رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۵، شماره پیاپی ۷۴، مرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(5), 2022

تجارب اولیه شرم و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران: نقش میانجی شفقت به دیگران

Early Experiences of Shame and Saftey and Compassion Fatigue in Psychotherapists: The Mediating Role of Compassion for Others

صفحات۹۰-۷۹

زینب قاسمی
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر مریم عباسی سورشجانی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر زهرا نقش
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Zeinab Ghasemi
M.A student of Clinical Psychology, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Maryam Abbasi Sooreshjani*
Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.
maryam.abbasi@ut.ac.ir
Dr. Zahra Naghsh
Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی شفقت به دیگران در رابطه تجارب اولیه شرم و امنیت با خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران انجام شد. جامعه‌آماری این پژوهش را کلیهٔ روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین سلامت‌روان در تابستان سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد ۲۰۰ نفر به روش دردسترس از اعضای گروه‌ها و صفحات شبکه‌های اجتماعی مرتبط با روانشناسی و مشاوره انتخاب شدند و مقیاس‌های خستگی ناشی از شفقت (CFST؛ فیگلی، ۱۹۹۵)، شفقت به دیگران (گو و همکاران، ۲۰۲۰)، خاطرات اولیه محبت و امنیت (EMWSS؛ ریچتر و همکاران، ۲۰۰۹) و مقیاس تأثیر رویداد تجدیدنظر شده (IES-R؛ ویس و مامار ۱۹۹۷؛ نسخه سازگارشده با خاطرات شرم توسط ماتوس و پینتو-گوویا، ۲۰۱۱) را تکمیل کردند. درنهایت داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل معادلات‌ساختاری به کمک نرم افزارهای SPSS-۲۶ و PLS-۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که خاطرات اولیه محبت و امنیت به‌طور مستقیم (P <۰/۰۵) و غیرمستقیم از طریق شفقت به دیگران (P <۰/۰۱) با خستگی ناشی از شفقت رابطه منفی و معنادار داشت. خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم فقط به‌طور مستقیم با خستگی ناشی از شفقت رابطه مثبت و معنادار (P <۰/۰۱) داشت. همچنین مدل به‌دست آمده از پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. درمجموع یافته‌ها نشان دادند شفقت به دیگران نقش میانجی معنی‌داری در رابطه تجربیات اولیه محبت و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران دارد، اما در رابطه‌ی بین تجربیات شرم تروماتیک اولیه و خستگی ناشی از شفقت نقش میانجی معنی داری ندارد.

واژه‌های کلیدی: *خستگی ناشی از شفقت، تجارب شرم، امنیت*

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of compassion for others in the relationship between early experiences of shame and safety with compassion fatigue in psychotherapists. The study population consisted of all psychotherapists, counselors, and mental health specialists in Iran in the summer of 1400. A convenient sample of (N=200) counselors and psychologists who were members of groups on social media completed the scales of Compassion Fatigue Self-Test (CFST; Figley, 1995), Compassion for Others (Goe et al., 2020), Early Memories of Warmth and Safeness (EMWSS; Richter et al., 2009) and the Revised Impact of Event Scale (IES-R; Weiss & Mamar 1997; Shame Memories Adapted by Matos and Pinto-Goya, 2011). Finally, the collected data were analyzed using structural equation analysis by SPSS-26 and PLS-3 software. Results showed that early memories of warmth and safety directly (P<0.05) and indirectly through compassion for others (P<0.01) had a negative and significant relationship with compassion fatigue. The traumatic qualities of shame memories only had a direct and meaningful positive relationship with compassion fatigue (P <0.01). Overall, the findings showed that compassion for others could play an important mediating role in the relationship between early experiences of warmth and safety and compassion fatigue in psychotherapists but in the relationship between early shame and traumatic experiences and Compassion fatigue does not play a significant mediating role.

Keywords: *compassion fatigue, shame experiences, safeness.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۰** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

مقدمه

خستگی ناشی از شفقت[۱] حالتی است که در آن شخص از پرداختن به رنج دیگران دچار فرسایش و خستگی شده است و ظرفیت او برای شفقت‌ورزی کاهش می‌یابد (فیگلی[۲]، ۲۰۰۲؛ سابو[۳]، ۲۰۰۶) و عمدتا در اشخاصی تجربه می‌شود که به افرادی که تجربه‌ی آشفتگی دارند، کمک می‌کنند (فیگلی، ۲۰۱۸). فیگلی (۱۹۹۵) از عبارت خستگی ناشی از شفقت برای توصیف تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری در متخصصانی که با مبتلایان به تروما کار می‌کنند، استفاده کرد. مجموعه نشانه‌های خستگی ناشی از شفقت شامل فقدان همدلی[۴]، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، برانگیختگی مداوم، وحشت از کار و اجتناب از آن است (فیگلی، ۱۹۹۵).

شفقت[۵]، مفهومی است که ریشه در آموزه‌های بودیسم دارد. شفقت در سیستم امنیت-تسکین[۶] جای گرفته است که شامل انگیزه برای مراقبت، ظرفیت همدردی، تحمل احساسات ناخوشایند و درک همدلانه و غیرقضاوتی است (گیلبرت[۷]، ۲۰۰۵). دالایی لاما[۸] به نقل از گیلبرت و همکاران (۲۰۱۱) شفقت را «گشودگی در برابر رنج دیگران همراه با تعهد برای تسکین آن» توصیف کرد.

تحقیقات وسیعی در حوزه علوم اعصاب[۹] نشان می‌دهند که خستگی ناشی از شفقت نام اشتباهی بوده و همدلی است که خستگی را ایجاد می‌کند، نه شفقت؛ و عبارت «خستگی ناشی از تشویش همدلانه[۱۰]» باید جایگزین عبارت خستگی ناشی از شفقت شود (کلیمکی[۱۱] و سینگر[۱۲]، ۲۰۱۲). کلیمکی و سینگر (۲۰۱۲) یک مدل جدید برای توصیف تعامل بین همدلی و شفقت پیشنهاد کردند که نشان می‌دهد تشویش همدلانه، و نه خستگی ناشی از شفقت، پیامدهای منفی سلامت را در مراقبانی که با رنج دیگران رویارو هستند توضیح می‌دهد. همدلی به احساس کردن با دیگری و سهیم شدن در احساسی که دیگری دارد اطلاق می‌شود، درحالی‌که شفقت نوع دیگری از پاسخ عاطفی است که به توان فهم تجربه دیگری اشاره دارد. همدلی کردن با دیگران به ناراحت شدن برای دیگری مرتبط است؛ اما شفقت لزوما به معنی ناراحت شدن و احساس پریشانی برای دیگری نیست؛ بلکه به معنای نگران بودن و انگیزش برای کاهش رنج دیگری است. (سینگر و لام[۱۳]، ۲۰۰۹). برخلاف همدلی، شفقت، فعالیت مناطقی از مغز که درگیر پاداش دوپامینرژیک[۱۴] و پردازش‌های عاطفی مرتبط با اکسی-توسین[۱۵] هستند را افزایش می‌دهد و در پاسخ به موقعیت‌های آزاردهنده، هیجانات مثبت را افزایش می‌دهد (کلیمکی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ بنابراین پاسخ همدلانه به رنج دیگران ممکن است به دو نوع واکنش منجر شود: تشویش همدلانه یا شفقت (کلیمکی و سینگر، ۲۰۱۴). تشویش همدلانه منجر به هیجان‌های منفی (کلیمکی و سینگر، ۲۰۱۲) و کناره‌گیری فرد از موقعیت می‌شود تا بتواند از خودش در برابر احساسات شدید منفی محافظت کند (سینگر و کلیمکی، ۲۰۱۴)؛ اما شفقت رفتارهای اجتماعی را افزایش می‌دهد (باتسون[۱۶] و همکاران، ۱۹۸۳) و با احساسات محبت، نگرانی، مراقبت و انگیزه قوی برای افزایش سلامت و خشنودی دیگری شناخته می‌شود (کلیمکی و همکاران، ۲۰۱۳).

با وجود اینکه شفقت با پیامدهای مثبت شخصی و اجتماعی همراه است (کوسلی و همکاران[۱۷]، ۲۰۱۰)، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه بعضی افراد، تحت تاثیر تجارب رشدی اولیه (لیوتی[۱۸]، ۲۰۰۴)، شفقت را آزارنده تلقی می‌کنند و از آن هراس دارند (گیلبرت

---

۱ Compassion fatigue
2 Figley
3 Sabo
4 empathy
5 compassion
6 safeness-sooting system
7 Gilbert
8 Dalai Lama
9 neuroscience
10 Empathic distress fatigue
11 Klimecki
12 Singer
13 Lamm
14 dopaminergic
15 oxytocin
16 Batson
17 Cosley
18 Liotti

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

و همکاران، ۲۰۱۱). مشاهدات بالینی و ادبیات دلبستگی (لیوتی[1]، ۲۰۰۴) نشان دادند افرادی که خاطرات هیجانی مورد سوءاستفاده، غفلت یا شرم[2] واقع شدن توسط مراقبان خود را دارند، شفقت را تهدیدکننده و آزاردهنده تجربه می‌کنند. شرم ازدست دادن توانایی فرد برای ایجاد تصویر مطلوب از خود در دیگران است (گیلبرت، ۲۰۰۷). از اوایل زندگی، تجربیات شرم در تعاملات با دیگران اتفاق می‌افتد؛ از موردانتقاد والدین قرارگرفتن، دست انداخته‌شدن توسط همسالان، طرد شدن توسط فرد موردعلاقه یا شکست در امری مهم تا مورد غفلت واقع شدن، سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی. شواهد بالینی و تجربی تایید می‌کنند که شرم نهادینه[3] با انواع گسترده آسیب شناسی روانی ارتباط داشته و زمینه ساز بسیاری از اختلالات روانی است (موسویان، ۱۳۹۹). تجربیات شرم می‌توانند در حافظه زندگی‌نامه‌ای خود[4] به‌عنوان خاطرات هیجانی محوری و مهم ثبت شوند، هویت شخصی را شکل داده، روایت زندگی را ساختار دهند و به نقطه‌ی مرجع برجسته‌ای برای معنا دادن به سایر رویدادهای زندگی تبدیل شوند (پینتو-گوویا[5] و ماتوس[6]، ۲۰۱۱). تجربیات شرم حس تهدید را برای خویشتن اجتماعی فرد به‌وجود می‌آورند که به واسطه آن فرد خود را آسیب‌پذیر، ناقص، نالایق برای عشق و ضعیف و دیگران را منتقد، قضاوت‌گر، از نظر هیجانی غیرقابل دسترس یا حتی خطرناک برداشت می‌کند. این تجربیات با کاهش رشد سیستم تنظیم عاطفه امنیت-تسکین مرتبط است که در احساس امنیت اجتماعی، توانایی تنظیم تهدید و هیجانات منفی از طریق حالت‌های انگیزشی و عاطفی مثل شفقت دخالت دارد (گیلبرت، ۲۰۰۹؛ ماتوس و همکاران، ۲۰۱۵).

تعاملات مثبت اولیه و خاطرات امنیت، محبت و مراقبت در کودکی، با ارتقای رشد سیستم تنظیم عاطفه وابسته به تسکین (گیلبرت، ۲۰۰۹) و با حضور تجربیات و سیگنال‌های تعلقی خاص مثل محبت، مورد تمجید و ارزش بودن که زیربنای خاطرات هیجانی مثبت و تسکین دهنده هستند، مرتبط‌اند و می‌توانند کلید تنظیم حالت‌های عاطفی باشند (بالدوین[7] و داندنی[8]، ۲۰۰۵). همچنین مطالعات نشان داده است که عدم وجود محبت و امنیت یا وجود تجربیات تهدید، تحقیر و شرم به عنوان بخشی از زندگی روزمره کودک، می‌تواند منجر به کم‌تحریک شدن سیستم تنظیم عاطفه امنیت-تسکین (آیرونز[9] و همکاران، ۲۰۰۶) یا تحریک بیش از حد سیستم تهدید شود (گیلبرت، ۲۰۰۵).

خستگی ناشی از شفقت شدید، می‌تواند در کفایت و قضاوت متخصصان مداخله کند (براید[10] و همکاران، ۲۰۰۷) و اتحاد درمانی را تضعیف کند؛ درنتیجه توانایی برای همدلی و توجه به مراجع کاهش می‌یابد (اسکوروپا[11] و اگرستی[12]، ۱۹۹۳). شواهد نشان دادند که مددکاران اجتماعی بالینی[13] با سمپتوم های خستگی ناشی از شفقت، بیشتر احتمال دارد تشخیص نادرست، برنامه درمانی ضعیف یا سوءرفتار با مراجعان داشته باشند (رودولف[14] و همکاران، ۱۹۹۷). سابقه تجربیات آزارنده اولیه، به ویژه با اثرات منفی بر ظرفیت شفقت‌ورزی همراه است (براید، ۲۰۰۴).

پژوهش‌ها نشان دادند متخصصان سلامت روان که سابقه‌ی تجربیات آزارنده اولیه داشته‌اند، نسبت به افرادی که چنین تجربیاتی نداشتند، به طور معناداری استرس تروماتیک ثانویه بیشتری داشتند. همچنین سابقه ترومای شخصی، ریسک خستگی ناشی از شفقت را افزایش می دهد (بایرد[15] و کراسن[16]، ۲۰۰۶). بسیار مهم است که متخصصان درحالی که از بیماران خود مراقبت می‌کنند، از خودشان نیز مراقبت کنند (پاینه[17]، ۲۰۰۱). متخصصان سلامت روان مسئولیتی اخلاقی برای شناسایی مشکلات درون‌روانی خود دارند و اساتید ناظر

1 Liotti
2 shame
3 core shame
4 autobiographical memory
5 Pinto-Gouveia
6 Matos
7 Baldwin
8 Dandeneau
9 Irons
10 Bride
11 Skorupa
12 Agresti
13 clinical social workers
14 Rudolph
15 Baird
16 Kerasen
17 Pyne

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

باید از عوامل خطرساز احتمالی اختلالات، شامل نشانه‌های تحریک کننده اختلال، به ویژه نشانه‌هایی که مرتبط با سابقه تروما هستند، فرسودگی[1] و خستگی ناشی از شفقت آگاه باشند؛ بنابراین اهمیت دارد که راه‌هایی برای کاهش خستگی ناشی از شفقت در درمانگران یافت شود و به آن‌ها کمک شود مهارت‌هایی را در خود پرورش دهند که علی‌رغم داشتن تجارب منفی اولیه، ظرفیت بالاتری دربرابر عوامل تهدید کننده سلامت روانی داشته باشند.از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی شفقت به دیگران در رابطه بین تجارب اولیه شرم و امنیت با خستگی ناشی از شفقت در روان درمانگران انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین حوزه سلامت روان ایران در تابستان سال ۱۴۰۰ و نمونه پژوهش براساس پژوهش‌های پیشین، شامل ۲۰۰ نفر درنظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری دردسترس از اعضای گروه‌ها و صفحات شبکه‌های اجتماعی شبکه‌های اجتماعی واتساپ، تلگرام و اینستاگرام مرتبط با روانشناسی و مشاوره انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش به همراه اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، میزان تحصیلات به صورت فرم آنلاین در سایت گوگل فرم طراحی شد. معیار ورود به پژوهش، داشتن حداقل مدرک لیسانس در یکی از رشته‌های روانشناسی، مشاوره، مددکاری، علوم شناختی و حداقل یک سال اشتغال در یکی از حرفه‌های یاری‌رسان روان‌درمانی و مشاوره و دسترسی به صفحات مجازی واتساپ، تلگرام و اینستاگرام بود. معیار خروج عدم تمایل به همکاری و پر نشدن کامل پرسشنامه ها بود. مشارکت در این پژوهش داوطلبانه بود و شرکت کنندگان فرم رضایت‌نامه اخلاقی را پیش از ورود اطلاعات جمعیت شناختی و پاسخ به مقیاس‌ها تکمیل کردند. درمانگران و مشاورانی که به طور داوطلبانه مایل به شرکت در پژوهش بودند، از طریق لینک ارسالی بدون ذکر نام و یا هیچ‌گونه اطلاعات هویتی به سوالات پاسخ دادند. در نهایت داده‌های پژوهش به روش تحلیل معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۶ و PLS-۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی اطلاعات پایه و جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل سوالاتی از قبیل جنسیت، سن، تحصیلات، رشته‌ی تحصیلی، رویکرد درمانی و سابقه‌ی فعالیت درمانی آزمودنی ها است.

مقیاس خستگی ناشی از شفقت[2] (CFST): این مقیاس توسط فیگلی (۱۹۹۵) تهیه شد و شامل ۴۰ گویه است و شامل ۲ زیرمقیاس خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی می‌باشد. در این مقیاس از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا نشان دهند که به چه میزان یک ویژگی درباره‌ی آن‌ها یا موقعیت‌شان صدق می‌کند. سوالات درمقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (بندرت) تا ۵ (بسیار زیاد) درجه‌بندی می‌شوند و نمره ۲۷ یا بالاتر نشان می‌دهد که فرد در معرض خستگی ناشی از شفقت است (براید وهمکاران، ۲۰۰۷). در بررسی روایی تجزیه و تحلیل عاملی یک عامل پایدار منعکس کننده خلق افسرده را بدست آورد که با احساس خستگی، سرخوردگی و بی ارزشی در کار همراه است (براید و همکاران، ۲۰۰۷). ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ (فیگلی و استام، ۱۹۹۶) و برای خستگی ناشی از شفقت ۰/۸۴ و فرسودگی ۰/۸۳ گزارش شده است (جنکینز و بایرد ۲۰۰۲). در این پژوهش خستگی ناشی از شفقت متغیر موردنظر بوده است. نسخه‌ی فارسی این مقیاس به صورت ترجمه و برگردان ترجمه تهیه و همزمان با انجام پژوهش حاضر اعتباریابی شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای آن به‌دست آمد.

مقیاس شفقت به دیگران ساسکس-آکسفورد[3] (SOCS-O): این مقیاس توسط گو[4] و همکاران، (۲۰۲۰) تدوین شد و ۲۰ گویه دارد؛ در طیف ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۵ (همیشه درست است) درجه‌بندی می‌شود و شامل ۵ زیرمقیاس تشخیص رنج، درک جهان‌شمول بودن رنج، همدردی با رنج دیگری، تحمل احساسات ناخوشایند و اقدام یا انگیزه برای اقدام در جهت رنج است. آلفای کرونباخ در نسخه‌ی اصلی مقیاس ۰/۹۴ به‌دست آمد. همچنین در بررسی روایی همزمان این مقیاس با مقیاس شفقت به دیگران

1 Burnout
2 Compassion Fatigue Self-Test
3 Sussex-Oxford Compassion Scales
4 Gue

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

سانتا کلارا[1] (SCBCS) همبستگی ۰/۶۵ به دست آمد (گو و همکاران، ۲۰۲۰). نسخه‌ی فارسی این مقیاس به‌صورت ترجمه و برگردان ترجمه توسط نیک‌گو و همکاران (زیرچاپ) تهیه و اعتباریابی شده است. در نسخه فارسی آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های همدردی با رنج دیگری ۰/۸۶، تشخیص رنج ۰/۸۳، درک جهان‌شمول بودن رنج ۰/۷۴ و تحمل احساسات ناخوشایند ۰/۷۱ می‌باشد (نیک‌گو و همکاران، زیرچاپ). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس خاطرات اولیه ی محبت و امنیت[2] (EMWSS): این مقیاس توسط ریچتر[3] و همکاران (۲۰۰۹) و برای اندازه‌گیری خاطرات هیجانی شخصی، به‌ویژه یادآوری احساسات محبت، امنیت، پذیرش و مراقبت در کودکی ساخته شد. این مقیاس شامل ۲۱ گویه است که در یک مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود (۰: اصلاً، ۴: بله اکثر اوقات). میانگین بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده یادآوری بیشتر احساسات محبت و امنیت درون خانواده در اوایل زندگی است. هم در مطالعه اصلی و هم در نسخه‌ی پرتغالی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ ثبات درونی بالایی را نشان داد. روایی همزمان این مقیاس با خرده مقیاس محبت در مقیاس یادآوری رفتارهای والدین در کودکی (EMBU[4]) همبستگی مثبت بالایی را نشان داد (r=۰/۶۹) (ریچتر و همکاران، ۲۰۰۹). نسخه‌ی فارسی این مقیاس به‌صورت ترجمه و برگردان ترجمه تهیه و هم‌زمان با انجام مطالعه اعتبار یابی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۷ بوده است.

مقیاس تاثیر رویداد تجدیدنظر شده[5] (IES-R): این مقیاس توسط ویس[6] و مارمار[7] (۱۹۹۷) برای اندازه‌گیری تشویش شخصی فعلی برای هر رویداد مشخص زندگی طراحی‌شده است. این مقیاس توسط ماتوس و پینتو-گوویا، ۲۰۱۱) با خاطرات شرم در کودکی سازگارشده است. این مقیاس شامل ۲۲ گویه است. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰-۴) درجه‌بندی شده‌اند. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس اجتناب، مزاحمت و بیش‌برانگیختگی است که سه خصوصیت خاطرات تروماتیک را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی خصوصیات تروماتیک بیشتر یک رویداد است. در مطالعه اصلی، محدوده آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ برای مزاحمت، ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ برای اجتناب و از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ برای بیش‌برانگیختگی به‌دست آمد (ویس و مارمار، ۱۹۹۷). در بررسی روایی درونی همزمان، سه خرده مقیاس IES-R درجه بالایی از همبستگی (۰/۷۱ تا ۰/۸۶) را نشان دادند (بک و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین همبستگی بالایی بین زیرمقیاس‌های IES-R و سایر مقیاس‌های اندازه‌گیری تروما گزارش شد. در این پژوهش تنها نمره کلی این مقیاس استفاده شده است. نسخه‌ی فارسی این مقیاس به‌صورت ترجمه و برگردان ترجمه تهیه و همزمان با انجام مطالعه اعتباریابی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۴ بوده است.

یافته ها

در نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۴۸ نفر افراد (۲۴ درصد) از شرکت کنندگان را مردان و ۱۵۲ نفر (۷۶ درصد) را زنان تشکیل دادند؛ سن ۶۰ نفر (۳۰ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۳۰ سال، ۸۸ نفر (۴۴ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵۲ نفر (۲۶ درصد) بالای ۴۰ سال بود. ۱۵ نفر (۷/۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی، ۱۳۹ نفر (۶۹/۵ درصد) کارشناسی ارشد و ۴۶ نفر (۲۳ درصد) دارای تحصیلات در مقطع دکتری و بالاتر بودند. رشته‌ی تحصیلی ۱۵۵ نفر (۷۷/۵ درصد) از شرکت کنندگان روانشناسی، ۳۷ نفر (۵) مشاوره و ۸ نفر (۴ درصد) سایر رشته ها ازجمله مددکاری و علوم شناختی بود. ۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان (۵۰ درصد) با رویکرد شناختی-رفتاری، ۴۰ نفر (۲۰ درصد) با رویکرد هیجان مدار ، ۳۹ نفر (۱۹/۵ درصد) با تحلیلی و روانکاوی، ۱۴ نفر (۷ درصد) با انسان گرا-وجودی و ۷ نفر (۳/۵ درصد) با رویکرد سیستمی فعالیت می‌کردند. ۱۳۲ نفر از شرکت کنندگان (۶۶ درصد) بین ۱ تا ۵ سال، ۴۰ نفر (۲۰ درصد) بین ۶ تا ۱۰ سال و ۲۸ نفر (۱۴ درصد) بالای ۱۰ سال سابقه‌ی فعالیت درمانی داشتند. در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی کل نمونه بررسی شده است.

1 Santa Clara Brief Compassion Scale
2 Early Memories of Warmth and Safeness
3 Richter
4 Egna Minnen Betraffande Uppfostran
5 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
6 Weiss
7 Marmar

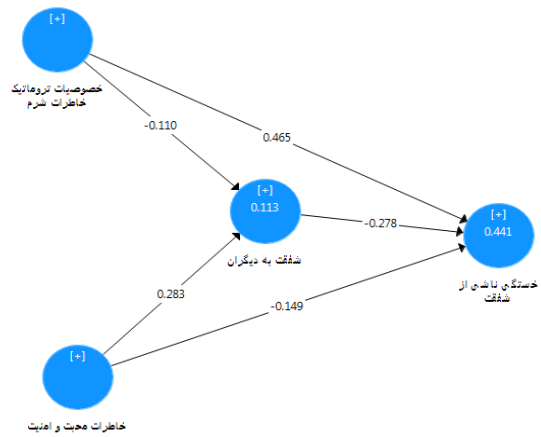
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

جدول ۲- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم	۱			
۲. خاطرات اولیه محبت و امنیت	-۰/۳۲۹*	۱		
۳. شفقت به دیگران	-۰/۱۸۳**	۰/۳**	۱	
۴. خستگی ناشی از شفقت	۰/۵۶۱**	-۰/۳۹۵**	-۰/۳۸**	۱
میانگین	۲۸/۸۹	۴۵/۴۱	۹۵/۵۳	۱۹/۹۵
انحراف استاندارد	۱۶/۵	۲۰/۸۵	۱۰/۴۸	۱۲
کجی	۰/۰۷۴	۰/۰۴۳	-۰/۵۷	۰/۶۹
کشیدگی	-۰/۷۴	-۱/۰۰۴	۰/۴۹	-۰/۰۱۴

* P ‹ ۰/۰۵ ** P ‹ ۰/۰۱

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که رابطه‌ی بین خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم با خستگی ناشی از شفقت (۰/۵۶۱) مثبت و معنادار است، اما با خاطرات اولیه‌ی محبت و امنیت (۰/۳۲۹-) و شفقت به دیگران (۰/۱۸۳) منفی و معنادار است. به عبارت دیگر، بالا بودن خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم در کودکی، با افزایش خستگی ناشی از شفقت و کاهش خاطرات محبت و امنیت و شفقت به دیگران همراه است. هم‌چنین رابطه‌ی بین خاطرات اولیه محبت و امنیت با شفقت به دیگران (۰/۳) مثبت و معنادار، اما با خستگی ناشی از شفقت (۰/۳۹۵-) منفی و معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر، بالا بودن خاطرات محبت و امنیت در کودکی، با افزایش شفقت به دیگران و کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. رابطه‌ی بین شفقت به دیگران با خستگی ناشی از شفقت (۰/۳۸-) نیز منفی و معنادار می باشد؛ به این معنی که افزایش شفقت به دیگران با کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. همچنین در جدول ۲ به بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق با استفاده از شاخص های چولگی و کشیدگی پرداخته شد. با توجه به این شاخص ها که دارای مقادیر بین ۲- و ۲+ می باشند، مشاهده می شود که همه متغیرها دارای توزیع نرمال می باشند. بنابراین استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تایید می شود. به منظور بررسی نقش شفقت به دیگران، در رابطه‌ی بین خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم و خستگی ناشی از شفقت؛ و همچنین رابطه ی خاطرات اولیه محبت و امنیت و خستگی ناشی از شفقت از طریق تحلیل معادلات ساختاری و به کمک نرم افزار PLS-۳ مدل تدوین شده مورد آزمون قرارگرفت که نتایج در جدول ۳ و شکل های ۱ و ۲ زیر نشان داده شده‌است.



شکل ۱- نمودار مسیر به همراه ضرائب استاندارد در مدل اولیه

در شکل ۱ تمامی ضرایب مسیر نشان داده شده اند. با توجه به ضرایب نشان داده می شود که تاثیر خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم بر شفقت به دیگران منفی (۰/۱۱-)، خاطرات امنیت و محبت بر شفقت به دیگران مثبت (۰/۲۸۳)، شفقت به دیگران بر خستگی ناشی از شفقت منفی (۰/۲۷۸-)، خاطرات محبت و امنیت بر خستگی ناشی از شفقت منفی (۰/۱۴۹-) و خصوصیات تروماتیک خاطرات

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

شرم بر خستگی ناشی از شفقت مثبت(۰/۴۶۵) می باشند. بطور کلی در شکل ۱ مشاهده می‌شود که همه‌ی مسیرهای مدل معنادارند؛ بنابراین نیازی به حذف هیچکدام از مسیرها و عامل‌ها نمی‌باشد. همچنین ضرایب عاملی همه گویه‌ها بالای ۰/۵ بدست آمد.

جدول ۳- شاخص های هم خطی، اثرات مستقیم و اندازه اثر مدل درونی پژوهش

مسیرها	هم خطی (VIF)	اثر مستقیم				اندازه اثر (f^2)
		مقادیر			فاصله اطمینان	
		B	T	sig		
خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم -> خستگی ناشی از شفقت	۱/۱۳	۰/۴۶۵	۷/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	۰/۵۸۲	۰/۳۴
خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم-> شفقت به دیگران	۱/۱۲	-۰/۱۱	۲/۰۳۱	۰/۰۳۸	-۰/۲۴۳	-۰/۰۱۲	۰/۱۲
خاطرات محبت و امنیت -> خستگی ناشی از شفقت	۱/۲۱	-۰/۱۴۹	۲/۴۷	۰/۰۱۳	-۰/۲۷۱	-۰/۰۲۶	۰/۱۳۳
خاطرات محبت و امنیت -> شفقت به دیگران	۱/۱۲	۰/۲۸۳	۴/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۱۵۶	۰/۴۰۶	۰/۱۸
شفقت به دیگران -> خستگی ناشی از شفقت	۱/۱۲	-۰/۲۷۸	۳/۸۹	۰/۰۰۱	-۰/۴۲۳	-۰/۱۵۲	۰/۱۲۳

نتایج به‌دست آمده در جدول ۳ حاکی از آن است که خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم با ۹۵ درصد اطمینان خستگی ناشی از شفقت (B=۰/۴۶۵) و شفقت به دیگران (B=-۰/۱۱) را پیش بینی می کند؛ خاطرات محبت و امنیت با ۹۵ درصد اطمینان، خستگی ناشی از شفقت (B=-۰/۱۴۹) و شفقت به دیگران (B=۰/۲۸۳) را پیش بینی می کند و شفقت به دیگران با ۹۵ درصد اطمینان، خستگی ناشی از شفقت (B=۰/۲۷۸) را پیش بینی می کند.

جدول ۴- اثرات غیرمستقیم مدل معادلات ساختاری

مسیرها	مقادیر			فاصله اطمینان	
	B	T	sig	٪ ۲/۵	٪ ۹۷/۵
خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم->شفقت به دیگران->خستگی ناشی از شفقت	۰/۰۳۱	۱/۴۶	۰/۱۴۳	-۰/۰۰۴	۰/۰۷۶
خاطرات محبت و امنیت->شفقت به دیگران->خستگی ناشی از شفقت	-۰/۰۷۹	۲/۷۵	۰/۰۰۶	-۰/۱۴۴	-۰/۰۳۵

به‌علاوه اثرات غیرمستقیم نیز در جدول۴ مشاهده می‌شود. خاطرات محبت و امنیت از طریق شفقت به دیگران، خستگی ناشی از شفقت را پیش بینی می کند (B=-۰/۰۷۹)؛ بنابراین شفقت به دیگران در رابطه‌ی بین خاطرات محبت وامنیت و خستگی ناشی از شفقت، نقش میانجی دارد. اما خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم از طریق شفقت به دیگران، خستگی ناشی از شفقت را پیش بینی نمی کند (B=۰/۰۳۱)؛ به عبارت دیگر شفقت به دیگران، در رابطه ی بین خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم و خستگی ناشی از شفقت، نقش میانجی ندارد.

برای ارزیابی مدل درونی از ضریب تعیین (R^2) که نشان دهنده دقت پیش بینی مدل است و Q^2 استون-گیسر که نشان دهنده‌ی تناسب پیش‌بین مدل است، استفاده شد.

جدول ۵- شاخص های R2 و Q2 مدل درونی پژوهش

متغیر	R2	Q2
خستگی ناشی از شفقت	۰/۴۴۱	۰/۱۱۴
شفقت به دیگران	۰/۱۱۳	۰/۰۴۳

با توجه به جدول شماره ۵، ضریب تعیین خستگی ناشی از شفقت دارای مقدار متوسط و برای شفقت به دیگران دارای مقدار ضعیف می باشد و مقدار Q^2 برای متغیرها مطلوب است. برای ارزیابی مدل کلی از شاخص GOF استفاده شد. هر چه این شاخص به ۱ نزدیک‌تر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

شود، نشان از قدرت و کیفیت بالای مدل می باشد. وتزلس[1] و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار برای ارزیابی این شاخص در نظر گرفته اند: اگر بین ۰/۱ تا ۰/۲۵ باشد ضعیف. اگر بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۶ باشد متوسط و اگر بیشتر از ۰/۳۶ باشد برازش قوی دارد.

جدول ۶- شاخص برازش کلی مدل با معیار GOF

مولفه	R^2	Communality	GOF
خستگی ناشی از شفقت	۰/۴۴۱	۰/۲۳۳	۰/۲۸۲
شفقت به دیگران	۰/۱۱۳	۰/۳۵۸	
میانگین	۰/۲۷۷	۰/۲۹۵	

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار معیار GOF معادل ۰/۲۸۲ به دست آمده‌است. با توجه به دسته بندی مذکور می‌توان گفت که مدل دارای برازش متوسطی می باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی شفقت به دیگران در رابطه بین تجارب اولیه شرم و امنیت با خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خاطرات محبت و امنیت و خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم به‌طور مستقیم خستگی ناشی از شفقت را پیش بینی می کنند. این یافته ها با نتایج پژوهش باتلر و همکاران (۲۰۱۸) و نلسون-گاردل (۲۰۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد تجربیات مثبت با مراقبان در اوایل زندگی ازجمله تجربیات محبت و امنیت، دنیا را برای فرد ایمن‌تر می‌کنند و با بهبود بخشیدن احساس امنیت شخصی و توسعه سیستم تنظیم عاطفه‌ی تسکین، منابع اساسی برای مقابله با آسیب‌های روانی ازجمله خستگی ناشی از شفقت فراهم می‌آورد؛ اما تجربیات منفی ازجمله شرم با فعال‌سازی مکرر سیستم تهدید، باعث می‌شود مواجهه با رنج‌های مراجعان خاطرات دردناک اولیه‌ی آن‌ها را فراخوانی کند و به احساس پریشانی شخصی و اجتناب منجر شود

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند خاطرات محبت و امنیت و خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم، شفقت به دیگران را به طور معناداری پیش‌بینی می کنند. به طوری که بالا بودن خاطرات محبت و امنیت با افزایش شفقت به دیگران و بالا بودن خصوصیات تروماتیک شرم با کاهش شفقت به دیگران همراه است. این یافته ها با یافته های پژوهش استیندی[2] و همکاران (۲۰۲۱) و هریس و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد از آنجاکه تجربیات محبت و امنیت با توسعه‌ی رشد سیستم تنظیم عاطفه مرتبط با تسکین مرتبط است و این سیستم می‌تواند برای تنظیم هیجانی موثر و ایجاد محبت و امنیت در روابط پیوندی و اجتماعی ازجمله تجربه‌ی شفقت موثر باشد، بنابراین می‌توان گفت تجربیات محبت و امنیت از طریق توسعه‌ی رشد سیستم تسکین می‌توانند در ایجاد شفقت به دیگران نقش داشته باشد. از سوی دیگر تجارب پیوندی اولیه، از جمله تجارب شرم در کودکی ممکن است باعث شکل گیری خاطرات هیجانی شرطی شود که در آن‌ها نیاز به تسکین و مراقبت با ترس، تنهایی، اندوه و خشم همراه شود. در بزرگسالی، تجربه‌ی یک هیجان پیوندی مانند شفقت، ممکن است این خاطرات هیجانی شرطی را دوباره فعال کند و به احساسات مرتبط با آن خاطرات، یعنی شرم، تهدید و خشم، که با فعالسازی سیستم تهدید مرتبط است، و احساسات ناراحتی، تنهایی و اندوه که با مسدود کردن سیستم تسکین مرتبط است، منجرشود. بنابراین تجربیات شرم در کودکی می‌تواند با اجتناب از هیجانات پیوندی از جمله شفقت همراه مرتبط باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند افزایش شفقت به دیگران با کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. این یافته ها، با نتایج پژوهش فیگلی (۲۰۰۲) و بومونت[3] و همکاران (۲۰۱۶) همسو و با نتایج پژوهش مانتلو و کاراکاسیدو (۲۰۱۹) ناهمسو بود. در تبیین این یافته‌ها می توان گفت از آنجا که شفقت هیجانی متمرکز بر دیگری است و رفتارهای اجتماعی را افزایش می دهد، طبق مدل حمایت اجتماعی استرس-بافر، می تواند با پذیرش حمایت بیشتر از دیگران و درنتیجه کاهش واکنش دربرابر استرس همراه باشد. بنابراین افرادی که شفقت

1 Wetzels
2 Steindl
3 Beaumont

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

بیشتری به دیگران نشان می‌دهند، به احتمال بیشتر شفقت و حمایت بیشتری هم از دیگران دریافت می‌کنند؛ همین مسئله می‌تواند در برابر مشکلات روانشناختی و تاثیرات استرس، ازجمله خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی، حائلی ایجاد کند. همچنین شفقت به دیگران با شفقت-خود بیشتری ارتباط دارد؛ که می تواند علاوه بر انگیزه به تسکین رنج دیگران، همزمان سبب تسکین خود شخص از اندوه شود و اینگونه از خستگی ناشی از شفقت جلوگیری کند. پاسخ با شفقت متمرکز بر دیگران این امکان را ایجاد می‌کند که درمانگران این درحین درک و همدلی با رنج مراجع، تمایزی بین خود و مراجع بوجود آورند که بر تنظیم احساسات پریشانی شخصی تاثیر گذارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند شفقت به دیگران، به عنوان یک متغیر میانجی، می تواند تاثیر خاطرات محبت و امنیت بر خستگی ناشی از شفقت را میانجی‌گری کند؛ اما نمی‌تواند تاثیر خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم بر خستگی ناشی از شفقت را میانجی-گری کند. این یافته ها در پژوهش های پیشین بررسی نشده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد تجربه‌ی عواطف مثبت در کودکی از جمله محبت و امنیت، از طریق توسعه‌ی رشد سیستم عاطفه مرتبط با تسکین، تجربه‌ی عواطف مثبت و تعلقی ازجمله شفقت نسبت به خود و دیگران را افزایش می‌دهد. از طرفی به‌دلیل وجود رابطه بین شفقت به دیگران و شفقت-خود، افرادی که نسبت به دیگران مشفق هستند، شفقت بیشتری به خود روا می‌دارند و نیز شفقت بیشتری از دیگران دریافت می‌کنند. این مراقبت، شفقت و مهربانی نسبت به خود، حالات منفی مرتبط با سیستم تنظیم تهدید عاطفه را کاهش می‌دهد و می‌تواند پتانسیل محافظت در برابر آسیب‌های روانی ازجمله خستگی ناشی از شفقت را داشته باشد. معنادار نبودن مسیر تاثیرگذاری خاطرات شرم بر شفقت به دیگران و خستگی ناشی از شفقت را نیز می‌توان اینطور تبیین کرد که شاید اساسا در افرادی که تجارب کودکی دردناکی داشته‌اند و شرم زیادی را تجربه کرده‌اند، قرار گرفتن در موقعیت‌های یاری‌رسان، از جمله اتاق درمان، فعال‌کننده‌ی مسیرهای دیگری به جز شفقت به دیگران در روان آنهاست (ماتوس، پینتو-گوویا و دوآرت، ۲۰۱۵) که این مسیر می‌تواند همان تشویش همدلانه باشد که سبب‌ساز فرسودگی و تجربه‌ی مجدد آسیب در این دسته از درمانگران است (کلیمکی و سینگر، ۲۰۱۲). چنین تبیین‌هایی لازم است در پژوهش‌های آتی مورد وارسی تجربی بیشتر قرار گیرد. به عبارت دیگر، شاید کسانی که تجارب امنیت بیشتری در کودکی دارند، از مسیر فعال شدن سیستم مدارای توام با شفقت می‌توانند علاوه بر کاهش رنج مراجع از تشویش ناشی از مواجهات با مراجع دردمند نیز بکاهند؛ اما درمانگرانی که آسیب‌های کودکی را در تاریخچه خود تحمل کرده‌اند، در مواجهات درمانی خود، به جای فعال‌شدن سیستم یاری‌رسانی مشفقانه، همدلی بیشتری را تجربه می‌کنند (گرینبرگ[1] و همکاران، ۲۰۱۸) که ممکن است باعث افزایش تشویش همدلانه شود که خود سبب‌ساز رنج بیشتر و تداوم فرسایش روانی آنها خواهد بود.

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که هر چه تجربیات کودکی درمانگر با والدین و سایر دیگران مهم او با محبت و امنیت آمیخته باشد، با خستگی ناشی از شفقت تخفیف‌یافته در اثر یاری‌رسانی به دیگران همراه خواهد بود. بالعکس، هر چه خاطرات شرم ضربه‌ی عمیق‌تری را بر پیکره‌ی روابط گذشته فرد وارد کرده باشد، با خستگی بیشتر در روابط صمیمانه‌ی کنونی، به‌طور اختصاصی رابطه‌ی یاری‌سان، همراه خواهد بود. همچنین افرادی که در کودکی محبت و امنیت را تجربه کرده‌اند بیشتر احتمال دارد شفقتی را به دیگران ابراز کنند که حاصل آن خستگی و فرسودگی نباشد. احتمال آن وجود دارد که شفقت ابرازشده در این افراد به دیگران اصیل بوده و همزمان سبب تسکین خود آنها و رهایی از اندوه و تشویش شخصی‌شان نیز می‌شود. البته این تبیین باید از مسیر مطالعات تجربی دیگر به طوردقیق‌تری وارسی شود.

در پژوهش حاضر متغیرهایی از جمله سابقه‌ی دریافت درمان روانشناختی کنترل نشد. ازآنجا که تحت درمان قرارگرفتن متخصصان سلامت روان می‌تواند در حل و فصل تجارب آزارنده اولیه و همچنین تجربه خستگی ناشی از شفقت اثرگذار باشد، درنتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی این متغیر موردبررسی قرار گیرد. همچنین اکثریت درمانگران مشارکت کننده در این مطالعه زیر پنج سال سابقه ی کار با مراجعین را داشته اند و تعداد اندکی از آنها سابقه‌ی کار بالای ۱۰ سال را داشتند که تعمیم پذیری نتایج را برای درمانگران با سابقه ی کار بالا محدود می کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمانگران با سابقه‌ی کاری بالاتر نیز موردمطالعه قرارگیرند.

منابع

اصلانی، س.، اسکندری، ح. (۱۳۹۷). شفقت ورزی و امنیت جامعه. *رویش روان شناسی*، ۷ (۱۱)، ۳۴۱-۳۵۴

1 Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

موسویان، ا. (۱۳۹۹). بررسی نقش شرم نهادینه در آسیب شناسی های روانی و روان درمانی های مؤثر بر آن. *رویش روان شناسی*، ۹ (۷)، ۹۶-۸۵

نیک گو، ر.، عباسی سورشجانی، م.، نقش، ز.، قربانی، ن. (۱۴۰۰). ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس شفقت به دیگران ساسکس-آکسفورد. *رویش روانشناسی*، (زیر چاپ)

Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. In P. Gilbert & J. Miles (Eds), *Body shame: Conceptualisation, sesearch and treatment* (pp. 256-266). London: Brunner. https://doi.org/10.4324/9781315820255

Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(2), 181-188. https://doi.org/10.1080/09515070600811899

Batson, C.D., O'Quin, K., Fultz, J., Mary, V.M., & Alice M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egostic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(3), 706-718. https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.3.706

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, *34*, 239–244. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002

Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. Journal of anxiety disorders, 22(2), 187-198. http://doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.007

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 155-163. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7

Butler, L. D., Maguin, E., & Carello, J. (2018). Retraumatization mediates the effect of adverse childhood experiences on clinical training-related secondary traumatic stress symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(1), 25-38. https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1304488

Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, *126*(6), 829. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.829

Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*(5), 816-823. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.04.008

Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 355. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355

Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. (pp.1-20). New York: Brunner/Mazel. https://doi.org/10.4324/9780203777381

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Figley, C. (2018). *Compassion Fatigue Awareness*. https://compassionfatigue.org/index.html

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Eds.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203003459

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York: Guilford Press.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson.

Gilbert, P., Cheung, M. S. P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *10*(2), 108-115. https://doi.org/10.1002/cpp.359

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: developmant of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, *84*(3), 239-255. https://doi.org/10.1348/147608310X526511

Greenberg, D. M., Baron-Cohen, S., Rosenberg, N., Fonagy, P., & Rentfrow, P. J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLoS One*, 13(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886

Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford compassion scales (SOCS). *Assessment*, *27*(1), 3-20. https://doi.org/10.1177/1073191119860911

Harris, D. (2017). *The relationship between fear of compassion, attitudes towards emotional expression and subjective well-being among a community adult sample* (Doctoral dissertation, University of Essex).

Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 297-308. https://doi.org/10.1348/014466505X68230

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal Of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *15*(5), 423-432. https://doi.org/10.1023/A:1020193526843

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368–383). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0253

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, *23*(7), 1552-1561. https://doi.org/10.1093/cercor/bhs142

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 472. https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472

Mantelou, A., & Karakasidou, E. (2019). The role of compassion for self and others, compassion fatigue and subjective happiness on levels of well-being of mental health professionals. *Psychology*, *10*(3), 285-304. https://doi.org/10.4236/psych.2019.103021

Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *17*(4), 299-312. https://doi.org/10.1002/cpp.659

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2013). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(2), 149-165. https://doi.org/10.1002/cpp.786

Matos, M., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Constructing a self protected against shame: The importance of warmth and safeness memories and feelings on the association between shame memories and depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*, 317-335.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(4), 334-349. https://doi.org/10.1002/cpp.1766

Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child welfare*, 5-26. https://www.jstor.org/stable/i40234673

Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, *33*(3), 396-405. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x

Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, *25*(2), 281-290. https://doi.org/10.1002/acp.1689

Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *82*(2), 171-184. https://doi.org/10.1348/147608308X395213

Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Stamm, H. E. (1997, November). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers, and administration. In *Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA* (pp. 1-3). http://www.isu.edu/~bhstammISTSS97ef.PDF

Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal Of Nursing Practice*, *12*(3), 136-142. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x

Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, *24*(18), 875–878. https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054

Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1156*(1), 81-96. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x

Skorupa, J., & Agresti, A. A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(3), 281. https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.3.281

Steindl, S. R., Matos, M., & Creed, A. K. (2021). Early shame and safeness memories, and later depressive symptoms and safe affect: The mediating role of self-compassion. *Current Psychology*, *40*(2), 761-771. https://doi.org/10.1007/s12144-018-9990-8

Taylor, S. E. (2010). Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proceedings Of the National Academy of Sciences*, *107*(19), 8507-8512. https://doi.org/10.1073/pnas.1003890107

Weiss, D. S., & Marmar, C.R. (1997). The impact of event scale-revised. In J. P. Wilson & T. M .Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 99–411). New York: Guilford Press.

Wetzels, M., Odekerken-Schröder, G., & Van Oppen, C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*, 177-195. https://doi.org/10.2307/20650284

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3]