



## Comparing the Effectiveness of Resilience Training Package and Positive Therapy on Social Stigma of Mothers of People Suffering from Gender Dysphoria Disorder

Delaram Badiei<sup>1</sup>, Mohsen Golparvar<sup>2\*</sup>, Asghar Aghaei<sup>3</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

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

**Corresponding Author:** Golparvar M, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Email:** [drmgolparvar@gmail.com](mailto:drmgolparvar@gmail.com)

Received: 16 July 2022

Accepted: 31 Oct 2022

### Abstract

**Introduction:** Family members of people suffering from gender dysphoria disorder from social isolation, anxiety, depression, and a decrease in mental well-being, which in turn affects the mental health of people suffering from gender dysphoria. There are several strategies to reduce the social stigma of the family members of people suffering from gender dysphoria, especially their mothers, which can be compared. The aim of the present study was to Compare the effectiveness of resilience training packages and positive therapy on the social stigma of mothers of people suffering from gender dysphoria disorder

**Methods:** This was a semi-experimental study with the design of two experimental groups and one control group with pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population of this research includes mothers who have a child with gender dysphoria and have been referred to counseling centers for treatment in Isfahan city in 1400-1401. From this population, a sample of 45 people was selected using the available sampling method. The social stigma questionnaire of Ritscher et al. (2003) was used to collect research data. Research data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements and post hoc Ben Feroni test using Spss software version 22.

**Results:** The findings of the research showed that both methods of the resilience training package and positive therapy were effective in reducing the social stigma of mothers of people suffering from gender dysphoria disorder ( $P < 0/05$ ,  $df=2$ ,  $F=3/40$ ).

**Conclusions:** According to the obtained results, it is suggested that psychologists and counselors pay special attention to the variable of resilience in the educational and treatment packages of these people and their families.

**Keywords:** Resilience, Positive psychology, Social stigma, Gender dysphoria.



## مقایسه اثربخشی بسته آموزشی تاب آوری و درمان مثبت نگر بر داغ اجتماعی مادران افراد مبتلا به ملال جنسیتی

دلآرام بدیعی<sup>۱</sup>، محسن گل پرور<sup>۲\*</sup>، اصغر آقایی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.  
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.  
۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محسن گل پرور، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: [drmgolparvar@gmail.com](mailto:drmgolparvar@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** اعضای خانواده افراد دچار ملال جنسیتی دچار انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی و کاهش بهزیستی روانی می شوند که این موضوع به نوبه خود سلامت روان افراد مبتلا به ملال جنسیتی را تحت تاثیر قرار می دهد. راهبردهای متعددی برای کاهش داغ اجتماعی اعضای خانواده افراد مبتلا به ملال جنسیتی به ویژه مادران آن ها وجود دارد که می توان به مقایسه آن ها پرداخت. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی بسته آموزشی تاب آوری و درمان مثبت نگر بر داغ اجتماعی مادران افراد مبتلا به ملال جنسیتی بود.

**روش کار:** این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی است که دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی هستند و در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مراکز مشاوره برای درمان مراجعه کرده اند. از این جامعه، نمونه ای به تعداد ۴۵ نفر و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامه داغ اجتماعی ریتسچر و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی به وسیله نرم افزار Spss نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که هر دو روش بسته آموزشی تاب آوری و درمان مثبت نگر بر کاهش داغ اجتماعی مادران افراد مبتلا به ملال جنسیتی موثر بوده است ( $F=۳/۴۰$ ،  $df=۲$  و  $p<۰/۰۵$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می گردد روان شناسان و مشاوران به متغیر تاب آوری در بسته های آموزشی و درمانی این افراد و خانواده های آنان توجه ویژه ای داشت باشند.

**کلیدواژه ها:** تاب آوری، روان شناسی مثبت، داغ اجتماعی، ملال جنسیتی.

### مقدمه

جنس خود و عدم رضایت از آن است، به حدی که باعث آزار شدید روانی او می شود و در نهایت تصمیم قطعی به تطبیق جنسیت می گیرد (۲، ۳). مشکلات روانی و عملکردی خانواده ی این افراد، از مشکلات عمده مرتبط با اختلال آنان است (۴). همچنین، اعضای این خانواده ها دچار انزوای اجتماعی،

اختلال ملال جنسیتی (Gender Dysphoria Disorder) اختلالی است که در آن فرد از جنسیت خود ناراضی و آشفته است و تمایل شدید به تغییر جنس خود دارد (۱). فرد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی معتقد به وجود اشتباه در نوع

عزت نفس، احساس گناه و خود ملامتگری، کاهش کیفیت زندگی، احساس خشم، ناامیدی و شکایات جسمی از قبیل اختلال خواب و خستگی مزمن می باشد (۱۷). مادران افراد دارای فرزند با ملال جنسیتی به راحتی دیدگاه های منفی جامعه در مورد خودشان و فرزندانشان را باور میکنند (۱۸). برخی دیگر احساس مسئولیت و سرزنش برای موقعیت فرزند را می پذیرند و بنابراین داغ اجتماعی را درونی می کنند (۱۹). مطالعات مختلف نشان می دهد از طرق و راهبردهای مختلفی می توان زمینه ارتقاء کاهش داغ اجتماعی را فراهم نمود (۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۲۴) از طرفی نتایج پژوهشی نیز نشان داده است که میان تاب آوری و داغ اجتماعی رابطه وجود دارد (۲۰). همچنین، نتایج پژوهشی (۲۵) نشان داده است که تاب آوری یک عامل میانجی در رابطه بین استیغمای اجتماعی و اجتناب اجتماعی و پریشانی بیماران است و بر داغ اجتماعی تاثیر گذار است (۲۴). تاکنون، رویکرد ارتقاء تاب آوری، گاهی از طریق رویکردهای درمانی و آموزشی حوزه های شناختی-رفتاری و گاهی نیز از طریق بسته های آموزشی خاص ارتقاء تاب آوری دنبال شده است. راه های به دست آوردن تاب آوری شامل وجود ویژگی های مانند سرسختی، خودآزایی، رویارویی، داشتن خلق و خو و احساسات مثبت است (۲۶). همچنین تاب آوری، زمینه یادگیری مهارت های شناختی (۲۷) و رفتاری به منظور چیرگی بر موقعیت های تنش آور به ویژه مدل مناسبات میان فردی را فراهم میکند. (۲۸). پژوهش نشان می دهد که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک میکند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های ناخواسته و بازگشت به وضعیت دلخواه از راه سطوح عواطف مثبت، تقویت حرمت خود و رویارویی با تجربه های منفی استفاده کند (۲۹). پژوهش صادقی، سپهوندی و رضایی فر (۳۰)، نشان داد آموزش تاب آوری خانواده سلامت روانی خانواده را افزایش و سه بعد از آن را شامل اضطراب، اختلال در کارکرد بدنی و افسردگی را کاهش داد. کاوه و همکاران (۳۱)، نیز در پژوهشی با هدف تأثیر برنامه آموزش تاب آوری بر مؤلفه های کیفیت زندگی والدین دارای فرزندان کم توان ذهنی، به این نتیجه رسیدند که این برنامه بر مؤلفه های کیفیت زندگی والدین اثرگذار است. در پژوهش دیگری نتایج نشان داد که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند (۳۲).

کاهش ارتباطات خانوادگی، کاهش بهزیستی روانی، حس تنهایی، افسردگی و اضطراب (۵)، عقب نشینی از زندگی واقعی، کاهش شرکت در محافل، کاهش یادگیری رفتارهای اجتماعی، ترس اجتماعی و ناسازگاری اجتماعی (۶)، هستند. به علاوه، شواهدی از پراکندگی مشکلات در سطح سلامت روان مادران فرزندان دارای مشکل وجود دارد (۷).

بررسی ها نشان دادند که مادران فرزندان دارای مشکلات روانی در مقایسه با مادران فرزندان عادی، سطح سلامت عمومی پایین تر و اضطراب بیشتر (۸)، احساس شرم، خجالت بیشتر و سطح پایین تر بهزیستی روانی (۹)، داشتند. بنابراین، مادران استرس و اضطراب زیادی را بابت مشکل فرزند خود از جانب تعاملات درون خانوادگی و اجتماعی متحمل می شوند (۱۰)، در اکثر اوقات چنین مادرانی نمی توانند در مقابل اتفاقات روزانه، هیجانهای خود را به گونه ای مناسب تنظیم کنند. در نتیجه شرایط آنان را به سوی راهکارهای ناکارآمدی همچون انزوای اجتماعی و قطع روابط خانوادگی سوق می دهد (۱۱).

هرچند میزان دقیق تعداد مبتلایان به ملال جنسیتی مشخص نیست اما به نظر می رسد از هر ۱۰۰۰۰ مرد یک نفر و از هر ۳۰۰۰ زن یک نفر مبتلا به اختلالات ملال جنسی است (۱۲). همچنین، به نظر می رسد ۲۵۰۰ فرد دارای اختلال ملال جنسیتی در ایران وجود دارد (۱۲). یکی از رایج ترین و چالش برانگیزترین فشارهای روانی- اجتماعی که مادران افراد دارای اختلال ملال جنسیتی با آن ها مواجه هستند، مسئله داغ اجتماعی (Social Stigma) است (۱۳). داغ اجتماعی به واسطه ارتباط، از بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسیتی به خانواده آن ها نیز سرایت می کند (۱۴). همچنین، مطالعات نشان دادند احتمالاً افراد دارای مشکلات روانی، منجر به تخریب هویت اجتماعی و ایزوله اجتماعی خانواده این افراد می گردد (۱۵). داغ اجتماعی به تدریج در هویت اجتماعی خانواده ها و به ویژه مادران افراد مبتلا به ملال جنسیتی رسوخ کرده و آنان به تدریج داغ را بخشی از هویت خود می کنند (۱۶). در واقع رفتار اشخاص مبتلا به ملال جنسیتی ممکن است منجر به بی آبرویی، بی اعتباری خانواده و قطع روابط با همسایگان، دوستان و در نهایت انزوای خانواده شود. پاسخ های فیزیولوژیکی و روانی استرس مربوط به داغ اجتماعی، زمانی رخ می دهد که فرد تهدید مربوط به خود را در جامعه احساس نموده و باور کند که ظرفیت مقابله با این تهدید را ندارد که در این صورت پیامدهای آن وخیم تر بوده و شامل کاهش

یکی دیگر از رویکردهای روان شناختی، که در چند دهه ی اخیر تأثیرات قابل توجهی را در زندگی افراد و خانواده های دارای مشکلات روانی ایجاد نموده است، رویکرد مثبت نگری می باشد (۳۳). این شاخه از روان شناسی به مطالعه علمی نیرومندی ها، شادکامی و بهزیستی ذهنی انسان می پردازد (۳۴). علاوه بر این، در مداخلات مثبت اندیش، شناسایی و ارتقاء هیجانات مثبت و توانمندی های افراد، به جای تکیه بر ضعف های آن ها، به عنوان موضوعات اصلی به شمار می رود و هیجانات مثبت و توانمندی های افراد در شادی و سلامت روان آن ها مورد توجه واقع می گردد (۳۵). افراد می آموزند تا در جهان موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصا شکل دهند، نه اینکه هر آنچه بر سرشان می آید را به گونه ای منفعلانه بپذیرند (۳۶). مهم ترین متغیرهایی که رویکرد مثبت نگر بر آن ها متمرکز است عبارتند از: عواطف مثبت (۳۷)، شادکامی و خوشبختی ذهنی که هر یک از آن ها با دیگر مؤلفه ها هم پوشی دارند. این دیدگاه بر استفاده از نقاط قوت اشخاص تأکید دارند، چرا که توجه به نقاط قوت افراد به تبع باعث کاهش نشانگان منفی و کم رنگ تر شدن نقاط ضعف افراد می شود (۳۸). از سوی دیگر در رویکرد مثبت نگر، فرض بر این است که توانایی هایی در انسان وجود دارند، مانند شجاعت، آینده نگری، خوش بینی، ایمان، امید و پشتکار که به عنوان سپری علیه بیماری های روانی عمل می کنند. در واقع، در این زمینه به جای اینکه فقط به ترمیم آسیب پرداخته شود، توانمندی ها نیز شکوفا می شود. رویکرد مثبت نگر، برای کمک به مردم جهت بهینه سازی کیفیت زندگی و بهزیستی روانی تبلور یافته است (۳۹، ۴۰، ۴۱). و بر افزایش حالت های روان شناختی مثبت مانند توکل به خدا، خوش بینی، خودکارآمدی، وظیفه شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، رضایت از زندگی، زندگی معنادار، خلق مثبت و شادمانی، اجتماعی بودن، عزت نفس و احساس ارزشمندی، احساس آرامش، قدردانی و بخشش مؤثر بوده است (۴۲).

از طرفی، پژوهش (۴۳) نشان داده آموزش بهداشت روان تأثیر چندانی بر اثرات داغ اجتماعی افراد به عنوان یک متغیر که ماهیت آسیب شناختی دارد، ندارد و به نظر می رسد بتوان با آموزش اعضای خانواده این افراد به عنوان مهمترین منابع حمایت اجتماعی که بر سلامت روان آن ها اثرگذارند (۴۴)، تأثیر این برنامه ها را بر افراد به شکل غیرمستقیم افزایش داد. زیرا وضعیت فرزندان نیز میتواند سلامت روان

اعضای خانوادهها به ویژه مادران را که میتوان گفت نقش مهمی در مراقبت فرزندان دارند، تحت تأثیر قرار دهد. در مجموع بر مبنای آنچه بیان شد، می توان چنین بیان داشت که تعداد قابل ملاحظه ای از مادران ایرانی، اثرات منفی سرپرستی فرزندان دارای ملال جنسیتی، همچنین فشارهای روانی، اجتماعی و هیجانی ناشی از داشتن فرزندان با این مشکل را تجربه می کنند و تجربه این فشارها منجر به ایجاد مشکلات روانی همچون تاب آوری و بهزیستی روانی پایین، خشم و پرخاشگری، داغ اجتماعی ادراک در آنان خواهد شد (۴۵). با توجه به اینکه این دو درمان برای کاهش اثرات شخصی و اجتماعی مشکلات روانی به کار رفته اند، در این پژوهش اثرات آن ها به منظور کاربرد بهتر آنها در متغیر داغ اجتماعی در مادران فرزندان مبتلا به ملال جنسیتی با یکدیگر مقایسه می شود. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بسته آموزش تاب آوری ویژه مادران دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی با آموزش مثبت نگری بر داغ اجتماعی این مادران است.

### روش کار

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی است که دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی هستند و در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مراکز مشاوره برای درمان مراجعه کرده اند. از این جامعه، نمونه ای به تعداد ۴۵ نفر و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. (به طور کلی تعداد ۲۰ مرکز مشاوره حاضر به همکاری شدند و در نهایت نمونه پژوهش حاضر از ۶ مرکز مشاوره شامل مراکز مشاوره شادزی، توحید، آبان، یارستان، راه عشق و یاس تشکیل شد). ابتدا شرکت کنندگان داوطلب از طریق مشاوران و درمانگران به پژوهشگر معرفی شده، سپس بر اساس ملاک های شمول مورد بررسی و انتخاب قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: ۱. سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال (لازم به ذکر است که این بازه سنی جهت افزایش شمول این ملاک انتخاب شده است)، ۱. داشتن فرزند دارای ملال جنسیتی بر اساس معیارهای نسخه پنجم راهنمایی آماری تشخیصی اختلال های روانی، ۲. داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۳. نداشتن اختلال های روانی حاد که در روند کار اختلال ایجاد نماید (به وسیله ی مصاحبه اولیه بررسی و کنترل گردید)، ۴. عدم شرکت در دوره های

## دلآرام بدیعی و همکاران

آموزش، مشاوره یا درمان هم زمان، ۵. شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش و ملاک های خروج از پژوهش شامل: ۱. غیبت بیش از دو جلسه، ۲. تشخیص وجود مشکلات روانی در طی آموزش، ۳. وجود مشکلات خانوادگی مانند طلاق و تعارض شدید در حین جلسات آموزشی. در نهایت از بین ۶۰ نفر شرکت کننده داوطلب ۴۵ نفر مادر دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی به شیوه در دسترس انتخاب شدند. زیرا یکی از محدودیت های این پژوهش یافتن این مادران و پذیرش شرکت در جلسات گروهی بود. سپس، این افراد با روش تصادفی سازی ساده در سه گروه (آمایش: ۱۵ نفر)، (آمایش: ۱۵ نفر) و (گواه: ۱۵ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه داغ اجتماعی را تکمیل کردند سپس یکی از گروه های

آموزش، مشاوره یا درمان هم زمان، ۵. شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش و ملاک های خروج از پژوهش شامل: ۱. غیبت بیش از دو جلسه، ۲. تشخیص وجود مشکلات روانی در طی آموزش، ۳. وجود مشکلات خانوادگی مانند طلاق و تعارض شدید در حین جلسات آموزشی. در نهایت از بین ۶۰ نفر شرکت کننده داوطلب ۴۵ نفر مادر دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی به شیوه در دسترس انتخاب شدند. زیرا یکی از محدودیت های این پژوهش یافتن این مادران و پذیرش شرکت در جلسات گروهی بود. سپس، این افراد با روش تصادفی سازی ساده در سه گروه (آمایش: ۱۵ نفر)، (آمایش: ۱۵ نفر) و (گواه: ۱۵ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه داغ اجتماعی را تکمیل کردند سپس یکی از گروه های

### جدول ۱: بسته تاب آوری ویژه مادران دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی (۴۶)

جلسات	شرح مداخلات درمانی
جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی مقدماتی با مفاهیم تاب آوری و اختلال ملال جنسیتی. اجرای پیش آزمون	
جلسه دوم: آموزش تابآوری در برابر تمایلات اجتنابی-گرایشی، تمرینات خودآگاهی، پذیرش و درک شرایط. شناسایی راهبردهای مقابله با استرس، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه سوم: آموزش تاب آوری در جهت مدیریت واکنش های والد، تمرینات ذهن آگاهی، مقابله با نشخوار فکری، مدیریت هیجانات دشوار (اضطراب، استرس، خشم)، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه چهارم: آموزش تاب آوری در جهت تقویت فرایند پذیرش والدین، تمرینات ذهن آگاهی، آموزش تنظیم هیجان، تقویت توانای شفقت به دیگری، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه پنجم: آموزش تاب آوری در برابر واکنش های اجتماعی، تقویت توانایی خودکارآمدی، تقویت مهارت حل مسئله و تصمیم گیری، تقویت خوشبینی، شناسایی ارزش ها و هدفمندی مجدد در زندگی، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه ششم: آموزش تاب آوری در جهت تقویت فرایند پذیرش والدین، واکنش به رنج با ملایمت و پذیرا بودن، پرورش خود شفقت رز و خودتاب آور، آموزش رهایی از خودسرزنی و خود انتقادی.	
جلسه هفتم: آموزش تاب آوری در جهت تقویت فرایند پذیرش والدین، افزایش حمایت معنوی، روانی و اجتماعی دریافت معنای جدید، خودکارآمدی، و ارائه تکلیف خانگی	
جلسه هشتم: آموزش تاب آوری در جهت تقویت فرایند پذیرش والدین، تمرینات پذیرش، ارتباط با دیگران و مدیریت استرس ها، جمع بندی و اجرای پس آزمون	

### جدول ۲. خلاصه بسته آموزشی مثبت نگر (۴۷)

جلسات	شرح مداخلات درمانی
جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی مقدماتی با مفاهیم مثبت نگری و اختلال ملال جنسیتی. اجرای پیش آزمون	
جلسه دوم: شناسایی توانمندی ها، بررسی شناسایی مسیرهای منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا)، پرورش توانمندی های خاص و هیجانات مثبت، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه سوم: آموزش تاب آوری در جهت مدیریت واکنش های والد، تمرینات ذهن آگاهی، مقابله با نشخوار فکری، مدیریت هیجانات دشوار (اضطراب، استرس، خشم)، جمع بندی و ارائه تکلیف خانگی	
جلسه چهارم: بررسی نقش خاطرات خوب و بد در حفظ علائم منفی، بررسی مفهوم بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد و هیجانات مثبت تبدیل کند، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه پنجم: شناسایی مفهوم قردانی، قناعت و خوشبینی و امید، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه ششم: آموزش مفاهیم عشق و دل بستگی، ارائه تکلیف خانگی	
جلسه هفتم: آموزش ترسیم شجره نامه توانمندی ها، موهبت زمان و ارائه تکلیف خانگی	
جلسه هشتم: انسجام لذت، تعهد و معنا، جمع بندی و اجرای پس آزمون	

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه زیر استفاده شد: پرسشنامه استیگمای درونی (Internalized Stigma Standard Questionnaire) ریتسچر (Ritsher) و همکاران (۴۸): این پرسشنامه توسط ریتسچر و همکاران (۴۸)، ایجاد گردیده و شامل ۱۷ سؤال می‌باشد که میزان استیگما بررسی می‌کند. نمره گذاری هر سؤال به صورت عبارت‌های کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. در این مقیاس حداقل نمره استیگما ۱۷ و حداکثر آن ۶۸ می‌باشد. هر قدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان دهنده‌ی داغ اجتماعی بالاتر است. اعتبار سازه این پرسشنامه در مقایسه با مقیاس‌های اندازه‌گیری سازه‌های مرتبط تأیید شد. به طوری که ISMI همبستگی مثبتی با مقیاس‌های باورهای ننگ و نشانه‌های افسردگی داشت و همبستگی منفی با مقیاس‌های عزت‌نفس، توانمندسازی و گرایش به بهبود داشت. همچنین، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد (۴۹). پیش از این روایی محتوایی پرسشنامه استیگما در ایران توسط افراد متخصص مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد (۵۰). در پژوهش حاضر از نمره کل مقیاس برای سنجش داغ اجتماعی استفاده خواهد شد. حداقل پایایی ابزار برای نمره کل، در پژوهش حاضر ۰/۷۰ بود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، حضور داوطلبان در جلسه‌های مشاوره و کسب رضایت آگاهانه کامل برای شرکت در جلسه‌ها در نظر گرفته شد. همچنین، درباره‌ی روش اجرا، هدف انجام پژوهش، زبانهای احتمالی، دستاوردها، ماهیت و مدت پژوهش به شرکت‌کننده‌ها پاسخ قانع‌کننده علمی و عملی داده شد. افزون بر این، همه‌ی مراحل اجرای پژوهش زیر نظر استاد راهنما پیش رفت. رایگان بودن جلسه‌ها، آسیب نرسیدن به شرکت‌کننده‌ها و در صورت آسیب، جبران آسیب‌ها نیز در اولویت قرار گرفت. افزون بر این این پژوهش با کد اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به ثبت رسیده است. لازم به ذکر است که جلسات آموزشی در مرکز مشاوره شادزی به صورت گروهی توسط پژوهشگر برگزار گردید و پرسشنامه بعد از اتمام جلسات توسط اعضای گروه به مدت ۱۵ دقیقه تکمیل شد. در این پژوهش از

در سطح آمار توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین‌ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش فرض‌های لازم شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا و برقراری پیش فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده به عنوان عامل درون آزمودنی و عضویت گروهی به عنوان عامل بین آزمودنی وارد تحلیل شد. جهت تعیین تفاوت بین گروهها و مقایسه دو به دو گروهها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. این تحلیل‌ها با کمک نرم افزار Spss-22 انجام شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ مادر که دارای فرزند مبتلا به مالال جنسیتی بودند، در سه گروه گواه، آزمایش (بسته تاب آوری) و آزمایش (مثبت نگر) شرکت داشتند. فراوانی سن مادران در گروه گواه تا ۴۰ سال به ۴۰ درصد (۶ مورد از ۱۵ نفر) و ۴۱ سال و بالاتر ۶۰ درصد (۹ نفر)، در گروه آزمایش (آموزش تاب آوری) تا سن ۴۰ سال ۴۰ درصد (۶ نفر از ۱۵ نفر) و ۴۱ سال و بالاتر ۶۰ درصد (۹ نفر) و در گروه آزمایش (آموزش مثبت نگری) تا ۴۰ سال ۵۳/۳ (۸ نفر از ۱۵ نفر) و ۴۱ سال و بالاتر ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) بود. لازم به ذکر است، بیشترین ترکیب سنی در گروه کنترل و گروه آموزش تاب آوری، گروه ۴۱ سال و بالاتر (هر یک به ترتیب معادل ۶۰ درصد) و در گروه آموزش مثبت نگر، گروه سنی تا ۴۰ سال (معادل ۵۳/۳ درصد) سال بوده‌اند. بیشترین ترکیب تحصیلات مادر در گروه گواه (۶۶/۷ درصد)، در گروه آموزش بسته تاب‌آوری (۶۶/۷ درصد) و گروه آموزش مثبت نگری (۶۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی کارشناسی بوده‌اند. همچنین بیشترین ترکیب شغل مادر در گروه کنترل (۶۰ درصد)، در گروه آموزش تاب آوری (۴۶/۷ درصد) و گروه آموزش مثبت نگری (۶۶/۷ درصد) در گروه شغلی آزاد و خصوصی بوده‌اند. در جدول ۳ نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و نتایج آزمون ماکنلی (پیش فرض کرویت) برای داغ اجتماعی ارائه شده است.



## دلآرام بدیعی و همکاران

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین، آزمون ام باکس و آزمون ماکنلی برای داغ اجتماعی

متغیر	زمان	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون ام باکس		آزمون ماکنلی	
		آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره (مقدار احتمال)	آماره (مقدار احتمال)	آماره (مقدار احتمال)	آماره (مقدار احتمال)
داغ اجتماعی	پیش آزمون	۰/۹۸	۰/۷۷	۰/۱۶	۰/۸۵	۱۳/۳۷ (۰/۳۱)	۰/۰۹ (۰/۰۰۱)		
	پس آزمون	۰/۹۸	۰/۶۰	۱/۷۸	۰/۱۸				
	پیگیری	۰/۹۷	۰/۴۳	۲/۸۵	۰/۰۷				

نتایج برحسب اصلاح درجه آزادی و بر مبنای آزمون گرین-هاوس-گیزر ارائه شده است. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در داغ اجتماعی برای گروه های آزمایش (آموزش تاب آوری و آموزش مثبت نگری) و گروه گواه ارائه شده است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری داغ اجتماعی دارای توزیع نرمال ( $p \geq 0.01$ ) و برابری واریانس خطا بوده است. نتایج آزمون ام باکس نیز حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس است، اما آزمون ماکنلی، حاکی از آن است که پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در این مورد

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار داغ اجتماعی گروه های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه کنترل		آموزش تاب آوری		آموزش مثبت نگری	
		SD	M	SD	M	SD	M
داغ اجتماعی	پیش آزمون	۶/۵۴	۴۷/۴۷	۷/۳۷	۴۹/۹۳	۷/۲۷	۴۶/۹۳
	پس آزمون	۶/۶۲	۴۷/۰۷	۵/۶۴	۴۷/۲۷	۱۲/۱۴	۳۸/۹۳
	پیگیری	۵/۹۱	۴۶/۸۰	۴/۸۲	۴۶/۰۷	۱۰/۴۶	۳۹/۹۳

آزمون (۴۷/۷) و مرحله پیگیری (۴۶/۸۰) تغییرات بیشتری را نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده برای داغ اجتماعی در جدول ۵ ارائه شده است.

چنان که در جدول ۴ مشاهده می شود، در داغ اجتماعی، گروه آموزش تاب آوری (۴۷/۲۷) و آموزش مثبت نگری (۳۸/۹۳) در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری (به ترتیب ۴۶/۰۷ و ۳۹/۹۳) نسبت به گروه کنترل در مرحله پس

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای داغ اجتماعی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
داغ اجتماعی	زمان	۴۲۶/۱۸	۱/۰۵	۴۰۶/۴۹	۹/۳۶	۰/۰۰۳	۰/۱۸	۰/۸۶
	تفاعل زمان×گروه	۲۶۴/۷۱	۲/۱۰	۱۲۶/۲۴	۲/۹۱	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۶۰
	خطا	۱۹۱۱/۷۸	۴۴/۰۳	۴۳/۴۲	-	-	-	-
	گروه	۹۱۶/۸۴	۲	۴۵۸/۴۲	۳/۴۰	۰/۰۴۳	۰/۱۴	۰/۶۱
	خطا	۵۶۵۸/۸۹	۴۲	۱۳۴/۷۳	-	-	-	-

آزمایش با یکدیگر و یا با گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، مقدار ضریب (۰/۱۴) اتا حاکی از اثرگذاری آموزش ها بر داغ اجتماعی است. در جدول ۶ نتایج آزمون تقییبی بونفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و بین سه گروه پژوهش با یکدیگر در داغ اجتماعی ارائه شده است.

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت (جدول ۳)، چنان که در جدول ۴ مشاهده می شود در داغ اجتماعی در بخش اثر درون گروهی عامل زمان ( $F=9.36, df=1/0.5$ ) و  $p < 0.01$  و تعامل عامل زمان و گروه ( $F=2.91, df=2/1.0$ ) و در بخش اثر بین گروهی، عامل گروه ( $F=3.40, df=2$ ) معنادار هستند. این نتیجه نشان می دهد که در متغیر داغ اجتماعی بین حداقل یکی از دو گروه

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه عامل زمان و گروه در داغ اجتماعی

اثر	زمان مینا	زمان مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار احتمال
درون گروهی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۶۹	۱/۲۸	۰/۰۲
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۸۴	۱/۱۶	۰/۰۰۶
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۲۵	۱
بین گروهی	گروه کنترل	گروه تاب آوری	۰/۶۴	۲/۴۵	۱
	گروه کنترل	گروه مثبت نگری	-۵/۱۸	۲/۴۵	۰/۱۲
	گروه تاب آوری	گروه مثبت نگری	۵/۸۲	۲/۴۵	۰/۰۵

بر کاهش استیگمای اجتماعی با تقویت توانمندیها و تاب‌آوری افراد مبتلا به ایدز و پژوهش (۲۲) مبنی بر تاثیر مثبت آموزش شفقت‌ورزی بر تحمل استرس مادران؛ پژوهش (۵۱)، مبنی بر بهبود نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی از طریق درمان مبتنی بر ذهن آگاهی؛ پژوهش (۳۶) مبنی بر موثر بودن آموزش مثبت نگری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت در زنان پرستار همسو است. زیرا در این پژوهش‌ها آموزش مثبت نگری توانسته است با افزایش متغیرهای مثبتی مانند تاب‌آوری، بخشش و شادکامی بر متغیرهای آسیب‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و داغ اجتماعی اثرگذار باشد و مستقیماً نیز به کاهش آنها بپردازد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مثبت نگری به عنوان یک درمان کوتاه مدت می‌تواند از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌های افراد و افزایش معنا در زندگی‌ها بهزیستی روان‌شناختی افراد ابعاد آن را کاهش دهد و از سوی دیگر نشانه‌های اختلالات روانی افراد را کاهش دهد (۴۱). بنابراین، افراد نمونه این پژوهش در طی جلسات آموزشی با مفاهیم جدیدی روبه‌رو میشوند که افکار و باورهای گذشته آنها را به چالش وامی‌دارد و با پیدا کردن معنایی که در بطن رنج آنها قرار دارد و اهمیت احساس لذت بخاطر وجود دیگر نقاط مثبت زندگی و بخشش خود و دیگران که به آنها با رفتارهایشان صدمه زده‌اند، نگرانی‌ها و مشکلات روانشناختی خود را کاهش میدهند (۴۷). در واقع با تغییر افکار و باورهای رفتار درمانی شناختی مثبت نگر مادران می‌تواند عواطف منفی کمتری تجربه کنند و عواطف مثبت جایگزین عواطف منفی حاصل از افکار ناکارآمد شود (۵۲). این آموزش با بهره‌گیری از فنونی مانند مدیریت هیجانات دشوار، پرورش توانمندی‌های خاص، آشنایی با مفهوم بخشش در پذیرش

چنان‌که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در متغیر داغ اجتماعی، بین مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ )، ولی بین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). همچنین بین دو گروه آموزش تاب‌آوری و آموزش مثبت نگری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ )، ولی بین گروه آموزش تاب‌آوری و گروه آموزش مثبت نگری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). با توجه به نتایج ارائه شده بین دو گروه آموزش تاب‌آوری و آموزش مثبت نگری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین گروه آموزش تاب‌آوری و گروه آموزش مثبت نگری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و آموزش مثبت نگر بر کاهش داغ اجتماعی مادران دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی انجام شد. نتایج نشان داد که بین گروه آموزش تاب‌آوری و گروه آموزش مثبت‌نگری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود دارد و آموزش تاب‌آوری و آموزش مثبت نگری بر کاهش داغ اجتماعی موثر هستند. همچنین، این پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری در مقایسه با آموزش مثبت‌نگری تاثیر بیشتری بر کاهش داغ اجتماعی مادران دارای فرزند مبتلا به ملال جنسیتی دارد. این یافته به طور مستقیم با نتایج پژوهش توفیقی و همکاران (۲۰)، مبنی بر موثر بودن آموزش تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بر داغ اجتماعی و تحمل روانی مادران فرزندان مبتلا به فلج مغزی (۴۱)، مبنی بر تاثیر مثبت روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های اختلالات روانی و بهزیستی بیماران مبتلا به ام‌اس؛ و به صورت غیر مستقیم با نتایج پژوهش (۵۰) مبنی



راهبردهای حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و کاهش بکارگیری راهبردهای منفی مانند اجتناب از مساله منجر به افزایش استقامت (۲۰) مادران فرزندان دارای مبتلا به ملال جنسیتی شد. در نهایت می توان گفت که آموزش تاب آوری در سطح شناختی، هیجانی و رفتار به مادران کمک می کند تا خودسرزندی را متوقف کنند، هیجانات منفی خود را که مربوط به نگاه دیگران به مشکل فرزندانشان است، مدیریت کنند، به آسانی آشفته نشوند و در ارتباطات خود واکنش های رفتاری مناسبی را نشان دهند. زیرا دیگر به رنج خود به عنوان یک ننگ نگاه نمی کنند بلکه آن را روشی برای رسیدن به معنا تلقی می کنند. این دید باعث می شود که این افراد خوش بینانه و هدفمند به زندگی خود ادامه دهند و در نتیجه خود و فرزندشان بهزیستی روانی بیشتری را تجربه کنند (۴۶).

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تاب آوری و مثبت نگری بر کاهش داغ اجتماعی مادران فرزندان مبتلا به ملال جنسیتی موثر هستند. از طرفی، یافته دیگر این پژوهش این بود که آموزش تاب آوری نسبت به آموزش مثبت نگری تاثیر بیشتری بر کاهش داغ اجتماعی مادران فرزندان مبتلا به ملال جنسیتی داشته است. نتایج این پژوهش می توان برای مشاوران، روان شناسان، خانواده درمانگران و سازمان هایی که با افراد دارای ملال جنسیتی برخورد دارند، مفید باشد. همچنین، این پژوهش دارای محدودیت هایی نیز بود. از جمله می توان به روش نمونه گیری آن اشاره کرد؛ زیرا افرادی که شامل نمونه پژوهش حاضر می شدند، کمتر در دسترس بودند و تمایل کمی به شرکت در پژوهش داشتند، بنابراین، باید در تعمیم نتایج این پژوهش محتاط بود. همچنین، از آنجا که این پژوهش در یک شهر و برای یک جنس (زن) انجام گرفته است، بنابراین نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها و پدران فرزندان دارای ملال جنسیتی نیست. از این رو، پیشنهاد می شود که این پژوهش در سایر مناطق و برای مردان نیز اجرا شود. به طوری که در پژوهش های آتی اثر بخشی این بسته های آموزشی بر مادران و پدران فرزندان دارای ملال جنسیتی نیز مقایسه گردد. همچنین، پیشنهاد می گردد که درمان تاب آوری با رویکرد های درمانی مثبت نگری و نه صرفا بسته آموزشی آن و با دیگر درمان هایی که می توانند بر داغ اجتماعی

هیجانات دشوار مانند خشم، آشنایی با مفاهیمی مانند عشق، امید خوش بینی و در نهایت رسیدن به معنای رنج خود به مادران کمک کرد تا بتوانند با داغ اجتماعی مربوط به ملال جنسیتی فرزندان خود سازگار شوند (۴۲). بنابراین، در پایان جلسات افراد می توانند آمادگی بیشتری برای بخشش خود و دیگران، امیدوار بودن و خوش بین بودن نسبت به زندگی حال و آینده فرزند خود و مدیریت بهتر هیجانات شدید داشته باشند و با دید جدیدی که حاصل از نگاه متفاوت به رنج خود است، با آرامش بیشتری با حوادث حال آینده خود برخورد نمایند.

همچنین، بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که از آموزش مثبت نگری بیشتر برای افزایش متغیرهای مثبت روان شناختی به کار گرفته شده است. از همین رو پژوهشی که اثربخشی این بسته آموزشی را بر متغیری مانند داغ اجتماعی نشان دهد، وجود نداشته است که این می توان دال بر این موضوع باشد که پژوهشگران تمایل کمتری برای بکارگیری این روش بر بهبود مسائل عمیقی مانند اختلال روان شناختی شدید داشته باشند و ترجیح می دهند از روش ها و درمان های مناسب تری که پژوهش ها تایید کرده اند مانند روان درمانی مثبت نگر و یا درمان ترکیبی مانند درمان شناختی- رفتاری مثبت نگر، استفاده نمایند. در تبیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر داغ اجتماعی مادران فرزندان مبتلا به ملال جنسیتی می توان گفت که این روش با بکارگیری فنون ذهن آگاهی باعث می شود مادران با طرحواره ها و نگرش خود به اختلال فرزند خود تغییرات شناختی پیدا کنند و در نتیجه تحمل نگاه جامعه برای آن ها تسهیل شود. از طرفی، آموزش شفقت باعث افزایش تحمل پریشانی و بهبود ارتباطات این زنان می شود (۲۱). همچنین، آموزش تاب آوری باعث می شود که مادران پذیرش بیشتری نسبت به اختلال فرزند خود نشان دهند، آرامش خود را در شرایط استرس زا حفظ کنند، در مواجهه با موانع منعطف باشند، از حل مسائل اجتناب نکنند و امیدواری و خوش بینی خود را در شرایط دشوار حفظ کنند (۲۰) براساس این آموزش مادران با مدیریت هیجانات خود می توانند پس از تجربه حوادث ناخوشایند مرتبط با اختلال فرزند خود، راحت تر نیز به حالت طبیعی خود بازگردند (۲۰). همچنین، آموزش تاب آوری باعث می شود که افراد خودکارآمدی بیشتری را تجربه کنند و از این طریق تحمل روانی بیشتری نشان دهند. به علاوه، با استفاده از

نویسنده اول در دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.209 می باشد. نویسندگان بر خورد لازم می دانند از شرکت کنندگانی که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی کنند.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

اثرگذار باشند، به منظور شناخت موثرترین روش، مقایسه گردد. در نهایت، پیشنهاد می گردد در پروتکل های آموزشی و درمانی این افراد به تاب آوری در کنار دیگر متغیرها توجه ویژه ای شود. همچنین پژوهش کیفی با هدف نیازسنجی این افراد به لحاظ مشکلات روان شناختی اجرا و با توجه به آن یک بسته آموزشی و درمانی تهیه گردد.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری رشته مشاوره

### References

1. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
2. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(3):220-3. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131>
3. Salmaniklan M, Kiamarhi A. Comparison of self-regulation behaviors, social cognition and behavioral brain systems in people with and without gender dysphoria. *Clinical Psychology*, 2022; <https://doi.10.22075/jcp.2022.26173.2399>
4. Cartaya J, Lopez X. Gender dysphoria in youth: a review of recent literature. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. 2018;25(1):44-8. <https://doi.org/10.1097/MED.000000000000378>
5. Levitan N, Barkmann C, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Becker-Hebly I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;28(11):1487-98. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
6. Shairi M, Mantashloo S, Heydarinasab L. An pathology approach in the realm of culture and family: differentiating the projections of people with gender dysphoria disorder in the Rorschach test. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2019;9(1):1-14.
7. Sawyer MG, Bittman M, La Greca AM, Crettenden AD, Harchak TF, Martin J. Time Demands of Caring for Children with Autism: What are the Implications for Maternal Mental Health?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010;40(5):620-8. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0912-3>
8. Bayrakli H, Kaner S. Investigating the Factors Affecting Resiliency in Mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2012;12(2):936-43. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ981825.pdf>
9. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of intellectual disability research*. 2005;49(9):657-671.
10. Nikrah N, Zare M, Khakbaz H. Effectiveness of Social Problem-Solving Group Training on Increasing the Resiliency of Mothers with Addicted Children. *Social Welfare*. 2015;15(56):185-99. URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2071-en.html>
11. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: A clinician's guide: Guilford Publications; 2021.
12. Ghazanfari F, Khodarahimi S, Pourkord M, Karmi A. Sexual boredom disorder: diagnosis, theory and intervention. *Scientific Journal of Roish Psychology*. 2018; 6(4):9-28. <https://www.sid.ir/paper/224182/fa>
13. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S. Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2013;8(12):e82116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082116>
14. Mak WWS, Cheung RYM, Law RW, Woo J, Li PCK, Chung RWY. Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. *Social Science & Medicine*. 2007;64(8):1549-59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.12.003>
15. Farzi S, Shamsaei F, Tapak L, Sadeghian E.

- Relationship Between the Stigma and the Family Performance of Psychiatric Patients. *Iran J Nurs Res.* 2020;14(6):1-8.
16. Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry.* 2009;8(2):75-81. <https://doi.org/10.1002/j.20515545.2009.tb00218.x>
  17. Feldman DB, Crandall CS. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of social and clinical psychology.* 2007;26(2):137-154. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.137>
  18. Turnock A, Langley K, Jones CR. Understanding stigma in autism: a narrative review and theoretical model. *Autism in Adulthood.* 2022;4(1):76-91. <https://doi.org/10.1089/aut.2021.0005>
  19. Mak WW, Kwok YT. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine.* 2010;70(12):2045-2051. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.023>
  20. Tofighi Z, Aghaei A, Gol Parvar M. Comparing effectiveness of resilience and emotion regulation on perceived social stigma and mental endurance in the mothers of the children with cerebral paralysis (CP). *Psychology of Exceptional Individuals.* 2018;7(28):71-93.
  21. Tuiserkani A, Panideh Garm, Bani Jamali S, Deshiri G. Comparing the effectiveness of positive therapy methods and self-review on increasing mental well-being and resilience of mother students. *Positive psychology research paper.* 2016; 3(3): 1-16. [doi: 10.22108/ppls.2018.106470.1228](https://doi.org/10.22108/ppls.2018.106470.1228)
  22. Reisi H, sharifi T, ghazanfari A, charami M. Effectiveness of self-compassion training on social stigma and distress tolerance in the mothers of children with cerebral palsy. *Psychological Sciences* 2020; 19 (93):1197-1200. URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-361-fa.html>
  23. Shayeste Mehr, S., Asgari, L., Torabie, A. Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Education on Stigma and Self-Care in Elderly with Empty Nest Syndrome. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy,* 2021; 10(38): 1-10.
  24. Mohammadi K, Tejali P, Ghanbari Panah A. Effectiveness of resilience training program on parenting stress of mothers of female students with cerebral palsy. *Educational cultural quarterly for women and family.* 2022; 23;17(60):223-249.
  25. Kartal N, Arıkan G, Seyhan F, Aydan S. Mediator roles of resilience and intolerance of uncertainty in the effect of healthcare professionals’ coronavirus stigma on stress. *International Journal of Healthcare Management.* 2022:1-8. <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2079588>
  26. Zhao Q, Huangfu C, Li J, Liu H, Tang N. Psychological Resilience as the Mediating Factor Between Stigma and Social Avoidance and Distress of Infertility Patients in China: A Structural Equation Modeling Analysis. *Psychology Research and Behavior Management.* 2022;15:391. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S354803>
  27. Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy.* 2012;4(1):74. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
  28. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women’s Health.* 2019;15:1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
  29. Vincent EC. Gender differences in protective factors associated with educational, emotional and dual domain resilience: Indiana University. 2007.
  30. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Lu J, Harvey R, Bleecker F. The personality construct of hardiness: II. Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. *Journal of research in personality.* 2002;36(1):72-85. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2337>
  31. Rezaeifar N, Sadeghi M, Sepahvandi M. The effect of family resilience training on mental health of mothers whose children mind retarded. *Family Counseling and Psychotherapy.* 2017;6(1):57-78.
  32. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a Resilience Fostering Program against Stress and Its Impact on Quality of Life Components in Parents of Children with Mild Intellectual Disability. *Journal of Exceptional Children.* 2011;11(2):119-140. URL: <http://joec.ir/article-1-242-fa.html>
  33. Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of Positive Emotions: Emotion Regulation Strategies that Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies.* 2007;8(3):311-33. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
  34. Wong PT. Cross-cultural positive psychology. *Encyclopedia of Cross-cultural Psychology* Oxford, UK: Wiley Blackwell Publishers Retrieved from <http://www.drpaulwong.com/cross-cultural-positive-psychology.2013>. <https://doi.org/10.1002/9781118530066.ch13>

- [doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp426](https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp426)
35. Lopez SJ, Pedrotti JT, Snyder CR. Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths: Sage publications. 2018.
  36. Dasht Bozorgi Z, Shamshirgaran M. Effectiveness of Positive Training on Social Competence and Health Hardiness in Nurses. *Positive Psychology Research*. 2018;4(2):13-24. <https://doi.org/10.22108/pppls.2018.107380.1257>
  37. Csikszentmihalyi M, Larson R. *Flow and the foundations of positive psychology*: Springer. 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>
  38. Hasanvandi S, Ghazi S, Ghadampour EL. The effect of positive therapeutic program on psychological well-being of women with ADHD children. *Scientific Magazine Yafte*. 2017;19(2):30-40. URL: <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2542-fa.html>
  39. Zorrahim R., Vahidi S., Mohib N. The effectiveness of positive psychotherapy on the quality of life in women affected by marital infidelity. *community health* 2019; 14(1):32-40 <https://doi:10.22123/chj.2020.208130.1382>
  40. Jalali N, Khalowi Q, Seyed Reza M. Determining the effectiveness of positive psychotherapy on the mental well-being and quality of life of veterans' wives. The second national conference and the first international conference on new researches in humanities. 2014.
  41. Javidan L, Aslani J. Effect of Positive Psychotherapy on the Symptoms of Mental Disorders and Well-being in Multiple Sclerosis Patients. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8(6):88-101. <https://www.sid.ir/paper/366417/en>
  42. Farnam A, Madadzade T. Effect of Positive Training on Positive Psychological States (Character Strengths) of Female High School Students. *Positive Psychology Research*. 2017;3(1):61-76. <https://doi.org/10.22108/pppls.2017.96495.0>
  43. Hobson H. The effect of mental health education on reducing stigma and increasing positive attitudes toward seeking therapy: Humboldt State University. 2008. <https://scholarworks.calstate.edu/concern/theses/9z903237r>
  44. Fathi K, Shirmardi S, Mahar Z, Koraei A. Predicting Corona disease anxiety based on maladaptive schemas of abandonment, vulnerability to harm and disease, and perceived social support. *RJMS*. 2021; 28 (7) :16-25 URL: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6802-fa.html>
  45. Mozaffaripour M, Kordmirza-Nikozadeh A, Sedaghat M. Comparing the social adjustment of mothers with children with gender identity disorder (transsexual or TS) with mothers with normal children. *Family and research*. 2020; 48(17):143-160.
  46. Badieli D. Development of resilience training package for mothers of people suffering from gender boredom and comparing its effectiveness with positivity training package on resilience, psychological well-being, social adaptation, social stigma and interpersonal forgiveness. *Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan)*. 2022.
  47. Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*. 2002;2(2002):3-12.
  48. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003;121(1):31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
  49. Gholami R, Naimi A. The effect of reality therapy on the stigma of mothers of children with developmental and mental disabilities. *Psychology of exceptional people*. 2017; 7(27):209-36. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.24534.1618>
  50. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yuniastuti E, Santella AJ, Ranauta A, et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Diseases*. 2020;26:103-11. <https://doi.org/10.1111/odi.13585>
  51. Osaty K, Salehi M. The effectiveness of mindfulness-based therapy on depression, anxiety and stress syndrome in patients with GDD. The fourth conference of psychology, social sciences and humanities. 2020. <https://civilica.com/doc/999199/>
  52. Ghre Daghi A, Komeylipour F. The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on the Positive and Negative Affect of women with spouse with Mental Disorders. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2019;10(38):177-94. <https://doi.org/10.22054/QCCPC.2019.40597.2094>