

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی در کارشناسان سلامت روان

رویا خیرالهی^۱، آزاده فرقدانی^۲، مسعود جان بزرگی^۳، فاطمه شاطریان محمدی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی مختص کارشناسان سلامت روان در جمعیت مشاوران و روان‌شناسان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. بر این اساس ۳۱۶ کارشناس سلامت روان با روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش شرکت کردند و به پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی و سلامت روان پاسخ دادند. نتایج تحلیل عامل تأییدی، همان مدل پنج‌عاملی نسخه اصلی را که شامل حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه می‌شود، براساس شاخص‌های مطلوب برازش تأیید کرد. پایایی با روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های مذکور به‌ترتیب عبارت‌اند از ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد. همچنین روایی همگرایی ابعاد پرسش‌نامه خودمراقبتی و نمره کل آن با ابعاد پرسش‌نامه سلامت روان براساس همبستگی پیرسون نیز مطلوب بوده است. به نظر می‌رسد نسخه فارسی پرسش‌نامه خودمراقبتی را با توجه به آنکه به مواردی جهان‌شمول در ارتباط با مبانی خودمراقبتی اشاره دارد می‌توان برای ارزیابی خودمراقبتی در جمعیت مشاوران و روان‌شناسان در جامعه ایران به کار برد.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، کارشناسان سلامت روان، روان‌سنجی.

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

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

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

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

Examination of psychometric properties of self-care questionnaire in mental health professionals

Roya kheyrollahi¹ Azadeh Farghadani² Masoud Janbozorgi³
fatemeh Shaterian Mohammadi⁴

Abstract

This study was conducted among counselors and psychologists in Tehran, Iran, in 2021 aiming to examine the psychometric properties of self-care questionnaire for mental health professionals. In this respect, 316 mental health professionals were selected through convenient sampling to participate in the study and completed self-care and mental health questionnaires. Based on the good fit indices, the results of confirmatory factor analysis confirmed the five-factor model of the original version including professional support, professional development, work-life balance, cognitive strategies, and daily balance. The reliability obtained by Cronbach's alpha for each of the aforementioned factors was 0.90, 0.89, 0.78, 0.76, and 0.80 and the reliability of the whole scale was 0.93. Furthermore, based on the Pearson correlation, the convergent validity of the dimensions of the self-care questionnaire and its total score was optimal in relation to the dimensions of the mental health questionnaire. Since the Persian version of the self-care questionnaire includes universal items based on the foundations of self-care, it seems that it can be used for the evaluation of self-care in counselors and psychologists practicing in Iran.

Keywords: self-care, mental health professionals, psychometrics

-
1. PhD. Student of General Psychology, 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) Email: Az. Farghadani@iau.ac.ir
 3. Professor of Psychology, Research Institute of Hawzeh and University, Qom, Iran.
 4. Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

مقدمه

با رشد روان‌شناسی مثبت‌نگر، بر خودمراقبتی^۱ به‌عنوان مسیری مهم برای دستیابی به بهزیستی و پیشگیری از پیامدهای منفی در زمینه‌های مختلف تأکید شده است. بنابراین، خودمراقبتی به‌منزله یکی از رویکردهای ارتقای کیفیت زندگی، شامل فعالیت‌ها و رفتارهای مؤثر آموخته‌شده، آگاهانه و عینی فرد است که در موقعیت‌های مختلف زندگی اعمال می‌شود. این امر در نهایت به بهبود کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی منجر خواهد شد (ثاگوینی‌زاده، ۱۴۰۰). براساس کدهای اخلاقی انجمن‌های روان‌شناسی و مشاوره در سطح بین‌المللی، خودمراقبتی به‌عنوان یک مسئولیت اخلاقی در مشاوران و روان‌شناسان (دای، برک، و ولف^۲، ۲۰۲۰) نوعی از خودشفقتی نیز در این گروه محسوب می‌شود (مکید، فرون و فسناکت^۳، ۲۰۲۱). علاوه‌براین خودمراقبتی، جنبه فرهنگی نیز دارد، زیرا در برخی فرهنگ‌ها، کارشناسان سلامت روان تشویق می‌شوند که از خودگذشتگی برون‌محور^۴ (کمک افراطی به دیگران برای رضایت درونی و بدون در نظر گرفتن نفع شخصی) و یا از خودگذشتگی درون‌محور^۵ (کمک افراطی به دیگران در راستای منافع شخصی) داشته باشند که هر دو آسیب‌زننده‌اند. با وجود آنکه مشاوران و روان‌شناسان استرس زیادی را به‌دلیل حجم کاری، محیط‌های کاری منفی، انزوای حرفه‌ای، کمبود پیشرفت و بهبود در مراجعان، گله‌ها و شکایت‌های مراجعان و مسائل بین‌فردی با اعضای خانواده تجربه می‌کنند، گاهی آنقدر فرهنگ قربانی کردن خود در بین این گروه رواج دارد که توجه به نیازهای شخصی، خودخواهانه توصیف می‌شود (کو و مین‌لی^۶، ۲۰۲۱). این مسئله، استرس نقش^۷ را در آن‌ها شکل می‌دهد و علاوه بر فرسودگی شغلی، سلامت روان را به خطر می‌اندازد، چراکه براساس انتظارات فرهنگی و اجتماعی، هویت حرفه‌ای در آن‌ها به‌عنوان یک مشاور یا روان‌شناس رنگ و بوی افراطی به خود می‌گیرد (کو و مین‌لی، ۲۰۲۱؛ روییز، اینگز، مونترو، برگس، روشه و سنتد^۸، ۲۰۲۱).

1. self-caring
2. Dye, Burk & Wolf
3. McCade, Frewen & Fassnacht
4. exocentric altruist
5. endocentric altruist
6. Ko & Minlee
7. role stress
8. Ruiz-Inguez, Montero, Burgos, Roche & Santed.

در پژوهش‌های اخیر، کارشناسان سلامت روان اذعان داشته‌اند که خودمراقبتی در آن‌ها ارتباط نزدیکی با سالم و سازنده بودن فرایندهای درمانی و مشاوره‌ای با مراجع دارد (بیرک-ماندسن، اوپسا و امیلیوسن^۱، ۲۰۲۲)، چراکه می‌تواند مراجع را در برابر ریسک نقض کدهای اخلاقی، محافظت کند (جیانگ، تاپس و سوزوکی^۲، ۲۰۲۱). از طرفی فقط زمانی کارشناسان سلامت روان به فکر خودمراقبتی می‌افتند که دچار مشکلاتی در سلامت در ابعاد مختلف می‌شوند و پیش از این مرحله، ضرورت خودمراقبتی احساس نمی‌شود (بیکر و گابریل^۳، ۲۰۲۱) و حتی در صورت خودمراقبتی، دچار خودانتقادی و قضاوت کردن خود می‌شوند (مک کان^۴، ۲۰۲۱). این در حالی است که خودمراقبتی، انتظارات غیرواقع‌بینانه مشاوران و روان‌شناسان را از خود کاهش می‌دهد و ناهمخوانی بین انتظارات از خود و واقعیت شکل نمی‌گیرد (مکید، فرون و فسناکت، ۲۰۲۱).

عدم تعادل در ارائه خدمات روان‌شناختی در کارشناسان سلامت روان و کمبود خودمراقبتی موجب می‌شود تا آن‌ها حتی در خارج از محیط کاری هم نشخوارهای ذهنی در ارتباط با جلسات داشته باشند که فرسودگی هیجانی را به دنبال دارد (آلوود، گایزله و براتی^۵، ۲۰۲۰). این در حالی است که در بررسی روان‌درمانگران تاب‌آور، بر تعادل شخصی و حرفه‌ای، حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای و خودمراقبتی بالا تأکید شده است (هو و اسکوهات^۶، ۲۰۲۰) براساس پژوهش‌ها نداشتن خودمراقبتی در کارشناسان سلامت روان، علاوه بر آنکه می‌تواند آن‌ها را دچار ترومای نیابتی^۷ کند (لیتام، آسلوس و هریچند^۸، ۲۰۲۱)، موجب می‌شود تا آن‌ها توانایی حفظ شفقت را نسبت به مراجع از دست بدهند و تجربه همدلی با مراجعان می‌تواند به سبب ایجاد سرایت هیجانی منفی، چرخه مراقبت حرفه‌ای، روانی و اخلاقی را در ارتباط با مراجع مختل کند، زیرا چرخه مراقبت و توجه به مراجع از طریق همدلی، درگیری فعال و در نهایت جداسازی مراجع و استقلال او است که در مسیر درستی قرار می‌گیرد و این در حالی است که کاهش سلامت روان در مشاوران و روان‌شناسان به واسطه عدم خودمراقبتی می‌تواند این چرخه را مختل کند (کرمر،

1. Bjerk-Amundsen, Opsah & Emilliusen
2. Jiang, Topps & Suzuki
3. Baker & Gabriel
4. Mc Cann
5. Alwood, Geisler & Baratti
6. Hou & Skovhott
7. vicarious trauma
8. Litam, Ausloos & Harrichand

آیرلند، هارتلی، لانگ، آیرلند و ویلکینز^۱، ۲۰۲۰). همچنین بی‌توجهی به خودمراقبتی می‌تواند کارشناسان سلامت روان را به جایی برساند که در جلسات مشاوره به‌جای توجه به نیازهای مراجعان به فکر ارضای نیازهای شخصی خود در ارتباط با صمیمیت روانی و جنسی با مراجع، کسب عزت نفس از طریق تسلط و قدرت‌طلبی بر مراجع باشند و در نهایت علاوه بر به خطر انداختن سلامت روانی و معنوی خود، به استعمار هیجانی مراجعان بینجامد (لاندونو^۲، ۲۰۱۷؛ پزلنز و گال^۳، ۲۰۲۰). در این شرایط، آسیب‌های مربوط به سلامت روان و سلامت عمومی، مانند اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، بی‌تفاوتی، بدبینی، بی‌خوابی، مشکلات جسمانی، مصرف سیگار و الکل نیز در بین مشاوران و روان‌شناسان گسترش می‌یابد (مائور و همی^۴، ۲۰۲۱). این در حالی است که خودمراقبتی می‌تواند احتمال پذیرش ناکامی در مشاوره (کستن و لارنس^۵، ۲۰۱۹)، توانایی رهبری مؤثر جلسات (ریچاردسون^۶، ۲۰۱۹) و کاهش فرسودگی هیجانی و روانی را به همراه داشته باشد (کوترا، مکسول-جونز، ادواردز و نوتان^۷، ۲۰۲۱).

در خصوص خودمراقبتی، ابزارهای موجود در ایران و اساساً ادبیات موجود در زمینه خودمراقبتی، به بررسی رفتار خودمراقبتی در جامعه بیماری‌های غالباً جسمانی مانند ناراحتی‌ها و بیماری‌های قلبی (نوحی، خسروی و جهانی، ۱۳۹۴)، دیابت (دیدارلو، شجاعی‌زاده افتخار اردبیلی، نیکنامی، حاجی‌زاده و علی‌زاده، ۱۳۹۰)، ترخیص‌شدگان از بیمارستان به دلیل کرونا (زارع و عیسی‌زاده، ۱۳۹۹)، افراد دارای مولتیپل اسکلروزیس (آزادی و طهماسبی، ۱۳۹۳)، افراد دارای بیماری تالاسمی (قرائتی، آقاملایی، حسنی، محمدی و محسنی، ۱۳۹۵)، افراد دارای فشار خون (هزاوه‌ای، دشتی، معینی، فردمال، شهرآبادی و یزدی، ۱۳۹۴) و برخی اختلالات روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه (سیرتی‌نیر، خمسه، لطفیان و نحیر، ۱۳۹۹) پرداخته است. این در حالی است که برای خودمراقبتی به‌عنوان فرایند درگیری هدفمند در زمینه‌هایی که عملکرد سالم و بهزیستی را امکان‌پذیر می‌کند، در جامعه افرادی که مسئول مراقبت از سلامت افراد هستند، ابزارهای

1. Cramer, Ireland, Hartley, Long, Ireland & Wilkins
2. Landon
3. Posluns & Gall
4. Maor & Hemi
5. Coaston & Lawrence
6. Richardson
7. Kotera, Maxwell, Jones, Edwards & Knutton.

معتبر زیادی در خارج از کشور وجود دارد که از آن جمله می‌توان به مقیاس ادراک خودمراقبتی^۱ (بلوم کوئیست، وود، فریدمیر-ترینر و کیم^۲، ۲۰۱۵) برای مددکاران اجتماعی، مقیاس خودمراقبتی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ (کوک-کاتنه و گایکر^۴، ۲۰۱۷) برای متخصصان مراقبت از سلامت، مقیاس بهره‌مندی از خودمراقبتی^۵ (گانچر، شرم، بارنت و هاسکینز^۶، ۲۰۱۳) در کارورزان روان‌شناس بالینی، مقیاس تمرین‌های خودمراقبتی^۷ (لی، میلر و براید^۸، ۲۰۱۶) برای روان‌درمانگران، مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان، مقیاس خودمراقبتی مسبوق به تروما^۹ (سلوم، چوی و استوور^{۱۰}، ۲۰۱۸) و سیاهه رفتار خودمراقبتی (سانتانا و فاد^{۱۱}، ۲۰۱۷) در دانشجویان دکتری روان‌شناسی اشاره کرد.

در این میان، یکی از پرسش‌نامه‌هایی که برای سنجیدن خودمراقبتی در مشاوران و روان‌شناسان طراحی شده است، پرسش‌نامه خودمراقبتی درسیک، روپرت، برانت و زانایزر^{۱۲} (۲۰۱۷) است که جیانگ، تاپس و سوزوکی (۲۰۲۱) روایی و پایایی آن را علاوه بر نسخه طراحی شده اولیه‌اش در سال ۲۰۱۷، مجدداً به عنوان یکی از پرسش‌نامه‌های رایج برای سنجیدن خودمراقبتی در کارشناسان سلامت روان از نظر روایی و پایایی بررسی کرده و تأیید کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل مؤلفه‌های تعادل زندگی^{۱۳} (گذراندن وقت با خانواده و دوستان، فعالیت‌های اوقات فراغت، حفظ مرزهای بین زندگی کاری و خانوادگی)، رشد حرفه‌ای^{۱۴} (درگیر شدن در فعالیت‌های کاری لذت‌بخش، شرکت در رویدادهای مرتبط با حرفه خود و به روز ماندن دانش حرفه‌ای فرد)، راهبردهای شناختی^{۱۵} (بازبینی استرس‌ها و هیجان‌های مرتبط با کار، داشتن یک رویکرد تأثیرگذار برای مدیریت چالش‌ها و حفظ آگاهی از هیجان‌ها و هدف)، تعادل روزانه^{۱۶} (استراحت کردن، اجتناب از

1. self-caring perception scale
2. Bloomquist, Wood, Friedmeyer-Trainor & Kim
3. mindful self-care scale
4. Cook-Cottone & Guyker
5. self-care utilization scale
6. Goncher, Sherman, Barnett & Haskins
7. self-care practices scale
8. Lee, Miller & Bride
9. truma-informed self-care scale
10. Salloum, Choi & Stover
11. Santana & Fouad
12. Dorociak, Rupert, Bryant & Zahniser
13. life balance
14. professional development
15. cognitive strategies
16. daily balance

تعهد بیش از اندازه برای کار با مراجعان، و ذهن آگاه بودن در تمام طول روز) و حمایت حرفه‌ای^۱ (تقویت حمایت‌ها و روابط بین فردی در محیط کار و در میان گذاشتن تجارب کاری استرس آمیز و یا مثبت با همکاران) می‌شود (دریسیک، ۲۰۱۵).

روایی همگرایی این پرسش‌نامه در نسخه اصلی با پرسش‌نامه رضایت از زندگی دینر، امونز، لارسون و گریفین (۱۹۸۵) بررسی شده است. اما طراح و سازنده پرسش‌نامه، در نهایت پیشنهاد کرده است که بهتر است روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه‌هایی که مانند سلامت روان جنبه‌های بالینی تری دارند، بررسی شود، زیرا در نهایت کاهش رضایت از زندگی و یا بالا رفتن فرسودگی شغلی در مشاوران و روان‌شناسان، سلامت روان آن‌ها را نشانه خواهد گرفت و در این صورت پیامدهای منفی تری را به لحاظ کیفیت زندگی شخصی و حرفه‌ای خود تجربه خواهند کرد (کالینز و کسلی،^۲ ۲۰۲۱).

خودمراقبتی به عنوان یک مفهوم چندبعدی که بسیاری از ابعاد زندگی شخصی و حرفه‌ای را دربرمی‌گیرد می‌تواند با فراهم کردن ذهنی‌سازی، درون‌نگری و بینش، موجب شود که مشاوران و روان‌شناسان، حالت‌های ذهنی سالم تری را در مورد خود و دیگران تجربه کنند و این فرایند، کاهش پیش‌داوری، نظارت بر پاسخ‌های هیجانی خود، تداوم رشد حرفه‌ای، بهره‌مندی از شبکه‌های حمایتی، کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی (مکید، ۲۰۲۱)، رشد معنوی و سلامت جسمانی را (کالان، شوارتز و آرپوتان^۳، ۲۰۲۰) به همراه دارد (رودز^۴، ۲۰۲۱). با وجود اهمیت خودمراقبتی و پیامدهای مثبت آن، نبود ابزاری معتبر در ایران برای تحقیق و مطالعه در خصوص خودمراقبتی که مختص کارشناسان سلامت روان طراحی شده باشد، کاملاً احساس می‌شود. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی (مختص کارشناسان سلامت روان) است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی که مختص مشاوران و روان‌شناسان است، انجام شده است. بدین منظور و با

1. professional support
2. Collins & Cassill
3. Callan, Shawrtz & Arputhan
4. Rhodes

توجه به حجم مورد نیاز نمونه که بنا بر پیشنهاد میرز، گامست و گارینو^۱ (۲۰۱۶) به‌ازای هر گویه می‌توان ۱۰ آزمودنی را انتخاب کرد و همچنین با توجه به حداقل حجم لازم ۳۰۰ نفر برای بررسی روایی سازه و احتمال افت آزمودنی، ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد و در نهایت تحلیل داده‌ها بر روی ۳۱۶ پرسش‌نامه که قابل قبول بودند، صورت گرفت. برای اجرای پژوهش در اولین مرحله، ابتدا پژوهشگر اول در این مطالعه و یک استادیار روان‌شناسی مقیاس خودمراقبتی را به فارسی ترجمه کردند. سپس گویه‌های ترجمه‌شده به‌منظور حصول اطمینان از دقت ترجمه و انطباق کامل با نسخه انگلیسی مقیاس به‌لحاظ برابری معنایی و برابری در اصطلاحات تخصصی، یک متخصص زبان انگلیسی، بار دیگر آن را به انگلیسی برگرداند و موارد ناهمخوان با نسخه اصلی اصلاح شد. در مرحله دوم چهار متخصص روان‌شناس مسلط به پیشینه پژوهش گویه‌ها را به همراه مولفه‌های مربوط به آن‌ها که عبارت بودند از حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه، برای بررسی روایی صوری و محتوایی به‌لحاظ قابل درک بودن مفهوم هر گویه و میزان ارتباط گویه‌ها با مؤلفه‌های مقیاس، مطالعه و بررسی کردند. پس از اعمال نظرات و انجام اصلاحات مورد نیاز، مقیاس آماده اجرا شد. سپس با مراجعه به سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره و سازمان بهزیستی، فهرستی از مراکز و دفاتر مشاوره تهیه شد و پرسش‌نامه اولیه برای مشاوران و روان‌شناسانی (زن و مرد) که حداقل ۴ سال سابقه کاری و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به‌صورت لینک ارسال شد. برای اعتباریابی پرسش‌نامه از تعیین روایی صوری و محتوایی، روایی سازه، روایی همگرا و برای تعیین پایایی از همسانی درونی استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها تحلیل عامل تأییدی و همبستگی پیرسون به کار گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خودمراقبتی: این پرسش‌نامه را درسیک، روپرت، براینر و زانایز (۲۰۱۷) با هدف بررسی ابعاد خودمراقبتی در کارشناسان سلامت روان و به‌طور خاص، مشاوران و روان‌شناسان طراحی و اعتباریابی کرده‌اند. بدین صورت که با مرور ادبیات پژوهش و نظر متخصصان مربوطه، طبقه‌های کلی رفتارهای خودمراقبتی که برای سلامت عمومی و بهزیستی فرد مهم‌اند در پنج بُعد (جسمانی، روان‌شناختی، معنویت، اوقات فراغت و اجتماعی) مطرح شد و در ارتباط با خودمراقبتی حرفه‌ای نیز، چهار بُعد (روان‌شناختی،

1. Mayers, Gumst & Guarino

اجتماعی، تعادل کار-زندگی و رشدی) مدنظر قرار گرفت. بر این اساس در مرحله اول، ۸۰ سؤال طراحی شد و از متخصصانی که در زمینه خودمراقبتی صاحب کتاب یا مقالاتی بودند خواسته شد تا در خصوص روشن و مرتبط بودن گویه‌ها (روایی صوری و محتوایی) براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای، نظر خود را اعلام کنند. در این مرحله، گویه‌ها به ۵۲ مورد کاهش یافت. در مرحله دوم، پرسش‌نامه به صورت الکترونیکی برای ۱۵۰۰ روان‌شناس ارسال شد که در نهایت ۴۲۲ پرسش‌نامه تکمیل و قابل استفاده بود.

با توجه به چولگی و کشیدگی، دو گویه در این مرحله حذف شد و برای ۵۰ گویه باقی‌مانده تحلیل عامل اکتشافی صورت گرفت. چرخش اولیه ۱۲ عامل و تحلیل موازی و نمودار اسکری، مدل پنج‌عاملی و شش‌عاملی را آشکار کرد که مدل پنج‌عاملی ثبات درونی خوبی را نشان داد. در نهایت پس از بررسی پایایی با روش آلفای کرونباخ، ۲۱ گویه باقی‌ماندند. پایایی عامل‌ها عبارت بودند از رشد حرفه‌ای ۰/۸۰، تعادل زندگی ۰/۸۱، راهبردهای شناختی ۰/۷۲، تعادل روزانه ۰/۷۰ و حمایت حرفه‌ای ۰/۸۳. تحلیل عامل تأییدی نیز همان مدل پنج‌عاملی را با شاخص‌های برازش مطلوب که عبارت‌اند از $RMSEA=0/61$ ، $SRMR=0/58$ ، $CFI=0/97$ و $NNFI=0/96$ تأیید کرد. همچنین روایی همگرایی هر یک از عامل‌ها با پرسش‌نامه رضایت از زندگی عبارت بودند از: رشد حرفه‌ای ۰/۲۶، حمایت حرفه‌ای ۰/۲۹، تعادل زندگی ۰/۴۸، راهبردهای شناختی ۰/۳۲ و تعادل روزانه ۰/۳۱. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را مجدداً جیانگ، تاپس و سوزوکی (۲۰۲۱) بررسی کردند و نشان دادند که یکی از ابزارهای قابل قبول و قابل اعتماد در زمینه خودمراقبتی در کارشناسان سلامت روان است. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز-همیشه) نمره‌گذاری می‌شود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی: این پرسش‌نامه ۲۴ سؤالی را که برای سنجیدن سلامت روان استفاده می‌شود گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) طراحی کرده است. نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱-۲-۳-۴) انجام می‌شود. نمره بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای سلامت روان پایین‌تر است. این پرسش‌نامه از ۴ مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. بهروزی، محمدی و امیدیان (۱۳۹۶) در تحلیل عامل تأییدی آن، همان چهار مؤلفه اصلی را با شاخص‌های برازش مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی نیز براساس آلفای کرونباخ از ۰/۶۱ تا ۰/۸۵ و برای کل، ۰/۸۶ گزارش

شده است. در پژوهش حاضر، 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 کارشناس سلامت روان (۱۳۵ زن و ۱۸۱ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۴۳/۱۱ و ۸/۰۴ سال شرکت کردند. در بین شرکت کنندگان ۳۲ نفر (۱۰/۱ درصد) مجرد و ۲۸۴ نفر (۸۹/۹ درصد) متأهل بودند. میزان تحصیلات ۷۵ نفر (۲۳/۷ درصد) از شرکت کنندگان فوق لیسانس، ۹۱ نفر (۲۸/۸ درصد) دانشجوی دوره دکتری و ۱۵۰ نفر (۴۷/۵ درصد) دکتری بودند. گفتنی است که ۹۱ نفر (۲۸/۸ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۵ سال، ۸۵ نفر (۲۶/۲۹ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۷۷ نفر (۲۴/۴ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۶۳ نفر (۱۹/۹ درصد) بیشتر از ۱۵ سال سابقه کار در مراکز مشاوره داشتند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی هریک از گویه‌های مقیاس خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به گویه‌های مقیاس خودمراقبتی

گوینه	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱. من با همکارانم رابطه حرفه‌ای برقرار می‌کنم.	۲/۱۱ $\pm$ ۴/۲۱	-۰/۱۶	-۱/۳۷
۲. از مزوی شدن در محل کارم اجتناب می‌کنم.	۲/۱۰ $\pm$ ۴/۲۶	-۰/۲۰	-۱/۳۹
۳. من عوامل استرس‌زای مربوط به کارم را با همکاران قابل اعتماد به اشتراک می‌گذارم.	۲/۰۶ $\pm$ ۵/۲۸	-۰/۹۸	-۰/۳۹
۴. من تجربیات مثبت کاری را با همکارانم در میان می‌گذارم.	۲/۰۳ $\pm$ ۵/۲۵	-۱/۰۰	-۰/۲۸
۵. من رابطه حرفه‌ای خود را با شبکه‌های حمایتی همکاران و متخصصان حفظ می‌کنم.	۲/۲۵ $\pm$ ۴/۴۸	-۰/۳۱	-۱/۴۰
۶. در فعالیتهایی شرکت می‌کنم که باعث پیشرفت حرفه‌ای من می‌شود.	۱/۹۸ $\pm$ ۴/۶۷	-۰/۵۸	-۰/۸۰
۷. با سازمان‌هایی در جامعه حرفه‌ای خود ارتباط برقرار می‌کنم که برای من مهم‌اند.	۲/۰۱ $\pm$ ۳/۹۹	-۰/۰۸	-۱/۲۵
۸. من در رویدادهای اجتماعی مرتبط با کارم شرکت می‌کنم.	۲/۲۱ $\pm$ ۳/۸۲	۰/۰۹	-۱/۵۱
۹. من در مسیر کسب دانش حرفه‌ای راه‌هایی را برای به روز ماندن پیدا می‌کنم.	۱/۹۶ $\pm$ ۴/۷۷	-۰/۶۰	-۰/۷۷
۱۰. برای فعالیتهای حرفه‌ای که از آن‌ها لذت می‌برم، بیشترین زمان را اختصاص می‌دهم.	۲/۳۸ $\pm$ ۴/۳۱	-۰/۱۱	-۱/۶۸
۱۱. من وقت خود را با افرادی می‌گذرانم که از بودن با آن‌ها لذت می‌برم.	۲/۲۰ $\pm$ ۴/۳۰	-۰/۲۳	-۱/۴۸

گوپه	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱۲. زمانی را به وقت گذرانی با خانواده و دوستانم اختصاص می‌دهم.	$1/73 \pm 4/28$	-۰/۳۲	-۰/۷۵
۱۳. من به دنبال فعالیت‌ها با افرادی هستم که برای من دلگرم کننده هستند.	$1/77 \pm 3/06$	۰/۵۹	-۰/۸۷
۱۴. من در زندگی خود راه‌هایی را برای تقویت احساس ارتباط اجتماعی و تعلق با دیگران پیدا می‌کنم.	$2/03 \pm 3/53$	۰/۲۹	۱/۲۷
۱۵. سعی می‌کنم از احساسات و نیازهای خود، آگاه باشم.	$2/03 \pm 3/21$	۰/۵۶	-۱/۱۳
۱۶. احساسات و عکس‌العمل‌های خود را نسبت به مراجع کنترل می‌کنم.	$1/80 \pm 3/22$	۰/۴۸	-۰/۹۰
۱۷. من حواسم به عوامل تحریک کننده و تشدید کننده فشار روانی هست.	$1/88 \pm 3/22$	۰/۳۳	-۱/۰۴
۱۸. من برای مدیریت چالش‌های کاری و حرفه‌ای خود تلاش می‌کنم.	$2/22 \pm 3/34$	۰/۵۲	-۱/۲۷
۱۹. بین ساعت‌های کاری استراحت می‌کنم.	$1/84 \pm 4/12$	-۰/۲۵	-۰/۹۷
۲۰. هر روز زمانی را برای آرام‌سازی خود اختصاص می‌دهم.	$1/87 \pm 3/41$	۰/۴۵	-۰/۸۹
۲۱. از تعهد بیش از حد به مسئولیت‌های کاری اجتناب می‌کنم.	$1/95 \pm 3/54$	۰/۲۰	-۱/۲۰

جدول ۱ نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین میانگین متعلق به گویه ۹ و کوچک‌ترین میانگین متعلق به گویه ۱۳ است. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی همه گویه‌ها در محدوده ± 2 است و بنابراین توزیع داده‌های مربوط به هر یک از آن‌ها نرمال است. همچنان که پیش‌تر اشاره شد مقیاس خودمراقبتی شامل ۲۱ گویه است که فرض شده در مجموع، ۵ مؤلفه حمایت حرفه‌ای (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵)، رشد حرفه‌ای (گویه‌های ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰)، تعادل زندگی (گویه‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴)، راهبردهای شناختی (گویه‌های ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) و تعادل روزانه (۱۹، ۲۰ و ۲۱) را می‌سنجد. به منظور ارزیابی ساختار عاملی این مقیاس، تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال^۱ (ML) انجام و سعی بر آن شد تا شاخص‌های برازندگی سه مدل اندازه‌گیری مقیاس بررسی و مقایسه شود. مدل اول، یک عاملی بود که در آن اجازه داده شده بود همه گویه‌ها فقط بر یک عامل بار عاملی ایجاد کنند. در مدل دوم، هر گویه فقط به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و به عامل‌های مکنون اجازه داده شد تا با یکدیگر همبسته باشند. مدل سوم، مدل پنج عاملی سلسله‌مراتبی بود که در آن هر گویه فقط به عامل مکنون مورد نظر محدود و اجازه داده شد عامل‌های مکنون به عامل کلی‌تر بار عاملی ایجاد کند. جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری مقیاس خودمراقبتی

شاخص‌های برازندگی	مدل یک‌عاملی		مدل پنج‌عاملی		مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی		نقطه برش ^۱
	اولیه	اصلاح شده	اولیه	اصلاح شده	اولیه	اصلاح شده	
مجذور کای ^۲	۱۵۹۰/۶۴	۱۴۷۷/۷۷	۴۳۵/۸۴	۳۸۴/۱۷	۵۱۷/۸۳	۴۵۹/۱۸	-
درجه آزادی مدل	۱۸۹	۱۸۷	۱۷۹	۱۷۷	۱۸۴	۱۸۲	-
χ^2 / df ^۳	۸/۴۲	۷/۹۰	۲/۴۴	۲/۱۷	۲/۸۱	۲/۵۲	کمتر از ۳
GFI ^۴	۰/۵۷	۰/۶۰	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۸۷	۰/۸۵ >
AGFI ^۵	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۸۱	۰/۸۳	۰/۸۰ >
CFI ^۶	۰/۶۳	۰/۶۶	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۰ >
RMSEA ^۷	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۰ <

جدول ۲ نشان می‌دهد که هیچ یک از شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل یک‌عاملی مقیاس با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی‌کنند. اگرچه در هر دو مدل پنج‌عاملی و پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی، دو شاخص برازندگی RMSEA و CFI از برازش قابل قبول مدل با داده‌های گردآوری شده حمایت کردند، باوجوداین شاخص‌های برازندگی به‌دست آمده برای مدل پنج‌عاملی بهتر از شاخص‌های به‌دست آمده برای مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی بود. در ادامه، اصلاح مدل با ایجاد کوواریانس بین خطاهای گویه‌های ۱ و ۱۸ از یک سو و گویه‌های ۲۰ و ۲۱ از سوی دیگر به حصول شاخص‌های بهتر برای مدل تک‌عاملی منجر نشد. اصلاحات مزبور در مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی اگرچه به بهبود شاخص‌های برازندگی منجر شد، باوجوداین، شاخص‌های به‌دست آمده بعد از اصلاح برای مدل پنج‌عاملی بیانگر برازش بهتر آن با داده‌ها در مقایسه با مدل‌های رقیب بود. براین اساس، در ارزیابی ساختار عاملی مقیاس خودمراقبتی، چنین نتیجه‌گیری شد که مدل

۱. نقاط برش براساس دیدگاه اندرسون و گرینگ (۱۹۸۴) به نقل از آنگر، بی، ژیانو و یبارا، (۲۰۱۶) و براون و کودک (۱۹۹۳) به نقل از آنگر، بی، ژیانو و یبارا، (۲۰۱۶)

2. Chi-Square
3. normed chi-square
4. Goodness Fit Index
5. Adjusted Goodness Fit Index
6. Comparative Fit Index
7. Root Mean Square Error of Approximation

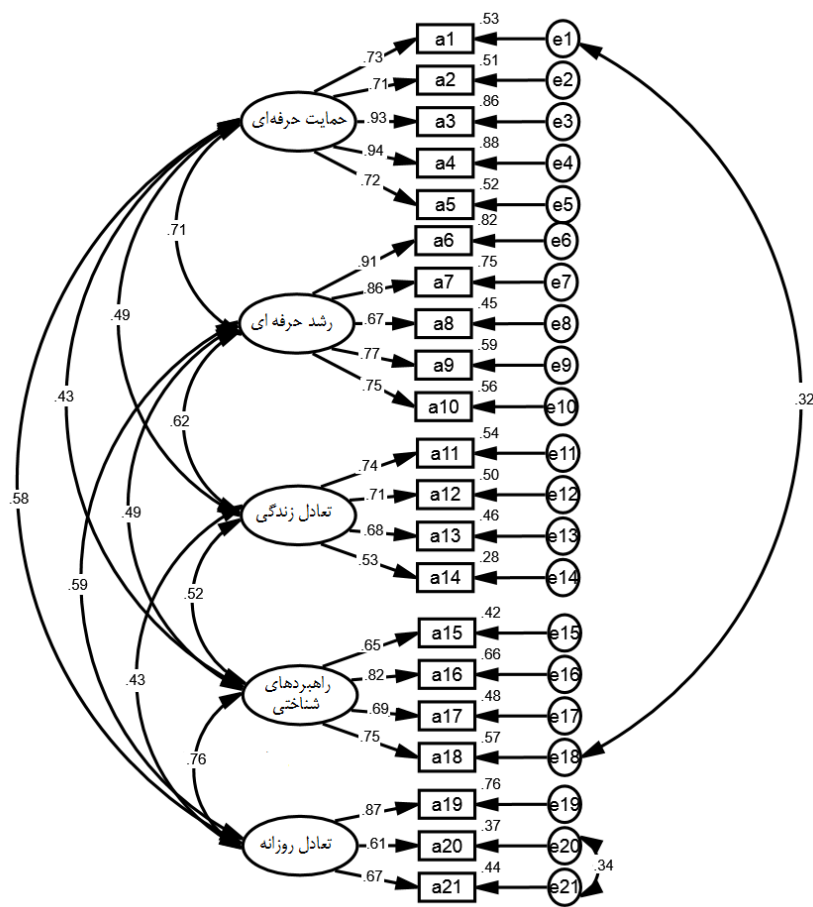
پنج‌عاملی آن بهتر از مدل یک‌عاملی و مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی با داده‌های گردآوری‌شده برازش دارد. در ادامه، جدول ۳ بارهای عاملی هریک از گویه‌های مقیاس پنج‌عاملی خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ پارامترهای مدل اندازه‌گیری مقیاس پنج‌عاملی خودمراقبتی در تحلیل عاملی تأییدی

متغیرهای مکنون- نشان‌گر	b	β	SE	C.R
حمایت حرفه‌ای- گویه ۱	۱	۰/۷۲		
حمایت حرفه‌ای- گویه ۲	۰/۹۷	۰/۷۱	۰/۰۷	۱۲/۷۸**
حمایت حرفه‌ای- گویه ۳	۱/۲۴	۰/۹۳	۰/۰۷	۱۷/۰۸**
حمایت حرفه‌ای- گویه ۴	۱/۲۳	۰/۹۳	۰/۰۷	۱۷/۲۰**
حمایت حرفه‌ای- گویه ۵	۱/۰۵	۰/۷۲	۰/۰۸	۱۲/۹۷**
رشد حرفه‌ای- گویه ۶	۱	۰/۹۰		
رشد حرفه‌ای- گویه ۷	۰/۹۶	۰/۸۶	۰/۰۴	۲۱/۸۱**
رشد حرفه‌ای- گویه ۸	۰/۸۳	۰/۶۷	۰/۰۵	۱۴/۱۰**
رشد حرفه‌ای- گویه ۹	۰/۸۳	۰/۷۷	۰/۰۴	۱۷/۴۹**
رشد حرفه‌ای- گویه ۱۰	۰/۹۹	۰/۷۵	۰/۰۵	۱۶/۷۳**
تعادل زندگی- گویه ۱۱	۱	۰/۷۳		
تعادل زندگی- گویه ۱۲	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۰۷	۱۰/۷۳**
تعادل زندگی- گویه ۱۳	۰/۷۴	۰/۶۷	۰/۰۷	۱۰/۳۵**
تعادل زندگی- گویه ۱۴	۰/۶۶	۰/۵۳	۰/۰۸	۸/۳۷**
راهنمایی‌های شناختی- گویه ۱۵	۱	۰/۶۵		
راهنمایی‌های شناختی- گویه ۱۶	۱/۱۱	۰/۸۱	۰/۰۹	۱۱/۵۸**
راهنمایی‌های شناختی- گویه ۱۷	۰/۹۵	۰/۶۹	۰/۰۹	۱۰/۳۰**
راهنمایی‌های شناختی- گویه ۱۸	۱/۲۴	۰/۷۵	۰/۱۱	۱۱/۱۱**
تعادل روزانه- گویه ۱۹	۱	۰/۸۷		
تعادل روزانه- گویه ۲۰	۰/۷۰	۰/۶۰	۰/۰۷	۱۰/۱۹**
تعادل روزانه- گویه ۲۱	۰/۸۱	۰/۶۶	۰/۰۷	۱۱/۲۸**
نکته: بارهای عاملی استاندارد نشده (b) گویه‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۵ و ۱۹ با عدد ۱ تثبیت شده است، بنابراین خطای استاندارد (SE) و نسبت بحرانی (CR) برای آن‌ها محاسبه نشده است.				

براساس نتایج ارائه‌شده در جدول ۳، بار عاملی استاندارد همه نشانگرها بزرگ‌تر از ۰/۳۲ است. بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به گویه ۴ ($\beta=0/93$) و کوچک‌ترین بار عاملی

متعلق به گویه ۱۴ ($\beta=0/53$) بود. بر این اساس می‌توان گفت همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری پنج عامل حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه برخوردار بودند. شکل ۱ مدل اندازه‌گیری مقیاس پنج‌عاملی مقیاس خودمراقبتی و بارهای عاملی آن را نشان می‌دهد.



شکل ۱ مدل اندازه‌گیری خودمراقبتی و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد

در این پژوهش به منظور ارزیابی روایی همگرایی مقیاس خودمراقبتی، ضرایب همبستگی عامل‌های آن با مؤلفه‌های پرسش‌نامه GHQ بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های مقیاس خودمراقبتی و سلامت روان

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. خودمراقبتی- حمایت حرفه‌ای	-										
۲. خودمراقبتی- رشد حرفه‌ای	۰/۶۴ ^{**}	-									
۳. خودمراقبتی- تعادل زندگی	۰/۴۶ ^{**}	۰/۵۹ ^{**}	-								
۴. خودمراقبتی- راهبردهای شناختی	۰/۳۹ ^{**}	۰/۳۶ ^{**}	۰/۵۳ ^{**}	-							
۵. خودمراقبتی- تعادل روزانه	۰/۴۳ ^{**}	۰/۳۹ ^{**}	۰/۴۳ ^{**}	۰/۶۲ ^{**}	-						
۶. نمرهٔ کل خودمراقبتی	۰/۸۱ ^{**}	۰/۸۳ ^{**}	۰/۷۷ ^{**}	۰/۷۰ ^{**}	۰/۶۹ ^{**}	-					
۷. سلامت روان- نشانه‌های جسمانی	-۰/۲۰ ^{**}	-۰/۳۲ ^{**}	-۰/۳۰ ^{**}	-۰/۲۷ ^{**}	-۰/۲۵ ^{**}	-۰/۳۵ ^{**}	-				
۸. سلامت روان- اضطراب/ بی‌خوابی	-۰/۲۷ ^{**}	-۰/۲۹ ^{**}	-۰/۳۴ ^{**}	-۰/۳۱ ^{**}	-۰/۲۶ ^{**}	-۰/۳۸ ^{**}	۰/۶۶ ^{**}	-			
۹. سلامت روان- نارسایی اجتماعی	-۰/۲۱ ^{**}	-۰/۱۹ ^{**}	-۰/۲۳ ^{**}	-۰/۲۷ ^{**}	-۰/۱۸ ^{**}	-۰/۲۸ ^{**}	۰/۲۸ ^{**}	۰/۲۵ ^{**}	-		
۱۰. سلامت روان- افسردگی شدید	-۰/۲۰ ^{**}	-۰/۲۱ ^{**}	-۰/۱۸ ^{**}	-۰/۱۷ ^{**}	-۰/۲۰ ^{**}	-۰/۲۵ ^{**}	۰/۵۹ ^{**}	۰/۵۲ ^{**}	۰/۲۰ ^{**}	-	
۱۱. نمرهٔ کل سلامت روان	-۰/۲۹ ^{**}	-۰/۳۴ ^{**}	-۰/۳۵ ^{**}	-۰/۳۴ ^{**}	-۰/۳۰ ^{**}	-۰/۴۲ ^{**}	-۰/۸۴ ^{**}	-۰/۸۱ ^{**}	-۰/۵۸ ^{**}	-۰/۷۸ ^{**}	-
میانگین	۲۳/۴۸	۲۱/۵۷	۱۵/۰۴	۱۲/۸۳	۱۱/۰۷	۸۳/۹۹	۵/۴۹	۴/۶۱	۸/۵۶	۵/۰۴	۲۳/۷۰
انحراف استاندارد	۸/۹۹	۸/۸۵	۶/۱۷	۵/۹۰	۴/۷۹	۲۶/۸۵	۳/۳۴	۳/۳۴	۳/۴۰	۳/۶۸	۱۰/۳۲
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۷۸	۰/۷۶	۰/۸۰	۰/۹۳	۰/۷۸	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۹۰

P**/۰۱>

جدول بالا نشان می‌دهد که همه مؤلفه‌های مقیاس خودمراقبتی (حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه) به صورت منفی و معنادار با مؤلفه‌های سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب/بی‌خوابی، نارسایی اجتماعی و افسردگی) همبسته‌اند. شایان ذکر است باتوجه به آنکه نمره بالاتر در پرسش‌نامه سلامت روان به معنای سلامت روان پائین‌تر است، بنابراین تفسیر ضرایب باید به صورت معکوس انجام شود. این یافته نشان می‌دهد که مقیاس خودمراقبتی از روایی همگرای قابل قبولی برخوردار است. علاوه بر این نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه بین ۰/۷۶ و ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس خودمراقبتی برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که نشان می‌دهد گویه‌های مقیاس خودمراقبتی از همسانی درونی قابل قبول برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی مختص کارشناسان سلامت روان، انجام شده است. همان‌طور که پیش از این گفته شد، ادبیات و ابزارهای خودمراقبتی در تحقیقات داخلی متمرکز بر افراد دارای مشکلات جسمانی و یا روانی است. از طرفی کارشناسان سلامت روان در یک فرهنگ مراقبت یکطرفه فعالیت می‌کنند که در آن به این افراد گفته می‌شود باید همدلی، شفقت و شکیبایی را بدون توقع دریافت چنین مراقبت‌هایی از طرف مراجعان خود، به آن‌ها نشان دهند. برقراری و حفظ این روابط یکطرفه کاری به‌طور مؤثر، تلاش و انرژی زیادی را می‌طلبد. این در حالی است که در خوش‌بینانه‌ترین حالت، مراجعان در راستای بهزیستی حرکت می‌کنند و مشاوران آن‌ها از نیازهای خود غافل می‌شوند (پزلنز و گال، ۲۰۲۰).

با وجود همه تفاوت‌هایی که در تعاریف خودمراقبتی وجود دارد چند موضوع در همه آن‌ها دیده می‌شود که شامل اهمیت مدیریت استرس‌های مربوط به کار حرفه‌ای، اهمیت حفظ تعادل بین زندگی حرفه‌ای و شخصی و اهمیت مراقبت از خود در خصوص تقاضاها و الزامات زندگی شخصی و حرفه‌ای می‌شود. علاوه بر این در تعریف خودمراقبتی چند عنصر مهم وجود دارد که عبارت‌اند از چندبعدی بودن، فرایند درگیری هدفمند و

ارتقای عملکرد سالم و بهبود بهزیستی. منظور از چندبُعدی بودن خودمراقبتی این است که بسیاری از ابعاد زندگی شخصی و حرفه‌ای را دربرمی‌گیرد و فرایند درگیری هدفمند نیز به تعهد فرد به یک طرح خودمراقبتی شخصی اشاره دارد که باید انعطاف‌پذیری هم در آن وجود داشته باشد. بنابراین خودمراقبتی فرایندی است که تلاش مداوم و فعال را دربرمی‌گیرد و هدفمند بودن آن مستلزم خودانعکاسی مداوم و خودآگاهی از تغییر نیازها، تجارب و ارزش‌هاست. منظور از عملکرد سالم و بهبود بهزیستی برای کارشناسان سلامت روان نیز، فقط بهبود مراقبت از بدن، ذهن و روان نیست، بلکه تاب‌آوری در برابر استرس و پرورش زندگی شخصی و حرفه‌ای مد نظر است و در این شرایط، هیجان‌های مثبت و بهزیستی نیز افزایش می‌یابد (هوبایکا، اسکودی، اونز، بلند، اشبورن و بل^۱، ۲۰۲۱). ازطرفی اولین پرسش‌نامه‌ها در زمینه خودمراقبتی در جامعه مراقبان سلامت، برای مددکاران اجتماعی طراحی شده است و بعدها ضرورت وجود چنین ابزارهایی برای سایر مراقبان سلامت نیز احساس شد. دریسک، روپرت، برانت و زانایزر (۲۰۱۷) نیز چارچوب اولیه کار را براساس ابعاد خودمراقبتی (زندگی شخصی و حرفه‌ای) که لی و میلر (۲۰۱۳) برای مددکاران اجتماعی مطرح کرده بودند، تدوین کردند.

در پژوهش حاضر در بررسی روایی سازه پرسش‌نامه خودمراقبتی، از روش تحلیل عامل تأییدی با نرم‌افزار AMOS 24 و برآورد بیشینه احتمال استفاده و تلاش شد تا شاخص‌های برازندگی سه مدل اندازه‌گیری مقیاس بررسی و مقایسه شود. مدل اول، یک‌عاملی بود که در آن اجازه داده شده بود همه گویه‌ها فقط بر یک عامل، بار عاملی ایجاد کنند. در مدل دوم، هر گویه فقط به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و به عامل‌های مکنون اجازه داده شد تا با یکدیگر همبسته باشند. مدل سوم، مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی بود که در آن، هر گویه فقط به عامل مکنون مورد نظر محدود شد و اجازه داده شد عامل‌های مکنون به عامل کلی‌تر، بار عاملی ایجاد کند. در نهایت شاخص‌های برازندگی برای مدل پنج‌عاملی بهتر از شاخص‌های به‌دست‌آمده برای مدل پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی بود. همچنین اصلاح مدل با ایجاد کوواریانس بین خطاهای گویه‌های ۱ و ۱۸ از یک سو و گویه‌های ۲۰ و ۲۱ از سوی دیگر به حصول شاخص‌های برازندگی بهتر برای مدل تک‌عاملی منجر نشد. بر این اساس، در ارزیابی ساختار عاملی مقیاس خودمراقبتی چنین نتیجه‌گیری شد که مدل پنج‌عاملی

بهتر از مدل یک‌عاملی و پنج‌عاملی سلسله‌مراتبی با داده‌های گردآوری‌شده برآزش دارد. در بررسی بارهای عاملی هریک از گویه‌ها نیز، می‌توان گفت که همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری پنج عامل حمایت حرفه‌ای، رشد حرفه‌ای، تعادل زندگی، راهبردهای شناختی و تعادل روزانه برخوردار بودند.

عامل‌های تأییدشده در این پژوهش در راستای نسخه اصلی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌هایی مانند بهره‌مندی از خودمراقبتی در عامل‌های تعادل زندگی شخصی و حرفه‌ای (شرمن، بارنت و هاسکینز، ۲۰۱۳)، مقیاس تمرین‌های خودمراقبتی در عامل‌های مراقبت شخصی و حرفه‌ای (لی، میلر و براید، ۲۰۱۶)، مشارکت و طرح‌ریزی خودمراقبتی (اوانیل، اسلتر و بت^۱، ۲۰۱۹)، مقیاس ادراک خودمراقبتی در عامل‌های جسمانی، هیجانی، روان‌شناختی و معنوی که به خودمراقبتی شخصی اشاره دارد و بُعد حرفه‌ای که به خودمراقبتی حرفه‌ای اشاره دارد (بلوم کوئیست، وود، فریدمیر، ترینر و کیم، ۲۰۱۵) همسو باشد که همه آنها به خودمراقبتی شخصی و حرفه‌ای اشاره کرده‌اند، (به نقل از جیانگ، تاپس و سوزوکی، ۲۰۲۱).

در خصوص حمایت حرفه‌ای، اهمیت پرورش و تقویت روابط حمایت‌کننده و اساساً حمایت اجتماعی به عنوان منبع مهم روان‌شناختی در محل کار، همیشه مورد تأکید بوده است و این افراد بهتر می‌توانند در برابر تقاضاهای کاری خود پاسخگو باشند و رشد شخصی بیشتری را تجربه کنند (دریسیک، ۲۰۱۵؛ کالان، شوارتز و آرپوتان، ۲۰۲۰؛ آزانedo، آرتولا، ساستر و آلوارادو^۲، ۲۰۲۱). رشد حرفه‌ای نیز، که به رفتارهای رشددهنده شغلی مانند تداوم آموزش‌ها و حفظ هویت حرفه‌ای اشاره دارد می‌تواند با رضایت از زندگی بیشتر، سلامت روان بالاتر در روان‌شناس‌ها و آسیب کمتر به مراجعان همراه باشد (آرنات و آلموید^۳، ۲۰۲۰). در تعادل زندگی، تعادل بین کار و زندگی می‌تواند برای عملکرد مؤثر کارشناسان سلامت روان بسیار مهم باشد و افراد دارای رضایت شغلی بالاتر کسانی هستند که توانسته‌اند تعادل بین زندگی و کار را برقرار کنند. تعادل زندگی با استرس ادراک‌شده کمتر، رضایت از زندگی بالاتر و فرسودگی هیجانی کمتر در مراقبان سلامت روان، رابطه دارد (کو و مین‌لی، ۲۰۲۱). همچنین عامل راهبردهای شناختی که به

1. O'Neill, Sinter & Batt

2. Azanedo, Artola, Slater & Alavarado

3. Arnout & Almoied

تنظیم افکار و هیجان‌ها اشاره دارد می‌تواند به بازسازی شناخت‌های ناسازگارانه، شناسایی پاداش‌ها و چالش‌های کار درمانبخش با مراجعان و حفظ خودآگاهی کمک کند و خودشکوفایی را در کارشناسان سلامت روان امکان‌پذیر کند (هو و اسکوهات، ۲۰۲۰). در نهایت تعادل روزانه که به مدیریت مسئولیت‌ها و الزامات شغلی مشاوران و روان‌شناسان و درعین حال حفظ آگاهی و جایگزین کردن انرژی صرف‌شده اشاره دارد، می‌تواند فرسودگی روانی را در کارشناسان سلامت روان کاهش دهد (دریسیک، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر از مفهوم چندبعدی بودن فرایند خودمراقبتی در حیطه‌های مهم زندگی حمایت می‌کند. بدان معنی که خودمراقبتی در روان‌شناسان فقط شامل حفظ یک محیط کاری سالم یا مدیریت تقاضاهای شغلی نیست، بلکه زندگی بیرون از محیط کاری را هم دربرمی‌گیرد. زندگی شخصی و حرفه‌ای در کارشناسان سلامت روان به هم وابسته‌اند و در ادبیات پژوهش هم بر این حقیقت تأکید شده است که حیطه‌های شخصی و حرفه‌ای با هم تعامل دارند. علاوه‌براین داده‌های پژوهش نشان داد که خودمراقبتی به‌عنوان یک فرایند مداوم و فعال شامل فعالیت‌های هدفمند و خودآگاهی از نیازهای خود می‌شود (بکر و گابریل، ۲۰۲۱).

همچنین در پژوهش حاضر، همه مؤلفه‌های خودمراقبتی با مؤلفه‌های سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، نارسایی اجتماعی و افسردگی) رابطه منفی و معناداری داشته‌اند که با توجه به آنکه نمره بالاتر در پرسش‌نامه سلامت روان به معنای سلامت روان پایین‌تر است، این بدان معناست که همه مؤلفه‌های خودمراقبتی می‌توانند اثر مثبتی بر سلامت روان داشته باشند که با پژوهش‌های پیشین همسو است (مکید، فروون و فسناکت، ۲۰۲۱؛ گولر و جیهان^۱، ۲۰۲۰). بعد جسمانی خودمراقبتی در نسخه اصلی پرسش‌نامه که شامل رژیم غذایی، ورزش و خواب می‌شود از گویه‌ها حذف شده بودند و دلیل آن هم این بود که این ابعاد می‌تواند به همان تعادل کار-زندگی و یا تعادل روزانه و یا سبک زندگی سالم به‌طور کلی اشاره داشته باشد. حذف این گویه‌ها در نسخه اصلی موجب برازش مطلوب مدل شده است. البته این موارد مهم‌اند، اما شاید به ارزیابی فعالیت‌هایی که نیازهای هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی را ارضا می‌کنند، کمتر مرتبط باشند. ازطرفی خودمراقبتی جسمانی در خصوص افراد مختلف، تفاوت دارد و به عواملی مانند وضعیت

سلامتی، سن و یا ترجیحات شخصی بستگی دارد. علاوه‌براین در ساختن یک مقیاس خودمراقبتی برای کارشناسان سلامت روان، شاید فعالیت‌هایی که جنبه اجتماعی‌تر، هیجانی‌تر و روان‌شناختی‌تر دارند، اهمیت بیشتری داشته باشد.

هماهنگی مؤلفه‌های پرسش‌نامه خودمراقبتی در جمعیت مشاوران و روان‌شناسان در ایران با نسخه اصلی، حاکی از آن است که عوامل مذکور در همه فرهنگ‌ها صرف‌نظر از تنوع و تفاوت فرهنگی می‌تواند بر خودمراقبتی صحه بگذارد. همان‌طور که قبلاً هم عنوان شد، خودمراقبتی یک کد اخلاقی محسوب می‌شود و صرف‌نظر از مؤلفه‌های آن که در پرسش‌نامه مد نظر در پژوهش حاضر، کمتر وابسته به فرهنگ است، اساساً لزوم خودمراقبتی در برخی جوامع کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است، از جمله آنکه جامعه پژوهش حاضر را مشاوران و روان‌شناسان شهر تهران تشکیل داده‌اند و در تعمیم آن به دیگر جوامع باید احتیاط کرد. همچنین مصاحبه با مشاوران و روان‌شناسان که پژوهش و پرسش‌نامه حاضر می‌تواند چارچوبی علمی برای آن باشد، در طراحی پرسش‌نامه‌های جامع‌تر می‌تواند کمک کند.

منابع

- آزادی، حمیدرضا، و طهماسبی، علی (۱۳۹۳)، بررسی پایایی آزمون ارزیابی عملکردی مهارت‌های خودمراقبتی (PASS) در بررسی مراقبت از خود در بیماری MS بزرگسالان مراجعه‌کننده به بخش‌های توانبخشی شهر تهران، *مجله توانبخشی*، ۱۵(۳)، ۶۴-۷۱.
- بهروزی، ناصر، محمدی، فروغ، و امیدیان، مرتضی (۱۳۹۶)، مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز، *پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، ۷(۱)، ۸۱-۹۶.
- شناگویی‌زاده، محمد (۱۴۰۰)، الگوی خودمراقبتی منظم در صمیمیت زناشویی برخاسته از دیدگاه اسلامی، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۵(۱)، ۱۶۶-۱۹۴.
- دیدارلو، علیرضا؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ حاجی‌زاده، ابراهیم و علیزاده، محمد. (۱۳۹۰)، عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی در زنان دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک شهر خوی براساس نظریه عمل منطقی توسعه‌یافته، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۹(۲)، ۷۹-۹۲.
- زارع، حسین، و عیسی‌زاده، فاطمه (۱۳۹۹)، رابطه ادراک کنترل بیماری و ادراک خطر با رفتارهای خودمراقبتی در ترخیص‌شدگان از بیمارستان به دلیل کووید ۱۹: مطالعه تحلیل مسیر، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۴(۱)، ۱۱۴-۱۱۴.

سیرتی‌نیر، مسعود؛ خمسه، فریال؛ لطفیان، لیلا، و نحیر، بتول (۱۳۹۹)، خودمراقبتی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه مروری، مرور سیستماتیک در علوم پزشکی، ۱(۱)، ۸۲-۹۰.
قراحتی، فاطمه؛ آقاملایی، تیمور؛ حسنی، لاله؛ محمدی، راضیه و محسنی، شکرالله (۱۳۹۵)، بررسی تأثیر مداخله آموزشی از طریق تلفن همراه بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، طب پیشگیری، ۳(۲)، ۵۸-۷۲.

نوحی، عصمت؛ خسروی، ایران و جهانی، یونس (۱۳۹۴)، تأثیر کاربرد مدل خودمراقبتی اورم بر توانایی شناختی و عملکرد خودمراقبتی بیماران بستری در بخش داخلی قلب بیمارستان امام رضا (ع) سیرجان، مجله پرستاری و مامایی، ۱۲(۱۱)، ۹۴۵-۹۵۲.

هزاوهای، محمدمهدی؛ دشتی، سعید؛ معینی، بابک؛ فردمال، جواد؛ شهرآبادی، رضا و یزدی، امیرحسین (۱۳۹۴)، بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشار خون با مدل اعتقاد بهداشتی، کومش، ۱۷(۱)، ۳۷-۴۴.

- Alwood C. M., Geisler, M., & Buratii, S. (2020), The relationship between personality, work and personal factors to burnout among clinical psychologists: Exploring gender differences in Sweden, *Counselling Psychology Quarterly*, 35(2), 324-343.
- Arnout, B. A., & Almoied A. A. (2020), A structural model relating gratitude, resilience, psychological well-being and creativity among psychological counsellors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 470-488.
- Azanedo, C. M., Artola, T., Sastre, S., & Alvarado, J. M. (2021), Character Strengths predict subjective well-being, psychological well-being and psychopathological symptoms over and above functional social support, *Frontiers in Psychology*, 12, 661278.
- Baker, C. H., & Gabriel, L. (2021), Exploring how therapists engage in self-care in times of personal distress, *British Journal of Guidance & Counselling*, 4(3), 435-444.
- Bjerk-Amundsen, F., Opsah, T., & Emilliusen, J. (2022), The interaction between good life conceptions and psychotherapeutic practice on interpretative phenomenological study of psychologists experiences, *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(1), 8-18.
- Bloomquist, K. R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H. (2015), Self-care and professional quality of life: Predictive factors among MSW practioners, *Advances in Social Work*, 16, 292-311
- Callan, S., Schwartz, J., & Arputhan, A. (2020), Training future psychologists to be competent in self-care: A systemic review, *Trainng and Education in Professional Psychology*, 15(2), 117-125.
- Coaston, S. C., & Lawrence, C. H. (2019), Integrating self-compassion across the counsellor education, *Journnal of Creativity in Mental Health*, 14(3), 292-305.
- Collins, M. H., & Cassill, C. K. (2021), Psychological wellness and self-care: An ethical and professional imperative, *Ethics & Behavior*, 32(7), 634-646.
- Cook-Cottone, C. P., & Gurker, W. M. (2017), The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment, *Mindfulness*, 9, 161-175.
- Cramer, R. J. Ireland, J. L., Hartley, V., Long, M. M., Ireland, C. A., Wilkins, T. (2020), Coping, mental health and subjective well-being among mental health staff working in secure forensic psychiatric settings: Results form a workplace health assessment, *Psychological Services*, 17(2), 160-169.
- Dorociak, K. E. (2015), *Development of the Personal and Professional Self-Care Scale*, Master thesis, Clinical Psychology Department, Loyola University Chicago.
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017), Development of the

- professional Self-Care Scale, *Journal of Counselling Psychology*, 64(3), 325-334.
- Dye, L., Burk, M. G., & Wolf, C. (2020), Teaching mindfulness for the self-care and well-being of counsellors in Training, *Journal of Creativity in Mental Health*, 15(2), 140-153.
- Goncher, I. D., Sherman, M. F., Barnett, J. E., & Haskins, D. (2013), Programmatic perceptions of self-care emphasis and quality of life amount graduate trainees in clinical psychology: The meditational role of self-care utilization, *Training and Education in Professional Psychology*, 7, 53-60.
- Guler, D., & Ceyhan, E. (2020), Development of self-care behaviours in counsellors in training through an experiential self-care course: An action research, *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(11), 1-21.
- Hobaica, S., Szkody, E., Owens, S. A., Boland, J. K., Washburn, J. J., & Bell, D. J. (2021), Mental health concerns and barriers to care among future clinical psychologists, *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2473-2490.
- Hou, J.M. Skovholt, T. M. (2020), Characteristics of highly resilient therapists, *Journal of Counselling Psychology*, 67(3), 386-400.
- Jiang, X., Topps, A.K., & Suzuki, R. (2021), A systematic review of self-care measures for professional and trainees, *Training and Education in Professional Psychology*, 15(2), 126-139.
- Ko, H., & Min Lee, S. (2021), Effects of imbalance of self-and other-care on counselor's burnout, *Journal of Counselling & Development*, 99(3), 252-262.
- Kotera, Y., Maxwell-Jounes, R., Edwards, A. M., & Knutton, N. (2021), Burnout in professional psychotherapists: Relationships with self-compassion, work-life balance and telepressure, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5308.
- Landono, L.M.H. (2017), *Exploration of Self-Care, Compassion, Satisfaction and Culture among Latina Clinical Psychologists*, Doctoral Thesis, Clinical Psychology Department, Union Institute and University.
- Lee, J. J., Miller, S. E., & Bride, B. E. (2016), Development and Initial validation of the Self-Care Practice Scale (SCPS), Poster Presented at the Society for Social Work Research 19th Annual Conference, Washington, DC.
- Litam, S. D. A., Ausloos, C. D., & Harrichand, J. J. S. (2021), Stress and resilience among professional counsellors during the covid-19 pandemic, *Journal of Counseling & Development*, 99(4), 384-395.
- Mayers, L. S., Gumst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage Publications.
- Mc Cann D. (2021), *Countering Secondary Traumatic Stress with Emotional Regulation and the Community Resiliency Model for Mental Health Care Providers*, Doctoral Thesis, Psychology Department, The Chicago School of Professional Psychology.
- McCade, D., Frewen. A., & Fassnacht, D. B. (2021), Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of Self-Compassion. *Australian Psychologist*, 56(2), 111-122.
- Maor, R., & Hemi, A. (2021), Relationships between role stress, professional identity and burnout among contemporary school counsellors, *Psychology in the School*, 58, 1597-1610.
- O'Neill, M., Slater, G. Y., & Batt, D. (2019), Social work student self-care and academic stress, *Journal of Social Work Education*, 55, 141-152.
- Posluns, K., & Gall, T. (2020), Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.
- Rhodes, K. (2021), *Self-Care Practices, Attachment Insecurities and Mentalizing Functions: Potential Protective Factors for Vicarious Trauma among Therapists*, Doctoral thesis, Clinical Psychology Department, Alliant International University.

- Richardson, L. (2019), *The Relationship between Leader Empowering Behaviours and Employees Structural and Psychological Empowerment among Mental Health Professionals*, Doctoral Thesis, Education Department, Grand Canyon University.
- Ruiz-Iniguez, R., Montero, A. C., Burgos-Julian, Roche, J. R. F., & Santed, M. A. (2021), Interactions between personality and types of mindfulness practice in reducing burnout in mental health professionals, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(13), 2-12.
- Salloum, A., Choi, M. J., & Stover, C. S. (2018), Development of a trauma-informed self-care measure with child welfare workers: *Children and Youth Services Review*, 93, 108-116.
- Santana, M. C., & Fouod, N. A. (2017), Development and validation of self-care behavior inventory, *Training and Education in Professional Psychology*, 11, 140-145.