PSJ
Pajouhan Scientific Journal
Pajouhan Sci J, 2024; 22(2): 128-142. DOI: 10.32592/psj.22.2.128
http://psj.umsha.ac.ir/

Original Article

Compilation and Validation of a Therapeutic Intervention Package based on the Healthy Human Theory for Mothers having Children with Autism Spectrum

Mohammadreza Amini[1], Hajar Torkan[1,*], Zahra Yousefi[1]

[1] Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Article History:
Received: 13 Feb 2024
Revised: 23 Apr 2024
Accepted: 29 May 2024
ePublished: 20 Jun 2024

***Corresponding author:** Hajar Torkan, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
E-mail: h.torkan@khuisf.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: This research was conducted with the aim of developing and validating a therapeutic intervention package based on the healthy human theory on social stigma, alexithymia, self-compassion, and cognitive fusion of mothers having children with autism spectrum.

Materials and Methods: In this research, a mixed research method was used: in the qualitative part, the comparative theme analysis method, and in the quantitative part, the semi-experimental method. The research environment included 52 reliable sources that were selected by purposive sampling based on the healthy human theory and parents of autistic children. The target population in the quantitative section was mothers with autistic children in Isfahan city, 6 of whom were selected by purposive sampling method and participated in the intervention. The tools for collecting data in the quantitative part were the Mak and Kwok Stigma Questionnaire (2010), Toronto Ataxia Scale (TAS-20), Neff's Self-Compassion Questionnaire (2003), and Gillanders et al.'s Cognitive Fusion Questionnaire (2014).

Results: The results of Atride Sterling's theme analysis indicated that 8 organizing themes (satisfaction and enjoyment of life, loving creation and self, metacognition, peace, happiness, hope, currentness, and meaning) were obtained out of 18 basic themes around the overarching theme, a therapeutic intervention based on the healthy human theory. The results of the dependent t-test showed that there was a significant difference between the mean scores of the pre-test and the post-test in all four social stigma, emotional malaise, self-compassion, and cognitive fusion ($P<0.05$), which shows the effectiveness and validity of the therapeutic intervention package based on the healthy human theory on mothers with children having the autism spectrum in the preliminary implementation (pilot stage).

Conclusion: The therapeutic intervention model based on the healthy human theory is effective on four variables: social stigma, alexithymia, self-compassion, and cognitive fusion. This method can be adopted to conduct counseling interventions for parents to facilitate adaptation to a similar situation.

Keywords: Alexithymia, Cognitive fusion, Self-compassion, Social stigma, Therapeutic intervention package

Please cite this article as follows: Amini M R, Torkan H, Yousefi Z. Compilation and Validation of a Therapeutic Intervention Package based on the Healthy Human Theory for Mothers having Children with Autism Spectrum. *Pajouhan Scientific Journal*. 2024; 22(2): 128-142. DOI: 10.32592/psj.22.2.128

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

Copyright © 2024. Pajouhan Scientific Journal. 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.

Extended Abstract

Background and Objective

Mothers of children with autism spectrum disorders are involved with feelings of self-dislike, negative feelings towards themselves, low self-compassion, self-blame, feelings of guilt and blame, negative feelings towards the child, abandonment and distance from the child, feelings of loneliness and isolation, depression and sadness, tension and pressure, shame and embarrassment, lack of vitality, and feeling of being hurt. Therefore, this research was conducted with the aim of developing a therapeutic intervention package based on the healthy human theory and comparing its effectiveness with positive psychotherapy on social stigma, alexithymia, self-compassion, and cognitive fusion of mothers having children with autism.

Materials and Methods

The general structure of the present research is a combined (mixed qualitative and quantitative) applied research. In the qualitative part, this plan was used to develop and validate a therapeutic intervention package based on the healthy human theory for mothers with autistic children, using the theory-based comparative theme analysis method in accordance with Atride Stirling's theme analysis (2001). The research environment included 52 reliable sources that were selected by purposive sampling method based on the healthy human theory and parents of autistic children. After compiling the training package using the agreement analysis method between evaluators, it was subjected to content evaluation by experts, and the overall agreement on the therapeutic intervention package based on the healthy human theory was obtained by 6 experts at 0.92. The results of the theme analysis indicated that 8 organizing themes (satisfaction and enjoyment of life, loving the creature and self, metacognition, peace, happiness, hope, currentness, and meaning) were obtained out of 18 basic themes around the overarching theme, a therapeutic intervention based on the healthy human theory, which was adjusted according to the frequency and percentage of the semantic units of the themes organizing the content of each session. The research method in the quantitative part included a semi-experimental design of two groups and three stages, which finally involved 14 people in each group, taking into account statistical attrition. The statistical population in both the pilot study and the main study included all mothers of children with autism spectrum disorder who referred to autism centers in Isfahan city in July 2014. The data in the three stages were collected by means of the Mak and Kwok Stigma Questionnaire (2010), Toronto Ataxia Scale (TAS-20), Neff's Self-Compassion Questionnaire (2003), and Gillanders et al.'s Cognitive Fusion Questionnaire (2014). The therapeutic intervention package based on the healthy human theory was implemented in the form of eight 90-minute sessions for the experimental group. Data analysis was done with the help of the statistical package for social sciences using the variance analysis method with repeated measurements.

Results

The findings showed that therapeutic intervention packages based on the healthy human theory reduced social stigma, alexithymia, and cognitive fusion and increased self-compassion in mothers having children with autism spectrum, and this effectiveness was sustained over time.

Discussion

Regarding the effectiveness of the therapeutic intervention package compiled based on the healthy human theory on reducing social stigma, it can be mentioned that in the sessions of this therapeutic intervention, goals were set in line with the meaning and its role in parenting, the role of hope in parenting, the role of current characteristics and metacognition in parenting. The implementation of exercises and home worksheets made these mothers achieve a genuine meaning, and by familiarizing themselves with and using practical techniques to strengthen the characteristics of currentness, metacognition, and hope on the way to a healthy parent, they were able to reduce their social stigma. Explaining the characteristics of a healthy person helped mothers to manage their negative emotions instead of inhibiting them further and to accept them as sources of internal information. On the other hand, by using worksheets and training to write and record their capabilities, discuss and fill them, a step was taken toward expressing emotions, which can have an effect on the reduction of emotional inactivity in the participants. Furthermore, the intervention package helped mothers recognize the attributes of a healthy individual discussed during the sessions, enabling them to acknowledge their own potential in various aspects of life, particularly in their role as mothers. This was achieved by encouraging them to let go of self-criticism, prioritize self-care, and allocate time for personal needs and well-being. Embracing these circumstances and engaging in constructive self-talk lead to an elevated sense of self-compassion towards oneself. During the sessions, the concept of metacognition within the framework of the healthy human theory was explored. This included discussions on mothers' negative thoughts and attitudes and how they impact behavior, as well as reflections on their mental processes, decision-making, and behaviors influenced by their thoughts and beliefs. By increasing mothers' awareness of how thoughts influence behavior and relationships, and the significance of metacognition, the level of cognitive fusion decreased.

Conclusion

As a result, the therapeutic intervention package reduced social stigma, alexithymia, and cognitive fusion of mothers having children with autism spectrum, whereas it improved self-compassion among them.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

مجله علمی پژوهان
دوره ۲۲، شماره ۲، بهار ۱۴۰۳، صفحات: ۱۲۸-۱۴۲
DOI: 10.32592/psj.22.2.128
http://psj.umsha.ac.ir/
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

تدوین و اعتباریابی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم ویژه‌ی مادران دارای کودک طیف اوتیسم

محمدرضا امینی[۱]، هاجر ترکان[۱*]، زهرا یوسفی[۱]

[۱] گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۱۲
تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۰۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۰۹
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۳۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** هاجر ترکان، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: h.torkan@khuisf.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: این پژوهش با هدف تدوین و اعتباریابی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی مادران دارای کودک طیف اوتیسم اجرا شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش، از روش تحقیق آمیخته (در بخش کیفی، از روش تحلیل مضمون قیاسی و در بخش کمّی، از روش نیمه‌آزمایشی) استفاده شد. محیط پژوهش شامل ۵۲ منبع معتبر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس نظریه‌ی انسان سالم و والدین کودکان اوتیسم انتخاب شدند. جامعه‌ی هدف در بخش کمّی، مادران دارای کودکان اوتیسم شهر اصفهان بودند که تعداد ۶ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در مداخله شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی، پرسش‌نامه‌های داغ اجتماعی مک و ووک (۲۰۱۰)، ناگویی هیجانی تورنتو (۲۰-TAS)، خودشفقتی نف (۲۰۰۳)، همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) بود.

یافته‌ها: از نتایج تحلیل مضمون آترایدِ استرلینگ، ۸ مضمون سازمان‌دهنده (رضایت و لذت بردن از زندگی، دوست داشتن مخلوق و خود، فراشناخت، آرامش، شادی، امید، جاری بودن و معنا) از ۱۸ مضمون پایه حول محور مضمون فراگیر مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم به دست آمد. نتایج آزمون t وابسته نشان داد که میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر چهار متغیر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی تفاوت معنی‌دار دارند ($P<۰/۰۵$) که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی و اعتبار بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر مادران دارای کودک طیف اوتیسم در اجرای مقدماتی (مرحله‌ی پایلوت) است.

نتیجه‌گیری: الگوی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر چهار متغیر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی تأثیرگذار است و می‌توان از این روش برای انجام مداخلات مشاوره‌ای برای والدین به‌منظور تسهیل انطباق‌پذیری با وضعیت مشابه استفاده کرد.

واژگان کلیدی: بسته‌ی مداخله‌ی درمانی، خودشفقتی، داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، همجوشی شناختی

استناد: امینی، محمدرضا؛ ترکان، هاجر؛ یوسفی، زهرا. تدوین و اعتباریابی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم ویژه‌ی مادران دارای کودک طیف اوتیسم. مجله علمی پژوهان، بهار ۱۴۰۳؛۲۲(۲): ۱۲۸-۱۴۲.

مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم نوعی از اختلالات رشدی است که با رفتارهای ارتباطی و کلامی غیرطبیعی مشخص می‌شود. علائم این اختلالات معمولاً پیش از سه‌سالگی بروز می‌کند. علت اصلی این اختلالات هنوز ناشناخته است، اما بسیاری از محققان ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی را دخیل می‌دانند [۱]. میانگین میزان شیوع اختلالات طیف اوتیسم، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، یک کودک از هر ۱۰۰ کودک است و در پسران، شایع‌تر از دختران است [۲]. این‌دسته از اختلالات، تأثیرات منفی بر تعاملات اجتماعی و ارتباطات کودکان با اطرافیان، به‌ویژه والدین، می‌گذارد. کودکان مبتلا به‌دلیل اختلال در بیان و درک احساسات و نیز اجتناب از تماس چشمی، نمی‌توانند با والدین خود، به‌خصوص مادر، همچون کودکان عادی ارتباط عاطفی و کلامی برقرار کنند و این موضوع این دسته از مادران را به‌سمت فرسودگی، اضطراب و نگرانی سوق می‌دهد [۳]. به‌طور کلی، والدینی که فرزند معلول دارند، سطوح بالایی از استرس را گزارش می‌دهند و والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (ASD) بالاترین سطح را در مقایسه با والدین کودکان دارای ناتوانی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

ذهنی و جسمی یا سایر ناتوانی‌ها گزارش می‌کنند [۴]. علاوه بر این، مطالعات قبلی گزارش داده‌اند والدین کودکانی که اختلالات طیف اوتیسم دارند، به‌ویژه مادران، در معرض افزایش خطر ابتلا به مشکلات روانی، از جمله استرس والدینی افسردگی، خودکشی، اضطراب و سایر اختلالات عاطفی جدی مانند رنج ننگ هستند که عواقب این شرایط نامطلوب روانی و اجتماعی می‌تواند بسیار جدی باشد [۸-۵]. همچنین، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌دلیل محدودیت، استرس شدید، مشکلات شایستگی‌های اجتماعی، ارتباطی و عاطفی همراه با رشد ناکارآمد شناختی و ناسازگاری را تجربه می‌کنند [۹]؛ بنابراین، این مادران در طول فرایند فرزندپروری به راهنمایی حرفه‌ای و حمایت روانی و اجتماعی نیاز دارند [۱۰]. در زمینه‌ی ناتوانی‌های رشدی، رویکرد کلی اتخاذشده ارائه‌ی برنامه‌های آموزش رفتاری والدین و آموزش روانی است که بر کمک به والدین برای کاهش افراط رفتاری فرزندان و غلبه بر نقایص رفتاری آن‌ها تمرکز دارد؛ اما به نیازهای روانی خود والدین توجه نشده است [۱۱،۱۲]. به بیانی دیگر، به مشکلات سلامت روان اغلب مادران کودکان مبتلا به ASD به‌دلیل تمرکز بر آموزش برای فرزندان آن‌ها توجه نمی‌شود [۱۳]. با وجود این، اخیراً تحولات مدل‌ها و تحقیقات روان‌درمانی در مورد جنبه‌های مثبت انسان، توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است [۱۴،۱۵] و به مشکلات والدین دارای کودک اوتیسم توجه کرده‌اند و تاکنون، روش‌های مختلفی مانند رویکردهای روان‌درمانی مثبت‌نگر [۱۶]، برنامه‌ی آموزش مدیریت والدین [۱۷]، درمان شناختی‌رفتاری [۱۸]، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و ذهن-آگاهی [۱۹] برای والدین و کودکان اجرا شده است و اثربخشی این روش‌ها نیز تأیید شده است. با وجود این، ضرورت توجه به آموزش‌هایی که بر فرهنگ و یکپارچگی و جامع‌نگری بر اساس فطرت مبتنی است، برای والدین دارای کودکان مبتلا به طیف اوتیسم احساس می‌شود [۲۰]. به این سبب، محقق در پژوهش حاضر به تدوین بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم پرداخته است که آقایی (۱۳۹۷) بر اساس نظریات خودشکوفایی مزلو، انسان‌گرایانه‌ی راجرز، وحدت و یگانگی آلپورت و نداشتن تعصب و جزمیت فکری و ذهنی و انعطاف‌پذیر بودن الیس در پرتو آموزه‌های نسل‌های گذشته و تعالیم دینی و مذهبی آن را ارائه کرده است. این نظریه که در سال ۱۳۹۷ آقایی آن را تدوین و مطرح کرده است، ۱ اصل و ۱۲ ویژگی دارد که ویژگی‌های انسان سالم نامیده می‌شوند: ۱. آرامش؛ ۲. جریان؛ ۳. شادی؛ ۴. قناعت؛ ۵. بخشندگی بدون چشم‌داشت؛ ۶. توان گذشت و فراموش کردن؛ ۷. رضایت؛ ۸. امید؛ ۹. توانایی لذت بردن؛ ۱۰. توانایی درک غم اصیل؛ ۱۱. ارتباط با خالق، عشق به مخلوق و مهربانی با خود؛ ۱۲. داشتن فراشناخت و استفاده از آن. این ویژگی‌ها در طیفی از انسان سالم تا انسان بیمار یا به عبارتی، از سلامت تا بیماری مشاهده می‌شود. هرچه فرد تعداد بیشتری از این ویژگی‌ها و خصوصیات مربوط به هر ویژگی را داشته باشد، به سلامت و انسان سالم نزدیک‌تر است و هرچه از این ویژگی‌ها و خصوصیات کمتر داشته باشد، به بیماری و انسان بیمار نزدیک‌تر است [۲۱]. در این نظریه که تمام ابعاد انسان را شامل می‌شود، انسان علاوه بر داشتن ویژگی‌هایی مانند روابط میان‌فردی عمیق و پذیرش همنوعان، با خالق خویش نیز پیوندی ناگسستنی دارد [۲۲]؛ بنابراین، این بسته‌ی درمانی که دربرگیرنده‌ی نظریات روان‌شناسی و ساختار اسلامی بر اساس فرهنگ کشور ماست، می‌تواند چراغ راهی برای مداخلات درمانی و آموزشی برای نمونه‌های خاص، از جمله مادران دارای کودک طیف اوتیسم باشد که بار مراقبتی زیاد، ناامیدی، عدم رضایت از زندگی، طرد از سوی جامعه و ننگ اجتماعی دارند. از طرفی، این نظریه مطابق با سطح فرهنگ ایرانیان تدوین شده است و به همین دلیل، آموزه‌ها و باورهایی را که در این کشور وجود دارند و با زندگی روزانه‌ی ایرانیان آمیخته‌اند، در خود جای داده است؛ بنابراین، محتوای بسته‌ی مداخله‌ای آموزشی بر اساس این نظریه می‌تواند با مراجعان ایرانی همخوان‌تر باشد و ازاین‌رو اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات آن‌ها داشته باشد، به‌ویژه مشکلاتی که به بخشش و پذیرش خود و مشکل نیاز دارد [۱۶]. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم و اعتبارسنجی آن در زمینه‌ی داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی مادران دارای کودک طیف اوتیسم اجرا شده است.

مواد و روش ها

ساختار کلی تحقیق حاضر ترکیبی (mixed research) (آمیخته‌ی کیفی و کمی) از نوع کاربردی (applied) است. در بخش کیفی، برای تدوین و اعتبارسنجی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم ویژه‌ی مادران دارای فرزند اوتیسم، از روش تحلیل مضمون قیاسی استفاده شد. تحلیل مضمون روشی روبه‌افزایش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های کیفی است که الگوهایی را در میان داده‌های خام ثبت می‌کند و به داده‌ها با مضامین معنادار ساختار می‌دهد [۲۳]. محیط پژوهش در بخش کیفی شامل دو گام است:

۱. محیط پژوهش در گام اول بخش کیفی، شامل تمام مقاله‌ها، کتاب‌ها، گزارش‌ها و پایان‌نامه‌های مرتبط در زمینه‌ی رویکرد انسان سالم و مداخلاتی بود که در خصوص مادران دارای کودک اوتیسم انجام شده بود (داخلی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ و خارجی از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۱) که تعداد آن به‌طور هدفمند انتخاب و تحلیل شد. ملاک‌های اصلی برای انتخاب هدفمند عبارت است از: سال انتشار، زبان انتشار، اعتبار علمی پایگاه اطلاعاتی، ارتباط موضوعی با کلیدواژه‌ها. پیدا کردن همه‌ی مطالعات مربوط به بسته‌ی آموزشی مورد بررسی، با استفاده از ترکیبی از کلمات کلیدی در حوزه‌های آموزش توانمندسازی روان‌شناختی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم و مسائل والدین کودکان اوتیسم در پایان‌نامه‌ها و مقاله‌های علمی و پژوهشی معتبر داخلی و خارجی بود که در نهایت، با بررسی ۵۲ منبع علمی، داده‌ها به اشباع نظری رسید.

۲. نمونه‌ی پژوهش در بخش کیفی، شامل خبرگان علمی و صاحب‌نظران برجسته‌ی حوزه‌ی مشاوره و درمان و تدوین برنامه‌ی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

درمانی در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنان، حداقل ۶ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تعداد آن‌ها بر پایه‌ی حداقل تعداد لازم برای ارزیابی محتوایی است.

ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی، شامل فرم ثبت نتایج تحلیل مضمون قیاسی و پیشینه‌محور به روش آترایدِ استرلینگ (۲۰۰۱) بود که از آن برای تحلیل مضمون مربوط به اجزا و ساختار بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم استفاده شد. از این فرم در مرحله‌ی اول بخش کیفی مطالعه استفاده شد و روایی آن از نظر محتوایی، با تحلیل شبکه‌ی مضامین آترایدِ استرلینگ (۲۰۰۱) تطابق کامل داشت. از فرم ارزیابی محتوایی و تخصصی پس از تدوین بسته و قبل از اجرای مطالعه‌ی مقدماتی (پایلوت)، در بخش کمی استفاده شد. این فرم شامل پنج عبارت در خصوص تطابق محتوایی جلسات تنظیم‌شده با فرایند آموزش نظریه‌ی انسان سالم، تناسب جلسات با ساختار و گام‌های لازم در آموزش نظریه‌ی انسان سالم، کفایت زمان اختصاص‌یافته به هریک از گام‌ها و مهارت‌های آموزشی، کفایت بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم به‌منظور اجرا برای مادران فرزندان دارای طیف اوتیسم و ارزیابی کلی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم همراه با قسمتی برای ثبت نظرات پیشنهادی و تخصصی ارزیابان است. این فرم در قالب پنج‌درجه‌ای لیکرت از خیلی ضعیف (نمره‌ی ۱) تا عالی (نمره‌ی ۵) تهیه شده است. برای ارزیابی روایی بسته از روایی محتوایی (CVR) توصیه‌شده توسط لاوشه (۱۹۷۵) استفاده شد. بعد از تحلیل موضوعی و تدوین بسته از توافق تخصصی متخصصان در مورد فرایند و ساختار بسته‌ی آموزشی اطمینان حاصل شد. برای بررسی پایایی آن، از فرم ارزیابی فرایند و ساختار آموزش نهایی و روش توافق بین ارزیاب‌ها استفاده شد که در نهایت، ضریب ارزیاب‌ها بالای ۰/۸۰ به دست آمد. معمولاً در مطالعات کیفی، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها انجام می‌شود؛ زیرا جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها بر یکدیگر اثر تعاملی دارند و فرایند تحلیل کیفی داده‌ها اغلب طی مراحل اولیه‌ی جمع‌آوری داده‌ها صورت می‌گیرد [۲۴]. به همین منظور، با بررسی متون و مقالات مرتبط در این زمینه، تحلیل مضمون آن‌ها نیز هم‌زمان صورت گرفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در این بخش، از روش آترایدِ استرلینگ (۲۰۰۱) استفاده شد.

به‌منظور تعیین اعتبارسنجی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم، پس از تدوین بسته‌ی آموزشی (بخش روش کیفی)، ابتدا در یک مطالعه‌ی پایلوت، یک گروه شش‌نفره از مادران دارای کودکان اوتیسم از جامعه‌ی آماری مادران کودکان مبتلا به طیف اوتیسم که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (حداقل تحصیلات سیکل، پذیرش و تعهد به اصول و قواعد گروهی آموزش، داشتن حداقل یک کودک مبتلا به طیف اوتیسم در دامنه‌ی سنی ۵ تا ۱۲ سال، تشخیص اختلال طیف اوتیسم کودک توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک) بودند، انتخاب شد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: عدم همکاری با پژوهشگر و اخلال در جریان پژوهشی، مبتلا بودن به اضطراب شدید یا هرگونه اختلال جسمی یا روانی‌ای که مانع از شرکت در جلسات شود. جامعه‌ی آماری در بخش کمی نیز شامل تمام مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز اوتیسم در سطح شهر اصفهان در تیر ماه سال ۱۴۰۱ بود. روش اجرا به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم، تعداد ۱۴ مادر برای اجرای مطالعه‌ی مقدماتی (پایلوت) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج نیز مانند بخش کیفی اعمال شد. سپس، بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در مرحله‌ی مقدماتی به‌صورت فشرده، طی هشت جلسه (دو جلسه در هفته) اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در مطالعه‌ی پایلوت عبارت بودند از:

۱. مقیاس داغ اجتماعی (استیگمای درونی‌شده) مک و ووک (Mak & Kwok) (۲۰۱۰): این پرسش‌نامه ۴۹ سؤال دارد و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت هرگز (۰)، به‌ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۱۹۶ است. این پرسش‌نامه زمینه‌ی نگرشی و رفتاری را می‌سنجد. این زمینه‌ها عبارت‌اند از: ۱. باور والدین درباره‌ی تصورات قالبی که دیگران راجع به افراد معلول دارند؛ ۲. باور والدین درباره‌ی تصورات قالبی که خود والدین به آن باور دارند؛ ۳. رفتارهای مبتنی بر جداسازی اجتنابی و تبعیض. هر سه قسمت به موازات یکدیگر است و حیطه‌های تحصیلی، نگرانی از آینده، اشتغال، استقلال، سلامت و ارتباطات اجتماعی را در بر می‌گیرد [۲۵]. در پژوهش رضایی دهنوی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از زیر مقیاس‌ها (۱، ۲، ۳) و کل سؤالات به‌ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد [۲۶]. در پژوهش رئیسی و همکاران (۱۳۹۹)، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۰۹ به دست آمد [۲۷]. ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر به‌وسیله‌ی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷۲ به دست آمد.

۲. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Ataxia Scale یا TAS-20) باگبی، تیلور و پارکر (Bagby, Taylor & Parker) (۱۹۹۴): این آزمونی ۲۰سؤالی است که باگبی، تیلور و پارکر (۱۹۹۴) آن را ساخته‌اند و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (difficulty identifying feeling)، دشواری در توصیف احساسات (difficulty describing feeling) و تفکر عینی (externally oriented thinking) را در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد.

سؤالات دشواری در شناسایی احساسات عبارت‌اند از: ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴. نمره‌ی این خرده‌مقیاس بین ۷ تا ۲۱ است.

سؤالات دشواری در بیان احساسات عبارت‌اند از: ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷. نمره‌ی این خرده‌مقیاس بین ۵ تا ۱۵ است.

سؤالات سبک تفکر عینی عبارت‌اند از: ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰. نمره‌ی این خرده‌مقیاس بین ۸ تا ۲۴ است.

در این مقیاس، سؤال‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

پژوهش‌های متعددی بررسی شده است [۲۸، ۲۹]. بشارت در سال ۱۳۸۵ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به‌ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو۲۰ در یک نمونه‌ی ۶۷نفری در دو نوبت، با فاصله‌ی چهار هفته، از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است. اعتبار هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو۲۰ برحسب هم‌بستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شده است [۳۰-۳۱]. ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر به‌وسیله‌ی آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۶۲ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه‌ی خودشفقتی نف (Self-Compassion scale's Neff) (۲۰۰۳): این پرسش‌نامه را نف [۳۲] ساخته است که ۲۶ سؤال با ۶ خرده‌مقیاس دارد: خودمهربانی، خودقضاوتی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی و بیش‌همانندسازی. این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره‌ی ۱) تا کاملاً موافقم (نمره‌ی ۵) امتیازبندی می‌شود. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ نمره‌گذاری معکوس دارند. برای نمره‌گذاری، نمره‌های تک‌تک گویه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شود. جمع نمره‌ی همه‌ی گویه‌های پرسش‌نامه، امتیاز نهایی را در اختیار آزمونگر قرار می‌دهد. دامنه‌ی امتیاز این پرسش‌نامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. امتیاز بالا نشان‌دهنده‌ی میزان بیشتر شفقت خود است و برعکس. روایی این پرسش‌نامه در پژوهش خسروی و همکاران[۳۳]، به‌صورت محتوایی تأیید شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش مذکور برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۵۸ و در کل، برابر با ۰/۷۶ بود. همچنین، آلفای کرونباخ در نسخه‌ی ایرانی خسروی و همکاران چنین گزارش شده است: مهربانی با خود برابر با ۰/۸۱، قضاوت درباره‌ی خود برابر با ۰/۷۹، اشتراکات انسانی برابر با ۰/۸۴، انزوا برابر با ۰/۸۵، ذهن آگاهی برابر با ۰/۸۰، همانندسازی افراطی برابر با ۰/۸۳ و کل مقیاس برابر با ۰/۷۶. در پژوهش شهبازی و همکاران [۳۴]، روایی هم‌زمان و همگرای پرسش‌نامه نیز مطلوب گزارش شده است و ضریب آلفا برای نمره‌ی کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ است. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن درباره‌ی خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۰۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ بود [۳۴]. در مطالعه‌ی صف‌آرا و سلم‌آبادی (۱۴۰۰)، پایایی کل به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بود [۳۵]. ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر به‌وسیله‌ی آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۵۶ به دست آمد.

۴. مقیاس همجوشی شناختی (Cognitive Fusion Questionnaire) گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴): مقیاس همجوشی شناختی را گیلاندرز، بلارستون، باند، دمپستر و فلاکسمن (Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster & Flaxman) (۲۰۱۴) به‌منظور سنجش همجوشی شناختی تهیه کرده‌اند که ۱۲ گویه و دو عامل همجوشی و گسلش دارد [۳۶]. در ایران، زارع (۱۳۹۳) آن را ترجمه و هنجاریابی کرده است. سؤال‌ها در طیف شش‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۶) پاسخ داده می‌شود و نمره‌ی بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده‌ی تسلط بیشتر فکر بر رفتار است [۳۷]. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۲) ضریب هم‌بستگی این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه‌ی تعهد و پذیرش و پرسش‌نامه‌ی ذهن‌آگاهی ساوتمتون به‌ترتیب برابر با ۰/۷۲- و ۰/۷۲- به دست آوردند که حاکی از روایی افتراقی پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی است. همچنین، آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله‌ی چهارهفته‌ای برابر با ۰/۸۰ گزارش کردند [۳۸]. سعیدپور و همکاران (۱۳۹۶) ساختار عاملی پرسش‌نامه‌ی همجوشی شناختی را بررسی کردند و ضریب هم‌بستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل را برابر با ۰/۵۵- گزارش کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۶ به دست آوردند [۳۹]. در پژوهش فولادوند (۱۳۹۹)، آلفای کرونباخ برای عامل همجوشی برابر با ۰/۶۸ و برای عامل گسلش برابر با ۰/۶۲ و برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۰ به دست آمد [۴۰]. همچنین، در پژوهش زارع (۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ همجوشی شناختی برابر با ۰/۷۶ به دست آمد [۳۷]. ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر به‌وسیله‌ی آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۴۶ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه‌ی پایلوت، از آزمون t گروه‌های هم‌بسته استفاده شد. با توجه به اینکه مطالعات اندکی در زمینه‌ی هدف و معنای زندگی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شده است و این در حالی است که معنا اصل نظریه‌ی انسان سالم است و ویژگی‌ها حول محور آن هستند، یک جلسه‌ی کامل به آن اختصاص داده شد و همچنین، در توضیح واحدهای معنایی دیگر در جلسات مختلف، بر این اصل تأکید شد. همچنین، به‌دلیل فراوانی زیاد واحدهای معنایی رضایت از زندگی و آرامش، به هریک از آن‌ها دو جلسه اختصاص داده شد. مطابق با یافته‌های ارائه‌شده در جدول‌های ۲ و ۳، می‌توان به سؤال پژوهش مبنی بر اینکه شکل نهایی بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم برای مادران دارای کودک طیف اوتیسم چگونه است، به این صورت پاسخ داد که بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در ۸ جلسه‌ی ۹۰دقیقه‌ای تنظیم شده است که در جدول ۱، تطابق جلسات آموزشی با مضامین به‌دست‌آمده و تکنیک‌های مورد استفاده برای هر جلسه ارائه شده است.

جلسات تطابق‌یافته‌ی آموزشی با مضامین سازمان‌دهنده که برای مادران کودکان مبتلا به اوتیسم اجرا شد، به شرح زیر است:

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

جدول ۱: تطابق جلسات آموزشی با مضامین سازمان‌دهنده

جلسات	خرده‌اهداف	شرح محتوای جلسات
اول	معنا و نقش آن در والدگری	۱. از مادران خواسته شود در خصوص مسائل و مشکلاتشان به‌دلیل داشتن فرزند اوتیسم با مربی و اعضای گروه صحبت کنند. ۲. از مادران پرسیده شود که معنای آنان در زندگی کنونی‌شان چیست. ۳. برای مادران ویژگی‌های معنا و انواع معنا توضیح داده شود. ۴. مربی در خصوص اهمیت معنا و رابطه‌ی آن با ۱۲ ویژگی مختص به نظریه‌ی انسان سالم و ویژگی‌هایی که اختصاصی مادران کودکان اوتیسم است و از تحلیل مقالات به دست آمده است، توضیح می‌دهد. ۵. خصوصیات افراد دارای معنا و راه‌های رسیدن به آن برای مادران توضیح داده می‌شود. ۶. از آنان پرسیده شود که چه مسائلی در زندگی باعث شده است که به اهداف و معناهای خود دست پیدا نکنند. ۷. از آنان پرسیده شود که به چه میزان معناهای آن‌ها در راستای انسان سالم یا آن‌طرف طیف، در راستای انسان بیمار است.
دوم	والدگری و رضایت از زندگی	۸. مربی با بیان مثال‌ها و تجربه‌ها در خصوص نقش رضایت از زندگی در نوع والدگری مادران کودکان اوتیسم توضیح دهد. ۹. مربی به بیان خصوصیات انسان سالم و بیمار در زمینه‌ی رضایت از زندگی بپردازد. ۱۰. راه‌های رسیدن به رضایت برای مادران توضیح داده می‌شود، با توجه به اینکه مادران داشته‌ها و نداشته‌های خود و دیگران را با وجود داشتن فرزند دارای طیف اوتیسم در نظر می‌گیرند. ۱۱. از مادران خواسته شود که داشته‌ها و نداشته‌های خود و دیگران را با همدیگر مقایسه کنند. ۱۲. پرسش‌نامه‌ی سنجش رضایت برای تعیین وضعیت رضایت مادران دارای فرزند اوتیسم تکمیل می‌شود.
سوم	نقش لذت بردن از زندگی در والدگری	۱۳. مربی ویژگی‌های لذت بردن از زندگی انسان سالم و بیمار را برای مادران و نقش آن را در برخورد با فرزند توضیح دهد. ۱۴. مربی رابطه‌ی رضایت و لذت بردن از زندگی با اصل معنا را با ذکر مثال برای مادران توضیح دهد. ۱۵. مربی تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی در شرایط زندگی روزمره، به‌ویژه هنگام برخورد با کودک اوتیسم را برای مادران توضیح دهد. ۱۶. مربی به مادران برای دستیابی به مهارت‌های جدید، از جمله یک دقیقه تنفس در فضای بدن، اسکن بدن و ادغام ذهن در جنبه‌های مختلف زندگی مراقبت از کودک، غذا خوردن، راه رفتن و استفاده از تنفس را برای کاهش احساسات منفی آموزش دهد. ۱۷. کاربرگ تمرین لذت بردن از زندگی تکمیل شود.
چهارم	نقش آرامش در والدگری	۱۸. مربی در خصوص آرامش و ویژگی‌های افراد دارای آرامش و فاقد آرامش، تفاوت اضطراب و استرس برای مادران توضیح می‌دهد. ۱۹. برای مادران راه‌های افزایش آرامش مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم (شناسایی علت ناآرامی و بی‌قراری، معاشرت و تعامل با انسان‌های آرام، تمرین و تکرار آرام بودن و سرگرم کردن خود) توضیح داده می‌شود. ۲۰. در جلسه، در خصوص تکنیک خودگویی مثبت و تصویرسازی ذهنی برای مادران توضیح داده شود و مثال زده شود. ۲۱. تکنیک‌های مدیریت استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (حضور یا پذیرش افکار و احساسات با انجام مراقبه‌ی نشسته شامل آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات) در جلسه با مادران تمرین شود.
پنجم	نقش آرامش و معنا در والدگری	۲۲. برای مادران اهمیت و رابطه‌ی متقابل آرامش و معنا توضیح داده می‌شود. ۲۳. مربی در خصوص افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود، به‌جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از آن‌ها و به‌کارگیری آن در زندگی روزمره برای مادران توضیح می‌دهد. ۲۴. تکنیک‌های گسلش شناختی با استفاده از استعاره‌های مطرح‌شده برای مادران بیان می‌شود. ۲۵. تمرین و کاربرگ راه‌های رسیدن به آرامش تکمیل می‌شود.
ششم	نقش امید در والدگری	۲۶. در خصوص ویژگی‌های امید در افراد سالم و بیمار مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم برای مادران توضیح داده شودو ۲۷. در گروه در خصوص دلایل یأس و نومیدی در والدین کودکان اوتیسم صحبت شود. ۲۸. از مادران خواسته می‌شود که داستان زندگی خود را برای یافتن نقاط امیدبخش در زندگی‌شان در گروه بیان کنند. ۲۹. در خصوص نگرانی مادران از وضعیت کنونی و آینده‌ی فرزندشان صحبت شود. ۳۰. از راه‌های افزایش امیدواری (ارزیابی میزان خوش‌بینی و بدبینی مادران، افزایش انرژی، شناسایی عوامل استرس‌زای کنترل‌شدنی و کنترل‌نشدنی خود، ایجاد موضوعات جالب برای هر روز خودشان) در گروه صحبت شود. ۳۱. درباره‌ی انجام کارهای لذت‌بخش و شرکت در جلسات و دورهمی‌های دوستانه برای افزایش امیدواری صحبت شود.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

ادامه جدول ۱

هفتم	نقش شاد بودن با عشق به مخلوق و مهربانی با خود	۳۲. با مادران در گروه در خصوص عواطف و احساسات منفی و تأثیر عواطف بر زندگی صحبت شود. ۳۳. ویژگی‌های انسان سالم و بیمار در خصوص شادی برای مادران توضیح داده شود. ۳۴. تکنیک مدیریت هیجان‌ها و تکنیک استفاده از فرهنگ لغات احساسات برای بیان احساسات خود به مادران آموزش داده شود. ۳۵. راه‌های شاد زیستن (تصمیم بگیرید که در اینجا و اکنون شاد باشید، خوابیدن به اندازه‌ی کافی، انجام فعالیت‌های مورد علاقه، خندیدن و برقراری ارتباط با خدا و دیگران، اختصاص دادن زمان‌هایی فقط به خود) در عین وجود مشکلات برای مادران توضیح داده شود. ۳۶. درباره‌ی عشق به مخلوق و مهربانی با خود و دوست داشتن خود بدون قید و شرط و مهربان بودن با جسم و روان خود توضیح داده شود. ۳۷. کاربرگ نوشتن نامه‌ای برای قدردانی از خود تکمیل شود.
هشتم	نقش ویژگی‌های جاری بودن و فراشناخت در والدگری، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	۳۸. مربی درباره‌ی افکار و نگرش‌های منفی مادران و تأثیر آن بر رفتار صحبت کند. ۳۹. درباره‌ی اینکه «افکار حقایق نیستند» و استفاده از تکنیک‌هایی برای گسلش شناختی و رسیدن به پذیرش بدون قضاوت توضیح داده شود. ۴۰. مربی برای مادران در خصوص استفاده از این تکنیک هنگام برخورد با فرزند و سبک‌های فرزندپروری اشتباه و راهبردهای مقابله‌ای مادران در برخورد با کودک اوتیسم توضیح دهد. ۴۱. از مادران پرسیده شود که در برخورد با فرزندشان چگونه رفتار و برخورد می‌کنند. ۴۲. با مثال، برای مادران توضیح داده شود که رفتار کودک را از منظر ذهن‌آگاهی و مشاهده‌ی ذهن‌آگاهانه بررسی کنند. ۴۳. تکنیک‌های تغییر نوع نگاه به فرزند خود با استفاده از تقویت مهارت‌های فراشناختی (بپذیرید که باورهای دیگران بر رفتار شما تأثیر می‌گذارد، نوع نگاهتان را به فرزندتان تغییر دهید، خودسرزنشگری را کاهش دهید) تمرین شود. گام‌های رسیدن به جاری بودن در گروه با کمک اعضا برداشته شود. ۴۴. برای جاری شدن به مادران اصول تربیت فرزند از جمله توجه به نقاط مثبت و عدم توجه به نکات منفی با بیان مثال حالات مختلف مواد توضیح داده می‌شود. به سؤالات مادران پاسخ داده شود و مطالب خلاصه شود. پس‌آزمون اجرا شود و از مادران برای شرکت در پژوهش قدردانی شود.

یافته‌ها

در پاسخ‌گویی به سؤال پژوهش مبنی بر اینکه ساختار و محتوای بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم چگونه است، مفاهیم مرتبط با ویژگی‌های انسان سالم در خصوص مسائل مادران کودکان اوتیسم از مقالات مرتبط در این زمینه استخراج شد و در مضامین پایه و سازمان‌دهنده دسته‌بندی شد که در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل مضمون قیاسی

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
محدودیت‌های زندگی محدود شدن فعالیت‌ها	رضایت و لذت بردن از زندگی	آرامش	بار مراقبتی زیاد خستگی جسمی و روانی
	اختلال در فعالیت‌های روزمره		بار روانی زیاد
	مشکلات شغلی		مسئولیت بیشتر
	مشکل در ارتباطات بین‌فردی		استرس والدگری
	محدودیت روابط اجتماعی		پریشانی روانی
	آشفتگی در روابط خانوادگی		استرس، اضطراب، خشم، غمگینی، احساس سوگ
	عدم دریافت حمایت از همسر	شادی	احساس بلاتکلیفی
	مشکلات اجتماعی		مشکلات خلقی
	رنج اجتماعی		احساس تنهایی و انزوا
	گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی		افسردگی و غم
	بهزیستی روانی پایین		تنیدگی و فشار
	سلامت روان کم		شرم و خجالت
	کیفیت زندگی پایین		احساسات منفی
	سازگاری کم		عدم سرزندگی
	تاب‌آوری پایین		احساس داغ‌دیدگی
دوست داشتن مخلوق و خود	عدم شفقت به خود	جاری بودن	درگیری عاطفی
	دوست نداشتن خود		عدم پذیرش
	احساسات منفی درباره‌ی خود		ترجیح فرزند بر خود

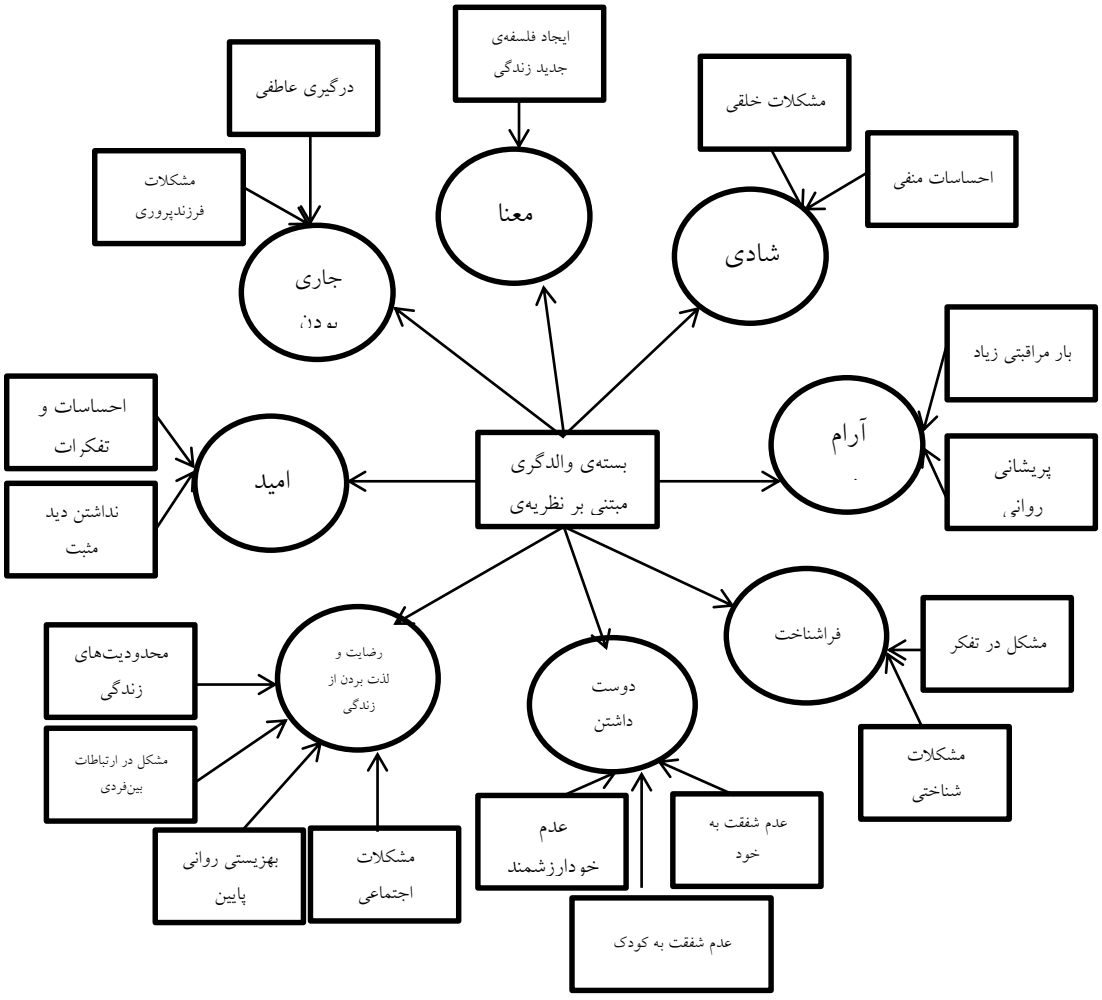
[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

	خوددلسوزی پایین عدم خودارزشمندی خودسرزنشی		غفلت از خود
	احساس گناه و تقصیر		فراموشی علایق
	عدم شفقت به کودک احساسات منفی درباره‌ی کودک رها کردن و فاصله گرفتن از او		مشکلات فرزندپروری سرزنش و انتقاد گرمی و پاسخ‌گویی کم الگوی رفتار اشتباه
فراشناخت	مشکل در تفکر مشغله‌ی فکری زیاد داشتن تفکرات غیرمنطقی افکار خودکشی مشکلات شناختی ذهن‌آگاهی کم حل مسئله‌ی ضعیف سبک‌های مقابله‌ای نادرست انکار	معنا	ایجاد فلسفه‌ی جدید زندگی مشکل در معنای زندگی مشکل در اهداف ابهام نقش

قابل ذکر است با توجه به اینکه مادران کودکان اوتیسم بیشتر در طیف انسان بیمار قرار داشتند، بیشتر مضامین در راستای مطالب منفی و بیمارگونه است که در آن سوی طیف انسان سالم است.

پس از دسته‌بندی کدهای به‌دست‌آمده، شبکه‌ی مضامین به شرح زیر به دست آمد (شکل ۱).



شکل۱: شبکه‌ی مضامین کدهای به‌دست‌آمده

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

جدول ۳: فراوانی و درصد فراوانی واحدهای معنایی مضامین سازمان‌دهنده

واحدهای معنایی مضامین سازمان‌دهنده	فراوانی	درصد فراوانی	تعداد جلسات اختصاص‌یافته
واحدهای معنایی رضایت و لذت بردن از زندگی	۶۰	۲۵/۱۰	۲
واحدهای معنایی آرامش	۴۲	۱۷/۵۱	۲
واحدهای معنایی امید	۳۲	۱۳/۳۹	۱
واحدهای معنایی شادی	۲۵	۱۰/۴۶	۰/۵
واحدهای معنایی جاری بودن	۲۴	۱۰/۱	۰/۵
واحدهای معنایی فراشناخت	۲۴	۱۰/۱	۰/۵
واحدهای معنایی دوست داشتن مخلوق و مهربانی با خود	۱۸	۷/۵۴	۰/۵
واحدهای معنایی معنا	۱۴	۵/۵۸	۱
مجموع	۲۳۹	۱۰۰	۸

جدول ۴: نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه‌ی میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی مقدماتی

متغیر	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	انحراف خطای	T	درجه‌ی آزادی	معنی‌داری
داغ اجتماعی	۸۹/۳۳	۱۸/۶۱	۵۸	۱۱/۳۳	۳۱/۳۳	۱۸/۸۶	۷/۷	۴/۰۷	۵	۰/۰۱
ناگویی خلقی	۶۴	۲/۹۶	۳۷	۳/۷۹	۲۷	۲/۱۹	۰/۸۹	۳۰/۱۸	۵	۰/۰۰۱
خودشفقتی	۷۷/۶۶	۱۵/۳۹	۱۰۱/۱۷	۱۱/۸۲	-۲۳/۵	۱۶/۸۴	۸/۸۷	-۶/۴۲	۵	۰/۰۱۹
همجوشی شناختی	۵۲/۵	۵/۴۷	۴۵/۶۷	۶/۱۲	۶/۸۳	۵/۴۲	۲/۲۱	۳/۰۹	۵	۰/۰۲۷

در راستای تصمیم‌گیری درباره‌ی نحوه‌ی تدوین و میزان تمرکز متناسب با بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم، ابتدا فراوانی واحدهای معنایی مربوط به هریک از ۸ مضمون سازمان‌دهنده (رضایت و لذت بردن از زندگی، دوست داشتن مخلوق و خود، فراشناخت، آرامش، شادی، امید، جاری بودن و معنا) محاسبه و بررسی شد که یافته‌های آن در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳، می‌توان اشاره کرد که بیشترین فراوانی مربوط به واحدهای معنایی رضایت و لذت بردن از زندگی و کمترین مربوط به معنا است.

نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه‌ی میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در مرحله‌ی مقدماتی، در جدول۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر چهار متغیر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خود شفقتی و همجوشی شناختی در نمونه‌ی مقدماتی پژوهش با هم تفاوت معنی‌دار دارند ($P <$ ۰/۰۵). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در هر چهار متغیر، میانگین نمرات آزمودنی‌های مرحله‌ی مقدماتی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر کرده است که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی و اعتبار بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر مادران دارای کودک طیف اوتیسم در اجرای مقدماتی (مرحله‌ی پایلوت) است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم و اعتبارسنجی آن بر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی مادران دارای کودک طیف اوتیسم اجرا شد. یافته‌های تحلیل مضمون نشان‌دهنده‌ی این بود که مضمون فراگیر (بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم) شامل ۸ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۸ مضمون پایه است. مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با چالش‌های فراوانی مواجه‌اند که باعث افزایش بار روان‌شناختی و مشکلات روانی و هیجانی‌شان می‌شود. همان‌طور که در تحلیل مضامین به این مسائل اشاره شد، والدین کودکان اوتیسم فرصت کافی برای رسیدگی به امور شخصی خود را ندارند و این شرایط به افسردگی، استرس و حتی طلاق والدین منجر می‌شود [۴۱]. به‌طور مثال، یکی از مادران ذکر می‌کرد: «از وقتی متوجه علائم اوتیسم در کودکم شده‌ام، دیگر نمی‌توانم آن‌طور که باید و شاید، به امور زندگی خود و خانواده‌ام برسم و این موضوع باعث خستگی شدید و جدایی عاطفی بین من و همسرم شده است.» از پیامدهای اختلال طیف اوتیسم بی‌خوابی یا کیفیت پایین خواب مادران کودکان مبتلا به این اختلال است [۴۲]. مادران کودکان اوتیستیک در بسیاری موارد ناچار به قطع تمام ارتباطات خود با اقوام، دوستان و آشنایان می‌شوند [۴۳]. والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، ممکن است عوامل تنشگر اضافی مربوط به چالش‌های کودک، مانند برقراری ارتباط، رفتارهای دشوار انزوای اجتماعی، مشکلات در خودمراقبتی و فقدان درک جامعه را داشته باشند [۴۴]. مادری دیگر می‌گفت: «این موضوع باعث شده است که دیگر نتوانم با دوستان و فامیل، مانند قبل رابطه‌ای داشته باشم و درگیر بودن با فرزندم باعث شده است که دائم احساس اضطراب در هنگام برخورد

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

با آن‌ها داشته باشم.» اکثر مادران هنگام تشخیص اختلال اوتیسم فرزندان خود، دچار واکنش انکار و سردرگمی می‌شوند و طیف گسترده‌ای از هیجانات از قبیل خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می‌دهند [۴۵] و مواردی دیگر از این قبیل. در مجموع، اغلب این مادران افسردگی، اضطراب، مشکلات سلامتی، جدا شدن از جمع و احساس کم‌ارزشی دارند [۴۴]. یکی دیگر از مادران می‌گفت: «اینکه فرزندم به اوتیسم مبتلا شده است، باعث شده است که من و پدرش دائماً احساس کنیم که دیگران ما را درک نمی‌کنند و فکر می‌کنم علائم او موجب احساس شرمندگی و بی‌ارزشی ما در جمع مردم می‌شود.» به همین دلیل، با در نظر گرفتن جامعیت و مبتنی بودن بر فرهنگ نظریه‌ی انسان سالم و با توجه به مشکلات مادران کودکان مبتلا به اوتیسم که مشکلات فراوانی در جنبه‌های مختلف دارند، بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در پژوهش حاضر تدوین شد. نکته‌ی مهمی که قابل ذکر است این است که به‌دلیل هم‌پوشانی ویژگی‌های نظریه‌ی انسان سالم ممکن است یک مفهوم استخراج‌شده مرتبط با چندین ویژگی بوده باشد که با بررسی و بهره‌گیری از نظرات متخصصان، این مفاهیم در یکی از کدها که بیشترین تطابق را داشت، قرار داده شدند. بسته‌ی والدگری مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم در ۸ جلسه‌ی ۹۰دقیقه‌ای تنظیم شده است که مبتنی بر تطابق جلسات آموزشی با مضامین سازمان‌دهنده است.

به‌طور کلی، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سلامت روانی و شادکامی پایین‌تری دارند و سطح بالایی از احساس تنهایی و افسردگی را نشان می‌دهند و رضایت کمتری از خود و زندگی دارند. در چنین شرایطی، مادران از خودشان عصبانی‌اند و پیوسته خود را سرزنش و محکوم می‌کنند و رفتارهای نامناسب در برخورد با فرزندشان بروز می‌دهند. همان‌طور که در تحلیل مضامین اشاره شد، ناکامی ناشی از داشتن یک کودک ناتوان به بروز احساس انزوا منجر می‌شود [۴۶]. حضور کودک ناتوان و استثنایی می‌تواند به ایجاد خلق و عاطفه‌ی منفی مانند افسردگی و کاهش عواطف مثبت مانند شادکامی منجر شود [۴۷]. داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین می‌شود [۴۸]. وجود کودکی با نیازهای ویژه باعث افزایش احساسات منفی به خود می‌شود [۴۹]. احساس گناه ناشی از این تفکر که این کودک زاده‌ی من (مادر) است و این مادر است که مسئول به دنیا آوردن چنین کودکی است [۴۳] و نگرش والدین به فرزندان مبتلا به اوتیسم، مثبت یا منفی بر نحوه‌ی تفکر و هیجان و رفتار آن‌ها با کودکانشان و همچنین، نحوه‌ی بر ارزیابی و عملکردشان تأثیر دارد [۵۰]. به‌طور کلی، این مادران با احساس دوست نداشتن خود، احساسات منفی به خود، خوددلسوزی پایین، خودسرزنشی، احساس گناه و تقصیر، احساسات منفی به کودک، رها کردن و فاصله گرفتن از او، احساس تنهایی و انزوا، افسردگی و غم، تنیدگی و فشار، شرم و خجالت، عدم سرزندگی و احساس داغ‌دیدگی درگیر هستند؛ بنابراین، در این جلسه بر اساس فراوانی مضامین سازمان‌دهنده‌ی به‌دست‌آمده از تحلیل مضمون، به دو ویژگی شادی و عشق به مخلوق و مهربانی به خود اشاره شد. شادی احساس رضایت از خویشتن و شاد کردن خود و دیگران است که می‌تواند نشئت‌گرفته از عشق به مخلوق و مهربانی به خود باشد. همچنین، از سویی دیگر، شادمانی مادران در تجربه‌ی آن‌ها از هیجان‌های مطلوب، ادراکات و ارزیابی از خود و اطرافیان و زندگی‌شان در ابعاد هیجانی، عملکردهای روان‌شناختی و اجتماعی منعکس شده است [۵۱]. در این بین، در این نظریه، انسان سالم سایر مخلوقات را نشانه‌ی عظمت و حکمت خدای خود می‌داند و به آنان بدون قید و شرط عشق می‌ورزد و محبت خالص خویش را نثار آنان می‌کند و از طرفی، به خود نیز لطف و مرحمت خاصی دارد که هر دو این ویژگی‌ها با داشتن معنایی باارزش و امیدآفرین اتفاق می‌افتد [۲۱]. به این سبب، در این جلسات برای کاهش احساس داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، افزایش خودشفقتی و همجوشی شناختی از تمرین راه‌های شاد زیستن در عین وجود مشکلات و شفقت به خود با استفاده از تکنیک‌های شاد بودن با زندگی در اینجا و اکنون، داشتن برنامه‌ی روزمره‌ی منظم، گوش دادن به موسیقی و انجام کارهای مورد علاقه و اختصاص زمان‌هایی به خود، تعدیل باورهای غیرمنطقی و دوست بودن با خود، هم در جلسه و هم به‌صورت کاربرگ در منزل برای ارتقای شادی، عشق به فرزند و دوست داشتن خود به‌عنوان مادری خوب و نقش آن در والدگری استفاده شد.

در تأیید اعتبار تخصصی اولیه (مبتنی بر نظر متخصصان)، نتایج نشان داد که ضریب CVI در مورد همه‌ی آیتم‌های ارزیابی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم برای مادران دارای کودک طیف اوتیسم و کل آن بر اساس تعداد متخصصان یا ارزیابان بالاتر از ۰/۸ و برابر با ۰/۹۲ است که پذیرفتنی است. بررسی توافق تخصصی که در واقع بررسی محتوایی تخصصی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی تدوین‌شده‌ی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم است که پس از انجام تدوین بسته‌ی مداخله‌ی درمانی انجام گرفته است، تلویح تبیینی دارد. داوران متخصص با بررسی محتوایی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان، از نظر ترتیب مضامین مطرح‌شده برای آموزش، از یک سو روایی موقعیت‌گذاری مضامین را تأیید کردند و از سویی دیگر، از طریق فراهم‌سازی شواهد برگشتی ضمنی، روایی حاصل از کدگذاری را به تأیید رساندند. همچنین، دستیابی به توافق تخصصی مطلوب حکایت دارد از تناسب محتوایی بسته‌ی تدوین‌شده در خصوص تطابق محتوایی جلسات تنظیم‌شده با فرایند آموزش نظریه‌ی انسان سالم، تناسب جلسات با ساختار و گام‌های لازم در آموزش نظریه‌ی انسان سالم، کفایت زمان اختصاص‌یافته به هریک از گام‌ها و مهارت‌های آموزشی در آموزش نظریه‌ی انسان سالم و کفایت بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم به‌منظور اجرا برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم.

نتایج اعتبارسنجی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر چهار متغیر داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

نمونه‌ی مقدماتی پژوهش با هم تفاوت معنی‌دار دارند ($P<۰/۰۵$). به بیانی دیگر، در هر چهار متغیر میانگین نمرات آزمودنی‌های مرحله‌ی مقدماتی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر کرده است که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی و اعتبار بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر مادران دارای کودک طیف اوتیسم در اجرای مقدماتی (مرحله‌ی پایلوت) است. به‌طور کلی، در خصوص تأیید همسویی و ناهمسویی یافته‌ی به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی نظریه‌ی انسان سالم، می‌توان به پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، از جمله پژوهش اسدی و آقایی (۱۴۰۱) اشاره کرد. آن‌ها در مطالعه‌ای نشان دادند که بسته‌ی آموزشی نظریه‌ی انسان سالم بر بهبود خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان در مرحله‌ی پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است و این تأثیر تا مرحله‌ی پیگیری نیز باقی مانده است [۵۲]. همتی و آقایی (۱۴۰۰) نیز در پژوهشی دیگر نشان دادند که مداخله‌ی لذت بردن بر اساس نظریه‌ی انسان سالم، به‌طور مؤثری سبب کاهش نشخوار فکری در زنان درگیر طلاق عاطفی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری می‌شود [۵۳]. نساج‌پور اصفهانی و آقایی (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی رضایت مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر فرسودگی زناشویی زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است و این نتیجه تا مرحله‌ی پیگیری نیز پایدار ماند [۵۴]. مرادی، آقایی و گل‌پرور (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که بسته‌ی آموزشی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم، بر بخشش بین‌فردی زوجین تأثیر معنادار دارد [۲۲]. در خصوص اثربخشی بسته‌ی مداخله‌ی درمانی تدوین‌شده‌ی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر کاهش داغ اجتماعی می‌توان گفت که در جلسات این مداخله‌ی درمانی، به اهدافی در راستای معنا و نقش آن در والدگری، نقش امید در والدگری، نقش ویژگی‌های جاری بودن و فراشناخت در والدگری با استفاده از تکنیک‌هایی همچون تقویت مهارت‌های فراشناختی، برداشتن گام‌های رسیدن به جاری بودن، ترغیب شرکت‌کنندگان به تعریف داستان زندگی خود به‌منظور یافتن نقاط امیدبخش در زندگی‌شان، شرکت در جلسات و دورهمی‌های دوستانه، تکنیک اصول تعیین هدف و مشخص کردن فلسفه‌ی زندگی [۲۱] پرداخته شد. اجرای تمرین و کاربرگ‌های خانگی باعث شد که مادران دارای کودکان اوتیسم به یک معنای اصیل دست یابند و با استفاده از فنون و تکنیک‌های کاربردی برای تقویت ویژگی‌های جاری بودن، فراشناخت و امید در مسیر رسیدن به یک والد سالم و آشنایی با این موارد، بتوانند میزان داغ اجتماعی خود را کاهش دهند.

در تبیین یافته‌ی به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر ناگویی خلقی مادران دارای کودک طیف اوتیسم می‌توان گفت که توضیح ویژگی‌های انسان سالم به مادران کمک کرد تا هیجانات منفی خود را به‌جای بازداری، بیشتر مدیریت کنند و آن‌ها را به‌عنوان منابع اطلاعاتی درونی بپذیرند. از سویی دیگر، با استفاده از کاربرگ و آموزش نوشتن و ثبت توانمندی‌های خود و بحث و گفت‌وگو و پررنگ کردن آن‌ها، قدمی در راستای بیان هیجانات برداشته شد که این امر می‌تواند بر کاهش ناگویی هیجانی در افراد شرکت‌کننده تأثیرگذار باشد. همچنین، در تبیین یافته‌ی به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر خودشفقتی مادران دارای کودک طیف اوتیسم می‌توان بیان کرد ازآنجایی‌که والدین کودکان اوتیسم موجودیت خود را دوست ندارند، با خود مهربان نیستند و درباره‌ی خود قضاوت منفی می‌کنند [۴۹]. این مادران احساس گناه ناشی از این تفکر را که این کودک زاده‌ی من (مادر) است، تجربه می‌کنند [۴۳]. این مادران از خودشان عصبانی‌اند و پیوسته خود را سرزنش و محکوم می‌کنند و به خودانتقادی می‌پردازند [۴۹]. به همین سبب، مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم با تأکید بر عشق به مخلوق و مهربانی با خود در والدگری، نقش آرامش در والدگری و نقش لذت بردن و رضایت از زندگی در والدگری والدین دارای فرزند اوتیسم، با استفاده از تکنیک‌های تمرین دوست داشتن خود بدون قید و شرط، مهربان بودن با جسم و روان خود، افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود، به‌جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از آن‌ها، تکنیک خودگویی مثبت و تصویرسازی ذهنی، تکنیک‌های مدیریت استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (حضور یا پذیرش افکار و احساسات با انجام مراقبه‌ی نشسته شامل آگاهی و حضور ذهن هنگام تنفس، صداها، افکار و احساسات)، تمرین لذت بردن از زندگی و داشته‌ها و نداشته‌های خود [۲۱]، باعث به وجود آمدن شفقت‌ورزی فردی، مهربانی به خود در خلال دوره‌های درد و رنج، ناامیدی یا شکست و خودداری از سختگیری در برابر خود هنگام ناراحتی یا مشاهده‌ی جنبه‌های نامطلوب و دوست‌نداشتنی از شخصیت فردی (با قضاوت اندک) در مادران کودکان دارای اوتیسم شد؛ در نتیجه، سبب شد که مادران با آگاهی از خصوصیات انسان سالم و ویژگی‌های مطرح‌شده در جلسات، به توانمندی‌های خودشان در زندگی، به‌ویژه در نقش مادری، پی ببرند و با دست برداشتن از خودانتقادی، گذاشتن احترام به خود و صرف وقت برای رسیدگی به امور فردی، با پذیرش همین شرایط و انجام خودگویی مثبت، به سطح بالاتری از خودشفقتی دست یابند.

در تبیین یافته‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم بر کاهش همجوشی شناختی می‌توان بیان کرد که مادران در این جلسات یاد گرفتند که فراشناخت عبارت است از: توانایی اندیشیدن به خویشتن و دانسته‌های خویش و تأمل در اندیشه‌های خود. همچنین، به معنای انعطاف‌پذیر بودن و باز بودن فکر و توانایی اندیشیدن به دیگر جنبه‌های یک مسئله است، بدون گرفتار شدن در تعصب اندیشه‌ی نادرست خود [۲۱]؛ بنابراین، در جلسه‌ی هشتم، به ویژگی فراشناخت در نظریه‌ی انسان سالم (صحبت درباره‌ی افکار و نگرش‌های منفی مادران و تأثیر آن بر رفتار و اندیشه و تأمل به فرایندهای ذهنی خود و تصمیم‌ها و رفتارهای ناشی از افکار و باورهای خود) پرداخته شد و با آگاهی مادران از نقش افکار بر نوع رفتار و روابطشان و نقش معنا در فراشناخت، میزان همجوشی شناختی‌شان کاهش یافت. همچنین، جلسات چهارم و پنجم به آموزش ویژگی آرامش در نظریه‌ی انسان سالم اختصاص یافت. در این

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

جلسات مطرح شد که قدرت تنظیم هیجان و تفکر و رفتار باعث آرامش می‌شود و یک انسان سالم چون آرامش لازم را دارد، در شرایط روزمره نه‌تنها با معنای خود مشکلی پیدا نمی‌کند، بلکه با اتکا به معنای خویش، درجه‌ی همجوشی شناختی خود را کاهش می‌دهد.

این مطالعه محدود به مادران کودکان دارای طیف اوتیسم در شهر اصفهان بود و تعمیم نتایج آن به سایر مادران و کودکان دارای اختلالات رفتاری دیگر باید بااحتیاط انجام شود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات، از پرسش‌نامه استفاده شده است که جنبه‌ی خودگزارش‌دهی دارد و ممکن است مادران به‌دلیل حس مادرانه صادقانه جواب نداده باشند. این امر نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر، با وجود همسان‌سازی گروه‌ها، عوامل جمعیت‌شناختی به‌عنوان عوامل مداخله‌گر در نتایج پژوهش، به‌طور دقیق کنترل نشده است؛ بنابراین، با توجه به محدودیت پژوهش در تعمیم‌یافته‌ها به‌دلیل محدود بودن جامعه، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر درباره‌ی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات سندرم داون، معلولیت‌های ذهنی و حرکتی و سطوح اوتیسم (خفیف، متوسط و شدید) به‌طور ویژه انجام شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها فقط از پرسش‌نامه استفاده شد، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، از روش‌های دیگر جمع‌آوری مانند مصاحبه و مشاهده نیز استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، عوامل جمعیت‌شناختی همچون سن و تحصیلات و موقعیت اقتصادی و اجتماعی مادران به‌عنوان عوامل تعدیلگر در نظر گرفته شود و گروه‌ها بر اساس آن‌ها همسان‌سازی شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که از روش‌های دیگر آماری مانند مطالعه‌ی مورد منفرد یا روش‌های دیگر اجرای پژوهش مانند مشاوره‌ی فردی استفاده شود تا تمام مؤلفه‌های تأثیرگذار بر شرکت‌کننده دقیق‌تر بررسی شود. با توجه به اینکه برای تدوین بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم از بررسی مقالات استفاده شد، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی از طریق مصاحبه با والدین دارای کودک طیف اوتیسم، بسته‌ای اختصاصی‌تر تدوین کنند که منطبق با مسائل و مشکلات والدین جامعه‌ی مدنظر باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود دو یا سه جلسه‌ی پیگیری با فواصل زمانی طولانی‌تر برای ارزیابی ماندگاری اثرات مداخلات برگزار شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهشی، بسته‌ی مداخله‌ی درمانی مبتنی بر نظریه‌ی انسان سالم ویژه‌ی مادران دارای کودک طیف اوتیسم از اعتبار مناسبی برخوردار است و در این پژوهش، بر متغیرهای داغ اجتماعی، ناگویی خلقی، خودشفقتی و همجوشی شناختی اثربخش بوده است. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت؛ از جمله محدودیت در تعمیم‌یافته‌ها به‌دلیل محدود بودن جامعه‌ی پژوهشی؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر درباره‌ی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات سندرم داون، معلولیت‌های ذهنی و حرکتی و سطوح اوتیسم (خفیف، متوسط و شدید) به‌طور ویژه انجام شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین، با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول‌های مربوط به بخش کیفی پیشنهاد می‌شود که محتوای مطرح‌شده در این بسته‌ی مداخله‌ی درمانی ابتدا به شیوه‌ی نیازسنجی، برای سایر گروه‌ها مانند مادران کودکان استثنایی تناسب‌سنجی شود و سپس به کار گرفته شود. این امر به‌دلیل انجام تناسب‌سنجی با نیازهای گروه‌های مختلف، این امکان و فرصت را فراهم می‌کند تا بتوان طیف گسترده‌تری از افراد جامعه را در صورت نیاز، تحت پوشش مشاوره و آموزش قرار داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمام مادران دارای فرزند اوتیسم که همکاری کاملی در اجرای پژوهش داشتند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در تمام مراحل طراحی ایده‌ی پژوهش تا تدوین مقاله مشارکت داشته‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه‌ی شخصی نویسندگان انجام شده است.

REFERENCES

1. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*. 2023;**329**(2):157-68. PMID: 36625807 DOI: 10.1001/jama.2022.23661
2. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022;**15**(5):778-790. PMID: 35238171 DOI: 10.1002/aur.2696
3. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The Association Between Emotional and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Psychological Distress in Their Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2018;**48**(10):3393-415. PMID: 29777471 DOI: 10.1007/s10803-018-3605-y
4. Singh N. N, Lancioni G. E, Medvedev O. N, Hwang Y. S, Myers R. E. A component analysis of the mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) program for Mindful parenting by mothers of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness*. 2021; **12**(2): 463-75. PMID: 32421103 DOI: 10.1007/s12671-020-01376-9
5. Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbati MM, Al-Adawi S. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;**12**:1943-51. PMID: 27536117 DOI: 10.2147/NDT.S107103
6. Montes G, Cianca M. Family burden of raising a child with ASD.Comprehensive Guide to Autism. Springer, New York, NY. 2014. DOI: 10.1007/978-1-4614-4788-7_4
7. Patra S, Patro BK. Affiliate stigma among parents of children with autism in eastern India. *Asian journal of psychiatry*. 2019;**44**:45-7. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.07.018

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

8. Jahan S, Araf K, Griffiths MD, Gozal D, Mamun MA. Depression and suicidal behaviors among Bangladeshi mothers of children with Autism Spectrum Disorder: A comparative study. Asian J Psychiatr. 2020;51:101994. PMID: 32146143 DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101994
9. Khoshakhlagh M, Marashian FS, Jayervand H. Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and pivotal response treatment in family satisfaction in mothers of children with autism.[In Persian]. *Women's Health Bulletin*. 2022;**9**(1):1-8. DOI: 10.30476/whb.2022.93640.1155
10. Cetinbakis G, Bastug G, Ozel-Kizil ET. Factors contributing to higher caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *Int J Dev Disabil*. 2018;**66**(1):46-53. PMID: 34141366 DOI: 10.1080/20473869.2018.1478630
11. McIntyre LL, Neece CL. Parent training. Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities. 2016:467-92. DOI: 10.1007/978-3-319-26583-4_17
12. Yu Y, McGrew JH, Boloor J. Effects of Caregiver-Focused Programs on Psychosocial Outcomes in Caregivers of Individuals with ASD: A Meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2019;**49**(12):4761-779. PMID: 31451967 DOI: 10.1007/s10803-019-04181-z
13. Selvakumar N, Panicker AS. Stress and Coping Styles in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Indian J Psychol Med*. 2020;**42**(3):225-32. PMID: 32612326 DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_333_19
14. Khaledinia A, Makvandi B, Asgari P, Pasha R. Comparison of Group Psychotherapy Effectiveness based on Acceptance and Commitment Therapy Matrix with Group Behavioral Activation Therapy on Quality of Life and Alexithymia in Depress Mood Females.[In Persian]. *Women's Health Bulletin*. 2021;**8**(1):26-36. DOI: 10.30476/whb.2021.87951.1082
15. Khoshakhlagh M, Marashian FS, Jayervand H. Effectiveness of positive psychotherapy in parenting stress and family satisfaction among mothers of children with autism. The American Journal of Family Therapy. 2024; **52**(2):147-59. DOI: 10.1080/01926187.2022.2071355
16. Karbalaei Salehi S, DashtBozorgi Z. The Effectiveness of Group Positive Training on Marital Happiness, Resilience and Life Satisfaction in Parents of Children with Special Needs.[In Persian]. *IJPN*. 2020;**8**(1):60-71. [Link]
17. Mashhadi A, Kimiaei SA, Yazdi SA. Comparison of the Effectiveness of the Mindfulness Parenting Training Program along with Parent Management Training (Combined Training) with Mindfulness Parenting Training and Parent Management Training alone on Coping Strategies and Marital Satisfaction. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2023;4(3):425-48. DOI: 10.22034/AFTJ.2023.350211.1684
18. Fayyazi N, Arani D, Farahani PD, Chelsi R, Zahed PD. The Impact of Guided Parent Delivered Cognitive Behavioral Therapy upon Anxiety in Children. Quarterly Journal of Family and Research. 2023;**20**(1):51-64. [Link]
19. Tardast K, Amanelahi A, Rajabi G, Aslani K, Shiralinia K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Parenting education on Children's Anxiety and the Parenting Stress of Mothers. Payesh. *2021*; **20**(1):91-107. DOI: 10.29252/payesh.20.1.91
20. Ramachandran R. A qualitative study on perspective of parents of children with autism on the nature of parent-professional relationship in Kerala, India. *Autism*. 2020; **24**(6):1521-530. PMID: 32329373 DOI: 10.1177/1362361320912156
21. Aghaei A Healthy man theory. second edition. Tehran: Neveshteh Publications. 2020.
22. Moradi S, Aghaei A, Golparvar M. The effectiveness of a training package based on healthy human theory and emotion-oriented training on interpersonal forgiveness of couples. [In persian].*Islam Stud Women Fam*. 2021; **7**(13):123-41. [Link]
23. Campbell KA, Orr E, Durepos P, Nguyen L, Li L, Whitmore C, Gehrke P, Graham L, Jack SM. Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. *The Qualitative Report*. 2021;**26**(6):2011-28. [Link]
24. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*. 2001;**1**(3):385-405. DOI: 10.1177/146879410100100307
25. Mak WW, Kwok YT. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social science & medicine*. 2010;**70**(12):2045-51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.02.023
26. Rezai-Dahnavi S, Nouri A. Jafari, M., Farmarzi, S. Investigating the phenomenon of stigma (social heat) in mothers with children with Down syndrome in Isfahan city: a psycho-social approach.[In Persian]. family research. 2018;5(3). [Link]
27. Reisi H, Sharifi T, Ghazanfari A, Charami M. Effectiveness of training self-compassion on social stigma and distress tolerance in the mothers of The children with cerebral paralysis. [In Persian]. *Journal of Psychoscience*. 2020;**19**(93):1197-205. [Link]
28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;**38**(1):23-32. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
29. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research*. 2003;**55**(3):277-83. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00601-3
30. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007;**101**(1):209-20. DOI: 10.2466/pr0.101.1.209-220
31. Besharat MA, Nia ME, Farahani H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian journal of psychiatry*. 2013 ;**6**(1):35-41. DOI: 10.1016/j.ajp.2012.07.013
32. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and identity. 2003;**2**(3):223-50. DOI: 10.1080/15298860309027
33. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR. Psychometric properties of self-compassion scale (SCS).*Psychological Models and Methods*.2013;4(13):47-59. [Link]
34. Shahbazi M, Rajabi GH, Maghami E, Jelodari A.Confirmatory Factor Analysis of the Persian Version of the Self-Compassion Rating Scale-Revised. *Psychological Models and Methods*.2015;**6**(19):31-46. [Link]
35. Safara M, Salmabadi M. Psychological Well-Being in the Elderly: The Role of Self-Compassion and Alexithymia. *Aging Psychology*. 2021;**7**(1). [Link]
36. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014; 45(1):83-101. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001
37. Zare H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the flexibility and cognitive fusion. *Social Cognition*. 2017;**6**(1):125-34. [Link]
38. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S. Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*. 2012. [Link]
39. Saeidpoor S, Kazemi-Rezai S, Karbalaei-Esmaeil E, Kazemi-Rezai S, Ahmadi F. Diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;**9**(3):1-12. DOI: 10.22075/jcp.2017.10900.1058
40. Fooladvand K. The Role of Cognitive Fusion and Mindfulness Components in Prediction of Student's Depression. *Journal of Psychological Studies*. 2020;**16**(3): 89-104. [Link]
41. Aghababaei S, Taghavi M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on mothers' psychological well-being of children with Autism and reduction of symptoms these children. [In Persian]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*.2020;**6**(6):88-100 . [Link]
42. Mansouri A, Kruzhdeh N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia of mothers of children with autism spectrum disorder. [In Persian]. *Journal of Behavioral*

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]

*Science Research.*2017;15(3):347-53. [Link]
43. Ramezanlou M, Abulmaali K.h, Bagheri F, Robatmeyli, S. The lived experience of mothers of children with autism spectrum disorder: a phenomenological study. [In Persian]. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People.* 2020;**10**(39):133-74. DOI: 10.22054/jpe.2021.56808.2252
44. Shokri S, Khanjani Z, Hashemi T, Ismaeilpour K. Comparison of parenting stress and psychological disturbance of mothers of children with autism and developmental delay. [In Persian].*Child Mental Health Quarterly.* 2017;**4**(3):79-92. http://childmentalhealth.ir/article-1-207-en.html
45. Mirlohian S A, Ghamarani A. The Relation between Psychological Burden and State Boredom of Mothers with Behavioral Disorders of Autistic Children. [In Persian]. *MEJDS*.2016;6:49-55. [Link]
46. Fogarty A, Woolhouse H, Giallo R, Wood C, Kaufman J, Brown S. Promoting resilience and wellbeing in children exposed to intimate partner violence: A qualitative study with mothers. *Child abuse & neglect*. 2019;**95**:104039. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104039
47. Karimi Jozestani L, abedini M, malekpoor M, sadeghi A, asli azad M. A comparative study of categories of positive psychologyin parents of autistic versus normal children. JPEN 2015; 2 (1) :30-40URL: http://jpen.ir/article-1-73-en.html
48. Bahrami A, Mohagheghi H, Yaqoubi A. The effect of negative emotion management skills training on the anxiety thoughts of parents of autistic children. [In Persian]. *Clinical Psychology Quarterly*. 2017;**7**(26):133-47. https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7395
49. Kazemi A, Sharifi Fard A. Comparison of Self-Compassion, Resilient and Psychological Well-Being in Mothers with Autism Children and Normal Children. [In Persian].*JNIP*. 2021;**8**(12):1-14. [Link]
50. Emam Doost Z, Teymouri S, Khoynejad Gh.R, Rajaei A.R. Comparison of the effect of cognitive therapy based on mindfulness and reality therapy on parent-child feedback of mothers of children with autism spectrum disorder.[In Persian]. *Journal of the Faculty of Medicine*, *Mashhad University of Medical Sciences.* 2019*;* **62**:722-31. http://psychologicalscience.ir/article-1-537-en.html
51. Ebrahimi A, Refahi J, Zarei Mahmoudabadi H, Ghasemi N. The effectiveness of group cognitive therapy on the quality of life and happiness of mothers of children with autism. [In Persian]. Dawn of Health. 2016;11(1):176-87. https://sid.ir/paper/103113/fa
52. Asadi A, Aghaei A.The effect of the educational package of the healthy human theory on the self-efficacy and mental health of secondary school girl students. [In Persian]. *Tolo Health*.2022; **21**(4). http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3392-en.html
53. Hemti Z, Aghaei A. Comparison of the effectiveness of pleasure therapy based on healthy human theory and cognitive behavioral therapy on rumination and its dimensions in women involved in emotional divorce. National Conference of New Researches in Psychology and Behavioral Sciences, Khomeini Shahr.2021. [Link]
54. Nasajpour Esfahani F, Aghaei A. The effectiveness of satisfaction group training, based on healthy human theory, on marital burnout of couples with marital conflict. [In Persian].*Journal of Psychology New Ideas*. 2021; **8**(12):1-1. [Link]

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.32592/psj.22.2.128]