

The Mediating Role of Self-Compassion Between Mindfulness and Compassion Fatigue Among Therapists

Seyedeh Zahra Emadi¹ , Batool Zare^{2*} , Seyed Mohammad Mehdi Emadi³ 

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: zahraemadi@ut.ac.ir
2. Department of Psychology, Faculty Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: batoolzare.1995@ut.ac.ir
3. Department of Operations Management and Decision Sciences, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: emadi@ut.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.354167.644518>

Received: 24 Jan 2023 Revised: 23 Mar 2023 Accepted: 3 Jun 2023 online Published: 15 Apr 2024

Abstract

The purpose of this research was to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between mindfulness and compassion in therapists. This research was applied and descriptive correlational. The research population included psychotherapists, counselors and experts in the field of mental health with at least one year of experience in therapy, who lived in Iran from July to December 2022 and had access to social networks. 300 individuals were selected through the available sampling method via members of groups and pages of social networks related to psychology and counseling. The research instruments included scales of compassion fatigue (CFST), mindfulness (FMQ) and self-compassion scale (SCS). Data analysis was conducted using path analysis method using via SPSS 26 and Lisrel 7.8. The obtained fit indices indicated the appropriate fit of the model with the data. The results showed that mindfulness directly and indirectly predicts compassion fatigue. The indirect path of self-awareness through kindness to self-awareness and human commonalities with self-compassion was significant and showed the mediating role of all three components of self-compassion in the relationship between self-awareness and fatigue caused by compassion. Based on research findings, mindfulness in therapists has a protective role against psychological problems and makes them feel less tired and more self-compassion, and it is less likely that they perceive themselves as the same with the thoughts and feelings they experience.

Keywords: Compassion in Therapists, Mindfulness, Self-Compassion

Extended Abstract

Aim

Compassion fatigue results from the stress associated with working in or observing traumatic situations, particularly affecting therapists who support individuals dealing with anxiety. Figley used the term compassion fatigue to encompass the emotional, cognitive, and behavioral changes experienced by professionals working with trauma victims (Singer & Klimecki Olga, 2014). In severe cases, compassion fatigue can impair the judgment and effectiveness of mental health practitioners (Bride, Radey, & Figley, 2007), hindering their ability to pursue client-centered goals (Nagash & Sahin, 2011). Exploring the formation process and factors influencing compassion fatigue holds significant clinical implications for supporting this vulnerable professional group and may uncover variables impacting its development and persistence (Craig & Sprang, 2010). Given the substantial investment of time and energy required to cultivate and reinforce self-compassion as a broad construct, examining individual components such as self-compassion and mindfulness separately can yield a more comprehensive understanding of their interplay with stress, physical and mental well-being, and self-awareness. While it has been traditionally assumed that self-compassion serves as a prerequisite for nurturing compassion towards others, empirical evidence suggests distinct

relationships between self-compassion and other-focused compassion across different populations (Yip, Mak, Chio, & Law, 2017). Notably, there is a dearth of literature investigating the empirical link between self-compassion and compassion for clients among Iranian therapists. Therefore, the aim of the present study was to investigate the mediating role of self-compassion in the relationship between mindfulness and compassion fatigue among a group of therapists.

Methodology

The current research is a subset of correlational designs and is practical from the perspective of the path analysis and objective. The research population consisted of psychotherapists, counselors and mental health specialists who were working in Tehran clinics in Iran from July to December 2022 and had access to social networks, of which 300 individuals were selected through the available sampling method. The exclusion criteria were unwillingness to cooperate and incomplete filling of the questionnaires. Participants in this research entered the study through the questionnaire link shared in groups and pages related to counseling and psychotherapy. No name or identity information was requested for data confidentiality. The research instruments included scales of compassion fatigue (CFST), mindfulness (FMQ) and self-compassion (SCS). Data analysis was conducted using structural equation modeling with SPSS 26 and LISREL version 7.8.

Findings

The results showed that the fit indices obtained from the implementation of the path analysis with the maximum likelihood method indicate the appropriate fit of the model with the data (GFI=0.99, CFI=0.99, AGFI=0.96, IFI=0.98, 0.03 RMSEA=0, CMIN/DF=1.27). Moreover, the results showed that mindfulness directly and indirectly predicted compassion fatigue. The relationship direction of mindfulness path is direct on self-compassion and reverse on compassion fatigue. The indirect path of mindfulness through self-kindness (0.12), awareness (0.04) and human commonalities (0.06) is significant with self-compassion and shows the mediating role of all three components of self-compassion in the relationship between mindfulness and compassion fatigue.

Conclusion

The findings of this study revealed a significant association between increased self-compassion and reduced compassion fatigue, aligning with previous research by Neff (2003), Gilbert and Irons (2005), and Galla (2016), which highlighted the positive physical and psychological outcomes of self-compassion. However, these results diverged from the findings of Mantelou and Karakasidou (2019). Path analysis indicated that self-compassion acts as a mediator between mindfulness and compassion fatigue. Consistent with the studies by McCracken and Velleman (2010) and Ghorbani et al. (2012), an increase in mindfulness was associated with elevated self-compassion and reduced therapist fatigue, underscoring mindfulness's protective role against psychological distress, including fatigue. High levels of mindfulness were linked to effective management of stressful situations on both physical and psychological fronts, mitigating symptoms of anxiety, depression, and burnout among therapists. Overall, therapists with heightened mindfulness traits demonstrated lower burnout rates, increased self-compassion, and greater emotional balance, fostering openness in their therapeutic practices.

Ethical Considerations

In conducting the present study, the principles of independence, confidentiality, and informed consent were rigorously upheld throughout the data collection process. Prior to completing the questionnaire, participants were provided comprehensive information regarding the study's purpose and procedures, enabling them to make well-informed decisions about their participation. Furthermore, to safeguard the confidentiality of data, no personal identifiers were requested. Additionally, in composing this article, ethical considerations were diligently observed, ensuring the credibility and integrity of scientific citations and references.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to the psychotherapists, counselors, and mental health professionals whose participation enriched this study. Their valuable insights and expertise significantly contributed to the research. It is important to note that this study received no financial support.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in this article.

نقش واسطه‌ای شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت در درمانگران

سیده زهرا عمادی^۱، بتول زارع^{۲*}، سید محمد مهدی عمادی^۳

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: zahraemadi@ut.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: batoolzare.1995@ut.ac.ir

۳. دکتری مدیریت تحقیق در عملیات، گروه مدیریت عملیات و علوم تصمیم، دانشکده مدیریت صنعتی و فناوری، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: emadi@ut.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.354167.644518>

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۴ بازنگری: پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و شفقت در درمانگران بود. این پژوهش بر اساس هدف کاربردی و از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین حوزه سلامت روان با حداقل یک سال سابقه فعالیت درمانی بودند که در ایران سکونت داشتند و در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ به فضای مجازی دسترسی داشتند. تعداد ۳۰۰ نفر از اعضای جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از اعضای گروه‌ها و صفحات شبکه‌های اجتماعی مرتبط با روانشناسی و مشاوره انتخاب شدند و مقیاس‌های خستگی ناشی از شفقت (CFST)، ذهن آگاهی (FMQ) و شفقت خود (SCS) تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با اجرای تحلیل مسیر با روش بیشینه احتمال به کمک نرم‌افزارهای SPSS و LISREL ۷/۸ تحلیل شدند. شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده نشان‌دهنده برازش مناسب الگو با داده‌ها بود. نتایج نشان داد ذهن آگاهی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم خستگی ناشی از شفقت را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مسیر غیرمستقیم ذهن آگاهی به واسطه مهربانی با خود بهوشیاری و اشتراکات انسانی با شفقت خود معنادار بود و نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای هر سه مولفه شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت دارد. بر اساس نتایج این پژوهش ذهن آگاهی در درمانگران نقش محافظت‌کننده در برابر مشکلات روانشناختی دارد و سبب می‌شود احساس خستگی کمتر و شفقت به خود بیشتری داشته‌باشند و احتمال کمتری دارد که خود را با افکار و احساساتی که تجربه می‌کنند، یکسان درک کنند.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، شفقت خود، شفقت در درمانگران

۱. مقدمه

خستگی ناشی از شفقت^۱ حالتی است که به دلیل خسته شدن از پرداختن به رنج‌های دیگران و کاهش ظرفیت فرد برای شفقت‌ورزی به وجود می‌آید (فیگلی^۲، ۱۹۹۵). خستگی ناشی از شفقت نتیجه‌ی استرس حین کارکردن با موقعیت‌های تروماتیک یا مشاهده تشویش^۳ دیگران است و در درمانگران که به اشخاصی که تشویش خاطر دارند خدمت می‌کنند تجربه می‌شود. فیگلی از عبارت خستگی ناشی از شفقت برای توصیف تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری در متخصصانی که با مبتلایان به تروما کار می‌کنند، استفاده کرد (سینگر و کلیمکی اولگا^۴، ۲۰۱۴). اگرچه برخی از تمایزات بین ترومای نایب و استرس تروماتیک ثانویه/خستگی شفقت از نظر منشاء نظری و کانون علائم وجود دارد، اما هر سه اصطلاح به تأثیر منفی کار بالینی با مراجعان آسیب دیده اشاره دارد (براید، رادی و فیگلی^۵، ۲۰۰۷). به اعتقاد فیگلی، خستگی ناشی از شفقت حالتی شدید از تنش و دل‌مشغولی^۶ با رنج دیگران است تا جایی که می‌تواند باعث ایجاد

1. Compassion fatigue
2. Figley
3. distress
4. Singer & Klimecki Olga
5. Bride, Radey & Figley
6. engagement

استرس تروماتیک ثانویه^۱ در فرد شود. نشانه‌های خستگی ناشی از شفقت شامل فقدان شفقت و همدلی^۲، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، برانگیختگی مداوم، وحشت از کار و اجتناب است (فیگلی، ۱۹۹۵). پژوهش‌های زیادی در حوزه‌ی علوم اعصاب^۳ نشان دهنده این مطلب است که خستگی ناشی از همدلی است نه شفقت. به عبارتی شفقت موجب خستگی نمی‌شود، بلکه تشویش ناشی از همدلی باعث خستگی می‌شود و عبارت خستگی ناشی از تشویش همدلانه^۴ باید جایگزین عبارت خستگی ناشی از شفقت شود (کلیمکی و سینگر، ۲۰۱۲).

خستگی ناشی از شفقت، در موارد شدید آن تأثیرگذاری و قضاوت متخصصان سلامت روان را مختل می‌کند (براید، رادی و فیگلی، ۲۰۰۷) و احساسات منفی کار درمانگر را برای حرکت به سمت اهدافی که به نفع و صلاح مراجع است دشوار می‌کند (نگاش و ساهین، ۲۰۱۱). متخصصان سلامت روان ممکن است تجربه‌ی خستگی ناشی از شفقت و نشانه‌های^۵ آن در خود را تشخیص ندهند (رامن-خان و هانسن، ۱۹۹۸؛ اسکروپا و آگریستی، ۱۹۹۳). مطالعاتی که فرایند شکل‌گیری و عوامل مؤثر بر خستگی ناشی از شفقت را بررسی کنند، کاربردهای بالینی مهمی را برای کمک به این دسته از متخصصان آسیب‌پذیر خواهند داشت و به لحاظ نظری می‌توانند به آشکار کردن متغیرهایی که بر شکل‌گیری و تداوم خستگی ناشی از شفقت تأثیرگذارند، منتهی شود (کریگ و اسپرنگ، ۲۰۱۰). بسیار مهم است که متخصصان سلامت روان درعین‌حال که حمایت خود را به بیمارشان نشان می‌دهند، از خود نیز مراقبت کند (پین، ۲۰۰۱)؛ بنابراین اهمیت دارد که راه‌هایی برای کاهش خستگی ناشی از شفقت در درمانگران بیابیم و درنهایت به آن‌ها کمک کنیم مهارت‌هایی را در خود پرورش دهند که علی‌رغم داشتن تجارب منفی اولیه، ظرفیت بالاتری در برابر عوامل تهدیدکننده سلامت روانی داشته باشند. در این پژوهش قصد داریم اثر تجارب اولیه‌ی شرم و امنیت و ظرفیت شفقت ورزی را بر روی خستگی ناشی از شفقت بررسی کنیم. نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین مداخلات درمانی و نظارت‌های بالینی مبتنی بر شفقت و متناسب با وضعیت روانی درمانگران کمک‌کننده باشد.

پژوهش‌های روان‌شناسی، نام شفقت خود را (گولمن و گولمن، ۲۰۰۱)، به‌عنوان یک رویکرد تنظیم هیجانی مطرح کرده‌اند. شفقت خود افراد را قادر می‌سازد تا ضمن تلاش جهت کنترل عادات مخربی که سبب افزایش فشار در مواجهه با استرس می‌شود، برخوردی حاکی از پذیرش و درک مشفقانه با خود داشته باشند و رنج متحمل شده در این مسیر را با به‌بیشاری و عشق و به دور از سخت‌گیری پشت سر بگذارند (نفر، ۲۰۰۳). بر اساس یافته‌های نفر (۲۰۰۳)، شفقت خود را می‌توان هم به‌عنوان یک صفت و هم یک فرآیند روان‌شناختی در نظر گرفت؛ شفقت خود شامل سه ویژگی اصلی، مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به‌بیشاری در مقابل همانندسازی افراطی، است. به‌طورکلی شخص مشفق، خود انتقادگری و انزوای کمتری را تجربه می‌کند و در مواجهه با موقعیت‌های دشوار نه‌تنها به لحاظ هیجانی، اجتناب نمی‌کند بلکه کمتر تحت تأثیر اثرات منفی آن موقعیت قرار می‌گیرد (نفر، ۲۰۱۶). شواهد حاصل از بررسی‌های منظم نشان می‌دهد که شفقت خود با معیارهای متعدد سلامت روان همبستگی

1. Secondary traumatic stress
2. empathy
3. neuroscience
4. Empatic distress fatigue
5. Klimecki & Singer
6. Negash & Sahin
7. symptoms
8. Kramen-Kahn & Hansen
9. Skorupa & Agresti
10. Craig & Sprang
11. Payne
12. Goleman & Goleman
13. Neff

مثبت دارد (زسین، دیکهوزر و گارباد، ۲۰۱۵) و با آسیب روانی افراد رابطه منفی دارد (مارش چان و مک بث، ۲۰۱۸). سازه شفقت خود یک فرایند روانی انطباقی است که باعث تنظیم هیجانات منفی می‌شود و به افراد جهت انطباق با موقعیت‌های استرس‌زا کمک می‌کند و زمانی که در فرد تقویت شود سلامت روانی وی نیز افزایش می‌یابد (بارنارد و کری، ۲۰۱۲). شواهد حاصل از مطالعات مداخله‌ای نشان می‌دهد که به‌شیراری و مداخلات با محوریت شفقت خود، استرس ادراک‌شده را کاهش می‌دهد (بلوث و آیزنلوهر-مول، ۲۰۱۷). همچنین شفقت خود پیش‌بینی کننده اصلی بهبود استرس ادراک‌شده، نشخوار فکری و علائم افسردگی در افراد پس از مداخله مدیتیشن بوده است (گالا، ۲۰۱۶) و واکنش فیزیولوژیک کمتر در افرادی که در شرایط آزمایشگاهی با عوامل استرس‌زا مواجهه شدند را پیش‌بینی می‌کند (بلوث، گیلورد، کامپو، مولارکی و هابز، ۲۰۱۶). نف، رود و کرک پاتریک^۷ (۲۰۰۷) دریافتند که افزایش شفقت خود منجر به کاهش افسردگی، نشخوار فکری و تفکر سرکوب‌کننده می‌شود. همچنین گیلبرت و آیزنلر^۸ (۲۰۰۵) معتقدند که شفقت خود پایین با پیش‌بینی آسیب روانی در ارتباط است.

برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی و فیزیولوژیکی از جمله خستگی ناشی از شفقت می‌توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۹ استفاده کرد. ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا آگاه تر بوده و با افکار و احساسات به طور مناسب یعنی هوشیارانه، بدون قضاوت برخورد کنند (کانورسانو و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی توجه به یک شیوه خاص در زمان حال و بدون قضاوت و توانایی معطوف کردن توجه است (کابات زین، ۲۰۱۵). که نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می‌کند و منجر به بهزیستی^{۱۲} همه جانبه در افراد می‌شود لذا لزوم آن برای بهبود زندگی احساس می‌شود (کیس، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان دهنده آن است که ذهن آگاهی بر متغیرهای شناختی، روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی تاثیر گذار است. از جمله این مطالعات، تاثیر ذهن آگاهی و به‌شیراری بر شفقت خود در افراد است (آلن، گلدوآسر و لیری، ۲۰۱۲؛ بلوث و آیزنلوهر-مول، ۲۰۱۷؛ گالا، ۲۰۱۶؛ سعیدی و همکاران، ۱۳۹۶). چرا که یکی از ویژگی‌های سازه شفقت خود، به‌شیراری است. افراد ذهن آگاه به افکار منفی خود مانند خود انتقادی، نشخوار فکری، ترس و نگرانی پی برده و با شفقت به خود، از بروز واکنش‌های مخربی از جمله خستگی ناشی از شفقت جلوگیری می‌کنند (کابات زین، ۲۰۱۳).

پرورش و تقویت شفقت به خود به عنوان سازه‌ای گسترده، نیازمند صرف انرژی و زمان زیادی است. بررسی جداگانه هر کدام از سازه‌های شفقت به خود و ذهن آگاهی می‌تواند منجر به درک جامع‌تری از روابط استرس، سلامت جسمانی و روانی، شفقت به خود و به‌شیراری در فرد شود، و در نهایت اقدامات راهبردی مؤثر در این زمینه به همراه داشته باشد. در مورد شفقت به خود، اگرچه همواره اعتقاد بر این بوده که شفقت به خود ممکن است پیش‌نیاز لازم برای پرورش شفقت به دیگران باشد و با این فرض که شفقت به خود و شفقت با دیگران ذاتاً به هم مرتبط هستند، اما رابطه تجربی بین شفقت به خود و شفقت متمرکز بر دیگران در گروه‌های مختلف افراد متفاوت است (یپ، مک، چیو و لا، ۲۰۱۷) و تا به امروز نیز مطالعه‌ای که رابطه تجربی بین خود شفقت و شفقت به مراجع را در میان درمانگران ایرانی بررسی کرده باشد در ادبیات پژوهش یافت نشد. از این رو، پژوهش حاضر با بررسی نقش واسطه‌ای شفقت خود

1. Zessin, Dickhäuser, & Garbade
2. Marsh, Chan & MacBeth
3. Barnard & Curry
4. Bluth & Eisenlohr-Moul
5. Galla
6. Bluth, Gaylord, Campo, Mullarkey & Hobbs
7. Neff, Rude & Kirk Patrick
8. Gilbert & Irons
9. mindfulness based cognitive treatment
10. Conversano et al.
11. Kabat-Zinn
12. wellbeing
13. Keyes
14. Allen, Goldwasser & Leary
15. Yip, Mak, Chio & Law

در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت به‌عنوان حلقه‌ای از زنجیره دانش در حال رشد در مورد سازه خستگی ناشی از شفقت خواهد بود؛ بنابراین مسئله موردنظر که پژوهش حاضر درصدد پاسخ به آن است این نکته است که آیا ذهن آگاهی از طریق شفقت خود می‌تواند خستگی ناشی از شفقت را پیش‌بینی کند. مطالعات زیادی، شفقت به خود را به عنوان یک واسطه در رابطه بین ذهن آگاهی با پیامدهای روانی از جمله خستگی ناشی از شفقت شناسایی کرده‌اند (بائر^۱، ۲۰۱۰؛ گو، استراوس، باند، و کاوانا^۲، ۲۰۱۵؛ لینلی و جوزف^۳، ۲۰۰۷). برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که ذهن آگاهی ممکن است با شفقت بیشتر درمانگران مرتبط باشد (بدوو و مورفی^۴، ۲۰۱۴؛ کالدول^۵، ۲۰۱۲). این پژوهش با هدف بررسی اثر تجارب اولیه‌ی شرم و امنیت و ظرفیت شفقت ورزی، بر روی خستگی ناشی از شفقت از طریق آزمودن نقش میانجی شفقت خود در رابطه ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت در میان گروهی از درمانگران انجام شد. فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر هستند:

فرضیه اول: شفقت به خود بر خستگی ناشی از شفقت در درمانگران دارای اثر غیرمستقیم و معنادار است.

فرضیه دوم: ذهن آگاهی بر خستگی ناشی از شفقت در درمانگران دارای اثر مستقیم و معنادار است.

فرضیه سوم: شفقت به خود در رابطه ذهن آگاهی با خستگی ناشی از شفقت در درمانگران نقش میانجی معنادار را دارد.

نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین مداخلات درمانی و نظارت‌های بالینی مبتنی بر شفقت و متناسب با وضعیت روانی درمانگران کمک‌کننده باشد.

۲. روش

۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر زیر مجموعه طرح‌های همبستگی و از نوع تحلیل مسیر و از منظر هدف، کاربردی است. تحلیل مسیر، روشی آماری مبتنی بر رگرسیون جهت بررسی روابط پیچیده و واسطه‌ای متغیرها است. در پژوهش حاضر ذهن آگاهی متغیر برون‌زا، شفقت به خود متغیر میانجی و خستگی ناشی از شفقت متغیر درون‌زا در نظر گرفته شدند. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش را روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین حوزه سلامت روان که در کلینیک‌های شهر تهران فعالیت دارند شامل می‌شد. از جامعه مورد نظر، تعداد ۳۰۰ نفر نمونه به‌وسیله‌ی نمونه‌گیری در دسترس و به شکل داوطلبانه از بین اعضای پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌های پژوهش، دریافت مجوزها و هماهنگی‌های لازم، ابزار پژوهش به صورت پرسشنامه آنلاین، شامل سؤالات هر سه مقیاس در اختیار نمونه قرار داده شد. توضیح مربوط به هر مقیاس در ابتدای آن ذکر شده بود تا برای همه یکسان باشد. شرکت‌کنندگان به‌صورت داوطلبانه و فردی پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. معیار ورود به پژوهش، داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌های روانشناسی و مشاوره با حداقل یک سال سابقه‌ی فعالیت درمانی در ایران بود که در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ به فضای مجازی دسترسی داشتند. معیار خروج عدم تمایل به همکاری و پر نشدن کامل پرسشنامه‌ها بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از طریق لینک پرسشنامه به اشتراک گذاشته شده در گروه‌ها و صفحات مرتبط با مشاوره و روان‌درمانی وارد مطالعه شدند. برای توجه به محرمانگی داده‌ها، هیچ نام و یا اطلاعات هویتی درخواست نشد.

۲-۲. ابزار پژوهش

۲-۲-۱. مقیاس خود گزارشی خستگی ناشی از شفقت^۶ (CFST):

این مقیاس توسط فیگلی (۱۹۹۵) تهیه شده است و شامل ۴۰ گویه و ۲ زیرمقیاس خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی می‌باشد. در این مقیاس از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود تا نشان دهند که به چه میزان یک ویژگی درباره‌ی آنها یا موقعیتشان صدق می‌کند.

1. Baer
2. Gu, Strauss, Bond & Cavanagh
3. Linley & Joseph
4. Beddoe & Murphy
5. Caldwell
6. Compassion Fatigue Self-Test (CFST)

این مقیاس رایج ترین ابزار مورد استفاده برای اندازه گیری خستگی شفقت باشد، تا حدی به این دلیل که یکی از اولین اقداماتی بود که به طور خاص برای این منظور توسعه یافت (براید، رادی و فیگلی، ۲۰۰۷). سوالات در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (بندرت) تا ۵ (بسیار زیاد) درجه بندی شده اند. نمره‌ی ۲۷ یا بالاتر نشان می‌دهد که فرد در معرض خستگی ناشی از شفقت است (براید، رادی و فیگلی، ۲۰۰۷). ثبات درونی برای کل مقیاس ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ و برای خستگی ناشی از شفقت ۰/۸۴ و فرسودگی ۰/۸۳ گزارش شده است (کنراد و کلا-کونتر، ۲۰۰۶). در پژوهش قاسمی، عباسی سورشجانی و نقش (۱۴۰۱)، این مقیاس در نمونه شامل روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین حوزه سلامت بررسی شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. در این پژوهش آلفای کرونباخ خستگی ناشی از شفقت ۰/۸۷ به دست آمد.

۲-۲-۲. مقیاس پنج وجهی ذهن آگاهی^۲ (FFMQ):

پرسشنامه‌ی ۳۹ ماده‌ای است که توسط بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمایر و تونی^۳ (۲۰۰۶)؛ جهت آشکار کردن جنبه‌های احتمالی سازه به‌بیشیاری، با تلفیق ابزارهای موجود سنجش ذهن آگاهی (پرسشنامه‌های فرایبرگ، مقیاس هشیاری و توجه آگاهانه، مقیاس تجدید نظر شده ذهن آگاهی شناختی و هیجانی و پرسشنامه ذهن آگاهی فیلادلفیا) و با استفاده از روش تحلیل عاملی ساخته شده است (دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسوند و نیک منش، ۱۳۹۳). این مقیاس پنج بعد ذهن آگاهی را تحت عنوان مشاهده (۸ آیتم)، توصیف (۸ آیتم)، عملکرد آگاهانه (۸ آیتم)، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی (۸ آیتم) و عدم واکنش به تجارب درونی (۷ آیتم) اندازه گیری می‌کند و پنج عامل مرتبه اول و یک عامل مرتبه دوم را می‌سازد. بائر و همکاران (۲۰۰۶) ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را در نمونه‌ی آمریکایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش دهقانی و همکاران (۱۳۹۳)، پس از به دست آمدن آیت‌های موجود در هر عامل، ضرایب آلفای کرونباخ برای هریک از عوامل توصیف تجارب درونی، توجه و تمرکز آگاهانه، ارزیابی و قضاوت در مورد تجارب درونی، مشاهده افکار، احساسات، حواس بدنی، عملکرد آگاهانه، تنظیم واکنش به رویدادها و نمره‌ی کل پرسشنامه ذهن آگاهی محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب این پرسشنامه در جمعین غیربالیینی جامعه ایران بود (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

۲-۲-۳. مقیاس شفقت خود^۴ (PPSC)

یک پرسشنامه خودگزارش دهی با ۲۶ ماده است که سطح شفقت به خود در فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌ها در آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ «تقریباً هرگز» تا ۵ «تقریباً همیشه» قرار می‌گیرد (نف، ۲۰۰۳). این مقیاس علاوه بر نمره کل، سه مؤلفه دوقطبی را در قالب شش زیر مقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (معکوس)، به‌بیشیاری در مقابل همانندسازی افراطی (معکوس) و اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. از میانگین نمرات این شش مقیاس (با در نظر گرفتن نمرات معکوس) نمره کلی شفقت به خود را به دست می‌آید. مطالعات، روایی همگرا (نف، رود و کرک پاتریک، ۲۰۰۷) روایی افتراقی، همسانی درونی و پایایی باز آزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند (نف، ۲۰۰۳). در مطالعات ایرانی نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است (قربانی، واتسون، چن و نوربالا، ۲۰۱۲). در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف میار) و آمارهای استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و نرم‌افزارهای آماری SPSS - ۲۶ و LISREL ۷/۸ استفاده شد.

1. Conrad & Kellar-Guenther
2. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
3. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney
4. Psychometric Properties of Self-Compassion (PPSC)
5. Ghorbani, Watson, Chen & Norballa

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

همان طور که در جدول ۴-۱ ملاحظه می شود، بیشترین افراد شرکت کننده زن (۷۷ درصد) و تعداد (۲۳ درصد) مرد می باشند. بیشترین درصد مربوط به گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۴/۷ درصد) و کمترین مربوط به گروه سنی کمتر از ۲۵ سال (۹ درصد) است. همچنین میانگین سنی افراد ۳۵/۶۱ سال است. از نظر تحصیلات، ۶/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۶۹/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲۴/۳ درصد دارای تحصیلات دکترا و بالاتر می باشند. همچنین طبق نتایج حاصله رشته تحصیلی ۷۷ درصد افراد روانشناسی، ۱۷/۳ درصد افراد مشاوره و ۵/۷ درصد افراد سایر است. ۶۳/۳ درصد دارای سابقه کار کمتر از ۵ سال، ۲۱/۳ درصد دارای سابقه کار ۵ تا ۱۰ سال و ۱۵/۳ درصد افراد دارای سابقه کار بالای ۱۰ سال می باشند. همچنین میانگین سابقه کار افراد ۵/۷۸ سال است.

۳-۲. شاخص های توصیفی

آمار توصیفی شامل شاخص های میانگین و انحراف از معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. مقادیر شاخص های توصیفی در خصوص متغیرهای تحقیق

| متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار | کجی | کشیدگی |
|--------------------|-------|---------|--------------|-------|--------|
| مهربانی با خود | ۳۰۰ | ۵۰/۹ | ۱۶/۱۸ | ۱/۹۴ | -۰/۹۶ |
| بهوشیاری | ۳۰۰ | ۴۸/۵ | ۱۰/۱۲ | ۱/۷۴ | -۰/۸۸ |
| اشتراکات انسانی | ۳۰۰ | ۴۴/۷ | ۹/۲۱ | ۰/۶۴ | -۰/۵۶ |
| ذهن آگاهی | ۳۰۰ | ۵۶/۶۲ | ۱۸/۳۱ | -۰/۱۲ | -۲/۲۶ |
| خستگی ناشی از شفقت | ۳۰۰ | ۱۰۷/۵۳ | ۲۱/۰۵ | ۰/۵۳ | -۱/۹۸ |

۳-۳. سنجش مدل اندازه گیری

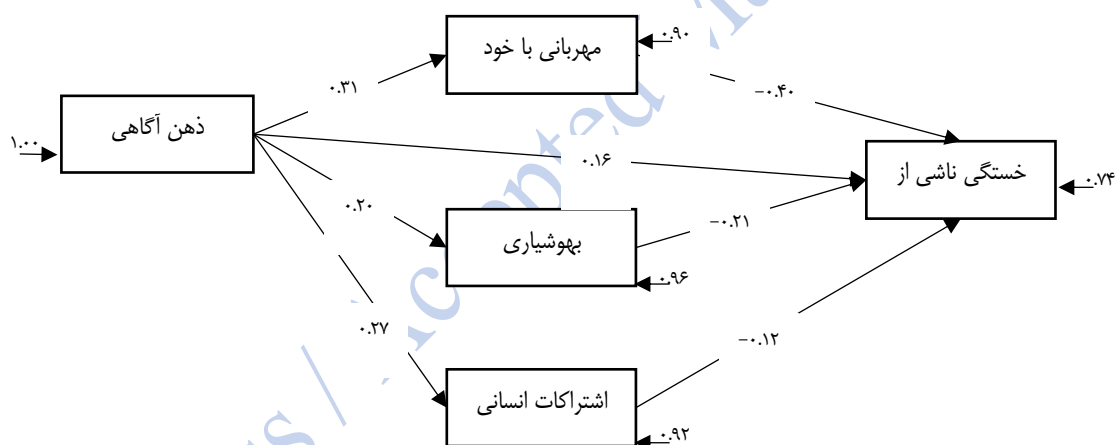
قبل از انجام تحلیل آماری، ضروری است که داده ها از نظر هماهنگی با مفروضه های زیربنایی این نوع تحلیل ها ارزیابی شوند. این مفروضه ها عبارتند از: تحلیل داده های از دست رفته، بررسی نرمال بودن توزیع داده های متغیرها، بررسی داده های مقادیر پرت و وجود رابطه خطی میان متغیرها. برای سنجش مقادیر از دست رفته و الگوی احتمالی آن ها، از تحلیل الگوریتم داده های از دست رفته^۱ استفاده شد؛ نتایج تحلیل نشان داد، داده های از دست رفته برای تمامی متغیرها کمتر از ۵ درصد بود. تاباچینک^۲ و فیدل^۳ (۲۰۰۱) عنوان کرده اند اگر داده های از دست رفته کمتر از ۵ درصد باشد، می توان از تحلیل آن ها صرف نظر کرد. در نهایت برای جایگزین کردن داده های از دست رفته از روش جایگزین کردن میانگین استفاده شد. ارزیابی نرمال بودن داده های متغیرها با استفاده از کجی و کشیدگی انجام شد. و نتایج حاکی از نرمال بودن همه متغیرهای پژوهش است. قبل از بررسی میانجی گری شفقت خود، بین متغیرها با استفاده از تحلیل مسیر بررسی شد که نتایج مربوط آن در ادامه آمده است.

جدول ۵- ماتریس همبستگی متغیرهای مورد پژوهش

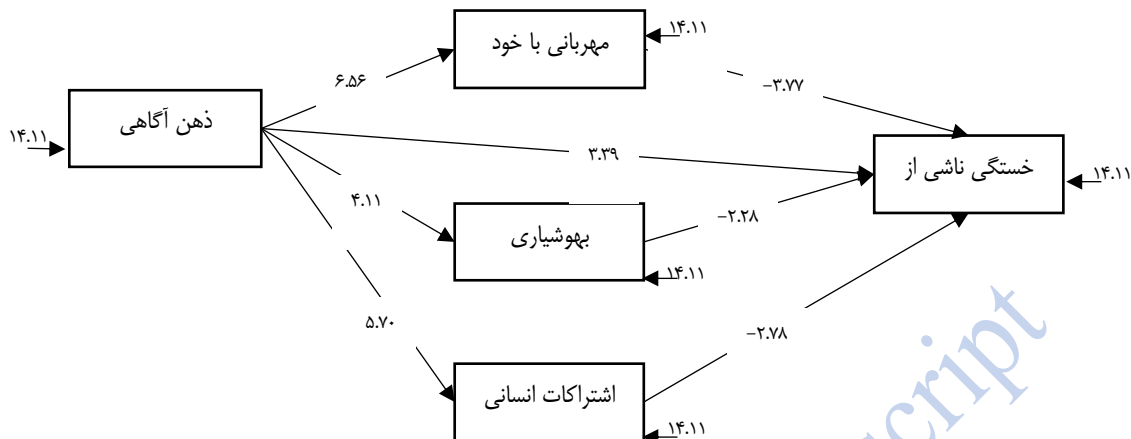
1. Missing value analysis algorithm
2. Tabachnick
3. Fidell

| ردیف | متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|------|--------------------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۱ | مهربانی با خود | ۱ | | | | |
| ۲ | بهوشیاری | ۰/۳۷** | ۱ | | | |
| ۳ | اشتراکات انسانی | ۰/۲۳** | ۰/۲۹** | ۱ | | |
| ۴ | ذهن آگاهی | ۰/۵۲** | ۰/۲۷** | ۰/۲۸** | ۱ | |
| ۵ | خستگی ناشی از شفقت | -۰/۶۰** | -۰/۳۶** | -۰/۳۲** | -۰/۴۷** | ۱ |

بر اساس مقادیر ضریب همبستگی در جدول (۵)، سه مولفه شفقت خود رابطه منفی و معنادار با خستگی ناشی از شفقت دارند رابطه ذهن آگاهی نیز با خستگی ناشی از شفقت نیز منفی و معنادار بود. ذهن آگاهی نیز رابطه منفی معنادار با شفقت به خود دارد. جهت درک بهتر روابط بین متغیرها و ضرایب مسیر استاندارد در شکل ۱ و ۲ ارائه شده است.



شکل ۱- ضرایب استاندارد رابطه بین شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت



شکل ۲- ضرایب تی رابطه بین شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت

شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده از اجرای تحلیل مسیر با روش بیشینه احتمال، نشان‌دهنده برازش مناسب الگو با داده‌ها است (CMIN/DF=۱/۲۷، RMSEA=۰/۰۳، IFI=۰/۹۸، AGFI=۰/۹۶، CFI=۰/۹۹، GFI=۰/۹۹). نتایج نشان داد ذهن آگاهی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم خستگی ناشی از شفقت را پیش‌بینی کرد. جهت رابطه مسیر ذهن آگاهی بر شفقت خود مستقیم و بر خستگی ناشی از شفقت معکوس است. مسیر غیرمستقیم ذهن آگاهی به واسطه مهربانی با خود (۰/۱۲) بهوشیاری (۰/۰۴) و اشتراکات انسانی (۰/۰۶) با شفقت خود معنادار است و نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای هر سه مولفه شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی نقش واسطه‌ای شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت انجام شد. در ابتدا یافته‌ها نشان داد که افزایش شفقت خود با کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. و شفقت به خود، خستگی ناشی از شفقت را به‌طور معکوس پیش‌بینی می‌کند؛ یعنی افزایش شفقت به خود با کاهش خستگی ناشی از شفقت همراه است. این یافته با پژوهش‌های نف (۲۰۰۳) و گیلبرت و آبرونز (۲۰۰۵)، سلیگمن و سیکسزنت میهالی^۱ (۲۰۰۰) که دال بر پیامدهای مثبت جسمانی و روان‌شناختی شفقت به خود بود هم‌خوان است. همچنین یافته پژوهش حاضر با یافته‌های گالا (۲۰۱۶) و بلوث، گیلورد، کامپو، مولارکی و هابز^۲ (۲۰۱۶) و فیگلی (۱۹۹۵) و بومونت، دورکین، مارتین و کارسون (۲۰۱۶) هم‌خوان و با یافته‌های ماتلو و کاراکاسیدو^۳ (۲۰۱۹) ناهم‌خوان است. پژوهش فیگلی (۱۹۹۵) و همکاران نشان دادند شفقت به خود با سطوح پایین‌تر خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی رابطه دارد.

شفقت، رفتارهای اجتماعی را افزایش می‌دهد (باتسون، اوکوئین، فولتز، و اندرپلاس و ایسن^۴؛ ۱۹۸۳) و با احساسات محبت، نگرانی و مراقبت برای دیگران و همچنین انگیزه‌ی قوی برای افزایش سلامت و خشنودی دیگری شناخته می‌شود (کلیمکی، لیبرگ، لم، سینگر^۵؛ ۲۰۱۳)؛ بنابراین کلیمکی و سینگر (۲۰۱۲) پیشنهاد کردند که به‌جای خستگی ناشی از شفقت، باید به خستگی ناشی از همدلی

1. Seligman & Csikszentmihalyi
2. Bluth, Gaylord, Campo, Mullarkey & Hobbs
3. Mantelou & Karakasidou
4. Batson, O'Quin, Fultz, Vanderplas & Isen
5. Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer

فکر کنیم و این ظرفیت درمانگر برای همدلی است که او را در معرض خستگی شفقت قرار می‌دهد. هر چه یاری‌رسانان همدل‌تر باشند، بیشتر احتمال دارد خستگی ناشی از شفقت را تجربه کنند. در همین راستا، نتایج پژوهش هانت، دنیف و گونی^۱ (۲۰۱۹) نشان دادند که سطوح بالای همدلی عاطفی ممکن است با خطر بالاتر فرسودگی شغلی در میان پرستاران مرتبط باشد، مگر اینکه با منابع دیگری مانند توانایی تنظیم هیجانات خود همراه باشد.

تحلیل مسیر نشان داد که شفقت خود نقش واسطه‌ای بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت دارد. به عبارت دیگر افزایش ذهن آگاهی باعث افزایش شفقت خود و کاهش خستگی در درمانگران می‌شود. این موضوع با پژوهش‌هایی که ارتباط ذهن آگاهی با کاهش مشکلات روانشناختی و جسمی را بررسی کرده اند (از جمله؛ براون و رایان^۲، ۲۰۰۳؛ قربانی، واتسون و وینگتون^۳، ۲۰۰۹؛ مک کراکن و ولمن^۴، ۲۰۱۰؛ قربانی و همکاران^۵، ۲۰۱۲) همخوان است. از سویی مطالعاتی که حکایت از نقش مؤثر ذهن آگاهی بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی دارد (شاپیرو، براون و بیگل^۶، ۲۰۰۷؛ سوراوی، رابرتز و سیلور^۷، ۲۰۰۵؛ کارلسون، اسپکا، پاتل و گوودی^۸، ۲۰۰۳؛ ریبل، گریسون، برینارد و روزنروایگ^۹، ۲۰۰۱؛ کارمودی، رید، کریستلر و مریام^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ دیویدسون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۳)، نیز با این یافته‌ها هم‌راستا هستند. به عبارتی ذهن آگاهی که نقش محافظت‌کننده در برابر مشکلات روانشناختی از جمله خستگی دارد بخشی از اثرات خود را به واسطه افزایش شفقت بر کاهش خستگی می‌گذارد. ذهن آگاهی به معنای توجه غیر قضاوتی به افکار و احساسات می‌تواند در مدیریت پیامدهای استرس نقش ایفا کند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند ذهن آگاهی در کاهش اثرات استرس نقش دارد و نیز با پیامدهای سازگاران جسمی و روان‌شناختی همراه است (بورگستالر و استنسون^{۱۲}، ۲۰۲۰؛ گرین و کینچن^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ استریت و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۰). این یافته‌ها به‌طور تلویحی این نکته را درون خود دارند که در صورتی که ذهن آگاهی بالا باشد شرایط استرس‌زا به‌خوبی در سطح بدنی و روان‌شناختی مدیریت شده و منجر به علائم بدنی و اضطراب و افسردگی نمی‌شود که این موضوع هم به‌نوبه خود بدین معناست که هرچه این ظرفیت محدودتر باشد با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بیشتری به دنبال استرس مواجه خواهیم بود. این احتمال است که ظرفیت ذهن آگاهی خود تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد و باید هشیار بود که هنگام مواجهه با استرس نمی‌توان فقط به وجود ظرفیت ذهن آگاهی متکی بود بلکه باید در مقابل کاهش ذهن آگاهی در اثر استرس هم حساس بود. به طور کلی، درمانگران ذهن آگاه به نظر می‌رسد احساس خستگی کمتر و شفقت بیشتر به خود دارند. درمانگرانی که دارای یک سطح بالاتری از ویژگی‌های ذهن آگاهی هستند احتمال کمتری دارد که خود را با افکار و احساساتی که تجربه می‌کنند یکسان درک کنند. تأخیر، و یا تمدید قضاوت علیه خود ممکن است به درمانگر اجازه دهد تا کمتر تحت تأثیر قرار گیرد. از سوی دیگر، درمانگران ذهن آگاه احتمال بیشتری محبت و مهربانی با خود را تجربه می‌کنند به این معنی که احتمال حفظ تعادل در آنها بیشتر است و این امر به درمانگر اجازه می‌دهد که نسبت به درمان خود بازتر باشد معتقد است همه انسانها اشتباه می‌کنند و به مراجعان خود پیشنهاد می‌کند که بدون قضاوت خود، با صبر و مهربانی با مشکلات خود برخورد کنند. با توجه به اینکه میزان سالهای تجربه می‌تواند از عوامل اثرگذار بر خستگی ناشی از شفقت باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی رابطه‌ی خستگی ناشی از شفقت با شفقت به دیگران و خاطرات اولیه محبت و امنیت در متخصصان با سابقه‌ی کاری و تجربه متفاوت بیشتر بررسی شود.

1. Hunt, Denieffe & Gooney
2. Brown & Ryan
3. Ghorbani, Watson & Weathington
4. McCracken & Velleman
5. Shapiro, Brown & Biegel
6. Surawy, Roberts & Silver
7. Carlson, Speca, Patel & Goodey
8. Greeson, Greeson, Brainard & Rosenzweig
9. Carmody, Reed, Kristeller & Merriam
10. Davidson et al.
11. Burgstahler & Stenson
12. Green & Kinchen
- 13 Strait et al.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که مشاوران و درمانگرانی که عضو گروه‌های اجتماعی نبودند را شامل نمی‌شد و همچنین از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی استفاده شده است. از سوی دیگر عدم امکان انجام مصاحبه فردی با درمانگران ممکن است بر ادراک صحیح مشارکت‌کنندگان از پرسش‌ها تاثیر گذاشته باشد.

۵. ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر حین جمع‌آوری اطلاعات نهایت احترام به استقلال، محرمانگی و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان حفظ شده است. پیش از مشارکت برای تکمیل پرسشنامه، اطلاعات لازم در مورد هدف و رویه‌های پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه شد که به آنها اجازه می‌داد درباره مشارکت خود تصمیم‌گیری آگاهانه بگیرند. همچنین به منظور توجه به محرمانگی داده‌ها، هیچ نام و یا اطلاعات هویتی درخواست نشد. علاوه بر این در تدوین مقاله ملاحظات اخلاقی و امانت‌داری در استناد به متون و ارجاعات علمی رعایت شده است.

۶. تقدیر و تشکر و حمایت مالی

نویسندگان پژوهش حاضر از همه روان‌درمانگران، مشاوران و متخصصین حوزه سلامت روان که در این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی می‌کنند. پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- دهقانی، م.، اسماعیلیان، ن.، اکبری، ف.، حسنونند، م.، و نیک منش، ا. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های روان سنجی و ساختار عاملی پرسشنامه ی پنج وجهی ذهن آگاهی. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۳۳(۹)، ۸۷-۷۷.
<https://magiran.com/p1407551>
- سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.، و ذبیحی، ع. (۱۳۹۶). سلامت روانشناختی و جسمانی: نقش تعدیل کننده ی سرکوبگری و بهوشیاری. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت. ۶(۲۴)، ۸۶-۶۹.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221283.1396.6.24.4.2>
- قاسمی، ز.، عباسی سورشجانی، م.، نقش، ز. (۱۴۰۱). تجارب اولیه شرم و امنیت و خستگی ناشی از شفقت در روان درمانگران: نقش میانجی شفقت به دیگران. رویش روان شناسی. ۱۱ (۵): ۹۰-۷۹.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3>

References

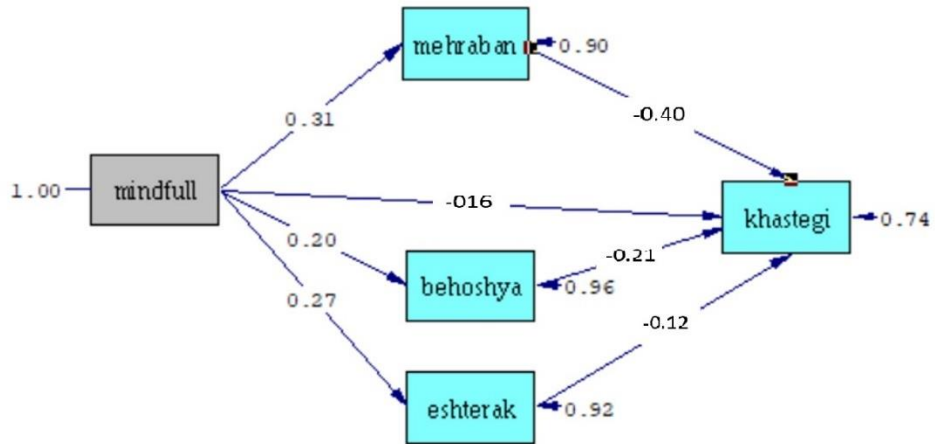
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11(4), 428-453. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change, 2(1), 135-153. <https://psycnet.apa.org/record/2010-08791-005>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology*, 61, 149-163. <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-011-0377-0>
- Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of personality and social psychology*, 45(3), 706. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.45.3.706>
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & 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>
- Beddoe, A. E., & Murphy, S. O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43(7), 305-312. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20040701-07>
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, 7, 479-492. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0476-6>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35, 155-163. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burgstahler, M. S., & Stenson, M. C. (2020). Effects of guided mindfulness meditation on anxiety and stress in a pre-healthcare college student population: a pilot study. *Journal of American College Health*, 68(6), 666-672. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2019.1590371>

- Caldwell, K. (2012). Mindfulness matters: Practices for counselors and counselor education. American Counseling Association VISTAS project, 1, 1-9. https://www.counseling.org/knowledge-center/vistas/by-subject2/vistas-education-and-supervision/docs/default-source/vistas/vistas_2012_article_14
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581. <http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000074003.35911.41>
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 393-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.015>
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli, A. (2020). Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: What's new? A systematic review. *Frontiers in psychology*, 11, 1683. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01683>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339. <http://dx.doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570. <http://dx.doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>
- Dehghani, M., Esmailian, N., Akbari, F., Hassanvand, M., Nikmanesh, E. (2014). Evaluating the psychometric properties and factorial structure of the five dimensional mindfulness questionnaire, *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 9(33), 77-87. <https://magiran.com/p1407551>. (In Persian)
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel. <https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Figley, CR (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology in Session: Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.016>
- Ghasemi, Z., Abbasi Soreshjani, M., & Naghsh, Z. (2022). Early Experiences of Shame and Safety and Compassion Fatigue in Psychotherapists: The Mediating Role of Compassion for Others. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(5), 79-90. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.5.8.3>. (In Persian)
- Ghorbani, N., Watson, P., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 28, 211-224. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-009-9060-3>
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118. <http://dx.doi.org/10.1080/10508619.2011.638601>
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203003459-15>
- Goleman, D., & Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. Harmony Book: New York. <https://www.amazon.com/Emotional-Alchemy-Mind-Heal-Heart/dp/0609809032>

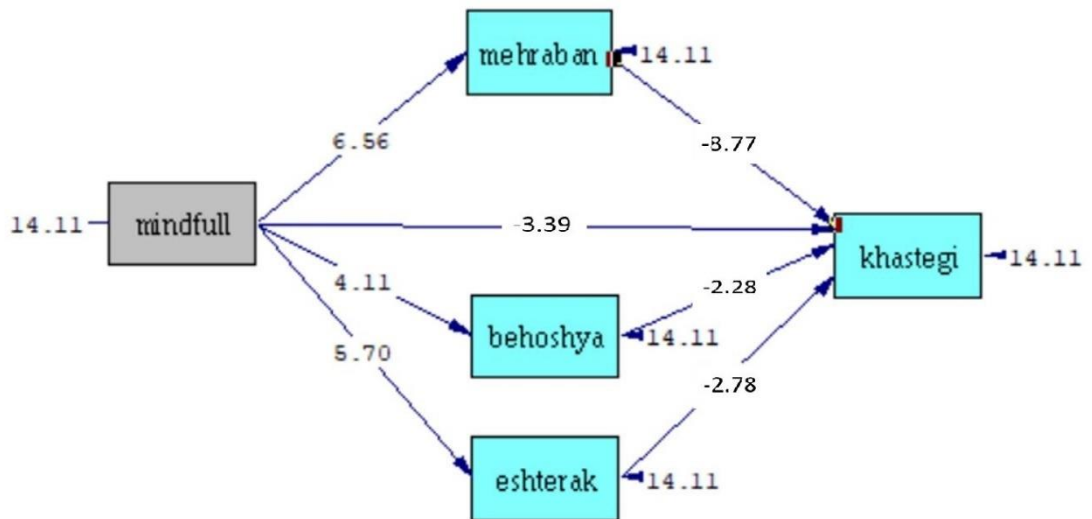
- Green, A. A., & Kinchen, E. V. (2021). The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39(4), 356-368. <http://dx.doi.org/10.1177/08980101211015818>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, 37, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 28(5), e13124. <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*: Hachette uK. <https://www.amazon.com/Full-Catastrophe-Living-Revised-Illness/dp/0345536932>
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Keyes, C. L. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. <http://dx.doi.org/10.1037/10594-013>
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. *Pathological altruism*, 5, 368-383. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0253>
- Klimecki, O., 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. <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhs142>
- Kramen-Kahn, B., & Hansen, N. D. (1998). Rafting the rapids: Occupational hazards, rewards, and coping strategies of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 130. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.29.2.130>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385-403. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>
- 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. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2019.103021>
- Marsh, I. C., Chan, S. W., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9, 1011-1027. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148(1), 141-147. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.034>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4), 908-916. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Negash, S., & Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapy: Implications for therapists and clients. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00147.x>
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs*, 33(3), 396-405. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>

- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*, 23(4), 183-192. [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00149-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00149-9)
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M. R., & Zabihi, A. (2018). Psychological and Physical Health: The Moderating role of Repressiveness and Mindfulness. *Health Psychology*, 6(24), 69-86. <https://dori.net/dor/20.1001.1.23221283.1396.6.24.4.2>. (In Persian)
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55): American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1(2), 105. <http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Singer, T. & Klimecki Olga, M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Skorupa, J., & Agresti, A. A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 281. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.3.281>
- Strait, J. E., Strait, G. G., McClain, M. B., Casillas, L., Streich, K., Harper, K., & Gomez, J. (2020). Classroom mindfulness education effects on meditation frequency, stress, and self-regulation. *Teaching of Psychology*, 47(2), 162-168. <http://dx.doi.org/10.1177/0098628320901386>
- Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 103-109. <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580400181X>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *SAS for Windows workbook for Tabachnick and Fidell: using multivariate statistics*. (No Title). <https://lccn.loc.gov/00025300>
- Yip, S. Y., Mak, W. W., Chio, F. H., & Law, R. W. (2017). The mediating role of self-compassion between mindfulness and compassion fatigue among therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, 8, 460-470. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-016-0618-5>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <http://dx.doi.org/10.1111/aphw.12051>

پیوست ۱ - خروجی نرم افزار لیزرل



شکل ۱- ضرایب استاندارد رابطه بین شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت



شکل ۲- ضرایب تی رابطه بین شفقت خود در رابطه بین ذهن آگاهی و خستگی ناشی از شفقت