



پیش بینی ایمنی دل‌بستگی و خود‌پنداره مادرانه بر مبنای باز‌نمایی‌های مادرانه پیش از تولد در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم شهر شیراز

فرزانه منظری توکلی: دانشجوی دکترا روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
مجید برزگر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (* نویسنده مسئول) Mbarzegar55@gmail.com
حسین بقولی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

ایمنی دل‌بستگی،
خود‌پنداره مادرانه،
بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد،
اختلال طیف اتیسم

زمینه و هدف: با توجه به تأثیر ویژگی‌های کودک و یافت مراقبتی در هر مقطع تحولی کودکان دارای اختلال اتیسم، برای دستیابی به مسیر مشخص، تبیین تغییرات باز‌نمایی مادران دارای اختلال اتیسم ضرورت می‌یابد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تدوین مدل ساختاری ایمنی دل‌بستگی و خود‌پنداره مادرانه براساس باز‌نمایی‌های مادرانه پیش از تولد در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود.

روش کار: روش مطالعه توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود که جامعه آماری آن شامل کلیه مادران دارای فرزند طیف اتیسم که فرزندشان را در مدارس استثنایی ثبت نام کرده و نیز در انجمن اتیسم شهر شیراز پرونده داشتند، که تعداد آن‌ها در سال ۱۴۰۱ جمعاً ۹۸۷ نفر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا انتخاب شدند که حاضر به شرکت در پژوهش بودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه روابط میانی دل‌بستگی (*KCAQ*) - دل‌بستگی کودکان در دوره ی میانی هالپرن و کاپنبرگ (۲۰۰۶)، پرسشنامه خود‌پنداره را جرز (۱۹۸۳)، پرسشنامه رفتارهای دل‌بستگی مادر به جنین کارنلی (۱۹۸۱) بود. داده‌ها با استفاده از روش معادلات ساختاری و نرم افزار *AMOS* تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند میان پذیرش نقش مادری، دسترس‌پذیری، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) برقرار است. به عبارتی می‌توان گفت بهبود و افزایش در متغیرهای مذکور منجر به افزایش ایمنی دل‌بستگی در مادران کودکان دارای اختلال اتیسم می‌شود. میان پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصیتی به جنین، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی با خود‌پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مدل ساختاری ایمنی دل‌بستگی و خود‌پنداره مادرانه براساس باز‌نمایی‌های مادرانه پیش از تولد در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم از سطح سازگاری مطلوب برخوردار بود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Manzaree Tavakoli F, Barzegar M, Baghooli H. Prediction of Attachment Safety and Maternal Self-Concept Based on Maternal Representations before Birth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Shiraz City. Razi J Med Sci. 2024(6 Aug);31:81.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 4.0** صورت گرفته است.



Original Article

Prediction of Attachment Safety and Maternal Self-Concept Based on Maternal Representations before Birth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Shiraz City

Farzaneh Manzaree Tavakoli: Ph.D. Student of General Psychology, Department of Psychology, Morovdasht Branch, Islamic Azad University, Morovdasht, Iran

Majid Barzegar: Assistant Professor, Department of Psychology, Morovdasht Branch, Islamic Azad University, Morovdasht, Iran (* Corresponding Author) Mbarzegar55@gmail.com

Hossein Baghooli: Assistant Professor, Department of Psychology, Morovdasht Branch, Islamic Azad University, Morovdasht, Iran

Abstract

Background & Aims: Parents of children with autism suffer more problems than parents of normal children and even than parents of children with other developmental disorders. Perhaps the most important problem for mothers with autism is the disruption of maternal imaginations and dreams or maternal representations during pregnancy. Maternal representations refer to a process in which the mother has emotional, emotional experiences and a mutual relationship with her fetus and expands the maternal identity for herself. Attachment between mother and fetus is the first and most important relationship that is related to the way and quality of mother-child communication. There is evidence of the development of attachment between mother and fetus during pregnancy, which is reflected in mothers' behaviors. A mother who becomes attached to her fetus during pregnancy is ready to establish a pleasant relationship with the baby after delivery and allow him to develop a safe and healthy attachment. Some evidence shows that the emergence of the mother's attachment to the fetus is a predictor of the mother's attitude and performance after childbirth, the mother's interaction with the infant, and attachment patterns after the birth of the child. Considering the effect of the child's characteristics and the context of care in each stage of development of children with autism disorder, to achieve a specific path, it is necessary to explain the changes in the representation of mothers with autism disorder. Therefore, the purpose of this research was to develop a structural model of attachment safety and maternal self-concept based on maternal representations before birth in mothers of children with autism spectrum disorder in Shiraz city in 2022.

Methods: The descriptive study method was based on the structural equation modeling method, and its statistical population included all mothers with children on the autism spectrum who enrolled their children in exceptional schools and also had a case in the Autism Association of Shiraz. Their number was 987 in 1401. Using available sampling method, 360 mothers of affected children were selected who were willing to participate in the research. The research tools included the Middle Attachment Relationships Questionnaire (KCAQ) - Children's Attachment in the Middle Period by Halpern and Kapenberg (2006), Self-Concept Questionnaire (1983), and Carnelly's Mother-Fetus Attachment Behavior Questionnaire (1981). Data were analyzed using structural equation method and AMOS software.

Results: The results showed that there is a significant and increasing (direct) relationship between acceptance of the mother's role, accessibility, differentiation between self and fetus, and self-sacrifice with attachment safety. In other words, it

Keywords

Attachment Safety,
Maternal Self-Concept,
Prenatal Maternal
Representations,
Autism Spectrum
Disorder

Received: 02/03/2024

Published: 06/08/2024

can be said that the improvement and increase in the mentioned variables lead to an increase in attachment safety in mothers of children with autism disorder. There is a meaningful and increasing (direct) relationship between accepting the role of the mother, attributing characteristics to the fetus, distinguishing between self and fetus, and self-sacrifice with maternal self-concept. The results of the structural model in Table 6 indicate that acceptance of the maternal, accessibility, differentiation between self and fetus and selflessness have a significant and incremental (direct) relationship with attachment security. In other words, it can be said that the improvement and increase in the mentioned variables lead to an increase in attachment safety in mothers of children with autism. According to the path coefficients and based on the coefficient of determination index (R^2), 3, 7, 2, and 9 percent of the changes in attachment safety are explained by acceptance of the maternal role, interaction with the fetus, differentiation between self and fetus, and self-sacrifice. Also, the intensity of the relationship between self-sacrifice and the safety of attachment was higher than in other relationships investigated. The results of the model in Figure 4 showed that there was no statistically significant relationship between attributing characteristics to the fetus and safety of attachment in the studied population ($p < 0.05$).

Conclusion: The structural model of attachment safety and maternal self-concept based on maternal representations before birth in mothers of children with autism spectrum disorder had a favorable level of adaptation. This breakthrough may be very challenging. The formation and consolidation of new skills such as expressing emotions, mutual interactions, regulating behaviors, and internalizing the mental representation of the caregiver's availability requires a new level of flexibility in the mother; Especially the mother of autistic children. A noteworthy point in the mothers investigated in this research, who had an autistic child, this caused a change in the mother's feedback about the relationship with the child, increased anxiety in coping with his needs, and created challenges in the daily interaction between the child and the caregiver; A problem that may lead to a change in the behavior based on the mother's sensitivity and consequently to the transformation of the child's internal working model. In fact, in this example, it is not the unsafe working models of the mother herself that is the main factor affecting the representation and sensitivity of the child, but rather the inconsistency and stability in the care system and, as a result, the desire for insecurity in children due to the inability of the caregiver. Accompanying the developmental characteristics of the child, accepting them, and aligning the current representations and caring behavior with these characteristics.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Manzaree Tavakoli F, Barzegar M, Baghooli H. Prediction of Attachment Safety and Maternal Self-Concept Based on Maternal Representations before Birth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Shiraz City. *Razi J Med Sci.* 2024(6 Aug);31.81.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

هنگامی که یک مادر بعد از ماهها و گاه با تحمل نگرانی و دشواری‌های فراوان در انتظار فرزندش می‌باشد، مهمترین دغدغه‌اش سلامت روان شناختی و جسمانی نوزادش است (۱). از این رو، تولد نوزادی با نیازهای ویژه، آثار نامطلوبی بر روان مادر به جا می‌گذارد. به طوری که نظم و آرامش روان مادر به هم می‌ریزد. طیف اتیسم یکی از اختلالات طبقه اختلالات رشدی عصبی است که با نقایص مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و رفتارهای ارتباطی غیرکلامی شناسایی می‌شوند و همچنین با نقص مهارت‌های ایجاد، حفظ و فهم ارتباطات مشخص می‌گردند، علاوه بر نقایص ارتباطات اجتماعی تشخیص طیف اختلالات اتیسم نیازمند وجود الگوهای محدود و تکراری رفتارها، علایق و یا فعالیت‌هاست (۲). امروزه اتیسم دیگر یک بیماری نادر محسوب نمی‌شود. در سال ۲۰۱۲ میزان شیوع اختلال اتیسم در امریکا، ابتلای یک کودک به ازای هر ۸۶ کودک اعلام شده بود به نحوی که از هر ۵۵ کودک پسر یک کودک و از هر ۱۸۹ کودک دختر یک کودک به این اختلال مبتلا می‌شوند (۳). طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۵ از هر ۵ هزار نفر یک نفر به اتیسم مبتلا بوده است. در سال ۲۰۰۴ این میزان به یک در ۱۶۶ نفر رسیده است و در سال ۲۰۱۸ از هر ۲۲ کودک یک نفر به اختلال اتیسم مبتلا بوده است (۴). پر واضح است که این اختلال پیچیده، مشکلات درخور توجهی را برای خانواده و مراقبت کنندگان کودک بوجود آورده است. به طور کلی وجود کودک دارای ناتوانی به دلیل حالت شوکی که به والدین خصوصاً مادر وارد می‌کند و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی تلاش‌های زیادی می‌کنند و احتمال کم بودن نتیجه نیز وجود دارد، فشارهای زیادی بر آنها وارد می‌شود (۵).

پژوهش‌ها نشان داده که والدین کودکان مبتلا به طیف اتیسم نسبت به والدین کودکان عادی و حتی نسبت به والدین کودکان دارای اختلالات رشدی دیگر از مشکلات بیشتری رنج می‌برند (۶). شاید مهمترین مشکل برای مادران دارای طیف اتیسم برهم خوردن تصورات و رویاهای مادرانه یا همان بازنمایی‌های مادرانه در دوران بارداری می‌باشد. بازنمایی‌های مادرانه، به

فرآیندی اشاره می‌کند که در آن، مادر با جنین خود، تجربه‌های احساسی، عاطفی و ارتباط متقابل داشته و هویت مادری را برای خود گسترش می‌دهد (۷). دلبستگی بین مادر و جنین، اولین و مهمترین ارتباطی است که با نحوه و کیفیت ارتباط مادر و فرزند رابطه دارد. شواهدی از رشد دلبستگی بین مادر و جنین در دوران بارداری وجود دارد که در رفتارهای مادران منعکس می‌گردد (۸). مادری که در طی بارداری به جنین خود دلبستگی پیدا می‌کند، آماده است تا پس از زایمان ارتباط لذتبخشی را با نوزاد برقرار کند و به او فرصت دهد تا دلبستگی ایمن و سالمی ایجاد کند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ظهور دلبستگی مادر به جنین، عامل پیش‌بینی کننده چگونگی نگرش و عملکرد مادری پس از زایمان، تعامل مادر با شیرخوار و الگوهای دلبستگی بعد از تولد کودک است (۹). مادرانی که با جنین خود دلبستگی بالاتری در دوران بارداری دارند، با شیرخوار نیز تعامل بیشتری خواهند داشت؛ که به نوبه خود می‌تواند تأثیر زیادی در رشد و تعامل هیجانی، شناختی و اجتماعی کودک داشته باشد. رفتارهای دلبستگی مادر به جنین در پنج طبقه کلی تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین، از خودگذشتگی و پذیرش نقش والدی تقسیم شده است (۱۰).

در واقع دلبستگی پیوند عاطفی عمیق و مدام میان کودک و مراقب است و تأثیری بنیادین بر همه جوانب وجود انسان دارد. این پیوند چیزی نیست که والد به کودک بدهد، بلکه چیزی است که والد و کودک در رابطه متقابل آن را با هم می‌سازند (۱۱). میتوان گفت میل به دلبستگی نوعی گرایش وابسته به نوع است. کودکان به طور ذاتی در جستجوی امنیت پایگاه ایمن هستند و والدین به طور ذاتی میل به محافظت و مراقبت از فرزندانشان دارند (۱۲). اعتماد به دردسترس بودن چهره دلبستگی و احساس امنیت ناشی از رابطه با مراقب، به آرامی و در طول سالهای تحول از نوزادی تا کودکی و نوجوانی به شکل‌گیری بازنمایی‌ها و انتظارات ذهنی مثبت از خود و دیگران یا مدل کارورزی درونی منجر می‌شود که در سراسر زندگی نسبتاً بدون تغییر خواهد ماند (۱۳). اساس نظریه دلبستگی این است که مدل کارورزی درونی دلبستگی در نتیجه ثبات و تجانس

کودکان مدلی از رابطه خود را با مراقب بنا کنند، انگیزه مراقبت نیز سبب می‌شود والدین بازنمایی از رابطه خود با کودک بسازند (۱۸). این بازنمایی انتظارات و رفتارهای والدین را در رابطه شکل می‌دهد و بر والدگری آنان اثر می‌گذارد. پژوهش‌ها در این زمینه نشان می‌دهد که تفاوت آشکار بین بازنمایی مادران نوزادان ایمن و نوزادان نایمن وجود دارد (۵). نکته حائز اهمیت در مورد بازنمایی‌ها این است که به رغم میل آنها به ثبات نسبی، طبیعت آنها به گونه‌ای است که در مقابل بازنگری و تغییر در پاسخ به تجربیات گشوده باشند. پژوهش‌های مربوط به سنین بعد از نوپایی بسیار محدود است و البته با هدف بررسی میزان ثبات یا تغییر بازنمایی انجام نشده است (۱۳). از این رو با در نظر گرفتن خلأ موجود در پژوهش‌های اخیر، که در آنها فقط بر اهمیت بازنمایی مادرانه در مراحل اولیه تحول (پیش از تولد تا سال دوم تولد) فرزندان سالم تأکید شده، با توجه به تأثیر ویژگی‌های کودک و بافت مراقبتی در هر مقطع تحولی کودکان دارای اختلال اتیسم، برای دستیابی به مسیر مشخص، تبیین تغییرات بازنمایی مادران دارای اختلال اتیسم ضرورت می‌یابد (۹). در نتیجه این پژوهش بدنبال بررسی این است که مدل ساختاری ایمنی دل‌بستگی و خود‌پنداره مادرانه براساس بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم چگونه است؟

روش کار

این پژوهش با توجه به هدف آن، از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها، به صورت مقطعی و تحلیل آنها به روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری است. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.M.REC.1402.008 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت می‌باشد. جامعه آماری کلیه مادران دارای فرزند طیف اتیسم که فرزندشان را در مدارس استثنایی ثبت نام کرده و نیز در انجمن اتیسم شهر شیراز پرونده داشتند در سال ۱۴۰۱ که جمعاً ۹۸۷ نفر بودند در این پژوهش، از بین تمامی خانواده‌های دارای

محیط مراقبتی در طول زمان، بر یک روند باقی می‌ماند. با اینکه در طول تحول تغییرات مجاز در کیفیت مدل‌کاری درونی دل‌بستگی قابل انتظار است و کودک برای سازگاری نظام دل‌بستگی خود با شرایط موجود باید دست به بازنگری در مدل‌کاری خود بزند، در پژوهش‌هایی که این تحول از سال اول تا انتهای کودکی اولیه و حتی پس از آن پیگیری شده، تغییرات اساسی از ایمنی به سمت نایمنی مشهود است (۱۴). بالبی (۱۹۷۳) رابطه تحولی پیچیده‌ای را بین دل‌بستگی و محیط مراقبتی صورت‌بندی می‌کند. بر این اساس فرایندهای دل‌بستگی در سطوح چندگانه‌ای عمل می‌کند و با هم در تعامل است. در سطح فردی نظام دل‌بستگی مجموعه‌ای از انتظارات و راهبردهای تنظیم فراهم می‌آورد که در طول تحول به شکل فرایندهای ثبات می‌یابد. در سطح مراقبتی، دردسترس بودن و پاسخگو بودن مراقب نقش بسزایی در تأمین حمایت و تأثیر مهمی بر انتظاراتی دارد که فرد از خود و دیگران شکل می‌دهد و در سطح سوم کودک و مراقب هر دو تحت تأثیر بافت گسترده‌تر خانواده قرار دارند (۱۵). این بافت ممکن است مسئولیت و توانایی مراقب را برای حفاظت از کودک کاهش دهد یا بر آن تأکید کند. با اینکه همه سطوح این نظام فرد را در جهت مسیری مشخص هدایت می‌کند و تمایل به تداوم دارد، تغییر در همه آنها اجتناب‌ناپذیر است (۱۶). نظام فردی دل‌بستگی و اندازه‌گیری تغییرات آن بسیار مورد توجه قرار گرفته، اما به دو بعد مرتبط با مراقب و بافت مراقبتی کمتر توجه شده است. بالبی در یکی از آخرین نوشته‌های خود به این مسئله اشاره می‌کند که لازم است پژوهش‌های آتی دل‌بستگی بر جهت‌علاقه و رابطه مادر با کودک متمرکز باشد. در پژوهش‌های مربوط به بررسی رابطه دل‌بستگی از دیدگاه مادر مشخص شده است که نوع بازنمایی والدین یا مدل‌کاری درونی والدین از رابطه دل‌بستگی بر ایمنی کودک اثرگذار است (۱۷). این بازنمایی والدینی که از ارکان مهم نظام مراقبت‌کنندگی است، به برداشت‌هایی اشاره دارد که از تجربه‌های مکرر والد و کودک حاصل می‌شود و رفتارها را جهت می‌دهد. همانگونه که انگیزه جستجوی مراقبت باعث می‌شود

کودکان اوتیسم شهر شیراز با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا انتخاب شدند که حاضر به شرکت در پژوهش بودند. ابزارهای پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه دلبستگی مادر - جنین: پرسشنامه رفتارهای دلبستگی مادر به جنین کارنلی در سال ۱۹۸۱ تهیه شده است و این پرسشنامه دارای ۵ حیطه تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصیات خاص به جنین و از خودگذشتگی می باشد. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است. این پرسشنامه، رفتارهای دلبستگی مادر با جنین را از ۵ جنبه: پذیرش نقش مادری (۴ عبارت)، تعامل با جنین (۵ عبارت)، نسبت دادن خصوصیات به جنین (۶ عبارت)، تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت) و از خودگذشتگی (۵ عبارت) مورد بررسی قرار می دهد. پاسخ به هر یک از پرسش های آن از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است. (قطعاً بلی ۵، بلی ۴، مطمئن نیستم ۳، خیر ۲، قطعاً خیر ۱). فقط در مورد بند ۲۲ نمره گذاری عکس می گردد، یعنی: (قطعاً بلی ۱، بلی ۲، مطمئن نیستم ۳، خیر ۴، قطعاً خیر ۵). میانگین نمرات، با تقسیم جمع نمرات بر تعداد عبارات به دست آمد؛ بدین ترتیب حداقل امتیاز کسب شده ۱ و حداکثر ۵ بود. بدین ترتیب حداقل امتیاز هر ماده یک و حداکثر پنج و حداقل امتیاز کل ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ است. امتیاز بیشتر در این آزمون نمایانگر دلبستگی بیشتر است. در پژوهش کرانلی (۱۹۸۱) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین، پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصیات به جنین و از خودگذشتگی به ترتیب برابر ۰،۶۸، ۰،۶۲، ۰،۷۳، ۰،۶۷ و ۰،۵۲ بود. همچنین پایایی کل توسط ابداع کننده آن $\alpha=0,85$ گزارش شده است. پرسشنامه مذکور توسط خرم رودی در ایران ترجمه شده و روایی آن به روش روایی محتوی و پایایی آن با آزمون مجدد و ضریب همبستگی ۰،۸۵ به تایید رسیده است. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه همچنین در مطالعه عباسی و تفضلی (۱۳۸۸) در مشهد به روش روایی محتوی توسط اعضای هیئت علمی دانشگاه همدان و پایایی آن با آلفا

کرونباخ ۰،۸۰ به تایید رسیده است.
پرسشنامه خود پنداره: این پرسشنامه در سال ۱۹۳۸ تا ۱۹۵۷ توسط کارال را جرز به منظور سنجش میزان خویشتن پنداری افراد تهیه شده است. این آزمون شامل دو فرم است که در هر دو آنها مجموعه ای یکسان از ۲۵ زوج صفت شخصیتی متضاد ارائه شده است که آزمودنی در پاسخ گویی به فرم اول بر اساس اینکه خود را چگونه می بیند. و در فرم دوم چگونه می خواهد باشد. توصیف کند. در این آزمون بالا بودن خودپنداره به معنای تطابق نداشتن بین خود واقعی و خود آرمانی است. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش آقاحانی ۰،۸۳٪ و پایایی آن به روش کرونباخ برابر ۰،۸۱٪ گزارش شده است. همچنین برای بررسی روایی آن از پرسشنامه ی خودپنداره بک استفاده شده است. پرسشنامه خود پنداره دارای شش بعد جداگانه است. یعنی خود پنداره، جسمانی، اجتماعی، عقلانی، اخلاقی، آموزشی و خلق و خو. همچنین از مجموع آنها نمره خود پنداره کلی بدست می آید. این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال است. هر بعد دارای ۸ سؤال می باشد. هر سؤال ۵ گزینه دارد. پاسخ ها در پاسخنامه منعکس می شود. محدودیت زمانی وجود ندارد. پاسخگو ۵ انتخاب دارد و باید طبق توصیف خود پنداره خود از حداکثر قبول تا حداقل آن یکی را انتخاب نماید. انتخاب ها یا پاسخ ها به ترتیب هستند که نظام نمره گذاری برای کلیه سوالات یکسان می ماند، یعنی ۱- ۲- ۳- ۴- ۵- اعم از اینکه سؤال مثبت یا منفی باشد. مجموع نمرات ۴۸ سؤال نمره کل خود پنداره فرد را نشان می دهد، نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر خود پنداره بالاتر و نمره پایین خود پنداره پایین تری را نشان می دهد. پایایی پرسشنامه با روش آزمون - آزمون مجدد، به دست آمده و برای نمره کل خود - پنداره ۰،۹۱٪ بود. ضریب پایایی ابعاد گوناگون از ۰،۶۷ تا ۰،۸۸ بوده است.

پرسشنامه روابط میانی دلبستگی (KCAQ) - دلبستگی کودکان در دوره ی میانی: سنجش دلبستگی کودکان در دوره ی میانی (قبل از دبستان و دبستان) از ابعاد مختلف (تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتار منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره ی

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کمترین نمره | بیشترین نمره |
|---|-------|---------|--------------|-------------|--------------|
| پذیرش نقش مادری | ۳۶۸ | ۱۱/۵۴ | ۲/۸۶ | ۴ | ۲۰ |
| تعامل با جنین | ۳۶۸ | ۱۴/۴۷ | ۳/۵۰ | ۵ | ۲۵ |
| نسبت دادن خصوصیات به جنین | ۳۶۸ | ۱۷/۰۹ | ۳/۹۵ | ۷ | ۲۹ |
| تمایز بین خود و جنین | ۳۶۸ | ۱۱/۴۲ | ۲/۵۰ | ۴ | ۲۰ |
| از خودگذشتگی | ۳۶۸ | ۱۴/۴۰ | ۳/۲۷ | ۶ | ۲۵ |
| بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد | ۳۶۸ | ۶۸/۹۲ | ۱۳/۹۳ | ۴۶ | ۱۱۷ |
| تکامل انطباقی مثبت | ۳۶۸ | ۱۷/۳۰ | ۳/۹۱ | ۶ | ۳۰ |
| واکنش هیجانی | ۳۶۸ | ۱۱/۵۰ | ۲/۸۹ | ۴ | ۲۰ |
| رفتارهای منفی | ۳۶۸ | ۱۷/۳۱ | ۴/۲۶ | ۶ | ۳۰ |
| دوری گزیدن از حمایت چهره‌ی دل‌بستگی/فرد مراقب | ۳۶۸ | ۱۱/۴۹ | ۲/۶۴ | ۴ | ۲۰ |
| ایمنی دل‌بستگی | ۳۶۸ | ۵۷/۶۱ | ۱۲/۶۶ | ۲۹ | ۱۰۰ |
| خود‌پنداره جسمانی | ۳۶۸ | ۲۲/۸۷ | ۵/۲۴ | ۱۱ | ۴۰ |
| خود‌پنداره اجتماعی | ۳۶۸ | ۲۲/۶۲ | ۵/۲۴ | ۸ | ۴۰ |
| خود‌پنداره خلق‌و‌خو | ۳۶۸ | ۲۲/۷۷ | ۵/۰۹ | ۱۴ | ۴۰ |
| خود‌پنداره آموزشی | ۳۶۸ | ۲۳/۰۴ | ۵/۰۹ | ۹ | ۴۰ |
| خود‌پنداره اخلاقی | ۳۶۸ | ۲۲/۹۹ | ۵/۰۵ | ۱۳ | ۴۰ |
| خود‌پنداره عقلانی | ۳۶۸ | ۲۲/۸۱ | ۴/۹۶ | ۱۱ | ۴۰ |
| خود‌پنداره مادرانه | ۳۶۸ | ۱۳۷/۱۰ | ۲۷/۸۶ | ۸۴ | ۲۳۵ |

یکی از پیش‌فرض‌های مهم جهت بررسی فرضیات پژوهش در آزمون‌های آماری بررسی نحوه توزیع داده‌ها است. چنانچه داده‌ها دارای توزیع نرمال باشند می‌توان از آزمون‌ها یا روش‌های پارامتری برای بررسی فرضیات استفاده کرد. یکی از راه‌های بررسی توزیع داده‌ها استفاده از ضرایب چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش است. در این پیش‌فرض داده‌هایی نرمال هستند که نسبت بحرانی ضریب چولگی و کشیدگی آن‌ها در فاصله $(-۲/۵۸, ۲/۵۸)$ باشد. نتایج نشان داد تمامی ضرایب به دست آمده در فاصله $(-۲/۵۸, ۲/۵۸)$ قرار گرفته است. همچنین نتایج نرمال بودن داده‌های تک متغیری به بررسی نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها نشان داد که داده‌های پژوهش حاضر نرمال هستند. همچنین با توجه به مقادیر آماره دوربین و اتسون در جدول ۲، می‌توان گفت در هر سه متغیر خطاها ناهمبسته‌اند.

جدول ۲- بررسی استقلال خطاها

| متغیر | آماره دوربین-واتسون |
|----------------------------------|---------------------|
| بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد | ۱/۹۳۱ |
| ایمنی دل‌بستگی | ۱/۹۵۶ |
| خود‌پنداره مادرانه | ۱/۹۲۱ |

دل‌بستگی/فرد مراقب). این پرسشنامه توسط هالپرن و کاپنبرگ (۲۰۰۶) طراحی شده است. تعداد سوالات آن ۲۰ و هدف آن سنجش دل‌بستگی کودکان در دوره میانی (قبل از دبستان و دبستان) از ابعاد مختلف (تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتارهای منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره‌ی دل‌بستگی/فرد مراقب) می‌باشد. پرسشنامه فوق دارای چهار بُعد تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتارهای منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره‌ی دل‌بستگی/فرد مراقب می‌باشد. طیف نمره‌دهی آن بر اساس لیکرت از هرگز (۱ امتیاز)، به ندرت (۲ امتیاز)، گاه‌گاهی (۳ امتیاز)، اغلب اوقات (۴ امتیاز)، همیشه (۵ امتیاز) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و ویراست ۲۶ و AMOS و ویراست ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

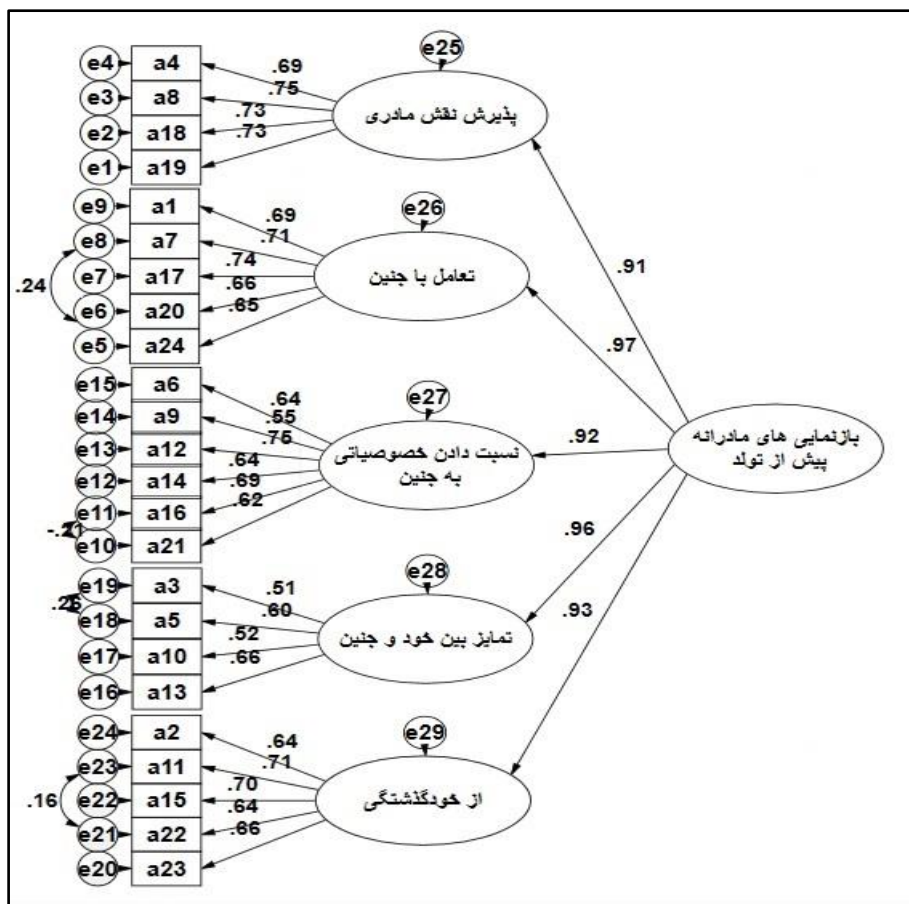
اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره متغیرهای بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد، ایمنی دل‌بستگی و خود‌پنداره مادرانه و ابعاد آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج برازش الگوی پرسشنامه بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد در نمودار ۱ نشان داده شده است. با توجه به شاخص‌های ارائه شده در جدول ۳، می‌توان گفت که الگوی اندازه‌گیری بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد از برازش مناسبی برخوردار است. با توجه به بارهای عاملی محاسبه‌شده در نمودار ۱، هیچ‌یک از بارهای عاملی

کمتر از ۰/۵ نبودند؛ بنابراین سؤالی برای حذف از روند تحلیل وجود نداشت. در مدل تحلیل عاملی برای بهبود شاخص‌های برازش از سه رابطه کوواریانسى استفاده شد. نتایج برازش الگوی پرسشنامه ایمنى دل‌بستگى در نمودار ۱ نشان داده شده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش الگوی بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد

| مقدار گزارش شده | حد قابل قبول | شاخص |
|-----------------|--------------------------|---|
| ۱/۹۵۹ | برابر یا کوچک‌تر از ۳ | کای اسکوئر بهنجار شده (CMIN/DF) |
| ۰/۹۰۲ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص نیکویی برازش (GFI) |
| ۰/۸۷۹ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) |
| ۰/۸۸۶ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش هنجار شده (NFI) |
| ۰/۹۴۱ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش افزایشی (IFI) |
| ۰/۹۳۲ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص تاکر-لونیس (TLI) |
| ۰/۹۴۰ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش تطبیقی (CFI) |
| ۰/۰۵۱ | برابر یا کوچک‌تر از ۰/۰۸ | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) |



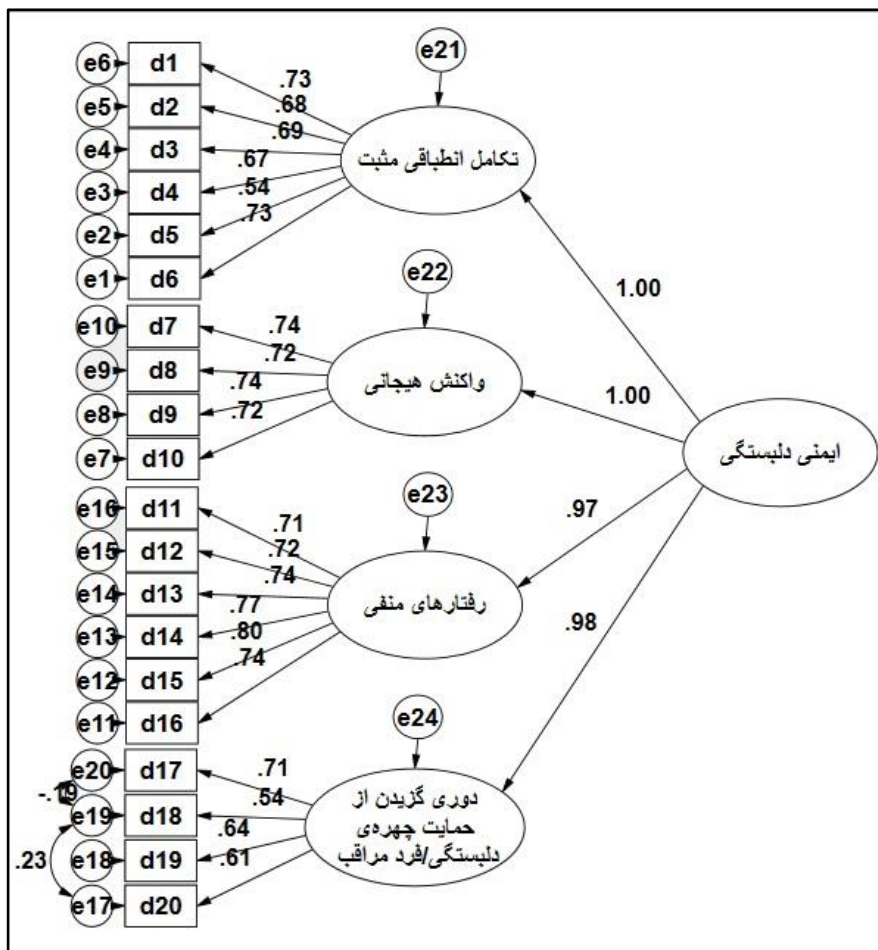
نمودار ۱- نتایج تحلیل عاملی تأییدی بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد (بار عاملی استاندارد شده)

کمتر از ۰/۵ نبودند؛ بنابراین سوآلی برای حذف از روند تحلیل وجود نداشت. در مدل تحلیل عاملی برای بهبود شاخص‌های برازش از دو رابطه کوواریانسی استفاده شد.

با توجه به شاخص‌های ارائه شده در جدول ۴، می‌توان گفت که الگوی اندازه‌گیری ایمنی دل‌بستگی از برازش مناسبی برخوردار است. با توجه به بارهای عاملی محاسبه‌شده در نمودار ۲، هیچ‌یک از بارهای عاملی

جدول ۴- شاخص‌های برازش الگوی ایمنی دل‌بستگی

| شاخص | حد قابل قبول | مقدار گزارش شده |
|---|--------------------------|-----------------|
| کای اسکور بهنجار شده (CMIN/DF) | برابر یا کوچک‌تر از ۳ | ۱/۷۰۲ |
| شاخص نیکویی برازش (GFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۳۱ |
| شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۱۱ |
| شاخص برازش هنجار شده (NFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۳۲ |
| شاخص برازش افزایشی (IFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۷۱ |
| شاخص تاکر- لوئیس (TLI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۶۶ |
| شاخص برازش تطبیقی (CFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۷۱ |
| ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) | برابر یا کوچک‌تر از ۰/۰۸ | ۰/۰۴۴ |



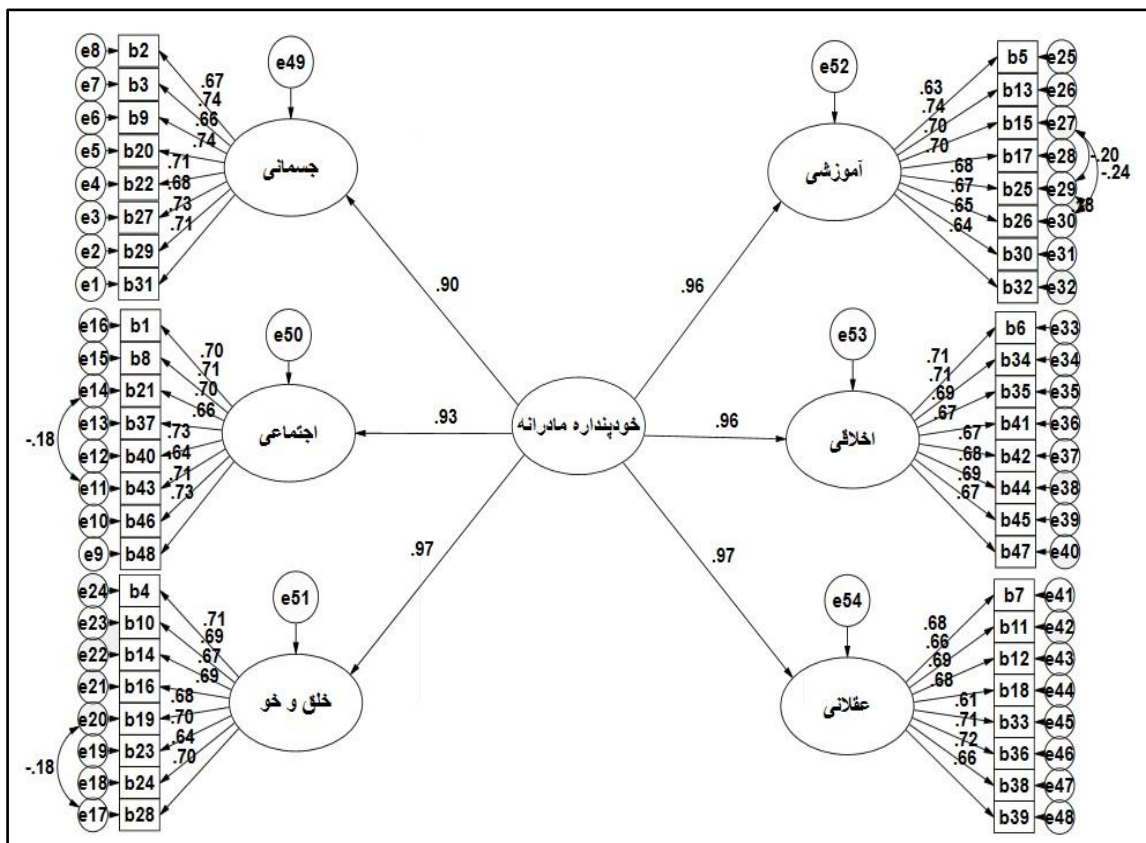
نمودار ۲- نتایج تحلیل عاملی تأییدی ایمنی دل‌بستگی (بار عاملی استاندارد شده)

نمودار ۳، هیچ‌یک از بارهاى عاملى کمتر از ۰/۵ نبودند؛ بنابراین سؤالى براى حذف از روند تحليل وجود نداشت. در مدل تحليل عاملى براى بهبود شاخص‌هاى برازش از چهار رابطه کوواریانسى استفاده شد.

نتایج برازش الگوی پرسشنامه خود پنداره مادرانه در جدول ۵ نشان داده شده است. با توجه به شاخص‌هاى ارائه شده در جدول ۵، می‌توان گفت که الگوی اندازه‌گیری خود پنداره مادرانه از برازش مناسبی برخوردار است. با توجه به بارهاى عاملى محاسبه‌شده در

جدول ۵- شاخص‌هاى برازش الگوی خود پنداره مادرانه

| مقدار گزارش شده | حد قابل قبول | شاخص |
|-----------------|--------------------------|---|
| ۱/۷۵۰ | برابر یا کوچک‌تر از ۳ | کای اسکور بهنجار شده (CMIN/DF) |
| ۰/۹۲۲ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص نیکویی برازش (GFI) |
| ۰/۹۰۴ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) |
| ۰/۹۲۵ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش هنجار شده (NFI) |
| ۰/۹۱۹ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش افزایشی (IFI) |
| ۰/۹۱۴ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص تاکر- لوییس (TLI) |
| ۰/۹۱۸ | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش تطبیقی (CFI) |
| ۰/۰۴۵ | برابر یا کوچک‌تر از ۰/۰۸ | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) |



نمودار ۳- نتایج تحلیل عاملی تأییدی خود پنداره مادرانه (بار عاملی استاندارد شده)

دل‌بستگی بیش از سایر روابط مورد بررسی بود. نتایج مدل در نمودار شماره ۴، نشان داد در جامعه مورد بررسی، میان نسبت دادن خصوصياتی به جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود ($p > 0.05$). نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد میان پذیرش

نتایج حاصل از مدل ساختاری در جدول ۶ حاکی از آن است که میان پذیرش نقش مادری ($\beta = 0.163, p < 0.05$)، دس‌ترس‌پذیری ($p < 0.05$)، تمایز بین خود و جنین ($\beta = 0.258, p < 0.05$)، و از خودگذشتگی ($\beta = 0.139, p < 0.05$) با

جدول ۶- شاخص‌های برازش الگوی پیشنهادی

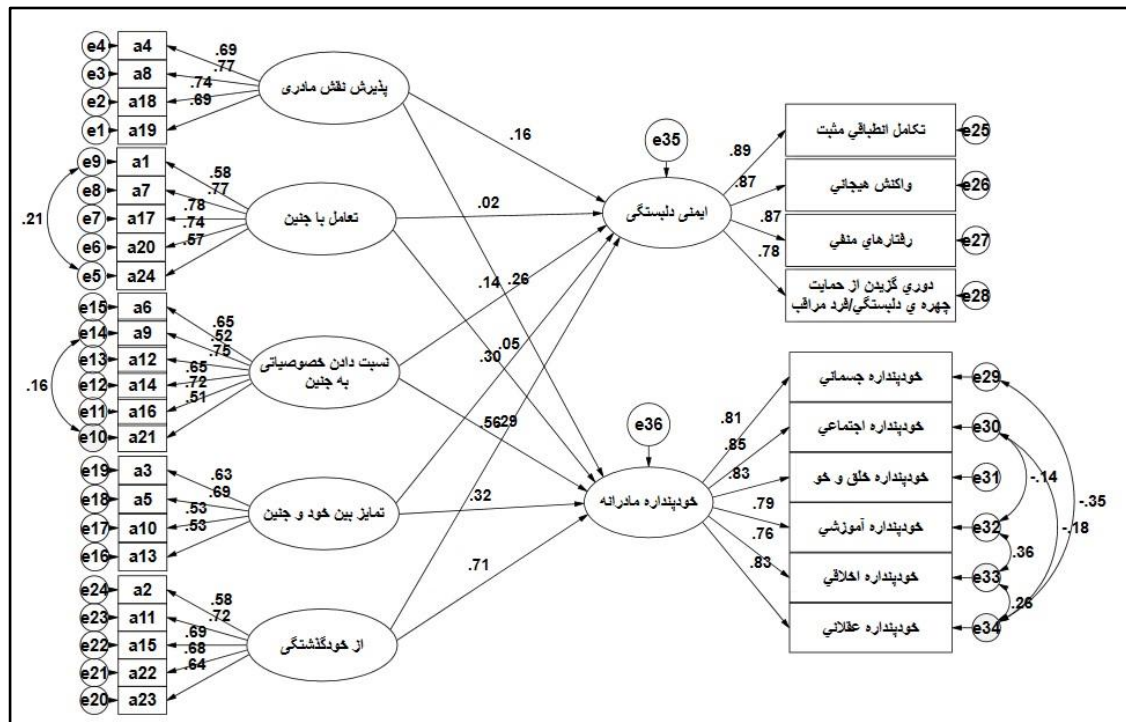
| شاخص | حد قابل قبول | مقدار گزارش شده |
|---|--------------------------|-----------------|
| کای اسکور بهنجار شده (CMIN/DF) | برابر یا کوچک‌تر از ۳ | ۲/۹۰۰ |
| شاخص نیکویی برازش (GFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۸۶۰ |
| شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۸۳۳ |
| شاخص برازش هنجار شده (NFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۸۹۷ |
| شاخص برازش افزایشی (IFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۴۸ |
| شاخص تاکر- لوئیس (TLI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۴۲ |
| شاخص برازش تطبیقی (CFI) | برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ | ۰/۹۴۸ |
| ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) | برابر یا کوچک‌تر از ۰/۰۸ | ۰/۰۵۰ |

جدول ۷- بررسی رابطه متغیرها

| فرضیه | ضریب مسیر | آماره t | p-مقدار |
|---|-----------|---------|---------|
| پذیرش نقش مادری ← ایمنی دل‌بستگی | ۰/۱۶۳ | ۳/۲۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| تعامل با جنین ← ایمنی دل‌بستگی | ۰/۲۵۸ | ۵/۹۳۴ | ۰/۰۰۱ |
| نسبت دادن خصوصياتی به جنین ← ایمنی دل‌بستگی | ۰/۰۱۹ | -۰/۳۸۷ | ۰/۶۹۹ |
| تمایز بین خود و جنین ← ایمنی دل‌بستگی | ۰/۱۳۹ | ۲/۷۱۱ | ۰/۰۰۷ |
| از خودگذشتگی ← ایمنی دل‌بستگی | ۰/۳۰۰ | ۴/۹۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| پذیرش نقش مادری ← خود‌پنداره مادرانه | ۰/۵۵۷ | ۸/۸۸۹ | ۰/۰۰۱ |
| تعامل با جنین ← خود‌پنداره مادرانه | ۰/۰۵۵ | ۱/۳۹۰ | ۰/۱۶۵ |
| نسبت دادن خصوصياتی به جنین ← خود‌پنداره مادرانه | ۰/۲۹۰ | ۵/۸۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| تمایز بین خود و جنین ← خود‌پنداره مادرانه | ۰/۳۱۷ | ۵/۸۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| از خودگذشتگی ← خود‌پنداره مادرانه | ۰/۷۰۵ | ۱۰/۵۴۴ | ۰/۰۰۱ |

نقش مادری ($\beta = 0.157, p < 0.05$)، نسبت دادن خصوصياتی به جنین ($\beta = 0.290, p < 0.05$)، تمایز بین خود و جنین ($\beta = 0.317, p < 0.05$)، و از خودگذشتگی ($\beta = 0.705, p < 0.05$) با خود‌پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد. در این میان، شدت رابطه از خودگذشتگی و خود‌پنداره مادرانه بیش از سایر روابط مورد بررسی است به طوری که ۵۰ درصد تغییرات خود‌پنداره مادرانه توسط از خودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین نتایج مدل

ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) برقرار است. به عبارتی می‌توان گفت بهبود و افزایش در متغیرهای مذکور منجر به افزایش ایمنی دل‌بستگی در مادران کودکان دارای اختلال اتیسم می‌شود. با توجه به ضرایب مسیر و بر اساس شاخص ضریب تعیین (R^2)، به ترتیب ۳، ۷، ۲ و ۹ درصد از تغییرات ایمنی دل‌بستگی توسط پذیرش نقش مادری، تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین شدت رابطه میان از خودگذشتگی با ایمنی



نمودار ۴- بررسی مدل ساختاری

معنادار آماری برقرار نبود. میان پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصياتی به جنین، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی با خود پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد. در این میان، شدت رابطه از خودگذشتگی و خود پنداره مادرانه بیش از سایر روابط مورد بررسی است به طوری که ۵۰ درصد تغییرات خود پنداره مادرانه توسط از خودگذشتگی تبیین می‌گردد. در جامعه مورد بررسی، میان تعامل با جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود. این یافته با نتایج پژوهش‌های نیجهوف (Nijhof) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۸)، کهیل (Kiehl) و همکاران (۲۰۲۴) (۹) و هانی (Hanai) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۲) همراستا می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که والدین به واسطه ادراک و بازنمایی قبل از تولد و آگاهی از اختلال فرزند و بادیدن منفی‌گرایی و رفتارهای مهارنشده‌ی کودک اتیسم، در مورد توانایی خود احساس کم‌تاری می‌کنند. در نتیجه والدگری همراه با تندی، واکنش بیش از اندازه، مهارگری و رفتارهای سخت‌گیرانه، در پاسخ به خصوصیات چالش‌برانگیز

نمودار شماره ۴، نشان داد در جامعه مورد بررسی، میان تعامل با جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود. ($p > 0.05$).

بحث

نتایج حاکی از برازش مناسب مدل بود. میان پذیرش نقش مادری، دسترس‌پذیری، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) برقرار است. به عبارتی می‌توان گفت بهبود و افزایش در متغیرهای مذکور منجر به افزایش ایمنی دل‌بستگی در مادران کودک دارای اختلال اتیسم می‌شود. با توجه به ضرایب مسیر و بر اساس شاخص ضریب تعیین به ترتیب ۳، ۷، ۲ و ۹ درصد از تغییرات ایمنی دل‌بستگی توسط پذیرش نقش مادری، تعامل با جنین، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین شدت رابطه میان از خودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی بیش از سایر روابط مورد بررسی بود. در جامعه مورد بررسی، میان نسبت دادن خصوصياتی به جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه

کودک چون مخالفت ورزی و رفتارهای برونریزی شده، بروز می‌یابد (۱۱). در حالی که این کودکان مهارت‌های مؤثرتر و رشدیافته‌تری برای تنظیم رفتارها و عملکرد سازگار کسب نمی‌کنند. لذا مادران به مرور توانایی خودمهارگری کسب کرده و به شکل کارآمدتری نقش خود را برای مراقبت و تنظیم هیجان‌های کودک تنظیم کنند و این امر از تنیدگی و درگیری مادران می‌کاهد (۱۸).

این دستاورد تحولی جدید ممکن است بسیار چالش برانگیز باشد. شکل‌گیری و تحکیم مهارت‌های جدیدی چون ابراز هیجان‌ها، تعاملات متقابل، تنظیم رفتارها و درونی‌سازی بازنمایی ذهنی از درد سترس بودن مراقب، نیازمند بروز سطح جدید انعطاف‌پذیری در مادر؛ خصوصاً مادر فرزندان اتیسم است (۹). گرچه این مشارکت تصحیح‌شونده توسط هدف به درستی پیش نمی‌رود، اما بخاطر نیاز زیاد فرزند دارای اتیسم، رابطه مراقب و کودک به جایی می‌رسد که نیاز مدام به نزدیکی جای خود را به درجات بیشتری از دردسترس بودن در صورت نیاز می‌دهد (۲). گاهی هماهنگی با این مسئله ممکن است برای والدی دشوار باشد که همواره دایره بزرگتری از اطلاعات را (به واسطه ارزیابی خود از موقعیت و تجربیات گذشته به عنوان مراقب و کودک) در ذهن دارد و تمایل کمتری به مراقبت احساس می‌کند و در نتیجه تعارض میان مادر با خودش و مراقبت زیاد از فرزند و خستگی ناشی از آن منجرشود (۱۷). نکته قابل‌اعتنا در مادران مورد بررسی در این پژوهش، که دارای فرزند اتیسم بودند همین امر باعث تغییر بازخورد مادر در مورد ارتباط با کودک، افزایش اضطراب در کنار آمدن با نیازهای او و ایجاد چالش در تعامل روزانه کودک - مراقب می‌شد؛ مسئله‌ای که ممکن است به تغییر در رفتار مبتنی بر حساسیت مادر و به تبع آن دگرگونی مدل درونکاری کودک منجر شود. درحقیقت در این نمونه، این مدل‌های درونکاری نایمن خود مادر نیست که عامل اصلی اثرگذار بر بازنمایی و حساسیت اوبه کودک به شمار می‌رود، بلکه ناهماهنگی و ثبات در نظام مراقبتی و به تبع آن میل به نایمنی در کودکان ناشی از ناتوانی مراقب در همراه شدن با خصوصیات

تحولی کودک، پذیرش آنها و هم‌سو کردن بازنمایی‌های جاری و رفتار مراقبتی خود با این ویژگی‌هاست (۱۰). در این شرایط کودکان با نیازهای جدید خود دیگر با مدل‌های ذهنی و اصول رفتاری پیشین مادران که پیش از این حساسیت محسوب می‌شد هماهنگ نیستند؛ علاوه بر این پذیرش استقلال (شناختی و جسمانی)، دور شدن از مراقب با هدف اکتشاف محیط و به عقیده اینسورث (۱۹۸۹) افزایش آستانه نیاز کودک برای نزدیکی به مراقب، برای مادران دشوار است (۲). از طرفی مادران دارای فرزند اتیسم با از طرفی داشتن غم مادری ولی دردسترس‌پذیری و قرار دادن منابع حمایتی برای فرزند خود را تقویت و از عوارض بیشتر این اختلال پیشگیری کنند و به سطح بالاتری از خودگذشتگی و ایثار برای فرزند خود دست یابند (۹).

پیشنهادهات

پیشنهاد می‌شود با آموزش دادن به مادران و همراهی تخصصی با آنان را در سطح «مدلهای کاری والدین» «رفتارهای والدینی» می‌توان گام مؤثری برای حفظ انسجام و هماهنگی نظام مراقبتی و در نتیجه تثبیت مسیر حرکت کودک در گذرگاه تحولی ایمن برداشت. پیشنهاد می‌شود به مسئولان و برنامه‌ریزان بهداشت و سلامت کشور که بر اساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌ها برای ارتقا باورهای انگیزشی بیماران دیابت نوع ۲ برنامه‌های جامع و کاربردی طراحی و از طریق درمانگران متخصص و مجرب اقدام به اجرای آنها کنند. تلاش بیماران دیابتی در دستیابی به کنترل بر بیماری ممکن است با رویکرد‌های مطلوب یا نامطلوب در بیمار دنبال شود. لذا پیشنهاد می‌گردد این بیماران تا دستیابی به کنترل مطلوب بر شرایط بیماری توسط تیم سلامت و درمانگران متخصص دیالکتیک همراهی گردند.

محدودیت‌ها

در این پژوهش فقط بر روی جمعیت بیماران دیابتی نوع ۲ شهر نیریز کار شده است لذا در تعمیم نتایج آن به سایر بیماران باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(4):1331-1345.

2. van der Cruijnsen R, Boyer BE. Explicit and implicit self-esteem in youth with autism spectrum disorders. *Autism.* 2021;25(2):349-360.

3. Thoen A, Steyaert J, Alaerts K, Evers K, Van Damme T. A Systematic Review of Self-Reported Stress Questionnaires in People on the Autism Spectrum. *Rev J Autism Dev Disord.* 2023;10(2):295-318.

4. Russell KM, Ingersoll B. Factors related to parental therapeutic self-efficacy in a parent-mediated intervention for children with autism spectrum disorder: A mixed methods study. *Autism.* 2021;25(4):971-981.

5. Lattacher SL, Wohofsky L, Scharf P, Krainer D. A Customized Smart Home and Interior Design Concept Co-Designed with and for People with Autism Spectrum Disorder. *Stud Health Technol Inform.* 2021;279:36-37.

6. van der Cruijnsen R, Blankenstein NE, Spaans JP, Peters S, Crone EA. Longitudinal self-concept development in adolescence. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2023;18(1):nsac062.

7. Orth U, Robins RW. Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *Am Psychol.* 2022;77(1):5-17.

8. Weber E, Hopwood CJ, Nissen AT, Bleidorn W. Disentangling self-concept clarity and self-esteem in young adults. *J Pers Soc Psychol.* 2023;125(6):1420-1441.

9. Kiehl I, Pease R, Hackmann C. The adult experience of being diagnosed with autism spectrum disorder: A qualitative meta-synthesis. *Autism.* 2024;28(5):1060-1074.

10. Bohadana G, Morrissey S, Paynter J. Self-Compassion in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Analysis. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(4):1290-130.

11. Soffer M, Argaman-Danos S. Self-labeling, perceived stigma toward autism spectrum disorder, and self-esteem and the change in autism nosology. *Disabil Health J.* 2021;14(4):101162.

12. Hanai F, Narama M, Tamakoshi K. The Self of Adolescents with Autism Spectrum Disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Qualitative Study. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(5):1668-1677.

13. AlHarbi N. Self-Esteem: A Concept Analysis. *Nurs Sci Q.* 2022;35(3):327-331.

14. Martens SA, Tuberty S, James MA. Self-concept development in children with limb differences: A scoping review. *Int J Orthop Trauma Nurs.* 2023;49:100997.

15. Ducasse D, Van Gordon W, Courtet P, Olié E.

تعمیم نتایج این مطالعه به علت محدودیت‌هایی چون؛ مقطعی بودن و نداشتن امکان برای پیگیری‌های درازمدت، نابرابر بودن گروه نمونه از نظر جنسیت باید با احتیاط صورت گیرد. نوآوری در پژوهش، باعث شد به منابع کمی دسترسی داشته باشم که همین کمبود منابع برای تبیین فرضیه‌ها را بدنبال داشت. وجود تفاوت‌های فردی در میزان انگیزه شرکت کنندگان بود و همچنین شرایط خانوادگی (مشکلات اجتماعی و اقتصادی) بهره هوشی آزمودنی‌ها نیز از عوامل تاثیرگذار بر مطالعه بود. همچنین براساس اصول اخلاقی، بهتر بود که اعضای گروه کنترل نیز پس از اجرای مرحله پس از آزمون تحت مداخله قرار می‌گرفتند. اما به دلیل محدودیت امکانات برای مکان مداخله، امکان برگزاری چنین مداخله‌ای فراهم نشد.

نتیجه‌گیری

میان پذیرش نقش مادری، دسترس‌پذیری، تمایز بین خود و جنین و از خودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) برقرار است. به عبارتی می‌توان گفت بهبود و افزایش در متغیرهای مذکور منجر به افزایش ایمنی دل‌بستگی در مادران کودکان دارای اختلال اتیسم می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.M.REC.1402.008 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

مجید برزگر نگارش مقاله و حسین بقولی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و فرزانه منظری توکلی داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد.

References

1. Love AMA, Usher EL, Toland MD, Railey KS, Campbell JM, Spriggs AD. Measuring Police Officer Self-efficacy for Working with Individuals

Self-injury and self-concept. *J Affect Disord.* 2019;258:115-116.

16. Xu Y, Liang Y, Ye H, Xu Y. Literature review of the research on nursing students' professional self-concept. *Med Educ Online.* 2023;28(1):2153396.

17. Nowell SW, Watson LR, Boyd B, Klinger LG. Efficacy Study of a Social Communication and Self-Regulation Intervention for School-Age Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2019;50(3):416-433.

18. Nijhof AD, Bird G. Self-processing in individuals with autism spectrum disorder. *Autism Res.* 2019;12(11):1580-1584.