

Psychometric properties of the psychological help-seeking stigma scale toward occupational stress and burnout: for mental health professionals

Roya Kheyrollahi¹, Azadeh Farghadani², Masoud Janbozorgi³, Fatemeh Shaterian Mohammadi⁴

1-PhD Student, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran (Corresponding Author). E-mail: Az.Farghadani@iau.ac.ir

3- Professor, Department of Psychology, Research Institute of Howzeh and University, Qom, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Received: 07/02/2023

Accepted: 13/05/2023

Abstract

Introduction: The stigma associated with occupational stress and burnout in mental health professionals (MHPs) is one of the major barriers to seeking psychological help in this population.

Aim: This study aimed to investigate the psychometric properties of the psychological help seeking stigma scale toward occupational stress and burnout in MHPs.

Method: This psychometric research was conducted on a population of counselors and psychologists in Tehran, Iran, in 2021. A total of 316 MHPs, who were selected via convenience sampling, completed the MHPSS by Clough & et al. (2020), as well as Goldberg's General Health Questionnaire (1972) through Whatsapp application. Cronbach's alpha coefficient was measured to examine the internal consistency of the scale. The validity of the scale was also evaluated by calculating convergent validity and performing a confirmatory factor analysis in AMOS version 24 software.

Results: The results of confirmatory factor analysis revealed four factors of "structural stigma", "self-stigma", "perceived other stigma", and "personal stigma". The convergent validity of the scale with the GHQ was favorable. Regarding the reliability of the scale, the Cronbach's alpha coefficient was measured to be 0.88 for the entire scale, 0.73 for structural stigma, 0.76 for self-stigma, 0.81 for perceived other stigma, and 0.85 for personal stigma.

Conclusion: In this study, the validity and reliability of the MHPSS were confirmed. Overall, this tool can be used to conduct further detailed research on the MHP population due to the implicit assessment of psychological help-seeking stigma, in addition to its specific design for MHPs.

Keywords: Psychometric, Shame stigma, Help seeking, Stress, Mental health professionals

How to cite this article: Kheyrollahi R, Farghadani A, Janbozorgi M, Shaterian Mohammadi F. Psychometric properties of the psychological help-seeking stigma scale toward occupational stress and burnout: for mental health professionals. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(3): 17-31. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1681-en.pdf>

بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی: مختص کارشناسان سلامت روان

رؤیا خیرالهی^۱، آزاده فرقانی^۲، مسعود جان بزرگی^۳، فاطمه شاطریان محمدی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Az.Farghadani@iau.ac.ir

۳. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

چکیده

مقدمه: انگ کمک‌طلبی در کارشناسان سلامت روان، یکی از موانع مهم برای کمک‌طلبی در این افراد است.

هدف: این پژوهش، با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در کارشناسان سلامت روان انجام شد.

روش: طرح این پژوهش از نوع مطالعات روانسنجی و جامعه پژوهش شامل مشاوران و روانشناسان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. از این جامعه، ۳۱۶ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از طریق واتس‌آپ به مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی کلاف و همکاران (۲۰۲۰) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) پاسخ دادند. همچنین جهت بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ و جهت بررسی روایی همگرا و تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل عاملی تأییدی، چهار عامل انگ ساختاری، انگ زدن به خود، انگ ادراک شده دیگری و انگ شخصی را تائید کرد. روایی همگرای مقیاس با سلامت روان، مطلوب و پایایی براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای انگ ساختاری ۰/۷۳، انگ زدن به خود ۰/۷۶، انگ ادراک شده دیگری ۰/۸۱ و انگ شخصی ۰/۸۵ محاسبه شد.

نتیجه گیری: اعتبار و روایی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی تأیید شد. این ابزار به علت سنجش ضمنی انگ کمک‌طلبی روانشناختی و طراحی اختصاصی برای کارشناسان سلامت روان می‌تواند برای انجام پژوهش‌های دقیق‌تر در جامعه مذکور به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: روانسنجی، انگ شرم، کمک‌طلبی، استرس، کارشناسان سلامت روان

مارکسی تایت و همکاران^۸، (۲۰۱۹) و آسیایی، نگرش‌های منفی‌تری به طور کلی نسبت به کمک‌طلبی روانشناختی وجود دارد (ژو، لمز، زو و ریف^۹، ۲۰۱۹).

ادراک انگ کمک‌طلبی روانشناختی از سوی خود، جامعه، سیستم‌ها و متصدیان مربوط به امور روانشناختی و یا همکاران، (ترنر، مووزز و نیل^{۱۰}، ۲۰۲۱)، خودسرزنشی^{۱۱} (نیوتون، اورت، گست و وایمر^{۱۲}، ۲۰۲۰)، تأکید بر توانایی خود برای حل مشکلات، ترس از زیر سؤال رفتن اعتبار حرفه‌ای، ادراک عزت نفس پائین (میکس^{۱۳}، ۲۰۱۶)، ضعف در اصول اخلاقی یا ویژگی‌های شخصیتی مثبت (هوبایکا، اسکودی، اوونز، بلند، واشبورن و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۱)، ترس از شکست‌پذیری ادراک شده (کالیز و کاسیل^{۱۵}، ۲۰۲۱) و ضعف در خودارجاعی^{۱۶} (ترزا، گالاردو و چاوز^{۱۷}، ۲۰۲۲)، می‌تواند مانع کمک‌طلبی روانشناختی در کارشناسان سلامت روان شود. تهدید ابعادی از خود از قبیل پذیرش اجتماعی و شایستگی شغلی که برای فرد ارزشمند است، می‌تواند به مشغله ذهنی و اضطراب تبدیل شود و فاجعه‌بار تفسیر کردن محتواهی افکار که اغلب آشکار‌کننده جنبه‌های پنهان، منفی و ترسناک خود است به طور مستقیم با ترس از خود ارتباط دارد (فاسمی، صادق‌زاده و آذرنيوشان، ۱۴۰۰). عدم کمک‌طلبی روانشناختی در مشاوران و روانشناسان علاوه بر افزایش فرسودگی شغلی و روانی (ترنر و همکاران،

مقدمه

واژه انگ^۱ اولین بار در سال ۱۹۶۳ توسط گافمن^۲ معرفی شد. از دیدگاه وی، انگ موجب رکود اعتبار فرد به دلیل دارا بودن یک صفت و یا مشخصه خاصی می‌شود (تقوا و گنابادی نژاد، ۱۴۰۰)؛ اما فقط افراد دارای مشکلات روانی نیستند که از انگ کمک‌طلبی روانشناختی^۳ رنج می‌برند، بلکه کارشناسان سلامت روان نیز در صورت تجربه استرس و فرسودگی شغلی، به دنبال کمک تخصصی نیستند (کلاف، هیل، دلانی و کیسی^۴، ۲۰۲۰). از نظر کارشناسان سلامت روان، آن‌ها برای کمک به افراد آشفته آموزش دیده‌اند؛ بنابراین انتظارات بالایی از خودشان دارند. این مسئله، فرایند انکار آشتگی روانشناختی و شرم و تردید در خصوص گرفتن کمک را تقویت می‌کند (راسکار، کرالج، اندریسن، کریسنسکا، وینکو و همکاران^۵، ۲۰۲۲). در حالیکه یک فرد اصیل با پذیرش خود واقعی و خود حقیقی، به دیگران اجازه می‌دهد که جنبه‌های واقعی خوب و بد او را ببینند (قادری، نامداری، قبادی و شکرالهی، ۱۳۹۸). توجه به مشکلات روانی خود به عنوان یک متخصص سلامت روان، یک کد اخلاقی محسوب می‌شود (زمیر، تیکل و سایین-فارل^۶، ۲۰۲۲). با آنکه کمک‌طلبی یک فرایند مقابله‌ای سازگارانه است (آروتا، ماریا و ماسکرانس^۷، ۲۰۲۲)؛ اما در فرهنگ‌های جمع‌گرایاتر (اندرو لايتنس، زاردکیت، مچیولیشنز، پرنکویسینس،

⁸- Endrulaitencel, Zardeckaite, Matulaitience, Pranckevicience, Marksaityte & et al

⁹- Zhou, Lemmer, Xu & Rief

¹⁰- Turner, Moses & Neal

¹¹- Self-blame

¹²- Newton, Ohrt, Guest & Wymer

¹³- Mix

¹⁴- Hobaica, Szkody, Owens, Boland, Washburn & et al

¹⁵- Collins & Cassill

¹⁶- Self-referencing

¹⁷- Theresa, Gallardo & Chavez

¹- Stigma

²- Goffman

³- Psychological help-seeking

⁴- Clough, Hill, Delaney & Casey

⁵- Roskar, Kralj, Andriessen, Krysinka, Vinko & et al

⁶- Zamir, Tickel & Sabin-Farrell

⁷- Aruta, Maria & Mascarenhas

(نگرش‌هایی که توسط خود فرد یا دیگران در ارتباط با افراد دارای مشکل روانی حفظ شده‌اند)، انگ ک زدن به خود^{۱۰} (نگرش و ادراک‌هایی که فرد دارای مشکل روانی در خصوص خودش دارد) و انگ ساختاری^{۱۱} (محدودیت‌های واقعی یا ادراک شده‌ای که فرد دارای مشکل روانی در نتیجه سیاست‌های خواسته یا ناخواسته اجتماعی که توسط سازمان‌ها و یا مؤسسه‌ها اعمال می‌شوند، تجربه می‌کند) (فیلن^{۱۲}، ۲۰۲۱). این مقیاس علاوه بر آنکه به طور ویژه برای کارشناسان سلامت روان و حوزه‌های مربوطه طراحی شده است، انگ کمک‌طلبی روانشناختی را به‌طور ضمنی اندازه‌گیری می‌کند که می‌تواند دیدگاهی نوآورانه در این زمینه باشد. چرا که کارشناسان سلامت روان در خصوص پاسخ به سوال‌هایی که به طور مستقیم، انگ کمک‌طلبی را می‌سنجد، احتمالاً مقاومت بیشتری خواهند داشت.

براساس پژوهش‌ها، کمک‌طلبی در مشاوران و روانشناسان، یکی از دلایل تاب‌آوری آن‌ها بوده است (هو و اسکاولوت^{۱۳}، ۲۰۲۰)؛ اما براساس مفهوم «هویت نقش»^{۱۴}، جامعه‌پذیری شغلی در کارشناسان سلامت روان که به انتظارات مراجعه کنندگان، همکاران، اعضای خانواده و دوستان از این افراد اشاره دارد، نگرش‌های منفی را در ارتباط با کمک‌طلبی روانشناختی در قالب انگ شکل می‌دهد (سیبرت و سیبرت^{۱۵}، ۲۰۰۷). با توجه به اهمیت انگ در ارتباط با رفتار کمک‌طلبی و پیامدهای منفی آن

۲۰۲۱) و خودشیفتگی در آن‌ها (کوگوسو^۱، ۲۰۱۹)، سلامت روانی مراجعان آن‌ها را نشانه می‌گیرد (ترنزو همکاران، ۲۰۲۱). با این وجود وقتی صحبت از کمک‌طلبی روانشناختی می‌شود، غالباً جامعه افراد دارای مشکلات روانی به ذهن متبار می‌شوند.

در خصوص انگ کمک‌طلبی روانشناختی و اساساً موانع رفتار کمک‌طلبی در تحقیقات خارجی نیز ابزارهایی مانند مقیاس تناسب، انگ و ارزش (کاکبرنر و نوکراگ^۲، ۲۰۱۹)؛ مقیاس کمک‌طلبی روانشناختی حرفه‌ای (فیشر و فارین^۳، ۱۹۹۵)؛ مقیاس انگ عمومی و انگ زدن به خود (اسکوب، بوش، و گل، وید، سیروتین و همکاران^۴، ۲۰۱۲)؛ مقیاس انگ ادراک شده در ارتباط با سلامت روان (گریک، لوب، موری و کلمن^۵، ۲۰۱۸)؛ مقیاس ادراک انگ از جانب دیگران در ارتباط با جستجوی کمک (و گل، وید و آشمن^۶، ۲۰۰۹) و مقیاس انگ مربوط به سلامت روان در مراقبان سلامت (کسم، پایپیش، مادگیل و پتن^۷، ۲۰۱۲) بکار گرفته شده‌اند؛ اما در خصوص انگ اختصاصی تجربه استرس‌ها در مشاوران و روانشناسان، مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی (کلاف و همکاران، ۲۰۲۰)، از محدود ابزارهایی است که به‌طور ویژه برای کارشناسان سلامت روان طراحی شده است. براساس این مقیاس، چهار نوع انگ با رفتار کمک‌طلبی گره خورده است که عبارتند از: انگ کمک‌طلبی^۸ یا انگ ادراک شده دیگری

^۹- Personal stigma

^{۱۰}- Self-stigma

^{۱۱}- Structural stigma

^{۱۲}- Flinn

^{۱۳}- Hou & Skovholt

^{۱۴}- Role identity

^{۱۵}- Siebert & Siebert

^۱- Kogosov

^۲- Kalkbrenner & Neukrug

^۳- Fischer & Farina

^۴- Skopp, Bush, Vogel, Wade, Sirotin & et al

^۵- Griek, Lowe, Murray & Kohlmann

^۶- Vogel, Wade & Ascherman

^۷- Kassam, Papish, Modgill & Patten

^۸- Public stigma

دوم، گویی‌ها به همراه مؤلفه‌های مربوط به آن‌ها که عبارت بودند از: انگ ساختاری، انگ زدن به خود، انگ شخصی و انگ ادراک شده دیگری، جهت بررسی روایی صوری و محتوایی به لحاظ قابل درک بودن مفهوم هر گویی و میزان ارتباط گویی‌ها با مؤلفه‌های مقیاس، توسط چهار متخصص روانشناس مسلط به پیشنه پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت. پس از اعمال نظرات و انجام اصلاحات مورد نیاز، مقیاس آماده اجرا شد. در مرحله سوم با مراجعته به سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و سازمان بهزیستی تهران، فهرستی از مراکز و دفاتر مشاوره تهیه شد. با توجه به دشواری مراجعه حضوری به مراکز و دفاتر مشاوره، پراکنده‌گی این مراکز و رواج خدمات مشاوره‌ای آنلاین به علت شیوع ویروس کرونا، مقیاس به صورت لینک و از طریق واتس‌اپ در اختیار افرادی که دارای ملاک‌های ورود بودند، قرار گرفت. در خصوص محترمانه بودن اطلاعات نیز به مشاوران و روانشناسان اطمینان داده شد. در این میان برخی از شرکت‌کنندگان پس از مشاهده لینک پرسشنامه‌ها، عدم تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند؛ بنابراین نمونه‌گیری براساس ملاک‌های ورود و همچنین رضایت برای تکمیل پرسشنامه‌ها تا زمان کفایت حجم نمونه ادامه یافت. پس از گردآوری داده‌ها، برای بررسی روایی سازه، از دو شیوه روایی همگرا و تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. بر این اساس، روایی همگرای مقیاس پژوهش حاضر با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبُرگ و هیلیر^۲ (۱۹۷۹) محاسبه شد. جهت تحلیل عامل تأییدی نیز از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ جهت بررسی شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری مقیاس انگ

در جامعه کارشناسان سلامت روان، پژوهش حاضر، با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در جامعه مشاوران و روانشناسان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع روانسنجی و جامعه شامل مشاوران و روانشناسان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. از این جامعه، با توجه به حداقل حجم لازم ۳۰۰ نفر برای بررسی روایی سازه به روش تحلیل عاملی (مک کالوم، ویدامن، پریچر و هانگ^۱، ۲۰۰۱) تعداد ۳۱۶ شرکت کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: اشتغال فعال به صورت حضوری یا آنلاین در ارائه خدمات مشاوره‌ای، دارا بودن حداقل ۴ سال سابقه فعالیت در این زمینه و پروانه اشتغال به مشاوره از سازمان بهزیستی و یا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره. ملاک خروج نیز انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها پس از مشاهده لینک ارسال شده بود.

جهت اجرای پژوهش در اولین مرحله، ابتدا مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی، توسط پژوهشگر اول در این مطالعه و یک استادیار روانشناسی به فارسی ترجمه شد. سپس گویی‌های ترجمه شده به منظور حصول اطمینان از دقت ترجمه و انتفاق کامل با نسخه انگلیسی مقیاس به لحاظ برابری معنایی و برابری در اصطلاحات تخصصی، توسط یک متخصص زبان انگلیسی، بار دیگر به انگلیسی برگردانده شد و موارد ناهمخوان با نسخه اصلی اصلاح شد. در مرحله

²- Goldberg & Hillier

¹- Mac Calum, Vidaman, Preacher & Hang

مقیاس برای اولین بار در ایران و در پژوهش حاضر،
براساس آلفای کرونباخ برای چهار عامل ذکر شده از ۰/۷۳
تا ۰/۸۸ متغیر بوده است.

پرسشنامه سلامت عمومی^۶: این پرسشنامه ۲۴ سؤالی که برای سنجیدن سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد،
که توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) طراحی شده است.
نموداری آن براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (به هیچ وجه، نه بیشتر از معمول، بیشتر از معمول، خیلی بیشتر از معمول) انجام می‌شود. نمره بالاتر در این پرسشنامه به معنای سلامت روان پائین‌تر است. این پرسشنامه از ۴ مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. در تحقیقات داخلی، علاوه بر تحلیل عاملی و تأیید ۴ مقیاس مذکور، پایایی براساس آلفای کرونباخ از ۰/۶۱ تا ۰/۸۵ برای مقیاس‌ها و ۰/۸۶ برای کل پرسشنامه، گزارش شده است (بهروزی، محمدی و امیدیان، ۱۳۹۶). در پژوهش‌های اخیر خارج از کشور نیز، پایایی کل پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ برآورد شده است (الوانیو، هاکولین، پلکی-ربک، آلتو، ویرتانن و همکاران^۷). در این پژوهش، پایایی براساس آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها از ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ و برای کل ۰/۸۲ محاسبه شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۳۹۶ مشاور و روانشناس از نظر جنسیت شامل ۱۳۵ زن (۴۲٪) و ۱۸۱ مرد (۵۷٪) با میانگین و انحراف استاندارد سنی $43 \pm 8/04$ بودند، از نظر سطح

کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی استفاده شد. همچنین پایایی مقیاس با شیوه همسانی درونی و از طریق آلفای کرونباخ، بررسی شد.

ابزار

مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی^۸: این مقیاس توسط کلاف و همکاران (۲۰۲۰) برای سنجیدن انگ به عنوان مانعی برای کمک‌طلبی روانشناختی در هنگام تجربه استرس‌های شغلی و فرسودگی در کارشناسان سلامت روان طراحی شده است. نحوه پاسخگویی براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (بسیار مخالفم، مخالفم، تا حدی مخالفم، نه مخالفم و نه موافقم، تا حدی موافقم، موافقم، بسیار موافقم) تعریف شده است. تحلیل عاملی اکتشافی، ۴ عامل انگ ساختاری، انگ زدن به خود، انگ شخصی و انگ ادراک شده دیگری را در ۱۳ سؤال مشخص کرد که ۵۰ درصد واریانس مقیاس را تبیین می‌کردند. ثبات درونی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌های آن از ۰/۶۲ تا ۰/۸۴ متغیر بوده است و ضریب بازآزمون ۰/۸۷ محاسبه شده است. همچنین ضرایب روایی همگرا با مقیاس انگ باز کردن ذهن برای مراقبان سلامت^۹، ۰/۷۳ (مادگیل، پتن، ناؤک و کسم، ۲۰۱۴)، با مقیاس بی‌ارزشی و تبعیض ادراک شده^{۱۰}، ۰/۸۶ (لینک، ولز، فلن و یانگ^{۱۱}، ۰/۲۰۱۵) و با پرسشنامه آشتفتگی روانشناختی، ۰/۹۱ (کسلر، اندروز، کلپ، هیریبی، راچک و همکاران^{۱۲}، ۰/۲۰۰۲) بوده است. پایایی

^۱- Psychological Help-Seeking Stigma toward Occupational Stress and Burnout Scale

^۲- Opening minds stigma scale for health care providers

^۳- Perceived discrimination and devaluation scale

^۴- Link, Wells, Phelan & Yang

^۵- Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek & et al

^۶- General Health Questionnaire

^۷- Elovanio, Hakulinen, Pulkki-Raback, Aulto, Virtanen & et al

۶۳ نفر (۱۹/۹٪) بیشتر از ۱۵ سال در مراکز مشاوره به ارائه خدمات مشاوره مشغول بودند. جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد هر یک از گویه‌های مقیاس را نشان می‌دهد.

تحصیلات، ۷۵ نفر (۰/۰٪) فوق لیسانس، ۹۱ نفر (۲۸/۸٪) دانشجوی دوره دکترا و ۱۵۰ نفر (۴۷/۵٪) دکترا؛ از نظر سابقه کار، ۹۱ نفر (۲۸/۸٪) حداقل چهار سال، ۸۵ نفر (۲۶/۲٪) ۶ تا ۱۰ سال، ۷۷ نفر (۲۴/۴٪) ۱۱ تا ۱۵ سال و

جدول ۱ یافته‌های توصیفی گویه‌های مقیاس

گویه	میانگین ± انحراف استاندارد
۱. اگر در محل کار من، یک کارشناس سلامت روان گزارش کند که دچار استرس شغلی یا فرسودگی شغلی شده است، به احتمال زیاد با تبعیض یا تعصب از سوی دیگران روبرو خواهد شد.	۱/۶۲±۴/۰۵
۲. بهتر است یک کارشناس سلامت روان، تجربه استرس شغلی یا فرسودگی را با کسی در میان نگذارد.	۱/۵۳±۴/۲۹
۳. در محل کار من، هر کارشناس سلامت روان که دچار استرس شغلی یا فرسودگی باشد، مورد توجه و حمایت قرار می‌گیرد.	۱/۵۴±۴/۳۳
۴. با یک کارشناس سلامت روان که استرس شغلی یا فرسودگی را تجربه می‌کند در مقایسه با هر کارشناس دیگری که این شرایط را ندارد، منصفانه‌تر رفتار خواهد شد.	۱/۳۳±۳/۰۷
۵. اگر استرس و فرسودگی شغلی را تجربه کنم، باید بتوانم خودم آن را برطرف کنم.	۱/۶۵±۴/۸۰
۶. باید بتوانم به عنوان یک کارشناس سلامت روان بدون کمک گرفتن از دیگران، استرس و فرسودگی شغلی را کنترل کنم.	۱/۶۷±۴/۰۵
۷. باید خودم به تنهایی بتوانم در زمان تجربه استرس و فرسودگی شغلی، از آن خارج شوم.	۱/۷۱±۴/۴۳
۸. اکثر کارشناسان سلامت روان، تجربه استرس شغلی یا فرسودگی شغلی را نشانه‌ای از مناسب نبودن آن کارشناس برای این حرفه می‌دانند.	۲/۲۱±۴/۴۱
۹. اکثر کارشناسان سلامت روان، باور دارند فردی که دچار استرس شغلی یا فرسودگی شده است، بسیار حساس یا ضعیف است.	۲/۱۵±۴/۰۳
۱۰. اکثر کارشناسان سلامت روان، اعتقاد دارند که استرس یا فرسودگی شغلی یک حالت ذهنی است که باید هرچه سریع تر از آن خارج شوند.	۱/۶۸±۴/۶۱
۱۱. من هنگام همکاری با یک کارشناس سلامت روان که در حال تجربه استرس شغلی یا فرسودگی شغلی است، با احتیاط رفتار می‌کنم.	۱/۷۶±۴/۲۶
۱۲. من ترجیح می‌دهم که هنگام کار از همکاری که در حال تجربه استرس شغلی یا فرسودگی است، فاصله بگیرم.	۲/۳۹±۳/۲۵
۱۳. یک کارشناس سلامت روان که استرس شغلی یا فرسودگی را تجربه می‌کند، در مقایسه با کارشناسی که این مشکل را تجربه نمی‌کند، توانایی کمتری دارد.	۱/۸۴±۴/۰۵

انگ زدن به خود (گویه‌های ۵، ۶ و ۷)، انگ ادراک شده دیگری (گویه‌های ۸، ۹ و ۱۰) و انگ شخصی (گویه‌های ۱۱، ۱۲ و ۱۳) را می‌سنجد. در این پژوهش شاخص‌های برازنده‌گی سه مدل اندازه‌گیری مقیاس، بررسی و مقایسه

جدول ۱ نشان می‌دهد که بزرگترین میانگین برای گویه ۱۰ و کوچکترین میانگین برای گویه ۴ است. همچنان که پیش‌تر اشاره شد، مقیاس پژوهش حاضر شامل ۱۳ گویه است که ۴ مؤلفه انگ ساختاری (گویه‌های ۱، ۲، ۳ و ۴)،

بود که در آن هر گوییه تنها به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و اجازه داده شد عامل‌های مکنون به عامل کلی تر، بار عاملی ایجاد کنند. در جدول ۲ شاخص‌های برازنده‌گی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی همبسته باشند. مدل سوم، مدل چهار عاملی سلسله مراتبی شده است.

شد. مدل اول یک عاملی بود که در آن اجازه داده شده بود همه گوییه‌ها تنها بر یک عامل، بار عاملی ایجاد کنند. در مدل دوم هر گوییه تنها به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و به عامل‌های مکنون اجازه داده شد تا با یکدیگر همبسته باشند. مدل سوم، مدل چهار عاملی سلسله مراتبی

جدول ۲ شاخص‌های برازنده‌گی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی

شاخص‌های برازنده‌گی	مدل یک	مدل چهار عاملی سلسله مراتبی	مدل چهار	مدل چهار عاملی سلسله مراتبی
مجذور کای	۱۸۳/۰۱	۱۶۹/۳۳	۶۱۷/۰۴	
درجه آزادی مدل	۶۱	۵۹	۶۵	
χ^2/df	۳/۰۰	۲/۸۷	۹/۴۹	
GFI	۰/۹۲۰	۰/۹۲۴	۰/۷۴۵	
AGFI	۰/۸۸۱	۰/۸۸۰	۰/۶۴۳	
CFI	۰/۹۲۷	۰/۹۳۵	۰/۶۶۹	
RMSEA	۰/۰۸۰	۰/۰۷۷	۰/۱۶۴	

برازنده‌گی بدست آمده برای مدل چهار عاملی بهتر از شاخص‌های بدست آمده برای مدل چهار عاملی سلسله مراتبی بود. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که مدل چهار عاملی بهتر از مدل یک عاملی و مدل چهار عاملی سلسله مراتبی با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. در ادامه، جدول ۳ بارهای عاملی هر یک از گوییه‌های مقیاس را نشان می‌دهد.

براساس جدول ۲، هیچ یک از شاخص‌های برازنده‌گی از برازش قابل قبول مدل یک عاملی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی‌کند. در مقابل، شاخص‌های برازنده‌گی هر دو مدل چهار عاملی و چهار عاملی سلسله مراتبی از برازش قابل قبول مدل با داده‌های گردآوری شده حمایت نمودند. با وجود این، شاخص‌های

جدول ۳ پارامترهای مدل اندازه‌گیری مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در تحلیل عاملی تأییدی

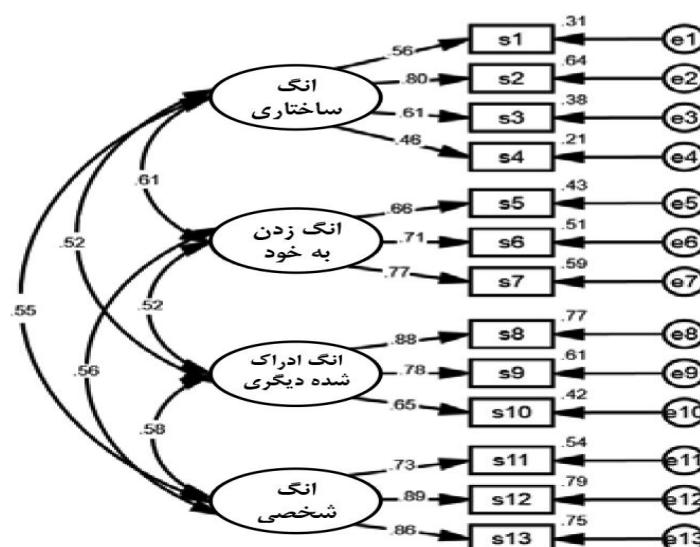
متغیرهای مکنون- نشان گر	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	ضریب استاندارد	ضریب خطا	نسبت بحرانی
انگ ساختاری - گویه ۱	۰/۵۵۵	۱			
انگ ساختاری - گویه ۲	۰/۱۶۰	۰/۷۹۷	۱/۳۵۹		۸/۵۰
انگ ساختاری - گویه ۳	۰/۱۳۷	۰/۶۱۵	۱/۰۵۴		۷/۶۹
انگ ساختاری - گویه ۴	۰/۱۰۸	۰/۴۵۹	۰/۶۷۸		۶/۳۰
انگ زدن به خود - گویه ۵	۰/۶۵۸	۱			

انگ زدن به خود - گویه ۶	انگ زدن به خود - گویه ۷	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۸	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۹	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۱۰	انگ شخصی - گویه ۱۱	انگ شخصی - گویه ۱۲	انگ شخصی - گویه ۱۳
۹/۷۰	۰/۱۱۳	۰/۷۱۲	۱/۰۹۴				
۱۰/۰۲	۰/۱۲۰	۰/۷۶۷	۱/۲۰۴				
		۰/۸۷۷	۱				
۱۴/۰۲	۰/۰۷۹	۰/۷۸۳	۱/۱۰۳				
۱۱/۶۸	۰/۰۶۲	۰/۶۵۱	۰/۷۲۰				
		۰/۷۳۳	۱				
۱۴/۹۷	۰/۱۱۰	۰/۸۹۰	۱/۶۴۴۳				
۱۴/۷۴	۰/۰۸۴	۰/۸۶۵	۱/۲۲۲				

نکته: بارهای عاملی استاندارد نشده (b) گویه های ۱، ۵، ۸ و ۱۱ با عدد ۱ ثبت شده است؛ بنابراین خطای استاندارد (SE) و نسبت بحرانی (CR) برای آنها محاسبه نشده است.

انگ شخصی برخوردار بودند. در شکل ۱، مدل اندازه‌گیری مقیاس چهار عاملی انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی و بارهای عاملی آن آورده شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بزرگترین بار عاملی برای گویه ۱۲ ($\beta=0/890$) و کوچکترین بار عاملی برای گویه ۴ ($\beta=0/459$) بود. بر این اساس می‌توان گفت همه نشانگرهای از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری چهار عامل انگ ساختاری، انگ زدن به خود، انگ ادراک شده دیگری و



شکل ۱ مدل اندازه‌گیری انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد

روان مورد بررسی قرار گرفت، که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

در این پژوهش به منظور ارزیابی روایی همگرایی مقیاس، ضرایب همبستگی ابعاد آن با مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت

جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی بین ابعاد انگ کمک طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی و سلامت روان

	متغیر	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	-
۱. انگ ساختاری										
۲. انگ زدن به خود										۰/۶۱**
۳. انگ ادراک شده دیگری										۰/۳۸** ۰/۴۲**
۴. انگ شخصی										۰/۳۴** ۰/۵۵**
۵. سلامت روان، نشانه‌های جسمانی										۰/۲۰** ۰/۲۰**
۶. سلامت روان، اضطراب بی‌خوابی										۰/۱۶** ۰/۱۹**
۷. سلامت روان، نارسایی اجتماعی										۰/۲۰** ۰/۴۰**
۸. سلامت روان، افسردگی										۰/۲۵** ۰/۲۶**
میانگین		۵/۰۴	۸/۵۶	۴/۶۱	۵/۴۹	۱۲/۴۴	۱۰/۹۵	۱۰/۷۲	۱۵/۸۳	
انحراف استاندارد		۳/۶۸	۳/۴۰	۳/۳۴	۳/۳۴	۵/۳۵	۴/۷۷	۴/۱۴	۴/۵۱	
ضریب آلفای کرونباخ		۰/۸۶	۰/۸۳	۰/۸۲	۰/۷۸	۰/۸۵	۰/۸۱	۰/۷۶	۰/۷۳	P>۰/۰۵ و P<۰/۰۱**

عاملی، شاخص‌های برازنده‌گی بهتری دارد؛ بنابراین مقیاس مذکور، همان ساختار چهار عاملی نسخه اصلی کلاف و همکاران (۲۰۲۰) را دارا است. نتیجه پژوهش در خصوص تأیید عامل انگ شخصی و انگ ادراک شده دیگری با پژوهش کاکبرنر و نوکراگ (۲۰۱۹) که به بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تناسب، ارزش و انگ در مشاوران و استخراج عامل انگ شخصی و انگ ادراک شده از جانب دیگران پرداخته‌اند، همسو بود.

همچنین گریک و همکاران (۲۰۱۸) و وگل و همکاران (۲۰۰۹) در اعتباریابی مقیاس انگ ادراک شده در ارتباط با سلامت روان و مقیاس ادراک انگ از جانب دیگران در ارتباط با جستجوی کمک، به عامل انگ ادراک شده از جانب اجتماع به عنوان یک مانع در کمک طلبی اشاره نموده‌اند. در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان به اهمیت تجربه شرم در همه جوامع به عنوان یکی از پیامدهای انگ شخصی و انگ ادراک شده دیگری در ارتباط با مشکلات روانشناختی اشاره کرد. به نظر می‌رسد تجربه این هیجان خودآگاه در جامعه کارشناسان سلامت

براساس جدول ۴، همه ابعاد مقیاس انگ کمک طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی به صورت مثبت و معناداری با مؤلفه‌های سلامت روان، همبسته بود. قابل ذکر است با توجه به تفسیر معکوس ضرایب در پرسشنامه سلامت روان، مقیاس پژوهش حاضر از روایی همگرایی قابل قبولی برخوردار بود. علاوه بر این، جدول ۴ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ انگ ساختاری، انگ زدن به خود، انگ ادراک شده دیگری و انگ شخصی به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۷۶، ۰/۸۱ و ۰/۸۸ بودند آمد؛ بنابراین، گویی‌های مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار هستند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انگ کمک طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در کارشناسان سلامت روان انجام شد. تحلیل عامل تأییدی نشان داد که مدل چهار عاملی در مقایسه با مدل چهار عاملی سلسه مراتبی و مدل یک

در خصوص مشکلات روانشناختی را دارند؛ اما از افشاگری در خصوص پیامدهای روانی استرس‌های شغلی و فرسودگی به علت ترس از طرد شدن اجتناب می‌کنند. در این شرایط امکان پذیرش مشکلات روانشناختی به عنوان اولین قدم برای دریافت کمک تخصصی کاهش می‌یابد. وجه تمایز مقیاس پژوهش حاضر با ابزارهای موجود، وجود مؤلفه‌ای به نام انگک ساختاری است که در سایر پرسشنامه‌های مشابه به آن توجهی نشده است، و تحقیق همسویی در این زمینه یافته نشد. در تبیین این یافته می‌توان به سیاست‌های کلان سازمانی اشاره کرد که به طور غیرمستقیم و یا حتی ناخواسته، زمینه سوق دادن مشاوران و روانشناسان را برای عدم پذیرش کمک در هنگام تجربه استرس شغلی و فرسودگی، فراهم می‌کند. ساختار آسیب‌زای نظام سلامت در یک جامعه بر نگرش‌های شخصی و اجتماعی همه افراد جامعه و به طور خاص کارشناسان سلامت روان، در خصوص رفتار کمک‌طلبی تأثیر منفی می‌گذارد؛ اما این ساختار در غالب جوامع به عنوان نقطه شروع شکل‌گیری ادراک انگک شخصی و اجتماعی برای جستجوی کمک، نادیده گرفته می‌شود و از نقد و بازبینی بی‌بهره می‌ماند. در این شرایط، فرهنگ‌سازی و فرهنگ‌پذیری در خصوص جستجوی کمک روانشناختی در هنگام تجربه استرس‌های شغلی و فرسودگی در کارشناسان سلامت روان نیز، مختل خواهد شد. بررسی ابعاد انگک کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که این ابزار، درک جامع‌تری از انواع انگک به عنوان مانع برای کمک‌طلبی روانشناختی در مشاوران و روانشناسان در حیطه‌های فردی، اجتماعی و سازمانی فراهم می‌کند.

روان، برجسته‌تر نیز باشد؛ زیرا در سایه باورهای غلط جامعه‌شناختی، از شخصی که به عنوان مرجع کمک به دیگران شناخته می‌شود، انتظار نمی‌رود که در موقع تجربه استرس شغلی و یا فرسودگی، نیاز به کمک یک مشاور و یا روانشناس داشته باشد. این مسئله، می‌تواند گشودگی بین فردی را نیز کاهش و ادراک انگک کمک‌طلبی را بالا ببرد. در خصوص انگک شخصی نیز، به نظر می‌رسد نگرش‌های شخصی یک مشاور یا روانشناس در ارتباط با ویژگی‌ها و شرایط اجتماعی و روانی افراد دارای مشکلات روانشناختی، آنقدر اهمیت دارد که حتی می‌تواند ادراک انگک از جانب دیگران را در زمان نیاز به کمک روانشناختی، افزایش دهد. دو عامل انگک شخصی و انگک ادراک شده دیگری نیز معمولاً به همراه یکدیگر در ادبیات پژوهش آمده‌اند که پیش از این به آن‌ها اشاره شده است.

همچنین یافته پژوهش در خصوص تأیید عامل انگک زدن به خود، با پژوهش کسم و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه ساخت و اعتباریابی مقیاس انگک مربوط به سلامت روان در مراقبان سلامت و پژوهش اسکوپ و همکاران (۲۰۱۲) که به ساخت و ارزیابی اولیه پرسشنامه انگک زدن به خود پرداخته‌اند، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان به آگاهی غالب مشاوران و روانشناسان از شرایط روانشناختی خود و نشانه‌های آسیب روانی اشاره کرد که در دراز مدت قابل انکار نیست. در این شرایط احتمال انگک زدن به خود به عنوان مشاور یا روانشناسی که خودش نیز دچار آسیب‌های روانی شده است، افزایش می‌یابد و مانع برای جستجوی تخصصی کمک در هنگام تجربه استرس‌های شغلی و فرسودگی است. در همه فرهنگ‌ها و جوامع، کارشناسان سلامت روان از مراجعه کنندگان خود انتظار خودافشاری

فرسودگی در کارشناسان سلامت روان می‌شود. آشتفتگی‌های روانشناختی در یک فرایند تدریجی در همه افراد شکل می‌گیرد (جیانگ؛ تاپس و سوزوکی، ۲۰۲۰)، و مشاوران و روانشناسان نیز از این مسئله، مصنون نیستند. از طرفی هماهنگی ابعاد بررسی شده با نسخه اصلی آن در جامعه ایران، حاکی از آن است که این ابعاد در همه فرهنگ‌ها صرفوظ از تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی می‌تواند به عنوان موانع کمک‌طلبی روانشناختی ادراک شوند. براساس پژوهش‌ها نیز، با آنکه در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی، انگک ادراک شده در ارتباط با مشکلات مربوط به سلامت روان و تجربه استرس‌ها، بالاتر است (اوری، زویسکس، مولنار، رالویچ، هزار و همکاران، ۲۰۲۲)؛ اما اساساً ادراک انگک کمک‌طلبی روانشناختی در فرهنگ‌های فردگرای اروپایی و آمریکایی نیز بسیار رایج است (اندرولایتنس و همکاران، ۲۰۱۹)، و توجه زیادی را برای طراحی ابزارها و پژوهش‌های مختلف به خود جلب کرده است. بدین منظور، پرسشنامه‌های مرتبط با انگک کمک‌طلبی روانشناختی را می‌توان جهت تشخیص ادراک انگک و همچنین مداخله به موقع برای ارائه خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی به مشاوران و روانشناسان بکار برد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که مقیاس انگک کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس‌شغلی و فرسودگی از ویژگی‌های روانسنجی مناسبی در جامعه مشاوران و

بررسی روایی همگرای مقیاس پژوهش حاضر با پرسشنامه سلامت روان حاکی از آن بود که همه ابعاد انگک کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی با سلامت روان، رابطه معکوس دارند (با توجه به تفسیر معکوس ضرایب براساس دستورالعمل پرسشنامه در نسخه اصلی، روایی همگرای مقیاس مذکور با پرسشنامه آشتفتگی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) بررسی شده است؛ بنابراین نتیجه پژوهش در خصوص روایی همگرای، همسو با نتایج نسخه اصلی مقیاس انگک کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی بود. همچنین براساس پژوهش‌های مشابه نیز ادراک انگک در خصوص تجربه مشکلات روانی و در نتیجه، عدم کمک‌طلبی در جامعه کارشناسان سلامت روان، می‌تواند منجر به انکار آشتفتگی روانشناختی (راسکار و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش خودافشایی (ترنر و همکاران، ۲۰۲۱) و کاهش تاب‌آوری (هو و اسکاوولت، ۲۰۲۰) شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ادراک انگک کمک‌طلبی روانشناختی موجب می‌شود تا مشاوران و روانشناسان تمایلی به خود نظارتی و خود مراقبتی در خصوص بروز نشانه‌های آسیب به لحاظ کارکرد اجتماعی، مشکلات اضطرابی، تجربه افسردگی و مشکلات جسمانی نداشته باشند. در این شرایط، فرایند پیشگیری و مداخله و درمان محقق نمی‌شود و سلامت روان در این افراد به علت وانمود به داشتن شرایط مساعد روانی، اجتماعی و جسمانی رو به کاهش می‌رود.

در یک جمع‌بندی، می‌توان گفت یافته‌های پژوهش حاضر در جامعه ایران نیز از چند بعدی بودن مفهوم انگک ادراک شده به عنوان یکی از موانع کمک‌طلبی روانشناختی حمایت می‌کند، که منجر به پنهان کردن استرس‌ها و علائم

¹- Jiang, Topps & Suzuki

²- Ori, Szocsics, Molnar, Ralovich, Huszar & et al

- Adolescent Boys in Correction and Rehabilitation Centeres of Ahvaz. Strategic Research on Social Problems, 7(1), 81-96. (In Persian)
- Clough BA, Hill M, Delaney M, Casey LM. (2020). Development of a measure of stigma towards occupational stress for mental health professionals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55, 941-951.
- Collins MH, Cassill CK. (2021). Psychological wellness and self-care: An ethical and professional imperative. *Ethics & Behavior*, 32(7), 634-646.
- Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Aulto AM, Virtanen M, Partonen T, Suvisaari J. (2020). General health questionnaire (GHQ-12), Beck depression inventory (BDI-6), and mental health index (MH1-5): Psychometric and predictive properties in a finnish population-based sample. *Psychiatry research*, 289, 112973.
- Endrulaitence A, Zardeckaite-Matulaitienc K, Pranckevicience A, Marksaityte R, Tillman DR, Hof DD. (2019). Self-stigma of seeking help and job burnout in mental health care providers: The comparative study of Lithuanian and USA sample. *Journal of workplace behavioral health*, 34(2), 129-148.
- Fischer EH, Farina A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help. A shortened form and considerations for research. *Journal of college student development*, 36(4), 368-373.
- Flinn RE. (2021). Testing the progressive model of help-seeking self-stigma. [dissertation]. New Mexico State University.
- Ghaderi F, Namdari K, Ghobadi M, Shokroolahi M. (2019). The Structural Relationship of Meaning in Life, Personal Growth Initiative, Life Orientation and Wisdom with Authentic Personality in Students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 6(5), 55-71. (In Persian)
- Ghasemi N, Sadeghzadeh M, Azamiushan M. (2022). Psychometric Properties of Persian Version of Fear of Self Questionnaire Related Obsessive Compulsive Disorder. *Shenakht Journal of*

روانشناسان در ایران برخوردار است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان انتخاب تصادفی شرکت‌کننده‌ها بود. با توجه به آنکه داشتن سابقه کاری حداقل چهار سال و همچنین پروانه اشتغال به خدمات مشاوره‌ای، از الزامات شرکت در پژوهش بود و همچنین همه افراد در مراکز و دفاتر مشاوره با وجود محروم‌انه بودند اطلاعات و امکان تکمیل آنلاین پرسشنامه‌ها، تمایلی به شرکت در پژوهش نداشتند، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. در پژوهش‌های آتی می‌توان با انجام مصاحبه، اطلاعات کامل‌تری را در خصوص انواع انگک به عنوان موانعی برای کمک‌طلبی روانشناختی در کارشناسان سلامت روان کسب کرد و البته نتایج پژوهش حاضر می‌تواند چارچوب علمی و اولیه‌ای را در این زمینه فراهم نماید.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه سازمان‌ها و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای نویسنده اول با کد اخلاقی IR.IAU.ARACK.REC.1401.082 در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه می‌باشد. بنابر اظهار نویسنده‌گان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Aruta JJBR, Maria A, Mascarenhas J. (2022). Self-compassion promotes mental help-seeking in older, not in younger counsellors. *Current psychology*.
- Behroozei N, Mohammadi F, Omidian M. (2017). Social Support, Metacognitive Beliefs, Mental Health and Vitality of Normal and Delinquent

- Psychology and Psychiatry, 8(6), 24-36. (In Persian)
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the health questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Griek B, Lowe B, Murray AM, Kohlmann S. (2018). Assessment of perceived mental health-related stigma: The stigma-9 questionnaire (STIG-9). *Psychiatry research*, 270, 822-830.
- Hobaica S, Szkody E, Owens S, Boland JK, Washburn JJ, Bell DJ. (2021). Mental health concerns and barriers to care among future clinical psychologists. *Journal of clinical psychology*, 77(11), 2473-2490.
- Hou JM, Skovholt TM. (2020). Characteristics of highly resilient therapists. *Journal of counseling psychology*, 67(3), 386-400.
- Jiang X, Topps Ak, Suzuki R. (2020). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. *Training and education in professional psychology*, 15(2), 126-139.
- Kalkbrenner M, Neukrug ES. (2019). The utility of the revised fit, stigma and value scale with counsellor trainees: Implications for enhancing clinical supervision. *Clinical Supervisor*, 38(2), 262-280.
- Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for health care providers (OMS-HC). *BMC psychiatry*, 12(1), 62.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi EE, Mroczek DK, Normand SLT, Watters EE, Zaslavsky AM. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
- Kogosov Y. (2019). Burn out and self-care among psychology graduate student. [dissertation]. Los Angles: Alliant International University.
- Link BG, Wells J, Phelan J, Yang L. (2015). Understanding the importance of symbolic interactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatry rehabilitation journal*, 38(2), 117-124.
- Mac Callum RC, Widaman KF, Preacher KJ, Hong S. (2001). Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate behavioural research*, 36, 611-637.
- Mix S. (2016). Utilization of psychotherapy among doctoral students in clinical and counselling psychology. [dissertation]. Philadelphia: Chestnut Hill College.
- Modgill G, Patten S, Knaak S, Kassam A. (2014). Opening minds stigma scale for health care providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC psychiatry*, 14(1), 120.
- Newton TL, Ohrt JH, Guest JD, Wymer B. (2020). Influence of mindfulness, emotion regulation, and perceived social support on burnout. *Counselor education & Supervision*, 59(4), 252-266.
- Ori D, Szocsics P, Molnar T, Ralovich FV, Huszar Z, Bene A, Rozsa S, Gyorffy Z, Purebl G. (2022). Stigma towards mental illness and help-seeking behaviors among adult and child psychiatrists in Hungary: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(6), e0269802.
- Roskar S, Kralj D, Andriessen K, Krysinska K, Vinko M, Podlesek A. (2020). Anticipated self and public stigma in suicide prevention professionals. *Frontiers in psychiatry*, 13, 931245.
- Siebert DC, Siebert CF. (2007). Help seeking among helping professionals: A role identity perspective. *American journal of orthopsychiatry*, 77(1), 49-55.
- Skopp N, Bush NE, Vogel DL, Wade NG, Sirotin AP, McCann R, Metzger-Abamukong MJ. (2012). Development and initial testing of a measure of public and self-stigma in the military. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1036-1047.
- Taghva A, Gonabadi Nezhad L. (2022). Stigma during the Covid-19 Pandemic: Important but Overlooked. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(6), 50-55. (In Persian)
- Theresa M, Gallardo MT, Chavez ML. (2022). Exploring the well-being of guidance counsellors in the Philippines: A phenomenological study. *Philippine social science journal*, 5(1), 36-48.

- Turner K, Moses J, Neal A. (2021). Trainee experiences of self-disclosure. *Clinical psychology & Psychotherapy*, 29(2), 733-743.
- Vogel DL, Wade NG, Ascheman PL. (2009). Measuring perception of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity a new stigma scale with college students. *Journal of counseling psychology*, 56(2), 301-308.
- Zamir A, Tickle A, Sabin-Farrell R. (2020). A systematic review of the evidence relating to disclosure of psychological distress by mental health professionals within the workplace. *Journal of clinical psychology*, 78(9), 1712-1738.
- Zhou Y, Lemmer G, Xu J, Rief W. (2019). Cross-cultural measurement invariance of scales assessing stigma and attitude to seeking professional psychological help. *Frontiers in psychology*. 10, 1249.