

بررسی بستر و زمینه آموزش مراقبت فرهنگی در ایران

محمدرضا حیدری^۱، منیره انوشه^۲، تقی آزادارمکی^۳، عیسی محمدی^۴

چکیده

مقدمه: گذراندن آموزش‌های آکادمیک در مورد مراقبت فرهنگی و لحاظ نکردن این موضوع در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم، موجب برخورد پرستاران با نیازهای فرهنگی بیماران براساس تجربیات شخصی می‌شود. با توجه به ناشناخته بودن چگونگی اجرای این اقدامات فرهنگی، شناسایی عوامل مؤثر بر آموزش مراقبت فرهنگی در جهت افزایش توانمندی و کارآمدی پرستاران در ارایه مراقبت لازم می‌باشد.

روش: در این مطالعه کیفی، ۲۳ پرستار بالینی دارای تجربه کافی کار کردن با بیماران مختلف، که تمایل به مشارکت و توانایی ارایه تجارب داشتند، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. بعد از توضیح در مورد چگونگی انجام تحقیق و اخذ موافقت؛ اقدام به انجام مصاحبه نیمه ساختارمند شد. مصاحبه‌ها ضبط و پس از گوش کردن اقدام به پیاده کردن آن‌ها گردید. داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: با تحلیل مقایسه‌ای داده‌ها، طبقه‌های آموزش ناکافی آکادمیک و آموزش ناکافی بازآموزی در صدر متغیرهای مؤثر بر زمینه آموزش مراقبت فرهنگی قرار گرفت. این طبقات دو گانه هر کدام چند طبقه فرعی را در بر گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری: اکثر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که در برنامه‌ریزی درسی، چگونگی مراقبت از بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف، بخش مخفی آموزش دوره کارشناسی پرستاری است و مراقبت فرهنگی در برنامه‌ریزی درسی کم‌رنگ بوده و به طور رسمی به آن پرداخته نمی‌شود. چگونگی برقراری ارتباط با سایر فرهنگ‌ها براساس تجربه می‌باشد و یادگیری در محیط کار صورت می‌گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش پرستاری، مراقبت فرهنگی، تحقیق کیفی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱

۱ - استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: heidari43@yahoo.com

۲ - دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳ - استاد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴ - دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

مناسب مراقبت فرهنگی شده و بیماران نیز با خدمات پرستاری آرایه شده آسان تر سازگاری پیدا می کنند و از درمان به کار رفته بهره بیشتری می گیرند (۱۶).

مراقبت فرهنگی در سال ۱۹۶۶ وارد برنامه درسی پرستاری مقاطع پایین و مقاطع تکمیلی گردید و در سال ۱۹۱۷، اولین راهنمای برنامه درسی منتشر شد (۱۷ و ۴). هدف اصلی آن کمک به توسعه نگرش و بینش دانشجویان در خصوص فرهنگها و قومیتها و مقایسه و تحلیل فرهنگهای مختلف به عنوان وسیله ای برای توسعه مراقبت پرستاری عمومی است (۱۸ و ۱۹). با توجه به ضرورتی که برای رویکردهای آموزشی نوآورانه وجود دارد با این حال چنین تلاشهایی در جوامع شرقی و در برنامههای آموزشی هدف گیری نشده است به طوری که Tortumluoglu و همکاران در مورد برنامه آموزش پرستاری ترکیه ذکر می کنند که هیچ دوره تخصصی در این مورد وجود ندارد (۱۶ و ۲۰). در ایران نیز هر چند اولین مدرسه پرستاری توسط یک گروه مذهبی آمریکایی تأسیس گردید اما برنامههای درسی پرستاری نشان دهنده حداقل توجه به موضوعات فرهنگی است (۲۱ و ۲۲) و می توان گفت که آرایه مراقبتهای فرهنگی مسأله ای است که دانشجویان ما از طریق برنامههای درسی مستتر، با آن آشنا می شوند. در همین زمینه صالحی و همکاران می گویند اعتقادات، فرهنگ و شخصیت افراد در درک آنها از برنامه درسی مستتر مؤثر است و مواردی چون ارزشهای اخلاقی، ارزشها، عقاید و رفتار، فرهنگ، و فرهنگ حرفه ای در برنامه درسی مستتر یاد گرفته می شود (۲۳) و Hood و Hughes بیان می دارند که کمتر از ۱۵٪ دانشجویان پرستاری دوره پرستاری فرهنگی را گذرانده و دارای تجارب کمی در عرصه های فرهنگی می باشند (۲۴).

پرستاری فرهنگی دانشی است که پرستار را قادر می کند تا در فرهنگهای بسیار متنوعی که روزانه با آنها سر و کار دارد مراقبت پرستاری را به روشهای خاص فرهنگی فراهم کند. پرستاران به عنوان بخش عظیمی از منابع نیروی انسانی سیستم سلامت، در ارتقای سلامت افراد جامعه، نقش مهمی را ایفا می کنند و یکی از راههای آرایه خدمات سلامت مطلوب تربیت پرستاران آزموده و شایسته است و این مستلزم وارد کردن محتوای فرهنگی به برنامههای درسی پرستاری است. با توجه به این که

مراقبت کردن جوهره علم پرستاری است و پرستاری نوین مبتنی بر مراقبتهای کاملاً تخصصی و پیچیده بوده و مستلزم مسلح شدن به دانش نظری و مهارت های عملی کارآمد است (۲۰۱). بررسی برنامه های پرستاری دنیا، بر آموزش مراقبت کل نگر و توجه به نیازهای زیستی، روانی و معنوی مددجو و لحاظ کردن ابعاد مختلف آموزش شایستگی فرهنگی در آموزش حرفه ای تأکید دارند (۳ و ۴) از ضروریات مراقبت کل نگر توجه به فرهنگ بیماران است چرا که باورها و ادراکات فرهنگی بر روی فرآیند مراقبت تأثیر می گذارند (۵). Wittig حیطه های فرهنگی را شامل باورهای معنوی و مذهبی، سلامتی، عوامل خطر از جمله عادات غذایی و همچنین خود آگاهی می داند (۶) و Calvillo و همکاران اظهار می دارند که برای آرایه یک مراقبت خوب و مؤثر، پرستاران باید نسبت به باورهای سلامتی و بیماری بیمار، تأثیر مذهب بر تصمیم گیری های مراقبتی، زبان، ارزشها و سایر عوامل فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت، حساسیت داشته باشند (۷).

فرآیند پویا و فعال آموزش تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی گوناگون بوده؛ پرکردن فاصله فرهنگی بین بیمار و مراقبت کننده، از ضرورت های آموزشی است و تأکید بر شایستگی فرهنگی از اجزای اصلی برنامه آموزش پرستاری می باشد (۴ و ۹). برای این که پرستاران بتوانند برای کار در یک جامعه متنوع فرهنگی، آمادگی بهتری پیدا کنند، باید آموزش آنان مبتنی بر فرهنگ باشد (۱۰) و از این رو وارد کردن محتوای فرهنگی به برنامه های درسی پرستاری امری پذیرفته شده است (۱۱) و از راهبردهای متنوع آموزشی برای تسهیل یادگیری مفاهیم فرهنگی استفاده می شود (۱۲). مطالعات نشان دهنده توجه روزافزون نسبت به وارد کردن عناصر صلاحیت فرهنگی به برنامه درسی و افزایش نیاز پرستاران به آموزش مباحث فرهنگی می باشد و هدف آن است که دانشجو با کسب توان شایستگی فرهنگی بتواند در جهت ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در فرد، خانواده و جامعه، تعامل لازم را پیدا کند و اطلاعات ضروری در مورد وضعیت فرهنگی، اجتماعی و قومیتی بیمار را کسب کند (۱۵-۱۳) دوره های آموزش تنوع فرهنگی موجب آرایه

که از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد که تجارب خود را بیان نمایند، در خصوص مصاحبه‌های انفرادی پیشین و داده‌های به دست آمده به بحث و تبادل نظر پرداخته شد. کلیه مکالمات ضبط و سپس پیاده می‌گردید.

نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه به این صورت بود که آیا در فعالیت روزمره کاری خود در بخش‌های مختلف، با بیماران با فرهنگ‌های مختلف مواجه شدید؟ مراقبت از این بیماران را چگونه انجام می‌دادید؟ ممکن است مواردی را که از آن‌ها مراقبت کردید و چگونگی مراقبت از آن‌ها را برایم توضیح دهید؟ چه عواملی در چگونگی ارایه مراقبت‌هایتان تأثیرگذار بودند؟ آیا در مراقبت از آن‌ها با مشکلی مواجه بودید و چگونه آن را مدیریت کردید؟ سپس براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالاتی جهت‌دار و عمق‌دهنده مصاحبه در راستای سؤال اصلی پژوهش، ارایه شد.

مدت هر مصاحبه با توجه به شرایط و موقعیت بین ۲۵ تا ۷۵ دقیقه بود. با توجه به فرصت و علاقه مشارکت‌کنندگان و نیاز به کسب اطلاعات بیشتر معمولاً با هر کدام از آن‌ها یک یا دو جلسه مصاحبه انجام شد. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور هم‌زمان صورت می‌گرفت. در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است (۲۶). به این صورت که هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کسب شده با روش آنالیز محتوای قراردادی تحلیل شد. بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه بحث گروه متمرکز یا مصاحبه فردی، ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز می‌گردید. سپس متون سطر به سطر خوانده شده، عبارات مهم مشخص و جوهره آن کدگذاری می‌گردید، سپس کدهای مشابه ادغام گردیده و دسته‌بندی اولیه انجام شد، فرآیند کاهش داده‌ها ادامه یافت تا طبقات ظهور یافتند به این ترتیب داده‌های مفهومی و انتزاعی در طبقه اصلی قرار گرفتند.

پژوهشگران با برقراری تماس طولانی با مشارکت‌کنندگان و با محیط پژوهش، ارایه اطلاعات در ارتباط با اهداف طرح به شرکت‌کنندگان به جهت جلب اعتماد آن‌ها در طی مصاحبه‌ها، بررسی مداوم داده‌ها، ضبط صدا و پیاده نمودن و تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از مصاحبه و بازخورد آن برای مصاحبه‌های بعدی برای افزایش مقبولیت داده‌ها استفاده نمودند. تأییدپذیری داده‌ها

پرستاران در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری باید اطلاعات ضروری در مورد وضعیت فرهنگی، اجتماعی و قومیتی بیمار را به عنوان بخشی از حرفه پرستاری داشته باشند و با توجه به اهمیت درک تجارب پرستاران از باورها و ارزش‌های فرهنگی بیماران به عنوان پیش نیاز ارایه مطلوب مراقبت مبتنی بر فرهنگ و با توجه به مطالعات محدود در نقش مراقبتی پرستاران و فقدان تحقیقاتی که به صورت اختصاصی به بررسی مفهوم مراقبت فرهنگی پرداخته باشند، و با توجه به این که تحقیق کیفی برای موقعیتی مناسب است که دانش ما در مورد آن محدود است پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی مبتنی بر رویکرد کیفی به این سؤال پاسخ دهند که بستر آموزش پرستاری مبتنی بر فرهنگ براساس تجارب پرستاران بالینی چگونه است؟ انتظار می‌رود از این طریق بتوان چارچوب‌های نظری راهگشایی را درباره الگوی مطلوب در این زمینه ارایه داده و راه را برای حل مسأله در این بخش هموار کرد.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع کیفی است که به روش تحلیل محتوا انجام شده است. مشارکت‌کنندگانی که توانایی برقراری ارتباط داشته و مایل به شرکت در مطالعه بودند پس از کسب موافقت به عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند. روش اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته بود و جریان مصاحبه تا حد زیادی متکی بر سؤالاتی بود که خود به خود در تعامل مصاحبه‌گر و مصاحبه شونده پیش می‌آمد (۲۵).

در این مطالعه بعد از کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان و بعد از این که مصاحبه‌های انفرادی به اتمام رسید از دو بحث گروهی متمرکز استفاده شد. این مصاحبه‌های گروهی با هدف نمونه‌گیری نظری و جهت پی بردن به نقاط ابهام، تأثیر اعتبار داده‌ها و همچنین پردازش و پالایش طبقات شکل گرفت. به همین منظور بعد از معارفه و صحبت در مورد هدف مصاحبه، محقق ابتدا بحث را با سؤالات باز آغاز و مشارکت‌کنندگان را تشویق می‌کرد تا با یکدیگر صحبت کنند و تجربیات خود را با یکدیگر به بحث بگذارند و برای روشنی بحث سؤالات بعدی مطرح می‌شد. در روند مصاحبه ضمن این

درمانی به دلیل عدم آشنایی با فرهنگ مردم و پیش آمدن مسایل حاد برای پرستاران به دلیل عدم آموزش مسایل فرهنگی را یادآور می‌شوند، به طوری که پرستار بعد از برخورد های تأسف بار تازه متوجه فرهنگ بیماران می‌شود. مشارکت کنندگانی که علاوه بر بالین سابقه کار در آموزش را نیز دارند، لحاظ نکردن موضوعات فرهنگی در فرآیند آموزش پرستاری را به دلیل نداشتن توان علمی و عدم شناخت فرهنگ مردم دانسته و ذکر می‌کنند که عدم توانمندی دانشجوی برای بررسی نیاز فرهنگی بیماران به علت نگذاردن دروس مربوطه می‌باشد.

پرستار آقا با ۲۴ سال سابقه خدمت که ۲۰ سال آن در سی‌سی‌یو می‌باشد چنین بیان می‌کند که: «اصلاً هیچی با ما صحبت نکردند ... ولی این چیزایی که برای فرهنگ اینا باشه اصلاً تو زمان تحصیل ما بهش اشاره‌ای نشده بود که مثلاً ممکنه مریض از تیپ‌های شخصیتی، از نظر ملیتی، از نظر قومی اینا اینجا باشند بعد شما بایست چه کار کنید اینا رو اصلاً به ما نگفتند. اگر مثلاً می‌گفتند باورش بهتر می‌شد می‌تونست برای مریضی که الان مثلاً ترک زبانه، فارسی زبانه، عرب زبانه از قوم و ملیت‌های دیگه است چگونه باهاشون برخورد کنید چگونه رفع و رجوعش کنید. متأسفانه به ما نگفتند. بعد که می‌آییم اینجا با یک سری مشکلات اینجوری مواجه می‌شیم و در درمان مریض هم به مقدار تأثیر می‌ذاره.»

گفته‌های پرستار مرد ۴۶ ساله با ۱۸ سال سابقه کار به خوبی بیانگر این معنی است: «... بخشی هم مربوط به آموزش است اشاره کردیم که اصلاً ما آموزشی در این زمینه ندیده‌ایم که بخواهیم اجرا کنیم، فکر می‌کنم که این بخشی از کوریکولوم مخفی ما است حالا ممکن است برخی از ما که مدل هستند توی کوریکولوم پنهان ببینند و از تجارب خودشان صحبت کنند. ولی به شکل رسمی فکر کنم در مورد این موضوع به طور خاص صحبت نمی‌شود ... به طور کلی این که بیمار باید مراقبت اختصاصی بگیره توجه به باورها و ارزش‌ها داشته باشیم در همین حد است این که چقدر جدی است من فکر می‌کنم به آن پرداخته نمی‌شود و الان دیگر نیاز است. به خصوص حالا که بحث تورسیم پزشکی مطرح است من فکر می‌کنم ضرورت دارد در دانشکده‌ها یا کوریکولوم‌های آموزشی‌مان به این موضوع بپردازیم و در واقع تنوع قومی که وجود دارد فکر کنم مجبوریم به این موضوع بپردازیم. تنوع قومی چه در

از طریق بازنگاری توسط مشارکت‌کنندگان و ناظرین و استفاده از نظرات اصلاحی آن‌ها آزمون گردید. برای بررسی انتقال‌پذیری مطالعه نتایج در اختیار چند تن از پرستاران که در تحقیق شرکت نداشتند گذاشته شد و از آنان خواسته شد که نتایج را با تجربه خودشان مقایسه نمایند. در این پژوهش کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان، از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت گردید.

یافته‌ها

۲۳ پرستار بالینی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، با حداقل ۵ سال سابقه کار، متوسط سن ۳۴ سال و ۲۳ سال سابقه کار در بخش‌های مختلف ICU، CCU، جراحی قلب باز، بخش جراحی اعصاب، داخلی قلب، پیوند مغز استخوان که تجربه مراقبت از بیماران مختلف را داشتند در پژوهش مشارکت داشتند. با تحلیل مقایسه‌ای داده‌ها، طبقه‌های آموزش ناکافی آکادمیک و آموزش ناکافی بازآموزی در صدر متغیرهای مؤثر بر بستر و زمینه آموزش مراقبت فرهنگی ذکر می‌گردد. این طبقات دو گانه هر کدام چند طبقه فرعی را در بر گرفته‌اند. در ادامه این طبقه‌بندی و بخش‌هایی از مصاحبه‌هایی که مؤید آن‌ها است آورده می‌شود (جدول شماره ۱).

آموزش ناکافی آکادمیک: از دغدغه‌های مطرح شده در مورد مراقبت فرهنگی نپرداختن به این موضوع در برنامه‌ریزی درسی آموزش پرستاری می‌باشد. اکثر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که در برنامه‌ریزی درسی، چگونگی برقراری ارتباط با بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف، بخش مخفی آموزش دوره کارشناسی پرستاری است و مراقبت فرهنگی در برنامه‌ریزی درسی کم‌رنگ بوده و به طور رسمی به آن پرداخته نمی‌شود. آن‌ها معتقدند که با توجه به تفاوت فرهنگی محل تحصیل پرستار با محل کار، در مجموع مقوله فرهنگ و مراقبت فرهنگی از مباحث الزامی در رشته پرستاری است و خالی بودن جای ارتباط فرهنگی و پرستاری فرهنگی در پرستاری به چشم می‌خورد. پرستاران فقدان آموزش مراقبت فرهنگی به صورت واحد را متذکر شده و پیامدهایی همچون کشته شدن کادر پرستاری یا

خانم پرستار ۳۹ ساله با ۱۵ سال سابقه کار می‌گوید: «ولی این که، واقعاً به دانشجوی بگم باورهای فرهنگی رو هم بکش استخراج کن نه شاید به خاطر این که دانشجوی من توان این کار رو نداره یعنی ما تو دروس پرستاریمون متأسفانه شاید جای این قضیه یه مقدار خالیه. زمانی که خودمون دانشجوی کارشناسی بودیم یه درسی داشتیم به نام جامعه‌شناسی، حالا بماند که به نحو مناسب برگزار نشد، ولی به نظر من، باید یه همچین دروسی باشه و حتی یه بازآموزی برای من مربی هم داشته باشن، باید باشه، یعنی خیلی چیزها رو من هم شاید فراموش کردم، من هم نمی‌دونم فرهنگ‌های مختلف چه عقاید و باورهایی دارند و بالتبع وقتی که نمی‌دونم من هم رو آموزش به دانشجویم، شاید خیلی خوب نتونم.»

پرستار مرد ۴۲ ساله با سابقه ۲۱ سال کار بالینی می‌گوید: «و من برخورد چهره به چهره با مردم دارم پس بالتبع تو آموزش، این‌ها باید کنار هم می‌چسبند و به من گفته بشه. من زمان طرحم جایی رفتم که از نظر قومیتی و فرهنگی زمین تا آسمان با منطقه‌ای که من توش زندگی کرده بودم باهاشون برخورد داشتم فرق می‌کرد ... کسی به من نگفته بود من کجا دارم می‌رم. ممکن بود خیلی اتفاقات اونجا بیفته. اگر آموزش داشتم لاقبل راجع به فرهنگ‌های مختلف ... هیچ کس به من نگفته بود که چنین چیزایی وجود داره و این عدم آشنایی باعث شد که یکی از همکارای من اونجا کشته ... دختر جوونی که داده‌اند به اون شیخ حالا من جوون رو به اون منطقه می‌فرستند خیلی اتفاقا ممکنه بیفته. شاید هم بدون دلیل بود. نمی‌تونم قضاوت کنم سر عدم آموزش فرهنگی به من بود.»

دانشجویان چه در بیماران ... فکر می‌کنم از آن بخش‌های مغفول کوریکولوم ما است که خیلی کم‌رنگ است، نه این که نیست، بگیم نیست که درست نیست، ولی خیلی کم‌رنگ است و به طور رسمی به آن پرداخته نمی‌شود.» یکی از مشارکت‌کنندگان که علاوه بر آموزش در بالین نیز مشغول به کار است، در این مورد چنین می‌گوید: «ما الان فقط دو واحد روان‌شناسی برای بچه‌ها داریم و دو واحد به آموزش به بیمار در آموزش به بیمار هم ۲ تا ۴ ساعت همینو می‌گیریم که آقا قبل از آموزش لازم است ابتدا ارتباط برقرار کنید. و این خیلی کم است و این هنر پرستاری را نه در تئوری و نه در بالینی به پرستارمون یاد نمی‌دهیم و اگر هم کسی انجام داده است تجربه و هنر شخصی خودش را به عنوان مربی، نمونه‌ای را در بالین انجام داده است و دانشجوی او دیده است و یاد گرفته است یا دانشجوی خودش ذاتاً هنری داشته است و مطالعه‌ای کرده است و بعداً توانسته است پرستار خوبی بشود و الا ما در این خصوص نه آموزشی دیده‌ایم و نه الان داریم برای بچه‌ها می‌گذاریم.»

آموزش ناکافی بازآموزی: عدم توجه به آموزش چگونگی ارتباط با فرهنگ‌های مختلف نه تنها در آموزش‌های دانشگاهی وجود دارد بلکه در دوره‌های بازآموزی نیز مورد غفلت قرار می‌گیرد. پرستاران به دلیل سرکار داشتن مستقیم با مردم، لزوم آموزش پرستاران در مورد فرهنگ مردم به خصوص لزوم آشنا کردن پرستار با فرهنگ مناطق دوردست قبل از اعزام، و لزوم گنجاندن مباحث جامعه‌شناسی در دوره‌های بازآموزی خواستار هستند تا بدین وسیله مردم و فرهنگ آن‌ها را بشناسند و نحوه برخورد با مشکلات بیماران از قومیت‌های مختلف تسهیل گردد.

جدول ۱- طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده

طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده	طبقات اصلی
طبقه‌های فرعی	آموزش ناکافی آکادمیک
یادگیری براساس تجربه	
فرهنگ و سیستم آموزش پرستاری	
تفاوت فرهنگی محل تحصیل با محل کار	
عدم آرایه واحد مراقبت فرهنگی	آموزش ناکافی بازآموزی
پیامدهای نامطلوب ناآگاهی فرهنگی	
مواجهه با فرهنگ‌های مختلف	
عدم شناخت فرهنگ مردم	
آموزش به بیمار و خانواده	

بحث

کمی از پرستاران و سایر متخصصان سلامت دارای تجارب رسمی آموزشی راجع به عناوین میان فرهنگی هستند و تعداد پرستارانی که تجارب آموزشی رسمی در مورد موضوعات فرهنگی دریافت کرده و دارای شایستگی فرهنگی باشند، پایین است (۳۰-۳۲ و ۳۰). در مطالعه Wittig نیز بر نیاز به دانش در خصوص عوامل فرهنگی تأکید شده است (۶).

نتیجه گیری

گذراندن آموزش‌های آکادمیک در مورد مراقبت فرهنگی و لحاظ نکردن این موضوع در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم، موجب برخورد پرستاران با نیازهای فرهنگی بیماران براساس تجربیات شخصی می‌شود. اکثر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در برنامه‌ریزی درسی، چگونگی مراقبت از بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف، بخش مخفی آموزش است و مراقبت فرهنگی در برنامه‌ریزی درسی کم‌رنگ بوده و به طور رسمی به آن پرداخته نمی‌شود. توجه به آموزش چگونگی ارتباط با فرهنگ‌ها فقط براساس تجربه بوده و یادگیری خیلی از چیزهایی که در دوران تحصیل به آن‌ها توجه نمی‌شده است در محیط کار صورت می‌گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و قدردانی می‌شود.

تجزیه و تحلیل بیانات مشارکت‌کنندگان نشان داد که پرستاران در سیستمی آموزش دیده‌اند که به پدیده مراقبت فرهنگی کمتر اشاره شده است. از سوی دیگر فرهنگ حاکم بر سیستم بیمارستان‌ها نیز به گونه‌ای است که دنباله‌روی سبک آموزش آکادمیک بوده و در دوره‌های بازآموزی نیز این پدیده مغفول باقی می‌ماند. پرداخته نشدن به موضوع مراقبت فرهنگی در برنامه‌های درسی آموزش پرستاری یکی از دغدغه‌های مشارکت‌کنندگان بود. نتایج مطالعه Tortumluoglu و همکاران در ترکیه نیز نشان می‌دهد که هیچ دوره تخصصی برای پوشش دادن مراقبت فرهنگی ارائه نمی‌شود (۱۶). Cuellar و همکاران نیز اظهار می‌دارند که اضافه کردن محتوای صلاحیت فرهنگی به برنامه درسی از چالش‌های دانشکده‌های پرستاری می‌باشد (۲۷). در همین راستا مطالعات مختلف نشان می‌دهند که ارائه مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ مسأله‌ای است که از طریق برنامه درسی مستتر، با آن آشنا می‌شوند و آموزش پرستاری ضرورتاً پرستاران را برای مواجهه با بیماران سایر فرهنگ‌ها آماده نمی‌کند (۲۸، ۲۳، ۱۴ و ۲۹). مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که در دوران تحصیل خود با موضوع مراقبت فرهنگی آشنایی پیدا نکرده‌اند و در دوران کاری نیز به آن‌ها آموزش‌های لازم داده نمی‌شود و لذا به صلاحیت یا شایستگی لازم در خصوص مراقبت‌های فرهنگی دست پیدا نکرده‌اند. نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که تعداد

منابع

- 1 - Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Adv Pract Nurs Q.* 1997; 3(1): 8-13.
- 2 - Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2002; 2(4): 244-50.
- 3 - Cheraghi MA. Understanding and explaining how to transfer and use of knowledge and nursing practice model. Dissertation for Ph.D. degree in Nursing, Tehran University of Medical Sciences. 1386.
- 4 - Tulman L, Watts RJ. Development and testing of the Blueprint for Integration of Cultural Competence in the Curriculum Questionnaire. *J Prof Nurs.* 2008; 24(3): 161-6.
- 5 - Hoyer S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *J Adv Nurs.* 2010; 66(4): 858-67.
- 6 - Wittig DR. Knowledge, skills and attitudes of nursing students regarding culturally congruent care of Native Americans. *J Transcult Nurs.* 2004; 15(1): 54-61.
- 7 - Calvillo E, Clark L, Ballantyne JE, Pacquiao D, Purnell LD, Villarruel AM. Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education. *J Transcult Nurs.* 2009; 20(2): 137-45.

- 8 - de Guzman AB, Ormita MJ, Palad CM, Panganiban JK, Pestaño HO, Pristin MW. Filipino nursing students' views of their clinical instructors' credibility. *Nurse Educ Today*. 2007; 27(6): 529-33.
- 9 - Marcinkiw KL. A goal for nursing education. *Nurse Educ Today*. 2003; 23: 174-182.
- 10 - Joseph HJ. Attitudes and cultural self-efficacy levels of nurses caring for patients in army hospitals. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2004; 15(1): 5-16.
- 11 - Hughes KH, Hood LJ. Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. *J Transcult Nurs*. 2007; 18(1): 57-62.
- 12 - Anderson KL. Teaching cultural competence using an exemplar from literary journalism. *J Nurs Educ*. 2004; 43(6): 253-9.
- 13 - Ballantyne JE. Cultural competency: highlighting the work of the American Association of Colleges of Nursing-California Endowment Advisory Group. *J Prof Nurs*. 2008; 24(3): 133-4.
- 14 - Koskinen L. To Survive You Have to Adjust. Study Abroad as a Process of Learning Intercultural Competence in Nursing. (Doctoral dissertation). 2003, University of Kuopio, Kuopio, Finland.
- 15 - Sloand E, Groves S, Brager R. Cultural competency education in American nursing programs and the approach of one school of nursing. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2004; 1: Article 6.
- 16 - Tortumluoglu G, Okanli A, Ozyazicioglu N, Akyil R. Cultural Competency in Baccalaureate Nursing Education y. *Nurse Educ Today*. 2006; 26(2): 169-75.
- 17 - Lydia A. DeSantis and Juliene G. Lipson. Brief History of Inclusion of Content on Culture in Nursing Education. *J Transcult Nurs*. 2007; 18(1): 7S-9s.
- 18 - Banks J. Teaching strategies for ethnic studies. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
- 19 - Susan Jane Woody Rhoades. An exploration of perceptions of Associate of Science in nursing students related to transcultural nursing experiences. A thesis presented for the degree of PhD in education. Iowa State University. Ames, Iowa 2008.
- 20 - Campesino M. Beyond transculturalism: critiques of cultural education in nursing. *J Nurs Educ*. 2008; 47(7): 298-304.
- 21 - Systanei F. Study of the evolution of nursing in Islamic civilization and its nurses's knowledge about it. Thesis for a master's degree in Educational Management in Nursing Services, Tarbiat Modarres University. 1366.
- 22 - Jeffreys, Marianne R. Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation Springer Publishing Company, Inc. 2006.
- 23 - Salehi S, Rahimi M, Abedi HA, Bahrami M. Students' experiences of hidden curriculum in the School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences. *Pajouhesh Dar Pezeshki*. 2004; 27(3): 217-223. (Persian)
- 24 - Hughes KH, Hood LJ. Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. *J Transcult Nurs*. 2007 Jan; 18(1): 57-62.
- 25 - Shariff F, Jahan Poor F, Salsaly M, Kaveh MH. Explaining the process of clinical decision making in nursing: a qualitative study. *Iran J Nurs Res*. 2010; 5(16): 21-31. (Persian)
- 26 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approach to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9): 1277-1288.
- 27 - Cuellar NG, Brennan AM, Vito K, de Leon Siantz ML. Cultural competence in the undergraduate nursing curriculum. *J Prof Nurs*. 2008; 24(3): 143-9.
- 28 - Giger J, Davidhizar RE, Purnell L, Harden JT, Phillips J, Strickland O; American Academy of Nursing. Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *J Transcult Nurs*. 2007; 18(2): 95-102.
- 29 - Berggren V, Bergstrom S, Edberg A-K. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs*. 2006; 17: 50-57.
- 30 - Vydelingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nurs Inq*. 2006; 13: 23-32.
- 31 - Ryan M, Carlton KH, and Ali N. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *J Transcult Nurs*. 2000 Oct; 11(4): 300-7.
- 32 - Pierce JU. Managing managed care: the next level for transcultural nurses. *J Transcult Nurs*. 1999 Jul; 10(3): 181-2.

Exploration of context of the cultural care education in Iran

Heidari¹ MR (Ph.D) - Anooshe² M (Ph.D) - Azadarmaki³ T (Ph.D) - Mohammadi⁴ E (Ph.D).

Introduction: Since cultural care is not included in nurses' retraining and continuing education, clinical nurses should deal with the cultural needs of patients according to their own personal experiences. While measures to implement cultural interventions are unknown, the recognition of cultural factors influencing cultural care education is necessary to increase nurses' ability to provide efficient care. The purpose of this study was to explore the context of the cultural care education in Iran.

Methods: Using a qualitative study, 23 clinical nurses with the experience of working in practice, were selected using purposive sampling. Semi-structured were held for data gathering. A content analysis approach was used to analyze the collected data.

Results: During the data analysis the following themes were developed: "inadequate academic training", and "inadequate retraining".

Conclusion: It was believed that in course planning, how to provide care to patients with different cultures, was a hidden part of the bachelor's degree nursing program. Nurses learnt how to communicate with others based on their own experiences and mostly in the workplace.

Key words: Nursing education, cultural care, qualitative research

1 - Corresponding author: Assistant Professor, Ph.D of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

e-mail: heidari43@yahoo.com

2 - Associate Professor, Ph.D of Nursing, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3 - Professor, Ph.D of Sociology, Department of Sociology, Tehran University, Tehran, Iran

4 - Associate Professor, Ph.D of Nursing, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran