

Original Article

Cultural safety in motherhood: evidence from midwives and nurses in the multicultural context of Iran society

Mahsa Reihani¹, Zohreh Keshavarz^{2*}, AbouAli Vedadhir³, Farid Zaeri⁴

1. MSc, Student Research Office, Department of midwifery and reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. MD, PhD, Assistant professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) keshavarzzohre@yahoo.com
3. PhD, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
4. PhD, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 8 Jan 2016 Accepted: 3 May 2016

Abstract

Background & Aim: The importance of culture, tradition and spirituality has been well-known in pregnancy and childbirth. Cultural safety is met through actions which recognize, respect, and nurture the unique cultural identity of people, and safely meet their needs, expectations, and rights. Cultural safety empowers people and promotes self-confidence. This study aimed to investigate knowledge, attitude and practice of the nurses and midwives, about the mothers' cultural safety.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 104 midwives and nurses working in hospitals of North Khorasan province were studied. A researcher-made check list and a three-part questionnaire including: Demographic information, knowledge and attitude were used to data gathering. Data was analyzed using SPSS ver.21 software in significance level <0.05 .

Ethical Considerations: After presenting the objectives of the study and emphasize on privacy and confidentiality of data to participants, informed consent was obtained.

Findings: The mean score of the participants knowledge, attitude and practice were 4/32 from maximum 10 (inappropriate), 46/62 from maximum 60 (relatively appropriate) and 101/13 out of 150 (relatively appropriate), respectively. Correlation test results revealed significant relationship between knowledge, attitude and practice of the participants ($P<0.05$). There was no significant relation between mean score of the participants about cultural safety with their age, Work experience, employment status, marital status and social origin ($P>0.05$).

Conclusion: Although, the practice of participants for observance of the cultural safety was Favorable, regarding to new national approach of the population policy, and cultural diversity of Iran society, educational planning for students, midwives and nurses, and other health care providers about mothers' cultural safety is suggested.

Keywords: Safety; Culture; Mother; Midwife; Nurse

Please cite this article as:

Reihani M, Keshavarz Z, Vedadhir A, Zaeri F. Cultural safety in motherhood: evidence from midwives and nurses in the multicultural context of Iran society. *Med Ethics J* 2016; 10(36): 55-64.

ایمنی فرهنگی مادری: شواهدی از ماماها و پرستاران در بستر چندفرهنگی ایران

مهسا ریحانی^۱، زهره کشاورز^{۲*}، ابوعلی ودادهیر^۳، فرید زایری^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دفتر فناوری دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) keshavarzzohre@yahoo.com

۳. استادیار، گروه انسان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: اهمیت سنت، فرهنگ، اخلاق و معنویت در بارداری و زایمان به خوبی شناخته شده است. ایمنی فرهنگی عبارت از درک مفاهیم، احترام، همدلی، توانمندسازی، تقویت اعتماد به نفس، رعایت حقوق، و عزت نفس افراد می‌باشد. با توجه به اهمیت ایمنی فرهنگی در ارتقای سلامت مادران، مطالعه حاضر با هدف بررسی دانش، نگرش و عملکرد ماماها و پرستاران در خصوص ملاحظه ایمنی فرهنگی مادران صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی، ۱۰۴ نفر از ماماها و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خراسان شمالی مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست محقق‌ساخته مشاهده عملکرد و یک پرسشنامه محقق‌ساخته سه قسمتی بود که قسمت اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم بررسی دانش و قسمت سوم مربوط به نگرش ماماها و پرستاران بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون پیرسون و با نرم‌افزار SPSS 21 و در نظر گرفتن سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: پس از بیان اهداف مطالعه و تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات، جمع‌آوری داده‌ها به صورت بی‌نام، رضایت شفاهی نمونه‌های پژوهش کسب گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره دانش در ماماها و پرستاران ۴/۳۲ از حداکثر ۱۰ (نامطلوب)، میانگین نمره نگرش ۴۶/۶۲ از ۶۰ (نسبتاً مطلوب) و میانگین نمره عملکرد ۱۰/۱۳ از ۱۵۰ (نسبتاً مطلوب) بود. آزمون همبستگی ارتباط معنی‌داری را بین نمرات دانش، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان نشان داد ($P < 0.05$). بین متغیر سن، سابقه کار، وضعیت شغلی، تأهل و خاستگاه اجتماعی با نمره ملاحظه ایمنی فرهنگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: اگرچه شرکت‌کنندگان در این مطالعه از عملکرد نسبتاً مطلوبی در خصوص ایمنی فرهنگی برخوردار بودند، اما با توجه به رویکرد جدید سیاست‌های جمعیتی و تنوع فرهنگی جامعه ایران، برنامه‌ریزی دقیق آموزشی برای دانشجویان، ماماها، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در خصوص ایمنی فرهنگی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: ایمنی؛ فرهنگ؛ مادر؛ ماما؛ پرستار

مقدمه

زایمان یک تجربه عاطفی و شخصی و یکی از وقایع مهم زندگی زنان است (۱) که در معنای واقعی کلمه سرشار از تجارب و اعتقادات فرهنگی زن می‌باشد (۲). بنابراین هر گونه درک از بارداری و زایمان و تجارب زنان نیاز به درک فرهنگ، سنت و ارزش‌های اجتماعی آنان دارد (۳-۷)، اگرچه بارداری و زایمان از جنبه فیزیولوژیک برای تمام زنان مشابه است، ولیکن عوامل تأثیرگذار بسیاری از جمله عوامل اجتماعی - اقتصادی، کیفیت ارائه خدمات سلامت و هنجارهای جامعه، بر درک و نگرش زنان از زایمان مؤثر بوده، لذا زایمان برای هر زن تجربه‌ای منحصر به فرد است (۸-۱۰) و بسیاری از عوامل شامل فرهنگ، سنت، آداب و رسوم، روابط اجتماعی، محل تولد و وجود حامی هنگام زایمان از جنبه‌های مهم هنگام زایمان در نظر گرفته می‌شود (۱۱-۱۲).

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵ م.) جهت دستیابی به اهداف چهار (کاهش مرگ مادران) و پنج (کاهش مرگ کودکان) هزاره می‌نویسد: برای به حداکثر رساندن ایمنی زایمان هر زن، زایمان باید با حضور فرد دوره‌دیده و در محیطی نزدیک به محل زندگی زن با احترام به فرهنگ زایمان وی انجام شود. زنان نیاز به فردی دارند که با دقت و ملاحظه پاسخگوی نیازهای فرهنگی آن‌ها باشد (۱۴-۱۵).

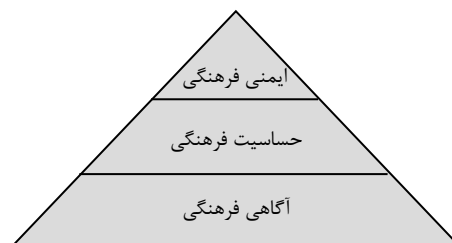
مامایی حرفه‌ای است که به تنوع نیازهای زنان و به معنای شخصی و فرهنگی هر یک از زنان، خانواده و جوامع آن‌ها در مورد بارداری و تجربه پدر و مادر شدن احترام می‌گذارد (کنسرسیون مامایی کانادا، ۲۰۱۱ م.). نقش ماما حمایت و کمک به فرایند فیزیولوژیک و فرهنگی زایمان با همراهی کردن زن و خانواده‌اش به عنوان یک دوست/ملازم و یا مدافع منافع مادر است (۱۷-۱۶). نتایج مطالعات نشان داده است، زنان آفریقایی که توانایی صحبت به زبان انگلیسی را نداشتند، در هنگام مراجعه به مراکز ارائه خدمات در استرالیا، در برقراری ارتباط با ماما و سایر متخصصین دچار مشکل بوده و از دریافت خدمات مناسب در زمان زایمان و پس از آن محروم بودند (۱۵، ۱۸). به منظور حصول یک ارتباط مؤثر و دستیابی به نتایج مثبت در ارائه

خدمات، این خدمات باید متناسب با تفاوت‌های فرهنگی هر جامعه ارائه شود (۱۵).

ارائه مراقبت توأم با ملاحظه فرهنگی به طور گسترده در پرستاری مطالعه شده است و مطالعات متعددی در مورد مفهوم ایمنی فرهنگی در خدمات انسانی وجود دارد، این مطالعات معنای ایمنی فرهنگی و چگونگی تکامل آن را مورد پژوهش قرار داده‌اند. با این حال در مورد مامایی، ایمنی فرهنگی به خوبی شناخته شده نیست (۱۹-۲۳).

ایمنی فرهنگی دستور کنسرسیون مامایی کانادا برای حمایت از باروری عمومی است. اصطلاح امنیت و ایمنی فرهنگی شامل درک مفاهیم، احترام، همدردی، توانمندسازی، تقویت اعتماد به نفس، رعایت حقوق فردی، حمایت از حقوق بشر و عزت نفس افراد است (۱۵، ۲۴-۲۵). شورای پرستاری نیوزیلند در سال ۱۹۹۲ ایمنی فرهنگی را چنین تعریف کرده است: ارائه خدمات مؤثر پرستاری به یک شخص یا خانواده که با پرستار تفاوت فرهنگی دارد و نوع فرهنگ پرستار بر مراقبتش اثرگذار است (۲۵). ویلیامز ۱۹۹۹ ایمنی فرهنگی را این گونه تعریف می‌کند: محیطی امن، آرام‌بخش و عاری از هر گونه احساس تهدید و تعرض در انسان نسبت به دین، افکار، آداب و رسوم، باورها، ارزش‌ها و میراث فرهنگی و مواردی جز این‌که در آن تجاوز، پرخاشگری، خردکردن شخصیت و انکار هویت وجود ندارد و در آن محیط احترام، آگاهی و تجربه به اشتراک گذاشته شده و با صداقت، دلسوزانه و با احترام به یکدیگر گوش فرا دهند (۲۶). محققان توافق دارند که آگاهی فرهنگی و حساسیت فرهنگی پایه‌ای مهم برای دستیابی به ایمنی فرهنگی است (۴، ۲۲، ۲۴). ویلیامز مدعی است که ایمنی فرهنگی فراتر از آگاهی و حساسیت فرهنگی است. برای درک مفهوم ایمنی فرهنگی، نیاز به کاوش معنای فرهنگ، آگاهی فرهنگی و حساسیت فرهنگی وجود دارد (۲۲، ۲۴، ۲۶). فرهنگ به عنوان حاصل صفات رفتاری یک شخص، شامل مجموعه منسجمی از باورها، اعتقادات، دانش، هنر، اخلاق و آداب و رسوم یک گروه معینی از مردم است (۲۳-۲۲، ۲۵). آگاهی فرهنگی شامل درک تفاوت‌ها است؛ ویژگی‌هایی که از خارج قابل مشاهده است، مانند لباس و زبان (۱۹، ۲۷-۲۹).

حساسیت فرهنگی عبارت از به رسمیت شناختن حقانیت این تفاوت و آغاز بررسی نگرش خود و تأثیر آن بر دیگران است (۲۲، ۲۵، ۳۱-۳۰) و متغیر مهمی است که برای تعامل افراد با سایر گروه‌ها به کار می‌رود (تصویر ۱).



تصویر ۱: مراحل تکامل ایمنی فرهنگی (رامسدن، ۲۰۰۲ م.)

روند حرکت به سمت ایمنی فرهنگی در مامایی یک رابطه منحصر به فرد را بین یک ماما و یک زن فراهم می‌کند و این رابطه با تداوم مراقبت‌ها افزایش پیدا می‌کند؛ این تعامل منحصر به فرد، احترام متقابل، و نقش ماما در تداوم مراقبت‌ها موجب توسعه اعتماد بین ماما و زن شده و این اعتماد زنان را قادر به مشارکت مثبت با ماما می‌کند (۱۵). استراتژی‌های مراقبت امن فرهنگی در مامایی ترکیبی از ارتباط خوب، گفتگو و اذعان ترجیحات فرهنگی زن است (۴، ۱۵، ۲۲).

اصل اول منشور حقوق بیمار به صورت صریح بیان کرده است که بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد. تنوع وجود در ایران، گستره‌ای وسیع از گوناگونی دینی، مذهبی، قومی، زبانی و فرهنگی را دربر می‌گیرد (۳۲) و در مقوله تنوع قومی و زبانی در جهان با ۲۴٪ همانندی، در رتبه شانزدهم است (۳۳). ایران میزبان یکی از بزرگ‌ترین و طولانی مدت‌ترین جمعیت‌های پناهندگی در دنیا، شامل پناهندگان افغانی است. تا اکتبر ۲۰۱۱ طبق آمار اداره امور اتباع و مهاجرین خارجی، تعداد کل پناهندگان ثبت شده ۸۸۲۶۵۹ نفر است (۳۴). از جمله استان‌هایی که متأثر از تنوع فرهنگی هستند، خراسان شمالی است، اقوام ساکن در استان خراسان شمالی شامل فارسی‌زبانان، تات‌زبانان، کردهای کرمانج، ترک‌ها و سایر اقوام می‌باشند. به طور کل کردهای کرمانج ۳۷٪ ترکیب جمعیت

این استان را تشکیل می‌دهند. فارس‌ها ۲۹٪، ترک‌ها ۲۷٪، ترکمن‌ها ۵٪ و اقوام گیلک، مازنی و تالشی، عرب، بلوچ و لر نیز در این استان سکونت دارند (۳۵). مادرانی که برای دریافت خدمات زایمانی به مراکز استان خراسان شمالی مراجعه می‌کنند نیازهای بسیار متنوعی دارند. از این رو مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان دانش، نگرش و عملکرد ماماها و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان خراسان شمالی در خصوص ملاحظه ایمنی فرهنگی مادران در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود. جامعه پژوهش را ماماها و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خراسان شمالی تشکیل داده و مطالعه به صورت تمام‌شماری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار و تمایل به شرکت در پژوهش بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای انجام پژوهش و ارائه به معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و معرفی به ریاست بیمارستان‌های بنت‌الهدی بجنورد، امام خمینی شیروان، امام خمینی اسفراین، جوادالائمه جاجرم و شهدای فاروج، با معرفی‌نامه کتبی به ۵ بیمارستان دارای بلوک زایمان و بخش زنان مراجعه کرد. پژوهشگر بعد از معرفی خود، ابتدا هدف پژوهش و نحوه اجرا را برای ماماها و پرستاران توضیح داد؛ با توجه به تمام شماری بودن مطالعه، ۱۰۴ نفر از ماماها و پرستاران که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند، انتخاب گردیدند، سپس مجدداً روش و چگونگی اجرای طرح به تفصیل برای تک‌تک آن‌ها توضیح داده شد. برای سنجش عملکرد ماماها و پرستاران، پژوهشگر در تمامی نوبت‌های کاری (صبح/ عصر/ شب) بیمارستان حاضر شده و فرایند مراقبت و زایمان مادران را از هنگام پذیرش تا بستری در لیبر، اتاق زایمان تا ۲ ساعت بعد از زایمان و همچنین مراحل انتقال مادر به بخش زنان، تا ۲ ساعت پس از حضور مادر در بخش زنان را مورد مشاهده قرار داده و اطلاعات را توسط چک‌لیست محقق‌ساخته شامل ۳۰ عبارت جمع‌آوری می‌کرد. وضعیت عملکرد با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هرگز) مشخص

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی، مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاقی SBMU2.REC.1394.68 تأیید شده است. به منظور رعایت اخلاق پژوهش نکات زیر مد نظر قرار گرفت: کسب رضایت شفاهی از شرکت‌کنندگان، بیان اهداف مطالعه و محرمانه‌ماندن اطلاعات، جمع‌آوری داده‌ها به صورت بی‌نام و ذکر این نکته که مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم تمایل به همکاری می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

میانگین سنی و سابقه کار ماماها و پرستاران به ترتیب ۵/۵۷ و ۳۰/۸۴ سال بود. مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان در ۲/۹ درصد کاردانی، ۹۵/۲ درصد کارشناسی و ۱/۹ درصد کارشناسی ارشد بود. از نظر نوبت کاری ۸۹/۴ درصد ماماها و پرستاران نوبت کاری در گردش (سه نوبتی) و فقط ۲/۹ درصد آنان نوبت کاری ثابت داشتند. ۹۹٪ از شرکت‌کنندگان شیعه، ۶۷/۳ درصد متأهل، ۴۳/۳ درصد فارس و بقیه آنان از سایر اقوام و اغلب آنان (۸۱/۷ درصد) بومی بودند.

میانگین نمره دانش شرکت‌کنندگان ۴/۳۲ (۱۰-۰)، میانگین نمره نگرش آنان ۴۶/۶۲ (۶۰-۱۲) و میانگین نمره عملکرد آنان در نوبت کاری صبح ۱۰۱/۱۳، عصر ۱۰۰/۷۳ و شب ۹۹/۲۸ از حداقل (۱۵۰-۳۰) بود (جدول ۱).

بین نمرات دانش، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان در خصوص ملاحظه ایمینی فرهنگی مادران ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (جداول ۲ و ۳).

بین متغیر سن، سابقه کار، وضعیت شغلی، تأهل و خاستگاه اجتماعی با نمره ملاحظه ایمینی فرهنگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0.05$).

شد، گویه‌های دارای مفهوم منفی، نمرات آن‌ها در حین ورود و تحلیل داده‌ها به وضعیت عکس تبدیل شد، سپس پرسشنامه محقق‌ساخته حاوی ۳۱ سؤال که در سه بخش تنظیم شده بود، جهت تکمیل در همان محل، اختیار ماماها و پرستاران بخش قرار داده شد؛ بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردی ماماها و پرستاران (سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، خاستگاه اجتماعی، نوبت کاری و قومیت) و بخش دوم آن شامل سؤالات سنجش دانش آنان (۱۰ سؤال) در زمینه ایمینی فرهنگی بود، که برای پاسخ به هر سؤال گزینه‌های بلی، خیر و نمی‌دانم در نظر گرفته شده و بر اساس پاسخ فرد، نمرات صفر و یک تعلق می‌گرفت و بخش سوم شامل سؤالات سنجش نگرش آنان (۱۲ گویه) بود که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ امتیازی (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) طراحی شده بود.

برای کسب اعتبار علمی ابزارها از روش اعتبار صوری و محتوا و جهت تعیین پایایی آن، در بخش آگاهی و نگرش از آزمون مجدد و در بخش عملکرد از روش Intra-rater و روش مشاهده هم‌زمان استفاده شد (۵۴).

بدین صورت که جهت تأیید پایایی چک‌لیست مشاهده، ابتدا هر مشاهده‌گر به طور جداگانه چک‌لیست مورد نظر را تکمیل و به منظور تعیین پایایی (Intra-rater) تکمیل چک‌لیست توسط هر مشاهده‌گر پس از یک هفته تکرار شد، سپس نمرات کسب‌شده در این دو مرحله با استفاده از شاخص توافق (ICC) با هم مقایسه شدند. در روش مشاهده هم‌زمان پژوهشگر و فرد دیگری که دارای اطلاعات و دانش یکسانی بود و با روش جمع‌آوری اطلاعات به طریق مشاهده آشنایی داشت، به طور هم‌زمان ۵ نفر از ماماها و پرستاران را که دارای مشخصات نمونه‌های پژوهش بودند را مورد مشاهده قرار دادند و برای نمرات حاصل از تکمیل چک‌لیست‌های دو مشاهده‌گر شاخص توافق محاسبه گردید. جهت بررسی همسانی درونی پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردید (۵۴). داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و در نظر گرفتن سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر اساس

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۲۵ سال	۵ / ۴/۸
	۲۵ تا ۳۰ سال	۳۲ / ۳۰/۷
	۳۰ تا ۳۵ سال	۵۳ / ۵۰/۹
	بیشتر از ۳۵ سال	۱۴ / ۱۳/۴
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۵۱ / ۴۹/۱
	۵ تا ۱۰ سال	۳۷ / ۳۵/۵
	۱۱ تا ۱۵ سال	۱۳ / ۱۲/۵
	بیشتر از ۱۵ سال	۳ / ۲/۹
	کاردانی	۳ / ۲/۹
	کارشناسی	۹۹ / ۹۵/۲
	کارشناسی ارشد	۲ / ۱/۹
وضعیت شغلی	رسمی قطعی	۲۳ / ۲۲/۱
	رسمی آزمایشی	۱ / ۱
	پیمانی	۲ / ۱/۹
	قراردادی	۴۲ / ۴۰/۴
	طرحی	۳۵ / ۳۳/۷
وضعیت تأهل	سایر	۱ / ۱
	مجرد	۳۳ / ۳۱/۷
	متاهل	۷۰ / ۴۷/۳
خاستگاه اجتماعی	سایر	۱ / ۱
	بومی	۸۵ / ۸۱/۷
	غیر بومی	۱۹ / ۱۸/۳
مذهب	شیعه	۱۰۳ / ۹۹
	سني	۱ / ۱

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار دانش، نگرش و عملکرد

افراد مورد مطالعه در خصوص ملاحظه ایمنی فرهنگی مادران

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
دانش	۲	۶	۴/۳۲	۰/۹۷
نگرش	۳۹	۵۴	۴۶/۶۲	۳/۹۲
عملکرد(صبح)	۶۳	۱۳۷	۱۰۱/۱۳	۱۹/۱۹
عملکرد(عصر)	۶۳	۱۳۷	۱۰۰/۷۳	۱۹/۲۵
عملکرد(شب)	۶۰	۱۳۵	۹۹/۲۸	۱۹/۲۴

جدول ۳: ضریب همبستگی دانش، نگرش و عملکرد

شرکت‌کنندگان در خصوص ملاحظه ایمنی فرهنگی

متغیر	دانش	نگرش	عملکرد صبح	عملکرد عصر	عملکرد شب
دانش	۱	۰/۵۱*	۰/۲۸*	۰/۲۸*	۰/۲۴**
نگرش		۱	۰/۴۶*	۰/۴۶*	۰/۴۴*
عملکرد صبح			۱	۰/۹۹*	۰/۹۸*
عملکرد عصر				۱	۰/۹۸*
عملکرد شب					۱

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ ** معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

بحث

تنوع فرهنگی در جامعه، مستلزم فراهم‌نمودن خدمات سلامت متناسب با فرهنگ و گویش است، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که علی‌رغم آشنایی محدود مشارکت‌کنندگان با واژه ایمنی فرهنگی، آنان نگرشی مطلوب به فراهم‌آوردن خدمات ایمن فرهنگی و اطمینان‌دادن به مادران با هر قومیت، گویش و مذهب، به منظور ارائه مراقبت کامل و مؤثر داشتند. بر اساس سنجش عملکرد شرکت‌کنندگان، شیوه‌های فرهنگی ناامن بود که طبق تعریف شورای پرستاری نیوزیلند عبارت از هر عمل تحقیرکننده‌ای است که سلامتی و رفاه یک فرد را به مخاطره می‌اندازد (۲۵، ۳۱). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمرات دانش و نگرش ماماها و پرستاران در مورد ملاحظه ایمنی فرهنگی نامطلوب است. مراقبت امن فرهنگی گسترده در پرستاری مطالعه شده است. با این وجود، با توجه به اولویت‌ها و فشارهایی که ایمنی فرهنگی در برنامه درسی پرستاری دارد، نتایج مطالعه Johnstone & Kanitsaki

(۲۰۰۷ م.) نشان داد که علی‌رغم گذشت بیش از یک دهه از بحث در خصوص نظریه ایمنی فرهنگی، مفهوم آن درک نشده و همچنان در مراقبت‌های بهداشتی استرالیا رایج نیست؛ تعداد اندکی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این واژه را شنیده و با اصول آن آشنا بودند و در مورد آن دیدگاه‌های مختلفی داشتند (۵۳). دریافت‌کنندگان خدمات نیز به طور کامل قادر به بیان احساس خودشان در مورد ایمنی فرهنگی نبودند. مطالعات پیشین خاص ایمنی فرهنگی در مراقبت‌های مامایی را بررسی نکرده‌اند. Phiri (۲۰۱۰ م.) به بررسی شش مطالعه که شامل تجارب زنان در محیط‌های چندفرهنگی درباره دسترسی به مراقبت‌های مامایی در استرالیا بود، پرداختند؛ در هر شش مطالعه زنان گزارش صریحی از مفهوم ایمنی فرهنگی ندادند و بسیاری از ماماها با توجه به نقش حرفه‌ای خود در سلامت جامعه، قادر به شناسایی و مشروعیت‌بخشی به هویت فرهنگی مادران برای مراقبت از آن‌ها نبودند (۱۵). نتایج مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که اگر مادران در ارائه خدمات احساس تبعیض نمایند، از دریافت آن سر باز خواهند زد (۳۶). در مطالعات متعددی بر محرومیت گروه‌های اقلیت نژادی، فرهنگی و قومی از مراقبت‌های سلامت و نیز بالابودن بار بیماری و دریافت مراقبت با کیفیت پایین‌تر در مقایسه با جمعیت عمومی اشاره شده است. همچنین گزارش شده است که زبان و فرهنگ مددجویان از موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مناسب می‌باشد (۳۸-۳۷، ۵۳). شواهد روزافزونی وجود دارد که بیماران از اقلیت‌های فرهنگی و با گویش متفاوت در معرض خطر و تجربه عوارض درمانی قابل پیشگیری هستند (۵۳). ایجاد ارتباط مؤثر بین زنان و ماماها و سایر متخصصان سلامت برای تأمین مراقبت ایمن فرهنگی ضروری است و برقراری روابط آوایی با زنان باردار یکی از راهبردهای مهم در ارائه مراقبت امن مامایی است (۱۵). علی‌رغم نمرات پایین دانش و نگرش در ماماها و پرستاران، عملکرد نسبتاً مطلوبی از آنان در ارتباط با زنان مشاهده گردید. این یافته می‌تواند به دلیل سابقه کار بالای اکثر مشارکت‌کنندگان و همچنین بومی‌بودن آنان باشد. همچنین شرکت‌کنندگان با همدلی و درک شرایط زنان و آگاهی از

مسائل فرهنگی زنان بومی منطقه خراسان عملکرد مناسبی در ارائه خدمات داشتند. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه حیدری و همکاران همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه مذکور نشان داده است که پرستاران برای برقراری ارتباط، از راهبردهای مختلفی همچون کمک‌گرفتن از همراه، پرستار هم‌زبان و هم‌فرهنگ با بیمار، کادر خدمات، منشی بخش، مترجم، ایما و اشاره و بهره‌جستن از اندوخته لغات قبلی استفاده می‌نمودند. برای این‌که ماما و پرستار بتوانند مراقبت مطلوب و موفقیت‌آمیزی از مددجوی دارای فرهنگ یا زمینه قومی متفاوت انجام دهند، باید ارتباط بین فرهنگی مؤثری با وی برقرار نمایند. ارتباط بین فرهنگی زمانی روی می‌دهد که فرد تلاش می‌کند دیدگاه فرد مقابل را نسبت به چارچوب فرهنگی خود درک کند (۳۹). در مطالعه‌ای که در یکی از بخش‌های کودکان صورت گرفت، نشان داده شد که پرستاران ارتباط خود را با بیماران دارای فرهنگ متفاوت محدود می‌کنند و تمایلی به استفاده از خدمات ترجمه تلفنی ندارند (۴۰). در همین زمینه انوشه و همکاران (۲۰۰۹ م.) ضمن اشاره به این نکته که زبان یا گویش به صورت یک سد ارتباطی بین پرستار و بیمار عمل می‌کند، آنان اظهار می‌دارند که مدیران پرستاری و برنامه‌ریزان سیستم سلامت باید روی حذف یا اصلاح موانع بیان‌شده توسط بیماران و پرستاران خصوصاً موارد مشترک تمرکز کنند (۴۱). علاوه بر این تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که موانع ارتباطی می‌توانند موجب اختلال در توسعه روابط مراقبت شوند (۴۲-۴۴) و هنگامی که کارکنان سلامت در شناخت موانع ارتباط بین فرهنگی موفق نباشند، پیامد نامطلوب آن نابرابری در مراقبت و احساس استرس خواهد بود (۴۵). بنابراین در هنگام تقسیم وظایف می‌توان حتی‌الامکان به گونه‌ای عمل کرد که ماماها و پرستاران هم‌زبان با مادر، مراقبت از وی را بر عهده گیرند، هرچند به دلایل مختلف و از جمله کمبود نیرو ممکن است اجرایی‌نمودن این پیشنهاد با موانعی رو به رو باشد. تواضع در رفتار با بیمار، خطاب مؤدبانه، گشاده‌رویی و خوش‌زبانی از اجزای تشکیل‌دهنده ارتباط مطلوب با بیمار می‌باشند (۱۵). مطالعه حاضر نشان داد، فقط ۳۶٪ ماماها و پرستاران، گاهی خدمات را منطبق با فرهنگ

این موقعیت، جایگاه و مفهوم سنتی نظام درمان را بر هم می‌زند و نظام جدیدی از همسوی بودن مراقبت‌ها با نیازهای مردم را ارائه می‌دهد. حضور پژوهشگر به عنوان عاملی مؤثر بر رفتار و عملکرد ماماها و پرستاران در هنگام ارائه خدمت محسوب می‌شد که پژوهشگر جهت رفع این محدودیت ضمن در جریان قراردادن شرکت‌کنندگان، با حضور مداوم خود سعی نمود تا حساسیت افراد نسبت به اثر حضور خود را تا حد امکان کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

رعایت حقوق بیماران و برقراری ارتباط مؤثر بین ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سبب بهبود پیامدهای سلامت می‌گردد. خوشایندسازی فضای اتاق زایمان برای مادران در ایجاد خاطره خوش و تجارب مطلوب برای تصمیم‌گیری درباره فرزندآوری و زایمان طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لذا یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار بر تجربه مادر، احترام به حقوق و منزلت وی، ارتباط مؤثر، همدلی و ایمنی فرهنگی است. بدین ترتیب با توجه به رویکرد جدید سیاست‌های جمعیتی و تنوع فرهنگی جامعه ایران، لزوم آگاهی از این مفهوم و گنجاندن آن در دوره‌های بازآموزی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و دانشجویان علوم پزشکی به عنوان بخشی از مهارت ارتباطات در حوزه سلامت مشخص می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا همانند سایر کشورها، برنامه‌ریزان حوزه آموزش این مفهوم را در کوریکولوم آموزشی ماماها، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی و طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره SBMU2.REC.1394.68 می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از کارکنان محترم معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مسئولین ۵ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ماماها و پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌نمایند. نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش ننمودند.

مادر ارائه می‌دادند. پرستاران از نظر اخلاقی متعهدند تا مراقبتی مرتبط با فرهنگ ارائه نمایند (۴۲). مطالعات نشان داده‌اند که زنان در هنگام تصمیم‌گیری در مورد استفاده از خدمات مامایی، نیازها و ترجیحات، اعتقادات سلامتی و عوامل اجتماعی و فرهنگی (۳۶) خاص خویش را مد نظر قرار می‌دهند؛ در واقع زنان از این ملاک‌ها جهت قضاوت در مورد خدمات موجود استفاده می‌نمایند (۴۶-۴۷) و این امر نشان‌دهنده درک متفاوت زنان از کیفیت مراقبت‌ها است (۴۷). نقشی که کیفیت در استفاده از خدمات دارد، مربوط به ارزیابی و تعاریف مردم از کیفیت می‌باشد که تا حد زیادی به تجربیات آنان از سیستم درمانی - مراقبتی وابسته می‌باشد. تجربیات قبلی و یا شنیده‌ها از دوستان و اعضای فامیل در رابطه با قصور، بدرفتاری، تبعیض نسبت به گروه‌های قومی، عدم احترام به اعتقادات سنتی، موانع زبانی، عدم پاسخگویی کارکنان (۴۸) و نادیده گرفتن دیدگاه‌های مراجعین از سوی کارکنان واحد زایمان می‌تواند زنان را از مراجعه به این مراکز باز دارد (۴۹). بنابراین صرف وجود خدمات کفایت نمی‌کند، خدمات باید از کیفیت بالا از دیدگاه مادران برخوردار بوده و پاسخگوی نیازهای آنان باشند (۱۳). یافته‌های مطالعه مودی (۵۰) نشان داد، زمانی که خدمات بیمارستانی با انتظارات و ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی جامعه تا حد امکان منطبق باشد، مادران جهت بهره‌مندی هر چه بیشتر از جنبه‌های مثبت پیشرفت و توسعه‌یافتگی به استفاده از این خدمات روی خواهند آورد. به عبارت دیگر باید خوشایندبودن در کنار سلامت قرار گیرد (۵۱). در تایلند یافته‌ها نشان داد که با وجود رایگان بودن خدمات، نیمی از زایمان‌ها به کمک افراد سنتی در منزل انجام می‌شود، شرم از کارکنان مرد و معاینات واژینال از علل عدم مراجعه به بیمارستان برشمارده شده‌اند. در این میان حمایت فامیل و افراد سنتی، توانایی در تبعیت از سنت‌ها مهم‌تر از ترس از بروز مشکلات طبی در انتخاب محل زایمان بوده است (۵۲). همان طور که مطالعه سنت‌های زایمانی در نپال نشان داد، باورهای معنوی مادران، بقای مادر و نوزاد تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). ایمنی فرهنگی، ماماها و پرستاران را با نیازهای بیمار تحت مراقبتشان هم‌راستا می‌سازد.

References

1. Hadjigeorgiou E, Kouta C, Papastavrou E, Papadopoulos I, Mårtensson LB. Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery* 2012; 28(3): 380-390.
2. Fraser D, Cooper M. *Myles Textbook for Midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone; 2009. p.130-170.
3. Effective patient-physician communication. Committee Opinion No.492. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011; 2(117): 1254-1257.
4. Wells MI. Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *J Community Health Nurs* 2000; 3(17): 189-199.
5. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care. Final report*. Washington, DC: DHHS; 2001. Available at: <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>. Retrieved September 24, 2010.
6. Farnes C, Beckstrand RL, Callister LC. Help-seeking behaviors in childbearing women in Ghana, West Africa. *Int Nurs Rev* 2011; 58(4): 491-497.
7. Bassey Etowa J. Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian women. *Contemp Nurs* 2012; 41(1): 28-40.
8. Graham H. The Social Image of pregnancy: As spirit Possession. *The Sociological Rev* 1976; 24(2): 291-308.
9. Douglas VK. The Rankin Inlet birthing center: Community midwifery in the Inuit context. *Int J Circumpolar Health*. 2011; 70(2): 178-185.
10. Lewallen LP. The importance of culture in childbearing. *J Obstet, Gynecol, & Neonatal Nurs* 2011; 40(1): 4-8.
11. Callister LC. Cultural meanings of childbirth. *J Obstet, Gynecol, & Neonatal Nurs* 1995; 24(4): 327-334.
12. Kaphle S, Hancock H, Newman LA. Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal: critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages. *Midwifery* 2013; 29(10): 1173-1181.
13. World Health Organization. *Milestones in Health promotion: Statements from Global conferences*. 2009. Available at: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_health_promotion_05022010.
14. Deery R, Kirkham M. *Supporting midwives to support women. The new midwifery: science and sensitivity in practice*. 2nd ed. London: Elsevier Ltd; 2006. p.125-140.
15. Phiri J, Dietsch E, Bonner A. Cultural safety and its importance for Australian midwifery practice. *Collegian* 2010; 17(3): 105-111.
16. Canadian Midwifery Regulators Consortium. *Multi - Jurisdictional Bridging Program*. Jan 15, 2011. Available at: <http://cmrcccosf.ca/files/pdf/FromeworkforMidwiferyBridging>.
17. Pairman S, McAra-Couper J. Theoretical frameworks for midwifery practice. *Midwifery* 2006; 4(21): 237-257.
18. Carolan M, Cassar L. Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia. *Midwifery* 2010; 26(2):189-201.
19. Belfrage M. "Why culturally safe" health care? *Med J Australia* 2007; 186(10): 537-550.
20. Bin-Sallik M. Cultural safety: let's name it! *Austr J Indigenous Edu* 2003; 2(32): 21-26.
21. Dowell A, Crampton P, Parkin C. The first sunrise: an experience of cultural immersion and community health needs assessment by undergraduate medical students in New Zealand. *Med Edu* 2001; 35(3): 242-249.
22. Ramsden I. *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu: A Thesis Submitted to the Victoria University of Wellington in Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Nursing* [Doctoral dissertation]. Victoria University of Wellington; 2002. p.100-132.
23. Wepa D. An exploration of the experiences of cultural safety educators in New Zealand: An action research approach. *J Transcult Nurs* 2003; 14(4): 339-348.
24. Richardson S. Aotearoa/New Zealand nursing: from eugenics to cultural safety. *Nurs Inq* 2004; 11(1): 35-42.
25. NCONZ. *Guidelines for cultural safety, the Treaty of Waitangi and Maori health in nursing Education practice*. New Zealand: Wellington; 2009. p.3-10.
26. Williams R. Cultural safety-what does it mean for our work practice? *Aus N Z J Public Health* 1999; 23(2): 213-214.
27. Chrisman NJ. Extending cultural competence through systems change: Academic, hospital, and community partnerships. *J Transcult Nurs* 2007; 18(1 suppl): S68-S76.

28. Coffin J. Rising to the challenge in Aboriginal health by creating cultural security. *Aboriginal and Islander Health Worker J* 2007; 31(3): 22.
29. Lipson JG, Desantis LA. Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. *J Transcult Nurs* 2007; 18(1 suppl): S10-S20.
30. Robb M, Douglas J. Managing diversity: Healthcare practitioners often say that 'everyone is different' and that they 'aim to treat all patients, clients or workers as unique individuals'. *Nurs Manage* 2004; 11(1): 25-29.
31. Culley L. Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nurs Inq* 2006; 13(2): 144-153.
32. Ghamari D. Globalization and ethnicity in Iran. *Theoretical Policy J* 2005; 5(10): 156-129.
33. Eftekhari A. Natural capacity of security. *J Strategic Studies* 2000; 6(5): 23-62.
34. United Nations High Commissioner for Refugees. 2015. Available at: http://unhcr.org.ir/fa/page/refugees_in_iran.
35. Vaezi M. *General Culture*. Tehran: book publishing; 2011. p.11-25.
36. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9(34): 1-18.
37. Allotey P, Reidpath D, Manderson L. Addressing cultural diversity in Australian. *Health Services* 2002; 13(2): 29-33.
38. Thomson N. *Overview of Australian indigenous health 2004*. Australian Indigenous Health Info Net; 2004. p.10-22.
39. Murphy K, Clark JM. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *J Adv Nurs* 1993; 18(3), 442-450.
40. Blackford J, Street A, Parsons C. Breaking down language barriers in clinical practice. *Contemp Nurse* 1997; 6(1): 15-21.
41. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2009; 56(2): 243-249.
42. Donnelly PL. Ethics and cross-cultural nursing. *J Transcult Nurs* 2000; 11(2): 119-126.
43. Covington LW. Cultural competence for critical care nursing practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2001; 13(4): 521-530.
44. Trill MD, Holland J. Cross-cultural differences in the care of patients with cancer: a review. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(1): 21-30.
45. Pergert P, Ekblad S, Enskär K, Björk O. Bridging obstacles to transcultural caring relationships-Tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12(1): 35-43.
46. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CS. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery* 2010; 26(1): 53-63.
47. Haddad S, Fournier P, Machouf N, Yatara F. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc Sci Med* 1998; 47(3): 381-394.
48. Kukulu K, Oncel S. Factor's influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery* 2009; 25(1): 32-38.
49. Izugbara CO, Kabiru CW, Zulu EM. Urban poor Kenyan women and hospital-based delivery. *Public Health Rep* 2009; 124(4): 585-589.
50. Moudi Z. *Developing and testing a mothers decision making model about place of birth in Zahedan city*. [Dissertation for Doctor of Philosophy in Reproductive Health]; Tehran: Shahid Beheshti University of medical Sciences; 2011. p.11-50.
51. Macintyre S. The management of childbirth: a review of sociological research issues. *Soc Sci Med* 1977; 11(8): 477-484.
52. Ishikawa N, Simon K, Porter JDH. Factors affecting the choice of delivery site and incorporation of traditional birth customs in a refugee camp, Thailand. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 78(1): 55-57.
53. Johnstone MJ, Kanitsaki O. An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *J Transcult Nurs* 2007; 18(3): 247-256.
54. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p.22-56.