

التعاطف ونمط الشخصية(د) كمنبئين بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية

إعداد

نجوى إبراهيم الشناوي

قسم علم النفس - جامعة طنطا

ملخص :

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف قدرة كل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) على التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية بلغ عددهم (٢٤٠) طبيباً وممرضاً من تخصصات مختلفة. وتم استخدام مؤشر التفاعل بين الأشخاص لقياس التعاطف تأليف "مارك ديفيز"، ومقياس النمط (د) تأليف "جوهان دينوليت"، والاستخبار الذاتي لإجهاد الشفقة إعداد "جنثري" وزميليه والمقاييس الثلاثة ترجمة الباحثة الحالية. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقات ارتباطية ايجابية دالة إحصائياً بين إجهاد الشفقة وكلاً من التعاطف ونمط الشخصية(د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين). وقد فسر كلاً من التعاطف ونمط الشخصية(د) معاً حوالي ٣٧% (أطباء)-٣٥% (تمريض) من التباين الكلي الذي يحدث في إجهاد الشفقة. وقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين الأطباء والممرضين على إجهاد الشفقة فقط في اتجاه الأطباء. ووجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وتمريض) على متغيرات الدراسة الثلاثة في اتجاه الإناث. وكشفت نتائج المقارنة بين تخصصات الأطباء عن وجود فروق دالة إحصائياً على متغيرات الدراسة الثلاثة. بينما اختفت دلالة الفروق بين تخصصات الممرضين على إجهاد الشفقة والتعاطف، وظهرت الفروق الدالة إحصائياً على نمط الشخصية(د) فقط. وقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين منخفضي سنوات ممارسة الرعاية ومرتفعي الممارسة من الأطباء فقط على إجهاد الشفقة، والتعاطف في اتجاه مجموعة منخفضي ممارسة الرعاية، وقد اختفت دلالة الفروق في مجموعة التمريض.

الكلمات المفتاحية: إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)، ومقدمي الرعاية الصحية.

مقدمة :

تواجه بعض الفئات المهنية بشكل ثابت ومنتظم خبرات الآخرين الصادمة، لذلك يعانون من أعراض ضغوط الصدمة الثانوية^١، ويُعد العاملون في المجال الطبي هم إحدى الفئات المهنية المستهدفة. حيث أوضح "برات" وآخرون (Bratt et al. (2000 أن الاستغراق الانفعالي^٢ ومعاناة المرضى يعان من أكثر مصادر الضغوط التي أفصح عنها العاملون في المجال الطبي (Crumpei & Dafinoiu, 2012, 439).

وقد أصبح الاحتراق النفسي المهني والضغوط الوظيفية مشكلة منتشرة في مجال الخدمات الإنسانية، لاسيما بين مهني المجال الطبي تحديداً في مجال الرعاية الصحية وتقديم المساعدة، وبين الممرضات بشكل خاص بسبب الطبيعة الشخصية العميقة للعمل وأنواع العملاء الذين يتم تقديم الخدمة لهم (Duarte et al., 2016, 1; Russell & Brickell, 2015, 1091; Tei et al., 2014, 1). وكذلك بين المسعفين فهم يقدمون المساعدة الطبية الطارئة وغير المحددة سابقاً لأشخاص يعانون من أمراض وإصابات حادة ومزمنة. ويتعرضون لعدد كبير من القضايا المتعلقة بأدوارهم في مجال الرعاية الصحية؛ كالتعامل مع مرضى معلوماتهم الصحية ضعيفة، أو تقديم رعاية مسكنة للألم فقط دون التخلص منه، والعنف الأسري، وسوء الأحوال المعيشية للمرضى، وحالات تعاطي الكحول والمخدرات. هذه القضايا يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على العافية النفسية^٣ للمسعفين، مما يؤدي إلى المعاناة من الضغوط، والاحتراق النفسي، واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، فضلاً عن الأفكار والسلوكيات الانتحارية (Williams et al., 2017, 329).

ويعاني العاملون بمهن الخدمات الإنسانية من مشاكل الصحة النفسية والبدنية المرتبطة بعناء العطاء^٤. ويُعد التعرض بشكل منتظم لوقائع ضاغطة للغاية وصادمة؛ سواء كان بشكل مباشر أو غير مباشر، جزء من تفاصيل وظيفتهم. وقد أوضح "فيجلي" (1990) أن العطاء والرعاية قد يكونان أحياناً أمراً ضاغطاً، وصعباً، ومستنزفاً، وقد يؤدي الاهتمام بالآخرين أحياناً إلى تجاوز جهود الأشخاص لرعاية ذاتهم بسبب إجهاد المُشتغل بالرعاية^٥ وأعباء المُشتغل بالرعاية* (Konrath & Grynberg, 2013, 11).

(1) Secondary Traumatic Stress (STS).

(2) Emotional Involvement.

(3) The Mental Well-being.

(4) The Strain Of Giving.

(5) Caretaker Fatigue.

(*) مصطلحات تستخدم لوصف التأثير الجسدي والنفسي والاجتماعي لرعاية شخص مريض أو يعاني من إعاقات وظيفية؛ أي العبء المتصور من قبل المُشتغل بالرعاية.

وقد ارتبطت تلك الضغوط المرتفعة بقابلية الإصابة بالمشقة الانفعالية، وارتفاع خطر الإقدام على الانتحار بين مهني المجال الصحي. وكشف التحليل العاملي لانتحار الأطباء في دراسة "شيرنهامر، وكولديتز" (Schernhammer & Colditz, 2004) عن أن الأطباء الذكور أكثر عرضة للانتحار بنسبة مقدارها ١,٤١%؛ بينما الطبيبات كن أكثر عرضة للانتحار بنسبة بلغت ٢,٢٧% وذلك مقارنة بنظرائهم في عينات مهنية عامة (Surguladze et al., 2018, 23). كما كشف تقرير نظم المعلومات للطب الشرعي الوطني لولاية فيكتوريا بأستراليا بتاريخ يونيو ٢٠١٥ أن معدل الانتحار بين المسعفين أعلى أربع مرات من المتوسط بولاية فيكتوريا، وأعلى ثلاث مرات من العاملين بالطوارئ الآخرين أي الشرطة، ورجال الإطفاء (Williams et al., 2017, 329).

فالتعرض لتجارب الآخرين المؤلمة له تأثيره التراكمي على مقدمي الرعاية، ويرتبط زيادة التعرض بمرور الوقت بمستويات مرتفعة من أعراض المشقة (Robins et al., 2009, 270). لذلك قد يكون لهذا الواقع المؤلم أثر على هؤلاء الأفراد ويمكن أن يؤدي إلى المعاناة من إجهاد الشفقة، والاحتراق النفسي، والمشقة المهنية، ويؤدي إلى الشعور بانخفاض الانجاز والإنهاك الانفعالي الحاد (Gleichgerrcht & Decety, 2014, 1).

ويُعد إجهاد الشفقة ظاهرة في مجال الصحة النفسية تحظى باهتمام متزايد، وقد ربط "فيجلي" (Figley, 1995) إجهاد الشفقة أكثر بدراسة ضغوط الصدمة (Thompson, 2017, 2). وأشار "سالستون، وفيجلي" (Salston & Figley, 2003) إلى أن إجهاد الشفقة مصطلح استُخرج من مجال الصدمات ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بكل من اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، وضغوط الصدمة الثانوية. وتم استخدام مصطلحات إجهاد الشفقة، وضغوط الشفقة، وضغوط الصدمة الثانوية بشكل مترادف لوجود ميل إلى أن هناك خبرة مماثلة بينهم جميعاً بالإضافة إلى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Stebnicki, 2008, 20-21). حيث يرى "فيجلي" إن إجهاد الشفقة يكافئ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ولكن المعاناة ليست مباشرة، كما أن إجهاد الشفقة يتألف من ضغوط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي (Pink de Champlain, 2016, 1). واعتبر "فيجلي" (١٩٨٢) ضغوط الشفقة وإجهاد الشفقة بدائل مناسبة ويرتبطان غالباً بتكلفة رعاية الآخرين الذين يعانون من ألم انفعالي (Figley, 1995, 9). فوفقاً لـ "فيجلي" هناك تكلفة للرعاية؛ خاصة رعاية المصابين بأمراض مزمنة كإدراك أن هؤلاء العملاء لن يتعافوا تماماً (Figley, 2002, 1433)، وهذه التكلفة هي إجهاد الشفقة (Pink de Champlain, 2016, 1).

وقد نوقش إجهاد الشفقة لأول مرة من خلال "كارلا جوينسون" (١٩٩٢) في الإنتاج العلمي لمجال التمريض الذين هم أعضاء لا غنى عنهم في الفريق الصحي، وذلك في دراستها عن

الاحتراق النفسي بين الممرضات العاملات في خدمات الطوارئ (Pehlivan & Güner, 2018,) (130; Stebnicki, 2008, 21). وقد عرفت "كارلا" إجهاد الشفقة بأنه شكل من أشكال الاحتراق النفسي يؤثر على الأشخاص العاملين بمهن تقديم الرعاية (Russell & Brickell, 2015, 1092). ويرتبط تحديداً بالاحتراق النفسي الذي تعاني منه الممرضات نتيجة العمل في مواقف الضغوط الشديدة مع أشخاص تعرضوا لصدمة (Stebnicki, 2008, 21). وتناوله "بيرلمان وساكيفتين" (Pearlman & Saakvitne (1995)، ومن بعدهما "ستام" (Stamm (1995)، بالإضافة إلى آخرين لاحقاً في الإنتاج العلمي لعلم النفس (Stebnicki, 2016, 533-534). ثم توسع "فيجلي" (1995-2002)، في المصطلح واعتبره شكل من أشكال احتراق مقدمي الرعاية بين المعالجين النفسيين (Figley, 2002, 1433).

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

قد ذكرت "كارلا جوينسون" أن السبب الكامن وراء تقديم مصطلح إجهاد الشفقة لزملائها في التمريض هو حصوله على قبول عام بينهم، ويعد حل بئاً لمشكلة خطيرة وواسعة النطاق. فقد اعتقدت "جوينسون" أن المصطلحات الحالية مثل الصدمة المنقلة^٧ أو ضغوط الصدمة الثانوية تستجلب الرفض التلقائي بسبب الوصمة والخوف من أن زملاءهم سيحكمون عليهم بشكل مسبق بأنهم ضعفاء وغير قادرين على مواجهة متطلبات المهنة. ويبدو أن قرارها مبرراً بسبب وصمة الصحة النفسية التي كانت سائدة في بدايات القرن الحادي والعشرين، بالإضافة لذلك، فكان هناك سابقة قومية لاستخدام "الإجهاد" لوصف ضحايا الضغوط. فقد أشار "جلاس" (Glass (1966 إلى أنه في عام ١٩٤٣ تبني الجيش الأمريكي مصطلحي "إجهاد المعركة" و"إنهاك الاشتباك" بدلاً من التسميات الطب نفسية وذلك للتخلص من الوصم المرضي المصاحب لاستجابات البشر العالمية تجاه الضغوط القصوى، بالإضافة إلى نقلها - بشكل خاطئ - الطبيعة العابرة للانهيارات العصبية بعد الحصول على استراحة قصيرة. وكان لاستخدام الجيش لمصطلحي الإجهاد/والإنهاك تأثيرات غير مقصودة؛ حيث قللت من المعاناة الفردية، والإحساس بالخزي والشعور بالذنب لدى المصاب الذي لم يتعاف سريعاً بعد الاستراحة، فإن الفشل في التعافي بعد فترة قصيرة من الانهيار كان يُنظر إليه كدليل بأنه عرضه لقابلية الإصابة، أو ضعف الشخصية، أو التمارض (Russell & Brickell, 2015, 1092).

وقد حدد "فيجلي" (1995)، و"ستام" (2010) إجهاد الشفقة بأنه ظاهرة تتسم بالمزاج المكتئب، ومشاعر الإجهاد، وخيبة الأمل، وانعدام القيمة المرتبط بتوفير الرعاية للأشخاص الذين عانوا من بعض أشكال الصدمات أو الضغوط الحادة (Zeidne et al., 2013, 1). كما ذكر "فيجلي"

(7) Vicarious Traumatization.

(١٩٩٥) أن بداية إجهاد الشفقة قد تكون من خلال التعرض الزائد لصدمة العميل ومرور الطبيب بمضاعفات بالمنزل أو العمل بسبب نقص المساندة. وقد يسهم التحويل المضاد^٨ أو إزالة التحسس^٩ في حدوث إجهاد الشفقة. وأضاف "فورستر" (Forster, 2009) إلى ما سبق معاناة المعالج من صراعات معنوية، أو انحراف الحدود الفاصلة بين المهام، أو معضلات تتعلق بالقواعد الأخلاقية قد تستثير إجهاد الشفقة (Thompson, 2017, 2).

ويرى البعض مثل "ستام" (٢٠١٠) أنه على الرغم من أن مقدمي الرعاية الصحية معرضون لخطر تفاقم إجهاد الشفقة، إلا أن هناك من لا يحدث لهم ذلك. فبدلاً من ذلك يُحفز بعض مقدمي الرعاية الصحية من خلال شعورهم بالرضا المستمد من مساعدة الآخرين والذي يعرف بإستحسان الشفقة^{١٠}، والتي تمكنهم من المشاركة في تفاعلات مفيدة أو هادفة مع المرضى بدلاً من الانسحاب منهم (Duarte et al., 2016, 3). فقد عُرفت الانفعالات الإيجابية التي تشعر بها الممرضات كنتيجة لممارسة الشفقة والتعاطف^{١١} مع المرضى بإنها إستحسان الشفقة، في حين تُعرف العواقب السلبية بالاحتراق النفسي وإجهاد الشفقة (Hunt et al., 2017, 7). ويُعد إجهاد الشفقة وإستحسان الشفقة نتائج عكسية ناتجة عن مساعدة الآخرين، وكلاهما يُعدا خصائص جوهرية لنوعية الحياة المهنية لمقدمي الرعاية الصحية (Duarte et al., 2016, 3).

ويؤثر إجهاد الشفقة على أولئك الذين يعملون مع الأشخاص الذين أصيبوا بصدمات، بما في ذلك الأطباء، وممرضى غرف الطوارئ، والأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكين، وطاقم الإسعاف، وفرق الإنقاذ في حالات الطوارئ، ورجال الإطفاء، واستشاريين الوراثة، والعاملين بالرعاية الريفية، والعاملين بالخط الساخن (Zeidner et al., 2013, 1). فقد لوحظ الإصابة بضغط الشفقة على نطاق أوسع عبر عينات من القائمين بالمساعدة؛ كمعالجين الصدمات؛ وعمال الإغاثة الإنسانية؛ وعلماء السمع؛ ومعلمي التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة؛ وأخصائي علم النفس العسكري؛ والقساوسة الملحقين بالمجال العسكري؛ ورجال الدين المدنيين؛ والعاملين برعاية الأطفال؛ ومقدمي الرعاية المركزة للأطفال؛ واستشاري إدارة المحاربين القدامى؛ ومهنيي رعاية المسنين؛ وأطفال قدامى المحاربين؛ ومقدمي الرعاية الأسرية (Klimecki & Singer, 2012, 370; Russell & Brickell, 2015, 1090).

وقد نوقشت فكرة أي المهنيين أكثر عرضه للإصابة بإجهاد الشفقة؛ وكانت هناك إشارة بأن العاملين في مجال الصدمات (مجالات تقديم الخدمات والرعاية للأفراد الذين يعانون أو مروا

(8) Countertransference.

(9) Desensitization.

(10) Compassion Satisfaction.

(11) Empathy.

بصدمة) هم الأكثر عرضة لإجهاد الشفقة؛ خاصة المعالجين الذين يعملون بشكل منتظم مع من مروا بصدمات (Figley, 1995, 15). وقد زعم "ستينيكى" (٢٠٠٨) أن المهنيين الذين يعملون في مجالات أخرى غير الاستشارة بمجال الصدمة هم أيضاً عرضة لإجهاد التعاطف. فإن كل من التصرف بطريقة تتسم بالشفقة واستخدام مهارات التعاطف يجعلان المعالج عرضه للتشبع بضغوطات العمل (Stebnicki, 2008, 24). فقد أشار "برايد" (Bride (2007) إلى أنه بينما يبدي العاملون بمجال الرعاية التعاطف والشفقة للعملاء، فإنهم غالباً ما يضحون بعافيتهم الشخصية من أجل مساعدة الذين يعانون من صدمات. كما قد تؤدي شفقة المهنيين الشديدة، والرغبة في المساعدة إلى تجاهلهم لأعراض ضغوط الصدمة الثانوية لديهم (Thompson, 2017, 27).

وفي دراسة "روبنز" وزميلييه أقر مقدمي الرعاية الصحية للأطفال في المستشفى بمستويات من إجهاد الشفقة مماثل لمستوى عمال الصدمات. إضافة إلى ذلك، كان ٣٩٪ من المشاركين معرضين لمخاطر إجهاد الشفقة بدرجة متوسطة إلى شديدة للغاية، و ٢١٪ كانوا معرضين لمخاطر الاحتراق النفسي بدرجة متوسطة إلى مرتفعة، مما يشير إلى وجود خطر كبير بين أفراد المشاركين من مقدمي الرعاية الصحية للأطفال. وأظهر الأطباء والممرضات بمستشفيات الأطفال احتراقاً أكبر من العاملين بمجال الصدمات، والمتدربين داخل مستشفى الأطفال كانت درجاتهم منخفضة على استِحسان الشفقة.

ليس من الواضح أيضاً ما إذا كان التعرض الثانوي قد يختلف بين مقدمي الرعاية بالصحة النفسية ومقدمي الرعاية الطبية. فعلى سبيل المثال، على الرغم من أن مقدمي خدمات الصحة النفسية يبحثون غالباً في أفكار ومشاعر المرضى وعلاقتها بإيذائهم من خلال الجلسات المتكررة، فإن الممرضات في المستشفيات يجرّون إجراءات قد تكون مؤلمة ومخيفة في كثير من الأحيان، وغالباً ما يتعرضن للسمع عن مشاهد الصدمة الطبية الحادة من المرضى وأسرههم (Robins et al., 2009, 271). وقد أوضح "نيويل، وماك نيل" (Newell & Mac Neil (2010) أن مهنيي الصحة النفسية يتعرضوا لضغوط الصدمة الثانوية من خلال تعاملهم مع ضحايا الصدمة مما قد يسهم في الخبرة الكلية لإجهاد الشفقة (Thompson, 2017, 35). ولم تجد "زيدنير" وزملائها في دراستهم فروق دالة في إجهاد الشفقة بين ممارسي رعاية الصحة النفسية^{١٢} وممارسي رعاية الصحة الطبية الأولية^{١٣}. واعتبرت "زيدنير" وزملائها أن عدم وجود فروق بين المجموعتين أمراً مفاجئاً نظراً لأن ممارسي رعاية الصحة النفسية قد أبلغوا عن مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي، وتجنب المواجهة، بالإضافة إلى أن انخفاض درجاتهم على المواجهة التي تركز على المشكلات، والتي تعد جميعها من العوامل التي تزيد من قابلية التعرض لإجهاد الشفقة (Zeidner et al., 2013, 10).

(12) Mental Health Care Practitioners.

(13) Primary Medical Health-Care Practitioners.

وفي دراسة "هوبير" وآخرين (Hooper et al., 2010) تم تحديد الممرضات المختصات برعاية مرضي السرطان على أنهم أكثر عرضة للإصابة بضغطو الصدمة الثانوية مقارنة بتخصصات التمريض الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسة "جاسبيرسي" وزميليه (Jasperse, Herst & Dungey (2014) مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي بين أخصائيي العلاج الإشعاعي مقارنة بتخصصات أخرى، وفي دراسة "جرانيك" وآخرين (Granek et al., 2017) أبلغ أطباء الأورام عن مستويات مرتفعة من ضغوط الصدمة الثانوية (Hunt et al., 2019, 5). وقد أشار "روبينز" وزميليه إلى أن أغلب الدراسات السابقة قد شملت فئات محدودة من المهنيين، وأغلبهم إما من العاملين مع أزمات الطبيعة، ومهني خدمات الصحة السلوكية، أو مهنيين محددين يعالجون ضحايا الإيذاء (Robins et al., 2009, 271).

وقد أشار الإنتاج العلمي لـ "فيجلي" (٢٠٠٢، ٢٠١٢) إلى أن الحساسية المفرطة لمعاناة الآخرين أثناء رعاية المرضى الذين يعانون من الصدمات أو الألم يمكن أن تؤدي إلى تأثيرات ضارة، كالاكتئاب النفسي أو إجهاد الشفقة. وهناك عدد قليل من الدراسات الامبريقية حتى الآن التي بحثت بشكل مباشر هذه الفرضية (Duarte et al., 2016, 2).

ويُعد إجهاد الشفقة والاكتئاب النفسي ثغرات جوهرية في التعاطف، ويظهر خطر حدوث ذلك في سياقات أكثر تطرفاً، لاسيما عندما تسفر الاستجابات التعاطفية عن تحسن طفيف في معاناة الآخر. ومن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم حدود وشروط التعاطف الأمثل لعافية الفرد، وكذلك تكاليف التعاطف (Konrath & Grynberg, 2013, 25).

ويميل المهنيون الذين يظهرون مستويات مرتفعة من التعاطف أثناء التفاعلات العلاجية إلى أن يكونوا أكثر استعداداً للمعاناة من الإجهاد بشكل محدد؛ حيث تبدأ هذه العملية ببناء الشخصية لديهم والتي تتميز بأنها تمتلك مستويات مرتفعة من الشفقة والتعاطف. وأن تكون متاحاً بشكل تعاطفي للمعلاء على أساس يومي/أسبوعي له تكلفة انفعالية، وجسدية، وروحانية (Stebnicki, 2008, 25).

فمن المهم فهم الطريقة التي ترتبط بها النوازع الفردية^{١٤} مع بعضها بعضاً، لأنها قد تسمح بتقييم أفضل للعوامل المؤثرة في استحسان التعاطف وإجهاد التعاطف (Gleichgerrcht & Decety, 2013, 9). فقد أوضح "روبينز" وزميلاه في دراستهم أن هناك عوامل فردية مهمة تعرض الأفراد لخطر الاحتراق النفسي وإجهاد الشفقة أبرزها قضاء سنوات أكبر في الرعاية المباشرة، والتعاطف بأشكاله؛ خاصة عدم وضوح الحدود الوجدانية بين الذات والمريض (Robins et al., 2009, 271). وقد أشار "فان مول" وآخرين (van Mol et al., 2015) إلى أن العواقب السلبية للرعاية، كالاكتئاب النفسي وإجهاد الشفقة تتأثر بالعديد من المتغيرات المتعلقة بالفرد كالعمر، ونوع

(14) Individual Dispositions.

التخصص، وعبء العمل، والرضا الوظيفي، ونوع المستشفى، والموقع الجغرافي، والاستراتيجيات الشخصية المستخدمة للمواجهة، والمرونة (Hunt et al., 2017, 8-9).

ووفقاً لـ "هوديك-كنيزيفيس" وآخرين (Hudek-Knezevic et al. (2011) يمكن تطبيق نماذج مختلفة لقياس هذه العوامل الفردية، فعلى سبيل المثال، تم ربط الشخصية التي تتسم بالعصابية المستخلصة من نموذج العوامل الخمسة بالاحترق النفسي لدى الممرضات (Geuens et al., 2015, 81). وقد فحص "أوجيسكا-بوليك" (Ogińska-Bulik (2006) تأثير نمط الشخصية (د) على مهنيي الرعاية الصحية، وخلص إلى أن نمط الشخصية (د) يؤدي دوراً مهماً في إدراك الضغوط الوظيفية وحدث نتائج صحية سلبية. حيث وجد أن الموظفين ذوي نمط الشخصية (د) ينظرون إلى بيئة عملهم على أنها ضاغطة بشدة، وظهر لديهم الكثير من أعراض الاحتراق النفسي المهني، واضطرابات الصحة النفسية مثل الأعراض الجسدية، والقلق، والأرق، وأعراض الاكتئاب (van Londen, 2008, 8).

وبالإضافة إلى أن الأفراد الذين يتسموا بنمط الشخصية (د) أكثر احتمالية لإدراك بيئتهم كضاغطة، حيث يؤكد "مومرستيغ" وآخرون (Mommersteeg et al. (2012) على أنهم في الوقت نفسه؛ أقل عرضة لطلب المساعدة بسبب ميلهم إلى كبت انفعالاتهم أثناء التفاعلات الاجتماعية. ونتيجة لذلك، قد يكون لدى الأفراد ذوي نمط الشخصية (د) خطر متزايد للاحتراق. كما أن نمط الشخصية (د) هو عامل حاسم في حدوث المشقة النفسية، لذلك يُتوقع منهم المعاناة من مستويات مرتفعة من الضغوط عبر فترات طويلة، والتي بدورها ترتبط بزيادة أعراض الاحتراق النفسي (Geuens et al., 2015, 81). ومؤخراً، يُقدم نمط الشخصية (المكروبة) ^{١٥} (د) كعامل مهياً للإصابة بالمشقة النفسية العامة خاصة لدى مرضى الشريان التاجي (Bunevicius et al., 2013, 1242).

وقد تم فحص العلاقة الإيجابية المتوقعة بين نمط (د) والاحتراق النفسي بالنسبة لمجموعات مختلفة من الجمهور، بينما في مجال التمريض لم يكن محل اهتمام كبير. وفي الواقع، غالباً ما يصف الإنتاج العلمي الفروق في انتشار الاحتراق النفسي عبر مجالات تخصص التمريض المتنوعة. وقد أشارت بعض الأدلة كدراسة كل من "لينتز، ومايكلز" (Lentz & Michaels (1965)، و"كروس، وكيلي" (Cross & Kelly (1984)، و"كينيدي" وزميليه (Kennedy et al. (2014) إلى دور اختلاف الشخصية والسلوك بين مجالات تخصص التمريض؛ وتحديد خصائص الشخصية المتشابهة بين الممرضات العاملات في نفس مجال التخصص. وأدى ذلك إلى فرضية مفادها أن نمط شخصية الممرضة قد يؤثر على اختيارها لمجال التخصص في التمريض؛ شريطة أن تكون الممرضة قادرة على اختيار المجال. لذلك، قد يؤدي ارتفاع معدل انتشار أنواع محددة من الشخصيات داخل مجال تخصص ما بالتمريض قد يجعل هذا المجال أكثر عرضة للاحتراق (Geuens et al., 2015, 81).

مشكلة الدراسة:

في ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

- ١ - هل توجد علاقات ارتباطية دالة بين إجهاد الشفقة، وكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين)؟
- ٢ - هل يسهم التعاطف، ونمط الشخصية(د) في التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين)؟
- ٣ - هل توجد فروق بين الأطباء والممرضين في إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)؟
- ٤ - هل توجد فروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) في إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)؟
- ٥ - هل توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (في ضوء مجالات التخصص المختلفة) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)؟
- ٦ - هل توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (في ضوء عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)؟

أهمية الدراسة الراهنة ومبرراتها:

- ١ - تسليط الضوء على دور خصائص الشخصية وأحد أنماطها لدى المهنيين الصحيين كعامل خطر لتفاقم إجهاد الشفقة، وذلك من خلال دراسة العلاقة بين إجهاد الشفقة وكل من النزوع للتعاطف، ونمط الشخصية(د) لدى الأطباء والممرضين؛ خاصة مع تعارض نتائج الدراسات حول تأثير التعاطف على القائمين بالرعاية، وكذلك ندرة الدراسات التي بحثت العلاقة بين إجهاد الشفقة ونمط الشخصية(د) بين مقدمي الرعاية الصحية في حدود ما أطلعت عليه الباحثة الراهنة.
- ٢ - دراسة تخصصات متنوعة من العاملين في مجال الرعاية الصحية كمعرضين أساسيين لخطر الوقوع كضحية لإجهاد الشفقة؛ حيث اقتصر تركيز أغلب الدراسات السابقة على تخصصات محددة كالعاملين بالطوارئ وذلك في حدود ما أطلعت عليه الباحثة الراهنة.
- ٣ - ترجمة وتطبيق أكثر الاستخبارات شهرة واستخداماً على نطاق واسع في غالبية الدراسات السابقة إن لم يكن جميعها والتي تقيس كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د) والتي تتسم جميعها بالصدق والثبات المرتفعين.

مفاهيم الدراسة :

أ (إجهاد الشفقة:

عرّف "فيجلي" (1995) إجهاد الشفقة بأنه الشعور بالضغط الناتجة عن المساعدة أو الرغبة في مساعدة شخص مصدوم أو يعاني (Konrath & Grynberg, 2013, 11). وعرفه أيضاً بأنه ضغط وعناء ناتج عن رعاية آخر مبتلي أو رعاية من يعاني من مرض جسدي أو اضطراب نفسي (Wilson & Thomas, 2004, 147). كما وصف "فيجلي" (1995) إجهاد الشفقة بأنه ظاهرة وجدانية حادة تؤدي إلى مستويات مرتفعة من الضغوط لمقدمي الرعاية وظهور أعراض لديهم تتماثل مع أعراض الضحية الأصلي للصدمة؛ كالتجنب، وفرط الاستثارة، والذهول أو تبدل الإحساس، واضطرابات النوم (Rauvola et al., 2019, 11). حيث يحدث إجهاد الشفقة تغيرات انفعالية، ومعرفية، وسلوكية لدى المهنيين العاملين مع من يعاني من صدمات (Hansen et al., 2018, 632). ويتسم إجهاد الشفقة أيضاً بالإجهاد البدني والنفسي، والتوعك، والإنهاك، وعسر المزاج (Wilson & Thomas, 2004, 150). وتتبنى الدراسة الراهنة تعريف "فيجلي" لإجهاد الشفقة.

وقد وصفا "كويتزي، وكلوبير" (Coetzee & Klopper, 2010) عملية تقاوم إجهاد الشفقة في دراساتهم المتعددة عن تحليل مفهوم إجهاد الشفقة، باعتباره تفاعل طويل المدى، ومستمر، ومكثف مع المرضى، وتوظيف المعالجين لخبراتهم الشخصية ومهاراتهم (استخدام الذات^{١٦}) * فتكون النتيجة النهائية عملية متدرجة وتراكمية تبدأ من متاعب الشفقة عندما لا يتم تخفيف حدتها (Pehlivan & Güner, 2018, 132). وهو ما ذكره "نويل، وماك نيل" (Newell & Mac Neil, 2010) أن إجهاد الشفقة قد يظهر ويتفاقم بمرور الوقت؛ ويختلف هذا المنظور عن تصور "فورستر" (Forster, 2009) الذي ادعى أن إجهاد الشفقة قد يتفاقم بسرعة، مستنداً على ما اعتقه "فيجلي" (2002) بأن البداية يمكن أن تأتي بسرعة بسبب حدث صادم واحد فقط (Thompson, 2017, 35).

وغالبا ما كانت تعتمد تصورات الباحثين لإجهاد الشفقة بشكل كبير على أنه يتكون من بعد واحد؛ وهو ضغوط الصدمة الثانوية المفاجئة أكثر من البعد الآخر وهو الاحتراق النفسي التراكمي؛ أي الضغوط الحادة مقابل الإجهاد التدريجي (Rauvola et al., 2019, 11). وفي المقابل أشارت "ستام" (2002، 2010) و"ماسلاش" وزميلاه (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) إلى أن معظم التعريفات الإجرائية، تنظر إلى إجهاد الشفقة على أنه مكون متعدد الأبعاد يتكون من بعدين، الاحتراق النفسي وضغوط الصدمة الثانوية، وأن إجهاد الشفقة مقياس لكل منهما (Hunt et al., 2019, 11; Pehlivan & Güner, 2018, 132; Rauvola et al., 2019, 2). وقد أوضح "فيجلي"

(16) Use of Self.

* والمقصود به اعتماد المعالج على مشاعره وتجاربه وشخصيته لتعزيز العملية العلاجية، وتعني أيضاً دمج الذات المهنية مع الذات الشخصية واستخدام خبراتهم ومهاراتهم الشخصية في العلاقة العلاجية.

(١٩٩٥)، ثم "بارانوفسكي" (Baranowsky 1999) أن حالة التوتر الشديد والانشغال الشديد بالألم الانفعالي و/أو المشقة البدنية تجاه أولئك الذين يتلقون المساعدة يمكن أن يخلق ضغوط الصدمة لمقدم الرعاية، وعندما تقترن مع الاحتراق النفسي التراكمي، تُحدث حالة من الاستنزاف البدني والنفسي الناتجة عن انخفاض قدرة الفرد على مواجهة بيئته اليومية، فتكون النتيجة ظهور إجهاد الشفقة (Cocker & Joss, 2016, 618).

وقد أوضح "ماسلاتش، وجاكسون" (Maslach & Jackson 1996) أن البعض ينظر إلى المشكلات التي يواجهها العاملون مع ضغوط العمل ببساطة باعتباره احتراقاً (Figley, 1995, 11). وغالباً ما يستخدم مصطلح "الاحتراق النفسي" بالتبادل مع مصطلحي إجهاد الشفقة، والصدمة المنقولة (Konrath & Grynberg, 2013, 11). كما ذكر "جنكينز، وبيرد" (Jenkins & Baird 2002) أنه تم اقتراح مصطلحات مختلفة لوصف العواقب المحتملة لتعرض المهنيين لصدمة شخص آخر، ومنها ضغوط الصدمة الثانوية، وإجهاد الشفقة، والصدمة المنقولة، والاحتراق النفسي. ويبدو أن هناك بعض التداخل بين هذه المفاهيم، ولا يزال هناك اختلافات مفاهيمية محددة (Robins et al., 2009, 271). كما تم الإشارة إلى أوجه تشابه أخرى بين كثير من تلك المصطلحات في التراث العلمي للعلوم الطبية والاجتماعية، بما في ذلك؛ المواساة^{١٧*}؛ وفرط الاستثارة، والهستيريا الجماعية، أو اعتلال نفسي المنشأ^{١٨} (Figley, 1995, 5). وقد أضافت جمعية الممرضات الكندية (٢٠١٠) أن سبب استخدام المفاهيم المختلفة بالتبادل في الدراسات هو عدم وجود أدوات قياس مناسبة يمكنها تحديد الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي أو زميلات ضغوط الصدمة الأخرى، مما أدى إلى عدم الوضوح في أغلب الدراسات (Pehlivan & Güner, 2018, 130).

وقد ذكرت "روفولا" وزميلاتها في دراستهن أن مصطلح الضغوط القائمة على التعاطف يُعد هو المصطلح الأوسع الذي يشير إلى العملية التي تُشكل أو تشمل مكونات العناية المرتبطة بإجهاد الشفقة، وضغوط الصدمة الثانوية، والصدمات المنقولة. على الرغم من عدم وجود سابقة واضحة في الإنتاج العلمي يشير إلى هذه المكونات بالمعنى الشمولي (Rauvola et al., 2019, 5).

(17) Sympathy.

* وجدير بالذكر أن الباحثة الحالية قد سبق وحاولت في دراسة سابقة (جزء آخر لهذه الدراسة الراهنة) التفريق بمزيد من التوضيح بين عدد من المصطلحات المتداخلة والتي يتم الخلط في معانيها ومقصدها وأيضاً في ترجمتها الي اللغة العربية وذلك لاشتراكهم جميعاً في معني العطف أو التعاطف، مستعينة بالتعريفات المتفق عليها بالإنتاج العلمي، وكذلك في ضوء بعض الفروق اللغوية بالمعاجم العربية. فعلي سبيل المثال تشير المواساة (Sympathy) لغوياً إلى التعزية في الحزن أو المصاب، ويشير التعاطف (Empathy) لغوياً إلى المشاركة في المشاعر خاصة الحزن، وتشير الشفقة (Compassion) لغوياً إلى محاولة إزالة المكروه عن الناس، فقد حاولت الباحثة المقارنة أو الجمع بين ما تعنيه المصطلحات مفاهيمياً وانتقاء مفردات عربية تعبر عنها لغوياً.

(18) Psychogenic Illness.

ويختلف العديد من المؤلفين فيما يتعلق بكيفية تحديدهم لأعراض كل حالة، وكذلك فيما يتعلق بكيفية تحديد الطرق التي تسبب أعراض كل حالة. ويذكر معظم الباحثين أن الأعراض في تلك الحالات مشابهة لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مثل "فيجلي" (1995)، و"برايد" (2007) Bride، و"بوراسه" (2009) Bourassa، و"جنكينز، وبرايد" (2002) Jenkins & Baird. بينما يميز البعض الآخر بينهم من حيث الضغوط مثل "فيجلي" (1995)، و"جاكوبسون" (2006)، والمعاناة مثل "روتشيلد، ورايد" (2006) Rotschild & Rand، وانخفاض القدرة على أن يكون الشخص متعاطف مثل "آدمز" وزميليه (2006) Adams et al.، و"ديل" (2007) Dill. وفيما يتعلق بالأعراض غالباً ما تكون نتيجة التعرض لشخص مر بحدث صادم كما ذكر "فيجلي" (1995)، و"بوراسه" (2009) Bourassa، و"جنكينز، وبرايد" (2002) Jenkins & Baird، وفي أحيان أخرى يُذكر أنها تكون نتيجة العمل في المهن الخدمية أو مهن المساعدة¹⁹ أو عند مساعدة الآخرين أو لمجرد الرغبة في مساعدتهم (Nilsson, 2014, 294).

الاعتبارات المسببة للإصابة بإجهاد الشفقة، وعوامل الخطر التي تنتبأ به وتؤدي إلى تفاقمه:

تعزى قابلية التعرض لإجهاد الشفقة إلى عدد من الأسباب، يرتبط معظمها بحقيقة أن العاملين في مجال الصدمات محاطون دائماً بالعوامل التي تؤدي للصدمات بأقصى قوة. لذلك، فبغض النظر عن مدى صعوبة المحاولة لمقاومته، يُدفع عمال الصدمات إليه بنفس القوة (Figley, 1995, 15). وذكر كل من "بيرلمان، وساكفيتي" (1995) Pearlman & Saakvitne، و"سابين-فاريل، وتوربين" (2003) Sabin-Farrell & Turpin عدداً من المتغيرات التي ترتبط بالمعاناة بشكل عام بضغوط الصدمة المرتبطة بالعمل، والتي تتضمن عوامل داخل إطار العمل؛ مثل مقدار التعرض لتفاصيل الصدمة، وكم دعم الزملاء؛ وعوامل أخرى داخل الفرد نفسه مثل سياق الحياة الحالية، وتاريخ الصدمة السابق (Robins et al., 2009, 271).

وأشار "إبيندروث" (2006، 2011) إلى العوامل المتعلقة ببيئة العمل، والعوامل السكانية، وصحة الممرضة، بالإضافة إلى مدة ونوع التفاعل مع المرضى والعلماء كعناصر تؤدي إلى تفاقم إجهاد الشفقة (Smith, 2013, 49).

ومن الفروق الفردية التي قد تجعل الأشخاص أكثر عرضة لخطر إجهاد الشفقة أو نتيجة مرتبطة به؛ ميل الأشخاص إلى نقد الذات بشدة، وعدم الإبقاء على مسافة انفعالية عند اللزوم، ووجود مشاعر متضاربة نحو دورهم الوظيفي، وكذلك صغر سن المهنيين وقلة خبرتهم، وعدم تلقي تدريب متخصص عند التعرض للصدمات، والتعرض للإيذاء أو الصدمات في مرحلة سابقة فجميع ما سبق يجعلهم أكثر عرضة لإجهاد الشفقة (Konrath & Grynberg, 2013, 11).

وبجانب التفاعل أثناء العملية العلاجية، ذكر "فيجلي" أربعة أسباب إضافية تجعل العاملين مجال الصدمات عرضة بشكل خاص لإجهاد الشفقة. السبب الأول؛ التعاطف ويُعد التعاطف في حالة ضغوط الصدمة الثانوية واضطراب ضغوط الصدمة الثانوية، هو عامل رئيسي لتسلسل تفاصيل الصدمة من الضحية الأولية إلى الضحية الثانوية^{٢٠}، وقد يشعر المعالج بالصدمة أيضاً حتى لو كان التواصل معه محدوداً (Figley, 1995, 15; Hansen et al., 2018, 632).

السبب الثاني؛ مرور العاملين في مجال الصدمات النفسية ببعض الأحداث الصادمة في حياتهم السابقة. فمن المحتم أن يعملوا مع مصابين بصددمات مشابهة لتلك التي عانى منها العامل في مجال الصدمة. والسبب الثالث؛ استنزاف صراعات خفية مؤلمة لم يتم حلها لدى العامل نتيجة تنشيط الصدمة العالقة الخاصة به. السبب الرابع؛ صدمة الأطفال هي أيضاً استنزافية للمعالجين. فقد أفاد ضباط الشرطة، ورجال الإطفاء، وأخصائي طب الطوارئ، وآخرون من عمال الطوارئ أنهم أكثر عرضة لإجهاد الشفقة عند تعاملهم مع آلام الأطفال (Figley, 1995, 16).

ومن عوامل الخطر الأخرى التي حددتها الدراسات لتفاقم إجهاد الشفقة بين الممرضات كدراسة "أبيندروث، وفلانري" (٢٠٠٦)، ودراسة و"ميلفين" (Melvin 2012)؛ خصائص الممرضة كالميل إلى التضحية بالذات^{٢١}، وعدم وضوح الحدود المهنية، واستراتيجيات مواجهة غير ملائمة. ومن خصائص المريض التي تؤدي إلى تفاقم إجهاد الشفقة؛ وفاته الصادمة، وصغر العمر أو المرحلة العمرية، وما تم القيام به تجاه المريض (Abendroth & Flannery, 2006, 352; Pink de) (Champlain, 2016, 3-4).

كما أفادت دراسة "مكارول" (McCarroll 1993) التي ركزت على معالجين أو مدربين الجسد أن الإناث، والعاملين محدودي الخبرة لديهم مستويات أعلى من المشقة مقارنة بالذكور والعاملين ذوي الخبرة. وذكر "فوليرتون" (Fullerton 2004) في دراسته أن الأفراد غير المتزوجين أكثر عرضة للمعاناة من المشقة النفسية مقارنة بأولئك المتزوجين. ونظراً لأن الفريق الطبي هم أكثر عرضة للمعاناة من ضغوط الصدمة المباشرة أو غير المباشرة في مثل هذه الأحداث الكبرى، لذا فمن المنطقي أن يتم تحديد أن تكون عضواً في الوحدة الطبية يعتبر عامل خطر لارتفاع المشقة النفسية العامة (Nagamine et al, 2018, 5).

ويتفاقم إجهاد الشفقة أو يصبح في صورة أسوأ في ظل وجود مشقة أخلاقية أو معنوية^{٢٢}، ولكنها تعد خبرة منفصلة. فقد عرّف "جاميتون" (Jameton 1984) المشقة الأخلاقية بأنها؛ معرفة الشئ الصحيح الذي يجب القيام به، لكن القيود المؤسسية تجعل من المستحيل القيام به. وتتطوي المشقة الأخلاقية أيضاً على تصور بأن القيم الشخصية الأساسية والالتزامات الأخلاقية يتم انتهاكهما. وقد ذكر "أوستن" وآخرون (Austin et al. 2009) في دراستهم الكيفية أن الممرضات

(20) Secondary Victimization.

(21) Self-Sacrifice.

(22) Moral Distress.

اللاتي لم تقمن بمسؤولياتهن الأخلاقية شعرن بإجهاد الشفقة، ومن ثم فشلن في توفير الرعاية اللازمة (Pehlivan & Güner, 2018, 131).

وتشير التكاليف الخفية طويلة الأمد لمؤسسات الرعاية الصحية إلى وجود نسبة مئوية من القوى العاملة التي تعاني، ولديهم نية لترك التمريض كنتيجة مباشرة للعمل الانفعالي، أو نقص المكافآت، أو كنتيجة لاختلال التوازن بين القيم التنظيمية للمؤسسة والقيم الشخصية (Hunt et al., 2017, 9).

عوامل الخطر في إجهاد الشفقة:

قدم "ستينيكي" (٢٠٠٠) تقييماً وظيفياً لعوامل الخطر لإجهاد الشفقة الذي قد يساعد الاستشاريين المهنيين^{٢٣}، والتربويين الاستشاريين، والمشرفين على تحديد عوامل الخطر والتعرف عليها، وهي كما يلي:

- ١ - الحالات والسمات الشخصية الحالية والموجودة مسبقاً: كسمات نمط الشخصية " أ "، وتوقعات الشخص غير الواقعية أو العالية، والحاجة إلى التقدير، ونمط من عدم الاكتراث أو التشكيك في دوافع الآخرين.
- ٢ - تاريخ المشكلات الانفعالية أو الطب نفسية: كقضايا الصحة النفسية الكامنة أو السلوكيات التي قد تتداخل مع كفاءة الاستشاري، أو التعرض المباشر أو غير المباشر للحوادث الخطيرة، أو قضايا الفتك، أو الإضرار بالنفس والآخرين.
- ٣ - سلوكيات المواجهة غير التكيفية: كأنماط تعاطي الكحول أو المواد المخدرة، وزيادة استخدام التبغ، والكافيين، والطعام.
- ٤ - العوامل المرتبطة بالعمر والخبرة: المهنيين الأصغر سناً الجدد في مجال الاستشارة مقابل قدرات المواجهة للمهنيين الأكبر سناً، والخبرة في العمل مع أنواع مختلفة من العملاء/ المستنزيين، والخبرة في الاستجابة للأزمات.
- ٥ - آلية عمل المنظمة والنظام في مكان عمل الاستشاري: كعدم مراعاة أو تقدير المنظمة أو النظام للاحتياجات الانفعالية للاستشاريين، والمؤسسة، أو انفتاح النظام لتجربة توجهات جديدة.
- ٦ - واجبات وظيفية محددة للاستشاري الذي وظف كاستشاري: كالخدمة أو المساعدة المباشرة مقابل الإشراف، وكم الحالات، وكثرة متطلبات العمل واستنزافه للوقت.
- ٧ - صفات اجتماعية ثقافية فريدة: كالقيم والمعتقدات والهويات الثقافية التي قد تكون مختلفة عن المنظمة/ ومدير العمل.
- ٨ - الاستجابة لمعالجة الأحداث المتأزمة الماضية وغيرها من أحداث الحياة الضاغطة: كمستوى التعرض للصدمات أو ضغوط الصدمة الثانوية، وقدرة الاستشاري على مواجهة أي مشكلة قد تصيب الاستشاري أو التماهي معها كالانعزال، والانفصال، والتفكك.

٩ - مستوى الدعم والموارد: كالدعم الفردي، والمجموعة، أو الأسري، والقدرة على طلب المساعدة.
١٠- الروحانية: كأن يشكك الاستشاري في معنى وهدف الحياة، والمعتقدات المهنية، والروحانية،
و/أو الدينية؛ والغضب من الله أو الانتماء الديني؛ أي الطوارئ الروحانية^{٢٤*} (Stebnicki, 2016, 537; Stebnicki, 2008, 119-120).

النظريات والنماذج النظرية المفسرة لإجهاد الشفقة:

النظريات المرتبطة بالصحة المهنية:

أوضح كل من "هوبفول" (Hobfoll, 2001)، و"ديمروتي" وآخرون (Demerouti et al., 2001) أن النظريات المرتبطة بالصحة المهنية، تحديداً نظريات ضغوط العمل كمتطلبات وموارد الوظيفة والحفاظ على الموارد تفترضاً؛ أن العناء (كالاحتراق النفسي، والنتائج الصحية السلبية) ينتج عن تفاعل كل من السياق والموارد المتاحة بالعمل. وتُعرف الموارد من منظور نظرية الحفاظ على الموارد بأنها خصائص الشخصية، والظروف والطاقات التي يتم تقييمها باعتبارها قنوات لتحقيق أو حماية الموارد القيّمة. وينتج العناء وعواقبه عن فقدان الموارد، والتهديد، والمكاسب غير الكافية بعد توظيف الموارد. كما تنطوي الموارد من منظور نظرية متطلبات الوظيفة على الجوانب الوظيفية "البدنية، والنفسية، والاجتماعية أو المؤسسية" والتي تساعد الأفراد على بلوغ أهداف العمل، والتطور، و/أو الحد من متطلبات العمل (كأشكال العمل التي تتطلب جهداً/ طاقة، والتي ترتبط بتكلفة بدنية أو نفسية) وما يلحقه من عناء. وبناء على ذلك، ينتج العناء عن متطلبات وموارد غير ملائمة، حيث تؤدي متطلبات الوظائف بشكل مستقل إضافة لسياق الموارد غير الكافية إلى الإنهاك ونتائج سلبية أخرى (Rauvola et al., 2019, 7-8).

نموذج فيجلي السببي لإجهاد وضغوط الشفقة (نموذج العشر عوامل المسببة)^{٢٥}:

ووصف "فيجلي" (٢٠٠٢) نموذجه بأنه نموذج سببي، حيث ذكر فيه - شكل (١) - أحد عشر متغيراً ليشكلوا معاً نموذجاً سببياً يتنبأ بإجهاد الشفقة. والذي ينطوي على أمرين؛ الأول أقره باعتباره يسبب إجهاد الشفقة، والثاني مطلوب وضروري لمنع وعلاج إجهاد الشفقة (Figley, 2002, 1436; Pink de Champlain, 2016, 28). ويعتمد هذا النموذج على افتراض أن التعاطف، والطاقة الانفعالية يعدا القوة الدافعة في العمل بفعالية مع من يمر بمعاناة بشكل عام، وإقامة تحالف علاجي فعال والحفاظ عليه، وتقديم خدمات فعالة بما في ذلك الاستجابة التعاطفية. ومع ذلك، أن يكون الشخص شفوفاً ومتعاطفاً فذلك ينطوي على تكاليف (Figley, 2002, 1436).

(24) Spiritual Emergencies.

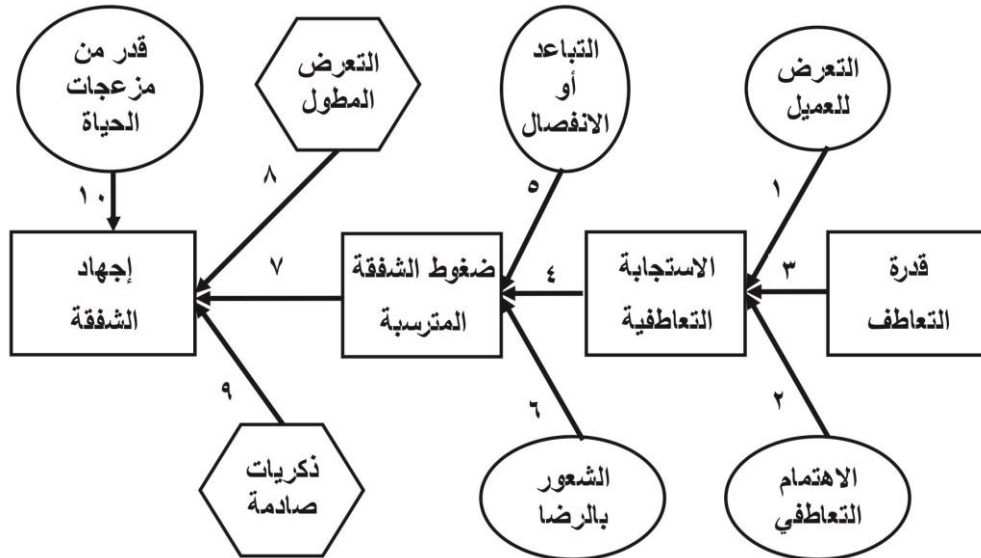
* وتسمى أيضاً بالأزمة الروحانية **Spiritual crisis** وهي شكل من أشكال أزمة الهوية حيث يمر الفرد بتغييرات جذرية في نظام المعنى أو المغزى (أي أهدافه الفريدة وقيمه ومواقفه ومعتقداته وهويته وتركيزه) عادة بسبب تجربة روحانية.

(25) Figley's Ten Factor Causal Model (Etiological Model).

والتغيرات الأخرى الموضحة بالنموذج تتفاعل في العملية والتي تؤدي إلى نتيجة نهائية مرتبطة بإجهاد الشفقة. وأعتبر "فيجلي" التعاطف عنصر أساسي في هذا النموذج بدون تعاطف لن يكون هناك أي من ضغوط الشفقة أو إجهاد الشفقة. وأضاف أن ما يؤثر أيضاً على تقاوم إجهاد الشفقة هو التعرض المطول^{٢٦}، والذكريات الصادمة، وقد مر من مزعجات الحياة، والتي تم تقديمها في هذا النموذج كعوامل مفرجة لإجهاد الشفقة (Pink de Champlain, 2016, 28-29).

وقد أوجز "فيجلي" (٢٠٠٢) العشرة عوامل التي اقترحها للتنبؤ بإجهاد الشفقة؛ فيما يلي :

- (١) التعرض للعميل (التعرض المباشر للعملاء وتفاصيلهم، وتكبد طاقة انفعالية لمعانة العملاء).
- (٢) الاهتمام التعاطفي (اندفاع المعالج للاستجابة لأولئك الواقعين في شدة). (٣) قدرة التعاطف (استعداد المعالج لملاحظة آلام الآخرين). (٤) الاستجابة التعاطفية (حجم الجهد الذي يبذله المعالج للتخفيف من آلام الآخرين وتقليل معاناة الضحية وذلك من خلال التفهم التعاطفي). (٥) عدم الاندماج أو الانفصال^{٢٧} (قدرة المعالج على فصل نفسه عن معاناة العميل، وهو عامل يقلل أو يمنع ضغوط الشفقة). (٦) الشعور بالإنجاز (رضا المعالج عن أدائه لمساعدة العميل). (٧) ضغوط الشفقة (رواسب الطاقة الانفعالية الناتجة عن الاستجابة التعاطفية تجاه العميل). (٨) التعرض المطول (شعور المعالج المستمر بمسؤوليته عن عافية العميل، ورعاية من يمر بمعاناة على مدى زمني طويل). (٩) استدعاء الصدمة (ذكريات اقتحاميه تسبب استجابة انفعالية). (١٠) مزعجات الحياة (تغيرات غير متوقعة في الحياة اليومية؛ حيث النظام، والروتين، وإدارة مسؤوليات الحياة التي تتطلب الانتباه؛ ومنها المرض، وتغييرات في نمط الحياة، والحالة الاجتماعية، أو المسؤوليات المهنية أو الشخصية) (Figley, 2002, 1436-1438; Russell & Brickell, 2015, 1094).



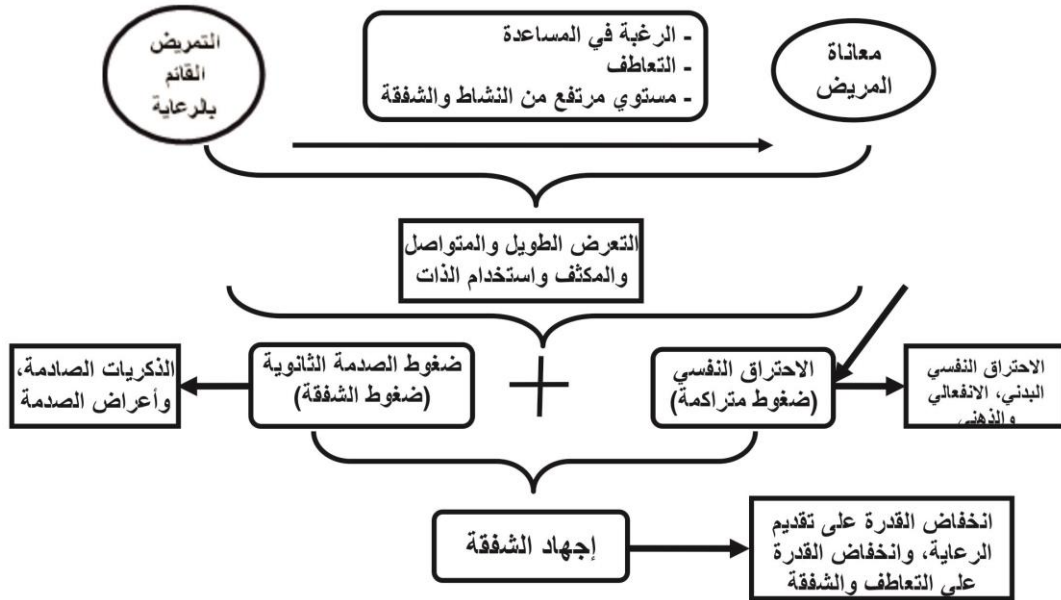
شكل (١) نموذج إجهاد الشفقة وضغوط الشفقة لـ "فيجلي" (١٩٩٥-١٩٩٧) (Figley, 2002, 1437).

(26) Prolonged Exposure.

(27) Disengagement.

نموذج عمليات تكوين إجهاد الشفقة:

في ضوء مناقشات الإنتاج العلمي، قامت "بيهايفان، وجونير" في دراستهما بتلخيص نموذج عمليات تكوين إجهاد الشفقة - كما هو مبين في شكل (٢) - من خلال الجمع بين ما قدمه كل من "فيجلي" (٢٠٠٢)، و"ستام" (٢٠٠٢)، و"كويترز، وكلوبير" (٢٠١٠)، و"سيركنس، وميلير" (٢٠١١). حيث تبدأ عملية تكوين إجهاد الشفقة مع تقديم الممرضات الرعاية للمريض الذي يعاني، والرغبة في مساعدته، بالإضافة إلى قدرته على إظهار التعاطف والشفقة. ومن ثم تؤدي الرعاية المطولة والمكثفة واستخدام الذات^{٢٨} إلى ظهور ضغوط الصدمة الثانوية (أعراض الصدمة)، والاحتراق النفسي (الاحتراق النفسي البدني، والانفعالي، والنفسي). مما ينتج عن ظهورهما انخفاض في كل من قدرة الممرضات على الرعاية وتوفير الطاقة، ومهارات التعاطف والشفقة لديهن (Pehlivan & Güner, 2018, 132).



شكل (٢) نموذج عمليات تكوين إجهاد الشفقة (Pehlivan & Güner, 2018, 133).

ب) التعاطف:

يعتبر التعاطف سلوكاً اجتماعياً ودوداً^{٢٩} مفيداً للآخرين، ويحتوي على مكونات وجدانية ومعرفية معاً، ويتضمن إقراراً أو اعترافاً بأن مصدر الشعور الانفعالي لا يخص الفرد نفسه (Hunt et al., 2017, 9; et al., 2019, 2). وقد عرف "دافيس" (Davis, 1980, 1983) التعاطف بأنه شعور الشخص بالموودة، والشفقة، والاهتمام بالآخرين (Jennings, 2015, 7). وبأنه استجابة معرفية ووجدانية للفرد تجاه معاناة شخص آخر (Thomas, 2011, 4). وعرف "ميرسر، ورينولدز" Mercer

(28) Using self.

(29) Prosocial Behavior.

(2002) **Reynolds &** التعاطف باعتباره مهارة مهنية (للتواصل) قابلة للتعلم، وخبرة انفعالية ذاتية بحتة أو سمة شخصية أساسية راسخة (Neumann et al., 2012, 2). وتتبنى الدراسة الراهنة تعريف "دافيس" (Davis (1980, 1983) للتعاطف باعتباره استجابة معرفية ووجدانية، والتي تنقسم إلى أربعة مكونات فرعية (الاهتمام التعاطفي، والمشقة الشخصية، والتخيل، وتبني منظور الآخر) كما تعكسها الأداة المستخدمة بالدراسة الراهنة.

وبناءً على هذه التعريفات، يتضح كيف أن أكثر جوانب التعاطف الموصوفة بشكل متكرر؛ هي التعاطف المعرفي والوجداني بالإضافة إلى مفاهيم كالسمة، والمزاج، والقدرة، والمهارة والتي يمكن دمجها في نموذج تعاطف شامل. ويتم وصف العملية الداخلية للتعاطف على أنها سلسلة تتكون من؛ ١- إدراك المعلومات الانفعالية للشخص الآخر، ٢- إنتاج نموذج ذهني أو صورة ذهنية لحالة الشخص الآخر، ٣- وينتج لديه انفعال تعاطفي مشابه للشعور الذي أدرك أن هذا هو ما يشعر به الشخص الآخر، ٤- ويتجاوب مع الشخص الآخر (Altmann et al., 2015, 1894).

ويعرف "إيزنبرج" وآخرون (Eisenberg et al. (1997) التعاطف المعرفي بأنه القدرة على فهم الحالات الداخلية للآخرين. ويرى "ديسيتيسي" (٢٠٠٦) أن فهم الحالات الداخلية للآخرين يشير إلى القدرة على تبني منظور الآخر، التي تتطلب عملية مقصودة لحدوثها، وإشراك الموارد التنفيذية مثل التنظيم الذاتي والمرونة المعرفية. وهذا يعني أن المتعاطف قادر على تحديد الانفعالات ولمن تنتمي خلال الاندماج التعاطفي^{٣٠}، أي قادر على إدارة وضبط انفعالاته فيما يتعلق بمشقة الشخص الآخر (Hunt et al., 2017, 9; Hunt et al., 2019, 2). ويعرف المكون المعرفي للتعاطف أيضاً باسم "التعاطف الإكلينيكي" لأنها عملية تحديد "لمن تنتمي الانفعالات خلال الاندماج التعاطفي. وهي مهارة "قابلة للتعلم" وتكون "مبنية على قدرات فطرية". والهدف من هذا المكون هو أن تكون قادراً على إنشاء تلك المسافة الآمنة وترسيخها، مما يجعل إجهاد الشفقة والاحتراق النفسي أقل مدعاة للقلق (Uhrig, 2018, 12).

ويرتبط المكون الوجداني وفقاً لـ "ديسيتيسي" وآخرون (٢٠٠٦، ٢٠٠٩، ٢٠١٥) بمشاركة انفعالات الشخص الآخر. هذه المشاركة في الانفعالات، أو العدوى الانفعالية، هي استجابة تلقائية وضرورية للقاءات التعاطفية. تؤدي مشاركة الانفعالات بالمتعاطف إلى أحد أمرين إما مشاعر الاهتمام التعاطفي أو إذا كانت الانفعالات قد استثرت بإفراط، أو كان هناك تماهي ذاتي^{٣١} مع انفعالات الشخص المكروب، فقد يعاني المتعاطف من المشقة الشخصية. وعند الشعور بالمشقة الشخصية، سيكون الهدف من السلوك التعاطفي تخفيف الفرد لمشقته هو، وقد يشمل ذلك عدم اتخاذ أي إجراء لتخفيف مشقة الآخرين (Hunt et al., 2017, 9; Hunt et al., 2019, 2). لذلك

(30) Engaged Empathy.

(31) A Personal Identification.

يقسم التعاطف الانفعالي بشكل تقليدي إلى بنائين؛ الأول، يطلق عليه "الاهتمام التعاطفي"^{٣٢}، والجزء الثاني؛ معروف باسم "المشقة الشخصية" (Hodges & Biswas-Diener, 2007, 390).

الجانب النفسي السلبي للتعاطف/ تكلفة التعاطف وعواقبه:

حظى موضوع الجانب النفسي السلبي للتعاطف ببعض الاهتمام في الآونة الأخيرة، وهل من الممكن أن يكون التعاطف ضاراً في بعض الأحيان؟ وله جانب "قائم أو خبيث" أو على الأقل "مكلف"، وهل يكون غير تكيفي في بعض سياقات محددة (Konrath & Grynberg, 2013, 9). فقد أشار "فيجلي" (١٩٩٥)، و"سابو" (Sabo, 2006) إلى أن الاندماج التعاطفي يرتبط بشكل إيجابي بمؤشرات الرضا الوظيفي وبالتالي فهو عامل وقائي محتمل، ولكنه قد يسهم أيضاً في تشويش الحدود بين المريض ومقدم الرعاية، مما يجعل الفرد أكثر عرضة للتأثيرات السلبية الناتجة عن التعرض للصدمات (Robins et al., 2009, 271).

يمثل التعاطف في مجال التعامل مع المرضى تحدياً، لأن الأطباء يتعاملون مع أكثر المواقف التي تتسم بالمشقة الانفعالية؛ كالمريض، والاحتضار، والمعاناة بكل أشكالها وهذه المواقف عادة ما تجعل الشخص المتعاطف قلقاً، وربما حريصاً جداً على أن يكون مفيداً أو مساعداً. وقد يكون لهذا الواقع المؤلم أثره على هؤلاء الأفراد ويمكن أن يؤدي إلى إجهاد الشفقة، والاحتراق النفسي، والمشقة المهنية، وانخفاض الشعور بالإنجاز، وإنهاك أو استنزاف انفعالي حاد (Gleichgerrcht & Decety, 2013, 1).

ومن المحتمل أن يكون لدى العديد من الاستشاريين شخصيات تتبالغ في التماهي مع قضايا عملائها، مما ينتج عنه شكل سلبي من الانتقال إزاء المريض. وبالتالي، فإن المهنيين الذين ليس لديهم الوعي والقدرة على مراقبة هذه الاستجابة غير التكيفية أو لا يتلقون إشرافاً إكلينيكياً مختصاً، ربما تتكرر خبرة إجهاد التعاطف لديهم. وقد يتعرض هؤلاء المهنيين لإجهاد التعاطف على أساس يومي/ أسبوعي، وبالتالي تصبح سمة أو حالة لها جذوراً أكثر عمقاً في إدراكهم، ومخططاتهم، وعقلهم الانفعالي، وتكوينهم الفسيولوجي، والروحاني (Stebnicki, 2008, 24).

وتؤكد دراسة "روبنز" وزميلييه على العلاقة بين التعاطف وضغوط الصدمة الثانوية، وأن التعاطف يُعد بمثابة سكين ذو حدين، لأنه يرتبط بالاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية، ويرتبط بشكل عكسي بمؤشرات الرضا لدى مقدمي الرعاية (Robins et al., 2009, 278). كما وجد "بروكهاوس" وآخرون (Brockhouse et al., 2011) من خلال دراستهم أن المستويات المرتفعة من التعاطف ينتج عنها قدر أقل من اجتياز ما بعد الصدمة (Thompson, 2017, 17). ويهدد الاستغراق أو الانخراط

الانفعالي موضوعية القرار الطبي ويعرض الاختصاصي لأعراض ضغوط الصدمة الثانوية (Crumpei & Dafinoiu, 2012, 441). فحينما يكون التعاطف مفرط أو موجه بشكل خاطئ، يمكن أن يؤدي إلى معتقدات بالذنب تسبب المرض (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017, 42).

وقد اقترح "كليميكي وسنجر" (٢٠١٢) أن عواقب التعاطف تأخذ مسارين؛ الأول هو "موجه للآخرين" أو الشفقة التي تؤدي إلى دافع اجتماعي ودود أو مشاعر إيجابية، والآخر هو "موجه للذات" المشقة الشخصية التي تؤدي إلى الانسحاب أو المرور بمشاعر سلبية. وقد أشار "ناجامين" وزملاؤه في دراستهم أن المسار الأخير هذا قد يفسر تقاوم استجابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى عمال الكوارث، على الرغم من أن العلاقة بين التعاطف وضغوط الصدمة الثانوية لم يتم التحقيق فيها تماماً (Klimecki & Singer, 2012, 369-370; Nagamine et al, 2018, 2-5).

وتشير الدراسات السلوكية كدراسة "باينز" وزميليه (Pines et al. (1980، ودراسة "وليامز" (Williams (1989 إلى وجود علاقة قوية بين الاحتراق النفسي والتعاطف. على الرغم من أن الموقف والنهج التعاطفي يؤثران على الرعاية الطبية للمرضى وأسرهم، إلا أن ما يقرب من ٧٦٪ من مهني المجال الطبي يبلغون عن أعراض الاحتراق النفسي التي قد تؤدي إلى أخطاء طبية، وسوء استخدام العقاقير، وحتى الانتحار. وقد أظهرت الدراسات السابقة كدراسة "بيليني" وآخرون (Bellini et al. (2002، ودراسة "روزين" وآخرين (Rosen et al. (2006 أن شدة الاحتراق النفسي ترتبط بزيادة ونقصان درجات التعاطف المتأصل بالشخصية (النزوع للتعاطف) (Tei et al., 2014, 1). لذا يعد التعاطف أحد الأسباب الرئيسية لإجهاد الشفقة؛ وهو ما يشكل معضلة أو مأزق للمهنيين في المجالات التي يكون التعاطف فيها ضروري (Hansen et al., 2018, 631). حيث من الممكن أن يؤدي التفاعل الانفعالي، على سبيل المثال، إلى تعطيل الموضوعية الطبية، مما يؤدي إلى سوء التقدير أو إفراط في علاج المرضى، كما ثبت أيضاً أن استجابة الأطباء لألمهم الشخصي تنخفض أثناء مشاهدة منبهات بصرية تمثل مواقف مؤلمة جسدياً (Weilenmann et al., 2018, 390).

وقد أوضح "كونرث، وجرينبيرج" في دراستهما أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث في هذا المجال قبل أن يتم التمكن من تحديد دور التعاطف كسبب في تحقيق صحة نفسية أفضل أو أسوأ، والاستجابة للضغوط، وأخيراً نتائج الصحة البدنية (Konrath & Grynberg, 2013, 13-14). كما أن التعريفات المتنوعة للتعاطف، والمواساة، والشفقة تجعل من الصعب فهم كيف تشارك أو تسهم هذه السمات في إجهاد الشفقة. ولا يوجد سوى أبحاث قليلة تشير إلى كيف يمكن للشخص أن يكون متعاطفاً أو رحيماً ومقاوماً لإجهاد الشفقة. وقد أشار "هوفمان" (Hofmann (2009 إلى أن قليل من مهنيي الرعاية الصحية محصنون من إجهاد الشفقة (Smith, 2013, 12).

الأسس النظرية للتعاطف:

نظرية العقل^{٣٣}:

يرى "لانجدون" وآخرون (Langdon et al. (2006) بأن نظرية العقل قد فسرت التعاطف بأنه تفهم الشخص لمعتقدات الآخر من أجل التنبؤ بسلوكيات الآخرين، وتفسيرها والتفاعل معها. وتتضمن هذه القدرة مهارات الإدراك الاجتماعي الأساسية، مثل التعرف على تعبيرات الوجه، ونبرة الصوت، والإيماءات، فضلاً عن التمتع بالمرونة المعرفية لتغيير سلوك الفرد وفقاً لذلك (Smith, 2013, 15).

نظرية المحاكاة^{٣٤}:

يعتمد التفهم التعاطفي للسلوك البشري، والحالة الانفعالية الداخلية وفقاً لمُنظري المحاكاة كما أشار "أوبرمان، وراماشاندران" (Oberman & Ramachandran (2007, 2008) على القدرة المركبة لإدراك الآخرين كما لو كانوا نحن، ومحاكاة هذه المشاهدات داخل أنظمتنا العصبية. وأكد مُنظري التعاطف الذين انتقدوا نظرية المحاكاة على الفرق بين الإدراك عندما يستخدم الفرد مشاعره أو خبرته الخاصة به كنقطة مرجعية، وبين الإدراك من خلال وجهة نظر الشخص الآخر. على سبيل المثال، أشار "ميلتون بينيت" (Milton Bennett (1998) إلى أن المواساة تحدث عندما يشعر الفرد بانفعال تجاه شخص آخر بناءً على خبرته الخاصة وحقيقة واحدة عامة. في المقابل، يشمل التعاطف على مفهوم الحقائق المتعددة، وتصور الشخص الآخر وخبرته (Smith, 2013, 15-16).

نموذج التعاطف في العمل الاجتماعي^{٣٥}:

طور "جيرديس، وسيجال" في دراستهما نموذج يتضمن نتائج تخصصات علم الأعصاب والمعرفي والاجتماعي، ويعكس هذا النموذج توجه الشخص في بيئة العمل الاجتماعي والالتزام بالعدالة الاجتماعية، وهي قيمة أساسية للمهنة. ويتكون النموذج من ثلاثة عناصر: (١) الاستجابة الوجدانية لمشاعر وأفعال الآخر؛ (٢) المعالجة المعرفية للاستجابة الوجدانية للفرد وكذلك منظور الشخص الآخر؛ (٣) اتخاذ القرار الواعي للقيام بفعل تعاطفي (Gerdes & Segal, 2009, 120).

ويشمل المكون الأول الاستجابة الوجدانية؛ واستجابات جسدية لإرادية والتي تُثار من خلال التعرض لأحداث خارجية. والمكون الثاني للتعاطف؛ هو المعالجة المعرفية للتصرفات والانفعالات المنعكسة، وهذه العملية هي تفكير ذهني متعمد يسعى لتفسير الإحساسات الفسيولوجية وكذلك الأفكار التي يستثيرها الانعكاس. وتتضمن مكوناتها الوعي الذاتي، والمرونة الذهنية، وتنظيم الانفعال، وتؤدي هذه العملية إلى فهم الخبرات التي يعيشها الآخرون. ويتمثل المكون الثالث في

(33) Theory Of Mind (TOM).

(34) Simulation Theory.

(35) A Social Work Model Of Empathy.

اتخاذ القرار بوعي وهو الجزء الذي يستمد من العمل الاجتماعي، والحاجة إلى اتخاذ إجراء، وحمية العدالة الاجتماعية، والتي تم تحديدها بوضوح كقيمة للعمل الاجتماعي، وتتطلب أن ينخرط العاملين الاجتماعيين في الممارسات التي تعزز العدالة الاجتماعية. ولكي تفهم الناس بشكل تعاطفي يعني الدخول في حالاتهم بطرق تكشف عن عدم المساواة والتفاوت (Gerdes & Segal, 2009, 120-121).

ج (نمط الشخصية "د":

يمثل النمط (د) صفة شخصية تتسم بكل من الميل إلى المعاناة من الانفعالات السلبية والنزوع إلى كبح التعبير عن الذات في التفاعل الاجتماعي (van Londen, 2008, 5). ويرى "دينوليت" (2005) Denollet أن خصائص الشخصية المكروبة (النمط د) تتمثل في مكون هرمي للشخصية يشير إلى مزيج من سمتين هما؛ الوجدان السلبي^{٣٦}، والتثبيط الاجتماعي^{٣٧} (Batselé et al., 2017, 1075).

ويقصد بالوجدان السلبي؛ الميل إلى المعاناة من الانفعالات السلبية عبر أوقات ومواقف مختلفة. والأفراد الذين يحرزون درجات مرتفعة على الوجدان السلبي لديهم أيضاً نظرة سلبية للذات؛ ودائماً في حالة معاناة وتفحص لأي إشارات بالمحيط تدل على وقوع مشكلات وشيكة. ويقصد بالتثبيط الاجتماعي؛ الميل إلى كبح التعبير الذاتي عن الانفعالات والسلوكيات في التفاعلات الاجتماعية لتجنب المخاطر المحتملة كالرفض من قبل الآخرين (Batselé et al., 2017, 1075; Geuens et al., 2015, 81; van Londen, 2008, 5-6).

وأوضح "واتسون، وكلاارك" (1984) Watson & Clark أن الوجدان السلبي يتكون من ثلاث سمات منخفضة التقدير؛ وهي عسر المزاج، والقلق، وسرعة الانفعال. وذكر "أسندوريف" (Asendorpf, 1993) أن التثبيط الاجتماعي يتكون من ثلاث سمات منخفضة التقدير؛ وهي الانزعاج الاجتماعي^{٣٨}، والتردد أو قلة التحدث^{٣٩}، ونقص الرصانة الاجتماعية^{٤٠} (Batselé et al., 2017, 1075). وأكد "دي جونج" وآخرون (2007) De Jonge et al. أن الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي هما سمات شخصية طبيعية وثابتة، في حين أن اضطرابات المزاج تشير إلى حالات مرضية والتي تميل إلى أن تكون متقطعة أو في شكل نوبات وتتأثر بالعوامل البيئية (Bunevicius et al., 2013, 1242).

وقد طور "دينوليت" وزملاؤه (1998) استبياناً لتقييم نمط الشخصية(د) المكون من ١٤ بنداً (van Londen, 2008, 6). خصيصاً لتقييم الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي، وهو حالياً الأداة

(36) Negative Affectivity (NA).

(37) Social Inhibition (SI).

(38) Social Discomfort.

(39) Reticence.

(40) Lack Of Social Poise.

الأكثر استخداماً على نطاق واسع لتحديد الأشخاص الذين يتسمون بنمط الشخصية (د) (Bunevicius et al., 2013, 1243). وتتبنى الدراسة الراهنة تعريف "دينوليت" (Denollet (2005)، وقد تم الاستعانة باستبياناه لتقييم نمط الشخصية (د) ضمن أدوات الدراسة الراهنة.

وأشار كل من "لارسن، وكيتيلار" (Larsen & Ketelaar (1991)، و"بولمان" وزميليه Polman (2010) et al. إلى أن الأشخاص الذين لديهم مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي من المحتمل أن يعانون من المشقة، والقلق، والتهيج الانفعالي، والتشاؤم، والجزع. كما يرتبط الوجدان السلبي أيضاً بالنظرة السلبية للذات، والعالم، والمستقبل، والآخرين. كما أوضح "دينوليت" (2005)، و"بولمان" وآخرون (2010) أن التثبيط الاجتماعي يرتبط بأن يكون الأفراد متوترين، ولديهم علاقات أو روابط شخصية قليلة، وعدم الارتياح عند التواصل اجتماعياً مع أشخاص آخرين. ويضيف "هاوستينر" وآخرون (2010) Hausteiner et al. و"مومرستيغ" وزميلاه Mommersteeg et al. (2012) أن مكون التثبيط الاجتماعي تحديداً هو الذي يميز نمط الشخصية (د) عن غيرها من المكونات الأخرى المرتبطة بالوجدان السلبي مثل أعراض الاكتئاب والعصبية؛ حيث أن التثبيط الاجتماعي مختلف أو مستقل عن مكون الوجدان السلبي ويضيف إليه (Geuens et al., 2015, 81).

ويميل الأفراد المرتفعون على التثبيط الاجتماعي إلى الشعور بأنهم محبطون، ومتوترون (van Londen, 2008, 6). ويضيف "جيس" (Gest (1997) بأنهم يشعرون أيضاً بمزيد من الانزعاج، والعصبية، وانعدام الأمان عندما يكونون في علاقة مع آخرين. وأوضح "واتسون" وآخرون Watson (1994) et al. أن الأفراد الذين لديهم وجدان سلبي مرتفع أبلغوا عن أعراض جسدية كثيرة، وإظهار انتباه متحيزاً تجاه المنبهات السلبية (Batselé et al., 2017, 1075).

وقد تم تطوير مفهوم نمط الشخصية (د) في الأصل ضمن الأبحاث المتعلقة بأمراض القلب التاجية، وقد أشار "دينوليت" (1998، 2001) إلى أن النمط (د) يعد مؤشراً للنتائج الصحية الأسوأ بين مرضى الشرايين التاجية. وقد واصل "دينوليت" البحث عن سمات الشخصية وأمراض القلب التاجية، ووجد أن ظهور سمات الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي مجتمعين لنمط الشخصية (د) (المكروبة) يزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية إلى أربع أضعاف مقارنة بمن هم ليسوا من النمط (د). ويعتقد "جراي" (Gray (2002) أن الانفعالات السلبية المستمرة والمتكررة بشكل عام يمكن أن تزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب (van Londen, 2008, 5).

وبالرغم من وصف التمريض كمهنة ذات مخاطر مرتفعة للاحتراق، واهتمام الباحثين بشكل هائل بدراسة العوامل المتعلقة بالمؤسسة والمهنة؛ كالعلاقة بين الممرض والطبيب، والإدارة على مستوى الوحدة، وإدارة المستشفيات، ودعم المنظمة، وعدد المرضى لكل ممرض، فقد تم إيلاء اهتمام أقل للعوامل الفردية الكامنة وراء هذه الزملة النفسية. فقد أشار "سويدر، وزيمرمان" Swider (2010) & Zimmerman إلى أن الأبحاث الحالية حول العوامل الفردية كانت عشوائية وتفتقر إلى

التركيز. ومع ذلك، تتضح أهمية هذا الجانب الفردي عندما يأخذ بعين الاعتبار حقيقة أن جميع المرضى داخل وحدة معينة يتعرضوا لنفس العوامل المتعلقة بالمنظمة والوظيفة، ومع ذلك، لن تظهر لديهم جميعاً أعراض الضغوط أو الاحتراق النفسي (Geuens et al., 2015, 80-81).

وقد أجريت بعض الدراسات عن نمط الشخصية (د) لدى الموظفين العسكريين، ومهنيي الرعاية الصحية الذين يواجهون في كثير من الأحيان حالات الموت، والمواقف الضاغطة، كدراسة " أوجيسكا-بوليك" (Ogińska-Bulik (2006) التي بحثت تأثير نمط الشخصية (د) بين مهنيي الرعاية الصحية وخلصت إلى أن نمط الشخصية (د) يؤدي دوراً مهماً في إدراك الضغط الوظيفي وحدثت نتائج صحية سلبية. وفحصت دراسة " أوجيسكا-بوليك" (Ogińska-Bulik (2006) تأثير نمط الشخصية (د) بين مهنيي الرعاية الصحية فقد أدرك الموظفون ذوو نمط الشخصية (د) بيئة عملهم على أنها ضاغطة بشكل كبير، ويتجلى ذلك في كثير من أعراض الاحتراق النفسي المهني واضطرابات الصحة النفسية مثل الأعراض الجسدية والقلق والأرق وأعراض الاكتئاب. كما وجد "دي فرويت، ودينولت" (De Fruyt & Denollet (2002) أن الأفراد الأصحاء الذين يتسمون بنمط (د) أبلغوا عن مشقة جسدية، وقلق، واكتئاب بشكل أكبر ودال مقارنة بالأفراد الذين لا يتسمون بالنمط (د). ووجد "دينوليت" (2005) أن الأفراد ذوي نمط الشخصية (د) لديهم قابلية للتعرض للمعاناة من المشقة المزمنة (van Londen, 2008, 6-8).

وتوصل "كمبار" وآخرون (Compare et al. (2014 إلى ارتباط نمط الشخصية (د) بسوء تقييم الطبيب لمآل حالة المريض، وزيادة خطر الإصابة بالأمراض والوفيات لدى مرضى القلب. وأوضح "جروس" (Gross (2002) أنه قد تكون الآلية المحتملة الكامنة وراء هذه النتيجة هي زيادة تنشيط أو الاستعداد للمواساة، والذي وجد أنه مرتبط بقمع التعبير الانفعالي. كما تشير النتائج المستخلصة من نظريات تنظيم الذات والانفعال إلى أن القمع التعبيري يزيد من تنشيط المواساة لدى مرضى الجهاز القلبي والأوعية. وإضافة إلى ذلك، قد يؤدي الغضب أو الوجدان السلبي النزوعي إلى استجابات انفعالية سلبية مبالغ فيها، وقد يكون لذلك روابط بيولوجية تحفز الخلل الوظيفي للقلب (Geuens et al., 2015, 81).

نمط الشخصية (د) كمنبئ بمشكلات الصحة النفسية:

اقتصرت معظم الدراسات المتاحة التي استخدمت استبيان تقييم نمط الشخصية (د) (م. د. 14) على مرضى القلب والأوعية الدموية. وقد وجدت أدلة كدراسة "بيدرسن، ودينوليت" (Pedersen & Denollet (2004) على أن نمط الشخصية المكروبة (النمط د) تجعل الأشخاص عرضه لنتائج صحية ونفسية أسوأ بعد احتشاء عضلة القلب (van Londen, 2008, 7). وأوضح "دينوليت" وآخرين (2010)

أن في السنوات الأخيرة، تم تقديم نمط الشخصية (المكروية) (د) كعامل مهيب للإصابة بالمشقة النفسية العامة لدى مرضى الشريان التاجي. وقد أشار "بونيفيسوس" وآخرون (Bunevicius et al., 2011) إلى ارتباط المشقة النفسية بالإصابة بمرض الشريان التاجي وتفاقمه، كما أنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنتائج الإكلينيكية للمرضى الشريان التاجي (Bunevicius et al., 2013, 1242).

وفي عدة دراسات استطلاعية "دينوليت" وآخرين (١٩٩٨، ٢٠٠٠، ٢٠٠٤، ٢٠٠٥) وجدوا أن نمط الشخصية (د) كان عاملاً تنبؤياً مستقلاً بمسار المرض لكل من إدراك الصحة السيئة والوجدان الاكتئابي لدى المصابين بأمراض القلب التاجية. فكان لدى المجموعة التي تتسم بالنمط (د) خطر حدوث نتائج صحية سلبية أعلى أربعة أضعاف من المجموعة التي لا تتسم بالنمط (د). وبين الذكور الذين يعانون من أمراض الشرايين التاجية، وجد أيضاً أن نمط (د) كان عاملاً منبئاً بالإصابة بالسرطان، ويرتبط بالاكتئاب والإنهاك القاتل. وفي دراسة "شيفر" وآخرين (Schiffer et al., 2005) على المرضى المصابين بضعف القلب المزمن، وجدوا أن الذين يتسمون بنمط (د) منهم أكثر عرضة للإصابة بضعف الحالة الصحية، وأبلغوا عن أعراض اكتئاب في كثير من الأحيان (van Londen, 2008, 7).

كما يتنبأ النمط (د) ببدء ظهور أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين كانوا منخفضين على الاكتئاب في خط الأساس، ويتنبأ أيضاً بانتشار واستمرار أعراض الاكتئاب، وقد أظهر التحليل البعدي في دراسة "جراندي" وآخرون (Grande et al., 2012)، زيادة خطر سوء مآل المرض لدى مرضى القلب الذين ممن يتسم بنمط الشخصية (د) (Batselé et al., 2017, 1076).

وارتبط نمط الشخصية (د) بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ونوعية الحياة السيئة، ومستويات مرتفعة من الإجهاد، وعوامل الخطر السلوكية؛ كسوء الالتزام بالأدوية. بالإضافة إلى ذلك، أوضح "سبيندler" وآخرون (Spindler et al., 2007)، و"مارتنز" وآخرون (Martens et al., 2007) أن نمط الشخصية (د) يحمل خطراً متزايداً لاضطرابات نفسية مستقبلية؛ كالإكتئاب والقلق، مما يزيد من العبء الانفعالي على مرضى الشريان التاجي. وهذه التأثيرات النفسية السلبية لنمط الشخصية (د) مستقلة عن شدة مرض الشريان التاجي أو أعراض المزاج والقلق المشتركة (Bunevicius et al., 2013, 1243).

الدراسات السابقة:

في هذا الجزء سيتم عرض الجهود السابقة التي أجريت في هذا الموضوع في ثلاث فئات:
الفئة الأولى: دراسات تناولت انتشار إجهاد الشفقة بين مقدمي الرعاية الصحية عبر تخصصات متنوعة:

هدفت دراسة "أبيندروث، وفلانري" (Abendroth & Flannery, 2006) بعنوان "التنبؤ بخطر إجهاد الشفقة: فحص الممرضات بأماكن الرعاية الصحية" إلى التحقق من انتشار إجهاد الشفقة،

والعلاقة بين خصائص الممرضات وخطر الإصابة بإجهاد الشفقة لدى ٢١٦ ممرضة من بين ٢٢ مؤسسة رعاية صحية في ولاية فلوريدا. وكشفت النتائج أن ٧٨٪ من المشاركين وقعن في فئة خطر متوسط إلى مرتفع للإصابة بإجهاد الشفقة، وما يقرب من ٢٦٪ في فئة خطر مرتفع. كما أظهرت النتائج أن من المحددات الرئيسية لخطر الإصابة بإجهاد الشفقة؛ الصدمة، والقلق، ومتطلبات الحياة، وكذلك التعاطف المفرط (والذي يؤدي إلى عدم وضوح الحدود المهنية) الذي فسر ٩١٪ من التباين بدرجة إجهاد الشفقة. وأكد الباحثان على أن معرفة هذه المتغيرات قد تساعد المنظمات على تحديد الممرضات المعرضات لخطر إجهاد الشفقة، بالإضافة إلى توفير التدخلات والوقاية والحفاظ على رعاية مثلي للتمريض.

وفي دراسة "بوتاني" وزملائه (Bhutani et al., 2012) بعنوان "إجهاد الشفقة والاحتراق النفسي بين الأطباء: دراسة استكشافية طبية". التي هدفت إلى فحص "الاحتراق النفسي" و"إجهاد الشفقة" بين الأطباء المشاركين في رعاية الأفراد الذين يعانون من مرض عضوي طبي. بلغ عدد المشاركين ٦٠ طبيبياً، ٤٤ ذكور بنسبة ٧٣,٣٪، من تخصصات متنوعة، تراوحت أعمارهم بين ٢٦-٦٧ سنة بمتوسط ٤٦,٦٨ سنة. وقد أتضح أن ٥ مصابين بداء السكري، و ١٢ بارتفاع ضغط الدم، و ١٩ بدهون الدم، و ٢ بأمراض القلب. وأكملوا استبيانات لجمع معلومات متعلقة بالجانب الشخصي، والمهني، والتمثيل الغذائي، ومقياس نوعية الحياة المهنية. وأظهرت النتائج أن نوع الطبيب لم يكن له علاقة كبيرة بكل من الاحتراق النفسي، وإستحسان الشفقة، وضغوط الصدمة الثانوية، ولم يؤثر تخصص الطبيب بشكل كبير على الاحتراق النفسي. وكانت إستحسان الشفقة مرتفعة بين من يتمتع بسنوات ممارسة أكبر وكذلك بين العاملين في القطاع الخاص. وعاني الأطباء الذين أبلغوا عن ظروف عمل سيئة مقارنة بالجيدة من احتراق أكبر وإستحسان شفقة أقل.

وفحصت دراسة "زيدنر" وزملائه (Zeidner et al., 2013) بعنوان "العوامل الشخصية المرتبطة بإجهاد الشفقة لدى مهنيي الصحة". دور الذكاء الانفعالي في إدارة الانفعال، والوجدان السلبي، والمواجهة وعلاقتهم بإجهاد الشفقة لدى مهنيي الرعاية الصحية. اشتملت الدراسة على ١٨٢ مهنياً بمجال الرعاية الصحية؛ ٨٩ من المجال النفسي و ٩٣ من المجال الطبي من وحدات طبية متنوعة، من ٧ مستشفيات رئيسية، وست عيادات خاصة. جميع المشاركين قدموا الرعاية لأفراد عانوا من صدمة جسدية و/أو نفسية وخيمة. شكلت الإناث حوالي ثلاثة أرباع (٧٣٪) مجموعة الرعاية الصحية النفسية، ولكن كن حوالي الثلث فقط (٣٧٪) في مجموعة الرعاية الطبية. مقارنة بمهنيي الرعاية النفسية، كان مهنيي الرعاية الصحية الطبية أكبر عمراً، وسنوات الخبرة المهنية أكبر، وعدد الحالات الأسبوعية أكبر، وعدد سنوات أكثر في علاج مرضى الصدمات. أكمل المشاركون مقاييس نوعية الحياة المهنية، وإدارة الانفعالات، والذكاء الانفعالي، وقائمة المواجهة للمواقف الضاغطة ومواقف محددة، والوجدان السلبي. وتوصلت النتائج إلى أن الإناث من مهنيي الرعاية

الصحية عموماً أبلغن عن مستويات مرتفعة من تجنب المواجهة وإجهاد الشفقة مقارنة بالذكور. ولم يجد الباحثون فروقاً دالة في إجهاد الشفقة بين ممارسي الرعاية النفسية وممارسي الرعاية الطبية الأولية، على الرغم من اختلاف المجموعات في متغيرات الدراسة الأخرى.

وهدفنا دراسة "إكسي" وزملائه (Xie et al., 2021) بعنوان "انتشار استحسان الشفقة وإجهاد الشفقة بين الممرضين: مراجعة منهجية وتحليل بعدي" إلى تقييم منهجي لمدى انتشار استحسان الشفقة وإجهاد الشفقة بين الممرضين، وتقييم تأثير المناطق الجغرافية، وسنوات العمل، والأقسام المختلفة على انتشار إجهاد الشفقة. وتم البحث في قواعد بيانات متعددة للبحث عن دراسات أجريت بداية عام ٢٠٢٠، وقد تم تضمين ٧٩ دراسة في مراجعة المنهجية والتحليل البعدي، واشتملت على ٢٨.٥٠٩ ممرض من ١١ دولة مختلفة. وقد أظهرت نتيجة المراجعة أن المنطقة الآسيوية قد سجلت أدنى مستويات استحسان الشفقة وأعلى مستويات على أعراض إجهاد الشفقة. بينما سجلت الأمريكتان وأوروبا أدنى مستويات إجهاد الشفقة وأعلى مستويات على استحسان الشفقة. ازدادت مستويات إجهاد الشفقة لدى الممرضين تدريجياً من عام ٢٠١٠ إلى عام ٢٠١٩، ووصلت إلى أعلى مستوى في عام ٢٠١٩. وأن الممرضين بوحدة العناية المركزة لديهم أعلى مستويات أعراض إجهاد الشفقة مقارنة بجميع الممرضين بالأقسام الأخرى.

الفئة الثانية: دراسات تناولت إجهاد الشفقة والتعاطف بين مقدمي الرعاية الصحية:

تناول "روبنز" وزميلاه (Robins et al., 2009) في دراستهم بعنوان "خبرة ضغوط الصدمة الثانوية على مقدمي الرعاية العاملين داخل مستشفى للأطفال" تأثير التعرض المهني الروتيني للجوانب الصادمة لأمراض الأطفال. تمثل المشاركين في (أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب، وعاملين بالتمريض، والعمل الاجتماعي، ومساعدين بالمجال الصحي بالعلاج المهني، والعلاج الطبيعي، وعلم السمعيات، وعلم النفس) وجميعهم من تخصصات متنوعة. وتم الاستعانة بالممرضين الذين يقدمون الرعاية الطبية/ الجراحية والحرية ولكنهم لا ينتمون إلى قسم محدد بطب الأطفال. بلغ عدد المشاركين ٣١٤ من مهنيي الرعاية الصحية في مستشفى الأطفال بفيلادلفيا؛ ٨٦ طبيباً و١٣٦ ممرضاً و٤٣ ممارساً في مجال الصحة النفسية (أخصائي نفسي، واجتماعي) و٤٩ من مساعدي ممارسين بالمجال الصحي (الكلام واللغة، والعلاج المهني، والعلاج الطبيعي). وكانت عينتنا المقارنة عبارة عن المجموعة الأولى (العاملين بمجال الصدمة ٣٧٠ مهنياً) عبر ثلاثة بلدان (الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، وجنوب إفريقيا). والمجموعة الثانية (٢٨٠ ممرضة ومتدرباً طبياً تخصص آخر غير الأطفال). متوسط عمر المشاركين ٣٥.٤ سنة، الغالبية من الإناث (٥٦٪). وأكمل المشاركون مقاييس واستبيانات؛ مؤشر التفاعل بين الأفراد، ومعتقدات المشاركة الروحانية، والمواجهة، وإجهاد الشفقة وإستحسان الشفقة، وبيانات سكانية. توصلت النتائج إلى أن مستوى إجهاد الشفقة في مجموعة المشاركين من مستشفى الأطفال كان مماثلاً لمستوى العاملين بالصدمة. وسجل أطباء مستشفيات

الأطفال درجات على الاحتراق النفسي أكبر من مهني مجموعتي المقارنة، بينما أظهرت الممرضات درجات على الاحتراق النفسي أكبر من مجموعة العاملين بالصدمة. وأشار تحليل الانحدار إلى وجود عوامل فردية مهمة تعرض الأفراد لخطر الاحتراق النفسي وإجهااد الشفقة، أبرزها سنوات أكبر في الرعاية المباشرة وجوانب من التعاطف، على وجه الخصوص عدم وضوح الحدود الوجدانية بين الذات والمريض. وتتباين التعاطف المعرفي (تبني المنظور، والاهتمام التعاطفي) إيجابياً بإستحسان الشفقة، وتتباين تبني المنظور سلبياً بالاحتراق النفسي وإجهااد الشفقة. من ناحية أخرى، تتباين مقاييس التعاطف الوجداني (التخيل، والمشقة الشخصية) بإستحسان التعاطف، وإيجابياً بالاحتراق النفسي المرتفع وإجهااد الشفقة، وارتبطت أبعاد مختلفة من التعاطف بكل من الاحتراق النفسي وإجهااد الشفقة. وفيما يتعلق بمقارنة المشاركين من مستشفى الأطفال بالعاملين بمجال الصدمة، ومهني الصحة الآخرين؛ فقد جاءت درجات المشاركين من مستشفى الأطفال مرتفعة على إستحسان الشفقة (وذلك بالنسبة للمرضيين)، والاحتراق النفسي (بالنسبة للأطباء، والمساعدين الصحيين). ولم يكن للنوع تأثير على إجهااد الشفقة، وقد أظهر الأطباء درجات مرتفعة على الاحتراق النفسي مقارنة بكل من الممرضين ومهني الصحة النفسية. ومن النتائج الجديرة بالملاحظة أنه لم يكن هناك علاقة دالة بين الاحتراق النفسي وإجهااد الشفقة. وقد فسر كل من (حالة التدريب، واستراتيجيات المواجهة الخارجية، وتبني المنظور، والاهتمام التعاطفي، والمشقة الشخصية) التباين بإستحسان الشفقة بنسبة ٣١%. وارتبط إجهااد الشفقة المرتفع بزيادة سنوات الرعاية المباشرة، وعدم وضوح الحدود المهنية المرتفع لدى مقدم الرعاية، وارتبط إجهااد الشفقة المنخفض بالتعاطف المعرفي المرتفع.

وحاول "جليتشجيرت، وديستي" (Gleichgerrcht & Decety, 2013) في دراستهما بعنوان "التعاطف لدى الممارسين الإكلينكيين: كيف يتوسط كل من الاستعداد الفردي للتعاطف، والنوع، والخبرة العلاقة بين كل من الاهتمام التعاطفي، والاحتراق النفسي، والمشقة الانفعالية لدى الأطباء" تحديد أي من جوانب التعاطف ترتبط بنتائج إيجابية أو سلبية (بالعافية والاحتراق النفسي على التوالي) لدى الأطباء الممارسين. وكانت مجموعة المشاركين واسعة النطاق تكونت من ٧,٥٨٤ طبيب ممارس معتمد بالبورد في الطب من تخصصات واسعة، وقيمون في أكثر من ٢٠ دولة مختلفة، بواقع ٥٣,٥% ذكور (ن=٤٠٥٧)، ومتوسط عمر ٤٤,٦ سنة، ومتوسط الخبرة ١٧,٨ سنة، و١١,٩ سنة في مكان عملهم الحالي في وقت التطبيق. تكونت أدوات الدراسة من استبيانات باللغة الإسبانية عن الخلفية السكانية والمهنية، وقائمة التفاعل بين الشخصي لقياس التعاطف، ومقياس نوعية الحياة المهنية، ومقياس عجز التعبير الانفعالي "تورونتو"، وقائمة التقرير الذاتي لسلوك الإيثار. وأظهرت النتائج أن للنوع تأثيراً انتقائياً للغاية فكانت درجات الإناث أكثر ارتفاعاً على جميع مكونات التعاطف، بالأخص الاهتمام التعاطفي، واختفي تأثير النوع على الجوانب الأخرى للتعاطف وإستحسان الشفقة وإجهااد الشفقة. كما أظهرت النتائج ارتباط سنوات الخبرة بشكل دال بكل من إستحسان الشفقة، والاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية، ولم ترتبط بكل من الاهتمام

التعاطفي، والمشقة الشخصية، وتبني المنظور. ووجد ارتباط قوي بين إستحسان الشفقة وكل من الاهتمام التعاطفي، وتبني منظور الآخرين، والإيثار. في حين ارتبط إجهاد الشفقة (الاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية) ارتباطاً وثيقاً بالمشقة الشخصية. وقد تنبأ الاهتمام التعاطفي بكل من إستحسان الشفقة، والاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية. وتنبأت المشقة الشخصية بجميع مكونات نوعية الحياة المهنية للحياة (الاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية) وتنبأت عكسياً بإستحسان الشفقة. وتنبأ تبني المنظور بإستحسان الشفقة، ولم يتنبأ بالاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية.

وهدف "جليتشجيرت، وديستي" (Gleichgerrcht & Decety, 2014) في دراستهما بعنوان "العلاقة بين مختلف مظاهر التعاطف، وتصور الألم وإجهاد الشفقة بين الأطباء" إلى بحث دور كل من الخصائص السكانية والحياة المهنية والمويل الفردية للتعاطف في تعديل إدراك الألم وما ينتج عنه مشقة شخصية، وهل يرتبط كل ذلك بنوعية الحياة المهنية. بلغ عدد المشاركين ١,١٩٩ طبيباً معتمداً من البورد، (٥٠,٥% ذكور، بمتوسط ٤٦,٥ عام، ومتوسط ١٩,٧ سنة من الخبرة). أكمل المشاركون عبر شبكة المعلومات الدولية قائمة مؤشر التفاعل بين الأشخاص لديفيس، ومقياس نوعية الحياة المهنية لستام، ومسح لبيانات عن الخلفية السكانية، والمهنية. وفي المهام السلوكية طُلب من المشاركين مشاهدة سلسلة من مقاطع الفيديو الخاصة بالمرضى الذين يعانون من مستويات مختلفة من الألم، وتقديم تقييمات لشدة الألم والمشقة الشخصية المستحثة (النتيجة عن إدراك هذا الألم وشدته). وكشفت النتائج عن أن شدة الألم المتصور كانت أقل بشكل ملحوظ بين الأطباء الأكثر خبرة، ولكنها متشابهة عبر مجالات التخصص. وتم اختيار ١٥٠ طبيباً بشكل عشوائي من مجموعة المشاركين لإكمال مهمة إضافية مستقلة، وهي تصنيف مجالات الممارسة الطبية باعتبارها تسبب استنزاف انفعالي بناءً على رأيهم الشخصي. ووجدت فروق في التصنيف بناءً على أعمار المشاركين وليس بناءً على النوع. وفيما يتعلق بالمشقة الشخصية المستحثة، لم يتم العثور على أي تأثيرات أو تفاعلات رئيسية لنوع الطبيب أو نوع المريض. وارتبطت شدة الألم المتصور من مقاطع الفيديو إيجابياً وبقوة مع المشقة الشخصية المستحثة، ومع تبني المنظور. وارتبطت المشقة الشخصية المستحثة إيجابياً بتبني المنظور وليس مع الاهتمام التعاطفي. وأخيراً توصلت النتائج إلى أن الخبرة المهنية تؤدي إلى إضعاف حساسية الأطباء لآلام الآخرين، ولكن هذه الخبرة لا تساعدهم بالضرورة على تنظيم المشقة الشخصية لديهم.

وهدفت دراسة "دوارتي" وزميلييه (Duarte et al., 2016) بعنوان "العلاقات بين تعاطف الممرضات، والشفقة مع الذات، وأبعاد نوعية الحياة المهنية: دراسة مستعرضة" إلى استكشاف ارتباط كل من التعاطف والشفقة مع الذات بنوعية الحياة المهنية (إستحسان الشفقة، وإجهاد الشفقة، والاحتراق النفسي). بالإضافة إلى ذلك، اختبار ما إذا كانت الشفقة مع الذات قد تكون عاملاً وقائياً

لتأثير التعاطف على إجهاد الشفقة. بلغ عدد المشاركين (٢٨٠) ممرضة مسجلة بالمستشفيات العامة بشمال ووسط البرتغال. وطبق عليهم مقياس جودة الحياة المهنية، ومؤشر التفاعل بين الأشخاص لقياس التعاطف، ومقياس الشفقة مع الذات. وأظهرت النتائج أن الشفقة مع الذات ترتبط إيجابياً بإستحسان الشفقة، وسلبياً بالاحترق النفسي وإجهاد الشفقة. كما ارتبط الاهتمام التعاطفي إيجابياً بإستحسان الشفقة وكذلك إجهاد الشفقة. كما أظهرت الارتباطات وتحليلات الانحدار أن التعاطف، والشفقة مع الذات تتبأ بالجوانب الثلاثة لنوعية الحياة المهنية (إستحسان الشفقة، وإجهاد الشفقة، والاحترق النفسي). وخلصت الدراسة إلى أنه المستويات المرتفعة من التعاطف الوجداني قد تكون أحد عوامل الخطر لإجهاد الشفقة، بينما الشفقة مع الذات قد تكون عاملاً وقائياً.

وفحصت دراسة "نجامين" وآخرين (Nagamine et al., 2018) بعنوان "العلاقة بين نزعة التعاطف، والمشقة النفسية، واستجابات ضغوط ما بعد الصدمة بين عمال الكوارث النظاميين اليابانيين" العلاقات بين نزعة التعاطف، والصحة النفسية لدى عمال الكوارث. المشاركون عبارة عن ٢٢٧ فرداً من قوة الدفاع البرية اليابانية، متوسط أعمارهم ٣٥.٥٩ سنة، وقد سبق وشاركوا في أنشطة الإغاثة الدولية من الكوارث بالفلبين عقب إعصار "يولاندا" في عام ٢٠١٣. تم استخدام مقياس لتأثير الأحداث، والمشقة النفسية العامة، وتم تقييم نزعة التعاطف من خلال قائمة التفاعل بين الشخصي، وتقييم ثلاثة مجالات من استجابات ضغوط ما بعد الصدمة؛ الإقحام، والتجنب، والاستتارة المفرطة التالية لحدث صادم، وتم جمع معلومات سكانية عن المشاركين. وأظهرت النتائج ارتباط استجابات لضغوط ما بعد الصدمة بشكل دال بكل من التخيل المرتفع، والمشقة الشخصية المرتفعة، وعدم وجود خبرة في أنشطة الإغاثة في حالات الكوارث. بينما ارتبطت المشقة الشخصية المرتفعة بالميل إلى معاشة مشاعر وتصرفات الآخرين. وقد أظهر كل من الإناث، والضباط، والأفراد المعينين في الوحدات الطبية درجات أعلى بكثير على المشقة الشخصية العامة مقارنة بالمتطوعين، والذكور، والأفراد المعينين في وحدات أخرى. كما أشارت النتائج إلي وجود ارتباط دال بين الاستجابة لضغوط ما بعد الصدمة والتعاطف؛ وكان الارتباط مرتفعاً جداً ودالاً تحديداً مع مقياسي مقياس التخيل، والمشقة الشخصية. وكذلك وجد ارتباط دال بين المشقة النفسية العامة وبين التعاطف باستثناء تبني منظور الآخرين، والمشقة الشخصية.

الفئة الثالثة: دراسات تناولت إجهاد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية (د) بين مقدمي الرعاية الصحية:

قيم "بونيفيسوس" وزملاؤه (Bunevicius et al., 2013) في دراستهم بعنوان "نمط الشخصية (المكروبة) (د) وتقييمها من خلال مقياس (م. د-١٤) بين مرضى الشريان التاجي" نمط الشخصية (د) لدى ٥٤٣ مريضاً بالشريان التاجي من ليتوان ببولندا. وتم تطبيق مقياس نمط الشخصية (د)، وعوامل الشخصية الخمسة الكبرى، والقلق والاكتئاب والمشقة النفسية. وأظهرت النتائج أن ٣٤٪ من المشاركين تم تصنيفهم بأنهم يتسمون بنمط الشخصية (د)، وكانت النسبة أعلى

بكثير لدى الإناث. وعند المقارنة بالمرضى الذين لا يتسمون بنمط الشخصية(د)، فقد وجد أن المرضى من ذوي النمط (د) أعلى بشكل ملحوظ في كل من القلق، والاكتئاب. وكانت أعراض المشقة الانفعالية أكثر انتشارا في المرضى من نمط الشخصية(د) مقارنة بالمرضى الذين لا يتسمون بنمط الشخصية(د). وفي تحليل الانحدار كان نمط الشخصية(د) مؤشراً مستقلاً لأعراض الاكتئاب، وكذلك لأعراض القلق. واتضح أن ٣٤% من المرضى من نمط الشخصية(د) يتضاعف لديهم خطر الإصابة بالاكتئاب، ويتضاعف خمسة مرات للإصابة بالقلق.

وركزت دراسة "جوينز" وزملائه (Geuens et al., 2015) بعنوان "قابلية الإصابة بالاحترق النفسي بشكل فردي بين الممرضات، ودور نمط الشخصية(د) داخل مجالات تخصص التمريض المختلفة" على تأثير العوامل الفردية على تقاوم الاحتراق النفسي، مع الأخذ في الاعتبار العناصر التنظيمية المرتبطة بالوظيفة. وكانت الفرضية الرئيسية لهذه الدراسة إن الاستهداف أو نمط الشخصية(د) عاملاً حاسماً في زيادة خطر الاحتراق النفسي وذلك بعد تصحيح تأثير العوامل التنظيمية للمؤسسة والعوامل المتعلقة. وتم جمع البيانات في هذه الدراسة المستعرضة من خلال استبيانات التقرير الذاتي لقياس نمط الشخصية(د)، والضغط، والاحتراق النفسي، وتمت إضافة أداة رابعة للتحقق من العوامل التنظيمية للمؤسسة والعوامل المتعلقة بالوظيفة لتكون قادرة على تصحيح هذا التأثير أثناء التحليل، بالإضافة إلى أسئلة تتعلق بالعوامل السكانية، وخصائص الوظيفة. وذلك لدى ٢٢٢ ممرضة تراوحت أعمارهن بين ٢١-٦٥ سنة؛ عبر ١٢ مستشفى عام من "أنثويرب" ببلجيكا؛ ٨٣% منهن متوسط أعمارهن ٤٠ عاماً. تم اختيار المشاركين بأعداد متساوية بشكل عشوائي من ستة تخصصات مختلفة للتمريض (وحدات التقنية كالأشعة، وغرف الطوارئ، وغرف العمليات، ووحدات العناية المركزة، والوحدات الطبية والجراحية، ووحدات الطب النفسي، ووحدات طب الأطفال، ووحدات الشيخوخة). ونسب انتشار نمط الشخصية(د) بين الممرضات التي أظهرتها نتائج الدراسة بلغ ٢٨% من المشاركين، وعانى ٢٧% من إجمالي المشاركين من الإنهاك الانفعالي الذي تراوح من مرتفع إلى مرتفع للغاية، وبلغ أعلى معدل لانتشار الاحتراق النفسي في وحدات الشيخوخة بنسبة (٣٧%). ووجدت علاقة إيجابية قوية بين نمط الشخصية(د) والاحتراق النفسي الانفعالي، وأتضح أن احتمال إصابة الممرضات ممن يتسمون بنمط الشخصية(د) بالاحتراق النفسي خمس مرات أكثر من غيرهن. وظهرت ضغوطات العوامل التنظيمية والعوامل المرتبطة بالوظيفة كعوامل خطر للاحتراق، وأن وجود نمط الشخصية(د) لدى الممرضات يجعلهن مستهدفات لتقاوم الاحتراق النفسي، ومن الضرورة استهدافه كعامل فردي ببرامج الوقاية.

واختبرت دراسة "كيم" وزملائه (Kim et al., 2017) بعنوان "تأثير نمط الشخصية(د) على ضغوط العمل، والرضا الوظيفي لدى الممرضين الإكلينيكين: والتأثيرات الوسيطة لإجهاد الشفقة، والاحتراق، واستحسان الشفقة" نموذج افتراضي لتقييم تأثير نمط الشخصية(د) على ضغوط العمل،

والرضا الوظيفي وتحديد التأثيرات الوسيطة لإجهاد الشفقة، والاحترق، واستحسان الشفقة بين الممرضات في المجال الإكلينيكي بكوريا الجنوبية. وتضمنت الدراسة ٨٧٥ ممرضاً إكلينيكياً، وتضمنت استبيانات الدراسة؛ مقياس نمط الشخصية (د)-١٤، ونوعية الحياة المهنية، والضغط الوظيفية، والرضا الوظيفي، والخصائص العامة. وتوصلت النتائج إلى ارتباط نمط الشخصية(د) بشكل كبير بإجهاد الشفقة والاحترق. كما ارتبط نمط الشخصية(د) بشكل كبير أيضاً بالضغط الوظيفية من خلال تأثير الاحترق، واستحسان الشفقة والضغط الوظيفية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

مما سبق عرضه من دراسات يمكن استخلاص ما يلي :

- ١ - جاء الاهتمام بفحص ظاهرة إجهاد الشفقة بشقيها ضغوط الصدمة الثانوية، والاحترق النفسي في المقام الأول لدى الممرضات. وفي المرتبة الثانية جاء الاهتمام بفحصها لدى مهني الصحة النفسية أكثر من التخصصات الطبية الأخرى. والدراسات الأخرى التي درست الظاهرة بتخصصات طبية أخرى كانت مجموعات المقارنة فيها إما مهنيين عاملين بمجال الصدمات أو بالصحة النفسية أو على الأقل سبق وقاموا بتقديم الرعاية المباشرة لمصابين بصدمة كدراسة "زيدنر" وزملائه (٢٠١٣). ولم يجد الباحثون فروق دالة في إجهاد الشفقة بين ممارسي الرعاية الصحية النفسية وممارسي الرعاية الصحية الطبية في كثير من النتائج. وفي المرتبة الثالثة جاء الاهتمام بدراسة ظاهرة إجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية بمستشفيات الأطفال كدراسة "روبنز" وزميلييه (٢٠٠٩)، ثم عمال الكوارث بشكل عام مثل قوى الدفاع.
- ٢ - اهتمت بعض الدراسات برصد الأمراض المزمنة التي أصيب بها مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم (كداء السكري، وارتفاع ضغط الدم، ودهون الدم، وأمراض القلب) بجانب رصد ظاهرة إجهاد الشفقة كدراسة "بوتاني" وزملائه (٢٠١٢).
- ٣ - بحثت أغلب الدراسات تأثير المتغيرات السكانية (كالنوع، والعمر، ووحدة العمل، والتخصص، ومستوى التعليم، والخبرة العملية، والحالة الاجتماعية، والخبرات السابقة في الإغاثة، والتعرض لصدمة في السابق) على إجهاد الشفقة، وجاءت النتائج غير حاسمة خاصة فيما يتعلق بمتغير الخبرة العملية، والنوع فكانت نتائج الدراسات متباينة، فقد تراوحت النتائج بين أن الإناث أعلى من الذكور في إجهاد الشفقة والاحترق النفسي كدراسة "زيدنر" وزملائه (٢٠١٣)، وبين أن النوع لم يكن له علاقة كبيرة بكل من إجهاد الشفقة واستحسان الشفقة كدراسة "بوتاني" وزملائه (٢٠١٢)، ودراسة "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣).
- ٤ - لم تكن نتائج الدراسات حاسمة أيضاً فيما يتعلق بعلاقة التعاطف بإجهاد الشفقة واستحسان الشفقة؛ حيث جاءت نتائج أغلب الدراسات متباينة. فبعض الدراسات توصلت إلى وجود

ارتباطات قوية بين التعاطف تحديداً الاهتمام التعاطفي، وتبني منظور الآخرين وبين استِحسان الشفقة مقارنة بضغط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي كدراسة "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣)، واتفقت دراسات أخرى على ارتباط أبعاد مختلفة من التعاطف بكل من الاحتراق النفسي وإجهاد الشفقة خاصة المشقة الشخصية كدراسة "روبنز" وزمليه (٢٠٠٩)، ودراسة "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣)، ودراسة "كيم" وزملائه (٢٠١٧).

٥ - اتفقت نتائج عدد من الدراسات على وجود عوامل فردية مهمة تعرض القائمين بالرعاية الصحية لخطر إجهاد الشفقة والاحتراق النفسي، أبرزها التعاطف خاصة الوجداني بين الذات والمريض، ونمط الشخصية(د)، وسنوات الرعاية المباشرة.

٦ - اعتمدت أغلب الدراسات السابقة إن لم يكن جميعها على مقياسي نوعية الحياة المهنية لقياس استِحسان الشفقة وإجهاد الشفقة إعداد "فيجلي" و"ستام" أو نسخ مقتبسه منهما، وكذلك مؤشر التفاعل بين الأشخاص لقياس التعاطف إعداد "مارك ديفيز"، ومقياس النمط (د) (م. د. ١٤). تأليف جوهان دينوليت.

فروض الدراسة:

هدفت الدراسة الراهنة إلى اختبار الفروض التالية:

- ١ - توجد علاقات ارتباطية دالة بين إجهاد الشفقة وكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).
- ٢ - يسهم التعاطف، ونمط الشخصية(د) في التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).
- ٣ - توجد فروق بين الأطباء والممرضين في إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).
- ٤ - توجد فروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) في إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).
- ٥ - توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (في ضوء مجالات التخصص المختلفة) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).
- ٦ - توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (في ضوء عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

منهج الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي، القائم على تناول متغيرات الدراسة (إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية "د") تناوياً وصفيًا، حيث لم يتم التدخل في ضبط هذه المتغيرات، وفيما يلي عرض لمكونات هذا المنهج :

[١] التصميم البحثي:

تم استخدام التصميم الارتباطي المقارن المعتمد على قياس متغيرات الدراسة لدى المشاركين من خلال الاستخبارات النفسية المستخدمة بالدراسة، وحساب معاملات الارتباط فيما بينها في شكل علاقات ثنائية، وعقد مقارنات تعكس الفروق بين مجموعات الدراسة، واستكشاف القيمة التنبؤية المحتملة لكل من التعاطف، ونمط الشخصية (د) بإجهاد الشفقة.

[٢] المشاركين بالدراسة:

أجريت الدراسة الراهنة على مجموعة مستهدفة قوامها (٢٤٠) مشاركاً من مقدمي الرعاية الصحية من الجنسين (أطباء وممرضين)* من خمس تخصصات طبية مختلفة، وينقسم المشاركون إلى مجموعتين، هي كما يلي:

المجموعة الأولى: المشاركون من الأطباء، وبلغ عددهم (١٢٠) طبيباً وطبيبة (٧٠ ذكور، و٥٠ إناث) من تخصصات الطب النفسي، والجراحة العامة، وطب الأورام**، والعناية المركزة، والطوارئ؛ بواقع (٢٠) مشاركاً من كل تخصص، و(٤٠) مشاركاً من تخصص الأورام (٢٠) تخصص أورام أطفال، و(٢٠) تخصص أورام راشدين. وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٦-٥٩) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٣٥,٧٨) سنة، وبانحراف معياري قدره (٧,٣١) سنة، وقد تراوحت سنوات ممارسة عملهم بقطاع الرعاية الصحية بين (١-٣٠) سنة وقد بلغ متوسط سنوات ممارسة عملهم (٩,٠٣) سنة، بانحراف معياري قدره (٦,٧٢) سنة. ويعرض جدول (١) المضاهاة بين الذكور والإناث من المشاركين إجمالاً وداخل كل تخصص على حدة في متغير العمر.

المجموعة الثانية: المشاركون من التمريض، وبلغ عددهم (١٢٠) ممرضاً وممرضة (٥٠ ذكور، و٧٠ إناث) يعملون بأقسام طب الأورام، والعناية المركزة، والطوارئ، والجراحة العامة، والطب النفسي؛ بواقع (٢٠) مشاركاً من كل تخصص، و(٤٠) مشاركاً من تخصص الأورام (٢٠)

* تم التطبيق على مقدمي الرعاية الصحية من أطباء وممرضين العاملين بمستشفيات؛ المستشفى الجامعي بطنطا، ومعهد الأورام بطنطا، ومستشفى ٥٧٥٧ لسرطان الأطفال بطنطا والقاهرة، وقسم النفسية والعصبية بالمستشفى الجامعي بطنطا، ومستشفى الصحة النفسية بطنطا، ومستشفى المنشاوي العام بطنطا، ومستشفى سمود العام، ومستشفى المحلة العام.

** وقد استخرجت الباحثة من العاملين بهذا التخصص مجموعتين منفصلتين، الأولى؛ مجموعة القائمين بالعمل في مستشفيات أورام الأطفال ٥٧٥٧، والثانية مجموعة القائمين بالعمل في معاهد الأورام بحيث يكون أغلب إن لم يكن جميع عملائهم المستهدفين بالرعاية الصحية هم مرضي راشدين (وقد كان ذلك شرط اختيار هذه المجموعة من المشاركين تحديداً وأعطيت هذه المجموعة أسم أطباء أو ممرضين أورام راشدين في مقابل مجموعة أطباء أو ممرضين أورام أطفال)، وذلك لعقد المقارنات بين المجموعات في ضوء طبيعة التخصص. وتري الباحثة أن مجموعة أو (تخصص أورام الأطفال) تجمع بين أمرين الأول؛ أن الفئة المستهدفة من الرعاية الصحية أطفال، ثانياً؛ أن طبيعة مرض عملاء هذه المجموعة عضال وقاسي لاستيضاح دور طبيعة التخصص وما يتعرض له مقدمي الرعاية فيه من وقائع صادمة ومؤثرة في الإصابة بإجهاد الشفقة.

تخصص أورام أطفال، و(٢٠) تخصص أورام راشدين. وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٢-٥٩) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٣٦,٦٤) سنة، بانحراف معياري قدره (٩,٥٠) سنة، وقد تراوحت سنوات ممارسة العمل بقطاع الرعاية الصحية بين (١-٣٧) سنة وقد بلغ متوسط سنوات ممارسة عملهم (١٢,٢٣) سنة، بانحراف معياري قدره (١٠,٤١) سنة. ويعرض جدول (١) المضاهاة بين الذكور والإناث من المشاركين إجمالاً وداخل كل تخصص على حدة في متغير العمر.

ويعرض جدول (٢) المضاهاة بين عينتي الدراسة؛ المجموعة الأولى (المشاركين من الأطباء) والمجموعة الثانية (المشاركين من التمريض) عبر التخصصات الست في متغير العمر.

جدول (١) الفروق بين الذكور والإناث داخل كل تخصص لكل مجموعة على حدة في متغير العمر

مجموعتي المقارنة	ذكور (ن=١٠)		إناث (ن=١٠)		الدرجة المعيارية (Z)	دلالتها
	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب		
أورام راشدين	أطباء (ن=٢٠)	١٠	١١	٠,٣٨١-	٠,٧٠٣	غير دالة
	تمريض (ن=٢٠)	٩,٤٠	١١,٦٠	٠,٨٣٦-	٠,٤٠٣	غير دالة
أورام أطفال	أطباء (ن=٢٠)	١١,٤٥	٩,٥٥	٠,٧٢٣-	٠,٤٧٠	غير دالة
	تمريض (ن=٢٠)	١٠,٥٥	١٠,٤٥	٠,٠٣٨-	٠,٩٧٠	غير دالة
عناية	أطباء (ن=٢٠)	١١,٤٠	٩,٦٠	٠,٦٨٤-	٠,٤٩٤	غير دالة
	تمريض (ن=٢٠)	١٠,٤٥	١٠,٥٥	٠,٠٣٨-	٠,٩٧٠	غير دالة
طوارئ	أطباء (ن=٢٠)	٩,٤٥	١١,٥٥	٠,٨٢٢-	٠,٤١١	غير دالة
	تمريض (ن=٢٠)	٩,٤٥	١١,٥٥	٠,٧٩٩-	٠,٤٢٤	غير دالة
جراحة	أطباء (ن=٢٠)	٢٠	إناث ن= صفر	لا توجد نتائج مقارنات		
	تمريض (ن=٢٠)	١٢,٧٥	٨,٢٥	١,٧٠٥-	٠,٠٨٨	غير دالة
الطب النفسي	أطباء (ن=٢٠)	٩,٩٥	١١,٠٥	٠,٤٢٤-	٠,٦٧١	غير دالة
	تمريض (ن=٢٠)	ذكور ن= صفر	إناث ن=٢٠	لا توجد نتائج مقارنات		

ويتبين من الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث داخل كل تخصص لكل مجموعة من المشاركين على حدة في متغير العمر.

جدول (٢) الفروق بين عينتي الدراسة (الأطباء والممرضين) إجمالاً وعبر كل تخصص في متغير العمر

المشاركين التخصص	أطباء ن=٢٠		تمريض ن=٢٠		الدرجة المعيارية (Z)	دلالتها
	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب		
أورام راشدين	٢٠,٧٣	٢٠,٢٨	٠,١٢٢-	٠,٩٠٣	غير دالة	
أورام أطفال	٢٢,٢٨	١٨,٧٣	٠,٩٦٢-	٠,٣٣٦	غير دالة	
عناية	٢٢,١٨	١٨,٨٣	٠,٩٠٨-	٠,٣٦٤	غير دالة	
طوارئ	١٩,٠٨	٢١,٩٣	٠,٧٨٣-	٠,٤٣٤	غير دالة	
جراحة	٢٢,٤٣	١٨,٥٨	١,٠٤٣-	٠,٢٩٧	غير دالة	
الطب النفسي	١٧,٤٠	٢٣,٦٠	١,٦٩٢-	٠,٠٩١	غير دالة	
إجمالاً	أطباء ن=١٢٠		تمريض ن=١٢٠		قيمة ت	الدلالة
	ع	م	ع	م		
	٧,٣١	٣٥,٧٨	٩,٥٠	٣٦,٦٤	٠,٧٨٤-	٠,٤٣٤

ويتبين من الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينتي الدراسة (الأطباء والممرضين) إجمالاً وعبر كل تخصص في متغير العمر.

[٣] أدوات الدراسة :

أ (الاستخبار الذاتي المنقح لإجهاد الشفقة^١ : إعداد "جنترى، وبارانوفسكي، ودونينج" Gentry, Baranowsky & Dunning (2002) وترجمة الباحثة الحالية:

من إعداد "جنترى، وبارانوفسكي، ودونينج"، وهو نسخة معدلة ومختصرة من مقياس "فيجلي" الأصلي (١٩٩٥)، وعد خصيصاً لمقدمي الرعاية الصحية. ويتألف من (٣٠) عبارة تقيس إجهاد الشفقة، وينقسم إلى مقياسين فرعيين؛ الأول مقياس ضغوط الصدمة الثانوية ويتألف من (٢٢) بند، والثاني مقياس الاحتراق النفسي ويتألف من ٨ بنود. ويستجيب المشاركون على القائمة باختيار رقم من عشره مستويات تبدأ من أبدأ/ نادراً = (١) حتى أغلب الأحيان = (١٠) (Gentry et al., 2002, 134). ويستجيب المشاركون على النسخة المترجمة الزاهنة باختيار إجابة واحدة من خمس مستويات معدة بطريقة "ليكرت"، وتبدأ من لا تنطبق مطلقاً حتى تنطبق دائماً. وتتراوح الدرجات لكل عبارة ما بين (١-٥) درجات، وتتراوح الدرجة الكلية على القائمة ما بين ٣٠ إلى ١٥٠ درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع إجهاد الشفقة، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض إجهاد الشفقة.

ب (مؤشر التفاعل بين الأشخاص^٢ لقياس التعاطف: إعداد "مارك ديفيز" (Mark Davis 1980)، وترجمة الباحثة الحالية:

مؤشر التفاعل بين الشخصي إعداد "ديفيز" هو مقياس للتعاطف الذي يبحث أربعة جوانب من المفهوم الشامل للتعاطف، وهو عبارة عن أداة مكونة من ٢٨ بنداً تقيس التعاطف المعرفي والانفعالي عبر أربعة مقاييس فرعية؛ (١) الاهتمام التعاطفي وقيم هذا المقياس ميل المستجيب إلى المرور بمشاعر الدفء، والشفقة، والاهتمام بالآخرين الذين يمرون بخبرات سلبية، (٢) المشقة الشخصية وتشير إلى أن المستجيب يعاني من مشاعر الضيق أو الانزعاج والقلق عند مشاهدة الخبرات السلبية للآخرين، (٣) التخيل وقياس ميل المستجيب إلى التماهي بشدة مع الشخصيات الخيالية في الكتب أو الأفلام والمسرحيات، (٤) تبني منظور الآخر^٣ وقياس ميل أو قدرة المستجيب على تبني منظور، أو وجهة نظر الأشخاص الآخرين (Davis, 1980, 6). ويتكون كل مقياس فرعي من سبعة بنود، يختار المشاركون استجابة لعبارة على مقياس "ليكرت" مكون من ١ إلى ٥، حيث ١ = لا تصفني جيداً، إلى ٥ = تصفني جيداً. وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (١-٥) درجات على حسب اتجاه العبارة، وتتراوح الدرجة الكلية على القائمة ما

(41) Compassion Fatigue Self-Test – Revised.

(42) The Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980).

(43) Perspective Taking.

بين ٢٨ إلى ١٤٠ درجة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع التعاطف النزوعي، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض النزوع إلى التعاطف. وقد تم استخدام مؤشر التفاعل بين الشخصي في مجموعة متنوعة من أماكن الرعاية الصحية.

وقد ذكر "هانت" وزميله في دراستهم ثلاثة أسباب لاختيارهم مؤشر التفاعل بين الشخصي لقياس تعاطف مهني الرعاية الصحية. أولاً، استخدام قائمة التفاعل بين الشخصي في كثير من الدراسات الحديثة لاستكشاف التعاطف كدراسة "دورتي" وزميليه (Duarte et al. 2016)، و"تيومان" وآخرون (Neumann et al. 2012)، و"تاي" وآخرون (Tei et al. 2014). ثانياً، هو أداة تقيس كلاً من التعاطف الوجداني والمعرفي. ثالثاً، يعد مؤشر التفاعل بين الشخصي مقياساً للتعاطف غير مخصص لفئة أو تخصص محدد (Hunt et al., 2019, 3).

ج (مقياس النمط (د) (م. د. ١٤) "تأليف: "جوهان دينوليت" (Johan Denollet 2005)، وترجمة الباحثة الحالية:

هو تقييم ذاتي لنمط الشخصية (د)، وهو نسخة مختصرة يتكون من ١٤ بنداً، ويشتمل على مقياسين فرعيين كل واحد منهما يتكون من ٧ بنود تم تصميمهما لقياس سمات الشخصية للوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي. وتقدر كل عبارة من خمس نقاط على مقياس "ليكرت" من صفر (خاطئة) إلى ٤ (صحيحة)، والدرجات تتراوح من صفر إلى ٢٨ على كل مقياس فرعي، وتشير الدرجات التي تصل ١٠ أو أكثر على كل من المقياسين الفرعيين إلى ارتفاع خصائص نمط الشخصية (د) (Bunevicius et al., 2013, 1244; Denollet, 2005, 91).

وفي النسخة المترجمة بالدراسة الراهنة يعتمد الأداء على كل عبارة عن طريق اختيار إجابة واحدة من خمسة مستويات من (١-٥) بدلاً من (٠-٤) معدة بطريقة "ليكرت"، وتتراوح من لا تنطبق مطلقاً إلى تنطبق دائماً. وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشاركة لكل عبارة ما بين (١-٥) درجة على حسب اتجاه العبارة، وتتراوح الدرجة الكلية على القائمة ما بين ١٤ إلى ٧٠ درجة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى غلبة نمط الشخصية المكروبة، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض خصائص نمط الشخصية المكروبة.

الكفاءة القياسية للأدوات:

لتقدير الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، أجريت دراسة استطلاعية على مجموعة مقصودة قوامها (١٢٠) مشاركاً من مقدمي الرعاية الصحية، تنقسم إلى ما يلي:

المجموعة الأولى: المشاركين من الأطباء، وبلغ عددهم (٦٠) طبيباً وطبيبة (٤٠ ذكور، و ٢٠ إناث) من تخصصات الطب النفسي، والجراحة العامة، وطب الأورام (راشدين، وأطفال)، والعناية

المركزة، والطوارئ؛ بواقع (١٠) مشاركين من كل تخصص أو مجموعة. وقد تراوحت أعمار المشاركين إجمالاً بين (٢٦-٥٧) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٣٧,٩٥) سنة، بانحراف معياري قدره (٨,٤٢) سنة.

المجموعة الثانية: المشاركون من التمريض، وبلغ عددهم (٦٠) ممرضاً وممرضة (١٥) ذكور، و (٤٥) إناث) ممن يعملون بأقسام الطب النفسي، والجراحة العامة، وطب الأورام (راشدين، وأطفال)، والعناية المركزة، والطوارئ؛ بواقع (١٠) مشاركين من كل تخصص أو مجموعة. وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٥٩) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهم (٣٧,٨٥) سنة، بانحراف معياري قدره (٩,٧٥) سنة.

ويعرض الجدول (٣) المضاهاة بين عينتي الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والممرضين) إجمالاً وعبر كل تخصص في متغير العمر.

جدول (٣) الفروق بين عينتي الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والممرضين) إجمالاً وعبر كل تخصص في متغير العمر

المشاركين التخصص	أطباء ن=١٠		تمريض ن=١٠		الدرجة المعيارية (Z)	دالاتها
	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب	متوسط الرتب		
أورام راشدين	١٠,١٥	١٠,٨٥	١٠,٨٥	١٠,٨٥	-٠,٢٦٧	٠,٧٨٩ غير دالة
أورام أطفال	١٠,٧٥	١٠,٢٥	١٠,٢٥	١٠,٢٥	-٠,١٨٩	٠,٨٥٠ غير دالة
عناية	٩,٣٠	١١,٧٠	١١,٧٠	١١,٧٠	-٠,٩١٢	٠,٣٦٢ غير دالة
طوارئ	٩,٨٥	١١,١٥	١١,١٥	١١,١٥	-٠,٥٠٠	٠,٦١٧ غير دالة
جراحة	١٢,٦٠	٨,٤٠	٨,٤٠	٨,٤٠	-١,٥٩٢	٠,١١١ غير دالة
طب نفسي	٩,٢٥	١١,٧٥	١١,٧٥	١١,٧٥	-٠,٩٥٨	٠,٣٣٨ غير دالة
إجمالاً	أطباء ن=٦٠		تمريض ن=٦٠		قيمة ت	الدالة
	ع	م	ع	م		
	٨,٤٢	٣٧,٩٥	٩,٧٥	٣٧,٨٥		

ويتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين عينتي الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والممرضين) إجمالاً وعبر كل تخصص في متغير العمر.

أ (الاستخبار الذاتي المنقح لإجهااد الشفقة:

أولاً: حساب الصدق:

صدق التعلق بمحك خارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين استخبار إجهااد الشفقة واستخبار الصدمة المنتقلة، وهو من إعداد إيمان على عودة (٢٠١٨)، ويتمتع الاستخبار بمعاملات ثبات وصدق مقبولة؛ حيث تراوحت معاملات ثبات الاستخبار بين ٠,٨١-٠,٦٦، وتراوحت معاملات صدقه بين ٠,٦٣-٠,٧١ (إيمان أبو عاذرة، ٢٠١٨، ٧٩-٨١).

ويعرض جدول (٤) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لاستخبار إجهاد الشفقة ومقياسيه الفرعيين، والاستخبار المرجعي (استخبار الصدمة المنقلة) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والمرضى) إجمالاً وعبر كل تخصص.

جدول (٤) معاملات الارتباط بين استخبار إجهاد الشفقة ومقياسيه الفرعيين،
والاستخبار المحكي (استخبار الصدمة المنقلة) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية

الاحتراق النفسي	ضغوط الصدمة الثانوية	الدرجة (الكلية)	استخبار الدراسة الراهنة ومقياسيه الفرعيين	
			الاستخبار المحكي والمشاركين	الاستخبار المحكي (استخبار الصدمة المنقلة)
٠,٨٢٥	٠,٨٢٦	٠,٨٧٣	المشاركين إجمالاً ن=٦٠	أطباء
٠,٥٦٨	٠,٥١٥	٠,٥٧٧	أورام راشدين ن=١٠	
٠,٨٦٠	٠,٩٢٨	٠,٩٦٢	أورام أطفال ن=١٠	
٠,٩٤٦	٠,٨٦٧	٠,٩٢٠	عناية ن=١٠	
٠,٩١٢	٠,٩٤٣	٠,٩٥٠	طوارئ ن=١٠	
٠,٥٨٢	٠,٧٤٠	٠,٧٩٧	جراحة ن=١٠	
٠,٤٥٢	٠,٢٥٧	٠,٥٤٢	طب نفسي ن=١٠	
٠,٧٨٤	٠,٨٠٤	٠,٨٤٦	المشاركين إجمالاً ن=٦٠	تعمير
٠,٨٠٤	٠,٨٨٨	٠,٨٩٥	أورام راشدين ن=١٠	
٠,٩٠٥	٠,٨١٧	٠,٨٥٩	أورام أطفال ن=١٠	
٠,٩٢٩	٠,٧٠٣	٠,٨٣٤	عناية ن=١٠	
٠,٧٩٤	٠,٨٣٨	٠,٨٧١	طوارئ ن=١٠	
٠,٨٤٣	٠,٨٧٢	٠,٨٩٠	جراحة ن=١٠	
٠,٦٣٤	٠,٨١٢	٠,٨٣٠	طب نفسي ن=١٠	

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات صدق التعلق بمحك لاستخبار إجهاد الشفقة، ومقياسيه الفرعيين مرتفعة إجمالاً.

ثانياً : حساب الثبات:

تم الاعتماد في استخراج معاملات الثبات على: معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٥) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات التي تم إجرائها.

جدول (٥) معاملات الثبات لاستخبار إجهاد الشفقة لدى عيني الدراسة الاستطلاعية.

معاملات الثبات للاستخبار		طرق حساب الثبات	اسم الاستخبار
التمريض (ن=٦٠)	الأطباء (ن=٦٠)		
٠,٩٠١	٠,٩٣٧	إعادة الاختبار	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٩١٨	٠,٩٢٢	معامل ألفا	
٠,٨٠٣	٠,٨٥٨	القسمة النصفية	
٠,٩٠٤	٠,٩١٩	إعادة الاختبار	مقياس ضغوط الصدمة الثانوية
٠,٨١٨	٠,٨٨٠	معامل ألفا	
٠,٧١١	٠,٧٥٤	القسمة النصفية	
٠,٩٠٥	٠,٩٠٣	إعادة الاختبار	مقياس الاحتراق النفسي
٠,٨٠١	٠,٨٠٦	معامل ألفا	
٠,٦٠٨	٠,٧٤٦	القسمة النصفية	

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات اختبار إجهاد الشفقة ومقاييسه الفرعيين مرتفعة إجمالاً.

(ب) مؤشر التفاعل بين الأشخاص:

أولاً : حساب الصدق:

صدق التعلق بمحك خارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس مؤشر التفاعل بين الأشخاص ودرجات مقاييسه الفرعية بالدرجة الكلية لمقياس التعاطف وهو مقياس فرعي من اختبار الذكاء الانفعالي. والاختبار المستخدم كمحك خارجي يتكون من ١١ بند، وهو من إعداد فاروق السيد عثمان، ومحمد عبدالسميع رزق، ويتمتع الاختبار بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (فاروق عثمان، ومحمد رزق، ٢٠٠١، ٤٦-٤٩).

ويعرض جدول (٦) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية مؤشر التفاعل بين الأشخاص ومقاييسه الفرعية وبين الاختبار المرجعي (التعاطف) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والمرضى).

جدول (٦) معاملات الارتباط بين (مؤشر التفاعل بين الأشخاص) ومقاييسه الفرعية وبين الاختبار المرجعي (التعاطف) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية

الاستخبار المحكي (التعاطف)		الاستخبار المحكي والمشاركين
تمريض ن = ٦٠	أطباء ن = ٦٠	استخبار الدراسة الراهنة ومقاييسه الفرعية (الدرجة الكلية للاختبار)
٠,٤٥٥	٠,٧١٠	مقياس تبني منظور الآخر
٠,١٨٢	٠,٧٣٦	مقياس التخيل
٠,٣٣٦	٠,٣٥٥	مقياس الاهتمام التعاطفي
٠,٣٢٣	٠,٦٥٦	مقياس المشقة الشخصية
٠,١٩٠	٠,٣٥٤	

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات صدق التعلق بمحك لمؤشر التفاعل بين الأشخاص ومقاييسه الفرعية مقبولة إجمالاً.

ثانياً: حساب الثبات:

تم الاعتماد في استخراج معاملات الثبات على: معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٧) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (٧) معاملات الثبات لاستخبار مؤشر التفاعل بين الأشخاص لدى عيني الدراسة الاستطلاعية

معاملات الثبات للاستخبار		طرق حساب الثبات	اسم الاستخبار
المشاركين من التمريض	المشاركين من الأطباء		
٠,٩٧٢	٠,٩٥٥	إعادة الاختبار	استخبار مؤشر التفاعل بين الأشخاص (الدرجة الكلية)
٠,٦٣٢	٠,٨٩٧	معامل ألفا	
٠,٥٠٩	٠,٧٦٢	القسمية النصفية	
٠,٩٦٧	٠,٩٥٣	إعادة الاختبار	مقياس تبني منظور الآخر
٠,٣٧٧	٠,٨٢٧	معامل ألفا	
٠,٤٨٦	٠,٧٨٥	القسمية النصفية	
٠,٩٧٩	٠,٩٣٣	إعادة الاختبار	مقياس التخيل
٠,٥٥٩	٠,٧٧٤	معامل ألفا	
٠,٤٢٠	٠,٦٠٥	القسمية النصفية	
٠,٩٣١	٠,٩٤٧	إعادة الاختبار	مقياس الاهتمام التعاطفي
٠,٥٦٠	٠,٨٩٢	معامل ألفا	
٠,٥٨٠	٠,٨٦٤	القسمية النصفية	
٠,٩٧٦	٠,٨٥٠	إعادة الاختبار	مقياس المشقة الشخصية
٠,٧٥١	٠,٦٧٠	معامل ألفا	
٠,٧٤٢	٠,٦١٣	القسمية النصفية	

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات استخبار مؤشر التفاعل بين الأشخاص ومقاييسه الفرعية مرتفعة إجمالاً.

ج (مقياس النمط (د):

أولاً : حساب الصدق:

صدق التعلق بمحك خارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس نمط الشخصية (د) ودرجات مقاييسه الفرعيين بالدرجة الكلية لمقياس الوجدان السلبي والقمع الانفعالي. والمقياسان المستخدمان كمحك خارجي الأول مقياس الوجدان السلبي (الضيق والبهجة) وهو عبارة عن جزئين منبثقان من قائمة الحالات النفسية ويتكونان معاً من ٦ بنود من إعداد "أزاد" وزملائها Izard et al وترجمة بدر الأنصاري، ويتمتع المقياس بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (بدر الأنصاري، ٢٠٠٢، ٤١٣-٤١٨). والثاني مقياس القمع الانفعالي وهو مقياس فرعي من مقياس المعالجة الانفعالية يتكون من ٥ بنود من إعداد "بيكر" Baker وترجمة صلاح الدين عراقي، ويتمتع المقياس بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (صلاح الدين عراقي، ٢٠١٦، ٢٩-٣٠).

ويعرض جدول (٨) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس نمط الشخصية (د) ومقاييسه الفرعيين وبين والمقياسين المرجعيين (الوجدان السلبي والقمع الانفعالي) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية (الأطباء والممرضين).

جدول (٨) معاملات الارتباط بين (مقياس نمط الشخصية "د") ومقياسيه الفرعيين وبين المقياسين المرجعيين (الوجدان السلبي والقمع الانفعالي) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية

المقياس المحكي (الوجدان السلبي والقمع الانفعالي)				الاستخبار المحكي والمشاركين
تمريض ن = ٦٠		أطباء ن = ٦٠		
القمع الانفعالي	الوجدان السلبي	القمع الانفعالي	الوجدان السلبي	استخبار الدراسة الراهنة ومقاييسه الفرعية (الدرجة الكلية للمقياس)
٠,٥٧٣	٠,٧٤٣	٠,٧١١	٠,٧٥٤	
٠,٥٦٢	٠,٦١٨	٠,٦١٥	٠,٧٠٢	مقياس الوجدان السلبي
٠,٤٦١	٠,٦٤٠	٠,٦٤٦	٠,٦٣٥	مقياس التثبيط الاجتماعي

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات صدق التعلق بمحك لمقياس نمط الشخصية (د) ومقياسيه الفرعيين مقبولة إجمالاً.

ثانياً: حساب الثبات:

تم الاعتماد في استخراج معاملات الثبات علي: معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفواصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٩) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (٩) معاملات الثبات لاستخبار مقياس نمط الشخصية (د) لدى عيني الدراسة الاستطلاعية

معاملات الثبات للاستخبار		طرق حساب الثبات	اسم الاستخبار
المشاركين من التمريض	المشاركين من الأطباء		
٠,٩١٠	٠,٩٦٥	إعادة الاختبار	(الدرجة الكلية للمقياس)
٠,٨٦١	٠,٩١١	معامل ألفا	
٠,٧٥٦	٠,٧٢٨	القسمة النصفية	
٠,٩٦٨	٠,٩٥٨	إعادة الاختبار	مقياس الوجدان السلبي
٠,٨٣٦	٠,٨٩٣	معامل ألفا	
٠,٨٣٧	٠,٨٦٣	القسمة النصفية	
٠,٩٦٥	٠,٩٦٤	إعادة الاختبار	مقياس التثبيط الاجتماعي
٠,٧٢٧	٠,٨٧٦	معامل ألفا	
٠,٦٦١	٠,٨٧١	القسمة النصفية	

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات استخبار مقياس نمط الشخصية (د) ومقياسيه الفرعية مرتفعة إجمالاً.

[٤] إجراءات جمع البيانات والتحليلات الإحصائية:

بعد جمع البيانات من عيني الدراسة تم إجراء التحليلات الإحصائية من خلال معالجة البيانات باستخدام حزم البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية (SPSS)، واشتملت التحليلات الإحصائية للبيانات على ما يلي:

١ - حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة، وذلك لفحص العلاقة الارتباطية فيما بينها وبين بعضهما بعضاً، ومدى شدة هذه العلاقات الارتباطية ووجهتها.

٢ - تحليل الانحدار البسيط والمتعدد، لتحديد ما إذا كان لكل من التعاطف وأبعاده، ونمط الشخصية(د) ببعديه، منفصلين ومجتمعين القدرة على التنبؤ بإجهاد الشفقة.

٣ - اختبار (ت) t-test للكشف عن الفروق ودلالاتها بين الأطباء والممرضين، وبين الذكور والإناث بكل مجموعة من المشاركين على حدة على متغيرات الدراسة الثلاثة، وكذلك بيان الفروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر التخصصات المختلفة، وعدد سنوات العمل) على متغيرات الدراسة الثلاثة.

نتائج الدراسة:

فيما يلي عرض لنتائج التحليلات الإحصائية لمتغيرات الدراسة بما يتسق مع مشكلة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو الآتي :

١ (الفرض الأول: والذي ينص على؛ توجد علاقات ارتباطية دالة بين إجهاد الشفقة وكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين):

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة وهي إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د) لتحديد مدى قوة واتجاه هذه الارتباطات لدى عيني الدراسة، بالإضافة إلى معاملات الارتباط بين أبعاد هذه المتغيرات وبعضها بعضاً، ويعرض جدول (١٠) هذه المعاملات ودلالاتها للدرجة الكلية للاستخبارات ودرجات مقاييسها الفرعية لدى عيني الدراسة إجمالاً.

جدول (١٠) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين إجهاد الشفقة وكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د)

مقياس إجهاد الشفقة			المشاركين	الاستخبارات	مقياس نمط الشخصية(د)
الاحتراق النفسي	الصدمة الثانوية	الدرجة الكلية			
**٠,٤٨٩	**٠,٥٤١	**٠,٥٥٧	أطباء	الدرجة الكلية	
**٠,٥٦٦	**٠,٥٤٩	**٠,٥٩٢	تمريض		
**٠,٤٩٤	**٠,٤٨٤	**٠,٥١٨	أطباء	الوجدان السلبي	
**٠,٥٣٦	**٠,٥٦٣	**٠,٥٩١	تمريض		
**٠,٣٨٢	**٠,٤٨٢	**٠,٤٧٧	أطباء	التثبيط الاجتماعي	
**٠,٤٨١	**٠,٤٢٠	**٠,٤٦٨	تمريض		
**٠,٣٨٠	**٠,٤٦٠	**٠,٤٦١	أطباء	الدرجة الكلية	مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف)
**٠,٢٣٩	٠,١٦٨	*٠,٢٠٣	تمريض		
**٠,٢٧٥	**٠,٣٨٤	**٠,٣٧٠	أطباء	تبنى المنظور	
٠,١٤٤-	٠,١٤٠-	٠,١٥١-	تمريض		
**٠,٤٠٠	**٠,٤٨٥	**٠,٤٨٦	أطباء	التخيل	
٠,٥٩	٠,٠٣٣	٠,٠٤٤	تمريض		
٠,٠٩٤	٠,١٣٣	٠,١٢٨	أطباء	الاهتمام التعاطفي	
٠,١٣٥	٠,٠٥١	٠,٠٨٣	تمريض		
**٠,٤٠٨	**٠,٤١٣	**٠,٤٣٨	أطباء	المشفقة الشخصية	
**٠,٤٩٩	**٠,٤٣١	**٠,٤٨٣	تمريض		

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

ويكشف الجدول السابق عما يلي:

بالنسبة للعلاقة بين التعاطف ومكوناته بإجهاد الشفقة ومكونيه: يوجد ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين الدرجة الكلية للتعاطف وإجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومكونيه لدى عيني الدراسة باستثناء المكون الأول ضغوط الصدمة الثانوية فلم يكن هناك ارتباط دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للتعاطف لدى المشاركين من التمريض فقط. كما وجد ارتباط دال إحصائياً بين المكونين الأول للتعاطف (تبني المنظور) والثاني (التخيل) بإجهاد الشفقة ومكونيه لدى المشاركين من الأطباء فقط بينما اختفت الدلالة الإحصائية للارتباط لدى المشاركين من التمريض. بينما لا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين المكون الفرعي الثالث للتعاطف (الاهتمام التعاطفي) بإجهاد الشفقة ومكونيه لدى عيني الدراسة. ويوجد ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين المكون الرابع للتعاطف (المشقة الشخصية) بإجهاد الشفقة ومكونيه لدى عيني الدراسة. مما يعني أنه كلما كان التعاطف شديداً وغير مهني ارتفع إجهاد الشفقة بمكونيه ضغوط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي. ويتضح ذلك من الدرجة الكلية للتعاطف بصفة عامة، وبصفة خاصة في أحد أشكال التعاطف الوجداني وهو مقياس المشقة الشخصية. فالتعاطف بأشكاله؛ خاصة عدم وضوح الحدود الوجدانية بين الذات والمريض من العوامل الفردية المهمة التي تعرض الأفراد لخطر الاحتراق النفسي وإجهاد الشفقة (Robins et al., 2009, 271).

بالنسبة للعلاقة بين نمط الشخصية (د) ومكونيه وإجهاد الشفقة ومكونيه: يوجد ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين نمط الشخصية (د) الدرجة الكلية ومكونيه وإجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومكونيه لدى عيني الدراسة. بمعنى أنه كلما كان الشخص يتسم بنمط الشخصية (د) بمكونيه الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي ارتفع لديه أو قابلية الإصابة بإجهاد الشفقة بمكونيه ضغوط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي. فمط الشخصية "د" له دوراً مهماً في إدراك الضغوط الوظيفية، واعتبار بيئة العمل بيئة ضاغطة بشدة، وكذلك حدوث نتائج صحية سلبية (van Londen, 2008, 8).

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بجدول (١٠) تحقق الفرض الأول إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد علاقات ارتباطية دالة بين إجهاد الشفقة وكل من التعاطف، ونمط الشخصية (د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).

٢ (الفرض الثاني: والذي ينص علي؛ يسهم التعاطف، ونمط الشخصية (د) في التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين):

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل الانحدار البسيط والمتعدد، لتحديد ما إذا كان لكل من التعاطف وأبعاده، ونمط الشخصية (د) ببعديه، منفصلين ومجتمعين القدرة على التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).

جدول (١١) تحليل الانحدار البسيط والمتعدد للتنبؤ بإجهاد الشفقة من خلال كل من التعاطف وأبعاده، ونمط الشخصية (د) ببعديه لدى عيني الدراسة

الاستخبار	المشاركين	نوع الإجراء	المنبئات	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري	معامل الانحدار المعياري (بيتا)	ت	الدلالة	ر	قيمة ف	الدلالة		
مقياس إجهاد الشفقة	الأطباء	انحدار بسيط	التعاطف (الدرجة الكلية)	٠,٠٩٥	٠,١٠٥	٠,٤٦١	٥,٦٤٤	٠,٠٠٠	٠,٢١٣	٣١,٨٥٠	٠,٠٠٠١		
		انحدار متعدد معياري	١- تبني المنظور	١,٤٥٢	٠,٤٠٣	٠,٣٦٨	٣,٥٩٩	٠,٠٠٠	٠,٣٧٤	١٧,٢١١	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١	
			٢- التخيل	١,٢٦٥	٠,٣٥٨	٠,٣٢٦	٣,٥٣٧	٠,٠٠١					
			٣- الاهتمام التعاطفي	١,١٤٦-	٠,٣٥٥	٠,٣٢٥-	٣,٢٣٤-	٠,٠٠٢					
			٤- المشقة الشخصية	١,١٩٠	٠,٣٥٩	٠,٢٧٧	٣,٣١٩	٠,٠٠١					
		انحدار بسيط	نمط (د) (الدرجة الكلية)	١,٠٧٠	٠,١٤٧	٠,٥٥٦	٧,٢٦٥	٠,٠٠٠	٠,٣٠٩	٥٢,٧٧٩	٠,٠٠٠١		
		انحدار متعدد معياري	١- الوجدان السلبي	١,٢٨١	٠,٣٣٩	٠,٣٦١	٣,٧٨٤	٠,٠٠٠	٠,٣١٢	٢٦,٥١٢	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١	
			٢- التنشيط الاجتماعي	٠,٨٧٥	٠,٣١٨	٠,٢٦٢	٢,٧٤٨	٠,٠٠٧					
		انحدار متعدد معياري	انحدار متعدد معياري	١- التعاطف (الدرجة الكلية) ٢- نمط (د) (الدرجة الكلية)	٠,٣٦٤	٠,١٠٣	٠,٢٨٢	٣,٥٢٧	٠,٠٠١	٠,٣٧٥	٣٥,١٦٩	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١
					٠,٨٥٠	٠,١٥٤	٠,٤٤٢	٥,٥٢٥	٠,٠٠٠				
				١- تبني المنظور ٢- التخيل ٣- الاهتمام التعاطفي ٤- المشقة الشخصية ٥- الوجدان السلبي ٦- التنشيط الاجتماعي	١,٢٨٤	٠,٣٧٠	٠,٣٢٥	٣,٤٧٤	٠,٠٠١	٠,٤٩٢	١٨,٢٠٨	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١
					١,٠٧٢	٠,٣٢٧	٠,٢٧٧	٣,٢٧٥	٠,٠٠١				
١,١٤٨-	٠,٣٢٣				٠,٣٢٥-	٣,٥٥٣-	٠,٠٠١						
٠,٦٠٤	٠,٣٤٦				٠,١٤١	١,٧٤٤	٠,٠٨٤						
٠,٨٠٩	٠,٣١٠				٠,٢٢٨	٢,٦١٤	٠,٠١٠						
٠,٦٩١	٠,٢٨٤				٠,٢٠٧	٢,٤٣٣	٠,٠١٧						
انحدار بسيط	التعاطف (الدرجة الكلية)			٠,٣١٥	٠,١٤٠	٠,٢٠٣	٢,٢٠٣	٠,٠٢٦	٠,٠٤١	٥,٠٩٣	٠,٠٢٦		
انحدار متعدد معياري	١- تبني المنظور			٠,٣٤٠-	٠,٤٦٠	٠,٠٧٣-	٠,٧٣٨-	٠,٤٦٢	٠,٢٤٣	٩,٢٢١	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١	
	٢- التخيل	٠,١٤٣-	٠,٤٠٠	٠,٠٣٢-	٠,٣٥٦-	٠,٧٢٢							
	٣- الاهتمام التعاطفي	٠,٠٧٠-	٠,٣٦٨	٠,٠١٩-	٠,١٩٠-	٠,٨٥٠							
	٤- المشقة الشخصية	١,٧٨٣	٠,٣٣٤	٠,٤٨٦	٥,٣٤٠	٠,٠٠٠							
انحدار بسيط	نمط (د) (الدرجة الكلية)	١,٠٧٣	٠,١٣٥	٠,٥٩٢	٧,٩٦٩	٠,٠٠٠	٠,٣٥٠	٦٣,٥٠٦	٠,٠٠٠١				
انحدار متعدد معياري	١- الوجدان السلبي	١,٥٢١	٠,٢٩٣	٠,٤٨٨	٥,١٩٨	٠,٠٠٠	٠,٣٦٦	٣٣,٧٥٥	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١			
	٢- التنشيط الاجتماعي	٠,٥٦٨	٠,٣٢٣	٠,١٦٥	١,٧٦١	٠,٠٨١							
انحدار متعدد معياري	انحدار متعدد معياري	١- التعاطف (الدرجة الكلية) ٢- نمط (د) (الدرجة الكلية)	٠,٠٩٩-	٠,١٢٨	٠,٠٦٤-	٠,٧٧٧-	٠,٤٣٩	٠,٣٥٣	٣١,٩٤٨	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١		
			١,١٢٤	٠,١٥٠	٠,٦١٩	٧,٥١١	٠,٠٠٠						
		١- تبني المنظور ٢- التخيل ٣- الاهتمام التعاطفي ٤- المشقة الشخصية ٥- الوجدان السلبي ٦- التنشيط الاجتماعي	٠,٥٩٠-	٠,٤٠٨	٠,١٢٦-	١,٤٤٦-	٠,١٥١	٠,٤٢٢	١٣,٧٦٣	٠,٠٠٠١	٠,٠٠٠١		
			٠,٠٦٠-	٠,٣٥٦	٠,٠١٣-	٠,١٦٨-	٠,٨٦٧						
			٠,٢٨٣-	٠,٣٢٦	٠,٠٧٦-	٠,٨٦٧-	٠,٣٨٩						
			٠,٦٦٦	٠,٣٥٠	٠,١٨٢	١,٩٠٦	٠,٠٥٩						
			١,٣٤٢	٠,٣١٧	٠,٤٣١	٤,٢٣٩	٠,٠٠٠						
			٠,٤٩٧	٠,٣٢٠	٠,١٤٤	١,٥٥١	٠,١٢٤						

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أولاً: بالنسبة للمشاركين من الأطباء؛ قد تبين أن التعاطف (الدرجة الكلية) قد فسر حوالي ٢١% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة، وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة معاً

حوالي ٣٧% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. بينما فسر نمط الشخصية(د) (الدرجة الكلية) حوالي ٣٠% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة، وفسرت مكوني نمط الشخصية(د) معاً حوالي ٣١% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. في حين أن كلاً من التعاطف ونمط الشخصية(د) معاً قد فسرا حوالي ٣٧% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة مع مكوني نمط الشخصية(د) حوالي ٤٩% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة.

ثانياً : بالنسبة للمشاركين من التمريض؛ قد تبين أن التعاطف (الدرجة الكلية) قد فسر حوالي ٤% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة، وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة معاً حوالي ٢٤% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. بينما فسر نمط الشخصية(د) (الدرجة الكلية) حوالي ٣٥% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة، وفسرت مكوني نمط الشخصية(د) معاً حوالي ٣٦% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. في حين أن كلاً من التعاطف ونمط الشخصية(د) معاً قد فسرا حوالي ٣٥% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة مع مكوني نمط الشخصية(د) حوالي ٤٢% من التباين الذي يحدث في إجهااد الشفقة. مما يعني أن التعاطف خاصة الوجداني ونمط الشخصية(د) يعدا من عوامل الخطر التي تنتبأ بزيادة إجهااد الشفقة، وأنهما يعدا من العوامل الفردية التي قد تجعل الأشخاص أكثر عرضة لخطر إجهااد الشفقة، وقد اتضح ذلك من خلال ارتباطهما بإجهااد الشفقة.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بجدول (١١) تحقق الفرض الثاني إجمالاً، والذي ينص على أنه يمكن لكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) التنبؤ بإجهااد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).

٣) الفرض الثالث: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين الأطباء والممرضين في إجهااد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية(د).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة اختبار (ت) للكشف عن الفروق ودلالاتها بين المشاركين من الأطباء والمشاركين من التمريض على إجهااد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د). ويوضح جدول (١٢) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها.

جدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالاتها لقياس الفروق بين مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والتمريض) على متغيرات الدراسة.

دالاتها	قيمة (ت)	التمريض		الأطباء		الاستخبارات
		ع	م	ع	م	
٠,٠٥٣	١,٩٤٥	١٨,٦٥٠	٨٤,٥٠٠	٢٠,٧٩١	٨٩,٤٥٨	إجهد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,١٢٧	١,٥٧٢	١٣,٥٦٠	٦٣,٠٤١	١٤,٨٣٠	٦٥,٩٢٥	ضغوط الصدمة الثانوية
٠,٠١٩	٢,٣٥٥	٦,٣٢٥	٢١,٤٥٨	٧,٢٨٧	٢٣,٥٣٣	الاحترق النفسي
٠,٢٤١	١,١٧٥	١٢,٠٤٥	٩٠,٣٠٨	١٦,١١٨	٩٢,٤٦٦	مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف- الدرجة الكلية)
٠,١٨٦	١,٣٢٦	٣,٩٩٢	٢٣,٤٢٥	٥,٢٦٨	٢٤,٢٢٥	تبنى المنظور
٠,١٨١	١,٣٤٢	٤,١٨٤	٢١,٢٠٠	٥,٣٦٢	٢٢,٠٣٣	التخيل
٠,٧٧٧	٠,٢٨٤	٥,٠٠٠	٢٥,٠١٦	٥,٨٩١	٢٥,٢١٦	الاهتمام التعاطفي
٠,٦١٣	٠,٥٠٧	٥,٠٨٦	٢٠,٦٦٦	٤,٨٤١	٢٠,٩٩١	المشفقة الشخصية
٠,٩١٧	٠,١٠٤	١٠,٢٧٧	٣٧,٦٧٥	١٠,٧٩٨	٣٧,٨١٦	نمط (د) (الدرجة الكلية)
٠,٨٥٣	٠,١٨٥-	٥,٩٨٧	١٩,١٣٣	٥,٨٦٢	١٨,٩٩١	الوجدان السلبي
٠,٧٠٨	٠,٣٧٦	٥,٤٢٦	١٨,٥٤١	٦,٢٣١	١٨,٨٢٥	والتشبيط الاجتماعي

تكشف قيم (ت) بالجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطباء والممرضين على إجهد الشفقة الدرجة الكلية، والمقياس الفرعي الثاني (الاحترق النفسي)، وكانت الفروق في اتجاه الأطباء. كما كشف الجدول السابق عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطباء والممرضين على التعاطف، ونمط الشخصية(د). مما يشير إلى أن الأطباء أكثر معاناة من إجهد الشفقة خاصة الاحترق النفسي وذلك مقارنة بالممرضين، وعدم وجود فروق دالة بين الأطباء والممرضين في التعاطف ونمط الشخصية(د).

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بجدول (١٢) تحقق الفرض الثالث جزئياً، والذي ينص على أنه توجد فروق بين الأطباء والممرضين في إجهد الشفقة ونمط الشخصية(د).

٤) الفرض الرابع: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) في إجهد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية(د).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة اختبار (ت) للكشف عن الفروق ودلالاتها بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) على إجهد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د). ويوضح جدول (١٣) قيمة اختبار (ت) ودلالاتها.

جدول (١٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالاتها لقياس الفروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والتمريض) على متغيرات الدراسة

دلالاتها	قيمة (ت)	الإناث (أطباء ن=٥٠) (تمريض ن=٧٠)		الذكور (أطباء ن=٧٠) (تمريض ن=٥٠)		المشاركين	الاستخبارات
		ع	م	ع	م		
٠,٠٠٠	٥,٢٦٣-	٢٢,٣١	١٠٠,١٤٠	١٥,٨١٧٧	٨١,٨٢٨	أطباء	إجهد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠٥٤	١,٩٤٩-	١٨,١٨٤	٨٧,٢٧١	١٨,٧٨١	٨٠,٦٢٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٤,٩٥٨-	١٦,١٥١	٧٣,١٨٠٠	١١,٣٤٧	٦٠,٧٤٢	أطباء	ضغوط الصدمة الثانوية
٠,١٠٧ غير دالة	١,٦٢٣-	١٣,٤٥٨	٦٤,٧٢٨	١٣,٤٨٢	٦٠,٦٨٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٤,٧٢٨-	٧,٦٤٧	٢٦,٩٦٠	٥,٩٥٥	٢١,٠٨٥	أطباء	الاحترق النفسي
٠,٠٢٦	٢,٢٦٠-	٥,٨٣٥	٢٢,٥٤٢	٦,٧٢٣	١٩,٩٤٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٤,٠٤٩-	١٥,٥٢٢	٩٩,١٠٠	١٤,٩١٠	٨٧,٧٢٨	أطباء	مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف - الدرجة الكلية)
٠,٠٠١	٣,٥٣٢-	٩,٩٢٣	٩٣,٤٤٢	١٣,٤١٦	٨٥,٩٢٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٢,٩٢٧-	٤,٩٥٨	٢٥,٨٤٠	٥,٢١٣	٢٣,٠٧١	أطباء	تبني المنظور
٠,٠١٥	٢,٤٢٥-	٣,٢٧٧	٢٤,١٥٧	٤,٦٦٤	٢٢,٤٠٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٣,٥٩٨-	٥,٠٥٢	٢٤,٠٢٠	٥,١٥٣	٢٠,٦١٤	أطباء	التخيل
٠,٢٥٢ غير دالة	١,١٥٢	٤,٢٦١	٢١,٥٧١	٤,٠٥٧	٢٠,٦٨٠	تمريض	
٠,٠٧٦ غير دالة	١,٧٤٩-	٥,٣٢٠	٢٦,٣٢٠	٦,١٨٤	٢٤,٤٢٨	أطباء	الاهتمام التعاطفي
٠,٠٠٢	٣,٣٩٣-	٤,٠١٧	٢٦,٢٧١	٥,٧١٠	٢٣,٢٦٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٣,٩٠٢-	٥,١٦٢	٢٢,٩٢٠	٤,١٠٨	١٩,٦١٤	أطباء	المشقة الشخصية
٠,٠٤٧	٢,٠٠٣-	٤,٨٩١	٢١,٤٤٢٩	٥,٢٠٢	١٩,٥٨٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٥,٥٤٣-	١٠,١٨٤	٤٣,٦٠٠	٩,٢٦٨	٣٣,٦٨٥	أطباء	نمط الشخصية(د) (الدرجة الكلية)
٠,٠٠١	٣,٢٧٤-	٨,٨٣٨	٤٠,١٧١	١١,١٨٧	٣٤,١٨٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٥,٣٤١-	٥,٦٧١	٢٢,٠٤٠	٤,٩٩٠	١٦,٨١٤	أطباء	الوجدان السلبي
٠,٠٠٠	٣,٩١٨-	٥,٢٩٨	٢٠,٨٤٢	٦,١٢٣	١٦,٧٤٠	تمريض	
٠,٠٠٠	٤,٣٦٠-	٦,٠٧١	٢١,٥٦٠	٥,٦١٢	١٦,٨٧١	أطباء	التثبيط الاجتماعي
٠,٠٦٠ غير دالة	١,٩٠٠-	٤,٧٧٥	١٩,٣٢٨	٦,١٠٥	١٧,٤٤٠	تمريض	

تكشف قيم (ت) بالجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) على إجهد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د)، وكانت الفروق في اتجاه الإناث. بينما اختفت دلالة الفروق بين الذكور والإناث على الاختبار الفرعي الأول لإجهد الشفقة (ضغوط الصدمة الثانوية) في مجموعة المشاركين من التمريض فقط، واختباري التخيل والاهتمام التعاطفي (باختبار التعاطف) في مجموعة المشاركين من الأطباء والتمريض، واختبار التثبيط الاجتماعي (باختبار نمط الشخصية د) في مجموعة المشاركين من التمريض فقط. مما يعني أن مقدمي الرعاية الصحية الإناث (طبيبات وممرضات) أكثر معاناة من إجهد الشفقة مقارنة بمقدمي الرعاية الصحية الذكور (أطباء وممرضين). كما أن مقدمي الرعاية الصحية من الإناث (طبيبات وممرضات) يتسم بالتعاطف، ونمط الشخصية(د) بشكل مرتفع ودال عن مقدمي الرعاية الصحية الذكور (أطباء وممرضين).

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بجدول (١٣) تحقق الفرض الرابع إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد فروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) في إجهاد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية(د).

٥) الفرض الخامس: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر مجالات التخصص المختلفة) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل التباين البسيط، للمقارنة على أساس التأثير الأساسي للتخصص على متغيرات الدراسة، ونتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفية" Scheffe Test :

أ (المشاركون من الأطباء :

(١) نتائج تحليل التباين البسيط:

جدول (١٤) تحليل التباين البسيط للمقارنة على أساس التأثير الأساسي للتخصص (كل تخصص ٢٠ طبيب) (المشاركون من الأطباء ن=١٢٠) على متغيرات الدراسة

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدالة
استخبار إجهااد الشفقة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٢٥١٣,٥٤٢	٥	٢٥٠٢,٧٠٨	٧,٣٢٩	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٣٨٩٣٠,٢٥٠	١١٤	٣٤١,٤٩٣		دالة
	المجموع	٥١٤٤٣,٧٩٢	١١٩			
ضغوط الصدمة الثانوية	بين المجموعات	٦٨٨٣,٣٧٥	٥	١٣٧٦,٦٧٥	٨,١٣٦	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	١٩٢٨٨,٩٥٠	١١٤	١٦٩,٢٠١		دالة
	المجموع	٢٦١٧٢,٣٢٥	١١٩			
الاحترق النفسي	بين المجموعات	١١٥٩,٣٦٧	٥	٢٣١,٨٧٣	٥,١٢٢	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٥١٦٠,٥٠٠	١١٤	٤٥,٢٦٨		دالة
	المجموع	٦٣١٩,٨٦٧	١١٩			
مؤشر التفاعل بين الأشخاص (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٣٦٦٠,٦٦٧	٥	٧٣٢,١٣٣	٣,٠٦٢	٠,٠١٢
	داخل المجموعات	٢٧٢٥٧,٢٠٠	١١٤	٢٣٩,٠٩٨		دالة
	المجموع	٣٠٩٧٨٦٧,٠	١١٩			
مقياس تبني منظور الآخر	بين المجموعات	٣٢٤,٢٧٥	٥	٦٤,٨٥٥	٢,٤٨٢	٠,٠٣٦
	داخل المجموعات	٢٩٧٨,٦٥٠	١١٤	٢٦,١٢٩		دالة
	المجموع	٣٣٠٢,٩٢٥	١١٩			
مقياس التخيل	بين المجموعات	٢٢٩,٤٦٧	٥	٤٥,٨٩٣	١,٦٣٩	٠,١٥٥
	داخل المجموعات	٣١٩٢,٤٠٠	١١٤	٢٨,٠٠٤		غير دالة
	المجموع	٣٤٢١,٨٦٧	١١٩			
مقياس الاهتمام التعاطفي	بين المجموعات	٣٨٥,٥٦٧	٥	٧٧,١١٣	٢,٣٤٨	٠,٠٤٥
	داخل المجموعات	٣٧٤٤,٨٠٠	١١٤	٣٢,٨٤٩		دالة
	المجموع	٤١٣٠,٣٦٧	١١٩			
مقياس المشقة الشخصية	بين المجموعات	٣٥٨,٥٤٢	٥	٧١,٧٠٨	٣,٣٦٣	٠,٠٠٧
	داخل المجموعات	٢٤٣٠,٤٥٠	١١٤	٢١,٣٢٠		دالة
	المجموع	٢٧٨٨,٩٩٢	١١٩			
مقياس نمط الشخصية (د) (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٩٠١,٤٦٧	٥	١٨٠,٢٩٣	١,٥٨٤	٠,١٧٠
	داخل المجموعات	١٢٩٧٤,٥٠٠	١١٤	١١٣,٨١١		غير دالة
	المجموع	١٣٨٧٥,٩٦٧	١١٩			
مقياس الوجدان السلبي	بين المجموعات	٢٥٥,٩٤٢	٥	٥١,١٨٨	١,٥٢٢	٠,١٨٩
	داخل المجموعات	٣٨٣٥,٠٥٠	١١٤	٣٣,٦٤١		غير دالة
	المجموع	٤٠٩٠,٩٩٢	١١٩			
مقياس التثبيط الاجتماعي	بين المجموعات	٢٥٥,٥٧٥	٥	٥١,١١٥	١,٣٣٥	٠,٢٥٥
	داخل المجموعات	٤٣٦٥,٧٥٠	١١٤	٣٨,٢٩٦		غير دالة
	المجموع	٤٦٢١,٣٢٥	١١٩			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين مجالات التخصص الستة، وأسفرت نتائج تحليل

التباين البسيط عن وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الست على استخبار إجهااد الشفقة

ومقياسيه الفرعيين ضغوط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي، وعلى اختبار مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف الدرجة الكلية) ومقاييس الفرعية جميعها باستثناء مقياس التخيل كانت الفروق عليه غير دالة إحصائياً؛ أي أن التخصص له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في متغيري إجهاد الشفقة، والتعاطف. كما أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الست على مقياس نمط الشخصية (د) الدرجة الكلية ومقياسيه الفرعيين الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه"، وذلك كما يلي:

(٢) نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" Scheffe Test:

جدول (١٥) متوسطات الفروق بين مجموعات مجالات التخصص ودلالاتها باستخدام اختبار "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على استخبارات الدراسة لبيان اتجاهات الفروق

الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		طب نفسي المتوسطات	عناية مركزة المتوسطات	
٠,٠١٦	٢٢,٣٥٠٠٠-	١٠٢,٢٥٠٠	٧٩,٩٠٠٠	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠١٤	١٥,٩٠٠٠٠-	٧٤,١٥٠٠	٥٨,٢٥٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
٠,٠١٥	١٨,٨٥٠٠٠-	١٠٢,٤٠٠٠	٨٣,٥٥٠٠	مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف) (الدرجة الكلية)
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		طب نفسي المتوسطات	أورام راشدين المتوسطات	
٠,٠٥٠	١٩,٨٠٠٠٠-	١٠٢,٢٥٠٠	٨٢,٤٥٠٠	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠٢٦	١٥,٠٠٠٠٠-	٧٤,١٥٠٠	٥٩,١٥٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		عناية مركزة المتوسطات	أورام أطفال المتوسطات	
٠,٠٤٨	١٩,٩٠٠٠٠-	٧٩,٩٠٠٠	٩٩,٨٠٠٠	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠٠٥	١٧,٢٥٠٠٠-	٥٨,٢٥٠٠	٧٥,٥٠٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		جراحة عامة المتوسطات	أورام أطفال المتوسطات	
٠,٠٠٩	٢٣,٤٥٠٠٠	٧٦,٣٥٠٠	٩٩,٨٠٠٠	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠٠٥	١٧,٣٥٠٠٠	٥٨,١٥٠٠	٧٥,٥٠٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		طب نفسي المتوسطات	جراحة عامة المتوسطات	
٠,٠٠٣	٢٥,٩٠٠٠٠-	١٠٢,٢٥٠٠	٧٦,٣٥٠٠	استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)
٠,٠١٣	١٦,٠٠٠٠٠-	٧٤,١٥٠٠	٥٨,١٥٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
٠,٠٠١	٩,٩٠٠٠٠-	٢٨,١٠٠٠	١٨,٢٠٠٠	الاحتراق النفسي
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		أورام راشدين المتوسطات	أورام أطفال المتوسطات	
٠,٠١٠	١٦,٣٥٠٠٠-	٧٥,٥٠٠٠	٥٩,١٥٠٠	ضغوط الصدمة الثانوية
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات		
		جراحة عامة المتوسطات	استقبال طوارئ المتوسطات	
٠,٠٣٨	٧,٤٥٠٠٠	١٨,٢٠٠٠	٢٥,٦٥٠٠	الاحتراق النفسي

يكشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص العناية المركزة وتخصص الطب النفسي في متغيري التعاطف (الدرجة الكلية فقط) وإجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقياسه الفرعي الأول فقط (ضغوط الصدمة الثانوية) في اتجاه مجموعة تخصص الطب النفسي، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام راشدين وتخصص الطب النفسي في متغير إجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقياسه الفرعي الأول فقط (ضغوط الصدمة الثانوية) في اتجاه مجموعة تخصص الطب النفسي، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص الجراحة العامة وتخصص الطب النفسي في متغير إجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقياسه الفرعيين (ضغوط الصدمة الثانوية، والاحترق النفسي) في اتجاه مجموعة تخصص الطب النفسي. مما يعني أن مجموعة الأطباء في تخصص الطب النفسي يعانون من إجهاد الشفقة الدرجة الكلية وضغوط الصدمة الثانوية بسبب طبيعة التخصص بشكل أكبر من مجموعتي الأطباء في تخصصي العناية المركزة وأورام راشدين. ويعاني مجموعة الأطباء في تخصص الطب النفسي من إجهاد الشفقة الدرجة الكلية وضغوط الصدمة الثانوية والاحترق النفسي بسبب طبيعة التخصص بشكل أكبر من مجموعة الأطباء في تخصص الجراحة. كما أن الأطباء في تخصص الطب النفسي أكثر تعاطفاً من مجموعة الأطباء في تخصص العناية المركزة.

كما كشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص عناية مركزة في متغير إجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقياسه الفرعي الأول فقط (ضغوط الصدمة الثانوية) في اتجاه مجموعة تخصص أورام أطفال. وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص جراحة عامة في متغير إجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقياسه الفرعي الأول فقط (ضغوط الصدمة الثانوية) في اتجاه مجموعة تخصص أورام أطفال. وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص أورام راشدين في المقياس الفرعي الأول فقط (ضغوط الصدمة الثانوية) لاستخبار إجهاد الشفقة في اتجاه مجموعة تخصص أورام أطفال. مما يعني أن مجموعة الأطباء في تخصص أورام الأطفال يعانون من إجهاد الشفقة الدرجة الكلية وضغوط الصدمة الثانوية فقط بسبب طبيعة التخصص بشكل أكبر من مجموعتي الأطباء في تخصصي العناية المركزة والجراحة العامة. وتعاني مجموعة الأطباء في تخصص أورام أطفال من ضغوط الصدمة الثانوية المقياس الفرعي الأول لاستخبار إجهاد الشفقة بسبب طبيعة التخصص أو طبيعة المرضي بشكل أكبر من مجموعة الأطباء في تخصص أورام راشدين.

كما كشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص طوارئ وتخصص جراحة عامة في المقياس الفرعي الثاني فقط (الاحترق النفسي) لاستخبار إجهاد الشفقة في اتجاه مجموعة تخصص طوارئ. وهذا يعني أن مجموعة الأطباء في تخصص الطوارئ يعانون من الاحترق النفسي بسبب طبيعة التخصص والعمل بشكل أكبر من مجموعة الأطباء في تخصص جراحة عامة.

وقد اختلفت دلالة الفروق في باقي المقارنات بين مجالات التخصص الأخرى* [خلاف المذكورة بجدول (١٥)]. مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين تلك المجموعات أو مجالات التخصص الأخرى في إجهاد الشفقة والتعاطف.

(ب) المشاركين من التمريض:

(١) نتائج تحليل التباين البسيط:

جدول (١٦) تحليل التباين البسيط للمقارنة على أساس التأثير الأساسي للتخصص (كل تخصص ٢٠ ممرض) (المشاركين من التمريض ن=١٢٠) على متغيرات الدراسة

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة
استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٤١٣,٠٠٠	٥	٢٨٢,٦٠٠	٠,٨٠٦	٠,٥٤٨
	داخل المجموعات	٣٩٩٧٩,٠٠٠	١١٤	٣٥٠,٦٩٣	غير دالة	
	المجموع	٤١٣٩٢,٠٠٠	١١٩			
ضغوط الصدمة الثانوية	بين المجموعات	٧٦٤,١٤٢	٥	١٥٢,٨٢٨	٠,٨٢٥	٠,٥٣٤
	داخل المجموعات	٢١١١٨,٦٥٠	١١٤	١٨٥,٢٥١	غير دالة	
	المجموع	٢١٨٨٢,٧٩٢	١١٩			
الاحتراق النفسي	بين المجموعات	٢١١,٧٤٢	٥	٤٢,٣٤٨	١,٠٦١	٠,٣٨٦
	داخل المجموعات	٤٥٥٠,٠٥٠	١١٤	٣٩,٩١٣	غر دالة	
	المجموع	٤٧٦١,٧٩٢	١١٩			
مؤشر التفاعل بين الأشخاص (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٥٣٤,٩٤٢	٥	١٠٦,٩٨٨	٠,٧٢٩	٠,٦٠٣
	داخل المجموعات	١٦٧٣٠,٦٥٠	١١٤	١٤٦,٧٦٠	غير دالة	
	المجموع	١٧٢٦٥,٥٩٢	١١٩			
مقياس تبني منظور الآخر	بين المجموعات	٧٦,٥٧٥	٥	١٥,٣١٥	٠,٩٥٩	٠,٤٤٦
	داخل المجموعات	١٨٢٠,٧٥٠	١١٤	١٥,٩٧١	غير دالة	
	المجموع	١٨٩٧,٣٢٥	١١٩			
مقياس التخيل	بين المجموعات	٨٧,٨٠٠	٥	١٧,٥٦٠	١,٠٠٣	٠,٤١٩
	داخل المجموعات	١٩٩٥,٤٠٠	١١٤	١٧,٥٠٤	غير دالة	
	المجموع	٢٠٨٣,٢٠٠	١١٩			
مقياس الاهتمام التعاطفي	بين المجموعات	١٢٠,٤٦٧	٥	٢٤,٠٩٣	٠,٩٦٢	٠,٤٤٤
	داخل المجموعات	٢٨٥٥,٥٠٠	١١٤	٢٥,٠٤٨	غير دالة	
	المجموع	٢٩٧٥,٩٦٧	١١٩			
مقياس المشقة الشخصية	بين المجموعات	١٢٧,٣٦٧	٥	٢٥,٤٧٣	٠,٩٨٤	٠,٤٣١
	داخل المجموعات	٢٩٥١,٣٠٠	١١٤	٢٥,٨٨٩	غير دالة	
	المجموع	٣٠٧٨,٦٦٧	١١٩			
مقياس نمط الشخصية (د) (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٢٥٠,٦٧٥	٥	٢٥٠,١٣٥	٢,٥١٩	٠,٠٣٣
	داخل المجموعات	١١٣١٩,٦٥٠	١١٤	٩٩,٢٩٥	غير دالة	
	المجموع	١٢٥٧٠,٣٢٥	١١٩			
مقياس الوجدان السلبي	بين المجموعات	٤٣٧,٨٦٧	٥	٨٧,٥٧٣	٢,٦٠٨	٠,٠٢٨
	داخل المجموعات	٣٨٢٨,٠٠٠	١١٤	٣٣,٥٧٩	غير دالة	
	المجموع	٤٢٦٥,٨٦٧	١١٩			
مقياس التثبيط الاجتماعي	بين المجموعات	٢٦٨,٢٤٢	٥	٥٣,٦٤٨	١,٨٩٠	٠,١٠١
	داخل المجموعات	٣٢٣٥,٥٥٠	١١٤	٢٨,٣٨٢	غير دالة	
	المجموع	٣٥٠٣,٧٩٢	١١٩			

* حيث اكتفت الباحثة في جدول (١٥) بعرض نتائج المجموعات التي كانت الفروق بينها دالة إحصائياً على استخبارات الدراسة سواء الدرجة الكلية أو المقاييس الفرعية، أما المجموعات التي لم تكن الفروق بينها دالة إحصائياً تم التعليق عليها فقط أسفل الجدول دون عرض نتائجها.

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين مجالات التخصص الستة، وأسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الست على اختبار نمط الشخصية(د) ومقياسه الفرعي الأول فقط (الوجدان السلبي)؛ أي أن التخصص له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في تعزيز نمط الشخصية المكروبة والوجدان السلبي، وأنه من الممكن أن يكون هناك علاقة ما بين التخصص ونمط الشخصية(د) كما ألفت بعض الدراسات كدراسة كل من "لينتز، ومايكلز" (١٩٦٥)، و"كروس، وكيلي" (١٩٨٤)، و"كينيدي" وزميليه (٢٠١٤) الضوء على دور اختلاف الشخصية والسلوك بين مجالات تخصص التمريض، وتحديدًا خصائص الشخصية المتشابهة بين الممرضات العاملات في نفس مجال التخصص (Geuens et al., 2015, 81). كما أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الست على باقي مقاييس الدراسة سواء الدرجة الكلية أو المقاييس الفرعية.

أما عن اتجاهات الفروق بين مجموعات مجالات التخصص، فقد أسفرت نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لاستكشاف اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" Scheffe Test، عن أن متوسطات الفروق بين مجموعات مجالات التخصص على اختبار نمط الشخصية(د) ومقياسه الفرعي (الوجدان السلبي) جاءت جميعها غير دالة إحصائياً.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجدول (١٤-١٥-١٦) تحقق الفرض الخامس إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر مجالات التخصص المختلفة) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

٦) الفرض السادس: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل التباين البسيط، للمقارنة على أساس التأثير الأساسي لعدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية على متغيرات الدراسة، ونتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفية" Scheffe Test :

تم تقسيم عيني الدراسة الأطباء والتمريض كل عينة على حدة إلى ثلاث مجموعات بناء على عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية.

أ (المشاركون من الأطباء :

تم تقسيم المشاركين من الأطباء كالتالي: المجموعة الأولى منخفضي الممارسة تتراوح سنوات الممارسة (من ١-٤ سنوات، ن= ٣٥)، والمجموعة الثانية متوسطي الممارسة (من ٥-٩ سنوات، ن=٤٤)، والمجموعة الثالثة مرتفعي الممارسة (من ١٠-٣٠ سنة، ن =٤١).

[١] نتائج تحليل التباين البسيط :

جدول (١٧) تحليل التباين البسيط للمقارنة على أساس التأثير الأساسي لعدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية على متغيرات الدراسة

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة
استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٥٣٨١,٢٧٣	٢	٢٦٩٠,٦٣٦	٦,٨٣٤	٠,٠٠٢
	داخل المجموعات	٤٦٠٦٢,٥١٩	١١٧	٣٩٣,٦٩٧		
	المجموع	٥١٤٤٣,٧٩٢	١١٩			
ضغوط الصدمة الثانوية	بين المجموعات	٢٠٥٥,٣٣٣	٢	١٠٢٧,٦٦٧	٤,٩٨٦	٠,٠٠٨
	داخل المجموعات	٢٤١١٦,٩٩٢	١١٧	٢٠٦,١٢٨		
	المجموع	٢٦١٧٢,٣٢٥	١١٩			
الاحترق النفسي	بين المجموعات	٨٠٧,٣٩٣	٢	٤٠٣,٦٩٧	٨,٥٦٨	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٥٥١٢,٤٧٤	١١٧	٤٧,١١٥		
	المجموع	٦٣١٩,٨٦٧	١١٩			
مؤشر التفاعل بين الأشخاص (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٩٢٠,٦٧٩	٢	٩٦٠,٣٤٠	٣,٨٧٥	٠,٠٢٣
	داخل المجموعات	٢٨٩٩٧,١٨٧	١١٧	٢٤٧,٨٣٩		
	المجموع	٣٠٩١٧,٨٦٧	١١٩			
مقياس تبني منظور الآخر	بين المجموعات	١٧٩,١٥٨	٢	٨٩,٥٧٩	٣,٣٥٥	٠,٠٣٨
	داخل المجموعات	٣١٢٣,٧٦٧	١١٧	٢٦,٦٩٩		
	المجموع	٣٣٠٢,٩٢٥	١١٩			
مقياس التخيل	بين المجموعات	٢٢٧,٥٩١	٢	١١٣,٧٩٥	٤,١٦٨	٠,٠١٨
	داخل المجموعات	٣١٩٤,٢٧٦	١١٧	٢٧,٣٠٢		
	المجموع	٣٤٢١,٨٦٧	١١٩			
مقياس الاهتمام التعاطفي	بين المجموعات	٣,٨٣٥	٢	١,٩١٨	٠,٠٥٤	٠,٩٤٧
	داخل المجموعات	٤١٢٦,٥٣٢	١١٧	٣٥,٢٧٠		غير دالة
	المجموع	٤١٣٠,٣٦٧	١١٩			
مقياس المشقة الشخصية	بين المجموعات	٢٤٢,٠٦٩	٢	١٢١,٠٣٤	٥,٥٦٠	٠,٠٠٥
	داخل المجموعات	٢٥٤٦,٩٢٣	١١٧	٢١,٧٦٩		
	المجموع	٢٧٨٨,٩٩٢	١١٩			
مقياس نمط الشخصية (د) (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٤٧٩,٤١٩	٢	٢٣٩,٧١٠	٢,٠٩٤	٠,١٢٨
	داخل المجموعات	١٣٣٩٦,٥٤٧	١١٧	١١٤,٥٠٠		غير دالة
	المجموع	١٣٨٧٥,٩٦٧	١١٩			
مقياس الوجدان السلبي	بين المجموعات	١١٩,٢٥٢	٢	٥٩,٦٢٦	١,٧٥٦	٠,١٧٧
	داخل المجموعات	٣٩٧١,٧٤٠	١١٧	٣٣,٩٤٦		غير دالة
	المجموع	٤٠٩٠,٩٩٢	١١٩			
مقياس التثبيط الاجتماعي	بين المجموعات	١٢٣,٩٩٥	٢	٦١,٩٩٧	١,٦١٣	٠,٢٠٤
	داخل المجموعات	٤٤٩٧,٣٣٠	١١٧	٣٨,٤٣٩		غير دالة
	المجموع	٤٦٢١,٣٢٥	١١٩			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث، وأسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الثلاث على استخبار إجهاد الشفقة ومقياسيه الفرعيين ضغوط الصدمة الثانوية والاحترق النفسي، وكذلك على استخبار مؤشر التفاعل بين الأشخاص (التعاطف الدرجة الكلية) ومقياسه الفرعية جميعها باستثناء المقياس الثالث (الاهتمام التعاطفي) كانت الفروق عليه غير دالة إحصائية؛ أي أن عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية له

دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الممارسة الثلاث في كل من إجهاد الشفقة، وضغوط الصدمة الثانوية، والاحتراق النفسي، والتعاطف. كما أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث على مقياس نمط الشخصية(د) الدرجة الكلية ومقاييسه الفرعيين الوجدان السلبي والتثبيط الاجتماعي. أي أن عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية لم يكن له دور أساسي في تعزيز الفروق بين المجموعات الثلاث في نمط الشخصية(د).

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه"، وذلك كما يلي:

[٢] نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" Scheffe Test

جدول (١٨) متوسطات الفروق بين مجموعات سنوات الرعاية الصحية ودلالاتها باستخدام "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على متغيرات الدراسة لبيان اتجاهات الفروق

الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات	
		مرتفعي الممارسة المتوسطات	منخفضي الممارسة المتوسطات
٠,٠٠٢	١٦,٨١٧٤٢	٨١,٢٦٨٣	٩٨,٠٨٥٧
٠,٠١٠	١٠,٢٨٤٣٢	٦٠,٦٥٨٥	٧٠,٩٤٢٩
٠,٠٠٠	٦,٥٣٣١٠	٢٠,٦٠٩٨	٢٧,١٤٢٩
٠,٠٢٦	٩,٩٥٢٦١	٨٧,٣٩٠٢	٩٧,٣٤٢٩
٠,٠٤٣	٣,٠٢٨٥٧	٢٣,٠٠٠٠	٢٦,٠٢٨٦
٠,٠٠٥	٣,٥٥١٩٢	١٩,٢١٩٥	٢٢,٧٧١٤
الدالة	متوسط الفروق	الاستخبارات	
		مرتفعي الممارسة المتوسطات	متوسطي الممارسة المتوسطات
٠,٠٤٤	٢,٨٧٨٠٥	٢٠,١٢٢٠	٢٣,٠٠٠٠

يكشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي منخفضي ممارسة الرعاية الصحية ومرتفعي الممارسة في متغيري إجهاد الشفقة الدرجة الكلية ومقاييسه الفرعيين (ضغوط الصدمة الثانوية، والاحتراق النفسي)، ومتغير التعاطف الدرجة الكلية ومقاييسين فرعيين فقط من الأربعة وهما الأول (تبني منظور الآخر) والرابع (المشقة الشخصية) في اتجاه مجموعة منخفضي ممارسة الرعاية المباشرة. وهذا يعني أن مجموعة منخفضي ممارسة الرعاية المباشرة هم أكثر تعاطفاً وأكثر معاناة من إجهاد الشفقة وضغوط الصدمة الثانوية والاحتراق النفسي مقارنة بمرتفعي سنوات الممارسة.

كما كشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي متوسطي ممارسة الرعاية الصحية ومرتفعي الممارسة على المقياس الفرعي الثاني (التخيل) لاستخبار التعاطف في

اتجاه مجموعة متوسطي ممارسة الرعاية الصحية. وهذا يعني أن مجموعة متوسطي الممارسة يميلون إلى التماهي مع الآخرين وصدماهم بشكل أكبر من مجموعة مرتفعي الممارسة.

وقد اختلفت دلالة الفروق في باقي المقارنات بين مجموعات ممارسة الرعاية الصحية* (خلاف المذكورة بجدول (١٨)). مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين تلك المجموعات في إجهاد الشفقة والتعاطف.

ب) المشاركون من التمريض:

تم تقسيم المشاركين من التمريض كالتالي: المجموعة الأولى منخفضة ممارسة الرعاية الصحية تتراوح سنوات الممارسة (من ١-٤ سنوات، ن=٣٩)، والمجموعة الثانية متوسطي الممارسة (من ٥-١٠ سنوات، ن=٣٩)، والمجموعة الثالثة مرتفعي الممارسة (١٧-٣٧ سنة، ن=٤٢).

* حيث اختلفت الباحثة في جدول (١٨) بعرض نتائج المجموعات التي كانت الفروق بينها دالة إحصائياً علي استخبارات الدراسة سواء الدرجة الكلية أو المقاييس الفرعية، أما المجموعات التي لم تكن الفروق بينها دالة إحصائياً تم التعليق عليها فقط أسفل الجدول دون عرض نتائجها.

(١) نتائج تحليل التباين البسيط:

جدول (١٩) تحليل التباين البسيط للمقارنة على أساس التأثير الأساسي لعدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية على متغيرات الدراسة

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدالة
استخبار إجهاد الشفقة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٣٤٣,٨٥٢	٢	٦٧١,٩٢٦	١,٩٦٣	٠,١٤٥
	داخل المجموعات	٤٠٠٤٨,١٤٨	١١٧	٣٤٢,٢٩٢		غير دالة
	المجموع	٤١٣٩٢,٠٠٠	١١٩			
ضغوط الصدمة الثانوية	بين المجموعات	٥٥٢,٩٢٩	٢	٢٧٦,٤٦٥	١,٥١٦	٠,٢٢٤
	داخل المجموعات	٢١٣٢٩,٨٦٣	١١٧	١٨٢,٣٠٧		غير دالة
	المجموع	٢١٨٨٢,٧٩٢	١١٩			
الاحتراق النفسي	بين المجموعات	١٧٢,٨٥٤	٢	٨٦,٤٢٧	٢,٢٠١	٠,١١٥
	داخل المجموعات	٤٥٨٨,٩٣٨	١١٧	٣٩,٢٢٢		غير دالة
	المجموع	٤٧٦١,٧٩٢	١١٩			
مؤشر التفاعل بين الأشخاص (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	١٤٧,٢٣٣	٢	٧٣,٦١٦	٠,٥٠٣	٠,٦٠٦
	داخل المجموعات	١٧١١٨,٣٥٩	١١٧	١٤٦,٣١١		غير دالة
	المجموع	١٧٢٦٥,٥٩٢	١١٩			
مقياس تبني منظور الآخر	بين المجموعات	٥,١٢٥	٢	٢,٥٦٣	٠,١٥٨	٠,٨٥٤
	داخل المجموعات	١٨٩٢,٢٠٠	١١٧	١٦,١٧٣		غير دالة
	المجموع	١٨٩٧,٣٢٥	١١٩			
مقياس التخيل	بين المجموعات	١٢١,٠٨١	٢	٦٠,٥٤٠	٣,٦١٠	٠,٠٣٠
	داخل المجموعات	١٩٦٢,١١٩	١١٧	١٦,٧٧٠		
	المجموع	٢٠٨٣,٢٠٠	١١٩			
مقياس الاهتمام التعاطفي	بين المجموعات	٢٠,٧٠٧	٢	١٠,٣٥٣	٠,٤١٠	٠,٦٦٥
	داخل المجموعات	٢٩٥٥,٢٦٠	١١٧	٢٥,٢٥٩		غير دالة
	المجموع	٢٩٧٥,٩٦٧	١١٩			
مقياس المشقة الشخصية	بين المجموعات	٥,٦٢٦	٢	٢,٨١٣	٠,١٠٧	٠,٨٩٩
	داخل المجموعات	٣٠٧٣,٠٤٠	١١٧	٢٦,٢٦٥		غير دالة
	المجموع	٣٠٧٨,٦٦٧	١١٩			
مقياس نمط الشخصية (د) (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٣٢٨,٩٤٦	٢	١٦٤,٤٧٣	١,٥٧٢	٠,٢١٢
	داخل المجموعات	١٢٢٤١,٣٧٩	١١٧	١٠٤,٦٢٧		غير دالة
	المجموع	١٢٥٧٠,٣٢٥	١١٩			
مقياس الوجدان السلبي	بين المجموعات	٦٦,٤١٤	٢	٣٣,٢٠٧	٠,٩٢٥	٠,٣٩٩
	داخل المجموعات	٤١٩٩,٤٥٢	١١٧	٣٥,٨٩٣		غير دالة
	المجموع	٤٢٦٥,٨٦٧	١١٩			
مقياس التنشيط الاجتماعي	بين المجموعات	١٠٥,٧٢٦	٢	٥٢,٨٦٣	١,٨٢٠	٠,١٦٧
	داخل المجموعات	٣٣٩٨,٠٦٦	١١٧	٢٩,٠٤٣		غير دالة
	المجموع	٣٥٠٣,٧٩٢	١١٩			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين الثلاث مجموعات، وأسفرت نتائج تحليل التباين

البسيط عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الثلاث مجموعات على جميع استخبارات الدراسة

الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية باستثناء متغير واحد فقط وهو المقياس الفرعي الثاني (التخيل) لاستخبار التعاطف فقد أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الثلاث مجموعات على هذا المقياس؛ مما يعني أن عدد سنوات الرعاية الصحية لدى الممرضين لم يكن لها دور أساسي في إبراز الفروق بين الثلاث مجموعات في جميع المتغيرات باستثناء مقياس التخيل.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه"، وذلك كما يلي:

[٣] نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه"

: Scheffe Test

جدول (٢٠) متوسطات الفروق بين مجموعات سنوات ممارسة الرعاية الصحية ودالاتها باستخدام "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على متغيرات الدراسة لبيان اتجاهات الفروق

الدالة	متوسط الفروق	مرتفعي الممارسة	منخفضي الممارسة	الاستخبارات
		المتوسطات	المتوسطات	
٠,٠٣١	٢,٤٤١٣٩	٢٠,٠٧١٤	٢٢,٥١٢٨	التخيل (المقياس الفرعي ٢ للتعاطف)

يكشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي منخفضي ممارسة الرعاية الصحية ومرتفعي الممارسة في (التخيل) في اتجاه مجموعة منخفضي ممارسة الرعاية. وهذا يعني أن مجموعة منخفضي ممارسة الرعاية الصحية أكثر عرضه للتماهي مع الآخرين وصدماتهم من مجموعة مرتفعي ممارسة الرعاية الصحية.

وقد اختفت دلالة الفروق في بقية المقارنات بين مجموعات ممارسة الرعاية الصحية* (خلاف المذكورة بجدول (٢٠) على مقياس التخيل، مما يعني أنه لا توجد فروق جوهرية بين تلك المجموعات في التخيل.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجدول (١٧-١٨-١٩-٢٠) تحقق الفرض السادس إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

مناقشة النتائج:

فيما يلي سيتم مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة، ومدى تأييدها لفروض الدراسة كل على حدة :

* حيث اكتفت الباحثة في جدول (٢٠) بعرض نتائج المجموعات التي كانت الفروق بينها دالة إحصائياً علي استخبارات الدراسة سواء الدرجة الكلية أو المقاييس الفرعية، أما المجموعات التي لم تكن الفروق بينها دالة إحصائياً تم التعليق عليها فقط أسفل الجدول دون عرض نتائجها.

[١] نتائج الفرض الأول، وينص على أنه؛ توجد علاقات ارتباطية دالة بين إجهاد الشفقة وكل من التعاطف، ونمط الشخصية(د) لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين):

فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن؛ (أ) وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين التعاطف وإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين). (ب) وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين نمط الشخصية(د) وإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).

(أ) وتتسق النتيجة (أ) - وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين التعاطف وإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين) - مع نتائج دراسة " نجامين " وآخرين (٢٠١٨) التي أظهرت ارتباط الاستجابات لضغوط ما بعد الصدمة بشكل دال بكل من الخيال المرتفع، والمشقة الشخصية المرتفعة وهما مقياسين فرعيين للتعاطف. ودراسة "جليتشجريت، وديستي" (٢٠١٣) التي أظهرت ارتباط إجهاد الشفقة (الاحتراق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية) ارتباطاً وثيقاً بالمشقة الشخصية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (أ) في ضوء نموذج "فيجلي" السببي لإجهاد وضغوط الشفقة والذي ينطوي على التعاطف كعنصر أساسي في حدوث إجهاد الشفقة، حيث يعتمد هذا النموذج على افتراض أن التعاطف، والطاقة الانفعالية يعدا القوة الدافعة في العمل بفعالية مع من يمر بمعاناة بشكل عام، ولإنشاء تحالف علاجي فعال والحفاظ عليه، وتقديم خدمات فعالة بما في ذلك الاستجابة التعاطفية، وفي نفس الوقت أن يكون الشخص شفوفاً ومتعاطفاً فذلك ينطوي على تكاليف. فمن أسباب حدوث إجهاد الشفقة وفقاً لـ "فيجلي" قدرة التعاطف؛ والتي تشير إلى استعداد المعالج لملاحظة آلام الآخرين، ويقترح النموذج أن بدون التعاطف سيكون هناك القليل إن وجد من وضغوط الشفقة ولا يكون هناك إجهاد الشفقة. ومع ذلك، بدون تعاطف أيضاً سيكون هناك القليل إن وجد من الاستجابة التعاطفية تجاه العملاء الذين يعانون. وبالتالي، فإن القدرة على التعاطف هي حجر الزاوية لكل من مساعدة الآخرين وأيضاً أن تكون سريع التأثير بتكاليف الرعاية. وكذلك إسقاط المعالج لذاته على منظور العميل؛ وعند قيامه بذلك قد يعاني من ألم، وخوف، وغضب، أو انفعالات أخرى في الأساس يعاني منها العميل (-Figley, 2002, 1436; Russell & Brickell, 2015, 1094).

يُعد التعاطف وفقاً لـ "فيجلي" عاملاً رئيسياً لتسلل تفاصيل الصدمة من الضحية الأولية إلى الضحية الثانوية، وقد يشعر المعالج بالصدمة أيضاً (Figley, 1995, 15). ويضيف "فيجلي" أن إجهاد الشفقة والاحتراق النفسي ثغرات جوهرية في التعاطف، لاسيما عندما تسفر الاستجابات التعاطفية عن تحسن طفيف في معاناة الآخر (Konrath & Grynberg, 2013, 25).

لذلك أكد "روبينز" وزمليه (٢٠٠٩) على أنه من العوامل الفردية المهمة التي تعرض الأفراد لخطر الاحتراق النفسي وإجهاد الشفقة التعاطف بأشكاله؛ خاصة عدم وضوح الحدود الوجدانية بين الذات والمريض (Robins et al., 2009, 271). وأن التصرف بطريقة تتسم بالشفقة واستخدام مهارات التعاطف قد يجعلان المعالج عرضة للتشبع بضغوطات العمل (Stebnicki, 2008, 24-25).

(ب) وتتسق النتيجة (ب) - وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين نمط الشخصية (د) وإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين) - مع نتائج دراسة "كيم" وزملائه (٢٠١٧) التي أسفرت عن وجود علاقة إيجابية قوية بين نمط الشخصية (د) وإجهاد الشفقة والاحتراق النفسي، ودراسة "جوينز" وزملائه (٢٠١٥) التي أسفرت عن وجود علاقة إيجابية قوية بين نمط الشخصية (د) والاحتراق النفسي الانفعالي. واحتمال إصابة الممرضات التي تتسم بنمط الشخصية (د) بالاحتراق النفسي كان خمس مرات أكثر من غيرهن، وأنهن أكثر استهدافاً لتفاقم الاحتراق النفسي. وكذلك دراسة "أوجيسكا- بوليك" (٢٠٠٦) التي خلصت نتائجها إلى أن نمط الشخصية (د) يؤدي دوراً مهماً في إدراك الضغوط الوظيفية وحدوث نتائج صحية سلبية. ونتائج دراسة "دينوليت" (٢٠٠٥) التي توصلت إلى أن الأفراد ذوي نمط الشخصية (د) لديهم قابلية للتعرض للمعاناة من المشقة المزمنة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ب) في ضوء عوامل الخطر التي قدمها "ستينيك" (٢٠٠٠) لإجهاد الشفقة أو التعاطف ومنها؛ الحالات والسمات الشخصية الحالية والموجودة مسبقاً لدى الفرد أو مقدمي الرعاية الصحية (Stebnicki, 2016, 537; Stebnicki, 2008, 119). فوفقاً لـ "مورستيج" وآخرين (٢٠١٢) إن الأفراد ذوي نمط الشخصية (د) هم أقل عرضة لطلب المساعدة بسبب ميلهم إلى كبت انفعالاتهم أثناء التفاعلات الاجتماعية، ونتيجة لذلك قد يكون لديهم خطر متزايد للاحتراق.

يجب أن يُأخذ بعين الاعتبار الجانب الفردي لدى مقدمي الرعاية الصحية؛ وذلك لأن الممرضين داخل وحدة معينة يتعرضوا لنفس العوامل المتعلقة بالمنظمة والوظيفة، ومع ذلك لن تظهر لدى جميع الممرضين أعراض الضغوط أو الاحتراق النفسي. وقد ذهب "جينس" وزملائه (٢٠١٥) إلى أبعد من ذلك وهو أن نمط شخصية الممرضة قد يؤثر على اختيارها لمجال التخصص في التمريض - شريطة أن تكون الممرضة قادرة على اختيار المجال - وبناءً على ذلك فإن ارتفاع معدل انتشار أنواع محددة من الشخصيات داخل مجال اختصاص التمريض قد يجعل هذا المجال أكثر عرضة للاحتراق (Geuens et al., 2015, 80-81).

[٢] نتائج الفرض الثاني: والذي ينص علي؛ يسهم التعاطف، ونمط الشخصية (د) في التنبؤ بإجهاد الشفقة لدى مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين).

توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلى أن التعاطف (الدرجة الكلية) قد فسّر حوالي ٢١%، ٤% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة، وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة معاً حوالي ٣٧%،

٢٤% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة وذلك لدى المشاركين من الأطباء والمشاركين من التمريض على التوالي. بينما فسر نمط الشخصية (د) (الدرجة الكلية) حوالي ٣٠%، ٣٥% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة، وفسر مكوني نمط الشخصية (د) معاً حوالي ٣١%، ٣٦% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة وذلك لدى الأطباء والتمريض على التوالي. في حين أن الدرجات الكلية لكلاً من التعاطف ونمط الشخصية (د) معاً قد فسرا حوالي ٣٧%، ٣٥% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة. وقد فسرت مكونات التعاطف الفرعية الأربعة مع مكوني نمط الشخصية (د) حوالي ٤٩%، ٤٢% من التباين الذي يحدث في إجهاد الشفقة وذلك لدى الأطباء والتمريض على التوالي.

وتتسق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة "دورتي" وزميلييه (٢٠١٦) حيث أظهرت أن للتعاطف قدرة على التنبؤ بإجهاد الشفقة، والاحترق النفسي. وكذلك دراسة "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣) التي أظهرت أن الاهتمام التعاطفي تنبأ بالاحترق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية. كما تنبأت المشقة الشخصية بجميع مكونات نوعية الحياة المهنية للحياة (الاحترق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية) وتنبأت عكسياً بإستحسان الشفقة. وكذلك دراسة "أبيندروث، وفلانري" (٢٠٠٦) التي أظهرت أن التعاطف المفرط من المحددات الرئيسية لخطر الإصابة بإجهاد الشفقة (والذي يؤدي إلى عدم وضوح الحدود المهنية) وقد مثل مع الصدمة، والقلق، ومتطلبات الحياة في نموذج الانحدار المتعدد ٩١% من التباين في خطر إجهاد الشفقة. ولذلك قد أشار "أبيندروث، وفلانري" إلى أن معرفة هذه المتغيرات من قبل المنظمات يساعدها على تحديد الممرضات المعرضات للخطر بإجهاد الشفقة، بالإضافة إلى توفير التدخلات والوقاية للحفاظ على رعاية مثلي. وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة "جوينز" وزملائه (٢٠١٥) التي أسفرت عن أن نمط الشخصية (د) مستهدف لتقاوم الاحترق النفسي لدى الممرضات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظريات المرتبطة بالصحة المهنية التي أوضحت أن العناء (كالاحترق النفسي، والنتائج الصحية السلبية) ينتج عن تفاعل السياق والموارد المتاحة بالعمل. وأن من بين الموارد؛ خصائص الشخصية والفروق الفردية المرتبطة بالتعاطف والمواجهة. وتتطوي الموارد أيضاً من منظور نظرية متطلبات الوظيفة - والموارد على الجوانب الوظيفية "البدينية، والنفسية، والاجتماعية أو المؤسسية" والتي تساعد الأفراد على بلوغ أهداف العمل، والنمو والتطور، و/أو الحد من متطلبات العمل (مثل أشكال العمل التي تتطلب جهداً/ طاقة، والتي ترتبط بتكلفة بدنية أو نفسية) وما يلحقه من عناء. وبالتالي، فإن العناء ينتج عن متطلبات وموارد غير ملائمة منها خصائص الشخصية والفروق الفردية المرتبطة بالتعاطف، حيث تؤدي متطلبات الوظائف بشكل مستقل إضافة لسياق الموارد غير الكافية إلى الإنهاك ونتائج سلبية أخرى. وعندما يتم تطبيق هذا المنظور على عمليات الضغوط القائمة على التعاطف، فمن الواضح أن كل من موارد ومتطلبات التعاطف، والصدمة المستمدة من عوامل فردية وسياقية يحددوا مسار الضغوط القائمة على التعاطف

لدى الأفراد (Rauvola et al., 2019, 7-8). ويمكن التفسير كذلك في ضوء نظرية المحاكاة حيث يعتمد التفهم التعاطفي لكل من السلوك البشري، والحالة الانفعالية الداخلية على القدرة المركبة لإدراك الآخرين كما لو كانوا نحن، ومحاكاة هذه المشاهدات داخل أنظمتنا العصبية (Smith, 2013, 15).

كما أوضح نموذج عمليات تكوين إجهاد الشفقة أن عملية تكوين إجهاد الشفقة تبدأ مع تقديم الممرضات الرعاية للمريض الذي يعاني، ورغبتهم في مساعدته، بالإضافة إلى قدرتهن على إظهار التعاطف والشفقة. ومن ثم تؤدي الرعاية المطولة والمكثفة واستخدام الذات إلى ظهور ضغوط الصدمة الثانوية (أعراض الصدمة)، والاحتراق النفسي (الاحتراق النفسي البدني، والانفعالي، والنفسي). مما ينتج عن ظهورهما انخفاض في كل من قدرة الممرضات على الرعاية وتوفير الطاقة، ومهارات التعاطف والشفقة لديهن (Pehlivan & Güner, 2018, 132).

ذكر "ستينيكى" (٢٠٠٨) أن عملية ضغوط وإجهاد الشفقة تبدأ ببناء الشخصية التي تتسم بمستويات مرتفعة من الشفقة والتعاطف (Stebnicki, 2008, 25). وأن المشاركة التعاطفية تسهم في تشويش الحدود بين المريض ومقدم الرعاية، مما يجعل الفرد أكثر عرضة للتأثيرات السلبية الناتجة عن التعرض للصدمة (Robins et al., 2009, 271). لذلك يعد الاتساق التعاطفي (تفاعل الشخص مع احتياجات الآخرين الانفعالية والمزاجية) مع معاناة الآخرين من أحد العوامل السببية التي طرحت عبر جميع أنواع الإصابة بضغوط الشفقة (Russell & Brickell, 2015, 1094).

لذلك من المهم فهم الطريقة التي ترتبط بها النوازع الفردية مع بعضها بعضاً، لأنها تسمح بتقييم أفضل للعوامل المؤثرة في إستحسان التعاطف وإجهاد التعاطف (Gleichgerrcht & Decety, 2013, 9). كما أضاف "اوجيسكا- بوليك" (٢٠٠٦) أن نمط الشخصية (د) لدى مهنيي الرعاية الصحية يؤدي دوراً مهماً في إدراك الضغوط الوظيفية وحدوث نتائج صحية سلبية (van Londen, 2008, 8). حيث أن ارتفاع أي من الوجدان السلبي النزوعي أو الغضب يؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية مبالغ فيها (Geuens et al., 2015, 81).

[٣] نتائج الفرض الثالث: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين الأطباء والممرضين في إجهاد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية (د).

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطباء والممرضين على إجهاد الشفقة الدرجة الكلية، والمقياس الفرعي الثاني (الاحتراق النفسي)، وكانت الفروق في اتجاه الأطباء. كما كشفت النتائج أيضاً عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطباء والممرضين على التعاطف، ونمط الشخصية (د). وتتسق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة "روبنز" وزميليه (٢٠٠٩) حيث أشارت إلى أن درجات الأطباء كانت مرتفعة على الاحتراق النفسي مقارنة بكل من الممرضين ومهنيي الصحة النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة الفترة التي طبقت فيها أدوات الدراسة الراهنة وهي فترة بداية وأثناء تفشي فيروس كورونا، فحينما وضعت الباحثة هذا الفروض كان هناك توقع أن تكون هناك فروق على إجهاد الشفقة في اتجاه الممرضين وذلك في ضوء التأطير النظري الذي أكد على أن عامل التعرض المباشر والمطول للحالات وذويهم يكون مهياً لحدوث إجهاد الشفقة، وهو ما تتسم به طبيعة المهام الوظيفية للممرض مقارنة بالطبيب. أما في ظل تلك الفترة - فترة تفشي فيروس كورونا - والتي طبقت فيها أدوات الدراسة الراهنة تدخلت متغيرات أخرى كعبء اتخاذ القرارات الملقاة على عاتق الطبيب، إضافة إلى زيادة فترات تعرضه ومكوثه بالمستشفى أكثر من المعتاد والطبيعي نظراً لطبيعة الفترة الطارئة، إضافة إلى غيرها من المتغيرات الدخيلة التي جعلت درجاتهم أكثر ارتفاعاً مقارنة بالممرضين على إجهاد الشفقة والاحتراق النفسي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء أن الأطباء هم الأكثر تعرضاً لتفاصيل الصدمة مقارنة بالممرضين وهو من العوامل المهيأة لحدوث إجهاد الشفقة لذلك كانت درجات الأطباء مرتفعة بشكل دال على إجهاد الشفقة الدرجة، والاحتراق النفسي. فقد ذكر كل من "بيرلمان، وساكفيتيني" (١٩٩٥)، و"سابين-فاريل، وتوربين" (٢٠٠٣) أن من المتغيرات التي ترتبط بالمعاناة بشكل عام بضغوط الصدمة المرتبطة بالعمل، والتي تعد عوامل داخل إطار العمل؛ هو مقدار التعرض لتفاصيل الصدمة (Robins et al., 2009, 271).

[٤] نتائج الفرض الرابع: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) في إجهاد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية (د).

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والتمريض) في إجهاد الشفقة والتعاطف ونمط الشخصية (د)، وكانت الفروق في اتجاه الإناث. بينما اختفت الفروق الدالة بين الذكور والإناث على بعض المكونات الفرعية لتلك المتغيرات كضغوط الصدمة الثانوية (المكون الفرعي الأول لإجهاد الشفقة)، والتثبيط الاجتماعي (المكون الفرعي الأول لنمط الشخصية "د") لدى المشاركين من التمريض فقط، وفي التخيل والاهتمام التعاطفي (المكون الفرعي الثاني والثالث للتعاطف) في عيني الأطباء والتمريض.

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "زيدنر" وزملائه (٢٠١٣) حيث توصلت إلى أن الإناث من مهنيي الرعاية الصحية عموماً أبلغن عن مستويات مرتفعة من تجنب المواجهة وإجهاد الشفقة مقارنة بالذكور. وكذلك مع دراستي "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣، و٢٠١٤) حيث أظهرت نتائجها على التوالي أن درجات الإناث كانت أكثر ارتفاعاً في جميع مكونات التعاطف، وكان إدراك الطبيبات لألم المرضى أكثر ارتفاعاً وذلك مقارنة بالأطباء الذكور.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء طبيعة الإناث التي تتسم بارتفاع التعاطف لديهم مقارنة بالذكور فكما أشارت دراسة "فيري" وآخرين (٢٠١٥) إلى أن الإناث أظهرن استعداداً للتعاطف أعلى من الذكور (Hunt et al., 2017, 15). وهو ما أكده "ستينيكى" (٢٠٠٨) بأن المهنيون الذين يظهرون مستويات مرتفعة من التعاطف أثناء التفاعلات العلاجية هم أكثر استعداداً للمعانة من الإجهاد بشكل محدد؛ حيث تبدأ هذه العملية ببناء الشخصية لديهم والتي تتميز بأنها تمتلك مستويات مرتفعة من الشفقة والتعاطف. وأن تكون متاحاً بشكل تعاطفي للعملاء/والزبائن على أساس يومي/أسبوعي له تكلفة انفعالية، وجسدية، وروحانية (Stebnicki, 2008, 25).

كذلك يمكن تفسير تلك النتيجة في ضوء أن الإناث أكثر عرضه لخطر المشقة النفسية العامة، كما أشار كل من "ناجامين" وزملائه (٢٠١٨)، و"مكارول" (١٩٩٣) إلى أن الإناث مرتفعين بشكل دال على المشقة مقارنة بالذكور. ويدعم ذلك ما أكده "شيرنهامر، وكولديتزر" (٢٠٠٤) في دراستهما حيث وجدا أن الأطباء الذكور أكثر عرضة للانتحار بنسبة ١,٤١ مرة؛ بينما الطبيبات أكثر عرضة للوفاة منتحرات بنسبة ٢,٢٧ مرة (Surguladze et al., 2018, 23).

[٥] نتائج الفرض الخامس: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر التخصصات المختلفة) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

أولاً : المشاركين من الأطباء؛ كشفت نتائج المقارنة بين التخصصات الست عن وجود فروق دالة إحصائياً على إجهاد الشفقة بمقياسيه الفرعيين، وعلى نمط الشخصية(د) بمقياسيه الفرعيين، وكذلك على التعاطف بمقاييسه الفرعية جميعها باستثناء مقياس التخيل كانت الفروق عليه غير دالة إحصائياً.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص العناية المركزة وتخصص الطب النفسي على إجهاد الشفقة والتعاطف في اتجاه تخصص الطب النفسي، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام راشدين وتخصص الطب النفسي على إجهاد الشفقة في اتجاه تخصص الطب النفسي، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص الجراحة العامة وتخصص الطب النفسي على إجهاد الشفقة في اتجاه تخصص الطب النفسي. كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص العناية مركزة على إجهاد الشفقة في اتجاه تخصص أورام أطفال. وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص الجراحة عامة على إجهاد الشفقة في اتجاه تخصص أورام أطفال. وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي تخصص أورام أطفال وتخصص أورام راشدين على ضغوط الصدمة الثانوية في اتجاه تخصص أورام أطفال. كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي

تخصص طوارئ وتخصص جراحة عامة على الاحتراق النفسي في اتجاه تخصص طوارئ. وقد اختلفت دلالة الفروق في باقي المقارنات الأخرى بين مجموعات التخصصات.

ثانياً : المشاركين من التمريض؛ كشفت نتائج المقارنة بين التخصصات الست، عن وجود فروق دالة إحصائية على نمط الشخصية(د) فقط. وعدم وجود فروق دالة إحصائية على إجهاد الشفقة والتعاطف. أما عن اتجاهات الفروق بين المجموعات، فقد أسفرت النتائج عن أن متوسطات الفروق بين كل مجموعتين على حدة من التخصصات على نمط الشخصية(د) جاءت جميعها غير دالة إحصائية.

وتتنسق هذه النتيجة مع دراسة "روبنز" وزميلييه (٢٠٠٩) فقد توصلت نتائجها إلى أن مستوى إجهاد الشفقة لدى العاملين بمستشفى الأطفال كان مماثل لمستوي العاملين بالصدمة (الصحة النفسية). وكانت درجات الأطباء بمستشفيات الأطفال على الاحتراق النفسي مرتفعة بشكل دال مقارنة بأطباء من تخصصات طبية أخرى.

وعلى الرغم من أن نتائج دراسة "زيدنير" وزملائها (٢٠١٣) لم تظهر فروق دالة في إجهاد الشفقة بين ممارسي رعاية الصحة النفسية وممارسي رعاية الصحة الطبية الأولية. إلا أن "زيدنير" وزملائها اعتبروا أن عدم وجود فروق بين المجموعتين أمراً مفاجئاً نظراً لأن ممارسي رعاية الصحة النفسية قد أبلغوا عن مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي، وتجنب المواجهة.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء بعض المتغيرات التي ذكرها "فيجلي" والتي تجعل بعض العاملين بمجال الصدمات عرضة بشكل خاص لإجهاد الشفقة، ومنها؛ أن صدمة الأطفال تُعد استنزائية للمعالجين (Figley, 1995, 16). فيعد التعرض للصدمات والمعاناة عند الأطفال من العوامل البارزة التي تستثير إجهاد الشفقة، كما أن مشاهدة وفاة طفل هو حدث صادم، والتعرض المتكرر للأطفال الذين يموتون يمكن أن يؤدي إلى تآكل السلام النفسي (Pink de Champlain, 2016, 4). كما أن مهني الصحة النفسية يتعرضوا لضغوط الصدمة الثانوية من خلال تعاملهم مع ضحايا الصدمة مما قد يسهم في الخبرة الكلية لإجهاد الشفقة (Thompson, 2017, 35).

وقد نوقشت فكرة أي المهنيين أكثر عرضه للإصابة بإجهاد الشفقة - وكان المقصود العاملين بمجال الصدمات والصحة النفسية أم المجال الطبي - وكانت هناك إشارة إلي أن العاملين في مجال الصدمات هم الأكثر عرضة لإجهاد الشفقة؛ خاصة المعالجين الذين يعملون بشكل منتظم مع من مروا بصدمات (Figley, 1995, 15).

[٦] الفرض السادس: والذي ينص على أنه؛ توجد فروق بين مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وممرضين كل على حدة) (عبر عدد سنوات ممارسة الرعاية الصحية) في كل من إجهاد الشفقة، والتعاطف، ونمط الشخصية(د).

أولاً : المشاركين من الأطباء؛ كشفت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث (منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي الممارسة) عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث على إجهاد الشفقة والتعاطف. بينما اختفت الفروق الدالة إحصائياً على نمط الشخصية(د). أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين منخفضي سنوات ممارسة الرعاية ومرتفعي سنوات الممارسة على إجهاد الشفقة، والتعاطف في اتجاه مجموعة منخفضي سنوات ممارسة الرعاية. وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي ممارسة الرعاية ومرتفعي الممارسة على التخيل في اتجاه متوسطي ممارسة الرعاية. وقد اختفت دلالة الفروق في باقي المقارنات الأخرى بين المجموعات.

ثانياً : المشاركين من التمريض؛ كشفت نتائج المقارنة بين الثلاث مجموعات (منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي الممارسة)، عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً على جميع استخبارات الدراسة باستثناء مقياس فرعي واحد فقط للتعاطف وهو (التخيل). حيث كانت الفروق بين مجموعتي منخفضي سنوات الممارسة ومرتفعي سنوات الممارسة على (التخيل) وكانت الفروق في اتجاه منخفضي سنوات ممارسة الرعاية، وقد اختفت دلالة الفروق في باقي المقارنات بين المجموعات.

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراستي "بيرجير" وآخرين (٢٠١٥)، و"كيللي" وآخرين (٢٠١٥) حيث أظهرت النتائج أن ضغوط الصدمة الثانوية والاحترق النفسي كانا أكثر ارتفاعاً لدى الممرضات الأقل خبرة (أقل من خمس سنوات من ممارسة التمريض)، وكذلك الأصغر سناً. وتتسق النتائج أيضاً مع دراستي "جليتشجيرت، وديستي" (٢٠١٣، ٢٠١٤) التي أظهرتا ارتباط سنوات الخبرة بشكل دال بكل من إستحسان الشفقة، والاحترق النفسي، وضغوط الصدمة الثانوية، وقد وجدت علاقة عكسية قوية بين سنوات الخبرة وسلوك الإيثار. كما أظهرت دراسة "بوتاني" وزملائه (٢٠١٢) ارتفاع إستحسان الشفقة بين أولئك الذين يتمتعون بسنوات ممارسة أكبر، وكذلك بين العاملين في القطاع الخاص.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نموذج "فيجلي" السببي لإجهاد وضغوط الشفقة؛ فقد أشار إلي أنه من بين المتغيرات التي يتضمنها نموذجها وتتفاعل في العملية التي تؤدي إلى نتيجة نهائية مرتبطة بإجهاد الشفقة؛ متغير التعرض للعميل والذي يشير إلى التعرض المباشر للعملاء وتفاصيلهم، وتكبد طاقة انفعالية لمعاناة العملاء. وأيضاً متغير التعرض المطول والذي يشير إلي شعور المعالج المستمر بمسؤوليته عن عافية العميل، ورعاية من يمر بمعاناة على مدى زمني

طويل. فكلما طالت فترات الراحة كلما كان ذلك أفضل. ويتم النظر إلى الاستراحة على وجه التحديد؛ باعتبارها فترة راحة من كونك شغوفاً ومتعاطفاً تجاه العملاء؛ واستراحة من كونك مقدم خدمة مهني (Figley, 2002, 1436-1438; Russell & Brickell, 2015, 1094).

كما يمكن تفسير ارتفاع منخفضي ومتوسطي سنوات ممارسة الرعاية على إجهاد الشفقة والتعاطف إلي أنهم الأكثر والأطول تعرضاً واحتكاكاً مع المرضى وذويهم وبالتالي أكثر تعاطفاً، والأكثر تفاعلاً بشكل تعاطفي. وذلك مقارنة بمرتفعي سنوات ممارسة الرعاية حيث أن أغلب مرتفعي سنوات ممارسة الرعاية في مناصب إدارية إشرافية أو رقابية، وبالتالي فهم أقل احتكاكاً بالمرضى (أي الأقل تعرضاً والأقل تفاعلاً بشكل تعاطفي). وقد ذكر "فيجلي" أن أحد الأسباب التي تدفع من يمارس تقديم الخدمات الإنسانية مباشرة إلي يصبح مشرفاً، أو مسؤولاً أو معلماً في مهنة الصحة النفسية يرجع مباشرة إلى تكاليف التعرض المباشر للعملاء. وترتفع تكاليف التعرض المباشر لمعاونة الآخرين بشكل كبير، ومن المستحيل معرفة عدد الذين اختاروا التخلي عن الممارسة المباشرة لأن الثمن كان باهظاً بالنسبة لهم (Russell & Brickell, 2015, 1094). كما أشار "روبينز" وزميليه (٢٠٠٩) إلى أن التعرض لتجارب الآخرين المؤلمة له تأثيره التراكمي على مقدمي الرعاية، ويرتبط زيادة التعرض بمرور الوقت بمستويات مرتفعة من أعراض المشقة. فمقدار التعرض لتفاصيل الصدمة من أهم المتغيرات التي ذكرها أيضاً كل من "بيرلمان، وساكفيتي" (١٩٩٥)، و"سابين-فاريل، وتوربين" (٢٠٠٣) التي ترتبط بالمعاونة من ضغوط الصدمة المرتبطة بالعمل (Robins et al., 2009, 270-271).

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

أبو عاذرة، إيمان علي (٢٠١٨). الصدمة المنقلة وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الأخصائيين النفسيين العاملين في مراكز الصحة النفسية في محافظات غزة. [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية بغزة. <http://search.mandumah.com/Record/977928>.

الأنصاري، بدر (٢٠٠٢). المرجع في مقاييس الشخصية. دار الكتاب الحديث.

عثمان، فاروق السيد، رزق، محمد عبد السميع (٢٠٠١). الذكاء الانفعالي مفهومه وقياسه. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٥ (٥٨)، ٣٢-٥٠.

محمد، صلاح الدين عراقي (٢٠١٦). أساليب المعالجة الانفعالية لدى طلاب الجامعة المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة كلية التربية، جامعة بنها - كلية التربية، ٢٧ (١٠٥)، ٤٨-١.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Abendroth, M. & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.

Altmann, T.; Schönfeld, V. & Roth, M. (2015). Evaluation of an empathy training program to prevent emotional maladjustment symptoms in social professions. *Psychology*, 6(14), 1893-1904.

Batselé, E.; Denollet, J.; Lussier, A.; Loas, G.; Vanden Eynde, S.; Van de Borne, P. & Fantini-Hauwel, C. (2017). Type D personality: application of DS14 French version in general and clinical populations. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1075-1083.

Bhutani, J.; Bhutani, S.; Balhara, Y.P.S. & Kalra, S. (2012). Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: a medical exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 332.

Bunevicius, A.; Staniute, M.; Brozaitiene, J.; Stropute, D.; Bunevicius, R. & Denollet, J. (2013). Type D (distressed) personality and its assessment with the DS14 in Lithuanian patients with coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 18(9), 1242-1251.

Cocker, F. & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618-636.

- Crumpei, I. & Dafinoiu, I. (2012). The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 438-442.
- Davis, M.H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 1-12.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42-47.
- Duarte, J.; Pinto-Gouveia, J. & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Brunner-Routledge.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). *The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue*. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–138). Brunner-Routledge.
- Gerdes, K.E. & Segal, E.A. (2009). A social work model of empathy. *Advances in Social Work*, 10(2), 114-127.
- Geuens, N.; Braspenning, M.; Van Bogaert, P. & Franck, E. (2015). Individual vulnerability to burnout in nurses: The role of Type D personality within different nursing specialty areas. *Burnout Research*, 2(2-3), 80-86.
- Gleichgerrcht, E. & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PloS One*, 8(4), e61526.
- Gleichgerrcht, E. & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 243-252.
- Hansen, E.M.; Eklund, J.H.; Hallén, A.; Bjurhager, C.S.; Norrström, E.; Viman, A. & Stocks, E.L. (2018). Does Feeling Empathy Lead to Compassion Fatigue or Compassion Satisfaction? The Role of Time Perspective. *The Journal of Psychology*, 152(8), 630-645.

- Hodges, S.D. & Biswas-Diener, R. (2007). *Balancing the empathy expense account: Strategies for regulating empathic response*. In T. F. Farrow & P. W. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (Vol. 1, pp. 389-407). Cambridge University Press.
- Hunt, P.A.; Denieffe, S. & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1-2), 7-22.
- Hunt, P.; Denieffe, S. & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13124.
- Jennings, S.L. (2015). *The experience of secondary traumatic stress in counselors who work with sexually abused adolescents* [Unpublished doctoral dissertation]. Texas Tech University. <https://ttuir.tdl.org/handle/2346/62306>
- Kim, Y.H.; Kim, S.R.; Kim, Y.O.; Kim, J.Y.; Kim, H.K. & Kim, H.Y. (2017). *Influence of type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction*. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 905–916. <https://doi.org/10.1111/jan.13177>
- Klimecki, O. & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. *Pathological Altruism*, 368-383.
- Konrath, S.H. & Grynberg, D. (2013). *The Positive (and Negative) Psychology of Empathy*. In D. Watt & J. Panksepp (Eds.), *The Neurobiology and Psychology of Empathy*. Nova Science Publishers Incorporated.
- Nagamine, M.; Shigemura, J.; Fujiwara, T.; Waki, F.; Tanichi, M.; Saito, T.; Toda, H.; Yoshino, A. & Shimizu, K. (2018). The relationship between dispositional empathy, psychological distress, and posttraumatic stress responses among Japanese uniformed disaster workers: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 328-335.
- Neumann, M.; Scheffer, C.; Tauschel, D.; Lutz, G.; Wirtz, M. & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29(1), 1-10.
- Nilsson, P. (2014). Are empathy and compassion bad for the professional social worker?. *Advances in Social Work*, 15(2), 294-305.

- Pehlivan, T. & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129-134.
- Pink de Champlain, R.A. (2016). *Examining the Relationship between Empathy and Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Pediatric Nurses* [Unpublished doctoral dissertation]. Dalhousie University Halifax. <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/72064>
- Rauvola, R.S.; Vega, D.M. & Lavigne, K.N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: a qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3, 1-40. <https://www.researchgate.net/publication/334596069>
- Robins, P.M.; Meltzer, L. & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), 270-279.
- Russell, M. & Brickell, M. (2015). The “double-edge sword” of human empathy: A unifying neurobehavioral theory of compassion stress injury. *Social Sciences*, 4(4), 1087-1117.
- Smith, S.W. (2013). *Resilience to compassion fatigue in empathic nurses*. [Unpublished doctoral dissertation]. Walden University. <https://www.proquest.com/openview/e1f77d337e40d0b40724f24b60ac96ee/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Stebnicki, M.A. (2008). *Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors*. Springer Publishing Company.
- Stebnicki, M.A. (2016). *From Empathy Fatigue to Empathy Resiliency*. In I. Marini, M. A., Stebnicki (Eds.), *The professional counselor's desk reference*. (2nd ed., pp. 533-545). Springer Publishing Company.
- Surguladze, S.; Chikovani, G.; Revazishvili, T.; Dzadzamia, N. & Razmadze, T. (2018). Mindfulness as a Mediating Factor between Empathy and Burnout in People of Caring Professions. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 4(1), 1-6.
- Tei, S.; Becker, C.; Kawada, R.; Fujino, J.; Jankowski, K. F.; Sugihara, G.; Murai, T. & Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?. *Translational Psychiatry*, 4(6), 1-7.
- Thomas, J.T. (2011). *Intrapsychic predictors of professional quality of life: mindfulness, empathy, and emotional separation*. [Unpublished doctoral dissertation]. University of Kentucky. <https://pdfs.semanticscholar.org/16fd/ac8e004d39fede5c86ae46c958dc054bc43c.pdf>

- Thompson, K.L. (2017). *Compassion fatigue, secondary trauma stress, and burnout among licensed mental health professionals*. [Unpublished doctoral dissertation]. Olivet Nazarene University. https://digitalcommons.olivet.edu/edd_diss/113
- Uhrig, A. (2018). *Exploring Empathy in Medical Narratives*. [Master dissertation, Northern Michigan University]. Northern Michigan University NMU Commons. <https://commons.nmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1580&context=theses>
- Van Londen, F.A. (2008). *Type D personality: predictor of general psychological distress after military deployment?*. [Unpublished Master's thesis]. Utrecht University. <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/30815/0468487%20Londen.pdf?sequence=1>
- Weilenmann, S.; Schnyder, U.; Parkinson, B.; Corda, C.; Von Kaenel, R. & Pfaltz, M.C. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 389-406.
- Williams, B., Lau, R., Thornton, E., & Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout—lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 329-337.
- Wilson, J.P. & Thomas, R.B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. Brunner-Routledge.
- Xie, W.; Chen, L.; Feng, F.; Okolid, C.T.; Tang, P.; Zeng, L.; Jina, M.; Zhange, Y. & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103973.
- Zeidner, M.; Hadar, D.; Matthews, G. & Roberts, R.D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(6), 595-609.

Empathy and Type (D) Personality As Predictors of Compassion Fatigue Among a Sample Of Health Care Providers (Physicians and Nurses)

By

Nagwa I. ELshenawy

Dept. Psychology - Tanta University

Abstract:

The current study aims to explore the ability of empathy and type (D) personality to predict compassion fatigue among a sample of health care providers consisting of (240) Physicians and nurses from Various fields of specialization. The researcher has used Compassion Fatigue Self-Test-Revised prepared by Gentry, Baranowsky & Dunning (2002), The Interpersonal Reactivity Index (IRI) to measure empathy authored by Mark Davis (1980) and The Type-D Scale (DS14) authored by Johan Denollet (2005) The three Scales translated by the current researcher. The results of the study revealed that there are significant positive correlations between compassion Fatigue and both of empathy, and type (D) personality among health care providers (doctors and nurses). Empathy and personality type (D) together explained about 37% (doctors)-35% (nurses) of the variance in compassion Fatigue. found statistically significant differences between doctors and nurses on only Compassion Fatigue towards doctors. Statistically significant differences were found between males and females health care providers (doctors and nurses) on the three study variables towards females. The results of the comparison between doctors' fields of specialization revealed were statistically significant differences on the three study variables. While the differences significant disappeared between the nurses' fields of specialization on compassion Fatigue and empathy, the statistically significant differences appeared on only the type (D) personality. Statistically significant differences were found between the low years of care practice and the high practice of doctors only on Compassion Fatigue and empathy towards the low care practice group, and the significance of the differences disappeared in the nurses sample.

Key Words: Compassion Fatigue, Empathy, Type (D) Personality, Health Care Providers.