

A Comparison of Prosocial Personality, Psychological Reactance, Perceived Social Support, and Defense Styles in Parents of Children with Physical and Mobility Impairment and Healthy Children in Isfahan

Majid Saffarinia, Ph.D.¹, Shohre Bayat, M.A.²,
Ahmad Nourmohammadi, M.A.³

Received: 01.01.2017 Revised: 05.15.2017
Accepted: 09.09.2017

Abstract

Objective: The aim of this research was to compare prosocial personality, psychological reactance, perceived social support, and defense styles in parents of children with physical and mobility impairment and healthy children in Isfahan, Iran. **Method:** The present research adopted a descriptive (ex post facto) design. The target population comprised the parents of children with physical and mobility impairment in Isfahan. A sample of 30 parents of children with the noted impairment and 30 parents of healthy children was recruited via convenience sampling. The measures used included Penner's Prosocial Personality Battery, Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Hong and Page's Psychosocial Reactance Scale, and Andrews' Defense Style Questionnaire. Data were analyzed using MANOVA. **Results:** Results demonstrated a significant difference between the two groups in terms of dimensions of support from the family ($p \leq 0.01$), support from friends ($p \leq 0.05$), directional empathy ($p \leq 0.01$) and prosocial personality ($p \leq 0.01$). The level of support from the family, directional empathy, and prosocial personality was higher in parents of children with physical and mobility impairment compared to the parents of healthy children. However, the level of support from friends was higher for parents of healthy children than those of children with the noted impairment. **Conclusion:** The results of this study confirmed the importance of perceived social support and prosocial personality in parents of children with physical and mobility impairment. It is necessary to include these factors while developing health interventions for these parents.

Keywords: Prosocial personality, Psychological reactance, Perceived social support, Defense styles, Physical and mobility impairment

¹. **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Email: m.saffarinia@yahoo.com)

². Ph.D. candidate of Health Psychology, Payame Noor University of the United Arab Emirates, Dubai, the United Arab Emirates.

³. Ph.D. candidate of Health Psychology, Payame Noor University of the United Arab Emirates, Dubai, the United Arab Emirates.

مقایسه شخصیت جامعه‌پسند، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی والدین کودکان معلول جسمی حرکتی و کودکان سالم شهر اصفهان

دکتر مجید صفاری نیا^۱، شهره بیات^۲،

احمد نورمحمدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۲ تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۵/۲۴
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۶/۱۸

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی والدین کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم شهر اصفهان بود. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی (علی-مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش را والدین کودکان معلول جسمی حرکتی شهر اصفهان تشکیل دادند. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از والدین کودک دارای معلولیت جسمی حرکتی و ۳۰ نفر از والدین کودکان سالم به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه مجموعه شخصیت جامعه‌پسند پندر، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی زیمت، پرسش‌نامه واکنش روانی هنگ و پیچ و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی آندروز بود. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مانوا تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در ابعاد حمایت خانواده ($p \leq 0/01$)، حمایت دوستان ($p \leq 0/05$)، هم‌حسی جهت‌گیری شده ($p \leq 0/01$) و جامعه‌پسندی شخصیت ($p \leq 0/01$) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته است. به طوری که میزان حمایت خانواده در والدین کودکان معلول جسمی و حرکتی، هم‌حسی جهت‌گیری شده و جامعه‌پسندی شخصیت بیشتر از والدین با کودکان سالم بود. همچنین حمایت دوستان در والدین کودکان معلول جسمی و حرکتی کمتر از والدین با کودکان سالم بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده و جامعه‌پسندی شخصیت را در والدین کودکان معلول جسمی حرکتی مورد تأیید قرار داد و گنجاندن این موارد را در طراحی مداخلات ارتقای سلامت والدین کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی لازم دانست.

واژه‌های کلیدی: جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک‌های دفاعی، معلول جسمی حرکتی

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، واحد امارات

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، واحد امارات

مقدمه

شماری از کودکان به علل گوناگون همچون عوامل ارثی، صدمات ناشی از عمل زایمان، بیماری‌ها و حوادث ممکن است بعد از تولد از نظر ذهنی و جسمی دچار معلولیت‌هایی شوند. این معلولیت‌ها گاهی به علت فقدان راه حل‌های درمانی مناسب در تمام سنین و تا آخر عمر با آنان همراه می‌ماند (بابوت و گیلمین، ۲۰۰۱). معلولیت عبارت است از ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقصی مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی و روانی (دوارمنش و براتی، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، هنگامی که فردی به طور دائم قادر به انجام کارکردهای کلیدی و اساسی زندگی خود نباشد معلول تلقی می‌شود (خدابخشی کولایی، ۲۰۱۱).

معلولیت جسمی حرکتی طیف وسیعی از معلولیت‌ها را دربر می‌گیرد و برحسب محدودیت در حرکات و توانایی‌های یک قسمت بدن مانند اندام‌های مختلف تقسیم‌بندی می‌شود، اما نکته مهم آنجاست که وجود نوزادی با ناتوانی، مستلزم توجه طولانی‌مدت برای تغذیه، امور درمانی و مراقبت‌های عمومی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی کودک دارد. بر همین اساس پس از مدتی والدین احساس خستگی می‌کنند و ممکن است نگرانی والدین از آینده کودک معلول آنقدر شدت یابد که مانع از توجه منطقی و اصولی به وضعیت فعلی کودک و نیازهای او شود. این نگرانی شدید معمولاً نیروی والدین را هدر می‌دهد و گاه سبب سست شدن بنیاد و یکپارچگی خانواده می‌شود (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۱). پژوهش حسین‌نژاد (۱۳۷۵) نشان داد که بین دو گروه والدین کودکان عادی و کودکان معلول از نظر میزان فشار روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که مادران کودکان معلول تحت فشار روانی شدیدتری هستند. پژوهش یکتاخواه (۱۳۸۸) در مورد شیوه‌های مقابله به کار گرفته شده توسط مادران کودکان

استثنایی نشان داد که در گروه مادران کودکان استثنایی میزان تنیدگی در کل و در خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از گروه عادی است. در مورد استفاده از سبک‌های مقابله‌ای، این والدین بیشتر از سبک دوری‌جویی و گریز و پرهیز استفاده کرده‌اند. ساجدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که نمره اضطراب مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی از مادران کودکان عادی بالاتر است. پژوهش موسوی خطاط، سلیمانی و عبدی (۱۳۹۰) در مورد ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین دارای کودکان بیش از یک فرزند استثنایی نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان استثنایی در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. در همین زمینه ون ریپر (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که والدین این کودکان در تمام زمینه‌ها، نسبت به گروه کنترل عوامل تنش‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند. پترسون و آلبرز (۲۰۰۱) نشان دادند که افسردگی مادران کودکان استثنایی بیشتر از سایرین است و باعث ناکارآمدی تعامل مادر - کودک می‌شود. نتیجه پژوهش ریحانی (۱۳۷۴) نیز همین مسئله را نشان می‌دهد. پاشا (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش اصلاح رفتار به مادران می‌تواند مشکلات رفتاری مخالفت‌جویانه کودکان را کاهش دهد. مجموعه پژوهش‌های فوق نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای معلولیت با مشکلات و چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستند و حجم بالایی از محرک‌های آزاردهنده، روان والدینی که فرزند دارای نقص جسمی و حرکتی دارند را آزرده‌خاطر می‌سازد. اما علاوه بر موارد مذکور، احتمالاً متغیرهای روان‌شناختی متعددی وجود دارد که سطوح آنها در والدین کودکان دارای نقص جسمی و حرکتی نسبت به گروه والدین عادی متفاوت است. در این پژوهش مفهوم متغیرهایی همچون جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و

از طرفی واکنش روانی^۲ حالت انگیزشی است که کارکردش بازگرداندن آزادی در رفتارهایی است که از فرد دور یا به حذف آنها تهدید شده است (برهم، ۱۹۶۶؛ برهم و برهم، ۱۹۸۱). نظریه واکنش روانی^۳ از روان‌شناسی اجتماعی سرچشمه گرفته است. همچنین در این نظریه مفهوم واکنش به‌عنوان صفتی است که یک «واکنش شخصیتی» مستقل از محرک را نشان می‌دهد (برهم و برهم، ۱۹۸۱؛ دود، میلن، و ویس، ۱۹۹۱). همچنین افراد در چگونگی نشان دادن این واکنش بسیار متفاوت عمل می‌کنند. از این دیدگاه صفت واکنشی دربردارنده شمار زیادی از متغیرهای متفاوت چون خشم (هنگ و جیاناکوپولوس، ۱۹۹۳؛ هنگ و فدا، ۱۹۹۶)، افسردگی (هنگ و جیاناکوپولوس، ۱۹۹۳)، خشونت (دود و والبرون، ۱۹۹۳)، شادی (جوهرت، ۱۹۹۰)، سازگاری (گولدمیت، کلارک و لافرتی، ۱۹۹۲) و یک مقیاس شخصیتی (بابولتز، وولر و پیر، ۱۹۹۹) است.

حمایت اجتماعی عبارت است از منابعی که به‌وسیله شبکه‌ای از افراد و گروه‌های اجتماعی فراهم می‌شود. از نظر روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ممکن است بسیار سودمند باشد به این دلیل که بر ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و افزایش مهارت‌های فردی مؤثر است (لپور، ایونس، و اشنایدر، ۲۰۰۹). از طرفی حمایت اجتماعی ادراک شده، مفهومی است که به ارزیابی‌های ذهنی افراد درباره روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد (ساراسون، ساراسون و پیرس، ۱۹۹۰). تعاریف متعدد از حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که این مفهوم دارای انواع ابزاری، هیجانی، اطلاعاتی و ملموس است (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵). همچنین یکی از شناخته شده‌ترین مدل‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، نوع چندبعدی است که زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) آن را مطرح کرده‌اند و شامل حمایت ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم (نظیر

سبک‌های دفاعی والدین کودکان دارای نقص جسمی و حرکتی مورد بررسی قرار گرفته است. شخصیت جامعه‌پسند^۱ دربرگیرنده احساسات، افکار و تمایلات فرد در رفتار جامعه‌پسند است (پنر، ۲۰۰۲). رفتار جامعه‌پسند یعنی هر عملی که به دیگران سود برساند. این اصطلاح در مورد اعمالی به‌کار می‌رود که هیچ سود مستقیمی به فردی که آن اعمال را انجام می‌دهد، نمی‌رساند و حتی ممکن است حاوی خطراتی برای او باشد (بارون، برنسکامب و بیرن، ۲۰۰۴). زنان و مردان در جذب رفتار جامعه‌پسند شباهت زیادی دارند و بیشترین تأکید بر طبقه‌بندی‌های خاص این رفتارهاست. رفتارهای جامعه‌پسند در زنان، بیشتر رابطه‌ای و گروهی است و این رفتارها در مردان بیشتر نماینده‌ای و به‌صورت جهت‌گیری شده مانند تمرکز بر قدرت همکاری است. مبدأ این باورها تحت تأثیر پردازش‌های هورمونی، انتظارات اجتماعی و موقعیت‌های فردی قرار دارد (ایگلی، ۲۰۰۹). این واقعیت که وجوه چندگانه شخصیت در رفتار جامعه‌پسند دخیل است، سبب شده که برخی پژوهشگران این فرض را مطرح کنند که ترکیبی از این عوامل، به‌وجود آورنده مفهومی هستند که شخصیت نوع‌دوست نامیده می‌شود (بیرهوف، کلاین و کرامپ، ۱۹۹۱). رفتار جامعه‌پسند علاوه بر پاسخ‌دهی به یک موقعیت اضطراری، شکل‌های دیگری نیز به خود می‌گیرد، از جمله دادن پول به یک انجمن خیریه و اهدای اعضای بدن برای پیوند (بارتال، دسی و ماسون، ۲۰۱۱). این کار آمادگی بخشیدن، کمک کردن، داوطلب شدن، ارائه خدمات، متواضع بودن، حسن‌نیت یا هر مفهوم دیگری را فراهم می‌آورد که در دنیای وجود انسانی با عناوین بخشندگی و رفتار نوع‌دوستانه نسبت به دیگران خوانده می‌شود. چنین فعالیت‌هایی بدون انتظار پاداش یا عمل متقابل انجام می‌شوند (پگانو، زلتنر، پاست، جابر و زیواک، ۲۰۰۹).

جسمی حرکتی تفاوت معناداری وجود دارد. اندروز و همکاران (۱۹۹۳) بر اساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی ویلنت در مورد مکانیسم‌های دفاعی، ۲۰ مکانیسم را به سه سبک دفاعی رشدیافته، نوروتیک و رشدنیافته تقسیم کردند. مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته به‌منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند در حالی که مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته، شیوه‌های مواجهه غیرانطباقی و ناکارآمد هستند (بشارت، ۱۳۸۷).

در هر حال با توجه به آنچه گفته شد و محدودیت در مطالعات صورت گرفته در زمینه جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی، پژوهش حاضر به بررسی این متغیرها در والدین کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم شهر اصفهان پرداخته است. با توجه به هدف پژوهش که مقایسه جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی والدین کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم شهر اصفهان بود و با در نظر گرفتن پیشینه پژوهش، فرضیه کلی زیر تدوین شد: بین جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم شهر اصفهان تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین دارای کودکان معلول جسمی حرکتی شهر اصفهان بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ به مراکز بهزیستی مراجعه کرده بودند. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین تعداد ۳۰ نفر از والدین دارای کودکان سالم از بین

معلمان و همکلاسی‌ها) است. نظریه حمایت اجتماعی درباره منابع متفاوتی که بر ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی افراد تأثیر مثبت یا منفی می‌گذارند بحث می‌کند (برکمن، گلاس، بریست، و سیمان، ۲۰۰۰). گوشه و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی با استرس، افسردگی و اضطراب والدین کودک مبتلا سندرم تورت همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. عطادخت، جوکار کمال‌آبادی، حسینی کیاسری و بشرپور (۱۳۹۳) نشان دادند که بین دو گروه معلولان جسمی حرکتی و افراد عادی از لحاظ استرس، اضطراب، افسردگی و حمایت افراد مهم تفاوت معناداری وجود دارد. خسروی، راهب، عرشی و اقلیما (۱۳۹۴) نشان دادند که بین خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های روانی (آسایش روانی و خودپنداری) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) و کیفیت زندگی معلولین جسمی حرکتی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. روبلدیلو و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری با تاب‌آوری والدین و مراقبان کودکان اتیسم دارد و همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند نقشی واسطه‌ای در خصوص تاب‌آوری و سلامت مراقبان و والدین کودکان داشته باشد.

سبک دفاعی شخصی، فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش‌یافتگی است (فروید، ۱۹۷۶). این فرضیه بر اساس یافته‌های پژوهشی بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۷). مکانیسم‌های دفاعی اولین بار توسط فروید به‌عنوان توجیهی برای تغییر یا تحریف واقعیت مطرح شد که افراد به‌خاطر حفاظت از خود در برابر آگاهی از افکار، تکانه‌ها یا تمایلات نامعقول به‌کار می‌گیرند (زیگلر - هیل، چادها و استرمن، ۲۰۰۸). صالحی، کوشکی و حق‌دوست (۱۳۹۰) نشان دادند که بین استفاده از سبک‌های مقابله با بحران در مادران سالم و دارای کودک معلول

همراهان و بستگان مراجعان انتخاب گردیدند. گروه‌های مورد بررسی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن (دامنه سنی ۱۸ تا ۵۴ سال)، میزان تحصیلات (دوره راهنمایی تا کارشناسی) و جنسیت (مرد و زن) هم‌تا شدند.

ابزار

پرسش‌نامه مجموعه شخصیت جامعه‌پسند: این پرسش‌نامه توسط پتر (۲۰۰۲) تدوین شده، شامل مقیاس ۳۰ گویه‌ای است و معمولاً به‌عنوان مقیاسی عمومی در روان‌شناسی اجتماعی برای ارزیابی گرایش‌های جامعه‌پسند از منظر صفات شخصیتی به‌کار می‌رود (پنرو همکاران، ۱۹۹۵) و دو عامل کم‌رسانی^۴ و هم‌حسی جهت‌گیری شده به دیگران^۵ را می‌سنجد. هر دو زیرمقیاس همگرایی درونی بیش از ۰/۸۰ و روایی باآزمایی برای هم‌حسی جهت‌گیری شده به دیگران به میزان ۰/۷۷ و کم‌رسانی به میزان ۰/۸۵ دارند (پنرو و فینکلستین، ۱۹۹۸). نتایج یک پژوهش نشان داد که پرسش‌نامه مجموعه شخصیت جامعه‌پسند در جامعه ایرانی دارای روایی و پایایی قابل قبولی است. ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ است. همچنین ضرایب باآزمایی کل ۰/۹۸ و ضرایب خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۱/۰۰ است (صفاری‌نیا و باجلان، ۱۳۹۰).

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی^۶: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطة مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» می‌سنجد. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹

به‌دست آورده‌اند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه واکنش روانی^۷: مقیاس واکنش روانی هنگ و پیچ (۱۹۸۹) برگرفته شده از مقیاس واکنش روانی مرز و شامل ۶۰ ماده است. با تحلیل عاملی داده‌ها در نسخه واکنش روانی هنگ و پیچ (۱۹۸۹) تنها ۱۴ ماده به بررسی واکنش روانی می‌پردازد و هر ماده یک طیف پاسخ‌دهی از «به‌شدت مخالف=۱» تا «به‌شدت موافق=۵» را شامل می‌گردد. در مطالعه هنگ و اوستینی (۱۹۸۹) پایایی آن ۰/۷۵ و این میزان در پژوهش توماس و همکاران (۲۰۰۲) ۰/۷۱ گزارش شده است.

پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی: این پرسش‌نامه بر اساس الگوی سلسله‌مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز، سینگوبوند (۱۹۹۳) طراحی شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار ۴۰ سؤال‌ی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف»)، بیست مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته، نوروتیک و رشدنیافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نوروتیک عبارت‌اند از: ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد. سبک دفاعی رشدنیافته شامل دوازده مکانیسم دفاعی است: فرافکنی، پرخاشگری غیرفعال، عملی‌سازی، مجزاسازی، نازلنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی (بشارت، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از سبک‌های رشدیافته، رشدنیافته و نوروتیک فرم فارسی مقیاس در یک نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ برای دانشجویان پسر ۰/۷۴،

۰/۷۴، ۰/۷۲ و برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴،
 ۰/۷۴ بود که نشانه همسانی درونی رضایت بخش برای
 فرم ایرانی پرسش نامه سبک های دفاعی محسوب
 می شود (بشارت، ایروانی و شریفی، ۲۰۰۱، به نقل از
 بشارت، ۱۳۸۷).

یافته ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار جامعه پسندي شخصيت، واکنش رواني، حمايت اجتماعي ادراک شده و سبک های دفاعي گروه های
 والدين داراي کودکان دچار نقص عضو جسمي حرکتی و سالم

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------------|----------------------------|-------|---------|--------------|
| واکنش روانی | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۴۲/۶۶۷ | ۱۳/۹۹۳ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۴۰/۸۶۷ | ۱۲/۱۹۳ |
| حمایت خانواده | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۱۴/۳۳۳ | ۲/۹۱۶ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۱۰/۹۳۳ | ۳/۲۰۵ |
| حمایت دوستان | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۱۰/۴۰۰ | ۲/۳۷۲ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۱۲/۳۳۳ | ۳/۵۳۶ |
| حمایت دیگران | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۱۰/۱۳۳ | ۲/۳۱۵ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۱۰/۴۶۷ | ۲/۹۹۱ |
| حمایت اجتماعي ادراک شده | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۳۴/۸۶۷ | ۵/۰۷۷ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۳۳/۷۳۳ | ۶/۰۴۰ |
| هم حسی جهت گیری شده | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۷۰/۶۰۰ | ۱۲/۵۰۵ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۵۱/۷۳۳ | ۱۱/۶۷۱ |
| کمک رسانی | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۴۵/۴۰۰ | ۶/۵۳۷ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۴۴/۴۰۰ | ۶/۳۱۱ |
| جامعه پسندي شخصيت | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۱۱۶/۰۰۰ | ۱۵/۲۶۸ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۹۶/۱۳۳ | ۱۵/۴۶۰ |
| سبک رشدنايافته | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۶۳/۸۰۰ | ۱۰/۶۲۳ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۶۵/۸۰۰ | ۱۰/۴۹۳ |
| نوروتیک (روان آزرده) | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۳۳/۰۶۷ | ۶/۹۰۳ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۳۶/۰۰۰ | ۹/۸۳۳ |
| سبک رشد يافته | والدين داراي کودکان با نقص | ۳۰ | ۶۲/۴۰۰ | ۱۶/۶۰۴ |
| | والدين داراي کودکان سالم | ۳۰ | ۵۷/۷۳۳ | ۷/۷۷۷ |

همان طور که در جدول ۱ مشاهده شد، در والدين
 داراي کودکان با نقص حرکتی و جسمي، میانگین
 واکنش رواني ۴۲/۶۶۷، حمايت خانواده ۱۴/۱۳۳، حمايت
 دوستان ۱۰/۹۳۳، حمايت دیگران ۱۲/۳۳۳، حمايت
 اجتماعي ادراک شده ۳۴/۸۶۷، هم حسی جهت گیری
 شده ۷۰/۶۰۰، کمک رسانی ۴۵/۴۰۰، جامعه پسندي
 شخصيت ۱۱۶، سبک های دفاعي سبک رشدنايافته
 ۶۳/۸۰۰، نوروتیک روان آزرده ۳۳/۰۶۷ و سبک رشد يافته
 ۶۴/۴۰۰ و سالم به ترتيب ۴۰/۸۶۷، ۱۰/۹۳۳، ۱۲/۳۳۳،
 ۱۰/۴۶۷، ۱۱۶/۰۰۰، ۹۶/۱۳۳، ۶۳/۸۰۰، ۶۵/۸۰۰،
 ۶۲/۴۰۰، ۵۷/۷۳۳، ۳۳/۷۳۳، ۴۴/۴۰۰، ۹۶/۱۳۳، ۶۵/۸۰۰،
 ۳۶/۰۰۰ و ۵۷/۷۳۳ به دست آمده است. برای بررسی
 میانگین و انحراف معیار جامعه پسندي شخصيت،
 واکنش رواني، حمايت اجتماعي ادراک شده و
 سبک های دفاعي گروه های والدين داراي کودکان
 دچار نقص عضو جسمي حرکتی و سالم از آزمون مانوا
 استفاده گردید. در جدول ۲ به منظور بررسی همگنی
 واریانس دو گروه در ابعاد مختلف از آزمون لوین
 استفاده شده است.

جدول ۲. آزمون لوین- همگنی واریانس ابعاد جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی دوگروه

| شاخص متغیر | F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|-------------------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| واکنش روانی | ۰/۶۳۹ | ۱ | ۵۸ | ۰/۴۲۷ |
| حمایت خانواده | ۰/۰۳۸ | ۱ | ۵۸ | ۰/۸۴۶ |
| حمایت دوستان | ۷/۰۸۸ | ۱ | ۵۸ | ۰/۰۱۰ |
| حمایت دیگران | ۳/۸۷۹ | ۱ | ۵۸ | ۰/۰۵۴ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده | ۰/۰۱۵ | ۱ | ۵۸ | ۰/۹۰۳ |
| هم‌حسی جهت‌گیری شده | ۰/۶۸۸ | ۱ | ۵۸ | ۰/۴۱۰ |
| کمک‌رسانی | ۰/۰۸۸ | ۱ | ۵۸ | ۰/۷۶۸ |
| جامعه‌پسندی شخصیت | ۰/۰۴۵ | ۱ | ۵۸ | ۰/۸۳۲ |
| سبک رشدناپافته | ۰/۱۹۱ | ۱ | ۵۸ | ۰/۶۶۴ |
| نوروتیک (روان‌آزرده) | ۳/۵۱۴ | ۱ | ۵۸ | ۰/۰۷۰ |
| سبک رشد یافته | ۲/۶۶۶ | ۱ | ۵۸ | ۰/۰۸۷ |

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شد، ابعاد، به‌جز متغیر حمایت دوستان تأیید شد پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌های دو گروه در تمام ($P>0/05$).

جدول ۳. تحلیل مانوا، مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی با تعامل اثر جنسیت و تحصیلات

| منبع | نام آزمون | مقدار | F | df فرضیه | df خطا | سطح معنی‌داری |
|--------------|-------------------------|-------|--------------------|----------|--------|---------------|
| جنسیت*گروه | آزمون اثر پیلایی | ۰/۲۱۳ | ۱/۲۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۰ |
| | آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۷۸۷ | ۱/۲۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۰ |
| | آزمون اثر هتلینگ | ۰/۲۷۱ | ۱/۲۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۰ |
| | آزمون بزرگترین ریشه روی | ۰/۲۷۱ | ۱/۲۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۳۲۰ |
| تحصیلات*گروه | آزمون اثر پیلایی | ۰/۲۵۰ | ۰/۶۵۰ | ۱۸/۰۰۰ | ۸۲/۰۰۰ | ۰/۸۴۹ |
| | آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۷۶۶ | ۰/۶۳۵ ^a | ۱۸/۰۰۰ | ۸۰/۰۰۰ | ۰/۸۶۱ |
| | آزمون اثر هتلینگ | ۰/۲۸۶ | ۰/۶۲۰ | ۱۸/۰۰۰ | ۷۸/۰۰۰ | ۰/۸۷۳ |
| | آزمون بزرگترین ریشه روی | ۰/۱۶۷ | ۰/۷۶۰ ^C | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۶۵۳ |
| گروه | آزمون اثر پیلایی | ۰/۵۹۴ | ۶/۵۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۴۰۶ | ۶/۵۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | آزمون اثر هتلینگ | ۱/۴۶۳ | ۶/۵۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | آزمون بزرگترین ریشه روی | ۱/۴۶۳ | ۶/۵۰۳ ^a | ۹/۰۰۰ | ۴۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ |

دفاعی گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم معنی‌دار بوده است ($p\leq 0/01$). به منظور تحلیل ابعاد معنی‌داری در جدول ۴ از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است.

نتایج تحلیل مانوا در مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی با تعامل اثر جنسیت و تحصیلات نشان داد که تنها اثر گروه بر تفاوت متغیرهای جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های

جدول ۴. تحلیل واریانس، مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی با تعامل اثر جنسیت و تحصیلات

| منبع | متغیر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------|-------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|------------|------------|
| | واکنش روانی | ۳۸/۷۰۱ | ۱ | ۳۸/۷۰۱ | ۰/۲۲۹ | ۰/۶۳۵ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۷۶ |
| | حمایت خانواده | ۱۲/۸۴۹ | ۱ | ۱۲/۸۴۹ | ۱/۳۶۶ | ۰/۲۴۸ | ۰/۰۲۸ | ۰/۲۰۹ |
| | حمایت دوستان | ۷/۳۴۴ | ۱ | ۷/۳۴۴ | ۰/۷۵۸ | ۰/۳۸۸ | ۰/۰۱۶ | ۰/۱۳۷ |
| | حمایت دیگران | ۶/۲۱۴ | ۱ | ۶/۲۱۴ | ۰/۷۸۵ | ۰/۳۸۰ | ۰/۰۱۶ | ۰/۱۴۰ |
| | حمایت اجتماعی ادراک شده | ۱۴/۴۵۴ | ۱ | ۱۴/۴۵۴ | ۰/۴۴۵ | ۰/۵۰۸ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۰۰ |
| جنسیت*گروه | هم‌حسی جهت‌گیری شده | ۳۷/۵۴۱ | ۱ | ۳۷/۵۴۱ | ۰/۲۸۷ | ۰/۵۹۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۸۲ |
| | کمک رسانی | ۱۳۴/۸۹۳ | ۱ | ۱۳۴/۸۹۳ | ۳/۶۵۸ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۷۱ | ۰/۴۶۶ |
| | جامعه‌پسندی شخصیت | ۳۱۴/۷۵۹ | ۱ | ۳۱۴/۷۵۹ | ۱/۶۰۷ | ۰/۲۱۱ | ۰/۰۳۲ | ۰/۲۳۷ |
| | سبک رشدنایافته | ۲۰/۳۱۸ | ۱ | ۲۰/۳۱۸ | ۰/۱۶۹ | ۰/۶۸۳ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۶۹ |
| | نوروتیک (روان‌آزرده) | ۰/۰۶۷ | ۱ | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۵۰ |
| | سبک رشد یافته | ۱۸/۶۰۶ | ۱ | ۱۸/۶۰۶ | ۰/۱۰۹ | ۰/۷۴۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۶۲ |
| | واکنش روانی | ۳۷۸/۲۶۲ | ۱ | ۱۸۹/۱۳۱ | ۱/۱۱۸ | ۰/۳۳۵ | ۰/۰۴۵ | ۰/۲۳۵ |
| | حمایت خانواده | ۸/۸۶۷ | ۱ | ۴/۴۳۴ | ۰/۴۷۱ | ۰/۶۲۷ | ۰/۰۱۹ | ۰/۱۲۳ |
| | حمایت دوستان | ۲۴/۶۲۱ | ۱ | ۱۲/۳۱۰ | ۱/۳۷۱ | ۰/۲۹۰ | ۰/۰۵۰ | ۰/۲۶۳ |
| | حمایت دیگران | ۱۸/۳۴۷ | ۱ | ۹/۱۷۳ | ۱/۱۵۹ | ۰/۳۲۲ | ۰/۰۴۶ | ۰/۲۴۳ |
| | حمایت اجتماعی ادراک شده | ۴۸/۴۳۴ | ۱ | ۲۴/۲۱۷ | ۰/۷۴۶ | ۰/۴۸۰ | ۰/۰۳۰ | ۰/۱۶۹ |
| تحصیلات*گروه | هم‌حسی جهت‌گیری شده | ۳۳۵/۹۰۱ | ۱ | ۱۶۷/۹۵۱ | ۱/۲۸۳ | ۰/۲۸۶ | ۰/۰۵۱ | ۰/۲۶۵ |
| | کمک رسانی | ۱۷/۰۵۹ | ۱ | ۸/۵۲۹ | ۰/۲۳۱ | ۰/۷۹۴ | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۸۴ |
| | جامعه‌پسندی شخصیت | ۲۶۸/۸۶۹ | ۱ | ۱۳۴/۴۳۴ | ۰/۶۸۷ | ۰/۵۰۸ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۵۹ |
| | سبک رشدنایافته | ۱۵۰/۱۶۸ | ۱ | ۷۵/۰۸۴ | ۰/۶۲۵ | ۰/۵۴۰ | ۰/۰۲۵ | ۰/۱۴۸ |
| | نوروتیک (روان‌آزرده) | ۳۱/۱۱۷ | ۱ | ۱۵/۵۵۹ | ۰/۲۳۷ | ۰/۷۹۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۸۵ |
| | سبک رشد یافته | ۳۶۲/۳۱۷ | ۱ | ۱۸۱/۱۵۹ | ۱/۰۵۹ | ۰/۳۵۵ | ۰/۰۴۲ | ۰/۲۲۵ |
| | واکنش روانی | ۸/۹۵۹ | ۱ | ۸/۹۵۹ | ۰/۰۵۳ | ۰/۸۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۶ |
| | حمایت خانواده | ۱۱۶/۱۵۷ | ۱ | ۱۱۶/۱۵۷ | ۱۲/۳۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۵ | ۰/۹۳۱ |
| | حمایت دوستان | ۴۶/۶۰۱ | ۱ | ۴۶/۶۰۱ | ۴/۸۱۳ | ۰/۰۳۳ | ۰/۰۹۱ | ۰/۵۷۵ |
| | حمایت دیگران | ۲/۵۶۰ | ۱ | ۲/۵۶۰ | ۰/۳۲۳ | ۰/۵۷۲ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۸۶ |
| | حمایت اجتماعی ادراک شده | ۵/۵۲۸ | ۱ | ۵/۵۲۸ | ۰/۱۷۰ | ۰/۶۸۲ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۶۹ |
| گروه | هم‌حسی جهت‌گیری شده | ۲۸۹۷/۵۷۷ | ۱ | ۲۸۹۷/۵۷۷ | ۲۲/۱۴۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۱۶ | ۰/۹۹۶ |
| | کمک رسانی | ۷/۴۱۳ | ۱ | ۷/۴۱۳ | ۰/۲۰۱ | ۰/۶۵۶ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۷۲ |
| | جامعه‌پسندی شخصیت | ۳۱۹۸/۱۰۱ | ۱ | ۳۱۹۸/۱۰۱ | ۱۶/۳۳۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۵۴ | ۰/۹۷۷ |
| | سبک رشدنایافته | ۱۱۹/۵۱۹ | ۱ | ۱۱۹/۵۱۹ | ۰/۹۹۵ | ۰/۳۲۴ | ۰/۰۲۰ | ۰/۱۶۵ |
| | نوروتیک (روان‌آزرده) | ۱۶۰/۸۶۰ | ۱ | ۱۶۰/۸۶۰ | ۲/۴۴۵ | ۰/۱۲۴ | ۰/۰۴۸ | ۰/۳۳۵ |
| | سبک رشد یافته | ۲۰۴/۵۷۴ | ۱ | ۲۰۴/۵۷۴ | ۲/۸۸۶ | ۰/۰۷۱ | ۰/۰۱۲ | ۰/۹۴۰ |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده شد، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر تعامل جنسیت و گروه و نیز تحصیلات و گروه معنی‌دار نیست. ولی تأثیر گروه در ابعاد حمایت خانواده ($p \leq 0/01$)،

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده شد، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر تعامل جنسیت و گروه و نیز تحصیلات و گروه معنی‌دار نیست. ولی تأثیر گروه در ابعاد حمایت خانواده ($p \leq 0/01$)،

حمایت دوستان ($F=۱۲/۳۴۸$)، حمایت دوستان ($F=۴/۸۱۳$ ، $p \leq 0/05$)، هم‌حسی جهت‌گیری شده ($F=۲۲/۱۴۴$ ، $p \leq 0/01$) و جامعه‌پسندی شخصیت ($F=۱۶/۳۳۱$ ، $p \leq 0/01$) در تفاوت نمرات بین گروه‌های والدین دارای کودکان

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده شد، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر تعامل جنسیت و گروه و نیز تحصیلات و گروه معنی‌دار نیست. ولی تأثیر گروه در ابعاد حمایت خانواده ($p \leq 0/01$)،

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده شد، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر تعامل جنسیت و گروه و نیز تحصیلات و گروه معنی‌دار نیست. ولی تأثیر گروه در ابعاد حمایت خانواده ($p \leq 0/01$)،

حمایت دوستان ($F=۱۲/۳۴۸$)، حمایت دوستان ($F=۴/۸۱۳$ ، $p \leq 0/05$)، هم‌حسی جهت‌گیری شده ($F=۲۲/۱۴۴$ ، $p \leq 0/01$) و جامعه‌پسندی شخصیت ($F=۱۶/۳۳۱$ ، $p \leq 0/01$) در تفاوت نمرات بین گروه‌های والدین دارای کودکان

تفاوت دو گروه ناشی از وجود کودکان با نقص جسمی و حرکتی بوده است. در جدول ۵ به منظور بررسی مقابله‌های چندگانه بین دو گروه در موارد معنی‌دار از آزمون پیگیری استفاده شده است.

دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم، معنی‌دار بوده است. بنابراین در ابعاد حمایت خانواده، حمایت دوستان، هم‌حسی جهت‌گیری شده و جامعه‌پسندی شخصیت به ترتیب ۲۰/۵، ۹/۱، ۳۱/۶ و ۲۵/۴ درصد

جدول ۵. آزمون پیگیری LSD به منظور بررسی مقابله‌های چندگانه

| متغیر | گروه‌ها | تفاوت میانگین | خطا | سطح معنی‌داری |
|---------------------|----------------------------|---------------|-------|---------------|
| حمایت خانواده | والدین دارای کودکان با نقص | ۳/۴۰۰* | ۰/۷۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| حمایت دوستان | والدین دارای کودکان با نقص | -۱/۹۳۳* | ۰/۷۷۷ | ۰/۰۱۶ |
| هم‌حسی جهت‌گیری شده | والدین دارای کودکان با نقص | ۱۸/۸۶۷* | ۰/۱۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| جامعه‌پسندی شخصیت | والدین دارای کودکان با نقص | ۱۹/۸۶۷* | ۳/۹۶۷ | ۰/۰۰۱ |

گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم، معنی‌دار بوده است و میزان حمایت خانواده در والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی بیشتر از والدین با کودکان سالم است. درحالی‌که حمایت دوستان در والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی کمتر از والدین با کودکان سالم بود. همچنین هم‌حسی جهت‌گیری شده والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی بیشتر از والدین با کودکان سالم بود و جامعه‌پسندی شخصیت این والدین هم بالاتر از والدین با کودکان سالم، بود.

برطبق جدول ۵ و نتایج آزمون پیگیری و جدول ۱، میزان حمایت خانواده در والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی (۱۴/۱۳) بیشتر از والدین با کودکان سالم (۱۰/۹۳) ولی حمایت دوستان در والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی (۱۰/۹۳) کمتر از والدین با کودکان سالم (۱۲/۳۳) بود. همچنین هم‌حسی جهت‌گیری شده والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی (۷۰/۶) بیشتر از والدین با کودکان سالم (۵۱/۷۳) بود و جامعه‌پسندی شخصیت این والدین هم (۱۱۶/۰۰) بالاتر از والدین با کودکان سالم، (۹۶/۱۳) بود.

بحث و نتیجه‌گیری

واکنش روانی، دربردارنده متغیرهایی چون خشم (هنگ و جیاناکوپولوس، ۱۹۹۳)، افسردگی (هنگ و جیاناکوپولوس، ۱۹۹۳) و خشونت (دود و والبرون، ۱۹۹۳) است. از طرفی نتایج پژوهش ون ریپر (۲۰۰۸)، حسین‌نژاد (۱۳۷۵) و ساجدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد بین دو گروه والدین کودکان عادی و کودکان معلول از نظر میزان فشار روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پژوهش موسوی خطاط و همکاران (۱۳۹۰)، در مورد ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان دارای بیش از یک فرزند استثنایی نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان استثنایی در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. پترسون و آلبرز (۲۰۰۱) نشان دادند که افسردگی مادران کودکان

نتایج تحلیل مانوا در مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی با تعامل اثر جنسیت و تحصیلات نشان داد تنها اثر گروه بر تفاوت متغیرهای جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم معنی‌دار بود ($p \leq 0/01$). همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد تأثیر تعامل جنسیت و گروه و نیز تحصیلات و گروه معنی‌دار نیست. ولی تأثیر گروه در ابعاد حمایت خانواده، حمایت دوستان، هم‌حسی جهت‌گیری شده و جامعه‌پسندی شخصیت بر تفاوت نمرات بین

احساس مسئولیت و رفاه دیگران هستند (پنر، ۲۰۰۲). والدین دارای کودکان با نقص جسمی حرکتی نیز احتمالاً به دلیل تجربه شرایط خاص خود واجد هم‌حسی شناختی، هیجانی و احساس مسئولیت بیشتری به نسبت سایرین هستند. این موضوع در عین حال شخصیت نوع‌دوستی ایجاد می‌کند و آمادگی بخشیدن، کمک کردن، داوطلب شدن، ارائه خدمات، متواضع بودن، حسن نیت یا هر واژه دیگری را در این گروه از والدین بالا می‌برد که در دنیای وجود انسانی با عناوین بخشندگی و رفتار نوع‌دوستانه نسبت به دیگران خوانده می‌شود (پگانو، زلتنر، پاست، جابر و زیواک، ۲۰۰۹). بهره‌گیری از گروه‌هایی متشکل از والدین کودکان با نقص جسمی و حرکتی در جهت برنامه‌ریزی و نگرش هدفمند به مسائل و مشکلات کودکان معلول و خانواده‌های ایشان به دلیل هم‌حسی جهت‌گیری شده و جامعه‌پسندی شخصیت بیشتری که دارند و حمایت نسبتاً پایینی که دریافت می‌کنند، توسط متولیان کودکان معلول در کشور نظیر سازمان‌هایی چون بهزیستی و وزارت بهداشت کشور می‌تواند بر بهبود وضعیت این گروه از جامعه که همواره در معرض تهدید آسیب‌های بی‌شماری قرار دارند، اثر مطلوبی داشته باشد.

پی‌نوشت‌ها

1. pro-social personality
2. psychological reactance
3. Psychological Reactance Theory
4. helpfulness
5. other-oriented empathy
6. Multiple Scale of Social Support
7. Hong Psychological Reactance Scale

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳)، ۱۸۱-۱۹۰.
 پاشا، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اصلاح رفتار مادران بر میزان رفتارهای نامطلوب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۶۳)، ۹۰-۹۸.
 حسین‌نژاد، م. (۱۳۷۵). بررسی میزان فشار روانی و سازگاری زناشویی والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و کودکان معلول

استثنایی بیشتر از سایرین است. این نتایج با یافته‌های حاصل از این پژوهش که نشان داد بین واکنش روانی والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم تفاوت وجود دارد، ناهمخوان به نظر می‌رسد. شاید بهتر است علت این موضوع را در مفهوم واکنش روانی به‌عنوان صفتی کلی نسبت به متغیرهایی چون افسردگی و اضطراب و پرخاشگری جستجو نمود.

از طرفی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی مطلوب می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد (پاموکیو و میدان، ۲۰۱۰) و موجب رضایت از زندگی شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). با افزایش حمایت اجتماعی پاسخ به استرس در افراد کاهش (همتی‌راد و سپاه منصور، ۱۳۸۷) و سلامت روان فرد بهبود می‌یابد (تجلی، صبحی، و قنبرپناه، ۲۰۱۰؛ وارن، آستین، و گرلا، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده‌اند که شبکه ارتباطات و حمایت اجتماعی عامل مهمی برای تجربه‌های مثبت و پاداشی محسوب می‌شود که در نهایت به احساس خودارزشمندی و عزت نفس افراد منجر می‌گردد (ایکیز و ساکار، ۲۰۱۰). ملروز، بران و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که در زمان نیاز به حمایت اجتماعی، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی رابطه معناداری وجود دارد.

در پژوهشی دیگر، تارنبال و جکسون (۲۰۰۴) نشان دادند که امکانات مادر مانند حمایت جسمانی و عاطفی نقش متغیر تعدیل‌کننده را در خصوص رابطه بین سلامت مادر و استرس مرتبط با وجود کودک معلول دارد و به نظر می‌رسد رضایت مادر از حمایت اجتماعی مهم‌ترین نقش را در تضعیف اثرات فشار روانی روی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی دارد. در پژوهش حاضر نیز مشخص شد که این حمایت ادراک شده تنها از جانب خانواده به والدین دارای کودکان با نقص جسمی حرکتی ارائه می‌گردد. همچنین افراد با هم‌حسی جهت‌گیری شده بالا مستعد تجربه هم‌حسی شناختی، هیجانی و

- عادی مقطع ابتدایی در شهرستان کرج، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۸۸ و ۸۹، ۳-۱۳.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Barbotte E., Guillemin F., Neurkasen and Lord Handicap Group -World Health Organization (2001). *Bulletin of world Health organization*, 79(11), 1047-55.
- Baron-Cohen, S., & Wheel Wright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning Autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Bartal, I.B.A., Decety, J., & Mason, P. (2011). Empathy and prosocial behavior in rats. *Science Magazine*, 334, 1427-1430.
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Berkman, L. F., Glass, T., Britsette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- Bierhoff, H.W., Klein, R., & Kramp, P. (1991). Evidence for the altruistic personality from data on accident research. *Journal of Personality*, 59, 263-280
- Brehm, J. W. (1966). *A Theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, J. W., & Brehm, S. S. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press
- Buboltz, W. C., Woller, K. M., & Pepper, H. (1999). Holland code type and psychological reactance. *Journal of Career Assessment*, 7(2), 191-172.
- Davarmnesh A., & Barati Sade, F. (2007). *Introduction to rehabilitation of the disabled*. Tehran: Roshd, 19-48 [in Persian].
- Dowd, E. T., & Wallbrown, F. (1993). Motivational components of client reactance. *Journal of Counseling and Development*, 71(5), 533-539.
- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1991). The therapeutic reactance scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69(6), 541-545
- Eagly, H.A. (2009). The his and hers of prosocial behavior: An examination of the social psychology of gender. *American Psychologist*, 64, 644-658.
- Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction*. London: Hogarth Press.
- Goldsmith, R. E., Clark, R. A., & Lafferty, B. (2005). Tendency to conform: A new measure and its relationship to reluctance. *Psychological Reports*, 96, 591.
- حسی - حرکتی با والدین کودکان عادی شهر تهران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد).
- خسروی، ن.، راهب، غ.، عرشى، م.، و اقلیما، م. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی - حرکتی مراکز آموزشی رعد. *مجله توانبخشی*، ۱۶(۲)، ۱۷۶-۱۸۵.
- رستمی، ر.، شاه محمدی، خ.، قائدی، غ.، بشارت، م. ع.، اکبری زردخانه، س.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه افق دانش*، ۱۶(۳)، ۴۶-۵۴.
- ریحانی، ر. (۱۳۷۴). *بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله خانواده‌های کودک عقب‌مانده ذهنی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودکان عادی شهرستان زاهدان* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). انستیتو روانپزشکی تهران.
- ساجدی، ف.، وامقی، ر.، عالیزاد، و.، ملک خسروی، غ.، کریملو، م.، راوریان، آ. و شهشهانی‌پور، س. (۱۳۸۹). آیا شدت اضطراب در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی بالاتر از مادران کودکان عادی است؟، *نشریه توانبخشی*، ۵، ۱۵-۲۰.
- سلیمی، ع.، جوکار، ب.، و نیک‌پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روان‌شناختی*، ۵(۳)، ۸۱-۱۰۲.
- سیف نراقی، م.، و نادری، ع. (۱۳۸۱). فشار روانی و والدین کودکان معلول. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۰ و ۱۱، ۱۹-۲۳.
- غباری بناب، ب.، وحدت تربتی، ش. (۱۳۸۱). *بررسی و مقایسه ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی*. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۰ و ۱۱، ۱۹-۲۳.
- صالحی، م.، کوشکی، ش.، و حق‌دوست، ن. (۱۳۹۰). *مقایسه سلامت عمومی، سبک‌های مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم*. *مجله تحقیقات روان‌شناختی*، ۳(۹)، ۹-۱۲.
- عطادخت، ا.، جوکار کمال‌آبادی، ن.، حسینی کیاسری، س.، و بشرپور، س. (۱۳۹۳). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی اختلالات روانشناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی. *مجله توانبخشی* ۱۵(۳)، ۲۶-۳۴.
- قائدی، غ.، و یعقوبی، ح. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر*. *ارمغان دانش*، ۲(۱۳)، ۶۹-۸۱.
- موسوی خطاط، م.، سلیمانی، م.، و عبدی، ک. (۱۳۹۰). *مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی*. *نشریه توانبخشی*، ۱۲، ۵۳-۶۳.
- همتی‌راد، گ.، و سپاه منصور، م. (۱۳۸۷). *رابطه بین استرس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران*. *اندیشه و رفتار*، ۷(۷)، ۷۹-۸۶.
- یکتاخواه، س. (۱۳۸۸). *مقایسه منابع و میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و*

- Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J.L., Deniau, E., Hartmann, A. (2016). Impact of Perceived Stress, Anxiety-Depression and Social Support on Coping Strategies of Parents Having a Child with Gilles de la Tourette Syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(1), 109-113.
- Hong, S. M., & Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, *56*, 173-182.
- Hong, S.M., & Giannakopoulos, E. (1993). The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *Journal of Psychology*, *128*(5), 547-552
- Hong, S.M., & Ostini, R. (1989). Further evaluation of Merz's psychological reactance scale. *Psychological Reports*, *64*, 707.
- Hong, S.M., & Page, S. (1989). A psychological reactance scale: development, factor structure and reliability. *Psychological Reports*, *64*, 1323-1326
- Joubert, C. E. (1990). Relationship among self-esteem, psychological reactance, and other personality variables. *Psychological Reports*, *66*(3), 1147-1151.
- Khodabakhshi Koolae, A. (2011). *Application of counseling and psychotherapy in rehabilitation of the disabled*. Tehran: Danzheh, 12-16 [in Persian].
- Lepore, S. J., Evans, G. W., Schneider, M. L. (2009). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *J. Pers Soc Psychol.*, *61*(6), 899-909.
- Melrose, K.L., Brown, G., Wood, A. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, *77*, 97-115.
- Pagano, M.E., Zeltner, B., Post S., Jaber, J., Zywiak, W.H., & Stout, R.L. (2009). Who should I help to stay sober? Helping behaviors among alcoholics who maintain long-term sobriety. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *27*, 38-50.
- Penner, L.A. (2002). The Causes of Sustained Volunteerism: An Interactionist Perspective. *Journal of Social Issues*, *58*, 447-468.
- Petterson, N., & Albers, A. M. (2001). Effect of poverty and maternal depression on childhood development. *Journal child development*, *77*, 1794-1813.
- Robledillo, R. N., Garcia, D. A., Blasco, S., Pérez, J., González-Bono, E., & Moya-Albiol, L. (2014). Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *35*, 686-695.
- Sarason, B. R., Sarason, I.G., & Pierce, G.R. (Eds.). (1990). *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons
- Sherbourne, D., Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Sot Science Medicine*, *32*(6), 705-714.
- Tajalli, P., Sobhi, A., & Ganbaripannah, A. (2010). The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Social and Behavioral Sciences*, *5*, 99-103.
- Thomas, A., Donnell, A., & Buboltz, W. C. (2001). The Hong psychological reactance scale: A confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *34*, 2-13.
- Turnball, K., & Jackson, I. (2004). *How a deaf child affect family life*. Available at: www.handsandvoices.com.
- Van Riper, M. (2008). Families of children with down syndrome: responding to "A change in plans" with Resilience. *Journal of pediatric Nursing*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com>
- Warren, J.I., Stein, J.A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *89*(2-3), 267-274.
- Zeigler-Hill, V., Chadha, S., & Osterman, L. (2008). Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem? *Journal of Research in Personality*, *2*(42), 348 - 364
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30-41.