فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ۲، پاییز ۱۴۰۱، صفحات۲۰۱-۱۸۰

مقاله پژوهشی

آگاهی فرهنگی: تحلیلی بر صلاحیت‌های فرهنگی پرستاران (مورد مطالعه: بیمارستان‌های آموزشی اصفهان)

سعید شریفی[۱]؛ مریم طلائی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۳

چکیده

روند فزایندهٔ انتظارات ناشی از تنوع تقاضا در فضای خدمات بهداشتی و درمانی به‌ویژه در عرصهٔ رقابتی، توجه به صلاحیت‌های فرهنگی را به‌عنوان الزامی در رشتهٔ بهداشت و درمان، به یک مسألهٔ قابل تأمل بدل کرده است. از این‌رو آگاهی فرهنگی، به‌عنوان سطحی از این صلاحیت برای بیمارستان‌های دولتی که خدمات تخصصی را به طیف وسیعی از مشتریان عرضه می‌کنند، یک مزیت رقابتی محسوب می‌شود. بسیاری از نهادهای خدمات درمانی در تلاش‌اند از طریق دوره‌های آموزش ضمن خدمت، این صلاحیت‌ها را توسعه دهند؛ اما این امر نیازمند دانش در مورد سطح آگاهی اولیه است. بر این اساس پژوهش حاضر باهدف تحلیلی بر صلاحیت‌های فرهنگی پرستاران، سطح آگاهی فرهنگی آن‌ها را مورد بررسی قرار داده است. جامعهٔ آماری این پژوهش، کلیهٔ پرستاران مرکز آموزش تخصصی بیمارستان های آموزشی اصفهان به تعداد ۴۰۰ نفر بودند که از این میان ۱۹۶ نفر به‌عنوان نمونه به روش در دسترس انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات میدانی، پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای استاندارد آگاهی فرهنگی ریو (۲۰۰۳) بود که پایایی ابعاد چهارگانهٔ آن با استفاده از آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برآورد شد. نتایج نشان داد به‌جز، تجربیات آموزشی عمومی و مسائل پژوهشی، در سایر ابعاد، آگاهی فرهنگی بالاتر از سطح متوسط است. همچنین بیشترین ضریب تأثیر در آگاهی فرهنگی، متعلق به مراقبت از بیمار با (۰/۳۵) است، این در حالی است که بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی متعلق به تجربیات آموزشی عمومی (۰/۲۱۴) و مسائل پژوهشی (۰/۲۰۷) است.

واژه‌های کلیدی: آگاهی فرهنگی؛ پرستار؛ خدمات بهداشتی و درمانی؛ صلاحیت‌های فرهنگی.

[۱] . عضو هیأت علمی گروه مدیریت فرهنگی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) اصفهان، ایران (نویسندهٔ مسؤول). sa.sharifi@khuisf.ac.ir

[۲] . دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. maryam1481.talaei@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

مقدمه و بیان مسأله

تنوع فرهنگی[۱] یکی مشخصه‌های جوامع متکثر امروزی است، موضوعی که توجه به مقولهٔ صلاحیت‌های فرهنگی[۲] را به‌ویژه در مشاغل حرفه‌ای به یکی از موضوعات پر چالش و مهم بدل کرده است (بنتلی و الیسون[۳]، ۲۰۰۷: ۲۰۸). ازآنجاکه درک از فرهنگ، آگاهانه نیست (کوآپ و کانتاتور[۴]،۲۰۰۵: ۱) رفتارهای ناشی از فرهنگ‌های مختلف به معناهای متفاوتی درک می‌شود (بوبوک[۵]، ۲۰۰۹) و همین امر موجب سوءبرداشت یا تعارض فرهنگی خواهد شد. ازاین‌رو تکثرگرایی فزاینده جوامع امروزی می‌طلبد در مشاغل خدمات تخصصی همچون پرستاری که مواجهٔ زیادی با کنشگران فرهنگی وجود دارد، در ضمن حفظ باورداشت‌های خود، پذیرش دیگران و رواداری، همزیستی چندگانه در قالب پلورالیسم فرهنگی[۶] صورت گیرد (کنستانتین[۷]،۲۰۱۳). پژوهشگران بر این واقعیت اشاره می‌کنند که نباید اهمیت تنوع فرهنگی را به حداقل رساند؛ چرا که به علت فقدان دانش فرهنگی، تفاوت‌های ظریف نیز می‌توانند تأثیرات چشمگیر داشته باشند (کنستانتین و همکاران، ۲۰۱۵).

بر همین اساس بسیاری از مؤسسات خدماتی تلاش می‌کنند آموزش بین فرهنگی[۸] که در واقع آگاهی و صلاحیت فرهنگی کارکنان را افزایش می‌دهد، به‌طور حرفه‌ای برای متخصصان صنایع خدماتی متعدد و در جهت افزایش تعامل بین فرهنگی ارائه کنند (دی جاگیر و ژانگ[۹]، ۲۰۰۸). این تلاش‌های آموزشی در دهه‌های اول ۱۹۶۰ از قوانین حقوق مدنی در ایالات‌متحده ریشه می‌گیرد (آناند و وینترز[۱۰]، ۲۰۰۸).

این تلاش‌ها نیز به شکل فراوانی در حوزهٔ خدمات بهداشتی و درمانی (بتانکورت و همکاران[۱۱]، ۲۰۱۶؛ ساها و همکاران[۱۲]، ۲۰۰۸) به‌ویژه بر روی دانشجویان پزشکی (بیگان[۱۳]، ۲۰۰۳) و پرستاران انجام گرفته است (کراینویچ میلر و همکاران ، ۲۰۰۸؛ مک الروی و همکاران، ۲۰۱۶). چرا که اعتقاد بر این است اختلافات فرهنگی بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و دریافت‌کنندگان آن، به‌ویژه زمانی که دریافت‌کنندگان خدمات، اقلیت‌ها و یا اقشار مهاجر باشند، چالش برانگیز خواهد شد

[1] Cultural Diversity
[2] Cultural competency
[3] Bentley & Ellison
[4] Quappe, & Cantatore
[5] Boboc
[6] Cultural Pluralism
[7] Constantin
[8] Intercultural education
[9] DeJaeghere & Zhang
[10] Anand & Winters
[11] Betancourt et al.
[12] Saha et al.
[13] Beagan

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

(نلسون[1]، ۲۰۰۲؛ مارکوس[2]، ۲۰۱۸). در واقع نیازهای بهداشتی ناخواسته گروه‌های اقلیت و به‌ویژه فقیر، مراقبت‌های بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شفرد و همکاران[3]، ۲۰۱۸). فراتحلیل[4] انجام گرفته بر روی پژوهش‌های مرتبط با تفاوت‌های فرهنگی و تأثیر آن بر کیفیت خدمات بهداشتی، گزارش‌های تحقیقی عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی و عدم پذیرش درمانی بیماران را نشان داده‌اند (بن کورماک، هریس و پارادیس[5]، ۲۰۱۷). از این‌رو مدیران بهداشت عمومی تلاش کردند تا مکانیسم‌هایی را که بر مبنای تفاوت‌های بهداشتی بین فرهنگی گزارش‌شده‌اند، مورد توجه قرار دهند (جانگن و همکاران[6]، ۲۰۱۸). ازاین‌رو دانش فرهنگی را به خدمت گرفتند تا چالش‌های خدمات بخش بهداشت و درمان را کاهش دهند. یادگیری دربارهٔ جهان‌بینی، هنجارها و درک مشتریان (بیماران) اقلیت‌های فرهنگی نه تنها به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی توانایی بهتر برای درک و خدمت به بیماران خود کمک می‌کند، بلکه همچنین می‌تواند نابرابری‌های مراقبت‌های بهداشتی گسترده را در این فرآیند کاهش دهد (تایلر و لوری، ۲۰۰٤؛ تاسکیران و همکاران[7]، ۲۰۱۸؛ اندرسون و همکاران[8]، ۲۰۰۳). درک تفاوت‌های فرهنگی در محیط‌های بیمارستانی، علاوه بر افزایش احساس نزدیکی و تعامل کارکنان به‌ویژه زمانی که دارای چند فرهنگ مختلف باشند، بر روی باورهای بهداشتی و رفتاری بیماران، ادراک آن‌ها از سلامت خودشان و پذیرش بیماری و همچنین پذیرش توصیه‌های مراقبتی و ارتباط با کارکنان تأثیر مثبت دارد (کارابوداک و همکاران، ۲۰۱۳: ۳٤۳).

همان‌طور که جهان هرروز در حال تبدیل‌شدن به یک مکان کوچک‌تر فرهنگی است، شایستگی و آگاهی فرهنگی به‌عنوان مهارت در حرفهٔ پرستاری به عملی حیاتی تبدیل‌شده است (بومان و بورگلین، ۲۰۱٤). در طول ۲۰ سال گذشته، صلاحیت فرهنگی به‌دست‌آمده، شناخت گسترده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کرده است (سلمان و همکاران[9]، ۲۰۰۷). شواهد نشان داده است پرستارانی موفق بوده‌اند که آگاهی و صلاحیت فرهنگی قابل قبولی در مراقبت‌های پرستاری برای بیماران با زمینه‌های فرهنگی متنوع از خود نشان داده‌اند (داگلاس و همکاران، ۲۰۱٤). ازاین‌رو بیمارستان‌هایی که مراجعین با زمینهٔ فرهنگی متنوع دارند، به‌عنوان یک برنامهٔ چندمنظوره، توانایی‌های فرهنگی پرستاران را به‌عنوان نوعی یادگیری فعال، تقویت می‌کنند (آنکری و همکاران[10]،

[1] Nelson
[2] Marcus
[3] Shepherd et al.
[4] Meta-analysis
[5] Ben, Cormack, Harris & Paradies,
[6] Jongen et al.
[7] TAŞKIRAN et al.
[8] Anderson et al.
[9] Salman et al.
[10] Unkuri et al.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

۲۰۱٤: ۷۹٦)؛ بنابراین، وظیفهٔ افزایش آگاهی فرهنگی در میان دانشجویان پرستاری جهت اطمینان به محیط کار، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای مربیان و اعضای هیأت علمی پرستاری است (سانر و همکاران[1]، ۲۰۱۰) در مرحلهٔ اشتغال، اکثر سازمان‌های بهداشتی انتظار دارند که فارغ‌التحصیلان پرستاری از نظر فرهنگی، دارای سطح قابل قبولی از آگاهی فرهنگی باشند. درحالی‌که ممکن است بسیاری از پرستاران چنین قابلیتی را به‌عنوان یک آگاهی تخصصی جدی نگیرند و پیامدهای ناخواسته آن را به بیمارستان تحمیل کنند.

جفریز[2] (۲۰۰۸) توضیح می‌دهد که چگونه آگاهی فرهنگی، علاوه بر اینکه قادر به تشخیص بیماری می‌شود، بیمار را به کمک مکمل های گیاهی درمان می‌کند. او حتی بحث می‌کند فارغ‌التحصیلان پرستاری مهاجر به شهرهای دیگر، چگونه از طریق کسب آگاهی فرهنگی، رابطهٔ شغلی بین پرستار و سرپرستار را تنظیم می‌کنند. فقدان چنین دانشی می‌تواند برای ذهن فردگرای یک پرستار را که جهان‌بینی خود را در تعاملات غالب می‌کند برای آموزش پرستاری بسیار نگران‌کننده باشد، به‌ویژه زمانی که تفاوت‌ها اشتباه تفسیر شوند (آنگفلاهرتی[3]، ۲۰۱۵: ۵۸).

پژوهش‌های زیادی در عرصهٔ مسائل فرهنگی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ایران انجام نگرفته است. با این‌وجود برخی از پژوهش‌ها در زمینهٔ حساسیت فرهنگی (ضیالامع، ۱۳۹۵) هوش فرهنگی (رحمانی، ۱۳۹٤؛ حیدری، ۱۳۹۰؛ عاقبت‌خواه، ۱۳۹۷) و برخی از پژوهش‌ها به جنبه‌های نظری صلاحیت‌های فرهنگی (زرانی و صادقی، ۱۳۹٦؛ خضرلو و مختاری، ۱۳۹٤) توجه داشته‌اند. در کل، پژوهش‌های ایرانی معطوف به مسائل فرهنگی در پزشکی، نشان می‌دهد با وجود اهمیت فراوان این صلاحیت، هنوز ابعاد آن در کشور ناشناخته مانده است (موسوی بزاز و همکاران، ۱۳۹۳).

در بستر جامعهٔ ایران، شواهد زیادی از بررسی صلاحیت‌های فرهنگی در دست نیست؛ هر چند بر مقولاتی همچون صلاحیت اخلاقی (ارمی و همکاران، ۱۳۹۸) تأکید شده است. در همین راستا شواهدی در این زمینه تأکید کرده اند که با توجه به این‌که متغیرهای فرهنگی در کشور ایران که متأثر از عوامل گوناگونی است، بررسی صلاحیت فرهنگی در شرایط فرهنگ ایران ضروری است ولازم است در خصوص راه‌کارهای آموزشی آن در اساتید و دانشجویان برنامه‌ریزی جامعی صورت گیرد (خضرلو و مختاری، ۱۳۹٤). چرا که پرستاران روزانه با بیماران زیادی مواجه می‌شوند که دارای زمینه‌های فرهنگی و نیازهای مختلفی هستند. تنوع فرهنگ‌ها می‌تواند مانعی برای ارائهٔ خدمات

[1] Sanner et al.
[2] Jeffreys
[3] Ong-Flaherty

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

مطلوب مراقبت با شد. علاوه بر این، نتایج تحقیقات یداللهی و همکاران (۱۳۹۹) نشان می‌دهد نمرهٔ صلاحیت فرهنگی در پرستاران بالینی در سطح متوسط است.

از آنجاکه رقابت در فضای خدمات پزشکی افزایش‌یافته است و بیمارستان‌های دولتی، کانون مراجعهٔ اقوام و فرهنگ‌های مختلف به دلایلی چون نرخ خدمات هستند، توجه به صلاحیت‌های پرستاران به‌منظور ارائهٔ خدمات مناسب به بیماران، ضرورتی قابل تأمل است؛ از سوی دیگر، به دلیل هم‌راستایی توانایی و صلاحیت پرستاران با برنامه‌های توسعهٔ بیمارستانی، سنجش میزان آگاهی‌های فرهنگی یک مسأله قابل‌توجه است.

در اصفهان به دلیل تنوع فرهنگی گسترده در سطح شهرستان‌ها و همچنین استان‌های همجوار از یک سو و تمایل برای استفاده از خدمات درمانی در بیمارستان‌های بزرگ این شهر، انتظار تنوع فرهنگی در بیمارستان‌ها قابل توجه است. علاوه بر این، در این شهر، تعداد مهاجران به دلیل محدودیت‌های آب و فرصت‌های کار و زندگی از اطراف و همچنین مهاجران غیر ایرانی ناشی از ناامنی‌های کشورهای عراق و افغانستان، افزایش یافته است. در بیمارستان‌های دولتی به دلیل ارزان‌تر بودن هزینهٔ ارایهٔ خدمات، بخش قابل توجهی از این افراد که سطح تنوع فرهنگی بالایی دارند، متقاضی دریافت خدمت هستند.

با توجه به اینکه پزشکان و پرستاران، به‌منظور ارایهٔ خدمات در بیمارستان‌های مختلف شهرهای بزرگ و حتی در مناطق کمتربرخوردار به کار گرفته می‌شوند، سپهر فرهنگی متفاوتی را تجربه خواهند کرد. علاوه بر این، ارایهٔ خدمات عادلانه و با کیفیت در فضای رقابتی، مستلزم درک انتظار و نیازهای خدمت‌گیرنده است. از این‌رو، توجه به مقولهٔ آگاهی‌های فرهنگی، از ضروریات غیر قابل انکار در نظام خدمات درمانی است. افزایش روند شهر نشینی از یک سو و تسهیلات ترابری در نقل و انتقال بیماران از فرهنگ‌های مختلف، می طلبد پرستاران برای ارایهٔ خدمات خود به چارچوب‌های تنوع فرهنگی در قالب صلاحیت‌های فرهنگی توجه داشته باشند. در همین راستا برنامه‌ریزان به‌منظور توانمندسازی نیروی انسانی خود نیازمند پایش‌های مداوم و رصد وضعیت نیروهای انسانی هستند تا بتوانند علاوه بر برنامه‌ریزی توسعهٔ منابع انسانی، سایر بخش‌های بیمارستانی را نیز در همان راستا جهت‌دهی کنند. ازآنجا که آموزش‌های ضمن خدمت ارائه شده در محیط‌های بیمارستانی، به صورت مداوم در راستای نیازهای بیماران، برنامه‌های بلندمدت بیمارستان و توانمند سازی نیروی انسانی است، توجه به سطح آگاهی پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین کانون ارائهٔ خدمات مراقبتی به بیماران ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

پیشینهٔ پژوهش

ریو و همکاران[1] (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان "سنجش آگاهی فرهنگی در دانشجویان پرستاری" به روش شبه آزمایشی در مرحلهٔ اول مطالعه، مقیاسی شامل ۳۷ گویه از مرور ادبیات آگاهی فرهنگی، حساسیت و شایستگی در پرستاری ایجاد کرد و ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ از نمونه ۷۲ دانشجوی پرستار به دست آورد. در مرحلهٔ دوم، گویه‌ها برای تعیین روایی محتوایی به پانل متخصصان پرستاری و فرهنگ ارائه شد. شاخص اعتبار محتوایی ۰/۸۸ محاسبه کرد و تعداد کل گویه‌های این مقیاس به ۳۶ کاهش داد. سپس مقیاس را بر روی ۱۱۸ دانشجوی پرستاری اجرا کرد و داده‌های دو نمونه با هم ترکیب و تحلیل عاملی برای حمایت از اعتبار سازه انجام شد.

مارکی و همکاران[2] (۲۰۱۸) به‌منظور بررسی شرایط مراقبت از بیماران در زمینه‌های مختلف فرهنگی، قومی و زبانی در یک منطقه از ایرلند با مصاحبهٔ فردی با ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاران نشان دادند عدم اطمینان، نگرانی اصلی آن‌ها در مواجهه با بیماران چند فرهنگی بود که بیشتر تحت تأثیر فقدان دانش و آگاهی از باورهای قومی و فرهنگ است. در یک مطالعهٔ آزمایشی برای اندازه‌گیری میزان آگاهی فرهنگی دانشجویان پرستاری (دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا) میزان آگاهی فرهنگی آن‌ها پایین ارزیابی شد (کراینویچ میلر و همکاران[3]، ۲۰۰۸).

لین و همکاران[4] (۲۰۱۹) برای ایجاد چارچوب نظری تجربیات صلاحیت‌های فرهنگی در میان پرستاران بالینی در تایوان، ۳۰ پرستار را بررسی کردند و نشان دادند آگاهی از تفاوت‌های ارزشی پیش‌شرط صلاحیت‌های فرهنگی آن‌ها است و پرستارانی که در زمینه‌های مختلف فرهنگی کارکرده‌اند ویژگی‌های رفتار تعاملی آن‌ها تقویت‌شده است و در نتیجه کیفیت مراقبت آن‌ها افزایش‌یافته است. همچنین مقیاس آگاهی فرهنگی (CAS) در نمونه‌ای از ۴۹۵ دانشجوی پرستاری کرهٔ جنوبی بومی شد (اوه و همکاران، ۲۰۱۵) و به‌عنوان یک راهنما برای آموزش آگاهی فرهنگی در میان گروه‌های دانشجویان پرستاری معرفی شد. به توصیهٔ برخی پژوهشگران، تجربهٔ مسافرت خارج از کشور و نیاز درک به آموزش فرهنگی از ضرورت‌های آگاهی فرهنگی برشمرده شده است (اوه و همکاران[5]، ۲۰۱۵).

[1] Rew et al.
[2] Markey et al.
[3] Krainovich-Miller et al
[4] Lin et al.
[5] Oh et al.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

چو و کیم[1] (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان "عوامل مؤثر بر سلامت جهانی و شایستگی‌های فرهنگی دانشجویان پرستاری یک مطالعهٔ مقطعی با ۱۰۸ شرکت‌کننده از طریق روش همبستگی و رگرسیون چندگانهٔ سلسله مراتبی نشان داد میانگین کل نمرات شایستگی بهداشت جهانی و صلاحیت پرستاری فرهنگی به ترتیب ۸/۷۸ ± ۶۳/۰۱ و ۱۷/۷۸ ± ۱۳٤/۹٤ بود. شایستگی بهداشت جهانی با شایستگی فرهنگی (p،r = 0.49 <۰,۰۰۱)، اعتماد پرستاری فرهنگی (p،r = 0.26 =۰,۰۰٦)، و فراشناخت (p،r = 0.22 =۰,۰۲۳) همبستگی مثبت داشت. شایستگی فرهنگی با اعتماد بهداشت جهانی (p،r = 0.31 =۰,۰۰۱)، اطمینان پرستاری فرهنگی (p،r = 0.51 <۰,۰۰۱)، و فراشناخت (p،r = 0.40 <۰,۰۰۱) همبستگی مثبت نشان داد. شایستگی فرهنگی با قدرت توضیحی ۲۳,۱٪ (P،F = 17.10 <۰,۰۰۱) یک عامل مهم مؤثر بر شایستگی بهداشت جهانی است. اطمینان و فراشناخت پرستاری فرهنگی با قدرت توضیحی ۳٤/۳ درصد تأثیر معنی‌داری بر شایستگی فرهنگی داشت (F،P < ۰/۰۰۱ = 97/14).

منلانگیت و همکاران[2] (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان "صلاحیت فرهنگی و تصمیم‌گیری پرستاران در یک بیمارستان دانشگاهی در عربستان سعودی" به روش همبستگی نشان داد آگاهی و حساسیت فرهنگی به‌طور قابل توجهی با نژاد خاورمیانه مرتبط است. علاوه بر این، رفتار شایستگی فرهنگی به‌طور قابل توجهی با سال‌ها تجربه در عربستان سعودی و موقعیت‌های رهبری مرتبط است. آگاهی فرهنگی، حساسیت و رفتار شایستگی فرهنگی به‌طور قابل توجهی با کیفیت تصمیم‌گیری مرتبط است.

گرچه پژوهش‌های زیادی در این زمینه انجام‌شده است اما اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینهٔ تنوع فرهنگی با چارچوب مفهومی ریو (۱۹۹٦) صورت‌بندی می‌شود؛ با این‌وجود برخی از پژوهش‌ها از ۱۱ ابزار روان‌سنجی برای سنجش صلاحیت‌های فرهنگی پرستاران و دانشجویان پرستاری سخن گفته‌اند (لوفتین و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های دیگری نیز بر همین پایه انجام شدند (ایز و تیمل[3]،۲۰۱۷).

[1] Cho & Kim
[2] Manlangit et al.
[3] İz & Temel

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

چارچوب نظری

مفهوم شایستگی فرهنگی در پرستاری برای اولین بار توسط لینینگر[1] از طریق نظریهٔ تنوع و جهانی بودن مراقبت فرهنگی مطرح شد (لینینگر، ۲۰۰۷). این نظریه بر دیدگاهی کل نگر برای تمرین مراقبت فرهنگی مناسب و بر ابعاد متنوع و جهانی مراقبت تمرکز می کند (لین و همکاران[2]، ۲۰۲۲). در تعاریف کاربردی، فرهنگ از منظر تنوع فرهنگی، ابزاری است که فرد را برای سازگاری با محیط آماده می‌کند (کلینتون[3]، ۱۹۹۶). ازاین‌رو آگاهی‌های فرهنگی، یکی از الزامات فعالیت در محیط‌های چند فرهنگی است. پژوهش اسمیت میلر و همکاران[4] (۲۰۱۰) از آگاهی فرهنگی دانشجویان پرستاری به‌عنوان یک الزام برای استخدام در این حرفه سخن می‌گوید. آگاهی فرهنگی، یکی از رویکردهای جدید در مراقبت از بیماران مضطرب و خانواده‌های آن‌ها شناخته شده است. این سطح از آگاهی به‌ویژه برای بیماران در معرض مرگ و بیماران مغزی و سرطانی، منجر به استراتژی‌های مداخلهٔ فرهنگی مناسب‌تر خواهد شد (پیکت[5]، ۱۹۹۳).

مدل‌های متعددی برای سنجش شایستگی‌های فرهنگی معرفی شده است. اما هر کدام محدودیت‌های خاصی دارند. مدل شایستگی فرهنگی کامپینا–باکوت[6] به‌طور گسترده‌ای، به‌عنوان یک راهنما در تحقیقات تجربی و همچنین برای توسعهٔ مداخلات آموزشی استفاده شده است (دانیالز[7]، ۲۰۲۲). این مدل همچنین برای توسعهٔ چارچوب‌هایی برای برنامه‌های آموزش شایستگی فرهنگی و برای توسعه و ارائهٔ خدمات بهداشتی پاسخگو از نظر فرهنگی استفاده شده است (بورگ و همکاران[8]، ۲۰۲۲). با این وجود، توانایی سنجش قابلیت‌های فردی در این مدل، کمتر دیده می‌شود. علاوه بر این، مدل ارزیابی فرافرهنگی گیگر و دویدحی‌زار[9](۲۰۰۲) با هدف کمک به پرستاران در ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت مناسب با توجه به ویژگی‌های فرهنگی مراجعه‌کننده، ستورالعمل‌های دقیقی را برای توسعه و به کارگیری شایستگی‌های فرهنگی در هنگام مراقبت از بیماران و از یک گروه فرهنگی خاص ارائه می‌کند که شامل شش سازه – ارتباط، زمان، مکان، سازمان اجتماعی، کنترل محیطی و تغییرات بیولوژیکی – برای تسهیل ارزیابی فرهنگی و طراحی مراقبت است (کندی والدز[10]، ۲۰۲۲). این مدل نیز عناصر فرهنگی را در ارتباط با سایر عوامل می‌سنجد و بیشتر مرتبط با فضای فرافرهنگی است.

[1] Leininger
[2] Lin et al.
[3] Clinton
[4] Smith-Miller et al.
[5] Pickett
[6] Campinha-Bacote
[7] Daniels
[8] Borge et al.
[9] Giger & Davidhizar
[10] Kennedy-Valdez

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

به نظر می‌رسد مهم‌ترین مبنای سنجش در صلاحیت‌های فرهنگی، آگاهی فرهنگی به معنای درک تفاوت‌ها باشد. در دستورالعمل‌های نهادها و سازمان‌های درمانی و بهداشتی دولتی، عمدتاً آگاهی فرهنگی، حساسیت فرهنگی و صلاحیت‌های فرهنگی، روزبه‌روز مورد توجه قرار می‌گیرند (لستر[۱]، ۱۹۹۸). کلینتون[۲] (۱۹۹۶)، در بحث خود در زمینهٔ دوره‌های آموزشی پرستاری، آگاهی و حساسیت فرهنگی را به‌عنوان دو جزء صلاحیت فرهنگی معرفی می‌کند. هنگامی که افراد آگاه باشند که بیماران متفاوت از یکدیگر هستند و در واقع، بخشی از علت رفتارهای متفاوت آن‌ها، زمینه‌های فرهنگی متفاوت آن‌ها است، پرستاران از نظر فرهنگی، آگاه هستند؛ این آگاهی زمینهٔ ایجاد ارتباطات متقابل، مهارت‌های ارتباطی و رفتار انعطاف‌پذیر در مقابل بیماران متفاوت است (لستر، ۱۹۹۸). ازاین‌رو، ریو و همکاران[۳] (۲۰۰۳) فراتر از آگاهی فرهنگی، صلاحیت فرهنگی را در چهار بعد آگاهی فرهنگی (به معنی ابعاد عاطفی)، دانش فرهنگی (ابعاد شناختی)، مهارت‌های فرهنگی (بعد رفتاری) و حساسیت فرهنگی (به‌عنوان مثال: بعد نگرشی) معرفی می‌کند.

مارچسانی و آدامز[۴] (۱۹۹۲) همچنین نقش آگاهی یاددهنده‌ها از فرهنگ خود را به‌عنوان یکی از ابعاد تدریس مربوط به تنوع فرهنگی معرفی می‌کند. نظرسنجی آگاهی فرهنگی که توسط ماتویانی، هاج و کرامپتون[۵] (۱۹۹۵) توسعه‌یافته بود، راه‌هایی را برای رسیدگی به تنوع فرهنگی مورد تأیید قرارداد. این ابزار یک نظرسنجی بود که می‌توانست توسط کارمندان در جایگاه‌های مختلف در یک مؤسسهٔ مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد و تجربیات شوک فرهنگی و ادراکات احترام به تنوع در محیط کار را بسنجد.

اگرچه انتقادات زیادی به این مفهوم وارد است؛ میلز (۱۹۹۶) تصریح کرد تنها افزایش آگاهی افراد از تنوع فرهنگی، تعهدات فرهنگی آن‌ها را تضمین نمی‌کند (ملیز[۶]، ۱۹۹۶). به همین منظور او استدلال کرد که پرستاران در کمترین حد، نیاز به دانش فرهنگی دارند، آن‌ها باید بیشتر پدیده‌های فرهنگی خاص پرستاری را بدانند. با این‌حال، نمی‌توان انکار کرد قبل از اینکه پرستاران این حوزه را یاد بگیرند، ابتدا باید آگاهی، حساسیت و حداقل میزان صلاحیت‌های فرهنگی را از خود نشان دهند. موسلو و توزکو[۷](۲۰۲۲) در پژوهشی با هدف ارزیابی آگاهی فرهنگی در دانشجویان پرستاری شهر آنتالیا بر پایهٔ مقیاس آگاهی فرهنگی نشان داد، میانگین آگاهی فرهنگی دانشجویان پرستاری بالاتر از

[1] Lester
[2] Clinton
[3] Rew et al.
[4] Marchesani & Adams
[5] Motwani et al.
[6] Meleis
[7] Muslu & Tuzcu

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

حد متوسط است. به زعم آنها زندگی در شهرهای چند فرهنگی منجر به افزایش آگاهی فرهنگی خواهد شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش پیمایشی انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای آگاهی فرهنگی (CA) بر اساس مقیاس آگاهی فرهنگی ریو[1] (۲۰۰۳) بود. ریو و همکاران (۲۰۰۳) ابزاری ۳۶ گویه ای طراحی کردند که دارای پنج خرده مقیاس بود که حوزه‌های کلیدی آگاهی فرهنگی شامل تجربیات آموزشی عمومی[2]، آگاهی از نگرش[3]، رفتارهای تعاملی[4]، مسائل پژوهشی[5] و تمرین بالینی[6] را به‌منظور درک شایستگی فرهنگی، حساسیت متقابل فرهنگی و آگاهی پرستاری اندازه‌گیری می‌کرد. این مقیاس توسط ریو و همکاران (۲۰۱٤) جهت بررسی مجدد روی نمونه ۱۵۰ دانشجوی پرستاری برای تعیین اعتبار سازه انجام گرفت. بتاکور و همکاران[7] (۲۰۲۰) این مقیاس را بررسی کردند و ابزار تجدید نظر شده‌ای دارای ۲۳ آیتم و ٤ خرده مقیاس: آگاهی شناختی، رفتار تعاملی، مراقبت از بیمار یا مسائل بالینی و محیط بیمارستان را ارائه کردند. سنجش این ابزار نشان داد اکثر کارکنان پرستاری سطح آگاهی کافی در سطح متوسط تا سطح بالا در رابطه با مسائل فرهنگی داشتند (مک الروی و همکاران[8]، ۲۰۱٦). پایایی ابزار اندازه‌گیری بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای همهٔ ابعاد چهارگانه بالاتر از ۰/۷ برآورد شد. جدول (۱) نشان دهندهٔ ضریب پایایی ابعاد مقیاس آگاهی فرهنگی است.

جدول شمارهٔ یک- ضریب پایایی ابعاد مقیاس آگاهی فرهنگی

متغیر	ضریب آلفا
آگاهی فرهنگی	۰/۷۹
تجربیات آموزشی عمومی	۰/۷٦
آگاهی شناختی	۰/۷۹
مسائل پژوهشی	۰/۷۳
رفتارهای تعاملی	۰/۷۳
مراقبت از بیمار	۰/۷٦

[1] Rew
[2] General educational experiences
[3] Awareness of attitudes. (Cognitive Awareness)
[4] Behaviors Interactions
[5] Research issues
[6] Clinical practice (Clinical Issues)
[7] Betancur et al
[8] McElroy et al.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

جامعهٔ آماری این پژوهش، کلیه پرستاران بیمارستان آموزشی الزهرا و شهید چمران اصفهان، به تعداد ٤۰۰ نفر بودند؛ که از این میان بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران تعداد ۱۹٦ نفر به‌عنوان نمونهٔ آماری انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت غیر احتمالی و به شیوه در دسترس انجام گرفت، جدول (۲) نشان‌دهندهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش است. به‌منظور تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSSو آزمون‌های تی تک نمونه‌ای[1] و ضریب رگرسیون استفاده شد.

جدول شمارهٔدو- اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	خرده مقیاس	تعداد	درصد فراوانی
جنس	مرد	۳۲	۸۳
	زن	۱٦٥	۱۷
سن	۱۸-۲۸ سال	۲۹	۱٥
	۲۹-۳۹ سال	۱۰٥	٥۳
	٤۰-٥۰ سال	٦۳	۳۲
سابقه	کمتر از ٥ سال	۷	۳/٦
	٥-۱۰ سال	٦۸	۳٤/٤
	۱۰-۱٥ سال	۸٦	٤٤
	بیش از ۱٥	۳٦	۱۸

یافته‌های پژوهش

به‌منظور سنجش میزان هر یک از خرده مقیاس‌های آگاهی فرهنگی جدول (۳) نشان‌دهندهٔ میانگین، انحراف از معیار و آزمون تی، متغیرهای آگاهی شناختی، تجربیات آموزشی عمومی، مسائل پژوهشی، رفتارهای تعاملی و مراقبت از بیمار است.

جدول شمارهٔ سه- میانگین، انحراف از معیار و آزمون تی مقیاس آگاهی فرهنگی

متغیر	میانگین	انحراف از معیار	آزمون تی	درجه آزادی	سطح معناداری
آگاهی فرهنگی	**۰/۳**	۰/۳	**۳/۲۷**	**۱۹٦**	**۰/۰۰۱**

[1] One-Sample t-Test

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

تجربیات آموزشی عمومی	۲/۷	۰/٤	–۷/۰۵	۱۹٦	۰/۰۰۰
آگاهی شناختی	۳/۲	۰/۵	۷/۱۹۹	۱۹٦	۰/۰۰۰
مسائل پژوهشی	۲/٦	۰/۵	–۹/٤۹	۱۹٦	۰/۰۰۰
رفتارهای تعاملی	۳/٤	۰/۵	۱۰/۹۹	۱۹٦	۰۰۰,۰
مراقبت از بیمار	۳/۲	۰/۷	۵/۳۱	۱۹٦	۰/۰۰۰

همان‌طور که اطلاعات جدول (۳) نشان می‌دهد به جز تجربیات آموزشی عمومی و مسائل پژوهشی، در سایر ابعاد، آگاهی فرهنگی بالاتر از سطح متوسط است. نتایج این جدول همچنین نشان می‌دهد آگاهی فرهنگی مشارکت‌کنندگان در سطح متوسط قرار دارد. به‌منظور بررسی همبستگی درونی ابعاد مقیاس آگاهی فرهنگی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول (٤) همبستگی درونی آگاهی فرهنگی و خرده مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول شمارهٔ چهار– همبستگی درونی مقیاس آگاهی فرهنگی

متغیر	آگاهی شناختی	تجربیات آموزشی عمومی	مسائل پژوهشی	رفتارهای تعاملی	مراقبت از بیمار
آگاهی شناختی	–	–	۰/٤۲۷	۰/٤۱۰	۰/۱۵٦
تجربیات آموزشی عمومی	–	–	–	–	۰/۳۲٦
مسائل پژوهشی	۰/٤۲۷	–	–	/٤۱۰.	۰/۲۳۱
رفتارهای تعاملی	/٤۱۰.	–	/۲۲۹.	–	۰/۱۸۰

همان‌طور که در جدول (٤) مشاهده می‌شود، آگاهی شناختی با مسائل پژوهشی (۰/٤۲۷) و رفتارهای تعاملی (۰/٤۱۰) بیشترین همبستگی را دارد. همچنین کمترین همبستگی متعلق به مراقبت از بیمار و تجربیات آگاهی شناختی (۰/۱۵) و رفتارهای تعاملی (/۱۵٦.) است. برای سنجش میزان ضریب اهمیت و پیش‌بینی خرده مقیاس‌های آگاهی فرهنگی از طریق میزان هم خطی با متغیر اصلی جدول (۵) نشان‌دهندهٔ اطلاعات مرتبط با ضریب اهمیت و پیش‌بینی خرده مقیاس‌های آگاهی فرهنگی است.

جدول شمارهٔ پنج– ضریب اهمیت و پیش‌بینی خرده مقیاس‌های آگاهی فرهنگی

متغیر	ضریب تأثیر	قدرت پیش بنی کنندگی	معیار برازش	هم خطی	سطح معناداری
آگاهی شناختی	۰/۱۵۳	۰/۲۰	–۱۷۲۹/۵۷۹	۰/۹۹	۰/۰۰۰

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

تجربیات آموزشی عمومی	۰/۱۲۳	۰/۲۱٤	۰/۰۰۰
مسائل پژوهشی	۰/۱۸۳	۰/۲۰۷	۰/۰۰۰
رفتارهای تعاملی	۰/۱۸۹	۰/۲۰۲	۰/۰۰۰
مراقبت از بیمار	۰/۳۵۳	۰/۲۰۲	۰/۰۰۰

همان‌طور که جدول (۵) نشان می‌دهد بیشترین ضریب تأثیر در آگاهی فرهنگی، متعلق به مراقبت از بیمار با (۰/۳۵) است این در حالی است که بیشترین قدرت پیش بینی‌کنندگی متعلق به تجربیات آموزشی عمومی (۰/۲۱٤) و مسائل پژوهشی (۰/۲۰۷) است. ضریب هم‌خطی نشان‌دهندهٔ منطبق بودن متغیرها در یک مسیر رگرسیونی است و معیار برازش مدل نشان می‌دهد ضرایب تأثیر و پیش‌بینی کنندهٔ مدل قابلیت اعتماد دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، آگاهی فرهنگی پرستاران در سطح متوسط است، پرستاران در موضوعاتی مثل رفتارهای تعاملی و مراقبت از بیمار و همچنین آگاهی شناختی امتیاز بالاتری کسب کردند. بالاتر بودن این متغیرها نشان می‌دهد افراد میزان تأثیر و اهمیت دانش فردی در خصوص فرهنگ را بالا می‌دانند؛ همچنین دانش افراد نسبت به اقوام و فرهنگ‌های هم‌جوار در سطح قابل قبولی است. درواقع آن‌ها می‌دانند شناخت و آگاهی نسبت به مسائل فرهنگی، نقش تعیین‌کننده در فعالیت‌های کاری آن‌ها در بیمارستان دارد.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مک الروی و همکاران (۲۰۱٦)، ریو و همکاران (۲۰۱٤) و کراینویچ میلر و همکاران (۲۰۰۸) هم‌راستایی دارد. آن‌ها در پژوهش‌های خود به بالا بودن امتیاز آگاهی فرهنگی در ابعاد عملی اشاره کردند. بالا بودن رفتارهای تعاملی و مراقبت از بیمار نشان می‌دهد پرستاران، احساس ناخوشایندی از نزدیک شدن به افراد غیر هم قوم خود ندارند و با آن‌ها ارتباط مناسبی برقرار می‌کنند. آن‌ها به مخالفت‌ها، نقدها و نظرات بیماران توجه می‌کنند؛ هرچند برایشان پذیرفتنی نباشد، اما به حرف‌های آن‌ها گوش فرا می‌دهند. این ممکن است به دلیل تجربهٔ زیاد کار در این محیط یا به سبب دانش نسبت به محیط‌های چند فرهنگی یا تعلق به اقوام باشد. آن‌ها همچنین می‌توانند با خانوادهٔ بیماران ارتباط خوبی برقرار کنند.

این در حالی است که در خصوص مسائل عمومی آموزشی و مسائل پژوهشی، امتیاز پرستاران در سطح پایین‌تر از متوسط است. به نظر می‌رسد آموزش‌های اولیهٔ فراگرفته شده در محیط دانشگاه و همچنین آموزش‌های ضمن خدمت، نتوانسته است نیاز آن‌ها را به

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

آگاهی فرهنگی تأمین کند. به‌زعم آن‌ها، مربیان پرستاری به‌اندازه کافی به مسائل چندفرهنگی در پرستاری توجه نکرده‌اند. آن‌ها همچنین از فرصت‌های موجود در محیط بیمارستان برای آموزش‌های فرهنگی بهره‌برداری نمی‌کنند. ازاین‌رو آگاهی آن‌ها از منابع آموزشی، چندان تأثیر نپذیرفته است. بر این اساس، مدرسان علوم پزشکی باید نگرش، رفتار و دانش چندفرهنگی به‌منظور پاسخگویی مناسب به تنوع فرهنگی مراجعین را از طریق آموزش‌های عملی و ضمن خدمت توسعه دهند. پرستاران همچنین بیان کرده‌اند که آموزش‌های ارائه‌شده، جنبه‌های چندفرهنگی مرتبط با سلامت را در نظر نمی‌گیرد و همچنین پایان‌نامه‌ها و تحقیقات قابل‌توجهی برای توسعهٔ دانش در خصوص تفاوت‌های فرهنگی مربوط به مسائل بهداشتی انجام‌نشده است. تصور تخصصی بودن عملکرد پرستاری ممکن است آن‌ها را از نیاز به کسب دانش انسانی بی‌نیاز کند. این در حالی است که کسب دانش فرهنگی، نه به‌عنوان یک نیاز عمومی بلکه به‌عنوان یک صلاحیت تخصصی، باید در دستور کار برنامه-ریزان آموزش پرستاری قرار گیرد.

مزایای آگاهی فرهنگی صرفاً در مورد بیماران کاربرد ندارد. همان‌طور که کارابوداک و همکاران (۲۰۱۳) مطرح می‌کنند این سطح از آگاهی علاوه بر جنبه‌های مثبت در رفتار پرستار–بیمار، برای بهبود روابط پرستاران در هنگام انجام طرح‌های پزشکی و پرستاری در محیط‌های دور با همکاران خود کاربرد زیادی دارد. درواقع میزان هم‌گرایی و همدلی افراد نسبت به یکدیگر به سطحی از آگاهی افراد نسبت به فرهنگ طرف مقابل بستگی دارد. همانطور که داگلاس و همکاران(۲۰۱٤) مطرح می کنند پرستارانی در محیط های کاری موفق هستند که آگاهی فرهنگی بیشتری داشته باشند.

بکارگیری شایستگی فرهنگی پرستاران می‌تواند نابرابری‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش دهد (شریفی و همکاران[1]، ۲۰۱۹) کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشد و رضایت بیمار را افزایش دهد (یونگن و همکاران[2]، ۲۰۱۸). علاوه بر این، بهبود شایستگی فرهنگی روابط و تعاملات موفق پرستاران با بیماران را تأیید می کند (کیم–گادوین و همکاران[3]، ۲۰۰۱)، ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای پرستاران را افزایش می‌دهد و احساس عزت نفس و توانمندسازی آنها را بهبود می بخشد (شن[4]، ۲۰۱۵).

[1] Sharifi et al.
[2] Jongen et al.
[3] Kim-Godwin et al.
[4] Shen et al.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

این مطالعه، چشم‌اندازهای جدیدی را برای درک مراقبت‌های حساس پرستاری می‌افزاید. نتایج این مطالعه ضرورت توجه به لایه‌های مهارت‌های فرهنگی پرستاران و درک تنوع فرهنگی در میان بیماران و مراقبین را برجسته می‌کند. در حوزهٔ آموزش پزشکی، یک دانشکدهٔ مناسب و کارآمد ازنظر فرهنگی، مکانی است که برای توسعهٔ فردی دانشجویان فرصتی ارائه داده و امکان توسعهٔ گروه‌های مختلف فرهنگی را تسهیل نماید. سازمان‌های پزشکی باید برنامه‌های آموزشی و دستورالعمل‌های درسی مربوط به فرهنگ را بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص تفاوت‌های قومیتی هر منطقه برای کمک به تقویت مهارت‌های فرهنگی متخصصان پرستاری و برآوردن نیازهای مراقبت‌های فرهنگی افراد بیمار تقویت کنند.

یافته‌های این تحقیق، آگاهی‌های فرهنگی مورد انتظار از پرستارانی را که به عنوان ارائه‌دهنده، هماهنگ‌کننده و مدیر مراقبت‌های بهداشتی کار می‌کنند، نشان می دهد. آگاهی شناختی، تجربیات آموزشی عمومی، مسائل پژوهشی، رفتارهای تعاملی و مراقبت از بیمار در زمرهٔ این انتظارات هستند. در فرآیند شایستگی فرهنگی، مقدمهٔ صلاحیت فرهنگی «آگاهی از تفاوت‌های ارزشی» است. از این‌رو آماده نبودن در هنگام مواجهه با فرهنگ‌های مختلف یک مسئلهٔ اساسی برای پرستاران خواهد بود.

رفتارهای تعاملی که اساسا در فضای پرستاری، یک چالش جدی است، می‌تواند از طریق افزایش سطح آگاهی‌های فرهنگی، توسعه یابد. این امر تا حد زیادی می‌تواند سازگاری فرهنگی را در بین افراد تیم افزایش داده و علاوه بر اینکه به انسجام درون گروه منجر شود، ظرفیت‌های انطباق با محیط بیرونی که خدمت‌گیرنده است را بهبود خواهد داد. در ایران، روند فزاینده شهرنشینی، به‌ویژه با محدودیت‌های اقلیمی و تمایل به دسترسی به خدمات شهرهای بزرگ، در شهرهای مهاجرپذیر، تنوع فرهنگی افزایش یافته است. بر همین اساس، پرستاران باید تشویق شوند تا در مورد نیازهای فرهنگی جمعیت متنوع بیماران، بیشتر بیاموزند و مراقبت‌های فرهنگی متناسب با آنها را ارائه دهند. از آنجا که پرستاران، زمان بیشتری را نسبت به سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای مراقبت مستقیم از بیماران صرف می‌کنند، توجه به آگاهی‌های فرهنگی، می‌تواند ضریب تأثیرگذاری بیشتری در نظام درمان از سوی آنها داشته باشد. بدون شک اگر مراقبت‌های ارائه شده، انتظارات و نیازهای بیمار را برآورده نکند یا با جنبه‌های فرهنگی زندگی او در تضاد باشد، می‌تواند منجر به سوء تفاهم شود. برای اجتناب از این اثرات منفی، پرستاران باید آگاهی-های فرهنگی، باورها و سنت‌های بیمار را بشناسند و آن‌ها را در برنامه‌ریزی مراقبت‌های

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

بیمارمحور، لحاظ کنند. این بدان معناست که شایستگی فرهنگی، یک فرآیند مستمر و مداوم و همچنین یک عامل اساسی است که به پرستاران اجازه می‌دهد مراقبت‌های مؤثر و پاسخ‌گوی فرهنگی را به همهٔ مراجعان ارائه دهند.

از آنجا که زبان و فرهنگ، پیوند ناگسستنی دارند در نتیجه، آموزش آگاهی فرهنگی، به‌عنوان بخشی از آموزش زبان اضافی برای افزایش مهارت زبان بسیار مهم است. استفاده و الگوبرداری فعال از محافل ادبیات در آموزش و یادگیری، می‌تواند تا حد زیادی دانشجویان را نسبت به فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف ایران، همچون کرد، بلوچ، لر، عرب، فارس، آذری و ترک آماده کند وحلقهٔ ادبیات تعاملی و یادگیری مشارکتی و درک فرهنگ دیگران را افزایش می دهد.

تمایل بیمارستان‌ها به ورود در فضای رقابتی و ایجاد میل به سمت‌وسوی گردشگری سلامت، توجه به چنین مهارت‌هایی را بیش‌ازپیش می‌کند. بر این اساس به‌منظور تقویت دانش و آگاهی فرهنگی پرستاران و متخصصان آموزش پرستاری، پیشنهاد می‌شود پایش‌های فرهنگی مستمر، از نظر صلاحیت‌های فرهنگی در بیمارستان انجام گیرد و به‌عنوان شاخصی در ارتقاء و توسعهٔ شغلی آن‌ها، مبنای تصمیم‌گیری مدیران قرار گیرد. برگزاری تورهای گردشگری به مناطق مختلف فرهنگی چه در قالب مأموریت‌های گروهی و چه در قالب گردشگری آموزشی می‌تواند آگاهی فرهنگی آن‌ها را بیافزاید. استفاده از نمادها و نشانه‌های فرهنگ‌های هم پهنه در بخش‌های مختلف بیمارستان، میزان تعلق عاطفی بیماران چند فرهنگی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، برگزاری پژوهش‌های فرهنگی با مشارکت پرستاران و استفاده از دانش مشاوره‌های فرهنگ‌شناس و روانشناس اجتماعی، به‌منظور حل مسائل فرهنگی درون‌سازمانی تا حد زیادی برای پرستاران مفید خواهد بود. پرستاران فاقد دانش فرهنگی، قادر نیستند وقتی‌که در محیط‌های چند فرهنگی قرار می‌گیرند پاسخ‌های مناسبی ارائه کنند. اگرچه هیچ‌چیز دربارهٔ فقدان دانش فرهنگی و عدم اطمینان‌هایی که آن‌ها را به چالش‌های رفتاری در مقابل بیماران قومی و فرهنگی می‌کشاند، مشخص نیست؛ اما پرستاران احساس می‌کنند زمانی که بر اساس سطح دانش خود رفتار کنند قابل‌قبول است، اما برای دستیابی به سطحی از مزیت رقابتی، چنین برداشتی صحیح نیست.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

منابع

۱. ارمی، الهه؛ ادیب حاج باقری، محسن و منصور دیانتی (۱۳۹۸) «صلاحیت اخلاقی در پرستاری: یک مطالعهٔ تحلیل مفهوم با استفاده از رویکرد واکر و اوانت»، **مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه**، ۷ (۳) :۹۰-۷۷.

۲.حیدری، محمدرضا (۱۳۹۰) «**تبیین فرایند مراقبت فرهنگی در پرستاران بالینی و ارائهٔ مدل کاربردی**»، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

۳.خضرلو، سمیه و جمیله مختاری (۱۳۹٤) «صلاحیت فرهنگی در آموزش پرستاری: مقالهٔ مروری»، **مجلهٔ ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی**، دورهٔ ۸، شمارهٔ ٦: ۱۱-۲۱.

٤.رحمانی مریم (۱۳۹٤) «**بررسی رابطهٔ بین هوش فرهنگی با مهارت‌های ارتباطی پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران**»، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

۵.زرانی، فریبا و سعید صادقی (۱۳۹٦) «نقش فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی: تلویحاتی برای ارتقاء صلاحیت فرهنگی روان درمان‌گران»، **رویش روانشناسی**، دورهٔ ٦، شمارهٔ۲ :۱٤۹ -۱٦۸.

٦.ضیالامع، لیلی (۱۳۹۵) «**حساسیت فرهنگی و ارتباط آن با سطح تعامل کاری در بین پرستاران شاغل مراکز آموزشی درمانی تبریز**» پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

۷.عاقبت‌خواه، بی‌بی‌آسیه (۱۳۹۷) «**رابطهٔ بین هوش فرهنگی و مهارت‌های ارتباطی با رضایت شغلی پرستاران بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد**»، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، موسسهٔ آموزش عالی حکمت رضوی.

۸.موسوی بزاز، مجتبی؛ ذبیحی زرولی، عاطفه و حسین کریمی مونقی (۱۳۹۳) «صلاحیت بین فرهنگی، ضرورتی ناشناخته در آموزش علوم پزشکی: مقالهٔ مروری»، **مجلهٔ ایرانی آموزش در علوم پزشکی**، دورهٔ ۱٤, شمارهٔ ۲: ۱۲۲-۱۳٦.

۹. یداللهی، صفورا؛ عبادی، عباس؛ مولوی‌نژاد، شهرام؛ اسدی ذاکر، مرضیه و امل ساکی مالحی(۱۳۹۹) «بررسی میزان صلاحیت فرهنگی در پرستاران بالینی: یک مطالعهٔ توصیفی»، **مجلهٔ مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا**، ۲۸ (۳) :۱۷۰-۱٦۳.

10. Anand, R., & winters, M. F. (2008) «A retrospective view of corporate diversity training from 1964 to the present». **Academy of Management Learning & Education**, *7*(3): 356-372.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

11. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003) «Culturally competent healthcare systems: A systematic review». **American journal of preventive medicine**, 24(3): 68-79.

12. Beagan, B. L. (2003) «Teaching social and cultural awareness to medical students: "It's all very nice to talk about it in theory, but ultimately it makes no difference». **Academic Medicine**, 78(6): 605-614.

13. Ben, J., Cormack, D., Harris, R., & Paradies, Y. (2017) «Racism and health service utilisation: a systematic review and meta-analysis». **PloS one**, 12(12), e0189900.

14. Bentley, R., & Ellison, K. J. (2007) «Increasing cultural competence in nursing through international service-learning experiencesL. **Nurse Educator**, *32*(5): 207-211.

15. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016) «Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care». **Public health reports**.

16. Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C., & Bryant, A. L. (2020) «Cultural Awareness: Ensuring high-quality care for limited English proficient patients». **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 24(5): 530-537.

17. Boboc, A. (2009) **Cultura si comunicare**. Acta Universitatis Danubius, (1).

18. Bohman, D. M., & Borglin, G. (2014) «Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study». **Nurse Education in Practice**, 14(3): 259-264.

19. Borge, M., Soto, J. A., Aldemir, T., & Mena, J. A. (2022) «Building multicultural competence by fostering collaborative skills». **Teaching of Psychology**, 49(1): 85-92.

20. Cho, M. K., & Kim, M. Y. (2022) «Factors affecting the global health and cultural competencies of nursing students», **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19(7): 4109.

21. Clinton, J. F. (1996) «Cultural diversity and health care in America: Knowledge fundamental to cultural competence in baccalaureate nursing students». **Journal of Cultural Diversity**, *3*(1), 4-8.

22. Constantin, C. E. (2013) «Intercultural Management within the European Union Context», **Professional Communication and Translation Studies**, (6): 89-94.

23. Constantin, E. C., Cohen-Vida, M. I., & Popescu, A. V. (2015) «Developing cultural awareness», **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 191: 696-699.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

24. Daniels, J. A. (2022) «**Experiences of BSN Graduates Integrating Cultural Competence when Caring for Multicultural Patients»**, Doctoral dissertation, Walden University.

25. DeJaeghere, J. G., & Zhang, Y. (2008) «Development of intercultural competence among US American teachers: Professional development factors that enhance competence». **Intercultural Education**, 19(3): 255-268.

26. Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Pollara, M. H., Lauderdale, J., et al. (2014) «Guidelines for implementing culturally competent nursing care», **Journal of Transcultural Nursing**, 25(2): 109–121.

27. Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002) «The Giger and Davidhizar transcultural assessment model», **Journal of Transcultural Nursing**, *13*(3): 185-188.

28. İz, F. B., & Temel, A. B. (2017) «Cultural awareness scale: Psychometric properties of the Turkish version». **Collegian**, 24(5), 499-504.

29. Jeffreys, M. (2008) «Dynamics of diversity: Becoming better nurses through diversity awareness». **NSNA Imprint,** 55(5): 36-41.

30. Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018) «Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review», **BMC health services research**, 18(1): 1-15.

31. Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018) **Cultural competence in health: A review of the evidence.** Springer.

32. Karabudak, S. S., TAS, F., & Basbakkal, Z. (2013) «Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model: A Case Study in Turkey». **Health Science Journal**, 7(3): 342-345.

33. Kennedy-Valdez, J. (2022) «**Reframing Culturally Competent Care to Improve Mental Health Outcomes Among African Americans**». Master's Project, Department of Nursing and Health Professions, the University of San Francisco.

34. Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N., & Barton, L. (2001) «A model for the delivery of culturally competent community care». **Journal of advanced nursing**, 35(6), 918-925.

35. Krainovich-Miller, B., Yost, J. M., Norman, R. G., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M., & Moffa, C. (2008) «Measuring cultural awareness of nursing students: a first step toward cultural competency». **Journal of Transcultural Nursing**, 19(3): 250-258.

36. Leininger, M. (2007) «Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective». **Nursing Science Quarterly**, 20(1): 9-13.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

37. Lester, N. (1998) «Cultural competence: A nursing dialogue». **AJN the American Journal of Nursing**, *98*(8): 26-33.

38. Lin, M. H., Wu, C. Y., & Hsu, H. C. (2019) «Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan». **Applied Nursing Research**, *45*: 6-11.

39. Lin, T., Tao, Y., Feng, X., GAO, Y., & Mashino, S. (2022) «Cultural competence for disaster nursing: A scoping review of the Chinese and English literature». **International Journal of Disaster Risk Reduction**, 80: 103188.

40. Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013) «Measures of cultural competence in nurses: an integrative review». The **Scientific World Journal**, 30, 1–10.

41. Manlangit, A. T., Jabonete, F. G. V., & Ridulme, Q. R. (2022) «Cultural competence and decision-making of nurse leaders in a university hospital in Saudi Arabia: A descriptive correlational study», **Journal of Nursing Management**, 30(5): 1215-1224.

42. Marchesani, L. S., & Adams, M. (1992) «Dynamics of diversity in the teaching-learning process: A faculty development model for analysis and action», **New directions for teaching and learning**, 1992(52): 9-20 .

43. Marcus, B. (2018) «**Racial Inequality of United States Health Care**» ,Doctoral dissertation, University of Wyoming. Libraries.

44. Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G. (2018) «Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds», **Journal of clinical nursing**, 27(1-2): e259-e268.

45. McElroy, J., Smith-Miller, C. A., Madigan, C. K., & Li, Y. (2016) «Cultural awareness among nursing staff at an academic medical center», **Journal of Nursing Administration**, 46(3), 146-153.

46. Meleis, A. I. (1996) «Culturally competent scholarship: Substance and rigor», **Advances in nursing science**, 19(2): 1-16.

47. Motwani, J., Hodge, J., & Crampton, S. (1995) «Managing diversity in the health care industry: A conceptual model and an empirical investigation», **The Health Care Manager**, 13(3): 16-23.

48. Muslu, L. E. Y. L. A., & Tuzcu, A. Y. L. A. (2022) «Evaluation of cultural awareness in nursing students in Antalya: a descriptive–analytic study», **Journal of Nursology**, 25(3): 161-167.

49. Nelson, A. (2002) «Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care», **Journal of the National Medical Association**, 94(8): 666.

50. Oh, H., Lee, J. A., & Schepp, K. G. (2015) «Translation and evaluation of the Cultural Awareness Scale for Korean nursing students». **International journal of nursing education scholarship**, 12(1): 9-16.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

51. Ong-Flaherty, C. (2015) «Critical cultural awareness and diversity in nursing: a minority perspective», **Nurse Leader**, 13(5): 58-62.

52. Pickett, M. (1993) «Cultural awareness in the context of terminal illness», **Cancer Nursing**, 16(2), 102-106.

53. Quappe, S., & Cantatore, G. (2005) «What is Cultural Awareness, anyway? How do I build it», **Retrieved July** 17, 2008. http://www.culturosity.com/articles/whatisculturalawareness.htm.

54. Rew, L. (1996) «Affirming cultural diversity: A pathways model for nursing faculty», **Journal of Nursing Education**, 35(7), 310-314.

55. Rew, L., Becker, H., Chontichachalalauk, J., & Lee, H. Y. (2014) «Cultural diversity among nursing students: reanalysis of the cultural awareness scale», **Journal of Nursing Education**, 53(2), 71-76.

56. Rew, L., Becker, H., Cookston, J., Khosropour, S., & Martinez, S. (2003) «Measuring cultural awareness in nursing students». **Journal of Nursing Education**, 42(6): 249–257.

57. Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008) «Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality», **Journal of the National Medical Association**, 100(11): 1275-1285.

58. Salman, A., Cabe, D., Mc Easter, T., Calldhan, B., Goldstein, D., Smith, T. D., et al. (2007) «Cultural competence among staff nurses who participated in a family-centered geriatric care program», **Journal for Nurses in Staff Development**, 23(3): 103–111.

59. Sanner, S., Morrow, P. W., Baldwin, D., Cannella, K. A. S., Charles, J., & Parker, L. (2010) «The impact of cultural diversity forum on students' openness to diversity», **Journal of Cultural Diversity**, 17(2): 56–61.

60. Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019) «Cultural competence in nursing: A concept analysis», **International journal of nursing studies**, 99: 103386.

61. Shen, Z. (2015) «Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review», **Journal of transcultural nursing**, 26(3), 308-321.

62. Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Paradies, Y., Sivasubramaniam, D., Sherwood, J., & Brockie, T. (2018) «Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region», **International journal for equity in health**, 17(1): 33.

63. Smith-Miller, C. A., Leak, A., Harlan, C. A., Dieckmann, J., & Sherwood, G. (2010) «"Leaving the comfort of the familiar": Fostering workplace cultural awareness through short-term global experiences», **Nursing Forum**, Vol. 45, No. 1: 18-28.

64. TAŞKIRAN, N., TURAN, G. S., YÜKSEL, R., ÖNGÜÇ, N., & SADIK, E. (2018) «The Professional Benefits to Nurses and Midwives of

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

Providing Care to Foreign Patients and the Difficulties Encountered», **Health Sciences Research in the Globalizing World**, 43.

65. Taylor, S. L., & Lurie, N. (2004) «The role of culturally competent communication in reducing ethnic and racial healthcare disparities», **The American journal of managed care**, 10: SP1-4.

66. Unkuri, S. K., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., et al. (2014) «Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it», **Nurse Education Today**, 34(5): 795–801.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]