



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت



عنوان برنامه آموزشی: آموزش مراقبت فرهنگی بر صلاحیت‌های فرهنگی انتقادی پرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی کرمان

کد طرح: ۴۰۱۰۰۰۴۶۱

ارائه دهندگان: دکتر جمیله فرخ زادپان، سکینه میری، دکتر فاطمه دربان، مهدیه سروری زاده



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

تعریف فرهنگ

فرهنگ را می‌توان مجموعه‌ای از اطلاعات، باورها، مهارت‌های هنری، قوانین، اخلاق، آداب و رسوم و عادت‌هایی نامید که به وسیله هر چیز یا زبان، مذهب، غذا، عادات اجتماعی، هنر و موسیقی مشخص می‌شود (۲۸). فرهنگ که یک الگوی رفتاری است، در طول زمان به عنوان نتیجه‌ای ذهنی از طریق ساختارهای اجتماعی و مذهبی و جلوه‌های هنری رشد می‌کند و راهنمای تفکر، تصمیم‌گیری و عمل انسان‌ها قلمداد می‌شود (۲۹).

تنوع فرهنگی

باتوجه به تعاریف مختلفی که در بالا ذکر شد، وسعت بیان فرهنگ، اعتقادات شخصی و جهان‌بینی ممکن است بسیار متفاوت باشد. انسان‌ها حتی در فرهنگ‌های مختلف، خود را به شیوه‌های منحصر به فردی بیان می‌کنند. تفاوت‌های موجود در شیوه زندگی، زبان، ارزش‌ها، هنجارها و سایر جنبه‌های فرهنگی در بین و درون گروه‌های مختلف اشاره به تنوع فرهنگی دارد (۳۵).

عوامل موثر بر تنوع فرهنگی

- ۱- سن
- ۲- مذهب
- ۳- لهجه و زبان
- ۴- نقش‌های مربوط به هویت جنسی
- ۵- زمینه اجتماعی اقتصادی
- ۶- محل جغرافیایی در کشور محل تولد
- ۷- محل جغرافیایی در کشور فعلی
- ۸- تاریخچه زیر گروه فرهنگی مددجو در کشور فعلی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

۹- تاریخچه زیر گروه فرهنگی مددجو در کشور محل تولد

۱۰- میزان تعامل سالمندان و جوانان

۱۱- میزان سازگاری با کشور فعلی

۱۲- وضعیت مهاجرت

۱۳- شرایط مهاجرت

نژاد^۱

نژاد، تنوعی زیست شناختی در گروه‌های جمعیت است که بر شاخص‌های جسمی که از اصل و نسب ژنتیکی از جمله سیاه پوست، ویژگی‌های جسمی و بافت موها منشأ می‌گیرد، مبتنی می‌باشد. همچنین مشخصه‌ای است که به برخی گروه‌ها امکان می‌دهد تا جدا شده و به عنوان فرادست با آن‌ها رفتار گردد، و به قدرت و سایر منابع ارزشمند دسترسی یابند، در حالی که دیگران به عنوان زیر دست رفتار می‌شوند و دسترسی محدودی به قدرت و منابع دارند.

قومیت^۲

در مقابل قومیت احساس تعلق مشترکی است که در میان گروهی از افراد وجود دارد و با عوامل فرهنگی، از جمله ملیت، منطقه جغرافیایی، فرهنگ، اصل و نسب، زبان، باورها و سنت‌ها مرتبط می‌باشد.

الگوی فرهنگ کوه یخ چیست؟

مدل کوه یخ فرهنگی است که به شما این امکان را می‌دهد فرهنگ سازمانی خود را اندازه گیری کنید. این مدل به ارزیابی میزان همسویی ارزش‌های فرهنگی سازمان با اهداف و حل مشکلات عملکرد کمک می‌کند.

^۱ _Race

^۲ _Ethnicity



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

کوه یخ فقط یک نهم حجم آن بالاتر از سطح آب است و بقیه آن در زیر سطح دریا باقی می ماند. به طور مشابه، مولفه هایی مانند دانش و مهارت قابل مشاهده است، این دو ویژگی ۲۰ درصد از شایستگی های یک فرد را تشکیل می دهند و تشخیص آنها نسبتاً آسان است. اما سایر مولفه های رفتاری مانند نگرش، ویژگی ها، سبک های تفکر، تناسب سازمانی و غیره پنهان یا در زیر سطح هستند فرهنگ سازمانی به همین گونه است.

مولفه های فرهنگ

علم یا دانش: ساختاری است برای تولید و ساماندهی دانش دربارهٔ جهان طبیعت در قالب توضیحات و پیش بینی های آزمایش پذیر. دانش یا علم دانش شناسی با سه عنصر داده، اطلاعات و دانش سر و کار دارد؛ به عبارت دیگر، دانش شناسی به بحث و بررسی پیرامون دانش و عناصر سازندهٔ آن، یعنی داده و اطلاعات می پردازد.

باورها: باورها یا اعتقادات مجموعه ای از افکارند که به زندگی معنا می بخشند. باورها ادراک ما از هستی را می سازند. چنین اندیشه می شود که باورها نقش فرماندهی در مغز دارند و زمانی که فکر می کنید که امری درست است، باور شما به مغز فرمان می دهد تا به دنبال چیزی باشد که از اعتقادات شما حمایت کند.

اخلاق: دسته ای از علوم انسانی است که موضوع آن شناخت مصادیق ارزش ها و بیانگر راه های کسب فضائل و ترک رذائل اخلاقی است. دربارهٔ خوب یا بد بودن یک امر دیدگاه های مختلفی وجود دارد.

هنر: یعنی حل مسائلی که قبل از حل شدن، قابلیت تدوین و فرموله شدن را ندارند.

هنرهای زیبا عبارتند از:

- موسیقی
- هنرهای دستی
- هنرهای تجسمی
- ادبیات، نمایشنامه نویسی و فیلمنامه نویسی
- معماری



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

- رقص و حرکات نمایشی
- هنرهای نمایشی: تئاتر و سینما

تنوع فرهنگی در استان کرمان

در میان استان‌های ایران، استان کرمان گروه‌های مذهبی و قومی متنوعی را در خود جای داده است. ترکیب اجتماعی مردم استان کرمان متشکل از سه جامعه شهری، روستایی و عشایری است که خرده فرهنگ‌های خاصی را پدید آورده است. جابه‌جایی و مهاجرت اقوام مختلف تنوع فرهنگی را در استان کرمان ایجاد کرده است. به طور کلی فرهنگ مردم کرمان از دیرباز بر بنیاد دو عامل شرایط طبیعی و تاریخ پر فراز و نشیب این منطقه شکل گرفته و این باعث تنوع قومی در این استان شده است. مثلاً گروه‌های قومی فارس، بلوچ، ترک، کرد، لر و عرب در استان کرمان سکونت دارند که حاصل مهاجرت و ایلات تبعیدی هستند. این بدین معنی است که فرهنگ استان کرمان و به طور کلی جوامع شهری، روستایی و عشایری آن متأثر از جریان‌های تاریخی است به‌طور مثال کوچندگی ایل بلوچ از دیرباز به جنوب استان کرمان وجود داشته و پیشینه‌ای درازمدت دارد و خرده فرهنگ‌های شهیکی، فرامرزی، بامری و سابکی را شامل می‌شود؛ در نتیجه این تداوم مهاجرت گروه‌های قومی و زبانی به استان کرمان خرده فرهنگ‌های بسیاری در این منطقه استقرار یافته اند.

مراقبت فرهنگی^۳

همه‌ی متخصصان بهداشت و درمان باید از نظر فرهنگی از ارزش‌ها و تعصبات و فرضیات جامعه‌ی خود آگاهی داشته باشند. بدون داشتن چنین آگاهی و درکی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان ممکن است که ناخواسته تصور کنند که هرکس جهان‌بینی خود را به اشتراک می‌گذارد. پرستاری به عنوان یکی از مهم‌ترین حرفه‌ها در بخش بهداشت، به پرستارانی نیاز دارد که شغل خود را پذیرفته و نگرش و ویژگی‌های حرفه‌ای خود را توسعه دهند (۴۱).

³ Cultural Care



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

Leininger به عنوان بنیان‌گذار پرستاری فرهنگی، مراقبت فرهنگی را مجموعه‌ای از فعالیت‌های مراقبتی توانمندکننده، حمایت‌کننده و تسهیل‌کننده می‌داند که دارای ترکیب و ساختار فرهنگی بوده و با نیازهای مرتبط با سلامتی و یا مواجه با مرگ و ناتوانی متمرکز است. Leininger مراقبت فرهنگی را ابزاری یکپارچه برای توصیف، شناخت و پیشگویی پدیده‌ی مراقبت پرستاری و همچنین هدایت تصمیمات و اقدامات پرستاری می‌داند.

استانداردهای اجرای مراقبت فرهنگی

استاندارد ۱: عدالت اجتماعی

استاندارد ۲: تفکر انتقادی^۴

استاندارد ۳: شناخت فرهنگ‌ها

استاندارد ۴: عمل صلاحیت فرهنگی^۵

استاندارد ۵: صلاحیت فرهنگی در سیستم‌ها و سازمان‌های مراقبت سلامت

استاندارد ۶: حمایت و توانمندسازی بیمار

استاندارد ۷: نیروی کار چندفرهنگی^۶

استاندارد ۸: آموزش و پرورش صلاحیت مراقبت فرهنگی

استاندارد ۹: ارتباطات بین‌فرهنگی^۷

استاندارد ۱۰: رهبری بین‌فرهنگی^۸

⁴ Critical reflection

⁵ Culturally competent practice

⁶ Multicultural workforce

⁷ Cross-cultural communication

⁸ Cross-cultural leadership



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

استاندارد ۱۱: توسعه‌ی سیاست‌ها

استاندارد ۱۲: تمرین و تحقیق مبتنی بر شواهد

استاندارد ۱۳: خدمات کمک‌زبانی

استاندارد ۱۴: گردآوری مشخصات جامعه

صلاحیت فرهنگی^۹

در ساده‌ترین تعریف، صلاحیت فرهنگی به‌عنوان توانایی تعامل مؤثر با افراد دارای فرهنگ‌های متفاوت تعریف می‌شود (۵۳).

اهمیت آموزش و وجود صلاحیت فرهنگی در پرستاران

امروزه صلاحیت فرهنگی از مباحث مهم و ضروری در حوزه بهداشت و سلامت است و در دانشگاه‌های برتر دنیا، بر آموزش و سنجش آن تأکید شده‌است، به‌گونه‌ای که مهم‌ترین عوامل در رشد و توسعه نظام سلامت بر خورداری از نیروهای انسانی با صلاحیت فرهنگی لازم در کنار سایر صلاحیت‌های تخصصی است (۶۱). به‌طور کلی شش دلیل عمده برای ضرورت آموزش صلاحیت فرهنگی به پرستاران وجود دارد: ۱- برای پاسخ به تغییرات جمعیتی فعلی و پیش‌بینی شده کشور ۲- برای حذف نابرابری‌های طولانی مدت در وضعیت سلامت افراد با سوابق نژادی، قومی و فرهنگی متنوع ۳- برای بهبود کیفیت خدمات و نتایج سلامت ۴- برای تأمین احکام قانون‌گذاری، تنظیمی و مجوز رسمی ۵- برای کسب یک مزیت رقابتی در بازار محیط فعلی مراقبت‌های سلامتی ۶- برای کاهش احتمال مسولیت یا ادعای قصور (۴۷).

مدل‌های صلاحیت فرهنگی

۱. مدل طلوع خورشید¹⁰ Leininger

⁹ Cultural Competency

¹⁰ Leininger sunrise model



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

مدل طلوع خورشید Leininger ساختار نظریه‌ی مراقبت فرهنگی را با توصیف رابطه‌ی بین باورها و اصول انسان‌شناسی و پرستاری نشان می‌دهد. مدل طلوع خورشید یک تصویر مفهومی است تا اجزای تئوری را به تصویر بکشد و بگوید چگونه این مولفه‌ها یا مراقبت‌ها بر وضعیت سلامت افراد یا خانواده‌ها یا گروه‌ها تاثیر می‌گذارند. پرستاران هنگام ارزیابی فرهنگی بیماران از این مدل استفاده می‌کنند (۶۵).

در مدل طلوع خورشید Leininger، ۴ سطح وجود دارد:

سطح ۱ شامل جهان بینی، ساختار اجتماعی، زمینه محیطی می‌باشد. جهان بینی در واقع روشی است که مردم به دنیا و جهان نگاه می‌کنند و از آن طریق زندگیشان معنا پیدا می‌کند. آموزش و پرورش، اقتصاد امور مالی، حقوق و سیاست، شیوه‌های زندگی فرهنگی، خویشاوندی و اجتماع، فلسفه و دین و فن‌شناختی بسترهای اجتماعی و فرهنگی در زمینه‌ی جهان بینی هستند. افرادی که با مراقبت فرهنگی سروکار دارند، در **سطح ۲** قرار می‌گیرند که شامل گروه‌های فرهنگی، گروه‌های رسمی، کارکنان، سازمان سلامت درمانی و جامعه می‌شوند. در **سطح ۳** سیستم سلامت بومی، سلامت فردی، سیستم سلامت حرفه‌ای قرار دارند. سیستم سلامت بومی شامل رفتارهای درمانی می‌شود که متعلق به افراد در خانه‌ها یا مکان‌های محلی می‌باشد. سیستم سلامت فردی در ارتباط با توانایی فرد برای فعالیت‌های روزمره‌اش است. سیستم سلامت حرفه‌ای خدمات مراقبت یا درمانی حرفه‌ای می‌باشد که توسط کارکنان سلامت از طریق برنامه‌های رسمی در مراکز رسمی به اجرا درمی‌آید. در **سطح ۴** سه اقدام برای اجرای نظریه‌ی مراقبت فرهنگی وجود دارد: حفظ مراقبت فرهنگی^{۱۱}، تطابق مراقبت فرهنگی^{۱۲}، بازسازی مراقبت فرهنگی^{۱۳}. این اقدامات متشکل از تصمیم‌ها و فعالیت‌های حرفه‌ای توانمندکننده و حمایتگر است که به مددجو کمک می‌کند تا وضعیت سلامت و سبک زندگی خود را حفظ، مطابقت یا تغییر دهد (۶۶).

۲. مدل فرایند صلاحیت فرهنگی در ارائه خدمات مراقبت سلامت Campinha-Bacote^{۱۴}

¹¹ Cultural Care Preservation

¹² Cultural Care Accommodation

¹³ Cultural Care Repatterning

¹⁴ The Process of Cultural Competence in The Delivery of Healthcare Services



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

در مدل فرآیند صلاحیت فرهنگی در ارائه خدمات مراقبت سلامت، صلاحیت فرهنگی فرآیندی است که از پنج مولفه‌ی آگاهی فرهنگی^{۱۵}، مهارت فرهنگی^{۱۶}، دانش فرهنگی^{۱۷}، مواجهه‌ی فرهنگی^{۱۸} و تمایل فرهنگی^{۱۹} تشکیل شده است. مخفف این پنج واژه در کنارهم اصطلاح "ASKED" را تشکیل می‌دهد. مدل به پرستاران روانپزشکی چارچوبی برای ارائه مراقبت فرهنگی بیماران با تنوع فرهنگی و قومیتی پیشنهاد می‌دهد. در ادامه به توضیح هر مولفه پرداخته می‌شود.

آگاهی فرهنگی: در آگاهی فرهنگی، روان‌پرستار نسبت به ارزش‌ها، باورها، روش‌های زندگی، شیوه‌ها و راهبردهای حل مسئله فرهنگ بیمار، قدردان و حساس می‌شود. این فرآیند مستلزم بررسی مداوم تعصبات خود نسبت به فرهنگ‌های دیگر، خودآزمایی (درون خویشتن بینی) و کاوش عمیق در زمینه پیشینه فرهنگی خود است (۹). این فرآیند شامل شناخت سوگیری‌ها، پیش داوری‌ها و فرضیات فرد در رابطه با افراد متفاوت می‌باشد. بدون آگاهی از تأثیر ارزش‌های فرهنگی یا حرفه‌ای خویش، احتمال این خطر می‌رود که ممکن است ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت در امر تحمیل فرهنگی^{۲۰} مشارکت داشته باشد. تحمیل فرهنگی به معنی تمایل فرد به تحمیل باورها، ارزش‌ها و الگوهای رفتاری خود بر فرهنگ دیگر می‌باشد (۶۷). روان‌پرستاری که به تفاوت‌های فرهنگی ارزش می‌دهد و به آن احترام می‌گذارد مفهوم قوم گرایی^{۲۱} را منعکس می‌کند. این پرستار از تفاوت‌های فرهنگی و نگرش خود نسبت به گروه‌های فرهنگی خاص آگاه است. با این حال، آگاهی از تفاوت‌ها و نگرش‌ها تضمین نمی‌کند که روان‌پرستار مداخلات حساس فرهنگی را ارائه می‌دهد (۹).

مهارت فرهنگی: مهارت فرهنگی توانایی جمع‌آوری داده‌های فرهنگی مرتبط در خصوص مسئله ارائه شده توسط مددجویان و همچنین انجام دقیق ارزیابی‌های فیزیکی مبتنی بر فرهنگ است. این فرآیند شامل یادگیری نحوه انجام ارزیابی‌های فرهنگی و ارزیابی‌های فیزیکی مبتنی بر فرهنگ است. Leininger (۱۹۷۸) ارزیابی فرهنگی را

¹⁵ Cultural Awareness

¹⁶ Cultural Skill

¹⁷ Cultural Knowledge

¹⁸ Cultural Encounters

¹⁹ Cultural Desire

²⁰ Cultural Imposition

²¹ Ethno Relativism



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

به عنوان «ارزیابی یا بررسی سیستماتیک افراد، گروه‌ها و جوامع از منظر باورها، ارزش‌ها و شیوه‌های فرهنگی آن‌ها برای تعیین نیازهای صریح (عینی) و همچنین شیوه‌های مداخله در قبال افرادی که به آن‌ها خدمات ارائه می‌شود» تعریف کرد. مهارت فرهنگی نیز هنگام انجام یک ارزیابی فیزیکی بر روی مددجویانی که به لحاظ قومی با یکدیگر متفاوت هستند، مورد نیاز است. ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت باید بداند که چگونه تغییرات فیزیکی، بیولوژیکی و فیزیولوژیکی مراجع بر توانایی او جهت انجام یک ارزیابی فیزیکی دقیق و مناسب تأثیر می‌گذارد. برای نمونه می‌توان به تفاوت در ساختار بدن، رنگ پوست، ویژگی‌های فیزیکی قابل مشاهده و واریانس‌های آزمایشگاهی اشاره کرد.

دانش فرهنگی: دانش فرهنگی فرآیند جستجو و دستیابی به یک پایه آموزشی سالم در خصوص گروه‌های مختلف فرهنگی و قومی است. در راستای دستیابی به این پایگاه دانش، ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت باید بر ادغام سه موضوع ویژه تمرکز کند: باورهای مرتبط با سلامتی و ارزش‌های فرهنگی، بروز و شیوع بیماری و اثربخشی درمان. به دست آوردن دانش فرهنگی در مورد باورها و ارزش‌های مرتبط با سلامت مددجویان، مستلزم درک جهان بینی آن‌ها است. جهان بینی مددجویان مشخص می‌کند که تفسیر وی از بیماری خویش چیست و این جهان بینی چگونه تفکر، عمل و جوهره وجودی او را هدایت می‌کند.

دومین مسئله‌ای که ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت ملزم است بر آن متمرکز شود، موضوع بروز و شیوع بیماری در میان گروه‌های قومی می‌باشد. این امر مستلزم کسب دانش در زمینه اکولوژی زیست‌فرهنگی^{۲۲} است. بروز بیماری در میان جمعیت‌های قومی متفاوت است و ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت که اطلاعات اپیدمیولوژیک دقیقی جهت انجام تصمیم‌گیری در مورد درمان، آموزش بهداشت، غربالگری و برنامه‌های درمانی ندارند، نمی‌توانند تأثیر مثبتی بر نتایج مراقبت‌های سلامت داشته باشند. اثربخشی درمان سومین موضوعی است که در فرآیند کسب دانش فرهنگی باید به آن پرداخته شود. این امر شامل کسب دانش در زمینه‌هایی مانند فارماکولوژی قومی (داروشناسی بومی) است. فارماکولوژی قومی (داروشناسی بومی) بررسی تغییرات متابولیسم دارو در بین گروه‌های قومی می‌باشد. برای کسب دانش فرهنگی شایان توجه است که به یاد داشته باشیم که هیچ فردی نمایانگر طرز تفکر غالب مآبانه (کلیشه‌ای) از فرهنگ خاستگاه (ریشه‌ای) خود نیست، بلکه ترکیبی منحصر به فرد از تنوع موجود در هر فرهنگ، انباشت منحصر به فرد تجربیات زندگی و فرآیند فرهنگ پذیری از فرهنگ‌های دیگر می‌باشد.

²² Biocultural Ecology



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

بنابراین، ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت باید بتواند با هر ممدجو خود توانایی انجام یک ارزیابی فرهنگی داشته باشد (۶۷).

چهار مرحله‌ی صلاحیت برای کسب دانش فرهنگی از نظر Campinha-Bacote and Purnell عبارت است از: عدم صلاحیت ناآگاهانه^{۲۳}، عدم صلاحیت آگاهانه^{۲۴}، صلاحیت آگاهانه^{۲۵} و صلاحیت ناآگاهانه^{۲۶}.

مواجهه فرهنگی: مواجهه فرهنگی فرآیندی است که ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت را تشویق می‌کند تا در تعاملات میان فرهنگی با مددجویانی از پیشینه‌های فرهنگی متنوع مستقیماً درگیر شود. تعامل مستقیم با مددجویان از گروه‌های فرهنگی مختلف، باورهای موجود فرد را در خصوص یک گروه فرهنگی اصلاح کرده و یا بهبود می‌بخشد و از کلیشه‌های احتمالی که ممکن است رخ داده باشد نیز جلوگیری می‌کند. با این حال، روان‌پرستاران باید بدانند که تعامل فقط با سه یا چهار نفر از یک گروه قومی خاص، آن‌ها را به متخصص در این گروه فرهنگی تبدیل نمی‌کند. ممکن است که این سه یا چهار نفر نمایانگر باورها، ارزش‌ها یا عملکردهای بیان شده گروه فرهنگی خاصی که ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت با آن مواجه شده‌اند باشند و در پاره‌ای از مواقع نباشند. این امر به دلیل تنوع درون قومی است، به این معنی که تنوع درون یک گروه فرهنگی بیشتر از میان گروه‌های فرهنگی است. همچنین مواجهه‌های فرهنگی شامل ارزیابی نیازهای زبانی مراجع نیز می‌شود. استفاده از یک مترجم رسمی آموزش‌دیده ممکن است برای تسهیل ارتباط در طول فرآیند مصاحبه ضروری باشد. همکاری با مترجمان آموزش‌ندیده، دوستان یا اعضای خانواده ممکن است به دلیل عدم آگاهی آن‌ها در مورد اصطلاحات پزشکی و اقسام بیماری‌ها مشکل ایجاد کند. این فقدان دانش می‌تواند منجر به جمع‌آوری اطلاعات اشتباه و نادرست شود.

تمایل فرهنگی: یک روان‌پرستار ممکن است دارای آگاهی فرهنگی، مهارت فرهنگی، دانش فرهنگی باشد و برخوردارهای فرهنگی زیادی داشته باشد، اما او همچنان باید تمایل و انگیزه واقعی برای کار با بیماران فرهنگی متفاوت داشته باشد. میل فرهنگی، انگیزه روان‌پرستار است که بیش از آنکه مجبور باشد، تمایل داشته باشد تا

²³ Unconscious Incompetence

²⁴ Conscious Incompetence

²⁵ Conscious Competence

²⁶ Unconscious Competence



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

درگیر فرآیند صلاحیت فرهنگی شود. تمایل فرهنگی نقطه آغاز صلاحیت فرهنگی است و شامل اشتیاق واقعی پذیرا بودن و منعطف بودن با دیگران، پذیرش تفاوت‌ها و ایجاد تشابهات و تمایل به یادگیری از دیگران به عنوان مطلعین فرهنگی است. این نوع یادگیری فرآیندی مادام‌العمر است که از آن به عنوان تواضع فرهنگی^{۲۷} یاد می‌شود. در کل مخفف ASKED، می‌تواند به پرستار روانپزشکی در پاسخگویی به سوالات جدول ۱-۲ کمک کند (۹).

جدول ۱-۲- صلاحیت فرهنگی در پرستاری روانپزشکی: آیا سوالات مولفه های ASKED به درستی پرسیده اید؟

آگاهی	آیا از تعصبات شخصی خود نسبت به فرهنگ‌های متفاوت از فرهنگ خود آگاه هستید؟
مهارت	آیا مهارت انجام ارزیابی فرهنگی و ارزیابی فیزیکی مبتنی بر فرهنگ را دارید؟
دانش	آیا از دانش مربوط به جهان بینی بیمار، بیماری‌های وابسته به فرهنگ و زمینه اکولوژی زیست فرهنگی برخوردار هستید؟
مواجهه	چه مقدار با افراد دارای فرهنگ متفاوت تعامل چهره به چهره داشته‌اید؟
تمایل	آرزوی شما برای اینکه «بخواهید» از نظر فرهنگی صلاحیت داشته باشید چیست؟

۳. مدل صلاحیت فرهنگی Purnell

مدل Purnell برای صلاحیت فرهنگی در ابتدا تحت عنوان ابزار ارزیابی برای دانشجویان پرستاری بالینی به عنوان یک چارچوب سامان بخش مورد استفاده قرار گرفت. در سال بعد یک طرحواره، مفاهیم فراپارادایمی و مقیاس صلاحیت فرهنگی به این مدل افزوده شد. توسط این مدل داده‌های فرهنگی آنالیز شده و براساس صلاحیت فرهنگی، برای ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری برنامه ریزی صورت می‌گیرد. از آنجایی که این مدل دارای یک شماتیک ترکیبی با یک چارچوب سامان بخشی است و به دلیل اینکه برای همه رشته‌های مراقبت‌های سلامت در تمام محیط‌های عملی قابل اجرا است، توسط برخی از نظریه پردازان پرستاری به عنوان نظریه پیچیدگی و

²⁷ Cultural Humility



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

هولوگرافی طبقه بندی شده است. این مدل یک مفهوم سازی مبتنی بر نظریه های متعدد و یک پایگاه پژوهشی است که از نظریه های سازمانی، اداری، ارتباطات و توسعه خانواده و همچنین انسان شناسی، جامعه شناسی، روان شناسی، آناتومی و فیزیولوژی، زیست شناسی، بوم شناسی، تغذیه، فارماکولوژی، دین، تاریخ، اقتصاد، علوم سیاسی و زبان شناسی به دست آمده است. ویژگی های فرهنگی عینی یک گروه فرهنگی مانند هنر و موسیقی، مهم هستند و در مدل مذکور به عنوان مفروضات ضمنی گنجانده می شوند (۶۸).

۱۲ حوزه موجود در مدل

اگرچه ۱۲ حوزه و مفاهیم آن ها از پدیده های عمومی تر به پدیده های خاص تر نشات می گیرند، ترتیبی که ارائه دهنده مراقبت از حوزه ها استفاده می کند ممکن است متفاوت باشد. در ادامه شرح مختصری از ۱۲ حوزه و مفاهیم اصلی آن ها ارائه شده است.

حوزه ۱- نمای کلی/تاریخچه شامل مفاهیم مربوط به کشور مبدا، محل سکونت فعلی، اثرات توپوگرافی کشور مبدا و محل سکونت فعلی، اقتصاد، سیاست، دلایل مهاجرت، وضعیت تحصیلی و مشاغل می باشد.

حوزه ۲- ارتباطات شامل مفاهیم مربوط به زبان و گویش های غالب است؛ کاربرد متنی (بستر محور) زبان؛ تغییرات فرا زبانی مانند حجم صدا، تن و لحن صدا؛ و تمایل به اشتراک گذاری افکار و احساسات. ارتباطات غیر کلامی مانند استفاده از تماس چشمی، حالات چهره، لمس، زبان بدن، شیوه های فاصله گذاری فضایی و احوالپرسی مقبول؛ موقتی بودن از نظر جهت گیری جهان بینی در زمان های گذشته، حال یا آینده؛ ساعت در برابر زمان اجتماعی؛ و استفاده از نام ها مفاهیم مهمی هستند.

حوزه ۳- نقش ها و ساختار مربوط به خانواده شامل مفاهیم مربوط به سرپرست خانوار و نقش های جنسیتی هستند؛ نقش های خانوادگی، اولویت ها و وظایف رشدی کودکان و نوجوانان؛ شیوه های تربیت کودک؛ و نقش افراد مسن و اعضای خانواده های پر جمعیت. موقعیت اجتماعی و دیدگاه ها نسبت به شیوه های زندگی جایگزین مانند تک فرزندی، گرایش جنسی، ازدواج بدون فرزند و طلاق نیز در این حوزه گنجانده شده است.

حوزه ۴- مسائل مربوط به نیروی کار شامل مفاهیم مربوط به خودمختاری، فرهنگ پذیری، همسان سازی، نقش های جنسیتی، سبک های ارتباطی قومیتی، فردگرایی و شیوه های مراقبت های سلامت از کشور مبدا هستند.



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

حوزه ۵- اکولوژی زیست فرهنگی شامل تغییرات در ریشه‌های قومی و نژادی مانند رنگ پوست و تفاوت‌های فیزیکی در قامت بدن است. بیماری‌های ژنتیکی، ارثی، بومی و توپوگرافیک؛ و تفاوت در نحوه سوخت و ساز داروها در بدن.

حوزه ۶- رفتارهای پرخطر شامل استفاده از تنباکو، الکل، و مواد مخدر بصورت تفریحی و تفننی؛ فقدان تحرک بدنی؛ عدم استفاده از اقدامات ایمنی مانند کمربند ایمنی و کلاه ایمنی؛ و اعمال جنسی پرخطر.

حوزه ۷- تغذیه شامل داشتن غذای کافی می‌باشد. معنای غذا؛ انتخاب غذا، مراسمات و تابوها؛ و چگونگی استفاده از غذا و مواد غذایی در هنگام بیماری و بهره‌گیری از آن در جهت ارتقای سلامت و تندرستی.

حوزه ۸- شیوه‌های بارداری و فرزندآوری که شیوه‌های باروری را شامل میشود؛ روش‌های پیشگیری از بارداری؛ دیدگاه‌ها نسبت به بارداری؛ و اعمال تجویزی، محدودکننده و تابو مربوط به بارداری، زایمان و درمان‌های پس از زایمان.

حوزه ۹- آیین‌های مربوط به مرگ شامل نحوه نگرش فرد و فرهنگ وی نسبت به مرگ، آیین‌ها و رفتارهای آماده سازی برای مرگ و شیوه‌های تدفین. رفتارهای مربوط به سوگواری نیز در این حوزه گنجانده شده‌اند.

حوزه ۱۰- معنویت شامل اعمال مذهبی و دعا، رفتارهایی هستند که به زندگی معنا می‌بخشند و منابع قدرت فردی به شمار می‌روند.

حوزه ۱۱- عملکرد مراقبت‌های سلامت شامل تمرکز مراقبت‌های سلامت از قبیل حاد یا پیشگیرانه؛ باورهای سنتی، جادویی مذهبی و زیست پزشکی؛ مسئولیت فردی در قبال سلامتی؛ شیوه‌های خوددرمانی؛ و دیدگاه‌ها نسبت به بیماری‌های روانی، مزمن، و اهدا و پیوند اعضا. موانع مراقبت‌های سلامت و پاسخ فرد به درد و نقش بیمار نیز در این حوزه گنجانده شده‌اند.

حوزه ۱۲- مفاهیم متخصص مراقبت‌های سلامت، وضعیت، استفاده و ادراک ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت پزشکی سنتی، مذهبی جادویی، و آلوپاتیک را شامل می‌شود. علاوه بر این، جنسیت ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت ممکن است اهمیت داشته باشد (۶۹).



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

۴. مدل صلاحیت فرهنگی انتقادی Almutairi^{۲۸}

صلاحیت فرهنگی انتقادی یک فرآیند جامع است که هدف آن مدیریت مسائلی است که در طول تعاملات میان فرهنگی به وقوع می پیوندند. همچنین صلاحیت فرهنگی انتقادی با هدف ارتقای امنیت، برابری و رفاه بیماران و خانواده‌های آن‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌باشد که در نهایت منجر به ایجاد محیطی امن و آرام می‌گردد. Almutairi and Rodney صلاحیت فرهنگی انتقادی را به عنوان فرآیندی متشکل از چهار مؤلفه با ۱۴ وجه به عنوان الزامات ضروری برای متخصصان مراقبت‌های سلامت تصویر سازی کردند تا از نظر فرهنگی دارای صلاحیت نقادانه شوند. این چهار مؤلفه عبارتند از: آگاهی انتقادی^{۲۹}، دانش انتقادی^{۳۰}، مهارت‌های انتقادی^{۳۱} و توانمندسازی انتقادی^{۳۲}. چهار مؤلفه، نمایانگر سه حوزه مفهومی می‌باشند که این حوزه‌ها عبارتند از: حوزه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی^{۳۳}. آگاهی انتقادی و دانش انتقادی در حیطه شناختی، مهارت‌های انتقادی در حیطه رفتاری و توانمندسازی انتقادی در حیطه عاطفی قرار می‌گیرند (۱۴).

آگاهی انتقادی: آگاهی انتقادی اولین مؤلفه ضروری و هر چند ناکافی فرآیند صلاحیت فرهنگی انتقادی می‌باشد. آگاهی انتقادی به شناخت تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی، نگرش‌ها و ارزش‌های فردی و همچنین پیامدهای بالقوه مرتبط با تعاملات بین فرهنگی اشاره دارد.

دانش انتقادی: دانش انتقادی دومین مؤلفه ضروری فرآیند صلاحیت فرهنگی انتقادی در حوزه شناختی می‌باشد. دانش انتقادی به مفهوم سازی مجدد فرهنگ و مفهوم دانش فرهنگی و همچنین شناخت چالش‌های ارتباطی و اهمیت ارتباط موثر در طول تعاملات بین فرهنگی مربوط می‌شود. دانش انتقادی مستلزم آن است که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت در مورد مفهوم فرهنگ آگاهی داشته باشند و در عین حال خطر تکیه بر دیدگاه‌های ایستا و آنچه که چنین دیدگاه‌هایی می‌توانند برای یک موقعیت خاص به ارمغان بیاورند را تشخیص دهند.

²⁸ Almutairi's Critical Cultural Competence (CCC)

²⁹ Critical Awareness

³⁰ Critical Knowledge

³¹ Critical Skills

³² Critical Empowerment

³³ Cognitive, Behavioural, and Affective Domains



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

مهارت انتقادی: سومین وجه فرآیند صلاحیت فرهنگی انتقادی یعنی مهارت‌های انتقادی، در حوزه رفتاری قرار می‌گیرد و زیربنای مفاهیم آگاهی انتقادی و دانش انتقادی می‌باشد. مهارت‌های انتقادی از عاملیت‌های فرد تشکیل می‌شود تا جنبه‌های ضروری آگاهی و دانش انتقادی را در طول تعاملات بین فرهنگی با بیماران، خانواده‌های آن‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت اعمال کند.

این مفهوم همچنین ظرفیت استفاده از مهارت‌های ارتباطی بین فرهنگی و زبان بدن مناسب در هنگام تعامل با افراد از فرهنگ‌های دیگر را نیز شامل می‌شود. این مهارت‌های حیاتی می‌توانند به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت کمک کند تا از طریق چالش‌های فرهنگی در محیط چندفرهنگی خود برای تعامل ایمن و ارائه مراقبت‌های با کیفیتی که نیازهای فرهنگی، معنوی، اجتماعی و فیزیکی بیماران را برآورده می‌کند، قدم بردارند (۱۴).

توانمندسازی انتقادی: توانمندسازی اصطلاح پیچیده‌ای است که با ساختارها و درک‌های مختلف در رشته‌های مختلف مانند روانشناسی، آموزش و سیاست به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. مفهوم توانمندسازی حول حس کنترل ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت بر یک موقعیت و توانایی، اختیار و اعتماد به عمل در آن موقعیت می‌چرخد. سایر ویژگی‌های مرتبط با توانمندسازی که در ادبیات پژوهش شناسایی شده اند عبارتند از: نیرو و قدرت شخصی، آزادی، احترام و کرامت مطابق با ارزش‌های فردی، توانایی مبارزه برای حقوق خود و استقلال.

این ویژگی‌های توانمندسازی می‌تواند تحت تأثیر عوامل تعیین‌کننده روابط قدرت قرار گیرد. توانمندسازی حیاتی در حوزه عاطفی مدل صلاحیت فرهنگی انتقادی قرار می‌گیرد و برای ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت ضروری است تا بتوانند عاملیت فردی خود را برای اعمال سایر مؤلفه‌های فوق‌الذکر صلاحیت فرهنگی انتقادی، اجرا کنند.

صلاحیت فرهنگی انتقادی می‌تواند تحت تأثیر موانع زبانی بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت قرار بگیرد. موانع زبانی، فرآیند ارتباط موثر را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهند. پرستارانی که در سیستم مراقبت‌های سلامت کار می‌کنند که در آن جزء اقلیت قومی محسوب می‌شوند ممکن است با مشکلات ارتباطی گسترده‌ای به دلیل تفاوت‌های زبانی و فرهنگی مواجه شوند و فاقد مهارت‌های فرهنگی کافی برای برخورد با بیماران باشند. همچنین خود پرستاران نیز از فرصت‌های برابر برای توسعه مهارت‌های بالینی و پیشرفت شغلی محروم می‌شوند بنابراین لازم است که پرستاران سطح مهارت زبان بیماران و خانواده‌های آن‌ها را ارزیابی کنند و در صورت نیاز از مترجمان مناسب استفاده کنند. استفاده از مترجمان موقت و مترجمانی که با اصطلاحات پزشکی ناآشنا باشند امنیت



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

فرهنگی بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت را به خطر می‌اندازد؛ متقابلاً دسترسی به مترجمان حرفه‌ای به دلیل توانایی آن‌ها در تفسیر و انتقال دقیق پیام‌ها و معانی سخنرانان خطرات فرهنگی را به حداقل می‌رساند (۱۲).

Almutairi در مطالعه‌ای بیان می‌کند که عملیاتی‌کردن صلاحیت فرهنگی انتقادی با وجود ایمنی فرهنگی^{۳۴} تسهیل می‌ابد. ایمنی فرهنگی در مورد به رسمیت شناختن موانع بالینی ناشی از عدم تعادل قدرت بین پرستار و بیمار است. این مفهوم این تصور را که ارائه‌دهندگان سلامت باید همیشه بر یادگیری آداب و رسوم فرهنگی گروه‌های قومی مختلف تمرکز کنند، رد می‌کند بلکه دریافت‌کنندگان مراقبت‌های پرستاری این اختیار را دارند که تصمیم بگیرند که چه چیزی از نظر فرهنگی ایمن است، نه اینکه منفعلانه از تصمیمات پرستاران یا سایر متخصصان سلامت پیروی کنند. مفهوم ایمنی فرهنگی برای توزیع مجدد روابط قدرت به نفع کسانی که در جوامع خود تحت ستم و ناتوان هستند با هدف این که بیماران و خانواده‌هایشان از نظر فرهنگی مراقبت ایمن و شایسته را دریافت کنند و حقوق آن‌ها به رسمیت شناخته شود، توسعه یافت.

صلاحیت فرهنگی در روان پرستاری و ارائه مراقبت فرهنگی به بیماران با اختلال روانپزشکی

پرستاران کلید ارائه مراقبت‌های بهداشت روانی مقرون به صرفه به این جمعیت آسیب‌پذیر هستند. با این حال، اکثر پرستاران فاقد صلاحیت و اعتماد به نفس کافی در برخورد با پریشانی و مشکلات سلامت روانی بیماران هستند. فقدان صلاحیت فرهنگی پرستاران در محیط‌های مراقبت سلامت روان پتانسیل ارائه مراقبت فرهنگی با کیفیت را برای مددجویان با پیشینه‌های روانی متنوع محدود می‌کند (۶).

یک روان پرستار شاغل در محیط‌های روان پزشکی، برای انجام وظایف خود به ترکیبی از مهارت‌های تخصصی نیاز دارد تا بتواند به صورت حرفه‌ای در زمینه‌های بین فرهنگی فعالیت کند؛ برخی از مهم‌ترین این مهارت‌ها عبارتند از: بررسی وضعیت روانی بیمار، مدیریت بحران، تجزیه و تحلیل اطلاعات، مهارت‌های حل مسئله، تعیین اولویت‌ها، حل تعارض‌ها، توانایی کار تیمی و همکاری با طیف وسیعی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت. بدیهی است پرسنل بخش روانپزشکی به دنبال مشارکت در فرآیند کار تیمی و همکاری با یکدیگر، به مهارت‌ها و توانمندی‌های ویژه‌ای دست می‌یابند و به نتایج درمان امیدوارتر می‌شوند. روان پرستاران باید تعهد داشته باشند که حقوق مددجویان را حفظ کنند. آن‌ها باید بتوانند احترام و همدلی خود را نسبت به مشکلات مددجو نشان دهند و رازنگه‌دار آن‌ها

³⁴ Cultural Safety



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

باشند. شاغلین سلامت روان ممکن است با شرایط پیچیده و آسیب‌زایی در محیط کار خود مواجه شوند بنابراین مهم است که استراتژی‌هایی برای خودمراقبتی داشته باشند که شامل راهنمایی و پشتیبانی همکاران، مشاوره، تمرینات تفکر انتقادی است. تمرین تفکر انتقادی یکی از تکنیک‌های مهم برای ارتقای کار روان‌پرستاران شاغل است. تفکر انتقادی، اندیشیدن با روشی خاص است تا بر اساس آن بهترین راهکار محتمل برای شرایطی که مددجو در آن قرار دارد، اتخاذ شود یعنی روان‌پرستاران مشکلات را به صورت سیستمی حل می‌کنند و براساس شهود و تجربه تصمیم‌گیری نمی‌کنند. با تقویت این مهارت طیف وسیعی از استراتژی‌ها برای رسیدگی به مشکلات مددجویان ایجاد می‌شود (۱۰). روان‌پرستاران در هنگام کار با گروه‌های فرهنگی متنوع بهتر است خلاق باشند و روش‌های مختلف را امتحان کنند نه اینکه تنها بر پیش و پس آزمون‌ها و بررسی‌ها متکی شوند. هنگامیکه جامعه بیماران بیسواد است یا از سطوح پایین آموزش برخوردارند، روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از قبیل مشاهده مستقیم، گروه‌های متمرکز و مصاحبه‌ها بهتر از روش‌های دیگر هستند (۴۷).

روان‌پرستاران باید بتوانند مشکلات روانی بیمار را تشخیص دهند.³⁵ DSM IV-TR و ICD10³⁶ ابزارهایی هستند که برای تشخیص مشکلات سلامت روان در مددجویان بومی استفاده می‌شود. DSM IV-TR برای اولین بار توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲ در آمریکا منتشر شد و در سال ۲۰۰۰ نیز یک بازنگری جامع بر روی آن انجام شد که دستورالعمل‌هایی را برای فرمول‌بندی‌های فرهنگی در ارزیابی افراد با پیشینه‌های فرهنگی متنوع ارائه می‌کند. با وجود مشکلات مرتبط با تشخیص و برچسب‌گذاری بیماران، DSM IV-TR شاید شناخته‌شده‌ترین چارچوب برای ارزیابی این افراد باشد. چارچوب‌های DSM IV-TR عبارتند از: کاوش در مورد جهان بینی مراجعه کننده و درک مشکلات او، سابقه خانوادگی مراجعه کننده، توضیحات فرهنگی بیماری برای فرد، عناصر فرهنگی رابطه بین مشتری و روان‌پرستار که درک روشنی از بینش روان‌پرستار را در اختیار مراجعه کننده قرار می‌دهد. این چارچوب جهان‌بینی مراجعه کننده، هویت فرهنگی و مسائل فرهنگی را پوشش می‌دهد. این ابزار چهار مرحله تمرین حرفه‌ای را در فرآیند ارزیابی توصیه می‌کند:

مرحله ۱: اقدامات پیشگیرانه قبل از ارزیابی مستلزم آن است که روان‌پرستار آموزش رسمی در مورد ارزیابی فرهنگی بیمار دریافت کرده باشند.

³⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³⁶ International statistical classification of diseases



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

مرحله ۲: شروع ارزیابی مستلزم آن است که روان‌پرستاران قبل از تصمیم‌گیری در مورد فرآیندهای ارزیابی و استفاده از هر تست تشخیصی رسمی، یک مصاحبه جامع با مراجعه‌کننده خود انجام دهند. کاوش در مورد تاریخچه فرهنگی بیمار، تماس با سایر گروه‌های فرهنگی، وضعیت فرهنگ‌پذیری و استرس بیمار، ارزیابی زبان و مهارت‌های زبانی بیمار توصیه می‌شود. شاید نیاز به استفاده از یک مترجم باشد. یک عنصر حیاتی در این مرحله توضیح کامل و مستند کردن محدودیت‌های هر پروتکل آزمایشی است که ممکن است استفاده شود.

مرحله ۳: فرآیند ارزیابی مستلزم آن است که روان‌پرستاران تأثیر زبان و ارتباطات غیرکلامی را بشناسند و مستند کنند. آموزش پیشگیرانه نیاز است تا روان‌پرستار از تأثیر بالقوه متغیرهای بین‌المللی مرتبط با فرهنگ آگاه شود.

مرحله ۴: تفسیر و گزارش نتایج مستلزم آن است که روان‌پرستاران توضیحات فرهنگی را در نظر بگیرند و از برچسب زدن در مرحله نهایی هنگام تفسیر نتایج اجتناب کنند (۷۴).

اهمیت شایستگی فرهنگی و آموزش مراقبت فرهنگی در آموزش عالی

اکثر پرستاران هنوز هم اعتقاد دارند که آن‌ها جهت ارائه خدمات مراقبت شایسته فرهنگی بادوام به مددجویان فرهنگ‌های مختلف اعتماد به نفس کمی داشته و آمادگی کافی ندارند. مهم است که برآیندهای شایستگی فرهنگی را از طریق سیستم سلامت عمومی و کنفرانس‌های تحقیقاتی، برنامه‌های توسعه مهارت‌های کادر پرستاری، برنامه آموزش مداوم و انجمن‌های دانشجویان پرستاری انتشار دهیم.

موانع ایجاد شایستگی فرهنگی

عبارتند از: کلیشه‌سازی، پیش‌داوری، نژادپرستی، قومیت‌گرایی، کوری فرهنگی، تحمیل فرهنگی، تضاد فرهنگی و شوک فرهنگی

کلیشه‌سازی^{۳۷}



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

کلیشه‌سازی منسوب نمودن باورها و رفتارهای خاص یک نژاد یا قوم معین به یک شخص بدون، در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی را گویند. کلیشه‌سازی مانع تمایل یک فرد برای یادگیری در مورد افراد یا گروه‌های خاص می‌گردد.

پیش‌داوری^{۳۸}

پیش‌داوری به تجلی احساسی باورهای پذیرفته شده (کلیشه‌سازی) در مورد یک گروه را اطلاق می‌شود. این باورها به سمت شخصی سوق داده می‌شوند که عضو آن گروه باشد یا گمان می‌رود که ویژگی‌های منسوب به آن گروه را داشته باشد. پیش‌داوری بر اساس دلیل و تجربه نبوده بلکه در عوض بر اساس احساسات از پیش تعیین شده نامطلوب یا مطلوب می‌باشد. این احساسات غالباً پیش در آمد فعالیت‌های تبعیض آمیز می‌باشند، و به پیش‌داوری، کمبود آگاهی، اطلاعات غلط، ترس، تماس و رابطه محدود با آن گروه مبتنی است.

نژادپرستی^{۳۹}

نژادپرستی شکلی از پیش‌داوری است که در آن اعمال زور توسط افراد و مؤسسات بر ضد افرادی که بر اساس سطح هوش، اخلاق، زیبایی و جمال و خود ارزشی، زبردست شناخته می‌شوند صورت می‌گیرد. افراد از فرصت‌های خاصی (از جمله مشاغل، مسکن، آموزش و خدمات مراقبت سلامت) که معمولاً گروه‌های بزرگ‌تر بهره‌مند می‌شوند به دلیل ویژگی‌هایی که کلاً تحت کنترل آن‌ها نیست محروم می‌گردند.

قومیت‌گرایی^{۴۰}

قومیت‌گرایی یا پیش‌داوری فرهنگی، یعنی گروه فرهنگی فرد، استانداردهایی را تعیین کند که به وسیله آن‌ها رفتار گروه دیگر، مورد قضاوت قرار گیرد و مفهوم آن، این است که استانداردهای خود فرد بهتر و بالاتر از استانداردهای سایر افراد هستند. پرستاران قومیت‌گرا ارزش‌های حرفه‌ای خود را دوست دارند و نمی‌پذیرند که با فرهنگشان متفاوت است.

³⁸ _Prejudice

³⁹ _Racism

⁴⁰ _Ethnocentrism



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پرستاری و مامایی رازی

مرکز تحقیقات پرستاری / بهداشت باروری، خانواده و جمعیت

کوری فرهنگی^{۴۱}

قومیت‌گرایی برخلاف کوری فرهنگی است که در آن فرد نمی‌تواند تفاوت بین باورها، ارزش‌ها و فعالیت‌های فرهنگی خود و باورها و ارزش‌ها و فعالیت‌های یک فرهنگ دیگر را مشخص نماید. بنابراین، پرستارانی که بیان می‌دارند که آن‌ها با همه مددجویان یکسان رفتار می‌کنند و نوع فرهنگی را مدنظر قرار نمی‌دهند، دچار کوری فرهنگی هستند.

تحمیل فرهنگی^{۴۲}

تحمیل فرهنگی عقیده به فرادستی یا قومیت‌گرایی، می‌باشد و تحمیل باورها، ارزش‌ها و فعالیت‌ها به افراد سایر فرهنگ‌ها را گویند. پرستاران زمانی که پیشینه زیست پزشکی خود را ارتقاء می‌بخشند و ارزش درمان‌های غیر غربی مددجویان مثلاً طب سوزنی، گیاه‌درمانی و آسیب‌های روحانی را نادیده می‌گیرند، ارزش‌هایشان را بر مددجویان تحمیل نموده‌اند.

تضاد فرهنگی^{۴۳}

تضاد فرهنگی تهدید درک شده‌ای است که ممکن است در اثر سوء برداشت درباره انتظارات ایجاد گردد و این امر زمانی حادث می‌شود که پرستاران به خاطر عدم آشنایی با آن موضوع نتوانند به طور مناسب با فعالیت فرهنگی شخص دیگری، به طور مناسب واکنش دهند.

شوک فرهنگی^{۴۴}

شوک فرهنگی احساس درماندگی، ناراحتی و سردرگمی است که فرد در تلاش برای درک یا تطابق با گروه فرهنگی دارای باورها و ارزش‌های متفاوت از فرهنگ خود تجربه می‌نماید، موقعی که پرستاران دچار شوک فرهنگی می‌شوند ممکن است واکنش نرمالی به باورها و فعالیت‌های پذیرفته نشده مددجو در فرهنگ خود نشان ندهند.

⁴¹ _ Cultural Blindness

⁴² _ Cultural Imposition

⁴³ _ Cultural Conflict

⁴⁴ _ Cultural Shock