

Received on (01-11-2025) Accepted on (14-04-2026)

<https://doi.org/10.33976/IUGJEPS.34.3/2026/5>

## Regulation among Physicians and -Psychological Resilience and its Relationship with Self Medical Assistants in Thamar Governorate

dars Abdullah Ahmed Alghtani\*<sup>1</sup>, Prof. Eman Saleh Ahmed Al-Sanabani\*<sup>2</sup>

Researcher at the Faculty of Arts and Humanities - Department of Psychology - Sana'a University – Yemen<sup>1</sup>  
Associate Professor of Clinical Psychology, Faculty of Arts and Humanities – Sana'a University<sup>2</sup>

\*Corresponding Author: [darsalghtani2@gmail.com](mailto:darsalghtani2@gmail.com)

### Abstract:

The present study aimed to investigate the relationship between psychological resilience and self-regulation among physicians and medical assistants in Dhamar Governorate. It further sought to assess the levels of both variables and differences based on demographic factors (gender, marital status, qualification, and years of experience). Adopting a descriptive correlational approach, the researchers selected a purposive sample of 328 participants. Data were collected using the Connor-RSC Resilience Scale (33 items) and a Self-Regulation Scale developed by the researchers (33 items). The findings revealed the following: Psychological Resilience: The sample exhibited a high level of resilience (59.8%). Regarding its dimensions "Acceptance," and finally "Resistance and Observation," "Positive Self-Cohesion" ranked first, followed by "Self-Regulation: The participants demonstrated a moderate level of self-Regulation (54%). A statistically significant correlation was found between the total score of psychological resilience and the total score of self-regulation. Specifically, the "Positive Self-Regulation" dimension and the total score of self-regulation were found in psychological resilience across any of the studied variables. However, significant differences in self-regulation were observed regarding years of experience, favoring those with less than 8 years of experience.

**Keywords:** – Medical assistants – Physicians – regulation – Self – Psychological resilience Thamar Governorate.

### المرونة النفسية وعلاقتها بتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار

أ. دارس عبد الله أحمد القحطاني<sup>1</sup>، أ.م.د. إيمان صالح أحمد السناباني<sup>2</sup>  
طالب دكتوراه - قسم علم النفس - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة صنعاء<sup>1</sup>  
أستاذ علم النفس الإكلينيكي المشارك، قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة صنعاء<sup>2</sup>

### الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار، والتعرف على مستويات المرونة النفسية وتنظيم الذات، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بينهما تبعاً للمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، المؤهل، الخبرة)، واعتمد الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي. تكونت عينة الدراسة من (328) طبيباً ومساعداً، تم اختيارهم بالطريقة القصدية. أُستخدِم مقياس المرونة النفسية (Davidson-Connor) (2003) المكون من (23) فقرة، ومقياس تنظيم الذات من إعداد الباحثان والمكون من (33) فقرة، وأظهرت النتائج مستوى المرونة النفسية لدى أفراد العينة كان مرتفعاً بنسبة بلغت (59.8%) وبالنسبة لأبعاد المرونة النفسية، احتل بُعد "الإصرار والتماسك" المرتبة الأولى، تلاه "مقاومة الذات وملاحظتها"، ثم "تقبل الذات الإيجابي"، وأخيراً "الكفاءة الشخصية". في حين كان تنظيم الذات عند مستوى متوسط بنسبة بلغت (54%). كما وجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للمرونة النفسية وواحد أبعادها "تقبل الذات الإيجابي" مع الدرجة الكلية للتنظيم الذاتي. ولم تُظهر النتائج فروقاً دالة إحصائياً في مستوى المرونة النفسية تبعاً لمتغيرات الدراسة، في حين ظهرت فروق دالة إحصائياً لتنظيم الذات حسب متغير سنوات الخبرة لصالح ذوي الخبرة الأقل من 8 سنوات.

كلمات مفتاحية: المرونة النفسية - تنظيم الذات - الأطباء - المساعدون الطبيون - محافظة ذمار.

## مقدمة:

تُعد مهنة الطب من المهن التي تتطلب قدرات نفسية وتنظيمية عالية، نتيجة لما تطوي عليه من مهام معقدة وتحديات، تتضمن التشخيص والعلاج، والتعامل مع حالات إنسانية حرجة، واتخاذ قرارات سريعة في بيئات محفوفة بالمخاطر، كالتوارئ والعناية المركزة (القحطاني والسنباني، 2026: 23). وتتفاقم هذه التحديات في البيئات الصحية التي تعاني من ندرة الموارد وكثافة العمل، كما هو الحال في اليمن عمومًا، ومحافظة ذمار على وجه الخصوص، حيث تشير الإحصاءات الرسمية إلى انخفاض كبير في معدلات الكادر الطبي مقارنة بعدد السكان، بما في ذلك معدل الأطباء (0.7 لكل 10,000 نسمة)، ومعدل الأسرة (4.1 فقط لكل 10,000 نسمة) (التقرير الإحصائي السنوي، 2022: 4).

في مثل هذه البيئات، تصبح القدرة على التكيف النفسي والوظيفي شرطًا أساسيًا للاستمرارية المهنية والصحة النفسية. وتعد المرونة النفسية من أبرز المتغيرات التي تُمكن الفرد من تجاوز الأزمات والضغوط، والعودة إلى حالته الطبيعية بعد التعرض للشدائد، وهي بذلك تمثل عاملاً جوهرياً في الوقاية النفسية وتعزيز الكفاءة المهنية (Bonanno, p.20, 2004). وعلى نحو موازٍ، يُعد تنظيم الذات عملية معرفية وسلوكية تساعد على توجيه الجهد نحو الأهداف، وضبط الانفعالات، وتحقيق التوازن بين المتطلبات الخارجية والموارد الداخلية، مما يعزز القدرة على مواجهة الضغوط اليومية (Zimmerman, 2000, p.1؛ Diehl & Schwarzer, 2006, p.308).

وتشير الأدبيات إلى وجود علاقة وثيقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات، حيث تسهم المرونة النفسية في دعم عمليات تنظيم الذات من خلال تعزيز "القدرة على الحفاظ على الفاعلية المهنية والنمو النفسي وسط المتغيرات المتسارعة والمواقف الطبية المعقدة". كما يُعد انخفاض تنظيم الذات مؤشراً على هشاشة نفسية وضعف في التكيف، خاصة لدى العاملين في بيئات مهنية مرهقة كالمقاطع الطبي (salleh, & Zainal, & Baharudin 2021, pp.5-6).

ورغم وفرة الدراسات التي تناولت متغيري المرونة النفسية وتنظيم الذات، فإن أغلبها انصرف إلى دراستهما بشكل منفصل أو في سياقات تعليمية وتربوية، دون التطرق إلى العلاقة التكاملية بينهما في السياق المهني الطبي. وقد أظهرت مراجعة الدراسات العربية مثل دراسات يوسف (2014)، والشيخ (2017)، ومقبل (2019)، والبشارت ومقابلة (2020)، ومحمد (2022)، والجوهر (2022)، وعبد الحفيظ (2023)، وكذلك الدراسات الأجنبية مثل (Mongan et al (2020)، و(Door (2019)، و(2021) Wagner، أن العلاقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات في أوساط الكوادر الصحية ما تزال غير مستكشفة بصورة كافية، لا سيما في السياق اليمني.

وتؤكد الإحصائيات الصحية في محافظة ذمار (التقرير الإحصائي السنوي، 2023: 39، 82) ارتفاع حجم الأعباء الواقعة على العاملين الصحيين، من حيث عدد المرضى الداخليين والخارجيين، وعدد الحالات الطارئة، في مقابل محدودية البنية التحتية والكادر، وهو ما يطرح تساؤلات جوهريّة حول آليات التكيف التي يمتلكها الأطباء ومساعدوهم، ومدى ما يتمتعون به من مرونة نفسية وقدرات على تنظيم الذات.

## مشكلة الدراسة: تتحدد مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيس الآتي:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

وينبثق من التساؤل الرئيس السابق الأسئلة الفرعية الآتية:

1- ما مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

2- ما مستوى تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار تعزى لمتغيرات

(الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية) ؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار تعزى لمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية) ؟

**أهمية الدراسة: وتتمثل في الآتي:**

**الأهمية النظرية:**

أ- أهمية الموضوع ومتغيرات الدراسة الحالية، التي تتمثل في المرونة النفسية، وتنظيم الذات، والتي قد تسهم في تعزيز الصحة النفسية للأطباء ومساعديهم.

ب- أهمية الفئة المستهدفة، والمتمثلة بالأطباء ومساعديهم، باعتبارهم من أهم الشرائح العاملة في القطاع الصحي، ويقع على عاتقهم عبء كبير يتعلق بصحة وحياة أفراد المجتمع.

ج- إثراء المكتبات العربية واليمنية بمضامين علمية إيجابية، وتزويد الجهات المعنية ذات الصلة بالبحث العلمي بمخرجات ذات فائدة علمية ومهنية.

**الأهمية التطبيقية: وتتمثل في الآتي:**

أ- الاستفادة من نتائج الدراسة وتوصياتها في لفت انتباه صُنَّاع القرار والجهات المعنية، وتقديم مقترحات عملية تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي للأطباء ومساعديهم.

ب- الاستفادة من المقاييس المستخدمة في الدراسة، في إجراء بحوث مستقبلية تتناول المرونة النفسية وتنظيم الذات لعينات أخرى، وفي بيئات مختلفة.

ج- تصميم برامج إرشادية وتدريبية لتنمية المرونة النفسية وتنظيم الذات.

**أهداف الدراسة:**

**تهدف الدراسة الحالية الى تحقيق الأهداف التالية:**

1. التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار.
2. التعرف على مستوى تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار.
3. الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار.
4. التعرف على الفروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية).
5. التعرف على الفروق في تنظيم الذات وفقاً لمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية).

**حدود الدراسة:**

اقتصرت إجراء الدراسة على حدودا موضوعية: هي المرونة النفسية، وتنظيم الذات، وحدوداً بشرية، اقتصرت على الأطباء ومساعديهم، وحدوداً مكانية: مستشفيات هيئة ذمار العام، والوحدة التعليمية الجامعي بمدينة معبر، وحدود الزمانية: تم تطبيقها خلال العام (2024-2025).

**التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:**

- **المرونة النفسية:** تعرف بأنها "القدرة على التكيف النفسي الإيجابي مع الضغوط النفسية الصدمات، ومواجهة التحديات بمرونة، مع استعادة التوازن النفسي والاجتماعي بعد الازمات" (Connor & Davidson, 2003, p.77).
- **التعريف الإجرائي:** " تُعرّف إجرائياً بأنها قدرة الطبيب أو مساعد الطبيب على الصمود النفسي والتعافي من ضغوط العمل الطبي، ويُقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس (Davidson-Connor) المستخدم في هذه الدراسة".

- **تنظيم الذات:** يعرف بأنه قابلية الفرد وقدرته على تنظيم الأنماط السلوكية التي يقوم بها في ضوء النتائج المتوقعة من تلك الأنماط، وتفسير التغيرات المصاحبة من خلال عمليات تنظيم الذات، وليس بمجرد الربط بين المثير والاستجابة. (Bandura, 1991, p.105).
- **التعريف الإجرائي:** يُعرّف إجرائياً بأنه قدرة الطبيب أو مساعد الطبيب على مراقبة أفكاره وانفعالاته وتوجيه سلوكه المهني نحو الأهداف المنشودة، ويُقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس تنظيم الذات المُعد في هذه الدراسة.

#### الدراسات السابقة:

هدفت دراسة **Emma-Jan & Robert (2016)** إلى استكشاف العلاقة بين المرونة النفسية، والشفقة بالذات، والرفاهية العاطفية لدى عينة مكونة من 144 طالباً جامعياً في تخصص علم النفس، تراوحت أعمارهم بين 60-17 عاماً. واعتمد الباحثان المنهج الوصفي، واستخدما تحليل الارتباط والانحدار المتعدد، وأظهرت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين التعاطف مع الذات وأبعاد المرونة النفسية، كما أظهرت تحليلات الانحدار أن الشفقة بالذات كانت متنبئاً أقوى بالرفاهية العاطفية مقارنة بالمرونة النفسية وحدها، مما يبرز أهمية إدراج هذا المتغير في برامج العلاج من الموجة الثالثة مثل العلاج بالقبول والالتزام (ACT).

أما دراسة سلامة (2017)، فركزت على العلاقة بين التنظيم الذاتي والإنجاز الأكاديمي لدى طلاب المرحلة الثانوية، وفحصت الفروق بين الجنسين في ذلك. شملت العينة 150 طالباً وطالبة (18-15 عاماً)، واستخدمت الباحثة مقياساً للتنظيم الذاتي ومقياس إنجاز أكاديمي، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة بين التنظيم الذاتي والإنجاز الأكاديمي، مع تفوق الإناث في التنظيم الذاتي دون فروق في التحصيل الأكاديمي.

وبالانتقال إلى الدراسات الجامعية، هدفت دراسة **المقبلي والعجمي (2018)** إلى استكشاف العلاقة بين التنظيم الذاتي الأكاديمي والمرونة النفسية، وفحص الفروق حسب الجنس ومكان الدراسة، على عينة مكونة من 115 طالباً وطالبة من جامعتين (دمشق والكويت). واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس قانونوسكي وآخرين للتنظيم الذاتي الأكاديمي، ومقياس كونور ودافيدسون للمرونة النفسية، وشملت التحليلات معامل ارتباط بيرسون وتحليل التباين. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التنظيم الذاتي والمرونة النفسية، مع فروق دالة حسب الجنس لصالح الإناث، وفروق حسب مكان الدراسة لصالح طلبة جامعة الكويت.

وفي السياق ذاته، أجريت دراسة **مقبل (2019)** على 211 طالباً وطالبة من ثلاث جامعات فلسطينية، بهدف قياس مستويات التنظيم الذاتي والمرونة النفسية والعلاقة بينهما. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، واعتمدت أدوات بحثية مصممة خصيصاً للدراسة، وتم تحليل البيانات باستخدام النسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، ومعامل ارتباط بيرسون، والاختبارات التائية وتحليل التباين الأحادي. وأظهرت النتائج ارتفاع مستويات التنظيم الذاتي والمرونة النفسية، مع وجود علاقة ارتباطية موجبة بينهما، دون فروق دالة حسب الجنس، بينما ظهرت فروق حسب الجامعة والمستوى الدراسي في التنظيم الذاتي فقط.

كما هدفت دراسة **Sagar (2021)** إلى فحص العلاقة بين التنظيم الذاتي والمرونة النفسية لدى طلبة كلية التربية، على عينة عشوائية مكونة من 462 طالباً وطالبة. واستخدم الباحث مقياسين مخصصين للتنظيم الذاتي والمرونة النفسية، واعتمد المنهج الوصفي الارتباطي. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين تنظيم الذات والمرونة النفسية، مع مستوى متوسط من تنظيم الذات، مؤكداً أن تنظيم الذات يُعد متنبئاً قوياً بالمرونة النفسية.

وتناولت دراسة (Khayyat et al. (2024) الدور الوسيط للمرونة المعرفية في العلاقة بين تنظيم الذات والمرونة النفسية لدى 302 طالبًا من جامعات طهران وكرج، بمتوسط عمر 25.8 سنة. واعتمد الباحثون المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدموا مقياس بوفارد للتنظيم الذاتي، ووجد المرونة المعرفية (CFI)، ومقياس كونور وديفيدسون للمرونة النفسية-CD (RISC)، وتم تحليل البيانات عبر نمذجة المعادلات الهيكلية باستخدام SPSS و AMOS. وأظهرت النتائج تأثيرًا إيجابيًا مباشرًا للتنظيم الذاتي على المرونة المعرفية والمرونة النفسية، مع دور وسيط غير مباشر للمرونة المعرفية في تعزيز المرونة النفسية، مما يبرز أهمية دعم تنظيم الذات والمرونة المعرفية لتعزيز المرونة النفسية لدى الطلبة.

#### تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت متغيري المرونة النفسية وتنظيم الذات، يمكن بلورة القيمة العلمية للدراسة الحالية وأوجه استفادتها من التراث البحثي السابق على النحو الآتي:

#### أولاً: ما تميزت به الدراسة الحالية:

-التفرد بالعينة المهنية: تتميز الدراسة الحالية بخروجها من حيز "البيئة التعليمية" (طلبة المدارس والجامعات) الذي هيمن على معظم الدراسات السابقة كدراسة مقل (2019) و Sagar (2021)، لتستهدف فئة مهنية حيوية وهي الأطباء ومساعديهم في ميادين العمل المباشرة، مما يمنح النتائج واقعية تطبيقية في سياق الممارسات الطبية.

-الربط البيئي في السياق الطبي: تتفرد الدراسة بكونها من الدراسات التي تربط بين المرونة النفسية وتنظيم الذات كمنظومة متكاملة لتعزيز كفاءة الكوادر الصحية، خاصة في ظل الظروف الاستثنائية التي يمر بها القطاع الصحي في محافظة نمار.

-الجمع بين المقياس العالمي والمحلي: تميزت الدراسة بمنهجية أدواتها؛ حيث تم استخدام مقياس عالمي رصين للمرونة النفسية (Davidson, 2003 & Connor)، وبناء مقياس خاص لتنظيم الذات تم تطويره ليتناسب مع الخصائص البيئية والمهنية لعينة الدراسة، مما يرفع من صدق المحتوى وقدرته على القياس الدقيق.

#### ثانياً: أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

-بناء الإطار النظري: ساهمت الدراسات السابقة في إثراء الخلفية النظرية للدراسة، وتحديد الأبعاد الجوهرية لكل من المرونة النفسية وتنظيم الذات، مما ساعد في صياغة الفرضيات وتفسير النتائج.

-تطوير الأدوات: استفادت الدراسة من الاطلاع على المقاييس التي أعدها الباحثون السابقون كدراسة (سلامة، 2017) ودراسة (مقل، 2019)، وذلك في تحديد المؤشرات السلوكية وصياغة فقرات مقياس تنظيم الذات المطور في هذه الدراسة.

-المنهجية الإحصائية: ساعدت مراجعة الدراسات السابقة في اختيار المنهج الوصفي الارتباطي الأنسب لطبيعة العلاقة بين المتغيرات، وتحديد الأساليب الإحصائية الملائمة لتحليل الفروق تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.

-تفسير النتائج ومناقشتها: تمثل الدراسات السابقة مرجعية أساسية لمقارنة نتائج الدراسة الحالية بها، مما يساهم في فهم أعمق لمدى تأثير البيئة المهنية مقارنة بالبيئة التعليمية على مستويات المرونة وتنظيم الذات.

#### رابعاً: منهجية الدراسة وإجراءاتها

**منهج الدراسة:** استخدام المنهج الوصفي الارتباطي؛ كونه المنهج الملائم للبحث.

**مجتمع الدراسة:** تضمن مجتمع الدراسة الحالية الأعداد الإجمالية لأطباء ومساعدي المستشفيات الحكومية بمحافظة

نمار للعام 2023-2024 البالغ عددهم (884) موزعين على مستشفيات ووحدات صحية ومستوصفات في (16) مديرية.

**عينة الدراسة:** اعتمد الباحثان في اختيار عينة الدراسة على أسلوب المعاينة غير الاحتمالية متعددة المراحل. ففي المرحلة

الأولى، تم الحصول على كشف رسمي معتمد من مكتب وزارة الصحة بمديريات محافظة نمار، يوضح أعداد الأطباء ومساعدي

الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية بالمحافظة، حيث بلغ إجمالي عددهم (884) طبيباً ومساعداً طبيباً، وهو ما شكّل

الإطار العام لمجتمع الدراسة. وبالاستناد إلى هذا الإطار، جرى اختيار مستشفى معبر والمستشفى الهولندي اختياراً قصدياً، نظراً لكونهما من أكثر المستشفيات الحكومية كثافة من حيث الكادر الطبي مقارنة ببقية المستشفيات في المحافظة، إذ بلغ العدد الإجمالي للأطباء ومساعدتي الأطباء العاملين فيهما (439).

وفي المرحلة الثانية، تم اختيار أفراد العينة من الأطباء ومساعدتي الأطباء العاملين في المستشفىين المختارين باستخدام أسلوب المعاينة العرضية (المتيسرة)، وذلك استناداً إلى مدى توافرهم أثناء أوقات الدوام الرسمي. ولم يتم وضع معايير مسبقة تتعلق بخصائص العينة من حيث الجنس أو التخصص الطبي أو المؤهل العلمي أو سنوات الخبرة، بهدف إتاحة الفرصة لمشاركة مختلف فئات المجتمع الأصلي للدراسة. كما روعي اختيار أفراد العينة في أوقات مختلفة بما يتلاءم مع طبيعة دوام الأطباء وتعدد نوبات عملهم تكونت عينة الدراسة 328 طبيباً ومساعداً تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية، وتوزعت العينة كما في الجدول (1) على النحو الآتي:

**جدول (1) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة للأطباء ومساعدتي الأطباء في المستشفيات الحكومية في محافظة ذمار تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.**

المتغيرات	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	125	38.1
	إناث	213	64.9
الحالة الاجتماعية	عازب	177	53.9
	متزوج	123	37.5
	أرمل	28	8.5
المؤهل	دبلوم	144	43.9
	بكالوريوس	145	44.2
	دكتوراه	39	11.9
سنوات الخبرة	أقل من 8 سنوات	187	57.0
	من (8-15)	85	25.9
	أكثر من (15) سنة	56	17.1

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقاييس التالية:

**أولاً: مقياس المرونة النفسية:** من إعداد: كونور ديفيدسون Connor-Davidson عام 2003 ترجمه للعربية وطبقه في البيئة العربية (الخطيب، 2007). باعتباره من أكثر المقاييس استخداماً في قياس المرونة النفسية، ويستند في بناءه إلى المفهوم الاكينيكي للمرونة النفسية. وقد تم اختياره نظراً لما يتمتع به من خصائص سيكومترية عالية، وانتشاره الواسع في البحوث النفسية، كما يتلاءم مع طبيعة العينة المستهدفة، ويتكون المقياس من (25) فقرة، يجاب عنها وفق التدرج الخماسي (بدرجة كبيرة جداً - بدرجة كبيرة - بدرجة متوسطة - بدرجة قليلة - بدرجة قليلة جداً)، مع إجراء بعض التعديلات والحذف لكي يتناسب مع عينة الدراسة وعلى النحو الآتي:

أ- ابعاد مقياس المرونة النفسية: يتكون من أربعة أبعاد، هي:

- الكفاءة الشخصية (7 فقرات): وهي ثقة الفرد بنفسه وقدراته على الأداء الجيد والنجاح بما يقوم به.

- الإصرار والتماسك (7 فقرات): يعكس هذا العامل قدرة الفرد على العمل، وعدم الاستسلام عند حدوث عدم تحقيق الأهداف.

- مقاومة التأثيرات السلبية (6 فقرات): هي ثقته المطلقة بما قدر للفرد ولا يأتي اقداره الا بحكمة من الخالق عز وجل،

وان الأفكار والعواطف او التفاعلات الاجتماعية الغير سارة لا تؤثر على مرونته النفسية.

-تقبل الذات الإيجابي (5 فقرات): هو قبول الفرد لذاته واحتضانه لجميع سماته الايجابية كالفخر والاعتزاز بالنجاح، والثقة بالنفس على الاستمرار في مواجهة الاحداث الحياتية.

ب- صدق مقياس المرونة النفسية:

الصدق الظاهري:

تَحَقَّق الصدق الظاهري بعرض المقياس على (17) مُحكماً من ذوي الاختصاص في علم النفس والتربية والاجتماع؛ لتقييم الفقرات من حيث الوضوح، والسلامة اللغوية، والانتماء للأبعاد. وباستخدام معادلة (لاوشي - Lawshe) وباستخدام نسبة (80%) كقيمة محكية للقبول. وأجمع المحكمون على جودة معظم الفقرات، مع حذف الفقرتين (6، 7) من بعد "الكفاءة الشخصية" لعدم استيفائهما المعايير المطلوبة. واستقر المقياس في صورته النهائية على (23) فقرة. والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2) آراء المحكمين حول فقرات مقياس المرونة النفسية

أرقام فقرات المقياس بعد التحكيم	عدد الفقرات بعد التحكيم	أرقام الفقرات التي تم تحكيمها			عدد فقرات التحكيم	البعد
		إضافة	حذف	تعديل		
5-1	5	-	2	1	7	الأول
12-6	7	-	-	1	7	الثاني
18-13	6	-	-	-	6	الثالث
23-19	5	-	-	2	5	الرابع
-	23	-	23	4	25	الإجمالي

- الصدق التمييزي:

للتحقق من صدق التمييزية لفقرات المقياس تم تطبيق المقياس على عينة عشوائية من الأطباء ومساعديهم في مستشفى نمار العام بلغت (100) طبيب ومساعد طبيب، وقد رتب درجات افراد العينة على هذا المقياس تصاعدياً وتم اختيار مجموعتين محكيتين تمثلان اعلى وادنى (27%) من الدرجات الكلية للعينة على المقياس، فضمت كل مجموعة (27) فرداً من افراد العينة، وقد تراوحت الدرجات الكلية للمجموعة العليا بين (90-99) درجة بمتوسط حسابي (94.5) درجة وانحراف معياري (2.8) درجة، بينما تراوحت الدرجات الكلية للمجموعة الدنيا بين (82-84) درجة بمتوسط حسابي (70) درجة وانحراف معياري (3.5) درجة، وتمت المقارنة بين هاتين المجموعتين باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وقد حسبت القيمة التائية لكل فقرة وقورنت بالقيمة الجدولية (1.69) عند مستوى دلالة (0.05)، ودرجة حرية (52) درجة، وقد أظهرت النتائج ان كل الفقرات مميزة ولم تحذف أي فقرة كما يوضح جدول (3).

جدول (3) القوة التمييزية لفقرات مقياس المرونة النفسية للعينة الأساسية

الدلالة مستوى	القيمة ت	المجموعة المحكية				الفترة
		27% العليا		27% الدنيا		
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
.000	-3.977	1.01274	4.222	1.10683	3.074	1
.005	-2.917	1.28103	4.111	1.03912	3.185	2
.000	-4.828	.74726	4.407	.98421	3.259	3

.000	-5.228	.54171	4.703	1.08735	3.481	4
.000	-4.121	1.02254	4.481	1.31071	3.370	5
.000	-4.631	.93978	4.259	1.24493	2.777	6
.005	-2.917	1.28103	4.111	1.03912	3.185	7
.000	-6.514	1.12090	4.037	1.06752	2.740	8
.000	-3.783	.57981	3.555	1.20304	2.296	9
.000	-5.060	.50918	4.518	.49735	2.703	10
.000	-2.383	.70002	4.518	1.3008	2.666	11
.000	-8.126	0.4833	4.814	1.3397	3.777	12
.000	-4.420	0.4560	4.851	1.2506	3.555	13
.005	-2.917	1.28103	4.111	1.03912	3.185	14
.000	-4.571	0.1924	4.963	1.2403	3.000	15
.000	-2.494	0.1924	4.407	1.2551	3.037	16
.000	-5.165	0.9488	4.148	1.11835	2.592	17
.000	-4.571	0.6938	4.407	1.1547	3.222	18
.005	-2.917	1.28103	4.111	1.03912	3.185	19
.000	-5.165	0.7145	4.629	0.9337	3.444	20
.000	-3.954	0.7145	4.370	1.143	3.333	21
.000	-6.187	0.797	4.592	1.0743	3.000	22
.005	-2.917	1.28103	4.111	1.03912	3.185	23

من الجدول السابق تبين ان كل الفقرات ذات دلالة إحصائية ولا يوجد أي فقرة معامل تمييزها ضعيف.

#### - صدق البناء :

لتحقيق ذلك يتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل سؤال وبين الدرجة الكلية للبعد من جهة، ومن جهة أخرى يتم حساب معامل الارتباط بين درجة كل فقرة وبين الدرجة الكلية للمقياس، وقد اتضح أن معاملات الارتباط تتراوح بين (0.264) و(0,815)، وتعتبر كلها دالة إحصائية، وهذا يطابق صدق التمييز، وبالتالي لم تحذف أي فقرات على النحو المبين في الجدول (4).

جدول (4) معامل ارتباط بيرسون بين فقرات مقياس المرونة النفسية والدرجة الكلية للبعد

العدد	ارتباط المجال بالمقياس	ارتباط الفقرة بالمقياس	ارتباط الفقرة بالمجال	الفقرة	المجال
100	0.608	0.266	0.552	1	الكفاءة الشخصية
		0.452	0.826	2	
		0.314	0.702	3	
		0.539	0.591	4	
		0.426	0.531	5	
100	0.815	0.477	0.467	6	الإصرار والتمسك
		0.471	0.471	7	
		0.329	0.329	8	

		0.536	0.536	9	مقاومة التأثيرات السلبية
		0.389	0.389	10	
		0.596	0.596	11	
		0.624	0.624	12	
	0.713	0.360	0.360	13	
		0.452	0.452	14	
		0.264	0.264	15	
		0.688	0.688	16	
		0.548	0.548	17	
	0.644	0.492	0.492	18	
		0.352	0.352	19	
		0.314	0.314	20	
		0.396	0.396	21	
0.467		0.467	22		
		0.507	0.507	23	تقبل الذات الإيجابي

- ثبات مقياس المرونة النفسية:

لقد استخدم حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية SPSS، وظهرت نتائج التحليل الإحصائي على العينة المكونة من (100) طبيب - مساعد طبيب، وتبين ان المقياس يملك اتساقا داخليا عاليا حيث بلغ معامل الثبات الكلي لكرونباخ (0.835)، وبطريقة التجزئة النصفية (0.88)، وبذلك أصبح المقياس جاهز للتطبيق على العينة النهائية والجدول (5) يوضح ذلك:

جدول (5) ثبات مقياس المرونة النفسية بطريقتي التجزئة النصفية والفاء كرونباخ

التجزئة النصفية	الفا كرونباخ	عدد الفقرات	المجال
0.661	0.651	5	المجال الأول
0.705	0.748	7	المجال الثاني
0.751	0.710	6	المجال الثالث
0.677	0.613	5	المجال الرابع
0.88	0.835	23	المقياس الكلي

- تصحيح مقياس المرونة النفسية:

تضمن المقياس بصورته النهائية (23) فقرة وخمسة بدائل (1-2-3-4-5) للإجابة على كل فقرة هي (بدرجة كبيرة جدا- بدرجة كبيرة- بدرجة متوسطة- بدرجة قليلة- بدرجة قليلة جدا)، وقد احتوى المقياس على فقرات كلها إيجابية تقاس (5) - (1) وتشتمل على 4 عوامل هي (الكفاءة الذاتية، الإصرار والتماسك، مقاومة الذات السلبية، تقبل الذات الإيجابي). والجدول (6) يوضح ذلك:

جدول (6) تصحيح مقياس المرونة النفسية بعد التحكيم

الفقرات السلبية	الفقرات الإيجابية	أبعاد المقياس	
-	5 - 1	الكفاءة الذاتية	1

2	الإصرار والتماسك	12 -6	-
3	مقاومة الذات السلبية	18 -17	-
4	تقبل الذات الايجابي	23-19	-

#### - تثبيت المتوسط النظري لمتغير المرونة النفسية:

بلغ المتوسط النظري لمقياس المرونة النفسية (69) درجة، وقد تم احتسابه استناداً إلى عدد الفقرات البالغ (23) فقرة، بحيث تمثل الدرجة المتوسطة للاستجابة (3) نقاط (أي خيار "درجة متوسطة"). وعليه، فإن المتوسط النظري يُحسب بضرب عدد الفقرات (23) في الدرجة المتوسطة (3)، ليكون الناتج (69) درجة. ويُعد هذا المتوسط محكاً مرجعياً لمقارنة نتائج أفراد العينة، وتحديد مستوى المرونة النفسية لديهم.

#### ثانياً: مقياس تنظيم الذات من اعداد الباحثان

تم بناء مقياس تنظيم الذات في ضوء النظرية المعرفية لباندورا، التي ترى ان تنظيم الذات يتكون من عمليات معرفية وذاتية تمكن الفرد من التحكم في سلوكه وأهدافه. وفقاً للخطوات الآتية:

#### أ- الاطلاع على:

- الدراسات والأدبيات التي تناولت تنظيم الذات.
- التعريفات النظرية والإجرائية لمصطلح تنظيم الذات.
- الأطر النظرية التي تناولت تنظيم الذات.
- النماذج التطبيقية المستمدة من كتابات (Schunk & Zimmerman, 2007)، الذين طوّروا أبعاداً إجرائية عملية لعمليات تنظيم الذات، وجعلوها قابلة للقياس والتطبيق في البيئات التعليمية والمهنية.
- المقاييس التي تناولت تنظيم الذات مثل (وليم فيتس، 1995) ترجمة (فرج، كامل: 1996)، ومقياس تايلور، كما ورد في حباشنة: (1991)، ومقياس كوبر سميث، 1967، ترجمة شرحه (2011)، ومقياس الفتلاوي (2021)

#### ب- طرح الأسئلة المفتوحة:

لجمع فقرات المقياس تم وضع عدة أسئلة مفتوحة لعينة عشوائية مكونة من عشرون طبيب ومساعد طبيب في مستشفى هيئة ذمار العام، والتي تحقق الهدف الرئيس للدراسة وتشمل جميع أبعاد المقياس.

#### ج- تحديد أبعاد المقياس:

بعد الاطلاع على الأدبيات والمقاييس التي تناولت تنظيم الذات، تم تحديد أبعاد المقياس على النحو الآتي:

**البُعد الأول:** تحديد الأهداف ووضعها: يُشير هذا البُعد إلى قدرة الفرد على تحديد أهداف واضحة تتناسب مع ميوله وإمكاناته، مع الحرص على أن تتضمن هذه الأهداف مستوى مناسباً من التحدي الذي يمكن للفرد من خلاله تحقيق إنجاز فعّال. فعملية وضع الأهداف تتطلب الوعي بإمكانات الذات والقدرة على تخطيط ما يمكن الوصول إليه فعلياً.

**البُعد الثاني:** مراقبة الذات وملاحظتها: يتمثل هذا البُعد في متابعة الفرد لأدائه وسلوكياته أثناء سعيه نحو تحقيق الأهداف التي قام بتحديدتها مسبقاً. وتتم هذه المراقبة ضمن إطار من الوعي والانتباه المستمر، بما يُمكن الفرد من إجراء التعديلات اللازمة خلال مسار الأداء لضمان التقدم نحو الهدف.

**البُعد الثالث:** التقييم والحكم الذاتي: يُعبر هذا البُعد عن قيام الفرد بإطلاق أحكام ذاتية على سلوكه بهدف تقييم مدى تقدمه أو إخفاقه في تحقيق الأهداف. ويُعد هذا التقييم ذاتياً بطبيعته، إذ يختلف الأفراد في طبيعة ومستوى أحكامهم استناداً إلى معايير داخلية، دون أن يكون مرهوناً بأحكام الآخرين أو الجماعة.

**البُعد الرابع:** الاستجابات الذاتية: يتعلق هذا البُعد بردود الفعل الداخلية للفرد تجاه أدائه، حيث يُعزز ذاته ويشعر بالفخر والرضا عند نجاحه في بلوغ أهدافه، أو يعاقب نفسه بالشعور بالذنب وعدم الرضا عند الإخفاق. وتمثل هذه الاستجابات شكلاً من أشكال التغذية الراجعة الذاتية التي تُسهم في تعزيز الدافعية وضبط السلوك مستقبلاً.

#### - صياغة فقرات المقياس:

تم صياغة فقرات المقياس على شكل جمل خبرية لكل بُعد في المقياس باستخلاص الإجابة من الأسئلة المفتوحة، والاطلاع على الأدبيات والمقاييس التي تناولت تنظيم الذات، لتصبح عدد فقرات المقياس (46) فقرة في صورتها الأولية موزعة على أربعة أبعاد لتشكل مقياس تنظيم الذات.

#### د- صدق مقياس تنظيم الذات:

##### - الصدق الظاهري:

خضع مقياس تنظيم الذات إلى إجراءات التحكيم السابقة من قبل اللجنة العلمية (ن=17)، وطُبقت معادلة (لاوشي) بنقطة قطع (80%) للحكم على صلاحية الفقرات، وتم تعديل الفقرات التي غلب عليها مقترح التعديل، وحذف الفقرات التي لم تحقق النسبة المطلوبة أو غلب عليها مقترح الحذف. وحذفت الفقرة (35) من بعد "مراقبة الذات وملاحظتها"، والفقرتين (43، 45) من بعد "الاستجابة الذاتية"، حيث استقر المقياس في صورته النهائية على (43) فقرة. والجدول رقم (7) يوضح ذلك.

جدول رقم (7) آراء المحكمين حول فقرات مقياس تنظيم الذات

أرقام فقرات المقياس بعد التحكيم	عدد الفقرات بعد التحكيم	أرقام الفقرات التي تم تحكيمها			عدد فقرات التحكيم	البعد
		إضافة	حذف	تعديل		
12-1	12	-	-	4	12	الأول
24-13	13	-	1	3	14	الثاني
36-26	11	-	-	3	11	الثالث
43-37	7	-	2	2	9	الرابع
	43	-	3	12	46	الإجمالي

##### - الصدق التمييزي:

للتحقق من القوة التمييزية لفقرات المقياس المكون من (43) فقرة، رتب درجات افراد العينة على هذا المقياس تصاعدياً وتم اختيار مجموعتين محكيتين تمثلان اعلى وادنى (27%) من الدرجات الكلية للعينة على المقياس، فضمت كل مجموعة (27) فرداً من افراد العينة، وقد تراوحت الدرجات الكلية للمجموعة العليا بين (155-191) درجة بمتوسط حسابي (180.8) درجة وانحراف معياري (3.9) درجة، بينما تراوحت الدرجات الكلية للمجموعة الدنيا بين (109-152) درجة بمتوسط حسابي (141.03) درجة وانحراف معياري (11.36) درجة، وتمت المقارنة بين هاتين المجموعتين باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وقد حسبت القيمة التائية لكل فقرة وقورنت بالقيمة الجدولية (1.69) عند مستوى دلالة (0.05)، ودرجة حرية (52) درجة، وقد أظهرت النتائج ان كل الفقرات مميزة باستثناء الفقرات رقم (1، 2، 13، 15، 17، 23، 24، 25، 32، 36، 37) التي كانت قيمتها المميزة اقل من القيمة الجدولية وهي بهذا تعتبر غير مميزة ولذلك استبعدت من المقياس وبالتالي يتكون المقياس من (32) فقرة منها (5) فقرات سلبية (11، 12، 24، 25، 26) كما في جدول (8)

جدول رقم (8) معامل التمييز للفقرات لمقياس تنظيم الذات

\* - الفقرة غير دالة احصائيا

الدالة مستوى	قيمة ت	المجموعة المحكية				رقم الفترة
		%27 العليا		%27 الدنيا		
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
* .047	-2.040	.640	4.555	.933	4.111	1
* .186	-1.342	.577	4.111	1.154	3.777	2
.005	-2.867	.832	4.333	.966	3.629	3
.005	-4.231	.843	4.407	1.241	3.185	4
.005	-2.929	.765	4.074	.971	3.407	5
.000	-2.006	1.154	4.222	1.152	3.592	6
0.02	-6.385	.359	4.814	1.170	3.296	7
.000	3.335-	.847	3.888	1.238	2.925	8
.000	-4.428	.992	4.296	1.035	3.074	9
.005	-4.329	.579	4.481	1.395	3.222	10
.003	-2.971	.764	4.259	1.278	3.407	11
0.003	-3.168	.939	4.037	1.343	3.037	12
*1.000	-3.063	.697	4.555	1.265	3.703	13
0.009	-2.630	.697	3.888	.933	3.888	14
* .073	-2.727	1.231	4.148	1.163	3.259	15
.000	-1.827	1.000	4.000	.935	3.518	16
* .039	-5.375	.541	4.703	1.208	3.333	17
.000	-2.112	.724	4.296	1.265	3.703	18
.000	-4.121	.752	4.481	1.181	3.370	19
.000	-3.772	.891	4.222	.912	3.296	20
.000	-8.622	.697	4.222	.752	2.518	21
.000	-4.792	.700	4.481	1.310	3.111	22
* .263	-1.133	.878	3.814	1.251	3.481	23
* .183	-1.351	1.366	3.592	1.250	3.111	24
* .435	-0.786	1.137	3.703	1.281	3.444	25
.002	-3.187	.751	4.111	1.378	3.148	26
.000	-4.231	.916	4.074	1.071	2.925	27
.000	-5.349	.764	4.259	1.133	2.851	28
.000	-7.622	.687	4.232	.742	2.508	29
.000	-4.789	.668	4.296	1.327	2.925	30
.001	-3.393	.935	4.518	1.421	3.407	31

*.159	-1.430	1.575	3.407	1.468	2.814	32
.005	-3.374	0.409	3.296	1.321	3.148	33
.000	-6.287	.751	4.444	1.154	2.777	34
.000	-8.622	.697	4.223	.752	2.518	35
*.097	-2.299	.697	4.222	.751	3.888	36
*.026	-2.431	.700	4.481	.939	3.963	37
.019	-2.431	.784	4.000	.891	3.444	38
.000	-3.805	1.037	4.000	.807	3.037	39
.000	-4.734	.877	4.333	.847	3.222	40
.000	-6.471	.724	4.296	.828	2.925	41
.000	-4.233	1.091	3.963	.818	2.851	42
.003	-3.083	.679	4.666	1.120	3.888	43

من الجدول السابق نجد ان الفقرات (1، 2، 13، 15، 17، 23، 24، 25، 32، 36، 37) معامل تمييزها ضعيف

وبالتالي تم حذفها.

#### - صدق البناء:

لتحقيق صدق البناء يتم لذلك حساب معامل ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تندرج تحته من

ناحية وبين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9) معامل ارتباط بيرسون بين فقرات مقياس تنظيم الذات والدرجة الكلية للمقياس

العدد	ارتباط المجال بالمقياس	ارتباط الفقرة بالمقياس	ارتباط الفقرة بالمجال	الفقرة	المجال
100	0.811	0.427	*0.180	1	وضع الأهداف وتحديدها
		0.565	*0.139	2	
		0.486	0.303	3	
		0.693	0.417	4	
		0.602	0.474	5	
		0.523	0.387	6	
		0.482	0.377	7	
		0.704	0.652	8	
		0.513	0.418	9	
		0.400	0.403	10	
		0.651	0.582	11	
		0.503	0.460	12	
0.706		0.278	*0.071	13	مراقبة الذات وملاحظتها
		0.515	0.504	14	
		0.480	*0.374	15	
		0.480	0.474	16	

		0.422	*0.160	17		
		0.406	0.415	18		
		0.421	0.467	19		
		0.369	0.350	20		
		0.439	0.311	21		
		0.624	0.617	22		
		0.264	*0.161	23		
		0.366	*0.205	24		
		0.366	*0.210	25		
	0.709		0.369	0.532	26	التقييم والحكم الذاتي
			0.653	0.487	27	
			0.638	0.489	28	
			0.660	0.601	29	
			0.590	0.355	30	
			0.753	0.630	31	
			0.532	*0.204	32	
			0.654	0.514	33	
			0.398	0.303	34	
			0.597	0.529	35	
	0.408		0.062	*0.136	36	الاستجابة الذاتية
			0.652	*0.197	37	
			0.615	0.437	38	
			0.506	0.346	39	
			0.527	0.325	40	
			0.698	0.306	41	
			0.768	0.448	42	
			0.545	0.274	43	

• تدل على ان الفقرة غير داله احصائيا.

يلاحظ من الجدول السابق ان الفقرات (1، 2، 13، 15، 17، 23، 24، 25، 32، 36، 37) غير دالة احصائيا، وهذا يطابق صدق التمييز، وبالتالي تم حذف فقرات ليصبح عدد فقرات المقياس (32) فقرة صالحة ومميزة

#### ج- ثبات مقياس تنظيم الذات بالتجزئة النصفية والفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ واطهرت نتائج التحليل الاحصائي على العينة المكونة من (100) طبيب - مساعد طبيب، وتبين ان المقياس يملك اتساقا داخليا عاليا حيث بلغ معامل الثبات الكلي لكرونباخ (0.825)، وبطريقة التجزئة النصفية (0.882)، وهي قيم مرتفعة وتؤكد صلاحية المقياس للتطبيق. أما فيما يخص انخفاض معامل ألفا كرونباخ للمجال الثاني (0.581) مقارنة ببقية الأبعاد، فيمكن إرجاع ذلك للآتي:

- قلة عدد الفقرات: يتكون المجال الثاني من (6) فقرات فقط، ومن المعروف إحصائياً أن قيمة معامل ألفا تتأثر طردياً بعدد فقرات المقياس؛ فكلما قل عدد الفقرات، مال المعامل للانخفاض.
- ثبات التجزئة النصفية: رغم انخفاض "ألفا" للمجال الثاني، إلا أن معامل التجزئة النصفية لنفس المجال كان جيداً وبلغ (0.713)، وهو مؤشر كافٍ يؤكد ثبات هذا البعد ويجعل الدرجة الكلية له قابلة للاعتماد في التحليل الإحصائي.
- طبيعة المفهوم: قد يعود الانخفاض إلى التباين في استجابات أفراد العينة الاستطلاعية حول الفقرات الست لهذا البعد تحديداً، نظراً لطبيعته السلوكية التي قد تحتمل تفسيرات متعددة. وبذلك أصبح المقياس جاهز للتطبيق على العينة النهائية والجدول (10) يوضح ذلك

جدول (10) الثبات لمقياس تنظيم الذات وأبعاده بطريقتي التجزئة النصفية والفاء كرونباخ

المجال	عدد الفقرات	ثبات الفا كرونباخ	التجزئة النصفية
المجال الأول	10	0.790	0.713
المجال الثاني	6	0.581	0.713
المجال الثالث	9	0.734	0.725
المجال الرابع	7	0.732	0.687
ثبات المقياس الكلي	32	0.825	0.882

#### و- تصحيح مقياس تنظيم الذات:

يتكون المقياس من (32) فقرة موزعة على (4) ابعاد منها (5) فقرات سلبية (11، 12، 23، 25، 26) وتعطى اوزان عكسية (1-5)، وبقية الفقرات ايجابية تعطى اوزان (1-5)، وحدد لكل فقرة خمسة بدائل هي (موافق بشدة- موافق- محايد- غير موافق- غير موافق بشدة). وتشتمل على 4 عوامل هي (وضع الأهداف وتحديدها، مراقبة الذات وملاحظتها، التقييم والتحكم الذاتي، الاستجابة الذاتية).

جدول (11) تصحيح مقياس تنظيم الذات بعد التحكيم

أبعاد المقياس	الفقرات الإيجابية	الفقرات السلبية	
1 وضع الأهداف وتحديدها	10 - 1	-	
2 مراقبة الذات وملاحظتها	16 - 11	12، 11	
3 التقييم والتحكم الذاتي	25 - 17	25، 23	
4 الاستجابة الذاتية	32 - 26	26	

#### ز- تثبيت المتوسط النظري لمتغير تنظيم الذات:

بلغ المتوسط النظري لمقياس تنظيم الذات (96) درجة، وقد تم احتسابه استناداً إلى عدد الفقرات البالغ (32) فقرة، بحيث تمثل الدرجة المتوسطة للاستجابة (3) نقاط (أي خيار "درجة متوسطة"). وعليه، فإن المتوسط النظري يُحسب بضرب عدد الفقرات (32) في الدرجة المتوسطة (3)، ليكون الناتج (96) درجة. ويُعد هذا المتوسط محكاً مرجعياً لمقارنة نتائج أفراد العينة، وتحديد مستوى تنظيم الذات لديهم.

#### خامساً: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

1- التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار. من خلال الإجابة على التساؤل الأول:

ما مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

وللإجابة على التساؤل تم جمع درجات أفراد العينة من أطباء ومساعدين أطباء وتقسيم الدرجات إلى ثلاث مستويات (منخفض - متوسط - مرتفع) وتم حساب التكرارات والنسب المئوية لمستويات المرونة النفسية والجدول (12) يوضح ذلك:

**جدول (12) التكرارات والنسب المئوية لمستويات المرونة النفسية**

الدرجة	المستوى	العدد	النسبة
23-53	منخفض	1	0.3%
54-84	متوسط	131	39.9%
85-115	مرتفع	196	59.8%
الإجمالي			100%

أظهرت النتائج أن (59.8%) من أفراد العينة تراوحت درجاتهم بين (85-115)، ويقعون ضمن المستوى المرتفع في المرونة النفسية، حيث بلغ عددهم (196) طبيبًا ومساعداً. بينما حصل (131) طبيبًا ومساعداً على درجات تراوحت بين (54-84) بنسبة (39.9%)، ويقعون ضمن المستوى المتوسط. في حين كانت نسبة من حصلوا على مستوى منخفض (درجات بين 23-53) ضئيلة فرداً واحداً، ولم تتجاوز (0.3%).

ولمعرفة المتوسط العام لمستوى المرونة النفسية، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة، حيث تراوحت بين (50-115) بمتوسط قدره (86.88) وانحراف معياري (12.872). ولاختبار الفروق بين المتوسط الفرضي (69) والمتوسط الحسابي، استخدم الباحثان اختبار (t) لعينة واحدة، والجدول (13) يوضح ذلك.

**جدول (13) الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس المرونة النفسية**

عينة الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
		المحسوب	الفرضي		الجدولية	المحسوبة		
الأطباء ومساعديهم بمحافظة نمار	328	86.88	69	12.872	0.66	25.150	327	0.00

\*يتم حساب المتوسط الفرضي من خلال المعادلة: مجموع خيارات الاستجابة/ عددها x عدد الفقرات

يتضح من الجدول السابق بأن القيمة التائية المحسوبة قد بلغت (25.150) درجة، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية (1.96)، عند درجة حرية (327)، وقد بلغ مستوى الدلالة المحسوب (0.00) وهو أصغر من القيمة المتنبأة (0.05)؛ مما يعني أن مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم مرتفع. وفيما يتعلق بمتوسطات العينة على جميع أبعاد مقياس المرونة النفسية قام الباحثان باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة one sample T-Test كما هو موضح في جدول (14):

**جدول (14) نتائج الاختبار التائي لعينة لمقارنة المتوسط الحسابي لدرجات مقياس المرونة النفسية بالمتوسط**

**الفرضي**

م	ابعاد مقياس المرونة النفسية	متوسط المتوسطات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	مقارنة المتوسطات	الترتيب
1	الكفاءة الشخصية	4.131	19.13	3.762	15	19.889	327	0.00	أكبر من المتوسط	4
2	الإصرار	4.076	25.08	4.894	21	15.083	327	0.00	أكبر من المتوسط	1

									والتماسك	
2	أكبر من المتوسط	0.00	327	19.838	18	4.501	22.93	4.930	مقاومة الذات وملاحظتها	3
3	أكبر من المتوسط	0.00	327	23.393	15	3.668	19.74	4.738	تقبل الذات الإيجابي	4
		0.00	327	25.150	69	12.872	86.88	17.875	المجموع الكلي	

تبين من جدول (14) أن متوسط درجات أفراد العينة في جميع أبعاد مقياس المرونة النفسية جاء أعلى من المتوسط الفرضي. وقد جاء ترتيب الأبعاد كما يلي:

البعد الثاني: الإصرار والتماسك، بمتوسط حسابي (25.08)، ومتوسط فرضي (21)، والقيمة التائية (15.083)، دالة عند درجة حرية (327).

البعد الثالث: مقاومة الذات وملاحظتها، بمتوسط (22.93)، ومتوسط فرضي (18)، وقيمة تائية (19.838).

البعد الرابع: تقبل الذات الإيجابي، بمتوسط (19.74)، ومتوسط فرضي (15)، وقيمة تائية (23.393).

البعد الأول: الكفاءة الشخصية، بمتوسط (19.13)، ومتوسط فرضي (15)، وقيمة تائية (19.889).

تُظهر النتائج أن الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية، وتفسر النتيجة في ضوء النموذج الدينامي للمرونة: بأنه يتسق الارتقاء الملحوظ في المرونة مع الطرح التفاعلي الذي يرى المرونة "عملية ديناميكية" تتطور من خلال المواجهة المستمرة للتحديات (Luthar et al., 2000). فطبيعة السياق المهني الطبي في اليمن، وما يفرضه من استجابات سريعة في بيئات "عالية التحدي" ونقص الموارد، قد عملت كـ "مُحفزات تكيفية" صقلت لدى الكوادر الطبية آليات دفاعية ناضجة، مما حوّل الخبرات الضاغطة إلى فرص لتنمية الصلابة النفسية والقدرة على استعادة التوازن.

ويُعزى هذا المستوى المرتفع إلى امتلاك أفراد العينة لموارد شخصية قوية (Efficacy-Self) ناتجة عن التكوين الأكاديمي والمهني الصارم. فالقدرة على اتخاذ قرارات مصيرية في غرف الطوارئ والعناية المركزة تتطلب ضبطاً عالياً للانفعالات، وهو ما يُعد جوهر المرونة النفسية. هذا "النضج المهني" يعزز من تقدير الذات والفاعلية، مما يشكل حائط صد ضد الاحتراق النفسي. تتفق هذه النتيجة مع دراسات (مقبل، 2019؛ والبارق، 2019) التي أكدت أن الفئات المهنية ذات المسؤوليات العالية تطور مستويات مرتفعة من المرونة كآلية بقاء وظيفي.

وتختلف النتيجة مع دراستي (شاليش، 2022؛ والدويري، 2022) اللتين سجلتا مستوى "متوسطاً"؛ ويُفسر هذا الاختلاف بتباين "البيئة الضاغطة"؛ فعينة الدراسة الحالية (أطباء) تمتلك أدوات معرفية وتدريبية لإدارة الأزمات تفوق ما تمتلكه العينات في الدراسات المشار إليها (معلمي ريف، سيدات معنفات).

2- التعرف على مستوى تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار. من خلال الإجابة على التساؤل الثاني: ما مستوى تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

للإجابة على التساؤل، تم جمع درجات أفراد العينة من أطباء ومساعدين أطباء وتقسيم الدرجات إلى ثلاث مستويات (منخفض - متوسط - مرتفع) وتم حساب التكرارات والنسب المئوية لمستويات تنظيم الذات والجدول (15) يوضح ذلك:

جدول (15) التكرارات والنسب المئوية لمستويات تنظيم الذات

الدرجة	المستوى	العدد	النسبة
76 - 33	منخفض	0	0.0%
120 - 77	متوسط	177	54.0%
165 - 121	مرتفع	151	46.0%
الإجمالي			100%

أظهرت النتائج أن (54.0%) من الأطباء ومساعدتهم حصلوا على درجات بين (77-120)، أي ضمن المستوى المتوسط، بعدد (177) فردًا.

بينما حصل (151) فردًا على درجات بين (121-165)، أي ضمن المستوى المرتفع بنسبة (46.0%)، بفارق بسيط عن الفئة المتوسطة. في حين لم يظهر أي من أفراد العينة في المستوى المنخفض (33-76).

ولتحليل هذه البيانات إحصائيًا، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجات، حيث تراوحت بين (83-149) بمتوسط قدره (116.77) وانحراف معياري (13.936). وبلغت القيمة التائية (26.997)، وهي أكبر من القيمة الجدولية (1.96) عند درجة حرية (327)، ومستوى دلالة (0.00) وهو أقل من (0.05)، مما يشير إلى أن مستوى تنظيم الذات لدى أفراد العينة متوسط. واختبار الفروق بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي، استخدم الباحثان اختبار (t) لعينة واحدة، كما يوضح الجدول (16) يوضح ذلك.

جدول (16) الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس تنظيم الذات

عينة الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
		المحسوب	الفرضي		الجدولية	المحسوبة		
الأطباء ومساعدتهم بمحافظة نمار	328	116.77	96	13.936	1.96	26.997	327	0.00

\*يتم حساب المتوسط الفرضي من خلال المعادلة: مجموع خيارات الاستجابة / عددها × عدد الفقرات

يتضح من الجدول السابق بأن القيمة التائية المحسوبة قد بلغت (26.997) درجة، وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية (1.96)، عند درجة حرية (327)، وقد بلغ مستوى الدلالة المحسوب (0.00) وهو أصغر من القيمة المتنبأ (0.05)؛ مما يعني أن مستوى تنظيم الذات لدى أفراد العينة مرتفع.

وفيما يتعلق بمتوسطات العينة على جميع أبعاد مقياس تنظيم الذات استخدام الاختبار التائي لعينة واحدة one sample T-Test كما هو موضح في جدول (17) :

جدول (17) نتائج الاختبار التائي للعينة لمقارنة المتوسط الحسابي لدرجات مقياس تنظيم الذات بالمتوسط الفرضي

م	ايعاد مقياس تنظيم الذات	متوسط المتوسطات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	مقارنة المتوسطات	الترتيب
1	وضع الأهداف	9.506	39.51	6.368	30	27.036	327	0.00	أكبر من المتوسط	1

									وتحديدها	
3	أكبر من المتوسط	0.00	327	14.156	21	3.834	24.00	2.997	مراقبة الذات وملاحظتها	2
2	أكبر من المتوسط	0.00	327	15.446	27	4.272	30.64	3.44	التقييم والحكم الذاتي	3
4	أكبر من المتوسط	0.00	327	20.515	18	4.086	22.63	3.50	الاستجابة الذاتية	4
		0.00	327	26.997	96	13.936	116.77	20.774	المجموع الكلي	

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات أفراد العينة في جميع ابعاد مقياس تنظيم الذات **متوسط**، وجاء ترتيب الابعاد عند الأطباء ومساعديهم على النحو الآتي:

- البعد الأول: وضع الأهداف وتحديدها، بمتوسط (39.51)، ومتوسط فرضي (30)، وقيمة تائية (27.036).  
 البعد الثالث: التقييم والحكم الذاتي، بمتوسط (30.64)، ومتوسط فرضي (27)، وقيمة تائية (15.446).  
 البعد الثاني: مراقبة الذات وملاحظتها، بمتوسط (24.00)، ومتوسط فرضي (21)، وقيمة تائية (14.156).  
 البعد الرابع: الاستجابة الذاتية، بمتوسط (22.63)، ومتوسط فرضي (18)، وقيمة تائية (20.515).

وقد أظهرت النتائج أن الأطباء ومساعديهم يتمتعون بمستوى متوسط من تنظيم الذات، ويمكن تفسير حصول العينة على مستوى "متوسط" بأن عملية تنظيم الذات لدى الكادر الطبي في محافظة ذمار تخضع لعملية "استهلاك الموارد المعرفية". وفقاً لـ (Bandura, 1991)، يعتمد تنظيم الذات على ثلاث عمليات رئيسية: (مراقبة الذات، وحكم الفرد على أدائه، والاستجابة الذاتية). وفي ظل بيئة العمل الطبي المكثفة، قد يستنزف التركيز العالي على المهام الإجرائية والسرييرية جزءاً كبيراً من الموارد المعرفية، مما يجعل تنظيم الذات يعمل بمستوى "كافٍ" لإدارة العمل، دون أن يصل للمستوى "المرتفع جداً" الذي يتطلب فائضاً من الطاقة النفسية والذهنية غير المتوفر في بيئات العمل المزدهمة.

وتفسر النتيجة في ضوء نموذج (Zimmerman) للضبط الذاتي حيث يرى أن تنظيم الذات يتأثر بـ "التغذية الراجعة من البيئة". إن التباين بين المتطلبات المهنية العالية وبين محدودية الإمكانيات المتاحة (كما ورد في التقرير الإحصائي السنوي، 2022) قد يضع الكادر الطبي في حالة من "التكيف المتوازن"؛ حيث يضطر الطبيب لموازنة انفعالاته وقراراته بما يتوافق مع المتاح فعلياً، وهو ما يفسر ظهور تنظيم الذات بمستوى متوسط وليس مرتفعاً، كآلية وقائية لتجنب الإنهاك الفكري. وللربط التحليلي بالدراسات السابقة تتفق هذه النتيجة مع دراسات (وجود والزحيلي، 2023؛ Sagar، 2021) التي أشارت للمستوى المتوسط، مما يعزز فرضية أن تنظيم الذات عملية مرتبطة بـ "السياق الضاغط"؛ فالفرد يميل لتنظيم ذاته بقدر ما تسمح به الظروف المحيطة.

وأما اختلاف النتيجة مع دراستي (الجبوري، 2018؛ وعبد الأمير، 2018) اللتين سجلتا مستوى "مرتفعاً"، فيعود إرجاعه علمياً إلى "طبيعة البيئة"؛ حيث طبقت تلك الدراسات في بيئات أكاديمية (طلبة) تتميز بوضوح الأهداف وجدولة المهام، بخلاف "البيئة الطبية" التي تتسم بالعشوائية والمفاجآت (الحالات الطارئة)، مما يجعل الحفاظ على وتيرة ثابتة وعالية من تنظيم الذات أمراً أكثر صعوبة وتعقيداً.

3- التعرف على طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار . من خلال الإجابة على التساؤل الثالث: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار؟

للإجابة على التساؤل، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون كما هو موضح في جدول (18):

جدول رقم (18) العلاقة بين المرونة النفسية وتنظيم الذات لدى عينة الدراسة باستخدام معامل ارتباط بيرسون

مقياس تنظيم الذات				المرونة النفسية
العدد	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	درجة الحرية	
328	.047	.400	327	البعد الأول/ الكفاءة الشخصية
328	.081	.145	327	البعد الثاني/ الإصرار والتماسك
328	.072	.193	327	البعد الثالث/ مقاومة الذات وملاحظتها
328	.171*	.002	327	البعد الرابع/ تقبل الذات الايجابي
328	.118*	.032	327	مقياس المرونة النفسية ككل

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المرونة النفسية وتنظيم الذات، حيث بلغ معامل الارتباط ( $r = .118$ )، وهي علاقة طردية دالة عند مستوى ( $0.05$ ) ولكنها تصنف كعلاقة "ضعيفة". ويمكن تفسير النتيجة بانها تتفق جزئياً مع ما ذهب إليه Bonanno, 2004 في تأكيده على أن المرونة النفسية تعمل كنظام تنظيمي فطري يساعد الفرد على الحفاظ على استقراره الوظيفي. إن ضعف الارتباط الإحصائي يُشير إلى أن كلاً من المتغيرين يعمل في "مسار وظيفي" مختلف لدى الطبيب؛ فبينما تمثل المرونة "قدرة دفاعية" للتعافي والحفاظ على التوازن، يمثل تنظيم الذات "آلية تنفيذية" لإدارة المهام. هذا الفصل الوظيفي يعكس طبيعة الممارسة الطبية؛ حيث قد يمتلك الطبيب مرونة عالية للتحمل (Resilient Trajectory)، لكن نظراً لضيق الوقت وكثافة الحالات والضغط الميدانية، قد لا تتاح له الفرصة الكافية لتفعيل عمليات تنظيم الذات المنهجية كالتخطيط الطويل والتقييم الذاتي، مما جعل الارتباط بينهما محدوداً إحصائياً.

وقد جاء تفرد بُعد "تقبل الذات الإيجابي" بتسجيل أعلى ارتباط دال مع تنظيم الذات ( $0.171$ ) ليدعم أطروحات (Rogers, 1961)؛ حيث إن الطبيب الذي يتقبل إمكاناته وحدوده المهنية يكون أقل عرضة للصراع النفسي الداخلي، مما يحرق طاقته النفسية ويوجهها نحو عمليات تنظيم الذات الفعالة. فالتوافق مع الذات هنا يُعد بمثابة "المناخ النفسي المستقر" والوقود المحرك الذي يُمكن الطبيب من استثمار موارده المعرفية في ضبط سلوكه وتطوير أدائه المهني رغم التحديات.

وتفسر في ضوء النظرية المعرفية الاجتماعية لـ (Bandura 1991) أن تنظيم الذات يتأثر بفاعلية الفرد في مواجهة التحديات. وبما أن أبعاد المرونة الأخرى (كالإصرار والكفاءة) لم ترتبط بتنظيم الذات بشكل دال، فقد يعود ذلك إلى أن هذه الأبعاد لدى الأطباء موجهة نحو "الاستمرار المهني" والصمود (Resilience) كآلية بقاء، أكثر من توجيهها نحو "العمليات التنظيمية" (Regulation) الإجرائية، وهو ما يتسق مع نتائج دراسة (Raguel et al 2017) ودراسة (Khayyat et al 2024).

أما اختلاف النتيجة مع الدراسات التي وجدت ارتباطاً "مرتفعاً" (كدراسة مقبل، 2018)، فيُعزى علمياً إلى اختلاف طبيعة العينة؛ فالعينات الطلابية تعيش في بيئة أقل تعقيداً تتيح للمرونة أن تتعكس مباشرة على تنظيم المذاكرة والوقت، بخلاف "البيئة الطبية" التي تتسم بتشتت الانتباه وضغط الطوارئ، مما يحد من قدرة المرونة الفطرية على التحلل الكامل إلى مهارات تنظيمية إجرائية.

#### 4- التعرف على الفروق في المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم في المستشفيات الحكومية بمدينة نمار وفقاً لمتغير (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية)

أ- التعرف على الفروق في مستوى المرونة النفسية وفقاً لمتغير الجنس:

للتحقق من الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، على مقياس المرونة النفسية، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الذكور (88.42) درجة بانحراف معياري (14.76)، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الإناث (86.94) درجة بانحراف معياري (12.6) ولمعرفة الفروق بينهم استخدم الباحثان اختبار الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وجدول (19) يوضح ذلك.

جدول (19) الفروق في مستويات المرونة النفسية لدى افراد العينة تبعا لمتغير الجنس

مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة التائية		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	عينة الدراسة
		الجدولية	المحسوبة				
.155	326	1.96	1.426	14.193	88.25	115	الذكور
				12.069	86.13	213	الإناث

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية بين الذكور والإناث، حيث كانت القيمة التائية المحسوبة (1.426) أقل من القيمة الجدولية (1.96). ورغم وجود تباين طفيف في المتوسطات الحسابية لصالح الذكور (88.25) مقابل الإناث (86.13)، إلا أنه غير دال احصائياً.

يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء "تمائل السياق المهني" (نظرية التكيف الاجتماعي): بأن البيئة المهنية في القطاع الصحي تعمل كعامل "مؤجّد" (Equalizer) للخبرات الانفعالية؛ فوفقاً لمنظور (Bonanno 2004)، فإن المرونة النفسية تتشكل من خلال التفاعل المستمر مع الضغوط. وبما أن الأطباء ومساعدتهم (ذكوراً وإناثاً) يتعرضون لذات السياقات السريرية الحرجة، والمسؤوليات الأخلاقية والمخاطر المهنية في مستشفيات نمار، فإن هذا "التطبيع مع الضغط" أنتج لديهم مهارات تكيف متقاربة، حيث تذوب الفوارق الجندرية أمام "المتطلبات الوظيفية الموحدة".

وفي ضوء "تجاوز الأدوار الجندرية" (الأداء المهني): تشير هذه النتيجة إلى أن المرونة النفسية في الميدان الطبي تُعد "كفاءة مهنية" أكثر من كونها "سمة شخصية" مرتبطة بالجنس. فالأدوار الوظيفية داخل المستشفى تتطلب التزاماً ومعايير أداء تتجاوز التقسيمات الجندرية التقليدية، مما يجعل "الهوية المهنية" هي المحدد الأساسي للاستجابات النفسية. وهذا يتفق مع الطرح الذي يرى أن التنشئة المهنية للأطباء تُكسبهم ثباتاً انفعالياً وقدرة على تنظيم الذات تتطور بشكل متساوٍ لدى الجنسين لمواجهة متطلبات المهنة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من (الكربي، 2022؛ الركيبات، 2022؛ شاليش، 2022؛ الخضّر، 2022؛ وعابدين والشراوي، 2016)، مما يعزز فرضية أن المتغيرات النفسية الإيجابية كـ "المرونة" تميل إلى الاستقرار والتشابه بين الجنسين في البيئات المؤسسية المنظمة.

أما اختلاف النتيجة مع دراستي (البارق، 2019؛ وعامرة، 2022) اللتين وجدتا فروقاً لصالح الذكور، فيمكن إرجاعه إحصائياً إلى "طبيعة العينة"؛ حيث طُبقت تلك الدراسات على طلاب الجامعات والمدارس. ففي المراحل العمرية المبكرة (الطلبة)، قد تلعب التنشئة الاجتماعية والأدوار الجندرية دوراً في تباين المرونة، بينما في "البيئة المهنية الطبية"، تفرض الخبرة الميدانية نضجاً انفعالياً يقلل من تأثير متغير الجنس لصالح "الاحترافية الوظيفية".

### ب- التعرف على الفروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:

ولتحقيق الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب)، (متزوج)، (أرمل) على مقياس المرونة النفسية، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الحالة الاجتماعية وجدول (20) يوضح ذلك.

جدول (20) الفروق في مستويات المرونة النفسية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
عازب	177	88.02	12.704	بين المجموعات	2	829.375	414.688	2.526	.082
متزوج	123	86.23	12.118						
ارمل	28	82.46	16.137	داخل المجموعات	325	53352.50	164.162		
الإجمالي	328	86.88	12.872	-	327	54181.87			

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل). ورغم التباينات الظاهرية في المتوسطات، إلا أن القيمة الفائية (F) لم تصل لمستوى الدلالة.

ويمكن تفسير غياب الفروق في ضوء نظرية "تعدد مصادر الدعم" (Social Support Theory): بأن المرونة النفسية، كما يراها بونانو (Bonanno, 2004)، لا تعتمد على مصدر واحد للدعم (كالزواج)، بل على "فاعلية نظام الدعم" المتاح للفرد. ففي السياق اليمني، تعوض "الأسرة الممتدة" والروابط الاجتماعية القوية النقص المحتمل في الدعم لدى العازبين أو الأرملة. ومن منظور (Luthar et al., 2000)، فإن المرونة تنشأ من التفاعل مع البيئة؛ لذا فإن "الدعم المهني" المتبادل بين الزملاء في المستشفى يشكل شبكة أمان اجتماعي توحد مستويات الصمود النفسي لدى أفراد العينة بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية.

وفي ضوء "النموذج المعرفي للضغط" (Lazarus & Folkman): فالتقييم المعرفي للمواقف هو المحدد للاستجابة النفسية. وبما أن الأطباء ومساعدتهم يخضعون لذات "المقدمات المهنية" والضغط السريرية الموحدة في محافظة ذمار، فإن استراتيجيات المواجهة لديهم أصبحت "استجابات مهنية مكتسبة" تتجاوز الظرف الاجتماعي الشخصي. فالطبيب (المتزوج أو الأعزب) يواجه ذات التحديات الأخلاقية والإنسانية، مما يصهر فروقهم الاجتماعية في قالب "الاحترافية النفسية" المطلوبة للاستمرار في العمل.

وتفسر هذه النتيجة وفقاً لنظرية (Hobfoll) في الحفاظ على الموارد، فإن الأفراد يميلون لتطوير مهاراتهم النفسية للحفاظ على مواردهم المهنية. إن طبيعة العمل الطبي في بيئة "شححة الموارد" (كما هو الحال في ذمار) تفرض على الجميع - دون استثناء - تطوير مستوى مرتفع من المرونة كآلية بقاء وظيفي، مما قلل من أثر المتغيرات الديموغرافية (كالحالة الاجتماعية) لصالح "الضرورة المهنية".

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (شاليش، 2022) التي لم تجد فروقاً تُعزى للحالة الاجتماعية، مما يعزز الاستنتاج بأن المرونة بناء دينامي يتأثر بالخبرة التراكمية أكثر من المتغيرات الوصفية.

ويُعزى عدم إدراج هذا المتغير في كثير من الدراسات السابقة إلى "محدودية النطاق العمراني" لعيناتها (طلاب ومراقبين)، بينما تتفرد الدراسة الحالية بتطبيقه على عينة مهنية ناضجة. وهذا التباين يؤكد أن المرونة لدى "البالغين المهنيين" تصل إلى مرحلة من الاستقرار النسبي (Platonic State) تجعلها أقل تأثراً بالتحويلات الاجتماعية الشخصية مقارنة بمراحل النمو الأخرى.

### ج- التعرف على الفروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغير المؤهل:

ولتحقيق الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير المؤهل (دبلوم بعد الثانوية)، (بكالوريوس)، (دكتوراه) على مقياس المرونة النفسية، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير المؤهل والجدول (21) يوضح ذلك.

جدول (21) الفروق في مستويات المرونة النفسية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العينة
.805	.216	36.043	72.086	2	بين المجموعات	13.129	86.35	144	دبلوم
					داخل المجموعات	13.504	87.32	145	بكالوريوس
		166.492	54109.789	325	داخل المجموعات	9.173	87.18	39	دكتوراه
					-	12.872	86.88	328	الإجمالي

من الجدول السابق أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى الأطباء ومساعدتهم تُعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم، بكالوريوس، دكتوراه)؛ حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (0.216)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05).

ويمكن تفسير غياب الفروق في ضوء "نظرية التعلم بالخبرة" (Kolb): بأن المرونة النفسية في الميدان الطبي تُعد "نتاجاً ميدانياً" أكثر من كونها "تحصيلاً أكاديمياً". فوفقاً لمنظور التعلم بالخبرة، فإن المواجهة المباشرة للأزمات السريرية في مستشفيات نمار تصقل لدى الكادر الطبي آليات مواجهة عملية (Practical Coping) توحد استجاباتهم النفسية. وبناءً عليه، فإن الطبيب (الحاصل على الدكتوراه) والمساعد الطبي (الحاصل على الدبلوم) ينصهران في "بوتقة مهنية" واحدة تفرض عليهما ذات القدر من الصمود النفسي للاستمرار، مما يجعل "الخبرة الميدانية" هي المتغير الحاكم للمرونة وليس الدرجة العلمية.

ويمكن تفسير غياب الفروق بمبدأ "تساوي العبء المهني" (Bonanno) بالاستناد إلى أطروحات (2004) Bonanno حول المرونة كعملية تفاعلية، نجد أن "الحدث الضاغط" في البيئة الطبية (مثل التعامل مع الحالات الحرجة أو نقص الموارد) يمارس تأثيراً متساوياً على كافة الكوادر المشاركة في العملية العلاجية. هذا التماثل في "حجم التحدي" يؤدي بالضرورة إلى تماثل في "آليات الدفاع النفسي". فالمرونة هنا تعمل كآلية بقاء وظيفي يتشاركها الجميع لمواجهة السياق المهني الموحد، وهو ما يقلل من الأثر النسبي للمؤهل العلمي في تشكيل الفوارق النفسية.

ووفقاً لمنظور "تطبيع الضغوط" (Normalization of Stress): من الناحية السيكلولوجية، قد يشير غياب الفروق إلى وصول الكادر الطبي العامل في المستشفيات الحكومية في محافظة نمار إلى مرحلة من "تطبيع الضغوط"؛ حيث تصبح القدرة على التحمل سمة ملازمة لـ "الهوية المهنية" بغض النظر عن المسار التعليمي. فالمؤهل العلمي قد يمنح الطبيب "المعرفة التقنية"، لكن "المرونة النفسية" تظل حصيلة تفاعل الشخصية مع متطلبات الميدان القاسية، وهو مورد نفسي متاح ومشارك بين جميع الفئات التعليمية في الدراسة الحالية.

الاتفاق: تعزز هذه النتيجة الاتجاه العام في الدراسات النفسية المهنية الذي يميل لعدم اعتبار المؤهل الأكاديمي محددًا للمتغيرات النفسية الموجبة كالصمود والمرونة.

أما اختلاف النتيجة مع دراسة (Mata et al. 2020-náRom) التي رجحت كفة المؤهلات العليا، فيمكن إرجاعه إحصائياً إلى اختلاف "سياق العينة"؛ حيث طُبقت تلك الدراسة في بيئات طبية متقدمة تكنولوجياً، قد تمنح ذوي المؤهلات العليا أدواراً إدارية أو بحثية تقلل من احتكاكهم المباشر بضغوط الميدان، بخلاف السياق اليمني الذي يفرض على كافة الكوادر (بمختلف درجاتهم) الانخراط المباشر والمكثف في تقديم الرعاية الصحية، مما يؤدي لتلاشي الفوارق في مستوى المرونة.

#### د- التعرف على الفروق في المرونة النفسية وفقاً لمتغير الخبرة:

ولتحقيق الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير سنوات الخدمة (أقل من 8 سنوات)، (8-15) سنوات، (أكثر من 15) سنة على مقياس المرونة النفسية، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الخبرة وجدول (22) يوضح ذلك.

جدول رقم (22) الفروق في المرونة النفسية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أقل من (8) سنوات	187	88.30	13.450	بين المجموعات	2	885.515	442.758	2.700	.069
من (8-15) سنة	85	84.87	12.607						
أكثر من (15) سنة	56	85.16	10.699	داخل المجموعات	325	53296.360	163.989		
الإجمالي	328	86.88	12.872	-	327	54181.875			

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية تُعزى لمتغير سنوات الخبرة؛ حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (2.700) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05). ويُلاحظ من القراءات الوصفية أن الفئة الأقل خبرة (أقل من 8 سنوات) سجلت أعلى متوسط حسابي (88.30).

وتفسر النتيجة وفقاً لمنظور Bonanno, 2004، في ضوء "تطبيع التحدي" بأن المرونة النفسية لا ترتبط بالضرورة بـ "تراكم السنين"، بل بـ "كفاءة الاستجابة للحدث". يمكن تفسير حصول المبتدئين على متوسطات مرتفعة بأن الأطباء ومساعدتهم في مستشفيات ذمار يواجهون "صدمة الواقع المهني" (Reality Shock) بكثافة عالية منذ البداية. هذا التعرض المبكر للضغوط الحرجة يُنشط آليات المرونة الفطرية لديهم، مما يجعلهم يصلون لمستوى مرتفع من الصمود في سنواتهم الأولى، وهو ما يسميه بونانو بالمرونة كـ "مسار استجابة أولي" وليس مجرد نتاج للتعافي الطويل.

ويمكن تفسير تراجع قيم المتوسطات لدى الفئات الأكثر خبرة (8-15 سنة فأكثر) بالاستناد إلى نظرية "الحفاظ على الموارد" (Hobfoll)؛ فمع مرور السنوات، قد يستهلك العمل الطبي المستمر في بيئة صعبة (نقص موارد، كثافة حالات) جزءاً من "المخزون النفسي" للكوادر، مما يؤدي إلى نوع من "الإجهاد التراكمي" الذي قد يحد من تصاعد مستوى المرونة. لذا، فإن توازن المتوسطات بين الفئات يشير إلى أن "الخبرة المكتسبة" لدى القدامى تعادلها "الحيوية والدافعية" لدى الجدد، مما أدى لغياب الفروق الإحصائية.

وتتفق النتيجة الحالية مع دراسة شاليش (2022)، مما يؤكد أن المرونة في المهن الحرجة تكتسب طابعاً مستقرّاً يتجاوز الأقدمية الوظيفية. أما اختلافها مع دراسة الركيبات (2022) التي انحازت لذوي الخبرة الأقل، فيعزى علمياً إلى أن العينة الحالية

(أطباء ذمار) تعمل في سياق "أزمة صحية مستمرة"؛ هذا السياق يفرض على الطبيب المبتدئ أن يمتلك مرونة "خبير" منذ يومه الأول لضمان الاستمرارية، مما قلص الفجوة التي قد تظهر في البيئات المهنية الأكثر استقراراً.

من الناحية السيكولوجية وفقاً لمنظور "التناغم المهني السريع" تشير النتائج إلى نجاح عملية "التنشئة المهنية" للأطباء؛ حيث يتم تزويد الكوادر الطبية بمهارات الضبط الانفعالي واتخاذ القرار في مراحل مبكرة من التعليم الميداني. هذا التدريب المكثف يجعل المرونة النفسية "متطلباً سابقاً" لممارسة المهنة، وليس مجرد مهارة تنمو ببطء مع الزمن، مما يفسر تقارب المستويات بين طبيب شاب وطبيب أمضى عقوداً في الميدان.

وبالتالي فإن غياب الفروق الإحصائية في متغير سنوات الخبرة يثبت أن المرونة النفسية لدى عينة الدراسة هي "استجابة سياقية فورية" تفرضها طبيعة المهنة، وليست "سمة تراكمية" ترتبط بالزمن. فالبيئة الطبية بمحافظة ذمار تعمل كمحفز لتسريع نضج المرونة النفسية لدى الكوادر الشابة، مما يجعل الصمود النفسي "ثقافة مهنية مشاعة" تتجاوز فوارق الأقدمية.

5- التعرف على الفروق في تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم في المستشفيات الحكومية بمدينة ذمار تعزى لمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية)؟

أ- التعرف على الفروق في مستوى تنظيم الذات وفقاً لمتغير الجنس:

وللتحقق من الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، على مقياس تنظيم الذات، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الذكور (117.39) درجة بانحراف معياري (13.98)، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الإناث (116.44) درجة بانحراف معياري (13.12)، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم الباحثان اختبار الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وجدول (23) يوضح ذلك.

جدول (23) الفروق في مستويات تنظيم الذات لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس

عينة الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
				المحسوبة	الجدولية		
الذكور	115	117.39	14.376	.588	1.96	326	.995
الإناث	113	116.44	13.716				

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تنظيم الذات بين الذكور والإناث، حيث بلغت القيمة التائية المحسوبة (0.588)، وهي قيمة غير دالة عند مستوى (0.05)، إذ وصل مستوى الدلالة إلى (0.955). ورغم التقارب الكبير في المتوسطات الحسابية (الذكور: 117.39، الإناث: 116.44)، إلا أن هذا الفرق ضئيل جداً ولا يعتد به إحصائياً. ويُشير الارتفاع الطفيف في الانحراف المعياري لدى الذكور (14.376) مقارنة بالإناث (13.716) إلى وجود تباين أوسع في أنماط تنظيم الذات لدى الأطباء الذكور، وهو ما قد يُفسر باختلاف استراتيجيات المواجهة الفردية (Coping Styles)، إلا أن هذا التباين لم يكن كافياً لإحداث فرق جوهري في المتوسط العام، مما يعزز فرضية "التماثل التنظيمي" بين الجنسين في البيئات الطبية الضاغطة.

وتتفق هذه النتيجة مع جوهر نظرية (1991) duraBan التي تؤكد أن تنظيم الذات هو منظومة من "العمليات المعرفية" (مراقبة الذات، والتقييم، والاستجابة) التي يتم اكتسابها وتطويرها من خلال التفاعل مع البيئة. وبما أن الأطباء ومساعدتهم بمحافظة ذمار (ذكوراً وإناثاً) يخضعون لنفس المعايير المهنية والبروتوكولات الطبية، فإنهم يطورون مهارات "ضبط السلوك" و"التحكم

بالانفعالات" بشكل متساوٍ تمليه ضرورة الأداء الوظيفي، مما يجعل المتغير المهني يطغى على الفوارق الجندرية في الممارسات التنظيمية.

وتُفسر بمبدأ "حلقة التغذية الراجعة" (Carver & Scheier): وفقاً لنموذج الضبط الذاتي لـ (Carver & Scheier, 1998)، فإن تنظيم الذات يعتمد على دورة (Exit-Test-Operate-Test)، وهي عملية تقييم مستمر للسلوك مقارنة بالأهداف. وفي الميدان الطبي، تكون الأهداف (مثل إنقاذ المريض أو دقة التشخيص) محددة وصارمة للجنسين؛ لذا فإن "المراقبة الذاتية" التي يمارسها الطبيب الممارس تصبح استجابة مهنية موحدة تفرضها طبيعة المهام، وليست سمة مرتبطة بالجنس، وهو ما يفسر التلاشي الإحصائي للفروق بين الجنسين في هذه العينة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسات (شنين، 2020؛ Lerner, 2016؛ و Bayat et al., 2020) التي أكدت أن تنظيم الذات قدرة مكتسبة تتشكل عبر الخبرة والتدريب. أما اختلاف النتيجة مع دراسات (سلامة، 2017؛ الجبوري، 2018؛ ومقبل، 2019) التي وجدت فروقاً دالة، فيُعزى علمياً إلى "خصوصية العينة المهنية"؛ فمعظم تلك الدراسات طُبقت على طلبة المدارس والجامعات حيث تلعب التنشئة الاجتماعية والأدوار الجندرية دوراً في تشكيل مهارات تنظيم المذاكرة والوقت. أما في "الميدان الطبي"، فإن الاحترافية الوظيفية تعمل كمحرك أساسي يصهر الفروق الفردية في قالب تنظيمي موحد لضمان كفاءة الرعاية الصحية. ويمكن القول بأن غياب الفروق الإحصائية يؤكد أن تنظيم الذات لدى أطباء ذمار ومساعدتهم هو "بناء معرفي وسلوكي" يتم استدخاله (Internalization) عبر الممارسة الميدانية. وعليه، فإن سنوات الدراسة والتدريب المهني والتعامل مع المسؤوليات الطبية قد خلقت "وعياً تنظيمياً" متقارباً بين الجنسين، مما يجعل هذا المتغير سمة احترافية مشتركة تتجاوز المحددات البيولوجية والاجتماعية للجنس.

#### ب- التعرف على الفروق في مستوى تنظيم الذات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:

وللتحقق من الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب)، (متزوج)، (أرمل) على مقياس تنظيم الذات، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الحالة الاجتماعية وجدول (24) يوضح ذلك.

جدول (24) الفروق في مستويات تنظيم الذات لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
عازب	177	117.77	14.005	بين المجموعات	2	689.660	344.830	1.784	.170
متزوج	123	116.29	14.466						
ارمل	28	112.61	10.123	داخل المجموعات	325	62819.645	193.291		
الإجمالي	328	116.77	13.936	-	327	63509.305			

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تنظيم الذات لدى الأطباء ومساعدتهم تُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل)؛ حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (1.784) عند مستوى دلالة (0.170)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05). ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية "التحكم الذاتي كمورد محدود" (Baumeister) بأن تنظيم الذات لدى الكادر الطبي في محافظة ذمار يخضع لنموذج "استنزاف الأنا" (Ego Depletion)؛ حيث يستهلك العمل السريري المكثف الموارد المعرفية للجميع بشكل متساوٍ. وفقاً لـ (Baumeister, 2007)، فإن القدرة على تنظيم الذات تعتمد على طاقة نفسية محدودة، وبما أن "العبء التنظيمي"

(Administrative & Clinical Burden) الذي يواجهه الطبيب في المستشفى موحد وصارم، فإن هذا العبء يمتص الموارد التنظيمية للفرد بغض النظر عن استقراره الاجتماعي أو حالته الزوجية، مما يؤدي إلى تقارب في مستويات الأداء التنظيمي بين الفئات.

وتفسر النتيجة بمبدأ "المناخ المهني الموجه للأهداف" (Locke & Latham)، حيث يرى هذا المنظور أن البيئات التي تتسم بوضوح الأهداف وصرامة المعايير (مثل البيئة الطبية) تفرض على الأفراد أنماطاً سلوكية محددة تتجاوز خصائصهم الديموغرافية. إن الطبيب (سواء كان أعزب أو متزوجاً) محكوم ببروتوكولات علاجية وجدول زمنية وحالات طارئة تفرض عليه ممارسة "المراقبة الذاتية" والضبط المستمر للسلوك المهني. هذا "الضغط السياقي" يعمل كعامل مساوٍ (Leveling Factor) يقلل من أثر الحالة الاجتماعية لصالح "الامتثال التنظيمي المهني".

تتفق هذه النتيجة مع دراسات (عبد الأمير، 2018؛ Bayat et al., 2020؛ والحري وعامر، 2022) التي أكدت أن تنظيم الذات قدرة مهنية تتشكل عبر الخبرة والتدريب أكثر من كونها انعكاساً للحالة الاجتماعية. أما اختلاف النتيجة مع دراسة شنين (2020) التي رجحت كفة المتزوجين، فيمكن إرجاعه إحصائياً إلى اختلاف "طبيعة بيئة الدراسة"؛ فالدراسات التي تُجرى في بيئات تعليمية أو إدارية مستقرة قد تظهر فيها ميزات "الدعم الاجتماعي الزوجي" كعامل مساعد في تنظيم الوقت والجهد، بينما في "بيئات الطوارئ والعمل الطبي الضاغط"، يطغى "التنظيم المفروض مهنيًا" على "التنظيم المدعوم اجتماعياً"، مما يحد من ظهور الفروق الإحصائية.

ومن منظور "الدعم الاجتماعي المهني البديل" سيكولوجياً، قد يشير غياب الفروق إلى أن "زمالة العمل" في القطاع الصحي اليميني توفر نوعاً من "الدعم التنظيمي" المتبادل الذي يعوض النقص لدى فئة العزاب أو الأرملة. فتتظلم الذات هنا لا يعمل بمعزل عن البيئة، بل يتم تعزيزه من خلال "القدوة المهنية" وضغوط الزملاء (Peer Pressure)، مما يجعل القدرات التنظيمية مورداً مشتركاً يتشكل داخل جدران المؤسسة الصحية أكثر من كونه نتاجاً للمحيط الأسري.

ويمكن القول بأن غياب الفروق الإحصائية يؤكد أن تنظيم الذات لدى أفراد العينة هو "كفاءة إجرائية" مرتبطة بالهوية المهنية للأطباء. وعليه، فإن الحالة الاجتماعية لا تتدخل كمتغير حاسم في صياغة العمليات المعرفية لتنظيم الذات في ظل وجود نظام عمل طبي يفرض متطلبات سلوكية وانفعالية موحدة على جميع العاملين فيه.

### ج- التعرف على الفروق في تنظيم الذات وفقاً لمتغير المؤهل:

وللتحقق من الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير المؤهل (دبلوم بعد الثانوية)، (بكالوريوس)، (دكتوراه) على مقياس تنظيم الذات، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير المؤهل والجدول (25) يوضح ذلك.

جدول (25) الفروق في مستويات تنظيم الذات لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
دبلوم	144	116.53	14.379	بين المجموعات	2	39.811	19.906	.102	.903
بكالوريوس	145	116.78	13.689						
دكتوراه	39	117.67	13.493	داخل المجموعات	325	63469.49	195.291		
الإجمالي	328	116.77	13.936	-	327	63509.30			

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تنظيم الذات تُعزى لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم، بكالوريوس، دكتوراه) لدى الأطباء ومساعديهم؛ حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (0.102)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05). ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقاً لنظرية (Bandura 1991)، فإن تنظيم الذات يعتمد على إدراك الفرد لـ "كفاءته الذاتية" في أداء المهام. وفي البيئة الطبية بمحافظة ذمار، يتشارك جميع العاملين (بمختلف مؤهلاتهم) في مواجهة تحديات سريرية ميدانية متشابهة تتطلب مستوى موحداً من "ضبط السلوك" واتخاذ القرار. هذا التماثل في المتطلبات العملية يؤدي إلى تنمية "نظام تنظيمي" متقارب؛ إذ أن الهدف الأسمى (وهو سلامة المريض) يفرض معايير أداء صارمة تُجبر الجميع على ممارسة تنظيم الذات بأقصى طاقة ممكنة، مما يجعل "الدرجة العلمية" متغيراً ثانوياً أمام "الضرورة المهنية".

وتفسر النتيجة بمبدأ "الأهداف الواعية" (anskiKrugl (2004) والذي يرى Kruglanski بأن تنظيم الذات هو عملية موجهة نحو الأهداف (Directed Process-Goal). وفي سياق الدراسة الحالية، فإن طبيعة العمل الطبي تتسم بـ "تتميط الأهداف"؛ فالمساعد الطبي والطبيب كلاهما محكوم ببروتوكولات علاجية وجدول زمنية محددة. هذه الأهداف الموحدة تخلق نوعاً من "تنظيم الذات المفروض سياقياً"، حيث لا يمنح المؤهل العلمي الأعلى بالضرورة تفوقاً في عمليات "المراقبة والتقييم الذاتي" اليومية، بل تظل هذه المهارات مرتبطة بمدى الالتزام بالمعايير المهنية الميدانية.

تنفق هذه النتيجة مع التوجه العام الذي يرى أن تنظيم الذات قدرة "دينامية" تتطور بالتدريب والممارسة الميدانية أكثر من التحصيل الأكاديمي النظري، وهو ما يعززه الطرح النظري لـ (Carver & Scheier (2000) حول أهمية التغذية الراجعة من الميدان في صقل مهارات الضبط الذاتي.

ويلاحظ أن معظم الدراسات السابقة التي تناولت المؤهل العلمي في بيئات إدارية أو أكاديمية قد وجدت فروقاً، بينما في "البيئة الصحية"، تتلاشى هذه الفروق نظراً لأن "الممارسة الإكلينيكية" تعمل كبوتقة تصهر الفوارق التعليمية لصالح "الخبرة المكتسبة"؛ فالقدرة على تنظيم الانفعالات والوقت تحت الضغط هي مهارات تُكتسب في غرف الطوارئ والعمليات، ولا تُورث فقط من خلال الكتب المنهجية.

ومن منظور "التنشئة المهنية الموحدة" سيكولوجياً، قد يشير غياب الفروق إلى أن برامج التدريب والتعليم الطبي (بمختلف مستوياتها) تركز بشكل جوهري على مهارات "حل المشكلات" و"التخطيط"، وهي الركائز الأساسية لتنظيم الذات. هذا التوافق في بنية "التنشئة المهنية" يُقلل من التباين المتوقع بين الفئات التعليمية، حيث يصبح تنظيم الذات "سمة مؤسسية" يشترك فيها الكادر الطبي ككل لضمان استمرارية الخدمة الصحية في ظل الظروف الصعبة.

ويمكن القول إن غياب الفروق الإحصائية يؤكد أن تنظيم الذات لدى أفراد العينة هو "استجابة مهنية واقعية" تتحدد بدرجة أكبر من خلال العوامل الميدانية والتفاعل مع بيئة العمل الضاغطة، وليس بوصفها انعكاساً مباشراً للمؤهل العلمي، مما يعزز الاستنتاج بأن "الميدان الطبي" هو المطور الحقيقي لقدرات تنظيم الذات لدى العاملين فيه.

#### د- التعرف على الفروق في تنظيم الذات وفقاً لمتغير الخبرة:

للتحقق من الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعاً لمتغير سنوات الخدمة (أقل من 8 سنوات)، (8-15) سنوات، (أكثر من 15) سنة على مقياس تنظيم الذات، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الخبرة وجدول (26) يوضح ذلك.

جدول (26) الفروق في مستويات تنظيم الذات لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الخبرة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
--------	-------	-----------------	-------------------	--------------	-------------	----------------	----------------	----------	---------------

.001	6.687	1255.033	2510.067	2	بين المجموعات	13.456	119.01	187	اقل من (8) سنوات
						13.379	115.06	85	من (8-15) سنة
		187.690	60999.238	325	داخل المجموعات	14.948	111.91	56	اكثر من (15) سنة
						-	13.936	116.77	328

أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (Way ANOVA-One) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تنظيم الذات تُعزى لمتغير سنوات الخبرة، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (6.687) وهي دالة عند مستوى (0.01). ولمعرفة لصالح من كانت هذه الفروق، تم استخدام اختبار LSD كما يوضح الجدول (27).

جدول رقم (27) الفروق بين المجموعات تنظيم الذات حسب الخبرة باستخدام اختبار LSD

مستوى الدلالة	فروق المتوسط بين (أ-ب)	الخبرة (ب)	الخبرة (ا)
0.001	*5.04390	من (8-15) سنة	اقل من (8) سنوات
0.002	*5.38295	اكثر من (15) سنة	
0.001	*-5.04390-	اقل من (8) سنوات	من (8-15) سنة
0.865	0.33905	اكثر من (15) سنة	
0.002	*-5.38295-	اقل من (8) سنوات	اكثر من (15) سنة
0.865	-0.33905-	من (8-15) سنة	

نلاحظ من الجدول السابق تبين أن الفروق كانت لصالح الفئة الأقل خبرة (أقل من 8 سنوات) مقارنة بالفئات الأخرى. ويمكن تفسير هذه النتيجة جزئياً في ضوء نظرية "استنزاف الأنا" (Ego Depletion Model) التي ترى ان تنظيم الذات، وفقاً لـ (Baumeister 2007)، يعتمد على موارد نفسية ومعرفية محدودة. فالعاملون في الميدان الطبي ذوو الخبرة الطويلة (أكثر من 15 سنة) قد تعرضوا لسلسلة طويلة وتراكمية من المواقف الضاغطة والقرارات المصيرية، مما قد يؤدي إلى نوع من "الإرهاك التنظيمي". في المقابل، يمتلك الممارسون الجدد فائضاً من الموارد المعرفية لم يستهلكه العمل الميداني بعد، مما يمكنهم من ممارسة "مراقبة الذات" وضبط الأداء بجهد أكبر وبوتقة أعلى.

وتفسر بمتلازمة "الاحتراق النفسي" (Burnout)، بأن تراجع تنظيم الذات مع زيادة الخبرة تؤدي إلى بوادر "الاحتراق النفسي". فوفقاً لـ Maslach، تؤدي الخبرة الطويلة في البيئات عالية الضغط أحياناً إلى حالة من "التباعد الانفعالي" أو تراجع الدافعية نحو "تنظيم الذات الصارم"؛ حيث يميل ذوو الخبرة الطويلة إلى اعتماد "استراتيجيات روتينية" لمواجهة الضغوط، بينما يظل حديثو الخبرة أكثر حيوية في استخدام استراتيجيات "التخطيط والتقييم الذاتي" النشطة لضمان إثبات كفاءتهم المهنية. أما في ضوء "تنميط السلوك المهني" (Professional Habituation) يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأطباء والمساعدين الأكثر خبرة قد وصلوا إلى مرحلة "الآلية" (aticityAutom) في أداء المهام؛ فتتنظيم الذات يتطلب وعياً وقصداً عالياً، بينما الخبرة الطويلة تحول الكثير من السلوكيات المنظمة إلى "عادات تلقائية". لذا، قد يظهر المبتدئون درجات أعلى في المقياس لأنهم يمارسون تنظيم الذات بشكل واعٍ ومكثف لتعويض نقص الخبرة الميدانية، بينما يمارسه الخبراء كفعل روتيني لا يتطلب جهداً ذهنياً مساوياً (Zimmerman, 2000).

ويلاحظ الباحثان ندرة الدراسات التي تناولت متغير الخبرة الوظيفية في تنظيم الذاتي (على حد علمهم)، نظراً لتركيز معظم الأدبيات السابقة (مثل دراسة مقبل، 2019) على العينات الطلابية. وتتفرد الدراسة الحالية بتسليط الضوء على هذه الفجوة في الميدان المهني.

وتتفق النتيجة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة الركيبات (2022) التي وجدت فروقاً لصالح ذوي الخبرة الأقل، مما يعزز فرضية أن "حادثة العهد بالمهنة" ترتبط بدافعية تنظيمية أعلى لمواجهة تحديات "صدمة الواقع المهني". ويمكن القول ان هذه النتيجة تشير إلى أن سنوات الخبرة الطويلة قد لا تؤدي بالضرورة إلى نمو مطرد في مهارات تنظيم الذات الواعية، بل قد تؤدي إلى نوع من الاستقرار أو التراجع الناتج عن تراكم الضغوط المهنية. وعليه، فإن هذه النتيجة تستدعي إجراء دراسات لاحقة تبحث في العلاقة النوعية بين الاحتراق النفسي وتراجع عمليات تنظيم الذات لدى الكوادر الطبية المتقدمة في الخدمة.

### التوصيات:

بناءً على ما أسفرت عنه نتائج الدراسة من مؤشرات إحصائية وتأسيس نظري، يوصي بالآتي:

1. إلى وزارة الصحة العامة والسكان وإدارات المستشفيات بمحافظة ذمار:
  - تصميم مصفوفة تدريبية متكاملة: دمج مهارات "المرونة النفسية" و"تنظيم الذات" ضمن برامج التأهيل الوظيفي الإلزامي لجميع الكوادر الطبية (أطباء ومساعدين)، مع التركيز على استراتيجيات "إدارة استنزاف الأنا" و"الضبط الانفعالي" في غرف الطوارئ، لضمان تحويل المرونة الفطرية إلى أداء تنظيمي مستدام.
  - إطلاق برنامج "استعادة الحيوية المهنية" لذوي الخبرة الطويلة: بناءً على نتيجة الدراسة التي أظهرت تراجع تنظيم الذات لدى الفئات الأكثر خبرة (أكثر من 15 سنة)، يُوصى بتقديم برامج دعم نفسي نوعية تهدف إلى الحد من "الاحتراق النفسي" وتجديد الدافعية التنظيمية لديهم، لمساعدتهم على تجاوز "الروتين المهني" واستعادة كفاءة المراقبة الذاتية.
2. إلى وحدات التدريب والتطوير المهني في المؤسسات الصحية:
  - تفعيل نظام "المساندة المهنية التبادلية": استثمار النتيجة التي أظهرت ارتفاع مستويات المرونة وتنظيم الذات لدى الكوادر الشابة (أقل من 8 سنوات)، من خلال إشراكهم مع الكوادر الخبيرة في ورش عمل مشتركة؛ تهدف إلى نقل "الحماس والدافعية التنظيمية" من الجدد، مقابل نقل "الحكمة والخبرة الإجرائية" من القدامى، مما يخلق توازناً سيكولوجياً في بيئة العمل.
3. إلى الباحثين والمختصين في علم النفس الإرشادي والمهني:
  - تطوير حقائب إرشادية متخصصة: بناء أدوات قياس وبرامج إرشادية تركز على بعد "تقبل الذات الإيجابي" (كونه المحرك الأعلى للتنظيم الذاتي في الدراسة)، وتوجيه هذه البرامج للأطباء ومساعدتهم لتعزيز توافقهم النفسي مع بيئة العمل الصعبة.

### المقترحات:

ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يقترح الباحثان إجراء الدراسات الآتية:

1. دراسات ارتباطية مع متغيرات نفسية جديدة:
  - إجراء دراسة حول العلاقة بين "تقبل الذات" و "الكفاءة المهنية" لدى الأطباء، نظراً لبروزه كأقوى الأبعاد المرتبطة بالتنظيم الذاتي في الدراسة الحالية.
  - دراسة العلاقة بين المرونة النفسية و "الأمن النفسي" أو "التكيف المهني" لدى الكوادر الطبية في ظل الأزمات المستمرة، لتعميق فهم استراتيجيات البقاء النفسي في الميدان.

2. دراسات النماذج التفسيرية والمتغيرات الوسيطة:
  - إجراء دراسة تحليلية تتناول "الاحتراق النفسي" أو "الذكاء العاطفي" كمتغير وسيط بين المرونة النفسية وتنظيم الذات، لتفسير سبب ضعف الارتباط الإحصائي الذي ظهر في بعض أبعاد الدراسة الحالية.
  - دراسة دور "الدعم الاجتماعي المؤسسي" في التخفيف من حدة استنزاف تنظيم الذات لدى الأطباء ذوي الخبرة الطويلة.
3. دراسات مقارنة وسياقية:
  - إجراء دراسة مقارنة لمستويات المرونة النفسية وتنظيم الذات بين العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة، للوقوف على أثر "البيئة التنظيمية" ونظام الحوافز في تشكيل هذه المتغيرات.
  - إجراء دراسة طويلة (Longitudinal Study) تتبع تطور تنظيم الذات لدى الأطباء منذ بداية التعيين وحتى بلوغ خبرة 15 عاماً، لتفسير ظاهرة تراجع تنظيم الذات مع زيادة سنوات الخدمة.
4. دراسات تجريبية وشبه تجريبية:
  - قياس فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى "التقبل والالتزام (ACT)" في تحسين المرونة النفسية ومهارات تنظيم الذات لدى الكوادر الطبية في محافظة ذمار.
  - دراسة أثر برامج "التدريب على اليقظة الذهنية" في تعزيز الصمود النفسي وتقليل استنزاف الأنا لدى العاملين في أقسام الطوارئ والعمليات.

#### المراجع:

##### أولاً: المراجع العربية

- البشارت، دينا، ومقابلة، نصر. (2020). المرونة النفسية وعلاقتها بالالتزام الأكاديمي لدى طلبة جامعة اليرموك، مجلة الجامعة الإسلامية، 28(5)، 764-783.
- القحطاني، دارس، والسنباني، ايمان. (2026). مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعدى الأطباء بمحافظة ذمار، مجلة جامعة صنعاء للعلوم الانسانية، 5(7)، 23-53.
- التقرير الإحصائي السنوي للعام (2022). وزارة الصحة العامة والسكان - <https://moh.gov.ye/ar/reports/annual-statistical-report-2022>
- التقرير الإحصائي السنوي للعام (2023). وزارة الصحة العامة والسكان - <https://moh.gov.ye/ar/reports/annual-statistical-report-2023>
- سلامة، أسماء. (2017). التنظيم الذاتي وعلاقته بالإنجاز الأكاديمي لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية (دراسة ماجستير غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- مقبل، مروة عبد الاله. (2019). التنظيم الذاتي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة الماجستير في برنامج الإرشاد النفسي والتربوي في الجامعات الفلسطينية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليل، فلسطين.
- المقبلي، رياض، والعجمي، راشد. (2018). التنظيم الذاتي الأكاديمي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة جامعة دمشق والكويت، مجلة أكاديمية شمال أوروبا المحكمة- الدنمارك، الإصدار الأول.
- ثانياً: قائمة المراجع الأجنبية.

- Bandura.(1991);Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action, In; **Handbook of Moral Behavior and Development**, Kurtines WM and Gerwits JL Vol.1 Hillsdale, NJ;Eribaum.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? **American Psychologist**, **59**(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82.
- Diehl, M., Semegon, A. B., & Schwarzer, R. (2006). Assessing attention control in goal pursuit: A component of dispositional self-regulation. **Journal of Personality Assessment**, **86**(3), 306–317.
- Emma-Jane, Marshall and Brockman, Robert N.. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly**. **30**(1), pp. 60 - 72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Khayyat, Mohammad Nakhostin,& Mahmoud Borjali,corresponding ,&Maryam Zeinali,& Deniz Fardi,& Ali Montazericorresponding. The relationship between self-regulation, cognitive flexibility, and resilience among students: a structural equation modeling. **BMC Psychol**. 2024; 12: 337,Published online 2024 Jun 7. doi: 10.1186/s40359-024-01843-1 PMCID: PMC11162044
- Sagar M.E. (2021) Emotion Regulation Skills and Self-Control as Predictors of Resilience in Teachers Candidates. **International Education Studies**, **14**(6), 103-111.
- Salleh, N. A. M., Zainal, N. Z., & Baharudin, D. F. (2021). Self-regulation and psychological resilience among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, *18*(13), 6829.
- Shatte, A. & Reivich, K., & Shatté, A. (2002). **The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles**. Broadway Books.
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), **Handbook of self-regulation** (pp. 13–39). Academic Press.