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 (علّی- 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 پنر، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی زیمت، پرسش‌نامه واکنش روانی هنگ و پیج و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی آندروز بود. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مانوا تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد در ابعاد حمایت خانواده ($p\leq0/01$)، حمایت دوستان ($p\leq0/05$)، هم‌حسی جهت‌گیری شده ($p\leq0/01$) و جامعه‌پسندی شخصیت ($p\leq0/01$) بین دوگروه تفاوت معناداری وجود داشته است. به‌طوری‌که 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

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
Accepte: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 ($p\leq0.01$), support from friends ($p\leq0.05$), directional empathy ($p\leq0.01$) and prosocial personality ($p\leq0.01$). 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.

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 به‌علت 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 به‌علت وجود نقصی مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی و روانی (دوارمنش و براتی، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، هنگامی که فردی به‌طور 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. برهمین 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، به‌طوری‌که مادران کودکان معلول تحت فشار روانی شدیدتری هستند. پژوهش یکتاخواه (۱۳۸۸) در مورد شیوه‌های مقابله به‌کار 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

سبک‌های دفاعی والدین کودکان دارای نقص جسمی و حرکتی مورد بررسی قرار گرفته است.

شخصیت جامعه‌پسند[1] 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 چندگانهٔ شخصیت در رفتار جامعه‌پسند دخیل است، سبب شده که برخی پژوهشگران این فرض را مطرح کنند که ترکیبی از این عوامل، به‌وجود آورندهٔ 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).

از طرفی واکنش روانی[2] 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[3] 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 (جوبرت، 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 دربارهٔ 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

معلمان و همکلاسی‌ها) است. نظریهٔ حمایت اجتماعی دربارهٔ 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 شدکه 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 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 رشدنایافته تقسیم کردند. مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته به‌منزلهٔ شیوه‌های مواجههٔ انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند درحالی‌که مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنایافته، 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 علّی ـ 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

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 پنر (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 کمک‌رسانی[۴] و هم‌حسی جهت‌گیری شده به دیگران[۵] را می‌سنجد. هر دو زیرمقیاس همگرایی درونی بیش از ۰/۸۰ و روایی بازآزمایی برای هم‌حسی جهت‌گیری شده به دیگران به میزان ۰/۷۷ و کمک‌رسانی به میزان ۰/۸۵ دارند (پنر 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 بازآزمایی 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 شدهٔ فرد را در هر یک از سه حیطهٔ 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، ۰/۸۶و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه واکنش روانی[۷]: مقیاس واکنش روانی هنگ و پیج (۱۹۸۹) برگرفته شده از مقیاس واکنش روانی مرز و شامل۶۰ ماده است. با تحلیل عاملی داده‌ها در نسخه واکنش روانی هنگ و پیج (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 رشدنایافته 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. سبک‌دفاعی رشدنایافته شامل دوازده مکانیسم دفاعی است: فرافکنی، پرخاشگری غیرفعال، عملی‌سازی، مجزاسازی، ناارزنده‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل‌تراشی و بدنی‌سازی (بشارت، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از سبک‌های رشدیافته، رشدنایافته و نوروتیک فرم فارسی مقیاس در یک نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳و ۰/۷۴؛ برای دانشجویان پسر ۰/۷۴،

۰/۷۴، ۰/۷۲ و برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۴ بود که نشانهٔ همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود (بشارت، ایروانی و شریفی، ۲۰۰۱، به نقل از بشارت، ۱۳۸۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۱۷ و با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف معیار در سطح توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) در سطح استنباطی صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
واکنش روانی	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۴۲/۶۶۷	۱۳/۹۹۳
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۴۰/۸۶۷	۱۲/۱۹۳
حمایت خانواده	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۱۴/۳۳۳	۲/۹۱۶
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۱۰/۹۳۳	۳/۲۰۵
حمایت دوستان	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۱۰/۴۰۰	۲/۳۷۲
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۱۲/۳۳۳	۳/۵۳۶
حمایت دیگران	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۱۰/۱۳۳	۲/۳۱۵
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۱۰/۴۶۷	۲/۹۹۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۳۴/۸۶۷	۵/۰۷۷
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۳۳/۷۳۳	۶/۰۴۰
هم‌حسی جهت‌گیری شده	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۷۰/۶۰۰	۱۲/۵۰۵
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۵۱/۷۳۳	۱۱/۶۷۱
کمک‌رسانی	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۴۵/۴۰۰	۶/۵۳۷
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۴۴/۴۰۰	۶/۳۱۱
جامعه‌پسندی شخصیت	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۱۱۶/۰۰۰	۱۵/۲۶۸
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۹۶/۱۳۳	۱۵/۴۶۰
سبک رشدنایافته	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۶۳/۸۰۰	۱۰/۶۲۳
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۶۵/۸۰۰	۱۰/۴۹۳
نوروتیک (روان‌آزرده)	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۳۳/۰۶۷	۶/۹۰۳
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۳۶/۰۰۰	۹/۸۳۳
سبک رشدیافته	والدین دارای کودکان با نقص	۳۰	۶۲/۴۰۰	۱۶/۶۰۴
	والدین دارای کودکان سالم	۳۰	۵۷/۷۳۳	۷/۷۷۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده شد، در والدین دارای کودکان با نقص حرکتی و جسمی، میانگین واکنش روانی ۴۲/۶۶، حمایت خانواده ۱۴/۱۳، حمایت دوستان ۱۰/۹۳، حمایت دیگران ۱۲/۳۳، حمایت اجتماعی ادراک شده ۳۴/۸۶، هم‌حسی جهت‌گیری شده ۷۰/۶، کمک‌رسانی ۴۵/۴، جامعه‌پسندی شخصیت ۱۱۶، سبک‌های دفاعی سبک رشدنایافته ۶۳/۸، نوروتیک روان‌آزرده ۳۳/۰۶ و سبک رشدیافته ۶۴/۴ و سالم به‌ترتیب ۴۰/۸۶، ۱۰/۹۳، ۱۲/۳۳، ۱۰/۴۶، ۳۳/۷۳، ۵۱/۷۳، ۴۴/۴، ۹۶/۱۳، ۶۵/۸، ۳۶/۰۰ و ۵۷/۷۳ به‌دست آمده است. برای بررسی میانگین و انحراف معیار جامعه‌پسندی شخصیت، واکنش روانی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های دفاعی گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی 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 آزادی۱	درجه آزادی۲	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
کمک رسانی	۰/۰۸۸	۱	۵۸	۰/۷۶۸
جامعه‌پسندی شخصیت	۰/۰۴۵	۱	۵۸	۰/۸۳۲
سبک رشدنایافته	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، پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌های دو گروه در تمام ابعاد، به‌جز متغیر حمایت دوستان تأیید شد ($P>0/05$).

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

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 دفاعی گروه‌های والدین دارای کودکان دچار نقص عضو جسمی حرکتی و سالم معنی‌دار بوده است ($p\leq0/01$). به منظور تحلیل ابعاد معنی‌داری در جدول ۴ از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است.

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

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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	۱/۲۷۱	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 ($p\leq0/01$، F=۱۲/۳۴۸)، حمایت دوستان ($p\leq0/05$، F=۴/۸۱۳)، هم‌حسی جهت‌گیری شده ($p\leq0/01$، F=۲۲/۱۴۴) و جامعه‌پسندی شخصیت ($p\leq0/01$، F=۱۶/۳۳۱) در تفاوت نمرات بین گروه‌های والدین دارای کودکان

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 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.

جدول ۵. آزمون پیگیری LSD به منظور بررسی مقابله‌های چندگانه

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

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

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 ($p\leq0/01$). 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 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.

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

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 شبکهٔ 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 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، ارائهٔ خدمات، متواضع بودن، حسن نیت یا هر واژهٔ 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 به‌دلیل 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*

حسی – حرکتی *با والدین کودکان عادی شهر تهران* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد).

خسروی، ن.، راهب، غ.، عرشی، 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). رابطهٔ 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). انسیتو 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 روان شناختی، 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)، ۱-۱۲.

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 ۳*(۱۵)، ۲۶-۳۴.

قائدی، غ.، و یعقوبی، ح. (۱۳۸۷). بررسی رابطهٔ بین ابعاد حمایت اجتماعی اداراک 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). رابطهٔ بین استرس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران. *اندیشه و رفتار*، ۲(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 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., Brisette, 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.

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 laTourette Syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing. 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 Merzs 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 Koolaee, 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. PersSocPsychol., 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., Pe´rez, J., Gonza´lez-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., & Ganbaripanah, 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.

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.siencedirect.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.