Special Education Organization
Exceptional Education
Bi-monthly scientific journal
OPEN ACCESS Freely available online

Comparison of Early Maladaptive Schemas and Childhood Trauma in Adolescents with and without Siblings with Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability, or Cerebral Palsy

Faezeh Janpour Kouhbaneh[1] | **Sajjad Rezaei***[2] | **Ashkan Naseh**[3] | **Maryam Jafroudi**[4]

1. M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
faezeh.janpour.78@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
ashkan.naseh@guilan.ac.ir
4. M.A. in General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. maryamjafroudi@aol.com

Print ISSN:
1727-3145
Online ISSN:
1727-6063
Article Type:
Research Article
Article History:
Received November 15, 2025
Received in revised form April 27, 2026
Accepted August 2, 2026
Published Online September 6, 2026
Keywords:
Autism Spectrum Disorder, Cerebral Palsy, Childhood Trauma, Early Maladaptive Schemas, Intellectual Disability, Siblings

Abstract

Background and Objectives: Having a sibling with a developmental disability may place considerable psychological and emotional demands on other siblings. This study aimed to compare early maladaptive schemas and childhood trauma in adolescents with and without siblings with autism spectrum disorder (ASD), intellectual disability (ID), or cerebral palsy (CP).

Materials and Methods: This descriptive causal-comparative study was conducted among adolescents aged 12_18 years with and without siblings with ASD, ID, or CP in Rasht and Lahijan, Iran, in 2023. A total of 128 adolescents were selected using purposive sampling, comprising 32 participants in each of four groups: adolescents with a sibling with ASD, ID, or CP, and a control group of adolescents without a sibling with any of these conditions. Data were collected using the Young Schema Questionnaire_Short Form (YSQ-SF) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The data were analyzed using one-way and multivariate analysis of variance (ANOVA and MANOVA), followed by Bonferroni post hoc tests.

Results: The results showed that adolescents with a sibling with ASD, ID, or CP had significantly higher levels of early maladaptive schemas and childhood trauma than those in the control group ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Adolescents who have a sibling with a developmental disability may experience greater psychological vulnerability, as reflected in higher levels of early maladaptive schemas and childhood trauma. These findings highlight the importance of providing supportive and specialized interventions for siblings of children with developmental disabilities. Developing support groups and mental health programs may help promote their psychological well-being and improve their ability to cope with the challenges associated with caring for a sibling with a developmental disability.

* Corresponding author. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

© 2026 Author(s)
Publisher: Special Education Organization

Cite this Article:
Janpour Kouhbaneh F, Rezaei S, Naseh A, Jafroudi M. Comparison of early maladaptive schemas and childhood trauma in adolescents with and without siblings with autism spectrum disorder, intellectual disability, or cerebral palsy. J Except Educ. 2026; 26(3): 3-19.
https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

سازمان آموزش و پرورش استثنایی
تعلیم و تربیت استثنایی
دو ماهنامه علمی
OPEN ACCESS دسترسی آزاد برخط

مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ضربهٔ دوران کودکی در نوجوانان دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی

فائزه جان‌پور کوه‌بنه[1] | سجاد رضائی*[2] | اشکان ناصح[3] | مریم جفرودی[4]

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. faezeh.janpour.78@gmail.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. ashkan.naseh@guilan.ac.ir
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. maryamjafroudi@aol.com

شاپای چاپی:
۱۷۲۷ - ۳۱۴۵
شاپای برخط:
۱۷۲۷-۶۰۶۳
نوع مقاله:
مقاله پژوهشی
تاریخچه مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۱
تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵
کلیدواژه‌ها:
اختلال طیف اوتیسم، خواهر/برادر، ضربهٔ دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فلج مغزی، کم‌توانی هوشی

چکیده

پیش‌زمینه و اهداف: اختلالات عصبی-رشدی در اعضای خانواده با ایجاد فشار روانی و بار عاطفی منفی تأثیرات چشمگیری بر خواهر/برادر افراد دارای اختلال‌های رشدی دارد. این پژوهش با هدف مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ضربهٔ دوران کودکی در نوجوانان دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی انجام شد.

ابزار و روش پژوهش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علّی-مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری این پژوهش نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توان هوشی و فلج مغزی در شهر رشت و لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بودند که از راه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه برابر بود با ۱۲۸ نفر شامل ۳۲ نوجوان در هر یک از گروه‌های دارای خواهر/برادر دارای اوتیسم، با کم‌توانی هوشی یا فلج مغزی و گواه. داده‌های حاصل از نسخهٔ کوتاه پرسش‌نامهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (YSQ-SF)، و ضربهٔ دوران کودکی (CTQ) توسط آزمون‌های تحلیل واریانس تک و چندمتغیره و تعقیبی بونفرونی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه‌های دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ فعال‌تر ($p\leq0/05$) و ضربهٔ دوران کودکی ($p\leq0/05$) بیشتری را نسبت به گروه گواه تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: زندگی با خواهر/برادر دارای اختلال‌های رشدی بر سلامت روان افراد تأثیرات مخربی می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش آگاهی، کیفیت زندگی و توانایی مراقبت از کودکان با اختلالات عصبی-رشدی گروه‌های حمایتی و تخصصی تشکیل و برنامه‌هایی در راستای بهبود سلامت روان آن‌ها تدوین شود.

* نویسنده مسئول. Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir
© ۲۰۲۶ نویسنده(گان)
ناشر: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور

استناد به این مقاله:
جان‌پور کوه‌بنه ف، رضائی س*، ناصح ا، جفرودی م. مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ضربهٔ دوران کودکی در نوجوانان دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی. تعلیم‌وتربیت استثنایی. ۱۴۰۵؛ ۲۶ (۳): ۳-۱۹.
https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

مقدمه

روابط خواهران/برادران اغلب از طولانی‌ترین و تأثیرگذارترین روابط زندگی افراد است (۱). بسیاری از کودکان بیشتر از هر گروه دیگری از جمله والدین، با خواهر/برادر خود ارتباط برقرار می‌کنند و اغلب اولین همبازی‌ها، اولین الگوها و اولین آموزگارانی هستند که کودکان خواهند داشت (۲). از سوی دیگر، خواهران/برادران به‌عنوان منبع تأثیر بر رشد کودکان دارای کم‌توانی[1] نادیده گرفته می‌شوند و نقش‌ها و مسئولیت‌های متفاوتی را نسبت به آنچه که معمولاً انتظار می‌رود تجربه می‌کنند که تأثیر قابل توجهی بر سلامت برخی از خواهران/برادران در بزرگسالی دارد (۳). به‌عبارت‌دیگر، تشخیص کم‌توانی به همان اندازه که بر والدین و خود فرد توانخواه اثر می‌گذارد، خواهران/برادران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. با وجود این واقعیت، نیازهای خواهران/برادران کودک با اختلال‌های رشدی[2]، اغلب توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نادیده گرفته می‌شود (۴). این کودکان به‌دلیل بزرگ شدن در محیط پرفشار معمولاً در برابر مشکلات رفتاری آسیب‌پذیر هستند (۵) و عوامل روان‌شناختی مرتبط با عواطف خواهر/برادر افراد با کم‌توانی‌های رشدی به‌دلیل توجه اندک پژوهشی کمتر مشخص است (۶).

یکی از گروه‌های دارای کم‌توانی که مشکلات مختلفی را برای مراقبان و سایر اطرافیان خود به وجود می‌آورند، کودکان با اختلالات عصبی-رشدی[3] هستند (۷). از جملهٔ مهم‌ترین اختلال‌های عصبی-رشدی، اختلال طیف اوتیسم[4] با شیوع ۱ از ۵۹ کودک است (۸). افزون بر این، علی‌رغم تأثیر این اختلال بر خانواده، رفتارهای غیرمعمول کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بر سلامت روان خواهر/برادر بدون کم‌توانی تأثیر می‌گذارد و ممکن است هدف رفتارهای پرخاشگرانهٔ کودک دارای اختلال طیف اوتیسم قرار گیرند (۹). در این راستا، بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد خواهر/برادر کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بیشتر از سایر خواهران/برادران مشکلات رفتاری و عاطفی را تجربه می‌کنند (۱۱-۱۰). به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که این رابطهٔ منحصر به فرد، فرصتی را برای رشد اجتماعی، عاطفی، رفتاری و روانی فراهم می‌آورد، تأثیرات مخربی همانند قرارگیری در معرض افزایش مشکلات سلامت روان در خواهر/برادرهای کودکان با اختلال طیف اوتیسم خواهد داشت (۱۲،۲).

افزون بر این، فلج مغزی[5] شایع‌ترین کم‌توانی کودکان است که باعث محدودیت‌های عملکردی بلندمدت می‌شود (۱۳). از این رو، درمان و مراقبت طولانی مدت از کودکان دارای فلج مغزی بر تمام جنبه‌های زندگی خانوادهٔ آن‌ها به ویژه رفاه جسمی و اجتماعی و ثبات مالی تأثیر می‌گذارد (۱۴). با این وجود، خواهران/برادران کودک دارای فلج مغزی به‌دلیل تجربیات زندگی خود اغلب انعطاف‌پذیر و همدل هستند، اما در طول عمر خود ممکن است با چالش‌های منحصر به فردی نیز مواجه شوند (۴). در این راستا، خواهران/برادران کودکان دارای فلج مغزی نسبت به سایر کودکان به‌دلیل تجربهٔ مشکلات روانی به‌عنوان جمعیت در خطر در نظر گرفته می‌شوند (۱۵) که می‌تواند به‌دلیل فشار روزانهٔ خانواده، شرمساری آنها به‌دلیل داشتن خواهر/برادر توانخواه یا حسادت نسبت به مدت زمان و مراقبت والدین از خواهر/برادر دارای فلج مغزی‌شان باشد (۱۶).

کم‌توانی هوشی[6] یکی دیگر از اختلال‌های عصبی رشدی است. احتمال دچار شدن کودکان با کم‌توانی هوشی به برخی از مشکلات روانی و پزشکی سه تا چهار برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۱۷). کم‌توانی هوشی می‌تواند همراه

1. Disability
2. Developmental Disabilities (DD)
3. Neuro Developmental Disabilities (ASD)
4. Autism Spectrum Disorder (CP)
5. Cerebral Palsy
6. Intellectual Disability

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

با کم‌توانی‌های رشدی دیگر مانند اختلال طیف اوتیسم، نشانگان داون[1]، فلج مغزی، نشانگان ایکس شکننده[2] یا تأخیر کلی رشد[3] (برای کودکان زیر ۵ سال) نیز باشد (۱۸). همچنین، با افزایش تعداد کودکان دارای کم‌توانی هوشی در دههٔ اخیر، رشد چشمگیری در شیوع هرگونه کم‌توانی رشدی، اختلال طیف اوتیسم و کم‌توانی هوشی گزارش شده است (۱۹). مطالعات اخیر، پیامدهای روان‌شناختی خواهر/برادر کودکان دارای کم‌توانی هوشی و کم‌توانی‌های رشدی را در مقایسه با خواهر/برادر کودکان بدون کم‌توانی مورد بررسی قرار داده‌اند و طیف گسترده‌ای از نتایج مثبت و پیامدهای منفی را گزارش کرده‌اند (۱۸، ۲۰).

از این رو، با توجه به شرایطی که خواهران/برادران افراد توانخواه در خانواده و همین‌طور جامعه تجربه می‌کنند احتمال ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه[4] در آن‌ها بیشتر است (۲۱). به‌عبارت‌دیگر، از آنجا که گسترش طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کیفیت تعامل با والدین و با خواهران/برادران در سال‌های اولیهٔ کودکی در خانواده و نیز با تجربه‌های تکرارشوندهٔ منظم پیش‌از بزرگسالی شکل می‌گیرند (۲۲) در یک خانوادهٔ هسته‌ای داشتن یک عضو با کم‌توانی‌های رشدی بر نحوهٔ بروز طرحواره‌های دوران کودکی و نوجوانی در میان خواهر/برادرهای بدون کم‌توانی در حال رشد تأثیرگذار است (۶).

ضربه‌های دوران کودکی[5] بر رشد عاطفی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند و باعث می‌شوند افراد بیشتر در معرض خطر سلامت جسمانی و روانی قرار گیرند (۲۳). شرایطی مانند شرمساری از همسالان خود، حسادت در مورد وقت گذاشتن والدین برای خواهر/برادرشان، مشکلات ارتباطی با خواهر/برادرشان، قرار گرفتن در معرض پرخاشگری آن‌ها و تلاش برای جبران کمبودهای آنها می‌تواند باعث ایجاد فشار در افراد بدون کم‌توانی شود (۲۴). علاوه بر این، فشار تجربه‌شده توسط والدین و نقشی که آنها در مراقبت از خواهر/برادر توانخواه خود در آینده ایفا خواهند کرد، ممکن است نگرانی در مورد آیندهٔ خواهر/برادر بدون کم‌توانی را آشکار کند (۱۶).

اگرچه بسیاری از پژوهشگران این فرضیه را مطرح کرده‌اند که روابط خواهر/برادری که در آن یکی از کودکان کم‌توانی هوشی یا رشدی دارد ممکن است منفی‌تر باشد اما شواهد تجربی این امر را ثابت نمی‌کند. پژوهش‌های موجود که بیشتر جنبه‌های منفی رابطه خواهران/برادران را بررسی می‌کند، سطوح مشابهی از تعارض را بین زوج‌های خواهر/برادر در حال رشد را در مقایسه با خواهر/برادری که یکی از آن‌ها، کم‌توانی هوشی دارد نشان داده‌اند (۲۵). از سوی دیگر، مطالعات دیگر نشان داده‌اند خواهر/برادری که یکی از آن‌ها کم‌توانی هوشی دارد ممکن است نسبت به سایر خواهر/برادرها درگیری کمتری در روابط خواهر/برادری خود داشته باشد (۲۶). با وجود این، در بیشتر پژوهش‌ها به مشکلات افراد توانخواه یا والدین آن‌ها پرداخته شده است و عمدتاً از داده‌های پرسش‌نامه‌هایی بر پایهٔ دیدگاه والدین و یا آموزگاران استفاده شده است (۱۱). به هر روی، پیشینهٔ پژوهش‌های مرتبط با خواهران/برادران افراد توانخواه نابسنده است و اجرای مطالعاتی برای بهبود کیفیت زندگی افراد دارای خواهر/برادر توانخواه ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ضربه‌های دوران کودکی در نوجوانان دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع علّی-مقایسه‌ای و جامعهٔ آماری شامل چهار گروه از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی، فلج مغزی و بدون کم‌توانی در شهر رشت و لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بود.

1. Down Syndrome
2. Fragile X Syndrome
3. Global Development Delay (GDD)
4. Early Maladaptive Schemas
5. Childhood Trauma

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

آزمودنی‌ها

نمونه‌گیری به شیوه‌ی هدفمند[1] انجام شد. برای تعیین حجم نمونه با توجه به نسبت F، اثرات عضویت گروهی متغیر مستقل (چهار گروه نوجوانان) از نسخهٔ ۳،۱،۹،۶ برنامهٔ نرم‌افزاری جی‌پاور[2] استفاده شد (۲۷) و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول (آلفا)[3] در سطح ۰/۰۵ (سطح اطمینان ۹۵٪)، سطح توان آزمون[4] برابر با ۰/۸۰ و اندازهٔ اثری[5] به بزرگیِ ۰/۳۰ حجم نمونهٔ معادل ۱۲۸ نفر (۳۲ نوجوان دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، ۳۲ نوجوان دارای خواهر/برادر با کم‌توانی هوشی، ۳۲ نوجوان دارای خواهر/برادر با فلج مغزی و ۳۲ نوجوان همتاشدهٔ دارای خواهر/برادر بدون کم‌توانی) به دست آمد.

معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن خواهر/برادر با کم‌توانی هوشی یا اوتیسم یا فلج مغزی، سن ۱۲ تا ۱۸ سال و در قید حیات بودن پدر و مادر و همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش تمایل نداشتن برای ادامهٔ همکاری (عدم رضایت آگاهانه)، طلاق والدین و نقص در پاسخ دادن به پرسش‌ها بود.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامهٔ ضربهٔ دروان کودکی[6]

این مقیاس ۲۸ گویه‌ای توسط برنشتاین[7] و همکاران به منظور ارزیابی گذشته‌نگر و کمّی تجارب سوء استفادهٔ و غفلت کودکی یا نوجوانی قبل از سن ۲۰ سالگی ساخته شد (۲۸). پنج خرده مقیاس: آزار جسمی[8]، سوء استفادهٔ عاطفی[9]، سوء استفادهٔ جنسی[10]، غفلت عاطفی[11] و غفلت فیزیکی[12] در این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (اغلب) درجه‌بندی می‌شود و کسب نمره‌ی بالاتر در مقیاس‌های این پرسش‌نامه نشان دهندهٔ احتمال وجود ضربهٔ روانی یا ضربهٔ دوران کودکی بیشتر در این افراد است. علاوه بر این، روایی هم‌زمان برای خرده‌مقیاس‌های سوء استفادهٔ جسمی، عاطفی و جنسی و غفلت جسمی و عاطفی به‌ترتیب ۰/۲۷، ۰/۳۲، ۰/۷۲، ۰/۲۰، ۰/۱۶ به‌دست آمد. پایایی عوامل مختلف پرسش‌نامهٔ ضربهٔ دوران کودکی با دو روش ضریب آلفای کرونباخ[13] و بازآزمایی بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و برای خرده‌مقیاس‌های سوء استفادهٔ جسمی، عاطفی و جنسی و غفلت جسمی و عاطفی به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۷۷. به دست آمد.

نسخهٔ کوتاه پرسش‌نامهٔ طرحوارهٔ ناسازگار اولیهٔ یانگ[14]

این پرسش‌نامهٔ ۷۵پرسشی برای سنجش ۱۵ طرح‌واره (وانهش[15]، بی‌اعتمادی/بدرفتاری[16]، جداماندگی اجتماعی[17]،

1. Purposive
2. G*Power
3. Type I Error (Alpha)
4. Power
5. Effect Size
6. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
7. Bernstein
8. Physical Abuse
9. Emotional Abuse
10. Sexual Abuse
11. Emotional Neglect
12. Physical Neglect
13. Cronbach's alpha
14. Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF)
15. Abandonment
16. Mistrust/abuse
17. Social alienation

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

نقص/شرم[1]، محرومیت هیجانی[2]، وابستگی[3]، آسیب‌پذیری در مقابل صدمه[4]، گرفتار[5]، شکست[6]، حق‌مندی[7]، خودکنترلی نابسنده[8]، مطیع‌سازی نیازها[9]، فداکاری[10]، بازداری هیجانی[11]، استانداردهای سخت‌گیرانه[12]) توسط ولبرن[13] و همکاران (۲۹) تنظیم شده است. در این پرسش‌نامه هر پرسش در مقیاس ۶نمره‌ای درجه‌بندی می‌شود و هر چه فرد در هر حوزه نمرهٔ بیشتری کسب کند احتمال وجود آن طرحوارهٔ ناسازگار در او بیشتر است. همچنین پایایی آن به کمک آلفای کرونباخ برای تمام طرحواره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی از ساختار درونی پرسش‌نامه حمایت می‌کند (۲۹). در ایران نیز، همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مردان ۰/۹۸ به دست آمد. علاوه بر این، پایایی و روانی مناسب این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش ما ۰/۹۵ به دست آمد.

شیوهٔ جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پژوهش

پس از دریافت مجوز و معرفی‌نامه از دانشگاه گیلان و ادارهٔ بهزیستی شهر رشت و لاهیجان به مراکز آموزشی و درمانی مربوط مراجعه و از طریق مسئولان آن مراکز کودکان با اختلال طیف اوتیسم، فلج مغزی و کم‌توانی هوشی دارای خواهر/برادر نوجوان شناسایی شدند. سپس با خانواده‌های آنان هماهنگی لازم انجام شد و برادران و خواهرانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به مراکز مراجعه کردند. در آغاز ارزیابی، دلایل و نحوهٔ انجام آزمون‌ها برای آزمودنی‌ها و خانواده‌هایشان توضیح و این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. پس از کسب رضایت آگاهانه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه کردند و پرسش‌نامه‌هایی که معیارهای خروج از پژوهش را داشتند کنار گذاشته شدند. برای نمونه‌گیری گروه بهنجار نیز با مراجعه به مدارس شهر رشت و لاهیجان به شیوه هدفمند، افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند و از نظر جنسیت و سن و پایهٔ تحصیلی با گروه آزمایش همتا بودند برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها انتخاب و پرسش‌نامه‌هایی که معیارهای خروج از پژوهش را داشتند کنار گذاشته شدند. برای تحلیل داده‌ها در صورت احراز پیش‌فرض‌های آمار پارامتری از تحلیل واریانس تک[14] و چندمتغیره[15] و آزمون های تعقیبی بونفرونی[16] استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پیش‌نویس این مطالعه در کارگروه اخلاق در پژوهش دانشگاه گیلان بررسی و با کد IR.GUILAN.REC.1402.037 تأیید شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۲۸ نوجوان دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و یا فلج مغزی تحت ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی به ترتیب در گروه با اختلال طیف اوتیسم ۱۵/۳۴، کم‌توانی هوشی

1. Defectiveness/shame
2. Emotional Deprivation
3. Dependency
4. Vulnerability to harm
5. Enmeshment
6. Failure
7. Entitlement
8. Insufficient Self-Control
9. Subjugation of needs
10. Self-Sacrifice
11. Emotional Inhibition
12. Unrelenting Standards
13. Welburn
14. ANCOVA
15. MANCOVA
16. Post-Hoc Bonferroni test

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

۱۵/۹۳، فلج مغزی ۱۵/۵۳ و گواه ۱۶/۲۷ سال بود. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها را در چهار گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۱) متغیرهای جمعیت‌شناختی در چهار گروه افراد دارای خواهر/برادر با اختلال اوتیسم، کم‌توانی هوشی، فلج مغزی و گواه

متغیر		اوتیسم	کم‌توان هوشی	فلج مغزی	گواه	مجذور خی	درجهٔ آزادی	معناداری
جنسیت/ تعداد (٪)	زن	۱۵ (۴۶/۹)	۱۳ (۴۱/۹)	۱۵ (۴۶/۹)	۱۸ (۵۰)	۰/۴۴	۳	۰/۹۳
	مرد	۱۷ (۵۳/۱)	۱۸ (۵۸/۱)	۱۷ (۵۳/۱)	۱۸ (۵۰)			
فرزندان/ تعداد (٪)	۱	۰	۰	۰	۰	۳۱/۹۷	۱۲	۰۰/۰
	۲	۱۳ (۴۰/۶)	۱۲ (۳۷/۵)	۹ (۲۹)	۲۵ (۷۱/۴)			
	۳	۱۰ (۳۱/۳)	۹ (۲۸/۱)	۱۱ (۳۵/۵)	۱۰ (۲۸/۶)			
	۴	۵ (۱۵/۶)	۳ (۹/۴)	۶ (۱۹/۴)	۰			
	۵	۴ (۱۲/۵)	۴ (۱۲/۵)	۵ (۱۶/۱)	۰			
	۶	۰	۴ (۱۲/۵)	۰	۰			
ترتیب تولد/ تعداد (٪)	۱	۱۰ (۳۱/۳)	۹ (۲۸/۱)	۵ (۱۶/۱)	۲۱ (۵۸/۳)	۲۹/۸	۱۵	۰/۰۱
	۲	۱۰ (۳۱/۳)	۱۰ (۳۱/۳)	۱۲ (۳۸/۷)	۱۰ (۲۷/۸)			
	۳	۷ (۲۱/۹)	۶ (۱۸/۸)	۷ (۲۲/۶)	۵ (۱۳/۹)			
	۴	۵ (۱۵/۶)	۴ (۱۲/۵)	۶ (۱۹/۴)	۰			
	۵	۰	۰	۱ (۳/۲)	۰			
	۶	۰	۳ (۹/۴)	۰	۰			
تأهل‌والدین/ تعداد (٪)	تک‌والدی	۳ (۹/۴)	۳ (۹/۴)	۶ (۱۸/۸)	۴ (۱۱/۱)	۴/۰۶	۶	۰/۶۶
	دو والدی	۲۹ (۹۰/۶)	۲۸ (۸۷/۵)	۲۵ (۷۸/۱)	۳۲ (۸۸/۹)			
	سایر	۰	۱ (۳/۱)	۱ (۳/۱)	۰			
خویشاوندی والدین/ تعداد (٪)	بله	۱۵ (۴۸/۴)	۱۲ (۳۷/۵)	۱۴ (۴۶/۷)	۵ (۱۳/۹)	۱۱/۲۵	۳	۰/۰۱
	خیر	۱۶ (۵۱/۶)	۲۰ (۶۲/۵)	۱۶ (۵۳/۳)	۳۱ (۸۶/۱)			
پایهٔ تحصیلی	۳	۱ (۳/۱)	۰	۰	۰	۳۶/۵۳	۲۴	۰/۰۴
	۴	۰	۰	۰	۰			
	۵	۱ (۳/۱)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۲)	۰			
	۶	۲ (۶/۳)	۳ (۱۰)	۲ (۶/۵)	۲ (۵/۶)			
	۷	۴ (۱۲/۵)	۳ (۱۰)	۳ (۹/۷)	۰			
	۸	۴ (۱۲/۵)	۷ (۲۳/۳)	۲ (۶/۵)	۱ (۲/۸)			
	۹	۴ (۱۲/۵)	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۱)	۴ (۱۱/۱)			
	۱۰	۳ (۹/۴)	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۵)	۲ (۵/۶)			
	۱۱	۵ (۱۵.۶)	۱ (۳/۳)	۴ (۱۲/۹)	۱۷ (۴۷/۲)			
	۱۲	۸ (۲۵)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۳۸/۷)	۱۰ (۲۷/۸)			

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

متغیر		اوتیسم	کم‌توان هوشی	فلج مغزی	گواه	مجذور خی	درجهٔ آزادی	معناداری
محل زندگی	شهر	(۷۱/۹) ۲۳	(۳۷/۵) ۱۲	(۵۱/۶) ۱۶	(۸۶/۱) ۳۱	۱۹/۸۸	۳	۰/۰۰
	روستا	(۲۸/۱) ۹	(۶۲/۵) ۲۰	(۴۸/۴) ۱۵	(۱۳/۹) ۵			
اختلالات روانی	بله	(۹/۴) ۳	(۳/۱) ۱	(۶/۳) ۲	۰	۳/۷۹	۳	۰/۲۸
	خیر	(۹۰/۶) ۲۹	(۹۶/۹) ۳۱	(۹۳/۸) ۳۰	(۱۰۰) ۳۶			
اختلالات جسمی	بله	(۱۸/۸) ۶	(۶/۳) ۲	(۱۵/۶) ۵	(۵/۷) ۲	۴/۲۲	۳	۰/۲۳
	خیر	(۸۱/۳) ۲۶	(۹۳/۸) ۳۰	(۸۴/۴) ۲۷	(۹۴/۳) ۳۳			

بر اساس این جدول نتایج آزمون خی دو نشان می‌دهند از نظر ترتیب تولد، تعداد فرزندان، خویشاوندی والدین، پایهٔ تحصیلی و محل زندگی بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد به‌طوری‌که، افراد گروه گواه از نظر ترتیب تولد فرزند نخست و از خانوادهٔ دوفرزندی و شهرنشین بودند، والدین نسبت خویشاوندی نداشتند و بیشتر آنان در پایهٔ یازدهم تحصیل می‌کردند. والدین خانواده‌های دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم بیشتر دارای نسبت خویشاوندی و با کم‌توانی هوشی بیشتر ساکن روستا بودند. همچنین تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه در جنسیت، تأهل والدین، اختلال‌های روانی و جسمانی مشاهده نشد.

جدول۲) میانگین ضربهٔ دوران کودکی در چهار گروه افراد دارای خواهر/برادر با اختلال اوتیسم، کم‌توانی هوشی، فلج مغزی و گواه

متغیر	گروه	میانگین	خطای معیار	کمینه	بیشینه
ضربهٔ دوران کودکی	اوتیسم	۵۱/۸۸	۲/۰۳	۴۷/۸۴	۵۵/۹۱
	کم‌توان هوشی	۵۱/۹۲	۲/۱۷	۴۷/۶۲	۵۶/۲۳
	فلج مغزی	۵۵/۱۶	۲/۱۴	۵۰/۹۱	۵۹/۴۲
	گواه	۳۲/۹۵	۲/۰۸	۲۸/۸۳	۳۷/۰۸

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد آزمودنی‌های گروه افراد دارای خواهر/برادر با فلج مغزی بیشترین میانگین را در متغیر ضربهٔ دوران کودکی تجربه می‌کنند. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد بین گروه‌های اوتیسم و گواه ($p<0/05$)، فلج مغزی و گواه ($p<0/05$)، همچنین کم‌توان هوشی و گواه ($p<0/05$) از لحاظ ضربهٔ دوران کودکی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، عضویت در هر یک از سه گروه مورد مطالعه (دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی) باعث می‌شود فرد سطوح بالایی از ضربهٔ دوران کودکی را تجربه کند. تحلیل واریانس چندمتغیره آشکار ساخت چهار گروه مورد مطالعه از نظر ابعاد مختلف ضربه‌های دوران کودکی (شامل سوء استفادهٔ عاطفی [F=7/93, df= 3, p<0/001]؛ سوء استفادهٔ جسمی [F=2/85, df=3, p=0/04]؛ سوء استفادهٔ جنسی [F=2/99, df=3, p<0/03]، غفلت عاطفی [F=20/95, df=3, p<0/0001] و غفلت جسمی [F=25/60, df=3, p<0/0001]) به‌طور معناداری متفاوت هستند. جدول ۳ نتایج مربوط به مقایسهٔ مؤلفه‌های ضربهٔ دوران کودکی بین چهار گروه به‌صورت دوبه‌دو را بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

جدول۳) مقایسهٔ مؤلفه‌های ضربهٔ دوران کودکی بین چهار گروه به‌صورت دوبه‌دو بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	معناداری
سوء استفادهٔ عاطفی	اوتیسم	کم‌توان هوشی	- ۱/۶۲	۰/۲۱
		فلج مغزی	-۲/۰۵	۰/۰۵
		گواه	۱/۵۳	۰/۲۶
	کم‌توان هوشی	اوتیسم	۱/۶۲	۰/۲۱
		فلج مغزی	-۰/۴۲	۱/۰۰
		گواه	۳/۱۶	۰/۰۰۱
	فلج مغزی	اوتیسم	۲/۰۵	۰/۰۵
		کم‌توان هوشی	۰/۴۲	۱/۰۰
		گواه	۳/۵۹	۰/۰۰
	گواه	اوتیسم	-۱/۵۳	۰/۲۶
		کم‌توان هوشی	-۳/۱۶	۰/۰۰
		فلج مغزی	-۳/۵۹	۰/۰۰
سوء استفادهٔ فیزیکی	اوتیسم	کم‌توان هوشی	-۰/۲۱	۱/۰۰
		فلج مغزی	۰/۱۵	۱/۰۰
		گواه	۲/۰۲	۰/۰۸
	کم‌توان هوشی	اوتیسم	۰/۲۱	۱/۰۰
		فلج مغزی	۰/۳۷	۱/۰۰
		گواه	۲/۲۴	۰/۰۷
	فلج مغزی	اوتیسم	-۰/۱۵	۱/۰۰
		کم‌توان هوشی	-۰/۳۷	۱/۰۰
		گواه	۱/۸۷	۰/۱۸
	گواه	اوتیسم	-۲/۰۲	۰/۰۸
		کم‌توان هوشی	-۲/۲۴	۰/۰۷
		فلج مغزی	-۱/۸۱	۰/۱۸
سوء استفادهٔ جنسی	اوتیسم	کم‌توان هوشی	۰/۸۳	۱/۰۰
		فلج مغزی	۰/۳۸	۱/۰۰
		گواه	۲/۰۵	۰/۰۳
	کم‌توان هوشی	اوتیسم	-۰/۸۳	۱/۰۰
		فلج مغزی	-۰/۴۴	۱/۰۰
		گواه	۱/۲۱	۰/۷۳
	فلج مغزی	اوتیسم	-۰/۳۸	۱/۰۰
		کم‌توان هوشی	۰/۴۴	۱/۰۰
		گواه	۱/۶۶	۰/۱۷
	گواه	اوتیسم	-۲/۰۵	۰/۰۳
		کم‌توان هوشی	-۱/۲۱	۰/۷۳
		فلج مغزی	-۱/۶۶	۰/۱۷

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	معناداری
غفلت عاطفی	اوتیسم	کم‌توان هوشی	۰/۶۵	۱/۰۰
		فلج مغزی	-۰/۳۶	۱/۰۰
		گواه	۶/۷۲	۰/۰۰
	کم‌توان هوشی	اوتیسم	-۰/۶۵	۱/۰۰
		فلج مغزی	-۱/۰۲	۱/۰۰
		گواه	۶/۰۷	۰/۰۰
	فلج مغزی	اوتیسم	۰/۳۶	۱/۰۰
		کم‌توان هوشی	۱/۰۲	۱/۰۰
		گواه	۷/۰۹	۰/۰۰
	گواه	اوتیسم	-۶/۷۲	۰/۰۰
		کم‌توان هوشی	-۶/۰۷	۰/۰۰
		فلج مغزی	-۷/۰۹	۰/۰۰
غفلت جسمی	اوتیسم	کم‌توان هوشی	۰/۳۱	۱/۰۰
		فلج مغزی	-۱/۴۱	۰/۸۸
		گواه	۶/۵۷	۰/۰۰
	کم‌توان هوشی	اوتیسم	-۰/۳۱	۱/۰۰
		فلج مغزی	-۱/۷۲	۰/۴۲
		گواه	۶/۲۶	۰/۰۰
	فلج مغزی	اوتیسم	۱/۴۱	۰/۸۸
		کم‌توان هوشی	۱/۷۲	۰/۴۲
		گواه	۷/۹۹	۰/۰۰
	گواه	اوتیسم	-۶/۵۷	۰/۰۰
		کم‌توان هوشی	-۶/۲۶	۰/۰۰
		فلج مغزی	-۷/۹۹	۰/۰۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مندرج در جدول۳ نشان داد از نظر نوع اختلال بین مؤلفه‌های ضربهٔ دوران کودکی تفاوت معنادار وجود دارد و در مقیاس سوء استفادهٔ عاطفی گروه‌های فلج مغزی و اوتیسم، کم‌توان هوشی و گواه و فلج مغزی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. گروه فلج مغزی بیشتر از اوتیسم و گواه، گروه کم‌توان هوشی بیشتر از گواه سوء استفادهٔ عاطفی را نشان می‌دهند. در مقیاس سوء استفادهٔ جسمی گروه‌های اوتیسم و گواه، کم‌توان هوشی و گواه تفاوت معنادار دارند. گروه‌های اوتیسم و کم‌توان هوشی بیشتر از گروه گواه سوء استفادهٔ جسمی را نشان می‌دهند. در مقیاس سوء استفادهٔ جنسی فقط بین گروه اوتیسم و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. گروه اوتیسم بیشتر از گروه گواه سوء استفادهٔ جنسی را نشان می‌دهند. در مقیاس غفلت عاطفی بین گروهای آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد و گروه‌های آزمایش بیشتر از گروه گواه غفلت عاطفی را نشان می‌دهند و در مقیاس غفلت جسمی بین گروهای آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. گروه‌های آزمایش بیشتر از گروه گواه غفلت جسمی را نشان می‌دهند

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

جدول ۴) میانگین و تحلیل واریانس چندمتغیرهٔ مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در چهار گروه افراد دارای خواهر/برادر با اختلال اوتیسم، کم‌توانی هوشی، فلج مغزی و گواه

مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه		میانگین	انحراف‌معیار	F	درجهٔ آزادی	معناداری	توان آزمون
محرومیت هیجانی	اوتیسم	۱۲/۲	۴/۴۱	۱/۶۱	۳	۰/۱۹	۰/۴۱
	کم‌توانی هوشی	۱۳/۱۷	۳/۸۵				
	فلج مغزی	۱۳/۸۴	۵/۷۸				
	گواه	۱۰/۴۱	۳/۹۸				
وانهش	اوتیسم	۱۴/۷۷	۶/۹۵	۰/۶۵	۳	۰/۵۸	۰/۱۸
	کم‌توانی هوشی	۱۶/۵۰	۶/۶۲				
	فلج مغزی	۱۴/۸۴	۵/۱۸				
	گواه	۱۳/۵۴	۶/۰۵				
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	اوتیسم	۱۰/۹۳	۴/۶۸	۲/۵۲	۳	۰/۰۶	۰/۶۱
	کم‌توانی هوشی	۱۲/۰۳	۳/۸۱				
	فلج مغزی	۱۴/۶۱	۵/۴۲				
	گواه	۱۰/۰۸	۵/۰۱				
جداماندگی اجتماعی	اوتیسم	۱۰/۲۶	۴/۴۵	۱/۵۲	۳	۰/۲۱	۰/۳۹
	کم‌توانی هوشی	۹/۳۰	۲/۶۴				
	فلج مغزی	۱۱/۵۱	۶/۰۹				
	گواه	۹.۴۴	۴/۱۴				
نقص/شرم	اوتیسم	۹/۷۰	۴/۶۴	۰/۸۶	۳	۰/۴۶	۰/۲۳
	کم‌توانی هوشی	۱۰/۲۸	۳/۸۴				
	فلج مغزی	۱۰/۸۳	۶/۱۹				
	گواه	۷/۱۱	۳/۱۱				
شکست	اوتیسم	۱۰/۹۷	۴/۱۵	۲/۲۳	۳	۰/۰۸	۰/۵۵
	کم‌توانی هوشی	۱۰/۵۳	۴/۱۰				
	فلج مغزی	۱۲/۷۹	۵/۴۵				
	گواه	۸/۷۶	۳/۸۲				
وابستگی	اوتیسم	۹/۲۵	۳/۸۱	۱/۱۳	۳	۰/۳۳	۰/۲۹
	کم‌توانی هوشی	۱۰/۷۶	۵/۷۶				
	فلج مغزی	۱۰/۴۷	۵/۲۵				
	گواه	۷/۲۹	۲/۳۵				
آسیب‌پذیری	اوتیسم	۱۱/۷۷	۵/۱۸	۲/۴۶	۳	۰/۰۶	۰/۵۹
	کم‌توانی هوشی	۱۲/۷۵	۵/۳۳				
	فلج مغزی	۱۴/۶۰	۵/۹۸				
	گواه	۸/۲۹	۴/۱۳				

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه		میانگین	انحراف‌معیار	F	درجهٔ آزادی	معناداری	توان آزمون
گرفتار	اوتیسم	۱۱/۹۰	۵/۸۳	۲/۳۰	۳	۰/۰۸	۰/۵۶
	کم‌توانی هوشی	۱۴/۶۴	۶/۰۵				
	فلج مغزی	۱۴/۱۱	۵/۳۰				
	گواه	۸/۳۵	۳/۳۷				
مطیع‌سازی نیازها	اوتیسم	۱۳/۷۷	۵/۴۸	۲/۴۳	۳	۰/۰۶	۰/۵۹
	کم‌توانی هوشی	۱۲/۳۵	۴/۵۱				
	فلج مغزی	۱۳/۴۲	۵/۱۲				
	گواه	۸/۸۸	۴/۹۰				
فداکاری	اوتیسم	۱۷/۸۳	۴/۸۲	۳/۶۷	۳	۰/۰۱	۰/۷۸
	کم‌توانی هوشی	۱۶/۷۰	۶/۴۶				
	فلج مغزی	۱۹/۶۱	۵/۲۶				
	گواه	۱۳/۵۸	۶/۰۰				
بازداری هیجانی	اوتیسم	۱۵/۶۶	۵/۶۰	۳/۷۹	۳	۰/۰۱	۰/۸۰
	کم‌توانی هوشی	۱۴/۰۸	۵/۰۸				
	فلج مغزی	۱۷/۰۷	۴/۴۱				
	گواه	۱۱/۰۵	۶/۸۱				
استانداردهای سرسختانه	اوتیسم	۱۷/۶۱	۷/۷۴	۰/۵۶	۳	۰/۶۳	۰/۱۶
	کم‌توانی هوشی	۱۸/۸۵	۷/۰۹				
	فلج مغزی	۱۹/۵۳	۷/۲۶				
	گواه	۱۶/۲۳	۶/۳۸				
حق‌مندی	اوتیسم	۱۶/۰۶	۵/۲۰	۰/۷۳	۳	۰/۵۳	۰/۲۰
	کم‌توانی هوشی	۱۵/۶۴	۶/۰۸				
	فلج مغزی	۱۵/۶۲	۳/۴۰				
	گواه	۱۳/۷۳	۶/۴۳				
خودکنترلی نابسنده	اوتیسم	۱۴/۵۸	۴/۴۲	۳/۵۴	۳	۰/۰۱	۰/۷۷
	کم‌توانی هوشی	۱۴/۱۷	۴/۲۴				
	فلج مغزی	۱۷/۱۵	۴/۹۱				
	گواه	۱۱/۵۰	۵/۳۰				

بر اساس آنچه در جدول ۴ گزارش شده است، در مقیاس‌های فداکاری، بازداری هیجانی و خودکنترلی نابسنده از نظر نوع اختلال تفاوت معنادار وجود دارد. افزون بر این، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در بازداری هیجانی بین فلج مغزی و گروه گواه، همچنین در خودکنترلی نابسنده بین گروه گواه و فلج مغزی، و در فداکاری بین گروه فلج مغزی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، افرادی که در گروه فلج مغزی قرار داشتند در مقایسه با گروه گواه به نسبت بیشتری دارای طرحواره‌های ناسازگار بازداری هیجانی، خودکنترلی نابسنده و فداکاری بودند ($p<0/05$).

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف مقایسهٔ ضربه‌های دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان دارای خواهر/برادر با و بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی، فلج مغزی و بدون کم‌توانی انجام شد. اگرچه مطالعات پیشین نشان داده‌اند ویژگی‌های اختلال‌های رشدی در بزرگسالان از راه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نمونه‌های غیربالینی بر وضعیت سلامت روان تأثیر می‌گذارند (۳۱) مطالعه حاضر این یافته را به خواهر/برادران افراد دارای این دسته از اختلال‌ها گسترش می‌دهد. از این رو، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳، ۲۱) نشان داد افراد دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با افراد دارای خواهر/برادر بدون کم‌توانی به نسبت بیشتری طرحواره‌های نقص را گزارش می‌کنند. همچنین افراد دارای خواهر/برادر با کم‌توانی هوشی یا فلج مغزی نسبت به افراد دارای خواهر/برادر بدون کم‌توانی به نسبت بیشتری طرحواره‌های نقص، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی را از خود نشان می‌دهند. همچنین، در مؤلفه‌های وانهش و جداماندگی اجتماعی بین افراد دارای خواهر/برادر با فلج مغزی، کم‌توانی هوشی و اختلال طیف اوتیسم و افراد دارای خواهر/برادر بئون کم‌توانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بسیاری نیازهای خواهر/برادر دارای اختلال‌های رشدی خود را درک کردند و دلیلی برای مراقبت متفاوت والدین بین خواهر/برادرها یافتند. با این حال، بسیاری نیز احساس نادیده بودن و نادیده گرفته شدن نیازهایشان را تجربه می‌کنند که باعث می‌شود برخی احساس دوست نداشتنی بودن و نادیده‌گرفته شدن را درونی کنند (۳). از دیدگاه تئوری دلبستگی بالبی[1] (۱۹۸۰)، افرادی که مداوم مورد توجه قرار نمی‌گیرند یا نیازهایشان به‌طور متناقض برآورده می‌شود در معرض خطر پیامدهای روانی و رابطه‌ای بلندمدت هستند که ممکن است در آینده در زندگی تجربه شوند (۳۲). به‌عبارت‌دیگر، افرادی که در معرض رفتارهای پرخاشگرانه خواهران یا برادران خود هستند بدون داشتن یک سبک دلبستگی مناسب به‌منظور تسهیل تنظیم احساسات و هیجان‌ها، احساس اضطراب و ناامنی را تجربه می‌کنند که زیربنای تشکیل و فعالسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در خواهران/برادران بدون کم‌توانی خواهد بود.

از سوی دیگر، محرومیت هیجانی زمانی شکل می‌گیرد که حمایت عاطفی (مانند پرورش، همدردی به علت توجه مضاعف والدین و تلاش بیشتر آن‌ها در راستای ایجاد رابطهٔ مناسب با کودک توانخواه) دریافت نشود. افزون بر این، نمرهٔ بالاتر در حوزه طرحوارهٔ نقص/شرمْ خشم و احساس گناه بیشتری را در گروه افراد دارای خواهر/برادر دارای اختلال‌های رشدی پیش‌بینی می‌کند. به‌عبارت‌دیگر، این حوزه به انتظاراتی مربوط می‌شود که نیازهای فرد برای امنیت، ثبات و پذیرش به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی برآورده نشود. در این راستا، توجه کمتر والدین و داشتن مسئولیت بیشتر در خانواده و تجربهٔ انزوا و تنهایی ممکن است از راه القای ادراک بی‌عدالتی در بین افراد دارای خواهر/برادر دارای اختلال‌های رشدی، خشم را تقویت کند. افزون بر این، این خواهر/برادر ممکن است احساس گناه یا شرمندگی‌ای را تجربه کند که در مواجهه با مسئولیت بیش‌ازحد و طرد شدن و ناکامی باشد (۶، ۳۳).

یافته‌های مطالعهٔ حاضر حاکی از آن است افراد دارای خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم یا فلج مغزی در مقایسه با افراد دارای خواهر برادر بدون کم‌توانی به نسبت بیشتری طرحواره‌های وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتار و شکست، و افراد دارای خواهر/برادر کم‌توانی هوشی در مقایسه با افراد دارای خواهر برادر بدون کم‌توانی به نسبت بیشتری طرحواره‌های وابستگی، آسیب‌پذیری و گرفتار را نشان می‌دهند. این نتایج با یافته‌های مطالعات (۱۱، ۳۳) همسو است. طرحوارهٔ گرفتار که تحت دامنهٔ طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد نقش مهمی در زندگی خواهر/برادر افراد با اختلال‌های رشدی دارد (۳۳). در تبیین این امر می‌توان گفت غم و اندوه و ترس یا اضطراب خواهران/برادران با درک آن‌ها از

1. Attachment Theory of Bowlby

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

کم‌توانی در جدایی از والدین، فقدان توانایی رفتار مستقل، مسئولیت بیش از حد و انتظارات بالای والدین از آن‌ها پیش‌بینی‌پذیر است. به‌عبارت‌دیگر، خواهران/برادران ممکن است به دلیل نقش‌هایشان در خانواده فرصت یافتن و آگاه شدن از توانایی‌ها، ترجیحات و تمایلات طبیعی خود را نداشته باشند.

نتایج به دست آمده از پژوهش نشان می‌دهد طرحوارهٔ دگرجهت‌مندی[1]، همراه با طرحواره‌های بازداری هیجانی، گرفتار و فداکاری در مقایسه با خواهر/برادر افراد بدون اختلال‌های رشدی فعال‌تر است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه (۶، ۲۱) همسو است. در طرحواره دگرجهت‌مندی، مؤلفه‌های مطیع‌سازی نیازها و فداکاری، شامل تمرکز بر خواسته‌های دیگران به بهای هزینه کردن نیازهای خود، ترس از طرد شدن و تلاش برای پرهیز از واکنش‌های منفی با دیگران است (۶) که این امر ارتباط نزدیکی با افسردگی و اضطراب نوجوانان دارد (۳۴). از سوی دیگر، برخی از خواهران/برادران به‌دلیل اینکه در رابطه با مسئولیت‌های مراقبتی خود تحت قضاوت مختصصان قرار می‌گیرند، بار مداومی بر دوش دارند (۳). از این رو، خواهران/برادران احساس اضطراب و نگرانی در مورد نحوهٔ درک خود از خواهر/برادر دارای اختلال رشدی خود را تجربه می‌کنند. برخی اوقات این اضطراب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. بر اساس یافته‌های پیشین این کودکان در نحوهٔ ابراز هیجان‌های خود با مشکلات زیادی روبه‌رو می‌شوند (۱۲).

با این حال، براساس نتایج پیشین تفاوتی در ابعاد تعارض، رقابت و ابراز احساسات انتقادی در رابطهٔ خواهر/برادر افراد دارای کم‌توانی هوشی نسبت به گروه بدون کم‌توانی یافت نشده است (۲۵). به‌عبارت‌دیگر، تفاوت‌های احتمالی عمدتاً به ویژگی‌های خاص اختلال‌های رشدی مرتبط است. حوزه‌هایی مانند کاستی در حمایت عاطفی و ابزاری، صمیمیت و محبت و فقدان تئوری گسترش یافتهٔ مهارت‌های ذهنی یا توانایی ارتباطی محدود زیربنای تأثیرات منفی در افراد دارای خواهر/برادر دارای اختلال‌های رشدی است (۳۱). از این رو، آگاهی از نیازها به بهبود طرحوارهٔ طرد و بریدگی، شامل محرومیت هیجانی و همچنین طرحواره دگرجهت‌مندی شامل فداکاری با پذیرش نقایص و انعطاف‌پذیری در مورد قوانین زندگی و تغییر ادراک خواهر/برادر در مورد انتظارات بالاتر والدین از آن‌ها به بهبود طرحوارهٔ استانداردهای سخت‌گیرانه می‌انجامد (۳۳). به‌عبارت‌دیگر، این امر با ارائه بینشی به گسترش درک تجربهٔ طولی و روان‌شناختی بزرگسالانی که برخی از مشکلات عاطفی مداوم ناشی از دوران کودکی و همچنین تجربهٔ احساس طولانی رنجش نسبت به نقش خود در خانواده می‌انجامد.

همسو با مطالعات پیشین (۲۰، ۳۵) نتایج پژوهش حاضر نشان داد داشتن خواهر/برادر با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی باعث می‌شود افراد مشکلات رفتاری و ضربهٔ بیشتری را در دوران کودکی تجربه کنند. ضربه‌های دوران کودکی به‌طور بالقوه بر رشد مغز، دستگاه عصبی غدد درون‌ریز و ایمنی تأثیر می‌گذارند (۳۳) و اثرات بالقوه بلندمدتی در بزرگسالی دارند و منجر به پیامدهای ضعف در سلامتی و رفاه می‌شوند (۳۶). به‌عبارت‌دیگر، این افراد معمولاً تکانشی عمل می‌کنند و در روابط بین‌فردی با همسالان و بزرگسالان مشکل دارند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و احساس می‌کنند که توسط دیگران طرد شده‌اند (۳۷) هرچند رفتارهای هر دو سوی این رابطه (یعنی کودک دارای کم‌توانی هوشی و خواهر یا برادر بدون کم‌توانی او) می‌توانند به جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت رابطهٔ خواهر/برادری دامن بزنند (۱۸) شواهد فراتحلیلی نشان می‌دهند خواهران/برادران افراد با اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با گروه‌های گواه، به‌طور معناداری آسیب‌پذیرتر هستند و در حوزه‌هایی همچون مشکلات درونی‌سازی‌شده، کارکرد روان‌شناختی و اجتماعی، باورهای ناسازگار و حتی کیفیت رابطهٔ خواهر/برادری عملکرد ضعیف‌تری از خود بروز می‌دهند (۱۱).

به عنوان مثال، تجربهٔ خشونت‌های رفتاری کودکان درخودمانده اغلب، خواهران/برادران را به احساس ناامنی و اضطراب سوق می‌دهد. در این راستا، مدیریت رفتارهای منفی این دسته از کودکان نیازمند صرف زمان زیادی از سوی

1. Other-directedness

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

والدین است. از این رو، خواهران/برادران کودکان دارای اختلال‌های رشدی کمتر مورد توجه والدین قرار می‌گیرند (۹). از سوی دیگر، خواهران/برادران کودک با اختلال طیف اوتیسم، و با کم‌توانی هوشی بیشتر نگران آینده هستند. آن‌ها اغلب خواهر/برادر توانخواه خود را به‌عنوان یک بار مضاعف در نظر می‌گیرند از این رو، اختلال‌های رفتاری بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۶). بنابراین، به‌طور بالقوه ثبات بیشتر خانواده و فشار کمتر والدین، از بدرفتاری با کودک و قرار گرفتن وی در معرض خشونت و بدرفتاری جلوگیری می‌کند و از میزان تجربهٔ ضربه‌های دوران کودکی می‌کاهد (۳۶).

از سوی دیگر، تعمیم یافته‌های این مطالعه به سایر اختلال‌های رفتاری و روان‌شناختی در خواهران/برادران افراد استثنایی جایز نیست. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده با حجم نمونهٔ بالاتر و در نمونهٔ متشکل از برادران و خواهران سایر گروه‌های با نیازهای ویژه همراه با درنظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی انجام شود. افزون بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ضربه‌های دوران کودکی می‌توانند در بین خواهران/برادران افراد دارای اختلال طیف اوتیسم، فلج مغزی و کم‌توانی هوشی متفاوت باشند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده زیربنای هر نوع اختلال رشدی را جداگانه بررسی نمایند. محدودیت دیگر این پژوهش، استفاده از ابزارهای اندازه‌گیریِ خودگزارشی بود که برای ارزیابی همه متغیرها به‌کار گرفته شد. در چنین اندازه‌گیری‌هایی ممکن است بیان احساسات منفی به‌صورت مستقیم برای آزمودنی‌ها آسان نباشد. در مطالعات آینده، می‌توان طرحواره‌های ناسازگار اولیه را با استفاده از مصاحبه ارزیابی کرد که می‌تواند اطلاعات گسترده‌ای دربارهٔ طرحواره‌ها و تجربه‌های خواهران/برادران ارائه کند. از نظر روش‌شناختی نیز بررسی چگونگی تغییر این تجربه‌ها در مقاطع مختلف زمانی از اوایل کودکی و به‌ویژه دوران بلوغ با استفاده از مطالعه‌های طولی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، پژوهش حاضر نشان داد خواهر/برادر افراد با اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی نسبت به خواهر/برادر افراد بدون اختلال طیف اوتیسم، کم‌توانی هوشی و فلج مغزی در مؤلفه‌های خودکنترلی نابسنده، فداکاری و بازداری هیجانی و همچنین تجربهٔ ضربه‌های دوران کودکی طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ فعال‌تری داشتند. بنابر آنچه تاکنون گفته شد، وجود کم‌توانی و اختلال‌های مزمن در یکی از خواهران/برادران خانواده سلامت روانی، اجتماعی و روانی خواهر/برادر بدون کم‌توانی را به خطر می‌اندازد و آثار منفی ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، جدا از نوع اختلال میزان درگیری و وضعیت عملکردی نیز ممکن است بر کیفیت زندگی خواهر/برادر بدون کم‌توانی تأثیر داشته باشد و با بدتر شدن سطح عملکری کودکان، کیفیت زندگی، بهزیستی روانی و سطح سلامت روان خواهر/برادر بدون کم‌توانی کاهش یابد (۱۴، ۲۴). از این رو، دارا بودن حس کنشگری، فهم مبنای اختلالات، اوقات فراغت والدین، محیط‌های حمایت‌کننده و شانس ارتباط با سایر خواهران و برادران به عنوان عوامل محافظتی در تسهیل بهزیستی روان‌شناختی (۳) خواهران/برادران افراد دارای اختلال‌های رشدی شناخته می‌شوند (۳). درک بهتر از زندگی با کودکان دارای این دسته از اختلال‌ها و نیاز به برنامه‌های حمایتی و بودجه بیشتر برای این خانواده‌ها، به‌منظور بهبود خدمات حمایتی و بیشینه کردن کیفیت زندگی و توانایی مراقبت از این کودکان، ضروری است.

تشکر و قدردانی

از تمام آزمودنی‌های گرامی که در روند انجام دادن این پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه کمال همکاری را داشتند سپاسگزاریم.

تعارض منافع

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منارفعی برای انتشار این مقاله نداشتند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

Reference

1. Buchanan A, Rotkirch A, editors. Brothers and sisters: Sibling relationships across the life course. Cham, Switzerland: 2021.
2. McHale SM, Updegraff KA, Feinberg ME. Siblings of youth with autism spectrum disorders: Theoretical perspectives on sibling relationships and individual adjustment. J Autism Dev Disord. 2016;46:589–602. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2611-6.
3. Leedham AT, Thompson AR, Freeth M. A thematic synthesis of siblings' lived experiences of autism: Distress, responsibilities, compassion and connection. Res Dev Disabil. 2020;97:103547. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103547.
4. Shrader C, Chopko S. The impact of cerebral palsy on siblings. Cerebral Palsy, Cham: Springer International Publishing; 2020, p. 547–56.
5. Nathwani A, Lakhdir A, Azam MPA, Siddiqui SI. Behavioral problems and its associated factors among siblings of children with developmental disabilities: analytical cross-sectional study. Vulnerable Child Youth Stud .2022;17:180-92.
6. Yaldız AH, Solak N, Ikizer G. Negative emotions in siblings of individuals with developmental disabilities: The roles of early maladaptive schemas and system justification. Res Dev Disabil 2021;117:104046. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104046.
7. Slayter EM, Jensen J. Parents with intellectual disabilities in the child protection system. Child Youth Serv Rev 2019;98:297–304. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.013.
8. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ 2018;67:1–23. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1.
9. Molinaro ML, Rollo LE, Fletcher PC, Schneider MA. Having a sibling with ASD: Perspectives of siblings and their parents. Compr Child Adolesc Nurs. 2020;43:35–47. https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1559256.
10. Thomas S, Reddy NK, Sagar KJV. Review on psychosocial interventions for siblings of children with autism spectrum disorder (ASD). J Psychosoc Rehabil Ment Health. 2016;3:101–7. https://doi.org/10.1007/s40737-016-0064-7.
11. Shivers CM, Jackson JB, McGregor CM. Functioning among typically developing siblings of individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2019;22:172–96. https://doi.org/10.1007/s10567-018-0269-2.
12. Lovell B, Wetherell MA. The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. Res Dev Disabil. 2016;49–50:226–34. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.023.
13. Impact of Cerebral Palsy on Parents and Families. Cerebral Palsy-Updates. IntechOpen, 2022.
14. Elsakka A, Anwar E. Depression and Anxiety Among Siblings of Children with Cerebral Palsy. J High Inst Public Health .2022;52:24–32.
15. Smith M, Pinto Pereira M, Chan S, Rose L, Shafran C. Impact of well-being interventions for siblings of children and young people with a chronic physical or mental health condition: a systematic review and meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev .2018;21:246–65.
16. Rana P, Mishra D. Quality of life of unaffected siblings of children with chronic neurological disorders. Indian J Pediatr 2015;82:545–8. https://doi.org/10.1007/s12098-014-1672-4.
17. Association AP. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 3rd ed. American Psychiatric Pub; 2020.
18. Hayden NK, Hastings RP, Bailey T. Behavioural adjustment of children with intellectual disability and their sibling is associated with their sibling relationship quality. J Intellect Disabil Res 2023;67:310–22. https://doi.org/10.1111/jir.13006.
19. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009-2017. Pediatrics 2019;144:e20190811. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811.
20. Marquis SM, McGrail K, Hayes MV. A population-level study of the mental health of siblings of children who have a developmental disability. SSM Popul Health. 2019;8:100441. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100441.
21. Yaldız AH. Negative emotions in siblings of individual with a developmental disorder: The roles of early maladaptive schemas and system justification (Doctoral dissertation). Developmental Focused Clinical Child And Adolescent Psychology Master Program). 2018.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]

22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. The Guilford Press; 2003.
23. Crouch E, Probst JC, Radcliff E, Bennett KJ, McKinney SH. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. Child Abuse Negl. 2019;92:209–18. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.010.
24. Kavlak E, Erdoğmuş S, Kavlak E, Yalçın G. Comparison of the quality of life of mentally and physically disabled children and their healthy siblings. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2024.
25. Doody MA, Hastings RP, O'Neill S, Grey IM. Sibling relationships in adults who have siblings with or without intellectual disabilities. Res Dev Disabil. 2010;31:224–31. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.09.007.
26. Floyd FJ, Purcell SE, Richardson SS, Kupersmidt JB. Sibling relationship quality and social functioning of children and adolescents with intellectual disability. Am J Intellect Dev Disabil. 2009;114:110–27. https://doi.org/10.1352/2009.114.110-127.
27. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175–91. https://doi.org/10.3758/bf03193146.
28. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003;27:169–90. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0.
29. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cogn Ther Res. 2002;26:519–30.
30. Ahi G, Mohammadifar MA, Besharat M. Reliability and validity of young's schema questionnaire-short form. Journal of Psychology and Education. 2007;37:5–20.
31. Oshima F, Iwasa K, Nishinaka H, Shimizu E. Early maladaptive schemas and autism spectrum disorder in adults. J Evid Based Psychother. 2015;15:191–205.
32. Bowlby J, Ainsworth M, Bretherton I. The origins of attachment theory. Dev Psychol. 1992;28:759–75.
33. Johnson SB, Riley AW, Granger DA, Riis J. The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. Pediatrics.2013;131:319–27.https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469.
34. Calvete E, Orue I, Hankin BL. A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. J Psychopathol Behav Assess. 2015;37:85–99. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9438-x.
35. Park S, Ryu W, Yang H. A study on the life experiences of adolescents who grew up with younger siblings with developmental disabilities: Focusing on phenomenological analysis methods. Brain Sci. 2021;11:798. https://doi.org/10.3390/brainsci11060798.
36. Fortson BL. Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities. 2016.
37. Marquis RA, Leschied AW, Chiodo D, O'Neill A. The relationship of child neglect and physical maltreatment to placement outcomes and behavioral adjustment in children in foster care: a Canadian perspective. Child Welfare. 2008;87:5–25.
38. Mandleco B, Webb AEM. Sibling perceptions of living with a young person with D own syndrome or autism spectrum disorder: An integrated review. J Spec Pediatr Nurs. 2015;20:138–56.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.3]