



العدد : ٤٩٨
التاريخ : ٢٠٢٨ / ١١

الى / الباحثة: الأء جاسم العيبي المحترمة & أ.م.د. زينة نزار وداعة المحترمة

كلية الآداب / جامعة القادسية

قبول نشر

تحية طيبة ...

يسرنا إعلامكم إن هيئة تحرير مجلة القادسية للعلوم الإنسانية قد درست نتائج التقويم العلمي لبحثكم المعنون :

تنظيم الندم لدى العاملين في المهن الصحية

وفي ضوء ذلك قررت قبول نشره ، و سينشر في الأعداد القادمة التي ستصدر لاحقاً
شاكرين تعاونكم متمنين لكم التوفيق
مع فائق الاحترام

أ.د. هند أحمد كريم

رئيس تحرير مجلة القادسية للعلوم الإنسانية

٢٠٢٦ / ٦ /

نسخة منه الى

- مكرتارية المجلة / الصادر

تنظيم الندم لدى العاملين في المهن الصحية

Regulating regret among healthcare professionals

الباحثة: الاء جاسم العيبي

أ. م. د. زينة نزار وداعة

جامعة القادسية - كلية الآداب

جامعة القادسية - كلية الآداب

Art.mas.psy24.03@qu.edu.iqZina.aljanabi@qu.edu.iq

المستخلص

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على تنظيم الندم لدى المهنيين الصحيين، من خلال دراسة الأساليب النفسية التي يعتمدونها الأطباء والممرضون في مواجهة المشاعر السلبية الناتجة عن المواقف المهنية الحرجة. اعتمد البحث المنهج الوصفي، وطبق على عينة مكونة من (400) طبيب وطبيبة وممرض وممرضة من مستشفيات مركز محافظة الديوانية. واستخدمت الباحثتان مقياس تنظيم الندم المستند إلى نظرية (Pieters, & Zeelenberg, 2007) وأظهرت نتائج الثبات ومؤشرات جيدة للاستقرار والاتساق. وأشارت النتائج إلى تمتع العاملين الصحيين بمستوى جيد من تنظيم الندم واعتمادهم أساليب تكيفية مناسبة، مما يساعدهم على التعامل بصورة أكثر اتزاناً مع الضغوط المهنية. كما أوصى البحث بتفعيل الإرشاد النفسي المهني وتحسين بيئة العمل، وإجراء دراسات مستقبلية في مجالات مهنية مختلفة.

الكلمات المفتاحية: تنظيم الندم، العاملين في المهن الصحية

Abstract

The current research aims to identify regret regulation among health professionals by examining the psychological methods adopted by physicians and nurses in coping with the negative emotions resulting from critical professional situations. The research adopted the descriptive correlational approach and was conducted on a sample of (400) male and female physicians and nurses from hospitals in the center of Al-Diwaniyah Governorate. The researcher used the Regret Regulation Scale based on the theory of Marcel Zeelenberg and Rik Pieters, and the reliability results showed good indicators of stability and consistency. The findings revealed that health professionals demonstrated a good level of regret regulation and relied on appropriate adaptive methods, which helped them deal more effectively and calmly with professional stress. The research recommended activating professional psychological counseling, improving the work environment, and conducting future studies in different professional fields .

Keywords: Regret Regulation, Health Professionals.

مشكلة البحث:

يواجه القطاع الصحي في الآونة الأخيرة تصاعداً ملحوظاً في حدة الضغوط المهنية، نتيجةً لارتفاع حجم المسؤوليات السريرية، وتنامي التوقعات المجتمعية من الطواقم الطبية، الأمر الذي يضع العاملين في المهن الصحية أمام تحديات نفسية ومستجدات متسارعة تؤثر بشكل مباشر في جودة الرعاية الطبية المقدمة وفي سلامتهم النفسية على حد سواء. فالتبيعة الحساسة للممارسات الطبية تفرض على العاملين التعامل المستمر مع مواقف حرجية ترتبط بسلامة المرضى وتتطلب قرارات علاجية مصيرية؛ مما يجعل هذه الفئة أكثر عرضة لخبرات انفعالية معقدة، وفي مقدمتها احتمالية الشعور بالندم نتيجة الارتباط المباشر لقراراتهم بحياة الإنسان (Courvoisier et al., 2014: 431).

وتشير البيئة العملية في المؤسسات الصحية إلى اتسامها بارتفاع مؤشرات الضغط والمواقف الضاغطة التي تستلزم استجابات وقرارات سريعة، مما يرفع من معدلات تعرض الممارسين للشعور بالندم اتجاه بعض الإجراءات أو القرارات المهنية المتخذة. وفي هذا السياق، فإن ضعف القدرة على تنظيم الندم وإدارته بآليات تكيفية لدى العاملين في القطاع الصحي يرتبط سيكومترياً بزيادة مستويات الاحتراق النفسي، وتعاظم الضغوط النفسية، فضلاً عن نشوء حالة من التردد والارتباك عند اتخاذ القرارات المهنية المستقبلية (Zeelenberg & Pieters, 2007: 3).

وتمثل تجربة الندم المهني أحد الانفعالات السلبية البارزة التي تختبر المتغيرات النفسية للعاملين عند مواجهة مسارات علاجية ذات نتائج غير مرغوبة أو غير متوقعة، لا سيما في غياب استراتيجيات التنظيم الانفعالي السليمة. وفي هذا الإطار، يؤكد كومر ورابابورت (Comer & Rappaport, 2025: 193) أن الخبرات السريرية التي تعقبها نتائج علاجية سلبية تترك لدى الممارس أثراً نفسياً عميقاً متمثلاً في الشعور بالذنب والندم، مما ينعكس سلباً على كفاءة أدائه اللاحق. كما كشفت نتائج القياس والاختبار في هذا المجال أن شدة الندم غير المنظم قد تتحول إلى معاناة نفسية مزمنة تضعف من الرفاه النفسي لمقدمي الرعاية وتدني جودة مخرجاتهم العملية (Jamshidinia et al., 2025: 34).

وتتأكد الحاجة العلمية والعملية لبحث المشكلة الحالية بالاستناد إلى ما أسفرت عنه جملة من الدراسات السابقة والأدبيات السيكمترية ذات الصلة؛ إذ تبين أن الأطقم الطبية تقع تحت طائلة تحديات وضغوط مهنية عميقة نتيجة القرارات المصيرية المرتبطة بسلامة المرضى، والتي ترفع من مستويات تعرضهم لخبرة الندم (Courvoisier et al., 2014: 431). كما ركزت الأبحاث السيكمترية الحديثة

على قياس شدة الندم المهني لدى مقدمي الرعاية، مبيّنةً أن الارتفاع في درجات الندم يرتبط طردياً بتدهور جودة الحياة المهنية وزيادة النوايا الانسحابية من العمل مستقبلاً (Jamshidinia et al., 2025: 7).

إن الندم بوصفه حالة انفعالية ومعرفية مركبة، يمكن أن يتحول من خبرة تقويمية وتعليمية إيجابية إلى عبء نفسي مستنزف إذا افتقر البناء النفسي للممارس لآليات الإدارة والتنظيم التكيفي. وتوضح الأدبيات السيكلوجية الحديثة ملازمة المواقف المثيرة للندم لبيئة العمل الصحي نظراً لحجم المسؤوليات الملقة على عاتق الكوادر الطبية؛ إذ تبين بحوث القياس السيكومتری أن الارتفاع في درجات الندم المهني لدى مقدمي الرعاية يرتبط طردياً بتدهور جودة الحياة المهنية، وزيادة النوايا الانسحابية أو ترك المهنة مستقبلاً (Jamshidinia et al., 2025: 7).

علاوة على ذلك، فإن الاعتماد على استراتيجيات غير تكيفية في تنظيم المعارف والانفعالات كآليات كبت الأفكار ولوم الذات يسهم في مضاعفة مستوى الإثارة المعرفية والانفعالية المصاحبة لخبرة الندم، حيث يتداخل الاجترار المعرفي مع مستويات مرتفعة من القلق والتوتر النفسي، مما ينعكس سلباً على جودة النوم، ويتجسد في اضطرابات نفسية فسيولوجية كالأرق لدى العاملين في المجال الصحي (Schmidt et al., 2015: 9).

وبناءً على ما تقدم، تتحد معالم المشكلة الحالية في وجود فجوة حقيقية تتعلق بكيفية إدارة الأخصائيين والممارسين في القطاع الصحي لمشاعر الندم المهني، ومدى انعكاس هذا التنظيم الانفعالي على تقييمهم لقدراتهم ومهاراتهم السريرية والمهنية؛ الأمر الذي يمكن صياغته في التساؤل الرئيس الآتي: ما مستوى تنظيم الندم لدى العاملين بالمهن الصحية؟

اهمية البحث: تكتسب عينة العاملين في المجال الصحي أهمية خاصة في الدراسات النظرية، نظراً لطبيعة البيئة المهنية التي يعملون فيها، والتي تتسم بارتفاع مستوى الضغوط النفسية والانفعالية الناتجة عن التعامل المستمر مع الحالات المرضية الحرجة، وتحمل المسؤوليات المهنية المرتبطة بصحة الإنسان وحياته، فضلاً عن متطلبات العمل التي تستلزم سرعة اتخاذ القرار والدقة في الأداء وتحمل الأعباء المهنية المتزايدة. الأمر الذي يجعل هذه الفئة أكثر عرضة للضغوط النفسية والانهك المهني والانفعالات السلبية مقارنة بغيرها من الفئات المهنية (Bandura, 1997; Maslach & Leiter, 2016).

كما أن العاملين في المجال الصحي يمثلون فئة مهنية تتطلب مستوى مرتفعاً من التنظيم والدقة لما تفرضه طبيعة العمل من تفاعل إنساني مباشر ومستمر مع المرضى وذويهم، إضافة إلى ضرورة المحافظة على الاتزان الانفعالي والقدرة على مواجهة المواقف الضاغطة بصورة تكيفية. وقد أشارت العديد

من الدراسات إلى أن طبيعة العمل الصحي ترتبط بارتفاع احتمالية التعرض للاحتراق النفسي والإرهاك الانفعالي نتيجة الضغوط المهنية المستمرة والأعباء الوظيفية المتزايدة. (Schwarzer & Hallum, 2008; Woo et al., 2020)

وتبرز أهمية اختيار الذكور والإناث من العاملين في المجال الصحي ضمن عينة الدراسة في ضوء اختلاف الأدوار المهنية والاجتماعية والاستجابات النفسية والانفعالية المرتبطة ببيئة العمل، الأمر الذي يسهم في تقديم نتائج أكثر شمولاً ودقة فيما يتعلق بمتغيرات الدراسة، ويعزز من إمكانية تفسير الفروق أو العلاقات النفسية بين أفراد العينة بصورة علمية أكثر عمقاً (Monteiro et al., 2021).

وفي هذا السياق، يشير Zeelenberg و Pieters إلى أن الندم يظهر بوصفه انفعالاً معرفياً-انفعالياً ناتجاً عن إدراك الفشل في اتخاذ القرار الأمثل، ويؤدي دوراً مهماً في توجيه السلوك المستقبلي، إذ يدفع الفرد إلى إعادة تقييم اختياراته ومحاولة تجنب تكرار الأخطاء نفسها (Zeelenberg & Pieters, 2007: 6).

وتتضح أهمية الندم بصورة أكبر لدى العاملين في المهن الصحية، نظراً لطبيعة قراراتهم المهنية التي غالباً ما تكون مصيرية وتمس حياة المرضى وصحتهم. ففي مثل هذه المهن، قد يتحول الندم إلى مصدر ضغط نفسي مزمن إذا لم يتم التعامل معه وتنظيمه بصورة فعالة، مما ينعكس سلباً على الأداء المهني والصحة النفسية للعاملين (Loomes & Sugden, 1982: 812).

ويرى Roese أن الندم يرتبط ارتباطاً جوهرياً بعمليات التفكير المضاد للواقع، حيث يقوم الفرد بتكوين بدائل ذهنية افتراضية تتضمن نتائج أكثر إيجابية، الأمر الذي يزيد من شدة الإحساس بالندم ويجعله أكثر استمرارية مقارنة بانفعالات أخرى (Roese, 1997: 135).

كما يميز الباحثون بين الندم الناتج عن الفعل والندم الناتج عن عدم الفعل، حيث تشير الدراسات إلى أن الندم الناتج عن عدم الفعل يكون أكثر استمرارية على المدى الطويل، خاصة في السياقات المهنية، ومنها المجال الصحي (Gilovich & Medvec, 1995: 382).

و يشير تنظيم الندم إلى مجموعة العمليات النفسية التي يستخدمها الفرد لإدارة مشاعر الندم والتقليل من آثارها السلبية، سواء من خلال تعديل التقييمات المعرفية المرتبطة بالحدث، أو تقبل النتيجة، أو إعادة توجيه الانتباه نحو المستقبل بدلاً من الاجترار السلبي للماضي (Wrosch & Heckhausen, 2002:329).

ويرى Wrosch وزملاؤه أن تنظيم الندم لا يعني إلغاء الندم أو إنكاره، بل يتضمن القدرة على التعامل معه بصورة تكيفية تمنع تحوله إلى مصدر ضغط نفسي مزمن، وذلك عبر استراتيجيات معرفية وانفعالية متعددة (Wrosch et al., 2005: 120).

كما تتجلى أهمية تنظيم الندم في كونه من الانفعالات المعرفية المهمة المرتبطة بعملية اتخاذ القرار والسلوك الإنساني، إذ يؤثر بصورة مباشرة في كيفية تقييم الأفراد لقراراتهم السابقة وفي توجيه سلوكهم المستقبلي. فالندم لا يُعد مجرد استجابة انفعالية للنتائج السلبية، بل يمثل حالة نفسية تدفع الفرد إلى مراجعة قراراته السابقة والتفكير في البدائل التي كان يمكن أن تحقق نتائج أفضل، الأمر الذي يساعده على التعلم من الأخطاء وتحسين قراراته المستقبلية. كما أن الشعور بالندم يرتبط بإدراك الفرد لمسؤوليته الشخصية عن النتائج السلبية، مما يجعله أكثر حرصاً ودقة في اتخاذ القرارات اللاحقة. (Zeelenberg & Pieters, 2007: 6).

كذلك يتمثل دور تنظيم الندم في تعزيز الصحة النفسية والتوافق الانفعالي، إذ إن الأفراد الذين يعجزون عن تنظيم مشاعر الندم قد يعانون من الاجترار النفسي والقلق والشعور المستمر باللوم الذاتي، في حين أن القدرة على تنظيم هذا الانفعال تساعد على التخفيف من المشاعر السلبية وتحويل الخبرات المؤلمة إلى فرص للتعلم والنمو النفسي.

كما أشار زينبرغ وبيترس (Zeelenberg & Pieters, 2007) إلى أن الأفراد يلجؤون إلى عدد من الطرق التي تساعدهم على تنظيم الندم، مثل تحسين جودة القرارات، وتبرير القرار، وتجنب التغذية الراجعة المتعلقة بالبدائل غير المختارة، ومحاولة تصحيح الأخطاء أو التخفيف من آثارها النفسية. وتسهم هذه الأساليب في تعزيز المرونة النفسية وتحسين القدرة على التكيف مع المواقف الصعبة والضغط الحياتية والمهنية، مما يمنح موضوع تنظيم الندم أهمية كبيرة في المجالات النفسية والصحية والاجتماعية المختلفة. (Zeelenberg & Pieters, 2007: 12).

وتسهم دراسة تنظيم الندم في توفير إطار علمي يمكن الاستفادة منه في إعداد البرامج الإرشادية والنفسية الهادفة إلى تعزيز المرونة النفسية وتحسين أساليب التكيف الانفعالي لدى العاملين في القطاع الصحي، فضلاً عن دعم قدرتهم على مواجهة الضغوط المهنية والتقليل من الآثار النفسية الناتجة عن المواقف الحرجة التي يواجهونها أثناء العمل. (Zeelenberg & Pieters, 2007: 5)

اهداف البحث: التعرف على:-

1. تنظيم الندم (التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة/ التعامل التكيفي مع الندم / التعامل غير التكيفي مع الندم) لدى العاملين في المهن الصحية

حدود البحث:

- الحدود البشرية: العاملين في المهن الصحية (اطباء / ممرضين) من كلا الجنسين (ذكور/إناث)
- الحدود الزمانية: (٢٠٢٥-٢٠٢٦)
- الحدود المكانية: المستشفيات في مدينة الديوانية

تحديد المصطلحات والتعريفات الإجرائية:

أولاً: تنظيم الندم (Regret Regulation)

عرّفا (Zeelenberg & Pieters, 2007) تنظيم الندم مجموعة من العمليات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع مشاعر الندم الناتجة عن الخبرات أو القرارات السابقة، بهدف توجيه السلوك المستقبلي بصورة أكثر فاعلية، وتحقيق التكيف النفسي، وخفض الآثار السلبية المترتبة عليها. " (Zeelenberg & Pieters, 2007:3- 18)

التعريف الاجرائي: يراد به الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس تنظيم في المستخدم في الدراسة الحالية، والذي يقيس أساليب التعامل المعرفية والانفعالية والسلوكية مع مشاعر الندم المرتبطة بالخبرات أو القرارات السابقة .

التعريف النظري : تبنت الباحثتان تعريف (Zeelenberg & Pieters, 2007) لتنظيم الندم، وذلك لاعتماد الباحثتان على نظريتهما في تفسير تنظيم الندم.

ثانياً/ العاملين في المهن الصحية

اصطلاحياً: «الأشخاص الذين يمارسون مهن الرعاية الصحية بشكل مباشر، مثل الأطباء، الممرضين والفنيين الصحيين، ويكونون مسؤولين عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى» (WHO : 12, 2023)

إجرائياً : يقصد بالعاملين الصحيين في هذه الدراسة كل فرد مدرج ضمن قوائم كوادر الرعاية الصحية في المستشفيات المشاركة بالبحث من الأطباء والممرضين والفنيين الصحيين ممن لهم تواصل مهني مباشر مع المرضى، وسيتم اعتمادهم كإطارات بحثية ضمن تحليل العينة

الفصل الثاني/ الإطار النظري

مقدمة: يُعد الندم (Regret) من الانفعالات النفسية المركّبة التي تنشأ نتيجة إدراك الفرد بأن نتيجة قرار اتخذته كانت أقل فائدة مقارنة بنتيجة بديلة كان من الممكن تحقيقها لو تم اتخاذ خيار مختلف. ويرتبط الندم ارتباطًا وثيقًا بالشعور بالمسؤولية الشخصية واللوم الذاتي، الأمر الذي يميّزه عن غيره من الانفعالات السلبية كالحزن أو الإحباط (Zeelenberg, 1999: 94).

وقد حظي الندم باهتمام واسع في علم النفس المعرفي والانفعالي، كونه لا يُعد مجرد استجابة وجدانية عابرة، بل عملية نفسية تتداخل فيها التقييمات المعرفية، والمقارنات الذهنية، والتفكير المضاد للواقع، حيث يقوم الفرد بمقارنة ما حدث فعليًا بما كان يمكن أن يحدث لو اتخذ قرارًا مختلفًا (Roese, 1997: 133).

مكونات تنظيم الندم:

1. إعادة التقييم المعرفي 2- القبول النفسي للنتيجة 3- التعلّم من الندم 4- توجيه الندم نحو المستقبل (Zeelenberg & Pieters, 2007: 10-14)

أبعاد تنظيم الندم (Regret Regulation)

1. الطابع المعرفي لتنظيم الندم 2- التنظيم التكيفي وغير التكيفي للندم 3- البعد الزمني لتنظيم الندم يتأثر تنظيم الندم بالبعد الزمني، إذ يكون الندم أكثر حدّة في المدى القصير، في حين يتحول في المدى الطويل إمّا إلى خبرة تعليمية إيجابية أو إلى اجترار نفسي مزمن تبعًا لاستراتيجيات التنظيم المستخدمة . 4- تنظيم الندم والتعلم من الخبرة

يرى الباحثون أن أحد أهم وظائف تنظيم الندم يتمثل في دوره في تعزيز التعلم من الخبرات السابقة، حيث يساهم في تحسين القرارات المستقبلية وتجنب تكرار الأخطاء المهنية .

خصوصية تنظيم الندم في المهن الصحية: تؤكد الدراسات أن تنظيم الندم لدى العاملين في المهن الصحية يرتبط بمستوى المسؤولية المهنية وضغط العمل، إذ يساهم التنظيم الفعال للندم في تقليل الاحتراق

النفسي وتعزيز التكيف. (Zeelenberg, 1999: 96)؛ (Zeelenberg & Pieters, 2007: 11)

النظرية التي فسرت تنظيم الندم (Regret Regulation)

1. نظرية زيلنبرغ وبيترس (Zeelenberg & Pieters, 2007)

النظرية المُتبناة

ظهرت نظرية الندم من المنظور المعرفي على يد الباحثان Zeelenberg - زيلنبرغ، وروول سي عام 2007، في إطار علم النفس المعرفي ودراسة اتخاذ القرار، حيث سعت إلى تفسير الندم بوصفه انفعالاً معرفياً-انفعالياً، وليس مجرد استجابة وجدانية بسيطة للنتائج غير المرغوبة. وقد طُوِّرت هذه النظرية كرد فعل على محدودية التفسيرات التقليدية للانفعالات، التي ركزت على الجانب الانفعالي فقط دون الاعتراف بالعمليات المعرفية المصاحبة للندم والتي تحدد شدته وطبيعته تأثيره على السلوك المستقبلي (Zeelenberg, 2007: 93).

استندت النظرية إلى أبحاث سابقة في مجال الاقتصاد النفسي وعلم اتخاذ القرار، مثل أعمال Loomes & Sugden - لومز وسغدن، والتي أظهرت أن الأفراد لا يقيمون نتائج قراراتهم على النتائج الفعلية فقط، بل يقارنونها بما كان يمكن أن يحدث لو تم اتخاذ قرار مختلف، ما يجعل الندم تجربة معرفية-انفعالية متكاملة وذات دلالة على المسؤولية الشخصية. ويمثل هذا الأساس التفاعلي بين التفكير والمعرفة والانفعال قاعدة هامة لفهم كيفية تأثير الندم على السلوك واتخاذ القرار في السياقات المهنية المختلفة. (Loomes & Sugden, 1982: 805).

تقتض نظرية الندم من المنظور المعرفي (Cognitive Theory of Regre) أن الندم لا ينشأ تلقائياً بمجرد حدوث نتيجة سلبية، بل يتطلب توفر شرط معرفي أساسي يتمثل في إدراك الفرد لوجود بديل أفضل كان من الممكن اتخاذه في لحظة القرار. ويعتبر هذا الإدراك جوهرياً لأنه يميّز الندم عن الانفعالات الأخرى مثل الحزن أو خيبة الأمل، التي قد تنشأ دون شعور بالمسؤولية الشخصية المباشرة (Zeelenberg, 1999: 94).

وترى النظرية أن شدة الندم تتحدد بدرجة المقارنة بين النتيجة الفعلية والنتيجة البديلة الممكنة؛ فكلما كان البديل المتخيل أكثر إيجابية، زادت شدة الشعور بالندم. ويربط هذا الافتراض بين العمليات المعرفية والانفعال، حيث يصبح الندم ليس مجرد شعور سلبي، بل مؤشراً على تقييم الفرد لأدائه الشخصي وتحفيزاً لتعديل سلوكه مستقبلاً. (Roese, 1997: 133).

كما توضح النظرية أن الإدراك المعرفي للخيارات البديلة يعتمد على مستوى وعي الفرد، ومدى تحكمه في قراره، ومدى إمكانية تخيله لسيناريوهات بديلة للواقع. وكلما شعر الفرد أن البديل كان ممكن التحقيق، زاد احتمال شعوره بالندم، الأمر الذي يعكس التداخل الوثيق بين المعرفة والانفعال في هذا السياق. (Zeelenberg, 1999: 95).

تلعب عملية التفكير المضاد للواقع (Counterfactual Thinking) دورًا مركزيًا في نظرية الندم من المنظور المعرفي (Cognitive Theory of Regret)، إذ تعني قيام الفرد بتصور سيناريوهات بديلة لماضيهِ، تكون نتائجها أفضل من الواقع الحالي. ويؤدي هذا النوع من التفكير إلى زيادة الشعور بالمسؤولية الذاتية وزيادة حدة الندم، إذ يشعر الفرد بأنه كان بالإمكان اتخاذ قرار أفضل وتحقيق نتيجة أكثر إيجابية. (Roese, 1997: 135).

يشدد زيلنبرغ (Roel C. Zeelenberg, 1999) على أن التفكير المضاد للواقع لا يحدث بشكل عشوائي، بل يتأثر بعدة عوامل، أبرزها سهولة تخيل البديل، وقربه الزمني من الحدث الأصلي، ومدى شعور الفرد بالسيطرة على القرار الذي اتخذه. وكلما زادت هذه العوامل، ازداد شعور الفرد بالندم، مما يوضح العلاقة الوثيقة بين الوعي المعرفي والانفعال المرتبط بالندم (Zeelenberg, 1999: 95).

وتشير النظرية إلى أن التفكير المضاد للواقع لا يقتصر على استدعاء نتائج أفضل فحسب، بل يشمل أيضًا إعادة تقييم الإجراءات التي اتخذها الفرد، وتحليل الأخطاء لتجنب تكرارها في المستقبل. ويُعد هذا التفكير خطوة أساسية نحو فهم كيف يمكن للندم أن يتحول من تجربة سلبية إلى محفز للتعلم والتكيف السلوكي. (Zeelenberg & Pieters, 2007: 7).

فسرت نظرية الندم من المنظور المعرفي (Cognitive Theory of Regret) ظهور تنظيم الندم بوصفه عملية معرفية-انفعالية تهدف إلى إدارة مشاعر الندم الناتجة عن إدراك الفرد لقراراته السابقة. وفقًا لزيلنبرغ (Roel C. Zeelenberg, 1999)، لا يقتصر الندم على كونه شعورًا سلبيًا، بل يتضمن وظيفة تنظيمية مهمة، إذ يدفع الفرد إلى مراجعة قراراته السابقة والتفكير في بدائل كانت ممكنة، ومن ثم تعديل السلوك في المستقبل لتجنب الأخطاء نفسها. (Zeelenberg, 1999: 96).

وترى النظرية أن تنظيم الندم يعتمد على عدة عناصر معرفية أساسية، أهمها:

- إعادة التقييم المعرفي: حيث يقوم الفرد بتفسير النتائج السلبية بطريقة تقلل من شدة اللوم الذاتي، مثل إدراك القيود والظروف التي كانت موجودة وقت اتخاذ القرار.
- الاستفادة التعليمية: أي استخدام الندم كأداة للتعلم وتحسين اتخاذ القرار المستقبلي.
- توجيه الانتباه نحو المستقبل: تحويل التركيز من الماضي غير القابل للتغيير إلى استراتيجيات عملية لتصحيح أو تحسين الأداء لاحقًا، وترتبط هذه العناصر كلها بفكرة التكيف المهني. (Zeelenberg, 1999: 97).

تفسّر نظرية الندم من المنظور المعرفي (Cognitive Theory of Regret) اختلاف استجابات الأفراد للندم من خلال مفهومي التنظيم التكيفي وغير التكيفي. يشير زييلنبرغ (Roel C. Zeelenberg, 1999) إلى أن التنظيم التكيفي للندم يتمثل في قدرة الفرد على إدارة مشاعر الندم بطريقة بناءة، من خلال إعادة التقييم المعرفي للقرار الخاطئ، والتعلم من التجربة، وتحويل الانتباه إلى المستقبل بدلاً من الانغماس في الاجترار السلبي. هذا النوع من التنظيم يساعد الأفراد على تحسين أدائهم واتخاذ قرارات أفضل في المواقف المشابهة مستقبلاً. (Zeelenberg, 1999 : 98).

في المقابل، يشير التنظيم غير التكيفي للندم إلى الانغماس في المشاعر السلبية مثل اللوم المفرط للذات والاجترار المستمر للأحداث الماضية، دون توظيف هذه المشاعر لتحسين الأداء أو اتخاذ قرارات مستقبلية أفضل. وقد أظهرت الدراسات أن هذا النمط يرتبط بزيادة القلق النفسي، وارتفاع مستويات الاحتراق النفسي، خاصة في المهن التي تتطلب مسؤولية عالية مثل المهن الصحية : (Sirois, 2014 : 29).

وتؤكد النظرية أن القدرة على التنظيم التكيفي للندم ترتبط ارتباطاً مباشراً بمهارات التنظيم الذاتي، إذ كل ما امتلك الفرد قدرة أعلى على ضبط الانفعالات والتقييم المعرفي، كلما تمكّن من تحويل الندم إلى أداة للتعلم وتحسين القرارات المستقبلية، ما يعزز التكيف النفسي في بيئة العمل (Baumeister & Vohs, 2007 : 118).

ويؤكد (Zeelenberg & Pieters, 2007) أن تنظيم الندم بُعد مركزي في النظرية، إذ يربط بين الانفعال والمعرفة والسلوك، ويحوّل تجربة الندم من شعور سلبي إلى أداة معرفية-انفعالية للتعلم والتكيف. ويشير الباحثون إلى أن هذا التنظيم التكيفي يُعد أساسياً لتحسين القرارات المستقبلية في أي سياق يتطلب مسؤولية عالية. (Zeelenberg & Pieters, 2007: 10).

الفصل الثالث / أولاً: منهجية البحث وإجراءاته: Research Methodolog: اعتمدت في البحث الحالي المنهج الوصفي لأنه أكثر ملائمة في تحقيق أهدافه (عبيدات وآخرون، 1996: 296).

ثانياً: مجتمع البحث: Population of the Research: يشير مجتمع البحث إلى أنه جميع جوانب الظاهرة التي تخضع للدراسة ويسعى البحث لتغطيتها، لذلك فهو مجموع الأفراد الذين يمكن أن تحصلان الباحثان عن البيانات منهم التي تروم دراسة وجمع المعلومات عنها (داود وعبد الرحمن، 1990 : 66).

ضم مجتمع البحث الحالي العاملين في المهن الصحية ضمن دائرة صحة الديوانية والبالغ عددهم الكلي (10211) فرداً من الأطباء والممرضين، منهم (4161) من الذكور بنسبة (40.7%) و (6050) من الإناث

بنسبة (59.3%). وتضمن المجتمع فئتي الأطباء والممرضين، أذ بلغ عدد الأطباء (1838) طبيياً وطبيبة بنسبة (18%) ، بواقع (817) من الذكور بنسبة (44.5%) و (1021) من الإناث بنسبة (55.5%) . أما الممرضون فقد بلغ عددهم (8373) ممرضاً وممرضة بنسبة (82%) ، منهم (3344) من الذكور بنسبة (39.9%) و (5029) من الإناث بنسبة (60.1%) وكما موضح في الجدول (1) :

جدول (1)

يوضح توزيع مجتمع البحث الأصلي من العاملين في المهن الصحية

ت	المهنة	الجنس	العدد	النسبة المئوية داخل المهن الصحية	النسبة المئوية الكلية للمهن الصحية
1	الأطباء	الذكور	817	%44.5	%18.0
2	الأطباء	الإناث	1021	%55.5	%19.0
3	الممرضون	الذكور	3344	%39.9	%82.0
4	الممرضات	الإناث	5029	%60.1	%81.0
	المجموع الكلي		10211		%100

ثالثاً. **عينة البحث Research sample** : تعد عينة البحث المجموعة الجزئية من مجتمع البحث التي تمثل عناصره أفضل تمثيل، بحيث يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله وعمل استدلالات حول معالم المجتمع (عباس وآخرون ، 2011 : 217) .

نظراً لكون المتغيرات المراد دراستها في البحث الحالي مقسمة إلى طبقات يعبر كل منها عن فئة من مستويات المتغير موضوع البحث لذا لجأت الباحثتان إلى اختبار عينة عشوائية طبقية ذات توزيع متناسب ومن أجل اعتماد هذا الأسلوب من العينات لا بد من اتباع الخطوات الآتية :

- تقسيم أفراد المجتمع إلى أربع طبقات، الجنس (ذكور- إناث) والمهنة (طبيب- ممرض) من المجتمع الأصلي .
- تحديد عدد افراد المجتمع الذين ينتمون إلى كل طبقة .

وقد تم تحديد حجم العينة الكلي وحجم العينة من كل مجموعة ، ونسبتها من المجتمع الكلي لأجراء البحث (Thompson, 2012 : 39) وتشير أدبيات القياس النفسي انه يفضل اختيار عينة لا تقل عن (400) فرداً (Anastasi, 1988:23) وفي ضوء ذلك تألفت عينة البحث من (400) فرداً، تم اختيارهم من ثلاثة مستشفيات (مستشفى الديوانية التعليمي، مستشفى الحسين للأطفال، مستشفى الولادة والأطفال). منهم (72) فرد لتمثل مهنة الأطباء بنسبة (18%) من عدد افراد العينة موزعين الى (32) ذكر بنسبة

(45%) و (40) انثى بنسبة (55%)، وذلك في ضوء نسبة عدد العاملين في المهن الصحية، كما شملت عينة البحث (328) فرد لتمثل مهنة الممرضين بنسبة (82 %) من عدد افراد العينة موزعين الى (131) ذكر بنسبة (39%) و(197) انثى بنسبة (61%) والجدول (2-3) يوضح ذلك :

جدول (2-3) توزيع أفراد عينة تطبيق البحث حسب المستشفى والمهنة والجنس.

المستشفى	الاطباء		المرضى		المجموع
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	
مستشفى الديوانية التعليمي	13	16	52	79	160
	29		131		
مستشفى الولادة والأطفال	11	14	46	69	140
	25		115		
مستشفى الحسين للأطفال	8	10	33	49	100
	18		82		
المجموع وفقاً للجنس والتخصص	32	40	131	197	400
المجموع الكلي	72		328		400

أدوات البحث Research Tools: لتحقيق اهداف البحث الحالي كان لا بد من توافر عدة ادوات قياسية، وبعد الاطلاع على الادبيات والدراسات السابقة ارتأت الباحثة تبني الاداة الاولى لقياس تنظيم الندم بعد ترجمتها وتكيفها للبيئة العراقية وقد اعتمدت الخطوات المناسبة على النحو الآتي :

اولاً. تنظيم الندم Regret Regulation: بعد الاطلاع على الدراسات السابقة ومراجعة الأدبيات النفسية التي تناولت تنظيم الندم، منها دراسة (Brassen et al. 2012) ودراسة (Connolly & Zeelenberg 2002) قامت الباحثتان بتبني مقياس (Courvoisier, et al 2014) للتنظيم الندم، والذي يتكون من (15) فقرة ، موزعة على ثلاث مجالات، الاول التعامل مع الندم الموجة نحو المشكلة والذي يتكون من (5) فقرات، ثانياً التعامل التكيفي مع الندم والذي يتكون من (5) فقرات، وثالثاً التعامل غير التكيفي مع الندم والذي يتكون من (5) فقرات . تتم الاجابة عنها على وفق طريقة ليكرت، عبر خمسة بدائل (تطبق عليّ تماماً ، تنطبق عليّ غالباً ، تنطبق عليّ أحياناً ، تنطبق عليّ نادراً ، لا تنطبق عليّ ابداً) يعبر عنها بخمس درجات (1،2،3،4،5) وتعكس درجات الفقرات التي تكون عكس

المفهوم. وقد تم اختيار هذا المقياس لأنه من أكثر المقاييس التي استخدمت في الدراسات السابقة لقياس تنظيم الندم ويتمتع بصدق وثبات عاليين وليس للعامل الثقافي أثر كبير فيه، وقد بني على وفق نظرية تنظيم الندم (A Theory of Regret Regulation 1.0) التي وضعها العالمان (Pieters & Zeelenberg)، اللذان قدما تفسير تنظيم الندم، ومرت خطوات إيجاد الخصائص السايكومترية بالخطوات التالية:-

صدق ترجمة المقياس: من أجل ترجمة مقياس تنظيم الندم إلى اللغة العربية بطريقة صادقة وتعبر عن معنى فقرات المقياس، فقد اتبعت الباحثتان الخطوات الآتية:

1. ترجمة المقياس من اللغة الانكليزية الى اللغة العربية، عن طريق عرضه على استاذ متخصص باللغة الانكليزية.
2. وبعد ذلك عرضت النسخة المترجمة على محكمين مختصين في علم النفس ويجيدون اللغة الانكليزية (***) لإعادة ترجمة النسخة العربية المترجمة الى اللغة الانكليزية .
3. ثم عرضت النسختين لمطابقة الترجمة مع النص الاصلي باللغة الانكليزية فاتضح ان هناك تطابقا كبيرا بين النسختين بلغ 90% وبهذا تم استخراج صدق ترجمة المقياس الى العربية .
4. عرضت النسخة المترجمة الى اللغة العربية على استاذ متخصص في اللغة العربية للتحقق من السلامة اللغوية وخلو المقياس من الاخطاء اللغوية.

صلاحية فقرات المقياس: ولغرض تحقيق ذلك فقد عرضت الفقرات بصيغتها التمهيدية وعددها (15) فقرة الملحق (10) على عدد من المحكمين المتخصصين بلغ عددهم (26) محكم، الملحق (2) في ميدان علم النفس لغرض تقويم المقياس والحكم على مدى صلاحيته، وسلامة صياغة فقراته وملائمتها للغرض الذي وضعت من أجله، وكذلك صلاحية البدائل المستعملة للإجابة ولتحليل آراء المحكمين عن فقرات المقياس فقد تم استعمال اختبار (كا2) لاستخراج قيمة مربع كاي ومقارنتها بالقيمة الجدولية للتأكد من صلاحية فقرات المقياس وعند موازنة قيم (كا2) المحسوبة مع (كا2) الجدولية تم الابقاء على جميع فقرات المقياس اذ كانت القيم المحسوبة اكبر من الجدولية والبالغة (3.84) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية(1).

اسماء الخبراء / أ. د خديجة حيدر نوري جامعة المستنصرية- كلية التربية

أ. د نجلاء نزار وداعة جامعة المستنصرية- كلية التربية

م. د حيدر محمد كطان جامعة القادسية- كلية الآداب

تجربة وضوح التعليمات والفقرات: طبقت أداة البحث على عينة بلغ عدد أفرادها (15) فرد من العاملين في المهن الصحية بواقع (5) فرد من كل مستشفى كما مبين في الجدول (3-4)، طلب منهم قراءتها والاجابة عنها وبيان آرائهم حول وضوحها وفهم معانيها، وقد تبين وضوح التعليمات والفقرات، وبلغ متوسط الاجابة عنها (7.5) دقيقة تراوحت بين (8) دقائق كحد أعلى و (7) دقيقة كحد أدنى .

التحليل الاحصائي لمقياس تنظيم الندم: من الخطوات الاساسية لإعداد أدوات البحوث إجراء عملية التحليل الإحصائي للفقرات، إذ أن اعتماد الفقرات التي تتميز بخصائص احصائية جيدة يجعل المقياس أكثر صدقاً وثباتاً (Anastasi, 1976: 192).

لغرض إجراء التحليل الاحصائي لفقرات مقياس تنظيم الندم اختيرت عينة بالطريقة الطبقية العشوائية ذات التوزيع المتناسب. من بين العاملين في المهن الصحية بلغ عدد أفرادها (400) فرد. وشملت اجراءات التحليل الاحصائي ايجاد تمييز الفقرات وصدقها:

أ. تمييز الفقرات : المجموعتين الطرفيتين Contrasted Groups: استخرجت الباحثان القوة التمييزية بطريقة اسلوب المجموعتين الطرفيتين , ولإجراء ذلك اتبعت ثمة ما يأتي :

1. تحديد الدرجة الكلية لكل مجال من المجالات الثلاثة لمقياس تنظيم الندم الذي طبق على عينة البحث الحالي .

2. ترتيب الاستثمارات من أعلى درجة إلى اقل درجة (تنازلياً) لكل مجال من المجالات الثلاثة.

3. اختيرت نسبة الـ (27 %) من الاستثمارات الحاصلة على أعلى الدرجات بَعْدَها مجموعة عليا ونسبة الـ (27%) من الاستثمارات الحاصلة على اقل الدرجات بَعْدَها مجموعة دنيا ، إذ بلغ عدد الاستثمارات في كل مجموعة (108) استمارة , أي أن عدد الاستثمارات التي خضعت للتحليل الإحصائي هي (216) استمارة.

4. طبقت الباحثان الاختبار التائي (T-Test) لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفرق بين أوساط المجموعة العليا والدنيا ، وذلك لأن القيمة التائية المحسوبة تمثل القوة التمييزية للفقرة بين المجموعتين وعدت القيمة التائية مؤشراً لتمييز كل فقرة عن طريق مقارنتها بالقيمة الجدولية والبالغة (1.96) بدرجة حرية (214) و مستوى دلالة (0.05) وقد اتضح أن جميع الفقرات مميزة بين المجموعتين العليا والدنيا ، وجدول (3-5) يبين ذلك.

جدول (3-5) القوة التمييزية لفقرات مقياس تنظيم الندم بطريقة المجموعتين الطرفيتين

النتيجة	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		رقم	المجالات
		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الفقرة	
دالة	3.54	1.113	3.56	0.975	4.05	1	التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة
دالة	4.46	1.185	3.78	0.923	4.42	2	
دالة	5.41	1.146	3.87	0.816	4.59	3	
دالة	6.57	1.223	3.16	1.074	4.17	4	
دالة	5.40	1.169	3.32	1.076	4.13	5	
دالة	4.01	1.182	3.46	1.123	4.07	1	التعامل التكيفي مع الندم
دالة	3.78	1.207	3.33	1.134	3.92	2	
دالة	8.01	1.084	3.18	0.935	4.26	3	
دالة	11.02	1.066	3.23	0.734	4.58	4	
دالة	4.57	1.030	3.71	0.946	4.31	5	
دالة	9.08	1.196	3.20	0.842	4.45	1	التعامل غير التكيفي مع الندم
دالة	9.65	1.241	2.50	1.022	3.96	2	
دالة	11.93	1.166	2.58	0.898	4.24	3	
دالة	5.93	1.227	2.32	1.328	3.33	4	
دالة	8.13	1.324	2.33	1.112	3.65	5	

ب. مؤشرات الصديق البنائي: علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال للمقياس: تم استخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمجال، ولتحقيق ذلك حسبت الدرجة الكلية لأفراد العينة على وفق الابعاد الثلاثة للمقياس، وبعدها تم استخراج معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على وفق كل

فقرة من فقرات كل مجال ودرجاتهم الكلية على ذلك المجال وظهر أن معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (398) وجدول (3-6) يوضح ذلك:

(3-6) علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال لمقياس تنظيم الندم

التعامل مع الندم الموجهة نحو المشكلة		التعامل التكيفي مع الندم		التعامل غير التكيفي مع الندم	
ت	معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط	ت	معامل الارتباط
1	0.418	1	0.521	1	0.456
2	0.479	2	0.490	2	0.619
3	0.573	3	0.562	3	0.699
4	0.635	4	0.586	4	0.688
5	0.546	5	0.505	5	0.693

علاقة درجة المجال بدرجة المجالات الأخرى للمقياس: تم التحقق من ذلك من خلال استعمال معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين درجات الأفراد على كل مجال ودرجة المجالات الأخرى وذلك لأن ارتباطات المجالات الفرعية ببعضها البعض للمقياس هي قياسات أساسية للتجانس وتساعد على تحديد مجال السلوك المراد قياسه (Anastasi, 1976, 155). وقد أشارت النتائج إلى أن معاملات ارتباط درجة كل مجال ودرجة المجالات الأخرى ضعيفة وغيردالة إحصائياً عند مستوى (0,05) ودرجة حرية (398) والجدول (3-7) يوضح ذلك.

جدول (3-7) معاملات الارتباط لكل مجال والمجالات الأخرى لمقياس تنظيم الندم

المجالات	التعامل مع الندم الموجهة نحو المشكلة	التعامل التكيفي مع الندم	التعامل غير التكيفي مع الندم
التعامل الموجهة نحو المشكلة	1	0.155	-0.026
التعامل التكيفي مع الندم		1	0.069
التعامل غير التكيفي مع الندم			1

وبذلك بقي المقياس بعد استعمال الاجراءات السابقة مكون من (15) فقرة موزعة على ثلاثة مجالات بواقع (5) فقرات لمجال التعامل مع الندم الموجهة نحو المشكلة ، و(5) فقرات لمجال التعامل التكيفي مع الندم و (5) فقرات لمجال التعامل غير التكيفي مع الندم.

الخصائص القياسية (السيكومترية) لمقياس تنظيم الندم:

أولاً. الصدق: **Validity**: أستخرج لمقياس تنظيم الندم مؤشرين للصدق وهما:

1. الصدق الظاهري: وقد تحقق هذا النوع من الصدق عندما تم عرضه على المحكمين.

2. الصدق المرتبط بإجراءات البناء **Content-Procedures Related Validity**: يتحقق هذا النوع

من الصدق ، حينما يكون لدينا معيار نقرر على أساسه أن المقياس يقيس بناءً نظرياً محدداً . وقد توفر

هذا النوع من الصدق في هذا المقياس (تنظيم الندم) من خلال المؤشرات الآتية:-

1. ايجاد القوة التمييزية لل فقرات بأسلوب المجموعتين الطرفيتين.

2. علاقة درجة الفقرة بدرجة المجال. وعلاقة درجة المجال بالمجالات الأخرى. وتهتم الطرائق السابقة

بمعرفة أن الفقرة او البعد يقيس المفهوم نفسه الذي يقيسه المقياس، ويوفر هذا أحد مؤشرات صدق البناء

(Lindquist,1951:282) .

ثانياً. مؤشرات الثبات: قامت الباحثتان باستخراج ثبات المقياس بطريقتين وكما يأتي :

1. طريقة الاتساق الخارجي (الاختبار-إعادة الاختبار (Test- Retest): وتعرف باستقرار الاستجابة،

وفيها يتم تطبيق أداة البحث على عدد من الافراد ثم يعاد التطبيق عليهم مرة ثانية بعد مدة من الزمن، ثم

يحسب الارتباط بين الدرجات في التطبيقين وتتراوح الفترة بين التطبيق الاول والثاني تقريبا (2 أسبوع)

(أبو علام ، 2004: 438) .

لاستخراج الثبات بهذه الطريقة قامت الباحثتان بتطبيق مقياس تنظيم الندم على عينة مكونة من

(30) فرد، وبعد مرور اسبوعين من التطبيق الأول للمقياس قامت الباحثتان بإعادة تطبيق المقياس ذاته

مرة أخرى وعلى العينة ذاتها ، وبعد استعمال معامل ارتباط بيرسون (Correlation Coefficient)

(Pearson) لتعرف طبيعة العلاقة بين درجات التطبيق الأول والثاني ، ظهر أن قيمة معامل الثبات

لمجالات المقياس الثلاثة قد بلغت (0.86)، 0.87، (0.84 على التوالي .ويعد معامل ثبات مقبولا إذا ما تم

مقارنته بالمعيار الذي تم تحديده من قبل الادبيات الخاصة بالمقياس النفسي والتي إشارات أن معامل

الثبات يعد مقبولا إذا تراوح ما بين (0.76 إلى 0.90) . (عيسوي، 1985: 85) ، وقد عُدت هذه القيمة مؤشراً

على استقرار استجابات الأفراد على مقياس تنظيم الندم (عيسوي ، 1985 : 58) .

الاتساق الداخلي (معامل الفاكرونباخ): يشير معامل الثبات المستخرج بهذه الطريقة إلى الارتباط الداخلي

بين فقرات المقياس ، إذ يعتمد هذا الأسلوب على اتساق أداء الفرد من فقرة إلى أخرى، ولحساب الثبات

بهذه الطريقة تم استعمال طريقة الفاكرونباخ في هذا المقياس على العينة المؤلفة من (400) فرداً، وظهر

ان معامل الثبات للمجالات الثلاثة على التوالي كان كالآتي (0.79)، 0.83، 0.81، ويعد معامل ثبات مقبولاً ما تم مقارنته بالمعيار الذي تم تحديده من قبل الادبيات الخاصة بالقياس النفسي والتي أشارت أن معامل الثبات يعد مقبولاً إذا تراوح ما بين 0.76 إلى (0.90 (عيسوي، 1985: 85) ايضاً يعد معامل ثبات جيد اذا ما تمت مقارنته بالدراسات السابقة التي تناولت تنظيم الندم كدراسة (Courvoisier,et al,2014) حيث بلغ معامل تراوح معامل الثبات بهذه الطريقة بين (0.85- 0.90)، وقد عُدت هذه القيمة مؤشراً على استقرار استجابات الأفراد على تنظيم الندم (عيسوي، 1985: 58).

• **الخطأ المعياري للمقياس:** الخطأ المعياري للمقياس عبارة عن كيان معياري للدرجات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أثناء تقييم جودة أدوات القياس، ويعتبر من الجوانب المهمة في تقدير دقة القياس لأنه يجعل من درجة الفرد الملاحظة تختلف في أغلب الأحيان عن درجته الحقيقية بسبب تأثر الدرجة الملاحظة بمصادر أخطاء متعددة. فإذا استطعنا تحديد قيمة الأخطاء العشوائية التي أثرت في الدرجة الملاحظة لكل فرد من الأفراد المختبرين، فإنه يمكن إيجاد الانحراف المعياري لدرجات الخطأ، والقيمة الناتجة من تقدير الانحراف المعياري لدرجات الخطأ تسمى الخطأ المعياري للمقياس (علام، 2000:)، وقد بلغت قيمة الخطأ المعياري لمجالات مقياس الندم على التوالي (2.10، 2.26، 2.13) وكما موضح في جدول (3-8).

جدول (3-8) درجات الخطأ المعياري لطريقتي الثبات

طريقة الفا كرونباخ			طريقة اعادة الاختبار			
الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	معامل الثبات	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	معامل الثبات	المجالات
2.42	6.48	0.86	2.13	4.89	0.81	التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة
2.47	6.60	0.87	2.26	5.12	0.83	التعامل التكيفي مع الندم
2.38	6.30	0.84	2.10	4.75	0.79	التعامل غير التكيفي مع الندم

وصف المقياس وتصحيحه وحساب الدرجة الكلية: تألف مقياس تنظيم الندم بصورته النهائية من (15) فقرة ، يختار في ضوءها المستجيب بديل واحد من خمسة بدائل (تطبق عليّ تماماً ، تنطبق عليّ غالباً ، تنطبق عليّ أحياناً ، تنطبق عليّ نادراً ، لا تنطبق عليّ ابداً)، تعطى لل فقرات التي باتجاه المفهوم (1،2،3،4،5) ولل فقرات التي عكس المفهوم (1،2،3،4،5)، ذلك لتمكينه من اختيار البديل

الأكثر انسجاماً مع سلوكه وأفكاره كما موضح بالجدول (3-9) إذ يمكنه أن يحدد اختياره من بين عدة بدائل ، وبذلك فإن المدى النظري لأعلى درجة يمكن أن يحصل عليها فرد هي (75) وادنى درجة هي (15) وبمتوسط فرضي (45). والملحق (٥) يوضح المقياس بصيغته النهائية.

جدول (3-9) الفقرات باتجاه المفهوم والفقرات عكس المفهوم في صياغتها اللغوية لمقياس تنظيم الندم

الفقرات باتجاه المفهوم	الفقرات عكس المفهوم	
10.9.8.7.6.5.4.3.2.1	15.14.13.12.11.	فقرات المقياس

• **المؤشرات الإحصائية لمقياس تنظيم الندم:** إن حساب المؤشرات الإحصائية الأنفة الذكر لتنظيم الندم والركون إلى نتائج التطبيق فيما بعد، تطلبت من الباحثان استعمال الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Package For Social Science Statistical) أو ما يسمى اختصاراً (SPSS) في استخراج تلك المؤشرات الإحصائية وجدول (3-10) يوضح ذلك:

جدول (3-10) المؤشرات الإحصائية لمجالات مقياس تنظيم الندم

المؤشرات الإحصائية	التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة	التعامل التكميلي مع الندم	التعامل غير التكميلي مع الندم
الوسط الحسابي	19.48	18.95	12.31
الوسيط	19.56	18.98	13.91
المنوال	19.87	19.12	14.08
الانحراف المعياري	2.93	2.95	4.09
الالتواء	-0.385	-0.085	0.311
التفرطح	-0.157	-0.510	-0.277
ادنى درجة	10	11	5
أعلى درجة	25	25	25

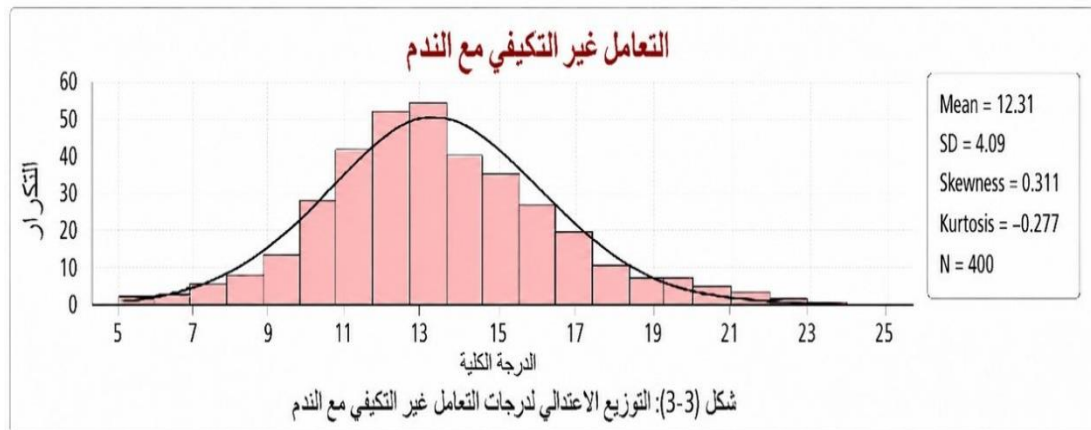
شكل (3-1) التوزيع الاعتدالي لدرجات التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة يتضح من الشكل أن توزيع درجات التعامل مع الندم الموجه نحو المشكلة يقترب من التوزيع الاعتدالي، إذ تركزت أغلب الدرجات حول الوسط الحسابي مع انخفاض تدريجي في التكرارات كلما اتجهنا نحو الطرفين، كما أن قيمتي الالتواء والتفرطح كانتا ضمن الحدود المقبولة إحصائياً، مما يشير إلى اعتدالية توزيع البيانات وإمكانية استعمال الاختبارات الإحصائية المعلمية.



شكل (3-2) التوزيع الاعتدالي لدرجات التعامل التكيفي مع الندم يبين الشكل أن درجات التعامل التكيفي مع الندم تتوزع بصورة قريبة من التوزيع الطبيعي، حيث تركزت الدرجات في المنطقة الوسطى مع تناقص تدريجي في الأطراف، كما أن قيم الالتواء والتفرطح كانت قريبة من الصفر، الأمر الذي يدل على تجانس البيانات واعتدال توزيعها الإحصائي.



شكل (3-3) التوزيع الاعتدالي لدرجات التعامل غير التكيفي مع الندم يظهر من الشكل أن توزيع درجات التعامل غير التكيفي مع الندم يقترب من التوزيع الاعتدالي، بالرغم من وجود ميل بسيط في الالتواء، إلا أنه يقع ضمن الحدود الإحصائية المقبولة، مما يشير إلى أن البيانات تتسم بدرجة مناسبة من الاعتدال تسمح بإجراء التحليلات الإحصائية المعلمية بثقة.



عرض النتائج وتفسيرها ومناقشته.

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت إليها الباحثتان في هذا البحث وتفسيرها ومناقشتها على وفق أهدافها في ضوء الاطار النظري المتبنى، ثم تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات في ضوء تلك النتائج .

• **الهدف الأول: التعرف على تنظيم الندم لدى العاملين بالمهن الصحية:** للتعرف على هذا الهدف قامت الباحثتان باستخراج المتوسط الحسابي لكل مجال من مجالات تنظيم الندم والانحراف المعياري ومقارنة الوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة . ومن ثم مقارنة القيمة التائية المحسوبة بالقيمة الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (399) ، وجدول (1-4) يوضح ذلك.

جدول (1-4) الاختبار التائي لعينة واحدة للتعرف على مجالات تنظيم الندم لدى عينة البحث

المجال	عدد افراد العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة (0,05)
					المحسوبة	الجدولية		
التعامل مع الندم الموجة نحو المشكلة	400	19.48	2.93	15	30.54	1.96	399	دالة
التعامل التكيفي مع الندم		18.95	2.95	15	26.77	1.96	399	دالة
التعامل غير التكيفي مع الندم		12.31	4.09	15	-13.15	1.96	399	دالة

يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية تنظيم الندم لـ مارسيل زيلنبرغ وبيتزر، إذ ترى النظرية أن الندم ليس مجرد انفعال سلبي، بل هو انفعال معرفي وظيفي يدفع الفرد إلى تعديل السلوك وتحسين القرارات المستقبلية. فالفرد عندما يشعر بالندم يبدأ بمراجعة أسباب الخطأ، والبحث عن بدائل أفضل، ومحاولة تصحيح الموقف أو تجنب تكراره مستقبلاً. وقد أكدت النظرية أن الندم يؤدي وظيفة تكيفية لأنه يحفز الفرد على التعلم من الخبرات السابقة وتحسين جودة اتخاذ القرار.

كما أوضح زيلنبرغ وبيتزر أن الأفراد يلجؤون إلى استراتيجيات تنظيمية موجهة نحو المشكلة مثل: تحسين جودة القرار، وزيادة تبرير القرار، وتصحيح الخطأ، والتراجع عن القرار غير المناسب عند الإمكان، وذلك بهدف تقليل النتائج السلبية مستقبلاً. وقد أشارت النظرية أيضاً إلى أن الندم يركز انتباه الفرد على دوره الشخصي في حدوث النتيجة السلبية، مما يدفعه إلى التفكير المنظم في كيفية معالجة المشكلة ومنع تكرارها.

وهذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن أفراد العينة - وهم العاملون بالمهن الصحية - يتعرضون بصورة مستمرة لمواقف تتطلب اتخاذ قرارات دقيقة وسريعة ترتبط بصحة الآخرين وسلامتهم، الأمر الذي يجعلهم أكثر ميلاً لاستخدام أساليب مواجهة عملية عند الشعور بالندم، مثل محاولة تصحيح الخطأ، أو تطوير الأداء المهني، أو مراجعة القرارات السابقة لتجنب تكرارها. فطبيعة العمل الصحي تفرض على الفرد تحمل المسؤولية المهنية والأخلاقية، وبالتالي يتحول الندم إلى دافع للتعلم والتحسين المستمر بدلاً من الاستسلام للمشاعر السلبية.

وتتسجم هذه النتيجة مع ما ذكره زيلنبرغ وبيتزر (2007) من أن الندم يؤدي وظيفة تكيفية لأنه يساعد الأفراد على "تعظيم النتائج المستقبلية والتعلم من الأخطاء السابقة"، كما أنه يحفز السلوك الإصلاحي وتصحيح القرار.

كما أشارت النتائج الخاصة بالتعامل التكيفي مع الندم أن أفراد العينة يمتلكون مستوى مرتفعاً من التعامل التكيفي مع الندم. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية تنظيم الندم لـ مارسيل زيلنبرغ وريك بيتزر، إذ ترى النظرية أن الندم لا يُعد انفعالاً سلبياً فقط، بل يمثل خبرة معرفية وانفعالية تساعد الفرد على التعلم وإعادة تنظيم سلوكه بصورة أكثر فاعلية. فالأفراد الذين يمتلكون قدرة تكيفية في التعامل مع الندم يحاولون إعادة تفسير الخبرات السلبية، واستخلاص الدروس منها، والبحث عن حلول أو بدائل تمنع تكرار الخطأ مستقبلاً.

كما أوضح زيلنبرغ وبيترز أن من أهم استراتيجيات تنظيم الندم ما أطلقا عليه “الإصلاح النفسي” (Psychological Repair Work)، والذي يتضمن تقليل الأثر الانفعالي للندم من خلال التركيز على الجوانب الإيجابية، أو اعتبار التجربة فرصة للتعلم والنمو، أو إقناع الذات بأن الخطأ ساهم في اكتساب خبرة جديدة تساعد على اتخاذ قرارات أفضل لاحقاً. كذلك أكدت النظرية أن الندم يدفع الأفراد إلى التفكير المنظم والتخطيط لتجنب النتائج السلبية مستقبلاً، وهو ما يعكس جانباً تكيفياً ووظيفياً للندم.

ويفسر ارتفاع مستوى التعامل التكيفي مع الندم لدى أفراد العينة بأن العاملين في المهن الصحية يواجهون باستمرار مواقف مهنية ضاغطة تتطلب سرعة في اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية، الأمر الذي يدفعهم تدريجياً إلى تطوير أساليب نفسية تكيفية تساعدهم على مواجهة الأخطاء أو المواقف غير المرغوبة بطريقة مهنية وناضجة. فالتعرض المتكرر للمواقف العلاجية الحرجة قد يسهم في تعزيز القدرة على تقبل الخطأ، والتعلم منه، وتحويل مشاعر الندم إلى دافع لتحسين الأداء المهني بدلاً من الاستسلام للمشاعر السلبية.

كما يمكن القول إن طبيعة العمل الصحي تفرض على العاملين المحافظة على توازنهم الانفعالي والنفسي حتى يتمكنوا من الاستمرار في أداء واجباتهم بكفاءة، مما يجعلهم أكثر ميلاً لاستخدام أساليب تكيفية مثل إعادة التقييم المعرفي، وضبط الانفعالات، والبحث عن الحلول العملية للمشكلات المرتبطة بالعمل.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أكده زيلنبرغ وبيترز (2007) من أن الندم قد يؤدي وظيفة إيجابية عندما يتم تنظيمه بصورة صحيحة، إذ يساعد الأفراد على تحسين قراراتهم المستقبلية واكتساب خبرات جديدة تسهم في النمو النفسي والسلوكي.

تشير النتيجة الخاصة بالتعامل غير التكيفي مع الندم إلى أن أفراد العينة لا يميلون إلى استخدام الأساليب غير التكيفية في التعامل مع الندم بدرجة مرتفعة. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية تنظيم الندم لـ مارسيل زيلنبرغ وريك بيترز، إذ تؤكد النظرية أن الأفراد قد يلجؤون أحياناً إلى استراتيجيات غير تكيفية عند مواجهة الندم، مثل الإنكار، أو قمع المشاعر، أو الاجترار المستمر للأحداث السلبية، أو تجنب تحمل المسؤولية عن القرار. إلا أن هذه الأساليب لا تسهم في حل المشكلة بصورة حقيقية، بل قد تؤدي إلى استمرار التوتر والانشغال النفسي بالمواقف الماضية.

كما أشار زيلنبرغ وبيترز إلى أن الندم يصبح أكثر إيلاماً عندما يركز الفرد بصورة مفرطة على “ما كان يجب أن يحدث” أو يستمر في مقارنة الواقع بالبدائل الضائعة، الأمر الذي قد يؤدي إلى الاجترار

النفسي والشعور بالعجز والانفعال السلبي المستمر. لكن انخفاض المتوسط الحسابي في هذه الدراسة يدل على أن أفراد العينة لا يعتمدون بدرجة كبيرة على هذه الأساليب السلبية في مواجهة الندم.

كما يمكن تفسير انخفاض مستوى التعامل غير التكيفي مع الندم لدى أفراد العينة بأن العاملين في المهن الصحية يملكون خبرة مهنية تفرض عليهم التعامل الواقعي مع الأخطاء والمواقف الضاغطة، لأن الاستغراق في الاجترار أو الإنكار أو لوم الذات بصورة مفرطة قد ينعكس سلباً على أدائهم المهني وقدرتهم على الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية. لذلك فإن طبيعة العمل الصحي قد تسهم في تعزيز أساليب أكثر نضجاً وواقعية في مواجهة الندم، والابتعاد نسبياً عن الأساليب الانفعالية غير التكيفية.

كما يمكن أن يُعزى ذلك إلى أن البيئة المهنية الصحية تعتمد على التدريب المستمر، والتغذية الراجعة، والعمل الجماعي، مما يساعد الأفراد على تقبل الأخطاء المهنية بوصفها فرصاً للتعلم والتطوير بدلاً من تحويلها إلى مصدر دائم للقلق أو العجز النفسي.

وتتسجم هذه النتيجة مع ما أشار إليه زيلنبرغ وبيتزر (2007) من أن الأفراد يسعون عادةً إلى تنظيم الندم بطرق تساعدهم على تقليل آثاره السلبية وتحقيق التوازن النفسي، وأن الاستراتيجيات غير التكيفية مثل الإنكار أو القمع الانفعالي قد تؤدي إلى استمرار المعاناة النفسية بدلاً من حلها.

الاستنتاجات :

1. يتمتع العاملون في المهن الصحية بمستوى مرتفع من تنظيم الندم الموجه نحو المشكلة، مما يدل على ميلهم إلى استخدام أساليب عملية وتكيفية عند مواجهة الأخطاء أو المواقف المهنية السلبية، مثل تصحيح الخطأ والتعلم من الخبرات السابقة.

2. أظهرت النتائج أن أفراد العينة يمتلكون مستوى مرتفعاً من التعامل التكيفي مع الندم، الأمر الذي يشير إلى قدرتهم على إعادة التقييم المعرفي للمواقف السلبية وتحويل مشاعر الندم إلى خبرات تعليمية تسهم في تحسين الأداء المهني.

3. تبين أن مستوى التعامل غير التكيفي مع الندم لدى العاملين في المهن الصحية كان منخفضاً، مما يدل على انخفاض الاعتماد على الأساليب السلبية مثل الاجترار النفسي أو لوم الذات أو الإنكار عند مواجهة الأخطاء المهنية.

التوصيات: بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، توصي الباحثتان بما يأتي:.

1. الاهتمام بإدخال برامج إرشادية نفسية داخل المؤسسات الصحية تُعنى بتعليم العاملين استراتيجيات تنظيم الندم بشكل تكيفي، مثل إعادة التقييم المعرفي والتعلم من الأخطاء، بما يساهم في تعزيز التوازن النفسي وتحسين جودة القرارات المهنية.

2. العمل على توفير بيئة عمل داعمة داخل المؤسسات الصحية، تقوم على تقليل الضغوط المهنية مثل عبء العمل وغموض الدور، لما لذلك من أثر في تقليل الندم المهني وتحسين الصحة النفسية للعاملين.

3. تعزيز ثقافة العمل الجماعي وتبادل الخبرات بين الكوادر الصحية (الأطباء والممرضين)، من خلال عقد ورش عمل ودورات تدريبية مستمرة، تساهم في تطوير مهارات التعامل مع المواقف الحرجة وتقليل الشعور بالندم.

4. توجيه العاملين الصحيين إلى استخدام استراتيجيات تنظيم انفعالي إيجابية (مثل إدارة التوتر، وتنظيم الأفكار، وتجنب الاجترار السلبي)، لما لها من دور في تحسين جودة النوم وتقليل الآثار الفسيولوجية المرتبطة بالندم.

المقترحات: استكمالاً لنتائج الدراسة، تقترح الباحثتان إجراء الدراسات الآتية:.

1. دراسة العلاقة بين تنظيم الندم ومتغيرات نفسية أخرى مثل الاحتراق النفسي، الصمود النفسي، والذكاء الانفعالي لدى العاملين في المهن الصحية.

2. التوسع في دراسة تنظيم الندم لدى طلبة الكليات الطبية والتمريضية، لمعرفة دوره في إعدادهم النفسي والمهني قبل دخول سوق العمل.

المصادر

أولاً: المصادر العربية

1. البياتي، عبد الجبار توفيق، وإثناسيوس، زكريا زكي. (1977). الإحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس. دار الكتب للطباعة والنشر.
2. داود، عزيز رضا، وعبد الرحمن، أنور حسين. (1990). المدخل إلى مناهج البحث. مطابع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
3. عبيدات، ذوقان، وعدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد. (1996). البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه. دار الفكر للنشر والتوزيع.
4. علام، صلاح الدين محمود. (2000). القياس والتقويم التربوي والنفسي: أساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصرة. دار الفكر العربي.
5. عيسوي، عبد الرحمن. (1985). القياس والتجريب في علم النفس والتربية. دار المعرفة الجامعية.

ثانياً: المصادر الاجنبية

1. Anastasi, A. (1988). Psychological testing (6th ed.). Macmillan Publishing Co.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.
3. Comer, A. R., & Rappaport, M. (2025). Experiencing and coping with regret after a patient's poor outcome. *AMA Journal of Ethics*, 27(3), 191–197.
4. Courvoisier, D. S., Cullati, S., Ouchi, R., Schmidt, R. E., Haller, G., Chopard, P., Agoritsas, T., & Perneger, T. V. (2014). Validation of a 15-item care-related regret coping scale. *Journal of Occupational Health*, 56(6), 430–443.
5. Gilovich, T., & Medvec, V. H. (1995). The experience of regret: What, when, and why. *Psychological Review*, 102(2), 379–395.
6. Jamshidinia, M., Mirzaei, A., & Nemati-Vakilabad, R. (2025). Validation and psychometric testing of the care-related regret intensity scale among clinical nurses: A methodological study. *BMC Nursing*, 24(1), 651–660.
7. Loomes, G., & Sugden, R. (1982). Regret theory: An alternative theory of rational choice under uncertainty. *The Economic Journal*, 92(368), 805–824.
8. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

9. Monteiro, I., et al. (2021). Occupational stress and socioeconomic factors among healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4500–4515.
10. Roese, N. J. (1997). Counterfactual thinking. *Psychological Bulletin*, 121(1), 133–148.
11. Schmidt, R. E., Cullati, S., Mostofsky, E., Haller, G., Agoritsas, T., Mittleman, M. A., Perneger, T. V., & Courvoisier, D. S. (2015). Healthcare-related regret and insomnia. *PLOS ONE*, 10(10), e0139770.
12. Thompson, S. K. (2012). *Sampling* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
13. World Health Organization. (2023). Health workforce and institutional care report. World Health Organization.
14. Wrosch, C., & Heckhausen, J. (2002). Perceived control of life regrets: Good for young and old adults. *Psychology and Aging*, 17(2), 329–340.
15. Zeelenberg, M. (1999). Anticipated regret, expected feedback and behavioral decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 12(2), 93–106.
16. Zeelenberg, M., & Pieters, R. (2007). A theory of regret regulation. *Journal of Consumer Psychology*, 17(1), 3–18.
- 17.