

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

Roya Kheyrollahi<sup>1</sup>, Azadeh Farghadani<sup>2</sup>, Masoud Janbozorgi<sup>3</sup>, Fatemeh Shaterian Mohammadi<sup>4</sup>

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>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

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

رؤیا خیرالهی<sup>۱</sup>، آزاده فرقدانی<sup>۲</sup>، مسعود جان بزرگی<sup>۳</sup>، فاطمه شاطریان محمدی<sup>۴</sup>

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 مرتبط با استرس شغلی و فرسودگی 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 از 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 تأیید 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.

**نتیجه‌گیری:** 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

## مقدمه

واژه انگ<sup>۱</sup> اولین بار در سال ۱۹۶۳ توسط گافمن<sup>۲</sup> معرفی شد. از دیدگاه وی، انگ موجب رکود اعتبار فرد به دلیل دارا بودن یک صفت و یا مشخصه خاصی می‌شود (تقوا و گنابادی‌نژاد، ۱۴۰۰)؛ اما فقط افراد دارای مشکلات روانی نیستند که از انگ کمک‌طلبی روانشناختی<sup>۳</sup> رنج می‌برند، بلکه کارشناسان سلامت روان نیز در صورت تجربه استرس و فرسودگی شغلی، به دنبال کمک تخصصی نیستند (کلایف، هیل، دلانی و کیسی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). از نظر کارشناسان سلامت روان، آن‌ها برای کمک به افراد آشفته آموزش دیده‌اند؛ بنابراین انتظارات بالایی از خودشان دارند. این مسئله، فرایند انکار آشفتگی روانشناختی و شرم و تردید در خصوص گرفتن کمک را تقویت می‌کند (راسکار، کرالچ، اندریسن، کریسینکا، وینکو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲). درحالی‌که 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 (زامیر، تیکل و سابین-فارل<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). با آنکه کمک‌طلبی یک فرایند مقابله‌ای سازگارانه است (آروتا، ماریا و ماسکرانس<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲)؛ اما در فرهنگ‌های جمع‌گراتر (اندرولایتنس، زاردکیت، مچپولیشنس، پرنکویسینس،

مارکسی تایت و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹) و آسیایی، نگرش‌های منفی‌تری به طور کلی نسبت به کمک‌طلبی روانشناختی وجود دارد (ژو، لمر، زو و ریف<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹).

ادراک انگ کمک‌طلبی روانشناختی از سوی خود، جامعه، سیستم‌ها و متصدیان مربوط به امور روانشناختی و یا همکاران، (ترنر، موزز و نیل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۱)، خودسرزنی<sup>۱۱</sup> (نیوتن، اورت، گست و وایمر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰)، تأکید بر توانایی خود برای حل مشکلات، ترس از زیر سؤال رفتن اعتبار حرفه‌ای، ادراک عزت نفس پائین (میکس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶)، ضعف در اصول اخلاقی یا ویژگی‌های شخصیتی مثبت (هوبایکا، اسکودی، اونز، بلند، واشبورن و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۱)، ترس از شکست‌پذیری ادراک شده (کالینز و کاسیل<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۱) و ضعف در خودارجایی<sup>۱۶</sup> (ترز، گالاردو و چاوز<sup>۱۷</sup>، ۲۰۲۲)، می‌تواند مانع کمک‌طلبی روانشناختی در کارشناسان سلامت روان شود. تهدید ابعدی 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 محتوای افکار که اغلب آشکارکننده جنبه‌های پنهان، منفی و ترسناک خود است به طور مستقیم با ترس از خود ارتباط دارد (قاسمی، صادق‌زاده و آذرنیوشان، ۱۴۰۰). عدم کمک‌طلبی روانشناختی در مشاوران و روانشناسان علاوه بر افزایش فرسودگی شغلی و روانی (ترنر و همکاران،

<sup>8</sup>- Endrulaitencel, Zardeckaite, Matulaitience, Pranckeviciencie, Marksaityte & et al

<sup>9</sup>- Zhou, Lemmer, Xu & Rief

<sup>10</sup>- Turner, Moses & Neal

<sup>11</sup>- Self-blame

<sup>12</sup>- Newton, Ohrt, Guest & Wymer

<sup>13</sup>- Mix

<sup>14</sup>- Hobaica, Szkody, Owens, Boland, Washburn & et al

<sup>15</sup>- Collins & Cassill

<sup>16</sup>- Self-referencing

<sup>17</sup>- Theresa, Gallardo & Chavez

<sup>1</sup>- Stigma

<sup>2</sup>- Goffman

<sup>3</sup>- Psychological help-seeking

<sup>4</sup>- Clough, Hill, Delaney & Casey

<sup>5</sup>- Roskar, Kralj, Andriessen, Krysinka, Vinko & et al

<sup>6</sup>- Zamir, Tickel & Sabin-Farrell

<sup>7</sup>- Aruta, Maria & Mascarenhas

(۲۰۲۱) و خودشیفتگی در آن‌ها (کوگوسو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹)، سلامت روانی مراجعان آن‌ها را نشانه می‌گیرد (ترنرو همکاران، ۲۰۲۱). با این وجود وقتی صحبت از کمک‌طلبی روانشناختی می‌شود، غالباً جامعه افراد دارای مشکلات روانی به ذهن متبادر 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<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹)؛ مقیاس کمک‌طلبی روانشناختی حرفه‌ای (فیشر و فارین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵)؛ مقیاس انگ عمومی و انگ زدن به خود (اسکوپ، بوش، وگل، وید، سیروتین و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲)؛ مقیاس انگ ادراک شده در ارتباط با سلامت روان (گریک، لوو، موری و کلمن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸)؛ مقیاس ادراک انگ از جانب دیگران در ارتباط با جستجوی کمک (وگل، وید و آشنمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹) و مقیاس انگ مربوط به سلامت روان در مراقبان سلامت (کسم، پاپیش، مادگیل و پتن<sup>۷</sup>، 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 عمومی<sup>۸</sup>، انگ شخصی<sup>۹</sup> یا انگ ادراک شده دیگری

(نگرش‌هایی که توسط خود فرد یا دیگران در ارتباط با افراد دارای مشکل روانی حفظ شده‌اند)، انگ زدن به خود<sup>۱۰</sup> (نگرش و ادراک‌هایی که فرد دارای مشکل روانی در خصوص خودش دارد) و انگ ساختاری<sup>۱۱</sup> (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) (فلین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱). این مقیاس علاوه بر آنکه به‌طور 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 سؤال‌هایی که به‌طور 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 اسکاوولت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰)؛ اما براساس مفهوم «هویت نقش<sup>۱۴</sup>»، جامعه‌پذیری شغلی در کارشناسان سلامت روان که به انتظارات مراجعه‌کنندگان، 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<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به اهمیت انگ در ارتباط با رفتار کمک‌طلبی و پیامدهای منفی آن

<sup>۹</sup>- Personal stigma

<sup>۱۰</sup>- Self-stigma

<sup>۱۱</sup>- Structural stigma

<sup>۱۲</sup>- Flinn

<sup>۱۳</sup>- Hou & Skovholt

<sup>۱۴</sup>- Role identity

<sup>۱۵</sup>- Siebert & Siebert

<sup>۱</sup>- Kogosov

<sup>۲</sup>- Kalkbrenner & Neukrug

<sup>۳</sup>- Fischer & Farina

<sup>۴</sup>- Skopp, Bush, Vogel, Wade, Sirotin & et al

<sup>۵</sup>- Griek, Lowe, Murray & Kohlmann

<sup>۶</sup>- Vogel, Wade & Aschman

<sup>۷</sup>- Kassam, Papish, Modgill & Patten

<sup>۸</sup>- Public stigma

دوم، گویه‌ها 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 گویه و میزان ارتباط گویه‌ها با مؤلفه‌های مقیاس، توسط چهار متخصص روانشناس مسلط به پیشینه پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت. پس از اعمال نظرات و انجام اصلاحات مورد نیاز، مقیاس آماده اجرا شد. در مرحله سوم با مراجعه 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، پراکندگی این مراکز و رواج خدمات مشاوره‌ای آنلاین به علت شیوع ویروس کرونا، مقیاس به صورت لینک و از طریق واتس‌آپ در اختیار افرادی که دارای ملاک‌های ورود بودند، قرار گرفت. در خصوص محرمانه 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 همگرایی مقیاس پژوهش حاضر با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر<sup>۲</sup> (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<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱) تعداد ۳۱۶ شرکت‌کننده 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 گویه‌های ترجمه شده به منظور حصول اطمینان از دقت ترجمه و انطباق 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

<sup>۲</sup>- Goldberg & Hillier

<sup>۱</sup>- 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<sup>۶</sup>:** این پرسشنامه ۲۴ سؤالی که برای سنجیدن سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد، که توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) طراحی شده است. نمره‌گذاری 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، هاکولینن، پلکی-ربک، آلتو، ویرتانن و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). 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، ۳۱۶ مشاور و روانشناس از نظر جنسیت شامل ۱۳۵ زن (۴۲/۷٪) و ۱۸۱ مرد (۵۷/۳٪) با میانگین و انحراف استاندارد سنی  $43/11 \pm 8/04$  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<sup>۱</sup>:** 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<sup>۲</sup>، ۰/۷۳ (مادگیل، پتن، نائوک و کسم، ۲۰۱۴)، با مقیاس بی‌ارزشی و تبعیض ادراک شده<sup>۳</sup>، ۰/۸۶ (لینک، ولز، فلن و یانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵) و با پرسشنامه آشفستگی روانشناختی، ۰/۹۱ (کسلر، اندروز، کلپ، هیریپی، راجک و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲) بوده است. پایایی

<sup>۱</sup>- Psychological Help-Seeking Stigma toward Occupational Stress and Burnout Scale

<sup>۲</sup>- Opening minds stigma scale for health care providers

<sup>۳</sup>- Perceived discrimination and devaluation scale

<sup>۴</sup>- Link, Wells, Phelan & Yang

<sup>۵</sup>- Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek & et al

<sup>۶</sup>- General Health Questionnaire

<sup>۷</sup>- Elovainio, Hakulinen, Pulkki-Raback, Aalto, Virtanen & et al

تحصیلات، ۷۵ نفر (۰/۷٪) فوق‌لیسانس، ۹۱ نفر (۲۸/۸٪) ۶۳ نفر (۱۹/۹٪) بیشتر از ۱۵ سال در مراکز مشاوره به ارائه دانشجوی دوره دکترا و ۱۵۰ نفر (۴۷/۵٪) دکترا؛ از نظر سابقه کار، ۹۱ نفر (۲۸/۸٪) حداقل چهار سال، ۸۵ نفر (۲۶/۲۹٪) ۶ تا ۱۰ سال، ۷۷ نفر (۲۴/۴٪) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۱ نفر (۰/۱٪) بیش 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.

جدول ۱ یافته‌های توصیفی گویه‌های مقیاس

میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	گویه
۱/۶۲ $\pm$ ۴/۰۵	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.
۱/۵۳ $\pm$ ۴/۲۹	۲. بهتر است یک کارشناس سلامت روان، تجربه استرس شغلی یا فرسودگی را با کسی در میان نگذارد.
۱/۵۴ $\pm$ ۴/۳۳	۳. در محل کار من، هر کارشناس سلامت روان که دچار استرس شغلی یا فرسودگی باشد، مورد توجه و حمایت قرار می‌گیرد.
۱/۳۳ $\pm$ ۳/۰۷	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.
۱/۶۵ $\pm$ ۴/۸۰	۵. اگر استرس و فرسودگی شغلی را تجربه کنم، باید بتوانم خودم آن را برطرف کنم.
۱/۶۷ $\pm$ ۴/۰۵	۶. باید بتوانم به عنوان یک کارشناس سلامت روان بدون کمک گرفتن از دیگران، استرس و فرسودگی شغلی را کنترل کنم.
۱/۷۱ $\pm$ ۴/۴۳	۷. باید خودم به تنهایی بتوانم در زمان تجربه استرس و فرسودگی شغلی، از آن خارج شوم.
۲/۲۱ $\pm$ ۴/۴۱	۸. اکثر کارشناسان سلامت روان، تجربه استرس شغلی یا فرسودگی شغلی را نشانه‌ای از مناسب نبودن آن کارشناس برای این حرفه می‌دانند.
۲/۱۵ $\pm$ ۴/۰۳	۹. اکثر کارشناسان سلامت روان، باور دارند فردی که دچار استرس شغلی یا فرسودگی شده است، بسیار حساس یا ضعیف است.
۱/۶۸ $\pm$ ۴/۶۱	۱۰. اکثر کارشناسان سلامت روان، اعتقاد دارند که استرس یا فرسودگی شغلی یک حالت ذهنی است که باید هر چه سریع‌تر از آن خارج شوند.
۱/۷۶ $\pm$ ۴/۲۶	۱۱. من هنگام همکاری با یک کارشناس سلامت روان که در حال تجربه استرس شغلی یا فرسودگی شغلی است، با احتیاط رفتار می‌کنم.
۲/۳۹ $\pm$ ۳/۲۵	۱۲. من ترجیح می‌دهم که هنگام کار از همکاری که در حال تجربه استرس شغلی یا فرسودگی است، فاصله بگیرم.
۱/۸۴ $\pm$ ۴/۰۵	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.

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)، 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 برازندگی سه مدل اندازه‌گیری مقیاس، بررسی و مقایسه

بود که در آن هر گویه تنها به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و اجازه داده شد عامل‌های مکنون به عامل کلی‌تر، بار عاملی ایجاد کنند. در جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس آورده شده است.

شد. مدل اول یک عاملی بود که در آن اجازه داده شده بود همه گویه‌ها تنها بر یک عامل، بار عاملی ایجاد کنند. در مدل دوم هر گویه 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 برازندگی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی

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

برازندگی 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 گویه‌های مقیاس را نشان می‌دهد.

براساس جدول ۲، هیچ یک از شاخص‌های برازندگی 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 برازندگی 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 غیر استاندارد	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی
انگ ساختاری - گویه ۱	۱	۰/۵۵۵		
انگ ساختاری - گویه ۲	۱/۳۵۹	۰/۷۹۷	۰/۱۶۰	۸/۵۰
انگ ساختاری - گویه ۳	۱/۰۵۴	۰/۶۱۵	۰/۱۳۷	۷/۶۹
انگ ساختاری - گویه ۴	۰/۶۷۸	۰/۴۵۹	۰/۱۰۸	۶/۳۰
انگ زدن به خود - گویه ۵	۱	۰/۶۵۸		

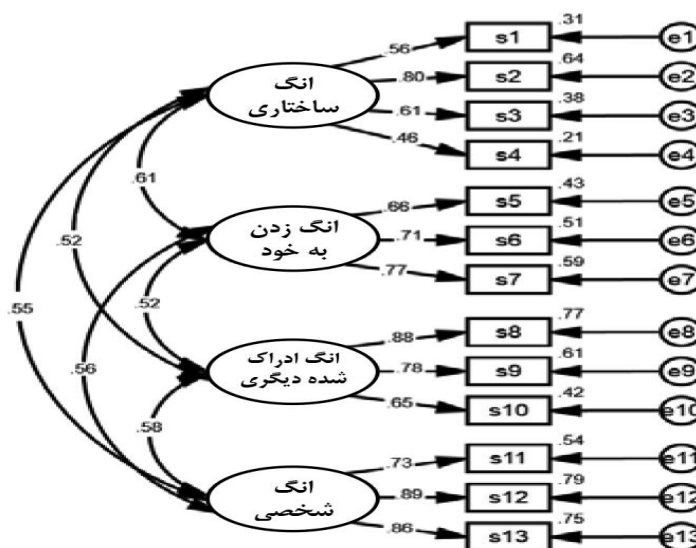


۹/۷۰	۰/۱۱۳	۰/۷۱۲	۱/۰۹۴	انگ زدن به خود - گویه ۶
۱۰/۰۲	۰/۱۲۰	۰/۷۶۷	۱/۲۰۴	انگ زدن به خود - گویه ۷
		۰/۸۷۷	۱	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۸
۱۴/۰۲	۰/۰۷۹	۰/۷۸۳	۱/۱۰۳	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۹
۱۱/۶۸	۰/۰۶۲	۰/۶۵۱	۰/۷۲۰	انگ ادراک شده دیگری - گویه ۱۰
		۰/۷۳۳	۱	انگ شخصی - گویه ۱۱
۱۴/۹۷	۰/۱۱۰	۰/۸۹۰	۱/۶۴۳	انگ شخصی - گویه ۱۲
۱۴/۷۴	۰/۰۸۴	۰/۸۶۵	۱/۲۳۲	انگ شخصی - گویه ۱۳

نکته: بارهای عاملی استاندارد نشده (b) گویه‌های 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 نشانگرها 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 کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی و سلامت روان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. انگ ساختاری	-							
۲. انگ زدن به خود	۰/۶۱**	-						
۳. انگ ادراک شده دیگری	۰/۴۲**	۰/۳۸**	-					
۴. انگ شخصی	۰/۵۵**	۰/۳۴**	۰/۴۸**	-				
۵. سلامت روان، نشانه‌های جسمانی	۰/۲۰**	۰/۲۰**	۰/۴۰**	۰/۱۰**	-			
۶. سلامت روان، اضطراب بی‌خوابی	۰/۱۹**	۰/۱۶**	۰/۲۰**	۰/۱۱**	۰/۶۶**	-		
۷. سلامت روان، نارسایی اجتماعی	۰/۴۰**	۰/۲۰**	۰/۴۰**	۰/۲۴**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	-	
۸. سلامت روان، افسردگی	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۱۵**	۰/۱۸**	۰/۵۹**	۰/۵۲**	۰/۲۰**	-
میانگین	۱۵/۸۳	۱۰/۷۲	۱۰/۹۵	۱۲/۴۴	۵/۴۹	۴/۶۱	۸/۵۶	۵/۰۴
انحراف استاندارد	۴/۵۱	۴/۱۴	۴/۷۷	۵/۳۵	۳/۳۴	۳/۳۴	۳/۴۰	۳/۶۸
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۷۸	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۸۶

\*\*P>۰/۰۱ و \*P>۰/۰۵

براساس جدول ۴، همه ابعاد مقیاس انگ کمک‌طلبی 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 بدست آمد؛ بنابراین، گویه‌های مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار هستند.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس انگ کمک‌طلبی 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 سلسله مراتبی و مدل یک

عاملی، شاخص‌های برازندگی 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 کمک‌طلبی 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

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 مواقع 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 انگ کمک‌طلبی را بالا ببرد. در خصوص انگ 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 انگ از جانب دیگران را در زمان نیاز به کمک روانشناختی، افزایش دهد. دو عامل انگ شخصی و انگ 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 انگ زدن به خود، با پژوهش کسم و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه ساخت و اعتباریابی مقیاس انگ مربوط به سلامت روان در مراقبان سلامت و پژوهش اسکوپ و همکاران (۲۰۱۲) که به ساخت و ارزیابی اولیه پرسشنامه انگ 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 انگ زدن به خود به عنوان مشاور یا روانشناسی که خودش نیز دچار آسیب‌های روانی شده است، افزایش می‌یابد و مانعی 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 خوددافشایی

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 انگ ساختاری است که در سایر پرسشنامه‌های مشابه به آن توجهی نشده است، و تحقیق همسویی در این زمینه یافت 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 انگ 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 انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی در پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که این ابزار، درک جامع‌تری از انواع انگ به عنوان مانعی برای کمک‌طلبی روانشناختی در مشاوران و روانشناسان در حیطه‌های فردی، اجتماعی و سازمانی فراهم می‌کند.

بررسی روایی همگرایی مقیاس پژوهش حاضر با پرسشنامه سلامت روان حاکی از آن بود که همه ابعاد انگ 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 همگرایی مقیاس مذکور با پرسشنامه آشفتگی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) بررسی شده است؛ بنابراین نتیجه پژوهش در خصوص روایی همگرا، همسو با نتایج نسخه اصلی مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی بود. همچنین براساس پژوهش‌های مشابه نیز ادراک انگ در خصوص تجربه مشکلات روانی و در نتیجه، عدم کمک‌طلبی در جامعه کارشناسان سلامت روان، می‌تواند منجر به انکار آشفتگی 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 انگ 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 چندبعدی بودن مفهوم انگ ادراک شده به عنوان یکی از موانع کمک‌طلبی روانشناختی حمایت می‌کند، که منجر به پنهان کردن استرس‌ها و علائم

فرسودگی در کارشناسان سلامت روان می‌شود. آشفتگی‌های روانشناختی در یک فرایند تدریجی در همه افراد شکل می‌گیرد (جیانگ؛ تاپس و سوزوکی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰)، و مشاوران و روانشناسان نیز از این مسئله، مصون نیستند. از طرفی هماهنگی ابعاد بررسی شده با نسخه اصلی آن در جامعه ایران، حاکی از آن است که این ابعاد در همه فرهنگ‌ها صرفنظر از تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی می‌تواند به عنوان موانع کمک‌طلبی روانشناختی ادراک شوند. براساس پژوهش‌ها نیز، با آنکه در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی، انگ ادراک شده در ارتباط با مشکلات مربوط به سلامت روان و تجربه استرس‌ها، بالاتر است (اوری، زوسیگس، مولنار، رالویچ، هازار و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲)؛ اما اساساً ادراک انگ کمک‌طلبی روانشناختی در فرهنگ‌های فردگراتر 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 انگ کمک‌طلبی روانشناختی را می‌توان جهت تشخیص ادراک انگ و همچنین مداخله به موقع برای ارائه خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی به مشاوران و روانشناسان بکاربرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که مقیاس انگ کمک‌طلبی روانشناختی در ارتباط با استرس شغلی و فرسودگی از ویژگی‌های روانسنجی مناسبی در جامعه مشاوران و

<sup>۱</sup>- Jiang, Topps & Suzuki

<sup>۲</sup>- Ori, Szocsics, Molnar, Ralovich, Huszar & et al

- Adolescent Boys in Correction and Rehabilitation Centers 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.
- Elovanio M, Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Aultto 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, Pranckeviciencie A, Marksaityte R, Tillman DR, Hof DD. (2019). Self-stigma of seeking help and job bumout 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, Shokroolah 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 محرمانه بودن 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 انگ 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 اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1401.082 در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه می‌باشد. بنابر اظهار نویسندگان، 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*.
- Behrooezi 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, Neukgru 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 Angeles: 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, Knaok 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, Krysinka 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, Sirotnin AP, Mc Cann 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). Triane experiences of self-disclosure. *Clinical psychology & Psychotherapy*, 29(2), 733-743.
- Vogel DL, Wade NG, Aschman 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.