روان سنجی پرسشنامه سنجش شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی

زهرا نقی زاده[1]، عباس عباس پور[1*]، سعید غیاثی ندوشن [1]، مهدی فیض[2]، جلیل کوهپایه زاده[3]

۱. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. جهاددانشگاهی، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۳۹۹ صص ۴۳۳- ۴۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۵/۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۵ مرداد ۹۹]

چکیده

مقدمه: از آنجا که امروزه شایستگی فرهنگی از مباحث مهم در حوزه سلامت است، استفاده از یک ابزار معتبر و پایا برای سنجش این شاخص به نظر ضروری می رسد. این مطالعه با هدف بررسی روایی و پایایی پرسشنامه محقق ساخته سنجش شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی کشور انجام شد.

مواد و روش کار: پس از طراحی یک پرسشنامه در یک مطالعه کیفی بررسی روایی محتوایی و صوری گویه های آن از نظرات ۱۵ نفر از متخصصان آشنا با آموزش بالینی و مباحث شایستگی فرهنگی استفاده شد. بررسی روایی ساختاری پرسشنامه با بهره گیری از اطلاعات حاصل ۵۴۲ دانش آموخته علوم پزشکی مشغول به فعالیت در مراکز درمانی شهر تهران با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. پایایی پرسشنامه نیز با بررسی همسانی درونی ارزیابی شد. داده‌ها با نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرارگرفتند.

یافته ها: از ۱۰۳ گویه مستخرج از مطالعه کیفی که در اختیار ۱۵ نفر متخصص قرار گرفته بودند در بررسی روایی محتوایی ۶۴ گویه در پرسشنامه باقی ماندند (میانگین نسبت ۰/۶۶ و میانگین شاخص روایی۰/۶۱). برای ارزیابی روایی سازه اکتشافی پرسشنامه در تحلیل عاملی اکتشافی وارد شد. با حذف ۱۴ گویه، و با توجه به حصول شاخص کفایت نمونه‌گیری در حد مطلوب (KMO=۰/۹۵۳) و پوشش ۵۳/۴۵ درصدی واریانس توسط گویه های باقی مانده (۵۰ گویه) در هشت حیطه، روایی ساختاری پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت.

در مرحله سنجش پایایی مقدار محاسبه شده ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ و برای حیطه های ۸ گانه پرسشنامه طیفی از مقادیر ۰/۸۸ تا ۰/۸۹ حاصل شد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها، پرسشنامه محقق ساخته ابزاری پایا و معتبر است که می‌تواند به عنوان ابزار سنجش شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی کشور استفاده شود.

کلیدواژه: روایی و پایایی، ابزار، شایستگی فرهنگی

کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1398.157

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
E-mail: z.naghizadeh@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

مقدمه

امروزه شایستگی از مباحث مهم و ضروری در حوزه بهداشت و سلامت است، به گونه‌ای که از مهمترین عوامل در رشد و توسعه نظام سلامت، برخورداری از شایستگی‌های لازم است[۱]. برنامه های نوین آموزش پزشکی بر ایجاد شایستگی‌های مورد نیاز جهت انجام وظایفی که دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی باید پس از پایان دوره آموزشی خود و به عنوان تیم پزشکی برعهده بگیرند، تاکید دارند؛ شایستگی‌هایی که فراتر از مهارت‌های بالینی صرف، بر مهارت های ارتباطی، جلب همکاری، اخلاق در طبابت و مدیریت، متمرکزهستند[۲]. به عبارت دیگر به غیر از شایستگی حرفه‌ای به انواع و ابعاد دیگر شایستگی نیز باید توجه ویژه داشت که یکی از آن ها شایستگی فرهنگی است، چرا که در هر کشور اقوام مختلفی مشاهده می شوند که با وجود تفاوتهای فرهنگی در کنار یکدیگر و با عنایت به فرهنگ ملی خود به تعامل می‌پردازند تا جاییکه به استناد آمار تنها ۱۰ درصد کشورهای جهان، کشورهایی همگن و یک دست هستند [۳]. این تنوع فرهنگی 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 به طوریکه زندگی حرفه‌ای آنها با زندگی مددجویان مشترک شده است[۴]. این امر لزوم برخورداری از توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیماران با فرهنگهای مختلف را بیشتر نمایان می کند 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 بیمار را حاصل نمایند[۵]. برقراری این ارتباط، نیازمند کسب دانش مورد نیاز و مهارت لازم در رابطه با فرهنگ و شایستگی فرهنگی است [۶]. که در قالب جنبش شایستگی بین فرهنگی از حدود بیست سال قبل آغاز شده است [۷] و توجه بسیاری از مراکز و سازمان‌های بزرگ و معتبردنیا و موسسات بین المللی را به خود جلب کرده است[۸]. همانطور که می‌دانیم شایستگی فرهنگی شامل دو زیر مبحث، فرهنگ و شایستگی است که تعاریف آن ها می‌توانند بسته به اینکه کدام مولفه در مورد محتوای مورد نظر محققان قرار دارد، متفاوت باشد. با تمرکز بر روی واژه شایستگی، به صراحت ویژگی‌های آن همچون حساسیت، دانش و مهارت آشکار می‌شود. با تمرکز بر واژه فرهنگی، حوزه های فرهنگ به ویژه به عنوان ارزش‌های فرهنگی، مذهب و اعتقادات بهداشتی در میان دیگران ارائه می‌شود. بر اساس این دیدگاه زوان شن الگوهای شایستگی فرهنگی را به دو دسته الگو های نظری و الگوهای روش‌شناسی تقسیم نموده است [۹]. در حال حاضر الگوها و پرسشنامه‌هایی برای ارائه مراقبت شایسته فرهنگی وجود دارد[۱۰]. در یک مرور نظام مند، پژوهشگران برای سنجش شایستگی ۵۴ ابزار مختلف را شناسایی کردند. در تعدادی دیگر از تحقیقات محققان با ابزارهایی مواجه شدند که ابزار توسعه‌یافته مخصوص همان مطالعه بودند. در بعضی مطالعات نیز از روشهای کیفی یا ترکیبی مانند استفاده از فیلم، مشاهده شرکت کنندگان، مصاحبه های کیفی، پرسشنامه باز پاسخ برای سنجش شایستگی فرهنگی دانشجویان یا کارورزان استفاده شده بود. با این حال این مطالعه نشان داد که بیشتر ابزارهای اندازه‌گیری شایستگی فرهنگی دانشجویان یا کارورزان کمی هستند[۱۱]. از جمله ابزارهای مهم در حوزه شایستگی فرهنگی، ابزار سنجش آموزش شایستگی فرهنگی است. این ابزار از ۵ حوزه در سه سطح دانش، نگرش و مهارت و ۶۷ گویه تشکیل شده و جهت آموزش و سنجش آموزش شایستگی فرهنگی استفاده می‌شود [۱۲]. پرسشنامه دیگر پرسشنامه پرنگ و واتسون است که در سال ۲۰۱۲ طراحی شده و شامل ۲۰ گویه است که میزان آگاهی افراد را نسبت به تفاوت‌ها و شباهت‌های بین فرهنگی و نیز تمایل و عدم تمایل آنها را نسبت به ارتباط با افراد سایر فرهنگ‌ها و قومیت‌ها اندازه می‌گیرند، و سه حیطه مهارت های فرهنگی، دانش فرهنگی و حساسیت فرهنگی را شامل می شود [۱۳]. پرسشنامه شایستگی فرهنگی مدلر نیز پرسشنامه ای است که در سال ۲۰۰۹ طراحی شده وشامل ۵۱گویه در ۴ مقیاس فرعی دانش مراقبت فرهنگی، نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی، شایستگی فرهنگی و آمادگی در مراقبت فرهنگی است[۱۴]. همچنین ابزار کامپین‌ها - باکوت با نام IAPCC-r یک ابزار ارزیابی است که در سال ۲۰۰۲ برای سنجش شایستگی فرهنگی دانشجویان و افراد شاغل به حرفه‌های علوم پزشکی ۲۵ گویه طراحی شده است و ۵ مولفه شامل تمایل فرهنگی، آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، مهارت فرهنگی و برخورد فرهنگی را شامل می شود. هر چند در حال حاضر ابزارهای زیادی برای ارائه مراقبت شایسته فرهنگی وجود دارد اما با توجه به محدودیت‌هایی که برای الگو های شایستگی فرهنگی ذکر شد (اکثر الگوها فقط شایستگی های فرهنگی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را ارزیابی می‌کنند و تعداد کمی از آنها به طور تجربی آزمون شده اند) به این نتیجه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

می‌رسیم که تعداد کمی از ابزارها معتبر بوده و یا دارای چارچوب مفهومی برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی موجود هستند [۱۵]. به منظور استفاده عملی، ابزارهای کمی باید با استفاده از دامنه‌های الگوی مرتبط به عنوان مبانی نظری یا مفهومی برای ایجاد خرده مقیاس جهت جمع‌آوری داده‌ها و ارزیابی روان‌سنجی، توسعه یابند[۹].

مواد و روش کار

این پژوهش با بررسی خصوصیات روانسنجی پرسشنامه شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی انجام شد.

برای ساخت این پرسشنامه ابتدا یک مطالعه کیفی انجام شد و با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و بحث گروهی الگوی شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی تدوین شد (نتایج آن در مقاله‌ای دیگر ارائه خواهد شد). پرسشنامه حاصل از مطالعه کیفی با ۱۰۳ گویه وارد مرحله بررسی روایی و پایایی شده و در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان آشنا با موضوع قرار گرفت. برای تامین اعتبار صوری پرسشنامه، باید شکل سوالات منطقی و متناسب با شخصیت پاسخ دهندگان مورد نظر باشد. جذاب بودن و توالی منطق سوالات، چاپ مناسب و مقدمه گویا و مختصر از جمله نکات مهمی است که می‌تواند اعتبار صوری پرسشنامه را بالا ببرد. در مجموع روایی صوری از دو بعد کمی و کیفی بررسی شد.

- اعتبار محتوایی ابزار: برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ارزیابی نسبت روایی (CVR)و شاخص روایی محتوایی(CVI) استفاده شد. نسبت روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان مطابق فرمول زیر محاسبه گردید:

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این رابطه nE تعداد متخصصانی است که به گزینه‌ی ضروری پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. اگر مقدار محاسبه شده از مقدار جدول بزرگتر باشد اعتبار محتوای آن آیتم پذیرفته می‌شود[۱۶].

بعد از به دست آوردن CVR هر گویه با توجه به تعداد اعضا پانل (۱۵ نفر) طبق جدول لاوشه عدد ۰/۴۹ بعنوان معیار پذیرش و یا رد گویه ها شد. همچنین برای تعیین شاخص روایی محتوایی CVI که نشان دهنده جامعیت قضاوت‌های مربوط به روایی یا قابلیت اجرای الگو آزمون یا ابزار نهایی است[۱۷،۱۸]. معیار والتس وباسل مدنظر قرار گرفت[۱۹]. که میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از عبارات موجود در پرسشنامه در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از عبارات (به طور مثال برای مربوط بودن خیلی مرتبط، مرتبط، تا حدی مرتبط، غیر مرتبط) را تعیین نمایند. در این تحقیق امتیاز شاخص روایی محتوا برای هر عبارت به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل متخصصان (فرمول زیر) محاسبه شد[۲۰].

$$CVI = \frac{\sum_1^n CVI}{numbers}$$

هیرکاس و همکاران نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش گویه ها توصیه نموده اند[۲۱]. سپس در مرحله بعد میانگین نمرات شاخص روایی محتوایی برای هر سوال و کل سوالات تعیین گردید.

روایی سازه با این مساله سرو کار دارد که آزمون به خصوص تا چه اندازه سازه یا صفت به خصوص را اندازه می‌گیرد[۲۲]. یکی از روش های بررسی اعتبار سازه، تحلیل عاملی است. دو روش اصلی تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی برای این تحلیل وجود دارد. در این مطالعه برای جمع آوری داده‌های تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته با ۶۴ گویه جهت تکمیل توسط دانش آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی مشغول به فعالیت در بیمارستانها و مراکز درمانی شهر تهران توزیع شده و روایی سازه آن مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کفایت حجم نمونه لازم با استفاده از آزمون کیزر- میر- الکین و بررسی مناسب بودن داده‌ها برای استفاده از تحلیل عاملی از آزمون کرویّت بارتلت انجام شد. استخراج عوامل با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش عوامل با روش واریماکس نیز صورت گرفت [۲۳]. در پژوهش حاضر با توجه به تعداد گویه های(۶۴ گویه) سنجش روایی سازه با حجم نمونه با تعدادحداقل ۵ برابر تعداد گویه ها[۲۵] انجام شد. جهت بررسی پایایی ابزار از روش بررسی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها

بعد از تهیه پرسشنامه از نظر روایی صوری از دو بعد کمی و کیفی بررسی شد. اکثر گویه ها از نظر روایی صوری کیفی مورد قبول اساتید بودند اما بخشی از گویه ها با توجه به نظرات متخصصین، اصلاح شد. در بررسی روایی صوری کمی امتیاز تاثیر مطلوب و میانگین آنها در حدود ۶۹/۹۷ بود (جدول شماره ۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

در مرحله بررسی نسبت و شاخص روایی اکثر گویه ها امتیازات لازم را کسب کردند و پرسشنامه در یک سری از گویه ها روایی محتوایی کافی نداشت که با توجه به نظرات متخصصان، تعدادی از گویه ها حذف شدند. با توجه به نظرات متخصصان تعداد ۳۹ گویه که روایی کمی آن‌ها کمتر از حد قابل قبول بود حذف شدند و در نهایت ۶۴ گویه در ۸ حیطه در نسخه نهایی پرسشنامه باقی ماندند.

در بررسی روایی سازه در روش تحلیل عاملی اکتشافی نتایج زیر حاصل شد:

KMO=۰/۹۵۳

Bartlett's test of sphericity: P≤۰/۰۰۰۱

آزمون بارتلت در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار شد.

تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس ۵۰ گویه در ۸ عامل ۵۳/۴۵٪ واریانس را توصیف کردند.

در مرحله سنجش پایایی مقدار محاسبه شده ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ و برای حیطه های ۸ گانه پرسشنامه طیفی از مقادیر ۰/۸۸ تا ۰/۸۹ حاصل شد.

با انجام مراحل فوق، پرسشنامه نهایی با ۵۰ گویه طراحی شد که شایستگی فرهنگی دانش آموختگان علوم پزشکی را در ۸ بعد مورد سنجش قرار می‌دهد.

جدول ۱: جدول خروجی چرخش واریمکس

سوال	آگاهی از تنوع فرهنگی	گرایش فرهنگی	نگرش فرهنگی	خود آگاهی فرهنگی	عادات رفتاری	رفتار اقتضایی	دانش نسبت به تصورات فرهنگی	دانش نسبت به رفتارهای فرهنگی
سوال۱	۰/۱۵۸	۰/۱۲۱	**۰/۶۹۷**	۰/۰۲۲	۰/۰۷۱	۰/۲۸۱	-۰/۱۲۶	۰/۰۰۸
سوال۴	۰/۱۲۰	۰/۲۲۹	**۰/۶۲۸**	۰/۲۵۸	۰/۲۱۰	۰/۰۱۲	-۰/۰۰۵	۰/۱۳۱
سوال۸	-۰/۰۲۴	۰/۲۶۰	**۰/۵۱۴**	۰/۳۳۴	۰/۳۵۴	-۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۵۳
سوال۱۲	۰/۱۳۵	۰/۱۹۹	**۰/۵۶۲**	۰/۳۶۱	۰/۰۳۲	۰/۲۲۵	۰/۱۲۲	۰/۰۲۴
سوال۱۶	۰/۲۳۷	۰/۲۶۷	**۰/۳۲۵**	۰/۳۳۸	۰/۱۲۰	۰/۳۱۲	-۰/۰۵۰	۰/۳۱۳
سوال۲۰	۰/۱۰۹	۰/۲۴۴	**۰/۵۹۲**	۰/۱۷۵	۰/۲۰۳	۰/۳۰۱	۰/۱۵۰	۰/۱۱۴
سوال۲۳	-۰/۰۶۷	۰/۲۱۶	**۰/۶۶۸**	۰/۱۲۵	۰/۲۶۰	۰/۱۸۲	۰/۱۷۸	۰/۰۹۳
سوال۲۶	۰/۰۲۱	۰/۳۵۴	**۰/۵۵۱**	۰/۱۳۱	۰/۲۵۵	۰/۱۱۹	-۰/۰۸۳	-۰/۱۷۶
سوال۳۰	۰/۰۴۸	۰/۱۹۸	**۰/۴۵۴**	-۰/۰۶۶	۰/۲۶۱	۰/۲۹۱	۰/۰۳۱	۰/۱۹۹
سوال۳۴	۰/۱۶۴	**۰/۵۷۶**	۰/۰۳۶	۰/۱۱۷	۰/۱۳۵	۰/۱۸۲	۰/۰۰۳	۰/۴۱۶
سوال۳۶	۰/۰۱۵	**۰/۵۲۴**	۰/۲۸۴	۰/۰۷۳	۰/۰۵۹	۰/۱۸۵	۰/۲۶۹	۰/۲۳۴
سوال۳۸	۰/۱۴۲	**۰/۶۶۱**	۰/۲۰۱	۰/۲۱۲	۰/۰۲۸	۰/۱۰۷	-۰/۰۵۵	۰/۱۳۹
سوال۴۱	۰/۱۰۵	**۰/۶۹۵**	۰/۳۴۲	۰/۱۲۶	۰/۱۰۴	-۰/۰۳۵	-۰/۰۳۳	۰/۰۶۵
سوال۴۴	۰/۲۱۱	**۰/۷۲۹**	۰/۰۶۶	۰/۰۵۷	۰/۱۵۱	۰/۱۱۷	۰/۰۷۵	۰/۰۰۵
سوال۴۶	۰/۲۴۷	**۰/۵۵۸**	۰/۰۶۳	۰/۱۷۸	۰/۰۱۷	۰/۰۷۱	۰/۱۸۹	۰/۱۶۰
سوال۴۸	۰/۰۷۲	**۰/۴۸۴**	۰/۱۵۷	۰/۰۹۲	۰/۱۳۰	۰/۱۱۶	۰/۳۹۲	۰/۱۴۸
سوال۲	۰/۱۲۷	۰/۰۰۶	۰/۱۵۶	**۰/۶۴۰**	۰/۱۱۳	۰/۱۶۷	۰/۱۰۹	۰/۰۷۴
سوال۵	۰/۰۹۰	۰/۱۳۷	۰/۳۰۷	**۰/۵۴۳**	۰/۱۴۵	-۰/۱۹۹	۰/۲۸۶	-۰/۰۱۱
سوال۹	۰/۲۳۸	۰/۲۱۷	۰/۲۸۹	**۰/۴۳۶**	۰/۲۲۰	۰/۰۷۵	۰/۱۷۶	۰/۱۱۳
سوال۱۳	۰/۱۹۷	۰/۲۲۷	۰/۳۲۴	**۰/۴۹۵**	۰/۰۵۲	۰/۲۳۶	۰/۰۵۴	-۰/۱۵۳
سوال۱۷	۰/۲۸۷	۰/۱۸۷	۰/۲۳۳	**۰/۳۳۰**	۰/۱۲۶	۰/۳۵۸	۰/۰۶۷	۰/۲۷۵
سوال۲۱	**۰/۶۴۵**	۰/۱۳۸	۰/۱۶۸	۰/۱۵۷	-۰/۰۱۷	۰/۳۲۸	۰/۱۱۶	-۰/۰۹۱
سوال۲۴	**۰/۴۲۴**	۰/۰۶۹	۰/۶۱۲	۰/۰۷۷	۰/۰۶۰	۰/۰۶۷	۰/۱۴۸	۰/۰۳۵
سوال۲۷	**۰/۶۴۲**	۰/۱۳۴	۰/۳۸۳	۰/۰۵۹	۰/۰۵۸	۰/۰۴۴	۰/۱۷۶	-۰/۰۸۵
سوال۳۱	**۰/۶۰۱**	-۰/۰۲۵	۰/۳۱۹	۰/۰۰۳	۰/۰۶۴	۰/۲۲۵	۰/۲۹۱	۰/۰۵۰
سوال۴۹	**۰/۶۶۸**	۰/۲۷۵	۰/۰۲۲	۰/۲۶۲	۰/۰۸۶	۰/۱۵۴	۰/۲۶۸	۰/۰۴۳
سوال۶	۰/۱۰۵	۰/۱۱۶	۰/۲۰۱	۰/۳۳۷	۰/۲۴۱	-۰/۱۷۴	۰/۱۵۹	**۰/۵۱۱**
سوال۱۰	۰/۰۷۹	۰/۰۸۳	-۰/۰۲۱	۰/۴۳۸	۰/۰۷۳	۰/۰۱۱	۰/۱۷۸	**۰/۵۸۳**
سوال۱۴	-۰/۱۱۴	۰/۰۷۶	-۰/۰۳۵	۰/۳۱۹	۰/۱۱۲	۰/۱۳۹	-۰/۰۴۱	**۰/۶۳۹**
سوال۱۸	۰/۱۵۹	۰/۰۰۹	-۰/۰۷۱	۰/۱۹۳	۰/۱۰۸	۰/۱۸۳	۰/۰۱۰	**۰/۷۱۵**
سوال۲۸	۰/۰۷۴	۰/۱۰۴	۰/۲۵۶	۰/۰۴۷	-۰/۰۳۹	۰/۰۱۵	۰/۰۳۷	**۰/۷۶۳**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

سوال۳۲	۰/۵۰۷	۰/۱۰۹	-۰/۰۶۱	۰/۰۰۰	۰/۱۱۵	۰/۰۰۷	۰/۱۲۱	۰/۵۸۷
سوال۳۵	۰/۱۵۵	۰/۱۱۸	-۰/۰۹۸	۰/۰۴۴	۰/۱۰۳	-۰/۰۰۸	**۰/۶۲۲**	۰/۲۹۳
سوال۳۷	۰/۲۵۷	۰/۰۷۰	۰/۲۰۲	۰/۲۳۱	۰/۰۲۲	۰/۱۱۸	**۰/۵۲۶**	۰/۲۰۸
سوال۳۹	۰/۰۲۳	۰/۰۹۸	۰/۳۶۷	۰/۰۵۱	۰/۰۶۸	-۰/۱۱۱	**۰/۵۶۳**	-۰/۰۵۹
سوال۴۲	۰/۶۴۴	۰/۰۵۲	-۰/۰۳۰	-۰/۰۴۳	۰/۰۷۸	۰/۰۷۱	**۰/۴۳۷**	۰/۰۷۰
سوال۴۵	۰/۵۰۳	۰/۲۱۸	۰/۰۴۰	۰/۰۷۰	۰/۱۰۶	۰/۰۴۶	**۰/۴۸۱**	-۰/۰۰۵
سوال۴۷	۰/۴۳۵	۰/۲۹۵	۰/۰۵۲	۰/۰۴۲	۰/۰۸۷	-۰/۰۰۴	**۰/۴۰۲**	۰/۲۰۳
سوال۵۰	۰/۳۱۳	۰/۰۴۲	۰/۱۵۸	۰/۱۱۱	-۰/۰۰۵	۰/۱۱۳	۰/۳۰۴	۰/۱۰۸
سوال۳	۰/۲۷۸	۰/۲۰۵	۰/۱۰۸	۰/۳۲۹	**۰/۵۲۳**	-۰/۰۱۴	۰/۱۳۱	۰/۰۷۵
سوال۷	۰/۳۱۷	۰/۰۵۷	۰/۰۷۲	۰/۱۴۳	**۰/۵۶۶**	۰/۰۲۶	۰/۰۷۶	۰/۰۸۳
سوال۱۱	۰/۱۰۲	۰/۱۴۳	-۰/۰۳۱	۰/۴۰۰	**۰/۵۸۱**	۰/۰۷۷	۰/۰۶۸	۰/۰۷۵
سوال۱۵	۰/۱۲۳	۰/۱۲۴	۰/۱۳۳	۰/۲۹۰	**۰/۶۲۱**	۰/۰۶۷	-۰/۱۵۹	۰/۱۹۷
سوال۱۹	۰/۳۲۰	۰/۱۱۲	۰/۲۳۵	۰/۱۰۸	۰/۱۸۹	**۰/۵۹۲**	۰/۱۶۲	۰/۰۶۶
سوال۲۲	۰/۲۴۶	۰/۲۲۰	۰/۰۴۵	۰/۲۷۳	۰/۰۴۳	**۰/۴۹۷**	-۰/۰۱۷	۰/۳۸۹
سوال۲۵	۰/۰۲۴	۰/۲۹۸	۰/۱۷۵	۰/۲۰۶	۰/۰۹۸	**۰/۶۴۲**	-۰/۰۰۶	۰/۰۷۳
سوال۲۹	۰/۲۲۰	۰/۲۷۰	۰/۳۶۴	۰/۱۰۰	۰/۰۵۷	**۰/۴۴۴**	۰/۰۵۱	۰/۱۰۶
سوال۳۳	۰/۱۸۴	۰/۲۶۷	۰/۳۰۱	۰/۰۳۱	۰/۰۷۵	**۰/۵۶۷**	۰/۲۲۲	
سوال۴۰	-۰/۰۷۱	۰/۱۰۴	۰/۴۷۳	۰/۰۶۴	۰/۰۰۴	**۰/۵۵۶**	۰/۱۴۵	۰/۱۵۴
سوال۴۳	۰/۱۲۸	۰/۱۳۱	۰/۱۱۴	۰/۰۶۸	۰/۲۸۹	**۰/۵۸۶**	۰/۱۵۸	۰/۰۹۸

جدول ۲: پرسشنامه نهایی

زیر مولفه	شماره	متن سوالات	کاملا موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملا مخالف
نگرش فرهنگی		می توانم به راحتی با افراد دارای فرهنگهای متفاوت تعامل برقرار کنم.					
		در برخورد با افراد دارای فرهنگهای متفاوت احساس همدلی دارم.					
		به ارزش ها، اعتقادات افراد دارای فرهنگهای متفاوت، احترام می‌گذارم.					
		سلامت روان افراد دارای فرهنگ متفاوت به اندازه سلامت جسمشان برای من اهمیت دارد.					
		درمقابل افراد دارای فرهنگهای متفاوت احساس تعهد می‌کنم.					
		جهت مقابله با تبعیض قومی و فرهنگی‌ای که در مراکز بهداشتی درمانی وجود دارد، احساس مسئولیت می‌کنم.					
		در تعامل با افرادی که نسبت به من فرهنگی متفاوت دارند، انسانیت (وجود انسان) را در اولویت قرار می‌دهم.					
		در درمان افراد با هر فرهنگی رضای الهی اولویت نخست کار من است.					
		خدمت رسانی من به افراد، تحت تأثیر فرهنگهای متفاوت آنها قرار نمی گیرد.					
گرایش فرهنگی		علاقه مندم تا در امور درمانی با همکارانی که فرهنگهای متفاوتی دارند همکاری داشته باشم.					
		نسبت به ارائه خدمات مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی بیماران با فرهنگهای متفاوت، متعهد هستم.					
		نسبت به رفع مشکلات سلامت افرادی با فرهنگهای متفاوت علاقه مند هستم.					
		معتقدم فرصت کمک به افراد دارای فرهنگهای متفاوت از طریق حرفه‌ام هدیه‌ای از جانب خدا به من است.					
		لذتی که از ارائه خدمت به افراد دارای فرهنگهای متفاوت کسب می‌کنم با هیچ چیز دیگری قابل مقایسه نیست					
		متعهدم که مناسب‌ترین گزینهٔ درمانی را برای هر فردی با هر فرهنگی انتخاب کنم					
		متعهدم که همهٔ منابع درمانی را برای هر فردی با هر فرهنگی به‌کار گیرم					
خودآگاهی		نسبت به تعصبات فرهنگی ام که ممکن است در تماس با فرهنگ دیگر بر من تأثیر بگذارد، آگاه هستم.					
		نگرشها، باورها و رفتارهای فرهنگی خود را می‌شناسم.					
		نسبت به باورها و تعصبات خود و افرادی که فرهنگهای متفاوت دارند آگاهم					
		نسبت به تأثیر ویژگی‌های فرهنگی بر عملکرد حرفه ای خود آگاهم					
		دانش فرهنگی خود را هنگام روبرو شدن با افرادی که از فرهنگ‌های متفاوت برخوردارند، هماهنگ می‌کنم.					
آگاهی از تنوع فرهنگی		نسبت به تفاوتهای رفتار بهداشتی در فرهنگهای مختلف آشنایی دارم.					
		نسبت به تأثیر فرهنگ‌های مختلف بر درک افراد از سلامتی و بیماری آگاهی دارم.					
		نسبت به تفاوت فرهنگهای مختلف در بیان علائم و علل بیماری آگاهی دارم.					
		نسبت به اختلاف نظر فرهنگهای مختلف در مورد روشهای درمانی آگاهی دارم.					

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

	نسبت به تأثیر منفی تعصبات فرهنگی تیم پزشکی در درمان افراد دارای فرهنگهای متفاوت آگاهی دارم.
دانش نسبت به رفتارها و اعتقادات بهداشتی و تفاوتهای فیزیولوژیک	عوامل فرهنگی که به سلامت افراد دارای فرهنگهای متفاوت کمک می‌کند را می‌شناسم رفتارهای پر خطر فرهنگهای مختلف را می‌شناسم. باورهای تغذیه ای فرهنگهای مختلف را می‌شناسم. فرهنگ سلامت و تاریخچه سنت‌ها (آداب و رسوم) افراد دارای فرهنگهای متفاوت را می‌شناسم. رفتارهای مناسب سلامت فرهنگهای مختلف را می‌شناسم. راه‌های مقابله با تعصبات فرهنگی را می‌شناسم
دانش نسبت به تصورات فرهنگهای مختلف (فضا- زمان- لمس)	شیوه‌های متداول درمان‌های سنتی در گروه‌های مختلف قومی را می‌شناسم. اعتقادات بهداشتی افرادی که فرهنگهای متفاوت دارند را می‌شناسم تأثیر اعتقادات معنوی و مذهبی را بر فرهنگ افراد می‌شناسم. سنت‌ها و باورهای شفا که بین فرهنگهای مختلف وجود دارد (از قبیل اعتقادات قومی و پزشکی)را می‌شناسم. نسبت به باورهای مذهبی و فرهنگی متفاوت مثل نگرش به مرگ آشنایی دارم. نسیبت به باورهای مذهبی و فرهنگی متفاوت مثل. حساسیت به درد و صبر در برابر مشکلات آشنایی دارم. نسبت به تفاوتهای فرهنگی افراد همچون تطابق جنسیت و لمس (تماس با جسم بیمار) آشنایی دارم.
عادات رفتاری و گفتاری	شیوه‌های متداول درمان‌های سنتی در گروه‌های مختلف قومی را می‌شناسم. من از افراد می‌خواهم انتظارات خود را از خدمات بهداشتی بیان کنند. باورها و شیوه‌های درمانی فرهنگهای مختلف را مطالعه می‌کنم. با ایجاد روشهای درمان میان فرهنگی و دادن این اطلاعات به دیگران، دانش جدید تولید می‌کنم.
رفتار اقتضایی	از مهارتهای لازم (همچون تکنیک مذاکره و مهارت حل مسئله و ...) برای برقراری ارتباط مؤثر با افراد دارای فرهنگهای متفاوت استفاده می‌کنم. در محیط درمانی فضای مناسبی برای احساس راحتی افراد دارای فرهنگهای متفاوت ایجاد می‌کنم. در تماس با افراد دارای فرهنگهای متفاوت مهارتهای ارتباطی همچون همدلی، احترام، سازگاری و گوش دادن بدون قضاوت را تمرین می‌کنم. در تماس با افراد دارای فرهنگهای متفاوت از تکنیک‌های ارتباطی غیر کلامی با توجه به مخاطب، (حالات صورت، زبان بدن، لمس و...) استفاده می‌کنم. در تماس با افراد دارای فرهنگهای متفاوت، تعصبات خود را تشخیص داده و آن‌ها را مدیریت می‌کنم. خدمت رسانی به افراد دارای فرهنگهای متفاوت را بدون هیچگونه تعصبی نسبت به فرهنگ او انجام می‌دهم بدون قضاوت باورهای بهداشتی افراد دارای فرهنگهای متفاوت را می‌شنوم.

بحث و نتیجه‌گیری

در مقایسه نتایج حاصل از این مطالعه در خصوص ابزار ذی ربط با ابزارهای بین المللی طراحی شده با موضوع شایستگی فرهنگی به این نتیجه رسیدیم که بیشترابزارها به بررسی روایی محتوایی از بعد کیفی اکتفا نموده اند و در نهایت با بررسی پایایی ابزار و مشخص نمودن آلفای کرونباخ تصمیم گیری کردند بطور مثال مقیاس خودکارآمدی فرهنگی (CSES) که توسط برنال و فورمن در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است آلفا کرونباخ ۰/۹۷ (۰/۸۵ تا ۰/۹۸) را مشخص کرده و روایی محتوا توسط یک هیئت متخصص از ۵ پرستار بهداشت عمومی بصورت کیفی تعیین شده است [۲۶] کوین و همکاران، در سال ۲۰۱۲ قابلیت اطمینان این ابزار را برای خرده مقیاس دانش ۰,۹۵ و خرده مقیاس مهارت۰/۸۷ گزارش شده است[۲۷]. همچنین در خصوص ابزار خودکارآمدی بین فرهنگی (TSET)، جفریس و اسمودلاک، به عنوان ابزار تشخیصی برای ارزیابی فرهنگی دانشجویان پرستاری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ بود (از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸) و اعتبار محتوای آن توسط ۶ عضو پانل خبرگان بررسی شده و سپس با تحلیل عاملی تأییدی تایید شد [۲۸] مطالعات دیگر سازگار با مطالعه مقدماتی توسط جفریس، ۲۰۰۰ [۲۹] جفریس و اسمودلاکا، ۱۹۹۹[۳۰] لیم و همکاران، ۲۰۰۴[۳۱] انجام شده و قابلیت اطمینان برای خرده خرده مقیاس های این ابزار ۰/۹۱ گزارش شد. همچنین در مطالعه لارسن و ریف، ۲۰۱۱ آلفای کرونباخ از ۰/۹۸۲ تا ۰/۹۹۰ متغیر بود [۳۲] در مطالعه جفریس و دوگان، ۲۰۱۰ آزمایش همسانی درونی ۰/۹۴ تا ۰/۹۸ و قابلیت اطمینان ۰/۹۹ بود [۳۳].
همچنین پرسشنامه ارزیابی فرایند شایستگی فرهنگی (IAPCC و IAPCC-R)کامپینها باکوت در ۲۰۰۹ طراحی شده برای اندازه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

گیری سطح شایستگی فرهنگی در ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی روایی محتوایی توسط ۵ متخصص مراقبت های بهداشتی ملی در زمینه های پرستاری بین فرهنگی بصورت کیفی تعیین شده و اعتبار ساختاری تعیین شده توسط تکنیک گروه های شناخته شده سازگار با مقادیر روان سنجی گزارش شده است قابلیت اطمینان نسخه تجدید نظر شده "متوسط" بوده و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش گردید [۳۴]. پرسشنامه ارزیابی مهارت های قومی (ECSAI)، توسط نافلز که برای بررسی صلاحیت فرهنگی خودآموزشی دانشجویان پرستاری استفاده شد، ضریب آلفا ۰/۹۴گزارش شده است[۳۵]. همچنین مقیاس آگاهی فرهنگی (CAS)، راو و همکاران، ۲۰۰۳ برای آزمون آگاهی فرهنگی دانشجویان پرستاری طراحی شده آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای دانشکده ها و دانشجویان گزارش کرده است [۳۶].

آلفای کرونباخ پرسشنامه ارزیابی صلاحیت فرهنگی (CCA)، در مطالعه شیم و همکاران، ۲۰۰۳ برای سنجش صلاحیت فرهنگی در بین پرستاران ۰/۹۲ گزارش شد[۳۷]. نتایج اعتبار سازه با استفاده از تحلیل عاملی با دو عامل بارگذاری با واریانس بیش از ۴۰٪ تایید شد و همچنین اعتبار آن توسط استار و والاس در سال ۲۰۰۹ مجددا تایید شد[۳۸].

همچنین در مقیاس دانش فرهنگی (CKS) که برای ارزیابی اثربخشی آموزش شایستگی فرهنگی پرستاران بهداشت عمومی طراحی شده بود، آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ گزارش شده است[۳۹].

پرسشنامه تنوع فرهنگی برای مربیان پرستار(CDQNE) که برای اندازه گیری صلاحیت فرهنگی مربیان پرستار طراحی شده اعتبار این قضیه توسط یک هیئت متخصصان مشخص شده است [۴۰]

ابزار صلاحیت فرهنگی (CCI)، توسط لاساکی و همکاران، ۲۰۰۶ برای ارزیابی دانش ارائه دهنده و محقق، نگرش ها و حساسیت نسبت به سایر فرهنگ ها طراحی شده و مقادیر روانسنجی گزارش نشده است[۴۱].

همچنین ابزار ارزشیابی متقابل فرهنگی (CCET)، هیوز و هود ۲۰۰۷ برای سنجش حساسیت فرهنگی دانشجویان پرستاری طراحی شده آلفای کرونباخ ۰/۷۳تا ۰/۸۷ افزایش معنی دار آلفا در پی آزمون وجود دارد که در تحلیل عاملی مورد آزمایش قرار گرفت و چهار عامل ۵۱/۹ درصد از واریانس را برای مفهوم تعامل متقابل فرهنگی گزارش کردند[۴۲].

همچنین مقیاس صلاحیت فرهنگی پرستار (NCCS)، پرنگ و واتسون ۲۰۱۲ برای سنجش آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، حساسیت فرهنگی و مهارت فرهنگی طراحی شده آلفای کرونباخ، برای ۴ مقیاس از ۰/۷۸ تا ۰/۹۶ بود [۱۳].

در نتیجه با مقایسه مطالعات فوق میتوان گفت که بیشتر نویسندگان فقط بخشی از تست روان سنجی بلاخص ارزیابی پایایی آنهم فقط الفای کرونباخ را برای ابزارهای مورد بررسی گزارش دادند. و در بررسی روایی هم به بررسی روایی محتوایی از بعد کیفی بسنده کرده اند. همچنین مطالعات انجام شده بر روی دو ابزار ، CDQNEو CCI، هیچ سنجشی از قابلیت اطمینان را گزارش نکردند [۴۱].

اندازه گیری پایایی داخلی به عنوان ۰/۹۰ یا بالاتر برای CSES، TSET، ECSAI، CAS و CCA گزارش شده است. پنج مورد از این ابزارها به طور کامل در آزمایش های بعدی مورد ارزیابی قرار گرفتند این ابزارها CSES، TSET، IAPCC-R، CCAو NCCS بودند. که خصوصیات روانسنجی ابزارهای باقیمانده چنان گسترده ارزیابی نشده است[۴۳]. البته این مطلبی بود که در مقدمه در مورد انواع مدلها و ابزارها و روایی آنها بحث شد در میان الگوهای مختلف تنها ۲ مدل کامپینها باکوت و اسکیم و دورنباس بودند که هم مدل و هم ابزارشان دارای اعتبار بود و مابقی مدلها روایی نداشتند از میان ابزارها نیز پرسشنامه سنجش شایستگی فرهنگی پاپادوپلوس و ارزیابی بالینی فرهنگی جفریز و ارزیابی فرآیند شایستگی فرهنگی اسکالیر، فولرتن، و مسییینا دارای اعتبار بودند و مابقی ابزارها معتبر نبودند در عرصه بین المللی در حال حاضر مدل‌های زیادی برای ارائه مراقبت شایسته فرهنگی وجود دارد [۱۰]. سهم قابل توجهی که محققان علوم پزشکی طی سه دهه گذشته از طریق توسعه و تکمیل مداوم بسیاری از مدل‌ها و ابزارهای ارزیابی در پیشبرد دانش ذهنی در ادبیات شایستگی فرهنگی به نفع حرفه‌های مراقبتی به دست آورده‌اند، قابل مقایسه نیست. این مدل‌ها و ابزارها آگاهی، درک و حساسیت متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را در ارائه خدمات صحیح فرهنگی و بهبود کیفیت مراقبت ازمددجویان از زمینه‌های مختلف فرهنگی افزایش داده‌اند. مسائل مطرح شده در یک مطالعه توسط لیپسون و دسانتیس توجه خاص به برنامه‌ریزی راهبردی برای حل و فصل، از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

جمله عدم استانداردها در برنامه‌های درسی و دوره‌های کارشناسی و عدم تعهدات اساتید و تسهیلات در میان دیگران است [۴۴]. هر چند در حال حاضر الگوها و ابزارهای زیادی برای ارائه مراقبت شایسته فرهنگی وجود دارد اما باید به محدودیت‌های آنها نیز توجه شود چون الگو های موجود برخی محدودیت‌های ذکر شده را دارند .اول از همه اینکه، اکثر الگو ها و ابزارها فقط شایستگی‌های فرهنگی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را ارزیابی می‌کنند[۴۵]. از نظر دوما، تعداد کمی از الگو به طور تجربی تست شده‌اند [۴۶]. و تعداد کمی از ابزارها معتبر هستند و یا حتی چارچوب مفهومی برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی موجود است [۱۵]. در نهایت می‌توان گفت الگو های شایستگی فرهنگی عمدتا در واکنش به رشد سریع نژاد، قومی و فرهنگی در دو دهه گذشته ترویج شده است. اکثر مدل‌های ساخته شده ضعیف و یا حتی بدون بررسی روان سنجی قابل قبول هستند [۴۷]. به طور کلی، به رغم دهه‌ها تحقیق و توسعه، نگرانی های عمده در مورد قابلیت اطمینان و روایی ابزارهای موجود باقی می ماند و متخصصین بهداشت هنوز باید اقدامات لازم را برای ارزیابی شایستگی‌های فرهنگی انجام دهند [۱۱].

عدم امکان توسعه‌ی پژوهش میدانی به دانش آموختگان سایر شهرها (غیر از تهران)؛ و محدودیت در استفاده از پرسشنامه به دلیل عدم اعمال دقت کافی در پاسخ دادن به سؤالات و سوء گیری‌هایی که ممکن است برخی از اعضای نمونه در پاسخ به برخی از سؤالات داشته باشند از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

با توجه به محدودیت‌های موضوعی و زمانی، پژوهش حاضر، نیازمند مراحل تکمیلی است که پیشنهاد می‌شود توسط سایر پژوهشگران علاقه‌مند برای نمونه مناسبی از دانش‌آموختگان هر یک از دانشگاه‌ها، بر اساس پرسشنامه نهایی تدوین شده، ارزیابی وسیعی صورت گیرد تا با تعمیم نتایج آن بتوان درباره نقاط قوت و ضعف نظام آموزشی و فضای حاکم بر آن دانشکده علوم پزشکی قضاوت کرد و با توجه به یافته‌های آن، برای اصلاح در فرآیندهای دانشکده، اقدام نمود.

سهم نویسندگان

زهرا نقی زاده: طراحی مطالعه، تفسیر و تجزیه و تحلیل داده ها
عباس عباس پور: استاد راهنما
سعید غیاثی ندوشن: استاد راهنما
مهدی فیض: استاد مشاور
جلیل کوهپایه زاده: استاد مشاور

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. Lee NVD, Fokkema JPI and Scheele FGeneric competencies in postgraduate medical training: their importance illustrated by a doctorâ€™s narrative on competency-based practice. Zdravstveno varstvo 2012; 51: 280-284 https://doi.org/10.2478/v10152-012-0031-y

3. Javadi MJ. Multicultural Education as a Approach to Education. Quarterly Journal of Education 2000; 63: 9-26 [Persian]

4. Naz Khezerloo S, mokhtari J. Cultural competency in nursing education: a review article. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2016; 8:21 [Persian]

5. Ito M, Lambert VA. Communication effectiveness of nurses working in a variety of settings within one large university teaching hospital in western Japan. Nurs Health Sciences.2002; 4: 149-153

6. Dayer-Berenson L. Cultural competencies for nurses.2 th Edition, Philadelphia, Pennsylvania: Jones & Bartlett Publishers; 2013

7. Vega WA. Higher stakes ahead for cultural competence. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 446-50

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

9. Shen Z. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. Journal of Transcultural Nursing 2015; 26: 308-321

10. Kai J, Beavan J, Faull C, Dodson L, Gill P, Beighton A. Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. PLoS Medicine 2007; 4: 32

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

11. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, MacLeod A, Frank B. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. Academi Medicin 2007; 82: 548-557

12. Lie DA, Boker J, Crandall S, DeGannes CN, Elliott D, Henderson P, et al. Revising the Tool for Assessing Cultural Competence Training (TACCT) for curriculum evaluation: Findings derived from seven US schools and expert consensus. Medical Education Online 2008; 1: 1-11

13. Perng SJ, Watson R. Construct validation of the nurse cultural competence scale: A hierarchy of abilities. Journal of Clinical Nursing 2012; 21: 1678-684

14. Moulder M. Senior nursing student level of preparation, attitudes, awareness, and competence in ethnocare. PhD thesis. Oakdale, New York: Dowling College; 2009

15. Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Taylor-Ritzler T. Cultural competence: Development of a conceptual framework. Disability Rehabilitation.2009; 31: 1153-1160

16. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology 1975; 28: 563-575

17. Ehlers LI. A validated model of the South African Labour Relations system: University of Pretoria; 2002

18. Hasanzadeh Rangi N, Allahyari T, Khosravi Y, Zaeri F. MS. Development of an Occupational Cognitive Failure Questionnaire(OCFQ): Evaluation validity and reliability. Iran Occupational Health 2012;9:29-40[Persian]

19. Yaghmaei F. [Measuring behavior in research by valid and reliable instruments]. 1st Edition, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services: Tehran, 2007

20. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing & Health 2007; 30: 459-467

21. Hyrkas K, Schmidlechner KA, Oksa L. Validating on Instrument for Clinical Supervision using an Expert Panel. International Journal of Nnursing Studies 2003; 40:619-625

22. 22- Saif AA. Measurment and Evaluation of Academic Achievement: 3th Edition. Agah Publisher: Tehran, 2003 [Persian]

23. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS version 12. 1st Edition, New York : open university press inspection copies: New York, 2005

24. 24- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3 Th Edition, Tata McGraw-Hill Education: New Delhi, 2010

25. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th Edition, New York: Harper Collins, 2001

26. Bernal H, Froman R. Influences on the cultural self-efficacy of community health nurses. Journal of Transcultural Nursing 1993;4:24-31

27. Quine A, Hadjistavropoulos D, Alberts NM. Cultural self-efficacy of Canadian nursing students caring for Aboriginal patients with diabetes. Journal of Transcultural Nursing 2012;23:306-312

28. Jeffreys MR, Smodlaka I. Steps of the instrument design process. An illustrative approach for nurse educators. Nurse Educator 1996;21:47–52

29. Jeffreys MR. Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: a synthesis of findings. Journal of Transcultural Nursing 2000;11:127–136

30. Jeffreys MR, Smodlaka I. Construct validation of the transcultural self-efficacy tool. Journal of Nursing Education 1999;38:222–227

31. Lim J, Downie J, Nathan P. Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care. Nurse Education Today.2004;24:428-434

32. Larsen R, Reif L. Effectiveness of cultural immersion and culture classes for enhancing nursing students' transcultural self-efficacy. Journal of Nursing Education 2011;50:350-354

33. Jeffreys MR, Dogan E. Factor analysis of the Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) Journal of Nursing Measurement 2010;18:120-139

34. Campinha-Bacote J. Reported reliability and validity of the IAPCC-R. 2009, http://www.transculturalcare.net/iapcc-r.htm

35. Napholz L. A comparison of self-reported cultural competency skills among two groups of nursing students: implications for nursing education. Journal of Nursing Education 1999;38:81-83

36. Rew L, Becker H, Cookston J, Khosropour S, Martinez S. Measuring cultural awareness in nursing students. Journal of Nursing Education 2003;42:249-257

37. Schim SM, Doorenbos AZ, Miller J, Benkert R. Development of a cultural competence assessment instrument. Journal of Nursing Measurement. 2003;11:29-40

38. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

U.S. Public Health Department. Public Health Nursing 2009;26:48-57

39. Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a cultural competence educational programme. Journal of Advanced Nursing 2006;53:470- 479

40. Sealey LJ, Burnett M, Johnson G. Cultural competence of baccalaureate nursing faculty: are we up to the task? Journal of Cultural Diversity 2006;13:131–140

41. Kosoko-Lasaki O, Cook CT, O'Brien R, Kissell J, Purtilo R, Peak F. Promoting cultural proficiency in researchers to enhance the recruitment and participation of minority populations in research: development and refinement of survey instruments. Evaluation and Program Planning 2006;29:227–235

42. Hughes KH, Hood LJ. Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. Journal of Transcultural Nursing 2007;18:57-62

43. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. Scientific World Journal 2013;2013:289101

44. Lipson JG, DeSantis LA. Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. Journal of Transcultural Nursing 2007; 18: 10-20

45. Capell J, Veenstra G, Dean E. Cultural competence in healthcare: Critical analysis of the construct, its assessment and implications. Journal of Theory Construction & Testing 2007;11: 30-37

46. Brathwaite AC. Selection of a conceptual model/framework for guiding research interventions. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice 2003; 6: 38-49

47. Jeffreys MR. Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation. 1st Edition, Springer Publishing Company: Uk, 2015

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]
[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.4.5.9]

[DOI: 10.29252/payesh.19.4.423]

ABSTRACT

Psychometric evaluation of the Medical Science Graduates' Cultural Competency Questionnaire

Zahra naghizadeh moghary [1], Abbas abbas pour [1*], Saeed ghiasi nodooshan [1], Mahdi feiz[2], Jalil kuhpayehzadeh [3]

1. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. ACECR, Tehran, Iran
3. Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (4): 423 – 433
Accepted for publication: 29 July 2020
[EPub a head of print- 15 August 2020]

Objective (s): Since cultural competency is an important issue for health care professionals. The aim of this study was to develop and validate a questionnaire to assess the cultural competency for medical graduates.

Methods: first an item pool was s generated. Then the content and face validity was assessed by a panel of 15 experts familiar with clinical education and cultural competence. The structural validity of the questionnaire was assessed using the information obtained from 542 medical students working in medical centers in Tehran by exploratory factor analysis. The reliability of the questionnaire was assessed by examining internal consistency. Data were analyzed using SPSS software version 24.

Results: Out of 103 items generated after content validity 64 items remained. The structural validity of the questionnaire as assessed by the exploratory factor analysis led to removing 14 items. The final version of the questionnaire contained 50 items tapping into 8 factors that jointly explained 53.45% of variance observed. The Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was 0.96 and for the 8 factors ranged from 0.88 to 0.89.

Conclusion: The findings suggest that the Medical Science Graduates' Cultural Competency Questionnaire is a valid and reliable measure that can be used as an instrument to assess the cultural competency of medical students.

Key Words: Validity, Reliability, Tool, Cultural Competency

[*] Corresponding author: Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
E-mail: z.naghizadeh@yahoo.com