

Medical Ethics and Law  
Research Center

# Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): e8

Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

## Nurses' Cultural Humility in the Horizon of Transformation and Innovation of Medical Education, a Review of the Official Documents of Nursing Education of the Islamic Republic of Iran

Roghieh Nazari<sup>1</sup>, Abbas Abbaszadeh<sup>2</sup>, Noushin Mousazadeh<sup>1\*</sup>

1. Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Department of Medical-surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Cultural humility is a life-long process which has a crucial role in enabling nurses to establish respectful intercultural relationships. Considering the importance of education in the formation of interaction-related skills, and the necessity of educational planning based on the related macro policies, this study was conducted with the aim of investigating how to pay attention to cultural humility in the official documents of nursing education upstream documents in Iran.

**Methods:** The present study, which has been conducted using a qualitative approach and a directed content analysis method, has reviewed the document of transformation and innovation in medical education and nursing undergraduate curriculum. The semantic units were extracted after studying the documents repeatedly, and categorized based on Furanda's conceptual model. Then, based on the conceptual and logical correlation, the possibility of placing these categories in the main categories existing in the matrix, or the formation of new categories was investigated.

**Ethical Considerations:** Trustworthiness in quoting the documents and unbiasedness, have been observed in all the stages of this study, including reviewing texts and documents, data extracting, analyzing, reporting and publishing the data.

**Results:** Out of the 302 extracted codes, 122 codes were excluded due to the general nature. The remaining codes, considering the number of assigned codes, were respectively placed in the supportive interaction, openness, egoless, self-awareness, self-reflection, and criticism categories, which are among the features of cultural humility. Some codes were not placed in the above conceptual categories, but were separately placed in the attention to spirituality category. Only 52 codes were extracted from the practical part of the course curriculum, i.e. the course outlines.

**Conclusion:** The findings indicate that although the existing documents have implicitly addressed the concept of cultural humility in their macro goals, but it has not been given clear and practical attention in the executive parts of the program. Moreover, some of the features of the concept of cultural humility, which are among the crucially important features of nurses, have been neglected. Therefore, it is recommended that the policymakers and the authorities pay more attention to putting achieving this important feature, nurses' cultural humility, into practice in the upstream documents.

**Keywords:** Cultural Humility; Nursing Education; Cultural Competence

**Corresponding Author:** Noushin Mousazadeh; **Email:** [s.mousazadeh@mazums.ac.ir](mailto:s.mousazadeh@mazums.ac.ir)

**Received:** July 13, 2022; **Accepted:** September 26, 2022; **Published Online:** October 10, 2022

Please cite this article as:

Nazari R, Abbaszadeh A, Mousazadeh N. Nurses' Cultural Humility in the Horizon of Transformation and Innovation of Medical Education, a Review of the Official Documents of Nursing Education of the Islamic Republic of Iran. *Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e8.



## مجله اخلاق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و هفتم، ۱۴۰۱



# فروتنی فرهنگی پرستاران در افق تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی، مرور اسناد بالادستی آموزش پرستاری در جمهوری اسلامی ایران

رقیه نظری<sup>۱</sup>، عباس عباسزاده<sup>۲</sup>، نوشین موسی‌زاده<sup>۱\*</sup> [id](#)

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** فروتنی فرهنگی فرآیندی مادام‌العمر است که برای برقراری روابط بین‌فرهنگی محترمانه توسط پرستاران، نقش اساسی دارد. به سبب اهمیت آموزش در شکل‌گیری مهارت‌های مرتبط با تعاملات و لزوم برنامه‌ریزی‌های آموزشی بر اساس سیاست‌های کلان مرتبط، این مطالعه با هدف بررسی نحوه توجه به فروتنی فرهنگی در اسناد بالادستی آموزش پرستاری ایران، انجام گرفت.

**روش:** مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای هدایت شده به نقد و بررسی سند تحول و نوآوری در آموزش پزشکی و برنامه آموزشی دوره کارشناسی پرستاری پرداخته است. واحدهای معنایی پس از مطالعه مکرر اسناد، استخراج و بر اساس مدل مفهومی فوراندا طبقه‌بندی گردید، سپس بر اساس ارتباط مفهومی و منطقی امکان جایگذاری این طبقات در طبقات اصلی موجود در ماتریس و یا شکل‌گیری طبقات جدید بررسی شد.

**ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل این مطالعه اعم از بررسی متون و اسناد، استخراج داده‌ها، تجزیه تحلیل، گزارش و نشر آن‌ها، ملاحظات اخلاقی از جمله امانتداری در نقل قول اسناد و عدم سوگیری رعایت شده است.

**یافته‌ها:** از مجموع ۳۰۲ کد استخراج شده، ۱۲۲ کد به علت ماهیت کلی کنار گذاشته شدند. کدهای باقی‌مانده با توجه به تعداد کدهای تخصیص داده شده به ترتیب در طبقات تعامل حمایتی، بازبودن، خشوع، خودآگاهی و خود بازاندیشی و نقد که ویژگی‌های فروتنی فرهنگی هستند، قرار گرفتند. برخی کدها در طبقات مفهومی فوق جای نگرفته و جداگانه در طبقه «توجه به معنویت»، قرار داده شد. تنها ۵۲ کد از قسمت عملیاتی برنامه درسی دوره، یعنی رئوس مطالب دروس استخراج گردیدند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها حاکی از آن است که اگرچه اسناد موجود، در اهداف کلان خود به طور ضمنی به مفهوم فروتنی فرهنگی پرداخته‌اند، اما توجه شفاف و عملیاتی به آن در بخش‌های اجرایی برنامه، کم است. همچنین به برخی از ویژگی‌های مفهوم مورد نظر که از شایستگی‌های بسیار مهم یک پرستار است، توجه کمتری شده است، لذا توصیه می‌شود تا سیاستگذاران و دست‌اندرکاران به عملیاتی کردن دستیابی به ویژگی مهم فروتنی فرهنگی پرستاران در اسناد بالادستی توجه بیشتری نمایند.

**واژگان کلیدی:** فروتنی فرهنگی؛ آموزش پرستاری؛ شایستگی فرهنگی

نویسنده مسئول: نوشین موسی‌زاده؛ پست الکترونیک: [s.mousazadeh@mazums.ac.ir](mailto:s.mousazadeh@mazums.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۸

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Nazari R, Abbaszadeh A, Mousazadeh N. Nurses' Cultural Humility in the Horizon of Transformation and Innovation of Medical Education, a Review of the Official Documents of Nursing Education of the Islamic Republic of Iran. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e8.

## مقدمه

بر اساس نقشه مهندسی فرهنگی کشور که در سال ۱۳۹۳ منتشر شده است، فرهنگ نظام‌واره‌ای است از عقاید و باورهای اساسی، ارزش‌ها، آداب، الگوهای رفتاری ریشه‌دار و دیرپا، نمادها و مصنوعات که ادراکات، رفتار و مناسبات جامعه را جهت و شکل می‌دهد و هویت آن را می‌سازد. در واقع فرهنگ در سطوح مختلف به زندگی فردی، اجتماعی و حرفه‌ای انسان معنا و هویت می‌بخشد و بر ذهنیت و گرایش‌های افراد و جوامع تأثیرگذار بوده و رفتار عمومی آنان را تعیین می‌کند (۱).

کشور ایران، سرزمینی با تنوع و تفاوت‌های فرهنگی فراوان است و تنوع جمعیتی که قرن‌ها در اثر اختلاط نژادها و مهاجرت‌ها به وجود آمده است، موجب پیدایش اقوام مختلف شده است (۲). این امر سبب شده که اگرچه در نقشه مهندسی فرهنگی کشور، از ایران به عنوان کشوری با هویت فرهنگ اسلامی - ایرانی یاد شده است، اما با بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آن، درمی‌یابیم که جمعیت بیش از ۸۰ میلیونی کشور ترکیبی است از اقوام، ادیان و مذاهب گوناگون که ماهیت چند فرهنگی را برای کشور ایجاد کرده است. علاوه بر آن توسعه گردشگری سلامت که سبب حضور افرادی از کشورهای حاشیه خلیج فارس در جنوب و آسیای میانه در شمال شده است، بر این گوناگونی فرهنگی در نظام سلامت افزوده است (۱). مضاف بر اینکه پراکندگی جمعیت‌های اقلیت در کشور متفاوت بوده و دسترسی به خدمات سلامت برای همه افراد ساکن در مناطق جغرافیایی مختلف، یکسان نیست. برخی از این خانوارها (مهاجران) فاقد پوشش بیمه‌ای و دسترسی به خدمات پیشگیرانه هستند و اکثراً از کسانی خدمات سلامت را دریافت می‌کنند که دارای تفاوت فرهنگی با آنان هستند. این تنوع فرهنگی، نیاز به کارکنانی که به مراقبت سلامت در زمینه‌های فرهنگی متنوع، توانمند باشند را ضروری می‌نمایند (۳).

مطالعات انجام‌شده در دهه‌های اخیر مدل‌های مختلفی از مهارت‌های بین فرهنگی را با ساختارهای گوناگون گزارش

نموده‌اند (۴)، چراکه برای حذف موانع موجود بر سر راه مراقبت‌های سلامت و کاهش نابرابری‌های مرتبط با تنوع فرهنگی در حوزه سلامت، نیاز به رویکردهای نوآورانه‌ای است، اگرچه ایجاد سهمیه‌های بومی برای داوطلبین دانشگاه‌ها و ایجاد نیروی کار پرستاری و پزشکی متنوع‌تر از نظر فرهنگی می‌تواند قدمی در این جهت باشد، ولی درک بین فرهنگی لزوماً از تماس ساده فرهنگ‌ها یا قرارگرفتن در معرض تنوع حاصل نمی‌شود (۳). در این بین چگونگی ساختار تجربه یادگیری، برای شکل‌دادن به نگرش و هنجارهای پرستاری و پزشکی بسیار مهم است (۵)، چراکه تعلیم‌دهندگان پرستاری و پزشکی می‌توانند درک بین فرهنگی و تجربیات بین فرهنگی را گسترش دهند (۳)، البته اولین بار شایستگی فرهنگی در حرف مراقبت و درمان با هدف پیشگیری از تشخیص‌های اشتباه پزشکی و نیز خطاهای مراقبتی ناشی از عدم درک فرهنگی به کار گرفته شد و فرض بر این بود که دانش در مورد فرهنگ منجر به درک بهتر و در نتیجه مهارت بهتر در ارائه مراقبت‌های فرهنگی خواهد شد (۶)، اما در سال ۲۰۱۸، Jongen و همکاران گزارش دادند که رویکردهای متداول در زمینه آموزش شایستگی فرهنگی می‌تواند به جای ایجاد شایستگی فرهنگی، سوءتفاهم فرهنگی ایجاد کند. آنان علت این سوءتفاهم را این‌گونه بیان کردند که برخی از افراد شرکت‌کننده در کارگاه فرهنگی، درکی از فرهنگ مورد نظر پیدا می‌کنند که باعث ایجاد کلیشه و تعصب می‌گردد، مگر اینکه با بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف با نگرش فروتنانه برخورد کنند (۷). از آنجا که فرهنگ به طور مداوم در حال تغییر است، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز باید علاوه بر شایستگی فرهنگی، درکشان نیز از فرهنگ بهبود یافته و به فروتنی فرهنگی برسند (۳). بدین ترتیب در سال‌های بعد «فروتنی فرهنگی» جایگزین «شایستگی فرهنگی» گردید. فروتنی فرهنگی توانایی حفظ موضع درونی خود، در جنبه‌های مختلف هویت فرهنگی، در عین دیگر محوری بودن است. این موارد، جنبه‌هایی هستند که برای فرد بسیار مهم هستند. فروتنی فرهنگی متفاوت از آموزش فرهنگی و شایستگی فرهنگی است و به جای دستیابی به دانش و آگاهی در مورد

نوآوری آموزش علوم پزشکی، با بررسی اسناد بالادستی آموزش پرستاری جمهوری اسلامی ایران انجام گرفته است.

### روش

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که به روش تحلیل محتوایی هدایت شده به بررسی اسناد بالادستی مرتبط با حوزه آموزش پرستاری پرداخته است. منظور از اسناد بالادستی تمامی اسناد بالادستی مرتبط با آموزش پرستاری است که تا تیرماه ۱۳۹۸ منتشر شده‌اند. اسناد منتشر شده توسط سازمان‌های خصوصی، روزنامه‌ها و یا اسناد منتشر نشده کارگروه‌ها وارد مطالعه نشده‌اند. انتخاب اسناد بر اساس ملاحظات چهارگانه Jupp انجام گرفت. این ملاحظات شامل سندیت، یعنی اصلی و درست بودن، اعتبار یا دقت، نماینده کل اسناد طبقه خودبودن و معنی (چه چیزی می‌گوید) می‌باشند (۱۲). بر اساس این ملاحظات، اسنادی بررسی شدند که محتوای آن‌ها توسط مرجع ذیصلاح تنظیم شده بودند، اطمینان از صحت و دقت محتوایی آنها حاصل شده بود، در میان اسناد مربوط به حوزه آموزش پرستاری دارای جامعیت بودند و به خوبی بیانگر مفهوم و موضوع مورد نظر در این مطالعه بودند (۱۱). بدین ترتیب سند تحول و نوآوری در آموزش پزشکی و برنامه آموزشی دوره کارشناسی پرستاری به عنوان مهم‌ترین اسنادی که در اتخاذ تصمیمات مرتبط با آموزش پرستاری به آنان استناد می‌شود، مورد بررسی قرار گرفتند. اسناد مورد نظر چندین بار مورد مطالعه تیم پژوهش قرار گرفت. گزاره‌ها، عبارات و جملاتی که در خصوص فروتنی فرهنگی بود، استخراج گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوایی هدایت شده، اعتباربخشی و یا احتمالاً توسعه ضمنی یک چارچوب مفهومی یا تئوری قبلی است. این چارچوب مفهومی مورد انتخاب می‌تواند به تمرکز سؤال پژوهش کمک نماید. از طرف دیگر تئوری می‌تواند پیرامون پیش‌بینی متغیرها کمک کند (۱۳). چارچوب مفهومی مورد استفاده در این مطالعه آنالیز مفهومی است که Foronda و همکاران در

فرهنگ‌ها، بر خود فروتنی تمرکز دارد. این مفهوم در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای افزایش کیفیت تعاملات آنان با مددجویان با فرهنگ‌های متفاوت، بسیار مهم و ضروری است (۸)، اما آیا نظام آموزش سلامت برای دستیابی به این هدف برنامه‌ای دارد؟

از آنجایی که برنامه‌ریزی‌های آموزشی هر جامعه‌ای بر اساس سیاست‌های کلان آن جامعه (اسناد بالادستی) انجام می‌گردد، تیم پژوهش به سراغ اسناد کلان آموزش علوم پزشکی کشور رفتند. این اسناد عموماً به واقعیت استناد شده و فرض بر این است که مسیر علمی بودن در تهیه آنها پیموده شده باشد و به همین دلایل برای تحلیل تاریخ و سیاست‌های تدوین شده در حوزه مورد نظر، ارزشمند هستند (۹). دلیل اهمیت این اسناد این است که می‌توانند فرضیه‌های قیاسی، شهودی و تخیلات خلاقانه پژوهشگران را در محیط واقعی سیاست به آزمون بگذارند و نشان دهند که انتقاد، ارزیابی و تحلیل و ارائه راهکار تا چه حد می‌تواند آرمان‌ها را در مقابل واقعیت‌ها سربلند نشان دهد و در چه جاهایی مصلحت و سنگینی واقعیت، ایده‌آل‌های ذهنی را فرو می‌نشانند و فرضیه‌ها را به تجدید نظر می‌اندازد (۱۰). امروزه در اغلب مطالعات مربوط به تحلیل سیاست‌ها، بخش مهمی از مطالعات مربوط به تحلیل اسناد بالادستی به ویژه در حوزه مورد نظر است (۱۱). در سال‌های اخیر، با تدوین و انتشار اسناد راهبردی نظام آموزش علوم پزشکی کشورمان که همانا سند تحول و نوآوری در آموزش پزشکی است، سعی شد تا چارچوب فلسفه تربیت نیروی انسانی ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، به صورت مدون و بومی متناسب با جامعه اسلامی - ایرانی تعیین گردد. علاوه بر آن برنامه‌های درسی دوره این گروه از ارائه‌دهندگان نیز با توجه به سیاست‌های کلان جامعه، تدوین و بازنگری می‌گردد، لذا نظر به اهمیت اسناد بالادستی در شناسایی واقعیات و اصول مهم برنامه‌های تهیه شده برای کل کشور، از یکسو و رو به روی کشور با تنوع فرهنگی فزاینده و نیاز به تربیت کارکنانی حائز فروتنی فرهنگی، از سوی دیگر، این مطالعه با هدف جستجوی نحوه توجه به مقوله فروتنی فرهنگی پرستاران در افق تحول و

بررسی قرار گرفته و سپس نتایج با هم مقایسه شدند. علیرغم اینکه پژوهش کیفی نمی‌تواند قابلیت انتقال‌پذیری داشته باشد، ولی پژوهشگران سعی نمودند که علاوه بر توصیفات واضحی از متون، گردآوری داده‌ها، فرایند انجام کار و داده‌های پژوهش را ارائه دهند تا برای استفاده پژوهشگران در شرایط مشابه مؤثر باشد.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر از دو سند بالادستی مرتبط با آموزش پرستاری استفاده شد. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۳۰۲ کد اولیه شد. بیشتر کدهای استخراج‌شده، شامل ۲۴۷ کد، از برنامه درسی کارشناسی و بقیه از سند تحول آموزش استخراج گردیدند. پس از دسته‌بندی کدها بر اساس ارتباط معنایی با ویژگی‌های مفهوم فروتنی فرهنگی، ۱۵۹ کد در پنج دسته از ویژگی مفهوم بر اساس چارچوب مفهومی پژوهش قرار گرفتند. که از این میزان، ۴۸ کد در طبقه بازبودن، ۱۳ کد در طبقه خود آگاهی، ۱۹ کد در طبقه خشوع، ۶۸ کد در طبقه تعامل حمایتی و تنها ۱۱ کد در طبقه نقد قرار گرفتند. ۲۱ کد هم به طور مستقیم در طبقات مفهومی فوق جای نگرفتند، اما به سبب ارتباط مفهومی با فروتنی فرهنگی در طبقه جداگانه‌ای با عنوان توجه به معنویت، قرار داده شدند. از بین کدهای استخراج‌شده فوق، تنها ۵۲ کد از قسمت رئوس مطالب دروس استخراج گردیدند و بقیه از قسمت‌های دیگر اسناد که جنبه عملیاتی نداشته‌اند، به دست آمدند. ۱۲۲ کد استخراج‌شده به علت ماهیت کلی خود در هیچ یک از طبقات جا نگرفتند. جدول ۱ نمونه‌ای از نحوه دسته‌بندی کدها و شکل‌گیری طبقات مفهومی را نشان می‌دهد.

سال ۲۰۱۶ از فروتنی فرهنگی ارائه داده‌اند. آنان برای مفهوم فروتنی فرهنگی پنج ویژگی بازبودن (Openness)، خودآگاهی (Self-Awareness)، خشوع (Egoless)، تعامل حمایتی (Supportive Interaction) و خود - بازاندیشی و نقد (Self-Reflection and Critique) را ارائه نمودند (۱۴).

با توجه به این ویژگی‌ها، داده‌های استخراج‌شده از اسناد چندین بار برای یافتن محتوایی که با طبقات از قبل تعیین شده فوق مطابقت داشته باشند و یا می‌توانستند مثالی برای آن‌ها باشند مرور و کدهای اولیه به آن‌ها اختصاص یافت. واحدهای معنایی دیگر که با طبقات اصلی مرتبط نبوده، ولی با فروتنی فرهنگی مرتبط بودند نیز کددهی شدند و سپس بر اساس ارتباط مفهومی و منطقی امکان جایگذاری این واحدها در طبقات اصلی موجود در ماتریس و یا شکل‌گیری طبقات اصلی جدید بررسی شد، البته قرارگیری کدها در طبقات هم به صورت کمی و هم کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در کل پژوهش، بررسی اسناد بدون هرگونه سوگیری انجام شد. برای دستیابی به اعتبار داده‌ها از روش بررسی هم‌تابان و نیز درگیری دائمی و مستمر با مفهوم استفاده شد، به همین منظور بررسی طی هشت ماه صورت گرفت تا درک بهتری از مفهوم به دست آید. برای تأمین قابلیت تاییدپذیری از بازنگری ناظرین (توسط دو نویسنده اول و سوم متخصص در زمینه پرستاری و بهره‌گیری از نظرات تکمیلی دو متخصص در زمینه جامعه‌شناسی و روان‌شناسی) استفاده شد. همچنین کلیه مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها مرحله به مرحله توصیف و تشریح گردید که این کار از طریق تکرار گام به گام و حسابرسی صورت گرفت. برای دسترسی به قابلیت اطمینان‌پذیری یا اعتماد داده‌ها، تمام مراحل کار به طور مستقل توسط ناظرین خارجی (پژوهشگران کیفی) مورد

جدول ۱: مثالی از نحوه دسته‌بندی کدها و شکل‌گیری طبقات مفهومی (ویژگی فروتنی فرهنگی)

سند	بخش سند	واحد معنایی (کد)	زیرطبقه	طبقه (ویژگی فروتنی فرهنگی)
ک	فلسفه (ارزش‌ها و باورها)	تعامل با یکدیگر وجود انسان را تشکیل می‌دهد.	تعامل	تعامل
ک	فلسفه (ارزش‌ها و باورها)	جامعه حاصل تعاملات و ارتباطات انسانی است.		
ک	رسالت (مأموریت)	از توانمندی‌های عمومی مورد انتظار پرستار، مهارت‌های تعامل بین بخشی است.		
ک	پیامدهای مورد انتظار	دانش‌آموخته پرستاری باید قادر به برقراری ارتباط مناسب و مؤثر حرفه‌ای با ... باشد.	ارتباط حرفه‌ای	توانمندی‌ها و مهارت‌های اصلی مورد انتظار
ک	توانمندی‌ها و مهارت‌های اصلی	رسالت برنامه آموزشی، پرستاران ... توانمند در برقراری ارتباط حرفه‌ای است.		
ک	آیین اخلاق پرستاری - راهنمای اخلاقی - پرستار و همکاران	با سایر رده‌های پرستاری ارتباط حرفه‌ای توأم با احترام متقابل برقرار کند.		
س	آموزش عالی سلامت	ارتقای روحیه کار گروهی یک ارزش در حوزه آموزش عالی سلامت است.	مشارکت	تعامل حمایتی
ک	هدف کلی درس کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه...	به کارگیری پویایی گروه در حل مسائل بهداشتی مددجو.		
ک	شرح کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه...	بررسی مشکلات موجود در جامعه به صورت گروهی.		
ک	نقش دانش‌آموختگان در جامعه	از وظایف حرفه‌ای پرستاران در نقش مراقبتی مشارکت و همکاری با سایر اعضای تیم است.	مشارکت دیگران	مسئولیت تعامل با دیگران
ک	فلسفه (ارزش‌ها و باورها)	پرستاری در سایه کار هماهنگ تیمی معنا می‌یابد.		
ک	شیوه ارزیابی دانشجو کارآموزی پرستاری بهداشت روان	لزوم ارائه گزارش در مورد تعامل با مددجو بر اساس ارتباط درمانی.		
ک	آیین اخلاق پرستاری - راهنمای اخلاقی - پرستار و همکاران	در صورت مواجهه با چالش اخلاقی با کمیته اخلاق بیمارستان مشورت کند.	مسئولیت تعامل با دیگران	مسئولیت تعامل با دیگران
ک	آیین اخلاق پرستاری - راهنمای اخلاقی - پرستار و همکاران	اطلاعات قانونی و اخلاقی لازم را به همکاران پرستار خود انتقال دهد.		
ک	آیین اخلاق پرستاری - راهنمای اخلاقی - پرستار و همکاران	برای حل معضلات اخلاقی از افراد متخصص کمک و مشورت بگیرد.		

\* ک= برنامه آموزشی دوره کارشناسی پرستاری، س= سند تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی

انسانی می‌گردد. اقداماتی که تحت این عنوان قرار دارند، شامل تعامل دو نفر، تعامل، تقاطع، اشتراک‌گذاری، مسئولیت تعامل با دیگران، تعاملات، تعاملات حمایتی، مشارکت و تعامل فعال بوده است. به عنوان مثال در برنامه درسی کارشناسی پرستاری در بخش فلسفه رشته آمده است که «تعامل با یکدیگر وجود

بررسی اسناد نشان داد که پرتکرارترین ویژگی از ویژگی‌های فروتنی فرهنگی که با استفاده از واژه‌ها و مفاهیم متفاوت در اسناد فوق به آن توجه شده است، ویژگی «تعامل حمایتی» بوده است. تعاملات حمایت‌کننده به عنوان تقاطع‌های موجود در میان افراد تعریف می‌شوند که منجر به تبادلات مثبت

و داشتن نگرش فروتنانه، از مصادیق خشوع است. برخی از گزاره‌های موجود در اسناد که به این ویژگی اشاره داشته‌اند، در زیر آمده است:

«انسان بهترین مخلوق خدا و دارای کرامت ذاتی است» (فلسفه، ارزش‌ها و باورها؛ برنامه درسی کارشناسی پرستاری). همچنین در بخشی دیگر از اسناد آورده شده که «پرستار نباید از جایگاه حرفه‌ای خود برای متقاعد کردن بیمار برای شرکت در پژوهش استفاده کند. در صورت عدم همکاری بیمار در پژوهش نباید روند ارائه خدمات وی تحت تأثیر قرار گیرد» (آیین اخلاق پرستاری، راهنمای اخلاقی، پرستار و خدمات بالینی).

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که «خودآگاهی» با ۱۳ کد استخراجی از مفاهیمی بود که در اسناد بالادستی کمتر مورد توجه قرار داده شد. خودآگاهی، به عنوان آگاهی از نقاط قوت، محدودیت‌ها، ارزش‌ها، باورها، رفتار و نحوه تظاهر خود به دیگران است. برخی از گزاره‌های موجود در اسناد که به این ویژگی اشاره داشته‌اند، شامل مورد زیر می‌باشند.

«پرستار باید توانایی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را بشناسد و حفظ کند و نباید اعتبار و حیثیت حرفه‌ای خود را زیر سؤال ببرد» (آیین اخلاق پرستاری، راهنمای اخلاقی، پرستار و تعهد حرفه‌ای).

آخرین ویژگی از ویژگی‌های فروتنی فرهنگی که کمترین تعداد کدهای استخراج شده را به خود اختصاص داد، «خود بازاندیشی و نقد» بود. خود بازاندیشی و نقد فرایند بازاندیشی افکار، احساسات و اعمال خود و به نوعی بازاندیشی و تفکر انتقادی در مورد خود است. برخی از گزاره‌های موجود در اسناد که به این ویژگی اشاره داشته‌اند، در زیر آمده است:

«لزوم تجزیه و تحلیل جنبه‌های اخلاقی اعمال و ارتباطات حرفه‌ای پرستاری، نقد رشد اخلاقی حرفه‌ای خود و محیط کار، نقد چگونگی کاربرد ارزش‌های اخلاقی و کرامت انسانی» که در قسمت اهداف درس اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای آمده است.

انسان را تشکیل می‌دهد و جامعه حاصل تعاملات و ارتباطات انسانی است.» در سایر قسمت‌ها از جمله پیامدهای مورد انتظار و نقش دانش‌آموختگان نیز به ارتباط مؤثر پرستار با مددجو تأکید شده است. نمونه‌ای از این گزاره‌ها عبارتند از:

«دانش‌آموخته پرستاری باید قادر به برقراری ارتباط مناسب و مؤثر حرفه‌ای با دیگران باشد» و «از وظایف حرفه‌ای پرستاران در نقش مراقبتی و حمایتی، برقراری ارتباط مناسب با مددجو و دیگران است (برنامه درسی کارشناسی پرستاری).»

این ویژگی در سطوح عملیاتی‌تر، یعنی سرفصل دروس هم بیشتر از بقیه ویژگی‌ها مورد توجه قرار گرفته است. برخی از موارد سرفصل دروس رشته که به تعاملات انسانی و حمایتی اشاره کرده‌اند، شامل دروس روان‌شناسی فردی و اجتماعی، اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای و اصول و مهارت‌های پرستاری بوده است.

دومین ویژگی از ویژگی‌های فروتنی فرهنگی که در این اسناد مورد بررسی به آن توجه شده است، «باز بودن» است. باز بودن، به معنای داشتن نگرشی است که مایل به کشف ایده‌های جدید باشد. برخی از گزاره‌های موجود در اسناد که به این ویژگی اشاره داشته‌اند، عبارتند از:

«انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه باشد. زمان کافی برای تصمیم‌گیری باید به بیمار داده شود (منشور حقوق بیمار، برنامه درسی). بحث در مورد تفاوت‌های فردی که در شرح درس روان‌شناسی فردی و اجتماعی آمده است» (برنامه درسی کارشناسی پرستاری).

«به خواسته‌های مددجو صرف نظر از نژاد، مذهب، جنس، سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مسائل سیاسی، بیماری جسمی یا روانی روحی یا هر عامل دیگری توجه کند» (آیین اخلاق پرستاری، راهنمای اخلاقی، پرستار و خدمات بالینی).

ویژگی بعدی که از نظر تعداد کدهای تخصیص داده شده سومین مرتبه را به خود اختصاص داد، «خشوع» بوده است. در واقع خشوع یا تواضع، مشاهده ارزش همه افراد در یک صفحه افقی بدون سلسله مراتب و اختلاف قدرت است. فروتنی، عادلانه بودن، رویکرد برابر داشتن، عدم برتری، داشتن بی‌طرفی

(۱۷). از آنجایی که این شایستگی شهودی نیست، پس باید آموزش داده شود، این در حالی است که آموزش مهارت‌های ارتباطی تا اندازه‌ای در برنامه‌های کارشناسی پرستاری به طور رسمی، گنجانده شده است (۱۵). ابدی و همکاران نیز بیان کردند که اگرچه مهارت‌های ارتباطی یکی از مؤلفه‌های اصلی در توسعه حرفه پرستاری است، اما آموزش مهارت‌های ارتباطی در محیط یادگیری بالینی پیچیده و نیازمند طراحی آموزشی مناسب است (۱۷). Mullan نیز نقش آموزش در شکل‌دهی مهارت‌های ارتباطی را بسیار مهم دانست (۱۸). در برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری ایران، اگرچه مهارت‌های ارتباطی به عنوان یک وظیفه حرفه‌ای و پتانسیل کلی دانش آموختگان پرستاری در نظر گرفته می‌شود (۱۹)، اما برای آموزش این مهارت‌ها یک واحد آموزشی مجزا تعریف نشده است (۱۷). از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های ارتباطی در آموزش بالینی جایگاه تعریف‌شده‌ای در برنامه درسی ندارد (۲۰). به این ترتیب، مطالعات متعدد علت ضعف مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری را آموزش ناکافی شناسایی کرده‌اند (۱۷، ۲۱-۲۲). از آنجاییکه ارتباط جزء جدایی‌ناپذیر عملکرد پرستاری است، توجه به آن بسیار مهم است (۲۳). پرستاران بیش از نیمی از کارکنان بخش سلامت را تشکیل می‌دهند (۲۴)، لذا همواره نگرانی‌هایی در مورد کیفیت ارتباط پرستاران با بیماران و خانواده‌های آن‌ها احساس می‌شود. از آنجا که آموزش نقش کلیدی در بهبود این مهارت دارد، برای پیشرفت ارتباطات در آموزش پرستاری در سطح جهانی، توجه به روش‌های راهبردی و درک چشم‌انداز آموزشی فعلی بسیار مهم است (۲۳) تا با اصلاح رسمی برنامه‌های آموزشی، به آموزش هدفمند مهارت ارتباطی در پرستاران پرداخته شود. پرواضح است که این مهارت مهم بالینی بدون داشتن ویژگی‌های بازبودن، خشوع، خودآگاهی، خود بازاندیشی و نقد دست نیافتنی به نظر می‌رسد. با توجه به این واقعیت، پژوهشگران روش‌هایی را برای بهبود مهارت ارتباطی از طریق تقویت ویژگی‌های فوق پیشنهاد می‌کنند. این در حالی است که بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، در دو سند مورد بررسی توجه

ایجاد ساختار متناسب برای رصد و پایش وضعیت ارزش‌ها و مبانی اخلاقی در دانشگاه‌ها که در سند توسعه آموزش پزشکی، بسته اعتلای اخلاق حرفه‌ای به آن اشاره شده است. در راستای تجزیه و تحلیل داده‌ها تعداد ۲۱ کد در هیچ یک از طبقات مربوط به ویژگی‌های مفهوم جای نگرفت که با توجه به متون مشابه و تحلیل دقیق گزاره‌ها توسط تیم متخصصین، طبقه‌ای با عنوان «توجه به معنویت» ایجاد شد. این کدها به جهت حفظ هویت اسلامی ایرانی پرستاران از اجزای مهم فروتنی فرهنگی هستند و در عین حال به معنویت، آداب و رسوم و اعتقادات دینی مددجویان نیز تأکید دارند. برخی از گزاره‌های موجود در اسناد که به این ویژگی اشاره داشته‌اند، در زیر آمده است:

- «تعالی اخلاقی و اعتلای فرهنگ اسلامی در این برنامه (آموزش پرستاری) مورد تأکید است.»
- «ترویج ارزش‌های اسلامی و معنوی و اخلاقی یک ارزش در حوزه آموزش عالی سلامت است» (آیین اخلاق پرستاری، راهنمای اخلاقی، پرستار و خدمات بالینی).
- «مراقبت‌های پرستاری باید با در نظر گرفتن اعتقادات دینی مددجویان ارائه گردد» (آیین اخلاق پرستاری، راهنمای اخلاقی، پرستار و خدمات بالینی).

## بحث

از یافته‌های مهم این مطالعه، قرار گرفتن ویژگی تعاملات حمایتی در صدر ویژگی‌های فروتنی فرهنگی (از نظر دفعات تکرار در اسناد مورد بررسی) است که نشان‌دهنده توجه ویژه دست‌اندرکاران به مقوله ارتباط مؤثر و اهمیت آن در عملکرد پرستاری است. در این راستا، سازمان‌های مراقبت‌های سلامت حرفه‌ای متعددی تأکید کرده‌اند که پرستاران باید ارتباطات مؤثری را در حوزه‌های پیچیده بین فردی نشان دهند (۱۵) و مهارت برقراری ارتباط برای عملکرد پرستاری ضروری است (۱۶). بطوریکه انجمن پرستاران مراقبت‌های ویژه آمریکا، مهارت‌های ارتباطی پرستاری را یکی از شش استاندارد مورد نیاز برای ایجاد و نگهداری مراکز مراقبت‌های بهداشتی می‌داند

کمر و عمدتاً غیر عملیاتی به این ویژگی‌ها شده است. از جمله برنامه‌هایی که می‌توان در برنامه آموزش دانشجویان برای تقویت مهارت ارتباط گنجانده، استفاده از مدل‌های بازتابی و تأمل است (۱۷). تأمل انتقادی به عنوان یک راهبرد کلیدی برای ترویج فروتنی فرهنگی در دانشجویان پرستاری معرفی شده است (۱۴). علاوه بر این، استفاده از ژورنال انعکاسی نیز برای تحریک بازتاب انتقادی در متون حمایت شده است (۲۵). در صورت استفاده از این مدل‌ها، فرد با توصیف رفتارهای خود به خودآگاهی می‌رسد و با تجزیه و تحلیل و یکپارچه‌سازی آن، آگاهانه تجربیات واقعی خود را بازاندیشی می‌کند (۲۶). در نهایت این روند سبب بهبود توانایی او در فعالیت‌های بالینی از جمله مهارت برقراری ارتباط می‌گردد (۱۷). برای این منظور، اجرای اقداماتی برای تمرین خوداندیشی و بازبودن در کلاس‌ها و کارآموزی‌ها می‌تواند نقطه شروعی برای مشارکت دانشجویان در یک فرآیند مادام‌العمر فروتنی فرهنگی باشد (۲۷)؛ زیرا یکی از مؤلفه‌های اصلی فروتنی فرهنگی بررسی هویت، مفروضات و سوگیری‌هایی شخصی است که قبل از تعامل با دیگران باید در نظر گرفته شود (۲۸). یکی از نقش‌های مربی پرستاری این است که با تشویق دانشجویان به بررسی سوگیری‌های شخصی خود قبل از واکنش نشان‌دادن به باورها، نظرات و ارزش‌های متفاوت همسالان خود در کلاس درس، یک محیط یادگیری مثبت ایجاد کند (۲۵).

تحلیل و واکاوی اسناد مورد بررسی در این مطالعه نشان داد که اگرچه هیچ یک از اسناد به طور مستقیم از واژگان «فروتنی فرهنگی» استفاده نکرده‌اند، اما به طور تلویحی در قسمت‌های مختلف اسناد به اهمیت دستیابی به ویژگی‌های مفهوم فروتنی فرهنگی در دانش‌آموختگان حرف علوم پزشکی و از جمله پرستاری، پرداخته‌اند. نحوه پرداختن به این ویژگی در دو سند مورد بررسی نیز رویکردهای متفاوتی داشت، به طوری که در سند تحول و نوآوری آموزش پزشکی، به صورت کلی به مفهوم مورد نظر، پرداخته شده، ولی در بعضی از قسمت‌های برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری، به صورت اختصاصی‌تر و عملیاتی‌تر بدان پرداخته شده است. در

کارآموزی‌ها و دروس عملی پرستاری، توجه به این ویژگی بسیار کم‌رنگ بوده است. این موضوع بیانگر این است که با توجه به ماهیت بالینی و عملکردی بودن حرفه پرستاری، لازم است به طور روشن و واضح اهداف، روش آموزش و ارزشیابی در سطوح عملیاتی‌تر مثل کارآموزی‌ها و کلاس‌های عملی و برنامه‌های عملیاتی دانشکده‌ها مورد توجه قرار گیرد. در برنامه درسی دوره کشورهای توسعه یافته، سال‌هاست که شایستگی فرهنگی بخشی از برنامه درسی پرستاری است (۵) و مدارس پرستاری این کشورها از راهبردهای مختلفی برای تقویت مراقبت‌های بین فرهنگی فروتنانه استفاده می‌کنند. به عنوان مثال در کانادا دانشجویان را به «سفرهای یادگیری خدمات سلامت جهانی» می‌برند تا در فرهنگ‌های مختلف غوطه‌ور شوند (۲۵). در واقع آنان توصیه کارشناسان را که فراتر از شایستگی فرهنگی به فروتنی فرهنگی توصیه کرده‌اند (۳۰-۲۹)، مورد توجه قرار داده‌اند. در آمریکای شمالی نیز، بحث‌هایی درباره فروتنی فرهنگی در برنامه‌های آموزشی برای دانشجویان پرستاری شروع شده است. آن‌ها در پی تدوین برنامه‌هایی هستند که دانشجویان نسبت به خودمحوری فرهنگی، تعصبات و مفروضات ذاتی خودآگاهی پیدا کنند و درک کنند که فرهنگ آن‌ها برتر از دیگران نیست (۲۶). Kamau-Small و همکاران در مطالعه سال ۲۰۱۵ خود، نتایج استفاده از یک استراتژی تدریس از نوع کارگاه تعاملی را برای دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی برای بهبود فروتنی فرهنگی و برابری مراقبت، گزارش نمودند. در این مطالعه، دانشجویان مهارت‌هایی را در مورد فروتنی فرهنگی آموختند که در نهایت باعث تغییر رفتار در عملکرد بالینی آن‌ها شد (۳۱). به نظر می‌رسد لازم است تا در بازنگری برنامه درسی دوره کارشناسی پرستاری کشور ما نیز توجه عمیق‌تر و عملیاتی‌تری به این مقوله مهم شود. زیرا تقویت فروتنی فرهنگی سبب حذف هرچه بیشتر خودمحوری و هرگونه قوم‌محوری شده و مانع ایجاد اختلال در ارائه مراقبت‌های فرهنگی مناسب می‌گردد (۲۹، ۳۲). افراد قوم‌محور، آنچه در گروهشان وجود دارد را مرکز همه چیز دانسته و بقیه را با

### مشارکت نویسندگان

رقیه نظری: ایده پردازی، نوشتن پیشنهاد، بررسی اسناد، استخراج واحدهای معنایی، نوشتن پیش‌نویس مقاله و تأیید نهایی مقاله.

عباس عباس‌زاده: اصلاح پیشنهاد، طرح، نظارت بر آنالیز محتوای کیفی، نوشتن پیش‌نویس مقاله و تأیید نهایی مقاله.

نوشین موسی‌زاده: دسته‌بندی کدها، آنالیز محتوا و کمک نوشتن پیش‌نویس مقاله و تأیید نهایی مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از جناب آقای دکتر سیاوش مرادی مدیر محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی مازندران به واسطه داوری و حمایت علمی اعلام می‌دارند.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: ۷۶۴۲).

### ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1399.7642).

در تمام مراحل این مطالعه اعم از بررسی متون و اسناد، استخراج داده‌ها، تجزیه تحلیل، گزارش و نشر آن‌ها، ملاحظات اخلاقی از جمله امانتداری در نقل قول اسناد و عدم سوگیری رعایت شده است.

توجه به آن مقایسه و رتبه‌بندی می‌کنند (۳۳)، در حالی که فروتنی فرهنگی می‌تواند تأثیر نامطلوب آن را بر نتایج بیمار کاهش دهد. از آنجایی که تنوع فرهنگی به اشکال مختلفی از جمله جذابیت جنسی، هویت جنسی، اعتقادات مذهبی، عناصر بومی/قومی/نژادی و موارد دیگر نشان می‌دهد، لازم است تا در برنامه درسی دانشجویان، قواعدی اساسی گنجانده شود که به ایجاد مدل‌های ذهنی مشترک برای درک کمک کند و به طور بالقوه مزایای فروتنی و یادگیری فرهنگی را تقویت کند. بدین ترتیب پایه‌ای برای یک محیط یادگیری ایمن و پربرابراهم می‌آید که ممکن است به دانشجویان کمک کند تا از قضاوت، خجالت و ترس رهایی پیدا کنند (۳۴). فروتنی فرهنگی همچنین باعث ارتقای روابط اساتید و هم‌تایان می‌شود که با نتایج تحصیلی مثبت در میان دانشجویان اقلیت مرتبط خواهد بود (۳۵).

### نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن است که اگرچه اسناد موجود، در اهداف کلان خود به طور ضمنی به مفهوم فروتنی فرهنگی پرداخته‌اند، اما توجه شفاف و عملیاتی به آن در بخش‌های اجرایی برنامه، یعنی رئوس مطالب دروس نظری و بالینی نشده است. در برخی طبقات مفهومی مانند خودآگاهی، خشوع و نقد که از ویژگی‌های بسیار مهم یک پرستار است نیز نیاز به توجه بیشتر احساس می‌شود. لذا ضروری است اسناد مبنایی در آموزش پرستاری از جنبه فروتنی فرهنگی مورد بازنگری قرار گرفته و با استفاده از الگوهای موفق و مؤثر، راهبردها و توصیه‌های عملیاتی را برای دستیابی به ویژگی مهم فروتنی فرهنگی در پرستاران ارائه دهد. شایان ذکر است که این مقاله تنها بر اسناد راهبر در آموزش پرستاری تأکید دارد، حال آنکه برای رسیدن به فروتنی فرهنگی نقش سایر عوامل از جمله محیط آموزشی، مدیریت منابع آموزشی، منابع انسانی، منابع مالی و نظایر آن غیر قابل انکار است.

## References

1. Secretariat of the Supreme Council of the Cultural Revolution. Cultural engineering map of Iran; 2014. [Persian]
2. Mokhber-e-Dezfoli MR, Eshaghi M. Culture and Science Observatory. Statistical yearbook of culture and science. Tehran: Supreme Council for Cultural Revolution of Iran; 2018. [Persian]
3. Hughes V, Delva S, Nkimbeng M, Spaulding E, Turkson-Ocran RA, Cudjoe J, et al. Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*. 2020; 36(1): 28-33.
4. Shippy MA. Cultural fluidity: Adaptability factors of multicultural leaders within the US business context. Saarbrücken: VDM Verlag; 2009.
5. Pavlic D, Burns HH, Wong A, Lehmer J. Comparative health systems immersion in South Korea: A constructivist competency-based approach to educating master's nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2020; 36(1): 92-97.
6. Jernigan VBB, Hearod JB, Tran K, Norris KC, Buchwald D. An examination of cultural competence training in US medical education guided by the tool for assessing cultural competence training. *J Health Dispar Res Pract*. 2016; 9(3): 150-167.
7. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*. 2018; 18(1): 1-5.
8. Bennett B, Gates TG. Teaching cultural humility for social workers serving LGBTQI Aboriginal communities in Australia. *Social Work with Minority Groups*. 2021; 38(5): 47-60.
9. Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J. The policy analysis of 'values talk': Lessons from Canadian health reform. *Health Policy*. 2004; 67(1): 15-24.
10. Eslami R. The analytical methods of political and diplomatic documents. *Quarterly of Foreign Relations History*. 2011; 12(48): 1-26. [Persian]
11. Mostafavi H, Arab M, Rashidian A. Social values in health prioritizing: The analysis of national documents of Iran. *Health and Development Journal*. 2017; 6(3): 191-205. [Persian]
12. Sapsford R, Jupp V. Data collection and analysis. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2006.
13. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9): 1277-1288.
14. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016; 27(3): 210-217.
15. Cannity KM, Banerjee SC, Hichenberg S, Leon-Nastasi AD, Howell F, Coyle N, et al. Acceptability and efficacy of a communication skills training for nursing students: Building empathy and discussing complex situations. *Nurse Education in Practice*. 2021; 50: 102928.
16. Hara CYN, Goes FdSN, Camargo RAA, Fonseca LMM, Aredes NDA. Design and evaluation of a 3D serious game for communication learning in nursing education. *Nurse Education Today*. 2021; 100: 104846.
17. Abadi F, Bagheri M, Abadi F. Mohammadi Pelarity A, Karimi Sh. The effect of group reflection on the development of Communication Skills in undergraduate nursing students. *Research Square*. 2022; 1-12.
18. Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction and actual performance. *Nurse Education in Practice*. 2010; 10(6): 374-378.
19. Mamaghani EA, Rahmani A, Hassankhani H, Zamanzadeh V, Campbell S, Fast O, et al. Experiences of Iranian nursing students regarding their clinical learning environment. *Asian Nursing Research*. 2018; 12(3): 216-222.
20. Heidari H, Mardani HM. Improving communication skills in clinical education of nursing students. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2015; 1(2): 77-82.
21. Mirzaei-Alavijeh M, Motlagh MI, Hosseini SN, Jalilian F. Nursing students communication skills with patients in Kermanshah University of Medical Sciences. *Research in Medical Education*. 2017; 9(3): 47-54. [Persian]
22. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sarvestani RS. Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. *Glob J Health Sci*. 2015; 7(4): 323-328.
23. Kerr D, Martin P, Furber L, Winterburn S, Milnes S, Nielsen A, et al. Communication skills training for nurses: Is it time for a standardised nursing model? *Patient Education and Counseling*. 2022; 105(7): 1970-1975.

24. Kerr D, Ostaszkiwicz J, Dunning T, Martin P. The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2020; 89: 104405.
25. Sedgwick A, Atthill S. Nursing student engagement in cultural humility through global health service learning: An interpretive phenomenological approach. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020; 31(3): 304-311.
26. Rolfe G. Reach touch and teach. *Nurse Education Today*. 2014; 4(34): 488-489.
27. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1998; 9(2): 117-125.
28. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Researcher*. 2015; 22(6): 22-27.
29. Campinha-Bacote J. Cultural competemility: A paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate-Part I. *OJIN*. 2019; 24(1).
30. Foronda CL, Baptiste DL, Pfaff T, Velez R, Reinholdt M, Sanchez M, et al. Cultural competency and cultural humility in simulation-based education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2018; 15: 42-60.
31. Kamau-Small S, Joyce B, Bermingham N, Roberts J, Robbins C. The impact of the care equity project with community/public health nursing students. *Public Health Nursing*. 2015; 32(2): 169-176.
32. Blanchet Garneau A. Critical reflection in cultural competence development: A framework for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*. 2016; 55(3): 125-132.
33. Neuliep JW. Assessing the reliability and validity of the generalized ethnocentrism scale. *Journal of Intercultural Communication Research*. 2002; 31(4): 201-215.
34. Smith A, Foronda C. Promoting cultural humility in nursing education through the use of ground rules. *Nursing Education Perspectives*. 2021; 42(2): 117-119.
35. Jefferies K, Goldberg L, Aston M, Tomblin Murphy G. Understanding the invisibility of black nurse leaders using a black feminist poststructuralist framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(15-16): 3225-3234.