

صلاحیت بین فرهنگی، ضرورتی ناشناخته در آموزش علوم پزشکی:

مقاله مروری

مجتبی موسوی بزاز، عاطفه ذبیحی ززولی*، حسین کریمی مونی

چکیده

مقدمه: صلاحیت بین فرهنگی به عنوان جزیی بنیادی از حرفه‌ای‌گرایی (Professionalism)، در حوزه علوم پزشکی به دلیل تنوع فرهنگی مراجعین (به خصوص دانشجویان و بیماران) جایگاه منحصر به فردی دارد. با وجود اهمیت فراوان این صلاحیت هنوز ابعاد آن در کشور ناشناخته مانده است. لذا در این مطالعه به تبیین صلاحیت فرهنگی، اهمیت آن در جامعه پزشکی، چگونگی سنجش و آموزش آن و جایگاه آن در ایران پرداخته شده است.

روش‌ها: در این مقاله مروری ابتدا منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی مختلف نظیر سایت‌های pub، SID، magiran، sceince direct، Proquest، med با کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی صلاحیت بین فرهنگی، سنجش، آموزش و اعضای هیأت علمی به صورت ترکیبی و مجزا جستجو و پس از مرور مقالاتی که با موضوع ارتباط بیش‌تری داشتند، انتخاب و مطالب آن‌ها استخراج شد.

نتایج: از مجموع ۱۳۱ مقاله بررسی شده مستندات ۶۸ مقاله مرتبط و معتبر استخراج شد. با توجه به ابعاد مختلف موضوع، در سه طبقه، "اهمیت صلاحیت بین فرهنگی، آموزش صلاحیت بین فرهنگی و ارزیابی صلاحیت بین فرهنگی" دسته‌بندی گردید. صلاحیت فرهنگی مجموعه‌ای از دانش، نگرش و رفتارهای مناسب است که همراه با هم به کار می‌روند و فرد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر در شرایط متفاوت فرهنگی کار کند. در حوزه مراقبت، پیوند واضحی بین صلاحیت فرهنگی، بهبود کیفیت، پیشرفت پیامدهای سلامتی و حذف نابرابری‌های قومی وجود دارد. در حوزه آموزش، یک دانشکده مناسب از نظر فرهنگی، مکانی است که برای توسعه فردی دانشجویان فرصتی ارائه داده و امکان توسعه گروه‌های مختلف فرهنگی را تسهیل نماید. بنابراین مدرسان علوم پزشکی باید نگرش، رفتار و دانش چند فرهنگی به منظور پاسخگویی مناسب به تنوع فرهنگی مراجعین (به خصوص دانشجویان و بیماران) داشته باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که متغیرهای فرهنگی در کشور ما متأثر از عوامل گوناگونی است، ضروری است که این پدیده در شرایط فرهنگی ما بررسی شود و در خصوص راه کارهای آموزشی و سنجش آن در اساتید و دانشجویان برنامه‌ریزی جامعی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: صلاحیت فرهنگی، صلاحیت بین فرهنگی، ارزیابی صلاحیت فرهنگی، آموزش چند فرهنگی، آموزش علوم پزشکی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / اردیبهشت ۱۳۹۳؛ ۱۴(۲): ۱۲۲ تا ۱۳۶

مقدمه

انسان‌ها متنوع آفریده شده‌اند و دارای زمینه‌های فرهنگی و زبان متفاوت هستند (۱). فعالیت‌های انسان نیز به وسیله‌ی محیط اجتماعی و فیزیکی او محدود می‌شود و تحت تأثیر آن شکل می‌گیرد (۲). انسان، در ارتباط با جهان، سایر انسان‌ها و اشیا می‌تواند شناخت و اعتقادات، اخلاق و تمایلات، آداب و سنن و الگوهای رفتاری خود را

* نویسنده مسؤول: عاطفه ذبیحی ززولی، دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران zabihia901@mums.ac.ir
مجتبی موسوی بزاز (استادیار)، گروه پزشکی اجتماعی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (mousavim@mums.ac.ir)
حسین کریمی مونی (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (karimih@mums.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۱۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۱۲/۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۸

مورد تأیید قرار دهد (۳) بنابراین فرهنگ همیشه در حال تغییر و تحول است و انسان‌ها خالق و محافظ دائم فرهنگ هستند.

در یک جامعه بین افراد دارای فرهنگ‌های مختلف به طور پیوسته ارتباط وجود دارد (۲). فرهنگ بر جنبه‌های زیادی از زندگی به خصوص شیوه‌های ارتباطی اثر می‌گذارد (۴). هیچ تردیدی وجود ندارد که فرهنگ در شکل دادن به رفتارها، باورها و ارزش‌های سلامتی فرد نیز نقش مهم و بزرگی دارد (۵).

تنوع فرهنگی یکی از مشخصه‌های اساسی جهان امروز و عاملی مؤثر در تعاملات بین فردی و ساخت اجتماعی قلمداد می‌شود (۶). جامعه ایرانی نیز، به لحاظ تاریخی دارای بافتی چند قومی-فرهنگی، زبانی و مذهبی بوده است (۷). وجود اقشار و طبقات گوناگون اجتماعی این پیچیدگی را بیش‌تر می‌کند. مطالعات مختلفی در داخل کشور ضرورت توجه به مسأله تنوع فرهنگی و تنوع در قوم‌ها را برجسته ساخته است. به عنوان نمونه، عراقیه و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان «تلفیق، راهبردی مناسب برای تدوین برنامه درسی چندفرهنگی» بیان کرده‌اند که بسیاری از کشورها مانند ایران، به طور مستقیم درگیر تنوع اقوام و فرهنگ‌های مختلف هستند و وظایف آموزش عالی فراهم کردن بسترهای مناسب در برنامه درسی، برای آشنایی با فرهنگ‌های مختلف است (۹). دجمن و همکاران طی مطالعه خود بیان کرده‌اند که منظور افزایش آگاهی فرهنگی ما نیازمندیم تا اطلاعات بیش‌تر در ارتباط با موضوعات فرهنگی هر گروه قومی در ایران به دست آوریم (۱۰).

حیدری و همکاران بر اساس نتایج مطالعه خود با عنوان «راهبردهای ارتباطی پرستاران در مواجهه با بیماران دارای تنوع فرهنگی» بیان نمودند که پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر این باور بودند که اختلاف زبانی می‌تواند از موانع ارتباطی عمده بین آن‌ها و بیمار باشد و تنوع فرهنگی در جامعه مستلزم توجه خدمات بهداشتی و

درمانی به فراهم نمودن خدمات مناسب فرهنگی و زبانی است (۱).

در نتیجه برای حوزه علوم پزشکی توجه به مسأله تنوع فرهنگی حائز اهمیت فراوان است زیرا از سویی ارتباطات فرهنگی و توانمند نمودن دانشجویان در زمینه احترام به تنوع فرهنگی از مسایل مهم محسوب شده و این مسأله نه تنها زمینه کسب تجربیات سازنده را برای دانشجویان فراهم می‌نماید بلکه درموفقیت تحصیلی و انتخاب شغل ایشان نیز مؤثر است (۱۱).

و از سوی دیگر، این تنوع فرهنگی نیاز به داشتن مدرسانی توانمند به منظور رسیدگی به طور مؤثر به مسایل فرهنگی را برجسته می‌سازد. پر واضح است تنوع قومی، فرهنگی و آداب و رسوم مختلف می‌تواند به عنوان عاملی تأثیرگذار، تسهیل‌گر یا مانع در مسیر ارتباط بین اساتید و دانشجویان یا پزشک و بیمار عمل کند. عدم آگاهی و عدم توجه به این مقوله بسیار حیاتی می‌تواند بر تمامی اهداف مورد نظر در صلاحیت فرهنگی اعضای هیأت علمی سایه بگستراند.

جنبش صلاحیت بین فرهنگی که از حدود بیست سال قبل آغاز شده (۱۲) و توجه بسیاری از مراکز و سازمان‌های بزرگ و معتبر را به خود جلب کرده است (۱۳)، به عنوان پلی برای فاصله فرهنگی بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و سلامتی است (۵). صلاحیت بین فرهنگی توانایی همیاری و کارکردن به طور مؤثر با افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت است (۱۴ و ۱۵) و نوعی حساسیت است که به طور مادام العمر پرورش داده می‌شود و نیازمند آگاهی از خود، آگاهی از موقعیت‌های سایر افراد و توانایی تعامل واقعی و توأم با احترام با سایرین است (۱۶). این صلاحیت از طریق اجرا و به‌کارگیری یک‌سری از سیاست‌ها و فرایندهای یادگیری به دست می‌آید (۱۷). در واقع صلاحیت فرهنگی یک موضوع مهم در آموزش پزشکی است (۱۸). در حرف پزشکی عناصر صلاحیت فرهنگی، نقش مهمی در کاهش

نابرابری‌های بهداشتی و پیشرفت پیامدهای سلامتی بازی می‌کنند (۱۹) و ارائه خدمات سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۰ و ۱۹)، زیرا گروه علوم پزشکی با بیماران دارای زمینه‌ها و فرهنگ‌های مختلف روبرو هستند (۲۱) و فرهنگ پیامدهای بالینی مهمی در ارتباط پزشک و بیمار دارد (۲۲).

به نظر می‌رسد صلاحیت فرهنگی پاسخی مناسب به تنوع قومیت و فرهنگی موجود در جامعه باشد، که با وجود جایگاه خاص و مهم آن در آموزش علوم پزشکی امروز، در کشور ما از آن غفلت شده است و این امر ناشی از ناشناخته بودن ابعاد و جنبه‌های مختلف آن است. در این راستا، در این مطالعه برآنیم تا ابعاد مختلف این صلاحیت را مورد توجه قرار دهیم، لذا شش هدف را دنبال کرده‌ایم که عبارتند از: صلاحیت بین فرهنگی چیست؟ چرا وجود صلاحیت بین فرهنگی در پرسنل حرف پزشکی مهم می‌باشد؟ چرا وجود صلاحیت بین فرهنگی در مدرسان علوم پزشکی مهم می‌باشد؟ مولفه‌های صلاحیت بین فرهنگی چه می‌باشند؟ آموزش و سنجش صلاحیت بین فرهنگی چگونه است؟ و چرا دارا بودن صلاحیت بین فرهنگی برای دانشجویان و اساتید علوم پزشکی در ایران مهم می‌باشد؟

روش‌ها

جهت دستیابی به متون و مقالات مرتبط با کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی صلاحیت فرهنگی، مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی، سنجش صلاحیت فرهنگی، آموزش چند فرهنگی، آموزش صلاحیت فرهنگی، صلاحیت بین فرهنگی، صلاحیت فرهنگی اعضای هیأت علمی علوم پزشکی، در منابع الکترونیکی google scholar, google, mamma, Ovid, pub med, SID, magiran, sceince direct, MD, Proquest, Eric و پایگاه‌های Whereis DOC, Ohio LINK ETD Center و سایت شورای انقلاب فرهنگی (iranculture.org) بدون در نظر گرفتن

محدودیت زمانی، جستجو شد. ابتدا چکیده‌ها و در صورت مرتبط بودن، جهت بررسی اعتبار، کل مقاله مورد بررسی قرار گرفت و در صورت برخوردار بودن مقاله از حداقل‌های یک مقاله معتبر از جمله مرتبط بودن مطالب، برخوردار بودن از یک سازمان منسجم، برخوردار بودن از شواهد کافی و برخوردار بودن از یک محوریت تحقیقی در کلیت و ترکیب، مقاله وارد مطالعه شد. بدین منظور از چک لیست CASP (Critical Appraisal Skills Programme) متناسب با نوع مطالعه استفاده شد. این فرایند توسط دو نفر آشنا به متدولوژی تحقیق (متخصص پزشکی اجتماعی) و به صورت مستقل صورت گرفت. به دنبال این مرحله در مجموع ۱۳۱ مقاله مرتبط با استانداردها و دستورالعمل‌های وضع شده در رابطه با صلاحیت بین فرهنگی توسط مراکز معتبر آموزش پزشکی و انجمن‌ها (کمیته رابط آموزش پزشکی آمریکا و کانادا، انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا، سازمان نظام پزشکی نیوزلند، مرکز ملی صلاحیت فرهنگی واشنگتن، شورای انقلاب فرهنگی ایران) به دست آمد. در مرحله بعد متون و مستندات، توسط دو نفر از محققین مطلع و آگاه از جنبه‌های گوناگون صلاحیت فرهنگی، طی شش جلسه بحث و بررسی دقیق، بر اساس محتوا و موضوع مورد بررسی به سه دسته "اهمیت صلاحیت بین فرهنگی، آموزش صلاحیت بین فرهنگی و سنجش صلاحیت بین فرهنگی" طبقه‌بندی گردید. در موارد اختلاف، جهت کسب قابلیت اطمینان این مرحله، نتایج این مرحله در اختیار پژوهشگری دیگر در نقش داور خارج از طرح و به منزله یک ناظر خارجی قرار داده شد تا اطمینان حاصل شود که درک مشابهی وجود دارد و نتایج مشابهی حاصل شود و در صورت اختلاف در جلسه سه نفره با حداکثر آراء برداشت نهایی انجام می‌شد. سپس ۶۸ مورد که بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۳ بودند و جنبه‌های مرتبط را بیش‌تر تحت پوشش قرار می‌دادند و نیز الزامات کافی جهت استخراج ابعاد مختلف این صلاحیت را داشتند،

خود و دیگران را درک کند و به بررسی نگرش، ارزش‌ها و باورهای خود بپردازد و توانایی داشته باشد که این ارزش‌ها، دانش، مهارت‌ها و ویژگی‌هایی که برای کارکردن مؤثر در موقعیت‌های فرهنگی مورد نیاز است، را در عمل نشان دهد (۲۶ و ۴).

در سطح سازمانی صلاحیت فرهنگی در تمام سطوح سازمان دیده می‌شود در نتیجه این صلاحیت در فلسفه سازمان، رسالت آن و سیاست‌گذاری‌های سازمان منعکس خواهد شد (۲۶). صلاحیت فرهنگی در سطوح سازمانی و پراگماتیک (Programmatic) نیازمند برنامه‌ریزی جامع و هماهنگ است، برنامه‌ها و سازمان‌هایی که فعالیت‌های فرهنگی جزء اهداف اولیه‌شان است، اهمیت فرهنگ را تصدیق کرده و به سنجش روابط فرهنگی توجه دارند، همچنین دانش فرهنگی را توسعه داده و خدمات خود را در راستای برطرف کردن نیازهای فرهنگی مشتریان تطبیق می‌دهند (۴).

چان (Chun) و همکاران طی مطالعه خود بیان کرده‌اند در مجموع، تعریفی که به طور گسترده برای صلاحیت فرهنگی مورد پذیرش قرار گرفته است، تعریف کراس (Cross) و همکارانش است که صلاحیت فرهنگی را این گونه تعریف می‌نمایند: صلاحیت فرهنگی شامل مجموعه‌ای از دانش، نگرش و رفتارهای مناسب است که همراه با هم در یک سیستم، سازمان و در بین حرفه‌ها به کار می‌روند و فرد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر در شرایط متفاوت فرهنگی کار کند (۲۷)، به عبارتی ظرفیت و توانایی کارکردن به طور مؤثر، به عنوان یک فرد یا یک سازمان در بستری از باورهای فرهنگی، رفتارها و نیازهای مشتریان و جامعه است (۲۸).

چرا وجود صلاحیت بین فرهنگی در پرسنل حرف پزشکی مهم است؟
بر اساس مطالعات در بسیاری از کشورها سازمان‌ها،

جهت گزارش انتخاب و در قالب مقاله مروری ارائه شد. همچنین به دلیل اهمیت مقالات بررسی شده قبل از سال ۲۰۰۲، یک مقاله مرتبط و معتبر هم از سال ۱۹۹۷ انتخاب شد.

نتایج

یافته‌های مطالعه بر اساس اهداف پژوهش دسته‌بندی شده و در قالب توضیحات نوشتاری و به صورت دو جدول (جداول ۱ و ۲) ارائه شده است.

صلاحیت بین فرهنگی چیست؟

با بررسی متون و مطالعات گوناگون مشخص شد که بخش مهمی از مطالعات صلاحیت فرهنگی مرتبط به سیستم‌های بهداشتی - درمانی و مددکاری اجتماعی است (۲۳). همچنین تعاریف متعددی از صلاحیت فرهنگی ارائه شده است که اکثر این تعاریف از دید رشته‌ای مانند رشته‌های روانشناسی، پرستاری، روانپزشکی و مددکاری اجتماعی است (۲۴).

گروت (Grote) طی مطالعه خود بیان کرده است که در سال ۱۹۸۹ اولین تعریف از صلاحیت فرهنگی در حوزه علوم پزشکی به وسیله کراس (Cross)، بازون (Bazron)، دنیز (Dennis) و ایساکس (Isaacs) ارائه شد (۲۵). تعاریف بالینی آن اشاره به اکتساب بالینی صلاحیت در سه حوزه عاطفی (آگاهی از نگرش‌ها، ارزش‌ها و سوگیری‌ها)، شناختی (دانش) و رفتاری (مهارت‌های مورد نیاز برای یک مواجهه مؤثر) دارند (۲۴). بورک (Burke) به نقل از یودر (Yoder) و همکاران بیان کرده است که صلاحیت فرهنگی پرورش خود آگاهی و افزایش دانش درباره جمعیت‌های مخاطب، درک باورهای سلامتی و فرهنگی گروه‌های مختلف است (۱۹).

علاوه بر این صلاحیت فرهنگی در سطوح مختلف، از جمله سطح فردی و سطح سازمانی تعریف و مورد توجه قرار گرفته است. در سطح فردی نیاز است تا فرد فرهنگ

مراکز و انجمن‌های معتبر دولتی به اهمیت وجود صلاحیت فرهنگی در گروه بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تأکید و به منظور دستیابی به آن سیاست‌ها و استانداردهایی وضع کرده‌اند از جمله کمیته رابط آموزش پزشکی، انجمن پزشکی آمریکا، سازمان نظام پزشکی نیوزلند، انجمن پرستاری آمریکا و انجمن ملی کارگران اجتماع، تمامی بیانیه ارتقای صلاحیت فرهنگی را منتشر کرده‌اند (۱۳) به عنوان مثال لای (Lie) در مطالعه خود بیان کرده است که کمیته رابط آموزش پزشکی تمامی دانشکده‌های پزشکی آمریکا و کانادا را موظف کرده است تا صلاحیت فرهنگی جزء پیامدهای مرکزی آموزش آنها باشد و در سال ۲۰۰۰ استاندارد در رابطه با اهمیت وجود صلاحیت فرهنگی در هیأت‌علمی و دانشجویان علوم پزشکی به شرح زیر تنظیم کرده است: اعضای هیأت‌علمی و دانشجویان باید درک و فهم خود را نسبت به شیوه‌هایی که افراد دارای فرهنگ‌ها و اعتقادات متفاوت، سلامتی و بیماری را درک می‌کنند و به علائم، بیماری‌ها و درمان‌های مختلف پاسخ می‌دهند، نشان دهند (۲۹). سازمان نظام پزشکی نیوزلند نیز در رابطه با اهمیت وجود صلاحیت فرهنگی در پزشکان بیان کرده است: یک پزشک برای این که به طور موفقیت آمیز به بیماران دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوت خدمت کند، نیازمند است تا نگرش‌ها، آگاهی، دانش و مهارت‌های مناسب از خود نشان دهد و در این راستا استانداردهای صلاحیت فرهنگی را در سه سطح دانش/ آگاهی، نگرش و مهارت بیان کرده است (۳۰).

اهمیت مراقبت شایسته فرهنگی در سه حوزه مهم "نابرابری‌های بهداشتی، ارائه خدمات بهداشتی و کیفیت خدمات ارائه شده" قابل توجه است (۳۱).

نابرابری‌های بهداشتی: سازمان جهانی بهداشت نابرابری سلامتی و بهداشتی را این چنین تعریف می‌کند: تفاوت در بروز، شیوع، میزان مرگ و میر و هزینه عمومی حاصل از بیماری‌ها و موقعیت‌های سلامتی

نامطلوب که بین گروه‌های مختلف مردم وجود دارد. تعدادی از فاکتورها وجود دارند که ممکن است این نابرابری را توسعه دهند از جمله: موانع زبانی و فرهنگی، فشارهای زمانی، تعصبات، سطح تحصیلات بیماران، هنجارها و ارزش‌های قومی و نژادی و آداب و رسوم (۳۲).

به منظور برطرف کردن نابرابری‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید بر تأثیرات هنجارهای فرهنگی تمرکز کنند و بر اساس نگرش‌ها، درک‌ها و رفتارهای بیمار عمل کنند (۲۰). لذا در این راستا بر مسأله صلاحیت فرهنگی در سیستم‌های مراقبتی به خصوص در دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان محل توسعه نگرش نسل جدید پزشکان، تمرکز شده است (۳۳)؛ زیرا در حوزه بهداشت و درمان، صلاحیت فرهنگی یک فرآیند چند بعدی است که هدف آن دستیابی به مراقبت بهداشتی متجانس و یکسان فرهنگی است (۱۵ و ۳۴). برای پزشکان و موسسات پزشکی صلاحیت فرهنگی در عمل تلاشی به منظور کاهش نابرابری‌های موجود در امر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است (۱۴)، تا جایی که کمبود صلاحیت فرهنگی در پرسنل حرف سلامتی ممکن است منجر به نارضایتی بیماران شود (۳۵).

ارائه خدمات بهداشتی: ارتباط خوب بین پرسنل حرف بهداشتی با بیماران که مشتریان اصلی آنان هستند، به درک و فهم متقابل وابسته است و طیفی از فاکتورها از جمله زمینه‌های فرهنگی می‌تواند به عنوان کمک‌کننده یا مانع این درک متقابل باشد (۳۶). به‌طوری‌که از سال ۱۹۸۰ تأثیر باورهای سلامتی و تنوع فرهنگی بیماران بر مواجهه بالینی تأیید و به رسمیت شناخته شده است (۳۷). با توجه به این که جنبه‌های صلاحیت فرهنگی شامل توانایی مدیریت موانع زبانی، سبک‌های ارتباطی، تعصبات، رسوم و معنویت، مسایل جنسی و جنسیتی است و همچنین به نشان دادن همدلی، احترام و فاکتورهای کلیدی دیگر جهت ارائه خدمات مؤثر به بیمار بستگی دارد (۳۸). بنابراین

تطابق بین روش‌های تدریس یک مدرس در برخی موارد ممکن است که منعکس کننده صلاحیت فرهنگی او باشد (۴۱).

رایت (Wright) و همکاران به نقل از فیکلین (Ficklin) و همکاران بیان کرده‌اند که یکی از روش‌های آموزشی رایج در دانشکده‌های پزشکی و کارورزی‌ها، الگو محوری (Role modeling) است و جهت مؤثر بودن این روش آموزشی اعضای هیأت علمی باید این مسأله را درک کنند که تمامی تعاملات و نگرش‌های آنان دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۲)، بنابراین از یک سو اساتید علوم پزشکی در نقش الگو محوری خود باید بتوانند به عنوان یک الگو عمل کرده و مهارت فرهنگی را به دانشجویان نشان دهند تا آنها را برای ارائه مراقبت شایسته، جهت مواجهه با بیماران دارای فرهنگ‌های گوناگون آماده کنند. از سوی دیگر با افزایش تنوع در جمعیت دانشجویان، اعضای هیأت علمی نیازمندند تا نسبت به تفاوت‌های فرهنگی مرتبط با تدریس و یادگیری آگاه و ماهر شوند. بورک (Burke) به نقل از کمپبل (Campbell) بیان کرده است که وقتی اعضای هیأت علمی نسبت به تفاوت‌های فرهنگی دانشجویانی که با آنها روبرو هستند حساس شوند فرآیند یاددهی و یادگیری به طور مؤثرتری در راستای موفقیت دانشجویان ارائه خواهد شد (۱۹)؛ به عبارتی می‌توان گفت تنوع فرهنگی یک چالش اجتماعی و مرتبط با تدریس برای مدرسان به شمار می‌آید (۴۳)، زیرا که مدرسان باید نگرش، رفتار، مهارت و دانش چند فرهنگی به منظور پاسخ‌گویی مناسب به تنوع فرهنگی را داشته باشند و سوء تفاهم‌های فرهنگی می‌تواند به مانع یادگیری تبدیل شود (۴۴).

تفاوت در الگوهای ارزشی یک کلاس (الگوهای ارزشی مدرس - الگوهای ارزشی دانشجو) حداقل اثری که در پی دارد این است که منجر به سوء تفاهم متقابل، ارتباطات ضعیف و کم‌تر شدن تعاملات فرهنگی مؤثر می‌شود. مطالعات نشان داده است که اگر اعضای هیأت علمی سطح

صلاحیت فرهنگی نه تنها مسأله‌ای جدا از مراقبت پزشکی نیست بلکه عنصری مهم در ارائه خدمات بهداشتی است (۳۵). پرسنل حرف سلامتی باید در تعاملات خود با بیماران و خانواده‌هایشان به مسایل فرهنگی احترام بگذارند (۳۹). هنگامی که مراقبت فرهنگی بر اساس ارزش‌ها و باورهای بیمار ارائه شود میزان پیروی بیمار از دستورات درمانی و مراقبتی افزایش می‌یابد.

کیفیت خدمات ارائه شده: انجبرستون (Engelbreton) و همکاران به نقل از درهر (Dreher) و مک ناتون (MacNaughton) بیان کرده‌اند که صلاحیت فرهنگی در سطح فردی مراقبت بهداشتی صرفاً نام دیگر مراقبت بیمار محور است (۱۳). در علوم پزشکی صلاحیت فرهنگی ترکیب اصول مراقبت بیمار محور با تأثیرات فرهنگی و اجتماعی است که بر کیفیت خدمات پزشکی و درمانی اثر می‌گذارد (۲۸). امروزه با تغییرات محیط‌های بهداشتی، پزشکان و سازمان‌های بهداشتی تحت فشار زیادی به منظور اطمینان یافتن از کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران هستند (۳۱). هم هدف صلاحیت فرهنگی و هم هدف مراقبت بیمار محور، بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است (۲۶).

در واقع صلاحیت فرهنگی توانایی سیستم‌های درمانی در ارائه خدمات مراقبتی دارای کیفیت بالا به بیماران است که این مراقبت ایمن، بیمار محور، مبتنی بر شواهد و عادلانه است (۱۷).

چرا وجود صلاحیت بین فرهنگی در مدرسان علوم پزشکی مهم است؟

در حوزه آموزشی، صلاحیت فرهنگی برای اساتید به مفهوم توانایی تدریس موفقیت آمیز به دانشجویان دارای فرهنگ‌های مختلف نیز تعریف می‌شود (۲). این امر مستلزم ارتقای فردی، آگاهی بین فردی، درک مجموعه خاصی از دانش فرهنگی، تسلط بر مجموعه‌ای از مهارت‌ها و استفاده از آنها با هم است (۴۰). در واقع

مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی هر کشور زمینه‌های سیاسی، تاریخی و اجتماعی- فرهنگی آن را منعکس می‌کند مثلاً در مؤلفه‌های آمریکای شمالی تأکید کم‌تری بر نژادپرستی و دیگر اشکال تبعیض در مقایسه با انگلستان و نیوزلند شده است (۴۷). حتی در یک کشور ممکن است سازمان‌های مختلف با توجه به نقش‌ها و وظایف خود مؤلفه‌های خاص خود را داشته باشند.

بورک (Burke) در مطالعه خود بیان می‌کند که کامپینها باکوت (Campinha-Bacote) از صاحب‌نظران حوزه صلاحیت فرهنگی در آمریکا شمالی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را به عنوان یک گروه فرهنگی دارای ارزش‌ها، اعتقادات، عملکردها و زبان منحصر به فرد توصیف کرده است. وی در سال ۱۹۹۱ طی مطالعات خود مدلی برای صلاحیت فرهنگی ارائه داده است که در آن چهار معیار آگاهی فرهنگی، دانش، مهارت و مواجهه رابیان کرده است و در سال ۲۰۰۲ برای دومین بار مدل خود را بازبینی کرد و تمایل فرهنگی را به عنوان نیروی محرکه ۴ معیار دیگر در نظر گرفت (۱۹). از آنجا که بر اساس مطالعات این مدل یکی از معروف‌ترین و پرکاربردترین مدل‌ها است که مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی را در خود جای داده است، به بسط آن خواهیم پرداخت.

مدل باکوت از نظر محتوا جامع و از نظر شفافیت مفهومی و تجانس منطقی در سطح بالا است (۴۹). در مدل باکوت صلاحیت فرهنگی به صورت یک فرآیند مستمر دیده می‌شود که در آن ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی و بهداشتی به طور مداوم در تلاشند تا توانایی و قابلیت خدمت‌کردن به طور مؤثر به مشتریان دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوت را کسب کنند (۵۰). چارچوب باکوت شامل ۵ مؤلفه (آگاهی فرهنگی، دانش، مهارت، مواجهه فرهنگی و تمایل فرهنگی) است که با یکدیگر رابطه‌ی وابسته‌ای دارند و در جدول ۱ شرح داده شده است (۵۱ و ۴۹ و ۵۰).

بالایی از صلاحیت فرهنگی را داشته باشند) که معمولاً ناشی از تجربیات قبلی آنها در مدیریت فرایند یادگیری دانشجویان دارای فرهنگ متفاوت است)، دانشجویان تمایل بیش‌تری به بازخورد مثبت دارند یعنی ارزشیابی خوبی توسط دانشجویان خواهند داشت (۴۱). یک دانشکده شایسته و صالح از نظر فرهنگی، مکانی است که برای توسعه فردی هر دانشجو فرصتی را ارائه داده و امکان توسعه گروه‌های فرهنگی گوناگون را تسهیل می‌کند (۴۵). بنابراین بر اساس منابع نقش اساتید علوم پزشکی هم از نظر آموزش صلاحیت فرهنگی به دانشجویان، اسوه و معیار بودن، ویژگی‌های شخصیتی و تعامل با مشتریان و هم از نظر تنوع چند فرهنگی جمعیت دانشجویان در دانشگاه‌ها بسیار حائز اهمیت است. به طوری که بورک (Burke) به نقل از کاردونگ- ادگرین (Kardong-Edgren) بیان کرده است که سنجش صلاحیت فرهنگی می‌تواند به عنوان یک معیار برای صلاحیت اعضای هیأت‌علمی استفاده شود (۱۹).

مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی چه هستند؟

امروزه مدل‌ها و راهکارهای زیادی برای ارائه مراقبت شایسته فرهنگی وجود دارد (۴۶). مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. در هر کشوری با توجه به اهداف، چشم‌اندازها و ویژگی‌های جمعیت آن کشور به تعیین مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی پرداخته شده است، به عنوان مثال جروی (Jirwe) و همکاران در سوئد عناصر صلاحیت فرهنگی در پنج دسته حساسیت فرهنگی، فهم فرهنگی، فهم سلامتی- بیماری مراقبت‌های بهداشتی و زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی با ۱۷ زیر دسته مرتبط طبقه‌بندی کرده‌اند (۴۷). مرکز سلامت روانی کانادا در تورنتو طی یک مرور نظام‌مند عناصر عملی صلاحیت فرهنگی بالینی را در چهار حوزه ارزش/نگرش، دانش، مهارت و مسایل مربوط به ارتباط/قدرت طبقه‌بندی کرده است (۴۸). در واقع

جدول ۱: چارچوب صلاحیت فرهنگی باکوت

آگاهی فرهنگی	فرایند خودآزمایی آگاهانه از تعصبات خود نسبت به دیگر فرهنگ‌ها و کشف عمیق تعصبات و پیش داوری‌ها و مفروضات خود در مورد سایر افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت است. باکوت بیان می‌کند که بدون آگاهی از تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر تعاملات مان با دیگران، خطر تحمیل فرهنگی وجود دارد.
دانش فرهنگی	به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که پرسنل حرف سلامتی، اطلاعات اساسی در مورد دیدگاه‌های گروه‌های قومی و فرهنگی گوناگون، متغیرهای بیولوژیکی، موقعیت‌های سلامتی در گروه‌های قومی مختلف و سایر اطلاعات فرهنگی معنادار و مهم را جستجو کرده و به دست می‌آورند. در اینجا بر ادغام سه مسأله اصلی: ارزش‌ها و باورهای مرتبط با سلامتی، بروز و شیوع بیماری و اثربخشی درمان باید تمرکز شود.
مهارت فرهنگی	توانایی جمع‌آوری اطلاعات فرهنگی مرتبط با مشکل فعلی مراجعین و اجرای درست ارزیابی فیزیکی بر اساس فرهنگ مراجعین است.
مواجهه فرهنگی	تعامل با مراجعین دارای فرهنگ‌های مختلف است و یکی از عناصر مهم مواجهه فرهنگی صلاحیت زبانی است.
تمایل فرهنگی	مفهوم نهایی و محوری چارچوب نظری باکوت است که حرکت به سوی صلاحیت فرهنگی را سرعت می‌بخشد و آن انگیزه فرد جهت درگیر شدن در چهار فرایند فوق است.

آموزش و سنجش صلاحیت بین فرهنگی چگونه است؟

به منظور افزایش صلاحیت فرهنگی سیستم‌های بهداشتی، باید این صلاحیت به آن‌ها آموزش داده شود (۳۵). سالی (Sealey) به نقل از کراس (Cross)، ریدر (Rider)، فریسن (Friesen) و ماسون (Mason) بیان می‌کند که صلاحیت فرهنگی چیزی نیست که با خواندن کتاب، شرکت در کارگاه و یا عضویت در یک گروه خاص به دست آید بلکه یک فرایند قابل رشد است که در طول یک زنجیره شامل طیفی از حداقل صلاحیت تا حداکثر صلاحیت حرکت می‌کند و این حداکثر صلاحیت نقطه پایان نیست (۴۰). زیرا صلاحیت فرهنگی یک مقصد نیست (۵۲)، بلکه یک فرایند مداوم، قابل یادگیری و ارتقا است (۵۳) و می‌تواند به صورت فرایند زیر دیده شود:

حساسیت - آگاهی - دانش - مهارت - صلاحیت (۵۴).

آموزش صلاحیت باید در محیطی امن، بدون قضاوت و حمایت شده اتفاق بیفتد (۵۵). در تدریس و یادگیری صلاحیت فرهنگی به سه بعد اصلی و مهم دانش، نگرش و

مهارت باید توجه شود. طیفی وسیعی از مطالعات در مورد تأثیر آموزش صلاحیت فرهنگی در رشته‌های بالینی گوناگون وجود دارد، بیش‌تر این مطالعات نشان داده‌اند که آموزش صلاحیت فرهنگی در پیشرفت دانش، نگرش و مهارت افراد تأثیر به سزایی دارد، حتی تعدادی از مطالعات نیز تأثیر آموزش صلاحیت فرهنگی بر بهبود وضعیت بیمار و پیشرفت پیامدهای مطلوب را نشان داده‌اند (۲۱).

بسیاری از کشورها مانند کشورهای آمریکای شمالی جهت آموزش صلاحیت فرهنگی، آن را در کوریکولوم خود ادغام کرده و به عنوان عنصری مهم و اصلی برای کوریکولوم‌های پزشکی شناخته‌اند (۵۶).

بوکر (Booker) بیان می‌کند که بنا به گفته انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا برای این که کوریکولوم صلاحیت فرهنگی مؤثر باشد، نیازمندی‌های خاصی وجود دارد (جدول ۲) (۲۳).

جدول ۲: نیازمندی‌های خاصی کوریکولوم صلاحیت فرهنگی مؤثر

کوریکولوم باید رهبران، اعضای هیأت علمی و دانشجویان را مورد حمایت رسمی قرار دهد.
منابع سازمانی و جامعه باید متعهد به کوریکولوم باشد.
باید مسؤولین در طراحی کوریکولوم درگیر شده و بازخورد ارائه دهند.
ضروری است تا دانشکده و اعضای هیأت علمی آن، نسبت به ارائه مداخلات آموزشی ادغام شده و مناسب بر حسب سطح یادگیرنده متعهد شوند.
در یک کوریکولوم صلاحیت فرهنگی باید فرایند ارزشیابی (ارزشیابی و مسؤولیت پذیری) به طور واضح تعریف شده باشد.

را اندازه می‌گیرد (۴۴).

چرا دارا بودن صلاحیت بین فرهنگی برای دانشجویان و اساتید علوم پزشکی در ایران مهم است؟

کشور ایران از گذشته‌های دور، سرزمین اقوام و مذاهب گوناگون بوده است. مردمانی با فرهنگ غنی که سال‌ها در کنار هم مسالمت آمیز زندگی کرده‌اند و جامعه‌ای با تنوع فرهنگی زیبا آفریده‌اند (۵۹). ایران در مقایسه با ۲۰۰ کشور یا واحد جغرافیایی از بیش‌ترین گوناگونی قومی برخوردار است (۶۰).

در یک تقسیم‌بندی یازده هویت قومی در کشور بر می‌شمارند: فارس، ترک، کرد، گیلک، لر، عرب، مازنی، بلوچ، بختیاری، تالش و ترکمن (۶۱)، در حالی که حدود نیمی از جمعیت کشور، فارس زبان هستند، ترک‌ها و کردها یک سوم دیگر (۳۴٪) و سایر گروه‌های قومی یک ششم باقیمانده (۱۶٪) را تشکیل می‌دهند (۶۰).

برخی اقوام ایرانی مانند آذری‌ها، کردها و عرب‌ها دارای زبان خاص خود هستند و از دیرباز این علایق وجود داشته که اقوام این سرزمین نه تنها به زبان خود تکلم می‌کردند، به طوری که چنین به نظر می‌رسد مهمترین مؤلفه تعریف هویتی اقوام در ایران مؤلفه زبان باشد؛ بلکه هر کدام آداب و رسومی خاص داشته، بر اساس آن به زندگی خود هویت و معنا بخشیده‌اند (۶۱).

علاوه بر تنوع قومی در داخل کشور، در حال حاضر، ایران یکی از مناطق عمده تمرکز مهاجران و پناهندگان در جهان محسوب می‌شود و مهاجران خارجی بخشی از بافت جمعیتی این کشور را تشکیل می‌دهند. طوری که علی رغم جریان بازگشت پناهندگان افغانی و عراقی از ایران به کشورهای خود در سال‌های اخیر، نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵، حضور ۱ میلیون و ۳۰۰ هزار مهاجر و تبعه خارجی را در ایران نشان می‌دهد (۶۲). همچنین یکی از مسایل مهم نظام آموزش عالی ایران، حضور دانشجویان خارجی در دانشگاه‌های کشور است به طوری که فتحی و اجارگاه و همکاران در مطالعه خود

به طور ایده آل، صلاحیت فرهنگی به عنوان یک صلاحیت اصلی و هسته‌ای برای عملکرد پزشکی خواهد بود بنابراین در آزمون‌های دانشکده‌های پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد (۴۳). ابزارهای متنوعی برای سنجش صلاحیت فرهنگی طراحی شده است که یکی از آن‌ها ابزار سنجش آموزش صلاحیت فرهنگی (TACCT) است که توسط انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا طی برگزاری پانلی از متخصصان رشته‌های گوناگون، دانشکده‌های پزشکی و سازمان‌های مراقبت بهداشتی طراحی شد. این ابزار از ۵ حوزه درسه سطح دانش، نگرش و مهارت و ۶۷ آیتم تشکیل شده بود که چارچوبی جهت آموزش و سنجش آموزش صلاحیت فرهنگی فراهم می‌کرد (۲۹). در سال ۲۰۰۸ طی پژوهش لای (Lie) و همکارانش با عنوان (بازنگری ابزار سنجش آموزش صلاحیت فرهنگی) این ابزار بازنگری شد و تعداد آیتم‌ها از ۶۷ تا به ۴۲ آیتم و حوزه‌ها از ۵ حوزه به ۶ حوزه تغییر یافت. چارچوب بازنگری شده مؤلفه‌های صلاحیت فرهنگی، جهت سنجش آموزش آن در ۶ حوزه نابرابری‌های بهداشتی، استراتژی‌های ارتباطی، تعصب و باورهای عامیانه، مهارت‌های ارتباطی خاص به منظور ارتباطات میان فرهنگی، استفاده از مترجم و خود انعکاسی/ فرهنگ پزشکی دسته‌بندی شده است (۵۷ و ۵۸).

در یک مطالعه سیستماتیک از ابزارها و روش‌های موجود برای ارزشیابی صلاحیت فرهنگی، محققان ۴۴ ابزار متفاوت برای ارزشیابی صلاحیت فرهنگی شناسایی کردند به علاوه به تعدادی مطالعه برخورد کردند که ابزار توسعه داده شده تنها برای همان مطالعه را به کار برده بودند. تعدادی از مطالعات نیز برای ارزشیابی صلاحیت فرهنگی دانشجویان یا کارورزان از روش‌های کیفی یا ترکیبی مانند استفاده از فیلم، مشاهده شرکت کنندگان، مصاحبه‌های کیفی، پرسشنامه باز پاسخ استفاده کردند. بیش‌تر ابزارهای اندازه گیری صلاحیت فرهنگی کمی می‌باشند که صلاحیت فرهنگی دانشجویان یا کارورزان

گروه‌های قومی و مذهبی کشور متفاوت است به عنوان مثال مطالعات کلانتری و همکاران نشان داد که نگرش دانشجویان دارای قومیت‌های مختلف نسبت به سقط جنین متفاوت است (۶۶)؛ یا مطالعات عباسی شوازی و همکاران حاکی از وجود تفاوت‌های بارز قومی در زمینه رفتار باروری در ایران است (۶۰).

همچنین دانشگاه‌ها به خصوص دانشگاه‌های علوم پزشکی یکی دیگر از این سازمان‌ها است، زیرا از یک سو با توجه به شواهد و مستندات، اعضای هیأت‌علمی که بزرگ‌ترین منابع دانشگاه‌ها و تربیت‌کننده نیروی انسانی نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند با تنوع جمعیت دانشجویان در دانشگاه مواجهه هستند و از سویی دیگر تربیت نیروی کار ماهر برای مواجهه با این تنوع فرهنگی و قومی بر عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی است که بخش مهمی از این فرایند در محیط بالین و در ارتباط با بیمار صورت می‌گیرد، به طوری که یادگیری بالینی جوهره و عنصر کلیدی آموزش پزشکی است (۶۷).

بحث

در این مقاله به موضوع صلاحیت فرهنگی، اهمیت آن در گروه علوم پزشکی، مؤلفه‌های صلاحیت، آموزش و سنجش آن پرداخته شده است. در این مطالعه نشان داده شد که صلاحیت فرهنگی، مقوله‌ای مهم در آموزش علوم پزشکی امروز است و در نقاط مختلف دنیا آموزش و سنجش آن در گروه علوم پزشکی همواره مورد توجه بوده است به طوری که جهت ارتقای این صلاحیت، آن را درک‌وریکولوم و برنامه‌های آموزش مداوم خود ادغام کرده‌اند. شواهد موجود و اسناد دولتی در رابطه با وضعیت آموزش چند فرهنگی، تنوع قومی و دینی، در داخل کشور نیز توجه به این مقوله را در گروه بهداشت و درمان کشور برجسته می‌سازد. حیدری و همکاران بر اساس نتایج مطالعه خود بیان نمودند که تنوع فرهنگی در جامعه مستلزم توجه خدمات بهداشتی و درمانی به فراهم

بیان کرده‌اند که در سال تحصیلی ۲۰۰۹ بالغ بر ۳/۳۴۹/۷۴۱ دانشجو در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش‌عالی ایران مشغول تحصیل بودند که از این تعداد نزدیک به ۲۵۰۰ نفر آنها دانشجویان خارجی بودند و در برنامه پنجم توسعه به سمت افزایش ظرفیت دانشجویان خارجی و رسیدن به ۲۵ هزار دانشجو از طریق برنامه‌های ایجاد واحدهای بین‌المللی در استان‌های مرزی با هدف پذیرش دانشجوی خارجی از کشورهای همسایه تمرکز شده است (۶۳).

مسئله مهم دیگری که در کنار این تنوع مطرح می‌شود، وجود اقلیت‌های دینی مختلف در کشور است. بر اساس قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به زرتشتی‌ها، ارامنه، یهودها، مسیحی‌ها (ارامنه و آشوری‌ها) عنوان اقلیت‌های دینی اطلاق می‌شود و حضور اقوام و ادیان، ضرورت دیدگاهی فرا فرهنگی را در رویارویی با تنوع فرهنگی مطرح کرده است (۶۴).

بنابراین در ایران ارتباطات فرهنگی در سه سطح قابل مطالعه است: ۱) ارتباطات بین فرهنگی بین‌المللی مثل ارتباط ایرانیان با ملت‌های دیگر (۲) ارتباط بین فرهنگی بین فرهنگ‌های متفاوت در داخل یک کشور مثل ارتباط ایرانی‌ها با مهاجرین در ایران (۳) ارتباطات درون فرهنگی که در واقع مطالعه رابطه بین خرده فرهنگ‌ها و فرهنگ قومی با هم و در رابطه با فرهنگ ملی است (۶۵).

با در نظر گرفتن تمام مطالب فوق در می‌یابیم که ما در داخل کشور شاهد تنوع قومی، زبانی، مذهب، آداب و رسوم، ارزش‌های قومی، هنجارها می‌باشیم و وجود این تنوع فرهنگی بسیاری از سازمان‌های مهم را با چالش روبرو می‌کند، از جمله سازمان‌های بهداشتی جامعه را که با بیماران از زبان و فرهنگ‌های متنوع روبرو می‌باشند و مطالعات نشان داده است که درک مردم از سلامتی و بیماری تحت تأثیر فاکتورهای فرهنگی قرار می‌گیرد (۱۰). مطالعات مربوط به داخل کشور حاکی از آن است که باورهای سلامتی-درمانی و شیوع بیماری‌ها بین

نمودن خدمات مناسب فرهنگی و زبانی است. درک باورهای بیماران و احترام به اعمال مذهبی و نیازهای بیمار و خانواده‌های آنان موجب عمیق‌تر شدن بعد انسانی ارتباط بین پرسنل حرف سلامتی و بیمار می‌شود. هنگامی که کارکنان بهداشتی در شناخت موانع ارتباط بین فرهنگی موفق نباشند، پیامد آن نابرابری در امر مراقبت خواهد بود (۱).

به خصوص در اساتید گروه علوم پزشکی که دانشجویان و بیماران مشتریان اصلی آنان می‌باشند، صلاحیت فرهنگی به دلیل تأثیر مستقیم بر سایر ویژگی‌ها و صلاحیت‌ها و در نتیجه بر کلیت نقش آنان، جایگاه منحصر به فرد و راهبردی پیدا نموده است. به طوری که این صلاحیت به مثابه روحی در کالبد سایر صلاحیت‌ها و به عنوان قوه محرکه است. اساتید علوم پزشکی ضمن این که با تنوع فرهنگی مراجعین (بیمار، دانشجو و همکاران) روبرو هستند، به عنوان الگو و آموزش‌دهنده برای دانشجویان نیز می‌باشند. یافته‌های مطالعه علیرضا عراقیه و همکاران نشان داده که دانشجویان تجارب متعددی نظیر احساس کهنتری، احساس برتری یا احساسات منفی را در طول دوران تحصیلات دانشگاهی در خصوص تنوع فرهنگی خویش و یا اطرافیان به دست می‌آورند، وقتی دانشجویان در می‌یابند که به هویت فرهنگی واقعی آن‌ها کمتر بها داده شده یا حتی در دانشگاه و کلاس درس نادیده گرفته می‌شوند، ممکن است احساس کنند که باید از فرهنگ و هویت خود فاصله گرفته و خود را با فرهنگ برتر و یا سرمایه فرهنگی مورد پذیرش فضای جامعه و دانشگاه تطبیق نماید. در این صورت ممکن است دانشجو به لحاظ اجتماعی و عاطفی آسیب دیده و نوعی از خود بیگانگی نسبت به قومیت و فرهنگ خود را احساس نماید. اما وقتی دانشجویان احساس می‌کنند که به فرهنگ و قومیت آن‌ها احترام گذارده شده و به کلاس یا دانشگاه تعلق دارند،

منابع

1. Heydari M, Anooshe M, Azadarmaky T, Mohammadi I. [Rahbordhaye ertebari parastaran dar movajehe

- ba bimarane daraye tanavoe farhangi]. Payesh. 2012; 11(5): 719-24. [Persian].
2. Nieto C, Zoller Booth M. Cultural Competence: Its Influence on the Teaching and Learning of International Students. *Journal of Studies in International Education*. 2010;14(4):406-25.
 3. Pirozmand A, Sadeghi SH. [What is culture and how it changes]. 2006: 1-25. [citd 2014 Apr 5]. available from: <http://www.iranculture.org/UserFiles/pajhohesh/kalan/39-2.pdf>. [Persian].
 4. Athey J, Moody-Williams J. *Developing Cultural Competence in Disaster Mental Health Programs: Guiding Principles and Recommendations*. U.S. Department of Health and Human Services: Center for Mental Health Services; 2003.
 5. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med*. 2006;81(6): 499-501.
 6. Sadeghi A. [Reviewing the National Curriculum of the I.R. of Iran Using a Multicultural Approach]. *Journal of Curriculum Studies*. 2010; 5(18): 190-250. [Persian].
 7. Taghilo F. [Tanavoe ghommi, siyasate chand farhangi va olgoeye shahrivandi: baresi moredi Iran moaser]. *Faslname Motaleate Rahbordi*. 2007; 10(35): 9-31. [Persian].
 8. Javadi M. [Amozeshe chand farhangi be masabe roykardi dar amozesh]. *Faslname talim va tarbiyat*. 2000; 63:9-26. [Persian].
 9. Araghiye A, FathiVajargah K, ForoghiAbri A, Fazeli N. [Talfigh, rahbordi monaseb baraye tadvine barname darsi chand farhangi] *Faslname motaleate miyan reshtei dar Olome Ensani*. 2008;2(1): 66-149 [Persian].
 10. Dejman M, Forouzan AS, Ekblad S. Adapting research to local contexts based on the model of Campinha-Bacote for cultural competence: a case scenario of 3 ethnic groups in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2012; 18(11): 1166-9.
 11. Araghieh A, FathiVajargah K, Barzegar N, Moradi S. [The Development of Human Resources in Higher Education through Respecting Cultural Diversity of the Students]. *Biennial Journal of Management and Planning in Educational Systems*. 2012; 4(7): 58-99 [Persian].
 12. Vega WA. Higher stakes ahead for cultural competence. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005; 27(6): 446-50.
 13. Engebretson J, Mahoney J, Carlson ED. Cultural competence in the era of evidence-based practice. *J Prof Nurs*. 2008; 24(3): 172-8.
 14. Lee FH, Worrell JA. Cultural competency in diagnostic imaging. *Acad Radiol*. 2005;12(2):232-6.
 15. Castillo RJ, Guo KL. A framework for cultural competence in health care organizations. *Health Care Manag (Frederick)*. 2011; 30(3): 205-14.
 16. American Evaluation Association Statement On Cultural Competence In Evaluation. American Evaluation Association; 2011:1-13. [citd 2014 Apr 5]. available from: <http://www.eval.org/p/cm/ld/fid=92>.
 17. Corrigan JM. *A Comprehensive Framework and Preferred Practices for Measuring and Reporting Cultural Competency: A Consensus Report*. Washington: National Quality Forum ; 2009.
 18. Wilkinson JE. Use of a writing elective to teach cultural competency and professionalism. *Fam Med*. 2006; 38(10): 702-4.
 19. Burke PMABJY. *Cultural competency of associate degree nursing faculty*. [dissertation]. Minnesota:Capella University; 2011.
 20. Okoro ON, Odedina FT, Reams RR, Smith WT. Clinical Cultural Competency and Knowledge of Health Disparities Among Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ*. 2012; 76(3): 40.
 21. Krajewski A, Rader C, Voytovich A, Longo WE, Kozol RA, Chandawarkar RY. Improving surgical residents' performance on written assessments of cultural competency. *J Surg Educ*. 2008; 65(4): 263-9.
 22. Campbell A, Sullivan M, Sherman R, Magee WP. The medical mission and modern cultural competency training. *J Am Coll Surg*. 2011; 212(1): 124-9.
 23. Booker NM. *Cultural Competence: Educating Public School Teacher Candidates in Matters of Diversity* [dissertation]. Ohio: University of Akron; 2009.
 24. 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. [citd 2014 Apr 6]. available from: <https://www.problemgambling.ca/EN/Documents/AReviewClinicalCulturalCompetence.pdf>
 25. Grote E. *Principles and Practices of Cultural Competency: A review of the Literature*; 2008. [citd 2014

- Apr 6]. available from:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.175.6237&rep=rep1&type=pdf>.
26. Beach MC, Saha S, Cooper LA, Fund C. The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality. *The Commonwealth Fun*. 2006; 36.
 27. Chun MB1, Young KG, Jackson DS. Incorporating cultural competency into the general surgery residency curriculum: A preliminary assessment. *Int J Surg*. 2009; 7(4): 368-72.
 28. Cultural Competence Education for Medical Students. Washington: Association of American Medical Colleges; 2005. [citd 2014 Apr 6]. available from:
<https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf>.
 29. Lie D, Boker J, Cleveland E. Using the tool for assessing cultural competence training (TACCT) to measure faculty and medical student perceptions of cultural competence instruction in the first three years of the curriculum. *Acad Med*. 2006; 81(6): 557-64
 30. Statement on cultural competence. New Zealand Medical Council Of New Zealand; 2006: 1-3.
 31. Pacheco G. Teaching Cultural Competence In Health Care: A Review Of Current Concepts, Policies And Practices. Office of Minority Health; U.S. Department of Health and Human Services American Institutes for Research; 2002. [citd 2014 Apr 6]. available from:
<http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/em01garcia1.pdf>.
 32. Shaya FT, Gbarayor CM. The case for cultural competence in health professions education. *Am J Pharm Educ*. 2006; 70(6): 124.
 33. Green AR, Betancourt JR, Carrillo JE. Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Acad Med*. 2002; 77(3): 193-7.
 34. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med*. 2009; 84(6): 782-7.
 35. Ihara E. Cultural Competence in Health Care: Is it important for people with chronic conditions?. Georgetown University: center on an Aging Society. 2004; 5. [Cited 2014 Apr 8]. Available from:
<http://hpi.georgetown.edu/agingociety/pubhtml/cultural/cultural.html>.
 36. National Health and Medical Research Council (Australia). Making Decisions About Tests And Treatments: Principles for better communication between healthcare consumers and healthcare professionals; 2006. [citd 2014 Apr 10]. available from:
<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/hpr25-hpr27>.
 37. Gates ML, Bradley KD. Developing a framework to identify constructs to measure cross-cultural competence in medicine. [citd 2014 Apr 6]. available from: <http://www.uky.edu/~kdbrad2/Madison.pdf>.
 38. Bardet A, Green AR, Paroz S, Singy P, Vaucher P, Bodenmann P. Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on cross-cultural competence. *International Journal of Medical Education*. 2012; 3: 107-14.
 39. Naughton J, Adayana Healthcare Group. Cultural Competency in Healthcare. Adayana; 2009. [citd 2014 Apr 6]. available from:
http://www.adayana.com/sites/default/files/docs/Cultural%20Competency%20in%20Healthcare%20Whitepaper_1.pdf.
 40. Sealey LJ. Cultural competence of faculty of baccalaureate nursing programs. [dissertation]. Arizona: Arizona State University; 2003.
 41. De Beuckelaer A, Lievens F, Bücker J. The role of faculty members' cross-cultural competencies in their perceived teaching quality: evidence from culturally-diverse classes in four European countries. *The Journal of Higher Education*. 2012; 83(2): 217-48.
 42. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med*. 1997; 12(1): 53-6.
 43. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2008; 23 Suppl 1: 49-58.
 44. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, MacLeod A, Frank B. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Acad Med*. 2007; 82(6): 548-57.
 45. Robinson JN. With Liberty and Justice for All: Assessing Cultural Competency in Schools. [dissertation]. Miami: Miami University; 2005.
 46. 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(11): 32.

47. Jirwe M, Gerrish K, Keeney S, Emami A. Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *J Clin Nurs*. 2009; 18(18):2 622-34.
48. Haarmans M. A Review of Clinical Cultural Competence: Definitions, Key Components, Standards and Selected Trainings. Centre for Addiction and Mental Health; 2004.
49. Tortumluoglu G. The Implications Of Transcultural Nursing Models In The Provision Of Culturally Competent Care. *ICUS NURS WEB J* . 2006; 25: 1-11.
50. Aponte J. Addressing cultural heterogeneity among Hispanic subgroups by using Campinha-Bacote's Model of Cultural Competency. *Holist Nurs Pract*. 2009; 23(1): 3-12.
51. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs*. 2002; 13(3): 181-4.
52. Bhattacharya J, Olsen L, Scharf A. Cultural competency: What it is and why it matters. Palo Alto, CA: Lucile Packard Foundation for Children's Health; 2006.
53. Hera J. Cultural competence and patient-centred care. New Zealand, Wellington: Medical Council of New Zealand; 2013: 43.
54. Nova Scotia Department of Health. A Cultural Competence Guide for Primary Health Care Professionals in Nova Scotia. Nova Scotia: Nova Scotia Department of Health and Wellness; 2005.
55. Gilbert MJ. Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals: The Endowment; 2003.
56. Lamiani G. Cultural competency in healthcare: learning across boundaries. *Patient Educ Couns*. 2008; 73(2): 396-7.
57. 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. *Med Educ Online*. 2008; 1: 1-11.
58. Lie D. A Framework for Enhancing and Assessing Cultural Competency Training. *Kaohsiung J Med Sci*. 2009; 25(9): 486-92.
59. Gholizadeh A, keshtiaray N, Sohrabirenani M. [Naghshe bekargiri maharathaye modiriyat tanavo farhangi modiran dar erteghaye sathe mosharekate ejtemai daneshamozan]. *Iranian Journal of Cultural Research*. 2011; 4(4): 184-159. [Persian].
60. AbbasiShavazi M, sadeghi R. [Ghomiyat va barvari: tahlile raftare barvariye gorohaye ghomi dar Iran]. *name olome ejtemaei*. 2006; 29: 29-58 [Persian].
61. Nassaj H. [Jahani shodan va hoviyate aghvame Irani ba takid bar moalefehay zabane va adab va rosoom]. *Journal of Research in Theoretical Politics*. 2009; 5: 129-56. [Persian].
62. Sadeghi R. [Baresi vaziyate mohajerane khareji dar Iran bar mabnaye dadehay sarshomariye 1385]. Iran: Gorohe pajoheshi amare eghtesadi pajoooheshkadeh amar ; 2008. [Persian] . [citd 2014 Apr 6]. available from: <http://old.srtc.ac.ir/docs/sum-7.pdf>
63. Fathi Vajargah K, Arefi M, Zamanimanesh H. [Evaluating Admission Barriers of Foreign Students into Universities and Institutions of Higher Education]. *Quarterly journal of Research and Planning in Higher Education*. 2011; 62. [Persian]
64. Gholizadeh A, kashtiaray N, Sohrabirenani M. [Maharathaye modiriyate tanavoe farhangi pasokhi be motalebate daneshamozane aghaliyat haye ghomi va mazhabi]. *Quarterly Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2011; 2(2): 131-54. [Persian].
65. Nourbakhsh Y. [Farhang va ghomiyat: modeli baraye ertebatate farhangi dar Iran] *Iranian Journal of Cultural Research*. 2008; 1(4): 67-90. [Persian].
66. Kalantari S, Ghana S, MahstiJoybari L, Sharifniya H, Sanago A. [The Attitudes Of Golestan University Of Medical Sciences Toward Abortion]. *Medical Ethics*. 2012; 6(19): 134-48.[Persian].
67. Karimi Moonaghi H, Derakhshan A, Khajedalouei M, DashtiRahmatAbadi M, Binaghi T. [Lived Clinical Learning Experiences of Medical Students: A Qualitative Approach]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11(6): 635-647. [Persian].
68. Azizi N, Bolandhematan k, Soltani M. [Baresi vaziyate amozeshe chand farhangi dar marakeze tarbiyat moaleme shahre Sanandaj az manzare daneshjoyan]. *Higher Education*. 2010; 3(2): 55-78.[Persian]

Cross-Cultural Competence, an Unknown Necessity in Medical Sciences Education; a Review Article

Mojtaba Mousavi Bazaz¹, Atefe Zabihi Zazoly², Hossein Karimi Moonaghi³

Abstract

Introduction: Cross-cultural competence as a core component in professionalism has a unique role in medical sciences due to cultural diversity clients (especially university students and patients). Despite its importance, yet many aspects of this competence are unknown in our country. Therefore this paper presents a review of cultural competence, its significance in the medical community, and its position in Iran as well as how it is assessed and educated.

Methods: In this review article, we searched in library and electronic resources such as Scieince Direct, Magiran, SID, PubMed, and Proquest. Keywords used were cross-cultural competence, assessment, education, and faculty members, both alone and in combination. All documents were reviewed. Then relevant documents were selected and the related content and information were extracted.

Results: Out of 131 investigated articles in total, documents of 67 relevent and credible articles were obtained. With regard to the diversity of the aspect of this subject, articles were classified in three categories of "importance of cultural competence", "cultural competency education," and "cultural competency assessment". Cultural competence is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together and enable the person to work effectively in cross-cultural situations. In the care area, there is an obvious link between the cultural competence, quality improvement, health outcomes enhancement, and elimination of ethnic inequalities. In the education area, a culturally competent school is a place wherein new opportunities are provided for students in support of individual development as well as different cultural groups. Therefore medical educators must have multicultural attitude, behavior, and knowledge to help different types of clients (especially students and patients) appropriately.

Conclusion: Since cultural variables are affected by various factors in our country, it is necessary to investigate this phenomenon in our own cultural setting. Moreover, a comprehensive plan must be developed for its educational strategies and assessment among faculty members and students.

Keywords: Cross-Cultural competence, Cultural competence, Multicultural education, Medical sciences

Addresses:

¹ Assistant Professor, Department of Community Medicine, Department of Medical Education, Medical School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: Mousavim@mums.ac.ir

² (✉) MSc student of medical education, Department Of medical education, medical school, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: zabihia901@mums.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Medical Education, Medical School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Email: karimih@mums.ac.ir