MEJDS. 2020; 10:85.

Published online 2020 June. **Research Article**

Developing and Validating the Islamic-Iranian Based Mindfulness Intervention and Investigating its Effect on the Mental Health of Mothers of Children with Autism

*Kalhori A[1], Sharifi Daramadi P[2], Ghobari Bonab B[3], Kazemi F[4], Farrokhi NA[5]

Author Address
1. PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
5. Associate Professor, Department of Deliberation and Measuring, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** k_atefeh2007@yahoo.com

Received: 2020 September 6; **Accepted:** 2020 January 19

Abstract

Background & Objectives: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition. ASD is characterized by impairments in social interaction and communication across multiple contexts as well as the presence of repetitive and stereotyped behaviors. Autism could be diagnosed at any age; however, it is considered to be a developmental disorder. This is because symptoms generally present in the first two years of life. Children with autism may manifest abnormal affective responses to individuals. Such conduct may impair their ability to form healthy social relationships. Among numerous threatening life events, those characterized by their magnitude, intensity, duration, and unpredictability tend to constitute the most stressful situations. Reflecting this emphasis, recent literature concerning autism has focused on assessing and analyzing parental stress in the families of children with disabilities. Increasing evidence suggests that the presence of a child with autism has a particularly pervasive stressful effect (directly and indirectly affecting various aspects) on the family members' lives. Problems of caring for children with autism, including stress, anxiety, and depression adversely impact their parents' mental health. The main responsibility of such care is on the mothers; as a result, their mental health is impacted more than fathers or other family members. Accordingly, implementing effective therapy is necessary for these mothers. A major issue in psychotherapy is cultural differences. Thus, developing culture–based therapies could be more effective in specific groups. Therefore, this study aimed at developing and validating the Islamic–Iranian based mindfulness intervention and investigating its effect on the mental health of the mothers of children with autism.

Methods: This was an experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The study population consisted of all the mothers of children with autism in Tehran City, Iran, in 2019. The sample consisted of 36 mothers of children with autism (n=18/group). The study subjects were selected by convenience sampling method. Then, they were randomly assigned to the test and control groups. Next, the experimental group participated in eight 70–minute sessions of Islamic–Iranian based mindfulness intervention; however, the control group received no intervention. The data collection instruments included the 28–Item General Health Questionnaire (GHQ). The GHQ is a screening device for identifying minor psychiatric disorders in the general population and within the community or non–psychiatric clinical settings, such as primary care or general medical out–patient centers. Suitable for all ages from adolescent upwards (but not children), it assesses the respondent's current state and assesses if that differs from their usual conditions. It is therefore sensitive to short–term psychiatric disorders, but not too long–standing attributes of the respondent. Moreover, the obtained data were analyzed using SPSS and repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA).

Results: The current research results indicated that the provided mindfulness intervention significantly impacted mental health (p<0.001), in terms of anxiety, depression, and social function; however, but this intervention had no impact on the physiologic subscale. Additionally, the obtained results remained stable in the follow–up stage.

Conclusion: Based on the findings of this study, the presented Islamic–Iranian based mindfulness intervention improved mental health among the investigated mothers of children with autism. Thus, it is a promising approach in clinical interventions and could be used as an effective interventional method. Accordingly, this intervention seems to be an applicable treatment for the mothers of children with autism.

Keywords: Islamic–Iranian based mindfulness intervention, Mental health, Mothers, Autism, Children.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):
doi:

انتشار برخط خرداد ۱۳۹۹
مقاله پژوهشی اصیل

تدوین و اعتباریابی برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی و تأثیر آن بر سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف درخودماندگی

*عاطفه کلهری[۱]، پرویز شریفی درآمدی[۲]، باقر غباری بناب[۳]، فرنگیس کاظمی[۴]، نورعلی فرخی[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۲. استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۳. استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۵. دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** k_atefeh2007@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۰ اسفند۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ اردیبهشت۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف درخودماندگی به‌عنوان اختلالی عصب‌تحولی پیچیده تنها فرد مبتلا را درگیر نمی‌کند، بلکه زنجیره‌ای از گرفتاری‌های خانوادگی و اجتماعی را به‌دنبال دارد و اثرات مخربی بر روند زندگی والدین و مراقبان آن‌ها بر جای می‌گذارد؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی و تأثیر آن بر سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال طیف درخودماندگی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش در قالب طرحی آزمایشی با پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری بود. از بین مادران داوطلب واجد شرایط دارای کودک با اختلال طیف درخودماندگی ۳۶ نفر انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ ۷۰دقیقه‌ای به‌مدت ۴۵ روز و هفته‌ای دو جلسه مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی را دریافت کرد. پرسشنامهٔ سلامت روانی (۱۹۷۸) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه برای دو گروه اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل یافته‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. سطح معناداری یافته‌های پژوهش ۰/۰۵=α تعیین شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل حاکی‌از تأثیر معنادار مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی بر سلامت روان و مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی و عملکرد اجتماعی است ($p<۰/۰۰۱$)؛ طوری‌که تغییرات ایجادشده در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است. مداخلهٔ ذهن‌آگاهی بر بعد جسمانی تأثیر معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر، آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات سلامت روان مادران کودکان درخودمانده دارد؛ ازاین‌رو، توجه به این یافته‌ها و سازوکار اثربخشی روش مداخلهٔ مذکور می‌تواند پیامدهای مثبتی بر افزایش سلامت روان این مادران داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی، سلامت روانی، مادران، اختلال طیف درخودماندگی، کودکان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

۱ مقدمه

اختلال طیف درخودماندگی[1] ازجمله اختلال‌های عصب‌تحولی[2] است که شامل دامنهٔ وسیعی از ناتوانی‌های پیچیده مانند نقص در برقراری ارتباط و تعامل‌های اجتماعی، نقص در شروع روابط اجتماعی و حفظ آن‌ها، الگوهای علایق، رفتار و فعالیت‌های تکراری، محدودیت در علایق و فعالیت‌ها، انعطاف‌ناپذیری در رفتار و نقص در پردازش حسی می‌شود. شیوع این اختلال در جوامع مختلف نزدیک به یک‌درصد و در بین پسران چهار برابر بیشتر از دختران گزارش شده است (۱). این اختلال تنها فرد مبتلا را درگیر نمی‌کند؛ بلکه زنجیره‌ای از گرفتاری‌های خانوادگی و اجتماعی را به‌دنبال دارد و اثرات مخربی بر روند زندگی والدین و مراقبان آن‌ها بر جای می‌گذارد (۲). وجود کودک مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی در بعضی مواقع می‌تواند باعث بهترشدن جو عاطفی خانواده شود و تأثیرات مثبتی بر روابط بین زوجین داشته باشد؛ بااین‌وجود تأثیرات مخرب آن در برهم‌زدن تعادل روانی و عاطفی و اقتصادی خانواده‌ها انکارناپذیر است. در این راستا شواهد پژوهشی بیانگر آن است که والدین دارای کودک درخودمانده استرس و مسئولیت‌پذیری بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی کمتر، سطوح شدید استرس و پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت روان ضعیف‌تر، افسردگی و اضطراب زیاد، ناامیدی و احساس نگرانی شدید، احساس بدبینی و منفی‌بافی و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند (۳). دشواری‌های تربیتی و آموزشی و توان‌بخشی کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی والدین آن‌ها را با مشکلات و موانع بی‌شماری مواجه کرده است؛ ولی با این حال مادران این کودکان به‌دلیل پیوند عاطفی قوی‌تر و نقش پررنگ‌تری که در تربیت و آموزش فرزند خود عهده‌دار هستند، زمان بیشتری را به آن‌ها و برآورده‌کردن نیازهایشان اختصاص می‌دهند؛ ازاین‌رو بیشتر درمعرض مشکلات جسمی و روانی قرار دارند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده مشخص می‌کند که مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی درمقایسه با پدران آن‌ها سطح شدیدی از استرس، افسردگی، اضطراب، مشکلات شناختی، ضعف در تصمیم‌گیری و حل مسئله، خستگی، ناامیدی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و فشار روانی را نشان می‌دهند (۶ـ۴). افزون‌براین شواهد پژوهشی حاکی‌از آن است که مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی درمقایسه با مادران دیگر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه استرس والدگری بیشتری بروز می‌دهند (۷،۸). باتوجه به مطالب ذکرشده اختلال طیف درخودماندگی می‌تواند سلامت روان مادران را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار دهد و سطوح شدیدی از افسردگی، اضطراب، استرس، انزوا، کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس را در آن‌ها به‌دنبال داشته باشد (۹). اسکیزوفرنی و اختلال شخصیت اسکیزوئید نیز در آن‌ها بیش از مادران دیگر گروه‌ها گزارش شده است (۱۰،۱۱). در این راستا شواهد پژوهشی مشخص می‌کند که ۳۳تا۵۵درصد از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی از افسردگی اساسی رنج می‌برند (۱۲).

همچنین میزان بیشتری از اختلال‌های اضطرابی ازجمله اضطراب فراگیر و هراس و اختلال وسواس فکری‌ـ عملی در مادران این کودکان عنوان شده است (۱۳). دسوسا و سانگویی در پژوهش خود نشان دادند که ۲۰تا۳۳درصد از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی از اختلال‌های اضطرابی رنج می‌برند (۱۲).

گرچه تشخیص اختلال طیف درخودماندگی، مسئلهٔ اجتناب‌ناپذیری بوده، پاسخ‌ها و چالش‌های خانواده به این تشخیص امری منعطف و تغییرپذیر است. بر این اساس پژوهشگران مختلف از روش‌های درمانی متعدد ازجمله درمان شناختی‌رفتاری (۱۴،۱۵)، آموزش ذهن‌آگاهی[3] (۱۹-۱۶)، راهبردهای روان‌شناسی مثبت‌نگ ر[4] (۲۰)، آموزش آرامیدگی (۲۱) و آموزش ذهن‌آگاهی دربرابر روان‌شناسی مثبت‌نگر (۲۲) برای کاهش اثرات مخرب اختلال طیف درخودماندگی بر فضای خانواده استفاده کرده‌اند (۲۳). افزون‌براین شواهد پژوهشی قویاً گویای آن است که وجود حمایت اجتماعی زیاد و استفاده از روش‌های ارتقای مهارت والدگری باعث کاهش استرس و نشانه‌های افسردگی و بهبود سلامت روان‌شناختی والدین این کودکان می‌شود (۲۴).

در ایران نیز پژوهش‌هایی در زمینهٔ طراحی برنامه و بررسی اثربخشی آن بر والدین کودکان درخودمانده انجام شده است؛ ازجملهٔ این پژوهش‌ها می‌توان به تأثیر برنامهٔ آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر استرس مادران کودکان درخودمانده (۲۵) و اثربخشی برنامهٔ روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و نیز کاهش عواطف منفی مادران این کودکان (۲۶) اشاره کرد. باتوجه به اثرات مخربی که اختلال طیف درخودماندگی بر سلامت جسمانی و روانی و عاطفی مادران دارد، مداخله‌های روان‌درمانی می‌تواند در سازگاری و کاهش تبعات این اختلال برای مادران آن‌ها مؤثر باشد. افزون‌براین، باتوجه به ویژگی‌های مذهبی خاص کشور ایران که ارزش‌های فرهنگی و مذهبی و اجتماعی آن معیارهای متفاوتی درمقایسه با جوامع غربی و حتی جوامع شرقی دارد، مصادیق مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در چارچوب این ارزش‌های فرهنگی و مذهبی و همچنین بافت اجتماعی ایران ممکن است تا حدودی با مصادیق ذهن‌آگاهی و سایر درمان‌های انجام‌شده برای مادران کودکان درخودمانده متفاوت باشد.

شواهد پژوهشی حاکی‌از آن است که مداخله‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[5] می‌تواند در کاهش سطح استرس و نیز در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در گروه‌های مختلف مؤثر باشد (۲۷). درواقع مداخله‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازطریق تکنیک‌ها و راهبردهایی مناسب می‌تواند باعث پذیرش فعال و کاهش مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان با اختلال طیف درخودماندگی شود (۲۸،۲۹). در این راستا فرایولی و هریس در پژوهشی به مقایسهٔ مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و مداخلهٔ مبتنی‌بر آموزش مهارت‌ها برای والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلهٔ

[1]. Autism Spectrum Disorder
[2]. Developmental Disorders
[3]. Mindfulness Training
[4]. Positive Psychology Strategies
[5]. Mindfulness-Based Interventions

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر استرس و سلامت عمومی و ذهن‌آگاهی والدین مؤثر است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش‌های سینگ و همکاران و ریدرنیکف و همکاران اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را برای والدین کودکان اختلال طیف درخودماندگی تأیید کرده‌اند (۳۰،۳۱)؛ به‌طورکلی تلاش برای کنترل و کوچک‌شمردن یا اجتناب از درد و اندوه و پریشانی شاید در کوتاه‌مدت ازطریق اجتناب از موقعیت و تقویت منفی به آرامش موقت منتهی شود؛ اما این تلاش‌ها و کلنجارهای تمام‌نشدنی می‌تواند دردناک و مخرب باشد؛ زیرا نیازمند تلاش فراوان و صرف وقت و انرژی زیادی است و می‌تواند بر تجربیات رنج‌آور افراد بیفزاید؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد که پذیرش فعال وضع موجود از طرف مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و پیامدهای ناشی‌از آن به‌جای اجتناب می‌تواند منجربه شکل‌گیری فضای فکری و روانی مناسب برای ادامهٔ زندگی در آن‌ها شود.

خانواده‌های کودکان درخودمانده به‌دلیل داشتن کودک مبتلا به اختلال همیشگی (۱)، نیازمند دریافت مداخله و آموزش و حمایت‌های پایدار و طولانی‌مدت هستند. از سوی دیگر کارآمدی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا و مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بیشتر در فرهنگ غربی که محل رشد و گسترش این رویکردها بوده، نشان داده شده است؛ درحالی‌که برخی از پژوهش‌ها نقش فرهنگ و مذهب را در کارآمدی این مداخله‌ها بیان می‌کند (۳۲). وضعیت اجتماعی و فرهنگ مذهبی ایران موقعیتی را فراهم آورده که آن را از کشورهای غربی و دیگر جوامع شرقی متمایز کرده است؛ بنابراین پژوهش‌هایی که به بررسی کارآمدی این مداخلات در فرهنگ و بافت دیگری می‌پردازد، می‌تواند دانش پژوهشگران را دربارهٔ نقش فرهنگ در کارآمدی مداخله‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی افزایش دهد. باتوجه به وجود مشکلات مرتبط با سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی در ایران و وجود نشانه‌های افسردگی و اضطراب و نیز سطوح ضعیف بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در این مادران و توجه به این مسئله که ارتقای سطح سلامت روان آن‌ها می‌تواند نقش مهم و امیدبخشی در روند پرورش و آموزش و توان‌بخشی به‌موقع کودکان درخودمانده داشته باشد، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی و اثر آن بر سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر در قالب طرحی آزمایشی با پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری انجام شد. از بین مادران داوطلب واجد شرایط دارای کودک درخودمانده ۳۶ نفر که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش حاضر را احراز کردند و همچنین برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی نمودند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (دو گروه ۱۸ نفره) تخصیص یافتند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور[1] استفاده شد. حجم نمونه براساس مؤلفه‌های آلفا (α=۰/۰۵)، توان آزمون آماری (β=۰/۸۰ـ ۱)، گروه‌ها برابر با دو و اندازه‌گیری‌ها برابر با سه بود و تعداد نمونه ۳۶ نفر در دو گروه تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل متأهل‌بودن، مادر تنی کودک بودن، تحصیل فرزند در دورهٔ دبستان با حداقل سن تقویمی ۶ سال و حداکثر ۱۳ سال، مبتلانبودن به بیماری جسمی و روانی خاص، اعتیادنداشتن به مواد مخدر، داشتن تحصیلات بیشتر از راهنمایی، نبود بارداری و شیردهی در حین انجام طرح و دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص اختلال فرزند خود بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از: تمایل‌نداشتن به ادامهٔ درمان؛ بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از طرح؛ غیبت بیش از دو جلسه یا فاصله‌افتادن بین جلسات بیش از چهار روز. همچنین مادرانی که تحت درمان داروهای مؤثر بر هوشیاری، دارای مشکلات ارتباطی حاد یا مشکل در درک زبان رسمی بوده، از مطالعه کنار گذاشته شدند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی احترام به اصل رازداری آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد؛ به‌طوری که جهت محرمانه‌بودن، آزمودنی‌ها کدگذاری شده و اسامی آن‌ها حذف گردید؛ همچنین ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان و آزادبودن آن‌ها برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح لحاظ شد؛ به‌طوری‌که شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش که مایل بودند توانایی صرف‌نظر از ادامهٔ همکاری را در تحقیق داشتند. گروه آزمایش هشت جلسهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی گروهی را به‌صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به‌مدت ۷۰ دقیقه دریافت کرد. این در حالی بود که برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد و تنها در جلسه‌های ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه شرکت کرد. بعد از آزمون پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن نمونهٔ مدنظر در متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو‌ـ ویلک، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه به‌کمک آزمون لوین و کرویت همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته بررسی شد. همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون موخلی و داده‌های پژوهش ازطریق آزمون‌های تی‌استودنت و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌های آماری α=۰/۰۵ بود.

ـ پرسشنامهٔ سلامت روان (۱۹۷۹): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در ۱۹۷۹ طراحی شد و یکی از پرسشنامه‌هایی است که به‌صورت گسترده برای پایش سلامت عمومی افراد به‌کار می‌رود (۳۳). در این پژوهش از نسخهٔ ۲۸آیتمی مقیاس استفاده شد که دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های جسمی (هفت آیتم)، اضطراب و بی‌خوابی (هفت آیتم)، بدعملکردی اجتماعی (هفت آیتم) و افسردگی شدید (هفت آیتم) است. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا تغییرات را در خلق و احساسات و رفتارش در چهار هفتهٔ اخیر براساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (سه) گزارش دهد. دامنهٔ نمرات هر فرد در زیرمقیاس‌ها بین ۰ تا ۲۱ و در نمرهٔ کل از ۰ تا ۸۴ متغیر است. نمرهٔ بیشتر دال بر سلامت روان ضعیف‌تر است. گلدبرگ و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ گزارش کردند (۳۴). همچنین در ایران همسانی درونی مقیاس توسط زارع و همکاران با

[1]. G*Power

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل سلامت روان ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۵).

ـ برنامهٔ مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ ایرانی[1]: برنامهٔ ذهن‌آگاهی که در پژوهش حاضر استفاده شد، برنامه‌ای هشت‌جلسه‌ای است که با پیشینه‌کاوی مبانی نظری و پژوهشی موجود توسط تیم پژوهشی، در تحقیق حاضر طراحی و در گروه نمونهٔ مدنظر امکان‌سنجی شد. طراحی این برنامه، با محوریت قراردادن ذهن‌آگاهی در منابع مختلف ازجمله مثنوی معنوی، اشعار خیام، حافظ، سعدی، قران کریم، نهج‌البلاغه و دیگر منابع و ترکیب مباحث مختلف روان‌شناختی و معنوی برای مادران کودکان درخودمانده بود. جهت بررسی تبدیل قضاوت‌های کیفی متخصصان (داوران) به کمیت دربارهٔ روایی محتوای برنامهٔ ذهن‌آگاهی طراحی‌شده برای مادران کودکان درخودمانده از ضریب نسبی روایی محتوا[2] لاوشه استفاده شد (۳۶). نتایج محاسبهٔ ضریب روایی محتوایی برای همهٔ جلسات بیشتر از ۰/۸۰ به‌دست آمد؛ این امر نشان‌دهندهٔ مناسب‌بودن روایی محتوایی در برنامهٔ مداخله‌ای ذهن‌آگاهی طراحی‌شده است. این برنامه در هشت جلسهٔ ۷۰دقیقه‌ای به‌صورت گروهی، هفته‌ای دو جلسه و سه جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای برای اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری انجام پذیرفت. خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخلهٔ گروهی ذهن‌آگاهی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. چارچوب کلی جلسه‌های مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ ایرانی

جلسه	موضوع جلسه	محتوای جلسات
اول	هدایت خودکار	آشنایی؛ شناسایی ارزش‌های مادران، بیان قواعد کلی و توضیحی کلی دربارهٔ برنامهٔ تعیین اهداف جلسه؛ اجرای پیش‌آزمون. محرمانگی جلسات؛ توضیح مفهوم ذهن‌آگاهی با استفاده از چند فن، توضیح دربارهٔ اهمیت حضور در لحظهٔ حال و بودن در اینجا و اکنون ذهن‌آگاهی و توضیح مفهوم ذهن‌آگاهی باتوجه به مفهوم عرفانی (حضور قلب)، معرفی و تبیین کیفیت‌های ذهن‌آگاهی باتوجه به مفاهیم و اندیشه‌های اسلامی، ذهنیت در حال انجام و ذهنیت در حال بودن (کاباتزین و هیز، ۲۰۱۳). تأکید بر انجام تکالیف در منزل.
دوم	شناسایی و پیکار با موانع	شناسایی افکار و احساسات آشفته و آرام‌گرفتن با تمرینات آورندهٔ توجه به لحظهٔ حال؛ پذیرش بدون قضاوت: تفاوت بین پذیرش و کناره‌گیری؛ تمرین مراقبهٔ وارسی بدنی، آموزش الگوی مراقبهٔ اسلامی (مثنوی معنوی، دیوان سعدی).
سوم	آگاهی از تنفس	تمرین تنفس آگاهانه؛ تمرین الگوی مراقبهٔ اسلامی؛ تکنیک آینهٔ دل تأکید بر ادای ذکر بسم الله در طول روز و ایجاد تمرکز و حضور قلب پنج تا ده دقیقه قبل از نماز؛ تلاوت روزانهٔ پنج آیهٔ قرآن همراه با تأمل در معانی آن؛ قرائت متنی از مولانا در رابطه با مراقبه و قراردادن آن در اختیار افراد؛ جسمانی‌کردن احساسات خود و آگاهی از احساسات (استفاده از قرآن، مثنوی معنوی، کتاب‌های شناخت‌درمانی و منابع موجود در زمینهٔ موج سوم رفتاردرمانی ازجمله کتاب‌های کاباتزین و هیز).
چهارم	ماندن در زمان حال	بودن در لحظهٔ حال بدون قضاوت با استفاده از اشعار خیام و مولانا.
پنجم	حضور در لحظهٔ حال	تغییر نگاه مادران به فلسفهٔ درد و رنج با استفاده از آیات قرآن، نهج‌البلاغه، مثنوی و دیگر منابع موجود؛ پذیرش و جدایی از افکار منفی و ناتوان‌کنندهٔ خانه‌تکانی ذهنی، برطبق منابع عرفانی ایران براساس قرآن و مثنوی معنوی؛ پذیرش وضع موجود و مقایسه‌نکردن خود با دیگران، گفت‌وگو در رابطه با پذیرش حمکت خداوند با استفاده از قرآن، مثنوی معنوی.
ششم	حقایق‌نبودن افکار	نظارت امواج خروشان در ساحل زندگی؛ پذیرش تجارب فردی و ارتباط با تجارب فردی؛ تمرین رویارویی به‌جای جنگیدن (مثنوی معنوی).
هفتم	مراقبت از خود	چگونگی آماده‌بودن برای عود، بررسی فعالیت‌های لذت‌بخش فهرست نشانه‌های عود و تهیهٔ برنامهٔ فعالیت برای مقابله با عود (هیز و واتسون ۲۰۱۳، کاباتزین ۲۰۰۵).
هشتم	کاربرد	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی؛ استفاده از مطالب آموخته‌شده جهت بهره‌مندی در زندگی؛ اجرای پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، اکثر اعضای گروه‌های آزمایش و گواه در دامنهٔ سنی ۳۱تا۴۰ سال قرار داشتند. میانگین (انحراف معیار) سنی دو گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب (۵/۰۶)۳۹/۲ و (۴/۰۶) ۳۸/۹۴ سال بود. همچنین، آزمون آماری تی‌استودنت مقایسهٔ میانگین سنی دو گروه مستقل نشان داد که اختلاف آماری معناداری بین سن دو گروه وجود ندارد (p=۰/۸۲۹). بررسی اجمالی میانگین‌های دو گروه در جدول ۲، حاکی‌از کاهش معنادار نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت روان در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه است. به عبارت دیگر مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ ایرانی، موجب کاهش میانگین مشکلات سلامت روان گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده است.

[1]. Mindfulness Intervention Program Based on Islamic-Iranian approach

[2]. Content Validity Ratio

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سلامت روان و زیرمؤلفه‌های آن به‌تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	علائم جسمانی	۷/۳۹	۱/۰۳	۷/۲۲	۱/۰۶	۷/۳۳	۱/۲۹
	اضطراب	۸/۱۱	۱/۹۰	۴/۰۶	۳/۱۱	۳/۸۰	۲/۶۵
	عملکرد اجتماعی	۹/۲۸	۱/۶۳	۴/۸۹	۲/۰۸	۵/۰۰	۱/۳۰
	افسردگی	۹/۳۹	۱/۳۷	۶/۲۲	۱/۳۹	۶/۴۰	۱/۲۹
	سلامت روان	۳۴/۱۷	۴/۰۰	۲۲/۳۹	۴/۴۷	۲۲/۵۳	۳/۸۷
گواه	علائم جسمانی	۶/۷۸	۱/۰۱	۶/۶۱	۰/۹۷	۶/۶۹	۱/۱۰
	اضطراب	۸/۳۳	۱/۷۱	۷/۲۸	۲/۱۶	۷/۱۵	۲/۱۹
	عملکرد اجتماعی	۹/۰۰	۱/۳۲	۷/۸۳	۱/۹۴	۷/۱۵	۱/۷۲
	افسردگی	۹/۵۰	۱/۵۴	۸/۱۱	۱/۲۷	۸/۳۱	۱/۳۷
	سلامت روان	۳۳/۶۱	۳/۳۱	۲۹/۸۳	۳/۷۳	۲۹/۳۱	۴/۱۱

نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مؤلفه‌های سلامت روان از لحاظ آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ ازاین‌رو، می‌توان اظهار داشت که متغیرهای مدنظر در جامعهٔ پژوهش دارای توزیع نرمال است. نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و همسانی واریانس‌ها رد نمی‌شود (p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت‌موخلی فرض کرویت را رد نکرد (p>۰/۰۵). نتایج به‌دست‌آمده حاکی‌از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل یافته‌ها بوده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای علائم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان

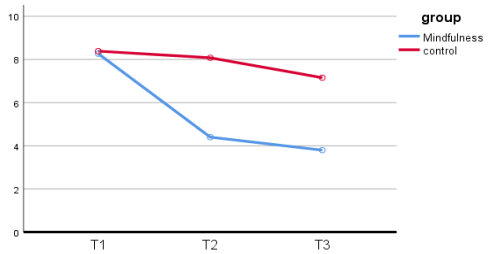
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور ایتا
علائم جسمانی	زمان	۰/۵۱	۰/۲۵	۰/۵۴	۰/۴۷۶	۰/۰۱
	زمان*گروه	۰/۲۹	۰/۱۴	۰/۳۱	۰/۵۳۷	۰/۰۹
	گروه	۷/۷۸	۷/۷۸	۳/۳۱	۰/۰۱۷	۰/۰۸
اضطراب	زمان	۱۲۱/۱۹	۶۰/۵۹	۱۴/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
	زمان*گروه	۵۳/۹۵	۲۶/۹۷	۶/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
	گروه	۱۱۸/۶۳	۱۱۸/۶۳	۱۶/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۸
عملکرد اجتماعی	زمان	۱۶۸/۹۵	۸۴/۴۷	۴۳/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	زمان*گروه	۴۶/۲۸	۲۳/۱۴	۱۱/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
	گروه	۴۳/۹۰	۴۳/۹۰	۱۰/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
افسردگی	زمان	۷۵/۵۲	۳۷/۷۶	۳۱/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
	زمان*گروه	۲۰/۷۶	۱۰/۳۸	۸/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گروه	۲۴/۸۵	۲۴/۸۵	۷/۲۲	۰/۰۱۲	۹/۲۱
نمرهٔ کل سلامت روان	زمان	۱۵۲۸/۰۷	۷۶۴/۰۳	۵۶/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
	زمان*گروه	۳۸۹/۴۰	۱۹۴/۷۰	۱۶/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳
	گروه	۶۲۵/۹۲	۶۲۵/۹۲	۲۷/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۵

نتایج آزمون چندمتغیری اثر پیلایی حاکی‌از تفاوت بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان و تعامل زمان و گروه است (p<۰/۰۰۱)؛ بدین‌معنا که از مرحلهٔ پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه مداخله درمقایسه با گروه گواه تفاوت‌های معناداری وجود دارد؛ همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان، گروه و نیز تعامل زمان و گروه بر متغیرهای اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و نمرهٔ کل سلامت روان معنادار است؛ این مسئله

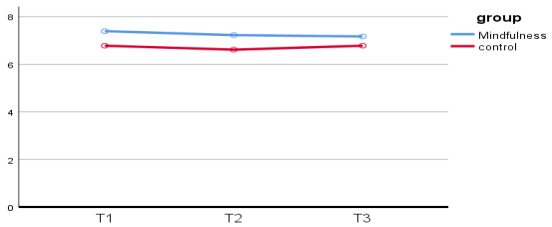
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

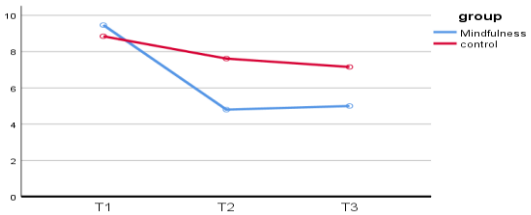
به‌ترتیب در نمودارهای ۲ تا۵ دیده می‌شود. با مشاهدهٔ میانگین‌ها در مرحلهٔ پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است؛ ازاین‌رو باتوجه به یافته‌های توصیفی جدول ۲ مبنی‌بر تغییر چشمگیر میانگین گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون می‌توان چنین بیان کرد که برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی تأثیر معناداری در کاهش اضطراب و افسردگی و نیز افزایش عملکرد اجتماعی و سلامت روان مادران دارای کودک درخودمانده داشته است. براساس میزان ضریب ایتای به‌دست‌آمده در تفاوت‌های بین‌گروهی می‌توان گفت که مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی به‌ترتیب ۰/۳۸، ۰/۲۹، ۰/۲۱ و ۰/۴۵درصد از تغییرات واریانس متغیرهای اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان را در مرحلهٔ پس‌آزمون در مادران دارای کودک درخودمانده تبیین می‌کند. علاوه‌براین، نتایج نشان داد که برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی تأثیر معناداری بر کاهش علائم جسمانی این مادران نداشته است (نمودار ۱).



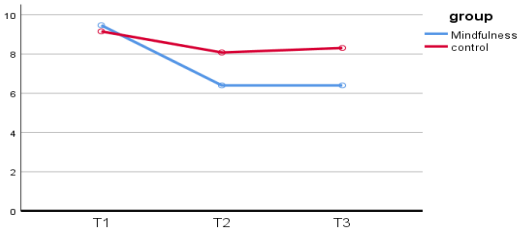
نمودار ۱. علائم جسمانی در دو گروه



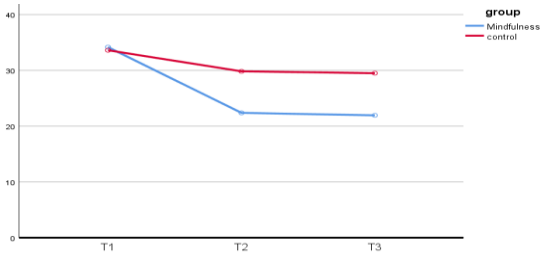
نمودار ۲. اضطراب در دو گروه



نمودار ۳. عملکرد اجتماعی در دو گروه



نمودار ۴. افسردگی در دو گروه



نمودار ۵. وضعیت سلامت روان در دو گروه

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی و تأثیر آن بر سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی بر علائم جسمانی سلامت تأثیر معناداری ندارد. اثربخش‌نبودن مداخله می‌تواند ناشی‌از محتوای برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی باشد. برنامهٔ آموزشی طراحی‌شده عمدتاً بر حضور ذهن و توجه به لحظهٔ حال و پذیرش تمرکز دارد؛ حال آنکه آیتم‌هایی که در پرسشنامهٔ سلامت عمومی برای علائم جسمانی در نظر گرفته شده است، جنبه‌های جسمانی سلامت را ارزیابی می‌کند؛ به‌همین دلیل ممکن است این برنامه نتواند در زمینهٔ مسائل و مشکلات جسمانی اثربخش باشد. به‌نظر می‌رسد برای بهبود این جنبه از سلامت، اعمال برخی از تغییرات در برنامه لازم و ضروری است.

برخلاف بعد جسمانی سلامت عمومی، برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی، تأثیر معناداری بر میزان اضطراب مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی داشته است. این نتیجه در راستای پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه قرار دارد. نتیجهٔ به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با مطالعهٔ قادری جاوید و غلام‌رضایی و رضایی، مبنی‌بر تأثیر مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس و اضطراب، همسوست (۳۷). همچنین این یافته با پژوهش اسمیت، ماتزکر، ویت و گرتی که نشان دادند مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی مؤثر بوده، همخوانی دارد (۳۸). این یافته با پژوهش دمارزو و همکاران، مبنی‌بر تأثیر برنامهٔ ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و استرس نیز همسوست (۳۹). در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که بسیاری از والدین کودکان با اختلال طیف درخودماندگی حتی درمقایسه با والدین کودکان دارای ناتوانی‌های دیگر، دچار استرس و اضطراب بیشتر و روابط رضایت‌بخش کمتری هستند. آشکار است وجود چنین وضعیتی سبب بروز رفتارهای متفاوتی از سوی والدین می‌شود و عملکرد روزانه و رفتارهای آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۴۰). در همین راستا، با آموزش‌های ذهن‌آگاهی به‌دلیل سازوکار نهفته در آن همچون مشاهده‌گری بدون داوری، افزایش آگاهی و حضور در لحظهٔ حال، پذیرش و خودداری از اجتناب، فرد توانایی مقابله با موقعیت پرتنش را پیدا می‌کند. مهارت‌های ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کنندهٔ رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت است که این امر رضایت فردی را افزایش می‌دهد و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد. هرچه آگاهی‌های فرد از باورهای خود و فرایندهای فکری و اندیشه‌ها ازطریق یادگیری مهارت‌های ذهن‌آگاهی بیشتر باشد، بهتر و زودتر می‌تواند موقعیت‌های گوناگون را ارزشیابی کند و عملکرد مناسبی را در پیش گیرد؛ همچنین کمتر احتمال دارد در تصمیم‌گیری‌های خود به مشکل برخورد کند (۴۱).

در توجیه اثربخش‌بودن برنامهٔ ذهن‌آگاهی می‌توان چنین بیان کرد که ذهن‌آگاهی، آگاهی همه‌جانبه‌ای است که به پهنای ذهنی وسیع و باز و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طورکه اتفاق افتاده، کمک می‌کند؛ درنتیجه آموزش ذهن‌آگاهی، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی را که از مشکلات روانی و هیجانی خاصی در رنج هستند، پذیرندهٔ احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود می‌کند و با کنترل افکار و هیجانات و پذیرش این احساسات، سطح کیفیت زندگی و هیجانات مثبت را در آنان بهبود می‌بخشد (۴۲). با بیشترشدن ذهن‌آگاهی، قدرت تنظیم هیجان و خودمدیریتی در فرد افزایش می‌یابد و به‌شکل کاملاً مستقیم فرد هیجان‌های خود را تنظیم کرده و سطح کیفیت مثبت زندگی وی تغییر می‌کند (۴۳). باتوجه به آنچه گفته شد، ذهن‌آگاهی می‌تواند آگاهی عمیق‌تر و مدیریت هیجان را در رابطه با احساسات و افکار افزایش دهد و راهبردهای مثبت نظم‌جویی هیجان را بهبود بخشد و نیز راهبردهای منفی را کم کند. افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظهٔ حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی می‌شود. ذهن‌آگاهی به‌علت سازوکار نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون و مهارت‌های ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر کاهش استرس، به‌علت تأثیر بر این فرآیندها، در کاهش علائم بالینی اضطراب مؤثر است؛ ازطرفی اثربخشی درمان را در درازمدت حفظ می‌کند (۴۴)؛ به‌همین دلیل، با شرکت مادران دارای اختلال طیف درخودماندگی در جلسات برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی شاهد کاهش اضطراب بودیم.

افزون‌براین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی، تأثیر معناداری بر میزان افسردگی مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دارد. باتوجه به اثربخش‌بودن برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی بر افسردگی، می‌توان گفت نتایج این پژوهش همسو با مطالعاتی است که نشان دادند استفاده از رویکرد ذهن‌آگاهی موجب کاهش و بهبود علائم افسردگی می‌شود؛ برای مثال، عسگری و همکاران (۴۵) و مک کنزی و همکاران (۴۶) به نتایج مشابهی با یافته‌های پژوهش حاضر دست یافتند. لازم به‌ذکر است که تولد هر کودک دارای ناتوانی مشکلات بسیاری برای پدر و مادرش به‌وجود می‌آورد. حال باتوجه به ویژگی‌های کودکان با اختلال طیف درخودماندگی و خلق‌وخوی دشوار آن‌ها، پرورش کودکی با این مشکلات تحولی، چالشی مهم و منحصربه‌فرد برای هر دو والد است (۴۷). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، مادران این کودکان با مشکلاتی در زمینهٔ رضایت از زندگی و عزت‌نفس و سلامت روانی (۴۸) مواجه بوده و نشانه‌های افسردگی را به میزان زیادی تجربه می‌کنند (۶). در زمینهٔ اثر برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی بر افسردگی می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی ازطریق تنظیم هیجانی، نشخوار ذهنی افراد مبتلا به افسردگی را کم می‌کند. برنامهٔ ذهن‌آگاهی، شیوهٔ متفاوتی از مواجهه با هیجانات و پریشانی‌ها ارائه می‌دهد. رابطه‌نداشتن با تفکر منفی و درگیرنشدن با آن یا به بیان دیگر رهاکردن افکار منفی باعث می‌شود که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی نشود. در تمرینات ذهن‌آگاهی افراد متوجه وجود ارتباط بین افکار و احساسات و حس‌های بدنی در هر لحظه می‌شوند (۴۹)؛ در نتیجهٔ این آگاهی، افکار و حالات افسرده‌ساز شناسایی شده و با تمرین رهاکردن و پذیرش این افکار به‌تدریج افسردگی کاهش می‌یابد. مکانیزم‌های اثرگذاری ذهن‌آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش نیز باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود. به بیان دیگر افراد می‌آموزند در لحظه از حالات بدنی و احساسات و افکار خود آگاه باشند. طی تمرینات، حالات بدنی و ذهنی معیوب شناسایی می‌شود و فرد یاد می‌گیرد که در لحظه از وقوع این افکار و احساسات و حس‌های بدنی آگاه شود و به‌جای واپس‌رانی و کنترل آن‌ها، این افکار و احساسات و حس‌های بدنی را بپذیرد و در زمان حال نگه داشته و کنار بگذارد؛ یعنی وجود آن‌ها را به‌جای انکار می‌پذیرد؛ همین پذیرش بار منفی این حالات را کاهش داده و مانع پیشرفت علائم و به‌دنبال آن بروز حالات افسردگی در فرد می‌شود (۵۰). با استفاده از این درمان به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان طیف اختلال درخودماندگی ازجمله افسردگی و اضطراب را کاهش داد؛ همچنین خطر بازگشت و عود آن‌ها را در آینده کمتر کرد تا درنهایت، نتایجی مانند افزایش امید به زندگی، سازگاری با وضعیت بیماری کودک، روابط بهتر با اطرافیان، داشتن فعالیت‌های اجتماعی بیشتر و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی را به‌دنبال داشته باشد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، اثربخش‌بودن برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی بر عملکرد اجتماعی مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی بوده که این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است. با بررسی ادبیات پژوهشی مشخص می‌شود که مطالعات کمی به ارزیابی عملکرد اجتماعی در وابستگان کودکان مبتلا به درخودماندگی پرداخته‌اند (۵۱). برخی مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد مشکلات عملکرد اجتماعی در خویشاوندان کودکان مبتلا به

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

درخودماندگی شایع است و ۲۰درصد از خویشاوندان درجهٔ اول، ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی را دارند (۵۲). در تبیین تأثیر برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی–ایرانی می‌توان اظهار داشت که داشتن مهارت ذهن‌آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجّه منعطف روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد دارای اضطراب را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی دربارهٔ عملکردها رها می‌کند؛ همچنین با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظهٔ حاضر و برگرداندن توجّه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطّلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک ناشی‌از بدعملکردی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود. براون و رایان (۴۲) تأکید دارند افزایش توجّه و آگاهی درقبال هیجانات و تمایلات عملی مثبت از وجوه مثبت ذهن‌آگاهی است. آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش احساس بدون قضاوت شده و به آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها کمک می‌کند. ازآنجاکه افراد دارای مشکلات در عملکرد اجتماعی بیش‌ازحد نگران خطاهای احتمالی و پیش‌بینی طرد یا ازدست‌دادن موقعیت اجتماعی خود به‌دلیل نتایج رفتارشان در موقعیّتی اجتماعی هستند و ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان ویژگی اصلی نقص در عملکرد اجتماعی، با افزایش هیجانات منفی و آگاهی‌های بین‌فردی همراه است، آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث بهبود عملکرد اجتماعی شود. محدودیت پژوهش حاضر، مربوط به جامعهٔ هدف آن بود که شامل مادران کودکان دارای اختلال طیف درخودماندگی شد. نتایج این مطالعه صرفاً محدود به مادران بوده و به پدران یا دیگر اعضای جامعه تعمیم‌پذیر نیست. باتوجه به نقش مهم سلامت روانی مادران در تحول کودکان استثنایی، پیشنهاد می‌شود برنامهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی–ایرانی به‌عنوان مداخله‌ای مکمل به برنامه‌های درمانی کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی اضافه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که مداخلهٔ ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی–ایرانی درجهت کاهش مشکلات سلامت روان در مادران دارای کودک طیف درخودماندگی تأثیرگذار بوده است؛ ازاین‌رو می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و کم‌هزینه برای این افراد و همچنین مادران دیگر گروه‌ها با اختلال‌های عصب‌تحولی استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری و همگامی صمیمانهٔ همهٔ والدین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و نیز تمامی مدیران و پرسنل کلینیک‌ها و مراکزی که ما را درجهت گردآوری یافته‌های این پژوهش یاری رساندند، نهایت سپاسگزاری و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه

پژوهش حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ نخست پژوهش در رشتهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013.
2. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. Clin Child Fam Psychol Rev. 2012;15(3):247–77. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6
3. Foody C, James JE, Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2015;45(4):1084–95. doi: 10.1007/s10803-014-2263-y
4. Wang J, Hu Y, Wang Y, Qin X, Xia W, Sun C, et al. Parenting stress in Chinese mothers of children with autism spectrum disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(4):575–82. doi: 10.1007/s00127-012-0569-7
5. Falk NH, Norris K, Quinn MG. The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. J Autism Dev Disord. 2014;44(12):3185–203. doi: 10.1007/s10803-014-2189-4
6. Kim I, Ekas NV, Hock R. Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016;26:80–90. doi: 10.1016/j.rasd.2016.03.009
7. Zhang W, Yan T, Du Y, Liu X. Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2013;7(10):1204–10. doi: 10.1016/j.rasd.2013.07.008
8. Weiss JA, Robinson S, Fung S, Tint A, Chalmers P, Lunsky Y. Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2013;7(11):1310–7. doi: 10.1016/j.rasd.2013.07.016
9. Conner CM, White SW. Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. Research in Autism Spectrum Disorders. 2014;8(6):617–24. doi: 10.1016/j.rasd.2014.02.001

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

10. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, et al. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. Pediatrics. 2008;121(5):e1357-1362. doi: 10.1542/peds.2007-2296
11. Bölte S, Knecht S, Poustka F. A case-control study of personality style and psychopathology in parents of subjects with autism. J Autism Dev Disord. 2007;37(2):243–50. doi: 10.1007/s10803-006-0165-3
12. DeSousa A, Sangoi K. Depression in mothers of autistic children (an analysis of maternal, child and family variables). Indian Journal of Private Psychiatry. 2010; 4(1): 17-22.
13. Mancil GR, Boyd BA, Bedesem P. Parental stress and autism: are there useful coping strategies? Education and Training in Developmental Disabilities. 2009;44(4):523–37.
14. Kenny J. Solution focused brief intervention for caregivers of children with autism spectrum disorder: A single subject design [Ph.D dissertation]. [Minneapolis, USA]: Walden University; 2010.
15. Feinberg E, Augustyn M, Fitzgerald E, Sandler J, Ferreira-Cesar Suarez Z, Chen N, et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: Results from a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014;168(1):40–6. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.3445
16. Benn R, Akiva T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. Dev Psychol. 2012;48(5):1476–87. doi: 10.1037/a0027537
17. Ferraioli SJ, Harris SL. Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs for parents of children with autism: Feasibility and preliminary outcome data. Mindfulness. 2013;4(2):89–101. doi: 10.1007/s12671-012-0099-0
18. Cachia RL, Anderson A, Moore DW. Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. J Child Fam Stud. 2016;25(1):1–14. doi: 10.1007/s10826-015-0193-8
19. Rayan A, Ahmad M. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. Res Dev Disabil. 2016;55:185–96. doi: 10.1016/j.ridd.2016.04.002
20. LaPlante AM. The effectiveness of a positive psychology intervention with parents of children with autism spectrum disorders (Doctoral dissertation). University of La Verne;2013.
21. Gika DM, Artemiadis AK, Alexopoulos EC, Darviri C, Chrousos GP, Papanikolaou K. Use of a relaxation technique by mothers of children with autism: a case-series study. Psychol Rep. 2012;111(3):797–804. doi: 10.2466/20.15.21.PR0.111.6.797-804
22. Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A randomized trial. Pediatrics. 2014;134(2):e454–63. doi: 10.1542/peds.2013-3164
23. Da Paz NS, Wallander JL. Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. Clin Psychol Rev. 2017;51:1–14. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.006
24. Ilias K, Cornish K, Kummar AS, Park MS-A, Golden KJ. Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. Front Psychol. 2018;9:280. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00280
25. Saberi J, Bachrame Por M, Ghmarane A, Yar Mochmadian A. The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with autism disorder. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;15(56):69–77. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533919_8e06f0ac6b8ecb9999c06f1aa72be57a.pdf
26. Khanjani M. Effectiveness of positive psychotherapy on satisfaction with life, optimism and positive affects in university students. Clinical Psychology Studies. 2017;7(27):137–59. [Persian] doi: 10.22054/jcps.2017.7911
27. Nyklíček I, Dijksman SC, Lenders PJ, Fonteijn WA, Koolen JJ. A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. J Behav Med. 2014;37(1):135–44. doi: 10.1007/s10865-012-9475-4
28. Raulston TJ, Zemantic PK, Machalicek W, Hieneman M, Kurtz-Nelson E, Barton H, et al. Effects of a brief mindfulness-infused behavioral parent training for mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019;13:42–51. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.05.001
29. de Bruin EI, Blom R, Smit FM, van Steensel FJ, Bögels SM. MYmind: Mindfulness training for Youngsters with autism spectrum disorders and their parents. Autism. 2015;19(8):906–14. doi: 10.1177/1362361314553279
30. Ridderinkhof A, de Bruin EI, Blom R, Singh NN, Bögels SM. Mindfulness-based program for autism spectrum disorder: a qualitative study of the experiences of children and parents. Mindfulness. 2019;10(9):1936–51. doi: 10.1007/s12671-019-01202-x
31. Singh NN, Lancioni GE, Karazsia BT, Myers RE, Hwang Y-S, Anālayo B. Effects of Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) training are equally beneficial for mothers and their children with autism spectrum disorder or with intellectual disabilities. Front Psychol. 2019;10:385. doi: 10.1007/s10803-014-2189-4
32. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? Current Directions in Psychological Science. 2013;22(1):57–62. doi: 10.1177/0963721412469809

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]

33. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–45. doi: 10.1017/s0033291700021644
34. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med. 1997;27(1):191–7. doi: 10.1017/s0033291796004242
35. Zare N, Parvareh M, Noori B, Namdari M. Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: a meta-analysis. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2016;21(4):1–16. [Persian] http://sjku.muk.ac.ir/article-1-2537-en.pdf
36. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology. 1975;28(4):563–75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
37. Ghaderijavid S, Gholamrezaie S, Rezaie F. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of perceived stress and eating disorder in students with eating disorder symptoms. Studies in Medical Sciences. 2016;27(9):801–10. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3409-en.pdf
38. Smith B, Metzker K, Waite R, Gerrity P. Short-form mindfulness-based stress reduction reduces anxiety and improves health-related quality of life in an inner-city population. Holist Nurs Pract. 2015;29(2):70–7. doi: 10.1097/HNP.0000000000000075
39. Demarzo MMP, Andreoni S, Sanches N, Perez S, Fortes S, Garcia-Campayo J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in perceived stress and quality of life: an open, uncontrolled study in a Brazilian healthy sample. Explore (NY). 2014;10(2):118–20. doi: 10.1016/j.explore.2013.12.005
40. Pruitt MM, Willis K, Timmons L, Ekas NV. The impact of maternal, child, and family characteristics on the daily well-being and parenting experiences of mothers of children with autism spectrum disorder. Autism. 2016;20(8):973–85. doi: 10.1177/1362361315620409
41. Asghari F, Ghasemi Jobaneh R, Hosseini Sedigh MS, Gameie M. Effectiveness of mindfulness training on emotion regulation and quality of life of addict's wife. Counseling Culture and Psychotherapy. 2016;7(26):115–32. [Persian] doi: 10.22054/qccpc.2016.6727
42. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;84(4):822–48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
43. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychological Inquiry. 2007;18(4):211–37. doi: 10.1080/10478400701598298
44. Jenaabadi H, Pilechi L, Salmabadi M, Tayarani Rad A. The effectiveness of training mindfulness skills in professional stress and psychological well-being of female teachers. Iran Occupational Health. 2017;13(6):58–69. [Persian] http://ioh.iums.ac.ir/article-1-1574-en.pdf
45. Askari M, Radmehr H, Mohammadi H, Jahangir A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on increasing the quality of life and reducing psychological symptoms in patients with multiple sclerosis. Journal of Isfahan Medical School. 2017;34(410):1487–95. [Persian]
46. MacKenzie MB, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. Psychol Res Behav Manag. 2016;9:125–32. doi: 10.2147/PRBM.S63949
47. Ozturk Y, Riccadonna S, Venuti P. Parenting dimensions in mothers and fathers of children with Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2014;8(10):1295–306. doi: 10.1016/j.rasd.2014.07.001
48. Hsiao Y-J. Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016;23:122–30. doi: 10.1016/j.rasd.2015.10.008
49. Mace C. Longterm Impacts of Mindfulness Practice on Wellbeing: New Findings from Qualitative Research. In: Fave AD. Dimensions of Well-being: Research and Intervention. Milano: FrancoAngeli; 2006, pp: 455–69. [Italian]
50. Kahrizi S, Taghavi M, Ghasemi R, Goodarzi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, anxiety and somatic symptoms in asthma patients. Razi Journal of Medical Sciences. 2017;24(154):27–36. [Persian] http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4274-en.pdf
51. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(11):1095–102. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.76
52. Baker JK, Seltzer MM, Greenberg JS. Longitudinal effects of adaptability on behavior problems and maternal depression in families of adolescents with autism. J Fam Psychol. 2011;25(4):601–9. doi: 10.1037/a0024409

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.187.6]