



The Mediating Role of Religious Values and Cognitive Fusion in the Relationship Between Defect/Shame Schema and Self-Criticism in Individuals with Physical-Motor Disabilities

A'zam Żarbī¹Yāsir Riḏhāpūr Mīrşāliḥ²Muḥammad Hādī Şāfi³Zahrā Sādāt Luqmānī⁴

1. MA in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
azamzarbi2@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran (Corresponding Author).
y.rezapour@ardakan.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
m.h.safi@ardakan.ac.ir
4. MA in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.
zahasadat.loghmani@gmail.com

Received: 2025/11/05; Accepted 2026/02/10

Extended Abstract

Introduction and Objectives: Physical-motor disability, as a major challenge to health and a factor in social isolation, not only creates functional limitations but is also ac-



Authors retain the copyright. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

accompanied by extensive psychological consequences such as feelings of shame, social rejection, and negative self-evaluations. These conditions can lead to the formation and exacerbation of maladaptive cognitive schemas, such as the defect/shame schema. According to Young's theory (1999), the defect/shame schema is a stable cognitive-emotional pattern in which the individual perceives themselves as inherently defective, worthless, and shameful. This schema plays a fundamental role in the emergence and persistence of self-criticism (i.e., an internal, blaming, and hostile process towards oneself). Self-criticism, itself as a risk factor, can lead to cognitive fusion; a state in which the individual accepts their negative thoughts as accurate representations of reality and is unable to achieve cognitive distance from them. On the other hand, religious values, as a potential spiritual and supportive resource, can play a moderating or protective role in this vicious cycle. However, the intensity of self-criticism may lead to the weakening of these values. Previous research has separately addressed the relationships between these variables, but a lack of a comprehensive model examining the chain interaction of these constructs in the vulnerable population of individuals with physical-motor disabilities was felt. Therefore, the main objective of the present study was to investigate the chain-mediating role of cognitive fusion and religious values in the relationship between the defect/shame schema and self-criticism in individuals with physical-motor disabilities.

Method: This research was of an applied type with a descriptive-correlational design and was conducted using structural equation modeling (SEM). The statistical population of the study consisted of all individuals with physical-motor disabilities covered by the Welfare Organization of Mashhad city in the year 1402 (2023). Using convenience sampling, out of 350 invited individuals, finally 330 people who met the inclusion criteria (such as having a confirmed disability certificate, minimum elementary education, and informed consent) and had completed the questionnaire in full, were entered into the analysis. The average age of the participants was 32.09 years, with 67% male and 33% female. Data collection tools included: the Young Schema Questionnaire (YSQ) to measure the defect/shame schema, the Levels of Self-Criticism Scale (LOSC) to measure self-criticism, the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) to measure cognitive fusion, and the Religious Values Scale (RVS) to measure religious values. The validity and reliability of each of these tools had been confirmed in domestic and international studies. After collecting data online and in compliance with ethical principles, the data were analyzed using SPSS and AMOS software version 23. First, descriptive statistics and the Pearson correlation

matrix were calculated. Then, using structural equation modeling, the direct and indirect relationships between the variables were fitted, and the mediating role of the variables was tested using the Bootstrap method (with 5000 resamples). The fit of the final model was also evaluated using GFI, CFI, NFI, IFI, AGFI, and RMSEA indices.

Results: Correlation findings indicated that all research variables had a significant relationship with each other. Specifically, the defect/shame schema had a positive correlation with self-criticism ($r = .62, p < .01$) and cognitive fusion ($r = .63, p < .01$), and a negative correlation with religious values ($r = -.52, p < .01$). The results of the structural equation model indicated a favorable fit of the final model with the data ($X^2/df = 1.83$, $GFI = .97$, $CFI = .99$, $RMSEA = .05$). Examination of direct paths showed that the defect/shame schema had a significant positive direct effect on self-criticism ($\beta = .66, p = .001$) and cognitive fusion ($\beta = .25, p = .001$). Self-criticism had a significant positive direct effect on cognitive fusion ($\beta = .34, p = .001$) and a significant negative direct effect on religious values ($\beta = -.69, p = .001$). Religious values also had a significant negative direct effect on cognitive fusion ($\beta = -.30, p = .001$). Examination of the mediating role using the Bootstrap method showed that self-criticism significantly mediated the relationship between the defect/shame schema and cognitive fusion (indirect effect: $\beta = .36, p = .001$). Religious values significantly mediated the relationship between self-criticism and cognitive fusion (indirect effect: $\beta = .21, p = .001$). These findings indicate a chain model: the defect/shame schema increases cognitive fusion by increasing self-criticism. On the other hand, high self-criticism indirectly leads to increased cognitive fusion by weakening religious values.

Discussion and Conclusion: The findings of this study confirm a complex conceptual model of the interaction of cognitive, emotional, and spiritual constructs in individuals with physical-motor disabilities. According to schema therapy theory, the defect/shame schema, as a central core, prepares the ground for the formation of intense self-critical patterns by creating persistent feelings of shame and worthlessness. Self-criticism is not only an outcome but also a reinforcing factor that intensifies the maladaptive cognitive-emotional cycle by reducing the individual's ability to distance themselves from negative thoughts (increasing cognitive fusion). The strength and distinction of this research was the inclusion of religious values in this model. The findings showed that strong religious values can, as a spiritual resource, reduce the negative effects of self-criticism on cognitive fusion. However, severe self-criticism can itself lead to the weakening of this

protective resource. This bidirectional relationship shows the importance of integrated interventions. The findings of this study emphasize the necessity of using integrated therapeutic approaches such as schema therapy (for targeting early maladaptive schemas), acceptance and commitment therapy (for reducing cognitive fusion and increasing psychological flexibility), and strengthening spirituality and religious values (as a resource for creating meaning, self-acceptance, and support) in working with individuals with disabilities. Limitations such as the cross-sectional nature of the design, the use of convenience sampling, and the online completion of questionnaires should be considered when generalizing the results. It is suggested that future studies investigate the role of other moderating variables such as social support and resilience in this model using longitudinal design and random sampling.

Acknowledgements: This article is derived from the master's thesis of the first author. We sincerely thank all the esteemed participants in the research who assisted us in data collection by devoting their time and care. We also appreciate the cooperation of the Mashhad Welfare Organization.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest (financial, scientific, or personal) in the conduct and publication of this research.

Keywords: Religious Values, Cognitive Fusion, Defect/Shame Schema, Self-Criticism, Individuals with Physical-Motor Disabilities.

Cite this article: Żarbī, A'zam , Riḏhāpūr Mīrṣālīh, Yāsir, Şāfī, Muḥammad Hādī, and Luqmānī, Zahrā Sādāt (2026). The Mediating Role of Religious Values and Cognitive Fusion in the Relationship Between Defect/Shame Schema and Self-Criticism in Individuals with Physical-Motor Disabilities, *Journal of Studies in Islam and Psychology*, 20(41): 167-194.

نقش میانجی ارزش‌های مذهبی و همجوشی‌شناختی در ارتباط بین طرحواره نقص/شرم و خودانتقادی در معلولین جسمی حرکتی

اعظم ضربی^۱، یاسر رضایپور میر صالح^۲،
محمد هادی صافی^۳، زهرا سادات لقمانی^۴

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

azamzarbi2@gmail.com

۲. دکترای تخصصی، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

y.rezapour@ardakan.ac.ir

۳. دکترای تخصصی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

m.h.safi@ardakan.ac.ir

۴. دکترای تخصصی، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

zahrasadat.loghmanii@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۱

چکیده گسترده

مقدمه و اهداف: معلولیت جسمی - حرکتی به عنوان یکی از چالش‌های عمده سلامت و انزوا، نه تنها محدودیت‌های عملکردی ایجاد می‌کند بلکه با پیامدهای روانی گسترده‌ای مانند احساس



نوع مقاله: پژوهشی

شرم، طرد اجتماعی و ارزیابی‌های منفی از خود همراه است. این شرایط می‌تواند به شکل‌گیری و تشدید طرحواره‌های شناختی ناسازگاری مانند طرحواره نقص/شرم بینجامد. براساس نظریه یانگ (۱۹۹۹)، طرحواره نقص/شرم یک الگوی شناختی - هیجانی پایدار است که در آن فرد خود را ذاتاً معیوب، بی‌ارزش و شرم‌آور می‌پندارد. این طرحواره نقش اساسی در ایجاد و تداوم خودانتقادی (فرایند درونی سرزنش‌گر و خصمانه نسبت به خود) دارد. خودانتقادی، خود به عنوان یک عامل خطر می‌تواند به همجوشی شناختی بینجامد؛ حالتی که در آن فرد افکار منفی خود را به عنوان بازنمایی دقیقی از واقعیت می‌پذیرد و قادر به فاصله‌گیری شناختی از آنها نیست. از سوی دیگر ارزش‌های مذهبی به عنوان یک منبع معنوی و حمایتی بالقوه می‌تواند در این چرخه معیوب، نقش تعدیل‌کننده یا محافظتی ایفا کند؛ با این حال شدت خودانتقادی ممکن است به تضعیف این ارزش‌ها بینجامد. پژوهش‌های پیشین به طور جداگانه به روابط این متغیرها پرداخته‌اند، اما کمبود یک مدل جامع احساس می‌شد که تعامل زنجیره‌ای این سازه‌ها را در جمعیت آسیب‌پذیر معلولین جسمی- حرکتی بررسی کند؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی زنجیره‌ای همجوشی شناختی و ارزش‌های مذهبی در رابطه بین طرحواره نقص/شرم و خودانتقادی در افراد دارای معلولیت جسمی- حرکتی بود.

روش: این پژوهش از نوع کاربردی و با طرح توصیفی - همبستگی و به شیوه مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان ۳۵۰ نفر دعوت شده، در نهایت ۳۳۰ نفر که ملاک‌های ورود (مانند داشتن تأییدیه معلولیت، حداقل سواد ابتدائی و رضایت آگاهانه) را داشتند و پرسشنامه را به طور کامل تکمیل کرده بودند، وارد تحلیل شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲.۰۹ سال بود که ۶۷٪ مرد و ۳۳٪ زن بودند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ) برای سنجش طرحواره نقص/شرم، مقیاس سطوح خودانتقادی (LOSC) برای سنجش خودانتقادی، پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ) برای سنجش همجوشی شناختی و پرسشنامه ارزش‌های مذهبی (RVS) برای سنجش ارزش‌های مذهبی بودند. روایی و پایایی هر یک از این ابزارها در مطالعات داخلی و خارجی تأیید شده بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها به صورت برخط و با

رعایت اصول اخلاقی، داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفتند. نخست آمار توصیفی و ماتریس همبستگی پیرسون محاسبه شد، سپس با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها برازش گردید و نقش میانجی متغیرها با روش بوت‌استرپ (با ۵ هزار نمونه تکرار) آزمون شد. برازش مدل نهایی نیز با شاخص‌های GFI، AGFI، IFI، NFI، CFI و RMSEA ارزیابی شد.

نتایج: یافته‌های همبستگی نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش با یکدیگر رابطه معناداری دارند؛ به طور خاص طرحواره نقص/شرم با خودانتقادی ($r=0.62, p<0.01$) و همجوشی شناختی ($r=0.63, p<0.01$) همبستگی مثبت و با ارزش‌های مذهبی ($r=-0.52, p<0.01$) همبستگی منفی داشت. نتایج مدل معادلات ساختاری گویای برازش مطلوب مدل نهایی با داده‌ها بود ($RMSEA=0.05$)، $GFI=0.99$ ، $CFI=0.99$ ، $X^2/df=1.83$). بررسی مسیرهای مستقیم نشان داد که طرحواره نقص/شرم بر خودانتقادی ($\beta=0.66, p=0.01$) و همجوشی شناختی ($\beta=0.25, p=0.01$) اثر مستقیم مثبت و معنادار دارد. خودانتقادی بر همجوشی شناختی اثر مستقیم مثبت ($\beta=0.34, p=0.01$) و بر ارزش‌های مذهبی اثر مستقیم منفی و معنادار دارد ($\beta=-0.69, p=0.01$). ارزش‌های مذهبی بر همجوشی شناختی اثر مستقیم منفی و معنادار نیز داشت ($\beta=-0.30, p=0.01$). بررسی نقش میانجی با روش بوت‌استرپ نشان داد که خودانتقادی به طور معناداری رابطه بین طرحواره نقص/شرم و همجوشی شناختی را میانجی‌گری می‌کند (اثر غیرمستقیم $\beta=0.36, p=0.01$). ارزش‌های مذهبی به طور معناداری رابطه بین خودانتقادی و همجوشی شناختی را میانجی‌گری می‌کند (اثر غیرمستقیم $\beta=0.21, p=0.01$). این یافته‌ها بیانگر یک مدل زنجیره‌ای است: طرحواره نقص/شرم از راه افزایش خودانتقادی، همجوشی شناختی را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر خودانتقادی بالا با تضعیف ارزش‌های مذهبی به طور غیرمستقیم به افزایش همجوشی شناختی می‌انجامد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش مدل مفهومی پیچیده‌ای را از تعامل سازه‌های شناختی، هیجانی و معنوی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی تأیید می‌کند. براساس نظریه طرحواره درمانی، طرحواره نقص/شرم به عنوان یک هسته مرکزی با ایجاد احساس شرم و بی‌ارزشی پایدار، زمینه را برای شکل‌گیری الگوهای شدید خودانتقادی فراهم می‌کند. خودانتقادی نیز نه تنها یک پیامد، بلکه یک عامل تقویت‌کننده است که با کاهش توانایی فرد در فاصله‌گیری از افکار منفی

(افزایش همجوشی‌شناختی)، چرخه معیوب شناختی - هیجانی را تشدید می‌کند. نقطه قوت و تمایز این پژوهش، وارد کردن ارزش‌های مذهبی به این مدل بود. یافته‌ها نشان داد که ارزش‌های مذهبی قوی می‌توانند به عنوان یک منبع معنوی، اثرهای منفی خودانتقادی بر همجوشی‌شناختی را کاهش دهند؛ با این حال خودانتقادی شدید می‌تواند خود به تضعیف این منبع محافظتی بینجامد. این دوسو بودن رابطه، اهمیت مداخلات یکپارچه را نشان می‌دهد. یافته‌های این پژوهش بر ضرورت به کارگیری رویکردهای درمانی تلفیقی مانند طرحواره درمانی (برای هدف‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان پذیرش و تعهد (برای کاهش همجوشی‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی) و تقویت معنویت و ارزش‌های مذهبی (به عنوان منبعی برای ایجاد معنا، خودپذیری و حمایت) در کار با افراد دارای معلولیت تأکید می‌کند. محدودیت‌هایی مانند مقطعی بودن طرح، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و تکمیل برخط پرسشنامه‌ها باید در تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی طولی و نمونه‌گیری تصادفی، نقش متغیرهای تعدیل‌کننده دیگری مانند حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را نیز در این مدل بررسی کنند.

تقدیر و تشکر: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است. از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در پژوهش که با صرف وقت و دقت، ما را در گردآوری داده‌ها یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود؛ همچنین از همکاری سازمان بهزیستی شهر مشهد قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع (مالی، علمی یا شخصی) در انجام و انتشار این پژوهش وجود ندارد.

واژگان کلیدی: ارزش مذهبی، همجوشی‌شناختی، طرحواره نقص/شرم، خودانتقادی، معلولین جسمی - حرکتی.

استناد: ضریبی، اعظم، رضاپور میرصالح، یاسر، صافی، محمدهادی و لقمانی، زهرا سادات (۱۴۰۵). نقش میانجی ارزش‌های مذهبی و همجوشی‌شناختی در ارتباط بین طرحواره نقص/شرم و خودانتقادی در معلولین جسمی حرکتی. مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۲۰(۴۱): ۱۶۷-۱۹۴.

مقدمه

معلولیت^۱ یک پدیده طبیعی و اجتماعی می‌باشد که در جوامع مختلف همواره وجود داشته است. آمار نشان می‌دهد که در هر جامعه، درصدی از افراد را اشخاص دارای معلولیت تشکیل می‌دهند. معلولیت شرایطی است که هر فرد ممکن است در طول زندگی با آن روبه‌رو شود و در نتیجه در موقعیت‌های اجتماعی، شغلی یا فردی، وضعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران تجربه کند (شارما^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). در حوزه توانبخشی، معلولیت به‌طور کلی به چهار دسته اصلی تقسیم می‌شود: جسمی - حرکتی، حسی، احشائی و سالمندی. معلولیت جسمی - حرکتی به شرایطی گفته می‌شود که در آن فرد به دلیل آسیب یا اختلال در سیستم حرکتی بدن با محدودیت‌هایی در حرکت و انجام فعالیت‌های روزمره مواجه می‌شود. این افراد ممکن است برای انجام فعالیت‌های حرکتی خود، نیاز به وسایل کمکی مانند عصا، واکر یا ویلچر داشته باشند. توانبخشی در این زمینه به منظور بهبود عملکرد حرکتی و افزایش استقلال فردی طراحی می‌شود (کیم^۳ و همکاران، ۲۰۲۵).

معلولیت همیشه همراه با تاریخ بشر وجود داشته است. در تمامی دوره‌ها افرادی بوده‌اند که توانایی‌های اجتماعی و عملکردهای شناختی آنها کمتر از حد متوسط بوده است. تخمین دقیق میزان شیوع معلولیت‌های جسمی - حرکتی بسیار دشوار است. براساس آمارهای جهانی، حدود ۱ درصد از جمعیت زیر ۶۰ سال با معلولیت جسمی - حرکتی روبه‌رو هستند که این نسبت در افراد بالای ۶۰ سال به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (اسدی و اسکویی شمالی، ۱۴۰۳). بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۳)، بیش از ۳/۱ میلیارد نفر در سراسر جهان با نوعی معلولیت قابل توجه زندگی می‌کنند که حدود ۱۶٪ جمعیت جهان را شامل می‌شود. این آمار نشان‌دهنده روند افزایشی تعداد افراد دارای معلولیت است و بسیاری از آنان در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین سکونت دارند. افراد دارای معلولیت با چالش‌های گسترده‌ای در تمام جنبه‌های زندگی روبه‌رو هستند و محدودیت‌های اجتماعی، اقتصادی، محیطی و فرهنگی فراوانی را تجربه می‌کنند (گرو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که دارای

1. disability
2. Sharma
3. Kim
4. Gréaux

ناتوانی یا نقص جسمی هستند، افزون بر مشکلات سلامتی با چالش‌های گسترده اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی روبه‌رو هستند. آنها اغلب با بیکاری یا اشتغال ناقص مواجه‌اند و میزان بیکاری در میان آنها دست‌کم سه برابر افراد عادی است. کلیشه‌ها و نگرش‌های منفی نسبت به نقص جسمی و تعاملات تبعیض‌آمیز جامعه، تجربه انگ اجتماعی، احساس شرم و درنهایت افزایش خودانتقادی را در میان این افراد تشدید می‌کند (سیلون - فررو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

خودانتقادی به معنای نوعی آزار و اذیت درونی است که موجب تضعیف فرد و افزایش استرس می‌شود. انتقاد از خود با فعالیت بیش از حد آمیگدال همراه است و محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال^۲ را فعال می‌کند که به ترشح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌انجامد. این ویژگی در بیشتر اختلالات روانی مشترک می‌باشد و نشان‌دهنده تمایل فرد به تنبیه خود در صورت عدم رعایت استانداردهاست (نورتون^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). افراد خودانتقادگر معمولاً روابط صمیمی کمتری دارند و تلاش کمتری برای ایجاد دوستی نزدیک نشان می‌دهند که می‌تواند ناشی از ترس آنها از طرد باشد (ادواردز^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). خودانتقادی شامل دو نوع اصلی است: خودانتقادی بیرونی و مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی‌شده. خودانتقادی بیرونی سبب می‌شود فرد معلول احساس بی‌کفایتی، حقارت و ناامیدی کند؛ درحالی‌که خودانتقادی درونی به انزجار و تنفر از خود می‌انجامد. این دو نوع خودانتقادی اغلب با یکدیگر همپسته‌اند (زاکاری^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعه عوامل مؤثر بر خودانتقادی می‌تواند به مدیریت و کاهش آن کمک کند؛ یکی از این عوامل، طرحواره نقص/شرم است. این نوع طرحواره که در حوزه طرد و بریدگی قرار دارد، موجب می‌شود فرد خود را ناقص، بی‌ارزش و حقیر بداند و تصور کند که در مواجهه با نگاه دیگران، حتماً طرد خواهد شد. افراد دارای این طرحواره نسبت به کمبودها و نقص‌های شخصی یا عمومی خود احساس شرم می‌کنند. شرم نیز دو شکل دارد: درونی و بیرونی؛ در شرم بیرونی، تمرکز فرد بر دیدگاه دیگران است و نگرانی

1. Silván-Ferrero

2. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis (HPA)

3. Norton et al

4. Edwards

5. Zaccari

دارد که دیگران چگونه او را می‌بینند (رامامورتی و چن،^۱ ۲۰۲۵) و در شرم درونی، فرد به‌طور مداوم خود را مورد قضاوت منفی قرار می‌دهد و احساس بی‌ارزشی می‌کند. این نوع شرم با خودانتقادی و احساس بی‌کفایتی ارتباط نزدیکی دارد و می‌تواند به اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب بینجامد (وانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که دارای طرحواره نقص/شرم هستند، در تعاملات اجتماعی و روابط صمیمی خود معمولاً احساس ناکارآمدی و کمبود می‌کنند. آنها تمایل دارند خود را در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیتی منفی و بی‌ارزش ارزیابی کنند و انتظار دارند دیگران آنها را سرزنش یا طرد کنند. این افراد معمولاً هوش هیجانی پایین‌تری دارند، قادر به درک درست احساسات خود و دیگران نیستند، مهارت‌های اجتماعی محدودی دارند و هنگام فعال شدن طرحواره، تجربه شدیدی از هیجانات منفی را دارند (یانگ^۳، ۱۹۹۹)؛ در نتیجه طرحواره نقص/شرم می‌تواند سطح خودانتقادی فرد را افزایش دهد. یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با خودانتقادی، همجوشی شناختی است. همجوشی شناختی به حالتی اشاره دارد که در آن افکار با شدت باورپذیری بالا تجربه می‌شوند، کنترل آنها دشوار است و بر سایر جنبه‌های تجربه فرد تسلط پیدا می‌کنند؛ در این وضعیت، فرد در پذیرش دیدگاه‌های جایگزین یا فاصله‌گیری از افکار منفی ناتوان است (سیفی و هارون‌الرشیدی، ۲۰۲۴)؛ به بیان دیگر همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که فرد نتواند افکار خود را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی و گذرا درک کند و آنها را حقیقتی قطعی و بازتابی مستقیم از واقعیت بداند (پیشکوفسکا و همکاران، ۲۰۲۴). این فرایند موجب می‌شود که رنج روانی ناشی از افکار و زبان ذهنی، همزمان با تجربه شناختی فرد بروز پیدا کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودانتقادی بالا می‌تواند یکی از پیش‌بین‌های مهم افزایش همجوشی شناختی باشد. افرادی که به‌شدت خودانتقادگرند، معمولاً کنترل و انعطاف‌پذیری کمتری در برابر افکار خود دارند و به دلیل تمرکز افراطی بر شکست‌ها، کاستی‌ها و ارزیابی‌های منفی، افکار خود را واقعیتی مطلق برداشت می‌کنند؛ در نتیجه میزان همجوشی شناختی افزایش می‌یابد و فرد در برابر پریشانی روان شناختی، کاهش خودکارآمدی و افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌شود (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴؛ باررا - کابالر و همکاران، ۲۰۲۴). در میان افراد دارای معلولیت به دلیل وجود نقص‌های جسمانی یا

-
1. Ramamurthy & Chen
 2. Wong
 3. Young

تفاوت‌های ظاهری، احتمال تجربه ارزیابی‌های منفی از سوی دیگران و درونی‌سازی این قضاوت‌ها بیشتر است. این وضعیت موجب افزایش خودانتقادی و در پی آن، تشدید همجوشی‌شناختی می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت خودانتقادی نقش میانجی میان طرحواره نقص/شرم و همجوشی‌شناختی را ایفا می‌کند و از این راه، موجب تقویت فرایندهای شناختی و هیجانی منفی در فرد می‌شود (کرافت و همکاران، ۲۰۱۹).

به طور کلی می‌توان گفت همجوشی‌شناختی بخشی از ساختار ناکارآمد طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این طرحواره‌ها از راه پاسخ‌های مقابله‌ای مانند اجتناب، تسلیم و جبران بیش از حد تداوم می‌یابند و سطح خودانتقادی را افزایش می‌دهند؛ به‌ویژه طرحواره نقص/شرم با ایجاد خودانتقادی موجب می‌شود فرد در مواجهه با افکار و تجارب خود کنترل کمتری داشته باشد و در نتیجه همجوشی‌شناختی تشدید گردد. بدین ترتیب انعطاف‌پذیری روانی کاهش می‌یابد و فرد در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (فاستینو و واسکو، ۲۰۲۰).

از آنجا که خودانتقادی می‌تواند نقش مهمی در تشدید فرایندهای شناختی منفی مانند همجوشی‌شناختی داشته باشد، بررسی متغیرهایی ضروری است که می‌توانند این چرخه را تضعیف یا تعدیل کنند. یکی از این متغیرهای تأثیرگذار، ارزش‌های مذهبی است که به‌عنوان نظامی از باورها، احساسات و رفتارها، جهت‌دهنده معنا و انسجام در زندگی فرد به شمار می‌آیند. ارزش‌های مذهبی از عوامل مهمی هستند که ممکن است تحت تأثیر فرایندهای شناختی و هیجانی منفی از جمله خودانتقادی قرار گیرند آلپورت (۱۹۵۰) معتقد بود احساسات مذهبی بخشی جدایی‌ناپذیر از شخصیت انسان است و به تجربه‌های زندگی معنا، جهت و انسجام می‌بخشد؛ در همین راستا باورهای دینی می‌توانند منبعی برای آرامش روانی، پذیرش خود و سازگاری با شرایط دشوار باشند (مسی و همکاران، ۲۰۱۲؛ اونیدیپ و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که نگرش‌های دینی و ارزش‌های معنوی در افراد دارای معلولیت می‌تواند زمینه‌ای برای کاهش افسردگی، افزایش احساس ارزشمندی و مقابله با انگ اجتماعی فراهم سازند (تیموری و محمدجعفری، ۱۳۹۹؛ جعفریان‌پسار و شهیدی، ۱۴۰۱)؛ با این حال افزایش خودانتقادی می‌تواند با تضعیف باورهای دینی و کاهش احساس انسجام معنوی همراه

باشد و از این راه، نقش منفی در نظام ارزشی فرد ایفا کند. در نتیجه می‌توان گفت خودانتقادی رابطه‌ای دوسویه با ارزش‌های مذهبی دارد؛ از یک سو ممکن است باورهای مذهبی قوی موجب تعدیل اثرهای مخرب خودانتقادی شوند و از سوی دیگر خودانتقادی شدید می‌تواند به تضعیف باورها و احساس معنای زندگی بینجامد.

ارزش‌های مذهبی می‌توانند به عنوان منابع روانی و معنوی، اثرهای منفی خودانتقادی را بر تجربه‌های شناختی و هیجانی تعدیل کنند. افرادی که سطح بالایی از خودانتقادی دارند ممکن است تجربه ارزش‌های مذهبی و معنوی خود را تضعیف کنند و در نتیجه انسجام روانی و توانایی مقابله با افکار منفی کاهش یابد. این فرایند می‌تواند سبب افزایش همجوشی‌شناختی و آسیب‌پذیری هیجانی شود (مسی و همکاران، ۲۰۱۲؛ اونیدیپ و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که نگرش‌های دینی در افراد دارای معلولیت می‌تواند به کاهش اثرهای روانی خودانتقادی کمک کند و به سازگاری بهتر با محدودیت‌ها و فشارهای اجتماعی بینجامد (تیموری و محمدجعفری، ۱۳۹۹؛ جعفریان پسر و شهیدی، ۱۴۰۱).

با توجه به مرور نظریه‌ها و یافته‌های پیشین، طرحواره نقص/شرم به عنوان یک ساختار شناختی ناسازگار اولیه، می‌تواند فرد را به سمت خودانتقادی سوق دهد و تجربه‌های هیجانی و شناختی منفی را تقویت کند. خودانتقادی نیز می‌تواند توانایی فرد را در مدیریت افکار و احساسات محدود سازد و تجربه‌های شناختی نادرست یا همجوشی‌شناختی را تشدید کند؛ افزون بر این، باورها و ارزش‌های مذهبی به عنوان یکی از منابع معنوی و روانی فرد، ممکن است با کاهش خودانتقادی و تقویت سازگاری روانی، نقش حفاظتی ایفا کنند. بررسی این روابط و تعامل میان طرحواره‌ها، خودانتقادی، همجوشی‌شناختی و ارزش‌های مذهبی می‌تواند به درک بهتر فرایندهای شناختی و هیجانی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی کمک کند و زمینه‌ساز طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای بهبود سلامت روان و ارتقای بهزیستی معنوی در این گروه باشد. مطالعات پیشین عمدتاً به بررسی اثرهای مستقیم طرحواره‌ها، همجوشی‌شناختی یا ارزش‌های مذهبی بر سلامت روان و خودانتقادی پرداخته‌اند، اما ارتباط ترکیبی این عوامل و نقش میانجی و تعدیل آنها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. شناخت این روابط می‌تواند به طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای کاهش خودانتقادی و در نتیجه کاهش همجوشی‌شناختی

و تقویت ارزش‌های مذهبی و بهزیستی روانی در افراد دارای معلولیت کمک کند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری بین طرحواره نقص/شرم، خودانتقادی، همجوشی شناختی و ارزش مذهبی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی انجام شد. این پژوهش می‌کوشد ضمن روشن‌سازی روابط مستقیم و غیرمستقیم میان این متغیرها به توسعه نظریه‌های روان‌شناسی بالینی و مثبت‌نگر در زمینه مدیریت خودانتقادی و ارتقای سلامت روان در افراد دارای معلولیت کمک کند. بر این اساس پژوهش حاضر می‌تواند راهنمای علمی برای روان‌شناسان، مشاوران، متخصصان توانبخشی و نهادهای حمایتی باشد تا با طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی، شدت طرحواره‌های ناسازگار و فرایندهای خودانتقادی را کاهش دهد و از این راه به تقویت ارزش‌های مذهبی، معنوی و سازگاری روانی در این گروه از افراد کمک کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طراحی توصیفی - همبستگی و به شیوه مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود که وضعیت معلولیت آنان از سوی کارشناسان اداره بهزیستی تأیید شده بود. نمونه شامل افراد با انواع مختلف معلولیت جسمی - حرکتی از جمله قطع عضو، ناهنجاری‌های اسکلتی و ضایعات نخاعی با شدت معلولیت متغیر از خفیف تا شدید بود. براساس توصیه گاداگنولی و ولیسر (۱۹۸۸)، پژوهش‌هایی که از روش تحلیل مسیر و الگویابی استفاده می‌کنند به نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر یا بیشتر نیاز دارند. در آغاز ۳۵۰ فرد واجد شرایط دعوت به مشارکت شدند و پس از اعمال معیارهای ورود و خروج و حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های ۳۳۰ نفر برای تحلیل نهایی باقی ماند. ملاک‌های ورود شامل داشتن عارضه جسمی - حرکتی تأییدشده مطابق پرونده پزشکی، حداقل تحصیلات ابتدائی و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی یا داشتن اختلال روان‌پزشکی تعیین شد. پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ارائه توضیحاتی درباره اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت برخط در اختیار آنان قرار گرفت و از شرکت‌کنندگان خواسته شد

پاسخ‌ها را با دقت براساس ویژگی‌های فردی خود تکمیل کنند. داده‌ها به صورت فردی جمع‌آوری شد و شرکت‌کنندگان اطمینان داده شدند که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند؛ همچنین امکان انصراف در هر مرحله از مشارکت برای افراد فراهم بود.

ابزارهای سنجش

مقیاس سطوح خود انتقادی^۱ (LOSC): این ابزار توسط تامسون و زروف^۲ (۲۰۰۴) طراحی شد تا سطح خودانتقادی افراد را در دو مؤلفه اندازه‌گیری کند: خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی. این مقیاس شامل ۲۲ گویه است که در طیف لیکرت از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. برخی از گویه‌ها (۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ مربوط به خرده‌مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹ مربوط به خودانتقادی درونی هستند. دامنه نمرات مقیاس از ۲۲ تا ۱۳۲ متغیر است؛ به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی است. تامسون و زروف (۲۰۰۴) روایی و پایایی این مقیاس را بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ دانشجو بررسی کردند. تحلیل عوامل نشان داد که مقیاس دارای دو عامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی است و بین خرده‌مقیاس‌ها با خرده‌مقیاس روان‌نژندی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی رابطه معنادار وجود دارد. ضریب پایایی برای خرده‌مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شد و همبستگی آنها با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با نوروژگرای به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۳ بود. در مطالعات بعدی، یاماگوجی و کیم^۳ (۲۰۱۳) روایی مقیاس را با همبستگی خودانتقادی درونی شده با مقیاس افسردگی بک ۰/۲۰ و پایایی را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ تأیید کردند. در ایران، عبدی و همکاران (۱۳۹۸) روایی همگرا را از راه همبستگی با مقیاس خودتردیدی ۰/۴۴ به دست آوردند و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

1. levels of self-criticism scale (LOSC)

2. Thompson & Zuroff

3. Yamaguchi & Kim

پرسشنامه همجویشی شناختی^۱ (CFQ): این مقیاس را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) به منظور سنجش همجویشی شناختی افراد طراحی کردند. شامل هفت سؤال است که براساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای (از «همیشه درست» تا «هرگز درست نیست») نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس نمره‌گذاری به ترتیب از ۱ برای گزینه «همیشه درست» تا ۷ برای گزینه «هرگز درست نیست» صورت می‌گیرد و در نتیجه دامنه نمرات بین ۷ تا ۴۹ متغیر است. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) پایایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند؛ به گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ $0/93$ و ضریب بازآزمایی در فاصله چهار هفته‌ای $0/80$ به دست آمد. همبستگی این مقیاس نیز با مقیاس تعهد و پذیرش $0/72$ و با مقیاس ذهن‌آگاهی ساوت‌همپتون $0/70$ گزارش شد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که پرسشنامه از ساختار تک‌عاملی برخوردار است و ضرایب پایایی درونی آن در مطالعات مختلف بین $0/88$ تا $0/93$ در نمونه‌های دانش‌آموزی، شغلی و بالینی به دست آمده است. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار بررسی و تأیید شده است؛ برای مثال صدری‌دمیرچی و صمدی‌فرد (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ $0/81$ را گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش زارع (۱۳۹۳) نیز نشان داد این مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار است و ضریب پایایی آن $0/76$ برآورد می‌شود.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه جفری یانگ فرم بلند^۲ (YSQ): پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۹) طراحی شده که یکی از ابزارهای معتبر در سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. فرم بلند این پرسشنامه شامل ۲۰۵ گویه می‌باشد که شانزده طرحواره ناسازگار اولیه را در پنج حوزه اصلی (طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری) ارزیابی می‌کند. پاسخدهی به پرسشنامه براساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت از «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» صورت می‌گیرد. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های داخلی و خارجی تأیید شده است. اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین $0/83$ تا $0/96$ برای طرحواره‌های مختلف گزارش کردند؛ همچنین ضرایب آزمون-بازآزمون در دامنه $0/50$ تا $0/82$ به دست آمده است. در پژوهش‌های ایرانی نیز پایایی

1. cognitive fusion questionnaire

2. Young Schema Questionnaire (YSQ)

این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده است (ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۸۷). نتایج تحلیل عاملی نیز روایی سازه مطلوب این پرسشنامه را نشان می‌دهد.

پرسشنامه ارزش‌های مذهبی^۱ (RVS): این پرسشنامه را برایث‌ویت و لاو^۲ (۱۹۸۵) و براساس نظریه ارزش‌های راکیچ^۳ (۱۹۷۳) طراحی کرده‌اند. این مقیاس از فهرست ارزش‌های اجتماعی برایث‌ویت و لاو اقتباس شده و شامل سه گویه است که میزان پایبندی افراد به ارزش‌های مذهبی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر گویه براساس یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً رد می‌کنم) تا ۷ (بیشترین اهمیت) مشخص می‌کنند. دامنه نمرات پرسشنامه از ۷ تا ۲۱ متغیر است و نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر پایبندی به ارزش‌های مذهبی است. پژوهش‌های مختلف شواهد معتبری از روایی و پایایی این پرسشنامه ارائه داده‌اند. ضرایب همسانی درونی این مقیاس معمولاً بالاتر از ۰/۹۰ گزارش می‌شود که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مطلوب ابزار است؛ همچنین روایی همگرا و واگرا آن مورد تأیید می‌باشد؛ برای مثال نتایج پژوهش هیون و کیاروچی^۴ (۲۰۰۷) نشان داد که ارزش‌های مذهبی همبستگی مثبت و معناداری با وظیفه‌شناسی، عزت‌نفس و صفت امید دارند و در مقابل با روان‌پریشی آیزنک رابطه منفی و معناداری نشان دادند. این یافته‌ها تأییدی بر اعتبار سازه‌ای مقیاس ارزش‌های مذهبی هستند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها به دو صورت تجزیه و تحلیل شدند: آمار توصیفی شامل شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی و نیز آمار استنباطی از راه مدل‌سازی معادلات ساختاری. پردازش و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS (نسخه ۲۳) انجام شد.

-
1. Religious values scale (RVS)
 2. Braithwaite & Law
 3. Rokeach
 4. Heaven & Ciarrochi

یافته‌ها

در پژوهش حاضر نمونه‌ای شامل ۳۳۰ نفر بررسی شد که از این میان ۲۲۱ نفر مرد (۶۷ درصد) و ۱۰۹ نفر زن (۳۳ درصد) بودند. براساس وضعیت تأهل، ۲۳۰ نفر مجرد (۶۹/۷ درصد) و ۱۰۰ نفر متأهل (۳۰/۳ درصد) گزارش شدند. از لحاظ سطح تحصیلات، ۷۴ نفر دارای تحصیلات ابتدائی (۲۲/۴ درصد)، ۸۱ نفر راهنمایی و سیکل (۲۴/۵ درصد)، ۹۲ نفر دبیرستان و دیپلم (۲۷/۹ درصد)، ۷۱ نفر کاردانی و کارشناسی (۲۱/۵ درصد) و ۱۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر (۳/۶ درصد) بودند. در زمینه اشتغال، ۲۵ نفر شاغل تمام‌وقت (۷/۶ درصد)، ۱۰۸ نفر شاغل پاره‌وقت (۳۲/۷ درصد) و ۱۹۷ نفر بیکار (۵۹/۷ درصد) بودند؛ همچنین از نظر نوع عارضه جسمانی، ۱۶ نفر دچار قطع عضو (۴/۸ درصد)، ۱۰۵ نفر دارای ناهنجاری‌های استخوانی (۳۱/۸ درصد) و ۲۰۹ نفر مبتلا به ضایعات نخاعی (۶۳/۳ درصد) بودند. میانگین سنی افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی در این مطالعه برابر با ۹/۳۲ سال گزارش شد. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای طرحواره نقص/شرم، خودانتقادی، ارزش مذهبی و همجوشی‌شناختی در معلولین جسمی - حرکتی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودانتقادی	خودانتقادی مقایسه‌ای	۳۲/۵۸	۶/۵۷	۰/۰۲	-۰/۰۲
	خودانتقادی درونی	۲۵/۹۳	۶/۹۶	۰/۲۷	۰/۱۸
	نمره کل خودانتقادی	۵۸/۵۲	۱۲/۹۷	۰/۱۷	۰/۰۲
طرحواره نقص/شرم	-	۴۱/۲۱	۸/۸۴	-۰/۱۶	۰/۷۰
همجوشی‌شناختی	-	۱۸/۳۹	۸/۸۶	۰/۳۵	-۱/۰۳
ارزش مذهبی	-	۱۶/۵۶	۴/۴۳	-۰/۸۶	-۰/۴۱

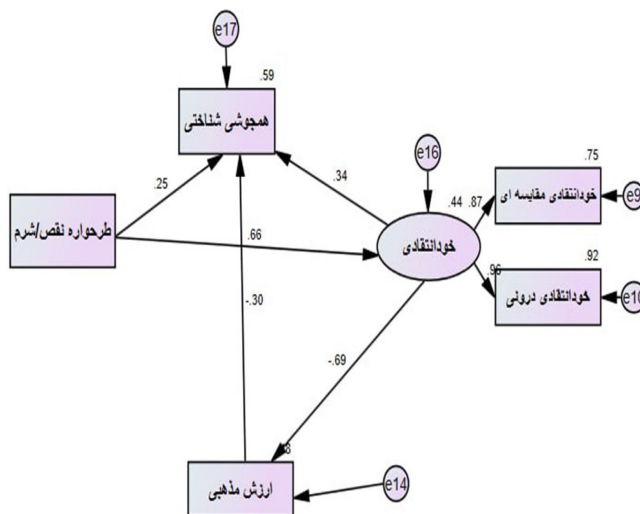
پیش از اجرای تحلیل همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های لازم برای آزمون‌های پارامتریک ارزیابی شد؛ در این مرحله، نخست وضعیت داده‌های گمشده، نرمال بودن توزیع متغیرها، استقلال خطاها و نبود هم‌خطی چندگانه بررسی گردید. پس از اطمینان از کفایت حجم نمونه و مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری به کار گرفته شد. برای مدیریت داده‌های مفقود از روش جایگزینی میانگین استفاده شد. نرمال بودن متغیرها از راه شاخص‌های کجی

نقش میانجی ارزش‌های مذهبی و همجوشی شناختی در ارتباط بین طرحواره نقص/شرم و خودانتقادی در معلولین جسمی حرکتی ۱۸۵۰۰۰

و کشیدگی ارزیابی شد؛ به طوری که مقادیر کجی بین $0/40$ تا $1/30$ - و کشیدگی بین $0/77$ تا $1/03$ - قرار گرفت. با توجه به اینکه تمامی مقادیر در دامنه ± 2 بودند می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها از نرمالیتی قابل قبولی برخوردار است. یکی دیگر از مفروضه‌های مهم تحلیل مسیر، عدم هم خطی چندگانه میان متغیرهای مستقل است. یافته‌های همبستگی پیرسون (جدول ۲) نشان داد که ضرایب همبستگی میان متغیرهای پیش‌بین کمتر از $0/90$ بوده و بنابراین این شرط برقرار است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. طرحواره نقص/شرم	۱			
۲. همجوشی شناختی	$0/63^{**}$	۱		
۳. ارزش مذهبی	$-0/52^{**}$	$-0/42^{**}$	۱	
۴. خودانتقادی	$0/62^{**}$	$0/67^{**}$	$-0/65^{**}$	۱



شکل ۱. الگوی ساختاری نهایی مدل معادلات ساختاری

همچنین داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای (Box Plot) بررسی شد که نتایج گویای نبود داده پرت بود. برای بررسی استقلال خطاها، آماره دوربین-واتسون محاسبه شد ($DW=1/85$)

که بیانگر برقراری این فرضیه بود؛ افزون بر آن، شاخص‌های تلرانس و عامل تورم واریانس (VIF) بررسی شدند. نتایج نشان داد تلرانس کمتر از ۱ و VIF کمتر از ۱۰ است و بنابراین مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه تأیید شد؛ در نهایت شاخص کفایت نمونه‌برداری KMO برابر با ۰/۹۴ و آزمون کرویت بارتلت معنادار (df=۱۰۵, $P < ۰/۰۱$) به دست آمد که گویای مناسب بودن داده‌ها برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. بر این اساس در ادامه یافته‌های مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری متغیرها ارائه می‌شود.

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد مسیرها

مسیرها	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه
طرحواره نقص/شرم بر خودانتقادی	۰/۶۶۰	۰/۴۲۶	۰/۰۳۲	۱۳/۴۵۷	۰/۰۰۱	تأیید
طرحواره نقص/شرم بر همجوشی‌شناختی	۰/۲۵۴	۰/۲۵۳	۰/۰۴۹	۵/۱۹۵	۰/۰۰۱	تأیید
ارزش مذهبی به همجوشی‌شناختی	-۰/۳۰۲	-۰/۶۰۱	۰/۱۰۲	-۵/۹۰۳	۰/۰۰۱	تأیید
خودانتقادی بر همجوشی‌شناختی	۰/۳۳۷	۰/۵۲۱	۰/۱۰۰	۵/۲۱۴	۰/۰۰۱	تأیید
خودانتقادی به ارزش مذهبی	-۰/۶۹۳	-۰/۵۳۹	۰/۰۳۷	-۱۴/۷۴۳	۰/۰۰۱	تأیید

بنابر نتایج جدول ۳، پس از اطمینان از وجود همبستگی معنادار بین مؤلفه‌ها به بررسی جدول ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مدل معادلات ساختاری با نقش میانجی همجوشی‌شناختی و ارزش مذهبی در معلولین جسمی-حرکتی پرداخته شد. اثر مستقیم طرحواره نقص/شرم بر خودانتقادی مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۶۶۰$, $P = ۰/۰۰۱$). اثر مستقیم طرحواره نقص/شرم بر همجوشی‌شناختی مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۲۵۴$, $P = ۰/۰۰۱$). اثر مستقیم ارزش مذهبی به همجوشی‌شناختی منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۳۰۲$, $P = ۰/۰۰۱$). اثر مستقیم خودانتقادی بر همجوشی‌شناختی مثبت و معنادار بود ($\beta = ۰/۳۳۷$, $P = ۰/۰۲۵$) و اثر مستقیم خودانتقادی بر ارزش مذهبی منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۶۹۳$, $P = ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	X ²	d.f	X ² /df	P	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	RMSEA
معیار پیشنهادی	-	-	۵ ≤	۰/۰۵ ≤	≤ ۰/۹۰	≤ ۰/۹۰	≤ ۰/۹۰	≤ ۰/۹۰	≤ ۰/۹۰	≤ ۰/۰۸
مقدار گزارش شده	۵/۴۹۳	۳	۱/۸۳۱	۰/۱۳۹	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۵۰

با توجه به جدول ۴ نتایج نشان می‌دهد که برازش مدل مفهومی پژوهش با داده‌ها مطلوب است و تمامی شاخص‌های برازش شامل IFI، NFI، CFI، AGFI، GFI و RMSEA در محدوده معیارهای پذیرفته‌شده قرار دارند (هو و بنتلر،^۱ ۱۹۹۹)؛ این یافته بیانگر آن است که مدل ارائه‌شده قابلیت توضیح روابط بین متغیرهای پژوهش را دارد و می‌توان به بررسی نقش میانجی معنای خودانتقادی در ارتباط بین طرحواره نقص/شرم و همجوشی‌شناختی در معلولین جسمی حرکتی ادامه داد. برای بررسی نقش میانجی‌گری متغیرها از آزمون بوت‌استرپ^۲ استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون بوت‌استرپ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم

مسیرها	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
طرحواره نقص/شرم ← خودانتقادی ← همجوشی‌شناختی	۰/۳۶۱	۰/۰۳۸	۰/۴۲۳	۰/۲۹۸	۰/۰۰۱
خودانتقادی ← ارزش مذهبی ← همجوشی‌شناختی	۰/۲۰۹	۰/۰۳۶	۰/۲۷۰	۰/۱۵۳	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۵ ضریب تأثیر غیرمستقیم طرحواره نقص/شرم بر همجوشی‌شناختی از طریق نقش واسطه‌ای خودانتقادی ($\beta = ۰/۳۶۱$, $P = ۰/۰۰۱$) معنادار بود. مطابق نتایج بوت‌استرپ مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه خودانتقادی در ارتباط بین طرحواره نقص/شرم و همجوشی‌شناختی نقش میانجی دارد؛ همچنین ضریب تأثیر غیرمستقیم خودانتقادی بر همجوشی‌شناختی از راه نقش واسطه‌ای ارزش‌های مذهبی ($\beta = ۰/۲۰۹$, $P = ۰/۰۰۱$) معنادار بود. مطابق نتایج بوت‌استرپ مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد؛ در نتیجه ارزش‌های مذهبی در ارتباط بین خودانتقادی و همجوشی‌شناختی نقش میانجی دارد.

1. Hu & Bentler

2. Bootstrap

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی همجوشی‌شناختی و ارزش‌های مذهبی در رابطه بین طرحواره نقص/شرم و خودانتقادی در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی انجام شد. نتایج کلی پژوهش نشان داد که طرحواره نقص/شرم به‌عنوان یک متغیر هسته‌ای، نقش محوری در شکل‌گیری و تداوم الگوهای خودارزیابی منفی، درگیری شناختی و تضعیف منابع معنوی ایفا می‌کند. به‌طور مشخص افزایش شدت این طرحواره با افزایش خودانتقادی همراه بود؛ یافته‌ای که با چارچوب نظری طرحواره‌درمانی یانگ (۱۹۹۹) همخوانی دارد و بیانگر آن است که تجربه‌های پایدار شرم و احساس بی‌ارزشی زمینه‌ساز شکل‌گیری سبک‌های خودسرزنش‌گر در تعامل فرد با خود می‌شود. در افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی، این الگوی درونی‌شده می‌تواند تحت‌تأثیر نگرش‌های منفی اجتماعی و تجربه‌های طرد یا انگ اجتماعی تشدید شود (کیم و همکاران، ۲۰۲۵) و احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی روان‌شناختی را تقویت کند.

همچنین تحلیل یافته‌ها نشان داد که طرحواره نقص/شرم با افزایش همجوشی‌شناختی همراه است؛ به این معنا که افراد دارای این طرحواره، افکار منفی خود را به‌عنوان واقعیت مسلم تجربه می‌کنند و توان فاصله‌گذاری شناختی در آنها کاهش می‌یابد. این الگو نشان‌دهنده کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و گرفتار شدن در چرخه‌ای از افکار خودانتقادی است؛ چرخه‌ای که با الگوی نظری یانگ (۲۰۰۳) درباره تداوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد همخوانی دارد. در این چارچوب همجوشی‌شناختی می‌تواند تبلور فرایند اجتناب تجربی باشد؛ فرایندی که در آن فرد برای اجتناب از تجربه هیجانات دردناک ناشی از شرم و نقص بیش‌ازپیش در افکار منفی خود درگیر می‌شود. از سوی دیگر نتایج نشان داد که خودانتقادی نه‌تنها پیامد طرحواره نقص/شرم است، بلکه خود به‌عنوان عاملی فعال در تشدید همجوشی‌شناختی عمل می‌کند. افراد خودانتقادی تمایل دارند افکار منفی خود را بدون ارزیابی مجدد بپذیرند و آنها را مبنای قضاوت درباره خود و موقعیت‌های زندگی قرار دهند. این تعامل دوطرفه میان خودانتقادی و همجوشی‌شناختی، چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند که می‌تواند به افزایش پریشانی روان‌شناختی و کاهش سازگاری روانی بینجامد.

در این میان، ارزش‌های مذهبی به‌عنوان یک منبع معنوی و تنظیم‌کننده، نقش مهمی در تضعیف این

چرخه ایفا می‌کنند. نتایج نشان داد افرادی که از ارزش‌های مذهبی بالاتری برخوردارند، توان بیشتری در مشاهده افکار منفی به صورت جدا از خود دارند و کمتر درگیر همجوشی‌شناختی می‌شوند. باورهای مذهبی و منابع معنوی می‌توانند با ایجاد معنا، احساس حمایت درونی و پذیرش شرایط به افزایش انعطاف‌پذیری روانی کمک کنند؛ با این حال یافته‌ها نشان داد که خودانتقادی بالا می‌تواند رابطه فرد با این منابع معنوی را تضعیف کند، به گونه‌ای که تمرکز افراطی بر نقص‌ها و شکست‌های شخصی، بهره‌گیری از باورهای مذهبی به عنوان راهبرد مقابله‌ای را کاهش می‌دهد.

تحلیل مسیرهای میانجی نشان داد که خودانتقادی نقش واسطه‌ای مهمی در رابطه بین طرحواره نقص/شرم و همجوشی‌شناختی ایفا می‌کند و همچنین ارزش‌های مذهبی می‌توانند رابطه بین خودانتقادی و همجوشی‌شناختی را تعدیل کنند. این یافته‌ها بیانگر آن است که فرایندهای شناختی و معنوی به صورت همزمان و در تعامل با یکدیگر بر سلامت روان افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی اثر می‌گذارند؛ از این نظر طرحواره نقص/شرم، نه تنها از راه سازوکارهای شناختی بلکه با تضعیف منابع معنوی، مسیرهای آسیب‌پذیری روان‌شناختی را فعال می‌کند.

درمجموع نتایج پژوهش حاضر بر ضرورت اتخاذ رویکردهای درمانی یکپارچه تأکید دارد. مداخلاتی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد در کنار تقویت ارزش‌های مذهبی و منابع معنوی می‌توانند با کاهش خودانتقادی، تضعیف همجوشی‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی به ارتقای سلامت روان افراد دارای معلولیت جسمی - حرکتی کمک کنند.

به دلیل شیوع کرونا، امکان حضور در مراکز نگهداری و توان‌بخشی معلولین جسمی و حرکتی محدود بود و پرسشنامه‌ها به صورت مجازی تکمیل شد که ممکن است برخی ابهامات در پاسخ‌ها ایجاد شده باشد؛ همچنین برخی مراکز حاضر به همکاری نشدند و این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده کرد. محدودیت دیگر مقطعی بودن طرح تحقیق است؛ این مطالعه تنها بر روی معلولین جسمی و حرکتی انجام شد و قابل تعمیم به سایر انواع معلولیت‌ها نیست.

با توجه به نتایج، انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی دقیق‌تر ماهیت و نحوه رابطه بین طرحواره نقص/شرم، توانمندی‌های منش و خودانتقادی با نقش میانجی متغیرهای روانی و اجتماعی پیشنهاد می‌شود؛ همچنین بررسی اثر متغیرهای تعدیل‌کننده مانند جنسیت، سن و طبقه اجتماعی - اقتصادی،

استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و جامعه بزرگ‌تر و تکرار پژوهش در جمعیت غیر معلول و گروه‌های متنوع برای افزایش قابلیت تعمیم ضروری است.

کاربرد یافته‌ها در مشاوره و برنامه‌های آموزشی درمانی برای معلولین جسمی و حرکتی می‌تواند بر آموزش توانمندی‌های منش و افزایش معنا در زندگی و ارزش‌های مذهبی تأکید کند تا نگرش‌های منفی اصلاح شود و خودانتقادی کاهش یابد. برگزاری کارگاه‌ها و برنامه‌های رسانه‌ای نیز می‌تواند در افزایش نگرش‌های مثبت و کاهش باورهای غیرمنطقی در معلولین جسمی و حرکتی مؤثر باشد.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت اصول اخلاقی مواردی از جمله داوطلبانه و اختیاری بودن مشارکت افراد، آگاهی‌رسانی درباره حقوق و وظایف شرکت‌کنندگان، حفظ محرمانگی داده‌ها، امکان خروج آزادانه از پژوهش و تضمین تحلیل داده‌ها به صورت گروهی مدنظر قرار گرفت.

سیاسگزاری و حمایت مالی

این پژوهش نه تنها حاصل تلاش‌های محققان، بلکه نتیجه همکاری صمیمانه و ارزشمند شرکت‌کنندگان در مطالعه نیز می‌باشد؛ بدین‌وسیله از همه افراد یاری‌رسان در پیشبرد این پژوهش قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه مشاوره دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه اردکان است و هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی سازمان‌های دولتی، عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع گزارش نشده و یافته‌ها به‌صورت شفاف و بدون جانبداری ارائه شده‌اند.

منابع

- اسدی، آ.؛ اسکویی شمالی، آ. (۱۴۰۳)، «ارزیابی مدل احساس شرم و گناه براساس مکانیسم‌های دفاعی با میانجی‌گری شفقت به خود در معلولین جسمی - حرکتی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، س ۶۷، ش ۱، ص ۲۳۸-۲۵۵. <https://doi.org/10.22038/mjms.2023.70195.4169>
- تیموری، ا. ف.؛ محمدجعفری، ر. (۱۳۹۹)، «نقش نگرش‌های دینی در سلامت روانی کم‌توانان جسمی»، نشریه دین و سلامت، س ۸، ش ۱، ص ۵۷-۶۷.
- جعفریان یسار، ح.؛ شهیدی، م. (۱۴۰۱)، «تأثیر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث»، نشریه پژوهش در آموزش معارف و تربیت اسلامی، س ۳، ش ۱، ص ۶۷-۸۲. <https://doi.org/10.22034/riet.2023.12750.1143>
- ذوالفقاری، م.؛ فاتحی‌زاده، م.؛ عابدی، م. ر. (۱۳۸۷)، «تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، س ۴، ش ۱۵، ص ۲۴۷-۲۶۱. https://jfr.sbu.ac.ir/article_95233.html
- زارع، ح. (۱۳۹۳)، «هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز براساس الگوی بوهرنستات»، نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، س ۴، ش ۱۵، ص ۱۷-۳۴. <https://elm-net.ir/doc/1429540-18613>
- صدری دمیرچی، ا.؛ صمدی‌فرد، ح. ر. (۱۳۹۷)، «نقش همجوشی شناختی، ادراک تعامل اجتماعی و مؤلفه‌های اجتناب‌شناختی در پیش‌بینی فرسودگی شغلی معلمان»، نشریه شناخت اجتماعی، س ۶، ش ۱۲، ص ۸۷-۱۰۱. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23223782.1396.6.2.5.4>
- عبدی، ر.؛ چلیانلو، غ. ر.؛ کاظمی، س. آ. (۱۳۹۸)، «نقش پشیمانی، خودتردیدی و افسردگی در پیش‌بینی خودانتقادی»، نشریه رویش روان‌شناسی، س ۸، ش ۱۲، ص ۵۷-۶۴. <http://frooyesh.ir/article-1-1628-fa.html>

References

- Edwards, C., et al. (2024). [Title of the work]. *[Journal Name]*, vol, pages.
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2019). [Title of the work]. *[Journal Name]*, vol, pages.
- Gillanders, D. T., et al. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Heaven, P. C. L., & Ciarrochi, J. (2007). [Title of the work]. *[Journal Name]*, vol, pages.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jafarian Yāsar, Ḥusayn; Shahīdī, Maḥmūd (1401/2022). “The Impact of Existential and Religious Therapy on Increasing the Life Expectancy of People with Disabilities Due to Accidents.” *Research in Islamic Education and Training*, 3(1), 67-82. [In Persian] <https://doi.org/10.22034/riet.2023.12750.1143>
- Kim, J., Lee, J., & Kim, J. (2025). The impact of physical activity on the disability-related stress of individuals with physical disabilities: A five-year longitudinal study. *Stress and Health*, 41(1), e3519. <https://doi.org/10.1002/smi.3519>
- Krafft, J., Haeger, J. A., & Levin, M. E. (2019). Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(3), 241-252. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1513556>
- Messay, B., Dixon, L. J., & Rye, M. S. (2012). The relationship between Quest religious orientation, forgiveness, and mental health. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(3), 315-333. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.574271>
- Norton, D. W., Modesto, O., Bennett, J. M., & Fraser, M. I. (2024). Sleep disturbance mediates the link between both self-compassion and self-criticism and psychological distress during prolonged periods of stress. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(1), 119-137. <https://doi.org/10.1111/aphw.12474>
- Onyedibe, M. C. C., Chidebe, R. C., Andersen, B. L., Ugwoke, U. F., & Ugwu, L. E. (2025). Age modulates, religious coping mediates: The role of attitude to self in cancer patients' quality of life. *Frontiers in Psychology*, 16, 1558236. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1558236>

- Pyszkowska, A., Astrom, E., & Ronlund, M. (2024). Deviations from the balanced time perspective, cognitive fusion, and self-compassion in individuals with or without a depression diagnosis: Different mean profiles but common links to depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 14, 1290676. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1290676>
- Ramamurthy, G., & Chen, A. (2025). Early maladaptive schemas from child maltreatment in depression and psychotherapeutic remediation: A predictive coding framework. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1548601. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1548601>
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Free Press.
- Šadrī Damīrchī, Ismā'īl; Šamadī Fard, Ḥamīd Riḍā (1396/2018). "The Role of Cognitive Fusion, Perception of Social Interaction, and Cognitive Avoidance Components in the Prediction of Teachers' Job Burnout." *Social Cognition*, 6(12), 87-101. [In Persian]
- Schmidt, N. B., Joiner Jr, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. <https://doi.org/10.1007/BF0230402>
- Sharma, N., Yadav, V. P., & Sharma, A. (2021). Attitudes and empathy of youth towards physically disabled persons. *Heliyon*, 7(8), e07852. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07852>
- Siefy, Z., & Haroon Rashidi, H. (2024). The effectiveness of compassion therapy on cognitive fusion and self-criticism in older adults with post-traumatic stress disorder. *Aging Psychology*, 9(4), 361-375. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.9623.1733>
- Silván-Ferrero, P., Recio, P., Molero, F., & Nouvilas-Palleja, E. (2020). Psychological quality of life in people with physical disability: The effect of internalized stigma, collective action and resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1802. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051802>
- Teymūrī, Ārām; Muḥammad Ja'farī, Rizā (1399/2020). "The Role of Religious Attitudes in Mental Health of Physically-Disabled Individuals." *Journal of Religion & Health*, 8(1), 57-67. [In Persian]
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Wong, M. Y. C., Fung, H. W., Wong, J. Y. H., & Lam, S. K. K. (2025). Exploring the

- longitudinal dynamics of self-criticism, self-compassion, psychological flexibility, and mental health in a three-wave study. *Scientific Reports*, 15(1), 13878. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-95821-1>
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 1. doi:10.5539/ijps.v5n1p1
 - Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press.
 - Zaccari, V., Mancini, F., & Rogier, G. (2024). State of the art of the literature on definitions of self-criticism: A meta-review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1239696. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1239696>
 - Zāri', Ḥusayn (1393/2014). "Standardization of Gillanders' Social Cognitive Fusion Scale Based on the Bohnenstadt Model." *Journal of Social Psychology Research*, 4(15), 17-34. [In Persian]
 - Zulfiqārī, Ma'sūmah; Fāṭihīzādeh, Maryam; 'Ābidī, Muḥammad Riḍā (1387/2008). "Determination of the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Dimensions of Marital Intimacy in Couples in Isfahan." *Journal of Family Research*, 4(15), 247-261. [In Persian]