الضرر الاخلاقي وعلاقته بصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات

Moral Injury and Its Relationship to the Difficulty of Emotional Regulation among Nurses

سارة سزار سامح

أ.د سناء مجول فيصل

جامعة بغداد / كلية الاداب / قسم علم النفس

fatoomsarah09@gmail.com

alsannaamfh@gmail.com

الضرر الاخلاقي وعلاقته بصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات

أ.د سناء مجول فيصل

سارة سزار سامح

ملخص البحث

يؤدي التعرض المستمر للظروف أو الأحداث الصادمةلاصابة الممرض بالضرر الاخلاقي ولكي تكتمل ملامحه، يجب أن يشعر الفرد بأن هناك انتهاكا أو خروجا ملاحظًا ومؤثرًا في القيم والمعايير والاعتقادات الاخلاقية سواء من الفرد نفسه أم من الآخرين من دون القدرة منه على التصحيح أو تدارك الخطا. إذ إن الاصابة بالضرر بالاخلاقي قد يؤدي بالفرد إلى الصعوبة في ضبط انفعالاته عند تعرضه للاحداث السلبية أو الصادمة، إذ إن صعوبة التنظيم الانفعالي تتمثل في افتقاد الفرد القدرة على فهم وادراك انفعالاته ووصفها، وسيطرة الانفعالات السلبية عليه بالشكل الذي يعوق استفادته من خبراته السابقة، مع عدم قدرته على التوجه نحو اهدافه عند مروره بالانفعالات السلبية فضلًا عن ضعف قدرته على التوظيف المرن لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي.

استهدف البحث الحالي قياسالضرر الاخلاقي لدى الممرضين والممرضات.

والفروق في الضرر الاخلاقي على وفق الجنس (ذكور، إناث) الحالة الاجتماعية (اعزب، متزوج).

وعدد سنوات الخدمة (١-١٥) (١٦-٣٠) (٣١ فأكثر) والتحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس).

وقياس صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات ،والفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق الجنس (ذكور، إناث) والحالة الاجتماعية (اعزب، متزوج) وعدد سنوات الخدمة (١-١٥) (١٦-٣٠) (٣١ فأكثر) والتحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس).

وتعرف العلاقة بين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات ، ومدى اسهام الضرر الاخلاقي في صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات.

اظهرت النتائج أن عينة البحث لديهم ضرر اخلاقي بمستوى منخفض، وأن هناك فرق في الضرر الاخلاقي على وفق الجنس ولصالح الذكور، ولا توجد فروق في الضرر الاخلاقي على وفق الحالة الاجتماعية، كما وجدت فروق في الضرر الاخلاقي على وفق سنوات الخدمة ولصالح (٣١ سنة فأكثر). وأظهرت النتائج عن وجود فروق في الضرر الاخلاقي على وفق التحصيل الدراسي ولصالح البكالوريوس. أما بالنسبة لصعوبة التنظيم الانفعالي فقد اظهرت النتائج أن عينة البحث لديهم صعوبة في التنظيم الانفعالي بمستوى متوسط ، كما وجدت فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق الجنس ولصالح الذكور، ولم تظهر فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق الحالة الاجتماعية وعدد سنوات الخدمة، فيما ظهرت فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق التحصيل الدراسي ولصالح البكالوريوس.

وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيًا بين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين، وقد اسهم الضرر الاخلاقي اسهامًا دالًا احصائيًا في صعوبة التنظيم الانفعالي إذ إن التغيير في صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين يرجع إلى الضرر الاخلاقي. وفي النهاية خرجت الباحثتان بعدد من التوصيات والمقترحات.

Abstract:

Continuous exposure to traumatic circumstances or events causes the nurse to suffer from moral injury. In order for its properties to be complete, an individual must feel that there is a noticeable and influential violation or departure in moral values, standards and beliefs, whether from the individual himself /herself or from others, without the ability on his/her part to correct or remedy the mistake. Moral harm may lead to the individual having difficulty controlling his/her emotions when exposed to negative or

traumatic events. The difficulty of emotional regulation is represented in the individual's inability to understand and realize his/her emotions, and the negative emotions control him/her in a way that impedes his/her benefit from his/her previous experiences, with his/her inability to go towards his/her goals when s/he goes through negative emotions, as well as his/her weak ability to flexibly employ the strategies of emotional regulation, and his/her inability to control his/her emotions while facing traumatic events or tension and threat.

The current research aimed to examine the following:

-Moral injury among male and female nurses.

-Differences in moral harm according to; gender: males - females; marital status: single - married, number of working years: (1-15) (16-30) (31 and above); and educational attainment: preparatory - diploma, bachelors.

-Difficulty of emotional regulation among male and female nurses.

-Differences in the difficulty of emotional regulation according to; gender: males – females; marital status: single – married; number of working years: (1-15) (16-30) (31 and above); and educational attainment: preparatory school, diploma, bachelor's degree).

-The relationship between moral injury and difficulty of emotional regulation among male and female nurses.

- The extent to which moral injury contributes to the difficulty of emotional regulation among male and female nurses.

The results revealed that there is a statistically significant positive correlation between moral injury and the difficulty of emotional regulation among nurses. The moral harm contributed statistically to the difficulty of emotional regulation, as the change in the difficulty of emotional regulation in nurses is due to the moral harm. Finally, the researcher came out with a number of recommendations and suggestions.

المقدمة

تعد مهنة التمريض من المهن التي لا تخلو من الصعوبات والضغوط كالمهن الأُخرى وما يجعل مهنة التمريض من المهن الاكثر صعوبة واشد ضغوطا هو لأن

العاملين في مجال التمريض يهتمون برعاية الأفراد الآخرين وعليهم الحذر في التعامل , فقد يؤدي أي تقصير في هذا المجال إلى عواقب وخيمة مما يجعل الممرضين يواجهون شتىء انواع التحديات والضغوط التي يجب التعامل معها، إذ كشفت نتائج دراسة صبر (٢٠١٣) عن وجود علاقة ايجابية بين مصادر ضغوط العمل المتمثلة بـ (غموض الدور، وصراع الادوار، واعباء العمل، وفرص التقدم والنمو الوظيفي) ومستوى الشعور بالاغتراب الوظيفي لدى الممرضين (صبر، ٢٠١٣، ص٢٤٥). اذ يواجه الممرضون في بيئة عملهم العديد من الصعوبات والضغوط والتي قد تؤثر سلبًا فيهم، وتؤثر الظروف التي تواجه الممرضين إلى فقدان السيطرة والارادة فقد تؤدي الاخطاء السريرية لديهم إلى الشعور بالسخط وعدم الرغبة بالمتابعة، وبالعجز وفقدان السيطرة على الظروف التي تمكنهم من تقديم الرعاية، إذ تسبب تلك الضغوط في الحاق اضرار جسمية بالصحة الجسدية والنفسية للممرضين، مما يمهد الطريق لحدوث الضرر الاخلاقي الذي لا مفر منه (Taylor WD et al ,2019,p.574).

وتعد القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية قادرة وكفؤة ومرنة ومهنية ومثابرة في مواجهة الشدائد كقاعدة عامة، ومع ذلك فأن التعرض إلى أزمة غير مسبوقة أو أي كارثة غير متوقعة مثل ما تعرض له العالم خلال جائحة كورونا Covid-19 يثير الخوف والقلق وقلة اليقين إلى جانب الشعور بالحزن والخسارة على الصعيدين الشخصي والمهني كما لاحظ كل من الدكنور تايلور (Taylor. WD,2019) (دكتوراه في الطب) وجينفر أوربانو بلاكفورد (Blackford,2019) (ماجستير في العلوم الحياتية) أن الوباء قد تسبب بالقلق والخوف لدى مقدمي الرعاية الصحية من اطباء وممرضين إلى المهنيين والصحيين والاداريين المتحالفين والمستجيبين للخط الأول في مواجهة جائحة كورونا إذ صرح كل منهم بقوله (نحن نخشى على سلامة عائلاتنا ومرضانا، ونحن نحزن على الذين ماتوا ونشعر بالذنب لعدم قدرتنا على انقاذ جميع مرضانا خوفا لاصابتنا بالمرض والتخلي عن عائلاتنا) وتبنى الكثيرون عبارة ((سوف نتغلب على هذا معا ولكن ليس دون أن لا يصاب احدنا)) (Taylor . WD & Blackford, 2019, p. 575).

اظهرت النتائج في دراسة قام بها ستايسي واخرون (Stacey et al,2020) على العاملين في مجال الرعاية الصحية في الصين لمعرفة أثر الضرر الاخلاقي فيهم في أثناء جائحة كورونا Covid-19 إذ اجبرت الجائحة العاملين في مجال الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية لاتخاذ قرارات طبية صعبة أدت إلى الضرر الاخلاقي إذ أن فهم مدى تعرض الاطباء والممرضين وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية للاصابة بالضرر الاخلاقي في أثناء العمل أمر بالغ الاهمية من أجل وضع تدابير وقائية وعلاجية، وقد طبقت الدراسة على (١٠٩) من الاطباء والممرضين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وقد اشارت نتائج الدراسة إلى أن الاجهاد الثانوي الناتج عن الصدمات مرتبط بشكل كبير بالضرر الاخلاقي (Stacey et al ,2020 ,p.3).

ادى نقص المعدات والمواد وتغيير ارشادات الممارسة وعدم القدرة في التنبؤ بعبء العمل إلى جعل العاملين في مجال الرعاية الصحية يشعرون بالعجز وفقدان السيطرة على الظروف التي تمكنوا من خلالها من تقديم الرعاية التي تسببت في الضائقة العاطفية والعزلة الاجتماعية عن الأسرة والاصدقاء وفي الحاق اضرار جسمية بالصحة الجسدية والنفسية للقوى العاملة مما مهد الطريق لحصول الضرر الاخلاقي (Hossain ,F ,2021,p.23).

يحدث الضرر الاخلاقي عند مقدمي الرعاية الصحية عندما يضطروا إلى اتخاذ قرارات تتعدى على التزامهم المهني فيما يخص راحة المريض ورعايته، إذ يكونوا غير قادرين على تلبية الاحتياجات الجسدية والعاطفية وتلبية احتياجات نهاية الحياة للمرضى المصابين بالامراض الخطرة مثل مرض السرطان (Borges LM et al ,2020 ,p.13).

إن زيادة عدد المرضى المصابين بأعراض Covid -19 الحادة و معدل الوفيات المرتفع إلى جانب نقص الموارد وتقنين الموارد المحدودة في بعض الأحيان مثل معدات الحماية وأجهزة التنفس الصناعي يؤدي إلى معضلة شخصية يواجهها عمال الرعاية الصحية في الخطوط الامامية (الممرضين) إذ وجدت نتائج دراسة اجريت على (٤٤٨) ممرضة اردنية خلال جائحة كورونا أن أبلغ غالبية الممرضات بما شكل نسبة (٦٤٪)

عن تعرضهن لاضطراب الاجهاد الحاد (Acute Stress disorder) و (٤١٪) ابلغن عن تعرضهن لضائقة نفسية وإن الممرضات الأصغر سنًا أكثر عرضة للضائقة النفسية من الممرضات الأكبر سنًا ومع ذلك كان التعامل مع الكفاءة الذاتية عاملًا وقائيًا و له القدرة على التخفيف من حدة الضيق النفسي (Shahrour et al , 2020 ,p.1686).

إن الاثار الصحية النفسية طويلة المدى للضرر الاخلاقي لها آثار مهمة في بقاء القوى العاملة واستمراريتها إذ وجد في واحدة من الدراسات القليلة المنشورة حول الضرر الاخلاقي بين مقدمي الرعاية الصحية حيث ابلغت الممرضات بعد الحوادث التي تلي تعريف الضرر الاخلاقي (اي الحوادث التي لها عواقب غير مقصودة والتي من المحتمل أن تسبب ضررا للمريض أو تعرض المرضى لخطر الاصابة الخطيرة) وقد وجد كل من ستوفال واخرون (Stovall M ,2020) أن الممرضات ابلغن عن معاناتهن من الشعور بالذنب والخزي ومعاناتهن من أزمة روحية وجودية (Stovall M , et al ,2020 ,p.129-137).

تؤثر صعوبات التنظيم الانفعالي بقوة في الحالة الجسدية كما تؤثر في حالة الفرد النفسية (Gross & John,2003,p.348)، وقد اشارت نتـائج العديد من الدراسـات منها دراسـة كل من (Al meida et al,2017) ودراسة (Innamorati et al,2016) إلى أن صعوبات التنظيم الانفعالي تؤثر في العديد من الامراض الجسدية إذ يمكن من خلالها التنبؤ بالعديد من الاضطرابات والامراض الجسدية والنفسية وكذلك ترتبط بمشكلات العلاقات الشخصية وضغوط الحياة المهنية (Cengiz & Gurel, 2020,p.431).

إذ أشار كل من اليسون وآخرون(Ellison et al,2018) إلى أن عدم قدرة الفرد على التنظيم الانفعالي يرجع إلى التكثيف المفرط في شدة انفعالاته أو التعطيل المفرط لها، وتبني معتقدات معاكسة ومتناقضة (Ellison et al,2018,p.3).

وهذا ما أوضحه كل من جرتز ورويمير (Gratz & Roemer,2004) بأن العديد من الافراد يشعرون بصعوبة في تنظيم انفعالاتهم ويؤثر ذلك بصورة واضحة في تحقيق نموهم الانفعالي وتنظيمه (Gratz & Roemer,2004,p.50). وان ضعف قدرة الفرد

في تنظيم انفعالاته يشكل مشكلة للافراد سواء في تكيفهم مع الآخرين أم مع انفسهم ويؤثر في علاقة الفرد مع من حوله ومن ثمَّ سيؤثر في نتاجه وصحته (Berking &Wupperman,2012,p.130).

كما أشارت الدراسات (Roemer et al,2008) و (Erisman et al, 2009) التي اهتمت بدراسة العلاقة بين صعوبات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية إلى أن الافراد ذوي صعوبات التنظيم الانفعالي يميلون إلى تجنب الوعي بالمواقف والاحاسيس والانفعالات كما يميلون إلى كبت خبراتهم الحالية وعدم قدرتهم في الحكم على الخبرة التي يمرون بها وبذلك يكونوا اقل قدرة في اليقظة العقلية (Hill & Updegraff,2012,p.85).

وهذا ما اكدته نتائج دراسة (Sertbas K et al,2020) في أن نقص قدرات التنظيم الانفعالي تؤدي دورا مهما في تطور الامراض النفسية والجسدية كالقلق والاكتئاب والتعب وارتفاع الضغط والسكر وغيرها وقد اشارت نتائج الدراسة أن الافراد الذين يعانون من ضغوط اجتماعية مرتفعة يعانون من مستويات مرتفعة أيضًا في صعوبة التنظيم الانفعالي (Sertbas K et al,2020, p.540).

إن صعوبة التنظيم الانفعالي هو آلية تشخيصية تسهم فعليًا في جميع الانواع الشائعة من علم النفس المرضي لدى البالغين والمراهقين، إذ يعتقد أن عدم القدرة على تنظيم الانفعال الناتج عن المحن المبكرة يؤدي إلى تفاقم نقاط الضعف التي تشبه السمات مثل الاندفاع أو التثبيط السلوكي مما يؤدي إلى مظاهر اكثر حدة للاصابة بالاضطرابات النفسية (Beauchaine, 2015,p.12). وقد جرى العثور في دراسة قام بها Moor et al,2017) على أن صعوبة التنظيم الانفعالي يتوسط في الارتباطات بين سوء المعاملة الوالدية وانواع محددة من الامراض النفسية مثل الاكتئاب Depression واضطراب الاكل Eating Disorder واضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder بين المصابين بأضطراب ما بعد الصدمة (Messman-Morre et al,2017,p.158).

وقد تبين في نتائج دراسة قام بها عطا الله (٢٠١٩) على (٤٠) طالبًا جامعيًا لمعرفة مسببات صعوبة التنظيم الانفعالي لطلاب الجامعة إذ قدم لهم استبانة مفتوحة وتمحورت استجابات الطلاب حول الافتقار إلى التنظيم الانفعالي عندما تكون متطلبات الموقف لتنظيم الفرد لانفعالاته اعلى من قدرته و وجود فجوة واسعة بين اهداف الفرد واستجاباته واسلوب تعبيره عن انفعالاته وبين متطلبات البيئة الاجتماعية والثقافية وكذلك عجزه عن ادراك وفهم وقبول انفعالاته مما يؤدي إلى تنبيه بعض المعتقدات المتعاكسة المتناقضة لحماية ذاته من مختلف التهديدات وتشير نتائج تحليل الاستبانة المفتوحة لصعوبة التنظيم الانفعالي لطلاب الجامعة فقد حازت الاستجابة الاهتمام بالمشاعر وعدم الندم على القرارت بنسبة ٨٠٪ فيما حازت مشاعر عجز التحكم على نسبة ٩٠ % وكذلك كانت نسبة عدم القدرة على معرفة الانفعالات ٧٥٪ ونسبة عدم القدرة على تنظيم الانفعالات ٨٨٪ (عطا الله،٢٠١٩، ص٣٥).

قد تكون الاضطرابات الجسدية ناتجة عن انخفاض القدرة في تنظيم وتجربة المشاعر وفقدان القدرة في التعبير عن المشاعر بطريقة ايجابية (Waller et al,2006,p.13-24). فالافراد الذين يجدون صعوبة في تنظيم الانفعال معرضون للاصابة بأضطرابات الاكل وتعاطي المخدرات إذ يجدون في الطعام والمواد المخدرة وسيلة لتنظيم مشاعرهم (Siml et al,2006,p.207).

وتشمل المظاهر المحتملة لصعوبة التنظيم الانفعالي البكاء الشديد ونوبات الغضب مثل تدمير الاشياء أو رميها والعدوان على الذات والآخرين والتهديد بالقتل ويمكن أن يؤدي ضعف التنظيم الانفعالي الانفعالي إلى مشكلات سلوكية ويمكن أن يتداخل مع التفاعلات والعلاقات الاجتماعية للشخص في المنزل أو المدرسة أو في مكان العمل.

ومن خلال ماتقدم يطرح التساؤل الآتي: **ما مدى تحمل الممرضين للضرر الاخلاقي وهل يجعلهم هذا يعانون من صعوبة التنظيم الانفعالي؟**

ويمكن تلخيص أهمية البحث الحالي من:

- **الجوانب النظرية:**حيث يشكل موضوع البحث الحالي اضافة جديدة في علم النفس والصحة النفسية إذ يهتم بتفسير كيفية شعور الممرضين بالضرر الاخلاقي وصعوبة

التنظيم الانفعالي كما يسلط البحث الضوء على الممرضين وهم فئة مهمة في المجتمع وهم يشكلون نسبة لا يستهان بها في المجتمع.

١. سلط البحث الحالي الضوء على مفاهيم جديدة مثل الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات من حيث القاء الضوء على هذه المتغيرات سيزيد من فهم أسباب الشكوى التي يشكون منها الممرضون والممرضات في عملهم وهذا بدوره سيفتح ابوابا للتدخل المهني للمهتمين والباحثين واصحاب القرار بكافة مستوياته وانواعه وحسب اطلاع الباحثتان لم يتم دراسة هذه المتغيرات في مجتمعنا وعلى هذه الفئة من قبل.

- **الجوانب التطبيقية:**

١. تهيئ الدراسة الحالية مقاييس جديدة للضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي تفيد الباحثين والمؤسسات ذات العلاقة لتوظيفها عند الحاجة إليها.
٢. تضيف الدراسة الحالية بمتغيراتها إرثًا نفسيًا جديدًا يضاف للمكتبة العربية عمومًا والمكتبة العراقية خصوصًا والافادة منها من حيث التنظير والقياس والنتائج.

ثالثًا. اهداف البحث: يستهدف البحث الحالي معرفة ما يأتي:

- الضرر الاخلاقي لدى الممرضين والممرضات.
- الفروق في الضرر الاخلاقي على وفق:
  - الجنس (ذكور، وإناث).
  - الحالة الاجتماعية (اعزب، ومتزوج).
  - عدد سنوات الخدمة (١-١٥) (١٦-٣٠) (٣١ فأكثر).
  - التحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم) (بكالوريوس، ودراسات عليا).
- صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات.
- الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق:
  - الجنس (ذكور، وإناث).
  - الحالة الاجتماعية (اعزب، ومتزوج).
  - عدد سنوات الخدمة (١-١٥) (١٦-٣٠) (٣١ فأكثر).

- التحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم) (بكالوريوس، ودراسات عليا).
- العلاقة بين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات.
- مدى اسهام الضرر الاخلاقي في صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات.

رابعًا: حدود البحث:

تحدد البحث الحالي بالممرضين والممرضات العاملين في وزارة الصحة من المستشفيات الحكومية التابعة لها في مدينة بغداد.

خامسًا: تحديد المصطلحات:

- **الضرر الاخلاقي (Moral Injury)**: وعرفه كل من:

– **شاي (Shay,1994)**: "هو الضرر الذي يلحق بالضمير الاخلاقي للفرد عندما يرتكب هذا الشخص أو يشهد أو يفشل في منع الافعال التي تتعدى على المعتقدات الاخلاقية له" (Shay,1994,p.240).

– **ليتز وآخرون (Litz et al,2009)**: "الآثار العاطفية والنفسية والاجتماعية والسلوكية والروحية المستمرة للافعال التي تنتهك القيم الاخلاقية الاساسية والتوقعات السلوكية للذات والآخرين" (Litz et al,2009,p.659).

- **صعوبة التنظيم الانفعالي (Difficulties of Emotional Regulation)**: وعرفه كل من:

– **جرتز ورويمر (Gratz & Roemer,2004)**: "بأنه عجر قدرة الفرد على فهم وادراك انفعالاته مع الذات ومع الاخرين وفقا للاهداف المطلوبة أثناء الانفعالات السلبية وعدم قدرته الاندماج للسلوكيات الموجهة والهادفة عند مروره بالانفعالات السلبية وعجزه عن التحكم بعواطفه في أثناء مواجهة أحداث التوتر والتهديد" (Gratz & Roemer, 2004,p.42).

باندي واخرون (Pandey et al,2011): "انخفاض القدرة في معرفة الانفعالات أو تمييزها وضبطها وهي النزعة إلى تجربة الانفعالات السلبية كإستجابة لردود فعل

الفرد الانفعالية كما أنها مؤشرًا على انخفاض القبول العاطفي" (Pandey et al,2011,p.607).

الاطار النظري :

الضرر الاخلاقي

ما لا يعرفه العديد من الناس أن وجودهم في ظروف ضاغطة ومواقف صادمة وخبرات حياتية غير اعتيادية، قد يجعلهم يخفقون في منع وقوع احداث ووقائع تتناقض مع اعتقاداتهم وتوقعاتهم الاخلاقية، وقد يكتفون بمجرد مشاهدة وقوع مثل هذه الأحداث والوقائع دون حراك على الرغم من ما يعتري تكوينهم النفسي من كرب وضيق واستياء وربما نفور من الذات لما يمكن تسميته السلبية الاخلاقية (Negativity Moral) واهانة الذات الاخلاقية بالامتناع غير الارادي عن القيام بفعل تصويبي (Litz B ,2009,p.967).

من خلال الاطلاع على النظريات السابقة، فيما يخص الضرر الاخلاقي لقد ركزت هذه النظريات على ما يأتي:

افترضت النظرية التطورية للضرر الاخلاقي أن الضرر الاخلاقي قد تطور كرد فعل تكيفي محتمل على الخطر الاخلاقي خطر ارتكاب أفعال تنتهك المعتقدات الاخلاقية للفرد كما أشارت النظرية إلى أن الضرر الاخلاقي يختلف عن اضطراب مابعد الصدمة إذ إن الضرر الاخلاقي لا ينتج عن الخوف أو المخاطر الجسدية، و كما افترضت النظرية أيضًا أن العوامل المسببة للضرر الاخلاقي تنبعث من المعايير والمؤسسات على مستوى المجتمع وأن اعادة التفكير في هذه المؤسسات قد يكون مهما لمنع أو علاج اعراض الضرر الاخلاقي.

أما نظرية التنافر المعرفي لـ (ليون فستنجر) فقد ركزت على أن الأفراد يسعون إلى خلق حالة من الاتساق الداخلي ويميل الأفراد الذين يواجهون التنافر المعرفي إلى حالة من ضعف الارتياح من الناحية النفسية وينشى داخلهم دافع لمحاولة الحد من التنافر، ولكي تختلق ملامح الضرر الاخلاقي حسب النظرية يجب ان يشعر الفرد بأن هناك انتهاكًا أو

خروجًا جوهريًا ومؤثرا على قيم الفرد ومعاييره الاخلاقية سواء من ذاته أو من الآخرين إذ يفتقد القدرة على تصويب الخطأ وتصاحب حالة المعاناة من الضرر الاخلاقي بتجذر انفعالات الذنب والخزي ويشعرالفرد بمشاعر الضيق والاحتراق النفسي.

أما انموذج ليتز للضرر الاخلاقي فهو الأنموذج الأكثر شيوعًا للضرر الاخلاقي الذي أشار إلى أنه قد تنتهك الأحداث الصادمة أو المؤلمة التي يتعرض لها الفرد انظمة المعتقدات الراسخة لدى الفرد وقد تؤدي إلى صراع داخلي وينظر إلى هذا الصراع على أنه ينبع من التناقض المعرفي بين المخططات الشخصية المتعلقة بمعتقداته الاخلاقية، ويرى ليتز أن الضرر الاخلاقي يمكن أن يكون موجها ذاتيا أو موجهًا نحو الآخرين في حالة كان الضرر موجهًا ذاتيًا و ارتكب فرد التعدي على المخالفة في حين في حالة الموجه نحو الآخرين يكون الفرد قد شهد على هذا التعدي أو سمع عنه.

وقد شرح الأنموذج المعرفي للضرر الاخلاقي لـ (Ehlers & Clark,2000) مجموعة كاملة من التجارب العاطفية المتعلقة بالتقييمات الشخصية بالنسبة للضرر الاخلاقي القائم على إرتكاب الجريمة والتقييمات السلبية المفرطة المتعلقة بالمبالغه في تقدير المسؤولية الشخصية والتقليل من دور سياق الفرد، إذ قد تكون التقييمات السلبية المفرطة على سبيل المثال "الشعور بالذنب والعار التي تعد ذات صلة بشكل خاص بالضرر الاخلاقي الناجم عن خيانة الآخرين، إذ يركز الأنموذج على الإحساس الناتج بالتهديد بشكل مفهوم مما سيؤدي إلى مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تستهدف تقليل التهديد أو الاعراض، إذ غالبًا ما يحاول الفرد في أثناء مواجهته لأحداث ضارة اخلاقيًا في العمل إلى قمع ردة فعله العاطفي ليتمكن من الاستمرار في العمل.

وأكدت نظرية العلاقات النفسية للسلوك الانتحاري لـ (جوينر،٢٠٠٥) أن إدراك الفرد لنفسه على أنه عبء وضعف شعوره بالانتماء وقدرته على قتل نفسه يجتمعان معا لغرس الرغبة في الموت عن طريق الانتحار، وترى النظرية أن الصفات السلبية ولاسيَّما النظر إلى الذات كشخص سيء سمة كلاسيكية للضرر الاخلاقي وينظر إليها لزيادة سلوكيات معاقبة الذات وايذاء الذات وتفترض النظرية أن الشعور بالعار بعد التعرض للضرر الاخلاقي قد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي ومن ثَمَّ يقلل من الشعور بالانتماء مما

يؤدي إلى الرغبة في الانتحار، إذ تفترض النظرية أن الضرر الاخلاقي الموجه للآخرين يرتبط بأنخفاض مشاعر الانتماء ولاسيّما في حالات ضعف الدعم الاجتماعي.

أما فيما يخص صعوبة التنظيم الانفعالي:

فقد اقترح لينهان أن الخلل أو الصعوبة في تنظيم الانفعال هو أحد السمات الرئيسة لاضطراب الشخصية الحدية، وأيضًا ركزت النظرية على التأثيرات المحتملة غير المتناقضة لمحاولات التحكم في التجربة العاطفية والتعبير، وأن الجهود المبذولة لتجنب التجارب الداخلية مثل الأفكار والمشاعر غير المرغوبة تكمن وراء العديد من الاضطرابات النفسية، ولعل من أكثر المحاولات لتوضيح صعوبات التنظيم الانفعالي التي ركزت على واحد أو اثنين من البناء المفاهيمي لتنظيم الانفعال كما اقترحه جرتز ورويمير ٢٠٠٤ إذ أشار في انموذجهما إلى أربعة أبعاد يتكون منها تنظيم الانفعال وهي كما يأتي:

الوعي بالانفعالات ، وتقبل الانفعالات، والقدرة على التحكم في السلوكيات الاندفاعية، والقدرة على توظيف استراتيجيات تنظيم الانفعال الموقفية الملائمة. وأن أي مشكلة أو صعوبة في هذه الأبعاد أو المكونات في غياب أحدهما أو جميعها تعني حصول صعوبات في التنظيم الانفعالي وتركز النظرية على أن صعوبة التنظيم الانفعالي تظهر في فقدان الفرد لقدرته على التحكم في العديد من الانفعالات تلك التي تظهر في حركات الوجه المعقدة أو تظهر في السلوكيات الانفعالية غير المناسبة وذلك بسبب نقص الفهم والوعي لدى الفرد كما تظهر في زيادة الانفعالات السلبية وتجنب الأساليب الايجابية لمواجهة ضغوط الحياة.

منهجية البحث واجراءاته :

أولاً. منهجية البحث Research Methodology:

جرى تطبيق المنهج الوصفي الارتباطي الذي يهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو اكثر لتعرف مدى الارتباط بين هذه المتغيرات والتعبير عنها كميًا من معاملات الارتباط، فضلًا عن ذلك فأن المنهج الوصفي يحاول وصف الظاهرة الموجودة ودراسة العلاقة الموجودة بين متغيراتها وهو يسير على وفق خطوات علمية محددة (العنزي، ١٩٩٩، ص٧٧).

وتشير البحوث الوصفية إلى وصف ظواهر أو أحداث أو أشياء معينة وجمع الحقائق والمعلومات والملاحظات عنها، ووصف الظروف الخاصة بها، وتقرير حالتها كما توجد عليه في الواقع، وتشمل البحوث الوصفية أنواعًا فرعية متعددة تشمل الدراسات المسحية ودراسات الحالة ودراسات النمو أو الدراسات التطورية (فان دالين، ١٩٩٤، ص٢٩٣).

ثانياً. عينة البحث Research Sample:

جرى اختيار عينة البحث من (٥) مستشفيات اختيرت عشوائيًا من مجتمع البحث الذي يتكون من (٤٦) مستشفى، اخذين في الحسبان الاختيار التناسبي الامثل للجنس (ذكور، إناث)، بما يتناسب مع عدد كل منهما في المستشفيات الـ(٥) المختارة عشوائيًا وبما يتناسب أيضًا مع عددهم في كل مستشفى من الجنس، إذ بلغت عينة البحث (٥٠٠) ممرض وممرضة، كان عدد الذكور (٢٣٢) ممرض، أما عدد الإناث فقد بلغ (٢٦٨) ممرضة، إذ بلغت نسبة عدد الممرضين والممرضات في الـ(٥) مستشفيات حوالي(١٦٪) البالغ عددهم (١٥٣٨) ممرض وممرضة ، والجدول (١) يوضح توزيع افراد العينة .

الجدول (١):

توزيع افراد عينة البحث تبعا للجنس والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية وعدد سنوات الخدمة

الجنس	التحصيل الدراسي		الحالة الاجتماعية		عدد سنوات الخدمة		
	اعدادية دبلوم	بكالوريوس	متزوج	اعزب	١-١٥	١٦- ٣٠	٣١ فأكثر
ذكر	١٤١	٩٢	١٦٠	٧٧	١٣٦	٦٦	٣٠
انثى	١٨١	٨٦	١٥٨	١٠٥	٢٠٩	٣٧	٢٢
المجموع	٣٢٢	١٧٨	٣١٨	١٨٢	٣٤٥	١٠٣	٥٢

ثالثاً. أداتا البحث Research Tools:

- **مقياس الضرر الاخلاقي Moral Injury Scale:**

١. **مقياس الضرر الاخلاقي لـ (Koenig ,2020):** الذي قنن على عينة من العاملين في مجال الرعاية الصحية وكان عدد افراد العينة ٣٠٠٦ مشاركا منهم (٥٨٣) ممرضا و (٢٤٢٣) طبيبا ويتكون المقياس من (١٤) فقرة، وكانت بدائله خماسية صيغت على طريقة ليكرت وتاخذ الأوزان من (١-٥) (Koenig et al ,2020,p.260).

٢. **وصف المقياس بصورته الاصلية:**

تكون المقياس بصورته الأولية من (١٤) فقرة وكانت الفقرات مع وضد الظاهرة.

٣. **نوع البدائل وطريقة تصحيح مقياس الضرر الاخلاقي:**

٤. استعمل في البحث الحالي بدائل خماسية للمقياس وكالآتي (موافق بشدة، موافق، موافق نوعًا ما، لا اوافق، لا اوافق بشدة)، وجرى تصحيح اجابات افراد العينة على المقياس على وفق الأوزان الخماسية وبذلك أعطيت الدرجات للاستجابات على الفقرات الايجابية والسلبية في ضوء اختيار المستجيب لاحدى البدائل الخماسية على الآتي في الفقرات الايجابية حيث تعطى الدرجات: (موافق بشدة =٥، موافق =٤، موافق نوعًا ما =٣، لا اوافق =٢، لا اوافق بشدة =١)، أما في الفقرات السلبية تعطى الدرجات (موافق بشدة=١، موافق =٢، موافق نوعًا ما =٣، لا اوافق =٤، لا اوافق بشدة =٥)، وقد تم إجراء **صدق الترجمة والصدق الظاهري** من خلال عرض المقياس بصيغته الأولية على عدد من المحكمين من أجل الحصول على تقدير مدى تمثيل فقرات المقياس للخاصية المراد قياسها وجرى موافقتهم على فقرات المقياس .

الثبات (Reliability):

- **وقد حسب ثبات المقياس بطريقة أعادة الاختبار (Test-Retest Method)**

و ظهرت قيمة معامل الثبات ٠.٨٥ . كما تم حساب معامل الفا كرونباخ وقد بلغ (٠.٧٩) .

وصف الاداة بصورتها النهائية:

بعد استخراج الخصائص السايكومترية لمقياس الضرر الاخلاقي اصبح المقياس بصيغته النهائية جاهزا للتطبيق على عينة البحث الأساس، إذ تكون من ١٣ فقرة، والذي يقابله خمسة بدائل للاجابة (موافق بشدة، وموافق، وموافق نوعًا ما، ولا اوافق، ولا اوافق بشدة)، والتي تكونت من الأوزان الخماسية (١،٢،٣،٤،٥) للفقرات الايجابية، و(٥،٤،٣،٢،١) للفقرات السلبية، وبذلك تكون أعلى درجة يمكن الحصول عليها المستجيب هي (٦٥) وادنى درجة هي (١٣) والمتوسط الفرضي (٣٩).

الأداة الثانية. صعوبة التنظيم الانفعالي Difficulties of Emotional Regulation:

بعد أن جرى الاطلاع على العديد من الادبيات والدراسات ذات العلاقة بصعوبة التنظيم الانفعالي، والأطر النظرية التي تناولته و الدراسات والادبيات، والتي جرى الإشارة إليها في الفصل الأول والثاني من هذا البحث، ومن تلك الأدوات هي مقياس صعوبة التنظيم الانفعالي لـ **(Gratz & Roemer ,2004)**: تكون المقياس من ٣٦ فقرة موزعة على ستة مجالات ، وكانت الاستجابة عنها بخمسة بدائل (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، أبدًا) تعطى الدرجات للفقرات في ضوء اختيار المستجيب لإحدى البدائل الخماسية في الفقرات الايجابية (١،٢،٣،٤،٥). أما في الفقرات السلبية تعطى الدرجات (٥،٤،٣،٢،١)، وعلى وفق ذلك فقد بلغ عدد الفقرات الايجابية في مقياس صعوبة التنظيم الانفعالي (٢٦) فقرة، أما عدد الفقرات العكسية فقد بلغ (١١) فقرات.

١. (Gratz & Roemer ,2004,p.41-54).

وقد جرى تبني المقياس في البحث الحالي وكانت الفقرات مصاغة باتجاه الظاهرة وعكسها وزعت على ستة مجالات على النحو الآتي:

- **المجال الأول. عدم قبول الردود الانفعالية No acceptance of Emotional Responses:** هو عدم قبول الفرد لردود افعاله في حالة الغضب والضيق، ويتضمن هذا المجال (٦) فقرات.

- **المجال الثاني. صعوبة الانخراط في السلوك الموجه للهدف Difficulties Engaging in Gol-Directed Behavior:** يعكس صعوبة التركيز وانجاز المهمات عندما يعاني الفرد من الانفعالات السلبية، ويتضمن هذا المجال (٥) فقرات.
- **المجال الثالث. صعوبة التحكم في الانفعال Impulse Control Difficulties:** يعكس ضعف قدرة الفرد على الاستمرار في ضبط سلوكه عندما يعيش أو يخبر الانفعالات السلبية، ويتضمن هذا المجال (٦) فقرات.
- **المجال الرابع. ضعف الوعي الانفعالي Lack of Emotional Awareness:** يعكس عدم الاهتمام ونقص الوعي بالاستجابات الانفعالية، ويتضمن هذا المجال (٦) فقرات.
- **المجال الخامس. محدودية الوصول إلى استراتيجيات تنظيم الانفعال Limited Access to Emotion Regulation Strategies:** الاعتقاد بأن هنالك القليل الذي يمكن عمله لتنظيم الانفعالات على نحو فعال عندما يشعر الفرد بالاستياء، ويتضمن هذا المجال (٨) فقرات.
- **المجال السادس. نقص الوضوح الانفعالي Lack of Emotional Clarity:** يقيس مدى معرفة الافراد للانفعالات التي يمرون بها بوضوح، ويتضمن هذا المجال (٥) فقرات (Gratz & Roemer ,2004,p.47).

وقد تم إجراء **صدق الترجمة والصدق الظاهري** من خلال عرض المقياس بصيغته الأولية على عدد من المحكمين من أجل الحصول على تقدير مدى تمثيل فقرات المقياس للخاصية المراد قياسها وجرى موافقتهم على فقرات المقياس .

- **مؤشرات الثبات لمقياس صعوبة التنظيم الانفعالي:**

ولاستخراج الثبات جرى استعمال **طريقة الاختبار أو إعادة الاختبار:** وبلغ معامل الثبات الكلي للمقياس(٠.٨٠) كما حسب بـ**طريقة الفا كرونباخ** وبلغ معامل الثبات (٠.٨٦) .

- **وصف المقياس بصيغته النهائية:**

بعد استخراج الخصائص السايكومترية لمقياس صعوبة التنظيم الانفعالي أصبح المقياس بصورته النهائية جاهزًا للتطبيق على عينة البحث الأساس، إذ تكون من (٢٩) فقرة ويقابلها خمسة بدائل (دائمًا، وغالبًا، وأحيانًا، ونادرًا، وأبدًا). التي تكونت من الأوزان الخماسية (١،٢،٣،٤،٥) للفقرات الايجابية، و(٥،٤،٣،٢،١) للفقرات السلبية وبذلك تكون اعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (١٤٥) وادنى درجة هي (٢٩).

الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها :

أولًا. نتائج البحث:

وبعد اجراء التحليلات الاحصائية للبيانات التي جرى الحصول عليها من خلال تطبيق ادوات البحث ومن ثم مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والاطار النظري المعتمد وكما يأتي:

الهدف الأول. الضرر الاخلاقي لدى الممرضين والممرضات:

ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثتان بتطبيق مقياس الضرر الاخلاقي على عينة البحث البالغ عددهم (٥٠٠) ممرض وممرضة، وقد اظهرت النتائج ان متوسط درجاتهم على المقياس بلغ (٣٦,٢٥) درجة وبأنحراف معياري مقداره (٨,٤٨) درجة، وعند موازنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (٣٩) درجة، باستعمال الاختبار التائي (t–test) لعينة واحدة تبين أن الفرق دال احصائيًا ولصالح المتوسط الفرضي، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة اعلى من القيمة التائية الجدولية والبالغة (١,٩٦) بدرجة حرية (٤٩٩) ومستوى دلالة (٠,٠٥) والجدول (٢) يوضح ذلك.

الجدول (٢):

الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياس الضرر الاخلاقي

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
٥٠٠	٣٦,٢٥	٨,٤٨	٣٩	٧,٢٤	١,٩٦	٤٩٩	دال

وتشير نتيجة الجدول (٢) إلى أن لدى عينة البحث الضرر الاخلاقي بمستوى منخفض. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ستايسي ديان وآخرون (Stacy et al ,2020,p.10) التي أشارت إلى اصابة العاملين في الرعاية الصحية من اطباء وممرضين بالضرر الاخلاقي نتيجة لانشغالهم برفاهية الاخرين والالتحام مع المرضى وصعوبة النوم وطول ساعات وكذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسة اليزابيث وآخرون (Elizabeth J et al ,2021,p.6) إذ أشارت النتائج إلى زيادة مستويات الضرر الاخلاقي بين العاملين في مجال الرعاية الصحية بشكل كبير.

وجاءت هذه النتيجة متسقة مع الاطار النظري الذي قدمه ليتز وآخرون (Litz et al ,2009) حيث اشار إلى في أن الأفراد عند تعرضهم إلى ضغوط ومواقف صادمة قد تنتهك تلك الظروف والمواقف انظمة المعتقدات الراسخة لديهم وقد تؤدي إلى صراع داخلي لديهم نتيجة للتناقض المعرفي بين المخططات الشخصية المتعلقة بالمعتقدات حول الخير والصلاح للفرد في العالم والاحداث التي يرتكبها أو يشهدها الفرد في في أثناء الحياة (Litz et al ,2009,p.700).

الهدف الثاني. الفروق في الضرر الاخلاقي على وفق:

- **الجنس (ذكور، إناث):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للجنس (ذكور، إناث) والجدول (٣) يوضح ذلك:

الجدول (٣):

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للجنس (ذكور، إناث)

العينة	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
٥٠٠	ذكور	٢٣٥	٣٧,٧٨	٧,٩٨	٣,٨٤	١,٩٦	دال
	إناث	٢٦٥	٣٤,٩٠	٨,٧٠			

ويتبين من الجدول (٣) أن هناك فرق في الضرر الاخلاقي تبعًا للجنس (ذكور، إناث) ولصالح الذكور، وذلك لان القيمة التائية المحسوبة (٣,٨٤) اعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٨).

وجاءت هذه النتيجة على عكس ما جاء في دراسة ستايسي وآخرون (Stacy et al ,2020) التي اظهرت نتائجها أن الإناث أكثر عرضه للاصابة بالضرر الاخلاقي مقارنة بالذكور إذ ابلغت الممرضات عن اصابتهن بالضرر الاخلاقي بنسبة أكبر من الممرضين مما أثر ذلك في أدائهن الوظيفي (Stacy et al ,2020,p.2). و اتفقت النتيجة مع دراسة ووي وزملاؤه (Wu y et al ,2020) إذ أشارت في نتائجها أن الممرضات اللواتي عملن في أثناء جائحة كورونا أبلغن عن مستويات اقل بالضرر الاخلاقي مقارنة بالذكور (Wu y et al ,2020,p.63).

على وفق الاطار النظري المتبنى الذي أشار بأن هنالك فروق بين الجنسين في إظهار أو التعبير عن الضرر الاخلاقي مع بعض الادلة على أن العلاقة بين الاصابة بالضرر الاخلاقي والنتائج الوظيفية تختلف حسب الجنس، وكذلك دراسة ماجوين وآخرون (Maguen et al ,2020) التي أوضحت أن الاصابة بالضرر الاخلاقي يرتبط ايجابيا بالضعف الوظيفي لدى الرجال اكثر من الإناث (Maguen et al ,2020 ,p.99).

- **الحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب) والجدول (٤) يوضح ذلك:

الجدول (٤):

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب)

العينة	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
٥٠٠	متزوج	٣١٨	٣٦,٦١	٨,٤٠	١,٢٥	١,٩٦	غير دال
	اعزب	١٨٢	٣٥,٦٣	٨,٦١			

ويتبين من الجدول (٤) أنه ليس هناك فرق في الضرر الاخلاقي تبعًا للحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب)، وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة اقل من القيمة التائية الجدولية (١,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٨).

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة قام بها ستايسي وآخرون (Stacy et al ,2020) إذ اظهرت نتائجها بأنه ليس هناك فرق في الضرر الاخلاقي على وفق الحالة الاجتماعية (Stacy et al ,2020,p.6). واختلفت مع النتيجة التي قام بها دراسة هارولد وآخرون (Harold et al ,2021).

إذ تبين أن الأفراد غير المتزوجين هم اكثر عرضة للاصابة بالضرر الاخلاقي من الأفراد المتزوجين (Harold et al ,2021,p.723).

- **عدد سنوات الخدمة (١-١٥) (١٦-٣٠) (٣١ فأكثر):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال تحليل التباين لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لعدد سنوات الخدمة والجدول (٥ ،٦) يوضحان ذلك.

الجدول (٥):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الضرر الاخلاقي تبعًا لعدد سنوات الخدمة

سنوات الخدمة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-١٥	٣٤٥	٣٥,٧٠	٨,٦٤
١٦-٣٠	١٠٣	٣٦,٨١	٨,٢٨
٣١ فأكثر	٥٢	٣٨,٨٥	٧,٣٥
الكلي	٥٠٠	٣٦.٢٥	٨,٤٨

الجدول (٦)

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لعدد سنوات الخدمة

مصدر التباين S.of.v	مجموع المربعات S.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
بين المجموعات	٤٨٧.٢٠٧	٢	٢٤٣.٦٠٣	٣.٤٢	دال
داخل المجموعات	٣٥٤١٣.٥٣٥	٤٩٧	٧١.٢٥٥		
الكلي	٣٥٩٠٠.٧٤٢	٤٩٩	–		

وتشير النتيجة في أعلاه إلى أن هناك فرق دال احصائيًا في الضرر الاخلاقي تبعًا لسنوات الخدمة، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (٣,٤٢) وهي أعلى من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٧/٢).

ولمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لسنوات الخدمة المختلفة جرى استعمال اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول (٧) يوضح ذلك:

الجدول (٧):

قيم الفروق بين الأوساط وقيم شيفيه الحرجة لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لسنوات الخدمة المختلفة

المقارنات	العدد	المتوسط الحسابي	الفرق بين الوسطين	قيمة شيفيه الحرجة	الدلالة
١-١٥	٣٤٥	٣٥.٧٠	١,١١	٢,٣٢	غير دال عند ٠,٠٥
١٦-٣٠	١٠٣	٣٦.٨١			
١-١٥	٣٤٥	٣٥,٧٠	٣,١٥	٣,٠٨	دال عند ٠,٠٥ لصالح ٣١ فأكثر
٣١ فأكثر	٥٢	٣٨,٨٥			
١٦_٣٠	١٠٣	٣٦,٨١	٢,٠٤	٣,٥٢	غير دال عند

٣١ فأكثر	٥٢	٣٨,٨٥			٠,٠٥

ويشير الجدول أعلاه أن هناك فرق دال احصائيًا في الضرر الاخلاقي بين (١٥-١) و (٣١ فأكثر) ولصالح (٣١ فأكثر).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جيبونز و زملائه (Gibbons SW et al ,2013) إلى أن الأفراد الأكثر خبرة يكونوا اكثر عرضه للضرر الاخلاقي والضيق الاخلاقي مقارنة بالممرضين قليلي الخبرة (Gibbons SW et al ,2013,p.255). وأشارت نتائج دراسة جينفير وآخرون (Jennifer M et al ,2021) إلى أن الأفراد الذين لديهم خبرة قليلة في العمل هم الاكثر عرضة للاصابة بالضرر الاخلاقي مقايسة بالأفراد الذين لديهم سنين خبرة اكثر نتيجة لعدم تكيفهم لضغوط العمل والمصاعب التي يواجهونها في بداية عملهم (Jennifer M et al ,2021,p.722).

وأشارت نتائج دراسة قام بها بروك ماكويري وآخرون (Brooke M et al ,2019) إلى أن ليس هناك فروق في عدد سنوات الخدمة في الضرر الاخلاقي في الرضا عن التعاطف (Brooke M et al ,2019,p.48). وتفسر هذه النتيجة على وفق النظرية المتبناة في البحث الحالي بأن الممرضين يختلفون في اصابتهم بالضرر الاخلاقي بأختلاف عدد سنوات الخدمة وذلك أن الممرض الاكثر عدد سنوات الخدمة تعرض إلى ضغوط ومواقف عديدة مؤلمة وصادمة ومع مرور الوقت والتقدم في العمر يكون أقل مرونة لتقبل كل ما هو مغاير لمعتقداته وافكاره الراسخة لديه فيقل لديه قابلية التحمل لديه أو كبت مشاعره أو انفعاله فيصبح أكثر عرضة للاصابة بالضرر الاخلاقي مقايسة بالممرضين الاقل خدمة في العمل.

- **التحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للتحصيل الدراسي والجدول (٨ ، ٩) يوضحان ذلك:

الجدول (٨):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الاخلاقي تبعًا للتحصيل الدراسي

التحصيل الدراسي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
اعدادية	١٤١	٣٤,٧١	٨,٨٣
دبلوم	١٨١	٣٥,٣٥	٨,٦٥
بكالوريوس	١٧٨	٣٨,٣٩	٧,٦٠
الكلي	٥٠٠	٣٦,٢٥	٨,٤٨

الجدول (٩):

الجدول تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا للتحصيل الدراسي

مصدر التباين S.of.v	مجموع المربعات S.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
بين المجموعات	١٢٩٧,٨٢٢	٢	٦٤٨,٩١١	٩,٣٢	دال
داخل المجموعات	٣٤٦٠٢,٩٢٠	٤٩٧	٦٩,٦٢٤		
الكلي	٣٥٩٠٠,٧٤٢	٤٩٩	–		

وتشير النتيجة في أعلاه إلى أن هناك فرق دال احصائيًا في الضرر الاخلاقي تبعًا للتحصيل الدراسي، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (٩,٣٢) وهي اعلى من القيمة الفائية الجدولية (٣) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٧/٢). ولمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لمستويات التحصيلية المختلفة جرى استعمال اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول(١٠) يوضح ذلك:

الجدول (١٠):

الفروق بين الأوساط وقيم شيفيه الحرجة لمعرفة الفروق في الضرر الاخلاقي تبعًا لمستويات التحصيل المختلفة

المقارنات	العدد	المتوسط الحسابي	الفرق بين الوسطين	قيمة شيفيه الحرجة	الدلالة
اعدادية	١٤١	٣٤,٧١	٠,٦٤	٢,٣٠	غير دال عند ٠,٠٥
دبلوم	١٨١	٣٥,٣٥			
اعدادية	١٤١	٣٤,٧١	٣,٦٨	٢,٣٠	دال عند ٠,٠٥ لصالح البكالوريوس
بكالوريوس	١٧٨	٣٨,٣٩			
دبلوم	١٨١	٣٥,٣٥	٣,٠٤	٢,١٦	دال عند ٠,٠٥ لصالح البكالوريوس
بكالوريوس	١٧٨	٣٨,٣٩			

ويشير الجدول في أعلاه أن هناك فرق دال احصائيًا في الضرر الاخلاقي بين (الاعدادية والبكالوريوس) ولصالح (البكالوريوس) وبين (الدبلوم والبكالوريوس) ولصالح (البكالوريوس).

وتفسر النتيجة على وفق النظرية المتبناة إلى أن الأفراد الأقل تحصيل وخبرة في مجال عملهم في أثناء تقديم الرعاية للاخرين هم أقل عرضة للاصابة بالضرر الاخلاقي مقايسَة بالأفراد الذين يكون تحصيلهم الدراسي أعلى (Harold G et al ,2018,p.723).

الهدف الثالث. صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات:

ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس صعوبة التنظيم الانفعالي على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (٥٠٠) ممرض و ممرضة ، وقد اظهرت النتائج ان متوسط درجاتهم الحسابي على المقياس بلغ (٨٨,١٥) درجة وبأنحراف معياري مقداره (١٦,١٨) درجة، وعند موازنة هذا المتوسط مع المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (٨٧) درجة، وباستعمال الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة تبين أنه ليس هناك فرق دال احصائيًا بين

المتوسطين الحسابي والفرضي، إذ كانت القيمة التائية المحسوبة أقل من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) بدرجة حرية (٤٩٩) ومستوى دلالة (٠,٠٥) والجدول (١١) يوضح ذلك:

الجدول (١١):

الاختبار التائي للفرق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياس صعوبة التنظيم الانفعالي

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
٥٠٠	٨٨,١٥	١٦,١٨	٨٧	١,٥٩	١,٩٦	٤٩٩	٠,٠٥

وتشير نتيجة الجدول في أعلاه إلى أن عينة البحث لديهم صعوبة في التنظيم الانفعالي بمستوى متوسط. وتتفق نتيجة البحث الحالي مع دراسة الينا وآخرون (Alina et al ,2021) التي استهدفت فحص الارتباطات بين الضرر الاخلاقي وبين كل من صعوبة التنظيم الانفعالي والقلق والاكتئاب والتوتر بين افراد الجيش الكندي إذ عانى الأفراد من صعوبات التنظيم الانفعالي بصورة كبيرة إذ ارتبطت بارتفاع اعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق والتوتر واستعمال استراتيجيات تنظيم الانفعال غير التكيفية مثل الاجترار وعدم قبول التجارب العاطفية بما في ذلك الانسحاب الاجتماعي وصعوبة الانتقال من الحياة العسكرية إلى الحياة المدنية (Alina et al ,2021,p.77).

أما في دراسة الشرع (٢٠٢١) أشارت إلى وجود صعوبة في التنظيم الانفعالي لدى الأفراد المتعثرين دراسيًا (الشرع ، ٢٠٢١، ص٣٣). وأشارت دراسة عطا الله (٢٠١٩) إلى التأثير المنخفض لصعوبة التنظيم الانفعالي كمتغير وسيط بين اليقظة العقلية وخداع الذات لدى طلبة الجامعة (عطا الله، ٢٠١٩، ص٥٥). وتفسر نتيجة البحث الحالي على وفق النظرية المتبناة إلى هنالك تباين لدى الممرضين في كيفية مواجهتهم الظروف والمواقف الصادمة وكيفية ضبطهم لانفعالاتهم في أثناء التعرض إلى هذه الظروف

المؤلمة فمنهم من لا تتأثر مشاعرهم وانفعالاتهم في أثناء تعرضهم لمواقف صادمة ويكون لديهم ضبط انفعالي، ومن الممرضين من تتأثر انفعالاتهم بالظروف المحيطة بهم، وقد تؤدي بالتالي إلى افتقارهم مهارات التنظيم الانفعالي وخاصة في بعض المواقف الصعبة التي يتعرضون لها, حيث تؤدي صعوبة التنظيم الانفعالي بأشكالها المختلفة الى أضطرابات نفسية لدى الممرضين مثل (اضطرابات الاكل و القلق والمزاج وانخفاض الامل لديهم .

الهدف الرابع. الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق:

- **الجنس (ذكور، إناث):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للجنس (ذكور، إناث) والجدول (١٢) يوضح ذلك:

الجدول (١٢):

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للجنس (ذكور، إناث)

العينة	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
٥٠٠	ذكور	٢٣٥	٩٠,٤١	١٤,٥٦	٢,٩٧	١,٩٦	دال
	إناث	٢٦٥	٨٦,١٥	١٧,٢٧			

ويتبين من الجدول في أعلاه ان هناك فرق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للجنس (ذكور، إناث) ولصالح الذكور، وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٨).

وأشارت نتيجة الدراسة التي قامت بها الشرع (٢٠١٩) إلى وجود فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي وفقا للجنس ولصالح الإناث، وتعزى تلك الفروق إلى اساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة مع الذكور والإناث، والتي تدعم استقلالية الذكور ونضجهم العاطفي

من خلال تقليل فرض القيود وتشجيعهم على الاستكشاف والاطلاع على عالمهم اكثر مقارنة بالإناث (الشرع،٢٠٢١، ص ٣٧).

وتفسرهذه النتيجة على وفق النظرية المتبناة هذه الفروق في التنظيم الانفعالي بين الذكور والإناث في ضوء ما أشار إليه كوستا وزملائه (Costa et al ,2001) في توجهين أساسيين في تفسيره لهذه الفروق بين الذكور والإناث في صعوبة التنظيم الانفعالي، إذ يشير التوجه الأول إلى تبني وجهة النظر البايولوجية والتي تشير إلى وجود فروق في الانفعالات والمزاج بين الجنسين، وايضًا يشير إلى دور الافرازات الهرمونية التي تؤثر بدورها في الاهتمامات والانشطة والسلوك، اما التوجه الثاني فيتبنى وجهة نظر علم النفس الاجتماعي ودور اساليب التنشئة الاجتماعية في تحديد قواعد السلوك المناسب والمتوقع للذكور والإناث (Costa et al ,2001 ,p.323-324).

- **الحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب):** ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب) والجدول (١٣) يوضح ذلك:

الجدول (١٣):

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للحالة الاجتماعية

(متزوج، اعزب)

العينة	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
٥٠٠	متزوج	٣١٨	٨٧,٥٥	١٦,٠٩	١,١٠	١,٩٦	غير دال
	اعزب	١٨٢	٨٩,٢٠	١٦,٣١			

ويتبين من الجدول أعلاه أنه ليس هناك فرق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للحالة الاجتماعية (متزوج، اعزب) وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة (١,١٠) أقل من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٨).

ونظرًا لعدم وجود دراسات اجنبية وعربية بحثت في الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق الحالة الاجتماعية حسب " اطلاعنا" فلم نتمكن من مقارنة نتيجة البحث الحالي مع نتيجة دراسة اخرى.

وفسرت هذه النتيجة النظرية المتبناة عدم وجود فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق الحالة الاجتماعية نظرًا إلى أن كلًا من المتزوج والاعزب يتعرض للمواقف الضاغطة والصعبة وأن استجابته إلى هذه المواقف لا يعتمد على كونه متزوج أم اعزب بل تعتمد على قدرة الفرد وكيفية استجابته وقدرة تحمله للمواقف الصعبة أكثر من اعتماده على حالته الاجتماعية، إذ يرى كلا من جرتز ورويمير (Gratz & Roemer,2004) أن الوعي بالانفعالات وفهمها وتقبلها والقدرة في السيطرة على السلوكيات الاندفاعية والتصرف على وفق الأهداف المطلوبة عندما يعاني الفرد من الانفعالات السلبية والقدرة في توظيف استراتيجيات تنظيم الانفعال المناسبة والمرونة في تعديل الاستجابات الانفعالية كما هو مرغوب من أجل تلبية متطلبات المواقف المختلفة وأن الغياب النسبي لهذه القدرات أو البعض منها يشير إلى وجود صعوبة في التنظيم الانفعالي يحصل للأفراد بشكل عام (Gratz & Roemer,2004,p.43).

- **التحصيل الدراسي (اعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للتحصيل الدراسي والجدول (١٤، ١٥) يوضحان ذلك:

الجدول (١٤):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للتحصيل الدراسي

التحصيل الدراسي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
اعدادية	١٤١	٨٧,٥٤	١٨,٦١
دبلوم	١٨١	٨٧,٦٦	١٦,٧٦
بكالوريوس	١٧٨	٨٩,١٣	١٣,٢٩
الكلي	٥٠٠	٨٨,١٥	١٦,١٨

الجدول (١٥):

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للتحصيل الدراسي

مصدر التباين S.of.v	مجموع المربعات S.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
بين المجموعات	٢٦٨,٢٠٧	٢	١٣٤,١٠٣	٠,٥١	غير دال
داخل المجموعات	١٣٠٣٢٠,٢٤١	٣٩٧	٢٦٢,٢١٤		
الكلي	١٣٠٥٨٨,٤٤٨	٤٩٩	–		

وتشير نتائج الجدول في أعلاه إلى أنه ليس هناك فرق دال احصائيًا في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا للتحصيل الدراسي، إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (٠,٥١) ودرجة حرية (٤٩٧/٢).

إن هذه النتيجة لا تتفق مع ما جاءت بها دراسة الينا وآخرون (Alina et al ,2020) إذ أشارت النتائج إلى وجود فروق في صعوبة التنظيم الانفعالي على وفق التحصيل الدراسي ولصالح الدبلوم (Alina et al ,2020,p.74).

- **عدد سنوات الخدمة (١-١٥)، (١٦-٣٠)، (٣١ فأكثر):** ولتحقيق هذا الهدف جرى استعمال تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا لعدد سنوات الخدمة والجدول (١٦، ١٧) يوضحان ذلك:

الجدول (١٦):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا لسنوات الخدمة

سنوات الخدمة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-١٥	٣٤٥	٨٨,١٠	١٦,٧٦
١٦-٣٠	١٠٣	٨٧,١٣	١٥,٥٧
٣١ فأكثر	٥٢	٩٠,٥٦	١٣,١٥
الكلي	٥٠٠	٨٨,١٥	١٦,١٨

الجدول (١٧):

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا لسنوات الخدمة

مصدر التباين S.of.v	مجموع المربعات S.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
بين المجموعات	٤,١٨٩	٢	٢,٠٩٤	٠,٠١	غير دال
داخل المجموعات	١٣٠٥٨٤,٢٥٩	٤٩٧	٢٦٢,٧٤٥		
الكلي	١٣٠٥٨٨,٤٤٨	٤٩٩	-		

وتشير نتائج الجدول في أعلاه إلى أن ليس هناك فرق دال احصائيًا في صعوبة التنظيم الانفعالي تبعًا لسنوات الخدمة، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (٠,٠١) وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (٣) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٧/٢).

وتفسر النتيجة هذه على وفق النظرية المتبناة بأن الأفراد يختلفون في قدرتهم على تنظيم انفعالاتهم ومواجهتهم للضغوط وهذه القدرات قد تختلف بأختلاف العمر، وقد يكون صعوبة التنظيم الانفعالي نتيجة للعزلة الاجتماعية أو رفض الاقران للشخص والتي يمكن أن تسبب لهم الضغط النفسي، حيث أنه غالبًا ما تنشأ الاستراتيجيات المختلة وظيفيًا لتنظيم الانفعال من أجل مواجهة التوتر والاحداث والمواقف الصادمة لدى البالغين بشكل عام. ويشمل تنظيم الانفعال عملية تنظيم الاستثارة الانفعالية والتعبير الانفعالي المناسب لمتطلبات الموقف وأنه عند مواجهة الأفراد المواقف أو الاحداث الصادمة أو الضاغطة فأن تنظيم الانفعال يمكنهم من تقييم التأثير الانفعالي للموقف ويساعد على تحديد الرد الانفعالي الملائم له (Wang & Saudino, 2010,p.95).

الهدف الخامس. العلاقة بين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات:

لتحقيق هذا الهدف جرى استعمال معامل ارتباط بيرسون (Pearson) لحساب معامل الارتباط بين الدرجات الكلية التي حصل عليها افراد العينة في مقياس الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي، وقد تبين من تحليل النتائج ان هناك علاقة ارتباطية طردية و دالة احصائيًا بين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي إذ بلغت قيمة الارتباط المحسوب (٠,٥٠) وهي اعلى مقارنة مع قيمة معامل ارتباط بيرسون الجدولية البالغة (٠,٠٨٨) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٤٩٨).

وتشير نتيجة البحث الحالي إلى أن هنالك علاقة طردية بين كل من الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي وهذه النتيجة تتفق مع ما جاءت بها نتائج دراسة الينا وآخرون (Alina et al ,2021) إلى أن هناك علاقة بين كل من الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى عينة البحث (Alina et al ,2021,p.77).

وتفسر نتيجة البحث الحالي على وفق الاطار النظري المتبنى في أن بيئة العمل لدى الممرضين من طول ساعات العمل وتقديم الرعاية المستمرة للمرضى وفي بعض الأحيان حتى لذوي المرضى ومن مخاطر الاصابة بالعدوى للامراض الخطيرة والمعدية فضلًا عن تعرض الممرضين إلى مواقف صادمة وضاغطة اخلاقيًا قد تنتهك المعتقدات الاخلاقية الراسخة لديهم من إذ تعرضهم للخيانة من قبل مدرائهم أو حتى زملاءهم في العمل أو قد يشهدون مواقف صادمة لا يستطيعون ان يقوموا بما يملي عليهم ضميرهم الاخلاقي أو أن يشهدوا ضد هذه الافعال كل هذه تؤثر على الممرض ونفسيته سلبًا وذلك بسبب ضعف قدرته على مواجهة الظروف بما يلائم معتقداته الاخلاقية مما يؤدي هذا التعرض المستمر إلى صعوبة في تنظيم انفعالات الممرض (Cole et al ,2012 ,p.74).

الهدف السادس. مدى اسهام الضرر الاخلاقي في صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين والممرضات:

ولمعرفة مدى اسهام الضرر الاخلاقي بالتنبؤ في صعوبة التنظيم الانفعالي جرى تحليل الانحدار البسيط والجدولين (١٨) يوضح ذلك:

الجدول (١٨):

تحليل الانحدار لمعرفة الدلالة الاحصائية لاسهام الضرر الاخلاقي بالتنبؤ في صعوبة التنظيم الانفعالي

مصدر التباين S.of.v	مجموع المربعات S.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
الانحدار	٣٢٦١٩,٢٧١	١	٣٢٦١,٢٧١	٦٥,٨١	دال
المتبقي	٩٧٩٦٩,١٧٧	٤٩٨	١٩٦,٧٢٥		
الكلي	١٣٠٥٨٨,٤٤٨	٤٩٩	–		

من الجدول في أعلاه يتبين أن الضرر الاخلاقي يسهم بدلالة في صعوبة التنظيم الانفعالي، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة لتحليل الانحدار (١٦٥.٨١) وهي اعلى من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣.٨٤) عند مستوى (٠.٠٥) ودرجة حرية(١/٤٩٨). وللمعرفة على الاسهام النسبي للضرر الاخلاقي في صعوبة التنظيم الانفعالي فقد جرى استخراج معامل (بيتا Beta) والجدولين (١٩)، (٢٠) يوضحان ذلك.

الجدول(١٩):

معامل الارتباط ومربع الارتباط ومعامل التحديد والخطأ المعياري لاسهام الضرر الاخلاقي في صعوبة التنظيم الانفعالي

معامل الارتباط	معامل التحديد	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري
٠.٥٠	٠.٢٥	٠.٢٤٨	١٤.٠٢

الجدول (٢٠):

معامل بيتا للاسهام النسبي ودلالته الاحصائية

المتغير المستقل	الاسهام النسبي(B)	الخطأ المعياري للاسهام النسبي	قيمة بيتا	T المحسوبة	الدلالة
الضرر الاخلاقي	٠.٥٠	٠.٠٧	٠.٥٠	١٢.٨٨	دال عند ٠.٠٥

ومن خلال الجدول في أعلاه يتبين ان الضرر الاخلاقي يسهم طرديًا في صعوبة التنظيم الانفعالي، إذ بلغت قيمة بيتا له (٠.٥٠) وهي دالة احصائيًا على وفق مؤشر القيمة التائية الجدولية البالغة (١.٩٦) عند مستوى (٠.٠٥) وهذا يعني ان (٠.٢٥) من التغير في صعوبة التنظيم الانفعالي يرجع إلى الضرر الاخلاقي وذلك بعد تربيع قيمة بيتا

المعيارية لها. أما النسبة المتبقية والبالغة (٠.٧٥) فترجع إلى عوامل أُخرى لم تدخل في الدراسة.

وهذا ما جاءت بها دراسة الينا وآخرون (Alina et al ,2021) إلى أن التغيير في الضرر الاخلاقي يرجع إلى صعوبة التنظيم الانفعالي والعكس صحيح، إذ إن الأفراد الذين يعانون من صعوبة في تنظيم انفعالاتهم في المواقف الضاغطة والصادمة هم اكثر عرضه للاصابة بالضرر الاخلاقي والعكس صحيح (Alina et al ,2021,p.78).

ولتفسير النتيجة على وفق الاطار النظري في تعرض الممرض للظروف والمواقف الصادمة والضاغطة وأن هذا التراكم في كبت المشاعر يؤدي في نهاية الامر إلى ضغط نفسي كبير على الممرض مما يولد صعوبة في السيطرة على انفعالاته أو اظهار الاستجابة غير الملائمة للموقف الذي يمر به وقد يدفعه أما إلى ترك العمل أو الانسحاب الاجتماعي أو إلى ادمان بعض المواد المهدئة إذ تعد هذه الطرائق هي نوع من أساليب التنظيم الانفعالي غير التكيفية لكي يخفف من الضغط النفسي الذي يمر به الممرض في أثناء عمله الشاق أو المرهق.

ثالثا. التوصيات:

بناء على النتائج التي جرى التوصل إليها توصي الباحثتان وزارة الصحة العراقية بما يأتي:

١. الاهتمام بتنمية قدرات ومهارات الممرضين وتدريبهم لتعزيز المرونة النفسية وكيفية التعامل مع مختلف المواقف الصادمة.
٢. مراعاة دوام الممرضين في وحدات العناية المركزة والرداهات والاستشاريات وتقليل ساعات العمل المرهقة ومنحهم اجازات دورية لتخفيف ضغط العمل وتجديد الطاقة النفسية لديهم ليتسنى لهم العمل بنشاط وحيوية من دون تذمر.
٣. العمل على تشجيع الممرضين وعدم تقليل من أهمية عملهم من خلال الاعتراف بعملهم ومكافاة المتميزين منهم وهذا يقع على عاتق المديرين واصحاب القرار.

٤. على كليات التمريض والمعاهد الصحية تضمين برامج تعليمية في كيفية تعامل الممرض مع المرضى ومع المواقف الصعبة وكيفية الاستجابة لها بروح مرنة ومتسامحة.
٥. الاستفادة من وسائل الاعلام الصحي كافة في توعية الأفراد بأهمية التمريض وأهمية دور الممرض في المؤسسة الصحية كنوع من التوضيح لعملهم الشاق وتقديرًا لجهودهم بأصدار النشرات والدورات واقامة الندوات والبرامج التوعوية.

رابعا. المقترحات:

كما تم إقتراح ما ياتي من دراسات:

١. تستهدف إيجاد علاقة بين المرونة النفسية والضرر الاخلاقي لدى الممرضين.
٢. مقارنة بين الممرضين والاطباء في الضرر الاخلاقي.
٣. تستهدف معرفة العلاقة بين الكفاءة المهنية وبين الضرر الاخلاقي وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين.
٤. تستهدف معرفة الضرر الاخلاقي لدى الأطباء.
٥. تتحرى مدى اسهام كل من الضرر الاخلاقي والارهاق النفسي في صعوبة التنظيم الانفعالي لدى الممرضين.
٦. معرفة العلاقة بين ايذاء الذات غير الانتحاري وصعوبة التنظيم الانفعالي لدى المراهقين.
٧. حول تأثير المعاملة الوالدية في الشعور بالضرر الاخلاقي لدى المراهقي

المصادر:-

١. تايلور، شيلي (٢٠٠٨). **حي علم النفس** ال. تر، بريك، وسام درويش. طعيمة، فوزي شاكر. ط،٤ دار الحامد، عمان..
٢. صبر، رنا ناصر (٢٠١٣). اثر مصادر ضغوط العمل في مستوى الشعور بالاغتراب الوظيفي دراسة تحليلية لاراء عينة من الممرضين والممرضات في مستشفى اليرموك التعليمي، **مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة**، مجلد عدد ٣٧،٢٦٣-٢٤٣.

٣. الشرع ، براءة سليمان (٢٠٢١) صعوبات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بالاكتئاب لدى المتعثرين دراسيا من طلبة الثانوية العامة في مدينة درعا، **مجلة جامعة البعث**، مجلد ٤٣ (٣٦)، ١٣-٥٣.

٤. عطا الله، مصطفى خليل محمود (٢٠١٩) اليقظة العقلية كمتغير وسيط بين صعوبات التنظيم الانفعالي وخداع الذات لدى طلاب الجامعة، **مجلة كلية التربية جامعة اسيوط**، ٣٥(٢)، ١-٣٩.

٥. العنزي، يوسف، واخرون (١٩٩٩). **مناهج البحث التربوي بين النظرية والتطبيق**، مكتبة الفلاح للطباعة والنشر، الطبعة الاولى،الكويت.

٦. فان دالين، ديوبولدب (١٩٩٤). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة الاولى، القاهرة، مصر.

1. Anstasi, A (1976). Psychology testing. 4th. Ed, Macmillan company, new york.
2. Alina ,P., Jenna , E., Charlene O., and Maragaret ,C., (2021). Examining the associations among moral injury , difficulties with emotion regulation , and symptoms of PTSD , depression , anxiety , and stress among Canadian military members and veterans : A preliminary study . Journal of military and family health , 7 (2) ; 71-79.
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med 2014;12(6): 573-6.
4. Battles , A.R., Kelley , M . L., Hamrick , H.C., Cramer , R.J., &Bravo , A.J., (2018).Psychometric properties of amodified . moral injury Questionnaire in a military population . Traumatology , 24(4), 301-312.
5. Brooke M., Jacob , K. , Kent , D., Ryon C .,and david . (2019) . Development and evaluation of the expressions of moral injury scale-military version.Psychol :25 40-52.
6. Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am J Bioeth* 2016; 16(12): 2–9.
7. Cengiz, G, & Gurel, G,(2020). Difficulties in emotion regulation and predictors of outcome in a fatigued population in primary

care following arandomized controlled trial. Psychol Med,33(2): 283-287.
8. Cengiz, G., & Gurel, G. (2020). Difficulties in emotion regulation and quality of life in patients with acne. Quality of Life Research, 29, 431- 438.
9. Compare, A., Zabro, C,. Shonin, E., Gordon, W & Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depreession: A potential Mediator between heart and mind. Cardiovascular psychiatry and neurology, 1-10.
10. Currier, J.M., Holland ,J.M.&Foy , d. (2015) .Moral psychometric Evaluation of the moral injury Questionarie – military version . clinical psychology and psychotherapy , 22 ,54-63.
11. D. Agostino, A, Covanti, S., Rossi Monti, M. & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. psychiatric Quarterly, 88 (4), 807-825.
12. Dennis PA, Dennis NM, Van Voorhees EE, Calhoun PS, Dennis MF & Beckham JC. (2017). Moral transgression during the Vietnam war: A path analysis of the psychological impact of veteran's in volvement in war time atrocities Anxiety, Stress and coping, (30), p.188-201.
13. Deschenes S, Gagnon M, Park T, et al,. Moral distress: aconcept clarification. Nurs Ethies, 2020, 27 (4): 1127-1146.
14. Ebel,R. I (1972). Essential of Education measurement. 2d Edition, pentie hill, new jersey.
15. Ehler s A, & Clark, DM (2000). A cognitive model of post raumatic stress disorder. Behviour Research and therapy.(38) p.319-345.
16. Ellis, A., & Knaus, W.J. (1977). Overcoming Procrastination (New york, Institute for Rational Living).
17. *Festinger, Leon (1962).* "Cognitive Dissonance". *Scientific American. **207** (4): 93–106.*
18. Fourie C. moral distress and morsl conflict in clinical ethics (2015): (2): 91-97.

19. Frankfourt SB, Frazier P, & Engdahl B.(2017). Indirect relation between transgressive actsanl general combat exposure and moral injury. Military medicine (182, p. 1950-1956.
20. Gibbons SW, Shafer M, Hickling EJ, et al. How do deployed health care providers experience moral injury. *Narrat Inq Bioeth* 2013; 3(3): 247–25.
21. Gibbons SW, Shafer M,Hickling EJ, et al. How do deployed health care providers experience moral injury.(2013) ; 3 (3): 247-259.
22. Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development,factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, 26 (1), 41-54.
23. Greenberg, N, Docherty, M, Gnanapragasam,S, & Wesselly,S.(2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic BMJ, 368, m1211.
24. Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: İmplications for affect, relationships, and wellbeing. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 85(2), 348.
25. Goodwin , C.J. (1995) . Research in Psychology : Method design . J .
26. Harris, J I, Usset, T,Voecks, C, Thuras, P,currier, J, Erbes, C, Spiritually integrated care for PTSD: arandomized controlled trial of " build spiritual strength. (2018),420-8.
27. Harvey, L.J., Hunt,C., & White F. A. (2019). Dialectical Behaviour Therapy for Emotion Regulation Difficulties: A systematic Review.143-164.
28. Helbig-Lang, S., Rush, S., & Lincoln, T. (2015). Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. ***Journal of Clinical Psychology***, 71 (3), 241– 249.
29. Joiner, Jr., T.E., Hollar, D., & Van Orden, K.A. (2007). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice:

"Pulling together" is associated with lower suicide rates. ***Journal of Social and Clinical Psychology***, **25**, 1395-1404.

30. Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. ***Journal of Abnormal Psychology***, *126*(1), 125–136.
31. Joiner, T. E. (2005). Why People Die By Suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press.p.570
32. Joiner, T. E., Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, *76*(1), 72–83.
33. Jennifer M ., & Sneha M ., (2020) . Identifing moral injury in health care professional : The moral injury symptom scale – HP . Journal of religion and health 59 , 720-730.
34. Klimes-Dougan, B, Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher,B., Hastings, P.D., Kendziora, K,& Garside, R.B. (2007). Parental emotion socialization in adolescence: Differences in sex, age, and problem status. social Development, 16,326-342.
35. Koenig, H. G., Ames, D., Youssef, N., Oliver, J. P., Volk, F., Teng, E. J., et al. (2018a). The moral injury symptom scale-Military version. ***Journal of Religion and Health***, 57, 249–265.
36. Koenig, H.G, Ames,D,Youssef, N.A, Oliver, J.P., Volk, F. teng, E.J, Haynes, K, Erickson, Z.D,Arnold, I,O'Garo, K, & Pearce, M. (2018). The moral injury symptom scale-military version. ***Journal of religion and health***. 57, 249-265.
37. Koenig, H.G.,Ames.D.,Youssef,N. A., Oliver.J.P., Volk. F. Teng, E.J. Haynes,K,Erickson,Z.D.,Arnold,I, OGaro, K& Pearce, M.(2018).The Moral Injury Symptom Scale—Military Version. J***ournal of Religion and Health***,57,249-265.
38. Koenig, HG, Ames, D, Nash, W, Büssing, A. Screening for and treatment of moral injury in veterans/active duty military with PTSD. Front Psychiatry 2019; 10: e596.
39. Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition & Emotion, 23 (1), 4-41.
40. Lancaster SL,& Erbes CR (2017). Importance of moral appraisals in military veterans. Traumotology. 23: 317-322.

41. Litz BT,Stein N, Delaney E, et al,. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psycho, (2009) ; 29 (8): 695-706.
42. Litz, B.t. Contractor, A.A, Rhodes, C, Dondanville K. A, Jordan, A.H, Resick, p.A. foa, E. B. For the strong star consortium. (2018). Distinct trauma. Types in military service members seeking treatment for posttraumatic stress disorder. ***Journal of traumatic stress***, 31 (2): 286-295.
43. Litz, B.T. Stein,N, Delaney, E., Lebowitz, L, Nash, W. P., Silva, C, & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair war veterans: Apreliminary model and intervention strategy. Clincal Psychology review, 29 (8):695-706.
44. M.R. Zefferman, S. Mathew.Combat stress in warriors of a small-scale society highlight evolutionary roots of post-traumatic stress disorder and moral injury in war. Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews, 24 (2) (2015), pp. 50-61.
45. Maguen , S., Griffin , B.J., Copeland ,L., Perkins , P.F., & Vogt ,D., (2020).Gender differences in prevalence and outcomes of exposure to potentially morally injurios events among post-9/11 veterans . Journal of psychiatric ,130:97-103.
46. Nash , W .P., Marinocarper T.L., Mills , M., Gold smith & Litz , B., (2013). Psychometric evaluation of the moral injury eventa scale . military medicine , 178 ,(6) ,646-652.
47. O'Toole, M., Jensen,M., Fentz, H., & Hougaard, E. (2014). Emotion differentiation and emotion regulation in high and low socially anxious individuals: An experience sampling study. Cognitive therapy and Research, 38, 428 – 438.
48. Pandey, R, Saxena, P,& Dubey, A (2011). Emotion regulation difficulties in Alexithyamia and mental health. **Europe's Journal of psychology**, 7 (4), 604-623.
49. Papazoglou, K., Blumberg, D. M., Chiongbian, V. B., Tuttle, B. M., Kamkar, K., Chopko, B., Milliard, B., Aukhojee, P., & Koskelainen, M. (2020). The role of moral injury in PTSD among law enforcement officers: A brief report. Frontiers in Psychology, 11, 310.

50. pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, papoutsi E, Katsaounou P.Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analyses Brain Behav Immun. 2020;88: 901-907.
51. Pietrzak. RH, Feingold J H, Feder A, Charney D S, Peccoralo L, Southwicksm, Rippj. Psychological resiliencein frontline health care workers during the acute phase of the covid-19 pandemic in newyork city, 2020.
52. Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development,factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, 26 (1), 41-54.
53. Litz BT,Stein N, Delaney E, et al,. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psycho, (2009) ; 29 (8): 695-706.
54. Litz, B.t. Contractor, A.A, Rhodes, C, Dondanville K. A, Jordan, A.H, Resick, p.A. foa, E. B. For the strong star consortium. (2018). Distinct trauma. Types in military service members seeking treatment for posttraumatic stress disorder. ***Journal of traumatic stress***, 31 (2): 286-295.
55. Litz, B.T. Stein,N, Delaney, E., Lebowitz, L, Nash, W. P., Silva, C, & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair war veterans: Apreliminary model and intervention strategy. Clincal Psychology review, 29 (8):695-706.
56. M.R. Zefferman, S. Mathew.Combat stress in warriors of a small-scale society highlight evolutionary roots of post-traumatic stress disorder and moral injury in war. Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews, 24 (2) (2015), pp. 50-61.
57. Magues, S, Metzler, T. J. Bosch, J, Marmar, C. R Knight, S,J & Neylan, T.c. (2012). Killing in combat may be independently associated with suicidal ideation. pepression & Anxiety,29(11), 918-923.