MEJDS. 2020; 10:165.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

The Effects of Mindful Self-Compassion Training With Focus on the Islamic-Iranian Lifestyle on the Quality of Life Mothers of Children With Autism

Abdollahi Boghrabadi GH[1], Sharifi Daramadi P[2], *Ghodrati Mirkuhi M[3], Vakili S[4]

Author Address
1. PhD Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** mahdi.ghodrati@pnu.ac.ir

Received: 2020 September 20; **Accepted:** 2020 November 2

Abstract

Background & Objectives: Autism Spectrum Disorders (ASDs) are neurodevelopmental conditions, i.e., characterized by impairments in domains, such as social interaction and communication across multiple contexts as well as the presence of repetitive and stereotyped behaviors. ASD imposes high stress on parents or caregivers. The stress negatively impacts parents' Quality of Life (QoL) and coping styles, and disrupts their daily and social functioning. Findings indicate that caregivers, especially the mothers of children with autism, experience a poor QoL. Considering the effects of caregiving for a child with ASD on the family members and particularly parents and their QoL, it is essential to provide a solution to improve their QoL. Therefore, the present study aimed to investigate the effects of mindful self–compassion training with a focus on the Islamic–Iranian lifestyle on the QoL of the mothers of children with ASD.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and three–month follow–up and a control group design. The statistical population of the study was all the mothers of children with ASD who were registered in the Autism Association of Kashan City, Iran, in 2019. The statistical sample included 24 mothers who volunteered to participate in the current study. They were divided into two groups of test and control (n=12/group). The inclusion criteria for the mothers were holding high school diploma or higher degrees, being married, not being pregnant, not having respiratory and cardiovascular diseases (according to their medical records), not receiving any psychological or psychiatric treatments (according to their medical and psychological records), and scoring ≤50 in the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF) (1996). Absence in two training sessions and not performing homework assignments were the exclusion criteria for the mothers. To develop a mindful self–compassion program focused on Islamic–Iranian lifestyle, based on the theoretical framework of cognitive–behavioral approach and Islamic teachings, the material was firstly extracted from works of Kabat–Zinn on mindfulness (2003), Neff and Germer on self–compassion (2013), Germer and Neff mindful self–compassion (2020), Gilbert and Procter on the compassionate mind (2006), Kalhori et al.'s mindfulness–based on Islamic–Iranian Teachings (2020), as well as the Islamic sources and texts, the Holy Quran, Nahj al–Balaghah, Bihar al–Anwar, Mizan al–Hikmah, Ghurar al–Hikam, the Masnavi by Rumi, the Divan by Hafez, and Saadi's Divan. Subsequently, they were organized using the content analysis method and the content and tasks of each session were designed under the supervision of the advisors of this research. To evaluate the content validity, the program was presented to 9 specialists (6 clinical, general, & exceptional children's psychologists with the academic rank of professor and assistant professor and >10 years of clinical experience, 2 specialist in theology, religions, and mysticism with the academic rank of assistant professor, and 1 Persian literature expert with the academic rank of an assistant professor). After obtaining the opinions of experts and applying them, to quantify the content validity of the program, the Content Validity Ratio (CVR), proposed by Lawshe (1975) and Waltz and Bausell's Content Validity Index (CVI) (1983) were used per session. The CVR and CVI amounts were approved at 0.78 and 0.88, respectively. The program was first applied to a preliminary single–group study, consisting of 5 mothers of children with ASD, and a poor QoL; then, it was prepared for the final implementation. To measure the explored mothers' QoL, the WHOQOL–BREF, a short version of QoL, i.e., developed by the World Health Organization was used in the pretest, posttest, and follow–up stages of this study. The experimental group received an 8–session training, one session per week, and each session lasted two and a half hours; the training was performed by the first researcher and the control group remained on a waiting list for training. A 15–minute break was included in all sessions. First, the obtained data were analyzed by descriptive statistical measures, such as mean and standard deviation. The collected data were also analyzed by Student's t–test, Bonferroni test, Chi–squared test, and repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS. The significance level of statistical tests was α=0.05.

Results: The repeated–measures ANOVA results for the QoL components indicated that in physical health, mental health, and social relationships, group factor (p<0.001), time factor (p<0.001), and time and group relation (p<0.001) was significant. In environment health, group factor (p=0.440), time factor (p=0.875), and time and group relation (p=0.071) were not significant. The results of Bonferroni post–hoc test suggested a significant difference between the mean scores of physical health, mental health, and social relationships in the pretest and posttest stages (p≤0.001), also in the pretest and follow–up stages (p≤0,001); however, no significant difference was found between the mean scores in the posttest and follow–up stages. Plus, there was no significant difference between the mean values of environment health, in the pretest and posttest stages (p=0.077), as well as the pretest and follow–up stages (p=0.091).

Conclusion: The present research findings revealed that the mindful self–compassion with a focus on Islamic–Iranian lifestyle program training was effective in improving the QoL of mothers of children with ASD. Therefore, educational and medical centers can use this training to improve the individual and social functions of the parents and caregivers of children with ASD or other developmental disorders.

Keywords: Mindful self–compassion, Islamic–Iranian lifestyle, Quality of life, Mothers, Autism, Child.

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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]

[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۶۵.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم

قاسم عبداللهی بقرآبادی[۱]، پرویز شریفی درآمدی[۲]، *مهدی قدرتی میرکوهی[۳]، سمیرا وکیلی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادتمام گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mahdi.ghodrati@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۰ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم سطوح شدیدی از استرس را تجربه می‌کنند که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. تدوین برنامهٔ مناسب برای بهبود کیفیت زندگی آنان اهمیت دارد؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم در انجمن اوتیسم شهر کاشان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری شامل ۲۴ مادر دارای کودک با اختلال اوتیسم بود که داوطلب مشارکت در مطالعه شدند. به‌روش نمونه‌گیری دردسترس و با جایگزینی تصادفی ۱۲ مادر در گروه آزمایش و ۱۲ مادر در گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه در برنامهٔ آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی شرکت کرد و گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل یافته‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های تی‌استودنت، خی‌دو، بونفرونی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم یعنی در سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، عامل گروه ($p<۰/۰۰۱$)، عامل زمان ($p<۰/۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و در سلامت محیط، عامل گروه ($p=۰/۴۴۰$)، عامل زمان ($p=۰/۸۷۵$) و تعامل زمان و گروه ($p=۰/۰۷۱$) معنادار نیست؛ همچنین در سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، تفاوت معناداری بین میانگین‌ها، در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ($p\leq۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها، نتیجه گرفته می‌شود که آموزش برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی در بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی، کیفیت زندگی، مادران، اوتیسم، کودک.

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 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]

[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

۱ مقدمه

اوتیسم[1] اختلال عصبی‌رشدی است و کودکان دارای این اختلال علائم بالینی مشخصی ازجمله اختلال در تعامل اجتماعی، ارتباطی، کلامی و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای از خود نشان می‌دهند (۱). کودکان با اختلال اوتیسم محدودیت‌های شناختی و انطباقی‌ای دارند که باعث می‌شود آنان در طول زندگی به مراقبت بیشتر والدین خود نیاز داشته باشند (۲). این رفتارهای چالش‌برانگیز برای مراقبان کودکان با اختلال اوتیسم سطح شدیدی از استرس را ایجاد می‌کند که تأثیر منفی بر کیفیت زندگی[2] و سبک‌های مقابله‌ای آنان می‌گذارد و باعث اختلال در کارکردهای روزانه و اجتماعی مراقبان می‌شود (۳،۴). همچنین پذیرش مسئولیت مراقبت از کودک مبتلا به اوتیسم، خانواده به‌خصوص مادر را با مشکلات عملکردی روبه‌رو می‌سازد. این مشکلات شامل فشارهای روانی، بار مالی چشمگیر و نیاز به حمایت برای آموزش کودک است که بر بهزیستی[3]، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی[4] والدین تأثیر منفی می‌گذارد (۵،۶). در پژوهش ازگور و همکاران مشخص شد که مراقبان دارای کودک با اختلال اوتیسم کیفیت زندگی ضعیفی دارند (۷). همچنین پژوهش تن هوپن نشان داد، مراقبان کودک مبتلا به اوتیسم کیفیت زندگی نامطلوبی را تجربه می‌کنند؛ زیرا آنان تمایل دارند مسئولیت بیشتری برای مراقبت برعهده گیرند (۸). باتوجه به تأثیر کودک مبتلا به اوتیسم بر کیفیت زندگی مادران، اهمیت دارد تا راهکاری به‌منظور بهبود کیفیت زندگی مادران ارائه شود. از عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی مادران تأثیر بگذارد، داشتن خودشفقتی ذهن‌آگاهانه[5] است. مفهوم خودشفقتی[6] اولین‌بار توسط نف مطرح شد که دارای سه مؤلفهٔ مهربانی با خود درمقابل قضاوت‌کردن خود، اشتراکات انسانی درمقابل انزوا و ذهن‌آگاهی[7] درمقابل همانندسازی افراطی است. مؤلفهٔ اول مستلزم گرمی و ملاطفت با خود به‌جای قضاوت سختگیرانه دربارهٔ خود است. مؤلفهٔ دوم به پذیرفتن مشکلات زندگی به‌عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها اشاره دارد. مؤلفهٔ سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک به‌جای غرق‌شدن کامل در آن‌ها است (۹). این مفهوم در ادامه با همکاری نف و گرمر به‌صورت برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه به‌منظور کمک به افراد جامعه ارائه شد و ازطریق ایجاد فرصتی برای خودشفقتی، ذهن‌آگاهی، مهربانی و عشق‌ورزیدن، کاهش روابط چالش‌برانگیز، درک عمیق و پذیرش زندگی به افراد کمک می‌کند با به‌کاربستن تجارب یادگیری به‌صورت سازگارانه‌تری در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی عمل کنند و زندگی مطلوب‌تری داشته باشند (۱۰-۱۲)؛ بنابراین، این روش مادر را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و با خودنظم‌دهی هیجان، کیفیت زندگی بهتری را تجربه کند (۱۳). مطالعهٔ سیرویس و همکاران نشان داد، آموزش خودشفقتی بر افزایش بهزیستی والدین در پاسخ به چالش‌های فرزندپروری تأثیر دارد (۱۴). در پژوهش کوزینو و همکاران مشخص شد که آموزش شفقت و ذهن‌آگاهی در افزایش تاب‌آوری[8] والدین با کودکان شرایط مزمن، مؤثر است (۱۵). همچنین مطالعهٔ آکین نشان داد که خودشفقتی نقش مهمی در سازگاری و بهزیستی اجتماعی[9] بزرگسالان دارد (۱۶) و پژوهش آمفری و شربلوم نشان داد کفایت ارتباط اجتماعی با خودشفقتی و امید در افراد دارای رابطهٔ معناداری است (۱۷). علاوه بر این، میان خودشفقتی و ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی، سلامت و بهزیستی افراد همبستگی وجود دارد (۲۰ـ۱۸). یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، سبک زندگی[10] افراد است؛ زیرا مادران کودکان با اختلال اوتیسم باتوجه به اثرات منفی تغییر سبک زندگی نیاز به حمایت همه‌جانبه، آرامش و مهربانی دارند. در عصر حاضر که تجدید حیات تفکر اسلامی به‌سرعت در سراسر جهان در حال گسترش است، استفاده از آموزه‌های قرآن (در زمینهٔ داشتن کرامت نفس، شکرگزاری، صبر، مهرورزی، حضور قلب)، سنت و ارائهٔ رهنمودهای شناختی، احساسی و رفتاری برمبنای آن که هماهنگ با جهان آفرینش است، منجربه ارتقای سبک زندگی می‌شود (۲۱،۲۲). همچنین ذهن‌آگاهی و خودشفقتی که ریشه در فرهنگ و فلسفهٔ شرق دارد، با آموزه‌های اسلامی، فرهنگ و سبک زندگی کشورمان دارای وجوه مشترک زیادی است. در این راستا، پژوهش قربانی و همکاران نشان داد، میان خودشفقتی با مذهب و معنویت رابطهٔ معنادار وجود دارد (۲۳). همچنین مطالعات مشخص کردند، خودشفقتی پیش‌بینی‌کنندهٔ استرس، کیفیت زندگی و بهزیستی در والدین دارای کودک با اختلال اوتیسم است (۲۴،۲۵). پژوهش‌های دیگر نیز نشان دادند که آموزش خودشفقتی مبتنی‌بر مذهب در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب[11] زنان مؤثر است و میان خودشفقتی و ذهن‌آگاهی با خودشناسی[12]، سلامت روان[13]، سنت‌های اسلامی و جهت‌گیری مذهبی[14] رابطهٔ معنادار وجود دارد (۲۸ـ۲۶). در ایران نیز نتایج پژوهش‌ها مشخص کرد که آموزش خودشفقتی و ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی_ایرانی در افزایش کیفیت زندگی، شادکامی[15] و سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم مؤثر است (۲۹،۳۰). نظر به اینکه خانواده‌های کودکان با اختلال اوتیسم، نیازمند دریافت آموزش و حمایت‌های پایدار هستند و از سوی دیگر کارآمدی آموزش خودشفقتی و ذهن‌آگاهی بیشتر در فرهنگ غرب که محل رشد و گسترش این رویکردها است، نشان داده شده است برخی از پژوهش‌ها نقش فرهنگ و مذهب را در کارآمدی این مداخله‌ها بیان می‌کنند. بررسی کارآمدی این مداخلات و آموزش‌ها در فرهنگ و بافت

1. Autism
2. Quality of life
3. Well-Being
4. Life satisfaction
5. Mindful self-compassion
6. Self-Compassion
7. Mindfulness
8. Resilience
9. Social well-being
10. Life style
11. Anxiety
12. Self-Knowledge
13. Mental health
14. Religious orientation
15. Happiness

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

دیگری می‌تواند آگاهی پژوهشگران را دربارهٔ نقش فرهنگ و مذهب که سبک زندگی افراد جامعه متأثر از آن است، در کارآمدی آموزش‌های مبتنی‌بر خودشفقتی و ذهن‌آگاهی افزایش دهد. باتوجه به وجود مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال اوتیسم در ایران و توجه به این موضوع که ارتقای آن می‌تواند نقش مهم و سازنده‌ای در روند آموزش، پرورش و توان‌بخشی کودکان با اختلال اوتیسم داشته باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی، بر بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری تمامی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم در انجمن اوتیسم کاشان در سال ۱۳۹۸ بودند. براساس مطالعات پیشین و نظر برخی محققان مبنی‌بر تعداد نمونهٔ حداقل ۷ نفر برای هر گروه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (۳۱،۳۲)، نمونهٔ آماری شامل ۲۴ مادر بود که داوطلب مشارکت در مطالعه شدند. سپس به‌روش نمونه‌گیری دردسترس و با جایگزینی تصادفی ۱۲ مادر در گروه آزمایش و ۱۲ مادر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود مادران به گروه نمونه داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بیشتر، متأهل‌بودن، باردارنبودن، نداشتن مشکلات تنفسی و قلبی (براساس گزارش‌های موجود در پروندهٔ پزشکی مادران در انجمن اوتیسم کاشان)، قرارنداشتن تحت درمان‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی (براساس گزارش‌های موجود در پروندهٔ پزشکی و روان‌شناختی مادران در انجمن اوتیسم کاشان) و دارای نمرهٔ ۵۰ و کمتر در پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (۳۳) بود. ملاک خروج مادران از پژوهش دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی و انجام‌ندادن تمرینات خانگی در نظر گرفته شد.

برای تدوین برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی، برمبنای نظری رویکرد شناختی‌رفتاری و آموزه‌های اسلامی، ابتدا محتوا با استفاده از متون و برنامه‌های ذهن‌آگاهی کابات‌ـ‌زین (۳۴)، خودشفقتی نف و گرمر (۱۰)، خودشفقتی ذهن‌آگاهانه گرمر و نف (۱۱)، ذهن مشفق گیلبرت و پروکتر (۳۵)، ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی کلهری و همکاران (۳۰)، منابع و متون اسلامی، قرآن کریم، نهج‌البلاغه، بحارالانوار، میزان‌الحکمه، غررالحکم، مثنوی مولوی، دیوان حافظ و سعدی استخراج شد. سپس با استفاده از روش تحلیل محتوا سازمان‌دهی شد و محتوا و تمرینات هر جلسه با نظارت اساتید راهنما نگارش شد. برای بررسی روایی محتوایی، برنامه در اختیار ۹ متخصص (۶ متخصص روان‌شناسی بالینی، عمومی و کودکان استثنائی با مرتبهٔ استاد و استادیاری و بیش از ۱۰ سال سابقهٔ کار بالینی و ۲ متخصص الهیات و ادیان و عرفان با مرتبهٔ استادیاری و ۳ متخصص ادبیات فارسی با مرتبهٔ استادیاری) قرار گرفت. پس از کسب نظر متخصصان و اعمال آن، برای کمّی‌سازی روایی محتوای برنامه از شاخص نسبت روایی محتوایی لاوشه[1] (۳۶) و شاخص روایی محتوایی والتز و باسل[2] (۳۷) برای هر جلسه استفاده شد که برای CVR برابر با ۰/۷۸ و برای CVI برابر با ۰/۸۸ بود. ابتدا، برنامه در مطالعه‌ای مقدماتی تک‌گروهی بر ۵ مادر دارای کودک با اختلال اوتیسم با کیفیت زندگی ضعیف اجرا شد و سپس برنامه برای اجرای نهایی آماده شد. در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از پرسشنامهٔ زیر استفاده شد.

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[3]: این پرسشنامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ تدوین شد (۳۳). این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال و شامل ۴ خرده‌مقیاس سلامت جسمانی[4]، سلامت روانی[5]، روابط اجتماعی[6] و سلامت محیط[7] است که به‌ترتیب هر کدام دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌شکل کلی ارزیابی می‌کند. شیوهٔ نمره‌گذاری به‌صورت درجه‌بندی است. تمامی سؤالات به‌جز سؤال‌های ۲۶، ۴ و ۳ به‌صورت مستقیم از ۱تا۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات در سلامت جسمانی ۷تا۳۵، سلامت روانی ۶تا۳۰، روابط اجتماعی ۳تا۱۵ و سلامت محیط ۸تا۴۰ است. نمرهٔ کمتر، وضعیت نامطلوب و نمرهٔ بیشتر، وضعیت مطلوب را نشان می‌دهد (۳۳). پژوهش انجام‌شده دربارهٔ مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه در خارج از کشور، نشان‌دهندهٔ اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا و پایایی درونی مطلوب آن است و آلفای کرونباخ برای سلامت روانی ۰/۷۶، سلامت جسمی ۰/۸۰، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش شد (۳۸). در ایران، نجات و همکاران پایایی این مقیاس را در سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آوردند. اعتبار سازهٔ این پرسشنامه نیز پذیرفتنی گزارش شد؛ به‌نحوی‌که تا ۸۰درصد، قادر به تشخیص وضعیت کیفیت زندگی افراد است (۳۹).

روش اجرای جلسات بدین ترتیب بود که در گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ دو ساعت و نیم به‌صورت گروهی و یک جلسه در هفته، آموزش توسط پژوهشگر اول اجرا شد و گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در تمامی جلسات ۱۵ دقیقه استراحت در نظر گرفته شد. در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون یعنی قبل از اجرای آموزش، پس‌آزمون یعنی بعد از اتمام آموزش و پیگیری یعنی سه ماه بعد از آموزش، کیفیت زندگی دو گروه سنجیده شد. ملاحظات اخلاقی ازجمله رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار تام برای کناره‌گیری از پژوهش، تکمیل فرم اعلام رضایت آگاهانه توسط مادران و قرارگرفتن گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش رعایت شد. در جدول ۱ خلاصهٔ محتوای جلسات آورده شده است.

برای توصیف و تحلیل داده‌ها، ابتدا با استفاده از روش‌های آمار

1. Lawshe's content validity ratio
2. Waltz & Bausell's content validity index
3. Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire
4. Physical health
5. Mental health
6. Social relationships
7. Environmental health

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، نتایج داده‌های به‌دست‌آمده از متغیرهای پژوهش در مراحل اندازه‌گیری توصیف شد. سپس پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن نمونهٔ مدنظر در مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، یکسانی واریانس خطا به‌کمک آزمون لوین، همسانی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام‌باکس و برقراری پیش‌فرض کرویت با آزمون موخلی و براساس نتایج به‌دست‌آمده در آزمون‌های مذکور بررسی شد؛ همچنین داده‌های پژوهش ازطریق آزمون‌های تی‌استودنت، بونفرونی، خی‌دو و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

جدول ۱. آموزش خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی

جلسه و مؤلفه‌ها	محتوا
اول کشف خودشفقتی ذهن‌آگاهانه	تبیین مفهوم خودشفقتی ذهن‌آگاهانه و خودشناسی از نگاه روان‌شناختی و آموزه‌های اسلامی و اشعار. تمرین نگارش نامهٔ مشفقانه، انجام تکنیک آینهٔ دل و تمرین آن‌ها در منزل.
دوم ذهن‌آگاهی	بیان اهمیت ذهن‌آگاهی، حضور قلب از نگاه روان‌شناختی و آموزه‌های اسلامی و اشعار. تمرین ذهن‌آگاهی ازطریق حواس، وارسی بدن و مراقبهٔ تنفس محبت‌آمیز و مدیریت بازافروختگی ازطریق پناه‌بردن به فعالیت‌های روزمره، از نظر معنوی وضوگرفتن، خواندن نماز، قرآن، ادعیه، گفتن ذکر بسم‌الله و استغفار با حضور قلب و انجام آن‌ها در منزل.
سوم مهربانی‌ـ‌عشق‌ورزیدن	بیان اهمیت صلهٔ رحم، صدقه‌دادن، مهربانی و عشق‌ورزیدن، احسان و نیکی به خود و دیگران از نگاه روان‌شناختی و آموزه‌های اسلامی و اشعار. تبیین خصیصهٔ «رحماء بینهم» و استعارهٔ مولانا در باب مهربانی. تمرین مراقبهٔ مهربانی‌ـ‌عشق‌ورزیدن، یافتن عبارت‌های عشق‌ورزی و مهربانی و انجام آن‌ها در منزل.
چهارم کشف صدای خودشفقتی و شفقت به خود و بدن	تمرین اسکن شفقت‌ورزانهٔ بدن، پیداکردن صدای شفقت‌ورز خود و شناختن صدای سرزنشگر درون خویش و انجام آن‌ها به‌همراه صلهٔ رحم و تکنیک آینهٔ دل در منزل.
پنجم عمیق زندگی‌کردن	بیان اهمیت اهداف و ارزش‌ها، فلسفهٔ زندگی، عهد و پیمان و اطمینان و توکل به خدا از منظر روان‌شناسی و آموزه‌های اسلامی و اشعار. تمرین دو روی سکه (دم و بازدم مشفقانه)، لذت‌بردن ذهنی از طبیعت و پیاده‌روی، انجام روزانه ۵الی۱۰ دقیقه خواندن قرآن با حضور قلب و خواندن معانی آن به‌منظور درک عمیق‌تر زندگی و هدف از آفرینش.
ششم روبه‌روشدن با هیجان‌های دشوار و کاهش شرم	بیان چگونگی برچسب‌زدن به هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها در بدن و مواجه‌شدن با هیجان‌های دشوار از نگاه روان‌شناختی، آیات و احادیث مرتبط با حسن معاشرت، شرح صدر، مثبت‌نگری، امید به خداوند و گفتن ذکر و استعارهٔ مولانا با تأکید بر صبر. تمرین تکنیک تسکین‌ـ‌آرامش‌ـ‌پذیرش، تنفس عمیق سه‌ثانیه‌ای و تن‌آرامی ذهن‌آگاهانه و انجام آن‌ها در منزل.
هفتم کشف روابط چالش‌برانگیز	توصیف و تبیین عصبانیت در روابط، خستگی، چگونگی شفقت به خود، همدلی، مثبت‌نگری و بخشش از منظر روان‌شناسی و آموزه‌های اسلامی. تمرین‌های برآورده‌کردن نیازهای هیجانی، مراقبهٔ دوست شفقت‌ورز، مراحل بخشش و تصویرسازی مکان امن و انجام آن‌ها در منزل. داشتن مثبت‌نگری، حسن معاشرت، شرح صدر، طمأنینه، کظم غیظ و بخشودگی به‌منظور تعدیل روابط چالش‌برانگیز.
هشتم پذیرش زندگی	بیان اهمیت قدردانی، خودقدردانی، شکرگزاری دینی، مفهوم رضا از منظر روان‌شناسی و آموزه‌های اسلامی و خواندن اشعار در زمینهٔ پذیرش و شکرگزاری. تمرین قدردانی ازطریق نیایش، دعا و زمزمه‌های درونی، شکرگزاری به‌دلیل چیزهای بزرگ و کوچک، تمرین چگونگی برقراری ارتباط با ویژگی‌های خوب خود.

۳ یافته‌ها

براساس داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی و انحراف معیار مادران گروه آزمایش ۳/۴۷ ±۳۳/۵۸ و گروه گواه ۲/۷۵ ±۳۳/۵۰ بود. نتایج آزمون تی نشان داد، دو گروه از نظر سنی تفاوت معناداری ندارند (p=۰/۹۴۹). از لحاظ تحصیلات، در گروه آزمایش ۶ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق‌لیسانس و در گروه گواه ۷ نفر دیپلم و ۵ نفر لیسانس داشتند. نتیجهٔ آزمون خی‌دو نشان داد، تفاوتی بین دو گروه از نظر تحصیلات وجود ندارد (p=۰/۵۸۴). در ادامه به یافتهٔ توصیفی پژوهش پرداخته می‌شود.

طبق نتایج جدول ۲، نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌جز

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

سلامت محیط در گروه آزمایش افزایش دارد. به عبارت دیگر آموزش موجب افزایش نمرات میانگین گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده و در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مراحل اندازه‌گیری به‌تفکیک گروه‌های مطالعه

گروه	آزمایش						گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۱۴/۲۵	۱/۸۶	۲۱/۴۱	۱/۹۷	۱۹/۵۸	۱/۳۱	۱۴/۰۸	۱/۳۱	۱۴/۳۳	۱/۳۱	۱۳/۲۵	۱/۲۸
سلامت روانی	۱۱/۷۵	۱/۳۵	۱۸/۵	۱/۵۶	۱۷/۵۸	۱/۶۷	۱۱/۹۱	۱/۷۳	۱۱/۷۵	۱/۲۱	۱۱/۶۰	۱/۲۳
روابط اجتماعی	۶/۰۸	۰/۹۹	۹/۱۶	۱/۵۲	۸/۴۱	۰/۷۹	۵/۶۶	۱/۰۷	۵/۵۱	۰/۷۹	۶/۰۸	۱/۰۸
سلامت محیط	۱۶/۵۰	۱/۶۰	۱۵/۹۱	۱/۳۷	۱۶/۰۸	۱/۳۹	۱۵/۴۱	۱/۳۹	۱۶/۵۸	۱/۰۹	۱۶/۰۰	۱/۷۱

برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض نرمالیته‌بودن نمونهٔ مدنظر در متغیرهای کیفیت زندگی در مراحل اندازه‌گیری با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد که نتایج معنادار نبود و مؤلفه‌های کیفیت زندگی از توزیع نرمال تبعیت کردند. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطای متغیرها برقرار است. نتایج آزمون ام‌باکس حاکی‌از نبود تفاوت ماتریس‌های کوواریانس در کیفیت زندگی در دو گروه بود؛ بنابراین پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نیز برقرار بود. نتایج آزمون موخلی نشان داد، بین واریانس و کوواریانس دو گروه در هیچ‌یک از متغیرهای کیفیت زندگی تفاوت معنادار و بیشتر از حد شانس وجود ندارد؛ بنابراین فرض کرویت برقرار بود؛ درنتیجه، محدودیتی برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود نداشت؛ ازاین‌رو برای مشخص‌شدن معناداری هریک از خرده‌آزمون‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار p	اندازهٔ اثر
سلامت جسمانی	گروه	۳۶۴/۵۰	۱	۳۶۴/۵۰	۲۰۴/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰
	زمان	۱۷۹/۶۹	۲	۸۹/۸۵	۳۵/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	زمان*گروه	۱۷۷/۲۵	۲	۸۸/۶۲	۳۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
سلامت روانی	گروه	۸۲/۳۵	۱	۸۲/۳۵	۳۰/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	زمان	۱۵۲/۱۱	۲	۷۶/۰۵	۵۲/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	زمان*گروه	۱۲۸/۴۴	۲	۶۴/۲۲	۴۴/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
روابط اجتماعی	گروه	۱۰۰/۳۵	۱	۱۰۰/۳۵	۸۳/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
	زمان	۱۸/۸۶	۲	۹/۴۳	۸/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
	زمان*گروه	۲۰/۰۳	۲	۱۰/۰۱	۸/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
سلامت محیط	گروه	۱/۱۲	۱	۱/۱۲	۰/۶۲	۰/۴۴۰	۰/۰۳
	زمان	۰/۸	۲	۰/۲۹	۰/۱۳	۰/۸۷۵	۰/۰۶
	زمان*گروه	۱۲/۲۵	۲	۶/۱۲	۲/۸۱	۰/۰۷۱	۰/۱۱

مطابق جدول ۳، نتایج نشان می‌دهد که در سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، عامل گروه ($p<۰/۰۰۱$)، عامل زمان ($p<۰/۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است و در سلامت محیط، عامل گروه ($p=۰/۴۴۰$)، عامل زمان ($p=۰/۸۷۵$)و تعامل زمان و گروه ($p=۰/۰۷۱$) معنادار نیست. همچنین مربع سهمی ایتا یعنی مقادیر اندازهٔ اثر نشان داد که آموزش در بهبود سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی تأثیر زیادی دارد و در متغیر سلامت محیط اثر چندانی ندارد.

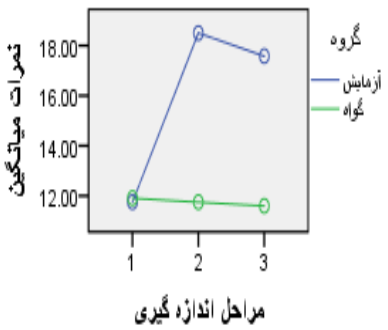
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، تفاوت معناداری بین میانگین‌ها، در مراحل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

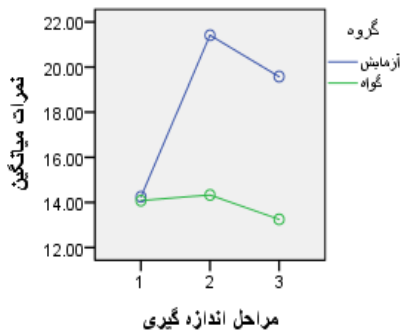
پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ($p\leq$۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که تفاوت معناداری بین میانگین‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون با پیگیری مشاهده نمی‌شود. همچنین در سلامت محیط تفاوت معناداری بین میانگین‌ها در مراحل اندازه‌گیری وجود ندارد. در ادامه نمودار مربوط به هر متغیر آمده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسهٔ میانگین متغیرهای کیفیت زندگی در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری

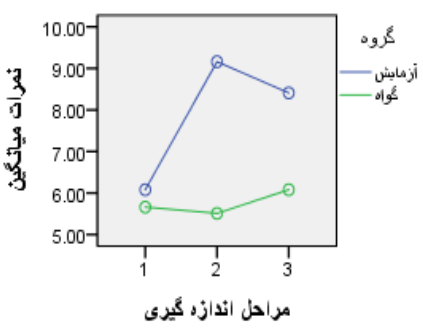
متغیرها	مراحل اندازه‌گیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	ـــ	−۳/۳۴	−۲/۸۲
	پس‌آزمون	<۰/۰۰۱	ـــ	۱/۴۹
	پیگیری	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۹	ـــ
سلامت روانی	پیش‌آزمون	ـــ	−۳/۲۵	−۲/۷۹
	پس‌آزمون	<۰/۰۰۱	ـــ	۰/۴۵
	پیگیری	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۵	ـــ
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	ـــ	−۱/۷۸	−۲/۰۹
	پس‌آزمون	<۰/۰۰۱	ـــ	۰/۰۸
	پیگیری	<۰/۰۰۱	۱	ـــ
سلامت محیط	پیش‌آزمون	ـــ	۰/۸۸	−۱/۲۲
	پس‌آزمون	۰/۰۷۷	ـــ	۳/۲۱
	پیگیری	۰/۰۹۱	۱/۱۹	ـــ



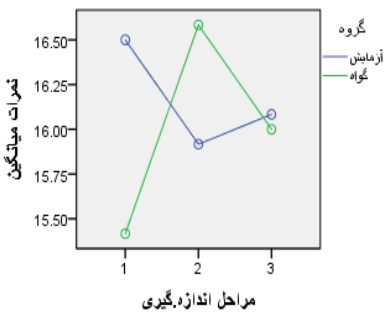
نمودار ۱. میانگین سلامت جسمانی در سه مرحلهٔ مطالعه به‌تفکیک گروه‌ها



نمودار ۲. میانگین سلامت روانی در سه مرحلهٔ مطالعه به‌تفکیک گروه‌ها



نمودار ۳. میانگین روابط اجتماعی در سه مرحلهٔ مطالعه به‌تفکیک گروه‌ها



نمودار ۴. میانگین سلامت محیط در سه مرحلهٔ مطالعه به‌تفکیک گروه‌ها

طبق نمودارهای ۱ تا۴، میانگین گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون در سلامت جسمی، روانی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

و روابط اجتماعی تفاوت دارد و در سلامت محیط میانگین دو گروه در مراحل اندازه‌گیری تفاوت محسوسی ندارد؛ بنابراین آموزش، تأثیر مطلوبی بر افزایش نمرات میانگین گروه آزمایش در سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی داشته است و در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است؛ اما در سلامت محیط آموزش مؤثر نبوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی روی کیفیت زندگی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها بیانگر اثربخشی آموزش بر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و نبود اثربخشی بر سلامت محیط بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعهٔ درویشی و خیاطان که دریافتند آموزش خودشفقتی در افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم مؤثر است (۲۹)، همسوست. در تبیین نبود اثربخشی آموزش بر سلامت محیط می‌توان گفت، سلامت محیط تحت‌تأثیر دسترسی به امکانات رفاهی، درمانی، آموزشی و خدماتی است که آموزش تأثیر مثبتی بر تغییر آن نداشت و همسو با نتایج پژوهش درویشی و خیاطان است. آن‌ها عنوان کردند، آموزش خودشفقتی در افزایش سلامت محیط اثربخش نیست (۲۹). در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت، آموزش حاضر برای مادران فرصتی فراهم کرد تا ازطریق انجام تمرینات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه براساس مفاهیم روان‌شناختی و اسلامی، کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشند که همسو با نتایج پژوهش رضاپور‌ـ‌میرصلاح و همکاران است. آن‌ها دریافتند، آموزش خودشفقتی مبتنی‌بر مذهب در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب زنان مؤثر است (۲۶). در پژوهش‌های دیگر، کرافت و بایرد دریافتند که میان خودشفقتی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان رابطهٔ معنادار وجود دارد (۱۸) و فینلای‌ـ‌جونز و همکاران دریافتند میان خودشفقتی و بهزیستی جوانان دارای وضعیت پزشکی مزمن رابطهٔ معنادار وجود دارد (۲۰). همچنین خودشفقتی موجب می‌شود تا افراد با به‌کاربستن تجارب یادگیری به‌صورت سازگارانه‌تر و منظم‌تر در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی عمل کنند (۱۲).

از دیگر نتایج پژوهش، بهبود سلامت روانی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم بود که همسو با نتایج پژوهش کلهری و همکاران است. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی‌ـ‌ایرانی در بهبود سلامت روانی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم مؤثر است (۳۰). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که داشتن ذهن‌آگاهی و حضور قلب مبتنی‌بر آموزه‌های روان‌شناختی و اسلامی منجربه افزایش سلامت روانی مادران می‌شود؛ زیرا ذهن‌آگاهی باعث افزایش احساس بدون قضاوت و آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، آموزش برنامه، منجربه بهبود سلامت روانی و جسمی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم می‌شود که همسو با نتایج مطالعهٔ قربانی و همکاران است. آن‌ها دریافتند، میان خودشفقتی با خودشناسی، سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی رابطهٔ معنادار وجود دارد (۲۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، مادران آموختند با داشتن کرامت نفس (سورهٔ بقره، آیهٔ ۳۰)، مهرورزی و همدلی (سورهٔ حجرات، آیهٔ ۱۰)، آرامش درونی و مهرورزانه (سورهٔ رعد، آیهٔ ۲۸)، حضور قلب (سورهٔ طه، آیهٔ ۱۴)، شکرگزاری (سورهٔ حج، آیهٔ ۷۷) و صبر (سورهٔ بقره، آیهٔ ۱۵۵) کارکردهای فردی و اجتماعی خود را بهبود بخشند (۲۲).

یافتهٔ دیگر پژوهش، بهبود روابط اجتماعی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم بود که همسو با نتایج پژوهش آکین است. او نشان داد، خودشفقتی نقش مهمی در سازگاری و بهزیستی اجتماعی بزرگسالان دارد (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت، مادران با تمرین مهربانی و شفقت به خود و دیگران، کاهش روابط چالش‌برانگیز و شرم، امید به خدا و پذیرش زندگی توانستند روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند که همسو با یافتهٔ آمفری و شربلوم است. آن‌ها دریافتند میان کفایت ارتباط اجتماعی با خودشفقتی و امید در افراد رابطهٔ معنادار وجود دارد (۱۷). در پژوهشی دیگر توماس و همکاران نشان دادند، میان ذهن‌آگاهی با سنت‌های اسلامی ازجمله حضور قلب و یاد خدا بودن و کسب آرامش درونی رابطه وجود دارد (۲۸)؛ بنابراین می‌توان تبیین کرد، آموزش به‌کاررفته در پژوهش حاضر، موجب فراهم‌ساختن بستری مناسب برای پذیرش مادران می‌شود که می‌تواند به‌عنوان چارچوب مداخله‌ای مفید و مناسبی، کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. در این رابطه، بوهدانا و همکاران (۲۴) دریافتند که خودشفقتی پیش‌بینی‌کنندهٔ استرس و کیفیت زندگی در والدین دارای کودک با اختلال اوتیسم است و نف و فاسو (۲۵) دریافتند که خودشفقتی پیش‌بینی‌کنندهٔ بهزیستی در والدین دارای کودک با اختلال اوتیسم است. مادران با تقویت مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی، کاهش خودسرزنشگری و توجه به آموزه‌های اسلامی و ایرانی فرصت بیشتری را برای بازسازی و ترمیم روابط اجتماعی پیدا می‌کنند؛ بنابراین داشتن خودشفقتی قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را افزایش می‌دهد و آشفتگی‌های عاطفی را کم می‌کند. این روش مادر را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و با خودنظم‌دهی هیجان و کنترل عواطف، کیفیت زندگی بهتری را تجربه کند (۱۳).

محدودیت پژوهش، حضورنداشتن پدران و انتخاب‌نشدن مادران کم‌سواد، بی‌سواد و مطلقه بود که پیشنهاد می‌شود آموزش حاضر برای پدران و مادران کم‌سواد و بی‌سواد و مطلقه نیز انجام شود. همچنین باتوجه به اثربخشی آموزش حاضر، پیشنهاد می‌شود این آموزش به‌عنوان مداخله‌ای مکمل به برنامه‌های مشاوره‌ای و روان‌شناختی خانواده‌های کودکان با اختلال اوتیسم افزوده شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌ها، آموزش برنامهٔ خودشفقتی ذهن‌آگاهانه با تأکید بر سبک زندگی اسلامی‌ـ‌ایرانی در بهبود کیفیت زندگی مادران مؤثر است. مراکز آموزشی و درمانی می‌توانند از این آموزش به‌منظور بهبود کارکردهای فردی و اجتماعی والدین و مراقبان کودک مبتلا به اوتیسم یا سایر اختلالات رشدی بهرهٔ لازم را ببرند.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی کودکان با اختلال اوتیسم و خانواده‌های محترم آنان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

در شهر کاشان، مدیریت محترم انجمن اوتیسم کاشان خانم خیامی، مربیان مرکز اوتیسم کاشان و اساتید دانشگاه که صمیمانه در پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IRCT:20200814048402N1،IR.IAU.SRB.REC1398.221 است؛ همچنین مجوز اجرای پژوهش از انجمن اوتیسم کاشان به شماره نامهٔ الف/۱۳۹۸/۳۲ اخذ شده است. ملاحظات اخلاقی ازجمله رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار تام برای کناره‌گیری از پژوهش، تکمیل فرم اعلام رضایت آگاهانه توسط مادران و قرارگرفتن گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش رعایت شد.

رضایت برای انتشار

غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

این امر ازطریق ارتباط با نویسندهٔ اول (abdollahi_pnu@yahoo.com) دردسترس است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی نهاد، سازمان یا مؤسسه‌ای انجام نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول مجری پژوهش و نگارندهٔ مقاله، نویسندهٔ دوم ناظر بر تحلیل آماری و ویرایش‌کنندهٔ پژوهش، نویسندهٔ سوم ناظر بر نگارش، تحلیل آماری، ویرایش‌کننده و نویسندهٔ مسئول پژوهش و نویسندهٔ چهارم مشاور در تحلیل داده‌ها و ویرایش مقاله بودند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Snyder W, Troiani V. Behavioural profiling of autism connectivity abnormalities. BJPsych Open. 2020;6(1):e11. doi: 10.1192/bjo.2019.102
3. Tung L-C, Huang C-Y, Tseng M-H, Yen H-C, Tsai Y-P, Lin Y-C, et al. Correlates of health-related quality of life and the perception of its importance in caregivers of children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders. 2014;8(9):1235–42. doi: 10.1016/j.rasd.2014.06.010
4. Parsons D, Cordier R, Lee H, Falkmer T, Vaz S. Stress, coping, and quality of life in families with a child with ASD living regionally. J Child Fam Stud. 20201;29(2):546–58. doi: 10.1007/s10826-019-01585-4
5. Prata J, Lawson W, Coelho R. Stress factors in parents of children on the autism spectrum: an integrative model approach. International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health. 2019;6:2. doi: 10.21035/ijcnmh.2019.6.2
6. Begum R, Ahmed Mamin F. Impact of autism spectrum disorder on family. Autism Open Access. 2019;9(4):244–50.
7. Özgür BG, Aksu H, Eser E. Factors affecting quality of life of caregivers of children diagnosed with autism spectrum disorder. Indian J Psychiatry. 2018;60(3):278–85. doi: 10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_300_17
8. Ten Hoopen LW, de Nijs PFA, Duvekot J, Greaves-Lord K, Hillegers MHJ, Brouwer WBF, et al. Children with an autism spectrum disorder and their caregivers: capturing health-related and care-related quality of life. J Autism Dev Disord. 2020 ;50(1):263–77. doi: 10.1007/s10803-019-04249-w
9. Neff KD. Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity. 2003;2(2):85–101. doi: 10.1080/15298860309032
10. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44. doi: 10.1002/jclp.21923
11. Germer C, Neff KD. Mindful Self-Compassion (MSC). In: Ivtzan I, editor. Handbook of mindfulness-based programmes: mindfulness interventions from education to health and therapy. Abingdon, Oxon ; New York, NY: Routledge; 2020. pp:357–67.
12. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
13. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of Research in Personality. 2007;41(1):139–54. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
14. Sirois FM, Bögels S, Emerson L-M. Self-compassion improves parental well-being in response to challenging parenting events. J Psychol. 2019;153(3):327–41. doi: 10.1080/00223980.2018.1523123
15. Cousineau TM, Hobbs LM, Arthur KC. The role of compassion and mindfulness in building parental resilience when caring for children with chronic conditions: a conceptual model. Front Psychol. 2019;10:1602. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01602
16. Akin U. The predictive role of self-compassion on social well-being in Turkish university students. Suvremena Psihologija. 2014;17(1):53–62.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

17. Umphrey LR, Sherblom JC. The constitutive relationship of social communication competence to self-compassion and hope. Communication Research Reports. 2018;35(1):22–32. doi: 10.1080/08824096.2017.1361395
18. Croft RL, Byrd CT. Self-compassion and quality of life in adults who stutter. Am J Speech Lang Pathol. 2020;29(4):2097–108. doi: 10.1044/2020_ajslp-20-00055
19. Quist Møller SA, Sami SL, Shapiro S. Health benefits of (mindful) self-compassion meditation and the potential complementarity to mindfulness-based interventions: a review of randomized-controlled trials. OBM ICM. 2018;4(1):1. doi: 10.21926/obm.icm.1901002
20. Finlay-Jones A, Boyes M, Perry Y, Sirois F, Lee R, Rees C. Online self-compassion training to improve the wellbeing of youth with chronic medical conditions: protocol for a randomised control trial. BMC Public Health. 2020;20(1):106. doi: 10.1186/s12889-020-8226-7
21. Ahmadi Dastjerdi H, Kajbaf M, Kazemi H. The Effectiveness of the group education of Islamic meditation pattern on life style and the married women's generalized anxiety. Studies in Islam and Psychology. 2016;10(19):57–82. [Persian] doi: 10.30471/psy.2016.1082
22. Jaber Varzane A, Mirjalili AM, Fallah MH. Compassion of prophets and its educational implications from the viewpoint of the Holy Quran and quotations. Journal of Islamic Education Research. 2019;8(1):73–103. [Persian] doi: 10.22103/jir.2019.13641.1316
23. Ghorbani N, Watson PJ, Kashanaki H, Chen ZJ. Diversity and complexity of religion and spirituality in Iran: Relationships with self-compassion and self-forgiveness. International Journal for the Psychology of Religion. 2017;27(4):157–71. doi: 10.1080/10508619.2017.1340100
24. Bohadana G, Morrissey S, Paynter J. Self-compassion: a novel predictor of stress and quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2019;49(10):4039–52. doi: 10.1007/s10803-019-04121-x
25. Neff KD, Faso DJ. Self-compassion and well-being in parents of children with autism. Mindfulness. 2015;6(4):938–47. doi: 10.1007/s12671-014-0359-2
26. Rezapour-Mirsaleh Y, Abolhasani F, Amini R, Choobforoushzadeh A, Masoumi S, Shameli L. Effect of self-compassion intervention based on a religious perspective on the anxiety and quality of life of infertile women: a quasi-experimental study. Health and Quality of Life Outcomes; 2020. doi: 10.21203/rs.3.rs-25046/v1
27. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. International Journal for the Psychology of Religion. 2012;22(2):106–18. doi: 10.1080/10508619.2011.638601
28. Thomas J, Furber SW, Grey I. The rise of mindfulness and its resonance with the Islamic tradition. Mental Health, Religion & Culture. 2017;20(10):973–85. doi: 10.1080/13674676.2017.1412410
29. Darvishi S, Khayatan F. Effects of self-compassion on the quality of life and happiness of mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of Exceptional Children. 2018;17(4):77–86. [Persian] http://joec.ir/article-1-431-en.pdf
30. Kalhori A, Sharifidramadi P, Ghobari Bonab B, Kazemi F, Farrokhi NA. Developing and validating the Islamic-Iranian based mindfulness intervention and investigating its effect on the mental health of mothers of children with autism. Mid Eas J Dis Stu. 2020;10:85–85. [Persian] https://jdisabilstud.ir/article-1-1931-en.pdf
31. Soltani Nejad S, Kashi A, Zarezadeh M, Ghasemi A. Musical-motor activities on autism symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorder. Mid Eas J Dis Stu. 2020;10:68. [Persian] https://jdisabilstud.ir/article-1-1490-en.pdf
32. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology. 2007;3(2):43–50. doi: 10.20982/TQMP.03.2.P043
33. WHOQOL group. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration and Scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva; 1996. https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529
34. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003;10(2):144–56. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
35. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2006;13(6):353–79. doi: 10.1002/cpp.507
36. Lawshe CH. A Quantitative approach to content validity. Pers Psychol. 1975;28(4):563-75. doi: https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
37. Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: Design, statistics and computer analysis. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1983.
38. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004;13(2):299–310. doi: 10.1023/b:qure.0000018486.91360.00
39. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]

of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.204.3]

[DOI: 10.29252/mejds.10.0.165]