

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2020, 10(1), 1-18
Received: 04 June 2020
Accepted: 10 Aug 2020
DOI: 10.22055/jac.2020.33836.1749

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۳۹۹، ۱۰(۱)، ۱-۱۸
دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۶
پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۰
نوع مقاله: پژوهشی اصیل

Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Psychological Flexibility recovery and Self-criticism decrease in Mothers with Mentally Retarded Children

Mohadese Rostampour Brenjestanaki*
Ghodratollah Abbasi**
Bahram Mirzaian***

Abstract

Mothers with mentally retarded children are exposure to many psychological problems, including low flexibility and self-criticism, and it seems that strengthening compassion can help them to overcome these shortcomings. This study was conducted aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children in a quasi-experimental design of pretest, posttest, and follow-up with one experimental group and one control group. The population of this study included all mothers with mentally retarded children in exceptional schools of Ghaemshahr city. 30 mother with mentally retarded children were selected using purposeful sampling method and assigned randomly in two experimental group (n =15) and control group (n = 15). The experimental group participants participated in eight of treatment session compassion-focused therapy and the control group participants not received any intervention. The participants in each two group were assessed the Cognitive Flexibility Inventory and Levels of Self Criticism Scale in pretest, posttest, and follow-up stages. Data were analyzed using analysis of repeated-measures variance, and SPSS-22 statistical software. The results indicated that compassion-focused therapy was effective in psychological flexibility improve and self-criticism reduce in the experimental group participants compared to the control group participants, Therefore, in the context of designing effective interventions in reducing psychological damages in mothers with mentally retarded children can be used of compassion-focused therapy to psychological flexibility recovery and self-criticism decrease.

Keywords: Compassion, psychological flexibility, self-Criticism, mentally retarded children

* PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

** Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
(Corresponding Author) gh_abbasi@iausari.ac.ir

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Extended Abstract

Introduction

Mental retardation is one of the major, most complex, and difficult problems for children and adolescents in human societies (Hollis, Falconer, Martin, Whittington, Stockton, Glazebrook, et al., 2017). Parents with a disabled child face many challenges, including the social, economic, and emotional problems that are often limiting, destructive, and debilitating (Song, Mailick, & Greenberg, 2018). Caring for a disabled child is stressful for all family members, and mothers are exposed to the highest levels of stress (Fung, Lake, Steel, Bryce, & Lunsky, 2018). Psychological flexibility is one of the psychological capacities that can be damaged in a mother with a disabled child. Various studies have shown that the severity of a child's disability affects psychological flexibility in parents, especially mothers (Memari, Ziaee, Shayestehfar, & Ghanouni, 2013), while this personality trait can reduce stress. Psychological flexibility is often understood as comprised of six interrelated and overlapping components: contact with the present moment or mindfulness, experiential acceptance, cognitive defusion, values, self-as-context, and committed action (Kashdan & Rottenberg, 2010; McCracken & Morley, 2014). Psychological flexibility is defined as being in contact with the present moment, fully aware of emotions, sensations, and thoughts, welcoming them, including the undesired ones, and moving in a pattern of behavior in the service of chosen values. In simpler words, this means accepting our thoughts and emotions and acting on long-term values rather than short-term impulses, thoughts, and feelings that are often linked to experiential avoidance and a way to control unwanted inner events (Hulbert-Williams, Storey, & Wilson, 2015).

Self-criticism is also another problem that parents raising children with mental illness. Self-criticism involves how an individual evaluates oneself. Self-criticism is typically studied and discussed as a negative personality trait in which a person has a disrupted self-identity. Thus, individuals with self-criticism traits emphasize strict judgment, which makes them unable to enjoy achieving their goals (Bleys, Soenens, Boone, Claes, Vliegen & Luyten, 2016) and often suffer from feelings of worthlessness, failure, and guilt.

Designing and using effective psychological interventions in mothers with mentally retarded children is of particular importance. It seems that Compassion-focused therapy in mothers with mentally retarded children can help increase their mental health. Self-compassion is composed of three main components self-kindness, common humanity, and mindfulness (Neff, 2016). Compassion-focused therapy emphasizes unpleasant experiences (Gilbert, 2009). In compassionate therapy, people can recognize their experience and feel compassion for it, and then find a compassionate attitude toward themselves. Numerous studies have shown the effectiveness of compassionate therapy in reducing negative emotions such as stress, depression, and anxiety (Friis, Johnson, Cutfield, & Consedine, 2016; Keel & Pidgeon, 2017; Marsh, Chan, & MacBeth, 2018).

According to statistics, about 2.5% of all children have mental retardation (Popa, 2020). Daily care of a child with special needs imposes various types of stress on parents, especially the mother. The challenge in psychological flexibility and self-criticism is a common experience among parents, especially the mothers of these children. Compassion-based therapy is an intervention in which people learn to accept their painful feelings and to have a compassionate, conscious, non-

judgmental attitude, and to accept life's problems as part of shared human experiences. This type of treatment can probably be effective in improving the mental state of mothers with mentally retarded children. This study was conducted to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children.

Method

This study was conducted in a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up design with the control group. The population of this study included all mothers with mentally retarded children in exceptional schools in Ghaemshahr city. 30 mother with mentally retarded children were selected using purposive sampling method and assigned randomly in experimental group (n=15) and control group (n=15). The experimental group participants participated in eight of treatment session compassion-focused therapy and the control group participants not received any intervention. The participants in each two group were assessed the Cognitive Flexibility Inventory and Levels of Self Criticism Scale in pretest, posttest, and follow-up stages. This study has been approved by Research Ethics Committee of Sari Branch of Azad University. Also, this study has been approved by Research Ethics Committee of Sari Branch of Azad University.

Instruments

The Cognitive Flexibility Inventory. This inventory is a 20-item self-report tool used to measure cognitive flexibility in challenging situations. The scoring method is based on a 7-point Likert scale from 1 to 7, and the range of scores is in the range of 20 to 140. Higher scores indicate greater cognitive flexibility. Dennis and Vander Wal (2010) confirmed the factor structure, convergent validity, and concurrent validity of this inventory. The concurrent validity of this questionnaire with the Beck Depression Inventory (BDI-II) was 0.39 and its convergent validity with the Cognitive Flexibility Scale of Martin and Robin was reported 0.75.

Levels of Self Criticism Scale. This scale was designed by Thompson and Zuroff in 2004 and aims to assess self-esteem in individuals. It consists of 22 item and two components: Comparative self-criticism (12 item) and internal self-criticism (10 item). The response on this scale are rated of 0 to 7 in a 7-point Likert format and range of scores is of 0 to 132. A higher score indicates more self-criticism. Thompson and Zuroff (2004) reported the reliability of the scale using the Cronbach's alpha coefficient of 0.78 for comparative self-criticism and 0.84 for internal self-criticism, respectively, and showed a two-factor analysis of this scale (comparative self-criticism and internal self-criticism).

Data analysis

Data were analyzed using analysis of repeated-measures variance, and SPSS-22 statistical software.

Findings

As shown in Table 1, the F ratio for the group effect was significant on psychological flexibility variable ($F = 114.95, P < 0.001$). This finding indicates that the compassion-focused therapy is effective in the psychological flexibility in the experimental group participants compared to the control group participants (41.20

vs. 49.00). The F ratio for the measurement stages effect was also significant on psychological flexibility variable ($F = 26.21, P < 0.001$). This finding indicates that there is significant difference between of pre-test, post-test, and follow-up stages in the psychological flexibility variable (Table 2).

In this regard, repeated measures analysis of variance was performed for the experimental group in three stages of educational intervention. The results showed that F ratio was significant in increasing psychological flexibility (56.14, $P < 0.001$). Benfroni follow-up test was used to determine exactly in which of the three stages in the intervention group, the increasing in psychological flexibility was significantly different. Comparisons showed a significant difference between pre-test and post-test stages (41.40-49.00=-7.60) and between pre-test and follow-up stages (40.40-49.33=-7.93) in increasing psychological flexibility. However, there was no significant difference between post-test and follow-up stages (49.00-49.33=-0.33). Also, there was a significant interaction effect of group and stages on the increasing of psychological flexibility ($P < 0.001$).

Table 1
Results of between-group effect on the psychological flexibility variable

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Group	816.01	1	816.01	114.95	< 0.001
Error	198.75	28	7.09		

Table 2
Results of within-group effect on the psychological flexibility

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Measurement stage	314.86	1.63	192.93	26.21	<0.001
Group × stage	300.15	1.63	183.92	24.99	<0.001
Error	336.31	49.69	7.36		

As shown in Table 3, the F ratio for the group effect was significant on self-criticism ($F=18.55, P < 0.001$) which indicates that the intervention with compassion-focused therapy was effective in reducing the self-criticism in the experimental group participants compared to the control group participants (70.60 Vs. 51.46). The F ratio for the measurement stage effect was also significant on self-criticism ($F=64.57, P < 0.001$). This indicates a significant difference between the three stages of pre-test, post-test, and follow-up in the self-criticism (Table 4).

In this regard, repeated measures analysis of variance was performed for the experimental group in three stages of educational intervention. The results showed that F ratio was significant in reduction in self-criticism (100.91, $P < 0.001$). Benfroni follow-up test was used to determine exactly in which of the three stages in the intervention group, the reduction in self-criticism was significantly different. Comparisons showed a significant difference between pre-test and post-test stages (71.46-56.46=15.00) and between pre-test and follow-up stages (71.46-57.33=14.13) in reduced self-criticism. However, there was no significant difference between

post-test and follow-up stages (56.46-57.33=-0.86). Also, there was a significant interaction effect of group and stages on the reduction of self-criticism ($P<0.001$).

Table 3
Results of between-group effect on the self-criticism variable

Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	P
Group	1496.54	1	1496.54	18.55	<0.001
Error	2257.96	28	80.64		

Table 4
Results of within-group effect on the self-criticism

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Measurement stage	1112.06	2	556.03	64.57	<0.001
Group \times stage	1035.75	2	517.87	60.14	<0.001
Error	482.17	56	8.61		

Discussion

This study aimed was conducted to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on psychological flexibility recovery and self-criticism decrease in mothers with mentally retarded children. According to the results, compassion-focused therapy has had a significant effect on increasing the psychological flexibility of these mothers. This is consistent with the results of other similar studies (Marshall & Brockman, 2016; Matos et al., 2017; Miron et al., 2015). In explaining these findings, it should be noted that mothers with mentally retarded children usually experience high levels of negative emotions such as stress and depression, and this factor hurts their psychological flexibility (Marshall & Brockman, 2016). Flexibility in a mother with a mentally retarded child can be provided by not avoiding the negative experiences of her relationship with the child and being mindful of those experiences moment by moment. In compassion-based therapy, mindfulness and conscious attention to inner experiences are emphasized. In this treatment, with the help of mindfulness processes, self-judgment skills and the ability to accept life problems as part of human commonalities lead to achieving warmth and kindness with oneself and others, instead of strict judgment (Marsh et al., 2018).). Therefore, with such a view, these mothers can develop more flexibility and achieve better adjustment.

According to the results, compassion-focused therapy has a significant effect on decreasing the self-criticism in mothers with mentally retarded children. This is consistent with the results of other similar studies (Ehret et al., 2015; Falconer et al., 2015; Joeng & Turner, 2015; Yamaguchi et al., 2014). Compassion-focused therapy seeks to create a compassionate and non-judgmental view of oneself and one's shortcomings (Yamaguchi, Kim, & Akutsu, 2014), and this in turn can lead to self-acceptance and thus a reduction in self-criticism. In the context of this therapy, the process of mindfulness is emphasized so that people become aware of the violent, hateful, and destructive nature of their self-criticisms (Falconer, King, & Brewin, 2015). They also understand that they need to differentiate between themselves and criticism of their function, and in the process, become aware of this ability to

distinguish self-criticism from total identity. In general, compassion-focused therapy, through increasing inner awareness, self-acceptance without judgment, empathy, and constant attention to inner feelings, leads to peace with oneself and others, and thus reduces one's psychological problems (Neff, 2016).

Acknowledgment

The authors appreciate the participants in the study. It should be noted that the present article is taken from the doctoral thesis of General Psychology of Islamic Azad University, Sari Branch, which was approved by the research ethics committees with code IR.IAU.SARI.REC.1398.096.

Conflict of Interests

The authors declared no conflicts of interest.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی^۱

محدثه رستم پور برنجستانی*

قدرت‌اله عباسی**

بهرام میرزائیان***

چکیده

مادران کودکان کم‌توان ذهنی با مشکلات متعدد روان‌شناختی از جمله انعطاف‌پذیری پایین و خود انتقادی مواجهه هستند و به نظر می‌رسد که نیرومندسازی شفقت می‌تواند آن‌ها در غلبه بر این نارسایی‌ها کمک کند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائم شهر بود. ۳۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n = 15$) و کنترل ($n = 15$) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دو ماه پس از مداخله در پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی و مقیاس سطوح خود انتقادی مورد سنجش قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و بسته‌ی نرم‌افزار SPSS-۲۲ انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل اثربخش بود. بنابر این، در زمینه‌ی طراحی مداخلات مؤثر در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در مادران با کودک کم‌توان ذهنی می‌توان از درمان مبتنی بر شفقت برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی بهره‌مند شد.

واژه‌های کلیدی: شفقت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خود انتقادی، کودکان کم‌توان ذهنی

مقدمه

کم‌توانی ذهنی یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مشکلات مربوط به کودکان و نوجوانان در جوامع بشری است که با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روان‌شناختی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است (Hollis, Falconer, Martin, Whittington, Stockton, Glazebrook, & Davies, 2017). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان کم‌توان ذهنی با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روان‌شناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.069 می‌باشد.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

gh_abbasi@iausari.ac.ir

*** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه هستند (Song, Mailick, & Greenberg, 2018). وجود کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید و والدین آن‌ها از هنگامی که متوجه معلولیت و نقص در فرزندشان می‌شوند، تنش و فشار روانی فراوانی متحمل می‌شوند. بنابراین، خانواده کودکان معلول ممکن است به اشکال گوناگون، فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی را تجربه کنند (Popa, 2020). در واقع، مراقبت از یک کودک معلول و یا با نیاز ویژه، برای تمام اعضای خانواده سنگین و فشارزا است و در این میان بیشترین فشار متوجه مادر خانواده است که بیشترین زمان مراقبت از فرزند و تعامل با وی را بر عهده دارد (Fung, Lake, Steel, Bryce, & Lunsky, 2018; Davoudi, IBasak, & Zarezadegan, 2012) و این می‌تواند با آسیب‌های روانی و عاطفی متعدد همراه باشد (Alilou, Yadegari, 2013). از جمله ظرفیت روان‌شناختی که در مادران به دلیل داشتن فرزند معلول ممکن است با چالش همراه شود، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. به‌طور کلی، انعطاف‌پذیری شناختی به معنای توانایی تغییر آماه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی است (McCracken & Morley, 2014). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (McCracken & Morley, 2014). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شامل شش مؤلفه‌ی پذیرش (در نظر گرفتن تجارب درونی بدون قضاوت کردن آن‌ها)، گسلس (جدا شدن از افکار و تجارب درونی)، ذهن‌آگاهی (تماس با زمان حال)، خود به عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر)، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (Kashdan & Rottenberg, 2010; McCracken & Morley, 2014) و به صورت ارتباط در لحظه، آگاهی کامل از احساسات، هیجانات و افکار از جمله تجارب ناخواسته و استقبال از آن‌ها و در مجموع حرکت در مسیر تعیین و دستیابی به ارزش‌های فردی ظاهر می‌شود (McCracken & Morley, 2014). به عبارت ساده‌تر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای پذیرش افکار و احساسات خودمان و عمل به ارزش‌های بلند مدت به جای تکانه‌ها، افکار و احساسات کوتاه مدت است که غالباً با اجتناب تجربی و راهی برای کنترل حوادث درونی ناخواسته ارتباط عکس دارد. افرادی که از تفکر انعطاف‌پذیر برخوردارند از توجیحات جایگزین استفاده کرده، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای فشارزا را می‌پذیرند و از نظر روان‌شناختی در مقایسه با افراد انعطاف‌ناپذیر از تاب‌آوری و بردباری بیشتری برخوردار هستند (Hulbert-Williams, Storey, & Wilson, 2015). افرادی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری دارند، بیشتر احتمال دارد که به انجام رفتارهای مرتبط با ارزش‌های خود بپردازند و تجارب خود را بدون تلاش برای کنترل یا حذف آن‌ها بپذیرند و تجربه کنند (McCracken & Morley, 2014). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (Dick, Niles, Street, DiMartino, & Mitchell, 2014) و در مقابل کسانی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ندارند، به هنگام مواجهه با شرایط بحرانی و پرفشار به سمت افکار و احساسات پریشان‌کننده گرایش می‌یابند؛ زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزینی بیابند (McCracken, Barker, & Chilcot, 2014).

بنابراین انعطاف‌پذیری افراد در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد آن‌ها در شرایط فشارزا بسیار تعیین‌کننده است. این در حالی است که برخی از مطالعات گویای نارسایی انعطاف‌پذیری در والدین کودکان کم‌توان ذهنی و معلول هستند. به‌طور مثال در یک مطالعه نشان داده شده است که به میزان شدت معلولیت کودک، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین به‌خصوص مادران به‌گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (Memari, Ziaee, Shayestehfar, & Ghanouni, 2013). در مطالعه دیگر نشان داده شد که میزان فشار روانی والدگری مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بیشتر و میزان شادکامی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی‌شان کمتر از مادران دارای دانش‌آموزان ناتوان یادگیری است (Sheykholeslami, & Mohammadi, 2016) و این در حالی است که این خصیصه در مورد والدین با کودک کم‌توان ذهنی که با مشکلات عدیده‌ای دست و پنجه نرم می‌کنند از اهمیت خاصی برخوردار است.

همچنین خود انتقادی مشکل دیگری است که والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی با آن درگیر هستند. انتقاد از خود شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است که به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد مطالعه قرار می‌گیرد (Campos, Besser, & Blatt, 2013). خود انتقادی به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خود، موجب می‌شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند (You, Jiang, Zhang, Du, Lin, & Leung, 2017). بنابراین، افراد خود انتقادگر افرادی هستند که بر دست‌یابی غیرواقع‌بینانه به اهداف با قضاوت سخت‌گیرانه از خود بسیار تأکید دارند و این موجب می‌شود که آن‌ها در لذت بردن از دست‌یابی به اهداف خود ناتوان بوده (Bleys, Soenens, Boone, Claes, Vliegen, & Luyten, 2016) و معمولاً این افراد از احساس بی‌ارزشی، شکست و گناه رنج می‌برند (You et al, 2017). دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی (Daly & Willoughby, 2019). انتقاد از خود مقایسه‌ای به عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح، تمرکز به صورت مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه و انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد و در نتیجه این ارزیابی‌ها، دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خود انتقادی مربوط به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی است. تمرکز خود انتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز دارد. خود انتقادگری با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی (Rajabi & Abbasi, 2011) و سلامت روان مرتبط است و افراد دارای چنین ویژگی، مستعد تجربه افسردگی همراه با احساس ضعف روانی، احساس گناه، بی‌ارزشی و شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار هستند (Vandekerckhove, Brenning, Vansteenkiste, Luyten, & Soenens, 2019). طبق یافته مطالعات مختلف، والدین کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر داشتن چنین فرزندی از نظر اجتماعی احساس شرم می‌کنند که با خود انتقادگری همراه است. به‌طور مثال، در یک مطالعه نشان داده شد که والدین کودکان معلول به‌خصوص مادران از خود سرزنشی، تجربه شرم و احساس گناه رنج می‌برند (Clark & Coker, 2009). در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که والدین دارای کودک ناتوان

جسمی یا ذهنی در مقایسه با سایر والدین از عزت نفس کمتر و خود انتقادی بیشتری رنج می‌برند (Daly & Willoughby, 2019).

بر این اساس، باید به دنبال شناسایی راهکارها و مداخلات مؤثر در جهت تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادگری در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. مداخلاتی همچون واقعیت‌درمانی (Nasrabad Sofla & Zarei, 2018) و آموزش تنظیم هیجان (Khodabakhshi, Koolae, Arab Varamin, & Rooshan Cheseli, 2016) در برخی از مطالعات به منظور بهبود کیفیت زندگی، کاهش فشار روانی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی در والدین دارای کودک با انواع ناتوانی به کار گرفته شده است. علی‌رغم وجود این مطالعات، طراحی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به منظور افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در این مادران از اهمیت خاصی برخوردار است. به نظر می‌رسد که ماهیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی به‌گونه‌ای است که تقویت شفقت به‌ویژه شفقت به خود در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند در افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش خود انتقادی در آن‌ها کمک‌کننده باشد؛ چرا که ضعف در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت ناتوانی در پذیرش غیرقضاوت‌گرایانه تجارب خود و توجه ذهن‌آگاهانه و خود انتقادی نیز به صورت ارزیابی منفی از خود و قضاوت سخت‌گیرانه نسبت به خود ظاهر می‌شود. این در حالی است که خودشفقتی در قالب سه مؤلفه‌ی اساسی مهربانی نسبت به خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف می‌شود (Neff, 2016). مؤلفه‌ی اول مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت سخت‌گیرانه نسبت به خود است. مؤلفه‌ی دوم بر پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجارب مشترک انسانی اشاره دارد؛ یعنی این‌که این مشکلات فقط برای افراد خاصی روی نمی‌دهد. مؤلفه‌ی سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک به جای غرق شدن کامل در آن‌هاست. خودشفقتی متمرکز بر ذهن‌آگاهی است و ذهن‌آگاهی حالتی است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش تجارب هیجانی و روانی در لحظه کنونی است (Ghezelsefloo, Jazayeri, Bahrami, & Mohammadi, 2015; Jennings, 2015) و این در تضاد با آن چیزی است که در فرایند انعطاف‌پذیری ضعیف و خود انتقادی رخ می‌دهد. از این‌رو گیلبرت (Gilbert, 2009) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد و در همین راستا، به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر شفقت که رابطه‌ی نزدیکی با مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017)، در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند مؤثر باشد. در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند (Raab, 2014). اصول پایه در این درمان به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود. در درمان متمرکز بر شفقت

تأکید بر تجارب ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها است (Gilbert, 2009). در این درمان، در گام اول تمرکز بر شناسایی تجربه خود و احساس مهرورزی نسبت به آن است و در گام بعد بر نگرش مهرورزانه نسبت به خود که مستلزم اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادل تحت عنوان ذهن آگاهی است، تمرکز می‌شود (Bluth & Neff, 2018). بنابراین، افراد می‌توانند تجربه‌ی خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند و سپس نگرش دلسوزانه‌ای نسبت به خود پیدا کنند. مطالعات متعدد بر اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش هیجان‌ات منفی همچون فشار روانی، افسردگی و پریشانی روانی دلالت دارند (Friis, Johnson, Cutfield, & Consedine, 2016; Keel & Pidgeon, 2017; Marsh, Chan, & MacBeth, 2018). همچنین یافته‌های برخی از مطالعات تأییدی بر رابطه‌ی بین خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (Marshall & Brockman, 2016; Matos, Carvalho, Cunha, Miron, Sherrill, & Orcutt, 2015; Galhardo, & Sepodes, 2017; Ehret, Joormann, & Berking, 2015; Falconer, King, & Brewin, 2015; Joeng & Turner, 2015; Yamaguchi, Kim, & Akutsu, 2014).

طبق آمار موجود، حدود ۲/۵ درصد از کل کودکان، دچار کم‌توانی ذهنی هستند (Popa, 2020) و این در حالی است که مراقبت روزانه از کودک با نیازهای ویژه، انواع مختلف فشارهای روانی را بر والدین به‌خصوص مادر تحمیل می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان متغیری کلیدی که در مورد والدین با کودک کم‌توان ذهنی از اهمیت خاصی برخوردار است، ممکن است در این افراد دچار چالش شود. همچنین خود انتقادی از دیگر تجربه‌های شایع در بین والدین به‌ویژه مادران این کودکان است و این خود می‌تواند بار فشار تحمیل شده و فشار روانی تجربه شده را در آن‌ها افزایش دهد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت به عنوان فرایندی که افراد در طی آن می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و با نگرشی دلسوزانه و آگاهانه و بدون قضاوت مشکلات خود را ببینند و به پذیرش مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجارب مشترک انسانی دست پیدا کنند، احتمالاً می‌تواند در بهبود وضعیت روانی این مادران مؤثر عمل کند و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی را در آن‌ها موجب شود. بر این اساس، مطالعه‌ی حاضر به منظور بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خود انتقادی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائم شهر در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش از

جمله داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله کم‌توان ذهنی، تمایل و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح، عدم ابتلا به بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های مشاوره‌ی فردی یا دارودرمانی و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج از جمله پیدایش یک بیماری یا اتفاق خاص در زمان مطالعه که ادامه مشارکت در مطالعه را دشوار یا ناممکن می‌ساخت، غیبت بیش از دو بار در جلسات مداخله و اظهار بی‌میلی برای ادامه شرکت در جلسات بود. ۳۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ مادر) و کنترل (۱۵ مادر) اختصاص یافتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و قبل و بعد از مداخله و دو ماه پس از اتمام آن در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و سطوح خود انتقادی مورد سنجش قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و سطوح خود انتقادی مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (Cognitive Flexibility Inventory): این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) ساخته شده و یک ابزار خود گزارشی کوتاه بیست ماده‌ای است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت‌های مختلف برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و دامنه نمرات در بازه ۲۰ تا ۱۴۰ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر است. این پرسش‌نامه سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری)، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار) و ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). دنیس و وندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی هم‌گرا و روایی هم‌زمان قابل قبولی برخوردار می‌باشد. روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹ و روایی هم‌گرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ گزارش شده است. این پژوهش‌گران ضرایب پایایی پرسش‌نامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای سه مؤلفه‌ی ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ (Soltani, Shareh, Bahrainian, & Farmani, 2013) و سلطانی، شارح، بحرینیان و فرمانی (Soltani, Shareh, Bahrainian, & Farmani, 2013) ضرایب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه را ۰/۷۱ و در خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک

گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ به دست آورده‌اند. در مطالعه‌ی حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس سطوح خود انتقادی (Levels of Self Criticism Scale): این مقیاس توسط تامپسون و زورف (Thompson & Zuroff, 2004) طراحی شده است و هدف از طراحی آن ارزیابی میزان خود انتقادی در افراد می‌باشد. این مقیاس شامل بیست و دو ماده و دو مؤلفه‌ی خود انتقادی مقایسه‌ای (دوازده ماده) و خود انتقادی (ده ماده) می‌باشد. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از ۰ تا ۱۳۲ متغیر می‌باشد. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی خود انتقادی بیشتر است. تامپسون و زورف (Thompson & Zuroff, 2004) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خود انتقادی درونی ۰/۸۴ گزارش داده‌اند و در یک تحلیل عاملی به دو عامل خود انتقادی مقایسه‌ای و خود انتقادی درونی دست یافتند. نوربالا، برجلی، احمدیان-عطاری (Noorbala, Borjali, Ahmadian-Attari & Noorbala, 2013) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و در خرده مقیاس‌های خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۹۲ و خود انتقادی درونی ۰/۸۷ و بین مؤلفه‌های مقیاس خود انتقادی با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک هم‌بستگی مثبت و معنی‌دار دست یافتند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های خود انتقادی مقایسه‌ای ۰/۸۱ و خود انتقادی درونی ۰/۸۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا به منظور انجام پژوهش، مجوز لازم از دانشگاه و معاونت پژوهشی و معرفی نامه‌های مورد نیاز جهت انجام کلیه مراحل دریافت شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر به روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش از میان مدارس استثنایی شهرستان قائم شهر ۳ مدرسه‌ی استثنایی (مهدوی، جوادالائمه و امام رضا (ع)) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت هشت جلسه‌ی درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (Gilbert, 2009) قرار گرفتند (جدول ۱). جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت نود دقیقه اجرا شد. قبل از شروع اجرای مداخله، از افراد شرکت‌کننده فرم رضایت نامه شرکت آگاهانه و آزادانه در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید. قبل از اجرای مداخله، یک جلسه‌ی توجیهی برای مادران شرکت‌کننده در پژوهش به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و نحوه‌ی اجرای طرح برگزار شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پژوهش اطمینان خاطر داده شد. هر گونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از شرکت‌کنندگان در تحقیق و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه آن‌ها انجام گرفت. این پژوهش توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد واحد ساری مورد تایید قرار گرفته است.

جدول ۱

خلاصه‌ی محتوای جلسات آموزش متمرکز بر خودشفقتی (Gilbert, 2009)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و بررسی انتظارات از برنامه‌ی درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، تشخیص تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند در هنگام دشواری‌های زندگی، تمایز شفقت تا تاسف برای خود، توضیح و تشریح شفقت و مهربانی با خود
جلسه‌ی دوم	گفتگو در خصوص جلسه قبل و دریافت پس‌خوراند، ارائه اطلاعات کلی در خصوص ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، تمرین ذهن آگاهی در خانه و در دنیای واقعی
جلسه‌ی سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز و آشنایی با مؤلفه‌های ملاحظت و توانمندسازی برای شفقت‌ورزی نسبت به خود و دیگران شامل: پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این‌که دیگران نیز مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی، توانمندسازی فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون روگرداندن و یا اجتناب از آن، همدلی و همدردی کردن با رنج و دیگران و توجه و تجربه هیجانات بدون سرزنش، قضاوت و شرم و رسیدن به این شناخت که ارزیابی‌های خشن و خودانتقادگر منجر به دردهای هیجانی و تشدید رنج می‌گردد.
جلسه‌ی چهارم	ترغیب به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد شفقت‌ورز یا غیر شفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و تمرین پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش استعاره فیزیوتراپ، آموزش بخشایش
جلسه‌ی پنجم	آموزش پذیرش مسائل، پذیرفتن تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی، تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی روان‌شناختی، شناخت مسیرهای مهم زندگی، بالابردن انگیزه مراقبت از خود و تلاش برای التیام بخشیدن رنج خود و پیشگیری از آن، آموزش فرصت‌های ابراز شفقت از جمله (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کارگیری آن در زندگی روزمره
جلسه‌ی ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، تصویرسازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهِت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی
جلسه‌ی هفتم	پراکندن جدول هفتگی افکار خود انتقادگر و افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، آموزش تکنیک‌های تصویر پردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، نوشتن نامه مشفقانه برای خود و دیگران، ثبت یادداشت روزانه موقعیت واقعی مبنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه‌ی هشتم	جمع‌بندی و مرور تمرین‌های ارائه شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی، پاسخگویی به سئوالات اعضا، تأکید بر قبول و پذیرش همه ابعاد زندگی، تشکر و قدردانی از حضور شرکت‌کننده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۱ صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله و کنترل به ترتیب $5/31 \pm 33/49$ و $6/72 \pm 34/19$ و آزمون تی تست گروه‌های مستقل نشان داد که میانگین سن دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت وجود ندارد ($t = 0/084$)

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۴۰/۴۷	۲/۱۶	۴۱/۴۰	۲/۴۱
	پس‌آزمون	۴۱/۲۰	۱/۷۴	۴۹	۲/۴۷
	پیگیری	۴۰/۰۰	۳/۴۶	۴۹/۳۳	۲/۵۵
خود انتقادی	پیش‌آزمون	۷۰/۱۳	۴/۹۴	۷۱/۴۶	۳/۸۳
	پس‌آزمون	۷۰/۶۰	۶/۳۱	۵۶/۴۶	۷/۰۴
	پیگیری	۶۹/۰۰	۴/۱۰	۵۷/۳۳	۷/۰۸

طبق نتایج جدول ۲، میانگین متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به ترتیب افزایش و کاهش یافته است. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف داده‌های متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($Z = 0/09$) و خود انتقادی ($Z = 0/46$) نشان داد که این دو متغیر از توزیع نرمال پیروی می‌کنند؛ مفروضه آزمون همگنی واریانس لون در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان‌دهنده برابری واریانس‌های متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون ($F = 0/69$)، پس‌آزمون ($F = 0/36$) و پیگیری ($F = 0/77$) و خود انتقادی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون ($F = 0/27$)، پس‌آزمون ($F = 0/82$) و پیگیری ($F = 0/06$) می‌باشد. همچنین، نتایج آزمون کرویت موشلی نشان‌دهنده عدم همسانی ماتریس کوواریانس میان گروه‌ها و عدم تحقق این مفروضه می‌باشد ($F = 6/90$ ، $2 = 6/90$ ، $p < 0/032$) و باید از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس کیزر استفاده شود.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنید، نسبت F بدست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با $114/95$ ($p < 0/001$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که

درمان متمرکز بر خودشفقتی در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (میانگین گروه آزمایش: ۴۹ و میانگین گروه کنترل: ۴۱/۲۰) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

جدول ۳

نتایج مقایسه تحلیل واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر انعطاف‌پذیری					
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p
بین آزمودنی‌ها: گروه	۸۱۶/۰۱	۱	۸۱۶/۰۱	۱۱۴/۹۵	< ۰/۰۰۱
خطا	۱۹۸/۷۵	۲۸	۷/۰۹		

نسبت F مشاهده شده در مراحل مداخله‌ی درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر ۲۶/۲۱ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۴). در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله‌ی مداخله‌ی درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده‌شده در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ۵۶/۱۴ ($p < ۰/۰۰۱$) بود. برای این که دقیقاً معلوم شود که بین کدام‌یک از مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی درمانی در گروه آزمایش در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ها در گروه تحت مداخله‌ی درمانی نشان داد که بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($۷/۶۰ = -۴۹ - ۴۱/۴۰$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($۷/۹۳ = -۴۹/۳۳ - ۴۰/۴۰$) در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد؛ یعنی، نمرات از مرحله‌ی پیش‌آزمون به مرحله‌ی پیگیری افزایش یافته است. در حالی که بین مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری ($۰/۳۳ = -۴۹/۳۳ - ۴۹$) در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت وجود ندارد. همچنین، بین گروه‌ها و مراحل سه‌گانه مداخله‌ی آموزشی بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تعامل وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله‌ی درمانی در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی					
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله آموزشی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی)	۳۱۴/۸۶	۱/۶۳	۱۹۲/۹۳	۲۶/۲۱	< ۰/۰۰۱
گروه‌ها × مراحل مداخله آموزشی	۳۰۰/۱۵	۱/۶۳	۱۸۳/۹۲	۲۴/۹۹	< ۰/۰۰۱
خطا	۳۳۶/۳۱	۴۹/۶۹	۷/۳۶		

جهت بررسی درمان متمرکز بر خود شفقتی بر خود انتقادی مادران با استفاده از روش اندازه‌گیری‌های

مکرر بررسی مفروضه‌ی نتایج آزمون کرویت موشلی نشان‌دهنده‌ی هم‌سانی ماتریس کوواریانس میان گروه‌ها و تحقق این مفروضه بود ($F = ۱/۳۰$ ، $p = ۰/۵۲۰$). همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌کنید، نسبت F بدست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیرهای خود انتقادی برابر با $۱۸/۵۵$ ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر خودشفقتی در کاهش خود انتقادی (میانگین گروه آزمایش: $۵۱/۴۶$ و میانگین گروه کنترل: $۷۰/۶۰$) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

جدول ۵

نتایج مقایسه تحلیل واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر خود انتقادی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجزورات	نسبت F	سطح p
بین آزمودنی‌ها: گروه	۱۴۹۶/۵۴	۱	۱۴۹۶/۵۴	۱۸/۵۵	$< ۰/۰۰۱$
خطا	۲۲۵۷/۹۶	۲۸	۸۰/۶۴		

نسبت F مشاهده‌شده در مراحل مداخله‌ی درمانی بر کاهش خود انتقادی برابر $۶۴/۵۷$ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سه‌گانه‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خود انتقادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۶). در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مراحل مداخله‌ی درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده‌شده در متغیر خود انتقادی $۱۰۰/۹۱$ ($p < ۰/۰۰۱$) بود. برای این که دقیقاً معلوم شود که بین کدام‌یک از مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی درمانی در گروه آزمایش در کاهش خود انتقادی تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ها در گروه تحت مداخله‌ی درمانی نشان داد که بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($۵۶/۴۶ - ۷۱/۴۶$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($۱۴/۱۳ - ۵۷/۳۳ = ۷۱/۴۶$) در کاهش خود انتقادی تفاوت معنادار وجود دارد؛ یعنی، نمرات از مرحله‌ی پیش‌آزمون به مرحله‌ی پیگیری کاهش یافته است. در حالی که بین مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری ($۵۷/۳۳ - ۵۶/۴۶ = ۰/۸۶$) در خود انتقادی تفاوت وجود ندارد. همچنین، بین گروه‌ها و مراحل سه‌گانه‌ی مداخله‌ی درمانی در کاهش خود انتقادی تعامل وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۶

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله آموزشی در متغیر خود انتقادی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجزورات	نسبت F	سطح p
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله آموزشی (خود انتقادی)	۱۱۱۲/۰۶	۲	۵۵۶/۰۳	۶۴/۵۷	$< ۰/۰۰۱$
گروه‌ها × مراحل مداخله آموزشی	۱۰۳۵/۷۵	۲	۵۱۷/۸۷	۶۰/۱۴	$< ۰/۰۰۱$
خطا	۴۸۲/۱۷	۵۶	۸/۶۱		

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شد. طبق نتایج حاصل، درمان مبتنی بر شفقت اثر معنی‌داری در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این مادران داشته است. یافته‌های حاصل با نتایج مطالعات (Miron et al., 2015; Matos et al., 2017; Marshall & Brockman, 2016) همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی معمولاً سطوح بالایی از هیجانات منفی همچون فشار روانی و افسردگی را تجربه می‌کنند و این عامل بر انعطاف‌پذیری شناختی آنان اثرات منفی بر جای می‌گذارد (Keel & Pidgeon, 2017). لازمه دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش به معنای تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر تجارب ناخوشایند و منفی و برخورداری از ذهن آگاهی به صورت بودن کامل در زمان حال در هر لحظه می‌باشد (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). به عبارت دیگر، انعطاف‌پذیری در مورد یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند به صورت عدم اجتناب از تجارب منفی ناشی از رابطه خود با کودک و توجه ذهن آگاهانه لحظه‌به‌لحظه نسبت به این تجارب ظاهر شود. این در حالی است که در درمان مبتنی بر شفقت نیز بر ذهن آگاهی و توجه آگاهانه بر تجارب درونی تأکید می‌شود تا به کمک فرآیندهای ذهن آگاهی، مهارت قضاوت نکردن خود و توانایی پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی در فرد شکل گیرد تا دستیابی به گرمی و ملاحظت با خود و دیگران، به جای قضاوت سخت‌گیرانه تسهیل شود (Marsh et al., 2018) و در نتیجه برخورداری از چنین دیدگاهی است که این مادران می‌توانند انعطاف‌پذیری بیشتری را در خود پرورش دهند و با تغییر نگرش شناختی خود نسبت به چالشی که با آن مواجهه هستند، به احساس قابل کنترل بودن شرایط و در نتیجه سازگاری بهتر دست پیدا کنند. در مقابل، در یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی، عدم آگاهی از افکار و احساسات دردناک خود می‌تواند با غرق شدن کامل در این افکار و احساسات همراه باشد که پیامد آن ناتوانی در پذیرش تجارب دردناک خود و اجتناب از آنها و در نهایت ظرفیت پایین انعطاف‌پذیری، عدم کنترل‌پذیری شرایط خود و ناتوانی در سازگاری با آن است (Marshall & Brockman, 2016). در این مطالعه، در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و فرآیندهای مجزای آن شامل پذیرش بدون قضاوت تجارب، افکار و احساسات خود، عدم آمیختگی با افکار و احساسات و تعیین ارزش‌های زندگی در بستر درمان متمرکز بر شفقت در قالب دستیابی به فرایند شفقت نسبت به خود و دیگران، افزایش ذهن آگاهی و تماس با افکار و احساسات خود به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن آنها و عدم آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای صورت گرفت و این مادران ترغیب شدند تا انرژی خود را از کنترل هیجانات به سمت اعمال ارزشمند تغییر دهند و با وجود مشکلات موجود در رابطه با نگهداری از یک کودک ناتوان، اعمال مناسبی را برای زندگی انتخاب کنند (Matos et al., 2017). همچنین، در یک مادری که دارای یک کودک کم‌توان ذهنی می‌باشد، سیستم استرس و تهدید به خاطر تجربه زیاد اضطراب و فشار روانی دچار

تحریک‌پذیری می‌شود (Song et al., 2018) و در چارچوب درمان مبتنی بر شفقت با انجام تمرین‌های مهرورزانه در قالب تن آرامی و پرورش ذهن آرام و دلسوز، به تدریج ایجاد و تقویت یک سیستم تسکین بخش و آرامش دهنده در این مادران تسهیل شد (Keel & Pidgeon, 2017) که این فرایند خود می‌تواند موجب افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آنها شود.

طبق نتایج حاصل، درمان مبتنی بر شفقت اثر معنی‌داری در کاهش سطح خود انتقادی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی داشته است. یافته‌های حاصل با نتایج تعدادی از مطالعات (Ehret et al., 2014; Falconer et al., 2015; Joeng & Turner, 2015; Yamaguchi et al., 2014) هم‌مانند است. در تبیین این یافته باید چنین بیان داشت که مادران با کودک کم‌توان ذهنی، به خاطر وضعیت فرزندشان مستعد خود سرزنشی هستند و در مقابل، در روش درمان مبتنی بر شفقت به جای تمرکز بر تغییر «خودارزیابی»، رابطه‌ی فرد با «خودارزیابی» تغییر می‌یابد و سعی می‌شود دیدگاهی مشفقانه و غیرقضاوتی نسبت به خود و نواقص و کمبودهای خود ایجاد شود (Yamaguchi et al., 2014) و این در مورد یک مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند زمینه‌ساز پذیرش همه جانبه‌ی خود، وضعیت کودکش و شرایط نگهداری از وی باشد که به صورت کاهش خود انتقادی خود را نشان می‌دهد. در چارچوب درمان مبتنی بر مهرورزی و در قالب فرایند ذهن آگاهی، این مادران از ماهیت خشن، نفرت انگیز و تخریب‌گرایانه انتقادها و به‌ویژه انتقادی‌هایی که نسبت به خود دارند، آگاه شدند (Falconer et al., 2015). آنها همچنین به این درک دست پیدا کردند که لازم است بین خود و انتقاداتی که نسبت به عملکرد خود بیان می‌نمایند، تمایز قائل شوند و در جریان این آگاهی و تمایز بود که به این توانایی دست پیدا کردند تا خود انتقادی را به عنوان یک ندای درونی متمایز از کلیت شخصیت خود درک و نسبت به کاهش و حذف آن توانمند شوند (Ehret et al., 2015). همچنین این مادران در بستر درمان مبتنی بر شفقت با آموزش تمرین‌هایی نظیر مدیتیشن، بخشش خود و دیگران و ابراز عشق و محبت به خود و دیگران یاد گرفتند تا در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و به‌خصوص وظیفه‌نگهداری از کودک کم‌توان خود، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرشی مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد با آن برخورد نمایند و با دیدی روشن و واقع‌گرایانه نسبت به این مشکلات، رابطه صمیمی بیشتری با خود و کودک خود برقرار سازند (Neff, 2016) و این جریان خود می‌تواند علاوه بر کاهش سرزنش خود و دیگران، باعث ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز در آنها شود. همچنین این یافته بر اساس نقش درمان مبتنی بر شفقت در افزایش جرأت‌مندی و بازبینی و اصلاح معیارهای فردی قابل تبیین است. درواقع، به کمک درمان مبتنی بر شفقت، این مادران نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و قادر شدند تا چرخه معیوب انتقاد نسبت به خود و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کنند و از این رو کاهش سطح انتظارات نیز می‌تواند با کاهش سطح خود انتقادی همراه باشد (Jennings, 2015). به‌طور کلی، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر نسبت به احساسات درونی به کاهش تعارض‌های درونی، ایجاد حالت

صلح با خود و دیگران و در نتیجه کاهش مشکلات روانشناختی فرد می‌انجامد که کاهش خود انتقادی و افزایش انعطاف‌پذیری می‌تواند پیامد چنین فرایندی باشد (Neff, 2016).

نتیجه‌گیری

طبق نتایج حاصل از این مطالعه، درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خود انتقادی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر بود. بنابراین در خصوص والدین این کودکان به‌خصوص مادران که استرس مزمنی را متحمل می‌شوند، می‌توان با تدوین مداخلات مبتنی بر شفقت، آنها را در راستای تقویت بنیه روانی و از جمله انعطاف‌پذیری و افزایش احساس بخشش و دید شفقت‌ورزانه نسبت به خودیاری رساند. از جمله محدودیت این پژوهش، محدود شدن مطالعه به یک شهر (شهرستان قائم شهر) است که تعمیم نتایج را با مشکل مواجهه می‌سازد. آزمایشی نبودن کامل طرح پژوهشی حاضر و عدم نمونه‌گیری تصادفی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که در نتیجه در کنترل اثر متغیرهای مزاحم تردید وجود دارد. پیشنهاد می‌گردد تا مطالعات آتی بر روی جمعیت گسترده‌تر، با در نظر گرفتن و کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی و در قالب طرح آزمایشی کامل انجام شوند. همچنین در کنار درمان مبتنی بر شفقت بر روی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، از سایر مداخلات روان‌شناختی نیز استفاده شوند و اثرات درمانی آنها با هم مقایسه شوند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Alilou, M., Yadegari, N., Haghazari, F., Poursharifi, H., & Hashemi Nosratabadi, T. (2013). The effect of family behavioral cognitive thrapy in reduction anxiety in children. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 3(1), 19-34. (Persian)
- Bleys, D., Soenens, B., Boone, L., Claes, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2016). The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *Journal of Adolescence*, 49, 68-76 .

- Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity, 17*(6), 605-608 .
- Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research, 17*(1), 58-74 .
- Clark, S., & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences, 47*(4), 321-325 .
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). (A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research, 271*, 678-683 .
- Davoudi, I., Basak, S., & Zarezadegan, B. (2012). The effectiveness positive parent training in reducing conduct problem of children and maternal stress of their mothers. *Biannual Journal of Applied Counseling, 2*(2), 50-66. (Persian)
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research, 34*(3), 241-253 .
- Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: The influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *Journal of clinical psychology, 70*(12), 1170-1182 .
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(2), 125-133 .
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1496-1504 .
- Falconer, C. J., King, J. A., & Brewin, C. R. (2015). Demonstrating mood repair with a situation-based measure of self-compassion and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 351-365 .
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G., & Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes care, 39*(11), 1963-1971 .

- Fung, K., Lake, J., Steel, L., Bryce, K., & Lunsy, Y. (2018). ACT processes in group intervention for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(8), 2740-2747 .
- Ghadampour, E., & Mansouri, L. (2018). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Increasing Optimism and Self-compassion in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 14(1), 59-74.
- Ghezelsefloo, M., Jazayeri, R. S., Bahrami, F., & Mohammadi, R. (2015). Couple styles and self-compassion as predictors for marital satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 5 (2),79-96. (Persian)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208 .
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems—a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474-503 .
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K .G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27 .
- Jennings, P. A. (2015). Early childhood teachers' well-being, mindfulness, and self-compassion in relation to classroom quality and attitudes towards challenging students. *Mindfulness*, 6(4), 732-743 .
- Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion ,self-compassion, and importance to others. *Journal of counseling psychology*, 62(3), 453 .
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878 .
- Keel, C., & Pidgeon, A. M. (2017). Mediating role of self-compassion, emotional regulation on the relationship between, and Psychological Distress. *Journal of Basic and Applied Research*, 3(3), 107-113 .
- Khodabakhshi Koolae, A., Arab Varamin, A., & Rooshan Cheseli, R. (2016). Effectiveness of “Kozloff Parental Training Program” on Expressed Emotion and Burden Among Mothers With Autistic Child. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 3(1), 29-34. (Persian)

- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027 .
- Marshall, E.-J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72 .
- Matos, M., Carvalho, S. A., Cunha, M., Galhardo, A., & Sepodes, C. (2017). Psychological flexibility and self-compassion in gay and heterosexual men: How they relate to childhood memories, shame, and depressive symptoms. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 11(2), 88-105 .
- McCracken, L. M., Barker, E., & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1215-1225 .
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234 .
- Memari, A. H., Ziaee, V., Shayestehfar, M., Ghanouni, P. (2013). Cognitive flexibility impairments in children with autism spectrum disorders: links to age, gender and child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3218-3225 . (Persian)
- Miron, L. R., Sherrill, A. M & ,Orcutt, H. K. (2015). Fear of self-compassion and psychological inflexibility interact to predict PTSD symptom severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 37-41 .
- Nasrabad Sofla, S., & Zarei, E. (2018). The effectiveness of reality therapy on quality of life, mental health and happiness of parents of children with disabilities. *Health Research Journal*, 3(2), 95-100. (Persian)
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274 .
- Noorbala, F., Borjali, A., Ahmadian-Attari, M. M., & Noorbala, A. A. (2013). Effectiveness of compassionate mind training on depression, anxiety, and self-criticism in a group of Iranian depressed patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(3), 113-117. (Persian)
- Popa, E. (2020). Particularities of Personality and Socio-Affective Behavior in Children with Mental Disabilities. *New Trends in Psychology*, 2(1), 57-61.

- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108.
- Rajabi, Gh., & Abbasi, G. H. (2011). Investigation relationship between self criticism, social anxiety and fear of fail with same among students. *Journal of Research Clinical Psychology and Consultation*, 1, 171-82. (Persian)
- Sheykholeslami, A., & Mohammadi, N. (2016). Comparing the parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with intellectually disable and learning disable children. *Health Research Journal*, 2(1), 44-56. (Persian)
- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, S. A., & Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*, 18(2), 88-96 . (Persian)
- Song, J., Mailick, M. R., & Greenberg, J. S. (2018). The impact of the Great Recession on midlife and older parents of individuals with a mental health problem or a developmental disability. *The gerontologist*, 58(3), 448-455 .
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430 .
- Vandenkerckhove, B., Brenning, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., & Soenens, B. (2019). The explanatory role of basic psychological need experiences in the relation between dependency, self-criticism and psychopathology in adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(4), 574-588 .
- Yamaguchi, A., Kim, M.-S., & Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 68, 65-70 .
- You, J., Jiang, Y., Zhang, M., Du, C., Lin, M.-P., & Leung, F. (2017). Perceived parental control, self-criticism, and nonsuicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. *Archives of Suicide Research*, 21(3), 379-391 .

