مقایسه سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، ناایمن اضطرابی/دو سو گرا و ایمن جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی شهر اصفهان

فرزانه مومنی[1]، مختار ملک پور[2]، حسین مولوی[2]، شعله امیری[3]

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های دلبستگی جوانانی که دارای نقص بینایی و شنوایی بودند و همچنین جوانان عادی شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت پس‌رویدادی (علی- مقایسه‌ای) انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه جوانان (۱۸ تا ۲۸ سال) تشکیل دادند که دارای نقایص بینایی و شنوایی و نیز جوانان عادی بودند. تعداد ۸۰ نفر جوان دارای نقص بینایی (۴۰ دختر و ۴۰ پسر)، ۹۰ نفر جوان دارای نقص شنوایی (۴۵ دختر و ۴۵ پسر) و ۸۰ نفر جوان عادی (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سنجش سبک‌های دلبستگی Hazen و Shaver و پرسش‌نامه جمعیت‌شناسی محقق بود. برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

یافته‌ها: بین سبک‌های دلبستگی جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، ناایمن اضطرابی/دوسوگرا و دلبستگی ایمن جوانان در هر سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). در این پژوهش بین میانگین نمرات دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، ایمن و ناایمن اضطرابی/دوسوگرا جوانان پسر و دختر سه گروه، تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P = ۰/۱۶۵$).

نتیجه‌گیری: جوانان دارای نقایص بینایی و شنوایی در مقایسه با جوانان عادی بیشتر در معرض خطر دلبستگی ناایمن قرار داشتند. قابل ذکر است که سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا در جوانان دارای نقایص شنوایی و بینایی و نیز سبک دلبستگی ایمن در جوانان گروه عادی بالا بود. همچنین نتایج نشان داد که سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا در جوانان دارای نقایص شنوایی بالاتر از جوانان دارای نقایص بینایی بود.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، ناایمن اضطرابی/ اجتنابی، ناایمن اضطرابی/ دوسوگرا، ایمن، نقایص بینایی و نقایص شنوایی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۱ پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۳۱

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: fmomeni@yahoo.com
۲- استاد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

مقدمه

با توجه به نظریه دلبستگی Bowlby (۱) و Norvan (به نقل از Bowlby) (۲)، تحلیل‌گران معتقدند که سرنوشت تحولی کودک منوط به مراقب و هماهنگ شدن او با آهنگ تحول کودک، مراقب ضامن موفقیت بهنجار فرآیند تحول کودک است. پژوهش‌های متعددی بر نقش اساسی رابطه مراقب- کودک در شکل‌گیری رشد شخصیت و نوع روابط آتی کودک در بزرگ‌سالی تأکید فراوان کرده‌اند (۵-۳). Bowlby در تأکید بر اهمیت ارتباط مراقب و کودک معتقد است که آن چه برای سلامت روانی کودک ضرورت دارد، تجربه یک رابطه صمیمی، گرم و مداوم با مراقب یا جانشین دایم او می‌باشد (۱). بنا به اعتقاد او بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلالات شخصیتی، حاصل محرومیت کودک از مراقبت‌های مراقب یا عدم ثبات در روابط کودک با فردی است که با او دلبستگی صورت می‌گیرد (۶-۴).

از نظر Ainsworth، دلبستگی شاید عنصر اساسی طرح‌واره‌های کودک از گونه انسان باشد که به تدریج به مراقب منتهی می‌شود (۷). به اعتقاد او، الگوهای دلبستگی به دو طبقه اصلی دلبستگی ایمن (Secure attachment) و دلبستگی ناایمن (Insecure attachment) تقسیم می‌شود. دلبستگی ناایمن خود به دو طبقه فرعی دلبستگی ناایمن اضطرابی/ اجتنابی (Insecure anxious/avoidant attachment) و دلبستگی ناایمن اضطرابی/دو سوگرا یا مقاوم (Insecure anxious/ambivalent attachment) تقسیم می‌شود (۹، ۸، ۳).

زیربنای دلبستگی مراقب- کودک الگوهای فعال درونی (Inter working models) از چهره دلبستگی (مراقب) است که تحت تأثیر تجارب روزانه کودک با مراقب ایجاد می‌گردد. این الگوها به فرد توانایی تفسیر رفتار مراقب و پیش‌بینی پاسخ‌های آتی او و برنامه‌ریزی فوری برای واکنش به آن پاسخ‌ها را فراهم می‌سازد (۱۰، ۴). الگوهای فعال درونی، یک تصویر ذهنی از خود و دیگران است که در طول روابط اولیه کودک با چهره دلبستگی شکل می‌گیرند. الگوهای درونی در چارچوب تعامل نوزاد- مراقب به منزله معادل‌های روان‌شناختی کیفیت این رابطه تشکیل می‌شوند. کنش اصلی این الگوها، تسهیل توانایی فرد در رمزگردانی تعامل‌ها و پیش‌بینی صحیح رفتار «دیگران» (افراد مهم) و احساس، اندیشه و رفتار «خود» در پاسخ به آن است. برای مثال اگر چهره دلبستگی حمایت‌گر و آرام‌بخش باشد، الگوهای کودک از «دیگری» (مراقب)، نشان‌دهنده والدی مهربان خواهد بود و الگوی درونی کودک از «خود» بیانگر فردی شایسته حمایت و مهربانی خواهد گردید. برعکس، اگر چهره دلبستگی طرد کننده باشد و نتواند در موقعیت‌های استرس‌زا باعث آرامش کودک شود، کودک نه تنها الگوی درونی طرد کننده از مراقب می‌سازد، بلکه «خود» را نیز شایسته حمایت و مهربانی نمی‌بیند. از دیدگاه نظریه دلبستگی، اختلالات شخصیتی حاصل از الگوهای فعال درونی، منفی و ناایمن هستند (۱۲-۱۰، ۲).

Van Ijzendororn و همکاران اظهار نموده‌اند که در ۸۰ درصد موارد با شناخت دلبستگی والدین، می‌توان سبک دلبستگی فرزندان آن‌ها را نیز پیش‌بینی کرد. همچنین معتقدند والدین ایمن، فرزندان ایمن دارند (۱۳). برخی مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان استثنایی استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، همچنین با افزایش استرس مراقب با دلبستگی ناایمن در کودک رابطه دارد (۱۴). وجود یک کودک استثنایی تأثیراتی عمیق بر روی خانواده به خصوص بر والدین می‌گذارد. از جمله مهم‌ترین تأثیرات می‌توان به اختلال در رابطه مراقب- کودک اشاره کرد. این اختلال در رابطه می‌تواند از طیف حمایت افراطی تا بی‌توجهی کامل را شامل شود و انواع مختلفی از دلبستگی ناایمن را در کودک به وجود آورد (۱۴، ۵).

افراد دارای نقایص بینایی و شنوایی دو طبقه از کودکان استثنایی هستند که به دلیل نقص‌های حسی در معرض خطر دلبستگی ناایمن قرار دارند. برخی مطالعات تفاوت ارتباطی مراقبان شنوا را با کودکان ناشنوای خود نشان داده‌اند. به طور مثال این مراقبان در تعاملات خود با کودک ناشنوا عضو مسلط بوده، به صورت جهت دهنده‌تر و کنترل کننده‌تر عمل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

می‌کنند (۱۵). تحقیقات همچنین نشان داد که سبک دلبستگی ایمن در دوران کودکی با پاسخ‌ها و بازدهی‌های مراقب رابطه مثبتی دارد. بر اساس نتایج آن‌ها، کودکان مراقبان حساس و پاسخ دهنده در برابر خواسته‌های کودک نسبت به کودکان مراقبان غیر حساس و غیر پاسخگو، بیشتر به سبک دلبستگی ایمن گرایش داشته‌اند. این تحقیقات نیز نشان داد در مقایسه با مراقبان حساس و پاسخگو، مراقبانی که حساسیت کمتری دارند، تمایل بیشتری به تعبیر رفتارهای نادرست کودکان خود داشته‌اند (۱۶، ۹). در حالی‌که برخی از پژوهش‌ها نیز یافته‌های متضادی با این نتایج ارایه داده‌اند. Koester و همکاران آشکار ساختند که سبک تعاملی مراقبان کودکان ناشنوا با سبک تعاملی مراقبان و کودکان شنوا تفاوت ندارد (۱۷). برخی پژوهش‌ها نیز نشان داد که فقط کودکان ناشنوا با مهارت‌های ارتباطی ضعیف در معرض خطر دلبستگی ناایمن قرار دارند. بدین ترتیب، نقص شنوایی شاید به خودی خود منجر به دلبستگی ناایمن در فرد دارای نقص شنوایی نشود، بلکه نحوه ارتباط مراقبین از جمله مراقب اولیه با او منجر به دلبستگی ناایمن در او می‌گردد (۱۸). Preisler و همکاران الگوی ارتباطی مراقب- کودک، کیفیت تعاملات با همسالان و استفاده از علایم زبانی را به عنوان متغیرهای واسطه در ارتباط با دلبستگی مراقب- کودک ناشنوا مؤثر می‌دانند (۱۹).

از سوی دیگر بینایی نیز نوعی ابزار ارتباط غیرکلامی بین مراقب- کودک محسوب می‌شود. برخی از محققان اظهار می‌دارند که بینایی و دیدن متقابل مراقب- کودک تسهیل کننده دلبستگی بین آن‌ها است (۲۱، ۲۰). Van Ijzendoorn و همکاران در پژوهشی فرا تحلیلی نشان دادند که پراکندگی سبک دلبستگی کودکان ناشنوا و نابینا بیشتر به مشکلات روان‌شناختی آن‌ها وابسته است تا مشکلات خود آن‌ها مانند نقص‌های بینایی و شنوایی (۲۲). در حالی که Fraiberg (۲۱) و Zeanah (۲۳) معتقدند که معلولیت بینایی اولین مانع ارتباط والدین با نوزاد است. نوزاد به طور طبیعی با تمرکز دیداری بر چشم‌های والدین، لبخند زدن و تغییر تمرکز نگاه به منظور بررسی اجمالی صورت والدین و محیط به ارتباط اجتماعی حاکی از توجه والدین پاسخ می‌دهد. طی این فرآیند، تبادل نگاه بین کودک و والدین به عنوان تجربه خوشایندی که وابستگی عاطفی را تسهیل می‌کند، در نظر گرفته شده است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان مبتلا به معلولیت بینایی، مجموعه رفتارهای ارتباطی محدودی دارند که این امر خود بر وابستگی عاطفی آنان به والدین تأثیر می‌گذارد (۲۳، ۲۱). برخی دیگر از مطالعات بر نقش نابینایی و تأثیر مخرب آن بر تعامل مراقب- کودک تأکید کرده است (۲۴). بسیاری دیگر از تحقیقات بیان می‌دارند که افراد دارای نقایص حسی (شنوایی و بینایی) به علت وجود نقص و مشکل به طور تدریجی دچار نوعی افسردگی و انزوا می‌شوند که این انزوا منجر به اختلال در روابط آن‌ها با دیگران و از جمله با مراقب خواهد شد. از این رو شاید بتوان گفت که وجود نقایص حسی منجر به نوعی افسردگی و سکوت بیمارگونه در افراد دارای نقایص شنوایی خواهد شد، در نهایت منجر به دلبستگی ناایمن در آن‌ها می‌شود (۲۶، ۲۵) پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که بین پسران و دختران از لحاظ سبک‌های دلبستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. Rice و Mulkeen نشان دادند که بین دو جنس پسر و دختر در زمینه شکل‌گیری دلبستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۲۷)

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات فوق، هدف اصلی این پژوهش عبارت از مقایسه سبک‌های دلبستگی جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی با جوانان عادی بود. از سوی دیگر، این پژوهش به بررسی رابطه جنسیت با سبک‌های دلبستگی نیز پرداخت. به این منظور سؤال‌های پژوهشی زیر مورد بررسی قرار گرفت: ۱) آیا بین سبک‌های دلبستگی جوانان دارای نقایص بینایی و شنوایی با جوانان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ ۲) آیا بین میانگین نمرات دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، اضطرابی/دوسوگرا و دلبستگی ایمن جوانان در هر سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟ ۳) آیا بین میانگین نمرات دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، ایمن و ناایمن اضطرابی/دوسوگرا در جوانان پسر و دختر سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش علی- مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دختران و پسران (دامنه سنین ۱۸ تا ۲۸ سال) مراکز استثنایی مربوط به جوانان دارای نقایص بینایی و شنوایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۷۸ بود که از بین آن‌ها ۸۰ نفر جوان دارای نقص بینایی (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) و ۹۰ نفر جوان دارای نقص شنوایی (۴۵ دختر و ۴۵ پسر) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در گروه عادی نیز ۸۰ نفر جوان (۴۰ دختر و ۴۰ پسر) از بین مراکز پیش‌دانشگاهی ناحیه ۳ و ۵ اصفهان و دانشجویان دانشگاه اصفهان به عنوان نمونه به صورت چند مرحله‌ای تصادفی گزینش شدند. از ۶ ناحیه، ۲ ناحیه و از هر ناحیه، ۲ مدرسه و از هر مدرسه، ۱۰ دانش‌آموز به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای و صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. همچنین از بین دانشکده‌های دانشگاه اصفهان، ۴ دانشکده و از هر دانشکده، ۱۰ دانشجو (۵ دختر و ۵ پسر) به طور تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. در کل، حجم نمونه مورد استفاده ۲۵۰ نفر شد. توان آماری نشان داد که حجم نمونه برای آزمایش فرضیه‌ها کافی بوده است. در این تحقیق به منظور سنجش سبک‌های دلبستگی جوانان سه گروه از ابزارهای زیر استفاده گردیده است:

ابزار سنجش

۱) پرسش‌نامه دلبستگی بزرگسالان (AAS یا Adult attachment styles)**:** پرسش‌نامه دلبستگی بزرگسالان توسط Hazen and Shaver ارایه شده است و دارای ۱۵ سؤال می‌باشد. این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرتی (۵ درجه‌ای) توسط شرکت‌کنندگان درجه‌بندی گردید که هرگز نمره "صفر" و تقریباً همیشه نمره "چهار" تعلق می‌گیرد. نمرات خرده مقیاس‌های دلبستگی توسط میانگین پنج سؤال هر خرده مقیاس به دست می‌آید. پنج ماده پرسش‌نامه مربوط به سبک دلبستگی ایمن، پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی و پنج ماده مربوط به سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا است. پس از تکمیل پرسش‌نامه و نمره‌گذاری، خرده مقیاسی که آزمودنی نمره بالاتری در آن کسب نموده است به عنوان سبک دلبستگی فرد لحاظ می‌شود (۲۸). Hazen و Shaver (به نقل از وفاییان) پایایی بازآزمایی کل این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و پایایی با Cronbach's alpha را ۰/۷۸ به دست آوردند (۲۸). همچنین بررسی روایی همزمان این پرسش‌نامه توسط رحیمیان بوگر رابطه مثبت و معنی‌داری را نشان داد (۸۰ درصد). در پژوهش رحیمیان بوگر (به نقل از وفاییان) پایایی به وسیله Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه به ترتیب سبک دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا برابر با ۰/۷۷۵، ۰/۸۱۱ و ۰/۸۳۴ بود (۲۸).

۲) اطلاعات مربوط به متغیرها: سن آزمودنی، تحصیلات آزمودنی، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شیوه ارتباطی والدین با آزمودنی و وضعیت اقتصادی در قالب یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شده، مورد بررسی قرار گرفت:

اطلاعات جمع‌آوری شده توسط روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون‌های تعقیبی LSD و تحلیل واریانس چند متغیری) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش متغیرهای جمعیت‌شناختی که با سبک‌های دلبستگی رابطه داشتند (سن آزمودنی، تحصیلات آزمودنی، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شیوه ارتباطی والدین با آزمودنی و وضعیت اقتصادی) مورد بررسی قرار گرفت. از آن جا که همه متغیرهای فوق به جز متغیر جنسیت با سبک‌های دلبستگی رابطه داشتند ($P = ۰/۰۰۱$)، نیاز به کنترل آن‌ها وجود داشت که این کار از طریق روش تحلیل کواریانس انجام گرفت.

نتایج آزمون χ^2 نشان داد که فراوانی تمامی متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری در سه گروه دارای نقایص بینایی و شنوایی و جوانان عادی دارند، اما فراوانی جنسیت تفاوت معنی‌داری در سه گروه نداشت ($P = ۰/۱۶۵$).

یافته‌های حاصل از پژوهش در مورد مقایسه میانگین و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]

www.mui.ac.ir

جدول ۱. مقایسه میانگین سبک‌های دلبستگی در جوانان گروه‌های دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی

سبک‌های دلبستگی	گروه جوانان	میانگین	انحراف استاندارد
	نقایص بینایی	۹/۹۵	۵/۴۰
اضطرابی/اجتنابی	نقایص شنوایی	۱۴/۹۰	۵/۱۹
	عادی	۵/۳۳	۵/۳۱
	نقایص بینایی	۸/۹۲	۴/۳۳
ایمن	نقایص شنوایی	۶/۹۵	۴/۴۸
	عادی	۱۵/۴۹	۵/۱۴
	نقایص بینایی	۱۱/۹۳	۴/۶۷
اضطرابی/دوسوگرا	نقایص شنوایی	۱۳/۹۹	۵/۲۶
	عادی	۸/۱۴	۴/۳۲

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت سه گروه در سبک‌های دلبستگی (کل)

شاخص آماری / منبع	لامبدا ویلکز	F	درجه آزادی برون‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	سطح معنی‌داری	Eta^2	توان آماری
گروه	۲۱۷۴/۹۸	۴	۷۲۱/۶۴	۳۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰

انحراف معیار سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، دلبستگی ایمن، دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا در جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی، در جدول ۱ تنظیم شده است. ملاحظه می‌شود که میانگین سبک دلبستگی ایمن جوانان عادی به طور معنی‌داری بیشتر از جوانان دارای نقایص بینایی و شنوایی است. همچنین مشاهده می‌شود که میانگین سبک‌های دلبستگی ناایمن (اضطرابی/اجتنابی و اضطرابی/دوسوگرا) به ترتیب در جوانان دارای نقایص شنوایی و بینایی بالا است. از سوی دیگر، نتایج نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی ناایمن در جوانان دارای نقایص شنوایی بیشتر از جوانان دارای نقایص بینایی می‌باشد.

بین سبک‌های دلبستگی سه گروه دارای نقایص بینایی، شنوایی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). میزان تفاوت در متغیرهای دلبستگی ۰/۳۷ است. یعنی ۳۷ درصد واریانس نمرات متغیرهای دلبستگی مربوط به عضویت گروه یا تفاوت سه گروه می‌باشد. توان آماری ۱ نشان داد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است (جدول ۲).

بین سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا در سطح $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت سه گروه در سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا

منابع	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	Eta^2	توان آماری
	دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی	۲۰۴۲/۱۱	۴	۳۳۷/۶۸	۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۱/۰۰۰
گروه	دلبستگی ایمن	۲۰۶۰/۹۷	۴	۵۱۷/۷۴	۳۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	۱/۰۰۰
	دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا	۲۲۲۱/۸۰	۴	۵۵۵/۴۵	۳۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۳	۱/۰۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]

www.mui.ac.ir

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، دلبستگی ایمن و دلبستگی ناایمن اضطرابی/دوسوگرا در سه گروه جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی

سبک دلبستگی		دوسوگرا		ایمن		اجتنابی	
گروه	گروهJ	میانگین	سطح معنی‌داری	میانگین	سطح معنی‌داری	میانگین	سطح معنی‌داری
بینایی	شنوایی	۸/۹۹	۰/۰۰۱	۶/۹۵	۰/۰۰۳	۱۴/۸۹	۰/۰۰۱
بینایی	عادی	۸/۱۲	۰/۰۰۱	۱۵/۴۹	۰/۰۰۱	۵/۳۳	۰/۰۰۱
شنوایی	عادی	۸/۱۸	۰/۰۰۱	۱۵/۵۲	۰/۰۰۱	۵/۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تأثیر جنسیت بر متغیرهای وابسته

منبع	شاخص آماری	لامبدا ویکلز	F	درجه آزادی برون‌گروهی	درجه آزادی درون‌گروهی	سطح معنی‌داری	Eta^2	توان آماری
	جنسیت	۰/۹۸	۱/۷۰	۳/۰۰۰	۳۶۱/۰۰	۰/۱۶۵	۰/۰۱۴	۰/۴۴۶

نتایج آزمون تعقیبی LSD (مقایسه‌های زوجی) در جدول ۴ ارایه شده است. مشاهده می‌شود که سبک دلبستگی ایمن در گروه عادی به طور معنی‌داری بیش از گروه‌های دارای نقایص شنوایی و بینایی است (P = ۰/۰۰۱). همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی و اضطرابی/دوسوگرا در گروه جوانان دارای نقایص شنوایی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه جوانان دارای نقایص بینایی است (P = ۰/۰۰۱).

چنان چه در جدول ۵ نشان داده شده است، تأثیر جنسیت بر متغیرهای پژوهش، معنی‌دار نیست (P = ۰/۱۶۵). بنابراین، بین پاسخ‌های زنان و مردان در هر سه گروه تفاوتی وجود ندارد. به عبارت دیگر جنسیت در نوع سبک‌های دلبستگی تأثیری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش عبارت از مقایسه سبک‌های دلبستگی (ایمن، ناایمن اضطرابی و دوسوگرا) جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی شهر اصفهان بود. مقایسه نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون LSD آشکار ساخت که یافته‌های بین سه گروه (دارای نقایص بینایی، شنوایی و عادی) تفاوت وجود داشت. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی، ناایمن اضطرابی/دوسوگرا و ایمن جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و جوانان عادی تفاوت وجود داشت. یافته‌های پژوهش حاضر مؤید آن است که میانگین سبک دلبستگی ایمن در گروه عادی و میانگین سبک‌های دلبستگی ناایمن اضطرابی و دوسوگرا به ترتیب در گروه‌های جوانان دارای نقایص شنوایی و بینایی بالا بود. یافته‌های پژوهش در این خصوص با یافته‌های سایر تحقیقات از جمله Koester و همکاران (۱۷)، Leaderberg و همکار (۱۸)، Fraiberg (۲۱)، Anderson و همکاران (۲۵) و Charity (۲۶) هم‌خوانی داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش‌های قبلی و پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که افزایش دلبستگی ناایمن در جوانان دارای شنوایی می‌تواند ناشی از کاهش شدید ارتباط کلامی با مراقب باشد. Oyen و همکاران (۲۹) و Biringen و همکاران (۳۰) کاهش دسترسی هیجانی به مراقب را یکی از عوامل مهم دلبستگی ناایمن در کودک بیان می‌کنند. Meadow و همکاران خاطر نشان کردند که فقط کودکان ناشنوایی که مهارت‌های ارتباطی فقیرانه‌ای دارند، در معرض خطر دلبستگی ناایمن هستند (۳۱). در پژوهش حاضر تمامی مراقبان جوانان ناشنوا، شنوا بودند که این مسأله می‌تواند از عوامل اصلی دلبستگی ناایمن در آزمودنی‌های این پژوهش محسوب گردد. مطالعات

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

Tarkka و همکاران آشکار ساخت که احتمال آسیب دیدن احساس شایستگی در مراقبان کودکان ناشنوا به دلیل عدم توانایی در برقراری یک تعامل کامل و صحیح کلامی بالا است (۳۲). افزایش استرس والدین به دلیل افزایش افسردگی و اضطراب در مراقب و در نتیجه افزایش احساس ناشایستگی بر میزان حساسیت مراقبان تأثیر منفی گذاشته، احتمال دلبستگی ناایمن در کودک را افزایش می‌دهد (۳۳-۲۵). بنابراین می‌توان بیان کرد که شنوایی یکی از حیاتی‌ترین توانایی‌های حسی است که بدون آن بسیاری از توانایی‌های انسان برای سازگاری با محیط پیرامونش تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث نوعی ناتوانی در رشد ذهنی، اجتماعی، عاطفی، ارتباطی و رفتاری می‌شود. یکی از توانایی‌های مهمی که به شدت تحت تأثیر شنوایی قرار دارد، گفتار و زبان است؛ چرا که این توانایی به منزله یکی از اساسی‌ترین توانایی‌ها برای سازگاری با محیط تلقی می‌شود. بنابراین تردیدی نیست که ضعف یا فقدان شنوایی باعث محدودیت در توانایی هوشی و به تبع آن محدودیت در تعاملات اجتماعی- ارتباطی می‌شود.

بنابراین از آن‌جا که افراد دارای نقایص شنوایی قادر به شنیدن مکالمات دیگران نیستند و یا به درستی نمی‌توانند گفته‌های دیگران را درک کنند، از این رو در پاسخ‌گویی به این تعاملات نیز دچار مشکل می‌شوند. در همین رابطه شاید می‌توان اظهار داشت که مشکل شنوایی می‌تواند تعاملات مراقب- کودک را دچار مشکل نماید. از طرف دیگر اغلب برای والدین بسیار خسته‌کننده است که مطلبی را از طریق اشاره برای فرزند ناشنوای خود تشریح کنند. در نتیجه میزان تعاملات مراقب- کودک روز به روز کاهش یافته، کودک به حاشیه خانواده کشیده می‌شود و احساس طرد شدگی از سوی مراقب و سایر اعضای خانواده در او تقویت می‌گردد. در همین راستا پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که ارتباطات غیر اثربخش و ناتوانی در تفسیر اشارات و علایم اجتماعی کودکان ناشنوا توسط مراقب منجر به تحول دلبستگی ناایمن و مخرب در کودک ناشنوا می‌شود (۳۳، ۳۱، ۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر در مورد ناشنوایان با برخی از پژوهش‌ها مانند Leaderberg و همکار (۱۸)، Preisler و همکاران (۱۹) هماهنگ و همسو نیست. یکی از دلایل عدم همسویی این پژوهش‌ها، بررسی متغیرهای مداخله‌گر دیگر همراه با نقش متغیر ناشنوایی بر سبک دلبستگی کودک است. بسیاری از تحقیقات تنها ناشنوایی را باعث آسیب ارتباط مراقب- کودک نمی‌دانند، بلکه عوامل تأثیرگذار دیگری را بررسی نموده، مؤثر بودن آن‌ها را همراه با اثر ناشنوایی تأکید کرده‌اند. برای نمونه Marschark اظهار می‌کند که الزامی برای دلبستگی ناایمن ناشی از آسیب شنوایی وجود ندارد، بلکه تعاملات مراقب- کودک در خلال اولین سال زندگی بیشتر تحت تأثیر توانایی مراقب در برقراری ارتباط با کودک است نه مربوط به ویژگی‌های خود کودک مثل نقص شنوایی کودک (۳۴).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که جوانان دارای نقایص بینایی سبک دلبستگی ناایمن‌تری در مقایسه با گروه عادی داشتند. Fraiberg بیان می‌کند که معلولیت بینایی اولین مانع ارتباط والدین با نوزاد است (۲۱). نوزاد به طور طبیعی با تمرکز دیداری بر چشم‌های والدین، لبخند زدن و تغییر تمرکز نگاه، به منظور بررسی اجمالی صورت والدین و محیط، به ارتباط اجتماعی حاکی از توجه والدین پاسخ می‌دهد. طی این فرآیند، تبادل نگاه بین کودک و والدین به عنوان تجربه خوشایندی است که وابستگی عاطفی را تسهیل می‌کند. پژوهش‌های Fraiberg (۲۱) و پژوهش‌های Charity (۲۶) حاکی از آن است که کودکان مبتلا به معلولیت بینایی، مجموعه رفتارهای ارتباطی محدودی دارند که این امر خود بر وابستگی عاطفی آنان به والدین تأثیر می‌گذارد. در حالی که، رفتارهای مشتاقانه وابسته به بینایی کودکان بینا برای ابراز علاقه به والدین و آغاز تبادل اجتماعی دامنه وسیعی دارد، ولی کودکان نابینا یا مبتلا به معلولیت شدید بینایی، فاقد چنین رفتارهایی هستند و یا تعداد این گونه رفتارها در آنان بسیار اندک است. Fraiberg همچنین بیان کرد که کودکان نابینا در مقایسه با کودکان بینا، در قبال مراقبانشان کمتر پاسخ‌دهنده و بیشتر وابسته‌اند (۲۱). Bowlby بیان می‌دارد که در بین متغیرهایی که تأثیرات

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

عمیقی بر تحول شخصیت دارند، اثر هیچ یک از نقش تجربه کودک در خانواده فراتر نمی‌رود (۱). از آن جا که پیوند دلبستگی همیشگی بین کودک و اولین مراقب برقرار می‌شود، فشار روانی زیادی متوجه مراقب اولیه کودک است و نیز تماس چشمی از طرف نوزاد برقرار نمی‌شود، از این رو انتظار می‌رود که کیفیت دلبستگی در نوزادان نابینا با نوزادان عادی متفاوت باشد. مقایسه نتایج به دست آمده از آزمون مقایسه‌های زوجی نیز آشکار ساخت که میانگین سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی/اجتنابی و اضطرابی/دوسوگرا در جوانان دارای نقایص بینایی کمتر از جوانان دارای نقایص شنوایی است. این مطلب حاکی از ناایمن‌تر بودن دلبستگی در جوانان دارای نقایص شنوایی نسبت به جوانان دارای نقایص بینایی است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که به نظر می‌رسد نابینایی فقط تا حدی شکل‌گیری دلبستگی را در سنین پایین به تأخیر می‌اندازد و در رشد کودک نابینا در سنین بالاتر (نوجوانی به بعد) تأثیر کمتری دارد. این احتمال مطرح است که با افزایش سن و این که رشد کلامی/حرکتی، در سنین پایین‌تر در مسیر تحول دلبستگی و تعامل با مراقب بوده، کیفیت دلبستگی جوانان دارای نقایص بینایی در مقایسه با جوانان دارای نقایص شنوایی بهتر باشد. از سوی دیگر در نابینایی زوج مراقب- کودک می‌توانند از راه تکلم عواطف خود را رد و بدل کنند و این توانایی بر خلاف ناشنوایان در نابینایان وجود دارد، در نتیجه کمتر رابطه دلبستگی مراقب- کودک آسیب می‌بیند. این یافته‌ها، با یافته‌های پژوهش Adenzato و همکاران (۳۵) و Alexander (۳۶) هماهنگ و همسو است. این پژوهش همچنین به مقایسه نمرات الگوهای دلبستگی دختران و پسران پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین پسران و دختران سه گروه دارای نقایص بینایی و شنوایی و پسران و دختران عادی از لحاظ سبک‌های دلبستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P = ۰/۱۶۵). یعنی بین دختران و پسران سه گروه از لحاظ گرایش به سبک‌های دلبستگی اختلافی دیده نشد. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده در برخی از پژوهش‌های خارجی از جمله Shavera و همکار (۱۰) و همچنین Rice و همکار (۲۷) و برخی از پژوهش‌های داخلی از جمله غفاری‌گوشه (۳۷) همسو است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱) نتایج این پژوهش فقط در جوامع سنی ۱۸ تا ۲۸ سال تعمیم پذیر است.

۲) نتایج این پژوهش فقط در شهرهایی که شرایط و جمعیت مشابه با شهر اصفهان دارند، قابل تعمیم است.

۳) این پژوهش ناشی از مسایل فرهنگی بود مبنی بر این که جنسیت محقق (مؤنث بودن) در اجرای آزمون‌ها در روی نمونه‌ها (نمونه‌های مذکر) تأثیر گذاشت.

پیشنهاد می‌گردد که پژوهش در سنین بالاتر از ۲۸ سال و کمتر از ۱۸ سال در شهرهای کوچک‌تر و بزرگ‌تر انجام گردد. همچنین توصیه می‌شود که مسؤولین دانشگاه‌ها و مسؤولین فرهنگی جامعه در انجام تحقیقات بعدی توسط محققین تدابیری اندیشیده، که محققین مؤنث نیز بتوانند با نمونه‌های مذکر جهت هر چه بیشتر معتبر شدن داده‌ها ارتباط برقرار کنند.

سپاسگزاری

در خاتمه از سازمان کل آموزش و پرورش عادی و استثنایی، سازمان بهزیستی استان اصفهان و دانشگاه اصفهان که در انجام این تحقیق نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر می نماییم.

References

1. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol 1. 1st ed. London: Basic Books; 1969. p. 1-28.
2. Bowlby J. Loss: Sadness and Depression. 1st ed. London: Basic Books; 1982. p. 45-71.
3. Fogel A. Infancy: Infant, Family and Society. 3rd ed. St. Paul: West Publishing Co; 1997. p. 110-27.
4. True MM, Pisani L, Oumar F. Infant-mother attachment among the Dogon of Mali. Child Dev 2001; 72(5): 1451-66.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

5. Perry JA, Silvera DH, Neilands TB, Rosenvinge JH, Hanssen T. A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. Eat Behav 2008; 9(1): 13-24.
6. Cornell T, Hamrin V. Clinical interventions for children with attachment problems. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2008; 21(1): 35-47.
7. Ainsworth MD. Infant--mother attachment. Am Psychol 1979; 34(10): 932-7.
8. Wilson SL. Attachment disorders: review and current status. J Psychol 2001; 135(1): 37-51.
9. Bohlin G, Hagekull B, Rydell A. Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. Social Development 2000; 9(1): 24-39.
10. Shavera PR, Mikulincerb M. Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. Journal of Research in Personality 2005; 39(1): 22-45.
11. Mullera RT, Gragtmansa K, Bakera R. Childhood Physical Abuse, Attachment, and Adult Social Support: Test of a Mediational Model. Canadian Journal of Behavioral Science 2005; 40(2): 80-9.
12. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991; 61(2): 226-44.
13. Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M. Maternal sensitivity and Infant temperament in the formation ond Attachment. In: Bremner G, Slater A, Editors. Theories of infant development. 1st ed. New York: Wiley-Blackwell; 2004. p. 233-57.
14. Weisel A, Kamara A. Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. J Deaf Stud Deaf Educ 2005; 10(1): 51-62.
15. Henggeler SW, Watson SM, Cooper PF. Verbal and nonverbal maternal controls in hearing mother-deaf child interaction. Journal of Applied Developmental Psychology 1984; 5(4): 319-29.
16. Neahoff CC. Prescriptive treatment for separation anxiety disorder: child therapy versus parent training. Madison, NJ: Fairleigh Dickinson University; 2006.
17. Koester LS, Papousek H, Smith-Gray S. Intuitive parenting, communication, and interaction with deaf infants. In: Spencer PE, Erting CJ, Marschark M, Editors. The Deaf Child in the Family and at School: Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. 1st ed. New York: Psychology Press; 2000. p. 55-71.
18. Leaderberg AR, Prezbindowski AK. Impact of child deafness on mother-toddler interaction: strengths and weaknesses. In: Spencer PE, Erting CJ, Marschark M, Editors. The Deaf Child in the Family and at School: Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. 1st ed. New York: Psychology Press; 2000. p. 73-92.
19. Preisler G, Tvingstedt AL, Ahlstrom M. A psychosocial follow-up study of deaf preschool children using cochlear implants. Child Care Health Dev 2002; 28(5): 403-18.
20. Schore AN. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. 1st ed. New York: Psychology Press; 1999.
21. Fraiberg S. Insights from the blind: comparative studies of blind and sighted infants. 1st ed. London: Souvenir Press Ltd; 1977. p. 11-38.
22. Van Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. Child Dev 1992; 63(4): 840-58.
23. Zeanah CH. Handbook of Infant Mental Health. 1st ed. London: The Guilford Press; 1993. p. 3-13.
24. Dale N, Sonksen P. Developmental outcome, including setback, in young children with severe visual impairment. Dev Med Child Neurol 2002; 44(9): 613-22.
25. Anderson G, Olsson E, Rydell AM, Larsen HC. Social competence and behavioural problems in children with hearing impairment. Audiology 2000; 39(2): 88-92.
26. Charity R. Preverbal Communication of Blind Infants and Their Mothers. Journal of Visual Impairment and Blindness 2010; 78(7): 297-302.
27. Rice KG, Mulkeen P. Relationships with Parents and Peers: A Longitudinal Study of Adolescent Intimacy. Journal of Adolescent Research 1995; 10(3): 338-57.
28. Vafaiyan M. A study of the Relationship between Attachment styles and social skills of pre-university students in Yazd. [Thesis]. Yazd: Yazd University of Medical Sciences; 2006.
29. Oyen AS, Landy S, Hilburn-Cobb C. Maternal attachment and sensitivity in an at-risk sample. Attach Hum Dev 2000; 2(2): 203-17.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir

30. Biringen Z, Brown D, Donaldson L, Green S, Krcmarik S, Lovas G. Adult Attachment Interview: linkages with dimensions of emotional availability for mothers and their pre-kindergarteners. Attach Hum Dev 2000; 2(2): 188-202.
31. Meadow KP, Greenberg MT, Erting C. Attachment behavior of deaf children with deaf parents. J Am Acad Child Psychiatry 1983; 22(1): 23-8.
32. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. First-time mothers and child care when the child is 8 months old. J Adv Nurs 2000; 31(1): 20-6.
33. Greenslade CL. The influence of paternal communication modalities on deaf men's attachment styles and marital. Satisfaction. The Sciences and Engineering 2001; 62(3): B1576.
34. Marschark M. Psychological Development of Deaf Children. 1st ed. New York: Oxford University Press; 1997. p. 31-72.
35. Adenzato M, Ardito RB, Izard E. Impact of Maternal Directiveness and Overprotectiveness on the Personality Development of a Sample of Individuals with Acquired Blidness. Soc Behav Pers 2006; 34(1): 17-26.
36. Alexander PC. Application of attachment theory to the study of sexual abuse. J Consult Clin Psychol 1992; 60(2): 185-95.
37. Ghafarigoosheh A. Investigation and Comparison Attachment styles in Normal and Blind Adulthood. [Unpublished Research]. Tehran: Department of Psychology, The University of Tehran; 2007. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]

www.mui.ac.ir

Comparison of secure, avoidance/anxiety insecure and anxiety insecure attachment styles between young adults with visual or auditory defects and normal people in Isfahan city

Momeni F[1], Malekpour M[2], Molavi H[2], Amiri Sh[3]

Abstract

Aim and Background: The aim of present study was to compare attachment styles between young adults with visual or auditory defects and normal groups in Isfahan city.

Methods and Materials: The present study assessed by ex-post facto method. The statistical society of the study is including of all young adults with visual, auditory defects and normal people.80 young adults with visual defects (40 girls and 40 boys), 90 with auditory defects (45 girls and 45 boys) and 80 normal ones (40 girls and 40 boys) were selected randomly. The research tools were questioners including; the Hazan and Shaver attachment styles questionnaires and research–made sociological questioner. Data analyzed using Multivariate analysis of variance (MANOVA), Post–hoc LSD and chi–square tests.

Findings: The results of this study show that there was a significant difference among attachment styles of young adults with visual, auditory defects comparing with normal population ($P < 0.001$). Also the results show that there was a significant difference among the scores of anxiety/ avoidance insecure attachment, ambivalent/ anxiety insecure and secure in these 3 groups. In this study there was no significant differences between mean scores of young male and female's avoidance/ anxiety, ambivalent/anxiety insecure and secure attachment styles ($P = 0.165$).

Conclusions: Young adults with visual, auditory defects more commonly were at risk for insecure attachment in compare with normal group. It is also important to mention that the avoidance/ ambivalent insecure attachment style was more common in the groups with visual, auditory defects and the secure attachment style in normal group. The avoidance and ambivalent insecure attachment styles was more common in the group with auditory defects than those with visual defects.

Keywords: Attachment styles, avoidance/anxiety insecure, ambivalent/anxiety insecure, secure, visual defects, auditory defects.

Type of article: Original

Received: 23.08.2009 *Accepted: 20.04.2010*

1. Master of Science in Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: f momeni@ yahoo.com
2. Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.3.5]
www.mui.ac.ir