

Research Paper

Comparison of the Coherence and Defense Mechanisms between Parents of Normal Children and Parents of Children with Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder



Elham Taati¹, Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri^{*2}

1. M.A. Student of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Citation: Taati E, Zarbakhsh Bahri MR. Comparison of the coherence and defense mechanisms between parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 15-27.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.3>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Coherence,
defense mechanisms,
autism,
attention deficit
hyperactivity disorder

Background and Purpose: Certain childhood psychological disorders such as autism and attention deficit hyperactivity disorder result in significant psychological damages to parents. Based on the results of different studies, various problems in these children, cause anxiety and stress in their family members. Hence, this study was conducted to compare the coherence and defense mechanisms among the parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder.

Method: This study was a descriptive and causal-comparative design. The statistical population included all parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder in Rasht city in 2016-2017. The sample size of the study consisted of 90 parents who were selected by convenience sampling and based on inclusion and exclusion criteria. *Defense Style Questionnaire* (Andrews et al., 1993) and *Sense of Coherence* (Antonovsky, 1987) were used to measure the variables. The data were analyzed by multivariate analysis of variance.

Results: The results of the study indicated that there was a significant difference among the three groups of parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder in each component of coherence ($p < 0.05$). Parents of children with attention deficit hyperactivity disorder had the lowest mean score in coherence (90.96), while the highest score (101.93) was for the group of parents with normal children. There was a significant difference between the three groups of parents in each component of defense mechanism ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of the current research, parents of normal children and parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder experience higher levels of mental stresses related to parenting, which may be caused by the special needs of these children and the distinctive psychological and mental differences between them and their peers. In this way, planning and implementing appropriate psychological and educational interventions for the parents of these children, with an emphasis on the initial interventions, can be very helpful.

Received: 12 Jan 2018

Accepted: 27 Mar 2018

Available: 9 Nov 2019

* **Corresponding author:** Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E-mail addresses: Rzarbakhsh@yahoo.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

مقایسه انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی در والدین دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم،
نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجارالهام طاعتی^۱، محمدرضا زربخش بحری^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

انسجام روانی،
مکانیسم‌های دفاعی،
اختلال طیف اوتیسم،
نارسایی توجه/فزون‌کنشی

زمینه و هدف: بعضی از اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی مانند اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی، آسیب‌های روان‌شناختی معناداری را برای والدین به همراه دارند. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، مشکلات متعدد این کودکان، اعضای خانواده را دچار آشفتگی و تنیدگی زیادی می‌کنند؛ بدین ترتیب پژوهش حاضر به منظور مقایسه انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی در والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجار انجام شد.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجار شهر رشت در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه پژوهش ۹۰ نفر از والدین جامعه آماری مذکور بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود و خروج از مطالعه، انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها، از پرسشنامه‌های مکانیسم‌های دفاعی (آندروز و همکاران، ۱۹۹۳) و حس انسجام (آنتونوسکی، ۱۹۸۷) استفاده شد. تحلیل داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد بین سه گروه والدین دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجار در هر یک از مؤلفه‌های انسجام روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). بدین ترتیب در متغیر انسجام روانی، والدین دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با میانگین ۶۶/۹۰، پایین‌ترین نمره، و والدین کودکان بهنجار با میانگین ۱۰۱/۹۳، بالاترین را به دست آوردند. همچنین نتایج نشان داد در مؤلفه‌های مکانیسم دفاعی در سه گروه از والدین، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، والدین دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی، سطوح بالاتری از تنیدگی‌های روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند که می‌تواند ناشی از نیازهای خاص این کودکان و تفاوت‌های بارز آنها با سایر همسالان از جنبه‌های مختلف شناختی و روانی باشد. بدین ترتیب طراحی و اجرای مداخلات مناسب روان‌شناختی و آموزشی برای والدین این کودکان با تأکید بر مداخلات اولیه می‌تواند تا حد زیادی راهگشا باشد.

دریافت شده: ۹۶/۱۰/۲۲

پذیرفته شده: ۹۷/۰۱/۰۷

منتشر شده: ۹۸/۰۸/۱۸

* نویسنده مسئول: محمدرضا زربخش بحری، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

رایانامه: Rzarbakhsh@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۱۱-۵۴۲۷۱۱۰۵

مقدمه

اختلال‌های عصبی تحولی^۱، یکی از انواع اختلالات دوره کودکی هستند که خانواده‌ها را با مشکلات و معطلات بسیاری روبه‌رو می‌کنند (۱). این اختلالات با آسیب شدید و فراگیر در زمینه‌های گوناگون تحولی مانند اختلال در مهارت‌های تعامل اجتماعی متقابل و مهارت‌های ارتباطی و یا وجود رفتار و علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شوند. اختلال طیف اوتیسم^۲ یکی از مشهورترین اختلال‌های عصبی تحولی دوران کودکی است. مشخصه‌های اصلی اوتیسم عبارت از تحول نابهنجار یا اختلال قابل توجه در ارتباط، تعامل اجتماعی، و محدودیت چشمگیر فعالیت‌ها و علایق است. جلوه‌های این اختلال با توجه به سطح تحول و سن تقویمی فرد متفاوت است. این اختلال تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد که سطوح بالای اضطراب، تنیدگی، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و همچنین کاهش رضایت زناشویی به‌خصوص والدین کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم، از جمله این موارد است (۲). همه والدین در تطبیق دادن شیوه‌های والدگری^۳ خود با نیازهای فرزندانشان با چالش‌های زیادی مواجه هستند اما پدر و مادرهایی که فرزندی مبتلابه اختلال طیف اوتیسم دارند با مشکلات بزرگ‌تری درگیر هستند که با مشکلات پرورش کودکان بهنجار قابل مقایسه نیست. تعامل با کودکانی که از نظر ذهنی ناتوان یا کم‌توان هستند، فشار روانی خاصی را بر والدین و به‌ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کند که به دنبال آن مشکلات و مسائل بسیاری را به وجود می‌آورد (۳). خانواده کودک با نیاز ویژه، به لحاظ داشتن کودکی متفاوت از سایر کودکان با مشکلات فراوانی در زمینه نگهداری، آموزش و تربیت آنها روبه‌رو است و این مسائل همگی بر والدین تنیدگی خاصی را وارد می‌کنند که سبب برهم خوردن آرامش و یکپارچگی خانواده می‌شوند و در نتیجه انطباق و سازش‌یافتگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به‌خصوص مادران آنان از تنش‌ها و فشارهای روانی فراوان رنج می‌برند (۴). پژوهش‌ها سطوح بالاتری از تنیدگی را در خانواده‌هایی که کودکان با ناتوانی‌های مختلف دارند، نسبت به خانواده‌هایی که کودک بهنجار دارند، گزارش کرده‌اند (۵). در پژوهشی

نشان داده شد که رفتارهای سازشی کودکان با اختلال طیف اوتیسم ارتباط تنگاتنگی با سلامت روانی والدین دارد (۶).

دیگر اختلالی که می‌تواند زمینه سلامت روان خانواده را با آسیب مواجه کند، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۴ است. اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی یک اختلال عصب‌روان‌شناختی (۷) و یکی از رایج‌ترین اختلال‌های عصبی-تحولی دوران کودکی است. این کودکان اصولاً از بدو تولد به این اختلال مبتلا هستند و در صورتی که خدمات درمانی، آموزشی و روان‌شناختی دریافت نکنند، ناتوانی‌های قابل توجهی در زمینه عملکرد شناختی، هیجانی، و خانوادگی در آنها ایجاد می‌شود (۸). این اختلال دربرگیرنده نشانه‌های تحولی نامناسب از جمله نارسایی توجه، فزون‌کنشی، بی‌توجهی، و زودانگیختگی است. بررسی تعامل‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک، به‌عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به‌نوبه خود بر رفتار والد و تعامل میان والد به‌ویژه مادر و کودک مؤثر است (۹). کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان بهنجار، رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می‌دهند، کمتر تبعیت می‌کنند و والدین آنها بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (۱۰). از طرفی تنیدگی مداوم در والدین زمینه بروز مشکلات روانی متعددی برای آنها را به وجود می‌آورد. لین، اورسماند، کاستر و کوهن (۱۱) در پژوهشی نشان داده‌اند که والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی سطوح بالاتری از اختلالات شخصیتی و افسردگی را دارا هستند.

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند، زیرا والدین از مشکلات روان‌شناختی بیشتری رنج می‌برند و در مهارت‌های والدگری دچار احساس بی‌کفایتی می‌شوند (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود تنیدگی مداوم ناشی از ابتلا فرزند به کم‌توانی ذهنی، احتمال بروز علائم و حتی اختلالات شخصیتی در والدین کودکان با نیاز ویژه را افزایش می‌دهد. چنانچه مجوم‌دار، داسیلوا پیرا و فرناندز (۱۳) گزارش کرده‌اند که والدین کودکان با نیاز ویژه نسبت به والدین

3. Parenting Styles

4. Attention Deficit/ Hyper Disorder

1. Neurodevelopmental disorder

2. Autism

کودکان بهنجار از اضطراب و تنیدگی بیشتری برخوردار هستند. همچنین مطالعه بن‌تاب و همکاران (۱۴) حاکی از آن است که مشکلات خلقی و اضطرابی در والدین کودکان دارای مشکلات ناتوانی بیشتر است و این والدین از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. پژوهش سعیدمنش و عزیز (۱۵) حاکی از آن است که مادران کودکان بهنجار افرادی خویشتر داتر هستند در حالی که مادران کودکان با نیاز ویژه افرادی محتاط، کمرو، مزوی، مضطرب، هیجانی‌تر، و دارای تنش عصبی بیشتری هستند.

همه پدرها و مادرها دوست دارند که کودکی سالم و موفق داشته باشند؛ به همین دلیل پذیرش بیمار بودن فرزندشان برای آنان بسیار مشکل است. بیشتر والدین سعی می‌کنند این مسئله را انکار کنند. هر چه توانایی افراد برای مقابله و کنار آمدن با رویدادهای تنش‌آور بیشتر باشد به احتمال کمتری گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند (۱۵). از جمله متغیرهایی که به صورت هوشیار و ناهوشیار سطح پردازش شناختی و هیجانی والدین کودکان استثنائی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب آشفتگی در سیستم هیجانی آنها می‌شود، مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی درک حوادث تهدیدکننده، عمل می‌کنند (۱۶). سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تحریف کرده و تغییر دهند، زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند (۱۷). با توجه به اینکه تأثیر تنیدگی بر سازه‌های روانی به سطح تحمل پریشانی فرد بستگی دارد، هرچه فرد به جای به کارگیری روش‌های ناکارآمد، از اصول، باورها، و ارزش‌هایی که به آنها اعتقاد دارد استفاده کند، سطح تحمل پریشانی در او بیشتر خواهد بود (۱۸). نتایج پژوهش عباسی و پیرانی (۱۹) نشان داد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان ناشنوا مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته بیشتری دارند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که جنسیت در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته تفاوتی ایجاد نکرد. برودی و کارسون (۱۷) در گزارشی مختصر با عنوان ارتباط بین مکانیسم‌های رشدنا یافته و رفتارهای خودآسیبی، نشان دادند که بین این دو متغیر رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین مارگو، گرینبرگ،

فیشر و دوان (۲۰) نیز گزارش کرده‌اند که مادران کودکان استثنائی در مقایسه با مادران سایر کودکان، بیشتر از سبک‌های دفاعی انکار، دلیل‌تراشی، و فرافکنی استفاده می‌کنند که این موضوع آنها را بیشتر مستعد افسردگی و احساس گناه، ناامیدی، و پرخاشگری می‌کند. پژوهش باغبان وحیدی، حسین‌خانزاده و ندایی (۲۱) نیز نشان داده است که برقراری ارتباط مؤثر مادران با کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان و بهبود وضعیت روانی مادران می‌شود.

شواهد تجربی نشان داده‌اند که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش‌یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی مرتبط بوده (۲۲) و سبک‌های دفاعی سازش‌نا یافته و روان‌آزرده با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است (۲۳). از سویی دیگر اهمیت نقش والدین در زندگی کودکان واضح و روشن است، چرا که والدین همیشه مراقب، آموزش‌دهنده و عاملی ضروری برای تحول اجتماعی، زبانی، و تحصیلی کودکان هستند. از آنجایی که والدین دارای کودک استثنائی در معرض آسیب‌های روانی بیشتری قرار دارند، از این رو شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی آنها و برنامه‌ریزی برای ارتقا و بهبود وضعیت آنها می‌تواند از وقوع مشکلات و آسیب‌های روانی برای والدین و کودکان پیشگیری کند. از این رو با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده درباره متغیرهای مرثر بر سلامت روان شناختی والدین کودکان با نیازهای ویژه، هدف پژوهش حاضر مقایسه انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی در والدین دارای کودک اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی با والدین دارای کودک بهنجار است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی والدین دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی اوتیسم گیلان و والدین دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و همچنین والدین کودکان بهنجار مدارس دولتی شهر رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بودند. ۹۰ نفر از این والدین (۳۰ نفر

رشدنا یافته شامل مواردی از قبیل دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، همه کار توانی، نارزنده سازی، و گذار به عمل است. سبک دفاعی روان آزرده نیز مواردی از قبیل تشکل واکنشی، عقلانی سازی، و ابطال را در بردارد. پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی بیانگر ضرایب اعتبار و روایی مطلوب این ابزار است. آندروز و همکارانش در ۱۹۹۳ همبستگی‌های بین آزمون و آزمون مجدد را بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ گزارش کردند و آلفای کرونباخ را برای سبک‌های رشد یافته، رشدنا یافته، و روان آزرده به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش کردند. روایی همگرا و تشخیصی (افترافی) نسخه فارسی پرسشنامه سبک‌های دفاعی از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین آلفای کرونباخ مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشدنا یافته، و روان آزرده در ایران به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۸۳ بیان شده است (۲۴). در این پژوهش پژوهشگر ضریب آلفای کرونباخ مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، رشدنا یافته، و روان آزرده را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۰ برآورد کرده است.

۲. پرسشنامه حس انسجام^۱: این پرسشنامه توسط آنتونوسکی در سال ۱۹۸۷ طراحی شد. آنتونوسکی بر این باور است که از طریق حس انسجام می‌توان توجیه کرد که چرا فردی می‌تواند حد بالایی از تنیدگی را از سر بگذراند و سالم بماند. به اعتقاد او این پرسشنامه مهار فرد بر تنیدگی را ارزیابی می‌کند که حاوی ۲۹ سؤال ۷ گزینه‌ای لیکرتی است که از ۱ تا ۷ (عدم تمایل تا تمایل شدید) درجه بندی شده است. این مقیاس سه بعد ادراک پذیری (۱۱ گویه)، مهار پذیری (۱۰ گویه)، و معناداری (۸ گویه) را می‌سنجد. ۱۳ سؤال از این پرسشنامه (۱، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۷) به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. آزمودنی، میزان توافق خود را با هر گویه از طریق تأیید یکی از ۷ درجه، مشخص می‌کند. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره قابل اخذ برای مشارکت کننده بین ۲۰۳-۲۹ است که نمره بالاتر بیانگر حس انسجام قوی تر است. ضریب آلفای به دست آمده برای پرسشنامه ۲۹ سؤالی در ۱۲۴ پژوهش از کشورهای مختلف، رقم ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ را

از والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم، ۳۰ نفر از والدین کودکان اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، و ۳۰ نفر از والدین کودکان بهنجار با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. انتخاب دانش آموزان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی از طریق پرونده تحصیلی آنها که پیش از این تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی را توسط روان پزشکی دریافت کرده بودند، انجام شد. انتخاب کودکان اوتیسم از طریق مادرائی که به مرکز توانبخشی اوتیسم گیلان مراجعه می‌کردند، و قبلاً توسط روان پزشکی تشخیص داده شده بود، انجام گرفت. انتخاب کودکان بهنجار نیز با همتاسازی با دو گروه دیگر از نظر سن، جنسیت، و مقطع تحصیلی از مدارس آموزش عمومی شهر رشت انجام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و بهزیستی، افراد نمونه از میان والدینی که دارای رضایت کامل برای شرکت در آزمون بودند وارد مطالعه شدند. از ملاک‌های ورود به مطالعه، مبتلا بودن کودکان به اختلال طیف اوتیسم و تحت آموزش بودن در یکی از مراکز درمانی و توانبخشی مورد تأیید سازمان بهزیستی، مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی بر اساس ملاک‌های تشخیصی مورد نظر، وجود برگه تشخیص اختلال توسط روان پزشکی در پرونده کودک، نداشتن اختلال همبود، دامنه سنی کودک بین ۷ تا ۱۲ سال، و رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه مکانیسم‌های دفاعی^۱: این ابزار توسط آندروز^۲ و همکاران با هدف مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در سال ۱۹۹۳ طراحی شده و دارای ۴۰ سؤال است که سه سبک دفاعی رشد یافته^۳ با استفاده از سؤال‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۵، رشدنا یافته^۴ با سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰، و سبک دفاعی روان آزرده^۵ (مابقی سوالات) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سؤال‌ها در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۹) نمره گذاری می‌شود. مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته شامل والایش، پیشاپیش نگری^۶، شوخ طبعی، و فرونشانی هستند و مکانیسم‌های دفاعی

5. Neuroticism
6. Anticipation
7. Sense of coherence

1. Defense Style Questionnaire
2. Androus
3. Developed
4. Undeveloped

بدین ترتیب به آزمودنی‌ها گفته شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه بوده و به غیر از پژوهشگران، فرد دیگری به اطلاعات دسترسی نخواهد یافت و تأکید شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است. اطلاعات به دست آمده با روش تحلیل کواریانس چند متغیری با نرم افزار اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به هدف پژوهش که مقایسه انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی در سه گروه والدین دارای کودک اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجار بود در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات سه گروه از والدین در مؤلفه‌های انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول، میانگین نمرات والدین کودکان بهنجار نسبت به والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی در همه مؤلفه‌ها به جز دو مؤلفه رشد نیافته و روان‌آزرده بالاتر است و این دو مؤلفه در گروه والدین دارای کودک اختلال طیف اوتیسم نمره بالاتر دارد. همچنین بین گروه اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی تفاوت محسوسی وجود ندارد.

نشان داد. ضریب بازآزمایی بیانگر پایایی پرسشنامه بود و نشان‌دهنده همبستگی ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ در فاصله یک سال، ۰/۶۴ برای دو سال، ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ برای ۴ سال، ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ برای ۵ سال، و ۰/۵۴ برای ۱۰ سال بود (۲۵). در پژوهش‌های جدیدتر، آلفای پرسشنامه ۲۹ سؤالی، ۰/۸۴ الی ۰/۸۶ و روایی آزمون ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ گزارش شد (۲۶). در این پژوهش پژوهشگر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه را ۰/۷۹ برآورد کرده است.

ج) روش اجرا: پس از هماهنگی‌های لازم با سازمان آموزش و پرورش و بهزیستی استان گیلان و اخذ مجوز لازم، به مرکز توانبخشی کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم گیلان مراجعه شد. با هماهنگی مربیان مرکز با والدین کودکان مورد نظر صحبت به عمل آمد. همچنین با گرفتن مجوز از آموزش و پرورش برای دو مدرسه دولتی، با هماهنگی با مدیران مدرسه و صحبت با مشاوران مدرسه، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با اولیای این دانش‌آموزان و همچنین با والدین دانش‌آموزان بهنجار هماهنگی لازم انجام شد. بعد از برقراری رابطه، توضیحات در مورد پژوهش و کسب رضایت کامل از والدین، ابزارهای مورد مطالعه در این پژوهش بر روی آنها اجرا شد. لازم به ذکر است ملاحظات اخلاقی نیز به‌طور کامل رعایت شد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، نمرات آزمون انسجام روانی و مکانیسم دفاعی در والدین دارای کودک بهنجار، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و طیف اوتیسم

متغیر	بهنجار		فزون‌کنش		اوتیسم		آزمون کالموگروف-اسمیرنوف
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قابل درک بودن	۴۲/۰۳	۴/۳۹	۳۰/۵۴	۷/۲۳	۵/۶۶	۰/۶۴	۰/۰۷۵
کنترل‌پذیری	۳۷/۷۰	۳/۰۸	۲۴/۰۶	۴/۵۴	۴/۹۳	۰/۷۷	۰/۰۷۸
معنی‌دار بودن	۲۲/۲۰	۲/۸۸	۱۸	۲/۸۳	۳/۸۳	۰/۷۹	۰/۰۵۲
رشد نیافته	۶۳/۴۳	۷/۱۵۱	۱۰۲/۲۹	۷/۳۵	۱۷/۱۱	۰/۵۵	۰/۲۰۰
رشد یافته	۲۵	۲/۵۵	۱۷/۷۷	۳/۶۹	۳/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۵۴
روان‌آزرده	۲۳/۰۳	۳/۸۳	۳۴/۱۹	۵/۸۸	۵/۸۶	۰/۵۷	۰/۲۰۰

معناداری آماره آن بود که نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$).

آزمون ام‌باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به عمل آمد. نتیجه ام‌باکس برای متغیر انسجام روانی برابر با $F = 3/079$ ($p > 0/05$) و متغیر مکانیسم دفاعی برابر با $F = 3/145$ ($p > 0/05$) بود که نشان داد شرط همگنی واریانس-کوواریانس برقرار

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0/05$). پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم

است. نتیجه آزمون لامبدای ویلکز برای متغیر انسجام روانی برابر با $F=35/239$ به دست آمد که نشان می‌دهد سه گروه مورد مطالعه در انسجام روانی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. حال به منظور مقایسه مؤلفه‌های انسجام روانی نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس روی میانگین مؤلفه‌های آزمون انسجام روانی در سه گروه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
قابل درک بودن	۲۹۷۹/۸۲۲	۲	۱۴۸۹/۹۱۱	۴۲/۷۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
مهارپذیری	۳۹۲۰/۶۰۰	۲	۱۹۶۰/۳۰۰	۱۱۰/۷۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸
معنی‌دار بودن	۹۹۴/۹۵۶	۲	۴۹۷/۴۷۸	۵۸/۰۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
نمره کل انسجام روانی	۲۱۴۴۰/۰۶۷	۲	۱۰۷۲۰/۰۳۳	۱۰۶/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین سه گروه والدین دارای کودکان اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، و بهنجار در نمره انسجام روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته نشان داد که بین سه گروه از نظر قابل درک بودن، مهارپذیری، معنی‌دار بودن، و نمره کل انسجام روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. حال برای اینکه این تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌ها است، از آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار (LSD) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کمترین تفاوت معنادار (LSD)

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
قابل درک بودن	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۱۲/۷۳۳	۱/۵۲۳	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۱/۶۰		۰/۰۰۱
	بهنجار	-۱۲/۷۳۳		۰/۰۰۱
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	-۱/۱۳۳	۱/۵۲۳	۰/۷۳۸
مهارپذیری	بهنجار	-۱۱/۶۰	۱/۵۲۳	۰/۰۰۱
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۱/۱۳۳		۰/۷۳۸
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۱۴/۱۰۰		۰/۰۰۱
	اوتیسم	۱۳/۹۰۰	۱/۰۸۶	۰/۰۰۱
معنی‌دار بودن	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	-۱۴/۱۰۰	۱/۰۸۶	۰/۰۰۱
	اوتیسم	-۰/۲۰۰		۰/۹۸۱
	بهنجار	-۱۳/۹۰۰		۰/۰۰۱
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۰/۲۰۰	۱/۰۸۶	۰/۹۸۱
بهنجار	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۸/۱۳۳	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
	اوتیسم	۴/۴۳۳		۰/۰۰۱
	بهنجار	-۸/۱۳۳	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
	نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	-۳/۷۰۰		۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۷۵۶				
۰/۰۰۱		-۴/۴۳۳	بهنجار	اوتیسم	
۰/۰۰۱		۳/۷۰۰	نارسایی توجه / فزون کنشی		
۰/۰۰۱		۳۴/۹۶۶	فزون کنشی	بهنجار	
۰/۰۰۱	۲/۵۸۵	۲۹/۹۳۳	اوتیسم		
۰/۰۰۱				نارسایی توجه / فزون کنشی	
۰/۰۰۱		-۳۴/۹۶۶	بهنجار		
۰/۰۰۱	۲/۵۸۵		اوتیسم		نمره کل انسجام روانی
۰/۱۳۲		-۵/۰۳۳		اوتیسم	
۰/۰۰۱		-۲۹/۹۳۳	بهنجار		
۰/۰۰۱	۲/۵۸۵				
۰/۱۳۲		۵/۰۳۳	نارسایی توجه / فزون کنشی		

نتایج مقایسه سه گروه در مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته، رشد یافته، و روان‌آزرده در جدول ۴ ارائه شد.

درباره مقایسه سه گروه از والدین مورد مطالعه در مکانیسم‌های دفاعی نتیجه آزمون لامبدای ویلکز برابر با $F=۳۱/۴۵۲$ به دست آمد که نشان می‌دهد بین گروه‌ها در مکانیسم‌های دفاعی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس روی میانگین مؤلفه‌های آزمون مکانیسم دفاعی در سه گروه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور آتا
رشد نیافته	۲۴۲۲۶/۲۰۰	۲	۱۲۱۱۳/۱۰۰	۸۹/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
رشد یافته	۸۳۶/۲۶۷	۲	۴۱۸/۱۳۳	۴۵/۰۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹
روان‌آزرده	۲۱۴۹/۲۶۷	۲	۱۰۷۴/۶۳۳	۳۸/۵۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰

وجود دارد. به منظور فهم تفاوت گروه‌های سه گانه این پژوهش در آزمون مکانیسم دفاعی، از آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار استفاده شده است که نتایج به دست آمده از آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین آزمون مکانیسم دفاعی در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که: بین سه گروه از نظر مکانیسم دفاعی رشد نیافته، رشد یافته، و روان‌آزرده تفاوت معنی‌داری

جدول ۵: نتایج آزمون کمترین تفاوت معنادار (LSD)

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
	نارسایی توجه / فزون کنشی	-۲۷/۹۰۰	۳/۰۱۰	۰/۰۰۱
	بهنجار	-۳۹		۰/۰۰۱
	اوتیسم			۰/۰۰۱
رشد نیافته	نارسایی توجه / فزون کنشی	۲۷/۹۰۰	۳/۰۱۰	۰/۰۰۱
	اوتیسم	-۱۱/۱۰۰		۰/۰۰۱
	بهنجار	۳۹	۳/۰۱۰	۰/۰۰۱
	اوتیسم	۱۱/۱۰۰		۰/۰۰۱
رشد یافته	نارسایی توجه / فزون کنشی	۳/۷۳۳	۰/۷۸۷	۰/۰۰۱
	بهنجار			۰/۰۰۱
	اوتیسم			۰/۰۰۱

۰/۰۰۱		۷/۴۶۷	اوتیسم		
۰/۰۰۱	۰/۷۸۷	-۳/۷۳۳	بهنجار	نارسایی توجه/فزون کنشی	
۰/۰۰۱		۳/۷۳۳	اوتیسم		
۰/۰۰۱	۰/۷۸۷	-۷/۴۶۷	بهنجار	اوتیسم	
۰/۰۰۱		-۳/۷۳۳	نارسایی توجه/فزون کنشی		
۰/۰۰۱	۱/۳۶۳	-۸/۹۳۳	نارسایی توجه/فزون کنشی		روان‌آزرده
۰/۰۰۱		-۱۱/۳۶۷	اوتیسم	بهنجار	
۰/۰۰۱	۱/۳۶۳	۸/۹۳۳	بهنجار	نارسایی توجه/فزون کنشی	
۰/۰۰۱		-۲/۴۳۳	اوتیسم		
۰/۰۰۱	۱/۳۶۳	۱۱/۳۱۷	بهنجار		
۰/۰۰۱				اوتیسم	
۰/۰۰۱	۱/۳۶۳	۲/۴۳۳	نارسایی توجه/فزون کنشی		

۲۵، بالاترین نمره را داشت و در مؤلفه رشدنایافته بالاترین نمره (۱۰۲/۲۹) متعلق به گروه والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم بود. در مؤلفه روان‌آزرده نیز بالاترین نمره (۳۴/۱۹) متعلق به گروه والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم بود که در مقایسه با گروه والدین نارسایی توجه/فزون کنشی با نمره (۳۱/۹۶) توجه چشم‌گیری نداشت. این یافته‌ها همسو با یافته پژوهش‌های برودی و کارسون (۱۷)، عباسی و پیرانی (۱۹)، و مارگو و همکاران (۲۰) است که نشان داده‌اند والدین کودکان استثنائی در مقایسه با همتایان بهنجار خود از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته کمتر و مکانیسم‌های رشدنایافته و روان‌آزرده بیشتری برخوردارند. همچنین نتایج این مطالعات نشان داده بود که والدین کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر از سبک‌های دفاعی فرافکنی، انکار، نارزنده‌سازی، و پرخاشگری منفعلانه استفاده می‌کنند. نتیجه مطالعه حاضر با یافته پژوهش باغبان وحیدی، حسین‌خانزاده و ندایی (۲۱) همسو است که گزارش کردند مادران کودکان اوتیسم از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ استفاده می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هیجانات به دلیل ماهیت متغیرشان می‌توانند در سطوح مختلف هوشیار و ناهوشیار تجربه شوند. به‌علاوه، آن دسته از هیجانات که منبع اضطراب هستند توسط مکانیسم‌های دفاعی به ناهوشیار رانده می‌شوند. از طرفی باید توجه داشت که مکانیسم‌های دفاعی نیز در سلسله‌مراتب سه‌گانه خود (رشدیافته، رشدنایافته، و روان‌آزرده) به دو

بر اساس نتایج جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که گروه بهنجار به صورت معنی‌داری ($P < 0/01$) با گروه دارای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، و اختلال طیف اوتیسم تفاوت دارد و همچنین بین گروه اوتیسم با گروه دارای اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی در مؤلفه‌های مکانیسم دفاعی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه انسجام روانی و مکانیسم‌های دفاعی در والدین دارای کودک اختلال طیف اوتیسم، نارسایی توجه/فزون کنشی، و بهنجار انجام شد. یافته‌ها نشان داده است بین گروه‌های والدین دارای کودکان بهنجار با والدین دارای کودکان اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون کنشی در نمرات مکانیسم‌های دفاعی و انسجام روانی تفاوت معناداری وجود دارد. از طرفی نتیجه آزمون تعقیبی (LSD) نیز نشان داد که این تفاوت در بین هر سه گروه معنادار است. بالاترین نمره میانگین از متغیر انسجام روانی (۱۰۱/۹۳) متعلق به گروه والدین دارای کودک بهنجار بود و پایین‌ترین نمره (۶۶/۹۰) متعلق به گروه والدین نارسایی توجه/فزون کنشی می‌شد که در مقایسه با گروه والدین اختلال طیف اوتیسم (با نمره ۷۲/۶) تفاوت چشم‌گیری نداشت. از متغیر مکانیسم دفاعی، گروه والدین کودکان بهنجار در مؤلفه رشدیافته با نمره میانگین

دسته انطباقی (رشدیافته) و غیر انطباقی (رشد نیافته و روان‌آزرده) تقسیم شده‌اند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده آن دسته از افرادی که از مدیریت هیجانی بیشتری برخوردارند، در برابر اضطراب از مکانیسم‌های دفاعی انطباقی (رشدیافته) استفاده می‌کنند و در مقابل، آن دسته از افرادی که از سازوکارهای دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده استفاده می‌کنند، ابراز و مدیریت هیجانات کمتری دارند (۲۰). مکانیسم‌های دفاعی، اغلب راهکارهایی برای تحریف واقعیت هستند (این تحریف در دفاع‌های رشد نیافته و روان‌آزرده بیش از دفاع‌های رشدیافته است). هر چه میزان تحریف شناختی ناشی از به‌کارگیری مکانیسم دفاعی بیشتر باشد، به دنبال آن میزان آگاهی هشیارانه فرد کاسته می‌شود و در نتیجه تلاش کمتری برای مقابله با آن تحریف صورت می‌گیرد (۵). از سویی دیگر مکانیسم‌های دفاعی، شناخت آگاهانه ما را از خودمان تغییر می‌دهد و آگاهی ما را از تعارض‌های درونی مان کاهش می‌دهد (۲۲). از این رو مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته‌تر 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. از آنجا که والدین کودکان با نیازهای ویژه، بیشتر زمان خود را درگیر مراحل انکار، سوگواری، افسردگی، و احساس گناه به فرزند خود هستند و از سویی دیگر بیشتر آنها به توانایی‌های محدود فرزندشان نگرش منفی داشته و فرصت و زمانی را که نیاز به تعامل با فرزند خود دارند، مشغول جابه‌جا کردن فرزندشان از یک مرکز درمانی به مرکز دیگر هستند، در نتیجه استفاده آنها از مکانیسم‌های رشدنیافته و روان‌آزرده بسیار زیاد است؛ این در حالی است که مکانیسم‌های دفاعی مطلوب، شناخت آگاهانه ما را از خود تغییر می‌دهند، آگاهی ما را از تعارض‌هایمان بهبود می‌بخشند، و احساس‌های متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین لازم به ذکر است که کسب آگاهی و شناخت مطلوب از اختلالات فراگیر تحولی و دستیابی به مهارت‌هایی برای پذیرش مشکلات کودک، باعث می‌شود مادران این کودکان، مشکلات رفتاری فرزند خود را کمتر تنش‌آور بدانند و از راهبردها و مکانیسم‌های سازش‌یافته‌تر و کارآمدتر استفاده کنند (۲۷).

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان دادند که بین گروه والدین کودکان بهنجار در مقایسه با گروه‌های والدین کودکان اختلال طیف

اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نمرات انسجام روانی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های مطالعات مجوم‌دار و همکاران (۱۳)، بن‌تابت و همکاران (۱۴)، و سعیدمنش و عزیزی (۱۵) همخوانی دارد. آنها در مطالعه خود گزارش کردند که والدین کودکان با نیاز ویژه از تنیدگی و اضطراب بیشتری برخوردارند و نسبت به والدین گروه کودکان بهنجار، هیجانی‌تر و دارای تنش عصبی بیشتری هستند.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان گفت که حس انسجام به‌عنوان نگرش پایدار فرد به زندگی و توانایی پاسخ‌دهی به موقعیت‌های تنش‌آور تعریف شده است. این حس یک جهت‌گیری درونی به نحوه ارزیابی خود، دنیا، و الزامات آن است. با توجه به مطالعات انجام شده انسجام روانی پایین در والدین دارای کودکان استثنائی می‌تواند به علت افزایش تنیدگی در آنها باشد (۱۴). والدین کودکان با نیازهای ویژه به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان (به‌ویژه کودک اختلال طیف اوتیسم) و رویارویی با تنیدگی‌هایی از جمله فزونی رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، و نداشتن مهارت مراقبت از خود در این کودکان، کارکرد طبیعی‌شان تضعیف می‌شود؛ به همین دلیل است که میانگین آسیب‌های روانی در والدین کودکان استثنائی و به‌ویژه والدین دارای کودکان اختلال طیف اوتیسم بالاتر از والدین دارای کودک بهنجار است (۳).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی بود که ممکن است برخی از والدین از ارائه پاسخ واقعی اجتناب کرده باشند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در صورت امکان حجم نمونه به‌صورت تصادفی انتخاب شود و علاوه بر پرسشنامه‌ها از مصاحبه تشخیصی نیز استفاده شود تا نتایج به‌دست آمده با قوت بیشتری مورد استفاده و تعمیم قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخلات رفتاری ویژه برای والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی با شناسایی و تأکید بر ضروری‌ترین نیازهای روانی آنها، طراحی و استفاده شود. با توجه به این‌که نتایج پژوهش نشان داد که میزان مکانیسم دفاعی روان‌آزرده و رشدنیافته والدین کودکان اختلال طیف اوتیسم به‌طور معناداری بیشتر از حد معمول است، لزوم توجه

هرچه بیشتر به طراحی راهکارهای مناسب برای افزایش میزان سلامت روان والدین این کودکان احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم الهام طاعتی در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با راهنمایی دکتر محمدرضا زربخش بحری با کد ۱۹۵۲۰۰۸/۱۵۹۲۰۷۰/۱۵۹۲۰۷۰ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره بهزیستی شهر رشت با شماره نامه ۶۸۷۵/۱۵/۰۳ مورخ ۱۷/۰۳/۱۳۹۶ صادر شده است. بدین وسیله از

مسئولین اداره بهزیستی مخصوصاً کارشناس هسته مشاوره که هماهنگی با مرکز اوتیسم گیلان، جهت اجرای پژوهش را انجام دادند و همچنین از کادر اداری و مربیان مدارس و افراد نمونه که در اجرای این پژوهش به ما کمک کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: یادآور می‌شود این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2007; 13(1): 120–129. [\[Link\]](#)
2. Arjmand Nia AA, Afrooz GA, Nami MS. The comparison between marital satisfaction, emotional stress cognitive social support in parents having mentally-impaired children and parents having normal children. *Exceptional Education Journal.* 2013; 3(116): 5–15. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Shiralinia K, Abdollahi Musavi H, Khojastemehr R. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on parenting stress and psychological flexibility in mothers of children with autism spectrum disorder. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2018; 7(28): 21–44. [Persian]. [\[Link\]](#)
4. Beirami M, Hashemi Nosrat Abad T, Movahedi Y, Besharat R, Kohpeima S. Comparison of sleep quality components in parents of autistic, mentally retarded, and normal children. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2014; 4(13): 29–46. [Persian]. [\[Link\]](#)
5. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2010; 54(3): 266–280. [\[Link\]](#)
6. Moshkani M, Mirabedini SH, Mallah M. The relationship between stress and coping styles with adaptive behavior of mothers of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Education Journal.* 2017; 2(145): 21–28. [Persian]. [\[Link\]](#)
7. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(4): 466–485. [\[Link\]](#)
8. Madani S, Alizadeh H. Executive functions and effective strategies to improve them in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Education Journal.* 2018; 4(153): 55–63. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Yousefi N, Naimi GH, Ghaedniyajahromi A, Mohammadi H, Farmani Shareza SH. A comparison of adhd and oppositional behavioral and conduct disorders in elementary students with learning disabilities and normal students. *Journal of Learning Disabilities.* 2013; 3(18): 129–147. [Persian]. [\[Link\]](#)
10. Yousefia S, Soltani Far A, Abdolahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; 30: 1666–1671. [\[Link\]](#)
11. Lin L-Y, Orsmond GI, Coster WJ, Cohn ES. Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Res Autism Spectr Disord.* 2011; 5(1): 144–156. [\[Link\]](#)
12. Fosco WD, Sarver DE, Kofler MJ, Aduen PA. Parent and child neurocognitive functioning predict response to behavioral parent training for youth with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2018; 10(4): 285–295. [\[Link\]](#)
13. Majumdar M, Da Silva Pereira Y, Fernandes J. Stress and anxiety in parents of mentally retarded children. *Indian J Psychiatry.* 2005; 47(3): 144–147. [\[Link\]](#)
14. Ben Thabet J, Sallemi R, Hasiri I, Zouari L, Kamoun F, Zouari N, et al. Répercussions psycho-affectives du handicap de l'enfant sur les parents. *Arch Pediatr.* 2013; 20(1): 9–16. [\[Link\]](#)
15. Saeedmanesh M, Azizi M. The effectiveness of intervention of treatment based on acceptance-commitment therapy on the rate of parent,s acceptance of autistic children and their denial-defense mechanism. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2017; 7: 47. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. Ganji M, Mohamadi J, Tabrizian SH. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities.* 2013; 2(36): 54–72. [Persian]. [\[Link\]](#)
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): 765–767. [\[Link\]](#)
18. Kelishadi F, Yazdkhasti F. Impact of perception of parental rejection-acceptance and control on moral intelligence and distress tolerance. *Strategy for Culture.* 2016; 9(33): 155–169. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. Abbasi M, Pirani Z. Pathological defense mechanisms of parents of deaf children and children with intellectual disabilities: a search for corrective solutions. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2017; 7: 17. [Persian]. [\[Link\]](#)
20. 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): 65–69. [\[Link\]](#)
21. Baghban Vahidi M, Hossein Khanzadeh AA, Nedae N. The impact of training mothers of autistic children for effective communication skills on social skills improvement in autistic children. *Middle Eastern*

- Journal of Disability Studies. 2017; 7: 44. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Khoushabi K, Farzad Fard SZ, Kakasoltani B, Pouretamad Hamid R, Nikkhah HR. Coping strategies and stress in mothers with autistic children in comparison with mothers with normal children. Journal of Family Research. 2010; 6(21): 87–97. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. 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): 145–149. [\[Link\]](#)
24. Ranjbari T, Besharat MA, Pourhossein R. The mediating role of defense mechanisms in the relationship between attachment pathologies and the symptoms of depression and anxiety. Journal of Developmental Psychology. 2017; 14(53): 15-27. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993; 36(6): 725–733. [\[Link\]](#)
26. Bergstein M, Weizman A, Solomon Z. Sense of coherence among delusional patients: prediction of remission and risk of relapse. Compr Psychiatry. 2008; 49(3): 288–296. [\[Link\]](#)
27. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(3): 69–79. [Persian]. [\[Link\]](#)