

نقش میانجی گرانه تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه‌ی بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی^۱

- علی رهبری*، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
 □ اشکان ناصح، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
 □ عباس ابوالقاسمی، استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۲ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۴ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۷۵ - ۸۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی گرانه تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی بود.

روش: این پژوهش از نوع همبستگی با استفاده از روش‌های مدل‌یابی علی است. جامعه آماری پژوهش را تمامی مددجویان با ناتوانی‌های جسمی که در سال ۱۴۰۲ در اداره بهزیستی شهرستان‌های رشت و دامغان دارای پرونده بودند، تشکیل دادند. تعداد ۲۲۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل، مقیاس عملکرد اجتماعی و انطباقی کودک و نوجوان پرایس و همکاران (۲۰۰۳)، مقیاس انگ درونی بیماری روانی ریشتر و همکاران (۲۰۰۳)، مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از روش تحلیل مسیر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تاب آوری در رابطه‌ی بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی نقش میانجیگری دارد ($p < 0/001$). همچنین خودکارآمدی رابطه‌ی بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی نقش را میانجی می‌کند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج حاصل، تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی نقش میانجی گرانه ایفا می‌کنند؛ به‌طوری‌که استفاده از راهبردهای تاب آوری و خودکارآمدی منجر به کاهش رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: انگ درونی شده، تاب آوری، خودکارآمدی، عملکرد اجتماعی، ناتوانی‌های جسمی، نوجوان

۱. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان است.

* Email: Rahbari.ali772@gmail.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تغییرات زیستی، سازگاری‌های شناختی و تحول روابط اجتماعی است. این تحول برای همه نوجوانان، بویژه نوجوانان با انواع ناتوانی^۱، فرآیند آسانی نیست و روند افزایشی ناتوانی جسمی^۲ در نوجوانان یک نگرانی روبه‌رشد در سطح جهانی است (۱). ناتوانی‌های جسمی، اختلالاتی در ساختارها یا عملکردهای بدن هستند که بر تحرک و مشارکت فرد در فعالیت‌های روزانه تأثیر می‌گذارند (۲). در واقع ناتوانی‌های جسمی از سنین پایین می‌توانند منجر به محدودیت مشارکت و فعالیت‌های روزانه در فرد شوند که بر رشد اجتماعی و سلامت روانی شخص تأثیر می‌گذارند (۳). ناتوانی‌های جسمی ممکن است قبل از تولد، حین تولد یا پس از تولد به دلیل آسیب یا بیماری رخ دهند (۲). دو گروه کلی از ناتوانی‌های جسمی وجود دارد. گروه اول شامل اختلالات اسکلتی-عضلانی است که زمانی رخ می‌دهد که بافت‌های سیستم اسکلتی-عضلانی در اثر فشارهای فیزیکی مکرر دچار اختلال شوند. این تجمع تدریجی آسیب بافتی منجر به شرایطی می‌شود که بر عملکرد طبیعی بدن تأثیر منفی می‌گذارد. مواردی مانند دیستروفی عضلانی، آرترویت روماتوئید نوجوانی و نقص، قطع و بدشکلی عضو و مفاصل را می‌توان در دسته اختلالات ارتوپدیک و اسکلتی-عضلانی جای داد که از رایج‌ترین اختلال‌های این دسته هستند. گروه دوم اختلالات عصبی-حرکتی است که آسیب به سیستم عصبی مرکزی می‌تواند منجر به اختلالات عصبی-حرکتی شود. افراد با اختلالات عصبی-حرکتی دارای نقص‌هایی در وضعیت جسمی و حرکت هستند. فلج مغزی، ضایعه نخاعی و صرع را می‌توان در این دسته جای داد. ناتوانی‌های جسمی ممکن است بر عملکرد اجتماعی و توانمندی‌های حرکتی تأثیر بگذارند و انجام فعالیت‌های بدنی را محدود کنند (۴، ۵).

عملکرد اجتماعی شامل مهارت‌هایی مانند: ادراک اجتماعی، شناخت اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی و دیگر توانمندی‌ها است (۶). ناتوانی جسمی، می‌تواند باعث محدودیت در فعالیت‌های روزانه و مشارکت نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی شود. این محدودیت بر رشد اجتماعی و سلامت روان این افراد اثر منفی می‌گذارد (۳)، چراکه شرایط جسمی برای افراد با ناتوانی که در پذیرش ناتوانی خود موفق

نیستند، می‌تواند یک عامل استرس‌زا باشد و از آنجایی که درک‌های شخصی از ناتوانی، با سازگاری اجتماعی مرتبط است، هرچه بیشتر به ناتوانی به‌عنوان یک مانع فکر شود، سطح مشارکت اجتماعی افراد با ناتوانی کاهش می‌یابد (۷). در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی، تجارب بد با همسالانی که اغلب ناتوانی آنها را مسخره می‌کنند یا آنها را با آن ناتوانی صدا می‌زنند، باعث افسردگی و بدبینی آنها می‌شود که برای رشد طبیعی نوجوانان مضر است. این افراد همواره مورد انگ^۳ هستند و متعاقباً ممکن است از سوی اقوام و خویشاوندان و اطرافیان‌شان نیز مورد استقبال قرار نگیرند (۱).

انگ به‌عنوان یک فرایند پیچیده و پویا، در دنیای مدرن رایج است و اغلب می‌تواند به پیامدهای منفی و ناراحتی عاطفی قابل توجهی در فرد منجر شود (۸). انگ ناتوانی جسمی، بویژه تعصب و تبعیض آشکار باعث ناراحتی شدید و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌شود (۱). انگ نسبت به نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی می‌تواند به حالت‌های مختلفی مانند تجربه ناراحتی، اضطراب و یا در قالب کلیشه‌های منفی که در آن، افراد با ناتوانی با سایر افراد، انسان‌هایی متفاوت هستند منعکس شود. این تبعیض درک شده ممکن است اثرات منفی بر سلامتی افراد با ناتوانی داشته باشد، اما بدترین پیامد، درونی کردن انگ^۴ است (۹). ازین‌رو اگر یک فرد مورد انگ واقع شود و با نگرش‌های منفی جامعه نسبت به خود موافق باشد، می‌تواند منجر به درونی شدن خودانگاره منفی یا انگ درونی شود (۱۰). به‌عبارتی دیگر، هنگامی که افراد با ناتوانی از کلیشه‌های عمومی آگاه باشند و آن کلیشه‌ها را در خودپنداره خود بگنجانند، انگ درونی شده حاصل می‌شود (۹). انگ درونی شده نشان دهنده یک فرآیند دگرگون کننده هویت است که در فرد دیدگاهی بی‌ارزش نسبت به خود ایجاد می‌کند (۱۱) و باعث کناره‌گیری از جامعه می‌شود (۱۲). پژوهش‌های مختلف اثرات منفی انگ درونی شده را بیان کردند؛ به‌عنوان مثال، موشتاگ و همکاران (۱) دریافتند که بین انگ درونی شده از ناتوانی جسمی با فویبای اجتماعی رابطه مثبت و باعزت نفس رابطه معکوس وجود دارد. همچنین سیلوان-فررو و همکاران (۹) در پژوهش خود تأثیر منفی انگ درونی شده را بر کیفیت زندگی بیان کردند. عیار^۵ و همکاران (۱۳) نیز در پژوهش خود بین سطوح انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی ارتباط منفی مشاهده کردند. در

1. Disabilities

2. Physical disability

3. Stigma

4. Internalized Stigma

5. Ayar

براساس آمارهای موجود، جمعیتی بالغ بر یک میلیون و هشت صد هزار نفر در کشور را افراد با انواع ناتوانی‌های مختلف تشکیل می‌دهند، از این تعداد تقریباً شش صد هزار نفر، با انواع ناتوانی‌های جسمی هستند (۲۳). علی‌رغم تأثیر زیادی که عملکرد اجتماعی در سلامت روان و رشد شخصیت و شکل‌گیری هویت نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی دارد، مطالعات اندکی که در آن انگ درونی‌شده را به‌عنوان متغیر پیش‌بین در نظر بگیرند، وجود دارد. کمتر پژوهشی متغیرهای خودکارآمدی و انگ درونی‌شده را در ارتباط با عملکرد اجتماعی بررسی کرده‌اند و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد. بعلاوه، شناسایی عوامل و سازوکارهای واجد نقش در عملکرد اجتماعی این نوجوانان دارای اهمیت است. همچنین توجه و بررسی وضعیت افراد با ناتوانی‌های جسمی در عرصه‌های مختلف اجتماعی به جهت کمک به این افراد برای رشد و تکامل عواطف و مهارت‌های اجتماعی، مشارکت موفق اجتماعی، گسترش مهارت‌های لازم برای زندگی مطلوب و افزایش اعتماد به نفس در برخورد با مشکلات ضروری به نظر می‌رسد. لذا، هدف این پژوهش بررسی اثر میانجی‌گر تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی بود.

روش

طرح این پژوهش از نوع همبستگی با استفاده از روش‌های مدل‌یابی علی (مدل‌یابی معادله ساختاری) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی مددجویان دختر و پسر با ناتوانی‌های جسمی دارای پرونده در اداره بهزیستی شهرستان‌های رشت و دامغان، در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۲۳۷ نوجوان با ناتوانی‌های جسمی بود که به‌صورت در دسترس (تا زمان تکمیل حجم نمونه) انتخاب شدند. به‌منظور تعیین حجم نمونه مطلوب در تحلیل مسیر^۵ از توصیه کلاین^۶ (۲۴) مبنی بر "۲۰۰ نفر برای برازش مدل است" استفاده شد که جهت افزایش اعتبار بیرونی ۲۳۷ پرسشنامه تکمیل گردید. دو مورد براساس ملاک‌های ورود و خروج کنار گذاشته شدند و همچنین، ۱۰ نفر به‌عنوان داده پرت با استفاده از شاخص d2 مالهالانویس از پژوهش خارج شدند و ۲۲۵ نفر به‌عنوان نمونه نهایی وارد تحلیل شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از:

همین راستا کن و تریوردی^۱ (۱۴) نیز در پژوهشی با هدف تعیین رابطه عملکرد اجتماعی و انگ درونی‌شده در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، بین عملکرد اجتماعی و انگ درونی‌شده رابطه منفی مشاهده کردند. همچنین سوینیک و ارسلان^۲ (۱۵) ضمن بررسی ۱۱۳ نفر با تشخیص اختلال اسکیزوفرنی یافتند که در این گروه هدف، بین سطوح انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی رابطه منفی وجود دارد.

به نظر می‌رسد، نه تنها انگ درونی‌شده به‌گونه‌ای مستقیم می‌تواند با عملکرد اجتماعی نوجوانان ناتوان جسمی مرتبط باشد بلکه عوامل دیگری نیز می‌توانند به‌عنوان عوامل میانجی‌گر در روابط بین این متغیرها واجد نقش باشند ازجمله از این عوامل می‌توان تاب‌آوری^۳ و خودکارآمدی^۴ را نام برد.

تاب‌آوری از ویژگی‌های شخصیتی مانند سرسختی روان‌شناختی، تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری روانی تشکیل شده است (۱۶) و اثر عوامل پرتنش و استرس‌زا را (در تعامل با عوامل محافظتی فردی، خانوادگی و محیطی) در محیط‌های پرخطر و تنش‌زا کاهش می‌دهد (۷) و به‌طور قابل توجهی به عملکرد اجتماعی مناسب کمک می‌کند (۱۷). لذا اگر افراد با ناتوانی، بیشتر از دیگران استرس را تجربه کنند، در این وضعیت فرد می‌تواند با استفاده از راهبرد تاب‌آوری، اثر عوامل استرس‌زا را کاهش و یا مهار کند و در نتیجه تأثیر قابل توجهی بر مشارکت اجتماعی کلی افراد داشته باشد (۷). به‌علاوه ناتوانی جسمی، شرایط دشواری در نظر گرفته می‌شود که اثرات روانی مهمی برای کسانی که آن را تجربه می‌کنند، دارد. با این حال، زمانی که افراد با ناتوانی، خود را مؤثر می‌دانند، به اندازه کافی سازگار می‌شوند و بدون توجه به نوع یا شدت ناتوانی، زندگی روزمره خود را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند (۱۸). وقتی نوجوانان باور داشته باشند که توانایی انجام کاری را دارند و کاری که انجام می‌دهند ارزشمند و مفید است، انگیزه بیشتری برای ادامه کار احساس می‌کنند. این باور به مؤثر و مفید بودن، به‌عنوان خودکارآمدی شناخته می‌شود که یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده علایق، انتخاب‌ها، رفتار و عملکرد افراد به حساب می‌آید (۱۹). درواقع، خودکارآمدی به توانایی غلبه بر موقعیت‌هایی اشاره دارد که افراد را از اقدام باز می‌دارد و باور شخص برای پیش‌بینی مؤثر راه حل مسائل و راهبرد مقابله با تغییرات زندگی را در بر می‌گیرد (۲۰ و ۲۱)، همچنین نقش مهمی بر تعاملات میان فردی ایفا می‌کند (۲۲).

1. Can & Tanrıverdi

2. Sevinik & Arslan

3. Resilience

4. Self-efficacy

5. Path analysis

6. Kline

افراد دارای یکی از انواع ناتوانی‌های جسمی (افراد با ناتوانی در اندام فوقانی، افراد با ناتوانی در اندام تحتانی، افراد دارای فلج مغزی و افراد دارای ضایعه نخاعی) و افراد دارای سن بین ۱۲ تا ۱۶ سال. ملاک‌های خروج نیز شامل: قرار گرفتن افراد تحت انواع درمان‌های روان‌شناختی و یا مداخلات آموزشی، عدم همکاری مناسب و تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

مقیاس عملکرد اجتماعی و انطباقی کودک و نوجوان:

مقیاس عملکرد اجتماعی و انطباقی کودک و نوجوان^۱ به منظور ارزیابی عملکرد اجتماعی کودکان و نوجوانان در سال ۲۰۰۲ توسط پرایس و همکاران (۲۵) ساخته شده است. این آزمون ابزاری است خودگزارشی با ۲۴ پرسش، که عملکرد شخص را در ۴ زمینه: عملکرد تحصیلی، ارتباط با همسالان، روابط خانوادگی و وظایف خانگی و مراقبت از خود مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌های این مقیاس بر مبنای یک پیوستار ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از زیرمقیاس‌ها از ۶ عبارت ساخته شده‌اند. نمره کلی آزمون بین ۲۴ تا ۹۶ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از سطح بالای عملکرد اجتماعی هستند. به منظور بررسی روایی و اگریایی این پرسشنامه، پرایس و همکاران (۲۵) بین مقیاس عملکرد اجتماعی انطباقی کودک و نوجوان و پرسشنامه افسردگی بک ($r = -0.34$, $p > 0.01$) همبستگی منفی معناداری یافتند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۱، عملکرد تحصیلی ۰/۸۱، روابط با همسالان ۰/۵۹ در روابط خانوادگی ۰/۷۴ و همچنین در وظایف خانگی و مراقبت از خود ۰/۶۹ گزارش شده است (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش گلپور و ترخان (۲۶) ۰/۷۳ و ضریب همسانی آزمون براساس آزمون فرم‌های موازی ۰/۷۵ گزارش شده است که نشان دهنده روایی و پایایی مناسب در فرهنگ ایرانی است. در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس انگ درونی بیماری روانی:

بیماری روانی^۲ شامل ۲۹ گویه در ۵ خرده مقیاس: بیگانگی، تأیید کلیشه، تجربه تبعیض، کناره‌گیری اجتماعی و مقاومت در برابر انگ است که توسط ریشر و همکاران (۲۷) ساخته شده است. مقیاس انگ درونی بیماری روانی از یک لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده می‌کند که از «کاملاً مخالفم» (نمره ۱) تا «کاملاً موافقم» (نمره ۴) را شامل می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده

انگ درونی شدیدتر است (۱۰). ضریب همسانی درونی نسخه اصلی ۰/۹۰ و ضریب پایایی آزمون به روش باز آزمایی پس از یک فاصله زمانی ۶ هفته‌ای ۰/۹۲ گزارش شد. همسانی درونی و پایایی آزمون با روش باز آزمایی برای ۵ خرده‌های بیگانگی ۰/۷۹، ۰/۶۸، تأیید کلیشه‌ها ۰/۷۲، ۰/۹۴، تجربه تبعیض ۰/۷۵، ۰/۸۹، کناره‌گیری اجتماعی ۰/۸۰، ۰/۸۹ و مقاومت در برابر انگ، ۰/۵۸، ۰/۸۰ گزارش شد (۲۸).

در مطالعه حاضر به علت عدم استفاده قبلی از این مقیاس در کشور، ابتدا پرسش‌نامه ترجمه و اصطلاح هدف جای‌گذاری شد و روایی آن به روش صوری و محتوایی توسط ۲ نفر از اعضای هیئت علمی گروه روان‌شناسی، مورد بررسی قرار گرفت. سپس جهت رفع اشکالات احتمالی در ترجمه، اطمینان از قابل فهم بودن و همچنین بررسی پایایی مقیاس ساخته شده در یک پژوهش مقدماتی شامل ۱۰۰ نفر مقیاس اجرا شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. این عدد نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه در سنجش انگ درونی شده است.

سایر مطالعاتی که مقیاس انگ درونی بیماری روانی را اجرا کردند، اصطلاح «بیماری روانی» را با یک اصطلاح هدف (مانند: آرتریت روماتوئید، صرع، جذام، و بیماری التهابی روده) (۲۹-۳۲) استفاده کرده‌اند. همچنین، مقیاس انگ درونی بیماری روانی برای افرادی که به علت اختلال مصرف مواد مخدر و الکل تحت درمان قرار گرفته‌اند، استفاده شده است (۳۳) و در پژوهش میلچیک-ویدوجویچ و همکاران (۱۰) نیز از اصطلاح ناتوانی جسمی به جای بیماری روانی در مقیاس مقیاس انگ درونی بیماری روانی استفاده شده است.

مقیاس تاب‌آوری:

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳ (۳۴) شامل ۲۵ گویه است. امتیازدهی این مقیاس بر مبنای یک پیوستار ۴ درجه‌ای از صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) است. در تفسیر مقیاس تاب‌آوری، هرچه نمره بالاتر باشد، فرد تاب‌آوری بیشتری دارد (۳۵). این آزمون دارای ۵ خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: درک شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر و روابط امن، اعتماد به غرایز فردی، تحمل هیجانات منفی و کنترل و تأثیرات معنوی. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط کانر و دیویدسون ۰/۸۹ گزارش شده است.

1. Child and Adolescent Social and Adaptive Functioning Scale (CASAFS)
2. Internalized Stigma Scale of Mental illness (ISMI)

3. Resilience scale of connor Davidson (RIS-CD)

در صورت علاقه و رضایت در مراکز بحث انجام پژوهش حضور یابند. سپس ابزار پژوهش در اختیار افراد قرار گرفت و از آنها درخواست شد که به دقت به پرسش‌ها پاسخ داده و تا حد امکان پرسشی را بدون پاسخ نگذارند. روند انجام کار تا رسیدن به حجم نمونه کافی ادامه داشت و پس از رسیدن به حجم نمونه کافی، فرایند نمونه‌گیری تمام شده و داده‌های جمع‌آوری‌شده، تجزیه و تحلیل شدند. شایان ذکر است در این پژوهش جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی و ماتریس همبستگی) و استنباطی (تحلیل مسیر و روش بوت استرپ در افزونه process macro هایز جهت آزمودن روابط میانجی‌گرانه) استفاده شد. پردازش کلیه داده‌ها با نرم‌افزار SPSS26 و نرم‌افزار AMOS26 انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۵/۳ درصد (۱۰۲ نفر) دختر و ۵۴/۷ درصد (۱۲۳ نفر) پسر بودند. ۱۲/۴ درصد (۲۸ نفر) ۱۲ سال، ۲۰/۴ درصد (۴۶ نفر) ۱۳ سال، ۲۲/۷ درصد (۵۱ نفر) ۱۴ سال، ۲۱/۳ درصد (۴۸ نفر) ۱۵ سال و ۲۳/۱ درصد (۵۲ نفر) ۱۶ سال سن داشتند. همچنین ۲۶/۲ درصد (۵۹ نفر) با ناتوانی در بالاتنه، ۳۸/۷ درصد (۸۷ نفر) با ناتوانی در پایین‌تنه، ۲۵/۸ درصد (۵۸ نفر) دارای فلج مغزی و ۹/۳ درصد (۲۱ نفر) دارای ضایعه نخاعی بودند. ۸۸/۰ درصد (۱۹۸ نفر) ناتوانی خود را از بدو تولد و ۱۲/۰ درصد (۲۷ نفر) ناتوانی خود را به‌صورت اکتسابی به‌دست آورده بودند. ۱۴/۲ درصد دارای شدت ناتوانی خفیف، ۲۸/۰ درصد دارای شدت ناتوانی متوسط، ۳۶/۰ درصد دارای شدت ناتوانی شدید و ۲۱/۸ درصد دارای شدت ناتوانی خیلی شدید بودند. ۱۲/۰ درصد از عصا، ۵/۸ درصد از واکر، ۱۰/۷ درصد از عضو مصنوعی یا پروتز، ۳۷/۳ درصد از ویلچر استفاده می‌کردند و ۳۴/۲ درصد از هیچ وسیله کمک حرکتی استفاده نمی‌کردند.

ضریب پایایی به‌دست آمده از روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۴ هفته ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۴). روایی این مقیاس در فرهنگ ایرانی، با استفاده از روش تحلیل عوامل، ۰/۷۹ و پایایی آن ۰/۷۳ به‌دست آمده است (۳۶). در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی: مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ شرر (۳۷) در سال ۱۹۸۲ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است و نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر است. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس تمایل به شروع، تمایل به گسترش تلاش برای تکمیل کار و مقاومت در مواجهه با موانع است. شرر بدون مشخص کردن عوامل و عبارات آنها معتقد است که این مقیاس ۳ جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌های این مقیاس بر مبنای یک پیوستار ۵ درجه‌ای: کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، بی‌نظر=۳، موافق=۴ و کاملاً موافق=۵ نمره‌گذاری می‌شود. شرر پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی را ۰/۸۶ به‌دست آورد (۳۷). اصغر نژاد و همکاران (۳۸) در پژوهش خود پایایی با روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۳ و روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۴۰ گزارش نموده است. در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد. در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

نحو اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق زیست‌پزشکی دانشگاه گیلان، از دانشگاه گیلان به اداره بهزیستی شهرستان‌های رشت و دامغان معرفی‌نامه دریافت شد. سپس از طریق ادارات مذکور با ۲۶ مرکز مثبت زندگی (شامل ۲۲ مرکز در رشت و ۴ مرکز در دامغان) ارتباط برقرار شد و از افراد واجد شرایط خواسته شد

جدول ۱) فراوانی گروه‌های جنسیت، سن، نوع ناتوانی، علت و شدت ناتوانی

گروه	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
جنسیت	دختر	۱۰۲	۴۵٪/۳	۴۳٪
	پسر	۱۲۳	۵۴٪/۷	۱۰۰٪

1. General Self-Efficacy Scale (GSE-17)

گروه	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
سن	۱۲ سال	۲۸	۱۲٪/۴	۱۲٪/۴
	۱۳ سال	۴۶	۲۰٪/۴	۳۲٪/۸
	۱۴ سال	۵۱	۲۲٪/۷	۵۵٪/۱۵
	۱۵ سال	۴۸	۲۱٪/۳	۷۶٪/۱۸
	۱۶ سال	۵۲	۲۳٪/۲	۱۰۰٪
نوع ناتوانی	ناتوانی در بالاتنه	۵۹	۲۶٪/۲	۲۶٪/۲
	ناتوانی در پایین‌تنه	۸۷	۳۸٪/۷	۶۴٪/۹
	ضایعه نخاعی	۲۱	۹٪/۳	۷۴٪/۲
	فلج مغزی	۵۸	۲۵٪/۸	۱۰۰٪
علت ناتوانی	از بدو تولد	۱۹۸	۸۸٪/۰	۸۸٪/۰
	اکتسابی	۲۷	۱۲٪/۰	۱۰۰٪
شدت ناتوانی	خفیف	۳۲	۱۴٪/۲	۱۴٪/۲
	متوسط	۶۳	۲۸٪/۰	۴۲٪/۲
	شدید	۸۱	۳۶٪/۰	۷۸٪/۲
	خیلی شدید	۴۹	۲۱٪/۸	۱۰۰٪

جدول ۲) میانگین، انحراف معیار، کشیدگی، چولگی و رابطه همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی	عملکرد اجتماعی	انگ درونی‌شده	تاب‌آوری	خودکارآمدی
عملکرد اجتماعی	۵۷/۲۲	۸/۴۴	۰/۲۱	-۰/۲۴	۱			
انگ درونی‌شده	۷۴/۰۱	۹/۷۱	۰/۱۷	-۰/۵۲	-۰/۷۰**	۱		
تاب‌آوری	۶۷/۸۱	۱۲/۴۹	-۰/۰۴	-۰/۵۸	۰/۶۰**	-۰/۶۳**	۱	
خودکارآمدی	۴۷/۶۰	۶/۷۹	-۰/۰۶	-۰/۱۵	۰/۴۱**	-۰/۴۳**	۰/۵۱**	۱

** $p < 0/01$

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

طبق جدول (۱) متغیر عملکرد اجتماعی دارای میانگین (۵۷/۲۲) و انحراف استاندارد (۸/۴۴) است. متغیر انگ درونی‌شده دارای میانگین (۷۴/۰۱) و انحراف استاندارد (۹/۷۱) است. و متغیرهای میانجی تاب‌آوری دارای میانگین (۶۷/۸۱) و انحراف استاندارد (۱۲/۴۹) و خودکارآمدی دارای میانگین (۴۷/۶۰) و انحراف استاندارد (۶/۷۹) هستند. همچنین با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین عملکرد اجتماعی و انگ درونی‌شده رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). بین عملکرد اجتماعی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). بین عملکرد اجتماعی و خودکارآمدی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). بین انگ درونی‌شده و خودکارآمدی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). بین انگ درونی‌شده و خودکارآمدی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($p < 0/01$).

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه بین انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی با واسطه‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی از روش الگویابی معادلات ساختاری در قالب تحلیل مسیر استفاده شد. پژوهش حاضر مدلی را با مجموع ۴ متغیر شامل ۱ متغیر برون‌زا، ۱ متغیر درون‌زا و ۲ متغیر میانجی پیشنهاد می‌کند. یکی از شاخص‌هایی که برای تعیین برازش یک مدل استفاده می‌شود مجذور خی^۱ است که به عنوان شاخص برازش مطلق

است. جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه بین انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی با واسطه‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی از روش الگویابی معادلات ساختاری در قالب تحلیل مسیر استفاده شد. پژوهش حاضر مدلی را با مجموع ۴ متغیر شامل ۱ متغیر برون‌زا، ۱ متغیر درون‌زا و ۲ متغیر میانجی پیشنهاد می‌کند. یکی از شاخص‌هایی که برای تعیین برازش یک مدل استفاده می‌شود مجذور خی^۱ است که به عنوان شاخص برازش مطلق

1. Chi- Square

تک‌متغیری، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده شده موجود در مدل، با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به عدم معناداری آن در متغیرهای پژوهش می‌توان با اطمینان ۹۵٪ بیان داشت که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال هستند. جهت بررسی نرمال بودن چندمتغیری از ضریب کشیدگی مردیا^۱ استفاده شده است. این عدد در پژوهش حاضر برابر با ۲۵/۸۷ به دست آمده که بیشتر از عدد ۲۴ است، عدد مذکور از طریق فرمول $p(p+2)$ محاسبه شده است که در این فرمول p برابر با تعداد متغیرهای مشاهده است که در این پژوهش متغیرهای مشاهده شده، ۴ عدد هستند. با توجه به نتیجه به دست آمده حاصل از ضریب مردیا، نرمال بودن چندمتغیره تأیید نمی‌شود. در پژوهش حاضر با توجه به حجم نمونه کافی و وجود شاخص برازش تطبیقی $CIF=0/96$ (جدول ۲) به ادامه اجرای مدل ساختاری پرداخته شد.

سپس برازش الگوی پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت و میزان تطابق این الگو با داده‌ها با استفاده از شاخص‌های برازندگی ارزیابی شد. علی‌رغم مقادیر قابل قبول برخی از شاخص‌ها، جهت ارتقا برازندگی الگوی پیشنهادی، پس از اصلاح مدل و ایجاد کوواریانس بین مؤلفه‌های ابزارها، تحلیل مجدد روی داده‌ها انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که بعد از اصلاحات الگو نهایی از برازش مناسب برخوردار است.

در جدول (۲) ارائه شده است. برازش مدل با مقدار مجذور خی نسبت معکوس دارد. به این معنا که با افزایش مجذور خی، برازش مدل کاهش می‌یابد. درواقع، مقدار مجذور خی معنادار، نشان دهنده تفاوت معنادار بین کوواریانس‌های فرضی و مشاهده شده است. با این حال، هنگامی که با نمونه‌های بزرگ سروکار داریم، مقدار مجذور خی به دلیل وابستگی آن به اندازه نمونه، متورم می‌شود، که اغلب آن را از نظر آماری معنادار می‌گردد. برای کاهش این اثر، پژوهشگران اغلب از مجذور خی نسبت به درجه آزادی آن $(CMIN/DF)$ ^۱ استفاده می‌کنند. در شاخص مجذور خی نسبی مقادیر کمتر از ۳ ملاکی برای برازش مدل محسوب می‌شوند. جهت بررسی شاخص‌های برازش مدل از چندین شاخص دیگر شامل نیکویی برازش (GFI) ^۲، شاخص برازش هنجار شده (NFI) ^۳، شاخص برازش تطبیقی (CFI) ^۴، شاخص برازش نسبی (RFI) ^۵، برازش فزاینده (IFI) ^۶، شاخص برازش مقتصد هنجار شده $(PNFI)$ ^۷ و ریشه میانگین مربعات خطای تقریب $(RMSEA)$ ^۸ استفاده و در جدول (۲) گزارش شده است.

پیش از بررسی برازش مدل ابتدا، جهت بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری، شاخص $d2$ ماهالانویس، مورد بررسی قرار گرفت که سطح معناداری کمتر از ۵٪ حاکی از دور افتاده بودن داده‌های پرت مورد نظر است. براساس این شاخص، ۱۰ داده پرت از تحلیل خارج شدند. بررسی نرمال بودن

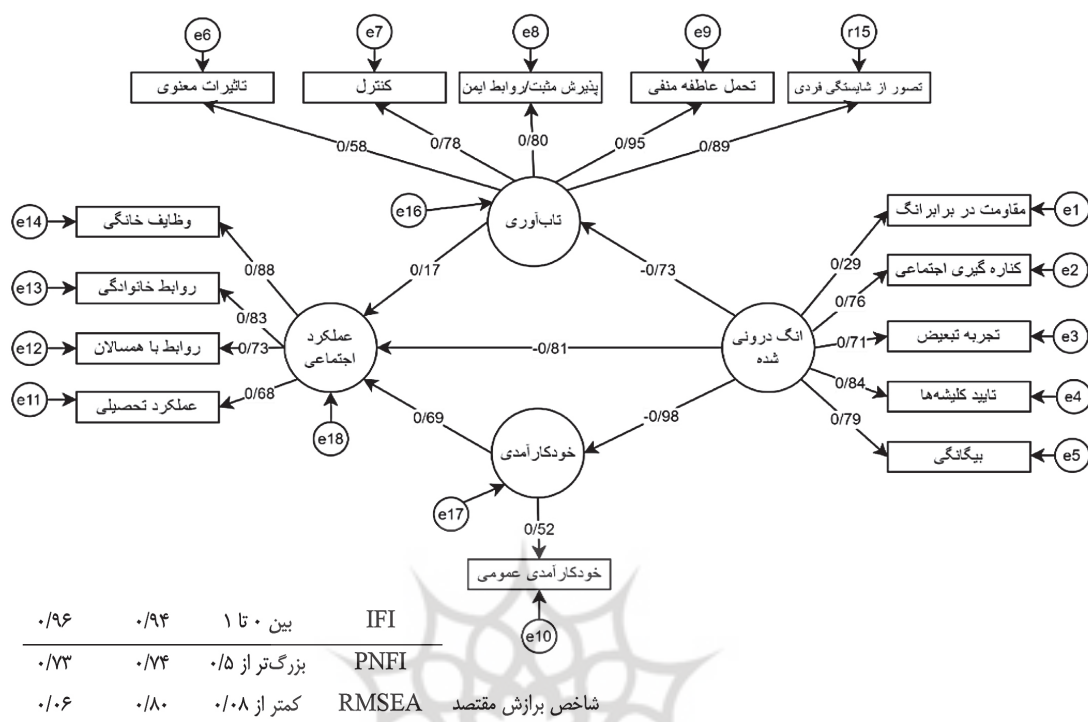
جدول ۳) شاخص‌های برازش مدل نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه انگ درونی شده با عملکرد اجتماعی

شاخص‌ها	اختصار	مقدار مطلوب	مدل اولیه	مدل نهایی
شاخص‌های برازش مطلق	CMIN/DF	کمتر از ۳	۲/۴۴	۱/۸۹
	GFI	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۸۹	۰/۹۲
شاخص‌های برازش تطبیقی	NFI	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۰	۰/۹۲
	CFI	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۴	۰/۹۶
	RFI	بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۸۸	۰/۹۰
	IFI	بین ۱ تا ۰	۰/۹۴	۰/۹۶
	PNFI	بزرگ‌تر از ۰/۵	۰/۷۴	۰/۷۳
شاخص برازش مقتصد	RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۸۰	۰/۰۶

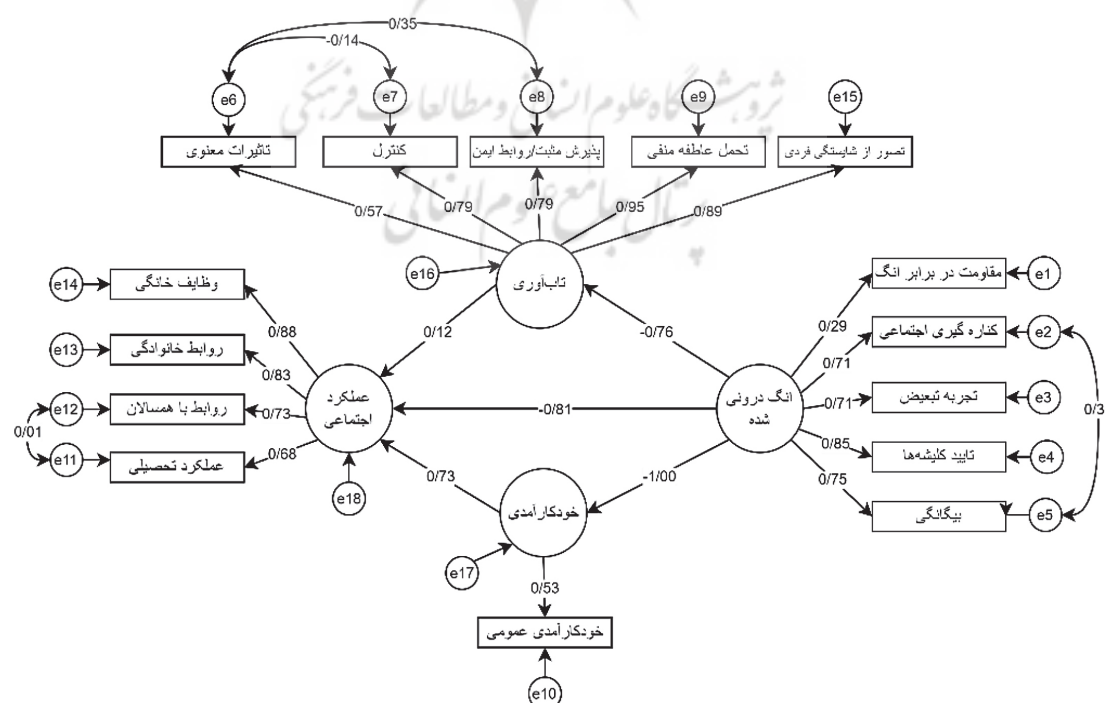
1. Chi-square/degree-of-freedom ratio
2. Goodness of fit index
3. Normed Fit Index
4. Comparative Fit Index
5. Relative Fit Index

6. Incremental Fit Index
7. Parsimony Normed Fit Index
8. Root Mean Square Error of Approximation
9. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

شکل ۱) ضرایب رگرسیونی استاندارد الگوی پیشنهادی نقش میانجی گرانه تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی جسمی



شکل ۲) ضرایب رگرسیونی استاندارد الگوی نهایی نقش میانجی گرانه تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی جسمی



درونی شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی جسمی
برازش دارد.

با توجه به شاخص های برآورد شده، نشان می دهد که الگوی
نهایی نقش میانجی گرانه تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه انگ

جدول ۴) ضریب رگرسیونی متغیرهای پژوهش

معناداری	نسبت بحرانی	خطای معیار	ضریب استاندارد	شرح
$p < 0/001$	-۸/۸۰	۰/۰۶	-۰/۸۱	انگ درونی شده ← عملکرد اجتماعی
$p < 0/001$	-۷/۷۷	۰/۱۲	-۰/۷۶	انگ درونی شده ← تاب آوری
$p < 0/001$	-۳/۸۴	۱/۶۴	-۱/۰۰	انگ درونی شده ← خودکارآمدی
$p < 0/001$	۵/۳۹	۰/۰۵	۰/۷۳	خودکارآمدی ← عملکرد اجتماعی
۰/۲۱	۱/۲۳	۰/۱۶	۰/۱۲	تاب آوری ← عملکرد اجتماعی

در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر، ۲ مسیر غیرمستقیم وجود دارد. جهت تعیین معناداری هر یک از روابط میانجی و اثر غیرمستقیم از افزونه process macro با ضریب بوت استرپ ۵۰۰۰ و سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای میانجی الگوی پیشنهادی پژوهش در جدول (۴) ارائه شده است.

با توجه به جدول بالا ملاحظه می شود که انگ درونی شده بر عملکرد اجتماعی اثر معکوس دارد ($p < 0/05$, $\beta = -0/81$). انگ درونی شده بر تاب آوری ($p < 0/05$, $\beta = -0/76$) و خودکارآمدی ($p < 0/05$, $\beta = -1/00$) اثر معکوس دارد، خودکارآمدی بر عملکرد اجتماعی اثر مستقیم دارد ($p < 0/05$, $\beta = 0/73$) و تاب آوری بر عملکرد اجتماعی تأثیر معنادار ندارد ($p > 0/05$, $\beta = 0/12$).

جدول ۵) نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگوی پژوهش

مسیر	اثر کل بدون حضور میانجی	اثر مستقیم در حضور میانجی	اثر غیرمستقیم	فاصله اطمینان ۹۵٪		نتیجه گیری
				کران بالا	کران پایین	
انگ درونی شده ← تاب آوری ← عملکرد اجتماعی	-۰/۶۰	-۰/۴۵	-۰/۱۴۸	-۰/۰۸۱	-۰/۲۲۴	میانجیگری
انگ درونی شده ← خودکارآمدی ← عملکرد اجتماعی	-۰/۶۰	-۰/۵۵	-۰/۰۵۱	-۰/۰۱۴	-۰/۰۸۸	میانجیگری

بحث

در مطالعه حاضر، یک مدل نظری برای بررسی اینکه آیا تاب آوری و خودکارآمدی رابطه بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی نوجوانان با ناتوانی های جسمی را واسطه می کنند، پیشنهاد شد. پیش از تبیین یافته های نقش میانجی تاب آوری و خودکارآمدی در رابطه بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی، مسیرهای بین انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی، انگ درونی شده و تاب آوری و انگ درونی شده و خودکارآمدی

با توجه به جدول (۴) و مقدار اثر غیرمستقیم از طریق تاب آوری (-۰/۱۴۸) که بین بازه فاصله اطمینان (کرانه پایین -۰/۲۲۴ و کرانه بالا -۰/۰۸۱) قرار دارد، می توان بیان کرد، تاب آوری رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی را میانجی می کند. همچنین با توجه به مقدار اثر غیرمستقیم از طریق خودکارآمدی (-۰/۰۵۱) که بین بازه فاصله اطمینان (کرانه پایین -۰/۰۸۸ و کرانه بالا -۰/۰۱۴) قرار دارد، می توان بیان کرد، خودکارآمدی رابطه انگ درونی شده و عملکرد اجتماعی را میانجی می کند.

و در نهایت تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی و خودکارآمدی و عملکرد اجتماعی بررسی و تبیین شد.

نتایج پژوهش ارتباط منفی بین انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی را تأیید می‌کند. به عبارت دیگر، نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی که انگ درونی‌شده بالاتر داشتند، عملکرد اجتماعی پایین‌تری را گزارش کردند. این ارتباط، که قبلاً در سایر گروه‌ها، مانند افراد دارای اعتیاد (۱۴)، بیماران دارای اسکیزوفرنی (۱۵) و افراد دارای اختلالات روان‌شناختی (۱۱) دیده شده بود، می‌تواند برای نوجوانان با ناتوانی جسمی نیز در نظر گرفته شود.

زمانی که یک نوجوان با ناتوانی جسمی در تعاملات و کنش‌های خود با ناملایمات مختلفی مانند مورد تمسخر واقع شدن، کلیشه‌سازی‌های منفی، بدبینی و عدم تأیید از سمت دیگران مواجه می‌شود، باعث شکل‌گیری تصویری منفی و ناکارآمد در خودپنداره او می‌شود. خودپنداره منفی نیز، با کاهش عواملی مانند عزت‌نفس، پذیرش خود، مسئولیت در قبال خود، کرامت، اعتماد به نفس و سایر عوامل باعث می‌شود، نوجوان با ناتوانی جسمی خود را ناکافی، کم‌اهمیت و ضعیف بداند. این عوامل در نهایت باعث شکل‌گیری انگ درونی‌شده در فرد می‌شود که در آن شخص خود را سزاوار مواردی همچون تبعیض، جداسازی، کلیشه‌های منفی و بدبینی می‌پندارد. این انگ درونی شکل‌گرفته در نوجوان با ناتوانی جسمی باعث می‌شود در کنش‌ها و فعالیت‌های جمعی، خود را کوچک، ضعیف و نامفید تلقی کند و این عوامل نیز در نهایت عملکرد اجتماعی او را با کاهش مواجه می‌کنند. از طرفی، با توجه به محدودیت‌های ذاتی ناتوانی‌های جسمی، تحرک، مشارکت و فعالیت‌های اجتماعی در فرد با ناتوانی جسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد اجتماعی فرد می‌شود. کاهش کیفیت عملکرد اجتماعی، نیز به نوبه خود می‌تواند باعث کاهش استقلال فرد شود و سلامت روان و رشد شخصیت و شکل‌گیری هویت او را تحت تأثیر قرار بدهد که ممکن است باعث شدت بخشیدن به انگ درونی شود. بنابراین در اینجا شاهد چرخه معیوبی هستیم که طی آن اثرات انگ درونی‌شده مجدداً انگ درونی را تشدید می‌کنند.

نتایج پژوهش، حاکی از ارتباط منفی انگ درونی‌شده و تاب‌آوری در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی است. این یافته با پژوهش‌های سیلوان فروو و همکاران (۹) و ماکالی^۱ و همکاران (۱۲) همسو است. انگ درونی‌شده، پدیده‌ای است که در آن فرد باورها

و نظرات منفی جامعه را به خود نسبت می‌دهد. این امر عمیقاً بر روی تصویر و احساس لیاقت فرد تأثیر می‌گذارد. تاب‌آوری توانایی سازگاری با ناملایمات و غلبه بر چالش‌ها است. تاب‌آوری در برابر ناملایمات‌های رخ داده در زندگی فرد باعث سازگاری مثبت به عنوان پیامد اصلی می‌شود، که در این فرایند، انگ درونی‌شده در نوجوان با ناتوانی جسمی مانع سازگاری مثبت فرد می‌شود. انگ درونی‌شده می‌تواند با ایجاد افسردگی، اضطراب، احساس شرم و خجالت و بدبینی نسبت به توانمندی‌ها، تأثیر منفی بر تاب‌آوری داشته باشد. درواقع، انگ درونی‌شده با تأثیر بر باورها و عقاید فرد شخصیتی ناتوان از فرد می‌سازد؛ فرد تصور می‌کند در مواجهه با شرایط و چالش‌های مختلف از توانمندی لازم جهت مقابله برخوردار نیست. در حقیقت با توجه به ناملایمات‌هایی که بر فرد گذشته و باعث شکل‌گیری و درونی شدن انگ در شخص شده‌اند، فرد هنگام مواجهه با ناملایمات‌ها و تنش‌های اجتماعی در توان خود نمی‌بیند که در راستای حفظ هویت و مدیریت تنش‌ها از فرایندهای مختلف ذهنی و رفتاری استفاده کند و این عامل باعث کاهش تاب‌آوری او می‌شود. همچنین به علت وجود همبستگی بین تاب‌آوری و انگ درونی‌شده، بنا به آنچه که گفته شد تاب‌آوری می‌تواند با تقویت باورهای فرد به توانمندی‌های خود در مقابله با مشکلات و چالش‌ها باعث کاهش انگ درونی شود.

بنا به نتایج پژوهش، بین تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی رابطه‌ای وجود ندارد. این یافته با یافته بوزیکاس^۲ و همکاران (۱۷) ناهمسو است. افراد می‌توانند در صورت قرارگیری در شرایط چالش برانگیز با اختیار کردن تاب‌آوری اثر عوامل استرس‌زا را کاهش و یا مهار کنند. بنابراین، تاب‌آوری به صورت بالقوه تأثیر معناداری بر مشارکت اجتماعی کلی افراد دارد (۷). اما در پژوهش حاضر بین تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد. نکته قابل توجه آن است که در مدل ارائه شده، خودکارآمدی توانسته است رابطه تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد و رابطه این ۲ متغیر را تعدیل کند. بدین ترتیب ۲ متغیر تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی در حضور خودکارآمدی رابطه معناداری ندارند. این گونه برآورد می‌شود که اگر فرد از راهبردهای مناسبی جهت برخورد با تنش و چالش‌ها برخوردار باشد اما به کارآمد بودن خود نسبت به بکارگیری آنها مطمئن نباشد، نمی‌تواند از طریق تاب‌آوری به سطح مناسبی از عملکرد اجتماعی دست یابد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای بررسی

1. Mackali

2. Bozikas

استفاده کند. این افزایش استفاده از توانمندی تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی می‌تواند از شدت انگ درونی‌شده فرد بکاهد و نوجوان با ناتوانی جسمی دید مثبت‌تر و کارآمدتری نسبت به توانایی‌های خود داشته باشد. درنهایت، تاب‌آوری به‌عنوان یک واسطه می‌تواند نقش مهمی در کاهش تأثیرات منفی انگ درونی بر عملکرد اجتماعی ایفا کند. نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی که توانایی مدیریت استرس و انگ خود را دارند، ممکن است بهترین واکنش‌ها را در مواجهه با چالش‌ها انتخاب کنند و از راهکارهای سازنده برای حل مشکلات اجتماعی استفاده کنند.

براساس نتایج پژوهش، مشخص شد که بین انگ درونی‌شده و خودکارآمدی رابطه منفی وجود دارد. بنابر این نتیجه، افرادی که انگ درونی‌شده بالاتر را گزارش کردند، انتظارات ضعیف‌تری در مورد عملکرد خود داشتند. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده توسط بزداغ و چوهادار^۱ (۲۰) و حمیدی و همکاران (۱۱) هم‌سو است. در تبیین این یافته، یکی از توضیحات ممکن، این است که درونی شدن انگ، باورهای فرد را در مورد دست‌یافتنی بودن اهداف و آرمان‌های فردی و اجتماعی کاهش می‌دهد و در نتیجه احساس ناامیدی و شک نسبت به کارآمد بودن خود را در فرد تداوم می‌بخشد. به عبارت دیگر، ممکن است افراد به دلیل درونی شدن کلیشه‌های منفی، بر این باور باشند که توانایی انجام کارها و رفتارهای مهم را ندارند. این امر می‌تواند باعث کاهش خودکارآمدی فرد شود. اما نکته مهم این است که خودکارآمدی ظرفیت و توانایی تأثیرگذاری بر انگ درونی را دارد.

همچنین بین خودکارآمدی و عملکرد اجتماعی رابطه مثبت مشاهده شد. به عبارت دیگر، افرادی که نسبت به عملکرد خود اعتماد بیشتری داشتند، عملکرد بهتری را در دنیای اجتماعی گزارش کردند. این یافته با پژوهش انجام‌شده توسط بریمانی (۲۱) مطابقت دارد. چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که باور به توانایی فرد، ظرفیت افزایش عملکرد اجتماعی را دارد. همچنین سطح عملکرد اجتماعی مناسب و تجربیات مثبت در کنش‌های جمعی نیز می‌تواند سبب افزایش باورهای خودکارآمد در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی شود.

درنهایت، نتایج پژوهش نشان داد، خودکارآمدی رابطه انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی را در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی واسطه می‌کند. خودکارآمدی باور فرد از میزان توانایی خود برای سازمان‌دهی و موفقیت در یک فعالیت یا موضوعی

چرایی آن نیاز به پژوهش‌های بیشتری در مورد کنش متغیرهای خودکارآمدی، تاب‌آوری و عملکرد اجتماعی در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی مورد نیاز است.

نتایج پژوهش نشان داد، تاب‌آوری رابطه انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی را در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی میانجی می‌کند. برخی از افراد در مواجهه با تنش‌ها و چالش‌های مختلف می‌توانند به شرایط سابق خود برگردند. درواقع، افراد تنش‌ها، مشکلات و چالش‌ها را مدیریت کرده سعی در کنترل، کاهش و یا خنثی کردن اثرات آن دارند. اما بعضی دیگر توانایی مقابله با تنش‌ها را نداشته و این امر سبب بروز مشکلات متعدد در عملکرد فرد در سطوح مختلف فردی و اجتماعی می‌شود. در اینجا، سازه‌ای تحت عنوان تاب‌آوری مطرح می‌شود که طبق آن فرد هنگام مواجهه با عوامل تنش‌زا و چالش‌ها از توانمندی حفظ تعادل و به‌طور کلی یک سطح پایدار و سالم از عملکرد روانی و فیزیولوژیکی برخوردار است (۱۶). یک فرد دارای تاب‌آوری بالا سعی در مدیریت هیجانات خود، جهت رسیدن به بروندادی مناسب دارد و این امر می‌تواند به کنترل شرایط کمک کند. به گفته برخی از پژوهشگران، پدیده‌ای به نام «تاب‌آوری پنهان» نیز وجود دارد که در آن افراد مهارت‌ها، راهبردهای مختلفی را کسب می‌کنند و تا زمانی که در شرایط تنش و چالش قرار نگیرند، تاب‌آوری افراد پنهان می‌ماند. درواقع، توانمندی تاب‌آوری کسب‌شده بروز پیدا نمی‌کند، مگر در شرایط چالشی یا تنش‌زا که نیاز به استفاده از آن وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، در غیاب هرگونه عوامل استرس‌زای آشکار یا رویدادهای نامطلوب، فرد هیچ نشانه آشکاری از تاب‌آوری نشان نخواهد داد (۱۶).

برهمن اساس، یک نوجوان با ناتوانی جسمی که انگ در او درونی‌شده است، در هنگام تنش‌ها و ناملازمات از راهبردهایی مانند خوش‌بینی، ارزیابی مجدد شناختی، مقابله فعال، ذهن آگاهی، تغییر نگرش، مهارت حل مسئله، مدیریت هیجانات و سایر عواملی که در شکل‌گیری و افزایش تاب‌آوری مؤثرند، استفاده کرده و اثر انگ درونی‌شده بر عملکرد اجتماعی خود را کاهش داده و از این طریق به سطح عملکرد فردی و اجتماعی مناسب‌تری دست یابد. به دنبال چنین شرایطی که فرد با استفاده از تاب‌آوری، علی‌رغم انگ درونی‌شده خود به سطح مناسبی از عملکرد اجتماعی می‌رسد و کنش مثبت و موفقی را تجربه می‌کند، باعث می‌شود که در فعالیت‌های اجتماعی آتی خود هنگام تنش و ناملازمات اجتماعی از راهبرد تاب‌آوری

1. Bozdağ & Çuhadar

خاص است. وقتی یک فرد باور دارد که از توانمندی برای ایجاد و یا ادامه یک فعل وکنش برخوردار است، احساس مثبتی نسبت به خود پیدا می‌کند و با ابتکار دست به عمل می‌زند. از سوی دیگر، افرادی که خود را درمانده یا ناکارآمد می‌دانند، معمولاً ناراضی هستند و انگیزه‌ای برای اقدام ندارند. درواقع، بنا به گفته بندورا^۱ (۲۲) خودکارآمدی نقش مهم و تأثیرگذاری بر تعامل ایفا می‌کند. خودکارآمدی یک ویژگی نیست، بلکه مجموعه‌ای از باورها است. افراد باید باور داشته باشند که می‌توانند با اعمال خود تأثیرات خاصی داشته باشند وگرنه در شرایط سخت و چالش‌زا پشتکار و تلاش چندانی نخواهند داشت. درواقع، باور فرد به کارآمدی خود تأثیر مستقیمی بر تحقق اهداف او دارد. خودکارآمدی به‌طور خاص می‌تواند اثرات طولانی مدت زیادی داشته باشد. چراکه می‌تواند فرد را به یک حلقه بازخورد سوق دهد که این عامل بر خودکارآمدی و عملکرد فرد به‌صورت مثبت یا منفی تأثیر می‌گذارد. این بدین معناست که افراد هنگام شروع و شکل دهی به اهداف کوتاه‌مدت یا تعاملات ابتدایی، بازخوردهایی در مورد عملکرد خود دریافت می‌کنند که خودکارآمدی آنها را شکل می‌دهد. این باورهای افراد در مورد توانایی‌هایشان برای کنترل عملکرد خود و محیطی که در آن قرار دارند، به‌عنوان خودکارآمدی درک شده بیان می‌شود. باورهای کارآمدی شخص، بر رفتاری که انتخاب می‌کند، اهدافی که برای خود تعیین می‌کند و میزان تعهد او برای دستیابی به اهداف تأثیر می‌گذارد.

در همین راستا، می‌توان بیان کرد، اگر نوجوان با ناتوانی جسمی به کارآمدی خود باور داشته باشد، علی‌رغم تجربیات منفی و انگ درونی‌شده خود، خود را در مواجهه با مسائل مختلف فردی و اجتماعی توانمند و کارآمد می‌داند و انگیزه، راه‌حل و پشتکار قابل توجهی برای اقدام و بروز عملکرد خود دارد. به بیان دیگر، اگر فرد با برچسب‌های منفی اجتماعی مواجه شود و این انگ‌ها را درونی کند اما هنگام رجوع به درون شخصیت خود همچنان به کارآمدی خود باور داشته باشد در برابر هجمه‌های انگ در امان خواهد ماند. بنابراین، خودکارآمدی همچون سپری است که از عملکرد اجتماعی در برابر تأثیرات مخرب انگ محافظت می‌کند. مواردی مانند پذیرش خود، شناخت توانمندی‌ها و تجربیات مثبتی که فرد به مرور به‌دست می‌آورد، می‌توانند باعث افزایش باورهای خودکارآمدی یک نوجوان با ناتوانی جسمی شود. احتمالاً عواملی مانند پذیرش خود، شناخت توانمندی‌ها و تجربیات

مثبتی که یک نوجوان با ناتوانی جسمی به مرور کسب می‌کند، می‌توانند از عوامل افزایش باورهای خودکارآمدی وی بوده و از این طریق فرد بتواند اثر انگ درونی‌شده بر عملکرد اجتماعی خود را کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

تعصب، بدبینی، بدرفتاری، کلیشه‌سازی، تبعیض، برچسب‌گذاری و انگ‌زنی جامعه نسبت به نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی اثرات منفی متعددی را در پی دارد. از مهم‌ترین پیامدهای آن انگ درونی‌شده در نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی است. در انگ درونی‌شده، نوجوان با ناتوانی جسمی به برچسب‌گذاری، تبعیض و تعصب نسبت به خود آگاه است و خود را سزاوار آن می‌داند. یک چنین شرایطی اثرات منفی بر عملکرد اجتماعی نوجوان با ناتوانی جسمی گذاشته و باعث کاهش عملکرد اجتماعی او می‌شود. عوامل و متغیرهای مختلفی می‌توانند در رابطه انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی حائز نقش باشند. از جمله این متغیرها تاب‌آوری و خودکارآمدی‌اند که می‌توانند در رابطه انگ درونی‌شده و عملکرد اجتماعی نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی نقش واسطه‌ای داشته باشند. درواقع، نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی می‌توانند با استفاده از راهبردهای تاب‌آوری و خودکارآمدی اثرات انگ درونی‌شده بر عملکرد اجتماعی خود را کاهش داده و فرد علی‌رغم وجود برچسب‌گذاری جامعه و درونی شدن آن، با تنش‌ها، چالش‌ها و ناملایمات مقابله کرده و به سطح بهتری از عملکرد اجتماعی دست یابد.

لذا می‌توان بیان کرد که مداخلات مختلفی بالینی و آموزشی که تاب‌آوری و خودکارآمدی را افزایش می‌دهند، می‌توانند برای رسیدن به سطح عملکرد اجتماعی مناسب، کارآمد و مفید باشند و سبب افزایش کیفیت زندگی و کارایی نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی شوند.

بعلاوه، در پژوهش حاضر تنها از افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی جهت انتخاب نمونه استفاده شد و سایر نوجوانان با ناتوانی‌های جسمی که تحت پوشش سازمان مذکور نبودند، مورد بررسی قرار نگرفتند. همچنین این پژوهش تنها بر داده‌های خودگزارش‌دهی جمع‌آوری‌شده از طریق پرسشنامه تکیه داشت که ممکن است افراد در گزارش خود، سوگیری داشته باشند. بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود سایر افراد و نوجوانانی که تحت حمایت سازمان بهزیستی نیستند نیز مورد بررسی قرار گیرند و نقش حمایت سازمان مربوطه در تعدیل، تشدید و یا از بین بردن انگ درونی‌شده مشخص و تبیین شود. همچنین

5. Xin, Q., Hu, S., Liu, S., Zhao, L., & Zhang, Y. D. (2022). An attention-based wavelet convolution neural network for epilepsy EEG classification. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 30, 957-966. Link
6. Genova HM, Haight A, Natsheh JY, DeLuca J, Lengenfelder J. The relationship between social communication and social functioning in pediatric TBI: a pilot study. *Frontiers in neurology*. 2019 Aug 14;10:850. Link
7. Kim E, Park J. Structural Relationship among Disability Acceptance, Resilience, and Social Participation of Adolescents with Physical Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021 Sep 19;70(6):1085-100. Link
8. Chen, S., Lu, Q., Bai, J., Deng, C., Wang, Y. and Zhao, Y., 2020. Global publications on stigma between 1998–2018: A bibliometric analysis. *Journal of affective disorders*, 274, pp.363-371. Link
9. Silván-Ferrero, P., Recio, P., Molero, F., & Nouvilas-Pallejà, E. (2020). Psychological quality of life in people with physical disability: the effect of internalized stigma, collective action and resilience. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1-15. Link
10. Milačić-Vidojević I, Čolić M, Tošković O, Dragojević N. People with physical disability in Serbia: Relationship between internalized stigma, experienced and anticipated discrimination, and empowerment. *Scandinavian journal of psychology*. 2020 Apr;61(2):290-6. Link
11. Hamidi S, Ebrahimi H, Vahidi M, Areshtanab HN. Internalized Stigma and its Association with Hope, Self-Esteem, Self-Efficacy, and Treatment Adherence among Outpatients with Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Survey. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2023 May 1;28(3):345-51. Link
12. Mackali Z, Çetinkaya S, Ay N. The mediating role of self-compassion in the relationship between internalized stigma and psychological resilience in bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023 Dec;96(4):952-66. Link
13. Ayar D, Karasu F, Sahpolat M. The relationship between levels of solution-focused thinking and internalized stigma and social functionality in mental disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022 Oct 1;58(4):1-11. Link
14. Can G, Tanrıverdi D. Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015 Dec 1;29(6):441-6. Link
15. Sevinik H, Taş Arslan F. Determination of internalized stigma and social functioning level in schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;11(3): 173-80. Link

در پژوهش‌های آتی، برای جلوگیری از سوگیری داده‌ها، علاوه بر پرسشنامه‌های خودگزارشی، استفاده از روش‌های مختلف مصاحبه توصیه می‌شود. درنهایت، شدت و مدت زمان ناتوانی احتمالاً می‌توانند زمینه‌های مختلف شخصی و مشارکت در جامعه را تحت تأثیر قرار دهند که بررسی و کنترل آنها در پژوهش‌های آینده مهم به نظر می‌رسد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

اخلاق

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه گیلان است. پیشنهاد این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه گیلان مورد تأیید قرار گرفت (۱۴۰۲/۰۴/۰۱. IR.GUILAN.REC). همچنین در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد و شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

References

1. Mushtaq M, Anjum A, Jameel R, Iqbal MN, Shahid AA, Dastgir MH. Stigma of disability, social phobia and self-esteem in adolescents with physical disability. *Journal of Postgraduate Medical Institute*. 2020 Oct 22;34(2). Link
2. Swai EA, Msuya SE, Moshi H, Lindkvist M, Sörlin A, Sahlén KG. Children and adolescents with physical disabilities: describing characteristics and disability-related needs in the Kilimanjaro region, north-eastern Tanzania—a cross-sectional survey. *BMJ open*. 2023 Jan 1;13(1): 1-9. Link
3. Ow N, Appau A, Matout M, Mayo NE. What is QOL in children and adolescents with physical disabilities? A thematic synthesis of pediatric QOL literature. *Quality of Life Research*. 2021 May;30:1233-48. Link
4. Lima, E. F., Brugnaro, B. H., Rocha, N. A. C., & Pavão, S. L. (2023). Effectiveness and Evidence Level of Dance on Functioning of Children and Adolescents with Neuromotor Impairments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1501. Link

16. Liu JJ, Ein N, Gervasio J, Battaion M, Fung K. The pursuit of resilience: A meta-analysis and systematic review of resilience-promoting interventions. *Journal of Happiness Studies*. 2022 Apr 1;1:1-21. Link
17. Bozikas VP, Parlapani E, Ntoulos E, Bargiota SI, Floros G, Nazlidou EI, Garyfallos G. Resilience predicts social functioning in clinically stable patients with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2018 Jul 1;206(7):567-74. Link
18. Samsari EP, Soulis SG. Problem Solving and Resilience Self-Efficacy as Factors of Subjective Well-Being in Greek Individuals with and without Physical Disabilities. *International Journal of Special Education*. 2019;33(4):938-953. Link
19. Asadi A, Aghaei A. The Effect of a Training Package on Self-Efficacy and Mental Health of Female High School Students regarding the Healthy Human Theory. *The Journal of Toloo-e-behdasht*. 2022; 21 (4) :20-39. [In Persian]. Link
20. Bozdağ N, Çuhadar D. Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*. 2022 Mar 4;27(2):174-80. Link
21. Barimani A. The Structural Model of Relationship between Self-Efficacy and Social Performance with Mediating Role of Students' Adjustment to School. *Journal of Transcendental Education*. 2021; 1(1): 48-59. [In Persian]. Link
22. Bandura A. Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on psychological science*. 2018 Mar;13(2):130-6. Link
23. Tale P, Pourhamidi A. [Statistical yearbook of 2022-2023]. National Welfare Organization. 2023. [In Persian]. Link
24. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. 2023 May 24; (pp. 64–96). Link
25. Price CS, Spence SH, Sheffield J, Donovan C. The development and psychometric properties of a measure of social and adaptive functioning for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2002 Feb 2;31(1):111-22. Link
26. Golpoor R, Tarkhan M, The moderating role of depression and procrastination in the effects of self-compassion on adaptive social functioning in high school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2018; 18(70): 92-101. [In Persian]. Link
27. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003 Nov 1;121(1):31-49. Link
28. Tanabe Y, Hayashi K, Ideno Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC psychiatry*. 2016 Dec;16:1-8. Link
29. Corker E, Henderson RC, Lempp H, Brown JS. Internalised stigma in people with rheumatoid arthritis: a cross sectional study to establish the psychometric properties of the ISMI-RA. *BMC musculoskeletal disorders*. 2016 Dec;17:1-8. Link
30. Forsgren L, Ghanean H, Jacobsson L, Richter J. On the experience of stigma by persons with epilepsy in Sweden and Iran—A comparative study. *Seizure*. 2013 Nov 1;22(9):748-51. Link
31. Rensen C, Bandyopadhyay S, Gopal PK, Van Brakel WH. Measuring leprosy-related stigma—a pilot study to validate a toolkit of instruments. *Disability and Rehabilitation*. 2011 Jan 1;33(9):711-9. Link
32. Taft TH, Ballou S, Keefer L. A preliminary evaluation of internalized stigma and stigma resistance in inflammatory bowel disease. *Journal of Health Psychology*. 2013 Apr;18(4):451-60. Link
33. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders within the Netherlands. *Health & social care in the community*. 2016 Sep;24(5):23-33. Link
34. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor.Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82. Link
35. Dirmanchi N, Khanjani M S. Comparison of resilience and self-efficacy in athletes and non-athletes with disabilities caused by spinal cord injury. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2019;25(2):150-163. [In Persian]. Link
36. Naemi A. M., Faghihi S. The effectiveness of cognitive self-compassion on resiliency, psychological well-being and distress tolerance of female teachers of elementary schools in Sabzevar. *Journal of School Psychology*, 2021; 10(3): 134-147. [In Persian]. Link
37. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982 Oct;51(2):663-71. Link
38. Asgharnejad T, Ahmadi Dehghotboddini M, Farzad V, Khodapanahi M. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. *journal of psychology*. 2006;10(3 (39)):262-274. [In Persian]. Link