مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۵۸، ۲۷ آذر ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.158

مقاله پژوهشی

پیش بینی ایمنی دل‌بستگی و خود پنداره 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

زمینه و هدف: با توجه به تأثیر ویژگی‌های کودک و بافت مراقبتی در هر مقطع تحولی کودکان دارای اختلال اتیسم، برای د ستیابی به م سیر مشخص، تبیین تغییرات بازنمایی مادران دارای اختلال اتیسم ضرورت می یابد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تدوین مدل ساختاری ایمنی دلبستگی و خودپنداره مادرانه براساس بازنمایی های مادرانه پیش از تولد در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بود.

روش کار: روش مطالعه تو صیفی و از نوع طرح های همبستگی مبتنی بر روش مدل یابی معادلات ساختاری بود که جامعه آماری آن شامل کلیه مادران دارای فرزند طیف اتیسم که فرزند شان را در مدارس ا ستثنایی ثبت نام کرده و نیز در انجمن اوتیسم شهر شیراز پرونده دا شتند، که تعداد آن‌ها در سال ۱۴۰۱ جمعا ۹۸۷ نفر بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا انتخاب شدند که حا ضر به شرکت در پژوهش بودند. ابزار پژوهش شامل پر س شنامه 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. داده ها با استفاده از روش معادلات ساختاری و نرم ازفزار AMOS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند میان پذیرش نقش مادری ، دسترس‌پذیری ، تمایز بین خود و جنین و ازخودگذشتگی 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 خصوصیاتی به جنین ، تمایز بین خود و جنین و ازخودگذشتگی با خود پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مدل ساختاری ایمنی دلبستگی و خودپنداره مادرانه برا ساس بازنمایی های 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.

کلیدواژه‌ها

ایمنی دلبستگی،

خودپنداره مادرانه،

بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد،

اختلال طیف اتیسم

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

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(17 Dec);31.158.

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 به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2024(17 Dec);31.158. https://doi.org/10.47176/rjms.31.158

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 can be said that the improvement and increase in the mentioned variables lead to an

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

Received: 04/08/2024
Published: 17/12/2024

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 (R2), 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(17 Dec);31.158.

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 دشـــواری‌هـای فراوان در انتظـار فرزنـدش می‌باشد، مهمترین دغدغه‌اش سلامت روان شناختی و جسـمانی نوزادش اسـت (۱). از این رو، تولد نوزادی با نیاز های ویژه، آ ثار 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 رفتار های ارتباطی غیرکلامی شناسایی می‌شوند و همچنین با نقص مهارتهای ایجاد، حفظ و فهم ارتباطات مشـــخص می‌گردند، علاوه بر نقایص ارتباطات اجتماعی تشـــخیص طیف اختلالات اتیسم نیازمند وجود الگوهای محدود و تکراری رفتارها، علایق و یا فعالیت‌هاسـت (۲). امروزه اتیسـم دیگر یک بیماری نادر محسوب نمی شود. در سال ۲۰۱۲ میزان شـیوع اختلال اتیسـم در امریکا، ابتلای یک کودک به ازای هر ۸۶ کودک اعلام شـــده بود به نحوی که از هر ۵۵ کودک پسـر یک کودک و از هر ۱۸۹ کودک دختر یک کودک به این اختلال مبتلا می‌شـــوند (۳). طبق آمار رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۵ از هر ۵ هزار نفر یک نفر به اتیسـم مبتلا بوده اسـت. در سال ۲۰۰۴ این میزان به یک در ۱۶۶ نفر رسیده است و در ســـال ۲۰۱۸ از هر ۲۲ کودک یک نفر به اختلال اتیسـم مبتلا بوده اسـت (۴). پر واضـح اسـت که این اختلال پیچیـده، مشـــکلات درخور توجهی را برای خانواده و مراقبت کنندگان کودک بوجود آورده اسـت. به طور کلی وجود کودک دارای ناتوانی به دلیل حالت شوکی که به والدین خصوصا مادر وارد می‌کند و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی تلاش های زیادی می‌کنند و احتمال کم بودن نتیجه نیز وجود دارد، فشارهای زیادی بر آنها وارد می‌شود (۵).

پژوهش‌ها نشـــان داده که والدین کودکان مبتلا به طیف اتیسـم نسـبت به والدین کودکان عادی و حتی نسبت به والدین کودکان دارای اختلالات رشدی دیگر از مشکلات بیشتری رنج می‌برند (۶). شاید مهمترین مشـکل برای مادران دارای طیف اتیسـم برهم خوردن تصـــورات و رویاهای مادرانه یا همان بازنمایی های مادرانه در دوران بارداری می‌باشد. بازنمایی‌های مادرانه، به فرآیندی اشـــاره می‌کند که در آن، مادر با جنین خود، تجربه‌های احســـاســـی، عاطفی و ارتباط متقابل داشـته و هویت مادری را برای خود گسـترش می‌دهد (۷). دلبســـتگی بین مادر و جنین، اولین و مهمترین ارتباطی است که با نحوه و کیفیت ارتباط مادر و فرزند رابطه دارد. شـــواهدی از رشـــد دلبســـتگی بین مادر و جنین در دوران بارداری وجود دارد که در رفتارهای مـادران منعکس می‌گردد (۸). مـادری کـه در طی بارداری به جنین خود دلبســـتگی پیدا می‌کند، آماده اســـت تا پس از زایمان ارتباط لذتبخشـــی را با نوزاد برقرار کند و به او فرصـــت دهد تا دلبســـتگی ایمن و سالمی ایجاد کند. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد ظهور دلبســـتگی 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 اسـت (۹). مادرانی که با جنین خود دلبسـتگی بالاتری در دوران بارداری دارند، با شـیرخوار 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، نسـبت دادن خصـوصـیاتی خاص به جنین، ازخودگذشـتگی و پذیرش نقش والدی تقسـیم شـده است (۱۰).

در واقع دلبســـتگی پیوند عاطفی عمیق و مدام میان کودک و مراقب است و تأثیری بنیادین بر همهٔ جوانب وجود انسـان دارد. این پیوند چیزی نیسـت که والد به کودک بدهد، بلکه چیزی اســـت که والد و کودک در رابطهٔ متقابل آن را با هم می سازند (۱۱). میتوان گفت میل به دلبسـتگی نوعی گرایش وابسـته به نوع اسـت. کودکان به طور ذاتی در جسـتجوی امنیت پایگاه ایمن هســـتند 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 سـالهای تحول از نوزادی تا کودکی و نوجوانی به شـــکل گیری بازنمایی ها و انتظـارات ذهنی مثبـت از خود و دیگران یـا مـدل کارورزی درونی منجر می شود که در سرا سر زندگی نســـبتا بدون تغییر خواهد ماند (۱۳). اســـاس نظریهٔ

دلبستگی این است که مدل کارورزی درونی دلبستگی درنتیجهٔ ثبات و تجانس محیط مراقبتی در طول زمان، بر یک روند باقی می ماند. با اینکه در طول تحول تغییرات مجاز در کیفیت مدل کارورزی درونی دلبستگی قابل انتظار است و کودک برای سازگاری نظام دلبستگی خود با شرایط موجود باید دست به بازنگری در مدل کاری 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 ناایمنی مشهود است (۱۴). بالبی (۱۹۷۳) رابطهٔ تحولی پیچیده ای را بین دلبستگی و محیط مراقبتی صورت بندی می‌کند. بر این اساس فرایند های دلبستگی در سطوح چندگانه ای عمل می‌کند و با هم در تعامل است. در سطح فردی نظام دلبستگی مجموعه‌ای از انتظارات و راهبردهای تنظیم فراهم می آورد که در طول تحول به شکل فزایندهای ثبات می یابد. 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 همهٔ سطوح این نظام فرد را در جهت مسیری مشخص هدایت می‌کند و تمایل به تداوم دارد، تغییر در همهٔ آنها اجتناب‌ناپذیر است (۱۶). نظام فردی دلبستگی و اندازه گیری 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 پژوهش های آتی دلبستگی بر جهت علاقه و رابطهٔ مادر با کودک متمرکز باشد. در پژوهش‌های مربوط به بررسی رابطهٔ دلبستگی از دیدگاه مادر مشخص شده است که نوع بازنمایی والدین یا مدل کارورزی درونی والدین از رابطهٔ دلبستگی بر ایمنی کودک اثرگذار است (۱۷). این بازنمایی والدینی که از ارکان مهم نظام مراقبت کنندگی است، به برداشت‌هایی اشاره دارد که از تجربه های مکرر والد و کودک حاصل می‌شود و رفتارها را جهت می‌دهد. همانگونه که انگیزهٔ جستجوی مراقبت باعث می‌شود کودکان مدلی از رابطهٔ خود را با مراقب بنا کنند، انگیزهٔ مراقبت نیز سبب می‌شود والدین بازنمایی از رابطهٔ 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 ناایمن وجود دارد (۵). نکتهٔ 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 معدود 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 اولیهٔ 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 می یابد (۹). درنتیجه 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 طرح های همبستگی مبتنی بر روش مدل یابی 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 اوتیسم شهر شیراز پرونده داشتند در سال ۱۴۰۱ که جمعا ۹۸۷ نفر بودند در این پژوهش، از بین تمامی خانواده های دارای 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 خصوصیاتی خاص به جنین و از خودگذشتگی می‌باشد. 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 خصوصیاتی به جنین (۶ عبارت)، تمایز بین خود و جنین (۴ عبارت) و از خود گذشتگی (۵ عبارت) مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به هر یک از پرسش های آن از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. (قطعاً بلی ۵، بلی ۴، مطمئن نیستم ۳، خیر ۲، قطعاً خیر ۱). فقط در مورد بند ۲۲ نمره گذاری عکس می‌گردد، 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 خصوصیاتی 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 α=۰٫۸۵ 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 می‌بینند. و در فرم دوم چگونه میخواهد 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 ۸۳٪ و پایایی آن به روش کرونباخ برابر 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 سوال است. هر بعد دارای ۸ سوال می باشد. هر سوال ۵ گزینه دارد. پاسخها 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 پاسخها به ترتیبی هستند که نظام نمره گذاری برای کلیه سوالات یکسان می‌ماند، یعنی ۱- ۲- ۳- ۴- ۵- اعم از اینکه سوال مثبت یا منفی باشد. مجموع نمرات ۴۸ سوال نمره کل خود پنداره فرد را نشان می‌دهد، نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر خود پنداره بالاتر و نمره پایین خود پنداره پایین‌تری را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه با روش آزمون – آزمون مجدد، به دست آمده و برای نمره کل خود – پنداره 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 دوره‌ی میانی (قبل از دبستان و دبستان) از ابعاد مختلف (تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتار منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره‌ی 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 ی میانی (قبل از دبستان و دبستان) از ابعاد مختلف (تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتار های 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 امیتاز)، گاه‌گاهی (۳ امتیاز)، اغلب اوقات (۴ امتیاز)، همیشه (۵ امتیاز) بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS ویراست ۲۶ و AMOS ویراست ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمرهِ متغیر های بازنمایی های مادرانه پیش از تولد، ایمنی دل‌بستگی و خود پنداره مادرانه و ابعاد آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

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 داده هایی 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

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 خصوصیاتی به جنین	۳۶۸	۱۷/۰۹	۳/۹۵	۷	۲۹
تمایز بین خود و جنین	۳۶۸	۱۱/۴۲	۲/۵۰	۴	۲۰
ازخودگذشتگی	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
خود پنداره جسمانی	۳۶۸	۲۲/۸۷	۵/۲۴	۱۱	۴۰
خود پنداره اجتماعی	۳۶۸	۲۲/۶۲	۵/۲۴	۸	۴۰
خود پنداره خلق‌وخو	۳۶۸	۲۲/۷۷	۵/۰۹	۱۴	۴۰
خود پنداره آموزشی	۳۶۸	۲۳/۰۴	۵/۰۹	۹	۴۰
خود پنداره اخلاقی	۳۶۸	۲۲/۹۹	۵/۰۵	۱۳	۴۰
خود پنداره عقلانی	۳۶۸	۲۲/۸۱	۴/۹۶	۱۱	۴۰
خود پنداره مادرانه	۳۶۸	۱۳۷/۱۰	۲۷/۸۶	۸۴	۲۳۵

نشـان داد که داده‌های پژوهش حاضـر نرمال هسـتند. همچنین با توجه به مقادیر آماره دوربین واتسـون در جدول ۲، می‌توان گفت در هر سـه متغیر خطا ها ناهمبسته‌اند.

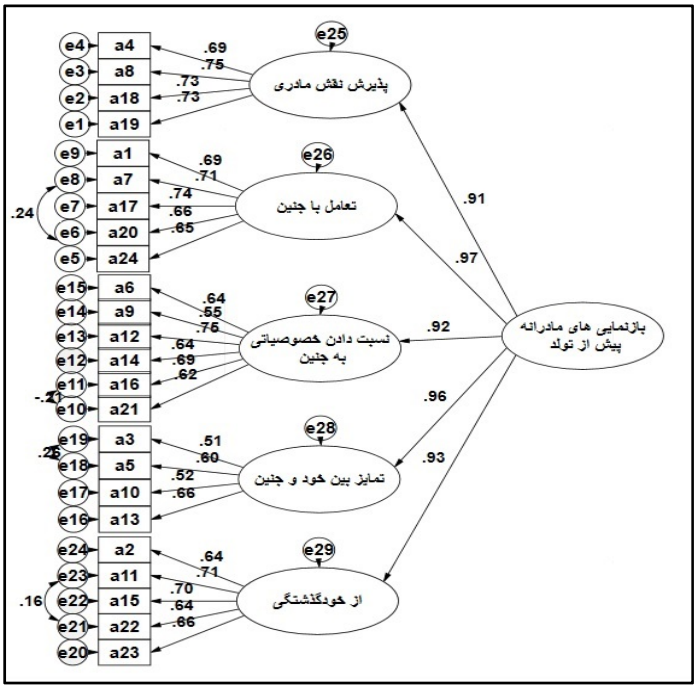
نتایج برازش الگوی پرسـشـنامه بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد در نمودار ۱ نشان داده شده است. با توجه به شـاخص‌های ارائه شـده در جدول ۳، می‌توان گفت که الگوی اندازه‌گیری بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد از برازش مناسـبی برخوردار اسـت. با توجه به بارهای عاملی محاسـبه‌شـده در نمودار ۱، هیچ‌یک از بارهای

جدول۲- بررسی استقلال خطاها

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

جدول۳- شاخص‌های برازش الگوی بازنمایی‌های مادرانه پیش از تولد

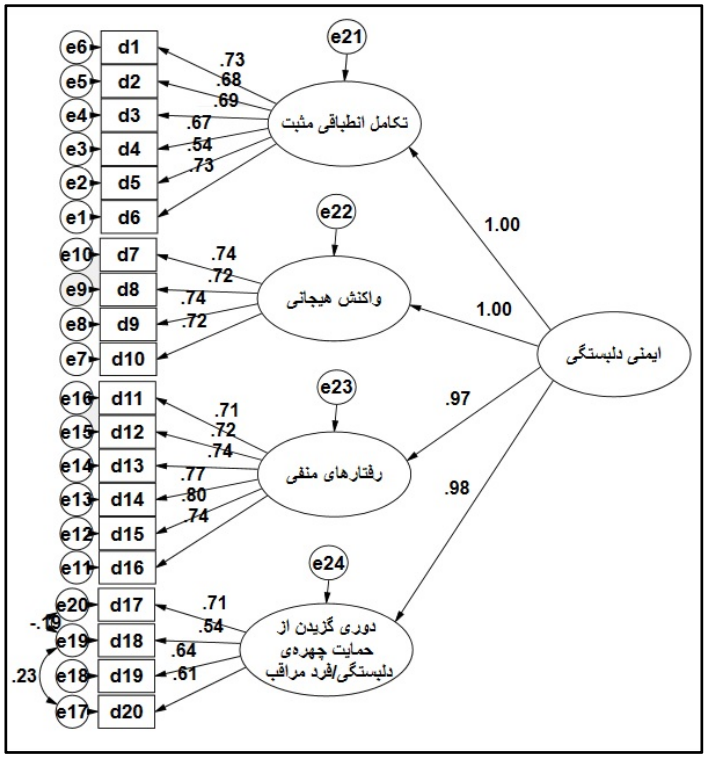
شاخص	حد قابل‌قبول	مقدار گزارش‌شده
کای اسکوئر بهنجار شده (CMIN/DF)	برابر یا کوچک‌تر از ۳	۱/۹۵۹
شاخص نیکویی برازش (GFI)	برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۹۰۲
شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)	برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۸۷۹
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹	۰/۸۸۶
شاخص برازش افزایشی (IFI)	برابر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



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

جدول۴- شاخص‌های برازش الگوی ایمنی دل‌بستگی

شاخص	حد قابل‌قبول	مقدار گزارش‌شده
کای اسکوئر 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



نمودار۲- نتایج تحلیل عاملی تأییدی ایمنی دل‌بستگی (بار عاملی استانداردشده)

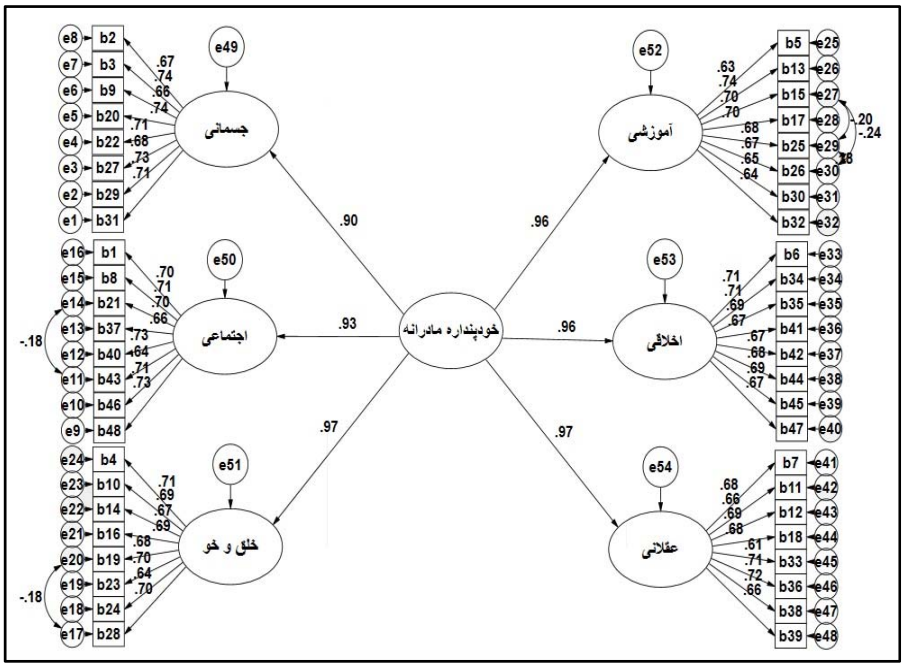
عاملی کمتر از ۰/۵ نبودند؛ بنابراین سؤالی برای حذف از روند تحلیل وجود نداشت. در مدل تحلیل عاملی برای بهبود شاخص‌های برازش از سه رابطه کوواریانسی استفاده شد. نتایج برازش الگوی پرسشنامه ایمنی دل‌بستگی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

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

نتایج برازش الگوی پرسشنامه خود پنداره مادرانه در جدول ۵ نشان داده شده است. با توجه به شاخص‌های ارائه شده در جدول ۵، می‌توان گفت که الگوی

جدول۵- شاخص‌های برازش الگوی خود پنداره مادرانه

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



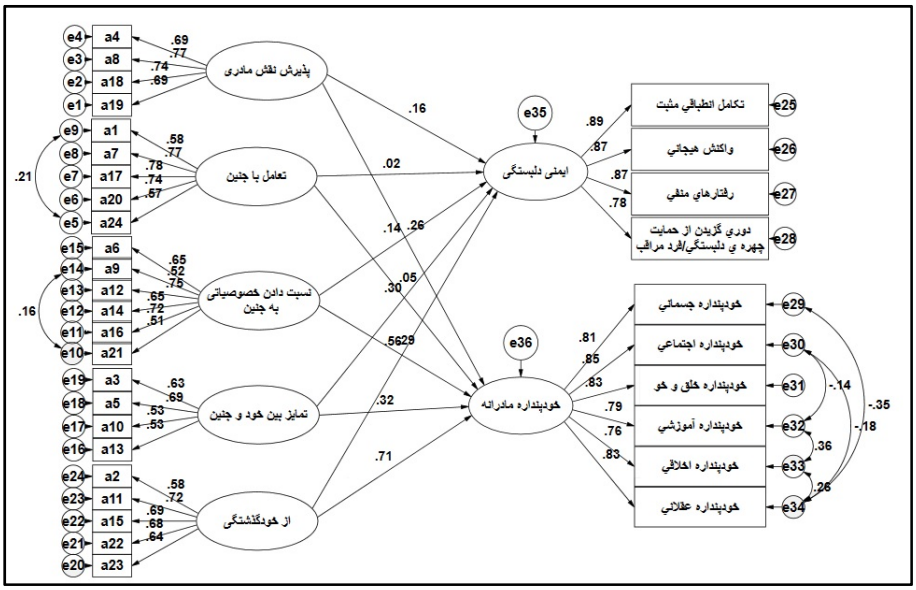
نمودار۳- نتایج تحلیل عاملی تأییدی خود پنداره مادرانه (بار عاملی استانداردشده)

اندازه‌گیری خود پنداره مادرانه از برازش مناسبی برخوردار است. با توجه به بارهای عاملی محاسبه شده در نمودار ۳، هیچ یک 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 چهار رابطه کوواریانسی استفاده شد.

نتایج حاصل از مدل ساختاری در جدول ۶ حاکی از آن است که میان پذیرش نقش مادری (β=۰/۱۶۳،p<۰/۰۵)، دسترس‌پذیری (p<۰/۰۵، β=۰/۲۵۸)، تمایز بین خود و جنین (p<۰/۰۵، β=۰/۱۳۹) و ازخودگذشتگی (p<۰/۰۵، β=۰/۳۰۰) 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. 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 ازخودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین شدت رابطه میان ازخودگذشتگی با

جدول۶- شاخص‌های برازش الگوی پیشنهادی

شاخص	حد قابل‌قبول	مقدار گزارش‌شده
کای اسکوئر 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 اصلاح‌شده (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



نمودار ۴- بررسی مدل ساختاری

ایمنی دل‌بستگی بیش از سایر روابط مورد بررسی بود. نتایج مدل در نمودار شماره ۴، نشان داد در جامعه مورد بررسی، میان نسبت دادن خصوصیاتی به جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود (p>۰/۰۵).

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد میان پذیرش نقش مادری (β=۰/۵۵۷ ،p<۰/۰۵)، نسبت دادن خصوصیاتی به جنین (β=۰/۲۹۰ ،p<۰/۰۵)، تمایز بین خود و جنین (β=۰/۳۱۷ ،p<۰/۰۵)، و ازخودگذشتگی (β=۰/۷۰۵ ،p<۰/۰۵) با خود پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد.

در این میان، شدت رابطه ازخودگذشتگی و خود پنداره مادرانه بیش از سایر روابط مورد بررسی است به طوری که ۵۰ درصد تغییرات خود پنداره مادرانه توسط ازخودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین نتایج مدل نمودار شماره ۴، نشان داد در جامعه مورد بررسی، میان تعامل با جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود. (p>۰/۰۵).

بحث

نتایج حاکی از برازش مناسب مدل بود. میان پذیرش نقش مادری، دسترس‌پذیری، تمایز بین خود و جنین

جدول۷- 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 خصوصیاتی به جنین ← ایمنی دل‌بستگی	۰/۰۱۹	۰/۳۸۷	۰/۶۹۹
تمایز بین خود و جنین ← ایمنی دل‌بستگی	۰/۱۳۹	۲/۷۱۱	۰/۰۰۷
ازخودگذشتگی ← ایمنی دل‌بستگی	۰/۳۰۰	۴/۹۲۵	۰/۰۰۱
پذیرش نقش مادری ← خود پنداره مادرانه	۰/۵۵۷	۸/۸۸۹	۰/۰۰۱
تعامل با جنین ← خود پنداره مادرانه	۰/۰۵۵	۱/۳۹۰	۰/۱۶۵
نسبت دادن خصوصیاتی به جنین ← خود پنداره مادرانه	۰/۲۹۰	۵/۸۵۷	۰/۰۰۱
تمایز بین خود و جنین ← خود پنداره مادرانه	۰/۳۱۷	۵/۸۷۶	۰/۰۰۱
ازخودگذشتگی ← خود پنداره مادرانه	۰/۷۰۵	۱۰/۵۴۴	۰/۰۰۱

و ازخودگذشتگی 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 می شود. 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 ازخودگذشتگی تبیین می‌گردد. همچنین شدت رابطه میان ازخودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی بیش از سایر روابط مورد بررسی بود. در جامعه مورد بررسی، میان نسبت دادن خصوصیاتی به جنین با ایمنی دل‌بستگی رابطه معنادار آماری برقرار نبود. میان پذیرش نقش مادری، نسبت دادن خصوصیاتی به جنین، تمایز بین خود و جنین و ازخودگذشتگی با خود پنداره مادرانه رابطه معنادار و افزایشی (مستقیم) وجود دارد. در این میان، شدت رابطه ازخودگذشتگی و خود پنداره مادرانه بیش از سایر روابط مورد بررسی است به طوری که ۵۰ درصد تغییرات خود پنداره مادرانه توسط ازخودگذشتگی 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 واسطهٔ ادراک و بازنمایی قبل از تولد و آگاهی از اختلال فرزند و بادیدن منفی گرایی و رفتارهای مهارنشدنی کودک اتیسم، در مورد توانایی خود احساس کفایت کمتری می‌کنند. درنتیجه وا لدگری همراه با تندی، واکنش بیش از اندازه، مهارگری و رفتارهای سخت گیرانه، در پاسخ به خصوصیات چالش برانگیز 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. شکل گیری و تحکیم مهارت‌های جدیدی چون ابراز هیجان‌ها، تعاملات متقابل، تنظیم رفتارها و درونی‌سازی بازنمایی ذهنی از دردسترس بودن مراقب، نیازمند بروز سطح جدید انعطاف پذیری در مادر؛ خصوصا مادر فرزندان اتیسم است (۹). گرچه این مشارکت تصحیح شونده توسط هدف به درستی پیش نمی‌رود، اما بخاطر نیاز زیاد فرزند دارای اتیسم، رابطهٔ 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 واسطهٔ ارزیابی خود از موقعیت و تجربیات گذشته به عنوان مراقب و کودک) در ذهن دارد و تمایل کمتری به مراقبت احساس می کند و درنتیجه تعارض میان مادر با خودش و مراقبت زیاد از فرزند و خستگی ناشی از آن منجرشود (۱۷). نکتهٔ قابل اعتنا 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 روزانهٔ 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 ناایمن 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 ناایمنی 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 عقیدهٔ اینسورث (۱۹۸۹) افزایش آستانهٔ نیاز کودک برای نزدیکی به مراقب، برای مادران دشوار است (۲). از طرفی مادران دارای فرزند اتیسم با از طرفی داشتن غم مادری ولی دردسترس پذیری و قرار دادن منابع حمایتی برای فرزندان خود را تقویت و ازعوارض بیشتر این اختلال پیشگیری کنند و به سطح بالاتری ازخودگذشتگی و ایثار برای فرزند خود دست یابند(۹).

پیشنهادات

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 درنتیجه 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 برنامه های 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 رویکرد های 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. تعمیم نتایج این مطالعه به‌علت محدودیت‌هایی چون؛ مقطعی بودن و نداشتن امکان برای پیگیری های درازمدت، نابرابر بودن گروه نمونه ازنظر 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 آزموددنی‌ها نیز از عوامل تاثیرگذار بر مطالعه بود. همچنین براساس اصول اخلاقی، بهتر بود که اعضای گروه کنترل نیز پس از اجرای مرحله پس ازمون 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 ازخودگذشتگی با ایمنی دل‌بستگی

رابطه معنادار و افزایشـــی (مســـتقیم) برقرار اســـت. به عبارتی می‌توان گفت بهبود و افزایش در متغیر های مذکور منجر به افزایش ایمنی دل‌بســـتگی در مادران کودکان دارای اختلال اتیسم می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا و زیر نظر کمیته اخلاق دانشـــگاه آزاد اســـلامی واحد مرودشـــت 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 داشـــتند 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 with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 2021;51(4):1331-1345.
2. van der Cruijsen 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 Cruijsen 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. 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.