۲۱۷۵ | مجموع | SS | کل |
| | | | | | مجذورات | |

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج حاکی از آن است که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از دریافت مداخلات، به طور معنادار عملکرد اجتماعی و جسمانی مطلوب تری نشان دادند. هم چنین افسردگی و اضطراب نیز در گروه آزمایش به صورت معنادار کاهش یافته است.

جدول ۴. آزمون F چندمتغیری با کواریانس مقایسه دو گروه (رضامندی زوجیت)

| متغیرهای وابسته | عاطفی | تعاملی | نگرشی | رفتاری | حمایتی اجتماعی | هم اندیشی | مشکل گشایی | شخصیتی | فرزند پروری | مطلوب اندیشی | |
|-----------------|--------|--------|--------|---------|----------------|-----------|------------|--------|-------------|--------------|----------------------|
| مجموع | ۲۷۳/۴۴ | ۲۵۵/۶۴ | ۷۰۸/۱۵ | ۱۲۹۱/۶۱ | ۳۸۲/۴۹ | ۱۰۴/۴۳ | ۲۲۵/۰۲ | ۱۷۲/۷۷ | ۱۴۹/۸۰ | ۱۵۸/۸۵ | کواریانس (پیش آزمون) |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| میانگین | ۲۴/۸۶ | ۳۲/۳۳ | ۶۴/۳۸ | ۱۱۷/۴۲ | ۳۴/۷۷ | ۹/۴۹ | ۲۰/۴۶ | ۱۵/۷۱ | ۱۳/۶۲ | ۱۴/۴۴ | |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| F تحلیل واریانس | ۴/۹۳ | ۱۰/۷۲ | ۶۰/۳۰ | ۱۹/۲۱ | ۲۱/۴۳ | ۶/۰۳ | ۱۴/۴۹ | ۱۴/۹۹ | ۱۲/۷۴ | ۱۷/۱۵ | |
| P سطح معناداری | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | |
| مجموع | ۱۴۱/۴۷ | ۱۸۱/۲۶ | ۴۱۷/۲۰ | ۶۹۰/۹۶ | ۱۹۲/۳۰ | ۳۰/۹۸ | ۹۹/۸۶ | ۹۴/۵۵ | ۵۵/۸۳ | ۸۸/۹۳ | گروه |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| میانگین | ۱۴۱/۴۷ | ۱۸۱/۲۶ | ۴۱۷/۲۰ | ۶۹۰/۹۶ | ۱۹۲/۳۰ | ۳۰/۹۸ | ۹۹/۸۶ | ۹۴/۵۵ | ۵۵/۸۳ | ۸۸/۹۳ | |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| F تحلیل واریانس | ۲۸/۰۳ | ۶۰/۱۰ | ۳۹۰/۷۸ | ۱۱۳/۰۳ | ۱۱۸/۵۳ | ۱۹/۶۷ | ۷۰/۷۳ | ۹۰/۲۹ | ۵۲/۲۳ | ۱۰۵/۶۱ | |
| P سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | |
| مجموع | ۶۰/۵۶ | ۳۶/۱۹ | ۱۲/۸۱ | ۷۳/۳۵ | ۱۹/۴۷ | ۱۸/۹۱ | ۱۶/۹۴ | ۱۲/۵۷ | ۱۲/۸۳ | ۱۰/۱۰ | خطا |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| میانگین | ۵/۰۵ | ۳/۰۲ | ۱/۰۷ | ۶/۱۱ | ۱/۶۲ | ۱/۵۷ | ۱/۴۱ | ۱/۰۵ | ۱/۰۷ | ۰/۸۴ | |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |
| مجموع | ۵۷۳۴ | ۵۴۹۶ | ۸۲۴۷ | ۱۷۲۲۷ | ۴۵۸۹ | ۱۵۳۴ | ۲۷۴۳ | ۱۶۵۸ | ۱۷۴۷ | ۳۰۹۵ | کل |
| مجذورات | | | | | | | | | | | |

هم‌اندیشی، مشکل‌گشایی، شخصیتی، فرزند پروری و مطلوب-اندیشی مطلوب‌تر و در نتیجه رضامندی زوجیت بالاتری را گزارش می‌کنند.

زوجیت آن‌ها مؤثر بود. در این راستا نیز پژوهش‌هایی هم‌جهت با یافته مذکور انجام شده است. غیائی و همکاران (۱۳۸۹)، دریافتند آموزش شناختی-رفتاری خانواده باعث افزایش رضامندی زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی می‌گردد. بعلاوه یافته‌های پژوهش چانگ^۲ (۲۰۰۸) حاکی از آن است که مدل خانواده درمانی شناختی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی بسیار مؤثر است. نتایج مطالعه حسین‌پور و همکاران (۱۳۸۸) نیز حاکی از افزایش رضامندی زوجیت با آموزش خانواده به شیوه شناختی-رفتاری بود. هم‌چنین اسپیکرز و همکاران (۲۰۱۰) ارتقاء رضایت و کارآمدی و حس کلی صلاحیت والدین؛ راجرز و همکاران (۲۰۰۳) بهبود تعارضات والدینی، رضامندی زوجیت، افسردگی، اضطراب و استرس؛ منجری و همکاران (۱۳۹۱)؛ مرادی و همکاران (۱۳۸۷) و جان‌بزرگی و ابراهیمی (۱۳۸۷) افزایش رضامندی زوجیت را در آموزش‌های شناختی-رفتاری مشاهده کردند.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت با ارائه اطلاعات در مورد آسیب شنوایی، چالش‌ها و مسایل مرتبط با آن تا حدی از تنش‌ها و اضطراب‌های آن‌ها کاسته شده، مطلوب‌اندیشی تر شده و امید به آینده فرزندشان بهتر شد. در نتیجه سلامت روان آن‌ها بهبود یافت. افزایش سلامت روان شانس برقراری روابط رضایت‌بخش را افزایش داد. بعلاوه درمان شناختی رفتاری با تغییر اسنادهای منفی باعث شد روابط زوجین بهبود یابد. و از طریق بازسازی شناختی الگوهای فکری نادرست و تحریف‌های شناختی زوجین بهبود یافت. از طرفی پژوهشگران ادعان می‌دارند در مداخله‌های شناختی-رفتاری بر یادگیری مهارت‌های جدید و روش‌های جدید تفکر تأکید می‌شود (چارلوت، ۲۰۰۴)، که این می‌تواند در اثربخشی آن‌ها نقش به‌سزایی داشته باشد و منجر به تأثیر برنامه‌های فوق گردد. از طرفی به اعتقاد پیرزس و هالدفورد^۳ (۲۰۰۸) درمان شناختی رفتاری باعث بهبود ارتباط می‌شود در این مطالعه نیز با اجرای برنامه آموزشی شناختی رفتاری باعث بهبودبخشی به ارتباط زوجیت شده که آن بر افزایش رضامندی زناشویی تأثیر به‌سزایی گذاشت. در این مطالعه نیز مادران با یادگیری ارتباط مؤثر توانستند در خانواده و اجتماع رفتارها و عملکرد مناسب‌تری داشته و در جهت هم‌اندیشی و مشکل‌گشایی گام برداشتند. آشنایی با روش شناسایی احساسات، مفهوم کنترل و مدیریت هیجان‌های منفی، اصول مدیریت

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی در گروه آزمایش به‌طور معناداری در مقایسه با گروه کنترل پس از دریافت مداخلات در همه خرده مقیاس‌ها اعم از رضامندی عاطفی، تعاملی، نگرشی، رفتاری، حمایتی-اجتماعی،

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزشی شناختی رفتاری بر رضامندی زوجیت و سلامت روان مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی انجام گرفت. یافته‌های حاصل براساس هدف فوق جمع‌آوری و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها حاکی از تأثیر معنادار برنامه مداخله بر هر دو متغیر رضامندی زوجیت و سلامت روان در مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی گروه آزمایش بود. طبق بررسی‌های کنونی، مطالعه‌ای که تأثیر مداخله‌های شناختی رفتاری را بر رضامندی زوجیت و سلامت روان مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بررسی کرده باشد، یافت نشد. اما پژوهش‌های همسو با یافته‌های مطالعه کنونی وجود دارد.

بر اساس یافته‌ها، در پژوهش حاضر در پاسخ به این سؤال که آیا آموزش شناختی رفتاری به مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر سلامت روان آن‌ها مؤثر بود. همسو با این یافته کازدین و همکاران (۲۰۰۵) تأثیر مثبت این مداخلات را بر رفتارهای اجتماعی نشان داده‌اند. شوک و دوریز (۲۰۰۵) نیز دریافتند آموزش‌های فوق بر افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت، سلامت عمومی و کنترل هیجان‌های مؤثر است. هم‌چنین سلیگمن و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند آموزش شناختی-رفتاری بر سطح به‌زیستی و سلامت روان مؤثر و مفید است و نیز پژوهش سعادت‌خوانی^۱ (۲۰۱۵) حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش رضایت از زندگی، سلامت روان و به‌زیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا سردرد مزمن می‌شود. در این راستا پژوهش‌های دیگری نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر صورت گرفته است. به‌عنوان مثال کوکرویز و جویئر (۲۰۰۷)، تأثیر مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب؛ فتی و موتابی (۱۳۸۵) بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی، نشانگان استرس و رفتارهای سلامتی؛ و محرابی (۱۳۸۶) بهبود شاخصه‌های سلامت روان را نشان دادند.

یافته دیگر مطالعه کنونی در پاسخ به این سؤال که آیا آموزش شناختی رفتاری به مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر رضامندی زوجیت آن‌ها مؤثر خواهد بود؟ این بود که آموزش یادشده به مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی بر رضامندی

^۳ Pearce, & Halford

^۱ sadat Kahangi

^۲ Chang

محرابی، علی (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کنترل قند خون و تغییر برخی شاخص‌های سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روان پزشکی تهران.

مرادی، زینب؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش ارتباط مؤثر بر رضایت زناشویی در مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی در خرم‌آباد. فصلنامه تخصصی پژوهشنامه تربیتی؛ ۱۷(۵): ۹۷-۱۱۴.

اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد اسلامی بر رضایت‌مندی زناشویی زوج‌ها. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی؛ ۱۳(۴۷): ۳-۱۰.

نریمانی، محمد؛ حسن زاده، شهناز؛ قاسم پور، عبدالله. (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های فرزند پروری در مادران دارای دختران ناشنوا و عادی، مجله پژوهش علوم انسانی؛ ۱۰(۲۶): ۱۳-۲۷.

- Almasi, A., Akuchekian, S.H., & Maracy, M.R. (2013). Religious Cognitive-Behavior Therapy (RCBT) on Marital Satisfaction OCD Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 504-508.
- Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T. (2013). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23(4), 527-531.
- Baer, S., & Garland, E.J. (2005). Pilot Study of Community-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents With Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258-264.
- Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.
- Camfield, L. & Skevington, S. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 35, 79-89.
- Chang, S. L. (2008). *Family background and marital satisfaction of newlyweds. Generational transmission of relationship interaction patterns*. Unpublished Master's Thesis, California State University.
- Charlotte, P. (2004). *Cognitive Behavioral Process Evaluation Report*. The great seal of the state of north Carolina. North Carolina Department of Correction Office of Research and Planning.
- Clark, D.A. (2004). Design consideration in prevention research. In Dozois, D.J.A., & Dobson, K.S. (Eds.). *The prevention of*

استرس و آشنایی با مقابله‌های هیجان‌مدار و مسأله‌مدار، اصول شادکامی، مهارت‌های لازم در کنترل زندگی و جستجوی موفقیت-آمیز، کنترل خلق و خوی هیجانی، خودآگاهی هیجانی، مدیریت کیفیت زندگی، بازسازی شناختی، تکنیک‌های مقابله با افکار منفی هر یک به نوبه خود سهمی عظیم در افزایش سلامت روان و رضامندی زناشویی مادران آموزش دیده داشت.

در مجموع می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که آموزش شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به افزایش رضامندی زوجیت و سلامت روان گردد. در این پژوهش امکان آموزش به پدران میسر نبود، لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی اثر چنین آموزش‌هایی بر پدرها نیز بررسی گردد. هم‌چنین به علت سومندی این آموزش‌ها به روان‌شناسان و مشاوران، به‌ویژه متخصصین حاضر در مدارس پیشنهاد می‌گردد در جلسات آموزش خانواده طی سال تحصیلی از روش‌های آموزش شناختی - رفتاری استفاده نمایند.

منابع:

- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۴). *کودکان ونوجوانان آهسته گام در نگاه والدین و معلمان*. تهران: موسسه احیای کودکان استثنایی.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۹۱). *روانشناسی ازدواج و شکوه همسری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی؛ قدرتی، مهدی. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضایت‌مندی همسران افروز (فرم کوتاه). مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران؛ ۱: ۱۶-۳.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد؛ ۱۳(۱۶): ۱۱-۱۶.
- به‌پژوه، احمد (۱۳۹۱). *خانواده و کودکان با نیازهای ویژه*. تهران: انتشارات آوای نور.
- جان‌بزرگی، مسعود؛ ابراهیمی، ابوالفضل. (۱۳۸۷). رابطه مهارت‌های ارتباطی و رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی و دین؛ ۲(۱): ۱۴۷-۱۶۴.
- حسین پور، محمد؛ شهری، شهریار؛ عبادی، ندا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی. *روانشناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روانشناسی)*؛ ۴(۱۱): ۹۵-۱۰۶.
- غیاثی، پروین؛ معین، لادن؛ گوهرگانی، شهین. (۱۳۸۹). بررسی آموزش خانواده بر رضایت‌مندی زناشویی والدین دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی ناحیه ۲ شیراز در سال تحصیلی ۸۷-۸۸. *فصلنامه زن و جامعه*؛ ۱(۱): ۶۹-۹۰.
- فتی، لادن؛ موتابی، فرشته. (۱۳۸۵). *مهارت مدیریت استرس*. تهران: نشر دانژه.
- کشاورزی ارشدی، فرناز؛ تجلی، پریسا. (۱۳۸۴). *روانشناسی آموزشی ناشنوایان*. تهران: انتشارات شرح.

- Depression in Children and Adolescents Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, Elsevier Inc.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40: 1659-1669.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2011). Exceptional learners. Pearson/Allyn and Bacon. Retrieved from: http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?ouvr_age=2565274
- Hedman, E., Mortberg, E., Hesser, H., Clark, D.M., Lekander, M., Andersson, E., & Ljotsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 696-705.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in developmental disabilities*, 29(4), 289-300.
- Hoekstra, Annemarieke; Brekelmans, Mieke; Beijaard, Douwe; Korthagen, Fred. (2009). Experienced Teachers' Informal Learning: Learning Activities and Changes in Behavior and Cognition. *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 25(5), 663-673.
- Ingram, R. E. (2007). Introduction to the Special Section on Cognitive Processes and Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *The American Psychological Association*, 75 (3), 359-362.
- Johnson, T. (2002). *Treatment Exercises for Child Abuse Victims and Children With Sexual Behavior Problems*. South Pasadena, Calif: Toni Cavanagh Johnson.
- Kavanagh, J., Oliver, S., Lorenc, Th., Caird, J., Tucker, H., Harden, A., Greeves, A., Thomas, j., Oakly, A. (2009). School-based cognitive behavioural intervention: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review*, 18, 61-78.
- Kazdin, A.E., Marciano, P.L., & Whitley, M. (2005). The therapeutic alliance in cognitive behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 726-730.
- Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *depression and anxiety: Theory, research, and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Handbook of Parenting*, 5(2), 243-267.
- Cukrowicz, K.C. & Joiner, Th. E. (2007). Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognitive therapy and research*, 31, 677-693.
- Cukrowicz, K.C. & Joiner, Th. E. (2007). Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognitive therapy and research*, 3, 677-693.
- Davis, W., & Lysaker, L. (2005). Cognitive behavioral therapy and functional and met cognitive outcomes in schizophrenia: A single case study Cognitive Behavioral. *Practicing*, 12, 468-478.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dozois, D.J.A. & Dobson, K.S. (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Ed Department of Psychology, University of Western Ontario, London, ON, Canada. Washington, DC, US; American Psychological Association.
- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., & Westra, H.A. (2004). The comorbidity of anxiety and depression, and the implications of comorbidity for prevention. In D.J.A, Dozois., & K.S, Dobson. (Eds), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*, 261-280. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dulmus, C.N., & Rapp-Paglicci, A.L. (2005). *Handbook of preventive interventions for adults*, Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Fehm, L., & Mrose, J. (2008). Patients' Perspective on Homework Assignments in Cognitive Behavioural Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 320-328.
- Garber, J. (2006). Risk and protective factors for depression: Implications for prevention,

- Schok, M.L., & DeVries, J. (2005). Predicting overall quality of life and general health of Veterans with and without health problems. *Military Journal of Psychosomatic Research*, 77 (1), 1-12.
- (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1111-1126.
- Shortt, A., Barrett, P., & Fox, T. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment of childhood anxiety disorders: An evaluation of the FRIENDS program. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 523-533.
- Spijkers, W., Jansen, D., Meer, G., & Reijneveld, S. (2010). *Effectiveness of a parenting program in a public health setting. Department of health sciences.* University of Groningen, Netherlands [On-line]. Available: <http://www.biomedcentral.Com>.
- Stephens, C. (2008). *Health Promotion: A Psychological Approach.* McGraw Hill: University press.
- Tannenbaum, Cara., Ahmed, Sara. & Mayo, Nancy. (2007). what drives older woman's perception of health-related quality of life? *Quality of life researches*, 16: 593-605.
- Turner, K.M.T., & Sanders, M. (2006). *Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting* [On-line]. Available: <http://www.elsevier.com>.
- Willmott SA, BoardmanjA, Henshaw CA , Jones PW. (2004). Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 39(8), 613-617.
- Woolfson, L. (2004). Family well-being and disabled children: a psychological model of disability -related child behaviour problems. *British Journal of Health Psychology*, 9, 1-13.
- World Health Organization. (2006). Dollars, Dalys, and decisions: economic aspects of the mental health system. Geneva, Switzerland: Author.
- Lynch, F., Hornbrook, M., Clarke, N. G., Perrin, Nancy, Polen, M. R. O'Conner, E. & Dickerson, J. (2009). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at risk teens. *Archgenpsychiatry*, 63: 1241-1249.
- McGuire, J. (2006). *Understanding Psychology and Crime, Perspective On Theory and Action.* New York, Open University Press.
- McKay, M., Fanning, P., & Paleg, K . (2006). *Couple skills: making your relationship work*, 2nd ed. New Harbinger Publications.
- Nagyova I, Krol B, Szilasiova A, Stewart RE. (2000). General Health Questionnaire-28: psychometric evaluation of the Slovak version. *Studia Psychologica*, 42,4:351-61
- Nezu, C.M., D'Zurilla, T.J & Nezu, A.M. (2005). Problem Solving Therapy, Theory, Practice and Application to sex Offenders. In M, McMurrin., & J, McGuire, (Eds). *Social Problem Solving and Offending*, (103- 123). Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
- Pearce, Z.J., Halford, W.K. (2008). Do attributions mediate the association between attachment and negative couple communication?. *Personal Relationships*, 15(2), 155-170.
- Proulx, C.M., Helms, H.M. & Buehler, C. (2007). Marital Quality and Personal Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Rogers, S., Hepburn, S., Stackhouse, T., & Wehner, E. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 763-781.
- Sadat Kahangi, M. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on subjective well-being of patients with chronic tension-type headache. *Journal of Novel Applied Sciences*, 4(11), 1187-1191.
- Saxena, Sh. & Garrison, P. J. (2004). Mental health promotion: case studies from countries. A Joint Publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization. World Health Organization.

3

The effectiveness of cognitive behavioral training mothers of deaf students on their satisfaction and mental health parity

Jahangir Karami¹

Tayebeh Taziki²

Abstract:

Aim: The effectiveness of cognitive-behavioral training on partnership satisfaction and mental health of mothers of school kids with hearing impairment this study conducted to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral training on partnership satisfaction and mental health on mothers of school kids with hearing impairment. **Methods:** The study population consisted of all mothers of school kids with hearing impairment in AliAbad city and 24 mothers have been selected by available sampling. This study was a experimental project with pretest-post test and control group. 12 mothers assigned randomly in experimental group and 12 in control group. The intervention -cognitive bihavorial training- administered in 8 sessions. GHQ questionnaire and partnership satisfaction scale have been used to assess research variables in two steps of pre test and post test. research data of control and experimental groups analyzed using covariance analysis. **Results:** The research findings showed that all of all subscales of both GHQ and partnership satisfaction scale were meaningfull. **Conclusion:** Therefore it can be concluded that cognitive-behavioral training can lead to increase partnership satisfaction and mental health in mothers.

Keywords: *Cognitive Behavioral Training, Marriage satisfaction, Mental health, Students with hearing damage.*

¹Assistant Professor of Psychology, Razi University, Kermanshah. Iran

²Ph.D Student in Psychology, Razi University, Kermanshah. Iran