



Exceptional Education

Bi-monthly scientific journal

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Self-Compassion, Parenting Stress, and Post-Traumatic Growth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Kosar Asadzadeh¹ | Homayoon Haroon Rashidi^{*2} | Isac Arjmand Siyapoush³

1. Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful. E-mail: kosarasadzadeh03@gmail.com

2. Ph.D, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran. E-mail: Haroon_rashidi2003@yahoo.com

3. Ph.D, Department of Psychology, Andimeshk C., Islamic Azad University, Andimeshk, Iran. E-mail: e.arjmand@yahoo.com

Print ISSN:

1727-3145

Article Type:

Research Article

Article history:

Received April 1, 2025

Received in revised form

July 1, 2025

Accepted December 3,

2025

Published Online May 5, 2026

Keywords:

Autism spectrum disorder,
Mindfulness-based cognitive therapy,
Parenting stress,
Post-traumatic growth,
Self-compassion

Abstract

Background and Purpose: This study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on self-compassion, parenting stress, and post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder (ASD).

Materials and Methods: The research employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all mothers of children with ASD in Dezful in 2024. A total of 30 mothers were selected through purposive sampling based on the study's inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group participated in eight 90-minute weekly MBCT sessions. Data were collected using the Self-Compassion Scale (Neff, 2016), Parenting Stress Index (Abidin, 1995), and Post-Traumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996). The data were analyzed using multivariate and univariate analyses of covariance in SPSS version 22.

Results: The findings indicated significant differences between the experimental and control groups in self-compassion, parenting stress, and post-traumatic growth ($p < 0.001$). Specifically, MBCT increased self-compassion and post-traumatic growth while reducing parenting stress among mothers of children with ASD.

Conclusion: Based on these findings, MBCT can be considered an effective intervention for enhancing self-compassion and post-traumatic growth and reducing parenting stress in mothers of children with ASD.

* E-mail: dr.haroonrashidi@iau.ac.ir



© 2026 Author(s)

Publisher: Special Education Organization

Cite this Article:

Asadzadeh K, Haroon Rashidi H, Arjmand Siahpoosh I. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Self-Compassion, Parenting Stress, and Post-Traumatic Growth in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. J Except Educ. 2026;26(1):48-62.



اثربخشی شناخت درمانی فراگاهی محور بر شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم

کوثر اسدزاده^۱ | همایون هارون رشیدی^{۲*} | اسحق ارجمندسیاه پوش^۳

۱. کارشناسی ارشد گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. رایانامه: kosarasadzadeh03@gmail.com

۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. رایانامه: Haroon_rashidi2003@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان شناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران. رایانامه: e.arjmand@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی فراگاهی محور بر شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمام مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول در سال ۱۴۰۳ را در بر می گرفت و حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از مادران این کودکان بود که با روش نمونه گیری هدفمند و با توجه به ملاک های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله درمانی را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به طور هفتگی دریافت نمود. پرسش نامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل شفقت به خود (نف، ۲۰۱۶)، فشار فرزند پروری (آبدین، ۱۹۹۵) و رشد پس از ضربه (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) بودند. داده ها با تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: براساس یافته ها بین گروه آزمایش و گواه از نظر شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). به عبارت دیگر شناخت درمانی فراگاهی محور موجب بهبود شفقت به خود، کاهش فشار فرزند پروری و افزایش رشد پس از ضربه شد.

نتیجه گیری: منطبق با یافته های این پژوهش می توان مداخله شناخت درمانی فراگاهی محور را به عنوان روشی کارآمد جهت بهبود شفقت به خود، کاهش فشار فرزند پروری و افزایش رشد پس از ضربه در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم پیشنهاد کرد.

شایا چایی:

۱۷۲۷ - ۳۱۴۵

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴ / ۰۱ / ۱۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴ / ۰۴ / ۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴ / ۰۹ / ۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵ / ۰۲ / ۱۵

کلیدواژه ها:

اختلال طیف اوتیسم

رشد پس از ضربه،

شفقت به خود، فراگاهی،

فشار فرزند پروری.

استناد به این مقاله:

اسدزاده ک، هارون رشیدی ه، ارجمندسیاه پوش ا. اثربخشی شناخت درمانی فراگاهی محور بر شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم. تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۴۰۵؛ ۲۶ (۱): ۴۸-۶۲.

* رایانامه: dr.haroonrashidi@iau.ac.ir

© ۲۰۲۶ نویسنده (گان)

ناشر: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور



مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱، از جمله اختلال‌های مهم دوران کودکی است که شامل گستره‌ای از اختلالات عصبی-تجلی^۲ بوده و در طول زندگی ادامه می‌یابد (۱). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5)^۳، با نقص‌های مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی در موقعیت‌های مختلف و همچنین الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدود و تکراری مشخص می‌شود. این علائم باید در دوره اولیه رشد وجود داشته باشند و باعث اختلال قابل توجهی در زندگی فرد شوند (۲). میزان شیوع این اختلال ۱ در ۵۹ نفر است (۳) و در ایران، ۱۰ نفر از ده هزار نفر برآورد شده است (۴).

داشتن فرزند دارای اختلال طیف اوتیسم، آشکارا تجربه‌ای دشوار برای والدین و خانواده است (۵). بررسی‌ها نشان داده است که این گروه از مادران به‌خاطر اهمیت مراقبت مداوم از کودک دارای اختلال طیف اوتیسم، سلامت روانی پایین و سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند که به نوبه خود، باعث کاهش رضایت از زندگی در آنها می‌شود (۶). مراقبت از کودک دارای اختلال طیف اوتیسم می‌تواند برای والدین بسیار فشارزا باشد و بر کیفیت زندگی خانواده تأثیر منفی بگذارد (۷). این کودکان بطور مداوم با چالش‌هایی روبرو هستند که می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد که مهمترین آنها تجربه‌های فشارزا است (۸).

فشار فرزندپروری^۴، توصیف‌کننده تجربه منفی والدین از نقش فرزندپروری است که ناشی از تفاوت بین مسئولیت‌های والدین و منابع قابل دسترسی برای مواجهه با انتظارات است (۹). در واقع لزوم تعادل و هماهنگی بین تقاضاها، نیازها و منابع موجود، هسته مرکزی اکثر نظریه‌های فشار فرزندپروری را شامل می‌شود. این فشار روانی، زمانی ایجاد می‌شود که والدین نتوانند مسئولیت‌ها و تقاضاهای فرزند خود را برآورده کرده و در نتیجه کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار بگیرد (۱۰). پژوهش‌ها حاکی از رابطه فشار فرزندپروری با فرسودگی والدین (۱۱)، رضایت زناشویی (۱۲) و کارکرد خانواده (۱۳) است. همچنین واحدپرست و همکاران نشان دادند که هر دو والد کودک دارای اختلال طیف اوتیسم فشار فرزندپروری بالا و یکسان و کیفیت زندگی مشابهی را تجربه می‌کنند (۱۴). نریمانی و همکاران نشان دادند که والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان بیش فعال فشار فرزندپروری بیشتری را تجربه می‌کنند و والدین کودکان بیش فعال از مهارت‌های خود نظم‌دهی خشم کمتری برخوردارند، که می‌تواند ناشی از نیازهای خاص این کودکان باشد (۸). بدین ترتیب طراحی و اجرای مداخلات مناسب روان‌شناختی و آموزشی برای والدین این کودکان می‌تواند تا حد زیادی راهگشا باشد.

یکی از مفاهیمی که در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم با اهمیت است، مفهوم شفقت به خود^۵ است (۱۵). شفقت به خود به عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی، همانند نوع دوستی، مهربانی و شادی همراه است (۱۶). واز سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی‌ها است. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آنها) بدون اغراق، درام یا ترحم به حال خود را در بر

1. Autistic Spectrum Disorders
2. Neurodevelopmental Disorders
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
4. Parenting Stress
5. Self-compassion

می‌گیرد (۱۷). نیازهای کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم به رسیدگی و مراقبت زیاد و حمایت‌های افراطی مادران‌شان، شکیبایی، صبر و فداکردن اهداف شخصی از جانب مادران است که منجر به غفلت از پرداختن به خود توسط مادر و عدم شفقت و مهربانی نسبت به خود می‌شود، بنابراین با توجه به اوتیسم کودک‌شان، از زندگی خود رضایت کمتری داشته و به‌طور غیرمنطقی خودشان را اولین علت شرایط کودک‌شان می‌دانند و خود را سرزنش می‌کنند و موجودیت خود را دوست ندارند (۱۸). اصغری و عقیلی (۱۹) نشان دادند مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم، شفقت خود کمتری نسبت به مادران کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی داشتند. بر این اساس، مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم به دلیل درگیری درمانی و زمانی با کودک آسیب‌پذیر خود، دارای شفقت خود پایینی نسبت به مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند.

مشکلات در ابعاد سلامت روان‌شناختی تنها بخشی از واکنش مادران به مشکلات رفتاری کودکان‌شان را توجیه می‌کند و رشد پس از ضربه نیز به‌عنوان درکی مثبتی از ابعاد دشوار زندگی ممکن است رخ دهد (۲۰). رشد پس از ضربه توسط تدسچی و کالهن^۱ (۲۲) مورد پژوهش قرار گرفت و به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی اشاره دارد که پس از وقوع حادثه‌ای سخت و تلخ رخ داده است و در نتیجه مبارزه فرد علیه این حادثه فشارزا است که اهمیت انطباقی دارد (۲۱). تجربه حادثه‌ای دشوار می‌تواند در حوزه‌های مختلفی به رشد فرد منجر شود که عبارت است از: افزایش ارزش زندگی، به‌وجود آمدن اولویت‌ها و امکانات جدید، ایجاد درکی از توانایی شخصی، شناسایی روش‌ها و جهت‌های جدید در زندگی، بهبود و افزایش روابط نزدیک با دیگران و تغییرات معنوی. در رشد پس از ضربه، یک رویداد آسیب‌زا به‌عنوان کاتالیزور عمل می‌کند به‌طوری که فرد در طی آن رویداد، جهان‌بینی خود را باز ارزیابی می‌کند و با دستیابی به معنای جدید برای حوادث آسیب‌رسان، بهبود بیشتری را نشان می‌دهد که اغلب منجر به ادامه تغییر مثبت و رشد می‌شود (۲۳). نتایج پژوهش‌های حوزه رشد پس از ضربه نشان می‌دهد معنویت، حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای از جمله متغیرهای مهم مرتبط با رشد پس از ضربه هستند (۲۴). رشد پس از ضربه به مادران دارای اختلال طیف اوتیسم کمک می‌کند تا به‌نحو مؤثری خود را با مشکلات سازگار کرده و شبکه حمایتی خود را برای فراهم نمودن حمایت‌های عاطفی تقویت کنند (۱۹). زانگ و همکاران^۲ (۲۵) نشان دادند که بین راهبردهای مقابله و نشخوار فکری با رشد پس از رخداد آسیب‌زا در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم رابطه وجود دارد. همچنین اصغری و عقیلی نشان دادند مادران دارای کودک دارای اختلال طیف اوتیسم، رشد پس از ضربه کمتری نسبت به مادران کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی داشتند (۱۹).

شناخت نقاط آسیب‌پذیری و مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی و اقدامات بعدی جهت جلوگیری از تشدید بیماری‌های روان‌شناختی و همچنین کمک به ارتقای سطح بهداشت روانی آنها باشد. همچنین متغیرهای رشد پس از ضربه، فشار فرزندپروری و شفقت خود می‌تواند در جهت ارتقای سلامت و سازگاری روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از اهمیت بالایی برخوردار باشد. از جمله درمان‌هایی که تأثیر بسزایی در شناخت مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم دارد، «شناخت درمانی فراآگاهی محور»^۳ است که از الگوی «کاهش فشار فراآگاهی محور»^۴ کابات‌زین^۵ (۲۶) اقتباس شده و اصول درمان شناختی بر آن اضافه شده است. و به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و هدفمند به همراه پذیرش بدون

1. Tedeschi & Calhoun

2. Zhang et al

3. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

4. Mindfulness Based on Stress Reduction

5. Kabat-Zinn

قضاوت از تجربه‌های زمان حال تعریف می‌شود. این رویکرد درمانی را باید یکی از اثرگذارترین روش‌های درمانی شناختی رفتاری دانست که به جای تغییر شناخت‌ها به فرد نحوه ارتباط روان‌شناختی افکار و احساسات را آموزش می‌دهد (۲۷). تا به جای آنکه اسیر افکاری خود در زمان حال و آینده شوند و به آن افکار توجه کنند با جدی نگرفتن افکار منفی انرژی کمتری را از دست داده و افکار را به حال خود رها کنند؛ به‌صورتی که در پس‌زمینه قرار گیرند و بیشتر بر بدن خود و آنچه در حال جریان است متمرکز شوند (۲۸). در این رویکرد مددجو می‌آموزد که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را به‌سادگی به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد، فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوارفکری خود نیفتند (۲۹).

عسگری‌نژاد و حبیبی عسگرآباد (۳۰) نشان دادند که شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور به‌طور معناداری سبب افزایش تاب‌آوری در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم می‌شود. در پژوهشی دیگر، ولی‌زاده و احمدی نشان داد شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور بر شادکامی و توانایی تحمل ابهام در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم اثربخش بود و اثر آن در طول زمان تداوم داشت (۳۱). علاوه بر این، نتایج پژوهش خلیلی و همکاران (۲۸) حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور بر افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودک اوتیسم بود. از نتایج حاصل از پژوهش می‌توان استنباط کرد که شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور با افزایش آگاهی والدین از افکار، احساسات و حواس بدنی، پذیرش آنها، توصیف رویدادها و عدم قضاوت در مورد آنها و نیز افزایش فراآگاهی، تاب‌آوری آنها را افزایش داده است. همچنین پژوهش‌ها از اثربخشی شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور بر افزایش شفقت به‌خود این مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (۳۲)، افزایش رشد پس از ضربه بیماران دارای سرطان پستان (۲۴)، بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان پرخاشگر (۳۳) حکایت دارد. بر این اساس این درمان می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد و مفید در خصوص بهبود مهارت‌های والدین به‌خصوص مادران دارای کودک دارای اختلال طیف اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد و به‌عنوان یک روش درمانی مشاوران و درمانگران مورد استفاده قرار دهند.

با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی اختلال طیف اوتیسم بر کودک و مادر، و این که این اختلال می‌تواند زندگی اجتماعی و شغلی مادران را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری این افراد صورت گیرد تا از پیش‌روی آسیب‌ها در آینده جلوگیری شود (۳۴). بر این اساس با توجه به لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری گوناگون و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه، پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور بر شفقت به‌خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه بپردازد. بنابراین مسئله اصلی این پژوهش پاسخ به این پرسش بود که آیا شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور بر شفقت به‌خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه در مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول در سال ۱۴۰۳، به تعداد ۸۱ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از بین مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول

برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود شامل: سن (داشتن فرزند دارای اختلال طیف اوتیسم در سنین ۷ تا ۱۲ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، محل سکونت (ساکن شهر دزفول بودن)، میزان سواد (سطح سواد بالاتر از سیکل) و رضایت (تکمیل رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش). ملاک‌های خروج از پژوهش بودن تحت آموزش و مداخله دیگر، عدم همکاری مناسب، از دست رفتن شرایط مطلوب مطالعه در فرد و غیبت بیش از دو جلسه بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۵ و میانگین سنی گروه گواه ۳۷/۱ بود. در گروه آزمایش، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۸ نفر (۵۳ درصد) کاردانی و بالاتر داشتند. در گروه گواه، ۸ نفر (۵۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۷ نفر (۴۷ درصد) کاردانی و بالاتر داشتند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه فشار فرزندپروری^۱: این پرسش‌نامه توسط آبدین^۲ (۱۹۹۵) به منظور اندازه‌گیری فشار در روابط والد-فرزند در قالب ۳۶ پرسش ماده طراحی شده است (۳۵). این پرسش‌نامه دارای سه خرده مقیاس آشفتگی والدینی (گویه‌های ۱ تا ۱۲)، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند (گویه‌های ۱۳ تا ۲۴) و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (گویه‌های ۲۵ تا ۳۶) است و نمره‌گذاری به روش لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. حداقل و حداکثر نمره پرسش‌نامه ۳۶ تا ۱۸۰ است. نمرات بالاتر در این مقیاس حاکی از تجربه سطوح بالای فشار روانی فرزندپروری است. آبدین آلفای کرونباخ را برای کل فرم کوتاه پرسش‌نامه فشار روانی والدین، خرده مقیاس آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد-کودک و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ گزارش کرد (۳۵). در پژوهش فدایی و همکاران نتایج آلفای کرونباخ حاکی از آن بود که میزان پایایی نمره کل فشار والدین و هر یک از زیرمقیاس‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد-کودک و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین برای کل گروه هنجاری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا از طریق تعیین ضریب همبستگی با مقیاس سلامت خلقی لاوبوند و مشکلات رفتاری کودکان آجنباخ محاسبه شد که همگی معنادار و در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۸۵ قرار داشت (۳۶). در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمده است.

پرسش‌نامه رشد پس از ضربه^۳: این پرسش‌نامه توسط تدسچی و کالهن^۴ (۱۹۹۶) توسعه داده شده است (۳۶) و یک ابزار خودسنجی شامل ۲۱ گویه و شامل مؤلفه‌های امکانات یا شیوه‌های جدید (۵ پرسش: پرسش‌های ۳، ۱۷، ۱۱، ۱۴ و ۱۷)، رابطه با دیگران (۷ پرسش: سوالات ۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۲۰ و ۲۱)، قدرت شخصی (۴ پرسش: پرسش‌های ۴، ۱۰، ۱۲ و ۱۹)، ارزش زندگی (۳ پرسش: پرسش‌های ۱، ۲ و ۱۳) و تغییرات روحی یا معنوی (۲ پرسش: پرسش‌های ۵ و ۱۸) است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به صورت نمره ۰ (اصلاً)، نمره ۱ (خیلی کم)، نمره ۲ (کم)، نمره ۳ (متوسط)، نمره ۴ (زیاد) و نمره ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۵ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رشد پس از ضربه بالاتر است. در مطالعه تدسچی و کالهن ضریب آلفای کلی پرسش‌نامه ۰/۹۰ بود. دامنه آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورده شده است. همچنین روایی همگرای این پرسش‌نامه از طریق رابطه با مقیاس‌های خوش بینی، مذهب گرایی و ابعاد شخصیت به جزء روان‌رنجوری معنادار گزارش شده است (۳۶). در یک مطالعه که توسط سیدمحمودی و همکاران در ایران انجام گرفت، ساختار عاملی این پرسش‌نامه بر روی

1. Parental Stress Questionnaire

2. Abidin

3. Post traumatic Growth Questionnaire

4. Tedeschi & Calhoun

دانشجویان ایرانی بررسی شد، ضریب پایایی پرسش‌نامه با فاصله زمانی یک هفته، ۰/۹۴ و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. در مطالعه آنها روایی همگرا از طریق رابطه با پرسش‌نامه‌های عاطفه مثبت و منفی واتسون و پرسش‌نامه جهت‌گیری زندگی شیبور و کاور معنادار به دست آمد (۳۷). در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

مقیاس شفقت به‌خود: این مقیاس توسط نف^۲ (۲۰۱۶) ساخته شد (۳۸). که شامل ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیری یا فراآگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌گردد. دامنه نمرات برای کل مقیاس از ۲۶ تا ۱۳۰، برای خرده مقیاس‌های مهربانی نسبت به خود و قضاوت خود از ۵ تا ۲۵ و برای خرده مقیاس‌های اشتراک انسانی، انزوا، فراآگاهی و بیش‌همانندسازی از ۴ تا ۲۰ است. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس است. نمره بالاتر نشان‌دهنده شفقت به‌خود بیشتر است. نف روایی سازه مقیاس را با روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، بررسی و تأیید و پایایی آن را با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بازآزمایی دو هفته‌ای ۰/۹۱ گزارش کرد (۳۸). در پژوهش محمدعلی و همکاران تحلیل عاملی اکتشافی وجود شش عامل را نشان دادند که در مجموع ۶۸/۲۴ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی افزون بر تأیید نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، تعریف مفهومی و استفاده از نمره کل را مجاز برشمردند. نتایج همبستگی نیز نشان‌دهنده همبستگی متوسط مؤلفه‌ها با هم و همبستگی نسبتاً نیرومند با نمره کل بود. ضریب پایایی کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های استخراج‌شده بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ و بازآزمایی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ به دست آمد که در محدوده مناسب قرار دارند (۳۹). همچنین در پژوهش مجیدی و همکاران روایی محتوایی با نظر متخصصان تأیید و مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۴۰). در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

روش اجرا

برای انجام پژوهش پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز خدمات روان‌شناختی شهر دزفول، ابتدا برای افراد جامعه که طی فراخوانی عمومی تمایل به شرکت در پژوهش پژوهش داشتند، هدف و اهمیت پژوهش، زمان برگزاری و تعداد جلسات و محرمانه بودن اطلاعات بیان گردید و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌های شفقت به‌خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه، تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم برحسب نمراتی که در پرسش‌نامه‌های شفقت به‌خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه کسب کردند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و همچنین تمایل به همکاری داشتند، به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در برنامه شناخت‌درمانی فراآگاهی‌محور که توسط پژوهشگر در یک مرکز خدمات روان‌شناختی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. ملاک‌های حذف شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل (۱) انصراف از ادامه همکاری، (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها بود. اگر بیشتر از دو جلسه غیبت داشتند در تحلیل

1. Self-Compassion Scale
2. Neff

وارد نمی شدند، اما از درمان نیز خارج نمی شدند. بعد از پایان جلسه های مداخله، پرسش نامه های شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه به عنوان پس آزمون، توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه گواه نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت کننده به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. روش های آماری مورد استفاده در این پژوهش علاوه بر آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) استفاده از آماره های استنباطی همچون تحلیل مانکوا (کوواریانس چند متغیره) و تحلیل آنکوا (کوواریانس تک متغیره) جهت تحلیل معناداری فرضیه های پژوهش بود. لازم به ذکر است به منظور بررسی هنجار بودن داده ها و فرض همسانی واریانس های دو گروه در پیش آزمون متغیرهای پژوهش از آزمون لون، آماره های کشیدگی و چولگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. تمامی تحلیل های آماری پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

شیوه نامه درمانی: محتوای جلسه های درمانی از بسته شناخت درمانی فرآگاهی محور (۴۱) اقتباس و برای ۸ جلسه طراحی شد. در جدول ۱ محتوای جلسه ها به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۱. اهداف و محتوای جلسات شناخت درمانی فرآگاهی محور (۴۱)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آگاهی از مفهوم فرآگاهی و تعریف آن	مصاحبه اولیه و آشنایی با اعضای گروه، پیش آزمون و همچنین برقراری ارتباط درمانی و ارائه توضیحاتی مبنی بر شرح قوانین حاکم بر گروه، توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، تشریح مفهوم فرآگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن. تکلیف: توجه به مسائل کنونی (اینجا و اکنون) به دور از قضاوت.
دوم	آگاهی از فنون فرآگاهی و رابطه آن با احساسات بدنی	آگاهی یافتن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و توجه به تنفس، آموزش تنفس شکمی، انجام مراقبه نشسته، تکلیف: انجام آرمیدگی ماهیچه ای.
سوم	آموزش فنون فرآگاهی	بررسی تکالیف خانگی، آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را در زمان حال حفظ می کند. تکلیف: آرمیدگی ماهیچه ای همراه با توجه به زمان حال.
چهارم	آموزش فنون حضور در حال و تفکر نظاره ای	بررسی تکالیف خانگی، کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن ها بدون قضاوت. تکلیف: توجه به مسائل کنونی همراه با تفکر نظاره ای.
پنجم	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آن ها	بررسی تکالیف خانگی، کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت. تکلیف: در حالت آرمیدگی ماهیچه ای افکار مثبت و منفی را بدون قضاوت بازنگری کند.
ششم	آموزش رابطه خلق و افکار همراه با مثال	بررسی تکالیف خانگی، تغییر خلق و افکار از راه تلقی افکار به منزله فقط فکر و نه واقعیت. تکلیف: جولان دادن به افکار و ارتباط با خلق و لمس کردن رابطه افکار و خلق.
هفتم	آموزش رابطه فنون فرآگاهی و رفتارهای پرخاشگرانه	بررسی تکالیف خانگی، هشیار بودن از نشانه های پرخاشگری و تنظیم برنامه برای رویارویی احتمالی با علائم پرخاشگری. تکلیف: کنترل و کاهش رفتارهای نابهنجار بدون توجه به اندیشه های منفی کنونی.
هشتم	اجرای فنون فرآگاهی به منظور کنترل رفتار پرخاشگرانه	بررسی تکالیف خانگی، برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون فرآگاهی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی. تکلیف: انجام فنون آموزش دیده به منظور کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی پس آزمون.

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گواه شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه به تفکیک دو گروه

متغیرها	مرحله	فراآگاهی		گواه	
		SD	M	SD	M
شفقت به خود	پیش‌آزمون	۴۳/۱۹	۵/۲۰	۴۲/۸۷	۵/۸۳
	پس‌آزمون	۶۴/۲۰	۷/۳۳	۴۲/۹۱	۵/۱۲
رشد پس از ضربه	پیش‌آزمون	۳۴/۴۷	۳/۲۸	۳۴/۳۶	۴/۳۳
	پس‌آزمون	۶۱/۲۵	۶/۶۱	۳۴/۰۹	۴/۱۹
فشار فرزند پروری	پیش‌آزمون	۹۳/۱۱	۹/۶۷	۹۲/۵۶	۹/۰۹
	پس‌آزمون	۷۶/۵۸	۷/۲۸	۹۲/۴۲	۹/۸۲

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات مقیاس‌های شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند؛ اما پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، میانگین نمرات شفقت به خود، فشار فرزند پروری و رشد پس از ضربه افزایش یافته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد شفقت به خود [$F_{(1,28)} = 1/54$ $P = 0/196 > 0/05$]، فشار فرزند پروری [$F_{(1,28)} = 1/59$ $P = 0/245 > 0/05$]، و رشد پس از ضربه [$F_{(1,28)} = 0/178$ $P = 0/419 > 0/05$]، به لحاظ آماری معنادار نبود. بنابراین، مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح $0/05$ در شفقت به خود [$F = 0/456$ $P = 0/851 > 0/05$]، فشار فرزند پروری [$F_{(1,28)} = 0/234$ $P = 0/913 > 0/05$] و رشد پس از ضربه [$F = 0/567$ $P = 0/768 > 0/05$] بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش فرض توزیع هنجار متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع هنجار در متغیرها وجود دارد چون Z به دست آمده در سطح $0/05$ معنادار نبود. از آن جایی که پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۵۹۸	۳۵/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۵۱	۳۵/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۲/۴۹۱	۳۵/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۲/۴۹۱	۳۵/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸	۱/۰۰

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته شفتت به خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس در متن مانکوا صورت گرفت.

برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی فرآگاهی محور بر شفتت به خود مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره‌های شفتت به خود دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
شفتت به خود	پیش‌آزمون	۷۶/۱۲	۱	۷۶/۱۲	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۱
	گروه	۱۹۳/۱۸	۱	۱۹۳/۱۸	۴۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	خطا	۶۶/۳۴	۲۷	۳/۹۸			
	کل	۱۹۹۸/۰۰	۳۰				

همان‌طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر شفتت به خود تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، شناخت درمانی فرآگاهی محور با توجه به میانگین شفتت به خود گروه آزمایش نسبت به میانگین شفتت به خود گروه گواه، موجب افزایش معنادار شفتت به خود در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶۱ است، یعنی ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات شفتت به خود مربوط به تأثیر شناخت درمانی فرآگاهی محور است.

برای بررسی شناخت درمانی فرآگاهی محور بر فشار فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نمرات فشار فرزندپروری دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
فشار فرزندپروری	پیش‌آزمون	۱۰۴/۴۸	۱	۱۰۴/۴۸	۲۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴
	گروه	۲۴۱/۲۳	۱	۲۴۱/۲۳	۴۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	خطا	۱۲۸/۴۱	۲۷	۴/۶۷			
	کل	۱۹۹۷/۰۰	۳۰				

همان‌طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر فشار فرزندپروری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، شناخت درمانی فرآگاهی محور با توجه به میانگین فشار فرزندپروری گروه آزمایش نسبت به میانگین فشار فرزندپروری گروه گواه، موجب کاهش معنادار فشار فرزندپروری در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۰۳ است، یعنی ۴۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات فشار فرزندپروری مربوط به تأثیر شناخت درمانی فرآگاهی محور است.

برای بررسی شناخت درمانی فرآگاهی محور بر رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نمرات رشد پس از ضربه دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
رشد پس از ضربه	پیش‌آزمون	۸۸/۵۶	۱	۸۸/۵۶	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
	گروه	۲۳۰/۲۷	۱	۲۳۰/۲۷	۵۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
	خطا	۸۹/۴۹	۲۷	۴/۰۱			
	کل	۲۱۳۴/۰۰	۳۰				

همان‌طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر رشد پس از ضربه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، شناخت درمانی فراآگاهی محور با توجه به میانگین رشد پس از ضربه گروه آزمایش نسبت به میانگین رشد پس از ضربه گروه گواه، موجب افزایش معنادار رشد پس از ضربه در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۱۲ است، یعنی ۴۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات رشد پس از ضربه مربوط به تأثیر شناخت درمانی فراآگاهی محور است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی فراآگاهی محور بر شفقت به خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بود.

نتایج نشان داد شناخت درمانی فراآگاهی محور بر شفقت به خود مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد، این یافته با نتایج امام جمعه زاده و منشئی (۱۴۰۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در فرایند شناخت درمانی فراآگاهی محور، مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم به احتمال زیاد با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آنها، در جهت رها کردن خود از این افکار و هیجانات دردناک و سرزنشگر گام برداشت که این به ایجاد یک نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران کمک کرد. نگرشی که به مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم این توانایی را داد که با فاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و نواقص درونی و بیرونی و فارغ از همه آنها، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون آن نگرسته و به این ترتیب با ایجاد یک احساس رهایی و وسعت نظر در خود، به بسیاری از ناملایمات و ضعف‌ها به گونه‌ای مهربان و با دلسوزی برخورد کردند و شفقت به خود و دیگران را تجربه کردند. همچنین در این روش به مادران آموخته می‌شود به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به فرزندشان، سلامت روانی خویش را نیز بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی خود برسند و مشکل‌ها را از سر راه خود بردارند و از این راه باعث افزایش شفقت به خود شوند.

همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی فراآگاهی محور بر رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد، تأیید شد. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (۲۸، ۳۰ و ۳۱) همخوان بود. نتایج ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در تمرین‌های ذهن آگاهی مراجعان در مورد رابطه بین افکار، حس‌های بدنی و احساساتشان آگاهی پیدا می‌کنند. همچنین، یاد می‌گیرند به جای اجتناب تجربه‌ای یا اشتغال ذهنی با افکار، حس‌های بدنی و احساسات آنها را بپذیرند. از سوی دیگر، با افزایش آگاهی‌های غیرقضاوتی از لحظه حال و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت سبب بهبود رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم می‌شود. همچنین شناخت درمانی فراآگاهی محور باعث آگاهی مادران از حس‌های مختلف خود در بدن و حتی تنفس می‌شود و متوجه می‌شوند که در حالت خشم و عصبانیت بدن گرم می‌شود و ضربان قلب بالا می‌رود و تنفس تغییر می‌کند. فرآیندهای آگاهانه از حوادث

درونی در حال وقوع با ادراک مجدد مسئله باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه (برقرار کردن ارتباط فعالانه با مشکل) به جای درگیری هیجانی و روانی می‌شود و در نهایت باعث رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم می‌شود.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که شناخت درمانی فرآگاهی محور بر فشار فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد. این یافته با نتایج سایر پژوهش‌ها (۲۸، ۳۰ و ۳۱) همخوان بود. نتایج ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته و با بررسی متون مختلف، می‌توان گفت که با انجام تمرین‌های منظم فرآگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش تنیدگی و مهار هیجان ایجاد می‌شود که منجر به کسب توانایی‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای فشارزا و کسب توانایی‌های فیزیکی و جسمی شده که این فرآیند نیز باعث شکل‌گیری توانمندی لازم، برای تغییر در شیوه‌های مقابله با مشکلات می‌شود. همچنین می‌توان گفت که شناخت درمانی فرآگاهی محور با تأکید بر حال و غیر قضاوتی بودن، تکنیک‌های درست تنفس و حفظ آرامش موج شد تا مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم در شرایط سخت و دشوار نگهداری از فرزند با محدودیت‌های خاص، کنترل بیشتری بر ذهن و روان خود داشته و با درک درست و غیر قضاوتی در مورد شرایط و موقعیت‌های حاضر با حفظ آرامش، عملکرد و تصمیم‌گیری بهتری از خود نشان دهند و در نهایت با بهره‌گیری از فنون آموزشی شناخت درمانی فرآگاهی محور، فشار فرزندپروری کمتری را تجربه کنند. همچنین آموزش فنون فرآگاهی محور با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید و نگرانی‌ها می‌کند و از این رو کاهش فشار فرزندپروری را در پی خواهد داشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی اشاره کرد، استفاده از پرسش‌نامه که امکان سوگیری در پاسخ را فراهم می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آن که، حجم نمونه پایین بود و دوم آن که به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان پیگیری در این پژوهش وجود نداشته است. تمرکز بر مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول، عدم انجام مرحله پیگیری، تقویت اثر هاله‌ای به خاطر درمانگر بودن پژوهشگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی دوره پیگیری در نظر گرفته شود، درمان توسط افرادی غیر از پژوهشگر انجام شود و همچنین پژوهش بر روی پدران و در دیگر شهرها نیز انجام گیرد.

با توجه به اثربخشی شناخت درمانی فرآگاهی محور بر شفقت به خود، فشار فرزندپروری و رشد پس از ضربه مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روان‌درمانگران با توجه به نقش مخرب اختلال طیف اوتیسم در ایجاد آسیب‌های روانی مادران، سلامت روانی و هیجانی آنان نیز در کانون توجه قرار گیرد تا بدین صورت با فراگیری درمیان فرآگاهی محور و بکارگیری آن برای این مادران، تلاش نمایند تا در جهت کاهش فشار فرزندپروری و بهبود شفقت به خود و رشد پس از ضربه این مادران گامی عملی برداشته باشند.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Nahar Sh, Zambelli Z, Elizabeth JH. Risk and protective factors associated with maternal mental health in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2022; 131: 1-10. DOI: 10.1016/j.ridd.2022.104362
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi>.
3. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance summaries*. 2020; 69(4):1. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>.
4. Hassanzadeh S, Masah Bavani A. The Effectiveness of a Positive Parenting Program on the Relationship between Mothers and Children with Autism Spectrum Disorder. *JAPR*. 2021; 12(2): 43-58. doi: 10.22059/JAPR.2021.320739.643792 [persian]
5. Habibi D, Hafezi F, Amiri Majd M, Asgari P, Heidari A. Comparison of the effectiveness of problem solving training and behavior management to mothers on communication skills of children with autism spectrum disorder. *J Sch Psychol*. 2023; 12(2): 87-75. Doi: 20.1001.1.22520821.1402.12.2.5.1. [persian]
6. Zoormand Bonab S, Hosseinsabet F, isamorad A. Determining the role of patience and moral intelligence in predicting action control (action and state orientation) of mothers of children with autism spectrum disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2023; 13(50), pp. 1-42. <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.71514.2526>. [persian]
7. Vadoudi S, Arjmandnia AA, Fekri M. Designing a cognitive-behavioral empowerment program for mothers of children with autism spectrum disorder and its effectiveness on improving the interaction with the child. *Empowering Exceptional Children*. 2022; 12(4): 110-99. Doi: 10.22034/CECIRANJ.2021.250274.1460. [persian]
8. Narimani M, Taghizadeh hir S, Khoshsorour S. The Comparison of parental stress and anger self-regulation skills between parents of children with attention deficit hyperactivity disorder and autism. *Rooyesh*. 2021; 10(1), 87-96. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2443-fa.html> [persian]
9. Babore A, Trumello C, Lombardi L, Candelori C, Chirumbolo A, Cattellino E, Baiocco R, Bramanti SM, Viceconti ML, Pignataro S, Morelli M. Mothers' and children's mental health during the COVID-19 pandemic lockdown: The Mediating role of parenting stress. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023; 54(1): 134-146. Doi 10.1007/s10578-021-01230-6
10. Sarhangi M, Hosseini Nasab SD, Panah Ali A. The effectiveness of life skills training on psychological well-being, communication skills and parenting stress of mothers of mentally retarded children. *Family and Health*. 2020; 11(2): 164-185. Doi: 10.30495/jwsf.2023.1967571.1740 [persian]
11. Sadeghzadeh M, Abbasi M, Taghipour N, Ghasemi N. The Structural relationship between mindful parenting and parental burnout: The Mediating role of mothers' parenting stress. *Journal of Family Research*, 2023; 19(3): 501-518. Doi: 10.48308/JFR.19.3.501 [persian]
12. Ebrahimi S, Mousavian Khatir SE. Predicting marital satisfaction based on mother's parenting stress with the mediating role of depression and marital conflict and moderating father's empathy tendency. *Psychological Achievements*. 2024; doi: <https://doi.org/10.22055/psy.2024.43570.3015>. [persian]
13. Mohebi Z, Dasht Bozorgi Z, Johari fard R. Predicting family functioning based on control of negative thinking and parental stress with mediating role of sexual Satisfaction: model presentation in parents of children with learning disorder. *Psychological Achievements*. 2023; 30(2): 17-36. <https://doi.org/10.22037/anm.v32i1.41459> [persian]
14. Vahedparast H, Akaberian S, Jahanpour F, Khalafi S, Bagherzadeh R. A Comparative study and the relationship between parenting stress and quality of life in couples having children with autism spectrum. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 10 (4): 75-84. URL: <http://ijpn.ir/article-1-2086-fa.html>. [persian]
15. Bohadana G, Morrissey S, Paynter J, 2021, Self-Compassion in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2021; 51(4): 1290-1303. DOI: 10.1007/s10803-020-04612-2
16. Abadian L, Adib-Hajbaghery M. Self-compassion in Nursing: A Concept analysis. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 17: 2809.1. URL: <http://journal.muq.ac.ir/article-1-3691-fa.html>. [persian]
17. Raoofi Adegani N, Sajjadian I, Reisi dehkordi N. Effectiveness of compassion-focused therapy on the self-care and compassion fatigue in Mothers with Cancer Child. *Health Psychology*. 2023; 11(44): 137-152. doi.org/10.30473/hpj.2023.58681.5233. [persian]

18. Kazemi A, Sharifi Fard A. Comparison of self-compassion, resilient and psychological Well-Being in Mothers with Autism Children and Normal Children. JNIP. 2021; 8 (12):1-14. URL: <http://jnip.ir/article-1-429-fa.html>. [persian]
19. Asghari A, Aghili M. Comparison of self-compassion and post traumatic growth of mothers of children with autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. J Except Educ. 2023; 1 (173): 6. URL: <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2411-fa.html>. [persian]
20. Navab M, Dehghani A, Karbasi A. The Effectiveness of Compassion-based Therapy on Post Traumatic Growth in Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. J Child Ment Health. 2019; 6 (1): 239-250. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-381-fa.html>. [persian]
21. Tedeschi RGJ, Shakespeare-Finch K, Taku LG. Post-traumatic Growth: Research, Theory, and Applications Routledge. New York, 2018.
22. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borrás JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. IJCHP. 2017; 17(1): 28-37. DOI: 10.1016/j.ijchp.2016.09.002
23. Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. Psycho-oncology. 2017; 26, 12, 2007-2018. DOI: 10.1002/pon.4426
24. Aghdam L, Rezaei Jamalouei H, Taheri M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on post-traumatic growth and death anxiety in breast cancer patients. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences. 2022; 65(3): 1431-1441. Doi: 10.22038/MJMS.2022.65156.3823. [persian]
25. Zhang, W, Tingting Y, Ya-song, D, Xiao-Hang L. Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord. 2019; 7(1): 1204-1210 DOI:10. 1016/j. rasd.2013.07.008
26. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. Int J Cogn Ther. 2021; 14(2): 380-398. doi: 10.1007/s41811-021-00105-x
27. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2021, 143(1): 6-21 DOI: 10.1111/acps.13242
28. Khalili S, Parandavar K, Khorsand Moafi N, Mohammadi, S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on depression and psychological flexibility of mothers with autistic children. 2024; Rooyesh. 13(3): 245-254. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-5101-fa.html>. [persian]
29. Nikbagha SM, Tabesh Mofrad N, Naseri Manesh M, Karami S. The effect of Mindfulness-based cognitive therapy in Anxiety sensitivity, Deficits in emotional processing and Distress tolerance of Nurses with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2023; 11 (1): 52-64. URL: <http://ijpn.ir/article-1-2130-fa.html>. [persian]
30. Asgarinejad F, Habibi Asgarabad M. The Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on increasing resilience of mothers with autistic children. Journal of Psychology New Ideas. 2021; 10 (14): 1-10. URL: <http://jnip.ir/article-1-612-fa.html>. [persian]
31. Valizadeh H, Ahmadi V. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the happiness and ambiguity of mothers with children with autism spectrum disorder. Applied Psychology. 2023; 17(1): 212-193. Doi: 20.1001.1.20084331.1402.17.1.9. [persian]
32. Emamjomezadeh V, Manshaei G. The Effectiveness of mindfulness based therapy on the parenting burnout and self-compassion in the mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Modern Psychological Researches. 2023; 17(68): 43-52. doi: 10.22034/JMPR.2023.15348. [persian]
33. Shokri, A., Kazemi, R., Narimani, M., Taklavi, S. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive emotion regulation training on psychological well-being of mothers with aggressive students. Journal of School Psychology. 2023; 12(1): 83-70. doi: 10.32598/jpcp.8.2.677.1 [persian]
34. Albehbahani M, Keykhosrovani M, Amini N, Narimani M, Jamei BA. The Effect of training mindfulness to the mothers of the children with autism spectrum disorder on the decrease of their aggression. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences, 2021; 64(5): 4061-4072. doi: 10.22038/MJMS.2021.19845. [persian]
35. Abidin RR. Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 1995.

36. Tedeschi R, Calhoun L. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9: 455-471 DOI: 10.1007/BF02103658
37. Seyed Mahmoudi SJ, Rahimi C, Mohammadi Jaber, N. Psychometric Properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian Sample. *Psychological Models and Methods*. 2013; 3(12): 93-108. <https://www.sid.ir/paper/227543/fa>
38. Neff KD, the selfcompassion scale is a valid and theoretically coherent measure of selfcompassion. *Mindfulness*. 2016, 7(1): 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
39. Mohammadali S, Manavipour D, Sedaghatifard M. Investigating the psychometric characteristics (validity and reliability) of the self-compassion scale: Finding empirical evidence for using the total score and defining the concept of self-compassion. *Applied Psychology*. 2020; 14(2): 50-29. Doi: 10.52547/APS.14.2.29. [persian]
40. Majidi M, Jahan F, Sabahi P, Rezaei N. The Effectiveness of health promoting lifestyle education on self-compassion and psychological flexibility of Elders. *Islamic lifestyle with a focus on health*. 2023; 7(3): 137-145. https://www.islamiilife.com/article_184419. [persian]
41. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2012.

