MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

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

*Moslem Abbasi[1], Zabih Pirani[2]

Author Address
1. Assistant Professor of Psychology, Salman Farsi University of Kazeroon, Kazeroon, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology, Arak branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
***Corresponding Author Address**: Salman Farsi University of Kazeroon, Kazeroon, 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 Kazeroon-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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین با کودکان ناتوان هوشی و ناشنوا و ارائهٔ 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 نویسندهٔ مسئول: استان فارس، شهرستان کازرون، خیابان طالقانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، دانشکدهٔ علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

*تلفن: ۰۹۱۲۰۲۰۴۲۹۲؛ *رایانامه: abbasi@kazeronsfu.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: به‌دلیل 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 ارائهٔ راهکارهای اصلاحی بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق استفاده‌شده در این پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای (پس از وقوع) است. نمونهٔ پژوهش ۳۰ نفر از والدین (پدران و مادران) با کودک ناتوان هوشی بود که تشخیص ناتوان هوشی در پروندهٔ کودک درج شده بود.همین‌طور ۳۰نفر از والدین کودکان ناشنوا در شهرستان کازرون بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس و به‌شیوهٔ همتاسازی براساس (سن، سطح تحصیلات و جنسیت فرزند) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته و پرسشنامهٔ سبک دفاعی اندرزو و همکاران استفاده شد و داده‌های گردآوری‌شده به‌وسیلهٔ 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 ($p\leq ۰/۰۰۱$). برحسب جنسیت سطح مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته در مادران (ناشنوا) در مقایسه با پدران (ناشنوا و ناتوان هوشی) بیشتر است ($p\leq ۰/۰۰۱$). 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

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 عمدهٔ جوامع بشری و از مشکلات بسیار پیچیده و دشوار در کودکان و نوجوانان است که تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند و حدود ۳درصد جامعه را مبتلا می‌کند (۲). ناتوان هوشی مجموعه‌ای از اختلال‌های ناهمگن است. این افراد به‌وسیلهٔ محدودیت‌های شناختی در مواردی مانند مهارت‌های زندگی، اجتماعی و ارتباطات دچار مشکل هستند و همراه با محدودیت‌های قابل‌ملاحظه‌ای 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 تحت‌الشعاع 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 به‌گونه‌ای که فرد مبتلا بدون سمعک نمی‌تواند گفتار انسان را بشنود. ناشنوایی نقصی است که به‌موجب 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 دلواپسی دربارهٔ 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 به‌موقع 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؛ به‌ویژه در خانوادهٔ 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، به‌همین‌ترتیب تنیدگی افزون‌تری را تجربه می‌کنند و نیاز به کمک بیشتری دارند.

ازجمله متغیرهایی که به‌صورت 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، انگیزهٔ خودکشی، خشم، ترس و غیره استفاده کنند (۱۲). طبق تعریف مکانیزم‌های دفاعی[1]، فرآیندهای تنظیم‌کنندهٔ 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 رشدیافتهٔ کمتر و رشدنیافته و نوروتیک بیشتری برخوردارند. همچنین والدین کودکان ناتوان هوشی از سبک‌های دفاعی فرافکنی، انکار، ناارزنده‌سازی 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 رابطهٔ مثبت وجود دارد.

براساس تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه آکسفورد، میزان شیوع ناتوان هوشی ۱درصد جمعیت عمومی است (۲). در کشور ما نیز حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر ناتوان هوشی وجود دارد که اکثراً به‌علت بلوغ و مشکلات آن، از سوی خانواده پذیرفته نمی‌شوند (۷) همان‌گونه که می‌دانیم خانواده واحدی یکپارچه و نظام‌مند است و به‌وجودآمدن 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 دربارهٔ 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 (روان‌آزرده) در والدین کودکان با نیازهای خاص، بر ضرورت این مطالعه می‌افزاید. عدم بررسی و مقایسهٔ 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 نتیجهٔ این مطالعه به‌عنوان 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

۲ روش بررسی

روش تحقیق استفاده‌شده در این پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای (پس از وقوع) بود. به‌لحاظ معیار زمان، این پیمایش از نوع مقطعی بوده و به‌لحاظ معیار ژرفایی از نوع پهنانگر است که داده‌های آن با استفاده از پرسشنامه گردآوری (۱۸). جامعهٔ پژوهش این مطالعه را تمامی والدین کودکان ناتوان هوشی و ناشنوای تحت پوشش مراکز توانبخشی و بهزیستی شهرستان کازرون در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. نمونهٔ پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از والدین دارای کودک ناتوان هوشی بود که تشخیص ناتوانی هوشی در پروندهٔ کودک درج شده بود و نیز ۳۰ نفر از والدین کودکان ناشنوا بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌شیوهٔ همتاسازی براساس (سن، سطح تحصیلات و جنسیت فرزند) 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 مصاحبهٔ 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 سابقهٔ اختلالات هوشی، ناشنوایی و کم‌شنوایی را نداشته باشند. مطالعهٔ شریفی و همکاران نشان داده است که SCID[1] تشخیص‌های پایایی را برای بیشتر اختلالات روان‌پزشکی ایجاد می‌کند. در ایران نسخهٔ فارسی آن توسط شریفی و همکاران (۱۹) بررسی و برای جمعیت ایرانی مطلوب گزارش شده است (۱۹).

پرسشنامهٔ سبک دفاعی DSQ[2]: پرسشنامهٔ 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 بقیهٔ سؤالات سبک دفاعی رشد نایافته را می‌سنجند. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی توسط اندروز و همکاران رضایت‌بخش توصیف شده. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی در پژوهش‌های انجام‌شده 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، رشدنایافته و (روان‌آزرده)وار فرم فارسی مقیاس در یک نمونهٔ 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 فاصلهٔ ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها برابر ۰/۸۲ و برای آزمونی‌های پسر به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۴ محاسبه شد (۲۲). بشارت ضریب اعتبار مقیاس را ۰/۸۱ گزارش نمود که نشان‌دهندهٔ اعتبار خوب این پرسشنامه برای فرهنگ ایرانی است (۲۰).

از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: کسب مجوز پژوهش از آموزش‌وپرورش و ادارهٔ کل بهزیستی شهرستان کازرون؛ کسب رضایت‌نامهٔ 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 به‌جهت محرمانه‌بودن و دادن اطمینان به والدین؛ قدردانی از تمامی واحدها و آزمودنی‌ها و خانواده‌های آن‌ها و مسئولین محترم. در نهایت برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها بعد از بررسی نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون کالموگراف اسمیرنف علاوه‌بر 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

موقعیت / 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

1. Severe Combined Immunodeficiency

2. Defense Style Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

همانطورکه 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 ($t=۰/۱۰۵$، $p\geq ۰/۰۵$). ضمناً مشاهده شد توزیع جنسی والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی ۵۰درصد (۱۵ نفر) مرد و ۵۰ درصد (۱۵ نفر) زن بوده و نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از لحاظ توزیع جنس همسان هستند ($p>۰/۰۵$، ۱= مجذور خی).

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس دو عاملی جهت بررسی فرض‌های آن، از آزمون لون استفاده شد. براساس آزمون لون که برای مؤلفهٔ مکانیزم دفاعی رشدیافته ($F=۱/۴۰۸$، $p=۰/۱۷۴$)، رشدنیافته ($F=۲/۷۶۳$، $p=۰/۱۰۳$) نوروتیک ($F=۰/۷۴۴$، $p=۰/۵۳۰$) معنادار نبوده است، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی برقرار بود.

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

متغیر	جنسیت	M	SD	N		F	p	Eta
نمرهٔ مکانیسم دفاعی رشدیافته والدین کودکان ناشنوا	پدر	۳۸/۷۳	۱/۷۰	۱۵	گروه	۲۲۸/۴۰۶	≤۰/۰۰۱	۰/۸۰۳
	مادر	۴۲/۰۰	۲/۸۵	۱۵				
	کل	۴۰/۳۶	۲/۸۴	۳۰	جنسیت	۹/۲۷۸	≤۰/۰۰۴	۰/۱۴۲
نمرهٔ مکانیسم دفاعی رشدیافته والدین کودکان ناتوان هوشی	پدر	۳۱/۶۶	۱/۴۴	۱۵				
	مادر	۳۱/۸۶	۲/۵۰	۱۵	گروه × جنسیت	۷/۲۶۱	≤۰/۰۰۹	۰/۱۱۵
	کل	۳۱/۷۶	۲/۰۱	۳۰				
نمرهٔ مکانیسم دفاعی رشدنیافته والدین کودکان ناشنوا	پدر	۱۱۰/۱۳	۲/۶۴	۱۵	گروه	۱۸۱/۵۴۵	≤۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
	مادر	۱۱۰/۲۰	۴/۱۷	۱۵				
	کل	۱۱۰/۱۷	۳/۴۳	۳۰	جنسیت	۱/۱۱۳	۰/۲۹۶	۰/۰۱۹
نمرهٔ مکانیسم دفاعی رشدنیافته والدین کودکان ناتوان هوشی	پدر	۱۲۰/۴۰	۳/۴۳	۱۵				
	مادر	۱۲۲/۰۷	۲/۰۵	۱۵	گروه × جنسیت	۰/۹۴۹	۰/۳۳۴	۰/۰۱۷
	کل	۱۲۳/۱۲	۲/۹۰	۳۰				
نمرهٔ مکانیسم دفاعی روان‌آزرده والدین کودکان ناشنوا	پدر	۳۳/۸۶	۳/۶۶	۱۵	گروه	۱۹۴/۳۹۹	≤۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
	مادر	۳۲/۶۶	۳/۰۳	۱۵				
	کل	۳۳/۲۶	۳/۳۶	۳۰	جنسیت	۰/۱۱۳	۰/۷۳۸	۰/۰۰۲
نمرهٔ مکانیسم دفاعی روان‌آزرده والدین کودکان ناتوان هوشی	پدر	۴۳/۴۶	۲/۹۹	۱۵				
	مادر	۴۵/۲۰	۲/۴۸	۱۵	گروه × جنسیت	۳/۴۱۴	۰/۰۷۰	۰/۰۵۷
	کل	۴۴/۳۳	۲/۸۴	۳۰				

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود پس از اجرای آزمون تحلیل واریانس دوعاملی، مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با پدران، مکانیزم دفاعی رشدیافته بیشتری داشتند ($F_{(۱ و ۵۶)}=۹/۲۷۸$، $p\leq ۰/۰۰۴$). در مقایسهٔ 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 ($p<۰/۰۰۱$، $F_{(۱ و ۵۶)}=۲۲۸/۴۰۶$).

همچنین بین گروه‌های مطالعه‌شده در نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$، $F_{(۱و۵۶)}=۱۸۱/۵۴۵$). به‌عبارت‌دیگر والدین کودکان ناتوان هوشی در مقایسه با والدین کودکان ناشنوا مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته بیشتری دارند. همچنین F مشاهده‌شدهٔ جنسیت ($F_{(۱ و ۵۶)}=۱/۱۱۳$، $p\geq ۰/۲۹۶$) و اثر متقابل گروه و جنسیت ($F_{(۱ و ۵۶)}=۰/۹۴۹$، $p\geq ۰/۳۳۴$) معنادار نیست؛ بنابراین بین گروه‌های مطالعه‌شده بر حسب جنسیت در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته تفاوت وجود ندارد.

باتوجه به جدول ۲ بین گروه‌های مطالعه‌شده در نمرات مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$، $F_{(۱ و ۵۶)}=۱۹۴/۳۹۹$). به‌عبارت‌دیگر والدین کودکان ناتوان هوشی در مقایسه با والدین کودکان ناشنوا مکانیزم‌های دفاعی نوروتیک بیشتری دارند. همچنین جنسیت ($F_{(۱ و ۵۶)}=۰/۱۱۳$، $p\geq ۰/۷۳۸$) و اثر متقابل گروه و جنسیت ($F_{(۱ و ۵۶)}=۳/۴۱۴$، $p\geq ۰/۰۷۰$) معنادار نیست؛ بنابراین بین جنسیت‌ها در هر دوگروه در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نوروتیک تفاوت وجود ندارد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر آسیب‌شناسی مکانیزم‌های دفاعی والدین کودکان با ناتوان هوشی و ناشنوایی در شهرستان کازرون و ارائهٔ 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال گیرش و همکاران (۱۱) مبنی‌براین‌که که مادران با کودک ناتوان هوشی در مقایسه با پدران مشکلات بیشتری را تحمل می‌کنند و با اختلال رفتاری کودک درگیرندو تنیدگی افزون‌تری را تجربه می‌کنند و نیاز به کمک بیشتری دارندهمسوست. همین‌طور با مطالعهٔ سارنو و همکاران (۱۵) که نشان دادند والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی تربیت‌پذیر در مقایسه با همتایان عادی خود از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته کمتر و رشدنیافته و نوروتیک بیشتری دارند. همچنین والدین کودکان ناتوان هوشی از سبک‌های دفاعی فرافکنی، انکار، ناارزنده‌سازی و پرخاشگری منفعلانه و والدین کودکان ناشنوا از سبک‌های دفاعی خیال‌پردازی، دگردوستی کاذب و آرمانی‌سازی بیشتری استفاده می‌کردند همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان این تبیین را نیز مطرح کرد که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، روان‌آزرده و رشدنیافته باشد، معمولاً از طریق انکار، ابطال و نادیده‌انگاری (از نمونهٔ مکانیسم‌های روان‌آزرده و رشدنیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس‌زا مواجه می‌شود. این انکار و نادیده‌انگاری استرس با آن دسته از نظریه‌ها که معتقد هستند افرادی که در بیان هیجانات خود مشکل دارند اضطراب صفت را به‌خوبی احساس نمی‌کنند (۵) یا این دشواری در ابراز هیجانات را به‌منزلهٔ دفاع علیه رویداد استرس‌برانگیز می‌دانند (۱۴) مطابقت دارد. باتوجه به این موارد رابطهٔ مثبت بین هیجانات منفی و استفاده از سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک را می‌توان بر حسب مفاهیم مربوطه تبیین کرد. به‌عبارتی 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 روان‌شناختی بیشتر اداره کرده، از سازوکارهایی که انطباقی‌تر هستند استفاده کنند.

در تبیین دیگر می‌توان گفت، ازآنجاکه 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 توانایی‌های محدود فرندشان نگرش منفی داشته و فرصت و زمانی را که نیاز به تعامل با فرزند خود دارند، مشغول جابه‌جاکردن فرزندشان، از یک مرکز درمانی به مرکز دیگر هستند، خود باعث استفادهٔ آن‌ها از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته می‌شود؛ بنابراین مکانیسم‌های دفاعی شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می‌دهند، آگاهی ما را از تعارض‌هایمان کم می‌کنند، و احساس‌های متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه‌های مطالعه‌شده (والدین کودکان ناشنوا و ناتوان هوشی) در نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته، تفاوت معناداری وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته در گروه‌های مطالعه‌شده 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 یافته‌ها می‌توان گفت، هیجانات به‌دلیل ماهیت متغیرشان می‌توانند در سطوح مختلف هوشیار و ناهشیار تجربه گردند. به‌علاوه، آن‌دسته از هیجانات که منبع اضطراب هستند توسط مکانیزم‌های دفاعی به ناهشیار رانده می‌شوند. از طرفی، خود مکانیزم‌های دفاعی نیز در سلسله مراتب سه‌گانهٔ خود (رشدیافته، رشدنایافته و نوروتیک) به دو دستهٔ انطباقی (رشدیافته) و غیرانطباقی (رشدنایافته و نوروتیک) تقسیم شده‌اند. در این میان تحقیقات نشان داده‌اند که آن دسته از افرادی که از مدیریت هیجانی بیشتری برخوردارند، در برابر اضطراب از مکانیزم‌های دفاعی انطباقی (رشدیافته) استفاده می‌کنند و در مقابل، آن دسته از افرادی که از سازوکارهای دفاعی رشدنایافته و نوروتیک استفاده می‌کنند، ابراز و مدیریت هیجانات کمتری دارند (۲۱). در نتیجه‌گیری باید گفت که مکانیزم‌های دفاعی، اغلب راهکارهایی برای تحریف واقعیت هستند (این تحریف در دفاع‌های رشدنایافته و نوروتیک بیش از دفاع‌های رشدیافته است). هر چه میزان تحریف شناختی ناشی از بکارگیری مکانیزم دفاعی بیشتر باشد، به‌دنبال آن میزان آگاهی هشیارانهٔ فرد کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با آن تحریف صورت می‌گیرد (۵). ازطرف‌دیگر مکانیزم‌های دفاعی، شناخت آگاهانهٔ ما را از خودمان تغییر می‌دهد و آگاهی ما را از تعارض‌های درونی‌مان کاهش می‌دهد (۲۳). ازاین‌رو مکانیزم‌های دفاعی رشدنایافته‌تر اغلب مانعی برای درک واقعیت در فرد است و امکان دفاع منطقی مؤثر و توان کسب بینش و جست‌وجو در خویشتن را از فرد سلب می‌کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که، بین گروه‌های مطالعه‌شده (والدین کودکان ناشنوا و عقب‌ماندهٔ هوشی) در نمرات مکانیزم‌های دفاعی نوروتیک تفاوت معناداری وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات مکانیزم‌های دفاعی نوروتیک در گروه‌های مطالعه‌شده 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 مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزرده بیشتری استفاده می‌کنند همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد در طول زندگی فردی خود با رویدادهای استرس‌زایی روبه‌رو هستند که بهداشت روانی و جسمی‌شان را تهدید می‌کند. نظر به اینکه تجربهٔ استرس جزء لاینفک زندگی بشری است، لذا نیازمند استفاده از روش‌ها و مکانیزم‌های است که منجربه آرامش و تعادل روانی و اجتماعی‌اش گردد (۱۲). استفادهٔ به‌جا و مناسب از مکانیزم‌های دفاعی، یکی از راه‌های حفظ بهداشت روانی است. ظرفیت‌های روانی شبیه صندوقی است که مکانیزم‌های دفاعی در آن ذخیره شده‌اند، هرچقدر از مکانیزم‌های دفاعی بیشتر استفاده کنیم، توانمندی روانی خود را در درازمدت از دست خواهیم داد و بر اثر یک فشار روانی ساده دچار مشکلات عدیدهٔ روانی و اجتماعی خواهیم شد. به‌عبارتی، مقاومت خود را در برابر مشکلات از دست خواهیم داد. افراد مبتلا به اختلالات روانی احتمالاً این مکانیزم‌ها را مصرانه‌تر و نومیدانه‌تر با کنترل کمتر از افراد بهنجار به کار می‌برند؛ بنابراین استفادهٔ دائمی و تکراری فرد از مکانیزم‌های دفاعی سبب جدایی وی از واقعیت و نزدیک‌شدن به بیماری روانی خواهد شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به استفاده از آزمودنی‌های در دسترس اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به گروه‌های دیگر با مشکل مواجه می‌سازد. براین‌اساس پیشنهاد می‌شود

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

که پژوهش‌های مشابه روی جوامع آماری گوناگون و با درنظرگرفتن سایر عوامل خطرساز مهم در والدین کودکان استثنایی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود با اجرای پژوهش‌های طولی ثبات یا تغییرپذیری سبک‌های دفاعی والدین کودکان استثنایی بررسی شود

۵ نتیجه‌گیری

مکانیزم‌های دفاعی اگر چه ممکن است سبب آرامش و رهایی از تنش و اضطراب شوند؛ اما استفادهٔ نابجا و مکرر آن موجب برهم‌خوردن تعادل روانی افراد می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، چنین می‌توان نتیجه گرفت که والدین کودکان استثنایی، در صورت استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته‌تر، در مقایسه با والدینی که از مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته‌تر استفاده می‌کنند، از سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردارند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]

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 Pubication; 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.49.7]