مقایسه شفقت‌خود و رشد پس از سانحه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی

▫ **آرزو اصغری***، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران
▫ **سید مجتبی عقیلی**، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴ ● تاریخ انتشار: بهمن و اسفند ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۸۱ - ۹۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی جزیی از اختلالات رشد عصبی هستند که ناشی از تحول نابهنجار مغز بوده، بر توانایی‌های خاص شناختی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت‌خود و رشد پس از سانحه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک پسر ۷ تا ۹ سال با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی و مشاوره استان گلستان، در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه آماری پژوهش شامل ۵۰ نفر (۲۵ نفر برای گروه مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم و ۲۵ نفر برای گروه مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی) بود که به‌صورت هدفمند از بین مادران انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شفقت‌خود نف (۲۰۰۳) و پرسشنامه رشد پس از سانحه تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از آزمون تی‌مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: براساس نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر، بین شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$). مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم، شفقت‌خود و رشد پس از سانحه کمتری نسبت به مادران کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی داشتند ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم به‌دلیل درگیری درمانی و زمانی با کودک آسیب‌پذیر خود، دارای شفقت‌خود و رشد پس از سانحه پایینی نسبت به مادران دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسم، اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، رشد پس از سانحه، شفقت‌خود

* Email: azasghari@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

مقدمه

اختلال طیف اُتیسم[1] و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی[2] نوعی اختلال عصبی تحولی هستند که ناشی از تحول نابهنجار مغز بوده، بر توانایی‌های خاص شناختی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند و منجر به سطوح بالای اضطراب، انزوا و بلاتکلیفی در والدین، کودکان و دیگر اعضای خانواده می‌شود (۱). اختلال طیف اُتیسم یک اختلال پیچیده است که با تغییرات پایدار در ارتباط و تعامل اجتماعی مشخص می‌شود و با گستره‌ای از الگوهای قالبی رفتار، فعالیت‌ها و علایق همراه است؛ در صورتی‌که اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی با الگوهای پایدار عدم توجه و یا بیش‌فعالی/تکانشگری که موجب اختلال در عملکرد یا رشد می‌شود، مشخص شده است (۲). اختلال طیف اُتیسم شرایطی مادام‌العمر است که با مشکلات فراگیر در روابط متقابل اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای کلیشه‌ای و علایق محدود مشخص می‌شود (۳). مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی بسیاری رنج می‌برند که این امر باعث کاهش بهزیستی آنها می‌شود (۴). از سوی دیگر واکنش‌هایی که والدین کودکان بیش‌فعال به علایم این اختلالات (مانند شلوغی و پرتحرکی) نشان می‌دهند و فشارهای روانی فزاینده‌ای که بر والدین وارد می‌شود، می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه‌روانی، نا امیدی، خشم، افسردگی و غیره منجر شود (۵). لای[3] و همکاران در پژوهشی دریافتند که والدین کودکان دارای اختلال طیف اُتیسم دیدگاه منفی به خود و رضایت کم از نقش والدینی دارند (۶). پژوهش‌ها نشان داده است که هیچ‌یک از فشارزاهای معمولی در خانواده نمی‌تواند به اندازه فشارزایی مانند داشتن یک فرزند با نیازهای ویژه تأثیری شدید و دائمی بر خانواده داشته باشد (۷). می‌توان گفت که وجود چنین کودکانی در خانواده برای والدین، خستگی و دلسردی از زندگی را ایجاد می‌کند زیرا والدین مجبورند تمامی انرژی خود را صرف کنترل کودک نمایند (۸). مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم تجربه‌ی حزن و اندوه (۹) و پریشانی روان‌شناختی (۱۰) است. مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی نیز سطوح بالایی از افسردگی (۱۱، ۱۲)، اضطراب و مشکلات خواب (۱۳،۱۴)، درماندگی هیجانی (۱۱)، استرس والدینی (۱۵) را تجربه می‌کنند.

وجود کودک با اختلال طیف اُتیسم باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین‌فردی آنها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به‌دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به‌دلیل مسؤولیت‌های زیاد در خانه که به‌دلیل مراقبت از فرزند با اختلال طیف اُتیسم افزایش می‌یابد، می‌شود (۱۶). یکی از مفاهیمی که در مادران دارای کودک عصبی تحولی با اهمیت است، مفهوم شفقت‌خود[4] می‌باشد (۱۷). شفقت‌خود به منزله یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت نقش مهمی در سلامت‌روانی افراد بازی می‌کند و به‌عنوان کیفیت مواجهه با رنج و آسیب و کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات تعریف شده است (۱۸). شفقت‌خود نوعی ادراک‌خود، مراقبت و خوش‌رفتار بودن نسبت به خود در هنگام پریشانی و شکست، در مقابل رفتارهای حمله به خود و خودسرزنشی است (۱۹). شفقت‌خود از ۳ مؤلفه تشکیل شده است. یکم، مهربانی به خود است، یعنی فرد از قضاوت یا انتقاد از خود پرهیز می‌کند؛ موجودیت خود را دوست دارد و آن‌را درک می‌کند. دوم، حس مشترک انسانی است، به این معنا که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در تجربه همه انسان‌ها است. سوم، شفقت به خود معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به‌جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است (۲۰). شفقت به خود موجب می‌شود که افراد به‌هنگام مواجه شدن با شکست‌ها و نقایص خود، با خود مهربانانه رفتار کنند و این سختی‌ها را در بین تمام انسان‌ها مشترک بدانند (۱۶). براساس پژوهش‌های انجام یافته، افرادی که شفقت‌خود بالایی دارند، نسبت به افرادی که شفقت‌خود پایینی دارند، از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردارند (۲۱) و شفقت‌خود با سازگاری والدین، استرس‌والدگری و کیفیت‌زندگی در مادران کودکان اُتیستیک ارتباط دارد (۲۲). همچنین شفقت و مهربانی به خود منجر به افزایش شادکامی و کیفیت‌زندگی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم می‌شود (۲۳). مطالعات کاظمی و همکاران نشان داد که بین دو گروه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و مادران کودکان عادی از لحاظ

1. Autism spectrum disorder
2. attention deficit / hyperactivity disorder
3. Lai
4. Compassion for yourself

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

شفقت‌خود، بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت معنادار وجود دارد (۱۷). مطالعات نف نشان داد که شفقت نسبت به خود، نقش مهمی در رفاه والدین دارای کودکان با اختلال اُتیسم ایفا می‌کند (۲۴).

حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تأثیر و سلامت روانی خانواده به‌خصوص والدین را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان سالم، دارای تنش بیشتر و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندانشان هستند (۲۵). مشکلات در ابعاد سلامت روان‌شناختی تنها بخشی از واکنش مادران به مشکلات رفتاری کودکانشان را توجیه می‌کند و رشد پس از سانحه[1] نیز به‌عنوان درکی مثبت، از ابعاد دشوار زندگی ممکن است، رخ دهد (۲۶). براساس پژوهش کالهون و تدسچی[2] پدیده رسیدن به سطح بالاتر از عملکرد روانی پس از اتفاق ناگوار، به رشد پس از سانحه معروف شد (۲۷). رشد پس از سانحه تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی است که پس از وقوع یک حادثه سخت ایجاد می‌شود و نتیجه مبارزه فرد بر علیه این حادثه استرس‌زا است (۲۸). رشد پس از سانحه در ۵ حوزه به رشد فرد منجر می‌شود؛ این حوزه‌ها شامل درک والاتر از زندگی و احساس تغییر در اولویت‌ها و اهداف، روابط گرم‌تر و صمیمی‌تر با دیگران، افزایش احساس قدرت درونی، ارتقا معنویت، یافتن راه‌ها و امکانات جدید است (۲۹). مطالعات نشان داده‌اند که رشد پس از سانحه در مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی شامل ارزیابی مجدد وقایع، قدردانی از زندگی و روابط بین‌فردی بوده است (۳۰). همچنین رشد پس از سانحه به مادران کودکان اُتیستیک کمک می‌کند تا به‌نحو مؤثری خود را با مشکلات سازگار کرده و شبکه حمایتی خود را برای فراهم نمودن حمایت‌های عاطفی تقویت کنند (۳۱). ژانگ‌وی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بین مقابله مثبت و رشد پس از رخداد آسیب‌زا در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم همبستگی مثبت وجود دارد (۳۲).

وجود کودک با اختلال طیف اُتیسم می‌تواند طیف وسیعی از پاسخ‌های احساسی را در اعضای خانواده، به‌ویژه مادر ایجاد کند و زمینه‌ی فروپاشی عاطفی را به‌عنوان پاسخ اولیه فراهم سازد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند تجربه هیجانات منفی در مادران می‌تواند خطر بروز مشکلات رفتاری، مشکلات سازگاری و دیگر مشکلات رشدی را در فرزندان افزایش دهد (۱۴). در گذشته تمرکز پژوهش‌ها در حوزه رابطه کودک-والد بیشتر معطوف بر اثراتی بود که والدین از نظر روان‌شناختی بر کودکان خود داشتند؛ اما اخیراً تأکید پژوهش‌های این حوزه بر اثراتی است که کودکان بر والدین خود می‌گذارند. شناخت نقاط آسیب‌پذیری و مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلالات عصبی تحولی، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی و اقدامات بعدی جهت جلوگیری از تشدید بیماری‌های روان‌شناختی و همچنین کمک به ارتقای سطح بهداشت روانی آنها باشد. با این‌حال، تاکنون تنها پژوهش‌های پراکنده‌ای در مورد مشکلات و آسیب‌های روان‌شناختی این گروه از مادران انجام شده است. و دو متغیر رشد پس از سانحه و شفقت‌خود می‌تواند در جهت ارتقای سلامت و سازگاری روان‌شناختی مادران کودکان با اختلالات عصب‌تحولی از اهمیت بالایی برخوردار باشد. هدف پژوهش حاضر نیز مقایسه رشد پس از سانحه و شفقت خود در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی بود.

روش

این پژوهش توصیفی و از نوع علّی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم مراجعه‌کننده به مرکز اُتیسم و مادران کودکان دارای اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره استان گلستان، در سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه ۵۰ نفر (۲۵ مادر در گروه کودکان پسر ۷ تا ۹ سال، با اختلال طیف اُتیسم سطح ۲ و ۲۵ مادر در گروه کودکان پسر ۷ تا ۹ سال با اختلال نارسایی‌توجه/بیش فعالی) که به شیوه هدفمند انتخاب شدند و گروه‌های مادران، از نظر سن همتاسازی شدند. ملاک انتخاب این تعداد برای حجم نمونه، مراجعه به منابع علمی مکتوب بود که تعداد ۲۵ نفر را برای هر گروه در پژوهش‌های علّی-مقایسه‌ای جهت تعمیم داده‌ها مکفی قلمداد کرده‌اند (۳۳). از ملاک‌های ورود به مطالعه، دچار بودن کودک به یکی از اختلالات مورد پژوهش، عدم وجود همایندی، عدم ابتلای مادر به اختلال‌های روانی، دامنه سنی کودک بین ۷ تا ۱۱ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

1. Post-traumatic growth
2. Calhoun and Tedeschi

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

ابزار پژوهش

در این پژوهش ۲ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت:

۱) پرسشنامه شفقت‌خود نف[1]: پرسشنامه شفقت‌ورزی به‌خود توسط نف، در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) که میزان شفقت‌ورزی به‌خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۳ مقیاس ۲ قطبی است که به‌صورت ۶ زیرمقیاس درنظر گرفته می‌شود: مهربانی با خود (۵ گویه) در برابر قضاوت و داوری خود (۵ گویه)؛ انسانیت مشترک (۴ گویه) در برابر انزوا (۴ گویه) و بهشیاری (۴ گویه) در مقابل همانندسازی افراطی است. این ۶ زیرمقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. مطالعات روایی همگرا (۳۴)، روایی افتراقی، همسانی فزاینده (۴ گویه). پاسخ‌های این مقیاس در یك دامنه‌ی ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (تقریباً هرگز) تا نمره ۵ (تقریباً همیشه) سنجیده می‌شوند و نمره‌گذاری در ۳ زیرمقیاس قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی به‌صورت معکوس انجام می‌شود. ثبات درونی این مقیاس ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۵). در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری و همانندسازی فزاینده به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ به‌دست آمد.

۲) پرسشنامه رشد پس از سانحه[2]: این پرسشنامه توسط تدسچی و کالهون در سال ۱۹۹۶ به‌منظور بررسی مفهوم رشد پس از سانحه در ایالات متحده آمریکا طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که ۵ حیطه‌ی میزان تحول روان‌شناختی پس از رویارویی با یک عامل تنش‌زا (رابطه با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی، تغییرات روحی و ارزش زندگی) را تعیین می‌کنند و براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (۰=نه تا ۵=تغییر خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ بوده و نمره بیشتر نیز نمایانگر رشد کمتر است. در پژوهش تدسچی و کالهون ضریب آلفای کلی پرسشنامه ۰/۹۰ و دامنه آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورد شده است (۳۷). محمودی، جابری و رحیمی این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی هنجاریابی نموده و گزارش کردند که نسخه فارسی این پرسشنامه شامل ۴ مؤلفه‌ی احساس قدرت درونی، تغییر در اهداف و اولویت‌ها، احساس صمیمیت و نزدیکی با دیگران و تلاش برای حفظ روابط با دیگران است. آنان گزارش کردند که ضریب همبستگی نمرات حاصل از اجرای ۲ بار اندازه‌گیری ۰/۹۴ به‌دست آمد (۳۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمد.

روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز توان‌بخشی و مشاوره، با همکاری مربیان مراکز، با مادران کودکان مورد نظر جلسه توجیهی برگزار و اهداف پژوهش بیان شد. ضمن کسب رضایت آگاهانه از مادران، ابزارهای مورد مطالعه در این پژوهش بر روی آنها اجرا شد. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی نیز به‌طور کامل رعایت شد. بدین ترتیب به شرکت‌کنندگان در پژوهش گفته شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه بوده و غیر از پژوهشگران، فرد دیگری به اطلاعات دسترسی نخواهد داشت و تأکید شد که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است. اطلاعات به‌دست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۷ ٪ مادران ۲۵ تا ۳۰ سال سن داشتند، ۳۶ ٪ ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲۷ ٪ ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۰ ٪ مادران ۴۱ سال به بالا بودند؛ همچنین ۴۳ ٪ مادران دارای تحصیلات دیپلم، ۳۴ ٪ تحصیلات لیسانس، ۲۱ ٪ تحصیلات فوق‌لیسانس و ۲ ٪ تحصیلات دکتری داشتند. ۶۳ ٪ مادران دارای یک فرزند بودند، ۲۹٪ مادران ۲ فرزند داشتند و ۸٪ مادران دارای ۳ فرزند و بیشتر بودند. در جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش اعم از میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین در این جدول نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش محاسبه شده است.

1. Self-compassion questionnaire Nef
2. Post-traumatic growth questionnaire

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی و نتایج بررسی توزیع نرمال متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده مقیاس‌ها	مادران کودک با اختلال طیف اُتیسم		مادران کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش فعالی		آماره K-SZ	معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
شفقت‌خود	مهربانی به خود	۷/۵۶	۲/۳۷	۱۲/۷	۴/۰۶	۰/۱۰۹	۰/۰۷۲
	قضاوت‌خود	۱۳/۲۲	۲/۸۱	۹/۶	۲/۴۰	۰/۱۱۵	۰/۵۱
	بهشیاری	۲/۱۴	۰/۷۳۱	۸/۲۳	۲/۰۴	۰/۱۰۵	۰/۰۹۷
	همانندسازی افراطی	۶/۴۶	۱/۸۳	۶/۸۷	۱/۶۴	۰/۱۱۲	۰/۰۶۱
	اشتراکات انسانی	۳/۱۱	۰/۸۰۱	۵/۸۲	۱/۹۹	۰/۱۱۴	۰/۰۷۱
	انزوا	۱۳/۲۲	۲/۷۸	۳/۵۵	۱/۲۱	۰/۰۹۱	۰/۲۰۰
رشد پس از سانحه	رابطه با دیگران	۹/۶۰	۲/۴۸	۱۱/۳۰	۳/۲۶	۰/۱۱۰	۰/۰۸۵
	امکانات جدید	۱۰/۵۱	۳/۱۳	۱۲/۸۴	۳/۵۵	۰/۱۱۲	۰/۰۶۰
	قدرت فردی	۱۴/۶۷	۲/۷۹	۹/۱۳	۲/۱۹	۰/۱۱۴	۰/۵۲
	تغییرات روحی	۱۱/۲۴	۳/۱۲	۱۳/۹۲	۴	۰/۱۰۸	۰/۰۷۹
	ارزش زندگی	۵/۲۱	۱/۴۷	۶/۱۴	۱/۹۰	۰/۱۱۳	۰/۰۵۲

با توجه به جدول (۱)، آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای همه متغیرهای پژوهش در ۲ گروه معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع همه متغیرها نرمال است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمره شفقت‌خود (F=۲/۸۶ ،P ۰/۰۹۱) و رشد پس از سانحه (P ۰/۵۳، F=۴/۲۳) در ۲ گروه معنادار به‌دست نیامد. این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است؛ بنابراین در جدول (۲) نتایج آزمون تی هر ۲ نمونه مستقل با پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای نمره کل شفقت به‌خود و رشد پس از سانحه در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم و مادران کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش فعالی گزارش شده است.

جدول ۲) نتایج آزمون تی‌مستقل برای مقایسه نمره کل شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در ۲ گروه از مادران

متغیر	تعداد	درجه‌آزادی	آماره t	سطح معناداری
نمره کل شفقت‌خود	۲۵	۱۵۸	۱/۹۳	۰/۰۴
نمره کل رشد پس از سانحه	۲۵	۱۵۸	۲/۵۶	۰/۰۱

مقایسه نمرات کل متغیرهای شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در جدول (۲) نشان می‌دهد که ۲ گروه از مادران شرکت‌کننده در پژوهش در شفقت‌خود (t=۱/۹۳ ،P<۰/۰۴) و رشد پس از سانحه (t=۲/۵۶ ،P<۰/۰۱) تفاوت معناداری دارند. همچنین نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم نمرات پایین‌تری در شفقت‌خود و رشد پس از سانحه نسبت به گروه مادران دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی کسب کردند. برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در ۲ گروه مادران از تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد آزمون قرار گرفت. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

از آزمون لوین استفاده شد. که این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنادار نبود (P ۰/۰۵). در ادامه، به بررسی همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار آن برای خرده‌مقیاس‌های شفقت‌خود (P ۰/۰۵، F=۱/۰۴) و رشد پس از سانحه (P ۰/۰۵۱، F=۱۲/۷۹) معنادار نیست و در نتیجه پیش‌فرض تجانس بین کوواریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کولموگروف‌ـاسمیرنف نشان داد که توزیع داده‌ها در تمامی متغیرهای پژوهش نرمال بود (P ۰/۰۵). در جدول (۳)، آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره بر خرده‌مقیاس‌های شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در ۲ گروه مادران ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره بر خرده مقیاس‌های شفقت‌خود و رشد پس از سانحه در ۲ گروه از مادران

منبع	متغیر	آماره	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	شفقت‌خود	لامبدای ویلکز	۰/۶۱۷	۸/۵۱	۸	۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۶
	رشد پس از سانحه	لامبدای ویلکز	۰/۶۸۴	۱۶/۳۲	۳/۰۰۰	۱۱۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴

براساس داده‌های جدول (۳)، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مربوط به خرده‌مقیاس‌های شفقت‌خود (P ۰/۰۰۱، F=۸/۵۱) و رشد پس از سانحه (P ۰/۰۰۱، F=۱۶/۳۲۷۹) معنادار است. به‌همین دلیل برای بررسی اینکه این تأثیر بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار است، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول (۴ و ۵) گزارش شده است.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره برای مقایسه خرده مقیاس‌های شفقت خود در هر دو گروه

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
نوع متغیر	خرده مقیاس‌ها						
شفقت به خود	مهربانی به‌خود	۷۷/۳۸	۱	۷۷/۳۸	۸/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۷۲
	قضاوت خود	۳/۰۰۷	۱	۳/۰۰۷	۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵۷
	بهشیاری	۵۶/۴۲	۱	۵۶/۴۲	۱۹/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۱۳۸
	همانندسازی افراطی	۱۴/۶۸	۱	۱۴/۶۸	۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۹
	اشتراکات انسانی	۳/۳۱	۱	۳/۳۱	۰/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۱۲۷
	انزوا	۰/۰۳۱	۱	۰/۰۳۱	۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۸۴

همان‌گونه که در جدول (۴) ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که اثرات به‌دست آمده برای گروه در خرده‌مقیاس‌های مهربانی به‌خود (P ۰/۰۰۳، F=۸/۰۴)، قضاوت خود (P ۰/۰۰۱، F=۴/۷۷)، بهشیاری (P ۰/۰۰۵، F=۱۹/۰۱)، همانندسازی افراطی (P ۰/۰۰۱، F=۲/۵۱)، اشتراکات انسانی (P ۰/۰۰۲، F=۰/۹۲) و انزوا (P ۰/۰۰۱، F=۳/۹۳)، معنادار است. بنابراین می‌توان بیان داشت که مادران دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، شفقت‌خود بهتری در مورد خرده‌مقیاس‌های مهربانی به‌خود، بهشیاری، همانندسازی افراطی و اشتراکات انسانی نسبت به مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم دارند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره برای مقایسه خرده مقیاس‌های رشد پس از سانحه در هر دو گروه

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
نوع متغیر	خرده مقیاس‌ها						
رشد پس از سانحه	رابطه با دیگران	۱۱۵/۰۳۷	۱	۱۱۵/۰۳۷	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳
	امکانات جدید	۱۶۹/۶۱	۱	۱۶۹/۶۱	۲۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۵۶
	قدرت فردی	۱۴/۸۲	۱	۱۴/۸۲	۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱
	تغییرات روحی	۱۷۱/۷۴	۱	۱۷۱/۷۴	۲۳/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷
	ارزش زندگی	۸۳/۹۶	۱	۸۳/۹۶	۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که اثرات به‌دست آمده برای هر دو گروه در رابطه با دیگران (P ۰/۰۰۱، F=۱۴/۷۰)، امکانات جدید (P ۰/۰۰۱، F=۲۲/۰۹)، قدرت فردی (P ۰/۰۰۱، F=۲/۷۵)، تغییرات روحی (P ۰/۰۰۱، F=۲۳/۱۱)، ارزش زندگی (P ۰/۰۰۱، F=۷/۹۸)، معنادار است؛ بنابراین می‌توان بیان داشت که مادران دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، رشد پس از سانحه بیشتری در خرده‌مقیاس‌های رابطه با دیگران، امکانات جدید، تغییرات روحی و ارزش زندگی نسبت به مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای شفقت‌خود و رشد پس از سانحه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی شهر گرگان اجرا شد. اولین یافته پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم، شفقت‌خود کمتری نسبت به مادران دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی دارند. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات کاظمی و همکاران که دریافتند بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و مادران کودکان عادی از لحاظ شفقت‌خود، بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت معنادار وجود دارد (۱۷). پژوهش لای و همکاران مبنی بر اینکه والدین کودکان دارای اختلال‌های طیف اُتیسم دیدگاه منفی به‌خود، رضایت کم از نقش والدینی داشتند (۶)؛ نتایج پژوهش فتاح مقدم و همکاران مبنی بر اینکه والدین دارای کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی احساس انزوا زیادی را تجربه می‌کنند (۸)؛ وایمنت و بروکشایر که دریافتند مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم با سرزنش و قضاوت خود، تجربه‌ی حزن و اندوه دارند، همسو می‌باشد (۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از بزرگترین نگرانی‌های والدین دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم (به‌عنوان اختلالی مادام‌العمر)، در مورد آینده کودك است، اینکه کودك دیگر هیچ‌وقت کاملاً طبیعی و بهنجار نخواهد بود و ممکن است اطرافیان نیز شرایط کودك را درك نکنند و نسبت به کودك و والدینش واکنش‌های منفی بروز دهند و خانواده، حمایت‌های اجتماعی مطلوب را دریافت نکنند، بنابراین وجود این ناتوانی قدرت مقاومت و مقابله با مشکل را کاهش می‌دهد و والدین را در مواجه با نگرانی آینده مجهول فرزندشان کاملاً بدبین می‌کند (۲۳). نیازهای کودکان با اختلال طیف اُتیسم به رسیدگی و مراقبت زیاد و حمایت‌های افراطی مادرانشان، شکیبایی، صبر و فدا کردن اهداف شخصی از جانب مادران است که منجر به غفلت از پرداختن به‌خود توسط مادر و عدم شفقت و مهربانی نسبت به‌خود می‌شود، بنابراین با توجه به درخودماندگی کودکشان، از زندگی خود رضایت کمتری داشته و به‌طور غیرمنطقی خودشان را اولین علت شرایط کودکشان می‌دانند و خود را سرزنش می‌کنند و موجودیت خود را دوست ندارند (۱۷). ازسویی دیگر، با توجه به محدودیت‌های جسمانی کودکان با اختلال طیف اُتیسم، منجر به کاهش ایفای نقش‌های اجتماعی مادران شده و به‌دنبال آن انزوا را تجربه می‌کنند، جنبه‌های غیر قابل اجتناب و مشترک را در همه انسان‌ها نمی‌بینند و با بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود که منجر به شفقت به‌خود پایین‌تر در این مادران می‌گردد، واکنش نشان می‌دهند (۲۴). مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به‌طور مرتب محیط را برای یافتن پیام‌هایی حاکی از طردشدگی مورد وارسی قرار

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

می‌دهند؛ زیرا بر این باورند که اجتماع، باوری نسبت به آنها و مشکلاتشان ندارد و به آنها به‌عنوان عناصری غیر مولد و وبال جامعه می‌نگرد. این مادران ممکن است احساس کنند نادیده انگاشته شده‌اند، موجب خجالت و سرافکندگی خود و دیگران هستند و به‌وسیله دیگران تحقیر می‌شوند یا بی‌ارزش شمرده می‌شوند. بدین ترتیب درخصوص خود قضاوت منفی، احساس انزوا و ناامیدی می‌کنند که میزان خودشفقتی را در آنان کاهش می‌دهد (۲۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره کل رشد پس از سانحه مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم و با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی وجود دارد و مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم، رشد پس از سانحه کمتری نسبت به مادران کودک با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی دارند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های نواب و همکاران (۲۶) ژانگ تینتینگ و همکاران (۳۲)، ژانگ یانگ و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت؛ همان‌گونه که والدین بر خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های تحولی و رفتاری خود، تأثیراتی بر رفتار والدین برجای می‌گذارند. مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، تلاش می‌کنند که به هنگام شلوغی و پرتحرکی فرزندان به‌جای دریافت حمایت‌های اجتماعی، به خود متکی باشند، همزمان با ایجاد تغییرات اولیه برای بازسازی جنبه‌های مختلف وجود خود از لحاظ فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی می‌کوشند؛ به‌گونه‌ای که رشد به‌صورت ملموس در زندگیشان نمایان می‌شود. در واقع، گذر از رنج‌های پس از سانحه احساس توان و قدرت درونی به افراد می‌دهد و با تعریف دوباره خود، تحول فردی را رقم می‌زنند. عامل اصلی خودکفایی فرد پس از آسیب، افزایش توان شخصی اوست. قدرت فردی مادران کودکان با اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی، آنان را در انجام امور کمتر به دیگران متکی می‌کند، و منبع محرکی برای افزایش خودکارآمدی و باور به توانایی‌های شخصی می‌شود (۲۵). در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم، طرد از سوی دیگران و کاهش حمایت‌های اجتماعی منجر به بروز تنیدگی هیجانی و بروز تنش و اضطراب ناشی از ناملایمات گشته و بر ارزیابی‌های شناختی و باورهایشان در مورد جهان تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین درک ناسازگارانه از اختلال فرزندان و سانحه‌ای که با آن روبه‌رو شده‌اند، تنیدگی و پریشانی بیشتری برایشان به‌وجود می‌آورد و آنها را از بازسازی مفروضات و یافتن معنا از بطن سانحه دور می‌کند. رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازماندهی رفتار و هیجان و تجربه هیجانی منفی، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر افراد جامعه و دست‌وپنجه نرم‌کردن با شرایط چالش‌برانگیز زندگی منجر به دور شدن از اهداف و برنامه‌ریزی و در نهایت کاهش رشد پس از سانحه می‌شود (۳۰).

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به مادران کودکان پسر با اختلال طیف اُتیسم و اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی شهر گرگان بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. همچنین به‌دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به پدران باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این پژوهش در سایر مناطق و شهرها با در نظر گرفتن متغیرهای محیطی، خانوادگی و اقتصادی و اجتماعی انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش به سایر پژوهشگران، مشاوران و روان‌شناسان فعال در این عرصه توصیه می‌شود با توجه به آنکه خانواده به‌عنوان یکی از ارکان اصلی اجتماعی حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودکان با اختلال عصبی‌تحولی شناخته می‌شود، چنانچه سایر پژوهشگران در کنار آموزش به مادران، درصورت امکان سایر افراد خانواده از جمله پدران را نیز مورد توجه قرار دهند، گامی مهم در جهت کاهش مشکلات و فشار روانی موجود بر روی نظام خانواده برداشته‌اند. همچنین با توجه به نتیجه پژوهش حاضر که شفقت‌خود در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم نسبت به مادران کودکان اختلال نارسایی‌توجه/بیش‌فعالی کمتر بود، می‌توان برای روان‌درمانی این مادران از روش درمانی متمرکز بر شفقت استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافع‌ای نداشته است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

References

1. Mansell T. A survey of parents' reactions to the reaction to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service: access to information and use of services. The journal of clinical psychiatry. 2018; 4(8): 387-407.
2. American Psychological Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: Author. 2013.
3. Siadat M, Khajvand Khoshli A, Akbari H. The effectiveness of schema therapy on psychological (emotional, psychological and social) well-being of mothers with children with autism in Gorgan. Scientific Journal of Social Psychology. 2019; 7(51): 69-78. [In Persian]
4. Murray C, Kovshoff H, Brown A, Abbott P, & Hadwin J. Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. Research in Autism Spectrum Disorders. 2019; 58(1): 1-8.
5. Blanchard L, Gurka M, Blackman J. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. Pediatrics. 2016; 117(6): 1202-1212.
6. Lai W, Goh T, Oei T, & Sung M. Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). Journal of Autism and Developmental Disorders. 2017; 8(45): 2582-2593.
7. Jose A, Gupta S, Gulati S, & Sapra S. Prevalence of depression in mothers of children having ASD. Current Medicine Research and Practice. 2017; (1): 11-15.
8. Fatah Moghadam L, Arabi V, Sahib al-Zamani M. Assess the family relationships of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Jundishapur Medical Scientific Journal, 2019; 18(2): 117-128. [In Persian]
9. Wayment H, Brookshire K. Mothers' reactions to their child's ASD diagnosis: predictors that discriminate grief from distress. J Autism Dev Disord. 2018; 48(4): 1147-1158.
10. Romero-González M, Marín E, Guzmán-Parra J. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. An Pediatr (Barc). 2021; 94(1): 99-106.
11. Gökçen C, Coskun S, Kütük M. Comparison of depression and burnout levels of mothers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder before and after treatment. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 28(5): 1-14.
12. Kristene C, Kelsey A, Michelle A, Jennifer T. Maternal Depression in Families of Children with ADHD: A MetaAnalysis. Journal of Child and Family Studies. 2018; 4(1): 1-14.
13. Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM. Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. JCFS. 2015; 24(1): 76-94.
14. Kamandloo Z, Haghdadi H, Haghdadi H, Hosseinzadeh Oskooi A, Samadi Kashan S. Comparison of Stress, Anxiety, Depression and Sleep Quality of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Slow Motion. Empowerment of Exceptional Children. 2020; 11(2): 13-22. [In Persian]
15. Wiener J, Biondic D, Grimbos T, Herbert M. Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. J Abnorm Child Psychol. 2016; 44(3): 561-574.
16. Heydari F, Qasemi N. Comparison of self-compassion between mothers with children with autism spectrum disorder and mothers with normal children. Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences. 2019; 19(1): 108-94. [In Persian]
17. Kazemi A, Sharifi Fard A. Comparison of self-compassion, action flexibility and psychological well-being of mothers of children with autism spectrum with mothers of normal children. Quarterly Journal of New Ideas in Psychology. 2021; 8(12): 1-14. [In Persian]
18. Wren A, Somers J, Melissa A. W, Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., Roger, Lesco, L. S., Keefe, F. J. Self-Compassion in Patients with Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent. Journal of Pain Symptom Management. 2012; 43(4): 759-770.
19. Neff K, Faso D. Self-compassion and adaptation in parents of children with autism. Mindfulness. 2015; 6(4): 938–947.
20. Anabestani S, Naemi A. The effect of positivity education on self-compassion and life expectancy of mothers of autistic children. Psychology of Exceptional People. 2019; 9(33): 45-68. [In Persian]
21. Bayat B, Majdian V, Golpayegani F, Rashadi H. Comparison of self-compassion, mental vitality and mindfulness of mothers with children with rheumatism and mothers of normal children. Pathology, counseling and family enrichment. 2019; 5(1): 91-106. [In Persian]
22. Torbet S, Proeve M, Roberts RM. Self-compassion: A protective factor for parents of children with autism spectrum disorder. Mindfulness. 2019; 10(1): 2492-2506.
23. Dervish S, Tailors F. The effect of self-compassion training on happiness and quality of life of mothers of children with autism. Exceptional Children Quarterly. 2017; 17(4): 86-77. [In Persian]
24. Neff K, & Faso D. Self-compassion and wellbeing in parents of children with autism. Department of Educational Psychology University a Texas at Austin. 2015; 2(1): 948-947.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]

25. Askari Z, Naghavi A. Explaining the post-traumatic growth process: Thematic composition of qualitative studies. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(2): 234-222. [In Persian]
26. Nawab M, Dehghani A, Karbasi A. The effectiveness of compassion-based group therapy on post-traumatic growth in mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 239-250. [In Persian]
27. Calhoun L, & Tedeschi R. Posttraumatic growth in clinical practice, New York: Routledge. 2013.
28. Jabransari F, Fattahi Andbil A, Jafari A. Predicting the post-traumatic development of divorced women based on spiritual well-being and psychological hardship with the mediating role of emotional regulation. Quarterly Journal of New Psychological Ideas. 2020; 7(11): 1-9. [In Persian]
29. Ahmadi Z, Mehrabi H. The relationship between social support and resilience and post-traumatic growth: The mediating role of coping styles. Quarterly Journal of New Psychological Ideas. 2020; 5(9): 1-13. [In Persian]
30. Counselman-Carpenter E. The presence of posttraumatic growth (PTG) in mothers whose children are born unexpectedly with down syndrome. J. Intellect. Dev. Disabil. 2017; 42(1): 351–363.
31. Zhang W, Yan TT, Barriball KL, While AE, Liu XH. Post-traumatic growth in mothers of children with autism: a phenomenological study. Autism. 2015; 19(1): 29-37.
32. Zhang W, Tingiting Y, Ya-song D, & Xiao-Hang L. Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. Journal research in Autism disordery. 2019; 7(1): 1204-1210.
33. Delaware A. Statistical Methods in Psychology and Educational Sciences, Arasbaran Publications, Tehran. 2012. [In Persian]
34. Neff K, Kirkpatrick K, Stephanie SR. Self-compassion and adaptive psychological functioning, Journal of Research in Personality. 2007; 41(1): 139-154.
35. Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. 2003; 2(3): 223–250.
36. Lessani S, Shahgholian M, Sarafraz M R, Abdollahi M H. Prediction of pathological narcissism based on childhood trauma with the mediating role of self-compassion deficit and shame. Psychological Sciences. 2021; 20(97): 77-88. [In Persian]
37. Tedeschi R, & Calhoun. G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma .Journal of Traumatic Stress. 1996; 9(3): 455-471.
38. Mahmoudi J, Rahimi C, Mohammadi N. Psychometric Properties of the Post-Traumatic Development Inventory (PTGI). Journal of Psychological Methods and Models. 2013; 3(12): 93-108. [In Persian]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-17]