

Pathological Defense Mechanisms of Parents of Deaf Children and Children with Intellectual Disabilities: A Search for Corrective Solutions

*Moslem Abbasi¹, Zabih Pirani²

Author Address

1. Assistant Professor of Psychology, Salman Farsi University of Kazeroun, Kazeroun, Iran;

2. Assistant Professor of Psychology, Arak branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

*Corresponding Author Address: Salman Farsi University of Kazeroun, Kazeroun, Iran.

*Tel: 09120204292; *E-mail: abbasi@kazeronsfu.ac.ir

Received: 2015 September 6; Accepted: 2016 January 17.

Abstract

Objective: Due to the growing importance of the defense mechanisms in conceptualizations of mental disorders and their treatments, this study aims to investigate pathological defense mechanisms of parents of children with intellectual disability and deaf children in Fars province in search of solutions.

Methods: This is the causal-comparative survey. The population of study was all parents of children with intellectual disability and deaf children under the auspices of Rehabilitation and Welfare centers in 2015 in Kazeroun-Iran. Convenience sampling was used to recruit 30 parents of children with intellectual disability, who were diagnosed to be trainable or educable. The sample also included 30 parents of deaf children who were matched with the participants in control group for age, education level and gender of children. The research instruments were the Structured Clinical Interview and Defense Style Questionnaire (DSQ) developed by Andrzv and colleagues. Two-factor analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed significant gender-related difference between the mean scores of parents of deaf children and those with intellectual disability on mature, immature and neurotic defense mechanisms ($p \leq 0.001$). In other words, mothers of deaf children and those of intellectual disability use mature defense mechanisms more than fathers of such children. No gender-related difference between was found between the studied groups in terms of immature and neurotic defense mechanisms.

Conclusion: It is concluded that the identification of defense mechanisms of the parents of deaf children and those with intellectual disability could help design and implement effective intervention programs.

Keywords: Defense Mechanisms, Parents of Children with Intellectual Disability, Parents of Deaf Children.

آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین با کودکان ناتوان هوشی و ناشنوا و ارائه راهکارهای اصلاحی

*مسلم عباسی^۱، ذبیح پیرانی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی عمومی، استادیار دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران؛
۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

*آدرس نویسنده مسئول: استان فارس، شهرستان کازرون، خیابان طالقانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.
*تلفن: ۰۹۱۲۰۲۰۴۲۹۲؛ *ایمیل: abbas@kazeronsfu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ مرداد ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۲۱ شهریور ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: به دلیل اهمیت روزافزون مکانیزم‌های دفاعی در مفهوم‌سازی اختلال‌های روانی و درمان آن‌ها، هدف پژوهش حاضر آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین کودکان ناتوان هوشی و ناشنوا در شهرستان کازرون و ارائه راهکارهای اصلاحی بود.

روش بررسی: روش تحقیق استفاده‌شده در این پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای (پس از وقوع) است. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از والدین (پدران و مادران) با کودک ناتوان هوشی بود که تشخیص ناتوان هوشی در پرونده کودک درج شده بود. همین‌طور ۳۰ نفر از والدین کودکان ناشنوا در شهرستان کازرون بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس و به‌شیوه هم‌تاسازی براساس (سن، سطح تحصیلات و جنسیت فرزندان) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته و پرسشنامه سبک دفاعی اندرزو و همکاران استفاده شد و داده‌های گردآوری‌شده به‌وسیله آزمون واریانس دو عاملی (MANOVA) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده در گروه‌های مطالعه‌شده تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$). برحسب جنسیت سطح مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته در مادران (ناشنوا) در مقایسه با پدران (ناشنوا و ناتوان هوشی) بیشتر است ($p \leq 0/001$). همچنین بین والدین با کودک کم‌توان هوشی و ناشنوا برحسب جنسیت در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده تفاوت وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود با شناسایی مکانیزم‌های دفاعی والدین کودکان استثنایی، زمینه برای اثربخشی بُعد روان‌شناختی مداخلات آموزشی فراهم آید.

کلیدواژه‌ها: مکانیزم‌های دفاعی، والدین کودکان ناتوانی هوشی، والدین کودکان ناشنوا.

داشتن یک کودک استثنایی همچون کودکان ناتوان هوشی، یکی از تجارب بسیار فشارزا است که یک خانواده می‌تواند متحمل شود (۱). ناتوان هوشی یکی از مسائل عمده جوامع بشری و از مشکلات بسیار پیچیده و دشوار در کودکان و نوجوانان است که تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند و حدود ۳ درصد جامعه را مبتلا می‌کند (۲). ناتوان هوشی مجموعه‌ای از اختلال‌های ناهمگن است. این افراد به وسیله محدودیت‌های شناختی در مواردی مانند مهارت‌های زندگی، اجتماعی و ارتباطات دچار مشکل هستند و همراه با محدودیت‌های قابل ملاحظه‌ای در دست‌کم ۲ زمینه از رفتارهای سازشی مهارت‌های اجتماعی مانند ارتباط با دیگران و مراقبت از خود، است (۳). شواهد متعددی نشان می‌دهد که والدین کودکان ناتوان هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که اغلب ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، روبه‌رو می‌شوند (۴). از سوی دیگر اثر معلولیت‌های شنوایی و ناتوانی هوشی در حدی است که بسیاری از توانایی‌های فرد را که برای سازگاری با محیط لازم است تحت الشعاع قرار می‌دهد و باعث ناتوانی در رشد شخصیت فرد می‌گردد (۵). یکی از ناتوانی‌های حسی بسیار شایع در جهان، آسیب شنوایی است (۶). ناشنوایی عبارت است از فقدان کامل یا بخشی از شنوایی به گونه‌ای که فرد مبتلا بدون سمعک نمی‌تواند گفتار انسان را بشنود. ناشنوایی نقصی است که به موجب آن فرد بیش از هفتاد دسی‌بل کمبود شنوایی دارد (۷). شیوع این عارضه در ایران، براساس آمارهای موجود حدود ۲۰ تولد زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر است (۸). این آسیب یک ناتوانی حسی پراسترس است که در والدین و خانواده دلوایی درباره تحول فرزند و روابط اجتماعی او ایجاد می‌کند (۹). کوستر و مک‌کری (۱۰) به نقش و اهمیت والدین در رشد و پیشرفت عاطفی و اجتماعی فرزند دارای آسیب شنوایی خود، در بزرگسالی تأکید می‌کنند که این امر با حمایت‌ها و پشتیبانی‌های به موقع و مناسب شکل خواهد گرفت. احساس دوگانگی قابل توجه در والدین کودک با آسیب شنوایی مثالی از این تأثیرات است. آن‌ها نمی‌توانند برای نیازهای یکی از اعضای خانواده برنامه‌ریزی کنند، بدون آن‌که نیازهای کل خانواده را در نظر بگیرند؛ به ویژه در خانواده چندفرزندی توجه افراطی به یک کودک باعث ازهم‌گسیختگی خانواده می‌شود. نتایج پژوهش‌های کرش و همکاران (۱۱) نشان می‌دهد که مادران با کودک ناتوان هوشی در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تحمل می‌کنند و با اختلال رفتاری کودک درگیرند، به همین ترتیب تنیدگی افزون‌تری را تجربه می‌کنند و نیاز به کمک بیشتری دارند.

ازجمله متغیرهایی که به صورت هشیار و ناهشیار سطح پردازش شناختی و هیجانی والدین کودکان استثنایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب آشفتگی در سیستم هیجانی آن‌ها می‌شود مکانیزم‌های دفاعی است. برای مثال والدین کودکان ناتوان هوشی ممکن است از مکانیزم‌های دفاعی همانند: فرافکنی، گوشه‌گیری، جابه‌جایی، افسردگی، انگیزه خودکشی، خشم، ترس و غیره استفاده کنند (۱۲).

طبق تعریف مکانیزم‌های دفاعی^۱، فرآیندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (۱۳). سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تحریف کرده، تغییر دهند؛ زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت، تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند (۱۴).

نتایج پژوهش سارنو و همکاران (۱۵) نشان می‌دهد که والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی تربیت‌پذیر در مقایسه با هم‌تایان عادی خود از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته کمتر و رشدنیافته و نوروتیک بیشتری برخوردارند. همچنین والدین کودکان ناتوان هوشی از سبک‌های دفاعی فرافکنی، انکار، نازنده‌سازی و پرخاشگری منفعلانه و والدین کودکان ناشنوا از سبک‌های دفاعی خیال‌پردازی، دگردوستی کاذب و آرمانی‌سازی بیشتری استفاده می‌کردند. مارکو و همکاران (۱۶) در پژوهشی دریافتند که مادران کودکان استثنایی در مقایسه با مادران کودکان عادی بیشتر از سبک‌های دفاعی انکار، دلیل‌تراشی و فرافکنی استفاده کرده و این امر آن‌ها را بیشتر مستعد افسردگی، احساس گناه، ناامیدی و پرخاشگری می‌کند. برودی و کارسون (۱۷) در گزارشی مختصر با عنوان ارتباط بین مکانیسم‌های رشدنیافته و رفتارهای خودآسیبی، نشان دادند که بین مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت وجود دارد.

براساس تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه آکسفورد، میزان شیوع ناتوان هوشی ۱ درصد جمعیت عمومی است (۲). در کشور ما نیز حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر ناتوان هوشی وجود دارد که اکثراً به علت بلوغ و مشکلات آن، از سوی خانواده پذیرفته نمی‌شوند (۷) همان‌گونه که می‌دانیم خانواده واحدی یکپارچه و نظام‌مند است و به وجود آمدن هرگونه مشکل در یکی از اعضای آن، بقیه را نیز درگیر آن مشکل می‌کند؛ بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی والدین دارای کودک با نیازهای خاص و برنامه‌ریزی برای افزایش آن می‌تواند از وقوع چنین مشکلاتی پیشگیری کند. همچنین خلاءهای پژوهشی درباره آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی در ایران و همین‌طور پیشنهاد مطالعات قبلی به انجام بررسی بیشتر و معضلات مرتبط با مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته (روان‌آزوده) در والدین کودکان با نیازهای خاص، بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید. عدم بررسی و مقایسه این مکانیزم‌ها در والدین کودکان با نیازهای خاص از جمله والدین کودکان ناشنوایی و ناتوان هوشی در ایران، خلاء دیگری بود که سبب انجام این مطالعه گردید و نتیجه این مطالعه به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود و اصلاح مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته و هیجانی این والدین ضرورت انجام این مطالعه برای پژوهشگران شد؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته‌شده هدف پژوهش حاضر آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی در والدین دارای کودکان ناتوان هوشی و ناشنوایی بود.

1. Defense Mechanisms

۲ روش بررسی

روش تحقیق استفاده شده در این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای (پس از وقوع) بود. به لحاظ معیار زمان، این پیمایش از نوع مقطعی بوده و به لحاظ معیار ژرفایی از نوع پهنانگر است که داده‌های آن با استفاده از پرسشنامه گردآوری (۱۸). جامعه پژوهش این مطالعه را تمامی والدین کودکان ناتوان هوشی و ناشنوای تحت پوشش مراکز توانبخشی و بهزیستی شهرستان کازرون در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از والدین دارای کودک ناتوان هوشی بود که تشخیص ناتوانی هوشی در پرونده کودک درج شده بود و نیز ۳۰ نفر از والدین کودکان ناشنوا بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به شیوه هم‌سازی براساس (سن، سطح تحصیلات و جنسیت فرزندان) انتخاب شدند. به این طریق که ابتدا تمامی والدین مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی شهرستان کازرون که فرزندانشان ناتوان هوشی (تربیت‌پذیر و آموزش‌پذیر) تشخیص داده شده بودند و تمامی والدین دارای فرزند ناشنوا که تحت پوشش مراکز بهزیستی شهرستان کازرون بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

در این پژوهش برای بررسی سلامت روانی و جسمانی والدین برای ورود به مطالعه از مصاحبه کلینیکی نیمه‌ساختاریافته که برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور یک بر اساس DSM-V به کار می‌رود استفاده شد. برای نیل به این هدف پژوهشگران باید تشخیص می‌دادند که والدین افسردگی، اضطراب، مصرف مواد یا مشکلات جسمانی و سابقه اختلالات هوشی، ناشنوایی و کم‌شنوایی را نداشته باشند. مطالعه شریفی و همکاران نشان داده است که SCID^۱ تشخیص‌های پایایی را برای بیشتر اختلالات روان‌پزشکی ایجاد می‌کند. در ایران نسخه فارسی آن توسط شریفی و همکاران (۱۹) بررسی و برای جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است (۱۹). پرسشنامه سبک دفاعی DSQ^۲: پرسشنامه سبک‌های دفاعی توسط اندرزو، شاین و بون تنظیم شده است و دارای ۴۰ گویه است که پاسخ‌گویی به آن در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً

مخالف)، بیست مکانیزم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشدیافته در سؤال‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵ می‌سنجد. سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰ سبک دفاعی نوروتیک و بقیه سؤالات سبک دفاعی رشد نیافته را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی توسط اندرزو و همکاران رضایت‌بخش توصیف شده. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در پژوهش‌های انجام شده در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار (۴۲۳=تعداد) و بهنجار (۱۳۹۷=تعداد) بررسی و تأیید شده است (۲۰، ۲۱). ضرایب آلفای کرونباخ هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشد نیافته و (روان‌آورده) وار فرم فارسی مقیاس در یک نمونه دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴، برای دانشجویان پسر برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و برای دانشجویان دختر برابر با ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ بود. ضریب بازآزمایی نیز با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها برابر ۰/۸۲ و برای آزمونی‌های پسر به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۴ محاسبه شد (۲۲). بشارت ضریب اعتبار مقیاس را ۰/۸۱ گزارش نمود که نشان‌دهنده اعتبار خوب این پرسشنامه برای فرهنگ ایرانی است (۲۰). از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: کسب مجوز پژوهش از آموزش و پرورش و اداره کل بهزیستی شهرستان کازرون؛ کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین (پدران و مادران) برای شرکت در پژوهش؛ محترم‌شمردن حقوق آزمودنی‌ها در رابطه با قطع یا ادامه همکاری در هر مرحله از تحقیق؛ عدم ذکر نام آزمودنی‌ها در فرم اطلاعاتی به جهت محرمانه بودن و دادن اطمینان به والدین؛ قدردانی از تمامی واحدها و آزمودنی‌ها و خانواده‌های آن‌ها و مسئولین محترم. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بعد از بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون کالموگراف اسمیرنف علاوه بر روش‌های توصیفی از روش‌های تحلیل واریانس دو عاملی (MANOVA) و آزمون باکس و لوین استفاده شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۱. تعداد و درصد سن و جنس در والدین کودکان ناتوان هوشی و ناشنوا

سن	والدین کودکان ناشنوا		والدین کودکان ناتوان هوشی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۰ تا ۳۵ سال	۶	۲۰	۳	۱۰
۳۵ تا ۴۰ سال	۶	۲۰	۶	۲۰
۴۰ تا ۴۵ سال	۱۲	۴۰	۱۲	۴۰
۴۵ تا ۵۰ سال	۶	۲۰	۹	۳۰
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰
جنسیت				
مرد	۱۵	۵۰	۱۵	۵۰
زن	۱۵	۵۰	۱۵	۵۰

۲. Defense Style Questionnaire

۱. Severe Combined Immunodeficiency

همانطور که در جدول ۱ آمده است ویژگی‌های سنی و جنسی (تعداد و درصد) شرکت‌کنندگان در پژوهش آورده شده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه‌ها از لحاظ توزیع سن معنادار نبوده و هم‌تا هستند ($t=0/105, p \geq 0/05$). ضمناً مشاهده شد توزیع جنسی والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی ۵۰ درصد (۱۵ نفر) مرد و ۵۰ درصد (۱۵ نفر) زن بوده و نتایج آزمون خی دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ توزیع جنس همسان هستند ($p > 0/05, \chi^2=1$ مجذور خی).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و نورویتیک در والدین با کودکان ناتوان هوشی و ناشنوا (بر حسب گروه و جنسیت)

متغیر	جنسیت	M	SD	N	F	p	Eta
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۳۸/۷۳	۱/۷۰	۱۵	۲۲۸/۴۰۶	$\leq 0/001$	۰/۸۰۳
رشدیافته والدین کودکان	مادر	۴۲/۰۰	۲/۸۵	۱۵			
ناشنوا	کل	۴۰/۳۶	۲/۸۴	۳۰	۹/۲۷۸	$\leq 0/004$	۰/۱۴۲
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۳۱/۶۶	۱/۴۴	۱۵			
رشدیافته والدین کودکان	مادر	۳۱/۸۶	۲/۵۰	۱۵	۷/۲۶۱	$\leq 0/009$	۰/۱۱۵
ناتوان هوشی	کل	۳۱/۷۶	۲/۰۱	۳۰			
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۱۱۰/۱۳	۲/۶۴	۱۵	۱۸۱/۵۴۵	$\leq 0/001$	۰/۷۶۴
رشدیافته والدین کودکان	مادر	۱۱۰/۲۰	۴/۱۷	۱۵			
ناشنوا	کل	۱۱۰/۱۷	۳/۴۳	۳۰	۱/۱۱۳	۰/۲۹۶	۰/۰۱۹
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۱۲۰/۴۰	۳/۴۳	۱۵			
رشدیافته والدین کودکان	مادر	۱۲۲/۰۷	۲/۰۵	۱۵	۰/۹۴۹	۰/۳۳۴	۰/۰۱۷
ناتوان هوشی	کل	۱۲۳/۱۲	۲/۹۰	۳۰			
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۳۳/۸۶	۳/۶۶	۱۵	۱۹۴/۳۹۹	$\leq 0/001$	۰/۷۷۶
روان‌آورده والدین کودکان	مادر	۳۲/۶۶	۳/۰۳	۱۵			
ناشنوا	کل	۳۳/۲۶	۳/۳۶	۳۰	۰/۱۱۳	۰/۷۳۸	۰/۰۰۲
نمره مکانیزم دفاعی	پدر	۴۳/۴۶	۲/۹۹	۱۵			
روان‌آورده والدین کودکان	مادر	۴۵/۲۰	۲/۴۸	۱۵	۳/۴۱۴	۰/۰۷۰	۰/۰۵۷
ناتوان هوشی	کل	۴۴/۳۳	۲/۸۴	۳۰			

باتوجه به جدول ۲ بین گروه‌های مطالعه‌شده در نمرات مکانیزم‌های دفاعی روان‌آورده تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). به عبارت دیگر والدین کودکان ناتوان هوشی در مقایسه با والدین کودکان ناشنوا مکانیزم‌های دفاعی نورویتیک بیشتری دارند. همچنین جنسیت ($F_{(56, 1)} = 0/113, p \geq 0/738$) و اثر متقابل گروه و جنسیت ($F_{(56, 1)} = 3/414, p \geq 0/070$) معنادار نیست؛ بنابراین بین جنسیت‌ها در هر دو گروه در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نورویتیک تفاوت وجود ندارد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین کودکان با ناتوان هوشی و ناشنوایی در شهرستان کازرون و ارائه راهکارهای اصلاحی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه‌های مطالعه‌شده (والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی) در نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته تفاوت معناداری وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته در گروه‌های مطالعه‌شده

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پس از اجرای آزمون تحلیل واریانس دوعاملی، مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با پدران، مکانیزم دفاعی رشدیافته بیشتری داشتند ($F_{(56, 1)} = 9/278, p \leq 0/004$). در مقایسه نمرات کلی والدین کودکان ناشنوا با میانگین (و انحراف استاندارد) ۴۰/۳۶ (و ۲/۸۴) در مقایسه با والدین کودکان ناتوان هوشی با میانگین (و انحراف استاندارد) ۳۱/۷۶ (و ۲/۰۱)، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته بیشتری دارا بودند ($p < 0/001$). ($F_{(56, 1)} = 228/406$)

همچنین بین گروه‌های مطالعه‌شده در نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). به عبارت دیگر والدین کودکان ناتوان هوشی در مقایسه با والدین کودکان ناشنوا مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته بیشتری دارند. همچنین F مشاهده‌شده جنسیت ($F_{(56, 1)} = 1/113, p \geq 0/296$) و اثر متقابل گروه و جنسیت ($F_{(56, 1)} = 0/949, p \geq 0/334$) معنادار نیست؛ بنابراین بین گروه‌های مطالعه‌شده بر حسب جنسیت در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته تفاوت وجود ندارد.

تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال گیرش و همکاران (۱۱) مبنی بر این که که مادران با کودک ناتوان هوشی در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تحمل می کنند و با اختلال رفتاری کودک درگیرند و تنیدگی افزون تری را تجربه می کنند و نیاز به کمک بیشتری دارند همسوست. همین طور با مطالعه سارنو و همکاران (۱۵) که نشان دادند والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی تربیت پذیر در مقایسه با هم تیان عادی خود از مکانیزم های دفاعی رشد یافته کمتر و رشد نیافته و نورو تیک بیشتری دارند. همچنین والدین کودکان ناتوان هوشی از سبک های دفاعی فراقنی، انکار، نارزنده سازی و پر خاشگری منفعلانه و والدین کودکان ناشنوا از سبک های دفاعی خیال پردازی، دگر دوستی کاذب و آرمانی سازی بیشتری استفاده می کردند همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می توان این تبیین را نیز مطرح کرد که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، روان آزرده و رشد نیافته باشد، معمولاً از طریق انکار، ابطال و نادیده انگاری (از نمونه مکانیسم های روان آزرده و رشد نیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس زا مواجه می شود. این انکار و نادیده انگاری استرس با آن دسته از نظریه ها که معتقد هستند افرادی که در بیان هیجانات خود مشکل دارند اضطراب صفت را به خوبی احساس نمی کنند (۵) یا این دشواری در ابراز هیجانات را به منزله دفاع علیه رویداد استرس برانگیز می دانند (۱۴) مطابقت دارد. با توجه به این موارد رابطه مثبت بین هیجانات منفی و استفاده از سبک های دفاعی رشد نیافته و نورو تیک را می توان بر حسب مفاهیم مربوطه تبیین کرد. به عبارتی با توجه به تعریف تنظیم هیجانات، آن دسته از افرادی که از توانایی تنظیم هیجانی بالایی برخوردارند (هیجانات مثبت) قادر خواهند بود هیجانات خود را با سازگاری روان شناختی بیشتر اداره کرده، از سازوکارهایی که انطباقی تر هستند استفاده کنند.

در تبیین دیگر می توان گفت، از آنجاکه والدین کودکان ناتوان هوشی، بیشتر زمان خود را درگیر مراحل انکار، سوگواری، افسردگی و احساس گناه به فرزند با مشکلات هوشی خود هستند و از طرفی بیشتر والدین به توانایی های محدود فرزندشان نگرش منفی داشته و فرصت و زمانی را که نیاز به تعامل با فرزند خود دارند، مشغول جابه جاکردن فرزندشان، از یک مرکز درمانی به مرکز دیگر هستند، خود باعث استفاده آن ها از مکانیسم های دفاعی رشد نیافته می شود؛ بنابراین مکانیسم های دفاعی شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می دهند، آگاهی ما را از تعارض هایمان کم می کنند، و احساس های متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می دهند (۲۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه های مطالعه شده (والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی) در نمرات مکانیزم های دفاعی رشد نیافته، تفاوت معناداری وجود دارد. می توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات مکانیزم های دفاعی رشد نیافته در گروه های مطالعه شده تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال مارکو و همکاران (۱۶) و برودی و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته ها می توان گفت، هیجانات به دلیل ماهیت متغیرشان می توانند در سطوح مختلف هوشیار و ناهشیار تجربه گردند. به علاوه، آن دسته از هیجانات که منبع اضطراب هستند توسط مکانیزم های دفاعی

به ناهشیار رانده می شوند. از طرفی، خود مکانیزم های دفاعی نیز در سلسله مراتب سه گانه خود (رشد یافته، رشد نیافته و نورو تیک) به دو دسته انطباقی (رشد یافته) و غیر انطباقی (رشد نیافته و نورو تیک) تقسیم شده اند. در این میان تحقیقات نشان داده اند که آن دسته از افرادی که از مدیریت هیجانی بیشتری برخوردارند، در برابر اضطراب از مکانیزم های دفاعی انطباقی (رشد یافته) استفاده می کنند و در مقابل، آن دسته از افرادی که از سازوکارهای دفاعی رشد نیافته و نورو تیک استفاده می کنند، ابراز و مدیریت هیجانات کمتری دارند (۲۱). در نتیجه گیری باید گفت که مکانیزم های دفاعی، اغلب راهکارهایی برای تحریف واقعیت هستند (این تحریف در دفاع های رشد نیافته و نورو تیک بیش از دفاع های رشد یافته است). هر چه میزان تحریف شناختی ناشی از بکارگیری مکانیزم دفاعی بیشتر باشد، به دنبال آن میزان آگاهی هشیارانه فرد کاسته می شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با آن تحریف صورت می گیرد (۵). از طرف دیگر مکانیزم های دفاعی، شناخت آگاهانه ما را از خودمان تغییر می دهد و آگاهی ما را از تعارض های درونی مان کاهش می دهد (۲۳). از این رو مکانیزم های دفاعی رشد نیافته تر اغلب مانعی برای درک واقعیت در فرد است و امکان دفاع منطقی مؤثر و توان کسب بینش و جست وجو در خویش را از فرد سلب می کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که، بین گروه های مطالعه شده (والدین کودکان ناشنوا و عقب مانده هوشی) در نمرات مکانیزم های دفاعی نورو تیک تفاوت معناداری وجود دارد. می توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات مکانیزم های دفاعی نورو تیک در گروه های مطالعه شده تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال سارنو و همکاران (۱۵)، مارکو و همکاران (۱۶) و برودی و همکاران (۱۷) مبنی بر اینکه والدین کودکان استثنایی از مکانیسم های دفاعی روان آزرده بیشتری استفاده می کنند همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که افراد در طول زندگی فردی خود با رویدادهای استرس زایی روبه رو هستند که بهداشت روانی و جسمی شان را تهدید می کند. نظر به اینکه تجربه استرس جزء لاینفک زندگی بشری است، لذا نیازمند استفاده از روش ها و مکانیزم های است که منجر به آرامش و تعادل روانی و اجتماعی اش گردد (۱۲). استفاده به جا و مناسب از مکانیزم های دفاعی، یکی از راه های حفظ بهداشت روانی است. ظرفیت های روانی شبیه صندوقی است که مکانیزم های دفاعی در آن ذخیره شده اند، هرچقدر از مکانیزم های دفاعی بیشتر استفاده کنیم، توانمندی روانی خود را در درازمدت از دست خواهیم داد و بر اثر یک فشار روانی ساده دچار مشکلات عدیده روانی و اجتماعی خواهیم شد. به عبارتی، مقاومت خود را در برابر مشکلات از دست خواهیم داد. افراد مبتلا به اختلالات روانی احتمالاً این مکانیزم ها را مصرانه تر و نومیدانه تر با کنترل کمتر از افراد بهنجار به کار می برند؛ بنابراین استفاده دائمی و تکراری فرد از مکانیزم های دفاعی سبب جدایی وی از واقعیت و نزدیک شدن به بیماری روانی خواهد شد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، می توان به استفاده از آزمودنی های در دسترس اشاره کرد که تعمیم پذیری نتایج را به گروه های دیگر با مشکل مواجه می سازد. براین اساس پیشنهاد می شود

که پژوهش‌های مشابه روی جوامع آماری گوناگون و با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر ساز مهم در والدین کودکان استثنایی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود با اجرای پژوهش‌های طولی ثابت یا تغییرپذیری سبک‌های دفاعی والدین کودکان استثنایی بررسی شود

۵ نتیجه‌گیری

مکانیزم‌های دفاعی اگرچه ممکن است سبب آرامش و رهایی از تنش و اضطراب شوند؛ اما استفاده نابجا و مکرر آن موجب برهم خوردن تعادل روانی افراد می‌شود. به عبارت دیگر، چنین می‌توان نتیجه گرفت که والدین کودکان استثنایی، در صورت استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته‌تر، در مقایسه با والدینی که از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته‌تر استفاده می‌کنند، از سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردارند.

References

1. Raya AF, Ruiz-Olivares R, Pino J, Herruzo J. Parenting style and parenting practices in disabled children and its relationship with academic competence and behaviour problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;89(Supplement C):702–9. [\[Link\]](#)
2. Luckasson R, Schalock RL. What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part II: Recommendations for naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellect Dev Disabil*. 2013;51(2):94–101. [\[Link\]](#)
3. Galli M, Rigoldi C, Mainardi L, Tenore N, Onorati P, Albertini G. Postural control in patients with Down syndrome. *Disabil Rehabil*. 2008;30(17):1274–8. [\[Link\]](#)
4. Doğan M. Comparison of the parents of children with and without hearing loss in terms of stress, depression, and trait anxiety. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 2010;2:231–53. [\[Link\]](#)
5. Åsberg KK, Vogel JJ, Bowers CA. Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: Implications of perceived social support and mode of communication. *J Child Fam Stud*. 2008;17(4):486–99. [\[Link\]](#)
6. Soleimanieh Naeini T, Keshavarzi Arshadi F, Hatamizadeh N, Bakhshi E. The effect of social skills training on perceived competence of female adolescents with deafness. *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15(12): e5426. [\[Link\]](#)
7. Gadami M, Kakajoybari AA. Deafness and mentally retarded children the mother's emotional attitude towards his children disabled. *Iranian Journal of Exceptional Children*. 2011;11(3):283–92. [Persian]
8. Khoshhal Roodposhtie V, Khanzade H, Ali A. The impact of effective communication skills training on parents of children with hearing loss on social skills of children. *Journal of Exceptional Education*. 2015;6(134):45–55. [Persian] [\[Link\]](#)
9. Falakaflaki S, Kalantarkousheh SM. Depression, anxiety and stress among mothers of healthy children and mothers of children with cochlear implants. *Journal of Social Issues & Humanities*. 2013;1(5):28–33.
10. Nasralla HR, Gomez MVSG, Magalhaes AT, Bento RF, Nasralla HR, Gomez MVSG, et al. Important factors in the cognitive development of children with hearing impairment: case studies of candidates for cochlear implants. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2014;18(4):357–61. [\[Link\]](#)
11. Kersh J, Hedvat TT, Hauser-Cram P, Warfield ME. The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2006;50(Pt 12):883–93. [\[Link\]](#)
12. Milanifar B. *Exceptional Children and Adolescents*. Tehran: Ghomes Publication; 2007. [Persian] [\[Link\]](#)
13. Defence mechanisms. In: Wikipedia [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]. Available from: [\[Link\]](#)
14. Costa RM, Brody S. Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 1):775–86. [\[Link\]](#)
15. Sarno I, Madeddu F, Gratz KL. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *Eur Psychiatry*. 2010;25(3):136–45. [\[Link\]](#)
16. Margo GM, Greenberg RP, Fisher S, Dewan M. A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*. 1993;34(1):65–9. [\[Link\]](#)
17. Brody S, Carson CM. Brief report: self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *J Adolesc*. 2012;35(3):765–7. [\[Link\]](#)
18. Delavar A. *Theoretical and Practical Research Basic in The Humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd Publication; 2011. [Persian] [\[Link\]](#)
19. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: Psychometric properties. *Compr Psychiatry*. 2009;50(1):86–91. [\[Link\]](#)
20. Ourang T, Azad Fallah P, Dezhkam M. The study of defense mechanisms pattern regarding creative thinking level. *Journal of Advances in Cognitive Science*. 2010;12(3):49–58. [Persian] [\[Link\]](#)
21. Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian J Psychiatr*. 2011;4(2):145–9. [\[Link\]](#)
22. Namdaripour F, Ssbohi H. The relationship between job stress defense mechanisms in Agricultural Jihad Isfahan male employees. In: *The second national conference of consuling*; Iran. Khomeini Shahr: Islamic Azad University of Khomeini Shahr; 2011. [\[Link\]](#)
23. Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1373–84. [\[Link\]](#)