

Emotional Intelligence and its Correlation with Resilience in Patients with Chronic Diseases: A Field Study in Ouargla, Algeria

*Chahrazed Nouar
Tawes Quazi*

Abstract

Objective: The present study aims to identify the correlation between emotional intelligence and resilience. **Methods:** the study comprised a sample of 138 patients with chronic diseases (diabetes- blood pressure- gastric ulcers- kidney disease- chronic pain), residing in Ouargla, Algeria. The study adopted the relational descriptive approach, and used two scales, namely the emotional intelligence scale of Abdel Rahim Saleh (2001) and the Davidson & Connor ego resilience scale (2003). Data was entered and analyzed by the SPSS-22 statistical program. **Results:** The study concluded that there was a statistically significant correlation between emotional intelligence and resilience in patients with chronic diseases. The results also confirmed the alternative hypothesis that there are significant differences of resilience by sex and type of disease. Differences were also significant in emotional intelligence according to the duration of disease; however, there were no differences in emotional intelligence by sex and disease type. **Conclusion:** emotional intelligence and resilience are protective factors that allow the individual to cope with difficult and painful experiences, including chronic or dangerous illness.

Keywords: Emotional Intelligence, Resilience, Chronic Disease.

الذكاء الوجداني وعلاقته بمرونة الأنا لدى عينة من ذوي الأمراض المزمنة: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة بالجزائر

شهرزاد نوار(*)

طاوس وازي(**)

ملخص:

هدف الدراسة: تسعى هذه الدراسة إلى تعرف العلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا وكذا الفروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا حسب جنس المرضى ومدة ونوع المرض المزمن. **المنهجية:** بلغ عدد أفراد العينة 138 فرداً من المرضى المصابين بأمراض مزمنة (مرض السكري- ضغط الدم- القرحة المعديّة- أمراض الكلى- الألم المزمن)، القاطنين بمدينة ورقلة بالجزائر، وذلك باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، ومقياسين، هما مقياس الذكاء الوجداني لعبدالرحيم صالح (2001)، ومقياس مرونة الأنا لدافيدسون وكونور (2003D)، وقد تم إدخال البيانات وتحليلها بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS-22. **النتائج:** توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كل من الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المصابين بالأمراض المزمنة، فضلاً عن وجود فروق في مرونة الأنا بحسب الجنس ومدة المرض ونوعه؛ وقد كانت هناك فروق دالة في الذكاء الوجداني بحسب مدة المرض، بينما لم توجد فروق في الذكاء الوجداني بحسب الجنس ونوع المرض. **الخلاصة:** يعتبر كل من الذكاء الوجداني ومرونة الأنا من عوامل الحماية التي تسمح للفرد في التكيف مع التجارب الصعبة والمؤلمة ومنها المرض المزمن أو الخطير.

المصطلحات الأساسية: الذكاء الوجداني، مرونة الأنا، المرض المزمن.

(*) كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
chahra.nouar@yahoo.fr

nouar.chahrazed@univ-ouargla.dz (**)

مقدمة:

لم تعد الصحة بمفهومها العام موضوعاً طبياً فقط، بل أصبحت ظاهرة نفسية واجتماعية أيضاً، وإن تغير خريطة الأمراض من الأمراض الحادة والمعدية إلى ظهور الأمراض المزمنة قد أدى إلى تغيير فهم الأفراد للصحة والمحددات النفسية، الاجتماعية و الديمغرافية المتفاعلة معها.

وقد تختلف استجابات الأفراد أمام الوضعية الضاغطة؛ فهم لا يتبعون مساراً واحداً في مواجهة الضغط، فبينما لا يستطيع بعض المرضى تجاوز هذه الوضعية، ينجح البعض الآخر في مواجهة مختلف الضغوط الناتجة من المرض بشيء من المرونة والإيجابية، وقد يرجع ذلك إلى مجموعة المتغيرات الوسطية (المعرفية والسلوكية) أو ما يعرف بالمفاهيم الخاصة بالشخصية، بحسب علماء الصحة نفسها، المتمثلة في الذكاء الوجداني، الصلابة النفسية ومرونة الأنا (Shweitzer, 2002)

ولعل من بين أهم المحددات المعرفية والنفسية المرتبطة بالصحة والمرض، الذكاء الوجداني، الضبط الصحي، الفعالية الذاتية، الصلابة النفسية ومرونة الأنا.

عرف مفهوم الذكاء الوجداني في نهاية القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين انتشاراً واسعاً؛ نتيجة لجهود علماء النفس لتفسير النجاح في التواصل مع الآخرين وتحقيق الرضا ومواجهة الضغوط والنجاح في الحياة بصفة عامة. وتركز الفكرة الأساسية للذكاء الوجداني على أن النجاح في الحياة الاجتماعية والمهنية لا يعتمد على قدرات الفرد العقلية فقط، بل على ما يتمتع به أيضاً من مهارات وإمكانات وجدانية؛ فالتعبير عن الانفعالات التي تتاب الفرد ومشاركة الآخرين انفعالاتهم وتعرفها، يساعد على تنمية وتطوير الشخصية التي تعطي توازناً ومعنى للحياة (قمر، 2016، 163).

1 - عرض الإشكالية:

عرفت الأمراض المزمنة انتشاراً واسعاً في السنوات الأخيرة؛ إذ تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2015 إلى أنها تؤدي كل سنة بحياة 41 مليون نسمة، منهم 16 مليون نسمة دون سن السبعين. وتأتي الأمراض القلبية الوعائية في مقدمة الأمراض المزمنة بنحو 17.5 مليون نسمة، ثم أمراض السرطان، فمرض السكري (منظمة الصحة العالمية، 2015).

والجزائر، غيرها من دول العالم، تعاني من تبعات المرض؛ فبحسب إحصائيات وزارة الصحة والسكان لسنة (2015) يوجد ما يقارب 10 ملايين مصاب بالأمراض المزمنة (الأمراض القلبية الوعائية وارتفاع ضغط الدم، السرطانات، مرض السكري، والأمراض الرئوية)؛ مما أدى في المقابل إلى ارتفاع النفقات الخاصة بالتكفل (وزارة الصحة والسكان، 2015) .

وتشكل الأمراض المزمنة تحدياً كبيراً لمجتمعات الألفية الثالثة؛ من حيث نوعيتها أو انتشارها أو التكفل بها؛ حيث ارتكز اهتمام الأطباء لعقود طويلة على العوامل البيولوجية المسببة للمرض في عملية التشخيص، وقد ظلت هذه العوامل المفسرة للصحة والمرض لوقت طويل، وهذا ما يعرف بالنموذج الأحادي المنحى. لكن بعدها ركز الباحثون أيضاً على العوامل النفسية والاجتماعية التي من شأنها أن تؤثر تأثيراً إيجابياً أو سلبياً على الإصابة بالمرض والاستجابة للعلاج، وهو ما يعرف بالاتجاه البيولوجي، النفسو- اجتماعي.

لقد قاد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقاً لجميع ما يتعرض له الإنسان من أمراض واضطرابات جسمية أو نفسية، ووسع مجالات تشخيصها وعلاجها، كما أنه لفت الانتباه إلى التعقيد الإنساني والتباين بين الأفراد والجماعات والتركيز على أهمية الأحداث العقلية ونظم القيم الشخصية. هذا التناول الحديث يعرف بعلم نفس الصحة، الذي يجمع في تفسيره للصحة والمرض بين العوامل البيولوجية- النفسية والاجتماعية (Olmans et Enry, 2004) مذكور في زناد، (2013، 5).

وإذا كانت الدراسات الطبية المهمة بالمرض تركز على الجانب الفيزيولوجي، فإن البعد السيكولوجي أيضاً يؤدي دوراً مهماً في التكفل ولاسيما أنه يرجع إلى ضغوط وصدمات قد يتعرض لها المريض، كما يتسبب المرض لمريض كذلك بضغوط نفسية كبيرة، بالإضافة إلى إحساسه بالاكئاب والقلق ومشاعر الخوف التي غالباً ما تبدأ مباشرة بعد الإعلان عن الإصابة بالمرض (Anderson, 2000) مذكور في (نوار وزكري، 2019، 04).

إن للأمراض الخطيرة والمزمنة انعكاسات سيكولوجية تتطلب العناية والاهتمام، كما أنها تشكل المعاناة الأساسية للمريض. لذلك تستوجب هذه الوضعية ضرورة الاهتمام بالمضاعفات السيكولوجية والاجتماعية المصاحبة للمرض (حمودة، 2006، 12).

كما يستوجب الأمر كذلك الاهتمام بالمحددات المعرفية والنفسية والانفعالية المرتبطة بالصحة والمرض، وهنا من المهم جداً التحدث عن الحالات الانفعالية التي تعتبر من أكثر مهددات الصحة، ولا يعبر الوعي الانفعالي عن الشعور بالذات في أثناء معاشتها للموقف الانفعالي فحسب، بل يتعداه إلى التفكير بذلك الشعور؛ إذ تمثل القدرة على الربط بين ما هو عقلي (التفكير) وما هو انفعالي (وجداني) الخطوة الأولى للاستقرار النفسي الفسيولوجي. إن هذا التكامل بين الأنظمة الانفعالية (الوجدانية) والأنظمة المعرفية هو ما اصطلح على تسميته الذكاء الوجداني أو (الانفعالي) أو (ذكاء المشاعر).

جذب مفهوم الذكاء الوجداني (Emotionnel intelligence) اهتمام العديد من علماء النفس؛ لما له من أهمية وتطبيقات واسعة في مختلف مجالات الحياة النفسية والاجتماعية؛ فهو من أحدث أنواع الذكاء في مجال علم النفس والصحة النفسية والجسدية في الوقت الحالي، وله تأثير واضح ومهم في حياة الفرد من حيث طريقة تفكيره وعلاقاته الاجتماعية والانفعالية؛ فالتعاون القائم بين الشعور والفكر أو بين العقل والقلب يبرز أهمية دور العاطفة في التفكير المؤثر، سواء أكان ذلك في اتخاذ قرارات حكيمة أم في إتاحة الفرصة للفرد للتفكير بوضوح (قمر، 2016، 163).

يذكر (Bourey et al., 2001) أن الأفراد مرتفعي الذكاء الوجداني أكثر مرونة وانفتاحاً وتقمصاً عاطفياً تجاه الآخرين، ولديهم إحساس كبير بالمسؤولية الاجتماعية، وأكثر مهارة في فهم انفعالاتهم الشخصية. وهذه الكفاءات الانفعالية تعد مفتاح النجاح في العمل وإدارة الذات وقت الأزمات (Bourey et Miller, 2001)، ورد في حنصالي، (2013، 13).

كما ارتبط الذكاء الانفعالي - بحسب دراسة (Naghavi et al., 2010) - بمجموعة من العوامل؛ كالرضا عن الحياة والتفاؤل والشخصية. من هنا فإن الأشخاص الذين يعانون من بعض الصعوبات العاطفية؛ كالقلق والأسى والحزن والتشاؤم والتوتر المستمر أو العيش في جو من عدم الثقة، ترتفع لديهم نسبة الإصابة بالأمراض النفسية والاضطرابات الانفعالية؛ كالقلق والاكتئاب والألكتيميا (العجز عن التعبير عن الانفعالات)، وكذا الأمراض الجسدية؛ كالربو وقرحة المعدة والسكري (جولمان، 2000)، والتهاب المفاصل والصداع والاضطرابات الهضمية والأمراض القلبية (مبيض، 2003).

ويذكر الباحثون أن الذكاء الوجداني من شأنه أن يساهم في تحسين التكيف النفسي والتغلب على الضغوط التي يعرفها الفرد؛ ومن ثم الحماية من المرض الحاد أو المزمن.

ومن الدراسات التي اهتمت بعلاقة الانفعالات بالحالة الصحية دراسة جولمان (2000)، التي توصلت من خلالها إلى أن الأفراد الذين كانوا في البداية أكثر هجومية وعدوانية عانوا من استمرار تعرضهم لمزيد من الأزمات القلبية. وتوصلت دراسة (Yale) إلى أن العلاقة بين الوجدان وأمراض القلب تعود إلى الغضب، كما أن الأشخاص المعروفين بسرعة الانفعال والإثارة تزيد احتمالية وفاتهم بمقدار ثلاثة أضعاف المرات لدى المرضى المعروفين بالهدوء.

وأجريت دراسة (هريدي وجبر، 2003)؛ بهدف تحديد طبيعة العلاقة بين الذكاء الوجداني والأعراض النفس-جسمية، بالإضافة إلى تحديد الفروق بين الجنسين في الذكاء الوجداني على عينة من طلبة الجامعة. أظهرت نتائج الدراسة ارتباط الدرجة الكلية للذكاء الوجداني سلبياً بكل من الأعراض النفس-جسمية العامة والنوعية، ووجود فروق بين الجنسين على كل أبعاد الذكاء الوجداني، وذلك لصالح الذكور ما عدا بعد العلاقات الاجتماعية (هريدي وجبر، 2003، 57).

كما توصلت دراسة كوستا وتيلمان (Kosta & Telman, 2013) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الذكاء الانفعالي والالتهابات المفصلية لدى مجموعة من المصابين والأصحاء؛ فكانت درجات الأصحاء أعلى في الذكاء الانفعالي وعوامل الرفاهية والتواصل الاجتماعي. كما استنتجت الدراسة أن الانفعالات السلبية تعتبر من بين المسببات الرئيسة للالتهابات المفصلية (Costa & Tellman, 2013, 180).

وأجرى (Vlachaki & Maridaki-Kassotaki, 2013) دراسة؛ بهدف فحص العلاقة بين الأبعاد المختلفة للذكاء الانفعالي وأمراض القلب التاجية. وتوصلت إلى أن الذكاء الانفعالي يؤدي دوراً مهماً في الحماية من حدوث أمراض الشرايين التاجية؛ وبذلك فإن تنظيم الانفعالات يؤدي دوراً مهماً في تحقيق صحة القلب والأوعية الدموية (Vlachaki & Maridaki-Kassotaki, 2013). في حين توصلت دراسة بنزو وزملائه (2015) إلى أن الذكاء الوجداني مرتبط بالرفاهية والإدارة الذاتية في مرض الانسداد الرئوي المزمن.

وتشير دراسة (Teques et al., 2015) إلى أهمية الذكاء الوجداني في علم الأورام

النفسي، والدور المهم الذي يؤديه في التحسن وتسيير الانفعالات لدى مرضى السرطان مقارنة بالمرضى ذوي الأمراض المزمنة الأخرى (Teques et al., 2015, 127).

وأشارت النتائج المستخلصة من دراسة (Kravvariti et al., 2010) إلى أن جوانب الذكاء الوجداني؛ كإنخفاض القدرة على استخدام العواطف وتنظيمها وتواتر التعبير السلبي، ترتبط بحدوث أمراض القلب التاجية. وبذلك تركز الدراسة على دور الذكاء العاطفي وتطبيقاته في المجال السريري (Kravvariti et al., 2010, 129).

يتبين من خلال الدراسات السابقة أهمية الذكاء الوجداني في الوعي بالمشاعر وتنظيمها. ويلاحظ أن معظم الدراسات التي تطرقت إلى الذكاء الوجداني ركزت على العلاقة بين الوجدان والأمراض المزمنة؛ فعدم التحكم في الانفعالات السلبية من شأنه أن يؤدي إلى الإصابة بالمرض المزمن أو الخطير. كما أن معظم الدراسات المذكورة أجريت حول نوع معين من الأمراض (أمراض القلب والتهابات المفاصل)، ولم تتطرق إلى أهمية الفروق بحسب مدة المرض.

ومن بين محددات الشخصية أيضاً المساهمة في التكيف النفسي ومرونة الأنا (Résilience)، التي تعرف بأنها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة. وتعرف المرونة النفسية بحسب سيروولنيك (Cyrulnik, 2001) على أنها قدرة الفرد على التطور إلى الأحسن ومواصلة التطلع إلى المستقبل في ظروف غير مستقرة وشروط حياة صعبة (Cyrulnik, 2001, 34)، كما تعرفها لوتر (Lutter, 2003) بأنها ظاهرة التكيف الإيجابي على الرغم من سياق محيطي صعب (Goussé, 2008, 525).

وتذكر الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2010) وجود عوامل ترتبط بالمرونة النفسية؛ مثل وضع خطط مرنة والثقة بالنفس وصورة الذات الإيجابية ومهارات التواصل والقدرة على إدارة المشاعر والاندفاعات (أمزال حليمة، 2017، 17).

بالمقابل توصلت بعض الدراسات أيضاً إلى أهمية مرونة الأنا على الصحة النفسية والجسدية للفرد، منها دراسة (Couture, 2009)، التي توصلت إلى أن المرونة النفسية تساهم في التكيف مع المرض لدى مرضى التصلب اللويحي، كما أنها تعتبر من العوامل الرئيسة التي تؤدي دوراً مهماً في إستراتيجيات التكيف مع المرض لدى أولياء الأطفال المصابين بالمرض المزمن (Couture, 2009؛ ياحي، 2013، 25).

وتوصلت دراسة مقدادي (2017) إلى أهمية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين مستوى المرونة النفسية لدى الطلاب الذين آباؤهم مصابون بمرض مزمن (مقدادي، 2017، 500).

وكشفت نتائج دراسة الهاشمية (2017) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي وأبعاده الفرعية المتمثلة في (المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات، التعاطف) والدرجة الكلية للمرونة النفسية وأبعادها الفرعية المتمثلة في (القدرة، الانفعالات، التواصل الاجتماعي، القدرة الاجتماعية التوجه الإيجابي للمستقبل، الإيثار، التفاؤل) (الهاشمية، 2017، 80).

إذن، يلاحظ من خلال الدراسات التي عرضت -وفي حدود اطلاع الباحثين- قلة الدراسات التي تطرقت للعلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا، وبخاصة لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن أو الخطير.

انطلاقاً من كل ما سبق تحاول الدراسة تعرف العلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى عينة من المرضى من ذوي الأمراض المزمنة، وذلك من خلال التساؤلات الآتية :

- 1 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن؟
- 2 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن بحسب جنس المرضى؟
- 3 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن بحسب مدة المرض؟
- 4 - هل توجد فروق دالة إحصائية في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن بحسب نوع المرض؟

2 - أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى :

- تعرف العلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن .

- تعرف الفروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب جنس المرضى ومدة المرض ونوعه.

3 - أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة في تناولها جوانب أساسية للشخصية الإنسانية، تتمثل في كل من الذكاء الوجداني ومرونة الأنا اللذين يعتبران مهمين، ولهما دور فعال في التحكم في سلوك الفرد وانفعالاته النفسية.

- كما تكمن أهمية الدراسة في عينة الدراسة الإكلينيكية المتمثلة في المرضى المصابين بالمرض المزمن؛ فالمريض المصاب يحتاج إلى تدعيم سمات الشخصية؛ لديه للتمكن من التكيف مع تبعات المرض، وكذا مواجهة مضاعفاته لاحقاً.

4 - حدود الدراسة:

4 - 1 - **الحدود البشرية:** أجريت الدراسة على 138 مريضاً موجودين بمستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة الجزائر، شخصوا على أنهم مصابون بأمراض القلب والسكري وقرحة المعدة وأمراض الكلى، والألم المزمن، يختلفون بحسب الجنس ومدة المرض.

4 - 2 - **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بمدينة ورقلة بالجزائر، وتحديداً بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف (مصلحة الطب الداخلي وأمراض الكلى وبيت السكري).

4 - 3 - **الحدود الزمنية:** أجريت الدراسة خلال شهري سبتمبر وأكتوبر من سنة 2017.

5 - التعريف بمفاهيم الدراسة:

5 - 1 - **مفهوم الذكاء الوجداني** Emotionnel intelligence: يعتبر الذكاء الوجداني، ويسمى أيضاً «الذكاء الانفعالي أو العاطفي، الذكاء الفعال، ذكاء المشاعر» مفهوماً حديثاً في علم النفس المعاصر. ويعتبر ماير وسالوفي (Mayer & Salovey, 1990) أول من استخدم مفهوم الذكاء الوجداني لوصف الخصائص الانفعالية للأفراد لتحقيق النجاح، وكانت هذه الخصائص العاطفية تشمل التقمص العاطفي وضبط النزاعات أو المزاج وتحقيق محبة الآخرين والمثابرة والتعاطف والتعبير عن

الأحاسيس والاستقلالية والقابلية للتكيف وحل المشكلات بين الأشخاص والمودة والاحترام (حنصالي، 2015، 46).

عرف (Mayer & Salovey, 1990) الذكاء الانفعالي بأنه قدرة الفرد على رصد مشاعره وانفعالاته الخاصة ومشاعر الآخرين وانفعالاتهم واستخدامها في توجيه سلوكه وانفعالاته» (Mayer & Salovey, 1990, p189) .

وطور «جولمان» تعريفه عن الذكاء الانفعالي سنة (1998) وأورده في كتابه «الذكاء الانفعالي في العمل» (Emotional Intelligence at Work)، وتضمن هذا المفهوم بعد التحفيز الذاتي مركزاً على مكان العمل، وجاء تعريف الذكاء الانفعالي على أنه «القدرة على فهم الانفعالات ومعرفتها والتمييز بينها والقدرة على ضبطها والتعامل معها بإيجابية (القاضي، 2012، 38).

ويعرفه (Bar-on, 2000) بأنه مجموعة من القدرات غير المعرفية والكفاءات والمهارات التي تؤثر في قدرة الفرد على النجاح والتعايش مع متطلبات الحياة وضغوطها (بخاري، 2007، 16).

تركز مختلف التعريفات على اعتبار الذكاء الوجداني مجموعة من الصفات الشخصية والقدرات المعرفية والمهارات الاجتماعية، التي ترفع قدرة الفرد على رصد انفعالاته وفهمها وتوجيهها توجيهاً إيجابياً؛ حتى يتمكن من التخطيط الإستراتيجي والتحكم في ظروف الحياة وضغوطها وتحفيز الذات على التكيف الإيجابي.

5 - 1 - 1 - أبعاد الذكاء الوجداني: تختلف أبعاد الذكاء الوجداني بحسب الباحثين وبدرجات متفاوتة؛ فيذكر جولمان (2000) أن الذكاء الوجداني يتكون من خمسة أبعاد، من المهم أن توجد في كل نشاط فردي وجماعي وتشتمل على ما يأتي:

- الوعي بالذات Self-Awareness: فمعرفة الفرد لعواطفه ووعيه بذاته وإدراك مشاعره حال حدوثها هو أساس الثقة في النفس، وهو الأساس الذي يبني عليه قراراته التي يتخذها في مجمل أموره وشؤون حياته التي تتطلب اتخاذ القرارات.

- معالجة الجوانب الوجدانية Managing Emotions: وهو يعتبر البعد الثاني من الأبعاد الخمسة للذكاء الوجداني، ويهتم بكيفية معالجة الفرد وتعامله مع المشاعر التي قد تزعجه أو تؤذيه والقدرة على التعامل مع المشاعر؛ بحيث تكون متوافقة مع المواقف الحالية.

- الدافعية (القدرة على تحفيز الذات) Motivation: وهي تقدم الفرد والسعي نحو دوافعه، ويعتبر الأمل محفزاً ومكوناً للدافعية لدى كثير من الأفراد؛ مما يجعلهم يتمسكون بتحقيق أحلامهم وطموحاتهم بكل عزيمة وإصرار.

- التعاطف العقلي (القدرة على التعرف وفهم عواطف الآخرين) Empathy: ويعني التفهم؛ ففي حين اهتمت الأبعاد الثلاثة السابقة للذكاء الوجداني بذات الفرد وما يدور في داخله، اهتم هذا البعد بعلاقاته بالآخرين؛ فهو يعني قراءة مشاعر الآخرين وتعرف تعبيراتهم من خلال أصواتهم ووجوههم وحتى تلميحاتهم.

- المهارات الاجتماعية (إدارة انفعالات الآخرين) Social Skills: وتعني بناء الفرد علاقات وصداقات مع الآخرين وحسن إدارتها والتعامل مع المجتمع بكل مهارة وافتقار، وحل المشكلات والنزاعات والقدرة على التفاوض. (جولمان، 2000).

بينما حدد (Mayer & Salovey, 1990) أربعة أبعاد للذكاء الوجداني، وهي:

- إدراك المشاعر والتعبير عنها: ويشمل القدرة على تعرف المشاعر الشخصية وعلى مشاعر الآخرين والقدرة على التعبير عن المشاعر بشكل دقيق وملائم اجتماعياً.

- وضوح التفكير من خلال التحكم في المشاعر: وفيه تصبح المشاعر جزءاً من العملية المعرفية؛ كالإبداع أو حل المشكلات أو الذاكرة واتخاذ القرار؛ أي توظيف المشاعر للتأثير في وضوح عمليات التفكير وإضفاء المناخ الانفعالي لإدارة العقل للمشاعر.

- فهم الانفعالات: ويشمل الإمكانيات المعرفية في معالجة المعلومات الانفعالية، وتتضمن القدرة على الفهم من خلال الاستبصار بالعلاقات بين أنواع المشاعر المختلفة لأسباب هذه الانفعالات وعواقبها، وكذلك استيعاب الانفعالات والتغيرات التي تحدث لحظة الانفعالات لدى الفرد والجماعات.

- إدارة الانفعالات: وتشمل القدرة على تنظيم الانفعالات ومراقبتها وضبطها وتوجيهها لدى الشخص في المواقف الاجتماعية المتنوعة مع الآخرين. (Mayer & Salovey, 1990)

5 - 1 - 2 - أهمية الذكاء الوجداني: تشير بعض الدراسات في مجال الذكاء الوجداني إلى أنه يرتبط إيجابياً بمجموعة من المتغيرات الشخصية واجتماعية. فالذكاء الوجداني يرتبط إيجابياً بالرضا عن الحياة، وبجودة العلاقات الاجتماعية للفرد وحجمها،

وبالعلاقات الإيجابية مع الأصدقاء (Austin et al., 2007; Brackett et al., 2004; Palmer, 2000)، فالأفراد الأكثر ذكاء هم أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي، وهم أفضل في جانب الصحة النفسية والبدنية وأكثر اهتماماً بمظهرهم الخارجي وأكثر استعداداً لطلب المساعدة للمشكلات الشخصية والعاطفية (Ciarrochi & Dean, 2002).

يتعلق الذكاء الوجداني -إذن- بالتنظيم الشخصي والقدرة على المواجهة والمهارات التي تدفع الفرد إلى التفوق والمهارة في إدارة العلاقات بين-شخصية.

- التعريف الإجرائي للذكاء الوجداني: يعرف الذكاء الوجداني إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس عبد الرحيم صالح (2001) المعد لهذا الغرض.

5 - 2 - مفهوم مرونة الأنا (résilience):

ظهرت الأعمال الأولى حول مرونة الأنا في الدول الإنجلوساكسونية ودول أمريكا الشمالية على يد عدد من الباحثين؛ أمثال Anthony et al., Koupornikn, 1974 و Rutter, 1985, Wernern 1982, 1992 و Anaut, 2003 (ورد في ياحي، 2011، 11)؛ فقد قام روتر (Rutter, 1985) بدراسة العوامل التي تحمي الأطفال الذين عانوا من حرمان شديد، وتوصل إلى أن الأطفال ذوي المرونة العالية، يتميزون بعدد من الخصائص الاستعدادية والمحيطية والتفاعلية، تعرف بعوامل الحماية (Rutter, 1985).

ومن خلال أعماله عرف (Rutter, 1985) المرونة النفسية بالفعل الذي يساعد الفرد على المحافظة على توازنه التكيفي على الرغم من التهديد الموجود في المحيط الذي يتعرض له، ويعرفها بأنها مدى قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي؛ إذ إنها بالنسبة له سيرورة قدرة أو نتيجة لتكيف جيد على الرغم من الظروف والمواقف أو التحديات والمحن، التي يمكن أن تعترض الفرد (Magali et al., 2000, 782). فمرونة الأنا تتنوع بحسب الطبيعة وسياقات الصدمات ومراحل الحياة والمصادر المعرفية والعاطفية والدافعية (Tisseron, 2007, 11).

كما تشير (Werner, 1995) إلى أن مرونة الأنا هي التكيف الناجح بعد التعرض لعوامل خطر بيولوجية أو نفسية اجتماعية أو أحداث حياة ضاغطة (Werner, 1995)، ياحي، 2013، 68).

ترتبط مرونة الأنا -إذن- بالتوازن التكيفي الناجح أو التكيف الإيجابي للفرد أمام الضغوط والشدائد، وكذا التغير الذي يحدث للشخصية بعد التعرض للضغط. فالمرونة هي أن يجد الفرد الطرق الملائمة للتخفيف من الصراعات الداخلية وتحقيق علاقة سهلة غير صلبة مع أفراد محيطه.

وتعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2002) مرونة الأنا بأنها «عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد والصدمات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها الأفراد كالمشكلات الأسرية، ومشكلات العلاقات مع الآخرين، والمشكلات الصحية الخطيرة، وضغوط العمل والمشكلات المالية (APA, 2002)، شقورة، 2012، 02».

وتخفف مرونة الأنا من التأثيرات السلبية لمواقف الحياة الصادمة، وذلك من خلال ارتباطها بمجموعة من العوامل المتمثلة في الرعاية والمساندة الاجتماعية وتقديم التشجيع من الأسرة، وبناء علاقات إيجابية مبنية على الحب والثقة (الهاشمية، 2017، 18).

- التأثيرات الإيجابية لمرونة الأنا: تؤثر مرونة الأنا تأثيراً إيجابياً بمناحي الحياة، فهي ترتبط إيجابياً بـ:

1 - **الصحة النفسية:** ترتبط مرونة الأنا بالصحة النفسية؛ حيث يتصف الفرد بالاتزان في أمور حياته والابتعاد عن التطرف في الحكم على الأمور، واتخاذ قرارات معقولة وفق قناعاته الشخصية.

2 - **النظرة الإيجابية للحياة:** تسهم مرونة الأنا في جعل الفرد أكثر إيجابية في تعامله مع الأفراد المحيطين به؛ فالنظرة الإيجابية في الحياة تحدد قيمته الاجتماعية، وتمنحه القدرة على التعامل مع المحيط بثقة وحزم.

3 - **الاستمرارية في العطاء:** يكتسب الإنسان المرن استمرارية العطاء التي لا تعرف الانقطاع؛ فهو يواصل عمله بحماسة متصاعدة وإتقان دون كلل أو إحباط.

4 - **الاتصال الفعال:** يتصف الفرد المرن بالاتصال الفعال، وذلك من خلال التفاعل الإيجابي مع المحيط والقدرة على تقبل الآخرين وعدم الاصطدام بهم. فالفرد الذي يفقد خاصية المرونة غالباً ما يكون كثير الاصطدام بأفكار الآخرين ومشاعرهم (الأحمدي، 2007، 34-38).

- التعريف الإجرائي لمرونة الأنا: تعرف مرونة الأنا إجرائياً في هذه الدراسة

بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس دافيدسون وكونور (Davidson & Connor, 2003)، المعد لهذا الغرض.

6 - إجراءات الدراسة الميدانية :

6 - 1 - **المنهج المعتمد:** اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي.

6 - 2 - **عينة الدراسة :**

أ - عينة الدراسة الاستطلاعية: استخدمت الدراسة الاستطلاعية بهدف تعرف الخصائص السيكومترية (الصدق والتبات) لأداتي الدراسة، ولتحقيق ذلك طبقت على عينة، قوامها 60 فرداً من المرضى لهم الخصائص نفسها للدراسة الأساسية.

ب - عينة الدراسة الأساسية: اختيرت عينة الدراسة الأساسية بطريقة قصدية، وقدرت بـ (138) مريضاً مصاباً بأمراض مزمنة، وقسمت بحسب المتغيرات الوسيطة (الجنس، نوع المرض ومدته)، وهو ما يوضحه جدول (1).

جدول (1)

خصائص عينة الدراسة بحسب المتغيرات الوسيطة

المتغيرات مج	مدة المرض		%	%	الجنس		%	التكرار	نوع المرض
ن = 138 %100	32.60	79	≤ 10 سنوات	71.01	98	ذكر	32.60	45	السكري
	34.78	59	> 10 سنوات	28.98	40	أنثى	34.78	48	ضغط الدم
							13.04	18	قرحة المعدة
							10.86	15	الألم المزمن
							8.68	12	أمراض الكلى

نلاحظ من خلال جدول (1) أنّ عينة الدراسة وزعت بحسب نوع المرض بين (48) مريضاً مصاباً بمرض السكري، و(45) مريضاً مصاباً بضغط الدم، و(18) مريضاً مصاباً بالقرحة المعدية، و(12) مريضاً بأمراض الكلى، و(15) مريضاً مصاباً بالألم المزمن. اشتملت العينة على 98 ذكراً و 40 أنثى. ويتبين من خلال الجدول أيضاً تنوع توزيع عينة الدراسة بحسب سنوات المرض؛ فقد بلغ عدد الأفراد الذين أصيبوا بالمرض منذ أكثر

من 10 سنوات بـ (79) مريضاً؛ أي ما نسبته 57.24 %، أمّا عدد الأفراد الذين كانت مدة مرضهم أقل من (10 سنوات)؛ فكان (59) فرداً بنسبة 42.75 % .

6 - 3 - أدوات الدراسة؛ استخدمت هذه الدراسة لجمع البيانات الأدوات الآتية:

1 - **مقياس الذكاء الوجداني**؛ صمم مقياس الذكاء الوجداني (علي عبد الرحيم صالح) لقياس الأبعاد المختلفة للذكاء الوجداني. تكون المقياس من (30) فقرة، يجاب عنها بحسب سلم ليكرت الثلاثي.

2 - **مقياس مرونة الأنا لدافيدسون وكونور Davidson-Connor Resilience scale** صمم مقياس مرونة الأنا دافيدسون وكونور (Davidson & Connor, 2003)، وقد ترجم إلى اللغة العربية وقتنه على المجتمع الجزائري الباحثة سامية ياحي (2013). وهو يتكون من 25 بنداً متعدد الأبعاد يجاب عنها بسلم خماسي.

أثبتت الدراسة الأصلية أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية من الصدق والثبات؛ إذ قدرت نسبة ألفا كرونباخ بـ 0.89، كما توصلت دراسة ياحي (2013) إلى أن صدق المقياس وصل إلى 0.59 والثبات إلى 0.82 (ياحي، 2013، 216).

ولحساب الصدق والثبات في هذه الدراسة، طبقت أدوات الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من 60 فرداً لهم الخصائص نفسها للعينة، وقد توصلت إلى أن أدوات الدراسة تتمتع بثبات وصدق عاليين؛ إذ قدرت نسبة الثبات باستخدام ألفا كرونباخ بـ (0.85) لمقياس الذكاء الوجداني و (0.58) لمقياس مرونة الأنا، كما قدر ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية بـ (0.95) و (0.88) لمقياسي الذكاء الوجداني ومرونة الأنا على التوالي.

أما الصدق؛ فقد قيس عن طريق صدق المقارنة الطرفية المقدر بـ (0.81) لمقياس الذكاء الوجداني و (0.79) لمقياس مرونة الأنا.

6 - 4 - الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

- المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري.

- معامل الارتباط بيرسون.

- اختبار «ت» لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات.

- تحليل الانحدار المتعدد.

- تحليل التباين الأحادي أنوفا one-wayANOVA.

7 - عرض نتائج الدراسة:

7 - 1 - عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها: ينص الفرض الأول على وجود علاقة ارتباطية دالة بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن. لفحص نتائج الفرض إحصائياً، حسبت قيمة معامل الارتباط بين درجات الذكاء الوجداني ومرونة الأنا، ويبين جدول (2) النتائج المتوصل إليها:

جدول (2)

العلاقة الارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى المرضى ذوي الأمراض المزمنة

المتغيرات	ن	قيمة «ر»	مستوى الدلالة
الذكاء الوجداني	138	0.427	0.05
مرونة الأنا			

يتضح من خلال جدول (2) أن معامل الارتباط المحسوب بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا قدر بـ 0.427، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، على وجود علاقة ارتباطية بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا؛ أي أن زيادة مستوى الذكاء الوجداني لدى المرضى يسهم في زيادة مستوى المرونة النفسية.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها بأن وعي المريض بانفعالاته الذاتية يسهم بدرجة كبيرة في قدرته على تنظيمها والسيطرة عليها، وهذا من شأنه أن يجعله أكثر تقبلاً للمرض المزمن والتكيف معه؛ مما ينعكس بصورة إيجابية على جميع نواحي الحياة. كما أن الذكاء الوجداني له أهمية في إدارة الشخصية بشكل إيجابي؛ إذ إنه يمثل قدرة الفرد على الوعي بحالته الانفعالية وإدارتها و ضبطها، واستشفافه لانفعالات الآخرين ومشاعرهم؛ مما يزيد من ثقته بذاته و توافقه مع مختلف المواقف الصعبة؛ وبذلك تزيد درجة مرونة الأنا لديه، كما أنه كلما ارتفعت درجة الذكاء الانفعالي (الوجداني) في ضبط الانفعالات وتنظيمها ومعرفتها زادت بقدرة الفرد على الثقة بالنفس وزيادة وعيه بمشاعره الذاتية والنظرة الإيجابية للحياة وحسن تقديره للمواقف وتنظيم ردود أفعاله؛ مما يؤدي إلى التعرض بشكل أقل للأمراض الحادة والمزمنة. وهذا ما تؤكد دراسة (Yale)، التي توصلت إلى أن العلاقة بين الوجدانات وأمراض القلب تعود إلى الغضب، كما أن الأشخاص المعروفين بسرعة الانفعال والإثارة تزيد احتمالية وفاتهم بمقدار ثلاثة أضعاف من المرات لدى المرضى المعروفين بالهدوء.

وتؤدي مرونة الأنا دوراً إيجابياً في ذلك؛ باعتبارها أحد أهم العوامل في تقييم الصحة

ومواجهة المرض إثر التعرض للصدمات؛ فهي تحمي المريض من تعقيدات المرض كما يمكن أن تسهم أيضاً في الوقاية من الأحاسيس والانفعالات السلبية (Skodol, 2010, 113).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج مجموعة من الدراسات، منها دراسة الشاورة (2006) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الذكاء الوجداني وأبعاد الشخصية، ودراسة حنصالي (2015) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جميع أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي بالدرجة الكلية لمقياس الشخصية المناعية المتمثلة في الصلابة النفسية، كما تتفق و دراسة القاسم (2016) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الذكاء الوجداني وكل من السعادة والأمل (الشاورة، 2006؛ حنصالي، 2015، 226-227).

وتناولت دراسة قام بها أوستن وآخرون (Austin et al., 2007) علاقة الذكاء العاطفي بالرضا عن الحياة وحجم الشبكة الاجتماعية وجودتها. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الذكاء العاطفي والرضا عن الحياة وحجم الشبكة الاجتماعية وجودتها (Austin et al., 2007, 183).

كما تتفق ونتائج دراسة الهاشمية (2017) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي وأبعاده الفرعية والدرجة الكلية للمرونة النفسية وأبعادها الفرعية

7-2 - عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها: ينص الفرض الثاني على

وجود فروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب الجنس، ويلخص جدول (3) النتائج المتوصل إليها.

جدول (3)

الفروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب الجنس

متغيرات الدراسة	الجنس	ن	م	ع	درجة الحرية	قيمة ف	اتجاه الدلالة
الذكاء الوجداني	ذكر	98	30.21	7.08	136	1.54	غير دال
	أنثى	40	28.17	6.97			
مرونة الأنا	ذكر	98	64.80	15.61	136	2.71	لصالح الذكور
	أنثى	40	56.05	20.10			

$p < 0.01$ (*) م: المتوسط الحسابي، ع: الانحراف المعياري، دح: درجة الحرية، ت: قيمة التباين المحسوب.

يتضح من خلال جدول (3) ومن خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الذكاء الوجداني، أن قيمة «ف» لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية قد بلغت $(136) = 1.54$ وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة عند مستوى الدلالة ($p < 0.01$) فإنها غير دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية في الذكاء الوجداني تبعاً لمتغير الجنس (أي بين الإناث والذكور).

كما يتضح من خلال جدول (3) أيضاً أن قيمة «ف» لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية قد بلغت $(136) = 2.71$ ، وعند مقارنتها بالقيمة المجدولة عند مستوى الدلالة ($p < 0.01$) فإنها دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية في مرونة الأنا بحسب الجنس، وذلك لصالح الذكور.

وفي عدم وجود فروق في الذكاء الانفعالي فإن نتيجة هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراسات (Bar-on, 2000)، الخضر (2007)، آل الشيخ (2008)، السنطاوي (2009)، قمر (2015)، حنصالي (2015)، عقباني (2016)، التي توصلت جميعها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الوجداني تبعاً لمتغير الجنس؛ أي بين الإناث والذكور.

في حين اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من القاضي (208)، علوان والنواجحة (2013)، أحمد الزهراني (2014) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مقياس الذكاء الوجداني، وذلك لصالح الإناث (عن أمزال حليلة، 2017، ص 17).

وتختلف أيضاً مع دراسة المصدر (2008)، التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الذكاء الوجداني لصالح الذكور.

أما بالنسبة للفروق في مرونة الأنا بحسب الجنس لصالح الذكور؛ فقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة مقبل (2010)، التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة لقوة الأنا، وذلك لصالح الذكور (مقبل، 2010، 98).

وتتفق أيضاً مع دراسة ياحي (2013)، التي توصلت إلى وجود فروق في مرونة الأنا لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، وذلك لصالح الذكور (ياحي، 2013، 290).

كما تتفق ودراسة الهاشمية (2017)، التي توصلت إلى وجود فروق في المرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس ولكن لصالح الإناث (الهاشمية، 2017، 87).

في حين تختلف نتائج هذه الدراسة ودراسة الزهيري (2012)، التي توصلت إلى عدم وجود فروق في المرونة النفسية بحسب الجنس.

وتعزو الباحثان عدم وجود فروق في الذكاء الوجداني بين الذكور والإناث إلى أن المريض - سواء أكان ذكراً أم أنثى- يمكنه تسيير الوعي بانفعالاته وإدراكه لمشاعره لتسيير الانفعالات السلبية والتغلب على المرض.

ويمكن تفسير وجود فروق في مستوى مرونة الأنا لصالح الذكور؛ وذلك لطبيعة الذكر، التي تجعله قادراً على ضبط الذات وإدراك عواقب الأمور أكثر من المرأة؛ إذ يستطيع الرجل أن يبنّي سلوكه وتصرفاته تبعاً لخطة يرسمها على أساس ما يتوقعه لأفعاله في المستقبل، فالرجل يقدر نتائج أفعاله أكثر من المرأة، ويذكر (Baumeister & Exline, 2000) في هذا الصدد أن «... هذا المريض لديه تحكم ذاتي ولا يأخذ قرارات عشوائية....» (Baumeister & Exline, 2000)، ياحي، 2013، 328).

ويمكن تفسير تفوق الذكور على الإناث في مرونة الأنا أيضاً بأن المرض يضغط على النساء أكثر من الرجال؛ إذ إن المرض المزمن يمثل جرحاً نرجسياً يهدد أنوثة المرأة ومكانتها الاجتماعية ويجعلها عرضة للنظرة الدونية. بالإضافة إلى العادات والثقافة السائدة في المجتمع العربي، التي تطلب من المرأة أن تكون في درجة من الكمال حتى تتمكن من تحمل الأعباء الأسرية والقيام بأدوارها كاملة، والمرض المزمن يمكن أن يعرضها للضغوط النفسية بسبب عدم تلقيها المساندة المناسبة من طرف المحيط وخاصة الزوج. بالمقابل تفرض الثقافة السائدة في المجتمع العربي على المرأة أن تساند الرجل وتتكفل به في حالة المرض؛ مما يرفع من حجم المساندة التي يتلقاها ويجعله أقل عرضة للضغوط النفسية والمواقف الصعبة؛ ومن يرتفع لديه مستوى المرونة النفسية.

7-3 - عرض نتائج الفرض الثالث ومناقشتها وتفسيرها: ينص الفرض الثالث

على وجود اختلاف في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب مدة المرض، ويُلخص جدول (4) النتائج المتوصل إليها.

جدول (4)

الفروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب مدة المرض

متغيرات الدراسة	مدة المرض	ن	م	ع	د الحرية	قيمة ت	اتجاه الدلالة
الذكاء الوجداني	≤ 10 سنوات	79	29.73	8.17	136	7.940	دال لصالح
	> 10 سنوات	59	29.47	5.36			≤ 10 سنوات
مرونة الأنا	≤ 10 سنوات	79	57.98	17.22	136	2.426	دال لصالح
	> 10 سنوات	59	65.46	16.88			> 10 سنوات

يتضح من عرض نتائج جدول (4) أن قيمة «ف» لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية قد بلغت $(136) = 7.94$. وعند مقارنتها بقيمة «ت» المجدولة عند مستوى الدلالة ($p < 0.01$) فإنها دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية في الذكاء الوجداني بحسب مدة المرض (أقل من 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات)؛ وذلك لصالح المرضى الذين تقل مدة مرضهم عن 10 سنوات بنسبة طفيفة. كما يتضح من خلال عرض نتائج جدول (4) أيضاً أن قيمة «ت» لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية قد بلغت $(136) = 2.42$. وعند مقارنتها بقيمة «ت» المجدولة عند مستوى الدلالة ($p < 0.01$) فإنها دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية في مرونة الأنا بحسب مدة المرض (أقل من 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات)، وذلك لصالح المرضى الذين تزيد مدة مرضهم على 10 سنوات. وبذلك يتحقق الفرض الثاني للدراسة.

وتختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة قحجان (2010)، التي توصلت إلى أن المدة الزمنية لا تصنع فارقاً في مرونة الأنا لدى معلمي التربية الخاصة (قحجان، 2010).

وتختلف أيضاً مع دراسة (مقبل، 2010)، التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين قوة الأنا وعدد سنوات الإصابة بمرض السكري (مقبل، 2010، 98).

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها بأن مدة المرض تعتبر عاملاً وقائياً بالنسبة للمرضى ذوي الأمراض المزمنة؛ فمرونة الأنا توفر لهم القدرة على التحكم - إلى حد ما - بالمرض؛ وذلك بهدف الالتزام بظروف العلاج والحماية من مضاعفاته، خاصة أن أهمية المرونة النفسية تكمن في رفع الشعور بالقيمة الذاتية والتخفيف من درجة الانفعالية السلبية.

إن الحالة النفسية التي يعيشها المريض لا تختلف عن التفسير الكلاسيكي للأعراض النفسية للمرض المزمن عامة، المتمثلة في الصدمة الأولية أمام المرض، ورفضه وإنكاره ودخوله في دوامة من القلق والاكتئاب، ثم إعادة البناء ومحاولة التكيف مع المرض. لذلك فإن الحالات التي تفوق مدة مرضها 10 سنوات اعتبرت أكثر تكيفاً مع المرض وأكثر قدرة على مواجهته؛ فالمريض قادر على تحسين قدرته على التحمل الشخصي والتوجه نحو الأهداف، والتكيف مع المرض وتحمل تبعاته.

وبالنسبة للذكاء الانفعالي يذكر الباحثون أن الأشخاص الأكبر سناً يحققون نتائج أعلى في مقاييس الذكاء الوجداني؛ فقد توصل بار -أون (2014) إلى أن الأشخاص المصابين بالمرض منذ مدة أطول من غيرهم يحصلون على معدلات أعلى من الذكاء الوجداني، وهم بذلك أكثر قدرة على التكيف مع وضعية المرض.

7- 4 - عرض نتائج الفرض الرابع ومناقشتها وتفسيرها: ينص الفرض الرابع على

وجود فروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب نوع المرض، ويوضح جدول (5) النتائج المتوصل إليها.

جدول (5)

الفروق في الذكاء الوجداني ومرونة الأنا بحسب نوع المرض

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	P. Value
الذكاء الوجداني	بين المجموعات	97.672	4	24.418	.479	.751
	داخل المجموعات	6,786.733	133	51.028		
	الإجمالي	6.884.406	137			
مرونة الأنا	بين المجموعات	905.767	4	226.442	.741	.566
	داخل المجموعات	40.669.312	133	305.784		
	الإجمالي	41.575.080	137			

يبين جدول (5) أن قيمة (ف) المحسوبة لدلالة الفروق بين المتوسطات قدرت بـ (0.479) عند درجة الحرية (4)، وبما أن قيمة (P.Value=0.751) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، فهذا يعني عدم وجود فروق جوهرية في الذكاء الوجداني تبعاً لنوع المرض. كما يتضح من خلال جدول (5) أيضاً أن قيمة (ف) المحسوبة لدلالة

الفروق بين المتوسطات قدرت بـ (0.741) عند درجة الحرية (4)، وبما أن قيمة (P.Value=0.566) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) فإن هذا يعني عدم وجود فروق جوهرية في مرونة الأنا بحسب نوع المرض؛ ومن ثم يرفض الفرض الرابع للدراسة. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة مقبل (2010)، التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في قوة الأنا بحسب نوع المرض (مقبل، 2010، 98).

لم تتوافر دراسات سابقة - بحسب اطلاع الباحثة - حول مرونة الأنا ونوع المرض، لكن يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها بأن المرض المزمن -مهما كان نوعه- يشكل ضغطاً على المريض؛ مما يجعله غير قادر على استيعاب ضغوطات الحياة ومواجهتها بصورة فعالة، كما أن المصاب بالمرض المزمن لا يمتلك الموارد النفسية الكافية التي قد تساعد على التصدي لمختلف الضغوط التي يتعرض لها.

خاتمة:

يندرج كل من الذكاء الانفعالي ومرونة الأنا ضمن عوامل التحكم أو الحماية التي تسمح للفرد بمواجهة ضغوط الحياة وتحدياتها الصعبة، التي تكسبه القدرة على التكيف مع التجارب الصعبة والمؤلمة، ومنها المرض المزمن أو الخطير.

ومن المهم جداً أن يتلقى المرضى تكفلاً نفسياً فعالاً، من شأنه أن يساعدهم على التكيف مع المعاناة النفسية ومع صعوبات المرض، وكذا إيجاد إستراتيجيات ملائمة للوضعية الضاغطة. وهذا من شأنه أيضاً أن يسلط الضوء على الدور الفعال للاختصاصي النفسي العيادي في المؤسسات الصحية الجزائية؛ إذ من المهم إجراء تكوينات مكثفة للاختصاصيين ليكونوا أكثر امتلاكاً للمعارف والمعلومات المتعلقة بسلوكيات الأمراض المزمنة والخطيرة، وأكثر فعالية في التشخيص وفي التدخلات العلاجية.

في الأخير توصي الدراسة بما يأتي:

- إجراء دراسات أوسع على الذكاء الوجداني وعلى عينات إكلينيكية أكبر.
- دراسة الذكاء الوجداني وعلاقته بسمات أخرى للشخصية، وضمن خبرات السلوك والالتزام الصحي.
- بناء برامج صحية نفسية فعالة، من شأنها الرفع من عوامل الحماية الإيجابية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة والخطيرة.

المراجع :

- آل الشيخ، غزل بنت عبد الرحمن. (2018). *الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية*. [رسالة ماجستير]، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، المملكة العربية السعودية.
- أمزال، حليلة. (2017). *الذكاء الوجداني وعلاقته بالدافعية للإنجاز والرضا الوظيفي لدى معلمي مرحلة التعليم الابتدائي: ولاية تيزي وزو نموذجاً*، [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري، تيزي-وزو، الجزائر.
- آيت حمودة، حكيم. (2006). *دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- بخاري، نبيلة محمد. (2012)، *الذكاء الانفعالي وأساليب المعاملة الوالدية والمستوى التعليمي للوالدين لدى عينة من طالبات جامعة الطائف*، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة أم القرى. الجمعية الأمريكية لعلم النفس. (2002). *الطريق إلى المرونة النفسية*. ترجمة: محمد السعيد أبو حلاوة، قسم علم النفس، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.
- جولمان، دانييل. (2000). *الذكاء العاطفي*. ترجمة الجبالي، ليلى. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- حنصالي، مريامة. (2013). *إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي*، [أطروحة دكتوراه غير منشورة]، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- الخضر، عثمان حمود؛ والفضلي، هدى ملوح. (2007). *هل الأذكاء وجدانياً أكثر سعادة؟* مجلة العلوم الاجتماعية. 35(2)، 13-38.
- زناد، دليلة. (2013). *علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاج الهيموديايز نموذجاً*. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- الزهيري، لمياء قيس سعدون محمود. (2012). *مرونة النفسية وعلاقتها باحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة*، [رسالة ماجستير]، جامعة ديالى.
- السنتاوي، هوشيار صديق. (2009). *الذكاء الوجداني وعلاقته بالثقة بالنفس لدى المراهقين في المدارس الإعدادية*، [رسالة ماجستير]، جامعة السلیمانیة، إقليم كردستان.
- شقورة، يحيى عمر شعبان. (2012). *المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة*، [رسالة ماجستير]، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.

عقباني، ربيعة. (2016). *علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالذكاء الانفعالي لدى الممرضين بولاية وهران*، [رسالة ماجستير غير منشورة]، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران محمد بن أحمد.

علوان، نعمات؛ والنواجحة، زهير. (2013). *الذكاء الوجداني وعلاقته بالإيجابية لدى طلبة جامعة الأقصى بمحافظة غزة، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21(1)، 51-1*، يناير 2013.

القاضي، عدنان محمد عبده. (2012). *الذكاء الوجداني وعلاقته بالاندماج الجامعي لدى طلبة كلية جامعة تعز، المجلة العربية لتطوير التفوق، ع (04)، 26-80*.

قحجان، سامي خليل. (2010). *التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية وعلاقتهما بمرور الأنا لدى معلمي التربية الخاصة*، [رسالة ماجستير]، الجامعة الإسلامية، غزة.

قمر، مجذوب أحمد محمد أحمد. (2016). *الصحة النفسية والذكاء الوجداني وعلاقتهما ببعض المتغيرات (دراسة على عينة من طلبة كلية مروي التقنية)*، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2(1)، مارس 2016، 161-183.

مبيض، مأمون. (2003). *الذكاء العاطفي والصحة العاطفية*. بيروت: الدار العربية للعلوم-ناشرون، المكتب الإسلامي للطباعة والنشر.

مقبل، ميرفت عبد ربو عايش. (2010). *التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة*. [رسالة ماجستير]. الجامعة الإسلامية، غزة.

مقدادي، يوسف موسى. (2017). *أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين المرونة النفسية لدى الطلبة الذين آباؤهم مصابون بمرض مزمن، مجلة المنارة، 24(2)، 485-507*.

منظمة الصحة العالمية (2015). *الأمراض غير السارية تتسبب في 16 مليون وفاة مبكرة سنوياً*، ومنظمة الصحة العالمية تحت على المزيد من العمل. www.who.int/mediacentre

الناشئ، وجدان عبد الأمير. (2005). *الذكاء الانفعالي وعلاقته بفاعلية الذات لدى المدرسين*. [أطروحة دكتوراه غير منشورة]، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية .

نوار، شهرزاد؛ وركري نرجس. (2019). *الشعور بالتماسك النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن*،

Route Educational & Social Science Journal, 6(6), June 2019

الهاشمية، سعادة بنت عيد بن خلفان. (2017). *المرونة النفسية وعلاقتها بمهارات التواصل والصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة نزوى بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات*. [رسالة ماجستير]، جامعة نزوى، كلية العلوم والآداب، قسم التربية والدراسات الإنسانية، سلطنة عمان.

- هريدي، عادل محمد؛ وجبر، محمد جبر. (2003). علاقة الذكاء الوجداني بالأعراض النفس-جسمية، *مجلة كلية الآداب*، (20)، جامعة المنوفية، مصر.
- ياحي، سامية. (2013). *علاقة الإرجاعية وإستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن النهائي والخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة*، [أطروحة دكتوراه غير منشورة]، جامعة الجزائر2، الجزائر.
- Austin, E., Farrelly, D., Moore, H., & Black, C. (2007). Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: Does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43, 179-189.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and Social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. (In) Bar – On & Parker, J. (Eds): *The Band book of Emotional Intelligence*, San Francisco: Jossey – Bass.
- Brackett Marc, A., Mayer John, D., WarnerRebecca . (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour, *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402.
- Ciarrochi, J., Deane, P., & Anderson. S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health, *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209.
- Costa, S., & Tellmann, T. (2013). Trait emotional intelligence and inflammatory diseases. *Journal Psychology, Health and Medecine*, 19(2), 180-189.
- Cyrlunik , B. (2001), *Les Vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and Social Adjustment; *Personality and Individual Differences*, 37(3), 533-542.
- Goleman, D., (1997). *Emotional Intelligence*. New York: Washington Press.
- Goussé, V. (2008). Apport de la génétique dans les études sur la résilience : l'exemple de l'autisme, *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique* 166(7), 523-527 www.researchgate.net/publication/246564765_Apport_de_la_genetique_dans_les_etudes_sur_la_resilience_l'exemple_de_l'autisme.
- Kravvariti, E., Maridaki-Kassotaki, K., Kravvaritis, E. (2010). Emotional Intelligence and Coronary Heart Disease How Close Is the Link? *Global Journal of Health Science*, 2(1). April 2010, 127-137.
- Magali, D., M.H., Nadeau, L., Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : Etat de question, *Child Abuse et Neglect*, 24(96), 781-797.

- Mayer, J., & Salovey, P. (1990). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic Books.
- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, direction générale de la prévention et de la promotion de la santé. (2015). *rapport de situation épidémiologique évolution des indicateurs*, période 2000-2015, 05-07.
- Naghavi, F., Redzuan, M., & Mansor, M. (2010). The Relationship between Alexitymia and Emotional Intelligence, *Asian Social Science*, 6(11); November 2010, p-p166-170, www.ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view
- Palmer, B. (2000). Emotional intelligence and effective leadership, *Leadership & Organization Development Journal*, 69-117.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>.
- Skodol, E-A. (2010). The resilient Personality. In Reich, J-W., Zandra, A-J, Hall, J-S. *Hand book of adult resilience*. The Guilford, Press, New York, 112-124.
- Shweitzer, M-B. (2002). *Psychologie de la santé* < Modèles, Concepts et méthodes. Edition Dunod. Paris
- Teques, A.P. & Bueno, G. Pais, R. J.; & Teques, Ginés Liorca, P. R. (2015). The importance of emotional intelligence and meaning in life in psycho-oncology, *Journal of the Psychological, Social, and Behavioral Dimensions of Cancer*. online library. wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.392
- Tisseron, S. (2007). *La resilience*. France : Editions PUF.
- Vlachaki, Ch. P., Maridaki-Kassotaki, K. (2013). Coronary heart disease and emotional intelligence, *Global Journal of Health Science*, 5(6), 156–165.
- Willard, S. (2006). Relationship of Emotional Intelligence and Adherence to Combination Anti-retroviral Medications by Individuals Living With HIV Disease, *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 17(2), March–April 2006, 16-26.

قدم في: سبتمبر 2019

أجيز في: ديسمبر 2020

