

## Investigation of the Self-Efficacy in Siblings of Slow Paced Children with or without Clinical Symptoms

Alireza Karimi<sup>1</sup>, M.A

Psychology & Special Education, the University of Tehran

Saeid Hassanzadeh, Ph.D

Associate Professor of Psychology & Special Education, the University of Tehran

G. Ali Afrooz, Ph.D

Distinguished Professor, the University of Tehran

Sogand Ghasemzadeh, Ph.D

Assistant Professor of Psychology & Special Education, the University of Tehran

### Abstract

This study investigated self-efficacy in siblings of slow paced children, based on the visibility of the disability. 30 adolescent students with slow paced siblings participated in this study that 15 of them had slow-paced siblings with visible clinical symptoms and others had slow paced siblings without these symptoms. They were chosen by simple random sampling and their self-efficacy was examined via child and adolescent self-efficacy questionnaire (Muris, 2001). To analyze the data, the multivariate variance analysis methods (MANOVA) and the point-biserial correlation coefficient were used. Findings indicated that total self-efficacy ( $p < 0.01$ ), educational self-efficacy ( $p < 0.01$ ), and emotional self-efficacy ( $p < 0.05$ ) among the siblings of the slow paced children with clinical visible symptoms are less than siblings of a slow paced child without symptoms. In addition, a meaningful relationship has been found in the visible clinical symptoms among the siblings of a slow paced child with total self-efficacy ( $p < 0.01$ ), educational ( $p < 0.01$ ), and emotional ( $p < 0.01$ ). The current study indicates the effective role of clinical visible symptoms along with the slow pacing feature in child, regarding to self-efficacy of his/her adolescent siblings.

**Keywords:** Slow paced children, Siblings, Self-Efficacy

## بررسی خودکارآمدی در خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام با و بدون نشانگان بالینی

علیرضا کریمی<sup>۱</sup>

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

سعید حسن‌زاده

دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

غلامعلی افروز

استاد ممتاز گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

سوگند قاسم‌زاده

استادیار گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام بر اساس مشاهده‌پذیری معلولیت صورت گرفته است. در مطالعه حاضر، ۳۰ دانش‌آموز نوجوان دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام که از میان آن‌ها ۱۵ نفر دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر و ۱۵ نفر دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر بودند با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و خودکارآمدی آن‌ها با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی کودک و نوجوان (موریس، ۲۰۰۱)، مورد بررسی قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس چندمتغیره و ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای استفاده گردید. نتایج نشان دادند که خودکارآمدی کلی ( $p < 0.01$ )، تحصیلی ( $p < 0.01$ ) و هیجانی ( $p < 0.05$ ) خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، پایین‌تر از خواهران و برادران کودک آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر است. همچنین بین نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر در آهسته‌گامی کودک با خودکارآمدی کلی ( $p < 0.01$ )، تحصیلی ( $p < 0.01$ ) و هیجانی ( $p < 0.01$ ) خواهران و برادران وی، رابطه معنی‌داری یافت شد. پژوهش حاضر، نشان‌دهنده نقش مؤثر نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر همراه با آهسته‌گامی کودک در خودکارآمدی خواهران و برادران نوجوان وی می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** کودکان آهسته‌گام، خواهران و برادران، خودکارآمدی

1 alireza\_karimi@ut.ac.ir

## مقدمه

در فعالیتهای تحصیلی یا هنری خاص، فشار بیش از اندازه‌ای بر خود تحمیل کنند که چنین احساس فشاری می‌تواند تأثیر عمیقی بر بهداشت جسمانی و روانی آن‌ها برجای بگذارد (تانن و هاستینگز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). البته این احتمال وجود دارد که تجارب، نگرانی‌ها و مسئولیت‌های مرتبط با داشتن یک خواهر یا برادر بزرگ‌تر با ناتوانی، کاملاً متفاوت با مشکلات آن دسته از افرادی باشد که خواهر یا برادر با ناتوانی کوچک‌تر از خود دارند (گریسوم و بورکوسکی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین در رابطه با خواهران و برادران کودکان با ناتوانی، معمولاً سؤال‌هایی مطرح می‌شود؛ به‌عنوان مثال: چرا برخی از خواهران و برادران کودکان با ناتوانی، نگاهی مثبت‌گرایانه نسبت به زندگی دارند و به نحو قابل‌تحسینی در مدرسه و موقعیتهای اجتماعی برجسته و متمایز می‌شوند؟ چرا برخی مشکلات رفتاری از خود نشان می‌دهند؟ چرا عده‌ای از خواهران و برادران به‌طور دائم در حال نزاع و برخورد هستند، درحالی‌که برخی دیگر، ساعت‌ها باهم بازی می‌کنند؟ و چرا تعدادی از خواهران و برادران تمایل دارند تا خواهر یا برادر با ناتوانی خود را به دوستانشان معرفی کنند، درحالی‌که برخی دیگر نسبت به داشتن چنین خواهر یا برادری احساس خجالت و شرمساری کرده و به لحاظ اجتماعی به انزوا کشیده می‌شوند؟ شایان‌ذکر است که هر یک از انواع ناتوانی، اثرات متفاوت و منحصربه‌فردی بر تجارب خواهران و برادران می‌گذارد و درواقع هر یک از انواع ناتوانی جسمی، ذهنی یا رفتاری کودک، می‌تواند چالش‌های منحصربه‌فرد و متفاوتی را برای دیگر اعضای خانواده ایجاد کند (سلترز، گرینبرگ، ارسمند و لاندز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). دراین‌بین، وجود نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر در ناتوانی کودک، می‌تواند بر اهمیت و حساسیت موضوع بیفزاید؛ چراکه برخی از کودکان با نیازهای ویژه، مانند کودکان با سندرم‌داون، از بدو تولد به‌آسانی قابل‌تشخیص هستند و در

اعضای خانواده و روابط پیچیده میان آن‌ها، نقشی حیاتی در رشد کودکان با ناتوانی ایفا می‌کنند (بگام و بلاچر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). زندگی با یک کودک با ناتوانی، می‌تواند تأثیر عمیقی بر خانواده داشته باشد (لوباتو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریچمن، کرمن کرمن و نونان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). این کودکان، مقدار زیادی از درآمد، انرژی و وقت خانواده را به خود اختصاص می‌دهند که این مسئله بر روابط میان همسران با یکدیگر، والدین با سایر فرزندان، خواهر و برادرها باهم و سایر خویشاوندان تأثیرگذار است (افروز، ۱۳۸۸).

مطالعات صورت گرفته در خصوص خانواده‌های دارای کودک با ناتوانی، عمدتاً بر روابط بین والد-فرزند متمرکز بوده است (باکر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ استاک، سربین، انز، روتل و بریو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). به‌طوری‌که تا ابتدای دهه ۱۹۸۰، اغلب محققان توجه اندکی به خواهران و برادران افراد با ناتوانی داشته‌اند و تقریباً آن‌ها را به‌طور کامل از روند مطالعات کنار گذاشته بودند. این در حالی است که روابط بین خواهران و برادران، یکی از طولانی‌ترین پیوندهای خانوادگی در گستره زندگی یک فرد است و وجود کودک با ناتوانی در این رابطه تأثیرگذار است (کریمی و حسن‌زاده، ۱۳۹۵؛ ویلیامز، پیمجریاکل، گراف و استنتن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

بسیاری از خواهران و برادران کودک با ناتوانی، به خاطر مراقبت‌های بیشتری که این کودکان از طرف والدین دریافت می‌کنند، رنجیده‌خاطر می‌شوند؛ در مقابل برخی، از داشتن خواهر یا برادر با ناتوانی منفعت برده و پیشرفت کرده‌اند. افزون بر این، برخی از خواهران و برادران کودکان با ناتوانی بر این باورند که باید ناامیدی والدین خود را درزمینه داشتن کودک با ناتوانی جبران کنند؛ حتی ممکن است برای موفقیت بیشتر

6. Williams, Piamjariyakul, Graff & Stanton  
7. Taunt & Hastings  
8. Grissom & Borkowski  
9. Seltzer, Greenberg, Orsmond & Lounds

1. Begun & Blacher  
2. Lobato  
3. Reichman, Corman & Noonan  
4. Baker  
5. Stack, Serbin, Enns, Ruttelle & Barrieau

خودکارآمدی تحصیلی نیز به‌عنوان یکی دیگر از ابعاد باورهای خودکارآمدی، به احساس توانایی فردی برای یادگیری محتوا و انجام تکالیف تحصیلی اطلاق می‌شود (فرلا، والک و کی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که خودکارآمدی تحصیلی با خودتنظیمی (بوفارد، بوچارد، گالت، دنونکورت و کوچر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵)، پیشرفت تحصیلی (کارول<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، و سطوح پایین اضطراب و افسردگی (نای، لو و لیو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱) مرتبط است.

توانایی تنظیم هیجان‌ها، بخش مهمی از هوش هیجانی است که معمولاً تحت عنوان خودکارآمدی هیجانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و به معنی توانمندی فرد در مقابله با هیجان‌های منفی و کنترل بر آن‌ها است (چوی، کلومپر و سالی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ضعف در خودکارآمدی هیجانی در ایجاد اضطراب منتشر مؤثر است (موریس، ۲۰۰۲). افزون بر این، خودکارآمدی هیجانی، سطوح پایین استرس، سطوح بالای رضایت از زندگی و خودکارآمدی مقابله را پیش‌بینی می‌کند (چوی و همکاران، ۲۰۱۳).

دلایل بسیاری در ضرورت انجام پژوهش حاضر وجود دارد؛ از آنجایی که تعداد کمی از افراد با ناتوانی ذهنی ازدواج می‌کنند، در نتیجه خواهران یا برادران سالم آن‌ها به‌عنوان نسل بعدی مراقبت‌کننده‌ها پس از مرگ یا ازکارافتادگی والدین به شمار می‌آیند. به‌علاوه، این خواهران و برادران با چالش چگونگی تلفیق نیازهای خواهر یا برادر با ناتوانی خود، با مسئولیت‌هایشان در قبال اعضای خانواده و امور مربوط به آن روبرو می‌شوند (سلترز و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع زمانی که والدین به‌اندازه‌ای مسن شده‌اند که دیگر نمی‌توانند از فرزند با ناتوانی خود مراقبت کنند، نقش خواهر و برادرهای سالم کودک، پررنگ‌تر از گذشته خواهد شد. همچنین بسیاری

برخی دیگر نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر وجود ندارد. سندرم‌داون یکی از متداول‌ترین اختلالات کروموزومی مادرزادی است که همواره درجاتی از ناتوانی ذهنی و مشخصات بالینی را به همراه دارد. برخی از نشانه‌های جسمانی کودکان با سندرم‌داون، در اغلب این کودکان دیده می‌شود اما لزوماً هر کودک با سندرم‌داون، همه نشانه‌ها و علائم موردنظر را ندارد. در میان ۵۰ نشانه موجود در کودکان با سندرم‌داون، برخی از ویژگی‌ها (برای مثال، قرار گرفتن چشم‌ها به‌صورت مورب و بیرون بودن زبان) بیش از همه برای مشاهده‌گر مورد توجه است. به همین دلیل در پژوهش حاضر از بین انواع ناتوانی، آهسته‌گامی را انتخاب و آن را به دو نوع با و بدون نشانه‌های همراه بالینی مشاهده‌پذیر تفکیک کرده و به بررسی خودکارآمدی (اجتماعی، تحصیلی و هیجانی) خواهران و برادران سالم آن‌ها پرداخته‌ایم.

خودکارآمدی، به‌صورت کلی به باورها و قضاوت‌های فرد نسبت به توانایی‌های خود در یک حوزه خاص اشاره دارد و یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در رشد ارتباطات سالم اجتماعی می‌باشد (بندورا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). خودکارآمدی اجتماعی به به ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارها و ارتباطات اجتماعی اطلاق می‌گردد (موریس، سچمت، لمبریچس و مسترز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سطوح بالای خودکارآمدی اجتماعی با سطوح بالای عزت‌نفس و اطمینان اجتماعی (هرمان و بتز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ کاپرارا و استیکا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ اسمیت و بتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰)، مهارت‌های حل مسئله (بیلگین و آکاپولو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) و همچنین با سطوح پایین افسردگی (اسمیت و بتز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲) و اضطراب اجتماعی (فن، مینگ، گائو، لویز و لیو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰)، مرتبط است.

7. Fan, Meng, Gao, Lopez &amp; Liu

8. Ferla, Valcke &amp; Cai

9. Bouffard, Bouchard, Goulet, Denoncourt &amp; Couture

10. Carroll

11. Nie, Lau &amp; Liao

12. Choi, Klumper &amp; Sauley

1 Bandura

2 Muris, Schmidt, Lambrichts &amp; Meesters

3 Hermann &amp; Betz

4 Caprara &amp; Steca

5 Smith &amp; Betz

6 Bilgin &amp; Akkapulu

پرداخته‌اند، این سؤال مطرح می‌شود که آیا صرفاً داشتن خواهر یا برادر با ناتوانی، صرف‌نظر از نوع ناتوانی (برحسب مشاهده‌پذیری)، نشان‌دهنده یک سری پیامدهای متداول بر خواهران و برادران است یا نوع ناتوانی نیز می‌تواند تجارب خواهران یا برادران عادی کودک با ناتوانی را به‌طور منحصربه‌فردی، شکل دهد. با توجه به مطالب ذکرشده، پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر همراه با آهسته‌گامی کودک، در خودکارآمدی (اجتماعی، تحصیلی و هیجانی) خواهران و برادران نوجوان عادی وی است تا با اندازه‌گیری خودکارآمدی، این مسئله را بررسی کند که آیا وجود نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر همراه با ناتوانی کودک، خودکارآمدی این گروه از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا خیر؟

### روش

طرح این پژوهش، غیرآزمایشی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان آهسته‌گام مقطع ابتدایی شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ می‌باشد. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه (محدوده سنی ۱۹-۱۴ سال، نداشتن ناتوانی ذهنی یا جسمانی، زندگی در کنار خواهر یا برادر آهسته‌گام و اشتغال به تحصیل)، ۳۰ دانش‌آموز (۱۵ نفر دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر و ۱۵ نفر دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. شایان‌ذکر است نمونه‌گیری در پژوهش حاضر در دو مرحله اجرا شده است:

#### مرحله اول: شناسایی دانش‌آموزان آهسته‌گام با

نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر؛ همان‌طور که قبلاً مطرح شد، بخشی از نوجوانان هدف در پژوهش حاضر، دارای خواهر یا برادر آهسته‌گام با نشانه‌های همراه مشاهده‌پذیر بوده‌اند، لذا

از خواهر و برادرها می‌توانند در رشد هوشی، اجتماعی و عاطفی برادر یا خواهر با ناتوانی خود، نقش مهمی ایفا کنند (هاردمن و همکاران ۲۰۰۱، ترجمه علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹). از طرفی، اغلب پژوهش‌های قبلی به پیامدهای منفی داشتن خواهر یا برادر با ناتوانی از قبیل افسردگی، احساس تنهایی، مشکلات رفتاری، خودارزشمندی کم و مشکلات مربوط به سازگاری، اشاره داشته‌اند (کاسکلی و گان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)، این در حالی است که ممکن است نتایج مثبتی نیز، از تجربه داشتن یک خواهر یا برادر با ناتوانی حاصل شود (کریمی و حسن‌زاده، ۱۳۹۵؛ گریسون و بورکوسکی، ۲۰۰۲). همچنین در حال حاضر، بیش از گذشته به آموزش فراگیر دانش‌آموزان با ناتوانی توجه می‌شود، لذا یکی از مسائلی که ممکن است به دنبال اجرای کامل و صحیح فراگیرسازی مشاهده شود، حضور دانش‌آموز با ناتوانی در همان مدرسه‌ای است که خواهر یا برادر سالم وی در آن مشغول به تحصیل بوده است؛ این مسئله باعث می‌شود که خواهر یا برادر سالم، پاسخگوی احتمالی سؤالات دیگران راجع به ناتوانی خواهر یا برادر خود بوده و لذا علاوه بر محیط خانه، در مدرسه نیز نقش مراقبت‌کننده را ایفا کند و در واقع ممکن است همین شرایط خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و هیجانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین بررسی سازه‌های نظیر خودکارآمدی، می‌تواند فرصتی به وجود آورد تا در کنار توجه به پیامدهای منفی ناشی از داشتن یک خواهر یا برادر با ناتوانی به پیامدهای مثبت احتمالی نیز توجه شود. بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در ایران، کمتر به خواهران و برادران افراد با نیاز ویژه پرداخته شده است؛ به‌طوری‌که فقط می‌توان به چند پژوهش (شجاعی، به پژوه، شکوهی‌یکتا و غباری‌بناب، ۱۳۹۱؛ پورمحمدرضای تجربی، ۱۳۸۹؛ آرمان و فیروزکوهی‌مقدم، ۱۳۸۳) اشاره داشت. از آنجایی که اغلب پژوهش‌های قبلی مرتبط با خواهران و برادران کودکان با ناتوانی، معمولاً به یک گروه خاص از انواع ناتوانی‌ها (برای مثال، خواهران و برادران کودکان سندرم‌داون)

1. Cuskelly & Gunn

خرده آزمون خودکارآمدی اجتماعی، توانمندی ایجاد ارتباط با همسالان، قاطعیت و رسیدن به معیارهای اجتماعی را می‌سنجد. خرده آزمون خودکارآمدی تحصیلی، احساس توانمندی در مدیریت رفتارهای یادگیری، تسلط بر موضوعات درسی و تحقق انتظارات تحصیلی را می‌سنجد. خرده آزمون خودکارآمدی هیجانی، احساس توانمندی فرد در مقابله و کنترل هیجان‌های منفی را می‌سنجد. شایان ذکر است با جمع نمودن نمرات هر آزمودنی در هر سه خرده آزمون، نمره خودکارآمدی کلی محاسبه می‌گردد. در مقابل هر ماده، طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (اصلاً = نمره ۱ تا بسیار زیاد = نمره ۵) قرار دارد. دامنه نمرات برای خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی از ۸ تا ۴۰، برای خودکارآمدی هیجانی، از ۷ تا ۳۵ و برای خودکارآمدی کلی، از ۲۳ تا ۱۱۵ است. موریس (۲۰۰۱) پایایی خودکارآمدی کلی را ۰/۷۰، خودکارآمدی اجتماعی ۰/۷۸، خودکارآمدی تحصیلی ۰/۸۷ و خودکارآمدی هیجانی را ۰/۸۰ گزارش کرده است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل آماری داده‌ها از آزمون‌های آماری مناسب شامل تحلیل واریانس چندمتغیری و ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای، استفاده شد. شایان ذکر است، سطح معنی‌داری ( $\alpha = 0/05$ )، برای بررسی سؤال‌های پژوهش در نظر گرفته شده است.

#### یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از دو روش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در جداول ۱، یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. جدول ۱، میانگین نمرات خودکارآمدی خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام را برحسب مشاهده‌پذیری ناتوانی کودک نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌های خودکارآمدی کلی، اجتماعی، تحصیلی و هیجانی گروه خواهران و برادران کودک آهسته‌گام بدون نشانگان بالینی مشاهده‌پذیر نسبت به گروه دیگر بالاتر است.

لازم بود تا ابتدا دانش‌آموزان آهسته‌گام با نشانه‌های همراه مشاهده‌پذیر از دانش‌آموزان آهسته‌گام بدون نشانه‌های همراه مشاهده‌پذیر تفکیک شوند. سندرم‌داون به‌عنوان یک اختلال همراه با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر در نظر گرفته شد. بعد از مراجعه به مدارس مقطع ابتدایی دخترانه و پسرانه ویژه کودکان آهسته‌گام شهر اهواز، ۳۷ دانش‌آموز با سندرم‌داون شناسایی شدند.

شایان ذکر است، شناسایی دانش‌آموزان آهسته‌گام با نشانه‌های همراه مشاهده‌پذیر، بر اساس مطالعه پیشینه علمی، پرونده تحصیلی دانش‌آموز و نظر متخصصان در حوزه کودکان با نیازهای ویژه انجام گرفته است.

**مرحله دوم: شناسایی خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر که حائز کلیه ملاک‌های ورود به مطالعه هستند؛ در حین اجرای مرحله اول نمونه‌گیری، متوجه شدیم که همه خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، واجد ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش حاضر نبودند.** ازجمله اینکه همه آن‌ها در محدوده سنی مجاز برای شرکت در مطالعه نبودند. لذا در این مرحله با بررسی وضعیت همه خواهران و برادران دانش‌آموزان آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های مشاهده‌پذیر، با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، لیست نهایی خواهران و برادران واجد ملاک‌های لازم برای شرکت در این مطالعه، تدوین شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر هستند.

**پرسشنامه سنجش خودکارآمدی کودک و نوجوان (موریس، ۲۰۰۱):** این پرسشنامه برای ارزیابی خودکارآمدی کودکان و نوجوانان در چهار حیطه اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و کلی تهیه شده است. پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان مشتمل بر ۲۳ گویه است که از سه خرده آزمون خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی هیجانی تشکیل شده است.

جدول ۱: توصیف آماری نمرات مربوط به خودکارآمدی و خرده مقیاس‌های آن در خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام برحسب مشاهده‌پذیری معلولیت

آهسته‌گام				گروه
مشاهده ناپذیر		مشاهده‌پذیر		
M=۹۳/۱۳	SD=۸/۵۰	M=۸۱/۴۰	SD=۹/۰۹	خودکارآمدی کلی
M=۳۲/۷۳	SD=۳/۵۱	M=۲۷/۴۷	SD=۵/۲۴	خودکارآمدی تحصیلی
M=۳۲/۵۳	SD=۳/۶۶	M=۳۰/۷۳	SD=۳/۸۴	خودکارآمدی اجتماعی
M=۲۶/۸۷	SD=۴/۰۳	M=۲۳/۲۰	SD=۴/۳۷	خودکارآمدی هیجانی

هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی)، بیانگر آن است که بین خواهران و برادران نوجوان کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر در حداقل یکی از متغیرهای وابسته (خودکارآمدی کلی، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به اینکه این تفاوت در کدام متغیر یا متغیرها وجود دارد، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن تحلیل واریانس چندمتغیره، در جدول ۳، آورده شده است

**سؤال اول:** آیا بین خودکارآمدی (تحصیلی، اجتماعی و هیجانی) خواهران و برادران نوجوان کودک آهسته‌گام با نشانه‌های همراه مشاهده‌پذیر و مشاهده‌ناپذیر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ به‌منظور پاسخگویی به این سؤال، از روش تحلیل واریانس چندمتغیره، استفاده‌شده است که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده‌شده است.

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه نمرات خودکارآمدی (تحصیلی، اجتماعی و هیجانی) در دو گروه خواهران و برادران نوجوان کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر

منبع	آزمون	مقادیر	Fنسبت	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری - اثر	اندازه
گروه	اثر پیلایی	۰/۳۷	۵/۰۸	۳	۲۶	۰/۰۰۷	۰/۳۷
	لامبدای ویلکز	۰/۶۳	۵/۰۸	۳	۲۶	۰/۰۰۷	۰/۳۷
	اثر هتلینگ	۰/۵۸	۵/۰۸	۳	۲۶	۰/۰۰۷	۰/۳۷
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۸	۵/۰۸	۳	۲۶	۰/۰۰۷	۰/۳۷

جدول ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها در متغیر خودکارآمدی (تحصیلی، اجتماعی و هیجانی) در دو گروه خواهران و برادران نوجوان کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر

منبع	درجه آزادی فرضیه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	Fنسبت	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی کلی	۱	۱۰۳۲/۵۳	۱۰۳۲/۵۳۳	۱۳/۳۲	۰/۰۰۱
خودکارآمدی تحصیلی	۱	۲۹۴/۵۳	۲۹۴/۵۳۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱
خودکارآمدی اجتماعی	۱	۲۴/۳۰	۲۴/۳۰۰	۱/۷۲	۰/۲۰
خودکارآمدی هیجانی	۱	۱۰۰/۸۳	۱۰۰/۸۳۳	۵/۶۹	۰/۰۲۴

مشاهده‌پذیر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد  $F=۱۳/۳۲$

نتایج نشان می‌دهد که:

۱.  $(p < ۰/۰۱)$ . با توجه به میانگین‌های درج‌شده در جدول ۱، میانگین نمره خودکارآمدی کلی خواهران و برادران کودک

الف) بین متغیر خودکارآمدی کلی در دو گروه خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی

بررسی خودکارآمدی در خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام با و بدون نشانگان بالینی

مشاهده‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $F=1/72$ ) ،  
( $p>0/05$ ).

(د) بین متغیر خودکارآمدی هیجانی در دو گروه خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=5/69$ ) ،  
( $p<0/05$ ). با توجه به میانگین‌های درج‌شده در جدول ۱، میانگین نمره خودکارآمدی هیجانی خواهران و برادران کودک آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 26/87$ ) ، بیشتر از خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 23/20$ ) می‌باشد.

آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 93/13$ ) ، بیشتر از نمره خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 81/40$ )، می‌باشد.

(ب) بین متغیر خودکارآمدی تحصیلی در دو گروه خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=14/76$ ) ،  
( $p<0/01$ ). با توجه به میانگین‌های درج‌شده در جدول ۱، میانگین نمره خودکارآمدی تحصیلی خواهران و برادران کودک آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 32/73$ ) ، بیشتر از خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر ( $\bar{x} = 27/47$ ) می‌باشد.

(ج) بین متغیر خودکارآمدی اجتماعی در دو گروه خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی

جدول ۴: گزارش ضریب همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای برای بررسی رابطه بین «مشاهده‌پذیری نشانه‌های همراه آهسته‌گامی کودک» و «نمرات خودکارآمدی خواهران و برادران نوجوان وی»

متغیر ملاک	ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای ( $r_{pb}$ )	df	t مقدار	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی کلی	-۰/۵۷	۲۸	-۳/۶۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی تحصیلی	-۰/۵۹	۲۸	-۳/۸۴	۰/۰۰۰
خودکارآمدی اجتماعی	-۰/۲۴	۲۸	-۱/۳۱	۰/۱۰۰
خودکارآمدی هیجانی	-۰/۴۱	۲۸	-۲/۳۹	۰/۰۱۱

آهسته‌گامی کودک) با متغیرهای ملاک (خودکارآمدی کلی، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی)، از طریق تعیین ضریب همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای محاسبه شده است. این ضرایب به ترتیب برای خودکارآمدی کلی (-۰/۵۷) و معنادار (-۳/۶۷)  $t = -3/84$ ،  $P < 0/01$ ، برای خودکارآمدی تحصیلی (-۰/۵۹) و معنادار  $t = -1/31$ ،  $P < 0/1$ ، برای خودکارآمدی اجتماعی (-۰/۲۴) و غیر معنادار ( $t = -1/31$ ) و  $P > 0/05$  و برای خودکارآمدی هیجانی (-۰/۴۱) و معنادار  $t = -2/39$

**سؤال دوم:** آیا بین خودکارآمدی (تحصیلی، اجتماعی و هیجانی) خواهران و برادران نوجوان کودک آهسته‌گام و مشاهده‌پذیری نشانه‌های همراه آهسته‌گامی وی رابطه معنی‌داری وجود دارد؟ برای پاسخگویی به این سؤال از روش ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای<sup>۱</sup>، استفاده شده است که گزارش آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، رابطه بین متغیر پیش‌بین (وجود یا عدم نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر در

معنی‌دار بین خودکارآمدی اجتماعی خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، می‌توان به این مطلب اشاره کرد که عوامل بسیاری (برای مثال، خانواده، مدرسه و گروه همسالان) بر خودکارآمدی افراد تأثیرگذار هستند. همچنین برحسب نظریه شناختی اجتماعی بندورا، انتظارات خودکارآمدی افراد بر اساس چهار منبع تجربه‌های شخصی (دستاوردهای عملکردی)، تجربه جانشینی، ترغیب کلامی و حالت‌های فیزیولوژیکی شکل می‌گیرند (بندورا و همکاران، ۱۹۹۷). از آنجایی که در پژوهش حاضر به بررسی همه عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی اجتماعی افراد، پرداخته نشده است، لذا ممکن است این عوامل بر نتایج تأثیر گذاشته و سبب معنی‌دار نشدن تفاوت خودکارآمدی اجتماعی در بین این دو گروه شده باشد. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، علی‌رغم اغلب پژوهش‌های قبلی که داشتن یک خواهر یا برادر با ناتوانی را امری ناخوشایند و نامطلوب تلقی می‌کردند، برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که نتایج مثبتی نیز می‌تواند از تجربه داشتن یک خواهر یا برادر با ناتوانی، حاصل شود. اگرچه گام‌های بزرگی برای افزایش درک و شناخت ما از خواهران و برادرانی که یکی از آن‌ها نوعی ناتوانی دارد برداشته شده است، با این وجود ملاحظات روش‌شناختی نیز باید مورد توجه محققان قرار گیرد. یکی از ابتدایی‌ترین اشکالات روش‌شناختی برخی از تحقیقات، دریافت اطلاعات از والدین کودکان با ناتوانی است و مستقیماً با خواهران و برادران مصاحبه‌ای صورت نگرفته است (گراف و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا ورتی، هیرست و رویرز<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) بر استفاده از روش مستقیم ارزیابی (به دست آوردن اطلاعات از خود خواهران و برادران) به جای استفاده از روش غیرمستقیم ارزیابی (به دست آوردن اطلاعات در مورد خواهران و برادران از والدین) تأکید داشته‌اند.

۰/۰۱ < p) می‌باشد. با محاسبه ضریب تعیین برای ضرایب همبستگی، می‌توان گفت که متغیر پیش‌بین، ۳۲/۴۹ درصد از تغییرات خودکارآمدی کلی، ۳۴/۸۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی تحصیلی و ۱۶/۸۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی هیجانی را تبیین می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که ملاحظه شد، خودکارآمدی کلی، تحصیلی و هیجانی خواهران و برادران کودک آهسته‌گام بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، نسبت به خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، مطلوب‌تر است. همچنین، بین نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر همراه با آهسته‌گامی کودک و خودکارآمدی کلی، تحصیلی و هیجانی خواهران و برادران نوجوان وی، رابطه معنی‌داری مشاهده شد. در حالی که رابطه معنی‌داری در مورد خودکارآمدی اجتماعی، یافت نشد. یافته‌های حاصل، با نظر کاسکلی، چانت و هایز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) مبنی بر اینکه هر یک از انواع ناتوانی جسمی، ذهنی یا رفتاری کودک، چالش‌های منحصربه‌فرد و متفاوتی را برای اعضاء خانواده فراهم می‌کند، همخوانی دارد. کودکان با سندرم‌داون، علی‌رغم داشتن ناتوانی ذهنی، مجموعه‌ای از نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر (برای مثال، چشم‌های مورب) و پنهان (برای مثال، مشکلات گوارشی) را به همراه دارند. باید توجه داشت که همین نشانه‌های پنهان و آشکار می‌تواند زمینه‌ساز شرایطی شود که سبب سنگین‌تر شدن وظایف مراقبت‌کنندگی اعضاء خانواده از کودک با ناتوانی شود. به‌طوری‌که این شرایط سخت، خودکارآمدی (اجتماعی، تحصیلی و هیجانی) خواهران و برادران کودک را در معرض خطر قرار دهد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که بین خودکارآمدی کلی، تحصیلی و هیجانی خواهران و برادران کودک آهسته‌گام با و بدون نشانه‌های بالینی مشاهده‌پذیر، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در مورد عدم مشاهده تفاوت

1. Verte, Hebbrecht & Roeyers

1. Cuskelly, Chant & Hayes



بررسی خودکارآمدی در خواهران و برادران کودکان آهسته‌گام با و بدون نشانگان بالینی

کریمی، علیرضا و حسن‌زاده، سعید (۱۳۹۵). پیامدهای داشتن خواهر یا برادر آسیب‌دیده‌شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳۸، ۴۶-۴۱.

هاردمن، مایکل ال؛ درو، کلیفورد جی و اگن، ام وینستون (۲۰۰۱). *روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (ویراست هفتم)*. ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی‌لویه و فریبا یادگاری (۱۳۸۹). تهران: نشر دانژه.

Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Preschool children with and without developmental delay: Behavior problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214-217.

Begum, G., & Blacher, J. (2011). The siblings relationship of adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 1580-1588.

Bilgin, M., & Akkapulu, E. (2007). Some variables predicting social self-efficacy expectation. *Social Behavior and Personality*, 35, 777-788.

Bouffard, T., Bouchard, M., Goulet, G., Denoncourt, I., & Couture, N. (2005). Influence of achievement goals and self-efficacy on students' self-regulation and performance. *International Journal of Psychology*, 40, 373-384.

Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10, 275-286.

Carroll, A., Houghton, S., Wood, R., Unsworth, K., Hattie, J., Gordon, L., Bower, J. (2009). Self-efficacy and academic achievement in Australian high school students: The mediating effects of academic aspirations and delinquency. *Journal of Adolescence*, 32, 797-817.

Choi, S., Kluemper, D. H. & Sauley, K. (2013). Assessing emotional self-efficacy: Evaluating validity and dimensionality with cross-cultural samples. *Applied Psychology: An International Review*, 62, 97-123.

Cuskelly, M., Chant, D., & Hayes, A. (1998). Behaviour problems in the siblings of children with

در حال حاضر الگوی رایج، بررسی تجارب و مشکلات روان‌شناختی خواهران یا برادران یک گروه از انواع ناتوانی (برای مثال، آهسته‌گام) می‌باشد. ولیکن در میان ناتوانی‌ها، تنوع بسیار زیادی به چشم می‌خورد. بسیار مهم است که بدانیم چگونه تجارب خواهر یا برادر عادی، تحت تأثیر ناتوانی‌های متفاوت و متنوع خواهر یا برادر خود قرار می‌گیرد. لذا یکی از چالش‌های پیش‌روی محققان در بررسی تجارب و ویژگی‌های روان‌شناختی خواهران و برادران کودکان با ناتوانی ارزیابی عمیق و دقیق‌تر از شرایط منحصربه‌فردی است که هرکدام از انواع ناتوانی برای سایر فرزندان خانواده به وجود می‌آورد. در همین راستا، در پژوهش حاضر به جهت بررسی خودکارآمدی خواهران و برادران، نوع ناتوانی کودک را مورد توجه قرار داده‌ایم. تفکیک آهسته‌گامی بر اساس مشاهده‌پذیری در پژوهش حاضر، می‌تواند آغازگر نگاهی نو به شرایط برخی از خواهران و برادران کودکان با ناتوانی باشد.

## منابع

افروز، غلامعلی (۱۳۸۸). *روان‌بخشی و توان‌بخشی کودکان آهسته‌گام (عقب‌مانده ذهنی)*. تهران: موسسه انتشارات دانشگاه تهران.

آرمان، سرور و فیروزکوهی‌مقدم، محبوبه (۱۳۸۳). تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان عقب‌مانده. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)*، ۴، ۲۷۳-۲۶۷.

پورمحمدزای تجریشی، معصومه (۱۳۸۹). مداخلات خواهر و برادر محور در افراد با سندرم داون. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران: دومین سمینار آشنایی با کودکان سندرم داون.

شجاعی، ستاره؛ به‌پژوه، احمد؛ شکوهی‌یکتا، محسن و غباری‌بناب، باقر (۱۳۹۱). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۶، ۴۶-۲۱.

- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 555-565.
- Nie, Y., Lau, S., & Liao, A.K. (2011). Role of academic self – efficacy in moderating the relation between task importance and test anxiety. *Learning and Individual Differences*, 21, 736-741.
- Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 679-683.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Orsmond, G. I., & Lounds, J. (2005). Life course studies of siblings of individuals with disabilities. *Mental Retardation*, 43, 354-359.
- Smith, H. M., & Betz, N. E. (2000). Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. *Journal of Career Assessment*, 8, 283-301.
- Smith, H. M., & Betz, N. E. (2002). An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 438-448.
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Enns, L. N., Ruttle, P. L., & Barrieau, L. (2010). Parental effects on children's emotional development over time and across generations. *Infants & Young Children*, 23, 52-69.
- Taunt, H. M., & Hastings, R. P. (2002). Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37, 410-420.
- Verte, S., Hebbrecht, H., & Roeyers, H. (2006). Psychological adjustment of siblings of children who are deaf or hard of hearing. *The Volta Review*, 106, 89-110.
- Williams, P. D., Piamjariyakul, U., Graff, J. C., & Stanton, A. (2010). Developmental disabilities: effects on well-siblings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33, 39-55.
- Down syndrome: Associations with family responsibilities and parental stress. *International Journal of Disability, Development and Education*, 45, 259-311.
- Cuskelly, M., & Gunn, P. (2006). Adjustment of children who have a sibling with Down syndrome: Perspectives of mothers, fathers, and children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 917-926.
- Fan, J., Meng, H., Gao, X., Lopez, F. J., & Liu, C. (2010). Validation of a U.S. adult social self-efficacy inventory in Chinese populations. *The Counseling Psychologist*, 38, 473-496.
- Ferla, J., Valcke, M. & Cai, Y. (2009). Academic self-efficacy and academic selfconcept: Reconsidering structural relationships. *Learning and Individual Differences*, 19, 499-505.
- Graff, C., Mandleco, B., Dyches, T. T., Coverston, C. R., Roper, S. O., & Freeborn, D. (2012). Perspectives of adolescent siblings of children with Down syndrome who have multiple health problems. *The Journal of Family Nursing*, 18, 175-199.
- Grissom, M. O., & Borkowski, J. (2002). Self-efficacy in adolescents who have siblings with or without disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 79-90.
- Hermann, K. S., & Betz, N. E. (2006). Path models of the relationships of instrumentality and expressiveness, social self-efficacy, and self-esteem to depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 1086-1106.
- Lobato, D., Kao, B., Plante, W., Seifer, R., Grullon, E., Cheas, L., & Canino, G. (2011). The psychological and school functioning of Latino siblings of children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 696-703.
- Muris, p. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 145-149.