

Research Paper



The Effect of Mindfulness-Based Compassion Education on Self-Criticism and Anxiety of Mothers of Children with Phenylketonuria (PKU)



Masoumeh Ghasemzadeh Mohammadi¹, Samareh Asadi Majareh², Zohreh Hashemi *³

1. MA in Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Maragheh University, Maragheh, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.15.5](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.15.5)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15276.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

PKU, compassion, mindfulness, anxiety, self-criticism.

Received:
Accepted:
Available:

Having a child with special needs in a family is a kind of crisis and their parents suffer a lot of stress. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based compassion education on self-criticism and anxiety of mothers with children with phenylketonuria. The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design with control group. 24 mothers with children with PKU in Qazvin in ۲۰۲۱ were purposefully selected according to the inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 9 training sessions and the control group did not receive training. In order to collect data, the self-critical questionnaire (2004) and the Beck Anxiety Questionnaire (1998) were used. Univariate analysis of covariance and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data. The results showed that mindfulness-based compassion education had a significant effect on mothers' self-criticism and anxiety, and led to a reduction in mothers' self-criticism and anxiety. Therefore, it can be concluded that by using self-compassion therapy based on the mindfulness, the self-criticism and anxiety of mothers of PKU children can be reduced. The results of the study have practical implications and can be used as a treatment method in improving psychological status of mothers of PKU children.



* Corresponding Author: Zohreh Hashemi

E-mail: zhashemi1320@gmail.com

مقاله پژوهشی



تاثیر آموزش شفقت‌ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودانتقادی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری فنیل‌کتونوری (PKU)



معصومه قاسم‌زاده محمدی^۱، اسدی مجره^۲، زهره هاشمی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.15.5](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.15.5)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15276.html



چکیده

مشخصات مقاله

وجود کودک با نیازهای ویژه در یک خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید و والدین آنها تنش و فشار روانی فراوانی متحمل می‌شوند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش شفقت‌ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر خودانتقادی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری فنیل‌کتونوری است. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. ۲۴ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری PKU شهر قزوین در سال ۱۳۹۹ با توجه به معیار ورودی و به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۹ جلسه آموزش دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودانتقادی (۲۰۰۴) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۸) استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره و تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. نتایج نشان داد که آموزش شفقت‌ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودانتقادی و اضطراب مادران تاثیر معنادار داشته ($p < 0/01$) و منجر به کاهش خودانتقادی و اضطراب مادران گردید. نتایج پژوهش دارای تلویحات کاربردی بوده و می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی در کاهش اضطراب و خودانتقادگری مادران کودکان PKU استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها:

فنیل‌کتونوریا، شفقت،
ذهن‌آگاهی، اضطراب، خودانتقادی

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: زهره هاشمی

رایانامه: zhashemi1320@gmail.com

مقدمه

بیماری فنیل کتونوری^۱ (PKU) اختلال در سوخت و ساز پروتئین است که از راه ژن مغلوب و کروموزوم های معمولی از پدر و مادر به کودک منتقل شده و باعث معلولیت ذهنی نسبتاً شدید می‌شود. علت بیماری فقدان آنزیمی است در خون که از کبد ترشح می‌شود و فنیل‌آلانین^۲ (اسید آمینه‌ای که در غذاها وجود دارد) را به پارائتروزین تبدیل می‌کند. فقدان آنزیم باعث انباشته شدن فنیل‌آلانین در خون شده و سیستم عصبی را دچار ضایعه می‌کند (میلانی فر، ۱۳۹۸). فنیل کتونوریا یکی از معمول‌ترین اختلالات متابولیکی آمینو اسید با شیوع ۱/۵ تا ۱/۷ در ده هزار تولد زنده در ایران است (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۰). این بیماران با توجه به ماهیت بیماری، نیاز به برنامه‌ریزی رژیم غذایی، آزمایش خون، دوره‌ای برای مانیتورینگ فنیل‌آلانین و مراجعات منظم به متخصص متابولیک اطفال و توانبخشی دارند که وقت، انرژی و هزینه زیادی از والدین و خانواده می‌گیرد (بیلگینسوی، ویتزمن، لئونارد و ارنست، ۲۰۰۵). وجود کودک با نیازهای ویژه در یک خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید و والدین آنها تنش و فشار روانی فراوانی متحمل می‌شوند. بنابراین، خانواده کودکان معلول ۳ ممکن است به اشکال گوناگون، فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روان^۴ را تجربه کنند (پوپا^۵، ۲۰۲۰). درواقع، مراقبت از یک کودک با نیاز ویژه، برای خانواده بویژه مادر که مسئولیت مراقبت از فرزند را به عهده دارد سرشار از استرس است. طبق یافته مطالعات مختلف، والدین کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر داشتن چنین فرزندی از نظر اجتماعی احساس شرم می‌کنند که با خود انتقادگری^۶ همراه است. به طورمثال، مطالعه دالی و ویلوگی^۷ (۲۰۱۹) نشان داده شد که والدین کودکان ناتوان ذهنی یا جسمی در مقایسه با سایر والدین از عزت نفس^۸ کمتر و خودانتقادی بیشتری رنج می‌برند.

انتقاد از خود شامل چگونگی ارزیابی فرد از خود است که به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد مطالعه قرار می‌گیرد (کامپوس، بسر و بلات^۹، ۲۰۱۳). خودانتقادی به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیرسوال بردن عملکرد خود موجب می‌شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند (پو و همکاران، ۲۰۱۷). افراد خودانتقادگر، افرادی هستند که بر دستیابی به اهداف و درگیر شدن سختگیرانه بر قضاوت از خود بسیار تاکید دارند و در لذت بردن از دستیابی به اهداف خود ناتوانند (بلات، زورف، لانس، هاولی و اوربک^{۱۰}، ۲۰۱۰). معمولاً این افراد از احساس بی‌ارزشی، شکست و گناه رنج می‌برند (پو و همکاران، ۲۰۱۷). تامپسون و زوراف (۲۰۰۳) معتقدند که دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خودمقایسه‌ای و انتقاد از خود درونی. انتقاد از خودمقایسه‌ای به عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در

مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح تمرکز بر روی مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها، فرد دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خودانتقادی مربوط می‌شود به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی (رضایی و جهان، ۱۳۹۴). تمرکز خودانتقادی درونی بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص است. گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) نشان داده اند که خودانتقادی مقایسه‌ای باعث ایجاد ناامیدی، احساس حقارت و بی‌کفایتی می‌شود و خودانتقادی درونی باعث ایجاد انزجار و تنفر از خود می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان مشکل‌دار، احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی و اضطراب را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، احساس درماندگی و برانگیختگی می‌باشد و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود (مولر- پینزler، کازولا، کیسرز، سومر، جانسن و فراسل^{۱۱}، ۲۰۱۵). اضطراب هیجانی است که باعث می‌گردد در افراد احساس دلشوره و نگرانی به وجود آید و آنان را وادار به سازش یا تغییر سازد (ویلز و گری گوری^{۱۲}، ۲۰۱۵).

رویکرد درمانی شفقت‌ورزی^{۱۳} روش جدیدی است که در مطالعات اخیر به صورت نسبتاً محدود استفاده شده است و تلفیق شفقت‌ورزی با رویکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند فنون متنوع‌تری برای بهبود سلامت روان باشد. شفقت به خود مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۴} به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. به عبارتی هدف درمان شفقت-ورزی متمرکز بر ذهن‌آگاهی، توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری است. در درمان شفقت‌ورزی، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لند^{۱۵}، ۲۰۱۷).

درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند 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 می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه "ذهن مشفق" است. همچنین در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لند^{۱۶}، ۲۰۱۷). در

9. Campos, Besser, & Blatt
10. Blatt, Zuroff, Lance, Hawley, & Auerbach
11. Muller-Pinzler, Gazzola, Keyser, Sommer, Jansen & Frassle
12. Willis, & Gregory
13. self-Compassion
14. Self-compassion based on mindfulness
15. Irons & Lad
16. Irons & Lad

1. Phenylketonuria
2. Phenylalanine
3. Handicap
4. Mental health
5. Popa
6. Self-criticism
7. Daly, & Willoughby
8. Self-esteem

تمرینهای شفقت به خود بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن-آگاهی تأکید می‌شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارند (نف و گرامر، ۲۰۱۳). براساس نظریه‌ی نف (۲۰۱۱)، داشتن نگرش مشفقانه باعث متعادل‌شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌شود که همان ذهن‌آگاهی خوانده می‌شود.

پژوهشگران در یک مطالعه‌ی موردی با شش فرد دارای اضطراب اجتماعی^۲ نشان دادند، درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد امیدوارکننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی و انزوای سه نفر از افراد شرکت کننده شده است (بورسمک، هاگانسون، سالامونسون و جانسون، ۲۰۱۵). شاهار و همکاران در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به خودانتقادی شدید انجام دادند، دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خودانتقادی و افسردگی^۴ بیماران را کاهش و هیجان‌ات مثبت و شفقت آنها را افزایش دهد. علاوه بر این مشخص شد که این نتایج بعد از یک دوره پیگیری سه ماهه نیز تداوم دارد (شاهر و همکاران، ۲۰۱۵). رستم‌پور و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی را گزارش کردند. اثرات خودشفقتی بر کاهش خودسرزنی نیز در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (فالکونر، کینگ و بروین، ۲۰۱۵؛ کریگر و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه شریعتی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی ممکن است به‌عنوان روشی جدید و مؤثر در کاهش افسردگی و خودانتقادی دانشجویان مورد استفاده روان‌شناسان قرار گیرد. مطالعه شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان است. مطالعات اخیر حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ تاکاشی و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به موارد مطرح شده در زمینه مشکلات مادران کودکان با نیازهای ویژه، و نیز عوارض نامطلوب اضطراب و خودانتقادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش شفقت مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر کاهش خود انتقادی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به PKU می‌باشد.

روش

روش پژوهش از نوع هدف، کاربردی و از نوع روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری فنیل کتونوریا ساکن در شهر قزوین، در سه ماهه پاییز سال ۱۳۹۹ می‌باشد که از میان آنها نمونه‌ای شامل ۲۴ نفر به شیوه هدفمند (هر گروه ۱۲ نفر)، با توجه به معیار علاقه به مشارکت در پژوهش و دسترسی به فضای مجازی انتخاب شدند (با توجه به محدودیت‌های پاندمی بیماری کووید ۱۹، امکان برگزاری جلسات آموزش به صورت حضوری نبود). گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مجازی

1. Neff & Germer
2. social anxiety
3. Boersma, Hakanson, Salomonsson, Johansson

4. depression
5. Self-Criticism Scale

در فضای اسکایپ دریافت کردند. گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. قبل و بعد از ارائه مداخله، پرسشنامه‌های خودانتقادی و اضطراب برای هر دو گروه اجرا شد. معیارهای ورود پژوهش عبارتند از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مزمن، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی. معیار خروج پژوهش عدم تمایل به همکاری در پژوهش است. مادران در دامنه سنی ۲۲ تا ۴۷ سال با میانگین سنی ۴۱/۸۳ قرار داشتند. ۸۳/۳ درصد مادران گروه آزمایش و ۷۵ درصد مادران گروه کنترل خانه دار و ۱۶/۷ درصد در گروه اول و ۲۵ درصد در گروه دوم شاغل هستند. ۸۳/۳ درصد مادران هر دو گروه دارای تحصیلات دیپلم، ۱۶/۷ درصد لیسانس می‌باشند.

ابزار

مقیاس خود انتقادی ۵: این مقیاس توسط تامپسون و زورف در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است. این مقیاس شامل بیست و دو ماده و دو مؤلفه‌ی خود انتقادی مقایسه‌ای (دوازده ماده) و خود انتقادی درونی (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 نمره می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده‌ی خود انتقادی بیشتر است. تامپسون و زورف (۲۰۰۴) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های خود انتقادی مقایسه‌ای را ۰/۷۸ و برای خودانتقادی درونی ۰/۸۴ گزارش داده‌اند. نوربالا، برجلی، احمدیان و عطاری (۱۳۹۲) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و در خرده مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۹۲ و خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و نیز بین مؤلفه‌های مقیاس خود انتقادی با پرسشنامه‌ی افسردگی بک همبستگی مثبت و معنی‌دار دست یافتند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس خودانتقادی، ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس اضطراب بک: آزمون اضطراب توسط بک در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها به صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» پاسخ دهد که این گزینه‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون نمره صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است. آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطفعلی‌زاده و قمری‌گوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ بدست آمده است (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

بعد از هماهنگی با مادران عضو انجمن PKU و جلب مشارکت و رضایت آنها، تعداد ۲۴ نفر از مادران به صورت نمونه در دسترس انتخاب و با توجه به علاقه و امکان حضور در کلاسهای آموزش آنلاین، تعداد ۱۲ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. (یک نفر از گروه کنترل در ادامه انصراف دادند) گروه آموزش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در فضای اسکایپ آموزش دریافت کردند. گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند.

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل گردیده است. محتوای آموزش بر اساس کتاب "درمان مبتنی بر شفقت" نوشته گیلبرت و کتاب "توجه آگاهی راه حلی برای مشکلات روزمره" نوشته رونالد. د. سیگل به شرح زیر است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی شفقت‌ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری ارتباط-آشنایی با هدف جلسات- رعایت قوانین گروهی-آشنایی با مفهوم شفقت و سه مولفه شفقت
جلسه دوم	سیستم‌های تنظیم هیجان (سیستم تهدید، حفاظت، سیستم سائق- برانگیختگی، سیستم رضایت، تسکین راهبردهای ایمنی‌طلبی و بیان تجربیات مادران در زمینه راهبردهای مقابله‌ای
جلسه سوم	آشنایی با افکار خود انتقادگر-آشنایی با مفهوم شرم و شرم زدایی تمرین: چند موقعیت را نام برده و یا از بچه‌ها می‌خواهم که موقعیتهایی را نام ببرند و واکنش خود در هر موقعیت را بیان کنند.
جلسه چهارم	پیمادهای ناخواسته راهبردهای ایمنی‌طلبی آشنایی با افکار خود انتقادگر، آشنایی با مفهوم شرم درونی و بیرونی و شرم زدایی
جلسه پنجم	دل‌بستگی ایمن و نالیمن دوران کودکی تقویت خود ارزشمندی-حرکت از تقصیر من نیست به مسئولیت من است.
جلسه ششم	تمرین: ویژگیهای مثبت تمرین: فهرست علایق لذت بخش آشنایی با مفاهیم شفقت‌ورزی
جلسه هفتم	مثل: حمایت، مراقبت، مهربانی، پذیرش-خردمندی و قدرتمندی تمرین: منطق تکنیک تصویر سازی (ارتباط افکار با تصورات) تمرین: تصویرسازی ذهنی از تجربه شفقت به دیگران تمرین: تصویرسازی ذهنی از تجربه شفقت از طرف دیگران
جلسه هشتم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و ضرورت استفاده از این مهارت در زندگی، مکانیسم ذهن در رابطه با افکار
جلسه نهم	تمرین: تنفس عمیق (آگاهی به تنفس-مشاهده تنفس-شمارش تنفس) تمرین: خوردن دانه کشمش (تمرکز بر حواس پنجگانه)
جلسه دهم	عوامل رنج آوردن زندگی توانایی هوشمندی انسان چگونه عامل رنج می‌شود؟
جلسه یازدهم	تله رده بندی و مقایسه عامل رنج انسان مقاومت در برابر تغییر، عامل رنج انسان
جلسه بیستم	چگونه اصل لذت و اجتناب از درد، بودن محض را مشکل می‌کند.

جلسه	آموزش مراقبه‌های غیر رسمی
هشتم	1. Mindfull eating 2. Mindfull listening 3. Mindfull walking
جلسه نهم	آموزش مراقبه رسمی ۱- مشاهده حس‌های بدنی (اسکن بدن) و حس‌های محیطی با توجه به تنفس ۲- مشاهده ذهن و جریانهای فکری

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است با توجه به این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنی دار نمی‌باشد لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n=24)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	p
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۴۸/۴۱	۷/۷۹	۰/۷۵	۰/۰۰
	پس آزمون	کنترل	۴۲/۹۱	۹/۶۵	۰/۸۱	۰/۰۱
خود انتقادی	پیش آزمون	آزمایش	۹۰/۴۱	۱۳/۳۲	۰/۹۸	۰/۹۸
	پس آزمون	کنترل	۷۲/۷۵	۱۶/۶۷	۰/۸۵	۰/۰۳
درونی شده	پیش آزمون	آزمایش	۶۵/۶۶	۱۵/۰۵	۰/۹۴	۰/۵۱
	پس آزمون	کنترل	۷۸/۷۵	۱۴/۶۶	۰/۹۶	۰/۸۲
مقایسه‌ای خود انتقادی	پیش آزمون	آزمایش	۴۸/۳۳	۷/۶۴	۰/۸۵	۰/۰۴
	پس آزمون	کنترل	۳۹/۰۰	۹/۵۷	۰/۹۲	۰/۲۹
مقایسه‌ای خود انتقادی	پیش آزمون	آزمایش	۳۱/۰۰	۹/۶۰	۰/۹۶	۰/۸۳
	پس آزمون	کنترل	۳۸/۹۱	۸/۹۵	۰/۹۰	۰/۱۷
مقایسه‌ای خود انتقادی	پیش آزمون	آزمایش	۴۲/۰۸	۱۰/۷۳	۰/۹۴	۰/۵۶
	پس آزمون	کنترل	۳۳/۷۵	۹/۷۸	۰/۹۳	۰/۴۲
مقایسه‌ای خود انتقادی	پیش آزمون	آزمایش	۳۴/۶۶	۶/۵۷	۰/۹۱	۰/۲۷
	پس آزمون	کنترل	۳۸/۵۸	۹/۱۴	۰/۹۲	۰/۳۴

در ابتدا برای بررسی تأثیر شفقت‌ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان اضطراب از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون اضطراب در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{(2,23)}=2.23$) و نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس اضطراب در هر دو گروه برابر می‌باشد ($F_{(2,23)}=0.01$)، در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی

تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر اضطراب گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و

کنترل در اضطراب						
منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	اماره F	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۰۶۶/۲۸	۱	۱۰۶۶/۲۸	۳۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
عضویت گروهی	۷۳۰/۹۵	۱	۷۳۰/۹۵	۲۴/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴
خطا	۶۱۴/۲۹	۲۱	۲۹/۵۲			

با توجه به جدول ۳، آماره F اضطراب در پس‌آزمون (۲۴/۹۸) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۵۴ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون اضطراب نیز (۳۶/۳۵) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تاثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین گروه آزمایش در اضطراب (۳۴/۸۳) و میانگین گروه کنترل (۴۲/۰۸) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که شفقت آموزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه PKU می‌گردد.

برای بررسی تاثیر شفقت ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودانتقادی از تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودانتقادی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (F=0.15, p≤0.82). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودانتقادی در گروه‌ها برابر می‌باشد (F=0.05, p≤0.82). در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر خودانتقادی گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل

در خودانتقادی						
منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	اماره f	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۲۷۰/۵۳	۱	۳۲۷۰/۵۳	۴/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
عضویت گروهی	۳۲۷۰/۵۳	۱	۳۲۷۰/۵۳	۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۱۵۸۳/۹۳	۲۱	۷۵/۴۲			

با توجه به جدول ۴، آماره F خودانتقادی در پس‌آزمون (۴۳/۴۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان خودانتقادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد اندازه اثر ۰/۶۷ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون خودانتقادی

نیز (۴۳/۴۲) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تاثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین گروه آزمایش در خودانتقادی (۶۶/۵۶) و میانگین گروه کنترل (۷۸/۷۵) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که شفقت‌آموزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش خودانتقادی مادران دارای فرزند مبتلابه PKU می‌گردد.

برای بررسی تاثیر شفقت ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های خودانتقادی (خودانتقادی درونی شده و مقایسه‌ای) مادران دارای فرزند مبتلابه PKU از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مولفه‌های خودانتقادی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (F=1.04, p≤0.06). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مولفه‌های خودانتقادی درونی شده (F=2.01, p≤0.17)، خودانتقادی مقایسه‌ای (F=0.95, p≤0.34) در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است (F=2.41, p≤0.06). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مولفه‌های خودانتقادی نشان داد که رابطه بین این مولفه‌ها معنی‌دار است (X²=11/15, df=5, p<0.01). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های خودانتقادی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (Wilks Lambda=0/37, F=16/32, p<0/01). برای بررسی تاثیر شفقت ورزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های خودانتقادی مادران PKU از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل

در مولفه‌های خودانتقادی						
مولفه	گروه	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p
گروه	پس‌آزمون	۶۸	۱	۱۱۶۸/۶۸	۳۲/۴۶	۰/۰۰۱
	خودانتقادی درونی شده	۱۱۶۸	۱	۲۸۴/۴۸	۸/۴۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون خودانتقادی مقایسه‌ای	۲۸۴/۴۸				

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مولفه‌های خودانتقادی درونی شده (۳۲/۴۶) در سطح ۰/۰۰۱ و خودانتقادی مقایسه‌ای (۸/۴۹) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد این یافته‌ها نشانگر آنها هستند که بین گروه‌ها در این مولفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در خودانتقادی درونی شده (۳۱/۰۰) و خودانتقادی مقایسه‌ای (۳۴/۶۶) بیشتر از میانگین گروه کنترل در این

مولفه‌ها به ترتیب با میانگین (۳۸/۹۱) و (۳۸/۸۵) می‌باشد. با توجه به یافته‌ها، می‌توان گفت که شفقت‌آموزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نمرات مولفه‌های خودانتقادی مادران کودکان PKU می‌گردد. همچنین اندازه اثر در جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۶۱ درصد از تغییرات خودانتقادی درونی شده و ۳۰ درصد از واریانس خودانتقادی مقایسه‌ای را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شفقت مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر کاهش سطوح خودانتقادی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری فنیل کتونوری انجام گردید. اولین یافته پژوهش حاضر نشان داد که شفقت‌آموزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش خودانتقادی و سطوح آن در مادران دارای فرزند مبتلا به PKU گردید و میانگین نمره گروه آزمایش در خودانتقادی درونی شده و خودانتقادی مقایسه‌ای بعد از مداخله کاهش یافت. این یافته همسو با نتایج پژوهش جوهری فرد و سبک خیز (۱۳۹۶)، است. همچنین زراستوند و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش شفقت بر خودانتقادی زنان نابارور تأثیر داشته و موجب کاهش خودانتقادی در آنها شده است. نتیجه پژوهش مک ایوان و گیلبرت (۲۰۱۶) نشان داد که آموزش مبتنی بر شفقت افسردگی، اضطراب، استرس و نفرت به خود دانشجویان کاهش و شفقت آنها افزایش یافته است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که درمان متمرکز بر شفقت برای کمک به افرادی که سطوح بالایی از شرم و خودانتقادگری را تجربه می‌کنند طراحی شده است (گیلبرت و ایرون، ۲۰۰۵). خودانتقادگری شامل اشتغال فرد با افکار محکوم‌سازی است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن‌آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیا‌های درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین ذهن‌آگاهی می‌تواند به ما کمک کند تا از ذهنیتهای نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند آگاه شده، این چرخه‌های نشخوارفکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکنیم (بشارت و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین، در توجیه این یافته می‌توان گفت براساس نظریه نف، داشتن نگرش مشفقانه، تعادل‌شناختی و ذهنی فرد را افزایش می‌دهد. این توانایی معادل داشتن ذهن‌آگاهی بالا است. داشتن احساس شفقت‌ورزی موجب می‌شود احساسات منفی فرد درباره خودش کاهش پیدا کند. بخش ذهن‌آگاهانه این مؤلفه این است که شخص به جای پنهان کردن با بی‌اعتنا شدن به نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند و بپذیرد. شفقت‌ورزی از طریق پذیرش، به کاهش چالش‌های فکری اشخاص کمک می‌کند. در واقع با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد شفقت‌ورز راه‌های جدیدی برای رویارویی با مسایل می‌یابد (نف، ۲۰۱۱). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه افراد خودانتقادگر بر دستیابی به اهداف و درگیر شدن سختگیرانه بر قضاوت از خود بسیار تأکید دارند و غالباً دارای مشخصه احساس بی‌ارزشی و احساس گناه و شکست می‌باشند. در آموزش شفقت‌ورزی، افراد با شناخت سیستم تنظیم هیجان،

با ساختار مغز در بروز هیجانات و همچنین با فرآیند خودانتقادی به عنوان راهبردهای مقابله‌ای آشنا می‌شوند و با آشنایی با شرم بیرونی و درونی و شرم‌زدایی، بتدریج از مرحله "تقصیر من نیست" به "مسئولیت من است" می‌رسند. در تمرینهای تصویرسازی شفقت به دیگران و درک شفقت از طرف دیگران، مهربانی با خود و دیگران تجلی قویتری پیدا می‌کند که به کاهش خودانتقادی منتهی می‌شود. همچنین در تمرینهای مراقبه روزانه، توجه به بدن، افکار و احساسات خود، موجب می‌شود که پذیرش و مهربانی بیشتری نسبت به خود پیدا کنند. تجربه مراقبه‌های غیررسمی که به حضور در لحظه و توجه به بودن خود، تأکید دارد نیز کمک می‌کند تا فرد از غرق شدن در افکار مربوط به گذشته و افکار نگران‌کننده آینده، فاصله گرفته و در نتیجه راهبرد خودانتقادی در او کاهش پیدا کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که شفقت‌آموزی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش سطح اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به PKU گردید که این نتیجه در راستای نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۸) شیرالی-نیا و همکاران (۱۳۹۷) است. مک کنویل و همکاران (۲۰۱۹)، واردی - زونا و واردی (۲۰۲۰) همسو با یافته‌های مطالعه حاضر به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود سلامت روان اثر مثبت دارند. نتایج مطالعه مک و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند آموزش شفقت‌ورزی موجب بهبود سلامت روان می‌شود. ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات، قضاوت‌نکردن و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به مشاهده و پذیرفتن هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (کابات زین، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، آموزش ذهن‌آگاهی شفقت‌محور از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، شفقت‌ورزی، همدلی، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، موجب افزایش آگاهی از توانایی خود می‌شود و به مقابله با استرس کمک می‌کند؛ زیرا فرد دارای خودآگاهی، واکنش‌های خود را در زمان استرس تشخیص می‌دهد و می‌تواند از طریق این آگاهی، واکنش‌ها را تعدیل کند؛ همچنان که یکی از جنبه‌های مهم آموزش ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند و بدون درگیر شدن با افکار، آنها را بدون قضاوت بپذیرند (صادقی، سجادیان و نادى، ۱۳۹۹). همچنین نف (۲۰۱۱) معتقد است مؤلفه ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار واری و معطوف به ارزیابی خود پیشگیری کند و از آنجا که بخش عمده‌ای از اضطراب‌هایی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از افکار ذکر شده است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت با کاهش افکار واری خود و خودارزیابی‌های منفی، باعث کاهش اضطراب می‌شود (شیرالی نیا و همکاران، ۱۳۹۷).

در آموزش شفقت، به افراد کمک می‌شود تا با شناخت اضطراب به عنوان یک روش مقابله‌ای که برای حفاظت و بقای انسان ضروری است، با اضطراب خود به عنوان یک واقعیت روبرو شده و آن را بپذیرند. تمرینهای تنفس و انجام تمرین‌های مراقبه رسمی و غیررسمی، در کنار شناخت از

ماهیت رفتارهای مقابله‌ای مانند اضطراب، باعث می‌شود سیستم تهدید-حفاظت در مغز کاهش فعالیت و به همان نسبت سیستم تسکین و رضایت در مغز فعال‌تر شود، در نتیجه این عملکرد می‌تواند به کاهش اضطراب منجر شود. با انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌توان سطح هورمون کورتیزول را کاهش و در نتیجه موجب حفظ و افزایش آرامش در مواقع اضطراب شد. در رویکرد شفقت‌ورزی، افراد ضمن توجه به اشتراکات انسانی، با یکی از مشخصه‌های آن که پذیرفتن اشتباهات و نواقص است، آشنا می‌شوند و می‌آموزند که در عین اینکه تجارب دردناک زندگی نادیده گرفته نمی‌شود، اما می‌تواند ذهن را هم مکرر درگیر نکند تا زمینه‌ساز اضطراب نشود. مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری PKU که بعضاً دارای عقب ماندگی در رشد جسمی و ذهنی نیز می‌باشند، با اضطراب دست به گریبان هستند. بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای در کاهش اضطراب این مادران برخوردار باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از محدودیت در تعمیم یافته‌ها به گروه‌های بالینی، نبود دوره پیگیری و عدم کنترل متغیرهای جمعیتی-شناختی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان. بنابراین، پیشنهاد می‌شود بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت‌محور، در گروه‌های بالینی و غیربالینی، اجرا و اثربخشی آن به تفکیک بررسی شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه آتی، تاثیر ویژگی‌های جمعیتی شناختی (وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات و...) در گروه‌های آموزشی مختلف، مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ علی بخشی، سیده زهرا؛ موحدی نسب، علی اکبر. (۱۳۸۹). تاثیر واسطه‌ای نشخوار خشم بر رابطه بین ابعاد خشم و مهار خشم با سلامت و بیماری جسمی. *روان‌شناسی معاصر*، ۲(۵)، ۳-۱۴.
- صادقی، انسیه؛ سجادیان، ایلناز؛ نادی، محمد علی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکنترلی و سلامت روان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۶(۱)، ۳۱-۴۸.
- میلائی فر، بهروز. (۱۳۹۸). *روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*. نشر قومس.
- احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز؛ جعفری، فریبا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگ. *پوست و زیبایی*، ۱۰(۱)، ۱۸-۲۹.
- رضایی، علی محمد؛ جهان، فائزه. (۱۳۹۴). پیش‌بینی افسردگی بر اساس مؤلفه‌های کمال‌گرایی: نقش میانجی خودانتقادی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۹)، ۱-۱۸.
- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). *آزمون‌های روان‌شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- رستم پور برنجستانی، محدثه؛ عباسی، قدرت اله؛ میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۱-۱۸.
- شریعتی، مریم؛ حمید، نجمه؛ هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل؛ بشلیده، کیومرث؛ مرعشی، علی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان دختر. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۱)، ۴۳-۵۰.
- شیرالی نیا، خدیجه؛ جلاوی، رحیم؛ امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۹-۲۰.

سلیمی، آرمان، ارسلان ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *افق دانش*، ۲(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.

جوهری فرد، ر؛ سبک خیز، س. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودانتقادی و ترس از شکست در افراد دچار بیماری قلبی، نثریه پرستاری قلب و عروق، ۶، ۱۴-۲۱.

زراستوند، عاطفه؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواد؛ ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر خودتنظیمی زناشویی، دلزدگی زناشویی و خودانتقادی زنان ناباور. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴)، ۵۹۴-۶۰۵.

- Bilginsoy, C., Waitzman, N., Leonard, CO., Ernst, SL. (2005). Living with phenylketonuria: perspectives of patients and their families. *J Inher Metab Dis*, 28(5), 639-49.
- Blatt, S.J. Zuroff, D.C. Lance, L. Hawley, L.L. & Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54.
- Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 45(2), 89-98.
- 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.
- Daly, O., & Willoughby, T. (2019). A longitudinal study investigating bidirectionality among nonsuicidal self-injury, self-criticism, and parental criticism. *Psychiatry research*, 271, 678-683.
- 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.
- Gilbert, P. Clarke, M. Hempel, S. Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 5, 263-325.
- Habib, A., Fallahzadeh, M. H., Kazeroni, HR., Ganjkarimi, AH. (2010). Incidence of phenylketonuria in Southern Iran. *Iran J Med Sci*. 35(2), 137-9.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 31, 44(1), 1-25.
- Irons, C., Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 1(1), 1-8.
- Krieger, T., Reber, R., von Glutz, B., Urech, A., Moser, C.T, Schulz, A., Berge, T. (2019). An Internet-Based Compassion-Focused Intervention for Increased Self-Criticism: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 50, 430-445.
- Mak, W. W. S. Wong, C. C. Y. Chan, A. T. Y. & Lau, J. T. F. (2019). Mobile self-compassion programme for promotion of public mental health: a randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 25(2), 17-15.
- McEwan, K., Gilbert, P. (2016). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 89(2), 239-43.
- McConville, J. Lewis, D. Chambers, R. & Hased, C. (2019). Physiotherapy student experience of a mindful movement and a mindful stress-reduction intervention: A qualitative study. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47(3), 182-172.
- Muller-Pinzler L., Gazzola V., Keyzers C., Sommer J., Jansen A. & Frassle S. (2015). Neural pathways of embarrassment and their modulation by social anxiety. *NeuroImage*, 119, 252-261.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compassion*, 5(1), 12-1.
- Neff, K. D., & Germer, CK. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 28-44.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 156-144.
- 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.
- Popa, E. (2020). Particularities of Personality and Socio-Affective Behavior in Children with Mental Disabilities. *New Trends in Psychology*, 2(1), 57-61.
- Shahar, B., Szepeswol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., Levit-Binnun, N. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 346-56.
- Takahashi, T, Sugiyama, F, Kikai, T., Kawashima, I., Guan, S., Oguchi, M., Uchida, T., & Kumano, H. (2019). Changes in depression and anxiety through mindfulness group therapy in Japan: the role of mindfulness and self-compassion as possible mediators, *BioPsychoSocial Medicine*, 13, 1-10.
- 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), 419-30.
- Wardi-Zonna, K., & Wardi, A. (2020). Maternal Mental Health and Mindfulness. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 11(1), 107-93.
- Willis, T., & Gregory A. (2015). Anxiety Disorders and Sleep in Children and Adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 10(2), 125-131.
- 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), 379-39