

الفروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن

أ. د. شعبان جاب الله رضوان أ. د. إبراهيم شوقي عبد الحميد
أستاذ علم النفس الإكلينيكي أستاذ علم النفس الصناعي والتنظيمي
كلية الآداب - جامعة القاهرة كلية الآداب - جامعة القاهرة

أ. آية الله عبده سليمان أحمد

مدرس علم النفس المساعد

كلية الآداب جامعة القاهرة

(الملخص)

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الفروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن، وبلغت عينة الدراسة (٩٠) مبحوثاً، منهم (٣٠) ممرضاً، و٦٠ ممرضة)، ويتراوح أعمارهم بين (٢٠ - ٣٩) سنة. وطبق عليهم مقياس تنظيم الذات إعداد: الباحثة، كما طبق مقياس زُملّة أعراض التعب المزمن إعداد: رضوان (٢٠٠٥). وتم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات في اتجاه المرضى، ووجود فروق بين المرضى والممرضات في زُملّة أعراض التعب المزمن في اتجاه الممرضات، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن لدى المرضى والممرضات.

الكلمات المفتاحية: تنظيم الذات- زُملّة أعراض التعب المزمن- العاملين بالتمريض.

Differences between Males and Females Nurses in Self-Regulation and Chronic Fatigue Syndrome

Prof. Dr. Shaaban Gaballa Radwan

Professor of Clinical Psychology
Faculty of Arts. Cairo University

Prof. Dr. Ibrahim Shawky Abdelhameid

Professor of Industrial and
Organizational Psychology
Faculty of Arts. Cairo University

Ayaallah Abdou Soliman Ahmed

Assistance Lecturer of Psychology
Faculty of Arts. Cairo University

(Abstract)

The study aims to investigate differences between males and females nurses in self-regulation and chronic fatigue syndrome among 90 nurses (30 males and 60 females) with range age (20- 39) years who work in the emergency units, the intensive care, and the surgeries of selected governmental hospitals. The participants completed self-report measures of self-regulation and chronic fatigue syndrome. The results showed differences between both males and females nurses in self-regulation towards males. It also showed differences between both males and females nurses in chronic fatigue syndrome towards females. Finally, the study showed negative relationship between self-regulation and chronic fatigue syndrome.

Keywords: Self-Regulation- Chronic Fatigue Syndrome- Nurses.

مشكلة الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الفروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات ورؤملة أعراض التعب المزمن، وتندرج هذه الدراسة ضمن موضوعات علم نفس الصحة المهنية^(١)؛ الذي يهتم بتطبيق مبادئ علم النفس في القضايا المتعلقة بالصحة المهنية؛ لفهم بيئة العمل، وسلوك الأفراد في تلك البيئة، والتفاعل بين بيئة العمل وسلوكهم (أمين، ٢٠١٦).

وتهتم الدراسة الحالية ببيئة العمل في مجال التمريض؛ نظراً لكونه عملاً ينطوي على قدر كبير من العبء الذهني والانفعالي، ويتم غالباً في مواقف تزخر بأنفعالات شتى مثل: القلق والخوف والتوتر والازتيك، ويتعرض العاملون بالتمريض لظروف مؤقتة تتطلب منهم ساعات عمل إضافية، والعمل ليلاً لساعات طويلة، كما يتعرضون لمشكلات شديدة التنوع وتتطلب منهم المواجهة بأقل درجة من الآثار الجانبية السلبية (الغباشي، ٢٠٠١؛ Han, Trinkoff, & Geiger-Brown, 2014; Oyane, Pallesen, Moen, Akerstedt, & Bjorvatn, 2013)، ومن ثم، يعمل العاملون بالتمريض في بيئة عمل ضاغطة، بما تتضمنه من مواقف فجائية، وزيادة في أعباء العمل، والشعور بضغط الوقت المستمر، والتعرض للمخاطر مع ضعف الإمكانيات (Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017).

ويأتي ذلك بالإضافة إلى ما تتضمنه مهنة التمريض من متطلبات بدنية عالية، مثل: رفع المرضى، والانحناء المتكرر، والوقوف لفترات طويلة، وغيرها من المهام اليومية التي تُعرض العاملين بالتمريض لمخاطر الإصابة بأعراض التعب المزمن، وآلام العضلات والعظام المرتبطة بالعمل (Younan, Clinton, Fares, Jardali, & Samaha, 2019).

وفي السياق ذاته، في إطار اهتمام علم نفس الصحة المهنية بالموارد الاجتماعية والشخصية، انساقاً مع وصف منظمة الصحة العالمية، التي تُعَتِّبُ الصحة ليست مجرد غياب المرض أو العجز، بل هي حالة متكاملة من شعور الفرد بحسن الحال النفسي والاجتماعي والمهني والوجداني والجسمي (Schaufeli, 2004). ومن ثمَّ تتناول الدراسة الحالية تنظيم الذات؛ إذ تفتح دراسته آفاقاً جديدة لدراسة السلوكيات المُتعلِّقة بالصحة والمرض، كما يؤدي تطبيقه إلى فهم أفضل حول كفاءة بعض الأفراد، في إدارة الضغوط التي يتعرضون لها مقارنةً بالآخرين (De Ridder & De Wit, 2006).

ويُعرف تنظيم الذات على نطاق واسع بكونه عملية دينامية، تساعد الفرد على تحديد أهدافه، والتخطيط لبلوغها، وتقييم مدى التقدم بشكل منتظم، كما يتضمن إدارة الفرد لأفعاله، واستجاباته الانفعالية أثناء سعيه نحو تحقيق تلك الأهداف (Vancouver & Day, 2005). ويُمكنُ تنظيمُ الذاتِ الفردَ من معرفه أفكاره، وأنفعالاته، والسيطرة على سلوكه؛ لتحقيق أهدافه المنشودة وفقاً لتفضيلاته (Fathizadeh & Khoshouei, 2017).

وفي السياق المهني، يشير تنظيم الذات إلى العملية التي تمكّن الأفراد من إنجاز مهام العمل الأساسية، من خلال تركيز انتباههم على تحقيق أهداف مُعيَّنة دون الأخرى، والتحكم في مواردهم وتوجيهها إلى المهام المتصلة بالعمل، ومواجهة المطالب التي من شأنها أن تُحوّل انتباههم دون إنجاز تلك المهام (Beal, Weiss, Barros, & MacDermid, 2005).

وبمراجعة التراث البحثي المتعلق بالفروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات؛ لوحظ اهتمام بعض الدراسات بالفروق بين الجنسين في تنظيم الذات في سياقات مهنية مختلفة، فضلاً عن الاهتمام ببعض مكونات تنظيم الذات دون الاهتمام بها مجتمعة؛ إذ أسفرت نتائج دراسة ماترن Mattern وبيور Bauer (2014) عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من معلمي الرياضيات بالمدارس الثانوية في تنظيم الذات

المعرفي. ويتسق مع ذلك ما أشارت إليه نتائج دراسة فاثزاده Fathizadeh وخوشي Khoshouei (2017) إلى عدم وجود فروق في تنظيم الذات بين موظفي الجامعة. وعلى الجانب الآخر، تُعدُّ زُملَّة أعراض التعب المزمن أحد الآثار السلبية التي تنتج عن خصائص العمل الضاغط، وتوضح هذه الزُملَّة في شعور الفرد بالتعب، وانخفاض الطاقة، بالإضافة إلى شعوره بالإرهاك^(١) الذي يرتبط بانخفاض الأداء البدني والعمليات المعرفية (Holman & Axtell, 2016).

وتشير بعض الدراسات إلى انتشار التعب لدى الأفراد العاملين في بيئة عملهم؛ إذ أسفرت نتائج إحدى الدراسات الوبائية التي أجريت على (٨٨٣٣) مبحوثاً من العاملين في دول الاتحاد الأوروبي، عن أن هناك (٢٢٪) من المبحوثين يعانون من أعراض التعب المزمن (Ricci, Chee, Lorandea, & Berger, 2007). بالإضافة إلى ما أشارت إليه نتائج دراسة رافتيبولوس Raftopoulos وكارالمبوس Charalambous وتالياس Talias (2012) من انتشار زُملَّة أعراض التعب المزمن لدى العاملين بالتمريض بنسبة (٩١,٩٪).

وقد وُصِفَ التعب المزمن في سياق الأمراض الطبية المزمنة، ولكنه يتعلق أيضاً بالعمل الضاغط، واستمرار أعباء العمل لفترة طويلة؛ إذ إنَّ عبء العمل قد يكون زائداً عن المستوى الذي يتحمَّله الفرد، فيرغمه على العمل لساعات ممتدة عبر فترات طويلة من الوقت، ويترتب على ذلك زيادة معدلات الغياب عن العمل، وتدهور الصحة النفسية والجسمية لدى العاملين بالتمريض (الغباشي، ٢٠٠١؛ Rose, Seidler, Nubling, et al., 2017).

ومن ثمَّ تشير جمعية التمريض الأمريكية إلى تعرُّض العاملين بمهنة التمريض لأعباء عمل عديدة ومتنوعة؛ ما يزيد من خطورة إصابتهم بزُملَّة أعراض التعب المزمن مقارنةً

بالمهن الأخرى، ويشكّل هذا الشعور بالتعب تهديداً لسلامة الممرضين والمرضى على حد سواء (American Nurses Association, 2006). وعلى هذا النحو، اهتمت الدراسات المَعْنِيَّة بالصحة المهنية في الآونة الأخيرة بدراسة التعب المهني وآثاره السلبية لدى العاملين بالتمريض (Zhou & Fang, 2015).

ويمثّل العاملون بالتمريض القوى العاملة الأساسية في المستشفيات، ومن ثمّ فإن شعورهم بزُملّة أعراض التعب المزمن قد يكون لها تأثير كبير عليهم؛ لِمَا لتلك الأعراض من آثار سلبية على صحتهم الجسمية والنفسية، وعلى مختلف الجوانب المعرفية، ومنها: نقص الانتباه، واضطرابات الذاكرة، وطول فترة رد الفعل في الاستجابة على المنبهات، بالإضافة إلى انخفاض قدرتهم على اتخاذ القرارات، وليس هذا فحسب بل قد يمتدُّ تأثير الآثار السلبية على جودة الرعاية الصحية المقدّمة للمرضى (Huang, Liu, Yang, Cui, Zhang, & Wu, 2019).

ويتسق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج دراسة فريجانوفيتش Friganovic وسيليك Selic وإليك Ilic وسيديك Sedic (2019) التي استندت إلى مراجعة (٧٨٦) دراسة؛ إذ بينت أنّ جميع العاملين بالرعاية الصحية تقريباً يواجهون مستويات مرتفعة من أعراض التعب المزمن وصولاً إلى زُملّة الاحتراق النفسي^(١)، وما لها من تأثيرات سلبية على الصحة الجسمية والنفسية. (Raftopoulos, Charalambous, & Talias, 2012)

ويمراجعة التراث البحثي المتعلق بالفروق بين الممرضين والممرضات في زُملّة أعراض التعب المزمن؛ اتّضح أنّ هناك بعض الدراسات التي أشارت نتائجها إلى أنّ الإناث أكثر شعوراً بأعراض التعب المزمن مقارنةً بالذكور (Raftopoulos, Charalambous, & Talias, 2012; Jones, Hocine, Salomon, Dab, & Temime, 2015) بينما أسفرت نتائج بعض الدراسات الأخرى إلى عدم وجود فروق بين الممرضين والممرضات

^١ Burnout Syndrome.

في الشعور بزُملّة أعراض التعب المزمن (Huang, & et al., 2019). وهو ما تحاول الدراسة الحالية اختباره.

ومن ناحية أخرى، تتّضح أهمية تنظيم الذات في تمكين الأفراد للتعامل مع زُملّة أعراض التعب المزمن، والشكاوي المرتبطة به، وتحسين الأداء البدني، ونوعية الحياة الصحية (Marques, Gucht, Leal, & Maes, 2012). ومن ثمّ يُعدّ تنظيم الذات مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية؛ إذ أشار العديد من الباحثين إلى أن لتنظيم الذات دوراً فعالاً في تعزيز صحة الأفراد النفسية والجسمية، فله دور وقائي؛ كونه يساهم في وقاية الأفراد الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة في بيئة العمل من الإصابة بالأمراض النفسية والجسمية، كما يساعد الأفراد على مواجهة الآثار السلبية الناتجة عن العمل الضاغط بشكل فعال، وتحسين أعراضهم المرضية (Fathizadeh & Khoshouei, 2017; Kondratyuk & Morosanova, 2014; Mackey & Perrewe, 2014).

وبمراجعة التراث البحثي المتعلّق بتنظيم الذات في السياق المهني، لُوِحظَ تركيز معظم الدراسات على الاهتمام بتنظيم الذات في ضوء علاقته ببعض مؤشرات الصحة النفسية؛ إذ وُجِدَ أن لتنظيم الذات دوراً فعالاً في زيادة الشعور بحُسن الحال، والرضا الوظيفي (Fathizadeh & Khoshouei, 2017; Mattern & Bauer, 2014). ومن ثمّ تَبَرَّرَ أهمية دراسة تنظيم الذات، وخاصة في ظل ندرة الدراسات التي تناولت العلاقة بين تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن، سواء على عينات إكلينيكية أو في السياق المهني، فضلاً عن ندرة الاهتمام بعينة العاملين بالتمريض.

ومن هنا تسعى الدراسة إلى محاولة التعرف على الفروق بين الممرضين والممرضات في كل من تنظيم الذات، وزُملّة أعراض التعب المزمن، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن لدى العاملين بالتمريض.

وننتهي مما سبق إلى تحديد التساؤلات التي تسعى الدراسة الحالية للإجابة عنها.

تساؤلات الدراسة

- ١- هل توجد فروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات ورؤمّة أعراض التعب المزمن؟
- ٢- هل توجد علاقة بين تنظيم الذات ورؤمّة أعراض التعب المزمن لدى الممرضين والممرضات؟

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المُفسّرة لها

أولاً: تنظيم الذات

تتعدد تعريفات تنظيم الذات بتعدّد التوجهات النظرية المُفسّرة له، وعلى الرّغم من تعدّد تعريفات تنظيم الذات، فإنّ مُعظمها يتضمّن التوجّه نحو الأهداف؛ إذ يُستخدم تنظيم الذات لوصف مختلف العمليات التي يضع الفرد من خلالها الأهداف المرغوبة، ويسعى نحو تحقيقها، والحفاظ عليها (Mann, Ridder, & Fujita, 2013). كما يُستخدم تنظيم الذات للإشارة بوجه عام إلى الجهود الواعية التي يبذلها الفرد لتعديل أفكاره، ومشاعره، ورغباته، وسلوكه؛ من أجل تحقيق أهدافه وفقاً لتفضيلاته (Fathizadeh & Khoshouei, 2017). وكذلك يتضمّن تنظيم الذات بداخله مكوناً آخر وهو تنظيم الانفعالات^(١)، الذي يشير إلى قدرة الفرد على ضبط انفعالاته، وكفّ الاستجابات الانفعالية السلبية من أجل إنجاز أهدافه. فعندما يقوم الفرد بعملية تنظيم لذاته فغالباً ما يواجه مواقف مثيرة للانفعال تتطلب منه إدارتها للوصول إلى أهدافه، ومن ثمّ ترتبط عملية تنظيم الذات ارتباطاً وثيقاً بعملية تنظيم الانفعالات (Koole, van Dillen, & Sheppes, 2011).

ومن ناحيةٍ أخرى، يعرف بعض الباحثين تنظيم الذات باعتباره عملية تساعد الفرد على التوافق مع الأحداث الإيجابية، ومواجهة الأحداث السلبية المهذّدة له (Markovits,

^١ Emotional Regulation.

(Boer, & van Dick, 2014). ومن ثمّ تساعد عملية تنظيم الذات الفردَ على اتباع استراتيجيات المواجهة الإيجابية للضغوط، التي تتضمن كفاً الاستجابات المُلحّة وغير الملائمة للسياق، والتخطيط، وإعادة الصياغة المعرفية للمواقف (محمد، ٢٠٠٨؛ Rothman, Baldwin, Hertel, & Fuglestad, 2011).

ووصف بعض الباحثين تنظيم الذات في سياق العمل باعتباره عملية دينامية يستطيع الأفراد من خلالها إدارة مواردهم المعرفية، والانفعالية، وغيرها من الموارد المرتبطة بأنشطة العمل؛ من أجل تحقيق الأهداف المرتبطة بالعمل (Lord, Diefendorff, Schmidt, & Hall, 2010; Zhou, Wang, Chang, Liu, Zhan, & Shi, 2017). ومن ثمّ يجمع تنظيم الذات بين ثلاثة مكونات رئيسية، هي: **المكون المعرفي**، الذي يتضمن عناصر القدرات المعرفية من انتباه، وإدراك، وفهم، وتنظيم، وتذكُّر، وتخطيط، ومراقبة ذاتية، وتقييم، وتعديل. **والمكون الوجداني**، بما يتضمنه من تجنُّب المشاعر السلبية وتفعيل المشاعر الإيجابية. **والمكون السلوكي**، ويتضمن ضبط الفرد لاستجاباته السلوكية لتحقيق أهدافه، وكفاً العديد من الاستجابات غير الملائمة للسياق (عبد المقصود، ٢٠١٧؛ Mann, et al., 2013).

وبناءً على ما سبق، تُعرّف الباحثة تنظيم الذات في إطار الدراسة الحالية؛ بأنه عملية دينامية تمكّن العاملين بالتمريض من التوجيه، والتخطيط، وضبط الانتباه، وتنظيم الانفعالات، والسلوك من خلال مراقبة الذات، وتقييمها، ودعمها؛ لتحقيق الأهداف المرتبطة بالعمل، ومواجهة الآثار السلبية الناجمة عن العمل الضاغط في ضوء ظروف بيئة العمل المتغيرة.

وعلى الرغم من تعدّد وجهات النظر المُفسّرة لتنظيم الذات، واختلافها في العديد من المبادئ، فإنه يوجد اتفاق فيما بينها على وجود خاصيتين أساسيتين، وتتمثل الخاصية المشتركة الأولى في أن تنظيم الذات نظام دافعي دينامي، يتضمن تحديد الأهداف، ووضع الخطط وتنفيذها؛ لتحقيق تلك الأهداف، وتقييم التقدم، ومراجعة الأهداف والخطط

وفقاً لذلك. بينما تتمثل الخاصية المشتركة الثانية في أن تنظيم الذات يهتم أيضاً بإدارة الاستجابات الانفعالية، التي تُعتبر من مكونات النظام الدافعي، والذي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعمليات المعرفية (De Ridder, & De Wit, 2006). وفيما يلي نعرض بعض التوجهات النظرية المُفسّرة لتنظيم الذات.

(١) نظرية الضبط والتنظيم الذاتي^(١)

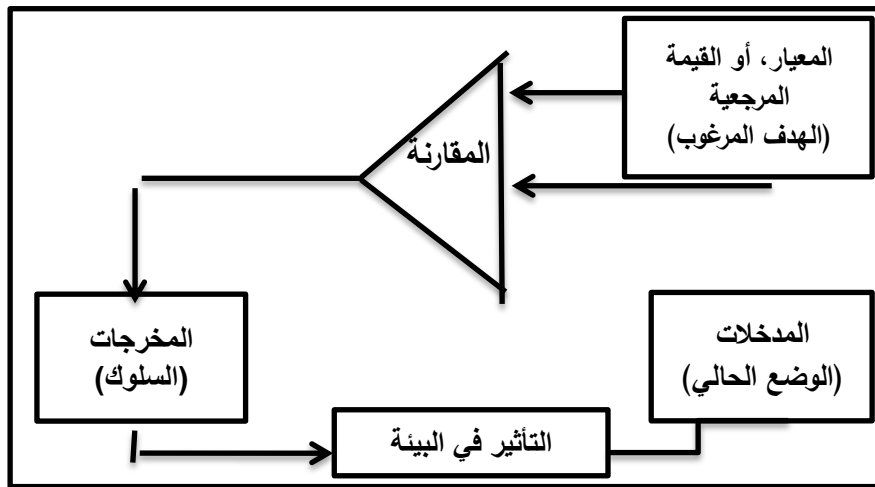
تُعد نظرية الضبط لدى كارفر Carver وشاير Scheier عام ١٩٩٨ من النظريات التي تمثل حجر الأساس لتنظيم الذات، وتفترض هذه النظرية أن تنظيم الذات يبدأ من الوعي بالذات، الذي يمكن الفرد من إدراك ما يريد في ضوء علاقته بالبيئة المحيطة به، لتيسير التقدم نحو تحقيق أهدافه الشخصية (تاج الدين، ٢٠١٦). وركزت النظرية على تنظيم الذات السلوكي؛ إذ يحدد الأفراد أهدافهم ويتصرفون بطرق تهدف إلى تحقيق تلك الأهداف، في ضوء مراقبة مدى تقدّمهم نحو تحقيق الهدف، ومحاولتهم تقليل التفاوت بين وضعهم الراهن والمعايير التي يسعون للوصول إليها، متمثلة في الهدف المرغوب (Scheier, & Carver, 2003).

ويعكس السعي نحو تحقيق الهدف عملية العائد الدائري أو حلقات العائد^(٢)، وتتلخص هذه العملية الدينامية للتحكم في العائد من دورة تتكون من أربع مراحل، تبدأ بتقييم الفرد لذاته وحالته الراهنة (المدخلات)، من خلال مقارنته مع الحالة المرغوبة (مرحلة الاختبار الأول)، فإذا اختلفت الحالتان يحاول الفرد أن يعمل على تقليل هذا الاختلاف، ومحاولة الوصول إلى هدفه (مرحلة الفعل)، ثمّ يقوم الفرد مرة أخرى بعملية الاختبار لتقييم ما إذا كان قد تمّ التوصل إلى الهدف المرغوب (مرحلة الاختبار اللاحق)، ويتوقف الفرد عن عملية الاختبار، والمقارنة عندما يتفق سلوكه مع هدفه (المخرجات) أي عند تحقيقه

^١ Cybernetic Control Theory.
^٢ Feedback Loops.

للهدف (مرحلة التوقف) (De Ridder, & De Wit, 2006; Lord, et al., 2010)، وهو ما يوضحه شكل (١).

بينما يسعى الفرد في حالة الأهداف المضادة^(٣) - تجنب الإصابة بأي أعراض مرضية أو عدم زيارة الطبيب - إلى توسيع حلقات العائد، أي يزيد من التفاوت بين وضعه الحالي والهدف غير المرغوب فيه، ومن ثم، لعملية العائد أهمية في ضوء نظرية الضبط؛ لتقييم إجراءات التنظيم الذاتي، وإجراء المقارنات، وتوجيه السلوك نحو بلوغ هدف محدد (Carver, 2004; De Ridder, & De Wit, 2006).



شكل (١). حلقات العائد لكارفر Carver (14, 2004).

(٢) نظرية قوة الإرادة ومصادر الضبط الذاتي^(١)

وضع هذه النظرية باوميستير Baumeister وبراتسلافسكي Bratslavsky ومورانن Muraven وتايس Tice. ويتضح أنه في حين اهتمت نظرية الضبط لدى كارفر وشاير بعملية المراقبة الذاتية^(٢) - للحد من التفاوت بين الحالة الراهنة والهدف المرغوب-، فإن

^١ Anti-Goals.

^٢ Willpower and Self-Control Resources.

^٣ Self-Monitoring.

نظرية قوة الإرادة ومصادر ضبط الذات تؤكد أهمية الموارد اللازمة لإجراء تغييرات في سلوك الفرد؛ لتحقيق هدفه. ومن ثم، تُعد النظريتان متكاملتين وإن كانتا تتناولان جوانب مختلفة من تنظيم الذات (De Ridder, & De Wit, 2006).

وأشار باوميسثير وزملاؤه إلى أن ضبط الذات أو قوة الإرادة تؤدي دوراً مهماً في عملية تنظيم الذات؛ إذ يؤدي ضبط الذات إلى مقاومة الإغراءات التي من شأنها أن تتداخل مع أهداف الفرد طويلة المدى. ومن ثم، تشير هذه النظرية إلى أنه عندما يخطئ الفرد لإنجاز مجموعة من الأهداف، يتطلب ذلك منه قدرًا من التنظيم وقوة الإرادة، من أجل التحكم في الرغبات والاندفاعات غير المرغوبة، وتأجيل الإشباعات الملحة في ضوء الوعي الذاتي، والمراقبة الذاتية لمدي التقدم نحو بلوغ تلك الأهداف. ومن ثم، يرى باوميسثير أن تنظيم الذات عملية مثمرة، بمعنى أنها في تطور مستمر (محمد، ٢٠٠٨؛ De Ridder, & De Wit, 2006).

(٣) نموذج الشعور العام لتنظيم الذات^(١)

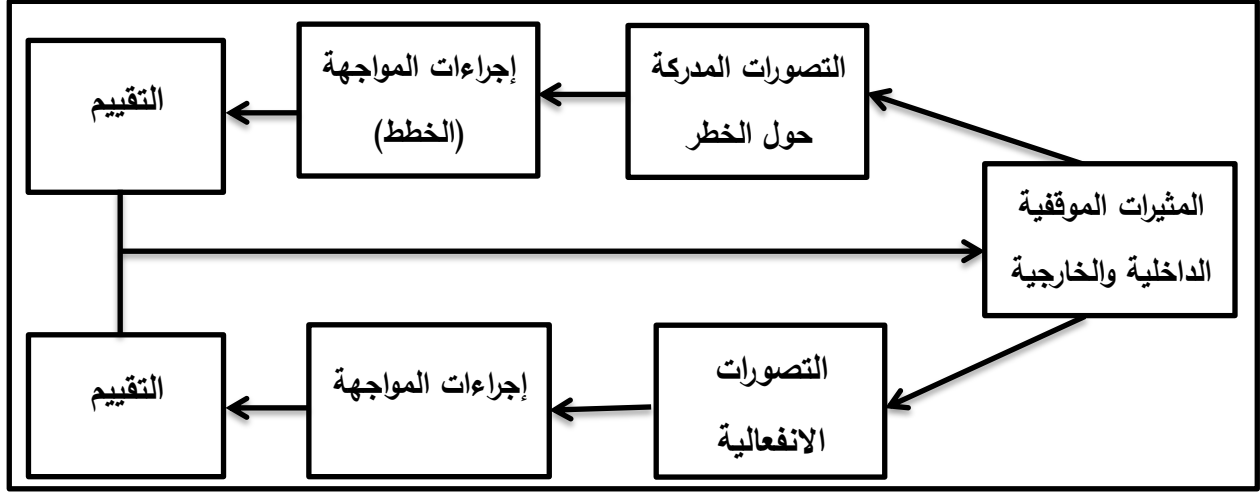
وضع ليفينثال Leventhal وماير Meyer ونيرنز Nerenz نموذجًا لتنظيم الذات، يندرج تحت ما يسمّى بنظريات السلوك الصحي، ويهتم بدراسة العلاقة بين تنظيم الذات وبعُد الصحة- المرض؛ وذلك لتوضيح كيفية إدراك الفرد للضغوط والتهديدات المُتعلّقة بالصحة، واستراتيجيات مواجهتها (De Ridder, & De Wit, 2006).

ويتناول هذا النموذج عملية التمثيل العقلي^(٢) والقدرة على إدراك التهديدات الصحية الفعلية أو المستقبلية، كما يتضمن تصورات معرفية وانفعالية حول الخطر أو أعراض المرض، التي تعمل بشكل متوازٍ، ويتم ذلك من خلال وضع استراتيجيات يمكن تنفيذها لمواجهة التهديد، وتعديلها بشكل مستمر للتعامل مع الاستجابات الانفعالية السلبية التي تتضح نتيجة الوعي بالمشكلة، ومن ثم يتم تقييم النتائج في ضوء مراقبة مدى النجاح أو

١. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM).

٢. Ental Representation.

الفشل في مواجهة التهديد (Gibbons, Gerrard, Reimer, & Pomery, 2006)، وهو ما يوضحه شكل (٢).



شكل (٢). نموذج الشعور العام لتنظيم الذات لليفينثال Leventhal وبريسيت Brissette وليفينثال (2003, 46).

وبناءً على ذلك، يهتم النموذج بتفسير مراحل تغيير السلوك، بدءاً من وعي الفرد بمشكلته، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهتها، واستمراره في إصدار السلوك في ضوء عملية تقييم مستمر للخبرات السلوكية والنفسية والفسولوجية التي تُتيحها عملية التغيير، ومن ثمّ سيحافظ الفرد على التغيير في السلوك فقط إذا كان راضياً عما أنجزه، كما يحاول الفرد الاستمرار في بذل الجهد لمراقبة سلوكه، والحفاظ على النجاح الذي حققه، وتقليل التعرُّض للانتكاس (Rothman, et al., 2011).

(٤) النظرية المعرفية الاجتماعية^(١)

تُعد النظرية المعرفية الاجتماعية لدى باندورا أساساً للعديد من نظريات تنظيم الذات؛ لما لها من دور في الإشارة إلى عددٍ من القضايا المهمة، مثل: التمثيلات الرمزية^(٢) للأهداف، والمراقبة الذاتية المرتدة^(٣) للسلوك أثناء سعي الفرد لتحقيق هدفه (De Ridder, & De Wit, 2006). ويشير باندورا إلى أن عملية تنظيم الذات نتاج لثلاثة محددات رئيسة متفاعلة، وهي: المحددات الشخصية، والسلوكية، والبيئية، والتي تُعرف في إطار نظريته بالاحتمية الثلاثية التبادلية، باعتبارها محددات مهمة في البيئة الدينامية، ويمكن أن تتغير بمرور الوقت (Bandura, 1991).

كما يشير باندورا إلى أن تنظيم الذات عملية دينامية تتضمن ثلاث عمليات تتأثر بالسياق البيئي المتغير؛ وهي: المراقبة الذاتية لسلوك الفرد ومحدداته وآثاره؛ والحكم الذاتي^(٤) على سلوك الفرد في ضوء علاقته بالمعايير الشخصية والظروف البيئية، ورد الفعل الذاتي الفعال^(٥) الذي يتم بناءً عليه تغيير السلوك لتحقيق الهدف (Bandura, 1991). ومن ثم يؤكد باندورا أهمية التفاعل بين العوامل المعرفية والسلوكية والبيئية لتحقيق التوافق، وإنجاز الأهداف (Vancouver, & Day, 2005).

وبناءً على ما سبق، يتبنى الباحثون في الدراسة الحالية المنحى التكاملية الذي يأخذ في حسابه المناحي السابقة عند محاولة تفسير مفهوم تنظيم الذات.

١ Social Cognitive Theory.
٢ Symbolic Representations.
٣ Self-Reflective Monitoring.
٤ Self-Judgment.
٥ Affective Self-Reaction.

ثانياً: زُملة أعراض التعب المزمن

تُعد زُملة التعب المزمن حالة إكلينيكية محددة، تتَّسم بوجود تعب شديد ومستمر، ولا تزول آثاره مع الراحة، وتؤدي إلى حدوث انخفاض كبير في قدرة الفرد على القيام بالأنشطة التي كانت معتادة له قبل الإصابة بالمرض، إذ ينخفض متوسط نشاطه اليومي بنسبة (٥٠٪) (White, Lehna, Hemphill, Mandel & Lehna, 2006). ويعرفها كل من الديب وعبد الخالق (٢٠٠٦) زُملة التعب المزمن بأنها "حالة من التعب الجسمي والعقلي، والشعور بالضعف والإرهاق والإجهاد نتيجة أقل مجهود، تصيب الفرد لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وتؤثر سلباً على كل من التركيز والتذكر والعمل، وتصاحبها أعراض محددة، منها: اضطراب النوم والمزاج، وآلم العضلات والمفاصل، وانخفاض الحيوية والنشاط".

كما ينصُّ مركز التحكم في الأمراض والوقاية منها على ضرورة استمرار زُملة التعب المزمن لمدة ستة أشهر على الأقل، بالإضافة إلى شكوى الفرد من أربعة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية: ضعف الذاكرة أو انخفاض التركيز، والتهاب الحلق، وآلام الغدد الليمفاوية، وآلام العضلات، وآلام المفاصل دون تورُّم أو حُمرة، والصداع، واضطراب النوم، والشعور بالضيق أو التعب لأقل مجهود وعدم زواله مع الراحة. ويؤدي ذلك إلى انخفاض ملحوظ في أنشطة الفرد المهنية، والتعليمية، والاجتماعية، والشخصية (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Larkina & Martin, 2017).

وتجدر الإشارة إلى أنَّ الدراسة الحالية تهتمُّ بدراسة الأعراض والمظاهر المرتبطة بزُملة التعب المزمن النفسية والجسمية لدى العاملين بالتمريض، ولا يتمُّ تناوله كاضطراب لدى حالات إكلينيكية مُشخَّصة بزُملة التعب المزمن.

ومن ثمَّ تعرف زُملة أعراض التعب المزمن في إطار الدراسة الحالية باعتبارها "حالة من الشعور بالإرهاق ونقص الطاقة، تؤثر في قدرة الفرد على الاستجابة لمختلف التنبهات، وذات أعراض نفسية وجسمية لا تزول مع الراحة، ولا تترتب على حالة مرضية

جسمية تفسرها، ومن هذه الأعراض اضطرابات النوم والصداع وضعف الانتباه والذاكرة، وآلام المفاصل والعضلات، وتباين هذه الحالة في شدتها على متصل بين الشعور البسيط إلى الدرجة الشديدة من هذه الأعراض، والتي تقع في أقصى المتصل وتعبّر عن حالة الإنهاك" (رضوان، ٢٠٠٥). وفيما يلي نعرض بعض التوجهات النظرية المُفسّرة لُزْمَة التعب المزمن.

(١) نظرية الاحتراق النفسي المستمر لُزْمَة التعب المزمن^(١)

تشير هذه النظرية إلى أن هناك تشابهاً بين الاحتراق النفسي وُزْمَة التعب المزمن في الأعراض، والاضطرابات الفسيولوجية الناتجة عنهما، بالإضافة إلى أن كلاهما ينتج عن وجود ضغوط. ويختلفان فيما بينهما في طبيعة العزو المرضى؛ إذ إنّه في وُزْمَة التعب المزمن يميل المرضى إلى عزو أعراضهم إلى أسباب بدنية، بينما في حالة الاحتراق النفسي يعزون أعراضهم إلى أسباب نفسية (Jameson, 2016; Huibers, Beurskens, Prins, Kant, Bazelmans, & Schayck et al., 2003).

ومن ثمّ تفترض هذه النظرية إلى أن وُزْمَة التعب المزمن حالة من الاحتراق النفسي المستمر، والتي لا تنتهي حتى بعد إزالة مثيرات المشقة الأولية التي أحدثتها، ويرجع هذا الاستمرار إلى وجود مزيج من اختلال تنظيم محور الهيبوثلاموس- النخامي- الكظري، ووجود عوامل سلوكية. ومن ثمّ، تبدأ حالة الاحتراق النفسي إما خلال فترة تعرض الفرد للضغوط، وإمّا نتيجة محاولة إيقاف الضغوط المزمنة بعد فترة طويلة، ويرتبط ذلك بنقص هرمون الكورتيزول^(١) (Jameson, 2016; Abrams, 2003).

وعندما يتعرض الفرد إلى مصادر مثيرة للمشقة، تنشط أجزاء في المخ لإرسال الرسائل التي تهيب الجسم للتعامل مع هذه المصادر، ويُعد الهيبوثلاموس هو المسؤول عن المرحلة الأولى في هذه العملية؛ حيث يُرسل رسالة في هيئة هرمون من القشرة الأمامية إلى منطقة

^١ Persistent Burnout Theory of Chronic Fatigue Syndrome.
^٢ Hypocortisolism.

أخرى في المخ تسمى الغدة النخامية، التي تُرسل رسالة إلى الغدة الكظرية، وتكون هذه الرسالة في شكل هرمون القشرة الكظرية، وعندما يصل هرمون القشرة الكظرية إلى الغدد الكظرية يتم تنشيطها لإنتاج عدة هرمونات، أكثرها شيوعاً هو هرمون الكورتيزول، الذي يسمى في بعض الأحيان بهرمون المشقة؛ إذ يعمل على تنظيم استجابة الجسم للتعامل مع أي نوع من مثيرات المشقة، ومن ثمّ قد يؤدي اضطرابه إلى الإصابة بهذه الرُمّة (شويخ، ٢٠١٢؛ Abrams, 2003).

(٢) النموذج النفسي العصبي المناعي^(٢)

يهتم هذا النموذج بتفسير التفاعلات المعقدة بين العوامل النفسية والفسيوولوجية التي تؤثر على ظهور واستمرار رُمّة أعراض التعب المزمن، أو التعافي منها. ويقترح هذا النموذج وجود ارتباط بين الأعصاب والغدد الصماء^(٣) والجهاز المناعي داخل الجسم. كما أنّ هناك تأثيراً للعوامل النفسية والبيئية على الأداء المناعي السليم، ومقاومة المناعة؛ فعندما يتعرض الفرد للضغوط، أو عند شعوره بالعجز المكتسب، وفقدان التحكم، والاكنتاب، والقلق فإن هذا من شأنه إعاقة أداء المناعة، بما في ذلك ممارسة السلوكيات الخاطئة التي تُضعف جهاز المناعة، مثل: الأنماط الغذائية الخاطئة، وعادات النوم، وتعاطي المخدرات، والتوترات المستمرة في العلاقات الشخصية، وغياب الموارد الشخصية، وأساليب المواجهة التي تعمل على تخفيف تأثير الخبرات السلبية التي يتعرض لها الفرد (Jason & Taylor, 2003).

وعلى الرغم من عدم تمكّن معظم الباحثين من تحديد طبيعة الخلل في جهاز المناعة المسئول عن الإصابة بالمرض، فإنهم أشاروا إلى أن هذا الخلل يؤدي دوراً كبيراً في الشعور بالتعب، والإصابة برُمّة التعب المزمن (Abrams, 2003). وما يدعم ذلك ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات من أنّ مَرَضِي رُمّة التعب المزمن لديهم خلل في

^١ Psychoneuroimmunological Model.
^٢ Endocrine.

وظائف الخلايا المناعية (Christley,Duffy,Everall,&Martin, 2013; Curriu, Carrillo, Massanella, Rigau, Alegre, Puig,& et al., 2013) ومن ناحية أخرى، وُجِدَ أن هناك أجسامًا مضادة تهاجم أنسجة الجسم، واضطرابات مناعية لدى بعض مرضى زُملّة التعب المزمن، ما جعل بعض الباحثين يُطلقون عليها اسم "زُملّة التعب المزمن للخلل المناعي" (عبد الفتاح، ٢٠١٧).

(٣) نموذج الاستثارة المستمرة^(١)

قدم ويلر Wyller وإريكسن Eriksen ومالتيرو Malteru (2009) نموذجًا تكامليًا لآليات المرض في زُملّة التعب المزمن، من خلال تجميع النتائج الإمبريقية من مختلف البحوث، بناءً على "نظرية التنشيط المعرفي للضغوط"^(٢). كما يحتوي هذا النموذج على جميع النتائج الرئيسية المرتبطة بآليات مرض زُملّة التعب المزمن داخل إطار نظري واحد. ومن ثمّ، يُعد نموذج الاستثارة المستمرة نموذجًا تكامليًا؛ إذ يضم تفسيرات من علم النفس، وعلم المناعة، وعلم الأعصاب، لتوضيح آليات زُملّة التعب المزمن التي تعكس الصراع بين الجوانب الحيوية، والنفسية، والنفسية الاجتماعية في الإصابة بالمرض.

وبناءً على ذلك، يقترح هذا النموذج أن الاستثارة المستمرة يمكن أن تنشأ من عدة عوامل مختلفة، منها: العوامل المهيئة^(٣) التي توفر الاستعداد للإصابة بالمرض في وقت لاحق من حياته (كالجينات الوراثية، وسمات الشخصية)، والتي تتفاعل مع العوامل المرسّبة^(٤) التي تسبق حدوث المرض مباشرة (كالعدوي، والعوامل النفسية الاجتماعية)، كما تتفاعل مع التوقعات المتعلّمة (من خلال التشريط الإجرائي، والكلاسيكي)، بالإضافة

١. The Model of Sustained Arousal.

٢. Cognitive Activation Theory of Stress (CATS).

٣. Predisposing Factor.

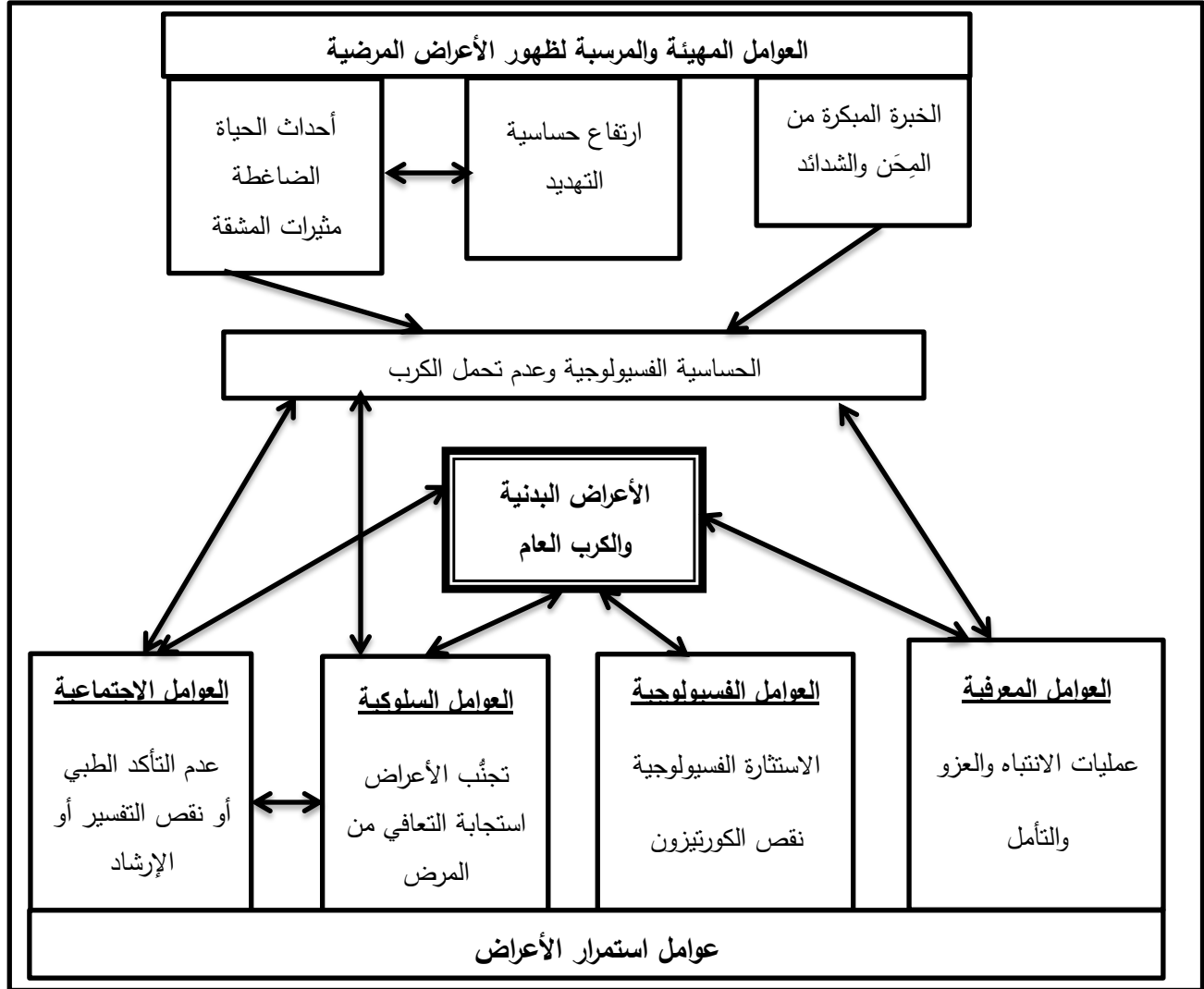
٤. Precepatating Factor.

إلى أن الاستثارة المستمرة من الممكن أن توضح التغيرات التي تحدث من خلال إنشاء دوائر مفرغة داخل جهاز المناعة، والغدد الصماء (اضطراب محور الهيپوثالاموس-النخامي-الكظري)، بالإضافة إلى ضعف عمليات الإدراك، ومعالجة المعلومات، والذاكرة. ومن ثمّ، يتضح أنّ هناك علاقة سببية بين الاستثارة المستمرة، وخبرة التعب المزمن (Wyller, Eriksen, & Malterud, 2009).

(٤) النموذج المعرفي السلوكي

يهتم هذا النموذج بتفسير الكيفية التي يمكن أن تسهم بها أحداث الحياة المثيرة للمشقة أو المرض في تعجيل الإصابة بزُمنة التعب المزمن وخاصةً لدى الأفراد المُهيئين لذلك؛ أي من لديهم الاستعداد للإصابة بالمرض، كما يهتم النموذج بالكيفية التي تتفاعل فيها العوامل المعرفية، والسلوكية، والفسولوجية، والاجتماعية، لينتج عن هذا التفاعل زُمنة أعراض التعب المزمن، مع استمرارها (Browne & Chalder, 2009)، وهو ما يوضحه شكل (٢-٨).

وعلى الرغم من أهمية هذا النموذج وتفسيره لنشأة زُمنة التعب المزمن، وتوفيره دليلاً مفيداً للتدخلات العلاجية، فقد وُجّه له نقدٌ مفادُه أنه لم يوضح الطريقة التي قد تتفاعل بها بعض العوامل النفسية مع العوامل البيولوجية المصاحبة لزُمنة التعب المزمن (Moss- Morris & Petrie, 2001).



شكل (٣). النموذج المعرفي السلوكي لزملة أعراض التعب المزمن ديري Deary وشالدر Chalder وشارب Sharpe (2007).

(٥) النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي

يدمج هذا النموذج بين وجهات النظر المتعددة في محاولة تفسير زُملة التعب المزمن، إذ يتناول الجانب البيولوجي الذي يركّز على ضرورة وجود سبب معين (مثل: الإصابة بمرض، أو عدوى، أو فيروس)، ما يؤدي إلى حدوث اضطرابات بيولوجية. بالإضافة إلى تناول الجانب النفسي، الذي يشير إلى أنّ هناك بعض الأفراد المُهيئين للإصابة بزُملة التعب المزمن، ومنهم: الذين يعانون من اضطرابات نفسية، مثل: اضطراب القلق العام، والهلع، والاكتئاب، وكذلك الذين يتسمون ببعض سمات الشخصية، مثل: الكمالية، والشخصية الوسواسية. كما يهتمُّ بالجانب الاجتماعي، ومنها: الشعور بمثيرات المشقة، والإهمال في مرحلتها الطفولة والرشد، وسوء المعاملة منذ الطفولة، بالإضافة إلى مدى توفّر المساندة الاجتماعية. وكذلك يهتمُّ بالجانب النفسي الاجتماعي، الذي يتناول المشكلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الفرد، وزيادة التعرض للضغوط، واتباع أسلوب حياة ضاغط (Balachander, Rao, Sarkar& Singh, 2014; Rimbaut, Vangutte, Brabander,& Bossche, 2016).

كما تناول هذا النموذج دورَ العوامل المُهيئة، والمرسبة، وعوامل الاستمرار التي قد تكون من مسببات زُملة أعراض التعب المزمن، وتؤدي إلى استمراره، بالإضافة إلى إشارة النموذج إلى أنّ هناك أساساً بيولوجياً عصبياً للإصابة بالمرض؛ إذ يُحتمل أن يكون لدى مرضى زُملة التعب المزمن اضطرابات في بعض النظم الفسيولوجية لديهم، التي منها: النظام الهرموني العصبي، والنواقل العصبية المختلفة، وجهاز المناعة، ونظام معالجة الألم المركزي، وغيرها (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

وتجدر الإشارة إلى بعض العوامل التي قد تُؤدّي إلى استمرار الأعراض المرضية لزُملة التعب المزمن وفق هذا النموذج، وهي:

١. العوامل الجسمية: وتتمثل في انخفاض الحالة البدنية للمرضى، وانخفاض نشاطهم، وقدرتهم على التحمل؛ بسبب التعب، والألم، ما يجعل عملهم اليومي أكثر صعوبة.

٢. **العوامل الإدراكية المعرفية:** وتتمثل في نقص في معرفة المريض بالمعلومات الكافية عن مرضه، أو حصوله على معلومات متناقضة وخاطئة. ومن ناحية أخرى، يؤدي أسلوب العزو المرضي الخاطئ إلى استمرار الأعراض؛ إذ يعزو بعض المرضى أعراضهم المرضية إلى عوامل جسمية، دون الاهتمام بالتفسيرات النفسية والاجتماعية، أو التركيز على أعراضهم المرضية وتطورها بشكل مبالغ فيه.
 ٣. **العوامل الوجدانية:** وُجِدَ أَنَّهُ كَثِيرًا ما يرتبط التعب المزمن بمشاعر الإحباط، والاكتئاب والقلق، وصعوبة تنظيم الانفعالات.
 ٤. **العوامل المتعلّقة بالشخصية:** يَتَّسِمُ بعض مرضى زُمْلَةِ التعب المزمن ببعض السمّات قبل الإصابة بأعراضهم المرضية، ومنها: الميل إلى الإنجاز، والعمل الجاد، والرغبة في الكمال، والميل إلى الانطواء، والعصابية إلى حدّ ما، والرغبة في القبول الاجتماعي.
 ٥. **العوامل السلوكية:** يجد مرضى زُمْلَةِ التعب المزمن صعوبة في التوافق، كما أنهم قد يساهمون في استمرار مرضهم دون قصد؛ إذ إنَّهم بمجرد شعورهم بتحسُّن طفيف يقومون بأنشطة غير ملائمة، وخاصة ممن لديهم أسلوب حياة مفرط في النشاط، ما يعوق شعورهم بالتعافي.
 ٦. **العوامل الاجتماعية:** يُعاني مرضى زُمْلَةِ التعب المزمن من نقص التقدير والتفهم، وربما التشكيك في أعراضهم المرضية من قِبَلِ أفراد أسرهم، ومؤسسات المجتمع؛ ما يؤدي إلى دعم سلوكهم المرضي (Balachander, et al., 2014; Van Geelen, Sinnema, Hermans, & Kuls, 2007; Van Houdenhove, & Luyten, 2008).
- ومن ثَمَّ يتضح وجود عدة عوامل تُسهم في الإصابة بزُمْلَةِ أعراض التعب المزمن؛ إذ تؤدي العوامل الوراثية، والفسولوجية، والنفسية، والمعرفية، والاجتماعية، دورًا في الإصابة بهذه الزُمْلَةِ جنبًا إلى جنب مع تصوّرات المرضى، ومهاراتهم في التعامل مع أعراضهم

المرضية، التي قد تُساعد على استمرار الأعراض، أو التعافي منها (Afari& Buchwald, 2003)

وبناءً على ما سبق، يتبنى الباحثون المنظور التكاملي بين هذه الأطر النظرية لُزْمَة التعب المزمن؛ نظرًا لأن هذه النماذج تكمل بعضها بعضًا عند محاولة تفسير أسباب هذه الُزْمَة، كما أنه لا يقف تفسير رُزْمَة التعب المزمن على أحد العوامل دون غيرها، إنّما يسهم في نشأتها العوامل الوراثية، والبيولوجية، والبدنية، والنفسية، والاجتماعية، والنفسية الاجتماعية. بالإضافة إلى دور العوامل المُهيَّنة والمرسِّبة في نشأة وتطور أعراض هذه الُزْمَة، بالإضافة إلى العوامل التي تؤدي إلى استمرارها.

الدراسات السابقة

أمكن تقسيم عرض الدراسات السابقة -من حيث المتغيرات محل الاهتمام- إلى فئتين على النحو الآتي.

أولاً: الدراسات التي اهتمت بالفروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات ورُزْمَة أعراض التعب المزمن في السياق المرضى، وسياقات مهنية متنوعة.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بتنظيم الذات وبعض مظاهر الصحة النفسية في سياق العمل بالتمريض.

ونعرض فيما يلي لكل فئة، وما يندرج تحتها من دراسات:

أولاً: الدراسات التي اهتمت بالفروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات في السياق المرضى، وسياقات مهنية متنوعة.

تعتبر دراسة هانز أيزنك وجروسارث- ماتيك (١٩٩٥) من أوائل الدراسات الطولية التي اهتمت ببحث العلاقة بين تنظيم الذات والسلوك الصحي لدى عينة كبيرة من المواطنين الألمان، وبلغ عدد الذكور (٣١٠٨) ومبجوثًا، وبلغ عدد الإناث (٢٦٠٨) مبجوثًا من المقيمين في مؤسسات علاجية للتداوي من أمراض جسمية عديدة؛ وأسفرت

نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية في تنظيم الذات في اتجاه الإناث (من خلال: محمد، ٢٠٠٨).

وهدف دراسة جراي Gray ورتن Rutter (2007) إلى التحقق من صحة افتراضات نموذج ليفينثال وزملائه لدى مرضى زُملّة التعب المزمن، وتكونت عينة الدراسة من (٨٥) مريضاً، منهم: (٨٠ أنثى، و ٥ ذكور)، وتتراوح أعمارهم بين (٨ إلى ٢٥) سنة، وأشارت النتائج إلى أهمية عملية تنظيم الذات في مساعدة مرضى زُملّة التعب المزمن على مواجهة مشكلاتهم الصحية والضغط التي يتعرضون لها بشكلٍ فعال. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروقٍ بين الجنسين في تنظيم الذات.

وفي السياق المهني، اهتم ماترن Mattern وباور Bauer (2014) بمعرفة دور تنظيم الذات المعرفي في تعزيز الشعور بحسن الحال المهني في ضوء الفروق بين الجنسين، وذلك لدى عينة مكونة من (٦٦٤) من معلمي الرياضيات والعلوم الطبيعية بالمدارس الثانوية، وبلغت نسبة الإناث في الدراسة (٥٥,١٪)، وبلغ متوسط أعمارهم (٤٨ ± ١١) سنة. وكشفت نتائج الدراسة عن ارتباط تنظيم الذات المعرفي -بما يتضمنه من: (التخطيط للعمل، وضبط الأداء^(١)، والمراقبة الذاتية، وتعديل وجهة الذات^(٢))- بتعزيز الشعور بحسن الحال المهني، وذلك من خلال خفض الإنهاك الانفعالي، وزيادة الرضا الوظيفي، ما يؤثر بشكل مباشر على تحسين نوعية الحياة في العمل. كما أوضحت النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تنظيم الذات المعرفي، وأنه لم يكن للنوع تأثير مُعدل في العلاقة بين تنظيم الذات وحسن الحال.

وأُسفرت نتائج دراسة أجراها فاتزاده Fathizadeh وخوشوي Khoshouei (2017) على عينة مكونة من (٢٠٠) موظف بجامعة أصفهان بإيران، وتمَّ اختيارهم بطريقة عشوائية بعد أن قام الباحثان بحصر عدد الموظفين العاملين بالجامعة، الذين بلغ عددهم

١. Performance Control.
٢. Self-Reflection.

(١٢١٧) موظفاً، عن أن لتنظيم الذات دوراً فعالاً في زيادة الشعور بالصحة النفسية، وانخفاض مستوى الضغوط في العمل. كما أشارت النتائج إلى أنه لم تكن هناك فروق بين الذكور والإناث في تنظيم الذات.

وفيما يتعلق بالدراسات التي اهتمت بالفروق بين الممرضين والممرضات في زملة أعراض التعب المزمن.

هدفت دراسة رافتوبولوس Raftopoulos وآخرين (2012) إلى معرفة الفروق بين الممرضين والممرضات في زملة التعب المزمن، وبلغ عددهم (١٤٧١) من العاملين بالتمريض، ومنهم (٢٨٢) من الممرضين، و١١٨٩ من الممرضات)، ويعملون بأقسام الجراحة، ووحدات الرعاية المركزة، والطوارئ، والعمليات، والأورام. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الممرضات أكثر شعوراً بأعراض التعب المزمن مقارنة بالممرضين، في حين لم توجد فروق في الشعور بالتعب بين أقسام التمريض، كما تبين أن التعب المزمن منبئ بحدوث الاحتراق النفسي، والإنهاك الانفعالي.

وأجرى جونز Jones وآخرون (2015) دراسة تهدف إلى الكشف عن بعض المتغيرات الديموجرافية والمهنية المنبئة بالتعب، وشملت عينة الدراسة (٦٨١) من العاملين بالتمريض ومساعدتهم، منهم (٤٦٩) ممرضة و٢١٢ ممرضاً)، عبر (٣١) وحدة من وحدات الرعاية المركزة التي تضم الحالات الطبية والجراحية بمستشفيات فرنسا. وأسفرت نتائج الدراسة عن زيادة أعباء العمل الجسمية والنفسية في وحدات الرعاية المركزة، والتي أسهمت في التنبؤ بارتفاع أعراض التعب المزمن، وانخفاض مستوى الطاقة لدى الممرضات مقارنة بالممرضين.

وفي نفس الاتجاه، هدفت دراسة روز Rose وآخرين (2017) إلى تحديد مدى ارتباط التعب بالضغوط المرتبطة بالعمل، وتأثيره على الصحة النفسية والجسمية في ضوء الفروق بين الجنسين، وذلك لدى عينة ضمت (٧٩٣٠) مبحوثاً من العاملين - المسجلين

في دراسة جوتنبرج للصحة^{(١)*} - منهم (٤٣٩٣ ذكراً، و٣٥٣٧ أنثى)، وعبر مختلف المهن، ومنها العاملون بالتمريض، وبلغ متوسط أعمارهم (٤٧,٧ ± ٧,٣) سنة. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط إيجابي بين بعض خصائص العمل الضاغط -التي تتمثل في: (زيادة أعباء العمل، وساعات العمل الإضافية المتكررة، وقلة أيام الإجازات ووقت الراحة، والصراعات المتكررة مع رؤساء العمل والزملاء، والعمل بنظام الورديات)- وحدثت أعراض التعب المزمن، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الشعور بأعراض التعب في اتجاه الإناث.

بينما هدفت دراسة هوانج Huang وآخرين (2019) إلى تقييم مستوى التعب المزمن واستكشاف العوامل المرتبطة به لدى العاملين بالتمريض، وبلغت عينة الدراسة (٥٦٦) مبحوثاً منهم (٥٥٢ ممرضة، و١٤ ممرضاً)، وتم اختيارهم من عشرة مستشفيات كبرى في الصين، وتم استبعاد الذين عملوا أقل من سنة.. وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين الممرضين والممرضات في الشعور بأعراض التعب المزمن، وأن معظم العاملين بالتمريض الذين شملهم الاستطلاع لديهم مستويات مرتفعة نسبياً من أعراض التعب المزمن، وبشكل خاص لدى المتزوجين، وممن يستغرقون أوقاتاً طويلة في العمل تزيد على (٤٠) ساعة أسبوعياً، ومن يعملون بالنوبات الليلية.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بتنظيم الذات وبعض مظاهر الصحة النفسية في سياق العمل بالتمريض

أجرى بارك Park وبارك Park ويو Yoo وكيم Kim (2008) دراسة عن العلاقة بين تنظيم الذات والرضا الوظيفي كأحد مظاهر الصحة المهنية، وبلغت عينة الدراسة

^١ Gutenberg Health Study (GHS).

* تُعد دراسة جوتنبرج أحد الدراسات الجماعية التي أجريت في الفترة من عام ٢٠٠٧ إلى ٢٠١٢ بأحد المراكز الطبية الجامعية؛ والتي تهدف إلى دراسة مختلف الأمراض الجسمية والنفسية، والتنبؤ بمخاطر هذه الأمراض (Wild,Zeller,Beutel,Blettner,Dugi,&Lackner, et al., 2012).

(١٧٣) من الممرضين، وتمّ اختيارهم من ثلاثة مستشفيات تعليمية جامعية. وأسفرت النتائج عن وجود دور فعال لتنظيم الذات ذي دلالة إحصائية في تحسين الرضا الوظيفي للممرضات.

كما طبق لابي Lackey (2014) برنامج قائم على إكساب العاملين بالتمريض مهارات تنظيم الذات، والوعي بالذات، والمقاومة النفسية؛ لتقليل التعب، وأنفعالاتهم السلبية نتيجة للضغوط التي يتعرضون لها في بيئة العمل، وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) مبحوثاً، منهم: (١٦ ممرضة، و ٩ ممرضين)، من مديري التمريض بأقسام الطوارئ ورعاية المرضى. واستغرق البرنامج ستة أشهر، وتمّ تقييم عدد من المجالات -قبل التدريب وبعده- التي تتعلق بالصحة، وحسن الحال، ونوعية الحياة في العمل، والقدرة على مواجهة التعب، والأعراض الجسمية، وغيرها. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التدريب على مهارات تنظيم الذات يفيد مديري الرعاية الصحية بشكل كبير من خلال تقليل كل من التعب، ومشاعر القلق، والاكتئاب، والغضب، والاستياء، كما أدى إلى تحسين تفكيرهم النقدي، ومهاراتهم في التواصل، والحكم، وصنع القرار، ما أدى إلى انخفاض كل من الأخطاء الطبية، وشكاوى المرضى، والأحداث السلبية، والمسئولية التنظيمية. كما أدى التدريب إلى تحسين قدرة مديري الرعاية الصحية على أن يصبحوا أكثر وعياً وتنظيماً لذواتهم عند استجاباتهم على مثيرات المشقة في العمل، مع زيادة شعورهم بالطاقة، والحيوية، والهدوء، والانفعالات الإيجابية. وبناءً على ذلك أوصت الدراسة بأهمية التدريب على تنظيم الذات لدعم الصحة وحسن الحال لدى العاملين بالرعاية الصحية.

وأجرى بلانكو-دونوسو Blanco-Donoso وجاروسا Garrosa وديميروتي Demerouti ومورينو-جيمينيز Moreno-Jimenez (2016) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصعوبات اليومية في تنظيم الانفعال في العمل والشعور بحسن الحال اليومي، وكيف تؤثر بعض موارد العمل، وخبرات التعافي على هذه العلاقة، وبلغت عينة الدراسة (٧٤) من العاملين بالتمريض بمختلف المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية

الإسبانية. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير إيجابي مباشر بين صعوبة تنظيم الانفعال والإرهاك الانفعالي اليومي في العمل، وزُمنة التعب المزمن والتأثيرات السلبية التي تظهر ليلاً عند عودتهم للمنزل.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة، نُوردُ عددًا من الملاحظات عليها، والتي تعكس مُبررات إجراء الدراسة الحالية، وهي كالتالي:

- (١) لا توجد أي دراسة عربية تناولت الفروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات أو في زُمنة أعراض التعب المزمن.
- (٢) لم نجد دراسات تناولت العلاقة بين تنظيم الذات وزُمنة أعراض التعب المزمن في سياق العمل بالتمريض في حين أنه تم تناول تنظيم الذات في علاقته بتعزيز الشعور بالصحة النفسية، وخفض الآثار السلبية الناتجة عن العمل الضاغط.
- (٣) على الرَّغم من أن هناك بعض الدراسات التي استهدفت تناول أحد مكونات تنظيم الذات فإننا لم نجد دراسات اهتمت بمجمل هذه المكونات.

فروض الدراسة

- ١- توجد فروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات وزُمنة أعراض التعب المزمن.
- ٢- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الذات وزُمنة أعراض التعب المزمن لدى المرضى والممرضات.

منهج الدراسة

اعتمد الباحثون في الدراسة الحالية على المنهج غير التجريبي؛ إذ يُقارن بين المرضى والممرضات في بعض المتغيرات النفسية، وهي: (تنظيم الذات ورملة أعراض التعب المزمن).

عينة الدراسة وخصائصها

تكوّنت عينة الدراسة من (٩٠) مبحوثاً من العاملين بالتمريض ممن يعملون بأقسام ووحدات المستشفيات الحكومية، ويتراوح المدى العمري لهم بين (٢٠-٣٩) سنة؛ تجنباً لمرحلة الشيخوخة التي قد ينتج عنها أمراض مُزمنة متعددة. وبلغ عدد المرضى (٣٠) ممرضاً، بمتوسط (٥+٢٩,٣) سنة، في حين بلغ عدد الممرضات (٦٠) ممرضة، بمتوسط (٥,٦+٢٨) سنة. وقد تراوحت فترة خبرة العمل لديهم من سنتين إلى ٢٠ سنة، بمتوسط (٤,٥+٩,٥) سنة، كما أنّ معظم العاملين بالتمريض بمعدل (٨٠٪) يعملون (١٢) ساعة يومياً، وفي فترات العمل الصباحية، والمسائية، والليلية بالتبادل.

واشترط في عينة الدراسة ألا يُعانين من أمراض جسدية أو نفسية، بالإضافة إلى مراعاة عدم انقطاع الطمث لدى الممرضات؛ وذلك تجنباً للأمراض المصاحبة لانقطاع الطمث، والتي قد تتداخل مع رملة أعراض التعب المزمن. وفيما يلي جدول (١)، الذي يبين الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة وفق المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والدرجة الوظيفية، وأقسام العمل التي يعملون بها، والمستشفيات الحكومية التي اختير منها عينة الدراسة.

جدول (١). الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة الأساسية

المرضى		المرضى		المتغير الديموجرافي
النسبة المئوية %	التكرارات	النسبة المئوية %	التكرارات	
١٥%	٩	١٦,٧%	٥	كلية التمريض
٣٨,٣%	٢٣	٤٠%	١٢	معهد سنتين تمريض
٤٦,٧%	٢٨	٤٣,٣%	١٣	دبلوم فني تمريض
٥٥%	٣٣	٤٣,٣%	١٣	أعزب/ أنسة
٤٥%	٢٧	٥٦,٧%	١٧	متزوج/ متزوجة
٢٦,٧%	١٦	٤٦,٦%	١٤	قسم الطوارئ
٣٨,٣%	٢٣	٢٦,٧%	٨	قسم الرعاية المركزة
٣٥%	٢١	٢٦,٧%	٨	قسم العمليات الجراحية
٤٠%	٢٤	٢٦,٧%	٨	القصر العيني الفرنساوي
٤٣,٣%	٢٦	٥٣,٣%	١٦	المعهد القومي للأورام
١٦,٧%	١٠	٢٠%	٦	الدمرداش

أدوات الدراسة

تضمَّنت أدوات الدراسة الأساسية مقياسين، هما:

- ١- مقياس تنظيم الذات.
- ٢- مقياس زُملة أعراض التعب المزمن لرضوان (٢٠٠٥).

بالإضافة إلى مقياس تنظيم الذات لرضوان (٢٠١٢) كمحك خارجي، واستمارة البيانات الأساسية؛ لجمع البيانات الديموجرافية.

وفيما يلي وصفٌ لأدوات الدراسة الأساسية، وعرضٌ للخطوات التي اتبعت للتحقق من كفاءتها السيكومترية.

[١] مقياس تنظيم الذات

أعدت الباحثة أداة لقياس تنظيم الذات، تتناسب مع التصور النظري والتعريف لهذا المفهوم، وتتلاءم بنوده مع طبيعة العينة.

وقد تمَّ إعداد مقياس تنظيم الذات وفقاً للإجراءات التالية:

١. الاطلاع على مختلف التعريفات والأطر النظرية الخاصة بمفهوم تنظيم الذات والانتهاه منها إلى تعريف مُحدّد لتنظيم الذات، أمكن الانطلاق منه إلى إعداد المقياس.

٢. مراجعة التراث البحثي الذي يميّز بين مفهوم تنظيم الذات والمفاهيم المتداخلة معه كالوعي بالذات وإدارة الذات، وتنظيم أسلوب الحياة، وغيرها.

٣. الاطلاع على بعض المقاييس العربية لتنظيم الذات، ومنها: مقياس تنظيم الذات لعوض (٢٠١٦)، ومقياس تنظيم الذات لعبد المقصود (٢٠١٧)، ومقياس تنظيم الذات لصادق (٢٠١٧)، ومقياس أيزنك Eysenck وجروسارث-ماتيك Grossarth -Maticek عام ١٩٩٥، ترجمة وإعداد: محمد (٢٠٠٨). كما تم الاطلاع على بعض المقاييس الأجنبية من بينها: مقياس المراقبة الذاتية للينوكس Lennox وولف Wolfe (1984)، ومقياس فاعلية الذات العامة لشوارزر Schwarzer وجيروسالم Jerusalem (1995)، ومقياس تنظيم الذات لبراون Brown وميلير Miller ولاويندوسكي Lawendowski (1999)، ومقياس تنظيم الذات لشوارزر Schwarzer وديهل Diehl وسشميتز Schmitz (1999)،

ومقياس تنظيم الانفعال لجروس Gross وجون (2003) John، ومقياس تنظيم الانفعال لجراتز Gratz ورومر Roemr (2004)، ومقياس تنظيم الذات لإريكسون Erickson وسوكوب Soukup ونونان Noonan ومكجورن McGurn (2015).

وعلى الرغم من انتشار الأدوات المعنية بمفهوم تنظيم الذات، واعتماد الباحثين عليها، فإنها لا تتناسب مع طبيعة الدراسة الحالية؛ وذلك للآتي:

١. تفتقد بعض المقاييس إلى تناول المكونات المختلفة لتنظيم الذات مجتمعة، والاقتصار على تناول أحد مكوناته أو بعضها.
٢. عدم ملائمة معظم المقاييس لطبيعة عينة الدراسة، إذ وُجِدَ أن هناك مقاييس مصممة لتناسب طلبة الجامعة، أو المعلمين في السياق التعليمي، أو مرضي الشريان التاجي في السياق الصحي، أو المعتمدين على المواد النفسية في السياق الإكلينيكي.
٣. ومن ناحية أخرى عدم ملائمة معظم المقاييس لعمر العينة محل اهتمام الدراسة الحالية؛ إذ إن المرحلة العمرية التي طُبِّقَتْ عليها المقاييس أصغر من المرحلة العمرية المهمة بها الدراسة الحالية، ويترتب على ذلك وجود بعض البنود التي لا تناسب عينة الدراسة.

وفي ضوء ذلك، تمَّ إعداد المقياس وفق الشروط الآتية:

- تمَّت صياغة البنود بحيث تُعبِّر بوضوح عن مفهوم تنظيم الذات، وفق مراعاة الآتي:
- أ. اعتمدت الباحثة عند تصميم المقياس على وضع عدة مكونات (مقاييس فرعية) يمكن أن تغطي جوانب تنظيم الذات المختلفة، وهي: المتابعة والمراقبة الذاتية، والتخطيط، وفاعلية الذات، وتقييم الذات، ودعم الذات، وضبط الانفعال وتنظيمه.
 - ب. أن تُصاغ البنود بعبارات بسيطة وواضحة قدر الإمكان، وتلائم عينة الدراسة.

د. تتويج صياغة البنود ما بين السلبية والإيجابية تجنبًا لتكوين وجهة محدّدة لدى المبحوثين في الدراسة.

إجراءات التحقُّق من الكفاءة السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس

تمَّ التحقُّق من صدق المقياس من خلال عدة طرق تتمثل فيما يلي:

(أ) صدق المُحكِّمين

تم حساب تقديرات المُحكِّمين على بنود المقياس ومدى تمثيلها لتنظيم الذات وأبعاده؛ وبناءً على ذلك تمَّ عرض مقياس تنظيم الذات للتحكيم من قِبَل خمسة عشر مُحكِّمًا من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة القاهرة؛ حيثُ قُدِّم لهم تعريف لتنظيم الذات، كما قُدِّمت لهم البنود الممثّلة لكل بُعد من أبعاد تنظيم الذات؛ وهي: (المتابعة والمراقبة الذاتية، والتخطيط، وفاعلية الذات، وتقييم الذات، ودعم الذات، وضبط وتنظيم الانفعال)، ثمَّ طُلب منهم تحديد مدى ملاءمة البنود لكل مُكوّن، ومدى وضوح صياغتها، مع إضافة أي مقترحات.

وأُسفَرَ تحكيم المقياس عن ارتفاع نسب الاتفاق بين المُحكِّمين، واستبعاد (٦) بنود من -حيثُ أقرَّ عددٌ من المُحكِّمين بتشابه مضمونها مع بنود أخرى-، كما تمَّ دمج بعض البنود المتشابهة؛ للتقليل من حجم المقياس، وحتى لا يثير ذلك الملل لدى المبحوثين، والإبقاء على (٥٤) بندًا، كما تمَّ إدخال بعض التعديلات على صياغة بعض بنود المقياس وفقًا لآراء المُحكِّمين، واستبدال بعض الكلمات أو إضافة كلمات أخرى، بحيثُ تعدّل من البند دون أن تغيّر من معناه المقصود. وتراوح نسب الاتفاق بين المُحكِّمين على بنود المقياس بين (٩٣,٣% إلى ١٠٠%).

(ب) الصدق التلازمي

تم حساب الارتباط بين مقياس تنظيم الذات لرضوان (٢٠١٢) الذي يتكون من (٤٠) بنداً، ويتسم بقدرٍ مقبولٍ من الكفاءة السيكمترية، ومقياس تنظيم الذات إعداد الباحثة، وذلك على عينة قوامها (٣٠) ممرضة، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين المقياسين (٠,٦٦)، ما يدلُّ على تمتُّع المقياس بدرجة مقبولة من الصدق التلازمي من خلال الارتباط بمحكٍّ آخر.

ثانياً: ثبات المقياس

تم تقدير ثبات المقياس من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تمَّ حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي بجدول (٢).

جدول (٢). معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس تنظيم الذات وأبعاده الفرعية

الممرضات (ن=٦٠)		الممرضون (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات تنظيم الذات ومكوناتها الفرعية
القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	
٠,٨١٨	٠,٧٣٩	٠,٧٤٨	٠,٦٧٦	المراقبة الذاتية
٠,٥٩٧	٠,٦٦٦	٠,٦٥٣	٠,٥٩	التخطيط
٠,٨٦٤	٠,٧٦٥	٠,٦١٥	٠,٥٣٤	فاعلية الذات
٠,٥٧٧	٠,٥٥	٠,٥٧١	٠,٤٧٣	تقييم الذات
٠,٧٠٦	٠,٧٠٣	٠,٨٢٢	٠,٦٧٩	دعم الذات
٠,٦٠٧	٠,٦٤٤	٠,٦٨٦	٠,٦٠٥	ضبط وتنظيم الانفعال
٠,٩٠٧	٠,٩٠٨	٠,٧٨٧	٠,٨٧٨	الدرجة الكلية لمقياس تنظيم الذات

ويتضح من نتائج جدول (٢) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس تنظيم الذات وأبعاده الفرعية، مقبولةً بوجه عام.

وصف المقياس:

تكوّن المقياس في صورته النهائية من (٥٤) بنداً موزعة على عدة أبعاد ليضم (١٠) بنود للمتابعة والمراقبة الذاتية، و(٨) بنود للتخطيط، و(١٢) بنداً لفاعلية الذات، و(٦) بنود لتقييم الذات، و(٦) بنود لدعم الذات، و(١٢) بنداً لضبط وتنظيم الانفعال.

ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديلٍ من بين أربعة بدائل، تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم انطباق البند تمامًا، والدرجة (٤) التي تشير إلى انطباق البند بدرجة كبيرة. وتصحح الدرجة في الاتجاه الإيجابي، ومن ثمّ يتمّ عكس الدرجة على البنود السلبية، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٥٤-٢١٦) درجة.

[٢] مقياس زُملة أعراض التعب المزمن

تمّ استخدام مقياس زُملة أعراض التعب المزمن، لرضوان (٢٠٠٥)، وأشار مُعدّ المقياس إلى أنه تمّ الاعتماد في إعداد بنود هذا المقياس على المحكات والأعراض الخاصة بزُملة التعب المزمن الواردة بالدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية - ICD-10، والصادر عن منظمة الصحة العالمية، وكذلك تمّ الاعتماد على التعريفات المقدّمة لهذه الزُملة.

ويتكون المقياس من (٥٦) بنداً؛ منها: (٢٨) بنداً تعكس الأعراض النفسية للتعب كالشعور بالإرهاق النفسي والعقلي، وعدم تحمّل التوتر، وانخفاض الطاقة النفسية، وعدم تحمّل الصراعات والخلافات مع الآخرين، والشعور بالإحباط والملل وغيرها. و(٢٨) بنداً آخر يعكس الأعراض البدنية للتعب كالنهجان والتعب لأقل مجهود، والشعور بالآلام العضلية وآلام المفاصل والصداع، واضطرابات النوم، والشعور بالدوخة وغيرها. ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديلٍ من بين أربعة بدائل، تتراوح بين الدرجة (١)

التي تشير إلى عدم موافقة الفرد على البند، والدرجة (٤) التي تشير إلى الموافقة بدرجة كبيرة على البند. ويوجد بالمقياس (٨) بنود عكسية؛ تجنباً لتكوين وجهة ذهنية لدى المبحوث. وتستخرج من المقياس ثلاث درجات: درجة للتعب النفسي، ودرجة للتعب البدني، ودرجة كلية للتعب. وتصحح الدرجة في الاتجاه السلبي، ومن ثمَّ يتمُّ عكس الدرجة على البنود الإيجابية، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (٢٢٤-٥٦) درجة.

الكفاءة السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس

أشار رضوان (٢٠٠٥) إلى أن المقياس يتمتّع بدرجة مقبولة من الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب الارتباط بين الدرجة على البُعد والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك الارتباط بين الدرجة الكلية لكلا البُعدين، وتراوحت الدرجات ما بين (٠,٦٠٧ - ٠,٩٣٣).

وفي إطار الدراسة الحالية أعيد التحقق من صدق المقياس من خلال صدق المفهوم، وتم التحقق منه من خلال ارتباط الدرجة الكلية لكل مكون بالدرجة الكلية على المقياس، وكذلك الارتباط بين الدرجة الكلية لكلا المكونين (التعب النفسي، والبدني)، وتبين أن المقياس يتّسم باتساق داخلي مقبول، وهو ما يوضحه جدول (٣).

جدول (٣). معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية للمقياس وبعضها بعضاً وبالدرجة الكلية

معامل ارتباط	الممرضون (ن = ٣٠)	الممرضات (ن = ٦٠)
التعب النفسي بالدرجة الكلية	٠,٩٥٧	٠,٩٤٤
التعب البدني بالدرجة الكلية	٠,٩٤٩	٠,٩٦٦
التعب النفسي بالبدني	٠,٨١٧	٠,٨٢٧

ثانياً: ثبات المقياس

أشار رضوان (٢٠٠٥) إلى أن المقياس يتسم بمعاملات ثبات مقبولة بوجه عام، وحسب معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ؛ إذ تراوحت ما بين (٠,٨٥ - ٠,٩٢)، والقسمة النصفية التي تراوحت ما بين (٠,٧٩ - ٠,٨٩).

وفي الدراسة الحالية: تمّ تقدير ثبات المقياس من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي بجدول (٤).

جدول (٤). معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس زُمنة أعراض التعب المزمن.

الممرضات (ن=٦٠)		المرضى (ن=٣٠)		طريقة حساب الثبات أبعاد المقياس
القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	
٠,٧٨٦	٠,٧٥٥	٠,٩٠	٠,٨٤٩	زُمنة أعراض التعب النفسي
٠,٨٢١	٠,٨٥٤	٠,٧٣٦	٠,٧٨٤	زُمنة أعراض التعب البدني
٠,٨٨٧	٠,٨٩٠	٠,٨٧٤	٠,٨٥٨	الدرجة الكلية لزُمنة أعراض التعب المزمن

ويتضح من نتائج جدول (٤) أنّ معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس زُمنة أعراض التعب المزمن وأبعاده الفرعية، مقبولة بوجه عام.

نتائج الدراسة

نعرض فيما يلي النتائج في بعدين، هما:

١. الفروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات وزُمنة أعراض التعب المزمن.
 ٢. العلاقة بين تنظيم الذات وزُمنة أعراض التعب المزمن لدى المرضى والممرضات.
- وفيما يلي نعرض لكل منهما بالتفصيل.

أولاً: فيما يتعلق بالفروق بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات وُزْمَلَة أعراض التعب المزمن، تمَّ حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، وهو ما يوضحه جدول (٥).

جدول (٥). المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (ت) ودلالاتها في متغيرات الدراسة.

قيمة ت	الممرضات (ن=٦٠)		المرضى (ن=٣٠)		تنظيم الذات
	ع	م	ع	م	
**٣,٢٥-	٢٠,٧٦	١٥١,٩٣	٢٠,٦٥	١٦٧,٥٧	
**٢,٨٥	٢٤,٨٦	١٣١,٨١	٢٩,٩٩	١١٧,٧٣	زُْمَلَة أعراض التعب المزمن

** دال عند مستوى دلالة (٠,٠١).

يتضح من نتائج جدول (٥)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والممرضات في تنظيم الذات في اتجاه المرضى، كما وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والممرضات في زُْمَلَة أعراض التعب المزمن في اتجاه الممرضات.

ثانياً: فيما يتعلق بالعلاقة بين تنظيم الذات وُزْمَلَة أعراض التعب المزمن لدى المرضى والممرضات، تمَّ حساب معامل الارتباط الخطي "البيرسون"، كما تمَّ الكشف عن مكونات تنظيم الذات في ضوء علاقتها بالدرجة الكلية لُزْمَلَة أعراض التعب المزمن، وهو ما يوضحه الجدولان التاليان من نتائج لمعاملات الارتباط ودلالاتها.

جدول (٦). معاملات الارتباط الخطي "البيرسون" بين تنظيم الذات ورملة أعراض التعب المزمن وأبعادها الفرعية.

الممرضات (ن=٦٠)	المرضى (ن=٣٠)	تنظيم الذات	رملة أعراض التعب المزمن
٠,١٢٨-	**٠,٤٨٢-	التعب النفسي	
*٠,٢٧٦-	***٠,٦٠٤-	التعب البدني	
*٠,٢٢١-	***٠,٥٦٧-	الدرجة الكلية	

* دال عند (٠,٠٥) ، ** دال عند (٠,٠١) ، *** دال عند (٠,٠٠١) ، وتم الكشف عند دلالة الذيلين.

يتضح من نتائج جدول (٦) وجود علاقات ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية لتنظيم الذات ورملة أعراض التعب المزمن وأبعادها الفرعية لدى المرضى والممرضات فيما عدا التعب النفسي لدى الممرضات. وفيما يلي جدول (٧) يوضح الارتباط بين المكونات الفرعية لتنظيم الذات ورملة أعراض التعب المزمن لدى المرضى والممرضات.

جدول (٧). معاملات الارتباط الخطي "البيرسون" بين مكونات تنظيم الذات ورملة أعراض التعب المزمن.

الدرجة الكلية لرملة أعراض التعب المزمن		مكونات تنظيم الذات الفرعية
الممرضات (ن=٦٠)	المرضى (ن=٣٠)	
٠,١٢٨-	*٠,٤٣٠-	المراقبة الذاتية
٠,٢٠٢-	*٠,٤٠٢-	التخطيط
*٠,٢١٥-	**٠,٤٥٨-	فاعلية الذات
*٠,٢٧١-	**٠,٥١٢-	تقييم الذات
٠,١٢١-	*٠,٤١٩-	دعم الذات
٠,٣٤١-	*٠,٤٧٨-	ضبط وتنظيم الانفعال

* دال عند (٠,٠٥) ، ** دال عند (٠,٠١) ، *** دال عند (٠,٠٠١) ، وتم الكشف عند دلالة الذيلين.

يتضح من نتائج جدول (٧) وجود ارتباطات سالبة بين جميع مكونات تنظيم الذات وِزُمَّة أعراض التعب المزمن لدى الممرضين، وتراوحت بين (٠,٤٠٢، ٠,٥١٢)، بينما وجد أنَّ هناك ارتباطات سالبة بين بعض مكونات تنظيم الذات (فاعلية الذات، وتقييم الذات، وضبط وتنظيم الانفعال) وِزُمَّة أعراض التعب المزمن لدى الممرضات، وتراوحت بين (٠,٢١٥، ٠,٣٤١).

مناقشة النتائج

نعرض فيما يلي مناقشة النتائج في بعدين، هما:

١. الفروق بين الممرضين والممرضات في نتائج الدراسة.
 ٢. العلاقات بين نتائج الدراسة لدى الممرضين والممرضات.
- وفيما يلي نعرض لكل منهما بالتفصيل.

أولاً: فيما يتعلق بالفروق بين نتائج الدراسة، وجدت فروق بين الممرضين والممرضات في تنظيم الذات في اتجاه الممرضين، وهذا يعني أن الممرضين أكثر تنظيمًا لذواتهم مقارنةً بالممرضات.

وجاءت هذه النتيجة غير متسقة مع نتائج الدراسات السابقة؛ إذ اختلفت مع نتائج دراسة هانز أيزنك وجروسارث- ماتيك (١٩٩٥) التي أشارت إلى أن الإناث أكثر تنظيمًا لذواتهم مقارنة بالذكور (من خلال: محمد، ٢٠٠٨). كما اختلفت مع نتائج أخرى من الدراسات التي أشارت في مجملها إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تنظيم الذات سواء لدى عينات من مرضي زُمَّة التعب المزمن (Gray, & Rutter, 2007) أم في السياق المهني (Fathizadeh & Khoshouei, 2017; Mattern & Bauer, 2014).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تعدد وتنوع الخبرات التي يمر بها الذكور مقارنة بالإناث، والتي ربما تجعلهم أكثر قدرة على ضبط ذاتهم وتنظيمها بشكل أكبر من الإناث (محمد، ٢٠٠٨). كما أنه وفقاً للمعايير الاجتماعية والثقافية يميل الذكور إلى التخطيط في السياق المهني، ووضع الأهداف، والخطط، والعمل على تنفيذها، ومراقبة ذاتهم للوصول إلى أهدافهم المنشودة وفقاً للمسئولية المفروضة عليهم من قبل المجتمع للنجاح مهنيًا، بالإضافة إلى التوقعات التي قد تفرضها بيئة العمل على الذكور مقارنة بالإناث (Clark, Michel, Zhdanova, Pui,& Baltes, 2014; Fathizadeh& Khoshouei, 2017).

وتجدر الإشارة إلى اهتمام الدراسة الحالية بتنظيم الذات في السياق المهني، وربما تختلف هذه النتيجة عبر سياقات أخرى كالسياق الأكاديمي فقد تكون الإناث أكثر تنظيمًا لذاتهن مقارنة بالذكور K، وهو ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات من أن الإناث أكثر تنظيمًا لذواتهن مقارنة بالذكور في السياق الأكاديمي (أحمد، ٢٠١٧؛ عبد الكريم، خزعلي، ٢٠١٦؛ Matthews, Ponitz,& Morrison, 2009). ويمكن تفسير ذلك في إطار ضيق مساحة الحرية والتعبير المسموحة للإناث في المجتمعات العربية لممارسة المهام والأنشطة المختلفة؛ الأمر الذي قد يتيح لهم الفرصة لتوجيه طاقاتهم نحو الأهداف الأكاديمية المتعلقة بالتحصيل الدراسي والأنشطة الأكاديمية (عبد الكريم، خزعلي، ٢٠١٦).

وبناءً على ما سبق، نجد أنه قد تختلف نتيجة الدراسة الحالية باختلاف السياق كونه أكاديميًا أم مهنيًا وغيرها من السياقات الأخرى، وكذلك عبر السياقات المهنية المختلفة، بالإضافة إلى اختلاف مكونات مقاييس تنظيم الذات التي يتبناها الباحثين، الأمر الذي قد يؤدي إلى اختلاف النتائج بين الدراسات. ومن ناحية أخرى، وجد فروق بين الممرضين والمرضات في زُملة أعراض التعب المزمن في اتجاه المرضات، وهذا يعني أن المرضات أكثر شعورًا بزُملة أعراض التعب المزمن مقارنة بالمرضى.

وجاءت هذه النتيجة مُتَّسِقَةً مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي أشارت في مجملها إلى أن الممرضات أكثر شعورًا بأعراض التعب الحاد والمزمن مقارنة بالمرضى، نتيجة زيادة أعباء العمل الجسمية والنفسية والانفعالية التي يتعرضن لها (Jones, et al., 2012; Raftopoulos, et al., 2015).

كما أشار بعض الباحثين إلى أن زُمْلَةَ أعراض التعب المزمن بشكل عام أكثر انتشارًا لدى الإناث مقارنة بالذكور؛ إذ تمثل نسبة الإصابة لديهم أربعة أمثال الذكور (Afari & Buchwald, 2003; Rose, et al., 2017). ولعلها انعكست نتيجة زيادة تنظيم الذات لدى الممرضين أيضًا في انخفاض زُمْلَةَ أعراض التعب المزمن لديهم مقارنة بالمرضى.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية الدور والمخططات الثقافية التي تشير إلى تعدد الأدوار الاجتماعية التي تقوم بها الإناث، بالإضافة إلى تعدد التوقعات والمطالب حول الأدوار المفروضة عليهن مقارنة بالذكور، من حيث الوقت والجهد المكثس لأداء عملهن، مقابل دورهن في رعاية أسرهم، والوفاء بالمطالب الأسرية المختلفة، فضلًا عن رعاية الأبناء، وتحمل المسؤولية تجاههم، الأمر الذي قد يؤثر على الحالة الصحية للإناث، ومن ثمَّ زيادة شعورهن بأعراض التعب المزمن مقارنة بالذكور (Clark, et al., 2014).

ونظرًا لتباين مستوى الضغوط عبر المهن المختلفة، فإن العمل بالتمريض يتضمن أعباء عمل عديدة، والتي تتمثل في السهر ليلاً في المناوبات الليلية مع إيجاد صعوبة في النوم، والعمل لساعات طويلة (Han, et al., 2014). فضلًا عن اهتمام الدراسة الحالية ببعض أقسام التمريض المجهدة للغاية مقارنة بالأقسام الأخرى، ومنها: وحدات الرعاية المركزة، والوحدة التي تضم مختلف الأمراض الطبية الحرجة، وتتطلب المراقبة المستمرة للمرضى، ورعايتهم، والاهتمام بهم (Mirzaee, Zamanian, & HasanZade, 2015). بالإضافة إلى ما يواجهه العاملين بالتمريض بقسم الطوارئ من أحداث ضاغطة

مرتبطة بالعمل وغير متوقعة، مع زيادة شعورهم بضغط الوقت، والحاجة إلى السرعة في اتخاذ القرار (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015)

وعلى الرغم من هذه الأعباء العديدة التي تواجه الممرضات في عملهن، فإنها قد لا تنتهي بانتهاج عملهن اليومي، بل يستمررن في ممارسة أنشطتهن في الحياة اليومية، في ظل شعورهن بأعراض التعب؛ للوفاء بالمتطلبات التي يفرضها المجتمع، ما قد يؤدي إلى انخفاض مستوى طاقتهم، وتفاقم أعراض التعب لديهم ووصولها إلى حدّ الإزمان (Oyane, et al., 2013).

ومن ناحية أخرى، نظراً لكون الإناث أكثر إدراكاً للضغوط التي يواجهونها في بيئة العمل، فإنه يتضح وفق التفسير النفسي العصبي المناعي أن هذه الضغوط قد تؤثر سلبياً على كيمياء الجسم، إذ وُجِدَ أن الضغوط الجسمية والانفعالية والعقلية تؤثر على المحور النخامي الكظري، ويمثل هذا المحور شبكة معقدة تتحكم في رد فعل الجسم تجاه الضغوط، وينظم هذا المحور كثيراً من عمليات الجسم مثل: الاستجابة المناعية، والمزاجية، واستخدام الطاقة. ومن ثمّ، عند حدوث أي خلل في هذا المحور فإنه قد يؤدي إلى حدوث تغييرات تطرأ على الهرمونات التي تُفرزها هذه الغدد، ما يؤثر بدوره سلباً على جهاز المناعة، وعلى العديد من أجهزة ووظائف الجسم الأخرى (Abrams, 2003; Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

بالإضافة إلى ما أشار إليه ويلر وزملاؤه من حدوث آثار سلبية نتيجة استمرار حالة الاستثارة والضغوط والتي لا تتعلق فقط بجهاز المناعة، والغدد الصماء، وإنما تمتد إلى حدوث اضطرابات في العمليات المعرفية والإدراكية، ومن ثمّ يتضح أنّ هناك علاقة بين الاستثارة المستمرة، والإصابة بأعراض التعب المزمن (Wyller et al., 2009).

كما أن الإناث ربما يكن أقل مقاومة ومن ثمّ أكثر عرضة لأمراض التكيف التي أشار إليها هانز سيللي في حديثه عن زُملّة التكيف العام، والتي تتكون من ثلاث مراحل هي الإنذار والمقاومة والإنهاك أو التعب والذي ينشأ عند فشل المقاومة (رضوان، ٢٠٠٥).

ومن ناحية أخرى، قد يرجع بعض الباحثين الفروق بين الجنسين في زُملّة أعراض التعب المزمن إلى الأعراف والتقاليد الاجتماعية، والتي ولدت لدى الذكور تصورات ومعتقدات خاطئة حول الإفصاح عن آلامهم بشكل عام أو لدى الطبيب، كما أنهم قد يعتبرون الحديث عن آلامهم ضعف لا يليق بهم؛ ما قد يؤدي ذلك إلى قلة نسبة الذكور مقارنة بالإناث في زُملّة التعب المزمن (عبد الفتاح، ٢٠١٧). ويتسق هذا التصور مع ما أشار إليه هوانج وزملاؤه (Huang et al., 2019) من عدم وجود فروق بين الممرضين والمرضات في الشعور بأعراض التعب المزمن، وأن معظم العاملين بالتمريض ممن شملهم الاستطلاع أفصحوا عن تعرضهم لأعراض التعب المزمن. وربما ترجع نتيجة الدراسة الحالية إلى زيادة عدد الممرضات مقارنة بعدد الممرضين؛ إذ إن تمثيل الإناث في العمل بالتمريض أكثر من الذكور (Blanco-Donoso, Garrosa, Demeroti, & Moreno-Jimenez, 2016; Huang et al., 2019).

وعلى أي حال وفقا للتفسيرات المعرفية، فإن أحداث الحياة المثيرة للمشقة قد تسهم في الإصابة بزُملّة أعراض التعب المزمن وخاصةً لدى الأفراد ممن لديهم الاستعداد لذلك (Browne & Chalder, 2009). بالإضافة إلى تفاعل عديد من العوامل التي قد تؤدي إلى استمرار هذه الأعراض وربما تفاقمها، ومنها: العوامل الجسمية التي تتمثل في انخفاض النشاط العام، والشعور بالألم والتعب، والعوامل الوجدانية كصعوبة تنظيم الانفعالات، مع العوامل المتعلّقة بسمات الشخصية كالميل إلى الإنجاز، والعمل الجاد، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية التي قد تتمثل في الضغوط التي يفرضها المجتمع، والأعباء الأسرية (Van Geelen, et al., 2007; Van Houdenhove & Luyten, 2008).

ثانياً: فيما يتعلق بالعلاقات بين نتائج الدراسة، وجد أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الذات وزُملّة أعراض التعب المزمن بمكوناته الفرعية، وتعني هذه النتيجة أن العاملين بالتمريض مرتفعي تنظيم الذات أقل شعوراً بزُملّة أعراض التعب المزمن.

وجاءت هذه النتيجة متسقة مع ما أشار إليه العديد من الباحثين أن لتنظيم الذات دوراً فعالاً في تعزيز صحة الأفراد النفسية والجسمية، كما يساعدهم على خفض الآثار السلبية الناتجة عن العمل الضاغط بشكل فعال (Fathizadeh & Khoshouei, 2017; Kondratyuk & Morosanova, 2014).

ومن ثمَّ أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى ارتباط تنظيم الذات بمؤشرات الصحة النفسية في السياق المهني (Park et al., 2008). كما أشار بارك (Park) وزملاؤه (2008) إلى أهمية وضع آليات لدعم تنظيم الذات لدى العاملين بالتمريض؛ لخفض شعورهم بالضغوط المرتبطة بعملهم بطريقة إيجابية، ومن ثمَّ سيتحسن رضاهم الوظيفي، ويزيد شعورهم بحُسنِ الحال.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأطر النظرية المفسرة لتنظيم الذات؛ إذ يتضح - وفق نظرية الضبط لكارفر وشاير- أن الفرد المنظم لذاته يسعى جاهداً نحو التقدم لتحقيق أهدافه الشخصية (تاج الدين، ٢٠١٦). ومن ثمَّ يتصرف الأفراد بطرقٍ تهدف إلى تحقيق تلك الأهداف في ضوء مراقبة مدى تقدُّمهم نحو تحقيق الهدف، ومحاولتهم تقليلَ التفاوت بين وضعهم الحالي -المتعلِّق بتصوراتهم حول أعراضهم المرضية- والمعايير التي يسعون إلى الوصول لها متمثلةً في الهدف المرغوب، كوصولهم إلى حالة صحية جيدة، ومن ثمَّ يحاول الفرد تجنبَ الأهداف غير المرغوب فيها، كتجنُّبه الإصابة بالأعراض المرضية التي قد تعوقه عن تحقيق أهدافه (Scheier & Carver, 2003).

كما يتضح في ضوء نظرية ليفينثال وزملائه أن هناك عدة عوامل ترتبط بالمرض، منها: طبيعة الأعراض، وشِدَّتْها، ومسارها الزمني، وآثارها، ومن ثمَّ عندما يُدرك الفرد الضغوط والتحديات المتعلِّقة بالصحة، ويعي بمشكلاته فإنه يتَّخذ الإجراءات اللازمة وفقاً لخطورة التهديد، ومن ثمَّ يضع خطط العمل للوصول إلى الأهداف المحددة، فضلاً عن اختيار استراتيجيات المواجهة الفعالة للتعامل مع التهديد، والتي بدورها تؤثر على النتائج

المُتعلِّقة بالصحة أو المرض. ومن ثمَّ يتضح أن اتباع الفرد لمهارات تنظيم الذات قد يؤدي إلى خفض الأعراض المرضية (De Ridder&De Wit, 2006; Leventhal, et al., 2003).

وعلى الجانب الآخر فيما يتعلق بمكونات تنظيم الذات المعنوية بها الدراسة الحالية؛ فقد ارتبطت جميع مكونات تنظيم الذات المتمثلة في (المتابعة والمراقبة الذاتية، والتخطيط، وفاعلية الذات، وتقييم الذات، ودعم الذات، وضبط وتنظيم الانفعال)، سلبياً مع زُملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضين، بينما ارتبط الفاعلية الذاتية، وتقييم الذات، وضبط وتنظيم الانفعال فقط سلبياً مع زُملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضات. وفيما يلي توضيح لكلٍ من هذه المكونات على حدة في علاقتها بتلك الزملة.

أشار باندورا إلى أن تنظيم الذات يتضمن عملية المراقبة الذاتية بكل ما تعنيه من عناية دقيقة لسلوك الفرد ومحدداته وآثاره (Bandura, 1991). كما أشار كارفر وشاير إلى أهمية عملية المراقبة الذاتية في الحدّ من التفاوت بين الحالة الراهنة والهدف المرغوب، بالإضافة إلى ما أشار إليه باومستير وزملاؤه في نموذج قوة الإرادة، عن أهمية: ضبط الذات، والمراقبة الذاتية لمدى التقدّم نحو بلوغ الأهداف، في نجاح عملية تنظيم الذات (De Ridder & De Wit, 2006).

وأُسفرت نتائج بعض الدراسات عن أن المراقبة الذاتية -كأحد مكونات تنظيم الذات- تُسهم في تعزيز الشعور بحُسنِ الحال المهني، بالإضافة إلى خفض حالة الإنهاك (Mattern & Bauer, 2014). ومن ثمَّ ارتبطت المراقبة الذاتية في الدراسة الحالية بخفض زُملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضين، وربما انعكس ذلك على زيادة زُملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضات.

كما تُعد فاعلية الذات إحدى الآليات المهمة التي تتضمنها عملية تنظيم الذات، بما تتضمنه من وضع الأهداف، والتوجيه الذاتي، والثقة في القدرة على ممارسة الضبط،

ومواجهة الصعوبات والتحديات والمثابرة، والقدرة على الانتقاء، والاختيار، والتروي، وضبط التفكير المشوّس (صادق، ٢٠١٧).

وتشير فاعلية الذات إلى معتقدات الفرد حول قدرته على إكمال مهام محددة في موقف محدّد بنجاح، أي إن فاعلية الذات تمثل المؤشر الأساسي للدافعية التي تدفع الفرد إلى المحاولة والاستمرار في أداء سلوك معين رغم ما يواجهه من عقبات وصعوبات (يوسف، ٢٠١٠). كما أشار باندورا إلى دور فاعلية الذات في التنبؤ بالنتائج المرتبطة بدعم الصحة والوقاية من الأمراض (Bandura, 1991). ومن ثمّ اتّضح ارتباط هذا المكون بانخفاض زُملة أعراض التعب المزمن لدى كل من الممرضين والممرضات.

في حين أشار بعض الباحثين إلى أن الأفراد الذين يتّسمون بالفاعلية الذاتية السلبية عند تقديرهم للأمور تزداد لديهم أعراض التعب المزمن، مع انخفاض كفاءتهم الذاتية عند مواجهة المرض، بالإضافة إلى حدوث تغيرات سلبية هائلة في مستوى نشاطهم وسلوكهم، ونوعية حياتهم، مع انخفاض أداءهم في العمل (Balachander, et al., 2014; Rimbaut et al., 2016).

وكذلك ارتبط التخطيط الذي يُعد أحد المكونات الأساسية لتنظيم الذات، للوصول إلى الأهداف سلبياً مع أعراض التعب المزمن، وتقييم الذات بما يتضمنه من تقييمات الفرد الشاملة سواء كانت سلبية أو إيجابية نحو ذاته، وتتبع مستوى أدائه لتعديل مواطن الضعف؛ سلبياً مع أعراض التعب المزمن (Vancouver & Day, 2005). بينما ارتبط دعم الذات الذي يعتمد على عملية إدارة الأحداث واحتمالات وقوعها بهدف تشكيل السلوك، كي يلتقي مع المعيار أو مَحَكّ الأداء في ضوء إدراك وتوقُّع النتائج المرغوبة لدى الممرضين فقط سلبياً بانخفاض أعراض التعب المزمن (عامر، ٢٠٠٣). وقد يرجع ذلك إلى ميل الذكور إلى دعم ذاتهم على ما تم إنجازه من نتائج إيجابية مقارنة بالإناث.

وفيما يتعلق بضبط وتنظيم الانفعال، يتضح أن بيئة العمل بالتمريض مليئة بالعديد من الانفعالات، كالخوف من ارتكاب الأخطاء، أو الخوف على سلامة المرضى، فضلاً عن مشاعر القلق والتوتر وغيرها من الانفعالات السلبية (الغباشي، ٢٠٠١؛ Han et al., 2014)؛ لذا يتطلب العمل بالتمريض من الممرضين والممرضات؛ ضبط وتنظيم انفعالاتهم، وكَفَّ استجاباتهم الانفعالية غير المرغوبة (Koole et al., 2012).

ويتسق مع ذلك ما أشارت إليه نتائج دراسة بلانكو-دونوسو وزملائه (Blanco-Donoso et al., 2016) من وجود علاقة بين صعوبة تنظيم الانفعال والإنهاك الانفعالي، بالإضافة إلى الشعور بزُمة أعراض التعب المزمن واستمرارها حتى العودة للمنزل. ويدعم ذلك أيضاً ما أشار إليه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، من أن صعوبة تنظيم الانفعال بمثابة أحد العوامل الوجدانية التي قد تؤدي إلى استمرار زُمة أعراض التعب المزمن (Van Houdenhove & Luyten, 2008).

وبناءً على ما سبق، يتضح -بشكل عام- أن لتنظيم الذات بمكوناته الفرعية دوراً مهماً في خفض الأعراض المرضية الناتجة عن زيادة أعباء العمل، ومن ثمّ يمكن القول بأن العاملين بالتمريض يشعرون بزُمة أعراض التعب المزمن نتيجةً لبيئة العمل، بما تشتمل عليه من أعباء وضغوط، كما أنّهم لا يمتلكون الإمكانيات والسّمات الشخصية، ومهارات تنظيم الذات التي تقيهم من الإصابة بأعراض تلك الزملة.

قائمة المراجع

- أحمد (أسماء سلامة) (٢٠١٧). التنظيم الذاتي وعلاقته بالإنجاز الأكاديمي لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية. *مجلة البحث العلمي في التربية*، (١٨)، ٦٧٤ - ٦٥٥.
- الديب (سماح أحمد) وعبد الخالق (أحمد محمد) (٢٠٠٦). زُملة التعب المزمن وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. *مجلة دراسات نفسية*، ١٦(١)، ١١٣ - ١٣٥.
- الغباشي (سهير فهيم) (٢٠٠١). المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية للأطباء. *مجلة دراسات نفسية*، ١١(٤)، ٥٣٧ - ٥٩١.
- أمين (أميرة فايق) (٢٠١٦). الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في العلاقة بين الاحتراق النفسي والعلاقات الأسرية لدى الموظفين بالمحاكم من الجنسين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.
- تاج الدين (نبيلة محمد) (٢٠١٦). فاعلية برنامج لتنمية مهارات تنظيم الذات وتحسين مظاهر الصحة العامة لدى عينة من طلاب الثانوي الذكور. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.
- رضوان (شعبان جاب الله) (٢٠٠٥). مظاهر التعب النفسي والبدني وعلاقتها بمثيرات المشقة وأسلوب الحياة. *مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية* (٦٢)، ٢١١ - ٢٥٧.
- رضوان (فوقية حسن) (٢٠١٢). مقياس تنظيم الذات كراسة التعليمات والأسئلة. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- شويخ (هناء أحمد محمد) (٢٠١٢). *علم النفس الصحي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صادق (إيمان محمد) (٢٠١٧). مكونات تنظيم الذات كمنبئات بكفاءة أداء كل مكون من مكونات الذاكرة العاملة وبعض أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الشريان التاجي والأصحاء. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

عامر (أيمن محمد فتحي) (٢٠٠٣). الحل الإبداعي للمشكلات بين الوعي والأسلوب. القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب.

عبد الفتاح (وفاء إمام) (٢٠١٧). المقاومة النفسية كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية الحياة وزمالة أعراض التعب المزمن. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

عبد الكريم (عبد اللطيف) وخزعلي (قاسم محمد) (٢٠١٦). التنظيم الذاتي لدى عينة من الطلبة الجامعيين وقدرته التنبؤية في تحصيلهم الدراسي. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، ١٠ (٣)، ٤٦١ - ٤٧٥.

عبد المقصود (إيناس راضي) (٢٠١٧). دور أنماط التفاعل الأسري في التنبؤ بتنظيم الذات وكفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

عوض (عوض حسانين) (٢٠١٦). مكونات تنظيم الذات لدى المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة القاهرة.

محمد (السعيد عبد الصالحين) (٢٠٠٨). تنظيم الذات كعامل عام أو كعوامل طائفية وعلاقته بسمات الشخصية المستهدفة للاضطرابات الصحية. مجلة دراسات نفسية، ١٨ (٣)، ٥٢٥ - ٥٦١.

يوسف (سليمان عبد الواحد) (٢٠١٠). علم النفس العصبي المعرفي. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

Abrams, L. (2003). **Chronic Fatigue Syndrome**. United States of America: Thomson.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S (2015) Causes and Consequences of Occupational Stress in Emergency Nurses, a Longitudinal Study. **Journal of Nursing Management**, **23**(3), 346- 358.

Afari, N., & Buchwald, D (2003). Chronic Fatigue Syndrome: A Review. **American Journal of Psychiatry**, **160**(2), 221–236.

American Nurses Association (2006). Assuring Patient Safety: Registered Nurses Responsibility in All Roles and Settings to Guard Against Working When Fatigued. from, <http://www.nursingworld.org>.

Balachander, S., Rao, P., Sarkar, S., & Singh, S (2014). Chronic Fatigue Syndrome: A Review. **Medical Journal of Dr. D. Y. Patil University**, **7**(4), 415-422.

Bandura, A (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, **50**(1), 248- 287.

Beal, D., Weiss, H., Barros, E., & MacDermid, S. (2005). An Episodic Process Model of Affective Influences on Performance. **Journal of Applied Psychology**, **90**(6), 1054–1068.

Blanco-Donoso, L., Garrosa, E., Demerouti, E., & Moreno-Jimenez, B (2016). Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses. **International Journal of Stress Management**, **24**(2), 107-134.

- Brown, J., Miller, W., & Lawendowski, L (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In: L. VandeCreek & T. Jackson (Eds.), **Innovations in clinical practice: A source book**. (17), (pp. 281-289). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Browne, T., & Chalder, T (2009). Chronic Fatigue Syndrome. **Psychiatry**, 8(5), 153–157.
- Carver, C. (2004). Self-Regulation of Action and Affect. In: R. Baumeister & K. Vohs (Eds.), **Handbook of Self-regulation. Research, Theory, and Applications**, (pp. 13–39). New York: Guilford.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Chronic fatigue syndrome (CFS). Atlanta, GA: from, <http://www.cdc.gov/cfs/general/index.html>.
- Christley, Y., Duffy, T., Everall, I., & Martin, C. (2013). The Neuropsychiatric and Neuropsychological Features of Chronic Fatigue Syndrome: Revisiting the Enigma. **Current Psychiatry Reports**, 15(1), 353- 361.
- Clark, M., Michel, J., Zhdanova, L., Pui, S., & Baltes, B. (2014). All Work and No Play? A Meta-Analytic Examination of the Correlates and Outcomes of Workaholism. **Journal of Management**, 20(10), 1-38.
- Curriu, M., Carrillo, J., Massanella, M., Rigau, J., Alegre, J., Puig, J., Garcia-quintana, A., Castro-Marrero, J., Negredo, E., Clotet, B., Cabrera, C., & Blanco, J. (2013). Screening NK-, B- and T-Cell Phenotype and Function in Patients Suffering from Chronic Fatigue Syndrome. **Journal of Translational Medicine**, 11(1), 68- 80.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The Cognitive Behavioural Model of Medically Unexplained Symptoms: A Theoretical and Empirical Review. **Clinical Psychology Review**, 27, 781-797.

- De Ridder, D., & De Wit, J. (2006). Self-Regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In: D. Ridder & J. Wit (Eds.), **Self-Regulation in Health Behavior**, (pp. 1- 23). New York: John Wiley & Sons.
- Erickson, A., Soukup, J., Noonan, P., & McGurn, L. (2015). **Self-Regulation Questionnaire**. Lawrence, KS: University of Kansas, Center for Research on Learning.
- Fathizadeh, A., & Khoshouei, M. (2017). The Relationship Between Self-Regulation and Personality Traits with Job Stress in University of Isfahan Employees. **Journal of Fundamentals of Mental Health**, 19(1), 14- 21.
- Friganovic, A., Selic, P., Ilic, B., & Sedic, B. (2019). Stress and Burnout Syndrome and Their Associations with Coping and Job Satisfaction in Critical Care Nurses: A literature review. **Psychiatria Danubina**, 31(1), 21-31.
- Gibbons, F., Gerrard, M., Reimer, R., & Pomery, E. (2006). Unintentional Behavior: A Subrational Approach to Health Risk. In: D. Ridder & J. Wit (Eds.), **Self-Regulation in Health Behavior**, (pp. 45- 70), New York: John Wiley & Sons.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 26 (1), 41–54.
- Gray, S., & Rutter, D. (2007). Illness Representations in Young People with Chronic Fatigue Syndrome. **Psychology & Health**, 22(2), 159- 174.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 85 (2), 348- 362.

- Han, K., Trinkoff, A., & Geiger-Brown, J. (2014). Factors Associated with Work-Related Fatigue and Recovery in Hospital Nurses Working 12-Hour Shifts. **Workplace Health & Safety**, 62(10), 409-414.
- Holman, D., & Axtell, C. (2016). Can Job Redesign Interventions Influence a Broad Range of Employee Outcomes by Changing Multiple Job Characteristics? A Quasi-Experimental Study. **Journal of Occupational Health Psychology**, 21(3), 284-295.
- Huang, H., Liu, L., Yang, S., Cui, X., Zhang, J., & Wu, H. (2019). Effects of Job Conditions, Occupational Stress, and Emotional Intelligence on Chronic Fatigue among Chinese Nurses: a Cross-Sectional Study. **Psychology Research and Behavior Management**, 12, 351- 360.
- Huibers, M., Beurskens, A., Prins, J., Kant, I., Bazelmans, E., Schayck, C., Knottnerus, J., & Bleijenberg, G. (2003). Fatigue, Burnout, and Chronic Fatigue Syndrome among Employees on Sick Leave: Do Attributions Make the Difference? **Occupational & Environmental Medicine**, 60 (1), 26–31.
- Jameson, D. (2016). Persistent Burnout Theory of Chronic Fatigue Syndrome. **Neuroscience & Medicine**, 7, 66-73.
- Jason, L., & Taylor, R. (2003). Chronic Fatigue Syndrome. In: A. Nezu., C. Nezu., P. Geller., P. & I. Weiner (Eds.), **Handbook of Psychology, Health Psychology**, (9), (PP.365-391). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., & Temime, L. (2015). Demographic and Occupational Predictors of Stress and Fatigue in French Intensive-Care Registered Nurses and Nurses' Aides: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Nursing Studies**, 52, 250–259.

- Kondratyuk, N.,& Morosanova, V. (2014). The Relationship Between Self-Regulation, Personality Traits and Job Stress. **Personality and Individual Differences**, 60(1), 75.
- Koole, S., Van Dillen, L.,& Sheppes, G. (2011). The Self-Regulation of Emotion. In: K. Vohs& R. Baumeister (Eds.), **Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications**. 2ed, (PP. 22- 40), New York: The Guilford Press.
- Lackey, E. (2014). **Self-Regulation and Heart Rate Variability Coherence: Promoting Psychological Resilience in Healthcare Leaders**. Doctoral Thesis, Faculty of Benedictine University.
- Larkina, D.,& Martin, C. (2017). The Interface between Chronic Fatigue Syndrome and Depression: A Psychobiological and Neurophysiological Conundrum. **Neurophysiologie Clinique/ Clinical Neurophysiology**, 47 (2), 123-129.
- Lennox, R.,& Wolfe, R. (1984). Revision of the Self-Monitoring Scale. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46 (6), 1349- 1364.
- Leventhal, H., Brissette, I.,& Leventhal, E (2003). The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness. In: L. Cameron& H. Leventhal (Eds.), **The Self-regulation of Health and Illness Behaviour**, (pp.42–65), London: Routledge.
- Lord, R., Diefendorff, J., Schmidt, A.,& Hall, R. (2010). Self-Regulation at Work. **Annual Review of Psychology**, 61(1), 543– 568.
- Luan, X., Wang, P., Hou, W., Chen, L.,& Lou, F. (2017). Job Stress and Burnout: A Comparative Study of Senior and Head Nurses in China. **Nursing and Health Sciences**, 19, 163–169.

- Mackey, J., & Perrewe, P. (2014). The AAA (Appraisals, Attributions, Adaptation) Model of job stress: The Critical Role of Self-Regulation. **Organizational Psychology Review**, 4(3), 258- 278.
- Mann, T., Ridder, D., & Fujita, K. (2013). Self-Regulation of Health Behavior: Social Psychological Approaches to Goal Setting and Goal Striving, **Health Psychology**, 32(5), 487- 489.
- Markovits, Y., Boer, D., & van Dick, R. (2014). Economic Crisis and the Employee: The Effects of Economic Crisis on Employee Job Satisfaction, Commitment, and Self-Regulation. **European Management Journal**, 32, 413-422.
- Marques, M., Gucht, V., Leal, I., & Maes, S. (2012). Protocol for the “Four Steps to Control your Fatigue (4-STEPS)” Randomised Controlled Trial: A Self-Regulation based Physical Activity Intervention for Patients with Unexplained Chronic Fatigue. **BMC Public Health**, 12(1), 202- 210.
- Mattern, J., & Bauer, J. (2014). Does Teachers’ Cognitive Self-Regulation Increase their Occupational Well-Being the Structure and Role of Self-Regulation in the Teaching Context. **Teaching and Teacher Education**, 43(1), 58- 68.
- Matthews, J., Ponitz, C., & Morrison, F. (2009). Early Gender Differences in Self-Regulation and Academic Achievement. **Journal of Educational Psychology**, 101(3), 689- 704.
- Mirzaee, S., Zamanian, Z., & HasanZade, J. (2015). Effects of Work Shifts and Mental Workload on Chronic Fatigue among Female Nurses in Intensive Care Units. **Journal of Health Sciences & Surveillance System**, 3(3), 113-118.
- Moss-Morris, R., & Petrie, K (2001). **Chronic fatigue syndrome**. London: Routledge.
- Oyane, N., Pallesen, S., Moen, B., Akerstedt, T., & Bjorvatn, B (2013). Associations between Night Work and Anxiety,

- Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. **PIOS ONE**, 8 (8), 1-7.
- Park, Mi-Young., Park, Mi-Jeong., Yoo, Ha-Na& Kim, Joo-Hyung. (2008). A Relationship between Self-Regulation, Job Satisfaction, and Job Stress of Korean Nurses. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, 14(3), 321-331.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A.&Talias, M. (2012). The Factors Associated with The Burnout Syndrome and Fatigue in Cypriot Nurses: A Census Report. **BMC Public Health**, 12(1), 457-470.
- Ricci, J., Chee, E., Lorandean, A.& Berger, J. (2007). Fatigue in the U.S. workforce: Prevalence and implications for lost productive work time. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 49(1), 1-10.
- Rimbaut, S., Van Gutte, C., Brabander, L.,& Bossche, L. (2016). Chronic Fatigue Syndrome-An Update. **Acta Clinica Belgica, International Journal of Clinical and Laboratory Medicine** ,71(5), 1-8.
- Rose, D., Seidler, A., Nubling, M., Latza, U., Brahle, E., Klein, E., Wiltink, J., Michal, M., Nickels, S., Wild, P., Konig, J., Claus, M., Letzel, S., & Beutel, M. (2017). Associations of Fatigue to Work Related Stress, Mental and Physical Health in an Employed Community Sample. **BMC Psychiatry**, 17 (167), 1- 8.
- Rothman, A., Baldwin, A., Hertel, A.,& Fuglestad, P. (2011). Self-Regulation and Behavior Change: Disentangling Behavioral Initiation and Behavioral Maintenance. In: K. Vohs& R. Baumeister (Eds.), **Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications**. 2ed, (PP. 106- 122), New York: The Guilford Press.

- Schaufeli, W. (2004). The Future of Occupational Health Psychology. **Applied psychology: An International Review**, 53(4), 502- 517.
- Scheier, M.,& Carver, C. (2003). Goals and Confidence as Self-Regulatory Elements Underlying Health and Illness Behaviour. In: L. Cameron& H. Leventhal (Eds.), **The Self-regulation of Health and Illness Behaviour**, (pp.17–41), London: Routledge.
- Schwarzer, R., Diehl, M.,& Schmitz, G (1999). **Self-Regulation**. Retrieved August 20, 2018, from http://userpage.fu-berlin.de/health/selfreg_e.htm.
- Schwarzer, R.,& Jerusalem, M.(1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In: J. Weinman, S. Wright& M. Johnston (Eds.), **Measures in Health Psychology :A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs**, (pp. 35- 37), Windsor, UK: Nfer- Nelson.
- Vancouver, J.,& Day, D. (2005). Industrial and Organizational Research on Self-Regulation: From Constructs to Applications. **Applied Psychology: An International Review**, 54(2), 155–185.
- Van Houdenhove, B.,& Luyten, P. (2008). Customizing Treatment of Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia: The Role of Perpetuating Factors. **Psychosomatics**, 49(6), 470-477.
- Van Geelen, S., Sinnema, G., Hermans, H.,& Kuis, W. (2007). Personality and Chronic Fatigue Syndrome: Methodological and Conceptual Issues. **Clinical Psychology Review**, 27(8), 885-903.
- White, K., Lehmana, D., Hemphill, K ., Mandel, D.,& Lehmana, A. (2006). Causal Attributions, Perceived Control, and Psychological Adjustment: A Study of Chronic Fatigue Syndrome. **Journal of Applied Social Psychology**, 36(1), 75–99.

- Wild, P., Zeller, T., Beutel, M., Blettner, M., Dugi, K., Lackner, K., Pfeiffer, N., Munzel, T., & Blankenberg, S. (2012). The Gutenberg Health Study. **Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**, 55(6-7), 824-830.
- Wyller, V., Eriksen, H., & Malterud, K. (2009). Can Sustained Arousal Explain the Chronic Fatigue Syndrome? **Behavioral and Brain Functions**, 5(10), 1-10.
- Younan, L., Clinton, M., Fares, S., Jardali, F., & Samaha, H. (2019). The Relationship between Work-Related Musculoskeletal Disorders, Chronic Occupational Fatigue, and Work organization: A Multi-Hospital Cross Sectional Study. **Journal of Advanced Nursing**, 75(8), 1667-1677.
- Zhou, C., & Fang, J. (2015). Correlation between Job Characteristics and Occupational Fatigue in Nurses. **Hu Li ZaZhi**, 62(5), 41-50.
- Zhou, L., Wang, M., Chang, C., Liu, S., Zhan, Y., & Shi, J. (2017). Commuting Stress Process and Self-Regulation at Work: Moderating Roles of Daily Task Significance, Family Interference with Work, and Commuting Means Efficacy. **Personnel Psychology**, 1-32.