علاقة سّمات الشّخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالذكاء الانفعالي لدى الممرضين دراسة ميدانية بالمؤسسات الصحية بوهران

عقباني ربيعة (طالبة دكتوراه)
جامعة محمد بن أحمد وهران2، مخبر البحث في علم النفس وعلوم التربية
أ.د. بن طاهر بشير
جامعة محمد بن أحمد وهران2

Abstract

This study is about the relationship between personality traits and emotional intelligence in a sample of 300 nurses working in health establishments in Oran, we used the inventory of personality traits big five model and the inventory emotional intelligence the mixed model, the validity of the two tests is confirmed by exploratory factor analysis, the results revealed the existence of differences in personality traits and levels of dimensions of emotional intelligence among nurses also correlation between personality traits and emotional intelligence.

Keywords: Health establishments, personality traits, emotional intelligence, nurses.

Resume :

Cette étude est sur la relation entre les traits de personnalité et l'intelligence émotionnelle chez un échantillon de 300 infirmières travaillants dans les établissements de santé d'Oran , nous avons utilisé l'inventaire des traits de personnalité selon le modèle de cinq grand facteurs et l'inventaire de l'intelligence émotionnelle selon le modèle mixte, la validité des deux test est confirmé par l'analyse factorielle exploratoire , les résultats ont révélé l'existence de différences entre les niveaux des traits de la personnalité et les niveaux des dimensions de l'intelligence émotionnelle chez les infirmières et une corrélation entre les traits de personnalité et l'intelligence émotionnelle.

Mots-clés: établissements de santé, traits de personnalité, intelligence émotionnelle, infirmières.

الملخص

تتناول هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين سمات الشخصية والذكاء الانفعالي لدى عينة تضم 300 من الممرضين بمختلف المؤسسات الاستشفائية والصحية بولاية وهران وباستخدام مقياسي سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى والذكاء الانفعالي حسب النموذج المختلط، ولقد تم التأكد من صدقهما عن طريق الصدق الظاهري والتحليل العاملي الاستكشافي، كشفت النتائج على وجود فروق دالة احصائيا في مستويات سمات الشخصية وفروق على مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي لدى الممرضين ووجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين سمات الشخصية والذكاء الانفعالي.

الكلمات المفتاحية: المؤسسات الاستشفائية والصحية، سمات الشخصية، الذكاء الانفعالي، الممرضين.

- مقدّمة:

تعدّ الأنسنة (Humanisation) أساس العلاقات الإنسانية ومحور العملية العلاجية والصحية، وفي هذا الاطار يندرج موضوع هذه الدّراسة الذي يهدف إلى تشخيص الخلل المتعلق بالعلاج العلائقي لدى عينة من الممرضين والتي تمثل نسبة كبيرة من الموارد البشرية داخل المؤسسات الصحية، وتعتبر همزة الوصل بين المرضى والأطباء وتقع على عاتقهم مسؤولية استقبال المرضى وتوجيههم قبل القيام بأي علاج تقني، لهذا عليهم اكتساب بعض المهارات العلائقية بالموازاة مع المهارات التقنية والمعرفية، إذ تعتبر المهارات العلائقية وخاصة الانفعالية مهارات مفتاحية في العلاقة بينهم وبين المرضى والزملاء والمشرفين، وتسمح لهم بالتواصل الجيد والوعي بانفعالاتهم الذاتية وتلك الخاصة بالآخرين، وهذا الوعي الانفعالي يسمح لهم بإدارة الانفعالات وتنظيمها من الحالة السلبية إلى الحالة الإيجابية كما يمكنهم من التحكّم في الانفعالات والاندفاعات منها السلبية مثل الغضب والقلق والحزن والشعور بالاشمئزاز، والتكيف مع المواقف الحرجة والمشاهد الصادمة ومعاناة المرضى.

ولكن هذا التكيف لا يعني تقبّل هذه المعاناة أو اللامبالاة بآلام المرضى كما لا يعني الحساسية الشديدة والمفرطة لما يعيشه المريض والتألم معه، ويتّطلّب التوازن ما بين الحالتين من الممرضين التحلّي بمهارة التعاطّف (Empathie) أو تفهّم المشاعر التي تعدّ محور الذكاء الانفعالي (Intelligence émotionnelle) وأساس العملية العلاجية بالإضافة إلى مهارة تحفيز الذات (s'auto motiver) التي تدفعهم إلى انجاز مهامهم في بيئة تتميّز بالضغوط والثقل الانفعالي (Charge émotionnelle).

كما أنّ هذه البيئة الحرجة تتّطلّب من الممرضين الاتصاف بمجموعة من الخصال لتحقيق الأداء الجيد وفعالية العلاج مثل الحيوية والنشاط والالتزام بالتعليمات الصادرة عن الأطباء والمشرفين، والإحساس بالمسؤولية اتجاه المرضى والانضباط واحترام الوقت ومواعيد تطبيق البرتوكولات العلاجية، والتحلّي بالأمانة والرأفة والحلم والعطف والشفقة، والمرونة والتفتح، والتعاوّن، والتشارك، والرغبة في الاتصال والتواصل مع الآخرين، وتعتبر هذه الصفات عبارة عن سّمات شخصية تم توصيفها في نماذج للتمكّن من معرفة والتوقع بسلوك الأفراد في مختلف الحالات، من هنا جاءت فكرة هذه الدّراسة بمحاولة معرفة طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى والذكاء الانفعالي لدى الممرضين بما أن هذين المفهومين يتقاطعان في فهم سلوك الأفراد والتنبّؤ به خاصّة في ميدان العمل.

1- إشكالية الدّراسة:

تعرف المنظومة الصحية ببلادنا إصلاحات عميقة للنهوض بقطاع الصحة من أجل تقديم خدمات تناسب تطلعات المرضى في الحصول على علاج لآلامهم وأمراضهم الجسدية مع الحفاظ على كرامتهم وإنسانيتهم وفي ظروف توفر لهم الراحة والصحة النفسية مما يستوجب توظيف ممارسين لهم القابلية على التعامل مع مختلف الأفراد وفي أصعب المواقف.

فقطاع الخدمات يفرض على العاملين به اكتساب قدرات ومهارات علائقية تضمّن التواصل مع المريض وخاصة المهارات الانفعالية مثل الذكاء الانفعالي الذي يرفع من كفاءة الفرد عند استخدامه استخداما ايجابيا وهذا ما ورد في دراسة(Kim, H.J and Agrusa, J., 2011) حول دور الذكاء الانفعالي في استراتيجيات التعامل في مجال الخدمات والفندقية باستعمال سمتين من سمات الشخصية والعوامل السوسيو-مهنية والعلاقة بين الذكاء الانفعالي وثلاث استراتيجيات للتعامل، هي: (إتقان العمل، العاطفة والتوجّه نحو تجنّب التعامل) عند العاملين في مجال الفندقية والإطعام، فبيّنت النتائج على أنّ الذكاء الانفعالي، يعتبر مؤشرا مهيمنا فيما يخص استراتيجيات التعامل، إلا أنّ تأثير العاطفة يقّل بعد إدخال مؤشرين أساسين من سّمات الشّخصيّة (العصابية والانبساطية)، كما دلّت النتائج على وجود ارتباط واضح

في التوجّه نحو تجنب التعامل وتتمثل في التسلية والترفيه الاجتماعي، بالإضافة إلى دور السن والأقدمية في بدل مجهود للتعامل الفردي والقدرة الكبيرة للعاملات في التعامل مع مهام أعمال الضيافة، فمهارة الذكاء الانفعالي لها علاقة بسّمات معينة من الشّخصيّة وهذا ما أشارت إليه دراسة (Ghiabi, M. and Besharat, M.A, 2011) التي سلّطت الضوء على العلاقة بين سّمات الشّخصيّة والذكاء العاطفي لدى طلبة جامعة طهران بتحليل العلاقات ما بين أبعاد الشّخصيّة الخمسة والمتمثّلة

في العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، الطيبة (Agréabilité)، يقظة الضمير (conscience) والذكاء الانفعالي (Intelligence émotionnelle)، وكشفَت النتائج عن وجود علاقة ايجابية بين الذكاء الانفعالي والشّخصية الانبساطية وعلاقة سلبية بالشّخصيّة العصابية. وفي دراسة (Okbani, R, Batouche, D.D, Lahmer, M., 2014) للمقارنة بين الاتصال لدى الممرضين والأطباء بمصلحة الإنعاش الأطفال بالمستشفى الجامعي بوهران باستخدام مقياس الشّخصيّة (Stratégogramme) لتحليل الاتصال عن طريق التحليل التبادلي (Analyse transactionnelle) لدى عينة تضم 20 طبيبا و 20 ممرضة، دلّت النتائج على أنّ الاتصال لدى الأطباء يتسّم بالاتزان بين مختلف "أنا الشّخصيّة" (الأنا الأبوي، والأنا الراشد، والأنا الطفولي)، بينما تحصّلت 80% من الممرضات على درجات مرتفعة على مستوى الاتصال باستخدام "الأنا الطفل المتمرّد" (Moi enfant rebelle) وهذا يعنّي أنّ الاتصال لديهن يعتبر سلبيا من الجانب الانفعالي بالمقارنة مع الأطباء، علما أنّ 95% من عينة الممرضات لديهن أقدمية تفوق 10 سنوات كما أنّ المعاش النفسي والجسدي داخل المصلحة التي تتطلب منهن بذل مجهود متواصّل والرعاية الدقيقة للمرضى هي من العوامل التي تفسر الاتصال المتمرّد لديهن.

وعن (Bernier, C., 2012) تستخدم الممرضات الآليات الدفاعية للتكيّف مع الثقل العاطفي للمهنّة، ولحماية أنفسهن من هذه الأحداث التي تؤدي إلى شعورهن بالألم والمعاناة أو الاستياء والقلق والانزعاج، ولمواجهة هذه الانفعالات السلبية تستخدم الممرضات آليات لاشعورية قد تؤثر على سلوكهّن وبالتالي على علاقتهن بالمرضى، وللإشارة فإنّ استخدام الآليات الدفاعية لا يعتبر مرضي إلا في حالة الإفراط ، فالتكرار والاستخدام لهذه الآليات في غير محلها يؤدي إلى عدم فعاليتها وتتسبّب في اضطراب العلاقة مع المريض، إذ أنّ الممرضة التي تستخدم باستمرار آليات التجنب أو التبسيط أو التبرير تبتعد تدريجيا عن العلاقات الإنسانية التي تعدّ أساس مهنة التمريض وبفقدان هذه العلاقات تحسّ الممرضة تدريجيا بعدم الرضا والإحباط وبالتالي الإصابة بأعراض الاحتراق النفسي الذي يؤثر على التكفل الجيد بالمريض، ولقد أوضح (Loriol, 2013) أنّ الاحتراق النفسي هو الاستثمار المكثف للانفعالات من طرف الممرضة باتجاه المرضى والذي يؤدي إلى استنزاف واستهلاك طاقتها وتعاطفها ولكي تحمي نفسها من الإنهاك الكلي تبتعد شيئا فشيئا عن التواصل بالمريض وتعتبره كشيء (objet) بدلا من شخص، وهكذا تفقد الممرضة اهتمامها بمهنتها وتعجز عن تقديم خدمة ذات جودة وهذا ما يسمى في علم النفس العمل بفقدان الانجاز المهنّي، ولتجنب كل هذا على الممرضة أن تجد المسافة المثالية في العلاقة مع المريض. ومن هنا، يتبَين دور الذكاء الانفعالي في الاستخدام الجيد لهذه الآليات وفي المواقف التي تتّطلبها وذلك بالوعي بالمشاعر والانفعالات الذاتية والخاصة بالآخرين سواءً كانوا مرضى أو زملاء.

من خلال هذه الدّراسات، نستنتج الدّور الأساسي الذي يلعبه الذكاء الانفعالي في الأداء المهنّي، لاسيما في الوظائف التي تستوجب التواصّل والتعامل مع الزبائن كما تبيّن وجود ارتباط له بسّمات الشخصية، لهذا فهو مفهوم يتّطلب الدراسة في المجال الصحي حيث تفرض العناية بالمريض على الممرضين امتلاك قدرات ومهارات انفعالية للتواصل والتفاعل معه وللإحساس بآلامه ومعاناته ولتقديم علاج ذو جودة، مما يستلزم توظيف مستخدمين ذوو سمات

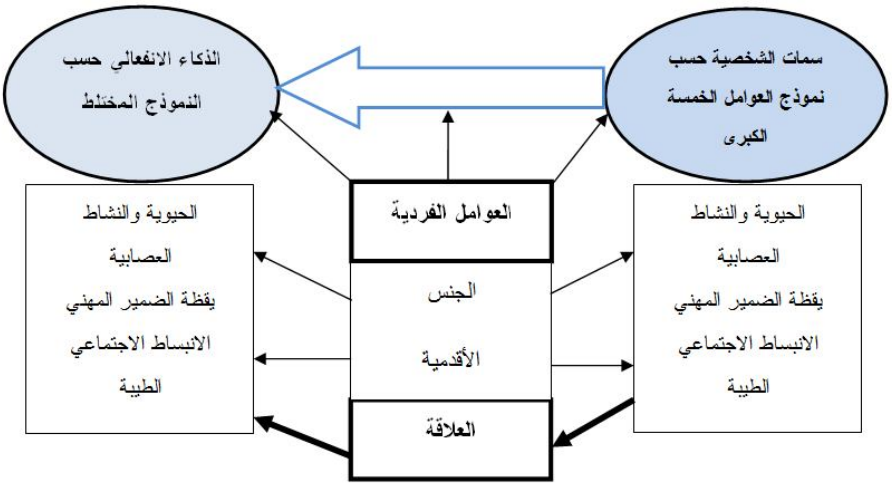
شخصيّة معينة لها القابلية للتكيّف في مجال جدّ حساس يتميز بالمواقف الضاغطة والصعبة ومن هنا **نطرح تساؤلات البحث التالية:**

- هل توجد فروق في سمات الشخصية السائدة لدى عينة الممرضين؟
- هل توجد فروق في أبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى عينة الممرضين؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة والذكاء الإنفعالي لدى الممرضين؟

2- فرضيات البحث:

- توجد فروق بين مستويات أبعاد سمات الشخصية السائدة لدى عينة الممرضين.
- توجد فروق بين مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى عينة الممرضين.
- توجد علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى وأبعاد الذكاء الانفعالي لدى عينة الممرضين والدرجات الكلية للمقياسين على التوالي.

ولفهم العلاقات الكامنة في الدّراسة تمّ رسمها على شكل نموذج على الشكل التالي:



شكل (1) يوضح العلاقات الكامنة بين متغيرات الدّراسة[1]

3- الإجراءات المنهجية

3-1- أدوات الدراسة:

أجريت الدراسة الاستطلاعية لتحديد مجتمع العينة وللتأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة ، بمجموعة من المؤسسات الصحية بولاية وهران في الفترة الممتدة من شهر فيفري 2015 إلى غاية شهر جوان 2015، وحيث كانت عينة الدراسة مقصودة، إذ قامت الباحثة بتوزيع 190 استمارة، استرجعت منها 159إستمارة وألغيت منها 9 استمارات بسبب عدم ملئها بطريقة صحيحة.

استخدمنا مقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الكبرى من إعداد "كوستا وماكري" سنة 1992 وتعريب الأنصاري سنة 1997 والذي يقيس خمسة أبعاد فرعية تتمثل في بعد العصابية، الانفتاح على الخبرة، الانبساط، يقظة الضمير وبعد الطيبة، يتكون كل بعد من 12 فقرة. تم التأكد من صدق المقياس عن طريق الصدق

[1] من تصميم الباحثين

الظاهري للمحكمين، الاتساق الداخلي للفقرات والتحليل العاملي الاستكشافي حيث أصبح المقياس في صورته النهائية يضم 24 فقرة موزعة على خمسة أبعاد أعيد تسميتها وأصبحت كالتالي:

- **سمة الحيوية والنشاط:** تتضمن هذه السمة 05 فقرات تقيس مدى حيوية ونشاط الممرض والدافعية الداخلية للأداء والبحث عن كل ما هو جديد.
- **سمة العصابية:** يتضمن هذا البعد 06 فقرات تقيس مدى مشاعر الخوف والغضب والضغوط التي يشعر بها الممرض في محيطه المهني ومدى قدرته على التواصل وفي أن يكون منظما في عمله.
- **سمة يقظة الضمير المهني:** تتضمن هذه السمة 05 فقرات تهدف الكشف عن مدى ارتباط الممرض بمهامه وانجازها بشكل كامل وفي الوقت المحدد وفق ما يمليه عليه الضمير المهني وبشكل متعاون مع فريق العمل وبكل ثقة.
- **سمة الانبساط الاجتماعي:** وتتضمن هذه السمة الكشف عن مدى تقبل الممرض للناس واقباله عليهم والاستمتاع بالحياة مع وجود رغبة كبيرة في التواصل الايجابي مع الآخرين عن طريق 05 فقرات.
- **سمة الطيبة:** تتضمن هذه السمة 03 فقرات للكشف عن مدى تفهم الممرض لمشاعر الآخرين ورغبته الكبيرة في التواجد مع الآخرين وشعوره بمحبة الآخرين له.

أما عن مستويات ثبات المقياس استخدمنا طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان ودلت النتائج على ثبات المقياس حيث كان معامل ألفا كرونباخ يساوي 0,72 ومعامل جوتمان يساوي 0,65.

ولقياس متغير الذكاء الانفعالي استخدمنا مقياس الذكاء الانفعالي حسب النموذج المختلط من إعداد "فاروق السيد عثمان ومحمد عبد السميع" في سنة 2002 والذي يتضمن 64 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات، التعاطف، والتواصل. تم التأكد من صدق المقياس عن طريق الصدق الظاهري للمحكمين، الاتساق الداخلي للفقرات والتحليل للعاملي الاستكشافي وأصبح المقياس يتضمن 49 فقرة موزعة على 05 أبعاد أعيد تسميتها كالتالي:

- **بعد التعاطف:** يتضمن الكشف عن مدى قدرة الممرض للإحساس بمشاعر الآخرين والاكتراث بهم والتفاعل الايجابي مع الآخرين والتواصل معهم ويشمل 17 فقرة.
- **بعد التحكم في الانفعالات:** يتضمن 11 فقرة تقيس القدرة على التحكم في المشاعر والاستقرار الانفعالي والسيطرة في حالة الضغوط وفي حالة الأخطار.
- **بعد الادراك الانفعالي والتحكم في الانجاز:** يشمل 09 فقرات تقيس مدى قدرة الممرض على إدراك انفعالاته والتعرف عليها والقدرة على الانجاز بنشاط وتركيز تحت أي ظرف.
- **بعد إدارة الانفعالات:** يتضمن 07 فقرات للكشف عن قدرة الممرض على التحكم في انفعالاته السلبية و تحويله إلى ايجابية.
- **بعد تحفيز الذات:** يتضمن 05 فقرات تقيس القدرة على تحفيز الذات باستخدام الانفعالات الايجابية والسلبية في التحكم الذاتي والعمل تحت الضغوط مع الشعور بالثقة والطمأنينة

وتم قياس مستويات ثبات مقياس الذكاء الانفعالي باستخدام معامل ألفا كرونباخ الذي يساوي 0,89 ومعامل جوتمان والذي يساوي 0,88.

3-2-عينة الدراسة الميدانية: تمت الدراسة الميدانية ببعض المؤسسات الصحية المتواجدة بوهران، وشملت العينة 300 ممرض وممرضة تم اختيارها بطريقة عرضية حيث قمنا بالدراسة في الفترة الممتدة ما بين شهر فيفيري2015 وشهر جويلية 2015.

الجدول(01) يبيّن الخصائص الشخصية لعينة الدّراسة، ن= 300

خصائص العينة		التكرارات	النسب المئوية (%)
الجنس	الذكور	42	14
	الإناث	258	86
الأقدمية	أقل من 5 سنوات	100	33,3
	من 05 إلى 10 سنوات	46	15,3
	من 11 إلى 15 سنة	41	13,7
	من16 إلى 20 سنة	30	10,0
	أكثر من 20 سنة	83	27,7

يبين الجدول رقم(01) توزيع عينة دراسة الميدانية حسب متغير الجنس إذ تمثل الاناث أغلبية العينة ب: 258 ممرضة ونسبة 86 % من مجموع العينة بينما يبلغ عدد الممرضين 42 ممرض بنسبة 14%، وهذه النسب تعكس واقع القطاع الصحي والذي يتميز بأغلبية الإناث في مختلف الوظائف وخاصة في مجال التمريض. وفيما يخص توزيع الفئات الأقدمية بالنسبة للعينة ، فالمتوسط الحسابي لسنوات الأقدمية يساوي 12,96 أما أدنى حد فيمثل سنة واحدة وأعلى حد فهو بأقدمية تساوي 35سنة أما أعلى نسبة فتمثل أقدمية أقل من 5سنوات ب33,3 % ب100تكرار، تليها فئة أكثر من 20سنة ب27,7%، تم تحتل فئة من 5 إلى 10 سنوات المرتبة الثالثة بنسبة 15,3% و 46 تكرار، أما فئة من 11 إلى سنة 15 فهي ممثلة بنسبة 13,7% وب 41 تكرار، وأدنى نسبة فهي تخص فئة الأقدمية ب 16إلى 20 سنة بنسبة 10% و30 تكرار.

4- عرض ومناقشة نتائج الدّراسة:

4-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

توجد فروق في مستويات سمات الشخصية السائدة لدى عينة الممرضين.

جدول (02) يبين الكشف عن الفروق بين مستويات أبعاد سمات الشخصية السائدة لدى عينة الدراسة ن=300

أبعاد سمات الشخصية / التحليل الاحصائي	الحيوية والنشاط	العصابية	يقظة الضمير المهني	الانبساط الاجتماعي	الطيبة
المتوسط الحسابي	19,74	17,58	21,00	17,86	12,64
الانحراف المعياري	3,07	3,93	2,63	3,16	1,77
معامل الاختلاف	9,44	15,51	6,96	9,99	3,16

يكشف الجدول رقم (02) الفروق بين مستويات أبعاد سمات الشخصية السائدة لدى عينة الممرضين حيث دلّت المتوسطات الحسابية على احتلال سمة يقظة الضمير المرتبة الأولى بمتوسط يساوي 17,86 أما سمة الطيبة فاحتلت المرتبة الاخيرة غير أن عدد الفقرات الأبعاد غير متساوي وهذا ما سوف يؤثر على ترتيب الصحيح للعوامل الخمسة لهذا اعتمدنا على معيار آخر من مقاييس التشتت وهو معامل الاختلاف حيث دلّت النتائج على أن سمة العصابية هي

التي احتلت المرتبة الأولى لدى عينة الدراسة ثم وجاءت في المرتبة الثانية سمة الانبساط الاجتماعي وفي المرتبة الثالثة سمة الحيوية والنشاط وفي المرتبة الرابعة سمة يقظة الضمير المهني واحتلت سمة الطيبة المرتبة الأخيرة.

4-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

توجد فروق في مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى عينة الممرضين.

جدول (03) يبين الكشف عن الفروق بين مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى عينة الدراسة ن=300

أبعاد الذكاء الانفعالي / التحليل الاحصائي	التعاطف	التحكم في الانفعالات	الادراك الانفعالي والانجاز	إدارة الانفعالات	التحفيز الذاتي
المتوسط الحسابي	64,07	40,27	35,58	24,84	19,98
الانحراف المعياري	9,28	4,97	4,65	4,25	2,85
معامل الاختلاف	86,12	35,67	21,68	18,13	8,16

كشفت الدراسة كما يبين الجدول رقم (03) أن قيم المتوسطات الحسابية لأبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى الممرضين دلّت على وجود فروق في مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي وبالرغم من وجود فروق ظاهرية لصالح بعد التعاطف ويليه بعد التحكم في الانفعالات ثم بعد الادراك الانفعالي والانجاز ويليه بعد إدارة الانفعالات وفي المستوى الأخير بعد تحفيز الذات، إلا أن هذه الفروق لا تسمح في الواقع بإعطاء تفسير منطقي للاختلاف في مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي، لهذا نلجأ إلى أسلوب احصائي آخر نعتمد فيه على قيمة معامل الاختلاف فدلّت النتائج على أنّ ترتيب أبعاد الذكاء الانفعالي من يحث توزيعها على العينة كالتالي: في المرتبة الأولى التعاطف ثم يليه بعد التحكم في الانفعالات ثم بعد الادراك الانفعالي والانجاز وفي المرتبة الرابعة بعد إدارة الانفعالات وجاء في المرتبة الأخيرة بعد التحفيز الذاتي.

4-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة وأبعاد الذكاء الانفعالي لدى عينة الممرضين والدرجات الكلية للمقياسين على التوالي.

جدول رقم (04) يبين الكشف عن العلاقة الارتباطية بين سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى والذكاء الانفعالي لدى الممرضين، ن=300

الذكاء الانفعالي / سمات الشخصية	التعاطف	التحكم في الانفعالات	الادراك الانفعالي والانجاز	إدارة الانفعالات	التحفيز الذاتي	البعد الكلي للذكاء الانفعالي
الحيوية والنشاط	0,37**	0,38**	0,45**	0,42**	0,42**	0,50**
العصابية	-0,03	-0,17**	-0,14**	0,07	-0,17**	-0,09
يقظة الضمير المهني	0,22**	0,24**	0,30**	0,21**	0,29**	0,31**
الانبساط الاجتماعي	0,23**	0,18**	0,12*	0,25**	0,10	0,24**
الطيبة	0,28**	0,23**	0,29**	0,23**	0,25**	0,33**
البعد الكلي لسمات الشخصية	0,36**	0,26**	0,30**	0,41**	0,26**	0,41**

** مستوى الدلالة عند 0,01، * مستوى الدلالة عند 0,05

يكشف الجدول رقم (04) عن مستوى العلاقات بين البعد الكلي للمتغير المستقل المتمثل في سمات الشخصية والبعد الكلي لمتغير التابع والمتمثل في الذكاء الانفعالي حيث ر= 0,41 وهي علاقة ارتباطية دالة، أما على

مستوى الأبعاد الجزئية لكل متغير نلاحظ وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين بعد الحيوية والنشاط من سمات الشخصية والبعد الكلي للذكاء الانفعالي حيث ر= 0,50 وهو أعلى ارتباط دال بين أبعاد سمات الشخصية والذكاء الانفعالي ، ونلاحظ أيضا وجود ارتباطات دالة احصائيا مع جميع أبعاد الذكاء الانفعالي حيث نجد أن أعلى ارتباط دال احصائيا ر=0,41 بين البعد الكلي لسمات الشخصية وبعد إدارة الانفعالات وأدنى ارتباط دال بين سمات الشخصية وبعدي التحكم في الانفعالات والتحفيز الذاتي حيث ر= 0,26 وهو ارتباط منخفض نوعا ما.

وفيما يخص ارتباط بعد الحيوية والنشاط بالأبعاد الجزئية للمتغير الذكاء الانفعالي فنلاحظ وجود علاقة ارتباطية دالة احصائية وقوية نوعا ما مع كل الأبعد وأعلى ارتباط يخص بعد الادراك الانفعالي حيث ر= 0,45، ثم ارتباطات متساوية بين بعد الحيوية والنشاط وبعدي ادارة الانفعالات والتحفيز الذاتي حيث ر= 0,42، وأخيرا أدنى ارتباط دال احصائيا بين بعد الحيوية والنشاط وبعدي التحكم في الانفعالات والتعاطف حيث ر= 0,38 و0,37 على التوالي.

بالنسبة لبعد العصابية نلاحظ وجود علاقة ارتباطية غير دالة احصائيا مع البعد الكلي للذكاء الانفعالي بينما توجد علاقات ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين هذا البعد والأبعاد الجزئية للذكاء الانفعالي المتمثلة في : التحكم في الانفعالات، الادراك الانفعالي والتحفيز الذاتي حيث ر= 0,17-، 0,14- ،0,17- على التوالي.

أما بعد يقظة الضمير فله علاقة دالة احصائيا مع البعد الكلي للذكاء الانفعالي حيث ر= 0,31 وعلاقة ارتباطية دالة احصائيا مع جميع الأبعاد الجزئية للذكاء الانفعالي ولكنها ارتباطات متوسطة نوعا ما حيث قيمة (ر) تتراوح ما بين 0,21 و0,30، ونلاحظ أيضا وجود ارتباطات متوسطة ودالة احصائيا بين بعد الطيبة وجميع أبعاد الذكاء الانفعالي حيث تراوحت قيمة (ر) ما بين 0,25 و0,29 أما بالنسبة لبعد الانبساط الاجتماعي فله علاقة ارتباطية دالة احصائيا مع البعد الكلي للذكاء الانفعالي حيث ر = 0,24، كما لديه ارتباطات دالة احصائيا مع أربعة أبعاد للذكاء الانفعالي هي التعاطف، التحكم في الانفعالات، والادراك الانفعالي والانجاز وإدارة الانفعالات حيث تراوحت قيمة (ر) ما بين 0,12 و0,25 وهي تعد ارتباطات ضعيفة بينما لا يوجد ارتباط دال احصائيا بين بعد الانبساط الاجتماعي وبعد التحفيز الذاتي.

5- مناقشة النتائج:

مناقشة الفرضية الأولى: بينت النتائج على تحقق الفرضية الأولى بوجود فروق دالة احصائيا بين مستويات سمات الشخصية السائدة لدى عينة الممرضين، فاحتلت سمة العصابية المرتبة الأولى نظرا للخصائص الشخصية للعينة حيث أن جنس الاناث يمثل أغلبية العينة بنسبة 86% من الممرضين كما أن ثلث العينة أي نسبة 33,3% لديهم أقدمية أقل من 05 سنوات. أشار(Lawrence, Pervin, John, 2005) إلى أن الدراسات الأمريكية الأولى بينت ضعف تأثير السن على سمات الشخصية رغم دلالته الاحصائية وخاصة لدى البالغين الكهول، إذ أنهم يتحصلون على درجات منخفضة في سمات العصابية والانبساط والانفتاح على الخبرة، بينما يحصلون على درجات أعلى في سمتي الطيبة ويقظة الضمير على خلاف المراهقين أو البالغين في سنوات العشرينيات. وعلى العموم يمكن القول بأن سمات الشخصية تشهد تغييرا مع التقدم في السن خاصة ببلوغ سن الثلاثين، إذ ينضج الأفراد باختبار أدوار البالغين المتمثلة في التجارب المهنية وتربية الأطفال التي تمكنهم من الاتزان العاطفي وبالتالي تحقيق تنشئة اجتماعية تضمن تحسين وتطوير المهارات. ولقد أوضحت (Martine Bouvard, 2002) أنه على العموم هناك اختلاف بين الرجال والنساء إذ تحصل الإناث على درجات أعلى في سمتي "العصابية" و "الطيبة". ولقد أوضح كل من (Bernaud, Lemoine, 2000)، سمة "العصابية" فلها ارتباط متوسط وسلبي بمؤشرات الأداء، والأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في هذه السمة يواجهون صعوبات كبيرة في إدارة الضغوط وبالتالي يكون أداءهم ضعيفا في المهام المعرفية، فهي بذلك تتعارض مع مهنة التمريض إذ وصفها (Filip De Fruyt et De Parter, 2006) بأنها "سمة تعبر عن الشعور بالقلق والعدوانية والحساسية المفرطة والتعبير عن الانفعالات السلبية" وهذه السمات تحد من قدرة الممرضين على مواجهة ضغوط

المهنية الناتجة عن معايشة الحالات الحرجة والمشاهد الصادمة وحالات الموت المتكررة بالإضافة إلى صراعات العمل مع الزملاء والمشرفين وكذلك التعامل مع الأنماط المختلفة لشخصيات المرضى وطبائعهم التي تكون في أغلب الأحيان حادة نتيجة المعاناة من المرض. وفي نفس السياق أكد كل من (Parent-Lamarche et Marchand, 2016) على أن سمة العصابية مرتبطة باستراتيجيات التكيف غير الفعّالة فأغلب الدراسات بينت على أن العصابية ترفع من مستوى الانهاك الانفعالي والتشاؤم وتخفض من مستوى فاعلية الذات.

أما عامل الانبساط الاجتماعي فقد احتل المرتبة الثانية وتعد هذه السمة ضرورة ومهمة في مهنة التمريض فلقد أوضح (Filip De Fruyt et De Parter, 2006) أن سمة الانبساط تعبر عن" تأكيد الذات والطموح والرغبة في متابعة الأهداف والحفاض على النظام" وأما (Hansenne, 2013) فأشار "أن الأفراد المنبسطين يمكنهم ربط العلاقات الاجتماعية مع الآخرين من خلال الاستخدام الجيد لانفعالاتهم"، كما بيّن (Charles-Pauvres et al, 2006) أن " لسمة الانبساط علاقة تنبؤية بالأداء المتعلق بفريق العمل " ويرى (Bernaud, Lemoine, 2000) أن الأفراد ذوي سمة "الانبساط" يتحصلون على نتائج أفضل في المهام التي تتطلب الانتباه والذاكرة القصيرة وردود الأفعال السريعة وكذلك في المهن التي تتطلب العلاقات الاجتماعية وبالتالي تعد هذه السمة مطلوبة لدى الممرضين بما أن عملهم في أغلب الأحيان يكون ضمن فرق متوزعة على المناوبة النهارية والليلية.

أما بالنسبة لسمة الثالثة من حيث السيادة لدى العينة نجد سمة الحيوية والنشاط وهذا نظرا لأن كثرة المهام والعدد الكبير للمرضى الذي يتكفل بهم الممرضون يتطلبان منهم التحلي بالنشاط واستغلال طاقة كبيرة للقيام بالمهام العلاجية مثل العناية بالنظافة اليومية للمرضى، تطبيق الوصفات الطبية والقيام بالعلاجات المتخصصة مثل معالجة الجروح أو تصفية الدم أو تطبيق بروتكول علاج أمراض السرطان، وفي ظل كثرة المرضى يجد الممرضون أنفسهم مجبرون على التحلي بالنشاط والحيوية طيل فترة العمل أو المداومة.

أما بالنسبة لسمة يقظة الضمير المهني التي جاءت في المرتبة الرابعة من حيث توزيعها لدى عينة الدراسة فهي تعتبر في أغلب الدراسات السابقة متنبئ للأداء في جميع المهن فلقد أورد (Charles-Pauvres et al, 2006) دراسة ل (Barrick)وآخرون في سنة 2006 قام من خلالها بتحديد ثلاثة أنواع من الأداء باستخدام مناهج مختلفة من التقييم، فالنوع الأول هو الأداء العام في العمل ويكون ناتج عن أساليب عديدة من التقييم نذكر منها المعطيات الانتاجية، أما الأداء الثاني فهو الأداء الموضوعي ويكون عن طريق تقييم المشرفين ويتضمن معطيات الانتاجية ورقم الأعمال والمبيعات والترقية وكل القرارات المتعلقة بالعامل، والأداء الأخير هو متعلق بالقدرة على تشكيل فريق العمل والقدرة على العمل في إطار الجماعة، وتم البحث بتقسيم الأفراد المستجوبين على ثلاث مجموعات، الأولى تضم المهنيين (المهندسين، المحامين..) والثانية تضم أعوان الشرطة والمسيرين، والثالثة تشمل العمال المؤهلين والشبه المؤهلين (مساعدي التمريض، السائقين..)، فدلت النتائج على أن سمة يقظة الضمير تتنبأ بصفة كبيرة بالأداء مهما كان نوعه ومهما كانت المجموعة المهنية، أما (Filip De Fruyt, et De Parter, 2006) فأشار إلى أن سمة يقظة الضمير "تعبر عن الدقة والطموح وأيضا الانضباط وحس المهارة وهي من السمات الضرورية في حالات العمل والسياق المهني"، فالممرضين مطالبين بالدقة في تطبيق الوصفات والبروتوكولات العلاجية والالتزام بالتعليمات الصادرة عن الأطباء والمشرفين المباشرين، والاحساس بالمسؤولية اتجاه المرضى وتقديم الرعاية الصحية لهم وتلبية احتياجاتهم، أما سمة الطيبة فاحتلت المرتبة الأخيرة من حيث سيادتها لدى عينة الممرضين وهي حسب (J-P. Rolland, 2004) سمة متعلقة بالعلاقات مع الآخرين وتشير بشكل أساسي إلى التعاطف ، الإحسان ، الدفء أو السخرية ، اللامبالاة ، العداء في للعلاقات مع الآخرين، فالفرد الذي يحصل على درجات عالية في هذا البعد يتصف بالإيثار ، والقلق بشأن رفاهية الآخرين ومستعد لمساعدتهم بشكل عفوي ، وهو شخص لديه ميل طبيعي للثقة بالآخرين ، ويركز على الآخرين

ويتعاطف معهم كما أنه لديه حساسية لحل مشاكلهم وتلبية احتياجاتهم .أما (Filip De Fruyt et De Parter, 2006) فيعرف الطيبة على أنها سمة "تعبر عن التفاعلات الاجتماعية مثل المحافظة على العلاقات الاجتماعية الصادقة والحميمية وابداء مشاعر التعاطف والايثار نحو الأخرين"، لهذا تعتبر هذه السمة ضرورية بالنسبة للممرضين للتفاعل مع المرضى الاحساس بمعاناتهم وللتخفيف من شدة آلامهم بالتواصل الفعَال معهم ومع عائلاتهم وأيضا مع زملائهم لتحقيق تماسك فريق العمل بفضل المشاعر الصادقة والصراحة والايثار. وكخلاصة يمكن القول بأن احتلال السمة يقظة الضمير المهني وسمة الطيبة المراتب الأخيرة لدى عينة الممرضين يعبر دون شك عن حالات التسيب والاهمال الذي يمكن ملاحظته في المصالح الاستشفائية والمؤسسات الصحية كما يمكن اعتبار هذا الانخفاض مؤشر لكثرة الصراعات المهنية داخل هذه المؤسسات.

- مناقشة الفرضية الثانية: لقد كشفت النتائج على تحقق الفرضية الثانية بوجود فروق دالة احصائيا بين مستويات أبعاد الذكاء الانفعالي السائدة لدى الممرضين، فاحتلت مهارة التعاطف المرتبة الأولى، ثم بعد التحكم في الانفعالات وبعد الادراك الانفعالي والانجاز في المرتبة الثالثة ويليه في المرتبة الرابعة بعد إدارة الانفعالات وفي المرتبة الأخيرة بعد التحفيز الذاتي ، وتعد مهارات الذكاء الانفعالي مهمة جدا في ميدان العمل فقد برهنت العديد من الدراسات السابقة على دور الأساسي الذي تلعبه هذه المهارات منها ما أشار إليه (Talavera, Pérez-Gonzalez, 2007) من أن معظم الدراسات بينت أن الذكاء الانفعالي يساهم في تحسين الأداء والرفع من التمكين لدى العمال، ولقد أشار الباحثان إلى دراسات (Cherniss) و(Pérez) في سنتي 2000 و2003 على التوالي واللذين أوضحا من خلالهما أن مهارات الذكاء الانفعالي والمهارات الاجتماعية تعد عاملا أساسيا في جميع الوظائف وهذا لدورها في تحسين جودة الحياة المهنية للعمال وتطوير مهاراتهم وترقية مسارهم المهني وكذلك مساهمة الذكاء الانفعالي في إدارة الجماعات وتسهيل العمل ضمن الفريق وتحمل الضغوط المهنية وتحفيز الذات لمواجهة الحالات الصعبة.

أما عن دور الذكاء الانفعالي بالنسبة لمهنة التمريض فقد أكدت (McQueen,2004) على أنه بالرغم ما تتميَز به الممرضات من الذكاء العام وتقنيات عالية للاستجابة للحاجيات الجسدية والنفسية للمرضى وعائلاتهم، غير أن المواجهة اليومية للضغوط في الحياة المهنية والشخصية تستوجب منهن التحلي بالهدوء والمقاومة والمردودية العالية في كل الحالات وخاصة الحرجة منها، وهذا ما يتطلب منهن امتلاك مهارات الذكاء الانفعالي، كما أوضحت (Noumayhed,) 2010 أن الذكاء الانفعالي يساعد الممرضات على الوعي بانفعالاتهن الذاتية وتلك الخاصة بالآخرين، وكيف يساعد هذا الادراك الانفعالي في العمل بطريقة ذكية وأثره الايجابي على نتائج العملية العلاجية ورضا المرضى، وهذا ما تجلى في الدراسة الحالية حيث احتل بعد التعاطف المرتبة الأولى وهذا نظرا لأهمية هذا البعد في العملية العلاجية وفي العلاقات بين الممرضين وزملائهم والمرضى وعائلاتهم، فلقد أشار (إبراهيم بن جامع، 2010) إلى أن الذكاء الانفعالي يحتوي على أبعاد التحكم في الذات والحماس والاصرار والقدرة على تحفيز الذات والتحول في هذه المواقف ويتوسط هذا التحول مهارة التعاطف والتي تشكل أساس العملية العلاجية بفضل العلاقات الجيدة مع جميع الفاعلين في هذه العملية وهذا ينعكس على علاج المريض وسرعة شفاءه وتقبله لمرضه، كما أوضح (Deklava & Millere,2011) أن بعض الدراسات بيَنت أن الممرضات ذات الذكاء المرتفع لديهن قدرة كبيرة على الوعي بالذات ومهارات عالية في العلاقات مع الآخرين ومتعاطفات ومتكيفات ولديهن القدرة على التواصل مع المرضى للاستجابة لانفعالاتهم الفورية، فالذكاء الانفعالي وخاصة التعاطف وضبط الانفعالات يلعب دورا كبيرا في ضبط الاندفاعات العدوانية وفي ربط العلاقات الاجتماعية الفعَالة، فانخفاض مستوى التعاطف هو مؤشر لارتفاع العدوانية في بيئة العمل وهذا ما يمكن ملاحظته في المؤسسات الصحية حيث تكثر الصراعات بين الممرضين وزملائهم والمشرفين عليهم وحتى مع عائلات المرضى، وهذا ما أوضحته (Noumayhed, 2010) إذ بالرغم من أن الممرضين يبدون التعاطف اتجاه المرضى غير أنهم لا

يبدون الحساسية اتجاه معاناة زملائهم، فالوعي بهذه المعاناة والانشغالات يساعد على تماسك الجماعة وبالتالي تحقيق الفعالية في العملية العلاجية، فعلى الممرضين تفهم مشاعر زملائهم والكشف عن حاجاتهم للتكوين وتحفيز قدراتهم للقيام بمهامهم للمحافظة على علاقات مميزة.

ويعتبر بعد التحكم في الانفعالات الذي احتل المرتبة الثانية لدى عينة الممرضين، مهارة محورية ما بين الادراك الانفعالي وإدارة الانفعالات والتعاطف وهذا ما أشارت إليه كل من (McQueen,2004) و (Noumayhed, 2010) في دراساتهما، والتي أكدتا على الدور الاساسي لتحكم الممرضات في انفعالاتهن وذلك بإدراكهن لانفعالاتهن مهما كانت الحالة وهذا يسمح لهن بتقييم انفعالات الآخرين وبالتالي التحلي بالثقة في النفس، وكذلك يتطلب التحكم في الانفعالات والاندفاعات من الممرضات التحلي بالتفكير والبحث عن الوسائل التي تسمح بإدارة الانفعالات وتوجيهها بصفة فعَالة في حالات الخوف وبالتالي القدرة على العمل ضمن الفريق في جو من الثقة، فالممرضة التي يكون لديها انخفاض في مستوى مهارة التحكم في الانفعالات تكون أكثر حساسية ولا تتقبل النقد وبالتالي تكون أقل قدرة على الاصغاء (أي تنخفض لديها مهارة التعاطف) وبالتالي لا تحسن التكفل الجيد بالمريض.

ولقد جاء بعد الادراك الانفعالي والانجاز في المرتبة الثالثة من حيث سيادته لدى عينة الممرضين، فهذا الادراك للمشاعر الذاتية والانفعالات الخاصة بالمرضى يدفع الممرضين إلى انجاز مهامهم، وهذا ما بينته (McQueen,2004) بالتأكيد على دور الادراك الانفعالي في عمل الممرضات، فانخفاض مستوى هذه المهارة لديهن يؤدى إلى عدم ادراكهن لمشاعر الاحباط والاشمئزاز والحساسية المفرطة والغضب والحزن المتعلقة بالمريض وبالتالي تبدي الممرضات قدرات منخفضة على مستوى التحكم في انفعالاتهن والتعبير عنها وهذا ما يؤثر سلبيا على علاقتهن بالمرضى وزملائهن.

كما احتل بعد إدارة الانفعالات باحتلاله المرتبة ما قبل الأخيرة من حيث سيادته لدى عينة الممرضين بالرغم من أن هذه المهارة تعد أساس عملية تحول الانفعالات والمواقف وكما هو معلوم يعرف بعد إدارة الانفعالات بالقدرة على تحويل الانفعالات السلبية إلى انفعالات ايجابية وهي مهمة جدا لدى الممرضين إذ تمكنهم من تحمل وإدارة المواقف الضاغطة ومواجهة الحالات الحرجة والصادمة ومشاهد الموت وهذا ما يفسر عدم قدرة الممرضين على تحمل الضغوط وتجنبهم في أغلب الأحيان للمرضى وهو أيضا ما يفسر احتلال بعد تحفيز الذات المرتبة الأخيرة من حيث السيادة لدى عينة الممرضين حيث تلعب هذه المهارة دورا مهما في دفع الممرضين لإنجاز المهام وتحقيق أهداف العملية العلاجية التي تتطلب بدل الجهد والتحمل من أجل تقديم الرعاية الصحية الجيدة للمرضى، فلقد بيَن (Yaïch, 2010) دور هذه المهارة الانفعالية التي تساعد العامل لتحقيق الأهداف والطموح وتتجلى من خلال الانتباه والتركيز والاتقان والالتزام اتجاه أهداف المؤسسة والجماعة والمبادرة وسهولة التعامل مع الأفكار والمعلومات الجديدة والتفاؤل لمتابعة الأهداف بالرغم من الصعوبات والعقبات التي تواجه العامل، لهذا تعتبر هذه المهارة ضرورية جدا للممرضين وهذا ما أكدت عليه (Noumayhed, 2010) باعتبار أن الممرضين هم قدوة للمرضى ولزملائهم من مختلف الفئات المهنية فتحليهم بالتفاؤل والالتزام والحرص على إنجاز الأهداف الايجابية يحفز الجميع على المساعدة في تحقيق العلاج وتحسين الرعاية الصحية. وكخلاصة يمكن القول بأنه بالرغم من ارتفاع مستوى مهارة التعاطف لدى عينة الدراسة إلى أن انخفاض مستوى إدارة الانفعالات والتحفيز الذاتي لدى الممرضين ينقص من مستوى الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى وأيضا من قدرة الممرضين على تحمل المواقف الضاغطة وهذا ما قد يؤثر على سلامتهم النفسية والجسدية.

- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: كشفت النتائج على تحقق الفرضية الأولى ، بوجود علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى والذكاء الانفعالي لدى الممرضين، حيث ر=0,41 عند مستوى دلالة 0,01 وهي علاقة متوسطة وهي نتيجة تتطابق مع نتائج الدراسات التي تفسر الذكاء الانفعالي على أساس النموذج

المختلط الذي يجمع بين مفهوم القدرة وسمات الشخصية فالذكاء الانفعالي حسب هذا النموذج هو عبارة عن مهارات تلعب سمات الشخصية دورا هاما في اكتسابها ولكنها تختلف عنها أي أنهما لا يمثلان نفس المفهوم، وهذا ما أكده (Kotsou, 2008) على وجود نماذج أخرى مختلطة للذكاء الانفعالي تجمع ما بين القدرات العقلية وسمات الشخصية لتفسيره، منها نموذج "بار-آون" الذي يعتبر أول من وضع مفهوم "الحاصل الانفعالي" لقياس الذكاء الانفعالي، فهو يعرف الذكاء الانفعالي على أنه تقاطع المهارات والقدرات الانفعالية والاجتماعية التي تحفز السلوك الذكي وحدد أربعة أبعاد للذكاء الانفعالي هي: الوعي والتعبير عن الذات، الوعي بالأخرين وبالتفاعل معهم، إدارة الضغوط (إدارة وضبط الضغوط)، التكيف(إدارة التغيير) وأخيرا مهارة تحفيز الذات. ولقد بينت العديد من الدراسات صدق هذا النموذج نذكر من بينها الدراسة التي أوردها (بقيعي،2011) حيث قام "الزعبي" ببحث للكشف عن العلاقة بين الذكاء الانفعالي وسمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى ومركز الضبط وكشف الذات لدة عينة من (939) الطلبة الجامعيين بجامعة أردنية فكشفت النتائج عن وجود علاقة موجبة دالة احصائيا بين سمات الانبساط والطيبة والانفتاح على الخبرة والذكاء الانفعالي ووجود علاقة سالبة ودالة احصائيا بين سمة العصابية والذكاء الانفعالي، كما أوردت (خريبة،2008) أن مقاييس الذكاء الانفعالي ترتبط بشكل دال ومرتفع وايجابي بالانبساطية وسلبي بالعصابية وترتبط بشكل أقل ولكن دال بالتقبل والانفتاح ويقظة الضمير، إلا أن الدراسة الحالية بينت أن العلاقة بين سمات الشخصية والذكاء الانفعالي دالة مع جميع سمات الشخصية ما عدى سمة العصابية لدى الممرضين، لأنها سمة تتناقض مع طبيعة مهنة التمريض التي تتطلب التفاعل الإيجابي مع المرضى والالتزام والتحلي بالهدوء والصبر ومقاومة الانفعالات السلبية والعمل ضمن الجماعة.

وهذا ما تجلى من خلال العلاقات الارتباطية بين سمات الشخصية وأبعاد الذكاء الانفعالي حيث دلّت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين سمة الحيوية والنشاط وجميع أبعاد الذكاء الانفعالي وتعتبر هذه الارتباطات أعلى من باقي الارتباطات، فالممرضين الذين يتسمون بالحيوية والنشاط يبدو أنهم يتميزون بجميع مهارات الذكاء الانفعالي والمتمثلة في التعاطف والتحكم في الانفعالات والادراك الانفعالي والانجاز والتحفيز الذاتي.

أما بالنسبة لسمة العصابية فبالرغم من وجود علاقة غير ارتباطية بين هذه السمة والبعد الكلي للذكاء الانفعالي إلا أن النتائج دلّت على وجود علاقات ارتباطية سالبة بين سمة العصابية وأبعاد الذكاء الانفعالي المتمثلة في بعد التحكم في الانفعالات والادراك الانفعالي والانجاز والتحفيز الذات وهذا ما أكده (Hansenne,2013) من خلال دراسة "ماكري " في سنة 2000 التي دلت على أن الذكاء الانفعالي لديه ارتباط سلبي بسمة العصابية وتعود هذه العلاقة السلبية حسبه إلى أن الأفراد الغير مستقرين على المستوى الانفعالي وهذه ميزة العصابيين الذين يبدون انخفاض في مستوى المهارات المتعلقة بالذكاء الانفعالي وهذا ما تبين في هذه الدراسة حيث يبدو أن الممرضين ذوو سمة العصابية لا يبدون قدرات في التحكم في الانفعالات خاصة أن علاج المرضى يتطلب التحكم في الانفعالات السلبية منها التعرض لمشاهد الموت أو المشاهد الصادمة للحوادث أو الجروح أو الأمراض السرطانية وكذلك التحكم في مشاعر التقزز والاشمئزاز من الروائح الكريهة الناتجة عن بعض الأمراض أو مواجهة المواقف الضاغطة نتيجة العمل في بيئات حرجة وهذه العوامل أيضا تحد من مهارات الأفراد العصابيين في الوعي بانفعالاتهم أو تلك الخاصة بالمرضى والتمييز بين الانفعالات السلبية والايجابية كما تحد أيضا من دفع الممرضين لأنفسهم وبالتالي التعرض لمختلف الأخطار النفسية الاجتماعية المصاحبة للعمل في مجال الصحة. علما أن أغلبية العينة هي من الإناث حيث أنهن لديهن مستوى مرتفع في العصابية وانخفاض في مستوى إدارة الانفعالات وتحفيز الذات وهذا ما اشار إليه (Hansenne, 2013) نجد أن سمة العصابية لدى النساء تتسبب باضطراب قدرة ضبط الانفعالات ولا تسمح لهم برؤية واضحة للواقع الانفعالي. أما فيما يخص استخدام الانفعالات نلاحظ أن لها علاقة مع سمة الانفتاح فقط بالنسبة للرجال والنساء، هذا الارتباط يعكس فكرة

أن استخدام الانفعالات هي القدرة على استعمال الانفعالات لتغيير الأفكار حول مختلف المواضيع، فالفرد المنفتح على الأفكار والقيم يستطيع أن يغير بسهولة تصوراته وتأويله وتفسيره لمختلف الحالات والتكيف معها، أما تقييم الانفعالات فلها علاقة سالبة مع سمة العصابية.

كما كشفت النتائج على علاقة سمتي يقظة الضمير المهني والطيبة بكل أبعاد الذكاء الانفعالي لأن هاتين السمتين تعد ضروريتين في مهنة التمريض فسمة يقظة الضمير تعتبر مؤشر ضروري في جميع المهن وهذا نظرا لما يتميز به الأفراد ذوو الضمير الحي من سمات الامتثال والالتزام بالقواعد والقيام بالواجبات والمهام المنوطة بهم بدون تأجيل وكذلك ضبط العواطف ، أما الأفراد ذوو سمة الطيبة فهم أفراد يتسمون بالتواضع والصراحة والحلم والقدرة على التعاطف وحسن التعامل مع الآخرين و التواصل الجيد، أكدته (حنصالي، 2014) من أن المقبولية أو الطيبة تعزز التعاطف والتفاعل الاجتماعي، والأفراد الأكثر تعاطفا يعتبرون الأكثر دقة في إدراكهم للآخرين كما يجب، والأفراد مرتفعي الذكاء الانفعالي هم الأكثر مرونة والأكثر تقمصا عاطفيا تجاه الآخرين ويتحلَون بالمسؤولية الاجتماعية ويتميزون بفهم انفعالاتهم الشخصية وتعتبر هذه الكفاءات الانفعالية مفتاح للنجاح في الحياة المهنية وخاصة بالنسبة لمهنة التمريض. كما أشارت (خريبة، 2008) إلى أنّ سمة الطيبة تقابلها مهارة التعاطف في الذكاء الانفعالي، وأوضحت أن ارتفاع مهارات إدارة الانفعالات يرتبط بانخفاض في مستوى العصابية وارتفاع سمات الطيبة ويقظة الضمير والانبساطية. فهذه الأوجه المختلفة لهتين السمتين تتطلب من الممرضين التحلي بمهارات معرفة الانفعالات والتحكم فيها وإدارة الانفعالات الايجابية والسلبية وتحفيز الذات لإنجاز المهام والتعاطف مع المرضى والتواصل الفعَال معهم ومع فريق العمل وهي كلها أبعاد للذكاء الانفعالي. كما أن الأفراد ذوو سمة الطيبة هم أفراد يتسمون بالتواضع والصراحة والحلم والقدرة على التعاطف وحسن التعامل مع الآخرين و التواصل الجيد،

وأخيرا تدل نتيجة الارتباط الايجابي لسمة الانبساط الاجتماعي مع جميع أبعاد الذكاء الانفعالي ماعدا بعد تحفيز الذات الذي لم يظهر ارتباط دال احصائيا وهذا راجع لما يتميَز به الأفراد المنبسطين من الاحساس بالراحة والسعادة وسهولة التواصل الاجتماعي الشعور بالطاقة والاستمتاع بالعمل لهذا لا يبدي الممرضين المنبسطين اجتماعيا الحاجة لتحفيز الذات لإنجاز مهامهم أو للتواصل الفعَال مع المرضى أو مع زملائهم في العمل.

الخلاصة:

تعتبر مهنة التمريض عمل ذو ثقل انفعالي كبير يتطلب من الممرضين بدل جهد جسدي ونفسي استثنائي لتقديم العلاج للمرضى وتلبية احتياجاتهم الجسدية والنفسية مع تحمل الضغوط المرافقة لهذه المهنة الناتجة عن مناظر الموت المتكرر والمشاهد الصادمة للحوادث بالإضافة إلى الجروح والإصابات الخطيرة، وكذلك تحمل الانفعالات السلبية للمرضى ومعاناتهم وقلق ذويهم عليهم، هذا ما يتطلب منهم التحلي بمهارات الإدراك الانفعالي وإدارة الانفعالات السلبية وتحويلها إلى انفعالات ايجابية، وتفهم مشاعر الآخرين وإبراز التعاطف مع الجميع وكذلك القدرة على تحفيز الذات والعمل في بيئة تتسم بالمواقف الحرجة وكذلك تقديم الدعم للزملاء من أجل التنسيق والتكامل في تقديم العلاجات.

لكن كل هذه المهارات لا تكون ذات فعالية إذا لم يتسم الممرضون بصفات شخصية تساعدهم على إتقان العمل مثل الالتزام المهني والصبر والمواجهة والتحمل، واللطف والمرونة، والحلم والرأفة وانجاز المهام بضمير أخلاقي والصدق والأمانة والمحافظة على السر المهني، لهذا تمت هذه الدراسة بالبحث عن العلاقة بين سمات الشخصية والذكاء الانفعالي لدى عينة من الممرضين، باستخدام قائمة نموذج العوامل الخمسة الكبرى الذي يعد محصلة للدراسات في مجال الشخصية يختزل أهم صفات الشخصية في خمسة أبعاد، ومقياس الذكاء الانفعالي طبقا للنموذج المختلط الذي يعتبر الذكاء الانفعالي مجموعة من مهارات المرتبطة بسمات الشخصية والقدرات التي تساعد على تحسين الأداء المهني وتحقيق النجاعة والفعالية في مختلف الوظائف والمهن. وفي الأخير وجب الــتأكيد على الاعتماد على هاذين الاختبارين

في انتقاء وتوظيف الممرضين وحتى في توجيههم في المصالح التي تتناسب مع سماتهم ومهاراتهم الانفعالية حتى يتم تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

قائمة المراجع

باللّغة العربية:

- ابراهيم، بن جامع، (2010)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بفعالية القيادة، دراسة ميدانية على إطارات الادارة الوسطى بمركب تكرير البترول- سكيكدة، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم ، جامعة منتوري قسنطينة.

- إيناس، محمد، صفوت، مصطفى، محمود، خريبة (2008)، البناء العاملي للذكاء الوجداني في علاقته ببعض سمات الشخصية لدى طلاب جامعة الزقازيق، رسالة دكتوراه الفلسفة في التربية، جامعة الزقازيق، مصر

- نافز، بقيعي،(2011) الذكاء الانفعالي وعلاقته بأنماط الشخصية والاحتراق النفسي لدى معلمي الصفوف الثلاثة الأولى، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، مجلد 25(1)، ص ص 49-82.

- مريامة، حنصالي (2014)، إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي، دراسة ميدانية على الأساتذة الجامعيين الممارسين لمهام إدارية، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإسلامية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

باللّغة الأجنبية:

- Bernier, C. (2012), Les émotions du soignant, analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles, travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, IFSI NIORT

-Bernaud, J.L. Lemoine, C. (2000), Traité de psychologie du travail et des organisation, Paris : Dunod.

-Bouvard, M. (2002), Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité (2ème éd.), Paris : Massons.

-Charles-Pauvre, B. Comeiras, N. Peyrat-Guillard, D. Roussel, P. (2006), Les déterminants psychologiques de la performance au travail un bilan des connaissances et proposition de voies de recherche. HAL Id : https://halshs.archives-ouverts.fr/halshs-00096949

- Deklava, L. Millere, I. (2011), Emotional Intelligence Among Surgical Nurse in Latvia, Procedia-Social and Behavioral Sciences, N°30,pp. 1908-1912, W.W.W.ScienceDirect.Com

- De Fruyt, F. De Parter, I. (2006), Comment optimiser une batterie du personnel dans Lévy-Leboyer, C. Louche, C. Rolland, J.P. (Eds.), RH : Les apports de la psychologie du travail, 1-Managent des personnes, (pp.33-48).Paris : Editions d'Organisation.

-Ghiabi , M. Beesharat, M. A. (30-2011), An investigation of the relationship between personality dimensions and emotional intelligence. Procedia-Social and Behavioral sciences. Retrieved from: W.W.W. sciencedirect.com /locale/ijhosman

-Hansenne, M. (2013), Psychologie de la personnalité, (4ère éd.), Bruxelles : De Boeck.

- Kim, H.J. Agrusa, J. (30-2011), Hospitality service employees' Coping Style: the role of emotional intelligence, two basic personality traits, and socio-demographic factors. International journal of hospitality management. Retrieved from: W.W.W. Elsevier. Com./locale/ijhosman

- Kotsou, J. (2008), Intelligence émotionnelle et management : comprendre et utiliser la force des émotions, Bruxelles : De Boeck.

- Loriol, M. (2013) Travail émotionnel et soins infirmier, santé mentale, pp.60-63, https://.archives-ouvertes.fr/hal-00925639

-Mc Qeen, A. C.H. (2004), Emotional intelligence in nursing work, Integrative literature reviews and meta-analyses, Journal of Advanced Nursing 47/ (1), pp 101-108

- Noumayhed, L. (2010), Emotional Intelligence in Nursing Practice, Lebanese Journal of nursing, Order Nurses in Lebanon, Issue, pp11-13

- Okbani, R. Batouche, D.D. Lahmer, M. (Juin 2014), Etude de la communication intergroupe par l'analyse transactionnelle, 7ème Congrès de la Société Franco-Algérienne de psychiatrie, La SFAP EHU Oran.

- Parent-Lamarche, A., Marchand A. (2016).Travail et épuisement professionnel : le rôle modérateur des traits de personnalité. Psychologie de travail et des organisations, 22, pp187-204, http://dx.doi.org/10.1016/j.pto.2016.02.009

-Pervin, L.A., John, O.P. (2005), La personnalité de la théorie à la recherche, Bruxelles : De Boeck.

- Rolland, J-P. (2004), L'évaluation de la personnalité, Le modèle en cinq facteurs, Belgique : Mardaga.

- Talavera, E.R. Pérez-Gonzalez, J.R. (2007), Formation en compétences socio-émotionnelle à travers les pratiques en entreprise, Revue européenne de formation professionnelle, N° 40/ pp 93-112

- Yaïch, A. L'intelligence comportementale au travail, Tunisie : Les éditions Raouf Yaïch.