



بررسی تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی در نحوه ارائه بهتر خدمات بهداشتی و درمانی

سمیه ستوده^{۱*}، مینو متقی^۲

۱- کارشناس پرستاری، بیمارستان علوی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران،

۲- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- *کارشناس پرستاری، بیمارستان علوی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران،

setodeh16@gmail.com

(تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۷/۰۸/۱۰)

زمینه و هدف: با توجه به مهاجرت‌های گسترده در حال حاضر، چالش زیادی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایجاد شده است. نقش فرهنگ، قومیت، نژاد و تغذیه افراد جامعه در ارائه خدمات مناسب بهداشتی و درمانی بسیار حائز اهمیت می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی نقش فرهنگ و تفاوت‌های اجتماعی - فرهنگی در ارائه خدمات سلامتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مقالات مرتبط از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر نظیر google scholar, pubmed, science direct و... گردآوری گردید و در مرحله بعد با غربالگری مقالات و متون علمی، مقالات مرتبط انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان می‌دهد در اغلب کشورها از جمله کشور ایالت متحده که مهاجرین زیادی از کشورهای مختلف دارد در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دچار مشکل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد بیش از ۵۰٪ از ساکنین در ایالات متحده غیر بومی بوده و در دریافت خدمات درمانی، اعتقادات فرهنگی و عادات غذایی آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: ارائه واحدهای درسی بصورت تئوری و یا کارآموزی جهت آشنایی دانشجویان و نیروهای بهداشتی، پرستاری و پزشکی با تفاوت‌های فرهنگی و قومی جامعه تحت پوشش می‌تواند شرایط خدمات رسانی را بهبود ببخشند.

کلید واژه‌ها: تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی، خدمات بهداشتی و درمانی

مقدمه

ممکن است در مراقبت‌ها اختلال ایجاد کند. افراد مهاجر باید یک مترجم خیلی خوب داشته باشند که نه تنها در ترجمه کلمات واقعی، بلکه در شناخت اعتقادات فرهنگی به مراقبین سلامتی کمک کنند (۲، ۳). پرستاران نیاز است که خطرات ویژه برای جمعیت‌های مهاجر را بدانند. بطور مثال در آسیای جنوبی اغلب افراد با خطر هیپاتیت B، سل، انگل‌های روده‌ای، مشکلات بینایی، شنوایی و دندان‌های مواجه هستند. بسیاری از این موقعیت‌ها برای هر کدام از جوامع وجود دارد و باید به درستی مدیریت شود. پرستاران همچنین نیاز است روش مراقبت غیر سنتی را بدانند و برای بیمارانشان بسیاری از این روش‌های درمانی را به کار بگیرند. کلید این‌که کدام یک از عملیات‌های پرستاری می‌تواند مفید باشد در استفاده مختلط از آن‌ها است (۴، ۵). اغلب بچه‌ها و نوجوانان ساده‌تر و راحت‌تر از افراد قدیمی و مسن فرهنگ جدید را قبول می‌کنند که

اطلاعات به دست آمده از سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که تغییر بزرگی در دموگرافیک جمعیتی به دلیل مهاجرت‌ها در امریکا و دیگر کشورها ایجاد شده است. این تغییرات نشان دهنده جامعه‌ای است که دچار تنوع شده است، این تنوع در نژاد و قومیت اتفاق افتاده است. عقاید بیماران در مورد سلامتی و بیماری‌زمانی که مورد در مان قرار می‌گیرند برای بهبودی و احساس خوب بودنشان بسیار مثر می‌باشد (۱). پرستاران باید بدانند که هر دو مورد پاتوفیزیولوژی بیماری و دیدگاه فرهنگی آن‌ها در درکشان موثر است. یک پرستار که از بیمار مراقبت می‌کند و تفاوت‌های فرهنگی با بیمار دارد در این صورت پرستار باید قادر باشد استراتژی سودمند و مناسب را اتخاذ کند. نیروهای درمانی زمانی که در جوامع مهاجر کار می‌کنند، باید پیشینه و عقاید خودشان و تفاوت‌های مهم عقاید بین خود و بیمارانشان را بدانند. مشکلات زبانی (مکالمه)

شایستگی فرهنگی

زمانی که یک فرد در یک فرهنگ قرار می گیرد، بدون اینکه در موقعیت های مختلف و یا آزمون های مورد نیاز برای محتوی یک فرهنگ باشد، پاسخی به آن می دهد. به هر حال در اقلیم های امروزی با فرهنگ های مختلف، تاکید برافزایش مراقبت های سلامتی موثر و با کیفیت می باشد. به طور مثال در مهاجرین مکزیکی کسانی که به زبان انگلیسی کمتری مسلط بودند و به دلیل عفونت های ادراری به مرکز بهداشت مراجعه کردند، پرستاران دریافتند که باید از استراتژی های مناسبی برای ارتباط با این افراد استفاده کنند. شایستگی فرهنگی نه تنها برای افراد با نژاد و قومیت مختلف فراهم شده است، بلکه به فاکتورهایی مانند: سن، مذهب، جنسیت، موقعیت اجتماعی و اقتصادی بستگی دارد. شایستگی فرهنگی در پرستاری ترکیبی از رفتارهای متناجس فرهنگی، نگرش علمی، و سیاست هایی است که به پرستاران اجازه می دهد تا بطور موثری در موقعیت هایی با فرهنگ های مختلف کار کنند. شایستگی فرهنگی منعکس کننده سطح بالایی از دانش نسبت به حساسیت فرهنگی است تا آنچه را که بیمار نیاز دارد پرستار بطور موثری ارائه دهد (۶، ۸)

شایستگی فرهنگی مراقبت های پرستاری یک راهنما با ۴ اصل زیر است

- ۱- مراقبت برای بیمار ویژه طراحی شده است.
- ۲- مراقبت بر اساس فرهنگ منحصر به فرد شخص طراحی شده و شامل ارزش ها، هنجارهای فرهنگی است.
- ۳- مراقبت شامل استراتژی خودتوانمندی برای تسهیل در تصمیم گیری رفتار سلامتی اتخاذ شده است.
- ۴- مراقبت با حساسیت و بر اساس فرهنگ منحصر به فرد فراهم شده است.

به چند دلیل باید پرستاران صلاحیت فرهنگی داشته باشند. فرهنگ پرستاران از بیماران متفاوت است، پرستاران از فرهنگ های مختلفی هستند و هر پرستار یک فرهنگ منحصر به فرد دارد. به دلیل تفاوت های فرهنگی پرستاران و بیماران ممکن است مشکلاتی برای سلامتی و درمان بیماران به وجود آید. ممکن است در صورت عدم شایستگی فرهنگی هزینه های مراقبتی افزایش پیدا کرده و شاخص های بهبود سلامتی کاهش یابد. موفقیت در تاثیر مراقبت های بهداشتی نیازمند آگاهی از تنوع فرهنگی افراد است

این منجر به تضاد خانوادگی می شود. این امر نشانه ای برای آگاهی از تنش ها و استرس های خانوادگی است. از طرفی افراد خانواده می توانند به انتقال این فرهنگ، مذهب، عقاید و فاکتورهای خطر کمک کنند. نیاز ه ست تا پرستاران نقش خانواده ها را در افراد مهاجر بشناسند. همچنین نقش خانواده در درمان مهاجرین مهم است. پرستاران باید با دقت جامعه را ارزیابی کرده و قدرت، منبع، نقاط قوت و استعداد های موجود را یاد بگیرند (۶).

مواد و روش ها

در این تحقیق مقالات مرتبط با تفاوت های اجتماعی و فرهنگی و نقش آنها در ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی از پایگاه های اطلاعاتی معتبر نظیر google scholar, pubmed, science direct, و... گردآوری گردید. در این مرحله مقالات غربالگری شده و مقالات مرتبط تر انتخاب شدند. سپس عوامل دخیل مرتبط با خصوصیت های اجتماعی و فرهنگی، همچنین شرایط جمعیتی تاثیرگذار در ارائه خدمات بهداشتی- درمانی استخراج شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها

عوامل فرهنگی و اجتماعی موثر در ارائه خدمات سلامتی:

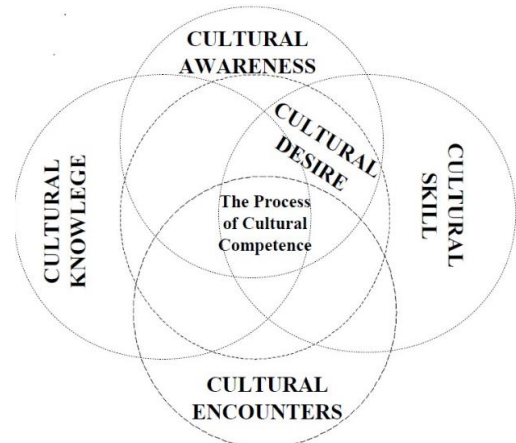
۱- فرهنگ

فرهنگ مجموعه ای از اعتقادات و ارزش ها است که به طور گسترده ای در میان گروه هایی از مردم وجود دارد و به طور عمودی انتقال پیدا می کند. فرهنگ یک فرآیند پویاست که در هر زمانی گسترش یافته و در برابر تغییرات مقاومت کرده است. والدین و خانواده ها منبع مهمی برای انتقال سنت ها هستند (۷). به طور مثال در فرهنگی ممکن است این جمله (No smoking is permitted) به این طریق خوانده شود: اجازه سیگار کشیدن ندارید. در فرهنگ دیگری به این شکل خوانده شود: ممنون از اینکه سیگار نمی کشید. هر فرهنگی دارای یک ساختار سازمانی است که با آن شناخته می شود و این ساختار برای اعضای آن و گروه های فرهنگی رفتارهای مناسب یا نامناسب را مشخص می کند. عناصر سازمانی یک فرهنگ شامل: فعالیت های پرورشی کودکان، فعالیت های مذهبی، ساختارهای خانوادگی و جوامع هستند (۶).

تا اینکه زمان ناشی از درمان کاهش یابد. و روابط اجتماعی موثر بین بیمار و پرستار را افزایش دهد. در اقلیم های حاضر با محدودیت های اقتصادی، مراقبت های بهداشتی بر روی منفعت اقتصادی متمرکز شده است. کیفیت مراقبت به این معنی است که خروجی مثبتی از مراقبت های بهداشتی به دست آید (۹). مراقبت هایی که بر روی ارزش های بیمار و ایده های آن متمرکز نشود، هزینه های سلامتی را افزایش خواهد داد. به طور مثل زمانی که بیمار از درمان سنتی و پزشکی شرقی استفاده می کند و پرستار برای ارزیابی این اطلاعات با شکست روبه رو می شود، ممکن است بیمار به درستی درمان نشود. دستاوردهای این هدف نیازمند سبک زندگی بیماران و اشخاصی است که انتخاب می شوند (۱۰، ۱۱).

توسعه شایستگی فرهنگی

توسعه شایستگی فرهنگی یک فرآیندی است که شامل هر جنبه ای از مراقبت بیمار می شود. این مورد در زمان هایی که پرستار باید برای شکستن افکار قدیمی و سنتی تلاش کند و راه های جدیدی را برای خود انتخاب کند قابل بحث و بررسی است (۱۲). در توسعه این شایستگی فرهنگی پرستاران با دو اصل که Leining در سال ۲۰۰۲ پیشنهاد داده راهنمایی و مشاوره می شوند: ۱. نگه داشتن اهداف وسیع و نگرش باز برای افراد در یک فرهنگ ۲. پرهیز از مشاهده پدیده ها بصورت شخصی، پرستاران برای گسترش شایستگی فرهنگی می توانند راه های مختلفی را انتخاب کنند اما عناصر کلیدی، تجربیاتی است که با بیماران سایر فرهنگ ها به دست می آید و اطلاعاتی است که از این تجربه ها به دست می آید که می تواند تفاوت ها را بصورت چند جانبه ارتقا دهند (۷)



شکل شماره ۱- مدل تئوری توسعه شایستگی فرهنگی

آگاهی فرهنگی

آگاهی فرهنگی شامل خودآزمایی و کشف عمیق از عقاید خود فرد است که شامل ارزش ها و رفتارهای خود فرد می باشد. برای آگاهی از پیشنهاداتی که پرستاران برای آموزش در مورد ابعاد فرهنگی بیمار می پذیرند باید برای کسانی که آگاهی فرهنگی دارند بر اساس رفتارهای خودشان آگاه شوند (۱۳).

دانش فرهنگی

دانش فرهنگی اطلاعاتی است که در مورد عناصر سازمانی برای گروه های قومی با تنوع فرهنگی است. تاکید بر این نکته است که یک چشم انداز بومی در مورد دیدگاه جهانی بیماران اتفاق بیفتد. درک فرهنگ بیمار سوء تعبیر و سوء استعمال را کاهش می دهد. زمانی که دانش در مورد فرهنگ بیماران فراموش می شود این امر میتواند منجر به موقعیت های منفی مانند همکاری نکردن بیمار در برنامه مراقبت بهداشتی شود. نمی توانیم انتظار داشته باشیم که پرستاران با همه فرهنگ ها آشنایی داشته باشند، آنها باید بدانند که آگاهی فرهنگی از کجا نشات گرفته و چه تاثیری بر درمان خواهد داشت (۱۴).

مهارت های فرهنگی

مهارت های فرهنگی منعکس کننده ادغام موثر آگاهی فرهنگی و دانش فرهنگی برای دست یابی به داده های فرهنگی مربوطه و مواجهه شدن با نیازهای تنوع فرهنگی بیماران است. مهارت فرهنگی پرستاران برای ارتباط مناسب حین گفتگو، تغییر فاصله فیزیکی مناسب بین خود و دیگران و استفاده از استراتژی هایی برای پرهیز از سوء تفاهات فرهنگی استفاده می شود (۱۵).

رویارویی فرهنگی

مواجهه فرهنگی شامل تمامی مداخلات مرتبط با مراقبت های بهداشتی است. این نکته بسیار مهم است که پرستاران



در این مقاله یک دوره تئوری برای افزایش آگاهی فرهنگی دانشجویان و حساسیت آنها نسبت به گروه های قومی ایالات متحده طراحی گردید. این دو ویژگی به عنوان دو مورد از موارد مهم برای شایستگی فرهنگی مشاهده شده است. در مطالعه ای که توسط Douglas و همکاران در سال ۲۰۰۹ با عنوان استاندارد های عملیاتی برای مراقبت های سلامتی و شایستگی فرهنگی انجام شد. هدف از این مطالعه بحث در مورد مجموعه ای از استانداردهای جهانی برای عمل به اختلافات فرهنگی بود. دریافت کنندگان مراقبت های سلامتی این استانداردها را طوری توصیف میکنند که به یک فرد، خانواده، جامعه و یا یک جمعیت مربوط است. این استانداردها در چارچوب های نژادی و قومی، اجتماعی و بر اساس عدالت است و اعتقاد به این دارد که هر فرد و گروهی حقوق عادلانه و مساوی در اجتماع، آموزش، اقتصاد و سلامت دارد. استفاده از اصول عدالت اجتماعی در استفاده از مراقبت های فرهنگی می تواند نابرابری در خدمات سلامتی را کاهش دهد. در سراسر جهان به دلیل کمبود نیروهای خدمات سلامتی، نیاز به آموزش پرستاران برای ارائه مراقبت مناسب فرهنگی برای جمعیت متنوع بیمار بدون در نظر گرفتن موقعیت جغرافیایی دارد. استانداردهای فرهنگی در سیاست، اقتصاد و سیستم های اجتماعی و سازمان های بهداشتی در دنیا تعریف شده است. مراقبت برای جمعیت های ویژه از دیدگاه های این سیستم وجود دارد. این تنوع در میان استانداردها و محتوایی که با آن استانداردها عملی شدند ممکن است مانعی برای هماهنگ شدن با سایر فرهنگ ها باشد (۲۰). مطالعه ی Lynn Rew و همکاران در سال ۲۰۰۳ تحت عنوان اندازه گیری آگاهی فرهنگی در دانشجویان پرستاری انجام شد. با توجه به نیاز برای یک راه معتبر و قابل اعتماد برای اندازه گیری نتایج یک برنامه برای ترویج آگاهی در میان چند فرهنگی دانشکده پرستاری و دانشجویان، نویسندگان یک مقیاس آگاهی فرهنگی را توسعه دادند. در مرحله اول مطالعه، مقیاس شامل ۳۷ آیتیم از یک بررسی در آگاهی فرهنگی، حساسیت، و شایستگی در پرستاری ایجاد شد. در مرحله دوم، موارد به هیئتی از کارشناسان در پرستاری و فرهنگ برای تعیین اعتبار محتوا ارائه شده است (۲۱). در مطالعه ای که توسط Josepha Campinha-Bacote و همکاران در سال ۲۰۰۲ تحت عنوان فرآیند

در جامعه موثر بوده، زبان مناسبی را استفاده کنند، مستقیماً از بیماران یاد بگیرند و از تجربیات زندگی و تجربیات مهمی که در بهداشت و سلامتی داشته اند استفاده کنند. زمانیکه پرستار در مواجهه با یک فرد قرار می گیرد، تفاوت های فرهنگی زیادی که با خودشان دارند را پیدا می کنند. پرستاران باید خودشان را با فرهنگ های مختلف وفق دهند تا بتوانند به طور مستقیم از بیماران در مورد فرهنگشان یاد بگیرند. پرستاران باید آگاهی در مورد شایستگی فرهنگی در مواقعی که کارشناس آن فرهنگ وجود ندارد داشته باشند. یک مواجهه فرهنگی بر اساس وجهه قضاوت می شود (۱۶، ۱۷).

- ۱- پرستار احساس موفقیت در ارتباط با بیمار داشته باشد.
- ۲- بیمار احساس رابطه گرم و صمیمی و رفتار با احترام و همکاری داشته باشد
- ۳- فعالیت های درمانی با راندمان مناسب انجام شده است.
- ۴- پرستار و بیمار تجربه بدون استرس یا با استرس کم داشتند.

میل فرهنگی

میل فرهنگی پنجمین ساختار از اجزای شایستگی فرهنگی است که تحرک ذاتی پرستار را فراهم می کند. میل فرهنگی از طریق آموزش به دست نمی آید و پرستاران با استفاده از محیط کار خود این میل را دریافت می کنند (۱۸). در مطالعه ای که توسط Cioffi و همکاران در سال ۲۰۰۳ با عنوان برقراری ارتباط با بیماران همراه با تنوع فرهنگی و زبانی متنوع در مراقبت حاد انجام شد. در این مطالعه تجربه پرستاران از برقراری ارتباط با بیماران در محیط مراقبت های حاد توصیف گردید و ۲۳ نفر از پرستاران مورد مصاحبه قرار گرفتند نتایج مطالعه نشان داد که کارکنان بهداشتی دو زبانه و ترکیبی از استراتژی های مختلف برای برقراری ارتباط با بیماران مورد استفاده قرار گرفته است. برخی پرستاران همدلی، احترام و تمایل به تلاش در فرآیند ارتباط با دیگران با گرایش قومی - محور از خود نشان دادند. اولویت دسترسی به خدمات زبانی مناسب، آگاهی آنها از تنوع فرهنگی در پذیرش و تعهد به بیماران و خانواده های بیماران مهم ترین یافته های این مطالعه بود (۱۹). دانشجویان نیاز به دانش نظری بیشتری دارند تا روابط بین پدیده های فرهنگی و خدمات سلامت را ارائه نمایند.

ناتوانی در قبول جهان بینی های مختلف اغلب منجر به کاهش ارزش تجربیات آنها شده و قضاوت درستی نخواهد داشت و درمان کسانی که با خودشان متفاوت هستند همراه با سوء ظن و خصومت خواهد بود. این رفتار یک بی فرهنگی است، که در آن فرد در تشخیص تفاوت بین باورهای فرهنگی، ارزش های فرهنگ خود و فرهنگ های مختلف دیگران ناتوان است. باور بر این است که به رسمیت شناختن تفاوت های نژادی، قومی، مذهبی یا جنسیت، موقعیت خود را به مخاطره می اندازد و تبعیض آمیز است. از این رو، در درمان بیماری بدون در نظر گرفتن گرایش های فرهنگی، نشانه ای از کوری فرهنگی محسوب میشود.

۴- تحمیل فرهنگی

اعتقاد به خود برتر بینی و یا نژاد پرستی ممکن است به تحمیل فرهنگی منجر شود. تحمیل فرهنگی، تحمیل باورهای فرهنگی، ارزش ها و شیوه های یک فرد بر افرادی از یک فرهنگ دیگر است. در پرستاری هدف این است که برای توسعه یک رویکرد نسبت فرهنگی، در آن تشخیص دهند که بیماران روش های مختلف به نشانه سلامت، و این که هر فرهنگ باید بر اساس شایستگی خود و نه باورهای شخصی پرستار در نظر گرفته شوند (۲۵). در مطالعه ای Suzan Kardong-Edgren و همکاران در سال ۲۰۰۵ تحت عنوان بررسی نگرش های فرهنگی، دانش و مهارت کارکنان دانشکده پرستاری نسبت به بیماران انجام دادند. در این مطالعه از فرهنگ های گوناگون ۹۴ پرستار اعضای هیئت علمی شرکت داشتند که نگرش اعضای هیئت علمی به سطح درک اعتماد به نفس در دانش فرهنگی از بیماران مورد سنجش قرار گرفت. در این مطالعه همچنین روابط بین متغیرها و مشخصات دموگرافیک پاسخ دهندگان بررسی شد. پاسخ دهندگان به سوالات نگرش های فرهنگی، مقیاس خودکارآمدی فرهنگی و بررسی دموگرافیک پاسخ دادند. نمرات نشانگر نگرش نسبتا مثبت به سطح اعتماد به نفس متوسط تا بالا در دانش فرهنگی مربوط به مراقبت از چهار گروه قومی بودند. فقط ۵۳ درصد از پاسخ دهندگان محتوای فرهنگی را در آمادگی علمی خود به یاد آوردند (۲۶).

شایستگی فرهنگی در ارائه خدمات بهداشت و درمان انجام شد، در این مطالعه چند مدل از ارائه مراقبت خدمات بهداشتی به مقابله با چالش ارائه مراقبت های بهداشتی با توسعه جهان چند قومی پدید آمده اند. مدل Campinha-Bacote از شایستگی فرهنگی در ارائه خدمات بهداشتی تعیین گردید این فرآیند در حال انجام شامل یکپارچه سازی آگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی، مهارت فرهنگی، برخوردهای فرهنگی، و تمایل فرهنگی است (۲۲).

۲- تعصب و نژادپرستی

تعصب مظهر عاطفی باورهای عمیق (کلیشه) در مورد یک گروه است. تعصب در برخی موارد منعکس کننده احساسات منفی است که اغلب مسبب فعالیت های تبعیض آمیز بر اساس پیش داوری است، که ناشی از دانش کم در مورد آن، اطلاعات غلط در مورد آن، ترس، و یا تماس محدودی با فرد است. افراد متعصب شخصیت فردی را بر اساس نژاد، رنگ پوست، نژاد، و یا موقعیت اجتماعی انکار می کنند و این فرصت را به آموزش، شغل مناسب و فعالیت های اجتماعی نسبت می دهند. چهار نوع از تعصب و نژادپرستی ناشی از این ماتریکس وجود دارد. آشکار عمدی، پنهان عمدی، آشکار غیر عمدی، غیر عمدی پنهان. پرستاران هم می توانند تعصب و نژادپرستی داشته باشند. تعصب عمدی آشکار و نژادپرستی بدان معنی است که هر دو رفتار آشکار و هدفمند داشته باشند. پرستار از تعصبات و باورهای شخصی آگاه است و باید آنها را برای مدیریت مشکلات فردی بیمار ادغام نماید. آشکار ناخواسته، رفتار ظاهری اما هدفمند نیست، و هیچ آسیبی در نظر گرفته نمی شود. در عمدی پنهان رفتار مناسب و هدفمند است، اما فرد تلاش می کند تا از تعصب و نژاد پرستی جلوگیری شود. در ناخواسته پنهان رفتار فرد نه مناسب است و نه هدفمند و فرد از رفتار خود ناآگاه است. صرف نظر از نوع تعصب و نژادپرستی، این رفتارها به ضرر بیمار است (۲۳).

۳- نژاد پرستی

نژاد پرستی و یا تعصبات فرهنگی، اعتقادات خود افراد در گروه فرهنگی خود است که با استانداردها و مقایسه و قضاوت رفتار دیگر گروه ها تعیین می شود (۲۴). بنابراین



۵- ارزیابی پرستاری فرهنگی

Reimer و همکاران برای ارزیابی عمیق فرهنگی دو فاز را معرفی کردند. ۱- فاز جمع آوری داده ۲- فاز سازمان دهی. فاز جمع آوری داده که خود شامل سه گام است: ۱- پرستار بر اساس شناخت خود به جمع آوری داده ها می پردازد و مانند یک گزارش کوتاه است ۲- پرستار با پرسش های مختلف از بیمار اطلاعاتی را دریافت می کند که این اطلاعات می تواند شامل سیستم مراقبت های بهداشتی، بیماری و مراقبت های دریافت شده قبلی باشد. ۳- این مرحله بعد از تشخیص پرستار ساخته می شود. پرستار به شناسایی عوامل فرهنگی که ممکن است بر اقدامات مراقبت های پرستاری موثر باشد را شناسایی می کند. در فاز سازماندهی، داده های مربوط به بیمار و دیدگاه خانواده در انتخاب درمان مناسب مورد آزمون قرار می گیرد و تفاوت بین نیازهای فرهنگی بیمار و اهداف طب غربی شناسایی می شوند (۲۷). اگر چه همه فرهنگ-ها یکسان نیستند، اما عوامل اساسی سازمانی را به اشتراک می گذارند. عوامل اجتماعی، سازمان اجتماعی، زمان، محیط زیست و تغییرات بیولوژیکی باید در یک ارزیابی فرهنگی به دلیل داشتن تفاوت های برجسته بین گروه های مورد بررسی، باید مورد توجه قرار بگیرد. جدول شماره ۱ مثالی از استراتژی های فرهنگی برای سطوح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه را نشان می دهد.

ارزیابی پرستاری فرهنگی شناسایی سیستماتیک اسناد و مدارک از اعتقادات مراقبت فرهنگی، معانی، ارزش ها، نشانه ها، و فعالیت فرد یا گروه در یک چشم انداز جامع است که شامل جهان بینی، تجربیات زندگی، محیط زیست، زبان و ساختار اجتماعی است. در ارزیابی فرهنگی باید به جنبه های مربوط به مشکلات فعلی، مداخلات لازم، آموزش و مشارکت پرداخته شود. پرستاران به جمع آوری داده ها از بیماران می پردازند تا متوجه عقاید و افکار و نظرات آنها در مورد بیماری و سلامتی شوند. قضاوت نکردن فرهنگ بیمار می تواند به پرستار در مهارت هایی مانند: گوش دادن، توضیح، اذعان، توصیه، و مذاکره کمک کند. این یک امر حیاتی است که پرستاران به مشکلات بیماران خود گوش دهند. پرستاران در زمینه مشکلات بیماران با آنها مشورت و صحبت کنند. پرستاران نیز در زمینه اقدامات مراقبت های پرستاری باید با بیماران خود صحبت کنند و این می تواند ابزاری برای ارزیابی فرهنگی باشد. پرستاران با بیماران در مورد پیشینه قومی، اولویت های مذهبی، الگوهای خانواده، ارزش های فرهنگی، زبان، آموزش و پرورش و سیاست صحبت و مذاکره کنند. بر اساس این مذاکره و بحث پرستاران می توانند به نقطه ای برسند تا عقاید و افکار بیماران را شناخته و از کلیشه خارج شوند (۲، ۳). Tripp-

جدول ۱. سطح پیشگیری از (فشار خون بالا، سکتته مغزی و بیماری های قلبی) مربوط به تفاوت فرهنگی

پیشگیری اولیه	ارائه آموزش بهداشت در مورد رژیم غذایی متعادل و ورزش.
پیشگیری ثانویه	آموزش بیماران و / یا خانواده برای نظارت بر فشار خون است. آموزش در مورد رژیم غذایی، با در نظر گرفتن اولویت های فرهنگی بیمار
پیشگیری ثالثیه	اگر فشار خون با رژیم غذایی نمی تواند کنترل شود، بیمار به یک پزشک برای دارو مراجعه کند.

۶- فرهنگ و تغذیه

روش های تغذیه بیماران، انتخاب رژیم های درمانی است بایستی با فرهنگ تغذیه افراد در تضاد نباشد (۲۸). در جدول ۲ چند سوالی که پرستاران باید برای انجام یک ارزیابی تغذیه ای داشته باشند را لیست کرده است. میدهد.

فرهنگ تغذیه یک بخشی جدایی ناپذیر از فرآیند ارزیابی سلامتی برای خانواده ها محسوب می شود زیرا نوع تغذیه نقش مهمی در سلامت افراد بسیاری از گروه ها دارد. تلاش برای درک الگوهای غذایی از بیماران باید فراتر از تکیه بر عضویت در یک گروه تعریف شود.

ارائه آموزش بهداشت در مورد رژیم غذایی متعادل و ورزش

✓ چه مواد غذایی اغلب برای مصرف خانواده نیاز است؟
✓ چه کسانی برای خرید مواد غذایی تصمیم می گیرند؟
✓ چه مواد غذایی برای خانواده ها منع مصرف دارد؟
✓ آیا دین نقش مهمی در انتخاب مواد غذایی دارد؟
✓ چه کسانی غذا را آماده می کنند؟ چگونه آن آماده می شود؟
✓ چه مقدار غذا خورده می شود؟
✓ کجا بیمار زندگی می کند و چه نوع از رستوران ها را انتخاب می کند؟
✓ آیا این خانواده مواد غذایی را از گروه های فرهنگی دیگر وفق میدهد؟
✓ دستور العمل های مورد علاقه خانواده چیست؟

بحث و نتیجه گیری

نتایج بررسی نشان می دهد در اغلب کشورها از جمله کشور ایالت متحده و کشورهای اروپایی که مهاجرین زیادی از کشورهای مختلف دارد در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دچار مشکل شده اند و ارائه خدمات به افراد مهاجر با چالش های زیادی روبه رو شده است. نتایج نشان می دهد که بیش از ۵۰٪ از ساکنین در ایالات متحده غیر بومی بوده و در دریافت خدمات درمانی، اعتقادات فرهنگی و عادات غذایی آن ها باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به بررسی مطالعات، به نظر می رسد علاوه بر دانش، مهارت و تجربه تیم درمانی در ارائه خدمات درمانی به دریافت کنندگان

خدمات، توجه به تفاوت های فرهنگی - اجتماعی، اعتقادات فرهنگی، آداب و رسوم، تعصبات، نژاد و سبک تغذیه مخصوصا در خصوص مهاجرین لازم و ضروری می باشد. ارائه واحدهای درسی بصورت تئوری و یا کارآموزی جهت آشنایی دانشجویان و نیروهای بهداشتی، پرستاری و پزشکی با تفاوت های فرهنگی و قومی جامعه تحت پوشش می توانند شرایط خدمات رسانی را بهبود ببخشند.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.



References

- 1- Dressler WW, Oths KS, Gravlee CCJARA. Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparities. 2005;34:231-52.
- 2- Dickerson D, Baldwin JA, Belcourt A, Belone L, Gittelsohn J, Kaholokula JKa, et al. Encompassing cultural contexts within scientific research methodologies in the development of health promotion interventions. *Prevention Science*. 2018:1-10.
- 3- Escovar EL, Craske M, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, et al. Cultural influences on mental health symptoms in a primary care sample of Latinx patients. *Journal of anxiety disorders*. 2018;55:39-47.
- 4- Moore JX, Chaudhary N, Akinyemiju TJPcd. Peer reviewed: Metabolic syndrome prevalence by race/ethnicity and sex in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–2012. 2017;14.
- 5- Williams DR, Priest N, Anderson NBJHP. Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: Patterns and prospects. 2016;35(4):407.
- 6- Stanhope M, Lancaster J. *Community & public health nursing*: Mosby Inc; 1999.
- 7- Leininger M. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*. 2002;13(3):189-92.
- 8- Olaussen SJ, Renzaho AMJAjoph. Establishing components of cultural competence healthcare models to better cater for the needs of migrants with disability: a systematic review. 2016;22(2):100-12.
- 9- Lin C-J, Lee C-K, Huang M-CJjonr. Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. 2017;25(3):174-86.
- 10- People H. 2000. *Healthy People in Healthy Communities: A Systematic Approach to Health Improvement*. 2010.
- 11- Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Owusu Ananeh-Firempong IJPhr. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. 2016.
- 12- Shen ZJJoTN. Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review. 2015;26(3):308-21.
- 13- Govere L, Govere EMJWoEBN. How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. 2016;13(6):402-10.
- 14- Hughto JMW, Clark KA, Altice FL, Reisner SL, Kershaw TS, Pachankis JEJSS, et al. Improving correctional healthcare providers' ability to care for transgender patients: Development and evaluation of a theory-driven cultural and clinical competence intervention. 2017;195:159-69.
- 15- Goulart BG, Levey S, Rech RSJCdsp. Multiculturality skills, health care and communication disorders. 2018;34(4).

- 16- Karami M, Maleki MM, Dubinsky AJJIJoP, Marketing H. Cultural values and consumers' expectations and perceptions of service encounter quality. 2016;10(1):2-26.
- 17- Sacks TKJCPH. Performing Black womanhood: a qualitative study of stereotypes and the healthcare encounter. 2018;28(1):59-69.
- 18- Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall EJH, community scit. Cultural competence in healthcare in the community: a concept analysis. 2018;26(4):590-603.
- 19- Cioffi RJ. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. International journal of Nursing studies. 2003;40(3):299-306.
- 20- Jongen C, McCalman J, Bainbridge R. Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. BMC health services research. 2018;18(1):232.
- 21- Rew L, Becker H, Cookston J, Khosropour S, Martinez S. Measuring cultural awareness in nursing students. Journal of Nursing Education. 2003;42(6):249-57.
- 22- Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing. 2002;13(3):181-4.
- 23- Markey K, Tilki M, Taylor G. Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. Journal of clinical nursing. 2018;27(1-2):e259-e68.
- 24- Davidhizar R, Giger J. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review. 2004;51(1):47-55.
- 25- Esienmoh EE, Akpabio II, Etowa JB, Waterman H. Cultural Diversity in Childbirth Practices in a Rural Community in Southern Nigeria. 2016.
- 26- Kardong-Edgren S, Bond ML, Schlosser S, Cason C, Jones ME, Warr R, et al. Cultural attitudes, knowledge, and skills of nursing faculty toward patients from four diverse cultures. Journal of Professional Nursing. 2005;21(3):175-82.
- 27- Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural barriers to care: inverting the problem. Diabetes Spectrum. 2001;14(1):13-22.
- 28- Laur C, Valaitis R, Bell J, Keller HJBhsr. Changing nutrition care practices in hospital: a thematic analysis of hospital staff perspectives. 2017;17(1):498.



Study of social and cultural differences in how to better provide health services

*Somaye setoudeh^{*1}, Minoo motaghi^r*

- 1- Nursing, Alavi Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 2- Community Health research center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
- 3- * Nursing, Alavi Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
setoodeh16@gmail.com

(Received: July 21, 2018 Accepted: November 1, 2018)

Background and Aims: Today due to extensive migration, a great challenge has been created for providing health services. The role of culture, ethnicity, race and nutrition of the community is very important in providing appropriate health services. The aim of this study was to examine the role of culture and cultural and ethnic differences in the provision of health services.

Materials and Methods: : Related articles from reputable databases from 2000 -2018 such as google scholar, PubMed, ScienceDirect, etc. have been collected and reviewed.

Results: The results of the survey show that in most countries, including the United States, which have a large number of immigrants from different countries, they have become more difficult to provide health care services. The results show that more than 50% of non-indigenous people in the United States have to pay attention to receiving health services, cultural beliefs and food habits.

Conclusion: Providing theoretical and practical training courses for students and health, nursing and medical personnel to meet the cultural and ethnic differences of the community can improve the conditions of the service.

Keywords: Social differences, Cultural, Health services