



Comparison of Self-Compassion, Humor, and Alexithymia among Mothers of Autism Children with Normal in Ahvaz City

Niloofar Mikaeili¹, Seifollah Aghajani¹ , Nooshin Fayezi³, Maryam Rahmati^{*4}, Jamal Sooreh⁵ 

1. Professor of Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
2. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
3. PhD. Student of Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran
4. PhD. Student of General Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Department of Psychology, Azad Islamic University, Tehran, Iran
5. PhD. Student of Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Received: 2019.July.30

Revised: 2020. January.16

Accepted: 2020.January.22

Abstract

Background and Aims: The purpose of the present study was to compare self-compassion, humor, and alexithymia between mothers of children with atherosclerosis and mothers of normal children in Ahvaz city.

Materials and Methods: A causal-comparative study was conducted on the statistical population of all mothers of healthy children and all mothers with children with autism referring to the centers for the organization, treatment, and rehabilitation of stomach nerves in Ahvaz city during 2016-2017. The research sample was selected through convenience sampling method. Two groups of mothers with autistic children (n= 60) and normal mothers (n= 60) were selected. The instruments used were a Self-Compassion Inventory (SCS), Humor Styles Questionnaire (HSQ), and Toronto Emotional Scale (TAS-20). ANOVA was used to test the hypotheses and the significance level was set at $p \leq 0.05$.

Results: The results showed that there is a significant difference between self-compassion and emotional negligence of mothers with autistic children and those with healthy children, but there was no difference between the two groups regarding humor.

Conclusion: The findings can be important for psychological interventions for mothers of autistic children.

Keywords: Self-compassion; Humor and alexithymia; Autistic children

Cite this article as: Niloofar Mikaeili, Seifollah Aghajani, Nooshin Fayezi, Maryam Rahmati, Jamal Sooreh. Comparison of self-compassion, humor, and alexithymia among mothers of autism children with normal in Ahvaz city. J Rehab Med. 2020; 9(1): 242-251.

* **Corresponding Author:** Maryam Rahmati. PhD. Student of General Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Department of Psychology, Azad Islamic University, Tehran, Iran

Email: mari66.psychology@gmail.com

DOI: 10.22037/jrm.2020.111302.1900

مقایسه‌ی دلسوزی نسبت به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی در بین مادران کودکان اتیسم با بهنجار در شهر اهواز

نیلوفر میکائیلی^۱، سیفالله آقاجانی^۲، نوشین فایضی^۳، مریم رحمتی^{۴*}، جمال سوره^۵

۱. استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی، تهران، ایران
۵. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۱۱/۰۲ *

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۱۰/۲۶

* دریافت مقاله ۱۳۹۸/۰۵/۰۸

چکیده

مقدمه و اهداف

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه‌ی دلسوزی نسبت به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی در بین مادران کودکان اتیسم با مادران کودکان بهنجار در شهر اهواز بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای (علی پس از وقوع) بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران کودکان بهنجار و تمامی مادران دارای کودکان اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات ایتستیک در شهر اهواز در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه‌ی این پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس با دو گروه ۶۰ مادر کودکان اتیسم و ۶۰ مادر کودکان عادی انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ی دلسوزی به خود (SCS)، پرسش‌نامه‌ی سبک‌های شوخ‌طبعی (HSQ) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) بود. جهت آزمون فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بین دلسوزی نسبت به خود و ناگویی عاطفی مادران کودکان دارای فرزند اتیسم و مادران کودکان بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی در مورد شوخ‌طبعی تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر می‌تواند برای انجام مداخلات روانشناختی به مادران کودکان اتیسم دستاورد مهمی به شمار رود.

واژه‌های کلیدی

دلسوزی نسبت به خود؛ شوخ‌طبعی؛ ناگویی هیجانی؛ کودکان اتیسم

نویسنده مسئول: مریم رحمتی، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی، دانشگاه

آزاد تهران مرکزی، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: mari66.psychology@gmail.com

اختلال طیف اتیسم^۱ (ASD)، یک اختلال رشدی است که با اختلال در گفتار و تعاملات اجتماعی همراه است.^[۱] شیوع این اختلال روزبه‌روز در حال افزایش است و مطابق با آخرین گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا^۲ (CDCP) شیوع آن به ۱ در ۶۸ تولد رسیده است. داشتن یک کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌تواند تجربه‌ی ناتوان‌کننده‌ای برای والدین، خانواده، معلمان و جامعه باشد.^[۲] با این وجود، مادران اولین افرادی هستند که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کنند و پیامدهای آن می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به خطر اندازد.^[۳] والدین کودکان اتیسم دارای سطوح بالای از استرس و کیفیت زندگی پایین نسبت به والدین کودکان عادی هستند.^[۴] و احتمال این که به افسردگی و اضطراب بیشتری مبتلا شوند، وجود دارد.^[۵] این مادران ممکن است توسط مشکلات کودکشان در هم‌شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به اهداف و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند.^[۶] مطالعات نشان داده‌اند که مادران کودکان اتیسم به‌طور پایدار تنش بیشتری نسبت به مادران کودکان با دیگر تأخیرهای رشدی و افرادی که به‌طور بهنجار رشد می‌کنند، نشان می‌دهند. والدین یک کودک اتیسم ممکن است عوامل تئیدی زیادی مربوط به چالش‌های کودک در برقراری ارتباط، مشکلات خودمراقبتی، و غیره داشته باشند. در این میان مادران به‌طور ویژه‌ای با چالش‌های مرتبط با کودک مبتلا به اختلال اتیسم مواجه هستند.^[۷]

یکی از متغیرهایی که در ارتباط با مادران کودکان اتیسم در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد، دلسوزی نسبت به خود^۳ است. دلسوزی به خود، شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و به‌معنی پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، درک و فهم و نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات رایج فرد تعریف می‌شود.^[۸] دلسوزی به خود شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها یا نارسایی‌های ادراک شده است. افرادی که حوادث منفی را در زندگی تجربه می‌کنند، عموماً در قیاس با افراد موردعلاقه‌شان در همین شرایط با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه‌تر دارند.^[۹] پژوهش‌ها بیان کرده است که شفقت نسبت به خود در برابر استرس‌های محیطی باعث واکنش‌های متعادل‌تری می‌شود.^[۱۰] افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردار هستند. هم‌چنین، این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند.^[۱۱] Neff و Faso (۲۰۱۴) به بررسی ارتباط بین دلسوزی به خود و بهزیستی در والدین کودکان اتیسم پرداختند و دریافتند که خوددلسوزی ارتباط مثبت و معنی‌داری با رضایت از زندگی، امید و سرعت در رسیدن به اهداف دارد.^[۱۲]

همه انسان‌ها در زندگی ممکن است با شرایطی مواجه شوند که تحمل آن برایشان دشوار باشد؛ بنابراین برای رهایی از چنین وضعیتی سازوکارهایی را به کار می‌برند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها شوخ‌طبعی^۴ است.^[۱۳-۱۴] شوخ‌طبعی می‌تواند ابزاری برای برقراری ارتباط با دیگران باشد و احساسات عمیق، باورها و تمایلات افراد را نمایان کند. نقش شوخ‌طبعی در مقابله با استرس‌های روزمره، خلق روابط اجتماعی مناسب، آسان ساختن حل مشکلات زندگی و هم‌چنین مدیریت هیجان و انگیزه دارای اهمیت است.^[۱۵] شوخ‌طبعی را می‌توان به چهار سبک پیوندجویی، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و تحقیرگرایانه تقسیم کرد.^[۱۶] افرادی که سبک پیوندجویانه دارند، لطیفه تعریف می‌کنند و برای برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی مثبت با دیگران قصه‌ها و داستان‌های خنده‌دار تعریف می‌کنند.^[۱۷] در مقابل، افرادی که از سبک‌های خودارزنده استفاده می‌کنند، از شوخ‌طبعی بیشتر برای سازگاری با دیگران استفاده می‌کنند. هرچند که سبک شوخ‌طبعی پرخاشگرانه بسیار آزارگرانه و زشت است و باعث دوری جویی از دیگران می‌شود و افرادی هم که بیشتر از سبک شوخ‌طبعی خود تخریب‌گر استفاده می‌کنند، می‌کوشند تا از انزوای درونی خود خارج شوند و با دیگران ارتباط داشته باشند.^[۱۸] برخی پژوهشگران گزارش نموده‌اند که شوخ‌طبعی به‌عنوان یک سازوکار دفاعی با کاهش نشانگانمانند افسردگی و اضطراب و بالا بردن کیفیت زندگی در ارتباط است.^[۱۹] افراد شوخ‌طبع تا میل به لذت بردن از رویدادها و تجربیات روزمره زندگی دارند و در ارزیابی، ابراز و مدیریت هیجانات توانمند هستند.^[۲۰] بنابراین شوخ‌طبعی باعث از بین رفتن تأثیرات منفی استرس و افزایش بهزیستی و سلامت روانی می‌شود.^[۲۱]

از طرفی دیگر، بخش مهمی از عملکرد روزانه ما را هیجان‌ها تشکیل می‌دهند. زمانی که امور مهم شخص در خطر بیفتد، هیجان‌ها فرد را برمی‌انگیزانند تا به‌سرعت و به‌صورت انطباقی در جهت ایجاد تغییراتی در موقعیت واکنش نشان دهد.^[۲۲] ناگویی عاطفی^۵ عبارت است از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به

¹ Autism Spectrum Disorder (ASD)

² Centers for Disease Control and Prevention (CDCP)

³ Self-compassion

⁴ Humor

⁵ Alexithymia

برانگیختگی هیجانی.^[۳۳] ناگویی عاطفی می‌تواند منجر به دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره‌ای و به دنبال آن ظرفیت کمتر برای همدلی شود.^[۳۴] این سازه با سه مؤلفه مشخص می‌شود: دو مؤلفه‌ی اول (دشواری در شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌ها) به آگاهی و بیان هیجانی اشاره دارد؛ بنابراین ممکن است مرتبط با عاطفه در نظر گرفته شود. مؤلفه‌ی سوم (تفکر عینی) به گرایش خاص جهت پرداختن به موضوع‌های سطحی و اجتناب از تفکر مؤثر اشاره دارد.^[۳۵] ناگویی عاطفی عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار هم‌بسته‌های جسمی-هیجانی هستند که به کلام نمی‌آید. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ات شده و سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌سازد.^[۳۶]

Abazari (۲۰۱۶) دریافت که بین مادران کودکان اتیسم و عادی در شهر تهران از لحاظ نمره‌های ناگویی عاطفی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.^[۳۷] رجیبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب (۱۳۸۸) در پژوهش خود بین ویژگی‌های شخصیتی، ثبات هیجانی، مسئولیت‌پذیری و خستگی‌ناپذیری با راهبردهای مسئله‌محور و نیز بین ویژگی‌های شخصیتی جامعه‌پذیری با راهبردهای هیجان‌محور در مادران کودکان اتیسم رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد.^[۳۸] محرابی (۱۳۸۶) بیان می‌دارد زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت روانی کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به‌طور معنی‌داری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی مختل است.^[۳۹]

Wong (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافت که در بین والدین کودکان اتیسم، آن‌هایی که دارای خوددلسوزی پایینی هستند، استرس بیشتری دارند، ولی والدینی که دارای خوددلسوزی بالایی هستند، استرس کمتری دارند.^[۳۰] Ooi (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافت که والدین دارای کودک مبتلا به اتیسم چالش‌های متعددی را در زمینه‌های مختلف تجربه می‌کنند که بر استرس والدین و سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد.^[۳۱] Aydin (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد که در نمرات دلسوزی نسبت به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی تفاوتی بین دو گروه والدین مشاهده نشد.^[۳۲] McGrail و Rieger (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که سبک‌های شوخ‌طبعی پیش‌بینی‌کننده‌ی انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده‌های دارای فرزند معلول است.^[۳۳] Szatmari (۲۰۰۸) دریافت که پدران کودکان اتیسم نمرات بالایی در ناگویی عاطفی دارا هستند.^[۳۴]

کودک اتیسم نیاز به امکانات ویژه‌ای برای مراقبت دارد و همه اینها موجب وارد آمدن فشار روی والدین می‌شود و ممکن است آرامش خانوادگی را بهم بزند؛ بنابراین تولد چنین کودکی بیشترین تأثیر را بر خانواده دارد و ممکن است واکنش‌های متعددی از جمله ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی به دنبال داشته باشد. با توجه به آنچه گفته شد و اینکه وجود کودکی با نیازهای خاص می‌تواند طیف وسیعی از پاسخ‌های احساسی را در اعضای خانواده به‌ویژه مادر ایجاد کند و مادر اولین کسی است که کودک با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهمترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک دارد و کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود و ویژگی‌های خلقی و هیجانی مادر بر رشد شناختی، عاطفی و رفتاری کودک تأثیر دارد و متقابلاً مشکلات رفتاری کودکان اتیسم منجر به مشکلات هیجانی در والدین می‌شود.^[۳۵] بنابراین اهمیت پرداختن به دلسوزی به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی مادران کودکان اتیسمی کمتر از پرداختن به این ویژگی‌ها در خود کودکان نخواهد بود، چرا که اگر کودک اتیسمی (که از دو جهت آسیب‌پذیر است، هم از این لحاظ که کودک است و ضعیف و هم از این جهت که اتیسمی است)، مادری سالم از نظر روانی نیز نداشته باشد، مشکلاتش چند برابر می‌گردد. از طرف دیگر، تاکنون کمتر پژوهشی در داخل و خارج به مقایسه دلسوزی به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی در مادران دارای کودک اتیسم و بهنجار پرداخته است؛ لذا پژوهش حاضر درصدد دستیابی به پاسخ این سوال است که آیا تفاوت معنی‌داری بین دلسوزی به خود، شوخ‌طبعی و ناگویی عاطفی در مادران دارای کودک اتیسم و بهنجار وجود دارد یا خیر.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای از نوع علی پس از وقوع است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم بود که در زمان اجرای این پژوهش به مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک شهر اهواز در سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند و والدین کودکان بهنجار شهر اهواز بودند. حجم نمونه شامل ۱۲۰ نفر بود که ۶۰ نفر آن‌ها مادران کودکان اتیستیک بودند. این کودکان ملاک‌های انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶ (۲۰۱۳) را برای اختلال اتیسم دریافت کردند و تشخیص به تأیید حداقل یک روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک اطفال رسیده است.^[۳۶] روش نمونه‌گیری به این صورت بود که گروه والدین کودکان اتیستیک به‌صورت در دسترس با رجوع به مراکز درمان و توان‌بخشی کودکان اتیستیک انتخاب شده و گروه دوم شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان بهنجار بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و از نظر میزان تحصیلات و سن والدین و نیز سن و جنس کودک با گروه والدین

⁶ American Psychiatric Association (DSM-V)

کودکان مبتلا به اختلال ایتسم همتا شدند. همچنین، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها برابر $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه‌ی دلسوزی به خود^۷ (SCS): پرسش‌نامه‌ی شفقت خود توسط Neff (۲۰۰۳) طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۶ ماده است که با شش خرده‌مقیاس مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و شناخت بیش‌ازحد معرفی می‌شود. این پرسش‌نامه در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از تقریباً هرگز (۰) تا تقریباً همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. Neff (۲۰۰۳) در پژوهش خود پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش‌های گذشته ۰/۹۲ و در آزمون مجدد آن ۰/۹۲ گزارش نمود.^[۳۷] در ایران پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها و نمره‌ی کلی این مقیاس در دامنه‌ی بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ گزارش نمودند.^[۳۸] Neff (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان داد که همه‌ی شش خرده‌مقیاس هم‌بستگی درونی بالایی باهم دارند و تحلیل عامل تأییدی هم نشان داد که عامل مجزای دلسوزی به خود این هم‌بستگی درونی را تبیین می‌کند.^[۳۷] بشرپور (۱۳۹۲) به نقل از بشرپور و شفیعی، (۱۳۹۶) نتایج تحلیل عامل اکتشافی شش خرده‌مقیاس با مقادیر ویژه‌ی بیشتر از یک را آشکار کرد که در مجموع ۴۳/۴۷٪ از کل واریانس را تبیین کردند.^[۳۸] در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب پرسش‌نامه است. همچنین، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه‌ی هم‌بستگی یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است، با نمره‌ی کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای ۰/۶۹ به دست آمد که در سطح $p \leq 0.001$ معنی‌دار است و نشان‌دهنده‌ی روایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

پرسش‌نامه‌ی سبک‌های شوخ‌طبعی^۸ (HSQ): این پرسش‌نامه توسط Martin و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۳۲ گویه و چهار سبک شوخ‌طبعی پیوندجویانه، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و خودتحقیرگرانه طراحی شده است.^[۱۶] هر خرده‌مقیاس حاوی ۸ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) پاسخ می‌دهد. مارتین و همکاران (۲۰۰۳)، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را با نمونه‌ی ۱۱۹۵ نفری کانادایی چهار خرده‌مقیاس پیونددهنده، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و تحقیرگرانه به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش داده‌اند. پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه را با استفاده از ۱۷۹ آزمودنی برای چهار خرده‌مقیاس پیوندجویانه، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و تحقیرگرانه به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ گزارش کردند.^[۱۶] این مقیاس، در ایران پس از ترجمه به زبان فارسی روی ۲۳۰ نفر اجرا شد. ضرایب پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی پس از سه هفته برای چهار خرده‌مقیاس پیوندجویانه، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و تحقیرگرانه به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۵۸ و ۰/۶۵ بود و آلفای کرونباخ برای سبک‌های بیان شده به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۵۴ و ۰/۶۴ بود.^[۳۹] Martin و همکاران (۲۰۰۳) روایی این ابزار را با اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه‌های موجود در زمینه‌ی شوخ‌طبعی نیز مورد بررسی قرار داده و مناسب گزارش نمودند.^[۱۶] در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سبک‌های شوخ‌طبعی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس پیوندجویانه، خودارزنده‌سازانه، پرخاشگرانه و تحقیرگرانه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۶۳ و ۰/۶۸ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی به نسبت مطلوب چهار خرده‌مقیاس سبک‌های شوخ‌طبعی است. همچنین، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه‌ی هم‌بستگی یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است با نمره‌ی کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای سبک پیوندجویانه ۰/۷۰، خودارزنده‌سازانه ۰/۶۸، پرخاشگرانه ۰/۶۵ و تحقیرگرانه ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح $p \leq 0.001$ معنی‌دار است و نشان‌دهنده‌ی روایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۹ (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹ دشواری در شناسایی احساسات، سؤال‌های ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰ دشواری در توصیف احساسات و بقیه‌ی سؤال‌ها تفکر عینی را تعیین می‌کند. یک نمره‌ی کل نیز از جمع نمره‌های سه خرده‌مقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است.^[۲۵] Rieffe, Oosterveld و Terwogt (۲۰۰۶) ضریب همسانی درونی مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند که ضرایب پایایی رضایت‌بخشی را نشان می‌دهد، اما در مورد مؤلفه‌ی تفکر عینی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۲۹ معیار همسانی درونی برآورده نشده است. این پژوهشگران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۵ به دست آورده‌اند.^[۴۰] نصیری، لطیفیان و ریف (۱۳۸۸) در بررسی پایایی این پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۶۴،

⁷ Self-Compassion Scale (SCS)

⁸ Humor Styles Questionnaire (HSQ)

⁹ The Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

۰/۴۷ و ۰/۲۴ به دست آوردند. ریف و همکاران (۲۰۰۶) ضریب همبستگی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه با چک‌لیست شکایت‌های جسمانی در دامنه‌ای از ۰/۰۷ تا ۰/۴۸ گزارش نمودند.^[۴۱] نصیری و همکاران (۱۳۸۸) در بررسی روایی این پرسش‌نامه همبستگی با کل پرسش‌نامه را برای مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۵۸ و ۰/۲۰ به دست آوردند.^[۴۱] در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده‌مقیاس‌های بیان شده به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۹۰ و ۰/۶۵ حاصل گردید. هم‌چنین، برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبه‌ی هم‌بستگی یک سؤال که به نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است با نمره‌ی کل آزمون استفاده گردید که مقدار آن برای خرده‌مقیاس‌های بیان شده به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۴ و ۰/۸۰ به دست آمد که در سطح $p \leq 0.001$ معنی‌دار است و نشان‌دهنده‌ی روایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی نمونه‌ی پژوهشی در دو گروه مادران کودکان اטיسم و مادران کودکان بهنجار را در مورد کلیه‌ی متغیرهای مورد پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های نمونه‌ی پژوهشی در متغیرهای پژوهش

متغیرها	کودکان بهنجار		کودکان اטיسم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دلسوزی به خود	۶۱/۴۶	۱۶/۴۷	۴۶/۳۸	۱۷/۷۰
شوخی طبیعی پیوندجویانه	۲۹/۳۳	۱۰/۳۵	۳۰/۴۵	۹/۱۹
شوخی طبیعی سازانه	۳۲/۵	۱۰/۹۹	۳۲/۷۱	۱۰/۱۱
شوخی طبیعی پرخاشگرانه	۳۱/۷۰	۹/۹۴	۲۹/۷۱	۹/۲۰
شوخی طبیعی خودتحقیرگرانه	۳۲/۷۰	۱۰/۲۳	۲۹/۶۰	۸/۳۸
دشواری در شناسایی احساسات	۱۸/۲۵	۴/۸۵	۲۱/۴۳	۵/۲۷
دشواری در توصیف احساسات	۱۲/۵۸	۳/۵۸	۱۶/۹۸	۳/۴۴
تفکر عینی	۱۹/۴۱	۴/۵۴	۲۳/۸۸	۶/۱۲

جدول ۲، نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری (آنوا) برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های دلسوزی نسبت به خود در مادران کودکان بهنجار و مادران دارای کودکان فرزند اטיسم را نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های دلسوزی نسبت به خود مادران دارای کودک فرزند اטיسم و مادران کودکان بهنجار

آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
دلسوزی نسبت به خود	۶۸۲۵/۲۰	۱	۶۸۲۵/۲۰	۲۳/۳۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، F مشاهده‌شده‌ی بین گروهی برای دلسوزی نسبت به خود برابر ۲۳/۳۳ است که در سطح $p \leq 0.001$ معنی‌دار است؛ بنابراین فرض پژوهش مبنی بر تفاوت بین دو گروه مادران از لحاظ دلسوزی نسبت به خود تأیید می‌شود. جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) برای مقایسه‌ی میانگین‌های نمرات سبک‌های شوخی طبیعی در مادران کودکان بهنجار و مادران دارای کودکان اטיسم را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس دوراهه‌ی چندمتغیری روی میانگین نمره‌های سبک‌های شوخی طبیعی مادران دارای کودک اטיسم و مادران کودکان بهنجار

آزمون	ارزش	نسبت F	df فرضیه	خطا df	سطح معنی‌داری (p)
اثر پیلایی	۰/۰۳	۱/۱۳۶	۴	۱۱۵	۰/۳۴۳
لمبدای ویلکز	۰/۹۶	۱/۱۳۶	۴	۱۱۵	۰/۳۴۳
اثر هنتینگ	۰/۰۴	۱/۱۳۶	۴	۱۱۵	۰/۳۴۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۴	۱/۱۳۶	۴	۱۱۵	۰/۳۴۳

برای بررسی دقیق تر نتایج، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا در جدول ۴ نشان داده می شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک راهه (در متن مانوا) بر روی نمره های سبک های شوخ طبعی مادران دو گروه

شاخص متغیر آماری	مجموع مجذورات	درجه ای آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری
سبک پیوندجویانه	۳۷/۴۰	۱	۳۷/۴۰	۰/۳۹	۰/۵۳۳
سبک خودارزنده ساز	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۰/۰۰۶	۰/۹۳۸
سبک پرخاشگر	۱۱۸	۱	۱۱۸	۱/۲۸	۰/۲۵۹
سبک تحقیرگرایانه	۲۸۸/۳۰	۱	۲۸۸/۳۰	۳/۲۹	۰/۰۷۲

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، F مشاهده شده بین گروهی برای سبک پیوندجویانه برابر ۰/۳۹، برای سبک خودارزنده ساز برابر ۰/۰۰۶، برای سبک پرخاشگرانه برابر ۱/۲۸ و برای سبک تحقیرگرایانه برابر ۳/۲۹ است که در سطح $p \leq 0/001$ معنی دار نیستند. لازم به ذکر است که این تفاوت برای سبک تحقیرگرایانه در سطح بسیار ضعیفی معنی دار است؛ بنابراین فرض پژوهش مبنی بر تفاوت بین دو گروه مادران از لحاظ سبک های شوخ طبعی تأیید نمی شود.

جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) برای مقایسه ی میانگین های نمرات ناگویی عاطفی در مادران کودکان هنجار و مادران دارای کودکان ایتسم را نشان می دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس دوره ای چندمتغیری روی میانگین نمره های ناگویی عاطفی مادران دارای کودک ایتسم و مادران کودکان بهنجار

آزمون	ارزش	نسبت F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری (p)
اثر پیلای	۰/۳۵	۲۰/۸۲	۳	۱۱۶	۰/۰۰۱
لمبدای ویلکز	۰/۶۵	۲۰/۸۲	۳	۱۱۶	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۵۳	۲۰/۸۲	۳	۱۱۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۳	۲۰/۸۲	۳	۱۱۶	۰/۰۰۱

برای بررسی دقیق تر نتایج، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانوا در جدول ۶ نشان داده می شود.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یک راهه (در متن مانوا) بر روی نمره های اختلالات روانی مادران دو گروه

شاخص متغیر آماری	مجموع مجذورات	درجه ای آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری
دشواری در شناسایی احساسات	۳۰۴	۱	۳۰۴	۱۱/۸۲	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	۵۸۰/۸۰	۱	۵۸۰/۸۰	۴۷/۰۲	۰/۰۰۱
تفکر عینی	۵۹۸/۵۳	۱	۵۹۸/۵۳	۲۰/۵۶	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، F مشاهده شده بین گروهی برای دشواری در شناسایی احساسات برابر ۱۱/۸۲، برای دشواری در توصیف احساسات برابر ۴۷/۰۲ و برای تفکر عینی برابر ۲۰/۵ است که در سطح $p \leq 0/001$ معنی دار هستند؛ بنابراین فرض پژوهش مبنی بر تفاوت بین دو گروه مادران از لحاظ ناگویی عاطفی تأیید می شود.

بحث

در پژوهش حاضر به مقایسه ی دلسوزی نسبت به خود، شوخ طبعی و ناگویی عاطفی مادران کودکان ایتسم و مادران کودکان بهنجار پرداخته شد. نتایج تحلیل واریانس حاکی از تفاوت بین دو گروه مادران دارای کودکان از لحاظ دلسوزی نسبت به خود بود. نتایج حاصل با نتایج پژوهش های رجبی دماوندی و همکاران (۱۳۸۸)، محرابی (۱۳۸۶)، Wong (۲۰۱۶) و Faso و Neff (۲۰۱۴) همخوان [۲۸-۲۹-۱۲-۳۰] و با نتایج پژوهش Aydin (۲۰۱۵) ناهمخوان است [۳۱]. نیازهای کودکان ایتسمی به رسیدگی و مراقبت زیاد و حمایت های افراطی مادران از این کودکان، مستلزم شکیبایی، صبر و فدا نمودن اهداف شخصی از جانب مادران است که منجر به غفلت از پرداختن به خود توسط مادر و عدم دلسوزی نسبت به خود می شود؛ بنابراین در تبیین این یافته می توان گفت که احساسات والدین این افراد در ارتباط با فرآیند فرزندپروری و ادراک آنها از ناتوانی کودک بستگی دارد و پذیرش ناتوانی فرزند از سوی والدین به برقراری ارتباط موثر بین والد و کودک

بستگی دارد. وجود داشتن کودکی با نیازهای ویژه باعث افزایش احساسات منفی نسبت به خود می‌شود که باعث انزوای اجتماعی و ناامیدی می‌شود و سطح بالایی از استرس را تحمل می‌کنند، از زندگی خود رضایت کمتری دارند و در چنین شرایطی از خودشان عصبانی هستند و پیوسته خود را سرزنش و محکوم می‌کنند و به خودانتقادی می‌پردازند، موجودیت خود را دوست ندارند، با خود مهربان نبوده و قضاوت منفی می‌کنند، درد و جنبه‌های غیرقابل‌اجتناب و مشترک را در همه انسان‌ها نمی‌بینند و با بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تاسف برای خود که منجر به خوددلسوزی پایین در این افراد می‌گردد، واکنش نشان می‌دهند. در نتیجه این مادران که از دلسوزی به خود کمتری برخوردارند، از زندگی خود نیز رضایت کمتری دارند و از افسردگی و استرس بیشتری رنج می‌برند که می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی خود و کودک ایتسم نیز تاثیر بگذارد.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه مادران دارای کودکان از لحاظ شوخ‌طبعی تفاوت وجود ندارد. نتایج حاصل با نتایج پژوهش Aydin (۲۰۱۵) همخوان^[۳۲] و با نتایج پژوهش‌های محرابی (۱۳۸۶) و McGrail و Rieger (۲۰۱۳) ناهمخوان است.^[۳۳-۳۴] شوخی و طنز روشی برای غلبه بر مشکلاتی است که افراد در زندگی خود با آن روبه‌رو می‌شوند. طنز و شوخی نه تنها راهی برای توسعه‌ی روابط بین فردی است، بلکه به افراد کمک می‌کند تا تنش را به شیوه‌ای معقول بیان کنند و به‌طور کلی تنش را کاهش دهند. شوخی می‌تواند به‌عنوان پذیرش و توسعه‌ی روابط دوستانه با دیگران کمک کند. مادران کودکان ایتسمیک، با ابراز شوخ‌طبعی می‌توانند با فرزندان خود بیشتر ارتباط برقرار کنند و به‌طور مؤثر با مشکلات مقابله نمایند. از سویی دیگر، پذیرش کودک ایتسمی از سوی مادر ایشان و این که مادران این کودکان در تلاش هستند تا با دنیای اطراف خود ارتباط برقرار کنند و روابط اجتماعی خود را حفظ نموده تا بتوانند دنیای اطراف کودک خود را شاد و پرطراوت نمایند تا هم خود، کودک ایتسمی و هم سایر اعضای خانواده از این رویداد آسیبی نبینند، باعث می‌شود سعی نمایند تا بتوانند با حفظ شوخ‌طبعی خود بر مشکلات و سردی روابط و محیط اطراف غلبه نمایند؛ بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که استفاده از شوخی ممکن است به‌عنوان روشی برای مقابله با تنیدگی و استرس و داشتن نگاهی مثبت و خوش‌بینانه در مواجهه با مشکلات و به‌عنوان یک جنبه کلی مدیریت و تنظیم هیجان مطرح باشد که با شوخی احساس‌های واقعی خود را پنهان می‌کند و این فرآیند رضایت آنها را از زندگی به‌صورت کلی تحت تاثیر قرار می‌دهد.^[۳۲]

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دو گروه مادران دارای کودکان از لحاظ ناگویی عاطفی تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل با نتایج پژوهش رجبی دماوندی و همکاران (۱۳۸۸) و Szatmari (۲۰۰۸) همخوان^[۳۴-۳۵] و با نتایج پژوهش‌های Aydin (۲۰۱۵) و Abazari (۲۰۱۶) ناهمخوان است.^[۳۶-۳۷] والدین کودکان مبتلا به ایتسم از لحاظ هیجانی ضعیف‌تر از مادران کودکان عادی عمل می‌کنند. ایشان نمی‌توانند به‌خوبی در مورد موضوعی تمرکز نمایند، شخصیت ایشان کمتر انعطاف‌پذیر و غیردوستانه است و در مواجهه با تغییرات در ایجاد سازگاری مشکل دارند. مادران کودکان ایتسم، به‌شدت نسبت به درک احساسات دیگران و احساسات خود بی‌تفاوت هستند.^[۳۲] هم‌چنین، والدین این کودکان استرس و افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند؛ بنابراین احتمال دارد که این مشکلات باعث شود تا والدین کودکان ایتسم اغلب علائم هیجانی کمتری را بروز دهند. امید به سالم بودن و طبیعی بودن کودک معمولاً احساس اعتماد در والدین ایجاد می‌کند و کودک خود را می‌پذیرند، ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود. اولین شخصی که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند، مادر است. مادر وقتی با فرزند معلول خود روبه‌رو می‌شود، به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه‌ی رشد این کودکان و رویارویی با استرس‌هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، قشقرق و نداشتن مهارت مراقبت از خود باعث تضعیف کارکرد طبیعی هیجانات مادر می‌شود. از سویی دیگر، داشتن توقعات، انتظارات و عدم برآورده شدن این انتظارات موجب ناکامی و سرخوردگی افراد می‌شود و دچار مشکلات هیجانی و ناگویی عاطفی می‌گردند؛ بنابراین وجود کودکی درمانده در محیط خانواده باعث می‌شود که مادران این کودکان در شناسایی احساسات و عواطف خود ناموفق باشند و باعث نارسایی هیجانی در آنها شود. این مادران تمایل دارند در دنیای درون خود با احساساتشان مقابله کنند و از هرگونه تعامل یا ارتباطی اجتناب کنند و در نهایت منجر به مشکل در توصیف و بیان احساسات آنها می‌شود.^[۳۳]

نتیجه‌گیری

نمونه‌ی پژوهش حاضر از مادران کودکان عادی و مادران کودکان دارای فرزند ایتسم شهر اهواز انتخاب شدند؛ بنابراین در تعمیم نتایج به مادران شهرهای دیگر باید احتیاط نمود. ناهمگنی گروه‌های نمونه از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. با توجه به این که ماهیت این پژوهش توصیفی و از نوع علی پس از وقوع است، یافته‌های آن در مقایسه با روش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی از قاطعیت کمتری برخوردار است. خودارزنده‌سازی، مشکل دیگری در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها است. عدم همکاری برخی مادران به علت محافظه‌کاری ایشان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. به پژوهشگرانی که می‌خواهند در این زمینه فعالیتی داشته باشند، توصیه می‌گردد که این پژوهش را در قالب یک طرح آزمایشی انجام دهند. از طریق ایجاد مراکز مستقل، به خانواده‌های دارای فرزند ایتسمی آموزش‌های لازم داده شود. مطالعه‌ی حاضر در گروه خانواده‌های دارای کودک ایتسمی انجام شده و

تأثیر نحوه‌ی مقابله و مکانیسم‌های سازگاری در قبال مشکلات موجود مورد سنجش قرار نگرفته است؛ لذا بررسی مقایسه‌ای مشکلات خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی و اوتیسمی با خانواده‌های دارای کودک سالم و بررسی مشکلات و نحوه‌ی مقابله با آنها در خانواده‌های بیماران مبتلا به کم‌توانی ذهنی و اوتیسمی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی مادران کودکان اتیسم و مسئولین مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک شهر اهواز که در اجرای پژوهش حاضر همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Navaee, S. A., Abedanzadeh, R., Salar, S., & Sharif, M. R. (2018). The effects of positive normative feedback on learning a throwing task among children with autism spectrum disorder. *Nurs Midwifery Stud*, 7, 87-89. [In Persian]
2. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 15(3), 247-277.
3. Webster, A., Feiler, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *J Early Child Res*, 2(1), 25-49.
4. Pisula, E., & Porebowicz-Dorsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS One*, 12(10), 1-19.
5. Tomiyama, S., Kikuchi, M., Yoshimura, Y., Hasegawa, C., Ikeda, T., Saito, D. N., et al. (2018). Changes in maternal feelings for children with autism spectrum disorder after childbirth: The impact of knowledge about the disorder. *PLoS ONE* 13(8): 25-35.
6. Ogeston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
7. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehle E, Zhou X H, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 2009;13(4): 375-387.
8. Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif*, 48(6), 757-761.
9. Neff, K., Rude, S., & Patrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality trait. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
10. Arch, J. J., Brown, K. W., Dean, D. J., Landy, L. N., Brown, K. D., & Laudenslager, M. L. (2014). Self-compassion training modulates alpha amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women. *Psycho neuroendocrinology*, 42(2), 49-58.
11. Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 853-873.
12. Faso, D. J., & Neff, K. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 5, 1-11.
13. Hampes, W. (2016). The relationship between humor styles and forgiveness. *Eur J Psychol*, 12(3), 338-347.
14. Fritz, H. L., Russek, L. N., & Dillon, M. M. (2017). Humor use moderates the relation of stressful life events with psychological distress. *Personal Soc Psychol Bull*, 43(6), 845-859.
15. Zeigler-Hill, V., & Besser, A. (2013). Laughing at the looking glass: Does humor style serve as an interpersonal signal? *Evolutionary Psychology*, 11, 201-226.
16. Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
17. Cann, A., Zapata, C. L., & Davis, H. B. (2011). Humor style and relationship satisfaction in dating couples: Perceived versus self-reported humor style as predictors of satisfaction. *Humor*, 24(1), 1-20.
18. Sharkey, W. F., Park, H. S., & Kim, R. (2004). Intentional self-embarrassment. *Communication Studies*, 55(2), 379-339.
19. Rnic, K., Dozois, D. J. A., & Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Eur J Psychol*, 12(3), 348-362.
20. Boerner, M., Joseph, S., & Murphy, D. (2017). The association between sense of humor and trauma-related mental health outcomes: Two exploratory studies. *J Loss Trauma*, 22(5), 440-452.
21. Yue X, Anna MLH, Hiranandani NA (2017) How Humor Styles Affect Self compassion and Life Satisfaction: A Study in Hong Kong. *Acta Psychopathology* Vol. 3 No. 4: 41.
22. Rio, John Marshall (2005). *Motivation and Emotion*. Translated by Yahya Seyyed Mohammadi (2011). Kashmar: Publication edited.

23. Roelofs, R. L., Wingbermühle, E., Freriks, K., Verhaak, C. M., Kessels, R. P., & Egger, J. I. (2015). Alexithymia, emotion perception, and social assertiveness in adult women with Noonan and Turner syndromes. *Am J Med Genet A*, 167(4), 768-776.
24. Gleichgerrcht, E., Tomashitis, B., & Sinay, V. (2015). The relationship between alexithymia, empathy and moral judgment in patients with multiple sclerosis. *Eur J Neurol*, 22(9), 1295-1303.
25. Parker, J. D. A., 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, 269-275.
26. Ricciardi, L., Demartini, B., Fotopoulou, A., & Edwards, M. J. (2015). Alexithymia in neurological disease: A review. *Journal of Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12, 1-9.
27. Abazari, K. (2016). Expressed emotion and alexithymia in mothers of autistic children. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), and 427-419.
28. Rajabi Damavandi, G., Pushaneh, K and Ghobari Bonab, B. (2009). The relationship between personality traits and coping strategies in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Research in Exceptional Children*, Volume 2, pp. 144-133. [In Persian]
29. Mehrabi, H. (2007). Comparison of mental health of normal and exceptional parents in Gonabad city. M.Sc., Birjand University. [In Persian]
30. Wong, C. (2016). Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, 7(4), 1385-1395.
31. Ooi, K. L. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatry Dis Treat*, 12, 745-762.
32. Aydin, A. (2015). A comparison of the alexithymia, self-compassion and humor characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Procardia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 720-729. [In Persian]
33. Rieger, A., & McGrail, J. P. (2013). Coping humor and family functioning in parents of children with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 89-97.
34. Szatmari, P. (2008). Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1859-1865.
35. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(3): 266-80.
36. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
37. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*, 2(2), 85-101.
38. Basharpour, S and Shafi'i, M. (1396). The Role of Self-Compassion and Cognitive Flexibility in Predicting Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in People Exposed to thruma. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, Volume 19, Issue 4, pp. 22-12. [In Persian]
39. Aliniakraei, R., Dosti, Y., Dehshiri, GH and Heydari, M. H. (2008). Humor styles, subjective well-being, and emotional intelligence in college students. *Journal of Iranian Psychologists*, Fifth Year, No. 18, pp. 169-159. [In Persian]
40. Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and concurrent validation results. *Journal of Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
41. Nasiri, Habibollah, Latifian, Morteza and Reef, Caroline (2009). Alexithymia and its Relationship with Emotional Ability Indexes and Complaints of Physical Pain in Children and Adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Fifteenth Year, No. 3, pp. 257-248. [In Persian]
42. Çeçen, A. R. (2014). Humor styles in predicting loneliness among Turkish university parents with MR Child. *Social Behavior and Personality*, 35, 835-844.
43. Besharat, M. A. (2009). Relationship of anxiety, depression, psychological distress and Psychological Well-being. *Journal of Psychology University of Tabriz*, 3 (10): pp. 24-46. [In Persian]