Volume 21, Issue 2 (March- April 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

Development of a cultural competency model in medical education; A qualitative study

Zahra Naghizadeh [1], Abbas Abbas Pour [1*], Saeed Ghiasi Nodooshan [1], Mahdi Feiz [2], Jalil Kuhpayehzadeh[3]

1. Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
2. ACECR ،Tehran ،Iran
3. Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Tehran, Iran

Received: 3 September 2019
Accepted for publication: 8 February 2022
[EPub a head of print-15 March 2022]
Payesh: 2022; 21(2): 135-150

Abstract

Objective (s): despite the efforts made by biomedical investigators in the past three decades to develop an appropriate model and measurement for cultural competence for health care professionals, a comprehensive cultural competencies of medical graduates and its components does not exist in Iran. Therefore, the main aim of the present study was to develop a model for identifying the necessary cultural competencies among graduates of medical sciences.

Methods: This was a qualitative study. First we reviewed the literature. Then, semi-structured interviews were conducted with 15 key informants on the field of cultural competence of medical graduates. Finally, a focus group discussion was conducted with the presence of five experts and the findings were obtained.

Results: The initial model with the central component of transcendent motivation and three main components of awareness, knowledge, and cultural skills was achieved. Finally, a matrix in three levels of individual (human), university (graduate) and medical professions and three horizontal levels of emotional domain (transcendental motivation), cognitive domains (cultural knowledge and knowledge in general), and behavioral domain (cultural skills).

Conclusion: The current model can be used to assess the cultural competencies of graduates of various medical sciences in Iranian universities (while modifying the educational curriculum in universities).

Keywords: Model, Cultural Competency, Medical Sciences, Qualitative Study

[*] Corresponding author: Allameh Tabatabai University ،Tehran ،Iran
E-mail: abbaspour1386@gmail.com

سال بیستم و یکم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۱

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

طراحی مدل شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی: یک مطالعه کیفی

زهرا نقی زاده[۱]، عباس عباس پور[۱*]، سعید غیاثی ندوشن [۱]، مهدی فیض [۲]، جلیل کوهپایه زاده[۳]

۱. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. جهاددانشگاهی، تهران، ایران

۳. دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۹

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ اسفند۱۴۰۰]

نشریه پایش: ۱۵۰- ۱۳۵ :(۲)۲۱؛ ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: به نظر می رسد در سه دهه گذشته جهت توسعه و تکمیل مداوم بسیاری از مدل‌ها و ابزارهای شایستگی فرهنگی به نفع حرفه‌های مراقبتی، کار منسجم و جامعی برای احصای شایستگی‌های فرهنگی دانش‌آموختگان علوم پزشکی و شناسایی مؤلفه‌های آن، در ایران صورت نگرفته است، از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر تدوین مدل به‌منظور احصای شایستگی‌های فرهنگی لازم در بین دانش‌آموختگان علوم پزشکی است.

مواد و روش کار: در این مطالعه کیفی ابتدا با روش کتابخانه‌ای به‌مرور مقالات و اسناد بین‌المللی پرداخته شد. در گام دوم مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از مطلعان کلیدی حوزه شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی انجام شد و در گام سوم نتایج حاصله در جلسه گروه کانونی با حضور ۵ نفر از متخصصان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌ها و نیز با الهام از پیشینه پژوهش، و جمع‌بندی نهایی که در جلسه کانونی اساتید ارائه گردید مدل اولیه با مولفه محوری انگیزه متعالی و ۳مولفه اصلی آگاهی، دانش، و مهارت فرهنگی مورد تایید قرار گرفت. در نهایت مدلی ماتریسی در ۳ سطح عمودی فردی (انسانی)، دانشگاهی(فارغ‌التحصیل دانشگاهی) و حرفه پزشکی (درک چند فرهنگی برای فارغ‌التحصیل دانشگاهی) و ۳ سطح افقی حوزه عاطفی (انگیزه متعالی)، حوزه شناختی (آگاهی و دانش فرهنگی) و حوزه رفتاری (مهارت فرهنگی) طراحی گردید.

نتیجه‌گیری: با بررسی و تایید روایی و پایایی مدل طراحی شده میتوان از آن برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی دانش آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در دانشگاه‌های ایران (ضمن اصلاح برنامه آموزشی در دانشگاه‌ها) استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: مدل، شایستگی فرهنگی، علوم پزشکی، مطالعه کیفی

کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1397.168

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

E-mail: abbaspour1386@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

مقدمه

امروزه آموزش شایستگی در پیشرفت دانش، نگرش و مهارت افراد تأثیر به سزایی دارد [۱]. مدل شایستگی مفهوم نسبتاً جدیدی است که بسیاری از انتظارات مورد توجه صاحب‌نظران را در خود جای می‌دهد. هدف آموزش پزشکی اصولی نیز، تربیت افرادی توانمند است که دارای شایستگی‌های لازم برای مراقبت از بیمار باشند [۲]. کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند بر حسب نیازهای جامعه خود و نظام ارائه خدمات سلامت شایستگی‌های مناسب را تعریف کنند [۳]. از سوی دیگر ضرورت برنامه‌های نوین آموزش پزشکی بر ایجاد شایستگی‌های مورد نیاز جهت انجام وظایفی که دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی باید پس از پایان دوره آموزشی خود و به‌عنوان تیم پزشکی برعهده بگیرند، تأکید دارند؛ شایستگی‌هایی فراتر از مهارت‌های بالینی صرف، که بر مهارت‌های ارتباطی، جلب همکاری، اخلاق در طبابت و مدیریت، تمرکز دارند [۴]. به عبارت دیگر به غیر از شایستگی حرفه‌ای به انواع و ابعاد دیگر شایستگی نیز باید توجه ویژه داشت که یکی از آن‌ها شایستگی فرهنگی است. در هر کشوری اقوام مختلفی هستند که باوجود تفاوت‌های فرهنگی در کنار یکدیگر و با عنایت به فرهنگ ملی خود به تعامل می‌پردازند تا جایی که به استناد آمار تنها ۱۰ درصد کشورهای جهان کشورهایی همگن و یک دست هستند [۵]. در سایر کشورها افراد با فرهنگ‌های مختلف که دارای ارزشهای خاص که در بطن فرهنگ جامعه نهفته است در کنار هم قرار دارند، این ارزشها ضمن تأثیر بر تمام رفتارهای اجتماعی افراد جهت‌گیری آنها رانیز تعیین می‌کنند [۶]. این تنوع فرهنگ در عموم جامعه وجود دارد و به طور ملموس در میان بیماران نیز به چشم می‌خورد و از جمله مسائل مهمی است که امروزه تیم پزشکی در محیطهای بالینی به کرات با بیماران مختلف با زمینه‌های فرهنگی متفاوت، سر و کار دارند بطوریکه زندگی حرفه‌ای آنها با زندگی مددجویان مشترک شده است [۷]. این امر لزوم برخورداری از توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیماران با فرهنگهای مختلف رابیشتر می‌نماید تا درمانگران از نیازهای بیماران خود مطلع شده و اقدامات مناسب برای بیمار را بیابند و در موقع ضرورت بتوانند با تغییر این اقدامات ارتقای سلامت بیماررا حاصل نمایند [۸]. برقراری این ارتباط، نیازمند کسب دانش مورد نیاز و مهارت لازم در رابطه با فرهنگ و شایستگی فرهنگی است [۹]. که در قالب جنبش شایستگی بین فرهنگی از حدود بیست سال قبل آغاز شده [۱۰]. و توجه بسیاری از مراکز و سازمان‌های بزرگ و معتبردنیا و موسسات بین المللی را به خود جلب کرده است [۱۱].

مرور پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد به رغم اینکه کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند بر حسب نیازهای جامعه خود و نظام ارائه خدمات سلامت، شایستگیهای مناسب را تعریف کنند [۱۲]، اما فقدان هم اندیشی در مسائل مرتبط با شایستگی مشهود بوده است [۱۳]. با وجود تشابه زیاد، در چهارچوب شایستگیهای مورد نیاز برای آموزش پزشکی در کشورهای مختلف، هیچ توافقی بر یک مجموعه مشترک از شایستگیها و پیامدها وجود ندارد و به رغم اقدامات صورت گرفته در کشورهای مختلف، کار منسجم و جامعی برای احصاء شایستگی‌های فرهنگی دانش‌آموختگان علوم پزشکی و شناسایی مؤلفه‌های آن، در ایران (با عنایت به هویت ایرانی ـ اسلامی کشور) صورت نگرفته است؛ ازاین‌رو لزوم تدوین مدلی به‌منظور احصای شایستگی‌های فرهنگی لازم در بین دانش‌آموختگان علوم پزشکی احساس می‌شود. برای رسیدن به این مهم پژوهش حاضر پاسخگویی به دو سوال را دنبال کرده است:"مولفه‌های شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی کدامند؟" "مدل مفهومی شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی کدام است؟"

مواد و روش کار

از آنجا که هدف این پژوهش مطالعه موضوع شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی به منظور ارائه یک مدل بوده است، نیاز به طرحی کیفی بود تا در آن افراد، ادراکات آنها، معانی، و شناخت آنها را به عنوان منبع اولیه داده‌ها، جهت طراحی مدل رویکرد کیفی مد نظر گرفته شوند. در این مطالعه از رویکرد نظریه داده بنیاد (گراندد تئوری) بهره گرفته شد. این رویکرد یک نوع روش پژوهش کیفی است که به طور استقرایی یک سلسله رویدادهای نظام مند را به کار می‌گیرد تا نظریه‌ای درباره پدیده مورد مطالعه ایجاد نماید. فنونی که می‌توان در روش نظریه داده بنیاد بهره گرفت، شامل مصاحبه نیمه ساختارمند گروه‌های کانونی است [۱۴]. اجرای گام کیفی پژوهش حاضر در دو مرحله انجام شد: در مرحله اول جهت شناسایی مفاهیم و مؤلفه های شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی از مصاحبه های نیمه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

ساختاریافته با خبرگان موضوع استفاده شد؛ که هدف از این مرحله شناسایی مفاهیم و مؤلفه‌های اولیه شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی بود و در مرحله دوم مطالعه کیفی به منظور تعدیل نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های انفرادی و اعتباریابی مدل مفهومی ارائه شده، از روش گروه کانونی بکار گرفته شد. نمونه مورد مطالعه این پژوهش در مرحله کیفی شامل افراد مطلع کلیدی و خبرگان حوزه شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی بود. نمونه مورد مطالعه در این بخش صاحبنظرانی بودند که در ارتباط با موضوع شایستگی فرهنگی دارای سابقه علمی، تألیفات، و کار پژوهشی مرتبط بودند و یا خبرگانی که در ارتباط با امور فرهنگی رشته‌های علوم پزشکی سابقه اجرایی داشتند. همچنین در پژوهش حاضر رویکرد هدفمند در انتخاب نمونه کیفی استفاده گردید و از روش نمونه گیری زنجیره‌ای یا گلوله برفی در شناسایی و انتخاب مطلعان کلیدی استفاده شد .در این روش، پژوهشگر یک شرکت کننده را با لحاظ کردن شرایط، از طریق خبرگان شناسایی شده دیگر پیدا می‌کند [۱۵]. از آنجا که در مرحله کیفی این پژوهش از روش گروههای کانونی و مصاحبه نیمه ساختاریافته جهت گردآوری داده ها استفاده شده است، به منظور تجزیه و تحلیل داده ها روش کدگذاری مورد استفاده قرار گرفت .در تحلیل داده های کیفی مراحل هفتگانه زیر طی شده است: مرور داده ها، تدوین راهنمای کدگذاری، سازماندهی داده ها، طبقه بندی داده‌ها، کدگذاری باز، کدگذاری محوری، و تدوین گزارش نهایی. عمل کدگذاری در نرم افزار مکس کیودا نسخه ۲۰۱۸ انجام شد، و از قابلیت‌های کلیدی آن همچون کدگذاری کارآمد، ابزارهای بصری، جستجوی پیشرفته و مدلسازی استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه کیفی حاضر در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول به منظور آگاهی از نظر خبرگان موضوع، تعداد ۱۵ مورد مصاحبه به روش نیمه ساختار یافته انجام شد، و فرآیند انجام مصاحبه تا رسیدن به حالت اشباع نظری ادامه پیدا کرد. در مرحله دوم نیز بحث گروه کانونی با حضور تعداد ۵ نفر از صاحبنظران اولیه مطلعان کلیدی که در مرحله مصاحبه انفرادی نیز حضور داشته‌اند شکل گرفت. در مورد مشخصات کلی مصاحبه شوندگان مرحله کیفی پژوهش باید گفت که ۲۰ درصد مشارکت کنندگان در مصاحبه ها زن و ۸۰ درصد نیز مرد بودند و تحصیلات بیشتر آنها در مقطع تحصیلی دکتری (دکتری (۵۳٪)، تخصص(۳۳٪) و فوق تخصص (۱۴٪)) بود (استادیار ۵۳٪، دانشیار ۳۳٪، استاد تمام ۱۴٪). در نهایت پاسخ اساتید به سؤالات مصاحبه با استفاده از نرم افزار مکس کیودا استخراج گردید که نتایج به شرح ذیل است.

الف: یافته‌های سؤال اول پژوهش «مولفه‌ها و زیر مولفه‌های شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی کدامند؟»: برای پاسخگویی به این سؤال با استفاده از نرم افزار مکس کیودا از چند جنبه نتایج متنی و عددی نتایج زیر به دست آمد:

۱- نتایج متنی حاصل از مصاحبه: صاحبنظران در مصاحبه های پانزده‌گانه به طیف نسبتا وسیعی از مؤلفه‌های شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی اشاره کردند و ابعاد گسترده‌ای شناسایی شد که مهمترین آنها عبارتند از: حوزه عاطفی(تمایل ـ حساسیت ـ نگرش)، حوزه شناختی(آگاهی، دانش و فهم) و حوزه رفتاری (مهارت و برخورد فرهنگی). با توجه به تحلیل‌های انجام شده و نتایج خلاصه شده در پاسخ به این سؤال پژوهش که هدف آن شناسایی مؤلفه‌های تشکیل دهنده شایستگی فرهنگی دانش‌آموختگان علوم پزشکی بود، در مجموع ۴ دست مؤلفه در فرآیند مصاحبه ها شناسایی گردید: آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، مهارت فرهنگی، حساسیت فرهنگی. این ۴ مولفه ۱۱ زیر مولفه را با خود همراه داشت: خود آگاهی، آگاهی از تنوع فرهنگی، دانش به رفتارهای بهداشتی فرهنگ های مختلف، دانش نسبت به تصورات فرهنگهای مختلف(فضا- زمان- لمس)، مهارت ارتباطی، مهارت تشخیصی- بالینی، انگیزه متعالی، توجه به ارزشهای اخلاقی،توجه به اعتقادات دینی،توجه به ارزشهای فرهنگی،عدم تاثیر منفی مسائل اقتصادی، نژاد، مذهب در درمان (جدول شماره ۱). در ادامه به توصیف هر یک از مؤلفه ها به همراه شواهد مستندی از مصاحبه با صاحبنظران پرداخته می‌شود:

-**آگاهی فرهنگی**: با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌های ساختاریافته و فرآیند کدگذاری باز و محوری در مجموع ۲۰ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با خود آگاهی و همچنین ۲۰ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با آگاهی از تنوع فرهنگی شناسایی شدند. در مجموع آگاهی فرهنگی با ۲ زیر مؤلفه خود آگاهی و آگاهی از تنوع فرهنگی تعیین شد (جدول شماره ۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

- **دانش فرهنگی:** با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌های ساختار یافته و فرآیند کدگذاری باز و محوری در مجموع ۳۲ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با دانش به رفتارهای بهداشتی فرهنگ‌های مختلف و همچنین ۱۵ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک ازمصاحبه شوندگان در ارتباط با دانش نسبت به تصورات فرهنگ‌های مختلف (فضا- زمان- لمس) شناسایی شدند. همچنین در مجموع دانش فرهنگی با ۲ زیر مؤلفه «دانش نسبت به رفتارهای بهداشتی فرهنگ‌های مختلف» و «دانش نسبت به تصورات فرهنگ‌های مختلف» تعیین شد (جدول شماره ۳)

- **مهارت فرهنگی:** با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌های ساختار یافته و فرآیند کدگذاری باز و محوری در مجموع ۸۶ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط بامهارت ارتباطی و همچنین ۲۶ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط بامهارت بالینی‌ـ تشخیصی شناسایی شدند. در مجموع مهارت فرهنگی با ۲ زیر مؤلفه مهارت ارتباطی و مهارت بالینی تعیین شد (جدول شماره ۴)

- **حساسیت فرهنگی:** با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌های ساختار یافته و فرآیند کدگذاری باز و محوری در مجموع ۴۶ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط باانگیزه متعالی، ۴۶ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با توجه به ارزش‌های اخلاقی، ۱۳ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با توجه به ارزش‌های فرهنگی جامعه، ۱۳ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با عدم تأثیر منفی وضعیت اقتصادی، نژاد، مذهب و ۱۶ شاخص به‌عنوان اهم گزاره‌های کلامی هر یک از مصاحبه شوندگان در ارتباط با توجه به اعتقادات دینی شناسایی شدند. در مجموع حساسیت فرهنگی با ۵ زیر مؤلفه انگیزه متعالی، توجه به ارزش‌های اخلاقی، توجه به ارزش‌های فرهنگی جامعه توجه به اعتقادات دینی، عدم تأثیر منفی مسائل اقتصادی، نژاد، مذهب در درمان شناسایی شد (جدول شماره ۵).

۲- نتایج عددی حاصل از مصاحبه: از قابلیت‌های کلیدی این نرم افزار مکس کیودا محاسبه عددی و ارائه فراوانی مقولات مستخرج شده است که با استفاده از تحلیل نتایج جمع بندی اولیه فراوانی هر مولفه و زیر مولفه بر اساس نظرات هر یک از مصاحبه شونده ها و استخراج کل مصاحبه ها گزارش شد. در نتایج عددی، مولفه و زیر مولفه های مهارت ارتباطی (با ۴۱۰ مورد)،حساسیت فرهنگی (با ۱۶۲ مورد) و مهارت فرهنگی (با ۱۳۷ مورد) بیشترین فراوانی را داشتند.

ب)یافته‌های سؤال دوم پژوهش «مدل شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی چگونه است؟»: برای پاسخگویی به این سؤال با استفاده از نرم افزار مکس کیودا از چند جنبه نتایج بصری و مدلسازی نتایج زیر به دست آمد.

۱- نتایج بصری حاصل از مصاحبه: از قابلیت‌های کلیدی دیگر نرم افزار مکس کیودا ابزارهای بصری و ارائه فراوانی مقولات مستخرج شده است. با توجه به نتایج بررسی درصد مقوله‌ها استخراجی از مصاحبه ها به این نتیجه دست می یابیم مدلی که در آن ۴ مولفه آگاهی، دانش، حساسیت و مهارت فرهنگی در کنار هم باشد با ۷۳/۳ درصد بیشترین فراوانی را دارد و مدلی که در آن ۳ مولفه آگاهی، حساسیت و مهارت فرهنگی در کنار هم باشد و یا در مدلی که ۳ مولفه دانش، حساسیت و مهارت فرهنگی در کنار هم باشد هر کدام ۱۳/۳ درصد فراوانی را در بر دارد (شکل شماره ۱). در نرم افزارمکس کیودا ابزارهایی تعبیه شده تا بتوان پس از کدگذاری استاد تحقیق، مدل‌های متناسب با پژوهش را طراحی و ارائه نمود که در این پژوهش مدل متناسبی ارائه گشته است، که در آن ۴ مولفه آگاهی، دانش، حساسیت و مهارت فرهنگی در کنار هم هستند که با نتایج متنی و عددی مطابقت دارد (شکل شماره ۲).

۲- نتایج حاصل از بحث گروه کانونی: به منظور اطمینان از نتایج تحلیل داده‌های گردآوری شده از مصاحبه‌ها،اصلاح و تعدیل تحلیل‌های انجام شده و نیز تنقیح مدلی مفهومی ارائه شده، بحث گروه کانونی با حضور متخصصان برای این سوال نیز شکل گرفت. پس از تشکیل جلسه گروه کانونی و ثبت و پیاده سازی نظرات همه متخصصان، دوباره کل جریان تجزیه و تحلیل داده ها، مقوله های استخراج شده، و مدل ارائه شده مورد بازنگری قرار گرفت. در این ویرایش، سعی شد نظر متخصصان تا جایی که داده های گردآوری شده و پیشینه موضوع، و نظرات سایر صاحبنظران اجازه می‌داد اعمال گردد. عمده‌ترین پاسخ هایی که در نتیجه بحث‌های گروه کانونی انجام شد و مبتنی بر گام‌های فوق در مرور پیشینه نظری و تجربی و نیز انجام دو مرحله تحقیق کیفی، مدل مفهومی شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی شناسایی شد که در آن مولفه حساسیت فرهنگی به انگیزه متعالی و بعنوان مولفه مرکزی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

شناسایی شد و ۳ مولفه آگاهی، دانش و مهارت فرهنگی با همان نام قبل مورد تایید اساتید قرا گرفت و در نهایت موارد با نظرات اساتید در جلسات کانونی با نتایج متنی و عددی حاصل از مصاحبه ها مطابقت داشت. برای بسط مدل ارایه شده در این مطالعه و ذکر زیر مولفه های آن با توجه به مقاله قبلی [۱۵] که به این نتیجه اشاره نموده بود که «دانش آموخته شایسته علوم پزشکی از حیث شایستگی فرهنگی کسی است که توانایی تعامل موثر با افراد دارای فرهنگهای متفاوت(شامل بیمار، همراهان وی و همکاران) برای ارائه خدمات اثر بخش تر بهداشتی و درمانی را دارا است»؛ یک دانش آموخته‌ی دانشکده‌ی پزشکی نمی تواند فارغ التحصیل شایسته‌ای خصوصاً از حیث داشتن اخلاق و نگرش مطلوب پزشکی باشد، مگر آنکه در دو سطح زیرین(پس زمینه) آن، به وضعیت مطلوبی رسیده باشد و در مجموع هر ۳ سطح شایستگی فرهنگی فردی (انسانی)، شایستگی فرهنگی دانشگاهی (فارغ التحصیل دانشگاهی) و شایستگی فرهنگی حرفه پزشکی را به دست آورد، از سوی دیگر با توجه به یافته‌های پژوهش کیفی حاضر به این نتیجه رسیدیم که باید مولفه‌های اختصاصی در حوزه‌های مختلف را نیز کسب کند که در حوزه عاطفی(انگیزه متعالی)، حوزه شناختی (آگاهی و دانش) و حوزه رفتاری (مهارت فرهنگی) مورد تایید قرار گرفت با توجه به ۳ سطح تاییدی قبل و مولفه‌های تاییدی پژوهش حاضر ماتریس ذیل به‌عنوان چارچوب نهایی مصوب گردید (جدول ۶).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

جدول۱: عناصر شناسایی شده مؤلفه‌ها ی شایستگی فرهنگی مستخرج از مصاحبه ها

مولفه	عناوین زیر مولفه ها	شماره مصاحبه
آگاهی فرهنگی		
	خود آگاهی	۲، ۵، ۶، ۱۳ و ۱۴
	آگاهی از تنوع فرهنگی	
دانش فرهنگی		
	دانش به رفتارهای بهداشتی فرهنگهای مختلف	۲، ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵
	دانش نسبت به تصورات فرهنگهای مختلف(فضا- زمان- لمس)	
مهارت فرهنگی		
	مهارت ارتباطی	۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۲، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵
	مهارت تشخیصی- بالینی	
حساسیت فرهنگی		
	انگیزه متعالی	۲، ۵، ۶، ۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵
	توجه به ارزشهای اخلاقی	
	توجه به اعتقادات دینی	
	توجه به ارزشهای فرهنگی	
	عدم تاثیر منفی مسائل اقتصادی، نژاد، مذهب و ... در درمان	

جدول۲: اهم عناصر شناسایی شده (زیر مقاله ها) برای مقوله «آگاهی فرهنگی» حاصل از مصاحبه‌های ساختار یافته

زیر مقوله	زیر مقوله
خودآگاهی	**آگاهی از تنوع فرهنگی**
وجود یکپارچه انسان	آگاهی از فرهنگ‌های خاص
خود اظهاری فرد از خود	توجه کافی به تفاوت‌های فرهنگی مخاطبان
مبانی اعتقادی و ارزشی فرد	مواجهه با قومیت و مناطق مختلف
ابعاد شخصیتی	مواجهه با مختلف
الگو و نمونه بودن فرد	مواجهه با مذهب مختلف
آگاهی فرد از خود	آشنایی با فرهنگ بیماران
خود باوری	ویژگی‌های فرهنگی دیگر مناطق
تربیت خانوادگی فرد	تعامل با سیستم‌های اعتقادی و فرقه‌های متفاوت
خود محوری	کل نگر و نگاه فراگیر (پزشکی فراگیر)
خودباوری	باورهای ملی و مذهبی (ملی گرایی)
ارتباط فرد با خود	بینش و شناخت موقعیت دیگران
آگاهی بخشی از خود	آگاهی، درک و تحلیل فرهنگ‌های مختلف
تحلیل فرهنگ خود	گشودگی تجربه
تصور و درک خود	تعامل با سیستم‌های اعتقادی و فرقه‌ها متفاوت
ویژگی خاص فرد	رعایت حریم و حرمت بیمار مطابق فرهنگ
رشد و تربیت فردی	تنوع فکری و سلیقه‌ای
رسالت تربیت فرد	تنوع فرهنگی در ارائه خدمات
شایستگی‌های فردی	ترویج فرهنگ سلامت و ارتقای آن
کنترل خود	آشنایی با فرهنگ سلامت
آگاهی بخشی از خود	تعامل با افراد با فرهنگ‌های مختلف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

جدول۳: اهم عناصر شناسایی شده (زیر مقوله ها) برای مقوله «دانش فرهنگی» حاصل از مصاحبه‌های ساختار یافته

زیر مقوله	زیر مقوله
دانش به رفتارهای بهداشتی فرهنگ‌های مختلف	**دانش نسبت به تصورات فرهنگ‌های مختلف (فضا- زمان- لمس**
دانش کافی	آموزش‌های لازم فرهنگی
شرکت در دوره‌های دانش افزایی	دانش تفاوت فرهنگی
دانش کاربردی	تفاوت زبانی
باز آموزی بعد از تحصیل	باورهای مذهبی
کسب دانش با استفاده از تجارب دیگران	اقتضائات مکان
آشنایی با باورهای مذهبی و فرهنگی	کارگاه آموزشی جهت کسب دانش
آشنایی با باور فرهنگی مناطق مختلف	هنجارهای بومی
هوش فرهنگی	اقتضائات زمانی
دانش به تغذیه فرهنگ‌های مختلف	اقتضائات زمان و مکان
آشنایی با اصول و فنون	آموزش دانشجو در مکان‌های مختلف
اهل مطالعه و پژوهش	قانون انطباق (تطبیق جنسیتی)
دانش استخراج راهبرد از علوم اسلامی	دانش تفاوت فرهنگی
کسب دانش	آموزش تفاوت نژاد و قوم و زبان و مذهب
آشنایی با هنجارهای بومی	کسب دانش (باز آموزی) بعد از تحصیل
یادگیری تجربی	کسب دانش در دوران دانشجویی
مدیریت دانش	
جستجوی طبقه بندی	
دانش فلسفه پزشکی	
دانش تحلیل فرهنگ محیط	
شناسایی مؤلفه	
نام بردن مؤلفه‌های فرهنگ	
آموختن دانش	
آموزش مناسب	
آموزش به خانواده‌ها	
ارتقا فرهنگ عمومی	
تعلیم و تربیت، یادگیری، تمرین و تجربه است	
دانش فرهنگ سلامت	
آموزش‌های لازم رابطه بیمار و پزشک	
دانش و اطلاعات	
توانایی دانشی	
کسب دانش در دوران دانشجویی	
کسب دانش فرهنگ‌های مختلف	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

جدول۴: اهم عناصر شناسایی شده (زیر مقوله ها) برای مقوله «مهارت فرهنگی» حاصل از مصاحبه‌های ساختار یافته

زیر مقوله	زیر مقوله
مهارت ارتباطی	**مهارت بالینی- تشخیصی**
رفتار برآمده از ارزش‌های اسلامی	مؤلفه‌های بهبود بیمار
رابطه پزشک و بیمار	شایستگی علمی
رفتار با انسان‌ها	شایستگی بالینی
لبخند بر لب	شایستگی علمی و بالینی
برخورد با محرم و نامحرم	قانون‌مداری است
برخورد با جنس مخالف	استاد ماهر
رعایت پوشش	تصمیم گیری در تشخیص
ارتباطات و تعامل بیش از حد	خلاقیت در درمان
حسن برخورد	حل مسئله در بالین
دلداری دادن	حرفه‌ای گری
موقر و وزین	ارزیابی رفتارها
عدم ایجاد استرس	تحلیل محیط کار
مواجهه درست با بیمار	رویکردی مناسب درمانی
ایجاد امید به زندگی	مداخلات در بستر فرهنگ
کاهش درد و رنج افراد	آموزش مناسب
آرامش روانی و بهبود بیمار	بکار بردن عمل فرهنگی
رفتار در کار در مناطق محروم	تدوین مداخله متناسب بافرهنگ
فرهنگ گفتگو	ارائه خدمات مناسب
فرهنگ ارتباطی	آشناست به مقدمات
ارتباط با زبان‌های دیگر	مداخلات کنترل شده
ارتباط با مراجعه کنندگان	مداخلات کنترل نشده
ارتباط کلامی و غیرکلامی	امنیت شغلی
رضایت بیمار	توانایی علمی
نحوه برقراری ارتباط	توانایی عقلی
ارتباط مناسب	حل مشکل
ارزیابی رفتار	مهارت
منافع تیمی	
فعالیت‌های گروهی	
کمک از همکاران و ...	
حضور مترجم برای ارتباط	
استفاده از همراهان ب	
خوش اخلاق	
صبر	
وظیفه شناسی	
مهارت‌های فردی و جمعی	
مخاطب شناسی	
خلاقیت	
برخورداری از حافظه قوی	
مرد مداری	
صداقت	
حسن خلق	
شجاعت	
تواضع	
سعه‌صدر	
اعتمادبه‌نفس	
انعطاف پذیری	
کرامت دیگران	
همراهی	
احترام به بیمار	
، گونه اجتماعی بودن پزشکان	
پزشک اجتماعی	
استقبال و احترام	
کار تیمی و رهبری کار تیمی است	
مدیریت تعارض	
مدیریت زمان	
دادن اطلاعات به بیمار	
روابط عمومی قوی	
توانایی کارگروهی	
مدیریت کارهای داوطلبانه	
مهارت مذاکره	
نگاه مدارا و فراگیر	
تفکر منطقی	
کارآفرینی و خود اشتغالی	
کار استارتاپی و گروهی	
مسئولیت پذیری	
ارتباط فرد با اجتماع	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

جدول۵: اهم عناصر شناسایی شده (زیر مقوله ها) برای مقوله «حساسیت فرهنگی» حاصل از مصاحبه‌های ساختار یافته

زیر مقوله انگیزه متعالی	زیر مقوله توجه به ارزش‌های اخلاقی	زیر مقوله توجه به ارزش‌های فرهنگی جامعه	زیر مقوله عدم تأثیر منفی وضعیت اقتصادی، نژاد، مذهب در درمان	زیر مقوله توجه به اعتقادات دینی
انگیزش	مسئولیت پذیری	پاسداشت ارزش‌های جامعه	ارائه خدمات یکسان	شئون اسلامی
حیات طیبه	تعهد	رفتارهای مبتنی بر قواعد سازمانی	رفتار برادرانه	جنس مخالف (محرم و نامحرم)
آرمان بزرگ	از خود گذشتگی	توجه به رفتارهای قومیتی	ارزش سود آوری	توجه به اعتقادات مذهبی
مدلی تعادل جویانه و پویاست	سعه‌صدر بالا	خدمت رسانی یکسان	منافع محور	ارزش‌های اسلامی
انگیزه اصلی	اخلاق دانشگاهی	هنجار اجتماعی	حرفه‌ای گری	آرمان متأثر از باور
رضایت بیمار در راستای دین	مسئولیت حرفه‌ای	بینش اجتماعی	عدم اصل بودن مادیات	توجه به اعتقادات دیگران
باایمان	اخلاق خوب	توجه به زمانه	عدم توجه بیش از حد به سود دهی	توجه به باورها
حیات طیبه	آرمان متعالی	توجه به عرف و جامعه	عدم تأثیر منفی وضعیت اقتصادی	باورها و ارزش‌ها
رضای الهی	تواضع	توجه به جامعه هدف و ذائقه شناسی	عدم تأثیر وضعیت اقتصادی	مبانی ارزشی
توکل و توسل	زندگی ابدی	بایدها و نبایدها عرفی	عدم تأثیر فرهنگ‌های مختلف در درمان	بینش اعتقادی
معرفت، ایمان، تقوا	کاهش درد و رنج	رعایت قوانین	عدم تأثیر نژاد و قوم	رویکرد معرفتی
نوع نگاه به انسان	همدلی	کار اجتماعی	عدم قضاوت افراد از نژادها و مذاهب مختلف	سطح نگرشی فرد
انسان بنده خدا	ایثار	دغدغه اجتماعی	ارزش برای افراد از نژاد و قوم و زبان مختلف	سطح ارزشی
انسان شناختی	شایستگی اخلاقی			اعتقادات مذهبی
کرامت انسانی	احترام به بیمار			
انگیزه متعالی	باورها و اعتقادات			
نگاه کل نگر	رضای الهی			
خدمت به خلق	مسئولیت پذیری			
تکلیف گرایی	فهم درد مردم			
جهان بینی الهی	همدلی و همراهی			
اخلاص	رعایت اخلاق			
زهد	اخلاق انسانی و مذهبی			
تقوا	وظیفه شناسی			
تعهد به بیمار	تعهد به بیمار			
تعهد به آینده بیمار	وقت شناسی			
لایه بینشی	فداکاری نادرست			
نسبت خداوند به فرد	توجه به نیازهای دانشجویان			
کار فرد در طول اراده خداوند	شایستگی اخلاقی			
استخراج راهبرد از علوم اسلامی	ا خلاق مداری			
ارتباط انسانی	متعادل			
نگرشی فرد در مورد خدا	پیرو اصول اخلاقی			
ساختن دنیا با آخرت	دارای حس یکدلی			
امید	دلسوزی			
رویکردهای فراگیر	اطمینان دهنده			
شناخت خدا	وجدان کاری			
باور قلبی	صبوری			
صاحب معرفت	نگرش آگاهانه			
طبیب جسم و روح	ارائه خدمات بدون قضاوت			
اعتقاد و باور	هم دلی- هم حسی			
جمع گرایی	رعایت حریم و حرمت بیمار			
ارتباط فرد با خدا	نوع دوستی			
به یاد معاد بودن،				
هدفمند بودن				
توسعه همه جانبه				
توسعه انسانی و فرهنگی و معنوی				
انسان بهتری شدن				

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

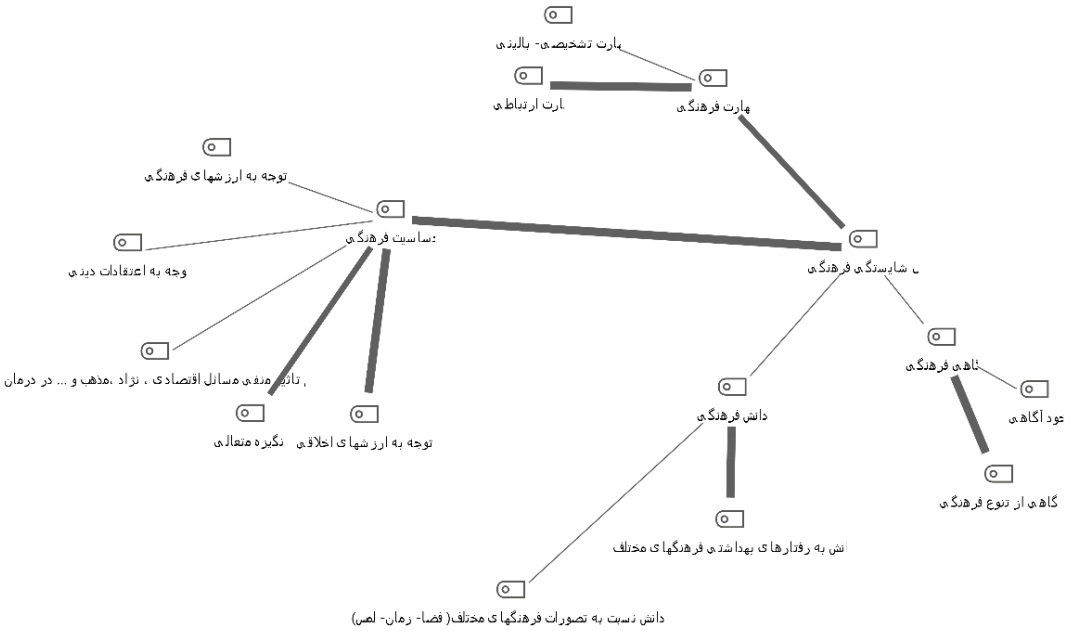
جدول۶: شایستـگی‌های فرهنگی دانش آموخته علوم پزشکی و مؤلفه‌های آن

حوزه	حوزه عاطفی		حوزه شناختی				حوزه رفتاری	
مولفه و زیر مولفه	انگیزه ی متعالی		آگاهی فرهنگی			دانش فرهنگی	مهارت فرهنگی	
سطوح	نگرش فرهنگی	گرایش فرهنگی	خود آگاهی فرهنگی	آگاهی از تنوع فرهنگی	دانش رفتارهای بهداشتی	دانش تصورات فرهنگی	عادات رفتاری و گفتاری	رفتار موقعیتی و اقتضایی
شایستگی اختصاصی حرف پزشکی	احساس آرامش،تعامل و مسئولیت	اشتیاق و تعهد خدمت	خود شناسی فرهنگی	درک تنوع فرهنگی	دانش نابرابری‌های بهداشتی	دانش اقتضائات مکانی و زمانی	گفتگو و جمع‌آوری اطلاعات	مهارتهای اجتماعی و ارتباطی میان فرهنگی در تشخیص و درمان
	نگاه کل نگر و فراگیر توحیدی	تمایل به مشارکت در فعالیت‌های چند فرهنگی	توانایی خود ارزیابی و خود ارتقایی فرهنگی	درک آثار منفی تعصب فرهنگی	شناخت شاخصهای فرهنگ سلامت	دانش اقتضائات اعتقادی	مطالعه و تحقیق فرهنگی	تشخیص و درمان بدون قضاوت فرهنگی
زیربنای آکادمیک	علاقمندی به خدمت	تعهد علمی	خود ارزیابی فرهنگی	تحلیل چند فرهنگی	دانش علمی و آگاهی از منابع و مراجع تخصصی		اطلاعات فرهنگی	یادگیری مادام العمر
زیر بنای انسانی	احساس شان و منزلت برای عموم	تکریم انسانها با فرهنگهای مختلف	آگاهی از خود(نقاط قوت -ضعف)	توانایی درک نقاط قوت دیگران	شناخت ابعاد گوناگون وجود انسان و نقش پرورش هر یک از آنها در تکامل وی		خودداری از بیان واژه‌ها و عبارت‌های نژاد محور	عدم دخالت دادن فرهنگ در تصمیم گیری

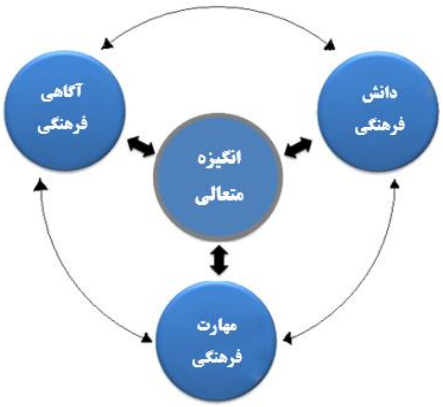
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]



شکل۱: مدل شایستگی فرهنگی دانش‌آموختگان علوم پزشکی حاصل از نرم افزارمکس کیودا



شکل۲: مدل مفهومی شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی حاصل از گروه کانونی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

بحث و نتیجه‌گیری

اگر چه کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند بر حسب نیازهای جامعه خود و نظام ارائه خدمات سلامت، شایستگیهای مناسب را تعریف کنند [۱۲]. مطالعات مختلف نشان می دهد که به رغم تمام تلاشها متاسفانه وبا وجود تشابه زیاد، در چهارچوب شایستگیهای مورد نیاز برای آموزش پزشکی در کشورهای مختلف، هیچ توافقی بر یک مجموعه مشترک از شایستگیها و پیامدها وجود ندارد و فقدان هم اندیشی در مسائل مرتبط با شایستگی مشهود است [۱۳]. ازاین‌رو با توجه به لزوم تدوین مدلی به‌منظور احصای شایستگی‌های فرهنگی لازم در بین دانش‌آموختگان علوم پزشکی این مطالعه کیفی درسه گام طراحی شد. در بررسی نتایج مصاحبه ها مدلی که در آن ۴ مولفه آگاهی، دانش، حساسیت و مهارت فرهنگی در کنار هم باشد با ۷۳/۳ درصد بیشترین فراوانی را داشت. با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌ها و نیز با الهام از پیشینه پژوهش، و جمع‌بندی نهایی که در جلسه کانونی اساتید ارائه گردید و مطابقت با نتایج متنی و عددی حاصل از مصاحبه ها مدلی با ۴ مولفه انگیزه متعالی،آگاهی، دانش، و مهارت فرهنگی مورد تایید قرار گرفت. توجه داشته باشیم که مجموعه ۴ مؤلفه مشخص شده برای شایستگی فرهنگی(انگیزه- آگاهی- دانش- مهارت) در این پژوهش طبق نظر سایر پژوهشگران نیز به‌عنوان ویژگی‌هایی کلیدی هر یک از تعاریف و مدل‌های شایستگی فرهنگی است و یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهشگران هم‌راستا است. از جمله پاپادوپلوس در سال ۱۹۹۸ مدلی برای توسعه متخصصین بهداشتی در زمینه بهداشت و درمان طراحی کرد که دارای چهار مؤلفه (آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، حساسیت فرهنگی، مهارت فرهنگی) بود. همچنین ساختار پژوهش کامپینها باکوت که در سال ۲۰۰۲ مدل مواظبت از لحاظ فرهنگی را طراحی کرد در محیط فرهنگی فرد، خانواده و جامعه دارای مؤلفه‌های آگاهی فرهنگی، دانش، مهارت، برخورد و میل فرهنگی است[۱۶]. و نیز پرنگ و واتسون در سال ۲۰۱۲ مقیاس شایستگی فرهنگی پرستار برای اندازه‌گیری ۴ حوزه(آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، حساسیت فرهنگی و مهارت فرهنگی) طراحی نمودند [۱۷]. آنچه در مورد مدل طراحی شده مورد اهمیت است این است که در مرحله کیفی این پژوهش مؤلفه انگیزه متعالی به‌عنوان هسته و محور سایر مؤلفه‌ها است. این مدل فرآیند مذکور را به‌عنوان تلفیقی از آگاهی، دانش، مهارت و انگیزه تعریف می‌کند، که برای آغاز کردن این فرآیند، دانش‌آموختگان علوم پزشکی باید انگیزه برای شرکت کردن در فرآیند شایستگی فرهنگی را دارا باشد و سپس به کسب اطلاعات درباره فرهنگ بپردازند. ویژگی «انگیزه» در مدل‌های دیگر نیز به چشم می‌خورد، چنانچه در مدل‌های بین‌المللی می‌توان به مدل کمپینها- باکوت اشاره کرد. در مدل او دارای شایستگی فرهنگی شدن فرآیندی از توسعه است که نیازمند تغییرات اساسی در نگرش‌ها، باورها، رفتارها و روش‌های ارتباطی است تا در محیط‌های فرهنگی بیماران کارایی مؤثری داشته باشد. این فرآیند بر رغبت و تمایل افراد تیم پزشکی به داشتن دید باز و انعطاف‌پذیری برای آگاهی یافتن از فرهنگ‌های مختلف تأکید می‌نماید. تمایل فرهنگی مستلزم تعهد آن فرد برای کار کردن روی همه بیماران از پیشینه‌های مختلف فرهنگی و نژادی و درمان آن‌هاست. کمپینها- باکوت بر این امر تأکید می‌کند که افراد برای شرکت کردن در فرآیند توسعه شایستگی فرهنگی باید ابتدا این انگیزه را پیدا کنند که بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف را درمان نمایند. این نوع تمایل نیازمند آن است که آن‌ها رویکرد آموزشی دراز مدتی را در رابطه با حرفه تخصصی‌شان اتخاذ کنند او در تجدید نظر بعدی مدل خود، با بررسی این دیدگاه، فرآیند شایستگی فرهنگی را به‌صورت یک آتش‌فشان به تصویر می‌کشد. این آتش‌فشان زمانی طغیان می‌کند که افراد تمایل فرهنگی برای برخورداری از شایستگی فرهنگی را داشته باشند وقتی که این آتش‌فشان طغیان می‌کند(در صورت برخورداری از تمایل فرهنگی)، آن‌ها به‌تدریج در پی آگاهی فرهنگی، مقابله فرهنگی و دستیابی به دانش و مهارت فرهنگی می‌روند. هرچند ویژگی «انگیزه» با دیدگاه بسیاری از صاحب‌نظران این حوزه، پیرامون مؤلفه‌های شایستگی در عرصه بین‌المللی انطباق دارد؛ اما با توجه به ارزش‌های جامعهٔ ایرانی و اسلامی مؤلفه «انگیزه متعالی» در میان مؤلفه‌های شایستگی منحصر به فرد است؛ و مهم‌تر اینکه «انگیزه متعالی داشتن» در عرض سایر شایستگی‌ها قرار ندارد، بلکه هسته مرکزی و موتور محرک سایر شایستگی‌ها است؛ انگیزه کلید انسجام بخشی و تحول در رفتار افراد است. ضمناً «انگیزه متعالی» برای فعالیت حرفه‌ای یک دانش آموخته علوم پزشکی، نباید مستقل از سایر انگیزه‌های او در زندگی باشد، بلکه یک عنصر مطلوب از حیث انگیزه، کسی است که رسالت واحدی را در کل زندگی فردی و اجتماعی خود برگزیده است و همان رسالت واحد، در نقش‌های مختلف زندگی، انگیزه متعالی آن نقش را مهیا می‌کند [۱۶].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

در پژوهش‌های داخلی تنها یک پژوهش به این مورد اشاره دارد آن هم پژوهش فیض است که شایستگی را سازه‌ای مفهومی با عناصر «دانش، مهارت، توانایی و انگیزه» می‌داند؛ که البته در این میان انگیزه مهم‌ترین این مؤلفه‌هاست. وی مدل عمومی شایستگی را پیشنهاد می‌دهد که دارای ۴ مؤلفه اصلی نگرشی(انگیزشی)، توانایی ذهنی، دانش کاربردی، مهارت عملی است. او در پژوهش خود یافته‌های دو نشانگر فعال و پر انرژی بودن و اخلاق‌مند و پاسخگو بودن که به تنهای هر کدام از ضریب آلفای پایین‌تری برخوردار شده‌اند و نیاز به تجدید نظر داشتند را با یکدیگر ادغام کرد و شایستگی جدیدی با عنوان «انگیزه‌ی متعالی داشتن» به وجود آورد که با ضریب بالا تائید شد [۱۸].

در این مطالعه در نهایت مدل ۴ مولفه ای تایید شده به صورت مدلی ماتریسی در ۳ سطح عمودی فردی (انسانی)، دانشگاهی(فارغ‌التحصیل دانشگاهی) و حرفه پزشکی(درک چند فرهنگی برای فارغ‌التحصیل دانشگاهی) و ۳ سطح افقی حوزه عاطفی(انگیزه متعالی)، حوزه شناختی(آگاهی و دانش فرهنگی) و حوزه رفتاری (مهارت فرهنگی) طراحی گردید، که با مدلهای طراحی شده شایستگی فرهنگی تطبیق دارد. ولز نیز که در سال ۲۰۰۰ مدل توسعه فرهنگی(برای فرد و توسعه نهادی) را طراحی کرد که دانش فرهنگی و آگاهی فرهنگی به‌عنوان مرحله شناختی، حساسیت فرهنگی در مرحله عاطفی شایستگی فرهنگی و مهارت فرهنگی فاز مهارتی آن است [۱۹]. همچنین سو در سال ۲۰۰۴ مدل شایستگی فرهنگی را طراحی کرد که چهار حوزه شناختی (آگاهی و دانش فرهنگی)، عاطفی(حساسیت)، رفتار(مهارت) و محیطی(برخورد) را شامل شد [۲۰]. در این راستا تعاریف بالینی شایستگی فرهنگی نیز به اکتساب شایستگی بالینی در سه حوزه عاطفی (نگرش‌ها و گرایش‌ها)، شناختی (آگاهی و دانش) و رفتاری(مهارت‌های مورد نیاز برای یک مواجهه مؤثر) اشاره دارند(هارمانز، نوح و منجر، ۲۰۰۴) [۲۱].

بر اساس دیدگاه زوان شن مدل‌های شایستگی فرهنگی را می توان به دو دسته مدل‌های نظری و مدل‌های روش‌شناسی تقسیم نمود، که بر این اساس، آنچه تعریف یا معنای شایستگی فرهنگی را شامل می‌شود، از جمله حوزه‌هایی مانند دانش و مهارت‌های فرهنگی، استاتیک یا محدود نیست و در پاسخ به نیازهای متغیر جمعیت شناختی و فرهنگی تغییر می‌کند. لذا تعریف شایستگی فرهنگی باید شامل تظاهرات فرهنگ و اجزای شایستگی با ویژگی‌های عاطفی، شناختی و عملی/ مهارتی و توصیف شایستگی فرهنگی به عنوان یک توسعه فرآیند پویا و مداوم در ارائه مراقبت بهداشتی صحیح برای جمعیت‌های متنوع فرهنگی باشد. تاکید بر هر یک از مولفه‌های فرهنگ یا مهارت، ظاهرا در ساخت دامنه‌های مدل منعکس شده است. به عبارت دیگر، دامنه‌های یک مدل، چه نظری یا روش شناختی، می‌تواند از ویژگی‌های شایستگی فرهنگی حاصل شود [۲۲]. نقص اکثر مدلهای طراحی شده در دنیا این است که در یکی از دو دسته بندی فوق قرار می‌گیرند اما مدل طراحی شده در این مطالعه خصوصیت هر دو مدل نظری و روشی را دارا است از بعد مدلهای نظری دارای خصوصیت آنهاست و بر مولفه شایستگی از نظر آگاهی، دانش، حساسیت و مهارت متمرکز شده است که در مورد مدلهای نظری مشابه می‌توان به مدل پاپادوپلوس در سال ۱۹۹۸، ویلیس در سال ۱۹۹۹،کیم گودوین و همکاران در سال ۲۰۰۱، پاپادوپولوس و لیز در سال ۲۰۰۱، کامپینها باکوت در سال ۲۰۰۲، بارچوم در سال ۲۰۰۲، سو در سال ۲۰۰۴، جفریز در سال ۲۰۱۰، اسکیم و دورنباس در سال ۲۰۱۰ و پکچیاو در سال ۲۰۱۲ اشاره نمود. از بعد مدلهای روشی نیز بر مولفه فرهنگ متمرکز شده و جنبه‌های مذهب، قومیت، اعتقادات و شیوه‌های شفابخشی و جهت گیری‌های ارزش به عنوان حوزه‌ها را به نمایش گذاشته است و در مدلهای روشی مشابه نیزمی توان به مدل ارکیو در سال ۱۹۸۳، لنینگر در سال ۱۹۹۱، پورنل در سال ۲۰۰۳، گیکر و دیوید هیزار در سال ۲۰۰۴، اسپکتور در سال ۲۰۰۴، و اندروز و بویل در سال ۲۰۰۸ پرداخت.

در نهایت می‌توان گفت مدلهای شایستگی فرهنگی عمدتا در واکنش به رشد سریع نژاد، قومی و فرهنگی جمعیت ایالات متحده در دو دهه گذشته ترویج شده است. اکثر مدلهای ساخته شده ضعیف و یا حتی بدون روان سنجی قابل قبول هستند [۲۳]. به طور کلی، به رغم دهه‌ها تحقیق و توسعه، نگرانی‌های عمده در مورد قابلیت اطمینان، ابزار و روایی دستگاه‌های موجود باقی می‌ماند و متخصصان بهداشت هنوز باید اقدامات لازم را برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی انجام دهند [۲۴]. در پایان پیشنهاد می‌شود که مدل طراحی شده از نظر روایی و پایایی بررسی شود و در صورت تایید ضمن اصلاح برنامه آموزشی در دانشگاهها، برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی دانش آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در دانشگاههای ایران از مدل جدید استفاده شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

سهم نویسندگان

زهرا نقی زاده: طراحی و انجام مطالعه، تفسیر وتجزیه و تحلیل داده‌ها

عباس عباس پور: نظارت علمی مطالعه وهمکاری در تحلیل داده‌ها

سعید غیاثی ندوشن: نظارت علمی مطالعه وهمکاری در تحلیل داده‌ها

مهدی فیض: مشاور علمی مطالعه و همکاری در تحلیل داده‌ها

جلیل کوهپایه زاده: مشاور علمی مطالعه وهمکاری در تحلیل داده‌ها

منابع

1. Naghizadeh, Z. Abbas pour, A. Ghiasi nodooshan, S. Feiz, M. Kuhpayehzadeh, J. Conceptual Model of Medical Science Graduates, 5th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Qazvin, Takestan Institute of Higher Education- Payam Noor University of Qazvin, 2018[Persian]

2. Der Lee N, Fokkema JP, Scheele F. Generic competencies in postgraduate medical training: their importance illustrated by a doctor's narrative on competency-based practice. Zdravstveno varstvo 2012 1;51:280

3. Khezerloo S, mokhtari J. Cultural competency in nursing education: a review article. Ijme 2016; 8:21 [Persian]

4. Dayer-Berenson L. Cultural competencies for nurses: Impact on health and illness. 2th Edition, Philadelphia: Jones and Bartlett Publishers; 2013

5. Vega WA. Higher stakes ahead for cultural competence. General Hospital Psychiatry 2005; 27:446-50

6. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural competence in the era of evidence-based practice. Journal of Professional Nursing 2008 ;24:172-8

7. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. Academic Medicine 2006 Jun 1;81:499-501

8. Corrigan JM. A Comprehensive Framework and Preferred Practices for easuring and Reporting Cultural Competency: A Consensus Report. Washington: National Quality Forum; 2002 https://www.qualityforum.org/Publications/2009/04/A_Comprehensive_Framework_and_Preferred_Practices_for_Measuring_and_Reporting_Cultural_Competency.aspx

9. Booker NM. Cultural Competence: Educating Public School Teacher Candidates in Matters of Diversity [dissertation]. Ohio: University of Akron; 2002

10. Haarmans M, Noh S, Munger F. A Review of Clinical Cultural Competence: Definitions, Key Components, Standards and Selected Trainings. Centre for Addiction and Mental Health; 2004 https://www.yumpu.com/en/document/read/4544312/a-review-of-clinical-cultural-competence-problemgamblingca

11. Grote E. Principles and Practices of Cultural Competency: A review of the iterature; 2008. [citd 2014Apr 6]. available from:http: //citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.6237&rep=rep1&type=pdf

12. Multicultural Education as an Approach to Education. Quarterly Journal of Education Mohammad Jafar Javadi, 2000; 63 :2-26 [Persian]

13. Nazarian A. Ethnic migration and social structural changes in Iranian cities. Amayesh 2010; 6; 1-32 [Persian]

14. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 1st Edition, Sage publications; 2014 ;

15. Naghizadeh, Z. Abbas pour, A. Ghiasi nodooshan, S. Feiz, M. Kuhpayehzadeh, J. Definition and Levels of Cultural Competency in Graduates of Medical Sciences: A Qualitative Study. Educ Strategy Medical Sciences 2020; 13:267-276

16. Campinha-Bacote. J. A Biblically-Based Model of Cultural Competence. Journal of Multicultural Nursing and Health 2005 ;11:16-22

17. Perng SJ, Watson R. Construct validation of the nurse cultural competence scale: A hierarchy of abilities. Journal of Clinical Nursing 2012;21:1678-84

18. Feyz, M. Identification of desirable professional competencies of engineering school graduates in Iran (Case study: Sharif University of Technology graduates) PhD Thesis, 2010

19. Wells MI. Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. Journal of Community Health Nursing 2000;17:189-99

20. Suh EE. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. Journal of Transcultural Nursing 2004;15:93-102

21. Haarmans M, Noh S, Munger F. A Review of Clinical Cultural Competence: Definitions, Key

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]

Components, Standards and Selected Trainings. Centre for Addiction and Mental Health; 2004

22. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. Journal of Transcultural Nursing 2015;26:308-21

23. Jeffreys MR, Dogan E. Evaluating the influence of cultural competence education on students' transcultural self-efficacy perceptions. Journal of Transcultural Nursing 2012;23:188-97

24. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, and MacLeod A, Frank B. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. Academic Medicin 2007; 82: 548-57

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.2.1.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.2.135]