

دور تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين

آية الله عبده سليمان أحمد(*)

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي من ناحية، وكذلك معرفة العلاقة بين كلٍ من تنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي من ناحية أخرى لدى الممرضين، كما تهدف إلى الكشف عما إذا كان لتنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية دور مُعدل في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي. وبلغت عينة الدراسة (٩٠) ممرضًا ممن يعملون بالمستشفيات الحكومية، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٠,٣ ± ٥,٠٣) سنة. وتكونت أدوات الدراسة من أربعة مقاييس، هي: مقياس متطلبات العمل (إعداد: الباحثة)، ومقياس الاحتراق النفسي (إعداد: ماسلاش وجاكسون (١٩٨١) وترجمة الباحثة)، ومقياس المساندة الاجتماعية في العمل (إعداد: الباحثة)، ومقياس تنظيم الانفعال (إعداد: الباحثة). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين كلٍ من تنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي. كما أسفرت النتائج عن وجود دور مُعدل لتنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي.

الكلمات الدالة: تنظيم الانفعال، المساندة الاجتماعية، متطلبات العمل، الاحتراق النفسي، الممرضون.

(*) مدرس علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة

The Role of Emotional Regulation and Social Support in Moderating The Relationship Between Perceived Job Demands and Burnout among Male Nurses

Aya Allah Abdou Soliman Ahmed^(*)

Abstract

The study aims to investigate the relationship between perceived job demands, burnout and the study of the relationship between both of emotional regulation, social support and burnout, in addition to revealing whether emotional regulation and social support moderates the relationship between perceived job demands and burnout among (90) male nurses (mean age 30.3 ± 5.03 years) who work in emergency units, intensive care, and surgeries selected from governmental hospitals. Four scales have been applied to the sample: "Scale of Perceived Job Demands", "Social Support Scale" "Emotional Regulation Scale" which was prepared by researcher and "Burnout Scale" by Maslach & Jackson (1981), translate by researcher, with consideration of the psychometric features. This is in addition to the preliminary data Form used to collect the demographic variables of interest to the current study. The statistical analysis revealed a positive relationship between job demands and burnout. It also showed a negative relationship between both of emotional regulation, social support and burnout. Finally, the study showed moderating role for emotional regulation and social support in the relationship between job demands and burnout.

Keywords: Emotional Regulation, Social Support, Job Demands, burnout, Nursing.

مُدخل إلى مشكلة الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين، كما تحاول معرفة دور كلٍ من تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية المُعدل لتلك العلاقة.

وتتدرج الدراسة الحالية ضمن الدراسات المعنية بالصحة المهنية؛ التي تُعني بدراسة بيئة العمل، وسلوك الأفراد في تلك البيئة، والتفاعل بين بيئة العمل

^(*) Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University.

وسلوكلهم، وما قد ينتج عنه من مشكلات، بالإضافة إلى الاهتمام بصحة العاملين وسلامتهم النفسية والجسدية والمهنية (Peiro & Tetrick, 2011; Schonfeld & Chang, 2017).

تُعد الضغوط أحد الموضوعات المهمة التي تشغل اهتمام كثير من المتخصصين في فروع علمية مختلفة. ويأتي الاهتمام بهذا الموضوع؛ لكونه واحدًا من حقائق الحياة وثوابتها، وكونه قضية تهم العامة والخاصة، فلا يكاد يوجد إنسان لا يعاني من الضغوط بأشكال مختلفة، وبصورة تكاد تكون يومية (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٧).

ورغم تعدد مصادر الضغوط وتنوعها فإن العمل يظل هو أحد أهم هذه المصادر واطرها، إذ يرتبط بالعديد من المواقف الضاغطة والصعبة، وبالتالي هناك صعوبة في إيجاد مهنة خالية من مصادر الضغوط، وإن كانت تختلف حدتها بين المؤسسات والمهن المختلفة، كما تختلف الاستجابات بين الأفراد تبعًا لها (عمر مصطفى محمد، ٢٠٠٨).

فهناك وظائف معينة تتضمن مصادر ضغط أكثر بكثير من غيرها كالجراحين، والطيارين، والعاملين بالقطاع الطبي نظرًا لأن حياة الآخرين تعتمد على دقة أداءهم، ووظائف أخرى كرجال الشرطة والمطافئ لأن سلامة من يقوم بهذه الوظائف مهددة دائمًا بالخطر، ومهن أخرى كمن يعمل في البنوك، والمديرين، والموظفين حيث أنهم يتعرضون لضغط ناجم عن كثرة العمل واستمراريته (Riggio, 2015).

ويُشكّل العمل الضاغط خطورة على الفرد؛ لما له من تأثير سلبي على صحته النفسية والجسدية، كما يمتدُّ تأثيره ليشمل جوانب أخرى من حياة الفرد خارج نطاق العمل، ولا يقتصر تأثير العمل الضاغط على الفرد وحده، وإنما يشمل المؤسسة التي يعمل بها، ويمتدُّ بعد ذلك على المجتمع بأسره (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٤؛ Steyn & Vawdab, 2014).

وتركز الدراسة الحالية على دراسة متطلبات العمل⁽¹⁾ لدى العاملين بالتمريض؛ والتي تشير إلى طبيعة العمل وأعباءه -سواء كانت منخفضة أو مرتفعة- وفق ما تعكسه متطلبات المهمة مع قدرة الفرد على أدائها. وفي مجال الضغوط المهنية فإن أعباء العمل النفسية والاجتماعية تعادل متطلباته، وبالتالي تُعد متطلبات العمل هي المحدد الرئيس لمستويات الضغوط بين العاملين الذين يؤدون مهام عمل متكررة (MacDonald, 2003).

وينطوي العمل بالتمريض على قَدْرٍ كبيرٍ من العبء الذهني والانفعاليّ والبدني، ويتّم غالباً في مواقف تزخر بأنفعالاتٍ شتى مثل: القلق والخوف والتوتر والازتباك، ويتعرض العاملون بالتمريض لظروف مَوْقِفِيَّةٍ تتطلب منهم ساعات عمل إضافية، والعمل ليلًا لساعات طويلة، كما يتعرضون لمشكلات شديدة التنوع وتتطلب منهم المواجهة بأقل درجة من الآثار الجانبية السلبية (سهير فهم الغباشي، ٢٠٠١؛ Oyane et al., 2013; Han et al., 2014).

كما أن هناك بعض أقسام التمريض المُجْهِدَة مقارنةً بالأقسام الأخرى، ومنها: وحدات الرعاية المركزة، والحرجة، والطوارئ، والجراحة؛ وهو ما كشفت عنه نتائج بعض الدراسات، منها: دراسة أجراها أدريانسينس Adriaenssens وآخرون (2011) على أن العمل بقسم الطوارئ يُعرض الممرضين للعمل في بيئة مُجْهِدَة وضاغطة، ومنها: التعرض لمواقف فجائية باستمرار، مع العمل تحت ضغط الوقت، وزيادة أعباء العمل، وإجراءات العمل غير المناسبة مع ضعف الإمكانيات، ويؤدي هذا بدوره إلى ارتفاع مستوى الانهالك الناجم عن متطلبات العمل المرتفعة، وزيادة الشكاوى الجسمية والنفسية لديهم.

وكذلك نتائج دراسة فانج Fang وزملائه (2013) التي أسفرت عن أن شعور الممرضات بانخفاض صحتهم النفسية والجسمية يتأثر بعدة عوامل مختلفة في بيئة العمل، والتي منها: طبيعة العمل (كالعمل بوحدات العناية المركزة، والجراحة، والأورام) وما تتضمنه هذه الأقسام من أعباء بجانب

(1) Job Demands.

التعرض للمخاطر، وانخفاض المساندة الاجتماعية في العمل.
ونظرًا لتركيز أغلب الدراسات على الممرضات؛ إذ أن تمثيل الإناث في العمل بالتمريض أكثر من الذكور (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠؛ سارة نبيل محرم، ٢٠١٩؛ Blanco-Donoso et al., 2016; Huang et al., 2019)، فإن الدراسة الحالية تركز على الممرضين بأقسام الطوارئ، والجراحة، والرعاية المركزة.

ومن ناحية أخرى أشار عديد من الباحثين في أن متطلبات العمل المرتفعة في مجال العمل بالتمريض تؤدي إلى حدوث بعض الآثار السلبية والتي منها: (الشعور بالإجهاد النفسي، وبأعراض التعب المزمن، والشكاوى الجسمية، وانخفاض الأداء، والاحتراق النفسي وغيرها) (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠؛ Barker & Nussbaum, 2011; Bakker & Demerouti, 2014; Rouxel et al., 2016).

ومن ثمّ تتناول الدراسة الحالية الاحتراق النفسي^(١) كأحد الآثار السلبية التي قد تنتج عن متطلبات العمل لدي الممرضين. وتشير جمعية التمريض الأمريكية إلى تعرض العاملين بمهنة التمريض لأعباء عمل عديدة ومتنوعة، مما يزيد من خطورة إصابتهم بالاحتراق النفسي مقارنةً بالمهن الأخرى، مما قد يشكّل هذا الشعور تهديدًا لسلامة الممرضين والمرضى على حد سواء (American Nurses Association, 2006).

ويتسق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج دراسة فريجانوفيس Friganovic وزملائه (2019) التي استندت إلى مراجعة (٧٨٦) دراسة؛ إلى أن العاملين بالرعاية الصحية يواجهون مستويات مرتفعة من أعراض التعب المزمن، وصولاً إلى زُملّة الاحتراق النفسي، وما لها من تأثيرات سلبية على الصحة الجسمية والنفسية.

(1) Burnout.

وعلى هذا النحو، اهتمت الدراسة الحالية بدراسة مجموعة متنوعة من الأعباء الجسمية والانفعالية والعقلية، والإدارية، وغيرها من المثيرات التي تواجه الممرضين في بيئة عملهم وآثارها السلبية عليهم متمثلة في الاحتراق النفسي. وعلى الجانب الآخر، في إطار اهتمام علم نفس الصحة المهنية بالموارد الاجتماعية والشخصية -تساقاً مع وصف منظمة الصحة العالمية، التي تعتبر الصحة ليست مجرد غياب المرض أو العجز، بل هي حالة متكاملة من شعور الفرد بحسن الحال النفسي والاجتماعي والمهني والجسمي (Schaufeli, 2004)-، فإن الشعور بحسن الحال المهني ينتج عن التعامل الناجح مع متطلبات العمل الضاغطة، وإدارة الآثار السلبية الناجمة عنها بنجاح (Klusmann, 2013).

وفي هذا السياق، أكدت نتائج دراسة فادية محمد علوان وآخرين (٢٠١٨) إن مفهوم الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي ليسا وجهين لشيء واحد، بل هما مفهومان متميزان، على الرغم من الارتباط بينهما. ومن ثم فإن التركيز لا ينبغي أن يقتصر على غياب المرض النفسي فقط، بل يجب الاهتمام أيضاً بتدعيم مقومات الصحة النفسية الإيجابية لدى الأفراد.

وبالتالي تهتم الدراسة الحالية بتنظيم الانفعال^(١) إذ يمكن أن يكون له دوراً مُعدّلاً ويقلل من قوة تأثير العمل الضاغط على النتائج المرتبطة بالصحة النفسية والجسمية؛ وهو ما تحاول الدراسة الحالية اختباره.

وبمراجعة التراث البحثي المتعلق بتنظيم الانفعال في السياق المهني، لوحظ تركيز معظم الدراسات على الاهتمام بتنظيم الذات الذي يتضمن بداخله تنظيم الانفعال كأحد مكوناته في ضوء علاقته ببعض مؤشرات الصحة النفسية؛ إذ وُجد أن لتنظيم الذات دوراً فعالاً في زيادة الشعور بحسن الحال، والرضا الوظيفي (Bentea, 2016; Fathizadeh & Khoshouei, 2017; Lanaj

(1)Emotional Regulation.

(.et al., 2012; Mattern & Bauer, 2014; Park et al., 2008)

كما أن لتنظيم الذات دورًا فعالاً في خفض الآثار السلبية على الصحة النفسية والجسمية. وهو ما أسفرت عنه نتائج دراسة آية الله عبده سليمان (٢٠٢٠) عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من تنظيم الذات والشعور بزملة أعراض التعب المزمن (النفسية والجسمية) لدى الممرضات.

وتبيّن أن العاملين الذين لديهم صعوبات في تنظيم ذواتهم وأنفعالاتهم في العمل يُفصحون عن شعورهم بمستويات مرتفعة من الضغوط، والإجهاد، والإنهاك الانفعاليّ، وينخفض لديهم الشعور بحُسن الحال (Blanco-Donoso et al., 2016). ومن ثمَّ نَبِّزُ أهمية دراسة تنظيم الانفعال، وخاصة في ظل ندرة الدراسات العربية -في حدود علم الباحثة- التي تناولت العلاقة بين تنظيم الانفعال والاحتراق النفسي في السياق المهني، فضلاً عن ندرة الاهتمام بعينة الممرضين.

ومن ناحية أخرى، تتناول الدراسة الحالية المساندة الاجتماعية^(١) باعتبارهم أحد الموارد التي قد تقلل من الاحتراق النفسي لدى الممرضين، إذ حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من قبل الباحثين، بوصفها أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية، ويستند الباحثون على مسلمة مفادها أن المساندة أو الموازنة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأُسرة والأصدقاء والزُملاء والأقارب، تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يمر بها (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٥).

وأشار عديد من الباحثين إلى أن المساندة الاجتماعية عامل مهم وحاسم في أوقات التعرض للضغوط، فلها دور مخفف أو ملطف؛ إذ تعمل على التقليل من الشعور بالضغوط والتخفيف من آثارها المحتملة السلبية على حياة الفرد

(1) Social Support.

وصحته (Boen et al., 2012; Hlebec et al., 2009; Lansdowne, 2011). وأحد الافتراضات حول دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من آثار الضغوط هو دور المخططات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية المدركة على أنها علاقات مساندة وما ينتج عنها من توقعات إيجابية بشأن تلك العلاقات، وأنها تمد الأفراد بالشعور بالمقبولية الاجتماعية من الآخرين، ومن ثمَّ زيادة قدرة الفرد على مواجهة الضغوط (Cohen,1992).

وبناءً على ما تقدّم، نعرض فيما يلي الأسئلة التي تسعى الدراسة الحالية للإجابة عنها.

أسئلة الدراسة

تسعى الدراسة الى الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ١- هل توجد علاقات ارتباطية بين متطلبات العمل والاحترق النفسي لدى الممرضين؟
- ٢- هل توجد علاقات ارتباطية بين تنظيم الانفعال والاحترق النفسي لدى الممرضين؟
- ٣- هل توجد علاقات ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاحترق النفسي لدى الممرضين؟
- ٤- هل يُعدل تنظيم الانفعال العلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي لدى الممرضين؟
- ٥- هل تُعدل المساندة الاجتماعية من العلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي لدى الممرضين؟

مفاهيم الدراسة

(١) متطلبات العمل

تشير متطلبات العمل إلى عناصر العمل المادية وال نفسية والاجتماعية، أو التنظيمية، التي تتطلب جهدًا متواصلًا (سواء كان جسيميًا أو نفسيًا)،

وبالتالي ترتبط مع بعض الآثار السلبية نفسياً وفسولوجياً (Bakker & Demerouti, 2014; Rouxel et al., 2016).

وتنقسم متطلبات العمل إلى: **متطلبات كمية**، وتشير إلى عبء العمل الزائد أو القيام بكثير من الأعمال في وقت قصير جداً. و**متطلبات انفعالية**، أي وضع العامل في مواقف انفعالية ضاغطة نتيجة التفاعلات مع الآخرين، وترتبط بعمل واحد، و**متطلبات عقلية**، وتشير إلى مهام العمل التي يُتطلب فيها أن يبذل الفرد جهداً عقلياً مستمراً لتنفيذها (Peeters et al., 2005).

وتعرّف الباحثة متطلبات العمل في الدراسة الحالية بأنها ما يتضمنه العمل من جوانب جسمية وانفعالية ومعرفية وإدارية وتنظيمية لازمة لأداء مهام العمل، وتتحوّل هذه المتطلبات إلى أعباء عندما تتطلّب من المرضين جهداً كبيراً لتأديتها، ومن ثمّ قد تؤدي إلى حدوث آثار سلبية على صحة الفرد الجسمية والنفسية.

(٢) الاحتراق النفسي

يُعد برادلي Bradley هو أول من أشار إلى مفهوم الاحتراق النفسي عام ١٩٦٩ في مقاله عن طبيعة الفترة التي يقضيها الضباط تحت الاختبار، في مرحلة الإعداد قبل التثبيت في العمل (الحسين محمد عبد المنعم، ٢٠٠٨). ثم قام هربرت فرويدنبرجر H. Freudenberger المحلل النفسي الأمريكي عام ١٩٧٤ بمزيد من التحديد والإثراء لهذا المفهوم، وادخله إلى حيز الاستخدام الأكاديمي، غير أن أعمال كريستينا ماسلاش K. Maslach مثّلت الإسهام الأساسي لتطور هذا المفهوم، وتبلوره بصورة واضحة (منال زكريا حسين وآخرون، ٢٠١٠).

ويُعرف جمعة سيد يوسف (٢٠٠٧: ٣٧) الاحتراق النفسي بأنه "حالة من الإنهاك الجسمي والانفعالي والعقلي تنتج عن الإنهاك طويل المدى في مواقف مشحونة انفعاليًا، وضاغطة بشدة، مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد وإنجازه".

وتعرّفه "ماسلاش" بأنه "شعور الفرد بالإرهاك الانفعالي^(١)، وفقدان الهوية^(٢)، وانخفاض الإنجاز الشخصي^(٣)، وذلك نتيجة التعرض المستمر للضغوط المهنية، واستمرارها دون حل" (Maslach et al., 2001). وهو التعريف الذي تتبناه الباحثة.

وفيما يلي توضيح هذه المكونات الثلاثة الأساسية للاحتراق النفسي:

أ. **الإرهاك الانفعالي**: هو شعور الفرد بفقدان طاقته على أداء عمله بالشكل المطلوب، وإحساسه بزيادة متطلبات العمل عن قدرته الفعلية على ذلك.

ب. **فقدان الهوية**: هو شعور الفرد بالسلبية وعدم الاكتراث للأحداث المحيطة به، وكذلك شعوره باختلال حالته المزاجية وقدرته على التفاعل مع الآخرين المحيطين به في سياق عمله.

ج. **انخفاض الإنجاز الشخصي**: يُقصد به شعور الفرد بأنه ليس بإمكانه تحقيق أي إنجاز في عمله، واعتقاده بأنه لن يحقق أي نجاح ممكن (الحسين محمد عبد المنعم، ٢٠٠٨؛ ٢٠٠٨ ب).

وبناءً على ما سبق، ينشأ الاحتراق النفسي نتيجة تراكم الضغوط المهنية التي يتعرض لها الفرد، واستمرارها دون حل (Finney et al., 2013; Wang et al., 2015).

أعراض الاحتراق النفسي

١. الإرهاك الجسدي^(٤)

ويتميز هذا الجانب بالتعب، وتوتر العضلات، والتغير في عادات الأكل والنوم، وانخفاض مستوي الطاقة بشكل عام. ولعل العرض الأول الذي يستدعي الانتباه هو "وعكة صحية عامة" وتعني السأم بدون سبب ظاهر.

(1) Emotional Exhaustion.

(2) Depersonalization.

(3) Low Personal Accomplishment.

(4) Physical Exhaustion.

٢. الانهك الانفعالي^(١)

ويتم التعبير عنه بأنه شعور بالإحباط والعجز واليأس والاكتئاب والحزن، والتبذل تجاه العمل أي أصبح الفرد لا يبالي بأي جانب من حياته المهنية التي كانت مهمة جداً بالنسبة له، ويعبر الأفراد عنه بأن صبرهم نفذ، ويظهرون شعوراً متكرراً بالاستثارة والغضب بدون سبب محدد.

٣. الانهك العقلي^(٢)

يشكو الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي من عدم الرضا عن أنفسهم وعن مهنتهم وحياتهم بشكل عام، ويشعرون بعدم الكفاءة، وعدم الفاعلية، ويميلون إلى الاعتقاد بأن هناك شيئاً ما خطأ في أنفسهم، لأن العمل الذي كان يعطيهم متعة أصبح سطحيًا ومملًا، ومن ثمَّ يشعرون بلوم الذات وتأتيب الضمير (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٧).

بعض المفاهيم المتداخلة مع الاحتراق النفسي

أ. الكرب النفسي^(٣)

يختلف مصطلح الضغوط عن مفهوم الكرب؛ فمفهوم الضغوط قد يكون سلبياً أو إيجابياً، ضاراً أو مفيداً. أمّا الكرب فهو سلبى دائماً وناجم عن أحداث سلبية وغير مرغوبة (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٧، ٦).

ويُعرف الكرب بأنه "حالة انفعالية سلبية ذات طابع وجداني، وهو أكثر شدة من القلق والاكتئاب، وينشأ نتيجة لصعوبات في حياة الفرد منها: الألم، والتعب، والمخاوف، فضلاً عن الهموم المعقدة كالأمور المالية" (عائشة طارق عبد الحميد، ٢٠١٦).

(1) Emotional Exhaustion.

(2) Mental Exhaustion.

(3) Psychological Distress.

ب. الإجهاد^(١)

يُعد الإجهاد استجابة للضغوط المستمرة لفترة طويلة، ويؤدي استمراره إلى الاحتراق النفسي، كما أنه يظهر في صورة أعراض جسدية ونفسية وسلوكية. ومن ثمَّ يُعد الإجهاد مرحلة سابقة على الاحتراق النفسي (Wong & Laschinger, 2015).

ج. زملة التعب المزمن^(٢)

هي حالة من الشعور بالإرهاق ونقص الطاقة تؤثر في قدرة الفرد على الاستجابة لمختلف التنبهات، وذات أعراض نفسية وجسدية لا تزول مع الراحة، ولا تترتب على حالة مرضية جسدية تفسرها، ومن هذه الأعراض اضطرابات النوم والصداع وضعف الذاكرة والانتباه، وآلام المفاصل والعضلات، وتتباين هذه الحالة في شدتها على متصل بين الشعور البسيط إلى الدرجة الشديدة من هذه الأعراض، والتي تقع في أقصى المتصل وتعتبر عن حالة الإنهاك (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٥). وبالتالي يمكن القول بأن زملة التعب تؤدي إلى شعور الفرد بالاحتراق النفسي أي نفاذ طاقة الفرد النفسية والجسدية.

(٣) تنظيم الانفعال

يُستخدم تنظيم الذات للإشارة بوجه عام إلى الجهود الواعية التي يبذلها الفرد لتعديل أفكاره، ومشاعره، وانفعالاته، ورغباته، وسلوكه؛ من أجل تحقيق أهدافه وفقاً لتفضيلاته (De Ridder & De Wit, 2006; Fathizadeh & Khoshouei, 2017).

ومن ثمَّ يتضح أن تنظيم الذات يتضمَّن بداخله تنظيم الانفعال يشير تنظيم الانفعال إلى قدرة الفرد على ضبط انفعالاته، وكفِّ الاستجابات الانفعالية السلبية من أجل إنجاز أهدافه (Koole et al., 2011). ويعرف أيضاً بأنه قدرة

(1) Strain.

(2) Chronic Fatigue Syndrome.

الفرد على مراقبة انفعالاته وفهمها وقبولها، والاستمرار في السلوك الموجه نحو الهدف عندما يستثار انفعاليًا (إيناس راضي يونس، ٢٠٢٠).

ويعرّفه جروس Gross (2002) بأنه العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر على مشاعره وانفعالاته، بالإضافة إلى كيفية التعبير عن تلك الانفعالات، ومواجهتها. كما أشار أيضًا إلى أن تنظيم الانفعال قد يتم بشكل واعٍ أو غير واعٍ؛ بهدف التحكم في الاستجابة الانفعالية.

وأشار جراتز Gratz ورومر Roemer (2004) إلى أن تنظيم الانفعال يتضمن عدة أبعاد، هي: الوعي وفهم الانفعالات، وقبول الانفعالات، والقدرة على ضبط السلوكيات الاندفاعية، والاستمرار في ممارسة السلوكيات الموجهة نحو الأهداف المرغوبة عند المرور بخبرة الانفعالات السلبية، كما أنه يتضمن القدرة على اتباع استراتيجيات تنظيم الانفعال الملائمة للموقف.

وتعرّف الباحثة تنظيم الانفعال في الدراسة الحالية بأنه عملية تمكّن الممرضون من ضبط وتنظيم انفعالاتهم ومشاعرهم؛ لتحقيق الأهداف المرتبطة بالعمل، ومواجهة متطلبات العمل، والآثار السلبية الناجمة عنه في ضوء ظروف بيئة العمل المتغيرة.

ومن الأطر النظرية المفسرة لتنظيم الذات والانفعال في ضوء علاقته بالسلوك الصحي

نموذج الشعور العام لتنظيم الذات^(١)

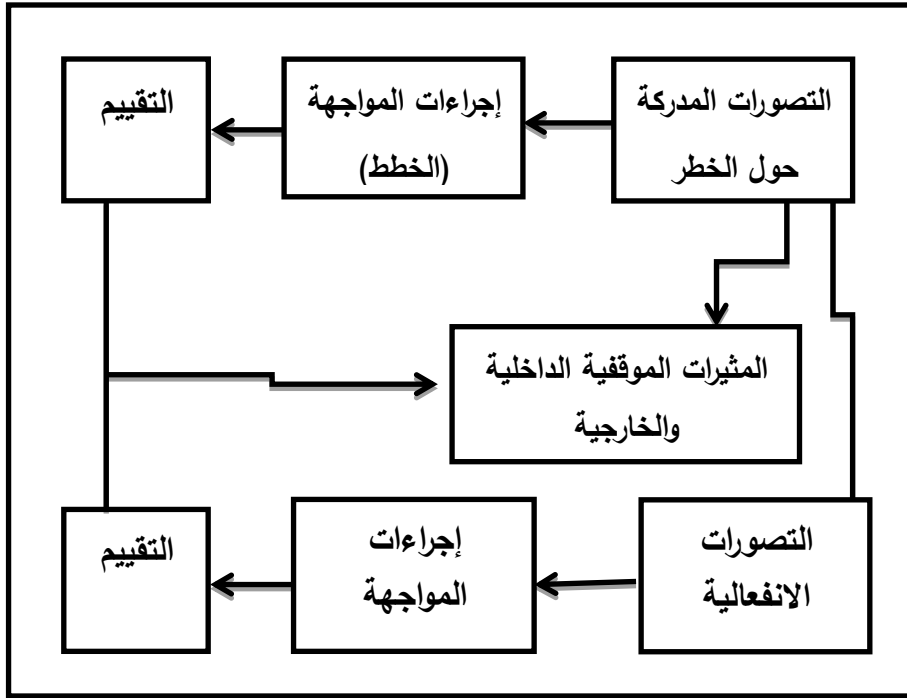
وضع ليفينثال Leventhal وزملاؤه نموذجًا لتنظيم الذات، يندرج تحت ما يسمّى بنظريات السلوك الصحي، ويهتم بدراسة العلاقة بين تنظيم الذات وبُعد الصحة - المرض؛ وذلك لتوضيح كيفية إدراك الفرد للضغوط والتحديات المتعلّقة بالصحة، واستراتيجيات مواجهتها (De Ridder & De Wit, 2006).

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

ويتناول هذا النموذج عملية التمثيل العقلي^(١) والقدرة على إدراك التهديدات الصحية الفعلية أو المستقبلية، كما يتضمن تصورات معرفية وانفعالية حول الخطر أو أعراض المرض، التي تعمل بشكل متوازٍ، ويتم ذلك من خلال وضع استراتيجيات يمكن تنفيذها لمواجهة التهديد، وتعديلها بشكل مستمر للتعامل مع الاستجابات الانفعالية السلبية التي تتضح نتيجة الوعي بالمشكلة، ومن ثمّ يتمّ تقييم النتائج في ضوء مراقبة مدى النجاح أو الفشل في مواجهة التهديد، وهو ما يوضحه شكل (١) (Gibbons et al., 2006; De Ridder & De Wit, 2006).

وتتم عملية التنظيم لإدارة التهديدات الصحية بطريقتين متوازيتين؛ إذ توجّه التصورات المدركة الأفراد نحو تحديد الأهداف، واختيار الإجراءات وفقاً لخطورة التهديد، ومن ثمّ وضع خطط العمل للوصول إلى هذه الأهداف، واختيار استراتيجيات المواجهة للتعامل مع التهديد، التي بدورها تؤثر على النتائج المتعلّقة بالصحة أو المرض، وبالتوازي مع هذا تحدث الاستجابات الانفعالية للتهديد مع محاولة تنظيم هذه الأنفعالات، ويمكن تصوّر هذه العمليات المتوازية على أنها شبه مستقلة، ولكن بينها روابط متبادلة (Deary, 2008; Gray & Rutter, 2007).

(1) Mental representation.



شكل (١) نموذج الشعور العام لتنظيم الذات والانفعال لدى ليفينثال وزملائه. وبناءً على ما سبق، يمكن تطبيق هذا النموذج لإدارة وعلاج الأمراض المزمنة، ومنها: زُملّة أعراض التعب المزمن، والاحتراق النفسي، والأعراض غير المُفسّرة طبيّاً بشكل عام، والأمراض التي يصعب إيجاد علاج طبي فعال لها، من خلال تدريب المرضى على اتباع تنظيم الذات لمواجهة التهديدات، واتباع إجراءات المواجهة الفعالة (Deary, 2008).

١- المساعدة الاجتماعية

يري ليرمان أن مفهوم المساعدة الاجتماعية أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساعدة الاجتماعية في تقديرها علي إدراك الافراد لشبكة علاقاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل علي أولئك الأشخاص الذين يتقون فيهم ويستندون علي علاقتهم بهم (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٦).

وتشير المساندة الاجتماعية إلى مقدار الدعم الذي يتلقاه الفرد من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية الذين يثق فيهم عند تعرضه للضغوط، ومنهم: الأسرة، والأصدقاء، وزملاء العمل، والجيران، وغيرهم من الأفراد الذين يكونون متاحين في أوقات الحاجة لتقديم المساعدة النفسية، والجسمية، والمادية إليه (Achour & Nor, 2014; Ozbay et al, 2007).

وفي هذا السياق عرف شعبان جاب الله رضوان (٢٠٠٦) المساندة الاجتماعية بأنها "مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية عندما يخبر أحداث أو مواقف يمكن أن تثير المشقة لديه".

ومن ثمَّ تتنوع مصادر المساندة الاجتماعية، وعلى الرغم من اختلاف نتائج الأبحاث التي أجريت على مصادر المساندة، فإن هناك اتفاق بين الباحثين يشير إلى وجود مصدرين أساسيين للمساندة الاجتماعية، هما: **المساندة الاجتماعية داخل العمل**، ويمثلها (رؤساء العمل، وزملاء العمل، والمحيطين ببيئة العمل)، و**المساندة الاجتماعية خارج العمل**، ويمثلها (أفراد الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران، وشبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية) (علي عبد السلام علي، ٢٠٠٥).

أنواع المساندة الاجتماعية

أشار بعض الباحثين إلى وجود عدة أنواع تتبدى فيها المساندة الاجتماعية، ومنها:

١- **المساندة الوجدانية**^(١): ويقصد بها المودة والحب والرعاية والاهتمام والثقة في الآخرين، ويتم تقديمها بشكل لفظي أو غير لفظي؛ فهي تتضمن الاستماع والتعاطف والطمأنه (عزة عبد الكريم فرج، ٢٠٠١؛ علي عبد السلام علي، ٢٠٠٥)، كما تمد الأفراد بالمشاعر التي يبحثون عنها من الآخرين، وتتيح لهم بأن يشعروا بالراحة عند مواجهة الصعاب (Jang, 2012).

(1) Emotional Support.

٢- **المساندة المعلوماتية**^(١): ويطلق عليها أيضًا المساندة المعرفية وتتمثل في الإمداد بالمعلومات أو اكتساب مهارة معينة، أو المساعدة في حل مشكلة يتعرض لها الفرد (علي عبد السلام علي، ٢٠٠٥). وتسهم أيضًا في مساعدة الأفراد على إعادة تنظيم أفكارهم بشأن المشكلة أو الموقف الضاغط، وإعادة تقييمهم المعرفي لمثيرات للضغط، وتشمل النصيحة، والتوجيه المعرفي (ماجدة حسن محمود، ٢٠٠٩؛ Jang, 2012).

٣- **المساندة الأدائية أو الإجرائية**^(٢): وتظهر من خلال المساعدة في أداء عمل ما (علي عبد السلام علي، ٢٠٠٥، ٢٠٠٥). وفي الإمداد بالمساعدة المادية أو المالية؛ كالمساندة في إتمام مهمة ما، أو دفع فواتير، أو الملابس، أو الطعام، ويترتب عليها خفض الشعور بنقص التحكم وتقليل الضغوط (عزة عبد الكريم، ٢٠٠١؛ Lansdowne, 2011).

٤- **مساندة التقدير**^(٣): فتشير إلى مساهمات الآخرين في زيادة إحساس الفرد بأنه مقدر ومقبول، وهي تقود الفرد إلى احساسه بالاحترام والقيمة بين المحيطين به (Jang, 2012).

كما أشار الباحثين إلى أنه يمكن تصنيف المساندة الاجتماعية إلى نوعين آخرين، وهما:

٥- **المساندة الفعلية**^(٤): وهي المساندة المتاحة فعليًا ويحصل عليها الفرد من الأفراد الآخرين، ويطلق عليها المساندة الموضوعية، وتعتمد على توافر المساندة بشكل فعلي ومهارات الأفراد في المواجهة ودرجة وشدة الضغوط التي يخبرها الفرد (Hlebec et al., 2009).

٦- **المساندة المدركة**^(٥): وتشير إلى تقييم الفرد لما يحصل عليه بالفعل من مساندة اجتماعية تقييمًا ذاتيًا، ويطلق عليها المساندة الذاتية، وتتكون

-
- (1) Informational Support.
 - (2) Instrumental Support.
 - (3) Esteem Support.
 - (4) Received Social Support.
 - (5) Perceived Social Support..

المساندة المدركة من بعدين أولهما: مدى إتاحتها وتوافرها، وتتضح من خلال إدراك الفرد بأنه يوجد عدد كافي من الأشخاص في حياته يمكن أن يرجع إليهم ويعتمد عليهم عند الحاجة، وثانيها: مدى كفايتها للشخص وتتضح من خلال ما لدى الفرد من رضا عن هذه المساندة المتاحة له والقناعة بجوداها، والاعتقاد في كفاية المدعم (Achour & Nor, 2014; Chernomas & Clarke, 2003).

وبناءً على ما سبق تُعرف الباحثة المساندة الاجتماعية بأنها مقدار ما يتلقاه الفرد ويُدرکه من دعم وجداني ومعلوماتي وأدائي ومادي، من خلال زملائه ورؤسائه في العمل، والآخرين المحيطين به في بيئة عمله، عندما يتعرض لمتطلبات وأعباء في العمل يمكن أن تثير المشقة لديه.

الأطر النظرية المفسرة للمساندة الاجتماعية في علاقتها بالصحة النفسية والجسمية

١. نموذج الآثار الرئيسية للمساندة^(١)

يقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والجسمية للفرد بغض النظر عما اذا كان يتعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة أم لا (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٦). وهذا يعنى أن هذا النموذج يبحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية دون الآخذ في الاعتبار ما يتعرض له الفرد من ضغوط (Lansdowne, 2011).

٢. نموذج الوقاية من المشقة^(٢)

يقوم هذا النموذج على فرضية مؤداها أن الضغوط المرتفعة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والجسمية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقى الفرد وتحول دون حدوث التأثيرات السلبية للضغوط عليه، ومن ثمَّ فإنَّ المساندة الاجتماعية في ضوء

(1)The Main Effects Model.

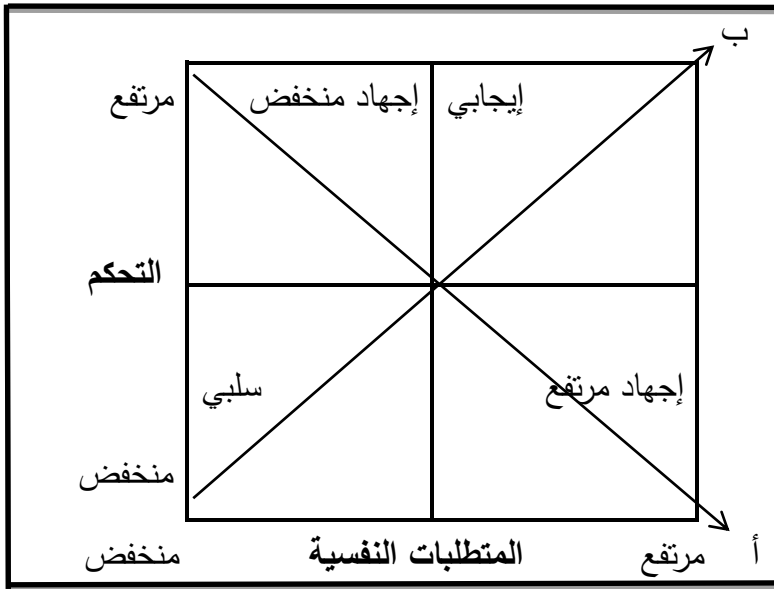
(2)The Stress -Prevention Model.

هذا النموذج ترتبط بالصحة لدى الافراد الذين يخبرون أحداثاً مثيرة للضغط (شعبان جاب الله رضوان، عادل محمد هريدي، ٢٠٠١). وبالتالي وفق هذا النموذج فيمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها تنشط الآثار السلبية للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، بما يؤدي الى اختلال الصحة النفسية والجسمية لديه (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٦).

الأطر النظرية المفسرة للعلاقة بين مفاهيم الدراسة

١. نموذج المتطلبات - التحكم في العمل^(١):

وضع كاراسيك Karasek هذا النموذج، ويفترض أن الإجهاد النفسي والأمراض الجسمية لا تنتج فقط عما يتعرض له العامل من ضغوطات في عمله، ولكن أيضاً من خلال تفاعل بُعدين رئيسيين هما: (المتطلبات النفسية في العمل، ودرجة التحكم والسيطرة على تلك المتطلبات) (Rouxel et al., 2016)، وهو ما يوضحه شكل (٢).



شكل (٢) نموذج المتطلبات - التحكم في العمل لـ"كاراسيك"

(Karasek et al., 1981).

(1)The Job Demands–Control Model (JD-CM).

ويتضح وفقاً لهذا النموذج، إن من أكثر الحالات توليداً للضغوط والآثار السلبية هي وجود (عبء عمل منخفض / مع تحكم منخفض في العمل)، ووجود (عبء عمل مرتفع / مع تحكم منخفض في العمل) (Demerouti et al., 2001). وبالتالي يزداد الإجهاد وصولاً إلى الاحتراق النفسي لدى العاملين بالتمريض الذين يتعرضون لمستويات مرتفعة من المتطلبات مع وجود قدر منخفض من التحكم والسيطرة على هذه المتطلبات (Rouxel et al., 2016).

وتّم اقتراح إضافة المساندة الاجتماعية إلى هذا النموذج، وبالتالي يفترض النموذج أن كلاً من التحكم الوظيفي والمساندة المرتبطة بالعمل يمثلان عوامل وقائية، كما أنهما يقومان بالتخفيف من حدة العلاقة بين متطلبات العمل والآثار السلبية المترتبة عليها (Almendra, 2010; Ogden, 2004).

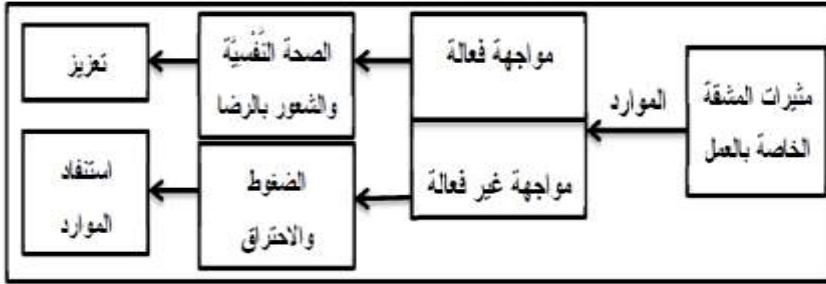
٢. نظرية الحفاظ على الموارد^(١)

وضع هوبفول Hobfoll هذه النظرية، وتفترض أن الأفراد يسعون جاهدين إلى الحصول على الموارد التي تمكنهم من مواجهة الأحداث الضاغطة الخاصة بالعمل، والحفاظ عليها، وتطويرها، وأن ما يهددهم هو فقدان هذه الموارد، وبالتالي يشعر الفرد بالضغوط ليس فقط لمجرد تجاوز هذه الأحداث الضاغطة لموارده وقدرته على مواجهتها، وإنما أيضاً عندما يفقد الموارد اللازمة التي تمكنه من مواجهة الضغوط، أو عندما يكون الفرد مهدداً بفقدان الموارد التي تمكنه من التوافق في العمل، أو عندما لا يتم تفعيل هذه الموارد بعد اكتسابها (Hobfoll & Shirom, 2001). وهو ما يوضحه شكل (٣).

وأشار هوبفول إلى أن هناك أربع فئات أساسية من الموارد، هي: **الموارد المادية** (مثل: المنزل، ووسائل المواصلات، وغيرها)، **والموارد المتوفرة تبعاً للظروف** (مثل: الاستقرار الوظيفي، والأسري)، **وموارد الطاقة** (مثل: توفر المال، والوقت، والمعرفة)، **والموارد الشخصية**، وهي التي تمكن الفرد من إدارة

(1) Conservation of Resources Theory (COR).

الموارد الأخرى بنجاح، والحفاظ عليها (ومنها: الفاعلية الذاتية، وتنظيم الذات، والمهارات الاجتماعية، ومركز التحكم، وغيرها). ويفترض هوبفول أن لفقدان هذه الموارد تأثيراً قوياً على الفرد يفوق التأثير المضاد لاكتسابها، وبالتالي يجب على الفرد استنماتُ الموارد والحفاظ عليها وتطويرها (Hobfoll, 2011; Klusmann, 2013).



شكل (٣). نموذج الحفاظ على الموارد.

(Hobfoll & Shirom, 2001, 74).

٣. نموذج متطلبات - موارد العمل^(١)

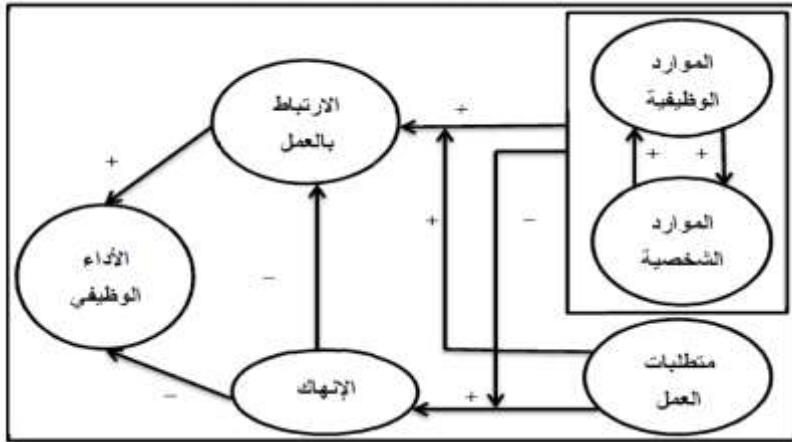
وضع هذا النموذج ديميروتي Demerouti وزملاؤه، وأشاروا فيه إلى أن جميع خصائص العمل تنقسم إلى فئتين مختلفتين، هما: **متطلبات العمل** وهي التي ترتبط مع بعض الآثار السلبية على الصحة النفسية والجسمية، و**موارد العمل** وهي التي تساعد الفرد على تحقيق أهداف العمل، كما أنها تساعد على الحد من متطلبات العمل والآثار السلبية المرتبطة بها، وتحتُّ على ارتفاع الشخصية وتطورها (مثل: المساندة الاجتماعية في العمل، والاستقلال الذاتي، وفرص التعلم، والتدريب، ومعرفة العائد) (Bakker & Demerouti, 2014).

ويُعدُّ الفرض الرئيسي لهذا النموذج هو أن متطلبات العمل والموارد عمليتان مستقلتان إلى حدِّ ما، وهو ما يوضحه شكل (٤). ففي حين أن متطلبات العمل عادة ما تكون من أهم العوامل التي تنبئ بالنتائج السلبية

(1)The Job Demands–Resources Model (JD- R).

(ومنها: الشعور بالإرهاك، والإجهاد المتكرر، والتعب المزمن، والشكاوى الصحية النفسجسمية، والاحتراق النفسي)، فإن الموارد -سواء كانت شخصية أي خاصة بالفرد، أم وظيفية وتوفرها بيئة العمل- من أهم العوامل التي تنبئ بالارتباط بالعمل، وزيادة الدافعية، والمشاركة في العمل (Bakker & Demerouti, 2014; Bakker et al., 2003).

كما يفترض هذا النموذج أن الموارد الشخصية والوظيفية تعمل على تعديل العلاقة بين متطلبات العمل ونتائج العمل السلبية (Ramaci et al., 2021) إذ يمكن أن تخفف من الآثار السلبية المحتملة لمتطلبات العمل المرتفعة على صحة العاملين، ومن ثمَّ يزداد الاستهداف لحدوث النتائج السلبية في بيئات العمل التي تتسم بارتفاع متطلباتها مع انخفاض الموارد التي تلبي الاحتياجات الأساسية، مما يجعل الأمر أكثر صعوبة عند تلبية المتطلبات (Bakker & Demerouti, 2014).



شكل (٤) نموذج متطلبات- موارد العمل.

(Bakker & Demerouti, 2014, 10).

٤. نموذج التعويض عن الإجهاد الناجم عن المتطلبات^(١)

وضع دي جونج De Jonge ودورمان Dormann هذا النموذج، ويقوم بشكل أساسي على مبدئين رئيسيين، هما:

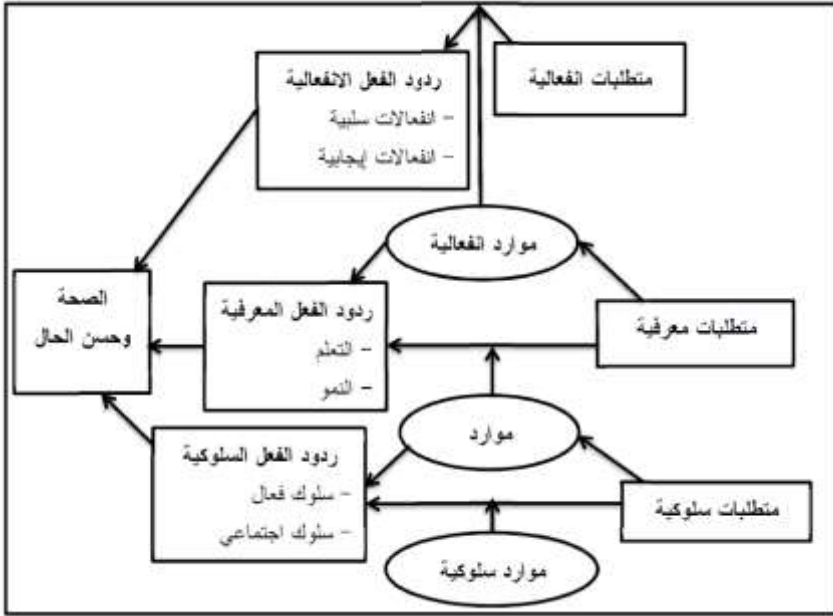
المبدأ الأول: يشير إلى أن النموذج يتضمن ثلاثة أبعاد محددة، هي: **متطلبات العمل، وموارد الوظيفة، والنتائج المتعلّقة بمتطلبات العمل.** وأشار إلى أن هذه الأبعاد ليست أحاديّة البعد، وإنما هي متعددة الأبعاد؛ فيمكن أن تكون معرفية، أي تتعلق بمستوى معالجة المعلومات عند الفرد، أو وجدانية ترتبط بالمشاعر والانفعالات أثناء التعامل مع الأفراد في بيئة العمل، أو جسمية، وهي التي ترتبط بالجهاز العضلي الهيكلي^(٢).

المبدأ الثاني: يشير إلى أن هذه الأبعاد الثلاثة متماثلة، وأن هناك علاقة تفاعلية فيما بينها، وهو ما أطلق عليه في إطار النموذج مبدأ التماثل أو **التطابق الثلاثي**^(٣). وبالتالي، تطبق هذه الأبعاد الثلاثة على ثلاثة مستويات مختلفة، هي: (١) التماثل بين متطلبات العمل والموارد، (٢) التماثل بين المتطلبات أو الموارد والنتائج المتعلّقة بالوظيفة، (٣) التماثل الثلاثي بين المتطلبات والموارد والنتائج المتعلّقة بالوظيفة (Bova et al., 2015; De Jonge & Dormann, 2003)، وهو ما يوضحه شكل (٥).

(1)Demand-Induced Strain Compensation (DISC).

(2)Musculoskeletal System

(3)Triple-Match Principle (TMP).



شكل (٥). نموذج التعويض عن الإجهاد الناجم عن المتطلبات.

(De Jonge & Dormann, 2003, 62).

ومن ثمّ، يفترض النموذج أنه يمكن التعامل مع متطلبات العمل (المعرفية، والانفعالية، والجسمية) بشكل فعال من خلال تفعيل الموارد الوظيفية التي تتوافق مع نوع متطلبات العمل المعنية (أي مطابقة موارد الوظيفة مع متطلبات العمل)؛ وذلك للحدّ من نتائج العمل السلبية، التي منها: (الشعور بأعراض التعب أو الاحتراق النفسي، وغيرها) (Amelvoort, 2013; Bova et al., 2015).

٥. نموذج أ-أ-أ (التقييم، والعزوّ، والتوافق) مع ضغوط العمل^(١)

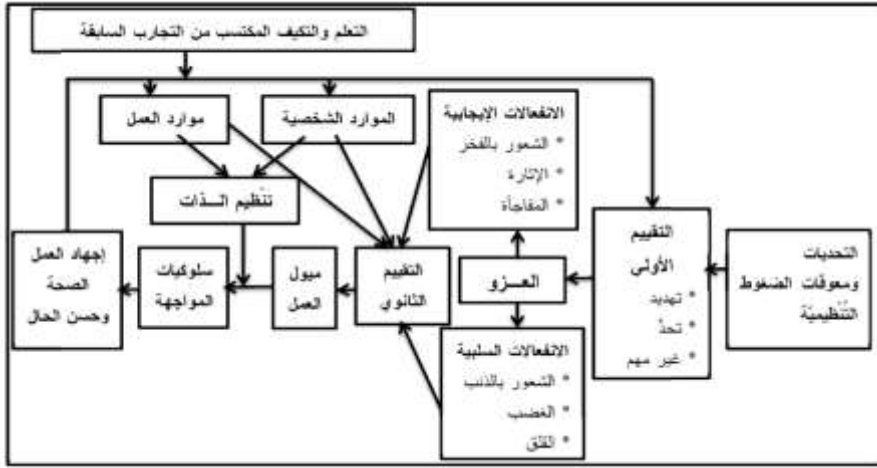
وضع ماكي Mackey وبيروي Perrewe (2014) تصوّرًا تكامليًا للضغوط في بيئة العمل؛ لمراعاة التعقيدات العديدة التي يواجهها العاملون عند إدراكهم لمتطلبات العمل التنظيمية، ويجمع هذا التصوّر بين العديد من النماذج

(1)AAA (Appraisals, Attributions, Adaptation) Model of Job Stress.

والنظريات، وهي: نظرية لازاروس في التقييم المعرفي، ونموذج كاراسيك للتحكم في متطلبات العمل، ونموذج متطلبات - موارد العمل لدى ديميروتي وزملائه. ويوضح هذا النموذج كيف يمكن للضغوط ووجود الأعباء في بيئة العمل أن تؤدي إلى نتائج إيجابية أو سلبية للأفراد العاملين، وذلك بناءً على دور التقييم، والعزو، والأنفعالات، والإمكانات المتاحة (Hackney & Perrewe, 2018)، وهو ما يوضحه شكل (٦).

ويشير النموذج إلى أن الأفراد في بيئة العمل يتعرضون لتحديات وأعباء وضغوط متنوعة تؤدي إلى حدوث تقييمات معرفية ذاتية بشكل أولي، وتتضمن تفسيرات الأفراد السببية لما يتعرضون له، ويقوم الفرد بالعزو عندما تحدث نتيجة مهمة أو غير متوقعة، وخاصةً إذا كانت سلبية. وبالتالي، فإن التقييمات سوف تثير بعض الاستجابات الانفعالية التي تتنوع بناءً على تفسيرات الأفراد للموقف (Mackey & Perrewe, 2014).

ويقوم العاملون بعد ذلك بعملية التقييم الثانوي، لتحديد ما إذا كانت لديهم الموارد اللازمة للتعامل بفعالية مع الضغوط أم لا، ويعتمد هذا التقييم الثانوي على الموارد الشخصية والوظيفية المدركة، بالإضافة إلى القيود التنظيمية، كما تحث الميول المرتبطة بالعمل الفرد على التصرف بطريقة معينة عندما يشعر بالانفعالات الإيجابية أو السلبية، فمثلاً: قد يكون لدى الفرد ميل إلى الهروب من العمل عند شعوره بالخوف، أو ميل إلى البكاء عند شعوره بالحزن (Mackey & Perrewe, 2014).



شكل (٦). نموذج أ-أ-أ (التقييم، والعزوف، والتوافق) مع ضغوط العمل.
(Mackey & Perrewe, 2014).

وبناءً على ما سبق، يوضح هذا النموذج كيفية إدراك العاملين لمتطلبات العمل والاستجابة لها في بيئات عملهم، وأن متطلبات العمل - وإن كانت تشمل القيود التنظيمية، والأعباء النفسية والجسمية، والصراع بين الأفراد - لا تؤدي بالضرورة إلى حدوث نتائج سلبية لدى العاملين، وإنما تتوقف على كيفية تفسيرهم للمواقف وتقييمهم لها، وتنظيمهم لذواتهم وأنفعالاتهم، وسلوكيات المواجهة التي يتبعونها (Mackey & Perrewe, 2019).

الدراسات السابقة

أمكن تقسيم عرض الدراسات السابقة إلى ثلاث فئات على النحو الآتي:
أولاً: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين تنظيم الانفعال والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

ثالثاً: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين المساندة الاجتماعية في العمل والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

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

أولاً: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

هدفت دراسة وو Wu وزملائه (2011) إلى معرفة العلاقة بين أعباء العمل والاحترق النفسي لدى الممرضات والطبيبات في الصين، وبلغت عينة الدراسة (٩٤٧) ممرضة، و(٦٨٥) طبيبة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن لأعباء العمل دوراً بارزاً في حدوث الاحتراق النفسي، وكذلك في تدني كافة مؤشرات نوعية الحياة، وبناءً على ذلك أكد الباحثون على أهمية اتخاذ الإجراءات الوقائية لخفض أعباء العمل وبالتالي منع حدوث الاحتراق النفسي؛ وذلك لتحسين نوعية الحياة لدى العاملين بالخدمات الطبية.

وأجرى هان Han وآخرون (2014) دراسة على (٨٠) ممرضة من العاملات على مدار ١٢ ساعة بوحدة الرعاية الطبية الجراحية والحرية في المستشفيات التعليمية، وأشارت نتائجها إلى أن متطلبات العمل -التي منها: (زيادة أعباء العمل، وساعات العمل الطويلة، ونقص الدعم الاجتماعي من المشرفين وزملاء العمل)- ترتبط بحدوث الآلام البدنية لدى الممرضات بالظهر والرقبة والكتف والعظام، مما يؤثر على صحتهم النفسية والجسمية، وبالتالي إعاقة أدائهن في العمل.

وفي السياق ذاته، أشارت نتائج دراسة أجراها فان بوجيرت Van Bogaert وزملاؤه (2014) على (٣٦٥) من الممرضين، ومديري وحدات التمريض بالمستشفيات العامة والجامعية ببليجيكا، إلى وجود ارتباط إيجابي بين متطلبات العمل الضاغطة -التي منها: (العمل تحت ضغط الوقت، وزيادة أعباء العمل، وانخفاض الدعم الاجتماعي من زملاء العمل والرؤساء)- وزيادة الشعور بالإرهاك الانفعالي، والميل إلى ترك العمل.

وأتساقاً مع نتائج الدراسات السابقة، أسفرت نتائج دراسة روز Rose وآخرين (2017) التي أجريت على (٧٩٣٠) من العاملين عبر مختلف المهن،

ومنها العاملون بالتمريض، وبلغ متوسط أعمارهم $(47,7 \pm 7,3)$ سنة، عن وجود ارتباط إيجابي بين بعض متطلبات العمل الضاغط -التي تتمثل في: (زيادة أعباء العمل، وساعات العمل الإضافية المتكررة، وقلة أيام الإجازات ووقت الراحة، والصراعات المتكررة مع رؤساء العمل والزملاء، والعمل بنظام الورديات)- وحدوث الأمراض الجسمية الخطيرة، وانخفاض السلوك الصحي، وأن استمرار هذه الأعباء بمثابة مؤشر لحدوث حالة من الإنهاك الانفعالي والاحتراق النفسي.

وكشفت نتائج دراسة بيانكي Bianchi وبريسون Brisson (2019) التي شارك فيها (٤٦٨) من العاملين بمجال الرعاية الصحية، وشملت العينة بشكل رئيسي (٤٤%) من الأطباء، و(٣٢%) من العاملين بالتمريض، وكان معظم المبحوثين الباقين من الأخصائيين في العلاج الطبيعي، والمهنيين، ومساعدى التمريض، عن ارتباط أعراض الاحتراق النفسي بأعباء العمل التي يتعرضون لها في مجال الرعاية الصحية، وأنها السبب الرئيسي لحدوث هذه الأعراض.

وفي هذا الاتجاه أسفرت نتائج دراسة أجراها جيليت Gillet وزملاؤه (2020) على (٣٧٨) من الممرضين ومساعدتهم في مراكز الرعاية الصحية الفرنسية العامة والخاصة، عن ارتباط أعباء العمل الكمية سلبياً بالصحة النفسية والجسمية لدى العاملين بالتمريض، وارتباطها سلبياً بجودة النوم والشعور بالاسترخاء، بالإضافة إلى ارتباط أعباء العمل إيجابياً بالإنهاك الانفعالي.

وأظهرت نتائج دراسة لي Li وزملائه (2021) التي أجريت على (٤٨٨) من العاملين بالتمريض في قسم الجراحة بالصين، أن للضغوط المهنية التي تواجه الممرضون بقسم الجراحة تأثير مباشر في شعورهم بالاحتراق النفسي الوظيفي، وارتبط ذلك بانخفاض نوعية حياتهم، كما أشاروا إلى أن الاحتراق النفسي يتوسط العلاقة بين الضغوط المهنية ونوعية الحياة.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين تنظيم الانفعال والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

أجرى بلانكو-دونوسو Blanco-Donoso وآخرون (2016) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصعوبات اليومية في تنظيم الانفعال في العمل والشعور بحسن الحال اليومي، وكيف تؤثر بعض موارد العمل، وخبرات التعافي على هذه العلاقة، وبلغت عينة الدراسة (٧٤) من العاملين بالتمريض بمختلف المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية الإسبانية. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير إيجابي مباشر بين صعوبة تنظيم الانفعال والإنهاك الانفعالي اليومي في العمل.

وأشارت نتائج دراسة بامونتي Bamonti وآخرين (2020) التي أجريت على (٥٤) من العاملين بالتمريض، وغالبيتهم من الممرضات بنسبة (٩٦,٣٪)، ومتوسط أعمارهم (٤٣,١ ± ١٢,٢) سنة. إلى أن الاحتراق النفسي يساهم في ارتفاع معدلات الأخطاء الطبية، وانخفاض رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم من طاقم التمريض، وأن اتباع العاملين بالتمريض لاستراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية كمورد شخصي يؤدي إلى خفض شعورهم بالاحتراق النفسي، وارتبط فقدان الهوية باستراتيجيات تنظيم الانفعال مقارنة ببعدي الإنهاك الانفعالي، والإنجاز الشخصي.

وأسفرت نتائج دراسة روكزنيوسكا Roczniwska وباكرك Bakker (2021) التي أجريت على (٨١) من العاملين بالتمريض بالمستشفيات البولندية ومراكز الرعاية الصحية، أن الممرضون الذين يعانون من أعراض الاحتراق النفسي الشديد لديهم صعوبات في تنظيم ذواتهم وانفعالاتهم وفي الاستفادة بالموارد التنظيمية المتاحة.

كما هدفت دراسة بوتارد Potard ولانديس Landais (2021) إلى معرفة دور استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية في خفض الاحتراق النفسي لدى (٢٠٢) من العاملين بالتمريض والمساعدين الذين يقومون برعاية المرضى

كبار السن. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية والاحترق النفسي، حيث وجد أن استخدام استراتيجيات الخاصة بلقاء اللوم على الذات والتهويل يؤدي إلى زيادة الانهك الانفعالي وتبدد الشخصية، وأن استخدام الاستراتيجية التكيفية، مثل: التخطيط وإعادة التقييم الإيجابي يرتبط بانخفاض الانهك الانفعالي وزيادة الإنجاز الشخصي.

واتساقاً مع ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة، أشارت نتائج دراسة شو Xu وزملائه (2021) التي أجريت على (١٣٧٢) من العاملين بالتمريض منهم (١٣٤٨) من الممرضات، و(٢٤) ممرض، وتم اختيارهم من ثمانية مستشفيات عسكرية من الدرجة الثالثة في الصين، إلى أن العمل بالتمريض بجانب التدريس يؤدي إلى الشعور بمستويات مرتفعة من الضغوط المُدرّكة والاحترق النفسي، وكشفت نتائج الانحدار الهرمي عن أن الإنهك الانفعالي يتوسط العلاقة بين الضغوط المُدرّكة والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى أن عدم التعبير الانفعالي -أحد استراتيجيات تنظيم الانفعال- يُعدل العلاقة بين الضغوط المُدرّكة والاحترق النفسي؛ إذ ازداد التأثير السلبي للضغوط المُدرّكة على الاحترق النفسي بين الممرضين مرتفعي عدم التعبير الانفعالي مقارنة بالممرضين الذين يعبرون عن انفعالاتهم.

ثالثاً: الدراسات التي اهتمت بدور المساندة الاجتماعية والاحترق النفسي لدى العاملين بالتمريض.

أشارت نتائج دراسة جيهان أحمد حمزة (٢٠٠٢) التي أجريت على (٣٢١) من العاملين بالتمريض، منهم: (١٦١) من الممرضين ، و١٦٠ من الممرضات) وتتراوح اعمارهم بين ٢٣-٣٤ سنة، إلى وجود دور إيجابي للمساندة الاجتماعية في خفض الشعور بالضغوط المرتبطة بعمل التمريض، واستخدام اساليب المواجهة الفعالة.

وهدفَت دراسة Mark وسميث Smith (2011) إلى التحقق من نموذج لـ"كاراسيك" وزملائه وذلك بمعرفة العلاقة بين (متطلبات العمل، والتحكم الوظيفي، والمساندة الاجتماعية) والصحة النفسية والجسمية، وبلغت عينة

الدراسة (٨٧٠) من العاملين بالتمريض، منهم (٧٩٠ ممرضة، و ٨٠ ممرضاً)، وكان متوسط أعمارهم (٤٤,٨٤ ± ٨,٨ سنة)، ومن مختلف التخصصات والدرجات الوظيفية بمستشفيات جنوب إنجلترا. وتبين من نتائج الدراسة ارتفاع الشعور بالإرهاك في بيئة العمل بالتمريض، ووجود ارتباط إيجابي بين زيادة أعباء العمل وانخفاض الصحة الجسمية والنفسية. في حين ارتبط التحكم المرتفع في العمل، والحصول على المكافآت، والمساندة الاجتماعية في العمل، بالصحة الجسمية والنفسية.

وفي السياق ذاته، أجرى تشن Chen وزملاؤه (2015) دراسة تهدف إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي في العمل، وعلاقته بالمساندة الاجتماعية، وذلك لدى عينة مكونة من (٢٨٣) ممرضة، عبر ثلاثة مستشفيات كبرى بالصين. وأشارت نتائج الدراسة إلى شعور الممرضات بالاحتراق النفسي نتيجة أعباء العمل، وتراوح مستوى الاحتراق النفسي ما بين المنخفض إلى المرتفع، كما تبين وجود ارتباط سلبي بين كلٍّ من المساندة الاجتماعية مع المشرفين وزملاء العمل والاحتراق النفسي.

وأجرى جونز Jones وزملاؤه (2015) دراسة على (٦٨٢) من الأطباء والممرضين ومساعدتهم، عبر (٣١) وحدة من وحدات الرعاية المركزة التي تضمُّ الحالات الطبية والجراحية بمستشفيات فرنسا. وأسفرت نتائج الدراسة عن زيادة أعباء العمل الجسمية والنفسية في وحدات الرعاية المركزة، كما أشاروا إلى ارتباط المساندة الاجتماعية من الرؤساء وزملاء العمل بانخفاض إدراك العاملين في مجال الرعاية الصحية للضغط.

وفي الاتجاه نفسه، أشارت نتائج دراسة بلانكو-دونوسو Blanco-Donoso وآخرين (2016) إلى مساندة زملاء العمل، والرؤساء، والانعزال عن العمل، والاسترخاء، يقلل من الشعور بالإرهاك الانفعالي اليومي الذي يحدث في العمل.

وأجرى جليليان Jalilian وزملاؤه (2019) دراسة تهدف إلى معرفة

العلاقة بين متطلبات العمل الجسمية، والنفسية، والمساندة الاجتماعية في العمل، وبلغت عينة الدراسة (٥٢٢) مبحوثاً، منهم (٧٨,٤٪) من الممرضات، و(٢١,٦٪) من الممرضين) من العاملين في المستشفيات التعليمية التابعة لجامعة شيراز للعلوم الطبية بإيران، ويعملون بأقسام متنوعة، منها وحدة الرعاية المركزة، والطوارئ، والجراحة، والنساء والتوليد، والغسيل الكلوي، وغيرها. وأسفرت النتائج عن ارتفاع متطلبات العمل النفسية والجسمية لدى جميع أفراد العينة، مع انخفاض تلقّيهم المساندة الاجتماعية.

واتساقاً مع أهداف الدراسات السابقة، أجرى جوناكوفيتش Junakovic وماكوكا Macuka (2021) دراسة تهدف إلى اختبار نموذج المتطلبات - التحكم في العمل لـ"كاراسيك" لدى (٦٨) من العاملين بالتمريض في مختلف مؤسسات الرعاية الصحية بكرواتيا. وكشفت النتائج عن أن لمتطلبات العمل تأثير كبير في شعور العاملين بالتمريض بالاحتراق النفسي، وأن المساندة الاجتماعية المرتفعة في العمل تخفف من زيادة الشعور بالاحتراق النفسي المرتبط بمتطلبات العمل العديدة.

كما أسفرت نتائج دراسة أجراها ليو Liu وزملاؤه (2021) على (٧٦٦) من العاملين بالتمريض، أن للمساندة الاجتماعية المُدركة في العمل دور وقائي من الشعور بضغط العمل والاحتراق النفسي المهني.

وأجرى رويسوتو Ruisoto وزملاؤه (2021) دراسة على (١٠٣٥) من العاملين بمجال الرعاية الصحية بما فيهم من (٦٠٨) طبيب و(٤٢٧) ممرضاً، ومثل الإناث (٦٨٪) من أفراد العينة، وأسفرت نتائج الدراسة عن تعرض أفراد العينة بغض النظر عن النوع للضغوط المرتبطة بظروف العمل، والتي تؤدي إلى انتشار الاحتراق النفسي بشكل كبير بين المتخصصين في الرعاية الصحية، بالإضافة إلى أن المساندة الاجتماعية تتوسط العلاقة بين الاحتراق النفسي وآثاره السلبية على الصحة العامة، وأن بزيادة المساندة الاجتماعية تتخفف المشاكل الصحية.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة، نُورِدُ عددًا من الملاحظات عليها، والتي تعكس أيضًا مُبَرَّرَات إجراء الدراسة الحالية، وهي كالتالي.

١. يُلاحظ -في حدود اطلّاع الباحثة- ندرة الدراسات العربية التي اهتمت ببحث العلاقة بين أعباء العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين، فضلًا عن الدور المُعدّل لتنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في تلك العلاقة.
 ٢. تركيز معظم الدراسات على الممرضات وقلة الاهتمام بالمرمضين (eg: Bamonti et al., 2020; Han et al., 2014; Wu et al., 2011)
 ٣. تناولت عدة دراسات أحد جوانب متطلبات العمل، مثل: زيادة الأعباء، أو ساعات العمل الطويلة، أو مخاطر العمل دون الاهتمام بهم مجتمعة (eg: Bianchi & Brisson, 2019; Rose et al., 2017; Van Bogaert et al., 2014).
 ٤. الاهتمام عند دراسة العمل الضاغط في مجال التمريض بأقسام الطوارئ، والرعاية المركزة، والجراحة؛ لبلوغ العاملين بالتمريض فيها مستوى مرتفعًا من الضغوط والأعباء (eg: Jalilian et al., 2019; Li et al., 2021).
 ٥. تركيز الدراسات عن صعوبات تنظيم الانفعال وارتباطها بالاحتراق النفسي دون الاهتمام الكافي بدوره كمتغير مُعدّل في السياق المهني، على الرغم من أهميته النظرية، وإمكان الاستفادة منه تطبيقًا.
 ٦. انطلاق بعض الدراسات من نموذج نظريّ لتحديد دور المساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والصحة النفسية والجسمية، مثل: نموذج "كاراسيك" (eg: Junakovic & Macuka, 2021). وهو ما تحاول الدراسة الحالية التحقق منه.
- وبناءً على ما سبق، يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو الآتي.

فروض الدراسة

- ١- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- ٢- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الانفعال والاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- ٣- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- ٤- يُعدل تنظيم الانفعال العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين.
- ٥- تُعدل المساندة الاجتماعية من العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

منهج الدراسة

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي؛ لبحث العلاقة بين متغيرات الدراسة (متطلبات العمل، والمساندة الاجتماعية، وتنظيم الانفعال، والاحتراق النفسي)، ثم تتقدم الدراسة لبحث الدور المعدل الذي يؤديه كلٌّ من المساندة الاجتماعية، وتنظيم الانفعال في تعديل العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي.

عينة الدراسة وخصائصها

تكوّنت عينة الدراسة من (٩٠) ممرضًا، متوسط أعمارهم (٣٠,٣) ± (٥,٠٣) سنة. وتراوحت فترة خبرة العمل لديهم من سنتين إلى عشر سنين، كما أنهم يعملون (١٢) ساعة يوميًا، وفي فترات العمل الصباحية، والمسائية، والليلية، بالتبادل. واشترط في عينة الدراسة ألا يُعانون من أمراض جسدية أو نفسية، وتجنب مرحلة الشيخوخة التي قد ينتج عنها أمراض مُزمنة متعددة. وفيما يلي جدول (١) يوضح الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة.

جدول (١) الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة			
المرضى (ن=٩٠)		المتغير الديموجرافي	
النسبة المئوية %	التكرارات		
١٦%	١٥	كلية التمريض	المستوى
٢٨%	٢٥	معهد سنتين تمريض	التعليمي
٥٦%	٥٠	دبلوم فني تمريض	
٣٣%	٣٠	أعزب	الحالة
٥٦%	٥٠	متزوج	الاجتماعية
١١%	١٠	مطلق	
٢٨%	٢٥	قسم الطوارئ	أقسام العمل
٣٣%	٣٠	قسم الرعاية المركزة والحرية	
٣٩%	٣٥	قسم العمليات الجراحية	
٢٣%	٢٠	القصر العيني الفرنسي	اسم
١٦%	١٥	القصر العيني	المستشفى
٢٨%	٢٥	الدمرداش	
٣٣%	٣٠	عين شمس التخصصي	

أدوات الدراسة

- تضمَّنت أدوات الدراسة أربع مقاييس، هما:
١. مقياس متطلبات العمل، إعداد: الباحثة.
 ٢. مقياس الاحتراق النفسي، إعداد: ماسلاش وجاكسون (١٩٨١)، ترجمة: الباحثة.
 ٣. مقياس المساندة الاجتماعية في العمل، إعداد: الباحثة.
 ٤. مقياس تنظيم الانفعال، إعداد: الباحثة.

بالإضافة إلى استمارة البيانات الأساسية؛ لجمع البيانات الديموجرافية. وفيما يلي وصفٌ لأدوات الدراسة، وعرضٌ للخطوات التي اتُبعت للتحقق من كفاءتها السيكومترية.

[١] مقياس متطلبات العمل (النسخة المختصرة، إعداد: الباحثة).

تمَّ إعدادُ نسخة مختصرة من مقياس خصائص العمل الضاغط، إعداد الباحثة في دراسة سابقة (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠).

وتكوّن المقياس الأصلي من (٦٨) بنداً، وفي صورته المختصرة من (٤٠) بنداً ووزعت البنود على عدة أبعاد، ليضمَّ (٥) بنود لمتطلبات العمل الجسمية (الضغوط الجسمية)، و(٥) بنود لمتطلبات العمل الانفعالية (الضغوط الانفعالية)، و(٥) بنود لمتطلبات العمل العقلية (الضغوط العقلية)، و(٥) بنود لمتطلبات العمل الإدارية والإشرافية (الضغوط الإدارية)، و(٥) بنود لضغوط إدارة الوقت، و(٥) بنود لعدم ملاءمة العائد المادي من العمل، و(٥) بنود لمخاطر العمل، و(٥) بنود لضعف الإمكانيات والمُعِينات في العمل. ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من بين أربعة بدائل تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم انطباق البند تماماً، والدرجة (٤) التي تشير إلى انطباق البند بدرجة كبيرة. وتصحَّح الدرجة في الاتجاه السلبي، وبالتالي تُشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى زيادة متطلبات العمل الضاغط المُدرَكة في بيئة العمل بالتمريض، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٤٠-١٦٠) درجة.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس متطلبات العمل أولاً: صدق المقياس

تم التحقق من مؤشرات صدق هذا المقياس بعدة طرق، وهي: صدق

المحكمين، وصدق المفهوم، والصدق العاملي التوكيدي. وأسفرت جميع الطرق عن أن المقياس يتسم بدرجات مقبولة من الكفاءة السيكومترية، كما حَقَّقَ قِيَمًا مرتفعة لمؤشرات حسن المطابقة، وهو ما يتيح إمكانية الاعتماد على النتائج المستمدّة منه (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠).

وفي الدراسة الحالية، تم التحقق من صدق المفهوم من خلال حساب الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكوّن من المكونات الفرعية النّمّان لمقياس متطلبات العمل في علاقتها بالدرجة الكلية للمقياس بوجه عام، وذلك لدى عينة الدراسة (ن = ٩٠)، وأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن المقياس يتّسم بالتّسق داخلي مقبول، وهو ما يوضّحه جدول (٢).

جدول (٢). معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس متطلبات العمل والدرجة الكلية.

معامل ارتباط	الممرضون (ن = ٩٠)
المتطلبات الجسمية	٠,٧٤٦
المتطلبات الانفعالية	٠,٧٣٤
المتطلبات العقلية	٠,٦٤٠
المتطلبات الإدارية	٠,٧٤٣
ضغوط إدارة الوقت	٠,٥٧٧
عدم ملاءمة العائد المادي	٠,٦٩٩
مخاطر العمل	٠,٥٥٢
ضعف الإمكانيات والمُعِينَات	٠,٥٦٧

ثانياً: ثبات المقياس

تمّ تقدير ثبات المقياس ومكوناته على عينة الدراسة من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تم حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي.

جدول (٣) معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس متطلبات العمل

الممرضون (ن = ٩٠)		معامل ثبات	متطلبات العمل
القسمة النصفية	الفا لكرونباخ		
٠,٧٤٤	٠,٧٤٠		المتطلبات الجسمية
٠,٦٨٩	٠,٦٤١		المتطلبات الانفعالية
٠,٦٨٧	٠,٦٨٨		المتطلبات العقلية
٠,٦٠٦	٠,٦٦٤		المتطلبات الإدارية
٠,٧٠٧	٠,٦٨٦		ضغوط إدارة الوقت
٠,٦٢٠	٠,٧٤٤		عدم ملائمة العائد المادي
٠,٦٧٧	٠,٦١٥		مخاطر العمل
٠,٧٧٣	٠,٧٧٨		ضعف الإمكانيات والمُعِينَات
٠,٧٠٨	٠,٧٨٨		الدرجة الكلية

ويتضح من نتائج جدول (٣) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس متطلبات العمل ومكوناتها الفرعية، مقبولة بوجه عام.

وبناءً على ما سبق؛ يُنَسِّم مقياس متطلبات العمل بدرجات مقبولة من الكفاءة السيكومترية، وهو ما يتيح إمكانية الاعتماد على النتائج المستمدّة منه.

[٢] مقياس الاحتراق النفسي، إعداد: ماسلاش Maslach و جاكسون Jackson (1981)، ترجمة: الباحثة.

قامت الباحثة بترجمة مقياس الاحتراق النفسي لـ "كريستينا ماسلاش" و"سوزان جاكسون"، ويتكون من (٢٢) بنداً، تم توزيعهم على ثلاثة أبعاد فرعية، وهما: (٩) بنود للإنهاك الانفعالي، (٥) بنود لفقدان الهوية، و(٨) بنود لنقص الشعور بالإنجاز الشخصي. كما أن المقياس في نسخته الأصلية، يستجيب فيه الفرد مرتين لكل بند، مرة على تكرار الشعور ويتم الاجابة وفق تدرج سباعي وهي: (البند لا يحدث أبداً، أو يحدث مرات قليلة في السنة، أو مرة في الشهر أو أقل، أو مرات قليلة في الشهر، أو مرة كل أسبوع، أو مرات

قليلة في الأسبوع، أو يحدث يوميًا)، ومرة أخرى على شدته تتدرج من أن البند تأثيره (ضعيف جدًا إلى شديد جدًا). واقتصرت الدراسة الحالية على قياس تكرار الشعور بالاحترق النفسي. وتم تعديل مستويات الإجابة فبدلاً من (صفر إلى ٦) أصبحت من الدرجة (١ إلى ٧)، وبالتالي تتراوح الدرجة على المقياس بين (٢٢-١٥٤) درجة، وتصحح الدرجة في اتجاه الاحتراق النفسي.

واستخدم المقياس عديد من الباحثين من مختلف الثقافات، وعلى عينات مختلفة في السياق المهني من المعلمين، ومُدرّاء المدارس، والأطباء، والمرضى، ورجال الشرطة وغيرهم، وأشار عديد من الباحثين إلى تمتع المقياس بقدر من الكفاءة السيكومترية (ابتهاج علي عودة، ٢٠٢١؛ الحسين محمد عبد المنعم، ٢٠٠٨، ب، صفاء إسماعيل مرسي، ٢٠١٩، Bui et al., 2022; Munoz & Otalvaro, 2012; Pohl et al., 2022; Ruisoto et al., 2021; Wu et al., 2011).

إجراءات التحقُّق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الاحتراق النفسي أولاً: صدق المقياس

أشارت مؤلفتا المقياس (١٩٨١) إلى أن المقياس يتسم بقدر مرتفع من الكفاءة السيكومترية، واعتمدتا على الصدق العاملي الذي كشف عن وجود ثلاثة عوامل للمقياس، بالإضافة إلى قدرة المقياس على التمييز بينه وبين مقياس الرضا الوظيفي، كما تم الكشف عن صدق الالتقاء من خلال اتساق المقياس مع التقييمات السلوكية التي تم إجراؤها بشكل مستقل من قبل أشخاص يعرفون الفرد جيداً (مثل: الزوج أو الزملاء في العمل)، كما تم ربط درجات مقياس الاحتراق النفسي بمقاييس أخرى تم الافتراض أنها مرتبطة به، وكذلك الارتباطات بين الأبعاد الثلاثة.

وفي إطار الدراسة الحالية أعيد التحقُّق من صدق المقياس من خلال صدق المفهوم، وتم التحقُّق منه من خلال ارتباط الدرجة الكلية لكل مكون بالدرجة الكلية على المقياس، وتبين أن المقياس يتَّسِم بانساق داخلي مقبول، وهو ما يوضحه جدول (٤).

جدول (٤) معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية للمقياس والدرجة الكلية.

معامل ارتباط	الممرضون (ن = ٩٠)
الإرهاك الانفعالي بالدرجة الكلية	٠,٨٨١
فقدان الهوية بالدرجة الكلية	٠,٧٩٥
نقص الإنجاز الشخصي بالدرجة الكلية	٠,٧٨٧

ثانياً: ثبات المقياس

أشارت مؤلفتا المقياس (١٩٨١) إلى أن المقياس يتسم بمعاملات ثبات مقبولة بوجه عام، وتم التحقق من الثبات بطريقة معامل ألفا لكرامباخ للأبعاد الفرعية فبلغ معامل ثبات تكرر بعد الإرهاك الانفعالي ٠,٧٤، وبعد فقدان الهوية ٠,٥٩، وبعد ضعف الإنجاز الشخصي ٠,٧٧، كما بلغ معامل ثبات المقياس ككل ٠,٨٣.

وفي الدراسة الحالية: تمَّ تقدير ثبات المقياس على عينة الدراسة من خلال حساب معامل ألفا لكرامباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما بجدول (٥).

جدول (٥) معاملات ثبات ألفا لكرامباخ، والقسمة النصفية لمقياس الاحتراق النفسي.

الممرضون (ن = ٩٠)		طريقة حساب الثبات
القسمة النصفية	الفا لكرامباخ	أبعاد المقياس
٠,٨٧	٠,٩٣	الإرهاك الانفعالي
٠,٨٥	٠,٨٩	فقدان الهوية
٠,٨٣	٠,٨٦	نقص الإنجاز الشخصي
٠,٩١	٠,٩٥	الدرجة الكلية

ويتضح من نتائج جدول (٥) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس الاحتراق النفسي وأبعاده الفرعية، مقبولة بوجه عام.

[٣] مقياس تنظيم الانفعال (إعداد الباحثة)

تمّ إعداد مقياس تنظيم الانفعال وفقاً للإجراءات التالية:

١. الإطلاع على مختلف التعريفات والأطر النظرية الخاصة بمفهوم تنظيم الانفعال، أمكن الانطلاق منه إلى إعداد المقياس.

٢. الإطلاع على بعض المقاييس المتاحة لتنظيم الانفعال، ومنها:

أ. مقياس تنظيم الانفعال، إعداد: جروس Gross وجون John (2003)، ويتضمن عشرة بنود تعكس مدى تنظيم وإدارة الفرد لأنفعالاته، ووُرعت البنود على بعدين، هما: إعادة التقييم المعرفي^(١)، وعدم التعبير الانفعالي^(٢).

ب. مقياس تنظيم الانفعال، إعداد: جراتز Gratz ورومر Roemer (2004)، ويتكون من (٤١) بنداً حول الوعي بالانفعالات، والقدرة على التصرف أثناء الانفعالات السلبية، والوصول إلى استراتيجيات فعالة لتنظيم الانفعال.

ج. مقياس لتنظيم الذات إعداد: جارنيفسكي Garnefski وكرايج Kraaij (2007)، ويتكون من (٣٦) بنداً لقياس تنظيم الانفعال، والمعرفة، واستخدامهم كاستراتيجية ممكنة في التعامل مع بعض أعراض القلق والاكتئاب.

وفي ضوء ذلك، تمّت صياغة بنود المقياس بحيث تُعبّر بوضوح عن

(1)Cognitive Reappraisal.

(2)Expressive Suppression.

مفهوم تنظيم الانفعال، وفق مراعاة الآتي:

- أ. ملاءمة بنود المقياس لعينة الدراسة الحالية، من حيث كونهم عاملين بالتمريض.
- ب. أن تُصاغ البنود بعبارات بسيطة وواضحة قدر الإمكان.
- ج. تتوع صياغة البنود ما بين السلبية والإيجابية تجنباً لتكوين وجهة محدّدة لدى المبحوثين في الدراسة.

وصف المقياس

تكوّن المقياس من (١٢) بنداً لتنظيم الانفعال، ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيارٍ بديلٍ من بين أربعة بدائل، تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم انطباق البند تماماً، والدرجة (٤) التي تشير إلى انطباق البند بدرجة كبيرة. وتصحّح الدرجة في الاتجاه الإيجابي، وبالتالي يتمّ عكس الدرجة على البنود السلبية، وهي: (٤، ٧، ٩، ١١). وتتراوح الدرجة على المقياس بين (١٢-٤٨) درجة.

إجراءات التحقّق من الكفاءة السيكومترية لمقياس تنظيم الانفعال

أولاً: صدق المقياس

تمّ التحقّق من صدق المقياس من خلال عدة طرق تتمثل فيما يلي:

١- الصدق الظاهري

تمّ تقدير الصدق الظاهري عن طريق حساب تقديرات المُحكّمين على بنود المقياس، ومدى تمثيلها لتنظيم الانفعال، وبناءً على ذلك تمّ عرض المقياس للتحكيم من قِبَل عشرة^(*) مُحكّمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم

(*) نتوّجّه الباحثة بجزيل الشكر والتقدير والامتنان للسّادة الكرام الأساتذة: أ. د/ شعبان جاب الله رضوان، أ. د/ عزة عبد الكريم، أ. د/ نوبية شاهين، أ. د/ صفاء إسماعيل، د/ نصره منصور، د/ مي إدريس، د/ مرفت شوقي، د/ أمال دسوقي، د/ كاميليا سعد، د/ عماد محجوب؛ وذلك لما قدّموه من جهد وتعاونٍ مشكور في تحكيم بطارية المقاييس.

النفس بجامعة القاهرة؛ وأسفَر التحكيم عن ارتفاع نِسَب الاتِّفَاق بين المُحَكِّمين، حيث أقرَّ جميعهم بملاءمة بنود المقياس، ووضوح صياغتها.

٢- الصِّدْق العَامِلِي

اعتمدت الباحثة لتقدير صِدْق المقياس على حساب التحليل العاملي التوكيدي؛ للتحقق من مدي تمثيل البنود لمقياس تنظيم الانفعال، وهو ما يتضح في الجداول التالية.

جدول (٦) التحليل العاملي التوكيدي لمقياس تنظيم الانفعال.

البنود	وزن الانحدار	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	التشبع	مربع معامل الارتباط (٢ ر)
١	١,٠٠	-	-	٠,٨٢١	٠,٦٧٤
٢	١,٨٨٦	٠,٤٣٤	**٤,٣٤٧	٠,٧٥٢	٠,٥٦٦
٣	٣,٠٨٩	٠,٦٠٩	**٥,٠٧٣	٠,٦٢٥	٠,٣٩١
٤	١,٩٢٦	٠,٤٠٢	**٤,٧٩٢	٠,٧٧٣	٠,٥٩٨
٥	٢,٦٥٤	٠,٥٤٤	**٤,٨٨٠	٠,٦٧٥	٠,٤٥٦
٦	٣,٠٠٩	٠,٥٩٩	**٥,٠٢٥	٠,٦٣٣	٠,٤٠١
٧	٢,٦٤٣	٠,٥٧٦	**٤,٥٨٩	٠,٦٥١	٠,٤٢٤
٨	٢,٤٤٤	٠,٤٧٦	**٥,١٣٦	٠,٧٢٤	٠,٥٢٤
٩	٢,٨١١	٠,٥٩٦	**٤,٧١٧	٠,٦٣٦	٠,٤٠٤
١٠	٢,٤٣٨	٠,٥٧٢	**٤,٢٦٣	٠,٦٥٤	٠,٤٢٨
١١	٢,١٥٢	٠,٣٩٩	**٥,٣٩٥	٠,٧٧٥	٠,٦٠١
١٢	٢,٠٥٩	٠,٣٧٤	**٥,٥٠٨	٠,٧٩١	٠,٦٢٦
مؤشر الصِّدْق التَّقَارِيبي AVE		٠,٥٠٨			
الثبات المركب CR		٠,٩٢٥			

** دال عند مستوى معنوية (٠,٠٠١).

جدول (٧) مؤشرات حسن المطابقة لمقياس تنظيم الانفعال.

قيمة المؤشر	مؤشرات المطابقة	قيمة المؤشر	مؤشرات المطابقة
٠,٠٦٩	مستوى الدلالة	٦٦,٧٢٣	كأ ^٢ (CMIN)
١,٢٣٥	كأ ^٢ المعيارية	٥٤	درجات الحرية
٠,٩٦٩	مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٠٤٤	مجموع مربعات خطأ التقريب (RMSEA)
٠,٩٧٠	مؤشر المطابقة المتزايد (IFI)	٠,٩٤١	مؤشر حسن المطابقة (GFI)
٠,٩٦٠	مؤشر توكر - لويس (TLI)	٠,٩٠٩	مؤشر حسن المطابقة المعدل (AGFI)
		٠,٨٨٤	مؤشر المطابقة المعيارية (NFI)

ينضح من الجداول السابقة (٦، ٧) أن جميع قيم النسبة الحرجة دالة إحصائياً، وتراوح بين (٤,٢٦٣ - ٥,٥٠٨)، كما حقق مقياس تنظيم الانفعال قيمة مقبولة لمؤشرات حسن المطابقة.

ثانياً: ثبات المقياس

تم تقدير ثبات المقياس على عينة الدراسة من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تمّ حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي بجدول (٨).

جدول (٨) معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس تنظيم الانفعال

المرضى (ن = ٩٠)		معامل الثبات
القسمة النصفية	الفا لكرونباخ	مقياس تنظيم الانفعال
٠,٧٦	٠,٨٧	

ويتضح من نتائج جدول (٨) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس تنظيم الانفعال للعاملين بالتمريض، مقبولة بوجه عام.

كما حُسب ثبات الاتساق الداخلي لتحليل بنود المقياس وتنقيتها من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل لدى عينة الخصائص السيكومترية، وتراوحت قيم الارتباطات لدى الممرضين (ن=٩٠) ما بين (٠,٣٨٠ - ٠,٦٨١)، وبالتالي تَنَسِم بنود المقياس بائساق داخلي مقبول، وتتجاوز المَحَكَّ المقبول (٠,٣).

وبناءً على ما سبق؛ يَنَسِم مقياس تنظيم الانفعال بدرجات مقبولة من الكفاءة السيكومترية، وهو ما يتيح إمكانية الاعتماد على النتائج المستمدة منه.

[٤] مقياس المساندة الاجتماعية في العمل (إعداد الباحثة)

تمَّ إعداد أداة لقياس المساندة الاجتماعية في العمل، تتناسب مع التصور النظري والتعريف الذي صاغته الباحثة لهذا المفهوم، وتتلاءم بنوده مع مهنة التمريض.

وقد تمَّ إعداد المقياس وفقاً للإجراءات التالية:

١. مراجعة التراث البحثي المتعلق بالمساندة الاجتماعية، والاطلاع على التعريفات والأطر النظرية المطروحة لها.
٢. الاطلاع على المقاييس العربية ومنها: مقياس المساندة الاجتماعية (المعرفية، والوجدانية، والسلوكية) لشعبان جاب الله رضوان (٢٠٠٦)، بالإضافة إلى المقاييس الأجنبية التي تناولت المساندة الاجتماعية في السياق المهني، ومنها: مقياس المحتوى الوظيفي، إعداد: كاراسيك وزملائه (Karasek et al., 1998; Karasek et al., 2007) ومقياس تصميم العمل، إعداد: مورجيسون وهمفري (Morgeson & Humphrey, 2006).

ولُوحِظَ وجود ندرة في المقاييس العربية التي عُنيَت بدراسة بالمساندة

الاجتماعية في السياق المهني بما تتلاءم مع عينة الدراسة الحالية، كما وُجد أن بعض المقاييس الأجنبية تضمّنت بنودًا عامة يمكن تطبيقها على مختلف المهن.

وفي ضوء ذلك، تمَّ إعداد المقياس وفق الشروط الآتية:

أ. أن تُصاغ البنود بعبارات بسيطة وواضحة قدر الإمكان، بحيث تُعبّر بوضوح عن مفهوم المساندة الاجتماعية في السياق المهني بين رؤساء وزملاء العمل.

ب. تنوع صياغة البنود ما بين السلبية والإيجابية تجنُّبًا لتكوين وجهة محددة لدى المرضين، على أن يَتِمَّ تصحيحه في الاتجاه الايجابي ليعكس المساندة الاجتماعية.

ج. أن يشتمل المقياس على أربعة بدائل للاستجابة.

وصف المقياس

تكوّن المقياس من (١٣) بندًا عن مساندة الرؤساء والزملاء في العمل، ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من بين أربعة بدائل تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم انطباق البند تمامًا، والدرجة (٤) التي تشير إلى انطباق البند بدرجة كبيرة. وتصحّح الدرجة في الاتجاه الإيجابي، وبالتالي يتمّ عكس الدرجة على البنود السلبية، وهي: (٣، ٤، ٦، ٩، ١٠، ١٢)، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (١٣-٥٢) درجة.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية

أولاً: صدق المقياس

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

١- الصدق الظاهري

تمَّ تقدير الصدق الظاهري عن طريق حساب تقديرات المُحكِّمين المشار إليهم من قبل على بنود المقياس، ومدى تمثيلها للمساندة الاجتماعية في سياق العمل بالتمريض؛ وأسفَرَ تحكيم المقياس عن ارتفاع نسب الاتِّفاق بين المُحكِّمين، حيث أقرَّ جميعهم بملاءمة بنود المقياس، ووضوح صياغتها.

٢- الصدق العاملي

اعتمدت الباحثة لتقدير صدق المقياس على حساب التحليل العاملي التوكيدي؛ للتحقق من مدي تمثيل البنود لمقياس المساندة الاجتماعية في العمل، واستُخدمت في ذلك الحزمة الإحصائية أموس، ويستخدم هذا الأسلوب مجموعة من مؤشرات حُسن المطابقة، وهو ما يتضح في الجداول التالية.

جدول (٩). التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المساندة الاجتماعية في العمل.

البنود	وزن الانحدار	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	التشيع	مربع معامل الارتباط (ر ^٢)
١	١,٠٠	-	-	٠,٧٩٥	٠,٦٣٢
٢	١,٩٤٠	٠,٥٥٤	**٣,٥٠٣	٠,٦٦٨	٠,٤٤٦
٣	١,٩٦٦	٠,٥٨٨	**٣,٣٤٥	٠,٦٤٢	٠,٤١٢
٤	١,٩٥٥	٠,٥٧٢	**٣,٤١٨	٠,٦٥٤	٠,٤٢٨
٥	١,٨٨٨	٠,٥٧٨	**٣,٢٦٧	٠,٦٥٠	٠,٤٢٣
٦	٣,١٠٨	٠,٥٦٣	**٥,٥٢١	٠,٦٦١	٠,٤٣٧
٧	١,٦٤٧	٠,٥٥٨	*٢,٩٥٣	٠,٦٦٥	٠,٤٤٢
٨	٢,٢٦٣	٠,٥٣١	**٤,٢٦٣	٠,٦٨٥	٠,٤٦٩
٩	١,٤١٧	٠,٥٤٦	*٢,٥٩٧	٠,٦٧٤	٠,٤٥٤
١٠	١,٦٣١	٠,٣٦٢	**٤,٥٠٨	٠,٧٩٩	٠,٦٣٨
١١	١,٥١٠	٠,٣٤١	**٤,٤٣١	٠,٨١٢	٠,٦٥٩
١٢	١,٣٩٩	٠,٥٣٩	*٢,٥٩٧	٠,٦٧٩	٠,٤٦١
١٣	١,٥٣٩	٠,٣٧٤	**٤,١١٥	٠,٧٩١	٠,٦٢٦
مؤشر الصدق التقاربي AVE		٠,٥٠٢			
الثبات المركب CR		٠,٩٢٩			

** دال عند مستوى معنوية (٠,٠٠١).

* دال عند مستوى معنوية (٠,٠١).

جدول (١٠). مؤشرات حسن المطابقة لمقياس المساندة الاجتماعية في العمل.

مؤشرات المطابقة	قيمة المؤشر	مؤشرات المطابقة	قيمة المؤشر
كاس٢ (CMIN)	٣١,٠٧٤	مستوى الدلالة	٠,١٥٢
درجات الحرية	٦٥	كاس٢ المعيارية	٠,٤٨٧
مجموع مربعات خطأ التقريب (RMSEA)	٠,٠٣٧	مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠,٩٦٨
مؤشر حسن المطابقة (GFI)	٠,٩٧٤	مؤشر المطابقة المتزايد (IFI)	٠,٩٧١
مؤشر حسن المطابقة المعدل (AGFI)	٠,٩٤٠	مؤشر توكسر - لويس (TLI)	٠,٩٣٩
مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠,٨٨٢		

ينتضح من الجداول السابقة (٩، ١٠) أن جميع قيم النسبة الحرجة دالة إحصائياً، وتراوحت بين (٢,٣٢٣ - ٥,٥٢١)، كما حقق مقياس المساندة الاجتماعية في العمل قيمة مقبولة لمؤشرات حسن المطابقة.

ثانياً: ثبات المقياس

تم تقدير ثبات المقياس على عينة الدراسة من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تمّ حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما بجدول (١١).

جدول (١١) معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية في العمل

المرضى (ن = ٩٠)		
طريقة حساب الثبات	الفا لكرونباخ	القسمة النصفية
المساندة الاجتماعية في العمل	٠,٧٩٩	٠,٨٥٩

ويتضح من نتائج جدول (١١) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية في العمل للعاملين بالتمريض، مقبولةً بوجه عام.

كما حُسِبَ ثبات الاتساق الداخلي لتحليل بنود المقياس وتفتيتها من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل، وتراوحت قيم الارتباطات لدى الممرضين (ن=٩٠) ما بين (٠,٣٩٢ - ٠,٦٨٥)، وبالتالي تَنَسِّمُ بنود المقياس بأَسَاقٍ داخلي مقبول، وتتجاوز المَحَاكَّ المقبول (٠,٣).

وبناءً على ما سبق؛ يَنَسِّمُ مقياس المساندة الاجتماعية في العمل بدرجات مقبولة من الكفاءة السيكومترية، وهو ما يتيح إمكانية الاعتماد على النتائج المستمدة منه.

كما تجدر الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى ما سبق، فإن ما تُقضي إليه الدراسة الحالية من نتائج بين متغيرات الدراسة (متطلبات العمل، والاحترق النفسي، وتنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية) بما يتسق مع فروض الدراسة وإطارها النَّظْرِيّ، يمكن أن يُعد مؤشرات إضافية للصدق بما يُسمَّى صدق التكوين.

نتائج الدراسة

نعرض فيما يلي نتائج الدراسة في محورين، هما:

١. العلاقة بين متغيرات الدراسة (المساندة الاجتماعية وتنظيم الانفعال ومتطلبات العمل بالاحترق النفسي لدى الممرضين).
٢. الدور المُعدّل لكل من تنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي. باستخدام معامل الارتباط الجزئي، وتحليل الانحدار الهرمي.

أولاً: فيما يتعلق بالعلاقة بين متغيرات الدراسة (نتائج الفروض الثلاثة الأولى)، تمَّ حساب معامل الارتباط الخطي لـ"بيرسون"، على النحو التالي.

العلاقات الارتباطية بين متطلبات العمل وأبعاده الفرعية، وتنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية، والاحتراق النفسي.

جدول (١٢) معاملات الارتباط الخطي "البيرسون" بين متغيرات الدراسة والاحتراق النفسي

الاحتراق النفسي	المرضى (ن = ٩٠)	متغيرات الدراسة
		١- متطلبات العمل وأبعاده الفرعية
	*٠,٤١٥	أ. المتطلبات الجسمية
	**٠,٥٩٣	ب. المتطلبات الانفعالية
	*٠,٤٠٣	ج. المتطلبات العقلية
	**٠,٦٠٨	د. المتطلبات الإدارية
	*٠,٣٩٥	هـ. ضغوط إدارة الوقت
	**٠,٥٠٩	و. عدم ملاءمة العائد المادي
	*٠,٣٦٣	ز. مخاطر العمل
	**٠,٤٨٤	ح. ضعف الإمكانيات والمُعِينَات
	**٠,٧١٨	الدرجة الكلية لمقياس متطلبات العمل
	**٠,٥٣٦-	٢- تنظيم الانفعال
	**٠,٣٩٩-	٣- المساندة الاجتماعية في العمل

* دال عند مستوي معنوية (٠,٠٥) ** دال عند مستوي معنوية (٠,٠١).

وتم الكشف عند دلالة الذيلين.

ويتضح من نتائج جدول (١٢) وجود علاقات ارتباطية موجبة بين متطلبات العمل ومكوناتها الفرعية والاحتراق النفسي لدى الممرضين. وتعنى هذه النتيجة أن عند إدراك الممرضين بتعرضهم لمتطلبات مرتفعة في بيئة عملهم يزداد شعورهم بالاحتراق النفسي.

كما اتضح وجود علاقات ارتباطية سالبة بين كل من تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي لدى الممرضين. وتعنى هذه النتيجة أن عند قيام الممرضون بتنظيم انفعالهم وكذلك عند إدراكهم بتلقيهم للمساندة الاجتماعية من زملائهم ورؤسائهم في العمل، ينخفض شعورهم بالاحتراق النفسي.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالكشف عن الدور المُعدل لتنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي (نتائج الفرضين الرابع والخامس).

تمَّ اختبار هذين الفرضين بطريقتين إحصائيتين للكشف عن الدور المُعدل لدى الممرضين، على النحو التالي.

الطريقة الأولى: معامل الارتباط الجزئي

تمَّ حساب الارتباط بين المتغير المنبئ (متطلبات العمل) والمتغير المحكي (الاحتراق النفسي)، ثمَّ حساب الارتباط بينهما مرة أخرى بعد عزل تأثير المتغيرات المُعدلة (تنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية)، وهو ما يوضحه جدول (١٣) من نتائج لمعاملات الارتباط البسيط، والجزئي ودلالاتهما. جدول (١٣). معاملات الارتباط المستقيم والجزئي للعلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي قبل وبعد استبعاد المتغير المُعدل.

معاملات الارتباط المستقيم والجزئي للعلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي قبل وبعد استبعاد تنظيم الانفعال (ن = ٩٠)

الارتباط المستقيم (قبل الاستبعاد)	الارتباط الجزئي (بعد الاستبعاد)
**٠,٧١٨	*٠,٥٢٢
معاملات الارتباط المستقيم والجزئي للعلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي قبل وبعد استبعاد المساندة الاجتماعية (ن = ٩٠)	
الارتباط المستقيم (قبل الاستبعاد)	الارتباط الجزئي (بعد الاستبعاد)
**٠,٧١٣	*٠,٣٨٣

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

يتضح من نتائج جدول (١٣) أن جميع معاملات الارتباط بين متطلبات العمل والاحترق النفسي موجبة سواء قبل أو بعد الاستبعاد، وانخفض مستوى الدلالة بعد استبعاد المتغير المعدل، كما انخفضت قيمة معامل الارتباط بعد عزل تأثير المتغيرات المعدلة (تنظيم الانفعال، والمساندة الاجتماعية في العمل)، مما يشير إلى وجود دور مُعدل لكل من تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي.

الطريقة الثانية: تحليل الانحدار الهرمي

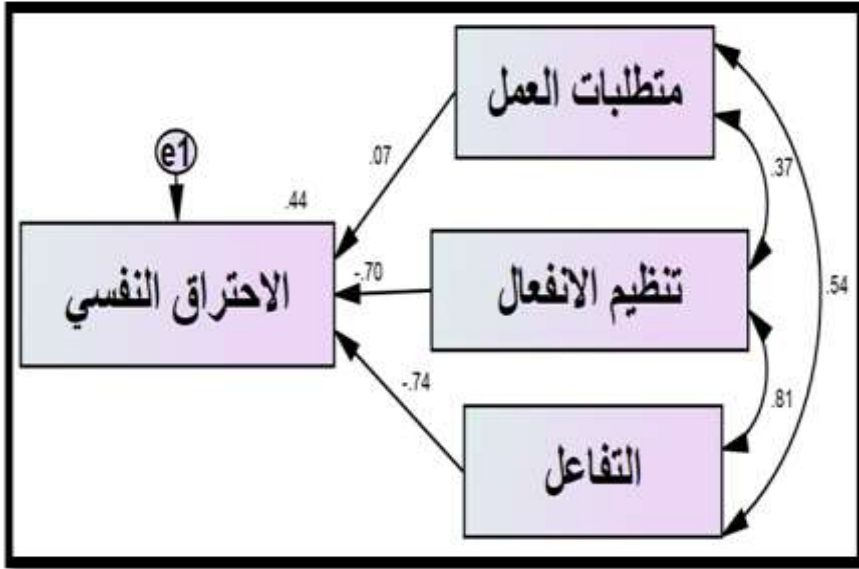
تم الكشف عن دور المتغيرات المعدلة تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحترق النفسي باتباع تحليل الانحدار الهرمي^(*) لدى عينة الدراسة الكلية (ن = ٩٠)، ويتضح ذلك فيما يلي.

(*) يستخدم تحليل الانحدار الهرمي لدراسة المتغيرات المعدلة وفق أربع خطوات؛ تتمثل الخطوة الأولى في: حساب التأثير المباشر بين المتغير المنبئ (متطلبات العمل) على المتغير المحكي (الاحترق النفسي)، والخطوة الثانية: حساب التأثير المباشر بين المتغير المعدل على المتغير المحكي، والخطوة الثالثة: حساب التأثير المباشر بين المتغير المنبئ والمعدل معاً في النموذج على المتغير المحكي، والخطوة الرابعة: حساب تأثير المتغير المنبئ والمعدل والتفاعل بين المتغير المنبئ والمعدل (حاصل ضرب متطلبات العمل مع المتغير المعدل) على المتغير المحكي، وتوضح هذه الخطوة دور المتغير المعدل، وذلك بعد التَّحَقُّق من وجود دلالة وتأثير بين المتغيرات في الخطوات السابقة، ويتم تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية (Z Scores) (Howitt & Cramer, 2017).

جدول (١٤). الدور المُعدل لتنظيم الانفعال في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

المتغيرات	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	بيتا	مربع معامل الارتباط (٢ر)	مستوي الدلالة
تأثير متطلبات العمل على الاحتراق النفسي						
الخطوة الأولى	متطلبات العمل	٠,٥٥٠	٠,١٤٥	٣,٧٨٧	٠,٤٦٩	٠,٢٢٠
تأثير تنظيم الانفعال على الاحتراق النفسي						
الخطوة الثانية	تنظيم الانفعال	-٢,١٥٨	٠,٩٨٤	-٢,١٩٣	٠,٥٧٠-	٠,٣٢٥
تأثير متطلبات العمل وتنظيم الانفعال على الاحتراق النفسي						
الخطوة الثالثة	متطلبات العمل	٠,٧٠٤	٠,١٣١	٥,٣٦٦	٠,٦٠٠	٠,٤٢٣
	تنظيم الانفعال	-٢,٠٥٠	٠,٤٨٨	-٤,٢٠٣	٠,٤٧٠-	٠,٠١
الدور المُعدل لتنظيم الانفعال في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي						
الخطوة الرابعة	متطلبات العمل	٠,٢٦٤	١,٠٠٢	٠,٢٦٣	٠,٠٦٨	٠,٤٣٧
	تنظيم الانفعال	-٠,٠١٢	٠,٠٠٤	-٢,٧٠٩	٠,٧٠٢-	٠,٠١
	التفاعل بين متطلبات العمل وتنظيم الانفعال	-٠,٨٥٩	٠,١٥٠	-٥,٧٢٠	٠,٧٣٨-	٠,٠١

ويتضح من نتائج جدول (١٤) في الخطوة الرابعة أن لتنظيم الانفعال دوراً مُعدلاً بشكل جزئي؛ وذلك لوجود تأثير دال لتنظيم الانفعال بمفرده، ومتفاعلاً مع متطلبات بيئة العمل في خفض الشعور بالاحتراق النفسي. وهو ما يوضحه شكل (٧).



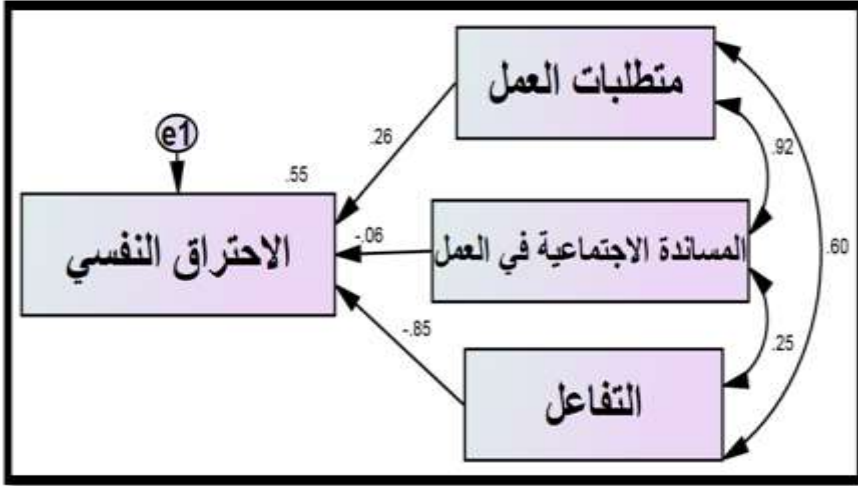
شكل (٧). الدور المُعدل لتنظيم الانفعال في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي

جدول (١٥) الدور المُعدل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي لدى الممرضين.

المتغيرات	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	بيتا	مربع معامل الارتباط (R)	مستوي الدلالة
تأثير متطلبات العمل على الاحتراق النفسي						
الخطوة الأولى	متطلبات العمل	٠,٥٥٠	٠,١٤٥	٣,٧٨٧	٠,٤٦٩	٠,٢٢٠
تأثير المساندة الاجتماعية على الاحتراق النفسي						
الخطوة الثانية	المساندة الاجتماعية	١,٨٣٩-	٠,٣٠٧	٥,٩٨٧-	٠,٤٢٣-	٠,١٧٩
تأثير متطلبات العمل والمساندة الاجتماعية على الاحتراق النفسي						
الخطوة الثالثة	متطلبات العمل	٠,٧٧٥	٠,٠٥١	١٤,٨٢٨	٠,٧٥٢	٠,٥٢٧
	المساندة الاجتماعية	٠,٨٢٥-	٠,١٦٠	٥,١٥٣-	٠,٢٧٥-	٠,٠١
الدور المُعدل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي						
الخطوة الرابعة	متطلبات العمل	٠,٠٠٣	٠,٠٠٩	٠,٣٩٦	٠,٢٥٥	٠,٥٤٧
	المساندة الاجتماعية	٠,١٩٤-	١,٦٠٣	٠,١٢١-	٠,٠٦٥-	غير دال
	التفاعل بين المتطلبات والمساندة الاجتماعية	٠,٨٥٥-	٠,٢٥٦	٣,٣٣٧-	٠,٨٥١-	٠,٠١

ويتضح من نتائج جدول (١٥) في الخطوة الرابعة أن للمساندة الاجتماعية دوراً مُعدلاً بشكل كلي؛ وذلك لوجود تأثير دال إحصائياً عند التفاعل بين متطلبات العمل والمساندة الاجتماعية على الاحتراق النفسي، مما

يعني أنه عند التفاعل بين إدراك الممرضين لتعرضهم للمتطلبات مع إدراكهم بأنهم يتلقون مساندة اجتماعية في عملهم يترتب عليه انخفاض شعورهم بالاحتراق النفسي. وهو ما يوضحه شكل (٨).



شكل (٨). الدور المُعدّل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي.

مناقشة النتائج

تبين من نتائج الدراسة الحالية تحقق فروض الدراسة؛ ففيما يتعلق بالفرض الأول أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية لمتطلبات العمل ومكوناتها الفرعية والاحتراق النفسي لدى الممرضين، وهو ما يعني أنه عند زيادة إدراك الممرضين لتعرضهم للأعباء في العمل يزداد شعورهم بالاحتراق النفسي.

وتتسق نتيجة الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة في أن مهنة التمريض تتطوي على العديد من المتطلبات والمخاطر والأعباء التي من شأنها أن تؤدي إلى زيادة شعور العاملين في مجال التمريض بالإرهاك الأنفعالي، والاحتراق النفسي، والإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية، وينعكس ذلك بشكل مباشر على جودة الخدمات الطبية المقدمة

للمرضى (Bianchi & Brisson, 2019; Bui et al., 2022; Gillet et al., 2020; Li et al., 2021; Rose et al., 2017) وبالتالي هناك أهمية في خفض متطلبات العمل الجسمية والنفسية؛ لتوفير بيئة عمل صحية (Han et al., 2014).

وينشأ الاحتراق النفسي نتيجة متطلبات الدور المفروضة على الممرضين، ويتسق هذا مع ما أشار إليه ديميروتي وزملاؤه في نموذج متطلبات موارد العمل في أن متطلبات العمل هي التي تؤدي إلى حدوث النتائج السلبية المرتبطة بالعمل (Bakker & Demerouti, 2014).

وكذلك مع ما أشار إليه هانز سيلبي في أن الفرد عندما يفشل في مقاومة مصادر الضغوط التي يتعرض لها، فإنه يكون معرضاً للإصابة بأمراض التكيف (بشرى إسماعيل أحمد، ٢٠٠٤). ومن ثمَّ يصل الممرضون إلى حالة الإنهاك والاحتراق النفسي من منظور فسيولوجي نتيجة استمرار تعرّضهم لأعباء عمل ضاغطة، مع عدم قدرتهم على مواجهة هذه الظروف الضاغطة التي يتعرضون لها في بيئة عملهم (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠).

كما يمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية وفق تصوّر مكي Mackey وبيروي Perrewe (2014)، استناداً إلى نموذج لازاروس Lazarus، الذي يوضّح أن الأفراد في بيئة عملهم يواجهون تحدياتٍ وضغوطاً متنوعة، ولمواجهة هذه الضغوط يقوم الفرد بعملية التقييم المعرفي، التي تتضمن تقييماً معرفياً أولياً لمتطلبات العمل التي يواجهها الفرد، باعتبارها تُشكّل تهديداً له، وعند إدراكه بأنها تمثل له تهديداً، فإنه يقوم بعملية التقييم المعرفي الثانوي، والتي تتضمن تقييم الفرد لما يمتلكه من موارد وإمكانات شخصية واجتماعية يمكن أن تمكنه من التعامل مع هذه المتطلبات المهذّدة له، ثم تبدأ عملية المواجهة.

ومن ثمَّ فإنَّ شعور الفرد بنفاد طاقته لا تنتج عن أعباء العمل الضاغطة في حدِّ ذاتها، وإنما تنتج عن مدى إدراك الفرد لأعباء ومتطلبات العمل بالنسبة له، وتفسيره لها، وتقديره لقدرته على مواجهته (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠).

وفيما يتعلق بالفرض الثاني أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تنظيم الانفعال والاحتراق النفسي لدى الممرضين، وتتسق نتيجة الدراسة الحالية مع ما اشار إليه الباحثين عن دور تنظيم الانفعال الفعال لدى العاملين بالتمريض في شعورهم بحسن الحال في العمل، وأنه إذا كان لديهم صعوبات في تنظيم انفعالاتهم أثناء العمل فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى شعورهم بالإرهاك الانفعالي اليومي (Blanco-Donoso, 2016; Potard & Landais, 2021; Roczniewska & Bakker, 2021).

ونظرًا لأن بيئة العمل بالتمريض مليئة بالعديد من الانفعالات، مثل: الخوف من ارتكاب الأخطاء، أو الخوف على سلامة المرضى، أو وفاة أحد المرضى، فضلًا عن مشاعر القلق والتوتر وغيرها من الانفعالات السلبية (سهير فهم الغباشي، ٢٠٠١؛ Han et al., 2014) فإن العمل بالتمريض يتطلب تنظيم الممرضون لانفعالاتهم، وكف استجاباتهم الانفعالية غير المرغوبة (Koole et al., 2011).

وأشار ماكي Mackey وبيروي Perrewe (2014) في نموذجهما عن دور تنظيم الذات وما يتضمنه من ضبط وتنظيم للانفعال في اتباع الفرد لسلوكيات المواجهة الفعالة؛ لمواجهة العقبات والصعوبات، والمثابرة عند الشدائد، ومقاومة الإغراءات، والسيطرة على الانفعالات السلبية، وبالتالي ينخفض شعور الفرد بالأعباء والضغوط، ويزداد شعوره بالصحة النفسية والجسمية.

كما أشار دي جونج De Jonge ودورمان Dormann (2003) في نموذجهما إلى أنه يمكن تعويض الآثار السلبية لمتطلبات العمل عن طريق الموارد الشخصية؛ فعلى الرغم من صعوبة خفض متطلبات العمل لكونها جزءًا من الوظيفة، فإن الموارد الشخصية والتي منها -تنظيم الانفعال- هي التي من شأنها أن تقلل من نتائج العمل السلبية التي تنتج عن متطلبات العمل.

وتتولد الانفعالات -وفق نموذج جروس- في مراحل متتابعة، وكل

مرحلة تقوم على توليد الانفعال قد تكون هدفاً للتنظيم، فيواجه الأفراد موقفاً ذا ملامح قد تُثير استجابة انفعالية في المرحلة الأولى، وفي المرحلة الثانية قد ينشغل الأفراد أو لا ينشغلون بلامح الموقف المرتبط بالانفعال، وفي المرحلة الثالثة، يُصدر الأفراد تقييمات معرفية للموقف، قد تولد أو لا تولد استجابة انفعالية، وفي المرحلة الرابعة والأخيرة يُعبّر الأفراد عن انفعالاتهم من خلال سلوكهم. وبالتالي يرتبط تنظيم الانفعال وعمليات تقييمها بالسلوك الصحي، في حين يؤدي ضعف تنظيم الانفعال إلى توليد انفعالات غير مرغوب فيها؛ إذ تصبح الانفعالات الإيجابية أو السلبية أقل تنظيمًا، وخاصة عندما يؤدي الفرد مهام شاقة ذهنيًا خلال مواجهة حدث انفعالي أو بعده (شيماء محمد جاد الله، ٢٠١٨).

وفيما يتعلق بالفرض الثالث كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والاحتراق النفسي لدى الممرضين، وتتسق نتيجة الدراسة مع نتائج العديد من الدراسات التي أشارت -في مجملها- إلى أهمية المساندة الاجتماعية في العمل، ودورها الفعال في تعزيز الصحة النفسية والجسمية لدى العاملين بالتمريض، وشعورهم بحسن الحال المهني (Junakovic & Macuka, 2021; liu et al., 2021; Mark & Smith, 2011; Ruisoto et al., 2021) في حين ارتبط انخفاض المساندة الاجتماعية في بيئة العمل بالتمريض والصراعات المتكررة مع الرؤساء وزملاء العمل، بالشكاوى النفسية والجسمية، وزيادة الشعور بالإرهاك الانفعالي، وقد يصل الأمر إلى الميل لتترك العمل (Han et al., 2014; Jalilian et al., 2019; Van Bogaert et al., 2014).

وبناءً على ما سبق، يمكن بلورة دور المساندة الاجتماعية بوصفها أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية في تعزيز الصحة النفسية والجسمية للفرد؛ لما لها من دور وقائي في مساعدة الفرد على مواجهة الأحداث اليومية التي قد تُثير المشقة لديه؛ ومن ثمّ فإنها قد تحوّل دون إصابة الفرد بزملة أعراض التعب المزمن، كما أن لها دورًا مُطفئًا في التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن

الأعباء التي يواجهها الفرد، والتي قد تسهم في اختلال الصحة النفسية والجسدية لديه (Jones et al., 2015).

ومن ناحية أخرى، يمكن أن تصبح المساندة الاجتماعية سلبية ومهددة للفرد الذي يتلقاها إذا لم تكن موجّهة نحو الأسباب الحقيقية للضغوط في العمل، حيث تظل المواقف الضاغطة باقية لم تتغير، وكذلك عندما يعتقد الفرد أنه أصبح معتمدًا تمامًا على الآخرين في مواجهته للمواقف الضاغطة في عمله، وأنه دون مساندتهم لن يتمكن من إدارة هذه المواقف (الحسين محمد عبد المنعم، ٢٠٠٨ ب).

وبالتالي يتضح أنه قد يكون هناك تأثير إيجابي أو سلبي للمساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والجسدية للفرد، وذلك بناءً على مدى إدراكه لما يتلقاه من دعم من رؤسائه وزملاءه في العمل، ومدى ملاءمتها لمتطلبات العمل التي يتعرض له العاملون بالتمريض (آية الله عبده سليمان، ٢٠٢٠).

وفيما يتعلق بالفرضين الرابع والخامس أظهرت النتائج وجود دور مُعدل لكل من تنظيم الانفعال والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين متطلبات العمل والاحتراق النفسي. مما يُعني أنه عند التفاعل بين إدراك الممرضون لتعرضهم للمتطلبات في عملهم مع تنظيم انفعالاتهم، وتلقيهم للمساندة الاجتماعية من زملاء ورؤساء العمل يترتب عليه انخفاض شعورهم بالاحتراق النفسي.

وفي هذا السياق أشارت ماسلاش وزملاؤها (Maslach et al., 2001) إلى أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة وجود متطلبات عمل مرتفعة، مع انخفاض وجود الموارد الشخصية والتنظيمية. إذ تساعد تلك الموارد العاملين بالتمريض على إدارة أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم، وعندما تنخفض هذه الموارد يصبح الممرضون غير قادرين على التوافق (Roczniewska & Bakker, 2021).

كما يتضح في ضوء ما أشار إليه هوبفول في نظريته أنه يمكن تغيير الوضع الضاغط في العمل عن طريق إدارة الأفراد لانفعالاتهم في بيئة العمل، وطلب المساعدة من زملاء ورؤساء العمل (أي تفعيل الموارد الشخصية)، وبالتالي يسعى الفرد إلى إدارة ضغوط العمل من خلال تحقيق التوازن بين متطلبات العمل المرتفعة وتفعيل الموارد (Niks et al., 2016).

ويعني هذا أن الأفراد الذين يواجهون متطلبات مرتفعة في العمل، ولكن لديهم مستوى كافٍ من الموارد للتعامل مع هذه المتطلبات، سيتعرضون لنتائج سلبية أقل من الأفراد الذين ليس لديهم مستوى كافٍ من الموارد (Amelvoort, 2013).

ويتسق ذلك مع ما أشار إليه بعض الباحثين من أن تنظيم الانفعال يُعد بمثابة أحد الموارد الشخصية المهمة للتعامل مع متطلبات العمل، وخفض الشعور بالاحتراق النفسي (Bamonti et al., 2020; Xu et al., 2021).

ومن ناحية أخرى، أشار كاراسيك إلى أهمية المساندة الاجتماعية في العمل للتخفيف من حِدَّة متطلبات العمل والآثار السلبية المترتبة عليها، والتي منها: الاحتراق النفسي (Ogden, 2004). ويتسق ذلك مع ما أشار إليه دي جونج ودورمان في نموذجهما عن أهمية المساندة الاجتماعية في العمل، كونها أحد الموارد التي ينبغي تفعيلها لتتوافق مع طبيعة متطلبات العمل، كأن تُعدل المساندة الاجتماعية الوجدانية العلاقة بين متطلبات العمل الانفعالية والآثار السلبية الانفعالية (مثل: الإتهاك الانفعالي) (Amelvoort, 2013).

وبالتالي تؤدي المساندة الاجتماعية دورًا كبيرًا في التخفيف من حِدَّة الآثار النفسية السلبية التي ترتبط بمتطلبات العمل، فهي تقوم بدور المتغير المُعدل؛ حيث تقلل من الارتباط بين التعرض للمواقف الضاغطة في العمل والآثار السلبية لتلك المواقف، والتي قد تصل إلى حدِّ الاحتراق النفسي (الحسين محمد عبد المنعم، ٢٠٠٨؛ علي عبد السلام علي، ٢٠٠٥).

وبناءً على ما سبق بشكل عام، يتضح أن بيئة العمل بالتمريض تتضمن عديدًا من أعباء العمل الضاغطة التي تؤدي إلى حدوث آثار سلبية

على الصحة النفسية والجسمية، وأن لتنظيم الانفعال وتوفير المساندة الاجتماعية من رؤساء وزملاء العمل دورًا مهمًا في خفض أعراض الاحتراق النفسي الناتجة عن زيادة متطلبات العمل، وبالتالي يمكن القول إن الممرضين يشعرون بالاحتراق النفسي نتيجةً لبيئة العمل، كما أنهم لا يمتلكون الإمكانيات والسّمات الشخصية التي تقيهم من الإصابة بالاحتراق النفسي.

المراجع

- ابتهاج علي عودة (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية المعرفية في خفض الاحتراق النفسي لدى فريق التمريض في وحدة العناية المركزة بمدينة الحسين الطبية. *مجلة اتحاد الجامعات العربية للبحوث في التعليم العالي*، ٤١(١)، ١٦٤-١٨٥.
- الحسين محمد عبد المنعم (٢٠٠٨أ). أبعاد الاحتراق النفسي لدى المعلمين دراسة عاملية لاختبار صدق المفهوم. *مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية*، ١٩(١)، ٧٠-١١.
- الحسين محمد عبد المنعم (٢٠٠٨ب). بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية والديموجرافية المنبئة بالاحتراق النفسي لدى معلمي المدارس الحكومية. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة*، حولية (٤)، رسالة (٢).
- إيناس راضي يونس (٢٠٢٠). العلاقة بين التعقل وتنظيم الانفعال لدى عينة من المراهقين المقيمين بدور الأيتام والعاديين. *دراسات عربية*، ١٩(٣)، ٤٧٧-٥٥١.
- آية الله عبده سليمان (٢٠٢٠). دور أسلوب العزو وتنظيم الذات في تعديل العلاقة بين خصائص العمل وزملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضات. [رسالة دكتوراه منشورة]. *كلية الآداب، جامعة القاهرة*.
- بشرى إسماعيل أحمد. (٢٠٠٤). *ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٤). *إدارة ضغوط العمل (نموذج للتدريب والممارسة)*. القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٧). *إدارة الضغوط*. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.

صفاء اسماعيل مرسي (٢٠١٩). دور التعقل في تعديل العلاقة بين ضغوط العمل والاحترق النفسي لدى عينة من مديري المدارس الحكومية ووكلائها. دراسات نفسية، ٢٩ (٤)، ٦١٩-٦٩٠.

جيهان أحمد حمزة (٢٠٠٢). دور الصلابة النفسية المساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل. [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

سارة نبيل محرم (٢٠١٩). ضغوط العمل وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والالتزام التنظيمي لدى العاملين بمهنة التمريض [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة القاهرة.

سهير فهيم الغباشي (٢٠٠١). المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية للأطباء. دراسات نفسية، ١١ (٤)، ٥٣٧-٥٩١.

شعبان جاب الله رضوان (٢٠٠٥). مظاهر التعب النفسي والبدني وعلاقتها بمثيرات المشقة وأسلوب الحياة. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية (٦٢)، ٢١١-٢٥٧.

شعبان جاب الله رضوان (٢٠٠٦). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصامين والاكنتابين. دراسات نفسية، ١٦ (٢)، ١٧١-٢٢١.

شعبان جاب الله رضوان، عادل محمد هريدي (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. مجلة علم النفس، ع(٥٨)، ٧٢-١٠٩.

شيماء محمد جاد الله (٢٠١٨). التنظيم الذاتي للانفعال بوصفه محكاً تشخيصياً لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الإناث الراشدين. دراسات نفسية، ٢٨ (٢)، ٤٢٣-٤٦٤.

عزة عبد الكريم فرج (٢٠٠١). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

عائشة طارق عبد الحميد (٢٠١٦). تقدير الذات وصورة الجسم والكره والإفصاح عن الذات كمنبئات باضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى عينة من الناجيات من مريضات سرطان الثدي. [رسالة ماجستير غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

علي عبد السلام علي (٢٠٠٥). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عمر مصطفى محمد (٢٠٠٨). الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية. القاهرة: الادارة العامة للمكتبات وإدارة المطبوعات والنشر.

فادية محمد زكي علوان، هدي حسن عبد الفتاح، منى أحمد إبراهيم، فاطمة علي نوفل (٢٠١٨). البنية العاملية لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية من الوهن إلى الازدهار. دراسات نفسية، ٢٨ (٣)، ٤٦٥ - ٤٩٧.

ماجدة حسن محمود (٢٠٠٩). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية. دراسات نفسية، ١٩ (٢)، ٢٦١-٣١١.

منال زكريا حسين، محمد سعد محمد، خالد عبدالمحسن بدر. (٢٠١٠). كفاءة الذات العاملة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل والاحترق النفسي. دراسات نفسية، ٢ (٢)، ١٩٧ - ٢٢٥.

Achour, M. & Nor, M.R.M. (2014). The Effects of Social Support and Resilience on Life Satisfaction of Secondary School Students. *Journal of Academic and Applied Studies*, 4(1), 12-20.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring The Burden of Emergency Care: Predictors of Stress-Health Outcomes in Emergency Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317- 1328.

- Almendra, C. (2010). *Relationships among Job Demand, Job Control, Social Support and Job Stress in Registered Nurses Working in Skilled Nursing Facilities*. Doctoral Thesis, Graduate School- Newark, Rutgers, the State University of New Jersey.
- Amelsvoort, K. (2013). *Testing the Demand-Induced Strain Compensation Model: Personality and the DISC Model & the DISC Model in a New Setting*. Master Dissertation, Tilburg University.
- American Nurses Association.(2006). Assuring Patient Safety: Registered Nurses Responsibility in All Roles and Settings to Guard Against Working When Fatigued. from, <http://www.nursingworld.org>.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2014). Job Demands–Resources Theory. In: P. Chen & C. Cooper (Eds.), *Work and Wellbeing: A Complete Reference Guide*, Vol (3), (PP. 1-28). New York: John Wiley & Sons.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual Processes at Work in a Call Centre: An Application of the Job Demands–Resources Model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 393–417.
- Bamonti, P.M., Smith, A., & Smith, H.M. (2020). Cognitive Emotion Regulation Strategies Predict Burnout in Geriatric Nursing Staff. *Clinical Gerontologist*, 1–9.
- Barker, L., & Nussbaum, M. (2011). Fatigue, Performance and The Work Environment: A Survey of Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1370–1382.
- Bentea, C. (2016). Self-Efficacy, Self-Regulation and Psychological Well-Being as Predictors For Teacher Burnout. *International Conference on Mental Health-Psychology, Medicine and Anthropology for Life Quality*, Ploiesti, Romania, 126-132.
- Bianchi, R., & Brisson, R. (2019). Burnout and depression: Causal attributions and construct overlap. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1574- 1580.
- Blanco-Donoso, L., Garrosa, E., Demerouti, E., & Moreno-Jimenez, B. (2016). Job Resources and Recovery Experiences to Face Difficulties in Emotion Regulation at Work: A Diary Study among Nurses. *International Journal of Stress Management*, 24(2), 107-134.

- Boen, H., Dalgard, O., & Bjertness, E. (2012). The Importance of Social Support in the Associations between Psychological Distress And Somatic Health Problems And Socio-Economic Factors Among Older Adult Living At Home: Across Sectional Study, *BMC Geriatrics*, *12*(1), 12-27.
- Bova, N., De Jonge, J., & Guglielmi, D. (2015). The Demand-Induced Strain Compensation Questionnaire: A Cross-National Validation Study. *Stress & Health*, *31*(3), 236- 244.
- Bui, T., Tran, T., Nguyen, T., Vu, T.C., Ngo, X.D., Nguyen, T., & Do, T. (2022). Reassessing the most popularly suggested measurement models and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory - human service survey among Vietnamese healthcare professionals. *Health psychology and behavioral medicine*, *10*(1), 104–120.
- Chen, C., Wang, Q., Lu, G., Li, X., Kan, C., & Li, P. (2015). Correlation between Job Burnout and Social Support as well as Attribution Style of Clinical Nurses. *Chinese Journal of Nursing*, *50*(7), 892– 894.
- Chernomas, M.W. & Clarke, E.D. (2003). *Social Support and Women Living With Serious Mental Illness*, Paririe Women's Health Centre Of Excellence, The Women's Health Bureau of Canda.
- Cohen, S. (1992). Stress, Social Support And Disorder, In: Veiel & Baumann (Eds.), *The Meaning And Measurement of Social Support*. New York: Hemisphere Press.
- Deary, V. (2008). A Precarious Balance: Using a Self-Regulation Model to Conceptualize and Treat Chronic Fatigue Syndrome. *British Journal of Health Psychology*, *13*(1), 231–236.
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2003). The DISC Model: Demand-Induced Strain Compensation Mechanisms in Job Stress. In: M. Dollard, A. Winefield & H. Winefield (Eds.), *Occupational Stress in the Service Professions*, (pp. 43- 74), New York: Taylor & Francis.
- Demerouti, E. Bakker, A. De Jonge, J. Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and Engagement at Work as Function of Demands and Control. *Journal of Work Environmental Health*, *27*(4), 279- 286.

- De Ridder, D., & De Wit, J. (2006). Self-Regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In: D. Ridder & J. Wit (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior*, (pp. 1-23). New York: John Wiley & Sons.
- Fang, J., Qiu, C., Xu, H., & You, G. (2013). A Model for Predicting Acute and Chronic Fatigue in Chinese Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (3), 546- 558.
- Fathizadeh, A., & Khoshouei, M. (2017). The Relationship Between Self-Regulation and Personality Traits with Job Stress in University of Isfahan Employees. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(1), 14- 21.
- Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. (2013). Organizational Stressors Associated with Job Stress and Burnout in Correctional Officers: A Systematic Review. *BMC Public Health*, 13(1), 82-94.
- Friganovic, A., Selic, P., Ilic, B., & Sedic, B. (2019). Stress and Burnout Syndrome and Their Associations with Coping and Job Satisfaction in Critical Care Nurses: A literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 21-31.
- Gibbons, F., Gerrard, M., Reimer, R., & Pomery, E. (2006). Unintentional Behavior: A Subrational Approach to Health Risk. In: D. Ridder & J. Wit (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior*, (pp. 45- 70), New York: John Wiley & Sons.
- Gray, S., & Rutter, D. (2007). Illness Representations in Young People with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology & Health*, 22(2), 159- 174.
- Hackney, K., & Perrewe, P. (2018). Examining the Role of Pregnancy at Work: Implications for the Well- Being of the Mother and Baby. In: M. Buckley, A. Wheeler & J. Halbesleben (Eds.), *Research in Personnel and Human Resources Management*, Vol (36), (PP. 111-140). Bingley, UK: Emerald Group publishing.
- Han, K., Trinkoff, A., & Geiger-Brown, J. (2014). Factors Associated with Work-Related Fatigue and Recovery in Hospital Nurses Working 12-Hour Shifts. *Workplace Health & Safety*, 62(10), 409-414.
- Hlebec, V., Mrzel, M. & Kogovsek, T. (2009). Social Support Network and Received Support at Stressful Events. *Metodoloski Zvezki*, 6(2), 155-171.

- Hobfoll, S. (2011). Conservation of Resource Caravans and Engaged Settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 116–122.
- Hobfoll, S., & Shirom, A. (2001). Conservation of Resources Theory Applications to Stress and Management in the Workplace. In: Golembiewski, R. (Ed.). *Handbook of Organization Behavior*, 2ed, (pp. 57- 80), New York: Marcel Dekker.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2017). *Understanding Statistics in Psychology with SPSS*, (7ed). Pearson, British Library Cataloguing.
- Huang, H., Liu, L., Yang, S., Cui, X., Zhang, J., & Wu, H. (2019). Effects of Job Conditions, Occupational Stress, and Emotional Intelligence on Chronic Fatigue among Chinese Nurses: a Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 351- 360.
- Jalilian, H., Shouroki, F., Azmoon, H., Rostamabadi, A., & Choobineh, A. (2019). Relationship between Job Stress and Fatigue Based on Job Demand-Control-Support Model in Hospital Nurses. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 56.
- Jang, J.Y. (2012). *The Effect of Social Support Type on Resilience*. Master Dissertation, The Department of Communication Studies, The Graduate School of The University of Alabama.
- Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., & Temime, L. (2015). Demographic and Occupational Predictors of Stress and Fatigue in French Intensive-Care Registered Nurses and Nurses' Aides: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 250–259.
- Junakovic, I .T., & Macuka, I. (2021). Job Demands, Job Control, and Social Support as Predictors of Job Satisfaction and Burnout in Croatian Palliative Care Nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 72(3), 225- 231.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.

- Gillet, N., Huyghebaert, T., Reveillere, C., Colombat, P., & Fouquereau, E. (2020). The Effects of Job Demands on Nurses' Burnout and Presenteeism through Sleep Quality and Relaxation. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(3-4), 583-592.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54.
- Gross, J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348- 362.
- Han, K., Trinkoff, A., & Geiger-Brown, J. (2014). Factors Associated with Work-Related Fatigue and Recovery in Hospital Nurses Working 12-Hour Shifts. *Workplace Health & Safety*, *62*(10), 409-414.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2017). *Understanding Statistics in Psychology with SPSS*, (7ed). Pearson, British Library Cataloguing.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, f., Ahlbom, A., & Theprell, T. (1981). Job Decision Latitude, Job Demands, and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men. *American Journal of Public Health*, *71*(7), 694-705.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, *3*(4), 322-355.
- Karasek, R., Choi, B., Ostergren, P., Ferrario, M., & De Smet, P.(2007). Testing Two Methods to Create Comparable Scale Scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-Like Questionnaires in the European JACE Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*(4), 189-201.
- Klusmann, U. (2013). Occupational Self-Regulation. In: M. Kunter, J. Baumert, W. Blum, U. Klusmann, S. Krauss & M. Neubrand (Eds.), *Cognitive Activation in the Mathematics Classroom and*

- Professional Competence of Teachers***, Vol (8), (pp. 291-308), New York: Springer Science.
- Koole, S., Van Dillen, L., & Sheppes, G. (2011). The Self-Regulation of Emotion. In: K. Vohs & R. Baumeister (Eds.), ***Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications***. 2ed, (PP. 22- 40), New York: The Guilford Press.
- Lanaj, K., Chang, C., & Johnson, R. (2012). Regulatory Focus and Work-Related Outcomes: A Review and Meta-Analysis. ***Psychological Bulletin***, 138(5), 998–1034.
- Lansdowne, J. (2011). *The Links Between Social Support and Improved Health Outcomes*, Vancouver Coastal Health Granting Program, Canada.
- Lawrence, S., Troth, A., Jordan, P., & Collins, A. (2011). A Review of Emotion Regulation and Development of a Framework for Emotion Regulation in the Workplace. In P. Perrewe & D. Ganster (Eds.), ***Research in Occupational Stress and Well-Being***, Vol. (9), (pp. 197–263), Bingley, UK: Emerald.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness. In: L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), ***The Self-regulation of Health and Illness Behaviour***, (pp. 42– 65), London: Routledge.
- Li, X., Jiang, T., Sun, J., Shi, L., & Liu, J. (2021). The Relationship between Occupational Stress, Job Burnout and Quality of Life among Surgical Nurses in Xinjiang, China. ***BMC Nursing***, 20 (181), 1- 11.
- Liu, Y., Aunguroch, Y., Gunawan, J., & Zeng, D. (2021). Job Stress, Psychological Capital, Perceived Social Support, and Occupational Burnout Among Hospital Nurses. ***Journal of Nursing Scholarship*** 53(4), 511–518.
- MacDonald, W. (2003). ***The Impact of Job Demands and Workload on Stress and Fatigue***. ***Australian Psychologist***, 38(2), 102–117.
- Mackey, J., & Perrewe, P. (2014). The AAA (Appraisals, Attributions, Adaptation) Model of job stress: The Critical Role of Self-Regulation. ***Organizational Psychology Review***, 4(3), 258- 278.
- Mackey, J., & Perrewe, P. (2019). The Relationships between Hindrance Stressors, Problem Drinking, and Somatic Complaints at Work. ***Group & Organization Management***, 44(4), 807-838.

- Mark, G., & Smith, A. (2011). Occupational Stress, Job Characteristics, Coping, and the Mental Health of Nurses. *British Journal of Health Psychology*, *17*(3), 505-521.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of occupational behavior*, *2*, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397-422.
- Mattern, J., & Bauer, J. (2014). Does Teachers' Cognitive Self-Regulation Increase their Occupational Well-Being the Structure and Role of Self-Regulation in the Teaching Context. *Teaching and Teacher Education*, *43*(1), 58- 68.
- Morgeson, F., & Humphrey, S. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, *91*(6), 1321-1339.
- Munoz, C.F.M., & Otalvaro, C.M.C. (2012). Teacher Burnout and Coping Estrategies in Elementary School and High School Teachers. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, *3*(2), 226-242.
- Niks, I., Gevers, J., De Jonge, J., & Houtman, I. (2016). The Relation between Off-Job Recovery and Job Resources: Person-Level Differences and Day-Level Dynamics. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *25*(2), 226- 238.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A textbook*, 3ed, England: McGraw-Hill Education.
- Oyane, N., Pallesen, S., Moen, B., Akerstedt, T., & Bjorvatn, B. (2013). Associations between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. *PLoS ONE*, *8*(8), 1-7.
- Ozbay, F., Johnson, D.C., Dimoulas, E., Morgan, C.A., Charney, D. & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress. *Psychiatry*, *4*(5), 35-40.
- Park, Mi-Young., Park, Mi-Jeong., Yoo, Ha-Na., & Kim, Joo-Hyung. (2008). A Relationship between Self-Regulation, Job Satisfaction, and Job Stress of Korean Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, *14*(3), 321- 331.
- Peeters, M, Montgomery, A. Bakker, A., & Schaufeli, W. (2005). Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are

- Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61.
- Peiro, J. & Tetrick, L. (2011). Occupational Health Psychology. In: P. Martin, F. Cheung, M. Knowles, M. Kyrios, L. Littlefield, B. Overmier & J. Prieto (Eds.), *IAAP Handbook of Applied Psychology*, PP. (292-315), New York: Wiley-Blackwell.
- Pohl, M., Feher, G., Kapus, K., Feher, A., Nagy, G.D., Kiss, J., Fejes, E., Horvath, L., & Tibold, A. (2022). The Association of Internet Addiction with Burnout, Depression, Insomnia, and Quality of Life among Hungarian High School Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(438), 1- 9.
- Potard, C., & Landais, C. (2021). Relationships between frustration intolerance beliefs, cognitive emotion regulation strategies and burnout among geriatric nurses and care assistants. *Geriatric Nursing*, 42(3), 700–707.
- Ramaci, T., Pagliaro, S., Teresi, M., & Barattucci, M. (2021). *Job Demands and Negative Outcomes after the Lockdown: The Moderating Role of Stigma towards Italian Supermarket Workers. Sustainability*, 13(13), 7507.
- Riggio, R. (2015). *Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. 6 Ed, New York: Routledge.
- Roczniewska, M., & Bakker, A.B. (2021). Burnout and self-regulation failure: A diary study of self-undermining and job crafting among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1-12.
- Rose, D., Seidler, A., Nubling, M., Latza, U., Brahle, E., Klein, E., Wiltink, J., Michal, M., Nickels, S., Wild, P., Konig, J., Claus, M., Letzel, S., & Beutel, M. (2017). Associations of Fatigue to Work Related Stress, Mental and Physical Health in an Employed Community Sample. *BMC Psychiatry*, 17(167), 1- 8.
- Rouxel, G., Michinov, E., & Dodeler, V. (2016). The Influence of Work Characteristics, Emotional Display Rules and Affectivity on Burnout and Job Satisfaction: A Survey among Geriatric Care Workers. *International Journal of Nursing Studies*, 62(1) 81–89.
- Ruisoto, P., Ramirez, M.R., Garcia, P.A., Paladines-Costa, B., Vaca, S.L., & Clemente-Suarez, V.J. (2021). Social Support Mediates the Effect of Burnout on Health in Health Care Professionals. *Frontiers in Psychology*, 11 (623587).

- Schaufeli, W. (2004). The Future of Occupational Health Psychology. *Applied psychology: An International Review*, 53(4), 502- 517.
- Schonfeld, I.S., & Chang, C.H. (2017). ***Occupational health psychology: Work, stress, and health***. New York: Springer Publishing Company.
- Steyn, R., & Vawda, N. (2014). Job Characteristics: Their Relationship to Job Satisfaction, Stress and Depression. *Journal of Psychology in Africa*, 24(3), 281–284.
- Van Bogaert, P., Adriaenssens, J., Dilles, T., Martens, D., Van Rompaey, B., & Timmermans, O. (2014) Impact of Role-, Job- and Organizational Characteristics on Nursing Unit Managers' Work Related Stress and Well-Being. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2622- 2633.
- Wang, H., Hall, N., & Rahimi, S. (2015). Self-Efficacy and Causal Attributions in Teachers: Effects on Burnout, Job Satisfaction, Illness, and Quitting Intentions. *Teaching and Teacher Education*, 47(1), 120- 130.
- Wong, C & Laschinger, H. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1824–1833.
- Wu, S., Li, H., Wang, X., Yang, S., & Qiu, H. (2011). A Comparison of the Effect of Work Stress on Burnout and Quality of Life Between Female Nurses and Female Doctors. *Journal Archives of Environmental & Occupational Health*, 66(4), 193- 200.
- Xu, X., Chen, L., Yuan, Y., Xu, M., Tian, X., L.U, Fang., & Wang, Z. (2021). Perceived Stress and Life Satisfaction Among Chinese Clinical Nursing Teachers: A Moderated Mediation Model of Burnout and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 12 (548339), 1-8.