

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

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

صفحات ۹۰-۷۹

Zeinab Ghasemi

M.A student of Clinical Psychology, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University Of Tehran, Tehran, Iran.

Dr. Maryam Abbasi Soorehjani*

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.

زینب قاسمی

دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

دکتر میریم 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.

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.

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 کلیه روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین سلامت‌روان در تابستان سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد ۲۰۰ نفر به روش دردسترس از اعضای گروهها و صفات 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 معادلات ساختاری به کمک نرم افزارهای SPSS-۲۶ و PLS-۳ تحلیل مجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که خاطرات اولیه محبت و امنیت به طور مستقیم ($P < 0.05$) و غیرمستقیم از طریق شفقت به دیگران ($P < 0.01$) با خستگی ناشی از شفقت رابطه منفی و معنادار داشت. خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم فقط به طور مستقیم با خستگی ناشی از شفقت رابطه مثبت و معنادار ($P < 0.01$) داشت. همچنین مدل بدست 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 رابطه بین تجربیات شرم تروماتیک اولیه و خستگی ناشی از شفقت نقش میانجی معنی‌دار ندارد.

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

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، ساپو^۳، ۲۰۰۶؛ ساپو^۴، ۲۰۰۲) و عمدتاً در اشخاصی تجربه می‌شود که به افرادی که تجربه‌ی آشفتگی دارند، کمک می‌کنند (فیگلی^۵، 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^۶، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، برانگیختگی مداوم، وحشت از کار و احتساب از آن است (فیگلی^۷، ۱۹۹۵).

شفقت^۸، مفهومی است که ریشه در آموزه‌های بودیسم دارد. شفقت در سیستم امنیت-تسکین^۹ جای گرفته است که شامل انگیزه برای مراقبت، ظرفیت همدردی، تحمل احساسات ناخوشایند و درک همدلانه و غیرقاضاوی است (گیلبرت^{۱۰}، ۲۰۰۵). دالایی لاما^{۱۱} 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^{۱۲} 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^{۱۳}» باید جایگزین عبارت خستگی ناشی از شفقت شود (کلیمکی^{۱۴} و سینگر^{۱۵}، 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، در حالی که شفقت نوع دیگری از پاسخ عاطفی است که به توان فهم تجربه دارد. همدلی کردن با دیگران به ناراحت شدن برای دیگری مرتبط است؛ اما شفقت لزوماً 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^{۱۶}، ۲۰۰۹). برخلاف همدلی، شفقت، فعالیت مناطقی از مغز که درگیر پاداش دوپامینرژیک^{۱۷} و پردازش‌های عاطفی مرتبط با اکسی-توسین^{۱۸} 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^{۱۹} 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^{۲۰}، ۲۰۱۰)، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه بعضی افراد، تحت تاثیر تجربه رشدی اولیه (لیوتی^{۲۱}، ۲۰۰۴)، شفقت را آزارنده تلقی می‌کنند و از آن هراس دارند (گیلبرت

^۱ Compassion fatigue

^۲ Figley

^۳ Sabo

^۴ empathy

^۵ compassion

^۶ safeness-soothing system

^۷ Gilbert

^۸ Dalai Lama

^۹ neuroscience

^{۱۰} Empathic distress fatigue

^{۱۱} Klimecki

^{۱۲} Singer

^{۱۳} Lamm

^{۱۴} dopaminergic

^{۱۵} oxytocin

^{۱۶} Batson

^{۱۷} Cosley

^{۱۸} Liotti

و همکاران، ۲۰۱۱). مشاهدات بالینی و ادبیات دلبرستگی (لیوتی^۱، ۲۰۰۴) نشان دادند افرادی که خاطرات هیجانی مورد سوءاستفاده، غفلت یا شرم^۲ 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 موردناتقاد والدین قرارگرفتن، دست انداخته‌شدن توسط همسالان، طرد شدن توسط فرد مورد علاقه یا شکست در امری مهم تا مورد غفلت واقع شدن، سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی. شواهد بالینی و تجربی تایید می‌کنند که شرم نهادینه^۳ با انواع گستره‌های آسیب شناسی روانی ارتباط داشته و زمینه ساز بسیاری از اختلالات روانی است (موسیان، ۱۳۹۹). تجربیات شرم می‌توانند در حافظه زندگی‌نامه‌ای خود^۴ به عنوان خاطرات هیجانی محوری و مهم ثبت شوند، هویت شخصی را شکل داده، روایت زندگی را ساختار دهن و به نقطه مرتع بر جسته‌ای برای معنا دادن به سایر رویدادهای زندگی تبدیل شوند (پینتو-گوروپا^۵ و ماتوس، ۲۰۱۱). تجربیات شرم حس تهدید را برای خویشتن اجتماعی فرد به وجود می‌آورند که به واسطه آن فرد خود را آسیب‌پذیر، ناقص، نالائق برای عشق و ضعیف و دیگران را منتقد، قضاآت‌گر، از نظر هیجانی غیرقابل دسترس باحتی 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^۶ و داندی^۷، 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^۸ و همکاران، ۲۰۰۶) یا تحریک بیش از حد سیستم تهدید شود (گیلبرت، ۲۰۰۵).

خستگی ناشی از شفقت شدید، می‌تواند در کفایت و قضاآت متخصصان مداخله کند (برايد^۹ و همکاران، ۲۰۰۷) و اتحاد درمانی را تعزیز کند؛ درنتیجه توانایی برای همدلی و توجه به مراجع کاهش می‌باید (اسکوروپا^{۱۰} و اگرستی^{۱۱}، ۱۹۹۳). شواهد نشان دادند که مددکاران اجتماعی بالینی^{۱۲} با سمتوم‌های خستگی ناشی از شفقت، بیشتر احتمال دارد تشخیص نادرست، برنامه درمانی ضعیف یا سوءرفتار با مراجعت داشته باشند (رودولف^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۷). سابقه تجربیات آزارنده اولیه، به ویژه با اثرات منفی بر ظرفیت شفقت‌ورزی همراه است (برايد، ۲۰۰۴).

پژوهش‌ها نشان دادند متخصصان سلامت روان که سابقه‌ی تجربیات آزارنده اولیه داشته‌اند، نسبت به افرادی که چنین تجربیاتی نداشتنند، به طور معناداری استرس تروماتیک ثانویه بیشتری داشتند. همچنین سابقه ترومای شخصی، ریسک خستگی ناشی از شفقت را افزایش می‌دهد (بايرد^{۱۴} و كراسن^{۱۵}، ۲۰۰۶). بسیار مهم است که متخصصان در حالی که از بیماران خود مراقبت می‌کنند، از خودشان نیز مراقبت کنند (پاینه^{۱۶}، 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

تجارب اولیه شرم و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران: نقش میانجی شفقت به دیگران
Early Experiences of Shame and Safety and Compassion Fatigue in Psychotherapists: The Mediating Role of Compassion for Others

باید از عوامل خطرساز احتمالی اختلالات، شامل نشانه‌های تحریک کننده اختلال، به ویژه نشانه‌هایی که مرتبط با سابقه تروما هستند، فرسودگی^۱ و خستگی ناشی از شفقت آگاه باشند؛ بنابراین اهمیت دارد که راههایی برای کاهش خستگی ناشی از شفقت در درمانگران یافته شود و به آن‌ها کمک شود مهارت‌هایی را در خود پرورش دهنده که علی‌رغم داشتن تجارب منفی اولیه، ظرفیت بالاتری در روابط عوامل تهدید کننده سلامت روانی داشته باشند. 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 روان‌درمانگران 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 واتساب، تلگرام و اینستاگرام مرتبط با روانشناسی و مشاوره انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش به همراه اطلاعات جمعیت شناختی نظری سن، جنسیت، میزان تحصیلات به صورت فرم آنلاین در سایت گوگل شدند. 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 واتساب، تلگرام و اینستاگرام بود. معیار خروج عدم تمايل به همکاري و پر نشدن کامل پرسشنامه ها بود. مشارکت در اين 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 PLS-۳ SPSS-۲۶ 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^۲ (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 پاسخ‌دهنده‌گان خواسته می‌شود تا نشان دهنده که به چه میزان یک ویژگی درباره‌ی آن‌ها یا موقعیت‌شان صدق می‌کند. سوالات در مقیاس 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 و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۰۷). در بررسی روابی 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 به دست آمد.

مقیاس شفقت به دیگران ساسکس-آکسفورد^۳ (SOCS-O): این مقیاس توسط گو^۴ 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 به دست آمد. همچنین در بررسی روابی همزمان این مقیاس با مقیاس شفقت به دیگران

1 Burnout

2 Compassion Fatigue Self-Test

3 Sussex-Oxford Compassion Scales

4 Gue

سانتا کلارا^۱ (SCBSC) همبستگی ۰/۶۵ به دست آمد (گو و همکاران، ۲۰۲۰). نسخه‌ی فارسی این مقیاس به صورت 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 ۰/۹۰، 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 اولیه‌ی محبت و امنیت^۲ (EMWSS): این مقیاس توسط ریچتر^۳ 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: اصلاء، 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 پرتوالی 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^۴) همبستگی مثبت بالایی را نشان داد (ریچتر و همکاران، ۲۰۰۹). نسخه‌ی فارسی این مقیاس به صورت 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 (IES-R^۵): این مقیاس توسط ویس^۶ و مارمار^۷ (۱۹۹۷) برای اندازه‌گیری تشویش شخصی فعلی برای هر رویداد مشخص زندگی طراحی شده 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 پنج درجه‌ای (۴-۰) درجه‌بندی شده‌اند. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس اختناب، مزاحمت و بیش‌برانگیختگی است که سه خصوصیت خاطرات تروماتیک را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده خصوصیات تروماتیک بیشتر یک رویداد است. در مطالعه اصلی، محدوده آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ برای مزاحمت، ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ برای اختناب و از ۰/۹۰ تا ۰/۹۰ برای بیش‌برانگیختگی به دست آمد (ویس و مارمار، ۱۹۹۷). در بررسی روایی همزمان، سه خرده مقیاس R 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 به صورت ترجمه و برگردان ترجمه تهیه و همزمان با انجام مطالعه اعتبار یابی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۴ بوده است.

یافته‌ها

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 رشته‌ها از جمله مددکاری و علوم شناختی بود. ۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان (۵۰ درصد) با رویکرد شناختی-رفتاری، ۴۰ نفر (۳/۵ درصد) با رویکرد هیجان مدار، ۳۹ نفر (۱۹/۵ درصد) با تحلیلی و روانکاوی، ۱۴ نفر (۷ درصد) با انسان‌گرایی وجودی و ۷ نفر (۲۰ 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 Beträffande Uppfostran

5 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

6 Weiss

7 Marmar

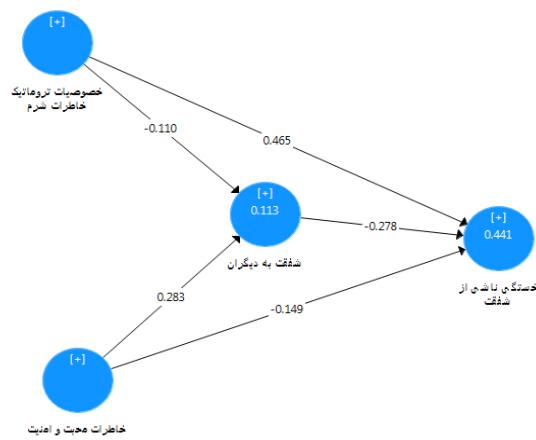
تجارب اولیه شرم و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران: نقش میانجی شفقت به دیگران
Early Experiences of Shame and Safety and Compassion Fatigue in Psychotherapists: The Mediating Role of Compassion for Others

جدول ۲- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم	-۰/۳۲۹*	-۰/۱۸۳**	-۰/۳۹۵**	-۰/۳۸**
۲. خاطرات اولیه محبت و امنیت	-۰/۱۸۳**	-۰/۰۱۷	-۰/۳۹۵**	-۰/۳۸**
۳. شفقت به دیگران	-۰/۰۱۷	-۰/۰۵۶**	-۰/۰۱۷	-۰/۰۱۷
۴. خستگی ناشی از شفقت	-۰/۰۵۶**	-۰/۰۱۷	-۰/۰۱۷	-۰/۰۱۷
میانگین	۲۸/۸۹	۴۵/۴۱	۹۵/۵۳	۱۹/۹۵
انحراف استاندارد	۱۶/۵	۲۰/۸۵	۱۰/۴۸	۱۲
کجی	۰/۰۷۴	۰/۰۴۳	-۰/۰۵۷	۰/۰۶۹
کشیدگی	-۰/۰۷۴	-۰/۰۰۴	۰/۰۴۹	-۰/۰۱۴

* P < .05 ** P < .01

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که رابطه‌ی بین خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم با خستگی ناشی از شفقت (۰/۰۵۶۱) مثبت و معنادار است، اما با خاطرات اولیه 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. همچنان رابطه‌ی بین خاطرات اولیه محبت و امنیت با شفقت به دیگران (۰/۰۳) 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 (-۰/۰۳۸) نیز منفی و معنادار می‌باشد؛ به این معنی که افزایش شفقت به دیگران با کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. همچنان در جدول ۲ به بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی پرداخته شد. با توجه به این شاخص‌ها که دارای مقادیر بین ۲- و ۲+ می‌باشند، مشاهده می‌شود که همه متغیرها دارای توزیع نرمال می‌باشند. بنابراین استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تایید می‌شود. به منظور بررسی نقش شفقت به دیگران، در رابطه‌ی بین خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم و خستگی ناشی از شفقت؛ و همچنان رابطه‌ی 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 قرار گرفت که نتایج در جدول ۳ و شکل‌های 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 شده‌اند. با توجه به ضرایب نشان داده می‌شود که تاثیر خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم بر شفقت به دیگران منفی (-۰/۱۱)، خاطرات امنیت و محبت بر شفقت به دیگران مثبت (۰/۰۲۸۳)، شفقت به دیگران بر خستگی ناشی از شفقت منفی (-۰/۰۲۷۸)، خاطرات محبت و امنیت بر خستگی ناشی از شفقت منفی (-۰/۰۱۴۹) و خصوصیات تروماتیک خاطرات

شرم بر خستگی ناشی از شفقت مثبت(۰/۴۶۵) می باشدند. بطور کلی در شکل ۱ مشاهده می شود که همه مسیرهای مدل معنادارند؛ بنابراین نیازی به حذف هیچکدام از مسیرها و عامل ها نمی باشد. همچنین ضرایب عاملی همه گویه ها بالای ۰/۵ بودست آمد.

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

اندازه (اثر (f ^۲))	اثر مستقیم			هم خطی			مسیرها	
	فاصله اطمینان	مقادیر		(VIF)				
		sig	T	B				
۰/۳۴	۰/۵۸۲	۰/۳۵۷	۰/۰۰۱	۷/۹۰۳	۰/۴۶۵	۱/۱۳	خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم -> خستگی ناشی از شفقت	
۰/۱۲	-۰/۰۱۲	-۰/۲۴۳	۰/۰۳۸	۲/۰۳۱	-۰/۱۱	۱/۱۲	خصوصیات تروماتیک خاطرات شرم-> شفقت به دیگران	
۰/۱۳۳	-۰/۰۲۶	-۰/۲۷۱	۰/۰۱۳	۲/۴۷	-۰/۱۴۹	۱/۲۱	خاطرات محبت و امنیت -> خستگی ناشی از شفقت	
۰/۱۸	۰/۴۰۶	۰/۱۵۶	۰/۰۰۱	۴/۲۶	۰/۲۸۳	۱/۱۲	خاطرات محبت و امنیت -> شفقت به دیگران	
۰/۱۲۳	-۰/۱۵۲	-۰/۰۴۲۳	۰/۰۰۱	۳/۸۹	-۰/۰۲۷۸	۱/۱۲	شفقت به دیگران -> خستگی ناشی از شفقت	

نتایج به دست 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

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

به علاوه اثرات غیرمستقیم نیز در جدول ۴ مشاهده می شود. 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 رابطه بین خاطرات محبت و امنیت 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 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 دقیق پیش بینی مدل است و Q^2 استون-گیسر که نشان دهنده تناسب پیش بین مدل است، استفاده شد.

جدول ۵- شاخص های R2 و Q2 مدل درونی پژوهش

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

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 نزدیک تر

تجارب اولیه شرم و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان‌درمانگران: نقش میانجی شفقت به دیگران
Early Experiences of Shame and Safety and Compassion Fatigue in Psychotherapists: The Mediating Role of Compassion for Others

شود، نشان از قدرت و کیفیت بالای مدل می‌باشد. وتزلس^۱ و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار برای ارزیابی این شاخص در نظر گرفته‌اند: اگر بین ۰/۰ 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

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

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار معیار GOF معادل ۰/۲۸۲ به دست آمده است. با توجه به دسته‌بندی مذکور می‌توان گفت که مدل دارای برازش متوسطی می‌باشد.

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 پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش بالتر و همکاران (۲۰۱۸) و نلسون-گاردل (۲۰۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان در اوایل زندگی از جمله 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 از جمله خستگی ناشی از شفقت فراهم می‌آورد؛ اما تجربیات منفی از جمله شرم با فعال‌سازی مکرر سیستم تهدید، باعث می‌شود مواجهه با رنج‌های مراجعت خاطرات در دنیاک 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 می‌کنند. 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 یافته‌ها با یافته‌های پژوهش استیندی^۲ 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 از جمله 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 تجرب شرم در کودکی ممکن است باعث شکل‌گیری 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، منجر شود.

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 یافته‌ها، با نتایج پژوهش فیگلی (۲۰۰۲) و بومونت^۳ و همکاران (۲۰۱۶) همسو و با نتایج پژوهش مانتلو و کاراکاسیدو (۲۰۱۹) ناهمسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجا که شفقت هیجانی متمرکر بر دیگری است و رفتارهای اجتماعی را افزایش می‌دهد، طبق مدل حمایت اجتماعی استرس-بافر، می‌تواند با پذیرش حمایت بیشتر از دیگران و درنتیجه کاهش واکنش درباره استرس همراه باشد. بنابراین افرادی که شفقت

1 Wetzels

2 Steindl

3 Beaumont

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، از جمله خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی، حائل ایجاد کند. همچنین شفقت به دیگران با شفقت-خود بیشتری ارتباط دارد؛ که می‌تواند علاوه بر انگیزه به تسکین رنج دیگران، همزنمان 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 درخین 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، می‌تواند 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 یافته‌ها در پژوهش‌های 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 از جمله شفقت نسبت به خود و دیگران را افزایش می‌دهد. از طرفی به دلیل 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 برای آسیب‌های روانی از جمله 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 تجارب کودکی در دنکاری داشته‌اند و شرم زیادی را تجربه کرده‌اند، قرار گرفتن در موقعیت‌های یاری‌رسان، از جمله اتاق درمان، فعال‌کننده مسیرهای دیگری به جز شفقت به دیگران در روان آنهاست (ماتوس، پینتو-گوویا و دوآرت، ۲۰۱۵) که این مسیر می‌تواند همان تشویش همدانه باشد که سبب‌ساز فرسودگی و تجربه‌ی مجدد آسیب در این دسته از درمانگران است (کلیمکی و سیننگر، 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 توان با شفقت می‌توانند علاوه بر کاهش رنج مراجع از تشویش ناشی از مواجهات با مراجع در دمدم نیز بکاهند؛ اما درمانگرانی که آسیب‌های کودکی را در تاریخچه خود تحمل کرده‌اند، در مواجهات درمانی خود، به جای فعال شدن سیستم یاری‌رسانی مشفقات، همدلی بیشتری را تجربه می‌کنند (گرینبرگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) که ممکن است باعث افزایش تشویش همدانه 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 ضریبه‌ی عمیق‌تری را بر پیکره‌ی روابط گذشته فرد وارد کرده باشد، با خستگی بیشتر در روابط صمیمانه کنونی، به طور 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 همزنمان سبب تسکین خود آنها و رهایی از اندوه و تشویش شخصی‌شان نیز می‌شود. البته این تبیین باید از مسیر مطالعات تجربی دیگر به طور دقیق‌تری وارسی شود.

در پژوهش حاضر متغیرهایی از جمله سابقه‌ی دریافت درمان روانشناختی کنترل نشد. از آنجا 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 پژوهش‌های آتی این متغیر موردنیزی قرار گیرد. همچنین اکثریت درمانگران مشارکت کننده در این مطالعه زیر پنج سال سابقه‌ی کار با مراجعيان را داشته‌اند و تعداد اندکی از آنها سابقه‌ی کار بالای ۱۰ سال را داشتند که تعیین پذیری نتایج را برای درمانگران با سابقه‌ی کار بالا محدود می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمانگران با سابقه‌ی کاری بالاتر نیز مورد مطالعه قرار گیرند.

منابع

اصلانی، س.، اسکندری، ح. (۱۳۹۷). شفقت ورزی و امنیت جامعه. رویش روان‌شناسی، ۱۱ (۱۱)، ۳۴۱-۳۵۴.

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

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

موسویان، ا. (۱۳۹۹). بررسی نقش شرم نهادینه در آسیب شناسی های روانی و روان درمانی های مؤثر بر آن. *رویش روان‌شناسی*، ۹ (۷)، ۸۵-۹۶
نیک گو، رء، عباسی سورشجانی، م، نقش، زء، 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, research 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 egocentric 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., Radley, 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/clp.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., & Rivas, A. (2011). Fears of compassion: development 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 validation 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>

- 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/~bhstamm/ISTSS97ef.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>
- Skoruppa, 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.
- Wetzel, 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>

