

Received: 2021/5/27

Accepted: 2021/1/23

How to cite:

Zamani S, Yousefzadeh P, Manoochehri M. The effectiveness of self-compassion on psychological well-being and resilience in mothers of children with autism. *EBNESINA* 2021;23(4):44-53.

DOI: 10.22034/23.4.44

Original Article

The effectiveness of self-compassion on psychological well-being and resilience in mothers of children with autism

Sima Zamani¹, Pyman Yousefzadeh^{2✉}, Mehdi Manoochehri³

Abstract

Background and aims: Mothers of children with autism have lower levels of psychological well-being than other mothers. The purpose of this study was to determine effectiveness of self-compassion education on psychological well-being and resilience in mothers of children with autism.

Methods: This research employed a semi-experimental design with pre-test, post-test and control group. Totally, 64 mothers of children with autism were selected by available sampling method, and randomly divided into experimental (n=32) and control (n=32) groups. The experimental group underwent 10 sessions of 90 minutes of self-care education, but the control group remained on the waiting list. To collect data Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT), Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB), and Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Data analysis was performed using multivariable analyze of covariance.

Results: The results showed that the self-compassion education used in this study could improve all six areas of SPWB including environmental mastery ($p<0.001$; $F=117.914$), self-acceptance ($p<0.001$; $F=34.940$), positive relations with others ($p<0.001$; $F=42.355$), purpose in life ($p<0.001$; $F=61.213$), personal growth ($p<0.001$; $F=9.111$) and autonomy ($p<0.001$; $F=8.254$), as well as all five factors of CD-RISC including personal competence ($p<0.001$; $F=24.883$), tolerance of negative affect ($p<0.001$; $F=47.487$), positive acceptance of change ($p<0.001$; $F=22.419$), control ($p<0.001$; $F=16.979$) and spiritual influences ($p<0.001$; $F=104.49$) of mothers.

Conclusion: Based on the results of this study, the self-compassion education is an effective intervention in improving psychological well-being and resilience of mothers of children with autism.

Keywords: Autistic Disorder, Psychological Resiliency, Self Compassion

1. MSc of educational psychology, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

2. Assistant professor, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

3. Associate professor, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

✉ Corresponding Author:

Pyman Yousefzadeh

Address: Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

Tel: +98 (21) 77796530

E-mail: Pyousefzade@hotmail.com

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 23, No. 4, Serial 77 Winter 2022)



Copyright© 2021. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

اثربخشی خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم

سیما زمانی^۱، پیمان یوسف زاده^۲✉، مهدی منوچهری^۳

چکیده

زمینه و اهداف: در مادران کودکان اوتیسم سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تر از دیگر مادران است. هدف از پژوهش تعیین اثربخشی آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم بود.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۴ نفر از مادران دارای فرزند اوتیسم انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودشفقتی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. از پرسشنامه‌های غربالگری زودهنگام ویژگی‌های اوتیسم (ESAT)، بهزیستی روانشناختی (SPWB) و تاب‌آوری (CD-RISC) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی به کار رفته در این پژوهش می‌تواند همه ۶ بُعد SPWB شامل تسلط محیطی ($F=117/914$; $p<0/001$)، پذیرش خود ($F=34/940$; $p<0/001$)، رابطه مثبت با دیگران ($F=42/355$; $p<0/001$)، داشتن هدف در زندگی ($F=61/213$; $p<0/001$)، رشد فردی ($F=9/111$; $p<0/001$) و استقلال ($F=8/254$; $p<0/001$)، و همچنین همه ۵ بُعد CD-RISC شامل تصور از شایستگی فردی ($F=24/883$; $p<0/001$)، تحمل عاطفه منفی ($F=47/487$; $p<0/001$)، پذیرش مثبت تغییر ($F=22/419$; $p<0/001$)، کنترل ($p<0/001$) و تأثیرات معنوی ($F=104/497$; $p<0/001$) مادران را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش خودشفقتی مداخله مؤثری در بهبود بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم است.

کلمات کلیدی: اختلال اوتیسم، تاب‌آوری، خودشفقتی

(سال بیست و سوم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۰، مسلسل ۷۷)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲

فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۶

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
۲. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

✉ مؤلف مسئول: پیمان یوسف زاده
آدرس: دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
تلفن: ۷۷۹۶۵۳۰ (۲۱) ۹۸+
ایمیل: Pyousefzade@hotmail.com

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم نوعی اختلال عصبی تحولی است که بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) با معیار کلی نقص در ارتباطات اجتماعی و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدودشده و تکراری معرفی شده است [۱]. این کودکان رفتارهای نامطلوبی مانند حرکات کلیشه‌ای، پرخاشگری و رفتارهای خودآزاری از خود نشان می‌دهند [۲]. اختلالات نافذ رشد مانند اختلال طیف اوتیسم در دوره کودکی، گروهی از بیماری‌های روانی هستند که معمولاً پیش از رسیدن به سن مدرسه آغاز می‌شوند و مشخصه اصلی آنها نقایص رشدی است. این اختلالات سبب تخریب کارکردهای فردی، اجتماعی، هیجانی، و تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شوند. ناتوانی در برقراری ارتباط متناسب با دیگران، عدم استفاده از رفتار غیرکلامی مثل ارتباط چشمی و کاربرد جملات و عبارات بی ربط، مشکلات یادگیری، کمبود توجه و رفتارهایی مانند خودزنی و پرخاشگری از مشکلات ناشی از این بیماری است. به همین دلیل کودکان مبتلا به این اختلال در زندگی روزمره با چالش‌های زیادی روبرو هستند [۳]. افزون بر مشکلاتی که این اختلال برای خود کودکان مبتلا به اوتیسم دارد، مادران این کودکان خود را غرق مشکلات فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم‌شان حس کرده و تنش‌ها و مشکلاتی زیادی را نسبت به مادران کودکان سالم تجربه می‌کنند [۴].

وضعیت روانشناختی مادران کودکان اوتیسم متأثر از مشکل کودک خود می‌شوند، به طوری که بر اساس پژوهش‌ها سطح اضطراب مادرانی که کودکان آنها مبتلا به اوتیسم هستند، بیشتر از مادران کودکان غیر مبتلا است [۵]. به همین خاطر مادران کودکان اوتیسم سطح بالاتری از استرس والدگری را تجربه می‌کنند [۶]. با توجه به این مشکلات در مادران کودکان اوتیسم به دلیل اختلال در کودک خود سطح بهزیستی روانشناختی پایین‌تر از مادران کودکان غیرمبتلا به اوتیسم است [۷]. بر اساس نظریه ریف، بهزیستی روانشناختی به عنوان

نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته، داشتن روابط رضایت بخش و با کیفیت بالا، استقلال و تعیین سرنوشت، توانایی مدیریت زندگی و استفاده مؤثر از فرصت‌ها، ایجاد زمینه‌های متناسب با نیازها و ارزش‌های شخصی، باز بودن در برابر تجربیات جدید و اعتقاد به اینکه زندگی شخصی معنادار است تعریف شده است [۸].

از طرفی دیگر، به دلیل سطح بالاتر اضطراب [۵] و استرس والدگری [۶] در مادران کودکان اوتیسم، این مادران تاب‌آوری ضعیف‌تری را در خانواده تجربه می‌کنند [۹]. تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی به عنوان توانایی سازش‌یافتگی موفقیت‌آمیز با شرایط تنیدگی‌زا و تهدیدزا و به عنوان قدرت و توانایی فرد برای رویارویی و مواجهه با مشقت‌ها و سختی‌ها تعریف شده است [۱۰]. با توجه به آنچه گفته شد، به کارگیری مداخلات روانشناختی دارای تأثیرات مثبتی خواهد بود که در این پژوهش به اثربخشی آموزش خودشفقتی تمرکز شده است. درمان متمرکز بر خودشفقتی به افراد می‌آموزد که احساسات دردناک خود را کنار نزده و از آن اجتناب نکنند و آنها را بپذیرند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را شناخته و نسبت به آن احساس خودشفقتی داشته باشند [۱۱].

درمان خودشفقتی بر چهار حوزه تجارب پیشین، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است. بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. محور اصلی درمان متمرکز بر خودشفقتی، پرورش ذهن خودشفقت‌ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های خودشفقتی به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه خودشفقتی‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. داشتن خودشفقتی نیازمند این است که فرد به دلیل شکست‌ها و یا نرسیدن به استانداردها به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد. این مفهوم به معنی توجه نکردن و یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست.

ابزار پژوهش

پرسشنامه غربالگری زود هنگام ویژگی‌های اوتیسم^۱ برای کودکان ۱۴ تا ۱۵ ماهه کاربرد دارد و ۱۴ سؤال دارد [۱۴]. در صورتی که به یکی از سؤالات، جواب خیر داده شود، کودک مشکوک شناخته می‌شود و در صورتی که به ۳ سؤال (نقطه برش)، جواب خیر داده شود، کودک نوپا با اختلال طیف اوتیسم شناسایی می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۴ است. در پژوهش بر روی کودکان با اختلال طیف اوتیسم در شهر اصفهان آلفای کرونباخ سؤالات در دامنه بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۵ به دست آمده است [۱۵]. در خارج از کشور نیز برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی بالای این پرسشنامه است [۱۶]. در پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان اوتیسم برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

مقیاس بهزیستی روانشناختی^۲ شامل ۱۸ سؤال است و ۶ مؤلفه شامل تسلط محیطی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال را اندازه‌گیری می‌کند [۱۷]. سؤالات به صورت طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره هر مؤلفه ۳ و حداکثر ۱۸ نمره است. برای کل مقیاس حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. در یک پژوهش آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۷۹ گزارش شده است [۱۸]. در خارج از کشور ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بررسی و نتایج نشان داده است ضریب همبستگی پیرسون مقیاس با رضایت از زندگی ۰/۹۲ و معنی‌دار گزارش شده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی است [۱۹]. برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کل سؤالات مقیاس ۰/۷۴ به دست آمده است [۲۰]. همچنین در یک

هنگامی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به دلیل اشتباهاتش به سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد در جهت پنهان کردن نواقص از خود آگاهی فرد عمل می‌کنند. بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرند [۱۳]. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم پرداخته شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۳۰۰ مادر دارای کودکان نوپای ۱۴ تا ۱۵ ماهه بودند که به یکی از کلینیک‌های توانبخشی و آموزش کودکان مبتلا به اوتیسم واقع در شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند. از بین مادرانی که کودکانشان بر اساس پرسشنامه تشخیص زود هنگام اوتیسم به عنوان کودک مبتلا به اوتیسم شناسایی شدند به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۴ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (در فهرست انتظار) جایگزین شدند (گروه آزمایش ۳۲ نفر و گروه کنترل ۳۲ نفر). محدوده سنی مادران ۲۵ تا ۵۵ سال، محدوده سنی کودک ۱۴ تا ۱۵ ماه، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادران و تشخیص اختلال اوتیسم کودکان بر اساس پرسشنامه غربالگری زود هنگام از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. عدم تمایل فرد به ادامه همکاری در پژوهش، مصرف دارو حداقل در دو ماه قبل، ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانشناختی برای مادران و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش خودشفقتی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

1. Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT)

2. psychological well-being scale (PWS)

جدول ۱- جلسات آموزش خودشفقتی اقتباس از گیلبرت [۲۸]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
۱	غربالگری و اجرای	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان خودشفقتی پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند و پیش‌آزمون قبل از اجرای جلسات به پرسشنامه‌های خودکارآمدی، حرمت خود و خودانتقادی به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند و انگیزش لازم در ادامه شرکت در جلسات پیش روی به آنها داده شد.
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر خودشفقتی، ارزیابی و بررسی میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خودانتقادی آزمودنی‌ها و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری مبتنی بر خودشفقتی. در انتهای جلسه تکلیف خانگی به آزمودنی‌ها داده شد که در خانه به ثبت خودانتقادی‌های خود و چالش‌های روزانه خودشان بپردازند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از حرمت خود، خودکارآمدی و خودانتقادی بود.
۳	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مؤلفه‌های خودشفقتی، بررسی هر مؤلفه خودشفقتی در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای خودشفقتی و مروری بر خودشفقتی اعضا. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه خود را ثبت کنند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی بود.
۴	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه خود را ثبت کنند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی بود.
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	در این جلسه هدف تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای خودشفقتی» یا «غیر خودشفقتی»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن خودشفقتی‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا اشتباهات روزانه خود را ثبت و عوامل مرتبط با آن را شناسایی کنند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه پرورش خودشفقتی بود.
۶	اصلاح و گسترش خودشفقتی	در این جلسه هدف مرور و تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن خودشفقت‌ورز» (بخشیدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلواتزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن با چالش‌های مختلف. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه خود را ثبت کنند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه بهبود و توسعه خودشفقتی بود.
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز خودشفقتی	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز خودشفقتی (خودشفقتی کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا خودشفقتی را در فعالیت‌های روزانه خود به کار گیرند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه احساس و ارزشمندی خودشفقتی بود.
۸	قانون ابراز خودشفقتی	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر خودشفقتی و عملکرد فرد در آن موقعیت». در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا نامه‌های مشفقانه برای خود و اطرافیان‌شان بنویسند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه بهبود احساس و ارزشمندی خودشفقتی بود.
۹	ارزیابی و کاربرد	در این جلسه هدف آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی یعنی شناختی-رفتاری متمرکز بر خودشفقتی در زندگی روزمره. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد تا خودشفقتی در چالش‌های روزانه را ثبت و یادداشت کنند. رفتار مورد نظر از آزمودنی‌ها در این جلسه پرورش و رشد خودشفقتی بود.
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد.

پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۹۴

برای مؤلفه‌ها در دامنه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ به دست آمده است

[۲۱]. در پژوهش حاضر بر روی مادران کودکان اوتیسم برای

بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده

است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری^۱ ۲۵ سؤال دارد و ۵ خرده مقیاس تصور از

شایستگی فردی^۲، تحمل عاطفه منفی^۳، پذیرش مثبت تغییر^۴،

کنترل^۵ و تأثیرات معنوی^۶ را اندازه‌گیری می‌کند [۲۲].

نمره‌گذاری مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت است. برای

کل مقیاس حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. در

داخل ایران ضریب همبستگی بین مقیاس با سیاهه پنج عاملی

شده شخصیت [۲۳] ضرایب در دامنه بین ۰/۱۸ تا ۰/۲۸ و در

سطح ۰/۰۱ معنی‌دار به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی

همگرایی مقیاس است [۲۴]. در خارج کشور سازنده پرسشنامه

آلفای کرونباخ ۰/۸۷ [۲۲] و در دیگر پژوهش‌ها آلفای کرونباخ

۰/۷۷ [۲۵]، آلفای کرونباخ ۰/۷۰ [۲۶] و در یک مطالعه دیگر

ضریب ۰/۹۴ به دست آمده است [۲۷]. در پژوهش حاضر بر

روی مادران کودکان اوتیسم برای بررسی همسانی درونی

مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای

کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

جلسات آموزش خودشفقتی

منظور از درمان متمرکز بر خودشفقتی در این پژوهش تعداد

۱۰ جلسه درمان متمرکز بر خودشفقتی بر خود بر اساس مفاهیم

گیلبرت [۲۸] بود که گروه آزمایش آموزش می‌بینند (جدول ۱).

در ایران روایی محتوایی این بسته با نظر خواهی از سه نفر

1. Resilience Scale (RISC)
2. personal competence
3. tolerance of negative affects
4. positive acceptance of change
5. control
6. spirituality

جدول ۲- مقایسه شاخص‌های جمعیت شناختی افراد نمونه بین دو گروه آزمایش و کنترل

مقدار p	آماره	گروه کنترل	گروه آزمایش
سن (میانگین و انحراف معیار)	۰/۸۹۰	۴۲/۲۲±۹/۲۳۴	۴۰/۹۱±۸/۷۱۹
تحصیلات	۰/۹۸۰	۳ (۹/۳۷٪)	۲ (۶/۲۵٪)
دین		۷ (۲۱/۸۷٪)	۸ (۲۵٪)
فوق دیپلم		۹ (۲۸/۱۲٪)	۱۰ (۳۱/۲۵٪)
لیسانس		۵ (۱۵/۶۲٪)	۴ (۱۲/۵٪)
فوق لیسانس		۸ (۲۵٪)	۸ (۲۵٪)

a: آزمون تی؛ b: آزمون کای اسکوار

برای بررسی پیش‌فرض توزیع طبیعی بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با آزمون لوین بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس است. نتیجه آزمون کرویت بارتلت در سطح معناداری ۰/۰۰۱ برقرار بود. از آنجایی که پیش‌فرض‌ها برقرار بودند، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان است که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($p=0/001$ و $F=76/123$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری با کنترل متغیر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته (ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری) به طور جداگانه از متغیر

جدول ۴- نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	ضریب تأثیر	توان آماری
تسلط محیطی	۹۳/۱۶۴	۱	۱۱۷/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۰/۹۹۹
پذیرش خود	۶۲/۱۱۲	۱	۳۴/۹۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۴	۰/۹۹۹
رابطه مثبت با دیگران	۷۳/۱۹۵	۱	۴۲/۳۵۵	۰/۰۰۲	۰/۴۳۱	۰/۹۹۹
داشتن هدف در زندگی	۷۰/۲۷۱	۱	۶۱/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲	۰/۹۹۹
رشد فردی	۱۴/۴۰۳	۱	۹/۱۱۱	۰/۰۰۴	۰/۱۴۰	۰/۸۴۳
استقلال	۱۴/۲۴۹	۱	۸/۲۵۴	۰/۰۰۹	۰/۱۴۲	۰/۸۴۸
تصور از شایستگی فردی	۲۶۶/۶۱۷	۱	۳۴/۸۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۹۹۸
تحمل عاطفه منفی	۱۴۹/۹۷۲	۱	۴۷/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴	۰/۹۹۹
پذیرش مثبت تغییر	۱۵۱/۵۱۲	۱	۲۲/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹۶
کنترل	۷۱/۹۹۵	۱	۱۶/۹۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰	۰/۹۸۲
تأثیرات معنوی	۳۰/۷۹۸	۱	۱۰۴/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۰/۹۹۹

متخصص روانشناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم در دانشگاه الزهرا و دانشگاه خوارزمی تهران تأیید شده است [۱۱].

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای مادران، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به مادران و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به افراد نمونه گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پیگیری رعایت شده است.

تجزیه و تحلیل آماری

در این تحقیق از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده شد. همچنین قبل اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره مفروضه‌های آن شامل آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرم بودن، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و آزمون ام‌باکس برای بررسی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۴ بود.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های جمعیت شناختی افراد نمونه شامل سن و تحصیلات مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم نشان داده شده است. مقایسه انجام شده بین دو گروه آزمایش و کنترل، نشان دهنده هم‌تا بودن دو گروه از نظر سن و همچنین میزان تحصیلات مادران است.

برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳- آزمون‌های چند متغیره پس‌آزمون ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	مقدار p	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر ییلایی	۰/۷۳۱	۷۶/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۹	۷۶/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۲/۵۸۳	۷۶/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۲/۵۸۳	۷۶/۱۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹

دادن به یک تهدید است و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند [۳۱]. افزون بر آن، اصلاح و تقویت خودشفقتی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است [۳۲]. آموزش خودشفقتی، مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اصلی اشتراکات انسانی است. به هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در خودشفقتی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرر ذهن را اشغال نکند [۳۱]. لذا منطقی است که آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم اثربخش باشد.

از طرفی دیگر، نتایج بیانگر آن بود که آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم تأثیر دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد [۳۳]. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که داشتن خودشفقتی در زندگی نیازمند آن است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست. زمانی که فرد با این باور که انتقاد از خود می‌تواند او را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهاتش مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکرد وی در جهت تهدید نشدن حرمت خود و پنهان کردن نواقص عمل می‌کند. بدون آگاهی از خود، این ضعف‌ها مورد تردید قرار نمی‌گیرد. در مقابل، فرد از طریق

مستقل (آموزش خودشفقتی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود استفاده از آموزش خودشفقتی بر افزایش ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در مرحله پس از آزمون تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش اثربخشی آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم بود. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم تأثیر دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد [۲۹، ۳۰]. به طوری که پژوهش منعیمان و همکاران که بر روی زنان سرپرست خانوار انجام داده‌اند نتایج بیانگر آن بود که آموزش خودشفقتی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بود [۲۹]. همچنین پژوهش نوری و شهابی که در سال ۱۳۹۶ بر روی مادران کودکان اوتیسم انجام داده‌اند همسو با نتایج تحقیق حاضر بود. آنها نشان داده‌اند که آموزش خودشفقتی به‌طور معناداری بر تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده مؤثر بوده و مادران در گروه آزمایشی افزایش معناداری را در مقیاس تاب‌آوری نشان دادند [۳۰]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که خودشفقتی مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است. افراد عموماً از طریق احساسات جسمانی واکنش‌های «جنگ و گریز و یا میخکوب شدن»^۱ از وجود احساسات سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه (که برای اکثریت افراد زنجیره‌ای از رویدادهاست که با افزایش در تنفس آغاز شده و افزایش ضربان قلب، گرفتگی عضلات و غیره را به دنبال خواهد داشت) به این معناست که بدن در حال واکنش نشان

1. fight, flight, or freeze

خودشفقتی، یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگاری فکری، هیجانی و رفتاری خود را درک و اصلاح کند [۱۳]. زمانی که فرد خودشفقتی دارد به هنگام رویارویی با درد، ناکفایتی یا شکست، در عوض بد شمردن درد و رنج و سرزنش کردن خود، با خود به گرمی و فهم غیرقضوتی برخورد می‌کند. این فرایند همچنین شامل درک این نکته است که ناکامل بودن، اشتباه کردن و روبرو شدن با مشکلات زندگی قسمتی از تجربیات مشترک انسانی است، چیزی که برای هر انسانی رخ می‌دهد، نه چیزی که تنها برای من اتفاق افتاده است. خودشفقتی همچنین نیازمند یک فاصله متعادل از تجارب منفی است. در این حالت احساسات منفی نه سرکوب می‌شوند و نه بزرگمایی می‌شوند. شخصی که نمی‌تواند نسبت به احساسات خود مشفقانه رفتار کند، احساسات او سرکوب شده و نادیده گرفته می‌شوند. در مقابل خودشفقتی دربرگیرنده حفظ یک فاصله مناسب با هیجانات است آن چنان که کاملاً تجربه شوند [۳۴]. درمان متمرکز بر خودشفقتی، یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است، حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند. وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آنها کمک می‌کند که میان خود و دیگران احساس پیوند احساس کرده و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند [۳۵]. این خودشفقتی و احساس پیوند بین خود و دیگران باعث می‌شود فرد ابراز وجود بالاتری را تجربه کرده و به تبع آن ابراز وجود بالا، تاب‌آوری در فرد بهبود می‌یابد. لذا منطقی است که آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم اثربخش باشد.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان مادران دارای کودک نوپای ۱۴ تا ۱۵ ماهه مراجعه کننده به یکی از کلینیک‌های توانبخشی و آموزش کودکان مبتلا به اوتیسم واقع در شهر تهران صورت گرفته است، در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به زوجین در دیگر شهرها

خودداری شود. چرا که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم در کشور باشد. در این پژوهش امکان برگزاری دوره پیگیری آموزش خودشفقتی برای محقق مهیا نبود. به دلیل فقدان دوره پیگیری آموزش خودشفقتی اثرات تأخیری در طول زمان برای مداخله آموزش خودشفقتی در این پژوهش بر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم مشخص نیست. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. محدودیت اثر سوگیری پاسخ‌دهنده آزمون را نمی‌توان کنترل نمود، چرا که ممکن است آزمودنی در حالت روحی روانی مناسبی نباشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشد. در این پژوهش به واسطه محدودیت‌های زمانی، مکانی و مالی پیگیری نتایج آموزش خودشفقتی صورت نگرفت که در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با دوره پیگیری آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی در راستای بهبود مشکلات مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با استفاده از آموزش خودشفقتی بر بهبود مشکلاتی مانند استرس والدگری، تنظیم شناختی هیجان، سلامت روانی و غیره بپردازند. می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم تأثیر دارد. لذا به مشاوران بالینی و روانشناسان پیشنهاد می‌شود از آموزش خودشفقتی برای کاهش مشکلات ناشی از بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در مادران این کودکان استفاده کنند. از آنجایی که بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در افراد نقش مهمی در ایجاد توانایی و ظرفیت افراد در انجام موفقیت‌آمیز تکالیف و اعمال‌شان دارد، بر این اساس پیشنهاد می‌شود

کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

تعارض در منافع

نویسندگان اعلام می‌دارد که هیچ گونه تعارض در منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده‌پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی

در این پژوهش از هیچ ارگانی حمایت مالی دریافت نگردیده است.

کارگاه‌های آموزشی با تکیه بر درمان گروهی مبتنی بر خودشفقتی از سوی دست اندرکاران سلامت و مشاوران مراکز مشاوره در ارتباط با بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران کودکان اوتیسم برگزار شود تا بتوانند از این درمان محوری به بهبود بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری این افراد در زمینه‌های مختلف زندگی کمک کنند.

نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی می‌تواند بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم را بهبود بخشد. بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش خودشفقتی مداخله مؤثری در بهبود بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با کد IR.IAU.TMU.REC.1398.038 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است. بر خود لازم می‌دانیم از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را در آن همراهی

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5. Washington, DC2013.
2. Hirota T, Deserno M, McElroy E. The network structure of irritability and aggression in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2020;50(4):1210-1220. doi:10.1007/s10803-019-04354-w
3. Ahmadi Bouzendan S, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad M. The effect of child centered play therapy based on nature on attention and aggression of children with asperger disorder (a single case study). *Journal of pediatric nursing*. 2019;5(3):59-67. [Persian] doi:10.21859/jpen-05038
4. Schwichtenberg AJ, Kellerman AM, Young GS, Miller M, Ozonoff S. Mothers of children with autism spectrum disorders: play behaviors with infant siblings and social responsiveness. *Autism*. 2019;23(4):821-833. doi:10.1177/1362361318782220
5. Neil L, White H, Warren K, Pellicano E. Anxiety and interpretation of ambiguity in autistic children, typical children and their mothers. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019;49(3):1035-1047. doi:10.1007/s10803-018-3781-9
6. Porter KE, Brennan-Ing M, Burr JA, Dugan E, Karpiak SE. Stigma and psychological well-being among older adults with hiv: The impact of spirituality and integrative health approaches. *The gerontologist*. 2017;57(2):219-228. doi:10.1093/geront/gnv128
7. Hickey EJ, Hartley SL, Papp L. Psychological well-being and parent-child relationship quality in relation to child autism: An actor-partner modeling approach. *Family process*. 2020;59(2):636-650. doi:10.1111/famp.12432
8. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte BI, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. Positive mental health among cancer survivors: overlap in psychological well-being, personal meaning, and posttraumatic growth. *Supportive care in cancer*. 2019;27(2):443-450. doi:10.1007/s00520-018-4325-8
9. Gardiner E, Mâsse LC, Iarocci G. A psychometric study of the family resilience assessment scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and quality of life outcomes*. 2019;17(1):1-10. doi:10.1186/s12955-019-1117-x
10. Cachón Zagalaz J, López Manrique I, San Pedro Veleto MB, Zagalaz Sánchez ML, González González de Mesa C. The importance of the phoenix bird technique (resilience) in teacher training: CD-RISC scale validation. *Sustainability*. 2020;12(3):1-13. doi:10.3390/su12031002
11. Fatolaahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Journal of psychological studies*. 2017;13(2):151-168. [Persian] doi:10.22051/PSY.2017.12381.1274

12. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. The horizon of medical sciences. 2018;24(2):125-131. [Persian]
13. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. Contemporary psychology 2013;8(1):91-102. [Persian]
14. Swinkels SH, Dietz C, van Daalen E, Kerkhof IH, van Engeland H, Buitelaar JK. Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I: the development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Journal of autism and developmental disorders. 2006;36(6):723-732. doi:10.1007/s10803-006-0115-0
15. Vakilzadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh A. Investigating validity and reliability of early screening for autistic Traits-Persian Version (ESAT-PV) in toddlers. Archives of rehabilitation. 2017;18(3):182-193. [Persian] doi:10.21859/jrehab-1803182
16. Magán-Maganto M, Jónsdóttir SL, Sánchez-García AB, García-Primo P, Hellendoorn A, Charman T, et al. Building a theoretical framework for autism spectrum disorders screening instruments in Europe. Child and adolescent mental health. 2018;23(4):359-367. doi:10.1111/camh.12256
17. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 1989;57(6):1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
18. Alijanzadeh Tonkaboni M, Bagheri M. Comparative examine of effectiveness of training behavioral activation and education based on acceptance and commitment on increasing psychological well-being among high school boy students of Grade nine in Kerman. Shenakht journal of psychology and psychiatry. 2019;6(1):75-86. [Persian] doi:10.29252/shenakht.6.1.75
19. Friedman EM, Ruini C, Foy R, Jaros L, Sampson H, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. Aging & mental health. 2017;21(2):199-205. doi:10.1080/13607863.2015.1093605
20. Tamosiunas A, Sapranaviciute-Zabazlajeva L, Luksiene D, Virviciute D, Peasey A. Psychological well-being and mortality: longitudinal findings from lithuanian middle-aged and older adults study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2019;54(7):803-811. doi:10.1007/s00127-019-01657-2
21. Friedman EM, Ruini C, Foy CM, Jaros L, Love G, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote eudaimonic well-being in older adults: a multi-site replication with 6 month follow-up. Clinical gerontologist. 2019;42(4):387-397. doi:10.1080/07317115.2019.1574944
22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
23. McCrae RR, Costa Jr PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. Personality and individual differences. 2004;36(3):587-596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1
24. Jenadeleh K, Bassak Nejad S, Yunesi A, Sadatmand K. The relationship between anxiety sensitivity and experiential avoidance and resiliency with test anxiety in male students. Journal of clinical psychology. 2018;10(1):71-78. [Persian] doi:10.22075/JCP.2018.13974.1361
25. Dai Y-D, Zhuang W-L, Huan T-C. Engage or quit? The moderating role of abusive supervision between resilience, intention to leave and work engagement. Tourism management. 2019;70:69-77. doi:10.1016/j.tourman.2018.07.014
26. Herrero R, Mira A, Cormo G, Etchemendy E, Baños R, García-Palacios A, et al. An Internet based intervention for improving resilience and coping strategies in university students: study protocol for a randomized controlled trial. Internet interventions. 2019;16:43-51. doi:10.1016/j.invent.2018.03.005
27. Lee D, Yu ES, Kim NH. Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. European journal of psychotraumatology. 2020;11(1). doi:10.1080/20008198.2019.1704563
28. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. International journal of cognitive therapy. 2010;3(2):97-112. doi:10.1521/ijct.2010.3.2.97
29. Farokhzadian AA, Mirderekvand F. The effectiveness of self-compassion focused therapy on increase of psychological well-being and reduction of depression in the elderly. Aging psychology. 2018;3(4):293-302. [Persian]
30. LoParo D, Mack SA, Patterson B, Negi LT, Kaslow NJ. The efficacy of cognitively-based compassion training for African American suicide attempters. Mindfulness. 2018;9(6):1941-1954. doi:10.1007/s12671-018-0940-1
31. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity. 2010;9(3):225-240. doi:10.1080/15298860902979307
32. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(6):1083-1089. doi:10.1037/a0012720
33. Sommers-Spijkerman M, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2018;86(2):1-15. doi:10.1037/ccp0000268
34. Neff KD. Setting the record straight about the Self-Compassion Scale. Mindfulness. 2019;10(1):200-202. doi:10.1007/s12671-018-1061-6
35. Ghafarian H, Khayatan F. The effect of training compassion focused therapy on self-concept and assertiveness amongst high school female students. Knowledge & research in applied psychology. 2018;19(1):26-36. [Persian] doi:10.30486/JSRP.2018.540475