

## بررسی میزان توجه به رویکرد آموزش چندفرهنگی در محتوای برنامه درسی علوم پزشکی از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های شمال غرب کشور در سال تحصیلی 94 - 93

جواد عبدلی سلطان احمدی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت 1393/09/01 تاریخ پذیرش 1393/11/03

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** برنامه درسی چندفرهنگی سازوکاری است که در جهت توانمندسازی دانشجویان و گروه‌های آموزشی از منظر برخورداری از دانش، نگرش و مهارت برای همزیستی مسالمت‌آمیز در یک جامعه چندفرهنگی بسیار مؤثر است. در این راستا، هدف مطالعه حاضر، بررسی میزان توجه به طراحی و تدوین این نوع برنامه‌های درسی در محتوای برنامه درسی علوم پزشکی می‌باشد.

**مواد و روش کار:** با توجه به هدف مطالعه، نوع تحقیق بنیادی محسوب می‌شود که در انجام آن محقق از روش تحقیق زمینه‌ای استفاده کرده است. جامعه آماری تحقیق شامل اعضای هیئت علمی رشته‌های مختلف علوم پزشکی در دانشگاه‌های مختلف کشور تشکیل می‌دادند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد 50 نفر از آن‌ها در نمونه مطالعه قرار گرفتند. برای دستیابی به هدف مذکور، پرسشنامه‌ای محقق ساخته تنظیم، و روایی و پایایی آن احراز گردید.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون t تک متغیره نشان داد که میزان توجه یا استقرار آموزه‌های این رویکرد در محتوا برنامه‌های درسی علوم پزشکی کشور در حد مطلوبی نیست. طوری که از ده مؤلفه آموزش چندفرهنگی موردسنجش، میزان توجه به 6 مؤلفه در حد کم و 4 مؤلفه در حد متوسط قرار داشتند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به‌منظور ارائه مراقبت‌های پزشکی مؤثر به بیماران با پیشینه‌های فرهنگی متفاوت، لازم است با ایجاد تغییرات قابل توجه در محتوای برنامه‌های درسی، توجه شایسته‌ای به آموزش‌های مرتبط با این رویکرد مبذول گردد تا پرسنل رشته‌های پزشکی؛ دانش، نگرش و مهارت‌های مقتضی را در جهت تبدیل شدن به عامل پزشکی فراهنگی و عمل مسئولانه در جامعه چندفرهنگی برای ارائه بهتر و مطلوب‌تر خدمات یاد بگیرند.

**کلیدواژه:** محتوای برنامه درسی - آموزش چندفرهنگی - رشته پزشکی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره اول، ص 36-27، فروردین 1395

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی 09141400199

Email: ja\_abdeli@yahoo.com

### مقدمه

را به مخاطره اندازد. همین امر و عوامل دیگری از جمله پیچیدگی روزافزون مراقبت سلامت، تفاوت‌های فرهنگی اساسی میان افراد انسانی، تغییرات سریع در ترکیب جمعیت‌ها، مهاجرت‌ها، افزایش سالمندی و بیماری‌های مزمن و نوپدید، و صدها عامل دیگر، آسیب‌پذیر بودن بیماران را از لحاظ روان‌شناختی افزایش داده، و لزوم داشتن دانش و آگاهی فرهنگی مناسب را برای پرسنل رشته‌های پزشکی ضروری می‌سازد.

دانش فرهنگی به‌عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که کادر حوزه سلامت، 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 تا بتوانند با دیدی جامعه نگر و

ترکیب جغرافیایی و جمعیتی کشور ایران گروه‌های فرهنگی، قومی، مذهبی و زبانی گوناگونی را در بر گرفته که با یکدیگر در فرهنگ، آداب‌ورسوم، دین و مذهب دارای تفاوت‌هایی هستند. وجود این تفاوت‌ها و تنوع فرهنگی بسیاری از سازمان‌های مهم را با چالش روبرو می‌کند، از جمله نهادهای وزارت بهداشت و درمان که هرروزه با بیماران زیادی که از جنبه‌های متعددی چون زبان و فرهنگ با همدیگر متفاوت‌اند مواجه می‌شوند. بدیهی است که تنوع قومی، فرهنگی و آداب‌ورسوم مختلف می‌تواند به‌عنوان عاملی تأثیرگذار، تسهیل‌گر یا مانع در مسیر ارتباط بین اساتید و دانشجویان یا پزشک و بیمار عمل کند(1). عدم آگاهی و عدم توجه به این مقوله بسیار حیاتی می‌تواند تحقق تمامی اهداف موردنظر در حوزه نظام سلامت

<sup>۱</sup> استادیار گروه علوم تربیتی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

آموزشی که هنوز در کشور ما تا حدود زیادی مغفول مانده است. این رویکرد که بر اصول و مؤلفه‌هایی چون درک و فهم، برانگیختن حس احترام و تحمل اختلاف و تفاوت‌های بین فرهنگی<sup>1</sup> (10)، به رسمیت شناختن تنوع‌های فرهنگی موجود در کشور و جهان (11)، ایجاد نگاه و نگرش مثبت به ویژگی‌های فرهنگی، قومی، تمدنی و کاهش تبعیض<sup>2</sup> و تعصب نژادی (12)، توانمندسازی فرهنگ تعلیم و تربیت و ساختارهای آن در ایجاد تساوی و برابری آموزشی برای همگان (13)، رفع نیازهای کودکان اقلیت و رهایی از سردرگمی هویتی (14)، انعکاس تنوع قومی، نژادی، محیطی، دینی و مذهبی در برنامه‌های درسی (15)، تنوع در استفاده از روش‌های متنوع تدریس، مواد آموزشی و روش‌های ارزشیابی و غیره استوار است، درصدد است با ایجاد تغییرات در فرآیند آموزشی برای جلوگیری از نابرابری‌های آموزشی و نیز ارج‌گذاری به تفاوت‌های فرهنگی برای قرار گرفتن در متن و بطن فرایند تدریس و یادگیری، مهارت‌های زیستی بشر امروز را برای زندگی در جامعه‌ای چند فرهنگی ارتقا بخشد. با توجه به این‌که جامعه ایران نیز رنگین‌مانی است از فرهنگ‌های گوناگون، پیش‌بایسته‌ها و الزامات زندگی در این کشور نیز باید بر اساس اصول زیست چندفرهنگی تدبیر شود. صادقی معتقد است هدف اساسی برنامه درسی چند فرهنگی ایجاد وفات، همبستگی و اتحاد است نه افتراق و انتزاع. برخلاف باور عمومی برنامه درسی چند فرهنگی خواهان «هرج‌ومرج»، «نگاه ترحم‌آمیز به اقوام و فرهنگ‌ها»، «سلطه‌جویی فرهنگی» و یا درصدد «استانداردسازی فرهنگ‌ها» نیست، بلکه خواهان زیست مسالمت‌آمیز افراد و فرهنگ‌ها در کنار یکدیگر و ترویج صلح و دوستی میان آن‌ها است (16). اندیشمندان عصر پست‌مدرنیسم معتقدند که دانش چند فرهنگی بایستی در لایه‌های مختلف مؤسسات آموزشی از جمله برنامه‌های درسی، تدابیر آموزشی، تعامل بین معلمان، دانش‌آموزان و والدین، و به‌طور کلی جزء اصلی ماهیت تدریس و یادگیری باشد. بنابراین ضرورت دارد که این نوع مؤسسات نقش چند فرهنگی را ایفا کرده و آن را به طرق مختلف از جمله برنامه‌های درسی فرهنگ‌سازی و اشاعه دهد.

به‌زعم این اندیشمندان، برای رسیدن به اهداف آموزش پزشکی با رویکردی چند فرهنگی، کادر آموزش پزشکی باید دانش ویژه در خصوص نیازهای خاص بیماران، ویژگی‌ها و تفاوت در باورها و عقاید، ارزش‌ها، آداب‌ورسوم، و تجارب افراد از گروه‌های مختلف قومی و نژادی داشته باشد تا بتوانند نقش به‌مراتب تأثیرگذاری به‌عنوان اجزای بخش سلامت داشته باشند. در این راستا، White (2003) دانش ضروری چندفرهنگی کادر پزشکی را در مؤلفه‌های مشخص

سیستمیک به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و رفاه اجتماعی و مددجویان در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و توان‌بخشی قدم بردارند (2) بدین طریق نابرابری‌های مشاهده‌شده در حوزه مراقبت و سلامت را به حداقل کاهش دهند (3-5). در حرف پزشکی عناصر متغیر فرهنگی، نقش مهمی در کاهش نابرابری‌های بهداشتی و پیشرفت پیامدهای سلامتی بازی می‌کنند و ارائه خدمات با کیفیت در حوزه سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (6، 7).

درواقع برای حوزه‌های علوم پزشکی توجه به مسئله تنوع فرهنگی حائز اهمیت فراوان است زیرا از سویی ارتباطات فرهنگی و توانمند نمودن دانشجویان در زمینه احترام به تنوع فرهنگی از مسائل مهم محسوب شده و این مسئله نه‌تنها زمینه کسب تجربیات سازنده را برای دانشجویان مذکور فراهم می‌نماید بلکه درعین‌حال در موفقیت تحصیلی و انتخاب شغل ایشان نیز مؤثر خواهد بود. و از سوی دیگر، این تنوع فرهنگی نیاز به تربیت اساتید توانمند به‌منظور رسیدگی به‌طور مؤثر به مسائل فرهنگی را برجسته می‌سازد (1). بنابراین به نظر می‌رسد احراز صلاحیت فرهنگی و تبدیل‌شدن به یک عاملی پزشکی چندفرهنگی، می‌تواند روش مناسب به تنوع قومیت و فرهنگی موجود در کشور باشد.

تربیت کادر پزشکی حساس و پاسخگو به تفاوت‌های بین-فرهنگی بیماران در جامعه‌ای که دارای فرهنگ چند قومی است جز با ایفای نقش چندفرهنگی مؤسسات آموزشی (رسمی و غیررسمی) به‌طور اعم و برنامه‌های درسی به‌طور اخص، ممکن نیست، زیرا آموزش چندفرهنگی و ضرورت آشنایی افراد با مبانی فلسفی و پیامدهای بی‌توجهی به آن در شرایط امروزی یکی از اولویت‌های اساسی نظام‌های آموزشی هر جامعه به‌ویژه جوامعی است که در ماهیت خود از تنوع فرهنگی قابل‌توجهی برخوردارند. آموزش چندفرهنگی توسط بنکس (2010) (پدر آموزش و پرورش چندفرهنگی)، به‌صورت زیر تعریف شده است: «یک مفهوم جامع بکار رفته برای شرح گسترده وسیعی از آموزش‌ها، برنامه‌ها و مواد مدرسه که برای کمک به کودکان از گروه‌های مختلف فرهنگی طراحی شده تا بتوانند از برابری آموزشی بهره‌مند شوند» (8 و 9). آموزش چند فرهنگی سازگاری است که درصدد ایجاد تعامل، تفاهم و تبادل بین فرهنگی است، به‌طوری‌که افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت، با کم‌ترین تنش، امکان همزیستی مسالمت‌آمیز را کسب نمایند.

واقعیت اساسی این است که آموزش چندفرهنگی یکی از موضوعات بسیار مهم روز در حوزه آموزش است. حوزه‌ای از مطالعات

3 - identity confusion

1 - tolerance of difference

2 - prejudice reduction

بنابراین به نظر می‌رسد در بسیاری از کشورهای دنیا، آموزش چندفرهنگی به‌عنوان عنصری مهم و اساسی برای تدوین برنامه‌های دروس پزشکی شناخته شده است (21). این رویکرد به‌عنوان یک صلاحیت اصلی و هسته‌ای برای عملکرد پزشکی در برنامه‌های درسی ملحوظ شده است. اما پژوهشگران معتقدند که با وجود جایگاه خاص و مهم این رویکرد در سطح جهانی در حوزه آموزش علوم پزشکی، متأسفانه در کشور ما از آن غفلت شده است و این امر ناشی از ناشناخته بودن ابعاد و جنبه‌های مختلف آن است. Wuest (1992) سه دلیل عمده را برای این غفلت جهت اجرای آموزش‌های چندفرهنگی در برنامه دروس پزشکی ذکر می‌کند. الف) عدم آمادگی و تجربه کافی و نیر فقر آگاهی و دانش پایه مورد نیاز توسط مدرسان رشته‌های پزشکی ب) عدم طراحی محتوای دروس در راستای آموزش دغدغه‌های مربوط به این رویکرد پ) سیطره الگوی تک-فرهنگی و هدایت شدن فرایند طراحی برنامه‌های آموزشی توسط گروهی خاص و مقاومت آن‌ها. و ت) تاثیراتی که بعد مکانی یا محل قرار گرفتن این دانشکده‌ها می‌توانند بر چگونگی این نوع آموزش‌ها داشته باشند (22).

با عنایت به مباحث فوق و نظر باینکه آرمان‌ها، ارزش‌ها، مذهب، سیاست و فرهنگ جامعه تأثیر زیادی بر شکل‌گیری آن‌ها دارد و درعین‌حال تاکنون مطالعه‌ای که به بررسی جایگاه آموزش‌های چندفرهنگی در برنامه‌های آموزشی و درسی پزشکی در ایران انجام شده باشد توسط محقق یافت نشد، مطالعه حاضر درصدد آن است که به ارزشیابی محتوای برنامه‌های درسی علوم پزشکی از لحاظ توجه به آموزه‌های آموزش چندفرهنگی (به‌عنوان ضرورتی ناشناخته) از دیدگاه اعضای هیئت‌علمی بپردازد تا از این رهگذر بینش و اطلاعات لازم جهت اندازه‌گیری برآیندهای برنامه‌های آموزشی و درسی و میزان کارآمدی آن‌ها از جنس توجه به جایگاه این رویکرد به‌دست آمده، و در صورت نیاز، راهکارهایی جهت ایجاد تغییرات لازم در برنامه‌ریزی دروس پزشکی صورت پذیرد.

#### مروری بر پژوهش‌های انجام یافته

همان‌طور که در مقدمه نیز به اجمال اشاره شد تاکنون مطالعه‌ای که به بررسی جایگاه آموزش‌های چندفرهنگی در برنامه‌های آموزشی و پزشکی در ایران انجام شده باشد توسط محقق یافت نشد ولی در خارج از کشور تحقیق‌های زیادی انجام گردیده، که به تعدادی از آن‌ها اشاره می‌گردد.

Zanetti در پژوهش خود با تاکید بر ضعف برنامه‌های درسی در راستای افزایش علم چندفرهنگی دانشجویان علوم پزشکی، طی مطالعه طولی 11 ساله، به بررسی اثربخشی یک دوره برنامه درسی چندفرهنگی (کارآموزی) در افزایش دانش، نگرش و مهارت 833 نفر

ذکر کرده و بر این باور است که برنامه دروس پزشکی باید آکنده از این موارد بوده و در محتوای خود آن را ترویج و گسترش بدهند. به اعتقاد وی تنها در این صورت است که می‌توان چنین برنامه درسی را چندفرهنگی قلمداد نمود. این موارد عبارت‌اند از:

1. دانش درباره تغییر و تحولات تنوع زیستی هنگام ارزیابی و برنامه‌ریزی مراقبت از بیماران از زمینه‌های مختلف قومی و نژادی.  
2. آگاهی از دیدگاه‌های فرهنگی در بارداری، زایمان، و پرورش کودک.

3. آگاهی از تنوع فرهنگی در رشد و توسعه

4. آگاهی از اطلاعات مرتبط با پس‌زمینه فرهنگی مربوط به بیماری‌های خاص، مانند، فشارخون بالا، دیابت، بیماری قلبی و یا سایر مشکلات سلامتی طولانی‌مدت که نیاز به تغییر در الگوهای زندگی دارند.

5. آگاهی از تأثیر فرهنگ و نوع نگاه به جهان و اطرافیان در احساسات و سلامت روان.

6. آگاهی از جنبه‌های کلیدی مدیریت درد در آینده

8. دانش در مورد دیدگاه‌های مختلف مذهبی در ارتباط با مفهوم مرگ، کشته شدن، سوگ، پیوند اعضا، داغدار بودن، و دیگر مسائل قومی و اخلاقی.

9. استفاده از مواد و ابزارهای چند قومی برای آموزش مهارت-های مراقبت‌های بهداشتی اساسی.

10. اجتناب از آموزش و راهنمایی شیوه‌های مبتنی بر برداشت-های کلیشه‌ای و قومی (17).

توجه به محتوای آموزش چندفرهنگی در برنامه درسی رشته-های علوم پزشکی می‌تواند به به‌عنوان پلی برای کاهش فاصله فرهنگی بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و سلامتی است عمل کند و حساسیت‌ها را برای ارتقای توانایی همپاری و کارکردن به‌طور مؤثر با افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت افزایش دهد. چرا که کادر پزشکی با بیماران دارای زمینه‌ها و فرهنگ‌های مختلف مواجهه هستند و فرهنگ نیز پیامدهای بالینی مهمی در ارتباط پزشکی و بیمار دارد (18). بورك اهمیت مراقبت شایسته فرهنگی را در سه حوزه مهم "نابرابری‌های بهداشتی، ارائه خدمات بهداشتی و کیفیت خدمات ارائه شده" قابل‌توجه می‌داند و معتقد است که به‌منظور برطرف کردن نابرابری‌های مراقبتی و بهداشتی و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید بر تأثیرات هنجارهای فرهنگی تمرکز کنند و بر اساس نگرش‌ها، درک‌ها و رفتارهای بیمار عمل کنند (2). در واقع آموزش چندفرهنگی به‌عنوان یک استراتژی برای نیل به شایستگی فرهنگی به شمار رفته و به‌عنوان راهکاری مهم در به حداقل رساندن نابرابری-های سلامت توسط اندیشمندان پیشنهاد شده است (19، 20).

رویکرد چندفرهنگی وجود دارد، بر حسب نظریه چندفرهنگی بنکس، به ارائه مدلی جهت کاربست آموزه‌های این رویکرد در برنامه‌های درسی پزشکی پرداخت (27). Culhane-Pera و همکاران (2012) طی مطالعه‌ای با هدف تأثیر طبابت چندفرهنگی بر افزایش خود آگاهی در مورد تأثیرات فرهنگی بر پزشکان، افزایش آگاهی در مورد تأثیرات فرهنگی بر روی بیماران، و بهبود ارتباطات چند فرهنگی در کار بالینی انجام دادند. گروه موردنظر یک گروه از پزشکان خانواده بودند که به مدت سه سال در معرض یک برنامه آموزشی (جلسات آموزشی، بالینی، و پروژه‌های پزشکی اجتماعی) قرار داشتند. نتایج نشان داد که دانش، مهارت و نگرش گروه مورد آزمایش، در سه مؤلفه فوق، به مراتب بیشتر از گروه پزشکان سنتی بوده است (28).

### موارد و روش کار

با توجه به هدف تحقیق حاضر که به منظور تحلیل جایگاه رویکرد آموزش چندفرهنگی در محتوای برنامه درسی رشته‌های پزشکی از دیدگاه اعضای هیئت‌علمی، انجام می‌گیرد نوع تحقیق کاربردی محسوب می‌شود که در انجام آن محقق از روش تحقیق زمینه‌ای استفاده کرده است. جامعه آماری تحقیق شامل اعضای هیئت‌علمی رشته‌های مختلف علوم پزشکی در دانشگاه‌های شمال غرب کشور (تبریز، ارومیه و اردبیل) تشکیل می‌دادند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد 50 نفر از آن‌ها در نمونه پژوهش قرار گرفتند و از این تعداد نظر خواهی به عمل آمد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بود. با عنایت به آنکه موضوع تحقیق فاقد پیشینه‌ای قابل استناد بود و یا محقق به آن دسترسی نداشت، لذا اجزا و مؤلفه‌های آموزش چندفرهنگی با بررسی آثار و مطالعه تئوری‌ها و نظریه‌های مرتبط (تکرار و تأکید در پژوهش‌ها)، و با استفاده از تعابیر و اصطلاحات نویسندگان، محققان و اندیشمندان این حوزه مورد شناسایی و دقت نظر قرار گرفت. در نهایت محقق طی بهرمندی از نظرات ارزشمند اساتید این حوزه، پرسشنامه‌ای محقق ساخته طراحی و برای اجرا آماده نمود. برای تعیین پایایی، پرسشنامه برای 5 نفر از اساتید بطور جداگانه توزیع شد. پس از آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن محاسبه گردید. ضریب آلفا برای پرسشنامه که بر اساس طیف لیکرت تنظیم شده بود، 0/79 ارزیابی گردید. و برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها، از روایی محتوایی استفاده شد. به این صورت که پرسش نامه در میان اساتید صاحب اثر و باسابقه و کاردان توزیع، و نتایج حاصل از آن نشانگر اعتبار محتوایی ابزار شد و درعین حال از مشاورت‌های ارزشمند و کارگشای اساتید محترم نیز استفاده گردید.

از دانشجویان رشته پزشکی در آمریکا پرداختند. نتایج این مطالعه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را در رشد صلاحیت چندفرهنگی آن‌ها از جمله (همدلی با بیماران دارای خرده فرهنگ‌های مختلف، تواضع و فروتنی، مراقبت با کیفیت، و درک فرهنگی و زبانی) نشان داد. پژوهشگران در پایان توجه به این امر را یک موضوع جهانی دانسته و بر لزوم نظارت هر چه بیشتر کشورها در زمینه طراحی برنامه‌های درسی چندفرهنگی در حوزه پزشکی تأکید کردند (23). Shields (2009) در تحقیقی به اثربخشی برنامه درسی تلفیقی چندفرهنگی در محتوای برنامه درسی علوم پزشکی پرداخت. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که ادغام محتوای چندفرهنگی در برنامه‌های درسی پزشکی می‌تواند در بهبود تعاملات و حل مسائل بین فرهنگی و نیز رفع سوء تفاهم فرهنگی بین کادر پزشکی و بیمار بسیار مؤثر باشد (24). Gates و Bradley (2009) طی مطالعه‌ای از نوع فراتحلیل به ارزیابی و اثربخشی برنامه‌های دروس علوم پزشکی (حاوی صلاحیت بین فرهنگی) اقدام نمودند. آن‌ها در نیل به این هدف، نتایج 21 پژوهش انجام یافته را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که تکیه بر چنین برنامه‌هایی می‌تواند در افزایش بهره‌وری و ارتقای شایستگی میان فرهنگی کادر پزشکی بسیار مؤثر باشد. آن‌ها در نتیجه‌گیری از تحقیق خود، برنامه درسی تلفیقی را بهترین خطمشی برنامه درسی در جهت کسب صلاحیت چندفرهنگی برای کادر پزشکی، پیشنهاد می‌نمایند (19).

Cleveland و Boker ، Lie (2006) در مطالعه خود با تأکید بر اینکه اعضای هیئت‌علمی و دانشجویان علوم پزشکی، از آگاهی-های فرهنگی مناسبی در جهت برخورد با بیماران، برخوردار نیستند، استاندارد را در رابطه با اهمیت وجود صلاحیت فرهنگی در کادر پزشکی به شرح زیر بیان می‌کنند: اعضای هیئت‌علمی 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. آن‌ها بر این باورند که صلاحیت فرهنگی باید جزء پیامدهای مرکزی آموزش مجموعه پرسنل رشته‌های پزشکی باشد و برنامه‌های درسی در این راستا طراحی شوند (25). در این راستا، سازمان نظام پزشکی نیوزلند نیز در رابطه با اهمیت وجود صلاحیت فرهنگی در پزشکان بیان کرده است: یک پزشک برای این که به‌طور 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 بیان کرده است (26). Bagnardi و همکاران (2009) در پژوهشی با اذعان به اینکه در برنامه‌های دروس پزشکی شکاف‌های اساسی در راستای جامعه عمل پوشاندن به ایده‌های

## یافته‌ها

در این بخش یافته‌های پژوهش در قالب پاسخگویی به سؤالات پژوهش ارائه می‌شوند. برای ارزیابی نظرات اعضای هیئت‌علمی علاوه بر آزمون t تک متغیره از معیارهای مطرح شده توسط بازرگان و

همکاران (29) استفاده شد. بر اساس این معیارهای میانگین 1 تا 2/33 نشان دهنده توجه کم، 2/34 تا 3/67 نشانگر توجه متوسط و 3/67 تا 5 نشان دهنده توجه زیاد است. در جدول 1 شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

| شماره | مؤلفه‌های آموزش چندفرهنگی   | بیشترین | کم‌ترین | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|-------|---|---------|---------|---------|------------------|-------|--------|
| 1     | توزیع برابر منابع و فرصت‌ها (عدالت در مراقبت)   | 1/25    | 2       | 1/84    | 0/21             | 0/38  | 0/34   |
| 2     | ارزش و کرامت همه انسان‌ها و حس احترام متقابل  | 1       | 2       | 1/93    | 0/15             | 0/99  | 0/65   |
| 3     | آموزش ضد تبعیض و تعصب   | 1       | 3       | 1/92    | 0/29             | 0/03  | 0/50   |
| 4     | انعکاس تنوع قومی، محیطی، مذهبی و زبانی  | 1       | 5       | 2/37    | 0/95             | 0/52  | 0/37   |
| 5     | پذیرش تفاوت و تکثر (همزیستی مسالمت‌آمیز)  | 2       | 5       | 2/42    | 0/89             | 0/91  | 0/30   |
| 6     | آگاهی از تأثیر فرهنگ بر احساسات و سلامت روان  | 1       | 2       | 1/84    | 0/21             | -0/31 | 0/71   |
| 7     | تنوع روش‌های تدریس و ارزشیابی، مواد و محیط آموزشی   | 1       | 2       | 1/75    | 0/35             | -0/26 | 0/20   |
| 8     | تحکیم وحدت و برقراری تعامل و همگرایی و ایجاد همدلی  | 1/25    | 5       | 2/49    | 1/10             | -0/37 | 0/32   |
| 9     | تمجید از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی و بازشناسی ارزش‌های قومی، حفظ و گسترش تاریخ، فرهنگ، آداب و رسوم | 1       | 2/25    | 1/90    | 0/19             | -0/25 | 0/81   |
| 10    | تاکید بر عظمت معنوی همه انسانها فارغ از ویژگیهای عرضی   | 1       | 5       | 2/41    | 1/24             | 0/18  | 0/16   |

با توجه به جدول 1، چولگی و کشیدگی متغیرهای توزیع برابر منابع و فرصت‌ها (عدالت در مراقبت) (0/38) و (0/34)، ارزش و کرامت همه انسان‌ها و حس احترام متقابل (0/99) و (0/65)، آموزش ضد تبعیض و تعصب (0/03) و (0/50)، انعکاس تنوع قومی، محیطی، مذهبی و زبانی (0/52) و (0/37)، پذیرش تفاوت و تکثر (همزیستی مسالمت‌آمیز) (0/91) و (0/30)، آگاهی از تأثیر فرهنگ بر احساسات و سلامت روان (0/31-) و (0/71)، تنوع روش‌های تدریس و ارزشیابی، مواد و محیط آموزشی (0/26-) و (0/20)، تحکیم وحدت و برقراری تعامل و همگرایی و ایجاد همدلی (0/37-) و (0/32)، تمجید از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی و بازشناسی ارزش‌های قومی، حفظ و گسترش تاریخ، فرهنگ، آداب و رسوم (0/25-) و (0/81) و تاکید بر عظمت معنوی همه انسانها فارغ از ویژگیهای عرضی (0/18) و (0/16) می‌باشد. بنابراین قدر مطلق شاخص‌های چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها کم‌تر از یک می‌باشد که نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد.

با توجه به جدول 1، میانگین توزیع برابر منابع و فرصت‌ها (عدالت در مراقبت) (1/84)، ارزش و کرامت همه انسان‌ها و حس احترام متقابل (1/93)، آموزش ضد تبعیض و تعصب (1/92)، انعکاس تنوع قومی، محیطی، مذهبی و زبانی (2/37)، پذیرش تفاوت و تکثر (همزیستی مسالمت‌آمیز) (2/42)، آگاهی از تأثیر فرهنگ بر احساسات و سلامت روان (1/84)، تنوع روش‌های تدریس و ارزشیابی، مواد و محیط آموزشی (1/75)، تحکیم وحدت و برقراری تعامل و همگرایی و ایجاد همدلی (2/49)، تمجید از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی و بازشناسی ارزش‌های قومی، حفظ و گسترش تاریخ، فرهنگ، آداب و رسوم (1/90) و تاکید بر عظمت معنوی همه انسانها فارغ از ویژگیهای عرضی (2/41) می‌باشد. با توجه به اینکه میانگین تمامی مؤلفه‌های آموزش چند فرهنگی کم‌تر از 3 (حد متوسط) قرار دارد. می‌توان گفت که وضعیت این مؤلفه‌ها به سمت نامطلوب گرایش دارند. در جدول شماره 2 نتایج آزمون t تک متغیره و بررسی وضعیت هر یک از مؤلفه‌ها گزارش شده است.

**جدول (۲): نتایج آزمون t تک متغیره برای بررسی میزان توجه به مؤلفه‌های آموزش و پرورش چندفرهنگی از منظر هیئت‌علمی**

| شماره | مؤلفه‌های آموزش چندفرهنگی  | تفاوت میانگین | t      | d.f. | p     | میزان توجه |
|-------|--|---------------|--------|------|-------|------------|
| 1     | توزیع برابر منابع و فرصت‌ها (عدالت در مراقبت)  | -1/16         | -45/33 | 49   | 0/001 | کم         |
| 2     | ارزش و کرامت همه انسانها و حس احترام متقابل  | -1/06         | -59/12 | 49   | 0/001 | کم         |
| 3     | آموزش ضد تبعیض و تعصب  | -1/07         | -30/35 | 49   | 0/001 | کم         |
| 4     | انعکاس تنوع قومی، محیطی، مذهبی و زبانی   | -0/63         | -5/56  | 49   | 0/001 | متوسط      |
| 5     | پذیرش تفاوت و تکثر (همزیستی مسالمت‌آمیز)   | -0/57         | -5/34  | 49   | 0/001 | متوسط      |
| 6     | آگاهی از تأثیر فرهنگ و نوع نگاه به جهان بر احساسات و سلامت روان  | -1/16         | -44/71 | 49   | 0/001 | کم         |
| 7     | تنوع روش‌های تدریس و ارزشیابی، مواد و محیط آموزشی  | -1/24         | -29/19 | 49   | 0/001 | کم         |
| 8     | تحکیم وحدت و برقراری تعامل و همگرایی و ایجاد همدلی   | -0/50         | -3/82  | 49   | 0/001 | متوسط      |
| 9     | تمجید از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی و بازشناسی ارزش‌های قومی، حفظ و گسترش تاریخ، هنر، فرهنگ، آداب و رسوم | -1/09         | -83/47 | 49   | 0/001 | کم         |
| 10    | تاکید بر عظمت معنوی همه انسان‌ها فارغ از ویژگی‌های عرضی  | -0/58         | -3/95  | 49   | 0/001 | متوسط      |

مهارت برای همزیستی مسالمت‌آمیز در یک جامعه چندفرهنگی بسیار مؤثر است. در این راستا، پژوهش حاضر، میزان توجه به جایگاه رویکرد آموزش چندفرهنگی در محتوای برنامه درسی علوم پزشکی از دیدگاه اعضای هیئت‌علمی را هدف قرار داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میزان توجه به طراحی و تدوین آموزه‌های این رویکرد در محتواهای برنامه درسی رشته‌های مذکور به هیچ وجه مطلوب نیست. به عبارتی دیگر علیرغم مزایای بسیار مثبتی که این نوع برنامه‌های درسی برای یادگیرندگان به ارمغان می‌آورد، استقرار برنامه درسی چنین رویکردی در نظام آموزشی پزشکی جایگاه خوبی ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی چون (Boker, Lie, Bradley و Gates؛ 23)؛ (Zanetti؛ 25)؛ (Cleveland؛ 25) و (Bagnardi و همکاران؛ 27)؛ که از ناکافی بودن تلاش‌های صورت گرفته در برنامه‌های درسی پزشکی در جهت پرداختن به آموزش چند فرهنگی و وجود ضعف عمده در این زمینه حکایت می‌کنند، هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه نشان داده شد که توجه شایسته‌ای به مقوله آموزش چندفرهنگی در برنامه‌های درسی مذکور نشده است. این در حالی است که این امر به‌عنوان 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 بطوری که جهت ارتقای این صلاحیت، آن را در برنامه‌های درسی و آموزشی خود ادغام کرده‌اند. شواهد موجود و اسناد دولتی در رابطه با وضعیت آموزش چند فرهنگی، تنوع قومی و دینی، در داخل کشور، 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 جدول شماره 2، آماره تی مربوط به مؤلفه‌های آموزش چندفرهنگی اشاره شده است. همان‌طور که از جدول مذکور پیداست، آماره تی مؤلفه‌های توزیع برابر منابع و فرصت‌ها (عدالت در مراقبت)، ارزش و کرامت همه انسان‌ها و حس احترام متقابل، آموزش ضد تبعیض و تعصب، آگاهی از تأثیر فرهنگ و نوع نگاه به جهان بر احساسات و سلامت روان، تنوع روش‌های تدریس و ارزشیابی، مواد و محیط آموزشی، و تمجید از دیدگاه‌های متفاوت فرهنگی و بازشناسی ارزش‌های قومی، حفظ و گسترش تاریخ، هنر، فرهنگ، آداب و رسوم به ترتیب -45/33، -59/12، -30/35، -44/71، -29/19، -83/47 می‌باشد که در سطح 0/001 منفی و معنی دار هستند. همچنین بررسی میانگین این مؤلفه‌ها در جدول 1 نشان می‌دهد که میزان توجه به این مؤلفه در حد کم قرار دارد.

از طرف دیگر آماره تی مؤلفه‌های انعکاس تنوع قومی، محیطی و مذهبی و زبانی؛ پذیرش تفاوت و تکثر (همزیستی مسالمت‌آمیز)؛ تحکیم وحدت و همبستگی ملی و تقریب مذاهب و تعامل و همگرایی با پیروان ادیان، مذاهب و اقوام مختلف در کشور و جهان و ایجاد همدلی با آنها؛ تأکید بر بزرگواری و عظمت معنوی همه انسان‌ها و اعتلاء ارزش و کرامت انسانی همه افراد به ترتیب -5/56، -5/34، -3/82 و -3/95 می‌باشد که در سطح 0/001 منفی و معنی دار هستند. همچنین بررسی میانگین این مؤلفه‌ها در جدول 1 نشان می‌دهد که میزان توجه به این مؤلفه در حد متوسط قرار می‌باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری**

برنامه درسی چندفرهنگی سازوکاری است که در جهت توانمندسازی افراد و گروه‌ها از منظر برخوردار از دانش، نگرش و

بنابر موارد فوق، پیشنهاد می‌شود که با تحلیل محتوای برنامه‌های درسی رشته‌های پزشکی و کسب دیدگاه واقع بینانه از چگونگی انعکاس آموزه‌های این رویکرد در دروس گوناگون، و مقایسه آن با یافته‌های تحقیق حاضر، الگوی برنامه درسی مناسبی برای اندیشمندان، معلمان، مولفان کتب درسی و برنامه ریزان درسی این حوزه ارائه شود تا با بهره‌گیری از این الگوی عملی جهت پرداختن هرچه بیشتر به مولفه‌ها و آرمان‌های آموزش چند فرهنگی بکوشند. با عنایت به مباحث فوق و نقش خطیر مجموعه علوم پزشکی در مدیریت درد بیماران، حفظ و ارتقاء سلامت فرد، خانواده و جامعه، و ارائه خدمات مراقبتی بهتر و بسیاری از حمایت‌های عاطفی، مشاورتی، توان‌بخشی و بهداشتی دیگر، لازم است با ایجاد تغییرات قابل توجه در محتوای برنامه‌های درسی و آموزشی و دیکنه کردن این آموزه‌ها در کل فرایند برنامه‌ریزی درسی برای رشته‌های مذکور، توجه شایسته‌ای به آموزش‌های مرتبط با این رویکرد مبذول گردد تا پرسنل حرف پزشکی دانش، نگرش و مهارت‌های مقتضی را در جهت تبدیل شدن به پزشک فرافرهنگی و عمل مسئولانه در جامعه چندفرهنگی برای ارائه بهتر و مطلوب‌تر خدمات یاد بگیرند.

### تقدیر و تشکر

از کلیه اعضای هیئت علمی و پرسنل دانشگاه‌های علوم پزشکی که محقق را در انجام این مطالعه یاری نمودند نهایت امتنان و سپاس قلبی را دارد.

در جامعه مستلزم توجه خدمات بهداشتی و درمانی به فراهم نمودن خدمات مناسب فرهنگی و زبانی است(1). درک باورهای بیماران و احترام به اعمال مذهبی و نیازهای بیمار و خانواده‌های آنان موجب عمیق‌تر شدن بعد انسانی ارتباط بین اعضای جامعه سلامت و بیمار می‌شود. هنگامی که کادر پزشکی در شناخت موانع ارتباط بین فرهنگی موفق نباشند، پیامد آن نابرابری در امر مراقبت و کاهش کیفیت خدمات ارائه شده خواهد بود(30).

در واقع به نظر می‌رسد مهم‌ترین براینده توجه به آموزش چندفرهنگی در حوزه برنامه دروس علوم پزشکی ارتقای صلاحیت‌های فرهنگی مجموعه عوامل پزشکی باشد. چرا که وجود توان فرهنگی در بین کادر پزشکی بر کیفیت خدمات پزشکی و درمانی اثر می‌گذارد(31). نارضایتی بیماران را در حد قابل توجهی پایین می‌آورد. محققان بر این عقیده هستند که کمبود توان فرهنگی در پرسنل کادر سلامت ممکن است منجر به نارضایتی بیماران شود(32). در حوزه مراقبت، پیوند واضحی بین توان فرهنگی، بهبود کیفیت، پیشرفت پیامدهای سلامتی و حذف نابرابری‌های قومی و در نهایت رضایت بیماران وجود دارد(2). در این راستا، لازم است متولیان آموزش علوم پزشکی در وزارت متبوعه با تعمق و تدبر در نگرش، رفتار و دانش چند فرهنگی به منظور پاسخگویی مناسب به تنوع فرهنگی مراجعین (به خصوص دانشجویان و بیماران) را از طریق برنامه‌های درسی چندفرهنگی را در زیر مجموعه خود آموزش داده تا قادر شود به نحو شایسته در خدمت به نظام سلامت کشور عزیزمان ایران مؤثر واقع گردد.

### References:

1. Mousavi Bazaz, M, Zabihi Zazoly, A, and Karimi Moonaghi, H. Cross-Cultural Competence, an Unknown Necessity in Medical Sciences Education; a Review Article. *Iran J Med Educ* 2014; 14(2), 122-36. (Persian)
2. Burke PMABJY. Cultural competency of associate degree nursing faculty. (Dissertation). Minnesota:Capella University; 2011.
3. Betancourt JR, Maina AW. The Institute of Medicine report "Unequal Treatment": implications for academic health centers. *Mount Sinai J Med* 2004; 71(5), 314-21.
4. Shaya FT, Gbarayor CM. The case for cultural competence in health professions education. *Am J Pharmaceutical Educ* 2006; 70(6), 124.
5. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med*, 2000; 50(6), 813-28.
6. 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): 29 - 40.
7. Park ER, Betancourt JR, Miller E, Nathan M, MacDonald E, Ananeh-Firempong O, et al. Internal medicine residents' perceptions of cross-cultural training. Barriers, needs, and educational recommendations. *J General Internal Med* 2006; 21(5), 476-80.
8. Banks JA, Banks CAM. *Multicultural Education: Issues and Perspectives* (7th ed). New York: John Wiley; 2010.

9. Zaldana JC. Multicultural Education: What is it and Does it Have Benefits? CMC Senior Theses. 2010; Paper 64. [http://scholarship.claremont.edu/cmc\\_theses/64](http://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/64)
10. Bic Ngo. Doing "Diversity" at Dynamic High: Problems and Possibilities of Multicultural Education in Practice. *Educ Urban Soc* 2010; 42(4): 473-95.
11. Sleeter CE, Grant C. Making choices for multicultural education: Five approaches to race, class, and gender (5th Ed.). Hoboken NJ: Wiley. 2006.
12. Brown, L. An Immigration History of Britain: Multicultural Racism since 1800, by PanikosPanayi. *English Historical Rev* 2013; 128: 225 -7.
13. Nethsinghe, R. Finding balance in a mix of culture: Appreciation of diversity through multicultural education. *Int J Music Educ* 2012; 30(4), 382-6.
14. Moorehead R. Minorities and Education in Multicultural Japan: An Interactive Perspective, Book Reviews. Edited by RyokoTsuneyoshi, Kaori H. Okano and Sarane Spence Boocock. London and New York. 2011; Downloaded from <http://ssjj.oxfordjournals.org/>
15. Javadi M. Multi- cultural education as an approach in education. *J Educ Especial Educ Training soc* 2000; 15(3): 9- 26. (Persian)
16. Sadeghi A. Features and necessities of multi-cultural curriculum compiling in Iran: analyzing challenges and presenting strategies. *Strategy culture* 2012; 5(17): 93-121. (Persian)
17. White HL. Implementing the multicultural education perspective into the nursing education curriculum. *J Instructional Psychology* 2003; 30(4): 280-90.
18. 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.
19. Gates M, Bradley KD. Measuring cross-cultural competence in medical education: A review of curricular effectiveness and attitudinal studies. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association; 2009.P.12-8.
20. Juckett G. Cross-cultural medicine. *Am Family Physician* 2005; 72(11), 2267-74.
21. Lamiani G. Cultural competency in healthcare: learning across boundaries. *Patient Educ Couns* 2008; 73(2): 396 - 7.
22. Wuest J. Joining together: students and faculty learn about transcultural nursing. *J Nurs Educ* 1992;31(2):90-2.
23. Zanetti ML, Dinh A, Hunter L, Godkin MA, Ferguson W. A longitudinal study of multicultural curriculum in medical education. *Int J Med Educ* 2014;5:37-44.
24. Shields HM, Nambudiri VE, Leffler DA, Akileswaran C, Gurrola ER, Jimenez R, et al. Using medical students to enhance curricular integration of cross-cultural content. *Kaohsiung J Med Sci* 2009;25(9):493-502.
25. 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.
26. Statement on cultural competence. New Zealand: Medical Council of New Zealand; 2006.P. 1-3.
27. Bagnardi M, Bryant L, Colin J. Banks multicultural model: a framework for integrating multiculturalism into nursing curricula. *J Professional Nurs* 2009; 25(4): 234-9.
28. Culhane-Pera KA, Reif C, Egli E, Baker NJ, Kassekert R. A curriculum for multicultural education in family medicine. *Fam Med* 1997;29(10):719-23.

- 
29. Cultural Competence Education for Medical Students. Washington: Association of American Medical Colleges; 2005.
30. Lu FG, Primm A. Mental health disparities, diversity, and cultural competence in medical student education: how psychiatry can play a role. *Academic Psychiatry* 2006; 30(1): 9-15.
31. Ihara E. Cultural Competence in Health Care: Is it important for people with chronic conditions? Georgetown University: center on an Aging Society. 2004; 5. Available from: <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/cultural/cultural.html>.
32. Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a cultural competence educational programme. *J Adv Nurs* 2006; 53(4), 470-9.

## EVALUATING MULTICULTURAL EDUCATION APPROACH IN MEDICAL SCIENCE CURRICULUM FROM THE PERSPECTIVE OF FACULTY MEMBERS OF NORTH WEST UNIVERSITIES IN IRAN, 2013-2014

Javad Abdeli Soltan Ahmadi<sup>1\*</sup>

Received: 22 Nov, 2015; Accepted: 23 Jan, 2016

### Abstract:

**Background & Aims:** The multicultural curriculum is a mechanism to effectively empower the individuals and groups in terms of accessing to knowledge, attitudes and skills for peaceful coexistence in a multicultural society. In this regard, this study aimed to investigate the attention given to the design and development of this kind of curriculum in the content of undergraduate nurse curriculum.

**Materials & Methods:** This applied field study was conducted on all faculty members of medical sciences at various universities in Iran. Using convenience sampling, a number of 50 subjects were selected as sample. A researcher-made questionnaire was designed as a research tool and its validity and reliability was confirmed.

**Results:** According to the results of univariate t-test and the criteria proposed by Bazarghan and colleagues (2007) (1 to 2.33= little attention, 2.34 to 3.67= medium attention, and 3.67 to 5= much attention), it was revealed that the attention given to the teachings of this approach in the medical science curriculum content was not optimal. From the ten measured components of multicultural education, however, the attention given to six components was low and to four components was medium.

**Conclusions:** In order to provide effective medical care to patients with different cultural backgrounds, it is necessary to make significant changes in the content of the curriculum and pay proper attention to the training associated with this approach. Therefore, the medical personnel will learn the knowledge, attitudes, and skills necessary to become a transcultural medicine agent and will act responsibly in a multicultural society to provide better services.

**Keyword:** Curriculum, Multicultural education, Medical science

**Address:** Young Researchers and Elite Club, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

**Tel:** +984432719900

**Email:** ja\_abdeli@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(1): 36 ISSN: 1027-3727

---

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Young Researchers and Elite Club, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran