

أثر بعض الأبعاد الثقافية لنموذج Hofstede على الذكاء الانفعالي ”دراسة حالة على الممرضين بمركز مصراتة الطبي“

أ. عائشة على دقيق / محاضر مساعد في إدارة الاعمال / جامعة مصراتة

د. نبيل محمد الجعيدي / أستاذ مساعد في إدارة الاعمال / جامعة مصراتة

ملخص البحث:

يتناول البحث دراسة العلاقة الاثرية بين بعض الأبعاد الثقافية لنموذج Hofstede (2010)، تحديدا بعدي الذكورة (Masculinity) والتحفظ (Restraint)، على الذكاء الانفعالي، حيث يسعى الباحثان الى التعرف على تأثير بعدي الذكورة والتحفظ على مستويات الذكاء الانفعالي لدى عينة من الممرضين بمركز مصراتة الطبي. والتعرف على الفروقات في مستوى الذكاء الانفعالي وفقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية للمبحوثين، وذلك عن طريق تصميم نموذج بحث يجمع بين الاسلوب النوعي والاسلوب الكمي (Mixed Research Design) في إجراء البحوث. لذلك فقد تم تجميع البيانات الخاصة بالجانب النوعي عن طريق إجراء (10) مقابلات شخصية شبه المهيكلة (semi-structures interviews)، وتم استخدام التحليل النوعي (Qualitative Data Analysis “QDA”) لتوليد الأفكار لدى المبحوثين حول متغيرات البحث. اما فيما يتعلق بالجانب الكمي فقد تم توزيع 175 استبانة على المبحوثين من إجمالي حجم المجتمع الذي يضم 326 ممرض لبي بمركز مصراتة الطبي، حيث تم تحليل البيانات احصائيا بهدف اختبار العلاقة بين متغيري البحث. ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها أن الممرضين بمركز مصراتة الطبي يتمتعون بمستوى مرتفع من السيطرة على الانفعالات بما يعادل 81%. كما بينت النتائج عدم وجود فروقات في مستوى الذكاء الانفعالي تعود لمتغير النوع وسنوات الخدمة، من جانب اخر، فإن متغير السن بين فروقات في مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بدلالة (0.043). أما فيما يخص الأبعاد الثقافية فقد بينت النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين الذكورة والذكاء الانفعالي بمعدل 0.031، وكذلك وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين التحفظ والذكاء الانفعالي بمعدل 0.212. كما أوصى البحث بالتشجيع على إعطاء مميزات للممرضين ذوي السلوك المهذب والتصرف الحسن عند مواجهة مواقف انفعالية، والتركيز على الممرضين الأكبر سناً كونهم يتمتعون بذكاء انفعالي أكبر، مع العمل على تنمية الذكاء لدى الفئات العمرية الأخرى، بالإضافة إلى تبني سياسات مختلفة لتحفيز الممرضين والتأكيد على التنافسية وروح التحدي الايجابي بين الممرضين، إضافة الى الجدوية في العمل واستغلال اوقات العمل في ممارسة سلوكيات وبناء علاقات ايجابية بين الممرضين.

Research Abstract

This research empirically examines the impact of two dimensions of Hofstede's (2010) cultural dimensions on emotional intelligence (EI) of nurses at Misurata Medical Center (MMC). The research aims to explore theories and highlight interpretations of research participants regarding research topic, and to test the relationship between Masculinity and Indulgence, in one hand, and EI on the other hand. It also aims to determine differences among participants in relation to their demographic data in effecting levels of EI. Therefore, a mixed research design was adopted to achieve its aims. This has led to apply two research stages; firstly, is through conducting 10 semi-structured, as data was analysed according to Qualitative Data Analysis Techniques (QDA). Secondly, a questionnaire was administered to measure the research variables. Therefore, 175 questionnaires, out of a population of 326, were distributed. However, data was statistically

analysed the significant results were highlighted. The most highlighted results are; nurses at MMC have shown high levels of EI of about 81%, results have highlighted that sex and years of service have no significant correlations with EI. On the other hand, they have reaffirmed that ages are correlated with EI by 0.043. However, results have confirmed that both masculinity and restraint have shown significant associations with EI of 0.212 and 0.031 subsequently. Based on these results, the researchers have discussed that nurses who show high levels of EI should be giving more advantages and such behaviours should be encouraged at MMC. Furthermore, all ages of nurses should be encouraged engage in EI behaviours.

1. مقدمة:

يحتّم التفاعل البشري المستمر بين الافراد داخل المنظمات ضبط المشاعر والتحكم بها في ظل ظروف العمل، سواء كان هذا التعامل مع الموظفين فيما بينهم أو مع مدريهم، أو حتى مع زبائنهم، حيث أثبتت Golman (1998) أن مستوى أداء الأفراد داخل المنظمة لم يعد معتمداً على ما يمتلكه الفرد من مؤهلات أو خبرات فحسب، وإنما على قدرته على إدارة انفعالاته وانفعالات غيره، كما أن الاختلاف في أداء الأفراد يخضع للعديد من العوامل أهمها (الفروقات الفردية)، وتتضمن هذه الفروقات كيفية إدارة الانفعالات التي لا يمكن أن تتحقق إلا بمستوى جيد من الذكاء الانفعالي (جولمان، 2015). قد يرجع سبب هذه الفروقات الى اختلاف الثقافات بين الشعوب في عملية التعبير عن الانفعالات والعواطف ودقة تحديدها، حيث أثبت Gunkel et al., (2016) أن بعض الثقافات الاجتماعية تستخدم العواطف بشكل كبير مقارنة بثقافات أخرى، والسبب هو تأثير تلك الثقافة على طريقة عمل العقول، مما يؤثر على مستوى الذكاء الانفعالي للأفراد في جميع تعاملاتهم.

2. مشكلة البحث:

يمكن تحديد المشكلة الرئيسية للبحث في (الاثّر الذي يسببه كل من الذكورة والتحفّظ، كخصائص ثقافية، على مستويات الذكاء الانفعالي. للتحقق من مشكلة البحث تم إجراء دراسة استطلاعية على مركز مصراة الطبي، عن طريق إجراء عدد عشر مقابلات شخصية، لغرض الحصول على البيانات والمؤشرات التي تؤكد وجود اشكالية بحثية بحاجة الى دراسة، حيث سعت الدراسة الاستطلاعية إلى استكشاف وجهات نظر مختلفة ومتعددة مع الأفراد الذين تربطهم علاقة بوظيفة التمريض (ممرضين وإداريين وأطباء)، حيث وفرت هذه الدراسة الفرصة امام الباحثين لتحديد مستوى ممارسة الذكاء الانفعالي في بيئة عمل الممرضين بمركز مصراة الطبي وإمكانية قياسه بشكل عملي ودقيق، بالإضافة إلى اختبار مدى إدراك المشاركين لمفهوم الذكاء الانفعالي، وأخيراً التأكيد من وجود علاقات محتملة بين بعدي الذكورة والتحفّظ والذكاء الانفعالي لدى الممرضين. لذلك، بناءً على البيانات الواردة بالمقابلات فإنه تم استنتاج عدد من المؤشرات أهمها:-

أ. اختلاف آراء المشاركين في مستوى الذكاء الانفعالي بالنسبة للذكور والإناث.

ب. قلة الموارد البشرية (أطعم التمريض) وكذلك المادية (الأجهزة والمعدات) مقارنة بحجم الطلب على الخدمات التي يقدمها المستشفى.

- ج. النظر إلى أن المنافسة والعرف كمؤشرات ثقافية تتحكم في عمل الأفراد وتؤثر على انفعالهم داخل العمل، مما يعني اختلاف الانفعالات بناءً على الخصائص الثقافية.
- لقد بينت نتائج المقابلات الشخصية وجود عدد من الدلائل التي تدعم أهمية دراسة العلاقة بين المتغيرات الثقافية والذكاء الانفعالي. استناداً الى ذلك، فقد تم صياغة عدد من الاسئلة التي شكّلت محاور أساسية لموضوع البحث، وهي الآتي: -
- أ. ما مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراتة الطي؟
- ب. ما مدى تأثير المتغيرات الديمغرافية للمرضين في مستوى الذكاء الانفعالي؟
- ج. ما أثر بعدي الذكورة والتحفيز على ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراتة الطي؟
3. أهداف البحث:

- يتمثل الهدف الأساسي للبحث في التعرف على العلاقة الاثرية بين بعدي الذكورة والتحفيز على مستويات ممارسة الذكاء الانفعالي بمركز مصراتة الطي، والذي من خلاله تنعكس مجموعة من الأهداف الفرعية، تتمثل في الآتي:
- أ. قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراتة الطي.
- ب. التعرف على وجود فروقات في الذكاء الانفعالي تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية.
- ج. التعرف على طبيعة العلاقة بين بعدي الذكورة والتحفيز على مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراتة الطي.
4. أهمية البحث:

تنبع أهمية البحث من كونه يخوض في استكشاف موضوع ذو أثر على أداء الافراد في بيئات الخدمات، كما انه موضوع حديث في ادبيات الادارة ولم يسبق اختباره في بيئات تمثل البيئة الثقافية للحالة الدراسية (حيث لم تتوفر للباحثين دراسات باللغة العربية او الاجنبية تربط بين متغيرات البحث في البيئة العربية عامة، او اللبئية خاصة). لذلك فإن أهمية البحث يمكن ان تتحدد فيما يأتي:

- أ. الإسهام العلمي في إثراء الجانب النظري لمفهوم الذكاء الانفعالي في ظل نقص الأدبيات السابقة باللغة العربية، وسد الفجوة المعرفية للذكاء الانفعالي من خلال اختباره في سياق ثقافي لأول مرة، الأمر الذي من شأنه ان يعزز نظريات الذكاء الانفعالي ونموذج Hofstede.

- ب. بيان كفاءات ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضين عند التعامل مع الآخرين في مركز مصراتة الطي.
- ج. توجيه عمليات اتخاذ القرارات بالحالة قيد الدراسة، حيث تظهر أهمية البحث في تقديم دراسة علمية ذات نتائج يمكن التحقق من مصداقيتها، الامر الذي يقود الى اتخاذ قرارات فعالة في إدارة الموارد البشرية، وبالتالي امكانية التأثير على مستويات أداء المرضين داخل المركز.

5. مراجعة الدراسات السابقة

منذ ظهور مصطلح الذكاء الانفعالي والباحثون يسعون إلى وضع تعريف دقيق وواضح له من خلال تفسير الارتباط بين العقل والعاطفة، وكيف يمكن أن يكون للعاطفة ذكاء مثلها مثل العقل؟ قاد هذا التساؤل الباحثين إلى تأكيد حتمية التداخل بين العقل والعاطفة أو التفكير والانفعالات، وأنه لا يمكن الفصل بينهما، فالانفعالات ماهي إلا سلوكيات منظمة تحكمها قوانين تعتمد بشكل كبير على المعرفة لدى الفرد، ومن ثم فهي تتطلب التفكير مع العقل حتى يتم ظهورها بالشكل الصحيح (سعداوي، 2010). من هنا ظهر مصطلح ومفهوم الذكاء العاطفي أو الانفعالي الذي تبين الدراسات السابقة وجود وجهتي نظر تفسيره وفق الآتي: -

1.5 وجهة النظر الأولى المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي (قدرة عقلية فقط)

لقد كان أساس ظهور الذكاء الانفعالي في بداية العقد التاسع من القرن الماضي عندما نشر Mayer and Salvo (1990) أول مقالة علمية لهما عن هذا النوع من الذكاء، وضحت فيه أنه القدرة على الإدارة والمراقبة لمشاعر الفرد وانفعالاته وانفعالات الآخرين، وتمييزها واستخدامها في توجيه السلوك والتصرفات التي تنتج عن الفرد. وعرفاه أنه القدرة على إدراك وفهم الانفعالات بدقة، وتقييمها، والتعبير عنها، والقدرة على توليد الانفعالات، وتنظيمها بما يعزز النمو الوجداني والعقلي (أبوعلام وآخرون، 2014). حيث يرى Mayer and Salvo أن الذكاء الانفعالي يتمثل في القدرة على الفردية المستنبطة من الذكاء الشخصي على إدراك مشاعر الفرد وفهمها والتعبير عنها، وكذلك القدرة على الاجتماعية المستنبطة من الذكاء الاجتماعي على فهم مشاعر الآخرين وإظهار رد فعل إيجابي يمتص الانفعالات السلبية، لذلك فهو مرتبط بالذكاء العام للفرد ومعرفته الشخصية، وكذلك قدرته العقلية في التأثير على الانفعالات.

2.5 وجهة النظر الثانية المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي (قدرة ومهارة شخصية)

بالرغم من أن الرّواد في تفسير الذكاء الانفعالي ركزوا على أنه قدرة عقلية لدى الفرد مرتبطة بالمعارف التي يمتلكها، إلا أن الفضل في انتشار الذكاء الانفعالي يعود إلى (Golman 1998) الذي قام بتحليل نماذج الكفاءة لـ 188 شركة ضخمة، بينت هذه النماذج وجود قدرات شخصية وغير معرفية (مهارات) تدل على الذكاء الانفعالي، وتؤدي إلى تحقيق أداء فعال ومتميز للأفراد والمنظمات، مما يؤكد أن الذكاء الانفعالي مفهوم مختلط بين القدرة والمهارة ولا يعتمد على المعرفة فحسب، بل إنه يُكتسب من خلال الممارسة أيضاً. فقد أيد الكُتاب؛ حسن (2011) وغيث والحلح (2014)، وجهة نظر Golman أن الذكاء الانفعالي هو مجموعة من المهارات والقدرات التي يتمتع بها الفرد، والتي تشكل لديه صفات وسمات شخصية تمكنه من التحكم في علاقاته مع الآخرين، وفهم مشاعرهم الدفينة في مواقف الحياة المختلفة، وينظر إليه كتاب آخرون بأنه قدرة الفرد على معرفة مشاعره ومراقبة انفعالاته وانفعالات الآخرين، والتمييز بينها، واستخدامها كدليل للتفكير من أجل إظهار السلوك المساعد في حل المشكلات بشكل فعال (بن جامع، 2010؛ المللي، 2010).

قد يكون تفسير وجهة نظر Golman للذكاء الانفعالي مشترك في كونه (قدرة ومهارة عقلية وليس قدرة عقلية فقط)، إلا أن معظم البحوث الذين تناولوا الذكاء الانفعالي بعد Golman يرون ضرورة إعطاء وزن للقدرة والمهارة بشكل متساوي، كذلك يؤكدون تفسير Golman في أن الذكاء الانفعالي يمكن اكتسابه بالممارسة، وأن هذه المهارة لا يمكن أن تتطور دون وجود قدر من القدرة العقلية، لذلك قد يكون من ضعف التفسير ان يفسر الذكاء الانفعالي على انه مهارات مكتسبة تسبق قدرات عقلية، لأن الذكاء الانفعالي يمكن أن يتواجد لدى الفرد بشكل بسيط جداً، ويتطور ويزداد من خلال الممارسة والتفاعل مع الآخرين بشكل مستمر (خاصية التطور المبني على التفاعل)، وهذا ما يراه المدبرون عند النظر إلى ممرض التحق بالعمل ولم تكن لديه مهارة الذكاء الانفعالي والتعاطف مع الآخرين (زملائه والمرضى) من البداية، ولكنه بعد فترة من العمل في أجواء معينة استطاع التطوير من نفسه واكتساب مهارة الذكاء الانفعالي ليصبح مشرفاً على الممرضين الذين كانوا معه في نفس المستوى. استناداً الى النقاش اعلاه فقد تبني الباحثين نموذج Golman في قياس الذكاء الانفعالي الذي يضم مجموعة من الأبعاد موضحة كالتالي:-

جدول (1) أبعاد الذكاء الانفعالي وفق Golman (1998)

مهارات الذكاء الانفعالي	العلامات الفارقة والمميزة له (المؤشرات)
الوعي الذاتي	● الثقة بالنفس، التقويم الواقعي للذات، امتلاك حس الفكاهة الذي يجعل المرء يسخر فيه حتى من نفسه.
ضبط الذات	● الأهلية للثقة، الاستقامة، الشعور بالارتياح تجاه الغموض والتغيير
الحافز	● امتلاك الشغف بالعمل ذاته وبالتحديات الجديدة، امتلاك الطاقة الهائلة للتحسين، التفاؤل في مواجهة الفشل
التعاطف	● الخبرة في اجتذاب الأشخاص الموهوبين واستبقائهم كي لا يغادروا، القدرة على تطوير الآخرين، الحساسية تجاه الاختلافات الثقافية
المهارة الاجتماعية	● الفعالية في قيادة عملية التغيير، القدرة على الإقناع، إقامة شبكة واسعة من العلاقات، الخبرة في بناء الفرق وقيادتها

(المصدر: جولمان، 2011، مؤشرات قياس الذكاء الانفعالي لجولمان)

3.5 الأبعاد الثقافية لنموذج Hofstede والذكاء الانفعالي

لقد وسَّع بعض علماء الإدارة مداركهم عند دراسة الذكاء الانفعالي، من خلال استخدام المدخل الثقافي كدراسة Kuhakoski (2016)، التي بينت تأثير الخصائص الثقافية على العواطف، حيث عادةً ما ينظر إلى العواطف بشكل مختلف وفق الثقافات القومية، فهي مؤثرة على السياق الوطني والتنظيمي والمهني. لقد زاد الاهتمام بدراسة العلاقة بين العواطف والثقافة مع ظهور نموذج Hofstede (1980) للأبعاد الثقافية، الذي قسم المجتمعات إلى مجموعة من الأبعاد او الخصائص الثقافية التي تنتج انماط مختلفة من التصرفات التنظيمية، مما ينعكس في تأثيرها على أساليب إدارة تلك المنظمات وتفاعلها مع الآخرين. إضافة الى ذلك،

فقد بين هذا النموذج أن بعض الثقافات تميل إلى استخدام العواطف أكثر من غيرها، وأن القيم الثقافية للشعوب تؤثر على المواقف والتصورات المتعلقة بالذكاء الانفعالي. وللتفصيل أكثر، فقد بينت دراسة بكاي (2016) أن Hofstede قام في دراسته الأصلية عام 1980 بتجميع البيانات من 40 دولة حول العالم كانت من ضمنها البيئة الليبية، وقد شملت دراسته 116000 موظفاً عبر فروع شركة "IBM متعددة الجنسية" والتي تُعد أكبر قاعدة بيانات للقيم الوظيفية في وقتنا هذا، وترجمت أداة الدراسة إلى 20 لغة مختلفة حول العالم، حدد في البداية نتائج لأربعة أبعاد رئيسية تمثلت في (بُعد مسافة السلطة Power Distance - بُعد تجنب المجهول "عدم التأكد" Uncertainty Avoidance - بُعد الذكورة مقابل الأنوثة Masculinity vs. Femininity - بُعد الفردية مقابل الجماعية Individualism vs. Collectivism) ثم أضاف Hofstede البُعد الخامس (بُعد التوجه طويل المدى مقابل التوجه قصير المدى Long vs. short term orientation) وفي دراسات مستقلة لتغطية جوانب القيم في عام 2010 أضاف Hofstede البُعد السادس (بُعد التساهل مقابل التحفظ Indulgence vs. Restraint).

استناداً إلى النقاش أعلاه، فقد ركز هذا البحث على اختيار كل من بُعدي الذكورة/الأنوثة¹ نظراً لارتباطه بتحديد مستوى العاطفية لدى الأفراد، والتساهل/التحفظ² كونه يشير إلى السيطرة على الاحتياجات والرغبات هما من أركان مفهوم الذكاء الانفعالي. يتجه بُعد الذكورة/الأنوثة إلى تحديد مدى تداخل أدوار الذكور والإناث وتوزيعها بين الرجل والمرأة، فالمجتمعات الذكورية تتداخل أدوار الرجال والنساء بشكل أقل، ويتوقع من الرجال أن يتصرفوا فيها بشكل حازم، كما يعد التنافس والتميز في العمل من خصائص هذا البُعد، وفي المقابل يتوقع في المجتمعات الأنثوية وجود قدر كبير من التداخل بين أدوار الذكور والإناث، ويعد التواضع في العمل وبناء العلاقات مع المشرفين والتعاون مع الآخرين من خصائص هذا البُعد (بكاي، 2016). من جانب آخر فقط ظهر بعد التحفظ/التساهل كُبعد ثقافي عام 2010، حيث يفتقر هذا البعد إلى وجود أدبيات سابقة باللغة العربية، ولم يظهر في نتائج البحث الإلكتروني باللغة العربية للباحثين. من خلال تحليل مفهوم هذا البعد فقد اتضح للباحثين أن مفهوم هذا البُعد كان مفهوماً ضمناً غير صريح ضمن بُعد (تجنب المجهول). وفقاً لبعد التحفظ/التساهل فإن المجتمعات يمكن أن تقسم إلى نوعين: المجتمعات الضيقة، وهي المجتمعات المحتفظة بقيم ضيقة ومواظبة على المثابرة والتمسك بالعرف والتقاليد، والمجتمعات المنفتحة، وهي المجتمعات الواسعة التي يمارس فيها العُرف والتقاليد بشكل ضيق ومحدود (Hofstede, 2011). يعبر التحفظ بالنسبة للمجتمعات الضيقة عن مدى تحكم الشخص في حاجاته ورغباته والنظر إلى العادات والتقاليد كمحدد أساسي لإشباع هذه الحاجات، وكذلك الاعتراف بأن المتعة أو التسلية بحاجة إلى ضبط وتحكم من خلال العُرف الاجتماعي السائد، ويكون الأشخاص في هذه المجتمعات أكثر تشاؤم وسلوكهم مراقب وينظرون إلى الحياة بشكل جدي وواقعي (Hofstede, 2010)، كما يوضح هذا البُعد

¹ الذكورة والأنوثة (muscularity / femininity) وهو يعكس الدرجة التي يتلاءم بها السلوك والممارسات مع نظم القيم في سياق الذكورية ضد الأنثوية، ويحدد هذا البعد دور الإنسان بجنسيه في المجتمع وليس إلى الخصائص الجسدية التي تفرق بين الرجل والمرأة، وما إذا كان المجتمع يتصف أغلبه بالصفات الأنثوية من خلال تشجيع كلا من الإناث والذكور على السواء التحلي بالعاطفة والتواضع مع الغير أو لا.

² التساهل مقابل التحفظ (Indulgence/ Restraint) وهو مدى قدرة الثقافة السائدة على تلبية الاحتياجات الفورية والرغبات الشخصية والتعبير عن الترفيه والمتعة بين الحاجة والضرورة أو كونها رفاهية لا تحظى باهتمام المجتمع.

الدرجة التي تسمح بها الثقافة الشعبية بإشباع الحاجات من عدمها بسبب اللوائح والقيود، ومدى نوع اللغة المهنية والعاطفية التي يتمتع بها الأفراد وتعبّر عن ثقافتهم (Lo, K et al., 2017). بينما يعبر التساهل بالنسبة للمجتمعات الواسعة عن الميل النسبي لإرضاء الحاجات الإنسانية الطبيعية المتعلقة بالتسلية والاستمتاع بالحياة، ويكون الأشخاص في هذه المجتمعات أكثر تفاؤلاً وتركيزاً على السعادة والرفاهية من خلال الاستمتاع بالحياة، وبالمقابل هم لا يأخذون الحياة على محمل الجد.

استناداً إلى تصنيف Hofstede (2018) فقد صنفت ليبيا بوجود درجة عالية نسبياً لُبعد "الذكورة" بحوالي 52%، بمعنى أن المجتمع متجه نحو المنافسة والإنجاز والفصل بين مهام الرجال والنساء، كذلك بوجود مستويات مرتفعة من السيطرة، حيث ينشأ هذا البعد من خلال القيم التي تبدأ في المدرسة وتستمر معهم طوال الحياة التنظيمية. أمّا بُعد "التساهل" فقد أشارت التصنيفات إلى الانخفاض نسبياً بحوالي 34%، بمعنى أن المجتمع يتجه إلى "التحفظ" والتمسك بالعرف السائد والمعايير الاجتماعية الصارمة وأن الذي يحكم العلاقات بين الأشخاص هو العامل الاجتماعي أكثر من الرغبات الشخصية التي تركز على الرغبات والرفاهية وأوقات الفراغ، بهذا فإن بُعد الذكورة/الأنوثة يشير إلى التعاطف ويتضمن كل من المؤشرات الآتية: السعادة والسرور، أهمية الصداقة والترفيه، السيطرة على الحياة (Amgalan, 2016)، وُبعد التساهل/ التحفظ يشير إلى التفاعل الاجتماعي، ويتضمن كل من المؤشرات الآتية: المنافسة، الفروق بين الجنسين في العمل، جودة الحياة (بكاوي، 2016). ويُعد كلاً من التعاطف والتفاعل الاجتماعي من مكونات الذكاء العاطفي. كما أن البحث اعتمد على اختبار تأثير نموذج Hofstede للأبعاد الثقافية على الذكاء الانفعالي، بناءً على ما وضحته دراسة (Lo, K et al., 2017) في أنّ الأبعاد الثقافية لنموذج Hofstede هي الأكثر استخداماً في بحوث الإدارة والتنظيم، لهذا فهي ترى أنه جانب مهم يجب أن يدرس بالنسبة لبيئة العمل الليبية.

6. منهجية البحث

سعيًا إلى تحقيق أهداف البحث في اختبار العلاقة (Theory Testing) بين بعدي الذكورة والتحفظ والذكاء الانفعالي، فقد تم تبني منهج دراسة الحالة بالاعتماد على (المرضى بمركز مصراتة الطبي) كحالة معنية بالدراسة، وتتلخص طبيعة عملها مع المنهجية المتبعة وعناصرها وفق الآتي:-

1.6 الحالة الدراسية "المرضى بمركز مصراتة الطبي"

يعد مركز مصراتة الطبي مركزاً طبياً مرجعياً في تقديم خدماته الطبية، حيث يقدم ما يقارب 1400 خدمة طبية بشكل يومي، بواقع عمل (363 ممرض) ما بين إداريين لشؤون التمريض والتمريض العام (أي خريجي معاهد التمريض)، بالإضافة إلى القابلات والعمليات والعناية الفائقة (خريجي كلية التمريض) وأخيراً معاونين الصحيين والمسعفين (المتحصلين على دورات التمريض)، ويختلف توزيع أعدادهم في أن الأقلية منهم هم خريجو معاهد التمريض الذين يتمتعون بالخبرة نظراً للأقدمية ونظراً لحجم الطلب الكبير على الخدمات التي يقدمها مركز مصراتة الطبي، وازدياد الحاجة إلى عمل المرضى في أغلب الأقسام الخاصة بتقديم خدمات المستشفى، فإن المستشفى أصبح يعاني من نقص في المرضى بما نسبته 60% وأكثر، لذلك ازداد حجم ضغوط العمل بشكل كبير وغير متوقع، مما جعل الإدارات تقوم بالإشراف على أعمال ومهام معاونين الصحيين، واکساجم الخبرة ليرتقوا إلى مستوى

المرضى، ومن ثمَّ ازدادت عملية التركيز على التقارير الدورية التي تُعدُّها إدارة التمريض عن نشاطات المرضى بشكل عام والمعاونين بشكل خاص، والتي يدخل ضمنها الجانب السلوكي في التعامل مع ثلاثة أطراف مهمة وهم (الزبائن، الإدارات، والزملاء).

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية (2001) عمل التمريض بأنه مساعدة الفرد سواء كان مريضاً أو غير مريض على الارتقاء بصحته، والتعامل برفق وأدب مع الآخرين، وعدم الانفعال عند قيامهم بسلوكيات قد تضر صحتهم وتخالف ما تعتمد عليه خدمة التمريض. من هذا التعريف يتبين أن الخدمات التي يقدمها التمريض لا تقتصر على الخدمات الملموسة فحسب، بل تتعدى إلى الخدمات النفسية والاجتماعية في التعامل مع الغير، وخاصة في جانب الانفعال الذي يتمحور حوله موضوع البحث (السيطرة على الانفعالات)، لذلك يتبين أن ممارسة نشاط التمريض لا يحتاج إلى مجهود عضلي ولا يتطلب جهد كبير وشاق بقدر تطلبه إلى القدرة والمهارة في التعامل مع الآخرين وإظهار العواطف الايجابية تجاههم.

2.6 مجتمع وعينة البحث

يتكون مركز مصراتة الطبي من 363 ممرض (لبيي وغير لبيي)، إلا أن مجتمع البحث اقتصر على ضم جميع الممرضين اللبيين الذين يعملون بمركز مصراتة الطبي، وذلك لأن البحث يدرس جانب ثقافي متعلق بالخصائص الثقافية اللبية على المرضى، والبالغ عددهم 326 ممرض (لبيي) مقسمون إلى فئتين: التمريض الأساسي والمعاونين الصحيين، حيث يعمل الممرضون في عدد من الوحدات الطبية التابعة لمركز مصراتة الطبي والموزعة على ثلاثة مواقع بمدينة مصراتة هي: مستشفى الطوارئ، مستشفى الشفاء ومستشفى رأس الطوبة. لقد تم الاعتماد على عينة غير احتمالية في تجميع البيانات النوعية من خلال اتباع أسلوب كرة الثلج (Snowball Sampling)³ في تحديد المشاركين، نظراً لحساسية نشاط المرضى وانغماسهم في العمل، مما يصعب أخذ جزء من وقتهم، حيث كانت البداية بالاختيار العشوائي لأول مشارك\مشاركة، ثم طلب منهم توجيه الباحث إلى مشارك اخر أو أكثر ممن يعتقدون أنهم قد يفيدون البحث في جمع بيانات نوعية نابعة من الخبرة العملية للمشاركين. ولقد استمرت هذه المرحلة حتى تم تنفيذ 10 مقابلات شخصية. كما تمَّ تجميع البيانات الكمية باختيار عينة عشوائية بسيطة من المرضى تقدر بحوالي 175 ممرض/ممرضة، وذلك بالاعتماد على ما قدمه الكاتب سيكران (2006) لتحديد حجم عينة الدراسة.

3.6 عناصر منهجية البحث

تم تصميم البحث ليعكس تصميماً استكشافياً يستخدم كلاً من البيانات (النوعية والكمية)، فقد كانت البداية بإجراء المقابلات شبه المهيكلة، كأداة أولى لجمع البيانات من عدد من المشاركين لاستخدامها في ترسيخ الفهم حول التطبيق الفعلي لموضوع البحث، مما يوفر إطار نظري فكري يقود تصميم الاستبانة ويساعد في تفسير نتائج البحث، وتلخص عناصر منهجية البحث في الجدول الآتي:

³ عرفها (Dusek, et.2015) على أنها نوع من العينات الغير عشوائية يتم من خلالها جمع البيانات النوعية، يتم فيها تحديد عدد قليل من أفراد العينة الأولية، ويشار إليهم بالبذور الأولية، بمعنى أنها طريقة ملائمة لإيجاد البذور الأولية عن طريق أخذ العينات.

جدول (2) يبين عناصر منهجية البحث

عناصر المنهجية	البيان	تفصيل
الحالة الدراسية	المرضى	-
التصميم الاستكشافي الارتباطي	صياغة تساؤلات استكشافية ارتباطية	-
نوع البحث	مختلط	بيانات نوعية وكمية
أداة جمع البيانات النوعية	المقابلات الشخصية شبه المهيكلة	عدد 10 مقابلات، استخدام كرة الثلج للمعينة
تحليل البيانات النوعية	أسلوب (QDA) ⁴	Taylor and Gibbs (2010)
أسلوب انتاج المعرفة	الاستقراء والاستدلال	
أداة جمع البيانات الكمية	الاستبانة: تبنى وتصميم مقاييس لعناصر البحث	عدد 175 استبانة، استخدام العينة العشوائية الطبقية
تحليل البيانات الكمية	الارتباط، الانحدار، ولكوكسون، اختبار تي، تحليل التباين	بيانات معلميه وأخرى لا معلميه

7. عرض نتائج البحث وتفسيرها

لضمان الوصول إلى أهداف البحث تم تقديم عرض متوازن ومتسلسل من الأفكار يوضح نتائج كل من البيانات النوعية أولاً، ومن ثم الاعتماد عليها في الوصول إلى نتائج البيانات الكمية، وتتضمن ما يأتي:

1.7 البيانات النوعية

اعتمد البحث على تحليل البيانات الواردة بالمقابلات وفق آلية Taylor and Gibbs (2010)، وأظهرت النتائج

التالية:

نتيجة (1): اختلاف آراء المقابلات في ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي للذكور عنه لدى الإناث أو العكس، منهم من يرى ارتفاعه لدى الذكور واخرون يرون العكس، ومنهم من يرى أيضاً أن مستوى الذكاء الانفعالي يختلف باختلاف نوع الطرف الثاني الذي يتم التعامل معه، ففي حال كان المريض ذكر والمريض أنثى فإن مستوى السيطرة على الانفعالات يزداد، والعكس صحيح. ويمكن الاستدلال على ذلك مما عرضه المشاركون رقم (1) بقوله:

" لا يمكن للمريض الذكر أن يُظهر انفعالاته عن حدوث موقف يجعله منفعل إذا كان المريض أنثى، لأنه بطبيعة الحال سوف يخجل من نفسه كما جرت العادة عند حدوث مواقف انفعالية باختلاف الجنسين، والعكس صحيح إذا كان المريض أنثى والمريض ذكر فإن الموقف الانفعالي يجعل الممرضة تقوم بتهادئة المريض ومحاولة امتصاص غضبه "

⁴ Qualitative Data Analysis (QDA): هو أسلوب يتم من خلاله تحليل المقابلات شبه المهيكلة يبدأ بتحديد بروتوكول المقابلة والعناصر التي تتضمنها وحتى تسجيلها وتلخيص اجاباتها.

يرر بعض المشاركون ان العرف السائد في ضرورة اللباقة عند التعامل مع الآخرين، وهذا حسب ما عرضه المشاركون رقم (4) بقوله:

" العادات الاجتماعية هي السبب في عدم إظهار الانفعالات عند اختلاف نوع المرض عن المريض، فالإناث يظهرن انفعالاتهن في موقف ويتم السيطرة عليها في موقف آخر، والذكور قد يظهرن أحياناً ويسيطرون عليها أحياناً أخرى "

وهذا ما جعل الباحثين يتساءلون عن سبب اختلاف توقعات ارتفاع الذكاء لدى الذكور والإناث، من خلال السعي لمعرفة مدى وجود فروق في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير النوع أم لا، ولدى أيهما أعلى (ذكاء انفعالي لدى الذكور أعلى أو الإناث)، بالإضافة إلى إيجاد تفسيرات عن السبب، ولعل هذا يؤكد اختلاف وجهات نظر الدراسات السابقة بهذا الخصوص.

نتيجة (2): وجود توافق بين الأبعاد الثقافية (الذكورة والتحفظ) التي جاء بها Hofstede بالنسبة للبيئة اللببية، مع آراء المشاركين على أرض الواقع بالنسبة للممرضين بمركز مصراة الطي. حيث تم مقارنة نتائج الأبعاد الثقافية لنموذج Hofstede بالنسبة لبيئة العمل اللببية مع النتائج المتحصل عليها من المشاركين وتوصلت للآتي :-

أولاً: وجود منافسة بين الممرضين الذكور والإناث، وأن الإناث أصبحن يندجن في العمل بشكل مساوي للذكور وربما أكثر منهم، من خلال انضباطهن بشكل أكبر وسعيهن إلى التطوير من أنفسهن وتحقيق ذاتهن.

ويمكن الاستدلال بذلك مما عرضه المشاركون رقم (9) في قوله :

" أن الممرضات من الإناث يسعين إلى تولي مناصب إدارية داخل المستشفى، وأنه في فترة سابقة كانت إدارة التمريض تتولى إدارتها أنثى، واستطاعت أن تسيطر على العمل وتحقق أداءً بشكل جيد، بالرغم من وجود منافسين كانوا لا يرغبون بذلك، ووجود من هم تديرهم لم يكونوا راضين عن ذلك، والسبب في تخليها عن الوظيفة أنها أحييت للتقاعد فقط لا غير"

بالرغم من اختلاف نوع المشاركون رقم (2) وكونه أنثى، والمشارك رقم (9) وكونه ذكر إلا أن كلاهما اتفق على وجود منافسة بين النوعين وقاموا بذكر نفس القصة، وهذا يتوافق مع النتائج التي ظهر بها Hofstede في أن خصائص الذكورة تُعد مرتفعة في البيئة اللببية.

ثانياً: تمتع الممرضين بمستوى منخفض من التساهل كُبعد ثقافي يشير إلى العمل بطابع التقيد والتحفظ وتحكم العُرف في تصرفات الأفراد.

ويمكن الاستدلال بذلك مما عرضه المشاركون رقم (10) بقوله:

" الممرضين داخل العمل لا يشعرون بالمساواة ويقومون بالعمل فقط من أجل إظهار مكانتهم الاجتماعية وأنهم بين الناس لديهم وظيفة يقومون بها "

لذلك فهم يسيطرون على رغباتهم الشخصية نحو الترفيه والاستمتاع بالحياة من أجل العمل، واتفق معه في ذلك المشاركون رقم (7) بقوله أن:

" الأفراد ليس لديهم تحفيز نحو العمل في ظل وجود المشاكل الاقتصادية وأزمة السيولة، ولأنهم يعملون في منظمة عامة كمستشفى مصراة فإن أغلب الممرضين يمتلكون وظيفة أخرى في مستشفى خاص، تقوم بتسليمهم مرتباتهم بشكل شخصي "

مما يعني أنهم فقط يعملون من أجل أن يكون لديهم عمل، ولا يريدون التخلي عن وظائفهم لأنها توفر لهم مكانة بين الأشخاص، ولأن العمل في القطاع العام قد يكون أضمن على المدى الطويل، وذلك حسب ما هو متعارف عليه في البيئة الليبية. بناء على النقاش أعلاه، وبالرغم من ان افكار المشاركين تدعم إلى وجود مستوى مقبول من السيطرة على النفس كما وضَّح Hofstede، إلا أن هناك جوانب عديدة أخرى قد تسهم في فهم أعمق للانفعالات في سياق التمري بالحالة الدراسية. فمثلا، لقد أكد المشاركون ارتفاع مستوى ضغوط العمل لدى المرضين، ورغم هذه الضغوط ونقص التحفيز المادي، فهم يقومون بالعمل وبساعات إضافية دون مقابل. وهذا يدل على وجود نوع اخر من الحوافز تسهم في دعمهم للاستمرار في العمل، قد يكون أهمها الولاء والشعور بإنسانية مهنة التمريض.

2.7 البيانات الكمية

اعتمد الباحثان على عدد من الاساليب الاحصائية لتحليل العلاقة بين متغيرات البحث كان اهمها اختبارات الصلاحية والارتباط واختبارات الانحدار والتباين ANOVA: يستخدم لمعرفة درجة الاختلاف بين فروق متوسطات أفراد العينة حول بعض المتغيرات الشخصية. كما تم استخدام اختبارات ولكوكسن واختبار T-Test. إضافة الى اختبار شيفيه Scheffe لاختبار دلالة الفروق في المقارنات البعدية المتعددة بين المتوسطات عند استخدام اختبار تحليل التباين لقد تم تجميع البيانات وفقا لمقياس ليكرت الخماسي، لتحديد درجة العبارات، وتم استخدام صيغة واحدة من الإجابات بما يتلاءم مع صيغة فقرات الاستبانة وذلك كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (3) أوزان مقياس ليكرت الخماسي بالنسبة للعبارات المستخدمة في البحث

الإجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الوزن	1	2	3	4	5

تشير درجة (1) للاستجابة "غير موافق بشدة" ودرجة (5) للاستجابة "موافق بشدة" لكافة العبارات، لأنها جميعها إيجابية ولم تتضمن الاستبانة عبارات سلبية. وقد تم حساب درجات الموافقة بحسب مقياس ليكرت خماسي التدرج، كما مبين في الجدول الآتي:

جدول (4) مقياس ليكرت خماسي التدرج

الدرجة	المتوسط الحسابي		الوزن النسبي	
	من	إلى	من	إلى
ضعيفة جداً	1.00	1.79	20.00	35.99
ضعيفة	1.80	2.59	36.00	51.99

متوسطة	2.60	3.39	52.00	67.99
مرتفعة	3.40	4.19	68.00	83.99
مرتفعة جداً	4.20	5.00	84.00	100.00

تجدر الإشارة الى ان تحليل البيانات لم يعتمد فقط على تحديد فترات مقياس ليكرت فحسب للحكم على نتيجة كل تساؤل، إنما اعتمد على كل من المتوسطات ومقدار التشتت في تفسير النتائج. من جانب آخر، فقد تم اختبار الصدق والثبات لأداة جمع البيانات وأظهرت النتائج تمتع الاستبانة بدرجة عالية من الثبات كما موضح في الجدول الآتي:

جدول (5) معامل الثبات للاستبانة ككل

م.	المجال	معامل Alpha Cronbach
1	الذكاء الانفعالي	0.871
2	الممارسات الإدارية	0.840
3	الأبعاد الثقافية	0.771
4	الاستبانة ككل	0.893

1.2.7 تفسير ومناقشة نتائج البيانات الكمية

سعيًا من الباحثين الى عرض ومناقشة النتائج بشكل سهل وواضح للقراء، فقد تم عرض نتائج البحث وفقا لتساؤلات البحث الرئيسية كما يلي:

1- التساؤل الأول/ ما مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراثة الطبي؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما في الجدول رقم (6):

جدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الذكاء مرتبة تنازلياً

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الدافعية	4.164	0.645	مرتفع
الوعي الذاتي	4.159	0.519	مرتفع
التعاطف	4.039	0.570	مرتفع
المهارة الاجتماعية	4.035	0.621	مرتفع
تنظيم الذات	3.911	0.538	مرتفع
الاجمالي	4.06	0.45	مرتفع

يبين الجدول رقم (6) مستوى الذكاء الانفعالي بالنسبة لأفراد العينة، حيث يتجه متوسط إجاباتهم نحو الموافقة بمقدار (4.06) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن المرضى بمستشفى مصراتة المركزي لديهم مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي، حيث جاء بُعد "الدافعية" في المرتبة الأولى في حين جاء بُعد "تنظيم الذات" في المرتبة الأخيرة. مما يعني أن المرضى ي يتمتعون بالقدرة والمهارة العالية التي تجعلهم قادرين في التعرف على مشاعرهم ومشاعر زملائهم والمرضى والتحكم بها لغرض إظهار الإيجابية منها والابتعاد عن إظهار السلبية، وكذلك لديهم أهداف ومبادئ واضحة يسعون من خلالها إلى التطوير، وتحمهم مصلحة المريض بالدرجة الأولى فهم يتفاعلون مع مرضاهم بالشكل الذي يشعرون بالرضا عن أنفسهم في العمل. حتى وإن كان تتمتعهم بالمرونة في المواقف الصعبة أقل ارتفاعاً من باقي المجالات، وتعلل هذه النتيجة في ضوء قدرة ممارسة المرضى على أداء انشطتهم وأعمالهم بالشكل المطلوب وتحملهم لعبء وضغوط العمل بالرغم من انخفاض العائد المادي، أي أنهم يسيطرون على انفسهم من أجل مصلحة العمل فقط، وإذا ما تمّ قياس الأهمية النسبية⁵ لهذه النتيجة فإن مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي سيكون بمعدل 81%، وتعتبر هذه النتيجة منطقية كونها متفقة مع بعض الدراسات السابقة التي أكدت على أن المرض يجب أن يتمتع بمستوى عالٍ من الذكاء الانفعالي يمكنه من ممارسة نشاطاته ومهامه بالشكل الفعال، كدراسة (Chun and Park (2016), ودراسة Năstasăa and Fărcas (2015)، وكذلك دراسة بن غربال (2015)، كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج أداة الدراسة الأولية (المقابلات) والتي تبين فيها وجود مستوى وعي مرتفع لخاصية السيطرة على الانفعالات لدى المرضى.

2- التساؤل الثاني: ما مدى تأثير المتغيرات الديمغرافية للمرضى في مستوى الذكاء الانفعالي؟

للإجابة على هذا التساؤل تمّ استخدام المتوسطات الحسابية وتحليل التباين كما في الجدول (7)

جدول (7) المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة على مقياس الذكاء الانفعالي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية

المتغير	المستوى	العدد	المتوسط	الانحراف	الاختبار	المعنوية
النوع	ذكر	44	4.09	0.428	0.698	0.486
	أنثى	97	4.04	0.457		
السن	أقل من 25	28	3.99	0.328	3.768	0.012
	من 25 إلى أقل من 35 سنة	60	3.97	0.530		
	من 35 إلى أقل من 45 سنة	44	4.15	0.369		
	من 45 إلى أقل من 55 سنة	9	4.41	0.265		
سنوات	أقل من 5 سنوات	54	4.05	0.487	1.271	0.287
	من 5 إلى أقل من 10	38	4.02	0.463		

⁵ الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فترات ليكرت × 100

الخدمة	سنوات		
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	20	3.95
من 15 سنة فأكثر	29	4.18	0.378

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية لكلاً من النوع وسنوات الخدمة أكبر من (0.05)، مما يعني أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في إجابات الباحثين على الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير النوع، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن، ولعل السبب في عدم وجود فروق بالنسبة للنوع أن طبيعة عمل الممرض هي التي تتطلب أن يتمتع بمستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي، وأن كلا النوعين ذكور أم إناث يقومون بممارسة الأنشطة والمهام ذاتها ويتعاملون مع المرضى بشكل متساوي دون تمييز تولى الذكور مهام أعلى من الإناث أو العكس، فكلاهما يتمتعون بدرجة عالية من وعيهم بذاتهم وانفعالاتهم وضبطها والتحكم بها، ويستجيبون إلى المرضى ويتعاطفون معهم بالشكل الذي يتطلبه العمل. وتتفق هذه النتيجة مع علوان والنواحة (2013)، حسن (2011)، رابح (2011)، الكيكي (2010)، ودراسة حنصالي (2014)، وتختلف مع أغلب الدراسات الأخرى التي بينت وجود فروق في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير النوع، بعضها توصل إلى أن الذكور أكثر ذكاء انفعالي كدراسة ذرة (2015)، المصدر (2007) وبن عمور وبن طاهر (2015). والبعض الآخر توصل إلى أن الإناث أعلى ذكاء انفعالي من الذكور كدراسة العلوان (2011) ودراسة بلال (2014). من جانب آخر، تبين النتائج اعلاه وجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخدمة حيث ان أغلب الممرضين بالمستشفى تقل خبرتهم عن الخمس سنوات، ولعل ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي مقارنة بسنوات الخدمة يفسر بأن كثرة التعاملات مع المرضى في ظل كبر حجم العمل في المستشفى ساعد الممرضين على اكتساب ممارسات الذكاء الانفعالي (انطلاقاً من كونه مكتسب أكثر من كونه قدرة عقلية).

من جانب آخر، يبين الجدول أن مستوى المعنوية للسنة أصغر من (0.05)، مما يدل على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير السن، حيث تبين أن أفراد العينة الذين أعمارهم من 45 إلى أقل من 55 سنة لديهم ذكاء انفعالي مرتفع أكثر من الفئات العمرية الأخرى، وقد يعود السبب في ذلك إلى مستوى درجة الوعي في التعامل مع الآخرين وأن كيفية التعامل مع الآخرين يتغلب عليها عامل السيطرة على الانفعالات مع كثرة التجارب والتقدم في العمر، وتختلف هذه النتيجة مع (رابح، 2011) وذرة (2015) في أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير السن، ولمعرفة الأعمار التي كانت الفروقات لصالحها استخدم اختبار شيفيه للمقارنات، كما يظهر في الجدول الآتي:

جدول (8) دلالة الفروق بين متوسطات السن حول الذكاء الانفعالي باستخدام اختبار شيفيه

95% Confidence Interval		Sig.	Std. Error	الفروقات بين المتوسطات	الفئات العمرية	السن
Upper Bound	Lower Bound					
.3049	-.2588-	.997	.09957	.02302	من 25 إلى أقل من 35 سنة	أقل من 25
.1396	-.4558-	.522	.10517	-.15813-	من 35 إلى أقل من 45 سنة	

.0455	-.8982-	.093	.16670	-.42637-	من 45 إلى أقل من 55 سنة	
.2588	-.3049-	.997	.09957	-.02302-	أقل من 25	من 25 إلى أقل من 35 سنة
.0633	-.4256-	.226	.08635	-.18114-	من 35 إلى أقل من 45 سنة	
-.0092-	-.8896-	.043	.15552	-.44938*	من 45 إلى أقل من 55 سنة	
.4558	-.1396-	.522	.10517	.15813	أقل من 25	من 35 إلى أقل من 45 سنة
.4256	-.0633-	.226	.08635	.18114	من 25 إلى أقل من 35 سنة	
.1823	-.7188-	.420	.15916	-.26824-	من 45 إلى أقل من 55 سنة	
.8982	-.0455-	.093	.16670	.42637	أقل من 25	من 45 إلى أقل من 55 سنة
.8896	.0092	.043	.15552	.44938*	من 25 إلى أقل من 35 سنة	
.7188	-.1823-	.420	.15916	.26824	من 35 إلى أقل من 45 سنة	

الدلالة إحصائياً عند مستوى $a=0.05$

يتبين من الجدول (8) أن الفرق الوحيد المعنوي هو بين الفئة العمرية 25 إلى أقل من 35 والفئة العمرية 45 إلى أقل من 55، حيث كانت الفئة العمرية 25 إلى أقل من 35 أقل في المتوسط بمقدار 0.449، وهذا الفرق معنوي بدلالة (p - value=0.043) عند مستوى معنوية 5%، ويمكن تفسير الفروق في مستوى الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير السن أنه كلما تقدم الشخص في العمر أكثر كلما زادت قدرته ومهارته في التحكم بانفعالاته والسيطرة عليها.

3- السؤال الثالث: ما أثر الذكورة والتحفظ على ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضين بمركز مصراة الطبي؟

للإجابة على هذا التساؤل تم في البداية قياس مستوى الذكورة والتحفظ لدى المرضين، وتبين ما يلي:-

جدول (9) قياس المتوسطات والانحرافات المعيارية للذكورة والتحفظ

الانحراف المعياري	المتوسط	البعد الثقافي
0.728	3.454	الذكورة
0.635	3.955	التحفظ

يتبين من الجدول (9) أن المتوسط العام للذكورة يتجه نحو (3.454)، مما يشير إلى أن المرضين بمركز مصراة الطبي يتمتعون بالخصائص الثقافية الذكورية بغض النظر عن أنواعهم ذكور أم إناث، بمعدل 69%6، ويتفق ذلك مع ما جاء به (Hofstede 2010) بالنسبة للخصائص الثقافية للبيئة الليبية، وأن الأفراد في البيئة الليبية يتمتعون بارتفاع الذكورة عن الأنوثة بما نسبته 52%. أما المتوسط العام للتحفظ ويشير إلى أن المرضين بمركز مصراة الطبي يتمتعون بالخصائص الثقافية لُبعد التحفظ بمعدل

⁶ الأهمية النسبية للذكورة (الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فقرات ليكرت×100)

80%7، مما يعني أن الأفراد المعنيين بالدراسة يتجهون إلى التمسك بالرؤف السائد والمعايير الاجتماعية، وأن ما يحكم علاقتهم في تعاملاتهم مع الآخرين هو العامل الاجتماعي أكثر من الرغبات الشخصية، ويتفق ذلك مع ما جاء به (Hofstede 2010)، في أن الخصائص الثقافية للأفراد في البيئة الليبية تتجه نحو التحفظ وتتمتع بدرجة قليلة من التساهل بنسبة 34%. أما فيما يتعلق بتحليل الانحدار لمعرفة أثر الأبعاد الثقافية على الذكاء الانفعالي فقد تم الاعتماد على معامل، وذلك كما موضح في الجدول رقم (10،11) جدول (10) يبين تحليل معامل الانحدار لقياس أثر الذكاء الانفعالي

النموذج	المعالم	الخطأ المعياري	قيمة T	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	معامل التحديد
الثابت	3.685	0.181	20.342	0.000	0.177	0.031
الذكورة	0.109	0.051	2.117	0.000		
المعنوية الكلية للنموذج			F=4.48		مستوى المعنوية = 0.036	

جدول (11) تحليل معامل الانحدار لقياس أثر التحفظ في الذكاء الانفعالي

النموذج	المعالم	الخطأ المعياري	قيمة T	مستوى المعنوية	معامل الارتباط	معامل التحديد
الثابت	2.738	0.219	12.503	0.000	0.46	0.212
التحفظ	0.327	0.054	6.112	0.000		
المعنوية الكلية للنموذج			F=37.35		مستوى المعنوية = 0.000	

يتضح من الجدول (10) أن النموذج الذي يصف العلاقة بين الذكاء الانفعالي ومعنوي (F=4.48 و مستوى المعنوية 0.036)، حيث كان هناك تأثير للذكورة على الذكاء الانفعالي بمعدل 0.031، وكذلك يتضح من الجدول (11) أن النموذج الذي يصف العلاقة بين التحفظ والذكورة الانفعالي معنوي (F=37.35 و مستوى المعنوية 0.000)، حيث كان هناك تأثير للتحفظ على الذكاء الانفعالي بمعدل 0.212، مما يعني وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين (الذكورة والتحفظ) على الذكاء الانفعالي، ويؤكد ذلك نتيجة ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين بالمستشفى (انظر الجدول رقم 6)، وهذا يدل على أن الحالة المعنوية بالدراسة لديهم ذكاء انفعالي مرتفع، وهم يتمتعون بالخصائص الذكورية وخصائص التحفظ للأبعاد الثقافية، ومن ثمّ كلما تمتع أفراد العينة بخصائص الذكورة والتحفظ كلما زاد مستوى الذكاء الانفعالي لديهم.

كما يتبين أن تأثير التحفظ على الذكاء الانفعالي أعلى من تأثير الذكورة على الذكاء الانفعالي، بالرغم من تمتع أفراد البيئة الليبية بمستوى مرتفع لكلا البعدين (الذكورة والتحفظ) كما أشار Hofstede، إلا أن تأثيرهما على الذكاء الانفعالي مختلف من حيث الدرجة، وقد يكون سبب ذلك ارتباط البعد الثاني بمؤشر ثقافي فعلي يتمتع به الأفراد متمثل في العادات والتقاليد واعتبارها مسيطرة

⁷ الأهمية النسبية للتحفظ (الوزن النسبي = المتوسط الحسابي/ عدد فترات ليكرت × 100)

على الجانب العملي في الحياة اليومية للأفراد، مما يضطرهم للسيطرة على انفعالاتهم والتحكم بها في سياق الغرف السائد. وعلى حد علم الباحثين لا توجد دراسات سابقة فسرت أن ارتفاع الذكاء الانفعالي يدل على وجود خصائص الذكورة فقط أو الأنوثة فقط، وكذلك التساهل فقط أم التحفظ فقط، فالمجتمعات التي تتمتع بالذكورة هي مجتمعات حازمة لا تسعى إلى تكوين علاقات اجتماعية بقدر سعيها نحو التميز والإنجاز والتركيز على مصلحة العمل، وهي تتفق مع الذكاء الانفعالي في أنه يتطلب السيطرة على الانفعالات بما تقتضيه مصلحة العمل، وفي نفس الوقت وضحت فإن الأفراد الذين يتمتعون بذكاء انفعالي مرتفع الذكاء هم يسعون إلى بناء علاقات مع الآخرين، ويأتي ذلك في البعد الخامس لأبعاد الذكاء المتمثل في " المهارة الاجتماعية".

كذلك هو الحال بالنسبة لبُعد التساهل مقابل التحفظ، فالمجتمعات التي تتمتع بالتحفظ هي مجتمعات ضيقة من حيث إشباع الحاجات والرغبات والتصرف بحرية، لكنها ترى أن الغرف الاجتماعي هو المحدد الأساسي للحياة، وتعترف بأن المتعة والتسلية بحاجة إلى ضبط من خلال الغرف، وأن التعامل مع الآخرين يجب أن يكون بناءً على ما تحدده العادات والتقاليد، من حيث الجدية والواقعية، ومفهوم الذكاء الانفعالي يرى بأنه لا يمكن للفرد التصرف مثلما يريد، أو أن يظهر مشاعره الحقيقية عند الانفعال أو الغضب، فعندما يكون الغرف هو محدد في التعاملات وإشباع الرغبات بالنسبة للبيئة اللببية لن يتمكن الأفراد بالتصرف بالطريقة التي يرغبون بها ويلجؤون إلى السيطرة على النفس وال ضبط كمحدد اجتماعي.

8. توصيات البحث

بناءً على النتائج اعلاه والمتعلقة بممارسات الذكاء الانفعالي واثر بعدي الذكورة والتحفظ فيها، فإنه يمكن اقتراح عدد من التوصيات كما يلي:-

أ. تشجيع إدارة مركز مصراة الطبي المرضين على ممارسة السلوكيات المختلفة للذكاء الانفعالي، حيث يمكن لإدارة المركز ان تعزز من المميزات التي تمنح للمرضين ذوي السلوك الملتزم والتصرف الحسن عند مواجهة مواقف انفعالية، خاصة مع وجود مستويات غير منخفضة من ضغوط العمل بالمركز.

ب. انطلاقاً من الدور المهم الذي يلعبه التفاعل الاجتماعي في تعزيز السلوكيات الايجابية بين اعضاء مجموعات العمل، فإن الباحثين يقترحان ضرورة إعادة توزيع المرضين الاكبر سنا، كونهم يتمتعون بذكاء انفعالي، بشكل مستمر وبالشكل الذي يضمن الإسهام في نقل المعرفة والخبرة في التعامل الايجابي مع الآخرين لدى الفئات العمرية الأخرى.

ت. يمكن لإدارة المركز العمل على تعزيز خصائص الذكورة والتحفظ في التأثير على الذكاء الانفعالي، حيث تسهم هذه الخصائص ولو بشكل جزئي في ارتفاع مستويات الذكاء الانفعالي. حيث يمكن لإدارة المركز تبني سياسات مختلفة لتحفيز المرضين على ممارسة سلوكيات الذكاء الانفعالي من خلال التأكيد على التنافسية وروح التحدي الايجابي بين المرضين، اضافة الى التركيز على الجدية في العمل واستغلال اوقات العمل في ممارسة سلوكيات وبناء علاقات ايجابية بين المرضين.

ث. من جانب علمي، فإن الباحثان يقترحان إجراء دراسات مستقبلية حول استخدام نموذج آخر لقياس الذكاء الانفعالي غير نموذج Golman لمقارنة النتائج ومعرفة أي الأبعاد تتماشى مع بيئة العمل في ليبيا. كما يمكن دراسة ابعاد اخرى

لنموذج Hofstede اضافة الى قياس الذكاء الانفعالي للعناصر الطبية بالمستشفيات والتركيز على القيادات، كون القيادة وظيفية إدارية تتطلب ممارسة الذكاء الانفعالي.

9. المراجع

العلوان. أحمد(2011)، فاعلية برنامج تدريبي في الذكاء الانفعالي للحد من المشكلات السلوكية لدى عينة من طلبة الصف العاشر الأساسي، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، العدد الرابع، المجلد الرابع عشر، جامعة دمشق، صفحة 125-144.

المصدر. عبد العظيم(2007)، الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، العدد الأول، المجلد السادس عشر، صفحة 587-632.

الكبيكي. محسن(2010)، الذكاء الانفعالي لدى الطلبة المتميزين، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، العدد2، المجلد 10، نينوي. المللي. سهاد(2010)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من المتفوقين والعاديين، مجلة جامعة دمشق، العدد الثالث، المجلد السادس والعشرون، صفحة 135-191.

بن جامع. ابراهيم(2010)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بفاعلية القيادة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة منثوري قسنطينة، قسنطينة.

بن عمور. جميلة، بن طاهر. بشير(2015)، مستوى الذكاء الانفعالي لدى الطالب الجامعي، مجلة التنمية البشرية، العدد الخامس، جامعة وهران، صفحة134-156.

بكاوي. عبد المجيد(2016)، التنوع الثقافي وعلاقته بالقيم التنظيمية داخل المنظمات متعددة الجنسيات، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باجي مختار، عنابة.

بلال. نجمة(2014)، الذكاء الوجداني وعلاقته بالثقة بالنفس، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري، الجزائر.

جولمان. دانيال(2000)، الذكاء العاطفي (ترجمة ليلو الجبالي)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

جولمان. دانيال(2015)، الذكاء العاطفي، مجلة هارفرد بزنس ريفيو بالعربية الصادرة عن المجلة العالمية Harvard Business Review، شركة هيكل ميديا.

حسن. صادق(2011)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالذكاء الوجداني، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.

حنصالي. مريامة(2014)، إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بالذكاء الوجداني، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، سكرة.

رابح. أنس(2011)، الذكاء الوجداني للعاملين ببعض الجامعات في ولاية الخرطوم السودانية، المجلة العربية لتطوير التفوق، العدد الثالث، المجلد الثاني، صفحة 58-72.

سعداوي. مريم(2010)، علاقة الذكاء الانفعالي باستراتيجيات مواجهة الضغوط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بوزريعة، الجزائر.

علوان. نعمات، النواحة. زهير(2013)، الذكاء الوجداني وعلاقته بالإيجابية، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، العدد الأول، المجلد الحادي والعشرون، الجامعة الاسلامية، صفحة 1-51.

- غيث. سعاد، الحلح. لمى (2014)، مستوى الذكاء العاطفي لدى طلبة الجامعة الهاشمية في ضوء متغيرات التخصص العلمي والنوع الاجتماعي والتحصيل الأكاديمي، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، العدد السابع، المجلد الثاني، جامعة القدس، صفحة 273-306.
- Amgalan, R. (2016), The Indulgence and Restraint Cultural Dimension: A Cross-Cultural Study of Mongolia and the United States, USA.
- Bar-On, R. (2000), Bar-On Emotional Quotient Inventory, Youth Version, MHS, US.
- Chun, K.H. Park, E. (2016), Diversity of Emotional Intelligence among Nursing and Medical Students, Centers for Disease Control and Prevention, Volume7, Korea.
- Dusek, G. A., Yurova, Y. V., & Ruppel, C. P. (2015). Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: A case study. *International Journal of Doctoral Studies*, 10 279-299.
- Gunkel M, Schlaegel C, Taras V,. (2016). "Cultural values, emotional intelligence, and conflict handling styles: A global study". *Journal of World Business*, Volume 51, Issue 4, June 2016, Pages 568-585.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1).
- Hofstede, G. Hofstede, G.J. & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. 3rd Edition, McGraw-Hill, USA.
- Hofstede, (2018), www.hofstede-insights.com/country-comparison/libya 12:00 pm- 1:30 pm.
- Kuhakoski, A. (2016). *Emotional Intelligence at Work: Implications for Finland and Sweden*. Jönköping University, Sweden.
- Năstăsă, L. Farcaș, A. (2015), The Effect of Emotional Intelligence on Burnout in Healthcare Professionals, *Social and Behavioral Sciences*, ELSVIER, Volume187, Amsterdam.
- Taylor, C. Gibbs, G. R. (2010), "What is Qualitative Data Analysis (QDA)?", Online QDA Web Site, [onlineqda.hud.ac.uk/Intro_QDA/what_is_qda.php]