

وزارة التعليم
الأكاديمية الليبية – فرع مصراتة
مدرسة العلوم الإدارية والمالية
قسم الإدارة والتنظيم

رسالة ماجستير بعنوان
الواقع الإداري والثقافي لممارسة الذكاء الانفعالي
دراسة حالة على الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية
"الماجستير" في الإدارة والتنظيم

إعداد الطالبة:

عائشة علي رمضان دقيق
رقم القيد (31417018)

إشراف الدكتور:

نبيل محمد الجعيدي

الفصل الدراسي: ربيع 2018م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

... ﴿ ولو كنتَ فظًا غليظَ القلبِ ﴾

﴿ لا تفتضوا من حولك ﴾ ﴿

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(آل عمران: 159)

الإهداء

إلى روح والدي الذي زرع فيّ طموح السعي نحو العلم والتعلم

إلى روح أخي الذي ساندني وكان لي أباً وأخاً، رحمهما الله

إلى والدتي التي أفهمتي أن العلم هو الحياة، حفظها الله

إلى إخوتي وأخواتي فخراً واحتراماً

صديقاتي وزميلاتي وفاءً وتقديراً

أحبتني في هذه الدنيا حفظهم الله ورعاهم

إلى جميع من ساعدني في إنجاز بحثي المتواضع

لهم جميعاً أهدي عملي ..

الباحثة

شكر وتقدير

لكل مُبدع إنجاز، ولكل شكر قصيدة، ولكل مقام مقال، ولكل نجاح شكر وتقدير، فجزيل الشكر أهديه إلى من أنار دربي بالعطاء والمعرفة، إلى من تعلمت منه أن للنجاح أسراراً، وأن المستحيل يتحقق بالعلم والإصرار، وأن الأفكار الملهمة تحتاج إلى من يغرسها بالطموح حتى تحقق النجاح والتميز.

أستاذي الفاضل السيد الدكتور: نبيل محمد الجعدي

أشكرك على ما قدمته لي من جهود قيّمة وعطاءٍ مستمر،

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر والعرفان إلى جميع أعضاء هيئة التدريس بقسم إدارة الأعمال في كلية الاقتصاد - جامعة مصراتة، وكذلك إلى جميع العناصر الطبية المساعدة بمستشفى مصراتة المركزي لمساعدتهم لي في الحصول على البيانات.

وإلى جميع الأساتذة الذين أسهموا بدعمي وكان لإرشاداتهم وآرائهم الكثير من النفع والفائدة لهذا البحث فبارك الله فيهم جميعاً.

وأخيراً أتوجه بالشكر والتقدير لكل من ساعدني أو أسدى إليّ نصيحة سائلةً الله عزّ وجل أن يُجزّي الجميع عني خير الجزاء، كما أسأله التوفيق والسداد.

والحمد لله حتى يبلغ الحمد منتهاه

الباحثة

قائمة المحتويات

الرقم	الموضوع	الصفحة
	الآية الكريمة	أ
	الإهداء	ب
	شكر وتقدير	ج
	قائمة المحتويات	د
	قائمة الجداول	و
	قائمة الأشكال	ط
	مستخلص الدراسة	ي
الفصل الأول: الإطار العام للبحث		
1.1	مقدمة	2
2.1	مشكلة البحث	3
3.1	أهداف البحث	5
4.1	تساؤلات البحث	5
5.1	أهمية البحث	6
6.1	منهجية البحث	6
7.1	مصادر جمع البيانات	7
8.1	حدود البحث	8
9.1	التعريفات الإجرائية	8
الفصل الثاني: مراجعة الأدبيات السابقة		
1.2	تطور مفهوم الذكاء الانفعالي	13
2.2	عرض تساؤلات البحث من الدراسات السابقة	18
الفصل الثالث: منهجية البحث والحالة الدراسية		
1.3	منهج دراسة الحالة	49

64	السياق الميداني للبحث	2.3
69	السياق البيئي للبحث	3.3
الفصل الرابع: إجراءات البحث وتحليل البيانات		
73	مجتمع وعينة البحث	1.4
101	أدوات البحث	2.4
104	تحليل البيانات الكمية	3.4
الفصل الخامس: النتائج والتوصيات		
138	نتائج دراسة الحالة وفق تساؤلات البحث	1.5
141	تطبيقات البحث	2.5
143	القيود والدراسات المستقبلية	3.5
المراجع		
146	أولاً: المراجع العربية	
152	ثانياً: المراجع الأجنبية	
الملاحق		

قائمة الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
1-1	عناصر منهجية البحث	7
1-2	نماذج الذكاء الانفعالي	33
2-2	مؤشرات قياس الذكاء الانفعالي وفق Golman	37
3-2	الفروق بين الثقافة الذكورية والثقافة الأنثوية لنموذج هوفستيد	45
4-2	الفروق بين ثقافة التساهل وثقافة التحفظ لنموذج هوفستيد	45
1-4	أوزان مقياس ليكرت الخماسي بالنسبة لعبارات الاستبانة	86
4-2	مقياس ليكرت خماسي التدرج	87
3-4	ارتباط فقرات "الوعي الذاتي" والدرجة الكلية للمجال	89
4-4	ارتباط فقرات "تنظيم الذات" والدرجة الكلية للمجال	89
5-4	ارتباط فقرات "الدافعية" والدرجة الكلية للمجال	90
6-4	ارتباط فقرات "التعاطف" والدرجة الكلية للمجال	91
7-4	ارتباط فقرات "المهارة الاجتماعية" والدرجة الكلية للمجال	92
8-4	ارتباط فقرات "الاختيار والتعيين" والدرجة الكلية للمجال	92
9-4	ارتباط فقرات "القيادة الإدارية" والدرجة الكلية للمجال	93
10-4	ارتباط فقرات "البرامج التدريبية" والدرجة الكلية للمجال	94
11-4	ارتباط فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال	95
12-4	ارتباط فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال	96
13-4	ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ	97
14-4	ارتباط فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال	98
15-4	ارتباط فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال	99

99	ثبات استبانة الأبعاد الثقافية باستخدام ألفا كرونباخ	16-4
99	ارتباط فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال	17-4
100	ثبات استبانة بُعد "التساهل/ التحفظ" باستخدام ألفا كرونباخ	18-4
101	ارتباط فقرات "الذكاء الانفعالي" والدرجة الكلية للمجال	19-4
102	ارتباط فقرات "الممارسات الإدارية" والدرجة الكلية للمجال	20-4
103	ارتباط فقرات "الأبعاد الثقافية" والدرجة الكلية للمجال	21-4
104	ثبات مجالات الاستبانة باستخدام ألفا كرونباخ	22-4
105	أعداد العينة الموزعة والمتبقية من الحالة المدروسة	23-4
105	خصائص أفراد العينة من حيث النوع	24-4
106	خصائص أفراد العينة من حيث السن	25-4
107	خصائص أفراد العينة من حيث نوع الوظيفة	26-4
108	خصائص أفراد العينة من حيث المؤهل العلمي	27-4
109	خصائص أفراد العينة من حيث سنوات الخدمة	28-4
111	تحليل استجابات بُعد "الوعي الذاتي" في مقياس الذكاء الانفعالي	29-4
112	تحليل استجابات بُعد "تنظيم الذات" في مقياس الذكاء الانفعالي	30-4
113	تحليل استجابات بُعد "الدافعية" في مقياس الذكاء الانفعالي	31-4
114	تحليل استجابات بُعد "التعاطف" في مقياس الذكاء الانفعالي	32-4
115	تحليل استجابات بُعد "المهارة الاجتماعية" في مقياس الذكاء الانفعالي	33-4
116	تحليل استجابات مقياس الذكاء الانفعالي ككل	34-4
118	فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير النوع	35-4

119	فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير السن	36-4
120	دلالة الفروق بين متوسطات الفئات العمرية باستخدام اختبار شيفيه	37-4
121	فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لسنوات الخدمة	38-4
122	تحليل استجابات الاختيار والتعيين كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي	39-4
123	تحليل استجابات القيادة الإدارية كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي	40-4
125	تحليل استجابات البرامج التدريبية كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي	41-4
126	تحليل استجابات الممارسات الإدارية للذكاء من وجهة نظر الممرضين	42-4
127	تحليل استجابات بُعد الذكورة بالنسبة لنموذج هوفستيد	43-4
129	تحليل معامل الانحدار لقياس أثر الذكورة في الذكاء الانفعالي	44-4
130	تحليل استجابات بُعد التحفظ بالنسبة لنموذج هوفستيد	45-4
131	تحليل معامل الانحدار لقياس أثر التحفظ في الذكاء الانفعالي	46-4

قائمة الأشكال

الرقم	المحتوى	الصفحة
1-2	مراجعة الأدبيات السابقة	12
1-2	تصنيف نموذج هوفستيد للأبعاد الثقافية في البيئة الليبية	44
1-3	خطوات منهج دراسة الحالة	58
2-3	آلية اتباع الباحثة لمنهج دراسة الحالة	63
1-4	نتائج المقابلات المتعلقة بالممارسات الإدارية	79
2-4	نتائج المقابلات المتعلقة بمستوى الذكاء الانفعالي والأبعاد الثقافية لهوفستيد	82

مستخلص البحث

لقد تناول البحث واقع ممارسة الذكاء الانفعالي من الجانب الإداري والثقافي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي، بهدف التعرف على الفروقات في مستوى الذكاء الانفعالي وفقاً للمتغيرات الشخصية، والتعرف على تأثير الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد (الذكورة والتحفظ) على الذكاء الانفعالي، إضافةً إلى التعرف على الممارسات الإدارية ذات العلاقة بالذكاء الانفعالي. لقد اعتمدت الباحثة على منهج دراسة الحالة للوصول إلى تحقيق أهداف البحث، عن طريق إجراء (10) مقابلات شبه المهيكلة وتوزيع 175 استبانة على المشاركين من مجتمع يضم 326 ممرض ليبي.

ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها أنّ الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بمستوى مرتفع من السيطرة على الانفعالات بما يعادل 81%. كما بيّنت النتائج عدم وجود فروقات في مستوى الذكاء الانفعالي تعود لمتغير النوع وسنوات الخدمة، من جانب آخر، فإن متغير السن بين فروقات في مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بدلالة (0.043). إضافةً إلى أن النتائج تدعم الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي بمعدل إجمالي قدره 68% لكافة الممارسات قيد الدراسة. أما فيما يخص الأبعاد الثقافية فقد بينت النتائج ارتفاع بُعدي الذكورة والتحفظ بمقدار 69%، و80% على التوالي. وأنهما يؤثران في الذكاء بقيم (0.212، 0.031) على التوالي.

كما عرض هذا البحث مجموعة من التوصيات أهمها: تبني قدر أكبر من ممارسات الذكاء الانفعالي في عمليات الاختيار والتعيين، ودعم الدورات التدريبية التي تعزز السيطرة على الانفعالات، و كذلك تحفيز التصرفات الإيجابية في المواقف الانفعالية من الممرضين.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1.1 مقدمة

2.1 مشكلة البحث

3.1 أهداف البحث

4.1 تساؤلات البحث

5.1 منهجية البحث

6.1 أهمية البحث

7.1 مصادر جمع البيانات

8.1 حدود البحث

9.1 التعريفات الإجرائية

1.1 مقدمة

يمثل العنصر البشري عصب الحياة في المنظمات، حيث يقاس أداء أي منظمة من خلال أداء الأفراد العاملين بها، مما يتطلب التفاعل البشري بشكل مستمر سواء بين الموظفين أنفسهم أو مع مدربيهم، أو حتى مع زبائنهم، أثناء ممارسة الواجبات والأنشطة اليومية داخل المنظمات، خاصةً إذا كانت طبيعة العمل تتطلب ذلك. وعادةً ما يحتاج هذا التفاعل إلى ضبط وتحكم بالمشاعر السلبية التي قد تنجم عنه.

لقد أثبتت Golman (1998) أن مستوى أداء العاملين داخل المنظمة لم يعد معتمداً على ما يمتلكه الفرد من مؤهلات أو خبرات فحسب، وإنما في قدرته على إدارة انفعالاته وانفعالات غيره وتمييزها، 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).

لهذا فإن مهارة تمتع الفرد بالذكاء الانفعالي (أي السيطرة على الانفعالات بشكل إيجابي) تعد من المهارات الحديثة التي دخلت مجال إدارة الأعمال، وأصبح الاهتمام بها متزايد من قبل الإدارات، خاصةً في المنظمات الخدمية التي تعتمد على تلقي المنتج بشكل مباشر كالتمريض والرعاية الصحية.

ويتضمن هذا الفصل توضيح الإطار العام والهيكل الأساسي الذي يبنى عليه البحث ابتداءً بمشكلة البحث وحتى التعريفات الإجرائية المستخدمة في البحث والمتعلقة بواقع ممارسة الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي.

2.1 مشكلة البحث

يمكن تحديد المشكلة الرئيسية للبحث في انخفاض مستوى الممارسة الإدارية الموجهة إلى الذكاء الانفعالي من وجهة نظر الممرضين، أي انخفاض مستوى استخدام الذكاء الانفعالي إدارياً من قبل إدارة مستشفى مصراتة المركزي (الممرضين).

للتحقق من مشكلة البحث قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على مستشفى مصراتة المركزي، عن طريق إجراء عدد (10) مقابلات متنوعة مع الممرضين والإداريين والأطباء، لغرض فهم موضوع البحث ميدانياً، والحصول على البيانات والمؤشرات التي تؤكد وجود مشكلة البحث. لقد سعت الدراسة الاستطلاعية إلى استكشاف وجهات نظر مختلفة ومتعددة مع أفراد يعملون بوظائف مختلفة (ممرضين وإداريين وأطباء) للنظر في ممارسة الذكاء الانفعالي سعياً إلى الحصول على فهم أعمق للذكاء الإنفعالي، ومن ثمّ التأكد من :

1. مستوى ممارسة الذكاء الانفعالي في بيئة عمل المديرين والممرضين بمستشفى مصراتة المركزي.
2. إمكانية القيام بالبحث وطبيعة الإجراءات الإدارية والتنظيمية اللازمة لذلك، وكذلك مدى سهولة التواصل مع المستشفى.
3. إمكانية قياس الذكاء الانفعالي بشكل عملي ودقيق.
4. صلاحية الأداة المستخدمة في البحث من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية ومعرفة مدى إدراك مفهوم الذكاء الانفعالي.
5. اتجاهات ورأي المديرين لمهارات وقدرات الذكاء الانفعالي لدى الممرضين ومدى أخذها في الحسبان.

6. تأثير الخصائص الثقافية (الذكورة والتحفظ) للمرضين على مستوى الذكاء

الانفعالي لديهم.

بناءً على البيانات الواردة بالمقابلات فإنه تم استنتاج عدد من المؤشرات أهمها:-

1. عدم أخذ المهارات الانفعالية في الحسبان عند الاختيار والتعيين وقبول الممرضين

دون النظر إلى المستويات المعرفية لديهم أدى إلى عدم تكافؤ مهارات الممرض مع

المهارات المطلوبة في الوظيفة التي يشغلها.

2. اختلاف آراء المقابلات في ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي بالنسبة للذكور والإناث.

3. قلة الموارد البشرية (أطقم التمريض) وكذلك المادية (الأجهزة والمعدات) مقارنة

بحجم الطلب على الخدمات التي يقدمها المستشفى.

4. النظر إلى أن المنافسة والعُرف كمؤشرات ثقافية تتحكم في عمل الأفراد وتؤثر على

انفعالاتهم داخل العمل، مما يعني اختلاف الانفعالات بناءً على الخصائص

الثقافية للشعوب.

وهو ما يدل على وجود عديد من الدلائل تمثلت في (الممارسات الإدارية- مستوى

الذكاء الانفعالي - تأثير الأبعاد الثقافية على الذكاء الانفعالي)، والتي بينت انخفاض

ممارسة الذكاء الانفعالي في بيئة عمل مستشفى مصراتة المركزي فيما يتعلق بأنشطة

وأعمال الممرضين، ومن تمّ توجيه الباحثة في استكشاف نواتج وجود مشكلة البحث.

3.1 أهداف البحث

إن الهدف الأساسي من البحث يتمثل في التعرف على الواقع الإداري والثقافي لممارسة الذكاء الانفعالي بمستشفى مصراتة المركزي، والذي من خلاله تنعكس مجموعة من الأهداف تتعلق بالممارسات الخاصة به، وتتمثل في الآتي :

1. التعرف على الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي بمستشفى مصراتة المركزي.
2. قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي.
3. معرفة مدى تأثير الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد (الذكورة والتحفظ) على مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي.
4. تقديم بعض التوصيات التي تساعد القيادات الإدارية بالمستشفى، بالنظر إلى الذكاء الانفعالي على أنه توجه إيجابي يزيد من مستوى الأداء الوظيفي للعناصر الطبية المساعدة.
5. التعرف على وجود فروقات في الذكاء الانفعالي تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية.

4.1 تساؤلات البحث

لقد تم استعراض وتلخيص وتحليل البحوث والمنشورات السابقة حول موضوع الذكاء الانفعالي، ودراسة المؤشرات الناتجة عن الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة، مما نتج عنه مجموعة من التساؤلات شكَّلت محاور أساسية لموضوع البحث، وهي الآتي:-

1. ماهي ممارسات الإدارة نحو الذكاء الانفعالي من وجهة نظر الممرضين بمستشفى

مصراتة المركزي؟

2. ما هو مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي؟
3. ما أثر الأبعاد الثقافية (الذكورة والتحفظ) لنموذج هوفستيد على ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي؟

5.1 أهمية البحث

تنبع أهمية البحث من كونه يخوض في استكشاف موضوع مهم وحديث نسبياً بالنسبة للبحّاث والإدارات بالمنظمات، تتحدد فيما يأتي:

1. 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 بيئة العمل الليبية.
2. بيان طبيعة ممارسة الذكاء الانفعالي في مستشفى مصراتة المركزي، ومدى تطبيقه بالنسبة للمرضى عند التعامل مع الآخرين.
3. استفادة الإدارات بالمستشفى من نتائج البحث عند اتخاذ القرارات وإمكانية توجيه سلوك المرضى لزيادة أداؤهم.

6.1 منهجية البحث

سعيًا إلى استكشاف الواقع الإداري والثقافي لممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي، فقد تم تبني منهج دراسة الحالة. و تصميم البحث ليعكس تصميمًا استكشافيًا يستخدم نوعين من البيانات (النوعية والكمية). حيث استخدمت البيانات النوعية لتوضيح خصائص الذكاء الانفعالي، واستخدمت البيانات الكمية لإعطاء وصفاً رقمياً يفسر تساؤلات البحث. بناءً عليه فإنه يمكن تلخيص منهجية البحث في البيانات الآتية:

جدول (1-1) عناصر منهجية البحث

عناصر المنهجية	البيان	تفصيل
الحالة الدراسية	الممرضين	-
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 للمعاينة
تحليل البيانات النوعية	أسلوب (QDA) ¹	Taylor and Gibbs (2010)
أسلوب انتاج المعرفة	استقراء استدلال	
أداة جمع البيانات الكمية	الاستبانة: تبني وتصميم مقاييس لعناصر البحث	عدد 175 استبانة، استخدام العينة العشوائية الطبقية
تحليل البيانات الكمية	الارتباط، الانحدار، ولكوكسون، اختبار تي، تحليل التباين	بيانات معلميه و أخرى لا معلميه

المصدر: إعداد الباحثة

7.1 مصادر جمع البيانات

اعتمد البحث على استخدام مصدرين لجمع البيانات هما:

1. المصادر الأولية / لجأت الباحثة إلى جمع البيانات الأولية من خلال الأدوات المعروضة أعلاه وتم تحليل البيانات النوعية بالمقابلات عن طريق استخدام آلية Qualitative Data Analysis (QDA), Taylor and Gibbs (2010)، من جانب آخر، فقد تم تحليل البيانات الكمية عن طريق عدد من الأساليب الإحصائية المتوفرة من برامج الكترونية منها: SPSS و Minitab .

2. المصادر الثانوية / اتجهت الباحثة إلى استنباط تساؤلات البحث وعرض الإطار النظري من خلال الاعتماد على المراجع العربية والإنجليزية ذات العلاقة بموضوع البحث، وكذلك المقالات

¹ (QDA) Qualitative Data Analysis: هو أسلوب يتم من خلاله تحليل المقابلات شبه المهيكلة يبدأ بتحديد بروتوكول المقابلة والعناصر التي تتضمنها وحتى تسجيلها وتلخيص اجاباتها.

والتقارير والبحوث السابقة التي تناولت موضوع البحث، بالإضافة إلى المطالعة على المواقع الرسمية المعتمدة من شبكة الإنترنت.

8.1 حدود البحث

لقد التزمت الباحثة بإنجاز بحثها ضمن مجموعة من الحدود تم تقسيمها وفقاً لما يأتي:-

1. الحدود الموضوعية: انحصر البحث على دراسة مُتغير أساسي واحد وهو

(الذكاء الانفعالي)، تمت دراسته ضمن مجموعة من الأبعاد تضمنت متغيرات

فرعية أخرى.

2. الحدود المكانية: مستشفى مصراتة المركزي.

3. الحدود البشرية: المرضى بمستشفى مصراتة المركزي، وهُم يمثلون الحالة

المعنية بالدراسة.

4. الحدود الزمنية: تم إجراء هذا البحث خلال الفترة من 2017/12/31م وحتى

2018/2/4م.

9.1 التعريفات الإجرائية

الانفعالات: هي عبارة عن ردود أفعال يقوم بها الممرض بمستشفى مصراتة المركزي

بسبب تصرفات الآخرين، وينتج عنها صعوبة في التحكم إلا من خلال الممارسة.

التعاطف: هو التعايش مع الزملاء والمرضى بمستشفى مصراتة المركزي، وقبولهم من

خلال مشاركة مشاعرهم السلبية وتقديرها.

الممارسات: هي مدى استخدام الإدارات في مستشفى مصراتة المركزي لمهارات وقدرات

الذكاء الانفعالي مع الزملاء والمرضى، والسيطرة على الموقف الانفعالي.

اتجاهات المديرين: هي عبارة عن اعتقادات واهتمامات المديرين بالمستشفى محل الدراسة، بمهارات الذكاء الانفعالية لدى الممرضين من عدمها.

التساهل: هو إبداء الممرض بمستشفى مصراتة المركزي، لرغباته الشخصية قبل رغبات المريض وأن يكون متجه نحو مهام عمله بدلاً من التوجه نحو ما يرغب به.

التحفظ: يقصد به قدرة الممرض بمستشفى مصراتة المركزي على ضبط نفسه خلال معاملته مع المرضى.

الذكورة: هي مدى تمتع الممرض داخل مستشفى مصراتة المركزي بمواصفات المنافسة والإنجاز، والسعي لإثبات نجاحه في الوظيفة التي يقوم بها.

الأنوثة: هي مدى توجه الممرض داخل مستشفى مصراتة المركزي نحو تكوين علاقات ودية وتواضع مع الغير عند ممارسة نشاطه.

المستشفى: هي عبارة عن منظمة تسعى إلى تقديم خدمات علاجية مختلفة ويضم عديد من الأقسام والوظائف التي يشغلها أفراد بخبرات ومؤهلات متفاوتة، وقد تغيرت الصفة القانونية له إلى مركز مصراتة الطبي خلال فترة قيام الباحثة بالبحث.

مركز مصراتة الطبي: هو عبارة عن منظمة تسعى إلى تقديم خدمات علاجية بصفة أولية داخل المدينة المتواجد بها، ويحتوي على موارد وإمكانيات كبيرة، تتميز بكبير حجم عملها ونشاطها.

الممرضين: هم شريحة من الأفراد يعملون داخل مستشفى مصراتة المركزي، ويسعون إلى تقديم خدمة مكملة للخدمة الأساسية التي يحتاجها المريض والطبيب.

منهج دراسة الحالة: هو جمع بيانات تفصيلية عن المرضى والتعمق في علاقتهم مع المستشفى الذي يعملون به، لغرض الخروج بدلائل تفسر وضع هذه الحالة (المرضى).

البحث المختلط: هو ذلك النوع من البحوث الذي يقوم على استخدام أكثر من أداة لجمع البيانات النوعية والكمية.

التصميم الاستكشافي: هو ذلك النوع من التصاميم الذي يعتمد على استكشاف ظاهرة ممارسة الذكاء الانفعالي، من خلال الاعتماد على نتائج المقابلات كأداة أولية؛ لجمع البيانات عن المرضى بالمستشفى والخروج بها لصياغة أسئلة أداة جمع البيانات الأخرى (الاستبانة).

كرة الثلج: هي عينة عشوائية من المرضى يتم البدء بهم لإجراء مقابلات معهم، ومن ثم تتبع إجراء المقابلات من خلال توجيه الباحثة إلى المرضى الآخرين الذين يقترحون إجراء باقي المقابلات معهم.

المقابلات شبه المهيكلة: هي عبارة عن حوار بين الباحثة والمرضى يعتمد على وضع محاور واسئلة يُستفسر عنها، وتكون إجاباتها غير محددة، ويشترط فيها عدم الخروج عن المحاور المحددة عند السؤال.

الفصل الثاني

مراجعة الأدبيات السابقة

1.2 تطور مفهوم الذكاء الانفعالي

1.2.1 وجهة النظر الأولى المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي

2.2.1 وجهة النظر الثانية المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي

2.2 عرض تساؤلات البحث من الدراسات السابقة

1.2.2 الممارسات الإدارية نحو ممارسة الذكاء الانفعالي

2.2.2 قياس الذكاء الانفعالي

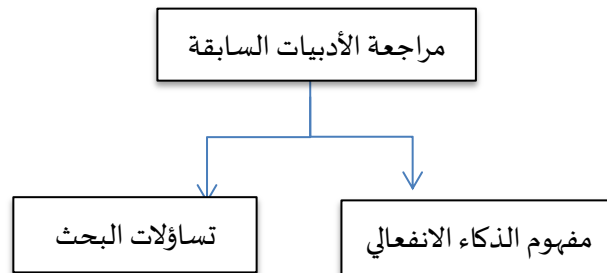
3.2.2 علاقة الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد بالذكاء الانفعالي

مقدمة

إن التحديات الكثيرة التي تشهدها المنظمات في العصر الحالي، تؤكد بأن المنظمات الناجحة هي تلك التي تستفيد من رأس مالها البشري والطاقات البشرية التي تعمل بها قدر الإمكان، وتستطيع ابتكار طرائق جديدة لفهمه وتطويره، حتى يكون مصدر فعال يحقق للمنظمة أهدافها المرغوبة، ولا يتحقق ذلك إلا عن طريق فهم الأفراد وتوظيف الانفعالات والسيطرة عليها بشكل صحيح، سواء كانت بين الأفراد أنفسهم، أو بين الأفراد و مدراءهم، خاصة وأن جميع المنظمات أصبحت تعتمد في تعاملاتها اليومية والدائمة على فرق العمل لتمكن من تسيير أنشطتها وأعمالها، وتلجأ إلى العمل بروح الجماعة، ولا تظهر فاعلية هذه الجماعة إلا عند فهم الانفعالات ومعرفة المشاعر الكامنة ورائها والتعاطف معها، وهذا ما يتمحور حوله الذكاء الانفعالي.

بالآتي سيوضح هذا الفصل ماهية الذكاء الانفعالي بالنسبة لمجال الأعمال، وكيفية استنباط تساؤلات البحث من وجهات نظر مختلفة، من خلال الاعتماد على مراجعة الأدبيات السابقة، كما موضح في الشكل الآتي:-

شكل رقم (1-2) يلخص مراجعة الأدبيات السابقة



المصدر: إعداد الباحثة

1.2 تطور مفهوم الذكاء الانفعالي

يُعد الذكاء الانفعالي من المفاهيم التي لاقَت اهتمام الباحثين في المجال الإداري، سواءً في الجانب العلمي أو الجانب التطبيقي المُمارس، ولقد اختلف الباحثون في ترجمة (Emotional Intelligence) إلى أربع مُسمّيات (الذكاء العاطفي، الوجداني، الانفعالي، الشعوري). وبتوضيح معانيها فإنَّ العاطفي يشير إلى الحب والسرور والإعجاب، والوجداني يشير إلى المسؤولية والخبرات الانفعالية السارة أو غير السارة، والانفعالي يشير إلى الانفعالات السلبية كالخوف والتوتر والغضب، أمَّا الشعوري فيشير إلى المشاعر الحسية كالدفء والراحة (بن غريال، 2015).

بغض النظر عن ترجمة هذه المُسمّيات وكيف أنَّ معانيها قد تبدو مختلفة، إلاَّ أنَّ دلالتها تقود إلى نفس المعنى، فمنذ ظهور هذا المصطلح أصبح الباحثون يسعون إلى وضع تعريف دقيق وواضح له من خلال تفسير الارتباط بين العقل والعاطفة، فتعرف العاطفة بأنها حالة من الشعور الوجداني المكتسب يصحبها نشاط متواصل يدفع الفرد إلى الميل نحو شيء ما قد يكون إيجابي أو سلبي (سعداوي، 2010).

لكن التساؤل هنا: هل للعاطفة ذكاء؟ وما الذي جعل للعاطفة ذكاء مثلها مثل العقل؟

جعل هذا التساؤل الباحثين يرون تفسير حتمية التداخل بين العقل والعاطفة أو الانفعالات والتفكير وأنه لا يمكن الفصل بينهما، فالانفعالات ما هي إلاَّ سلوكيات منظمة تحكمها قوانين تعتمد بشكل كبير على المعرفة لدى الفرد، وكيفية احتياجه إلى مزيج من القدرات العقلية والمهارات الانفعالية للوصول إلى الهدف، ومن ثم فهي تتطلب التفكير مع العقل حتى يتم ظهورها بالشكل الصحيح (سعداوي، 2010).

من هنا ظهر مصطلح ومفهوم الذكاء العاطفي أو الانفعالي الذي تعددت وجهات النظر في توضيحه إلى نوعين (انطلاقاً من كونه قدرة عقلية فقط، أو قدرة ومهارة شخصية معاً)، وفيما يأتي عرض لأهم هذه التعريفات ومدى الإسهام الذي أضافه كل تعريف:-

1.1.2 وجهة النظر الأولى المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي

لقد كان أساس ظهور الذكاء الانفعالي في بداية العقد التاسع من القرن الماضي عندما نشر Mayer and Salvoy (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. وفيما يأتي بعض النصوص لتعريف Mayer and Salvoy للذكاء الانفعالي:-

" هو القدرة على إدراك الانفعالات بدقة، وتقييمها، والتعبير عنها، والقدرة على توليد الانفعالات، أو الوصول إليها عندما تيسر عملية التفكير، والقدرة على فهم الانفعال، والمعرفة الوجدانية، والقدرة على تنظيم الانفعالات بما يعزز النمو الوجداني والعقلي" (أبوعلام وآخرون، 2014: 544).

" هو القدرة على مراقبة شعور الفرد، وشعور الآخرين والتمييز بينهما، واستخدام هذه المشاعر لقيادة التفكير في الذات والآخرين، وفهم كيف تعمل هذه المشاعر الذاتية وكيفية إدارتها وتنظيمها مع مشاعر الآخرين" (حامد وحسون، 2010: 111).

فيه يقرر الباحثان أن الذكاء العاطفي يتمثل في القدرة على المستوى الفردي المُستنبطة من الذكاء الشخصي من خلال إدراك مشاعر الفرد وفهمها والتعبير عنها، بالإضافة إلى القدرة على المستوى الاجتماعي المُستنبطة من الذكاء الاجتماعي من خلال فهم مشاعر

الآخرين وإظهار رد فعل يؤثر عليهم بشكل إيجابي ويمتص انفعالاتهم السلبية، لذلك فهو مرتبط بالذكاء العام للفرد ومعرفته الشخصية، وكذلك قدرته العقلية في التأثير على الانفعالات.

2.1.2 وجهة النظر الثانية المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي

بالرغم من أن الرُّواد في تفسير الذكاء الانفعالي ركزوا على أنه قدرة عقلية لدى الفرد مرتبطة بالمعارف المتواجدة لديه كما وضحتها Mayer and Salvoy اللذان كانا السبب في ظهوره، إلا أن الفضل في انتشار الذكاء الانفعالي يعود إلى (Golman1998) الذي اهتم بأعمال Mayer and Salvoy، وحسب ما وضحته مجلة هارفرد بنسختها العربية لسنة 2015م، فإن Golman قام بتحليل نماذج الكفاءة لـ 188 شركة ضخمة، بينت هذه النماذج وجود قدرات شخصية تدل على الذكاء العاطفي تسهم في تحقيق أداء فعال ومتميز للأفراد داخل المنظمات، ويعتقد Golman أيضاً أن هناك قدرات غير معرفية تؤدي دوراً مهماً في نجاح الفرد، تحددت في كل من الجوانب العاطفية والاجتماعية، والتي تبين أن الذكاء الانفعالي مفهوم مختلط بين القدرة والمهارة، لا يعتمد على المعرفة فحسب بل إنه يُكتسب من خلال الممارسة أيضاً، وفيما يأتي بعض النصوص لتعريف Golman للذكاء الانفعالي:-

يرى كل من حسن (2011) و غيث والحلج (2014) أنَّ 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.

كما يرى كل من (بن جامع، 2010؛ المللي، 2010) بأنه قدرة الفرد على معرفة مشاعره ومراقبة انفعالاته وانفعالات الآخرين، والتميز بينها، واستخدامها كدليل للتفكير من أجل إظهار السلوك المساعد في حل المشكلات بشكل ناجح وفعال.

أمّا منصور والعايد (2016) عرفوا الذكاء الانفعالي لما يراه Golman بأنه هو قدرة الفرد في التعرف على المشاعر الذاتية وإدارتها والتحكم بها، والتعرف على مشاعر الآخرين والتأثير عليهم لخلق ظروف عمل مناسبة تساعد على زيادة أداء عمل المنظمات.

قد يكون تفسير عرض التعريفات السابقة لوجهة نظر Golman للذكاء الانفعالي مشترك في كونه (قدرة ومهارة عقلية وليس قدرة عقلية فقط)، إلا أن معظم البُحاث الذين عرفوا الذكاء بعد Golman يرون ضرورة إعطاء وزن للقدرة والمهارة بشكل متساوي، كذلك يؤكدون رأي Golman في أن الذكاء الانفعالي قابل للتطوير من باب الممارسة، وأن هذه المهارة لا يمكن أن تتطور دون وجود قدر من القدرة، لذلك قد يكون من غير المنطقي تعريف الذكاء الانفعالي بأنه (المهارات قبل القدرات)، وإنما العكس هو الصحيح، لأن الذكاء الانفعالي يمكن أن يتواجد لدى الفرد بشكل بسيط جداً، ويتطور ويزداد من خلال الممارسة والتفاعل مع الآخرين بشكل مستمر، وهذا ما يراه المديرون 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. وقد بين ذلك Golman في كتابه (Emotional Intelligence) أن الذكاء الانفعالي يتزايد مع التقدم في العمر، وأن بعض الناس يظلون بحاجة إلى التدريب، لتعزيز ذكائهم العاطفي، من خلال عدة تجارب

معينة وضحت أنه أمر يمكن تعلمه مع مرور الوقت أو من خلال برامج تدريبية معينة (Golman ، 2015).

كما قام بـُحاث آخرون بتوسيع مفهوم الذكاء الانفعالي من خلال تطوير وتوضيح ما قدمه Golman بشكل مفصل ينظر إلى الذكاء الانفعالي على أنه مُكوّن اجتماعي، بالإضافة إلى مُكوّن القدرة والمعرفة، كـ(Bar-On& Singh) ، وغيرهم من البُحاث، وتمّ عرض بعض هذه المفاهيم على النحو الآتي:-

عرّف Bar-On(2000) الذكاء الانفعالي على أنه "منظومة من القدرات الانفعالية الشخصية والاجتماعية، تلك التي تمنح الفرد القدرة على التكيف مع الصعوبات المحيطة والضاغطة". (المللي، 2010:139)

عرّف Singh(2006) الذكاء الانفعالي على أنه قدرة الفرد على الاستجابة للمثيرات الانفعالية الناتجة من داخل الفرد أو من البيئة المتعايش بها، والسيطرة عليها من خلال إظهار رد فعل صحيح و مدروس (بظاظو، 2011)

بالرغم من اختلاف مفاهيم الذكاء الانفعالي بوجهتي نظر تسبق إحداهما الأخرى ، إلا أن الفضل يعود إلى Golman ومجموعة من البُحاث منهم (Bar-On& Singh) في التأكيد على أن الذكاء الانفعالي لا يعتمد على القدرات العقلية التي يمتلكها الفرد حتى يتمكن من رفع أدائه داخل العمل، وإنما يحتاج إلى مهارات مكتسبة من خلال الممارسة حتى يتمتع بذكاء انفعالي مرتفع.

2.2 عرض تساؤلات البحث من الدراسات السابقة

لقد تم استعراض وتلخيص وتحليل البحوث السابقة حول موضوع الذكاء الانفعالي، والتي بينت وجهات النظر المختلفة لدى البُحاث مع توضيح التفسيرات لها، كما وضحت أهم المحاور المتعلقة بالذكاء الانفعالي، تم وضعها كتساؤلات للبحث، وهي:

1.2.2 الممارسات الإدارية نحو ممارسة الذكاء الانفعالي

أبرزت البحوث الحديثة في المجال الإداري أهمية ودور الذكاء الانفعالي داخل المنظمة كمتغير يتم من خلاله توقع نتائج مهمة، سواء أكانت على مستوى الأفراد أو الإدارات بالمنظمات، وتم توضيح بعض الممارسات الإدارية المرتبطة بهذا النوع من الذكاء، تتمثل في الآتي:-

1.1.2.2 البرامج التدريبية

انطلاقاً من وجهة النظر الثانية المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي والتي تقتضي أنه (قدرة عقلية ومهارة شخصية)، أي يمكن اكتسابها من خلال الممارسة أكثر من كونها صفة شخصية يتمتع بها الشخص، وذلك حسب ما يراه كل من جولمان وبارأون وغيرهما، فإن الذكاء الانفعالي يمكن اكتسابه عن طريق البرامج التدريبية، ولا يقتصر اكتسابه من خلال الخبرة العملية فقط، وإنما عن طريق التدريب أيضاً، فالذكاء الانفعالي يمثل القابلية على فهم الذات وفهم الآخرين، وتنظيم المشاعر حول العلاقات الذاتية والعلاقات مع الآخرين، وكذلك يُعد قابلية يمكن تنميتها وتطويرها من خلال التعلم (Yahaya et al., 2011)، لذلك أثبتت الدراسات أن تدريب الأفراد يكون له أثر إيجابي على الذكاء الانفعالي خاصةً مع مرور الوقت، فالموظفين الذين يعانون من نقص في جوانب السيطرة على الانفعالات يمكن تنفيذ برامج تدريبية خاصة لهم، تساعد على

زيادة ذكائهم الانفعالي (Clarke,2010)، كما أن برامج التدريب الخاصة بتطوير الذكاء الانفعالي أصبحت شبه نظرية مُسلمة لدى الباحث، وغالباً ما يدرسون تأثير البرامج التدريبية الخاصة بالذكاء الانفعالي على متغيرات إدارية أخرى كدراسة خوندة (2015) التي أبرزت تأثير تنمية الذكاء الانفعالي على تحقيق الفاعلية المؤسسية، ودراسة خوندة (2010) التي بينت أثره على تطوير المسار الوظيفي.

كما أن ضرورة توفر مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي لدى متخذي القرارات حسب ما جاءت به دراسة (صالح ، 2009؛ الشهري، 2009؛ أبوعلام وآخرون ، 2014) يعني ضرورة توفر قدرة السيطرة على الانفعالات لدى المرؤوسين أيضاً، ويتفق مع ذلك أن هناك عديد الدراسات التي تناولت التدريب والذكاء الانفعالي، كدراسة الشهري (2011) التي بينت أثر برامج التدريب على زيادة مستوى الذكاء الانفعالي، ودراسة سليمان (2015) التي توصلت إلى وجود فاعلية للبرامج التدريبية على تنمية مهارات الذكاء الانفعالي، وكذلك دراسة العلوان (2016) التي هدفت إلى قياس فاعلية البرامج التدريبية على تنمية مهارات الذكاء الانفعالي.

كون أن مهنة التمريض تعتمد على العمل بروح الفريق فإن دراسة (Hooper,2002) عن طريق درّة (2015)، أكدت على أن عملية التفاعل بين أعضاء فريق العمل تحتاج إلى مهارات الذكاء الانفعالي بشكل أكبر من حاجة الأفراد إليها بشكل مستقل، وأنه يمكن تطوير الذكاء الانفعالي بالنسبة للأفراد عن طريق البرامج والدورات التدريبية. وبهذا يجب على الإدارات أخذ وظيفة التدريب على سلوكيات العاملين في عين الاعتبار وأن لا يقتصر التدريب على التقنيات الحديثة أو الأجهزة والمعدات الجديدة فحسب، خاصة وأن طبيعة عمل التمريض يحكمها التفاعل البشري وتتطلب الرفع من مستوى أداء

المرضى من عدة نواحي وأولها السلوكية، فلا حاجة لخبرات وقدرات الممرض في الجوانب المعرفية في حال افتقاره إلى الجوانب الإنسانية والسلوكية.

إضافةً إلى ذلك فقد أوصت دراسة كل من (أبو عفش، 2011؛ ماضي، 2014؛ خونده، 2015) بضرورة التركيز على إعطاء برامج تدريبية تعزز مهارات الذكاء الانفعالي لدى الأفراد، وأن يتم توجيه التدريب نحوه مثلما يتم توجيه التدريب نحو أي ممارسات إدارية أخرى.

2.1.2.2 وظيفة الاختيار والتعيين

هناك عديد المعايير التي يتبعها المديرون عند اختيار وتعيين موظفين جدد للالتحاق بالعمل داخل المنظمات ومن ضمن هذه المعايير ما يسمى (باختبارات الذكاء)، ومن منظور تقليدي هي غالباً تقتصر على الذكاء العقلي أو الأكاديمي وقدرة الشخص على حل المسائل المعقدة، أما ما يتعلق (بالمهارات) فهي تقاس في الغالب بامتلاك المتقدم للوظيفة لمهارة الكتابة أو الطباعة أو سرعة البديهة، وحسب ما جاء به أراوز (2016) عن الفرق بين كل من الذكاء المعرفي والذكاء الانفعالي في عملية التوظيف فقد بين أن من تم اختيارهم بناءً على قدراتهم المرتفعة في الذكاء المعرفي كانت نسبة الفشل لديهم أعلى بكثير ممن كانوا يتمتعون بمستوى متوسط من الذكاء المعرفي ومستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي؛ لذلك فإن المدراء الذين يتجاهلون مهارات الذكاء الانفعالي عند الاختيار والتعيين يجب أن يتحملوا مخاطر نتيجة هذا التجاهل، فضعف سيطرة العاملين على انفعالاتهم عادةً ما يضطر الإدارات إلى فرض العقوبات أو الفصل، لهذا فإن استخدامات الذكاء الانفعالي يجب أن ترتبط بوظيفة الاختيار والتعيين حسب ما تتطلبه الوظيفة من مستوى الذكاء الانفعالي، بمعنى أن نوع الوظيفة وخصائصها

المبنية على الوصف الإداري هي التي تحكم مدى تطلب الشخص لمهارة السيطرة على الانفعالات، وكون أن قطاعات الرعاية الصحية ومهنة التمريض تتميز بالعمل العاطفي فإن خصائص هذه الوظيفة تبين مدى توجه المديرين نحو استخدامه في سياسات الاختيار والتعيين (O'Boyle et al., 2011)، وهذا ما يؤيد أن أغلب الدراسات كدراسة (بظاظو، 2011؛ ماضي، 2014) اتفقوا على ضرورة ادراج الذكاء الانفعالي في إجراءات اختيار الأفراد وتوظيفهم عن طريق الاختبارات المسبقة ومقابلات التوظيف، وأن يكون جزء من عملية الاختيار معتمد على قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى المتقدمين لشغل الوظيفة.

كما وضحت دراسة منصور والعايد (2016) أن جودة الخدمة التي يتم تقديمها للعميل تعتمد على قدرة ومهارة التأثير عليه، ولا يمكن تحقيق فاعلية تسويقية دون وجود ذكاء انفعالي لدى شاغلي الوظائف، لذلك فإنه يتوجب الأخذ بمهارات وقدرات الذكاء الانفعالي عند عملية الاختيار والتعيين عن طريق الاختبارات وأن تُعطى لها أهمية مساوية للخبرات والكفاءات العلمية، هذا ما أشار إليه جولمان (1998) وبين فيه أن المنظمات التي تختار أفرادها على أساس قدراتهم العقلية فقط تنتهي بطردهم بسبب مشكلات يمكن تصنيفها بأنها عجز في الذكاء الانفعالي، ولا يمكن للذكاء المعرفي وحده أن يكون سبباً كافياً لتمييز الأفراد المتقدمين لشغل الوظيفة، كذلك فإن أكثر أسباب التسريح والفصل يكون سببها تصلب في الرأي وتعامل فظ مع الآخرين، وعدم القدرة على ضبط النفس، وهو ما يؤدي إلى فشل في بناء علاقات اجتماعية، فالبيئة المعتمدة على المعرفة فقط تعتبر بيئة غير واقعية تبرمج الفرد على إجابات محددة، ولا يمكن لهذه البيئة أن تخلق لدى الفرد ذكاءً يميزه في أسلوب تعامله مع الآخرين.

3.1.2.2 القيادة الإدارية

إن القادة المتميزين هم الذين يستطيعون التأثير على سلوك تابعيهم وبناء علاقات وثيقة معهم، وكون أن الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي تزداد عندما يتمتع المدير بصفات القائد فقد أوضح كل من (حامد، 2009؛ حامد وحسون، 2010؛ أبو الخير وأبو شعيرة، 2018) بأن أسلوب وفن التأثير على الآخرين الذي يتمتع به القادة الإداريون يكمن في السيطرة على انفعالاتهم ومشاعرهم، والتصرف بشكل إيجابي ومؤثر من خلال إظهار عواطف وانفعالات تمكنهم من التأثير على غيرهم، وأن يتزودوا بالمرونة والقابلية للتغيير مع الظروف المحيطة بهم، وهذا ما تتمحور حوله أهم صفات القائد. ولأن الأفراد داخل المنظمات عادةً ما يتعرضون إلى مجموعة من الأحداث العاطفية كحوادث العمل، الصراعات بين الموظفين، وزبائن غير مهذبين، جميعها إحداث تزيد من مستوى ضغوط العمل، لذلك يتطلب من المديرين السيطرة على انفعالاتهم لمواجهة (سعادة، 2012)، وفي مثل هذه المواقف يحتاج الأفراد إلى الثقة مع مدراءهم، وقد لا يشعرون بهذه الثقة إذا عبّر المدير عن انفعالات الخوف أو القلق، كذلك في المواقف الإيجابية يحتاجون إلى إظهار عواطف الحماس والرفع من دوافع الأفراد وتحقيق استخدام كامل لقدراتهم (Humphrey, 2012)، من هنا فإن البُحاث في الدراسات السابقة بينوا وجود علاقة بين الذكاء الانفعالي والقيادة الإدارية، وضحوا من خلالها أن كل من يتمتع بصفات القائد لديه مستوى جيد من الذكاء الانفعالي، وأن القيادة الناجحة هي التي تنبع من العواطف، كدراسة موصلي (2013)، التي أكدت على ضرورة تمتع القائد بمهارات وقدرات السيطرة على الانفعالات، ودراستي كل من (الرقاد وأبوديه، 2012؛ الغالي وعلي، 2014) التي وضحوا بهما أن درجة ممارسة القيادات لمهارات الذكاء الانفعالي كانت مرتفعة، واستدلوا بهما إلى أن القادة يتمتعون بحس

عاطفي مرتفع وقدرة عالية على التعرف على شعورهم الشخصي وشعور الآخرين لتحفيزهم، وأن القيادة الإدارية الحديثة هي التي تكشف عن المشاعر والجوانب الغير منظوره من الشخصية حتى تحقق الاندماج والتفاعل في تعاملها مع الغير، وأيضاً اتفقت دراسة كل من (العمرى، 2009؛ العيداني، 2015) اتفقوا على أن القادة الذين يمتازون بالذكاء الانفعالي يخلقون تنظيمات تتميز بالحماس نحو تحقيق الهدف وتكون فعالة بشكل كبير.

بالإضافة إلى وجود عديد النماذج المفسرة لظاهرة الذكاء العاطفي كما وضحتها دراسة الجعيدي ودقيق (2016:7) والتي كان من ضمنها ما يعرف (بنموذج العمل العاطفي) الذي يشير إلى " أن أساليب العمل العاطفي قد تساعد المديرين بأن يديروا مشاعرهم الخاصة وأن يتحكموا في كيفية التعبير عنها للآخرين، ويستطيع القادة الذين يستخدمون عواطفهم بشكل فعال الرفع من مستوى المزاج الإيجابي في العمل، وتكوين اتجاهات إيجابية نحو الوظيفة، والرفع من مستوى أداء الأفراد الذين يعملون معهم". وأن الموظفين عادةً ما يفضلون العمل مع القادة الذين يتمتعون بدرجة عالية من الذكاء الانفعالي، ويعبرون عن مشاعرهم بشكل أعمق وأدق، وهم يكونون أكثر قدرة على دعم علاقات الثقة مع الموظفين وخلق الحماس لديهم نحو تحقيق الهدف، وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة الحراشنة (2013) في أن القيادة الذكية انفعالياً تؤدي إلى رفع مستوى أداء العاملين وخلق مناخ ملائم للعمل، وأن القائد الناجح هو الذي يستطيع التأثير على الأفراد من خلال إشعارهم بمسؤولية العمل الذي يقومون به من خلال إيجاد أسلوب اتصال فعال ومرن بين زملائهم يمكنهم من إظهار مشاعرهم بما تطلبه الوظيفة وليس بما يشعرون به، ولكن خالفت ذلك دراسة (2006) Burnette

(نقلاً عن أبو عفش، 2011) التي بينت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات الذكاء العاطفي لكل من القيادات والأفراد، ووضحت أن مستوى الذكاء الانفعالي عند الضباط (القيادات) يكون أعلى منه عند الجنود أو الأفراد. وهذا يختلف مع ما توصلت إليه التجارب الحديثة التي قامت بها الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) واختبرت بها جوانب عديدة من التعاطف، وأن الذكاء الانفعالي مهارة يمكن اكتسابها أكثر من كونه صفة موجودة لدى الشخص منذ الولادة، ومن ثمَّ فإن هذه المهارة يجب أن تكتسب من سلوكيات القائد الإداري مع أتباعه، بمعنى أن تواجد الذكاء الانفعالي لا يقتصر الأخذ به عند الاختيار والتعيين للموظفين فحسب، بل لدى القيادات الإدارية أيضاً، ووضحت ذلك دراسة أبو عفش (2011) التي جاءت بضرورة التركيز على استخدام أساليب الذكاء الانفعالي عند عملية الاختيار للموارد البشرية، وأن لا يقتصر التركيز عليه لدى العاملين فحسب بل لدى القادة الإداريين أيضاً؛ لأنهم يمارسون وظائف أشمل من الموظفين، وكون أن القائد الإداري يتمتع بمستوى عالٍ من الذكاء الانفعالي، فإنه يجب أن تتوفر لديه قدرات تساعد على التعامل مع الصراعات، وتوجيه التعاملات في المواقف السلبية إلى اتجاهات إيجابية، من خلال حلها أو التقليل منها واستخدام الذكاء الانفعالي لتعزيز ولاء الأفراد تجاه المنظمة وتنمية سلوكيات المواطنة التنظيمية لديهم، وذلك حسب ما جاءت به دراسة (ماضي، 2014؛ موصلي، 2013؛ غربي وبن عامر، 2013).

عظماً على ما سبق فإن الباحثة اعتمدت على النقاش أعلاه في تصميم تساؤل البحث الأول، الذي سيوضح تفسير علاقة ارتفاع أو انخفاض الذكاء الانفعالي لدى المرضى ببعض الممارسات الإدارية داخل المستشفى. ويكمن التساؤل في:-

التساؤل الأول/ ماهي ممارسات الإدارة نحو الذكاء الانفعالي من وجهة نظر الممرضين

بمستشفى مصراتة المركزي؟

2.2.2 قياس الذكاء الانفعالي

لقد أوضحت دراسة كل من (عجاجة، 2007؛ حسن، 2011) أن الاشخاص ذوي الذكاء الانفعالي المرتفع يمتلكون القدرة على التكيف مع ظروف البيئة المحيطة بهم، وأنهم يمارسونه في مواجهة ضغوط العمل من خلال الاحتفاظ بحالة مزاجية مستقرة والتعايش النفسي حتى في أشد الظروف، كما بينت دراسة كل من (عبدالله والعقاد، 2008؛ العلوان والنواجحة، 2013) علاقة الذكاء الانفعالي بالإيجابية والدافعية وتحفيز الذات وأنه يمارس من قبل الأفراد حتى يشعروهم بالثقة بالنفس عند التعامل مع الغير، وبحكم طبيعة عمل قطاع التمريض فإن المستويات المرتفعة من مهارات الذكاء الانفعالي تزود الأفراد بالقوة الإنسانية وتمكنهم من تحمل المسؤولية، مما يقودهم إلى الكفاءة والفاعلية الذاتية والتي بدورها تؤثر على كفاءتهم المهنية، وكون أن طبيعة هذا النشاط يسعى للتعاون والعمل كفريق واحد، فهو يتأثر بقابليات الأشخاص للعمل كفريق واحد نحو العمل.

لذلك فإن موضوع قياس الذكاء الانفعالي يُعد من أبرز الموضوعات التي يدور حولها الجدل وتختلف عليها وجهات النظر في البحوث العلمية، بسبب عدم توافقيهم على تعددية مكونات الذكاء العاطفي، وعلى أنها قدرات معرفية فقط أم قدرات ومهارات شخصية، لذلك لا يمكن تحديد نماذج قياس الذكاء الانفعالي قبل توضيح تصنيف الأبعاد حسب وجهات النظر المختلفة لمجموعة من المفكرين، أهمهم:-

1.2.2.2 أبعاد الذكاء الانفعالي وفق Mayer and Salvoy (1990)

انطلاقاً من تصنيف الذكاء الانفعالي إلى نموذج القدرة (Ability Model) التي يمتلكها الفرد، فلقد حدد كل من Mayer and Salvoy (1990) أربعة أبعاد للذكاء الانفعالي موضحة كالآتي :-

1. إدراك الانفعالات من خلال وعي الشخص لنفسه وتصرفاته، والتعبير عنها بشكل ملائم للموقف.

2. الفهم الانفعالي من خلال القدرة على إدراك صحة الانفعالات وتقييمها والتمييز بينها.

3. إدارة الانفعالات والقدرة على ضبط الذات عند انفعال الآخرين.

4. التسيير الانفعالي للتفكير من خلال القدرة على تنظيم الانفعالات ومراقبتها وضبطها وتوجيهها لدى الشخص في موافقة مع الآخرين.

بمعنى أن جميع هذه الأبعاد تبين بأن الفرد يتواجد لديه ذكاء انفعالي مرتفع عندما يكون قادراً على إدراك انفعالاته الشخصية والتعبير عنها، وعلى انفعالات الآخرين وفهمها، حتى ينتج عن الفرد سلوك معتمد على قدرة عقله في فهم وإدراك الانفعال (دلال، 2016).

2.2.2.2 أبعاد الذكاء الانفعالي وفق Golman (1998)

انطلاقاً أيضاً من تصنيف الذكاء الانفعالي إلى النموذج المختلط (Mixed Model) الذي يتضمن المهارات والكفايات الشخصية والاجتماعية، فقد حدد جولمان خمسة أبعاد رئيسية للذكاء الانفعالي، وذلك بناءً على دراسة (غيث والحلج؛ ماضي، 2014)، وبالرغم من أنه في دراسات لاحقة لخص هذه الأبعاد الخمسة إلى أربعة أبعاد رئيسية

وأضاف لها مجموعة من الكفاءات الفرعية، إلا أن الباحثة حاولت تصنيف هذه الكفاءات حسب الأبعاد الرئيسية الموضوعية من قبل جولمان، وتم توضيحها كالآتي :-

1. الوعي الذاتي

ويقصد به مدى تعرف الشخص على عواطفه وانفعالاته وإدراكه لها عند حدوثها، وكذلك تحديد ماهية المشاعر وفهمها والتعبير عنها ومعرفة نقاط القوة والضعف المرتبطة بها، حتى لا تحدث مبالغة في إظهار رد الفعل، وباعتبار أن إدراك الذات له تأثير قوي وفعال على المشاعر، يرى جولمان (1998) أن الناس الذين يستطيعون إدراك ذاتهم والوعي بها هم شخصيات استقلالية يميلون إلى النظر للحياة نظرة إيجابية هادفة ولا يمكن للمزاج السيء أن يصاحب عقولهم فترة طويلة، بل هم يتخلصون من الانفعال في أسرع وقت ممكن، وهو ما يساعدهم على إدراك عواطفهم وانفعالاتهم، ويشمل هذا البعد ثلاثة كفاءات فرعية وهي:-

أ. الوعي بالعواطف الذاتية: أي معرفة ردود أفعال الفرد وإدراكه لكيفية تأثيرها عليه، وتوجيهها إلى الاتجاه الصحيح.

ب. التقييم الذاتي الدقيق: وتعني إدراك الفرد لقدراته في التعبير عن مشاعره والتعرف على ردود أفعال الآخرين التي تنتج من هذه المشاعر.

ت. الثقة الذاتية: أي القدرة الذاتية لدى الفرد في اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

2. تنظيم الذات

هو قدرة الفرد بالتحكم على اندفاعاته العاطفية من خلال معالجة الجوانب العاطفية السلبية وضبطها حتى لا تؤثر على السلوك، فقد لا يستطيع الفرد التحكم والسيطرة في انفعالاته بينما يستطيع السيطرة على الوقت الذي يستغرقه هذا

الانفعال حتى يفتح لنفسه المجال في التفكير برد الفعل قبل القيام به. ويتكون هذا البُعد من ثلاثة كفاءات فرعية هي:-

أ. الرقابة الذاتية: وهي التحكم بالعواطف والمشاعر والدوافع السلبية في المواقف الانفعالية بشكل فعال.

ب. الشفافية: وتعني مدى تطابق ما يقوله الفرد في الموقف الانفعالي مع ما يفعله أو يقوم به في نفس الموقف.

ت. التكيف: وتعني مدى قدرة الفرد في التعامل بشكل مرن مع المواقف والظروف المتغيرة من حوله وقبولها بشكل إيجابي.

3. تحفيز الذات

يقصد به سعي الأفراد لجعل أمزجتهم بحالة جيدة، وتعزيز القدرة على التفكير نحو الدوافع الإيجابية وعدم الاستسلام للقلق والتشاؤم، والتفكير بناتج إظهار الإيجابيات بدلاً من إظهار السلبيات أمام الآخرين، ويتكون هذا البُعد من ثلاثة كفاءات فرعية هي:-

أ. التوجه بالإنجاز: أي دافعية الفرد نحو تطوير أدائه بشكل مستمر وعدم الأخذ بما يعيق هذا التطوير.

ب. المبادرة: أي قدرة الفرد في التعرف على المشكلات قبل حدوثها واتخاذ القرارات والمبادرة بها قبل الاضطرار إليها.

ت. التفاؤل: أي النظرة إلى المستقبل والتفكير به بشكل إيجابي والإصرار على تحقيق الأهداف.

4. الوعي الاجتماعي

يقصد به التعرف على مشاعر الآخرين وانفعالاتهم وقراءتها وفهمها بشكل دقيق، والقدرة على تفسير نوع الإشارات والتلميحات الناتجة عنهم، ويتكون هذا البُعد من ثلاثة كفاءات فرعية هي:-

أ. التعاطف: أي قدرة الفرد وإدراكه لمعرفة احتياجات الآخرين ومشاعرهم.

ب. الوعي التنظيمي: أي قدرة الفرد في التعامل مع متخذي القرارات وفهم طبيعة السياسات المعمول بها داخل المنظمة.

ت. التوجه بالخدمة: أي قدرة الفرد في تحديد احتياجات الأطراف الخارجية كالمرضى والزلاء، ومحاولة إشباعها من خلال فهم مشاعرهم.

5. المهارات الاجتماعية

تعني تكوين علاقات مع الغير من خلال إدراك مشاعرهم وتوجيه انفعالاتهم والتأثير على مشاعرهم، بالإضافة إلى بناء شبكة علاقات اجتماعية معتمدة على الثقة، وتسعى إلى التفاوض وحل النزاعات التي يمكن أن تحدث فيما بينهم، ويتكون هذا البُعد من ست كفاءات فرعية متمثلة في:-

أ. تطوير الآخرين: أي الاهتمام بهم ومعرفة أهدافهم ومساعدتهم على تحقيقها من خلال توجيههم إلى استغلال نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف، بالإضافة إلى توجيه النقد البناء إليهم في الوقت المناسب.

ب. إلهام القيادة: وتعني توجيه الآخرين وتحفيزهم لأن يكونوا قادة مؤثرين في غيرهم بشكل فعال.

ت. إحداث التغيير: وتعني قبول التغييرات التي تحدث، والمبادرة في مواكبة العمل مع هذه التغييرات من خلال اكتساب ثقة الداعمين ومواجهة المقاومين للتغيير.

ث. التأثير: أي قدرة الفرد على التمتع بالإيجابية والقبول من خلال إقناع الآخرين وتوجيههم، واكتساب دعمهم له في أداء الأعمال والأنشطة المحققة للهدف.

ج. إدارة الصراع: أي قدرة الفرد على التفاوض مع الآخرين وحل النزاعات التي تحدث بين الأفراد والجماعات وتتعارض مع تحقيق الهدف.

ح. روح الفريق والتعاون: أي قدرة الفرد على تكوين فرق عمل تحقق أهداف المنظمة من خلال توزيع المسؤولية والتعاون على ممارسة الأنشطة.

تسهم الإضافة التي قدمها هذا الاتجاه (قدرة عقلية ومهارة شخصية) في أن الذكاء الانفعالي يمكن أن يكتسبه الفرد من خلال الممارسة والمهارة ولا يعتمد على القدرة الموجودة لديه فحسب، فهو يولد لدى الفرد ثقة بنفسه من خلال وعيه بذاته ومشاعره وانفعالاته وتنظيمها، وتحفيز نفسه نحو الإيجابية منها، وكذلك يولد ثقة الآخرين به عندما يشعرون أنه قادر على فهم انفعالاتهم ويستطيع التعامل معها بشكل فوري.

بالإضافة إلى ذلك ظهر بُحاث آخرون قاموا بإضافة تصنيفات أخرى لأبعاد الذكاء الانفعالي، كان أغلبها يتجه حول النموذج المختلط، وكان الاختلاف بينها وبين تصنيف جولمان أنها أضافت تفسيرات حول الاستخدام والفهم لعملية القياس، ومن هذه التصنيفات (الأبعاد وفق Bar-On، 2000 ؛ الأبعاد وفق Singh، 2006) والتي سيأتي شرحها لاحقاً.

3.2.2.2 أبعاد الذكاء الانفعالي وفق Bar-On (2000)

إن الأشخاص الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي، حسب ما يراه Bar-On، تتوافر لديهم العديد من المكونات التي يتمحور حولها الذكاء الانفعالي، والتي صنفها كالآتي:-

1. القدرة على معرفة وتنظيم وضبط المشاعر والتحكم بها.
 2. القدرة على معرفة مشاعر الآخرين واستمالتهم نحوها، والتأثير على مشاعرهم بشكل تلقائي.
 3. التحفيز الذاتي للعمل ومقاومة أي مؤثرات يمكن أن تجلب الإحباط.
 4. القدرة على تكوين علاقات فعالة مع الآخرين وتنميتها على المدى البعيد من خلال مهارات التعاون والتواصل والعمل على إيجاد حلول لمشكلات العلاقات الشخصية المعقدة.
- بالرغم من أن هذا النموذج يدخل ضمن النماذج المختلطة (Mixed-Model) إلا أنه يختلف عن نموذج جولمان في أنه يشتمل على قدرات وكفاءات غير معرفية تتمثل في مهارات اجتماعية وعاطفية يمارسها الفرد مع نفسه ومع الآخرين.

4.2.2.2 أبعاد الذكاء الانفعالي حسب Singh (2006)

يقوم هذا الاتجاه حسب ما أوضحته دراسة بظاظو (2011) بتصنيف الأبعاد من اثنين وعشرين موقفاً مصنفة إلى ثلاثة أبعاد رئيسية تم توضيحها كالآتي:-

1. الكفاية الانفعالية

تتكون من ثلاث خصائص هي:

أ. الاستجابة إلى الانفعالات السلبية ومعالجتها لتصبح إيجابية.

ب. التمتع بتقدير ذاتي مرتفع يمكن من مواجهة التحديات.

ت. عدم تركيز الحديث على الذات أو نسب جهود الآخرين وإنجازاتهم إلى الذات.

2. النضوج الانفعالي

يتكون من أربع خصائص هي:

أ. الوعي الذاتي من خلال تمييز ومعرفة الانفعالات الذاتية التي يشعر بها الفرد.

ب. تطوير الآخرين والاعتراف بإنجازاتهم ووجودهم.

ت. تجنب رد الفعل السريع وعدم الاستعجال في إظهار الانفعالات.

ث. المرونة والتكيف في عملية إظهار الانفعالات.

3. الحساسية الانفعالية

تتكون من أربع خصائص هي:

أ. القدرة على معرفة المشاعر والانفعالات التي كانت موجودة خلف تصرفات

الآخرين وأفعالهم.

ب. التعاطف مع الآخرين ومعرفة مشاعرهم وانفعالاتهم.

ت. تحسين العلاقة مع الآخرين والإخلاص في التعامل معهم.

ث. القدرة الاتصالية للانفعالات وتوفير الراحة للآخرين سواء أكانت شفوية أو من

خلال الألفاظ الجيدة واللطيفة أو من خلال ملامح الوجه.

5.2.2.2 مقياس الذكاء الانفعالي المستخدم في البحث

هناك العديد من المقاييس التي تستخدم لقياس الذكاء الانفعالي، تتفق جميعها في أنها تحوي المضمون ذاته من وجود ذكاء انفعالي مرتفع أو منخفض لدى العينة التي سيقاس مستوى الذكاء لديها، وتختلف حسب نوع الذكاء في أنه قدرة فقط أو قدرة ومهارة معاً، وكذلك قد تختلف حسب بيئة المنظمة التي سيقاس الذكاء الانفعالي بها وأيضاً حسب تاريخ اصدارها وعدد المكونات التي يحتويها. وقد أبرزت دراسة بظاظو (2010) أن هناك عديد النماذج المفسرة لمفهوم الذكاء الانفعالي في الأدبيات والاستشارات العلمية يصل عددها إلى 240 نموذج، ووضح منها أهم النماذج والفرقة بينها من خلال الجدول الآتي:-

جدول (2-2) نماذج الذكاء الانفعالي

نموذج	نموذج	نموذج	نموذج	نموذج	وجه المقارنة/النموذج
داليب سينج	بار-أون	جولمان المعدل	جولمان	مايروسالفوي	
سمات شخصية	مختلط أو سمات	مختلط أو سمات	مختلط	قدرات	نوع النموذج
حقل العمل الإداري	حقل الصحة العقلية	الحقل الصناعي والاقتصادي	الحقل الصناعي والاقتصادي	حقل الانفعالات الذكاء التطبيقي	بيئة النشأة والتطوير
3	5	4	5	4	عدد المكونات الأساسية
25	15	18	25	لا يوجد	عدد المكونات الفرعية
(2006)	(2000)	(2002)	(1998)	(1997)	سنة الإصدار

(المصدر: بظاظو، 2010، مقارنة بين نماذج مختلفة في الذكاء الانفعالي)

بينت دراسة بظاظو (2010: 37) أنه "وبالرغم من اختلاف مفاهيم الذكاء الانفعالي، إلا أنها مكتملة لبعضها الآخر، فجميعها تهدف إلى فهم أسلوب ومهارة كل فرد في إدراك المشاعر وفهمها وإدارتها والاستفادة منها في محاولة التنبؤ والتركيز على فاعلية الفرد الوظيفية والاجتماعية".

بناءً على توضيح تصنيف نماذج الذكاء الانفعالي، فإن هناك العديد من الأساليب المستخدمة في عملية القياس، وقد بينت الدراسات وسائل لقياس الذكاء الانفعالي كدراسة (سعداوي، 2010؛ حسن، 2011)، واتفقوا على أن وسائل قياس الذكاء الانفعالي تختلف أيضاً من كونه ينظر إليه كقدرة عقلية فقط أو قدرة ومهارة شخصية معاً، وبينوا استخدام هذه الوسائل في القياس كالآتي:-

(أ) أساليب الأداء/ وهي الأساليب التي تنظر إلى الذكاء الانفعالي على أنه قدرة عقلية فقط، من خلال معرفة درجة مستوى الذكاء العاطفي لدى الفرد وتوضيح المؤشرات التي تبين مستوى فروقات الذكاء الانفعالي لدى الأفراد المتعلق بالقدرة فقط كقدرته على معرفة انفعالاته وانفعالات الآخرين، وأيضاً يستخدم هذا النوع من الأساليب لقياس الذكاء المعرفي لدى الأفراد، كالسؤال عن حاصل ضرب رقمين مثلاً، وقام كل من Mayer and Salvoy بعمل مجموعة من الاختبارات لقياس الذكاء الانفعالي سميت باختبارات الأداء وصنفت إلى:-

1. اختبار الذكاء الانفعالي وفق العوامل المتعددة ل Mayer وآخرون (MEIS).

2. اختبار الذكاء الانفعالي المعدل ل Mayer وآخرون (MSCEIT V.11& V.20).

3. اختبار مهارة التعبير الانفعالي.

ب) أساليب التقرير الذاتي/ وهي الأساليب التي يتم من خلالها وصف المفحوصين أنفسهم عن طريق الإجابة على مجموعة من البنود تكون مرتبطة بالقدرات والمهارات الخاصة بهم، وتكون دقيقة في حال كان فهمهم لأنفسهم وذواتهم جيد. ومن أمثلة هذه الاختبارات:-

1. اختبار جولمان للذكاء الانفعالي.

2. اختبار بار أون لتحديد النسبة الانفعالية.

3. اختبار كوبر وصواف للذكاء الانفعالي.

كما قامت دراسة الجعيدي ودقيق (2016) بتوضيح أساليب قياس الذكاء الانفعالي من خلال التركيز على صلاحية المفهوم وتحديد صلاحيتي: الاتساق الداخلي، وصلاحية التنبؤ، وكذلك التركيز على البحث في دراسة طبيعة الذكاء الانفعالي وتحديداً من وجهتي نظر هُما: أن الذكاء العاطفي هو صفة شخصية ونمط من أنماط الشخصية، أم أنه قدرة أو قابلية إدراكية للأفراد، وقد قامت هذه الدراسة بتصنيف وسائل قياس الذكاء الانفعالي إلى ثلاثة محاور هي:-

أ) محور القابليات الإدراكية/ يعتمد هذا المحور على الاختبارات العقلية والنفسية من خلال مساعدة الأفراد على فهم مستوى الذكاء الانفعالي لديهم، بمعنى أنه يتوافق مع مفهوم (القدرة العقلية) وبيتعد عن (المهارة المكتسبة من التأثيرات الاجتماعية)، بناءً عليه فهو يعتمد على نموذج Mayer and Salvoy (1997).

ب) محور الصفات الشخصية/ يعتمد هذا المحور على استخدام أساليب التقرير الذاتي من خلال توزيع الاستبيانات الورقية، ويُعد من المحاور الأكثر عملية كون

إمكانية استخدام أكثر من مقياس في الاستبانة الواحدة، كما يستخدم عند

التفريق بين الذكاء الانفعالي ومفاهيم أخرى مرتبطة به كأبعاد الشخصية مثلاً.

ت) المحور المختلط/ يعتمد هذا المحور على كل من المقاييس المعتمدة على المهارات والكفاءات وكذلك الصفات والقدرات، إلا أنها تختلف عن مقاييس محور الصفات الشخصية في اعتمادها على أبعاد أقل من الصفات الشخصية من المحور الثاني الذي يعتمد على استخدام أساليب التقارير الذاتية في التعبير عن الصفات الشخصية، لذلك فإن مقاييس هذا المحور تستخدم في اختبار العلاقة بين الذكاء الانفعالي والأداء الوظيفي، وتُعد مفضلة من قبل متخذي القرارات أكثر من البُحاث الأكاديميين فهم يفضلون استخدام مقاييس المحور الثاني المعتمدة على أساليب التقييم الذاتي؛ لأنها تمكنهم من استخدام التقارير الذاتية لمعرفة مشاعر الأفراد التي يشعرون بها فعلياً وقياس السلوك الفعلي الممارس لديهم.

وكون أن لكل نموذج بيئة دراسة تساعده في تشكيل مفهوم الذكاء الانفعالي وذلك كما جاء لدى بظاظو (2011)، فإن بيئة الدراسة التي يقوم عليها البحث تختص في قطاع الخدمات وتحديداً على طاقم التمريض بالقطاع الصحي، أي أنها أيضاً في حقل العمل الإداري مما قد يقود افتراضاً إلى تبني نموذج داليب سينج كونه الأحدث، ولكن الباحثة لجأت إلى اختيار نموذج جولمان (2015) باعتبار أنه يستخدم في الجانب الاقتصادي، وكذلك نظراً لقلّة البحوث المستخدمة لنموذج داليب سينج، وكثرة الانتقادات الموجهة إليه في عملية القياس، بالإضافة إلى أن استخدامه تم تطبيقه في بيئة العمل الهندية؛ لذلك فهو يميل إلى التحيز ولا توجد دلائل تثبت إمكانية تطبيقه في بيئة العمل الليبية، ومن هنا تم استخدام نموذج جولمان حسب ما جاءت به مؤشرات

دراسة (جولمان، 2015) التي يتم من خلالها تحديد مستوى الذكاء الانفعالي عن طريق

استخدام أسلوب اختبارات التقرير الذاتي للقياس، والتي تم عرضها في الجدول الآتي:

جدول (2-2) مكونات أو أبعاد الذكاء الانفعالي وفق Golman

مهارات الذكاء الانفعالي	العلامات أالفارقة والمميزة له (المؤشرات)
الوعي الذاتي	<ul style="list-style-type: none"> ● الثقة بالنفس ● التقويم الواقعي للذات ● امتلاك حس الفكاهة الذي يجعل المرء يسخر فيه حتى من نفسه.
ضبط الذات	<ul style="list-style-type: none"> ● الأهلية للثقة ● الاستقامة ● الشعور بالارتياح تجاه الغموض والتغيير
الحافز	<ul style="list-style-type: none"> ● امتلاك الشغف بالعمل ذاته وبالتحديات الجديدة ● امتلاك الطاقة الهائلة للتحسين ● التفاؤل في مواجهة الفشل
التعاطف	<ul style="list-style-type: none"> ● الخبرة في اجتذاب الأشخاص الموهوبين واستبقائهم كي لا يغادروا ● القدرة على تطوير الآخرين ● الحساسية تجاه الاختلافات الثقافية
المهارة الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 بالنسبة لجولمان)

من خلال المؤشرات الموضحة في الجدول أعلاه تم قياس الذكاء الانفعالي والتعرف على الفروقات في اختلاف الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير النوع كون وجود عديد الدراسات التي بينت وجود فروقات في الذكاء الانفعالي ترجع لمتغير النوع (ذكر-أنثى)، وكانت أغلبها تدعم أن الإناث أكثر ذكاء انفعالي من الذكور، كون أن الإناث يتمتعن بالعديد من السمات كالحساسية العاطفية التي توضح القدرة على فهم المشاعر والتواصل الاجتماعي وضبط الانفعالات بمستوى أعلى من الذكور، كدراسة (العلوان، 2011؛ بلال، 2014)، وتوصلوا إلى وجود فروق في مستويات الذكاء الانفعالي لصالح الإناث، وقد يعود ذلك إلى التنشئة الأسرية التي تؤكد على ضرورة التصرف بلباقة مع الآخرين واحتواء مشاعرهن باعتبارهن أكثر قدرة على التواصل العاطفي وقراءة المشاعر الدفينة لدى الآخرين بشكل أسهل من الذكور.

من جانب آخر بينت دراسة (ذرة، 2015؛ خلف الله، 2016) حيث أجريت الأولى على عينة من القطاع المصرفي الأردني، والثانية على عينة من مديري المدارس بفلسطين، وجود فروق في مستويات الذكاء الانفعالي للعاملين بالنسبة لمتغير النوع، والتي تبين أن الذكور هم الأكثر ذكاءً انفعالياً من الإناث، وتتفق معهم أيضاً دراسة (المصدر، 2007؛ بن عمور وبن طاهر، 2015)، ويفسر ذلك بأن الذكور لديهم قدرة واستطاعة على مراقبة أفكارهم وتصرفاتهم وإدارة انفعالاتهم أكثر من الإناث، وهذا ما يقودهم لأن يكونوا متحكمين بعواطفهم ويعرفون كيف يتعاملون مع الآخرين، كما أن هناك من وضح الاختلافات والفروق بين الذكور والإناث في ممارسة الذكاء الانفعالي بناءً على أبعاده (الوعي الذاتي- التنظيم الذاتي- الدافعية- الوعي الاجتماعي- المهارات الاجتماعية) كدراسة (العمرات، 2014؛ غيث والحلح، 2014؛ الفيلكاوي، 2015) وتوصلوا إلى وجود

فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى الذكاء الانفعالي بين الذكور والإناث وكانت لصالح الإناث في (مكون الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى الذكاء الانفعالي بين الذكور والإناث في مكون (الوعي الذاتي، التنظيم الذاتي، الدافعية)، وتتفق هذه النتيجة مع أغلب الدراسات المشابهة، كدراسة قاضي (2012) التي تتفق مع ارتفاع الذكاء الانفعالي لدى الإناث في (مكون الوعي الاجتماعي أو التعاطف والمهارات الاجتماعية) وارتفاعه لدى الذكور في الأبعاد الأخرى، بالإضافة إلى وجود دراسات أخرى بينت عدم وجود فروق في الذكاء الانفعالي بين الذكور والإناث كدراسة (حسن، 2011؛ رابح، 2011؛ علوان والنواحجة، 2013؛ حنصالي، 2014)، أمّا ما يراه جولمان (1998) فهو وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى الذكاء الانفعالي بالنسبة للأبعاد، فالبعد الأول (الوعي الذاتي) يكون لدى الإناث أعلى من الذكور ويستطيعون فهم ذاتهم بشكل أكثر من الذكور، والعكس في البعد الثاني (التنظيم الذاتي) فهو لدى الذكور أعلى كونهم يديرون عواطفهم ويهربون من الكآبة واليأس المناقضة لإدارة العواطف أكثر من الإناث اللواتي إذا شعرنا بالعواطف سواء كانت إيجابية أو سلبية فهن يقمن بإظهارها أكثر من الذكور، وفي ذات الوقت فإن البعد الثالث (الدافعية) يكون لدى الذكور أعلى كونهم يحفزون أمزجتهم نحو التفكير الإيجابي ولا يكونون ضحية للقلق والتشاؤم، بينما البعد الرابع والخامس (الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية) يكون لدى الإناث أعلى كون أن لديهن قدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وتوجيه سلوكياتهم بشكل أكبر من الذكور، وقد تتفق دقة هذا التفسير وتكون سبب في اختلاف وجهات النظر بين جميع البحوث كون أن العواطف الإيجابية تشير إلى الذكاء الانفعالي والعواطف السلبية تشير إلى إظهار الانفعالات وعدم القدرة في السيطرة عليها، لهذا فإن الباحثة سعت إلى توضيح تفسير

الدراسات السابقة لمتغير النوع بخلاف المتغيرات الأخرى باعتبار أنه أهم متغير يختلف في الأبعاد لدى الذكور والإناث بخلاف متغير سنوات الخدمة أو السن أو غيره من المتغيرات الأخرى. هذا ما سنتمكن من الوصول إليه من خلال معرفة مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بالمستشفى والإجابة على التساؤل الآتي:

- التساؤل الثاني / ما هو مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي؟

3.2.2 علاقة الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد بالذكاء الانفعالي

تشير الدراسات إلى وجود اختلافات ثقافية بين الشعوب تؤثر في عملية التعبير عن الانفعالات والعواطف ودقة تحديدها، وأن العواطف لها تأثيرات مختلفة حسب الثقافات، حيث تستخدم بعض الثقافات العواطف بشكل كبير بينما يقل استخدامها في ثقافات أخرى، والسبب أن تأثير الثقافة الاجتماعية على طريقة عمل العقول هو المؤثر على مستوى الذكاء الانفعالي للأفراد في جميع تعاملاتهم (Gunkel et al., 2016)، ووسّع بعض علماء الإدارة مداركهم عند دراسة الذكاء الانفعالي من خلال استخدام المدخل الثقافي كدراسة (Kuhakoski, 2016)، التي أوضحت وجود عامل جديد يؤثر على العواطف وهو "الثقافة"، وعادةً ما ينظر إلى العواطف بشكل مختلف من قبل الثقافات المختلفة وكون أن العواطف متغلغلة داخل الثقافات فهي مؤثرة على السياق الوطني والتنظيمي والمهني، وقد زاد التركيز على العواطف مع ظهور نموذج Hofstede للأبعاد الثقافية، الذي قسم الشعوب إلى مجموعة من الأبعاد الثقافية لتوضيح الاختلافات في الثقافات القومية وثقافات المؤسسات الإدارية، مما ينعكس في تأثيره على أساليب إدارتها وتفاعلها مع الغير، كما بين هذا النموذج أن تنظيم العواطف يمتد ويختلف باختلاف الثقافات، فبعض الثقافات تميل إلى استخدام العواطف أكثر من غيرها، وأن القيم الثقافية للشعوب تؤثر على

المواقف والتصورات المتعلقة بالذكاء الانفعالي، ومن جانب أكثر تفصيلاً شرحت دراسة (بكاى، 2016) أن هوفستيد قام في دارسته 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 لمسح قيم الموظفين حتى 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 والأنوثة Masculinity vs. Femininity- وبُعد الفردية مقابل الجماعية Individualism vs. Collectivism) ثم أضاف هوفستيد البُعد الخامس (بُعد التوجه طويل المدى مقابل التوجه قصير المدى Long vs. short term orientation) في دراسات مستقلة لتغطية جوانب القيم في عام 2010 أضاف هوفستيد البُعد السادس (بُعد التساهل مقابل التحفظ Indulgence vs. Restraint).

حيث ركزت الباحثة على اختيار كل من بُعدي الذكورة/الأنوثة¹ نظراً لارتباطه بتحديد مستوى العاطفية لدى الأفراد، والتساهل/التحفظ² كونه يشير إلى السيطرة على الاحتياجات والرغبات وهذا ما يتمحور حوله الذكاء الانفعالي، ويشير بُعد الذكورة مقابل الأنوثة إلى مدى تداخل أدوار الذكور والإناث وتوزيعها بين الرجل والمرأة، فالمجتمعات الذكورية تتداخل أدوار الرجال والنساء بشكل أقل، ويتوقع من الرجال أن يتصرفوا بشكل حازم، ويُعد التنافس والتميز في العمل من خصائص هذا البُعد، وفي المقابل يوجد في المجتمعات الأنثوية قدر كبير من التداخل بين أدوار الذكور والإناث، ويُعد التواضع في العمل وبناء العلاقات مع المشرفين والتعاون مع الآخرين من

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.

خصائص هذا البُعد (بكاوي، 2016)، أمّا بُعد التساهل مقابل التحفظ Indulgence vs. Restraint كُبعد ثقافي حديث ظهر عام 2010، افتقر إلى وجود أدبيات سابقة أكاديمية متطرفة له خاصة باللغة العربية، وفي نموذج سابق لهوفستيد كان مفهوم هذا البُعد مختبئ تحت بُعد (تجنب عدم المجهول)، من خلال تخفيض شعور الأفراد بالقلق عن طريق فرض القوانين والإجراءات، ويتفق ذلك مع ما جاء به بُعد التساهل مقابل التحفظ الذي يشير إلى المجتمعات الضيقة المحتفظة بقيم ضيقة ومنتظمة على المثابرة، والمجتمعات المنفتحة أو الواسعة التي يمارس فيها العُرف بشكل ضيق ومحدود (Hofstede,2011).

حيث 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. بينما 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 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)

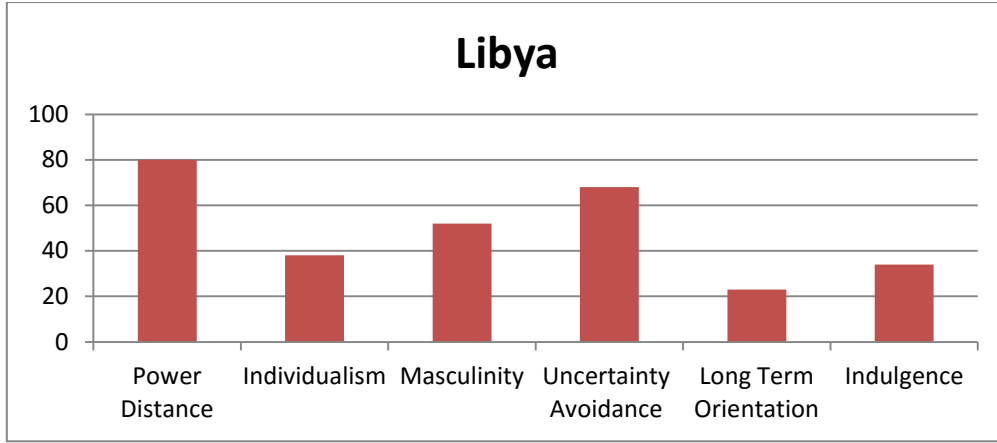
وحسب ما رآته الباحثة فقد تعددت ترجمة (Indulgence vs. Restraint) إلى (الاسترسال مقابل التقيد، التماهي مقابل التحفظ، الإفراط مقابل الكبح، الضبط مقابل الانغماس، التساهل مقابل ضبط النفس) قد تختلف في معانيها لكن جميعها تنفق إلى وجود ما يسيطر على

الشخص عند إشباع حاجاته ورغباته مما يدفعه إلى كبجها وضبطها بسبب المعايير الاجتماعية، وبالمقابل حرية الشخص في الحصول على حاجاته ورغباته والتساهل مع إشباعها دون وجود عائق يمنع ذلك تحت بند السعادة والرفاهية.

قد حظيت ليبيا (Hofstede, 2018) وجود درجة عالية نسبياً للبعد الأول "الذكورة" بحوالي 52% بمعنى أن المجتمع متجه نحو المنافسة والإنجاز والنجاح الذي يتحدد من خلال القيم التي تبدأ في المدرسة وتستمر معهم طوال الحياة التنظيمية، أما البعد الثاني أشارت نتائجه إلى أن مستوى "التساهل" منخفض نسبياً بحوالي 34%، بمعنى أن المجتمع يتجه إلى "التحفظ" والتمسك بالعُرف السائد والمعايير الاجتماعية الصارمة وأن الذي يحكم العلاقات بين الأشخاص هو العامل الاجتماعي أكثر من الرغبات الشخصية التي تركز على الرغبات والرفاهية وأوقات الفراغ، وذلك كون أن التحدي الذي يواجه الإنسانية في الماضي والحاضر هو كيف يكون الشخص اجتماعي منذ الصغر؟

بهذا فإن بُعد الذكورة/ الأنوثة يشير إلى التعاطف، وبُعد التساهل/ التحفظ يشير إلى التفاعل الاجتماعي، وبُعد كلاً من التعاطف والتفاعل الاجتماعي من مكونات الذكاء العاطفي.

والشكل الآتي (1-2) يوضح تصنيف نموذج هوفستيد للأبعاد الثقافية في البيئة الليبية:



(المصدر: www.hofstede-insights.com/country-comparison/libya)

تأسيساً على ما تقدم قامت الباحثة بوضع تساؤل تسعى من خلاله إلى فهم العلاقة بين هذه النتيجة والذكاء الانفعالي بعد عملية قياسه، وذلك كما بينته دراسة لوه وآخرون (2007) (نقلاً عن أبو عفش، 2011)، التي توصلت إلى وجود فروق في قياس الذكاء الانفعالي لدى الأفراد ترجع إلى اختلاف الثقافات، وأن الجانب الثقافي يؤثر على معرفة مستوى الذكاء الانفعالي لدى الأفراد، حيث يشرح بُعد التساهل مدى إمكانية الأفراد في السيطرة على رغباتهم ودوافعهم المتعلقة بمتعة الحياة والاستمتاع بها، ويتضمن كل من المؤشرات الآتية: السعادة والسرور، أهمية الصداقة والترفيه، السيطرة على الحياة (Amgalan, 2016)، أما بُعد الذكورة فهو يشرح طبيعة توجه ثقافة ما نحو الفروق بين الذكور والإناث ومدى التساوي بين خصائص كل منهما، ويتضمن كل من المؤشرات الآتية: المنافسة، الفروق بين الجنسين في العمل، جودة الحياة (بكاوي، 2016).

وبالاعتماد على المؤشرات هناك مجموعة من الفروق جاء به هوفستيد لكلا البُعدين، قدمت فيها دراسة (بكاوي، 2016) الفروق الخاصة ببُعد الذكورة والأنوثة في مجال البحث الثقافي، كما في الجدول الآتي:

جدول (3-2) الفروق بين الثقافة الذكورية والثقافة الانثوية

الثقافة الانثوية	الثقافة الذكورية
الفروق الاجتماعية بين الجنسين منخفضة	الفروق الاجتماعية كبيرة بين الجنسين
يتسم الذكور والإناث بالتواضع ويساعد بعضهم البعض	يتسم الذكور بأحقية الصرامة والفخر والطموح عكس الإناث.
التوازن بين العمل والأسرة	العمل أهم من الأسرة
التعاطف مع الأصدقاء	الاعتراف بالأقوى
كلاهما يتعامل بالصرامة والعواطف	يتعامل الآباء مع الأولاد بالصرامة، أما الأمهات بالعواطف.
توفر الفرص للإناث لاعتلاء مناصب سياسية	قلة الفرص للإناث في المناصب السياسية.

المصدر: (بكاى، 2016: 88)

ووضحت دراسة Amgalan (2016) الفروق التي وضعها هوفستيد بالنسبة لبعدها

التساهل مقابل التحفظ كما في الجدول الآتي:

جدول (4-2) الفروق بين ثقافة التساهل وثقافة التحفظ

التحفظ أو السيطرة (ضبط النفس)	التساهل
غير مسموح بإشباع الحاجات والرغبات داخل العمل	يتم إشباع الحاجات والرغبات داخل العمل بكل حرية
لا يحدث وجود دافع نحو العمل إلا بالمكافآت المادية	الدوافع نحو العمل ليست مادية فقط
الشعور بالمعاملة غير العادلة	عدم تضييع الوقت بالمقارنة مع الآخرين والتفكير باللحظة الحالية فحسب
استخدام المعدات لإظهار المكانة التنظيمية	استخدام المعدات لإنجاز المهام

المصدر: (Amgalan, 2016)

قد تم استبعاد بعض هذه الفروق بالنسبة للمرجع الأصل ، لأنها لا تتماشى مع موضوع البحث ولن يتم قياسها في الجانب العملي.

كما أن الباحثة اعتمدت اختيار تأثير نموذج هوفستيد للأبعاد الثقافية على الذكاء الانفعالي، بناءً على ما وضحته دراسة (Lo, K et al., 2017) في أنّ الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد هي الأكثر استخداماً في بحوث الإدارة والتنظيم، لهذا فهي ترى أنه جانب مهم يجب أن يدرس بالنسبة لبيئة العمل الليبية.

عليه، تم عكس تأثير ممارسة الذكاء الانفعالي على الأبعاد الثقافية والنظر إلى مدى دعم الثقافة التنظيمية في البيئة الليبية لممارسة الذكاء الانفعالي، من خلال التساؤل الآتي:

- التساؤل الثالث/ ما أثر الأبعاد الثقافية (الذكورة والتحفظ) لنموذج هوفستيد على ممارسة الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي؟

خلاصة الفصل

لقد تناول هذا الفصل تطور مفهوم الذكاء الانفعالي، وكيف لاقى اهتمام عديد البُحَّاث في الآونة الاخيرة، خاصة في بيئة الأعمال كون أن علماء النفس لا يستطيعون الخوض في جانب التفسير والتحليل إلا من خلال الإسقاط على بيئة عمل الفرد، كما بين وجهات النظر حول هذا المفهوم ومدى ارتباطه بقدرات ومهارات الفرد وأن النواحي الاجتماعية لدى الفرد أصبحت تؤثر بشكل كبير على مستوى الذكاء الانفعالي كونها كيان اجتماعي وأن الفرد عضو من هذا الكيان يتفاعل مع زملائه ولا يكون منعزلاً عند أداء عمله.

كما وضح كيفية استنباط تساؤلات البحث من خلال استعراض وجهات نظر الدراسات السابقة عند تحليلها و مبرر اختيار اتجاه كل تساؤل، بالإضافة إلى ذلك تناول قياس الذكاء الانفعالي، واختلاف عملية قياسه باختلاف أبعاد النموذج المستخدم في القياس، كذلك فإن تحديد مستوى الذكاء الانفعالي يتأثر بالأبعاد الثقافية وله تحيز ثقافي يختلف من بيئة عمل معينة إلى بيئة عمل أخرى.

لذا سعت الباحثة إلى توضيح ماهية الذكاء الانفعالي في بيئة العمل الليبية لقطاع الخدمات وتحديد عناصر التمريض في قطاع الصحة كونها أرض خصبة للانفعالات، وجميع تعاملاتها تبين مدى أهمية ودور الذكاء الانفعالي في التأثير على الأداء داخل المنظمات.

الفصل الثالث

منهجية البحث والحالة الدراسية

1.3 منهج دراسة الحالة

1.1.3 مفهوم دراسة الحالة

2.1.3 خصائص منهج دراسة الحالة

3.1.3 أهمية منهج دراسة الحالة

4.1.3 مميزات وعيوب منهج دراسة الحالة

5.1.3 متى نستخدم منهج دراسة الحالة

6.1.3 التصميم الاستكشافي لمنهج دراسة الحالة

7.1.3 خطوات منهج دراسة الحالة المتبعة في البحث

8.1.3 أسلوب تحليل المقابلات بالنسبة لمنهج دراسة الحالة

9.1.3 مبررات استخدام منهج دراسة الحالة

2.3 السياق الميداني للحالة الدراسية

1.2.3 نبذة عن مستشفى مصراتة المركزي

2.2.3 طبيعة عمل المرضين بمستشفى مصراتة المركزي

3.2.3 أسباب اختيار مستشفى مصراتة المركزي كبيئة للبحث

3.3 السياق البيئي للحالة الدراسية

مقدمة

تعتمد أغلب الدراسات والبحوث الإدارية الحديثة على القيام بدراسات ميدانية على المنظمات، للتأكيد على معالجة مشاكل واقعية تدعم التطور الفكري والبحثي لمجال البحث، كما تسعى الدراسات الميدانية إلى توضيح طبيعة عمل المنظمة قيد الدراسة والمهام والأعمال التي يمارسها الأفراد داخلها، الأمر الذي يوفر شروحات عميقة حول السياقات (الاجتماعية والاقتصادية والسياسية) التي تعمل بها المنظمة قيد الدراسة.

لهذا فإن التساؤل الذي يقود هذا الفصل هو لماذا تم اختيار المنظمة قيد الدراسة دون غيرها لإسقاط موضوع البحث عليها؟ وماهي مبررات الباحثة من استخدام منهج دراسة الحالة؟

قد لا يكون كافياً الخوض في الجانب العملي قبل توضيح إجابة لهذا التساؤل، ومن ثم فإن هذا الفصل يُمثل حلقة وصل بين الإطار العام الذي يوضح الخطوط العريضة للبحث، والإطار النظري الذي يوضح الأطر النظرية المفسرة للذكاء الانفعالي، وبين الإطار العملي الميداني للبحث الذي يبين آليات التطبيق على أرض الواقع.

يعرض هذا الفصل ملخصاً عن مفهوم منهج دراسة الحالة، والسبب في تبنيه، بالإضافة إلى عرض تفصيلي للحالة الدراسية (مستشفى مصراتة المركزي) وطبيعة عمل العينة المستهدفة من البحث (الممرضين) داخل المستشفى.

1.3 منهج دراسة الحالة

يُعد منهج دراسة الحالة أحد المناهج التي يمكن اتباعها لتصميم بحث علمي من خلال تضمينه مجموعة من الإجراءات البحثية والقياس والتحليل باستخدام بيانات كمية ونوعية، حيث تستعرض الشروحات أدناه مفهوم هذا المنهج من خلال الفقرات الآتية:-

1.1.3 مفهوم دراسة الحالة

يمكن للحالة في البحوث العلمية أن تكون فرداً أو جماعة أو منظمة معينة، يتم جمع المعلومات (كمية ونوعية) عن وضعها الحالي والأحداث المهمة التي تمر بها، والحالة في هذا البحث تتضمن الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي، أما دراسة الحالة كما عرفها بعض الكتاب (نوفل وأبو عواد، 2010؛ النجار وآخرون، 2013) فهي تشير إلى الاهتمام بحالة فرد أو مجموعة أو منظمة عن طريق جمع المعلومات عن الوضع الحالي والسابق لها بأسلوب دقيق متعمق، وتعد نوع من الدراسات الميدانية التي تتعمق في فهم نموذج أو متغير أو ظاهرة معينة، فهي تركز في الحصول على بيانات ومعلومات وحقائق دقيقة وتفصيلية من فرد معين، أو عن سلوك محدد، أو عن موقف مستهدف بالدراسة البحثية، أو عن مؤسسة أو حتى عن مجتمع معين بكامله. وفي هذا النوع من الدراسة البحثية الوصفية يتقصد الباحث ويتعمد محاولة النفاذ بكل ما أوتي من خبرة وطرائق ووسائل إلى عمق الحالة التي يقوم بدراستها؛ ليستكشف الصفات والخصائص المميزة والفريدة لها" (كشروود، 2007: 280) وتسمى البحوث التي تعتمد على منهج دراسة الحالة بالبحوث المتعمقة؛ لأنها تتعمق في فهم العوامل المعقدة المتعلقة بهذه الحالة التي تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها، ومن ثمّ تكوين صورة متكاملة من خلال الجزئيات والتفاصيل التي تنتج عن هذه الحالة بعد دراستها.

2.1.3 خصائص منهج دراسة الحالة

هناك مجموعة من الخصائص يتمتع بها منهج دراسة الحالة بخلاف المناهج الأخرى وذلك كما وضحتها كل من (الحمداني وآخرون، 2006؛ النجار وآخرون، 2013) تتلخص في أهم النقاط الآتية:-

1. تمكن الباحث من فحص حالة لم يتم التطرق إليها في السابق، كالأنماط الجديدة التي تحدث في المنظمات، ولفت النظر إلى قضايا ومواضيع لم يسبق الالتفات إليها، وتوضيحها من خلال معلومات تفصيلية عنها.

2. يمكن من خلالها تقديم حالة مناقضة لتوقعات نظرية معينة، فالوصول إلى نتائج حالة واحدة مخالفة للنظريات تساعد على تنفيذ المبدأ الذي تتوجه به هذه النظريات، مثل: توقعات النظريات التي توضح أن الحوافز المادية تزيد من أداء الأفراد، وإذا ما تم دراسة حالة بهذا الشأن تُظهر العكس، يدل ذلك على عدم الإطلاق في هذه النظرية ويمكن أن توجد عوامل أخرى غير الحوافز المادية ترفع الأداء.

3. يعتمد منهج دراسة الحالة على استخدام مجموعة من الأدوات للقياس، فمجرد أن يتم استعمال أكثر من أداة للقياس في البحث النوعي، يُعد المنهج المتبع وصفيًا يدرس حالة ويسمى بالمنهج المختلط وقد تستخدم جميع الأدوات الآتية في منهج دراسة الحالة أو بعضها، وهي:-

(أ) الملاحظة/ ويقصد بها التواجد مع الحالة المعنية في البحث لأوقات كافية وتسجيل الملاحظات التي تفيد الباحث أول بأول.

(ب) المقابلات/ ويتم فيها الحصول على المعلومات بشكل مباشر مع الأفراد الممثلين للحالة وتوجيه الاستفسارات لهم وتسجيل الانطباعات التي تفيد الباحث.

(ج) الوثائق والسجلات الرسمية والشخصية والإحصائية التي يمكن أن تفيد الباحث.

د) الاختبارات وأي أساليب أخرى إضافية للإجابة عن بعض الاستفسارات كأساليب التقرير الذاتي أو الاختبارات.

4. يُعد منهج دراسة الحالة كاستشارة للبحوث في ميدان معين وتشجيع الباحثين على توليد وانتاج نظريات تفسر الظاهرة المعنية موضع البحث.

3.1.3 أهمية منهج دراسة الحالة

تتلخص أهمية منهج دراسة الحالة كما وضحها الجراح (2008)، في النقاط الآتية:

أ. استيعاب موضوع البحث وتحقيق الفهم بشكل واضح (التكامل والتعمق لتوضيح الأسباب والمشاكل).

ب. إظهار الحالة في الزمن الحالي ومعرفة ماضيها والتنبؤات المستقبلية لها.

ج. التركيز على دراسة سلوك الأفراد في المنظمات المعنية بالبحث والعمل على تقديم مقترحات لها لمعالجة المشاكل وتقويم الانحرافات.

د. التعرف على نقاط الضعف المؤثرة على سير عمل المنظمة المعنية بالبحث.

4.1.3 مميزات وعيوب منهج دراسة الحالة

هناك مجموعة من المميزات التي يتمتع بها منهج دراسة الحالة وبالمقابل توجد مجموعة من الانتقادات التي تنتج عن استخدام هذا المنهج، واتفق في توضيحها كل من (عبيدات والسמיד، 2002؛ النجار وآخرون، 2013؛ عليان وغنيم، 2013) في الآتي:

1.4.1.3 مميزاته

أ. الدقة والتفصيل والشمول في النتائج التي يتم الوصول إليها مما يحقق عمق في الفهم حول الظاهرة المراد دراستها، بعكس المناهج الأخرى "المقطعية تحديداً" التي تفتقر إلى العمق وتكتفي بالسطحية.

- ب. يساعد منهج دراسة الحالة على تكوين واشتقاق فرضيات جديدة تفتح الباب أمام دراسات مستقبلية، وتمكن الوصول إلى نتائج قيمة ودقيقة.
- ج. توفير ثروة من المعلومات التفصيلية القيمة عن الظاهرة المدروسة عن طريق الوصف اللفظي والتي لا يمكن للدراسة الكمية أن تظهرها.
- د. تظهر نتائج نوعية ذات معنى ونتائج إحصائية تساعد على الفهم بطريقة أفضل.
- هـ. يسعى إلى تحديد جميع العوامل المؤثرة على الحالة (تكامل المعرفة)، من خلال استخدام أكثر من أداة للقياس.

2.4.1.3 عيوبه

- أ. تأثير الباحث على المشاركين في طريقة سرد أسئلة المقابلات، كونها طريقة غير عملية قد يدخل فيها التأثير الدرامي من المشاركين وتضخيم المواقف والآراء والحكم الشخصي للباحث مما يؤثر على نتائج البحث.
- ب. المبالغة في التركيز على أعماق الدراسة والحالة المبحوثة، وتقليل إدراك الباحث للمتغيرات المحيطة بالحالة، خاصة تلك التي تعمل في إطار حيوي يتعلق بآراء الأفراد وميولهم، لأن هذه الآراء تتفاعل مع البيئة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي يعيش فيها الأفراد.
- ج. التشكيك في صحة البيانات المجمعة قد يعطي صورة غير واضحة تميل إلى إرضاء الباحث، وهي ما تسمى بالمشكلة الذاتية، لذلك ينبغي على الباحث أن يحذر من السماح للانحيازات والتعصبات الشخصية للمشاركين أن تؤثر على تفسيراته وأن تسجل الحقائق بدقة وموضوعية وأن تؤجل الأحكام حتى تتجمع

لديه أدلة كافية لتأييد النتيجة، لذلك فإن هذا المنهج يعتمد على أكثر من أداة لجمع البيانات والقياس.

د. اعتماد اجرائها على مهارة الباحث كونها تتطلب الحذر في اختيار مفردات العينة من أجل الوصول إلى التمثيل الصحيح للمجتمع.

هـ. أخيراً، يتفق جميع الباحثين على أن النتائج التي تظهر من منهج دراسة الحالة غير قابله للتعميم، وحسب ما جاء به الكيلاني والشريفين (2014) فإن نتائج هذا النوع من البحوث لا يمكن تعميمها، وإنما تقتصر على الممارسات والأفعال والنشاطات في مواقف معينة، ويرى كل من نوفل وأبو عواد (2010) بأنه يعتمد على التخصيص بدل التعميم، وقد يكون سبب ذلك عدم إمكانية تماثل الحالات الأخرى. أما تفسير الجراح (2008) لصعوبة التعميم هو أن حالة واحدة أو حالات قليلة لا تكون كافية للتعميم، ووجود دليل سلبي في حالة واحدة سوف ينبه الباحث إلى أنه قد يضطر إلى تعديل فروضه. وترى الباحثة أنه من غير المنطقي مناصرة مبدأ التعميم، وتتساءل عن جدوى وجود البحوث الإدارية في حالة الاعتماد على التعميم، لأنه لا يمكن الخروج بنفس النتائج، فكل حالة تتمتع بخصائص لا تتمتع بها الحالات الأخرى، وكل منظمة تعمل ضمن بيئة معقدة تتسم بعدم الاستقرار، والدليل على ذلك أنه عند القيام بالدراسات المعتمدة على تعميم النتائج نجد أن فرضياتها لا يمكن أن تُقبل دائماً وفي كثير من الأحيان تُرفض الفرضية، نظراً لوجود عوامل أخرى تُمثل منظمة دون غيرها، ويفترض أن يكون تبرير الرفض في هذا النوع من الفرضيات داعم لمنظور عدم التعميم في منهج دراسة الحالة، ومن ثمّ قد يُنظر

إلى (عدم التعميم) ميزة وعيب في نفس الوقت وذلك حسب المنطق الذي سيفسر به.

5.1.3 استخدامات منهج دراسة الحالة

بالرغم من تواجد العديد من مناهج البحث العلمي إلا أنه حقيقة لا يوجد منهج مثالي يوصى به عند القيام بالبحوث والدراسات، وليس السبب هو أن لجميع المناهج عيوب وانتقادات موجهة له فحسب، بل لأن جميع المناهج تعتمد على مجموعة من الاستخدامات ترتبط بمنهج معين دون غيره، لذلك هناك مجموعة من النقاط تتفق مع استخدام منهج دراسة الحالة وقد لا تتفق مع غيره وهي كما وضحتها كل من (أبوعلام، 2013؛ أحمد، 2013) تتلخص في الآتي :-

1. يستخدم منهج دراسة الحالة إذا كان الباحث يريد الانتقال بالبحث من مرحلة إلى مرحلة أخرى، كالرغبة في استطلاع البيانات نوعياً لبناء أداة البحث أو التعرف على المتغيرات واختبارها بشكل رقمي أو القيام ببحث كمي، ومن ثم عمل دراسة تتبعية نوعية للحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها من البحث الكمي.
2. يستخدم منهج دراسة الحالة إذا كان الهدف من البحث اشتقاق فرضية أو مجموعة من الفرضيات ليتم لاحقاً اختبارها بمنهج مخالف لمنهج دراسة الحالة.
3. يستخدم منهج دراسة الحالة إذا كانت الرغبة من البحث تحديد المتغيرات المتعلقة بالحالة، والتي يمكن ربطها بسلوك معين في العلاقة السببية.
4. يستخدم منهج دراسة الحالة إذا كان تركيز البحث حول ظاهرة معاصرة ضمن سياق الحياة الواقعي.
5. يستخدم منهج دراسة الحالة إذا كان الهدف من البحث إبراز نواحي القوة في كل من البيانات النوعية والبيانات الكمية، والوصول إلى فهم أعمق وأدق لمشكلة

البحث، كون أن هذا الفهم يصعب الوصول إليه إذا استخدم أحد هذه المناهج على حدى.

بالإضافة إلى ما تم عرضه عن دواعي استخدام منهج دراسة الحالة فقد أوضح دليو (2014م) بأن دقة وصدق وثبات المعلومات لا تقتصر على البحوث الكمية فقط، وأن البحوث النوعية هي بحوث مجردة من الموثوقية والقوة العلمية، بل إنها تنظر إلى طبيعتها الفلسفية والنظرية عند وضع افتراضاتها، مما يستلزم عليها وضع معايير مختلفة لتقييم مصداقيتها، واعتمادها على الباحث والمبحوث كليهما، فالبعض يرى أن الصدق والثبات في أداة جميع البيانات النوعية (المقابلات مثلاً) من الطبيعي أن يكون منخفض بخلاف الصدق والثبات في أداة جمع البيانات الكمية (الاستبانة) والذي يكون فيه مرتفع، والسبب في ذلك أن المقابلات تتأثر بنوع المقابلة وطريقتها والشخص الذي يقوم بها (الباحث)، كطرحه للسؤال بشكل عام وليس بشكل شخصي، بالإضافة إلى الشخص المقامة معه (المشارك) ومدى قدرته على فهم الموضوع، إلا أن ما فسره دليو (2014م) فيما يتعلق بالصدق والثبات باقتراح تغيير مصطلح (الصدق الداخلي في البحوث الكمية إلى المصداقية في البحوث النوعية) وتغيير (الصدق الخارجي والتعميم في البحوث الكمية إلى القابلية للتحويل والمقارنة في البحوث النوعية)، وكذلك تغيير (الثبات في البحوث الكمية إلى الاعتمادية في النوعية)، وأخيراً (الموضوعية في البحوث الكمية إلى التأكيدية في البحوث النوعية). فالصدق في البحوث النوعية يكون معقداً إذا تم النظر إليه من حيث مؤشر قابلية التكرار، لأن إجراء هذا النوع من البحوث يكون في بيئة طبيعية فريدة عادةً، ولا يمكن إعادة إنتاج بعض الحالات المدروسة نظراً لتغير السلوك البشري، ولذلك

تكون الدراسات النوعية معرضة بشكل خاص لمشكلة صعوبة واستحالة تكرارها، وحتى وإن تم تكرارها فهي لا يمكن أن تظهر نفس النتائج (مما يعني عدم ثباتها).

6.1.3 التصميم الاستكشافي لمنهج دراسة الحالة

تعتمد البحوث المختلطة على تصميمات تختلف حسب تبعيتها، فهناك التصميم المثلثية¹ والتصميم التفسيري² بالإضافة إلى التصميم الاستكشافي، فالبحوث التي تتبنى التصميم الاستكشافي تبدأ بجمع البيانات النوعية ثم البيانات الكمية، والغرض من البدء بجمع البيانات النوعية هو استكشاف الظاهرة محل الدراسة عن طريق (المقابلات) مع عدد صغير من أفراد العينة، ومن ثم جمع البيانات الكمية لتفسير العلاقات الموجودة في البيانات النوعية وبناء أداة (استبانة) واختبارها على عدد كبير من أفراد العينة، ومن ثم تحقيق التوازن المطلوب في حجم العينة والتركيز على مميزات كلا النوعين، وسمي بذلك لأنه يتطرق إلى مواضيع حديثة تدرس بطريقة مختلفة، أي أن ظاهرة البحث لم يسبق دراستها على الحالة المعنية من البحث على حد علم الباحث، وتوضع خطة البحث الكمي في هذا النوع من التصميم بناءً على نتائج الدراسة النوعية التي ظهر بها الباحث في المرحلة الأولى، وما يميز هذا التصميم أنه يمكن الباحث من التعرف على المقاييس بناءً على البيانات التي تم الحصول عليها من المشاركين لذلك تناقش فيه نتائج البيانات النوعية أكثر من نتائج البيانات الكمية. ولكن ما يعيب هذا التصميم أنه بحاجة إلى بيانات مكثفة تستغرق وقتاً لتنفيذها، بالإضافة إلى ذلك الوقت الذي يستغرقه اختبار الأداة، ويتطلب فيه من الباحث عمل قرارات حول المتغيرات الأكثر صلاحية للقياس في المرحلة الكمية (أبوعلام، 2013).

¹ وهي التصميم التي تعتمد على جمع البيانات الكمية والنوعية وتحليلها في نفس المرحلة ومقارنة نتائج كل من هذه البيانات والنظر إلى مدى التناغم بينها.

² وهي التصميم التي تعتمد على جمع البيانات الكمية وتحليلها في المرحلة الأولى ومن ثم جمع البيانات النوعية وتحليلها كمرحلة ثانية.

7.1.3 خطوات منهج دراسة الحالة المتبعة في البحث

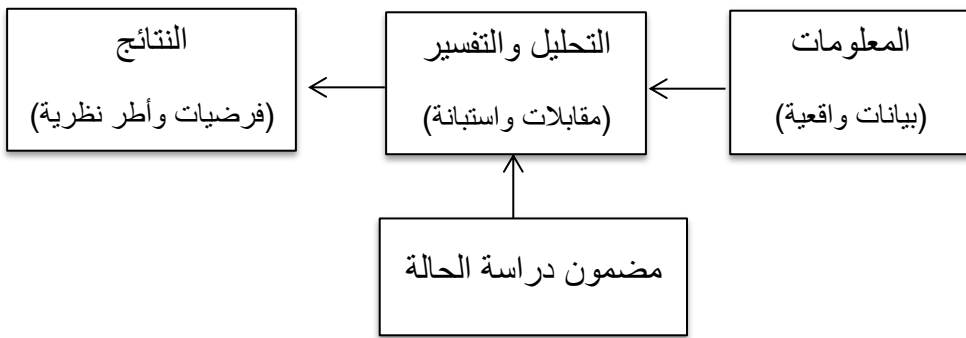
سعيًا إلى تصميم منهجية متينة للبحث فقد اعتمدت الباحثة على عدد من الخطوات، بناءً على ما جاءت به دراسة أبوعلام (2013) وتتلخص في الخطوات الآتية:-

أ. تحديد الحالة المراد دراستها (الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي) والاتصال معهم لغرض جمع البيانات عن المفاهيم التي رأت الباحثة أنها تفيد موضوع البحث.

ب. تحديد الأسلوب المناسب للدراسة الذي يتم من خلاله جمع البيانات والمعلومات المتصلة بالحالة، والوصول إلى فهمها من خلال الإجابات المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الميدانية، (مقابلات مع الممرضين، وتوزيع استبانات) وذلك لغرض توسيع قاعدة المعرفة عن الحالة والمشكلة المطلوب دراستها.

ت. فحص النتائج التي تعطي تفسيرات منطقية للمشكلة ونشأتها وتطورها وتحليل الإجابات بناءً على خبراتهم ومواقفهم التي تعرضوا لها، بالإضافة إلى تحليل الممارسات الإدارية المتعلقة بموضوع البحث بالنسبة للممرضين.

والشكل الآتي (1-3) يوضح خطوات منهج دراسة الحالة :



المصدر: إعداد الباحثة

8.1.3 أسلوب تحليل المقابلات بالنسبة لمنهج دراسة الحالة

يعتمد البحث المختلط على المقابلات كأداة من أدوات البحث العلمي، يتم من خلالها جمع المعلومات التي تساعد في الإجابة على تساؤلات البحث، ويعرف حميدشة (2012: 99) المقابلة على أنها " حوار لفظي مباشر هادف وواعي يتم بين شخصين (باحث ومبحوث) أو بين شخص (باحث) ومجموعة من الأشخاص، بغرض الحصول على معلومات دقيقة يتعذر الحصول عليها بالأدوات أو التقنيات الأخرى، ويتم تقييده بالكتابة أو التسجيل الصوتي أو المرئي"، وتنقسم أنواع المقابلات إلى (مهيكلية- شبه مهيكلية- غير مهيكلية)، وكون أن الباحثة استخدمت المقابلات شبه المهيكلية¹، فهي اعتمدت على اتباع أسلوب تحليل البيانات النوعية (QDA) التي اقترحها كل من Taylor and Gibbs (2010) عند إجراء المقابلات تتم بالمراحل الآتية:

1. تحديد عناصر المقابلات الشخصية (Protocol): تستدعي عملية جمع البيانات النوعية وفق أسلوب المقابلات شبه المهيكلية، أن يقوم الباحث بتحديد بروتوكول المقابلة الشخصية، حيث يشير هذا البروتوكول إلى العناصر العامة التي تقود المقابلة الشخصية والتي تعزز مصداقية المقابلة من خلال التأكيد من أن الموضوع قيد المقابلة مفهوم من قبل الباحث والمشارك بشكل صحيح وبدون أي غموض.
2. تحديد المشاركين بالمقابلات والحصول على المعلومات اللازمة حولهم فيما يتعلق بنشاطاتهم واهتماماتهم.

¹ عرفها حميدشة (2010) بأنها تلك المقابلات التي يتم فيها تحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر دون الخروج عن الموضوع.

3. تنفيذ وتحليل المقابلات و السعي إلى ضمان جمع وتحليل بيانات نوعية ذات

جودة مرتفعة من خلال اتباع الخطوات الآتية (Miles and Huberman,

1994) عند تنفيذ المقابلات وتحليل مؤشراتهما:

أ. تسجيل المقابلة صوتياً (مع موافقة المشارك) وكتابتها.

ب. الوصف والاستكشاف (الترميز والتصنيف).

ت. الشرح والتوقع (التفسير).

ث. التلخيص والتحقق من المعنى (الاستنتاج وربط الأفكار).

9.1.3 مبررات استخدام منهج دراسة الحالة في البحث

كون أن المنهج المتبع في هذا البحث من المناهج المستخدمة بشكل كبير حديثاً، فإنه

يجب أن يكون هناك سبب وراء اختياره بخلاف المناهج الأخرى من خلال توضيح

العلاقة بين (سبب اختيار هذا المنهج مع الموضوع وبين الحالة الدراسية التي تم تطبيق

البحث عليها)، لذلك فإن الباحثة سعت إلى توضيح مجموعة من المبررات ترتبط

بالجانب العلمي المعرفي والجانب العملي التطبيقي وتم توضيحها وفق ما يأتي :

1.9.1.3 من حيث الجانب المعرفي

هناك مجموعة من المبررات التي توضح أسباب اختيار منهج دراسة الحالة من

الناحية العلمية، هي:-

أ. التعمق في دراسة مشكلة البحث من خلال دراسة عدد من الأفراد في

المقابلات من ذوي العلاقة بموضوع البحث، وفي نفس الوقت دراسة مشكلة

البحث وفهمها من خلال عدد كبير من الأفراد، عن طريق توزيع الاستبانة

عليهم والخروج بنتائج كمية تعبر عن نوع من التوافق في الآراء بينهم.

ب. يساعد منهج دراسة الحالة على تحقيق التوازن في عملية تعميم النتائج، باعتبار أن البحوث النوعية تعتمد على التخصيص ولا يتم فيها التعميم والبحاث الكمية يتم فيها التعميم بدلاً من التخصيص.

ج. اعتماد البحث على استخدام متغير واحد والتركيز على قياسه، في حين أن البحوث الكمية تعتمد في الغالب على الدارسات الارتباطية بين المتغيرات، والبحاث النوعية تعتمد على إظهار نتائج تحليلية تفسيرية غير رقمية، وجزء كبير من البحث يعتمد على إظهار النتائج في شكل نسب حتى يسهل إيجاد دلائل للتحليل.

د. اعتبار دراسات البحث المختلط أنها الطريقة الأحدث استخداماً في تصميم البحث العلمي وهي تكون قادرة على تعبئة الفجوة التي يحدثها التقصير في اتباع المنهج الكمي فقط أو المنهج النوعي فقط.

ذ. اعتماد أغلب الباحثين على أن المقابلات تستخدم لجمع البيانات في البحوث النوعية بينما الاستبانة تستخدم لجمع البيانات في البحوث الكمية، لهذا فإن البحث المختلط يعتمد على إحداث توافق ودمج بين النتائج والاستخلاصات التي يمكن الحصول عليها من الاستبيان والمقابلات في نفس الوقت.

ر. طبيعة المبحوثين أو المشاركين ومدى ثقافتهم وإدراكهم لموضوع البحث، تطلب وجود أكثر من أداة للقياس وهذا ما يتمحور حوله منهج دراسة الحالة.

2.9.1.3 من حيث الجانب العملي التطبيقي

هناك مجموعة من المبررات التي توضح أسباب اختيار المنهج المختلط من الناحية العملية والتي تُعد كمدخل لتوضيح المنظمة المعنية بالبحث وهذه المبررات هي:-

أ. محاولة تقديم دراسة متكاملة متعمقة للحالة والتركيز على التخصيص أكثر من التعميم، وذلك لأن البيئة والظروف تختلف من منظمة إلى أخرى، إلا أن هذا لا يمنع الخروج بمعلومات تساعد على محاولة فهم حالات أخرى.

ب. البحث عن واقع ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي بطريقة لا يمكن أن تتاح من خلال استخدام البحث الكمي فقط أو البحث النوعي فقط، لأنه لا يمكن الوصول إلى أهداف البحث وتحقيق الفهم الكافي إلا باستخدام أكثر من منظور.

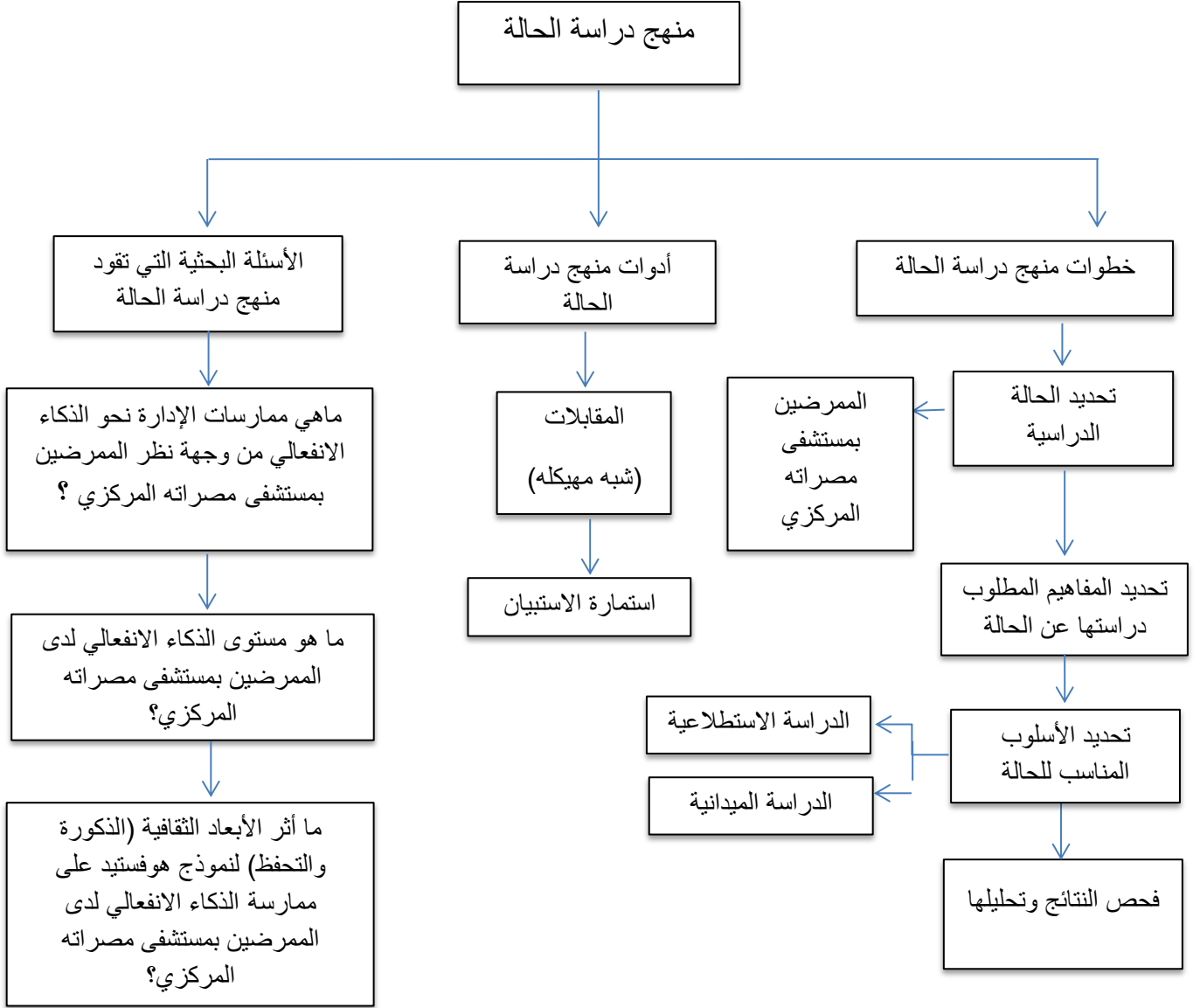
ت. رغبة الباحثة في اتباع البحث المختلط (النوعي/ الكمي) والنظر إلى أن مشكلة انخفاض ممارسات الذكاء الانفعالي، سيكون أفضل خيار لها هو البحث المختلط.

ث. قلة عدد الدراسات العلمية التي تناولت هذا المنهج واعتماد أغلب الدراسات السابقة على البحوث الكمية وربط الذكاء الانفعالي بمتغير آخر، وعدم الاهتمام بالدراسات النوعية بالقدر الكافي.

ج. تماشي الحالة المعنية من البحث (المرضى) مع فكرة التتابع الموجودة في منهج دراسة الحالة بدلاً من التكامل، بمعنى أن النتائج المأخوذة من الجزء النوعي الأول (المقابلات) مكملة لنتائج الجزء الكمي الثاني (الاستبانة).

من هنا قامت الباحثة بتلخيص خطوات منهجية البحث المتبعة في الشكل الآتي:

شكل (2-3) آلية اتباع الباحثة لمنهج دراسة الحالة



المصدر: إعداد الباحثة

2.3 السياق الميداني للحالة الدراسية

يمثل مستشفى مصراتة المركزي البيئة الميدانية للبحث، وتم عرض مجموعة من البيانات عن المستشفى، بالإضافة إلى أسباب اختيار المرضى بالمستشفى دون غيرهم من المستشفيات، وذلك كالآتي:-

1.2.3 نبذة عن مستشفى مصراتة المركزي

افتتح مستشفى مصراتة المركزي بتاريخ 1975/1/1م، وهو يقع داخل مدينة مصراتة، ومساحته الكلية التقريبية 29 هكتار، ويضم كادر وظيفي بما يقدر (1679 موظفاً) بجميع التخصصات الطبية والطبية المساعدة والخدمية والتسييرية وذلك حتى عام 2017م. حيث يسعى مستشفى مصراتة المركزي إلى أن يكون مركزاً طبياً مرجعياً ومتميزاً في تقديم خدماته الطبية، من خلال تطبيق المعايير الوطنية والدولية المعتمدة بالمستشفيات وتوفير بيئة آمنة للمريض تمكنه من الحصول على الخدمة اللازمة له على أقصى وجه. (نبض، 2018)

أما فيما يتعلق بالخدمات المقدمة من المستشفى فإن الإحصائيات المتحصل عليها من مكتب المعلومات والتوثيق وضحت أن المستشفى خلال الربع الأول لعام 2017م، قدم عدد (125929) خدمة طبية، بما يقارب 1400 خدمة طبية بشكل يومي، وقد تزداد عدد الخدمات في حالة الظروف الغير مستقرة التي تمر بها الدولة.

2.2.3 طبيعة عمل المرضى بمستشفى مصراتة المركزي

تُعد مهنة التمريض من الأعمال السلوكية والإنسانية بالدرجة الأولى، والتي يجب أن تُبنى على فلسفة الأفكار والمعتقدات من ناحية تقديم الخدمة وتماشيها مع فلسفة المستشفى نفسها من حيث العرف والتقاليد السائدة، وهذا ما أكده قانون العمل

للواجبات والمحظورات مادة رقم (22) للعمل بالمرافق الصحية، فكما كانت أفكار المديرين حول تقديم الخدمة تُتخذ من جانب سلوكي كلما أثر ذلك على الممرضين عند ممارسة نشاطهم، سواء من ناحية علاقة الممرضين فيما بينهم ومع مدراءهم أو في علاقتهم مع زبائنهم، حيث وضح قزاقزة وآخرون (2002) أن من أهم أهداف خدمات التمريض هو تزويد الزبون بفرصة التعبير عن شعوره بحرية، وأن تقدم له نوعية عالية من الرعاية لمواجهة احتياجاته النفسية قبل الاجتماعية والبدنية، ولا يمكن للمعدات المادية الملموسة أن تكون سبباً كافياً لتحقيق هذا الهدف بل تدخل كوسيط لتسهيل تقديم الخدمة، وحسب ما رأته الباحثة عند إجراء المقابلات خلال الدراسة الاستطلاعية تبين أن مستشفى مصراتة المركزي يسعى إلى التطوير المادي الملموس بالدرجة الأولى بدافع وجود ضغوط عمل كبيرة على الممرضين، فهم يسعون إلى جلب أطقم تمريض معاونة من الخارج، وتقنيات حديثة تخفف عليهم عبء العمل، والدليل على ذلك أنهم خلال تلك الفترة قاموا بعمل عقود قصيرة الأجل (تصل أن تكون يومية أو نصف شهرية) مع ممرضين من خارج المستشفى خلال الفترات التي يزداد فيها حجم العمل أكثر من اللازم، فعند النظر إلى إحصائيات المستشفى المأخوذة من إدارة التمريض¹ نجد بأن إدارة التمريض تتكون من (363 فرد) ما بين إداريين لشؤون التمريض والتمريض العام (أي خريجي معاهد التمريض)، بالإضافة إلى القابلات والعمليات والعناية ألفتائقة (خريجي كلية التمريض) وأخيراً المعاونين الصحيين والمسعفين (المتحصلين على دورات التمريض)، ويختلف توزيع أعدادهم في أن الأقلية منهم هم خريجو معاهد التمريض الذين يتمتعون بالخبرة نظراً للأقدمية، حيث أقفلت هذه المعاهد منذ سنين ولم تعد موجودة حتى أواخر عام 2016م، حيث تم افتتاح

¹ المصدر: مقابلة شخصية مع مدير إدارة شؤون التمريض

معهد تمريض متوسط تابع لمستشفى مصراتة المركزي، وسوف يقوم بتخريج أول دفعه له خلال مدة قريبة (نبض، 2017).

بالإضافة إلى أن الأقلية الأخرى هُم من خريجي كلية التمريض من جامعة مصراتة الذين يتمتعون بالحدثة، حيث افتتحت هذه الكلية عام 2007م وهي أول كلية تمنح درجة البكالوريوس في التمريض على مستوى ليبيا بهدف توفير كادر تمريضي مؤهل علمياً¹، أمّا الباقي من الممرضين والذين يمثلون الأغلبية هُم من المتحصّلين على الدورات التمريضية.

حسب ما عرفته منظمة الصحة العالمية (2001) عن عمل التمريض فقد وصفته 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، أي أن الخدمات التي يقدمها التمريض لا تقتصر على 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 تقديم هذه الخدمة يتماشى مع الإناث أكثر من الذكور، فهي لا تحتاج إلى مجهود عضلي ولا تتطلب جهد كبير وشاق بقدر تطلّها إلى القدرة والمهارة في التعامل مع الآخرين وإظهار العواطف معهم، وهو ما يتوفر عادةً لدى الإناث أكثر من الذكور.

ونظراً لحجم الطلب الكبير على الخدمات التي يقدمها مستشفى مصراتة المركزي، وازدياد الحاجة إلى عمل الممرضين في أغلب الأقسام الخاصة بتقديم خدمات

¹ بناءً عن الموقع الرسمي لكلية التمريض بجامعة مصراتة.

المستشفى، فإن المستشفى أصبح يعاني من نقص في الممرضين بما نسبته 60% وأكثر¹، لذلك ازداد حجم ضغوط العمل بشكل كبير وغير متوقع، مما جعل الإدارات تقوم بالإشراف على أعمال ومهام معاونين الصّحيين، واكسابهم الخبرة ليترقوا إلى مستوى الممرضين، ومن ثمّ ازدادت عملية التركيز على التقارير الدورية التي تُعدّها إدارة التمريض عن نشاطات الممرضين بشكل عام والمعاونين بشكل خاص، والتي يدخل ضمنها الجانب السلوكي في التعامل مع ثلاثة أطراف مهمة وهم (الزبائن، الإدارات، والزملاء).

3.2.2 أسباب اختيار مستشفى مصرّاة المركزي كبيئة للدراسة

لقد تبين وجود مجموعة من الأسباب عززت اختيار مستشفى مصرّاة المركزي لاستكشاف واقع تطبيق الذكاء الانفعالي، أهمها ما يأتي :-

أ. أن أغلب الدراسات أبرزت أهمية استخدام الذكاء الانفعالي في المنظمات الإنتاجية الخدمية أكثر منها في الصناعية، كدراسة (Kaur et al., 2015) التي اعتبرت أن قطاع الخدمات يضم وظائف وأعمال تتميز بالعمل العاطفي، كقطاعات الرعاية الصحية والعمل الاجتماعي، وهذا ما أثبتته أيضاً الدراسات السابقة المذكورة في الإطار النظري كدراسة عطا (2009) التي أكدت على ضرورة وجود الذكاء الانفعالي بشكل مرتفع لدى الممرضين والمعاونين الصّحيين، وعلى حد علم الباحثة فإن أغلب الدراسات السابقة الموجودة في الإطار النظري تناولت الخدمة التعليمية أكثر من الصحية، ويعزز ذلك سبب التركيز على الممرضين بمستشفى مصرّاة المركزي بدلاً

¹ ملحق رقم (1) مراسلة صادرة من إدارة التمريض إلى المدير العام للمستشفى توضح حجم الملاك اللازم لإدارة التمريض حتى تاريخ 2017/09/27م.

من أعضاء هيئة التدريس في أي منظمة تعليمية أخرى ، كون أن مهنة التمريض تضم عديد المواقف والانفعالات التي تحدث بشكل يومي ومتكرر بين العاملين فيما بينهم، وبين العاملين والمرضى، ويتفق ذلك في أن معظم الأدبيات الانجليزية السابقة كانت على الخدمات الصحية وأشارت إلى أن مهنة التمريض يجب أن تتمتع بمستوى عالٍ من العمل العاطفي، كدراسة (Fărcas 2015,Năstasăa and 2015,Chun and Park)؛ (2015,Cruz et al :2016,Başğul and Özgür).

ب. الاعتماد بالدرجة الأولى على مستشفى مصراتة المركزي بمدينة مصراتة لتقديم خدمة الرعاية الصحية في ظل الظروف الراهنة، وهذا ما أكدته إحصائيات مكتب المعلومات والتوثيق الطبي بالمستشفى، والتي توضح ازدياد عدد الحالات بكافة الأقسام خاصة تلك التي يدخل فيها نشاط الممرضين. كما يقوم بتوفير خدمات محدودة لا يقدمها القطاع الخاص نظراً لوجود إمكانيات وكفاءات عالية تدعمها الدولة.

ج. ازدياد عدد الخدمات المقدمة من المستشفى ما بين عام 2011م حتى 2017م، مما زاد حجم ضغوط العمل به، والتي أسهمت في ارتفاع التعاملات والتفاعلات اليومية للحد الأقصى لها سواء بين الكوادر العاملة به من الداخل أو في علاقتها مع متلقي الخدمة من الخارج، خاصة مع ظروف ازدياد العجز فوق 60% بالنسبة للمرضيين، حيث أثبتت الوثائق أن المستشفى بحاجة إلى ملاك وظيفي لإدارة التمريض يقدر بحوالي (970

ممرض) في حين أنها تمتلك في الوقت الحالي (363) فقط ما بين لبيبين وغير لبيبين¹.

3.3 السياق البيئي للحالة الدراسية

يضم مستشفى مصراتة المركزي العديد من العناصر بمختلف التخصصات الطبية والطبية المساعدة والإدارية، والتي تميزت بأداء مهامها بشكل فعال في ظل الظروف الأمنية التي تعاني منها الدولة، خاصةً خلال فترة الحروب وكثرة الطلب على الخدمات العلاجية المقدمة من الكوادر العاملة بالمستشفى ما بين عام 2011م وعام 2016م، مما انعكس إيجاباً على الخبرة المكتسبة لدى الكادر الطبي بشكل عام، ولدى أطقم التمريض على وجه الخصوص، فقد وضّح تقرير المنظمة الليبية للسياسات والاستراتيجيات (2016)، أن ما نسبته 70% من العناصر الطبية والتمريض هم من الأطقم الطبية الأجنبية، والذين غادرو البلاد بسبب الظروف الأمنية، لذلك سعت إدارة المستشفى إلى تغيير صفة المستشفى إلى (مركز مصراتة الطبي) للحصول على الدعم الكافي من الدولة في توفير المعدات واللوازم التي يحتاجها، والتقليل من حجم ضغوط العمل التي يعاني منها المستشفى، ولاقت إدارة المستشفى القبول من الدولة خلال عام 2018م إلى تغيير صفة المستشفى إلى المركز الطبي²، خاصةً وأن جميع المتغيرات الداخلية والخارجية لبيئة المستشفى تدعم ضرورة حصوله على إمكانيات وموارد (مادية- بشرية) أكثر من السابق، فالفروق في طبيعة عمل المستشفى تختلف كثيراً في الوقت الراهن عن الوقت السابق فيما يتعلق بالمرضى على وجه الخصوص، مما اضطر الإدارات إلى الاستعانة بمرضى من خارج المستشفى، وقيام المعاونين الصحيين بأداء مهام وأنشطة التمريض الأساسي بالمستشفى، حتى كاد قبول (المعاونين

¹ ملحق رقم (1) مراسلة صادرة عن إدارة التمريض توضح كشف بالعناصر الطبية المساعدة بإدارة شؤون التمريض
² ملحق رقم (2) قرار إعادة تصنيف مستشفى مصراتة المركزي إلى مركز طبي.

الصحيين والمسعفين) يفوق قبول أعداد التمريض، خاصةً وأن البيئة الخارجية سهلت من حصول الأفراد على شهادات من معاهد التمريض محدودة الكفاءات العلمية، وفرص حصول الكفاءة العلمية لخريجي التمريض من الكليات وحصرها بفترات زمنية أكثر¹، فالخبرة التي اكتسبها الممرضون جاءت من باب ضغوطات العمل والظروف الراهنة أكثر من ممارسة نشاط التمريض على المدى الطويل، حيث أن أغلب الممرضين داخل المستشفى في الوقت الحالي هم في مقتبل العمر وحديثو التوظيف، والسبب هو اعتماد الإدارة خلال فترة الثمانينات والتسعينات على الممرضين الأجانب أكثر من المحليين، فسياسة الدولة سابقاً كانت تدور حول النظام الاشتراكي، الذي لم يسمح بوجود المستشفيات الخاصة والتي أوجدت طلباً كبيراً على مهنة التمريض خلال السنوات الخمس عشرة الأخيرة.

كما أنه عندما قامت الباحثة بعمل مقابلات استطلاعية تتمحور حول (الذكاء الانفعالي) تبين لديها وجود إدراك لهذا النوع من الذكاء لدى الطرفين (الإدارات والممرضين)، وأكد المدراء أن مستوى الوعي في ضبط الانفعالات والسيطرة عليها لدى الإدارات والممرضين أصبح يزداد بهدف خلق بيئة مُساعدة ومحفزة لتحمل ضغوط العمل، تتماشى مع مدى احتياج المدينة للخدمات المتوقعة الحصول عليها من المستشفى، بالإضافة إلى محاولة تحسين جودة الخدمة المقدمة.

¹ نتائج مقابلات الدراسة الاستطلاعية

الخلاصة

سعت الباحثة في هذا الفصل إلى توضيح ما يدعم التوجه البحثي لنوع المنهج المعتمد عليه في البحث، من خلال توضيح أغلب ما يتعلق بمنهج دراسة الحالة والأسس المتعلقة بتطبيقه، كون أن هذا النوع من البحوث يعطينا مزيجاً قوياً يركز على الخلط بين البحث الكمي وبين البحث النوعي للاستفادة من مميزات كلا النوعين في آن واحد، فعندما نرى التوافق والدمج التي تحدثه نتائج البحوث الكمية والنوعية نستطيع إعطاء صورة مركبة للظواهر الاجتماعية بطريقة غير متاحة ومتوفرة إذا تم الاعتماد على البحث الكمي فقط أو النوعي فقط، فالأول يهتم بلغة الأرقام، والثاني يهتم بسلوك الانسان وتصرفاته، وبالرغم من أن الباحثة ترى أن منهج دراسة الحالة هو أفضل منهج يمكن أن يتماشى مع نوع الدراسة وطبيعة الحالة المعنية بالبحث (الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي)، إلا أنه توجد رغبة فعلاً في تطبيقه وفهم تفاصيله على أرض الواقع، ومحاولة تحقيق التوازن بين استخدام منهج دراسة الحالة واختيار الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي كحالة معنية بالدراسة والتي تم تطبيق البحث عليها.

الفصل الرابع

إجراءات البحث وتحليل البيانات

1.4 مجتمع وعينة البحث

2.4 أدوات البحث

2.1.4 البيانات النوعية

3.1.4 البيانات الكمية

3.4 تحليل البيانات الكمية

1.3.4 تحليل خصائص العينة

2.3.4 تحليل ومناقشة النتائج

مقدمة

لقد تناول الجانب النظري أهم ما توصل إليه البُحاث نظرياً في الأدب السلوكي الخاص بالانفعالات الإيجابية والسلبية وكيفية تأثيرها على سير العمل. كما تم عرض تحليلات وتفسيرات تبرر سبب تحديد كل تساؤل بحثي في هذا البحث، وبالرغم من أن تحليل الجانب النظري قد تناول نظريات فكرية حول الذكاء الانفعالي، إلا أن الجانب النظري وحده قد لا يكفي لتفسير خصائص هذا النوع من الذكاء.

لذلك تم في هذا الفصل وصف اجراءات تطبيق منهجية البحث في الواقع الميداني من خلال توضيح أدوات الدراسة المستخدمة وطرق إعدادها، وصدقها وثباتها، وكذلك وصف أدوات البحث وتطبيقها، والمعالجات الإحصائية المستخدمة لتحليل الحالة، كونها ممثلة كمرحلة ثانية لصلب البحث.

1.4 مجتمع وعينة البحث

يتكون مستشفى مصراتة المركزي من 363 ممرض (ليبي وغير ليبي)، إلا أن مجتمع البحث اقتصر على ضم جميع الممرضين الليبيين الذين يعملون بمستشفى مصراتة المركزي، وذلك لأن البحث يدرس جانب ثقافي متعلق بالخصائص الثقافية الليبية على الممرضين، والبالغ عددهم 326 ممرض (ليبي) مقسمون إلى فئتين: التمريض الأساسي والمعاونين الصحيين، حيث يعمل الممرضون في عدد من الوحدات الطبية التابعة لمستشفى مصراتة المركزي و الموزعة على ثلاثة مواقع بمدينة مصراتة هي: مستشفى الطوارئ، مستشفى الشفاء ومستشفى رأس الطوبة. لقد تم الاعتماد على عينة غير

احتمالية من خلال اتباع أسلوب كرة الثلج (Snowball Sampling)¹ في تحديد المشاركين، نظراً لحساسية نشاط الممرضين وانغماسهم في العمل، مما يصعب على الباحثة أخذ جزء من وقتهم، حيث كانت البداية بالاختيار العشوائي لأول مشارك\مشاركة، ثم طلب منهم توجيه الباحثة إلى مشارك آخر أو أكثر ممن يعتقدون أنهم قد يفيدون الباحثة في جمع بيانات نوعية نابغة من الخبرة العملية للمشاركين. ولقد استمرت هذه المرحلة حتى تم تنفيذ 10 مقابلات شخصية.

2.4 أدوات البحث

كون أن منهجية البحث تقوم على نوع البحث المختلط الذي يعتمد على البيانات النوعية والكمية، فإنه قد تم استخدام أداتين لجمع البيانات هما: المقابلات الشخصية لجمع البيانات النوعية، والاستبانة لجمع البيانات الكمية، فقد كانت البداية بإجراء المقابلات شبه المهيكلة، أداة أولى لجمع البيانات من عدد من المشاركين من ذوي العلاقة بوظائف التمريض²، حيث كان الدافع الأساسي لاستخدام المقابلات الشخصية هو ترسيخ الفهم حول التطبيق الفعلي لممارسات الذكاء الانفعالي بالمستشفى، بالإضافة إلى استكشاف الواقع الفعلي لممارسات الذكاء الانفعالي والأفكار المرتبطة به، الأمر الذي يسهل ويدعم بناء إطار نظري فكري يقود إلى عملية تصميم الاستبانة ويساعد في تفسير نتائج البحث. لقد تم إجراء عدد 10 مقابلات مع الممرضين تناولت عدد من النقاط (كما يأتي لاحقاً). ومن الجدير بالذكر ان تحديد عدد المقابلات (10) اعتمد على الوصول إلى نقطة التشبع (وهي النقطة التي لا يتم الحصول بعدها على أي بيانات جديدة من المشاركين). من جانب آخر فقد تم اختيار عينة عشوائية

¹ 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 بالبدور الأولية، بمعنى أنها طريقة ملائمة لإيجاد البدور الأولية عن طريق أخذ العينات.

² ملحق رقم (4) توثيق اجراء المقابلات مع المشاركين

بسيطة عند تجميع البيانات الكمية من المرضى تقدر بحوالي 175 ممرض/ممرضة، وذلك بالاعتماد على ما قدمه الكاتب سيكران (2006)¹ لتحديد حجم عينة الدراسة.

1.2.4 البيانات النوعية

قامت الباحثة بإجراء مقابلات شبه مهيكلة سعياً إلى الحصول على نتائج تساعد على تفسير وجهات نظر المشاركين وتعطي دلالات تؤكد ارتباط موضوع البحث بالواقع العملي في حدود منهج البحث، وتم إجراء هذه المقابلات من خلال الخطوات الآتية:

1. آلية إجراء المقابلات شبه المهيكلة

نظراً لاعتماد الباحثة على اتباع آلية كل من Taylor and Gibbs (2010)، فإن إجراء المقابلات تتضمن المراحل ما يلي:

أ. تحديد (Protocol) المقابلة والذي تتضمن العناصر الآتية:

1. استخدامات وممارسات الذكاء الانفعالي في بيئة عمل الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي.

2. مدى اختلاف هذه الممارسات للممرضين باختلاف نوعهم ذكور أو إناث.

3. ممارسات المديرين لمهارات وقدرات الذكاء الانفعالي من وجهة نظر الممرضين ومدى أخذها في الحسبان.

4. تأثير بعض الخصائص الثقافية للممرضين على مستوى الذكاء الانفعالي لديهم (بالنسبة لنموذج هوفستيد للأبعاد الثقافية).

ب. تحديد المشاركين في المقابلات: بعد أن تم القيام بالدراسة الاستطلاعية في المرحلة الأولى للتأكيد على وجود مشكلة البحث من خلال مقابلات مبدئية مع المديرين والممرضين، تم في المرحلة الثانية تحديد مجموعة من أفراد العينة

¹ ملحق رقم (3) حجم العينة بالنسبة للمجتمع حسب أوما سيكران 2006

المتثلة في المرضين بالمستشفى، والتنسيق مع الإدارات التابعة لهم، لإمكانية جمع المعلومات اللازمة للبحث.

ت. تحليل المقابلات شبه المهيكلة بالاعتماد على الخطوات التي وضحتها (Miles and Huberman, 1994) بدايةً من تسجيل المقابلة وحتى تلخيصها وربط الأفكار وتوثيقها كنتائج¹.

2. نتائج عملية إجراء المقابلات

بناءً على تحليل البيانات الواردة بالمقابلات وفق الخطوات أعلاه، فإنه تم استنتاج عدد من النقاط، هي :-

نتيجة (1): ضعف الجوانب الإدارية المتعلقة باستخدام الذكاء الانفعالي في الممارسات الآتية :-

أولاً: عدم الأخذ بمهارات الذكاء الانفعالي في الحسبان عند الاختيار والتعيين وقبول المرضين دون النظر إلى المستويات المعرفية لديهم، أدى إلى عدم تكافؤ مهارات المرضين مع المهارات المطلوبة في الوظيفة التي يشغلها.

يمكن الاستدلال على هذه النتيجة مما عرضه المشاركون رقم (3) بقوله:

" يتم قبول المتقدمين للعمل لوظيفة ممرض بشكل تقليدي ومعايير تعتمد على الخبرة

والكفاءة العلمية فقط "

كما أكد هذه النتيجة المشاركون (5) في تبريره على أن السبب في ذلك هو:

" وجود ضغوط عمل كبيرة داخل المستشفى تتطلب القبول بأدنى المعايير "

¹ تم توضيحها في الفصل الثالث

ومن هنا يمكن الاستنتاج أن المشاركين في البحث يرون وجود ضعف في ممارسة الذكاء الانفعالي فيما يتعلق بالاختيار والتعيين والقبول، ويعود ذلك إلى مواجعتهم لضغوط عمل مرتفعة، ومن ثمّ افتقار التركيز على المهارات العاطفية وعدم أخذها في الحسبان عند الاختيار والتعيين ، واكتفاء التركيز على المؤهلات العلمية فقط، وذلك بسبب النقص الكبير في اعداد الممرضين.

ثانياً: عدم توفر دورات تدريبية للممرضين تتعلق بالسيطرة على الانفعالات.

يمكن الاستدلال على هذه النتيجة مما عرضه المشارك (8) بقوله:

"لم يسبق وأن تحصلنا على دورات تدريبية تساعدنا في السيطرة على الانفعالات"

تتوافق وجهة النظر هذه مع وجهات النظر السابقة بشأن تأثير ارتفاع ضغوط العمل على ممارسة الذكاء الانفعالي. لذلك فإن المشاركين يدعمون عدم وجود وقت كافي للحصول على دورات تدريبية ، ويبررون تقصير الإدارات في هذا الجانب بأنه متعلق بارتفاع معدل ضغوط العمل. وبالرغم من أن بعض الممرضين تحصلوا على دورات تدريبية، إلا أن تلك الدورات تعلقت بالجانب المهني لوظيفتهم فقط ، ولم تتعلق بالجانب السلوكي، بالإضافة إلى ذلك، فإنهم يرون أنه من الضروري لمصلحة العمل أن يتحصلوا على دورات تدريبية تختص مهارات التعامل مع الآخرين. كما أنهم يرون ضرورة إيجاد وقت من أجل إعطاء دورات تدريبية تتعلق بالنشاط المهني للممرضين كونه مرتبط بوظيفتهم بشكل مباشر. وغير ذلك فلا يمكن إيجاد وقت لإعطاء دورات تدريبية أخرى.

ثالثاً: إن بعض المديرين لا يمتلكون صفات القائد الإداري الناجح في التأثير على غيرهم والسيطرة على انفعالاتهم.

ويمكن الاستدلال على ذلك مما عرضه المشاركون رقم (7) بقوله:

"لا يمكن للإدارات أن تطالب بتوفير مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي لدى الممرضين وهم لا يمتلكون هذا النوع من الذكاء ويرون بأن السيطرة على الانفعال ليس بالضرورة أن تدخل في التعاملات مع الممرضين وهي تقتصر فقط في التعامل مع المرضى".

ولعل ذلك يكون مخالفاً بما جاءت به الدراسات السابقة، وأن القائد الإداري هو من يتمتع بمستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي، وكونه مهارة مكتسبة، فهو يجب أن يتوافر لدى الإدارات حتى يكتسبه الممرضين.

فبالإضافة إلى مطالبة الإدارات لتوفير مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي بالنسبة للممرضين فهم يرون أنه لا يمكن أن تدخل السلوكيات في جانب الترقيات، حيث تم استنتاج عدم وجود معايير ثابتة لدى الإدارات في الموازنة بين اختيار الممرضين وبين تقييمهم، والدليل على ذلك دخول المهارات الانفعالية في تقييم العمل من خلال تقرير الكفاءة السنوية والترقيات بالرغم من عدم أخذها في الاعتبار عند الاختيار والتعيين، وهذا ما أكدته المشاركون رقم (2) بقوله:

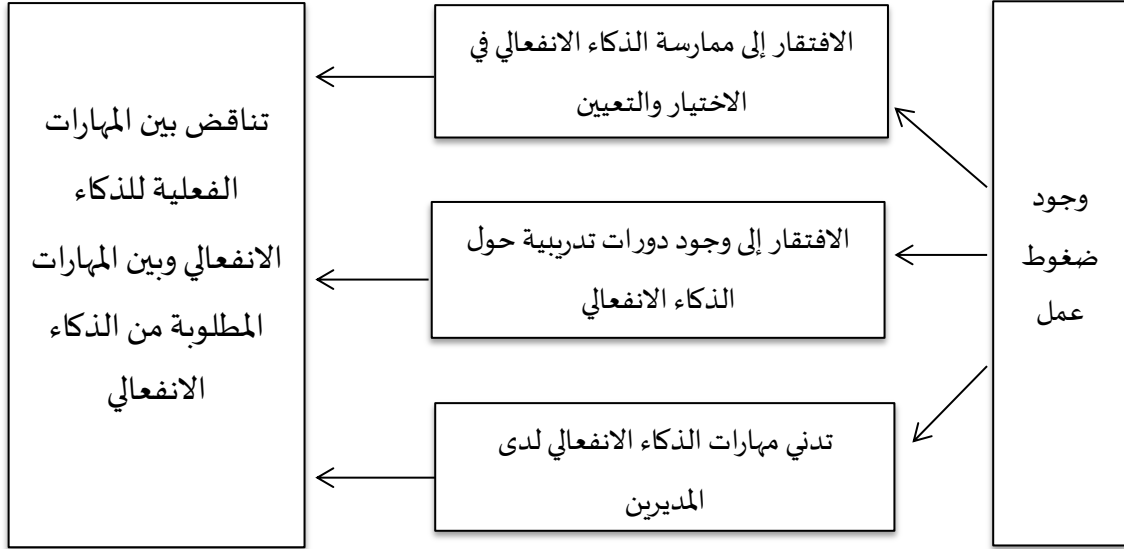
"إن البند الموجود في تقرير الكفاءة السنوية والمتعلق بمهارات التعامل مع الآخرين، يتم

اعطاؤه درجات جيدة ويتم الأخذ بالسيطرة على الانفعالات عند التقييم"

ومن ثمَّ فإنَّ المرضى يشعرون بعدم العدالة في أن يقتصر استخدام العواطف في التعاملات مع المرضى فقط، وأنه يجب أن تعطى لها أهمية متساوية من حيث توافرها و استخدامها لدى المديرين والمرضى على حد سواء.

مما سبق، فإنَّ الباحثة تؤكد سبب اختيار الممارسات الإدارية المتمثلة في: الاختيار والتعيين- القيادة الإدارية- البرامج التدريبية.. مع التأكيد على استبعاد ممارسة تقييم الأداء وما يبنى عليه من ترقيات، نظراً لكون هذه الممارسة إيجابية ويتم الأخذ بها كممارسة فعلية من قبل إدارة المستشفى. بناء عليه فإنَّ الشكل الآتي يلخص نتيجة المقابلات المتعلقة بالممارسات الإدارية:

شكل (1-4) نتائج المقابلات المتعلقة بالممارسات الإدارية



المصدر: إعداد الباحثة

نتيجة (2): اختلاف آراء المقابلات في ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي للذكور عنه لدى الإناث أو العكس، منهم من يرى أنه لدى الذكور أعلى ومنهم من يرى أنه لدى الإناث أعلى، ومنهم من يرى أيضاً أن مستوى الذكاء الانفعالي يختلف باختلاف النوع (ذكر أو

أنثى) الذي يتم التعامل معه، ففي حال كان المريض ذكر والممرض أنثى فإن مستوى السيطرة على الانفعالات يزداد، والعكس صحيح.

ويمكن الاستدلال على ذلك مما عرضه المشاركون رقم (1) بقوله:

"لا يمكن للممرض 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 الممرض أنثى والمريض ذكر فإن الموقف الانفعالي يجعل الممرضة تقوم بتهدئة المريض ومحاولة امتصاص غضبه "

ومنهم من يرى تبرير ذلك هو العُرف 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 الممرض عن المريض، فالإناث يظهرن انفعالاتهن في موقف ويتم السيطرة عليهما في موقف آخر، والذكور كذلك قد يظهرونها أحياناً وسيطرون عليها أحياناً أخرى "

وهذا ما جعل الباحثة تتساءل 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 (3): وجود توافق بين الأبعاد الثقافية (الذكورة والتحفظ) التي جاء بها هوفستيد بالنسبة للبيئة الليبية، مع آراء المشاركين على أرض الواقع بالنسبة للمرضين بمستشفى مصراتة المركزي. حيث قامت الباحثة بمقارنة نتائج الأبعاد

الثقافية لنموذج هوفستيد بالنسبة لبيئة العمل الليبية مع النتائج المتحصل عليها من المشاركين وتوصلت للآتي :-

أولاً: وجود منافسة بين الممرضين الذكور والإناث، وأن الإناث أصبحن يندمجن 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 هي 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، والمشاركون رقم (9) وكونه ذكر إلا أن كلاهما اتفق على وجود منافسة بين النوعين وقاموا بذكر نفس القصة!! وهذا يتوافق مع النتائج التي ظهر بها هوفستيد في أن خصائص الذكورة تُعد مرتفعة في البيئة الليبية.

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:

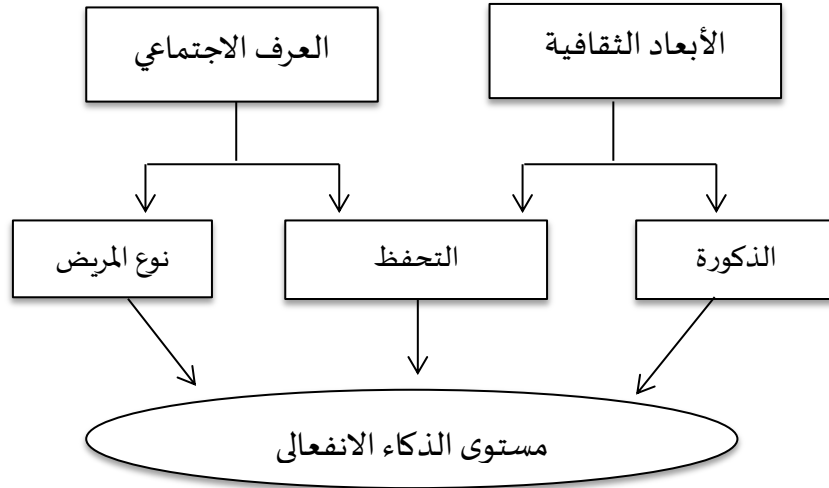
" الممرضين داخل العمل لا يشعرون بالمساواة ويقومون بالعمل فقط من أجل إظهار مكانتهم الاجتماعية وأنهم بين الناس لديهم وظيفة يقومون بها"

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

"الأفراد ليس لديهم تحفيز نحو العمل في ظل وجود المشاكل الاقتصادية وأزمة السيولة،
ولأنهم يعملون في منظمة عامة كمستشفى مصرارة 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. والشكل
الآتي يوضح نتائج المقابلات فيما يتعلق بمستوى الذكاء الانفعالي والأبعاد الثقافية:

شكل (4-2) نتائج المقابلات المتعلقة بمستوى الذكاء الانفعالي والأبعاد الثقافية لهوفستيد



المصدر: إعداد الباحثة

من هنا قد تكون دلائل المشاركين تشير إلى وجود مستوى معقول من السيطرة على
النفس كما وضّح هوفستيد، إلا أن هناك جوانب عديدة ترى الباحثة أنها تختلف عن
مؤشرات الدلائل السابقة، كوجود ضغوط عمل كبيرة على الممرضين أكدتها النتائج

السابقة، وأكدها العاملون أنفسهم، ورغم هذه الضغوط ونقص التحفيز المادي هم يقومون بالعمل وبساعات إضافية دون مقابل. معنى ذلك وجود حوافز ليست مادية تجعلهم يعملون قد تكون من باب ولائهم لأعمالهم!! بالإضافة إلى استغلالهم لجميع المعدات المادية (رغم نقصها) لأداء مهامهم. بمعنى أنهم ينظرون إلى استخدام هذه المعدات في إنجاز المهام أكثر من استخدامها لتكملة مكانتهم التنظيمية والاجتماعية أمام الغير. ولا يمكن الخروج بنتائج البحث من خلال الاعتماد على النتائج النوعية فقط (الخاصة بالمقابلات)، لذلك تم تأكيد وتعليل تفسير هذه النتائج بعد الاطلاع على ما أظهرته أداة البحث الثانية وهي (الاستبانة).

2.2.4 البيانات الكمية

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. استمارة الاستبيان

تم تصميم فقرات الاستبانة من خلال الأدبيات السابقة ومن خلال نتائج المقابلات أعلاه، وتضمنت استمارة الاستبيان الأجزاء الآتية:

الجزء الأول: المعلومات الشخصية

تضمن بيانات حول المتغيرات الشخصية عن المبحوثين تمثلت في (النوع- السن- نوع الوظيفة- المؤهل العلمي- سنوات الخدمة).

الجزء الثاني: مقياس الذكاء الانفعالي

قامت الباحثة بالاطلاع على عدة مقاييس للذكاء الانفعالي تضمنت المقاييس الاصلية والمعدلة لقياس الذكاء الانفعالي، بتحليل تلك المقاييس تبين أنها قد لا تكون مناسبة للبيئات المختلفة، ونظرا لندرة الابحاث التي تم تطبيقها في مجال بيئة العمل اللببية، فإن الباحثة لجأت إلى تبني مقياس (جولمان، 2015) للذكاء الانفعالي، ويتكون هذا المقياس من خمسة أبعاد رئيسية هي: الوعي الذاتي، تنظيم الذات، الدافعية، التعاطف، والمهارة الاجتماعية. ويرجع السبب في تبني هذا النموذج دون غيره، كومه من أوائل النماذج التي قاست الذكاء الانفعالي، كما أنه يراعي اختلاف الفروقات بين مختلف بيئات العمل.

الجزء الثالث: قياس الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي

لقد بينت مراجعة الأدبيات السابقة وجود مجموعة من الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي، تعدد وتنوع استخدام الذكاء الانفعالي فيها، وقد اعتمدت الباحثة على قياس ثلاث ممارسات منها فقط (بناء على تساؤلات البحث)، تمثلت في (وظيفة الاختيار والتعيين- القيادة الإدارية- البرامج التدريبية)، تم اختيارها لان تحليل نتائج أداة الدراسة الأولية (المقابلات)، اعتمد على وجود شواهد تتطلب قياس هذه الممارسات الإدارية بالمستشفى قيد البحث، وتم الاعتماد على تصميم أسئلة هذه الممارسات بدلاً من التبني لأن عملية القياس يجب أن تخصص ضمن سياق الذكاء الانفعالي في البيئة اللببية فقط.

الجزء الرابع: قياس الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد

إن الهدف الأساسي من قياس الأبعاد الثقافية (الذكورة- التحفظ) لنموذج هوفستيد هو معرفة مدى تأثير كل من هذين البعدين على الذكاء الانفعالي، حيث تم تبني أسئلة البعد الأول

"الذكورة مقابل الأنوثة" من نموذج (G. Hofstede, 2011)، و تصميم أسئلة البُعد الآخر " التساهل مقابل التحفظ" بالاعتماد على ترجمة مجموعة من الأدبيات باللغة الانجليزية (G. Hofstede, 2011، Amgalan, 2016) نظراً لحدائثة البُعد ووجود بعض الخصائص والمؤشرات الغير متعلقة بموضوع البحث. وبالرغم من تعدد النماذج الثقافية، إلا أنَّ الباحثة اعتمدت على نموذج هوفستيد بسبب ارتباطه بالعواطف والانفعالات، ولجأت الباحثة إلى قياس كل من الذكورة والتحفظ بدلاً من الذكورة والتساهل؛ لأن كلاهما ظهرا بنتائج مرتفعة عن البيئة اللببية حسب ما جاء به هوفستيد.

2. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث

قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة باستخدام الأدوات الإحصائية الآتية:-

- أ. النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي: وذلك لمعرفة تكرار فئات كل متغير مما يفيد الباحث في وصف العينة.
- ب. معامل ألفا كرونباخ: لغرض معرفة ثبات الاستبانة.
- ت. معامل ارتباط بيرسون: يستخدم لدراسة العلاقة في حالة البيانات الكمية.
- ث. اختبار ولكوكسن (إشارات الرتب) لعينة واحدة: لمعرفة وسيط درجة الموافقة حول العبارات للبيانات التي تتبع التوزيع الغير طبيعي.
- ج. اختبار T-Test: لمعرفة وسيط درجة الموافقة حول العبارات للبيانات الغير تراتبية، والتي تتبع التوزيع الطبيعي.
- ح. تحليل الانحدار: للدراسة وتحليل تأثير متغير كمي على متغير كمي آخر، وتم استخدامه لتحليل التساؤل الثالث (أثر الأبعاد الثقافية على الذكاء الانفعالي).
- خ. تحليل التباين ANOVA: يستخدم لمعرفة درجة الاختلاف بين فروق متوسطات أفراد العينة حول بعض المتغيرات الشخصية.

د. اختبار شيفيه Scheffe: يستخدم لاختبار دلالة الفروق في المقارنات البعدية المتعددة بين المتوسطات عند استخدام اختبار تحليل التباين.

واعتمدت الباحثة على مقياس ليكرت الخماسي، لتحديد درجة لكل عبارة، ولقد تم استخدام صيغة واحدة من الإجابات بما يتلاءم مع صيغة فقرات الاستبانة وذلك كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (1-4) 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

حيث 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 (2-4) 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

ولن يتم الاعتماد على تحديد فترات مقياس ليكرت فحسب للحكم على نتيجة كل تساؤل، لأن الباحثة اعتمدت على كل من المتوسطات ومقدار التشتت في تفسير النتائج.

3. صدق وثبات الاستبانة

انطلاقاً من كون أن أداة الاستبيان التي تم توزيعها تعتبر مركبة بين التصميم والتبني، فإن الباحثة قامت بتوزيع استمارة الاستبيان على عينة استطلاعية للتأكد من مدى صدقها وثباتها، وتم إعادة توزيعها عدد (3مرات) على من يزاولون مهنة التمريض بشكل عام دون تحيز على مستشفى معين، وصولاً إلى توزيعها في المرحلة النهائية على الحالة المعنية بالدراسة، وذلك خلال الفترة من 2017/12/31م وحتى 2017/2/4م، و قد مرت مرحلة التأكد من الصدق والثبات بمجموعة من الخطوات تم عرضها كالآتي:

أ. صدق المحكمين

عرضت الباحثة الاستبانة على مجموعة من المحكمين تضمنت عدد (5) أكاديميين مختصين في مجالي الإدارة وعلم النفس، وقد استجابت الباحثة لأراء المحكمين، وقامت بإجراء التعديلات اللازمة في ضوء ما يناسب البحث.

ب. صدق وثبات المقياس

بمعنى أن أسئلة الاستبانة تقيس ما وضعت لقياسه فعلاً، وقد تم التأكد من صدق المقياس كالآتي:

1. الاتساق الداخلي/ وهو يعني مدى اتساق كل فقرة من فقرات الاستبانة مع

المجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، وقامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي

لكل فقرة من فقرات الاستبانة من خلال معامل الارتباط (بيرسون)، لأن البيانات كمية تبدأ من (1 إلى 5).

2. ثبات الاستبانة/ يقصد به أن تعطي هذه الاستبانة نفس النتائج إذا تم إعادة توزيعها على أفراد العينة خلال فترات زمنية معينة، وقامت الباحثة بالاعتماد على معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبانة .

وتمّ عرض الاتساق الداخلي وثبات الاستبانة بالنسبة للتوزيعات التجريبية الثلاث مع توضيح التعديلات في كل مرة، وذلك على النحو الآتي:-

أولاً: التوزيع التجريبي للمرة الأولى

أ. قياس صدق الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات " الوعي الذاتي" والدرجة الكلية للمجال

جدول (3-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "الوعي الذاتي" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	يمكنني توقع ردود أفعالي في المواقف المختلفة.	0.576	**0.00
2	اعترف بأخطائي بكل صراحة.	0.584	**0.00
3	عادةً ما أتخذ قرارات صحيحة في المواقف التي تواجهني.	0.633	**0.00
4	يمكنني التعامل مع المواقف الصعبة بثقة تامة.	0.562	**0.00
5	أنا واضح في مبادئ وأهدافي.	0.477	**0.00
6	أنا مخلص مع الآخرين.	0.510	**0.00

يوضح جدول رقم (3-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "الوعي الذاتي" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

ب. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "تنظيم الذات" والدرجة الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات البُعد الثاني للذكاء الانفعالي في الجدول الآتي:-

جدول (4-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "تنظيم الذات" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	يمكنني تقدير نتائج تصرفاتي مع الغير.	0.748	**0.00
2	أتحكّم في أقوالي وتصرفاتي في المواقف الانفعالية.	0.412	*0.02
3	أستطيع التحكم بمشاعري وتصرفاتي السلبية.	0.557	**0.00
4	أبحث عن الإيجابيات في الظروف التي أتعامل معها.	0.405	*0.02
5	أعبر عن مشاعري بسهولة ووضوح.	0.608	**0.00
6	أشعر بارتياح اتجاه التغيير الذي قد يحدث في العمل.	0.637	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "تنظيم الذات" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

ت. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "الدافعية" والدرجة الكلية للمجال

تم توضيح الاتساق الداخلي لفقرات البُعد الثالث للذكاء الانفعالي في الجدول الآتي:-

جدول (5-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "الدافعية" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	أتمتع بروح التفاؤل وتوقع الأشياء الجيدة.	0.583	**0.00
2	أسعى إلى تطوير قراراتي في العمل.	0.721	**0.00
3	أتعاون مع الآخرين وأساعدهم في العمل.	0.591	**0.00
4	أبادر في العمل دون أن يُطلب مني ذلك.	0.680	**0.00
5	يمكنني تحمل ضغوط العمل حتى دون مقابل مادي.	0.697	**0.00
6	أواجه الفشل في العمل بالتفاؤل نحو الأفضل.	0.300	0.108

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha=0.05$

يوضح جدول رقم (5-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "الدافعية" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $\alpha=0.05$ ، فيما عدا الفقرة رقم (6) حيث كان معامل الارتباط بين الفقرة والمجال يساوي 0.300 والقيمة الاحتمالية (sig.) تساوي 0.108 وهي تُعد غير دالة إحصائياً مما يعني استبعاد هذه الفقرة من الاستبانة النهائية.

ث. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "التعاطف" والدرجة الكلية للمجال تم توضيح الاتساق الداخلي لفقرات البُعد الرابع للذكاء الانفعالي في الجدول الآتي:-
جدول (6-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "التعاطف" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	من السهل تحديد ما يحتاجه المرضى.	0.570	**0.00
2	أتقبل الفروق المهنية والعلمية مع الغير.	0.803	**0.00

3	أستجيب لمشاعر المرضى وأتعاطف مع أحزانهم.	0.772	**0.00
4	اتعامل مع الآخرين بشكل متسامح وغير عدواني.	0.549	**0.00
5	يمكنني فهم الآخرين عن طريق تعبيرات الوجه.	0.654	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-6) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "التعاطف" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

ج. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "المهارة الاجتماعية" والدرجة الكلية للمجال

تم توضيح الاتساق الداخلي لفقرات البعد الخامس للذكاء الانفعالي في الجدول الآتي:
جدول (4-7) ارتباط كل فقرة من فقرات "المهارة الاجتماعية" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	أقوم بحل النزاعات التي تحدث بين زملائي والمرضى.	0.747	**0.00
2	أستطيع أن أقيم علاقات جيدة مع الآخرين.	0.495	**0.00
3	أستطيع إقناع المرضى والتأثير عليهم.	0.638	**0.00
4	أفضل العمل بشكل جماعي.	0.728	**0.00
5	أتفاعل مع المرضى بشكل عاطفي وحساس.	0.601	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-7) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "المهارة الاجتماعية" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

ح. قياس صدق الاتساق بين فقرات "الاختيار والتعيين" والدرجة الكلية للمجال
تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الاختيار والتعيين كممارسة إدارية في الجدول الآتي:-
جدول (8-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "الاختيار والتعيين" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	تدخل خبرات الممرضين في تعاملهم مع الغير كمعيار عند الاختيار والتعيين.	0.539	**0.00
2	تهتم إدارة المستشفى بتصرفات وسلوكيات الممرضين.	0.844	**0.00
3	تفضل الإدارة الممرضين الذين يتعاملون بشكل لائق ولبق مع الآخرين.	0.839	**0.00
4	يتميز الممرضين ذوي التصرفات الحسنة عن غيرهم في العمل.	0.591	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (8-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "الاختيار والتعيين" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبيّنة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

خ. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "القيادة الإدارية" والدرجة الكلية للمجال
تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات القيادة الإدارية في الجدول الآتي:-
جدول (9-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "القيادة الإدارية" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	يؤثر الرؤساء إيجابياً على الآخرين.	0.475	**0.00
2	يتفهم الرؤساء مشاعر الممرضين داخل المستشفى.	0.889	**0.00
3	توجد علاقات وثيقة بين الرؤساء والممرضين.	0.877	**0.00
4	يسعى الرؤساء إلى خلق جو إيجابي محفز للعمل.	0.901	**0.00

5	يؤثر الرؤساء على التصرفات السلبية للممرضين.	0.899	**0.00
---	---	-------	--------

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-9) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "القيادة الإدارية" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

د. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "البرامج التدريبية" والدرجة الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات البرامج التدريبية كممارسة إدارية في الجدول الآتي:-
جدول (4-10) ارتباط كل فقرة من فقرات "البرامج التدريبية" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	تتوفر للممرضين دورات تدريبية تناسب مع مهامهم.	0.890	**0.00
2	توجد برامج تدريبية حول تعلم السيطرة على الانفعالات.	0.926	**0.00
3	يدعم الرؤساء برامج التدريب المتعلقة بتحسين التصرفات.	0.939	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-10) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "البرامج التدريبية" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أنه لم يتم استبعاد أي فقرة من الفقرات.

د. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الذكورة كُبعد ثقافي في الجدول الآتي:-

جدول (4-11) ارتباط كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	أتنافس مع زملائي من أجل تولي مناصب قيادية.	0.647	**0.00
2	تراعى الفروق بين الذكور والإناث عند تقييم العمل.	0.531	**0.00
3	اسعى إلى المثالية وتحقيق ذاتي.	0.037	0.837
4	أأخذ قراراتي بشكل فردي وليس جماعي.	0.594	**0.00
5	أفضل العمل في المستشفيات الكبيرة أكثر من العيادات	0.043	0.822
6	اتفق مع احتكار المناصب القيادية للذكور فقط.	0.697	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-11) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، فيما عدا الفقرة رقم (3) حيث كان معامل الارتباط بين الفقرة والمجال يساوي 0.037 والقيمة الاحتمالية (sig.) تساوي 0.837، وكذلك الفقرة رقم (5) حيث كان معامل الارتباط بين الفقرة والمجال يساوي 0.043 والقيمة الاحتمالية (sig.) تساوي 0.822، وكلا الفقرتين تعتبر غير دالة إحصائياً مما يعني استبعادهما من الاستبانة النهائية.

ر. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية

للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات التحفظ كُبعد ثقافي في الجدول الآتي:-

جدول (12-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال

رقم	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	أستطيع إشباع حاجاتي التي أرغب بها دون قيود.	0.584	**0.00
2	أسعى إلى الارتقاء بمستواي التعليمي.	0.623	**0.00
3	يتم تحفيزي نحو العمل بالدوافع المادية فقط.	0.539	**0.00
4	أركز على العمل أكثر من مقارنة نفسي مع الآخرين.	0.488	**0.00
5	أرغب أن يكون لي مكتب خاص بي أمارس فيه أعمالي.	0.657	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (12-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، ولم يتم الاعتماد على معامل الارتباط فحسب، وإنما تم أخذ معامل الثبات ألفا كرونباخ في الحسبان لمعرفة أي من الفقرات تحتاج إلى تعديل وأنها ستكون صالحة للقياس في الاستبانة النهائية. والجدول الآتي يوضح معامل الثبات بالنسبة للعينة التجريبية الأولى:-

جدول (13-4) قيمة ثبات الاستبانة باستخدام ألفا كرونباخ

رقم	المجال	معامل Alpha Cronbach
1	الذكاء الانفعالي	0.828
2	الاختيار والتعيين	0.669
3	القيادة الإدارية	0.877
4	البرامج التدريبية	0.828

0.482	الذكورة	5
0.469	التحفظ	6

من خلال النظر إلى كل من الصدق والثبات بالنسبة للعينة التجريبية الأولى فإن الباحثة اعتمدت على عدم استبعاد كل من: مقياس الذكاء الانفعالي- الممارسات الإدارية (الاختيار والتعيين- القيادة الإدارية- البرامج التدريبية)، لأنها صالحة للقياس في الاستبانة النهائية، وتم تحليل فقرات مقياس الأبعاد الثقافية (الذكورة- التحفظ) وإعادة توزيعها مع القيام ببعض التعديلات في التوزيع التجريبي الثاني وذلك كما يلي:

ثانياً: التوزيع التجريبي للمرة الثانية

نظراً لوجود دراسات سابقة تناولت قياس الذكاء الانفعالي، وقيام الباحثة بتبني نموذج جولمان للقياس، فإن النتائج الظاهرة عنه بينت بأن فقرات الاستبانة المتعلقة به صالحة للقياس، كذلك فإن وجود العديد من الأدبيات في علم الإدارة التي تناولت الممارسات الإدارية تحديداً (الاختيار والتعيين، القيادة الإدارية، البرامج التدريبية) وتصميم الباحثة لفقرات الاستبانة المتعلقة بها، بينت قابليتها للقياس في استمارة الاستبيان النهائية، أما ضعف الأدبيات المتعلقة بالأبعاد الثقافية (الذكورة والتحفظ) تطلب من الباحثة اللجوء إلى التصميم بدلاً من التبني وإعادة اختبارها بعد التوزيع التجريبي للمرة الأولى، لأنها أظهرت نتائج عدم صلاحيتها للقياس، وسيتم توضيح إعادة اختبار الأبعاد الثقافية في التوزيع التجريبي للمرة الثانية كما يأتي:

أ. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة

الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الذكورة كُبعد ثقافي في الجدول الآتي:-

جدول (14-4) ارتباط كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	أتنافس مع زملائي من أجل تولي مناصب قيادية.	0.682	**0.00
2	تراعى الفروق بين الذكور والإناث عند تقييم العمل.	0.551	**0.00
3	أستطيع أن أفصل بين علاقاتي مع زملائي وبين العمل.	0.359	**0.00
4	إنجاز العمل أهم بالنسبة لي من علاقاتي مع الآخرين.	0.257	**0.00
5	عادةً تكون الاجتماعات أفضل عندما تدار من الذكور.	0.614	**0.00
6	الحصول على وظيفة بالنسبة للذكر أهم من الأنثى.	0.762	**0.00
7	يستطيع الذكور حل المشاكل أكثر من الإناث.	0.779	**0.00
8	الذكور أكثر فاعلية وإقناع من الإناث في حل المشاكل.	0.658	**0.00
9	من الأفضل أن يتقلد الذكور الوظائف العليا بدلاً من الإناث.	0.641	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (14-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "الذكورة/ الأنوثة" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ، وأن الباحثة قامت باستبدال كل من الفقرة رقم (3-5) في الجدول رقم (4-11) في التوزيع التجريبي للمرة الأولى، بالفقرة رقم (4-7) في التوزيع التجريبي للمرة الثانية، لأنهما كانتا غير دالتان إحصائياً، مع إضافة واستبدال بعض الفقرات الأخرى لأنها كانت أوضح في الفهم والتعبير.

ب. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ"

والدرجة الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات التحفظ كُبعد ثقافي في الجدول الآتي:-

جدول (4-15) ارتباط كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال

القيمة الاحتمالية (Sig)	معامل الارتباط	الفقرة	
0.00	0.702	أنا أشعر بالسعادة في حياتي بشكل عام.	1
0.00	0.532	أشترى كل ما يعجبني دون تفكير.	2
0.446	0.156	أتصرف مع الآخرين بشكل عفوي وغير مخطط.	3
0.00	0.527	أفضل العمل دون ضوابط وتعقيدات.	4
0.117	0.315	أخذ قراراتي بنفسني دون تأثير الآخرين.	5
0.243	0.237	حياتي الشخصية أهم من الوظيفية.	6
0.00	0.659	أعمل مع الأشخاص الذين أرتاح معهم.	7
0.448	0.155	أسعى إلى الارتقاء بمستواي التعليمي.	8
0.424	0.164	أتذكر المواقف الإيجابية عندما أنزعج.	9
0.04	0.399	أهتم بتكوين صداقات مع الآخرين.	10
0.08	0.349	للعادات والتقاليد دور مهم في القرارات التي أتخذها.	11

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (4-15) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات "التساهل/ التحفظ" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن أغلب معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى $a=0.05$ ،، كان معامل الارتباط والقيمة الاحتمالية (sig) تشير إلى عدم الدلالة الإحصائية، وعند النظر إلى معامل ألفا كرونباخ بالنسبة للأبعاد الثقافية تبين ما يأتي:-

جدول (16-4) قيمة ثبات استبانة الأبعاد الثقافية باستخدام ألفا كرونباخ

م.	المجال	معامل Alpha Cronbach
1	الذكورة	0.734
2	التحفظ	0.483

من خلال النظر إلى كل من الصدق والثبات بالنسبة للعينة التجريبية الثانية فإن الباحثة اعتمدت على عدم استبعاد البعد الثقافي الأول المستخدم في البحث وهو (الذكورة/ الأنوثة) لأنه صالح للقياس في الاستبانة النهائية، وتحليل فقرات البعد الثقافي الثاني (التساهل/ التحفظ) وإعادة توزيعه على عينة أخرى مع القيام ببعض التعديلات في التوزيع التجريبي للمرة الثالثة وذلك كما يأتي:

ثالثاً: التوزيع التجريبي للمرة الثالثة

إنَّ لجوء الباحثة إلى استخدام البعد السادس لنموذج هوفستيد للأبعاد الثقافية (التحفظ) في البحث، أظهر نتائج متوقعة عند اختبار المؤشرات المخصصة للقياس، حيث أنه وبالرغم من إعادة اختباره لمرتين إلا أن النتائج لم تظهر صلاحية المقياس في القياس بعد، نظراً لحدثة البعد وعدم قياسه في البيئة الليبية على حد علم الباحثة، مما يتطلب الفهم العميق له ومحاولة تبسيط فهمه للممرضين دون التأثير على معناه، لذلك لجأت الباحثة إلى إعادة اختباره من خلال توزيع استمارة الاستبيان لفقرات المتعلقة ببعد التحفظ للمرة الثالثة. وذلك كما يأتي:

أ. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات " التساهل/ التحفظ"

والدرجة الكلية للمجال

تمَّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات التحفظ كُبعد ثقافي في الجدول الآتي:-

جدول (17-4) ارتباط كل فقرة من فقرات " التحفظ" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
1	الحصول على شهادة "شكر وتقدير" يحفزني للعمل.	0.682	**0.00
2	أتصرف مع الآخرين بما يتماشى مع العرف الاجتماعي.	0.551	**0.00
3	يعد الالتزام بالعرف الاجتماعي جزءاً أساسياً في حياتي.	0.638	**0.00
4	أتصرف مع الآخرين بشكل جدي ومقيد.	0.650	**0.00
5	أهتم بنتائج التصرفات التي أقوم بها مع الآخرين.	0.657	**0.00
6	أسعى إلى القبول الاجتماعي لكل التصرفات التي أقوم بها.	0.589	**0.00
7	أرى أن القرارات الشخصية يجب أن تتوافق مع العرف السائد	0.750	**0.00

*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $a=0.05$

يوضح جدول رقم (17-4) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات " التحفظ" والدرجة الكلية للمجال، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبنية دالة عند مستوى $a=0.05$ ، مما يعني أن فقرات قياس بُعد " التحفظ" وبعد اختبارها بتوزيعات تجريبية متتالية مع إجراء التعديلات اللازمة في كل مرة، أصبحت دالة إحصائياً وقابلة للقياس، ولعل حداثة البعد ونقص الأدبيات السابقة في قياسه هي التي تطلبت أن يُعطى له قدره وحجمه في التجريب والقياس وهذا ما أكدته نتيجة معامل ألفا كرونباخ للثبات والتي ظهرت بالشكل الآتي:

جدول (18-4) قيمة ثبات استبيان بُعد " التحفظ" باستخدام ألفا كرونباخ

م.	المجال	معامل Alpha Cronbach
1	التحفظ	0.733

رابعاً: صدق وثبات التوزيع النهائي للاستبانة

بعد القيام بإجراء التوزيعات التجريبية والتأكد من صدق وثبات المقياس الذي تمّ القياس به، قامت الباحثة بإجراء التوزيع النهائي للاستبانة على الحالة المعنية بالبحث وأظهرت النتائج النهائية معامل الارتباط كما موضح في الجدول الآتي:-

أ. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات " الذكاء الانفعالي " والدرجة الكلية

للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الذكاء الانفعالي في الجدول الآتي:-

جدول (4-19) ارتباط كل فقرة من فقرات "الذكاء الانفعالي" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	Sig
1	يمكنني توقع ردود أفعالي في المواقف المختلفة.	0.576	**0.00
2	أعترف بأخطائي بكل صراحة.	0.584	**0.00
3	عادةً ما أتخذ قرارات صحيحة في المواقف التي تواجهني.	0.633	**0.00
4	يمكنني التعامل مع المواقف الصعبة بثقة تامة.	0.562	**0.00
5	أنا واضح في مبادئ وأهدافي.	0.477	**0.00
6	أنا مخلص مع الآخرين.	0.510	**0.00
7	يمكنني تقدير نتائج تصرفاتي مع الغير.	0.36	**0.00
8	أتحكّم في أقوالي وتصرفاتي في المواقف الانفعالية.	0.42	**0.00
9	أستطيع التحكم بمشاعري وتصرفاتي السلبية.	0.43	**0.00
10	أبحث عن الإيجابيات في الظروف التي أتعامل معها.	0.48	**0.00
11	أعبر عن مشاعري بسهولة ووضوح.	0.57	**0.00
12	أشعر بارتياح اتجاه التغيير الذي قد يحدث في العمل.	0.36	**0.00
13	أتمتع بروح التفاؤل وتوقع الأشياء الجيدة.	0.45	**0.00

**0.00	0.55	أسعى إلى تطوير قراراتي في العمل.	14
**0.00	0.53	أتعاون مع الآخرين وأساعدهم في العمل.	15
**0.00	0.63	أبادر في العمل دون أن يُطلب مني ذلك.	16
**0.00	0.58	يمكنني تحمل ضغوط العمل حتى بدون مقابل مادي.	17
**0.00	0.43	أواجه الفشل في العمل بالتفاؤل نحو الأفضل.	18
**0.00	0.46	من السهل تحديد ما يحتاجه المرضى.	19
**0.00	0.63	أتقبل الفروق المهنية والعلمية مع الغير.	20
**0.00	0.63	أستجيب لمشاعر المرضى وأتعاطف مع أحزانهم.	21
**0.00	0.35	أتعامل مع الآخرين بشكل متسامح وغير عدواني.	22
**0.00	0.39	يمكنني فهم الآخرين عن طريق تعبيرات الوجه.	23
**0.00	0.65	أقوم بحل النزاعات التي تحدث بين زملائي والمرضى.	24
**0.00	0.54	أستطيع أن أقيم علاقات جيدة مع الآخرين.	25
**0.00	0.46	أستطيع إقناع المرضى والتأثير عليهم.	26
**0.00	0.58	أفضل العمل بشكل جماعي.	27
**0.00	0.28	أتفاعل مع المرضى بشكل عاطفي وحساس.	28

ب. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات " الممارسات الإدارية" والدرجة الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الممارسات الإدارية في الجدول الآتي:-

جدول (4-20) ارتباط كل فقرة من فقرات " الممارسات الإدارية" والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	Sig
1	تدخل خبرات الممرضين في تعاملهم مع الغير كمتعار عند الاختيار والتعيين.	0.67	**0.00
2	تهتم إدارة المستشفى بتصرفات وسلوكيات الممرضين.	0.60	**0.00

**0.00	0.45	تفضل الإدارة الممرضين الذين يتعاملون بشكل لائق ولبق مع الآخرين.	3
**0.00	0.53	يتميز الممرضون ذوي التصرفات الحسنة عن غيرهم في العمل.	4
**0.00	0.72	يؤثر الرؤساء إيجابياً على الآخرين.	5
**0.00	0.67	يتفهم الرؤساء مشاعر الممرضين داخل المستشفى.	6
**0.00	0.73	توجد علاقات وثيقة بين الرؤساء والممرضين.	7
**0.00	0.47	يسعى الرؤساء إلى خلق جو إيجابي محفز للعمل.	8
**0.00	0.64	يؤثر الرؤساء على التصرفات السلبية للممرضين.	9
**0.00	0.71	تتوفر للممرضين دورات تدريبية تتناسب مع مهامهم.	10
**0.00	0.71	توجد برامج تدريبية حول تعلم السيطرة على الانفعالات.	11
**0.00	0.36	يدعم الرؤساء برامج التدريب المتعلقة بتحسين التصرفات.	12

د. قياس صدق الاتساق بين كل فقرة من فقرات " الأبعاد الثقافية " والدرجة

الكلية للمجال

تمّ توضيح الاتساق الداخلي لفقرات الأبعاد الثقافية في الجدول الآتي:-

جدول (4-21) ارتباط كل فقرة من فقرات " الأبعاد الثقافية " والدرجة الكلية للمجال

م.	الفقرة	معامل الارتباط	Sig
1	أتنافس مع زملائي من أجل تولي مناصب قيادية.	0.33	**0.00
2	تراعى الفروق بين الذكور والإناث عند تقييم العمل.	0.42	**0.00
3	أستطيع أن أفصل بين علاقاتي مع زملائي وبين العمل.	0.28	**0.00
4	إنجاز العمل أهم بالنسبة لي من علاقاتي مع الآخرين.	0.32	**0.00
5	عادةً تكون الاجتماعات أفضل عندما تدار من الذكور.	0.53	**0.00
6	الحصول على وظيفة بالنسبة للذكر أهم من الأنثى.	0.54	**0.00
7	يستطيع الذكور حل المشاكل أكثر من الإناث.	0.60	**0.00

8	الذكور أكثر فاعلية وإقناع من الإناث في حل المشاكل.	0.53	**0.00
9	من الأفضل أن يتقلد الذكور الوظائف العليا بدلاً من الإناث.	0.51	**0.00
10	الحصول على شهادة "شكر وتقدير" يحفزني للعمل.	0.47	**0.00
11	اتصرف مع الآخرين بما يتماشى مع العرف الاجتماعي.	0.50	**0.00
12	يعد الالتزام بالعرف الاجتماعي جزءاً أساسياً في حياتي.	0.40	**0.00
13	أصرف مع الآخرين بشكل جدي ومقيد.	0.44	**0.00
14	أهتم بنتائج التصرفات التي أقوم بها مع الآخرين.	0.49	**0.00
15	أسعى إلى القبول الاجتماعي لكل التصرفات التي أقوم بها.	0.43	**0.00
16	أرى أن القرارات الشخصية يجب أن تتوافق مع العرف السائد.	0.29	**0.00

يوضح جدول رقم (4-19، 4-20، 4-21) معامل الارتباط بين كل مجال من مجالات البحث والدرجة الكلية له، والذي يبين أن جميع معاملات الارتباط المبينة في التوزيع النهائي على الحالة المعنية دالة عند مستوى $\alpha=0.05$ ، وبالتالي لم يتم استبعاد أي منها في الاستبانة النهائية.

تُعلّل الباحثة اختلاف قوة الارتباطات بالنسبة للتوزيعات التجريبية في الجداول (من 3-4 إلى غاية 4-12، و كل من 4-14، 4-15، 4-17) عن التوزيعات النهائية في الجداول (4-4، 4-19، 4-20، 4-21) بالرغم من تقارب الثبات، بسبب وجود العديد من الأسباب المتعلقة بالحالة المعنية بالدراسة، والتي مثلت عينة البحث (الممرضين) أهمها: انخفاض المستوى التعليمي للعينة التي تم توزيع استمارة الاستبيان النهائية عليهم، وهذا ما أكده الجدول رقم (27) في أن ما نسبته (47.5%) هم حملة دبلوم متوسط، بالإضافة إلى صعوبة الاتصال مع الممرضين نظراً لنوعية العمل الذي يشغلونه فهم يمارسون مهنة بعيدة عن العمل الإداري مما يدل على كثرة انشغالهم، وعدم إمكانية تقدير أوقات فراغهم لتعبئة الاستبيان، وبالتالي قد تظهر نتائج غير فعلية إلى الحد

الكبير، ويتفق ذلك مع ما وضحه (عليان وغنيم، 2013) و (باشيوة والبرواري، 2010) عن عيوب الاستبانة من ناحية قلة طرق الكشف عن صدقها وثباتها وانخفاض مستوى تقبل المبحوثين واضطرارهم للإجابة عنها وقت الراحة أو تحت الضغط ، بالإضافة إلى اختلاف مستوى جدية من حيث احتمالية ابدائهم لبيانات غير دقيقة.

ويوضح الجدول الآتي درجة معامل الثبات النهائية:-

جدول (4-22) قيمة ثبات مجالات الاستبانة باستخدام ألفا كرونباخ

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

من خلال الجدول رقم (4-22) يتبين بأن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لمجالات البحث، وكذلك للاستبانة ككل التي ظهرت بنسبة (0.893) وهي تمثل قيمة عالية من الناحية الإحصائية.

3.4 تحليل ومناقشة البيانات الكمية (الواردة بالاستبانة)

يتناول هذا الجزء توضيح تفصيلي عن تحليل البيانات وعرض النتائج من خلال التحليلات الإحصائية التي تم اجراؤها على إجابات المبحوثين، وذلك للوصول إلى نتائج تقدم إجابات لتساؤلات البحث وتحقق أهدافه. حيث تم توزيع الاستبانة النهائية 2018/1/28م إلى غاية 2018/2/4م، وكانت نسبة الاستثمارات الصالحة 80% من اجمالي عدد الاستثمارات الموزعة، أما المفقودة والغير صالحة فقد بلغت 20% كما يبينها الجدول الآتي:

جدول (4-23) أعداد الاستبانات الموزعة والصالحة على أفراد العينة

عينه البحث	الموزعه	الصالحه	الغير صالحه
مستشفى الطوارئ	107	79	28
الشفاء	46	40	6
رأس الطوبه	22	22	-
الإجمالي	175	141	34
النسبه	%100	%80.5	%19.5

1.3.4 تحليل خصائص أفراد العينة

إن الوصف الإحصائي لعينه البحث يقوم وفق الخصائص والسمات الشخصية للمبحوثين، ففي ظل قياس الذكاء الانفعالي رأته الباحثة أنه يجب القيام بتحليل المتغيرات الشخصية للمبحوثين، لغرض الاستفادة منها عند تحليل نتيجة قياس مستوى الذكاء الانفعالي، وقد تم توضيح نتائجها أولاً بناءً على تسلسل الاستبانة، وفقاً للآتي:

1.1.3.4 توزيع أفراد العينة حسب النوع

تمّ توضيح توزيع أفراد العينة بالنسبة لمتغير النوع حسب الجدول الآتي:-

جدول (4-24) خصائص أفراد العينة من حيث النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	44	31.2
أنثى	97	68.8
المجموع	141	100

يوضح الجدول رقم (4-24) خصائص العينة من حيث النوع، حيث بلغ عدد العينة من الذكور 44 مفردة أي ما نسبته 31.2%، وبلغ عدد الإناث 97 مفردة أي ما نسبته 68.8%، مما يعني أن عدد الإناث يمثل ضعف عدد الذكور وأكثر، وقد يعود السبب في ذلك إلى نوع الوظيفة (التمريض) وأنها تتناسب مع طبيعة المرأة، ويتفق ذلك مع ما

وضحه عقل (2014) في أن مهنة التمريض تمتاز بأثويتها، وأن مشاركة المرأة في هذه المهنة تفوق مشاركة الرجل، بالإضافة إلى ما وضحه لطفي (2015) في أن مهنة التمريض تتناسب مع المرأة كونها تتماشى مع العادات والتقاليد، أي أنه من الطبيعي أن تخضع لهيمنة الإناث أكثر من الذكور، لذلك فإن إقبال الإناث على ممارستها يزداد بشكل مستمر.

2.1.3.4 توزيع أفراد العينة حسب السن

تمّ توضيح توزيع أفراد العينة بالنسبة للعمر حسب الجدول الآتي:-

جدول (4-25) خصائص أفراد العينة من حيث السن

النسبة المئوية %	العدد	النوع
19.9	28	أقل من 25
42.6	60	من 25 إلى أقل من 35 سنة
31.2	44	من 35 إلى أقل من 45 سنة
6.4	9	من 45 إلى أقل من 55 سنة
100	141	المجموع

يوضح الجدول رقم (4-25) خصائص العينة من حيث السن، حيث بلغ عدد العينة من الذين أعمارهم (بين 25 وحتى 34 سنة) 60 مفردة أي ما نسبته 42.6%. وهم الأعلى نسبة وبلغ عدد الذين أعمارهم (بين 45 وحتى 54 سنة) 9 مفردات أي ما نسبته 6.4%. وهم الأقل نسبة من أعمار أفراد العينة، وقد يعود السبب في ذلك إلى عزوف الأكبر سناً عن نشاط مهنة التمريض ولجوء من هم في مقتبل العمر إليها نظراً لصعوبتها، فقد وضحت دراسة العاتي (2017) أن الممرض كلما كبر سنه تصبح لديه قابلية أقل للعمل ويزداد لديه مستوى الضغط المهني، وأن وظيفته تحتاج إلى بذل جهد كبير في التعامل مع المرضى، بالإضافة إلى ذلك فإن المستشفى عانى من زيادة الطلب وإقبال الممرضين

من فئة الشباب للعمل به خلال تلك الفترة وقد يبرر ذلك أن الشباب هم الفئة الأكثر من الممرضين.

3.1.3.4 توزيع أفراد العينة حسب نوع الوظيفة

تمّ توضيح توزيع أفراد العينة بالنسبة لنوع الوظيفة حسب الجدول الآتي:-

جدول (4-26) خصائص أفراد العينة من حيث نوع الوظيفة

النسبة المئوية %	العدد	النوع
44.7	63	ممرض
5.7	8	ممرض إداري
35.5	50	معاون صحي
14.2	20	أخرى
100	141	المجموع

يوضح الجدول رقم (4-26) خصائص العينة من حيث نوع الوظيفة، حيث بلغ عدد العينة من الممرضين 63 مفردة أي ما نسبته 44.7% وهم الأعلى نسبة، وبلغ عدد الممرضين الإداريين 8 مفردات أي ما نسبته 5.7% وهو الأقل نسبة، وذلك يدل على أن مستشفى مصراتة المركزي يعتمد فعلاً على اختيار من يتمتعون بمؤهلات المهنة للعمل، ويلجأ إلى معاونين الصحيين لتغطية العجز الذي قد يحدث في الممرضين، وغيرهم (أخرى) قد يمثلون المسعفين أو الفنيين.

وقد تبين عند إجراء المقابلات في أن إدارة المستشفى وبسبب ضغوط العمل تضطر إلى عمل عقود يومية مؤقتة مع ممرضين ومعاونين صحيين من خارج المستشفى، لغرض التعاون معهم أثناء ازدياد فترة الضغوطات، يؤكد ذلك ما جاءت به مجلة نبض

(2018م) في أن أهم إنجازات مستشفى مصراتة المركزي تمثلت في اتخاذ الإجراءات والترتيبات اللازمة من أجل توفير عناصر تمريض جديدة عن طريق التعاقد.

4.1.3.4 توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

تمّ توضيح توزيع أفراد العينة بالنسبة للمؤهل العلمي حسب الجدول الآتي:-

جدول (27-4) خصائص أفراد العينة من حيث المؤهل العلمي

النوع	العدد	النسبة المئوية %
دبلوم متوسط	67	47.5
دبلوم عالي	19	13.5
بكالوريوس	22	15.6
أخرى	33	23.4
المجموع	141	100

يوضح جدول رقم (27-4) خصائص العينة من حيث المؤهل العلمي، حيث بلغ عدد العينة من خريجي دبلوم متوسط 67 مفردة أي ما نسبته 47.5% وهم الأعلى نسبة، وبلغ عدد خريجي دبلوم عالي 19 مفردة وهم الأقل نسبة، ويدل ذلك على وجود فروق في المؤهلات العلمية للممرضين بمستشفى مصراتة المركزي، وقد يرجع السبب في انخفاض عدد حملة المؤهلات المرتفعة (بكالوريوس، دبلوم عالي) عن المؤهلات الأقل (دبلوم متوسط، أخرى) هو حداثة كلية التمريض بمدينة مصراتة، وكذلك توفير فرصة الحصول على شهادة التمريض من خلال الالتحاق بالدورات التدريبية لبضعة أشهر لمن يتمتعون بمؤهل دبلوم متوسط، وإتاحة الفرصة لمن هم أقل من الدبلوم المتوسط والذي قد يأتي بعضهم في (أخرى) من خلال تسهيل التحاقهم بدورات التمريض وحصولهم على درجة المُسعف الصحي، من جانب آخر قد يكون بعضهم من حملة شهادات الماجستير.

5.1.3.4 توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخدمة

تمّ توضيح توزيع أفراد العينة بالنسبة لسنوات الخدمة حسب الجدول الآتي:-

جدول (4-28) خصائص أفراد العينة من حيث سنوات الخدمة

النوع	العدد	النسبة المئوية %
أقل من 5 سنوات	54	38.3
من 5 إلى أقل من 10 سنوات	38	27
من 10 إلى أقل من 15 سنة	20	14.2
من 15 سنة فأكثر	29	20.5
المجموع	141	100

يوضح جدول رقم (4-28) خصائص العينة من حيث سنوات الخدمة، حيث بلغ عدد العينة من الذين مارسوا مهنة التمريض أقل من 5 سنوات 54 مفردة أي ما نسبته 38.3% وهم الأكثر عدد وبلغ عدد الذين يتمتعون بخبرة من 10 إلى 14 سنة 14.2% وهم يمثلون الأقل عدد، ويتفق ذلك مع النتيجة السابقة لخصائص العينة بالنسبة لمتغير السن (انظر جدول رقم 29) في أن أغلب المرضى بمستشفى مصراتة المركزي أعمارهم (بين 25 وحتى 34) وأن الخبرة المكتسبة مرتفعة جاءت من واقع ضغوط العمل وازدياد حجم الطلب خلال الأونة الأخيرة.

2.3.4 تحليل إجابات أفراد العينة حول المحاور الرئيسية للبحث

لقد تم استخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية، لتحليل استجابات الباحثين في كل من مجالات الاستبانة الثلاثة (الذكاء الانفعالي، الممارسات الإدارية، الأبعاد الثقافية)، كقياس ولكوسكن الذي يُعد احد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية المستخدمة عندما تكون البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، أو أن مقياس البيانات هو ترتيبى ومتماثل، وهو اختبار مقابل لاختبار t الأحادي (t sample 1) يجرى عندما تتبع البيانات التوزيع الطبيعي. وقد تم الاعتماد على اختبار ولكوكسن؛ لأنّ البيانات في

البداية ترتيبية، وتتبع التوزيع الغير طبيعي، ومن ثم اختبار ما إذا كان وسيط درجة الموافقة على الإجابات يساوي قيمة 3 أو أصغر، أم أنه أعلى من قيمة 3. (بناءً على مقياس ليكرت الخماسي من حيث القبول أو الرفض).

بمعنى آخر أنه إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أكبر من 0.05 فهذا يدل على عدم الموافقة على هذه العبارة، وبذلك يكون الاتجاه العام حول هذه العبارة هو عدم الموافقة، أما إذا كانت قيمة مستوى المعنوية المشاهد {P-value} أصغر من أو تساوي 0.05 فهذا يدل على أنه توجد موافقة حول هذه العبارة، وبذلك يكون الاتجاه العام حول هذه العبارة بالموافقة.

1.2.3.4 تحليل بيانات قياس الذكاء الانفعالي

يتكون الذكاء الانفعالي من مجموعة من الأبعاد التي تسهل عملية القياس، وتختلف هذه الأبعاد باختلاف المقياس المستخدم في البحث، وقد اعتمدت الباحثة على مقياس جولمان المكون من 5 أبعاد رئيسية وتحليل استجابات العينة وفقاً لهذه الأبعاد، حيث يوفر قياس تلك الأبعاد وتحديد مستواها اجابة على التساؤل البحثي الأول الذي يدور حول تحديد مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بالمستشفى قيد الدراسة، وتمّ توضيحها بالنسبة للأبعاد كالاتي:-

أولاً: الوعي الذاتي

لقد تم تحليل استجابات أفراد العينة بالنسبة للوعي الذاتي وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (29-4) الأسئلة المتعلقة ببعء الوعي الذاتي على مقياس الذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	4	6	33	60	38	3.87	0.96	0.000
	2.8%	4.3%	23.4%	42.6%	27.0%			
السؤال 2	0	5	24	38	74	4.28	0.87	0.000
	0.0%	3.5%	17.0%	27.0%	52.5%			
السؤال 3	2	5	34	56	44	3.96	0.91	0.000
	1.4%	3.5%	24.1%	39.7%	31.2%			
السؤال 4	2	5	21	57	56	4.13	0.90	0.000
	1.4%	3.5%	14.9%	40.4%	39.7%			
السؤال 5	1	3	11	52	74	4.38	0.78	0.000
	0.7%	2.1%	7.8%	36.9%	52.5%			
السؤال 6	2	5	15	41	78	4.33	0.91	0.000
	1.4%	3.5%	10.6%	29.1%	55.3%			
						4.159	0.519	

يتضح من الجدول رقم (29-4) أن جميع العبارات المتعلقة ببعء "الوعي الذاتي" بالنسبة لأفراد العينة تتجه أعلاها بين الموافقين والموافقين بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.87 و 4.38) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (4.159)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن المرضى بمستشفى مصراتة المركزي يرون أنهم يتمتعون بالقدرة على إدراك ذواتهم وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم بشكل جيد، إضافة إلى ذلك فهم يرون ان المرضى بالمستشفى يتمتعون بنظرة إيجابية هادفة ومزاج يميل إلى الابتعاد عن الانفعالات السلبية.

ثانياً: تنظيم الذات

يبين تحليل استجابات أفراد العينة بالنسبة لتنظيم الذات البيانات الآتية:-

جدول (30-4) الأسئلة المتعلقة ببعء تنظيم الذات على مقياس الذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	0	5	33	59	44	4.01	0.83	0.000
	0.0%	3.5%	23.4%	41.8%	31.2%			
السؤال 2	5	11	42	55	28	3.64	1.00	0.000
	3.5%	7.8%	29.8%	39.0%	19.9%			
السؤال 3	2	11	40	52	36	3.77	0.97	0.000
	1.4%	7.8%	28.4%	36.9%	25.5%			
السؤال 4	1	4	23	68	45	4.08	0.81	0.000
	0.7%	2.8%	16.3%	48.2%	31.9%			
السؤال 5	2	6	29	50	54	4.05	0.94	0.000
	1.4%	4.3%	20.6%	35.5%	38.3%			
السؤال 6	5	7	33	45	51	3.92	1.06	0.000
	3.5%	5.0%	23.4%	31.9%	36.2%			
						3.911	0.538	

يتضح من الجدول رقم (30-4) أن جميع العبارات المتعلقة ببعء "تنظيم الذات" بالنسبة لأفراد العينة تتجه أعلاها بين الموافقين والموافقين بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.64 و4.08) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (3.911)، مما يشير إلى أن الممرضين بمستشفى مصرارة المركزي يرون أن لديهم قدرة مرتفعة في التحكم على عواطفهم السلبية ومعالجتها من خلال التفكير بها قبل إظهارها، كما يرون أنهم يتمتعون بالمرونة في التعامل مع الظروف المحيطة بهم.

ثالثاً: الدافعية

تم تحليل استجابات أفراد العينة بالنسبة للدافعية وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (31-4) الأسئلة المتعلقة ببُعد الدافعية على مقياس الذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	0	6	26	48	61	4.16	0.88	0.000
	0.0%	4.3%	18.4%	34.0%	43.3%			
السؤال 2	1	3	18	52	67	4.28	0.82	0.000
	0.7%	2.1%	12.8%	36.9%	47.5%			
السؤال 3	0	4	25	47	65	4.23	0.84	0.000
	0.0%	2.8%	17.7%	33.3%	46.1%			
السؤال 4	1	7	18	44	71	4.26	0.91	0.000
	0.7%	5.0%	12.8%	31.2%	50.4%			
السؤال 5	9	15	23	29	65	3.89	1.27	0.000
	6.4%	10.6%	16.3%	20.6%	46.1%			
						4.164	0.645	

يتضح من الجدول رقم (31-4) أن جميع العبارات المتعلقة ببُعد "الدافعية" بالنسبة لأفراد العينة تقع بين الموافقين والموافقين بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.89 و4.28) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (4.164)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بمزاج إيجابي في العمل، ويتقصدون عدم إظهار سلبيات العمل أمام المرضى والآخرين، خاصة وأن نتائج المقابلات مع الممرضين

أوضحت بأن بيئة العمل الخاصة بهم محببة وغير مشجعة خاصةً في ظل الظروف الراهنة التي تشير إلى عدم الاستقرار، إلا أنهم يسعون إلى التطوير والإنجاز في العمل.

رابعاً: التعاطف

تمّ تحليل استجابات أفراد العينة بالنسبة للتعاطف وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (32-4) الأسئلة المتعلقة ببُعد التعاطف على مقياس الذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	4	14	35	52	36	3.72	1.04	0.000
	2.8%	9.9%	24.8%	36.9%	25.5%			
السؤال 2	2	13	29	60	37	3.83	0.97	0.000
	1.4%	9.2%	20.6%	42.6%	26.2%			
السؤال 3	1	5	18	48	69	4.27	0.87	0.000
	0.7%	3.5%	12.8%	34.0%	48.9%			
السؤال 4	1	3	24	54	59	4.18	0.84	0.000
	0.7%	2.1%	17.0%	38.3%	41.8%			
السؤال 5	2	3	24	49	63	4.19	0.89	0.000
	1.4%	2.1%	17.0%	34.8%	44.7%			
						4.039	0.570	

يتضح من الجدول رقم (32-4) أن جميع العبارات المتعلقة ببُعد "التعاطف" بالنسبة لأفراد العينة تتجه بين الموافقين والموافقين بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.72 و 4.27) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (4.039)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي يتعاطفون مع مرضاهم ويفهمون مشاعرهم ويتعرفون على

احتياجاتهم، كما أنهم يشاركونهم أحزانهم ويستطيعون فهمهم عن طريق التلميحات، وقد يأتي ذلك بسبب الخبرة في العمل وكثرة التعامل مع المرضى بحالاتهم وظروفهم المختلفة.

خامساً: المهارة الاجتماعية

تمّ تحليل استجابات أفراد العينة بالنسبة للمهارة الاجتماعية وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (33-4) الأسئلة المتعلقة بـبعد المهارة الاجتماعية على مقياس الذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	6	7	38	43	47	3.84	1.08	0.000
	4.3%	5.0%	27.0%	30.5%	33.3%			
السؤال 2	1	6	26	49	59	4.13	0.91	0.000
	0.7%	4.3%	18.4%	34.8%	41.8%			
السؤال 3	2	5	36	56	42	3.93	0.91	0.000
	1.4%	3.5%	25.5%	39.7%	29.8%			
السؤال 4	3	7	22	48	61	4.11	0.99	0.000
	2.1%	5.0%	15.6%	34.0%	43.3%			
السؤال 5	2	5	25	44	65	4.17	0.94	0.000
	1.4%	3.5%	17.7%	31.2%	46.1%			
						4.035	0.621	

يتضح من الجدول رقم (33-4) أن جميع العبارات المتعلقة بـبعد " المهارة الاجتماعية" بالنسبة لأفراد العينة تتجه بين الموافقين والموافقين بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجاباتهم بين (3.84 و 4.17) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي

أقل من (0.05)، والمتوسط العام (4.035)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن المرضى بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بمهارة التأثير على الآخرين، وتكوين علاقات جيدة مع زملائهم، والسعي إلى حل النزاعات التي قد تحدث مع المرضى، وبذلك يستطيعون تشكيل فريق عمل فعال يمكنهم من إنجاز مهامهم على أفضل وجه، خاصة وأن مهنة التمريض تعتمد على العمل الجماعي وليس الفردي.

بعد أن تم قياس متوسطات المجالات ككل تبين أن البيانات تتبع الغير طبيعي، لذلك تم الاعتماد على اختبار T-Test لقياس دلالة فروق المتوسطات بالنسبة للمجالات المتعلقة بكل من الذكاء الانفعالي ككل، وللممارسات الإدارية.

جدول (34-4) مقياس الذكاء الانفعالي ككل

القرار	مستوى المعنوية	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط	المتغير
مرتفع	0.000	27.85	0.45	4.06	الذكاء الانفعالي

يبين الجدول رقم (34-4) 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 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، وتهمهم مصلحة المريض بالدرجة الأولى فهم يتفاعلون مع مرضاهم بالشكل الذي يشعرونهم بالرضا عن أنفسهم في العمل. حتى وإن كان تمتعهم بالمرونة في المواقف الصعبة أقل ارتفاعاً من باقي المجالات، وتعلل الباحثة 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 أنفسهم من أجل مصلحة العمل فقط، وإذا ما تمّ قياس الأهمية النسبية¹ 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 الممرض 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 غريال (2015)، كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج أداة الدراسة الأولية (المقابلات) والتي تبين فيها وجود مستوى ووعي مرتفع لخاصية السيطرة على الانفعالات لدى الممرضين، خاصةً وأن الباحثة عايشت ظروف الممرضين في المستشفى طوال فترة الدراسة الاستطلاعية والتوزيع النهائي للاستبانة.

2.2.3.4 تحليل بيانات الاستبانة بالنسبة للبيانات الشخصية

قامت الباحثة بتحليل أثر خصائص أفراد العينة على إجاباتهم بخصوص الذكاء الانفعالي سعياً إلى معرفة مدى وجود فروقات في الإجابات قد تعود إلى خصائصهم الشخصية وفقاً للآتي:

¹ الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فترات ليكرت × 100

أولاً: فروقات إجابات أفراد العينة على الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير النوع

تمّ تحليل فروقات أفراد العينة بالنسبة لمتغير النوع وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (4-35) فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير النوع باستخدام التباين الأحادي

النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار T	مستوى المعنوية
ذكر	44	4.0993	0.42842	0.698	0.486
أنثى	97	4.0424	0.45734		

يتبين من الجدول السابق أن مستوى المعنوية يساوي (0.486) وهو أكبر من (0.05)، مما يعني أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين على الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير النوع، ولعل السبب في ذلك 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 والنواحيّة (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)، خلف الله (2016)، المصدر (2007) وبين عمور وبين طاهر (2015). والبعض الآخر توصل إلى أن الإناث أعلى ذكاء انفعالي من الذكور كدراسة العلوان (2011) ودراسة بلال (2014).

ثانياً: فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير السن

تم تحليل فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير السن وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (36-4) فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لمتغير السن باستخدام التباين الأحادي

مستوى المعنوية	اختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	السن
0.012	3.768	0.32851	3.9934	28	أقل من 25
		0.53039	3.9704	60	من 25 إلى أقل من 35 سنة
		0.36906	4.1515	44	من 35 إلى أقل من 45 سنة
		0.26514	4.4198	9	من 45 إلى أقل من 55 سنة

يتبين من الجدول رقم (36-4) أن مستوى المعنوية يساوي (0.012) وهو 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 (4-37) دلالة الفروق بين متوسطات الفئات العمرية 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 $\alpha=0.05$

يتبين من الجدول رقم (4-37) 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 ($p\text{-value}=0.043$) 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.

ثالثاً: فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لسنوات الخدمة

تم تحليل فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لسنوات الخدمة وفقاً للجدول الآتي:

جدول (38-4) فروقات أفراد العينة في الذكاء الانفعالي بالنسبة لسنوات الخدمة باستخدام التباين الأحادي

مستوى المعنوية	اختبار F	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	سنوات الخدمة
0.287	1.271	0.4878	4.0562	54	أقل من 5 سنوات
		0.46343	4.0234	38	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
		0.38035	3.9537	20	من 10 إلى أقل من 15 سنة
		0.37814	4.189	29	من 15 سنة فأكثر

يتبين من الجدول رقم (38-4) أن مستوى المعنوية يساوي (0.287) وهو أكبر من (0.05)، مما يعني عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي تعزى لمتغير سنوات الخدمة، وتبين هذه النتيجة طول فترة سنوات الخدمة واكتساب الخبرة يعد غير مؤثر على اختلاف الذكاء الانفعالي، وقد تتفق هذه النتيجة مع دراسة (خلف الله، 2015) لكنها تختلف مع دراسة كل من (العمرات، 2014)، (الفيلكاوي، 2015)، (سعادة، 2012) الذين ظهروا بنتائج وضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي تعزى لسنوات الخدمة، ولعل السبب في ذلك يمثل أن أغلب الممرضين بالمستشفى كانت خبرتهم أقل من 5 سنوات رغم أن ذكائهم الانفعالي كان مرتفع بالنسبة لما وضحه جدول رقم (34-4)، بالإضافة إلى أن كثرة التعاملات مع المرضى في ظل كبر حجم العمل في المستشفى هي التي ساعدت على اكتساب الممرضين الذكاء الانفعالي (انطلاقاً من كونه مكتسب أكثر من كونه قدرة عقلية) لذلك قد تكون سنوات الخدمة في العمل غير مؤثرة على ارتفاع أو انخفاض الذكاء الانفعالي لدى الممرضين، لكن سنوات الخدمة في الحياة المتمثلة في العمر مؤثرة على ارتفاعه وانخفاضه، وذلك كما وضحته نتيجة الجدول السابق رقم (36-4) بالنسبة للفروقات لمتغير السن.

3.2.3.4 تحليل بيانات الاستبانة بالنسبة للممارسات الإدارية

اعتمدت الباحثة على اختيار مجموعة من الممارسات الإدارية لمعرفة ما إذا كان الذكاء الانفعالي يمارس فيها من قبل الإدارات بمستشفى مصراتة المركزي أم لا. وتمّ توضيح ذلك من خلال تفسير استجابات المبحوثين كآتي:

أولاً: الاختيار والتعيين

لقد تم تحليل بيانات الاستبانة للاختيار والتعيين كممارسة إدارية وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (39-4) الأسئلة المتعلقة بوظيفة الاختيار والتعيين كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	5	11	32	58	35	3.76	1.03	0.000
	3.5%	7.8%	22.7%	41.1%	24.8%			
السؤال 2	13	22	43	36	27	3.30	1.21	0.004
	9.2%	15.6%	30.5%	25.5%	19.1%			
السؤال 3	7	7	33	48	46	3.84	1.09	0.000
	5.0%	5.0%	23.4%	34.0%	32.6%			
السؤال 4	3	10	29	36	63	4.04	1.07	0.000
	2.1%	7.1%	20.6%	25.5%	44.7%			
						3.734	0.721	

يتضح من الجدول رقم (39-4) أن أغلب العبارات المتعلقة بوظيفة "الاختيار والتعيين" بالنسبة لأفراد العينة تتجه نحو الموافقة وواحدة من هذه العبارات تتجه نحو الموافقة بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجابات العبارات 1، 2، 3، بين (3.30 و3.84)، ومتوسطات اجابة العبارة 4 كانت بمقدار (4.04)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (3.734)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام

يدل على الموافقة في أن الذكاء الانفعالي يدخل ضمن ممارسة وظيفة اختيار وتعيين المرضى بمستشفى مصراتة المركزي، بمعنى أن سلوكيات وتصرفات الممرضين في تعاملاتهم مع الغير تحظى باهتمام واضح من قبل الإدارات عند الاختيار والتعيين، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (2011) O'Boyle et al., بظاظو (2011)، ماضي (2014)، من حيث الاهتمام بممارسة الذكاء الانفعالي عند الاختيار والتعيين، وعلى حد علم الباحثة فإنه لا توجد دراسات سابقة تناولت مدى أخذ الذكاء الانفعالي في الاختيار والتعيين من عدمه. إلا أنها قد تختلف مع نتائج المقابلات التي بينت تلاشي وانخفاض معايير الاختيار والتعيين بالنسبة للممرضين في الأونة الاخيرة، بسبب ازدياد حجم ضغوط العمل، مما يضطر الإدارات إلى اختيار كل من هم يمارسون مهنة التمريض دون التمييز بينهم من حيث خبراتهم في العمل ومهاراتهم في التعامل.

ثانياً: القيادة الإدارية

تم تحليل بيانات الاستبانة للقيادة الإدارية كممارسة إدارية وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (4-4) الأسئلة المتعلقة بالقيادة الإدارية كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	10	13	35	45	38	3.62	1.18	0.000
	7.1%	9.2%	24.8%	31.9%	27.0%			
السؤال 2	13	11	46	42	29	3.45	1.17	0.000
	9.2%	7.8%	32.6%	29.8%	20.6%			
السؤال 3	6	16	41	46	32	3.58	1.09	0.000
	4.3%	11.3%	29.1%	32.6%	22.7%			

0.000	1.16	3.55	32	49	33	18	9	السؤال 4
			22.7%	34.8%	23.4%	12.8%	6.4%	
0.000	1.18	3.62	40	39	39	14	9	السؤال 5
			28.4%	27.7%	27.7%	9.9%	6.4%	
	0.838	3.563						

يتضح من الجدول رقم (4-40) أن جميع العبارات المتعلقة "بالقيادة الإدارية" بالنسبة لأفراد العينة تتجه نحو الموافقة، حيث تراوحت متوسطات إجابات العبارات بين (3.45 و3.62)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، والمتوسط العام (3.563)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على الموافقة على أن القادة الإداريين بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بمستوى جيد من الذكاء الانفعالي من وجهة نظر المرضين، ويمكن ذلك في قدرتهم على التصرف بشكل إيجابي وإظهار عواطف تمكنهم من التأثير على المرضين وتوجيه انفعالاتهم من أجل مصلحة المرضى، والدليل على ذلك ما ظهرت به نتيجة جدول رقم (4-34-صفحة 116) المتعلقة بقياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضين التي تدل على ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي للمرضين بالمستشفى، بمعنى أن القادة الإداريين بالمستشفى يتمتعون بذكاء انفعالي مرتفع ساعدهم في التأثير على المرضين من خلال إظهارهم مشاعر وعواطف بما تطلبه الوظيفة وليس بما يشعرون به فعلاً، ويتفق مع ذلك نتيجة دراسة حامد وحسون (2010)، وتختلف هذه النتيجة مع نتائج أداة الدراسة الأولية (المقابلات) التي بين فيها المشاركون أن بعض القادة الإداريين بمستشفى مصراتة المركزي لا يتمتعون بمستوى جيد من الذكاء الانفعالي، رغم أنهم يطالبون المرضين أن يسيطروا على انفعالاتهم في تعاملاتهم مع الآخرين، وقد يكون تفسير ذلك بأنهم يرون أن المرضين هم

من يتعاملون بشكل مباشر ويومي مع المرضى على عكس المديرين، رغم أن جميع الدراسات السابقة أكدت على أن الذكاء الانفعالي يخص جميع التعاملات التي تهم مصلحة العمل سواء بين أفراد المنظمة أنفسهم (زملاء ورؤساء) أو بينهم وبين المرضى.

ثالثاً: البرامج التدريبية

تمّ تحليل بيانات الاستبانة للبرامج التدريبية كممارسة إدارية وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (41-4) الأسئلة المتعلقة بالبرامج التدريبية كممارسة إدارية للذكاء الانفعالي

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	29	19	28	37	28	3.11	1.42	0.270
	20.6%	13.5%	19.9%	26.2%	19.9%			
السؤال 2	34	37	30	30	10	2.61	1.26	0.558
	24.1%	26.2%	21.3%	21.3%	7.1%			
السؤال 3	27	23	35	34	22	3.01	1.34	0.000
	19.1%	16.3%	24.8%	24.1%	15.6%			
						2.910	1.1878	

يتضح من الجدول رقم (41-4) أن العبارات المتعلقة "بالبرامج التدريبية" بالنسبة لأفراد العينة متوسطة وتنوع بين الموافقة وعدم الموافقة، حيث كانت متوسطات إجابات العبارة رقم 3 بمقدار (3.01)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، بينما ظهرت متوسطات إجابات العبارة رقم 1 بمقدار (3.11)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.270)، وهي أكبر من (0.05)، وكذلك ظهرت متوسطات إجابات العبارة رقم 2 بمقدار (2.61)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.558)، وهي أكبر من (0.05)، والمتوسط العام (2.910)، مما يشير إلى أن الاتجاه

العام يتجه إلى توسط الإجابات حول الموافقة على وجود برامج تدريبية للمرضين متعلقة بالذكاء الانفعالي، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة المقابلات التي أكد فيها المشاركون على أنهم لم يتلقوا دورات تدريبية متعلقة بجانب المهارات، وانهم تلقوا في السابق دورات تدريبية فهي متعلقة بتقنيات جديدة تفيد مهنة التمريض، وهذا يقتصر فقط على الذين طالت لديهم سنوات الخدمة بالمستشفى، أما من هم حديثو العمل بالمستشفى فقد أكدوا على أنهم لم يسبق لهم الحصول على دورات تدريبية طوال فترة سنوات الخدمة بالمستشفى، ولعل السبب في ذلك يعود إلى نقص إمكانيات المستشفى وضعف إدارة الموارد البشرية لديها، فهم يرون أن تركيزهم يجب أن يتمثل في كيفية تقليص ضغوط العمل وسد العجز من المرضين بالدرجة الأولى، وأن التنسيق لمثل هذا النوع من البرامج يحتاج إلى وقت وجهد.

من هنا فإنه يتبين أن الممارسات الإدارية المتعلقة بالذكاء الانفعالي بالنسبة لكل من (الاختيار والتعيين- القيادة الإدارية)، تُعد متوفرة من وجهة نظر المرضين، وأن الإدارات على دراية بأهمية هذا النوع من الذكاء رغم وجود بعض التقصير في ممارسته فيما يتعلق (بالبرامج التدريبية)، إلا أن أغلب الممارسات التي تقوم بها الإدارات يدخل ضمنها الذكاء الانفعالي، و تم توضيح نتيجة هذه الممارسات في الجدول الآتي:-

جدول (4-4) الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي من وجهة نظر المرضين

القرار	مستوى المعنوية	قيمة T	الانحراف المعياري	المتوسط	الفرضية
متوفرة	0.000	6.41	0.75	3.40	الممارسات الإدارية

يبين الجدول رقم (4-4) الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي من وجهة نظر المرضين داخل مستشفى مصراتة المركزي، حيث يتجه متوسط إجاباتهم نحو الموافقة

بمقدار (3.40) ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي بشكل عام تُعد متوفرة بمعدل 68%¹ داخل المستشفى، فالذكاء الانفعالي يُمارس إدارياً من وجهة نظر الممرضين فيما يتعلق بكل من وظيفتي الاختيار والتعيين والقيادة الإدارية، في حين أنه لا يُمارس ولا يتم الأخذ به في وظيفة البرامج التدريبية، والسبب في ذلك أنها تحتاج إلى وقت وجهد كبيرين.

4.2.3.4 تحليل بيانات الاستبانة بالنسبة للأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد

تم تحليل نتائج استجابات العينة للأبعاد المختارة من نموذج هوفستيد من خلال الآتي:

أولاً: تحليل بعد الذكورة

تمّ تحليل بيانات الاستبانة للذكورة كُبعد ثقافي وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (43-4) الأسئلة المتعلقة ببعد الذكورة بالنسبة لنموذج هوفستيد

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	26	33	23	37	22	2.97	1.37	0.625
	18.4%	23.4%	16.3%	26.2%	15.6%			
السؤال 2	19	19	34	45	24	3.26	1.27	0.024
	13.5%	13.5%	24.1%	31.9%	17.0%			
السؤال 3	3	6	22	58	52	4.06	0.94	0.000
	2.1%	4.3%	15.6%	41.1%	36.9%			
السؤال 4	3	14	19	52	53	3.98	1.05	0.000
	2.1%	9.9%	13.5%	36.9%	37.6%			
السؤال 5	15	19	29	36	42	3.50	1.33	0.000

¹ الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فترات ليكرت × 100

			29.8%	25.5%	20.6%	13.5%	10.6%	
السؤال 6	0.746	1.39	2.89	27	21	28	39	26
				19.1%	14.9%	19.9%	27.7%	18.4%
السؤال 7	0.000	1.34	3.58	49	30	30	18	14
				34.8%	21.3%	21.3%	12.8%	9.9%
السؤال 8	0.000	1.29	3.49	39	36	36/	15	15
				27.7%	25.5%	25.5%	10.6%	10.6%
السؤال 9	0.003	1.40	3.36	39	34	28	19	21
				27.7%	24.1%	19.9%	13.5%	14.9%
	0.728	3.454						

يتضح من الجدول رقم (4-43) أن أغلب العبارات المتعلقة بـ "الذكورة مقابل الأنوثة" بالنسبة لأفراد العينة تتجه نحو الموافقة، عدا إجابات العبارة 3 كانت في اتجاه الموافقة بشدة، وإجابات العبارتين 1،6 كانتا في اتجاه عدم الموافقة، حيث تراوحت متوسطات إجابات العبارات 2،4،5،7،8،9 بين (3.26 و3.58)، ومتوسطات اجابة العبارة 3 كانت بمقدار (4.06)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي أقل من (0.05)، في حين متوسطات إجابات العبارتين 1،6 كانتا (2.97 و2.89) ومستوى المعنوية P-value كان أعلى من (0.05)، والمتوسط العام (3.454)، مما يشير إلى أن الاتجاه العام يدل على أن الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بالخصائص الثقافية الذكورية بغض النظر عن أنواعهم ذكور أم إناث، بمعدل 69%¹ 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% إلا أن إجابات غير الموافقة تدل على أن الأفراد المعنيين بالبحث لا يسعون إلى تولي مناصب قيادية ويرون أن الإنجاز في العمل لا يتحقق بالمناصب القيادية فقط، ولعلّ السبب في

¹ الأهمية النسبية للذكورة (الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فترات ليكرت × 100)

ذلك حجم المسؤولية وحساسية الوظائف القيادية بالنسبة للظروف الراهنة، وتتفق هذه النتيجة مع ما جاءت به نتائج المقابلات في أن الإنجاز والمنافسة في العمل جعلت من الإناث والذكور على حد سواء، يسعون إلى التميز وتولي المناصب القيادية، ويؤكد ذلك عدم موافقة أفراد العينة على أن (الحصول على وظيفة بالنسبة للذكر أهم من الأنثى)، ويرون بأن أفضلية الحصول على وظيفة للذكور تتساوى مع أفضلية الحصول عليها بالنسبة للإناث، وقد يكون السبب في ذلك هو زيادة الوعي الثقافي والاجتماعي في أن الأنثى أصبحت مساندة ومنافسة للرجل في نفس الوقت، وتسعى إلى تحقيق ذاتها والتطوير من نفسها، أما فيما يتعلق بتحليل الانحدار لمعرفة أثر بُعد الذكورة مقابل الأنوثة على الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي وتمّ توضيحه في الجدول الآتي:-

جدول (44-4) يبين تحليل معامل الانحدار لقياس أثر الذكورة مقابل الأنوثة في 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	

يتضح من خلال الجدول رقم (44-4) أن النموذج الذي يصف العلاقة بين الذكورة والذكاء الانفعالي معنوي (F=4.48 و مستوى المعنوية 0.036)، حيث كان هناك تأثير للذكورة على الذكاء الانفعالي بمعدل 0.031، مما يعني وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين الذكورة والذكاء الانفعالي، ويؤكد ذلك نتيجة ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بالمستشفى (انظر الجدول رقم 38)، وهذا يدل على أن الحالة المعنوية بالدراسة لديهم ذكاء انفعالي مرتفع، وهم يتمتعون بالخصائص الذكورية للأبعاد

الثقافية، ومن ثمّ كلما تمتع أفراد العينة بخصائص الذكورة كلما زاد مستوى الذكاء الانفعالي لديهم.

ثانياً: التساهل مقابل التحفظ

تمّ تحليل بيانات الاستبانة للتساهل كبُعد ثقافي وفقاً للجدول الآتي:-

جدول (4-4) الأسئلة المتعلقة ببعد التحفظ بالنسبة لنموذج هوفستيد

البيان	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية
السؤال 1	3	6	27	40	65	4.12	1.00	0.000
	2.1%	4.3%	19.1%	28.4%	46.1%			
السؤال 2	2	5	26	49	59	4.12	0.93	0.000
	1.4%	3.5%	18.4%	34.8%	41.8%			
السؤال 3	2	4	28	53	54	4.09	0.91	0.000
	1.4%	2.8%	19.9%	37.6%	38.3%			
السؤال 4	5	14	28	46	48	3.84	1.11	0.000
	3.5%	9.9%	19.9%	32.6%	34.0%			
السؤال 5	2	7	18	59	55	4.12	0.91	0.000
	1.4%	5.0%	12.8%	41.8%	39.0%			
السؤال 6	1	5	30	56	49	4.04	0.88	0.000
	0.7%	3.5%	21.3%	39.7%	34.8%			
السؤال 7	3	8	31	48	51	3.96	1.00	0.000
	2.1%	5.7%	22.0%	34.0%	36.2%			
						3.955	0.635	

يتضح من الجدول رقم (4-4) أن أغلب العبارات المتعلقة ببُعد "التساهل مقابل التحفظ" بالنسبة لأفراد العينة تتجه نحو الموافقة بشدة، حيث تراوحت متوسطات إجابات العبارات بين (3.84 و4.12)، ومستوى المعنوية P-value يساوي (0.000) وهي

أقل من (0.05)، ويشير ذلك إلى أن الاتجاه العام يدل على أن المرضى بمستشفى مصراتة المركزي يتمتعون بالخصائص الثقافية لبُعد التحفظ بمعدل 80%¹، مما يعني أن الأفراد المعنيين بالدراسة يتجهون إلى التمسك بالعُرف السائد والمعايير الاجتماعية، وأن ما يحكم علاقاتهم 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 اللببية تتجه نحو التحفظ وتتمتع بدرجة قليلة من التساهل بنسبة 34%، أما فيما يتعلق بتحليل الانحدار لمعرفة أثر بُعد التساهل مقابل التحفظ على الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي وتمّ توضيحه في الجدول الآتي:-

جدول (46-4) 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 خلال الجدول رقم (46-4) أن النموذج الذي يصف العلاقة بين التحفظ والذكاء 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 التحفظ والذكاء الانفعالي، وقد يتفق ذلك مع نتيجة ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرضى بالمستشفى. انظر الجدول رقم (48)، مما يعني أن الحالة المعنية بالدراسة لديهم ذكاء انفعالي مرتفع، وهم يتمتعون بخصائص التحفظ للأبعاد

¹ الأهمية النسبية للتحفظ (الوزن النسبي = المتوسط الحسابي / عدد فترات ليكرت × 100)

الثقافية، ومن ثمّ كلما تمتع أفراد العينة بخصائص التحفظ كلما زاد مستوى الذكاء الانفعالي لديهم.

ومن خلال العرض السابق لنتائج تأثير الذكاء الانفعالي على الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد (الذكورة والتحفظ)، يتضح أن تأثير التحفظ على الذكاء الانفعالي أعلى من تأثير الذكورة على الذكاء الانفعالي، بالرغم من تمتع أفراد البيئة الليبية بمستوى مرتفع لكلا البُعدين (الذكورة والتحفظ) كما أشار هوفستيد، إلا أن تأثيرهما على الذكاء الانفعالي مختلف من حيث درجة التأثير، وقد يكون سبب ذلك ارتباط البُعد الثاني بمؤشر ثقافي فعلي يتمتع به الأفراد متمثل في العادات والتقاليد واعتبارها مسيطرة على الجانب العملي في الحياة اليومية للأفراد، مما يضطرهم للسيطرة على انفعالاتهم والتحكم بها في سياق العُرف السائد.

وعلى حد علم الباحثة 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 يجب السيطرة على الانفعالات بما تتطلبه مصلحة العمل، كما أنه وفي نفس الوقت وضحت الدراسات السابقة بأن 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 العُرف الاجتماعي هو المحدد الأساسي للحياة، وتعتزف بأن المتعة والتسلية بحاجة إلى ضبط من خلال العُرف، 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 العُرف هو محدد في التعاملات وإشباع الرغبات بالنسبة للبيئة اللببية لن يتمكن الأفراد بالتصرف بالطريقة التي يرغبون بها ويلجؤون إلى السيطرة على النفس والضبط كمحدد اجتماعي، رغم أن الدراسات السابقة وضحت بأن الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع يتمتعون بمزاج إيجابي أكثر من غيرهم، ويرون بأن الاستمتاع بالحياة هو أمر ضروري في حياتهم.

الخلاصة

من خلال هذا الفصل تمّ عرض البيانات النوعية والكمية للبحث، من خلال توضيح نتائج الأداة الأولية (المقابلات) وتحليلها باتباع خطوات علمية واقعية، وتفسير هذه التحليلات بالشواهد والنصوص، بالإضافة إلى توضيح نتائج الأداة الأخرى (الاستبانة) وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية ببرنامجي (SPSS و Minitab)، ومحاولة تفسير دلالة النسب والتحليلات، وكذلك القيام بمناقشة النتائج من خلال ربط ما توصلت إليه الباحثة في نتائج المقابلات ونتائج الاستبانة، مع ما هو موجود في الأدبيات السابقة بالنسبة للنتائج المشابهة والمخالفة، والعمل على وضع تبريرات تفسر اختلاف نتائج الحالة المعنية بالبحث (المرضى بمستشفى مصراتة المركزي) عن الأدبيات السابقة.

والتي قد يعود السبب في اختلافها إمّا لطبيعة اختلاف الظاهرة المدروسة كونها سلوكية وتتأثر باختلاف الأشخاص (الحالة المعنية بالبحث)، أو بسبب اختلاف محيط بيئة العمل والخصائص الثقافية للمجتمعات. ويمكن تلخيص هذه النتائج في النقاط الآتية:

1. وجود مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي لدى المرضى بالمستشفى قيد الدراسة. وينتج عنها :-

أ. عدم اختلاف مستوى الذكاء الانفعالي لدى الذكور والإناث من المرضى.
ب. اختلاف مستوى الذكاء الانفعالي وفقاً للعمر، حيث أن الأكبر سناً يمتلكون مستوى أعلى من الذكاء الانفعالي.

ت. عدم اختلاف مستوى الذكاء الانفعالي وفقاً لسنوات الخدمة، حيث أن الذكاء الانفعالي قد يكون مرتفع لدى الأعلى خبرة أو الأقل على حد سواء.

2. يدخل الذكاء الانفعالي بمعدل 68% ضمن الممارسات الإدارية داخل مستشفى مصراتة المركزي من وجهة نظر المرضى بالمنظمة قيد الدراسة، وينتج عنه :-

أ. يدخل الذكاء الانفعالي كمعيار للمفاضلة عند الاختيار والتعيين للمرضى داخل المستشفى.

ب. يتمتع القادة الإداريون داخل المستشفى بخصائص الذكاء الانفعالي عند تعاملاتهم مع الآخرين.

ت. لا توجد برامج تدريبية للممرضين داخل المستشفى تتعلق بالذكاء الانفعالي.

3. وجود أثر الأبعاد الثقافية لنموذج هوفستيد والذكاء الانفعالي بالمنظمة قيد الدراسة. وينتج عنه :-

أ. يتمتع الممرضون بخصائص ثقافية ذكورية بغض النظر عن نوعهم ذكور أم إناث.

ب. يتمتع الممرضون بخصائص ثقافية للتحفظ، ويرون بأن العُرف محدد أساسي في التعاملات مع الآخرين.

ت. وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد الذكورة في الذكاء الانفعالي.

ث. وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبُعد التحفظ في الذكاء الانفعالي.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

1.5 عرض نتائج دراسة الحالة وفق تساؤلات البحث

2.5 توصيات البحث

مقدمة

إن قيام منهج دراسة الحالة على أساس التعمق في دراسة إطار محدود (الحالة الدراسية) وتحديد كافة العوامل المؤثرة عليه، بالإضافة إلى كشف العلاقات السببية بين أجزاء الظاهرة المدروسة، يجعل اهتمام الباحثة ينصب على تفسير النتائج في ظل جوانب محددة بغض النظر عن علاجها أو حلها، حيث أن الكشف عن المشكلة ومحاولة معرفة أسباب حدوثها، لا يتطلب الحد منها، وإنما يقتصر على وضع خطة لتحسين مسارها بناءً على النتائج المستخرجة من دراستها.

وكون أن الباحثة ركزت على دراسة جوانب تتعلق بالذكاء الانفعالي بالنسبة لثلاثة تساؤلات فإنه يجب تلخيص هذه النتائج فيما يتعلق بتساؤلات البحث، حتى يسهل وضع مقترحات وتوصيات لعلها تساعد على وضع فرضيات بالنسبة لدارسي الذكاء الانفعالي في بيئة العمل اللببية في أوقات لاحقة، ومع ذلك تظل دراسة الحالة منهجاً يتعلق بتفسير ظاهرة حدثت تحت ظروف معينة خلال فترة زمنية ما، ولا يمكن الاعتماد على نتائجها لوضع تعميمات.

ومن ثمّ يتناول هذا الفصل مناقشة نتائج البحث في ظل تساؤلات البحث وتحديد توصيات البحث.

1.5 عرض نتائج دراسة الحالة وفق تساؤلات البحث

تم توضيح نتائج دراسة حالة واقع ممارسات الذكاء الانفعالي على الممرضين في بيئة العمل اللببية، بناءً على التساؤلات الموضوعية مسبقاً، وذلك كالآتي:-

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن التساؤل الأول، والذي ينص على " ما هو مستوى

الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي؟ "

أسفرت النتائج عن وجود مستوى ذكاء انفعالي مرتفع لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي بوزن نسبي 81%، ويمكن تفسير ذلك من خلال الجانب النظري والذي يوضح ضرورة توفر مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي للذين يعملون في قطاع الرعاية الصحية، سواء كانوا ممرضين أو معاونين صحيين، حيث تبين أن الممرضين لديهم مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي في جميع أبعاد الذكاء الانفعالي المتمثلة في (الوعي الذاتي- تنظيم الذات- الدافعية- التعاطف- المهارة الاجتماعية) وبمتوسط قدره 4.06 وبقيمة أقل من (0.05)، مما يعني تحقق الهدف الأول من الدراسة والذي يكمن في التعرف على مستوى الذكاء الانفعالي للممرضين بمستشفى مصراتة المركزي، بالإضافة إلى التعرف عن فروقات الممرضين بالنسبة للخصائص الشخصية، والتي بينت عدم وجود فروق في الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بالمستشفى تعزى لمتغير النوع وسنوات الخدمة، ووجود فروق تعزى لمتغير السن فقط، حيث أن الممرضين الأكبر سنًا يتمتعون بمستوى أعلى من الذكاء الانفعالي.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن التساؤل الثاني، والذي ينص " ماهي ممارسات الإدارة نحو الذكاء الانفعالي من وجهة نظر الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي؟ "

توصلت الباحثة إلى النتيجة التي تؤكد أن الذكاء الانفعالي يمارس من قبل الإدارات بمستشفى مصراتة المركزي بشكل عام، وذلك من وجهة نظر الممرضين ويقتصر استخدامه في وظيفة الاختيار والتعيين ولدى القادة الإداريين فقط، ولا يتم الأخذ به بالنسبة لوظيفة التدريب، مما يعني أنه تم التوصل إلى الهدف الثاني المتمثل في معرفة مدى استخدام الإدارات للذكاء الانفعالي عند القيام بممارساتهم الإدارية من وجهة نظر

المرضى، ورغم وجود اختلاف بين نتائج تحليل أداة تجميع البيانات الأولية (المقابلات)، وأداة تجميع البيانات الأخرى (الاستبانة)، في أن الأداة الأولى وضحت أن القادة الإداريين يتمتع بعضهم بمستوى مرتفع من السيطرة على الانفعالات بعكس البعض الآخر، وبينت كذلك وجود ضعف في الأخذ بالذكاء الانفعالي عند ممارسة كل من وظيفة الاختيار والتعيين ووظيفة البرامج التدريبية، مما يعني نتائج الاستبانة دعمت انخفاض الأخذ بالذكاء عند إعطاء دورات تدريبية، وكذلك أكدت أن أغلب القادة الإداريون لديهم مهارة الذكاء الانفعالي، إلا أنها بينت نتيجة مخالفة بالنسبة للاختيار والتعيين، وقد يكون سبب ذلك الظروف التي كانت المنظمة تعاني فيها من ضغوط عمل مرتفعة ونقص في كوادرات التمريض، مما جعل أن جميع الإجابات تتفق على أن الإدارات يبحثون على من يستطيع ممارسة مهنة التمريض آنذاك، بغض النظر عن نوع الكفاءات والمهارات، وقد يؤكد ذلك في أن المستشفى في الوقت الحالي قامت بتغيير الصفة القانونية لديها إلى (مركز طبي) للتمتع بكافة الخصائص التي تدعم توفير موارد مادية وبشرية أكبر تكافئ حجم ضغوط العمل.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن التساؤل الثالث، والذي ينص " ما أثر بُعد الذكورة والأنوثة وبعده التساهل مقابل التحفظ حسب نموذج هوفستيد على ممارسة الذكاء الانفعالي لدى المرضى بمستشفى مصراتة المركزي؟ "

لقد توصلت الباحثة إلى نتيجة متوافقة مع نموذج هوفستيد بالنسبة للمرضى بمستشفى مصراتة المركزي، حيث تبين أن لدى المرضى مستوى مرتفع من الذكورة والميل للإنجاز بمعدل 69%، ولديهم مستوى مرتفع من التحفظ والتمسك بالعرف الاجتماعي بمعدل 80%، أما بالنسبة لتأثير هذه الخصائص على العواطف فقد

توصلت الباحثة إلى أن كل من الذكورة والتحفظ يؤثران في ممارسة الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي بمعدل (0.031، 0.212) على التوالي، وأن الأبعاد الثقافية لبيئة العمل الليبية تدعم ممارسة الذكاء الانفعالي في العمل. وهو ما يعني أن بيئة العمل الليبية يسودها الطابع الذكوري وتتمتع بمستوى مرتفع من المنافسة والسعي للإنجاز، ويتغلب فيها السيطرة على النفس من خلال إبداء مصلحة المريض على المصلحة الشخصية للممرض حتى وإن كانت من حقه، فالعُرف هو السائد في ممارسة العمل، وقد يؤيد ذلك المادة رقم (22) في قانون العمل للواجبات والمحظورات المتعلقة بالعناصر الطبية والطبية المساعدة والذي يضم المحافظة على كرامة الوظيفة طبقاً للعُرف السائد، وجميعها تؤثر على الانفعالات والسيطرة عليهما، ومن ثمَّ فإن الباحثة استطاعت التوصل إلى الهدف الثالث من الحالة المعنية بالدراسة والذي يتمثل في معرفة أثر كل من الذكورة مقابل الأنوثة والتساهل مقابل التحفظ في السيطرة على الانفعالات والتحكم بها.

2.5 تطبيقات البحث

بناءً على النتائج المستخرجة من البحث والمتعلقة بتطبيق الذكاء الانفعالي في ظل تساؤلات البحث، تبين وجود مجموعة من التطبيقات التي توصي بها الباحثة إدارة المستشفى للتطوير من ممارسة الذكاء الانفعالي لدى الممرضين، ومحاولة سد الفجوة التي تحدث في حالة إدراك أهميته والقصور في الأخذ به عند التطبيق، وتمَّ توضيحها كما يأتي:-

- أ. زيادة الاهتمام بتعاملات الممرضين مع زملائهم والمرضى عند الاختيار والتعيين، ومحاولة إعطاء السلوكيات وقدرة السيطرة على الانفعالات أهمية مساوية للمعارف والكفاءات.
- ب. القيام بإعطاء دورات تدريبية وورش عمل تطبيقية تساعد على تعلم السيطرة على الانفعالات في ضوء الممارسات الإدارية.
- ت. التشجيع على إعطاء مميزات للممرضين ذوي السلوك المهذب والتصرف الحسن عند مواجهة مواقف انفعالية.
- ث. زيادة توعية الإدارات لهذا النوع من الذكاء في ظل الاختيار الغير المحكم، من خلال عمل اختبارات للممرضين الجدد عند ممارستهم لأعمالهم.
- ج. توزيع الممرضين بالشكل الذي يضمن الإسهام في نقل المعرفة وخبرة التعامل الجيد مع الآخرين بين الممرضين.
- ح. تفعيل سياسة الحوافز السلبية للممرضين ذوي الذكاء الانفعالي المنخفض عند تعاملاتهم مع الغير ، من أجل زيادة أهمية ممارسة الذكاء الانفعالي.
- خ. التركيز على الممرضين الأكبر سناً كونهم يتمتعون بذكاء انفعالي، مع محاولة تنمية الذكاء لدى الفئات العمرية الأخرى.
- د. تعزيز ممارسة الذكاء الانفعالي من خلال منح الحوافز للممرضين الذين يتمتعون بقدرة ومهارة عالية في السيطرة على انفعالاتهم.
- ذ. وضع أهداف تتعلق بالعنصر البشري واعطائها أهمية مساوية للأهداف المادية، لغرض تحسين الجانب السلوكي والمهاري للممرضين.

3.5 القيود والدراسات المستقبلية

هناك مجموعة من القيود التي واجهتها الباحثة عند الانغماس في موضوع ومشكلة البحث، تم توضيحها من أجل تفاديها في الدراسات المستقبلية، بالإضافة إلى مجموعة من الاقتراحات التي ستساعد البحوث المستقبلين في حال دراسة موضوعات مشابهة لموضوع البحث، وهي كالآتي:

1.3.5 القيود التي واجهت البحث

تتمثل في النقاط الآتية:

1. صعوبة تواجد الممرضين في مكان محدد داخل المستشفى، بسبب طبيعة عملهم وعدم قدرة الباحثة في الحصول على الوقت الكافي لإجراء مقابلات معهم، حتى في حال أخذ مواعيد مسبقاً؛ مما تطلب معاشرة الباحثة لظروف عملهم والبقاء داخل المستشفى أطول فترة ممكنة.
2. تدني مستوى فهم الممرضين لموضوع الذكاء الانفعالي والأبعاد الثقافية، بسبب انخفاض المستويات التعليمية لدى أغلبهم؛ مما تطلب من الباحثة إعادة توزيع الاستبانة أكثر من مره خلال التوزيع التجريبي ومحاولة الابتعاد عن المفاهيم والمصطلحات المعقدة وتواجدها داخل المستشفى أثناء التوزيع.
3. قلة المراجع والأدبيات السابقة المتعلقة ببعدها (التساهل مقابل التحفظ) لنموذج هوفستيد، كونه بُعد حديث أضافه هوفستيد في وقت قريب ولم يتحصل على القدر الكافي من الدراسة في البحوث العلمية.

2.3.5 الدراسات المستقبلية المتعلقة بالبحث

تتمثل في النقاط الآتية:

1. إجراء بحوث مستقبلية عن الذكاء الانفعالي مع استخدام نموذج آخر للقياس. يعتمد على أبعاد أخرى غير التي جاء بها جولمان، وذلك لمقارنة نتائجها ومعرفة أي هذه الأبعاد تتماشى مع بيئة العمل في ليبيا أكثر من غيرها.
2. دراسة ارتباط العواطف بالأبعاد الثقافية الأربعة الأخرى لنموذج هوفستيد، لمعرفة مدى تأثيرها على الذكاء الانفعالي في بيئة العمل الليبية.
3. إجراء دراسة مماثلة تقيس الممارسات الإدارية للذكاء الانفعالي بالنسبة لمجالات ووظائف إدارية أخرى عدا المستخدمة في البحث، كتحقيق الأداء مثلاً، وذلك لغرض الوصول إلى ما يدعم ارتباط الذكاء الانفعالي بالممارسات الإدارية داخل المنظمات.
4. قياس الذكاء الانفعالي للعناصر الطبية بالمستشفيات والتركيز على القيادات، كون القيادة وظيفة إدارية تتطلب ممارسة الذكاء الانفعالي بها.
5. إجراء بحوث مستقبلية مماثلة من حيث استخدام منهج دراسة الحالة، لغرض الاستفادة من الفهم العميق الناتج عنه، والابتعاد عن التقييد بالتعميم والاتجاه نحو التخصص.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

أولاً: المراجع العربية

أبو الخير. أحمد، أبو شعيرة. نور(2018)، مستوى الذكاء العاطفي وعلاقته بتحسين أداء مديري المدارس في المرحلة الأساسية الدنيا التابعة لوكالة الغوث بمنطقة غرب غزة التعليمية، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، العدد الثاني، المجلد الثالث، صفحة 198-214.

أبو عفش. إيناس(2011)، أثر الذكاء العاطفي على مقدرة مدراء مكتب الأونروا بغزة على اتخاذ القرار وحل المشكلات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو علام. رجاء(2013)، مناهج البحث الكمي والنوعي والمختلط، دار المسيرة، عمان.

أبو علام. رجاء، اليماني. فاطمة، إبراهيم. أماني(2014)، اتخاذ القرار وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى القيادات التربوية، جامعة القاهرة، العدد الثالث، المجلد الأول، صفحة 535-566.

أحمد. سماء(2013)، دور كود التشغيل العمراني في تحقيق مجتمعات عمرانية مستدامة بمصر، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنصورة، المنصورة.

أرؤز. كلاوديو(2016)، هل أنت مستعد لتحمل ثمن تجاهلك للذكاء العاطفي، مجلة هارفرد بزنس ريفيو بالعربية الصادرة عن المجلة العالمية Harvard Business Review، شركة هيكل ميديا.

الجعدي. نبيل، دقيق. عائشة، (2017)، الذكاء العاطفي في منظمات الأعمال (النظرية والاستخدامات)، مجلة دراسات الاقتصاد والأعمال، عدد خاص، المجلد الخامس، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، صفحة 47 - 60.

الجراح. محمود(2008)، أصول البحث العلمي، دار الراية للنشر، عمان.

الحراشة. محمد(2013)، درجة الذكاء الانفعالي لدى مديري مدارس مديرية التربية والتعليم، مجلة المنارة، العدد الثالث، المجلد التاسع عشر، جامعة آل بيت، صفحة 353-382.

الحمداني. موفق، الجادري. عدنان، قنديلجي. عامر، بني هاني. عبد الرزاق، أبوزينة. فريد(2006)، مناهج البحث العلمي، دار الوراق للنشر، عمان.

الرقاد. هناء، أبودية. عزيزة(2011)، الذكاء العاطفي لدى القادة الأكاديميين في الجامعات الأردنية الرسمية وعلاقته بسلوك المواطنة التنظيمية لدى أعضاء الهيئة التدريسية،

مجلة الجامعة الاسلامية للدراسة التربوية والنفسية، العدد الثاني، المجلد العشرون،
الجامعة الاسلامية، صفحة 737-763.

الشهري. سعد(2009)، الذكاء الوجداني وعلاقته باتخاذ القرار لدى عينة من موظفي القطاع
العام والقطاع الخاص بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم
القرى، مكة المكرمة.

الشهري. حمزة (2011)، أثر برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في تنمية الذكاء الوجداني
والتوافق النفسي والنجاح الأكاديمي لدى الطلاب المتأخرين دراسياً في المرحلة الثانوية
بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، القاهرة.

العاتي. فوزية(2017)، الضغط المهني لدى الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة
قاصدي مرباح، ورقلة.

العلوان. أحمد(2016)، 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.

العمرات. محمد(2014)، مستوى الذكاء الانفعالي وعلاقته بفاعلية القائد، المجلة الاردنية في
العلوم التربوية، العدد الثاني، المجلد العاشر، جامعة اليرموك، صفحة 177-190.

العيداني. الياس(2015)، أثر الذكاء الشعوري للقائد في دعم مفهوم التميز والتفوق للمنظمات
الاقتصادية، مجلة الحقوق في العلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي 21، جامعة زيات
عاشور بالجفلة، صفحة 145-158.

الغالي. طاهر، علي. ليلى(2014)، دور الذكاء العاطفي في تعزيز سلوكيات القيادة التحويلية من
خلال التأثير الوسيط للحكمة، مجلة دورية نصف سنوية تصدر عن كلية الإدارة
والاقتصاد بجامعة البصرة، العدد الخامس عشر، المجلد الثامن، جامعة البصرة.

الفيلكاوي. حليلة(2015)، الذكاء الوجداني وعلاقته بالتوافق المهني لدى معلمي ومعلمات المرحلة
الثانوية بدولة الكويت، مجلة العلوم التربوية، العدد الثالث، المجلد الثاني، جامعة
القاهرة.

القاضي. عدنان(2012)، الذكاء الوجداني وعلاقته بالاندماج الجامعي لدى طلبة كلية التربية
بجامعة تعز، المجلة العربية لتطوير التفوق، العدد الرابع، المجلد الثالث، جامعة
العلوم والتكنولوجيا والمنظمة العالمية لتطوير المهوبة، صفحة 26-80.

- المصدر. عبد العظيم(2008)، الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، العدد الأول، المجلد السادس عشر، صفحة 587-632.
- الكيلاي. عبد الله، الشريفين. نضال(2014)، مدخل إلى البحث في العلوم التربوية والاجتماعية، دار المسيرة للنشر، عمان.
- الكيكي. 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.
- المنظمة الليبية للسياسات والاستراتيجيات(2016)، قطاع الصحة في ليبيا الواقع والتحديات، طرابلس.
- النجار. فايز، النجار. نبيل، الزعبي. ماجد(2013)، أساليب البحث العلمي، ط3، دار حامد للنشر، عمان.
- باشيو. لحسن، البرواري. نزار (2010)، البحث العلمي، دار الوراق للنشر، عمان.
- بن جامع. ابراهيم(2010)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بفاعلية القيادة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة منتوري قسنطينة، قسنطينة.
- بظاظو. عزمي(2010)، أثر الذكاء العاطفي على الأداء الوظيفي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- بن عمور. جميلة، بن طاهر. بشير(2015)، مستوى الذكاء الانفعالي لدى الطالب الجامعي، مجلة التنمية البشرية، العدد الخامس، جامعة وهران، صفحة 134-156.
- بن غريال. سعيدة(2015) الذكاء العاطفي وعلاقته بالتوافق المهني، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، سكرة.
- بكاى. 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.

حامد. رنا(2009)، أساليب القيادة وعلاقتها بالذكاء الوجداني وبعض المتغيرات الديمغرافية والمهنية لدى القيادات الإدارية السودانية بمدينة جياذ الصناعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخرطوم.

حامد. سهير، حسون. شفاء(2010)، الذكاء الشعوري وعلاقته بنمط القيادة التحويلية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد الثالث والثمانون، الجامعة المستنصرية، الصفحة 109-137.

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

حميدة. نبيل(2012)، المقابلة في البحث الاجتماعي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثامن، جامعة 20 أوت 1995، صفحة 96-109.

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

خلف الله. محمود(2016)، الذكاء الانفعالي لدى مديري المدارس الأساسية بمحافظة خان يونس وعلاقته بسلوك المواطنة التنظيمية لدى معلمهم، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، العدد الثالث، المجلد الرابع والعشرون، الجامعة الإسلامية، صفحة 129-151.

خوندة. همام(2010)، أثر تنمية مهارات الذكاء العاطفي على تطوير المسار الوظيفي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.

خوندة. همام(2015)، أثر تنمية مهارات الذكاء العاطفي والتعلم التنظيمي في الفاعلية المؤسسية، اطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.

درة. عمر(2015)، دور الذكاء العاطفي في تحسين فاعلية فرق العمل، المجلة الاردنية في إدارة الأعمال، العدد الرابع، المجلد الحادي عشر، صفحة 817-839.

دلال. سلامي(2016)، الذكاء العاطفي- مدخل نظري، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد الوادي، العدد 15، صفحة 164-179.

- دليو. فضيل(2014)، معايير الصدق والثبات في البحوث الكمية والكيفية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة فرحات عباس، العدد19، صفحة 91-82.
- رابح. أنس(2011)، الذكاء الوجداني للعاملين ببعض الجامعات في ولاية الخرطوم السودانية، المجلة العربية لتطوير التفوق، العدد الثالث، المجلد الثاني، صفحة 58-72.
- سعادة. رشيد(2012)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بإدارة الضغوط المهنية لدى مديري المؤسسات التعليمية، مجلة العلوم الإنسانية، العدد الثامن والثلاثين، صفحة 155-175.
- سعداوي. مريم(2010)، علاقة الذكاء الانفعالي باستراتيجيات مواجهة الضغوط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بوزريعة، الجزائر.
- سليماني. آمال(2015)، فعالية برنامج تدريبي مبني على مهارات الذكاء العاطفي في تنمية الدافعية للإنجاز لدى استاذات التعليم المتوسط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر، سكرة.
- صالح. فاتن(2009)، أثر تطبيق الذكاء الاصطناعي والذكاء العاطفي على جودة اتخاذ القرارات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، عمان.
- عبدالله. هشام، العقاد. عصام (2008)، الذكاء الوجداني وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، جامعة المنيا، المجلد التاسع عشر، صفحة 1-64.
- عبيدات. ذوقان، أبو سميد. سهيلة(2002)، البحث العلمي، ط1، دار الفكر للنشر، عمان.
- عجاجة. صفاء(2007)، النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، الزقازيق.
- عقل. آية(2014)، المعوقات التي تواجه عمل الممرضات في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة نابلس، رسالة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- 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.
- عليان. ربيحي، غنيم. عثمان(2013)، أساليب البحث العلمي، ط5، دار صفاء للنشر، عمان.

غربي. صبرينا، بن عامر. ربحه(2013)، الذكاء الانفعالي واستراتيجيات مواجهة الصراع التنظيمي لدى القادة التربويين بمؤسسات التعليم المتوسط، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، العدد الحادي عشر، جامعة قاصدي مرباح، صفحة 71-96.

غيث. سعاد، الحلح. لعي(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.

قبي. زينب (2015)، المشكلات التكيفية التي تواجه المرأة العاملة بمهنة التمريض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقة.

قزاقزة. يوسف، العجلوني. كامل، فضة. وفاء، جرادات. وفاء(2002)، إدارة الخدمات الصحية والتمريضية، دار اليازوري للنشر، عمان.

كشروود. عماد(2008)، البحث العلمي ومناهجه في العلوم الاجتماعية والسلوكية، ط1، دار المناهج للنشر، عمان.

لطفي. عادل(2015)، تأثير قضايا النوع الاجتماعي على تنمية قدرات ومهارات المرأة العربية، الندوة القومية حول واقع المرأة العربية في التعليم والتدريب التقني والمهني ودعم مشاركتها في النشاط الاقتصادي، منظمة العمل العربية، عمان.

ماضي. خالد(2014)، دراسة العلاقة بين الذكاء العاطفي للمديرين وإدارة الصراع التنظيمي بالتطبيق على المنظمات الحكومية المحلية بمحافظة كفر الشيخ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنوفية، منوف.

منصور. مجيد، العابد. حسن(2016)، أثر الذكاء العاطفي على الفاعلية التسويقية للبنوك الاسلامية الفلسطينية من وجهة نظر العاملين فيها، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية "سلسلة العلوم الإنسانية"، العدد الأول، المجلد الثامن عشر.

موصلي. محمد(2013)، أثر الذكاء العاطفي في أداء المديرين وأنماط القيادة الإدارية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلب، حلب.

نبض (2017)، افتتاح معهد التمريض المتوسط، مجلة فصلية طبية متنوعة، مركز مصراتة الطبي، العدد الأول، مصراتة.

نبض (2018)، إنجازات مركز مصراتة الطبي عام 2017م، مجلة فصلية طبية متنوعة، مركز مصراتة الطبي، العدد الثالث، مصراتة.

نوفل. محمد، أبو عواد. فريال(2010). التفكير والبحث العلمي، ط1، دار المسيرة للنشر، عمان.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- 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.
- Başğul,C. Özgür, G.(2016), Asian Nursing Research, **Korean Society of Nursing Science**, Volume10, Turkey.
- Chun, K.H. Park, E. (2016), Diversity of Emotional Intelligence among Nursing and Medical Students, **Centers for Disease Control and Prevention**,Volume7, Korea.
- Cruza, S. Carvalhob, A. Sousaa,P.(2015), Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: e Excellence in clinical practice, **Social and Behavioral Sciences**, ELSVIER, Volume171, Amstredam.
- Clarke, N.(2010) The impact of a training programme designed to target the emotional intelligenceU abilities of project managers, **International Journal of Project Management**.
- 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.

- Humphrey, R. H. (2012), "How do leaders use emotional labor?". **Journal of Organizational Behaviour**. 33: 740–744.
- Kaur D, Sambasivan M, Kumar N,. (2015) "Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia", **Applied Nursing Research**, Volume 28, Issue 4, Pages 293-298.
- Kuhakoski, A.(2016). **Emotional Intelligence at Work: Implications for Finland and Sweden**. Jönköping University, Sweden.
- Lo, K.D., Waters, R.D., Christensen, N,(2017). Assessing the Applicability of Hofstede's Cultural Dimensions for Global 500 Corporations' Facebook Profiles and Content, **Journal of Communication Management**, 21 (1), pp. 51-67.
- Miles, M. Huberman, M.(1994). **Qualitative Data Analysis**. Second Edition. Sage. California.
- Năstasă, L. Farcaș,A.(2015), The Effect of Emotional Intelligence on Burnout in Healthcare Professionals, *Social and Behavioral Sciences*, ELSVIER, Volume187, Amsterdam.
- Nurs, Misurata (2018), www.nurs.misuratau.edu.ly , 3:00 pm- 3:15pm.
- O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H. and Story, P. A. (2011), The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *J. Organiz. Behav.*, 32: 788–818
- Singh, D.(2006), " **Emotional Intelligence At Work** ", Response Books, New Delhi.
- 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]
- Yahaya Azizi, Sar Ee Ng, Bachok J, Yahaya N, Bon A, Ismail S,. (2011). "The relationship of dimensions of emotional intelligence and academic performance in secondary school students". **Elixir Psychology**. 41 (2011). 5821-5826.

الملاحق

ملحق رقم (3)

حجم العينة التي يتم سحبها من مجتمع معين

<i>N</i>	<i>S</i>	<i>N</i>	<i>S</i>	<i>N</i>	<i>S</i>
10	10	220	140	1200	291
15	14	230	144	1300	297
20	19	240	148	1400	302
25	24	250	152	1500	306
30	28	260	155	1600	310
35	32	270	159	1700	313
40	36	280	162	1800	317
45	40	290	165	1900	320
50	44	300	169	2000	322
55	48	320	175	2200	327
60	52	340	181	2400	331
65	56	360	186	2600	335
70	59	380	191	2800	338
75	63	400	196	3000	341
80	66	420	201	3500	346
85	70	440	205	4000	351
90	73	460	210	4500	354
95	76	480	214	5000	357
100	80	500	217	6000	361
110	86	550	226	7000	364
120	92	600	234	8000	367
130	97	650	242	9000	368
140	103	700	248	10000	370
150	108	750	254	15000	375
160	113	800	260	20000	377
170	118	850	265	30000	379
180	123	900	269	40000	380
190	127	950	274	50000	381
200	132	1000	278	75000	382
210	136	1100	285	1000000	384

ملحق رقم (4)

توثيق إجراء المقابلات مع المشاركين

رقم المشارك	الصفة	التاريخ	التوقيت
1	ممرض إداري	2018/1/3م	12:05 مساءً
2	ممرض	2018/1/4م	09:25 صباحاً
3	ممرضة	2018/1/4م	10:00 صباحاً
4	معاون صحي	2018/1/4م	11:30 صباحاً
5	معاون صحي	2018/1/9م	09:53 صباحاً
6	ممرض إداري	2018/1/9م	10:23 صباحاً
7	ممرضة مشرفة	2018/1/10م	08:30 صباحاً
8	ممرضة	2018/1/10م	01:30 مساءً
9	ممرض فني	2018/1/11م	09:54 صباحاً
10	ممرضة مشرفة	2018/1/11م	12:00 مساءً

ملحق رقم (5)

استمارة استبيان

السيدة / السيد المشارك الكريم

بعد التحية:

الاستبانة المرفقة عبارة عن أداة لجمع البيانات لإجراء دراسة بعنوان:-

" الواقع الإداري والثقافي لممارسة الذكاء الانفعالي "

دراسة حالة على الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي

وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير بقسم الإدارة والتنظيم في الأكاديمية الليبية، حيث تهدف الدراسة إلى قياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى الممرضين بمستشفى مصراتة المركزي، والممارسات الإدارية المتعلقة به، وتسعى الباحثة من خلال مشاركتكم في تعبئة الاستبانة إلى تقديم مقترحات يمكن أن تعزز من فوائد ممارسة الذكاء الانفعالي لدى الممرضين والإدارات المسؤولة عنهم بالمستشفى.

لذا نرجو منكم التكرم بتعبئة بنود الاستمارة بموضوعية، مع العلم بأن جميع البيانات التي سيتم الحصول عليها ستعامل بسرية تامة وستستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

ملاحظة : الذكاء الانفعالي يعني قدرة الشخص في السيطرة على انفعالاته وتصرفاته وإظهار مشاعر إيجابية في الموقف الانفعالي.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة

الجزء الأول : البيانات الشخصية والوظيفية

1- النوع

أنثى

ذكر

2- السن

من 25 إلى أقل من 35 سنة

أقل من 25 سنة

من 45 إلى أقل من 55 سنة

من 35 إلى أقل من 45 سنة

من 60 سنة فأكثر

من 55 إلى أقل من 60 سنة

3- نوع الوظيفة

ممرض إداري

ممرض

أخرى

معاون صحي

4- المؤهل العلمي

بكالوريوس

دبلوم متوسط

أخرى

دبلوم عالي

5- سنوات الخدمة

من 5 إلى أقل من 10 سنوات

أقل من 5 سنوات

من 15 سنة فأكثر

من 10 إلى أقل من 15 سنة

الجزء الثاني : بيانات تختص بالذكاء الانفعالي وتساؤلات البحث

أولاً :- مقياس الذكاء الانفعالي

(بين درجة موافقتك على العبارات الآتية علماً بأن 1 هي أقل درجة و 5 هي أعلى درجة)

1. الوعي الذاتي

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	يمكنني توقع ردود أفعالي في المواقف المختلفة.
1	2	3	4	5	اعترف بأخطائي بكل صراحة.
1	2	3	4	5	عادةً ما أتخذ قرارات صحيحة في المواقف التي تواجهني.
1	2	3	4	5	يمكنني التعامل مع المواقف الصعبة بثقة تامة.
1	2	3	4	5	أنا واضح في مبادئ وأهدافي.
1	2	3	4	5	أنا مخلص مع الآخرين.

2. تنظيم الذات

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	يمكنني تقدير نتائج تصرفاتي مع الغير.
1	2	3	4	5	أتحكم في أقوالي وتصرفاتي في المواقف الانفعالية.
1	2	3	4	5	أستطيع التحكم بمشاعري وتصرفاتي السلبية.
1	2	3	4	5	أبحث عن الإيجابيات في الظروف التي أتعامل معها.
1	2	3	4	5	أعبر عن مشاعري بسهولة ووضوح.
1	2	3	4	5	أشعر بارتياح اتجاه التغيير الذي قد يحدث في العمل.

3. الدافعية

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
موافق بشدة	موافق	متوسط	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	2	3	4	5	أتمتع بروح التفاؤل وتوقع الأشياء الجيدة.
1	2	3	4	5	أسعى إلى تطوير قراراتي في العمل.
1	2	3	4	5	أتعاون مع الآخرين وأساعدهم في العمل.
1	2	3	4	5	أبادر في العمل دون أن يُطلب مني ذلك.
1	2	3	4	5	يمكنني تحمل ضغوط العمل حتى دون مقابل مادي.

4. التعاطف

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
موافق بشدة	موافق	متوسط	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	2	3	4	5	من السهل تحديد ما يحتاجه المرضى.
1	2	3	4	5	أقبل الفروق المهنية والعلمية مع الغير.
1	2	3	4	5	أستجيب لمشاعر المرضى وأتعاطف مع أحزانهم.
1	2	3	4	5	أتعامل مع الآخرين بشكل متسامح وغير عدواني.
1	2	3	4	5	يمكنني فهم الآخرين عن طريق تعبيرات الوجه.

5. المهارة الاجتماعية

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
موافق بشدة	موافق	متوسط	غير موافق	غير موافق بشدة	
1	2	3	4	5	أقوم بحل النزاعات التي تحدث بين زملائي والمرضى.
1	2	3	4	5	أستطيع أن أقيم علاقات جيدة مع الآخرين.
1	2	3	4	5	أستطيع إقناع المرضى والتأثير عليهم.
1	2	3	4	5	أفضل العمل بشكل جماعي.
1	2	3	4	5	أتفاعل مع المرضى بشكل عاطفي وحساس.

ثانياً : قياس الممارسات الإدارية نحو السيطرة على الانفعالات

1. الاختيار والتعيين

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	تدخل خبرات الممرضين في تعاملهم مع الغير كمييار عند الاختيار والتعيين.
1	2	3	4	5	تهتم إدارة المستشفى بتصرفات وسلوكيات الممرضين.
1	2	3	4	5	تفضل الإدارة الممرضين الذين يتعاملون بشكل لائق ولبق مع الآخرين.
1	2	3	4	5	يتميز الممرضين ذوي التصرفات الحسنة عن غيرهم في العمل.

2. القيادة الإدارية

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	يؤثر الرؤساء إيجابياً على الآخرين.
1	2	3	4	5	يتفهم الرؤساء مشاعر الممرضين داخل المستشفى.
1	2	3	4	5	توجد علاقات وثيقة بين الرؤساء والممرضين.
1	2	3	4	5	يسعى الرؤساء إلى خلق جو إيجابي محفز للعمل.
1	2	3	4	5	يؤثر الرؤساء على التصرفات السلبية للممرضين.

3. البرامج التدريبية

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	تتوفر للممرضين دورات تدريبية تتناسب مع مهامهم.
1	2	3	4	5	توجد برامج تدريبية حول تعلم السيطرة على الانفعالات.
1	2	3	4	5	يدعم الرؤساء برامج التدريب المتعلقة بتحسين التصرفات.
1	2	3	4	5	من المهم حصول الممرضين على تدريب حول مهارات السيطرة على الانفعالات.

ثالثاً : قياس الأبعاد الثقافية الخاصة ببيئة العمل الليبية

1. الذكورة والأنوثة

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	أتنافس مع زملائي من أجل تولي مناصب قيادية.
1	2	3	4	5	تراعى الفروق بين الذكور والإناث عند تقييم العمل.
1	2	3	4	5	أستطيع أن أفصل بين علاقاتي مع زملائي وبين العمل.
1	2	3	4	5	إنجاز العمل أهم بالنسبة لي من علاقاتي مع الآخرين.
1	2	3	4	5	عادةً تكون الاجتماعات أفضل عندما تدار من الذكور.
1	2	3	4	5	الحصول على وظيفة بالنسبة للذكر أهم من الأنثى.
1	2	3	4	5	يستطيع الذكور حل المشاكل أكثر من الإناث.
1	2	3	4	5	الذكور أكثر فاعلية وإقناع من الإناث في حل المشاكل.
1	2	3	4	5	من الأفضل أن يتقلد الذكور الوظائف العليا بدلاً من الإناث.

2. التساهل والتحفظ

درجة الموافقة على العبارات (ضع دائرة على الدرجة)					العبارات
غير موافق بشدة	غير موافق	متوسط	موافق	موافق بشدة	
1	2	3	4	5	الحصول على شهادة "شكر وتقدير" يحفزني للعمل.
1	2	3	4	5	اتصرف مع الآخرين بما يتماشى مع العرف الاجتماعي.
1	2	3	4	5	يعد الالتزام بالعرف الاجتماعي جزء أساسي في حياتي.
1	2	3	4	5	أتصرف مع الآخرين بشكل جدي ومقيد.
1	2	3	4	5	أهتم بنتائج التصرفات التي أقوم بها مع الآخرين.
1	2	3	4	5	أسعى إلى القبول الاجتماعي لكل التصرفات التي أقوم بها.
1	2	3	4	5	أرى أن القرارات الشخصية يجب أن تتوافق مع العرف السائد

ملحق رقم (6)

التحليل الإحصائي

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	141	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	141	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure. (A)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	60

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	141	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	141	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.(B)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.871	27

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	141	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	141	100.0

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	141	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	141	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure. (C)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.840	13

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	141	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	141	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.771	20

NPAR TESTS

/K-S(NORMAL)=M11 M12 M13 M14 M15 M21 M22 M23 M3.1 M3.2 M3.3
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		M11	M12	M13	M14
N		141	141	141	141
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	4.1596	3.9113	4.1645	4.0397
	Std. Deviation	.51903	.53879	.64555	.57032
Most Extreme Differences	Absolute	.113	.111	.103	.093
	Positive	.075	.080	.098	.049
	Negative	-.113-	-.111-	-.103-	-.093-
Kolmogorov-Smirnov Z		1.340	1.323	1.227	1.103
Asymp. Sig. (2-tailed)		.055	.060	.098	.175

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		M15	M21	M22	M23
N		141	141	141	141
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	4.0355	3.7340	3.5631	3.1684
	Std. Deviation	.62119	.72161	.83891	.98130
Most Extreme Differences	Absolute	.104	.105	.086	.093
	Positive	.060	.059	.045	.075
	Negative	-.104-	-.105-	-.086-	-.093-
Kolmogorov-Smirnov Z		1.239	1.242	1.025	1.107
Asymp. Sig. (2-tailed)		.093	.092	.244	.172

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M3.1 ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.177 ^a	.031	.024	.44231

a. Predictors: (Constant), M3.1

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.876	1	.876	4.480	.036 ^a
	Residual	27.194	139	.196		
	Total	28.070	140			

a. Predictors: (Constant), M3.1

b. Dependent Variable: y

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.685	.181		20.342	.000
	M3.1	.109	.051	.177	2.117	.036

a. Dependent Variable: y

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M3.2 ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.379 ^a	.144	.138	.41581

a. Predictors: (Constant), M3.2

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.037	1	4.037	23.349	.000 ^a
	Residual	24.033	139	.173		
	Total	28.070	140			

a. Predictors: (Constant), M3.2

b. Dependent Variable: y

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.003	.222		13.556	.000
	M3.2	.267	.055	.379	4.832	.000

a. Dependent Variable: y

Regression

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M3.3 ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: y

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.460 ^a	.212	.206	.39895

a. Predictors: (Constant), M3.3

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5.946	1	5.946	37.358	.000 ^a
	Residual	22.124	139	.159		
	Total	28.070	140			

a. Predictors: (Constant), M3.3

b. Dependent Variable: y

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.738	.219		12.503	.000
	M3.3	.327	.054	.460	6.112	.000

a. Dependent Variable: y

Results for: Worksheet 2

One-Sample T: M11; M12; M13; M14; M15; M21; M22; M23

Test of mu = 3 vs > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean	95% Lower Bound	T	P
M11	141	4.1597	0.5189	0.0437	4.0874	26.54	0.000
M12	141	3.9113	0.5387	0.0454	3.8362	20.09	0.000
M13	141	4.1645	0.6455	0.0544	4.0745	21.42	0.000
M14	141	4.0397	0.5703	0.0480	3.9602	21.65	0.000
M15	141	4.0355	0.6212	0.0523	3.9488	19.79	0.000
M21	141	3.7340	0.7216	0.0608	3.6334	12.08	0.000
M22	141	3.5631	0.8389	0.0706	3.4461	7.97	0.000
M23	141	3.1684	0.9813	0.0826	3.0316	2.04	0.022

Results for: Worksheet 3

Wilcoxon Signed Rank Test: C1; C2; C3; C4; C5; C6; C7; C8; C9; C10; C11; C12; C

Test of median = 3.000 versus median > 3.000

	N	N for Test	Wilcoxon Statistic	P	Estimated Median
C1	141	108	5335.0	0.000	4.000
C2	141	117	6793.0	0.000	4.500
C3	141	107	5454.0	0.000	4.000
C4	141	120	6919.5	0.000	4.000
C5	141	130	8338.0	0.000	4.500
C6	141	126	7710.5	0.000	4.500
C7	141	108	5723.5	0.000	4.000
C8	141	99	4166.5	0.000	3.500
C9	141	101	4634.0	0.000	4.000
C10	141	118	6779.5	0.000	4.000
C11	141	112	5988.0	0.000	4.000
C12	141	108	5298.0	0.000	4.000
C13	141	115	6505.0	0.000	4.000
C14	141	123	7452.5	0.000	4.500
C15	141	116	6682.0	0.000	4.500
C16	141	123	7356.5	0.000	4.500
C17	141	118	5950.0	0.000	4.000
C18	141	106	4856.0	0.000	4.000
C19	141	112	5661.0	0.000	4.000
C20	141	123	7402.5	0.000	4.500
C21	141	117	6728.5	0.000	4.000

C22	141	117	6653.5	0.000	4.500
C23	141	103	4715.5	0.000	4.000
C24	141	115	6416.5	0.000	4.000
C25	141	105	5243.0	0.000	4.000
C26	141	119	6681.5	0.000	4.000
C27	141	116	6495.0	0.000	4.000
C28	141	109	5162.5	0.000	4.000
C29	141	98	3181.5	0.004	3.500
C30	141	108	5116.0	0.000	4.000
C31	141	112	5854.5	0.000	4.000
C32	141	106	4462.5	0.000	3.500
C33	141	95	3294.5	0.000	3.500
C34	141	100	4057.0	0.000	3.500
C35	141	108	4482.0	0.000	3.500
C36	141	102	4173.0	0.000	3.500
C37	141	113	3434.5	0.270	3.000
C38	141	111	1915.0	1.000	2.500
C39	141	106	2790.0	0.558	3.000
C40	141	121	6323.5	0.000	4.000
C41	141	118	3392.5	0.625	3.000
C42	141	107	3526.5	0.024	3.500
C43	141	119	6669.0	0.000	4.000
C44	141	122	6750.5	0.000	4.000
C45	141	112	4536.0	0.000	3.500
C46	141	113	2989.5	0.746	3.000
C47	141	111	4655.0	0.000	3.500
C48	141	105	3997.5	0.000	3.500
C49	141	113	4174.5	0.003	3.500
C50	141	120	7122.0	0.000	4.500
C51	141	108	5494.5	0.000	4.000
C52	141	116	6526.0	0.000	4.500
C53	141	94	2842.0	0.011	3.500
C54	141	114	6172.5	0.000	4.000
C55	141	115	6362.5	0.000	4.000
C56	141	113	6154.0	0.000	4.000
C57	141	113	5579.0	0.000	4.000
C58	141	123	7201.5	0.000	4.000
C59	141	111	5974.5	0.000	4.000
C60	141	110	5626.5	0.000	4.000

Research abstract

This research is a part of obtaining master's degree in management and organisation. It is written and examined in Arabic. Under the title of "Managerial and Cultural Situation for the Practice of Emotional Intelligence; a case study on nurses at Misurata Central Hospital (MCH)", this research discuss practices of the concept of Emotional Intelligence (IE) within nurses at MCH. It aim to determine levels of EI at the nurses, and to highlight differences among them in relation to EI. Furthermore, this research aims to determine the possible effects of cultural dimensions, in particular; masculinity and restraint, on levels of EI within nurses. It also aims to explore possible relationships with different management practices at MCH, namely; staffing, training and leadership. Through adopting mixed (qualitative & quantitative) case study research design, the researcher used two research methods to collect and analyse data; (10) semi-structured interviews and (175) questionnaire out of a research population of (326) Libyan nurses.

Results were concluded and summarised as follows: (1) the Libyan nurses at MCH have high levels of EI (81%). (2) Even though results could not support relationships between EI on the one hand and sex and work experience on the other hand, results have indicated moderated relationships between EI and age at (0.043). (3) Results pointed out relationships between EI and management practices (staffing, training and leadership) at (68%). (4) Regarding the cultural dimensions, results confirmed high relationships between EI and masculinity at (69%), and with restraint at (80%).

Based on the research results, various recommendations were highlighted. Firstly, decision makers at MCH could focus more on EI skills when they recruit and staff new nurses. Secondly, decision makers should support developing EI skills through designing training packages foe their nurses. Thirdly, decision makers should pay in mind that nurses come from a society that have high levels of masculinity & restraint, therefore, they should make their management practices compatible with such characteristics. Finally, managers should encourage more displaying of EI skills and control of their emotions.

The Libyan Academy- Misurata
School of Management and Financial Sciences
Management and Organization Department

Managerial and Cultural Situation of the Practice of
Emotional Intelligence; a case study on nurses at
Misurata Central Hospital (MCH)

A thesis presented in partial fulfilment of requirements
for the degree

Masters in Management & Organization

By
Aisha Ali Dageeg

September 2018