

تبیین پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودکان: یک مطالعه کیفی

لیلا ولی‌زاده* و حیدر زمان‌زاده** اکرم قهرمانیان*** پروانه آقاجری****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی جزء ضروری فرایند تکامل حرفه‌ای و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده صلاحیت فرهنگی پرستاران است. این نوع مراقبت از مهم‌ترین رویکردهای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری در گروه‌های دارای تنوع فرهنگی می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودکان انجام یافته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی است. تعداد ۲۵ پرستار و ۹ والد، در بخش‌های کودکان سه مرکز آموزشی- درمانی ارجاعی در تبریز و تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و یادداشت در عرصه جمع‌آوری و هم‌زمان تحلیل گردید. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها: پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودک بیمار در دو طبقه عدالت محوری در مراقبت (با سه زیرطبقه عدم سوگیری فرهنگی، ارتباط فرهنگ مدارانه و مشارکت مؤثر) و رضایتمندی فرهنگی (با دو زیرطبقه کاهش استرس فرهنگی کودک/خانواده و مراقبت ایمن) مشخص گردید. مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی موجب پیشگیری از سوءتفاهمات و ارتقای ارتباط پرستار- کودک/خانواده می‌شود و صداقت والدین را در دادن اطلاعات و بیان نیازهای فرهنگی در پی دارد. بیان نیازهای فرهنگی، سطح استرس را در والدین و کودکان پایین می‌آورد و با کاهش درمان‌های سنتی خودسرانه به مراقبتی ایمن می‌انجامد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود در آموزش پرستاران و دانشجویان پرستاری، مداخلات مؤثر توأم با حساسیت فرهنگی در بخش‌های بستری کودکان، در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و برنامه آموزشی رشته پرستاری گنجانده شود.

نویسنده مسئول:

پروانه آقاجری:

دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم

پزشکی تبریز

e-mail:

p.aghajari@gmail.com

واژه‌های کلیدی: پرستاری، کودکان، مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، مطالعه کیفی

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۵ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۲/۹

مقدمه

تنوع فرهنگی به تفاوت‌های موجود در شیوه زندگی، زبان، ارزش‌ها، هنجارها و سایر جنبه‌های فرهنگی در بین و درون گروه‌های مختلف اشاره دارد (۱). ایران کشوری با تنوع فرهنگی است که پیروان ادیان اسلام (با مذاهب شیعه اثنی‌عشری و سنی حنفی، شافعی، مالکی،

حنبلی و زیدی)، یهودی و مسیحی (ارامنه و آشوری) (۲) و همچنین اقوام فارس، آذری، کرد، گیلک، لر، عرب، مازنی، بلوچ، بختیاری، تالش و ترکمن در کنار هم زندگی می‌کنند و هر کدام با آداب و رسوم و زبان خاص خود، هویت خاصی دارند (۳). حضور ادیان و اقوام مختلف در یک جامعه لزوم توجه به فرهنگ را در مواجهه با مردم مطرح می‌سازد (۲).

* دانشیار گروه آموزشی پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

** استاد گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

*** استادیار گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

**** دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حساسیت فرهنگی توانایی پاسخ‌گویی مناسب به نگرش‌ها، احساسات یا شرایط گروه‌های مختلف مردمی است که نژاد، ملیت، مذهب، زبان و فرهنگ متفاوتی دارند (۴). حساسیت فرهنگی به عنوان نگرشی برتر برای موفقیت در مواجهه فرهنگی و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده صلاحیت فرهنگی است (۵). به عبارت دیگر حساسیت فرهنگی بعدی از صلاحیت فرهنگی و توانایی پاسخ‌گویی مناسب به نگرش‌ها، احساسات یا شرایط افرادی است که میراث نژادی، ملی، مذهبی، زبانی و فرهنگی متفاوتی دارند (۴). از نظر Foronda حساسیت فرهنگی داشتن دانش فرهنگی، توجه نمودن، درک کردن و احترام گذاشتن به فرهنگ افراد با گروه‌های متنوع فرهنگی و در نهایت، طراحی مناسب برنامه مداخله براساس فرهنگ آن‌ها می‌باشد (۶). مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، تمایل مراقب به دیدن بیماری از چشم بیمار و درک شرایط زمینه‌ای مانند شرایط فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و تاریخی است که در شکل‌گیری، درمان یا احتمال ابتلا به بیماری نقش مهمی دارند (۷).

Tucker و همکاران مراقبت بیمار محور توأم با حساسیت فرهنگی را معرفی نمودند (۸) و آن را شامل ویژگی‌های مراقبت بیمار محور (توجه به نیازها و خواسته‌های بیمار و توانمندسازی او) و مراقبت توأم با صلاحیت فرهنگی (نشان دادن دانش، مهارت‌ها، آگاهی و تجارب فردی توسط مراقب در مراقبت از افراد دارای تنوع فرهنگی) دانستند (۹ و ۸). چنین مراقبتی بیمار را قادر می‌سازد تا در فرایند ارایه خدمات احساس راحتی، احترام و اعتماد

کند (۹). در واقع صلاحیت فرهنگی، توصیف‌کننده افراد متخصص است در حالی که حساسیت فرهنگی، توصیف‌کننده پیام‌ها و روش‌های ارایه مراقبت است (۱۰).

مطالعات مختلفی جهت بررسی پیامدهای مراقبت بیمار محور توأم با حساسیت فرهنگی انجام یافته است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی موجب ارتباط مؤثر، مداخله مؤثر و رضایت بیمار (۶)، ایجاد تغییر در سبک زندگی و پیروی از رژیم غذایی و درمانی توصیه شده می‌گردد (۱۱). این نوع مراقبت موجب افزایش کرامت انسانی، آسودگی و استقلال بیمار می‌شود (۱۲).

مطالعات مختلفی نشان می‌دهد که مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی تأثیر بیشتری بر پیامدهای درمان از قبیل کاهش استرس در پرستارانی که از بیماران دارای تنوع فرهنگی مراقبت می‌کنند (۱۳)، کاهش افسردگی پس از زایمان در مادران چینی (۱۴) و کاهش استرس، افسردگی و انزوای اجتماعی در بیماران با تنوع فرهنگی دریافت‌کننده خدمات مراقبت اولیه (۱۵)، ارتقای سبک زندگی در گروه‌های مختلف نژادی و قومی (۸، ۱۶ و ۱۷) و افزایش رضایت و تبعیت از درمان در بیماران دارای تنوع فرهنگی (۶ و ۲۱-۱۸) دارد.

حساسیت فرهنگی در مراقبت از کودک بیمار مراقبتی است که بتواند به طور مؤثری پاسخ‌گوی نگرش‌ها، احساسات و شرایط کودک/خانواده با ویژگی‌های هویتی خاص باشد. مراقبتی که کودک/خانواده آن را به عنوان مراقبت منطبق با ارزش‌ها و اعتقادات خود درک

نموده و احساس راحتی، احترام و اعتماد به مراقب را تجربه کند (۱۸). چنین مراقبتی به نیازهای مددجو از هر فرهنگی حساس بوده و براساس عادات غذایی، مذهبی (۲۲) و نیازهای گفتاری کودک/خانواده (۲۳)، به صورت فردی برای هر بیمار طراحی می‌شود (۲۴).

در زمینه مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، مطالعات محدودی در داخل کشور انجام یافته است. حیدری در تبیین فرایندهای مراقبت فرهنگی از بیماران در بخش‌های بزرگسالان نشان داد که پرستاران مراقبت فرهنگی ناکافی انجام می‌دهند و در زمینه مراقبت فرهنگی شایسته، آموزشی دریافت نکرده‌اند. با این حال، پرستاران نیازهای فرهنگی بیماران را براساس هوش فرهنگی و ابتکار خود تأمین می‌کنند. پرستاران به باورهای مذهبی و ارزش‌های فرهنگی بیماران احترام گذاشته و تسهیلات لازم برای انجام امور دینی آنان را فراهم می‌نمایند. پرستاران، بدون در نظر گرفتن دین و مذهب و طرز تفکر بیمار، به صورت یکسان با قومیت‌های مختلف رفتار می‌کنند. آنان برای فایق آمدن بر مشکل زبان، در بیماران با تنوع فرهنگی از مترجمان، همکاران دوزبانه، اعضای خانواده، ایما و اشاره و اندوخته لغات قبلی استفاده می‌کنند و به منظور فراهم نمودن مراقبت‌های فرهنگی، باورهای غذایی نادرست را با رعایت احترام به ارزش‌های آن‌ها اصلاح نموده و باورهای آسیب‌زا را با توضیح دادن و آموزش‌های لازم تعدیل می‌نمایند (۲۲).

براساس نتایج مطالعه ولی‌زاده و همکاران مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در مراقبت از

کودک بیمار شامل سه مؤلفه مواجهه فرهنگی، ارتباط بین فرهنگی و سازش در منازعه فرهنگی خانواده/مراقب می‌باشد. پرستار در طی مواجهه فرهنگی با آگاهی از مصادیق فرهنگی تلاش می‌کند تا فرهنگ بیمار/خانواده با تنوع فرهنگی را شناسایی و درک نماید و به باورهای فرهنگی آنان احترام بگذارد. پرستار با استفاده از زبان مادری یا به صورت ترکیبی از ارتباط کلامی و غیرکلامی برای رسیدن به درک مشترک با کودک/خانواده ارتباط بین فرهنگی برقرار می‌نماید و سرانجام در منازعه بین فرهنگ کودک/خانواده و مراقب، پرستار اقدامات یا تصمیماتی اتخاذ می‌نماید تا مراقبت از کودک را با فرهنگ خانواده انطباق داده و خواسته‌های آسیب‌رسان والدین را از طریق مذاکره و انجام مراقبت مناسب تعدیل نماید (۲۳).

پژوهش‌های کیفی کارآیی ویژه‌ای در پاسخ به سؤالاتی دارند که حاوی تفاسیر و ذهنیات انسان بوده و بهترین روش برای توصیف تجربیات زندگی و فرایندهای اجتماعی را فراهم می‌سازند. پژوهش‌های کیفی نقش مؤثری در روشن‌سازی حیطه‌های مبهم و ناشناخته دارند. بنابراین، در مواردی از قبیل فرآیندهای اجتماعی، تجربیات، غم، شادی، زندگی با یک بیماری یا مشکلات خاص که اطلاعات کمی در دسترس باشد، استفاده از این روش‌ها می‌تواند مفید باشد (۲۴). امروزه، علی‌رغم پذیرش رشته‌های دانشگاهی به صورت بومی که کمک شایانی به درک فرهنگ مراجعان به مراکز درمانی می‌کند، پرستاران علاوه بر ارائه خدمات به خرده فرهنگ‌های

بخش‌های کودکان و برای والدین سابقه بستری کودک حداقل به مدت یک هفته بود.

برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. تعداد ۳۴ مشارکت‌کننده (۲۵ پرستار، ۸ مادر و یک پدر) به روش نمونه‌گیری هدفمند و در ادامه با روش گلوله برفی (با حداکثر تنوع) انتخاب شدند. همچنین سعی شد شرکت‌کنندگان به لحاظ سنی، سابقه کار، مدرک تحصیلی، موقعیت شغلی، دفعات و مدت بستری کودک از تنوع لازم برخوردار باشند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق بدون ساختار و چهره به چهره انجام یافت. همچنین، در کنار مصاحبه، تعامل پرستار-والدین در بخش‌های کودکان در مورد والدین بلوچ، عرب، گیلک و سایر قومیت‌ها که محقق قادر به مصاحبه با زبان اصلی آنان نبود، به صورت یادداشت در عرصه انجام گرفت. داده‌ها از تیرماه ۱۳۹۴ تا مرداد ۱۳۹۵ جمع‌آوری شد. مصاحبه با سؤالات کلی شروع شد و در ادامه، با پیشرفت مصاحبه و تحلیل هم‌زمان، سؤالات جزئی‌تر شدند. طول مدت مصاحبه‌ها ۳۰ تا ۸۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در محیط بیمارستان، در مکانی آرام و خلوت (اتاق استراحت پرستاران یا اتاق خلوت دیگری در بخش) انجام گرفت. تعداد ۳۸ مصاحبه انجام یافت. گفته‌های افراد در حین مصاحبه، با کسب رضایتشان، با استفاده از دستگاه ضبط صوت ضبط شد. نمونه‌هایی از سؤالات مصاحبه با پرستاران و والدین شامل این موارد بود: «وقتی در طی مراقبت به فرهنگ بیمارستان حساس هستید و به آن توجه می‌کنید و احترام

داخل کشور، به دلیل توسعه صنعت گردشگری درمانی در ایران، در حال آرایه خدمات به مردم کشورهای همجوار از قبیل کشورهای حوزه خلیج فارس، عراق و جمهوری آذربایجان نیز می‌باشند (۲۵). به دلیل اهمیت مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی به ویژه در آرایه مراقبت برای کودکان بیمار و خانواده‌های با تنوع فرهنگی لازم است، پیامدهای این نوع مراقبت در عرضه نظام درمانی ایران تبیین شود. پیامدهای مؤثر آن می‌تواند به رونق صنعت گردشگری درمانی کمک کند. با توجه به کمبود دانش در زمینه پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری و اهمیت تحقیقات کیفی در شناسایی و کشف تجارب مشارکت‌کنندگان، این مطالعه با هدف تبیین پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودکان انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام یافته است. محیط انجام مطالعه سه مرکز آموزشی درمانی در تبریز (کودکان و الزهرا) و تهران (مرکز طبی کودکان) بود. انتخاب این مراکز به این دلیل بود که مهم‌ترین مراکز تخصصی ارجاعی کودکان بیمار در شمال غرب و مرکز ایران هستند و بسیاری از بیماران خارجی نیز از همسایگان شمال و کشورهای عربی به این مراکز مراجعه می‌نمایند. معیارهای ورود برای پرستاران ملیت ایرانی و داشتن تنوع قومیتی، تجربه مراقبت از بیماران با تنوع فرهنگی، حداقل مدرک کارشناسی و سابقه کار بیش از ۲ سال در

مراقبت فرهنگی و پرستاری از کودکان تجربه داشتند، فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی کنند و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند. برای تعیین تناسب، یافته‌ها با ۴ پرستار از قومیت‌های مختلف که در تحقیق شرکت داشتند، در میان گذاشته شد که تناسب یافته‌ها را تأیید نمودند. در این مطالعه از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع استفاده شد که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران کمک می‌کند. همچنین برای تأییدپذیری و حسابرسی تحقیق، مراحل و روند تحقیق به طور دقیق ثبت و گزارش شد تا در صورت امکان پی‌گیری و تمیزی برای دیگران فراهم گردد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (TBZMED.REC.1394.168) تأیید شده است. برای همه مشارکت‌کنندگان هدف و روش مطالعه توضیح داده شد. رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش و اجازه ضبط مصاحبه‌ها اخذ گردید. همچنین در مورد اختیاری و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و این حق که هر زمان که مایل بودند می‌توانند به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند، نیز به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. تجارب پرستاران و والدین از پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی از کودکان بیمار، منجر به ظهور دو طبقه عدالت محوری در مراقبت و رضایتمندی فرهنگی گردید.

می‌گذارید چه تأثیری بر مراقبت می‌گذارد؟ وقتی پرستار هنگام مراقبت از کودکان به فرهنگ شما احترام می‌گذارد، چه تأثیری بر شما و مراقبت از کودک دارد؟» به دنبال دریافت پاسخ‌های سؤالات فوق، سؤالات اکتشافی و عمق‌دهنده مثل «در این رابطه می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ یعنی چه؟ و چرا؟» پرسیده می‌شد.

فرایند تحلیل داده‌ها طبق تحلیل محتوای قراردادی و مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام یافت. ابتدا مصاحبه‌ها کلمه به کلمه تایپ شد. سپس متن مصاحبه و یادداشت‌های عرصه چندین بار مرور گردید. پس از آن کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شده و توسط کدها نام‌گذاری شدند. کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه شده و به عنوان طبقات انتزاعی‌تر دسته‌بندی شدند. روند کدهی و طبقه‌بندی داده‌ها در مضامین اصلی و فرعی در گروه تحقیق به طور مداوم بحث می‌شد تا گروه به اتفاق نظر در مورد روند کدهی و طبقه‌بندی داده‌ها رسید. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها در طبقات ادامه یافت (۲۶). پس از تایپ، کدگذاری با استفاده از برنامه MAXQDA10 انجام گرفت.

به منظور صحت و استحکام داده‌ها درگیری طولانی مدت پژوهشگر با موضوع و مشارکت‌کنندگان، چک کردن یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان و بازنگری ناظران انجام گرفت. بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده، برای سه محقق پرستاری که در زمینه تحقیقات کیفی،

زیرطبقات اصلی و فرعی این دو طبقه در جدول شماره ۲ آمده است.

۱- عدالت محوری در مراقبت: اجرای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی منجر به مراقبت عادلانه و مبتنی بر فرهنگ پرستار با کودک/خانواده می‌شود. این طبقه شامل سه زیرطبقه عدم سوگیری فرهنگی، ارتباط فرهنگ مدارانه و مشارکت مؤثر بود.

۱-۱- عدم سوگیری فرهنگی: از نظر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، اولین برخورد بین پرستار و کودک/خانواده، در محیط بیمارستان، بسیار مهم است؛ زیرا این برخورد زمینه‌ساز ارتباط‌های بعدی می‌باشد. برخورد با خوشرویی و بدون تبعیض و سوءتفاهم با والدین موجب خلق اعتماد در آن‌ها شده و همکاری بیشتر آنان در مراقبت را در پی دارد. خودداری از پیشداوری‌ها درباره اقلیت‌های قومی، دید مثبتی به پرستار می‌دهد تا به این گروه از مددجویان توجه مناسبی نماید. همچنین، به دلیل توجه به خانواده اقلیت‌های قومی یا تبعه خارجی و تلاش بیشتر پرستاران برای ارتباط با آنان، این گروه اعتماد بیشتری به پرستاران پیدا می‌کنند. توجه به اعتقادات و ترجیحات والدین، با افزایش میزان اعتماد آنان به تیم مراقبتی، موجب می‌شود تا والدین و کودک در اجرای رویه‌های درمانی با پرستاران همکاری داشته باشند. پرستاری می‌گفت: «وقتی مادری ببیند که من به عقاید او احترام قائلم، مثلاً می‌گم که پارچه سبز رو از این دست کودک باز کن به اون یکی دستش ببند تا از این دستش براش رگ بگیرم، یا وقتی ازش اجازه می‌گیرم و بازش می‌کنم و می‌خوام که اون رو نگه داره

تا کودکش از اتاق عمل برگردده یعنی به فرهنگش احترام می‌ذارم، حرف‌های منو بیشتر قبول می‌کنه. وقتی والدین اعتماد کنن که پرستار به خاطر مراقبت و سلامتی بچه شون کاری کرده، بعداً هم اگر چیزی بگم که با فرهنگش منافات داشته باشه، راحت‌تر از دفعه قبل قبول می‌کنه و همکاری می‌کنه». (پرستار ۲)

۱-۲- ارتباط فرهنگ مدارانه: آگاهی و حساسیت نسبت به فرهنگ کودک/خانواده موجب برقراری ارتباط نزدیک بین والدین و پرستار می‌شود، طوری که آن‌ها احساس غریبی نکرده و ارتباط صمیمانه‌ای را با پرستار تجربه می‌کنند. به بیان دیگر، فاصله بین والدین و پرستار کاهش می‌یابد. در حالی که مراقبت، بدون در نظر گرفتن حساسیت فرهنگی، منجر به مختل شدن ارتباط و روند مراقبتی می‌شود. پرستاری می‌گفت: «وقتی نمی‌تونیم با توجه به فرهنگ (زبان) والدین به جزئیات بیماری کودک اشاره کنیم، کلیات مشکلات رو توضیح می‌دیم، با ایما و اشاره یه چیزایی رو بهشون می‌فهمونیم. شاید هم خیلی چیزا رونفهمه، ندونه که منظور ما چیه، اون وقت فاصله‌ای بین ما و مادر ایجاد می‌شود». (پرستار ۴)

۱-۳- مشارکت مؤثر: مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی ارتباط مستقیمی با مشارکت والدین در تصمیم‌گیری‌های بالینی دارد. چنین مراقبتی موجب توانمندی خانواده‌ها شده و اعتماد به نفس آنان را افزایش می‌دهد. در نتیجه والدین به صورت داوطلبانه در مراقبت از کودک خود سهیم می‌شوند. والدی می‌گفت: «رسم ما اینه که وقتی یکی مریض میشه اطرافیان زیاد به دیدنش می‌آیند، راحت‌تر

هستند، هنگام ورود به بخش با این مسایل آشنا نبودیم، نمی‌دونستیم چه کارهایی لازم است انجام بدیم ... اما پرستاران با شنیدن این نیاز و رسم ما، اطلاعات زیادی در مورد احتمال و خطر عفونت کودکم دادند ... بعد از این که فهمیدیم که به نفع کودک ما هست که ملاقات‌کننده کم باشه، مسأله حل شد ... از اقوام و آشنایان خواستم که برای ملاقات نیان». (والد ۷)

قبل از مصاحبه، پرستار (شماره ۲۱) در اتاق کودکی بلوچی بود که با تشخیص FTT و اسهال مقاوم به درمان بستری شده بود و مادر لباس محلی به رنگ زرد بر تن داشت. پرستار از او می‌خواست تا در بخش لباس همراه بپوشد تا کودکش عفونت دیگری نگیرد. مادر کودک دیگری که از جنوب کشور آمده بود، به زبان فارسی تسلط داشت، خواسته پرستار و علت درخواست او را توضیح داد. مادر ناراحتی خود را با تغییر حالت چهره نشان داد. پرستار از مادر دوم خواست تا به او بگوید که می‌داند ارزش لباس محلی برای او چقدر است، اما برای سلامتی کودکش از او می‌خواهد تا لباس همراه بپوشد. پس از انتقال این مطالب به مادر، او لباس همراه را از کمد کنار تخت بیرون آورد و از روی لباس محلی به تن کرد. (یادداشت در عرصه شماره ۵)

۲ - رضایتمندی فرهنگی: رضایتمندی فرهنگی یکی از مهم‌ترین پیامدهای اجرای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی کودک/خانواده است. این طبقه شامل دو زیرطبقه کاهش استرس فرهنگی کودک/خانواده و مراقبت ایمن می‌باشد.

۱-۲- کاهش استرس فرهنگی کودک/خانواده: والدین و پرستاران مشارکت‌کننده اذعان داشتند زمانی که فرصت کافی برای بیان نیازها، نگرانی‌ها، ترجیحات و اعتقادات فرهنگی خانواده داده می‌شود، مراقبت با در نظر گرفتن این نیازها انجام می‌گیرد و توضیحات تکمیلی، در مورد رویه‌های مراقبتی، براساس فرهنگ خانواده (زبان، سواد، دانش سلامت، ارزش‌ها و هنجارها) داده می‌شود، استرس کودک/والدین کاهش می‌یابد. پرستاری می‌گفت: «مادری از من و همکارم می‌خواست که از سر کودکش رگ‌گیری نکنیم، اون می‌گفت که چون بچه‌ش دختره، می‌ترسه که اگه با موی تراشیده به روستا برگرد، برایش مشکل‌ساز بشه، چون رسمشون اینه که موی دختر بچه کوتاه نباشه. خیلی ناراحت بود. دو هفته بود که کودک در بخش بستری بود و رگ سالمی هم نداشت. هر چقدر به مادر توضیح دادیم که موهاش دوباره رشد می‌کنه، قبول نکرد که نکرد. هر چقدر هم تلاش کردیم رگی پیدا نکردیم. زنگ زدیم به پزشک و ازش خواستم یا سرم کودک رو حذف کنه یا کتدانش کنند و فرستادیمش اتاق عمل کتدان شد و خیال مادر برای چند روزی که این‌جا بود راحت شد».

(پرستار ۲۳)

«اینجا بخش اورولوژی، موقع سونداژ خیلی پیش می‌آد که مریض یا مادرش نگران بشه؛ خودمون حواسمون هست مثلاً اگه دختر بچه بزرگی که معذب باشه، سعی می‌کنیم در یه محیط خلوت سوند زده بشه تا اذیت نشه، یا گاهی پیش می‌آد که مادر به دلیل نگرانی از ایجاد مشکل برای بکارت کودک، مانع تعبیه

سوند می‌شده، ما سعی می‌کنیم نگرانی مادر رو با دادن توضیحاتی کم کنیم، قانعش کنیم که مشکلی پیش نیاید. اگر قبول نکنه، از پزشکای متخصص کمک می‌گیریم یا ازشون می‌خوایم در دستور سونداژ تجدیدنظر کنند. با این کار نگرانی و دلهره مادر خیلی کم می‌شه» (پرستار ۱۹)

۲-۲- مراقبت ایمن: پرستاران اشاره کردند که مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی منجر به پیروی از شیوه مراقبتی و درمانی توسط کودک/خانواده می‌گردد. اهمیت دادن به خواسته‌های فرهنگی والدین منجر به استقبال والدین از مراقبت و فراهم شدن موقعیت دلخواه آنان می‌شود و میزان استفاده از درمان‌های سنتی خودسرانه کاهش می‌یابد. پرستاری می‌گفت: «اگر بتونیم مراقبت رو در راستای

فرهنگ هر خانواده پیش ببریم، پذیرش مراقبت از طرف خانواده بیش‌تر می‌شه و همراهی‌شون با ما هم بیش‌تر می‌شه ... مادر بزرگ نوزادی می‌گفت که زردی نوزادی ۶ تا بچه‌ش رو با دادن کره حیوانی، خاکشیر و عرقیات گیاهی درمان کرده و توی بیمارستان هم، برای نوه‌ش می‌خواست این کار رو بکنه، با زبان خودش توضیح دادم که درسته شما این درمان رو تجربه کردید اما احتمال داره کودک دچار مشکل روده‌ای بشه و مشککش شدیدتر بشه. وقتی شما به فرهنگ اون ارزش می‌دید و احترام می‌ذارین، آن‌ها رو درک می‌کنید، صددرد مراقبت و حرفای شما رو بیش‌تر قبول می‌کنن و خودسرانه کاری خلاف مراقبت کودک نمی‌کنن. اگر خواستن کاری کنن به من اطلاع می‌دن» (پرستار ۷)

جدول ۱- متغیرهای جمعیت‌شناختی پرستاران و والدین مشارکت‌کننده در مطالعه

متغیر	پرستار(تعداد)	والدین(تعداد)	متغیر	پرستار(تعداد)	والدین(تعداد)
جنس	زن	۲۳	۸	۲۳	۸
	مرد	۲	۱	۲	۱
سن	۲۶-۳۵ سال	۹	۸	۹	۸
	۳۶-۴۵ سال	۱۳	۱	۱۳	۱
	بالای ۴۵ سال	۲	-	۲	-
تحصیلات	ابتدایی	-	۲	-	۲
	راهنمایی	-	۱	-	۱
	دبیرستان	-	۱	-	۱
	دیپلم	-	۲	-	۲
	فوق دیپلم	-	-	-	-
	کارشناسی	۱۹	۱	۱۹	۱
	کارشناسی ارشد	۵	۲	۵	۲
دکتر	۱	-	۱	-	
سابقه کاری	۱۰-۳ سال	۹	-	۹	-
	۲۰-۱۱ سال	۱۳	-	۱۳	-
	بیش از ۲۰ سال	۳	-	۳	-
قومیت	فارسی	۵	۲	۵	۲
	آذری (ایرانی)	۱۱	۳	۱۱	۳
	کرد	۲	۲	۲	۲
قومیت	لر	۱	-	۱	-
	مازنی	۲	-	۲	-
	گیلک	۱	-	۱	-
	تالشی	۱	-	۱	-
	عرب	۱	-	۱	-
	بلوچ	۱	-	۱	-
	آذری (تبعه جمهوری آذربایجان)	-	۲	-	۲

جدول ۲- طبقات و زیرطبقات استخراج شده از پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودکان بیمار

زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	طبقات
عدم سوگیری فرهنگی	خودداری از پیشداوری‌ها کاهش تبعیض کاهش سوءتفاهمات خلق و افزایش اعتماد کودک/خانواده	عدالت محوری در مراقبت
	توجه و حساسیت به فرهنگ کودک/خانواده کاهش فاصله‌ها	
ارتباط فرهنگ مدارانه	توانمندسازی کودک/خانواده افزایش اعتماد به نفس کودک/خانواده مشارکت داوطلبانه	رضایتمندی فرهنگی
	توجه به خواسته‌ها و نیازهای فرهنگی کودک/خانواده آموزش و توجیه کودک/خانواده تعدیل مراقبت براساس خواسته‌های فرهنگی کودک/خانواده کاهش دغدغه‌های فرهنگی	
مشارکت مؤثر	اهمیت دادن به خواسته‌های فرهنگی کودک/خانواده کاهش استفاده از درمان‌های سنتی خودسرانه پیروی از برنامه مراقبتی کودک دریافت نتایج بهتر از مراقبت	مراقبت ایمن

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تبیین پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودکان انجام یافت. نتایج مطالعه نشان داد عدالت محوری در مراقبت یکی از پیامدهای مثبت مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی می‌باشد که از طریق عدم سوگیری فرهنگی، ارتباط فرهنگ مدارانه و مشارکت مؤثر حاصل می‌شود. مراقبت و عدالت مکمل یکدیگر هستند (۲۷). عدالت در کنار استقلال، سودمندی و ضرر نرساندن به مددجو، یکی از اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی بوده و به معنای تعهدی اخلاقی برای عمل براساس قضاوت‌های عادلانه در امر مراقبت است. به عبارت دیگر، در مراقبت مبتنی بر عدالت، هر بیمار باید متناسب با بیماری خود، مراقبت دریافت کند (۲۸). براساس منشور حقوق بیمار

در ایران، ارایه خدمات سلامت باید شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی بوده و فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد (۲۹). در مراقبت و درمان بیماران، چشم‌پوشی از تنوع فرهنگی موجب نابرابری‌ها، تبعیض، سوءتفاهمات و رفتارهای کلیشه‌ای می‌شود، در حالی که مراقبت متناسب با فرهنگ از نابرابری‌های درمان و پیامدهای آن کاسته و موجب پیشگیری از تبعیض، سوءتفاهم، جهل و رفتارهای کلیشه‌ای و یکنواخت با همه بیماران می‌شود (۳۰).

Nielsen و همکاران ایجاد اعتماد را به عنوان عاملی میانجی در رسیدن به پیامدهای مثبت در مراقبت خانواده محور توأم با حساسیت فرهنگی معرفی کردند (۱۹). اعتماد

بخش مهمی از ارتباط بین بیمار و پرستار به حساب می‌آید. نتایج مطالعه فیضی و همکاران نشان داد که دانش، مهارت، تجربه، گوش به زنگ بودن، شوق کمک به دیگران، رابطه پرستار با حرفه خود، احساس مسئولیت و فداکاری عواملی بودند که بیماران در صورت مشاهده یا ادراک آن‌ها در پرستاران، نسبت به آن‌ها احساس اعتماد می‌نمایند (۳۱). پرستاران تسهیل‌گر اعتماد، افرادی هستند که در فرایند گفتگو با بیمار درگیر می‌شوند، حرف‌های آنان را می‌شنوند و چنین فرصت‌هایی را خلق می‌کنند. آن‌ها در دسترس بیمار هستند و به شیوه‌ای ایمن و جامع به عنوان مدافع بیمار عمل می‌کنند (۳۲). Foronda ارتباط مؤثر را یکی از نتایج مثبت حساسیت فرهنگی در تعامل با مددجویان دارای تنوع فرهنگی می‌داند (۶). که همراستا با نتایج این مطالعه می‌باشد.

نتایج مطالعه حاکی از آنست که مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در پرستاری از کودک موجب مشارکت مؤثر والدین در برنامه مراقبتی کودک می‌شود. هر والدی، شیوه والدینی منحصر به فردی دارد (۳۳) و براساس عوامل مختلفی مانند فرهنگ، قومیت، زبان، جنس و سطح اجتماعی-اقتصادی، در تعامل با تیم درمان و تفسیر محاورات در عرصه بالینی، در تصمیم‌گیری و فرایند درمان سهیم می‌شود (۳۴). وصلی و صلصالی اشاره می‌کنند که ارتباط مؤثر و متقابل بین پرستار و والدین به همکاری دو جانبه کمک می‌نماید و مشارکت والدین به دلیل عوامل سنی، تحصیلات و زمینه‌های فرهنگی والدین می‌تواند متفاوت باشد، به طوری که والدین جوان و با تحصیلات

بالا مشارکت بیش‌تری در مراقبت داشته و والدین مسن‌تر به واگذاری مراقبت به کارکنان تمایل بیش‌تری دارند (۳۵). طبق نتایج مطالعه حاضر نیز، به دلیل این که مشارکت والدین در مراقبت کودکان بستری الزامی است، باید فرهنگ آن‌ها توسط تیم مراقبتی و به ویژه پرستار درک گردد و حساسیت فرهنگی در این مراقبت مدنظر قرار گیرد.

نتایج مطالعه نشان داد پیامد دیگر مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، رضایتمندی فرهنگی می‌باشد که با کاهش استرس فرهنگی کودک/والدین و تأمین مراقبت ایمن همراه است. پرستاران نقش مهمی در رضایتمندی بیماران دارند (۳۶) و رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری به عنوان شاخص کیفیت خدمات پرستاری محسوب می‌شود (۳۷). Tucker و همکاران تبعیت و رضایت از درمان را به عنوان مهم‌ترین پیامدهای مراقبت بیمار محور توأم با حساسیت فرهنگی دانسته (۸) و Foronda نیز اظهار می‌دارد زمانی که حساسیت فرهنگی مورد توجه قرار می‌گیرد، والدین، دانش‌آموزان، معلمان، پرستاران و بیماران احساس رضایت بیش‌تری می‌نمایند (۶).

بستری شدن در بیمارستان یک رویداد بسیار تنش‌زا برای کودک و والدین است. والدین به دلیل اضطراب زیاد و نقش نامشخصی که در طی بستری دارند، غالباً قادر به ارائه حمایت عاطفی همچون گذشته نیستند (۳۸). همچنین، والدین به دلیل احساس گناه در مورد ناتوانی در پیشگیری از بیماری کودک، عوامل اقتصادی، ناتوانی در حمایت از کودک در بیمارستان، دور بودن از خانه و مسئولیت

زندگی و کار دچار استرس می‌شوند (۳۹). پریشانی والدین موجب افزایش استرس در کودک نیز می‌شود. اقدامات مختلف پرستاری به خصوص اقدامات تهاجمی که کودکان آن را به عنوان مجازات خطاهای گذشته می‌انگارند، از دیگر عوامل تنش‌زا بوده و عواقبی چون پسرفت، بیش‌فعالی، اضطراب جدایی، احساس غم و اندوه، بی‌تفاوتی (۳۸)، اختلال خواب و غذا و پرخاشگری (۴۰) را در پی دارد که ممکن است برای ماه‌ها یا سال‌ها ادامه یابد. این عواقب در کودکانی با سابقه بستری‌های مکرر یا طولانی مدت، بیش‌تر دیده می‌شود. بنابراین لازم است در طی دوره بستری در بیمارستان مداخلاتی انجام گیرد تا کودک از نظر روحی و روانی دچار بحران‌های بعدی نشود (۴۱). یکی از این راهکارها، برقراری ارتباط صحیح و مؤثر توسط کارکنان بهداشتی و درمانی با کودک و والدین است که در قالب مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی انجام می‌گیرد و کاهش استرس کودک/خانواده از پیامدهای آن می‌باشد. Lovell و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات روانی توأم با حساسیت فرهنگی در بیماران سالمند موجب می‌شود که آنان مدیریت استرس را یاد گرفته و بتوانند سطح ناراحتی خود را کاهش دهند (۱۵). نتایج این مطالعه نشان داد که مراقبت ایمن یکی از پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در کودکان بیمار می‌باشد. ایمنی بیمار بخش مهم و ضروری در کیفیت پرستاری است که بر پیشگیری از صدمه به بیمار تأکید دارد (۳۶). امروزه پرستاران با انبوهی از بیماران دارای تنوع فرهنگی روبه‌رو هستند و موظفند تا

محیط درمانی راحتی را برای بیماران خود فراهم نمایند؛ بنابراین ضروری است تا پرستاران با برقراری ارتباط مؤثر، با بیماران دارای تنوع فرهنگی، به درک متقابلی برسند (۴۲). در واقع عملکرد حرفه‌ای پرستار و خدمات ارائه شده، باید با ارزش‌ها و اعتقادات بیماران عجین شود و امنیت بیماران بدون توجه به زمینه فرهنگی آنان تأمین گردد. نداشتن آگاهی و صلاحیت فرهنگی منجر به این می‌شود که پرستاران، بدون توجه به فرهنگ بیمار، از او مراقبت نمایند و اعتقادات مذهبی و فرهنگی بیمار در نظر گرفته نشود (۴۳).

نتایج مطالعه حاکی از آن است که مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی از کودکان بیمار، منجر به عدالت محوری در مراقبت و رضایتمندی فرهنگی والدین می‌شود. امروزه مهم‌ترین هدف مراقبت‌های پرستاری، ارتقای کیفیت خدمات پرستاری می‌باشد. از آن‌جا که براساس منشور حقوق بیمار در ایران ارائه خدمات سلامت باید با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی فارغ از هرگونه تبعیض قومی، فرهنگی و مذهبی همراه باشد (۲۹)؛ لازم است نحوه ارائه مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی و خطمشی‌های اجرایی این نوع مراقبت از طریق مطالعات بیش‌تر واضح‌سازی شود. به دلیل این که آموزش مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی جزو برنامه‌های مغفول آموزشی پرستاری در دوره‌های دانشگاهی است (۴۴) و با توجه به تأثیرات مثبت آن، پیشنهاد می‌شود آموزش پرستاران و دانشجویان پرستاری جهت مداخلات مؤثر توأم با حساسیت فرهنگی در

مناسب برای سنجش مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی و پیامدهای آن، با توجه به بافت فرهنگی، اجتماعی و ادراکی مؤثر بر آن طراحی شود.

مراقبت از کودک/خانواده در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و برنامه آموزشی رشته پرستاری گنجانده شود.

این مطالعه براساس تجارب پرستاران کودکان و والدین آن‌ها در ایران انجام یافته و انجام مطالعات کیفی در این زمینه با استفاده از سایر رویکردها و موقعیت‌ها (بیماران بزرگسال) پیشنهاد می‌شود. از آن‌جا که کلید اصلی برای ارتقای کیفیت، اندازه‌گیری است و بدون اندازه‌گیری وضعیت اولیه و پیشرفت آن، کیفیت شناخته نمی‌شود (۴۵)، برای بررسی ارتقای مراقبت و پیامدهای آن با استفاده از مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی ضروری است تا ابزار

تشکر و قدردانی

نویسندگان برخود لازم می‌داند از تمامی مشارکت‌کنندگان محترم در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی کنند. این پژوهش بخشی از نتایج رساله دکترای نویسنده مسؤل در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. نویسندگان مقاله از مسؤلان محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت مالی از پژوهش تشکر می‌نمایند.

منابع

- 1 - Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
- 2 - Gholizadeh A, Keshtiaray N, Sohrabi Renani M. [The role of applying principals' cultural diversity management skills in promoting students' social participation]. Iranian Journal of Cultural Research. 2011; 4(4): 159-84. (Persian)
- 3 - Nasaj H. [Globalization and Iranian ethnic identity with a focus on language and customs]. Research in Political Science. 2009; (5): 129-56. (Persian)
- 4 - Herman KC, Tucker CM, Ferdinand LA, Mirsu-Paun A, Hasan NT, Beato C. Culturally sensitive health care and counseling psychology: an overview. The Counseling Psychologist. 2007 Sep; 35(5): 633-49.
- 5 - Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: a literature review. Int J Nurs Stud. 2010 Jun; 47(6): 761-9.
- 6 - Foronda CL. A concept analysis of cultural sensitivity. J Transcult Nurs. 2008 Jul; 19(3): 207-12.
- 7 - Killion CM. Patient-centered culturally sensitive health care: trend or major thrust in health care delivery?. The Counseling Psychologist. 2007 Sep; 35(5): 726-34.
- 8 - Tucker CM, Herman KC, Ferdinand LA, Bailey TR, Lopez MT, Beato C, et al. Providing patient-centered culturally sensitive health care: a formative model. The Counseling Psychologist. 2007 Sep; 35(5): 679-705.
- 9 - Tucker CM, Arthur TM, Roncoroni J, Wall W, Sanchez J. Patient-centered, culturally sensitive health care. American Journal of Lifestyle Medicine. 2015; 9(1): 63-77.

- 10 - Tucker CM, Nghiem KN, Marsiske M, Robinson AC. Validation of a patient-centered culturally sensitive health care provider inventory using anational sample of adult patients. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun; 91(3): 344-9.
- 11 - Tucker CM, Marsiske M, Rice KG, Nielson JJ, Herman K. Patient-centered culturally sensitive health care: model testing and refinement. *Health Psychol*. 2011 May; 30(3): 342-50.
- 12 - Dudley N, Ackerman A, Brown KM, Snow SK. Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2015 Jan; 135(1): e255-72.
- 13 - Uzun O, Sevinc S. The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *J Clin Nurs*. 2015 Dec; 24(23-24): 3400-8.
- 14 - Leung SS, Lee AM, Chiang VC, Lam SK, Kuen YW, Wong DF. Culturally sensitive, preventive antenatal group cognitive-behavioural therapy for chinese women with depression. *Int J Nurs Pract*. 2013 Feb; 19 Suppl 1: 28-37.
- 15 - Lovell K, Lamb J, Gask L, Bower P, Waheed W, Chew-Graham C, et al. Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for under-served people in primary care. *BMC Psychiatry*. 2014 Aug 1; 14: 217.
- 16 -Verhagen I, Ros WJ, Steunenberg B, de Wit NJ. Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013 Mar 15; 13: 227.
- 17 - Wolff K, Chambers L, Bumol S, White RO, Gregory BP, Davis D, et al. The PRIDE (Partnership to Improve Diabetes Education) toolkit: development and evaluation of novel literacy and culturally sensitive diabetes education materials. *Diabetes Educ*. 2016 Feb; 42(1): 23-33.
- 18 - Barksdale DJ. Provider factors affecting adherence: cultural competency and sensitivity. *Ethn Dis*. 2009 Autumn; 19(4 Suppl 5): S5-3-7.
- 19 - Nielsen JD, Wall W, Tucker CM. Testing of a model with latino patients that explains the links among patient-perceived provider cultural sensitivity, language preference, and patient treatment adherence. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016 Mar; 3(1): 63-73.
- 20 - Wall W, Tucker CM, Roncoroni J, Allan BA, Nguyen P. Patients' perceived cultural sensitivity of health care office staff and its association with patients' health care satisfaction and treatment adherence. *J Health Care Poor Underserved*. 2013 Nov; 24(4): 1586-98.
- 21 - Roncoroni J, Tucker CM, Wall W, Nghiem KN, Wheatley RS, Wu W. Patient perceived cultural sensitivity of clinic environment and its association with patient satisfaction with care and treatment adherence. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2014; 8(6): 421-9.
- 22 - Heidari M. [Exploration of cultural care process in clinical nurses and designing an applied model]. Ph.D Dissertation, Tehran, Tabiat Modares University, 2011. (Persian)
- 23 - Valizadeh L, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Aghajari P. The exploration of culturally sensitive nursing care in pediatric setting: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*. 2017 Feb; 5(2): 4329-41.
- 24 - Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 25 - Amouzgar S, Mojaradi Z, Izanloo A, Beikzadeh S, Milani M. Qualitative examination of health tourism and its challenges. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*. 2016; 4(3): 88-91.

- 26 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 27 - Gheaus A. Care and justice: why they cannot go together all the way. Ph.D Dissertation, Budapest Central European University, 2005.
- 28 - Nazari Tavakkoli S, Montazeri M. [Justice: comparative study of medical ethics and the islamic moral teachings]. *The Iranian Journal of Bioethics*. 2013; 3(9): 11-30. (Persian)
- 29 - Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. [Review of revolution of patient's right charter]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010; 3: 39-47. (Persian)
- 30 - Urbain JE, Rykken CA. Family-centered care in the nicu: implementation suggestions for occupational therapists. MSc. Dissertation, The College of St. Scholastica, 2013.
- 31 - Feizi A, Mohammadi R, Nikravesh M. [Factors causing patient's trust in nurse from patients' perspective]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2006; 13(52): 177-87. (Persian)
- 32 - Rortveit K, Hansen BS, Leiknes I, Joa I, Testad I, Severinsson E. Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship: a systematic review of qualitative Studies. *Open Journal of Nursing*. 2015; 5: 195-209.
- 33 - Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *J Clin Nurs*. 2006 Oct; 15(10): 1308-16.
- 34 - Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *J Adv Nurs*. 2004 Mar; 45(5): 475-86.
- 35 - Vasli P, Salsali M. Parents' participation in taking care of hospitalized children: a concept analysis with hybrid model. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Mar; 19(2): 139-44.
- 36 - Chenard JM. Understanding patient satisfaction and nursing care. *International Journal for Human Caring*. 2014; 18(4): 61-4.
- 37 - Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014 Jan; 29(1): 3-7.
- 38 - Childs LL, Coles L, Marjoram BA. Essential skills clusters for nurses: theory for practice. Iowa: Wiley-Blackwell; 2009.
- 39 - Young B, Dixon-Woods M, Findlay M, Heney D. Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Soc Sci Med*. 2002 Nov; 55(10): 1835-47.
- 40 - Salmela M, Aronen ET, Salanterä S. The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child Care Health Dev*. 2011 Sep; 37(5): 719-26.
- 41 - Melnyk BM. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. *J Pediatr Nurs*. 2000 Feb; 15(1): 4-13.
- 42 - Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*. 2014 Feb; 26(1): 65-7.
- 43 - Ardoin KB, Wilson KB. Cultural diversity: what role does it play in patient safety?. *Nurs Womens Health*. 2010 Aug; 14(4): 322-6.
- 44 - Heidari MR. [Exploration of context the cultural care education in Iran]. *Journal of Nursing Education*. 2013; 1(2): 1-8. (Persian)
- 45 - Groene O. Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *Int J Qual Health Care*. 2011 Oct; 23(5): 531-7.

Exploring the consequences of culturally sensitive care in pediatric nursing: A qualitative study

Leila Valizadeh* (Ph.D) - Vahid Zamanzadeh** (Ph.D) - Akram Ghahramanian*** (Ph.D) - Parvaneh Aghajari**** (MSc.).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2017
Accepted: Mar. 2017
e-Published: 29 Apr. 2017

Background & Aim: Culturally sensitive care is an essential component of professional development process and one of the predictive factors of nurses' cultural competency. This care is the most important approach to improve the quality of nursing care in culturally diverse groups. The current study aimed to explore the consequences of culturally sensitive care in pediatric nursing.

Methods & Materials: This study is a qualitative study using conventional content analysis. 25 nurses and 9 parents were purposefully selected with maximum variation sampling from the pediatric wards of three referral teaching hospitals in Tabriz and Tehran in 2015-2016. Data were collected through in-depth interviews and field notes and simultaneously analyzed using MAXQDA software version 10.

Results: The consequences of culturally sensitive care in pediatric nursing emerged in two categories: justice-based care (with three subcategories: the lack of cultural bias, culture-based communication and effective participation) and cultural satisfaction (with two subcategories: reduced cultural stress and safe care). Culturally sensitive care prevents misunderstandings and improves nurse-child/parents communication and leads to parents' honesty to share information and express cultural needs. The expression of cultural needs decreases stress levels in parents and children and results in safe care by reducing intractable traditional treatment.

Conclusion: According to the findings of this study, it is suggested that effective culturally sensitive interventions in pediatric wards should be included in in-service courses and nursing curriculum.

Corresponding author:
Parvaneh Aghajari
e-mail:
p.aghajari@gmail.com

Key words: nursing, children, culturally sensitive care, qualitative study

Please cite this article as:

- Valizadeh L, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Aghajari P. [Exploring the consequences of culturally sensitive care in pediatric nursing: A qualitative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(1): 59-73. (Persian)

* Associate Professor, Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

** Professor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** Assistant Professor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**** Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran