

الله  
البر الرحيم  
بسم



### تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

آقای محمد رضا حیدری رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان: « تبیین فرایند مراقبت فرهنگی در پرستاران بالینی و ارائه مدل کاربردی » در تاریخ ۱۳۹۰/۴/۲۹ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر منیره انوشه	استاد راهنما
	دکتر تقی آزاد ارمکی	استاد مشاور
	دکتر عیسی محمدی	استاد مشاور
	دکتر فاطمه الحانی	استاد ناظر
	دکتر زهره ونکی	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی	استاد ناظر
	دکتر سیما محمد خان کرمانشاهی	نماینده تحصیلات تکمیلی

# آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

## دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسان‌ها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عنوان پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

**تبصره:** در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب **محمد رضا حیدری** دانشجوی رشته **پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۶** مقطع **دکتری** دانشکده **علوم پزشکی** متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضاء

تاریخ

## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

"کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۹۰ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی خانم دکتر منیره انوشه، مشاوره آقای دکتر تقی آزادارمکی و آقای دکتر عیسی محمدی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب محمدرضا حیدری دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

محمدرضا حیدری

تاریخ و امضاء



رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

تبیین فرایند مراقبت فرهنگی در پرستاران بالینی و ارائه مدل کاربردی

نگارش

محمد رضا حیدری

استاد راهنما

دکتر منیره انوشه

اساتید مشاور

دکتر تقی آزاد ارمکی

دکتر عیسی محمدی

تابستان ۱۳۹۰

بهر دلداری دل سوخته زار بیا

ای طبیبم به سر بستر بیمار بیا

به پرستاری بیمار دل افکار بیا

تو که دل را به نگاهی بربودی ز کفم

## تقدیم به

پیشگاه مبارک یگانه منجی عالم بشریت حضرت حجت بن الحسن ارواحنا الفدا  
و منتظران حضرتش

و به

پدر

مادر

همسر

و همه کسانی که دوستشان دارم.

## تشکر و قدردانی

منت خدای را عزوجل که طاعتش موجب قربت است و به شکر اندرش مزید نعمت، هر نفسی که فرو می‌رود ممد حیات است و چون بر می‌آید مفرح ذات، پس در هر نفسی دو نعمت موجود است و بر هر نعمتی شکری واجب.

- سپاس و شکر بیکران از درگاه خداوند متعال که به من توفیق ادامه تحصیل عطا فرمود.
- سپاس و تشکر از مادر، پدر و همسر و خواهران خود که در طول مدت تحصیل همیشه مشوق من بودند.
- سپاس و تشکر فراوان از استاد محترم راهنما سرکار خانم دکتر منیره انوشه که به حق در تمامی مراحل تحصیل و نگارش رساله با نهایت درایت علمی، تحمل، صمیمیت و سعه صدر در راهنمایی و ارائه پیشنهادات ارزنده از هیچ کوششی دریغ نرزدیدند و با ارائه نظرات دقیق و ارزشمند خویش من را یاری نمودند.
- سپاس و تقدیر فراوان از اساتید محترم مشاور جناب آقای دکتر تقی آزاد ارمکی و جناب آقای دکتر عیسی محمدی که در مراحل مختلف اجرای پژوهش قبول زحمت فرمودند و با بصیرت کامل نظرات اصلاحی خود را در اجرا و نگارش رساله ابراز داشتند.
- تشکر و قدردانی از تمامی اساتید محترم گروه پرستاری، آقایان دکتر احمدی و دکتر ناوی پور و سرکار خانم‌ها دکتر الحانی، دکتر ونکی، دکتر کرمانشاهی، دکتر معماریان، که در طول تحصیل از نظرات اندیشمندانه و عالمانه آنها بهره گرفته‌ام.
- تشکر و قدردانی از اساتید محترم ناظر، سرکار خانم دکتر مداح، سرکار خانم دکتر اسکویی، سرکار خانم دکتر الحانی و سرکار خانم دکتر ونکی که بر من منت گذاشته و داوری رساله را بر عهده داشتند.
- از تمام هم دوره‌ای‌های ورودی ۸۶ جناب آقای دکتر توانگر، جناب آقای دکتر قدمی، سرکار خانم دکتر ابادری، سرکار خانم دکتر منظری، سرکار خانم دکتر خادمی و سرکار خانم دکتر نصیریانی و همچنین کلیه دانشجویان ورودی‌های مختلف که به نحوی از تجارب و همدلی آنها استفاده کرده‌ام، تشکر و قدردانی می‌کنم.
- تشکر و قدردانی از تمامی مشارکت‌کنندگانی که به گرمی تجارب خود را در اختیار من قرار دادند و در این مطالعه شرکت فعال داشتند.
- تشکر و قدردانی از تمامی کادر پرستاری، مترونها و سوپروایزرهای بیمارستان‌های مورد پژوهش به دلیل همکاری‌های صمیمانه‌ای که در طول پژوهش با اینجانب داشتند.
- تشکر و قدردانی از تمامی اساتید و کارکنان بخش‌های مختلف دانشکده علوم پزشکی و دانشگاه تربیت مدرس، در تمامی قسمت‌ها به دلیل زحمات فراوانی که برای ارتقاء سطح کیفی آموزش و پژوهش می‌کشند.

## چکیده

**مقدمه:** به علت تنوع فرهنگی در ایران، پرستاران با مددجویان دارای آداب و رسوم و باورهای فرهنگی گوناگون مواجه هستند. اینکه پرستاران چگونه با نیازهای فرهنگی بیماران مواجه می‌شوند تبیین نشده است. این مطالعه با هدف نشان دادن چگونگی فرایند مراقبت فرهنگی در پرستاران بالینی و طراحی مدل کاربردی مناسب انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه ابتدا با رویکرد گراند تئوری و از طریق مصاحبه‌های انفرادی و گروهی با ۲۳ پرستار دارای حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی انجام گردید. در طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی، داده‌های به دست آمده تحلیل و نظریه توصیفی ارائه گردید و در ادامه برای طراحی مدل از رویکرد واکر و اوانت استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد مشارکت‌کنندگان تحت شرایط علی محرومیت آموزشی حمایتی، با به کارگیری راهبرد هوش فرهنگی تلاش می‌کنند تا نیازهای فرهنگی بیماران خود را تامین کرده و به اداره و کنترل پدیده مراقبت مبتنی بر فرهنگ بپردازند. مقوله تنوع فرهنگی به عنوان زمینه و بستر این راهبرد؛ تعهد اخلاقی حرفه‌ای به عنوان شرایط میانجی تسهیل کننده و مقوله مراقبت فرهنگی ناکافی به عنوان پیامد می‌باشد. به دلیل به کارگیری راهبردهای گوناگون و متفرقه؛ استفاده غیر آکادمیک از فرایند تبدیل تجربه به یادگیری بر اثر عدم آشنایی با مولفه‌ها و راهکارهای ارتقاء هوش فرهنگی؛ فقدان مهارت لازم در به کارگیری فرایند علمی تبدیل تجربه به یادگیری؛ و اکتفا به تجربه-های ناشی از آزمایش و خطا، در ارتباط با مراقبت فرهنگی و رضایت‌مندی خدمات گیرندگان، پیامد مطلوب حرفه‌ای حاصل نشد. لذا در ادامه با رویکرد واکر و اوانت و بر اساس مفهوم مرکزی هوش فرهنگی، با استفاده از نظریه‌های هوش فرهنگی، خودکارآمدی، ایفای نقش و یادگیری تجربی؛ نسبت به طراحی مدل مراقبت فرهنگی مبتنی بر هوش فرهنگی اقدام گردید.

**نتیجه گیری:** در مدل طراحی شده، برای دستیابی پرستاران به قابلیت مواجهه مناسب و مؤثر با نیازهای فرهنگی بیماران، راهکارهایی پیشنهاد گردید که پرستاران با بهره جستن از این راهبردها بتوانند نسبت به بررسی و شناخت نیازها، باورها و ارزش‌های فرهنگی بیماران خود اقدام نمایند و با تقویت مؤلفه انگیزش یا میل فرهنگی به سمت اجرای مداخلات مبتنی بر شاخصه‌های فرهنگی بیماران حرکت نمایند.

**کلمات کلیدی:** مراقبت فرهنگی، پرستاران بالینی، گراند تئوری، مدل، هوش فرهنگی



## فهرست مطالب

۱	<b>فصل اول: مقدمه</b>
۲	۱-۱. اهمیت پژوهش
۱۰	۲-۱. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع
۱۲	۳-۱. تبیین چالش موجود.
۱۵	۴-۱. جمع بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش
۱۷	<b>فصل دوم: فلسفه هدایت کننده مطالعه</b>
۲۰	۱-۲. پارادایم‌های اساسی و مهم پیرامون موضوع پژوهش
۲۱	۱-۱-۲. مطالعات انسان شناسی
۲۲	۲-۱-۲. مطالعات روانشناسی فرهنگی
۲۲	۳-۱-۲. مطالعات مطالعات فرهنگی
۲۲	۴-۱-۲. مطالعات پست کولونیالیستی (پسا استعماری)
۲۳	۵-۱-۲. مطالعات پسا مدرن
۳۸	۲-۲. بررسی و نقد یافته‌های مقالات پژوهشی مرتبط با موضوع اصلی
۵۶	۳-۲. جمع بندی و ارتباط آن با سؤال اصلی تحقیق
۵۷	<b>فصل سوم: روش تحقیق</b>
۵۸	۱-۳. اهداف و سوال پژوهش
۵۹	۲-۳. دلیل انتخاب روش پژوهش و معرفی مختصر آن
۶۲	۳-۳. روش جمع‌آوری و تولید داده‌ها
۶۷	۴-۳. معرفی و نحوه انتخاب مشارکت کننده‌ها
۷۰	۵-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۱	۶-۳. دقت و اعتبار علمی مطالعه
۸۴	۷-۳. محدودیت‌های پژوهش

۸۵	۸-۳. ملاحظات اخلاقی پژوهش
۸۶	<b>فصل چهارم: یافته‌ها</b>
۸۷	۱-۴. ارائه یافته‌ها براساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده
۸۷	۱-۱-۴. کدگذاری باز
۹۱	۲-۱-۴. کدگذاری محوری
۹۲	۳-۱-۴. کدگذاری انتخابی
۱۲۵	۲-۴. بحث
۱۵۵	۳-۴. نتیجه گیری نهایی
۱۶۳	<b>فصل پنجم: طراحی مدل</b>
۱۶۴	۱-۵. مقدمه
۱۶۶	۱-۱-۵. نظریه
۱۶۶	۲-۱-۵. مدل
۱۷۱	۳-۱-۵. عناصر نظریه پردازی
۱۷۲	۲-۵. روش پردازش مدل
۱۸۸	۳-۵. ساختار و اجزاء مدل
۱۸۸	۱-۳-۵. پیش فرض‌ها
۱۹۰	۲-۳-۵. مفاهیم اصلی
۱۹۳	۳-۳-۵. اهداف مدل
۱۹۴	۴-۳-۵. راهبردها یا مراحل عملیاتی مدل
۲۰۳	۴-۵. نتیجه گیری نهایی
۲۰۴	۵-۵. کاربرد یافته‌ها
۲۰۵	۶-۵. پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی
۲۰۶	فهرست منابع
۲۲۳	ضمایم
۲۵۲	چکیده انگلیسی



# فصل اول

## مقدمه

در این فصل به اهمیت پژوهش، ضرورت و دلایل انتخاب موضوع، تبیین چالش موجود، جمع-بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش پرداخته می‌شود.

## ۱-۱. اهمیت پژوهش

پرستاران روزانه با بیمارانی مواجهه و برخورد دارند که دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوت و بالتبع نیازهای فرهنگی مختلفی می‌باشند. تنوع فرهنگ‌ها می‌تواند مانعی برای ارائه خدمات مناسب مراقبت باشد، زیرا نداشتن آگاهی و مهارت لازم در باره چگونگی مواجهه صحیح و موثر با باورها و ارزش‌های فرهنگی گوناگون ممکن است عاملی برای برقرار نشدن ارتباط و تعامل لازم بین بیمار و پرستار شود. باورها، ارزش‌ها، هنجارها و تجارب فرهنگی را راهنمای چگونگی تعامل افراد با یکدیگر و چگونگی مواجهه با باورهای مراقبت از سلامت دانسته‌اند [۱،۲]. مواجهه روزمره با بیماران دارای تنوع فرهنگی، فرصت لازم برای شناخت چگونگی تعامل پرستاران را مطرح می‌کند و شناخت چگونگی تجارب و درک آنان از این فرایند، کمک می‌کند تا با ارائه راهکارهای مشخص نسبت به تدوین و توسعه مدل مناسب مواجهه صحیح با بیماران که متناسب با شرایط زمینه‌ای بیماران جامعه ایران باشد اقدام کرد. در باره فرهنگ و مراقبت‌های مرتبط و متناسب با زمینه فرهنگی افراد، تعاریف متعددی ارائه شده است. فرهنگ را مجموعه پیچیده‌ای از علوم، دانش‌ها، مفاهیم، تفکرات، اعتقادات، قوانین و مقررات، آداب و رسوم، سنن و به طور خلاصه، کلیه آموخته‌ها و عاداتی دانسته‌اند که انسان به عنوان عضوی از جامعه اخذ می‌کند [۳]. لنینگر (۲۰۰۲) نظریه‌پردازی که علاوه بر پرستار بودن یک انسان‌شناس نیز هست، فرهنگ را شیوه‌های زندگی، ارزش‌ها، باورها، هنجارها، نمادها و رفتارهایی تعریف کرده است که یاد گرفته می‌شوند، به اشتراک گذاشته می‌شوند و معمولاً از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌-

گردند [۴]. فرهنگ که ورای نژاد، قومیت و تعلق به گروه اقلیت است [۵] بر روی باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی هم‌چون عادات غذایی، مراقبت از خود، و برقراری ارتباط تأثیر می‌گذارد و رابطه نزدیکی با سلامتی و پرستاری دارد [۶، ۷]. فرهنگ را ابزار ارایه مراقبت فرهنگی دانسته‌اند [۳] و امروزه توجه ویژه‌ای به مراقبت فرهنگی به عنوان یک اولویت حرفه پرستاری می‌شود زیرا پرستاری، حرفه‌ای برای مراقبت علمی و انسانی است و هدف اصلی آن خدمت به مردم سراسر جهان و هم‌چنین ارائه کار مؤثر برای انسان‌هایی است که ارزش‌ها، باورها و ایده‌های متفاوتی در مورد پرستاری، سلامتی، مراقبت، تندرستی، بیماری، مرگ و ناتوانی دارند [۴]. مراقبت فرهنگی عبارت است از فراهم نمودن پرستاری جسمی، روحی و معنوی، در حالی که باورها و رفتارهای فرهنگی مددجویان دارای تنوع فرهنگی در نظر گرفته می‌شوند. به عبارت دیگر مراقبت فرهنگی به ارزش‌ها، باورها و شیوه‌های الگومند زندگی اشاره دارد که به صورت عینی و ذهنی یاد گرفته شده و انتقال پیدا می‌کنند و با یاری رساندن، حمایت کردن و توانمند ساختن فرد و گروه، موجب حفظ تندرستی، بهبود سبک زندگی و کنار آمدن با بیماری، ناتوانی و مرگ می‌شوند. لنینگر، ضمن ارائه این تعریف، برنامه مراقبت پرستاری را شامل سه اقدام مراقبتی می‌داند: ۱- اقدامات و تصمیمات تخصصی نگهدارنده: به اقدامات کمکی، حمایتی، تسهیل کننده یا توانمندکننده‌ای اشاره دارد که به کمک آن ارزش‌ها و رفتارهای مراقبتی گروه‌های خاص فرهنگی حفظ و نگهداری می‌شود. ۲- اقدامات و تصمیمات تخصصی انطباقی و یا گفتگو: به توافق دو طرفه پرستار و مددجو برای بهره جستن و رضایت پیدا کردن از پیامدهای سلامت گفته می‌شود. ۳- اقدامات و تصمیمات تخصصی تجدید ساختار: به اقدامات و تصمیمات تخصصی اشاره دارد که به اصلاح الگوهای فرهنگی فرد کمک می‌کنند [۴]. لنینگر، مراقبت فرهنگی را ابزاری یکپارچه برای شناخت، توصیف، تفسیر و پیشگویی پدیده مراقبت پرستاری و همچنین هدایت تصمیمات و اقدامات پرستاری می‌داند. وی تاثیر عوامل متعددی همچون مذهب، اقتصاد، آموزش، فناوری، سیاست، اجتماع، محیط، زبان را بر روی الگوهای مراقبت فرهنگی شناسایی کرده است [۴]. در باره مراقبت فرهنگی، تعابیر و اصطلاحات متنوعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخی آن را مترادف پرستاری چند

فرهنگی<sup>۱</sup>، میان فرهنگی<sup>۲</sup> و بین فرهنگی<sup>۳</sup> دانسته و برخی نیز آن را مترادف مراقبت پرستاری قومیتی<sup>۴</sup> یا مراقبت از رنگین پوستان به کار برده‌اند. در بررسی ریشه لاتین پیشوند این اصطلاحات، مشخص می‌شود که trans به معنای میان<sup>۵</sup>، inter به معنای بین<sup>۶</sup> و multi به معنای چند<sup>۷</sup> می‌باشد. با دقت به این اشتقاقات متوجه می‌شویم که لغات مختلفی با معنی ضمنی مشابه مورد استفاده قرار گرفته‌اند [۸]. شن (۲۰۰۴) اظهار می‌کند که مفاهیم مراقبت پرستاری نژادی<sup>۸</sup>، مراقبت فرهنگی<sup>۹</sup>، تجانس فرهنگی<sup>۱۰</sup>، مراقبت متجانس فرهنگی<sup>۱۱</sup>، پرستاری بین فرهنگی<sup>۱۲</sup>، مراقبت پرستاری همراه با حساسیت فرهنگی<sup>۱۳</sup> از نظر مفهومی شبیه و نزدیک به صلاحیت فرهنگی می‌باشند [۹].

بررسی مطالعات مختلف، نشان‌دهنده ابعاد مختلف اهمیت مراقبت فرهنگی است. برخی از مطالعات مانند ویتینگ (۲۰۰۴)، تمرکز مراقبت فرهنگی را بر درک ارزش‌ها، باورها و رفتارهای سلامتی مددجویان دانسته و بیان می‌دارند که مراقبت کل نگر<sup>۱۴</sup> زمانی روی می‌دهد که پرستار ارزش‌های مراقبت فرهنگی بیمار را درک کرده باشد [۱۰]. دسته دیگری از تحقیقات، شناخت زمینه‌های فرهنگی را موجب ایجاد بصیرت نسبت به نگرش بیمار به پرستاری، سلامتی و بیماری دانسته و عنوان می‌دارند که در صورت پی نبردن به معنی فرهنگ فرد یا تفسیر غلط از آن، مشکلات ارتباطی پدید می‌آید [۱۱، ۲] و تاکید می‌کنند که پرستاران باید ضمن توجه به ارتباطات بین فردی و احترام به سیستم ارزشی مددجویان، از سوگیری نسبت به فرهنگ‌های خاص بپرهیزند [۱۲] زیرا با توجه به در هم تنیده بودن اخلاق، سلامتی و فرهنگ، در نظر نگرفتن فرهنگ و باورهای مددجو، کاری غیر اخلاقی است [۱۳] و در صورتی که تلاش‌های مراقبت بهداشتی، مبتنی بر داده‌های فرهنگی نباشند

- 
1. multicultural
  2. cross-cultural
  3. intercultural
  4. ethnic nursing care
  5. across
  6. between
  7. many
  8. ethnic nursing care
  9. culture care
  10. cultural congruence
  11. culturally congruent care
  12. transcultural nursing
  13. culturally sensitive nursing care
  14. holistic

دستیابی به هدف ناممکن گردیده و خدمت ارائه شده نیز ناقص خواهد بود، بنابراین داشتن آگاهی وسیع نسبت به فرهنگ جامعه، در تسهیل ارائه مطلوب مراقبت مفید بوده و نداشتن چنین دانشی می‌تواند خطرناک باشد [۱۴، ۱۰، ۶]. هم‌چنین در مطالعات آمده است که پرستاران باید با ویژگی‌های فرهنگی بیمار و خانواده آشنا شده و آن را در حین مراقبت در نظر بگیرند و برای این منظور، باید نسبت به گرایش فرهنگی بیماران، الگوهای تعاملی و نگرش آنان نسبت به سلامتی و بیماری آگاهی پیدا کنند، [۱۴] زیرا پرستارانی که دانش و اطلاع کافی از فرهنگ دارند می‌توانند مراقبتی را ارائه کنند که مددجو بهترین و مناسب‌ترین اقدام را برای ارتقاء سلامت و درمان دریافت کند [۱۴، ۶]. بر همین اساس لوئینگ و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌دارند که استانداردهای مراقبت فرهنگی باید بر اساس نظریه مراقبت فرهنگی باشد [۱۵].

توجه به مراقبت فرهنگی به اندازه‌ای است که امروزه آموزش به دانشجویان برای پرکردن فاصله فرهنگی بین بیمار و مراقبت‌کننده را یک ضرورت آموزشی می‌دانند [۱۶]. با این حال، اصل ارائه مراقبت پرستاری به گروه‌های متنوع فرهنگی یک ایده نو نیست و نیاز به آن از اواخر سال‌های ۱۸۰۰ و از زمانی که فلورانس نایتینگل پرستاران انگلیسی را به کارکردن در هند تشویق می‌کرد، شناخته شده است [۱۴]. از سال‌های دور مراقبت فرهنگی از بیمار، هدف اصلی تربیت پرستاران بوده است [۲]. مفهوم پرستاری فرهنگی، در دهه ۱۹۵۰ بر اساس مطالعه گروه‌های فرهنگی توسعه پیدا کرد و به دنبال دستورالعمل‌هایی که انجمن پرستاران آمریکا در ۱۹۸۶ ارائه کرد، در بسیاری از برنامه‌های درسی پرستاری، دوره‌ها و واحدهایی برای مطالعه تنوع فرهنگی در نظر گرفته شد [۱۷، ۱۵، ۶].

با توجه به اهمیت به کارگیری مفهوم فرهنگ در آموزش و پیشگیری [۱۲، ۱] مدارس پرستاری برای وارد کردن مراقبت فرهنگی به برنامه‌های درسی، از راهبردهای گوناگونی مانند اعطای مدرک مراقبت فرهنگی، درجه کارشناسی ارشد یا تخصص در پرستاری فرهنگی یا بین‌المللی، دوره‌های مرتبط با تنوع و سلامت فرهنگی برای دانشجویان دوره عمومی و تکمیلی، تجربیات فرهنگی بین-المللی و اقدامات یادگیری از راه دور استفاده می‌کنند [۱۸].



در همین راستا نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی به صورت قیاسی و استقرایی در باره مراقبت مبتنی بر فرهنگ ارائه شده است که هر کدام بر اساس پارادایم فکری نظریه پردازان، به ابعاد مختلف آن از زوایای مختلفی نگاه کرده‌اند. آنچه که در این نظریه‌ها و مدل‌ها به چشم می‌خورد زمینه محور بودن آن‌ها است به گونه‌ای که عمومیت بخشی و تعمیم آن‌ها را زیر سوال می‌برد زیرا که اساس آن‌ها بر فرهنگ‌هایی است که در هر جامعه و کشور با یکدیگر تفاوت‌های زیادی دارند. پارسی (۱۹۹۵) اظهار می‌دارد که به کارگیری مدل‌ها و نظریه‌های پرستاری در بالین و در تحقیقات پرستاری موجب تقویت هویت مستقل پرستاری گردیده و حضور منحصر به فرد پرستاری را در سیستم خدمات سلامت به نمایش می‌گذارند [۱۹]. نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی در مورد مراقبت فرهنگی طراحی و توسعه داده شده‌اند که هر کدام از منظر و دیدگاهی خاص به مفهوم مراقبت فرهنگی نگاه کرده‌اند. با توجه به تنوع زیادی که در فرهنگ‌های مختلف در جوامع گوناگون وجود دارد، تعمیم و یا کار بست بدون قید و شرط هر یک از یافته‌ها و مدل‌ها می‌تواند ما را از هدف خود که ارائه مراقبت‌های متناسب با باورها و ارزش‌های فرهنگی مددجویان مختلف است، دور نگه دارد. در ابتدا نظریه‌های معروفی که در این زمینه معرفی شده‌اند معرفی و با دیدی تحلیلی و نقادانه، از نظر راهکارهای مراقبتی تحلیل و تفسیر می‌شوند.

یکی از معروف‌ترین نظریه‌ها مربوط به مادالین لنینگر است. لنینگر، پرستار و انسان‌شناسی است که نظریه‌اش از نقطه نظر زمینه پارادایمی، از رشته‌های پرستاری و انسان‌شناسی اقتباس شده است [۲۰]. بر اساس این نظریه، فرهنگ چارچوبی است که افراد بر اساس آن به حل مشکلات انسان می‌پردازند و مراقبت همیشه در یک بافت فرهنگی روی می‌دهد. هر چند که لنینگر مدعی است که تئوری وی یک ماکروتئوری است و دیدگاه کل نگر نسبت به فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌ها دارد اما به نظر می‌رسد که این تئوری از نظر تبیین مفهوم مراقبت در جوامع در حال تغییر، مورد انتقاد باشد. هم‌چنین وی یافته‌های تحقیق خود را با ارائه فهرستی از ارزش‌ها، معانی و رفتارهای فرهنگی تعمیم داده است در حالی که با در نظر گرفتن واقعیت‌های متعددی که در فرهنگ‌های امروز وجود دارد می‌توان این تعمیم‌دهی را زیر سوال برد. این نظریه جزء گراند تئوری‌ها به حساب می‌آید و به علت وسیع

بودن و انتزاعی بودن به آسانی قابلیت به کارگیری و تست دادن نیست. فاوست (۱۹۹۵) بیان می‌کند که دیدگاه لنینگر استاتیک است و منجر به کلیشه‌ای دیدن فرهنگ‌ها شده است [۲۱]. نکته دیگر این است که لنینگر تنوع در فرهنگ‌ها از جمله وضعیت اجتماعی اقتصادی، جنسیت، سن، مذهب یا تحصیلات را که به طرق مختلف بر روی فرهنگ مردم تاثیر می‌گذارد را نادیده انگاشته است. بنابراین به نظر می‌رسد که راهکارهای مراقبتی ارائه شده توسط وی برخاسته از بافت و زمینه فرهنگی غرب باشد. نظریه پرداز دیگر ژوزفسکی<sup>۱</sup> است که نظریه واسطه‌گری فرهنگی وی را جزء تئوری‌های دامنه متوسط<sup>۲</sup> طبقه‌بندی کرده‌اند. میانجی فرهنگی<sup>۳</sup> به معنای ایجاد پیوند و میانجی‌گری در بین گروه‌ها یا افراد دارای فرهنگ مختلف، با هدف کم کردن تضاد است. این تئوری نشأت گرفته از پارادایم انسان شناسی است [۲۲] و می‌تواند راهنمای عمل پرستارانی باشد که در تعاملات خود دارای تضاد می‌باشند. ریشه این نظریه در تجارب پرستارانی است که تلاش آن‌ها برای حل تضاد موجود در تعاملات حین مراقبت است. هم‌چنین این نظریه با رویکرد گراند تئوری توسعه داده شده است و یک نظریه توصیفی است که برخاسته از بافت و زمینه خاص فرهنگی است و با توجه به ویژگی‌های بیماران دارای فرهنگ متفاوت با ایران، طراحی گردیده است. بنابراین، نمی‌تواند به عنوان راهنمای عمل برای پرستاران مورد استفاده قرار گیرد. نظریه دیگر مربوط به دو نفر به نام‌های جیگر و دیویدهایزر<sup>۴</sup> است. بر اساس دیدگاه‌های این دو نظریه پرداز، هر کس از نظر فرهنگی یک شخص منحصر به فرد است و باید بر اساس شش پدیده فرهنگی ارتباط، فضا، تفاوت‌های بیولوژیکی، زمان، کنترل محیط و سازمان اجتماعی<sup>۵</sup> مورد بررسی قرار گیرد. در مدل جیگر و دیویدهایزر، به بررسی و مداخله از منظر فرهنگی نگریسته می‌شود. بر اساس این نظریه، انسان یک موجود فرهنگی منحصر به فرد است که سه مفهوم فرهنگ، قومیت و مذهب زیربنای وی را تشکیل می‌دهند. نقدی که به این نظریه وارد است این است که تنها به شش پدیده مؤثر بر فرهنگ اشاره کرده است در حالی که تنوع زیادی در دنیا وجود دارد و

- 
1. Jezewski MA
  2. Mid range Theory
  3. Culture brokering
  4. Giger, J.N., Davidhizar, R
  5. communication, space, social organization, time, environment control, biological variations

این نظریه پوشش دهنده همه توصیفات فرهنگی نمی‌باشد. آنان در چهارمین چاپ کتاب خود<sup>۱</sup> مروری کل نگر نسبت به ژنتیک انجام داده‌اند تا به درک دانشجویان نسبت به بیماری‌های مختلف ژنتیکی و قومی کمک شود؛ با توجه به اینکه فرهنگ چیزی ورای نژاد، قومیت و تعلق به یک گروه اقلیت است [۵] می‌توان استنباط کرد که آن‌ها فرهنگ را بیشتر در بعد نژادی آن دیده و از تعریف جامع فرهنگ غفلت داشته‌اند. هم‌چنین در این نظریه به معنویت و مذهب به عنوان دو مضمون مستقل نگاه شده است در حالی که در باورهای ما این دو مفهوم ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. راهبردهای مراقبتی و مداخله‌ای برای رسیدن به هدف مطلوب و خاص پرستاری در این مدل به وضوح مشخص نگردیده است. نظریه کراس و همکاران (۱۹۸۹)<sup>۲</sup> با هدف هدایت خدمات فرهنگی به کودکان اقلیت دارای اختلال شدید روانی توسعه داده شد. کراس در مدل خود به سه عنصر اساسی خودآگاهی فرهنگی، دانش فرهنگی و مهارت تعامل موثر فرهنگی اجتماعی با دیگران، اشاره می‌کند. بر اساس این نظریه، صلاحیت فرهنگی یک فرایند تکاملی است و از طیف شش مرحله‌ای تخریب فرهنگی، ناتوانی یا نداشتن صلاحیت فرهنگی، کوری فرهنگی، پیش صلاحیت فرهنگی، صلاحیت فرهنگی، و مهارت فرهنگی<sup>۳</sup> تشکیل شده است [۲۳]. این مدل با هدف خدمت به کودکان روانی و با توجه به ویژگی‌های بیمارانی متفاوت با فرهنگ بیماران ما، طراحی گردیده است و قابل تعمیم به بافت فرهنگی ایران نمی‌باشد. نظریه مفهومی کامپینا باکوت در سال ۱۹۹۸<sup>۴</sup> توسعه داده شد. در این نظریه، صلاحیت فرهنگی، فرایندی است که از پنج مؤلفه هوشیاری فرهنگی، آگاهی فرهنگی، مهارت فرهنگی، مواجهه فرهنگی و میل فرهنگی<sup>۵</sup> تشکیل شده است [۲۴]. این نظریه نیز بیشتر یک نظریه توصیفی صرف است و قدرت پیش بینی و تجویز و راهنمای عمل برای پرستاران را ندارد. نظریه دیگر مربوط به پورنل<sup>۶</sup> است. وی برای ساخت مدل خود از رویکرد تئوری سیستم‌ها استفاده کرده است. این مدل به صورت

1. fourth edition of Transcultural Nursing: Assessment and Intervention (2004)
2. Cross et al.'s (1989) model for cultural competence
3. cultural destructiveness,(b)cultural incapacity,(c)cultural blindness,(d) cultural precompetence, (e) cultural competence, (f) cultural proficiency
4. Campinha-Bacote's (1998) Model of Cultural Competence
5. cultural awareness, cultural knowledge, cultural skill, cultural encounters, cultural desire
6. Purnell

دایره‌ای است که از حلقه‌های جامعه جهانی<sup>۱</sup>، جامعه، خانواده و شخص تشکیل یافته است. از دیدگاه وی، شخص یک موجود جسمی- روانی- اجتماعی - فرهنگی<sup>۲</sup> است که در حال سازگاری دائمی می- باشد. مفهوم‌سازی‌های مدل پورنل برخاسته از تحقیقات و تئوری‌های متعدد سازمانی، مدیریتی، و تئوری‌های انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، آناتومی و فیزیولوژی، بیولوژی، اکولوژی، فارماکولوژی، مذهب، تاریخ، اقتصاد، علوم سیاسی و زبان‌شناسی است [۲۵]. پورنل نیز همانند لنینگر از رویکرد تئوری سیستم‌ها برای توسعه مدل خود استفاده کرده است [۲۶]. تعریف ناواضح پیش فرض‌ها؛ فقدان مفاهیم و سازه‌های مختص به خود، از نقاط ضعف این مدل می‌باشند [۲۰]. با توجه به دسته‌بندی نظریه‌ها توسط میلیس (۲۰۰۷)، این نظریه یک نظریه توصیفی است که تنها یک چارچوب کلی را ارائه کرده است؛ اما روش اقدام یا تغییر را مشخص نکرده و عملکرد را جهت دهی نمی‌کند. سازگار کردن مراقبت با فرهنگ مددجو را از الزامات مراقبت فرهنگی دانسته‌اند [۲۶] لذا مشخص می‌شود که لازم است انجام مراقبت فرهنگی مبتنی بر نیازهای خاص فرهنگی بافت ایران باشد. هر چند امروزه توجه زیادی به مقوله فرهنگ بیماران می‌شود ولی نتایج برخی از مطالعات حاکی از آن است که هدف مراقبت فرهنگی هنوز از حد ایده‌ال دور است [۲۷]. بر اساس مطالعاتی که در زمینه فرهنگ و مراقبت فرهنگی صورت گرفت می‌توان گفت که نظریه‌های پیشگفت زمینه محور می- باشند و یک نظریه واحد برای تبیین و راهکارهای مراقبتی واحد وجود ندارد و مطالعات مختلف هر کدام به گوشه‌ای از ابعاد مختلف مراقبت فرهنگی پرداخته‌اند و باید به دنبال یک نظریه یا مدل تجویزی بود تا اقدامات درمانی و نتایج آن‌ها را در پرستاری مشخص کند. همچنین می‌بینیم که بر اساس تفاوت‌های فرهنگی مناطق مختلف و بر اساس پایه فلسفی نظریه‌پردازان، نظرات متفاوتی وجود دارد. در برخی از این مطالعات، بین شرکت در برنامه‌های پرستاری فرهنگی و شایستگی پرستاران همبستگی دیده می‌شود [۲۸] و تاکید می‌شود که کسب تجربه توسط پرستاران و یادگیری بیشتر در مورد آگاهی فرهنگی ضروری می‌باشد [۲۹]. در برخی دیگر توجه به نیازهای فرهنگی بیماران از جمله

- 
1. global society
  2. biopsychosociocultural