بررسی همبستگی بین طرحواره ناکارآمد اولیه، خود پنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شهر یزد

فرنگیس دمهری*[۱]، گیتا موللی[۲]، وحید احمدی[۳،۴]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران
۲) گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران
۴) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۸ **تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۱۹**

چکیده

مقدمه: طرحواره ناکارآمد اولیه به عنوان الگوهای شناختی و رفتاری دیدگاه فرد از خودش و دنیای اطرافش می باشد و به عنوان یکی از مهم ترین زمنیه هایی که مشکلات سلامت روان را در فرد ایجاد می کند، در نظر گرفته می شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین طرحواره های ناکارآمد، خود پنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و ناشنوا می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شهرستان یزد می باشد. در جهت اجرای پژوهش با همکاری کانون نابینایان و کانون ناشنوایان یزد، ۲۵ نوجوان نابینا و ۱۶ نوجوان ناشنوا به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسش نامه های طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ، خود پنداره پیرز- هریس و پرسش نامه علائم مرضی کودک SCI-4 بودند.

یافته های پژوهش: یافته های حاصل از پژوهش نشان دادند که بین طرحواره های ناکارآمد و خود پنداره نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا تفاوت معناداری وجود ندارد. اما رابطه معناداری بین برخی مولفه های طرحواره های ناسازگار، خود پنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های به دست آمده می توان این گونه نتیجه گیری کرد که آگاهی از طرحواره های ناکارآمد نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا و تاثیر آن بر مسائل روان شناختی آن ها اهمیت بسیاری دارد که باید توسط و روان شناسان مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: طرحواره های ناکارآمد اولیه، خود پنداره، مشکلات رفتاری، نوجوانان ناشنوا، نوجوانان نابینا

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران

Email: farangis_demehri@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

یانگ(۱۹۹۹) مفهوم طرحواره را برای انعکاس تجارب ارتباطی افراد در دوران کودکی عنوان ساخت طرحواره های ناسازگار اولیه افکار و اعتقادات منفی مقاوم در مورد خود، دیگران و جهان هستند که تفسیر فرد را از حوادث و رفتارهای وی تنظیم می کند(۱). با توجه به فرضیه یانگ روابط صمیمانه، استقلال، ارزشمندی، انتظارات معقول و واقع بینی نسبت به محدودیت ها پنج هدف اولیه ای هستند که کودکان برای دستیابی به خرسندی و رشد سالم به آن ها نیاز دارند. زمانی که مراقبین کودک مشکلاتی در تحقق هر یک از این اهداف ایجاد کنند، زمینه شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه را فراهم نموده اند. طرحواره ها چارچوب ها یا الگوهای پردازش اطلاعات هستند که چگونگی مفهوم سازی یک شخص را از مجموعه ای از محرک ها نشان می دهند(۲). طرحواره ها در طول دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در سراسر زندگی فرد گسترش می یابند. در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه استنباطی از تجربیات روزانه را تحریف کرده به نحوی که به فشار روانی ناشی از تنهایی یا طرد اجتماعی شدت می بخشند و قابلیت تفسیر صحیح از هیجانات دیگران را تضعیف می کنند(۳). یانگ و همکاران طرحواره های ناکارآمد اولیه را در ۵ زمینه اصلی مطرح ساختند، اولین حیطه، ۱- قطع ارتباط/طرد(تفکر و انتظار فرد از امنیت، آسایش، مهرورزی، همدلی و تبادل احساسات در یک حالت قابل پیش بینی قرار ندارد) می باشد که شامل طرحواره های طرد-تنهایی(باوری که فرد معتقد است افراد مهم در زندگی او را ترک خواهند کرد)؛ طرحواره مورد سوء استفاده قرار گرفتن(باوری که فرد معتقد است که دیگران به او دروغ خواهند گفت و از وی سود و منفعت کسب می کنند)؛ طرحواره محرومیت هیجانی-بدرفتاری(احساسی که فرد معتقد است از حمایت هیجانی مناسب برخوردار نیست)؛ طرحواره نقص-شرم (باور فرد به این که دارای عیب و ایراد بوده یا بی ارزش است)؛ طرحواره انزوای اجتماعی-بیگانگی (احساس جدایی از دیگران)؛ ۲-دومین حیطه ناتوانی در استقلال داشتن(باور فرد بر این که دیگران و محیط موانعی را بر رسیدن وی به استقلال و عملکرد موفقیت آمیز ایجاد کرده است) می باشد که شامل طرحواره های وابستگی-بی کفایتی(این احساس که فرد قادر به مراقبت از خود نیست)؛ طرحواره آسیب پذیری نسبت به گزند یا بیماری(باور به این که فاجعه ای قریب الوقوع روی خواهد داد)؛ طرحواره گرفتاری-خود تحول نایافته(آمیختگی هویت با فرد مهم در زندگی)؛ طرحواره شکست(باور فرد به این که در مقایسه با دیگران نالایق است)؛ ۳-سومین حیطه، حدهای نامشخص می باشد(مسئولیت پذیری نسبت به دیگران و اهداف طولانی مدت و کنترل آن ها) می باشد که شامل طرحواره استحقاق-بزرگ منشی(باور فرد به این که در مقایسه با دیگران فوق العاده و سزاوارتر است)؛ طرحواره خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی(باور به این که فرد در مهار هیجانات و تکانه ها ناتوان است)؛ ۴-حیطه تمرکز بر خواسته های دیگران است(تمرکز بسیار بر خواسته ها و احساسات دیگران تا بتواند فرد دوست داشتن و توجه دیران را جلب کند) که شامل طرحواره مطیع سازی/اطلاعت(باور فرد به این که نیازهای خود فرد نسبت به دیگران از اهمیت پایین تری برخوردار است)؛ طرحواره ایثار(تمرکز بر رفع نیازهای دیگران و هزینه کردن از طرف خود)؛ می باشد و در آخر ۵-حیطه بازداری بسیار و خود آگاهی بالا که شامل طرحواره های بازداری هیجانی(ممانعت ابراز هیجان)؛ طرحواره معیارهای سرسختانه-عیب جویی افراطی(تمایل کمال گرایانه برای موفقیت)، طرحواره خود انتقاد گری(این باور که برای اشتباهات باید حکم به تنبیه داد) می باشد(۴). یانگ و همکاران(۲۰۰۳) معتقد هستند که طرحواره های ناسازگار اولیه عاملی بر مشکلات روان شناختی و به خصوص مشکلات مزمن و مقاوم به درمان هستند. در تحقیقات بسیاری رابطه بین طرحواره های ناسازگار و سلامت روان و اختلالات روان شناختی در افراد بررسی شده است(۸-۵). با توجه به اهمیت بررسی طرحواره های ناسازگار در سلامت روان و مشکلات روان شناختی افراد، توجه به نقش این متغیر در کودکان و نوجوانان دارای مشکلات حسی (نوجوان نابینا، نوجوان ناشنوا) نیز با توجه به وجود تجربه متفاوتی از کودکان عادی که آن ها از دوران

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

رشدی خود دارند، اهمیت بسیاری دارد(۹). نقص شنوایی و بینایی از مهم ترین نقایص حسی هستند، که فرآیند اجتماعی شدن را تحت تاثیر قرار می دهد. از نظر انجمن ملی کم شنوایی انگلستان کم شنوا به آن دسته از افراد اطلاق می شود که شنوایی شان در حدی نیست که پردازش اطلاعات کافی باشد. بنا بر گزارش ها میزان شیوع کم شنوایی مادرزادی حدود یک تا شش نفر در هر ۱۰۰۰ نفر زنده است که حداقل ۹۰ درصد آنان در کشورهای در حال رشد زندگی می کنند(۱۰،۱۱). والیز و همکاران کم شنوایی را عامل مهمی برای بروز گسترده وسعی از اختلال های روان پزشکی همانند اختلال دلبستگی، اسکیزوفرنی و مشکلات رفتاری می دانند که با رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی ناهمگنی توام است. نقص شنوایی بر روی عملکرد رفتاری فرد تاثیر خواهد گذاشت(۱۲،۱۱). از جمله مشکلات هیجانی در نوجوانان ناشنوا، مشکلات اضطرابی، افسردگی و ارتباطی–اجتماعی اشاره شده است(۱۳). در زمنیه عمده مشکلات رفتاری نوجوانان ناشنوا، نتایج حاصل از پژوهش ها حاکی از این است که مشکل رفتاری بیش فعالی–کمبود توجه، پرخاشگری، لجبازی و اختلال سلوک در این نوجوانان بیشتر از گروه عادی همسن آن ها می باشد(۱۴).

معلولیت بینایی(کم بینایی) همانند معلولیت شنوایی (کم شنوایی) ضایعاتی را از نابینایی کامل تا محدودیت های غیر قابل اصلاح به وجود می آورد. بر اساس پانزدهمین گزارش سالانه کنفرانس افراد معلول در آمریکا، از هر ده هزار کودک در سن مدرسه، چهار نفر مبتلا به معلولیت بینایی بوده، آموزش ویژه دریافت می کند(۱۵). نابینایی در بین افراد مختلف بر مبنای تفاوت های طبیعی، قابلیت ها و میزان انطباق اجتماعی آنان متفاوت است. مشاهده کودکان نابینا نشان داده است که سیر تحولی شناختی، عاطفی و اجتماعی آن ها می تواند متفاوت از کودکان عادی باشد و حتی اگر این کودکان بتوانند در برنامه های آموزشی مدارس معمولی شرکت کنند، باز هم در تعامل اجتماعی با کودکان بینا با مشکل مواجه می شوند و خود را به عنوان «افرادی تنها» توصیف می کنند(۱۵).

خود پنداره نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا موضوع بسیار مهم دیگری است. خودپنداره شامل نگرش ها، احساسات و دانش ما درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی است. خودپنداره، تمام ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و رویه های ارزیابی را در بر می گیرد و بر اساس قضاوت های قبلی، ادراکات و بازخوردهای قبلی دیگران و افراد مهم در زندگی انسان شکل می گیرد و مفهوم و ادراک فرد از توانایی خودش را در بر می گیرد(۱۶). نوجوانان ناشنوا سطح پائین تری از اعتماد به نفس را به ویژه در زمنیه های اجتماعی نسبت به همسالان خود دارند(۱۴) استدلالی کلی مطرح شده است که برای تحول مفهوم خودپنداره کودک به بسیاری از منابع اطلاعاتی به طور مستقیم از محیط فیزیکی و غیرمستقیم از تعامل ها با دیگر افراد نیاز دارد و وابسته به آن است. یکی از این منابع اطلاعاتی دیدن و شنیدن است بنا بر این در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شاید به این معنا باشد که مفهوم خود به عنوان متمایز از جهان از طریق مسیرهای جایگزین تحول یابد. خود پنداره مثبت با سطوح بالای قضاوت مثبت و مشکلات روان شناختی پایین تر ارتباط دارد. نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا با توجه به مشکل حسی که دارند و این احتمال که آموزش های لازم در جهت مهارت های ارتباطی لازم را در دسترس نداشته باشند، از شبکه های اجتماعی مثل جمع دوستان، اشتغال و... دور می مانند(۱۷). از سوی دیگر واکنش های منفی اولیه والدین در صورت مواجه شدن با فرزند نابینا و یا فرزند ناشنوا، احتمال بی توجهی والدین به مسائل هویت یابی و خودپنداره این کودکان را افزایش می دهد(۱۸). با توجه به ادبیات پژوهش، در ایران در مورد بررسی طرحواره های ناکارآمد و خودپنداره کودکان با مشکلات حسی(نابینا و ناشنوا) پژوهش های محدودی انجام گرفته است. بنا بر این در این پژوهش سعی بر این شده است تا طرحواره های ناکارآمد و خودپنداره نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا بیشتر بررسی شود.

هدف کلی این پژوهش بررسی رابطه بین طرحواره های ناکارآمد، خودپنداره و مشکلات رفتاری در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا می باشد. هم چنین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

بررسی مقایسه خودپنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا می باشد. با توجه به اهداف پژوهش فرضیه های این پژوهش عبارتند از:

بین طرحواره های ناکارآمد در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا و خودپنداره آن ها رابطه معناداری وجود دارد.

بین طرحواره های ناکارآمد و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا رابطه معناداری وجود دارد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی، همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا(رده سنی ۸ تا ۱۴ سال) دارای پرونده در کانون نابینایان و کانون ناشنوایان شهرستان یزد می باشد. با همکاری کانون نابینایان و ناشنوایان اسامی این کودکان تهیه شد و با روش نمونه گیری در دسترس با خانواده در جهت دعوت به همکاری در این پژوهش تماس برقرار شد. از این بین ۲۵ نوجوان نابینا(شامل ۹ دختر و ۱۶ پسر) و ۱۶ نوجوان ناشنوا(شامل ۷ دختر و ۹ پسر) شرکت کردند. تمامی پرسش نامه همراه با یک مصاحبه و پرسیدن سوالات از نوجوانان با همکاری والدین آن ها انجام شد.

پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه: پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه برای کودکان است. این مقیاس در سال ۲۰۱۰ توسط ریجکبوئر و بو بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ طراحی شده و دارای ۴۰ گویه چهار گزینه ای است که بر اساس طیف لیکرت از درست نیست(نمره ۱) تا کاملاً درست است(نمره ۴) قرار گرفته است. این پرسش نامه یازده طرحواره ناسازگار اولیه شامل، اطاعت، شکست، خویشتن داری ناکافی، تنهایی، آسیب پذیری، بدرفتاری، نقص، استانداردهای اخلاقی، ایثار، گرفتاری و استحقاق در کودکان را مورد سنجش قرار می دهد. نتایج به دست آمده در مورد همسانی کل مقیاس و عوامل یازده گانه حاکی از پایایی بالای مقیاس است. الفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۸۱ درصد و پایایی دو نیمه سازی برابر با ۷۲ درصد است(۱۹).

مقیاس خودپنداره پیرز-هریس: مقیاس خودپنداره کودکان(CSCS) این مقیاس جهت سنجش میزان خودپنداره کودکان و نوجوانان طرح ریزی شده است و در جهت نگرش احساس فرد نسبت به خودش خلاصه می شود. سوالات این مقیاس هم در جهت مثبت و هم در جهت منفی و در بعد خود سنجی نمره گذاری شده است. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خود سنجی مثبت و نمره پایین نشان دهنده خود سنجی منفی است. این آزمون ۶ خرده مقیاس را در بر می گیرد که شامل: رفتار(۱۶ گویه)، وضعیت مدرسه و وشعیت شناختی و ذهنی(۱۷ گویه)، ظاهر و ویژگی فیزیکی(۱۱ گویه)، اضطراب(۱۴ گویه)، محبوبیت(۱۱ گویه)، شادی و رضایتمندی(۱۰ گویه) می باشند. ضریب پایایی این آزمون در استان مشهد بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۴ گزارش شده است و اسدی(۱۳۷۴) ضریب ۰/۹۲ گزارش کرده است(۲۰).

پرسش نامه علائم مرضی کودکان(CSI-4): پرسش نامه علائم مرضی کودک یک مقیای درجه بندی رفتار است که توسط گادو و اسپرافکین(۱۹۹۴) و بر اساس DSM ساخته شده است. SCI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سوال که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. در این پژوهش از فرم والد آن استفاده شد. این اختلالات مشتمل است بر: اختلال کمبود توجه-بیش فعالی، اختلال نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری- عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه، و اختلالات دفع. ضریب اعتبار فرم والد پرسش نامه به روش اجرای مجدد تست با فاصله زمان دو هفته برای همه اختلال ها به استثنای اختلال هراس اجتماعی، در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار است. نتایج نشان می دهد که فرم والد از اعتبار و پایایی نسبتاً مناسبی برای کودکان برخوردار است(۲۱). در این پژوهش از گروه سوالات در ارتباط با اختلال کمبود توجه بیش فعالی، نافرمانی، سلوک،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

اضطراب فراگیر، افسردگی، طیف اوتیسم و اختلال اضطراب جدایی استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در این تحقیق، از گروه نوجوانان نابینایان، ۹ دختر و ۱۶ پسر با میانگین سنی، ۱۳/۲۸ سال شرکت کردند و در گروه نوجوانان ناشنوایان، ۷ دختر و ۹ پسر با میانگین سنی ۱۲/۵۶ سال حضور داشتند. با توجه به بررسی علت معلولیت شنوایی و بینایی، ۳۷ نفر(۹۰ درصد) از کل گروه نمونه(نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا) علت معلولیت خود را ژنتیکی و مادرزادی بودن اختلال توصیف کردند. تمامی نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا تحت پوشش و دارای پرونده بهزیستی بودند. اکثریت این نوجوانان گروه نمونه فرزند اول خانواده(۱۶ نفر) بودند و نکته قابل توجه وجود ۱۰ نوجوان از کل گروه نمونه که دارای خواهر/برادر ناشنوا و نابینا بودند. برای بررسی متغیرهای پژوهش، طرحواره های ناسازگار اولیه، خودپنداره و مشکلات رفتاری کودکان، میانگین و انحراف استاندارد آن ها به تفکیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد طرحواره های ناکارآمد در گروه نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا ذکر شده است. همان طور که در جدول مشخص شده است، میانگین طرحواره تنهایی، گرفتاری و مطیع بودن در هر دو گروه بالا است.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف ستاندارد متغیر طرحواره های ناکارآمد

جنس		آسیب حسی	طرحواره تنهایی	طرحواره آسیب پذیری	طرحواره بدرفتاری	طرحواره نقص	طرحواره شکست	طرحواره اطاعت	طرحواره استاندارد	طرحواره ایثار	طرحواره گرفتاری	طرحواره استحقاق	طرحواره خویشتن داری
دختر	نابینا	میانگین	۱۲	۱۴	۷/۱۱	۱۸/۱۱	۵/۵۶	۱۰	۷/۷۸	۸	۹/۳۳	۵/۷۸	۶
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۳/۹۰	۳/۸۰	۲/۲۶	۴/۱۰	۲/۴۰	۲/۴۴	۳/۴۲	۱/۹۳	۲/۳۹	۱/۴۱	۲/۰۶
	ناشنوا	میانگین	۱۲/۵۷	۱۴	۹	۱۹/۸۶	۷	۱۳/۲۹	۸/۴۳	۹/۴۳	۹/۵۷	۸/۱۴	۷/۸۶
		تعداد	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷
		انحراف استاندارد	۵/۱۲	۳/۹۵	۲/۹۴	۵/۴۲	۱/۹۱	۴/۵۳	۳/۳۰	۲/۶۳	۳/۶۴	۲/۷۹	۳/۵۳
	کل	میانگین	۱۲/۲۵	۱۴	۷/۹۴	۱۸/۸۷	۶/۱۹	۱۱/۴۴	۸/۰۶	۸/۶۲	۹/۴۴	۶/۸۱	۶/۸۱
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
		انحراف استاندارد	۴/۳۲	۳/۷۴	۲/۶۷	۴/۶۴	۲/۲۵	۳/۷۷	۳/۲۷	۲/۳۰	۲/۸۹	۲/۴۱	۲/۸۵
پسر	نابینا	میانگین	۱۱/۱۲	۱۵/۸۱	۷/۸۷	۱۹/۵۰	۷	۱۳/۷۵	۹/۵۶	۱۰/۲۵	۹/۶۹	۸/۰۶	۷/۵۰
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
		انحراف استاندارد	۳/۵۳	۴/۸۰	۲/۴۴	۵/۹۷	۲/۶۵	۴/۶۱	۲/۷۳	۲/۵۴	۲/۹۳	۲/۶۷	۲/۶۰
	ناشنوا	میانگین	۱۲	۱۶/۸۹	۸	۲۱/۴۴	۶/۷۸	۱۴/۵۶	۸/۲۲	۱۰/۴۴	۹/۳۳	۸/۳۳	۷/۷۵
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۲/۹۵	۳/۲۵	۲/۲۳	۳	۲/۱۶	۴/۵۳	۲/۳۸	۲/۵۵	۱/۸۷	۲/۸۲	۲/۱۰
	کل	میانگین	۱۱/۴۴	۱۶/۲۰	۷/۹۲	۲۰/۲۰	۶/۹۲	۱۴/۰۴	۹/۰۸	۱۰/۳۲	۹/۵۶	۸/۱۶	۷/۶۰
		تعداد	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵
		انحراف استاندارد	۳/۳۰	۲/۳۲	۲/۳۲	۵/۱۲	۲/۴۴	۴/۵۰	۲/۶۴	۲/۴۹	۲/۵۶	۲/۶۷	۲/۳۹

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودپنداره نوجوان نابینا و نوجوانان ناشنوا ذکر شده است. نمره کل خودپنداره مثبت در گروه نوجوانان نابینا ۵۴/۷۲ (انحراف استاندارد، ۱۲/۲۹) و در نوجوانان ناشنوا ۵۴/۸۱ (انحراف استاندارد، ۱۱/۳۷) می باشد. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مشکلات رفتاری در گروه نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا در جدول شماره ۳ آورده شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر خودپنداره کودکان

جنس	آسیب حسی		کل خودپنداره	رفتار	وضعیت تحصیلی	نگرش به ظاهر	اضطراب	شهرت	شادی
دختر	نابینا	میانگین	۵۰/۶۷	۱۰/۵۶	۱۲/۱۱	۸/۱۱	۶/۵۶	۷/۲۲	۶/۱۱
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۱۰/۷۰	۲/۶۰	۳/۲۵	۲/۴۲	۲	۲/۴۳	۱/۱۶
	ناشنوا	ماینگین	۵۳	۱۱	۱۳/۱۴	۹/۱۴	۵/۷۱	۸	۶
		تعداد	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷
		انحراف استاندارد	۹	۳/۱۶	۲/۱۹	۲/۱۹	۲/۲۱	۱/۷۳	۱/۶۳
	کل	میانگین	۵۱/۶۹	۱۰/۷۵	۱۲/۵۶	۸/۵۶	۶/۱۹	۷/۵۶	۶/۰۶
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
		انحراف استاندارد	۹/۷۴	۲/۷۶	۲/۸۰	۲/۳۰	۲/۰۷	۲/۱۲	۱/۳۴
پسر	نابینا	میانگین	۵۷	۱۲/۰۶	۱۳/۲۵	۹/۲۵	۷/۸۱	۸/۱۹	۶/۴۴
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
		انحراف استاندارد	۱۲/۸۵	۲/۷۴	۳/۶۰	۲/۱۴	۲/۴۸	۲/۶۳	۱/۷۸
	ناشنوا	میانگین	۵۶/۲۲	۱۳/۵۶	۱۳	۹/۴۴	۶/۸۹	۷	۶/۳۳
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۱۳/۲۹	۴/۳۰	۳/۸۰	۲/۰۶	۲/۹۳	۲/۱۲	۱/۹۳
	کل	میانگین	۵۶/۷۲	۱۲/۶۰	۱۳/۱۶	۹/۳۲	۷/۴۸	۷/۷۶	۶/۴۰
		تعداد	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵
		انحراف استاندارد	۱۲/۷۳	۳/۳۷	۳/۶۰	۲/۰۷	۲/۶۳	۲/۴۸	۱/۸۰

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر مشکلان رفتاری

جنس	آسیب حسی		بیش فعالی	نافرمانی	سلوک	اضطراب	افسردگی	طیف اوتیسم	اضطراب جدایی	نمره کل
دختر	نابینا	میانگین	۱۸	۷/۷۸	۱/۱۱	۳/۳۳	۲/۷۸	۷	۷/۵۶	۶۰/۸۹
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۷/۱۴	۴/۴۱	۱/۱۶	۲/۴۴	۲/۲۲	۴/۸۴	۷/۱۲	۲۴/۶۶
	ناشنوا	میانگین	۱۸/۸۶	۱۲/۸۶	۳/۸۶	۷/۷۱	۴/۸۶	۱۱/۱۴	۷/۲۹	۸۲/۷۱
		تعداد	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷	۷
		انحراف استاندارد	۴/۶۷	۴/۷۰	۱/۹۵	۳/۳۰	۵/۳۳	۷/۲۴	۳/۵۴	۲۶/۴۲
	کل	میانگین	۱۸/۳۸	۱۰	۲/۳۱	۵/۲۵	۳/۶۹	۸/۸۱	۷/۴۴	۷۰/۴۴
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
		انحراف استاندارد	۶/۰۱	۵/۰۹	۲/۰۵	۳/۵۵	۳/۸۹	۶/۱۶	۵/۶۶	۲۶/۹۹
پسر	نابینا	میانگین	۱۷/۱۹	۸/۱۲	۲/۳۱	۴/۲۵	۵/۸۱	۹/۵۰	۷/۳۱	۷۰/۱۲
		تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۶
		انحراف استاندارد	۷/۲۷	۳/۴۴	۳/۰۴	۳/۰۸	۳/۰۱	۵/۵۱	۵/۸۹	۲۱/۹۰
	ناشنوا	میانگین	۱۹/۲۲	۹/۳۳	۳/۱۱	۴/۴۴	۶	۱۰/۸۹	۹/۱۱	۷۶/۸۹
		تعداد	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
		انحراف استاندارد	۱۱/۰۴	۵/۰۷	۳/۴۸	۴/۲۱	۶/۶۵	۷/۶۵	۶/۲۹	۴۰/۴۴
	کل	میانگین	۱۷/۹۲	۸/۵۶	۲/۶۰	۴/۳۲	۵/۸۸	۱۰	۷/۹۶	۷۲/۵۶
		تعداد	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵
		انحراف استاندارد	۸/۶۴	۴/۰۴	۳/۱۶	۳/۴۴	۴/۵۲	۶/۲۴	۵/۹۷	۲۹/۲۵

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

نتایج جدول شماره ۳ حاکی از این است که بیشترین میانگین در مشکلات رفتاری هر دو گروه نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا در مقیاس بیش فعالی-کمبود توجه می باشد. در ادامه تحلیل داده ها فرضیه های پژوهش بررسی شده است. با توجه به فرض اول پژوهش نتایج حاصل از همبستگی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نمره کل خودپنداره در جدول شماره ۴ بیان شده است.

جدول شماره ٤. جدول ضرایب همبستگی طرحواره های ناکارآمد و خودپنداره کودکان

متغیر	نمره کل خودپنداره	معنی داری
طرحواره تنهایی	-۰/۳۹	۰/۰۱
طرحواره آسیب	-۰/۱۱	۰/۴۶
طرحواره بدرفتاری	۰/۱۲	۰/۴۵
طرحواره نقص	-۰/۴۴	۰/۰۰۳
طرحواره شکست	-۰/۳۶	۰/۰۱
طرحواره اطاعت	۰/۰۵	۰/۷۳
طرحواره استانداردهای سرسختانه	۰/۱۳	۰/۴۰
طرحواره ایثار	۰/۱۶	۰/۳۱
طرحواره گرفتاری	۰/۲۶	۰/۰۹
طرحواره استحقاق	۰/۲۲	۰/۱۶
طرحواره خویشتن داری	۰/۲۰	۰/۱۹

همان طور که مشخص است، طرحواره ناسازگار تنهایی با ضریب همبستگی(۰/۳۹)، طرحواره ناسازگار شکست با ضریب همبستگی(۰/۳۶) و طرحواره ناسازگار نقص با ضریب همبستگی(۰/۴۴) رابطه منفی معنی داری با نمره کل خودپنداره دارند. با توجه به بررسی دقیق تر رابطه بین طرحواره ناسازگار نقص و خودپنداره نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا مشخص شد که این طرحواره بالاترین رابطه منفی(۰/۵۵) را با مقیاس اضطراب خودپنداره در کل گروه دارد. طرحواره ناسازگار تنهایی و شکست نیز بیشترین رابطه منفی معنی دار(۰/۵۳) با مقیاس تحصیلی خودپنداره در کل گروه دارد. نتایج نشان می دهد که رابطه معناداری بین دیگر طرحواره های ناکارآمد و خودپنداره نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا وجود ندارد.

در جدول شماره ۵ نتایج حاصل از همبستگی بین هر کدام از مشکلات رفتاری و طرحواره های ناسازگار اولیه ذکر شده است.

جدول شماره ۵. ضرایب حاصل از تحلیل رگسیون نمره خودپنداره کودکان بر حسب طرحواره های ناسازگار اولیه(به روش گام به گام)

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R	R^2	(p)F	β	(p)t	sig
خودپنداره	طرحواره ناسازگار تنهایی	۰/۳۹	۰/۱۵	۷/۲۰	-۰/۳۹	-۲/۶۸	۰/۰۱
خودپنداره	طرحواره ناسازگار-خویشتن داری	۰/۵۷	۰/۳۲	۹/۲۵	-۰/۵۹	-۴/۰۱	۰/۰۰۰
					۰/۴۵	۳/۱۱	۰/۰۰۴

نتایج نشان داد وجود طرحواره نقص با مشکل رفتاری مقابله ای(۰/۴۲)، مشکلات اضطرابی(۰/۴۴) و به خصوص اضطراب جدایی(۰/۳۹) در کل گروه رابطه معنی داری دارد. طرحواره ناسازگار تنهایی با مشکل رفتاری مقابله ای(۰/۳۳)، افسردگی کودکان(۰/۳۶) و وجود صفات طیف اوتیسم(۰/۵۰) رابطه معناداری دارد. طرحواره ناسازگار اطاعت با مشکل رفتاری افسردگی کودکان(۰/۳۲) و صفات طیف اوتیسم(۰/۳۳) رابطه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

معنی داری دارد. طرحواره ایثار با مشکل رفتاری صفات طیف اوتیسم(۰/۳۵) رابطه معنی داری دارد. طرحواره گرفتاری با مشکل رفتاری بیش فعالی کمبود توجه(۰/۳۱) رابطه معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش که بررسی رابطه بین طرحواره های ناکارآمد، خودپنداره و مشکلات رفتاری در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا می باشد. نتایج یافته های توصیفی حاکی از این است که نوجوانان با مشکلات حسی بینایی و نوجوانان ناشنوا طرحواره های ناسازگار اولیه در مورد گرفتاری، نقص و مطیع بودن دارند. با توجه به این که پژوهشی در این زمنیه با توجه به اطلاعات در دسترس انجام نشده است، نمی توان هم خوان بودن نتایج را بررسی کرد. هم چنین نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا در زمنیه شاد بودن و اضطراب خودپنداره مثبت کمتری دارند. با توجه به انجام مصاحبه ای که در حین پر کردن پرسش نامه ها انجام شد، این نوجوانان مشکل خود آگاهی داشتند و اکثریت احساس خجالت در مقابل دیگران را گزارش کردند و به ویژه نوجوانانی که در سنین بالاتر بودند این یافته با نتیجه پژوهش گنت و همکاران، ۲۰۱۲ و هینترمین، ۲۰۰۸ هم خوان می باشد(۱۷،۱۸). بنا بر این می توان این گونه تبیین کرد که کودکان با مشکلات حسی با توجه به سطح ارتباطات کمتری که با دیگران و محیط اطرافشان برقرار می کنند و نمی توانند تصویر درستی از خود یا به گونه ای دیگر خودپنداره مثبتی از خود داشته باشند. نتایج حاصل از همبستگی بین خودپنداره و طرحواره های ناسازگار در کودکان نابینا و ناشنوا حاکی از این است که بین خودپنداره و طرحواره های ناکارآمد اولیه در نوجوانان گروه نمونه رابطه منفی وجود دارد. بنا بر این فرض اول پژوهش تائید می شود. طرحواره ناسازگار اولیه تنهایی و شکست و نقص رابطه معناداری با خودپنداره مثبت در این گروه از نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا را دارند. این یافته با نتیجه پژوهش هایی که رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و سلامت روان افراد تائید می کند(۸)، هم خوان می تواند باشد. از آن جائی که طرحواره های ناسازگار اولیه بر اساس تجارب و شناخت آن ها از دنیای اطرافشان بر اساس اطلاعات دریافتی شکل می گیرد، و در گام بعدی مانند یک سبک شناختی می تواند رفتار و واکنش های هیجانی و احساسی فرد را تحت تاثیر قرار دهد، می توان این گونه نتیجه گرفت که این کودکان هنگامی که از همدلی، مهرورزی و پذیرش از طرف دیگران مطمئن نیستند(طرحواره تنهایی)، باعث شده فرد در این مورد که وی را دوست ندارند و یا به وی بی توجهی می شود، بیشتر تمرکز داشته باشد و بالطبع خود پنداره مثبت وی را کاهش دهد(۳). از سوی دیگر وجود طرحواره شکست در این کودکان باعث شده کودک این گونه احساس کند که در زمینه های مختلف نسبت به دیگران نالایق است(۴)، که خود این طرحواره می تواند به علت محدودیت های حسی آن ها باشد. در نتیجه نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا از تصمیم ها و مسئولیت های خودش احساس تردید می کند و بنا بر این در مهار هیجان ها و تکانه هاش دچار مشکل می شود و خودپنداره مثبت وی کاهش می یابد.

با توجه به یافته ها پژوهش طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه معنی داری با مشکلات رفتاری در کودکان دارند و فرضیه دوم پژوهش نیز تائید می شود. این یافته با نتیجه پژوهش هایی که رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات روان شناختی افراد را بیان می کنند، هم خوان است(۵،۸). مشکل رفتاری کمبود توجه-بیش فعالی و اضطراب جدایی از مشکلات رفتاری مطرح در این گروه از کودکان بودند. با توجه به یک مدل شناختی وجود برخی طرحواره های ناسازگار می تواند بر روی توجه، یادآوری و پردازش اطلاعات آن چه در محیط رخ می دهد تاثیرگذار باشد(۷). اگر چه یانگ طرحواره ها را متفاوت از شناخت می دانست و به عنوان الگویی که فرد اطلاعات محیط اطرافش را تفسیر می کند، مطرح کرد(۳). از سوی دیگر طرحواره های ناکارآمد می تواند بر روی دلبستگی و اضطراب حاصل از آن تاثیرگذار باشد و به طور غیرمستقیم بر روی مشکلات روان شناختی افراد موثر باشد(۷). با توجه به نتایج پژوهش طرحواره گرفتاری رابطه معناداری را با مشکل رفتاری کمبود توجه بیش فعالی است، کودک با این طرحواره بر روی عملکرد مستقلانه خود و توانایی کنترل شرایطش اطمینان ندارد، بنا بر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

این به نظر می رسد که بیشتر نتایج بیش فعالی و کمبود توجه کودک در محیط و واکنش والدین این طرحواره را در وی تقویت می کند و از سوی دیگر این طرحواره توانایی کودک در دقت و کنش وی تاثیر می گذارد. طرحواره های ناسازگار نقص و تنهایی رابطه معناداری با مشکلات رفتاری مقابله ای در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا دارند. هم چنین یافته ها نشان داد که طرحواره تنهایی رابطه معناداری با وجود صفات طیف اوتیسم و مشکل افسردگی در نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا دارد. این طرحواره جز طرحواره های قطع ارتباط و طرد است که کودک در زمنیه ارتباط برقرار کردن و بودن با دیگران مطمئن نیست و می تواند عاملی بر دور شدن فرد از ارتباط برقرار کردن و رفتارهای کلیشه ای کودک شود. در نتیجه می توان این گونه نتیجه گیری کرد که وجود برخی طرحواره های ناکارآمد اولیه چون تنهایی، گرفتاری، نقص داشتن و آسیب پذیری در نوجوانان دارای مشکلات حسی بینایی و شنوایی می تواند خودپنداره آن ها را کاهش دهد و از سوی دیگر دلیلی بر مشکلات رفتاری آن ها نیز باشد. بنا بر این در نظر گرفتن و توجه به متغیرهایی در محیط که می تواند طرحواره های این کودکان را تشدید کند، عامل بسیار کمک کننده در جریان رشد سالم کودکان نابینا و ناشنوا خواهد بود.

از محدودیت های این پژوهش می توان به سخت بودن سوالات مفهومی پرسش نامه اشاره کرد و از سوی دیگر برخی از نوجوانان ناشنوا در هنگام مصاحبه سمعک نداشتند که این می توانست در ارتباط برقرار کردن با کودک مانعی را ایجاد کند. با توجه به این که این پژوهش برای اولین بار صورت گرفت، پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی این موضوع با گروه نمونه بزرگ تر و استفاده از پرسش نامه هایی که سوالات آن برای این گروه ها آسان تر است استفاده بشود. هم چنین پیگیری مسائل روان شناختی نوجوانان ناشنوا و نوجوانان نابینا در جلسات مشاوره و استفاده از روش های مداخله ای در جهت تغییر و اصلاح طرحواره های ناکارآمد اولیه آن ها اهمیت بسیاری دارد که مشاوران باید به آن توجه داشته باشند. با تشکر از کانون نابینایان و ناشنوایان یزد و خانواده های افراد دارای نوجوان ناشنوا و نوجوان نابینا که در این زمنیه بسیار ما را همراهی کردند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

References

1.Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turinisantorelli N, et al. The long term stability of early maladaptive schemas. Cogn Therap Res2006; 30: 515–29.

2.Wang CE, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. J Behavior Therap Exp Psychiatr2010;41:389-96.

3.Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takacs B, Unoka Z, Simon L. What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs:associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients? J Behavior Therap Exp Psychiatr 2010;42:129-37.

4. Johnston C, Dorahy MJ, Courtney D, Bayles T, Okane M. Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry2009;40:248-55.

5.Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. Clin Psychol Psychotherap2010; 17: 165–82.

6.Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. J Affect Dis2011;133:428-36.

7.Bosmans G, Breat C, Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cofnitive link? Clin Psychol Psychotherap2010; 17:374-385

8.Shorey R, Stuart GL, Anderson S. Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non clinical comparison group. Clin Psychol psychotherap2012;10: 1-8.

9. Eldik, TH, Treffers J,Veerman W, Verhulst F. Mental health problems of deaf dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. American Annal Deaf2004;148: 5-15.

10.Patel JV. Communicating with deaf people.Risk of ill health is increased. BMJ2010;22:341-5.

11. Rostami M, Younesi J, Movallali G, Farhood D, Biglarian A. The effectiveness of mental rehabilitation based on positive thinking skills training on increasing happiness hearing impaired adolescents. Audiology2014;23: 39-45.

12.Rostami M, Bahmani B, Bakhtyari V, Movallali, G. Depression and deaf adolescents a review. Iraninan Rehabil2014;12 : 43-53.

13.Bubbico L, Rosano A, Spagnolo A. Prevalence of trilingual deafness in Italy. Acta Otorhinolaryngol Ital2007;27: 17-21.

14.Movallali G, Torabi F, Tavakoli E. Behavioral problems in deaf populations: a literature review. Audiology2014; 20: 1-17.

15.Nameni MR,Hayat Roshan A, Torabi F. [Psychological development, Education and Rehabilitation of the blind]. SAMT Org2012;12: 166–7.(Persian)

16.Abasi R, Abedi A, Nasr Azadani S, Seifi Z. [Effects of panoura and philipuo s meta cognitive training program on self concept of children with mathematics learning disabilities]. J Learn Disabil2014;3:125-31.(Persian)

17.Gent TV, Goedhart AW, Kniirs HET, Westenberg PM, Treffers PDA. J Deaf Stud Deaf Edu2012;3: 1-19.

18.Hintermair M .Self esteem and satisfaction with life ofdeaf and hard of hearing people,A resource-oriented approachto identity work. J Deaf Stud Deaf Edu2008;13:278–300.

19.Agha Youefi AR, Amirpour B. [Validity and reliability of the early maladaptive schemas inventory in children, using factor analysis]. Pejouhandeh2012; 17:265-71.(Persian)

20.Asadi M. [Research on attitudes of teachers of elementary schools students]. Yazd Uni Psychol J 1995;2:23-6.(Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]

A Study of Relationship between Early Maladaptive Schemas Self-Concept and Behavioral Problems among Deaf Adolescences and Adolescences with Visual Impairment in YAZD City

*Demehri F[*1], Movallali G[2], Ahmadi V[3,4]*

(Received: August 30, 2014 Accepted: November 10, 2014)

Abstract

Introduction: Early maladaptive schemas, defined as cognitive and behavioral patterns of viewing oneself and theworld that cause considerable distress, are increasingly being recognized as an important underlying correlate of mental health problems. The purpose of this study is an investigation of simple and multiple relationships of early maladaptive schemas, self- concept and behavioral problems of deaf adolescence and adolescence with visual impairment.

Materials & methods: This study is a correlation study and universe included all deaf and blind students who have been in Yazd city. In this study 16 deaf students and 25 students with visual impairment in with were selected through accessibility sampling. Instruments used in this research included the early maladaptive questioner-40, self- concepts (SCSC) and SCI-4.

Findings: Results indicate that there was no significant difference between early maladaptive schemas between deaf and blind adolescence. But there were a significant relationship between early maladaptive schemas and self- concepts and behavioral problems.

Discussion & Conclusion: Considering the important of early maladaptive schemas to control of self-concepts and behavioral problems in deaf and blind adolescence, it seems necessary to considered in counseling of this adolescences.

Keywords: Early maladaptive schemas, Self concepts, Deaf adolescence, Adolescence with visual impairment

1. Dept of Psychology. Faculty of Psychology, Yazd Science and Arts University, Yazd, Iran
2. Dept of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilition Sceince, Tehran, Iran
3. Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
** Correspondin author Email: farangis_demehri@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-17]