



Research Article

Developing a therapeutic intervention package based on the healthy human theory and comparing its effectiveness with positive psychotherapy on social stigma and emotional malaise of mothers with children on the autism disorder

Mohammadreza Amini¹, Hajar Torkan ² and Zahra Yousefi³

Abstract

The current research was carried out in line with the development of a therapeutic intervention package based on the healthy human theory and comparing its effectiveness with positive psychotherapy on social stigma, emotional malaise of mothers with children on the autism. The method of this research was a combination of sequential exploratory type. In the qualitative section, Atride Stirling (2001) comparative thematic analysis method was used to compile and validate the package. The research community includes all related articles in the field of healthy human approach and interventions that were performed on mothers with autistic children, the number of which reached theoretical saturation with a total of 52 studies based on the inclusion criteria. Also, the agreement between 6 psychologists was used to determine the Content Validity Ratio and finally the coefficient of the evaluators was 0.88. The results of the theme analysis indicated that 18 basic themes were obtained in 8 organizing themes (satisfaction and enjoyment of life, loving creation and self, metacognition, peace, happiness, hope, continuity and meaning) and the therapeutic intervention package was based on Their frequency was compiled. Research method in the quantitative part; It included a three-stage, three-group semi-experimental design, which finally included 14 people in each group, taking into account statistical attrition. The statistical population in both the pilot study and the main study included all the mothers of children with autism disorders who referred to autism centers in Isfahan city in July 2022. The data in all three stages were collected by Social stigma scale's Rezaeidehnavi et al (2010) and Toronto Ataxia Scale (TAS-20). The package of positive psychotherapy according to Rashid and Seligman (2013) was implemented during 8 sessions and the therapeutic intervention package based on the healthy human theory was implemented during 9 sessions of 90 minutes. The findings of the analysis of variance with repeated measurements showed that both therapeutic intervention packages based on the healthy human theory and positive psychotherapy reduced social stigma and emotional malaise in mothers with children on the autism, and this effectiveness was sustained during the follow-up phase has been ($p \geq 0.05$). As a result, there was no significant difference between the effectiveness

1. PhD student in Counseling, Counseling Department, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Corresponding author

Assistant Professor, Clinical Psychology Department, School of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran. ORCID: 0036-0002-0000-6964
Email: h.torkan@khuif.ac.ir

3. Assistant Professor, Clinical Psychology Department, School of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.



of the two therapeutic intervention packages in the post-test and follow-up phase, and these therapeutic interventions can be used to improve on social stigma, emotional malaise in mothers with autistic children.

Keywords: Healthy human theory, Social stigma, Positive psychotherapy, Emotional malaise, Autism.

Introduction

Mothers with children on the autism spectrum are at the high risk of developing mental problems, including parental stress, depression, suicide, anxiety, and other serious emotional disorders such as suffering from shame. The consequences of these adverse psychosocial conditions can be very serious (Patra & Patro, 2019; Jahan et al, 2020); as a result, such mothers need professional guidance and psycho-social support during the child-rearing process (Cetinbakis, Bastug & Ozel-Kizil, 2020). Recently, the evolution of psychotherapy models and research on the positive aspects of human beings have attracted increasing attention and have focused on the problems of parents with autistic children (Khaldenia et al, 2021; Khoshakhlagh, Marashian & Jayervand, 2022). Despite the effectiveness of therapeutic trainings such as positive psychotherapy approaches, parents of children with autism spectrum still need culturally-based, integrated and holistic trainings (Ramachandran, 2020). In the meantime, the therapeutic intervention package, which includes psychological theories and Islamic structures, can be a resource for therapeutic-educational interventions of special examples such as mothers with children on the autism spectrum who have a high burden of care. Disappointment, rejection from the society and social stigma are the most important ones; therefore, the aim of the current study was to develop a therapeutic intervention package based on the healthy human theory and to compare its effectiveness with positive psychotherapy on social stigma and emotional malaise of mothers with children on the autism spectrum.

Method

The current study used a combination of sequential exploratory method. In the qualitative section, Atride Stirling (2001) comparative thematic analysis method was used to compile and validate the package. The research community includes all related articles in the field of the healthy human approach and interventions that were performed on mothers with autistic children. The research community reached theoretical saturation with a total of 52 studies based on the inclusion criteria. Also, the agreement between 6 psychologists was considered to determine the Content Validity Ratio (CVR). Finally, the coefficient of the evaluators turned to be 0.88. Research method in the quantitative part included a three-stage, three-group semi-experimental design, which included 14 people in each group, taking into account statistical attrition. The statistical population in both the pilot study and the main study included all the mothers of children with autism spectrum disorders who had referred to autism centers in Isfahan in July 2022. The data in all three stages were collected by means of Rezaeidehnavi et al (2010) Social stigma scale and Toronto Ataxia Scale (TAS-20). The package of positive psychotherapy according to Rashid and Seligman (2013) was implemented during 8 sessions and the therapeutic intervention package based on the healthy human theory was implemented during 9 sessions of 90 minutes each.

Results

The results of the content analysis of the qualitative section reached 18 basic themes with 8 organizing ones (satisfaction and enjoyment of life, loving the creatures and self, metacognition, peace, happiness, hope, continuity and meaning). The therapeutic intervention package was based on their frequency. After the compilation and final approval of the therapeutic intervention package,

a pilot (preliminary) study was conducted. The results of the study showed that the difference between the mean scores of the pre-test and post-test in the variables of social hotness and dyslexia in the preliminary sample of the study are significantly different ($p \leq 0.05$). Descriptive findings indicated that the average of social anxiety and aphasia in the intervention groups (positive psychotherapy and therapeutic intervention package based on the healthy human theory) has a greater decrease in the post-test and follow-up stages than the pre-test compared to the control group. The findings of the analysis of variance with repeated measurements showed that both therapeutic intervention packages reduced social stigma and emotional malaise in mothers with children on the autism spectrum, and this effectiveness was sustained during the follow-up phase ($p \geq 0.05$).

Table 1. The results of the analysis of between-subject effects in the study variables

variable	Source	sum of squares	df	mean squares	F	<i>p</i>	eta	statistical power
social stigma	group	12862.92	2	6431.46	5.59	.007	.223	.82
	error	44853.04	39	1150.08				
emotional malaise	group	3361.61	2	1680.80	77.99	.001	.381	.99
	error	5464.45	39	140.11				


Conclusion:

Considering the limitations of the study based on generalizations due to the limited population, it is suggested that the current study be conducted on mothers with children with Down syndrome disorders, mental-motor disabilities, and autism levels (mild, moderate, and severe), and its results be compared with the current study. Also, considering that a review of articles was used to develop a therapeutic intervention package based on the healthy human theory, it is suggested that future studies, through interviews with parents of children with autism spectrum disorder, develop a more specific package that is in line with the problems of parents. In general, according to the results of the study, it is suggested that these interventions be included in the mental health programs of exceptional children's centers as preventive and promoting strategies for the mental health of parents, especially mothers with exceptional children. Also, the trustees of psychological centers and statistical survey health centers in order to identify families with autistic children or other psychological disorders can use these interventions to hold training courses and psychotherapy workshops for members of families with autistic children.





تدوین بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی مثبت‌نگر بر داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم

محمدرضا امینی^۱، هاجر ترکان^۲  و زهرا یوسفی^۳

چکیده

پژوهش حاضر در راستای تدوین بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی مثبت‌نگر بر داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم انجام شد. روش این پژوهش، ترکیبی از نوع اکتشافی متوالی است. در بخش کیفی برای تدوین و اعتبارسنجی بسته از روش تحلیل مضمون قیاسی آتراید استرلینگ (2001) استفاده شد. جامعه پژوهش شامل تمام مقالات مرتبط در زمینه رویکرد انسان سالم و مداخلاتی بود که بر روی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم انجام شده بود که تعداد آن به‌طور هدفمند و براساس ملاک‌های ورود در مجموع با ۵۲ پژوهش به اشباع نظری رسید؛ همچنین از توافق بین ۶ نفر از متخصصان روان‌شناسی برای تعیین روایی محتوایی استفاده شد که در نهایت، پایایی بین ارزیاب‌ها ۰/۸۸ به دست آمد. نتایج تحلیل مضمون نشان‌دهنده این بود که ۱۸ مضمون پایه در ۸ مضمون سازمان‌دهنده (رضایت و لذت بردن از زندگی، دوست داشتن مخلوق و خود، فراشناخت، آرامش، شادی، امید، جاری بودن و معنا) به دست آمد و بسته مداخله درمانی براساس فراوانی آنها تدوین شد. روش پژوهش در بخش کمی شامل طرح نیمه آزمایشی سه گروهی - سه مرحله‌ای بود که در نهایت، در هر گروه با احتساب ریزش آماری ۱۴ نفر قرار گرفتند. جامعه آماری هم در مطالعه پایلوت و هم در بخش مطالعه اصلی نیز شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز اتیسم در سطح شهر اصفهان در تیرماه سال ۱۴۰۱ بود. داده‌ها در هر سه مرحله با پرسشنامه مقیاس داغ اجتماعی رضایی دهنوی و همکاران (۱۳۸۸)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-۲۰) گردآوری شد. بسته درمانی مثبت‌نگر رشید و سلیگمن (2013) طی ۸ جلسه و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان‌دهنده آن بود که هر دو بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و روان‌درمانی مثبت‌نگر باعث کاهش داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم شده و این اثربخشی در طول زمان ماندگار بوده است ($p \leq 0/05$)؛ در نتیجه بین اثربخشی دو بسته مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت و از این مداخلات درمانی برای بهبود داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم استفاده می‌شود.

واژگان کلیدی: نظریه انسان سالم، داغ اجتماعی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، ناگویی خلقی، اتیسم.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

ایمیل: h.torkan@khuif.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.



مقدمه

درخودماندگی^۱ یا اختلال طیف اتیسم (ASD)^۲ در حال حاضر به‌عنوان نوعی ناتوانی در نظر گرفته می‌شود که در آن افراد اوتیستیک در درک و برقراری تعاملات اجتماعی با مشکل مواجه هستند (Sipowicz et al., 2022). اتیسم یکی از مهم‌ترین اختلالات رشدی- رفتاری در دهه اخیر است که رشد بیش از ۶ درصدی در سراسر جهان داشته (Mohammad et al., 2022) و در یک بررسی سیستماتیک تخمین اختلال اتیسم ۱ در ۱۰۰ نفر گزارش شده که نشان‌دهنده افزایش شیوع جهانی اختلال اتیسم است (Zeidan et al., 2022). این مسئله باعث شده است که تعداد زیادی از خانواده‌ها در سراسر جهان با چالش‌های مراقبت از این کودکان مواجه شوند (Mohammad et al., 2022)؛ زیرا اتیسم با مشکلات اجتماعی، ارتباطی، رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدودکننده و تکراری مشخص می‌شود (Toseeb & Asbury, 2023)؛ به همین دلیل افراد اوتیستیک اغلب در طول زندگی خود نیاز به مراقبت دارند و اغلب، والدین این نقش را ایفا می‌کنند (Thompson et al., 2018)؛ بنابراین واضح است که والدین و به‌ویژه مادران، مراقبان مهم کودکان اتیسمی هستند که به دلیل مشکلات فراوان این کودکان در شرایط سختی قرار دارند و بار مراقبتی سنگینی را بر دوش می‌کشند که جنبه‌های مختلف زندگی آنها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (Jenaro et al., 2020). پس به‌خوبی ثابت شده است که ارائه مراقبت از کودک مبتلا به اتیسم تأثیر جالب‌توجهی بر سلامت روان والدین به‌ویژه مادران دارد (Agarwal et al., 2022)؛ همان‌طور که پژوهش ساروار و همکاران نشان‌دهنده آن بود که والدین این کودکان بار روانی و مشکلات جسمی و روان‌شناختی بیشتری نسبت به مادران عادی داشتند (Sarwar et al., 2022)؛ همچنین فرنس و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند که مادران کودکان اتیسم پریشانی روانی بیشتر و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (Ferenc et al., 2023). در این بین یکی از عواملی که باعث بهزیستی پایین والدین کودکان اتیسم می‌شود، تجربه انگ اجتماعی مربوط به داشتن فرزند مبتلا به اختلال اتیسم است (Yip & Chan, 2022). پژوهش رضایی دهنوی (۱۳۹۴) نیز نشان‌دهنده آن است که انگ اجتماعی تأثیرات غیرمستقیمی بر سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال اتیسم و هزینه‌های روانی و اجتماعی بسیاری برای افراد با یک برچسب ویژه و حتی جامعه دارد.

گافمن^۳ (1963) داغ اجتماعی^۴ را این‌گونه تعریف می‌کند: «پدیده‌ای که در آن فردی با ویژگی‌هایی که به‌طور عمیق توسط جامعه او بی‌اعتبار شده است، به دلیل داشتن این ویژگی طرد می‌شود و پذیرش اجتماعی کامل را دریافت نمی‌کند» (نقل شده در Ng & Ng, 2022). فرآیندهای انگ شامل «برچسب‌زدن، کلیشه‌سازی، طرد، از دست دادن موقعیت و تبعیض» است (Oduyemi et al., 2021). والدین به‌ویژه مادران که مراقبان اصلی هستند، ممکن است این باور را داشته باشند که در صورت افشای وضعیت بیماری فرزندشان با رفتار منفی دیگران مواجه شوند (Chan et al., 2022). در این بین داغ اجتماعی با ناگویی خلقی ارتباط دارد (Zhang et al., 2023)؛ بنابراین یکی از مشکلات روانی که مادران دارای کودکان اختلال اتیسم تجربه می‌کنند، ناگویی خلقی است (Fietz et al., 2018). ناگویی هیجانی یا آلکسی تایمیا^۵ به وضعیتی گفته می‌شود که در آن فرد در تفسیر، پردازش و بیان احساسات خود دچار مشکل است که به کاهش آگاهی هیجانی و افزایش پرخاشگری منجر می‌شود (Hesami et al., 2023). مطالعات نشان از آن دارد که رفتارهای ناکارآمد والدین به‌طور چشمگیری با خودآگاهی ضعیف‌تر از احساسات و ناگویی هیجانی مرتبط است (Barberis et al., 2022) و والدین ASD ناگویی هیجانی بیشتری نسبت به والدین عادی دارند (Costa et al., 2019). به‌علاوه، دوروکان و همکاران در پژوهشی نشان دادند که اتیسم قوی‌ترین همبستگی را بین افسردگی-اضطراب والدین و ناگویی هیجانی دارد (Durukan et al., 2018). تملتورک و همکاران در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند، والدین کودکان مبتلا به اتیسم دارای سطوح ناگویی هیجانی پایینی هستند و

1. autism

2. autism spectrum disorder

3. Goffman

4. stigma

5. alexithymia

مداخلات مناسب خانواده با تمرکز بر افزایش تعامل اجتماعی و هیجانات مثبت ممکن است در بهبود مشکلات والدین دارای کودک مبتلا به اتیسم مفید باشد (Temelturk et al., 2021).

بدین سبب متخصصان همواره به دنبال راه‌هایی برای کاهش مشکلات و افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی افراد به‌ویژه مادران دارای فرزندان با این اختلال هستند؛ اما بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده درباره تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر ویژگی‌های روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم انجام شده است؛ برای مثال، به پژوهش‌های خانجانی و رضایی (۱۳۹۵)، عنابستانی و ناعمی (۱۳۹۸)، حلاجانی و همکاران (۱۳۹۸)، خوش اخلاق و همکاران (Khosh Akhlagh et al., 2022) و در خارج کشور، پژوهش‌های تیلور و باگی، لئونوپولو، نیومن و همکاران و کولاسینگه و همکاران (Taylor & Bagby, 2013; Leontopoulou, 2015; Neumann et al., 2017; Kulasinghe et al., 2023) اشاره می‌شود. مثبت‌نگری که ریشه در روان‌شناسی مثبت دارد، شامل آموزش فکرکردن به صورت متفاوت هم درباره رویدادها و داشته‌های مثبت و هم درباره رویدادها و داشته‌های منفی و ارزش‌نهادن به داشته‌هاست. در آموزش مثبت‌نگری به افراد کمک می‌شود تا توانایی‌های بالقوه، تجربه‌های مثبت و خوب خود و دیگران را بازشناسند. علاوه بر این، این آموزش بیشتر بر روی متغیرهای روان‌شناختی مانند امیدواری و شادی (Ananpitiwet & Blauw, 2016; Ajirak et al., 2015)، سرسختی و اضطراب (Meyers et al., 2013)، ناگویی خلقی (Taylor & Bagby, 2013) و خودبخشایش‌گری (إنائی، ۱۳۹۷) انجام شده است که همگی دلالت بر تأثیر این روش درمانی بر کاهش مشکلات والدین دارای کودک اتیسم دارد. برنامه‌های آموزشی دیگر نظیر برنامه آموزشی والدین کازلوف (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۵) نیز بر افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجان‌های منفی مادران نسبت به فرزند بیمار خود و کاهش بار روانی مادران دارای کودک اتیسم؛ واقعیت‌درمانی (ابراهیمی و ابراهیمی، ۱۳۹۹) بر کاهش نشخوار فکری و نگرانی مادران کودکان اتیسم و افزایش تحمل‌پریشانی مادران کودکان اتیسم؛ آموزش مؤثر والدین (Sato et al., 2022) بر استرس والدینی والدین افراد مبتلا به اتیسم؛ بسته آموزشی فرزندپروری مبتنی بر کارکردهای اجرایی (گرانمایه و همکاران، ۱۴۰۱) بر تنیدگی والدینی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلالات عصب تحولی مؤثر بوده است.

هرچند پژوهش‌های مذکور حاکی از موفقیت برنامه‌های آموزشی مختلف است، در راستای مشخص‌شدن کارآمدی این برنامه‌های آموزشی پژوهش و مقایسه‌ای با هیچ برنامه آموزشی دیگری انجام نشده است که به نظر می‌رسد، طراحی و به‌کارگیری برنامه‌های مداخله‌ای جامعی که مبتنی بر نظریه‌ای مبنی بر فرهنگ باشد که ویژگی‌های انسان سالم و بیمار را (نه فقط سالم یا بیمار) به‌طور جامع در برگیرد، به‌منظور مقایسه آنها به نتیجه بهتر و جامع‌تری درباره اثربخشی آن وامی‌دارد. یکی از مداخلاتی که مرتبط با برنامه مزبور است، مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم^۱ است. نظریه انسان سالم، یک نظریه مبتنی بر فرهنگ ایرانی است که درباره انسان مطرح شده است. این نظریه که در سال ۱۳۹۷ توسط آقای تدوین و مطرح شد، دارای یک اصل (معنا) و ۱۲ ویژگی (۱. آرامش^۲، ۲. جریان^۳، ۳. شادی^۴، ۴. قناعت^۵، ۵. بخشندگی بدون چشم‌داشت^۶، ۶. توان گذشت و فراموشی^۷، ۷. رضایت^۸، ۸. امید^۹، ۹. توانایی لذت‌بردن^{۱۰}، ۱۰. غم اصیل^{۱۱}، ۱۱. ارتباط با خالق، عشق به مخلوق و مهربانی با خود^{۱۲} و ۱۲. داشتن فراشناخت^{۱۳}) است که

1. healthy human theory

2. calmness

3. to Flow

4. happiness

5. contentment

6. generosity without Expectation

7. ability to have Forgiveness and Forgetfulness

8. satisfaction

9. hope

10. ability to have Pleasure

11. authentic Sadness

12. communication with the Creator(God), Love to Creature and kindness with ourselves

13. to be Metacognition

ویژگی‌های انسان سالم نامیده می‌شوند (آقایی، ۱۳۹۹) که به شکل حلقه‌های یک زنجیر به یکدیگر متصل شده و وجود یکی از این ویژگی‌ها در مجموعه خصیصه‌های انسان عامل تقویت و رشد سایر ویژگی‌هاست (اسدی و آقایی، ۱۴۰۱). آقایی (۲۰۱۸) بر این باور است که یک انسان سالم، معنایی پویا، هدفمند، سازنده و هدایتگر را صرف‌نظر از سهولت‌ها و دشواری‌هایی که با آنها در موقعیت‌های مختلف زندگی مواجه می‌شود، برای خود انتخاب می‌کند. سپس آن را در سیری تحولی تکامل می‌بخشد و حفظ می‌کند (به نقل از صدری و همکاران، ۱۴۰۰). در این نظریه که تمام ابعاد انسان را شامل می‌شود، علاوه بر داشتن ویژگی‌هایی مانند روابط میان فردی عمیق و پذیرش هموعان، پیوندی ناگسستنی با خالق خویش نیز دارد. زندگی انسان سالم، با خمودگی و ایستایی همراه نیست و حتی در کشاکش بحران‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی برای نیل به اهداف معنوی زندگی خویشتن، از تلاش و مجاهدت باز نمی‌ایستد. او با داشتن ویژگی‌هایی چون قناعت، رضایت، تلاش و پایداری از مشکلات پیش رو نمی‌هراسد و با آرامش خود، موجب تقویت حس شادمانی در اطرافیانش می‌شود (مرادی و همکاران، ۱۳۹۹). چارچوب نظریه انسان سالم به این‌گونه ترسیم شده که ابتدا، هر ویژگی با تأکید بر جنبه‌های روان‌شناختی، تعریف و توضیح داده شده است. سپس شاخص‌ها و معیارهای انسان سالم و بیمار در هر ویژگی ذکر شده است. در پایان، راه‌های رسیدن به هر ویژگی متناسب با معیارهای انسان سالم با ذکر مثال و تمرین‌هایی عملی به تفصیل بیان شده است (آقایی، ۱۳۹۹). به دلیل همخوانی بیشتر نظریه انسان سالم با روان‌شناسی مثبت‌گرا در این پژوهش به مقایسه این دو توجه می‌شود. دو رویکرد مطرح‌شده فوق، روان‌درمانی مثبت‌نگر و نظریه انسان سالم با وجود تشابهاتی که با یکدیگر دارند، ویژگی‌های روان‌شناختی انسان سالم را بررسی می‌کنند؛ اما در نظریه انسان سالم به ویژگی‌های انسان بیمار نیز توجه می‌شود و نظریه جامع‌تری را درباره انسان ارائه می‌دهد. همان‌گونه که بیان شد، اگرچه پژوهش‌های ذکرشده اثربخشی آموزش مثبت‌نگری را نشان داده‌اند، اثربخشی و کارآمدی آن در مقایسه با یک درمان جامع که هم ویژگی‌های انسان سالم و بیمار را دربرگیرد، انجام نشده است. از طرفی، این نظریه مطابق با سطح فرهنگ ایرانیان تدوین شده است؛ به همین دلیل آموزه‌ها و باورهایی که در این کشور وجود دارند و با زندگی روزانه ایرانیان عجین هستند، در خود جای داده است؛ بنابراین محتوای بسته مداخله‌ای آموزشی براساس این نظریه با مراجعان ایرانی همخوان‌تر است و از این رو، اثربخشی بیشتری را در کاهش مشکلات آنها (به‌ویژه مشکلاتی که نیاز به بخشش و پذیرش خود و مشکل دارد) دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر در راستای پاسخگویی به این سؤال پژوهشی انجام شده است که آیا بین اثربخشی بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر داغ اجتماعی و ناگویی خلقی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

بخش کیفی

ساختار کلی پژوهش حاضر پژوهشی ترکیبی^۱ (آمیخته کیفی و کمی) از نوع کاربردی است. این پژوهش یک پژوهش ترکیبی از نوع اکتشافی متوالی^۲ است. در بخش کیفی این طرح برای تدوین و اعتبارسنجی بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم آقایی (۱۳۹۹) و ویژه مادران دارای فرزند اتیسم از روش تحلیل مضمون پیشینه و نظریه‌محور قیاسی با تکیه بر فرآیند و قواعد تحلیل مضمون آتراید استرلینگ (۲۰۰۱) استفاده شد. محیط پژوهش در بخش کیفی شامل تمام مقالات، کتاب‌ها، گزارش‌ها و پایان‌نامه‌های مرتبط در زمینه رویکرد انسان سالم و مداخلاتی که بر روی مادران دارای کودک اتیسم انجام شده (داخلی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ و خارجی از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۱) بود که ۵۲ منبع به‌طور هدفمند انتخاب شد. با توجه به اینکه افراد نمونه پژوهش حاضر مادران دارای کودک اتیسم بود، برای شناسایی، نیازسنجی و اولویت‌بندی ویژگی‌های مادران در راستای ویژگی‌های نظریه انسان سالم مضمون مقالات

^۱. mixed research

^۲. sequential-explorative

مرتبط تحلیل شد. بدین صورت که با استفاده از کلمات کلیدی در حوزه‌های آموزش توانمندسازی روان‌شناختی مبتنی بر نظریه انسان سالم و مسائل والدین کودکان اتیسم در پایان‌نامه‌ها و مقالات علمی پژوهشی معتبر داخلی و خارجی بررسی شد و در نهایت، با بررسی ۵۲ منبع علمی داده‌ها به اشباع نظری رسید.

برای گردآوری داده‌ها در بخش کیفی از فرم ثبت نتایج تحلیل مضمون نظریه‌محور بر پایه شبکه مضامین آتراید استرلینگ (2001) استفاده شده است. در راستای تصمیم‌گیری درباره نحوه تدوین و میزان تمرکز متناسب با بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم ابتدا، نسبت واحدهای معنایی مربوط به هر یک از ۸ مضمون سازمان‌دهنده از ۱۸ مضمون پایه شامل شادی (مشکلات خلقی و احساسات منفی)، آرامش (بار مراقبتی زیاد و پریشانی روانی)، فراشناخت (مشکل در تفکر و مشکلات شناختی)، دوست‌داشتن مخلوق و خود (عدم شفقت به خود، عدم خودارزشمندی، عدم شفقت نسبت به کودک)، رضایت و لذت‌بردن از زندگی (محدودیت‌های زندگی، مشکل در ارتباطات بین فردی)، بهزیستی روانی پایین، مشکلات اجتماع، امید (احساسات و تفکرات ناامیدانه و نداشتن دید مثبت)، جاری‌بودن (درگیری عاطفی و مشکلات فرزندپروری) و معنا (ایجاد فلسفه جدید زندگی) در حول محور مضمون فراگیر (بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم) محاسبه و بررسی شد.

سپس با توجه به محتوا و گستره مضامین در نهایت، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته و بسته آموزشی اولیه طراحی شد. پس از طراحی بسته آموزشی اولیه، دو داور مسلط به حوزه انسان سالم بسته آموزشی را به دقت بررسی و اصلاحات اولیه را در محتوای بسته مداخله درمانی ارائه کردند. با انجام اصلاحات بسته مجدد برای ۶ استاد متخصص در گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان درباره فرایند و ساختار بسته آموزشی ارسال شد. این فرم در قالب ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی ضعیف=۱ تا عالی=۵ تهیه شده است. روایی این فرم از نظر محتوایی توسط متخصصان ارزیاب تأیید شد. به‌منظور تعیین روایی بسته نهایی از روایی محتوایی (CVR)^۱ توصیه شده توسط لاوشه (۱۹۷۵) استفاده شد که از توافق تخصصی متخصصان و برای بررسی پایایی آن با استفاده از فرم ارزیابی فرایند و ساختار آموزش نهایی از روش توافق بین ارزیاب‌ها استفاده شد. در نهایت، ضریب ارزیاب‌ها ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی و پایایی مناسب بسته تدوین‌شده است.

بخش کمی

روش پژوهش در بخش کمی از نوع نیمه آزمایشی با طرح سه گروهی (گروه مداخله درمانی مبتنی بر انسان سالم، گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه آخر، گروه کنترل) - سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه) بود. در طرح پژوهشی ارائه‌شده با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی و نیمه آزمایشی دست‌کم ۱۵-۱۲ نفر برای هر گروه توصیه شده است (Gal et al., 1960/1386)، تعداد ۴۲ نفر از بین مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز اتیسم در سطح شهر اصفهان در تیر ماه سال ۱۴۰۱ براساس معیارهای ورود و خروج به‌صورت هدفمند با در نظر گرفتن ریزش آماری انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری اولیه و اجرای پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون این ۴۲ نفر به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۴ نفری به‌طور تصادفی جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت است از: تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات سیکل، داشتن دست‌کم یک کودک مبتلا به اختلال اتیسم در دامنه سنی ۵ تا ۱۲ سال، تشخیص‌گذاری اختلال طیف اتیسم کودک توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک مراکز اتیسم و معیارهای خروج از پژوهش عبارت است از: عدم تمایل به شرکت در پژوهش یا ادامه مطالعه، قرارگرفتن تحت درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی که در فرایند آموزش مداخله کنند، ابتلا به آسیب‌های روان‌شناختی حاد نظیر اسکیزوفرنی،

^۱. Content Validity Ratio

اختلال دوقطبی، اختلال شخصیتی و سوء مصرف مواد براساس مصاحبه تشخیصی بالینی، غیبت بیش از دو جلسه در مراحل آموزش. در بخش کمی پژوهش حاضر متغیرهای وابسته در دوره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از پرسشنامه‌های مقیاس داغ اجتماعی (استیگمای درونی شده) و ناگویی هیجانی تورنتو (20-TAS)^۱ سنجش شد.

ابزار پژوهش

مقیاس داغ اجتماعی (استیگمای درونی شده): در این پژوهش از پرسشنامه استیگمای درونی شده والدین کودکان اتیسم که توسط رضایی دهنوی و همکاران (۱۳۸۸) تهیه شده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۹ سؤال است و براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)؛ به ندرت (۱)؛ بعضی اوقات (۲)؛ اغلب (۳)؛ همیشه (۴) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۱۹۶ است. این پرسشنامه زمینه نگرشی و رفتاری را می‌سنجد. این زمینه‌ها عبارت‌اند از: الف) باور والدین درباره تصورات قالبی که دیگران راجع به افراد معلول دارند؛ ب) باور والدین درباره تصورات قالبی که خود والدین به آن باور دارند؛ ج) رفتارهای مبتنی بر جداسازی اجتنابی و تبعیض. هر سه قسمت به موازات یکدیگر است و حیطه‌های تحصیلی، نگرانی از آینده، اشتغال، استقلال، سلامت و ارتباطات اجتماعی را در برمی‌گیرد. در پژوهش رضایی دهنوی و همکاران (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌ها (۱، ۲، ۳) و کل سؤالات به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه استیگمای درک شده در پژوهش گله گیران (۱۳۹۲) نیز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش رئیسی و همکاران (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۷۲ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (20-TAS): این مقیاس توسط باگی و همکاران^۲ (1994) تهیه شده و دارای ۲۰ سؤال با ۳ خرده مقیاس (دشواری در شناسایی احساسات^۳، دشواری در توصیف احساسات^۴ و تفکر عینی) است. سؤالات در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) نمره گذاری شده‌اند (Bagby et al., 1994). سؤالات دشواری در شناسایی احساسات عبارت‌اند از: ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴. نمره این خرده مقیاس بین ۲۱-۷ است. سؤالات دشواری در بیان احساسات عبارت‌اند از: ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷. نمره این خرده مقیاس بین ۱۵-۵ است. سؤالات سبک تفکر عینی عبارت‌اند از: ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰. نمره این خرده مقیاس بین ۲۴-۸ است. در این مقیاس سؤال‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است (Parker et al., 2001). بشارت، ضرایب آلفای کرونباخ را برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ گزارش کرده است (Besharat, 2007). پایایی باز آزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو -۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷. برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شده است. اعتبار هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (Besharat, 2013). ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۷۶۲ به دست آمد.

1. Toronto Ataxia Scale

2. Bagby, Taylor & Parker

3. difficulty identifying feeling

4. difficulty describing feeling

روش اجرا

به منظور اجرای اصلی بخش کمی پژوهش ابتدا، آزمودنی‌های هر ۳ گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل، پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱ تحت مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم به مدت ۹ جلسه (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه آزمایش ۲ تحت مداخله برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر رشید و سلیگمن (2013) به مدت ۸ جلسه (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای در این مدت‌زمان دریافت نکرد (Rashid & Seligman, 2013). پس از اتمام جلسات به‌عنوان پس‌آزمون و بعد از گذشت دو ماه آزمودنی‌های هر دو گروه به‌عنوان دوره پیگیری مجدد مورد آزمون قرار گرفتند. جلسات آموزشی-درمانی از تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲۰ لغایت ۱۴۰۱/۹/۳۰ به صورت جداگانه در هر گروه توسط محقق (با کسب تجربه تدریس و انجام مطالعات و تسلط بر اصول آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر و بسته تدوین شده) به صورت هفته‌ای دو جلسه حضوری و مجازی برگزار شد. ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل انجام پژوهش رعایت شد؛ از جمله کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، اطمینان‌دادن به مشارکت‌کنندگان درباره حفظ محرمانه‌ماندن اطلاعات، اطمینان‌دادن به مشارکت‌کنندگان برای خودداری از شرکت در مطالعه در هر زمان در صورت تمایل آنان و حتی آزادبودن برای خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش و ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان در صورت درخواست آنها. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.297 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار spss (ویرایش ۲۴) به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. در جدول ۱ و ۲ شرح محتوای مداخله‌های انجام شده آورده شده است:

جدول ۱: شرح محتوای بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم

Table 1: Description of the content of the therapeutic intervention package based on the healthy human theory

جلسات	خرده اهداف	شرح محتوای جلسات
اول	معنا و نقش آن در والدگری	۱. از مادران خواسته شود، در خصوص مسائل و مشکلاتشان به‌خاطر داشتن فرزند اتیسم با مربی و اعضای گروه صحبت کنند. ۲. از مادران پرسیده شود که معنای آنان در زندگی کنونی چیست؟ ۳. برای مادران ویژگی‌های معنا و انواع معنا توضیح داده می‌شود. ۴. مربی در خصوص اهمیت معنا و رابطه آن با ۱۲ ویژگی مختص نظریه انسان سالم و ویژگی‌هایی که مختص مادران کودکان اتیسم در تحلیل مقالات به دست آمده است، توضیح می‌دهد. ۵. خصوصیات افراد دارای معنا و راه‌های رسیدن به آن برای مادران توضیح داده می‌شود. ۶. از آنان پرسیده شود که چه مسائلی در زندگی باعث شده است، به اهداف و معناهای خود دست پیدا نکنند. ۷. از آنان پرسیده شود که به چه میزان معناهای آنها در راستای انسان سالم یا آن طرف طیف در راستای انسان بیمار است.
دوم	والدگری و رضایت از زندگی	۸. مربی اتیسم را با بیان مثال‌ها و تجارب در خصوص نقش رضایت از زندگی در نوع والدگری مادران کودکان توضیح دهد. ۹. مربی خصوصیات انسان سالم و بیمار را در زمینه رضایت از زندگی بیان کند. ۱۰. راه‌های رسیدن به رضایت برای مادران با توجه به اینکه داشته‌ها و نداشته‌های خود و دیگران را با وجود داشتن فرزند دارای طیف اتیسم در نظر می‌گیرند، توضیح داده می‌شود. ۱۱. از مادران خواسته شود که داشته‌ها و نداشته‌های خود و دیگران را با هم‌دیگر مقایسه کنند. ۱۲. تکمیل پرسشنامه سنجش رضایت برای تعیین وضعیت رضایت مادران دارای فرزند اتیسم
سوم	نقش لذت بردن از زندگی	۱۳. مربی ویژگی‌های لذت‌بردن از زندگی انسان سالم و بیمار را برای مادران و نقش آن را در برخورد با فرزند توضیح دهد. ۱۴. مربی رابطه رضایت و لذت‌بردن از زندگی با اصل معنا را با ذکر مثال برای مادران توضیح دهد.

جلسات	خرده اهداف	شرح محتوای جلسات
	والدگری	۱۵. مربی تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی را در شرایط زندگی روزمره به‌ویژه هنگام برخورد با کودک ایتسم برای مادران توضیح دهد. ۱۶. مربی به مادران برای دستیابی به مهارت‌های جدید از جمله یک دقیقه تنفس در فضای بدن، اسکن بدن و ادغام ذهن در جنبه‌های مختلف زندگی مراقبت از کودک، غذا خوردن، راه رفتن و استفاده از تنفس را برای کاهش احساسات منفی آموزش دهد. ۱۷. انجام کاربرگ تمرین لذت بردن از زندگی.
چهارم	نقش آرامش در والدگری	۱۸. مربی در خصوص آرامش و ویژگی‌های افراد دارای آرامش و فاقد آرامش، تفاوت اضطراب و استرس را برای مادران توضیح می‌دهد. ۱۹. برای مادران راه‌های افزایش آرامش مبتنی بر نظریه انسان سالم (شناسایی علت ناآرامی و بی‌قراری، معاشرت و تعامل با انسان‌های آرام، تمرین و تکرار آرام‌بودن، سرگرم کردن خود) توضیح داده می‌شود. ۲۰. در جلسه در خصوص تکنیک خودگویی مثبت و تصویرسازی ذهنی برای مادران توضیح و مثال زده شود. ۲۱. تکنیک‌های مدیریت استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (حضور یا پذیرش افکار و احساسات با انجام مراقبه نشسته شامل آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات) در جلسه با مادران تمرین شود.
پنجم	نقش آرامش و معنا در والدگری	۲۲. اهمیت و رابطه متقابل آرامش و معنا برای مادران توضیح داده می‌شود. ۲۳. مربی در خصوص افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود، به‌جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از آنها و به‌کارگیری آن در زندگی روزمره برای مادران توضیح داده می‌شود. ۲۴. تکنیک‌های گسلش شناختی با استفاده از استعاره‌های مطرح‌شده برای مادران بیان می‌شود. ۲۵. تمرین و تکمیل کاربرگ راه‌های رسیدن به آرامش.
ششم	نقش امید در والدگری	۲۶. در خصوص ویژگی‌های امید در افراد سالم و بیمار مبتنی بر نظریه انسان سالم برای مادران توضیح داده می‌شود. ۲۷. در گروه در خصوص دلایل یأس و نومییدی در والدین کودکان ایتسم صحبت شود. ۲۸. از مادران خواسته می‌شود که داستان زندگی خود را برای یافتن نقاط امیدبخش در زندگی‌شان در گروه بیان کنند. ۲۹. در خصوص نگرانی مادران درباره وضعیت کنونی و آینده فرزندشان صحبت شود. ۳۰. از راه‌های افزایش امیدواری (ارزیابی میزان خوش‌بینی و بدبینی مادران، افزایش انرژی، شناسایی عوامل استرس‌زای قابل کنترل و غیرقابل کنترل خود و ایجاد موضوعات جالب برای هر روز خودشان) در گروه صحبت شود. ۳۱. توضیح درباره انجام کارهای لذت‌بخش و شرکت در جلسات و دوره‌های دوستانه برای افزایش امیدواری.
هفتم	نقش شادبودن با عشق به مخلوق و مهربانی با خود	۳۲. با مادران در گروه در خصوص عواطف و احساسات منفی و تأثیر عواطف بر زندگی صحبت شود. ۳۳. ویژگی‌های انسان سالم و بیمار در خصوص شادی برای مادران توضیح داده می‌شود. ۳۴. تکنیک مدیریت هیجان‌ها و استفاده از فرهنگ لغات احساسات برای بیان احساسات خود به مادران آموزش داده می‌شود. ۳۵. راه‌های شادزیستن (تصمیم بگیرد که در اینجا و اکنون شاد باشد، خوابیدن به اندازه کافی، انجام فعالیت‌های موردعلاقه، خندیدن و برقراری ارتباط با خدا و دیگران، اختصاص دادن زمان‌هایی فقط به خودشان) در عین وجود مشکلات برای مادران توضیح داده می‌شود. ۳۶. توضیح درباره عشق به مخلوق و مهربانی با خود و دوست داشتن خود بدون قید و شرط، مهربان بودن با جسم و روان خود. ۳۷. انجام کاربرگ نوشتن نامه‌ای برای قدردانی از خود.
هشتم	نقش ویژگی‌های جاری بودن و فراشناخت در والدگری، جمع‌بندی و اجرای	۳۸. صحبت درباره افکار و نگرش‌های منفی مادران و تأثیر آن بر رفتار توسط مربی انجام شود. ۳۹. توضیح درباره اینکه «افکار حقایق نیستند» و استفاده از تکنیک‌هایی برای گسلش شناختی و رسیدن به پذیرش بدون قضاوت. ۴۰. توضیح برای مادران در خصوص استفاده از این تکنیک در خصوص برخورد با فرزند و سبک‌های فرزندپروری اشتباه و راهبردهای مقابله‌ای مادران در برخورد با کودک ایتسم توسط مربی انجام شود. ۴۱. از مادران پرسیده شود که در برخورد با فرزندشان چگونه رفتار و برخورد می‌کنند. ۴۲. با مثال برای مادران توضیح داده می‌شود که رفتار کودک را از منظر ذهن آگاهی و مشاهده ذهن آگاهانه بررسی کنند.

جلسات	خرده اهداف	شرح محتوای جلسات
پس‌آزمون	۴۳.	تمرین تکنیک‌های تغییر نوع نگاه به فرزند خود با استفاده از تقویت مهارت‌های فراشناختی (پذیرید که باورهای دیگران بر رفتار شما تأثیر می‌گذارد، نوع نگاهتان را نسبت به فرزندتان تغییر دهید، خود سرزنشگری خود را کاهش دهید)، انجام گام‌های رسیدن به جاری بودن در گروه با کمک اعضا انجام شود.
	۴۴.	برای جاری شدن به مادران اصول تربیت فرزند از جمله توجه به نقاط مثبت، عدم توجه به نکات منفی با بیان مثال حالات مختلف مواد توضیح داده می‌شود. پاسخ به سؤالات مادران و خلاصه کردن مطالب. اجرای پس‌آزمون و قدردانی از مادران برای شرکت در پژوهش.

اجرای بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم به صورت ۸ جلسه آموزشی توسط متخصص این امر بود که به صورت هفتگی برگزار شد. مدت زمان هر جلسه یک ساعت و نیم الی دو ساعت (۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه) همراه با اهدافی پیش‌بینی شد.

جدول ۲: شرح محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

Table 2: Description of the content of positive psychotherapy sessions

جلسات	اهداف	شرح جلسات آموزشی	تکالیف
اول	گرایش به روان‌درمانی مثبت‌نگر	آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، مسائل مطرح‌شده در ارتباط فقدان یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجان‌ات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی	نوشتن یک معرفی مثبت از خود و ذکر توانمندی‌های خود حدود یک صفحه که در آن به بیان داستان واقعی زندگی خود توجه می‌کند
دوم	ارزیابی توانمندی‌های منشی	تقویت نقاط قوت شاخص و احساسات مثبت، بحث پیرامون ۲۴ توانمندی منش به منظور ایجاد و تقویت تعهد	تکمیل پرسشنامه توانمندی‌ها، ارزیابی توانمندی‌های افراد و نحوه به‌کارگیری نقاط قوت
سوم	پرورش توانمندی‌های خاص و هیجان‌های مثبت	بحث پیرامون رشد توانمندی‌های خاص و آماده‌شدن مادران برای شکل‌دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل‌دستیابی	تکمیل کاربرگ تبدیل توانمندی‌ها به رفتارهای عینی
چهارم	عفو و گذشت	گذشت به‌عنوان ابزار نیرومند معرفی می‌شود که احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل می‌کند	در حد یک الی دو صفحه به بیان این توجه کنند که دوست دارند، دیگران آنها را به‌خاطر کدام ویژگی مثبتشان به یاد بسپارند. در قالب یک پیام بزرگداشت در پایان عمر
پنجم	قدرشناسی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به‌عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری مورد بحث قرار گیرد. نقش خاطرات خوب و بد یا تمرکز و تأکید بر قدرشناسی	مادران نامه‌ای را برای کسی که هرگز آن‌گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده است، می‌نویسند
ششم	روابط مثبت و اجتماعی	ارتباطات مثبت و بازخورد فعال و سازنده، صحبت پیرامون واکنش فعال در قبال مطالبی که از دیگران دریافت می‌کند	مادران واکنش سازنده و فعال را به‌عنوان راهبردی برای تقویت ارتباطات مثبت تمرین می‌کنند
هفتم	التذاذ و زندگی پربار (زندگی کامل)	آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه برای طولانی‌تر کردن هر چه بیشتر بهره‌گیری از لذت‌های تدریجی	تکمیل کاربرگ مرتبط با انجام فعالیت‌های لذت‌بخش
هشتم	خلاصه و جمع‌بندی	مرور و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی	

جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر که براساس برنامه درمانی رشید و سلیگمن تنظیم و پس از تأیید اساتید به صورت ۸ جلسه ۹۰ الی

۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی برگزار شد (Rashid & Seligman, 2013).

یافته‌ها

یافته‌های بخش کیفی نشان‌دهنده آن است که در محوریت مضمون فراگیر مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم ۸ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۸ مضمون پایه به دست آمد که شامل شادی (مشکلات خلقی و احساسات منفی)، آرامش (بار مراقبتی زیاد و پریشانی روانی)، فراشناخت (مشکل در تفکر و مشکلات شناختی)، دوست‌داشتن مخلوق و خود (عدم شفقت به خود، عدم خودارزشمندی، عدم شفقت نسبت به کودک)، رضایت و لذت‌بردن از زندگی (محدودیت‌های زندگی و مشکل در ارتباطات بین فردی)، بهزیستی روانی پایین، مشکلات اجتماعی، امید (احساسات و تفکرات ناامیدانه و نداشتن دید مثبت)، جاری‌بودن (درگیری عاطفی و مشکلات فرزندپروری) و معنا (ایجاد فلسفه جدید زندگی) است. گفتنی است، با توجه به اینکه مادران کودکان اتیسم بیشتر در طیف انسان بیمار قرار داشتند، بیشتر مضامین در راستای مطالب منفی و بیمارگونه است که در آن سوی طیف انسان سالم است. بعد از تدوین و تأیید نهایی بسته مداخله درمانی مبتنی بر انسان سالم، مطالعه پایلوت (مقدماتی) انجام شد که نتایج نشان‌دهنده آن بود که بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای داغ اجتماعی و ناگویی خلقی در نمونه مقدماتی پژوهش تفاوت معناداری باهم دارند ($p < 0/05$)؛ بنابراین بعد از تأیید اعتبار بسته تدوین‌شده، اجرای اصلی پژوهش انجام شد که یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش (روان‌درمانی مثبت و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم) و کنترل در جدول (۳) ارائه شده است:

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه

Table 3: Descriptive indices of the scores of the research variables by three groups

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
داغ اجتماعی	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۹۷/۹۲	۲۶/۶۴	۶۳/۴	۲۴/۴۴	۶۳/۶۸
	درمان مبتنی بر نظریه انسان سالم	۱۰۰/۰۷	۲۱/۶۷	۶۶/۸۴	۲۳/۳۱	۶۳/۵۲
	گروه کنترل	۹۶/۵	۲۰/۵۵	۱۴/۹۷	۲۰/۳۱	۹۸/۲۱
ناگویی خلقی	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۵۲/۰۷	۸/۹۳	۳۷/۶۱	۸/۴۶	۳۶/۰۹
	درمان مبتنی بر نظریه انسان سالم	۵۷/۲۸	۱۰/۲	۳۵/۷۷	۷/۶۲	۳۴/۶۴
	گروه کنترل	۵۴/۲۱	۱۰/۲۵	۵۳/۵	۹/۵۴	۵۱/۸۵

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین داغ اجتماعی و ناگویی خلقی در گروه‌های مداخله (روان‌درمانی مثبت و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم) نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد. نتایج حاصل از اجرای این آزمون پیش‌فرض شاپیروویلکز برای ارزیابی نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نشان‌دهنده آن بود که داغ اجتماعی و ناگویی خلقی در مرحله پس‌آزمون مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم به ترتیب برابر با $p=0/061$ و $p=0/056$ و در آموزش مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر برابر با $p=0/839$ و $p=0/054$ به دست آمده است؛ یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه و کجی و کشیدگی حاصل اتفافی است (سطوح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ است). به علاوه، سطح معناداری به دست آمده در آزمون کرویت ماچلی^۱ نشان‌دهنده این است که پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی فقط در متغیر داغ اجتماعی رعایت شده است؛ بنابراین در جدول مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر از آزمون گرین

¹. Mauchly Test if Sphericity

هاوس گریز استفاده می‌شود که درجه آزادی کمتر و سخت‌گیری بیشتری در رد فرض صفر دارد (داغ اجتماعی = $p \leq 0/848$ و ناگویی خلقی = $p \geq 0/001$). با توجه به رعایت آزمون‌های پیش فرض نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی سؤال پژوهش مبنی بر اینکه آیا میزان تأثیر بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم متفاوت است؟ در جدول (۴) ارائه شده است:

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی در متغیرهای پژوهش

Table 4: The results of the analysis of between-subject effects in the research variables

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
داغ اجتماعی	گروه	۱۲۸۶۲/۹۲۴	۲	۶۴۳۱/۴۶۲	۵/۵۹	۰/۰۰۷	۰/۲۲۳	۰/۸۲۹
	خطا	۴۴۸۵۳/۰۴۵	۳۹	۱۱۵۰/۰۸				
ناگویی خلقی	گروه	۳۳۶۱/۶۱۳	۲	۱۶۸۰/۸۰۷	۷۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۹۲
	خطا	۵۴۶۴/۴۵۵	۳۹	۱۴۰/۱۱				

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول (۴)، میانگین نمرات داغ اجتماعی در دو گروه مداخله (بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و روان‌درمانی مثبت‌نگر) و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($p < 0/01$). نتایج نشان‌دهنده آن بود که ۲۲/۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر داغ اجتماعی به تفاوت بین سه گروه مربوط است؛ همچنین میانگین نمرات ناگویی خلقی در دو گروه مداخله (بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و روان‌درمانی مثبت‌نگر) و گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان از آن دارد که ۳۸/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر ناگویی خلقی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج برآورد پارامترها یا آزمون تعقیبی برای مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش در جدول (۵) و (۶) ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات داغ اجتماعی در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه

Table 5: Results of Bonferroni's post hoc test to compare the average scores of social hotness in the stages of the research by separating the three groups

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معناداری	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
روان‌درمانی مثبت‌نگر	پیش آزمون	۳۴/۵۲	۰/۰۰۱	کنترل	پیش آزمون	۳۴/۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱		پس آزمون	۳۴/۲۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۸	۰/۹۹۸		پیگیری	۰/۲۸	۰/۹۹۸
درمان مبتنی بر نظریه انسان سالم	پیش آزمون	۳۳/۲۲	۰/۰۰۱	پس آزمون	پیش آزمون	۳۳/۲۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۶/۵۵	۰/۰۰۱		پس آزمون	۳۶/۵۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳/۳۳	۰/۷۹۸		پیگیری	۳/۳۳	۰/۷۹۸

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات داغ اجتماعی در سه مرحله به تفکیک سه گروه در جدول (۵) نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات داغ اجتماعی در گروه‌های مداخله (روان‌درمانی مثبت‌نگر و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم) در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری معنادار است ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات

پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها معنادار به دست نیامده است ($p > 0/05$). تفاوت میانگین نمرات داغ اجتماعی در هر سه مرحله یعنی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و نیز مرحله پس‌آزمون با پیگیری در گروه کنترل معنادار به دست نیامده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات ناگویی خلقی در مراحل پژوهش به تفکیک سه گروه

Table 6: The results of Bonferroni's post hoc test to compare the average scores of aphasia in the stages of the research by separating the three groups

معناداری	تفاوت میانگین	مراحل	گروه	معناداری	تفاوت میانگین	مراحل	گروه
۰/۹۹۸	۰/۷۱۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۰۰۱	۱۴/۴۶	پس‌آزمون	روان‌درمانی مثبت‌نگر
۰/۰۶۹	۲/۳۵	پیگیری		۰/۰۰۱	۱۵/۹۷	پیگیری	
۰/۱۱	۱/۶۴	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۰۷۸	۱/۵۱	پس‌آزمون	
				۰/۰۰۱	۲۱/۵	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر نظریه انسان سالم
				۰/۰۰۱	۲۲/۶۴	پیگیری	
				۰/۲۰۲	۱/۱۴	پیگیری	پس‌آزمون

برای تعیین اثربخشی هریک از روش‌های درمانی در متغیرهای وابسته آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات ناگویی خلقی در سه مرحله به تفکیک سه گروه در جدول (۶) نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات ناگویی خلقی در گروه‌های مداخله (روان‌درمانی مثبت‌نگر و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم) در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است ($p < 0/001$)؛ اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها معنادار به دست نیامده است ($p > 0/05$). تفاوت میانگین نمرات ناگویی خلقی در هر سه مرحله یعنی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و نیز مرحله پس‌آزمون با پیگیری در گروه کنترل معنادار به دست نیامده است.

بحث و نتیجه‌گیری

داشتن فرزند مبتلا به اختلال اتیسم به‌خاطر مختل شدن ارتباط‌های اجتماعی ممکن است، از لحاظ عاطفی، شناختی و اجتماعی برای مادر دردناک باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر در راستای تدوین بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی مثبت‌نگر بر داغ اجتماعی و ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم انجام شد. نتایج یافته‌های تحلیل مضمون (بخش کیفی) نشان‌دهنده این بود که مضمون فراگیر (بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم) شامل ۸ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۸ مضمون پایه است. مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با چالش‌های فراوانی مواجه هستند که باعث افزایش بار روان‌شناختی و مشکلات روانی-هیجانی در این مادران می‌شود؛ همان‌طور که در تحلیل مضامین به این مسائل اذعان شده است که والدین کودکان اتیسم وقت و فرصت کافی برای رسیدگی به امورات شخصی خود ندارند و این شرایط به افسردگی، استرس و حتی طلاق والدین منجر می‌شود (آقابابایی و تقوی، ۱۳۹۸). از پیامدهای اختلال طیف اتیسم، بی‌خوابی یا کیفیت پایین خواب مادران کودکان مبتلا به این اختلال است (منصوری و کروژده، ۱۳۹۶). مادران کودکان اوتیستیک در بسیاری از موارد ناچار به قطع تمام ارتباط خود با اقوام، دوستان و آشنایان می‌شوند (رمضانلو و همکاران، ۱۳۹۹). والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم ممکن است عوامل تشنگر اضافی مربوط به چالش‌های کودک مانند برقراری ارتباط، رفتارهای دشوار انزوای اجتماعی، مشکلات در خود مراقبتی و فقدان درک جامعه را داشته باشند (شکری و همکاران، ۱۳۹۶). بیشتر مادران به‌هنگام تشخیص اختلال اتیسم فرزندان خود، دچار واکنش انکار و

سردرگمی می‌شوند و طیف گسترده‌ای از هیجانات از قبیل خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می‌دهند (آقابابایی و تقوی، ۱۳۹۸) و مواردی دیگر از این قبیل.

در مجموع، اغلب این مادران، افسردگی، اضطراب، مشکلات سلامتی، جداشدن از جمع و احساس کم‌ارزشی دارند (شکری و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بنابراین تربیت یک کودک مبتلا به اتیسم با افزایش مشکلات شناختی، اجتماعی، آشفتگی روانی و هیجانی در والدین به‌ویژه مادران مرتبط است که کدهای محوری به‌دست‌آمده هم نشان‌دهنده این مطلب است که مادران این کودکان بیشتر در سوی طیف بیماری قرار دارند؛ اما نکته‌ای که در نظریه انسان سالم حائز اهمیت است، این است که هیچ انسانی صددرصد سالم یا بیمار نیست؛ زیرا سلامتی و بیماری در یک طیف قرار دارد و هر انسانی که ویژگی‌های مثبت بیشتری داشته باشد، به سلامتی نزدیک‌تر است که این وجه متمایز نظریه انسان سالم از دیگر نظریه‌های روان‌شناختی است که فقط به بیماری‌های روانی یا سلامتی کامل در یک یا چند بعد توجه داشته‌اند؛ به همین دلیل با در نظر گرفتن جامعیت و مبتنی بودن بر فرهنگ نظریه انسان سالم و با توجه به مشکلات مادران کودکان مبتلا به اتیسم که دارای مشکلات فراوانی در جنبه‌های مختلف هستند، بسته والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم در پژوهش حاضر تدوین شد. نکته مهمی که گفتنی است، به‌خاطر همپوشانی ویژگی‌های نظریه انسان سالم ممکن است یک مفهوم استخراج‌شده مرتبط با چندین ویژگی باشد که با بررسی و بهره‌گیری از نظرات متخصصان این مفاهیم در یکی از کدها که بیشترین تطابق را داشتند، قرار داده شدند.

نتایج به‌دست‌آمده در بخش کمی نشان‌دهنده آن بود که ضمن معناداری تأثیر هر دو مداخله روان‌درمانی مثبت و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم در بهبود داغ اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و باقی‌ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری، بین اثربخش این دو مداخله در بهبود داغ اجتماعی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های مشابه در زمینه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر از جمله استرس ادراک‌شده و دلایل زندگی (رضایی کلانتری و همکاران، ۱۳۹۸)، بهزیستی روان‌شناختی، عواطف مثبت-منفی (خانجانی و رضایی، ۱۳۹۵)، بهزیستی روان‌شناختی (حسین‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)، سلامت روان‌شناختی (حلاجانی و همکاران، ۱۳۹۸) و ناگویی هیجانی (سخاوتی و همکاران، ۱۴۰۰) همسو است. والدین کودکان دارای اتیسم اغلب به دلیل نوع برخورد و تعامل اطرافیان از آسیب‌های روانی دیگری نظیر داغ اجتماعی رنج می‌برند؛ همان‌طور که در مطالعات مختلفی نیز به این مسئله اشاره شده است؛ از جمله رضایی دهنوی و همی علمدار لو (۱۳۹۳) نشان دادند، احساس استیگما تأثیر مستقیم و اتیسم و سن کودک تأثیر غیرمستقیم بر سلامت روان مادران داشته است رضایی دهنوی (۱۳۹۴) نشان داد، استیگما هزینه روانی و اجتماعی بسیاری برای افراد با یک برچسب ویژه (مادران کودکان اتیسم) دارد. احمدنیا و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی دیگر نشان دادند، مادران دارای فرزند اتیسم درون خانواده و میان افراد غریبه داغ ننگ بیشتری نسبت به پدران دارند. لیائو و همکاران در پژوهشی نشان دادند، والدین کودکان مبتلا به اتیسم انگ را تجربه می‌کنند که به داغ اجتماعی تبدیل می‌شود (Liao et al., 2019)؛ همچنین پاترا و پاترو نیز در پژوهشی دیگر نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به اتیسم سطوح بالایی از انگ را تجربه می‌کنند (Patra & Patro, 2019). آنها اغلب انگ را درونی می‌کنند که به پریشانی روانی بالا منجر می‌شود و تأثیر منفی بر جستجو و ارائه مراقبت دارد؛ بنابراین در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش داغ اجتماعی این‌طور بیان می‌شود که هدف روان‌درمانی مثبت‌گرا، افزایش کارکرد بهینه انسان است (Seligman et al., 2006) و در برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر یکی از مهم‌ترین اهداف، کمک به ارتقا و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است.

براساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا، هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود؛ همان‌طور که لیومیرسکی و لایوس معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا با افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود (Lyubomirsky & Layous, 2013)؛ بنابراین در جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر تجربیات مثبت، صفات فردی مثبت و نهادهایی که رشد این دو را تسهیل می‌کنند، باعث شد که نگرش و آگاهی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم به سمت توانایی‌های مثبت و امکانات بالابرنده خلق در مقابل عوامل ایجادکننده احساس داغ اجتماعی تغییر کند و با توجه به کاربرست تکنیک‌ها و روش‌هایی (ارتباطات مثبت و بازخورد فعال و سازنده، صحبت پیرامون واکنش فعال در قبال مطالبی که از دیگران دریافت می‌کند، پرورش توانمندی‌های منش) که به ارتقای احساس شادکامی و افزایش توانمندی‌های منش در آنها منجر شده است، به تدریج احساس داغ اجتماعی که بر پایه طرد و برداشت‌های منفی دیگران است، در مادران کاهش یافت.

همچنین نتایج نشان داده است که بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم باعث کاهش داغ اجتماعی شده و این تأثیر ماندگار بوده است. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم برای اولین بار تدوین شده است، پژوهشی برای تأیید همسویی و ناهم‌سویی یافته به دست آمده یافت نشد؛ با این حال، نتایج به دست آمده هم‌راستا با مطالعاتی است که درخصوص اثربخشی نظریه انسان سالم در گروه‌های هدف دیگر انجام شده است؛ از جمله بهبود خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه (اسدی و آقایی، ۱۴۰۱)، کاهش نشخوار فکری زنان درگیر طلاق عاطفی (همتی و آقایی، ۱۴۰۰) و بخشش بین فردی زوجین (مرادی و همکاران، ۱۳۹۹). به علاوه، با مطالعاتی که بر روی داغ اجتماعی مادران کودکان اوتیسم انجام شده است، از جمله اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استگیمای درونی شده مادران دارای فرزند اتیسم (میربد و مرادی، ۱۴۰۰)، اثربخشی معنویت درمانی بر داغ اجتماعی و نگرانی اجتماعی مادران کودکان اتیسم (Mousavi Najafi & Rasouli Jozi, 2019) همسو است.

درخصوص اثربخشی بسته مداخله درمانی تدوین شده مبتنی بر نظریه انسان سالم بر کاهش داغ اجتماعی می‌توان اشاره کرد، در جلسات این مداخله درمانی به اهدافی در راستای نقش معنا، امید، جاری بودن و فراشناخت در والدگری با استفاده از تکنیک‌هایی همچون تقویت مهارت‌های فراشناختی، انجام گام‌های رسیدن به جاری بودن، ترغیب شرکت‌کنندگان به تعریف داستان زندگی خود برای یافتن نقاط امیدبخش در زندگی‌شان، شرکت در جلسات و دوره‌های دوستانه، تکنیک اصول تعیین هدف و مشخص کردن فلسفه زندگی (آقایی، ۱۳۹۹) توجه شد که اجرای تمرین و کاربرگ‌های خانگی باعث شد که مادران دارای کودکان اتیسم به یک معنای اصیل دست یابند و با آشنایی و استفاده از فنون و تکنیک‌های کاربردی برای تقویت ویژگی‌های جاری بودن، فراشناخت و امید در مسیر رسیدن به یک والد سالم توانستند میزان داغ اجتماعی خود را کاهش دهند. به‌طور نمونه در جلسه‌ای که مربوط به ویژگی‌های فراشناخت و جاری بودن در والدگری بود، برای مادران توضیح داده شد که هرچه انسان‌ها به سلامتی نزدیک‌تر باشند و از بلوغ فکری و شناختی بیشتری برخوردار باشند، کمتر تحت تأثیر صحبت‌ها و رفتار دیگران قرار می‌گیرند و قادر هستند، براساس گزینش و انتخاب خودشان، نوع و میزان تأثیرگرفتن از اطرافیان را تعیین کنند (آقایی، ۱۳۹۹)؛ بنابراین با شناخت مادران از اینکه افکار و باورهای دیگران بر رفتار آنها تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود که از برچسب‌زنی‌ها و قضاوت‌های نادرست دیگران که باعث انزوا و طرد اجتماعی آنان می‌شوند، آگاهی پیدا کنند، با کسب ویژگی جاری بودن تحت تأثیر این دیدگاه‌ها و رفتارهای دیگران قرار نگیرند و احساس درماندگی و بدبخت بودن خود را تغییر دهند که همه این مسائل با کسب معنا و هدف والا در زندگی اتفاق می‌افتد.

در مجموع، در جلسات والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم، مادران با پیدا کردن معنای زندگی در رابطه با مادران دیگر که آنها نیز تجارب مشابهی داشتند، به طور دوستانه درد دل‌های خود را که در خصوص داشتن فرزند اتیسم برای آنها بین اطرافیان و در جامعه اتفاق افتاده است، در گروه مطرح کردند و همین امر به مادران کمک کرد، با نظرات و دیدگاه‌های متفاوت دیگران آشنا شوند و با افزایش خودکنترلی که در بطن داشتن معنا اتفاق افتاد، احساس انگ و داغ اجتماعی‌شان کاهش یابد و این تأثیر به‌خاطر رسیدن به یک معنای اصیل و استفاده از تکنیک‌های کاربردی و عامیانه تداوم داشته است. در کل والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم به مادران کمک می‌کند، درک جدیدتر و عمیق‌تری نسبت به زندگی و شرایط آن به دست آورند، ترغیب شوند، امیدوارتر به زندگی ادامه دهند و به راحتی در مقابل اتفاقات زندگی و حرف‌های دیگران تسلیم نشوند. همین تمرین تکنیک‌ها و انجام کاربرگ‌ها براساس ویژگی‌های انسان سالم در جلسات باعث شد، مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم به شناخت جدیدی از زندگی دست یابند که تحت تأثیر حرف‌های دیگران قرار نگیرند و براساس معناهای اصیل خود رفتار کنند که همین امر اثربخشی والدگری مبتنی بر نظریه انسان سالم را بر کاهش داغ اجتماعی تبیین می‌کند. در خصوص عدم تفاوت معنی‌دار بین اثربخشی این دو مداخله درمانی بر کاهش داغ اجتماعی می‌توان بیان کرد، از آنجایی که مادران دارای کودکان اختلال اتیسم اغلب دچار آشفتگی‌های شناختی و هیجانی هستند، روان‌درمانی این مادران باید شامل راهبردهایی برای بهبود خلق آنان باشد؛ بنابراین هر دو مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ارتقای هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد به‌جای تکیه بر نقاط ضعف آنها توجه دارد. بدین سبب مادران شرکت‌کننده در هر دو مداخله درمانی آموختند تا در زندگی خود معنا و هدف پیدا کنند و زندگی خود را به‌طور شخصی شکل دهند که همین امر باعث شده است که تفاوتی بین دو مداخله درمانی وجود نداشته باشد.

از نتایج دیگر پژوهش، این بود که با وجود معناداری تأثیر هر دو مداخله روان‌درمانی مثبت و بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم در بهبود ناگویی خلقی در مرحله پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین اثربخش این دو مداخله در بهبود ناگویی خلقی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم وجود ندارد. در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم می‌توان بیان کرد که آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر با تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت و خوش‌بینی باعث ایجاد احساس مثبت در افراد شده و سبب می‌شود تا آنها به زندگی خود تعهد بیشتری داشته باشند و فعالانه و با انگیزه زیاد زندگی کنند؛ همچنین آموزش فنون و مهارت‌های مثبت‌نگری به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و افزایش شادکامی باعث می‌شود که افراد خود را بهتر بشناسند، تجربه‌های مثبت را بهتر بازشناسی کنند و به نقش تجربه‌های مثبت در ارتقای احترام به خود پی ببرند که این عوامل از طریق نقش مؤثر در ایجاد و افزایش افکار مثبت، شناخت بهتر خود و دیگران و برداشت‌های مثبت از خود و دیگران باعث کاهش ناگویی خلقی می‌شوند. از سویی دیگر، اگرچه در روان‌درمانی مثبت‌گرا محتوای افکار به‌طور مستقیم مورد هدف قرار نمی‌گیرد، استفاده از فنون پاسخ‌دادن فعال یا سازنده، برشمردن سه چیز خوب در طول روز، نوشتن نامه سپاسگزاری و قدردانی، تمرین گذشت به‌عنوان ابزار نیرومند که احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل می‌کند، به افزایش احساسات مثبت و جلوگیری از احساسات منفی در حیطه شخصی و افزایش ارتباطات مثبت منجر می‌شود؛ بنابراین مادران مبتلا به اتیسم با کسب مهارت و آگاهی درخصوص بیان احساسات و واکنش فعال توانستند احساساتشان را راحت‌تر و متناسب با موقعیت ابراز کنند و ناگویی هیجانی‌شان کاهش یابد.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم بر ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم گفته می‌شود، همان‌طور که در مبانی نظری مطرح شد که ناگویی هیجانی سازه‌ای چندوجهی متشکل از دشواری در

شناسایی احساسات، دشواری در بیان احساسات و تفکر عینی و بیرونی (Sifneos, 2000) است، بدین سبب در این جلسات درمانی بر ویژگی شادی در والدگری تأکید شد که نشانه داشتن استعداد در ایجاد هیجان است؛ یعنی توانایی ایجاد رغبت در خود و دیگران؛ زیرا بدون همراهی هیجان و عواطف با استدلال و منطق به اصطلاح «پای استدلالیان چوبین است» بدین سبب در جلسات درباره عواطف و احساسات منفی، تأثیر عواطف بر زندگی، راه‌های شادزیستن در عین وجود مشکلات و شفقت به خود صحبت شد و از فنون مدیریت هیجان‌ها و تکنیک استفاده از فرهنگ لغات احساسات استفاده شد. همچنین در جلسه‌ای دیگر مطرح شد که جاری بودن نشانه جرئت یعنی توانایی ابراز احساسات، عقاید و دفاع از حقوق شخصی به شیوه‌ای سازنده و نه سازش‌کارانه است (آقایی، ۱۳۹۹). یادگیری و تمرین‌های انجام‌شده باعث شد، مادران به مرور نسبت به هیجان‌ات سرکوب‌شده خود آگاهی پیدا کنند و نیز درک درستی از احساسات و هیجان‌ات به دست آورند. از سویی دیگر، توضیح ویژگی‌های انسان سالم به مادران کمک کرد تا هیجان‌ات منفی خود را به‌جای بازدارندگی بیشتر مدیریت کنند و آنها را به‌عنوان منابع اطلاعاتی درونی بپذیرند. از طرفی، با استفاده از کاربردگ و آموزش نوشتن و ثبت توانمندی‌های خود، بحث و گفت‌وگو و پررنگ کردن آنها قدمی در راستای بیان هیجان‌ات برداشته شد که این امر بر کاهش ناگویی هیجانی در افراد شرکت‌کننده اثرگذار بوده است. گفتنی است، با توجه به اینکه این بسته با فرهنگ ایرانی تدوین شده، موجب سهولت پذیرش و یادگیری مطالب آموزشی در مادران شده است و آنها کاربردگ‌های ارائه‌شده را با رغبت کافی تمرین کردند؛ از این رو، موجب انسجام مطالب آموزشی در ذهن مادران و تکرار عملی تکنیک‌های آموزشی شد و همین امر باعث تداوم اثربخشی آن بر کاهش ناگویی خلقی مادران شد.

اگرچه هر دو رویکرد به‌طور جداگانه (در مقایسه با گروه گواه) اثربخشی مثبت و یکسانی بر ناگویی خلقی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم داشتند، با توجه به پیشینه نگاشته و مطالعه‌شده ملاحظه می‌شود که در درمان روان‌درمانی مثبت‌گرا تأکید بر هیجان مثبت، افکار و رفتار مثبت براساس چهار مؤلفه هیجان‌های مثبت (شادی)، تعهد، معنا و زندگی عالی است (Rashid, 2015) و نظریه انسان سالم که در قالب ۱۲ ویژگی و با محوریت معنا با تقویت توانایی ابراز احساسات و عقاید به شیوه‌ای سازنده تأکید دارد، پس بسیاری از اهداف و محتواهای هر دو مداخله شبیه به یکدیگر است و باهم همپوشانی دارد و نیز با توجه به اینکه مسیر فکر از طریق هیجان اتفاق می‌افتد، افزایش حس یا احساس مثبت برای این مادران، ارتقای معنای زندگی را به‌همراه دارد. همین امر باعث کاهش ناگویی عاطفی آنان در مواجهه با مشکلات روان‌شناختی می‌شود که در نتیجه هر دو مداخله به یک میزان بر کاهش ناگویی عاطفی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم اثر داشته است.

این پژوهش همانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی دارد؛ از جمله این مطالعه محدود به مادران کودکان دارای اختلال اتیسم در شهر اصفهان بود و تعمیم نتایج آن به سایر مادران و کودکان دارای اختلالات رفتاری دیگر باید با احتیاط انجام شود. به‌علاوه، در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده شده است که جنبه خود گزارش‌دهی دارد و ممکن است مادران به‌خاطر حس مادرانه در جواب‌دادن صادقانه ملاحظه کرده که همین امر نتایج پژوهش را ممکن است تحت‌تأثیر قرار داده باشد. در پژوهش حاضر، با توجه به همسان‌سازی گروه‌ها عوامل جمعیت‌شناختی به‌طور دقیق به‌عنوان عوامل مداخله‌گر بر روی نتایج پژوهش کنترل نشده است؛ بنابراین با توجه به محدودیت پژوهش مبنی بر تعمیم‌یافته‌ها به‌خاطر محدودبودن جامعه پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر بر روی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات سندرم داون، معلولیت‌های ذهنی-حرکتی و سطوح اتیسم (خفیف، متوسط و شدید) به‌طور ویژه انجام شده و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. علاوه بر موارد فوق، با توجه به اینکه برای تدوین بسته مداخله درمانی مبتنی بر نظریه انسان سالم از بررسی مقالات استفاده شد، پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران آتی از طریق مصاحبه با والدین دارای کودک با اختلال اتیسم بسته‌ای اختصاصی‌تر تدوین کنند که منطبق با مسائل و مشکلات والدین جامعه مدنظر باشد. در مجموع،

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، این مداخلات به‌عنوان راهبردهای پیشگیرانه و ارتقای بخش سلامت روانی والدین به‌ویژه مادران دارای فرزندان استثنایی در برنامه‌های بهداشت روانی مراکز کودکان استثنایی گنجانده شود؛ همچنین متولیان مراکز روان‌شناختی و مراکز سلامت بررسی آماری در راستای شناسایی خانواده‌های دارای فرزند اتیسم یا دیگر اختلالات روان‌شناختی می‌توانند از این مداخلات برای برگزاری دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های روان‌درمانی برای اعضای خانواده‌های دارای فرزند اتیسم به‌صورت دوره‌ای استفاده کنند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان درباره خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند؛ همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان با شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.297 است.

سپاس‌گزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند، از کلیه مادرانی که در پژوهش شرکت کردند و همچنین استاد بزرگوار دکتر آقایی، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز کنند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان به تصویب رسیده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابراهیمی، م.، و ابراهیمی، ص. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر نشخوار فکری، میزان نگرانی و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم. *نشریه پرستاری کودکان*، ۷(۲)، ۲۱-۱۱. <https://jpen.ir/article-1-432-fa.html>
- احمدنیا، ش.، شرافت، ش.، تقی‌خان، ک.، و توکلی، س. (۱۳۹۶). تجربه استیگما و هویت مخدوش مادران دارای فرزند اتیسم. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۱)، ۱۱۷-۱۰۳. 10.22059/IJSP.2017.64135
- اسدی، آ.، و آقایی، ا. (۱۴۰۱). تاثیر بسته‌ی آموزشی نظریه‌ی انسان سالم بر خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه. *طلوع بهداشت*، ۲۱(۴)، ۳۹-۲۰. 10.18502/tbj.v21i4.11499
- آقابابایی، س.، و تقوی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی مادران کودکان اتیسم و علائم کودکان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶(۶)، ۱۰۰-۸۸. 10.29252/shenakht.6.6.88

- آقایی، ا. (۱۳۹۹). *نظریه انسان سالم*. انتشارات نشر نوشته.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). رابطه ابعاد شخصیت و ناگویی خلقی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۲)، ۵۸-۵۰.
<https://www.sid.ir/paper/120227/fa>
- حسین آبادی، ص.، پورشه‌یاری، م.، و زندی پور، ط. (۱۳۹۶). اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزندان اتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸(۱)، ۶۰-۵۴.
https://www.ceciranj.ir/article_63548.html
- حلاجانی، ف.، جامعی نژاد، ف.، دشت بزرگی، ز.، و اسماعیلی شاد، ب. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش گروهی مثبت نگری بر سلامت روان شناختی در مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۵(۴)، ۷۲-۶۶.
<https://ijrn.ir/article-1-426-fa.html>
- خانجانی، م.، و رضایی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه روان درمانی مثبت نگر بر افزایش بهزیستی روان شناختی، عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم. *توانمندسازی کودکان*، ۷(۱۷)، ۵۲-۳۷.
https://www.ceciranj.ir/article_63643.html
- خدابخشی کولایی، آ.، عرب ورامین، آ.، و روشن چلسی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کازلوف بر ابراز هیجان و بار روانی مادران دارای کودک اتیسم. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۳(۱)، ۳۵-۲۹.
<https://ijrn.ir/article-1-260-fa.html>
- رضایی دهنوی، ص.، و همتی علمدارلو، ق. (۱۳۹۴). تاثیر احساس استیگما (داغ اجتماعی) در سلامت روان مادران کودکان با اختلالات طیف اتیسم. *خانواده پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۱۳۹-۱۲۳.
https://jfr.sbu.ac.ir/article_96407.html
- رضایی دهنوی، ص. (۱۳۹۴). استیگما (داغ اجتماعی) در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵(۷)، ۸۳-۷۳.
<https://exceptionaleducation.ir/article-1-535-fa.html>
- رضایی دهنوی، ص.، نوری، ا.، جعفری، م.، و فرامیزی، س. (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما (داغ اجتماعی) در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان: رویکردی روانی - اجتماعی. *خانواده پژوهی*، ۵(۱۹)، ۴۱۶-۴۰۱.
<https://jfr.sbu.ac.ir/article95474.html>
- رضائی کلانتری، م.، دنیوی، ر.، و رستمیان، م. (۱۳۹۸). اثر روان درمانی مثبت نگر بر استرس ادراک شده و دلایل زندگی مادران دارای فرزند اتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹(۱۸۰)، ۹۴-۸۶.
<https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12877-fa.html>
- رمضانلو، م.، ابوالمعالی، خ.، باقری، ف.، و رباط میلی، س. (۱۳۹۹). تجربه زیسته مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم: یک مطالعه پدیدارشناسی. *روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۹)، ۱۷۴-۱۳۳.
<https://doi.org/10.22054/jpe.2021.56808.2252>
- رئیس، ح.، شریفی، ط.، غضنفری، ا.، و چرامی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۳)، ۱۱۹۷-۱۲۰۰.
<https://psychologicalscience.ir/article-1-361-fa.html>
- سرخاوتی، ص.، خادمی، ع.، و شاکر دولق، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر باورهای اختلال خوردن، ناگویی هیجانی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه وزن. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۴(۲)، ۳۰۳۸-۳۰۲۶.
[10.22038/MJMS.2021.18558](https://doi.org/10.22038/MJMS.2021.18558)
- شکری، س.، خانجانی، ز.، هاشمی، ت.، و اسماعیل پور، خ. (۱۳۹۶). مقایسه تنیدگی والدگری و آشفتگی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و تأخیر تحولی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۳)، ۹۲-۷۹.
<https://childmentalhealth.ir/article-1-207-fa.html>
- صدری، م.، گل پرور، م.، آقایی، ا.، گیلیام، ل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش معنامحور تحصیلی و آموزش روانشناسی مثبت‌نگر بر خوش بینی تحصیلی و معنای تحصیلی. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۷(۳)، ۵۰-۳۱.
[10.22108/PPLS.2021.129078.2133](https://doi.org/10.22108/PPLS.2021.129078.2133)

- عنابستانی، ص.، و ناعمی، ع. م. (۱۳۹۸). آموزش مثبت نگری بر شفقت به خود و امید به زندگی مادران کودکان اختلال طیف اتیسم. *روان شناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۳)، ۶۸-۴۵. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.39002.1920>
- گال، م.، بورگ، و.، و گال، ج. (۱۳۸۶). روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (ج. ۱). (حمیدرضا عریضی و همکاران، مترجم). انتشارات سمت. (اثر اصلی منتشر شده در ۱۹۶۰)
- گرانمایه، س.، ارجمندینیا، ع. ا.، اکبری، م.، کاکابرایی، ک.، و مرادی، ا. (۱۴۰۱). تدوین بسته آموزشی فرزندپروری مبتنی بر کارکردهای اجرایی و تأثیر آن بر تنیدگی والدینی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلالات عصب-تحوالی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۳(۲)، ۳۴-۲۲. 10.22034/CECIRANJ.2022.293979.1561
- گله گیریان، صد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه ی استیگمای درک شده (داغ اجتماعی) با تحمل روانی و کیفیت زندگی در والدین کودکان معلول جسمی حرکتی. [پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده]. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اصفهان.
- مرادی، س.، آقایی، ا.، و گل پرور، م. (۱۳۹۹). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر نظریه انسان سالم و آموزش هیجانمدار بر بخشش بین فردی زوجین. *مطالعات اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۱۳)، ۱۴۱-۱۲۳. https://pubs.jz.ac.ir/article_128327.html
- منصوری، ا.، و کروژده، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نگرانی و بی خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۳)، ۳۵۳-۳۴۷. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-551-fa.html>
- میربد، م.، و مرادی، م. ر. (۱۴۰۰). اثربخشی فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اتیسم. *روانشناسی فرهنگی زن*، ۱۳(۴۷)، ۶۴-۵۳. https://jwc.ahvaz.iau.ir/article_681348.html
- نائمی، ع. م. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر ناگویی هیجانی و خودبخشایشگری مادران کودکان با ناتوانی یادگیری. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۲۹)، ۱۴۵-۱۱۱. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.25734.1643>
- همتی، ز.، و آقایی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان لذت بردن مبتنی بر نظریه انسان سالم و درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و ابعاد آن در زنان درگیر طلاق عاطفی. همایش ملی پژوهش های نوین در روانشناسی و علوم رفتاری، خمینی شهر، <https://civilica.com/doc/1314920>

References

- Ajirak, Z., Zavvar, M., & Shahsavar, M. (2015). Effects of positive couple therapy on hope of mothers of children with special needs. *European Journal of Psychology of Education*, 2(3), 95-98. 10.4103/2395-2555.190479.
- Agarwal, R., Wuyke, G., Sharma, U., Burke, S. L., Howard, M., Li, T., ... & Bastida, E. (2022). Stress and anxiety among parents of transition-aged children with autism spectrum disorder: A systematic review of interventions and scales. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00340-8>.
- Aghababaei, S., & Taghavi, M. (2019). The effectiveness of cognitive therapy training based on mindfulness on the psychological well-being of mothers of autistic children and children's symptoms. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 6(6), 88-100. 10.29252/shenakht.6.6.88 [In Persian].
- Aghaei, A. (2020). *Healthy man theory*. Esher Publications. [In Persian].
- Ahmadnia, S., Sherafat, S., Taghi Khan, K., & Tavakoli, S. (2017). Experience of stigma and distorted identity of mothers with autistic children. *Iranian Journal of Social Issues*, 8(1), 103-117. 10.22059/IJSP.2017.64135 [In Persian].
- Anabestani, S., & Naemi, A. (2019). Teaching positivity on self-compassion and life expectancy of mothers of children with autism spectrum disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(33), 45-68. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.39002.1920> [In Persian].
- Ananpawet, S., & Blauw, J. N. (2016). The development and testing of a positive psychology-based program for increasing happiness among parents of children with autism spectrum disorder in Thailand.

Scholar: Human Sciences, 8(2).
<http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/Scholar/article/view/2502>.

- Asadi, A., & Aghaei, A. (2022). The effect of the educational package of the healthy human theory on the self-efficacy and mental health of secondary school girl students. *Tolo Health, 21(4)*. 20-39. 10.18502/tbj.v21i4.1149 [In Persian].
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38(1)*, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barberis, N., Cannavò, M., Cuzzocrea, F., & Verrastro, V. (2022). Alexithymia in a self determination theory framework: The interplay of psychological basic needs, parental autonomy support and psychological control. *Journal of Child and Family Studies, 32(9)*, 2652-2664. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02303-3>
- Besharat, M. (2007). The relationship between personality dimensions and ataxia. *Contemporary Psychology, 2(2)*, 58-50. <https://www.sid.ir/paper/120227/fa> [In Persian].
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports, 101(1)*, 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Besharat, M. A. (2013). Toronto alexithymia scale: Questionnaire, instruction and scoring. *Developmental Psychology, 37*, 90-92.
- Chan, K. K. S., Fung, W. T. W., & Leung, D. C. K. (2022). Self-compassion mitigates the cognitive, affective, and social impact of courtesy stigma on parents of autistic children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58(11)*, 1649-1660. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02413-9>.
- Costa, A. P., Steffgen, G., & Vögele, C. (2019). The role of alexithymia in parent-child interaction and in the emotional ability of children with autism spectrum disorder. *Autism Research, 12(3)*, 458-468. <https://doi.org/10.1002/aur.2061>.
- Durukan, İ., Kara, K., Almbaideen, M., Karaman, D., & Gül, H. (2018). Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediatrics International, 60(3)*, 247-253. <https://doi.org/10.1111/ped.13510>.
- Ebrahimi, M., & Ebrahimi, P. (2020). The effectiveness of reality therapy on rumination, worry and distress tolerance of mothers of autistic children. *Children Nursing Journal, 7(2)*, 11-21. <https://jpen.ir/article-1-432-fa.html> [In Persian].
- Ferenc, K., Byrka, K., & Król, M. E. (2023). The spectrum of attitudes towards the spectrum of autism and its relationship to psychological distress in mothers of children with autism. *Autism, 27(1)*, 54-64. <https://doi.org/10.1177/13623613221081185>.
- Fietz, J., Valencia, N., & Silani, G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 24(4)*, 901-908. <https://doi.org/10.1111/jep.12961>
- Gale girian, p. (2013). *Investigating the relationship between perceived stigma (social heat) and mental tolerance and quality of life in parents of physically disabled children*. [Unpublished Master's Thesis]. Islamic Azad University, Isfahan Research Sciences Unit, Isfahan, Iran. [In Persian].
- Granmayeh, S., Arjamandania, A.A., Akbari, M., Kakabraei, K., & Moradi, A. (2022). Development of a parenting educational package based on executive functions and its effect on parental stress and mental health of mothers of children with neurodevelopmental disorders. *Development of Exceptional Children, 13(2)*, 22-34. 10.22034/CECIRANJ.2022.293979.1561 [In Persian].
- Halajani, F., Jameinejad, F., Dasht bozorgi, Z., & Ismaili-Shad, B. (2019). The effect of positivity group training on psychological health in mothers with children with autism. *Journal of Nursing Rehabilitation Research, 5(4)*, 66-72. <https://ijrn.ir/article-1-426-fa.html> [In Persian].
- Hemati, Z., & Aghaei, A. (2021). *Comparison of the effectiveness of enjoyment therapy based on healthy human theory and cognitive behavioral therapy on rumination and its dimensions in women involved in*

- emotional divorce*. National Conference of New Researches in Psychology and Behavioral Sciences, Khomeini Shahr. <https://civilica.com/doc/1314920>. [In Persian].
- Hesami, E., Bakhshani, N. M., & Raisi, M. (2023). Relationship of Parental Alexithymia and Neglect with Healthy Children's Maladjustment in Families with and Without Autistic Children. *Modern Care Journal*, 20(1), e131384. <https://doi.org/10.5812/modernc-131384>.
- Hosseinabadi, S., Pourshahriari, M.S., & Zandipour, T. (2017). The effectiveness of positive psychology on the psychological well-being of mothers with autistic children. *Empowering Exceptional Children*, 8(1), 54-60. https://www.ceciranj.ir/article_63548.html [In Persian].
- Khanjani, M., & Rezaei, S. (2016). The effectiveness of positive psychotherapy program on increasing psychological well-being, positive emotions and reducing negative emotions of mothers with children with autism. *Children's Empowerment Quarterly*, 7(17), 37-52. https://www.ceciranj.ir/article_63643.html [In Persian].
- Khoshakhlagh, M., Marashian, F. S., & Jayervand, H. (2022). Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and pivotal response treatment in family satisfaction in mothers of children with autism. *Women's Health Bulletin*, 9(1), 1-8. <https://doi.org/10.30476/whb.2022.93640.1155>.
- Kulasinghe, K., Whittingham, K., Mitchell, A. E., & Boyd, R. N. (2023). Psychological interventions targeting mental health and the mother-child relationship in autism: Systematic review and meta analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(3), 329-345. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15432>.
- Jenaro, C., Flores, N., Gutiérrez-Bermejo, B., Vega, V., Pérez, C., & Cruz, M. (2020). Parental stress and family quality of life: Surveying family members of persons with intellectual disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9007. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239007>.
- Leontopoulou, S. (2015). A Positive Psychology Intervention with Emerging Adults. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2), 113-136. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2015>.
- Liao, X., Lei, X., & Li, Y. (2019). Stigma among parents of children with autism: A literature review. *Asian Journal of Psychiatry*, 45, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.007>.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62. <https://doi.org/10.1177/0963721412469809>
- Mansouri, A., & Korozhde, N. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia of mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Behavioral Science Research*, 15(3), 347-353. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-551-fa.html> [In Persian].
- Meyers, M. C., Van Woerkom, M., & Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 618-32. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.694689>.
- Mirbod, M., & Moradi, M. R. (2021). The effectiveness of behavioral activation on fear of negative evaluation and internalized stigma of mothers with autistic children. *Women and Culture*, 13(47), 53-64. <https://jwc.ahvaz.iau.ir/article681348.html> [In Persian].
- Mohammad, F., Sani, N., Oshvandi, K., Masoumi, S. Z., Khazaei, S., Bashirian, S., ... & Borzou, S. R. (2022). Care burden, coping styles and involvement in care in mothers of autistic children in pandemic of COVID 19. *Nursing Open*, 9(5), 2409-2417. <https://doi.org/10.1002/nop2.1256>.
- Moradi, S., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2020). Effectiveness of training package based on healthy human theory and emotion-oriented training on interpersonal forgiveness of couples. *Islamic Studies of Women and Family*, 7(13), 123-141. <https://pubs.jz.ac.ir/article128327.html> [In Persian].
- Mousavi Najafi, F., & Rasouli Jozi, F. (2019). Effectiveness of Spirituality Therapy on Social Stigma and Worry in the Mothers of the Children with Autism. *Journal of Social Behavior and Community Health*, 3(2). <https://doi.org/10.18502/sbrh.v3i2.1787>.
- Naemi, A. M. (2018). The effect of positive thinking training on the alexithymia and self-forgiveness of Children with learning disabilities mothers of Sabzevar. *Psychology of Exceptional Individuals*, 8(29), 111-45. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.25734.1643> [In Persian].

- Neumann, D., Malec, J. F., & Hammond, F. M. (2017). Reductions in Alexithymia and Emotion Dysregulation After Training Emotional Self-Awareness Following Traumatic Brain Injury: A Phase I Trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5), 286–295. 10.1097/HTR.0000000000000277.
- Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). A qualitative study on the experience of stigma for Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Scientific Reports*, 12(1), 19550. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23978-0>.
- Oduyemi, A. Y., Okafor, I. P., Eze, U. T., Akodu, B. A., & Roberts, A. A. (2021). Internalization of stigma among parents of children with autism spectrum disorder in Nigeria: a mixed method study. *BMC psychology*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00687-3>.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences Journal*, 30(1), 107-115. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00014-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00014-3).
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
- Patra, S., & Patro, B. K. (2019). Affiliate stigma among parents of children with autism in eastern India. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 45-47. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.018>.
- Raeisi, H., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Cherami, M. (2020). The effectiveness of self-compassion training on social anxiety and distress tolerance of mothers with children with cerebral palsy. *Psychological Sciences Quarterly*, 19(93), 1197-1200. <https://psychologicalscience.ir/article-1-361-fa.html> [In Persian].
- Ramezanlou, M., Abol-Maali, Kh., Bagheri, F., & Robat Mili, S. (2020). The lived experience of mothers of children with autism spectrum disorder: a phenomenological study. *Psychology of Exceptional People*, 10(39), 133-174. <https://doi.org/10.22054/jpe.2021.56808.2252> [In Persian].
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920411>.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Rezai Dehnavi, S. (2015). Stigma (social stigma) in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Special Education*, 15(7), 73-83. <https://exceptionaleducation.ir/article-1-535-fa.html> [In Persian].
- Rezaei Dehnavi, S., & Hemati Alamdarlou, Q. (2015). The effect of the feeling of stigma (social heat) on the mental health of mothers of children with autism spectrum disorders. *Family Studies*, 11(41), 123-139. <https://jfr.sbu.ac.ir/article96407.html> [In Persian].
- Rezaei Dehnavi, S., Nouri, A., Jafari, M., & Faramarzi, S. (2008). Investigating Stigma Phenomenon among Mothers with Down Syndrome Children in Isfahan: A Psycho-Social Approach. *Journal of Family Research*, 5(3), 401-416. <https://jfr.sbu.ac.ir/article95474.html> [In Persian].
- Rezaei Kalantari, M., Donyavi, R., & Rostamian, M. (2019). The effect of positive psychotherapy on perceived stress and life reasons of mothers with autistic children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(180), 86-94. <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12877-fa.html> [In Persian].
- Sarwar, F., Panatik, S. A., Jameel, H. T., Wan Mohd Yunus, W. M. A., & Muhamad, S. N. (2022). Psychological capital, social support and wellbeing in mothers of children with autism spectrum disorder. *Sage Open*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/21582440221121773>.
- Sato, S. K., Plattner, C., Leaf, J. B., Oppenheim-Leaf, M. L., Cihon, J. H., Driscoll, M., & Weiss, M. J. (2022). *Parental Stress and Effective Parent Training for Parents of Individuals Diagnosed with ASD*. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder: Assessment, Diagnosis, and Treatment* ((2nd ed., pp. 209-234). Cham: Springer International Publishing.. https://doi.org/10.1007/978-3-030-88538-0_8.
- Sekhavati, S., Khademi, A., & Shaker Doleq, A. (2021). Effectiveness of positive psychotherapy on eating disorder beliefs, emotional dyslexia and weight loss in overweight women. *Journal of the Faculty of Medicine*, 64(2), 3026-3038. 10.22038/MJMS.2021.18558 [In Persian].

- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>.
- Shokri, S., Khanjani, Z., Hashemi, T., & Ismailpour, Kh. (2017). Comparison of parenting stress and psychological disturbance of mothers of children with autism and developmental delay. *Child Mental Health Quarterly*, 4(3), 79-92. <https://childmentalhealth.ir/article-1-207-fa.html> [In Persian].
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Cri me. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 113-116. <https://doi.org/10.1159/000012377>.
- Sipowicz, K., Pietras, T., Podlecka, M., & Mokros, L. (2022). The Association between Depression and Perceived Stress among Parents of Autistic and Non-Autistic Children—The Role of Loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3019. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053019>.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133. <https://doi.org/10.1177/0003065112474066>.
- Temelturk, R. D., Yurumez, E., Uytun, M. C., & Oztop, D. B. (2021). Parent-child interaction, parental attachment styles and parental alexithymia levels of children with ASD. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 103922. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103922>.
- Thompson, C., Bölte, S., Falkmer, T., & Girdler, S. (2018). To be understood: Transitioning to adult life for people with autism spectrum disorder. *PloS one*, 13(3), e0194758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194758>.
- Toseeb, U., & Asbury, K. (2023). A longitudinal study of the mental health of autistic children and adolescents and their parents during COVID-19: Part 1, quantitative findings. *Autism*, 27(1), 105-116. <https://doi.org/10.1177/13623613221082715>.
- Yip, C. C. H., & Chan, K. K. S. (2022). Longitudinal impact of public stigma and courtesy stigma on parents of children with autism spectrum disorder: The moderating role of trait mindfulness. *Research in Developmental Disabilities*, 127, 104243. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104243>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Zhang, J., Ding, L., Wu, Y., Yao, M., & Ma, Q. (2023). Perceived Stigma in Burn Survivors: Associations with Resourcefulness and Alexithymia. *Burns*, 49(6), 1448-1456. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.12.018>.

