مقایسه سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با گروه غیربالینی

صادق خدامرادی[1]، محمدعلی بشارت[2]، آزاد همتی[3]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران.

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۳ / تابستان ۹۲ / مسلسل ۵۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۱۵، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۵

* **مقدمه:** مکانیسم‌های دفاعی، مسئولیت محافظت از (من) در برابر ناملایمات، اضطراب‌ها و کاستی‌های محیطی و درونی را بر عهده دارند و تحت تأثیر سازه‌های مختلف شخصیتی ممکن است کنش‌وری بهنجار یا نابهنجار داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی مکانیسم های دفاعی بیماران مبتلا به سرطان سینه و گروه غیربالینی انجام گرفت.

* **مواد و روش‌ها:** در این پژوهش ۲۴۶ نفر از مبتلایان به سرطان سینه و ۲۰۴ نفر از دانشجویان به عنوان نمومه پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه DSQ بود.

* **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروتیک در گروه مبتلا به سرطان سینه به‌طور معناداری بیشتر از جامعه غیربالینی است و در مقابل میانگین مکانیزم‌های دفاعی بالغ در جامعه غیربالینی بیشتر از افراد مبتلا به سرطان‌سینه بوده است.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** این پژوهش –چه از لحاظ گستردگی و چه از لحاظ موضوع –از معدودترین پژوهش‌هایی بود که در آن برخی از عوامل روانی در مبتلایان به سرطان سینه بررسی و همسو با نظریات قبلی مبنی بر ارتباط تنگاتنگ مؤلفه‌های روانی و بیماری-های جسمانی، این نتیجه دست آمد که مبتلایان به سرطان سینه از مکانیسم‌هایی استفاده می‌کنند که نظریه‌پردازان روان‌پویشی آنها را دریچه ای به سوی نابهنجاری جسمی و روانی می دانند.

* **واژه‌های کلیدی:** سرطان سینه، مکانیسم‌های دفاعی، اضطراب.

آدرس مکاتبه: اهواز، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات خوزستان، گروه روان شناسی

پست الکترونیک: sadegh.khodamoradi@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

دفاع که یکی از مفاهیم رایج روان‌پویشی است، اولین نماینده دیدگاه پویا در تئوری روانکاوی می‌باشد. این اصطلاح برای اولین بار در سال ۱۸۹۴، در پژوهش فروید تحت عنوان «بیماری های عصبی دفاع» استفاده و در این اثر و چندین اثر بعدی مثل «سبب‌شناسی هیستری» و «نکات دیگری درباره بیماری‌های عصبی دفاع» به کار گرفته شد تا مبارزه «من[1]» در برابر اندیشه‌ها یا احساسات دردناک یا غیر قابل تحمل توصیف گردد (۱).

زندگی ممکن است بی‌رحم باشد. ما برای حفاظت از منِ خویش در مقابل زخم و جراحت یک واقعیت دردناک، مکانیزم‌های دفاعی[2]، راهبردهای ناخودآگاهِ[3] من برای تحریف واقعیت و کاهش اضطراب ایجاد می‌کنیم. به عنوان مثال، چنانچه احساس کنیم تنبل هستیم، ممکن است برای حفاظت و حمایت وجود خود، به طور ناخودآگاه تنبلی را به یک همکار دیگر نسبت دهیم. این مکانیسم دفاعی فرافکنی[4] نامیده می شود (۲). گرچه مکانیزم‌های دفاعی بهنجار هستند و همه کم و بیش از آنها استفاده می‌کنند اما اگر به صورت افراطی به‌کار روند به رفتار وسواسی، مکرر و اضطرابی[5] می‌انجامند. فروید دفاع را حاصل تعارض میان تکانه‌ها[6] و ارضای آنها می‌داند که با ممانعت جدی برخورد کرده است.

وایلانت[7] (۳) یکی از معروف‌ترین پژوهشگران در رابطه با دفاع‌ها و طبقه‌بندی آنها است. وی دفاع‌ها را به مقوله‌های رشدنایافته[8]، نوروتیک[9] و رشد یافته[10] تقسیم کرده است. دفاع رشدنایافته دفاعی واپس‌رونده محسوب می‌شود و دفاع‌های نوروتیکی نیز به مؤلفه‌های وسواسی و سرکوب‌گر تقسیم می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته به منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشد نایافته، شیوه‌های مواجهه غیر انطباقی و ناکارآمد محسوب می‌شوند.

مؤلفه‌های روانی با کمیّت‌ها و کیفیت‌های خویش از جمله مکانیسم‌های دفاعی ارتباطی تنگاتنگ و متقابل با جسم و بیماری‌های جسمانی دارد که در شرایط و حالات مختلف از همدیگر تأثیر می‌پذیرند. برای مثال، تشخیص و ابتلا به بیماری‌های جسمی، باعث بروز استرس‌های شدید روان‌شناختی و در حالت شدید آن تغییر ساحتِ روان فرد خواهد شد. در طرف مقابل نیز برخی از مؤلفه‌های روانی، آغازگر بیماری‌های جسمی خواهند بود. از میان بیماری‌های مختلف و شایع جسمی، سرطان از شایع‌ترین و در عین حال کشنده‌ترین بیماری‌ها است که در آن این تأثیر متقابل جسم و روان تعبیر می‌شود. سرطان، دومین عامل برجسته مرگ در کشورهای توسعه‌یافته و عامل یک پنجم مرگ و میرها است (۴).

تشخیص سرطان پیامدهای روانی شدیدی برای بیماران دارد؛ به‌طوری که احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (۵). از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌توان به بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه‌توزی و... اشاره کرد. از میان انواع مختلف سرطان، سرطان سینه شایع ترین سرطان خاص در زنان و عامل عمده مرگ ناشی از سرطان در زنان ۲۰ تا ۵۹ ساله است. این سرطان ۲۶ درصد تمام سرطان های تازه تشخیص داده شده در زنان را تشکیل می‌دهد و عامل ۱۵ درصد مرگ های وابسته به زنان است. همچنین سرطان سینه عامل عمده مرگ و میر وابسته به سرطان در زنان تا سال ۱۹۸۷ بود (۷،۶). همچنین، امروزه سرطان سینه مهمترین عامل نگران‌کننده سلامتی زنان محسوب می‌شود (۸).

1. Ego
2. Defense mechanism
3. Unconscious
4. Projection
5. Neurotic
6. Impulse
7. vaillant
8. Immature
9. Neurotic
10. Mature

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مسائل و مشکلات سرطان سینه بر مبنای جغرافیا، شرایط زندگی منطقه ای و زمینه نژادی و قومی تفاوت‌های آشکاری دارند. به‌طور کلی، بروز سرطان سینه و میزان مرگ و میر در جمعیت زنان آسیا و آفریقا، ملّت‌های نسبتا تحت توسعه و حالت‌هایی که الگوی تولید مثلی و تغذیه‌ای غرب را نپذیرفته‌اند، نسبتاً پایین‌تر است. برعکس، زنان اروپایی و شمال آمریکا زنان کشورهایی که بسیار صنعتی یا غربی شده‌اند مشکلات سرطان سینه بیشتری دارند (۹).

عوامل خطرساز برای سرطان سینه عبارتند از: افزایش تماس با استروژن، عواملی که باعث افزایش تعداد دوره های قاعدگی شوند (نظیر قاعدگی زودرس)، زایمان نکردن، یائسگی زودرس، سن بالاتر، چاقی، تماس با تشعشع، مصرف الکل و رژیم غذایی با غلظت بالای چربی (۱۰،۹). مهمترین عاملی که مسبب این نوع سرطان شناخته شده است، رژیم غذایی است (۱۰).

در دهه‌های اخیر به موضوع ارتباط بین ذهن و بدن و کشف چگونگی این ارتباط علاقه نشان داده شده است. به همین نحو، در زمینه رابطه متغیرهای روان‌شناختی با سرطان نیز پژوهش‌های متعددی در سرتاسر دنیا انجام شده است که از جمله می‌توان به رابطه حمایت خانوادگی و سرطان سینه و پروستات (۱۱)، متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی‌کننده سرطان (۱۲)، عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز سرطان (۱۳)، مقایسه تأثیر فائق آمدن و اختلالات روان‌شناختی بر سرطان سینه (۱۱)، پاسخ‌های روان‌شناختی به سرطان (۱۴) و مداخله روان شناختی در بیماران سرطانی (۱۵) اشاره کرد.

هم‌چنین، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط تنگاتنگی بین متغیرهای روان‌شناختی و سرطان وجود دارد؛ برای مثال، یاکوبسن و جیم[1] (۱۶) عنوان کرده‌اند که افسردگی با شیوع ۲۵ درصدی، از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان شناختی در افراد، پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان سینه محسوب می‌شود. در یک مطالعه با موضوع سرکوب خشم و سرطان که توسط پندو[2] و همکاران (۱۷) انجام شد این نتیجه به‌دست آمد که سرکوب خشم کمتر با داشتن سلول‌های کشنده بیشتری وابسته است و ارتباط معناداری میان این دو وجود دارد. طبق پژوهش ملکیان (۱۸) شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان به ترتیب ۱۸/۵ و ۳۲/۹ درصد است. اسودی کرمانی و همکاران (۱۹) طبق پژوهش خود اعلام کردند که افراد مبتلا به سرطان دارای شخصیتی نوروتیک، غیرمنعطف و درونگرا بوده و این افراد نیازمند مداخلات روان‌شناسی هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش مردانی و همکاران (۲۰) حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه های مختلف زندگی بیماران اثر دارد.

نتایج بررسی‌های ابراهیمی و همکاران (۲۱) نشان داد که بین سابقه بیماری جسمی یا روحی همسر یا فرزند، بیکاری فرزند و تعداد وقایع ناگوار با سرطان سینه رابطه معنی‌داری به چشم می خورد. طبق بررسی عطارپارسایی و همکاران (۲۲) عوامل تنش‌زا با سرطان سینه ارتباط دارد. مهری‌نژاد و همکاران (۸) نیز میزان تنیدگی بیماران مبتلا به سرطان سینه را بیشتر از جامعه سالم گزارش کردند. هم‌چنین در یک بررسی که توسط حیاتی و همکاران (۲۳) انجام شد، این نتیجه به‌دست آمد که اکثر بیماران مبتلا به سرطان پستان از راهبردهایی چون راهبرد مذهبی، نگرش مثبت، امیدواری، خوشبینی، پذیرش حقیقت بیماری، تلاش در جهت درمان بیماری، کنترل درونی، بازنگری مثبت، نگرانی، درخواست حمایت اجتماعی و فراموشی عمدی استفاده می کردند. اکثر شیوه‌های مقابله کاربردی توسط زنان ایرانی مثبت بود و اعتقادات مذهبی به عنوان منبع مهم فردی برای تطابق با بیماری در این زنان بود. هفت مطالعه نشان داد که سرکوب خشم[3] در زنان جوان بطور نیرومندی پیش‌بینی‌کننده این خواهد بود که زنان جوان در معرض خطر بیشتری برای سرطان سینه هستند. در این مطالعات عوامل شخصیتی چون عقلانیت و ضدهیجانی بودن

1. Jacobsen & Jim
2. pando
3. Alexithymia

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

پیش‌بینی‌کننده‌ی خطر سرطان سینه نبودند. همچنین نتایج این مطالعات نشان داد که بین عوامل روانی اجتماعی قوی با سرطان ضعیف رابطه وجود دارد و همچنین پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای سرطان سینه، سرکوب های هیجانی و حوادث ناگوار زندگی بود (۲۴). بننت[1] و همکاران (۲۵) نیز نشان دادند که فرسودگی و استرس روان‌شناختی در روند درمان بیماران مبتلا به سرطان سینه بسیار مؤثر است.

در این پژوهش بر اساس شواهد تجربی موجود، به بررسی فرضیه های زیر می پردازیم:

۱- الگوی مکانیزم‌های دفاعی بیماران سرطانی با جامعه غیربالینی متفاوت است.

۲- میانگین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته در جامعه غیربالینی بیشتر از جامعه سرطانی است.

۳- میانگین مکانیزم‌های دفاعی رشد نایافته و نوروتیک در جامعه سرطانی بیشتر از جامعه غیربالینی است.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری، نمونه، و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش بیمارانی بودند که مبتلا به سرطان سینه شناخته شده بودند و به بیمارستانهای امام خمینی و شهدای تجریش تهران مراجعه کرده بودند. جامعه غیر بالینی نیز دانشجویان و کارکنان دختر مؤسسات آموزشی سطح تهران بودند.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مبتلایان به سرطان سینه و جامعه غیربالینی

متغیر		بیمار	غیربیمار
	متأهل	۲۴۲	۱۷۶
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۲۸
تحصیلات	ابتدایی	۷۸	-
	راهنمایی	۵۱	-
	دیپلم	۶۵	-
	دانشگاهی	۵۲	۲۰۴
شغل	خانه‌دار	۱۳۸	-
	آزاد	۴۹	-
	کارمند	۵۲	۷۹
	دانشجو	۷	۱۲۵

به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۴۶ مبتلا به سرطان سینه و ۲۰۴ نفر داوطلب غیربالینی در این پژوهش شرکت کردند که این گروه اخیر باید دارای شرایط ذیل می بودند: ۱- داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، ۲- سن بالای ۲۵ سال و کمتر از ۵۵ سال و ۳- نداشتن بیماری روانپزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو. پس از جلب مشارکت آزمودنی ها، مقیاس سازوکارهای دفاعی (DSQ)[2] در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی

پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی اندروز، سینگ و بوند[3] (۲۶)، یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نورتیک و رشد نایافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیسم‌های والایش[4]، شوخ طبعی[5]، پیش‌بینی[6] و فرونشانی[7] است. مکانیسم‌های مربوط به سبک دفاعی نورتیک عبارتند از: ابطال[8]، نوع‌دوستی کاذب[9]، آرمانی‌سازی[10] و واکنش متضاد[11] سبک دفاعی رشد نایافته نیز از دوازده مکانیسم دفاعی به این شرح تشکیل شده است: فرافکنی[12]، پرخاشگری نافعال[13]، عملی‌سازی[14]، مجزاسازی[15]، ناارزنده‌سازی[1]، خیال‌پردازی اوتیستیک[2]، انکار[3]، جابجایی[4]،

1. bennett
2. Defense Styles Questionnaire
3. Andrews, Singh, & Bond
4 . Sublimation
5 . Humor
6 . Anticipation
7 . Suppression
8 . Undoing
9 . Psedu-altruism
10 . Idealization
11 . Reaction formation
12 . Projection
13 . Passive-aggressive
14 . Acting-out
15 . Isolation

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

تفرق[5]، دوپارگی[6]، دلیل تراشی[7] و بدنی‌سازی[8] ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند (۲۶).

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش که در خلال سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ در نمونه های بیمار (n=۴۲۳) و بهنجار (n=۱۳۹۷) انجام شدند، بررسی و تأیید شدند (۲۸،۲۷). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های هر یک از زیر مقیاس های پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی برای سبک رشد یافته از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴، برای سبک رشد نایافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای سبک نوروتیک از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

این ضرایب که همه در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار هستند، همسانی درونی[9] زیرمقیاس های پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی[10] پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی برای نمونه های بیمار (n=۱۰۷) و بهنجار (n=۲۴۸) در دو نوبت با فاصله های ۲ تا ۶ هفته برای سبک رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷، برای سبک رشد نایافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک نوروتیک از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی را تأیید می‌کنند.

روایی هم‌گرا[11] و تشخیصی (افتراقی)[12] نسخه فارسی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی[13]، مقیاس مشکلات بین شخصی[14]، زیر مقیاس های اضطرابی[15] و برون‌گرایی[16] مقیاس شخصیتی NEOPI-R[17]، مقیاس درجه بندی حرمت خود[18]، مقیاس خود کارآمدی[19]، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[20] و فهرست عواطف مثبت و منفی[21] در مورد نمونه های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و تأیید شد.

ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی رشد یافته با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۱، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۲- ، با مشکلات بین شخصی ۰/۳۷-، با نوروزگرایی ۰/۴۸-، با برون‌گرایی ۰/۵۰، با حرمت خود ۰/۴۴، با خودکارآمدی کلی ۰/۴۵، با ناگویی هیجانی ۰/۴۷-، با عاطفه مثبت ۰/۴۲ و با عاطفه منفی ۰/۴۳- به دست آمد.

ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی رشد نایافته با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۴۹-، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۶، با مشکلات بین شخصی ۰/۴۱، با نوروزگرایی ۰/۳۸، با برون‌گرایی ۰/۴۷-، با حرمت خود ۰/۴۱-، با خودکارآمدی کلی ۰/۴۸-، با ناگویی هیجانی ۰/۴۵، با عاطفه مثبت ۰/۳۹- و با عاطفه منفی ۰/۴۰ به دست آمد.

ضرایب همبستگی زیر مقیاس سبک دفاعی نوروتیک با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۳۸-، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۳۶، با مشکلات بین شخصی ۰/۳۵، با نوروزگرایی ۰/۴۲، با برون‌گرایی ۰/۳۷-، با حرمت خود ۰/۴۰-، با خودکارآمدی کلی ۰/۳۳-، با ناگویی هیجانی ۰/۳۸، با عاطفه مثبت ۰/۴۳- و با عاطفه منفی ۰/۴۸ به دست آمد.

این ضرایب در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز با تعیین سه عامل (سه سبک دفاعی رشد یافته، نورتیک و رشد نایافته)، روایی سازهٔ نسخه فارسی پرسش‌نامهٔ سبک‌های دفاعی را تایید نمود (۲۸).

1. Devaluation
2 . Autistic fantasy
3 . Denial
4 . Displacement
5 . Dissociation
6 . Splitting
7 . Rationalization
8 . Somatization
9 . Internal consistency
10 . Test-retest reliability
11 . Convergent
12 . Discriminant
13 . Mental Health Inventory
14 . Inventory of Interpersonal Problems
15 . Neuroticism
16 . Extraversion
17 . NEO Personality Inventory-Revised
18 . Self-Esteem Rating Scale
19 . Self-Efficacy Scale
20 . Toronto Alexithymia Scale
21 . Positive and Negative Affect Scedule

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

یافته‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های میانگین، انحراف معیار) و روش ضریب آلفای کرانباخ، برای محاسبه میزان همسانی درونی به منظور برآورد میزان پایایی و همچنین تعیین اعتبار سازه ابزار پژوهش و از روش‌های آمار استنباطی (آزمون t استودنت برای مقایسه دو گروه مستقل و خی دو (χ^2) برای مقایسه شیوع دو جامعه بالینی و غیربالینی) استفاده شد.

برای انجام کلیه تحلیل‌های مذکور از نسخه نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. در جدول ۲ فراوانی مکانیزم‌های دفاعی بالغ، نابالغ و نوروتیک برای دو گروه بالینی و عادی به تفکیک آمده‌اند.

جدول ۲. فراوانی مکانیزم‌های دفاعی بالغ، نابالغ و نوروتیک به تفکیک دو گروه بالینی و عادی

مکانیزم‌های دفاعی	گروه‌ها			
	بالینی		عادی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بالغ	۲۱	۸/۵۳	۱۹۴	۹۵/۱
نابالغ	۲۱۲	۸۶/۱۷	۱۲	۵/۸۸
نوروتیک	۱۸۰	۷۳/۱۷	۳۲	۱۵/۶۸

جدول ۳. آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی مکانیزم دفاعی بالغ در دو گروه بالینی و عادی

گروه ها	تعداد	مورد انتظار
بالینی	۲۱	۱۰۷/۵
عادی	۱۹۴	۱۰۷/۵
کل	۲۱۵	۲۱۵

$(P= 0.000)$ d.f. = 1 = 139.2 (χ^2)

مقدار خی دو (χ^2) با درجه آزادی ۱= d.f.، ۱۳۹/۲ به دست آمد و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار خی دو حاکی از تفاوت بین فراوانی طبقات مورد بررسی است، یعنی این‌که شیوع مکانیزم دفاعی بالغ، در افراد سالم تفاوت معناداری با شیوع آن در افراد مبتلا به سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود این مکانیزم به طور معناداری در افراد سالم شیوع بیشتری دارد.

جدول ۴. آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی مکانیزم دفاعی نابالغ در دو گروه بالینی و عادی

گروه ها	تعداد	مورد انتظار
بالینی	۲۱۲	۱۱۲
عادی	۱۲	۱۱۲
کل	۲۲۴	۲۲۴

$(P= 0.000)$ d.f. = 1 = 178.57 (χ^2)

مقدار خی دو (χ^2) با درجه آزادی ۱= d.f.، ۱۷۸/۵۷ به دست آمده است و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار خی دو حاکی از تفاوت بین فراوانی طبقات مورد بررسی است، یعنی این‌که شیوع مکانیزم دفاعی نابالغ، در افراد سالم تفاوت معناداری با شیوع آن در افراد مبتلا به سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود این مکانیزم به طور معناداری در افراد دارای سرطان سینه شیوع بیشتری دارد.

جدول ۵. آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی مکانیزم دفاعی نوروتیک در دو گروه بالینی و عادی

گروه ها	تعداد	مورد انتظار
بالینی	۱۸۰	۱۰۶
عادی	۳۲	۱۰۶
کل	۲۱۲	۲۱۲

$(P= 0.000)$ d.f. = 1 = 103.32 (χ^2)

مقدار خی دو (χ^2) با درجه آزادی ۱= d.f.، ۱۰۳/۳۲ به دست آمده است و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار خی دو حاکی از تفاوت بین فراوانی طبقات مورد بررسی است، یعنی این‌که شیوع مکانیزم دفاعی نوروتیک، در افراد سالم تفاوت معناداری با شیوع آن در افراد مبتلا به سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود این مکانیزم به طور معناداری در افراد مبتلا به سرطان سینه شیوع بیشتری دارد. علاوه بر مقایسه فراوانی هر یک از مکانیزم‌ها، میانگین هریک از آنها در دو گروه با استفاده از آزمون t مقایسه شده اند.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۶. آزمون t استودنت برای مقایسه میانگین مکانیزم‌های دفاعی در دو گروه بالینی و عادی

گروه‌ها	تعداد	میانگین مکانیزم‌های دفاعی			انحراف معیار			خطای استاندارد میانگین		
		نوروتیک	نابالغ	بالغ	نوروتیک	نابالغ	بالغ	نوروتیک	نابالغ	بالغ
بالینی	۲۴۶	/۴۲	/۹۵	/۲۷	/۰۱	/۸۲	/۳۸	/۳۸	/۷۵	/۳۴
		۳۸	۱۱۰	۲۹	۶	۱۱	۵	۰	۰	۰
عادی	۲۰۴	/۶	/۱۵	/۱۵	/۱۵	/۸۹	/۲۷	/۴۳	/۶۲	/۳۷
		۲۸	۸۲	۴۵	۶	۸	۵	۰	۰	۰

مکانیم‌های دفاعی نوروتیک (P= 0.000) d.f. = 448 t = 17.4

مکانیزم‌های دفاعی نابالغ (P= 0.000) d.f. = 448 t = 28.8

مکانیزم‌های دفاعی بالغ (P= 0.000) d.f. = 448 t = 31

مکانیزم‌های دفاعی بالغ: مقدار t استودنت با درجه آزادی d.f. =۴۴۸، ۳۱ به دست آمده است و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار حاکی از تفاوت بین میانگین دو گروه مورد بررسی است، یعنی این‌که متوسط نمرات مکانیزم دفاعی بالغ، در افراد سالم تفاوت معناداری با متوسط آن در افراد دارای سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود میانگین این مکانیزم به طور معناداری در افراد عادی بیشتر بوده است.

مکانیزم‌های دفاعی نابالغ: مقدار t استودنت با درجه آزادی d.f. =۴۴۸، ۲۸/۸ به دست آمده است و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار حاکی از تفاوت بین میانگین دو گروه مورد بررسی است، یعنی این‌که متوسط نمرات مکانیزم دفاعی نابالغ، در افراد سالم تفاوت معناداری با متوسط آن در افراد دارای سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود میانگین این مکانیزم به طور معناداری در افراد مبتلا به سرطان سینه بیشتر بوده است. لازم به ذکر است که واریانس دو گروه همگن نبود و قبل از استفاده از آزمون t استودنت از روش معکوس داده‌ها تبدیل شد و این مفروضه برقرار شد.

مکانیزم‌های دفاعی نوروتیک: مقدار t استودنت با درجه آزادی d.f. =۴۴۸، ۱۷/۴ به دست آمده است و در سطح P = ۰/۰۰۰ از نظر آماری معنادار است و این مقدار حاکی از تفاوت بین میانگین دو گروه مورد بررسی است، یعنی این‌که متوسط نمرات مکانیزم دفاعی نوروتیک، در افراد سالم تفاوت معناداری با متوسط آن در افراد مبتلا به سرطان سینه داشته است و همان‌طور که دیده می‌شود میانگین این مکانیزم به طور معناداری در افراد مبتلا به سرطان سینه بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به بررسی انجام شده مشخص شد که الگوی مکانیزم‌های دفاعی بیماران مبتلا به سرطان سینه با جامعه غیربالینی متفاوت است؛ به این ترتیب که در افراد مبتلا به سرطان سینه، فراوانی استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروتیک بیشتر از افراد عادی بود. تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که ارتباطی ضمنی بین سلامت جسمی و روانی با مکانیسم‌های دفاعی وجود دارد که در این رابطه تبیین‌هایی احتمالی مطرح می‌شود.

در این پژوهش مشخص شد که الگوی بارز مکانیزم‌های دفاعی افراد مبتلا به سرطان سینه، مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروتیک است. این امر نشان دهنده این است که افراد مبتلا به سرطان سینه به‌سبب مشکلات جسمی پیش‌آمده کنترل رویدادهای زندگی را از دست می‌دهند و ناتوان از به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی بالغ، دست به استفاده از مکانیسم‌های نابالغ و نوروتیک می‌زنند. ناکامی‌های پیش‌آمده ضرورت استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ و نوروتیک را افزایش می‌دهد و شاید این بدان دلیل باشد که این مکانیسم‌ها قابلیت

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

بیشتری در کاهش اضطراب دارند و از طرف دیگر نیز این نیاز – یعنی کاهش اضطراب – به‌شدّت در این افراد احساس می‌شود.

در پژوهش توماس هیفانتیس[1] و همکاران (۲۹) که یکی از معدودترین تحقیقات در این زمینه است، نیز این نتیجه به دست آمده است. پژوهش‌های پیشین در زمینه همبستگی مکانیزم‌های دفاعی و بیماری های پزشکی نشان داده است که مکانیزم‌های دفاعی نظیر بدنی‌سازی، سرکوب، ابطال، مجزاسازی و حتی انکار در جامعه افراد مبتلا به بیماری‌های جدی پزشکی دارای فراوانی بیشتری هستند. مکانیزم‌های دفاعی استفاده شده از سوی بیماران سرطانی، ممکن است در ابتلا، انکار، شدت، عود، و حتی در پاسخ ندادن به درمان نیز مؤثر باشد که در پژوهش‌های آتی می‌توان بررسی نمود.

با توجه به بررسی انجام شده مشخص شد که میانگین مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته در جامعه غیربالینی بیشتر از جامعه سرطانی است؛ به این ترتیب که در افراد عادی، فراوانی استفاده از مکانیزم‌های دفاعی بالغ بیشتر از افراد مبتلا به سرطان سینه بود.

تفاوت در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی، نشان‌دهنده ارتباط‌های احتمالی مکانیزم‌های دفاعی بالغ با سلامت جسمانی است، به این ترتیب که افراد با سرکوب نکردن هیجانات، بازداری‌افراطی هیجانات، برخوردهای منطقی‌تر با تنش‌ها و انتخاب سبک زندگی مناسب‌تر و پاسخ‌دهی مناسب هیجانات به محرک‌های متنوع محیطی و درونی، مصونیتی برای خود، در برابر اختلالات جسمانی و روانی ایجاد می‌کنند.

همان‌طور که فروید نیز معتقد بود مکانیزم‌های دفاعی می‌توانند هم در خدمت کاهش اضطراب و مشکلات روانی و هم در خدمت افزایش مشکلات روانی باشند. وایلانت نیز با تقسیم‌بندی خود از مکانیسم‌های دفاعی به سه سطح، نشان داد که کدام گروه از مکانیزم‌ها واجد ملاک‌های سلامتی است. از سوی دیگر، استفاده افراطی از مکانیزم‌های دفاعی خود مستوجب بروز اختلالات روانی است؛ به عبارت دیگر، استفاده عادتی از مکانیسم دفاعی خاص، گامی به سوی نابهنجاری است. برای مثال، مکانیسم‌های فرافکنی، خیالبافی، و دوپارگی باعث بروز اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و مرزی می‌شود. تحقیقات نیز این روند را نشان داده است (۳۰).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که مبتلایان به سرطان سینه پس از تشخیص بیماری، تنش زیادی را تجربه می‌کنند و از سوی دیگر نیز استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ و نوروتیک، روند درمان را سخت‌تر می‌کند؛ چرا که افراد علاوه بر بیماری سخت جسمی، از لحاظ روانی نیز دچار مشکلات فراوانی خواهند شد. چنین مشکلاتی از طریق تأثیر منفی بر کنش‌های روان‌شناختی و افزایش تنیدگی ناشی از بیماری سرطان، قابلیت فرد برای سازگاری عمومی را کاهش می‌دهند، بر نظام ایمنی بدن این بیماران و در نتیجه توانایی بهبود جسمانی تأثیر منفی می‌گذارند و به محدودیت‌هایی در کنش‌وری جنبه‌های مختلف زندگی آنها منجر می‌شوند.

همچنین برخی پژوهش‌ها که به صورت غیرمستقیم بر روی آوردن مبتلایان به سرطان به ورزش یا هنر (به زبان روانکاوی والایش) متمرکز بودند، نشان داده‌اند که روند بهبودی این افراد (یعنی مبتلایان به سرطان سینه که به ورزش و هنر روی می‌آورند، در مقابل مبتلایانی که در برابر اختلال تسلیم می‌شوند یا دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند) بسیار بهتر بوده است؛ و از طرفی دیگر نیز نشان داده شده است که ورزشکاران و هنرمندان کمتر از جامعه عادی به سرطان مبتلا می‌شوند و این بحث این امر را ثابت

1. Hyphantis

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

می‌کند که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بالغ، گامی به سوی سلامت روان و جسم خواهد بود.

استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و نابالغ نیز یک روند بحرانی را در افراد مبتلا به سرطان سینه ایجاد خواهد کرد، بدین ترتیب که آنها تنش‌های خویش را یا سرکوب می‌کنند که همین ضربه مهلکی به روان آنها خواهد بود و یا با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نظیر جابجایی، فرافکنی و تفرق، هم محیط اطراف خویش را با مشکل مواجه خواهند کرد و هم از لحاظ هویتی دچار اشکال خواهند شد. حتی می‌توان گفت سرطان به مثابه یک هیستری عمل می‌کند، بدین ترتیب که افراد به‌خاطر کاهش اضطراب‌های شدید خویش، دچار یک بیماری جسمی - هرچند مهلک – می‌شوند و همین می‌شود که حتی پس از عمل‌های جراحی گوناگون عود نیز صورت می‌گیرد. بدین ترتیب می‌توان گفت مبتلایان به سرطان سینه، قبل از ابتلا به این بیماری، دچار تنش‌ها و مشکلات شدیدی شده‌اند و به‌خاطر کاهش اضطراب ناشی از این دغدغه‌ها، دچار سرطان می‌شوند. البته در این میان حتی می‌توان به الگوی آسیب‌پذیری- استرس نیز اشاره کرد. این الگو عنوان می‌کند که افراد با آمادگی (یا بیماری‌پذیری ارثی) متولد می‌شوند، و وقتی در معرض میزانی از تنش قرار می‌گیرند ابتلا صورت خواهد گرفت.

از یک دریچه دیگر نیز می‌توان به این قضیه نگاه کرد و آن مبحثی پیچیده از روانکاوی است: به گفته صاحب‌نظران (۱۰،۹) مبتلایان به سرطان‌سینه سبک زندگی ناسالمی را پیشه کرده‌اند (از جمله رژیم غذایی ناسالم، استفاده از هورمون‌ها و ...) و با وجود توصیه پزشکان و رسانه‌های عمومی بر خطرناک بودن این سبک، آنها به این کار خود با لذت و بدون ترس ادامه می‌دهند که فروید نام این قضیه را جبر تکرار نهاد. به عبارت دیگر مبتلایان به سرطان سینه از تکرار این وضعیت ناگوار لذت می‌برند.

تشکر و قدردانی

نویسنده مقاله لازم بر خود می‌داند که از جناب آقای دکتر کامران یثربی (با نقش دوگانه استاد و روانکاو) به‌خاطر کمک‌های فراوان و بی‌دریغ خود برای انجام این پژوهش مهم کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Fist, Fist. Personality psychology. Translated to Persian by: sydmohammadi. Tehran: Ravan pub.2005:85.
2. Heller, sh. Wordbook Freud. Translated to Persian by: pordel. Mashhad: Trane pub. 2010:332.
3. Vaillant, G.E. Adaptive mental mechanisms: Their role in a psychology, Journal of American psychologist.2000;55:89-98.
4. Masuodnia, a. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms: An appraisal of self-regulation model. Iran Journal of Behavioural Sciences. 2008;2(3).271-282. (In Persian)
5. Spiegel, D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. Journal of Support Care Cancer.2005;3:252-256.
6. Schwartz. Principle of surgery. Translated to Persian by: Sobati. Tehran: Arjemand pub; 2010;3:203.
7. Shishegar, a. Screening Breast cancer. Iran Journal of Army University.2010;9(1):58-66. (In Persian)
8. Mehrinejad, a. Stress In breast cancer. Iran Journal Daneshvar Raftar.2010;43:49-56. (In Persian)
9. Schwartz. Principle of surgery. Translated to Persian by: Sobati. Tehran: Arjemand pub; 2010;3:203.
10. Ogden, j. eating psychology. London: Welly pub.2008:321-323.
11. Baider, L., Pnina, H., Gil, G., Marc, Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples, Journal of Psychosomatic Research.(2003). 55, 453-460.
12. Hyphantis, T. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. Journal of Psychosomatic Research 70.2011:411-421.
13. Dalton, S, O. Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? European Journal of Cancer 38.2002;1313-1323.
14. Schilder, c. Cognitive functioning of postmenopausal breast cancer patients before adjuvant systemic therapy, and its association with medical and psychological factors. Critical Reviews in Oncology/Hematology 76.2010:133-141.
15. Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings, Journal of Critical Reviews in Oncology/Hematology, 46.2003; 5-16.
16. Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievement and challenges. Cancer Journal for Clinicians, 2009;58(4):214-230.
17. Pando, D. Anger and Cancer. European Journal of Cancer 40.2006:1689-1695.
18. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and Depression in Cancer Patients. Journal Iran of Research in Behavioural Sciences 2007;5(2):115-118. (In Persian)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

19. Asvadi, I. Personality and Cancer. Iranian Journal of Hamadan University medical. 2009;4(54):45-73. (In Persian)
20. Mardani, M. Quality of life and related factors in cancer patients. Journal Iran of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences. 2010;18(2):111-117. (In Persian)
21. Ebrahimi, M. Events unpleasant with detection Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Disorder.2009;6:29-38. (In Persian)
22. AttarParsaei, F. Relation of specifications Social and individual With Breast Cancer. Iranian Journal of Tabriz University medical. 2001;50;15-23. (In Persian)
23. Hayati, F. Coping style In Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Disorder. 2008;2: 38-42. (In Persian)
24. Pando, D. Anger and Cancer. Cancer Journal for Clinicians.2006;45:45-58.
25. Bennett, B. Fatigue and psychological distress -exploring the relationship in women treated for breast cancer. European Journal of Cancer 40.2004;1689-1695.
26. Andrews, G., Singh, M & Bond, M. The defiance style questionnaire, Journal of Nervous and Mental Disease.1993;5:246-256.
27. Besharat, M. Survey exclusivity psychometric DSQ. University of Tehran. (In Persian).
28. Besharat, M. attachments style and defense mechanism. Iranian Journal of Psychology. 2001;19:278-289. (In Persian)
29. Hyphantis, T. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. Journal of Psychosomatic Research 70.2011:411-421.
30. Kaplan & sadock's. Synopsis of psychiatry. Translated to Persian by: Rezaei. Tehran: Arjemand pub.2008;2:205-240.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]