

الضيق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (Covid-19)

د/ شيماء محمود زيدان عبد الحي

المدرس بقسم علم النفس - كلية الدراسات الإنسانية
جامعة الأزهر - بالدقهلية

الملخص:

هدف البحث إلى التعرف على العلاقة بين درجات الضيق النفسي وكلاً من استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (Covid-19) وكذلك الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الضيق النفسي وفقاً لاختلاف متغيري: النوع (ذكور، وإناث)، والخبرة (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) والتفاعل بينهما، أيضاً التحقق من إمكانية التنبؤ بالضيق النفسي من خلال أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى الممرضين والمرمضات العاملين بمستشفيات جامعة المنصورة في ظل جائحة كورونا (Covid-19).

وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة، وتكونت العينة النهائية من (200) ممرض وممرضة من العاملين بمستشفيات جامعة المنصورة ممن تراوحت أعمارهم بين (25-60) سنة بمتوسط قدرة (35.6) بإنحراف معياري قدره (6.41)، واستخدمت الباحثة مقياس الضيق النفسي (اعداد الباحثة)، مقياس استراتيجيات المواجهة (اعداد الباحثة)، مقياس المرونة النفسية (اعداد الباحثة)، قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية وذلك للتحقق من تمتع أدوات البحث بمعاملات صدق وثبات مرتفع.

وأُسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية وأحد أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول الانفعال)، بينما توجد علاقة سالبة بين أبعاد الضيق والدرجة الكلية والبعد الآخر من أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة) حيث أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى (0.01)، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد الضيق النفسي والمرونة النفسية حيث أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى (0.01)، بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد الضيق

النفسي وفقاً لاختلاف متغيري: النوع (ذكور، وإناث) لصالح الإناث، والخبرة (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لصالح الخبرة أقل من 10 سنوات، وأيضاً أمكن التنبؤ بالضيق النفسي من خلال أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين بمستشفيات جامعة المنصورة في ظل جائحة كورونا (Covid-19) .

الكلمات المفتاحية : الضيق النفسي - استراتيجيات المواجهة - المرونة النفسية - جائحة كورونا (Covid-19)

مقدمة البحث:

يسعى الجميع وراء إيجاد الحقائق العلمية من خلال المراقبة المعلوماتية، ويشهد العالم اليوم ثورة علمية تعد السبيل إلى تحقيق الحلول للكثير من المشكلات التي نواجهها والتي نواتها تبدأ بمسببات الأزمات، وبما أننا نعيش اليوم في عالم الأزمات لأسباب تتعلق بالتغيرات الكثيرة التي حدثت في مجالات الحياة المختلفة التي أثرت في حياة الإنسان داخل المجتمعات بصورة عامة وخلال جائحة كورونا بصفة خاصة والتي لم يكد يوم من ايام الازمة ينتهي حتى تبدأ أزمة جديدة في اليوم اللاحق وعلى جميع الأصعدة (المالكي، 2019، 137).

وتواجه النظم الصحية على الصعيد الدولي تحديات هائلة ناجمة عن التزايد المستمر في الاحتياجات الصحية، وتعد الخدمات التمريضية أحد أهم عناصر نجاح العملية الصحية ويعتبر التمريض عصب النشاط الصحي لتأثيره الواضح والملموس في المؤسسة الصحية والخدمات الصحية المقدمة حيث يمثل التمريض أحد أكبر الفئات المهنية العاملة في المنظمات الصحية ولهم دور كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية , (Draper et al,2009,3)

ولقد ظهر في نهاية عام (2019) في مدينة يوهان الصينية ما يعرف بفيروس كورونا المستجد (Covid - 19) مما دفع العالم بأسره إلى وصف ذلك بالأزمة، والأزمة هي نقطة تحول وهي حالة شديدة من التوتر وفترة ووضع حرج وقد دمر هذا الوباء اقتصاد العديد من الدول وأثر على أنظمة الرعاية الصحية بها وأوقف الطيران وبات العالم كله اسير هذا الفيروس

ولجأت معظم الدول إلى فرض الحجر الصحي المنزلي الصارم بالإضافة إلى حالة الهلع والخوف والتوتر التي لم تشهدها البشرية من قبل (الساعدي، 2020، 31).

ولقد أعلنت منظمة الصحة العالمية World Health Organization أنها جائحة وحالة طوارئ صحية عالمية عامة وهي مرض شديد العدوى، وأثناء تفشي المرض يتعرض هيئة التمريض إلى عبء عاطفي هائل ويجب عليهم الموازنة بين "واجب التعامل" الأساسي مع واجباتهم الموازية تجاه الأسرة والاحبة (Man et al , 2020,3).

ويعمل التمريض Nursing staff على مستوى العالم بجد لاكتشاف حالات كورونا (Covid-19)، لإنقاذ الأرواح أو توفير الراحة وتخفيف الآلام في مواجهة الموت، ولتثقيف أنفسهم والجمهور حول التدابير الوقائية لوقف انتشار الفيروس، مع الاستمرار في رعاية الأشخاص غير المصابين بالفيروس في العديد من البلدان، كما أنهم يعملون تحت حصار افتراضي من هذا الوباء، مع عدم وجود موارد كافية أو معدات حماية شخصية، وأعداد هائلة من المرضى، ونقص في الموظفين، وأنظمة صحية غير مهيأة وسوء التخطيط والإعداد والتنظيم والقيادة من بعض الحكومات والأنظمة الصحية، بما في ذلك الفشل في ضمان وجود مخزون كاف من الإمدادات الطبية اللازمة، بما في ذلك معدات الحماية الشخصية للممرضات وغيرهم (Turale et al,2020,164).

ويمكن أن يؤثر الإرهاق والضغط على أي عامل في أي مجال مهني، في حين أن إجهاد التعاطف Empathic strain والضيق النفسي psychological distress خاص بمختصو الرعاية الصحية، والمعلمون، وضباط الشرطة الذين هم على اتصال بمعاونة الآخرين (العسالي، 2020، 124).

ومن خلال المراجعة المنهجية لمعظم الدراسات السابقة تبين شيوع أعراض القلق والإكتئاب بين مقدمي الرعاية الصحية، وأنها مترافقة للتعرض للكورونا (Covid-19) وباعتبارات وبائية وبمعايير شخصية فقد كان حدوث القلق والإكتئاب مرتفعاً عند المعرضين لعدوى كورونا (Covid-19) العاملين في خط الرعاية الصحية الأول مع مسؤوليات سريرية عالية عند الذين أصيبوا بالعدوى، وإضافةً إلى خشية العدوى الشخصية، فقد شكل الخوف على الأهل والزملاء من العدوى سبباً رئيسياً للضيق ذلك لأنهم يتعاملون باستمرار مع المعاونة الشديدة والألم والصدمات للآخرين، والضيق النفسي أحد المشكلات الصحية النفسية الهامة الناتجة

عن وباء فيروس كورونا (COVID-19) وهو حالة عاطفية ساحقة وغير مريحة ناتجة عن الأحداث أو الضغوطات أو الصعوبات في حياة المرء (Rinder, 2004, 536) وفي الواقع، قد يكون التمرّض على الصعيد العالمي، بطبيعتهم أكثر عرضة للضيق النفسي فعلى سبيل المثال، أفادت مراجعة منهجية حديثة لطلاب التمرّض في العديد من البلدان عن انخفاض مستويات الرفاهية النفسية، وارتفاع مستويات التوتر واعتلال الصحة النفسية (Li and Hasson, 2020, 8).

وفي دراسة طولية لـ (622) من طلاب التمرّض في إيطاليا، باستخدام استبيان الصحة العامة وجد الباحثون أن أكثر من 70% من طلاب التمرّض لديهم مستويات كبيرة من الضيق النفسي (Salvarani et al, 2020)، كما أظهرت دراسات متعددة انتشار الاضطراب النفسي بين هيئة التمرّض أثناء وباء (COVID-19) باستخدام مقياس Kessler6، ومقياس Kessler6 عبارة عن تقييم ذاتي مكون من 6 عناصر يمكن أن يساعد في تحديد مخاطر الاضطراب النفسي والأمراض العقلية بين المشاركين فيه، ونظرًا لتعرضهم المتزايد للضيق النفسي فمن المهم فهم العوامل التي قد تزيد من هذا الضيق، لا سيما في ظل جائحة كورونا (COVID-19) الحالية (Wang et al, 2020, 10).

وقد وجد أن الإجهاد الحاد يؤدي إلى الضيق النفسي والذي يتمثل في الاكتئاب والقلق بين الأفراد الذين يتعرضون للضغط المستمر، والعامل الآخر الذي وجد أنه يلعب دورًا هامًا في الضيق النفسي هو كفاءة الفرد في التأقلم واستراتيجيته في مواجهة الأزمات والمواقف الضاغطة وكذا قدرته على التقييم الإيجابي والتعامل بشكل فعال مع الأزمات وعواقبها (Dardas & Shahrour, 2020, 3).

ووفقًا لنظرية المعاملات التي اقترحتها لازورس (Lazarus, 2006) تعرّف استراتيجيات المواجهة coping strategies بأنها "تغيير مستمر للجهود المعرفية والسلوكية لإدارة مطالب خارجية أو داخلية محددة يتم تقييمها على أنها تفرض على موارد الشخص أو تتجاوزها" وقد دعمت العديد من الدراسات صحة وفائدة هذه الفرضية فعلى سبيل المثال، يشير نموذج الإجهاد الوظيفي للمعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية إلى أن استراتيجية المواجهة هي أحد عوامل التخزين المؤقت المحتملة التي تقلل أو تقضي على آثار ضغوط العمل وتحقق التوازن النفسي والسيولوجي، علاوة على ذلك، وجدت دراسة أجريت على ممرضات

المستشفيات في أستراليا ونيوزيلندا أن نوع استراتيجية المواجهة كان مرتبطاً بشكل كبير بالصحة الجسدية والعقلية (Chang et al, 2007, 8)، كما أفاد جونسون وأسطون (Günüşen & Üstün, 2010, 485) إلى أن الإرهاق والضيق بين الممرضات ينخفض عند تقديم التدريب على استراتيجيات المواجهة.

كما يعاني التمريض وغيرهم من العاملين في مجال الصحة والطوارئ من ضغوط جسدية وعاطفية، وضيق نفسي وأخلاقي من القيم المهنية المتضاربة والمعقدة في الممارسة العملية، مع صراعات أخلاقية، ومستويات عالية من الحدة ووفيات من المرضى، وساعات العمل الطويلة، كما يصاب عدد كبير منهم بفيروس كورونا (Covid-19) أويموتون أثناء أداء واجبهم لذا يحتاج الممرضون إلى شجاعة أخلاقية قوية وقدرة على التحمل والمرونة للعمل في الخطوط الأمامية للوباء، وغالباً ما يكونون معزولين عن أحبائهم . (Turale, et al, 2020, 164).

والجدير بالذكر أن أي إنسان عندما يحاول مواجهة بعض الأحداث، الضاغطة بأساليب متنوعة فإن ذلك يعتمد على خصائصه النفسية، وطبيعة الأحداث ذاتها، فمن الأفراد من يستطيع التعامل مع الحدث بمرونة وروية، ويتحمل الضغط، ويتكيف معه، ويحسن إدارته، ومنهم من يتعامل معه على نحو متصلب وسلبى، ويدركه كأنه تهديد وخطر، وهو ما يزيد حدة شعورهم بالضغط النفسي، وتعد استراتيجيات المواجهة أكثر تأثيراً من غيرها ومن المعروف أن الإستراتيجيات المرتكزة على المشكلة ترتبط إحصائياً بحالات الإحباط والقلق على نحو من مثيلاتها المرتكزة على المشاعر (Yong, Nicoll, 1998, 30) وفي ظل أزمة (Covid-19) نجد أن عمل الممرضات أشد من المعتاد وفقدان الموارد المتاحة أكثر من المحتمل ووفقاً لنموذجي JD-R و COR ، فإن الموارد الشخصية مثل المرونة ضرورية وقد تم تصور المرونة على أنها القدرة على التحول بسرعة والتعامل مع الظروف المعاكسة (Rutter, 2008, 9) وتعتبر أيضاً "عملية تكيف بشكل جيد مع الشدائد المختلفة" (Theron, 2016, 636) .

يذكر (شويل، نصر، 2012) أن المرونة النفسية تعد جانباً أساسياً من جوانب الصحة النفسية فهي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط، والاجتهاد في الاوقات الصعبة،

والحفاظ على قدر كبير من التوازن في الحياة ومواجهة الازمات والشدائد والمحن بفاعلية، والتصدي لها، وتزيد من قدرته على استعادة الوضع النفسي السابق للأزمة التي مر بها. (شويل، نصر، 2012، 1783).

وتشمل المرونة امتلاك إحساس قوي بالهدف والقدرة على التكيف والتأقلم والإيجابية والثقة والتفاؤل وإدراك الدعم الاجتماعي القوي، وقد وجدت مراجعة منهجية أجريت عام (2020) لتقييم التدخلات النفسية لتعزيز المرونة لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية، أن التدريب على المرونة أدى بالفعل إلى تحسين مقاييس المرونة وخفض أعراض الاكتئاب والتوتر بشكل كبير، ونظرًا لأن بعض عوامل المرونة قابلة للتعديل فمن المهم تحديد عوامل المرونة التي قد تكون وثيقة الصلة بطبيعة العمل في مجال الرعاية الصحية أثناء أزمة (covid-19)، فقد يؤدي التدخل في هذه العوامل إلى التخفيف من العواقب طويلة المدى للإجهاد المرتبط ب (covid-19) على الصحة العقلية للتمريض (8, 2021, Hines)، فالمرونة عامل مهم للوقاية من تطور الاضطرابات النفسية والحفاظ على الصحة النفسية والبدنية والاداء الامثل فى المواقف الضاغطة (Singer & Ryff, 2003, 34).

ويبدو من الضروري دراسة ظروف عمل التمريض خلال هذه الأزمة الصحية، وتحليل العوامل التي يمكن أن تخفف من عواقبها السلبية على صحتهم العقلية ومستوى الاداء .

مشكلة البحث :

يعمل التمريض تحت ضغط هائل وهم يوازنون بين واجبه المهني واحتياجاتهم الشخصية، وتتزايد مخاوفهم بسبب عدم كفاية إجراءات ضبط الحماية والخوف من العدوى الشخصية أو الأسرية، مما قد يقود إلى الإصابة بالاكتئاب، القلق أو الضيق، وقد أجريت دراسات عديدة هدفت إلى تحليل أثار جائحة كورونا (covid-19) على الصحة العقلية للعاملين في الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، وكانت الصين سباقة بإجراء هذه الدراسات ولحقت بها دول أخرى وقد بينت معظم هذه الدراسات ارتفاع وقوع أعراض القلق ما بين (30% و70%) والاكتئاب (ما بين 20% الى 40%) إضافة إلى إصابة مقدمي الرعاية الصحية بالارق والاحترق والانهاك العاطفي والاعراض الجسدية (614, 2020, Braquehais)، وقد وجد

أن الإجهاد الحاد ينتج عنه لاحقاً الضيق النفسي المتمثل في الاكتئاب والقلق والجسدية بين الأفراد الذين يتعرضون للضغوط (Benight & Harper, 2002, 180).

وقد تمكنت مراجعة منهجية غايتها تحليل المعلومات المسندة بالبرهان حول تأثير جائحة كورونا (COVID-19) على الصحة العقلية للمريض، وبينت شيوع أعراض القلق والاكتئاب والضيق النفسي عند الاحتكاك اللصيق بمرضى (كوفيد-19) وأيضاً عند ارتفاع مستوى المسؤولية السريرية، وقد لوحظ ذلك عند العاملين في خط الرعاية الأول في أقسام الإسعاف، ووحدات العناية المركزة، ووحدات استشفاء (كوفيد-19)، وسيارات الإسعاف، وفي الرعاية الصحية الأولية، إضافةً إلى خشية العدوى كما شكل الخوف على الأهل والزملاء من العدوى سبباً رئيسياً للضيق (العسالي، أديب، 2020، 3).

وموضوع الضيق النفسي لدى مختلف الأفراد يشكل مجالاً واسعاً للبحث، كما أن التعامل معه يعتبر أكثر تعقيداً نظراً لإختلاف كيفية الإستجابة والتعامل مع الأزمات التي تسبب الضيق، وتشير عدة دراسات أن الضيق النفسي يؤثر على صحة الفرد وتوازنه النفسي، وتنشأ عنه آثار سلبية، كعدم القدرة على التكيف، وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، وإنخفاض الدافعية والشعور بالإرهاك كما أن إدراك الفرد للضغط، يعد من أهم الإستجابات الأولية، وهو إدراك للتهديد المحتمل في المواقف الضاغطة، وإعتقاد الفرد بقدرته على مواجهة أو تجنب التهديد.

ولقد زاد الإهتمام من سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الأفراد باختلاف خصائصهم الجسمية والعقلية والشخصية، لتجنب مختلف الأخطار التي تواجههم في حياتهم اليومية، وسمى علماء النفس هذه الوسائل بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية أو إستراتيجيات المواجهة "coping" إذ عندما يستعملها الفرد إنما يستجيب بطرق من شأنها أن تساعد على تجنب ذلك الموقف الضاغط بالهرب منه أو التقليل من حدته بهدف الوصول إلى معالجة تشعره بالتوازن النفسي والسيولوجي (بغيجة & لياس، 2006، 14).

فالضغوط النفسية التي تصيب مختلف الأفراد وخاصة التمريض تتطلب مرونة واستراتيجيات مواجهة وإستجابات توافقية من الصعب مواجهة متطلباتها وبالتالي يتعرض الأفراد إلى ردود إنفعالية وعضوية وعقلية تتضمن مشاعر سلبية وضيق نفسي والتي يمكن أن يكون لها عواقب نفسية طويلة المدى، ومنه فإن تحليل العلاقات المعقدة بين عوامل الضغط

والضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى التمريض في ظل جائحة كورونا (covid-19) قد يساعد في فهم هذه العلاقات والعمل على تقديم إرشادات لمنع أو تقليل الآثار الضارة لهذه الأزمة عليهم.

هذا وقد لاحظت الباحثة ان معظم الدراسات التي تناولت الضيق النفسي كانت لدى عينة من التلاميذ مثل دراسة عمار (2021) ودراسة هادي (1999) اولى طلاب الجامعة كدراسة هوام وزعطوط (٢٠١٨) اولى عينة من المتزوجين كدراسة المقداد وداود (2020) اولى عينة من مرضى السرطان كدراسة سعدي وزعطوط (2019) ولم تجد الباحثة دراسة عربية واحدة وذلك (في حدود اطلاعها) تناولت الضيق النفسي لدى التمريض بوجه عام أوفي ظل أزمة كوفيد-19 بوجه خاص، حيث ندرة الموارد ونقص معدات الحماية الشخصية (مثل أجهزة التنفس الصناعي) والتأخير في اختبار وتشخيص المرضى، وتوفير رعاية غير فعالة، وارتفاع معدلات المرضى والوفيات، وعدم القدرة على السماح للعائلة بالتواجد بجانب سرير المريض، كذلك لم تجد دراسة عربية واحدة (في حدود اطلاعها) حاولت التنبؤ من خلال الضيق النفسى الذي يقعون فريسةً له بالمرونة النفسية واستراتيجيات المواجهة حيث تمكنهم من إصدار سلوكاً تكيفياً إيجابياً في مواجهة المشكلات ومختلف الضغوطات، وتكسبهم المقومات المناعية ضد التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة وتبعاً لذلك فإن أعضاء هيئة التمريض الذين يتمتعون بالمرونة النفسية المرتفعة يتعايشون مع الانفعالات الإيجابية كما أن لديهم القدرة على الإدارة الفعالة للانفعالات السلبية، فضلاً عن ضبط وتنظيم استراتيجيات المواجهة الفعالة مما يخفف من التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة عليهم، فقد لا تكون هذه الأحداث والأزمات عوامل ضغط فحسب، بل قد تؤدي أيضاً إلى إحداث ضرر مادي ومعنوي .

وقد كشفت دراسة كاتو (Kato,2014) ارتفاع الخطر النسبي للممرضات المنتحرات المجهدات في العمل مقارنةً بالممرضات ذوى ضغوط العمل المنخفضة. لذا سعت الباحثة فى الدراسة الحالية للتعرف على كيفية مواجهة التمريض للأزمة الراهنة، لا سيما ذلك الناشئ عن إحتكاكهم بمرضى كورونا (covid-19) وهو المرض سريع الانتشار والعدوى ولقد حرصت على التعرف على طبيعة العلاقة بين الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض بوصفهم الجيش الابيض

وخط الدفاع الاول والمنوط بهم الدعم الصحي والنفسي للمرضى بل وللمجتمع بوجه عام، واضعةً في الاعتبار الفروق بينهم في تحمل الضيق النفسي باختلاف الجنس سواء كان ذكراً أو أنثى، والخبرة على اعتبار ان الخبرة تؤدي دوراً في تطوير قدراتهم الخاصة واستراتيجياتهم التي تمكنهم من التعامل مع الأزمة الحالية ومواجهة الضغوط المختلفة وتجنب الوقوع في منحى الضيق والاضطرابات النفسية اللاحقة، وتمكينهم من العمل بشكل منتج ومثمر والحفاظ على مؤشرات الأداء والفعالية والإنتاجية وجعلهم قادرين على تقديم المساهمة والمساندة الفعالة لمجتمعهم .

وانطلاقاً مما سبق تجد الباحثة أن هناك حاجة ملحة للقيام بهذا البحث لسد الفجوة البحثية في هذا المجال حيث أن المكتبة النفسية تفتقر إلى دراسات نظرية وميدانية تتناول العلاقة بين هذه المتغيرات (الضيق النفسي، المرونة النفسية وإستراتيجيات المواجهة) مجتمعةً معاً ولدي عينة من هيئة التمريض وفي هذه الأونة ومن ثم جاءت فكرة البحث الحالي للكشف عن مستوى الضيق النفسي لدى عينة من التمريض في ظل جائحة كورونا (Covid-19) والكشف عن طبيعة العلاقة بين الضيق النفسي وكلاً من استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لديهم، وكذلك التحقق من ما إذا كان هناك فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث من هيئة التمريض في مقياس الضيق النفسي تبعاً للمتغيرات النوع (ذكور اواناث) وسنوات الخبرة وكذلك التحقق من إمكانية التنبؤ باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية من خلال أبعاد الضيق النفسي لدى عينة الدراسة.

ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الاجابة عن التساؤلات الاتية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطيه بين الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (Covid-19)؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطيه بين الضيق النفسي والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (Covid-19)؟
- 3- هل توجد فروق في متوسطات أبعاد درجات عينة من هيئة التمريض على مقياس الضيق النفسي وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) وسنوات الخبرة (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات) والتفاعل بينهما؟

4- هل يمكن التنبؤ بالضيق النفسي في ضوء أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19)؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين درجات الضيق النفسي وكلاً من استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة (COVID-19)، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات عينة من هيئة التمريض على مقياس الضيق النفسي وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث) وسنوات الخبرة (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات) والتفاعل بينهما، أيضاً التحقق من إمكانية التنبؤ بالضيق النفسي في ضوء أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19).

أهمية البحث:

أولاً: الأهمية النظرية:

- 1- تكمن أهمية الدراسة في أهمية الفئة المدروسة كونها تمثل العمود الفقري بل والمحرك الأساسي للنسق الطبي سعياً لفهم أعمق لمسببات الضيق النفسي لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19) والتعرف على استراتيجيات المواجهة التي يميل التمريض لإستخدامها في مواجهة المواقف الضاغطة في ظل الأزمة والمرونة في التعامل وحل المشكلات وتمكين النسق الطبي من تحقيق أهدافهم وأداء رسالتهم.
- 2- تتطلع الباحثة من خلال نتائج هذه الدراسة أن تقدم تصوراً ومقترحاً مهماً للإرتقاء والاهتمام بهيئة التمريض وتحسين معدل واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية والحد من الضيق النفسي لديهم خاصة في ظل جائحة كورونا (COVID-19).
- 3- - تتناول الدراسة الحالية موضوعاً هاماً وحيوياً لم ينل نصيبه من قبل بالدرجة الكافية في مجال البحث العلمي خاصة في البيئة المصرية والعربية (في حدود اطلاع الباحثة)، لذا فإن هذه الدراسة قد تضيف جديداً إلى التراث العربي في مجال الدراسات النفسية والاجتماعية.

4- تلقي الدراسة الحالية الضوء على بعض المفاهيم النفسية كمفهوم الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية وتقدم إطاراً نظرياً لهذه المفاهيم وعلاقتها ببعضها البعض والتي يمكن الاستفادة من نتائجها في الأبحاث المقبلة علي المستوي النفسي والاجتماعي والأكاديمي.

5- تزويد المكتبة العربية بدراسة عن المرونة النفسية واستراتيجيات المواجهة، والتي أجمعت دراسات عدة في البيئات الأجنبية على أنها من العوامل الإيجابية في الشخصية، ولها ارتباط قوي بمخرجات الصحة النفسية، كما أنها عامل وقائي فعال في مواجهة الضغوط والاضطرابات النفسية.

6- تبرز أهمية هذه الدراسة في دراسة اثنان من أهم المتغيرات النفسية وهما المرونة النفسية واستراتيجيات المواجهة التي أكدت الدراسات على أهميتهما في تشكيل سلوك الفرد وتفعيل أدائه باعتبارهما أحد موجّهات السلوك الإنساني حيث تتحدد في ضوءهما استراتيجياته وأنشطته السلوكية ومقدار الجهد الذي يبذله لإنجاح هذه الأنشطة رغم الضغوط والعوائق التي قد تعترضه .

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

1- تتمثل أهمية الدراسة التطبيقية كونها تمثل خطوة أولى لدراسات مستقبلية على صعيد المرونة النفسية واستراتيجيات المواجهة، ومن المفترض أن تسهم النتائج في لفت أنظار صناع القرار في النسق الطبي إلى مدى أهميتهما في مواجهة الضغوط التي تحول دون قدرة الممرضات على التغلب على الضيق النفسي وتحديد مصدره وبناء عليه يتم رسم سياسات من شأنها التقليل من حدته.

2- كما تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال ما توصلت إليه من نتائج وما سوف تكسبه لأفراد العينة من شعور بالأهمية لأننا نهتم لأمرهم خلال تلك الجائحة التي تقشت بالعالم كله ونحاول التعرف على أحوالهم عن قرب.

3- ترجع الأهمية التطبيقية لهذا البحث في التعرف على طبيعة العلاقة بين الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية فضلاً عن معرفة مدى الإسهام النسبي لاستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية في التنبؤ بالضيق النفسي لكي يتسنى لنا التوجيه في ضوء ما يسفر عنه البحث من نتائج .

4- إمداد المكتبة النفسية بأداة جديدة لقياس الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى هيئة التمريض بما يساعد على زيادة الاهتمام بالعوامل التي تسهم في رفع درجة مستوى المرونة واستراتيجيات المواجهة في ظل جائحة كورونا (Covid-19).

5- تسهم الدراسة في توفير المعلومات اللازمة من خلال البيانات التي ستوفرها والتي يمكن الاستفادة منها لاعداد برامج ارشادية وبناء استراتيجيات لتحسين مستوى الاداء والمرونة وتطويرها وتمييزها لدى فئة الدراسة وغيرها من الفئات العاملين بالرعاية الصحية خاصة في ظل جائحة كورونا (Covid-19).

6- الاستفادة بنتائج هذه الدراسة في اقتراح بحوث تالية يمكن إجراؤها مستقبلاً.

التعريفات الإجرائية:

الضيق النفسي: هو المشاعر أو العواطف غير السارة المرتبطة بالضغط والمطالب التي يصعب التعامل معها في حياة عضوية التمريض اليومية والتي تؤثر على مستوى أدائه. ويستدل عليه بالدرجة التي يحصل عليها (الممرض/المرمضة) على مقياس الضيق النفسي (إعداد الباحثة).

استراتيجيات المواجهة: هي المجهودات المعرفية والسلوكية والانفعالية التي يبذلها عضوية التمريض في تعامله مع الضغوط والمواقف التي ترهقه وتفق إمكاناته وذلك بهدف إدارة المطالب الداخلية والخارجية وتحقيق التوازن النفسي والاداء الجيد. ويستدل عليها بالدرجة التي يحصل عليها (الممرض/المرمضة) على مقياس استراتيجيات المواجهة (إعداد الباحثة).

المرونة النفسية: هي عملية التوافق الناجح ضد الأزمات والضغوط التي تهدد الاتزان والصحة النفسية لعضوية التمريض وتمكنه من توليد استراتيجيات مواجهة فعالة للمشكلات المتنوعة بالإضافة إلى مساعدته على تجاوز الخبرات الحياتية السلبية واستعادة توازنه بكل كفاءة واقتدار .

ويستدل عليها بالدرجة التي يحصل عليها (الممرض/المرمضة) على مقياس المرونة النفسية (إعداد الباحثة).

الإطار النظري:

الضيق النفسي psychological distress

إن الضيق النفسي يعد مشكلة خطيرة يواجهها بعض الناس وإن إدراك وفهم أبعاده ومفهومه يساعد في علاجه ومن ثم يساعد في علاج هذه المشكلة (Ridner, 2004,537)، وقد عرف الضيق النفسي منذ آلاف السنين فقد ذكر كوفاكس أنه قبل الميلاد ب(3900) عام وصفت المخطوطة المصرية وصفاً دقيقاً وجسدت بشكل مؤلم من يعاني من التشاؤم وفقدان الثقة بالآخرين، وعدم القدره على أداء مهام الحياة اليومية ومحاولاته الجاده للانتحار وهذه المخطوطة تاريخية الأوصاف متوافقة مع بعض الروايات الحالية لظاهرة الضيق النفسي (Kovacs,1978, 496).

وقد تعرض أيوب عليه السلام للضيق بعد ابتلاء الله له وفقده لأولاده وماله وصحته ودعا ربه أن يزيل عنه الضر وتسلط الشيطان قال تعالى: "وَأَيُّوبَ إِذْ نَادَى رَبَّهُ أَنِّي مَسَّنِيَ الضُّرُّ وَأَنْتَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ". واستجاب الله دعاءه وأذهب عنه البلاء وشفاه وأرجع له عاقبته وصحته وفك كربيه ورزقه عوضاً عن أولاده وزاد ماله (بن المفتي وسميع، 2010، 305)، وكذلك تعرض له نبي الله يونس عندما النقمه الحوت قال تعالى: " وَذَا النُّونِ إِذْ ذُهِبَ مُغَاضِبًا فَظَنَّ أَنْ لَنْ نَقْدِرَ عَلَيْهِ فَنَادَى فِي الظُّلُمَاتِ أَنْ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ. فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَنَجَّيْنَاهُ مِنَ الْعَمِّ وَكَذَلِكَ نُنْجِي الْمُؤْمِنِينَ " ونجى الله عز وجل سيدنا يونس عليه السلام، مما كان فيه من البلاء والضيق فلفظه الحوت في العراء (نصير والحمزاوي، 2003، 70).

ويشير الضيق النفسي إلى أعراض غير محددة من التوتر والقلق والاكتئاب، وتؤدي المستويات المرتفعة من الضيق النفسي إلى ضعف الصحة العقلية وقد تعكس الاضطرابات النفسية الشائعة، مثل اضطرابات القلق والاكتئاب (Cuijpers et al, 2019,250).

تعريف الضيق النفسي:

عرفه (ابن قويدر، 2014) بأنه الميل إلى الخبرة السلبية التي يشعر خلالها الأفراد بعدم الرضا عن انفسهم وعن الحياة بشكل عام.

عرفه حكيمي (Hakami,2018) بأنه العواطف والمشاعر غير السارة التي تتتاب الفرد عندما يشعر بالإرهاق وهذه العواطف والمشاعر يمكن أن تعرقل حياة الفرد اليومية وتؤثر على كيفية التفاعل مع الآخرين من حوله.

عرفه أرهن وآخرون (Arhin et al,2019) بأنه حالة سلبية غير محددة تتضمن المشاعر المرتبطة بالاكتئاب والقلق.

كما عرف سيلفن وآخرون (Sullivan et al, 2019) الضيق النفسي بأنه مشكلة صحية نفسية شائعة في المجتمع وهي حالة من المعاناة العاطفية التي تتميز عادة بأعراض الاكتئاب والقلق وغالبا ما تظهر هذه الأعراض وتحدث مع الشكاوى الجسدية الشائعة ومجموعة واسعة من الحالات المزمنة وكذلك مع متلازمات غير مفسرة طبياً.

وعرف (بكر، 2020) الضيق النفسي بأنه مشاعر سلبية من الحزن والكرب والمعاناة نتيجة ظروف ضاغطة وإجهاد شديد يتعرض له الفرد مما يؤثر سلباً على جوانب حياته الجسدية والنفسية والاجتماعية والأسرية.

مما سبق نستنتج أن "الضيق النفسي يشير إلى المفهوم العام للأداء النفسي غير القادر على التكيف في مواجهة أحداث الحياة المجهدة" وأنه حالة من الانزعاج والمعاناة العاطفية والنفسية التي تتعارض مع أنشطة الحياة اليومية ويمكن أن يؤدي إلى وجهات نظر سلبية عن البيئة والآخرين والنفس، كما أن الحزن والقلق والإكتئاب من مظاهر الضيق النفسي.

مظاهر الضيق النفسي:

تشمل أعراض ومظاهر الضيق النفسي ما يأتي :

أولاً: مظاهر وجدانية:

وتتمثل في التقلبات المزاجية والقلق والاكتئاب والغضب واليأس والأرق والتفكير بالانتحار والانسحاب الاجتماعي والتهيج، كما يرتبط الشعور بالضيق النفسي ببعض المظاهر الوجدانية حيث يقوم الفرد بتغيير تصوراته عن ذاته ويشعر باحتياجه للتغيير في نمط حياته وشخصيته (Iotay,2016,3) .

ثانياً: مظاهر اجتماعية:

وتتمثل في العنف الأسري وانخفاض الدعم العاطفي والشعور بالوحدة ونقص التواصل والانسحاب الاجتماعي والفقر ومشكلات في العلاقة مع الآخرين والعنف والعدوان والاعتداء الجنسي وانتهاك القواعد الاجتماعية والمشاكل القانونية.

ثالثاً: مظاهر معرفية:

ويظهر من خلال الأداء الضعيف والمتدني وصعوبة التركيز وسرعة النسيان والتسرب من التعليم وعدد من المظاهر المعرفية السلبية مثل فقدان الاهتمام بالعالم من حوله إلى جانب التفكير الجاد في الانتحار حيث يبدأ الفرد بالتفكير جلياً بآليات تساعد على التخلص من الضيق النفسي والضغط (Pinto et al,2014,558).

رابعاً: الاعراض البدنية:

يحدث الضيق النفسي مشاكل في التنفس وعدم انتظام ضربات القلب والربو وخفقان والصداع النصفي وحموضة المعدة واضطرابات في القولون ومشاكل في الإخراج ونوبات من الإسهال والإمساك، وهذه الشكاوي قد تستمر لفترات طويلة نسبياً ويمكن أن تصبح ذات طابع مزمن لدى نسبة منهم، وكذلك يزداد تردد هذا الشخص على العيادات الطبية بشكل متكرر حتى ولو لم تظهر عليه أعراض مرضية (Ashurst,hall,2014,17).

من خلال ما سبق يتضح أن الفرد الذي يعاني من الضيق النفسي تظهر عليه بعض الاضطرابات الفسيولوجية وبعض الاضطرابات النفسية وتغيرات في تصوره عن ذاته إلى جانب الانعزال الاجتماعي والوحدة النفسية وسرعة الاستثارة.

التوجهات النظرية المفسرة للضييق النفسي:

فسر العديد من العلماء والباحثين الضيق النفسي كلاً حسب اهتماماته ومنطلقاته النظرية وفيما يلي عرض لأبرز هذه النظريات.

نظرية التحليل النفسي:

يؤكد فرويد على دور العمليات اللا شعورية وميكانزمات الدفاع، فالضييق النفسي ناتج عن صراع نفسي لا شعوري ومحاولة من قبل الفرد لمواجهة الصعوبات الحالية مستخدماً ميكانزمات الدفاع التي سبق أن استخدمها في مرحلة الطفولة المبكرة، وينظر منهج التحليل النفسي إلى الصراعات اللا شعورية التي تضرب بجذورها إلى مرحلة الطفولة كامتداد للنزاعات

السابقة في أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموماً لذلك، يمكن وصف الضائقة النفسية في حياة أي شخص بأنها محاولة التأقلم مع الصعوبات الحالية باستخدام دفاعات الطفولة الماضية، الآليات التي قد تبدوغير قادرة على التكيف وغير مناسبة اجتماعياً ل الوضع الحالي. (Athinson et al, 1996,8; Carson,1996,7).

النظرية المعرفية:

تركز هذه النظرية على المتغيرات المعرفية وتعتبرها العامل الحاسم في معظم الظواهر النفسية فالطريقة التي يفكر بها الناس فيما يخص أنفسهم تؤدي إلى حدوث التغيرات الأخرى فالأفراد الذين يعانون من الضيق النفسي لديهم آراء سلبية عن ذواتهم وبيئتهم والمستقبل، يرون أنفسهم لا قيمة لهم وغير مناسبين وغير محبوبين وقاصرين وفق المنظرون المعرفيون فإن تأثير الناس المفرط وسلوكهم المختل ناتج عن طرق مفرطة أوغير ملائمة في تفسير تجاربهم، وجوهر النظرية أن الصعوبات العاطفية تبدأ عندما يتم تضخيم الأحداث بما يتجاوز الأدلة المتاحة (صالح، 2002، 301).

ويرى ميلر (Miller,1995) أن الفرد يدرك الضغوط والأحداث الصادمة على أنها معلومات جديدة وغريبه عن مخططه الإدراكي لذا فهولا يعرف كيف يتعامل مع الموقف فتشكل له تهديدا ينجم عنه اضطراب في السلوك وبالتالي فإن المعرفة المحايدة بصورة سلبية هي العملية الجوهرية في الضيق النفسي ويتضح ذلك عندما يكون لدى الأشخاص اللذين يعانون من الضيق النفسي وجهة نظر سلبية لذواتهم ولبينتهم ولمستقبلهم وينظرون لأنفسهم بأنهم لا قيمة لهم وإنهم غير محبوبين، وطبقاً لأصحاب النظرية المعرفية فإن جهد الفرد الإضافي والسلوك غير الفعال، هونتيجة للتفسيرات غير الصحيحة وخبرات الحياة، وجوهر هذه النظرية هوأن الصعوبات الانفعالية تبدأ عندما تكون الطريقة والاستراتيجيات التي نرى بها الأحداث ونتعامل معها غير مضبوطة ونستطيع أن نجزم بأن الأشخاص الذين يشعرون بالضيق النفسي يمتلكون بنية معرفية تختلف عن غيرهم.

النظرية الطبية:

وهي وجهة نظر سائدة لعلماء الأمراض في العالم حيث يعتبر الضيق النفسي مرض كأى مرض جسدي آخر ويستخدم هذا النموذج تعريفاً للضيق النفسي مشابهاً للتعريف الذي يستخدمه الممارسين الطبيين، بعبارة أخرى الضيق النفسي تبعاً للنموذج الطبي هوشكل

من أشكال الخلل العصبي المسؤول عن اضطراب التفكير والسلوك ويحتاج العلاج والرعاية الطبية (Carson et al,1996, 24).

نظرية التفاعل البيئشخصي:

تعزو هذه النظرية الصعوبات النفسية والعلاقات البيئشخصية إلى الاختلال الوظيفي في انماط التفاعل، حيث يؤكد كارسون وآخرون (Carson et al,1996) أننا ككائنات اجتماعية فإن الكثير مما نحن عليه وما نعاناه ما هو إلا نتاج علاقتنا مع الآخرين ويصف الضيق النفسي بأنه سلوك غير قادر على التكيف لوحظ في العلاقات بين الشخصية والتي تسببها العلاقات غير المرضية في الماضي أو الحاضر ويتم تحديد الضيق النفسي عند فحص انماط العلاقات الشخصية المختلفة للشخص المصاب بالضيق النفسي وأسباب الضيق النفسي (Perkins et al,1997, 175).

وتؤكد هذه النظرية أن السبب الأساسي للضيق النفسي يرجع إلى انماط مضطربة وظيفيًا من التفاعلات بين الأفراد ووفقًا لهذا المنظور، يتم تخفيف الضيق من خلال التعامل مع الآخرين والتركيز على تخفيف المشاكل الموجودة في العلاقات ومساعدة الناس على تحقيق المزيد من العلاقات المرضية من خلال تعلم مهارات التعامل مع الآخري (Athinson,1996,8;Carson,1996,7).

العوامل التي تسهم في حدوث الضيق النفسي :

1- عوامل الخطر البيولوجية والنفسية والاجتماعية: تشمل العوامل الاجتماعية على سبيل المثال الأدوار والتوقعات المجتمعية المختلفة للرجال والنساء والأدوار في العمل والأسرة بالإضافة إلى التحديات في الجمع بينهما قد تكون أحد العوامل المساهمة في الفروق بين الجنسين وفي قدرتهم على تخطي الازمات وتحمل الضيق (Powell &Greenhaus,2006,75)

2- الصراع بين العمل والأسرة، والصراع بين الأسرة والعمل، وعبء الإثراء بين العمل والأسرة، التناقضات بين العمل والأسرة: ويحدث الصراع بين العمل والأسرة عندما تصبح المشاركة في الحياة الأسرية أكثر صعوبة بسبب المطالب المتعلقة بالعمل ويحدث الصراع بين الأسرة والعمل عندما تتداخل الحياة الأسرية مع العمل، كما أن الإثراء من العمل إلى الأسرة يعني أن الخبرات في العمل تعمل على تحسين أداء الفرد

ورضاه داخل الأسرة، ووفقاً لنظرية تراكم الأدوار فإن الأدوار المتعددة والمحتوى الهادف في الحياة يخلقان تصوراً إيجابياً عن الذات، وقد إتضح أن الصراع بين العمل والأسرة أكثر شيوعاً بين النساء، على الرغم من أن الفارق بين الجنسين في البلدان الأوروبية صغير حالياً لكن لا تزال المرأة تؤدي معظم الأعمال المنزلية في الأسرة وقد يؤدي إنجاب الأطفال وتقديم الرعاية غير الرسمية للأقارب المسنين إلى زيادة تجربة الصراع بين العمل والأسرة (Byron, 2005, 170).

3- الرضا الوظيفي: يرتبط المستوى المنخفض من الرضا الوظيفي بارتفاع مخاطر الإصابة بالضيق النفسي والإرهاق والقلق والاكتئاب ولا يوجد اختلافات كبيرة بين الجنسين في الرضا الوظيفي، على الرغم من أن النساء أقل عرضة للعمل في الوظائف الإدارية والراتب عادة أقل (Witt & Nye, 1992, 910).

4- إجهاد العمل العقلي والجسدي: قد يؤثر إجهاد العمل العقلي والجسدي على الصحة العقلية فالإجهاد العقلي شائع في عمل الخدمة الإنسانية، ولكن أثناء العمل في هذه المهن قد يزيد من خطر الإرهاق العاطفي والضيق النفسي، مع وجود معنى للعمل، كما وجد أن إجهاد العمل البدني له تأثير أقوى على الصحة العقلية لدى الرجال منه لدى النساء (Hiesinger & Tophoven, 2019, 1139).

5- الدعم الاجتماعي: يشير الدعم الاجتماعي المتصور إلى شعور الشخص بأن الدعم العاطفي أو العملي متاح من الآخرين عند الحاجة، ويعد نقص الدعم الاجتماعي من الشريك والأقارب المقربين والآباء والأصدقاء عامل خطر للاضطراب النفسي (Kendler et al, 2005, 253).

6- الوحدة العاطفية: وهي عدم وجود شخص يلجأ إليه في أوقات الحاجة، بينما الوحدة الاجتماعية هي عدم وجود شبكة اجتماعية وتفيد النساء أنها تعاني من الوحدة بشكل أكثر شيوعاً من الرجال وترتبط الوحدة العاطفية ارتباطاً وثيقاً بالضيق والاضطرابات النفسية أكثر من ارتباطها بالوحدة الاجتماعية (Hyland et al, 2019, 1099).

7- الحالة الاجتماعية: وهي سمة مهمة في الشعور بالوحدة، حيث وجد أن الزواج مقارنةً بالترمل والطلاق مرتبط بتحسين الصحة العقلية لدى كلا الجنسين، في حين أن للترمل

آثار طويلة الأمد بين الرجال أكثر من النساء حيث ارتبط العيش وحيداً في الغالب بخطر أكبر للإصابة بمشاكل الصحة العقلية.

8- الأبوة والأمومة: تمت دراسة الأبوة نفسها كعامل خطر أو عامل وقائي في كثير من الأحيان. وجدت بعض الدراسات أن الأبوة والأمومة مرتبطة بمشكلات صحية عقلية أقل (Ben-Zur , 2012, 30).

9- نمط الحياة الضارة: مثل التدخين والإفراط في تناول الكحوليات وقد ارتبطت بزيادة خطر الإصابة بأعراض الاكتئاب، ويعتبر تدخين السجائر أكثر شيوعاً في الفئات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا وبين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية أو ضغوط نفسية علاوة على ذلك، يبدو أن الارتباط بين التدخين والضيق النفسي قد أصبح أقوى في العقود الأخيرة (Li et al,2020, 1224).

10- الصعوبات المالية: قد تكون أحد عوامل الخطر لانخفاض الصحة العقلية، فليس الفقر وحده هو الذي يسبب الضيق النفسي، ولكن أيضاً وصمة العار المرتبطة بتلقي المساعدة العامة أشد من خطر المعاناة من الاضطرابات النفسية الشائعة، على سبيل المثال تبدواضطرابات الاكتئاب والقلق بين الرجال والنساء مختلفة عند النظر إليها حسب فئة الدخل؛ وتعتبر مخاطر النساء أكبر من مخاطر الرجال في جميع الفئات الأخرى باستثناء الفئة الأدنى، في حين يبدو أن الصعوبات المالية في تغطية تكاليف الأسرة لها آثار سلبية متساوية على الصحة العقلية لدى كل من الرجال والنساء (Nagasu et al,2019,13).

مما سبق نستنتج أن الضيق النفسي هو تجربة ذاتية فلا يوجد شخصان يختبران حدثاً واحداً بنفس الطريقة بالضبط، أي أن شدة الضيق النفسي تعتمد على الموقف وكيفية إدراكنا له، ويمكننا أن نفكر في الضيق النفسي على أنه سلسلة متصلة، "الصحة العقلية" في طرف و"المرض العقلي" في الطرف الآخر، حيث نرى أن بعض الأشخاص قد لا يواجهون صعوبة في التعامل مع الضغوط والمواقف المجهدّة، إلا أن غيرهم قد يعانون من مشاعر غير سارة تجعل من المستحيل التأقلم والاستمرار في الأنشطة العادية وهؤلاء هم من يعانون من الضيق النفسي بخلاف الآخرين.

إستراتيجيات المواجهة coping strategies

تلعب إستراتيجيات المواجهة دوراً محورياً في الطريقة التي يستجيب الفرد بها وكيفية تفاعله مع أحداث الحياة الضاغطة والمجهددة وقد تتوسط إستراتيجيات المواجهة العلاقة بين الأحداث الضاغطة والمجهددة التي تحدث وبين ردود الفعل اللاحقة والتي تتمثل في نوبات متزايدة من القلق أو الاكتئاب أو الضيق النفسي وحتى الاضطرابات الجسدية (عدوى، حسانين، 2019، 2).

ويعد مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة وقد اهتم به الفلاسفة منذ آلاف السنين فقد اهتم أفلاطون من خلال أعماله بتقديم شرح للإستراتيجيات أو الطرق التي ينتهجها الافراد للتعامل مع الظروف والأوقات العصيبة التي تمر في حياتهم وعلى الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم فإن الاهتمام العلمي بهذا المفهوم يعد حديثاً نسبياً ويتضح ذلك من خلال ما قدمه تايلور (1970) حيث اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد للمثيرات الشاقة والمجهددة سواء كانت داخلية أم خارجية ومنذ ذلك التاريخ توالى الدراسات العلمية لمفهوم المواجهة باستخدام نظريات وتصورات متعددة وطرق منهجية راسخة (pargament, 1997, 72).

ويمكن التمييز بين إستراتيجيات المواجهة وأساليب المواجهة من خلال طبيعة التعليمات التي توجه للمفحوصين أثناء القياس فإذا كان الأسلوب المستخدم يسعى للتعرف على ما يفعله الافراد عادةً عند التعرض للموقف الضاغط فإنه في هذه الحالة يتم قياس أساليب المواجهة أما إذا تضمنت تعليمات المقياس الحث على التفكير في حدث نوعي واضح يواجهونه في فترة محددة باستخدام اسلوب التقرير الذاتي فإنه في هذه الحالة يتم قياس الإستراتيجيات الموقفية للمواجهة (شكر، 2020، 72).

تعريف إستراتيجيات المواجهة:

عرفها (لازاروس، 2000) بأنها الجهود التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة سواء كانت هذه الجهود موجهة نحو الانفعال أو موجهة نحو المشكلة.
عرفها (محمود، 2000) بأنها الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر وكل من الإستراتيجيات السلوكية والمعرفية الموجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر.

عرفها نيز واخرون (Nezu et al,2004) بأنها الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى إدارة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف. عرفها (عبد السلام،2018) بأنها مجموعة الأساليب التي يواجه بها الفرد الضغوط النفسية والاجتماعية بهدف المحافظة على توازنه النفسي . مما سبق نرى أن استراتيجيات المواجهة مصطلح عام يشمل المجهودات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث والضغوط والمشكلات التي ترهقه وتفقو امكاناته من أجل إدارة المطالب الداخلية والخارجية وتحقيق التوازن النفسي.

تصنيف استراتيجيات المواجهة:

المواجهة التي تركز على المشكلة Problem focusing :

وتشير إلى محاولة الفرد للحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي فعال او تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط وتهدف إلى تنظيم العلاقة بين المشكلة والبيئة بهدف تحسين علاقة الفرد بالبيئة. وحسب لازورس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman فإن المواجهة المركزة على المشكلة تكون موجه نحوالنشاط من أجل تغيير العلاقة بين الشخص والموقف الذي يعيشه وفي هذه الحالة بمجرد أن يحاول الشخص أن يفعل شيئاً ما يكون مهماً بغض النظر ناجح أم لا (Folkman , Lazarus,1984,33).

والمواجهة المركزة على المشكلة تتطلب مجهودات كبيرة والمتمثلة في ما يلي :

- 1- التدريب على التواصل الجيد.
- 2- التعبير عن الانفعالات والإجابة على الانتقادات.
- 3- ضبط الأولويات من أجل التحكم في الوقت .
- 4- السند الاجتماعي وذلك من خلال تقبل مساعدة الآخرين مهما كانت بساطتها.
- 5- الثقة والقيام بالنشاطات المختلفة والقيام بمجهودات من أجل تغيير الوسط والانسحاب من الوسط من أجل الراحة.(برزوان، 2016، 106).

المواجهة التي ترتكز على الانفعال: Emotion focused coping

تؤكد هذه الاستراتيجية على الأساليب السلوكية والمعرفية التي تهدف إلى التحكم في التوتر الانفعالي الذي ينجم عن الموقف الضاغط عن طريق أساليب دفاعية مثل (التفكير

التفاوضي، الابتعاد عن الحدث أو البحث عن مساندة انفعالية من الآخرين، الإنكار، وتجنب مسببات الضغط النفسي)

وتهدف إلى تخفيف التأثير السلبي للحالة الوجدانية وتشمل التدريب على مهارات حل المشكلات وإعادة البناء المعرفي عن الذات وعن المجتمع (Jambor, Elliot, 2009, 63). كما يرى بولهان وآخرون أن المواجهة المرتكزة على الانفعال تصير فعالة عندما يتعرض الشخص إلى مواقف الضغط الشديدة بحيث يصعب عليه إيجاد حل في ذلك الوقت مثلما هو الحال عند الإصابة وبالتالي تصبح الاستراتيجية الموجهة نحو الانفعال هي الفعالة للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي (Paulhan et al, 1994, 300).

والمواجهة المركزة على الانفعالات تضم العديد من الاستراتيجيات وهي:

- 1- الهروب : وتتمثل في استراتيجية التجنب للموقف الضاغط فيتصور الفرد بأنه في عالم أفضل وفي مكان آخر ويتمنى القدرة على تغيير ما يحدث له وأن تنتهي الضغوط بسرعة.
- 2- المراقبة الذاتية: الشخص يراقب ذاته ويطمأن نفسه ويراجع نفسه.
- 4- الحيل الهروبية والتجنبية: ويتعلق الأمر هنا في استراتيجيات الهروب من خلال الأكل، الكحول، الأدوية، النوم والمخدرات.
- 5- اتهام الذات: وتشمل استراتيجيات الشعور بالمسؤولية الذاتية ومحاولة الإصلاح.
- 6- الاستسلام من أجل التجنب: ويتعلق الأمر هنا بموقف تجنب أو إنكار للموقف الضاغط بما أن الشخص لا يستطيع فعل أي شيء تجاهه.
- 7- المواجهة: وهي اتخاذ موقف عدائي تجاه مسببات المشاكل.
- 8- التطور الشخصي: وهي تغيير الشخصية الناتج عن المراقبة الذاتية ومراجعة النفس (Pierluigi et al, 2001, 96).

نظريات ونماذج أساليب المواجهة:

للمواجهة نظريات ونماذج مفسرة لها، من بين هذه النظريات ما يلي:

نموذج التكيف العام:

استخدمت أساليب المواجهة في مجال الطب كمفهوم فسيولوجي، ثم تطور بناءً على أهمية الجانب النفسي والاستجابات الجسمية والنفسية التي تحدث أثناء المواجهة (دردير، 2010، 17).

وتتم هذه الاستجابة تبعاً للمراحل التالية :

- رد فعل الإنذار للخطر حيث يميز الفرد في هذه الاستجابة بين مواقف الخطر ويستعد لمواجهتها يصاحب ذلك بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية للفرد.
- مرحلة المقاومة يلجأ الفرد إلى بعض الحيل الدفاعية للمواجهة وعندما تقشل الحيل في إعادة التوازن تظهر علامات الإجهاد والضيق.
- الإجهاد عندما تقشل المواجهة وتدهور المقاومة يحدث إجهاد يصاحبه بعض الاضطرابات النفسية وبعض الأمراض وربما يصل الامر إلى الوفاة (Schiffirin, Nelson,2010,35).

التحليل النفسي:

عمل التحليل النفسي منذ نشأته على فهم وتحديد أشكال المواجهة وخاصة الاشكال اللاشعورية منها وسميت وسائل الدفاع الأولية، وتتخلص المبادئ الاساسية لدراسة المواجهة من وجهة نظر فرويد بوسائل الدفاع الأولية وما يرتبط بها من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات وقد تتكون هذه الصراعات نتيجة مطالب وطموحات غير محققة ذاتيا أو من التهديدات الخارجية، ويفترض أن الضيق والقلق هما المثير الذي يحرك هذه الآليات (رضوان، 2002، 162).

وقد تم دمج مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا وعرفت على أنها مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطورا في القلق والضيق والتوتر ويتعلق معيار نجاح المواجهة هنا بنوعيه السياق (مرونته، درجة تناسبه مع الواقع، ونوعية المآل النفسي (Paulhan,1992,546).

سمات الشخصية:

ينظر إلى المواجهة من خلال هذه النظرية كسمة شخصية، وأن بعض الخصائص الثابتة للشخصية مثل الحساسية المرهفة، الحتمية، أو تحمل القمع هي أدوات الفرد لمواجهة الضغوط بطريقة ما، ولكن الفرضية القائلة بأن الفرد يسلك دائما بطريقة مماثلة مهما كان الحدث لم تثبت، وفي الواقع فقد أظهرت أبحاث عديدة أن مقاييس السمة هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة (Paulhan,1992,547)، فحسب لازروس وفولكمان (1984) ما تظهره سمات الشخصية غير كافي للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط فيمكن لنفس الشخص أن يستخدم استراتيجيات مواجهة معرفية في عدد من الوضعيات تهدف إلى خفض

التوتر وفي وضعيات أخرى يستعمل استراتيجيات مواجهة سلوكية تهدف إلى حل المشكلة (Folkman , Lazarus,1984,50).

النظرية المعرفية للضغط والمواجهة:

الاتجاه المعرفي هوالمسيطر والسائد في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي وهوالذي يتزعمه لازاروس، ولقد تطورت النظرية المعرفية لتفسير بعض مظاهر الضغوط والكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الناس في المواقف الضاغطة، وتتمثل فكرة لازاروس الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هوالذي يترتب عليه معاناته من الضغط النفسي(عثمان، 2001، ٥١)، حيث تأتي أحداث الحياة في المقدمة وتعتبر هي الحدث المثير والضغط للفرد يليها مرحلة التقييم الأولي حيث يقوم الفرد بمحاولات التعرف على الحدث الضاغط ويحدد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث له، ثم التقييم والتقدير، ويقصد به تقويم إمكانية التعامل ومواجهة الضغط الحادث عن طريق عوامل داخلية خاصة بالفرد مثل ذكائه وشخصيته وثقافته وخبراته السابقة وعوامل خارجية كطبيعة الحدث ومن ثم يحدد كون الحدث سلبيًا أوإيجابيًا من خلال عملية التقييم، وتأتي مرحلة المواجهة ويلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجية معرفية وسلوكية لمواجهة الموقف الضاغط وتتوقف استجابات الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال استراتيجية مناسبة للتغلب على الموقف الضاغط (Pottie et al ,2009,855).

المرونة النفسية psychological flexibility

تقف المرونة النفسية على رأس الموضوعات المهمة التي تشغل إهتمام الباحثين في الوقت الراهن فالحياة تتميز بكثرة التحولات والتغيرات التي تشكل ضغوطاً على الإنسان الذي يلجأ إلى التأقلم معها وهذه التغيرات قد تحتاج إلى إحداث تغيير في السلوك مما قد يتطلب وجود درجة مقبولة من المرونة النفسية تأهل الفرد للتوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للضغوط والأزمات(الأحمدي، 2007، ٢٣).

وتأثير المرونة يشكل الدور الوسيط بين التقييم المعرفي لتجارب الفرد الضاغطة وبين الاستعداد وتجهيز الاستراتيجيات الموجهة، وهذه الآلية يفترض أن تخفض من حدة الضغوط النفسية للمواقف التي يمر بها الفرد كما تساعد المرونة النفسية الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط، فالفرد الذي يتمتع بالمرونة النفسية يستخدم استراتيجيات المواجهة بفاعلية ويدل على

تمتعه بمستوى عالي من الثقة النفسية وبالتالي يستطيع الفرد تقدير مواقف الضغط والأزمات بأنها أقل تهديداً ويستطيع إعادة بنائها وتدويرها واستغلال الجانب الإيجابي والبناء للمواقف الضاغطة (Abbas,2010,170).

والمرونة النفسية تتطور لدى الأفراد خلال فترة زمنية طويلة نسبياً إذا أنها تحتاج إلى تجارب وخبرات حياتية حتى يمتلك الفرد مهارات فاعلة في المرونة النفسية تمكنه من تجاوز الصعوبات والمشكلات الحياتية المختلفة وحماية الفرد من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط وتسهيل عملية التعافي منها (Felten & Hall,2001,50).

تعريف المرونة النفسية:

تعرفها الرابطة النفسية الأمريكية (APA,2002) بأنها عملية التوافق الجيد في مواجهة المآسي والشدائد والصدمات والتهديدات، أوحى مصادر الضغوط الأسرية والمشكلات والعلاقات مع الآخرين وضغوط العمل والضغوط الاقتصادية والأزمات الصحية الخطيرة كما تعني القدرة على النهوض والتعافي منها.

يعرفها (الأحمدي، 2007) بأنه الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التكيف بالتوسط او القابلية للتغيير او الأخذ بأيسر الحلول، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية للشدائد والنكبات والأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار .

يعرفها (البحيري،2010) بأنها تعبير عن قدرة الفرد على التكيف بنجاح مع المحن والمشكلات التي تواجهه والتعامل معها بقوة وذكاء اكثر .

يعرفها (Kleynhans & Kotze , 2013) بأنها بناء عام يدل على قدرة الافراد على التوافق النفسي مع المواقف والبيئات التي تفرض عليهم، والقدرة على التغلب على الظروف والضغوط التي تفرضها هذه المواقف بالإضافة إلى قدرة الافراد على اكتشاف نقاط القوة لديهم ومهاراتهم وكفاياتهم الذاتية والداخلية والدعم الاجتماعي والنفسي المتوفر في البيئة المحيطة من أجل المحافظة على مستويات مرتفعة من الصحة النفسية.

عرفها (أبوالمصان، 2017) بأنها القدرة على إحداث استجابة الفرد الانفعالية والعقلية تبعاً للموقف بحيث يتمكن الفرد من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة .

مما سبق نستنتج أن المرونة النفسية تعد ظاهرة نفسية تساعد على توفير بيئة جيدة وإيجابية للفرد للتكيف والنمو، بالرغم من عوامل التهديد التي يمكن أن يمر بها الفرد يومياً، والاستجابة لعوامل التهديد والتوتر، قد تعكس الفروق الفردية بين الأفراد فهناك من يستجيب بطرق إيجابية لبعض الظروف والمواقف، وهناك من تؤثر عليه هذه الظروف و تنعكس على حياته بشكل ايجابي، كما تعد جانب أساسي من جوانب الصحة النفسية تساعد الفرد على التعامل مع الأزمات والضغوط وتدفعه إلى الاجتهاد في الأوقات الصعبة والحفاظ على قدر كبير من التوازن في الحياة، وتعد لمواجهة الأزمات والشدائد والمحن بفاعليه حتى يتسنى له استعادة الوضع النفسي السابق للأزمة التي مر بها.

الإطار النظري:

تعد المرونة النفسية مفهوم معاصر في ميدان علم النفس الإيجابي التطبيقي، ولقد برزت نتيجته بجهود العلماء في تفسير السلوك الإيجابي عند التعرض للظروف الصعبة وفهم العمليات التي تفسر سلوكهم غير المتوقع (الخرابشة، 2013، 43).
وتعتبر المرونة النفسية مقومات تكيف مناعي ضد التأثيرات السلبية للأحداث السيئة والضغوط وبالتالي فإن ذوي المرونة النفسية المرتفعة يتعايشون مع الفعاليات الإيجابية كما أن لديهم القدرة على الادارة الفعالة للأفعال السلبية بالإضافة إلى ضبط وتنظيم الاستجابة الانفعالية مما يخفض من التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة على الفرد (أبوحلاوة ، 2013 ، 29).

فوائد المرونة النفسية :

- 1- الصحة النفسية: وتعني أن يكون الفرد متوافقاً نفسياً وأنفعالياً واجتماعياً مع نفسه ومع الآخرين ومع بيئته والشعور بالسعادة والقدرة على تحقيق الذات ومواجهة مطالب الحياة والخلق الحسن والشخصية السوية.
- 2- النظرة الإيجابية للحياة: فالأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة النفسية هم أكثر إيجابية في تعاملهم مع ما يحيط بهم من الوسط المحيط، فالنظرة الإيجابية تحدد مكانتهم وقيمتهم في المجتمع وفي الحياة فهي سبيل العمل والحركة وهي طريق الفاعليه والعزم (الأحمدي، 2007، 54).
- 3- الاستمرارية في العطاء: فالإنسان المرن يواصل عمله بهمة وحماس وإتقان واستمرارية، لا يعرف الانقطاع عن عمله بعيداً عن الكآبة.

4- الاتصال الفعال: فالإتصال هو مصدر العلاقات الإنسانية والفرد المرن المتصل بالآخرين يربط نجاحه أو فشله بمستوى نجاح وفشل علاقاته (شقوره، 2012، ٢٥)

طرق بناء المرونة النفسية:

توجد عدد من الخطوات لبناء المرونة النفسية وهي:

- 1- فهم الحدث الضاغط.
- 2- الحفاظ والقدرة على توسيع آفاق النظر ورؤية المشكلات.
- 3- التفاؤل والاستفسار وتوقع الأفضل دائماً.
- 4- احترام ورعاية المرء لعقله وجسده.
- 5- العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين بصفة عامة وداخل الأسرة والأصدقاء بصفة خاصة (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2006, 65).
- 5- تجنب الاعتقاد بأن الأزمات والأحداث الضاغطة مشكلات لا يمكن تجنبها والثقة في القدرة على مجابتهها.
- 7- تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها والتعامل معها بطريقة إيجابية.
- 8- وضع أهداف واقعية واتخاذ قرارات حاسمة في المواقف الصعبة.
- 9- استكشاف الذات وتنمية الثقة بالنفس بعد الصراع مع الخساره (أبوحلاوة، 2013، 31)
- 10- ممارسة التمارين الرياضية بانتظام مثل (ممارسة الرياضة الفردية والجماعية، الجري، اليوجا).
- 11- تجنب استخدام الكافيين المفرط (الشاي، القهوة، المشروبات الغازية، مشروبات الطاقة.
- 12- تعلم تقنيات الإسترخاء مثل (استرخاء العضلات التدريجي، التنفس العميق، التأمل).
- 13- تعلم الشعور بالرضا عن القيام بالأعمال وتجنب الجمود وطلب الكمال من النفس أو الآخرين.
- 14- إعطاء النفس والجسد قسطاً من الراحة بعيداً عن الأنشطة والمواقف الضاغطة والانخراط في هواية أو قضاء بعض الوقت مع الحيوانات الأليفة.
- 15- بناء شبكة من الأصدقاء تساعد على التعامل بطرق إيجابية .
- 16- الحد من الحديث السلبي إلى الذات وتحدي الأفكار السلبية بأفكار بديله محايدة أو إيجابية (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2006, 66).

النظريات المفسرة للمرونة النفسية:

فسر العديد من العلماء والباحثين المرونة النفسية كل حسب اهتماماته ومنطلقاته النظرية وفيما يلي عرض لأبرز هذه النظريات.

نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن الفرد الذي يستطيع الموازنة بين متطلبات كل من الهووالانا الأعلى هوالذي يمتلك الانا القوية السليمة وبالتالي يستطيع السيطرة على سلوكه بمعنى سيطرة الواقع ويرى فرويد أن الصحة النفسية هي القدرة على الحب والحياة فالإنسان السليم نفسيا هوالذي يمتلك أنا قوية وسليمة قادرة على الإنجاز والتنظيم وبناءً عليه فإن مدرسة التحليل النفسي قد أخذت بعين الاعتبار قدرة الانا على التوفيق بين متطلبات الهووالانا الأعلى والتي يفترض أن يسعى الفرد لتحقيقها وهؤلاء الأفراد ومن يتمتعون بالصحة النفسية والتي لها أكبر أثر في التكيف والمرونة من خلال إحلال الأفكار والبدائل التي من شأنها أن تطابق المثل والقيم والرغبات الإنسانية (الزبود، 1988، 33).

النظرية الإنسانية:

يرى روجرز أن المرونة النفسية هي قدرة الفرد على التوفيق بين أشكال الذات المختلفة والذات المدركة والواقعية والمثالية التي تتكون لديه نتيجة احتكاكه ببيئته ونتيجة تراكم الخبرات، حيث يبدأ الفرد في بناء تصور عن ذاته التي تضم قيمة وأفكاره ومشاعره وقدرته على تحقيق ذاته، حيث يدرك الفرد أن كل إنسان كائن عاقل مسؤول بإمكانه أن يسلك سلوك ينمي ذاته فإذا سلك سلوك غير سوي ينعكس على الصحة النفسية وعلى علاقته بالذات، حيث يؤدي إلى تدني تقدير الذات وينعكس ذلك سلبياً على المرونة النفسية والقدرة على اتخاذ القرارات المصيرية ويفتقد بذلك الفرد القدرة على الموازنة بين الذات المثالية والواقعية المدركة (معابر، 2017، 34).

نظرية السلوك المعرفي:

يرى بيك (Beck) أن الأفراد الذين الذين لديهم افكار غير عقلانية ويحتفظون بخرائط ومخططات معرفية مشوهه هم الذين يتمتعون بمستوى منخفض من المرونة النفسية وهوبدوره يؤثر على التكيف النفسي وغالبا ما ينخرطون في تفكير مشوه وغير فعال ويصل بهم الأمر إلى الاضطرابات النفسية ، فالنظرية المعرفية افترضت أن المرونة هي المكون الذي يدفع الفرد

إلى تغيير أنماط سلوكية بما يتلائم مع الموقف الراهن، وما لدى الفرد من افكار ومعتقدات ليحقق السعادة والتكيف مع الواقع، اما من يحتفظون بمفاهيم وبناء معرفي سليم للأشياء والحقائق فإنهم يتمتعون بمستوى مرونة مناسبة (Patterson,1981, 160) .

النظرية الموقفية :

يرى والتر كانون (Walter canon) أن الأفراد عندما يتعرضون للآزمات والضغط والمشكلات اليومية فإنهم اما يتمتعون بالمرونة النفسية ويصبحوا قادرين على مواجهتها والتأقلم معها أو يعجزوا ويهربوا من المواجهة لعدم امتلاكهم مهارات المرونة النفسية فتصرفات الانسان وليدة اللحظة والموقف الراهن وهي المنبئة بسلوكه في المستقبل (أبوحلاوة، 2013، 53).

جائحة كورونا (covid-19)

إن العالم اليوم يعيش أصعب مرحلة في تاريخ البشرية في ظل ظهور هذا الوباء دون سابق إنذار وازدياد معدل الوفيات بشكل يجعل العقل البشري لا يقوى على إستيعابه وتصوره، ومن ثم ظهور حالة من الفزع والضييق وخاصة حينما يجد الإنسان نفسه يعاني من السعال أو العطاس ويشك في إصابته بالكورونا ليس هذا فحسب بل أصبحنا بين ليلة وضحاها مطالبين بالموكوت في المنازل واستخدام الكمامات والمعقمات وغسل اليدين الاجباري لعدة مرات حتى أصبحنا نشك في الهواء الذي نتنفسه (الطيب، 2020 ، 156).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية فيروس كورونا (covid-19) بأنه العدوى المرضية التنفسية الحادة التي تصيب الجهاز التنفسي وتكون مصحوبة بحمى بمقدار (38) درجة مئوية او (100,4) درجة على مقياس فهرنهايت، وسعال والاشتباه في الإصابة بمرض الالتهاب الرئوي (متلازمة ضيق التنفس) بالإستناد على بيانات طبية وسريية تثبت ذلك، وقد صنفت منظمة الصحة العالمية ووصفته كوباء عالمي(جائحة)، وفي الواقع لم تستخدم المنظمة هذا المصطلح لوصف المرض في بادئ الأمر، وقد اكد رئيس منظمة الصحة العالمية ان سبب استخدام هذا المصطلح هو سرعة تفشي العدوى، واتساع نطاقها والقلق الشديد من السيطرة على تفشي الفيروس.

كما عرفت المنظمة مرض كورونا (covid-19): بأنه المرض الناجم عن فيروس كورونا المُستجد المُسمى فيروس(كورونا-سارس- 2)، وقد اكتشفت المنظمة هذا الفيروس

المُستجد لأول مرة في 31 / ديسمبر 2019، بعد الإبلاغ عن مجموعة من حالات الالتهاب الرئوي الفيروسي في يوهان بجمهورية الصين الشعبية. (Q&A,2020,1)
أعراض كورونا (covid-19) بحسب تقارير منظمة الصحة العالمية (Q&A)

تتمثل أعراض كورونا (covid-19) الأكثر شيوعاً فيما يلي:

الحمى، السعال الجاف، الإجهاد وتشمل الأعراض الأخرى الأقل شيوعاً التي قد تصيب

بعض المرضى ما يلي:

فقدان التنوق والشم، احتقان الأنف، التهاب الملتحمة (المعروف أيضاً بمسمى احمرار العينين)، ألم الحلق، الصداع، آلام العضلات أو المفاصل، مختلف أنماط الطفح الجلدي، الغثيان أو القيء، الإسهال، الرعشة أو الدوخة، وعادة ما تكون الأعراض خفيفة، ويصاب بعض الأشخاص بالعدوى ولكن لا تظهر عليهم إلا أعراض خفيفة للغاية أولاً تظهر عليهم أي أعراض بالمرّة.

وتشمل العلامات التي تشير إلى مرض كورونا (covid-19) الوخيم ما يلي:

ضيق النفس، انعدام الشهية، التخليط أو التشوش، الألم المستمر أو الشعور بالضغط على

الصدر، ارتفاع درجة الحرارة (أكثر من 38 درجة مئوية).

وتشمل الأعراض الأخرى الأقل شيوعاً ما يلي:

سرعة التهيج، التشوش، انخفاض مستوى الوعي (الذي يرتبط أحياناً بنوبات القلق،

الاكتئاب، اضطرابات النوم)، مضاعفات عصبية أشد وخامة ونُدرة مثل السكتات الدماغية

،التهاب الدماغ، الهذيان وتلف الأعصاب، وتستغرق المدة من وقت التعرّض (لكوفيد-19)

إلى حين بدء ظهور الأعراض من خمسة إلى ستة أيام تقريباً في المتوسط، ولكنها قد تتراوح

بين يوم واحد و(14) يوماً، ولذا يُنصح الأشخاص الذين تعرضوا للفيروس بالبقاء في المنزل

بمعزل عن الآخرين لمدة (14) يوماً، من أجل منع انتشار الفيروس. (Q&A, 2020,2)

كيفية انتقال العدوى والفئات الأشد تعرضاً لمخاطر الإصابة بالمرض الوخيم الناجم عن

كورونا (covid-19):

يمكن أن تنتقل بعض سلالات الفيروس من شخص إلى آخر، بالاتصال عن قُرب

مع الشخص المصاب عادةً، كما يحدث في سياق الأسرة أو العمل أو في مراكز الرعاية الصحية

مثلاً، وينبغي فحص كل شخص تظهر عليه أعراض، قدر الإمكان، ويمكن للأشخاص غير

المصابين بأعراض الذين خالطوا عن كثب شخصاً مصاباً أو يُحتمل أن يكون مصاباً، أن

يخضعوا للاختبار والاتصال بالسلطات الصحية المحلية وتتبع إرشاداتها ويمكن أن يُصاب العاملون الصحيون بهذا الفيروس نظراً لاقترابهم من المرضى أكثر من عامة الناس، لذلك توصي المنظمة هؤلاء العاملين باستخدام وسائل الوقاية المناسبة من العدوى وتدابير المكافحة اللازمة وتزداد مخاطر الإصابة بمضاعفات وخيمة بين الأشخاص البالغين (60) عاماً وأكثر من العمر، والأشخاص الذين يعانون من مشكلات طبية كامنة، مثل ارتفاع ضغط الدم ومشكلات القلب والرئتين، أوداء السكري أو السمنة أو السرطان، ومع ذلك فقد يصاب أي شخص بعدوى كوفيد-19 ويعاني من مضاعفات خطيرة أوتوفى في أي عمر كان (الطيب، 2020 ، 162).

الفرق بين العزل والحجر الصحي:

يُعد العزل والحجر الصحي كلاهما من وسائل منع انتشار الكورونا (covid-19)، ويُستخدم الحجر الصحي لأي شخص مخالط لشخص مصاب بفيروس كورونا-سارس 2 الذي يسبب مرض كوفيد-19، سواء أكان هذا الشخص المصاب لديه أعراض أم لا، والحجر الصحي يعني أن تبقى منفصلاً عن الآخرين لأنك تعرضت للفيروس وقد تكون مصاباً به، ويمكن أن يكون الحجر في مرفق معين أوفي المنزل، وفيما يتعلق بكوفيد-19، يعني هذا البقاء في المرفق أوفي المنزل لمدة 14 يوماً.

ويُستخدم العزل للأشخاص المصابين بأعراض كوفيد-19 أوالذين جاءت نتيجة اختبارهم إيجابية ويعني العزل أن يبقى الفرد منفصلاً عن الآخرين، ويُفضل أن يكون ذلك في مرفق طبي يمكنه فيه الحصول على الرعاية السريرية و إذا لم يكن العزل في مرفق طبي متاحاً ولم يكن ينتمي إلى فئة معرضة بشدة لمخاطر الإصابة بالمضاعفات الوخيمة للمرض، يمكن أن يكون العزل في المنزل، وإذا كان مصاباً بأعراض يجب أن يظل في العزل لمدة 10 أيام على الأقل ولمدة 3 أيام إضافية بعد زوال الأعراض، وإذا كان مصاباً بالعدوى ولم تظهر عليه أي أعراض ، ينبغي له البقاء في العزل لمدة 10 أيام بدءاً من تاريخ ظهور نتيجة الاختبار الإيجابي (Q&A.2020,3).

المشكلات النفسية والصحية الناتجة عن جائحة كورونا:

لقد كان للحجر الصحي الصارم و لقيود التي فرضت على العمل والسفر آثار واضحة من القلق والهلع والتوتر على نطاق واسع بالإضافة إلى الشعور بالاكئاب والغربة والضيق

النفسي وغيرها من المشاعر المتضاربة منذ بداية أزمة كورونا وقد أصبح الشغل الشاغل للجميع متابعة النشرات الإخبارية وانتظار أعداد الإصابات والوفيات اليومية الناجمة عن هذا الفيروس اللعين كل هذه الأحداث الصاخبة كانت الدافع لتقشي المشكلات المترتبة على جائحة كورونا (Covid-19)، وتمثلت المشكلات النفسية في أنماط واسعة ومختلفة من السلوكيات غير المتكيفة والمنحرفة والشاذة عن ما هو مألوف ومتوقع من الفرد في موقف معين، أدى ذلك إلى سوء التوافق مع نفسه ومع بيئته وانعكاس أثر ذلك على الفرد وتسبب له اضطرابات تختلف باختلاف طبيعتها وحدتها وقدرة الإنسان على التحمل من هذه المشكلات التي أوردتها منظمة الصحة العالمية، وهذه المشكلات النفسية مثل الشعور بالوحدة النفسية فقدان الأمل والشعور باليأس، الإحباط، القلق المرتفع، الضغط النفسي، اضطرابات النوم، الضيق النفسي (السعدي، 2020، 42).

تأثير جائحة كورونا على كادر التمريض حول العالم:

فرض وباء كورونا (Covid-19) ضغطاً غير مسبوق على الرعاية الصحية حيث يواجه التمريض وموظفي وحدات الرعاية الحرجة تحديات عملية ونفسية هائلة بصورة يومية، على الرغم من أن الموظفين يتم دعمهم من خلال التسهيلات التي يوفرها من يقوم بأدوار قيادية في مراكز الرعاية الصحية إلا أن ظهور الاضطرابات النفسية والمشكلات العقلية وتقادم الصعوبات الموجودة بين فريق الرعاية الصحية أمر يدعو للقلق.

وانطلاقاً من ذلك فإن الأكاديميين والمتخصصين في الرعاية الصحية على حد سواء قد طالبوا بدعم نفسي لموظفي الخطوط الأمامية والذي لا يقتصر دوره على علاج الضيق النفسي في مراحله الأولى فقط من تقشي المرض ولكن أيضاً يستمر الدعم على مدة أشهر متتالية إن لم يكن سنوات، وتعد العدوى التي قد يتعرض لها العاملين في القطاع الصحي والتمريض من القضايا الصحية المهمة التي تفوق في تأثيرها قطاعات أخرى والأسباب لا تنتهي منها أنهم ينتقلون بين المرضى وبذلك قد يتسببون في نقل المرض لغير المصابين به وأنهم يعودون إلى أسرهم وقد يتسبب ذلك في نقل المرض إليهم، فضلاً عن أن نسبة العدوى بالمستشفيات قد تتصف أحياناً بشراستها ومقاومتها للمضادات الحيوية إضافة إلى أنهم قد يسقطون ضحايا الأمراض التي يحاولون البحث عن علاج لها، ما يجعل من حماية العاملين في القطاع الصحي من العدوى ومن الاضطرابات النفسية ضرورة قصوى (Cole et al , 2020,13).

الدراسات السابقة:

قامت الباحثة بحصر الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث الحالي (قدر استطاعتها) وقد تمثلت في المحاور التالية:

دراسات تناولت العلاقة بين الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة:

دراسة لن ويوسف (Lin & Yusoff, 2013)

هدفت الدراسة لمعرفة مستوى الضيق النفسي والضغط واستراتيجيات المواجهة بين طلاب المدارس الثانوية ومدى انتشارهم، تكونت عينة الدراسة من (272) طالبا وطالبة من ستة مدارس ثانوية في ملقا، بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن ما يقرب من (47.6%) من الطلاب يعانون من الضيق النفسي مع الضغوط الرئيسية ذات الصلة بالجانب الأكاديمي، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضيق النفسي بين الطلاب يعزي للجنس والعرق، كما أشارت النتائج إلى أن الطلبة الذين يعانون من الضيق النفسي يستخدمون أساليب المواجهة السلبية والموجهة للانفعال.

دراسة سكيليانو وآخرون (Siciliano et al, 2017)

هدفت الدراسة إلى فحص الارتباط بين استراتيجيات المواجهة والضيق النفسي لدى مقدمي الرعاية لمرضى التصلب الجانبي الضموري (ALS) حيث يسبب مرض التصلب الجانبي الضموري (ALS) الضيق في مقدمي الرعاية تم تقييم استراتيجيات المواجهة في (96) من مقدمي الرعاية غير الرسميين لـ ALS عن طريق جرد التكيف مع المواقف العصبية، بين مقدمي الرعاية من الإناث، كما تم جمع بيانات حول الخصائص الديموغرافية لمقدمي الرعاية ومستويات العبء والاكتئاب والقلق (الضيق النفسي)، ومن خلال الاستبيانات الموحدة تم تقييم الاضطرابات السريرية والمعرفية والسلوكية للمرضى بواسطة ALS المحدد، أظهرت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي المتسلسل أن استراتيجية التأقلم الموجهة نحو الانفعال كانت ترتبط بشكل كبير بمستويات عالية من الاكتئاب والقلق (الضيق النفسي) ومستويات عالية من العبء، بعد التحكم في جميع المتغيرات الأخرى علاوة على ذلك لوحظت هناك علاقة كبيرة بين الاعتماد الوظيفي للمرضى ومستويات العبء التي يعاني منها مقدمو الرعاية.

دراسة هيس واخرون (Hess et al,2018)

هدفت هذه الدراسة إلى الفحص النفسي الناتج عن العقم والضييق النفسي واستراتيجيات المواجهة بين النساء في مالي وغرب إفريقيا حيث يختلف السياق والثقافة عن أى دراسة سابقة، شاركت (58) امرأة مالية مصابة بالعقم، أوضحت النتائج أن النساء المصابات بالعقم يعيشن مع التوترات الزوجية وانتقاد الأقارب ووصم المجتمع فلقد عانوا من الحزن والوحدة والحرمان الاجتماعي، وفوق 20% منهم سجلوا أعلى من الحد الفاصل للضييق النفسي، ووصف 48% صحتهم العامة بأنها سيئة ولم يكن هناك فرق كبير بين النساء المصابات بالعقم الأولي مقابل العقم الثانوي وحوالي ثلاثة من كل أربعة (73%) استخدموا الكلمات والعبارات التي تدل على الضيق النفسي المرتبط بالعقم، تحدثت اثنتان من كل خمس نساء (38%) عن التوترات مع الزوج والخلافات الزوجية بسبب العقم وارتبط الضيق النفسي باستراتيجيات المواجهة فكلما ازداد الضيق النفسي كلما لجأن الى استراتيجيات المواجهة للتخفيف من حدته وكلما كانت استراتيجيات المواجهة أكثر تركيزاً على المشكلة كلما انخفضت حدة الضيق النفسي، وتضمنت استراتيجيات المواجهة العلاجات التقليدية والطبية الحيوية، والمعتقدات والممارسات الدينية، والعزلة الذاتية ويؤدي عدم نجاح العلاجات إلى زيادة الضائقة النفسية للكثيرين، وأوصت الدراسة المتخصصين في الرعاية الصحية بتقديم رعاية شاملة للنساء المصابات بالعقم لتلبية احتياجاتهن الجسدية والروحية والنفسية والاجتماعية والرعاية الصحية في سياق مناسب ثقافياً لتحسين حالتهم الصحية وجودة الحياة.

دراسة كيم واخرون (kim et al,2019)

كان الغرض من هذه الدراسة هو فحص العلاقات بين الدعم الاجتماعي، واستراتيجيات المواجهة، والضييق النفسي لدى الأفراد المتعاشين مع أمراض الشرايين التاجية، حيث يعاني العديد من الأشخاص المصابين بأمراض القلب الخلقية (CHD) من ضائقة نفسية مرتبطة بالمضاعفات الطبية والقضايا النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمرض، فالأفراد المصابون بأمراض القلب التاجية والذين لديهم دعم اجتماعي متدنٍ هم عرضة للضييق النفسي فالدعم الاجتماعي وتسهيل استراتيجيات التكيف الإيجابية جزء لا يتجزأ من الرعاية التمريضية للبالغين المصابين بأمراض الشرايين التاجية، أجريت الدراسة على (272) فرد من المصابين بأمراض القلب التاجية في مستشفى الرعاية بغرب كندا، أوضحت النتائج أن الدعم الاجتماعي المتصور

مرتبطاً ارتباطاً مباشراً بالضيق النفسي وتوسّطت استراتيجيات المواجهة بين الدعم الاجتماعي المتصور والضيق النفسي، على الرغم من أن الدراسات تظهر أن الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التأقلم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالضيق النفسي لدى الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة مختلفة.

دراسة دي ويت وآخرون (De Wit et al,2019)

هدفت الدراسة لتقييم مستويات الضيق النفسي بمرور الوقت لدى مقدمي الرعاية للمرضى في المرحلة المبكرة لمرض التصلب الجانبي الضموري والتحقيق في العلاقة بين استراتيجيات المواجهة لمقدمي الرعاية والضيق النفسي، تمت متابعة (54) من مقدمي الرعاية للمرضى في المرحلة المبكرة من المرض خلال دراسة طولية على مدى (10) أشهر من المتابعة، تم تقييم مستوى الضيق واستراتيجيات المواجهة الموجهة نحو المهام والتأقلم العاطفي، كما تم إجراء التحليلات باستخدام نماذج مختلطة خطية، أوضحت النتائج زيادة مستويات الضيق النفسي في المرحلة الأولى من المرض لدى أكثر من 40% من مقدمي الرعاية، ويبدو أنهم يعانون من ضائقة نفسية و أيضاً زيادة الشعور بالضيق لدى مقدمي الرعاية خلال مسار المرض للمريض كما ارتبطت استراتيجيات المواجهة ارتباطاً سلبياً بالضيق النفسي لدى مقدمي الرعاية، ومع ذلك قد يمثل التكيف العاطفي والضيق بنيات متداخلة، وأوصت الدراسة بضرورة مراقبة مقدمي الرعاية كما ينبغي وجود فريق رعاية لمراقبة أعراض الضيق مع مرور الوقت من قبل مختلف التخصصات من أجل تحديد مدى الحاجة إلى تدخلات داعمة، وتفصيل الدعم وفقاً لأسلوب التأقلم المناسب لمختلف المواقف العصبية التي قد يحتاجون فيها إلى تطبيق استراتيجيات تأقلم مختلفة ومعرفة أكثر حول المرونة في التعامل المطلوب.

دراسة ديل بينو وآخرون (Del-Pino et al ,2019)

هدفت الدراسة إلى التحقيق في العلاقة بين الضيق واستراتيجيات المواجهة ومستويات العبء الموضوعي والذاتي، في عينة ممثلة من الأسر الذين يقدمون الرعاية لكبار السن الضعفاء الذين يعيشون في أسبانيا من خلال هذه الدراسة الطولية ، حيث يواجه مقدمو الرعاية لكبار السن المعالين مستويات عالية من الضغط النفسي، تم اختيار عينة الدراسة (200) من مقدمي الرعاية الأساسيين لكبار السن وجمعت البيانات عبر المقابلات الفردية من (2013) إلى (2015)، كانت هناك بعض التحديات والقيود كتسرب المشاركين وتقييم التعامل مع

تعاطي المخدرات من خلال مقياس موجز، أوضحت النتائج ان بعدي القبول والدعم العاطفي أكثر أبعاد استراتيجيات المواجهة استخدامًا، بينما كان فك الارتباط السلوكي والفكاهة هي الأقل استخدامًا وأشارت النتائج إلى أن استراتيجيات المواجهة مرتبطة ارتباطاً سلبياً بالضيق النفسي في متابعة لمدة عام كامل كما أوضحت أن التدخلات التي تركز على إعادة الصياغة الإيجابية والمساعدة في تقليل التكيف غير الفعال تعد علاجاً مفيداً في التخفيف من الامراض النفسية لمقدمي الرعاية كما قد تكون عامل وقائياً للصحة النفسية لدى مقدمي الرعاية المعرضين لخطر التعرض للضيق.

دراسة مان واخرون (Man et al ,2020)

قيمت هذه الدراسة تصورات المرض، والإجهاد، والضيق العاطفي، واستراتيجيات المواجهة خلال الشهر الأول من جائحة كورونا بين (140) من العاملين في مجال الرعاية الصحية (الأطباء، الأطباء المبتدئين، الممرضات والقائمين على الرعاية) في مستشفى تعليمي لأمراض الرئة برومانيا من خلال دراسة مقارنة بين مجموعتين أحدهم مجموعة المشاركين العاملين في قسم الكورونا (العزل) والمجموعة الاخرى تعمل بأقسام مختلفة بعيداً عن العزل، جاءت نتائج الدراسة على خلاف المتوقع حيث توقعت الدراسة وجود فرق بين المجموعتين، مع مستوى أعلى من التوتر المتصور والضيق العاطفي لدى المشاركين العاملين في قسم الكورونا وهم مرض شديد العدوى وغير معروف، وفي الواقع لم يوجد إختلاف بين المجموعتين إحصائياً في تصورات المرض، ومستويات التوتر، والضيق العاطفي، واستراتيجيات المواجهة في المجال الطبي بين الموظفون الذين يتعاملون مع مرضى الكورونا مقابل هؤلاء الموظفين الذين لم يتعاملوا مع مرضى الكورونا خلال الشهر الأول بعد تفشي الوباء (Covid-19)، وكانت أحد التفسيرات المحتملة لذلك هو أن العاملين بقسم العزل تطوعوا ليعملوا بهذا القسم، حيث رفض المستجيبون الآخرون العمل هناك، كما يمكن أن تتنبأ استراتيجيات المواجهة بالضيق العاطفي إلى حد معين أي أنه كلما كانت استراتيجيات المواجهة أكثر تركيزاً على المشكلة كلما قل القلق والغضب والحزن كما وجد أنه كلما تقدم المستفتى في السن قل احتمال وجود ارتباطات مهمة تركز على المشكلة.

دراسات تناولت العلاقة بين الضيق النفسي والمرونة النفسية:

دراسة شاند وسيدجون (Chand & Pudgeon, 2017)

هدفت الدراسة إلى تحديد دور المرونة والترابط الاجتماعي والدعم الاجتماعي في التنبؤ بالضيق النفسي لدى طلاب الجامعات الأسترالية ولتحديد معدلات انتشار الضيق النفسي بين طلاب الجامعات الأسترالية ومقارنتها بمعدل الانتشار مع سكان المجتمع الأسترالي، تكونت عينة الدراسة من (94) طالبا وطالبة من طلاب جامعة في استراليا و(131) مشاركا من المجتمع الأسترالي، بعد تطبيق أدوات الدراسة أشارت النتائج إلى أن الترابط الاجتماعي والمرونة كان لديهما قدرة تنبؤية بالضيق النفسي لدى طلاب الجامعة، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معدلات انتشار الضيق النفسي بين طلاب الجامعات الأسترالية والمشاركين في المجتمع الأسترالي.

دراسة باكي ولشينييو (Bacchi & Licinio, 2017)

هدفت الدراسة إلى التحقيق في مستويات المرونة والضيق النفسي لدى طلاب الطب وعلم النفس، والعوامل التي قد تؤثر على هذه المستويات، العلاقة بين المرونة والضيق النفسي ورأي الطلاب حول أسباب التوتر والتدخلات الممكنة، تم توزيع استطلاع تطوعي مجهول عبر الإنترنت إلى طلاب جامعة أديلايد للطب وعلم النفس (ن=560)، أوضحت النتائج أن طلاب الطب وعلم النفس لديهم نفس متوسط المرونة وارتبطت مستويات المرونة المرتفعة بمستويات منخفضة من الضيق ووجود دعم مالي أكبر وأهداف تعليمية أوضح والمزيد من التقييم المستمر كوسيلة محتملة للحد من آثار الإجهاد وانخفاض مستويات الضغط النفسي، كما وصفت الدراسة المرونة بأنها القدرة على الصمود والتعافي من الضيق النفسي بطريقة فعالة، وأوصت الدراسة بمزيد من الدراسات لتحديد فعالية التدخلات القائمة على المرونة، خاصة بعد أن ارتبطت مستويات أعلى من المرونة بانخفاض مستويات الضغط النفسي في هذه المجموعات وايضاً بسبب ارتفاع معدلات الأمراض والوفيات المرتبطة بالقلق والاكتئاب.

دراسة هاريكريشنان وعلي (Harikrishnan & Ali, 2018)

هدفت الدراسة إلى تقييم المرونة النفسية والضيق النفسي وتقدير الذات بين الطلاب الجامعيين في منطقة كولام ولاية كيرالا، تكونت عينة الدراسة من (294) طالبا وطالبة من طلبة كليات الفنون والتجارة بالهند، بعد تطبيق أدوات الدراسة، أشارت النتائج إلا أن متغيرات تقدير الذات

ساهمت بشكل كبير في التنبؤ بالمرونة الشاملة للطلاب الجامعيين، كما أشارت النتائج إلى أن الضيق النفسي وتقدير الذات بين طلاب الجامعة يرتبطان بالمرونة النفسية.

دراسة ماكتير وجالندر (McAteer & Gillanders, 2019)

هدفت هذه الدراسة إلى فحص القوة التنبؤية للمرونة النفسية واحترام الذات الذكورية وكبت الغرائز (الرواقية) في التأثير على الضيق النفسي وجودة الحياة عند الرجال المصابين بسرطان البروستاتا، يستكشف العلاقات بين هؤلاء تنبؤات نظرية وأعراض جسدية لسرطان البروستاتا مؤشرا راسخا من الضيق النفسي وتدهور نوعية الحياة، تم إجراء مسح مقطعي كمي مع (286 رجلاً سابقاً تم تشخيصه بسرطان البروستاتا لاستكشاف العلاقات بين المتغيرات، أوضحت النتائج ارتباط المرونة النفسية بالضيق ارتباطاً سلبياً، وارتباط المرونة النفسية ارتباطاً إيجابياً مع جودة الحياة كما أنها خففت بشكل كبير من أعراض سرطان البروستاتا واحترام الذات الذكورية في توقع الضيق، كما أن المرونة النفسية وتقدير الذات الذكوري ينبئان بالضيق ونوعية الحياة بما يتجاوز تأثير الأعراض الجسدية، أوصت الدراسة بمزيد من التدخلات التي تستهدف رفع مستوى المرونة النفسية بشكل خاص فقد تكون فعالة في الحد من الضائقة النفسية لدى مرضى سرطان البروستاتا.

دراسة واتنل وآخرون (Whatnall et al, 2019)

بحثت هذه الدراسة العلاقة بين الضيق النفسي والمرونة النفسية والنظام الغذائي في عينة من طلاب جامعة نيوكاسل الأسترالية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية على سبيل المثال (الجنس ، والمرحلة الجامعية، والخصائص الصحية) تكونت عينة الدراسة من (2710) طالب بمتوسط عمري (26.9)، أوضحت النتائج انه (37%) من العينة كان لديهم مخاطر عالية أو شديدة من الضيق النفسي (0.30%) لديه مرونة منخفضة كما لوحظ الارتباط بين السلوكيات الغذائية والمرونة والضيق، حيث تشير النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الضيق النفسي والمرونة النفسية كما وجدت علاقة ثنائية الاتجاه معقدة بين الصحة النفسية والنظام الغذائي حيث يساهم اتباع نظام غذائي صحي في تحسين الصحة العقلية حيث يعتمد الدماغ على العناصر الغذائية الضرورية للعمل بما في ذلك المناعة، مضادات الأكسدة.

دراسة رحمان وآخرون (Rahman et al,2020)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالضيق النفسي والخوف والمرونة خلال جائحة كورونا (Covid-19) تم إجراء مسح مقطعي عبر الإنترنت بين المقيمين في أستراليا، بما في ذلك التمريض في الخطوط الأمامية والعاملين الصحيين وغيرهم من العاملين في الخدمات الأساسية، وأفراد المجتمع خلال شهر يونيو، كانت الأغلبية تتراوح أعمارهم بين (30-59) عامًا وثلثاهم أكملوا على الأقل درجة البكالوريوس، تكونت عينة الدراسة من 587 مشاركًا حددت هذه الدراسة من بينهم الأفراد الذين كانوا في خطر أعلى من الضيق والخوف أثناء جائحة كورونا، وكانت النتيجة زيادة التدخين وشرب الكحول على مدار الفترة الماضية ورصد مستويات عالية من الخوف والضيق النفسي للأشخاص الذين يعانون من ضائقة نفسية أعلى زادوا استخدام التدخين والكحول خلال فترة الوباء والأشخاص الذين يعانون من حالات صحية عقلية موجودة مسبقًا أكثر عرضة للتأثر بالضغط النفسية أكثر من غيرهم مما قد يؤدي إلى تدهور صحتهم بشكل عام، كما أشارت الدراسة إلى أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالضائقة النفسية من الدرجة المتوقعة، ووجود مستويات متوسطة إلى عالية من الضيق النفسي كانت ترتبط بمستوى أعلى من الخوف وانخفاض في المرونة لدى جميعهم تقريبًا (97.3%)، وأوصت الدراسة باستهداف التدخلات السلوكية على وجه التحديد لتلك المجموعات وتوفير خدمات الدعم المتاحة للإقلاع أو التقليل من التدخين وتعاطي الكحول خلال حملات التوعية الصحية لهؤلاء الأفراد المعرضين للخطر.

دراسة هولمبيرج وآخرون (Holmberg et al, 2020)

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم العلاقات بين الضيق والمشاركة في العمل والمرونة النفسية بين الطاقم الطبي للعناية المركزة، قيمت الدراسة العلاقات بين المرونة النفسية والضيق والمشاركة في العمل في عينة من (144) أخصائيي رعاية صحية تم تحليلها باستخدام تصميم طولي، أظهرت النتائج أن مستويات التوتر ارتبطت بانخفاض مستويات المشاركة في العمل، كما ارتبطت المرونة النفسية بزيادة الانخراط في العمل وكان للمرونة تأثير كبير غير مباشر على العلاقة بين الضيق والعمل، كما تم حساب معاملات ارتباط سبيرمان للتقييم قوة واتجاه العلاقات النفسية بين المرونة والضيق والمشاركة في العمل، وكانت العلاقات بين العمر والخبرة العملية والمهنية والصحة النفسية مقاسة باستبيانات التقرير الذاتي، وتم تقييمها باستخدام

معاملات ارتباط سبيرمان كما أظهرت النتائج أن العمر لم يكن مرتبطاً بشكل كبير بالضيق أو المرونة النفسية أو المشاركة في العمل، وارتبطت المرونة النفسية ارتباطاً إيجابياً بزيادة الانخراط في العمل وارتباطاً سلبياً بالضيق النفسي.

التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث الحالي اتضح للباحث

ما يلي :

- ندرة الدراسات التي تناولت الضيق النفسي وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى العاملين بالتمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19).
- كما توصلت جميع الدراسات التي تناولت العلاقة بين الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بينهما حيث أشارت الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يرتفع لديهم مستوى الضيق النفسي تنخفض لديهم استراتيجيات المواجهة على الرغم من تنوع العينات التي تناولتها تلك الدراسات، فبعضها أجريت على عينة من مقدمي الرعاية للمرضى كدراسة سكيليانو وآخرون (siciliano et al, 2017) ودراسة دي ويت وآخرون (De Wit et al, 2019) ودراسة مان وآخرون (Man et al, 2020)، وبعضها أجري على الأسر الذين يقدمون الرعاية لكبار السن للضعفاء كدراسة ديل بينو وآخرون (Del-Pino et al 2019)، وبعضها أجري على النساء العقيمات في مالي وغرب إفريقيا كدراسة هيس وآخرون (Hess et al, 2018)، وبعضها أجري على الأفراد المتعاشين مع أمراض الشرايين التاجية كدراسة كيم وآخرون (Kim et al, 2019).
- وتوصلت جميع الدراسات التي تناولت العلاقة بين الضيق النفسي والمرونة النفسية إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بينهما حيث أشارت الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يرتفع لديهم الضيق النفسي ينخفض لديهم مستوى المرونة النفسية على الرغم من تنوع العينات التي تناولتها الدراسات المختلفة أيضاً، فبعضها أجري على عينة من طلبة الجامعة كدراسة باكي ولشينييو (Bacchi & Licinio, 2017) ودراسة وانتل وآخرون (Whatnall et al, 2019)، وبعضها أجري على عينة من الرجال المصابين بسرطان البروستاتا كدراسة ماكنير وجالندر (McAteer & Gillanders, 2019)، وبعضها

أجري على عينة من أخصائين الرعاية الصحية كدراسة هولمبرج وآخرون (Holmberg et al, 2020)، اما دراسة رحمان وآخرون (Rahman et al, 2020) فقد اجريت على عينة من المقيمين في أستراليا، بما في ذلك التمريض في الخطوط الأمامية والعاملين الصحيين وغيرهم من العاملين في الخدمات الأساسية، وأفراد المجتمع. - عدم وجود دراسة عربية أوأجنبية واحدة وذلك (في حدود اطلاع الباحثة) تناولت متغيرات البحث الحالي مجتمعه معاً وعند عينه من هيئة التمريض وتحديداً في ظل جائحة كوفيد 19.

مدى استفادة الباحثة من الدراسات السابقة:

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في الاطلاع على منهجية البحث فقد استخدمت معظم الدراسات السابقة المنهج الوصفي الأمر الذي ساعد الباحثة على اختيار المنهج الملائم لطبيعة البحث الحالي.
- أيضاً الاطلاع على الإطار النظري المتعلق بمتغيرات البحث مما ساعد الباحثة على التعمق في فهم هذه المتغيرات وصياغة الإطار النظري للبحث الحالي.
- الاستفادة من المقاييس والأدوات التي استخدمتها الدراسات السابقة في إعداد أدوات تتناسب مع طبيعة البحث الحالي.
- الاستفادة من التنوع في العينات التي استخدمتها الدراسات السابقة في اختيار عينة الدراسة الحالية.

أوجه إختلاف البحث الحالي عن الدراسات السابقة:

تميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة بأنه يعد البحث الأول من نوعه في البيئة العربية وذلك في حدود أطلاع الباحثة الذي تناول الضيق النفسي لدى هيئة التمريض بوجه عام وخاصةً في ظل جائحة كوفيد 19 وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية، والبحث عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات أفراد عينة البحث الحالي على مقياس الضيق النفسي باختلاف النوع وسنوات الخبرة والتفاعل بينهما، وكذلك التنبؤ بالضيق النفسي من خلال أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية.

فروض البحث:

- 1- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الدرجات على مقياس الضيق النفسي والدرجات على مقياس استراتيجيات المواجهة لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19) .
- 2- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الدرجات على مقياس الضيق النفسي والدرجات على مقياس المرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19) .
- 3- توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات أبعاد مقياس الضيق النفسي وفقاً لتفاعل متغيرات: النوع (ذكور، وإناث)، والخبرة (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات).
- 4- يمكن التنبؤ بالضيق النفسي من خلال أبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19) .

الاجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهج البحث:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي للتعرف علي العلاقات بين متغيرات البحث والفروق بينهما وفقاً لمتغيرات النوع وسنوات الخبرة.

ثانياً: عينة البحث:

انقسمت عينة البحث إلى:

أ- عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت عينة البحث الاستطلاعية إلى الوقوف على مدى مناسبة الأدوات المستخدمة لمستوى أفراد العينة والتأكد من وضوح تعليمات الأدوات، والتأكد من وضوح البنود المتضمنة في أدوات البحث والتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشيها والتغلب عليها، إلى جانب التحقق من صدق وثبات أدوات البحث، ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية، وقد روعي عند اختيار العينة الاستطلاعية للبحث أن يتوافر فيها معظم خصائص العينة الأساسية للبحث، وقد بلغ قوام

العينة الاستطلاعية (120) من العاملين بالتمريض في المستشفيات العامة ممن تراوحت أعمارهم بين (25-60) سنة بمتوسط عمري قدرة (34,2) بإنحراف معياري قدره (4,41) .
ب- عينة البحث النهائية (الأساسية) :

تكونت العينة النهائية من (200) ممرض وممرضة من العاملين في المستشفيات العامة ممن تراوحت أعمارهم بين (25-60) سنة بمتوسط قدرة (35,6) بإنحراف معياري قدره (6,41) .
ويعرض جدول(1) توزيع أفراد عينة البحث الأساسية على المتغيرات الديموجرافية للبحث
جدول(1) توزيع عينة البحث وفقا لمتغيرات البحث الديموجرافية

الاجمالي	النوع		سنوات الخبرة
	إناث	ذكور	
100	52	48	من 0-10
100	48	52	10 سنوات-20
200	100	100	الاجمالي

ثالثاً: أدوات البحث:

1- مقياس الضيق النفسي (اعداد الباحثة)

قامت الباحثة باعداد مقياس الضيق النفسي حيث وجدت الباحثة ندرة في الأدوات التي تقيس هذه المتغير، وفي حدود إطلاع الباحثة لم تجد دراسة عربية واحدة تناولت هذا المتغير لدى عينة البحث الحالي من الممرضين والممرضات العاملين بالمستشفيات العامة، لذا وجدت الباحثة أن هناك حاجة للقيام باعداد مقياس للضيق النفسي يتناسب مع طبيعة عينة البحث الحالي.

إجراءات إعداد وتصميم المقياس:

تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (5) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تترابط جميع الخطوات ويصبح العمل متكامل وفي صورته النهائية، ويمكن من خلال الشكل التالي توضيح تلك الخطوات:



الخطوة الأولى: الاطلاع علي المقاييس المشابهة

اطلعت الباحثة على ما أتيج لها من إطار نظري، ودراسات سابقة، وبحوث، ومراجع عربية وأجنبية، ونظريات تناولت الضيق النفسي، من أجل التعرف على الطرق والأدوات المستخدمة في قياسه، والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بعد من الأبعاد كدراسة (هادي، 1999)، (هوام، وزعطوط، 2018)، ودراسة (سعدى، 2019)، (Whatnall et al, 2019) ودراسة (المقداد، وداود، 2020)، ودراسة (بكر، 2020).

كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات، والمقاييس العربية والأجنبية، التي أتاحت للباحثة وتناولت الضيق النفسي، والتي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي ومنها: مقياس (Bacchi & Licinio, 2017)، (Chand & Pidgeon, 2017)، (Harikrishnan & Ali, 2018)، وإستبانة (عبد السلام، 2018)، (المالكي، 2019).

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه، كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته مناسباً لعينة البحث، وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون واضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع العاملين في مجال التمريض، قامت الباحثة بتحديد المفهوم الاجرائي للضيق النفسي وتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنوده: وفقاً لمكونات الضيق النفسي، وقامت الباحثة ببناء

الصورة المبدئية لمقياس الضيق النفسي وتألف المقياس من (22) عبارة موزعة على الأبعاد التالية:

البعد الأول:

عدم القدرة على التحمل: يعني عجز الفرد عن تحمّل ومواجهة قدرٍ عالٍ من المشكلات، والضغط، دون أن يُصاب بأعراضٍ نفسيةٍ أوبدنيةٍ سلبيةٍ.

البعد الثاني:

القلق والاكتئاب: والقلق هو حالة متكررة من الشعور بمخاوف، وأفكار متداخلة، مما يؤثر سلباً في سير الحياة اليومية للفرد، وهذا ما يفرقه عن شعور القلق الطبيعي. والاكتئاب هو اضطراب مزاجي أو عاطفي يسبب شعوراً مستمراً بالحزن الذي يؤثر في طريقة تفكير وتعامل الفرد مع الأنشطة اليومية مثل النوم، والأكل، والعمل.

البعد الثالث:

تدني قيمة الذات: هو النظرة السلبية للذات والشعور الداخلي بعدم الجدارة أو الأهلية وعدم الثقة بامتلاك مهارات التعامل اللازمة لمواجهة الضغوط وعدم الاستسلام .

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس الضيق النفسي بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من الممرضين والممرضات العاملين بمستشفيات جامعة المنصورة (120) ممرضاً وممرضة، وذلك للتحقق من صدق وثبات المقياس، والتعرف على أهم الصعوبات والعوائق التي تواجه الباحث أثناء تطبيق المقياس ووضع بعض التعديلات لحلها أو تقاديتها وتم ذلك على النحو التالي:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس الضيق النفسي وذلك على النحو التالي:

الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس الضيق بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال

د. شيماء محمود زيدان عبد الحي

حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك للتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على عشرة من المحكمين هم من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية الضيق وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
 - مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
 - ارتباط المفردات بالأبعاد المرجوقياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.
 - الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
 - إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.
- وتم حساب النسبة المئوية التي توضح نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من مفردات مقياس الضيق النفسي ويتضح ذلك من الجدول التالي رقم (2) : ويعرض الجدول نسب الاتفاق بين المحكمين على بنود مقياس الضيق النفسي.

جدول رقم (2)

النسب المئوية للموافقة على كل عبارة من عبارات الضيق النفسي

م	الموافقة %	عدم الموافقة	م	الموافقة %	عدم الموافقة
1	100%		12	90%	
2	100%		13	100%	
3	100%		14	100%	
4	100%		15	100%	
5	90%	10%	16	80%	20%
6	100%		17	90%	10%
7	100%		18	100%	
8	80%	20%	19	90%	10%
9	100%		20	100%	
10	100%		21	100%	
11	100%		22	100%	

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قامت الباحثة بما يلي:

- إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة.
- تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً.
- فك العبارات المركبة.
- حذف العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها 85% ليصبح المقياس (20) عبارة موزعة علي الأبعاد وفقاً لما يلي:

جدول رقم (3)

أبعاد مقياس الضيق وعبارات كل بعد

عدد العبارات	أبعاد الضيق النفسي
7	عدم القدرة على التحمل
7	القلق، الاكتئاب
6	تدني قيمة الذات
20	الاجمالي

الاتساق الداخلي Internal Consistency : تم إيجاد التجانس الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وقامت الباحثة بإيجاد التجانس الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ويتضح ذلك من جدول رقم (4) التالي:

جدول رقم (4)

معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات الأبعاد والدرجة الكلية لهذا البعد (ن=120)

تدني قيمة الذات		القلق والاكتئاب			عدم القدرة على التحمل			
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	م	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	م	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	م
0.01	**0,716	1	0.01	**0,636	1	0.01	**0,569	1
0.01	**0,555	2	0.01	**0,588	2	0.01	**0,639	2
0.01	**0,367	3	0.01	**0,520	3	0.01	**0,391	3
0.01	**0,678	4	0.01	**0,473	4	0.01	**0,754	4
0.01	**0,632	5	0.01	**0,483	5	0.01	**0,799	5
0.01	**0,517	6	0.01	**0,385	6	0.01	**0,734	6
				**0,652	7		**0,578	7

معامل الارتباط** دال عند مستوى $0.01 \geq 0.228$ * ودال عند مستوى $0.05 \geq 0.01$ ويتضح من الجدول السابق ما يلي: أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة مقياس الضيق النفسي الذي تنتمي إليه تكون دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي لمقياس الضيق النفسي وثباته المرتفع. الاتساق الداخلي لأبعاد الضيق النفسي: قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها البعض وكذلك في علاقتها مع الدرجة الكلية، وكانت جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية دالة عند مستوى 0,01، كما أن معاملات ارتباط هذه الأبعاد بالدرجة الكلية دال عند مستوى (0,01) ويتضمن جدول (5) الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس الضيق النفسي.

جدول(5)

الارتباطات الداخلية بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	أبعاد الضيق النفسي
**0.564	عدم القدرة على التحمل
**0.675	القلق والاكتئاب
**0.732	تدنى قيمة الذات
**0.755	الدرجة الكلية

معامل الارتباط دال عند مستوى $0.01 \geq 120 = n$ و $0.228 \geq 0.05$ وعند مستوى $0.01 \geq 0.05$ يتضح من جدول (5) أن معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية تراوحت بين (0,564) إلى (0,755) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0,01).

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس الضيق النفسي باستخدام الطرق التالية:

قامت الباحثة بحساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الضيق النفسي ومعامل الثبات

بطريقة إعادة التطبيق على النحو الآتي:

أ- معادلة ألفا كرونباخ:

جدول (6)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الضيق النفسي (ن = 120)

أبعاد الضيق النفسي	ألفا كرونباخ
عدم القدرة على التحمل	0,788
القلق والاكتئاب	0,790
تدني قيمة الذات	0,765
الدرجة الكلية	0,825

ومن جدول (6) السابق يتضح أن معامل ثبات ألفا لأبعاد المقياس تراوحت بين (0,765 و 0,790) أما بالنسبة للدرجة الكلية فقد بلغ معامل ثبات ألفا 0,825 وهو معامل ثبات مرتفع سمح للباحثة باستخدام المقياس في دراستها الحالية.

ب- طريقة إعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني اسبوعين على عينة البحث الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة في جدول (7)

جدول (7)

معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق (ن = 120)

أبعاد الضيق النفسي	إعادة التطبيق
عدم القدرة على التحمل	0,786
القلق والاكتئاب	0,790
تدني قيمة الذات	0,775
الدرجة الكلية	0,813

يتضح من الجدول السابق (7) أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في البحث الحالي.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[1] التعليمات: وضع مقياس الضيق النفسي كى يطبق على العاملين في مجال التمريض، وقد تم طمأننتهم حول سرية البيانات وطلب منهم التعبير بكل صراحة، وقراءة المقياس أولاً قبل تطبيقه وعدم ترك عبارات بدون اجابة.

[2] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقاً لميزان التصحيح الخماسي وفقاً للجدول التالي:

جدول (8)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	الأبعاد الأساسية للضييق النفسي
35	7	7	عدم القدرة على التحمل
35	7	7	القلق، والاكتئاب
30	6	6	تدني قيمة الذات
100	20	20	الدرجة الكلية

[3] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى الضيق النفسي بينما تعني

الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى الضيق النفسي.

2- مقياس استراتيجيات المواجهة: (اعداد الباحثة).

قامت الباحثة باعداد مقياس استراتيجيات المواجهة حيث وجدت الباحثة ندرة في المقاييس المستخدمة لقياس استراتيجيات المواجهة لدى العاملين في مجال التمريض، كما أن المقاييس الخاصة بقياس هذا المتغير في البيئة العربية كانت لدي عينات مغايرة لعينه البحث الحالي وذلك في حدود إطلاع الباحثة، لذا قامت الباحثة بإعداد مقياس استراتيجيات المواجهة ليكون أكثر حداثة ويتناسب مع طبيعة عينة البحث الحالي من الممرضين والمرضات بمستشفيات جامعة المنصورة خلال جائحة كورونا (Covid 19).

خطوات إعداد وتصميم المقياس: تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (5) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تتربط جميع الخطوات، ويصبح العمل متكامل، وفي صورته النهائية وهذه الخطوات كالتالي:

الخطوة الأولى : الاطلاع علي المقاييس المشابهة

اطلعت الباحثة على ما أتيج لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء، والنظريات، المتعلقة بموضوع البحث، والمقاييس، والاختبارات، التي تناولت استراتيجيات المواجهة، من أجل التعرف على الطرق، والأدوات المستخدمة، في قياس استراتيجيات المواجهة، والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب

المقياس، ومن الدراسات التي اطلعت عليها الباحثة دراسة (بغيجة، 2006)، ودراسة (الضيدان، 2015)، ودراسة (برزوان، 2016)، ودراسة (عبد السلام، 2018)، ودراسة (De Wit et al, 2019)، ودراسة (Kim et al, 2019).

كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية، والأجنبية التي أتاحت لها وتناولت استراتيجيات المواجهة، والتي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس استراتيجيات المواجهة ومنها: مقياس (دردير، 2010)، ومقياس (Hess et al, 2018)، واستبانة (عدوى وحسانين، 2019)، ومقياس (Del-Pino et al, 2019)، ومقياس (Man et al, 2020).

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقية لهذه الفئة، كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته مناسباً، وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والأطر النظرية واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع بعض أعضاء هيئة التمريض، قامت الباحثة بتعريف استراتيجيات المواجهة تعريفاً اجرائياً، وصياغة بنود المقياس: وفقاً لمكونات استراتيجيات المواجهة، وقامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس استراتيجيات المواجهة ويتألف المقياس من بعدين موزعين على (20) عبارة.

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس استراتيجيات المواجهة وذلك على النحو التالي:

الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات

المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس استراتيجيات المواجهة بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك للتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على عشرة من المحكمين، هم من المتخصصين في مجال علم النفس العام، والصحة النفسية، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية الضيق النفسي، وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

تحديد اتجاه قياس كل مفرد للبعد الذي وضعت أسفله.

مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.

إرتباط المفردات بالأبعاد المرجوقياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.

الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.

إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أوإضافة أو حذف ما يلزم.

وتم حساب النسبة المئوية التي توضح نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من

مفردات مقياس الضيق ويتضح ذلك من الجدول التالي:

ويعرض جدول رقم (9) نسب الاتفاق بين المحكمين علي بنود مقياس استراتيجيات

المواجهة.

جدول رقم (9)

النسب المئوية للموافقة على كل عبارة من عبارات استراتيجيات المواجهة

المواجهة المتمركزة حول الانفعال			المواجهة المتمركزة حول المشكلة		
عدم الموافقة	الموافقة %	م	عدم الموافقة	الموافقة %	م
	%100	4		%100	1
%10	%90	5		%100	2
	%100	7		%100	3
	%100	9		%100	6
	%100	10	%10	%80	8
%10	%90	14	%10	%90	11
	%100	15	%10	%80	12
%10	%90	16		%100	13
	%100	17	%10	%90	18
	%100	19		%100	20

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قامت الباحثة بما يلي:

- إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة.
- تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً.
- فك العبارات المركبة.

صدق المحك:

قامت الباحثة بحساب صدق مقياس استراتيجيات المواجهة بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة البحث الاستطلاعية علي مقياس استراتيجيات المواجهة (اعداد الباحثة) ودرجاتهم علي استبانة (عدوى وحسانين، 2019) لقياس استراتيجيات المواجهة وبلغ معامل الارتباط (0,778) وهودال احصائياً عند مستوي (0.01) .

الاتساق الداخلي Internal Consistency: تم إيجاد التجانس الداخلي لمقياس استراتيجيات المواجهة عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، على العينة الاستطلاعية (ن = 120) ويتضح ذلك من جدول (10) التالي:

جدول رقم (10)

معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات الأبعاد والدرجة الكلية لهذا البعد

المواجهة المتمركزة حول الانفعال	م	المواجهة المتمركزة حول المشكلة	م
معامل الارتباط		معامل الارتباط	
**0,561	4	**0,751	1
**0,621	5	**0,721	2
**0,728	7	**0,731	3
**0,693	9	**0,582	6
**0,536	10	**0,766	8
**0,558	14	**0,564	11
**0,546	15	**0,601	12
**0,692	16	**0,757	13
**0,684	17	**0,578	18
**0,680	19	**0,690	20

معامل الارتباط دال عند مستوى 0,01 ن=120 $\geq 0,228$ وعند مستوى 0,05 $\geq 0,01$

ويتضح من جدول (10) السابق ما يلي: أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل

مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تكون دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي للمقياس وثباته المرتفع.

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة باستخدام الطرق التالية:

أ- معادلة ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت (120) من المفحوصين وكانت النتائج كما

هي ملخصة في جدول (11)

جدول (11)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ن=120

ألفا كرونباخ	أبعاد استراتيجيات المواجهة
0,745	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
0,752	المواجهة المتمركزة حول الانفعال

الضيق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة بطريقة ألفا كرونباخ وهو معامل ثبات مرتفع سمح للباحثة باستخدام المقياس في دراستها الحالية. ب- طريقة اعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ثبات اعادة التطبيق على عينة البحث الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة في جدول (12) التالي:

جدول (12)

معاملات الثبات بطريقة اعادة التطبيق ن = 120

إعادة التطبيق	أبعاد استراتيجيات المواجهة
0,753	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
0,830	المواجهة المتمركزة حول الانفعال

يتضح من الجدول (12) السابق أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة وهوما يعزز الثقة للاستخدام في البحث الحالي.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[1] التعليمات: وضع مقياس استراتيجيات المواجهة كي يطبق على العاملين في مجال التمريض، وقد تم طمأنتهم حول سرية البيانات، وطلب منهم التعبير بكل صراحة، وقراءة المقياس أولاً قبل تطبيقه، وعدم ترك عبارات بدون اجابة.

[2] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقاً لميزان التصحيح الخماسي وفقاً للجدول

التالي:

جدول(13)

أبعاد وأرقام عبارات مقياس استراتيجيات المواجهة

الدرجة العظمى	الدرجة الصغرى	عدد العبارات	الأبعاد الأساسية
50	10	10	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
50	10	10	المواجهة المتمركزة حول الانفعال

[3] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوى استراتيجيات المواجهة لدي

العاملين في مجال التمريض، بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوى استراتيجيات المواجهة لدي العاملين في مجال التمريض.

3- مقياس المرونة النفسية: (اعداد الباحثة).

قامت الباحثة باعداد مقياس المرونة النفسية حيث وجدت الباحثة ندرة في الأدوات التي تقيس المرونة النفسية لدى هيئة التمريض (في حدود اطلاعها) وخاصة في ظل جائحة كورونا، حيث اهتمت معظم الدراسات (بالاطفال والشباب) كدراسة (البحيري،2010)، أو (المطلقات) كدراسة (أبوالمصان،2017)، أو(الطلاب) كدراسة (شقورة،2012) ودراسة (معابرة،2017) لذا قامت الباحثة باعداد مقياس للمرونة النفسية يتناسب مع طبيعة عينة البحث الحالي .

وتتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (5) خطوات، وتترابط جميع الخطوات حتى يصل البحث إلى صورته النهائية وهذه الخطوات كالتالي:

الخطوة الأولى : الاطلاع علي المقاييس المشابهة

اطلعت الباحثة على ما أتيج لها من إطار نظري، ودراسات سابقة، وبحوث ومراجع عربية وأجنبية، وآراء ونظريات تناولت مفهوم المرونة النفسية، من أجل التعرف على الطرق والأدوات المستخدمة في قياس المرونة النفسية والاستفادة منها كدراسة (الاحمدي،2007)، ودراسة (أبوحلاوة،2013)، ودراسة (خرابشة ،2013)، ودراسة (McAteer & Gillanders,2019)، ودراسة (Bacchi & Licinio,2017).

كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتاحت لها وتناولت المرونة النفسية، أوتضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي ومنها: مقياس (شويل ونصر،2012)، ومقياس (عبد السلام،2018)، (Whatnall et al,2019)، ومقياس (Holmberg et al,2020)، ومقياس (Rahman et al, 2020)

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن هذه الفئة، وأن يكون عدد العبارات، وطول المقياس، ودقة عباراته، مناسباً وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى، وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

الخطوة الثالثة: صياغة أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والأطر النظرية واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع بعض أعضاء هيئة التمريض، قامت الباحثة بتحديد المفهوم الاجرائي للمرونة النفسية، وصياغة بنود المقياس، ومن ثم قامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس المرونة النفسية، ويتألف المقياس من 24 عبارة.

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس المرونة النفسية وذلك على النحو التالي:

الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس الضيق بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك للتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وضعت لقياسه، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على عشرة من المحكمين هم من المتخصصين في مجال علم النفس، والصحة النفسية حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية المرونة النفسية وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطُلب من كل منهم توضيح ما يلي:

تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.

مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.

إرتباط المفردات بالأبعاد المرجوقياسها في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد.

الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملائمتها لأبعاد المقياس.

إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أوإضافة أو حذف ما يلزم.

وتم حساب النسبة المئوية التي توضح نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من

مفردات مقياس المرونة النفسية ويتضح ذلك من جدول رقم (14) التالي

جدول رقم (14)

النسب المئوية للموافقة على كل عبارة من عبارات المرونة النفسية

م	الموافقة %	عدم الموافقة	م	الموافقة %	عدم الموافقة
1	%100		13	%90	%10
2	%100		14	%80	%20
3	%100		15	%100	
4	%100		16	%100	
5	%90	%10	17	%90	%10
6	%100		18	%90	%10
7	%100		19	%100	
8	%80	%20	20	%90	%10
9	%100		21	%100	
10	%100		22	%100	
11	%80	%20	23	%100	
12	%80	%20	24	%100	

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قامت الباحثة بما يلي:

- إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة.
- تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً.
- فك العبارات المركبة، وحذف العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها %80 وعددها (4) عبارات ليصبح المقياس (20) عبارة.
- صدق المحك:

قامت الباحثة بحساب صدق مقياس المرونة النفسية، بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة البحث الاستطلاعية علي مقياس المرونة النفسية (اعداد الباحثة) ودرجاتهم علي مقياس (Holmberg et al,2020) وبلغ معامل الارتباط (0,754) وهودال احصائيا عند مستوى 0.01

الضيق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية

الاتساق الداخلي Internal Consistency : تم إيجاد التجانس الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك من الجدول (15) التالي:

جدول (15)

معاملات الارتباط بين درجات كل عبارة من عبارات مقياس المرونة النفسية والدرجة الكلية للمقياس

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	**0,714	11	**0,518
2	**0,693	12	**0,637
3	**0,654	13	**0,549
4	**0,644	14	**0,513
5	**0,669	15	**0,538
6	**0,628	16	**0,596
7	**0,685	17	**0,479
8	**0,564	18	*0,678
9	**0,533	19	**0,441
10	**0,565	20	**0,644

معامل الارتباط **دال عند مستوى 0,01 ن=120 $\geq 0,228$ وعند مستوى 0,05 $\geq 0,01$ ويتضح من الجدول السابق ما يلي: أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة المقياس الذي تنتمي إليه تكون دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي للمقياس وثباته المرتفع.

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس المرونة النفسية باستخدام الطرق التالية:

ت- معادلة ألفا كرونباخ: وذلك على عينة استطلاعية بلغت (120) من المفحوصين، وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (16) حيث بلغ معامل ثبات ألفا (0,832) وهو معامل ثبات مرتفع سمح للباحثة باستخدام المقياس في دراستها.

جدول (16)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ $n = 120$

الأبعاد	ألفا كرونباخ
الدرجة الكلية	0,832

ث- طريقة اعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ثبات المقياس عن طريق اعادة التطبيق على عينة البحث الاستطلاعية بفواصل زمني أسبوعين، وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة في جدول (17) التالي.

جدول (17)

معاملات الثبات بطريقة اعادة التطبيق $n = 120$

الأبعاد	إعادة التطبيق
الدرجة الكلية	0,825

يتضح من الجدول السابق (17) أن جميع معاملات ثبات المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام باستخدام طريقة اعادة التطبيق وطريقة ألفا كرونباخ وهوما يعزز الثقة في البحث الحالي.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[1] التعليمات:وضع مقياس المرونة النفسية كي يطبق على العاملين في مجال التمريض، وقد تم طمأننتهم حول سرية البيانات وطلب منهم التعبير بكل صراحة، وقراءة المقياس أولاً قبل تطبيقه وعدم ترك عبارات بدون اجابة.

[2] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقا لميزان التصحيح الخماسي وفقاً لجدول (18) التالي:

جدول (18)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الدرجة العظمي	الدرجة الصغري	عدد العبارات	الأبعاد الأساسية
100	20	20	الدرجة الكلية

[3] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوي المرونة النفسية لدي العاملين في مجال التمريض بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوي المرونة النفسية لدي العاملين في مجال التمريض.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

قامت الباحثة بإجراء المعالجات الإحصائية من خلال البرنامج الإحصائي للحاسب الآلي (برنامج SPSS)، وقد تم استخدام الإصدار الثالث والعشرون من البرنامج، وذلك في إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة التي تحقق صحة فروض البحث الحالي وتتمثل في التالي:

- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث من خلال معاملات الارتباط، ومعامل ألفا كرونباخ.
- تحليل التباين (2x2).
- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- تحليل الانحدار المتعدد.

نتائج البحث ومناقشتها:

عرض نتائج الفرض الأول وتحليله وتفسيره:

1- ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون للعلاقات بين أبعاد استراتيجيات المواجهة وأبعاد الضيق وكانت النتائج كما هي موضحة في جدول (19)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية وأبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة

الدرجة الكلية	تدني قيمة الذات	القلق والاكتئاب	عدم القدرة على التحمل	الضيق النفسي استراتيجيات المواجهة
** -0,821	** -0,797	** -0,818	** -0,695	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
** 0,841	** 0,866	** 0,822	** 0,697	المواجهة المتمركزة حول الانفعال

معامل الارتباط $**$ دال عند مستوى 0,01 ن=200 $\geq 0,195$ $**$ ودال عند مستوى $0,174 \geq 0,05$

يتضح من الجدول السابق ما يلي: وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد الضيق والدرجة الكلية وأحد أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة)، بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد مقياس الضيق والدرجة الكلية، والبعد الآخر من أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) حيث أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى (0,01) لأبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية، وأبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة.

تفسير نتيجة الفرض الأول:

تفسر الباحثة هذه النتيجة بأنه كلما كانت الدرجة مرتفعة على بعد (المواجهة المتمركزة حول المشكلة)، دل ذلك على تبني عضوية التمريض استراتيجيات إيجابية وفعالة لحل المشكلة، واتخاذ القرار بشكل معرفي فعال، والتعامل بكفاءة مع الحدث والمواقف المحبطة التي تواجهه خلال جائحة كورونا، وكذلك تنظيم العلاقة بين المشكلة والبيئة والقدرة على التغلب على أعراض الضيق النفسي، وبالتالي تتخفف الدرجة على مقياس الضيق النفسي، بينما انخفاض الدرجة على مقياس استراتيجيات المواجهة تزيد من قابليته للشعور بالضيق النفسي وترتفع الدرجة على مقياس الضيق النفسي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة هيس وآخرون (Hess et al , 2018) والتي أشارت إلى أن النساء المصابات بالعمق ويعشن مع التوترات الزوجية وانتقاد الأقارب ووصم المجتمع ويعانون من الحزن والوحدة والحرمان الاجتماعي والضيق النفسي، قد ارتبط الضيق النفسي لديهم باستراتيجيات المواجهة فكلما ازداد الضيق النفسي كلما لجأ إلى استراتيجيات مواجهة موجهة نحو المشكلة للتخلص من الضيق، وتضمنت استراتيجيات المواجهة العلاجات التقليدية والطبية الحيوية، والمعتقدات والممارسات الدينية، والعزلة الذاتية ويؤدي عدم نجاح العلاجات إلى زيادة الضائقة النفسية للكثيرين فتبحث النساء عن استراتيجيات أكثر فاعلية للتغلب على هذا الضيق، وذلك بالبحث عن طرق علاجية مختلفة للتغلب على العمق وبالتالي الضيق النفسي.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة مان وآخرون (Man et al, 2020) حيث أشارت إلى أن مكونات الضيق النفسي والمتمثلة في (القلق والغضب والحزن) كلما انخفضت لدى الفرد دل على أن استراتيجيات المواجهة أكثر تركيزاً على المشكلة وأكثر فاعلية في مواجهة الضغوط والازمات، بالإضافة إلى دراسة كيم وآخرون (Kim et al, 2019) حيث توصلت إلى أن الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالضيق النفسي لدى الأفراد المصابون بأمراض القلب التاجية فكلما طوروا استراتيجيات للتأقلم تتناسب مع الوضع الصحي كلما انخفض مستوى الضيق النفسي لديهم .

وبين الضيق النفسي لدى مقدمي الرعاية للمرضى، حيث أنهم يتعرضون لمستويات عالية من العبء والضيق النفسي نظراً لإعتماد المرضى عليهم بشكل كلي، لذا فإنهم يطورون استراتيجيات مواجهة يستطيعون من خلالها التكيف مع المواقف العصيبة التي يمرون بها، وهذا التكيف هو مؤشر إيجابي في مواجهة هذا الكم من الضغوط والأعباء، والضيق النفسي (مؤشر سلبي)، وفي غياب استراتيجيات مواجهة إيجابية وفعالة يقع الفرد فريسة للضغوط والقلق والاكتئاب والضيق النفسي، وتتضخم رؤيته للمشكلات والأزمات بينما تعمل استراتيجيات المواجهة، كالدرع الواقي للفرد من الوقوع فريسة للضغوط والأعباء والإجهاد والأزمات والمشكلات والضيق، وتخفض قابلية الفرد للاستجابة للمواقف الضاغطة بطريقة محبطة واستبدالها بمواجهة تكيفية.

على الجانب الآخر نجد علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد مقياس الضيق والدرجة الكلية والبعث الآخر من أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة لن ويوسف (Lin & Yusoff, 2013) حيث أشارت نتائجها إلى أن الطلبة الذين يعانون من الضيق النفسي يستخدمون أساليب المواجهة السلبية والموجهة نحو الانفعال، كما تتفق مع نتائج دراسة سكيليانو وآخرون (Siciliano et al, 2017) والتي أوضحت أن استراتيجية التأقلم الموجهة نحو الانفعال كانت ترتبط بشكل كبير بمستويات عالية من الاكتئاب والقلق (الضيق النفسي) ومستويات عالية من العبء، بعد التحكم في جميع المتغيرات الأخرى، وتضيف دي ويت وآخرون (De Wit et al, 2019) في دراستهم أن

الضيق النفسي واستراتيجيات المواجهة يمثلان بنيات متداخلة، كما أن تعلم استراتيجيات تكيفية تعتبر علاجاً فعالاً ومفيداً في التخفيف من أعراض الضيق النفسي لمقدم الرعاية وتكون عاملاً وقائياً للصحة النفسية لدى المعرضين لخطر الضيق النفسي.

وتقر الباحثة نتيجة البحث الحالي بأنها تجسيد للواقع الفعلي الذي نعيشه جميعاً في ظل جائحة كورونا (Covid-19) التي اجتاحت العالم والتي نالت من الجميع، ولأن خط الدفاع الأول ضد هذه الأزمة كان ومازال الجيش الأبيض وحيث أن مجتمع الدراسة في البحث الحالي هم هيئة التمريض من الممرضين والممرضات العاملين بمستشفيات جامعة المنصورة في ظل هذه الجائحة، حيث يتعرضون للإجهاد والتوتر والضغط والضيق النفسي، فقد كان لزاماً عليهم أن يأخذوا من مواطن الضعف قوة، ومن مواطن الألم أمل، وهذا ما قام به أغلبهم حيث كان التوتر والضيق والشدة والضغط لدى معظمهم دافعاً ومحركاً للعمل والجد والمواجهة، فقد استحدثوا وابتكروا وطوروا أساليب لمواجهة الازمات والتحديات خلال الجائحة، سواء كانت موجة نحو المشكلة أو نحو الانفعال، فيزداد الضيق النفسي كلما قلت الموارد ووسائل الحماية ضد هذا الوباء وكلما ازداد عدد حالات الإصابة، وكلما قل استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة ضد المشكلة، وينخفض مستوى الضيق النفسي كلما زادت استراتيجيات المواجهة سواء بالتغلب على نقص الموارد والامكانيات أو بالتخفيف من التوتر والقلق لأنفسهم ولمن حولهم، وكلما ارتكن عضوية التمريض إلى استراتيجيات مواجهة فعالة ضد المشكلة.

ويؤيد ذلك أن بعض الناس يحتاجون إلى مستوى معين من التوتر لأداء مهماتهم على الوجه الأمثل فبمجرد أن يتوتر يكون محركاً وحافزاً له ليتبنى استراتيجية مناسبة للتخلص من التوتر قبل أن يصل لمرحلة الضيق النفسي، ولأن الضغوط النفسية المستمرة والتوتر يخفضان فاعلية جهازمناعة الجسد ويهيئانه للإصابة بالأمراض العضوية المزمنة والتي تترك آثارها على النفس والجسد لذا ترى الباحثة أن استراتيجيات المواجهة هي إفراز طبيعي يدافع به الجسد والنفس عن أنفسهما تقادياً من الوقوع فريسة للأثار السلبية الناتجة عن التوتر والضيق النفسي والضغط، وبالتالي فإن نتيجة الفرض الحالي منطقية، حيث توجد علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية، وأحد أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة)، بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد مقياس الضيق والدرجة الكلية والبعد الآخر من أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول الانفعال).

وتؤكد نظرية التحليل النفسي لفرويد على دور العمليات اللا شعورية وميكانزمات الدفاع، فالضيق النفسي ناتج عن صراع نفسي لا شعوري ومحاولة من قبل الفرد لمواجهة الصعوبات الحالية مستخدماً ميكانزمات الدفاع في مواجهة هذا الضيق والتخلص منه بطريقة فعالة استناداً على خبراته السابقة التي سبق أن استخدمها في مرحلة الطفولة المبكرة، ومن خلال مفهوم المواجهة تم دمج المواجهة مع دفاعات الأنا وعرفت على أنها مجموعة العمليات المعرفية اللا شعورية التي تهدف إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطوراً في القلق والضيق والتوتر، ويتعلق معيار نجاح المواجهة هنا بنوعيه السياق (مرونته، درجة تناسبه مع الواقع، ونوعية المآل النفسي) (Paulhan, 1992, 546).

عرض نتائج الفرض الثاني وتحليله وتفسيره:

5- ينص هذا الفرض على أنه : توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجات على مقياس الضيق النفسي والدرجات على مقياس المرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (COVID-19) .
وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون للعلاقات بين أبعاد الضيق النفسي والمرونة النفسية وكانت النتائج كما هي موضحة في جدول (20)
جدول (20)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والمرونة النفسية

الدرجة الكلية	تدني قيمة الذات	القلق والاكتئاب	عدم القدرة على التحمل	الضيق النفسي المرونة النفسية
** - 0,329	** - 0,233	** - 0,349	** - 0,310	الدرجة الكلية

معامل الارتباط **دال عند مستوى 0,01 ن=200 $\geq 0,195$ و *دال عند مستوى 0,05 $\geq 0,174$

يتضح من جدول (20) ما يلي:

وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية، والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية حيث أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى (0,01) لأبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية، والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية.

تفسير نتيجة الفرض الثاني:

تفسر الباحثة هذه النتيجة بأنه كلما كانت الدرجة مرتفعة على مقياس الضيق النفسي، دل ذلك على إنخفاض مستوى المرونة النفسية ومنه إنخفاض الدرجة على مقياس المرونة النفسية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة باكي ولشينيوي (Bacchi & Licinio, 2017)، ودراسة واتل واخرون (Whatnall et al, 2019)، والتي أشارت كل منهما إلى ارتباط مستويات المرونة النفسية المرتفعة بمستويات منخفضة من الضغط النفسي والضيق النفسي لدى طلاب الطب وعلم النفس بجامعة نيوكاسل الأسترالية، كما وصفت هذه الدراسات المرونة النفسية بأنها القدرة على الصمود والتعافي من الضيق النفسي بطريقة فعالة، حيث أن الأفراد ذوي المستويات المنخفضة من المرونة النفسية ترتفع لديهم القابلية للتوتر والضيق النفسي بعكس الأفراد ذوي المرونة المرتفعة ف لديهم محرك داخلي يعمل كمستقبل للتخفيف من حدة المشكلات والازمات بما يتناسب مع طبيعة الموقف.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة رحمان واخرون (Rahman et al, 2020) حيث أوضحت الدراسة ارتباط المستويات المتوسطة والعالية من الضيق النفسي بمستوى أعلى من الخوف، وإنخفاض في مستوى المرونة النفسية لدى (97.3%) من التمريض العاملين في الخطوط الأمامية والعاملين الصحيين وغيرهم من العاملين في الخدمات الأساسية، وأفراد المجتمع خلال جائحة كورونا (COVID-19) فالأشخاص الذين يعانون من ضائقة نفسية أعلى زادوا استخدام التدخين والكحول خلال فترة الوباء والأشخاص الذين يعانون من حالات صحية عقلية موجودة مسبقاً أكثر عرضة للتأثر بالضغط النفسية أكثر من غيرهم مما قد يؤدي إلى تدهور صحتهم بشكل عام.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة هولمبيرج واخرون (Holmberg et al, 2020) والتي أظهرت أن مستويات التوتر ارتبطت بانخفاض مستويات المشاركة في العمل لأفراد الطاقم الطبي بالعناية المركزة، كما ارتبطت المرونة النفسية بزيادة الانخراط في العمل وكان للمرونة تأثير كبير غير مباشر على العلاقة بين الضيق والعمل، كما ارتبطت المرونة النفسية ارتباطاً إيجابياً بزيادة الانخراط في العمل وارتباطاً سلبياً بالضيق النفسي.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية فزيادة مستوى المرونة النفسية لدى الأفراد له أثر كبير وفعال في التقليل من التعرض للضيق النفسي حيث تساعد المرونة الأفراد على الاستجابة بطريقة إيجابية للمحن والظروف الصعبة التي تمثل تحدياً لقدراتهم، ويجب أن لا يقتصر الأمر على التغلب على الضغوط والصعوبات، بل يجب أن يتوسع استخدام هذا المفهوم ليصبح نقطة رئيسية في حياة كل فرد، لأن كل فرد يواجه درجة من الضغوط والتحديات في كل يوم من أيام حياته ولكن هناك من يستجيب بطريقة إيجابية للظروف الصعبة التي تمثل تحدياً له ويحافظ على قدر كبير من التوازن في الحياة ومواجهة الأزمات والشدائد والمحن بفاعليه بل والتصدي لها وإيجاد الحلول المناسبة واستعادة الوضع النفسي السابق للأزمة ومصادر الضيق، وهناك من تتضخم رؤيته للمشكلات وتؤثر فيه الضغوط والأزمات وتنعكس بشكل سلبي على حياته وهذا ما يفسر وجود أشخاص أصحاء نفسياً على الرغم من معاناتهم من الظروف الصعبة والقاسية ووجود أشخاص وقعوا بالفعل فريسة للضغوط والتحديات والأزمات والضيق النفسي.

ومن وجهة نظر الباحثة واستناداً إلى ما سبق من دراسات فإن المرونة النفسية تعتبر آلية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية التي يمر بها الفرد وتجعله يستطيع التعامل مع التحديات والأزمات بفاعليه ويشعر بأنها أقل تهديداً وتوتراً.

وتؤكد النظرية المعرفية للضيق النفسي هذه النتيجة أيضاً فقد أوضح ميلر (Miller, 1995) أن الفرد يدرك الضغوط والأحداث الصادمة على أنها معلومات جديدة وغريبه عن مخطئه الإدراكي لذا فهو لا يعرف كيف يتعامل معها فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك وبالتالي فإن الأشخاص الذين يعانون من الضيق النفسي لديهم وجهة نظر سلبية لذواتهم ولبيئتهم ولمستقبلهم وطبقاً لأصحاب النظرية المعرفية فإن جهد الناس الإضافي والسلوك غير الفعال هوننتيجة للتفسيرات غير الصحيحة لخبرات الحياة، وجوهر هذه النظرية هو أن الصعوبات الانفعالية تبدأ عندما تكون الطريقة والاستراتيجيات التي نرى بها الأحداث ونتعامل معها غير مضبوطة، ونستطيع أن نجزم بأن الأشخاص الذين يشعرون بالضيق النفسي يمتلكون بنية معرفية تختلف عن غيرهم.

نتائج الفرض الثالث ومناقشته:

الفرض الثالث: ينص الفرض علي أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات أبعاد مقياس الضيق النفسي وفقاً لتفاعل متغيرات: النوع (ذكور، وإناث)، والخبرة (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) ".

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين (2×2) كما هو موضح

بالتالي.

جدول (21)

نتائج تحليل التباين (2×2) لأثر النوع (ذكور، وإناث)، والخبرة (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

أبعاد الضيق النفسي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	حجم التأثير
عدم القدرة على التحمل	النوع	529,623	1	529,623	58,685	0,01	0,230
	الخبرة	2944,623	1	2944,623	326,282	0,01	0,625
	النوع×الخبرة	243,270	1	243,270	26,956	0,01	0,121
	الخطأ	1768,857	196	9,025			
	المجموع	129643,00	200				
القلق والاكتئاب	النوع	49,044	1	49,044	4,371	0,05	0,22
	الخبرة	5275,104	1	5275,104	470,170	0,01	0,706
	النوع×الخبرة	73,759	1	73,759	6,574	0,05	0,32
	الخطأ	2199,037	196	11,220			
	المجموع	165262,00	200				
تدني قيمة الذات	النوع	69,354	1	69,354	35,617	0,01	0,154
	الخبرة	1777,494	1	1777,494	912,844	0,01	0,823
	النوع×الخبرة	5,154	1	5,154	2,647	غ.د	0,13
	الخطأ	381,652	196	9,025			
	المجموع	115116,00	200				
الدرجة الكلية للضيق	النوع	1470,305	1	1470,305	35,633	0,01	0,154
	الخبرة	28579,465	1	28579,465	692,653	0,01	0,779
	النوع×الخبرة	86,100	1	86,100	2,087	غ.د	0,11
	الخطأ	8087,345	196	1,947			
	المجموع	66958,55	200				

الضيق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية

قيمة ف دالة عند مستوى $0,05 = 3,81$ قيمة ف دالة عند مستوى $0,01 = 5,65$

أوضحت النتائج في جدول (21) ما يلي:

النوع: وجود أثر دال إحصائياً لمتغير النوع (ذكور-إناث) في أبعاد الضيق النفسي، حيث كانت قيمة ف (58,685، 4,371، 35,617، 35,63) وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 فيما عدا بعد القلق والاكتئاب دال عند مستوى 0,05.

الخبرة: وجود أثر دال إحصائياً لمتغير الخبرة (أقل من 10 سنوات ، أكثر من 10 سنوات) في أبعاد الضيق النفسي ، حيث كانت قيمة ف (326,282 ، 470,170 ، 912,844 ، 692,653) وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0,01.

تفاعل متغيري النوع x الخبرة: وجود أثر دال إحصائياً لتفاعل متغيري النوع والخبرة، حيث كانت قيمة ف (26,956 ، 6,574) فيما عدا تدني قيمة الذات والدرجة الكلية حيث كانت قيمة ف (2,647 ، 2,087) وهي غير دالة إحصائياً.

جدول (22)

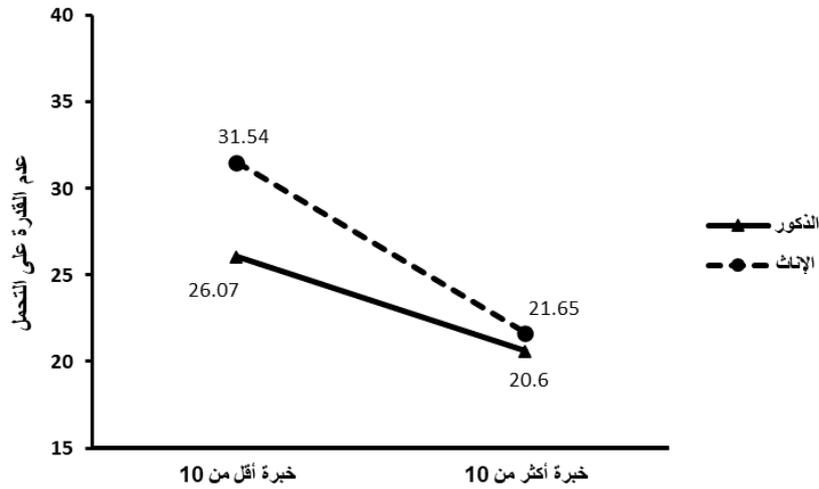
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الضيق النفسي وفقاً لمتغيرات النوع والخبرة وتفاعلهما

أبعاد الضيق النفسي	الجنس	الخبرة	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
عدم القدرة على التحمل	الذكور	أقل من 10	26,07	0,92
		أكثر من 10	20,60	3,55
	الإناث	أقل من 10	31,54	3,81
		أكثر من 10	21,65	2,95
القلق والاكتئاب	الذكور	أقل من 10	33,30	1,14
		أكثر من 10	21,81	4,59
	الإناث	أقل من 10	33,08	1,67
		أكثر من 10	24,01	4,44
تدني قيمة الذات	الذكور	أقل من 10	26,00	0,56
		أكثر من 10	20,35	1,73
	الإناث	أقل من 10	27,50	1,39
		أكثر من 10	21,21	1,61
الدرجة الكلية	الذكور	أقل من 10	85,38	1,75
		أكثر من 10	62,77	8,80
	الإناث	أقل من 10	92,12	4,18
		أكثر من 10	66,88	8,24

تبيين من جدول (22) السابق أن:

المجموعة الأعلى من حيث المتوسطات الحسابية هي مجموعة الإناث ذوي سنوات الخبرة الأقل من 10 سنوات، تليها مجموعة الذكور ذوي الخبرة الأقل من 10 سنوات، تليها مجموعة الإناث ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات وأخيرا مجموعة الذكور ذوي الخبرة أكثر من 10 سنوات، وكانت مجموعة الإناث في متوسطاتها الحسابية على جميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية أعلى من المتوسطات الحسابية للذكور.

والشكل (1) التالي يوضح التفاعل بين متوسط الدرجات لمتغيري النوع ومدة الخبرة على أحد أبعاد مقياس الضيق النفسي (عدم القدرة على التحمل)

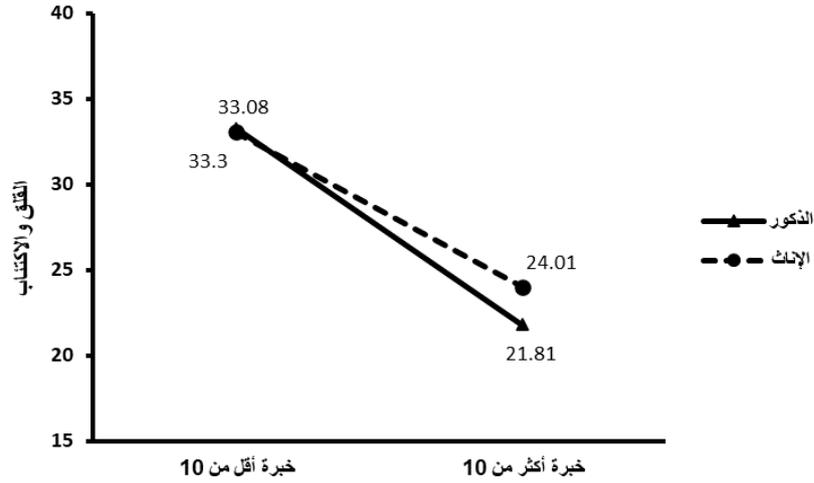


شكل (1) التفاعل بين متوسط الدرجات لمتغيري النوع ومدة الخبرة على أحد أبعاد مقياس الضيق النفسي (عدم القدرة على التحمل)

أشارت النتائج في الشكل (1) ان الذكور ذوي الخبرة أكثر من 10 سنوات اقل في أحد أبعاد الضيق النفسي وهو عدم القدرة على التحمل (20,60) ويعني ذلك أن لديهم قدرة على التحمل أكثر من غيرهم يليهم الإناث ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات (21,65) ثم الذكور ذوي الخبرة الأقل من 10 سنوات (26,07) وأخيرا الإناث ذوي الخبرة الأقل من 10 سنوات (31,54) فهي أكثر المجموعات في عدم القدرة على التحمل.

الضيق النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية

وشكل (2) التالي يوضح التفاعل بين متوسط الدرجات لمتغيري النوع ومدة الخبرة على أحد أبعاد الضيق النفسي (القلق والاكتئاب).



شكل (2) التفاعل بين متوسط الدرجات لمتغيري النوع ومدة الخبرة على أحد أبعاد مقياس الضيق النفسي (القلق والاكتئاب).

أشارت النتائج في الشكل (2) ان الذكور ذوي الخبرة أكثر من 10 سنوات اقل في أحد أبعاد الضيق النفسي وهو القلق والاكتئاب (21,81) يليهم الإناث ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات (24,01) ثم الإناث ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات (33,08) وأخيرا الذكور ذوي الخبرة الأقل من 10 سنوات (33,30) فهي أكثر المجموعات في القلق والاكتئاب .

جدول (23)

المقارنات المتعددة بين مجموعتي النوع في أبعاد الضيق

أبعاد الضيق النفسي	النوع	فروق المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالات الإحصائية
عدم القدرة على التحمل	ذكور إناث	*3,257	0,425	دالة
القلق والاكتئاب	ذكور إناث	*0,991	0,474	دالة
تدني قيمة الذات	ذكور إناث	*1,179	0,198	دالة
الدرجة الكلية	ذكور إناث	*5,427	0,909	دالة

أوضحت النتائج في جدول (23) ما يلي

د. شيماء محمود زيدان عبد الحي

وجود فروق في بعد عدم القدرة على التحمل لصالح الإناث حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات 3,257 وهي دالة إحصائياً .

وجود فروق في بعد القلق والاكتئاب لصالح الإناث حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات 0,991 وهي دالة إحصائياً.

وجود فروق في بعد تدني قيمة الذات لصالح الإناث حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات 1,179 وهي دالة إحصائياً.

وجود فروق في الدرجة الكلية لصالح الإناث حيث بلغت قيمة فروق المتوسطات 5,427 وهي دالة إحصائياً.

جدول (24)

المقارنات المتعددة بين مجموعتي الخبرة في أبعاد الضيق النفسي

الدلالات الإحصائية	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	الخبرة		أبعاد الضيق النفسي
دالة	0,425	*7,680	أقل من 10	أكثر من 10	عدم القدرة على
دالة	0,474	*10,280	أقل من 10	أكثر من 10	القلق والاكتئاب
دالة	0,198	*5,967	أقل من 10	أكثر من 10	تدني قيمة الذات
دالة	0,909	*23,927	أقل من 10	أكثر من 10	الدرجة الكلية

تبين من الجدول (24) السابق وجود فروق بين الممرضين والممرضات ذوي سنوات الخبرة الأكثر من 10 سنوات، وسنوات الخبرة الأقل من 10 سنوات في جميع أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية لصالح سنوات الخبرة الأقل من 10 سنوات.

تفسير نتيجة الفرض الثالث:

أولاً: فيما يختص بوجود فروق دالة إحصائياً في متوسطات درجات الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات العامة في ظل أزمة كورونا (كوفيد-19) تبعاً للنوع ذكور وإناث كانت النتيجة وجود فروق بينهما لصالح الإناث.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Bayram & Bilgel, 2008) ، ودراسة (فيصل وصفر ، 2013) ، ودراسة (Hakami, 2018) ، ودراسة (Sullivan et al, 2019) ، ودراسة

(Rahman et al, 2020) والتي توصلت كلاً منهم إلى وجود فروق دالة إحصائية في الضيق النفسي تبعاً لاختلاف النوع (ذكور وإناث) لصالح الإناث. بينما تختلف هذه الدراسة مع دراسة (Lin & Yusoff, 2013) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضيق النفسي يعزى للجنس أو العرق. وأيضاً تختلف هذه الدراسة مع دراسة (Kawa, Shafi, 2015) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في الضيق النفسي تبعاً لاختلاف النوع (ذكور وإناث) لصالح الذكور. وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن الذكور أكثر قدرة على التعامل مع المشكلات والأزمات والسيطرة عليها كما أن لديهم قدرة على تحمل أعباء العمل ومشقته فهم قوامون على النساء وقد جبلهم الله عز وجل على ذلك وقد يرجع ذلك إلى عدة أسباب أيضاً منها: أن البنين الجسدي للذكور أقوى من الأنثى، وطبيعة العمل في التمريض يستعينون بقواهم العضلية مع خبراتهم العملية لمساعدة المرضى وحملهم، وكلما كان المطلوب منهم في حدود امكانياتهم كلما قل الضغط النفسي والتعرض للضيق، ودفعهم للمثابرة في العمل واستثمار طاقاتهم النفسية والجسدية أما إذا تجاوز حدود امكانياتهم يدفعهم ذلك للشعور بالتوتر والإحباط والضيق النفسي وخاصة في ظل جائحة كورونا والخوف من العدوى ونقص الموارد المادية والإمكانيات، وعدم الاستقرار على الدواء المناسب.

كما أن الذكور بطبيعتهم متفرغون للعمل ليلاً ونهاراً وفرصتهم للترقية في معظم الوظائف أكبر من المرأة، لذا فإن لديهم دافع دائماً للمثابرة ومحرك للعمل وللتقني والوصول إلى المراتب الأعلى، بخلاف المرأة فإذا تساوت مع الرجل في القدرات والإمكانيات في مجتمعنا فإن الرجل تكون فرصته أكبر دائماً في المناصب القيادية والإدارية، ففي الوقت الذي يشعر الرجل فيه أنه سيحصل نتائج عمله قد تواجه المرأة بصدمه فتشعر أن لا فائدة من وراء هذا المجهود وتصاب بخيبة أمل وإحباط وضيق نفسي، بالإضافة إلى أن الإناث غالباً مسؤولياتها أكبر في رعاية الأسرة، وفي بعض الأحيان تكون المرأة هي العائل الوحيد بالإضافة إلى معاناتها من الإجهاد المرتبط بالأطفال، وقضاء وقت أكبر في المهام المنزلية، وقد تقاوم عليها الأمر في ظل الجائحة التي نمر بها وانتشار الوباء يوم بعد يوم وخوفها من الإصابة وقلقها من أن تكون مصدر عدوى لأطفالها وأسرتها التي لا تستطيع التخلي عن رعايتهم كل هذه الأشياء يمكن أن تؤدي إلى تقاوم الإرهاق والضغط النفسي لدى الإناث والإحباط ويصل

د. شيماء محمود زيدان عبد الحي

لمرحلة الضيق النفسي أكثر من الذكور الذين يتفاعلون في ظل هذه الازمة بشجاعة أكثر ومثابرة وبعضهم يكرس حياته للعمل ويعزل نفسه بعيداً تماماً عن أسرته من أجل قضاء الواجب الانساني والمهني.

ثانياً: فيما يختص بوجود فروق دالة إحصائياً في متوسطات درجات الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات العامة في ظل أزمة كورونا (كوفيد-19) تبعاً لسنوات الخبرة (سنوات الخبرة الأكثر من 10 سنوات، وسنوات الخبرة الأقل من 10 سنوات) في جميع أبعاد مقياس الضيق النفسي والدرجة الكلية تبين وجود فروق بينهما لصالح سنوات الخبرة الأقل من 10 سنوات.

قد أكدت هذه النتيجة دراسة مان واخرون (Man et al, 2020) فقد قيمت هذه الدراسة تصورات المرض، والإجهاد، والضيق العاطفي، واستراتيجيات المواجهة خلال الشهر الأول من جائحة كورونا بين (140) من العاملين في مجال الرعاية الصحية (الأطباء، الأطباء المبتدئين، الممرضات والقائمين على الرعاية) في مستشفى تعليمي لأمراض الرئة برومانيا من خلال دراسة مقارنة بين مجموعتين أحدهم مجموعة المشاركين العاملين في قسم الكورونا (العزل) والمجموعة الأخرى تعمل بأقسام مختلفة بعيداً عن العزل، جاءت نتائج الدراسة على خلاف المتوقع فلم يوجد إختلاف بين المجموعتين إحصائياً في تصورات المرض، ومستويات التوتر، والضيق العاطفي، واستراتيجيات المواجهة وكانت أحد التفسيرات المحتملة لذلك هو أن العاملين بقسم العزل تطوعوا ليكونوا هناك، حيث رفض المستجيبون الآخرون العمل هناك، كما يمكن أن تنتبأ استراتيجيات المواجهة بالضيق العاطفي إلى حد معين أي أنه "كلما كانت استراتيجيات المواجهة أكثر تركيزاً على المشكلة كلما زاد القلق والغضب والحزن، كما وجد أنه كلما تقدم المستفتى في السن قل احتمال وجود ارتباطات مهمة تركز على المشكلة، وذلك يعني أن المتقدمون في السن وذوي الخبرة الأكثر أقل تعرضاً للضيق النفسي.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأنه الممرضين والممرضات ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات لديهم خبرة كافية في أداء العمل فقد تعرضوا على مر السنوات للعديد من المواقف والخبرات والتي اكتسبتهم خبرة وحصانة ومناعة ضد ما يطرأ عليهم من أزمات تعلموا من خلالها كيف يتصرفون مع الحوادث والأمراض وحالات الوفاة وإنتشار الأوبئة، إضافة إلى أنه بحكم عملهم لمدة أكثر من 10 سنوات قد كونوا إطاراً اجتماعياً مكون من اصحاب وأصدقاء يعملون سوياً ويتعاونون لإنقاذ الآخرين وعلى الجانب الآخر يدعمون بعضهم بعضاً في المواقف

الاجتماعية وفي الأزمات النفسية، كما أن الممرضين والممرضات ذوي الخبرة الأكثر من 10 سنوات، يحصلون على عائد مادي من خلال عملهم يجعلهم يقدرون أهمية هذا العمل ويمكنهم من العيش في مستوى مرموق بين الناس، بخلاف الممرضين والممرضات ذوي الخبرة اقل من 10 سنوات وخاصة في ظل هذا الوباء الذي لم يتعرضوا له من قبل منذ بداية عملهم فلأول مرة هم يتعرضون للعمل في ظل انتشار وباء معدي فهم يشعرون بالقلق والتوتر والحيرة ويلجأون للدعم النفسي والعملية من الممرضين والممرضات اصحاب الخبرة الأعلى كما أنه من السياسات الداخلية في بعض المشافي أنهم يسدون العجز بين الأقسام داخل المستشفى بنقل الممرضات والممرضين الأصغر سناً لأماكن العجز والاحتياج فلا يستقرون بمكان واحد ليتمكنوا من بناء اطار معرفي واجتماعي خاص بهم، لذا وفي ظل هذه الجائحة قد يتعرض هؤلاء إلى الانتقال من قسم إلى قسم، مما يشعرهم بالغرابة، وغموض الدور، وعدم القدرة على التصرف، ويؤثر على أدائهم، إضافة إلى أن شعورهم بالغرابة وعدم امتلاك علاقات اجتماعية متينة تشعرهم بالدعم النفسي والراحة في الاوقات العصيبة، وبالتالي فهم اكثر عرض للضييق النفسي.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

الفرض الرابع:

ينص الفرض على أنه: " يمكن التنبؤ بالضييق النفسي من خلال استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية لدى عينة من هيئة التمريض في ظل جائحة كورونا (19-covid) " وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد لقياس مدى امكانية التنبؤ بالضييق من خلال استراتيجيات المواجهة والمرونة.

وقد قامت الباحثة بالاطمئنان أولاً على تحقق الافتراضات الأساسية لاستخدام تحليل الانحدار المتعدد، وهي اعتدالية البيانات، وعدم وجود ازدواج خطى بين المتغيرين المستقلين حيث بلغت قيمة عامل تضخم التباين variance inflation factor (1,00) وهذه القيمة أصغر من القيمة التي تشير الى وجود ازدواج خطى بين المتغيرين وهي القيمة (10) مما يدل على عدم وجود ازدواج وكفاية حجم العينة والذي يشترط أن يكون حجم العينة مساوياً على الأقل لأربعة أضعاف عدد المتغيرات المستقلة وتجانس أوثبات تباين البواقي كما كانت

قيمة اختبار دورين واتسون Durbin Watson Test أقل من القيمة الجدولية للاختبار عندما تكون العينة (200) وعدد المتغيرات المستقلة (3).

باستخدام اختبار تقدير دالة الانحدار وجد أن أنسب نموذج للعلاقة بين الضيق استراتيجيات المواجهة والمرونة هو النموذج الخطي وبلغت قيمة R^2 (0,749) وهي قيمة مرتفعة وتعنى إمكانية تفسير التغير في الضيق بدرجة 75% مما يعنى قدرة النموذج علي تفسير العلاقة بنفس الدرجة، وبلغت قيمة ف (195.160) وهي قيمة دالة عند مستوي معنوية (0.01) وبلغت قيمة الثابت 60.66 وهي دالة احصائياً.

جدول (25)

تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد استراتيجيات المواجهة والمرونة النفسية في التنبؤ بالضيق النفسي

الدالة الإحصائية	قيمة ت	الانحدار المتعدد Beta	قيمة الانحدار B	المتغير المستقل	قيمة ف	معامل التحديد	الارتباط R	
0,01	-3,120	-0,260	-0,395	المواجهة المتمركزة حول المشكلة	195,160	0,749	0,866	الضيق النفسي
0,01	7,124	0,580	0,923	المواجهة المتمركزة حول الانفعال				
0,01	-3,819	-0,144	0,108	المرونة النفسية				

وتشير النتائج في جدول (25) أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة تتنبأ تنبؤ سلبي، بينما المواجهة المتمركزة حول الانفعال تتنبأ تنبؤ ايجابي بالضيق النفسي، بينما تتنبأ المرونة النفسية تنبؤ سلبياً بالضيق النفسي.

وفيما يلي معادلة الانحدار:

الضيق النفسي = $60,66 + (0,395 \times \text{المواجهة المتمركزة حول المشكلة}) + (0,923 \times \text{المواجهة المتمركزة حول الانفعال}) - (0,108 \times \text{المرونة النفسية})$.

تفسير نتيجة الفرض الرابع:

تفسر الباحثة هذه النتيجة أن أحد أبعاد استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة) تتنبأ تنبؤ سلبياً بالضيق النفسي، وهو ما يشير إلى أن استخدام الشخص لاستراتيجيات متمركزة حول المشكلة منبأ بإنخفاض الضيق النفسي، بينما البعد الاخر (المواجهة المتمركزة

حول الانفعال) تتنبأ تنبؤ ايجابي بالضيق النفسي، وهو ما يشير إلى أن استخدام الشخص لاستراتيجيات متمركزة حول الانفعال منبأ بارتفاع الضيق النفسي. فانخفاض الدرجة على الضيق النفسي تعني أن الفرد قد استخدم استراتيجيات مواجهة بناءة تتعامل مع المشكلة مباشرة وتساعد الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي، والأفراد الذين ينجحون في عملية المواجهة يستطيعون حل مشكلاتهم من خلال تغيير بيئتهم التي تسبب لهم تهديداً أو تنظيم إنفعالتهم بالاحتفاظ بصورة إيجابية عن ذاتهم وعلاقاتهم مع الآخرين وتكون مرضية، ويتوقف ذلك على طبيعة الموقف الضاغط والأزمة أو المشكلة الراهنة وعلى قدرات الشخص وسماته وخبراته السابقة، بينما إرتفاع الدرجة على الضيق النفسي تعني أن الفرد قد استخدم استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال وأنها غير متوافقة وغير مناسبة للتغلب على الموقف الضاغط.

ويؤكد ذلك ما أشارت له دراسة لفنش وويلسون (Livneh & Wilson, 2003) والتي هدفت لاستطلاع أهمية أساليب المواجهة في التصدي للمشكلات التي تواجه المعاقين ومساعدتهم على التكيف النفسي في التعامل مع القلق والاستجابات العاطفية وقد توصلت الدراسة إلى أن أساليب المواجهة منبئة بالتكيف في مواجهة القلق لدى المعاقين، إضافة إلى أهمية أساليب المواجهة في تكيفهم النفسي والتصدي للمشكلات التي تواجههم.

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما أشار إليه دراسة مان وآخرون (Man et al, 2020) بأن استراتيجيات المواجهة يمكن أن تتنبأ بالضيق النفسي إلى حد معين أي أنه "كلما كانت استراتيجيات المواجهة أكثر تركيزاً على المشكلة وأكثر فاعلية في مواجهة الضغوط والازمات كلما انخفضت أعراض الضيق النفسي والمتمثلة في (القلق والغضب والحزن).

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما أشارت إليه نظرية التفاعل البيئشخصي حيث تعزو هذه النظرية أغلب الصعوبات النفسية في العلاقات بين شخصية إلى الاختلال الوظيفي في انماط التفاعل، ويؤكد كارسون وآخرون (Carson et al, 1996) أن الكثير مما يعانيه الفرد ما هو إلا نتاج علاقته مع الآخرين ويصف الضيق النفسي بأنه سلوك غير قادر على التكيف، وتؤكد هذه النظرية أن السبب الأساسي للضيق النفسي يرجع إلى انماط مضطربة وظيفياً من التفاعلات بين الأفراد.

ووفقاً لهذا المنظور، يتم تخفيف الضيق النفسي من خلال التعامل مع الآخرين والتركيز على تخفيف المشاكل الموجودة في العلاقات، ومساعدة الناس على تحقيق المزيد من العلاقات المرضية من خلال تعلم استراتيجيات ومهارات التعامل مع الآخرين واستراتيجيات مواجهة المشكلات (Athinson,1996,8;Carson,1996,7).

كما يؤكد نموذج التكيف العام على أن استراتيجيات المواجهة تعد رد فعل للإنذار بالتوتر والضغط والخطر حيث يميز الفرد في هذه الاستجابة بين مواقف التوتر والخطر ويستعد لمواجهتها يصاحب ذلك بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية للفرد، وتأتي مرحلة المقاومة فيلجأ الفرد إلى بعض الاستراتيجيات والحيل الدفاعية للمواجهة وعندما تفشل الحيل في إعادة التوازن تظهر علامات الإجهاد والضيق يصاحبه بعض الاضطرابات النفسية وأيضاً بعض الأمراض وربما يصل الامر إلى الوفاة (Schiffirin, Nelson,2010,35).

وتفسر الباحثة تنبؤ المرونة النفسية تنبؤ سلبياً بالضيق النفسي بوجود تأثير للمتغير التابع (المرونة النفسية) على المتغير المستقل (الضيق النفسي)، فارتفاع درجة الفرد على المرونة النفسية تنبأ بانخفاض درجة الضيق النفسي لديه، وذوي المرونة النفسية المرتفعة يتعايشون مع التأثيرات السلبية والإيجابية بفاعلية وبطريقة تكيفية كما أن لديهم القدرة على الادارة الفعالة للمواقف الضاغطة والسلبية التي تسبب الاحباط والضيق بالإضافة إلى ضبط وتنظيم الاستجابة الانفعالية، مما يخفض من التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة على الفرد، ويكون الفرد متوافقاً نفسياً وانفعالياً واجتماعياً مع نفسه ومع الآخرين ومع بيئته وتخفض درجة الضيق النفسي لديه، وانخفاض الدرجة على الضيق النفسي تعني أن الفرد يتمتع بمقومات تكيف مناعي ضد التأثيرات السلبية للأحداث السيئة والضغط، فالفرد لا يستطيع أن يغير من الحقيقة التي مفادها أن الأحداث الضاغطة جزء لا يتجزأ من واقع الحياة لكن بإمكانه تغيير الطريقة التي يدرك ويفسر ويستجيب بها لهذه الأحداث، ويحاول أن يتجاوز الأزمة التي يمر بها ويتطلع إلى المستقبل ويحاول أن يتلمس كل ما يمكن أن يخفف او يلطف مشاعر الضيق الناتجة عن المصاعب والعثرات التي يواجهها، اعتقاداً منه ويقينا بقدرته على حل المشكلات وثقته في قدرته على تقييم الموقف الضاغط في سياقه الواسع ويتجنب تماماً التفكير التضخيمي للأزمات .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ماكتير وجالندر (McAteer & Gillanders, 2019) والتي توصلت إلى ارتباط المرونة النفسية بالضيق ارتباطاً سلبياً، وارتباط المرونة النفسية ارتباطاً

إيجابياً مع جودة الحياة كما خففت المرونة بشكل كبير من أعراض سرطان البروستاتا واحترام الذات الذكوري في توقع الضيق، كما أن المرونة النفسية وتقدير الذات الذكوري ينبئان بالضيق ونوعية الحياة بما يتجاوز تأثير الأعراض الجسدية، وأوصت الدراسة بمزيد من التدخلات التي تستهدف رفع مستوى المرونة النفسية بشكل خاص لتكون فعالة في الحد من الضيق النفسي. ويؤكد ذلك دراسة عزيزي (Azizi,2010) التي توصلت إلى أن الأفراد ذوي الضيق النفسي المرتفع لديهم منظور سلبي نحو ذاتهم وبالتالي فإنه يقللون من شأن أنفسهم وقدرتهم على التصدي ويحاولون تجنب الانفعالات السلبية باستخدام طرق مختلفة بهدف التخفيف الفوري من حدة الضيق مثل (التدخين، تعاطي العقاقير، المواد المخدرة) لأنهم لا يملكون القدرة على المواجهة بفاعلية وليس لديه المرونة لإعادة صياغة الموقف المحبط بطريقة فعالة، فكل انتباههم يتركز حول وجود الإنفعالات العنيفة وبالتالي فإن أدائهم يصبح ضعيفا بشكل كبير ومستوى المرونة النفسية لديهم يكون منخفض.

وأوضحت دراسة باكي ولشينيوي (Bacchi & Licinio,2017) إرتباط مستويات المرونة المرتفعة بمستويات منخفضة من الضيق، كما وصفت الدراسة المرونة بأنها القدرة على الصمود والتعافي من الضيق النفسي بطريقة فعالة، وأوصت الدراسة بمزيد من الدراسات المطلوبة لتحديد فعالية التدخلات القائمة على المرونة خاصة بعد أن ارتبطت مستويات أعلى من المرونة بانخفاض مستويات الضيق النفسي في هذه المجموعات وايضاً بسبب ارتفاع معدلات الأمراض والوفيات المرتبطة بالقلق والاكتئاب .

وتؤكد النظرية الموقفية بحسب ما أشار إليه والتر كانون (Walter canon) أن الأفراد عندما يتعرضون للأزمات والضغوط والمشكلات اليومية فإنهم إما يتمتعون بالمرونة النفسية ويصبحوا قادرين على مواجهتها والتأقلم معها أو يعجزوا ويهربوا من المواجهة لعدم امتلاكهم مهارات المرونة النفسية فتصرفات الانسان وليدة اللحظة والموقف الراهن وهي المنبئة بسلوكه في المستقبل (أبوحلاوة، 2013، 53).

التوصيات والمقترحات :

- في ضوء نتائج البحث الحالي وتفسيراته توصي الباحثة الجهات المختصة بما يلي:
- ضرورة تقديم الجهات المختصة لبعض الخدمات التي تساهم في المرور بجائحة كورونا (كوفيد-19) والمساعدة في التخلص من الصعوبات المتعلقة بمواجهة الأزمة.

د. شيماء محمود زيدان عبد الحي

- قياس الضيق النفسي لدى شرائح أخرى من المجتمع مثل الأطباء وأساتذة الجامعة ورجال الأمن والمعلمين والمرضى والعمل على تخفيف حدته والوقاية منه.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين الضيق النفسي ومتغيرات أخرى مثل فاعلية الذات، المهارات الاجتماعية، اليقظة العقلية.
- توعية المجتمع بمدى أهمية الدور الذي يقوم به الطواقم الطبية والتمريضيه في مواجهة جائحة كورونا (كوفيد -19) .
- توفير الدعم الأسري لأسر الطواقم التمريضيه لتحقيق قدر من الراحة النفسية والالتزان النفسي للقيام بمهامهم على أكمل وجه على سبيل المثال إعداد روضة أو دور رعاية نهارية وليلية مجهزة لأطفال الممرضات أثناء عملهم في المناوبات وخاصة الليلية.
- توفير تدخلات داعمة وتفصيل الدعم وفقاً لاسلوب التأقلم المناسب لمختلف المواقف العصبية التي قد يحتاجون إليها وتطبيق استراتيجيات مواجهة مختلفة والتعرف على كيفية التعامل بمرونة وخاصة خلال جائحة كورونا.
- تقديم رعاية شاملة لعضو هيئة التمريض لتلبية احتياجاته الجسدية والروحية والنفسية والاجتماعية والرعاية الصحية في سياق مناسب ثقافياً لتحسين حالتهم الصحية وجودة الحياة.
- توفير الدعم الصحى والمادى المناسب في حال إصابة أحد أفراد الطواقم التمريضيه مما ينعكس على شعورهم بالدعم والامان ويشعرون أن هناك من يرعاهم ويسعى لحمايتهم في حال إصابتهم.

المراجع :

- أبو القمصان، رانيا محمد حسين (2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى المطلقات في محافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة .
- أبو حلاوة، محمد السعيد (2013). المرونة النفسية وما هيته ومحدداتها وقيمتها الوقائية، الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية، إصدارات شبكة العلوم النفسية، ع29.
- الأحمدى، أني سليم (2007). المرونة: حدود المرونة بين الثوابت والمتغيرات، الرياض، السعودية، مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع.
- البحيري، عبد الرقيب (2010). المرونة لدى الأطفال والشباب الموهوبين في ضوء ميكانيزم التقييم المعرفي، المؤتمر السنوي الخامس عشر، الإرشاد الأسري وتنمية المجتمع نحو آفاق إرشادية رحبة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 1- 16.
- الزيود، نادر (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان، دار الفكر للطباعة.
- السعدي، محفوظ بن خميس (2020). بحث عن جائحة كورونا، مجلة العربي للدراسات والأبحاث، ع (9)، 29-51 .
- الضيدان، الحميدى محمد (2015). أساليب المواجهة وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة. مجلة التربية: جامعة الأزهر - كلية التربية، ع162، ج4، 539-572 .
- الطيب، فاطمة عبدالرحمن (2020). الضغوط النفسية المترتبة على جائحة "كوفيد-19" وعلاقتها بفعالية الذات لدى طالبات الجامعة. مجلة كلية التربية: جامعة كفر الشيخ - كلية التربية، مج20، ع3، 153-179.
- العسالي، أديب (2020). المضاعفات العصبية النفسية لجائحة كوفيد-19/المجلة العربية للطب النفسي، مج (31)، ع (2)، 124-126.
- المالكي، طالب سرحان (2019). العجز النفسي لدى طلبة الكلية التربوية المفتوحة، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، مج (44) ع (2)، 158-135.
- المقداد، أروى أحمد & داود، فوزي شاكرا طعيمة. (2020). الحاجات العلاقية وارتباطها بالضيق النفسي لدى عينة من المتزوجين في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان الأهلية، السلط.

- برزوان، حسيبة (2016). فعالية إستراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، ع(24)، 101 - 110.
- بغيجة، لياس (2006). إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية الكوبين وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا (Doctoral dissertation), كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر .
- بكر، شفاء حسين سالم (2020). القدرة التنبؤية للاستقواء الإلكتروني والكرب النفسي بأعراض اضطرابات الأكل لدى طلبة الجامعات الأردنية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة اليرموك، إربد.
- بن المفتي ، سميع الحق (2010). قصة أيوب عليه السلام في القرآن الكريم من خلال تفسير الخازن (دراسة تحليلية نقدية) قصة أيوب عليه السلام في القرآن الكريم من خلال تفسير الخازن في ميزان العقل والنقل، مج (25)، ع(34)، 308-301.
- جاسم، محمد محمد (2006). مشكلات الصحة النفسية، مرضها وعلاجها، ط ١، دار الثقافة، الأردن.
- خرابشه، سها (2013). فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية، وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
- دردير، نشوة كرم عمار أبوبكر (2010). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، معهد البحوث التربوية، القاهرة.
- رضوان، سامر جميل (2002). الصحة النفسية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، ط ١، عمان، الأردن.
- سعدي، صورية آيت & زعطوط، رمضان (2019). الضيق الجنسي وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الجهاز التناسلي: دراسة ميدانية بدار الرحمة ومستشفى محمد بوضياف بورقلة ومركز بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

- شقورة، يحيى عمر (2012) المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية، رسالة ماجستير كلية التربية، جامعة الأزهر، فلسطين.
- شكر، إيمان جمعة فهمي(2020). استراتيجيات المواجهة لدى التلاميذ المتعلمين من ضحايا التمر في ضوء بعض المتغيرات، مجلة التربية الخاصة، مج (9)، ط (32)، 49-123.
- شويل، سعيد أحمد & نصر، فتحي مهدي(2012)الفروق بين مرتفعي ومنخفضي المرونة النفسية ايجابية في بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة ، مجلة البحث العلمي في التربية، مج(12)،ع(3)، 1783-1817.
- صالح، قاسم حسين (1998) اضطرابات الشخصية، أسبابها، اصنافها، قياسها، طرائق علاجها ، مطبعة جامعة بغداد.
- عثمان، يخلف (2001). علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة.
- عدوى، طه ربيع طه & حسانين، السيد الشبراوي (2019). استبانة استراتيجيات المواجهة: البنية العاملية والخصائص السيكومترية لدى عينتين مصرية وقطرية، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس مركز الإرشاد النفسي، ع(58) ، 1 - 19.
- عبد السلام، أماني حسن حسين (2018). الأذى النفسي وعلاقته بالمرونة النفسية وأساليب مواجهة الضغوط للموظفين المقطوعة روايتهم، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامع الإسلامية غزة الجامعة الإسلامية، غزة.
- عمار، طاهر سعد حسن & طاهر سعد حسن عمار (2021). دراسة تنبؤية للعلاقة بين تنظيم الانفعال والرضا عن الحياة والضييق النفسي لدى عينة من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، مج(3)،ع(44) ، 286-348.
- فهمي، أمال محمد، زرع، منى سالم محمود(٢٠١٣). أثر التعلم التعاوني باستخدام أداة الويكي على بعض سمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة الملك خالد، مجلد دراسات عربية في التربية وعلم النفس ،ع(٤٣)،مج(٢)،٤٥-٩٤.

- فيصل، سناء مجول & صفر، شيماء نجم (2013). الكرب النفسي لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية، ع (98) ، 40 - 73.*

- قويدر، أمينة (2014) العلاقة بين القمع الانفعالي والأسى النفسي دراسة ميدانية على طلبة جامعة البليدة، *مجلة دراسات نفسيه والتربوية، مج (13)، 52-62.*

- محمود، السيد عبد الرحمن (2008). *سيكولوجية الأمراض الخطيرة، ط ١، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.*

- معابرة، شروق (2017). فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى الاتجاه المعرفي السلوكي لتحسين المرونة النفسية وخفض قلق المستقبل المهني لدى الطلبة المتوقع تخرجهم في الجامعات الاردنية الخاصة، *رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.*

- نصير ، ابراهيم يوسف & الحمزاوي، عبد الجواد محمد (2003) *نبي الله شعيب ويونس عليه السلام (ط 2) الرياض، مكتبة العبيكان.*

- هادي، فوزية عباس (1999). *التنبؤ بالضيق النفسي للأطفال. مجلة العلوم الاجتماعية: جامعة الكويت - مجلس النشر العلمي، مج (27)، ع (1) ، 115 - 133.*

- علاء الدين، هلكا عمر (2018). *الصلابة النفسية وعلاقتها بكل من تحمل الضيق والأبعاد السياسية للشخصية لدى عينة من المراهقين اللبنانيين، رسالة دكتوراه ،جامعة بيروت ،لبنان.*

- هوام، شريفة & زعطوط، رمضان (2018). *تحمل الضيق النفسي وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى طلاب الجامعة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.*

- Abbas, Medhat. (2010). The psychological flexibility as predictor of reducing psychological stress and aggressive behavior among middle school teachers *Journal of the Faculty of Education, 26 (1), 168-233.*
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2006). Facts for families: Helping teenagers with stress. From http://www.aacap.org/galleries/FactsForFamilies/66_helping_teenagers_with_stress.pdf
- APA. American Psychological Association (2002): *The road to resilience.* NE Washington DC.

- Arhin, D. K., Asante, K. O., Kugbey, N., & Oti-Boadi, M. (2019). *The relationship between psychological distress and bullying victimization among school going adolescents in Ghana: a cross-sectional study*. BMC research
- Ashurst, P., & Hall, Z. (2001). *Understanding woman in distress* Taylo and Francise-library. New York. notes, 12(1), 1-5.
- Atkinson, R., Atkinson, R., Smith, E., Bem, D., Nolen-Hoeksema, S.(1996) . Introduction to Psychology. USA: Harcourt Brace & Co.
- Azizi, A.R. (2010). Reliability and validity of the Persian Version of Distress Tolerance Scale, *Irun Journal of Psychiatry*, 5, 154-158.
- Bacchi, S., & Licinio, J. (2017). Resilience and psychological distress in psychology and medical students. *Academic Psychiatry*, 41(2), 185-188.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). *The prevalence and socio demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-72.
- Benight, C. C., & Harper, M. L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 177– 186.
- Ben-Zur, H. (2012). Loneliness, optimism, and well-being among married,divorced, and widowed individuals. *The Journal of Psychology*, 146(1-2),
- Braquehais, M. D., Vargas-Cáceres, S., Gómez-Durán, E., Nieva, G., Valero, S., Casas, M., & Bruguera, E. (2020). *The impact of the COVID-19*
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of vocational behavior*, 67(2), 169-198.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (1996). *Abnormal psychology and modern life* (pp. 24-25)
- Cesar, G. E., Knowles, S., Youssef, G. J., Moulding, R., Uiterwijk, D., Waters, L., & Austin, D. W. (2018). *Examining the mediational role of psychological flexibility, pain catastrophizing, and visceral sensitivity in the relationship between psychological distress, irritable bowel symptom frequency, and quality of life*. *Psychology, health & medicine*, 23(10), 1168-1181.

- Chang, E. M., Bidwell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., ... & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International journal of nursing studies*, 44(8), 1354-1362.
- Chan, K. B., Lai, G., Ko, Y. C., & Boey, K. W. (2000). *Work stress among six professional groups: The Singapore experience*. *Social Science and Medicine*, 50, 1415-1432. Accepted Article [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00397-4](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00397-4)
- pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(9), 613-617. <https://doi.org/10.1023/A:1015295025950>
- Chand, R., & Pidgeon, A. (2017). Psychosocial predictors of psychological distress among Australian university students. *Journal of Harmonized Research in Medical and Health Science*, 4(3), 101-114.
- Cole, C. L., Waterman, S., Stott, J., Saunders, R., Buckman, J. E. J., Pilling, S., & Wheatley, J. (2020). *Adapting IAPT services to support frontline NHS staff during the Covid-19 pandemic: the Homerton Covid Psychological Support (HCPS) pathway*. *The Cognitive Behavior Therapist*, 13.
- Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Ten Have, M., & de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health.
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mannix-McNamara, P. (2014). *Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed-method inquiry*. *Plus one*, 9(12),
- Del-Pino-Casado, R., Serrano-Ortega, N., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Coping strategies and psychological distress in family cares of frail older people: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 256, 517-523.
- De Wit, J., Bakker, L. A., van Groenestijn, A. C., Baardman, J. F., van den Berg, L. H., Visser-Meily, J. M., & Schröder, C. D. (2019). *Psychological distress and coping styles of caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis: a longitudinal study*. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 20(3-4), 235-241.

- Draper, D.A., Felland, L.E., Liebhaber, A., & Melichar L. (2008). *The role of nurses in hospital quality improvement Research brief*. 3. 1-8.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121.
- Felten, B. S., & Hall, J. M. (2001). Conceptualizing resilience in women older than 85. *Journal of gerontological nursing*, 27(11), 46-53.
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). *When work and family are allies: A theory of work-family enrichment*. *Academy of management review*, 31(1), 72-92.
- Günüşen, N. P., & Üstün, B. (2010). *An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses*. *International nursing review*, 57(4), 485- 492.
- Harikrishnan, U., & Ali, A. (2018). Resilience, psychological distress, and self-esteem among undergraduate students inkollam district- Kerala. *Journal of Social Work Education and Practice*, 3(4). 27-36.
- Hakami, R. (2018). Prevalence of psychological distress among undergraduate students at Jazan University: A cross sectional study. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 6(2), 82-88.
- Hess, R. F., Ross, R., & Gililand Jr, J. L. (2018). Infertility, psychological distress, and coping strategies among women in Mali, West Africa: a mixed-methods study. *African journal of reproductive health*, 22(1), 60-72.
- Hiesinger, K., & Tophoven, S. (2019). *Job requirement level, work demands, and health: a prospective study among older workers*. *International archives of occupational and environmental health*, 92(8), 1139-1149.
- Hines, S. E., Chin, K. H., Glick, D. R., & Wickwire, E. M. (2021). Trends in moral injury, distress, and resilience factors among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 488.
- Holmberg, J., Kemani, M. K., Holmström, L., Öst, L. G., & Wicksell, R. K. (2020). *Psychological flexibility and its relationship*

- to distress and work engagement among intensive care medical staff. Frontiers in Psychology, 11, 3010.*
- Hyland, P., Shevlin, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Vallières, F., McGinty, G., ... & Power, J. M. (2019). *Quality not quantity: loneliness subtypes, psychological trauma, and mental health in the US adult population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 54(9), 1089-1099.*
 - Jambor, E., & Elliott, M. (2009). Coping strategies among deaf students, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 10 (1), 63-81.*
 - Kato, T. (2014). *Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nursing staff and salespeople. Psychology research and behavior management, 7, 31.*
 - Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry, 162(2), 250-256.*
 - Kessler, R. C., Andrews, G., Cope, L. J., Hairpin, E., Mrazek, D. K., Normand, S. L. T., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2002). *Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress development of mental an update of the. Psychological medicine, 32(6), 959_976.*
 - Kessler, R., & Mrazek, D (1992) *health screening scales for the US national health interview study. Ann Arbor, ML: survey research center of the institute for social research. University of Michigan.*
 - Kim, M. Y., Johnson, J. L., & Sawatzky, R. (2019). Relationship between types of social support, coping strategies, and psychological distress in individuals living with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, 34(1), 76-84.*
 - Kotze, M., & Kleynhans, R. (2013): Psychological Well-Being and Resilience as Predictors of First-Year Students' Academic Performance. *Journal of Psychology in Africa, 23(1) 51-60.*
 - https://www.who.int/cst/disease/coronavirus_infections/case_definition_29092012/ar/
 - Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Springer publishing company.

- Lazarus, R. (2000). *Toward Better Research on Stress and Coping American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer publishing company.
- Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., ... & Peng, Y. (2020). *Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. *Addiction*, 115(7), 1224-1243. 23-36.
- Lin, H., & Yusoff, M. (2013). Psychological distress. sources of stress and coping strategy in high school students. *International Medical Journal*, 20 (6). 1-6. Livneh, Hanoch.,
- Wilson, Lisa. (2003). *Coping Strategies as Predictors and Mediators of Disability-Related Variables and Psychosocial Adaptation an Explorator Investigation Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 194-208.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
- Li, Y., Wang, Y., Jiang, J., Valdimarsdóttir, U. A., Fall, K., Fang, F., ... & Zhang, W. (2021). *Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak*. *Psychological medicine*, 51(11), 1952-1954.
- Li, Z. S., & Hasson, F. (2020). *Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review*. *Nurse Education Today*, 90, 104440.
- Lotay, A. (2016). *Disclosure of Psychological Distress by University Students on an Anonymous Social Media Application: An Online Ethnographic Study*.
- Maldonato, N. M., Bottone, M., Chiodi, A., Continisio, G. I., De Falco, R., Duval, M., ... & Scandurra, C. (2020). *A mental health first aid service in an Italian University Public Hospital during the coronavirus disease 2019 outbreak*. *Sustainability*, 12(10), 4244.
- Man, M. A., Toma, C., Motoc, N. S., Nekrelescu, O. L., Bondor, C. I., Chis, A. F., ... & Rajnoveanu, R. M. (2020). Disease perception and coping with emotional distress during COVID-19 pandemic: a survey among medical staff. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4899.

- McAteer, G., & Gillanders, D. (2019). Investigating the role of psychological flexibility, masculine self-esteem, and stoicism as predictors of psychological distress and quality of life in men living with prostate cancer. *European journal of cancer care*, 28(4), e13097.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 555–565 [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00058-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00058-0)
- Miller, D. (1995). On nationality. Clarendon Press. Hakami, R. M. (2018). Prevalence of psychological distress among undergraduate students at Jazan University: A cross-sectional study. *Saudi journal of medicine & medical sciences*, 6(2), 82.
- Nagasu, M., Kogi, K., & Yamamoto, I. (2019). Association of socioeconomic and lifestyle-related risk factors with mental health conditions: a cross-sectional study. *BMC public health*, 19(1), 1-13.
- Nezu, A. M., D'Zurilla, T. J., Zwick, M. L., & Nezu, C. M. (2004). Problem Solving Therapy for Adults. Inventory. *Psychiatry research*, 168(3), 250-255.
- Oyeleye, O., Hanson, P., O'Connor, N., & Dunn, D. (2013). Relationship of workplace incivility, stress and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 43(10), 536–542. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e8c9>
- Patterson, K. E. (1981). Neuropsychological approaches to the study of reading. *British Journal of Psychology*, 72(2), 151-174.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of Religion and coping*. New York: The Guilford Press.
- Paulhan, I. (1992). *Facteurs de l'ajustement au stress d'une brûlure grave: une étude en psychologie de la santé* (Doctoral dissertation, Bordeaux 2).
- Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard, B., Cousson, F., & Bourgeois, M. (1994, June). The measurement of " coping". French translation and validation of the Vitaliano's scale (Vitaliano et al. 1985). In *Annales médico- psychologiques* (Vol. 152, No. 5, pp. 292-299).
- Perkins, K. A., Levine, M. D., Marcus, M. D., & Shiffman, S. (1997). Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation. *Journal of substance abuse treatment*, 14(2), 173-182.

- Pierluigi GRAZIANI & Marc HAUTEKEETE & al (2001): Stress, anxiété et trouble de l'adaptation, Masson, Paris.
- Pinto, A., Luna, I., Sivla- Ade, A., Pinheiro, P., & Braga, V. (2014). *Risk factors associated with mental health issues in adolescents: A integrative review*. *Revest da Escola de Enfermagem da US*, 48, 555-564.
- Pottie, C. G., Cohen, J., & Ingram, K. M. (2009). Parenting a child with autism: Contextual factors associated with enhanced daily parental mood. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 419-429.
- Rahman, M. A., Hoque, N., Alif, S. M., Salehin, M., Islam, S. M. S., Banik, B., & Cross, W. (2020). *Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia*. *Globalization and Health*, 16(1), 1-15.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545.
- Rutter, M. (2008). *Developing concepts in developmental psychopathology*. *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*, 3-22.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). *Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving*.
- Salmivalli, C. (2014). Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions. *Theory Into Practice*, 53(4), 286-292.
- Salvarani, V., Ardenghi, S., Rampoldi, G., Bani, M., Cannata, P., Ausili, D., ... & Strepparava, M. G. (2020). *Predictors of psychological distress amongst nursing students: A multicenter cross-sectional study*. *Nurse education in practice*, 44, 102758.
- Schiffrin, H. H., & Nelson, S. K. (2010). Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. *Journal of happiness studies*, 11(1), 33-39.
- Shahrour, G., & Dardas, L. A. (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of nursing management*, 28(7), 1686-1695.
- Siciliano, M., Santangelo, G., Trojsi, F., Di Somma, C., Patrone, M., Femiano, C., ... & Tedeschi, G. (2017). *Coping strategies and psychological distress in caregivers of patients with Amyotrophic*

- Lateral Sclerosis (ALS). Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 18(5-6), 367-377.
- Sullivan, P., Murphy, J., & Blacker, M. (2019). The level of mental health literacy among athletic staff in intercollegiate sport. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 13(3), 440-450.
 - Theron, L. C. (2016). Toward a culturally and contextually sensitive understanding of resilience: Privileging the voices of black, South African young people. *Journal of Adolescent Research*, 31, 635-670
 - Turale, S., Meechamnan, C., & Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 67(2), 164-167.
 - Wang, Y., Li, Y., Jiang, J., Feng, Y., Lu, D., Zhang, W., & Song, H. (2020). *COVID-19 outbreak-related psychological distress among healthcare trainees: a cross-sectional study in China*. *BMJ open*, 10(10), e041671.
 - Whatnall, M. C., Patterson, A. J., Siew, Y. Y., Kay-Lambkin, F., & Hutcheson, M. J. (2019). Are psychological distress and resilience associated with dietary intake among Australian university students? *International journal environmental research and public health*, 16(21), 4099.
 - Witt, L. A., & Nye, L. G. (1992). Gender and the relationship between perceived fairness of pay or promotion and job satisfaction. *Journal of Applied psychology*, 77(6), 910.
 - YONG, J.M., Mc Nicoll, P., 1998. Against all odds. positive life experiences of people with advanced lateral sclerosis. *Health social Work*, 1998, 30.

Psychological distress and its relationship to coping strategies and psychological resilience among a group of the nursing staff under the Corona pandemic (covid-19)

Summary

The research aims to identify the relationship between the degrees of psychological distress and each of the coping strategies and psychological resilience among a sample of the nursing staff under the Corona pandemic (covid-19), As well as detecting whether there are statistically significant differences in the factors of psychological distress according to the interaction of variables gender (males and females), experience (less than 10 years / more than 10 years) and the interaction between them, Also, verifying the predictability of psychological distress through the factors of coping strategies and psychological resilience among nurses working at Mansoura University Hospitals in light of the Corona pandemic (19Covid-).

The researcher used the descriptive approach to achieve the objectives of the study, and the final sample consisted of (200) male and female nurses who are working in Mansoura University Hospitals whose ages ranged between (25-60) years, with an average ability of (35.6) with a standard deviation of (6.41), and the researcher used the psychological distress scale (Prepared by the researcher), a measure of coping strategies (prepared by the researcher), a measure of psychological resilience (prepared by the researcher). The researcher calculated the psychometric properties to verify that the research scales had high validity and reliability coefficients.

The results revealed a positive correlation between the dimensions of psychological distress and one of the factors of the coping strategies (emotion-centered confrontation), while there is a negative correlation between the dimensions of distress and the total degree, and the other factors of the coping strategies (problem-centered confrontation), as the correlation coefficients are all significant at the level (0.01), and there is a relationship Negative correlation between the factors of psychological distress and psychological resilience, as the correlation coefficients are all significant at the level (0.01), in addition to the presence of statistically significant differences in the factors of psychological distress according to the difference of two variables: gender (males and females) in favor of females, and experience (less From 10 years / more than 10 years) in favor of less than 10 years of

د. شيماء محمود زيدان عبد الحي

experience, It was also possible to predict psychological distress through the dimensions of coping strategies and psychological resilience among nurses working in Mansoura University Hospitals in light of the Corona pandemic (19-Covid-).

Keywords: psychological distress - coping strategies - psychological resilience - the corona pandemic (covid-19)