Formation of positive self-concept and sense of worth in a woman with congenital hemiplegia: The role of early relationships and empowering care in a case study

ARTICLE INFO
DOI: 1052547/sjrm.11.3.2

Article Type

Case Study

Authors

Maryam Rezakhan[1,2 *]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran.
2- Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Authors:
Maryam Rezakhan; Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 11 July 2026
Accepted: 14 September 2026
e Published: 17 September 2026

Article History

ABSTRACT

Summary:

In addition to motor limitations, congenital hemiplegia can affect the development of self-concept, sense of worth, social participation, and the quality of interpersonal relationships [1,2]. However, its psychological consequences are not simply a function of the severity of the physical injury; rather, they are significantly influenced by the quality of early relationships, parental caregiving style, social experiences, and the way individuals make sense of their condition [3,4].

This study aimed to investigate the role of early relationships and empowering care in the formation of positive self-concept, sense of worth, and psychological resilience in a 35-year-old woman with congenital hemiplegia. The study employed a qualitative approach in the form of a case study. Data were collected through clinical interviews, developmental and family history-taking, and reconstruction of the patient's and family's narratives, and were analyzed using an analytical-interpretive approach. The patient was born prematurely at 26 weeks of gestation following physical abdominal trauma to the mother and subsequent preterm premature rupture of membranes (PPROM) [5,6]. She received specialized medical and rehabilitative follow-up from the first years of life. The mother, without being overwhelmed by feelings of failure or victimization, provided a foundation for the child's development characterized by a sense of worth, responsibility, and opportunities to experience competence, adopting a pragmatic and persistent approach [7,8]. Despite encountering differing attitudes and some experiences of social exclusion at school, the patient did not organize her self-concept or sense of worth around her physical disability [1,2]. Active participation in family life, education in mainstream schools, marriage, motherhood, and the maintenance of psychological coherence in difficult situations indicated the development of a pattern characterized by positive self-concept, agency, and capacity for intimate relationships [4,9]. This case demonstrates that, in congenital hemiplegia, the quality of early relationships and empowering care can play a fundamental role in the development of a positive self-concept, a lasting sense of worth, and psychological resilience [3,4,8]. The findings emphasize the importance of distinguishing physical limitations from an individual's psychological identity.

Keywords: Congenital hemiplegia, self-concept, sense of worth, psychological resilience, empowering care, early relationships, case study

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.3.2]

Copyright© 2026, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

شکل‌گیری خودپنداره مثبت و احساس ارزشمندی در زن مبتلا به همی‌پلژی مادرزادی: نقش روابط اولیه و مراقبت توانمندساز در یک مطالعه موردی

مریم رضاخان [۱و۲*]
[۱] مرکز تحقیقات زنان زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران، ایران

چکیده

مقدمه: همی‌پلژی مادرزادی افزون بر محدودیت‌های حرکتی، می‌تواند بر رشد خودپنداره، احساس ارزشمندی، مشارکت اجتماعی و کیفیت روابط بین‌فردی اثر بگذارد [۱و۲]. با این حال، پیامدهای روان‌شناختی آن صرفاً تابع شدت آسیب جسمانی نیست و به‌طور معناداری از کیفیت روابط اولیه، سبک مراقبت والدینی، تجربه اجتماعی و نحوه معناپردازی فرد از وضعیت خود تأثیر می‌پذیرد [۳و۴].

این مطالعه با هدف بررسی نقش روابط اولیه و مراقبت توانمندساز در شکل‌گیری خودپنداره مثبت، احساس ارزشمندی و تاب‌آوری روان‌شناختی در زن ۳۵ ساله مبتلا به همی‌پلژی مادرزادی انجام شد. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و در قالب مطالعه موردی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه بالینی، اخذ شرح‌حال تحولی-خانوادگی، و بازسازی روایت بیمار و خانواده گردآوری شد و با رویکرد تحلیلی-تفسیری مورد بررسی قرار گرفت. بیمار در ۲۶ هفتگی بارداری، پس از بروز آسیب فیزیکی شکمی مادر و متعاقب پارگی زودرس پرده‌ها ، به‌صورت نارس متولد شد [۵و۶]. وی از سال‌های نخست زندگی تحت پیگیری تخصصی پزشکی و توانبخشی قرار داشت. مادر، بدون غلبه احساس شکست یا قربانی‌بودن، با رویکردی عمل‌گرا و پیگیر، زمینه‌ای برای رشد کودک در بستری از ارزشمندی، مسئولیت‌پذیری و تجربه شایستگی فراهم کرد [۷و۸]. بیمار علی‌رغم مواجهه با نگاه‌های متفاوت و برخی تجربه‌های طرد اجتماعی در مدرسه، خودپنداره و احساس ارزشمندی خود را حول ناتوانی جسمانی سازمان نداد [۱و۲]. مشارکت فعال در خانواده، تحصیل در مدارس عادی، ازدواج، مادری و حفظ انسجام روانی در موقعیت‌های دشوار، نشان‌دهنده شکل‌گیری الگویی از خودپنداره مثبت، عاملیت و ظرفیت برقراری رابطه صمیمانه در او بود [۴و۹]. این مورد نشان می‌دهد که در همی‌پلژی مادرزادی، کیفیت روابط اولیه و مراقبت توانمندساز می‌توانند در شکل‌گیری خودپنداره مثبت، احساس ارزشمندی پایدار و تاب‌آوری روان‌شناختی نقش اساسی ایفا کنند [۳،۸،۴]. یافته‌های این مطالعه بر اهمیت تمایز میان محدودیت جسمانی و هویت روان‌شناختی فرد تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: همی‌پلژی مادرزادی، خودپنداره، احساس ارزشمندی، تاب‌آوری روان‌شناختی، مراقبت توانمندساز، روابط اولیه، مطالعه موردی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۶/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۳

*نویسنده مسئول: مریم رضاخان؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم. کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

همی‌پلژی مادرزادی یکی از اشکال اختلالات نورولوژیک رشدی است که با درگیری حرکتی یک‌طرفه بدن همراه است و می‌تواند در سطوح مختلفی از عملکرد جسمانی، استقلال، مشارکت اجتماعی و تجربه زیسته فرد تأثیرگذار باشد [۱و۲]. با این حال، اثرات این وضعیت محدود به بدن و حرکت نیست و در بسیاری از موارد، ابعاد روان‌شناختی و بین‌فردی آن به همان اندازه یا حتی بیش از محدودیت حرکتی اهمیت پیدا می‌کنند [۱و۲]. در ادبیات روان‌شناسی تحولی و روان‌شناسی ناتوانی، بارها تأکید شده است که تجربه زیستن با یک تفاوت جسمانی لزوماً به شکل‌گیری خودپنداره منفی، احساس کم‌ارزشی یا کناره‌گیری اجتماعی منتهی نمی‌شود [۱و۲]. آنچه در این میان نقش تعیین‌کننده‌تری دارد، کیفیت رابطه اولیه با مراقبان، نوع پاسخ والدین به تفاوت کودک، سطح انتظارات محیط، تجربه مشارکت واقعی، و نحوه مواجهه فرد با بازتاب‌های اجتماعی است [۳و۴]. کودکانی که در فضایی مبتنی بر ترحم، بیش‌حفاظت‌گری یا تقلیل هویت به نقص جسمانی رشد می‌کنند، بیش از دیگران در معرض درونی‌سازی انگ، وابستگی روانی و کاهش احساس شایستگی قرار دارند [۱۰و۴]. در مقابل، اگر محیط اولیه بتواند در کنار مراقبت، تجربه قابلیت، اعتماد و مشارکت را نیز در اختیار کودک قرار دهد، احتمال شکل‌گیری خودپنداره منسجم‌تر و احساس ارزشمندی پایدارتر افزایش می‌یابد [۷و۸].

در این چارچوب، **خودپنداره** به‌عنوان تصویری که فرد از خویشتن دارد، و ***احساس ارزشمندی** به‌عنوان ارزیابی هیجانی-شناختی فرد از ارزش خود، دو سازه مهم در فهم سازگاری روان‌شناختی افراد دارای محدودیت جسمانی محسوب می‌شوند [۱و۲]. همچنین، **تاب‌آوری روان‌شناختی** بیانگر توانایی حفظ انسجام، سازگاری و تداوم عملکرد روانی در مواجهه با فشارها و دشواری‌هاست [۴]. مطالعه حاضر با تمرکز

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]
[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.3.2]

بر یک زن ۳۵ ساله مبتلا به همی‌پلژی مادرزادی، به بررسی چگونگی شکل‌گیری این سازه‌ها در بستر روابط اولیه، تجربه خانوادگی، مواجهه اجتماعی و زندگی بزرگسالی می‌پردازد.

روش

این پژوهش با رویکرد کیفی و در قالب مطالعه موردی تدوین شد. اطلاعات از طریق مصاحبه بالینی، بررسی شرح‌حال رشدی و خانوادگی، و بازسازی روایت فردی و بین‌نسلی بیمار گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با تمرکز بر محورهای زیر صورت گرفت:

- کیفیت روابط اولیه و سبک مراقبت والدینی
- تجربه‌های اولیه مرتبط با بیماری و درمان
- نحوه مواجهه خانواده با محدودیت جسمانی
- شکل‌گیری خودپنداره و احساس ارزشمندی
- تجربه طرد، نگاه اجتماعی و پاسخ روان‌شناختی به آن
- عاملیت، مشارکت خانوادگی و استقلال عملکردی
- ظرفیت برای صمیمیت، ازدواج و تصمیم‌گیری در بزرگسالی

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، تمامی اطلاعات هویتی حذف شده و برخی جزئیات زمینه‌ای به‌صورت غیربازشناسانه و با حفظ معنای بالینی بازنویسی شده‌اند.

معرفی مورد

بیمار، زنی ۳۵ ساله، متأهل و دارای فرزند، مبتلا به همی‌پلژی سمت راست مادرزادی است. او فرزند اول خانواده است. بر اساس شرح‌حال موجود، بارداری مادر در میانه دوره جنینی، پس از یک رویداد فیزیکی، با عارضه همراه شد و در ادامه پارگی زودرس پرده‌ها رخ داد [۵و۶]. در نهایت، نوزاد در ۲۶ هفتگی بارداری متولد شد و به‌دلیل نارس‌بودن شدید، ۵ هفته در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری بود.

پس از ترخیص، کودک وارد فرایندی طولانی از پیگیری تخصصی شد. او تحت نظر متخصص نوزادان، متخصص مغز و اعصاب کودک، خدمات توانبخشی و مشاوره قرار داشت و این روند تا سال‌های بعد نیز ادامه یافت. در این میان، نقش مادر از حیث روان‌شناختی برجسته بود. مادر در روایت خانواده فردی پیگیر، منظم، عمل‌گرا و متکی بر توصیه‌های تخصصی توصیف می‌شود. آنچه در این سبک مراقبت اهمیت داشت، صرفاً پیگیری درمان‌ها نبود، بلکه نحوه مواجهه روانی مادر با وضعیت کودک بود [۷و۸]. در توصیف خانواده، او هرگز با حالت غالب شکست، شرم، قربانی‌بودن یا احساس بی‌عدالتی عمل نکرد. به‌جای غرق‌شدن در عاطفه ناتوان‌کننده، تمرکز او بر اقدام، مراقبت و تداوم حمایت بود.

چهار سال پس از تولد بیمار، سه فرزند دیگر نیز در خانواده متولد شدند که همگی از سلامت جسمانی برخوردار بودند. این امر سبب شد بیمار در ساختار خانواده، صرفاً در نقش «فرزند بیمار» تثبیت نشود، بلکه در بافتی طبیعی و پویا از روابط خانوادگی رشد کند. چنین زمینه‌ای احتمالاً در جلوگیری از شکل‌گیری هویت مبتنی بر نقص نقش مهمی داشته است.

رشد تحولی، تحصیلی و اجتماعی

بیمار علی‌رغم محدودیت حرکتی ناشی از همی‌پلژی، در مدارس عادی تحصیل کرد و مسیر آموزشی خود را ادامه داد [۱و۲]. این موضوع نه‌فقط از جهت عملکرد شناختی، بلکه از منظر روان‌شناختی نیز حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد خانواده و محیط نزدیک، او را واجد صلاحیت حضور در متن زندگی عادی اجتماعی می‌دانستند.

در روایت بیمار از سال‌های مدرسه، تجربه نگاه‌های متفاوت و گاه طرد از سوی برخی همسالان وجود داشت. با این حال، نحوه بازنمایی او از این تجربه‌ها نشان می‌داد که آن‌ها به هسته پایدار خودارزیابی او تبدیل نشده‌اند. مضمون پاسخ‌های وی حاکی از آن بود که اگرچه متوجه تمایزگذاری یا قضاوت دیگران بوده، اما آن را مبنای تعریف خود قرار نداده است [۱و۳]. از منظر تحلیلی، این الگو می‌تواند نشان‌دهنده مرزبندی نسبتاً سالم میان «بازتاب اجتماعی» و «هسته خودپنداره» باشد.

در بسیاری از افراد دارای تفاوت جسمانی، تجربه مکرر نگاه متمایزکننده، خطر شکل‌گیری شرم بدنی، کاهش عزت‌نفس و حساسیت افراطی به ارزیابی بیرونی را افزایش می‌دهد[۱و۲]. اما در این مورد، شواهد بالینی نشان می‌دهند که بیمار توانسته است منبع مهمی از احساس ارزشمندی را در درون خود و در روابط معنادار اولیه حفظ کند. همین امر می‌تواند یکی از زیربناهای اصلی تاب‌آوری روان‌شناختی وی تلقی شود [۴].

نقش خانواده و مراقبت توانمندساز

در این خانواده، بیمار صرفاً موضوع مراقبت یا دریافت‌کننده حمایت نبود، بلکه به‌تدریج در جایگاه عضوی مؤثر، مسئول و قابل‌اتکا قرار گرفت. در فعالیت‌های روزمره خانوادگی، از جمله مهمان‌داری، بخشی از مسئولیت‌ها بر عهده او گذاشته می‌شد. این تجربه از نظر روان‌شناسی رشد اهمیت زیادی دارد، زیرا احساس شایستگی و مفیدبودن، از منابع بنیادین شکل‌گیری خودپنداره مثبت به‌شمار می‌رود [۸و۹].

همچنین بیمار در برخی مراجعات پزشکی، همراه مادر خود بود و در عمل نقش همراه و یاری‌رسان را ایفا می‌کرد. این الگوی رابطه‌ای حامل پیامی ضمنی اما عمیق بود: او صرفاً فردی نیازمند کمک نیست، بلکه می‌تواند خود نیز منبع اتکا و مشارکت باشد. در چنین بستری، ناتوانی جسمانی اگرچه بخشی از واقعیت زندگی فرد باقی می‌ماند، اما به تعریف کامل او از خویشتن تبدیل نمی‌شود.

به نظر می‌رسد پیام اصلی خانواده، به‌ویژه مادر، نه در قالب توصیه‌های مستقیم، بلکه در سطح کنش روزمره منتقل شده است: کودک ارزشمند است، می‌تواند مشارکت کند، و توانایی‌های او باید جدی گرفته شوند. این نوع مراقبت را می‌توان **مراقبت توانمندساز** نامید؛ مراقبتی که ضمن توجه به محدودیت‌ها، هویت فرد را به آن‌ها تقلیل نمی‌دهد و امکان تجربه عاملیت را حفظ می‌کند [۷و۸].

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.3.2]

رابطه عاطفی، ازدواج و ظرفیت صمیمیت

یکی از مهم‌ترین ابعاد این مطالعه، نحوه ورود بیمار به رابطه عاطفی و ازدواج است. این بخش از زندگی او صرفاً یک رویداد اجتماعی نیست، بلکه شاخص مهمی برای ارزیابی خودپنداره، احساس استحقاق برای دوست‌داشتنی‌بودن، و ظرفیت ورود به رابطه صمیمانه محسوب می‌شود. آشنایی بیمار با همسرش در محیط درمانی رخ داد؛ زمانی که وی همراه مادر خود برای یک ویزیت در بیمارستان حضور داشت. در روایت بیمار و خانواده، آنچه در نخستین مواجهه مورد توجه مرد قرار گرفت، نه ناتوانی جسمانی او، بلکه ویژگی‌هایی همچون آرامش، شادابی، مهربانی، اطمینان‌بخشی و کیفیت حضور او بود. این نکته از حیث تحلیلی اهمیت دارد، زیرا نشان می‌دهد رابطه بر مبنای ویژگی‌های شخصیتی و عاطفی بیمار شکل گرفته، نه بر مبنای ترحم یا نادیده‌گرفتن تفاوت جسمانی.

از سوی دیگر، واکنش خود بیمار نیز حاکی از آن بود که او امکان دوست‌داشته‌شدن و انتخاب‌شدن را برای خود امری ناموجه یا غیرممکن تلقی نمی‌کرد. در واقع، نشانه‌ای از آن طرحواره‌های رایج بی‌ارزشی که گاه در افراد دارای ناتوانی جسمانی مشاهده می‌شود، در این روایت غلبه نداشت. همچنین خانواده نیز نسبت به این رابطه واکنشی مبتنی بر انکار، وحشت یا ممنوعیت نشان ندادند. این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که در نظام معنایی خانواده، ازدواج و صمیمیت برای او از پیش ناممکن یا دور از دسترس تعریف نشده بود [۳و۹].

تداوم زندگی مشترک و نوع توصیف همسر از بیمار نیز واجد اهمیت است. همسر او در توصیف دلایل انتخابش به ویژگی‌هایی چون آرامش، امنیت، سرسختی، صداقت و مهربانی اشاره کرده است. این توصیف‌ها نشان می‌دهند که بیمار در مقام یک «شخص» و یک «شریک عاطفی» دیده و انتخاب شده است، نه صرفاً به‌عنوان فردی با محدودیت جسمانی.

مادری و عاملیت در بزرگسالی

تصمیم بیمار برای فرزندآوری، یکی دیگر از شاخص‌های مهم عاملیت و استقلال روان‌شناختی اوست. در روایت بالینی، خواست مادرشدن به‌صورت طبیعی و از درون خود او مطرح شده است. این امر از یک سو نشان‌دهنده مشروعیت میل فردی او در رابطه زناشویی است و از سوی دیگر، بیانگر آن است که بیمار خود را واجد حق تصمیم‌گیری درباره زندگی شخصی و بدنی خویش می‌دانسته است [۴و۹].

پاسخ همسر به این خواست نیز بر پایه به‌رسمیت‌شناختن میل او بوده است. علاوه بر آن، خانواده نیز موضعی بازدارنده و مبتنی بر سلب صلاحیت نداشته‌اند. بیمار در توصیف خود بر این نکته تأکید داشته که فردی وابسته نیست و زندگی مستقلی دارد. از منظر تحلیلی، این بخش از روایت نشان می‌دهد که عاملیت در زندگی او امری مقطعی یا محدود به کودکی نبوده، بلکه در بزرگسالی نیز در حوزه تصمیمات مهم زندگی تداوم یافته است [۴].

یافته‌های تحلیلی

بررسی این مورد چند محور اصلی را برجسته می‌کند.

نخست، خودپنداره بیمار حول ناتوانی جسمانی سازمان نیافته است. اگرچه همی‌پلژی بخشی از واقعیت زیستی و عملکردی اوست، اما در تجربه روانی او به هسته تعریف خویشتن تبدیل نشده است. این تمایز، یکی از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه حاضر است [۱و۲].

دوم، احساس ارزشمندی بیمار ظاهراً بیش از آنکه بر تأیید بیرونی استوار باشد، در بستر روابط اولیه حمایتگر و تجربه‌های واقعی شایستگی شکل گرفته است [۳و۹]. همین امر می‌تواند توضیح دهد که چرا نگاه‌های متفاوت یا طردهای محدود اجتماعی، به تخریب فراگیر خودارزیابی او منجر نشده‌اند.

سوم، نقش مادر و سبک مراقبت خانواده در این فرایند محوری است. مراقبت در این خانواده، ماهیتی صرفاً محافظتی یا ترحم‌آمیز نداشته، بلکه همراه با انتظار، اعتماد و سپردن نقش بوده [۷و۸]. این الگو را می‌توان مصداقی از مراقبت توانمندساز دانست.

چهارم، بیمار از سطحی از تاب‌آوری روان‌شناختی برخوردار بوده است که امکان حفظ انسجام شخصی در مواجهه با دشواری‌های رشدی، اجتماعی و بین‌فردی را برای او فراهم کرده است [۴]. این تاب‌آوری نه به معنای فقدان درد یا دشواری، بلکه به معنای عدم فروریزش هویت و عملکرد در برابر آن‌هاست.

پنجم، ظرفیت ورود به رابطه صمیمانه و تجربه ازدواج را می‌توان به‌عنوان امتداد طبیعی خودپنداره مثبت و احساس ارزشمندی او در نظر گرفت [۳و۹]. در اینجا صمیمیت نه صرفاً یک رویداد خارجی، بلکه شاخصی از توانایی حضور در رابطه‌ای متقابل و مبتنی بر شأن شخصی است.

بحث

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که فهم پیامدهای روان‌شناختی همی‌پلژی مادرزادی صرفاً از طریق شدت آسیب جسمانی یا محدودیت عملکردی کافی نیست [۱و۲]. آنچه این مورد به‌صورت برجسته آشکار می‌کند، نقش واسطه‌ای و تعیین‌کننده بستر رابطه‌ای رشد است. به بیان دیگر، تفاوت جسمانی زمانی به یک محور هویت‌ساز منفی تبدیل می‌شود که در شبکه‌ای از ترحم، شرم، بیش‌حفاظت‌گری، انتظارات تقلیل‌یافته یا بازتاب‌های آسیب‌زای اجتماعی تثبیت شود [۳و۱۰].

در این بیمار، کیفیت رابطه اولیه با مادر و سبک مواجهه خانواده با وضعیت کودک، از عوامل مهمی بوده‌اند که مانع از فروکاست هویت به ناتوانی شده‌اند [۷و۸]. مادر نه‌تنها درمان‌ها را پیگیری کرده، بلکه در سطح هیجانی نیز کودک را در موضع فردی شکست‌خورده، محروم یا موضوع ترحم قرار نداده است. این نکته از منظر روان‌شناسی تحولی بسیار مهم است، زیرا کودکان در سال‌های اولیه زندگی، خود را تا حد زیادی از خلال نگاه و پاسخ هیجانی مراقبان اصلی می‌شناسند [۳و۱۰].

همچنین، مقاله حاضر بر تمایز میان **خودپنداره** و **احساس ارزشمندی** تأکید دارد. در این مورد، بیمار نه‌فقط خود را فردی دارای توانایی‌ها و نقش‌های واقعی تجربه کرده، بلکه به لحاظ ارزشی نیز خود را واجد احترام، عشق و امکان انتخاب دانسته است [۱و۲]. همین پیوستگی

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]
[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.3.2]

میان تصویر از خود و ارزش‌گذاری خود، می‌تواند یکی از منابع اصلی تاب‌آوری او تلقی شود [۴].

از سوی دیگر، تجربه ورود به رابطه عاطفی و ازدواج، یافته مهم دیگری را برجسته می‌کند: اگر فرد دارای تفاوت جسمانی، در سال‌های رشد خود به‌گونه‌ای پرورش یابد که نقص جسمانی تنها یکی از ابعاد وجودی او باشد و نه تمام آن، احتمال بیشتری وجود دارد که در بزرگسالی نیز خود را واجد حق صمیمیت، انتخاب‌شدن و زندگی خانوادگی بداند [۳و۹]. در این معنا، صمیمیت یک پیامد فرعی نیست، بلکه شاخصی از انسجام روان‌شناختی است.

البته باید توجه داشت که یافته‌های این گزارش در چارچوب یک مطالعه موردی قرار می‌گیرند و قابلیت تعمیم مستقیم ندارند. با این حال، ارزش این مورد در آن است که نشان می‌دهد حتی در حضور یک محدودیت جسمانی پایدار، می‌توان شاهد شکل‌گیری خودپنداره مثبت، احساس ارزشمندی پایدار و روابط عاطفی سالم بود؛ مشروط بر آنکه بستر رشد، هویت فرد را به ناتوانی تقلیل ندهد [۳و۴و۸].

نتیجه‌گیری

این مطالعه موردی نشان می‌دهد که در همی‌پلژی مادرزادی، کیفیت روابط اولیه و شیوه مراقبت خانواده می‌توانند نقشی اساسی در شکل‌گیری خودپنداره، احساس ارزشمندی و تاب‌آوری روان‌شناختی ایفا کنند [۳و۴و۸]. در این مورد، سبک مراقبتی مادر و خانواده نه بر محور شکست، ترحم و قربانی‌بودن، بلکه بر پایه پیگیری، اعتماد، مسئولیت‌دهی و به‌رسمیت‌شناختن توانایی‌ها استوار بوده است. در نتیجه، بیمار توانسته است با وجود محدودیت جسمانی، خود را صرفاً بر اساس نقص تعریف نکند و به سطحی از انسجام روانی، عاملیت فردی و ظرفیت صمیمیت دست یابد.

این یافته‌ها مؤید آن هستند که پیامدهای روان‌شناختی ناتوانی‌های جسمانی را باید در بستر رابطه، معنا و تجربه زیسته فرد فهمید، نه فقط در سطح تشخیص پزشکی [۱و۲و۴]. برای متخصصان سلامت روان، این مورد بر اهمیت مداخلاتی تأکید دارد که علاوه بر درمان و توانبخشی، بر تقویت خودپنداره، تجربه شایستگی، عاملیت و احساس ارزشمندی نیز متمرکز باشند [۳و۸].

ملاحظات اخلاقی

تمامی اطلاعات شناسایی‌کننده از این گزارش حذف شده است. جزئیات حساس خانوادگی به‌نحوی بازنویسی شده‌اند که ضمن حفظ معنا و انسجام علمی، محرمانگی بیمار و خانواده به‌طور کامل رعایت شود.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

هزینه‌های این طرح توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم تأمین گردیده است

منابع

1. Shields N, Murdoch A, Loy Y, Dodd KJ, Taylor NF. A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(2):151-157.

2. Cheong SK, Johnston LM. Systematic review of self-concept measures for primary school aged children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2013;34(12):3896-3905.

3. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol*. 2010;22(1):119-138.

4. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:1-26.

5. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev Obstet Gynecol*. 2008;1(1):11-22.

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prelabor rupture of membranes. ACOG Practice Bulletin No. 217. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):e80-e97.

7. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal*. 1960;41:585-595.

8. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-562.

9. Anderson KA, Sosnowy C, Kuo AA, Shattuck PT. Transition of individuals with autism to adulthood: a review of qualitative studies. *Pediatrics*. 2018;141(Suppl 4):S275-S284.

10. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370-396.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-10-12]

[DOI: DOI: 1052547/sjrm.11.3.2]