Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 22, Issue 4

Comparison of the Mindful Parenting Training and Transdiagnostic Treatment on Parenting Stress and Self-Compassion in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Nasim Koohzad[1], Parviz Askari[2], Alireza Heidarei[3], Somayeh Esmaeili[4],Reza Joharifard[5]

1. PhD student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. (Corresponding author) * Professor, Department of Psychology Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Professor, Department of Psychology Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abstract

Aim and Background: Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental disorder that affects a person's social interactions, communication, and behaviors. The prevalence of autism is increasing worldwide. Meanwhile, the experience of caring for a person with autism is a special and unique experience that creates a lot of stress for their parents. Therefore, the purpose of this study is to conduct mindful parenting training and transdiagnostic treatment on parental stress and self-compassion in mothers of children with autism spectrum disorder.

Methods and Materials: The design of this research is a quasi-experimental one with pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of this study included all mothers with children with autism spectrum disorder in the age range of 5-12 years who referred to autism centers in Mashhad in 2024. The sampling method in the first stage was based on purposeful sampling, and 45 mothers of children with autism spectrum disorder who met the criteria for inclusion in the study were randomly assigned to three groups of 15: two experimental groups and one control group. Research tools included the Parenting Stress Index and the Self-Compassion Scale. In this study, treatment sessions were conducted based on the treatment protocol of the mindful parenting method of Bögels and et al. (2014) and the transdiagnostic treatment program of Barlow and et al. (2011). Data were analyzed using SPSS software.

Findings: The results obtained from repeated measures analysis of variance showed that both mindful parenting interventions and transdiagnostic treatment were able to improve parental stress and self-compassion in the post-test and follow-up stages compared to the control group ($P<0.01$).

Conclusions: Mindful parenting training and transdiagnostic therapy by teaching mothers appropriate methods of dealing with children with autism spectrum disorder improved emotional regulation and self-compassion skills, as well as reduced stress in mothers of children with autism spectrum disorder.

Keywords: Autism spectrum disorder, mindful parenting, parenting stress, self-compassion, transdiagnostic treatment.

Citation: Koohzad N, Askari P, Heidarei A, Esmaeili S, Joharifard R. **Comparison of the Mindful Parenting Training and Transdiagnostic Treatment on Parenting Stress and Self-Compassion in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.** Res Behav Sci 2025; 22(4): 735-746.

* Parviz Askari,
Email: Askary47@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و خودشفقتی مادران دارای کودک اوتیسم

نسیم کوهزاد [۱]، پرویز عسکری [۲]، علیرضا حیدرئی [۳]، سمیه اسماعیلی [۴]، رضا جوهری فرد [۵]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استاد، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روان شناسی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران.

۵- استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی-رشدی است که بر تعاملات اجتماعی، ارتباطات و رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد. شیوع اختلال طیف اوتیسم در سراسر جهان در حال افزایش است. در این بین تجربه‌ی مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تجربه‌ای ویژه و اختصاصی است که تنش‌های زیادی را برای والدین آنان فراهم می‌آورد. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و خودشفقتی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است.

مواد و روش‌ها: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم در دامنه سنی ۱۲-۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز اوتیسم شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بودند. روش نمونه‌گیری در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری در دسترس بود و تعداد ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارای شرایط ورود به پژوهش به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل شاخص استرس والدینی (آبیدین، ۲۰۱۲) و پرسشنامه خودشفقتی (نف و همکاران، ۲۰۰۳) بود. در این پژوهش جلسات درمانی بر اساس پروتکل درمانی روش فرزندپروری ذهن آگاهانه باگلز و همکاران (۲۰۱۴) و برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۱) اجرا شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که هر دو مداخله فرزندپروری ذهن آگاهانه و درمان فراتشخیصی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه توانسته است که استرس والدینی و خودشفقتی را بهبود بخشد ($P<0.01$).

نتیجه‌گیری: آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه و درمان فراتشخیصی با آموزش روش های مناسب برخورد با کودک دارای اختلال اوتیسم به مادران باعث بهبود تنظیم هیجانی و مهارت خودشفقتی و همچنین کاهش استرس در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اتیسم، استرس والدینی، خودشفقتی، درمان فراتشخیصی، فرزندپروری ذهن آگاهانه.

ارجاع: کوهزاد نسیم، عسکری پرویز، حیدرئی علیرضا، اسماعیلی سمیه، جوهری فرد رضا. **مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و خودشفقتی مادران دارای کودک اوتیسم**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۴): ۷۳۵-۷۴۶.

*- **پرویز عسکری،**

رایانامه: Askary47@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی–رشدی است که بر تعاملات اجتماعی، ارتباطات و رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد. این اختلال به صورت طیفی در نظر گرفته می‌شود، به این معنا که افراد مبتلا می‌توانند درجات مختلفی از شدت و ویژگی‌های رفتاری را تجربه کنند. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اوتیسم به عنوان یک اختلال طیفی تعریف شده است که شامل دو حوزه اصلی می‌شود: نقص در ارتباطات اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری (۱). شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است. بر اساس گزارش‌های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها ایالات متحده، در سال ۲۰۲۳، شیوع اوتیسم در آمریکا به حدود ۱ مورد در هر ۴۴ کودک رسیده است(۲). در ایران، مطالعات محدودی درباره شیوع اختلال طیف اوتیسم انجام شده است. بر اساس پژوهش‌های موجود، نرخ شیوع اوتیسم در کشور به طور تقریبی بین ۱ درصد در کودکان می‌باشد. این مطالعات نشان‌دهنده افزایش آگاهی و تشخیص بهتر این اختلال در سال‌های اخیر در ایران و جهان است (۳).

در این بین تجربه‌ی مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تجربه‌ای ویژه و اختصاصی است که تنش‌های زیادی را برای والدین آنان فراهم می‌آورد. پژوهش‌ها بیان می‌کنند که پیامدهای این تجربه ناخوشایند است و اثرات منفی روانی، عاطفی و خانوادگی را به دنبال دارد. در واقع با توجه به چالش‌های رشدی، رفتاری و اجتماعی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم، مراقبین کودکان مبتلا به این اختلال عموماً سطح بالاتر از حد متوسط استرس را تجربه می‌کنند (۴و۵). همچنین پژوهشگران گزارش کرده‌اند که کودک مبتلا به اوتیسم به طور ویژه‌ای می‌تواند بر سلامت روان مادر اثر بگذارد. در واقع نقش اصلی در مدیریت خانواده، تربیت کودک و چالش‌های مربوط به آن بر عهده‌ی مادران است که این مسئولیت می‌تواند منجر به استرس در آنان شود (۶). مطالعات در این زمینه نیز نشان داده است که مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان عادی سطوح بالاتری از استرس و اضطراب را نشان می‌دهند (۷).

در این بین یکی از متغیرهایی که می‌تواند به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به ویژه مادران آنان کمک نماید، خودشفقتی[1] است. خودشفقتی راهبردی جهت انطباق با شرایط سخت و استرس‌زا است. افراد با خودشفقتی بالا قادر هستند که در شرایط و رخدادهای منفی با خود به مهربانی و عطوفت رفتار کنند؛ در واقع خودشفقتی به توانایی مهربانی و کمک به خود در مواقع خطا و ناامیدی اشاره دارد. این روش ارتباطی سالم با خود است که حمایت و شفقتی که معمولاً ممکن است در مواقعی از یک دوست دریافت کنیم، در خود درونی می‌کنیم (۸).

خودشفقتی در مادران منجر به بهبود عملکرد انطباقی می‌شود و سپر محافظتی در برابر آشفتگی هیجانی و استرس در رابطه با کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است. همچنین خودشفقتی با کاهش استرس ادراک‌شده توسط فرد و افزایش انگیزه همراه است. پژوهش‌ها حاکی از این است که خودشفقتی برای بهزیستی روانی لازم است و ضروری است. این می‌تواند به این دلیل باشد که خودشفقتی به عنوان مکانیسمی از تنظیم هیجان برای سازگاری فرد عمل می‌کند. در واقع این یک راهبرد سازگارانه تنظیم هیجانی برای فرد است (۹).

با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اوتیسم در ایران و مشکلات و چالش‌های والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به ویژه مشکلات مادران آنان، لزوم مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی آنان احساس می‌شود. در این میان یکی از مشکلات مادران چالش‌هایشان در برابر فرزندپروری است که یکی از آموزش‌ها در این زمینه، آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی است. فرزندپروری مبتنی بر ذهن‌آگاهی[2] عبارت است از حضور آگاهانه‌ی والدین در زمان حال و توجه‌ی بدون قضاوت نسبت به خانواده و فرزندان و سبک‌های فرزندپروری‌ای که منجر به درک عمیق‌تر فرزندان و خودشان می‌شود. این آگاهی لحظه به لحظه بدون قضاوت می‌تواند به والدین در تعامل با فرزندانشان، ارتباط کلامی و غیرکلامی و در دسترس بودن عاطفی کمک کند (۱۰).

علاوه بر این، هنگامی‌که والدین استرس فرزندپروری را تجربه می‌کنند، می‌تواند از نظر آگاهی، پذیرش و تنظیم استرس به آن‌ها کمک کند و در نتیجه والدین کمتر احتمال دارد که به دلیل استرس واکنش تکانشی نسبت به فرزندان خود داشته باشند، تصمیم‌گیری آگاهانه‌تری می‌گیرند و همچنین پرشورتر هستند و درک بهتری از خود در لحظات سخت دارند (۱۱). در

1 Self-compassion
2 mindfulness parenting

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOI: 10.48305/22.4.735]

فرا تحلیلی که به بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر استرس والدینی و پیامدهای آن بر والدین و فرزندانشان پرداخته بود، نتایج نشان داد که مداخلات ذهن آگاهی برای والدین می‌تواند منجر به کاهش استرس والدینی شده و تعاملات آنان را با فرزندانشان بهبود ببخشد و نیز آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه برای مادرانی که کودکان نوپا دارند منجر به افزایش خودشفقتی، بهبود واکنش‌پذیری بیش‌ازحد[1]، کاهش علائم اضطراب و افسردگی در آنان شده بود (۱۲).

از آنجایی که اطلاع ابتلای کودک به اختلال طیف اوتیسم، فشار و استرس شدیدی ایجاد می‌کند و به دلیل مادام‌العمر بودن این اختلال و مشکلات فرزندپروری کودک اوتیسم چالش‌های فراوانی را برای مادران آنان ایجاد می‌کند، توجه به هیجانات مادران اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند؛ بنابراین به کار بردن درمانی که بر روی هیجانات تمرکز دارد و در جهت مقایسه با آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه به کار برده شود، به عنوان خلاء پژوهشی احساس شد؛ بنابراین، در پژوهش حاضر درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان درمان مقایسه‌ای با آموزش فرزندپروری ذهن آگاهانه انتخاب شد. درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی مشکلات هیجانی متمرکز است که هدف آن یکپارچه کردن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی است و هدف آن کسب مهارت‌هایی است که مراجعین را در مدیریت مؤثر هیجانات منفی توانمند نماید (۱۳). در واقع در این درمان با تمرکز بر هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگارانه مدیریت و تنظیم هیجان مانند اجتناب و سرکوبی و آموزش مواجهه با هیجانات ناخوشایند به مادران کودکان اوتیسم یاد خواهد داد که با مشکلات ناشی از فرزند خود به دید بهتری نگاه کنند و به مقابله با مشکلات خود بپردازند (۱۴).

بنابراین، با توجه به استرس‌ها و چالش‌های والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همچنین کمبود شواهد مقایسه روش های آموزش فرزندپروی و درمان های نوظهور پژوهش حاضر با هدف کمک به مادران این کودکان تدوین شد و به دنبال کاهش مشکلات و فشارهای آنان بود؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و خودشفقتی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اثربخش هستند و کدام‌یک از این درمان‌ها مؤثرتر هستند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش به‌صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و دوره پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم در دامنه سنی ۱۲–۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز اوتیسم شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بودند. روش نمونه‌گیری در مرحله اول بر اساس نمونه‌گیری در دسترس بود و با توجه به طرح پژوهش که به‌صورت نیمه آزمایشی بوده و پژوهش‌های پیشین تعداد ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم دارای شرایط ورود به پژوهش به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح شامل عدم ابتلا به ناتوانایی‌های جسمی و روانی مادر، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، محدود سنی ۵ تا ۱۲ سال کودک و دامنه سنی بین ۲۴ تا ۵۳ مادر، متاهل بودن و رضایت والدین و معیارهای خروج شامل اختلال کم‌توان ذهنی شدید و معلولیت جسمی حرکتی شدید کودک، عدم حضور بیش از ۲ جلسه در مداخلات و شرکت همزمان در سایر روان درمانی ها بودند.

به‌منظور اجرای پژوهش پس از انتخاب نمونه و جایگزینی تصادفی آن‌ها در گروه‌ها، پرسشنامه شاخص استرس والدینی و پرسشنامه خودشفقتی توسط مادران تکمیل شد. سپس برای آگاهی و آشنایی مادران برای گروه آزمایش یک، روش درمان فرزندپروی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شد و برای مادران گروه آزمایش دو، روش درمان فراتشخیصی یکپارچه ارائه شد و گروه سوم هیچ مداخله ای صورت نگرفت. مداخلات در دپارتمان کودک مرکز مشاوره دوستکام مشهد و توسط پژوهشگر اول انجام شدند، بدین‌صورت که در گروه آزمایش اول یک مداخله درمانی به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و در گروه آزمایش دوم یک مداخله درمانی ۷ جلسه ای به مدت ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برای مادران برگزار شد. سپس داده های جمع آوری شده از طریق روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[1] excessive reactivity

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

شاخص استرس والدینی[1]: این پرسشنامه توسط آبیدین در سال ۲۰۱۲ ساخته شده است و دارای سه خرده مقیاس پریشانی والدین، تعاملات ناکارآمد و کودک مشکل آفرین است. در پژوهش حاضر از فرم ۱۰۱ سؤالی استفاده شد. شیوه‌ی نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که در برخی سؤالات به صورت مستقیم و در برخی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر قلمرو از حاصل جمع خرده مقیاس‌های آن قلمرو به دست می‌آید. دامنه نمره ها بین ۱۰۱ و ۵۰۵ است. نمره‌ی برش این پرسشنامه نمره‌ی بالاتر از ۲۴۵ است که نشان‌دهنده‌ی استرس والدینی بالا است. شاخص استرس والدینی علاوه بر روایی محتوایی، ملاکی و سازه دارای پایایی درونی برای هریک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ است و نتایج ضریب همبستگی باز آزمائی ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر است و برای شاخص ضریب ۰/۹۳ به‌دست‌آمده است (۱۵). در ایران نیز بر اساس مطالعه بابکری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹و همبستگی درونی بین ۰/۶۸ به‌دست‌آمده است. این ضریب نشان‌دهنده اعتبار بالای این مقیاس می‌باشد (۱۶). اعتبار این شاخص در پژوهش حاضر به روش همسانی درونی یا آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود.

مقیاس خودشفقتی[2]: این مقیاس توسط نف و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد که شامل ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارد. پژوهش انجام شده توسط نف، اعتبار و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. هم‌چنین هر کدام از زیر مقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، اعتبار بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی دارد (۱۷). در پژوهش خسروی و همکارانضریب آلفای کرونباخ برای نمره‌ی کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند(۱۸). اعتبار این شاخص در پژوهش حاضر به روش همسانی درونی یا آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بود.

شرح جلسات مداخله فرزندپروری ذهن آگاهانه:

جلسات درمانی بر اساس پروتکل درمانی روش فرزندپروری ذهن آگاهانه باگلز و رستیفو (۱۰) به شرح زیر انجام شد:

جلسه اول: فرزندپروری خودکار، فرزندپروری غیرواکنشی، حالت انجام دادن و حالت بودن. جلسه دوم: فرزندپروری با ذهن بکر، دیدن کودک با ذهن بکر، نگرش مهربانی. جلسه سوم: برقراری ارتباط دوباره با بدن خود به عنوان یک والد، آگاهی از رویدادهای خوشایند، مشاهده‌ی بدن در استرس فرزندپروری. جلسه چهارم: پاسخ دادن به‌جای واکنش نشان دادن به استرس و استرس فرزندپروری. جلسه پنجم: الگوهای فرزندپروری و طرحواره‌ها، آگاهی از حالت‌های کودک عصبانی و آسیب‌پذیر و والد تنبیه‌گر و سختگیر جلسه ششم: تعارض و فرزندپروری، دیدگاه‌گیری، توجه مشترک، گسیختگی و ترمیم. جلسه هفتم: عشق و محدودیت‌ها، شفقت و مهربانی، دوستی با خود و کودک درون. جلسه هشتم: گذاری ذهن آگاهانه به فرزندپروری، مرور رشد خود به صورت نمادین با داستان نگاه به آینده، چگونه از خود و فرزندم مراقبت کنم، تجربیات، موانع و مقاصد جدید (۱۰).

شرح جلسات درمان فراتشخیصی: جلسات درمانی بر اساس برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۱۹) به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، طرح کلی جلسات و درمان، افزایش آمادگی و انگیزه مادران برای تغییر رفتار، آموزش روانی درباره ماهیت هیجان‌ها و مولفه‌های اصلی تجربه هیجانی. جلسه دوم: آموزش آگاهی از هیجان و شناسایی هیجانات خود. جلسه سوم: آموزش نقش ارزیابی‌های خودآیند ناسازگار در ایجاد تجربه‌های هیجانی، آموزش شناسایی الگوهای تفکر، روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه، افزایش انعطاف‌پذیری مادران در ارزیابی موقعیت‌های مختلف. جلسه چهارم: آموزش شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان-خاست ناسازگارانه، تغییر

[1] parenting stress index
[2] self-compassion scale

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOI: 10.48305/22.4.735]

الگوهای فعلی پاسخ‌دهی هیجانی. جلسه پنجم: افزایش آگاهی مادر از نقش احساس‌های بدنی در تجارب هیجانی. جلسه ششم: تهیه سلسله مراتبی اجتناب از هیجان‌ها، تمرکز مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی. جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های کاهش آسیب پذیری برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی (۱۹).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را ۴۵ نفر از مادران دارای کودک ۱۲-۵ ساله مبتلا به اختلال طیف اتیسم تشکیل دادند که در گروه‌های آزمایش و گواه هر گروه ۱۵ مادر قرار گرفتند. تمامی شرکت کنندگان متاهل و تک والد و دامنه سنی با میانگین ۳۳/۸۴ بودند. سطح تحصیلات ۶۸/۹ درصد دیپلم، ۲۳/۲ درصد کارشناس، ۵/۹ درصد کارشناس ارشد و وضعیت اشتغال ۶۶/۷ درصد خانه دار، ۴/۴ درصد کارمند، ۲۸/۹ درصد دانشجو بودند. در ادامه به بررسی اثر مداخله فرزندپروری ذهن آگاهانه و برنامه درمانی فراتشخیصی و مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر استرس والدینی و خودشفقتی مادران پرداخته‌شده است. ابتدا نتایج آمار توصیفی در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مرتبط با استرس والدینی و خودشفقتی

		گروه فرزندپروری ذهن آگاهانه		گروه درمان فراتشخیصی		گروه گواه	
مرحله	متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	استرس والدینی	۳۴۳/۱۳	۴۳/۲۳	۳۴۱/۵۳	۴۰/۰۴	۳۳۶/۸۶	۳۸/۵۷
	خودشفقتی	۳۸/۲۰	۶/۴۶	۳۷/۶۶	۷/۰۱	۴۰/۰۶	۷/۹۳
پس‌آزمون	استرس والدینی	۱۸۲/۳۳	۲۲/۷۹	۱۸۳/۳۳	۲۲/۴۵	۳۴۶/۵۳	۴۳/۴۱
	خودشفقتی	۸۶/۸۰	۱۳/۲۷	۸۳/۸۶	۸/۸۳	۳۷/۴۶	۷/۰۵
پیگیری	استرس والدینی	۱۹۸/۸۰	۲۰/۱۰	۱۷۲/۸۶	۲۰/۹۲	۳۴۲/۴۶	۴۲/۸۱
	خودشفقتی	۷۲/۴۶	۱۳/۷۶	۶۲/۵۳	۹/۷۲	۴۰/۴۶	۸/۳۵

برای بررسی معناداری تغییرات نمره ها از تجزیه‌وتحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دارای چندین پیش فرض است که عدم بررسی این مفروضات منجر به نتایجی غیر روا می شود. در ادامه این پیش فرض‌ها معرفی و بررسی می شود. مفروضه اول: متغیر وابسته باید در سطح پیوسته (مقیاس فاصله ای یا نسبی) اندازه گیری شود. مفروضه دوم: متغیر مستقل شامل حداقل دو گروه وابسته (آزمودنی های یکسان در شرایط مختلف آزمایشی) باشد. مفروضه سوم: مشاهدات حاصل از شرکت کننده های مختلف، از هم مستقل است. مفروضه چهارم: با غربالگری داده ها در ابتدای مطالعه، داده های پرت از تحلیل خارج شوند و بنابراین نتایج دارای داده های پرت نمی باشد. مفروضه پنجم: برای بررسی نرمال بودن داده‌ها می‌توان از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده کرد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده متغیرهای تحقیق استرس والدین و خودشفقتی گروه های کنترل، گروه ذهن آگاهی و گروه فراتشخیصی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت طبیعی توزیع شده‌اند ($p>۰/۰۵$).

مفروضه ششم: کوواریانس میان گروه ها باید همگن باشد. برای بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها از آزمون M باکس استفاده می‌شود. با توجه به اینکه در پژوهش کوواریانس بین گروه ها همگن بدست آمد ($p>۰/۰۵$) می توان از لامبدای ویلکز استفاده کرد. مفروضه هفتم: واریانس میان گروه ها باید همگن باشد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس متغیرهای تحقیق گروه های کنترل، گروه ذهن آگاهی و گروه فراتشخیصی را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متجانس هستند ($P>۰/۰۵$). مفروضه هشتم: واریانس تفاوت بین همه ترکیب های مربوط به گروه ها (کرویت) باید یکسان باشد. در بررسی فرضیه ها به تناسب داده های بدست آمده از آزمون کرویت موچلی استفاده شد.

نتایج تحلیل واریانس دو عاملی ترکیبی ۳×۲ با اندازه گیری مکرر در عامل زمان نشان داد که اثر اصلی زمان بر میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار است

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]
[DOI: 10.48305/22.4.735]

(η۲=۰/۷۹، p=۰/۰۰۰، F(۲ ،۸۴)=۱۶۰/۷۵). همچنین، اثر گروه بر میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار است (η۲=۰/۸۳، p=۰/۰۰۰، F(۲ ،۴۲)=۱۰۷/۶۳). در نهایت، اثر تعاملی گروه و زمان بر میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار است (η۲=۰/۶۹، p=۰/۰۰۰، F(۴ ،۸۴)=۴۷/۲۸). بنابراین، برای ساده کردن اثرات تعاملی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، ام باکس و لوین

آزمون	متغیر	مرحله	کنترل		آموزش ذهن آگاهی		درمان فراتشخیصی	
			Sig.	D	Sig.	D	Sig.	D
شاپیرو-ویلک	استرس والدینی	پیش آزمون	۰/۶۵۴	۰/۹۸۶	۰/۲۰۰	۰/۹۹۴	۰/۰۹۸	۰/۹۱۰
		پس آزمون	۰/۸۳	۰/۹۸۳	۰/۲۹۹	۰/۹۵۸	۰/۳۱۰	۰/۹۳۵
		پیگیری	۰/۵۶۳	۰/۹۶۴	۰/۲۵۱	۰/۹۴۵	۰/۰۷۶	۰/۹۵۷
	خودشفقتی	پیش آزمون	۰/۵۳۴	۰/۹۲۲	۰/۳۵۷	۰/۹۵۳	۰/۰۸۹	۰/۹۱۳
		پس آزمون	۰/۱۰۱	۰/۹۳۱	۰/۲۶۰	۰/۹۴۶	۰/۱۷۶	۰/۹۳۶
		پیگیری	۰/۲۰۴	۰/۹۴۴	۰/۴۱۹	۰/۹۵۶	۰/۲۰۹	۰/۹۰۵
			Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F
ام باکس	استرس والدینی	پیش آزمون	۰/۶۹۰	۲/۵۴	۰/۷۵۰	۰/۲۳۵	۰/۷۹۱	۰/۵۶۵
		پس آزمون	۰/۶۹۷	۱/۲۲۷	۰/۵۵۴	۳/۵	۰/۰۵۰	۱/۰۶
		پیگیری	۰/۹۴۵	۰/۱۱۱	۰/۶۶۴	۰/۵۱۲	۰/۶۰۲	۰/۴۳۴
	خودشفقتی	پیش آزمون	۰/۶۵۵	۱/۶۵۴	۰/۳۵۴	۰/۰۴۵	۰/۹۵۶	۱/۹۵
		پس آزمون	۰/۹۳۴	۰/۵۶۶	۰/۹۴۵	۱/۷۶	۰/۹۶۰	۰/۴۷۵
		پیگیری	۰/۷۳۲	۰/۵۹۶	۰/۶۷۷	۱/۶۵	۰/۳۶۶	۰/۳۴۵
			Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F
لوین	استرس والدینی	پیش آزمون	۰/۷۷۷	۰/۰۵۴	۰/۹۴۵	۰/۵۶۷	۰/۸۷۷	۱/۹۵
		پس آزمون	۰/۲۷۶	۰/۲۴۵	۰/۶۷۷	۰/۵۶	۰/۵۶۵	۰/۳۷۴
		پیگیری	۰/۱۵۰	۰/۵۶۵	۰/۸۴۵	۱/۶۵	۰/۶۶۴	۱/۳۹۳
	خودشفقتی	پیش آزمون	۰/۶۵۶	۰/۴۳۲	۰/۷۹۱	۱/۶۷	۰/۳۵۴	۰/۲۱۵
		پس آزمون	۰/۸۶۶	۱/۰۵۷	۰/۰۵۰	۱/۵۴	۰/۶۲۶	۰/۳۷۷
		پیگیری	۰/۸۸۸	۰/۳۹۳	۰/۴۶۷	۱/۷۳	۰/۱۸۴	۰/۰۳۲

جدول ۳. تحلیل واریاتس با اندازه گیری مکرر برای استرس والدینی

منبع	SS	df	MS	F	Sig.	η۲
گروه	۳۳۲۲۳۰/۱۰	۲	۱۶۶۱۱۵/۰۵	۱۰۷/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
خطا	۶۴۸۱۷/۲۰	۴۲	۱۵۴۳/۲۶			
زمان	۳۱۶۹۷۶/۰۱	۲	۱۵۸۴۸۸/۰۰	۱۶۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
زمان×گروه	۱۸۶۴۵۶/۳۸	۴	۴۶۶۱۴/۰۹	۴۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۸۲۸۱۶/۲۶	۸۴	۹۸۵/۹۰			

جدول ٤. نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی بوت استراپ شده در زمان ها

مقایسه ها	تفاوت بین دو گروه	Sig.	فواصل اطمینان بوت استراپ شده
پس آزمون-پیش آزمون	-۱۰۳/۱۱۱	۰/۰۰۰۱	(-۱۱۹/۵۶ ،-۸۶/۶۵)
پیگیری-پیش آزمون	-۱۰۲/۴۶۷	۰/۰۰۰۱	(-۱۲۱/۲۸ ،-۸۳/۶۴)
پس آزمون-پیگیری	-۰/۶۴۴	۱	(-۱۴/۵۱ ،۱۳/۲۲)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

جدول ۵. نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی بوت استراپ شده در گروه ها

زمان	مقایسه ها	تفاوت بین دو گروه	Sig.	فواصل اطمینان بوت استراپ شده
پس آزمون	ذهن آگاهی-گواه	-۱۶۴/۲۰۰	۰/۰۰۰۱	(-۱۹۲/۵۵ ،-۱۳۵/۸۴)
	فراتشخیصی-گواه	-۱۶۳/۲۰۰	۰/۰۰۰۱	(-۱۹۱/۵۵ ،-۱۳۴/۸۴)
	ذهن آگاهی-فراتشخیصی	-۱	۱	(-۲۹/۳۵ ،۲۷/۳۵)
پیگیری	ذهن آگاهی-گواه	-۱۴۳/۶۶۶	۰/۰۰۰۱	(-۱۷۰/۸۵ ،-۱۱۶/۴۷)
	فراتشخیصی-گواه	-۱۶۹/۶۰۰	۰/۰۰۰۱	(-۱۹۶/۷۸ ،-۱۴۲/۴۱)
	ذهن آگاهی-فراتشخیصی	۲۵/۹۳۳	۰/۰۶۶	(-۱/۲۵ ،۵۳/۱۲)

جدول ٦. تحلیل واریاتس با اندازه گیری مکرر برای خودشفقتی

منبع	SS	df	MS	F	Sig.	η۲
گروه	۱۸۰۹۸/۸۵	۲	۹۰۴۹/۴۳	۷۸/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
خطا	۴۸۶۰/۲۲	۴۲	۱۱۵/۷۲			
زمان	۲۱۸۵۳/۶۱	۲	۱۰۹۲۶/۸۰	۱۴۱/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
زمان×گروه	۱۲۹۷۳/۵۴	۴	۳۲۴۳/۳۸	۴۱/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
خطا	۶۵۰۷/۵۱	۸۴	۷۷/۴۷			

نتایج آزمون تعقیبی اثر زمان ها در جدول ۴ نشان داد که بین میانگین میزان استرس والدینی در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین میزان استرس والدینی مرحله پیش آزمون مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان پس آزمون منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. بین میانگین میزان استرس والدینی در مرحله پیگیری نسبت به میانگین میزان استرس والدینی مرحله پیش آزمون مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان پیگیری منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. همچنین بین میانگین میزان استرس والدینی در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین میزان استرس والدینی مرحله پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود نداشت (p>۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان بین پس آزمون و پیگیری منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم نشد.

نتایج آزمون تعقیبی اثر گروه ها در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۵ نشان داد که بین میانگین میزان استرس والدینی در پس آزمون و پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. بین میانگین میزان استرس والدینی در پس آزمون و پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان فراتشخیصی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان فراتشخیصی نسبت به گروه کنترل منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. همچنین بین میانگین میزان استرس والدینی در پس آزمون و پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی تفاوت معنی داری وجود نداشت (p>۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی نسبت به درمان فراتشخیصی منجر به کاهش معنی دار میزان استرس والدینی در مادران دارای کودک اوتیسم نشد.

نتایج تحلیل واریانس دو عاملی ترکیبی ۳×۲ با اندازه گیری مکرر در عامل زمان نشان داد که اثر اصلی زمان بر میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار است (η۲=۰/۷۷، p=۰/۰۰۰، F(۲ ،۸۴)=۱۴۱/۰۴). همچنین، اثر گروه بر میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

است (η۲=۰/۷۸، p=۰/۰۰۰۱، F(۲، ۴۲)=۷۸/۲۰). در نهایت، اثر تعاملی گروه و زمان بر میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم معنی دار است (η۲=۰/۶۶، p=۰/۰۰۰، F(۴، ۸۴)=۴۱/۸۶). بنابراین، برای ساده کردن اثرات تعاملی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۷. نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی بوت استراپ شده در زمان ها

مقایسه ها	تفاوت بین دو گروه	Sig.	فواصل اطمینان بوت استراپ شده
پس آزمون-پیش آزمون	۳۰/۷۳۳	۰/۰۰۰۱	(۲۶/۰۷، ۳۵/۳۹)
پیگیری-پیش آزمون	۱۹/۸۴۴	۰/۰۰۰۱	(۱۴/۵۸، ۲۵/۱۰)
پس آزمون-پیگیری	۱۰/۸۸۹	۰/۰۰۰۱	(۷/۰۳، ۱۴/۷۴)

جدول ۸. نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی بوت استراپ شده در گروه ها

زمان	مقایسه ها	تفاوت بین دو گروه	Sig.	فواصل اطمینان بوت استراپ شده
پس آزمون	ذهن آگاهی-گواه	۴۹/۳۳۳	۰/۰۰۰۱	(۴۰/۱۶، ۵۸/۵۰)
	فراتشخیصی-گواه	۴۶/۴۰۰	۰/۰۰۱	(۳۷/۲۳، ۵۵/۵۶)
	ذهن آگاهی-فراتشخیصی	۲/۹۳۳	۱	(-۶/۲۳، ۱۲/۱۰)
پیگیری	ذهن آگاهی-گواه	۳۲/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	(۲۲/۱۰، ۴۱/۸۹)
	فراتشخیصی-گواه	۲۲/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	(۱۲/۱۷، ۳۱/۹۵)
	ذهن آگاهی-فراتشخیصی	۹/۹۳۳	۰/۰۴۹	(۰/۴۲، ۱۹/۸۲)

نتایج آزمون تعقیبی اثر زمان ها در جدول ۷ نشان داد که بین میانگین میزان خودشفقتی در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین میزان خودشفقتی مرحله پیش آزمون مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان پس آزمون منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. بین میانگین میزان خودشفقتی در مرحله پیگیری نسبت به میانگین میزان خودشفقتی مرحله پیش آزمون مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان پیگیری منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. همچنین بین میانگین میزان خودشفقتی در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین میزان خودشفقتی مرحله پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم تفاوت معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، اثر زمان بین پس آزمون و پیگیری منجر به کاهش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد.

نتایج آزمون تعقیبی اثر گروه ها در پس آزمون در جدول ۸ نشان داد که بین میانگین میزان خودشفقتی در پس آزمون و پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. بین میانگین میزان خودشفقتی در پس آزمون و پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان فراتشخیصی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان فراتشخیصی نسبت به گروه کنترل منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد. همچنین بین میانگین میزان خودشفقتی در پس آزمون مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی تفاوت معنی داری وجود نداشت (p>۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی نسبت به درمان فراتشخیصی منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم نشد. همچنین بین میانگین میزان خودشفقتی در پیگیری مادران دارای کودک اوتیسم گروه های درمان ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی تفاوت معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۵). به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی نسبت به درمان فراتشخیصی منجر به افزایش معنی دار میزان خودشفقتی در مادران دارای کودک اوتیسم شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله درمانی فرزندپروری ذهن آگاهانه و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر استرس والدینی و خودشفقتی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. نتایج بیانگر اثربخشی درمان فرزندپروری ذهن آگاهانه و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر استرس والدینی و خودشفقتی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم هم در کوتاه مدت و هم بلند مدت بود.

طبق بررسی محقق تاکنون تحقیقی به مقایسه درمان فراتشخیصی و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر متغیرهای روانی و شخصیتی انجام نشده ولی، در پژوهش های متعدد تاثیر دو روش درمان فراتشخیصی و فرزندپروری ذهن آگاهانه بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تایید قرار گرفته است از جمله پژوهش های فراری و همکاران (۹)، بورگدوف و همکاران (۱۲)، محسنی و همکاران (۱۴)، باگلز و همکاران (۲۰)، وانگ و همکاران (۲۱)، نف و فاسو (۲۲)، قهرمانی و محسنی (۲۳)، ویتمور و همکاران (۲۴) و حسینی و همکاران (۲۵) را می توان اشاره کرد.

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با چالش‌های روانی و عاطفی زیادی مواجه هستند که می‌تواند منجر به افزایش استرس و کاهش خودشفقتی شود. فرزندپروری ذهن‌آگاهانه به عنوان یک رویکرد نوین و مؤثر برای کاهش استرس و افزایش خودشفقتی در این مادران معرفی شده است. این رویکرد با تمرکز بر آگاهی لحظه‌ای و پذیرش بدون قضاوت، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت روانی مادران داشته باشد. تحقیقات نشان داده است که فرزندپروری ذهن‌آگاهانه می‌تواند به کاهش استرس مادران کمک کند. مطالعه باگلز و همکاران نشان داد که مادرانی که در برنامه‌های آموزشی ذهن‌آگاهی شرکت کردند، کاهش قابل توجهی در میزان استرس خود گزارش کردند. این کاهش استرس به دلیل افزایش آگاهی و پذیرش بدون قضاوت از تجربیات روزمره است (۲۰).. همچنین، فرزندپروری ذهن‌آگاهانه به مادران کمک می‌کند تا با خود مهربان‌تر باشند و از خودانتقادی بکاهند. نف تأکید می‌کند که ذهن‌آگاهی می‌تواند به افزایش خودشفقتی کمک کند، زیرا به افراد اجازه می‌دهد تا با پذیرش و مهربانی بیشتری به خود نگاه کنند. فرزندپروری ذهن‌آگاهانه به والدین این امکان را می‌دهد که واکنش‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کنند. مادرانی که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارند، ممکن است هیجاناتی مانند عصبانیت یا اضطراب افزایش یابد. این رویکرد به مادران کمک می‌کند تا این هیجانات را شناسایی کرده و از واکنش‌های افراطی جلوگیری کنند (۲۲).

بعلاوه، درمان فراتشخیصی یکپارچه یک رویکرد درمانی است که به جای تمرکز بر یک اختلال خاص، به عوامل مشترک و زیربنایی در اختلالات مختلف می‌پردازد. این رویکرد با هدف بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی طراحی شده است. درمان فراتشخیصی یکپارچه به مادران کمک می‌کند تا مهارت‌های تنظیم هیجانی خود را بهبود بخشند. این رویکرد با آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به مادران این امکان را می‌دهد که واکنش‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کنند و از استرس‌های روزمره بکاهند (۲۳). یکی از اهداف اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است. این امر به مادران کمک می‌کند تا با تغییر دیدگاه‌ها و الگوهای فکری خود، به چالش‌های فرزندپروری با دیدگاه مثبت‌تری نگاه کنند و از استرس‌های ناشی از تفکرات منفی بکاهند. این رویکرد به مادران کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری را برای مدیریت چالش‌های روزمره و رفتارهای چالش‌برانگیز کودکان خود توسعه دهند. با تقویت این مهارت‌ها، مادران قادر خواهند بود تا با آرامش و اعتماد به نفس بیشتری به مشکلات بپردازند و از استرس‌های ناشی از عدم توانایی در مدیریت موقعیت‌ها بکاهند. با کاهش استرس و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مقابله‌ای، مادران می‌توانند کیفیت زندگی و رفاه روانی خود را بهبود بخشند. این امر نه تنها به نفع مادران است، بلکه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اوتیسم نیز کمک کند (۲۴).

در نتیجه آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه به عنوان یک رویکرد مؤثر در کاهش استرس و افزایش خودشفقتی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شناخته شده است. این روش با افزایش آگاهی، بهبود تنظیم هیجانی، و تقویت ارتباطات مثبت می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مادران و کودکان آنها کمک کند. همچنین، درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان یک رویکرد مؤثر در کاهش استرس و بهبود سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شناخته شده است. این روش با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

تمرکز بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مادران و کودکان آنها کمک کند..

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی و رعایت اصل رازداری و محرمانه نگهداشتن اطلاعات شرکت کنندگان جزو ملاحظات اخلاقی این پژوه بود. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.AHVAZ.REC.1403.066 می باشد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است؛ نویسنده اول این مقاله کارهای اجرایی و نگارش متن اولیه مقاله را بر عهده داشته است. نویسنده دوم راهنمایی این پژوه را بر عهده داشته اند. نویسنده سوم مشاور این پژوه را بر عهده داشته اند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013. 5thed.
2. Maenner MJ. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. MMWR. Surveillance Summaries. 2023; 72.
3. Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. Journal of autism and developmental disorders. 2015; 45:2908-16.
4. Snow M, Donnelly J. Factors mediating dysphoric moods and help seeking behaviour among Australian parents of children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2016; 46:1941-52.
5. Padden C, James JE. Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: A comparison involving physiological indicators and parent self-reports. Journal of developmental and Physical disabilities. 2017; 29(4):567-86.
6. McAuliffe T, Thomas Y, Vaz S, Falkmer T, Cordier R. The experiences of mothers of children with autism spectrum disorder: Managing family routines and mothers' health and wellbeing. Australian occupational therapy journal. 2019; 66(1):68-76.
7. Rodriguez G, Hartley SL, Bolt D. Transactional relations between parenting stress and child autism symptoms and behavior problems. Journal of autism and developmental disorders. 2019; 49:1887-98.
8. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. Mindfulness. 2019; 10:1455-73.
9. Wong CC, Mak WW, Liao KY. Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. Mindfulness. 2016; 7:1385-95.
10. Bögels S, Restifo K, Bögels S, Restifo K. Introduction to mindful parenting. Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. 2014:3-14.
11. Boekhorst MG, Hulsbosch LP, Nyklíček I, Spek V, Kastelein A, Bögels S, Pop VJ, Potharst ES. An online mindful parenting training for mothers raising toddlers: Assessment of acceptability, effectiveness, and personal goals. Mindfulness. 2021; 12:519-31.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]

12. Burgdorf V, Szabó M, Abbott MJ. The effect of mindfulness interventions for parents on parenting stress and youth psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychology. 2019; 10:1336.
13. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2012; 43(3):666-78.
14. Mohseni-Ezhiyeh A, Malekpour M, Ghamarani A. The Effect of Transdiagnostic Treatment on Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. PCP 2016;4(3):199-207 [in Persian].
15. Abidin RR. Parenting stress index–fourth edition (PSI-4). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 2012; 3:1-6.
16. Babakri H, Tahmasebi S, Amani S. Validation of the Parenting Stress Index (PSI) among mothers of Preschool children in Tehran. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5(4):29-39 [in Persian].
17. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness. 2016; 7:264-74.
18. Khosravi S., Sadeghi M., Yabandeh M.R.. Psychometric Properties Of Self-Compassion Scale (SCS). Journal Of Psychological Models And methods. 2013; 3(13):47-58 [in Persian].
19. Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press; 2011.
20. Bögels SM, Hellemans J, van Deursen S, Römer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. Mindfulness. 2014; 5(5):536-51.
21. Wang Q, Ng SM, Zhou X. The mechanism and effectiveness of mindfulness-based intervention for reducing the psychological distress of parents of children with autism spectrum disorder: A protocol of randomized control trial of ecological momentary intervention and assessment. Plos one. 2023; 18(9):e0291168.
22. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. Mindfulness. 2015; 6:938-47.
23. Ghamarani A, Mohseni-Ezhiyeh A. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Anhedonia and Gelotophobia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. RBS 2017; 15 (1):13-20
24. Whitmore A, Hudson S, West AE. Adapting psychosocial treatment to target parenting stress and parent–child relationships associated with transdiagnostic emotional and behavioural dysregulation in a culturally diverse population. Clinical Psychologist. 2021; 25(1):55-68.
25. Hossini Yazdi S A, Mashhadi A, Kimiaei S A, Amin Yazdi S A. Comparing the Effectiveness of Mindful Parenting Training plus Parental Management Training (Combined Education) with Mindful Parenting Training and Parental Management Training alone on Reducing Externalized and Internalized Behavioral Problems of Children. RBS 2022; 20 (1):83-97.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/22.4.735]