الذكاء الثقافي وعلاقته بالتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن

أحمد الطراونة*، فؤاد طلافحة* و زياد الخزاعلة**

Doi: //10.47015/19.1.11

تاريخ تسلم البحث: 2021/8/25 تاريخ قبوله: 2021/12/1

ملخص: هدفت الدراسة التعرف الى العلاقة بين الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن، وتكونت العينة من (393) من (أطباء، وممرضين، عاملين في المهن الطبية المساندة) تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة من مستشفى الكرك الحكومي لعام 2021، وتم تطوير مقياسين، وهما مقياس الذكاء الثقافي، ومقياس التعاطف. أظهرت النتائج أن أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة مرتفعة في الذكاء الثقافي، وفي التعاطف، وكشفت النتائج كذلك عدم وجود فروق دالة احصائياً في الذكاء الثقافي باختلاف المهنة، بينما وجدت فروق دالة إحصائيًا في التعاطف، ولصالح العاملين في المهن الطبية المساندة، وبينت النتائج كذلك وجود أثر للذكاء الثقافي في التعاطف لدى أفراد عينة الدراسة، ومن اهم التوصيات إعطاء الأطباء دورات في التعاطف كونهم حصلوا على درجة متوسطة في استجاباتهم لمقياس التعاطف، ودورات للتعامل مع الاجهاد، وضغوط العمل لان ذلك ينعكس على مدى التعاطف لديهم.

(**الكلمات المفتاحية**: الذكاء الثقافي، التعاطف، العاملون في القطاع الطبي)

مقدمة: يتلقى المرضى المختلفين ثقافيًا من مقدم الرعاية الصحية أحياناً خدمة علاجية غير مقنعة بالنسبة لهم، وهذا يرجع في جزء منه إلى التنوع الثقافي، والاختلاف في العادات، واللغة بين مقدم الرعاية الصحية والمريض مما يقلل تعاطف العاملين في القطاع الطبي معهم، وبما أن القطاع الصحي في الأردن يتعامل مع مرضى من ثقافات مختلفة، ولضمان تقديم خدمة علاجية ملائمة لهم لا بد من امتلاك العاملين في القطاع الطبي ذكاءً ثقافيًا لأنه يرفع من قدرتهم على فهم معتقدات المريض، وتصوراته حول طبيعة مرضه، والطرق التي يجب معالجته بها، التي قد تختلف عن ما يشخصه مقدم الرعاية الصحية، التي قد تسبب سوء فهم من المرضى للتعليمات الطبية، ورفضها، ويزودهم بالمعرفة المتعلقة بتأثير الدين، والثقافة على سلوك الأفراد أثناء المرض، ويرفع من درجة التعاطف لديهم مع المرضى من الثقافات المختلفة.

وبين هاقفست وآخرون (Hagqvist et al, 2020) أن الذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي يجعلهم أكثر قابلية لتوفير الرعاية الصحية الآمنة للمرضى، يؤثر على تصورات المرضى للرعاية المقدمة لهم، ويرفع درجة رضاهم عنها.

وكذلك بين كيرتس ووايزمان (Curtis & Wiseman, 2010) أن الذكاء الثقافي يؤدي الى زيادة أداء العاملين في القطاع الطبي، ويسهم في خفض التوتر لديهم، ويعمل على زيادة جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

Cultural Intelligence and its Relation to Empathy for Medical Staff with Patients of other Nationalities in Jordan

Ahmad Al-Tarawneh and Fuad Talafha, *Mutah University, Jordan.*

Ziad Alkhazaleh, *The Hashemite University, Jordan.*

Abstract: The study aimed to identify the relationship between cultural intelligence and empathy within medical staff towards patients of other nationalities in Jordan. The sample was chosen based on what was available at Karak Governmental Hospital. It was made up of 393 doctors, nurses, and other medical staff. Two scales were developed: the cultural intelligence scale and the empathy scale. The results showed that the study sample had a high degree of cultural intelligence and empathy. The results showed that there were no significant differences in cultural intelligence related to profession, while there were statistically significant differences in empathy in favor of those working in the supporting medical professions. Also, the results showed an effect of cultural intelligence on empathy among the sample. The crucial recommendation is to give doctors courses in empathy, as they receive a medium degree on the empathy scale, as well as courses in stress management that affect their empathy extent.

(**Keywords**: Cultural Intelligence, Empathy, Medical Staff)

والذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي يقلل من التعصب أثناء التعامل مع المرضى من الاعراق المختلفة، ويحسن من نوعية الرعاية الصحية التي يتم تقديمها لهم (Brach & Fraser, 2012).

حيث أوضح كل من كارانزا واقري (Carranza & Egri, 2010) أن الذكاء الثقافي شكل من أشكال الذكاء الذي يمتلكه الفرد، حيث يمكنه من التفكير، والسلوك الفعال، والتوافق مع الآخرين المختلفين عنه ثقافياً، ويزيد من قدرته على الاندماج، وبناء علاقات ايجابية مع الآخرين، والمحافظة على هذه العلاقات.

وبين كل من يرايسلن وزميلاه (Brislin et al., 2006) أن الذكاء الثقافي يطور القدرات الهامة المتعلقة بجودة العلاقات الشخصية بين الأفراد في مختلف الثقافات، حيث يمتلك الفرد ذو الذكاء الثقافي المرتفع القدرة على اكتساب المعرفة، والمعلومات التي يحتاجها عند تفاعله مع الأفراد من ذوي الثقافات الأخرى.

* جامعة مؤتة، الأردن.

** الجامعة الهاشمية، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن، 2023.

وأشار كل من راملو وزميلاه (Sri Ramalu et al., 2011) أن الذكاء الثقافي يطور قدرة الفرد على التكيف بسهولة عندما ينتقل إلى بيئة ثقافية جديدة حيث يعمل الذكاء الثقافي على تنمية قدرة الفرد على اتخاذ القرار المناسب في جميع المهام المطلوبة منه أثناء التفاعل مع الآخرين في بيئات ثقافية جديدة، وهذا ما أشار إليه أيضًا ثوماس (Thomas, 2006) حيث بين أن الذكاء الثقافي يتكون من مجموعة واسعة من المعارف الثقافية التي تساعد الفرد على التكيف أثناء وجوده في بيئة ثقافية جديدة.

وبين فاندنبيرغ (Van den Bergh, 2008) أن الذكاء الثقافي يسهل على الفرد فهم الثقافات الأخرى، والحصول بسهولة على المعلومات عنها، وفهمها وبالتالي قبولها، وينعكس هذا في سلوكه حيث يصبح مرنًا أثناء تفاعله مع الآخرين الذين ينتمون إلى الثقافة المختلفة.

ويعمل الذكاء الثقافي على رفع أداء الأفراد في بيئات ثقافية جديدة سواء من حيث الاتصال المباشر مع الأفراد وجهًا لوجه، أو التفاعل غير المباشر عبر وسائل التواصل الاجتماعي حيث إنه يمكّن الفرد من التكيف بنجاح مع الأفراد في بيئات ثقافية جديدة، ومتنوعة (Presbitero,2016).

ويكسب الذكاء الثقافي الأفراد قدرة عالية على السلوك بشكل مناسب من خلال البراعة في استخدام اللغة، وتعديل سلوكياتهم بما يتناسب مع المواقف الغامضة مما يكسبهم التسامح مع الآخرين (koc & Turan, 2018).

وأشار ديوبلاسس (Du Plessis, 2011) أن الذكاء الثقافي يشتمل على ثلاثة عناصر رئيسة هي:

(1) الذكاء الثقافي المعرفي، ويشير إلى قدرة الفرد على صياغة الخبرات الثقافية المشتركة، واكتساب وفهم المعرفة الثقافية، وصنع القرار، والتخطيط الاستراتيجي قبل التفاعل مع ثقافة مختلفة.

(2) الذكاء الثقافي الدافعي، ويشير إلى الاهتمام بمعرفة كل ما يتعلق بثقافة البلد من حيث المواقف، والأفعال.

(3) الذكاء الثقافي السلوكي، ويشير إلى القدرة على التكيف مع السلوك اللفظي، وغير اللفظي، والمرونة في الاستجابات السلوكية للثقافة المختلفة عبر المواقف الثقافية، و قدرة الفرد على التعاون، والمشاركة في مختلف الأنشطة مع عامة الأفراد من مختلف الثقافات.

ويتداخل الذكاء الثقافي مع الذكاء العاطفي؛ لأنه يتضمن قدرات مهمة تمكن الفرد من فهم جميع جوانب المعرفة، والعاطفة في الثقافات الأخرى حيث يمكن للفرد ذو الذكاء الثقافي المرتفع فهم سلوك الأفراد من الثقافات المختلفة أثناء التفاعل معهم (Earley & Mosakowski, 2005).

وأوضح نر وزملاؤه (Nur et al., 2018) أن الذكاء الثقافي يؤثر في تعاطف الأفراد، وفي انفعالاتهم حيث إن المعرفة الثقافية ذات الصلة تؤثر في قدرة الفرد على الفهم لعواطف الآخرين، وتجعله أكثر رغبة في التفاعل مع الأشخاص المختلفين ثقافيا عنه، وبالتالي يرتفع التعاطف لديه مع الآخر.

حيث بين إيزنك (Eysenck, 2003) أن التعاطف يشير إلى القدرة على مشاركة مشاعر شخص آخر انفعالاته، وفهم وجهة نظره، وأن التعاطف يشمل الوعي المعرفي بالحالة الداخلية للشخص الآخر، والتي تتمثل في أفكاره، ومشاعره، وعواطفه، وتصوراته، وأهدافه.

وأوضح جروف وزملاؤه (Grove et al., 2013) أن التعاطف له بعدين رئيسيين، وهما: القدرة على فهم، واستيعاب مشاعر الآخرين (التعاطف المعرفي)، والاستجابة العاطفية لهذه المشاعر (التعاطف الوجداني).

ويؤثر التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي في زيادة رضا المريض عن عملية المعالجة الطبية التي يتلقاها، وبالتالي ينظر المريض إلى المعالجة بنظرة إيجابية؛ مما يعزز النتائج المرجوة من العلاج، وبالتالي يسهم التعاطف في زيادة الثقة من جانب المريض بالخدمة الصحية المقدمة له من مقدم الرعاية الصحية؛ مما يؤدي إلى تحسن الحالة المرضية له، وتقليل الإجهاد من قبل مقدم الرعاية الصحية من أجل إقناع المريض (Hojat et al., 2011).

وأوضح بيرنرو وزملاؤه (Brunero et al., 2010) أن المرضى الذين يعانون من السرطان انخفض شعورهم بالتوتر، والعدوانية نتيجة تعاطف الممرضين، والممرضات معهم أثناء تقديم الخدمة العلاجية.

ويسهم التعاطف في التخفيف من الإجهاد، والشعور بالتوتر لدى العاملين في القطاع الطبي حيث أوضح هيمردنجر وزملاؤه (Hemmerdinger et al, 2007) أن الأطباء الذين لديهم مستوى مرتفع من التعاطف كان لديهم مستويات أقل من الاحتراق النفسي، والاكتئاب.

وبالرغم من أهمية الموضوع لا يوجد دراسات ربطت بين الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي في حدود علم الباحث، ولكن وجدت دراسات ربطت بين متغيرات الدراسة مع بعض المتغيرات، وعلى عينات مختلفة، ومن هذه الدراسات ما يلي: دراسة كانل وزملائه (Canle et al, 2012) التي هدفت إلى التحقق من درجة تعاطف الأطباء مع المرضى الذين يعانون من مرض السكري النوع الأول، والثاني، وأثره على صحة المرضى، حيث شملت الدراسة 20.961 مريضا في بارما (إيطاليا)، واشتملت الدراسة على 242 طبيبًا، واتضح من النتائج أن درجة تعاطف الأطباء مع المرضى ارتبطت بمضاعفات التمثيل الغذائي الحادة لدى المرضى، حيث انخفضت لدى المرضى الذين يراجعون أطباء لديهم درجة تعاطف مرتفعة، وبالتالي اتضح من النتائج أن تعاطف الأطباء ارتبط بشكل كبير مع النتائج السريرية لدى مرضى السكري في عينة الدراسة.

وأوضح حنفي وزملاؤه (Hanifi et al., 2013) في دراسة هدفت إلى التعرف لأثر الذكاء الثقافي على الكفاءة المهنية لدى الممرضين العاملين في أقسام الطوارىء في مستشفى زانجان في إيران، وتكونت عينة من الدراسة من 197 ممرضًا، واتضح من النتائج أن الممرضين ذوي الذكاء الثقافي المرتفع لديهم مهارات ما وراء معرفية مرتفعة، ودافعية سلوكية اتجاه المرضى.

وبين مولوني وجير (Moloney & Gair, 2015) في دراسة هدفت إلى التحقق من تعاطف الممرضات القابلات مع النساء أثناء عملية الولادة، حيث تم إجراء عشر مقابلات مع 48 امرأة، واتضح من النتائج أن النساء اللواتي تمت لهن عملية الولادة، والمساعدة من قابلات يتمتعن بدرجة مرتفعة من التعاطف أظهرن درجة أقل من الألم بعد الولادة وصدمات نفسية أقل، وسهولة في التعامل مع الأطفال الرضع، مقارنة بالنساء اللواتي تمت مساعدتهم في عملية الولادة من قابلات أقل تعاطفًا.

وأوضح بوليكا وزملاؤه (Pawlicka et al., 2019) في دراسة هدفت التعرف إلى مستوى التعاطف لدى طلبة جامعة بولند مع اللاجئين السوريين، وتكونت عينة الدراسة من 237 طالبًا تم اختيارهم من التخصصات الطبية، وعلم النفس، والهندسة، واتضح من النتائج أن 96.4% من الطلبة تمتعوا بذكاء ثقافي مرتفع وتعاطف، وأوضحت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الذكاء الثقافي، والتعاطف مع اللاجئين السوريين، حيث بلغت نسبة من يتداخلوا مع اللاجئين السوريين من العينة 87.2%.

وفي دراسة نوعية حيدر وزملائه (Haider et al., 2020) التي هدفت إلى تحديد أسباب تراجع التعاطف لدى الأطباء، وتحديد الإستراتيجيات لتعزيز الممارسة السريرية التعاطفية، في مستشفى جامعة الآغا خان كراتشي (Aga Khan University Hospital, Karachi)، وتضمنت مناقشات جماعية مركزة تضمنت جلسات منفصلة مع طلبة كلية الطب، والأطباء المقيمين، والمدربين السريريين. وتكونت عينة الدراسة من (109) منهم (57) من طلبة كلية الطب، و(30) طبيبًا مقيمًا، و(22) مدربًا سريريًا، واتضح من النتائج أن أحد أسباب نقص التعاطف هو الإجهاد للكوادر الطبية.

وبين وي (Wu, 2021) في دراسة نوعية هدفت إلى التعرف على المحادثات الفعلية بين الممرضات، والمرضى، التي يتم من خلالها تحقيق التعاطف مع المرضى، واستندت البيانات في هذه الدراسة إلى التسجيل الصوتي لجلسات المحادثات بين الممرضات، والمرضى في مستشفيين صينيين. وشارك في هذه الدراسة (6) ممرضات، و(14) مريضًا، ومن ثم تم تحليلها، واتضح من النتائج أن التعاطف يمكن تحقيقه بشكل تفاعلي، ومتسلسل أثناء الحديث مع المرضى على وجه التحديد، وأن التعاطف مع المريض يتم إنتاجه في سياقات تفاعلية محددة مع المرضى.

وأوضح كل من كاناس ليرما وزملاؤه (Cañas-Lerma et al ., 2021) في دراسة هدفت إلى تحليل مستويات التعاطف لدى كل من المهنيين الصحيين، وطلبة الكليات الطبية، حيث تكونت العينة من (117) من المهنيين الصحيين، و (170) طالبًا في الإكوادور خلال جائحة COVID-19، وتم استخدام مؤشر التفاعل بين الأشخاص في استطلاع عبر الإنترنت، واتضح من النتائج وجود مستويات عالية من التعاطف في كلا المجموعتين متأثرة بالعمر، والجنس، وأظهر الطلاب مستويات أعلى من التعاطف الشخصي، بالإضافة إلى ذلك سجل المهنيون العاملون في مجال الصحة البدنية مستويات أعلى من عدم التعاطف مقارنة بمن يعملون في مجال الصحة العاطفية. واتضح أن جائحة كوفيد -19 وضعت أنظمة الصحة الاجتماعية في ضغوط كبيرة على الرغم من ذلك لم تتضاءل القدرات الشخصية للتعاطف لدى كل من الطلاب، والمهنيين الصحيين.

التعقيب على الدراسات السابقة

اتضح من خلال عرض الدراسات السابقة أنه لا يوجد دراسة تناولت الذكاء الثقافي، وعلاقته بالتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى، باستثناء دراسة بوليكا وزملائه (Pawlicka et al., 2019)، وبعض الدراسات التي تناولت الذكاء الثقافي مع بعض المتغيرات مثل دراسة حنفي وزملائه (Hanifi et al, 2013)، وبعض الدراسات التي تناولت التعاطف مع بعض المتغيرات مثل دراسة كانل وزملائه (Canle et al, 2012) ودراسة مولوني و جير (Moloney & Gair, 2015) ودراسة حيدر وزملائه (Haider et al., 2020)، ودراسة (Wu, 2021)، ودراسة (Cañas-Lerma et al., 2021)، وبالتالي تختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في عينتها، وأدواتها وأنها ربطت بين متغيرين، وهما الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي، حيث لم تقم الدراسات السابقة بالربط بينهما، وهذا ما يميزها، ومن هنا تكتسب أهميتها.

مشكلة الدراسة

أشار العديد من المنظمات الصحية في العالم إلى أهمية تعزيز وجود الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي، وتم اعتباره من أهم العوامل التي تساهم في تحسين الخدمة الطبية، وخاصة للمرضى القادمين من ثقافات مختلفة (American Institutes For Research, 2002)، وهذا ما أوضحه (Yang et al., 2013) في الدراسة التي طبقت على 276 طالبًا من كلية التمريض، حيث اتضح أن الطلبة الذين حصلوا على ذكاء ثقافي مرتفع كان لديهم تعاطف مرتفع مع المرضى من الجنسيات المختلفة، وبينت تابيا (Tapia, 2019) في دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن الأطباء الذين حققوا ذكاءً ثقافيًا مرتفعًا كان لديهم تعاطف معرفي مرتفع مع المرضى.

ويؤدي الذكاء الثقافي دورًا مهمًا في تنمية قدرة الفرد في التعرف على أنماط السلوك غير المألوفة أثناء تفاعله مع أفراد آخرين يختلفون عنه في الثقافة؛ مما يمنحه مهارات سلوكية تساعده على التفاعل معهم بشكل فعال، ولأن مهنة العاملين في القطاع الطبي تتطلب التفاعل مع العديد من الأفراد، وأولئك القادمين من أسر مختلفة ثقافيًا، ومعرفيًا؛ فإنها تتطلب فهمًا دقيقًا للمرضى، والتعاطف معهم، ومن هنا جاءت هذه الدراسة للتعرف على الذكاء الثقافي، وعلاقته بالتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات غير أردنية، وتحديدًا تتناول هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

السؤال الاول: *"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الاردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)؟"*

السؤال الثاني: *"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)؟"*

السؤال الثالث: *"ما مقدار القدرة التنبؤية للذكاء الثقافي بالتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن؟"*

أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من جانبين، وهما:

أولاً: الأهمية النظرية: الإثراء النظري لموضوعات الذكاء الثقافي والتعاطف، وتوضيح طبيعة العلاقة التي تربط بينهما لدى عينة الدراسة، بالإضافة إلى تقديم توصيات للمؤسسات الطبية بما يتعلق بعلاقة الذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى.

ثانياً: الأهمية التطبيقية: يمكن أن يستفيد من هذه الدراسة المسؤولون في وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية للتعرف على درجة الذكاء الثقافي، ودرجة التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي في الوزارة، ومعرفة أثر الذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في المهن الطبية، بالإضافة إلى فهم دور الذكاء الثقافي، والتعاطف في تحسين الخدمة العلاجية المقدمة للمرضى من جنسيات مختلفة، بالإضافة يمكن تطبيق المقاييس الواردة في الدراسة على عينات أخرى من العاملين في القطاع الطبي مع المرضى في الأردن.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى التعرف على الفروق في الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)،. والتعرف أيضًا على القدرة التنبؤية للذكاء الثقافي في التعاطف لديهم.

حدود الدراسة ومحدداتها

الحدود البشرية: اقتصرت الحدود البشرية على العاملين في القطاع الطبي في مستشفى الكرك الحكومي التابع لوزارة الصحة في الأردن في محافظة الكرك.

الحدود الزمنية: عام 2021.

الحدود المكانية: مستشفى الكرك الحكومي في محافظة الكرك.

ويتحدد تعميم نتائج هذه الدراسة في ضوء أداتي الدراسة، وهما مقياس الذكاء الثقافي، والتعاطف، وفي ضوء صدقهما وثباتهما، بالإضافة إلى المنهج المستخدم في هذه الدراسة.

مصطلحات الدراسة، وتعريفاتها الإجرائية

الذكاء الثقافي: القدرة على التكيف الفاعل مع المواقف الثقافية المتنوعة، ومع أصحاب الثقافات المختلفة (Ng & Earley, 2006, 10).

ويعرف إجرائيًا بأنه الدرجة الكلية المتحققة من استجابات العاملين في القطاع الطبي في مستشفى الكرك الحكومي في محافظة الكرك على فقرات مقياس الذكاء الثقافي المستخدم في هذه الدراسة.

التعاطف

يعرف بأنه القدرة على فهم انفعالات الآخر، ومشاركته هذه الانفعالات، وتقبلها (Eysenck, 2003).

ويعرف إجرائيًا: بالدرجة الكلية المتحققة من استجابات العاملين في القطاع الطبي في مستشفى الكرك الحكومي التابع لوزارة الصحة في الأردن على فقرات مقياس التعاطف المستخدم في هذه الدراسة.

المرضى: هم الأفراد المراجعين للمستشفى الكرك الحكومي من المرضى من الجنسيات غير الأردنية، ويقدر عددهم (340) مريضاً شهرياً، وخاصة في قسم الطوارىء.

منهج الدراسة

تم اعتماد المنهج الوصفي الإرتباطي بهدف معرفة العلاقة بين الذكاء الثقافي، وعلاقته بالتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن..

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مستشفى الكرك الحكومي التابع لوزارة الصحة في الأردن، وعددهم كما يلي.

الجدول (1)

العاملون في المهن الطبية في مستشفى الكرك الحكومي التابع لوزارة الصحة في الأردن

المهنة	العدد	النسبة
العاملون في مهنة الطب	251	%33.33
العاملون في المهن الطبية المساندة	136	%18.06
العاملون في مهنة التمريض	366	%48.6
العدد الكلي	753	%100

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (393) من العاملين في المهن الطبية (الأطباء، العاملون في المهن الطبية المساندة، الممرضون) تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة، والجدول (2) يبين توزيع أفراد العينة.

الجدول (2)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المهنة (أطباء، العاملون في المهن الطبية المساندة، ممرضين)

المهنة	العدد	النسبة المئوية
العاملون في مهنة الطب	125	%32
العاملون في المهن الطبية المساندة	190	%48
العاملون في مهنة التمريض	78	%20
العدد الكلي	393	%100

أداتا الدراسة

أ. مقياس الذكاء الثقافي

تم تطوير مقياس الذكاء الثقافي من خلال الرجوع إلى المقياس المطور من قبل الطراونة (AL-Tarawneh, 2020)، بالإضافة إلى الأطر النظرية التي فسرت الذكاء الثقافي، وتكون المقياس من (31) فقرة مقسمة على أربعة أبعاد، وهي بعد المعرفة (8) فقرات، وبعد ما وراء المعرفة (8) فقرات، وبعد الدافعية (6) فقرات، وبعد السلوك (9) فقرات.

وتم اشتقاق المعيار الآتي لتفسير الدرجة على كل بعد، وعلى الدرجة الكلية حيث تم إيجاد مدى سلم الإجابة على الفقرة، وتم تقسيم هذا المدى إلى عدد فئات السلم، وهي ثلاث إذ بلغ طول فئة المعيار (1.33)، وتم الحصول على ثلاث فئات تفسر أداء المفحوص، وهي: من (1-2.33) منخفض، ومن (2.34-3.66) متوسط، ومن (3.67-5) مرتفع.

صدق مقياس الذكاء الثقافي

الصدق الظاهري

للتحقق من صحة مقياس الذكاء الثقافي، ومدى ملاءمته لتحقيق أهداف الدراسة الحالية تم عرضه على ثمانية من المحكمين من أساتذة الجامعات الأردنية من ذوي الخبرة في مجال علم النفس، والقياس والتقويم، ومن العاملين في القطاع الطبي، وطلب منهم إبداء رأيهم في المقياس من حيث مدى انتماء كل فقرة إلى المجال الذي يندرج تحته، ومن حيث الصياغة اللغوية، ووضوح الفقرات، وإضافة، أو تعديل، أو حذف ما يرونه مناسباً، وتم الإبقاء على الفقرات التي وافقت عليها هيئة المحكمين بنسبة (80%) على الأقل من المحكمين.

وتم التحقق من صدق مقياس الذكاء الثقافي باستخدام طريقة صدق البناء (المفهوم) حيث تم حساب معامل الارتباط لكل فقرة من فقراته مع البعد الذي تنتمي له، ومع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول (3) يوضح نتائج ذلك.

الجدول (3)

معامل ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الذكاء الثقافي، والبعد الذي تندرج تحته

رقم الفقرة	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
1	افهم القيم للثقافات الاخرى	0.871**	0.523**
2	أفهم المعتقدات الأخرى وتأثيرها على الافراد	0.834**	0.588**
3	أنا قادر على فهم ايماءات الأفراد من الثقافات الأخرى	0.708**	0.427**
4	أعرف التقاليد الاجتماعية للثقافات الأخرى	0.871**	0.468**
5	أفهم قواعد اللغات الأخرى	0.791**	0.446**

رقم الفقرة	الفقرة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
6	أفهم قوانين بلادي	0.842**	0.469**
7	أهتم بمعرفة الفنون في الثقافات الأخرى.	0.811**	0.451**
8	أعرف أهم الحرف اليدوية في الثقافات الأخرى.	0.844**	0.482**
9	ادرك نقاط ضعفي، وقوتي من خلال مقارنتها بالثقافات الأخرى.	0.882**	0.437**
10	أفكر قبل الرد على الأشخاص المخالفين لي في الثقافة	0.420*	0.370**
11	أقيم الأساليب التي استخدمها في التفاعل مع الآخرين من الثقافات الأخرى.	0.903**	0.399**
12	أقيم نجاحي في التعامل مع الآخرين من الثقافات الأخرى.	0.894**	0.393**
13	أنا قادر على تحديد نقاط الاختلاف مع الثقافات الأخرى بالنسبة لي.	0.920**	0.463**
14	أحاول الحديث بلهجة الأفراد المخالفين لي في الثقافة.	0.631**	0.538**
15	أقدر على التغلب على مشاكل في التواصل مع الأفراد المخالفين لي في الثقافة.	0.700**	0.621**
16	أرد التحية، والسلام بنفس طريقة الأفراد من الثقافة المخالفة لي.	0.695**	0.633**
17	اتحمل الضغوط في التعامل مع الأفراد من الثقافات الأخرى.	0.741**	0.388**
18	أهتم بالتواصل مع الثقافات الأخرى.	0.651**	0.594**
19	أفرح مع الآخرين من الثقافات الأخرى في مناسباتهم.	0.721**	0.646**
20	أحلل المواقف المتعددة في الثقافات الأخرى.	0.650**	0.684**
21	أسعى لمعرفة كل ما هو جديد في الثقافات الأخرى.	0.727**	0.371**
22	احاول تعلم لغة الثقافات الأخرى.	0.708**	0.360**
23	أقوم بتغيير تعبيرات وجهي عندما يتطلب التفاعل مع الآخرين من الثقافات الأخرى.	0.430**	0.369**
24	أنا قادر على العيش في الثقافات الأخرى بسهولة.	0.934**	0.647**
25	أفهم طبيعة الأزياء في الثقافات الأخرى.	0.925**	0.651**
26	لا اتضايق من حضور المناسبات للأشخاص المخالفين لي في الثقافة.	0.867**	0.605**
27	استمتع بالتفاعل اجتماعيًا مع أشخاص مختلفين عني ثقافياً.	0.903**	0.640**
28	أنوع من طريقة حديثي، ونبرات صوتي عندما يتطلب الأمر أثناء حديثي مع أفراد مختلفين عني ثقافياً.	0.466**	0.572**
29	أمارس نشاطي بطريقة مناسبة في وسط اجتماعي مختلف ثقافياً عني.	0.519**	0.589**
30	اتأقلم وأتكيف اجتماعيًا مع أفراد الثقافات الأحرى.	0.566**	0.370**
31	استمتع بالحياة أثناء وجودي في ثقافات جديدة.	0.852**	0.543

* دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يُظهر الجدول (3) أن جميع معاملات الارتباط لمقياس الذكاء الثقافي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$) مما يدل على صدق البناء الداخلي للمقياس.

ثبات مقياس الذكاء الثقافي

للتحقق من ثبات مقياس الذكاء الثقافي؛ تم تطبيقه على عينة من (40) من العاملين في القطاع الطبي ممن يعملون في المهن التالية (الطب، المهن الطبية المساندة، التمريض) من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل الثبات عن طريق معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) للاتساق الداخلي، والجدول (4) يوضح نتائج ذلك.

الجدول (4)

معاملات ثبات مقياس الذكاء الثقافي

المجال	كرونباخ الفا
المعرفة	0.93
ما وراء المعرفة	0.89
الدافعية	0.79
السلوك	0.887
الكلي	0.899

تُظهِر النتائج في الجدول (4) أن معاملات ثبات مقياس الذكاء الثقافي بطريقة كرونباخ ألفا تراوحت للأبعاد بين (0.79- 0.93) وللأداة ككل (0.899)، وهي قيم مناسبة لأغراض الدراسة.

ثانياً: مقياس التعاطف

تم تطوير مقياس التعاطف من خلال الرجوع الى دراسة الرقايعه (AL-Ragayah, 2016)، ودراسة العصافرة (AL-Asafreh, 2018)، ويتكون المقياس من 27 فقرة تقيس بعدًا واحدًا، وهو التعاطف، وتم اشتقاق المعيار الآتي لتفسير الدرجة الكلية للمقياس حيث تم إيجاد مدى سلم الإجابة على الفقرة، وتم تقسيم هذا المدى إلى عدد فئات السلم، وهي ثلاث؛ إذ بلغ طول فئة المعيار (1.33)، وتم الحصول على ثلاث فئات تفسر أداء المفحوص، وهي: من (1-2.33) منخفض، ومن (2.34- 3.66) متوسط، ومن (3.67-5) مرتفع.

واستخدمت مجموعة من المؤشرات للكشف عن صدق، وثبات مقياس التعاطف، وهي على النحو الآتي:

اولاً: مؤشرات الصدق

الصدق الظاهري

عُرض مقياس التعاطف على ثمانية محكمين من أساتذة الجامعات الأردنية من ذوي الخبرة، والاختصاص بمجال علم النفس والقياس والتقويم، ومن العاملين في القطاع الطبي، وتم الإبقاء على الفقرات التي وافقت عليها هيئة المحكمين بنسبة (80%) على الأقل من المحكمين.

تم التحقق من صدق المقياس من خلال صدق البناء، والجدول رقم (5) يبين ذلك.

الجدول (5)

معامل ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس التعاطف

الفقرة	نص الفقرة	الارتباط مع الدرجة الكلية
1	أشعر بالحزن عندما أرى شخص غريب يشعر بالوحدة.	0.93*
2	أفضل الأشخاص الذين يظهرون عواطفهم للآخرين.	0.806**
3	أشعر بالحزن عندما أضطر لإخبار شخص ما خبر محزن.	0.481*
4	أشعر بالحزن عندما أرى الآخرين يتألمون.	0.770**
5	عندما أشعر بالانزعاج أحاول ضبط انفعالاتي.	0.803**
6	عند حدوث شيء مؤلم فأنني أنظر إلى الأشياء بشكل متوازن.	0.833**
7	عندما لا أحقق ما أريد فأنني أتذكر أن هنالك الكثيرون مثلي.	0.766**
8	أنا لطيف مع ذاتي عندما أشعر بالمعاناة.	0.548**
9	أبادر بعمل أي شيء أعتقد بأنه يخدم المرضى، وزملائي في العمل.	0.675**
10	أميل إلى مساعدة المرضى من الجنسية المخالفة لي، وأتفهم ما يقولون.	0.748**
11	لا أستطيع أن أشاهد شخص من غير جنسيتي يتعرض للإهانة.	0.399*
12	أظهر احترامي، وتقديري لكل من أتعامل معه من المرضى من الجنسيات الأخرى.	0.842**
13	لا أشعر بالحرج من تقديم الاعتذار للآخرين عندما أرتكب خطأ.	0.842**
14	يصعب علي رؤية مريض من جنسية أخرى يسخر منه الآخرون.	0.797**
15	أشجع زملائي الذين يتعاطفون مع المرضى من جنسيات أخرى، وخاصة الكبار منهم.	0.627**
16	أغضب جداً عندما أرى شخصاً يساء معاملته.	0.755**
17	إحساسي الشديد بمشاعر المرضى من الجنسيات الاخرى يجعلني أشفق عليهم.	0.645**
18	أميل لسماع مشاكل المسنين من المرضى من الجنسيات الأخرى.	0.804**
19	عندما أرى مريض من جنسية أخرى يبكي فإنني أتعاطف معه.	0.736**
20	أشعر باحتياجات المرضى من الجنسيات الأخرى.	0.821**
21	اتفاعل مع مشكلات المرضى الكبار في السن من الجنسيات الأخرى بإيجابية.	0.777**
22	احاول أن ارى إخفاقاتي على إنها جزء من واقع الإنسانية.	0.691**
23	استمتع عندما أعمل على تحسين شعور المرضى من الجنسيات الأخرى.	0.638**
24	شعور المريض بالأسى يزعجني كثيراً.	0.848**

الفقرة	نص الفقرة	الارتباط مع الدرجة الكلية
25	استطيع أن أعرف إذا كان المرضى من الجنسيات الأخرى يشعرون بالاشمئزاز، والحزن حتى وإن لم يتحدثوا.	0.814**
26	شعور المرضى بالحماس يشعرني بالحماس أيضاً.	0.708**
27	أشعر برغبة عالية في المساعدة عندما أرى المرضى من الجنسيات الأخرى، وخاصة الكبار في السن ممن يشعرون بالاستياء.	0.812**

* دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

ثبات مقياس التعاطف

للتحقق من ثبات مقياس التعاطف استخدمت معادلة كرونباخ ألفا حيث تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مؤلفة من (35) من العاملين في القطاع الطبي (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض) من مجتمع الدراسة، ومن خارج عينتها، حيث بلغ معامل ثبات المقياس (0.94).

نتائج الدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، والذي نص على: *"هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن باختلاف المهنة (أطباء، عاملون في المهن الطبية المساندة، ممرضون)؟"*

للإجابة على هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الذكاء الثقافي ككل، وعلى الأبعاد الفرعية، والجدول (6) يوضح نتائج ذلك:

الجدول (6)

المتوسّطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس الذكاء الثقافي

أبعاد مقياس الذكاء الثقافي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
المعرفة	3.52	.514	متوسط
ما وراء المعرفة	3.70	.535	مرتفع
الدافعية	3.73	.554	مرتفع
السلوك	3.71	.412	مرتفع
الدرجة الكلية	3.67	.412	مرتفع

يبين الجدول (6) أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الذكاء الثقافي على الدرجة الكلية جاءت بدرجة مرتفعة بمتوسط حسابي (3.67) وانحراف معياري (.412) وجاءت استجاباتهم على مستوى الأبعاد أيضاً بدرجة مرتفعة، حيث جاء بعد الدافعية في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.73) وانحراف معياري (0.554)،(ثم بعد السلوك بمتوسط حسابي (3.71) وانحراف معياري (0.412)، وبعد ما وراء المعرفة بمتوسط حسابي (3.70) وانحراف معياري (0.535)، وجاء في المركز الرابع، والأخير بعد المعرفة بمتوسط حسابي (3.52) وانحراف معياري (0.514). واستخدم تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في مستوى الذكاء الثقافي بين أفراد العينة تبعا للمهنة، والجدول (7) يبين نتائج ذلك

الجدول (7)

الفروق في الذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض).

المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.008	2	0.004	0.022	0.978
داخل المجموعات	66.637	390	0.171		
الكلي	66.644	392			

يتضح من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الثقافي لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت قيمة F (.022) وهي غير دالة احصائيًا.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، والذي نص على: *"هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من جنسيات أخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)؟"*

للإجابة على هذا السؤال، تم حساب المتوسط الحسابي لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس التعاطف، والجدول (8) يبين ذلك.

الجدول (8)

المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس التعاطف

التعاطف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	3.70	0.724

يتضح من الجدول (8) أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التعاطف بلغ (3.70)، وبانحراف معياري (0.724)، وهو مرتفع؛ مما يدل على ارتفاع مستوى التعاطف لدى أفراد عينة الدراسة.

واستخدم تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في التعاطف لدى أفراد عينة الدراسة، والجدول (9) يبين نتائج ذلك.

الجدول (9)

الفروق في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)

المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3.914	2	1.957	3.779	0.024
داخل المجموعات	201.985	390	0.518		
الكلي	205.899	392			

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التعاطف لدى أفراد عينة الدراسة، حيث بلغت قيمة F (3.779) وهي دالة احصائيًا، ولمعرفة لصالح من كانت هذه الفروق استخدم اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول رقم (10) يبين ذلك.

الجدول (10)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية للفروق في التعاطف بين العاملين في القطاع الطبي المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن باختلاف المهنة (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض).

المهنة	طبيب (3.56)	العاملين في المهن الطبية المساندة (3.86)	ممرض (3.71)
طبيب (3.56)		-0.30065*	-0.14802
العاملين في المهن الطبية المساندة (3.86)			-0.15263
ممرض (3.71)			

يتضح من الجدول (10) وجود فروق بين الأطباء، والعاملين في المهن الطبية المساندة، ولصالح العاملين في المهن الطبية المساندة حيث كانوا هم الأعلى في التعاطف.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث، والذي نص على: "*ما مقدار القدرة التنبؤية للذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي مع المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن؟*"

قبل تطبيق تحليل الإنحدار، تم فحص افتراضات تحليل الإنحدار، من أجل التأكد من عدم وجود ارتباط كبير بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity) باستخدام اختبار معامل تضخم التباين (VIF) (Variance Inflation Factory) واختبار التباين المسموح (Tolerance)، مع مراعاة عدم تجاوز معامل تضخم التباين (VIF) للقيمة (10) وقيمة اختبار التباين المسموح (Tolerance) أكبر من (0.05)، وتم التأكد من أن البيانات أنها تتبع للتوزيع الطبيعي (Normal Distribuation) باحتساب معامل الإلتواء (Skewness) مع مراعاة أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي إذا كانت قيمة معامل الإلتواء تقترب من (0). والجدول (11) يبين ذلك.

الجدول (11)

اختبار معامل تضخم التباين، والتباين المسموح، ومعامل الالتواء

المتغيرات المستقلة	VIF	Tolerance	Skewness
ما وراء المعرفة	1.231	0.813	0.123
الدافعية	1.513	0.661	-0.316
المعرفة	1.480	0.676	-0.133
السلوك	1.00	1.000	0.274

يلاحظ أن قيم اختبار معامل تضخم التباين (VIF) لجميع المتغيرات تقل عن 10 وتتراوح بين (1.00-1.513)، وأن قيم اختبار التباين المسموح (Tolerance) تراوحت بين (0.661 - 1.000)، وهي أكبر من (0.05) ويعد هذا مؤشرًا على عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة (Multi collinearity)، وقد تم التأكد من ان البيانات تتبع التوزيع الطبيعي باحتساب معامل الالتواء (Skewness)، حيث كانت القيم تقترب من القيمة (0)، كما تم التأكد من صلاحية النموذج، والجدول (12) يوضح نتائج ذلك.

الجدول (12)

نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار سؤال الدراسة

النموذج		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
1	الانحدار	52.780	1	52.780	134.778	0.000[b]
	البواقي	153.119	391	0.392		
	الكلي	205.899	392			
2	الانحدار	57.340	2	28.670	75.265	0.000[c]
	البواقي	148.559	390	0.381		
	الكلي	205.899	392			
3	الانحدار	58.930	3	19.643	51.992	0.000[d]
	البواقي	146.969	389	0.378		
	الكلي	205.899	392			

a. Dependent Variable: التعاطف
b. Predictors: (Constant) السلوك:
c. Predictors: (Constant) : السلوك، المعرفة
d. Predictors: (Constant) السلوك، المعرفة، الدافعية:

يتضح من الجدول (12) الخاص بنتائج تحليل التباين لاختبار معنوية الإنحدار باستخدام معادلة (stepwise) ثبات صلاحية النموذج لاختبار سؤال الدراسة استناداً إلى ارتفاع قيمة F المحسوبة، والبالغة على التوالي (134.778، 75.265، 51.992) وهي ذات دلالة إحصائية، وبالتالي يتضح وجود أثر هذه المتغيرات في التعاطف، ولتحديد أهمية كل بعد من أبعاد الذكاء الثقافي في المساهمة في النموذج الرياضي، والذي يمثل مقدار الإسهام النسبي للذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي حسب المهن (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)، تم تحليل الانحدار المتعدد التدريجي (stepwise)، والجدول (13) يوضح دخول متغيرات الدراسة في معادلة الانحدار المتعدد التدريجي حسب الترتيب.

الجدول (13)

ترتيب دخول أبعاد مقياس الذكاء الثقافي في التعاطف

أبعاد الذكاء الثقافي	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R2)
السلوك	0.506[a]	0.256
المعرفة	0.528[b]	0.278
الدافعية	0.535[c]	0.286

يتضح من الجدول أن بعد السلوك في ذلك النموذج يفسر ما مقداره (0.256) من التباين في المتغير التابع، وإن بعد المعرفة مع السلوك يفسر (278.)، ويفسر بعد الدافعية مع المعرفة، والسلوك (0.286)، ويتضح من الجدول أيضًا إن معامل الارتباط المتعدد (R) بلغ (0.506^{a}) وهو دال إحصائيًا، وبلغ معامل التحديد (ر تربيع) (0.256)، الذي يعني أن (25.6%) من التباين في المتغير التابع يرجع إلى المتغير المستقل وهو الذكاء الثقافي، والمكون من الأبعاد (السلوك، المعرفة، الدافعية) وهي قوة تفسير مرتفعة؛ مما يدلل على وجود أثر للذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي، واتضح من النتائج إن بعد ما وراء المعرفة لم تدخل في معادلة الانحدار، وبالتالي لم تكن ذات دلالة إحصائية.

ويوضح الجدول (14) معاملات الانحدار المتعدد التدريجي لاختبار أثر الذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض).

الجدول (14)

معاملات الانحدار المتعدد التدريجي لاختبار اثر الذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض) مع المرضى من الجنسيات الأخرى في الأردن.

النموذج	B	الخطأ المعياري	Beta	T	مستوى الدلالة
(1) الثابت	0.834	0.249		3.349	0.001
السلوك	0.774	0.067	0.506	11.609	0.000
(2) الثابت	1.149	0.262		4.387	0.000
السلوك	0.932	0.080	0.609	11.646	0.000
المعرفة	-0.255	0.074	-0.181	-3.460	0.001
(3) الثابت	1.025	0.268		3.827	0.000
السلوك	0.858	0.087	0.562	9.833	0.000
المعرفة	-0.299	0.077	-0.212	-3.908	0.000
الدافعية	0.147	0.072	0.113	2.051	0.041

تم الاعتماد على النموذج رقم (3) المستخدم من إجراء تحليل الانحدار المتعدد باستخدام معادلة (Stepwise) حيث اتضح أن قيمة الانحدار المعياري (Beta) لمتغير السلوك (0.562)، وهي دالة إحصائيا حيث بلغت قيمة (T) (9.833)، وهذا يعني إذا تغيرت قيمة السلوك وحدة واحدة فإن متغير التعاطف يتغير بمقدار (0.562) بالاتجاه الإيجابي.

كما اتضح من النموذج رقم (3) إن قيمة الانحدار المعياري (Beta) لمتغير المعرفة (0.212-)، وهي دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة (t) (3.908-)، وهذا يعني إذا تغير قيمة المعرفة وحده واحده فان متغير التعاطف يتغير بمقدار (0.212-) بالاتجاه الإيجابي.

كما اتضح من النموذج رقم (3) إن قيمة الانحدار المعياري (Beta) لمتغير الدافعية (0.113) وهي دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة (T) (2.051)، وهذا يعني إذا تغير قيمة الدافعية وحدة واحدة فإن متغير التعاطف يتغير بمقدار (0.113) بالاتجاه الإيجابي.

وبالتالي أشارت المعطيات الإحصائية استنادا إلى قيمة T المحسوبة على التوالي عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) إن أبعاد الذكاء الثقافي (السلوك، المعرفة، الدافعية) كانت ذات دلالة إحصائية، وقد أسهمت في تفسير قوة التأثير على التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي (طبيب، العاملين في المهن الطبية المساندة، ممرض)، ويعزز ذلك قيمة معاملات Beta على التوالي.

مناقشة النتائج

اتضح من نتائج السؤال الأول أن المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الذكاء الثقافي على الدرجة الكلية جاءت بدرجة مرتفعة، كما جاءت استجاباتهم على مستوى الأبعاد أيضًا بدرجة مرتفعة، وقد يكون هذا بسبب حقيقة أن التعليم هو أحد أهم العوامل لتطوير الذكاء الثقافي (Van Dyne et al. 2012). وبيّن (Inkson & Thomas, 2004) أن الذكاء الثقافي ينمو من خلال القراءة عن الثقافات الوطنية للشعوب الأخرى، والتعرف عليها وفهمها، وهذا الأمر متوافر لدى أفراد عينة الدراسة بحكم تخصصاتهم الطبية، التي تتطلب منهم متابعة كل ما هو جديد أكثر من غيرهم.

وقد يرجع ذلك إلى حقيقة أن الذكاء الثقافي ينمو في الأفراد الذين يتعاملون مع بيئات ثقافية متعددة، وهذا مهيأ لدى العاملين في القطاع الطبي، ويزداد الذكاء الثقافي أيضًا نتيجة التفاعل الاجتماعي، والتكيف مع الآخرين، والعمل في سياق متعدد الثقافات، والتفاعل مع الأفراد الذين يختلفون ثقافيًا عنهم.

كما بين (Huff, 2013) أن المعرفة التي يمتلكها الفرد عن الثقافات المختلفة مصدرها، وتطورها يرجع الى الخبرات التعليمية، والتي يطورها الفرد على المستوى الشخصي.

وأظهرت نتائج السؤال الأول أيضًا عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الذكاء الثقافي لدى أفراد عينة الدراسة، وربما يعزى ذلك أن عددًا كبيرًا من العاملين في القطاع الطبي قد درس في الخارج، وبالتالي مطلع على ما هو موجود في الثقافات الاخرى، كما أن طبيعة الدراسة، والمهنة تتطلب منهم الاطلاع على ما هو موجود، وجديد في جميع أنحاء العالم.

وأوضحت نتائج السؤال الثاني أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس التعاطف مرتفع، وربما يعزى ذلك إلى أن طبيعة عمل أفراد عينة الدراسة في القطاع الطبي تنمي لديهم اليقظة الذهنية من حيث الملاحظة، والوصف الدقيق، والتصرف بوعي، التي تساهم في تحسين استجابات التعاطف لديهم (Baer et al., 2006).

وربما يعزى ذلك إلى دور التدين في تنمية التعاطف حيث تحث الأديان السماوية إلى أهمية مساعدة المحتاجين، والمساهمة في حل مشكلاتهم، والرحمة بجميع الكائنات الحية، ومن خلال ذلك يزداد الاتجاه التعاطفي مثل التعاطف مع انفعالات الناس، وادراك مشاكل الآخرين، وأيضا عندما يقترن العلم مع التدين يزداد التعاطف، وبالتالي فأن التدين عنصر من عناصر التعاطف، وهذا يتفق مع ما أشار إليه (Gillet, 2006) الذي أوضح علاقة التدين بالتعاطف.

وأشارت نتائج السؤال الثاني أيضًا إلى وجود فروق بين الأطباء، والعاملين في المهن الطبية المساندة في التعاطف، ولصالح العاملين في المهن الطبية المساندة حيث كانوا هم الأعلى في التعاطف، وربما يعزى ذلك أن العاملين في هذه المهن الطبية المساندة في هذه العينة التي تم أخذها في الدراسة يأخذون دورات في مهارات الاتصال، وإدارة الإجهاد حيث تعزز هذه الاستراتيجيات التعاطف (Benbassat & Baumal, 2004)، بالإضافة أن العبء الذي يقع عليهم من ناحية العمل، وساعات العمل لديهم أقل من الأطباء والممرضين، كما أنهم اقل اتصالاً بالمرضى مقارنة بالأطباء، والممرضين.

وبينت نتائج السؤال وجود أثر للذكاء الثقافي في التعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي، وربما يعزى ذلك إلى أن الشخص المتمتع بالذكاء الثقافي يستطيع أن يستخلص سلوك الفرد أو الجماعة المحيطة به، وبالتالي يستطيع فهم مشاعرهم، وايماءاتهم، وهذه أحد أهم عوامل التعاطف مع الآخر، كما يتداخل الذكاء الثقافي مع مفهوم القدرة المعرفية العامة، فكلاهما يميل إلى تعليق إصدار أحكام عامة تجاه موقف معين مما يتيح للفرد الوقت الكافي للتفكير في الموقف قبل الشروع فيه، واتخاذ القرار الصحيح تجاه هذا الموقف.

بالإضافة إلى ذلك يتداخل الذكاء الثقافي مع الذكاء العاطفي من حيث قدرة الفرد على فهم الآخرين، والسلوك الحكيم في العلاقات الإنسانية، وقدرة الفرد على فهم القيم، والتقاليد، والسلوكيات، وأنماط التفاعلات الاجتماعية المختلفة في الثقافات المختلفة (Ng & Early, 2006).

وبين (Triandis ,2006) أن الأشخاص الأكثر ذكاءً ثقافيًا هم أكثر مرونة مع الآخرين، ويمكنهم أن يتكيفوا بسهولة مع بيئات تنظيمية مختلفة أكثر من الأشخاص العاديين.

وقد يكون ذلك راجعًا إلى دور البعد الدافعي في الذكاء الثقافي، حيث يمنح الفرد الثقة في الانفتاح مع تجارب الآخرين، والتفاعل معهم، بالإضافة إلى أن البعد السلوكي في الذكاء الثقافي يمنح الفرد القدرة على التكيف مع الآخرين، وتعديل السلوكيات اللفظية، وغير اللفظية بحيث تكون مناسبة عند التفاعل مع الأفراد من مختلف الثقافات.

ويعتمد الذكاء الثقافي أيضًا على الكفاءة اللغوية التي تنمي الانفتاح على الآخر، والمرونة في قبول التغيرات في طريقة حياة الشخص المعتادة، وكلها عناصر هامة للانسجام الذي يشعر به المرء، وبالتالي ينعكس في تعاطفه مع الآخر.

وقد يرجع ذلك أيضًا إلى أن مهارات الذكاء الثقافي، ولا سيما في فهم الهوية الثقافية تمكن الفرد العامل في القطاع الطبي من فهم نفسه كيف يفكر، فضلاً عن فهم تفكير الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك يطور الذكاء الثقافي لدى العاملين في القطاع الطبي قدرتهم على التواصل، وتبادل الأفكار، والمشاعر والمعاني مع أفراد من خلفيات ثقافية متنوعة، والقدرة على نقل آرائهم للأفراد من مختلف الثقافات، وينعكس ذلك في نمو التعاطف مع الفرد الذكي ثقافيًا.

ويطور الذكاء الثقافي قدرة الأفراد العاملين في القطاع الطبي على الاندماج في بيئات ثقافية متعددة، والانخراط في مجموعة من السلوكيات التي تتطلب استخدام اللغة، والمهارات الاجتماعية، وهذا أحد عوامل تطوير التعاطف لدى الفرد.

وقد يُعزى ذلك إلى دور الذكاء الثقافي السلوكي في تزويد أفراد عينة الدراسة على فهم الدلالات، والكلمات، والتعبيرات التي تنبثق من أفراد مختلفين عنه ثقافيا.

كما أن الذكاء الثقافي مكمل للذكاء المعرفي حيث إنه يركز على التواصل الشخصي، إلا انه في نطاق الاختلاف الثقافي، وبالتالي فهو مكون من قدرات، ومهارات تساعد الفرد على التكيف اثناء التفاعل مع الآخرين من الثقافات المختلفة(Moon, 2013).

التوصيات

بناء على نتائج الدراسة يمكن وضع التوصيات التالية:

- حصل افراد عينة الدراسة على درجة متوسطة في بعد المعرفة، وهو أحد ابعاد الذكاء الثقافي الذي يبين قدرة الفرد على فهم اوجه التشابه والاختلاف بين الثقافات، من حيث اللغة والمعتقدات الدينية، وتعابير الافراد في التفاعل الاجتماعي لذلك يوصى بإعطاء العاملين في القطاع الطبي دورات تنمي بعد المعرفة لديهم.
- إعطاء الأطباء دورات في التعاطف كونهم حصلوا على درجة متوسطة في استجاباتهم لمقياس التعاطف، وايضا دورات للتعامل مع الاجهاد، وضغوط العمل لان ذلك ينعكس على مدى التعاطف لديهم.
- إجراء دراسات أخرى تربط بين الذكاء الثقافي، والتعاطف لدى العاملين في القطاع الطبي على عينات أخرى في وزارة الصحة.

References

AL- Ragayah, R. (2016*). Sympathy among the workers in the mental health sector and its relationship to their emotional balance,* Unpublished Master's Thesis, Mu'tah University, Jordan**.**

AL- Tarawneh, A. (2020). *Cultural intelligence and its relationship to moral judgment among employees of public universities,* Unpublished Master's Thesis, Mu'tah University, Jordan**.**

AL-Asafreh, A. (2018). Self-compassion and its relationship to the social interest with the University of Jordan Students, *IUG Journal of Educational and Psychology Sciences*, Islamic University of Gaza, 27(2), 837-855.

American Institutes for Research .(2002). *Teaching Cultural Competence in Health Care: A Review of Current Concepts, Policies, and Practices, Report prepared for the Office of Minority Health,* Washington, DC: Author.

Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. DOI: 10.1177/ 1073191105283504.

Benbassat J. & Baumal, R. (2004). What is Empathy, and How can it be Promoted during Clinical Clerkships?. *Acad Med.* 79(9),832-839. 36. DOI: 10.1097/00001888-200409000-00004.

Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model. *Medical Care Research and Review*, 57(1), 181-217. DOI: 10.1177/107755870005700-1S09.

Brislin, R., Worthley, R. & Macnab, B. (2006). Cultural Intelligence: Understanding Behaviors that Serve People's Goals. *Group & Organization Management*, 31(1), 40-55. https://doi.org/10. 1177/1059601105275262.

Brunero, S., Lamonts, S. & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nurs. Inq*, 17(1), 65-74. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2009. 00482.x.

Cañas-Lerma, A., Cuartero-Castañer, M., Mascialino, G & Hidalgo-Andrade, P. (2021). Empathy and COVID-19: Study in Professionals and Students of the Social Health Field in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 338-346. https://doi. org/10.3390/ijerph18010338.

Canle, S., Louis, D., Maaio, V., Wang, X., Rossi, G., Adreza, M. & Gonnella, J. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy, *Acad Med*, 87(9), 1243-1249. Doi: 10.1097//ACM.obo13e3182 628FbF.

Carranza, M. & Egri, C. (2010). Managerial cultural intelligence and small business in Canada. *Management Review*, 21(3), 353 – 371. DOI:10.5771/0935-9915-2010-3-353.

Curtis, K. & Wiseman ,T. (2008). Back to basics-Essential nursing care in the ED: Part One. Australasian Emergency Nursing Journal 11(1),49-53.

Du Plessis, Y. (2011). Cultural intelligence as Managerial Competence, *Alternation*, 18(1), 28-46 .

Earley, P. & Mosakowski, E. (2004). Cultural intelligence. *Harvard Business Review*, 82(10), 139-153.

Eysenck, M. (2003). *Key topics in A2 psychology*. New York: Francis Group.

Gillet, k. (2006). *Parental and Religious Influences on Adolescent Empathy and Antisocial Behavior among Latino and Euro – American Youth: an Investigation of Mediating and Moderating effects*. Doctoral Dissertation, Texas Tech University.

Grove, R., Baillie, A., Allison, C., Baron-Cohen, S. & Hoekstra, R. (2013). Empathizing, systemizing, and autistic traits: Latent structure in individuals with autism, their parents, and general population controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 600-669. DOI: 10.1037/ a0031919.

Hagqvist, P., Oikarainen, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Mikkonen, K. (2020). Clinical mentors' experiences of their intercultural communication competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students: A qualitative study, *Nurse Education Today*. 87 (10), 43-48. DOI.org/1016/j.nedt. 2020.10434.

Haider, S., Riaz, Q. & Gill, R. (2020). Empathy in clinical practice: a qualitative study of early medical practitioners and educators. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70 (1), 116-122. DOI: 10.5455/JPMA.14408.

Hanifi, N., Baratipour, M. & Amini, K. (2019). The relationship between the cultural intelligence, Communication skills, and social interactions of emergency Department staff: Across sectional study, *Research Sguare*, 1 (3), 1-10. doi: https// doi.org/10.21203/rs.3.rs. 74766/vl.

Hemmerdinger, J., Stoddart, S. & Lilford, R. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med. Educ*, 7(24). doi: 10.1186/1472-6920-7-24.

Hojat, M., Louis, D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C. & Gonnella, J. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86(3), 359-364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.

Huff, K. (2013). Language, cultural intelligence and expatriate success. *Management Research Review*, 36(6), 596–612. DOI:10.1108/ 01409171311325750.

Inkson, K. & Thomas, D. (2004). *Cultural Intelligence: People Skills for Global Business*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.

Koc, K. & Turan, M. (2018). The Impact of Cultural Intelligence on Social Skills among University Students, *Journal of Education and Learning*, 7(6), 241-249. DOI: 10.5539/jel. v7n6p241.

Moloney, S. & Gair, S. (2015). Empathy and Spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences, *Women Birth*, 28(4), 323-328. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.04.009.

Moon, T. (2013). The effects of cultural intelligence on performance in multicultural teams: Cultural intelligence in MCTs. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(12), 2414-2425. doi.org/10.1111/jasp.12189.

Ng, K. & Earley, P. (2006). Culture and intelligence: Old constructs, New Frontiers. *Group and Organization Management*, 31(3), 4–19. doi.org/10.1177/1059601105275251.

Nur, P., Nuraeni, S., Gustomo, A. & Ghazali, A. (2018). The Relationship between Cultural Intelligence, Emotional Intelligence, and Student Performance, *International Journal of Business*, 23(1), 17-25.

Papic, O., Malak, Z. & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs, *Patient Education and Counseling*, 86(2), 205–209. doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.015.

Pawlicka, P., Kazmierczak, M. & Rusilowski, A .(2019). Empathy and Social closeness toward refugees from Syria, *The Mediating Role of Cultural Intelligence*, 47(5), 1014-1031, DOI: 10.1002/jcop.22169.

Presbitero, A. (2016). Cultural intelligence (CQ) in virtual, cross-cultural interactions: Generalizability of measure and links to personality dimensions and task performance. *International Journal of Intercultural Relations*, 50, 29–38. https://doi.org/10.1016/j. ijintrel.2015.11.001.

Sri Ramalu, S., chuah, C. & Che Rose, R. (2011).The effect of cultural intelligence on cross–cultural adjustment and job performance amongst expatriates in Malysia. *International Journal of Business and Social Sciences*, 2(9), 59–70.

Tapia, A (2019). *Primary case physician Clinical Empathy and Cultural Intelligence : Bridging the Caps in Medical Care of Ethnically Diverse patient populations*, Doctoral Dissertation, William James College.

Thomas, D. (2006). Domain and Development of Cultural Intelligence; The Importance of Mindfulness. *Group & Organization Management*, 31(1), 78-99. DOI:10.1177/ 1059601105275266.

Triandis, H. (2006). Cultural Intelligence in Organizations. *Group & Organization Management*, 31(1), 20-26. DOI: 10.1177/ 1059601105275253.

Van den Berg, R. (2008). *Cultural Intelligence: a comparison between managers in South Africa and the Netherlands*. Master Dissertation, University of Pretoria, Pretoria.

Van Dyne, L., Ang, K., Ng, T., Rockstuhl, M., Tan, L. & Koh, C. (2012). Sub-Dimensions of the Four Factor Model of Cultural Intelligence: Expanding the Conceptualization and Measurement of Cultural Intelligence. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(4), 295–313. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2012.00429.x.

Wu, Y. (2021). Empathy in Nurse-Patient Interaction: AConversation Analysis. *BMC Nursing (BMC NURS)*, 20(1), 1-6. DOI: 10. 1186/s12912-021-00535-0.

Yang, S., Lim, H. & Lee, J. (2013). The Study on Relationship between Cultural Competency and Empathy of Nursing Student , *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 19(2),183-193. doi:10.5977/jkasne. 2013.19.2.183.