J Crit Care Nurs. 2023 June;15(4):20-27

10.30491/JCC.15.4.20 **Research Article**

Cultural Competence of Nurses Working in Intensive Care Units and its Relationship with Demographic Factors: Two-center Cross-sectional Study

Shohreh Kolagari [1], Mohadeseh Shahroodi[2], Zahra Sabzi[1], Elyas Hosseinzadeh Younesi*[3]

[1] Nursing Research Center, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran
[2] Department of Critical Care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[3] Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

* **Corresponding Author:** Elyas Hosseinzadeh Younesi, Nursing Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. E-mail: elyas.hy1366@yahoo.com

How to Cite: Kolagari SH, Shahroodi M, Sabzi Z, Hoseinzadeh Younesi E. Cultural Competence of Nurses Working in Intensive Care Units and its Relationship with Demographic Factors: Two-center Cross-sectional Study. J Crit Care Nurs. 2023;15(4):20-27. doi:10.30491/JCC.15.4.20

Received: 12 September 2022 **Accepted:** 24 November 2022 **Online Published:** 24 November 2022

Abstract

Background & Aim: The ability of nurses in cultural understanding in order to provide care in harmony with the patient's culture is a symbol of nurses' cultural competence. This study was conducted with the aim of determining the cultural competence of nurses working in Intensive Care Units (ICUs) and its relationship with demographic factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2019 on 160 nurses working in ICUs and Coronary Care Unit (CCU) of two centers; 5- Azar and Shahid Sayad Shirazi, as referral centers for patients across the province and affiliated to Golestan University of Medical Sciences. For data collection, convenience sampling method was used based on the inclusion criteria. The data collection instrument was a demographic form and a cultural competence questionnaire (51 items and 4 subscales). The reliability of the present study was 0.94. After obtaining an informed consent from the nurses, the questionnaires were completed. Data analysis in spss16 with descriptive statistics; frequency, average and standard deviation, as well as after determining normality with the Shapiro-Wilk test, with inferential statistics; multiple and univariate regression were performed. The significance level was 0.05.

Results: Most of the nurses in ICU (59.1%, 75 people) and CCU (57.6%, 19 people) were male. The minimum age of research samples in both ICUs and CCUs was 23 years. The highest average score of cultural competency in both wards was related to the attitude towards cultural care (0.54±0.22), (0.56±23) and the lowest score was cultural care knowledge (0.48±0.23) (0.44±0.22). The level of cultural competency in both ICUs and CCUs was reported to be weak (82.7%, 81.8%). Totally, the average score of cultural competency in the ICU was higher than the CCU, but there was no statistically significant difference. Also, none of the independent variables alone or in the presence of the other variables had a significant effect on cultural competence.

Conclusion: Considering the weak view of nurses towards cultural competency and regarding the fact that cultural care attitude had the highest average and cultural care knowledge had the lowest average, cultural competency training seems necessary to provide the highest level of care in CCUs. In this way, health system policy makers and nursing managers can move the cultural competency from cultural attitude to the preparation and implementation of cultural care by conducting educational workshops about culture and communication.

Keywords: Cultural Competency, ICU Nurse, CCU Nurse

Copyright © 2023 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

10.30491/JCC.15.4.20

صلاحیت فرهنگی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی: مطالعه مقطعی دو مرکزه

شهره کلاگری[۱]، محدثه شاهرودی[۲]، زهرا سبزی[۱]، الیاس حسین‌زاده یونسی[۳*]

[۱] مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
[۲] گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
[۳] مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** الیاس حسین‌زاده یونسی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
پست الکترونیک: elyas.hy1366@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۰۹/۰۳ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۱/۰۹/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: توانایی پرستار در درک فرهنگی برای ارائه مراقبت‌های هماهنگ با فرهنگ بیمار، نمادی از صلاحیت فرهنگی پرستاران است. این مطالعه با هدف تعیین صلاحیت فرهنگی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی انجام شد.

روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۹ روی ۱۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی و مراقبت ویژه کرونری دو مراکز آموزشی درمانی ۵- آذر و شهید صیاد شیرازی به عنوان مراکز ارجاعی بیماران سراسر استان و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس براساس معیارهای ورود استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم جمعیت‌شناختی و پرسشنامه صلاحیت فرهنگی ۵۱ عبارت و چهار زیر مقیاس بود. پایایی این پرسشنامه در جامعه مطالعه حاضر۰/۹۴ بود. پس اخذ رضایت آگاهانه از پرستاران پرسشنامه‌ها تکمیل شد.

یافته‌ها: اکثر پرستاران در دو بخش مراقبت ویژه عمومی ICU (۵۹/۱ درصد، ۷۵ نفر) و مراقبت ویژه کرونری CCU (۵۷/۶ درصد، ۱۹ نفر) مرد بودند. حداقل سن نمونه‌های پژوهش در بخش‌های ICU و CCU، ۲۳ سال بود. بیشترین نمره میانگین صلاحیت فرهنگی در هر دو بخش به نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی (۰/۲۲±۰/۵۴)، (۰/۲۳±۰/۵۶) و کمترین به دانش مراقبت فرهنگی (۰/۲۳±۰/۴۸)، (۰/۲۲±۰/۴۴) اختصاص داشت. سطح صلاحیت فرهنگی در هر دو بخش مراقبت ویژه عمومی ICU و مراقبت ویژه کرونری CCU ضعیف (۸۲/۷ درصد، ۸۱/۸ درصد) گزارش شد. در کل میانگین نمره صلاحیت فرهنگی در بخش مراقبت ویژه عمومی ICU بیشتر از بخش CCU مراقبت ویژه کرونری بود ولی تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت. همچنین هیچ یک از متغیرهای مستقل به تنهایی و یا در حضور سایر متغیرها اثر معنی‌داری بر صلاحیت فرهنگی نداشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه مبنی بر ضعیف بودن سطح صلاحیت فرهنگی پرستاران و نگرش مراقبت فرهنگی با بیشترین میانگین و دانش مراقبت فرهنگی با کمترین میانگین، به نظر می‌رسد، آموزش صلاحیت فرهنگی برای ارائه بالاترین سطح مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه ضروری است. به این ترتیب که برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت و مدیران پرستاری می‌توانند با اجرای کارگاه‌های آموزشی پیرامون آشنایی با مقوله‌های فرهنگی و ارتباط، صلاحیت فرهنگی را از مرحله نگرش فرهنگی به طرف آمادگی و اجرای مراقبت فرهنگی سوق دهند.

کلیدواژه‌ها: صلاحیت فرهنگی، پرستار ICU، پرستارCCU

مقدمه

جامعه، ترکیبی از فرهنگ‌های مختلف و بهم پیوسته است [۱] و فرهنگ، نمادی از تفکر، ارتباط، عملکردهای رفتاری، عقاید، ارزش‌ها و ساختارهای قومی و مذهبی تلقی می‌شود که می‌تواند روی عادات فردی، رفتارهای سلامتی و آگاهی نسبت به بیماری‌ها و یا رفتارهای مراقبتی تأثیرگذار باشد [۲]. تنوع فرهنگی یکی از مشخصه‌های اساسی جهان امروز و عاملی مؤثر

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]
[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

در تعاملات بین فردی قلمداد می‌شود [۳،۴]. یکی از موضوعات بسیار مهم در بحث تنوع فرهنگی، صلاحیت فرهنگی است.

صلاحیت فرهنگی به توانایی درک ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورها، آداب و رسوم بیماران در فرهنگ‌ها و قومیت‌های متفاوت اطلاق می‌شود [۵]. صلاحیت فرهنگی به عنوان فرآیندی ثابت، قابل اندازه‌گیری و مقیاس‌پذیر برای شکل‌دهی ارتباط و تعامل مؤثر، بدون توجه به پیشینه اجتماعی–فرهنگی شرکت‌کنندگان در نظر گرفته می‌شود [۶] و معمولاً به عنوان مجموعه‌ای چند بُعدی از جهت‌گیری‌های شناختی، دانش مربوط به فرهنگ، مهارت‌ها، حساسیت‌ها و نگرش‌ها توصیف می‌شود [۷]. صلاحیت فرهنگی عنصر ضروری و یک نیاز برای مراقبت‌های بالینی و جزیی بنیادی از حرفه‌گرایی در حوزه علوم پزشکی است که به دلیل تنوع فرهنگی مراجعین و مددجویان، جایگاه منحصر به فردی دارد [۸،۹]. جنبش صلاحیت فرهنگی که از حدود بیست سال قبل آغاز شده است [۹] به‌عنوان پلی برای فاصله فرهنگی بین بیمار و ارائه دهندگان خدمات درمانی– مراقبتی [۱۰] و پیوندی بین بهبود کیفیت، پیشرفت پیامدهای سلامت و حذف نابرابری‌های قومی مطرح شده است [۱۱].

توانایی مراقبت از بیماران با آگاهی از نیازهای فرهنگی آنها، یک بخش اساسی از مهارت‌های ارتباطی پرستاران محسوب می‌شود که در عملکرد پرستاری و مراقبت ادغام شده است [۱۲] و با حیطه‌هایی نظیر دانش و مهارت و آمادگی برای مراقبت از بیماران در حیطه آموزش و بالین توأم است [۱۳]. در این بین پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیشتر از سایر بخش‌ها و به کرات با بیمارانی سر و کار دارند که به دلیل بستری شدن‌های طولانی مدت، نیاز به تعامل بیشتری بین پرستار و بیمار دارند که گاهاً منجر به چالش در امر مراقبت نیز می‌شود [۱۴]. چالش مراقبت از بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه علاوه بر دانش و مهارت همواره به ارتباط و تعامل با بیماران نیز وابسته است [۱۵].

محیط‌های بالینی از جمله محیط‌های مملو از تنوع فرهنگی است که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه فراهم‌کننده مراقبت در تعامل با بیماران، در بسترهای فرهنگی متنوع قرار دارند [۱۶]. در محیط بالینی بیماران حق مراقبت‌های فرهنگی و بالینی مناسب را دارند و پرستاران باید با آگاهی از فرهنگ خود و فرهنگ بیمار صلاحیت فرهنگی لازم را دارا باشند [۱۷]. پرستاران موظف هستند که علاوه بر ارائه مراقبت همه جانبه و ارتباط و تعامل با بیماران بستری از نیازهای آنان آگاه شوند [۱۶] زیرا در بستر نامتعادل فرهنگی، هرگونه مانع ارتباطی، ارزشی، عقیدتی و قومی می‌تواند موجب افت کیفیت مراقبت، افت فرآیندهای درمانی، نارضایتی بیماران و عدم احساس خوب بودن در بیمار و پرستار شود [۱۸]؛ بنابراین، وجود صلاحیت‌های فرهنگی می‌تواند در درک نیازهای متنوع بیماران تأثیرگذار بوده و منجر به ارتقاء سلامت بیماران شود [۱۹]. Seid (2022) کسب صلاحیت فرهنگی را از جنبه‌های مهم حرفه پرستاری معرفی کرد و بیان نمود که پرستاران برای ارائه بالاترین سطح مراقبت در بخش‌های مختلف بیمارستان می‌توانند از آن برخوردار باشند [۲۰].

Dobrowolska (۲۰۲۰) مراقبت‌های پرستاری حساس و ایمن در محیط‌های بالینی را از نظر فرهنگی مهم و ارائه مراقبت مبتنی بر صلاحیت فرهنگی در بخش‌های مراقبت ویژه را چالش برانگیزتر از سایر بخش‌ها می‌داند. از دیدگاه وی پیچیدگی و آسیب‌پذیری وضعیت بیمار، مشارکت خانواده و ویژگی کار پرستاری در این بخش‌ها مستلزم دارا بودن سطح بالایی از صلاحیت فرهنگی نیز است [۳].

نتایج پژوهش Yeo و همکاران (۲۰۱۱) در زمینه صلاحیت فرهنگی پرستاران بخش انکولوژی نیز نشان داد که باورهای فرهنگی می‌تواند مراقبت و تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار دهد و بر آماده‌سازی پرستاران برای مراقبت از بیماران در شرایط بحرانی تأثیرگذار باشند [۲۱]. Liang و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود بر شناخت، توسعه و پیشرفت ابعاد صلاحیت فرهنگی با تمرکز بر دانش، نگرش و آمادگی مراقبت‌های فرهنگی تأکید داشتند [۴].

جوامع ایرانی به لحاظ تاریخی دارای بافتی چند قومی– فرهنگی، زبانی و مذهبی هستند؛ صلاحیت فرهنگی پاسخی مناسب به تنوع قومیت و فرهنگی موجود در جامعه است که با وجود جایگاه خاص از آن غفلت شده است و از سویی دیگر با توجه به اینکه محیط بالینی در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از تنوع بیماران از فرهنگ‌های مختلف برخوردار است و تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده است، به طراحی مطالعه‌ای با هدف تعیین صلاحیت فرهنگی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی پرداخته شد.

روش‌ها

در مطالعه مقطعی حاضر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود، تعداد ۱۶۰ پرستار بخش مراقبت ویژه عمومی (Intensive Care Unit) و مراقبت ویژه کرونری (Coronary Care Unit) از دو مرکز آموزشی درمانی ۵–آذر و شهید صیاد شیرازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان (مراکز ارجاعی بیماران سراسر استان) وارد مطالعه شدند.

تعداد تخت فعال مراقبت ویژه در مرکز آموزشی و درمانی صیاد شیرازی گرگان ۴۱ تخت و نسبت تعداد پرستار به بیمار در مراقبت ویژه عمومی (ICU) ۲ به ۵ و در مراقبت ویژه کرونری (CCU) ۱ به ۵ است. همچنین مرکز آموزشی و درمانی ۵–آذر نیز دارای ۴۸ تخت مراقبت ویژه است و نسبت تعداد پرستار به

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

بیمار در هر دو بخش مراقبت ویژه عمومی(ICU) و کرونری(CCU) ۱به ۲ است در هر دو مرکز پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه عمدتاً با قومیت غالب فارس و ترکمن هستند.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان، محقق با مراجعه به مراکز آموزشی درمانی مورد نظر، ضمن هماهنگی وکسب اجازه از بخش‌های مراقبت ویژه عمومی ICU و مراقبت ویژه کرونری CCU، نخست روند پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، حق انصراف از پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات در پژوهش را برای پرستاران توضیح داد. پس از اخذ رضایت آگاهانه، با هماهنگی قبلی در شیفت‌های کاری حضور یافته و بر اساس معیارهای ورود پرسشنامه‌ها تکمیل شد. معیارهای ورود شامل داشتن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد، داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار بالینی، داشتن حداقل سه ماه سابقه‌ی کار بالینی در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی (ICU و CCU)، دارا بودن تجربه مراقبت از بیماران با فرهنگ‌های متفاوت و تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش مشتمل بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، تحصیلات، قومیت، سابقه کار در بخش ویژه و نوع بخش مراقبت ویژه و پرسشنامه صلاحیت فرهنگی بود. پرسشنامه صلاحیت فرهنگی توسط Molder (۲۰۰۹) در جامعه پرستاران طراحی شد و در سال ۱۳۹۴ توسط بسطامی و همکاران [۱۶] ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن ارزیابی شد این پرسشنامه دارای ۵۱ عبارت و ۴ زیر مقیاس بود که با طیف لیکرت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» تنظیم شد. پایایی کل این پرسشنامه در مطالعه اصلی ۰/۹۶ و در زیر مقیاس‌های دانش مراقبت فرهنگی، نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی، صلاحیت فرهنگی در مراقبت و آمادگی در مراقبت فرهنگی در طیف ۰/۹۴- ۰/۹۱ بود. پایایی این پرسشنامه در جامعه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مطالعه حاضر ۰/۹۴ بود.

امتیاز کلی پرسشنامه بین ۵۱ تا ۲۵۵ و نمره بین ۱۰۹-۵۱ به عنوان صلاحیت فرهنگی ضعیف، نمره ۱۶۷-۱۱۰ صلاحیت فرهنگی متوسط و نمره ۲۵۵-۱۶۸ به عنوان صلاحیت فرهنگی قوی در نظر گرفته شد. علاوه بر سطوح امتیازدهی هر چه میانگین از حد وسط بیشتر باشد، دیدگاه پرستاران درباره صلاحیت فرهنگی بالاتر است. پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد. متغیرهای کیفی در قالب جداول فراوانی (تعداد و درصد) و متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار توصیف شد. جهت آزمودن نرمالیتی داده‌های کمی از آزمون شاپیرو ویلک و همچنین جهت تعیین ارتباط بین صلاحیت فرهنگی و عوامل جمعیت‌شناختی از آزمون مدل رگرسیون چندگانه و تک متغیره استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۱۶۰ شرکت‌کننده، ۱۲۷ پرستار در بخش مراقبت ویژه عمومی ICU و ۳۳ پرستار در بخش مراقبت ویژه کرونری CCU شاغل بودند. حداقل سن نمونه‌های پژوهش ۲۳ سال بود. قومیت فارس (۷۰ درصد، ۱۱۲نفر)، تحصیلات اکثر واحدهای پژوهش (۹۴/۷ درصد، ۱۵۲نفر) کارشناسی و سابقه کار اکثریت واحدهای پژوهشی در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی و مراقبت ویژه کرونری (۵۴/۶ درصد، ۸۸ نفر) کمتر از ۱۰ سال بود. صلاحیت فرهنگی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه عمومی ICU و مراقبت ویژه کرونری CCU در (جدول ۱) آمده است.

جدول یک: توزیع فراوانی سطوح صلاحیت فرهنگی در پرستاران شاغل در بخش‌هایCCU وICU

	سطوح صلاحیت فرهنگی	تعداد	درصد
ICU	ضعیف	۱۰۵	۸۲/۷
	متوسط	۲۲	۱۷/۳
	کل	۱۲۷	۱۰۰
CCU	ضعیف	۲۷	۸۱/۸
	متوسط	۶	۱۸/۲
	کل	۳۳	۱۰۰

پایین‌ترین نمره میانگین در بخش ICU و CCU به حیطه دانش مراقبت فرهنگی و بالاترین نمره میانگین در بخش ICU و CCU به حیطه نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی اختصاص داشت (جدول۲).

جدول دو: میانگین نمره صلاحیت فرهنگی پرستاران شاغل به تفکیک در بخش‌های ICU و CCU

	ابعاد صلاحیت فرهنگی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
ICU	دانش مراقبت فرهنگی	۱۲۷	۰/۴۸	۰/۲۳	۱	۰
	نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی	۱۲۷	۰/۵۴	۰/۲۲	۱	۰
	صلاحیت فرهنگی در مراقبت	۱۲۷	۰/۵۲	۰/۲۵	۱	۰
	آمادگی در مراقبت فرهنگی	۱۲۷	۰/۵۰	۰/۱۹	۱	۰
	کل	۱۲۷	۰/۵۰	۰/۲۲	۱	۰
CCU	دانش مراقبت فرهنگی	۳۳	۰/۴۴	۰/۲۲	۱	۰

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

نگرش نسبت به مراقبت فرهنگی	۳۳	۰/۵۶	۰/۲۳	۱	۰
صلاحیت فرهنگی در مراقبت	۳۳	۰/۵۲	۰/۲۳	۱	۰
آمادگی در مراقبت فرهنگی	۳۳	۰/۴۶	۰/۲۴	۱	۰
کل	۳۳	۰/۴۷	۰/۲۲	۱	۰

جهت تحلیل رگرسیون، بین متغیر پاسخ صلاحیت فرهنگی و متغیرهای سن، جنسیت، سابقه کار، قومیت و تحصیلات، پیش‌فرض‌های مدل رگرسیون نظیر ۱- توزیع نرمال باقی مانده‌ها، ۲- میانگین باقی مانده‌ها صفر ۳- واریانس باقیمانده‌ها یک، برقرار بود و سپس تمامی متغیرهای مستقل اثرگذار مورد بررسی در این مطالعه به روش Inter وارد مدل رگرسیون شدند (جدول۳ و جدول۴).

جدول۳: نتایج مدل رگرسیون چندگانه (اثرات تعدیل شده: Adjusted)

مدل	ضریب استاندارد نشده		ضریب استاندارد شده	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
	B	خطای استاندارد	B		کران پایین	کران بالا
مقدار ثابت	۹۱/۱۲۰	۵/۴۳۶		۰/۰۰۰	۸۰/۳۸۰	۱۰۱/۸۵۹
جنسیت	-۰/۲۱۱	۲/۱۲۷	-۰/۰۰۸	۰/۹۲۱	-۴/۴۱۴	۳/۹۹۲
سن	۱/۳۷۶	۱/۱۲۷	۰/۱۲۹	۰/۲۲۴	-۰/۸۵۱	۳/۶۰۲
سابقه کاری در بخش مراقبت ویژه	-۱/۲۹۹	۱/۱۷۰	-۰/۱۱۸	۰/۲۶۹	-۳/۶۰۹	۱/۰۱۲
تحصیلات	۲/۵۲۰	۳/۴۶۳	۰/۰۶۲	۰/۴۶۸	-۴/۳۲۲	۹/۳۶۲
نوع بخش مراقبت ویژه	۱/۶۶۴	۲/۷۷۹	۰/۰۵۱	۰/۵۵۰	-۳/۸۲۶	۷/۱۵۴
فارس	-۲/۱۱۲	۲/۳۵۶	-۰/۰۷۶	۰/۳۷۱	-۶/۷۶۶	۲/۵۴۲
ترکمن	-۰/۲۰۲	۳/۳۰۶	-۰/۰۰۵	۰/۹۵۱	-۶/۷۳۳	۶/۳۲۹

جدول٤: نتایج مدل رگرسیون تک متغیره (اثرات تعدیل نشده: Adjusted)

مدل	ضریب استاندارد نشده		ضریب استاندارد شده	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
	B	خطای استاندارد	B		کران پایین	کران بالا
جنسیت	-۰/۴۲۲	۲/۱۰۵	-۰/۰۱۶	۰/۸۴۱	-۴/۵۸۱	۳/۷۳۶
سن	۰/۵۰۵	۰/۸۴۴	۰/۱۲۹	۰/۵۵۰	-۱,۱۶۲	۲/۱۷۳
سابقه کاری در بخش مراقبت ویژه	-۰/۵۲۷	۰/۸۷۲	-۰/۰۴۸	۰/۵۴۶	-۲/۲۵۱	۱/۱۹۶
تحصیلات	۲/۳۷۸	۳/۲۲۴	۰/۰۵۹	۰/۴۶۲	-۳/۹۸۹	۸/۷۴۵
نوع بخش مراقبت ویژه	۱/۵۶۸	۲/۵۷۹	۰/۰۴۸	۰/۵۴۴	-۳/۵۲۶	۶/۶۶۱
فارس	-۲/۰۹۰	۲/۱۹۳	-۰/۰۷۶	۰/۳۴۲	-۶/۴۲۲	۲/۵۴۲
ترکمن	۰/۵۸۷	۳/۹۷۷	۰/۰۱۶	۰/۸۴۴	-۵/۲۹۳	۴/۴۶۷

بحث

بنابر یافته‌های مطالعه حاضر میانگین نمره صلاحیت فرهنگی پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی ICU و مراقبت ویژه کرونری CCU و سطح صلاحیت در هر دو بخش ضعیف گزارش شد که با پژوهش Jongen و همکاران ۲۰۱۸ همسو بود [۲۲] ولی با مطالعات Lee و همکاران ۲۰۲۰، خداویسی و همکاران ۲۰۱۸، Riley و همکاران ۲۰۱۲ و Curtis و همکاران ۲۰۱۹ که صلاحیت فرهنگی را متوسط گزارش کردند ناهمخوان بود [۱۷،۱۸،۲۳،۲۴].

علیرغم تنوع فرهنگی در محیط پژوهش حاضر، به نظر می‌آید که این اختلاف در سطوح صلاحیت فرهنگی پرستاران می‌تواند ناشی از عدم آماده‌سازی و بسترسازی فرهنگی برای رویارویی آگاهانه و پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در قبال بیماران باشد، به عبارتی برای محیط دارای تنوع فرهنگی بستر مناسب تعریف نشده است به طوری که در اکثر مطالعات موجود به انجام فرآیندهای مراقبتی، برقراری ارتباط اولیه و درک نیازهای بیماران با کمک افراد غیرحرفه‌ای نظیر خانواده اشاره شده است. از جنبه دیگر نیز می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های مختلف و حتی غیراختصاصی در زمینه صلاحیت فرهنگی اشاره نمود که می‌تواند دلیلی بر تفاوت نمرات صلاحیت فرهنگی در سایر مطالعات باشد.

در بین زیرمقیاس‌های صلاحیت فرهنگی در پرستاران شاغل در هر دو بخش مراقبت ویژه عمومی ICU و مراقبت ویژه کرونری CCU بیشترین میانگین به ترتیب به نگرش فرهنگی و کمترین آن به دانش فرهنگی اختصاص یافت که با پژوهش Høye و همکاران ۲۰۱۰ هم‌راستا بود [۵]. در حالی‌که در مطالعه بسطامی و همکاران (۱۳۹۵) میانگین نمره آمادگی مراقبت بیشتر و در نگرش فرهنگی در سطح پایین قرار داشت [۱۶] و در تحقیق خانبابایی و همکاران ۱۳۹۶ و مفاخری و همکاران ۲۰۲۰ نیز دانش فرهنگی بیشترین نمره را به خود اختصاص داد [۲۵،۲۶]. به نظر می‌رسد تغییر در نگرش فرهنگی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

پرستاران قدم اول و شروعی برای فراگیری دانش فرهنگی یا آمادگی مراقبت فرهنگی و در نهایت صلاحیت فرهنگی باشد و از طرفی در محیط‌های بالینی که تنوع قومیتی زیاد است، نگرش فرهنگی پایه‌ای برای رسیدن به سایر مقوله‌های فرهنگی محسوب می‌شود.

در مطالعه حاضر، نتایج مدل رگرسیون (اثرات تعدیل شده) حاکی از آن بود که هیچ یک از متغیرهای توضیحی در حضور سایر متغیرها، اثر معنی‌داری بر صلاحیت فرهنگی نداشت. به عبارتی مقوله صلاحیت فرهنگی در پرستاران تحت تأثیرعواملی نظیر جنسیت، سن، تحصیلات، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، نوع بخش مراقبت ویژه و برخورداری از دو قومیت فارس و ترکمن نبود.

همسو با مطالعه حاضر، در پژوهش Mi-Kyoung و Mi young ۲۰۲۲، هیچ یک از عوامل جمعیت‌شناختی بر صلاحیت فرهنگی تفاوت معنی‌دار آماری را نشان نداد. بلکه توانایی در درک فرهنگی برای ارائه مراقبت‌های هماهنگ با فرهنگ بیمار، پذیرش فرهنگ‌های دیگران، اعمال نکردن بی رویه ارزش‌ها و قضاوت‌های فردی از عوامل اثرگذار در صلاحیت فرهنگی گزارش شدند [۲۷].

همچنین در مطالعه حاضر، اثر متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، نوع بخش مراقبت ویژه و برخورداری از قومیت فارس و ترکمن به تنهایی نیز اثر معنی‌دار بر صلاحیت فرهنگی نداشتند. همسو با این مطالعه در پژوهش مفاخری و همکاران ۲۰۲۰ نیز متغیر جنسیت بر متغیر صلاحیت فرهنگی اثر معنی‌دار آماری نداشت [۲۶] در حالی‌که یافته‌های مطالعات Kim و همکاران ۲۰۱۳ و Suurmond و همکاران۲۰۱۰ و Jongen و همکاران ۲۰۱۸ با نتایج این مطالعه هم راستا نبود [۲۲،۲۸،۲۹]. به نظر می‌رسد با توجه به دلایل اشاره شده در این مطالعات نظیر تعامل و آموزش‌های قبلی پرستاران و همچنین شرکت سایر کارکنان سلامت در پژوهش از علل این تفاوت باشد.

همانند مطالعه حاضر، در پژوهش آهنچیان و همکاران [۳۰]. متغیرهای سن و سابقه کار بر متغیر پاسخ صلاحیت فرهنگی تفاوت معنی‌دار آماری نداشت. در حالی که مطالعه یدللهی و همکاران ۲۰۲۰ اثر سن و سابقه کار بر صلاحیت فرهنگی معنی‌دار بود [۱۰]. همچنین در مطالعه دیگری که توسط Bunjitpimol و همکاران ۲۰۱۸ در تایلند انجام شد، فقط متغیر سن را در صلاحیت فرهنگی پرستاران مهم دانستند [۳۱].

اگر چه انتظار می‌رود که در سنین بالاتر شناخت بیشتری نسبت به فرهنگ و ارزش‌های فردی حاصل شود ولی عواملی مانند پذیرش فرهنگ دیگران، اراده بر قبول ارزش‌های دیگران و درک عوامل نفوذ بر فرهنگ‌های مختلف، مقوله‌هایی هستند که می‌توانند تحت تأثیر سن و سابقه کار قرار نگرفته بلکه با آگاهی، شناخت میسر شوند [۲۷].

در این مطالعه نوع بخش مراقبت ویژه عمومی و کرونری و تحصیلات و کسب تخصص پرستاران نیز اثر معنی‌داری با متغیر پاسخ نداشت. اساساً عوامل ساختاری و نوع فعالیت حرفه‌ای و میزان آموزش و تحصیلات با صلاحیت بالینی ارتباط بیشتری دارند و کمتر با صلاحیت پرستاران در درک مقوله‌های فرهنگی و ارزشی مرتبط هستند [۲۶].

متغیر قومیت (فارس و ترکمن) در مطالعه حاضر اثر معنی‌داری بر صلاحیت فرهنگی نشان نداد، ولی در پژوهش دیگر، زبان مشترک در صلاحیت فرهنگی پرستاران عامل مهم شناخته شد در واقع پرستاران مراقبت ویژه به مراقبت‌های بهینه بر اساس درک از فرهنگ‌های مختلف می‌پردازند و در این اثنا مقوله‌ای که بیش از فرهنگ جلوه‌گر است، داشتن زبان مشترک و اعتماد فرهنگی است که به بیماران این اطمینان خاطر را می‌دهد که به دور از قضاوت و هر گونه سوگیری، مراقبت‌های لازم را دریافت می‌نماید [۳۱].

از نقاط قوت این مطالعه پرداختن به موضوع صلاحیت فرهنگی برای اولین بار در استان گلستان است که دارای قومیت‌های مختلف هستند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد کم متغیرهای وارد شده به مدل و ضعف در تعیین روابط عالی اشاره کرد.

در نتایج این مطالعه اولویت در زیر مقیاس نگرش فرهنگی می‌تواند راهنمای کار برنامه‌ریزان نظام سلامت و مدیران پرستاری باشد لذا پیشنهاد می‌شود تا با کمک کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌های از قبل تدوین شده به آشنایی مقوله‌های فرهنگی اقدام شود که این امر می‌تواند موجب افزایش کیفیت کار پرستاری و ارتقای سلامت جامعه شود و صلاحیت فرهنگی را از مرحله نگرش فرهنگی به آمادگی و اجرای مراقبت بر اساس بستر فرهنگی سوق دهند.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، صلاحیت فرهنگی پرستاران شاغل بخش‌های مراقبت ویژه در سطح ضعیف بود و بیشترین میانگین نمره به زیرمقیاس نگرش مراقبت فرهنگی و کمترین به دانش مراقبت فرهنگی اختصاص یافت همچنین متغیرهای مستقل اثر معنی‌داری بر صلاحیت فرهنگی نداشتند. با توجه به اینکه جامعه پرستاری و بیماران مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه دارای تنوع چند فرهنگی هستند لذا تقویت نیروی پرستاری به عنوان اصلی‌ترین مراقبین سلامت در بخش‌های حساس مانند بخش‌های مراقبت ویژه عمومی و مراقبت ویژه کرونری که در رویارویی و مواجهه زیاد با بیماران

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

دارای زبان، مذهب و فرهنگ متفاوت هستند امری ضروری است.

تقدیر و تشکر

محققین مراتب سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به جهت تسهیل فرآیند پژوهش و حمایت مالی و همچنین همکاری صمیمانه پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه اعلام می‌دارند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، مصوب دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1399.098 است. منابع مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی گلستان تأمین شده است.

تعارض منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. BMC nursing. 2019 Dec;18(1):1-9.
2. Larsen R, Mangrio E, Persson K. Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: A descriptive qualitative study. Journal of Transcultural Nursing. 2021 Jul;32(4):310-7.
3. Dobrowolska B, Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Barkestad E, Benbenishty J, Breznik K, Filej B, Jarosova D, Kaučič BM, Nytra I, Smrke B. European intensive care nurses' cultural competency: An international cross-sectional survey. Intensive and Critical Care Nursing. 2020 Oct 1;60:102892.
4. Liang Y-W, Chen W-Y, Lin Y-H, Su S-Y, Lee M-H, Chao P-Y. An exploratory analysis of nurses' multicultural caring competence. Taiwan Gong Gong Wei Sheng Za Zhi. 2014;33(5):549.
5. Høye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. Journal of advanced nursing. 2010 Apr;66(4):858-67.
6. Sarkhani N, Negarandeh R, Dashti R. Psychometric properties of the Persian version of the Cultural Competence Scale in Clinical Nurses. Nursing Open. 2022 Mar;9(2):1218-27.
7. Schenk L, Sonntag PT, Beck P, Khan Z, Peppler L, Schouler-Ocak M. Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. BMC Health Services Research. 2022 Dec;22(1):1-9.
8. Ho TT, Oh J. Development and Evaluation of Cultural Competence Course on Undergraduate Nursing Students in Vietnam. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Jan 13;19(2):888.
9. Mafakheri S, Anboohi SZ, Borhani F, Kazemi E. Studying the correlation of nurses cultural competency and patient satisfaction in intensive care unit of hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences in. Arch Pharm Pract. 2020;1:161.
10. Yadollahi S, Ebadi A, MolaviNejad S, Asadizaker M, Saki Malehi A. Evaluation of cultural competency in clinical nurses: A descriptive study. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020 May 10;28(3):163-70.
11. Okoro ON, Odedina FT, Reams RR, Smith WT. Clinical cultural competency and knowledge of health disparities among pharmacy students. American journal of pharmaceutical education. 2012 Apr 10;76(3).
12. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. BMC nursing. 2019 Dec;18(1):1-9.
13. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients. Global journal of health science. 2016 Jun;8(6):65.
14. Glenn AD, Claman F. Using a low-fidelity simulation to enhance cultural awareness and emotional intelligence in nursing students. Nursing education perspectives. 2020 Jan 1;41(1):63-4.
15. Khezerloo S, Mokhtari J. Cultural competency in nursing education: a review article. 2016: 11-21
16. Bastami MR, Kianian T, Borji M, Amirkhani M, Saber S. Assessment of cultural competence among nurses. Medical Ethics Journal. 2016;10(36):65-72.
17. Lee SE, Lee MH, Peters AB, Gwon SH. Assessment of patient safety and cultural competencies among senior baccalaureate nursing students. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 Jun;17(12):4225.
18. Riley D, Smyer T, York N. Cultural competence of practicing nurses entering an RN-BSN program. Nursing education perspectives. 2012;33(6):381-5.
19. Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT. Defining and targeting health care access barriers. Journal of health care for the poor and underserved. 2011;22(2):562-75.
20. Seid K, Gebremedhin T. Nurses Cultural Competence in Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Advances in Medical Education and Practice. 2022;13:467.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]

21. Yeo TP, Phillips J, Delengowski A, Griffiths M, Purnell L. Oncology nursing: Educating advanced practice nurses to provide culturally competent care. Journal of Professional Nursing. 2011;27(4):245-54.
22. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC health services research. 2018 Dec;18(1):1-5.
23. Khodaveisi M, Davodi L, Mohammadi Y, Mohammadi N. Correlation between cultural competence and accountability in nurses working in hospitals in Hamadan. J. Biochem. Tech. 2018;2:149-54.
24. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine S-J, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. International journal for equity in health. 2019;18(1):174.
25. Kanbabayi Gol M, Zamanzadeh V, Jabarzadeh F. Cultural competence among senior nursing students of medical universities in north-west iran. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017;15(8):612-9.
26. Mafakheri S, Anboohi SZ, Borhani F, Kazemi E. Studying the correlation of nurses cultural competency and patient satisfaction in intensive care unit of hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences in. Arch Pharm Pract. 2020;1:161.
27. Cho MK, Kim MY. Factors Affecting the Global Health and Cultural Competencies of Nursing Students. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Mar 30;19(7):4109.
28. Kim DH, Kim SE. Cultural Competence and Factors Influencing Cultural Competence in Nursing Students. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;22(3):159-68.
29. Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, Goosen S, Stronks K. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. Nurse education today. 2010;30(8):821-6.
30. Ahanchian M, Amiri R, Bakhshi M. Correlation between cultural intelligence and social interaction of nurses. Journal of health promotion management. 2012;1(2):44-53.
31. Bunjitpimol P, Kumar R, Somrongthong R. Effectiveness of case based cultural competency among nurses working in private hospitals of Bangkok, Thailand: A Quasi-experimental study. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2018 Jan;34(1):179.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-09-20]

[DOI: 10.30491/JCC.15.4.21]