

Designing a Psychological Well-Being Model based on the Health of Counselors and Psychologists, with a Resilience Approach

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Masoud Bideli Namani¹
Afsaneh Khajevand Khoshali^{2*}
Tayebeh Tajari³
Bahram Bakhtiari Saeed⁴

How to cite this article

Bideli Namani M, Khajevand Khoshali A, Tajari T, Designing a Psychological Well-Being Model based on the Health of Counselors and Psychologists, with a Resilience Approach, *Journal of Quran and Medicine*. 2023; 7(4): 190-203.

1. PhD student, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: khajevand_a@gorganiau.ac.ir

ABSTRACT

The main goal of this research was to design a psychological well-being model for counselors and psychologists, with a resilience approach. This research was conducted as a qualitative research based on the data theory of the foundation. The statistical population includes psychologists and counselors who are members of the country's psychology and counseling system organization with at least 5 years of experience, whose selection method was purposeful, snowball type, and the data were obtained through semi-structured interviews with 13 experts (11 academics). , 2 experts) were analyzed in three stages by open, central and selective coding methods. The research results were formed in the form of a paradigmatic model and a conceptual model as follows: causal conditions (education and promotion of specialized and cognitive abilities, self-acceptance), contextual conditions (factors related to clients), intervening conditions (supportive resources), measures and Strategies (categories of awareness of one's emotions (regulation of emotions), energy restoration, time budgeting (time management), spiritual skills, communication skills) and consequences (development of problem solving skills, effective conflict management). At the end, based on the findings and results, guidelines are provided for the implementation of the program.

Keywords: Psychological Well-Being, Counselors, Psychologists, Resilience

مقدمه

بهزیستی یکی از سازه های مدرن روان شناسی معاصر است. بهزیستی را می توان به طور کلی با درجه احساسات مثبت تجربه شده هر فرد و درک کلی از زندگی تعریف کرد (۱). مفهوم بهزیستی روان شناختی^۱ به عنوان رویکردی که روان شناسی مثبت نگر به سلامت روان در سال های اخیر مطرح کرده بر ویژگی های مثبت و رشد توانایی های فردی تأکید داشته و در واقع بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد (۲).

در واقع بهزیستی روان شناختی (PWB) معمولاً به عنوان ترکیبی از حالات عاطفی مثبت و عملکرد با اثربخشی بهینه در زندگی مفهوم سازی می شود. بهزیستی روان شناختی حاصل ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی است و عوامل گوناگونی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی مؤثر تشخیص داده شده اند (۱). بهزیستی روان شناختی یکی از ویژگی های اصلی سلامت روان است و ممکن است به عنوان شادی لذت گرا (لذت، لذت) و خوشبختی (معنا، تحقق) و همچنین تاب آوری (مقابل، تنظیم هیجان، حل مشکل سالم) تعریف شود.

در سطح جهانی، در سال های اخیر، حرفه مشاوره به سرعت در حال رشد نیروی کار بوده است این در حالی است که مشاوران و روان شناسان از استرس و فرسودگی شغلی خود رنج می برند و این امر بر سلامت روان آنها تأثیر بسیار منفی می گذارد.

از آنجایی که نگرانی در مورد رضایت شغلی و فرسودگی شغلی مشاوران در سراسر جهان در حال افزایش است، مطالعات به موقع درباره مفاهیمی که می تواند ادراکات شغلی منفی مشاوران ناشی از تجربیات منفی آنها را بهبود بخشد، مورد نیاز است.

از این رو، مطالعه تاب آوری می تواند پیامدهای ارزشمندی را در زمینه های عملی و نظری سلامت روان و جسم در مشاوران ارائه دهد. لذا، این مطالعه با هدف ارائه بینشی در مورد تاب آوری و ویژگی های آن، معنای آن برای مشاوران و طراحی مدل بهزیستی روان شناختی با رویکرد تاب آوری در میان مشاوران و روان شناسان انجام شده است.

شواهدی در مورد علل و اثرات مشکلات روان شناختی و فشارهای روانی در جمعیت های شاغل به طور کلی در طول سال ها جمع شده است. با این حال، اطلاعات مربوط به بهزیستی روان شناختی، روان شناسان و مشاوران با سایر حرفه ها همگام نبوده است (۳).

مک کورمک و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که ۴۰ درصد از روان شناسان، سطوح بالا تا متوسط خستگی عاطفی را گزارش کردند.

این به موازات نسبت روان شناسانی (۳۹/۹ درصد) است که در مطالعه انجام شده توسط کنت و همکاران (۲۰۱۶)، احساس خستگی عاطفی بالایی را گزارش کردند. رابو و همکاران (۲۰۱۶) که تنها از خرده

مسعود بیدلی نامنی^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

افسانه خواجوند خوشلی^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. (نویسنده مسئول)

طیبه تجری^۳

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

بهرام بختیاری سعید^۴

استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، طراحی مدل بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان، با رویکرد تاب آوری بود. این پژوهش از نوع پژوهش های کیفی و مبتنی بر نظریه داده بنیاد انجام شد. جامعه آماری شامل روان شناسان و مشاوران عضو سازمان نظام روان شناسی و مشاوره کشور با حداقل سابقه ۵ سال می باشد که شیوه انتخاب آنها هدفمند، از نوع گلوله برفی بوده است داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختارمند با ۱۳ نفر از خبرگان (۱۱ نفر دانشگاهی، ۲ نفر خیره) در طی سه مرحله به شیوه کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شد. نتایج تحقیق در قالب مدل پارادایمی و مدل مفهومی بدین صورت شکل گرفت: شرایط علی (آموزش و ارتقای توانایی های تخصصی و شناختی، پذیرش خود)، شرایط زمینه ای (عوامل مربوط به مراجعین)، شرایط مداخله گر (منابع حمایتی)، اقدامات و راهبردها (مقوله های آگاهی از هیجانان خود (تنظیم هیجانان)، بازسازی انرژی، بودجه بندی زمان (مدیریت زمان)، مهارت های معنوی، مهارت های ارتباطی) و پیامدها (توسعه مهارت های حل مسئله، مدیریت مؤثر تعارضات). در پایان بر مبنای یافته ها و نتایج به دست آمده، رهنمودهایی برای عملی شدن برنامه ارائه شده است.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان شناختی، مشاوران، روان شناسان، تاب آوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

* نویسنده مسئول: khajevand_a@gorganiau.ac.ir

4. Happiness

5. Resilience

1. Psychological well-being

2. Psychological well-being

3. Hedonistic

اندک هستند. برای مثال، تنها تعداد کمی از مطالعات به عوامل تعیین کننده تاب آوری برای بهزیستی روان شناختی پرداخته اند، لذا در این زمینه شکاف تحقیقاتی وجود دارد.

بررسی ها نشان داده اند که همه روانشناسان و مشاوران معمولاً در زندگی کاری روزانه خود در معرض طیف وسیعی از تجربیات شدید احساسی از جمله مشاهده روایت های متعدد از رنج، ضربه روانی و از دست دادن توسط مراجعان قرار می گیرند. علاوه بر این، لیست های انتظار طولانی مراجعان با مشکلات مزمن که اغلب به درمان های کوتاه مدت پاسخ نمی دهند می تواند به بار مسئولیت مشاوران اضافه کند و ممکن است اثربخشی نتایج درمان را کاهش دهد (۹). ضروری به نظر می رسد که مسائل بهداشت و سلامت مربوط به جنبه های شناختی، عاطفی و روانی این قشر، جدی تلقی شود. امروزه سلامت به عنوان منبع با ارزشی است که تداوم آن در طول زندگی، کیفیت زندگی فرد را تعیین می کند. اخیراً این مفهوم در معنای وسیع تری به کار می رود و آن بهبود و ارتقای کیفیت زندگی است. شاید بتوان مجموعه ای از رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی را که به وسیله فرد یا گروهی از افراد درک می شود کیفیت زندگی دانست. نتایج تحقیق تقی شکرگزار و مشکبید حقیقی (۱۳۹۶) نشان داد با کاهش در تمامی ابعاد کیفیت زندگی از قبیل بهداشت و سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی، محیط و وضعیت زندگی، فرسودگی شغلی روان شناسان و مشاوران افزایش می یابد. تحقیقات دیگر نیز حاکی از مشکلات بهداشت روان مشاوران و روان شناسان به دلیل شرایط ویژه شغلی ایشان هستند. امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی، انسان ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت گرانه سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می سازد (۱۰).

از طرفی یکی از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان شناختی، تاب آوری است. ویژگی های افراد تاب آور، تجربه پیامدهای مثبت هیجانی و شناختی، عزت نفس و کارکرد اجتماعی و مقاومت در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ناگوار زندگی است. تاب آوری از طریق افزایش توانایی افراد در کنار آمدن با استرس ها و پریشانی ها باعث بازگشت شخص به عملکرد عادی و در نتیجه بهزیستی روان شناختی می شود. نتایج پژوهش هایی که بررسی رابطه تاب آوری با بهزیستی روان شناختی پرداخته اند، بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین این متغیرها است. اسکرو و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که ویژگی های تاب آوری با سطوح پایین تر علائم اضطراب و افسردگی مرتبط است. آنیان و هجمدال (۲۰۱۶) نشان دادند که تاب آوری تا حدی واسطه رابطه بین استرس و علائم اضطراب و افسردگی است. گلدشتاین و همکاران (۲۰۱۳) استدلال کرد که تاب آوری درونی هم یک عامل جبرانی و هم یک عامل محافظتی برای علائم

مقیاس فرسودگی عاطفی برای بررسی بهزیستی روان شناختی استفاده کرد، نشان داد که بیش از نیمی (۵۶ درصد) از شرکت کنندگان سطوح متوسط تا زیاد خستگی عاطفی را گزارش کردند (۴). رابطه با قصد ترک شغل از استرس شغلی روانشناسان همچنین بالاترین سطح خستگی عاطفی را در مقایسه با سایر متخصصان سلامت روان گزارش کردند (۵). همچنین روپرت و همکاران (۲۰۱۵) و شیلینگ و همکاران (۲۰۲۱) وقوع مشکلات روان شناختی را به کل ساعات کار یک فرد، کار اداری (کار کاغذی)، رفتارهای منفی مراجعه کنندگان و درگیری بیش از حد با آن ها نسبت دادند، و از این موضع حمایت کردند که افزایش حجم کار می تواند تأثیر قابل توجهی بر عدم بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان داشته باشد (۶). در همین راستا حوزه های تحقیقاتی مختلف بر درک مکانیسم هایی متمرکز شده اند که به افزایش تاب آوری کمک می کنند. در استفاده از اصطلاح تاب آوری تفاوت هایی وجود دارد. در میان روانشناسان، ورنر (۱۹۹۵) به سه کاربرد کلی اشاره کرد: پیامدهای رشدی خوب علیرغم وضعیت پرخطر؛ شایستگی پایدار در شرایط استرس؛ و بهبودی از تروما. بر همین اساس تاب آوری به طرق مختلف مفهوم سازی شده است. با این حال، یک تعریف رایج این است که تاب آوری توانایی مقابله موفقیت آمیز با وجود شرایط نامطلوب است (۷). از نظر تاریخی، اصطلاح «تاب آوری» هر دو جنبه فیزیولوژیکی و روان شناختی را در بر می گیرد، به طوری که تاب آوری در برخی موارد به عنوان یک ویژگی شخصیتی ذاتی و در برخی دیگر به عنوان یک فرآیند پویا در زنجیره ای بین تاب آوری و آسیب پذیری در نظر گرفته می شود (۸). اولی استنباط می کند که برخی افراد آسیب پذیرتر هستند یا «آنچه را که لازم است» برای غلبه بر نامایمات ندارند، در حالی که دومی نشان می دهد که سطوح تاب آوری فردی بسته به شرایط زمینه ای فرد می تواند کاهش یابد. به نظر می رسد که افراد تاب آور، به طرز خلاقانه و انعطاف پذیری به مسائل می نگرند، برای حل آنها طرح و برنامه ریزی می کنند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می شود فرد از بهداشت روانی و بهزیستی روان شناختی بالایی برخوردار باشد. بنابراین تاب آوری، با تعدیل و کم رنگ تر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می کند (۸).

همچنین علیرغم شواهدی که حاکی از اهمیت منابع در مدیریت یا حفظ بهزیستی روان شناختی مبتنی بر کار است، تحقیقات زیادی تا به امروز روانشناسان و مشاوران شاغل را بررسی نکرده است. علاوه بر این، مطالعات متعددی بررسی کرده اند که چگونه طیفی از متغیرهای مختلف با بهزیستی روان شناختی مرتبط هستند، مطالعاتی که نقش تاب آوری را بر بهزیستی روان شناختی بررسی می کنند،

در سال ۱۹۵۸ روان‌شناس اتریشی، ماری جاهودا اثر مهمش را در زمینه روان‌شناسی، با نام سلامت روانی آرمانی نوشت. جاهودا (۱۹۵۵) معتقد بود که فرد سالم قادر است بین آنچه بوده و انجام داده و آنچه که می‌خواهد باشد و بشود و آنچه که باید و می‌تواند بشود ترکیبی انجام دهد. به عبارتی، شخص سالم می‌تواند بین وضع خویش در گذشته در حال و آینده ارتباط ایجاد نماید. وی معتقد است که سلامت روانی تنها به معنای نبود بیماری در فرد نیست. جاهودا سلامت روانی را در گرو برخورداری از هشت دسته مفهوم عمده می‌داند که این مفاهیم عبارتند از:

دستیابی به احساس هدفمندی در زندگی
نگرش‌های مثبت فرد نسبت به خود و تصور واقع‌گرایانه از توانایی‌های خود

ارضای مناسب نیازها و رسیدن به مرحله خودشکوفایی
برداشت واقع‌بینانه از حوادث و محیط
رشد و تحول مناسب

خودفرمانروایی یا استقلال فرد در برابر نفوذ دیگران
برخورداری از انسجام شخصیت و توانایی به تأخیر انداختن لذت‌های آن

تسلط بر محیط به معنای توانایی برآورده کردن مقتضیات زندگی و برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران و توانایی سازگار شدن با مشکلات و استرس‌های زندگی.

از نظر داینر بهزیستی روان شناختی برآیند ارزیابی‌های گوناگونی است که مردم از زندگی خود، اتفاقاتی که برای آنها می‌افتد، جسم و ذهنشان و شرایط محیطی که در آن زندگی می‌کنند، دارند. بهزیستی روان شناختی به درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. تحقیقات در مورد بهزیستی روانشناختی، قلمروهایی از شخصیت، انگیزش و عامل‌های شناختی (ادراک، اعتماد به نفس، خوش بینی) را نشان داده است که همه این عوامل در رضایت مندی افراد از زندگی مشارکت دارند (۱۵).

ویسینگ (۱۹۹۸) و وان دان (۱۹۹۴) یک سازه بهزیستی روانشناختی کلی را معرفی کردند که بوسیله احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی و زندگی، مشخص و اندازه‌گیری می‌شود. آنها تأکید می‌کنند که بهزیستی روانشناختی، سازه‌ای چند بعدی یا چند وجهی است و این حیطه‌ها را در بر می‌گیرد: الف) عاطفه: در افراد بهزیست یا خوشبخت، احساس مثبت بر احساس منفی غلبه دارد.

ب) شناخت: این افراد رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند، به نظر آنها زندگی مقابل درک و کنترل است.

افسردگی در زمینه سوء استفاده جنسی در میان بزرگسالان نوظهور در حال گذار از رفاه کودکان است (۱۱).

از طرفی عمده پژوهش‌های صورت گرفته در باره این مفاهیم مبتنی بر روش‌های کمی و با استفاده از پرسشنامه‌های چند گزینه‌ای بوده که البته یافته‌های درخور و قابل توجهی ارائه داده‌اند. اما به عنوان یک ویژگی ذاتی، این روش‌ها در پی آزمودن و تأیید احتمالی فرضیه‌هایی هستند که از پژوهش‌های پیشین حاصل شده‌اند. رویکرد تحقیق حاضر نه فرضیه‌آزمایی بلکه ساخت یک نظریه مستند و مدون از طریق گردآوری سازمان یافته داده و تحلیل استقرایی مجموعه داده گردآوری شده به منظور پاسخ‌گویی به پرسش‌های نوین است. از این روی جای خالی و ضرورت تحقیق با رویکرد کیفی در موضوع بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان‌شناسان احساس و انگیزه شکل‌گیری این تحقیق شد.

دیدگاه‌های نظری متمایز برای توصیف تحقیقات بهزیستی روان‌شناختی تاکنون پیشنهاد شده است. به عنوان مثال، احساس شادی، رضایت از زندگی- اگرچه گاهی اوقات رضایت از زندگی نیز به عنوان یک بعد لذت‌گرا طبقه‌بندی می‌شود- یافتن هدف در زندگی، داشتن حس استقلال در تصمیم‌گیری‌های خود و سایر سازه‌هایی که به احساس کامل یا خوب کمک می‌کنند. در حالی که برخی از این ابعاد ممکن است در طول زمان به عنوان ویژگی‌های روان‌شناختی پایدارتر تصور شوند (مانند خوش‌بینی، رضایت از زندگی)، برخی دیگر ممکن است حالت‌های متغیرتر یا گذرا باشند (۱۲).

در واقع بهزیستی روانشناختی به سلامت روانی مثبت اشاره دارد. تحقیقات نشان داده است که بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چند بعدی متنوع است که از طریق ترکیبی از تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجربه زندگی توسعه می‌یابد. بهزیستی روانشناختی می‌تواند با افزایش سن، تحصیلات، برون‌گرایی و آگاهی افزایش یابد و با روان‌رنجورخویی کاهش یابد (۱۳).

از دیدگاه رایان و دسی (۲۰۰۵) دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی ۱ و فضیلت‌گرایی ۲. تعدادی از پژوهشگران، بهزیستی را با خوشی لذت‌گرایانه یا شادکامی برابر می‌دانند. رویکردهای لذت‌گرا مبتنی بر فلسفه‌های لذت‌گرا بوده و بهزیستی را کسب احساس‌های مثبت نظیر شادکامی می‌دانند. این نوع بهزیستی، بهزیستی ذهنی یا هیجانی نامیده می‌شود. در این دیدگاه، فرض بر آن است که زندگی آرمانی به معنای زندگی همراه با شادی و لذت با اجتناب از افسردگی و ناراحتی می‌باشد و هدف زندگی کسب حداکثر لذت می‌باشد. شاخص‌های بهزیستی لذت‌گرا بیشتر بر افزایش شادکامی از طریق وجود عواطف مثبت و حذف عاطفه منفی و رضایت از زندگی تمرکز کرده است (۱۴).

ج) رفتار: افراد بهزیست چالش های زندگی را می پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند.

د) خود پنداره: افراد بهزیست توانایی اثبات خویشتن خود را دارند. (روابط بین فردی: افراد بهزیست به دیگران اعتماد می - کنند و از تعامل اجتماعی هم برخوردارند.

عوامل مؤثر در بهزیستی روان شناختی

الف) عوامل درون فردی

سن: گلستانی بخت (۱۳۸۶) در تحقیقی به این نتیجه رسید که بین سن و بهزیستی روان شناختی رابطه معنی داری وجود دارد. با افزایش سن و در سالمندی، میزان احساس بهزیستی در افراد کاهش می یابد. بخشی و همکاران (۱۳۹۹) نیز کاهش میزان بهزیستی را در سالمندان با عوامل کاهش امید و افزایش اضطراب مرگ مرتبط دانستند.

شخصیت: استیل، اشمیت و شولتز (۲۰۰۸) نیز در یک مطالعه فرا تحلیل نشان دادند که بین عوامل مختلف شخصیتی و شاخص های بهزیستی روان شناختی ارتباط وجود دارد. در واقع بیشتر از ۳۹ درصد از واریانس در شاخص بهزیستی روانشناختی با عوامل شخصیتی تبیین می شود. بر اساس نتایج به دست آمده مواردی مانند برون گرایی، روانچور خوبی رابطه قوی با بهزیستی روانشناختی دارد.

سلامت جسمانی: دانا و گریفین (۱۹۹۹) نشان دادند که بین سلامتی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبتی بر قرار است. ریف و سینگر (۱۹۹۸) بهزیستی روانشناختی را باعث ارتقاء سلامت جسمانی و هیجانی افراد می دانند. آنها شواهدی ارائه نموده اند که نشان می دهد، زندگی کردن با توجه به جنبه های معنوی که حاکی از بهزیستی روانشناختی است، بر سیستم های فیزیولوژیکی خاص، تأثیر می گذارد که مربوط به کارکرد دستگاه ایمنی و ارتقاء سلامتی است. تحصیلات: سطح تحصیلات همبستگی مثبتی با شادمانی دارد و این رابطه به ویژه برای گروه های کم درآمد در کشورهای توسعه یافته و جامعه های آماری در کشورهای فقیر، قوی است. این امر شاید به آن دلیل باشد که در کشورهای توسعه نیافته سطح تحصیلات اختلاف فاحشی را در سهم شدن در منافع اجتماعی سبب می شود. نتایج پژوهش گلستانی بخت (۱۳۸۶) در این زمینه بیانگر آن است که هر چند افراد با تحصیلات بالاتر، بهزیستی بیشتری را گزارش می کنند اما این رابطه یکنواخت نیست. به این ترتیب که در سطوح دانشگاهی، تحصیلات بالاتر در افزایش میزان بهزیستی مؤثر است ولی در مقایسه بین تحصیلات دانشگاهی و بیسوادی، تفاوت معناداری مشاهده نمی شود.

درآمد و ثروت: منتزاکیس و اویشی (۲۰۰۹) معتقدند که درآمد بالاتر بهزیستی را افزایش می دهد ولی تا سطح خاصی؛ در حالیکه درآمد کم به طور معناداری با بهزیستی پایین مرتبط است. اگرچه برخی از مردم جایگاه اجتماعی پول و دسترسی به منابع مادی را عامل اصلی احساس بهزیستی روانی می دانند ولی برخی پژوهش ها این نگرش را تأیید نکرده اند. در بیشتر پژوهش ها همبستگی بین درآمد و احساس روانی بهزیستی پایین گزارش شده است.

وراثت و ژنتیک: طی مطالعات طولی، تیلی اون و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که بهزیستی روانی عمدتاً دارای بعد هیجانی است که نسبی بر عوامل ژنتیکی است و تحت شرایط محیطی تغییر نمی کند. آنان معتقدند این هسته های مرکزی هیجانی با سه مؤلفه رضایت، شادمانی و برانگیختگی، تبیین کننده ۸۵ درصد از میزان بهزیستی روانی افراد است. هر شخص دارای یک دامنه و خط پایه کند بهزیستی و شادمانی است که در اثر شرایط و تغییرات محیطی، بهزیستی و شادمانی افراد در آن دامنه تغییر می کند و در شرایط معمولی دوباره به خط پایه اصلی باز می گردد.

ب) عوامل بین فردی

روابط اجتماعی: روابط اجتماعی تأثیر زیادی برشادی و بهزیستی و جنبه های دیگر سلامتی دارد. بودن با دوستان و افراد مورد علاقه باعث ایجاد خلق مثبت و پیشگیری از تنهایی می شود.

ازدواج و زندگی خانوادگی: لوکاس و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که برای بیشتر مردم، میزان رضایت از زندگی ناشی از تغییرات و پیشرفت موقعیتی مثل ازدواج با گذشت سالها به مرور کاسته می شود بنابراین افراد، هنگامی که به یک پیشرفت موقتی به وسیله رسیدن به موقعیت جدید مثلاً افزایش سطح درآمد یا تغییر در چهره میرسند چنین افزایشی پایدار نخواهد بود. زیرا مردم تمایل به سازگاری و انطباق با شرایط ثابت را دارند بنابراین عوامل موقعیتی در کوتاه مدت برای افزایش بهزیستی و شادمانی، عملی به نظر می رسد. اما در بلند مدت کارایی ندارد.

ج) عوامل محیطی

فرهنگ: به نظر می آید که شاخص های بهزیستی روانشناختی در فرهنگ های مختلف متفاوت باشد اما رابطه قوی با رضایت از زندگی، حقوق بشر، فردگرایی، برابری اجتماعی و سطح درآمد دارد. کار و اشتغال: بین رضایتمندی شغلی و بهزیستی همبستگی متوسطی وجود دارد. این امر ممکن است به آن خاطر باشد که اشتغال یک سطح بهینه از تحریک را به وجود می آورد که افراد آن را لذت بخش می یابند و فرصتی است برای ارضای کنجکاوی و پرورش مهارت ها و همچنین شبکه ای از حمایت اجتماعی و احساس هویت و معنا را فراهم می سازد.

تاب آوری روان شناختی

تاب آوری روانشناختی، توانایی کنار آمدن با ناملازمات و سازگاری با رویدادهای استرس زا زندگی، از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت است و به عوامل محیطی و نیز شخصی بستگی دارد. به سازگاری مثبت یا توانایی حفظ سلامت روانی و جسمی علیرغم شرکت در موقعیت های استرس زا اشاره دارد. با این حال، سلامت روان بیش از فقدان بیماری روانی است. اگرچه تاب آوری در روانشناسی به عنوان یک «ویژگی» در نظر گرفته می شود، اما ممکن است خود را به درجات مختلفی در حوزه ها، زمان ها و محیط های مختلف زندگی نشان دهد (۱۶). بنابراین، افرادی که ممکن است در معرض سختی های متعدد و همچنین حوادث تکان دهنده، مخرب و استرس

محیطی مانند خانواده، اجتماع و جامعه توسعه یابد. فضاهایی که افراد اشغال می کنند خطر ایجاد مشکلات مختلف را در بر می گیرد. با این حال، احتمال ایجاد نتایج مثبت نیز ممکن است افزایش یابد. ایجاد شرایط محیطی مثبت احتمالاً خطرات را برای فرد از بین می برد. به گفته فرگوس و زیرمن (۲۰۰۵)، ضروری است که تاب آوری روانشناختی با دیدگاه اکولوژیکی مورد بررسی قرار گیرد. چنین رویکردی باید تأثیر عوامل محیطی و همچنین عوامل فردی را در کاهش عناصر خطر در نظر بگیرد. بنابراین، هر گونه بررسی تاب آوری روانی کارکنان مراقبت های بهداشتی نیازمند در نظر گرفتن عوامل محیطی و فردی است. تحقیقات گسترده و مفصلی که در مورد تاب آوری انجام شده است، تطبیق پذیری سازه را برجسته کرده است و تلاش برای دستیابی به یک تعریف مشترک از مفهوم را پیچیده تر کرده است. همان طوری که از جدول ۱ مشخص است تفاوت و تنوع زیادی در تعریف واژه تاب آوری از زمان های مختلف و در زمینه های گوناگون وجود دارد.

زا قرار گیرند، در واکنش ها و راهبردهای مقابله ای متفاوت باشند. برخی از افراد به موقعیت های استرس زا و آسیب زا با تسلیم شدن به اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی واکنش نشان می دهند در حالی که برخی دیگر در مدت کوتاهی از وضعیت روانی منفی بهبود یافته و زندگی عادی خود را از سر می گیرند. مطالعات دیگر به دیدگاه های خوشبینانه اشاره می کنند که به موجب آن بیشتر مردم در مبارزه با مشکلاتی که با آنها مواجه هستند از طریق تاب آوری روانی قوی تر می شوند. تاب آوری روانشناختی را می توان در وسیع ترین مفهوم، توانایی فرد برای تحمل سختی ها تعریف کرد. تاب آوری روانشناختی بر روند بیماری و سلامت تأثیر می گذارد. گزارش شده است که تاب آوری روانشناختی با علائم اضطراب و افسردگی در متخصصان مراقبت های بهداشتی نیز مرتبط است (۱۷). مطالعات قبلی استدلال کرده اند که تاب آوری روانشناختی باید از طریق یک رویکرد سیستمی مورد بررسی قرار گیرد که از فرآیند تعامل چند سطحی بین فرد و محیط استفاده می کند. تاب آوری روانی یک پدیده اکولوژیکی است و بنابراین باید از طریق تعاملات

جدول ۱: تعاریف و توصیف تاب آوری

صاحب نظر (ان)	تعریف و توصیف تاب آوری
گارمزی (۱۹۹۳)	تاب آوری کوشش هایی است که صورت می گیرد تا در شرایط تهدید آمیز تعادل شخصی حفظ شود یا مجدداً به دست آید.
راتر (۱۹۹۰ به نقل از گیلسی، ۲۰۰۷)	تاب آوری فرایند پویایی است که شامل تعامل بین فرآیند های خطر آفرین و حفاظتی است- عوامل درون فردی و بین فردی - که اثر رویدادها و شرایط ناگوار را تعدیل می کنند.
راتر (۱۹۸۷)	تظاهری از تنوع افراد در پاسخ به مشکلات و عوامل خطر آفرین
مک دونالد و همکاران (۲۰۱۲)	ظرفیت خوب ماندن، بهبودی یا حتی پیشرفت در مواجهه با ناملایمات
کانر (۲۰۱۳)	ظرفیت حفظ رفاه و بهبودی کامل و سریع از ناملایمات
کریگ و همکاران (۲۰۱۶)	توانایی یک فرد برای بازگشت یا بهبودی از ناملایمات
اسمیت و یانگ (۲۰۱۷)	توانایی یک فرد برای بهبود سریع از اثرات روانی یک رویداد نامطلوب
اسلاتیر و همکاران (۲۰۱۷)	کیفیت ذهنی است که با وجود احساس درد منجر به بهبودی سازگار در موقعیت های دشوار می شود
تانگ و همکاران (۲۰۱۹)	بهبودی سریع و مؤثر پس از استرس
شاپر و همکاران (۲۰۱۹)	یک نوع عملکرد منحصربه فرد و غیرهنجاری است که تنها در مواجهه با ناملایمات می تواند نشان داده شود
هنشالز و همکاران (۲۰۲۰)	مقاومت، فرار، کمتر آسیب پذیر بودن، تلاش نکردن به اندازه دیگران، یا داشتن توانایی بالا برای مدیریت استرس
والپیتا و همکاران (۲۰۲۰)	توانایی فرد برای غلبه بر شرایط منفی و سازگاری با آنها حتی در صورت مواجهه با شرایط سخت مانند مشکلات جدی سلامتی
کلاینین-یابوس و همکاران (۲۰۲۱)	ترکیبی از شناخت ها، رفتارها و عوامل محیطی است. این عوامل عبارتند از خوش بینی، مقابله سازگار، شیوه های سلامت سازگار و حمایت اجتماعی
جیاتونگ و همکاران (۲۰۲۲)	مجموعه ای از مهارت های رفتاری یا نگرشی خاص تعریف می شود که به فرد کمک می کند تا به طور مؤثر با استرس کنار بیاید و از افسرده شدن جلوگیری کند
نوتبرت و همکاران (۲۰۲۲)	توانایی بازیابی از رویدادهای منفی

جمع بندی
علیرغم شواهدی که حاکی از اهمیت منابع در مدیریت یا حفظ بهزیستی روان شناختی مبتنی بر کار است. تحقیقات زیادی تا به

در این پژوهش از مصاحبه های نیمه ساختاریافته استفاده شد. در مصاحبه های انفرادی با مصاحبه شوندگان، برای بررسی مقدماتی شش سؤال مصاحبه استفاده شد که این سؤال ها بر گرفته از موضوع، مدل و اهداف پژوهش بود

روش تجزیه و تحلیل داده ها

از آن جا که در این پژوهش عوامل شناسایی شده باید هم برای استفاده کننده عمومی و هم متخصص تطابق خود را با واقعیت های موجود نشان دهد و از طرفی پیوند مستمر پژوهشگر با واقعیت های موجود در محیط پژوهش از ویژگی های روش تحلیل داده بنیاد (گرند تئوری) است، بنابراین از این روش به منظور شناسایی عوامل استفاده شد. دلیل دیگر پژوهشگر برای استفاده از این روش ترجیح پژوهشگر به داده های گردآوری شده از محیط واقعی نسبت به اطلاعات موجود در منابع علمی که الزاماً در شرایط مشابه با محیط پژوهش فعلی گردآوری نشده اند می باشد. در همین راستا ابتدا داده های حاصل از مصاحبه با ۱۳ نفر از خبرگان مورد تحلیل قرار گرفت و داده های حاصل از آن به صورت پاراگراف به پاراگراف کدگذاری شدند و در دو مرحله در خصوص تولید مفاهیم اولیه اقدام شد.

روش تجزیه و تحلیل داده های حاصل از مصاحبه ها کدگذاری (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) بوده که به دو صورت دستی و با استفاده از نرم افزار مکس کیودا انجام گردید:

کدگذاری باز: در این مرحله پژوهشگر از دل داده های خام اولیه، مقوله های مقدماتی را در ارتباط با پدیده مورد بررسی از طریق جزء جزء کردن اطلاعات، به شکل بندی مقوله های اطلاعات درباره پدیده مورد مطالعه، سؤال کردن درباره داده ها، مقایسه موارد، رویدادها و دیگر حالات پدیده ها برای کسب شباهت ها و تفاوت ها پرداخت. در نهایت این بخش شامل دو قسمت است. جدول کدهای اولیه استخراجی از مصاحبه ها و جدول طبقه های استخراج شده از مفاهیم به همراه کدهای مفهومی آنها.

کدگذاری محوری: پژوهشگر یکی از مقوله ها را محور فرآیند در حال بررسی و اکتشاف قرار می دهد (مقوله اصلی) و سپس مقوله های دیگر را به آن ارتباط می دهد. در این ارتباط در این پژوهش شناسایی ابعاد اصلی و مؤلفه های مرتبط مورد نظر بوده است.

کدگذاری انتخابی: عبارت است از روند انتخاب مقوله ی هسته به طور منظم و ارتباط دادن آن با سایر مقوله ها، اعتبار بخشیدن به روابط و پر کردن جاهای خالی با مقوله هایی که نیاز به اصلاح و گسترش دارند.

شرایط علی: این شرایط باعث شکل گیری پدیده یا طبقه محوری می شوند. این شرایط مجموعه ای از طبقه ها و ویژگی هایشان است که مقوله اصلی را تحت تأثیر قرار می دهد.

راهبردها (کنشها و تعاملات): بیانگر رفتارها، واقعیت ها و تعاملات هدفداری هستند که تحت تأثیر شرایط مداخله گر و بستر حاکم حاصل می شوند.

امروز روانشناسان و مشاوران شاغل را بررسی نکرده است. شکاف گسترده ای در ادبیات مربوط به بهزیستی روان شناختی و شیوه های تاب آوری روانشناختی در روان شناسان و مشاوران گزارش شده است. جستجوی مرتبط با ادبیات، تنها یک مطالعه تحقیقاتی منفرد را نشان داد که بهزیستی روان شناختی و تاب آوری روان شناسان و مشاوران را به طور مستقیم بررسی می کرد. علاوه بر این، اگرچه مطالعات متعددی بررسی کرده اند که چگونه طیفی از متغیرهای مختلف با بهزیستی روان شناختی مرتبط هستند، مطالعاتی که نقش تاب آوری را بر بهزیستی روان شناختی بررسی می کنند، اندک هستند. برای مثال، تنها تعداد کمی از مطالعات به عوامل تعیین کننده تاب آوری برای بهزیستی روان شناختی پرداخته اند، لذا در این زمینه شکاف تحقیقاتی وجود دارد. با توجه به شکاف دانش موجود در ادبیات، این مطالعه با هدف طراحی مدل بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری انجام شده است. چارچوب تحلیل داده بنیاد برای تعیین متغیرهای موثر بر تاب آوری روانی مورد استفاده قرار گرفت.

نوع شناسی پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر طراحی مدل بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری بود؛ روش پژوهش برحسب هدف، کاربرد؛ برحسب نوع داده، کیفی از نوع اکتشافی متوالی؛ برحسب زمان گردآوری داده، مقطعی و برحسب روش گردآوری داده ها و یا ماهیت و روش پژوهش کیفی بود.

جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش، جهت استخراج مولفه ها و طراحی مدل و شاخص های شناسایی شده شامل روان شناسان و مشاوران عضو سازمان نظام روان شناسی و مشاوره کشور و اساتید و اعضای هیات علمی دانشگاه و خبرگان و صاحب نظران حوزه روان شناسی به تعداد ۱۳ نفر از خبرگان (۱۱ نفر دانشگاهی، ۲ نفر خبره) با سابقه کاری بیشتر از ۵ سال بوده است که شیوه انتخاب آنها هدفمند، از نوع گلوله برفی بوده است. ویژگی های خبرگان پژوهش که به تأیید اساتید راهنما و مشاور رسیده بود، افرادی بودند که از نظر آگاهی و اطلاعات در زمینه روان شناسی برجسته بوده و این که بتوانند با ارائه اطلاعات دقیق نمادی از جامعه باشند.

روش گردآوری اطلاعات

داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته صورت پذیرفته است. ابتدا برای انجام مصاحبه های نیمه ساختاریافته به صورت هدفمند تعدادی از خبرگان دانشگاهی مصاحبه به عمل آمد. سپس برای جمع آوری داده های مورد نیاز از روش کدگذاری باز، کدگذاری محوری و انتخابی استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

مقاله در نشریات معتبر داخلی یا خارجی، راهنمایی پایان نامه دوره تحصیلات تکمیلی یا سابقه شرکت در گردهمایی‌ها، سمینارها و یا سایر مجامع تخصصی در زمینه بحث بهزیستی روان شناختی را داشته باشند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بر اساس نظریه ی داده بنیاد، به عنوان یکی از روش‌های مطرح در پژوهش‌های کیفی که بر نوعی استقراء استوار است و به وسیله ی داده‌های منتج از پژوهش نظریه تولید می‌کند، انجام شد. در این روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نظریه‌ی احتمالی نهایی، با یکدیگر ارتباط نزدیکی دارند و محقق به جای پیشفرض گرفتن یک نظریه با ورود به حوزه مورد مطالعه به داده‌ها اجازه داد تا نظریه را پدید آورند. در نظریه داده بنیاد، پژوهشگر باید مواردی را انتخاب کند که به او در ساخت نظریه کمک کنند. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان در این روش، متأثر از طرح و هدف پژوهش است. از آنجایی که هدف این پژوهش طراحی مدل بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان‌شناسان با رویکرد تاب‌آوری می‌باشد، هدف پژوهشگر انتخاب افرادی بود که با توجه به هدف پژوهش سرشار از داده بودند. از این نظر شیوه انتخاب آنها هدفمند از نوع گلوله برفی بود تا بتوان از طریق افراد انتخاب شده درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه برای ساخت نظریه به دست آورد و این کار تا جایی ادامه یافت که طبقه بندی مربوط به داده‌های اشباع و نظریه مورد نظر با تمام جزئیات و با دقت تشریح شد جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه فردی تا زمان اشباع داده‌ها که مصاحبه با ۱۳ نفر (۱۱ نفر دانشجویی، ۲ نفر خبره) بود، ادامه یافت. زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

فرایند تحلیل داده‌های حاصل از متن مصاحبه‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها با توجه به شرایط مطالعه و امکانات در دسترس به صورت دستی به کمک فیش‌ها و یادداشت برداری طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. در کدگذاری باز، مصاحبه‌های ضبط شده پس از پیاده‌سازی، با استفاده از روش تحلیل محتوا به صورت سطر به سطر بررسی، مفهوم پردازی و سپس بر اساس ارتباط مفهومی، مفاهیم و مقولات مشخص شدند. در کدگذاری محوری، رابطه موجود میان طبقه‌ها، مقوله تعیین محتوا بر اساس ویژگی‌های مرتبط با سایر مقولات، محور بودن در پژوهش، تکرار در داده‌ها و انتزاعی بودن به عنوان مقوله محوری پژوهش حاضر، انتخاب و مطالعه شد و سایر مفاهیم نیز در قالب شرایط علی، مقوله محوری، راهبردها، زمینه، شرایط مداخله‌گر و پیامدها، طبقه بندی و به صورت نظری در قالب مدل پارادیمی و مدل مفهومی به هم مرتبط شدند. در کدگذاری انتخابی (مرحله نظریه پردازی)، با توجه به مفهوم‌ها و کدهای شناسایی شده،

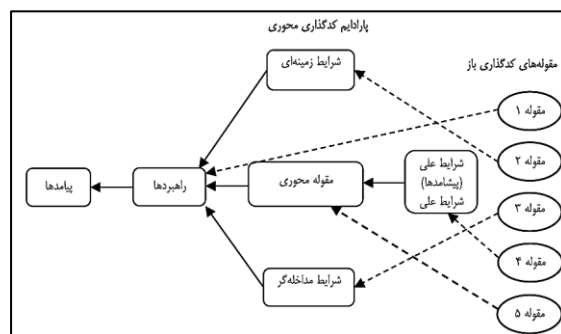
بستر حاکم: به شرایط خاصی که بر راهبردها تأثیر می‌گذارد بستر گفته می‌شود و تمیز آن‌ها از شرایط علی مشکل است. این شرایط را مجموعه‌ای از مفاهیم، طبقه‌ها یا متغیرهای زمینه‌ای تشکیل می‌دهند، در مقابل شرایط علی، مجموعه‌ای از متغیرهای فعال است. شرایط مداخله‌گر: شرایطی هستند که راهبردها از آنها متأثر می‌شوند. این شرایط را مجموعه‌ای از متغیرهای میانجی و واسط تشکیل می‌دهند. شرایط مداخله‌گر، شرایط ساختاری هستند که مداخله سایر عوامل را تسهیل یا محدود می‌کنند و سببه علی و عمومی دارند.

پیامدها: برخی از طبقه‌ها بیانگر نتایج و پیامدهایی هستند که در اثر اتخاذ راهبردها به وجود می‌آیند. این روش کدگذاری که اصطلاحاً به آن مدل پارادایم کدگذاری محوری گفته می‌شود توسط کوربین و استراوس (۲۰۰۸) ارائه شده است. به این دلیل محوری گفته می‌شود که کدگذاری حول محور طبقه انجام می‌شود (شکل ۱).

شکل (۱) الگوی نظریه پارادیمی جهت بررسی روابط بین متغیرها

(کوربین و استراوس، ۲۰۰۸)

برای سنجش روایی یافته‌های پژوهش برای مشارکت کنندگان ارائه



و متن نظریه توسط آن‌ها مطالعه و دیدگاه‌های آن‌ها اعمال شده است.

جامعه آماری پژوهش، جهت استخراج مولفه‌ها و طراحی مدل و شاخص‌های شناسایی شده، اساتید و اعضای هیات علمی دانشگاه و خبرگان و صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی با سابقه کاری بیشتر از ۵ سال بوده است.

همچنین برای تعیین نمونه‌های این پژوهش و تعیین این گروه از خبرگان از روش نمونه‌گیری هدفمند گلوله برفی استفاده شد. از آن جایی که هدف از مصاحبه، اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های مصاحبه‌شوندگان باشد، در این صورت با توجه به زمان و منابع قابل دسترس می‌توان از تعداد ۲۵ - ۱۰ نمونه برای انجام مصاحبه استفاده نمود که در این پژوهش تعداد ۱۳ نفر به عنوان مصاحبه‌شونده با توجه به اصل اشباع در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است که از معیارهای انتخاب مصاحبه‌شوندگان این بود که: مشارکت‌کننده می‌بایست سابقه فعالیت در زمینه راهنمایی رساله در حوزه روان‌شناسی و مشاوره از طریق انتشار

گزینش نهایی انجام شد و پژوهشگر در پی خالص کردن تحلیل های خود به منظور پدیداری مقوله اصلی برآمد.

یافته ها

یافته ها در پاسخ به سؤالهای پژوهش، داده های کیفی گردآوری شده از فرایند اجرای مصاحبه های نیمه ساختارمند با افراد نمونه پژوهش به شیوه کدگذاری باز، تجزیه و تحلیل شد. اجرای فرایند کدگذاری باز روی داده های کیفی گردآوری شده، ابتدا به استخراج تعداد زیادی ویژگی و مفهوم منجر شد که با بررسی های مجدد و بازنگری های انجام شده و بر اساس مشابهت ها و اشتراکات مفهومی، این مفاهیم و ویژگیها تقلیل یافته و دسته بندی شدند. پس از واکاوی و استخراج، داده های مرتبط با عناصر بهزیستی روان شناختی در قالب مفاهیم درون جدول قرار داده شد. از جمله به جمله و خط به خط مطالب مفاهیمی جزئی بیرون کشیده شد و کدگذاری گردید. در قدم بعدی این کدها بر اساس پدیده های کشف شده در داده ها دسته بندی شدند. مفاهیم مشترک در یک دسته قرار گرفتند و به هر دسته یک برچسب زده شد. کدها به شکل بارزی نمایانگر محتوی مقوله ها بودند. مقوله های به دست آمده از کدگذاری، پالایش و تفکیک شد و مقوله های اصلی شناسایی گردید. در ادامه، این ویژگیها و مفاهیم استخراج شده به ۳۵ مقوله فرعی (نهایتاً از این مقوله های فرعی ۱۱ مقوله اصلی ایجاد شد) و ۱۱۲ شاخص تشکیل

دهنده بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری شناسایی شد.

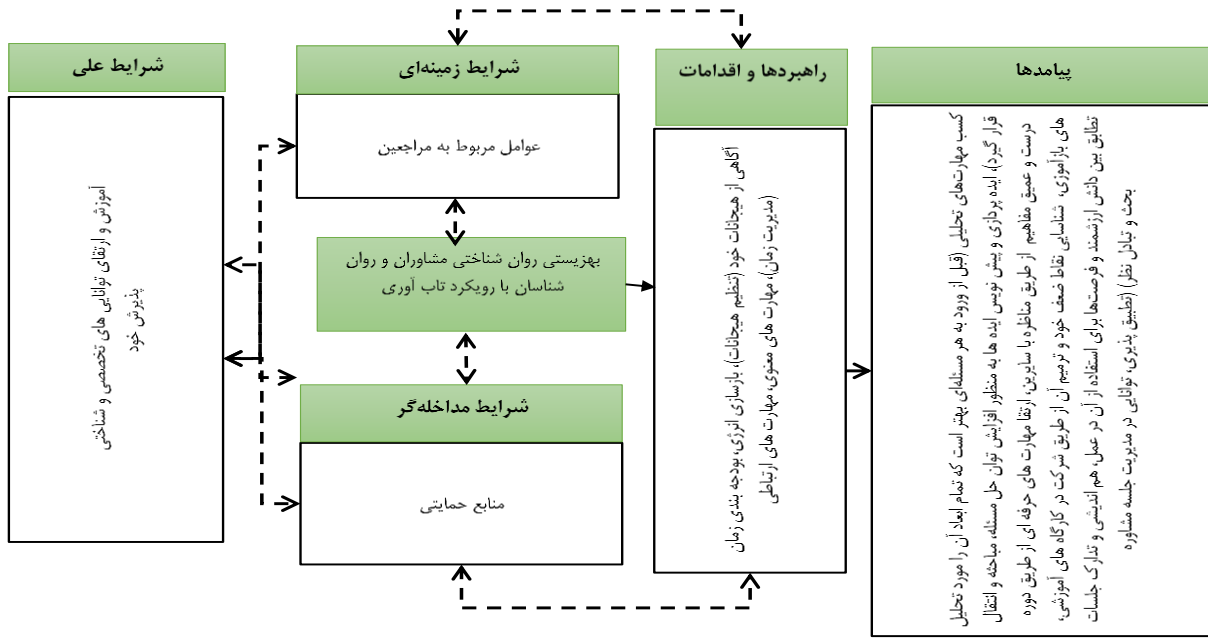
یافته های به دست آمده از فرایند اجرای کدگذاری در جدول (۲) آمده است. بعد از فرایند کدگذاری باز، یافته های پژوهش در قالب ابعاد الگوی کدگذاری محوری شامل شرایط علی: به عنوان عامل اصلی به وجود آورنده پدیده مطالعه شده؛ مقوله محوری: به عنوان اتفاق اصلی که یک سلسله کنش های متقابل برای اداره کردن آن وجود دارد و به آن مربوط می شود؛ راهبردها: به عنوان کنش های خاصی که از پدیده محوری منتج می شوند و روش هایی برای مواجهه با پدیده مورد مطالعه ارائه می کند؛ زمینه: به عنوان یک سری خصوصیات ویژه که در آن کنش متقابل برای کنترل اداره و پاسخ به پدیده انجام می شود؛ شرایط مداخله گر: به عنوان شرایط زمینه ای عمومی که بر راهبردها تأثیر می گذارند؛ و پیامدها: به عنوان خروجی حاصل از استخدام راهبردها، با توجه به مقوله های اصلی و فرعی مربوط به هر قسمت، چگونگی بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری را منعکس می کنند.

جدول ۲. یافته های مستخرج از فرایند کدگذاری باز و مقوله های کدگذاری محوری

کد گذاری محوری	کد گذاری باز	
	مقوله اصلی	مقوله فرعی
شرایط علی	۱. آموزش و ارتقای توانایی های تخصصی و شناختی پذیرش خود	1-1. ضرورت جلسه مستمر با همکاران به منظور ارتقای علمی، ضرورت جلسات بازآموزی مداوم و مطلوب، ضرورت برگزاری جلسات گروهی افزایش تاب آوری برای مشاوران، ضرورت تهیه محتوای آموزشی و انگیزشی به شکل فایل های نوشتاری، ضرورت صوتی و تصویری، ضرورت برگزاری جلسات کوچینگ برای مشاوران، ضرورت بازآموزی مطلوب و مداوم، ضرورت گذراندن کارگاه های کنترل اضطراب، ضرورت حل طرحواره های بنیادین ذهنی
		1-2. شناخت نقاط قوت فردی، ضرورت عزت نفس مثبت، ضرورت مهارت های مقابله ای قوی (خوددلسوزی)، ضرورت توجه به علائق درونی و پرورش خلاقیت، ضرورت پذیرش وضعیت موجود، ضرورت نگرش مثبت نسبت به آینده، ضرورت بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، ضرورت گفتگو با سایر روان شناسان، ضرورت بازآموزی داشته ها، ضرورت مطالعه مستمر و شرکت در کارگاه های حل مسئله، ضرورت شناخت وضعیت موجود، ضرورت بازتعریف فلسفه وجودی شغل
مقوله محوری	۳. انطباق با شرایط شغلی	۱-۳ توجه به عمق مسایل و نه ظاهر پدیده ها
		۲-۳ دقت در مسایل بدیهی و درک روابط پنهان قضایا ۳-۳ ارزش سنجی افکار و نظریات بدون توجه به منبع آنها
۴. آگاهی از هیجانات خود (تنظیم هیجانات)		۱-۴ مدیریت احساسات و کنترل ارتباط و نفوذ در دیگران، آگاهی اجتماعی یا درک احساسات دیگران یا همدلی، فراهم کردن اردوهای تفریحی به منظور تخلیه هیجانات، پذیرش و خودآگاهی هیجانات، چالش کشیدن افکار و شناخت خود

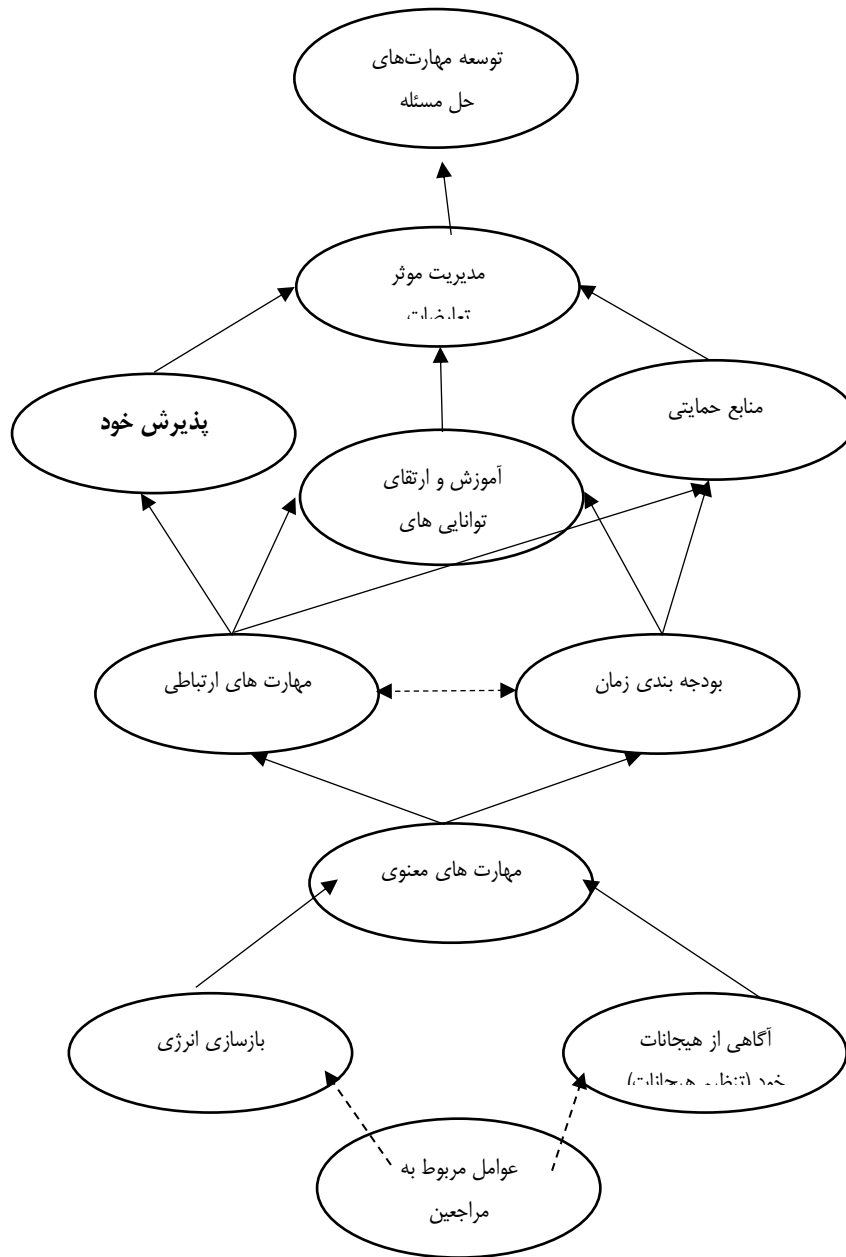
۵. راهبردها	۵. بازسازی انرژی	۱-۵ مدیریت تعداد مشاوره های در طول روز (بر اساس استاندارد حرفه ای)، فعالیت های فیزیکی و هنری که مهارت های ارتباطی را افزایش می دهد، درگیر شدن با فعالیت های بدنی، اعتقادات معنوی و توکل به خدا، دیدن مراجع محدود در طول یک روز یا هفته، گذراندن زمانی مشخص با فرزندان و خانواده، تمرین های ذهن آگاهی، استفاده از تمرین ها، تکنیک های تمدد اعصاب
۶. زمان (مدیریت زمان)	۶. بودجه بندی	۱-۶ انجام مشاوره برای مراجعان در زمان استاندارد، در نظر گرفتن زمان استراحت بین مشاوره ها در طول روز، زمان بندی جلسه های مشاوره با توجه به میزان اهمیت و انرژی مورد نیاز
۷. مهارت های معنوی	۷. مهارت های معنوی	۱-۷ توجه و عمل به مستحبات روزانه (نماز)، عبادت روزانه مراقبت معنوی، شرکت کردن در تشریفات مذهبی، دعا کردن و ذکرهای روزانه بعد از مشاوره
۸. مهارت های ارتباطی	۸. مهارت های ارتباطی	۱-۸ افزایش ارتباطات اجتماعی، فعالیت های فیزیکی و هنری که مهارت های ارتباطی را افزایش می دهد، یادگیری رویکردهای مختلف مشاوره ای، داشتن اطلاعات مناسب و کافی در هنگام مشاوره، به کارگیری جملات و اصطلاحات ساده و نه پیچیده در جلسات
عوامل زمینه ای	۹. عوامل مربوط به مراجعین	۹-۱ کج فهمی بعضی از مراجعان، کلی گویی مراجعان، عدم برقراری ارتباط با مراجع، توجه به شرایط خاص مراجعین (فرهنگی، قومیتی و ...)، توانایی رفع نیازهای مراجع - پذیرش بدون قید و شرط مراجعان
شرایط مداخله گر	۱۰. منابع حمایتی	۱۰-۱ توکل به خدا، استفاده از تجارب همکاران (همکاران با تجربه تر)، شبکه های پشتیبانی اجتماعی (گرفتن حمایت از خانواده در قالب گفتگوهای دوستانه در محیطی غیر از فضای منزل)، ترتیب دادن گردش های دسته جمعی و یا تورهای زیارتی و سیاحتی با همکاران، تشکیل گروه های گفتمان بین روان شناسان، خانواده و بستگان و دوستان
پیامدها	۱۱. توسعه مهارت های حل مسئله ۱۲. مدیریت موثر تعارضات	۱۱-۱ قبل از ورود به هر مسئله ای بهتر است که تمام ابعاد آن را مورد تحلیل قرار گیرد، ایده پردازی و پیش نویس ایده ها به منظور افزایش توان حل مسئله، مباحثه و انتقال درست و عمیق مفاهیم از طریق مناظره با سایرین، ارتقا مهارت های حرفه ای از طریق دوره های بازآموزی، شناسایی نقاط ضعف خود و ترمیم آن از طریق شرکت در کارگاه های آموزشی، تطابق بین دانش و فرصت ها برای استفاده از آن در عمل، هم اندیشی و تدارک جلسات بحث و تبادل نظر ۱۲-۱ تطبیق پذیری، توانایی در مدیریت جلسه مشاوره

پس از مصاحبه با اساتید و اعضای هیات علمی دانشگاه و خبرگان و صاحب نظران حوزه روان شناسی با سابقه کاری بیشتر از ۵ سال و انجام کدگذاریهای باز، در مرحله کدگذاری محوری همانطور که در شکل (۲) مشاهده می کنید، مدل پارادایمی بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری طراحی شد که در آن روابط بین شرایط علی، پدیده محوری، شرایط زمینه ای، راهبردها و پیامدها مشهود است.



شکل (۳) مدل پارادایمی بهبودی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری

در این مرحله، نظریه پرداز داده بنیاد برحسب فهم خود از متن پدیده مطالعه شده، در مرحله کدگذاری محوری و ارائه روابط مستتر در بین مقوله های موجود در مدل، نظریه خود را پیرامون پدیده محوری در قالب مجموعه ای از گزاره ها یا زیرگزاره ها ارائه داد. در این راستا پژوهش گر بر اساس تجارب و فهم خود از کدگذاری محوری یعنی (محتوا)، الهام از ادبیات نظری موجود و مصاحبه های مجدد با آزمودنی های پژوهش و دریافت نظرات اصلاحی متخصصان امر و استادان دانشگاه، مدل مفهومی را ترسیم کرد. شکل (۳) مدل مفهومی بهبودی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری بر اساس کدگذاری انتخابی را نشان میدهد.



شکل (۳) مدل مفهومی اولیه شاخص‌های بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری

نتیجه گیری

منجر به شناسایی و تدوین شرایط علی، پیامدها، شرایط زمینه ای، روابط الگو و راهبردها و عوامل مداخله گر شد. براساس نتایج کدگذاری پژوهش در مقوله های آموزش و ارتقای توانایی های تخصصی و شناختی (برگزاری نشست مستمر با همکاران به منظور ارتقای علمی، انجام جلسات بازآموزی مداوم و مطلوب، برگزاری جلسات گروهی افزایش تاب آوری برای مشاوران، تهیه

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان با رویکرد تاب آوری و با استفاده از روش پژوهش کیفی انجام شد. داده های حاصل از مصاحبه با استفاده از روش داده بنیاد تحلیل شد. بدین منظور از مصاحبه های نیمه ساختاریافته با مطلعین و خبرگان این حوزه، انجام شد و مضامین از طریق کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل شدند که نتیجه تحلیل

بر اساس نتایج کدگذاری پژوهش در مقوله عوامل مربوط به مراجعین (کج فهمی بعضی از مراجعان، کلی گویی مراجعان، عدم برقراری ارتباط با مراجع، توجه به شرایط خاص مراجعین (فرهنگی، قومیتی و...))، توانایی رفع نیازهای بیمار، پذیرش بدون قید و شرط مراجعان) به عنوان مقوله‌های زمینه‌ای انتخاب شدند.

بر اساس نتایج کدگذاری پژوهش در منابع حمایتی (توکل به خدا، استفاده از تجارب همکاران (همکاران با تجربه تر)، شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی (گرفتن حمایت از خانواده در قالب گفتگوهای دوستانه در محیطی غیر از فضای منزل)، ترتیب دادن گردش های دسته جمعی و یا تورهای زیارتی و سیاحتی با همکاران، گروه های گفتمان بین روان شناسان، خانواده، بستگان و دوستان) به عنوان مقوله شرایط مداخله گر انتخاب شدند.

بر اساس نتایج کدگذاری پژوهش در مقوله های توسعه مهارت‌های حل مسئله (کسب مهارت‌های تحلیلی (قبل از ورود به هر مسئله‌ای بهتر است که تمام ابعاد آن را مورد تحلیل قرار گیرد)، ایده پردازی و پیش نویس ایده ها به منظور افزایش توان حل مسئله، مباحثه و انتقال درست و عمیق مفاهیم از طریق مناظره با سایرین، ارتقا مهارت های حرفه ای از طریق دوره های بازآموزی، شناسایی نقاط ضعف خود و ترمیم آن از طریق شرکت در کارگاه های آموزشی، تطابق بین دانش ارزشمند و فرصت‌ها برای استفاده از آن در عمل، هم اندیشی و تدارک جلسات بحث و تبادل نظر) و مدیریت موثر تعارضات (تطبیق پذیری، توانایی در مدیریت جلسه مشاوره) به عنوان مقوله پیامدها انتخاب شدند.

در پایان پیشنهاد می شود که با ایجاد کارگروه های متفاوت و متخصص در ارتباط با توجه بیشتر به بهزیستی روان شناختی مشاوران و روان شناسان در سازمان نظام روان شناسی و مشاوره کشور با توجه به نقش خطیر آنها به عنوان یکی از بزرگترین گروه های شغلی در حوزه سلامت روان با اجرای دوره های آموزشی اثربخش و کم هزینه، ارائه ی بسته های تسهیلاتی کم بهره، نشست ها و دوره‌های علمی - تفریحی، تهیه و ارسال فصل نامه آموزشی مناسب، کم کردن فاصله ی مصاحبه ها برای اخذ پروانه فعالیت، توجه به دانش و مهارت مشاوران و روان شناسان با مفاهیم، مؤلفه ها و عناصر اصلی بهزیستی روان شناختی و تاب آوری باعث افزایش سلامت روان آنها شوند.

محتوای آموزشی و انگیزشی به شکل فایل های نوشتاری، صوتی و تصویری، برگزاری جلسات کوچینگ برای مشاوران، گذراندن کارگاه های کنترل اضطراب، حل طرحواره های بنیادین ذهنی) و پذیرش خود (شناخت نقاط قوت فردی، عزت نفس، مهارت های مقابله ای قوی (خوددلسوزی)، توجه به علائق درونی و پرورش خلاقیت، پذیرش وضعیت موجود، نگرش مثبت نسبت به آینده، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، گفتگو با سایر روان شناسان، بازآموزی داشته ها، مطالعه مستمر و شرکت در کارگاه های حل مسئله، شناخت وضعیت موجود، بازتعریف فلسفه وجودی شغل) به عنوان مقوله‌های شرایط علی انتخاب شدند.

بر اساس نتایج کدگذاری پژوهش در مقوله های آگاهی از هیجانات خود (تنظیم هیجانات) (مدیریت احساسات و کنترل ارتباط و نفوذ در دیگران، آگاهی اجتماعی یا درک احساسات دیگران یا همدلی، فراهم کردن اردوهای تفریحی به منظور تخلیه هیجانات، پذیرش و خودآگاهی هیجانات، چالش کشیدن افکار و شناخت خود)، بازسازی انرژی (مدیریت تعداد مشاوره های در طول روز (بر اساس استاندارد حرفه ای)، فعالیت‌های فیزیکی و هنری که مهارت‌های ارتباطی را افزایش می‌دهد، درگیر شدن با فعالیت های بدنی، اعتقادات معنوی و توکل به خدا، دیدن مراجع محدود در طول یک روز یا هفته، گذراندن زمانی مشخص با فرزندان و خانواده، تمرین های ذهن آگاهی، استفاده از تمرین‌ها، تکنیک‌های تمدد اعصاب) و بودجه بندی زمان (مدیریت زمان) (انجام مشاوره برای مراجعان در زمان استاندارد، در نظر گرفتن زمان استراحت بین مشاوره ها در طول روز، زمان بندی جلسه های مشاوره با توجه به میزان اهمیت و انرژی مورد نیاز)، مهارت های معنوی (توجه و عمل به مستحبات روزانه (نماز)، عبادت روزانه مراقبت معنوی، شرکت کردن در تشریفات مذهبی، دعا کردن و ذکرهای روزانه بعد از مشاوره) و مهارت های ارتباطی (افزایش ارتباطات اجتماعی، فعالیت‌های فیزیکی و هنری که مهارت‌های ارتباطی را افزایش می‌دهد، یادگیری رویکردهای مختلف مشاوره ای، داشتن اطلاعات مناسب و کافی در هنگام مشاوره، به کارگیری جملات و اصطلاحات ساده و نه پیچیده در جلسات) به عنوان مقوله راهبردها و اقدامات انتخاب شدند.

References

1. Maguire R, Maguire P. Caregiver Burden in Multiple Sclerosis: Recent Trends and Future Directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2020, 20, 1-9.
2. Novak M A, Suomi S J. Psychological Well-Being. *The International Encyclopedia of Primatology*, 2016, 1-4.
3. Chen Y, Yang X, Wang L, Zhang X. A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students, *Nurse Education Today*, 2012, 33 (10), 1166-1172.

4. Rodina L. Defining “water resilience”: Debates, concepts, approaches, and gaps. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Water*, 2019, 6(2), e1334.
5. De Caroli M.E & Sagone E. Resilience and psychological well-being differences for affective profiles in Italian middle and late adolescents. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2016, 1(1), pp:149-160.
6. Speziale H S, Streubert H J, Carpenter D R. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
7. Huppert F A, So T T C. Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 2013, 110(3), 837–861.
8. Creswell J W. *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (2nd edition), 2005.
9. Marshall E J, Brockman R. The Relationships between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2016, 30(1): 60-72.
10. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82.
11. Baker D A, Caswell H L, Eccles F J R. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 2018, 90, 154-161.
12. Duchek S. Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 2020, 13(1), 215-246.
13. Fava GA, Ruini C. Increasing psychological well-being in clinical and educational settings. *Interventions and Cultural Contexts. Cross-Cultural Advancements in Positive Psychology*. 2014;8.
14. Béné C. (2020). Resilience of local food systems and links to food security—A review of some important concepts in the context of COVID-19 and other shocks. *Food Security*, 1-18.
15. Meyer U. Neurodevelopmental resilience and susceptibility to maternal immune activation. *Trends in neurosciences*, 2019, 42(11), 793-806.
16. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*. 2002 Jun;82(6):1007.
17. Mir Zafar I, Sumaira M, Ulfat A. Resilience as Related to Psychological Well-being among School Teachers. *Psychology in India*, 2018, 6(2), 36-41.