

Research Paper

Professional Quality of Life, Empathy, and Coping Strategies of Young Clinical Psychologists in Lahore, Pakistan



Areeba Ikram¹, *Sana Anwar Lashari², Tahira Anwar Lashari³

1. Department of Clinical Psychology, Riphah International University Lahore, Lahore, Pakistan.
2. School of Applied Psychology, Social Work and Policy, Sintok, Universiti Utara Malaysia, Kedah, Malaysia.
3. Department of Computing, School of Electrical Engineering and Computer Science, National University of Sciences and Technology, Islamabad, Pakistan..



Citation Ikram A, Anwar Lashari S, Anwar Lashari T. [Professional Quality of Life, Empathy, and Coping Strategies of Young Clinical Psychologists in Lahore, Pakistan (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):216-235. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4594.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4594.1>



Received: 11 Apr 2023

Accepted: 30 May 2023

Available Online: 01 Jul 2023

Key words:

Professional quality of life (ProQoL),
Compassion fatigue,
Burnout, Pakistan,
Coping skills

ABSTRACT

Objectives Empathy, coping strategies, and professional quality of life (ProQoL) play a significant role in an individual's professional life. Several studies have indicated that the unfavorable consequences of compassion and empathy lead to compassion fatigue and burnout. The present study aims to examine the correlation among empathy, coping strategies, and ProQoL, and assess the moderating role of work experience among young clinical psychologists in Lahore, Pakistan.

Methods This is a descriptive-correlational survey. A purposive sampling technique was used to select participants aged 23-37 years with 1-10 years of work experience. Data was collected using standard questionnaires including the Toronto Empathy Questionnaire, the Brief COPE Inventory, and the ProQoL Scale. Their internal consistency was examined using Cronbach's alpha. Data were analyzed using descriptive statistics, correlational test, categorical regression analysis, and moderation analysis.

Results There was a strong correlation between empathy, adaptive coping strategies, and compassion satisfaction. Moderation analysis showed that empathy and years of work experience significantly predicted the ProQoL.

Conclusion Clinical psychologists in Lahore need to be educated to stimulate and further use problem-focused and adaptive coping skills to cope with their challenging jobs.

* Corresponding Author:

Sana Anwar Lashari, PhD.

Address: School of Applied Psychology, Social Work and Policy, Sintok, Universiti Utara Malaysia, Kedah, Malaysia.

Tel: +60 (04) 9285739

E-mail: sanalasharisana@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Empathy is defined as the skill to emotionally understand how other people feel, see things from their point of view, and put yourself in their shoes. A study showed that doctors with higher empathy had lower emotional exhaustion. Empathy's cognitive component (Perspective-taking) is related to greater personal accomplishment [1]. People respond to emotional and physical effects of stress by engaging in activities that are intended to reduce their stress levels [2]. These behaviors are called coping mechanisms. Coping mechanisms are the actions to regulate, tolerate, or reduce stressful situations. There are two coping mechanisms: Problem-focused and emotion-focused. Problem-focused strategies involve actions to identify the cause of the problem. Active coping, planning, and suppression of competing activities are examples of this style. Emotion-focused strategies are used to reduce the negative feelings related to the problem. Positive reframing, acceptance, turning to religion, and humor are examples of this style. Escaping, distancing, or avoidance are other ways of coping with stressful situations and involve either psychological or physical actions [3].

The term professional quality of life (ProQoL) refers to both positive and negative emotions that a person may experience while working. Compassion satisfaction (CS) is the positive aspect and compassion fatigue (CF) is the negative aspect of ProQoL. The CS refers to one's feeling of happiness in relation to her/his job helping others. People with CS feel that they can learn new tools and procedures. They enjoy positive thoughts, want to carry on their job and have faith that they can make a difference. The CS involves a pure altruism and contains feelings of satisfaction with supporting others efficiently [4]. The CF has two components. The first component is burnout (BO) which includes feelings such as anger, exhaustion, sadness, and frustration. The second component is secondary traumatic stress (STS) which is a negative mood which is related to work-related stress resulted from secondary contact with people who have experienced traumatic events. The STS can be associated with fear, sleep problems, disturbing images, or avoiding cues of the person's distressing experiences [4]. The CS, BO, and STS are the key constructs of ProQoL, since it influences or is influenced by professional well-being and performance [5]. According to Stamm [4], the overall concept of ProQoL is related to three main factors: The work environment's characteristics, the person's characteristics, and the person's expo-

sure to primary and secondary trauma in the workplace. This applies to paid workers such as medical personnel.

Working in a hospital can put a heavy psychological burden on clinical psychologists, due to constant exposure to patients, therapeutic setbacks, clients' negative actions and non-cooperation, and a lack of necessary resources. These factors contribute to health risks that can lower their quality of life [6]. In a recent review study of 32 articles for finding the predictors of CF in professionals, Thomas and Otis [7] concluded that caseload (amount of time spent with trauma victims) and type of clinical setting were the only predictors of CF. However, when the subjective traits of professionals were investigated, their traumatic history and capacity for empathy were consistently found to be risk factors for CF. Clinical psychologists are likely to deal with several traumatic events daily. Figley [8] reported that with higher exposure to disturbing situations, the possibility of CF in psychotherapists increases by 27%. Thompson et al. [9] showed that the rate of CF was higher in female psychologists compared to male psychologists, and those with CF had lower compassion satisfaction and feeling of individual success.

Clinical therapists who treat traumatized patients are more likely to experience changes in their own psychological functioning. A change in psychological functioning can include changes in reactions to environmental conditions that is correlated with the experiences of their patients and the negative effects that clinician witness. These negative reactions may include avoidance of the traumatic event, feeling of horror, guilt, anger, sadness, detachment, or dread, and they may even result in burnout and counter-transference [10]. Moreover, a study reported that empathy and coping strategies were the predictors of ProQoL in Australian registered migration agents. Low empathy and maladaptive coping strategies predicted CF, while high empathy and adaptive coping predicted CS [11]. The findings of Justin et al. [12] showed that hardiness and religious coping strategies predicted higher CS, whereas commitment, behavior disengagement, self-distraction, and humor coping strategies were likely to predict higher CF among clinical psychologists.

Findings of studies in Pakistan have shown that mental illness is a prevalent concern and with the growing attention, many people are looking for psychological help [13]. In this regard, mental health professionals involving both clinical psychologists and psychiatrists in Pakistan are exposed to individuals with stressful life events, anxiety, and several mental health problems, and their job demands unconditional help, empathy, active listening, and emotional understanding during counseling sessions.

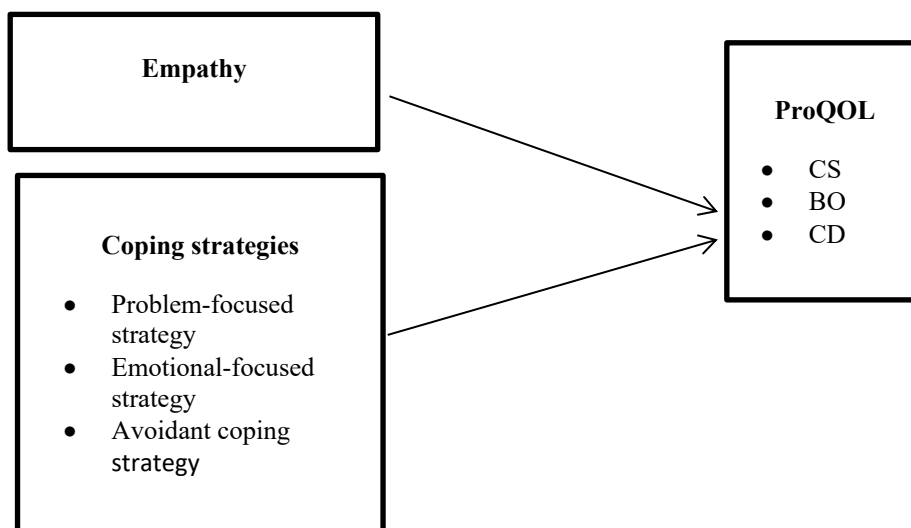


Figure 1. Conceptual model of the study

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Therefore, they are at higher risk of internalizing negative emotions which cause CF and burnout and ultimately affect their ProQoL [14]. Hence, attention should be paid to how much the clinical psychologists' practice affects their functioning, and how they deal with it, and recognize positive behavioral strategies to increase their satisfaction and quality of life. Hence, this study aims to assess the relationship between ProQoL, empathy, and coping mechanisms in young clinical psychologists in Pakistan. Figure 1 shows the conceptual model of the study.

It has been reported that years of work experience and adaptive coping mechanisms are reliable indicators of ProQoL. Years of work experience has been found to be positively connected with CS and negatively associated with burnout in among therapists. Therefore, the clinical psychologists' ProQoL, empathy, and coping strategies

are important to study in a single model because they experience high emotional demands and mental health issues more recurrently than the general population and their years of work experience can also be a predictor of ProQoL [15]. Preacher et al. [16] stated that a third variable is considered as a moderator, if the strength of the relationship between two variables depends on the third variable. The present study considered years of experience as a moderator (Figure 2) based on the following hypotheses: [17]

Years of work experience (a moderator) influence the direction or strength of the relationship between empathy (a predictive variable) and ProQoL (a dependent variable);

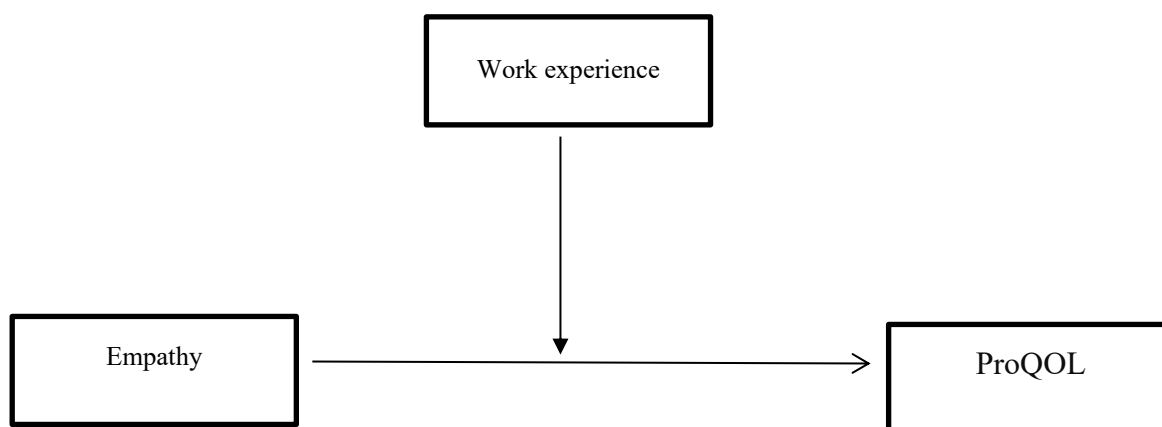


Figure 2. The conceptual model for the moderating role of years of work experience in the relationship between empathy and ProQoL

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Years of work experience affects individual or contextual factors that alter the relationship between empathy and ProQoL;

Both empathy and years of work experience are elements in the experiment manipulated with specific treatments.

Methods

Study design and participants

This is a descriptive-correlational survey. In Lahore, Pakistan, there are more than 100 registered young clinical psychologists working in many public and private hospitals [18]. Out of these, 80 young clinical psychologists were selected as the study samples using a purposive sampling method. GPower software was used to calculate the sample size. Of 90 questionnaires distributed, 10 questionnaires were discarded due to missing data and no response from participants. Among participants, 38.8% had a diploma in advanced diploma in clinical psychology, 57.5% had master's degree and 3.8% had Ph.D. The work experience of 75% of participants was 1-5 years, while the remaining 25% had a 6-10 years of experience. The participants' age ranged 23-37 years (Mean=30 years). Most of participants (56.2%) were female. The inclusion criteria were: experience of 1-10 years, license in Clinical psychology, and working in a hospital in Lahore daily. Exclusion criteria were: not having a BS Hons Psychology degree, and work experience >10 years.

Instruments

The Board of Advanced Studies and Research approved this research. After obtaining permission from the hospital authorities and informed consent from the participants, the questionnaires were distributed which were a demographic form, Toronto Empathy Questionnaire (TEQ), Brief COPE inventory, and the ProQoL scale. First a pilot study was conducted with ten participants. The data was collected in person or via email from the participants during their working hours. Before filling out the questionnaires, the participants were explained about the study purpose and they were assured that their data would only be used for research purposes and that their information would be kept confidential. The demographic form surveys gender, age, educational level, marital status, years of work experience, and working hours per day. The TEQ consists of 16 items rated on a 5-point Likert scale from 0 (never) to 4 (always). Higher scores show a great level of empathy while scores <45 show a low empathy. Construct validity of TEQ has been confirmed through associ-

ation with other questionnaires of empathy (e.g. with the empathy questionnaire; $r=0.80$). The internal consistency of TEQ is high, ranging from $\alpha=0.85$ to 0.87 , and its test-retest reliability is $r=0.81$ [4]. A good internal consistency ($\alpha=0.822$) for TEQ was obtained in our study. The Brief COPE inventory is a self-report questionnaire that is used to assess coping mechanisms in reaction to a particular situation. It has 28 items and 14 subscales including self-distraction, active coping, positive reframing, planning, use of emotional support, use of instrumental support, venting, self-distraction, acceptance, self-blame, behavioral disengagement, humor, denial, religion, and substance use. Following the instructions, the participants rated the items on a scale from 1 to 4. The internal consistency for the 14 subscales ranges from 0.57 to 0.90 [4]. A good internal consistency ($\alpha=0.756$) was obtained for this inventory in this study. The ProQoL scale has three subscales of BO, CF, and CS, and 30 items scored on a Likert scale from 1 (never) to 5 (very often). A high score show a high level. Cronbach's alpha for these subscales is 0.88, 0.75, and 0.81, respectively [4]. An acceptable internal consistency ($\alpha=0.639$) was obtained in this study.

Statistical analysis

The collected data were analyzed by in SPSS software, version 25 and were reported using mean and standard deviation. To examine the association between empathy, coping strategies, and ProQoL, Pearson correlation test was used. To examine the effect of demographic variables on these variables, categorical regression analysis was done by transforming demographic variables into dummy variables. The moderating role of work experience in the relationship between empathy and ProQoL was also tested.

Results

The correlation coefficients between the study variables as well as the mean scores of these variables are presented in Table 1. There was a weak positive correlation among empathy, problem-focused coping strategies, and emotion-focused coping strategies ($r=0.36$ and 0.46 ; $P=0.01$). There was a moderate positive significant correlation between empathy and CS ($r=0.47$, $P=0.01$); a very weak positive significant correlation exists between empathy and BO ($r=0.15$, $P=0.01$); and a weak positive significant correlation between CS and problem-focused coping strategies ($r=0.38$, $P=0.01$). The relationship among problem-focused coping strategies, BO, and CF was weak and negative ($r=-0.10$ and 0.16 , $P=0.01$). There was a weak positive significant correlation between emotion-focused coping strategies and CS ($r=0.12$, $P=0.01$).

Table 1. Mean scores and correlation coefficients between the study variables

Variables	Mean±SD	1	2	3	4
Empathy	36.5±10.6	-	-	-	-
Problem-focused	20.9±4.44	0.36**	-	-	-
Emotional focused	32.6±5.72	0.46**	-	-	-
Avoidance	18.4±3.69	-0.01	-	-	-
CS	41.2±3.16	0.47**	0.38**	0.12**	-0.12
BO	38.9±2.78	0.15**	-0.10**	-0.11	0.6*
CF	39.0±2.39	-0.05	-0.16**	-0.05	0.15*

**P<0.01, *P<0.05

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

There was a positive and very weak correlation between BO and Avoidance coping strategies ($r=0.6, P=0.05$). The relationship between Avoidance coping strategies and CF was relatively weak and positive ($r=0.15, P=0.05$).

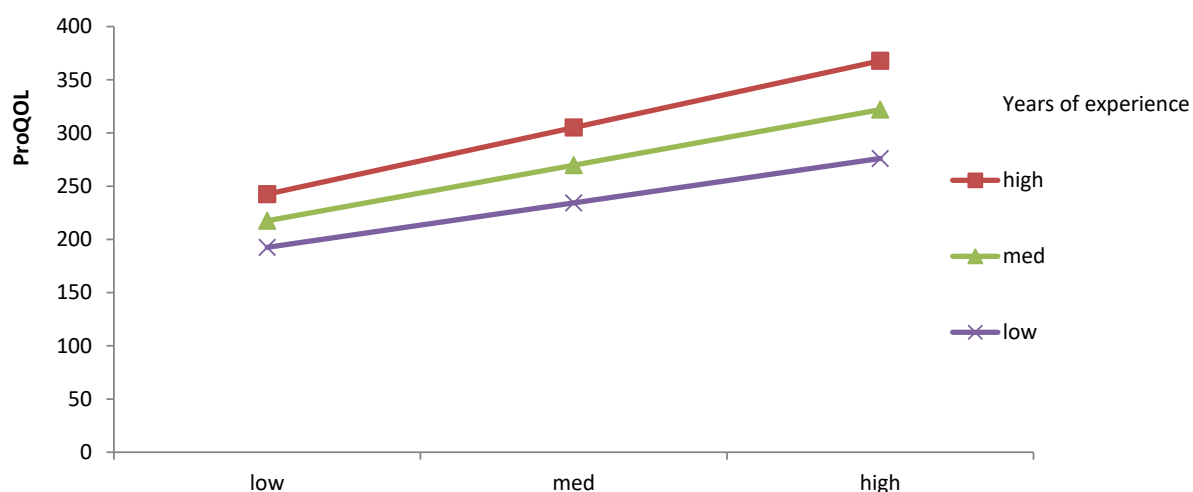
Categorical regression results

Table 2 shows the results for the effect of demographic variables (predictor variables) on study variables. Model 1 shows the effect of demographic variables on empathy. The R2 value of 0.208 indicates that predictor variables explained about 20% of changes in empathy; $F(10,69) = 1.808$. Gender and educational level had a significant impact on empathy ($P<0.05$), where females and those with PhD degree had more empathy. Age, years of work experience, marital status, and working hours per day had no significant impact on empathy. Model 2 shows the effect of demographic variables on coping strategies.

The R2 value of 0.145 indicates that predictor variables explained about 14% of changes in coping strategies; $F(10,69) = 1.173$. There was no significant impact of demographic variables on coping strategies compared to the reference group. Model 3 shows the effect of demographic variables on ProQoL. The R2 value of 0.234 indicates that the predictor variables explained about 23% of changes in ProQoL; $F(10,69) = 2.103$. Age had a significant impact on ProQoL ($P<0.05$), where people aged 28-32 years of age had good ProQoL compared to the reference group. Gender, years of work experience, marital status, and working hours per day had no significant impact on ProQoL.

Moderation analysis results

Table 3 indicates the results assessing the moderating role of work experience in the relationship empathy and



Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Figure 3. Moderating role of the years of work experience in the relationship between empathy and ProQoL

ProQoL. In Model 1, the R² value of 0.79 indicated that the predictor explained 79% of variance in empathy; F (2,27)=3.303, P>0.05. The finding showed that (β=0.22, P<0.01) and work experience (β=-0.16, P<0.05) predicted ProQoL. In Model 2, R² value of 0.14 indicated that the predictor explained 14% variance in ProQoL; F (1.76)=0.02, P<0.001. The finding revealed that empathy (β=2.10, P<0.01) and work experience (β=-0.15, P>0.05) and empathy×work experience (β=0.256, P>0.01) predicted ProQoL. The ΔR² value of 0.06 revealed that work

experience explained 6% of changes in empathy and ProQoL; ΔF (2, 77)=3.303, P<0.05. Finding show that work experience in years moderates the relationship between empathy and professional quality of life.

Simple slope analysis indicated that years of work experience acted as a buffer to increase the correlation between empathy and ProQoL (P<0.001) (Figure 3).

Table 2. Categorical regression analysis results for assessing the impact of demographic factors on the study variables

Model	Predictor Variables	B	β	Standard Error	t	p	
Model 1: Empathy	(Constant)	57.34***	NA	7.367	7.783	0.0001	
	Gender (ref: Female)	Male	-4.75*	-0.223	2.360	-2.012	0.048
	Age (ref:33-37 years)	23-27	1.656	0.077	5.348	0.310	0.758
		28-32	-2.501	-0.112	5.239	-0.477	0.635
	Years of work experience (ref: 6-10 years)	1-5	-3.657	-0.150	3.311	-1.104	0.273
		ADCP	-12.84*	-0.592	6.395	-2.00	0.048
	Educational level (ref: PhD)	Master's degree	-12.26*	-0.574	6.314	-1.94	0.056
		Married	-3.25	-0.146	2.59	-1.25	0.214
	Marital status (ref: Single)	Divorced	-11.18	-0.165	7.73	-1.44	0.153
		Separated	6.322	0.093	7.381	0.856	0.395
	Working hours per day (ref: 5-9 h)	1-4h	-4.307	-0.191	2.48	-1.73	0.088
	R ²	0.208					
Model 2: Coping Strategies	(Constant)	75.96***	NA	7.620	9.968	0.0001	
	Gender (ref: Female)	Male	2.12	0.100	2.441	0.868	0.388
	Age (ref:33-37 years)	23-27	-6.43	-0.300	5.532	-1.16	0.249
		28-32	-6.63	-0.298	5.418	-1.224	0.225
	Years of work experience (ref: 6-10 years)	1-5	3.83	0.158	3.425	1.119	0.267
		ADCP	-0.529	-0.024	6.615	-0.080	0.936
	Educational level (ref: PhD)	Maters' degree	-0.112	-0.005	6.531	-0.017	0.986
		Married	-3.94	-0.177	2.683	-1.470	0.146
	Marital status (ref: Single)	Divorced	-1.39	-0.021	7.999	-0.175	0.862
		Separated	10.13	0.150	7.634	1.328	0.189
	Working hours per day (ref: 5-9 h)	1 to 4	-4.27	-0.190	2.575	-1.659	0.102
	R ²	0.145					

Model	Predictor Variables		B	β	Standard Error	t	p
Model 3: ProQoL	(Constant)		114.5***	NA	3.752	30.52	0.0001
	Gender (ref: Female)	Male	1.065	0.097	1.202	0.886	0.379
	Age (ref:33-37 years)	23-27	4.791	0.429	2.724	1.75	0.083
		28-32	6.193**	0.535	2.668	2.321	0.023
	Years of work experience (ref: 6-10 years)	1-5	1.262	0.100	1.687	0.748	0.457
	Educational level (Ref: PhD)	ADCP	-2.005	-0.178	3.257	-0.616	0.540
		Master's degree	0.267	0.024	3.216	0.083	0.934
	Marital status (ref: Single)	Married	1.058	0.091	1.321	0.800	0.426
		Divorced	-6.099	-0.174	3.939	-1.54	0.126
	Working hours per day (ref: 5-9 h)	Separated	4.087	0.117	3.759	1.087	0.281
		1-4	-2.104	-0.180	1.268	-1.660	0.102
R ²			0.234				

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Discussion

The purpose of the present study was to examine the relationship among ProQoL, coping strategies, and empathy of clinical psychologists in Lahore, Pakistan. According to the results, there was a significant positive relationship between empathy, problem-focused coping strategies, and emotion-focused coping strategies. Problem-focused coping strategies include active managing, planning, and suppression of competing activities. Emotion-focused coping strategies include positive reframing, acceptance, religion, and humor. We found no significant relationship between empathy and avoidance coping

strategies. These findings support the results of previous studies. Varadarajan et al. [19] found that perceived empathy, or one's perceived capacity for empathy, negatively correlated with maladaptive coping mechanisms (such as behavioral disengagement). Sun et al. [20] reported that higher empathy was related to the usage of more adaptive coping strategies (active coping, positive reframing, planning, and acceptance), social support (instrumental and emotional support), and fewer maladaptive coping strategies (denial, substance use, behavioral disengagement, and self-blame).

Table 3. Regression coefficients for assessing the moderating role of work experience (n=80)

Variables	Model 1			Model 2		
	B	β	SE	B	β	SE
Constant	91.4***		0.87	91.52***		0.84
Empathy	1.77**	0.22**	0.87	2.10**	0.26**	0.86
Work experience	-1.33	-0.16	0.87	-1.23	-0.15	0.85
Empathy×work experience				2.26**	0.26**	0.95
R ²	0.08			0.14		
Δ R ²				0.06		

***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Current study indicated a weak positive relationship between CS and problem-focused coping strategies. Previous research showed a positive relationship between problem-focused coping and job satisfaction. The amount of work, problem-focused coping, peer support, family and friend care, and CF all had an impact on job satisfaction [21]. There was a weak negative association between problem-focused coping strategies, BO, and CF. Other studies also showed a weak link between BO and problem-focused coping mechanisms. Higher scores in the instruments, which are a sign of successful use of inner resources for problem-solving, were seen as representing directives of job demands [22, 23]. In our study, there was a weak positive association between CS and emotion-focused coping strategies. The association between emotion-focused coping strategies, BO, and CF was not significant. These results are in contrast to the results of a previous research, which revealed that burnout might be caused by higher use of emotion-focused coping strategies and a lower problem-focused and avoidance coping strategies [24]. This discrepancy can be due to difference in the study population and various coping mechanisms used by clinical psychologists. There was a weak positive association between avoidance coping, BO, and CF. The previous study demonstrated that avoidance coping and CF had a significant relationship with each another. Better emotion-focused coping and lower problem-focused and avoidance coping may contribute to burnout [24]. Our study is consistent with previous studies focused on different strategies that involve problem-focused, emotion-focused, and avoidance coping strategies. In Justin et al.'s [12] study on clinical psychologists, a significant positive relationship was observed among hardiness, control, commitment, active, positive reframing, planning, religious coping strategies, and CS; a significant negative relationship was seen between denial, and behavior disengagement coping strategies and CS; a significant positive relationship was observed between self-distraction, denial, and behavior disengagement coping strategies, CF, and burnout; and a significant negative relationship between hardiness, challenge, and commitment coping strategy, CF, and burnout [12]. In our study, empathy, CS, and BO had a moderate positive association with one another, but there was no significant association between CF and empathy. This is consistent with the results of Varadarajan, et al. [19], who found that the association between empathy, CF, and CS change significantly over time. Another research showed that empathy and adaptive coping strategies had a significant positive relationship with CS, and a significant negative relationship with burnout [25].

According to the present study, the relationship between empathy and ProQoL was moderated by clinical psychologists' years of work experience. Various possible reasons can be behind this findings. Due to the pressure of the system, clinical psychologists are facing an increased stress and BO at workplace. Due to an increase in the number of patients and declining resources, they work long hours and feel less able to meet patient needs. Their compassion fatigue and an overall reduction in ProQoL can also be due to prolonged exposure to patients who are unwell, injured, suffering, or dying. These findings are consistent with a research in which pediatric nurses under the age of 40 and with 6–10 years of experience, showed a higher degree of burnout and a lower degree of compassion fulfillment [26].

To encourage healthy behaviors and enhance psychological health, a culture of health needs to be created. Good sleep hygiene, social support, mindfulness, reflective counseling, a manageable workload, and flexibility to manage family-work balance can promote a culture of health. Good sleep hygiene is a crucial factor in preventing burnout and boosting individual resilience [27]. According to social support studies, therapists who have solid meaningful relationships (both personal and professional) are less likely to burn out and be sad. Two emotional health interventions that have been shown to reduce burnout and foster resilience are mindfulness therapy and stress management technique [28].

Limitations and recommendations

The researcher faced some limitations in the present study. Since the study design was cross-sectional, causal relationships could not be determined. The data was only collected from one city and participants were mostly females, which reduce the generalizability of results. Moreover, this research used self-report tools that may contain biases in responses; therefore, other measures such as interviews with colleagues and family members can be used in future studies.

The results of this study suggest that awareness is crucial for stress management and reduction of compassion fatigue. Hence, experimental studies can be done to develop rules that can help prevent burnout and compassion fatigue in healthcare providers. Hence, mediation and educational programs can be done to improve knowledge of adaptive problem-focused coping in clinical psychologists and even in the administrative staff of hospitals.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Informed consent was obtained from all participants. The study objectives were explained to them. They were free to leave the study at any time and were assured of the confidentiality of their personal information.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of the second author in Clinical Psychology. This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Conceptualization, investigation, and initial draft preparation: Areeba Ikram; Methodology, writing, editing & review: Areeba Ikram and Sana Anwar Lashari; Funding Acquisition: Sana Anwar Lashari and Tahira Anwar Lashari; Supervision: Sana Anwar Lashari.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

کیفیت زندگی حرفه‌ای، همدلی و راهبردهای مقابله با آن در روان‌شناسان بالینی جوان در لاهور، پاکستان

عریبه اکرام^۱، ثنا انور لشاری^۲، طاهره انور لشاری^۳

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه بین‌المللی ریفا لاهور، لاهور، پاکستان.

۲. دانشکده روانشناسی کاربردی، مددکاری اجتماعی و سیاست، سینتوک، دانشگاه اوتارا مالزی، کداه، مالزی.

۳. دانشکده مهندسی برق و علوم کامپیوتری، دانشگاه ملی علوم و فناوری، اسلام‌آباد، پاکستان.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Ikram A, Anwar Lashari S, Anwar Lashari T. [Professional Quality of Life, Empathy, and Coping Strategies of Young Clinical Psychologists in Lahore, Pakistan (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):216-235.
<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4594.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.4594.1>

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ فروردین ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۹ خرداد ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

اهداف همدلی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی حرفه‌ای نقش مهمی در زندگی حرفه‌ای افراد دارند. تحقیقات متعدد نشان می‌دهند تجربه پیامدهای نامطلوب شفقت و همدلی اغلب به خستگی شفقت و همچنین فرسودگی شغلی منجر می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی بین همدلی، راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی حرفه‌ای و نقش تعدیل‌کننده تجربه کار در میان روان‌شناسان بالینی جوان در لاهور، پاکستان طراحی شد.

مواد و روش‌ها برای بررسی روابط بین متغیرهای مطالعه در یک مدل، از طرح تحقیق پیمایشی همبستگی استفاده شد. از روش نمونه‌گیری هدفمند برای جمع‌آوری داده‌ها از شرکت‌کنندگان ۲۳ تا ۳۷ ساله، با ۱ تا ۱۰ سال سابقه کار استفاده شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد شده که شامل پرسش‌نامه همدلی تورنتو (TEQ)، پرسش‌نامه پاسخ مقابله‌ای مختصر (COPE) و مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای (ProQOL) بود، جمع‌آوری شدند. داده‌ها با آزمون آلفای کرونباخ، آمار توصیفی، تحلیل همبستگی، تحلیل طبقه‌بندی و تحلیل تعدیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط قوی بین همدلی، راهبردهای مقابله سازگارانه و رضایت از شفقت است. تجزیه و تحلیل تعدیلی نشان داد همدلی و سال‌ها تجربه کاری به‌طور معناداری کیفیت زندگی حرفه‌ای را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری روان‌شناسان بالینی و دانشجویان باید برای تحریک و تقویت بیشتر مهارت‌های حل مسئله و سازگاری برای برآوردن الزامات شغلی پویا و پیچیده، آموزش ببینند.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی حرفه‌ای، خستگی شفقت، فرسودگی شغلی، پاکستان، مهارت‌های مقابله‌ای

* نویسنده مسئول:

دکتر ثنا انور لشاری

نشانی: مالزی، کداه، مددکاری اجتماعی و سیاست، سینتوک، دانشکده روانشناسی کاربردی، دانشگاه اوتارا مالزی.

تلفن: ۹۲۸۵۷۳۹ (۰۴) ۶۰+

پست الکترونیکی: sanalasharisana@gmail.com

مقدمه

خستگی از شفقت دو جزء دارد: بخش اول مربوط به احساساتی مانند خشم، خستگی، غم و ناامیدی است که از واکنش‌های رایج «فرسودگی شغلی»^۷ محسوب می‌شوند. عامل دوم «استرس تروماتیک ثانویه»^۸ است که یک خلق منفی است که به دلیل اضطراب و استرس ناشی از کار و تماس ثانویه با افرادی که رویدادهای بسیار استرس‌زا را تجربه کرده‌اند ایجاد می‌شود و اثرات آن ممکن است شامل ترس، مشکلات خواب، تصاویر آزاردهنده یا اجتناب از نشانه‌هایی از تجربیات ناراحت‌کننده فرد باشد [۴]. این سه‌گانه رضایت از شفقت، فرسودگی شغلی و استرس تروماتیک ثانویه، ویژگی‌های کلیدی کیفیت زندگی حرفه‌ای را تشکیل می‌دهند، زیرا هم تحت تأثیر رفاه و عملکرد حرفه‌ای کارکنانی هستند که از افراد مضطرب حمایت می‌کنند و هم بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند [۵].

طبق نظر استام [۴]، مفهوم کلی کیفیت زندگی حرفه‌ای به سه مؤلفه اصلی مربوط می‌شود که شامل: الف) ویژگی‌های محیط کار، ب) ویژگی‌های فرد و ج) قرار گرفتن فرد در معرض ترومای اولیه و ثانویه در محل کار است. ایده کیفیت زندگی حرفه‌ای به‌طور کلی برای کارکنان حقوق‌بگیر در حرفه امداد (مانند پرسنل پزشکی و پرسنل بهداشت روان) اعمال می‌شود.

محیط‌های بیمارستانی بار روانی سنگینی را بر روان‌شناسان بالینی تحمیل می‌کنند که تحت شرایط سختی مانند مواجهه مداوم با بدبختی، شکست‌های درمانی، اقدامات منفی و عدم همکاری مراجعان و کمبود منابع لازم کار می‌کنند. این عوامل باعث تحریک‌پذیری و به مخاطره انداختن سلامتی می‌شود و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد [۶]. اخیراً توماس و اوتیس [۷] طی یک بررسی از ۳۲ مطالعه در مورد پیش‌بینی‌کننده‌های خستگی از شفقت در متخصصان به این نتیجه رسیدند که «حجم موارد کاری» (میزان زمان صرف‌شده با قربانیان تروما) و نوع محیط بالینی (محیطی بدتر برای بستری) تنها عوامل محیطی/محل کار قابل ارزیابی خستگی از شفقت بودند. باین حال، زمانی که ویژگی‌های ذهنی متخصصان مورد بررسی قرار گرفت، سابقه آسیب‌دیدگی و ظرفیت آن‌ها برای همدلی به‌طور مداوم به‌عنوان عوامل خطر برای خستگی از شفقت شناخته شد.

علاوه‌براین، پزشکان احتمالاً روزانه با چندین رویداد آسیب‌زا سروکار دارند. طبق مطالعه فیگلی [۸] با قرار گرفتن بیشتر در معرض موقعیت‌های آزاردهنده، احتمال خستگی از شفقت تا ۲۷ درصد در میان پزشکان سلامت روان افزایش می‌یابد. مطالعه تامپسون و همکاران [۹] نیز نشان داد میزان خستگی از شفقت در روان‌شناسان زن در مقایسه با روان‌شناسان مرد بیشتر است که باعث تحقق شفقت کمتر و احساس موفقیت فردی کمتر می‌شود.

همدلی به‌عنوان مهارتی برای درک عاطفی احساسات دیگران، نگرش به موقعیت‌ها از نقطه‌نظر آن‌ها و قرار دادن خود در موقعیت آن‌ها تعریف می‌شود. یک مطالعه نشان داد پزشکان با رفتار همدلانه بالا میزان خستگی عاطفی را کاهش می‌دهند. مؤلفه شناختی همدلی (چشم‌انداز) با موفقیت شخصی بیشتر مرتبط بود [۱].

افراد به خواسته‌های عاطفی و فیزیکی ناشی از استرس با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که هدفشان کاهش سطح استرس است واکنش نشان می‌دهند [۲]. این رفتارها اغلب مکانیسم‌های مقابله‌ای نامیده می‌شوند. مکانیسم‌های مقابله، اقدامات دقیقی هستند که افراد برای تنظیم، تحمل، تسکین یا کاهش موقعیت‌های استرس‌زا انجام می‌دهند. مکانیسم‌های مقابله به‌طور کلی عبارت‌اند از: مشکل‌محور^۱، هیجان‌محور^۲ و اجتنابی^۳. در سبک مشکل‌محور، علت مشکل شناسایی می‌شود. مدیریت فعال، برنامه‌ریزی و غلبه بر اقدامات رقیب، نمونه‌هایی از این سبک هستند. سبک هیجان‌محور برای کاهش احساسات منفی مرتبط با مشکل استفاده می‌شود. چارچوب‌بندی مجدد سازنده، شناخت، روی آوردن به مذهب و کم‌دی نیز نمونه‌هایی از مقابله اجتنابی هستند و شامل فرار، فاصله گرفتن یا جدا شدن می‌شوند. این روش مستند دیگری برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زاست و شامل جدایی روانی یا فیزیکی است [۳].

اصطلاح «کیفیت زندگی حرفه‌ای»^۴ به هر دو عواطف مثبت و منفی اشاره دارد که ممکن است فرد در حین کار تجربه کند. «رضایت از شفقت»^۵ یک احساس مثبت است که در کیفیت زندگی حرفه‌ای یافت می‌شود، درحالی‌که «خستگی از شفقت»^۶ یک احساس منفی است که در کیفیت زندگی حرفه‌ای مشاهده می‌شود. رضایت از شفقت، احساس شادی در حرفه خود و کمک به دیگران است که توسط افرادی ابراز می‌شود که از کاری که می‌خواهند انجام دهند احساس خوشایندی دارند. آن‌ها احساس می‌کنند می‌توانند محکم به ابزارها و روش‌های جدید بچسبند. آن‌ها از افکار مثبت لذت می‌برند، احساس سعادت می‌کنند، می‌خواهند به کار خود ادامه دهند و ایمان دارند که می‌توانند تفاوت ایجاد کنند. رضایت از شفقت، نوعی نوع‌دوستی واقعی را شامل می‌شود و دربردارنده احساس رضایت است و به‌طور مؤثر از افراد حمایت می‌کند [۴].

1. Problem-focused
2. Emotional-focused
3. Avoidant coping
4. Professional Quality of Life (ProQoL)
5. Compassion Satisfaction (CS)
6. Compassion Fatigue (CF)

7. Burnout (BO)

8. Secondary Traumatic Stress (STS)

مدل مفهومی

کیفیت زندگی حرفه‌ای

مدل مفهومی، ارتباط بین همدلی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی حرفه‌ای را در یک مدل توضیح می‌دهد (تصویر شماره ۱). تاکتیک‌های مقابله‌ای شامل مقابله مشکل‌محور، مقابله هیجان‌محور و مقابله اجتنابی هستند. این مدل، رابطه همدلی را با همه این متغیرها توضیح می‌دهد. متغیر دوم، رابطه همدلی با کیفیت زندگی متخصص است. کیفیت زندگی حرفه‌ای دارای سه متغیر است: تحقق شفقت، فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت. متغیر سوم، رابطه راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت حرفه‌ای انواع زندگی است.

نقش سال‌های تجربه

این‌گونه مشخص شده است که سال‌های تجربه و سازوکارهای مقابله‌ای سازگار، شاخص‌های قابل‌اعتنایی از کیفیت زندگی حرفه‌ای هستند. سال‌های تجربه ارتباط مثبتی با رضایت از شفقت در میان درمانگران و ارتباط نامطلوبی با فرسودگی شغلی دارد. بنابراین، کیفیت زندگی حرفه‌ای روان‌شناس بالینی، همدلی و راهبردهای مقابله‌ای برای مطالعه در یک مدل مهم هستند، زیرا آن‌ها تقاضاهای عاطفی بالا و مسائل مربوط به سلامت روان را به‌طور مکرر نسبت به جمعیت عمومی تجربه می‌کنند و سال‌های تجربه آن‌ها نیز پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی حرفه‌ای خواهد بود [۱۵]. به بیان پریچر و همکاران [۱۶]، اگر قدرت رابطه بین دو متغیر به سطح متغیر سوم بستگی داشته باشد، متغیر سوم به‌عنوان تعدیل‌کننده در نظر گرفته می‌شود. مطالعه حاضر سال‌های تجربه را براساس شرایط زیر به‌عنوان تعدیل‌کننده در نظر گرفته است که هیز [۱۷] آن را ارائه کرده است (تصویر شماره ۲):

- سال‌های تجربه (به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده) بر جهت یا قدرت ارتباط بین همدلی (متغیر پیش‌بینی‌کننده) و کیفیت زندگی حرفه‌ای (متغیر وابسته) تأثیر می‌گذارد.

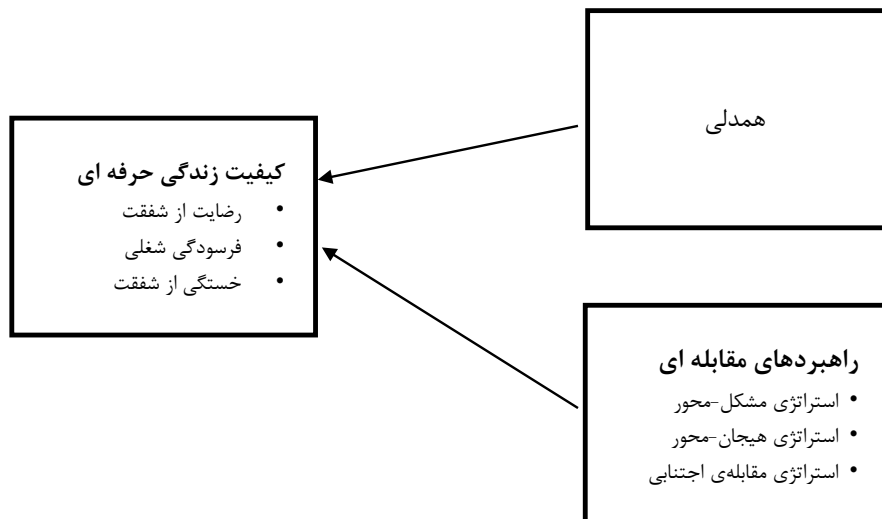
- تعدیل (سال‌های تجربه) بر تغییرات فردی یا عوامل زمینه‌ای تأثیر می‌گذارد که رابطه بین دو متغیر دیگر را که در ابتدا بیان شد، تغییر می‌دهد.

- هر دو متغیر مستقل (همدلی) و تعدیل‌کننده (سال‌های تجربه) عناصری در مرحله آزمایش هستند که با درمان‌های خاص دستکاری شده‌اند.

طبق تحقیقات تجربی، درمانگرانی که بیماران آسیب‌دیده را درمان می‌کنند، احتمالاً تغییراتی را در نحوه عملکرد ذهن خود تجربه می‌کنند. تغییر در کار روان‌شناختی ممکن است شامل تغییراتی در واکنش‌ها به شرایط محیطی باشد که به‌طور منفی با تجربیات بیماران مرتبط است و پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این واکنش‌های منفی ممکن است شامل اجتناب از رویداد آسیب‌زا، احساس وحشت، گناه، عصبانیت، غمگینی، جداافتادگی یا اضطراب باشد و حتی ممکن است به فرسودگی شغلی و انتقال متقابل منجر شود. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که با بیماران آسیب‌دیده سروکار دارند به‌طور مستقیم استرس خود را تجربه می‌کنند که تا حد بیشتری به خستگی از شفقت منجر می‌شود [۱۰].

به همین ترتیب، پژوهش‌ها همدلی و راهبردهای مقابله‌ای را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی حرفه‌ای در دفاتر مهاجرتی استرالیا نشان داده‌اند. خستگی از شفقت با همدلی کم و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مرتبط بود، درحالی‌که همدلی بالا و مقابله انطباقی، رضایت از شفقت را پیش‌بینی می‌کرد [۱۱]. یافته‌های پژوهش جاستین و همکاران [۱۲] نشان داد راهبردهای مقابله‌ای متعصبانه و مذهبی احتمالاً رضایت بیشتری از شفقت را در میان روان‌شناسان بالینی شاغل پیش‌بینی می‌کنند، درحالی‌که تعهد، جداافتادگی رفتاری، آسیب‌رسانی به خود و راهبردهای مقابله با شوخ‌طبعی احتمالاً خستگی از شفقت بیشتری را در میان روان‌شناسان بالینی پیش‌بینی می‌کنند.

یافته‌ها در پاکستان نشان داده است بیماری روانی یک نگرانی رایج است و توجه روزافزون مردم معطوف به استمداد روانی است [۱۳]. بنابراین، متخصصان سلامت روان که هم روان‌شناسان بالینی و هم روان‌پزشکان در پاکستان را دربر می‌گیرد، به‌طور مکرر در معرض افراد دارای رویدادهای استرس‌زا، اضطراب و چندین مشکل سلامت روان دیگر در زندگی قرار می‌گیرند. کار آن‌ها مستلزم توجه مثبت بی‌قید و شرط، همدلی، گوش دادن فعال و درک عاطفی در طول جلسات است. بنابراین آن‌ها در معرض خطر بیشتری برای درونی کردن احساسات منفی هستند که باعث خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی می‌شود که در نهایت بر کیفیت زندگی حرفه‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۱۴]. از این‌رو، توجه به این نکته معطوف شد که عملکرد روان‌شناسان بالینی جوان تا چه میزان بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد و نحوه برخورد آن‌ها و شناخت راهبردهای رفتاری مثبتی که باعث افزایش رضایت و کیفیت زندگی می‌شود، نوآوری این مطالعه بوده است. از این‌رو، بررسی رابطه بین کیفیت زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی جوان، همدلی و مکانیسم‌های مقابله‌ای در یک مدل واحد به این دلایل ضروری بود.



تصویر ۱. مدل مفهومی مطالعه

روش

طرح پژوهش

برای درک طرح توصیفی پدیده‌ها که در آن از طرح تحقیق پیمایشی همبستگی استفاده شده است، محقق، همبستگی بین سه متغیر را در یک مدل همدلی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی حرفه‌ای در روان‌شناسان بالینی مورد مطالعه قرار داده است.

شرکت‌کنندگان

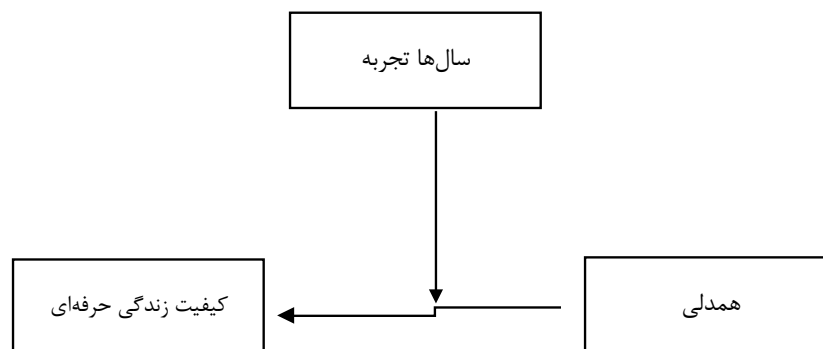
در لاهور، بسیاری از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مشغول به کار هستند که در آن‌ها بیش از ۱۰۰ روان‌شناس بالینی جوان ثبت‌نام شده وجود دارد [۱۸]. از بین این ۱۰۰ روان‌شناس بالینی، ۸۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای محاسبه حجم نمونه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

پژوهش، از نرم‌افزار جی*پاور^۹ استفاده شد که این نرم‌افزار، حجم نمونه ۸۰ شرکت‌کننده را ارزیابی کرد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ۹۰ پرسش‌نامه بین روان‌شناسان بالینی مختلف توزیع شد و ۱۰ پرسش‌نامه به‌دلیل از دست دادن داده‌ها و عدم پاسخ‌گویی از سوی شرکت‌کنندگان کنار گذاشته شد. از نظر مدارک تحصیلی، ۳۸/۸ درصد از نمونه‌ها دارای مدرک دیپلم پیشرفته روان‌شناسی بالینی^{۱۰}، ۵۷/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد، و ۳/۸ درصد دارای مدرک دکترا بودند. سابقه کار ۷۵ درصد از شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۵ سال بود و ۲۵ درصد باقیمانده ۶ تا ۱۰ سال تجربه کاری داشتند. سن شرکت‌کننده‌ها بین ۲۳ تا ۳۷ سال (میانگین ۳۰ سال) بود. نمونه‌ها عمدتاً زنان (۵۶/۲ درصد) بودند.

9. G*Power

10. Advanced Diploma in Clinical Psychology (ADCP)



تصویر ۲. نقش تعدیل‌کننده سال‌ها تجربه بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

همدلی

همدلی با استفاده از پرسش‌نامه همدلی تورنتو^{۱۲} اندازه‌گیری شد. این مقیاس شامل ۱۶ گویه است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) اندازه‌گیری می‌شود. نمرات بالای پرسش‌نامه همدلی تورنتو نشان می‌دهد که یک فرد از سطح بالایی از همدلی برخوردار است، در حالی که نمرات زیر ۴۵ نشان می‌دهد که سطح همدلی پاسخ‌دهندگان کمتر از حد متوسط است. روایی ساختاری پرسش‌نامه همدلی تورنتو مبتنی بر روابط با پرسش‌نامه‌های همدلی دیگر تأیید شده است؛ به‌عنوان مثال، ارتباط مثبت با پرسش‌نامه EQ ($r=0/80$)، پایایی داخلی پرسش‌نامه همدلی تورنتو عالی بود (با ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ تا $0/87$) و پایایی آزمون مجدد آن نیز با $r=0/81$ و $P<0/001$ تعیین شد [۴]. همچنین سازگاری درونی خوب از پرسش‌نامه همدلی تورنتو در مطالعه اخیر به دست آمد ($\alpha=0/822$).

مقابله

مقیاس سیاهه COPE مختصر، یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که برای ارزیابی انواع مکانیسم‌های مقابله‌ای که یک فرد ممکن است در واکنش به یک موقعیت خاص به کار گیرد، استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۱۴ خرده‌مقیاس دارد که شامل مقابله فعال، چارچوب مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، استفاده از حمایت عاطفی، استفاده از حمایت ابزاری، تخلیه، حواس پرتی، پذیرش، سرزنش خود، عدم درگیری رفتاری، شوخ طبعی، انکار، مذهب و مصرف مواد است. با پیروی از دستورالعمل‌ها، شرکت‌کنندگان فراوانی استفاده از ۲۸ اقدام مقابله‌ای را در مقیاس ۱ تا ۴ رتبه‌بندی می‌کنند. سازگاری درونی برای ۱۴ خرده‌مقیاس از $0/57$ تا $0/90$ متغیر است [۴]. همسانی درونی خوبی برای این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به دست آمد ($\alpha=0/756$).

مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای

فرسودگی شغلی، خستگی از شفقت و رضایت از شفقت، ۳ خرده‌مقیاس این مقیاس هستند که برای تعیین کیفیت زندگی حرفه‌ای افراد مورد استفاده قرار می‌گیرند. ۳۰ گویه در این مقیاس در مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (خیلی اوقات) نمره‌گذاری می‌شوند تا مشخص شود شرکت‌کنندگان چقدر با هریک از این ۳۰ تجربه مواجه شده‌اند. نمرات ۴۲ یا بالاتر در خرده‌مقیاس سنجش تحقق شفقت ($\alpha=0/88$)، خرده‌مقیاس فرسودگی شغلی ($\alpha=0/75$) و خرده‌مقیاس خستگی شفقت ($\alpha=0/81$) به‌عنوان نمره بالا تفسیر می‌شوند [۴]. همسانی درونی قابل قبولی در مطالعه حاضر به دست آمد ($\alpha=0/639$).

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تجربه کاری ۱ تا ۱۰ سال، روان‌شناس بالینی دارای مجوز و کار روزانه در بیمارستانی در لاهور.

معیارهای خروج نیز نداشتن مدرک BS Hons روان‌شناسی (یک برنامه ۳ساله کارشناسی در حوزه مطالعات علمی با تخصص در مطالعه ذهن، رفتار و روان انسان)، نداشتن مجوز روان‌شناس بالینی و سابقه بیش از ۱۰ سال بود.

انجام پژوهش

در ابتدا، نویسندگان مجوز رسمی برای استفاده از مقیاس را دریافت کردند و هیئت مطالعات و تحقیقات پیشرفته، این تحقیق را تأیید کرد. سپس مجوز لازم از مرجع بیمارستان در خصوص جمع‌آوری داده‌ها گرفته شد. محقق فقط به روان‌شناسان بالینی مراجعه کرد که معیارهای ورود را داشتند و مایل به مشارکت بودند. مقیاس‌ها به ترتیب زیر ارائه شدند: برگه جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه همدلی تورنتو، مقیاس سیاهه COPE مختصر^{۱۱} و کیفیت زندگی حرفه‌ای. قبل از انجام تحقیق نهایی، یک مطالعه آزمایشی با ۱۰ شرکت‌کننده انجام شد. تمام داده‌ها دست‌به‌دست و از طریق ایمیل از پاسخ‌دهندگان در ساعات کاری آن‌ها جمع‌آوری شد. برخی از روان‌شناسان بالینی بلافاصله پرسش‌نامه را پر کردند و برخی دیگر ۱ هفته طول کشید تا فرم‌های پر شده را برگردانند. قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، به شرکت‌کنندگان در مورد هدف تحقیق آموزش داده شد و اطمینان حاصل شد که داده‌های ارائه‌شده فقط برای اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرند و اینکه مشخصات آن‌ها چه در حین تحقیق و چه پس از اتمام تحقیق در معرض دید کسی قرار نمی‌گیرد.

از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه باتوجه به تمایل آن‌ها به مشارکت، رضایت آگاهانه دریافت شد و جزئیات کامل پژوهشگر و مطالعه پژوهشی، قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها ارائه شد و از مراجع دانشگاهی و بیمارستانی در خصوص تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها مجوز اخذ شد.

اندازه‌گیری‌ها

برگه جمعیتی

اطلاعات جمعیت‌شناختی با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که در مورد جنسیت، سن، صلاحیت تحصیلی، وضعیت تأهل، سال‌های سابقه کار و ساعات کار در روز سؤال می‌کرد، جمع‌آوری شد.

12. Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)

11. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)

تحلیل آماری

اما بسیار ضعیف وجود داشت ($r=0/06$ ، $P=0/05$). رابطه بین مقابله اجتنابی و خستگی از شفقت نسبتاً ضعیف اما مثبت بود ($r=0/15$ ، $P=0/05$).

رگرسیون طبقه‌ای

جدول شماره ۲ تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی (متغیرهای پیش‌بینی‌کننده) بر متغیرهای مطالعه (متغیرهای وابسته) را نشان می‌دهد. این ۳ مدل، رابطه بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده طبقه‌بندی شده از نظر جنسیت، سن، سابقه کار در ۱ سال، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل و ساعات کار در ۱ روز و متغیرهای وابسته مانند همدلی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی حرفه‌ای را نشان می‌دهد.

مدل ۱ تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر همدلی را نشان می‌دهد. مقدار $R^2=0/208$ نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بینی‌کننده ۲۰ درصد متغیر وابسته را با $F_{(10, 69)}=1/108$ تبیین می‌کنند. جنسیت و مدرک تحصیلی تأثیر معناداری بر همدلی دارند. افراد در گروه مقایسه همدلی بیشتری دارند. سن، سابقه کار در ۱ سال، وضعیت تأهل و ساعات کار در ۱ روز در مقایسه با گروه مرجع تأثیر معناداری بر همدلی ندارند.

مدل ۲ تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی را بر راهبردهای مقابله‌ای نشان می‌دهد. مقدار $R^2=0/145$ نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بینی‌کننده ۱۴ درصد متغیر وابسته را با $F_{(10, 69)}=1/173$ تبیین می‌کنند. تأثیر معناداری از متغیرهای جمعیت‌شناختی بر راهبردهای مقابله در مقایسه با گروه مرجع وجود ندارد.

مدل ۳ تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی را بر کیفیت زندگی حرفه‌ای نشان می‌دهد. مقدار $R^2=0/234$ نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بینی‌کننده ۲۳ درصد متغیر وابسته را با $F_{(10, 69)}=2/103$ تبیین می‌کنند. سن تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی حرفه‌ای دارد و افراد زیر ۲۸ تا ۳۲ سال از کیفیت زندگی حرفه‌ای خوبی

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش شدند. برای بررسی ارتباط بین همدلی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی حرفه‌ای از تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی شخصی بر متغیرهای مطالعه از رگرسیون طبقه‌ای با تبدیل متغیرهای جمعیت‌شناختی به متغیرهای ساختگی استفاده شد. همچنین برای بررسی نقش تعدیل‌کننده تجربه کاری در ۱ سال بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای، تحلیل تعدیل انجام شد.

یافته‌ها

تحلیل‌های اولیه

ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مطالعه در **جدول شماره ۱** با میانگین و انحراف معیار نمرات ارائه شده است که بین همدلی و مقابله مشکل محور و مقابله هیجان محور رابطه مثبت ضعیفی وجود دارد ($r=0/36$ ، $P=0/01$). همچنین ارتباط مثبت متوسطی بین همدلی و رضایت از شفقت وجود داشت ($r=0/47$ ، $P=0/01$). بین همدلی و فرسودگی شغلی رابطه مثبت و بسیار ضعیف معناداری مشاهده شد ($r=0/15$ ، $P=0/01$). علاوه بر این، رابطه مثبت ضعیفی بین رضایت از شفقت و مقابله مشکل محور وجود داشت ($r=0/38$ ، $P=0/01$). رابطه بین مقابله مشکل محور، فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت ضعیف، اما منفی بود ($r=-0/16$ ، $P=0/01$).

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد ارتباط مثبت ضعیف و معناداری بین مقابله هیجان محور و رضایت از شفقت وجود دارد ($r=0/12$ ، $P=0/01$). بین فرسودگی شغلی و مقابله اجتنابی یک رابطه مثبت

جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی بین همدلی، راهبردهای مقابله مشکل محور، هیجان محور و اجتنابی، رضایت از شفقت، فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
همدلی	۳۶/۵۱ \pm ۱۰/۶	-	-	-	-
مقابله مشکل محور	۲۰/۹ \pm ۴/۴۴	۰/۳۶**	-	-	-
مقابله هیجان محور	۳۲/۶ \pm ۵/۷۲	۰/۴۶**	-	-	-
مقابله اجتنابی	۱۸/۴ \pm ۳/۶۹	-۰/۰۱	-	-	-
رضایت از شفقت	۴۱/۲ \pm ۳/۱۶	۰/۴۷**	-۰/۳۸**	۰/۱۲**	-۰/۱۲
فرسودگی شغلی	۳۸/۹ \pm ۲/۷۸	۰/۱۵**	-۰/۱**	-۰/۱۱	۰/۶*
خستگی از شفقت	۳۹/۰ \pm ۲/۳۹	-۰/۰۵	-۰/۱۶**	-۰/۰۵	۰/۱۵*

$P < 0/01$ ؛ $P < 0/05$

را توضیح می‌دهند ($F_{(1, 27)} = 3/303, P < 0/005$). یافته‌ها نشان‌دهنده همدمی ($\beta = 0/221, P < 0/05$) و تجربه کاری در سال ($\beta = 0/16, P < 0/05$) بود. در مدل ۲، مقدار $R^2 = 0/14$ نشان داد پیش‌بینی‌کننده‌ها ۱۴ درصد واریانس را توضیح می‌دهند ($F_{(1, 26)} = 0/02, P < 0/001$). این یافته نشان داد همدمی ($\beta = 2/10, P < 0/01$) و سابقه کار در سال ($\beta = 0/154, P < 0/05$) و همدمی \times تجربه کاری در سال‌ها کیفیت زندگی حرفه‌ای را پیش‌بینی می‌کنند ($\beta = 0/256, P < 0/01$). مقدار $\Delta R^2 = 0/06$ یک تغییر

در مقایسه با گروه مرجع برخوردارند. جنسیت، سابقه کار در ۱ سال، وضعیت تأهل و ساعات کار در ۱ روز در مقایسه با گروه مرجع تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی حرفه‌ای ندارند.

تجزیه و تحلیل تعدیلی

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده تعدیل تجربه کاری بین همدمی و کیفیت زندگی حرفه‌ای است. در مدل ۱، مقدار $R^2 = 0/79$ نشان داد پیش‌بینی‌کننده‌ها ۷۹ درصد واریانس متغیر وابسته

جدول ۲. تحلیل رگرسیون طبقه‌ای از میان تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر متغیرهای مطالعه

مدل‌ها	متغیرهای پیش‌بینی‌کننده	B	β	S.E	t	P
مدل ۱ همدمی	ثابت	۵۷/۳۳۰۰۰	NA	۷/۳۶۷	۷/۷۸۳	۰/۰۰۰۱
	جنسیت (مرجع: زن)	-۴/۷۵۰	-۰/۲۲۳	۲/۳۶۰	-۲/۰۱۲	۰/۰۴۸
	سن (مرجع: ۳۳ تا ۳۷ سال)	۱/۶۵۶	۰/۰۷۷	۵/۳۴۸	۰/۳۱۰	۰/۷۵۸
	سابقه کار در یک سال (مرجع: ۶ تا ۱۰ سال)	-۲/۵۰۱	-۰/۱۱۲	۵/۲۳۹	-۰/۴۷۷	۰/۶۳۵
	مدیرک تحصیلی (مرجع: دکتری)	-۱۲/۸۳۰	-۰/۵۹۲	۶/۳۹۵	۲/۰۰	۰/۰۴۸
	کارشناسی ارشد	-۱۲/۲۶۰	-۰/۵۷۴	۶/۳۱۴	-۱/۹۴	۰/۰۵۶
	متأهل	-۳/۲۵	-۰/۱۴۶	۲/۵۹	-۱/۲۵	۰/۲۱۴
	وضعیت تأهل (مرجع: مجرد)	-۱۱/۱۸	-۰/۱۶۵	۷/۷۳	-۱/۴۴	۰/۱۵۳
	زندگی جدا	۰/۳۹۵	۰/۱۸۵۶	۷/۳۸۱	۰/۰۹۳	۶/۳۲۲
	ساعات کار در روز (مرجع: ۵ تا ۹)	-۴/۳۰۷	-۰/۱۹۱	۲/۴۸	-۱/۷۳	۰/۰۸۸
R^2						۰/۲۰۸
مدل ۲ راهبردهای مقابله	ثابت	۷۵/۹۶۰۰۰	NA	۷/۶۲۰	۹/۹۶۸	۰/۰۰۰۱
	جنسیت (مرجع: زن)	۲/۱۲	۰/۱۰۰	۲/۴۴۱	۰/۸۶۸	۰/۳۸۸
	سن (مرجع: ۳۳ تا ۳۷ سال)	-۶/۴۳	-۰/۳۰۰	۵/۵۳۲	-۱/۱۶	۰/۲۳۹
	سابقه کار در یک سال (مرجع: ۶ تا ۱۰ سال)	-۶/۶۳	-۰/۲۹۸	۵/۴۱۸	-۱/۲۲۴	۰/۲۲۵
	مدیرک تحصیلی (مرجع: دکتری)	-۰/۵۲۹	-۰/۰۲۴	۶/۶۱۵	-۰/۰۸۰	۰/۹۳۶
	کارشناسی ارشد	-۰/۱۱۲	-۰/۰۰۵	۶/۵۳۱	-۰/۰۱۷	۰/۹۸۶
	متأهل	-۳/۹۴	-۰/۱۷۷	۲/۶۸۳	-۱/۴۷۰	۰/۱۴۶
	وضعیت تأهل (مرجع: مجرد)	-۱/۳۹	-۰/۰۲۱	۷/۹۹۹	-۰/۱۷۵	۰/۸۶۲
	زندگی جدا	۱۰/۱۳	۰/۱۵۰	۷/۶۳۴	۱/۳۲۸	۰/۱۸۹
	ساعات کار در روز (مرجع: ۵ تا ۹)	-۴/۲۷	-۰/۱۹۰	۲/۵۷۵	-۱/۶۵۹	۰/۱۰۲
R^2						۰/۱۴۵

مدل‌ها	متغیرهای پیش‌بینی کننده	B	β	S.E	t	P
	ثابت	۱۱۴/۵۰۰۰	NA	۳/۷۵۲	۳۰/۵۲	۰/۰۰۰۱
	جنسیت (مرجع: زن)	۱/۰۶۵	۰/۰۹۷	۱/۲۰۲	۰/۸۸۶	۰/۳۷۹
	سن (مرجع: ۳۳ تا ۳۷ سال)	۴/۷۹۱	۰/۴۲۹	۲/۷۳۴	۱/۷۵	۰/۰۸۳
	سابقه کار در یک سال (مرجع: ۶ تا ۱۰ سال)	۶/۱۹۳۰۰	۰/۵۳۵	۲/۶۶۸	۲/۳۲۱	۰/۰۲۳
	مدل ۳	۲/۰۰۵	-۰/۱۷۸	۳/۲۵۷	-۰/۶۱۶	۰/۵۴۰
کیفیت زندگی حرفه‌ای	مدل ۳ کیفیت زندگی حرفه‌ای	۰/۲۶۷	۰/۰۲۴	۳/۲۱۶	۰/۰۸۳	۰/۹۳۴
	متاهل	۱/۰۵۸	۰/۰۹۱	۱/۳۳۱	۰/۸۰۰	۰/۴۲۶
	وضعیت تأهل (مرجع: مجرد)	-۶/۰۹۹	-۰/۱۷۴	۳/۹۳۹	-۱/۵۴	۰/۱۲۶
	طلاق	۴/۰۸۷	۰/۱۱۷	۳/۷۵۹	۱/۰۸۷	۰/۲۸۱
	ساعات کار در روز (مرجع: ۵ تا ۹)	-۲/۱۰۴	-۰/۱۸۰	۱/۲۶۸	-۱/۶۶۰	۰/۱۰۲
	R ²			۰/۲۳۴		

$$P < 0.0001, P < 0.001, P < 0.05$$

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

و غلبه بر فعالیت‌های رقیب و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور شامل چارچوب‌بندی مجدد مثبت، شناسایی، چرخش به سمت مذهب و شوخ‌طبعی است، اما بین همدلی و مقابله اجتنابی رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها از تحقیقات قبلی پشتیبانی می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط وارداجان و همکاران [۱۹] انجام شد، معلوم شد همدلی درک‌شده یا ظرفیت درک‌شده فرد برای همدلی، با مکانیسم‌های مقابله ناسالم (مانند عدم مشارکت رفتاری) ارتباط منفی دارد. تحقیق سان و همکاران [۲۰] نشان داد همدلی بالاتر با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارتر (مقابله فعال، چارچوب‌بندی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی و پذیرش) و حمایت اجتماعی (حمایت ابزاری و عاطفی) مرتبط بوده و با راهبردهای مقابله ناسازگار کمتر مرتبط است (انکار، مصرف مواد، عدم درگیری رفتاری و سرزنش خود).

تحقیقات کنونی نشان‌دهنده یک رابطه مثبت ضعیف بین رضایت از شفقت و مقابله متمرکز بر مشکل است. تحقیقات قبلی نشان می‌دهند رابطه مثبتی بین مقابله مشکل‌محور و رضایت شغلی وجود دارد. میزان کار، مقابله مشکل‌محور، حمایت از هم‌تایان، مراقبت از خانواده و دوستان و خستگی از شفقت همگی بر رضایت شغلی تأثیر داشتند [۲۱]. ارتباط منفی ضعیفی بین مقابله مشکل‌محور، فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت وجود داشت. مطالعات دیگر همچنین نشان دادند ارتباط ضعیفی بین فرسودگی شغلی و مکانیسم‌های مقابله‌ای حل مسئله وجود دارد. نمرات بیشتر در ابزارها که نشانه استفاده موفق از منابع درونی برای حل مسئله و خلاقیت است، به‌عنوان دستورالعمل‌های

۶ درصدی را در واریانس مدل ۱ و مدل ۲ نشان داد ($r^2 = 0.03$). $\Delta F_{(3, 37)} < 0.05, P < 0.05$. یافته‌ها نشان می‌دهند سال‌ها تجربه کاری رابطه بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای را تعدیل می‌کند.

تجزیه و تحلیل شیب ساده نشان داد سال‌ها تجربه به‌عنوان یک بافر برای افزایش همبستگی بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای عمل می‌کند. اگرچه تجزیه و تحلیل نشان داد همه شیب‌ها معنادار بودند ($P < 0.001$) (تصویر شماره ۳).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی چگونگی ارتباط کیفیت زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی و استفاده آن‌ها از استراتژی‌های مقابله‌ای و همدلی با یکدیگر بود. برای تبیین ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه، مدلی فرضی ساخته شد و در این تحقیق به‌صورت تجربی مورد ارزیابی قرار گرفت. در این زمینه، یکی از اهداف کلیدی مطالعه، بررسی ارتباط بین مکانیسم‌های مقابله روان‌شناسان بالینی و همدلی بود. دوم، رابطه بین مکانیسم‌های مقابله‌ای (مشکل‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی) و کیفیت زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی بود. سوم، رابطه بین کیفیت زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی و همدلی بود. آخرین، نقش تعدیل‌کننده تجربه کاری در سال‌ها بین همدلی روان‌شناسان بالینی و کیفیت زندگی حرفه‌ای بود.

باتوجه به نتایج تحقیق، بین راهبردهای مقابله‌ای مشکل‌محور و هیجان‌محور و همدلی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد. راهبرد مقابله‌ای مشکل‌محور شامل مدیریت فعال، برنامه‌ریزی،

جدول ۳. تعدیل تجربه کاری در بین همدلی و زندگی حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی (n=۸۰)

متغیرها	مدل ۱- همدلی			مدل ۲- راهبردهای مقابله		
	B	β	SE	B	β	SE
ثابت	۹۱/۳۰۰*	-	۰/۸۷	۹۱/۵۲۰***	-	۰/۸۴
همدلی	۱/۷۷۰*	۰/۲۲۰*	۰/۸۷	۲/۱۰۰*	۰/۲۶۰*	۰/۸۶
تجربه کار به سال	-۱/۳۳	-۰/۱۶	۰/۸۷	-۱/۲۳	-۰/۱۵	۰/۸۵
تجربه کاری سابق	-	-	-	۲/۲۶۰*	۰/۲۶۰*	۰/۹۵
R ²	-	۰/۰۸	-	-	۰/۱۴	-
ΔR ²	-	-	-	-	۰/۰۶	-

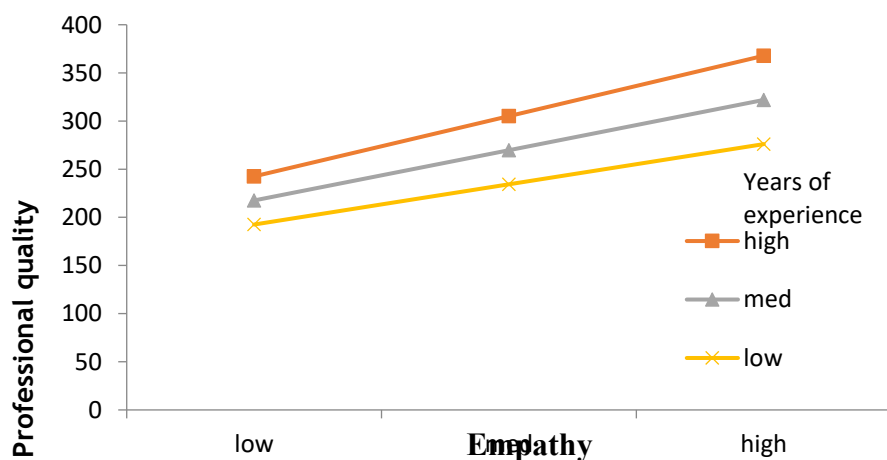
P<۰/۰۵*؛ P<۰/۰۱**؛ P<۰/۰۰۱***

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

مقابله‌ای مشکل‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی متمرکز بود، پشتیبانی می‌کرد. بین سرسختی، کنترل، تعهد، چارچوب‌بندی مجدد فعال، مثبت بودن، برنامه‌ریزی، راهبردهای مقابله مذهبی، و رضایت از شفقت رابطه مثبت معناداری مشاهده شد، درحالی‌که بین راهبردهای مقابله‌ای انکار، عدم مشارکت رفتاری و رضایت از شفقت در میان روان‌شناسان شاغل رابطه معکوس مشاهده شد. همچنین رابطه مثبت معناداری بین راهبردهای مقابله‌ای حواس‌پرتی، انکار، عدم مشارکت رفتاری، خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی مشاهده شد، درحالی‌که رابطه منفی معناداری بین خرده‌مقیاس‌های سرسختی، چالش، تعهد، خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی در روان‌شناسان بالینی وجود داشت [۱۲].

در این مطالعه همدلی، رضایت از شفقت و فرسودگی شغلی رابطه مثبت متوسطی داشتند. بین خستگی از شفقت و همدلی ارتباط غیرمعناداری وجود دارد. این نتایج از تحقیقات وادراجان و همکاران [۱۹] پشتیبانی کرد که نشان دادند ارتباط بین همدلی،

خواسته‌های شغلی در نظر گرفته شد [۲۲، ۲۳]. رابطه مثبت ضعیفی بین رضایت از شفقت و مقابله هیجان‌محور وجود دارد. ارتباط بین مقابله هیجان‌محور، فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت چندان قابل توجه نبود. این نتایج برخلاف تحقیقات قبلی است که نشان دادند فرسودگی شغلی ممکن است ناشی از مقابله بیشتر هیجان‌محور و مقدار کمتری از رفتار متمرکز بر وظیفه و اجتناب باشد [۲۴]. با این حال، با توجه به جمعیت مورد مطالعه و مکانیسم‌های مقابله‌ای مختلف که توسط روان‌شناسان بالینی استفاده می‌شود، همه تداعی‌ها معنادار نیستند. ارتباط مثبت ضعیفی بین فرسودگی مقابله‌ای متمرکز بر اجتناب و خستگی از شفقت وجود دارد. مطالعه قبلی نشان می‌دهد مقابله اجتنابی و خستگی از شفقت رابطه مفید معناداری دارند. مدیریت بهتر هیجان‌محور و کاهش مدیریت متمرکز بر وظیفه و اجتناب هر دو ممکن است به فرسودگی شغلی کمک کنند [۲۴]. این مطالعه از تحقیقات قبلی که بر استراتژی‌های مختلفی شامل راهبردهای



تصویر ۳. مودگراف با اثر تعدیل‌کننده سال‌ها تجربه بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

ممکن است دارای سوگیری باشد، بنابراین در آینده می‌توان از سایر اقدامات مانند مصاحبه با همکاران و اعضای خانواده استفاده کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه همچنین نشان می‌دهد آگاهی هنگام بحث در مورد کنترل استرس و فرسودگی شفقت بسیار مهم است. از این رو، برای اجرای قوانینی که به پیشگیری از فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند، می‌توان تحقیقات تجربی انجام داد. بنابراین، برنامه‌های میانجی‌گری و آگاهی را می‌توان برای بهبود درک تاکتیک‌های سازگار با تنش و اجرای قوانینی انجام داد که می‌توانند در جلوگیری از فرسودگی شغلی و فرسودگی از شفقت در روان‌شناسان بالینی و حتی کارکنان اداری بیمارستان‌ها کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

محقق رضایت آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان کسب کرد. اهداف تحقیق به وضوح برای آن‌ها تعریف شده بود. شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که با میل خود در مطالعه شرکت کنند یا در هر زمان که خواستند از مطالعه خارج شوند. محققان از حریم خصوصی و محرمانه بودن اعضا با ایمن‌سازی اطلاعات شخصی آن‌ها حمایت می‌کنند و تأیید می‌کنند که از داده‌ها فقط برای اهداف تحقیق استفاده می‌شود.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد ثنا انور لشاری در روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه اوتارا مالزی است. این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحقیق و نگارش پیش‌نویس اصلی: عربیه اکرام؛ روش‌شناسی، نگارش، بررسی و ویرایش: عربیه اکرام و ثنا انور لشاری؛ تأمین مالی: دکتر ثنا انور لشاری و طاهره انور لشاری؛ نظارت: دکتر ثنا انور لشاری.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

خستگی و رضایت از شفقت به‌طور معناداری در طول زمان تغییر می‌کند. این یک نتیجه قابل توجه است، به‌ویژه باتوجه‌به اینکه مربوط به درجه کمتری از خستگی و درجه بیشتری از رضایت از شفقت بود. تحقیق دیگری نشان داد همدلی و مقابله انطباقی به‌طور مثبت و معنادار با رضایت از شفقت و به‌طور معناداری با فرسودگی شغلی رابطه منفی دارند [۲۵].

طبق تحقیقات، رابطه بین همدلی و کیفیت زندگی حرفه‌ای با سال‌ها تجربه کاری تعدیل می‌شود. دلایل احتمالی مختلفی می‌تواند پشت یافته‌های این مطالعه باشد. باتوجه‌به فشار سیستم، روان‌شناسان بالینی شاهد افزایش استرس و فرسودگی شغلی در محل کار هستند. به‌دلیل افزایش تعداد بیماران و کاهش منابع، روان‌شناسان ساعات طولانی‌تری کار می‌کنند و احساس می‌کنند کمتر می‌توانند نیازهای بیمار را برآورده کنند. خستگی از شفقت و کاهش کلی کیفیت زندگی روان‌شناسان نیز می‌تواند حاصل قرار گرفتن طولانی‌مدت در کنار بیماران ناخوش، آسیب‌دیده، رنجور و یا در حال مرگ باشد. این یافته‌ها توسط تحقیقاتی که در آن پرستاران اطفال در سنین زیر ۴۰ سال، با ۶ تا ۱۰ سال تجربه و دارای درجه بالاتری از فرسودگی شغلی و درجه کمتری از تحقق شفقت مشارکت داشتند پشتیبانی شد [۲۶].

برای تشویق رفتار سالم و ارتقای سلامت روانی باید فرهنگ سلامت ایجاد شود. بهداشت خواب خوب، حمایت اجتماعی، تمرکز حواس، مشاوره واکنشی، حجم کاری قابل کنترل، و انعطاف‌پذیری برای مدیریت تعادل بین خانواده و کار، همه راه‌هایی برای ترویج فرهنگ سلامت هستند. بهداشت خواب خوب یک عامل مهم در پیشگیری از فرسودگی شغلی و افزایش تاب‌آوری فردی است [۲۷]. براساس مطالعات حمایت اجتماعی، درمانگرانی که دارای روابط معنادار قوی (چه شخصی و چه حرفه‌ای) هستند، کمتر دچار فرسودگی شدند و احساس خوشحالی دارند. دو مداخله سلامت عاطفی که نشان داده شده است برای کاهش فرسودگی شغلی و تقویت تاب‌آوری مؤثرند، تمرین ذهن‌آگاهی و تکنیک‌های مدیریت استرس هستند [۲۸].

محدودیت‌ها و پیشنهادات

محققان این پژوهش بر محدودیت‌های مطالعه حاضر تأکید و آن‌ها را به‌عنوان منابعی برای مطالعات آتی معرفی کرده‌اند:

اول، به‌دلیل اینکه داده‌های جمع‌آوری‌شده برای این پژوهش مقطعی بود، نمی‌توان پیوندهای علی را تعیین کرد.

دوم، داده‌ها فقط از یک شهر جمع‌آوری شده و جمعیت بیشتری از زنان را شامل می‌شدند، بنابراین اعتبار خارجی نتایج را کاهش داد.

سوم، این تحقیق از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده کرد که

References

- [1] Huang L, Thai J, Zhong Y, Peng H, Koran J, Zhao XD. The positive association between empathy and self-esteem in Chinese medical students: A multi-institutional study. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10:1921. [Link]
- [2] Lashari TA, Lashari SA, Lashari SA, Nawaz S, Waheed Z, Fatima T. Job embeddedness: Factors and barriers of persons with disabilities. *Journal of Technical Education and Training*. 2022; 14(3):153-65. [DOI:10.30880/jtet.2022.14.03.014]
- [3] Taché J, Selye H. On stress and coping mechanisms. *Issues in Mental Health Nursing*. 1985; 7(1-4):3-24. [DOI:10.3109/01612848509009447] [PMID]
- [4] Stamm B. The concise manual for the professional quality of life scale. *Pocat ello: ProQoL.org*; 2010. [Link]
- [5] El-Shafei DA, Abdelsalam AE, Hammam RAM, Elgohary H. Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians. *Environmental Science and Pollution Research International*. 2018; 25(9):9040-50. [DOI:10.1007/s11356-018-1240-y] [PMID]
- [6] Laverdière O, Ogrodniczuk JS, Kealy D. Clinicians' empathy and professional quality of life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2019; 207(2):49-52. [DOI:10.1097/NMD.0000000000000927] [PMID]
- [7] Thomas JT, Otis MD. Intrapyschic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2010; 1(2):83-98. [DOI:10.5243/jsswr.2010.7]
- [8] Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58(11):1433-41. [DOI:10.1002/jclp.10090] [PMID]
- [9] Thompson I, Amatea E, Thompson E. Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*. 2014; 36(1):58-77. [DOI:10.17744/mech.36.1.p61m73373m4617r3]
- [10] Ansari K, Lodhia L. A comparative study of the professional quality of life between trainees in the field of medicine and mental health. *Pakistan Journal of Psychology*. 2013; 44(1):37-50. [Link]
- [11] Raynor D, Hicks R. Empathy and coping as predictors of professional quality of life in Australian registered migration agents. *Psychiatry, Psychology, and Law*. 2018; 26(4):530-40. [DOI:10.1080/13218719.2018.1507846] [PMID]
- [12] Justin M, Haroon Z, Asad Khan M. Hardiness, coping strategies and professional quality of life among practicing clinical psychologists. *Academic Journal of Social Sciences*. 2023; 7(1):124-36 [DOI:10.54692/ajss.2023.07011904]
- [13] Batool N. Mental health issues in Pakistan [Internet]. 2023. [Updated 2023 November]. Available from [Link]
- [14] Shaheen S, Sadiq M. Distress and professional quality of life among clinical psychologists and psychiatrists. *The International Journal of Indian Psychology*. 2019; 7(1):33. [Link]
- [15] Tay S, Alcock K, Scior K. Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(9):1545-55. [DOI:10.1002/jclp.22614] [PMID]
- [16] Preacher KJ, Rucker DD, Hayes AF. Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*. 2007; 42(1):185-227. [DOI:10.1080/00273170701341316]
- [17] Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford publications; 2017. [Link]
- [18] Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Anesthesia*. 2020; 75(10):1364-71. [PMID]
- [19] Varadarajan A, Rani J. Compassion fatigue, compassion satisfaction and coping between male and female intensive care unit nurses. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2021; 12(1):49-52. [Link]
- [20] Sun R, Vuillier L, Hui BP, Kogan A. Caring helps: Trait empathy is related to better-coping strategies and differs in the poor versus the rich. *Plos One*. 2019; 14(3):e0213142. [DOI:10.1371/journal.pone.0213142] [PMID]
- [21] Reilly SE, Soulliard ZA, McCuddy WT, Mahoney JJ 3rd. Frequency and perceived effectiveness of mental health providers' coping strategies during COVID-19. *Current Psychology*. 2021; 40(11):5753-62. [DOI:10.1007/s12144-021-01683-x] [PMID] [PMCID]
- [22] Iftikhar S, Farooq V, Muslim A, Lashari TA, Khan I, Lashari SA, et al. Examining the need for an integrated framework: exploring the intersection of technological pedagogical content knowledge (TPACK) in entrepreneurship competency development, STEAM education, and gamification. *Journal of Xi'an Shiyou University, Natural Science Edition*. 19(6):1257-67. [Link]
- [23] Derakhshanrad SA, Piven E, Zeynalzadeh Ghoochani B. The relationships between problem-solving, creativity, and job burnout in Iranian occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*. 2019; 33(4):365-80. [DOI:10.1080/07380577.2019.1639098] [PMID]
- [24] Meyerson J, Gelkopf M, Eli I, Uziel N. Stress coping strategies, burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction amongst Israeli dentists: A cross-sectional study. *International Dental Journal*. 2022; 72(4):476-83. [DOI:10.1016/j.identj.2021.09.006] [PMID] [PMCID]
- [25] Cao X, Li J, Gong S. The relationships of both transition shock, empathy, resilience and coping strategies with professional quality of life in newly graduated nurses. *BMC Nursing*. 2021; 20(1):65. [DOI:10.1186/s12912-021-00589-0] [PMID]
- [26] Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 30(6):e11-7. [DOI:10.1016/j.pedn.2015.02.005] [PMID]
- [27] Mujtaba A, Lashari TA, Lashari SA, Khattak MA, Mujtaba K, Mujtaba M. Determining the effect of social and academic support on STEM confidence and learning environment among female engineering students in Pakistan. *Journal of Technical Education and Training*. 2023; 15(2):50-60. [DOI:10.30880/jtet.2023.15.02.005]
- [28] Healthwire. Pakistan (LU).101 Top certified clinical psychologists in Lahore [Internet]. 2020.