

## دور المقاومة النفسية في تعديل العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا

د/ آية الله عبده سليمان

مُدرس علم النفس التنظيمي

كلية الآداب - جامعة القاهرة

### المُلخص

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين كل من ضغوط العمل المُدركة والمقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا، بالإضافة إلى معرفة الدور المُعدل للمقاومة النفسية في تلك العلاقة. وتكونت العينة من (٦٠) طبيبياً بالمستشفيات الحكومية، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٤.٧ ± ٥.٢) سنة. وطبق على أفراد العينة مقياس ضغوط العمل المُدركة، إعداد: الباحثة، ومقياس الكرب النفسي، إعداد: أحمد (٢٠١٧)، ومقياس المقاومة النفسية، إعداد: واصف (٢٠٢١). وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي وأبعاده الفرعية المتمثلة في: القلق، والاكتئاب، والوسواس، والتعب. كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين المقاومة النفسية والكرب النفسي بأبعاده الفرعية. كما أظهرت النتائج وجود دور مُعدل للمقاومة النفسية في العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء.

**الكلمات المفتاحية:** المقاومة النفسية - ضغوط العمل المُدركة - الكرب النفسي -  
جائحة فيروس كورونا - الأطباء.

## **The Role of Psychological Resilience in Moderating the Relationship between Perceived Job Stress and Psychological Distress Among Male Physician During the Corona Virus Pandemic**

**Dr. Aya Allah Abdou Soliman**

Lecturer, Department of Psychology

Faculty of Arts, Cairo University

### **Abstract**

The present study aimed to examine the relationship between both of perceived job stress, psychological resilience and psychological distress among physician, in addition to reveal whether psychological resilience moderate the relationship between perceived job stress and psychological distress. A sample consisted of (60) male doctors during the covid-19 pandemic who are selected from governmental hospitals and mean age of them ( $34.7 \pm 5.2$ ) years. Three scales were used: scale of "Perceived Job Stress", prepared by researcher, "Psychological Distress", prepared by Hoda Saeed and "Psychological Resilience Scale", prepared by Marwa Hussein. This is in addition to the preliminary data Form used to collect the demographic variables of interest to the current study. The statistical analysis revealed a positive correlation between perceived job stress, dimensions of psychological distress (anxiety, depression, obsessive and fatigue) and total score of distress. It also showed a negative correlation between psychological resilience, dimensions of psychological distress and total score of distress. Finally, the study showed moderating role for psychological resilience in the relationship between perceived job stress and psychological distress.

**Key words:** Psychological Resilience- Perceived Job Stress- Psychological Distress- Corona Virus- Physician.

## مدخل إلى مشكلة الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة دور المقاومة النفسية<sup>(١)</sup> في تعديل العلاقة بين ضغوط العمل المُدرَكة<sup>(٢)</sup> والكرب النفسي<sup>(٣)</sup> لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

وتدرج هذه الدراسة ضمن موضوعات علم نفس الصحة المهنية؛ الذي يهتم بتطبيق مبادئ علم النفس في القضايا المُتعلِّقة بالصحة المهنية، ويُعنى بدراسة الجوانب النفسية والاجتماعية والتنظيمية للعلاقة الدينامية بين العمل والصحة؛ لتعزيز الصحة المهنية لدى العاملين (Peiro & Tetrick, 2011).

ويتعرض الفرد لكثير من المواقف المُكرِّدة، والأحداث الضاغطة في حياته اليومية سواء على المستوى الشخصي أو الاجتماعي أو الأسري أو المهني أو الصحي، وبالطبع تؤثر وتتأثر مثل هذه المواقف بطبيعة الحياة التي يعيشها الفرد، ولهذا السبب احتلت الضغوط اهتمام العديد من الباحثين الذين درسوها في علاقتها بمتغيرات أخرى عديدة، وكذلك اهتموا ببناء العديد من البرامج مختلفة الفنيات للتعامل مع الضغوط والتخفيف من آثارها (بشير ودرويش، ٢٠٢١).

ويتضح أنه رغم تعدد مصادر الضغوط وتنوعها، فإن العمل يظل هو أحد أهم هذه المصادر وأخطرها؛ إذ يُشكّل العمل الضاغط خطورة على الفرد؛ لما له من تأثير سلبي على صحته النفسية والجسمية، كما يمتدُّ تأثيره ليشمل جوانب أخرى من حياة الفرد خارج نطاق العمل، ولا يقتصر تأثير العمل الضاغط على الفرد وحده، وإنما يشمل المؤسسة التي يعمل بها، ويمتدُّ بعد ذلك على المجتمع بأسره (Steyn & Vawdab, 2014).

وتركز الدراسة الحالية بشكل خاص على ضغوط العمل التي تواجه الأطباء أثناء جائحة كوفيد-١٩، وتُعد هذه الجائحة بموجاتها المتعددة أحد أهم الأوبئة التي استقطبت

(1) Psychological Resilience.

(2) Perceived Job Stress.

(3) Psychological Distress.

اهتمام المتخصصين في مختلف المجالات العلمية، وخاصة في مجال علم النفس، بوصفها أكثر الأوبئة انتشارًا، وتهديدًا لصحة الفرد على كافة المستويات الجسمية، والنفسية، والوظيفية (عبد الدايم وآخرون، ٢٠٢٠).

يُعد كوفيد-١٩ مرضًا مُعدّيًا يسببه فيروس كورونا، وتمثل فيروسات كورونا عائلة كبيرة من الفيروسات التي تسبب المرض، وتتراوح من نزلات البرد إلى أمراض أكثر شدة تصيب الجهاز التنفسي بشكل حاد. ويمثل فيروس كورونا المستجد سلالة جديدة لم يتم التعرف عليها من قبل، وتنتقل بين الحيوانات والأفراد، ومن أعراضها الحمى، والسعال الجاف، وضيق التنفس، وصعوبة التنفس، وفقدان حاسة التذوق أو الشم، والتهاب الحلق، والصداع، وحدوث التعب مع الأعراض المحتملة للجوع والآلام، واحتقان الأنف، وسيلان الأنف، والإسهال (WHO, 2020).

كما أن هذا الفيروس لا يمثل خطرًا على الصحة الجسمية فقط، وإنما اتضح أيضًا أن له آثارًا سلبية على الصحة النفسية للأفراد؛ إذ تسببت جائحة فيروس كورونا في حدوث العديد من الآثار السلبية على الصحة الجسمية والنفسية للأفراد في جميع أنحاء العالم، كما أدت حالة الإغلاق إلى حدوث العزلة الاجتماعية، والتي أدت إلى زيادة الشعور بالضغط، وأثرت سلبًا على الصحة النفسية للعديد من الأفراد، ومنها: حدوث انخفاض في الإدراك، والانتباه، والشعور بالقلق، والاكتئاب، ونوبات الذعر، وأعراض اضطراب الوسواس القهري وغيرها (Nearchou & Douglas, 2021; Sejdiu et al., 2021; Khan et al., 2022).

وانتشر فيروس كورونا في جميع أنحاء العالم (Awano et al., 2020; Heath et al., 2020). وأعلنت منظمة الصحة العالمية في مارس (٢٠٢٠) أن هذا الفيروس أصبح وباءً، مما يعني بوجود مرض عالمي يهدد جميع الأفراد (WHO, 2020).

ويختلف التعرض للوباء بناءً على بيئة العمل، والدور المهني المطلوب أدائه من الأفراد. لذلك، من المفترض أن يختلف تأثيره على الصحة النفسية للعاملين (Brooks et al.,

(2018). وفي هذا السياق تتناول الدراسة الحالية الأطباء، فإلى جانب ما ينطوي عليه عملهم من قدر كبير من الأعباء الذهنية والانفعالية والجسمية، فإنهم يواجهون أزمة صحية عالمية غير مسبوقه، وترتبط بها عبء الوفيات، مما يتطلب منهم الحفاظ على حالة تأهبهم القصوى ولفترة طويلة (Heath et al., 2020; Xia et al., 2021).

وبالإضافة لذلك، يتعرض العاملون في مجال الرعاية الصحية بوجه عام لاحتمالات الإصابة بهذا الفيروس؛ نظرًا لأنهم على اتصال مباشر مع عامة الأفراد والمرضى، مما يجعل مهنتهم عالية الخطورة خاصة أثناء جائحة فيروس كورونا (Huang et al., 2020; Koh, 2020; Xiang et al., 2020; Zhu et al., 2020; Pink et al., 2021).

وهو ما أشارت إليه نتائج العديد من الدراسات إلى أن جائحة فيروس كورونا تسببت في حدوث ضغوط إضافية على الخدمات الصحية، مما أدت إلى حدوث مشاكل نفسية خطيرة وبشكل رئيسي لدى العاملين بالرعاية الصحية في الخطوط الأمامية، والتي منها: زيادة مستويات التوتر، القلق والاكتئاب والتعب، والكرب النفسي، والإجهاد، والاحتراق النفسي وغيرها (Awano et al., 2020; Zhang et al., 2020; Elliott et al., 2021; Matsumoto et al., 2021; Rochfort et al., 2021; Arya et al., 2022; Khan et al., 2022; Mesri et al., 2022; Wang et al., 2022;).

وتتناول الدراسة الحالية الكرب النفسي كونه مؤثرًا للصحة النفسية (Drapeau et al., 2011). وبمنابة أحد الآثار السلبية التي قد تنتج عن العمل الضاغط أثناء جائحة فيروس كورونا (Chlap & Brown, 2022).

وأشار عديد من الباحثين إلى أن الكرب النفسي عبارة عن حالة من المعاناة الانفعالية للفرد، مصحوبة بأعراض الاكتئاب (مثل: الحزن، وفقدان الاهتمام)، والقلق (مثل: الأرق، والتوتر)، وأعراض جسمية (مثل: التعب، ونقص الطاقة) (Mirowsky & Ross, 2003; Payton, 2009; Drapeau et al., 2011).

وبالتالي، تحدث أعراض الكرب النفسي التي يشعر بها الفرد، نتيجة للضغوط المستمرة التي يتعرض لها، مع إيجاد صعوبة في التعامل معها، وعدم إدارتها (Mirowsky & Ross, 2003; Hamouche, 2020). إذ أشارت نتائج بعض الدراسات إلى ارتفاع أعراض الكرب النفسي بين مقدمي الرعاية الصحية خلال جائحة فيروس كورونا بسبب ضغوط العمل الشديدة في أماكن الرعاية الصحية (Tam et al., 2021). كما أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن بعض الآثار السلبية التي تطورت أثناء الجائحة، كان لها تأثيرات طويلة الأمد، مما يعني أنها قد تبقى حتى بعد زوال هذا الوباء (Brooks et al., 2020).

ومن ناحية أخرى، وجد أنه رغم تعرض الأفراد لهذه الضغوط فإن هناك بعض الأفراد الذين يظلون محتفظين بصحتهم الجسمية والنفسية، في حين يفشل البعض الآخر، وهؤلاء الأفراد الذين يحافظون على صحتهم الجسمية والنفسية في مواجهة التحديات يُطلق عليهم "مقاومون" (Robertson et al., 2015).

وبالتالي، تأتي أهمية المقاومة النفسية والتي تشير إلى قدرة الفرد على التغلب على المحن والشدائد، وتجنب آثارها السلبية، وتحقيق الفرد توافق ناجح في مختلف السياقات التنظيمية والاجتماعية والشخصية، بالإضافة إلى تنمية الفرد نتيجة لهذه الخبرات (Howe et al., 2012; McFadden et al., 2014).

وبناءً على ذلك، تُعد المقاومة النفسية بمثابة عامل وقائي، وتؤدي دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية (Lorente et al., 2021; Li et al., 2022)؛ إذ تعمل المقاومة على حماية العاملين في مجال الرعاية الصحية من التأثيرات السلبية المحتملة عند التعرض للمثيرات الضاغطة خلال جائحة فيروس كورونا وما بعدها (Robertson et al., 2015; Heath et al., 2020).

وأُسفرت نتائج دراسة نيرشو Nearchou ودوجلاس Douglas (2021) إلى أن أعراض الكرب النفسي الناتج عن كوفيد-١٩ كانت بمثابة مؤشر قوي للإصابة بالاكتئاب،

في حين أن الأفراد الذين اتسموا بالمقاومة النفسية انخفضت لديهم هذه الأعراض السلبية، وكانت بمثابة حاجز ضد إصابتهم بالاكتئاب المرتبط بتأثير هذا الوباء.

كما أسفرت نتائج دراسة كوهن وآخرين (Kuhn et al., 2022) إلى أن للمقاومة النفسية دوراً مُعدلاً في العلاقة بين الكرب النفسي واتباع سلوكيات الوقاية من كوفيد-١٩، إذ يؤدي امتلاك الفرد لقدر كبير من المقاومة النفسية إلى دعم توافقه الإيجابي مع أعراض الكرب النفسي، مما يؤدي إلى اتباع سلوكيات الوقاية المتعلقة بالأمراض.

### **وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:**

١. هل توجد علاقة ارتباطية بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا؟
٢. هل توجد علاقة ارتباطية بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا؟
٣. هل تُعدّل المقاومة النفسية العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا؟

### **أهمية الدراسة ومبرراتها**

١. انتشار جائحة فيروس كورونا في جميع أنحاء العالم، دون وجود العلاج المناسب لها طبقيًا لما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية؛ مما يجعلها مصدرًا للضغط النفسي لدى العاملين بالقطاع الطبي.
٢. يمثل الوضع الحالي الناجم عن جائحة فيروس كورونا تحديًا للمؤسسات في العالم؛ إذ ينبغي على المسؤولين حماية العاملين بالقطاع الطبي، وضمان لهم مكان عمل خالٍ من المخاطر التي قد تضر بهم جسديًا ونفسيًا أو قد تتسبب في وفاتهم (Ramesh et al., 2020).

٣. تزايد الآثار السلبية التي تتجم عن ضغوط العمل أثناء جائحة فيروس كورونا، وأصبحت هناك دراسات تهتم بتحسين بيئة عمل مقدمي الرعاية الصحية، وتطوير البرامج لتدريبهم على استخدام استراتيجيات فعّالة لمواجهة ما تعرضوا له، وخفض التأثيرات السلبية لكوفيد-١٩ على صحتهم النفسية (Hamouche, 2020; Lorente et al., 2021).

٤. قلة الدراسات التي اهتمت بتناول متغيرات الدراسة معاً، سواء على مستوى الدراسات العربية أو الأجنبية -حسب حدود اطلاع الباحثة- لا توجد أية دراسة عنيت ببحث موضوع الدراسة الراهن.

## مفاهيم الدراسة وأطرها النظرية

### أولاً: ضغوط العمل المُدرّكة

هناك ثلاثة توجهات تناولت مفهوم ضغوط العمل، هي:

**التوجه الأول:** ركز على ضغوط العمل باعتبارها مثيرات بيئية خارجية والتي تتمثل في المصادر المختلفة لضغوط العمل.

وبناءً على ذلك، عرفها كوبر Cooper ومارشيل Marshal بأنها مجموعة من العوامل البيئية التي تؤثر سلبياً على أداء الفرد في العمل، ومنها: غموض الدور، وأعباء العمل، وصراع الدور، وسوء العلاقات الشخصية في العمل وغيرها، وهذه العوامل تسبب الإجهاد النفسي والجسمي للفرد (عبد الرحمن، ٢٠١٣).

**التوجه الثاني:** يتناول ضغوط العمل باعتبارها استجابة، أي: الطريقة التي يستجيب بها الفرد للمنبهات الضاغطة (الآثار السلبية المترتبة عليها)، ولهذه الاستجابة مكونان: أحدهما نفسي، يتضمن السلوك وطرز التفكير والانفعالات، والمكون الآخر فسيولوجي، ويتضمن الاستثارة الجسمية، مثل: زيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والشعور بانقباض المعدة، ويُشار إلى هذه الحالة بالإجهاد (الغباشي، ٢٠٠٠).

**التوجه الثالث:** تناول ضغوط العمل باعتبارها عملية إدراكية تفاعلية، وبالتالي ينظر لها بأنها بمثابة تفاعل بين الفرد والبيئة (أي بين المثيرات والاستجابات)، وتُعرف بأنها "درجة إدراك الفرد للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها في عمله، على أنها تفوق إمكاناته وقدراته على مواجهتها من ناحية، وأن إمدادات بيئة العمل ومواردها لن تلبّي احتياجاته من ناحية أخرى". أي أن هناك اختلالاً في التوازن والمواءمة بين متطلبات العمل (حجم ونوعية المطالب المرتبطة ببيئة العمل) وبين إمكانات الفرد (Finney et al., 2013). وهو التوجه الذي تتبناه الباحثة في الدراسة الحالية.

### ثانياً: الكرب النفسي

أشار ويتون Wheaton (2007) إلى أن الكرب النفسي يختلف جوهرياً عن الاضطراب النفسي الذي يُعدّ طويل الأمد، فهو يتضمن أعراض القلق والاكتئاب التي تؤثر على الأداء الاجتماعي والمهني للفرد. كما أنه قد ينظر إلى الكرب النفسي على أنه استجابة انفعالية سوية تختلف باختلاف المواقف والثقافات.

كما أشار هورويتز Horwitz (2007) إلى أنه حالة انفعالية تتميز بوجود أعراض القلق والاكتئاب، كما أنه ظاهرة عابرة (ليس طويل الأمد) ويرتبط بضغوط معينة، ويزول بزوال الحدث الضاغط أو عندما يتكيف الفرد معه.

ومع ذلك، إذا استمرت حالة الكرب النفسي بعد انتهاء الضغوط الأولية (أو الثانوية)، عندئذٍ يعتبر علامة على حدوث الاضطراب النفسي (Phillips, 2009).

وأشار بورنيت Burnette وزملاؤه (2020) إلى أن الكرب النفسي يتضمن أعراض القلق، والاكتئاب، والضغوط النفسية أو يتمثل في غياب الشعور بحسن الحال.

كما يُعرف بأنه حالة انفعالية غير سارة للفرد، وتعتمد على مدي تفسيره أو تقييمه للتهديد الذي يواجهه ومطالبه الخاصة، وهو أكثر شدة من القلق والاكتئاب، وينشأ نتيجة

لصعوبات في حياة الفرد، منها: التعرض لضغوط العمل، وانخفاض المساندة الاجتماعية (Li et al., 2020; Shahrour & Dardas, 2020).

وإتساقاً مع التعريفات السابقة، أشار فيرتيو Viertiö وزملاؤه (2021) إلى أن الكرب النفسي يشير إلى أعراض غير محددة للضغوط، والقلق، والاكتئاب، مما يؤدي إلى حدوث حالات الغياب المرضي عن العمل، ومن ثمَّ إعاقته.

وهناك عدد كبير من العوامل النفسية والاجتماعية والحيوية المرتبطة بالكرب النفسي، ومنها: خصال الشخصية، والضغوط الأسرية، وضغوط العمل، والشعور بالتعب والإجهاد المتعلق بالصحة، والضغوط المالية، وانخفاض مستوى المساندة الاجتماعية (أحمد، ٢٠١٧؛ Li et al., 2020).

### أعراض الكرب النفسي

يشتمل الكرب النفسي على *الأعراض النفسية*، ومنها: التقلبات المزاجية، والقلق، والاكتئاب، والإحباط، والشعور بالضغط، وصعوبة الانتباه والتركيز، والأرق، واضطرابات النوم، والغضب، ومشكلات في التفاعل الاجتماعي. كما يشتمل على *الأعراض الجسمية*، ومنها: الشعور بالتعب، والآلام الجسمية، ومشكلات التنفس وغيرها (Ridner, 2004; Margetić et al., 2021).

وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم الضغوط النفسية يختلف عن مفهوم الكرب النفسي؛ إذ إن الضغوط قد تكون إيجابية أو سلبية. أمَّا الكرب فهو سلبى دائماً، وناجم عن أحداث سلبية وغير مرغوبة؛ ومن ثمَّ يُعد الكرب استجابة للتحديات البيئية أو الضغوط التي يتعرض لها الفرد (يوسف، ٢٠٠٧).

وبناءً على ما سبق، تعرف الباحثة **الكرب النفسي** بأنه حالة انفعالية سلبية ترتبط بأحداث الحياة الضاغطة، والتي منها ضغوط العمل المدركة، ويعتمد على مدى تفسير الفرد وتقييمه لتلك الأحداث، ويتضمن أعراض نفسية، مثل: القلق والاكتئاب، وجسمية،

مثل: الشعور بالتعب ونقص الطاقة، والذي من شأنه أن يؤثر على أداء الفرد في حياته اليومية وعمله، وفي علاقته بالآخرين.

### الأطر النظرية المفسرة للعلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكره النفسي

#### (١) نظرية هانز سيلبي H. Selye

قدّم هانز سيلبي عام (١٩٥٦) مفهومَ **زُملّة التكيف العام**<sup>(١)</sup>، الذي يشير إلى أن الفرد عندما يتعرض لمصدر مثير للمشقة يمرُّ بثلاث مراحل، هي:

##### أ. مرحلة التنبيه (الإندار)<sup>(٢)</sup>:

هي مرحلة تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط، وفيها يُعبئ الفرد كلَّ طاقته ليصبح مستعداً ومتحفظاً لمواجهة التهديد أو الخطر، وذلك من خلال حدوث تغيرات فسيولوجية، كزيادة معدل ضربات القلب، وسرعة التنفس، وتوتر العضلات، وغيرها. وتختفي هذه الأعراض بالتدرج، فإذا صار الضغط قليلاً عاد الجسم إلى حالته الطبيعية، أما إذا استمرَّ الضغط واشتد فإن الجسم يدخل في المرحلة التالية، وهي مرحلة المقاومة.

##### ب. مرحلة المقاومة<sup>(٣)</sup>:

أثناء هذه المرحلة يقوم الفرد بمقاومة الضغط عن طريق بعض الميكانيزمات الذاتية الآلية لمواجهة الضغط، وإذا استمرَّ الضغط وفشلت المقاومة يدخل الفرد في مرحلة الإنهاك.

(1) General Adaptation Syndrome (GAS).

(2) Alarm.

(3) Resistance.

### ج. مرحلة الإنهاك:

وفي هذه المرحلة تبدأ العمليات الجسمية في الانهيار، ويحدث المرض، وإذا استمر الضغط دون مواجهة، فإن ذلك قد يؤدي إلى الوفاة (إسماعيل، ٢٠٠٤؛ رضوان، ٢٠٠٩).

وبالتالي، يري سيلي أن الضغوط المستمرة التي لا يتم حلها من خلال التأقلم أو التعايش معها، تؤدي إلي حدوث القلق، والاكتئاب، والانسحاب؛ ومن ثمّ ينتج الكرب النفسي (أحمد، ٢٠١٧).

### (٢) نظرية التقييم المعرفي

قدم هذه النظرية "لازاروس" Lazarus وأشار إلى أن الفرد يقوم في مواجهة الضغوط في البداية بتقييم معرفي أولى للمواقف والأحداث التي تتسم بالتهديد، يلي ذلك التقييم الثانوي لما يمتلكه الفرد من مصادر تمكنه من التعامل مع هذه المواقف المهددة. وبناءً على ذلك ميز لازاروس بين التقييم المعرفي الأولي والثانوي لحدث ما والتعامل معه بعد تقييمه كعامل ضاغط على النحو التالي:

(أ) **التقييم الأولي:** ويشير إلى طريقة إدراك الفرد للحدث وتقييمه باعتباره مهدد أو غير مهدد له.

(ب) **التقييم الثانوي:** ويشير إلى تقييم الفرد لما يمتلكه من مصادر اجتماعية وشخصية تمكنه من التعامل مع الحدث المهدد له (Lazarus & Folkman, 1984). وبالتالي ينشأ الكرب النفسي عندما يواجه الفرد حدثاً ما ويتم تقييمه على أنه ضاغط ومهدد ويمثل تحدياً لتوافقه، حيث تتجاوز المطالب البيئية (مطالب العمل) قدرات الفرد على المواجهة، وبالتالي تؤدي إلى اختلال توازنه النفسي (Phillips, 2009).

ووفقاً لهذا المنظور المعرفي فإن الإدراك السلبي للأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، تُعد عاملاً جوهرياً في حدوث الكرب النفسي، وتبدأ الانفعالات السلبية

عندما يدرك الأشخاص الأحداث بشكل مبالغ فيه، وما يترتب على ذلك من ارتفاع في معدلات القلق والخوف الذي ينتهي بظهور أعراض الكرب النفسي (أحمد، ٢٠١٧؛ Drapeau et al., 2011).

### (٣) نموذج الضغوط - الكرب<sup>(١)</sup>

يفترض أصحاب هذا النموذج أن السمات المميزة للكرب النفسي هي التعرض لأحداث ضاغطة تهدد الصحة الجسمية والنفسية للفرد، مع عدم القدرة على التعامل بفاعلية مع هذه الأحداث، مما ينتج عنها الأعراض الانفعالية (مثل: القلق والاكتئاب)، كما افترضوا أن الكرب النفسي يختفي باختفاء الأحداث الضاغطة أو عندما يستطيع الفرد التعامل بفاعلية مع الضغوط (Drapeau et al., 2011).

### (٤) نظرية الحفاظ على الموارد<sup>(٢)</sup>

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

وأشار هوبفول إلى أن هناك أربع فئات أساسية من الموارد، هي: الموارد المادية (مثل: المنزل، ووسائل المواصلات، وغيرها)، والموارد المتوفرة تبعاً للظروف (مثل:

(1) Stress-Distress Model.

(2) Conservation of Resources Theory (COR).

الاستقرار الوظيفي، والأسري)، وموارد الطاقة (مثل: توفر المال، والوقت، والمعرفة)، والموارد الشخصية، وهي التي تمكّن الفرد من إدارة الموارد الأخرى بنجاح، والحفاظ عليها (ومنها: الفاعلية الذاتية، وتقدير الذات، والمهارات الاجتماعية، والصلابة النفسية، ومركز التحكم، وغيرها) (Hobfoll, 2011).

وطُبقت هذه النظرية على مجموعة من الأفراد البالغين بعد تعرضهم لأحداث الحياة الضاغطة، وأشارت النتائج إلى أن فقدان الفرد لإمكاناته يرتبط إيجابياً بحدوث أعراض الكرب النفسي، بما يُشكل عامل خطر على صحة الفرد النفسية (محمد، ٢٠٢١).

وبالتالي، قد تنشأ أعراض الكرب النفسي كنتيجة لاستنزاف الفرد لموارده دون اكتساب موارد أخرى، وهو ما يُعرف في ضوء هذه النظرية بدوامة الخسارة<sup>(١)</sup>، والتي تؤدي إلى نفاذ طاقة<sup>(٢)</sup> الفرد على مواجهة أي ضغوط (Hobfoll & Shirom, 2001).

وتتبنى الباحثة نظرية الحفاظ على الموارد في تفسير الكرب النفسي؛ نظراً لشموليتها.

### ثالثاً: المقاومة النفسية

تعددت التعريفات التي طرحها الباحثون لمفهوم المقاومة النفسية، وتباينت في تناولها لهذا المفهوم، فعرفها بعض الباحثين بأنها سمة شخصية، وعرفها آخرون في ضوء النتائج التي يحققها الفرد عند التعرض لموقف ضاغط، وتناولها البعض الآخر كعملية تفاعلية بين الفرد والسياق المحيط به (Rushton et al., 2015).

وتُعد المقاومة النفسية مفهوماً حديثاً نسبياً حظي باهتمام الباحثين كتطور لدراسات علم النفس الإيجابي، والتي تم التركيز فيها على دور عوامل الوقاية أو الحماية في إدارة المحن والأزمات (البحيري، ٢٠١١). وتلقى هذا المفهوم اهتماماً كبيراً من قبل عديد من

(1) Loss Spiral.

(2) Depletion of Energy.

الباحثين في مختلف المجالات، ومنها: مجال علم النفس، وعلم الاجتماع، والتطوير المهني، وغيرها من المجالات (Ramirez, 2007; Howe et al., 2012).

وتشير الأعرس (٢٠١١) بأن هذا المفهوم يعكس عديد من المرادفات، والتي تعكس قصوراً في احتواء المعنى الأصلي لهذا المفهوم، حيث إن المقاومة تعكس الصلابة، أي: مقاومة الانكسار أمام التحديات والمحن والمرونة، حيث القدرة على تعديل المسار وخلق البدائل، والدافعية، حيث المثابرة والدأب والتعافي والوقاية الداخلية والخارجية، حيث العوامل الشخصية والبيئية التي تحمي وتقي من الخطر.

وعلى الرغم من هذا الجدل حول ما إذا كانت المقاومة سمة أو قدرة أو عملية أو نتيجة، فإن عديداً من الباحثين أشاروا إلى أنها عملية دينامية من بين عدة عوامل تؤدي دور الوسيط بين الفرد، وبيئته، والنتيجة أو الهدف الذي يريد الفرد تحقيقه (Windle, 2011; Tam et al., 2021).

وتشير المقاومة كسمة شخصية إلى أنها عبارة عن مجموعة من الخصال التي تمكن الأفراد من التوافق الناجح مع المحن والصعاب التي يواجهونها (Connor & Davidson, 2003). وتشكل المقاومة عديد من المهارات الشخصية الإيجابية المتضمنة في الصبر، والتسامح، والمسئولية، والتعاطف، والالتزام، والاستقلالية، والثقة، واتخاذ القرار، والتفاوض، والإيثار (السروري، ٢٠١٤).

في حين أشار باحثان آخران بأن المقاومة النفسية تتحدد في ضوء نتائجها، وليست سمة في حد ذاتها يمكن تعريفها وقياسها وتصنيف الأفراد في ضوء مدى امتلاكهم لها، فهي تتجاوز مفهوم السمة الثابتة، وبالتالي تُعد المقاومة ذات طابع دينامي، يمكن تعلمها وتطويرها مع مرور الوقت من خلال مختلف الخبرات في سياق تفاعلات الفرد مع البيئة (Howe et al., 2012).

وبناءً على ذلك أشار روتر Rutter (2012) إلى أن المقاومة النفسية يمكن أن يستدل عليها في ضوء النتائج الإيجابية التي يحققها بعض الأفراد في مواجهة الضغوط، وذلك

مقارنة بالأفراد الآخرين ممن تعرضوا لمستوى مماثل من هذه الضغوط. ومن النتائج المهمة للمقاومة: حدوث التوافق الإيجابي للفرد، والتمكن، والمواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة (Ramirez, 2007). وبالتالي لدعم وجود بيئة عمل صحية؛ ينبغي وضع برامج وخطط لتنمية المقاومة لدى الأفراد، والاحتفاظ بمستوى معين منها (Rushton et al., 2015).

وفي ضوء التعريفات التي تناولت مفهوم المقاومة النفسية كعملية، تم الإشارة فيها إلى أن المقاومة النفسية عبارة عن عملية دينامية تعكس قدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، وتوافقه الإيجابي في مواجهة هذه الضغوط والمحن سواء وقعت في الماضي أو قائمة في الحاضر مع حدوث تغيرات إيجابية في شخصيته (رايت، ماستن، ٢٠١١).

وبناءً على ذلك، هناك محكين أساسيين للحكم على المقاومة النفسية:

١. تعرض الفرد لضغوط أو مخاطر أو صعاب شديدة تهدد توافقه.
٢. رغم التعرض للضغوط فإن الفرد يتمتع بتوافق جيد، ويحقق نواتج إيجابية (رايت، ماستن، ٢٠١١).

وفي إطار تحديد مفهوم المقاومة النفسية تجدر الإشارة إلى أن هناك بعض المفاهيم التي قد تتداخل مع مفهوم المقاومة النفسية، ومنها مفهوم الصلابة النفسية، وفيما يلي يتم التمييز بينهما: تُعرف حمزة (٢٠٠٢) الصلابة النفسية بأنها "مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية، وهي خصال فرعية تضم الالتزام والتحدي والتحكم، ويراهها الفرد على أنها خصال مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة أو المثيرة للمشقة النفسية وفي التعايش معها بنجاح".

وبالتالي تتميز الصلابة بأنها سمة من سمات الشخصية المستقرة، في حين أن المقاومة عملية دينامية من شأنها أن تتغير عبر العمر (Windle, 2011). كما أن المقاومة متعددة الأبعاد، وتختلف وفق السياق، والوقت، والعمر، والنوع، والثقافة

(Connor & Davidson, 2003). وبالتالي فالصلابة النفسية سمة شخصية تسهم في عملية المقاومة النفسية، أي قد تكون أحد المسارات التي تقود إلى المقاومة النفسية، وبالتالي يمكن القول بأن المقاومة النفسية تتضمن الصلابة (السروري، ٢٠١٤).

وبناءً على ما سبق، تعرف الباحثة المقاومة النفسية في إطار الدراسة الحالية بأنها "عملية دينامية تعكس قدرة الأطباء على التوافق الإيجابي الفعال في مواجهة ضغوط العمل الشديدة التي يتعرضون لها في بيئة عملهم، وكذلك قدرتهم على التعافي بعد مواجهة هذه الصعوبات والضغوط، مما يساعدهم على تحقيق نتائج إيجابية وحل المشكلات بدرجة عالية من الكفاءة والفاعلية".

### العوامل المتعلقة بالمقاومة النفسية

يمكن تقسيم العوامل النفسية المرتبطة بالمقاومة إلى فئتين رئيسيتين، هما: عوامل الاستهداف للخطر<sup>(١)</sup>، وعوامل الوقاية أو الحماية<sup>(٢)</sup>.

#### ١. عوامل الاستهداف للخطر (عوامل معوقة للمقاومة النفسية)

وهي عبارة عن الظروف البيئية التي تزيد من احتمال خفض مستوى التوافق، أو حدوث نتائج سلبية خاصة بالصحة الجسمية والنفسية والتوافق الاجتماعي. ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى عوامل خاصة بالفرد نفسه، وبالأُسرة، والمجتمع.

أ. عوامل الاستهداف للخطر الخاصة بالفرد: وتتضمن العوامل الوراثية، ووجود أمراض مزمنة، أو التعرض للحوادث، والتقلبات المزاجية، ونقص المهارات الاجتماعية، ومشكلات التواصل، وتقدير الذات المنخفض، والنظرة السلبية للمستقبل، والعزلة الاجتماعية.

(1) Risk Factors.

(2) Protective Factors

ب. عوامل الاستهداف للخطر الأسرية: وتتضمن مشكلات مثل: مرض أحد الوالدين، وجود مستوى مرتفع من الصراع الوالدي، انفصال الوالدين، ضعف التواصل بين أفراد الأسرة، إساءة المعاملة، إيمان الآباء للمخدرات أو الكحوليات.

ج. عوامل الاستهداف للخطر المجتمعية: ويتضمن عوامل الخطر الاجتماعية والثقافية والبيئية، مثل: البطالة، والفقر، والتشرد، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض، والتمييز العنصري (محمد، ٢٠١٣؛ أيوب، ٢٠١٦).

## ٢. عوامل الوقاية أو الحماية (عوامل داعمة للمقاومة النفسية)

هي الموارد الداخلية والخارجية التي تُعدل، وتخفف، أو تغير استجابة الفرد لمواقف الاستهداف للخطر، والتي تؤدي إلى سوء التوافق، فهي العوامل التي تنبئ بنتائج أفضل - خاصة في المواقف الضاغطة أو المحن، وتنقسم لعوامل تتعلق بالفرد، والأسرة، والمجتمع.

أ. عوامل الوقاية الفردية: تضم كل المستويات المرتفعة من المهارات والقدرات العقلية والمزاجية والاجتماعية التي يمتلكها الفرد، مثل: مستوى الذكاء المرتفع، ومهارات حل المشكلات، وتنظيم الانفعالات والسلوك، والنظرة الإيجابية للحياة (كالرضا عن الحياة، والأمل، والتفاؤل)، والرؤية الإيجابية للذات (كالثقة بالنفس، والكفاءة الذاتية، وضبط النفس، وتنظيم الذات)، والنشاط، والمثابرة.

ب. عوامل الوقاية الأسرية: وتتمثل في: توفر مناخ أسري يسوده الاستقرار والمساندة، ووجود علاقات إيجابية داخل الأسرة تسودها الدفء والتوجيه والنظام، والخلافات الأسرية في حدها الأدنى، وتماسك الأسرة، واستقرار الأمور الاقتصادية والاجتماعية.

ج. عوامل الوقاية المجتمعية: تمثل المؤسسات التعليمية والاجتماعية المختلفة مصادر للدعم الخارجي، والتي تعزز قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والضغوط، وتتنوع أشكال الدعم، ومنها: توفير الرعاية الصحية والخدمات، والتعليم، والسكن

المناسب، والتوظيف، وخدمات التوجيه والإرشاد، وغيرها من مصادر الدعم خارج نطاق الأسرة (محمد، ٢٠١٣؛ أيوب، ٢٠١٦؛ Howe et al., 2012).

وأكد "روتر" rutter أهمية التركيز على عمليات الاستهداف للخطر والوقاية أكثر من تحديد هذه العوامل، حيث يجب أن يكون الهدف هو البحث عن عمليات النمو، لأن تأثيرات عوامل الاستهداف للخطر والوقاية ليست جامدة، فهناك تفاعلات مركبة تحدث بين الجينات وبعضها، والبيئات وبعضها، وبين الجينات والبيئات، فالبشر ليسوا نظاماً مغلقاً، والبيئة تتغير وأحياناً يكون هذا التغير عشوائياً (ديكارد وآخرون، ٢٠١١).

### أنواع المقاومة النفسية

أشارت الدراسات السابقة إلى أن هناك ثلاثة أنواع للمقاومة النفسية تختلف حسب نوع شدة عوامل الاستهداف للخطر، وهي:

**النوع الأول: التغلب على الصعوبات**، ويتضمن هذا النوع تحقيق نتائج إيجابية على الرغم من وجود عدة عوامل للاستهداف للخطر، وركزت دراسة هذا النوع من المقاومة على تحديد عوامل الوقاية التي تنتجاً بالنتائج الإيجابية لدى الفرد.

**النوع الثاني: الكفاءة الدائمة تحت الضغط<sup>(١)</sup>**، ويركز على قدرة الفرد على التوافق الإيجابي مع أحداث البيئة الضاغطة.

**النوع الثالث: التعافي من الصدمة<sup>(٢)</sup>**، ويشير إلى أن الأفراد يعملون بشكل جيد بعد التعرض للصدمة الشديدة والمزمنة أو المتكررة (محمد، ٢٠١٣).

(1) Sustained Competence Under Stress.

(2) Recovery From Trauma.

## الأطر النظرية المفسرة للمقاومة النفسية

أشار الباحثون إلى أن هناك ثلاثة نماذج للمقاومة النفسية، هي: النموذج التعويضي<sup>(١)</sup>، ونموذج الوقاية<sup>(٢)</sup>، ونموذج التحدي<sup>(٣)</sup>، لتوضيح دور العوامل الواقية أو الداعمة التي تعمل على تغيير مسار العلاقة بين التعرض لعوامل الاستهداف للخطر (والتي منها الضغوط) وحدث النتائج السلبية (أي دور العوامل الواقية في تقليل الآثار السلبية عند التعرض لضغوط العمل)، وفيما يلي عرض مختصر لهذه النماذج.

### (١) النموذج التعويضي

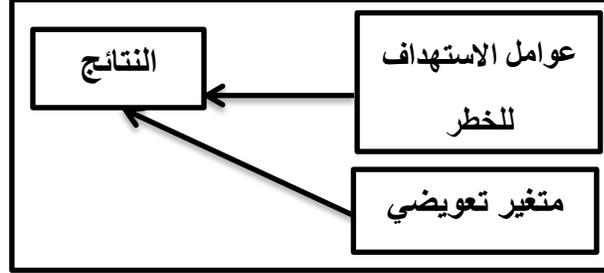
يهتم هذا النموذج بتفسير عوامل الحماية أو الوقاية بوصفها عوامل تعوض التعرض لعوامل الخطر، وتؤثر بشكل مباشر على النتائج (Fergus & Zimmerman, 2005) ويفترض هذا النموذج أن عوامل الوقاية للمقاومة النفسية في اتجاه عكس عوامل الاستهداف للخطر، وأن هناك تأثير مباشر بين عوامل الوقاية والنواتج المترتبة عليها حتى في ظل التعرض لعوامل الاستهداف للخطر. وبالتالي يُعد العامل التعويضي متغير يحول دون التعرض للنتائج السلبية، كما أنه لا يتفاعل مع عوامل الاستهداف للخطر، بل لديه تأثير مباشر ومستقل على النتيجة، وهو ما يوضحه شكل (١) (Zimmerman & Arunkumar, 1994; Fergus & Zimmerman, 2005). فعلى سبيل المثال: نجد أن الفرد يؤدي بكفاءة في ظل تعرضه لمستويات مرتفعة من الضغوط؛ لأن لديه تقدير مرتفع لذاته، ويُعد تقدير الذات (العامل تعويضي) الذي جعل الفرد يؤدي بكفاءة (النتيجة) بالرغم من تعرضه للضغوط (عامل الاستهداف للخطر) (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

(1) Compensatory Model.

(2) Protective Model.

(3) Challenging Model.

شكل (١). النموذج التعويضي



(Zimmerman & Arunkumar, 1994).

## (٢) نموذج الوقاية أو الحماية

وضع "روتر" Rutter هذا النموذج، ويرى أنه لكي يكون لعوامل الوقاية معنى يجب أن يكون لها دورٌ أكثر من كونها عكس عوامل الخطورة (السروري، ٢٠١٤).

وينقسم هذا النموذج إلى شكلين رئيسيين، هما:

### (أ) نموذج الوقاية الثابت<sup>(١)</sup>

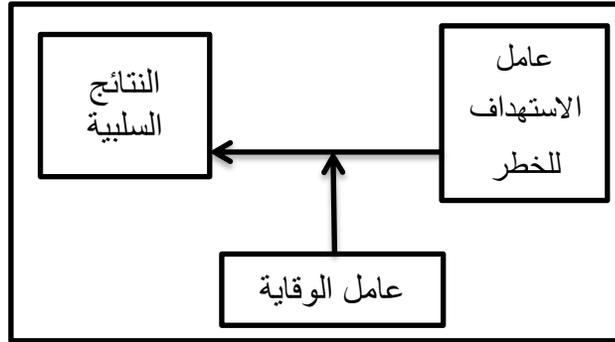
يشير هذا النموذج إلى أن عوامل الوقاية تساعد على تحييد أو تكف من عوامل الاستهداف للخطر، حيث ترتبط المستويات المرتفعة من عوامل الاستهداف للخطر مع غياب عوامل الوقاية إلى ارتقع مستوى النتائج السلبية، ولكن عند وجود عوامل الوقاية لا توجد علاقة بين عوامل الاستهداف للخطر والنتائج السلبية (Fergus & Zimmerman, 2005).

<sup>(1)</sup> A Protective - Stabilizing Model.

(ب) نموذج الوقاية التفاعلي<sup>(١)</sup>:

يفترض هذا النموذج أن عوامل الوقاية لا تكف العلاقة بين عوامل الاستهداف للخطر والنتيجة تمامًا كما في نموذج الوقاية الثابت، بينما تتفاعل عوامل الوقاية مع عوامل الاستهداف للخطر في تقليل النتائج السلبية، بحيث تعدل العلاقة بين عوامل الاستهداف للخطر والنتائج السلبية، وهو ما يوضحه شكل (٢) (Fergus & Zimmerman, 2005). وبالتالي، يمكن القول بأن العامل الوقائي (المقاومة النفسية) يمكن أن يعدل العلاقة بين عوامل الاستهداف للخطر (ضغوط العمل) والنتائج السلبية (الكرب النفسي) وفق نموذج الوقاية التفاعلي.

شكل (٢). نموذج الوقاية التفاعلي



(Zimmerman & Arunkumar, 1994).

(٣) نموذج التحدي<sup>(٢)</sup> يفترض هذا النموذج أن هناك علاقة منحنية بين عوامل الاستهداف للخطر وبين النتائج المترتبة عليها، حيث إن التعرض لمستويات مرتفعة أو منخفضة من عوامل الاستهداف للخطر ترتبط بحدوث النتائج السلبية، وأن المستويات المرتفعة من الضغوط تجعل الفرد عاجزاً عن مواجهاتها، والضغوط القليلة لا تتحدى الفرد بما فيه الكفاية. أما التعرض لمستوى متوسط أو معتدل من عوامل الاستهداف للخطر

(1) A Protective - Reactive Model.

(2) Proactive-Reactive.

يرتبط بحدوث نتائج إيجابية؛ حيث إن التعرض المتكرر لمستويات منخفضة من عوامل الاستهداف للخطر، قد يعمل على تحصين الأفراد ضد الضغوط بحيث يجعلهم مستعدون للتغلب على مخاطر أكثر شدة. أي أن التغلب على المستويات المنخفضة من المخاطر بنجاح، يجعل الأفراد أكثر استعدادًا لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في المستقبل (Fergus & Zimmerman, 2005).

وتجدر الإشارة إلى أن النماذج الثلاثة (التعويض، والوقاية، والتحدي) لا يستبعد أحدهما الآخر فالعوامل الإيجابية في حياة الفرد قد تعمل على تعويض بعض المخاطر (النموذج التعويضي)، بينما تتفاعل مع البعض الآخر لتقليل النتائج السلبية (نموذج الوقاية)، في حين أن بعض عوامل الاستهداف للخطر قد توفر مستوى معتدلاً من الضغوط بحيث تزيد من قدرة الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة الأكثر حدة في المستقبل والتعامل معها بنجاح غير متوقع (نموذج التحدي) (أيوب، ٢٠١٦).

وبالإضافة إلى ما سبق هناك عدة نماذج أخرى تناولت مفهوم المقاومة النفسية، ومنها:

#### (٤) التصور الصحي للمقاومة النفسية، ومنه نموذج منشأ الصحة

وضع هذا النموذج "انتونوفسكي" Antonovsky، واهتم بوصف وتحديد الطرق والعوامل المتصلة بالصحة الإيجابية، وكذلك معرفة طرق الوقاية من الجوانب السلبية (منشأ المرض)، وأشار إلى أن عوامل الصحة تتطلب أكثر من مجرد غياب المرض أو عوامل الخطورة المتصلة بها. وبالتالي فإن نموذج منشأ الصحة لـ "انتونوفسكي" يرى أنه لا بد من السعي لتحديد العوامل والأسباب الإيجابية للصحة، وعدم الاكتفاء بالبحث عن كيفية إعاقة المرض أو السيطرة عليه، حيث يكون الفرد قادرًا على استعادة التوازن والاستمرار على الرغم من الشدائد التي يتعرض لها (عبد المجيد، ٢٠١٩؛ السروري، ٢٠١٤).

وبناءً على ذلك قدم انتونوفسكى مفهوم الشعور بالترابط<sup>(١)</sup> الذى يتكون من ثلاثة مكونات، هي: القدرة على الفهم، وإدراك القدرة على التحكم، وإدراك الهدف. ومن خلال هذه المكونات الثلاثة يستطيع الفرد التكيف جيداً مع ما يواجهه من ضغوط ومطالب، فببداً بإدراك المثيرات التي تواجهه على أنها مطالب لا بد من مواجهتها والتغلب عليها، وكذلك إدراكه بأنه يمتلك هو شخصياً المصادر القادرة على التغلب على تلك الضغوط، بالإضافة إلى توفر الدافعية بعدم الاستسلام بل الاستمرار في محاولة التغلب عليها (السرورى، ٢٠١٤).

#### (٥) نموذج ريتشاردسون

اقترح ريتشاردسون Richardson (2002) إلى أن المقاومة النفسية تمر بثلاث مراحل مختلفة، حيث تحدد المرحلة الأولى العوامل الوقائية التي تساعد الأفراد على مواجهة المحن والصعاب بفاعلية (ومنها: تقدير الذات، والفاعلية الذاتية، ونظم الدعم وغيرها) والتي تنتبأ بنجاحهم الشخصي والاجتماعي. وتصف المرحلة الثانية المقاومة بكونها عملية لمواجهة الضغوط، والمحن، والتغيير، أو إثراء العوامل الوقائية، وتصف عمليات الاختلال<sup>(٢)</sup> وإعادة التكامل<sup>(٣)</sup>، ويختار الأفراد في هذه المرحلة بين إعادة التكامل إلى المقاومة، أو إلى منطقة التوازن، أو إعادة التكامل مع الخسارة. أما المرحلة الثالثة فهي تتضمن المقاومة النفسية الفطرية، والقدرة على النمو والارتقاء، ودعم جوانب القوة لدى الأفراد؛ وذلك لمواجهة المحن بفاعلية.

وبناءً على ذلك قدم ريتشاردسون نموذج للمقاومة قائم على التوازن الحيوي النفسي الروحي (البيوسيكوروحى)<sup>(٤)</sup> الذى يساعد الفرد على مواجهة الضغوط والمتطلبات، ويسمح له بالتكيف جسدياً وعقلياً ونفسياً مع ظروف الحياة الحالية، وهو ما يوضحه شكل (٣).

(1) Sense of Coherence.

(2) Disruptive.

(3) Reintegration.

(4) Biopsychosocial-Spiritual.

حيث تؤثر أحداث الحياة المثيرة للمشقة الداخلية والخارجية على قدرة الفرد في مواجهة هذه الأحداث، وفي بعض الحالات تؤدي العوامل الوقائية غير الفعالة إلى اختلال هذا التوازن. ويؤدي هذا الاختلال إلى إعادة التكامل من جديد لاستعادة التوازن مرة أخرى، والذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث أحد هذه النتائج التالية:

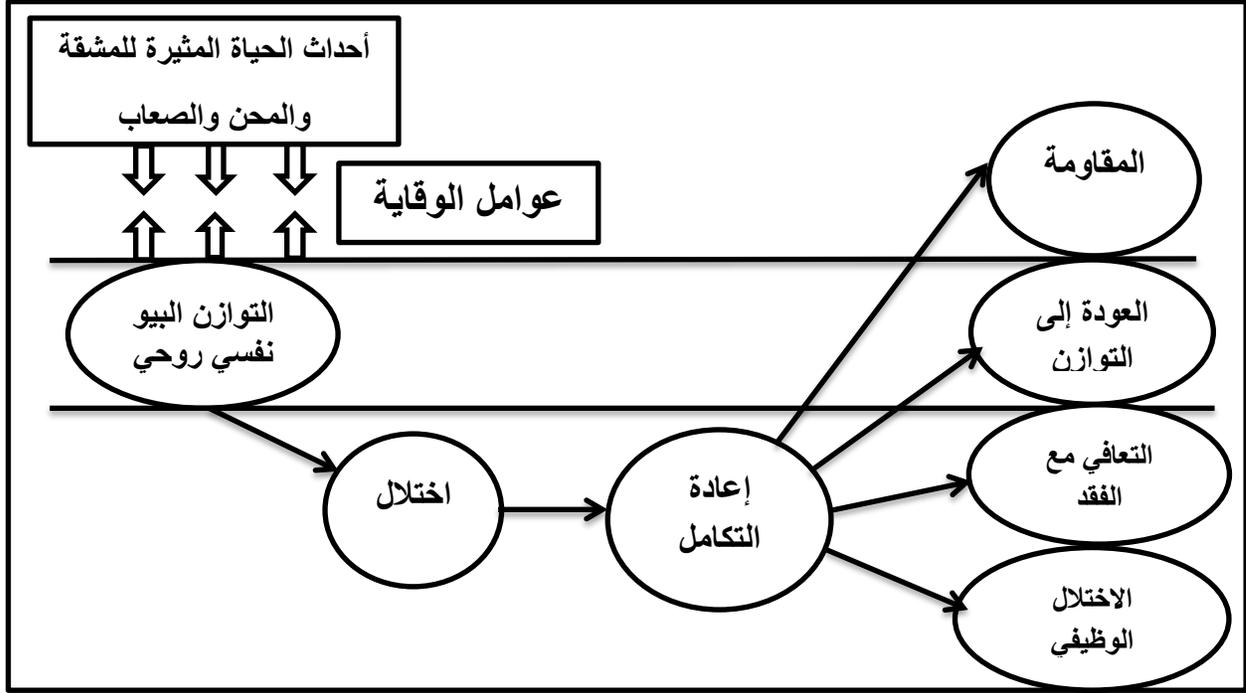
١- إعادة التكامل المقاوم، حيث يمثل الاختلال فرصة للنمو وزيادة المقاومة، ويؤدي إلى مستوى جديد وأعلى من التوازن.

٢- العودة إلى التوازن الأساسي، لمحاولة العودة إلى الحالة السابقة أو لتجاوز الاختلال.

٣- التعافي مع الفقد، مما يرسخ مستوى أدنى للتوازن.

٤- حالة مختلة وظيفياً، حيث يستخدم استراتيجيات سيئة للتكيف (على سبيل المثال: السلوكيات المدمرة للذات) وذلك لمواجهة مثيرات المشقة. ومن ثمّ يمكن اعتبار المقاومة النفسية بمثابة القدرة على التعامل الناجح مع الضغوط (Richardson 2002; White et al., 2008).

شكل (٣). نموذج ريتشاردسون



وبالتالي يوضح هذا النموذج كيف ينتقل الأفراد من مرحلة ما قبل الشدة مروراً بالشدة وبعد ذلك تصبح لديهم مقاومة نفسية أفضل مما كانوا عليه في حالة التوازن (السروري، ٢٠١٤).

### (٦) نظرية التحمل النفسي

قامت كوباسا بسلسلة من الدراسات، والتي اكتشفت من خلالها مفهوم التحمل النفسي كمصدر للمقاومة النفسية يتوسط العواقب السلبية لمستوى الكرب المرتفع، ويركز مفهوم التحمل النفسي على الشخص الذي يبقى في حالة صحية جيدة نسبياً بعد مروره بقدر كبير من أحداث الحياة الضاغطة، كما يعكس استجابة الفرد لأحداث الحياة في كلتا الحالتين الشخصية والمهنية؛ إذ وجدت كوباسا أن الأفراد الذين تعرضوا لكرب نفسي شديد سجلوا عدداً أقل من الحالات المرضية مقارنة بالأشخاص منخفضي التحمل النفسي،

وبالتالي ظهر مفهوم التحمل النفسي كمخفف للضغوط والأعراض المرضية المصاحبة لها (فتحي، ٢٠٢١؛ عبد جاسم، ٢٠١٨).

ومن خلال العرض السابق تتبنى الباحثة وجهة النظر التكاملية للنظريات والنماذج التي عُنيَت بالمقاومة النفسية ودورها في الصحة النفسية، إذ يمكن القول بأن للمقاومة النفسية دورًا وقائيًا للأفراد الذين يعانون من ضغوط العمل، ومن الآثار السلبية التي قد تترتب عليها، وذلك مقارنةً بالأفراد منخفضي المقاومة النفسية الذين يشعرون بالتهديد المستمر في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

### الأطر النظرية المفسرة للعلاقة بين مفاهيم الدراسة

#### (١) نموذج المطالب - التحكم في العمل<sup>(١)</sup>

وضع كاراسيك Karasek هذا النموذج، ويفترض أن الإجهاد النفسي والأمراض الجسمية لا تنتج فقط عما يتعرض له العامل من ضغوطات في عمله، ولكن أيضًا من خلال تفاعل نوعين من خصائص العمل النفسية والاجتماعية، وهي: **مطالب العمل**، وتشمل العناصر المادية والاجتماعية والتنظيمية لنشاط العمل. **والتحكم في العمل**، ويُعنى بمدى حرية الفرد في اتخاذ القرارات، وقدرته على السيطرة على مختلف جوانب الوظيفة، وإدراكه ذلك. وبالتالي يتضمن النموذج بُعدين رئيسيين، هما: (المطالب النفسية في العمل، ودرجة التحكم والسيطرة على تلك المطالب) (Karasek et al., 2007; Rouxel et al., 2016). ويسبب المزج بين مطالب العمل المرتفعة وانخفاض التحكم إلى آثار سلبية على الصحة النفسية والجسمية للفرد (Demerouti et al., 2001).

وبالتالي وفق هذا النموذج، قد تزداد أعراض الكرب النفسي لدى الأطباء الذين يتعرضون لمستويات مرتفعة من متطلبات العمل مع وجود قدرٍ منخفض من التحكم والسيطرة على هذه المتطلبات أثناء جائحة فيروس كورونا.

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

## (٢) نموذج مطالب - موارد العمل<sup>(١)</sup>

يُعدُّ الفرض الرئيسي لهذا النموذج الذي وضعه ديميروتي Demerouti وزملاؤه هو أن مطالب العمل والموارد عمليتان مستقلتان إلى حدٍّ ما، ففي حين أن مطالب العمل عادة ما تكون من أهم العوامل التي تتبى بالنتائج السلبية (ومنها: الشعور بالإرهاك، والإجهاد المتكرر، والتعب المزمن، والقلق، والاكتئاب، والشكاوى الصحية النفسجسمية)، فإن الموارد -سواء كانت شخصية، أي: خاصة بالفرد، أم وظيفية، وتوفرها بيئة العمل- من أهم العوامل التي تتبى بالارتباط بالعمل، وزيادة الدافعية، والمشاركة في العمل (Bakker, Demerouti, 2014).

كما يفترض هذا النموذج أن الموارد يمكن أن تخفف من الآثار السلبية المحتملة لمطالب العمل المرتفعة على صحة العاملين، ومن ثمَّ يزداد الاستهداف لحدوث النتائج السلبية في بيئات العمل التي تتسم بارتفاع مطالبها مع انخفاض الموارد التي تلبي الاحتياجات الأساسية، مما يجعل الأمر أكثر صعوبة عند تلبية متطلبات العمل (Bakker, & Demerouti, 2014).

وتتبنى الباحثة هذا النموذج في تفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة؛ إذ يمكن الإشارة إلى أن المقاومة النفسية -باعتبارها أحد الموارد الشخصية- قد تؤدي دورًا مُعدلاً للعلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي، أي أن الفرد الذي يتسم بالمقاومة النفسية في ظل متطلبات العمل المرتفعة قد يؤدي ذلك إلى خفض مستويات الشعور بأعراض الكرب النفسي (القلق، والاكتئاب، والتعب).

وبالتالي يمكن القول: إن الفرد قد يشعر بالكرب النفسي كنتاج لبيئة العمل، بما تشتمل عليه من الضغوط والمطالب، وإن العاملين الأكثر عرضةً لذلك هم الذين ينخفض لديهم كلُّ من الموارد الشخصية (الإمكانات، والقدرات، والمهارات) والوظيفية التي تحميهم من الآثار السلبية الناتجة عن زيادة مطالب العمل.

<sup>(1)</sup> The Job Demands-Resources Model (JD- R).

ويعد التناول السابق للمفاهيم والأطر النظرية المفسرة نتجه إلى عرض الدراسات السابقة.

## الدراسات السابقة

يمكن تقسيم الدراسات السابقة في الدراسة الحالية إلى فئتين، الأولى: الدراسات التي عُيّنت بعلاقة ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي أو أحد أبعاده لدى العاملين بالمجال الطبي أثناء جائحة فيروس كورونا، والثانية: الدراسات التي اهتمت بعلاقة المقاومة النفسية والمفاهيم ذات الصلة بالكرب النفسي لدى العاملين بالمجال الطبي.

أولاً: الدراسات التي اهتمت بعلاقة ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي أو أحد أبعاده لدى العاملين بالمجال الطبي أثناء جائحة فيروس كورونا.

هدفت دراسة تشانغ وزملائه (Zhang et al., 2020) إلى تقييم الحالة النفسية للأطباء والممرضين من الفرق الطبية المحلية وغير المحلية العاملة في (١٦) مستشفى في ووهان، وبلغت عينة الدراسة (٩٦٦) مشاركاً من العاملين بالمجال الطبي ممن أكملوا الاستطلاع عبر الإنترنت في الفترة من فبراير إلى مارس ٢٠٢٠. وأسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع شعور العاملين في المجال الطبي بضغط العمل المُدركة وبلغت نسبتهم (٩٥.٩%)، وكذلك بالاكتئاب (٤٦%)، والقلق (٣٩.٣%)، وكان الشعور بالضغط والاكتئاب والقلق أكثر حدة لدى الإناث مقارنة بالذكور. كما أسفرت النتائج عن أن ضغوط العمل المُدركة تنبئ بزيادة احتمالات الاكتئاب والقلق على التوالي.

أسفرت نتائج دراسة أجراها هوي وآخرون (Hou et al., 2020) على (٥٢٧) مشاركاً من العاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء جائحة كوفيد-١٩، وممن يعملوا في المستشفيات المحلية، إلى زيادة أعباء العمل لدى غير العاملين في الخطوط الأمامية أثناء الجائحة؛ لتوفير خدمات الرعاية الصحية اليومية، والتي أدت إلى زيادة انتشار التعب بنسبة (٥٦.٧%)، كما تعرضوا لكرب ما بعد الصدمة.

وأشارت نتائج دراسة مركلاس وآخرين (Mrklas et al., 2020) إلى وجود آثار سلبية قبل وأثناء جائحة كوفيد-١٩ على الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية، والتي منها انتشار معدل الضغوط، والتي تراوحت من المتوسطة إلى المرتفعة، والقلق العام، والاكتئاب الشديد، وارتفاع أعراض الوسواس القهري (القلق بشأن التلوث، وسلوك غسل اليدين القهري). بينما ازدادت هذه الآثار السلبية لدى العاملين بمجالات خدمية أخرى مختلفة بعد ظهور الجائحة مقارنة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية.

وفي السياق ذاته، هدفت دراسة أجراها تشنغ وآخرون (Zheng et al., 2020) إلى التحقق من انتشار أعراض الوسواس القهري في ووهان خلال مرحلة السيطرة على الوباء والوقاية منه، وبلغت عينة الدراسة (٥٧٠) مشاركاً من المناطق الحضرية في ووهان، وتم استخدام طريقة أخذ العينات بكرة الثلج لاستكمال الاستبيانات عبر الإنترنت في يوليو ٢٠٢٠، وأسفرت النتائج عن ارتفاع انتشار أعراض الوسواس القهري بعد ثلاثة أشهر من رفع الحجر الصحي في ووهان، وبشكل خاص لدى الطلاب مقارنة بعاملتي الرعاية الصحية، وكذلك ممن لديهم تاريخ عائلي إيجابي للوسواس القهري، مع وجود الأمراض النفسية الأخرى.

وأسفرت نتائج دراسة أجراها ماتسوموتو وزملاؤه (Matsumoto et al., 2021) على (٥٨٨) مشاركاً من العاملين بالقطاع الطبي، منهم (٢٩٦) من الأطباء، و ١٨٥ من العاملين بالتمريض، وإعادة التأهيل، والفنيين، والمُسعفين، و ١٠٧ من الموظفين الإداريين في المستشفى)، عن أن العمل أثناء كوفيد ١٩ أدى إلى تعرض جميع العاملين بالقطاع الطبي بخلاف الأطباء إلى زيادة أعراض القلق والاكتئاب لديهم على التوالي، كما أشارت النتائج إلى أن العاملين بالقطاع الطبي يواجهون العديد من الضغوط الاجتماعية التي قد تقلل من دافعيتهم وتؤدي إلى تغييبهم عن العمل بالمستشفيات أثناء الجائحة.

وأجري تشين ولي (Chen & Li, 2021) دراسة على عدة مراكز تضم (٨٠٨) مشاركاً من أخصائي طب الأسنان من خطوط الدفاع الأولى في قسم الطوارئ في

الصين، وأسفرت النتائج عن ارتفاع انتشار الأعراض النفسية، والمتمثلة في: القلق والاكتئاب والضغط المُدركة لدى طاقم طب الأسنان في حالات الطوارئ أثناء تفشي كوفيد-١٩، بالإضافة إلى أن الأطباء الذكور، وممن يعملون في مستشفى عام، ولديهم تاريخ طبي سابق كانت من أبرز عوامل الخطر للإصابة باضطرابات الصحة النفسية.

كما أجرى لي وآخرون (Li et al., 2022) دراسة على (٦٠٦) من العاملين بالقطاع الطبي في خطوط المواجهة الأمامية، ومنهم (٢٠٥) من الأطباء، و(٣٣٤) من المرضى، و(٦٧) من الأطقم الطبية الأخرى، وكشفت نتائج الدراسة عن تعرض جميع أفراد العينة إلى الضغوط المستمرة أثناء كوفيد-١٩؛ مما أدى إلى شعورهم بالتهديدات على صحتهم النفسية، وأن هناك ارتباط إيجابي بين ضغوط العمل المُدركة والشعور بالأرق الشديد والاكتئاب. بينما كان هناك دورًا معدلاً للمقاومة النفسية؛ إذ قللت من تأثير الضغوط الملحوظ على الشعور بالاكتئاب.

وأُسفرت نتائج دراسة تشين وآخرين (Chen et al., 2022) التي أُجريت على (٣١١) مشاركًا من القطاع الطبي، منهم: (٧٩ من الأطباء، ١٩١ من المرضى، ٤١ من الإداريين بالمستشفى)، عن تأثير العمل أثناء كوفيد-١٩ بشكل ملحوظ على الصحة النفسية للعاملين في مجال الرعاية الصحية؛ حيث أشار (٣٨.٩٪) من أفراد العينة ببلوغهم مستويات مرتفعة من الأعراض النفسية السلبية والتي منها: القلق والتوتر. كما أشارت النتائج إلى ارتباط التقييم الثانوي باستراتيجيات المواجهة التي تركز على التعامل مع المشكلة، والتي كان لها تأثير وقائي ضد الإصابة بالأمراض النفسية.

واتساقًا مع نتائج الدراسات السابقة، أجرى لي وآخرون (Li et al., 2022) دراسة على (٢٥٦) مشاركًا من أطباء الأسنان في الصين لتقييم صحتهم النفسية المُدركة أثناء جائحة كوفيد-١٩، وأظهرت النتائج عن وجود تأثير لكوفيد-١٩ بشكل كبير على الصحة النفسية لأطباء الأسنان وعلى عملهم ونومهم؛ إذ أشار (٣٧.١٪) من أطباء الأسنان بأنهم قلقون، و(٣٤.٤٪) بأنهم يشعرون بالضغط، و(٣٣.٢٪) بأنهم في حالة اكتئاب، كما

أسفرت نتائج تحليل الانحدار أن هناك عدة عوامل ساهمت بشكل مباشر في حدوث الاكتئاب والقلق والضغوط، وهي: سنوات العمل، والقلق بشأن التعرض المهني والإصابة بعدوى الفيروس، ونقص الوعي بإجراءات الوقاية والتحكم، والعمل الإضافي أثناء الوباء، والقلق بشأن المشاركة في العمل الداعم، والإنهاك المستمر من العمل.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بعلاقة المقاومة النفسية والمفاهيم ذات الصلة بالكرب النفسي لدى العاملين بالمجال الطبي.

هدفت دراسة تشيو وآخرين (Qiu et al., 2020) إلى تحديد العلاقة بين المقاومة النفسية والتعب لدى الأطباء الصينيين، وتكونت العينة من (٨٦٦) طبيباً، وكشفت النتائج عن أن التعب يؤثر على صحة الأطباء الجسمية والنفسية، وأن هناك ارتباطاً سالباً بين المقاومة النفسية وأعراض التعب النفسية والجسمية.

وأسفرت نتائج دراسة أجراها أوانو وآخرون (Awano et al., 2020) على (٨٤٨) مشاركاً من العاملين في مجال الرعاية الصحية باليابان أثناء جائحة فيروس كورونا، ومنهم: (١٠٤) طبيبياً، و٤٦١ ممرضاً، و١٨٤ موظفاً إدارياً، و٩٩ عاملاً بالمستشفى)، عن أنه من بين جميع المشاركين أصيب (٨٥) مشاركاً أي (١٠٪) باضطراب القلق، وأصيب (٢٣٧) مشاركاً أي (٢٧.٩٪) بالاكتئاب، وكان القلق والخوف من الإصابة بالعدوى والموت، والعزلة الاجتماعية، والميل للهروب من العمل مرتفعاً لدى الأفراد المكتئبين مقارنة بغير المصابين بالاكتئاب، كما أشاروا إلى أن العاملين في مجال الرعاية الصحية الأكبر سناً، وذوي المقاومة النفسية المرتفعة أقل عرضة للإصابة بالاكتئاب مقارنة بغيرهم.

كما أجرى تام وآخرون (Tam et al., 2021) دراسة على (١٠٢٩) مشاركاً من مقدمي الرعاية الصحية في عيادات فيروس نقص المناعة البشرية في الصين، وأشارت النتائج إلى انتشار أعراض الكرب النفسي بين مقدمي الرعاية الصحية خلال جائحة كوفيد-١٩، وأن (٣٨٪) منهم عانوا من كرب نفسي، كما أشاروا إلى أن للمقاومة النفسية

دورًا وسيطًا في العلاقة بين أحداث العمل الضاغطة الناتجة عن كوفيد- ١٩ والكرب النفسي.

واهتمت دراسة إليوت وزملائه (Elliott et al., 2021) بمعرفة الفروق بين العاملين في مجال الرعاية الصحية ممن يتسموا بالمقاومة النفسية وغير المقاومين في الكرب النفسي، وتكونت العينة من (٦٦٦) مشاركًا، وأوضحت النتائج بوجود اختلاف بين العاملين في مجال الرعاية الصحية من حيث قابليتهم للإصابة بالكرب النفسي الناتج عن فيروس كوفيد- ١٩؛ فأشاروا إلى ارتفاع أعراض القلق والاكتئاب لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية ممن لم يتسموا بالمقاومة النفسية، وكذلك لدى العاملين من غير الحاصلين على مستوى الدكتوراه مقارنة بالحاصلين على مستوى الدكتوراه، كما أشاروا إلى أن المقاومة النفسية تنبئ بانخفاض الكرب النفسي. بالإضافة إلى أن اتباع سلوكيات المواجهة غير الفعالة تؤدي إلى تفاقم مستويات الكرب النفسي.

وأجرى بينك وآخرون (Pink et al., 2021) دراسة واسعة النطاق عبر مختلف المهن الحرجة ومرتفعة المخاطر، بما في ذلك الشرطة، والإطفاء، والإنتقاذ، وعاملي الرعاية الصحية، وبلغ عددهم (١٢٩٨٩) مشاركًا. وأسفرت النتائج عن أن العاملين في مجال الرعاية الصحية كان لديهم مستوى منخفض من الكرب النفسي مقارنة بالمهن الأخرى، كما أشاروا إلى أن هذه النتيجة ترجع إلى دور المقاومة النفسية لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ إذ أدت المستويات المرتفعة من المقاومة النفسية دورًا وقائيًا من الإصابة بالكرب النفسي.

وهدفت دراسة لورينتي وآخرين (Lorente et al., 2021) إلى معرفة الدور الوسيط للمقاومة النفسية في العلاقة بين مصادر ضغوط عمل (أعباء العمل، وعدم كفاية الإمكانيات للتعامل مع متطلبات العمل، ونقص الدعم، والخوف من العدوى، والوفاة) والكرب النفسي أثناء ذروة جائحة كوفيد- ١٩، وتكونت العينة من (٤٢١) مشاركًا من العاملين بالتمريض بإسبانيا. وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط إيجابي بين ضغوط العمل

والكرب النفسي، وجاء الخوف من العدوى أعلى الضغوط تقييماً، يليه موت المرضى، وعبء العمل الزائد، وارتباط المقاومة النفسية سلبياً بالكرب النفسي، كما كان للمقاومة النفسية دور وسيط جزئياً في العلاقة بين الضغوط والكرب النفسي، وارتباط استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال سلبياً بالكرب النفسي بشكل مباشر وغير مباشر من خلال المقاومة النفسية.

وفي السياق ذاته، هدفت دراسة فرانك وزملائه (Franck et al., 2022) إلى معرفة دور المقاومة النفسية أثناء جائحة كوفيد-١٩ على الصحة النفسية والجسمية للعاملين في مجال الرعاية الصحية في بلجيكا، وبلغ عددهم (١٣٧٦) مشاركاً من العاملين في مجال الرعاية المباشرة (وهم: الأطباء، والممرضون)، وموظفي الدعم والإدارة بالمستشفى. وأسفرت النتائج عن وجود دور إيجابي للمقاومة النفسية على أولئك الذين يعملون في الخطوط الأمامية أثناء وباء كوفيد-١٩، كما أن لها دوراً فعالاً في خفض أعراض الكرب النفسي. بالإضافة إلى ارتباط المستوى التعليمي المرتفع بانخفاض أعراض الكرب، وأن الأطباء أقل من تعرضوا لمخاطر التعرض للمستويات المرتفعة من أعراض الكرب مقارنة بالمرضى والموظفين بالمستشفى.

كما أجرى آريا وآخرون (Arya et al., 2022) دراسة على (١٠٠) مشارك من الأطباء الذين يعالجون مرضى كوفيد-١٩، وممن لا يعالجونهم في الفترة من سبتمبر ٢٠٢٠ إلى سبتمبر ٢٠٢١. وكشفت نتائج الدراسة عن أن الأطباء الذين يعالجون مرضى كوفيد لديهم قلق مرتفع مقارنة بالأطباء الآخرين، كما ارتفعت المقاومة النفسية لدى الأطباء الذين يعالجون مرضى كوفيد لمواجهة متطلبات العمل وآثاره السلبية، في حين أن الأطباء الذين لا يعالجون مرضى كوفيد ١٩ كان لديهم قدرة أفضل على المواجهة والمقاومة النفسية.

وأسفرت نتائج دراسة فريدريكس وآخرين (Fredericks et al., 2022) عن أن العاملين بالتمريض في وحدات المرضى الداخلية المخصصة لكوفيد-١٩ لديهم مستوى

مُعتدل من المقاومة النفسية يمكنهم من التخفيف من أعراض الكرب النفسي، والانفعالات السلبية غير المُدارة التي يمرون بها.

واتساقاً مع نتائج الدراسات السابقة، أشار ميسري وزملاؤه (Mesri et al., 2022) في دراسة على (٩١) مشاركاً من العاملين بالتمريض في القسم الخاص بمرضى كوفيد بإيران، أن هناك (٢٣.١%) من العاملين بالتمريض يعانون من الكرب النفسي، وأن هناك ارتباطاً سالباً بين المقاومة النفسية والكرب النفسي. بالإضافة إلى أنه كان هناك دور للمقاومة النفسية في التنبؤ بالكرب النفسي بنسبة (١٦%).

**وفيما يتعلق بالتعقيب على هذه الدراسات، يتبين في حدود اطلاع الباحثة- أن معظم الدراسات السابق عرضها في هذا السياق كانت تهتم ببحث ضغوط العمل المُدركة بكوفيد- ١٩، والمقاومة النفسية بشكل كلي، ولم تتناول المكونات الخاصة بهم على حدة بالكرب النفسي، بينما فيما يتعلق بالكرب النفسي فتم التركيز على أبعاده، بالإضافة إلى اهتمام بعض الدراسات بالدور الوسيط للمقاومة النفسية دون التركيز على دورها المُعدل، مع الإشارة إلى دورها الفعال في مواجهة أحداث العمل الضاغطة بالقطاع الطبي. وكذلك وجد أن هناك دراسات قليلة عُنت بالأطباء، وتركيز أغلبها على العاملين بالقطاع الطبي بشكل عام والتمريض. وفي سياق البيئة العربية -حسب حدود الباحثة في الاطلاع- لا توجد أية دراسات عنت ببحث المقاومة النفسية في تعديل العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء، مما يبرر دراسة الموضوع الحالي.**

## فروض الدراسة

بعد مراجعة نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو الآتي:

١. توجد علاقة ارتباطية موجبة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

٢. توجد علاقة ارتباطية سالبة بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.
٣. تُعدل المقاومة النفسية العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي؛ وذلك للكشف عن علاقة ضغوط العمل المُدركة بالكرب النفسي، وكذلك الكشف عن الدور الذي يقوم به المقاومة النفسية في تعديل العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء.

### عينة الدراسة وخصائصها

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٦٠) طبيباً من الذكور العاملين بالمستشفيات الحكومية، وهي: (مستشفى القصر العيني، والقصر العيني الفرنساوي، والمعهد القومي للأورام، والحسين الجامعي، والدمرداش، وعين شمس التخصصي)، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٤.٧ ± ٥.٢) سنة، كما أنهم يعملون حوالي (٨) ساعات بالمستشفى، وفي فترات العمل الصباحية، والمسائية، والليلية، بالتبادل، ولديهم جميعاً عيادات خاصة.

وأشاروا إلى تعاملهم مع مرضى فيروس كورونا، كما ذكر حوالي (٨٥٪) من أفراد العينة بأن سبق لهم التعرض للإصابة بفيروس كورونا وتم التعافي منها. وروعي في العينة عدة شروط، منها: (١) تجنب الأعمار المتقدمة في السن؛ بهدف استبعاد مرحلة الشيخوخة وما يرتبط بها من تغيرات قد تتداخل مع هدف الدراسة. (٢) ألا يعانون من أية أمراض جسمية مزمنة أو أمراض نفسية. ويوضح جدول (١) خصائص أفراد العينة.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

الأطباء (ن=٦٠)		المتغير الديموجرافي	
النسبة المئوية %	التكرارات		
٤١.٧%	٢٥	بكالوريوس	المؤهل الأكاديمي الطبي
٣٣.٣%	٢٠	ماجستير	
٢٥%	١٥	دكتوراه	
٣٣.٣%	٢٠	أعزب	الحالة الاجتماعية
٦٦.٧%	٤٠	متزوج	
٢٥%	١٥	الباطنة	أقسام العمل
٢٠%	١٢	القلب	
٢٠%	١٢	النساء والتوليد	
١٠%	٦	رعاية الحالات الحرجة	
١١.٧%	٧	علاج الأورام	
١٣.٣%	٨	جراحة عامة	

أدوات الدراسة

تتكون أدوات الدراسة من ثلاثة مقاييس، وهي:

١. مقياس ضغوط العمل المُدرَكة، إعداد: الباحثة.
٢. مقياس الكرب النفسي، إعداد: هدى سعيد أحمد (٢٠١٧).
٣. مقياس المقاومة النفسية، إعداد: مروة حسين واصف (٢٠٢١).

بالإضافة إلى استمارة البيانات الأساسية؛ لجمع البيانات الديموجرافية.

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

## [١] مقياس ضغوط العمل المُدرّكة (النسخة المختصرة، إعداد: الباحثة).

تمّ إعدادُ نسخة مختصرة من مقياس خصائص العمل الضاغط، إعداد الباحثة في دراسة سابقة (سليمان، ٢٠٢٠). وتكوّن المقياس الأصلي من (٦٨) بنداً وتمتع بمعاملات صدق وثبات مرتفعة، وتكوّن في صورته المختصرة من (٤٠) بنداً ووزعت البنود على عدة مكونات، ليضمّ (٥) بنود لضغوط العمل الجسمية، و(٥) بنود لضغوط العمل الانفعالية، و(٥) بنود لضغوط العمل العقلية، و(٥) بنود لضغوط العمل الإدارية والإشرافية، و(٥) بنود لضغوط إدارة الوقت، و(٥) بنود لعدم ملاءمة العائد المادي من العمل، و(٥) بنود لمخاطر العمل، و(٥) بنود لضعف الإمكانيات والمُعِينات في العمل. ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من بين أربعة بدائل تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم انطباق البند تماماً، والدرجة (٤) التي تشير إلى انطباق البند بدرجة كبيرة. وتصحّح الدرجة في الاتجاه السلبي، وبالتالي تُشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى زيادة ضغوط العمل المُدرّكة في بيئة عمل الأطباء، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٤٠-١٦٠) درجة.

### إجراءات التحقّق من الكفاءة السيكومترية لمقياس ضغوط العمل المُدرّكة

#### أولاً: صدق المقياس

تحققت مُعدة المقياس من مؤشرات صدقه بعدة طرق، وهي: صدق المُحكّمين، وصدق المفهوم، والصدق العاملي التوكيدي. وأسفرت جميع الطرق عن أن المقياس يتسم بدرجات مقبولة من الكفاءة السيكومترية، كما حقّقَ قيماً مرتفعة لمؤشرات حسن المطابقة، وهو ما يتيح إمكانية الاعتماد على النتائج المستمدّة منه (سليمان، ٢٠٢٠).

وفي الدراسة الحالية، تم التحقّق من صدق المفهوم من خلال حساب الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكوّن من المكونات الفرعية الثمّان لمقياس ضغوط العمل في علاقتها بالدرجة الكلية للمقياس بوجه عام، وذلك لدى عينة الخصائص السيكومترية، والتي تكونت

من (٣٠) طبيباً بالمستشفيات الحكومية، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٢,٧ + ٣,٧) سنة. وراعت الدراسة في هذه العينة الشروط نفسها المستخدمة في العينة الأساسية. وأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن المقياس يتَّسِم بصدق مقبول، وهو ما يوضِّحه جدول (٢).

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس ضغوط العمل والدرجة الكلية. (ن = ٣٠)

الدرجة الكلية للمقياس	المكونات الفرعية لمقياس ضغوط العمل
٠,٧٧٠	١- ضغوط العمل الجسمية
٠,٧٤٦	٢- ضغوط العمل الانفعالية
٠,٧٤٢	٣- ضغوط العمل العقلية
٠,٧٠٧	٤- ضغوط العمل الإدارية
٠,٧٣٨	٥- ضغوط إدارة الوقت
٠,٧٣١	٦- عدم ملائمة العائد المادي
٠,٧٨٨	٧- مخاطر العمل
٠,٧٣٠	٨- ضعف الإمكانيات والمُعِينَات

### ثانياً: ثبات المقياس

تمَّ تقدير ثبات المقياس على عينة الخصائص السيكومترية (ن = ٣٠) من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تم حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي:

جدول (٣)

معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس ضغوط العمل

الأطباء (ن = ٣٠)		معامل ثبات مقياس
القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	
٠,٩٢	٠,٩٦	ضغوط العمل المُدرَكة

ويتضح من نتائج جدول (٣) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس ضغوط العمل المُدرَكة، مقبولة ومرتفعة بوجه عام.

### [٢] مقياس الكرب النفسي (إعداد: هدى سعيد).

يتضمن المقياس (٦٣) بنداً موزعة على أربعة مكونات؛ ليضم (٢٠) بنداً لقياس القلق، و(٢٠) بنداً لقياس الاكتئاب، و(١٢) بنداً لقياس الوسواس، و(١١) بنداً لقياس التعب المزمن. ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من بين خمسة بدائل تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى عدم وجود شعور مطلقاً بالكرب النفسي، والدرجة (٥) التي تشير إلى وجود مستوى شديد جداً من الكرب النفسي، ولا توجد بنود عكسية بالمقياس، وبالتالي تُشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى زيادة الكرب النفسي لدى الأطباء، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٦٣-٣١٥) درجة.

### إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الكرب النفسي

#### أولاً: صدق المقياس

تحققت هدى سعيد (٢٠١٧) من مؤشرات صدق المقياس من خلال صدق التعلق بمحك خارجي؛ وأسفر عن وجود ارتباط موجب بين قائمة سبيلبرجر للقلق كحالة ومقياس الكرب النفسي، وقد بلغت قيمة معامل هذا الارتباط (٠.٧١). مما يدل على تمتع البطارية بدرجة مقبولة من الصدق التلازمي من خلال الارتباط بمحك آخر.

وفي الدراسة الحالية، تم التحقق من صدق المفهوم من خلال حساب الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون من المكونات الفرعية الأربعة لمقياس الكرب النفسي في علاقتها بالدرجة الكلية للمقياس بوجه عام، وذلك لدى عينة الخصائص السيكومترية (ن = ٣٠)، وأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن المقياس يتَّسِم بصدق مقبول، وهو ما يوضِّحه جدول (٤).

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس الكرب النفسي والدرجة الكلية. (ن = ٣٠)

الدرجة الكلية للمقياس	المكونات الفرعية لمقياس الكرب النفسي
٠,٨٣٧	١- القلق
٠,٨١٠	٢- الاكتئاب
٠,٧٥١	٣- الوسواس
٠,٨٠١	٤- التعب

ثانياً: ثبات المقياس

تمَّ تقدير ثبات المقياس على عينة الخصائص السيكومترية (ن = ٣٠) من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تم حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي:

جدول (٥)

معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس الكرب النفسي

الأطباء (ن = ٣٠)		معامل ثبات مقياس
القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	
٠,٧٩	٠,٨٢	الكرب النفسي

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

### [٣] مقياس المقاومة النفسية (إعداد: مروة حسين).

يتكون المقياس من (٥٦) بنداً، موزعة على ستة مكونات؛ ليضم (١٢) بنداً لقياس النظرة الإيجابية للحياة، و(١٤) بنداً لقياس كفاءة مواجهة المشكلات والإفادة من الخبرة، و(٦) بنود لقياس الدعم الذاتي وتقبل النقد، و(٧) بنود لقياس المرونة، و(٩) بنود لقياس المساندة الاجتماعية، و(٨) بنود لقياس المثابرة والصمود. ويُجاب عن كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من بين أربعة بدائل تتراوح بين الدرجة (١) التي تشير إلى أن العبارة لا تنطبق عليه أبداً، والدرجة (٤) التي تشير إلى أن العبارة تنطبق عليه دائماً. ويصحح المقياس في الاتجاه الإيجابي، وبالتالي تُشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى زيادة المقاومة النفسية لدى الأطباء، وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٥٦-٢٢٤) درجة.

### إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس المقاومة النفسية

#### أولاً: صدق المقياس

تحققت مروة حسين (٢٠٢١) من صدق المقياس من خلال: صدق المُحكّمين، والصدق التمييزي؛ وأسفرت جميع الطرق عن أن المقياس يتسم بدرجات مقبولة من الصدق، وأنه تمكن من التمييز بين مجموعتي المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين.

وفي الدراسة الحالية، تم التحقق من صدق المفهوم من خلال حساب الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مكون من المكونات الفرعية الستة لمقياس المقاومة النفسية في علاقتها بالدرجة الكلية للمقياس بوجه عام، وذلك لدى عينة الخصائص السيكومترية (ن = ٣٠)، وأظهرت نتيجة هذا الإجراء أن المقياس يتّسم بصدق مقبول، وهو ما يوضّحه جدول (٦).

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين المكونات الفرعية لمقياس المقاومة النفسية والدرجة الكلية.

المكونات الفرعية لمقياس المقاومة النفسية	الدرجة الكلية للمقياس
١- النظرة الإيجابية للحياة	٠,٧٥٣
٢- كفاءة مواجهة المشكلات والإفادة من الخبرة	٠,٨٤١
٣- الدعم الذاتي وتقبل النقد	٠,٧٠٤
٤- المرونة	٠,٧٠٨
٥- المساندة الاجتماعية	٠,٧١١
٦- المثابرة والصمود	٠,٧٤٠

ثانياً: ثبات المقياس

تمّ تقدير ثبات المقياس على عينة الخصائص السيكومترية (ن = ٣٠) من خلال حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكذلك تم حساب القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ونعرضهما على النحو التالي:

جدول (٧)

معاملات ثبات ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول لمقياس المقاومة النفسية

الأطباء (ن = ٣٠)		معامل ثبات مقياس
القسمة النصفية	ألفا لكرونباخ	
٠,٨١	٠,٨٥	المقاومة النفسية

ويتضح من نتائج جدول (٧) أن معاملات الثبات بطريقتي ألفا لكرونباخ، والقسمة النصفية لمقياس المقاومة النفسية، مقبولة ومرتفعة بوجه عام.

كما تجدر الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى ما سبق، فإن ما تُفضي إليه الدراسة الحالية من نتائج بين متغيرات الدراسة (ضغوط العمل المُدركة، والكرب النفسي، والمقاومة

النفسية) بما يتسق مع فروض الدراسة وإطارها النَّظْرِيّ، يمكن أن يُعد مؤشرات إضافية للصدق بما يُسمّى صدق التكوين.

## عرض النتائج

يهتم هذا الجزء بعرض نتائج التحليلات الإحصائية التي أُجريت على بيانات الدراسة الحالية، ومدى إسهامها في الإجابة عن أسئلة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو الآتي:

نتائج الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية موجبة بين ضغوط العمل المُدرّكة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

يوضح جدول (٨) نتائج معاملات الارتباط بين ضغوط العمل المُدرّكة والكرب النفسي لدى الأطباء.

### جدول (٨)

معاملات الارتباط بين ضغوط العمل المُدرّكة والكرب النفسي لدى الأطباء

الأطباء (ن = ٦٠)					العينة مقياس
الدرجة الكلية للكرب النفسي	التعب	الوسواس	الاكتئاب	القلق	
**٠,٧٨٠	**٠,٦١٩	**٠,٣٤٨	**٠,٦٤١	**٠,٧٣٩	ضغوط العمل المُدرّكة

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

يتبيّن من نتائج جدول (٨) وجود علاقات ارتباطية موجبة بين ضغوط العمل المُدرّكة والكرب النفسي بمكوناته الفرعية لدى الأطباء. وتعني هذه النتيجة أن عند إدراك الأطباء بأنهم يتعرضون لضغوط في بيئة عملهم أثناء جائحة فيروس كورونا يزداد شعورهم بالكرب النفسي وبمكوناته الفرعية (القلق، والاكتئاب، والتعب، والوسواس) على التوالي.

نتائج الفرض الثاني: توجد علاقة ارتباطية سالبة بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

يوضح جدول (٩) نتائج معاملات الارتباط بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء.

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء

الأطباء (ن = ٦٠)					العينة
الدرجة الكلية للكرب النفسي	التعب	الوسواس	الاكتئاب	القلق	مقياس
-٠,٨٢٣**	-٠,٧٦٨**	-٠,٣٣٥**	-٠,٧٣٧**	-٠,٧٩٩**	المقاومة النفسية

\*\* دال عند مستوى معنوية (٠,٠١). وتم الكشف عند دلالة الذيلين.

يتبين من نتائج جدول (٩) وجود علاقات ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للمقاومة النفسية والكرب النفسي وجميع مكوناته الفرعية لدى الأطباء. وتُعنى هذه النتيجة أن الأطباء الذين لديهم مقاومة نفسية مرتفعة ينخفض شعورهم بالكرب النفسي وبمكوناته الفرعية (القلق، والتعب، والاكتئاب، والوسواس) على التوالي:

نتائج الفرض الثالث: تُعدل المقاومة النفسية العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

تمَّ اختبار هذا الفرض بطريقتين إحصائيتين للكشف عن الدور المُعدل للمقاومة النفسية لدى الأطباء، على النحو التالي:

### الطريقة الأولى: معامل الارتباط الجزئي

تمّ حساب الارتباط بين المتغير المنبئ (ضغوط العمل المُدركة) والمتغير المحكي (الكرب النفسي)، ثمّ حساب الارتباط بينهما مرة أخرى بعد عزل تأثير المتغير المُعدل (المقاومة النفسية)، وهو ما يوضحه جدول (١٠) من نتائج لمعاملات الارتباط البسيط، والجزئي ودلالتهما لدى عينة الدراسة الكلية (ن = ٦٠).

#### جدول (١٠)

معاملات الارتباط المستقيم والجزئي للعلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي قبل وبعد استبعاد المتغير المُعدل.

معامل الارتباط	قبل استبعاد المقاومة النفسية	بعد استبعاد المقاومة النفسية
ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي	** ٠,٧٨٠	* ٠,٥٣٤

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

يتضح من نتائج جدول (١٠) أن معاملات الارتباط بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي موجبة سواء قبل أو بعد الاستبعاد، وانخفضت قيمة معامل الارتباط بعد استبعاد المتغير المُعدل (المقاومة النفسية) كما انخفض مستوى الدلالة، مما يشير إلى وجود دور مُعدل للمقاومة النفسية في العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي.

### الطريقة الثانية: تحليل الانحدار الهرمي

تم الكشف عن دور المقاومة النفسية (المتغير المُعدل) في العلاقة بين ضغوط العمل المُدرّكة والكرب النفسي باتباع تحليل الانحدار الهرمي (\*) لدى عينة الدراسة الكلية (ن=٦٠)، ويتضح ذلك فيما يلي:

جدول (١١).

الدور المُعدل للمقاومة النفسية في العلاقة بين ضغوط العمل والكرب النفسي لدى الأطباء.

المتغيرات	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	النسبة المئوية	بيتا	مربع معامل الارتباط (R <sup>2</sup> )	مستوي الدلالة
تأثير ضغوط العمل المُدرّكة على الكرب النفسي						
الخطوة الأولى	٠,٥٨٩	٠,٠٣٨	١٥,٥٠	٠,٥١٢	٠,٢٦٢	٠,٠١
تأثير المقاومة النفسية على الكرب النفسي						
الخطوة الثانية	٠,٤٩٥-	٠,٠٥٣	٩,٣٣-	٠,٣٤١-	٠,١١٦	٠,٠١
تأثير ضغوط العمل المُدرّكة والمقاومة النفسية على الكرب النفسي						
الخطوة الثالثة	٠,٥٦٠	٠,٢١	٢,٦٦	٠,٥١٣	٠,٢٦٣	٠,٠١

(\*) يستخدم تحليل الانحدار الهرمي لدراسة المتغيرات المُعدلة وفق أربع خطوات؛ تتمثل الخطوة الأولى في: حساب التأثير المباشر بين المتغير المنبئ (ضغوط العمل) على المتغير المحكي (الكرب النفسي)، والخطوة الثانية: حساب التأثير المباشر بين المتغير المعدل (المقاومة النفسية) على المتغير المحكي، والخطوة الثالثة: حساب التأثير المباشر بين المتغير المنبئ والمُعدل معاً في النموذج على المتغير المحكي، والخطوة الرابعة: حساب تأثير المتغير المنبئ والمُعدل والتفاعل بين المتغير المنبئ والمُعدل (حاصل ضرب ضغوط العمل مع المقاومة النفسية) على المتغير المحكي، وتوضح هذه الخطوة دور المتغير المعدل، ويتم تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية (Z Scores) (Howitt & Cramer, 2017).

المتغيرات	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	بيتا	مربع معامل الارتباط (R)	مستوي الدلالة
المقاومة النفسية	٠,٠٥-	٠,٠٦٥	٠,٧٦-	٠,٠١-		غير دال
الدور المُعدل للمقاومة النفسية في العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي						
الخطوة الرابعة	ضغوط العمل	٠,١٣٩	٠,١٤٣	٠,٩٧	٠,٢٩٤	غير دال
	المقاومة النفسية	٠,٠٦٢-	٠,٠٤٤	١,٤٠-	٠,٠٤٣-	غير دال
	التفاعل بين ضغوط العمل والمقاومة النفسية	٠,٥٩٢-	٠,١٥٠	٣,٩٤٦-	٠,٤٣٦-	٠,٠١

ويتضح من نتائج جدول (١١) في الخطوة الرابعة أن للمقاومة النفسية دوراً مُعدلاً بشكل كلي؛ وذلك لوجود تأثير دال للمقاومة النفسية عند تفاعلها مع ضغوط العمل المُدركة في خفض الشعور بالكرب النفسي.

### مناقشة النتائج

تبين من نتائج الدراسة الحالية تحقق فروض الدراسة؛ ففيما يتعلق بالفرض الأول أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية لضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي بمكوناته الفرعية لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

وعندما نتجه إلى تفسير هذه النتيجة على مستوى الدراسات السابقة نجد أنها تتسق مع نتائج عديد من الدراسات السابقة، مثل: دراسة لي وآخرين (Li et al., 2022) التي بينت وجود آثار سلبية ناتجة عن جائحة فيروس كورونا على الصحة النفسية لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية، والتي منها ارتفاع مستوى ضغوط العمل المُدركة. ودراسة تشين وزملائه (Chen et al., 2022) التي أوضحت بأن العمل في مجال الرعاية الصحية أثناء جائحة فيروس كورونا ارتبط بحدوث الأعراض النفسية السلبية، والتي منها: ارتفاع

مستوى القلق والتوتر. بالإضافة إلى ما أشارت إليه نتائج دراسة هوي وزملائه (Hou et al., 2020) من إصابة عدد كبير من العاملين في مجال الرعاية الصحية بكرب ما بعد الصدمة، والتعب أثناء انتشار الفيروس.

وأظهرت دراسات أخرى، ومنها: دراسة تشانغ وزملائه (Zhang et al., 2020) ، دراسة تشين Chen ولي Li (2021) بأن ضغوط العمل المُدركة تتبئ بالإصابة بالقلق والاكتئاب واللاتي يُعدان بمثابة أحد أعراض الكرب النفسي. كما أشار لي وآخرون (Li et al., 2022) أن العمل الضاغط من بين عدة عوامل ساهمت بشكل مباشر في حدوث الاكتئاب والقلق والضغط لدى الأطباء.

بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية عن نتائج دراسة ماتسوموتو وزملائه (Matsumoto et al., 2021) التي أشارت إلى عدم تعرض الأطباء إلى مستوى مرتفع من أعراض القلق والاكتئاب مقارنة بجميع العاملين الآخرين بالقطاع الطبي وخاصة الممرضين؛ وقد يرجع ذلك إلى أن الممرضين يتصلون بشكل مباشر ولمدة طويلة مع مرضى فيروس كورونا مقارنة بالأطباء (Zhu et al., 2020).

وكذلك مع ما أشار إليه مركلاس وآخرون (Mrklas et al., 2020) إلى ارتفاع الآثار السلبية (أعراض القلق والاكتئاب) لدى العاملين بشكل عام بمجالات متنوعة بعد ظهور الجائحة مقارنة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية؛ وقد يُعزى ذلك إلى أن المعرفة المحدودة لدى الأفراد خارج القطاع الطبي بشأن فيروس كورونا، وإجراءات الوقاية منه، والإمدادات الطبية، وكيفية الرعاية الذاتية من شأنها أن تؤدي إلى ارتفاع الشعور بأعراض الكرب النفسي (Matsumoto et al., 2021) ومن ثمَّ يتضح في هذا السياق دور مؤسسات العمل في تقليل مخاطر انتشار العدوى بالفيروس؛ وذلك من خلال نشر معلومات كافية عن طرق العدوى، وتدريب العاملين عن كيفية الحماية الذاتية، وتوفير التدخل النفسي الفعال عند الحاجة (Ramesh et al., 2020).

وتناولت الدراسة الحالية أعراض الوسواس القهري كأحد مكونات الكرب النفسي أثناء فترة جائحة فيروس كورونا؛ من منطلق تداعيات هذه الفترة في تزايد اهتمام الأفراد بالتنظيف والنظافة، والتي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور المشكلات المتعلقة بأعراض الوسواس القهري، دون الوصول إلى حد الاضطراب (Zheng et al., 2020). واتساقاً مع هذا جاءت نتيجة الدراسة لتشير إلى وجود ارتباط موجب بين ضغوط العمل المُدركة وأعراض الوسواس، وإن كان أقل شدة مقارنة بأعراض الكرب الأخرى لدى الأطباء..

واتسقت هذه النتيجة مع ما أشارت إليه بعض الدراسات، من ازدياد أعراض الوسواس أثناء جائحة فيروس كورونا فيما يتعلق بسلوكيات النظافة، وغسل اليدين القهري لدى العاملين بالوظائف الخدمية مقارنة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية وخاصة الأطباء؛ وربما يرجع ذلك إلى اهتمام الأطباء بسلوكيات الوقاية التي تدعم خطط السلامة والصحة المهنية في عملهم من قبل حدوث الجائحة (مثل: ارتدائهم للأقنعة، واستخدامهم للمطهرات، وغسل اليدين، وتجنب لمس العينين والأنف والفم، وحرصهم على التباعد وغيرها) (Mrklas et al., 2020; Ramesh et al., 2020; Zheng et al., 2020).

وبناءً على ما سبق، يتضح أن جائحة فيروس كورونا من أحد أكثر الأوبئة التي ارتبطت بالعديد من الضغوطات التي قد تؤدي إلى حدوث أضرار جسيمة للصحة الجسمية والنفسية للأفراد العاملين أثناء وبعد هذا الوباء (Hamouche&Zheng et al., 2020).

وعندما نتناول تفسير نتيجة الفرض الأول على المستوى النظري؛ يتضح أن حياة الفرد مملوءة بالأحداث والمواقف التي يمر بها خلال حياته اليومية، وإن إدراكه لهذه المواقف هو الذي يحدد نوع أفكاره سواء إيجابية أو سلبية، ووفقاً للنظرية المعرفية التي تقوم على فهم المواقف التي يمر بها، وإدراكها وتفسيرها، نجد أن إدراك الموقف يختلف من شخص لآخر حتي إذا كان الموقف واحداً، نظراً لاختلافهم في طرق وأنماط تفكيرهم، وبالتالي لا ينتج الكرب النفسي مباشرة من المواقف التي يمر بها، إنما من الأفكار المرتبطة بها أو ما يسمى بطبيعة إدراكنا لهذه المواقف، وهذا الذي يجعل الفرد يشعر بالكرب النفسي أو السعادة؛ ومن

ثمَّ فأفكارنا تؤثر على حالتنا الانفعالية من ناحية واستجاباتنا السلوكية والفسولوجية من ناحية أخرى (جودة، ٢٠٢٢).

كما ينشأ الكرب النفسي نتيجة متطلبات الدور المفروضة على الأطباء، ويتسق هذا مع ما أشار إليه ديميروتي وزملاؤه في نموذج مطالب-موارد العمل؛ في أن أعباء العمل (ضغوط العمل أثناء الجائحة) ومنها: الخوف من الإصابة بالعدوى، والمعلومات غير الكافية، وعدم كفاية الإمدادات، وانعدام الأمن الوظيفي، وإدراك السلامة المهنية، وغيرها مع عدم توفر الموارد؛ من شأنه أن يؤدي إلى حدوث النتائج السلبية، ومنها: أعراض الكرب النفسي، وانخفاض الشعور بحسن الحال (Bakker & Demerouti, 2014; Brooks et al., 2020; Hamouche, 2020).

وبناءً على ما سبق، يتضح أن الكرب النفسي يظهر عندما يواجه الفرد ظروف عمل ضاغطة، تنشأ نتيجة تجاوز مطالب العمل لإمكانياته وقدراته ومهاراته، مما يتطلب سعي الفرد إلى تحقيق التوازن والحفاظ على أدائه.

بالإضافة إلى ما أشار إليه كاراسيك في نمودجه بأن الآثار السلبية على الصحة النفسية والجسمية لا تحدث فقط نتيجة إدراك العاملين لزيادة أعباء العمل، ولكن أيضاً في ضوء مدى إدراكهم لتحكمهم وسيطرتهم على تلك الأعباء ومتطلبات العمل (Karasek et al., 2007).

ونظراً لكون جائحة كوفيد-١٩ حدثاً مفاجئاً وصادماً للعديد من العاملين بالقطاع الطبي، مع عدم توفر علاج محدد له؛ أدى ذلك إلى إدراك الأطباء بصعوبة التحكم فيه، وأن الأحداث قد تكون خارج نطاق سيطرتهم، ومن ثمَّ ارتبط بحدوث الكرب النفسي (Hou et al., 2020).

**وفيما يتعلق بالفرض الثاني** أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المقاومة النفسية والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

وتتفق نتائج الدراسة هنا مع ما كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات، التي أشارت في مجملها إلى أن العاملين بالقطاع الطبي وبوجه خاص الأطباء مرتفعي المقاومة النفسية ينخفض لديهم أعراض الكرب النفسي (Kimhi et al., 2020; Arya et al., 2022; Franck et al., 2022)، وكذلك انخفاض مكوناته القلق، والاكتئاب (Awano et al., 2021; Elliott et al., 2020)، والتعب النفسي والجسمي (Qiu et al., 2020). كما أشارت بعض الدراسات إلى دور المقاومة النفسية في التنبؤ بتحمل الكرب النفسي وخفض أعراضه (Elliott et al., 2021; Mesri et al., 2022).

وفيما يخص تفسير هذه النتيجة على المستوى النظري، يتضح أن نماذج التحدي تدعم المقاومة النفسية من خلال التعرض المستمر لقدر معتدل من الضغوط (Zimmerman & Arunkumar, 1994). ويتسق هذا النموذج مع ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات بأنه كما تمثل أعباء العمل الزائدة وغير المتكافئة على العاملين بالقطاع الطبي خلال جائحة فيروس كورونا عامل خطر كبير، فإن انخفاض أعباء العمل تمثل أيضاً عامل خطر لا يقل أهمية عن زيادتها (Khan et al., 2022).

ووفقاً لنموذج ريتشاردسون فإنه عندما يكون هناك مستوى مرتفع من عوامل الوقاية (الصفات الداعمة للمقاومة) لدى الفرد فإنه يكون قادراً على التصدي للضغوط والشدائد وأحداث الحياة الضاغطة، وعندما ينخفض مستوى عوامل الوقاية تتخفض المقاومة النفسية لدى الفرد فيلجأ لأساليب المواجهة غير الفعالة (السروري، ٢٠١٤؛ Elliott et al., 2021).

وفي هذا الصدد نجد أن بعض الأفراد يبدو أنهم مقاومون لأنهم لا يتعرضون بالفعل لخطر شديد، في حين أن أفراد آخرين يمكن قياس المقاومة النفسية لديهم بحجم ما واجهوه من أخطار واقعية تهدد صحتهم، وبالتالي يجب أن يتعرض الأفراد إلى أحداث ضاغطة للحكم عليهم بأنهم يتسموا بالمقاومة أم لا (الأعسر، ٢٠١١؛ محمد، ٢٠١٣).

وبالتالي، نجد أن الأفراد الذين يتصفون بالمقاومة النفسية يحققون نتائج ومستويات توافق مرتفعة شبيهة بالذين لم يمروا بمحن في حياتهم أو مروا بمحن عابرة، في حين أن هناك من الأفراد تأثر بالضغط ولم يستطع مواجهتها؛ مما أدى إلى سوء توافقه واضطرابه النفسي (محمد، ٢٠١٣).

وبناءً على ما سبق، يمكن القول بأن ضغوط العمل المرتبطة بجائحة فيروس كورونا تؤدي إلى ظهور آثار سلبية على الصحة النفسية للأطباء، والتي منها: أعراض كرب نفسي، وأن الأطباء المقاومون هم من لديهم قدر من المقاومة النفسية والتي أدت بدورها إلى خفض هذه الآثار السلبية.

**وفيما يتعلق بالفرض الثالث** كشفت النتائج عن وجود دور مُعدل للمقاومة النفسية في العلاقة بين ضغوط العمل المُدركة والكرب النفسي لدى الأطباء أثناء جائحة فيروس كورونا.

وتتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه بعض الباحثين من وجود دور وسيط للمقاومة النفسية في العلاقة بين أحداث العمل الضاغطة الناتجة عن فيروس كورونا والكرب النفسي (Lorente et al., 2021; Tam et al., 2021).

وكذلك أشار لي وزملاؤه (Li et al., 2022) إلى أن هناك دوراً مُعدلاً للمقاومة النفسية، في خفض تأثير الضغوط الملحوظ على الشعور بالاكئاب. كما أشار تولوكو وآخرون (Tulucu et al., 2022) أن للمقاومة النفسية دوراً مُعدلاً وتخفف من الآثار السلبية للكرب النفسي في علاقته بالارتباط بالعمل.

ويتضح عند تفسير هذه النتيجة أن ارتفاع مستوى الدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى الأطباء يساعدهم على مواجهة التحديات والتغلب على العقبات التي تنشأ في إطار بيئة العمل، كما أنهم يتمكنوا من مواجهة الضغوط العديدة وتحمل الظروف الصعبة، ومن ثمّ فالعمليات المتضمنة في المقاومة النفسية تسهم بدورها في حماية الأطباء، وترفع من

مستوى جودة أدائهم، ومن ناحية أخرى تسهم في خفض التأثيرات السلبية لفيروس كورونا على صحتهم النفسية (Hamouche, 2020; Pink et al., 2021). وبالتالي، يمكن تحسين الصحة النفسية لدى مقدمي الرعاية الصحية من خلال تحسين المقاومة النفسية (Mesri et al., 2022).

ويتسق ذلك مع ما أوضحه نموذج مطالب-موارد العمل لدى ديميروتي وزملائه، ففي حين ما تتطلبه أعباء العمل من العاملين بالقطاع الطبي من بذل مزيد من الجهد، والذي قد يُنبئ بالنتائج السلبية فإن الموارد -سواء كانت تلك التي توفرها بيئة العمل، أو الشخصية الخاصة بالفرد هي التي تساعد على خفض تلك الآثار السلبية (Bakker, Demerouti, 2014).

كما أكد نموذج الحفاظ على الموارد لدى هوبفول على أهمية الموارد الشخصية، والتي منها: المقاومة النفسية؛ كونها تمكن الفرد من مواجهة أعباء العمل، بالإضافة إلى أهمية إدارة الموارد الأخرى بنجاح، والحفاظ عليها، والعمل على اكتساب موارد جديدة (Hobfoll, 2011).

وبناءً على ما سبق، نجد أن الأطباء الذين يتسمون بالمقاومة النفسية بالرغم من مواجهتهم لقدر من الضغوط في بيئة عملهم أثناء جائحة فيروس كورونا، وانتشار العدوي، والوفيات؛ فإنهم يظهرون أداءً مهنيًا مرتفعًا، كما ينخفض تأثير العمل الضاغط على شعورهم بأعراض الكرب النفسي.

ومن هنا يتضح أن للمقاومة النفسية دورًا فعالًا في تعزيز صحة الأطباء النفسية والجسمية وشعورهم بحسن الحال، كما تساعدهم على خفض الآثار السلبية الناتجة عن العمل الضاغط بشكل فعال.

وبناءً على ما سبق، توصي الدراسة الحالية بما يلي:

١. أهمية تحسين بيئة عمل مقدمي الرعاية الصحية، وتطوير خطط السلامة والصحة المهنية؛ لمنع مخاطر العدوى وانتشار فيروس كورونا داخل العمل بالمستشفى، وتحسين أداء الأطباء.
٢. أهمية دراسة العوامل الاجتماعية والثقافية المحيطة بالأطباء؛ إذ إن عوامل الاستهداف للخطر وعوامل الوقاية ترجع إلى عوامل خاصة بالفرد والأسرة والمجتمع، ونظرًا لصعوبة الفصل بين العمل والحياة الاجتماعية، فإنه قد يحدث انتقالٌ للآثار السلبية الناتجة عن العمل الضاغط إلى الحياة الأسرية للفرد والعكس.
٣. عمل متابعة دَورِيَّة واستِطْلَاعات لرأي المرضى حول طبيعة الخدمة الطبية المقدَّمة لهم، وكذلك تقييم الأطباء لظروف العمل، ومدى توفر الخدمات والإمكانات والموارد الطبية، وتحديد جوانب الضعف؛ للعمل على محاولة تحسّينها، وتجنُّب الآثار السلبية على صحتهم النفسية والجسمية.
٤. تطوير البرامج التي تعني بتحسين العناصر النوعية للمقاومة النفسية لدى العاملين بالقطاع الطبي خاصة التي تدريبهم على رفع مستوى الصلابة النفسية، ومواجهة المشكلات والضغوط؛ للتعامل مع ما يواجههم من أعباء في العمل، ومن ثمَّ خفض أعراض الكرب النفسي لديهم.

## المراجع

- أحمد، هدى. (٢٠١٧). قلق الموت والكرب النفسي كمنبئين بنوبات الهلع لدى مرضى الشريان التاجي والأصحاء [رسالة ماجستير غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.
- إسماعيل، بشرى. (٢٠٠٤). ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأعسر، صفاء. (٢٠١١). لماذا ندرس الصمود النفسي، في: سام جولدستين، روبرت ب. بروكس (المحررين)، الصمود لدى الأطفال (ص ص ٢٣ - ٤٣). (ترجمة وتقديم: صفاء الأعسر). القاهرة: المركز القومي للترجمة. (تم نشر العمل الأصلي سنة ٢٠٠٥).
- البحيري، محمد. (٢٠١١). تباين الصمود النفسي بتباين بعض المتغيرات لدى عينة من الأيتام بطيء التعلم. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٧٠ (٢١)، ٤٧٩-٥٣٦.
- السروري، نبيلة. (٢٠١٤). المقاومة النفسية كمتغير معدل للعلاقة بين الأحداث الضاغطة وبعض المشكلات السلوكية لدى أطفال الشوارع في اليمن [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.
- الغباشي، سهير. (٢٠٠٠). القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي. مجلة دراسات نفسية، ١٠ (٢)، ١٢٧ - ١٨١.
- أيوب، انجيل. (٢٠١٦). العلاقة بين المقاومة النفسية وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين سمعياً [رسالة ماجستير غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

بشير، إيمان، ودرويش، مني. (٢٠٢١). دور نوعية الحياة في تعديل العلاقة بين الضغوط المُدرّكة وزملة التعب المزمن. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٣١(١١٣)، ١٦٥-٢٠٨.

جودة، أماني. (٢٠٢٢). الدور الوسيط لمهارات التعقل والتقبل في العلاقة بين خطط تنظيم الانفعالات والكره النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كُليّة الآداب، جامعة القاهرة.

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

ديكارد، كيربي ديتز، وأيفي، ليذا، وسميث، جيسكا. (٢٠١١). الصمود النفسي في التفاعل المتبادل بين الجينات والبيئة، في: سام جولدستين، روبرت ب. بروكس (المحررين)، *الصمود لدى الأطفال* (ص ص ٩٥ - ١١٨). (ترجمة وتقديم: صفاء الأعرس). القاهرة: المركز القومي للترجمة. (تم نشر العمل الأصلي سنة ٢٠٠٥).

رايت، مارجريت، وماستن، آن. (٢٠١١). تطور عمليات الصمود لنفسي تبني التوائم (التوافق) الإيجابي في سياق من المحن، في: سام جولدستين، روبرت ب. بروكس (المحررين)، *الصمود لدى الأطفال* (ص ص ٤٥ - ٨٠). (ترجمة وتقديم: صفاء الأعرس). القاهرة: المركز القومي للترجمة. (تم نشر العمل الأصلي سنة ٢٠٠٥).

رضوان، شعبان. (٢٠٠٩). علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية، في: زين العابدين درويش (المحرر)، *علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته*، الفصل التاسع، ص (٢٢٧ - ٢٤٣). القاهرة: دار الفكر العربي.

سليمان، آية الله (٢٠٢٠). دور أسلوب العزو وتنظيم الذات في تعديل العلاقة بين خصائص العمل وزملة أعراض التعب المزمن لدى الممرضات [رسالة دكتوراه منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

عبد الدايم، رحاب، وعلاء الدين، شرين، وشوشة، نيرة. (٢٠٢٠). بعض منبئات إدراك الخطورة لجائحة فيروس كورونا المستجد في المجتمع المصري. المجلة الاجتماعية القومي، ٥٧(٣)، ١٠٩-١٤٥.

عبد الرحمن عبير. (٢٠١٣). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية المهنية لدى المعلمات المبتكرات في مرحلة ما قبل المدرسة [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كُليَّة رياض الأطفال، قسم العلوم النفسية، جامعة القاهرة.

عبد المجيد، نصره. (٢٠١٩). المقاومة النفسية وتوكيد الذات كمنبئين بجودة الحياة الزوجية لدى عينة من الزوجات. دراسات نفسية، ٢٩(٣)، ٤٩٩-٥٤٨.

عبد جاسم، عباس. (٢٠١٨). الكرب النفسي لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية الأساسية، ٢٤(١٠١)، ٦٧٧-٧٠٣.

فتحي، شيماء. (٢٠٢١). الفروق بين زوجات كل من المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في استراتيجيات التعايش والكرب النفسي [رسالة ماجستير غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

محمد، رشا. (٢٠٢١). الكرب النفسي والمقاومة النفسية لدى السيدات المترددات على محاكم الأسرة المعرضات لإساءة الزوج [رسالة ماجستير غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

محمد، منال. (٢٠١٣). الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة ودرجة التعرض للضغط لدى طلاب الجامعة: دراسة تنبؤية. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، حولية رقم ٩.

واصف، مروة. (٢٠٢١). دور المقاومة النفسية والمساندة الاجتماعية وبعض متغيرات السياق العلاجي في التنبؤ بالتعافي لدى المعتمدين على المواد النفسية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كُليَّة الآداب، جامعة القاهرة.

يوسف، جمعة. (٢٠٠٧). إدارة الضغوط. القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، كُليَّة الهندسة، جامعة القاهرة.

Arya, A., Saldanha, D., & Chaudhury, S. (2022). Comparative Study of Coping, Anxiety, and Resilience in Doctors Caring and Not-Caring for COVID 19 Patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(3), S542.

Awano, N., Oyama, N., Akiyama, K., Inomata, M., Kuse, N., Tone, M., Takada, K., Muto, Y., Fujimoto, K., Akagi, Y., Mawatari, M., Ueda, A., Kawakami, J., Komatsu, J., & Izumo, T. (2020). Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Internal Medicine*, 59(21), 2693-2699.

Bakker, A., & Demerouti, E. (2014). Job Demands–Resources Theory. In: P. Chen & C. Cooper (Eds.), *Work and Wellbeing: A Complete Reference Guide*, (3), (PP. 1-28). New York: John Wiley & Sons.

Brooks, S.K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G.J., & Greenberg, N. (2018). A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(3), 248–257.

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.

- Burnette, J.L., Knouse, L.E., Vavra, D.T., O'Boyle, E., & Brooks, M.A. (2020). Growth Mindsets and Psychological Distress: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 77, 101816.
- Chen, Y., & Li, W. (2021). Influencing Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Dental Medical Staff in Emergency Exposed to Coronavirus Disease 2019: A Multicenter Cross-Sectional Study in China. *Front Psychiatry*, 25(12), 736172.
- Chen, C., Guan, Z., Sun, L., Zhou, T., & Guan, R. (2022). COVID-19 Exposure, Pandemic- Related Appraisals, Coping Strategies, and Psychological Symptoms among the Frontline Medical Staff and Gender Differences in Coping Processes. *Applied Cognitive Psychology*, 36(1), 111– 120.
- Chlap, N. & Brown, R. (2022). Relationships between Workplace Characteristics, Psychological Stress, Affective Distress, Burnout and Empathy in Lawyers. *International Journal of the Legal Profession*, 29(2), 159- 180.
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- Demerouti, E. Bakker, A. De Jonge, J. Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001a). Burnout and Engagement at Work as Function of Demands and Control. *Journal of Work Environmental Health*, 27(4), 279- 286.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Prévost, D. (2011). Epidemiology of Psychological Distress. In: L. L'Abate (Ed.), *Mental Illnesses Understanding, Prediction and Control*. (PP.105-134), Croatia: InTech.
- Elliott, T.R., Perrin, P.B., Bell, A.S., Powers, M.B., & Warren, A.M. (2021). Resilience, Coping, and Distress among Healthcare Service Personnel During the COVID-19 Pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 489- 501.

- Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. (2013). Organizational Stressors Associated with Job Stress and Burnout in Correctional Officers: A Systematic Review. *BMC Public Health, 13*(1), 82-94.
- Franck, E., Goossens, E., Haegdorens, F., Geuens, N., Portzky, M., Tytens, T., Dilles, T., Beeckman, K., Timmermans, O., Sloomans, S., Van Rompaey, B., & Van Bogaert, P. (2022). Role of Resilience in Healthcare Workers' Distress and Somatization During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study Across Flanders, Belgium. *Nursing Open, 9*(2), 1181-1189.
- Fredericks, S., Lapum, J., McShane, J., Lai, S., & Nguyen, M. (2022). Psychological Distress and Unmanaged Negative Emotions: Examining Resilience Among Nurses Working on COVID-19 Designated Inpatient Units. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 60*(9), 1-5.
- Hamouche, S. (2020). COVID-19 and Employees' Mental Health: Stressors, Moderators and Agenda for Organizational Actions. *Emerald Open Research, 2*(15) 1-15.
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience Strategies to Manage Psychological Distress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: a Narrative Review. *Anaesthesia, 75*(10), 1364-1371.
- Hobfoll, S. (2011). Conservation of Resource Caravans and Engaged Settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*(1), 116-122.
- Hobfoll, S., & Shirom, A. (2001). Conservation of Resources Theory Applications to Stress and Management in the Workplace. In: Golembiewski, R. (Ed.). *Handbook of*

*Organization Behavior*, 2ed, (pp. 57- 80), New York: Marcel Dekker

Horwitz, A.V. (2007). Distinguishing Distress from Disorder as Psychological Outcomes of Stressful Social Arrangements. *Health, 11*(3), 273-289.

Hou, T., Zhang, R., Song, X., Zhang, F., Cai, W., Liu, Y., Dong, W., & Deng, G. (2020). Self-Efficacy and Fatigue among Non-Frontline Health Care Workers during COVID-19 Outbreak: A Moderated Mediation Model of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Negative Coping. *PLoS One, 15*(12), e0243884.

Howe, A., Smajdor, A., & Stokl, A. (2012). Towards an Understanding of Resilience and Its Relevance to Medical Training. *Medical Education, 46*(4), 349–356.

Howitt, D., & Cramer, D. (2017). *Understanding Statistics in Psychology with SPSS*, (7ed). Pearson, British Library Cataloguing.

Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K., & Zhou, X.P. (2020). Mental Health Survey of Medical Staff in a Tertiary Infectious Disease Hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi, National Institutes of Health, 38*(3), 192-195.

Karasek, R., Choi, B., Ostergren, P., Ferrario, M., & De Smet, P. (2007). Testing Two Methods to Create Comparable Scale Scores between the Job Content Questionnaire (JCQ) and JCQ-Like Questionnaires in the European JACE Study. *International Journal of Behavioral Medicine, 14*(4), 189-201.

Khan, Y., Bruyneel, A., & Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management. 30*(5), 1125-1135.

- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini B. (2020). Distress and Resilience in the Days of COVID-19: Comparing Two Ethnicities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3956.
- Koh, D. (2020). Occupational Risks for COVID-19 Infection. *Occupational medicine*, 70(1), 3-5.
- Kuhn, T.A., Vander Horst, A., Gibson, G.C., Cleveland, KA., Wawrosch, C., Hunt, C., Woolverton, CJ., & Hughes, JW. (2022). Distress and Prevention Behaviors During the COVID-19 Pandemic Among College Students: the Moderating Role of Resilience. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29, 524- 529.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Li, L., Yao, C., Zhang, Y., & Chen, G. (2020). Trait Forgiveness Moderated the Relationship Between Work Stress and Psychological Distress Among Final-Year Nursing Students: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1- 10.
- Li, P., Liang, Z., Yuan, Z., Li, G., Wang, Y., Huang, W., Zeng, L., Yang, J., Zhou, X., Li, J., Su, L., & Zhou, Y. (2022). Relationship between Perceived Stress and Depression in Chinese Front-Line Medical Staff during COVID-19: A conditional Process Model. *Journal of Affective Disorders*, 15 (311), 40-46.
- Li, J., Guo, J., Zhao, J., Guo, Y., & Chen, C. (2022). Influencing Factors of Mental Health Status of Dentists Under COVID-19 Epidemic. *Front Psychiatry*, 11(13), 933514.
- Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2021). Nurses Stressors and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Coping and Resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1335-1344.

- Margetić, B., Peraica, T., Stojanović, K., & Ivanec, D. (2021). Predictors of Emotional Distress during the COVID-19 Pandemic; a Croatian Study. *Personality and Individual Differences, 175*(7), 110691.
- Matsumoto, Y., Fujino, J., Shiwaku, H., Miyajima, M., Doi, S., Hirai, N., Jitoku, D., Takagi, S., Tamura, T., Maruo, T., Shidei, Y., Kobayashi, N., Ichihashi, M., Noguchi, S., Oohashi, K., Takeuchi, T., Sugihara, G., Okada, T., Fujiwara, T., & Takahashi, H. (2021). Factors Affecting Mental Illness and Social Stress in Hospital Workers Treating COVID-19: Paradoxical Distress during Pandemic Era. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 298-302.
- McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organizational Themes from a Systematic Literature Review. *The British Journal of Social Work, 45*(5), 1546- 1563.
- Mesri, M., Safara, M., Koohestani, HR., & Baghcheghi, N. (2022). Examining the Predictive Role of Spiritual Health and Resilience in Mental Distress of Nurses in COVID-19 Wards in Iran. *Mental Health, Religion & Culture, 25*(4), 435- 447.
- Mirowsky, J., & Ross, C.E. (2003). *Social Causes of Psychological Distress*. New York, Transaction Publishers.
- Mrklas, K., Shalaby, R., Hrabok, M., Gusnowski, A., Vuong, W., Surood, S., Urichuk, L., Li, D., Li, XM., Greenshaw, AJ., & Agyapong, VIO. (2020). Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR Mental Health, 7*(9),e22408.
- Nearchou, F., & Douglas, E. (2021). Traumatic Distress of COVID-19 and Depression in the General Population: Exploring the

- Role of Resilience, Anxiety, and Hope. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8485.
- Payton, A.R. (2009). Mental Health, Mental Illness, and Psychological Distress: Same Continuum or Distinct Phenomena?. *Journal of health and Social Behavior*, 50(2), 213–227.
- Peiro, J., & Tetrick, L. (2011). Occupational Health Psychology. In: P. Martin, F. Cheung, M. Knowles, M. Kyrios, L. Littlefield, B. Overmier & J. Prieto (Eds.), *IAAP Handbook of Applied Psychology*, PP. (292-315), New York: Wiley-Blackwell.
- Phillips, M.R. (2009). Is Distress a Symptom of Mental Disorders, a Marker of Impairment, Both or Neither?. *World Psychiatry*, 8(2), 91-92.
- Pink, J., Gray, N.S., O'Connor, C., Knowles, J.R., Simkiss, N.J., & Snowden, R.J. (2021). Psychological Distress and Resilience in First Responders and Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of occupational and organizational psychology*, 94(4), 789-807.
- Qiu, T., Yang, Y., Liu, C., Tian, F., Gu, Z., Yang, S., Wu, W., & Wu, H. (2020). The Association Between Resilience, Perceived Organizational Support and Fatigue among Chinese Doctors: A Cross-Sectional Study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 85-90.
- Ramesh, N., Siddaiah, A., & Joseph, B. (2020). Tackling Corona Virus Disease 2019 (COVID 19) in Workplaces. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 24(1), 16–18.
- Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73- 82.
- Richardson G. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321.

- Ridner, SH. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Robertson, I., Cooper, C., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience Training in the Workplace from 2003 to 2014: A Systematic Review. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.
- Rochfort, A., Collins, C., & Burgers, J. (2021). Emotional Distress, Occupational Stress and Burnout among Family Doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required. *European Journal of General Practice*, 27(1), 271- 273.
- Rouxel, G., Michinov, E., & Dodeler, V. (2016). The Influence of Work Characteristics, Emotional Display Rules and Affectivity on Burnout and Job Satisfaction: A Survey among Geriatric Care Workers. *International Journal of Nursing Studies*, 62(1) 81–89.
- Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412- 421.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 1(1), 335–344.
- Sejdiu, A., Basith, S.A., Ayala, V., & Maheshwari, S. (2021). The Emergence of New-Onset Obsessive and Compulsive Disorder in an Adolescent During COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 13(9), e17907.
- 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, 1686–1695.

- Steyn, R., & Vawda, N. (2014). Job Characteristics: Their Relationship to Job Satisfaction, Stress and Depression. *Journal of Psychology in Africa, 24*(3), 281-284.
- Tam, C.C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., & Shen, Z. (2021). Psychological Distress Among HIV Healthcare Providers During the COVID-19 Pandemic in China: Mediating Roles of Institutional Support and Resilience. *AIDS and Behavior, 25*(1), 9-17.
- Tulucu, F., Anasori, E. & Madanoglu, G. (2022). How Does Mindfulness Boost Work Engagement and Inhibit Psychological Distress among Hospital Employees During the COVID-19 Pandemic? The Mediating and Moderating Role of Psychological Resilience. *Service Industries Journal, 42*(3-4), 131-147.
- Viertiö, S., Kiviruusu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors Contributing to Psychological Distress in the Working Population, with a Special Reference to Gender Difference. *BMC Public Health, 21*(10), 611.
- Wang, H., Luo, P., Wu, Y., Zeng, X. (2002). Factors and Optimizations of Healthcare Workers' Perception in Alternative Care Facilities. *Front Public Health, 27*(10), 891503.
- Wheaton, B. (2007). The Twain Meet: Distress, Disorder and the Continuing Conundrum of Categories (Comment on Horwitz). *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 11*(3), 303-319.
- White, B. Driver, S & Warren, A. (2008). Considering Resilience in the Rehabilitation of People With Traumatic Disabilities. *American Psychological Association, 53*(1). 9- 17.
- WHO. (2020). Coronavirus. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>.

- Windle, G. (2011). What is Resilience? A Review and Concept Analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*, 152–169.
- Xia, L., Yan, Y., & Wu, D. (2021). Protective Predictors Associated With Posttraumatic Stress and Psychological Distress in Chinese Nurses During the Outbreak of COVID-19. *Frontiers in Psychology, 26*(12), 684222.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C.H. (2020), Timely Mental Health Care for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak is Urgently Needed. *Lancet Psychiatry, 7*(3), 228–229.
- Zhang, C., Peng, D., Lv, L., Zhuo, K., Yu, K., Shen, T., Xu, Y., & Wang, Z. (2020). Individual Perceived Stress Mediates Psychological Distress in Medical Workers During COVID-19 Epidemic Outbreak in Wuhan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*, 2529-2537.
- Zheng, Y., Xiao, L., Xie, Y., Wang, H., & Wang, G. (2020). Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Front Psychiatry, 11*, 594167.
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Chen, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv, 2*(20), 200253380.
- Zimmerman, M., & Arunkumar R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report, 8*(4), 1-17.