راهبردهای ارتباطی پرستاران در مواجهه با بیماران دارای تنوع فرهنگی

محمدرضا حیدری[۱]، منیره انوشه*[۲]، تقی آزاد ارمکی[۳]، عیسی محمدی[۴]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد
۲. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
۳. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران
۴. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۱ صص ۷۲۴-۷۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۷ مرداد ۹۱]

چکیده

ترکیب جمعیتی ایران از قومیت‌های مختلف و زبان‌ها و گویش‌های متفاوت تشکیل شده‌است و پرستاران در مواجهه با بیمار زمان و فرهنگ‌های متنوعی در ارتباط هستند. تمرکز اصلی این مطالعه چگونگی اداره ارتباط بین فرهنگی پرستاران با بیماران بوده و به روش تحلیل محتوا انجام شده است. در مجموع ۲۱ پرستار با روش نمونه‌گیری هدفمند و با تنوع سن و جنسیت، سابقه کار در بخش‌های مختلف و مسئولیت‌های متفاوت در مطالعه شرکت نمودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار جمع‌آوری گردید. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که پرستاران برای برقراری ارتباط، از راهبردهای مختلفی همچون کمک گرفتن از همراه، پرستار هم زبان و هم فرهنگ با بیمار، کادر خدمات، منشی بخش، مترجم، ایما و اشاره و بهره جستن از اندوخته لغات قبلی استفاده می‌نمودند. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران به هنگام مواجهه با بیماران دارای تنوع فرهنگی، بر اساس تعهد اخلاقی و حرفه‌ای خود، ترکیبی از راهبردها را برای ارائه مراقبت کامل و مؤثر به کار می‌گیرند.

کلیدواژه‌ها: تنوع فرهنگی، راهبردهای ارتباطی، تحلیل محتوای کیفی

* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی
تلفن:۷۷۵۳۹۵۰۳
پست الکترونیکی: E-mail: anoosheh@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8] [Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

مقدمه

انسان‌ها متنوع آفریده شده و هر کدام دارای زمینه‌های فرهنگی و زبان مختلف هستند. در این زمینه خداوند متعال در قرآن مجید می‌فرماید: ای مردم، ما شما را از مرد و زن آفریدیم و در گروه‌ها و تیره‌های بزرگ و کوچک جای دادیم تا یکدیگر را بشناسید؛ همانا گرامی‌ترین شما نزد خدا، با تقواترین شما است[۱]. همچنین در مورد تفاوت زبان‌ها می‌فرماید: و از نشانه‌های اوست آفرینش آسمان‌ها و زمین و گوناگونی زبان‌ها و رنگ‌های شما، همانا درآن نشانه‌هایی است برای دانشمندان[۲]. فرهنگ به عنوان مجموعه‌ای از معناها که به مدد آن افراد یک گروه معین با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، از فرد جداشدنی نیست و ارتباط آن با سلامتی و پرستاری، نزدیک و در هم تنیده است[۳]. پرستاران از نظر اخلاقی متعهدند مراقبتی مرتبط با فرهنگ ارائه نمایند[۴]. حیطه ارتباط دربرگیرنده تعاملات کلامی و غیرکلامی بوده و مشتمل بر استفاده از زبان، لهجه، تماس چشمی، حالت چهره و لمس است. ارتباط مؤثر، ویژگی اساسی و عنصر کلیدی مراقبت‌های پرستاری بوده و برای ارائه مراقبت متناسب فرهنگی در پرستاری و بهداشت، دارای اهمیت است[۶]. ارتباط، روند مداوم تبادل اطلاعات، عقاید و تجربیات است که میان افراد و گروه ها برای رسیدن به درک مشترک و تفاهم رخ می دهد و آن را معمای مراقبت فرهنگی دانسته‌اند[۷]. هنگامی که بیمار و پرستار با زبان متفاوت با یکدیگر صحبت می‌کنند، یکی از بزرگترین چالش‌های ارتباط بین فرهنگی به وقوع می پیوندد[۶]. ارتباط بین فرهنگی از جمله رفتارهایی است که متأثر از باورها، ارزش‌ها و اعمال حاکم بر پرستار و مددجو بوده و شامل راهبردهای عاطفی، شناختی و رفتاری است[۸]. راهبردهای عاطفی شامل احترام گذاشتن، قدردانی کردن، راحت بودن با تفاوت‌های فرهنگی، لذت بردن از یادگیری از طریق تبادل فرهنگی، توانایی مشاهده بدون قضاوت رفتارها، آگاهی نسبت به ارزش‌ها و سوگیری‌های فرهنگی خود و اعتقاد به نسبیت فرهنگی هستند. راهبردهای شناختی شامل دانش در مورد فرهنگ‌های مختلف، توانایی تشخیص و درک معانی متفاوت از نگاه دیگران است. راهبرد یا مهارت‌های رفتاری شامل داشتن انعطاف در ارتباط کلامی و غیر کلامی، توانایی آهسته و شفاف صحبت کردن بدون به کارگیری زبان عامیانه، توانایی تشویق دیگران برای ابراز وجود، توانایی برقراری ارتباط و همدلی صمیمانه و توانایی مشاهده و مداخله در هنگام بدفهمی است. این راهبردها نشان می‌دهند که زبان فقط بخشی از فرایند ارتباط است[۹]. ارتباط وسیله‌ای است که توسط آن فرهنگ منتقل و حفظ می‌شود و برقراری ارتباط اغلب مهمترین معضل پرستاران در هنگام مواجهه با مددجویان دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوت است[۱۰]. مطالعات پیشین حاکی از آن است که موانع زبانی موجب دشواری برقراری ارتباط می‌شوند[۱۱]. همچنین مشخص گردیده‌است که پرستاران از منابعی همچون پرستاران هم‌فرهنگ و هم‌زبان با بیمار و یا خانواده وی برای ترجمه و تفسیر کمک می‌گیرند[۱۲]. بر اساس مطالعه سیوفی و همکاران، پرستارانی که با بیماران دارای فرهنگ و زبان متفاوت ارتباط برقرار می‌کنند، از مترجم و کارکنان بهداشتی دو زبانه در کنار سایر راهبردها استفاده می‌کنند[۱۳]. یکی از مضامین اصلی به دست آمده در مطالعه هوی و همکاران، نشان می‌داد که پرستاران برای رفع مشکلات ارتباطی مربوط به فرهنگ، از نظر حرفه‌ای مجبور به گردآوری اطلاعات جامع هستند[۱۴]. برای اینکه پرستار مراقبت موفقی از مددجوی دارای فرهنگ یا زمینه قومی متفاوت انجام دهد، باید ارتباط بین فرهنگی مؤثری برقرار نماید. ارتباط بین فرهنگی زمانی روی می‌دهد که فرد تلاش می‌کند تا دیدگاه فرد مقابل را نسبت به چارچوب فرهنگی خود درک کند[۱۵]. در مطالعه‌ای که در یکی از بخش‌های کودکان صورت گرفت، نشان داده شد که پرستاران ارتباطات خود را با بیماران دارای فرهنگ متفاوت محدود می‌کنند و تمایلی به استفاده از خدمات ترجمه تلفنی ندارند[۱۶]. علاوه براین تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که موانع ارتباطی می‌توانند موجب اختلال در توسعه روابط مراقبتی شوند[۲۰-۱۷، ۴] و هنگامی که کارکنان بهداشتی در شناخت موانع ارتباط بین فرهنگی موفق نباشند، پیامد آن نابرابری در امر مراقبت و احساس استرس در پرستاران خواهد بود[۱۵،۲۱]. دیده شده‌است که ارتباط با بیماران دارای زبان و فرهنگ متفاوت با مشکلاتی همراه است[۱۳]. مطالعه آقابراری و همکاران نشان داد که تفاوت زبان در عدم به کارگیری مهارت‌های ارتباطی پرستاران نقش مهمی دارد[۲۲]. لاهوتی می‌گوید تفاوت زبان محاوره و تفاوت فرهنگی بین پرستار و بیمار از جمله موانع ارتباطی مشترک بین پرستار و بیمار است[۲۳]. بنابراین با توجه به اینکه تعدد و تنوع قومی در ایران به گونه‌ای است که می‌توان جامعه چندقومیتی را به آن اطلاق نمود و درک باورهای بیماران و احترام به اعمال مذهبی و نیازهای بیمار و خانواده‌های آنان موجب عمیق‌تر شدن بعد انسانی ارتباط بین پرستار و بیمار می‌شود؛ لذا پژوهشگران بر آن شدند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

مطالعه‌ای را با هدف تبیین و توصیف تجارب پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران دارای تنوع فرهنگی در محیط بیمارستان انجام دهند.

مواد و روش کار

در این مطالعه از رویکرد کیفی با طراحی توصیف تفسیری برای پاسخ به سؤال استفاده شد. توصیف تفسیری چیزی بیش از توصیف صرف است و هدف آن فراهم نمودن توصیف مفهومی عمیق و درک پدیده است. با این رویکرد می‌توان تعدد تجارب پرستاران را در بخش‌های مورد نظر به دست آورد و بر روی عناصر ارتباط با بیماران دارای فرهنگ و زبان متفاوت تمرکز کرد[۲۵]. جهت نمونه‌گیری از مصاحبه‌های بدون ساختار استفاده گردید. مصاحبه‌ها ضبط شدند و یادداشت‌های در عرصه مکمل بعد از هر مصاحبه نوشته شد. سپس مصاحبه‌های ضبط شده نسخه‌نویسی شدند. برای دستیابی به نمونه‌های متنوع از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. اشباع کافی داده‌ها زمانی رخ داد که بر اساس قضاوت محقق، گردآوری بیشتر داده‌ها موجب درک عمیق‌تر پدیده نمی‌شد[۲۶]. طبق توصیه لینکلن و گولبا برای دستیابی به حداکثر تنوع، حجم نمونه ۲۰-۱۲ نفر کافی است؛ لذا در این مطالعه ۲۱ پرستار در نظر گرفته شد[۲۷]. پرستاران باید معیار تجربه ۵ سال کار با اینگونه بیماران را برای ورود به مطالعه می داشتند. معیار داشتن تجربه ۵ سال یا بیشتر بر اساس توصیه بنر است که در آن تجربه با توسعه مهارت همراه می شود[۲۸]. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، تأییدیه اخلاقی مطالعه از دانشگاه اخذ شد. همه جنبه‌های اخلاقی مطالعه، برای اطمینان از حفاظت حقوق مشارکت کنندگان در نظر گرفته شد. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری خواهد شد و صداهای ضبط شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد. همچنین افراد در هر مرحله از تحقیق، مجاز بودند از تحقیق خارج شوند. برای گردآوری داده‌ها، به پرستاران علاقمند به شرکت در مطالعه فرم‌های رضایت‌نامه داده شد. قبل از امضا کردن رضایت‌نامه و در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، به هر نوع سوال مشارکت‌کنندگان پاسخ داده می‌شد. برای حفظ حریم خصوصی، مصاحبه با هر مشارکت‌کننده در مکان و زمان مناسب برنامه‌ریزی شد. مدت مصاحبه‌ها به طور متوسط حدود ۴۵ دقیقه بود که با اجازه مشارکت کنندگان ضبط می‌شد. هر مصاحبه با این سوال باز آغاز می‌شد: «می‌شه در مورد تجربیات خود از پرستاری بیماران دارای تنوع فرهنگی به من بگویید»؟ سپس روی فرایند ارتباط متمرکز می‌شد. توسط ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان، مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها مورد تأیید قرار گرفت. صداهای ضبط شده پیاده و سپس از نظر صحت بررسی شد. همه نسخه‌های پیاده شده چندین بار خوانده شدند تا با داده‌ها آشنایی پیدا شود و یک حس کلی ادراک گردد[۲۵]. داده‌ها یکسان‌سازی و طبقه‌بندی شدند. یکسان‌سازی داده‌ها شامل کدگذاری داده‌های خام به صورت واحدهای معنایی مجزا از هم و طبقه‌بندی شامل گروه‌بندی این واحدهای معنایی یا کدها به طبقات بر اساس شباهت‌ها بود[۲۸].

۹ مشارکت‌کننده که داوطلب شرکت در فرایند ایجاد اعتبار بودند یافته‌ها را بررسی کردند. علاوه بر این کارکنان دو زبانه یافته‌ها را خوانده و خاطر نشان کردند که با تجارب آنها در زمینه ارتباط با بیماران دارای فرهنگ متفاوت، تناسب دارد.

یافته‌ها

۲۱ پرستار مورد مصاحبه قرار گرفتند. سابقه کار بالینی آنها بین ۸ تا ۳۲ سال و دارای میانه ۱۸سال بود. پرستاران از قومیت‌های مختلف و زبان‌های گوناگون بودند. هیچ‌کدام تحت آموزش‌های مربوط به جنبه‌های فرهنگی مراقبت قرار نگرفته بودند. پرستاران در بیان تجربه برقراری ارتباط با بیماران دارای فرهنگ و زبان متفاوت به پیامدهایی چون برقرار نشدن ارتباط و در نتیجه دریافت ناکافی مراقبت اشاره داشتند: «بعضی‌ها هستند که واقعاً اصیلند یعنی اصیل ترک زبان‌اند اصیل عرب زبانند. ما نمی‌تونیم بهشون بگیم که چکار کنند یعنی ارتباط برقرار نمی‌کنند دیگه».

«به سختی ۵-۴ نفری از ما می‌ریزیم سرش تا بفهمیم گویش معمولی‌اش چی هست تا بتونیم حرفمون رو بهش بفهمونیم. مثلا بهش بفهمونیم که تو چه کار باید بکنی».

«ایجاد آموزش اولش برقراری ارتباط است. در برقراری ارتباط یکی از موانعش فرهنگ است. اگر فرهنگ ها با هم مچ نباشد طرفین یکیشون حالا اگر نگیم صد در صد، با درصد بالایی در ایجاد این کانکشن خود به خود اختلال ایجاد می‌کند».

یافته‌ها نشان داد که پرستاران در مواجهه با بیمارانی که از قومیت‌ها و زبان‌های مختلف هستند از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کنند.

۱- دسترسی و کار با مترجم

پرستاران مواردی را ذکر می‌کردند که با بیماران خارجی بستری شده مواجه می‌شدند که به درخواست آنان از سفارت‌خانه برای آنها مترجم آورده می‌شد و پرستاران در جلسات مواجهه چهره به چهره

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

با بیماران از مترجم استفاده و بدین وسیله اقدام به برقراری ارتباط با بیماران خود می‌کردند. یکی از توصیفات اینگونه بود:

«چند مورد داشتیم که مریضای عراقی بستری می‌شدند که مترجم داشتند... مشکل اینجوری حل شده بود».

۲- بهره‌گیری از همکاران دو زبانه

استفاده از همکاران دو زبانه یکی دیگر از راهبردهایی بود که پرستاران برای رفع برقراری ارتباط با بیمار از آن استفاده می‌کردند. یاری جستن از پرستاران دو زبانه، کادر خدمات بخش و منشی‌های بخش از مواردی است که مشارکت‌کنندگان به آنها اشاره داشته‌اند:

«اگر خودمون بتونیم این زبون رو مثل کرد و ترک و اینا. اون کسی که متوجه است معمولا اون را نرس می‌گذارم تا بتونه این ارتباط را برقرار کنه».

«گاهی ما مریض‌های ترک داریم که باید بچه‌های ترک رو بیاریم بالا سرشون بگیم ترجمه کنید ببینیم چه می‌گوید. ترک زبان رو که آنچنان مشکلی نداریم، همکاران ترک هستند». «مجبوریم کسی که کمکمونه یا یه پرستار ازش بپرسیم این مشکلش چیه از کی درد گرفته؟ چقدر طول کشیده، چه جوریه الان»؟

کادر خدمات

«اگر هم نباشه، حالا خدمات یا هرکسی که هستش پیدا می‌کنیم که ببینیم مریض چه می‌خواهد».

منشی‌های بخش

«اگر نه نیاز به ترک زبان باشه ۳-۲ تا از منشی‌های ما ترک‌اند اونا کاملاً متوجه می‌شوند آنها رو صدا میزنیم».

۳- کمک گرفتن از اعضای خانواده

با توجه به اینکه در ایران نگه داشتن یکی از اعضای خانواده در کنار بیمار مرسوم است و معمولاً پرستاران برای رفع نیاز خود به ترجمه از همراهان بیمار کمک می‌گیرند.

«ما مجبوریم به همراشون بگیم یا مثلاً به کسی که مثلاً تو بخش خودمون عرب زبان باشه ترک زبان باشه بهشون بگیم آقا این کار رو بایستی بکنی، این کار رو بایست انجام بدی، این پوزیشن رو بایست بگیری، این حالت نشسته رو باید به خودت بگیری، تا مثلاً بفهمه». «ولی ترک‌ها معمولاً از همکاران و دیگران کمک می‌گیریم یا مریض‌های دیگه، همراهای دیگه». «دیگه مجبور شدیم همراهشو بیاریم اینجا بالا سرش وایسه. حالا هرکاری که داشتیم بهش زنگ می‌زدیم خودش هم اصلاً بلد نبود دیگه مجبور شدیم همراهش رو نگه داریم.

۴- ایما و اشاره

هنگامی که مترجم در دسترس نبود پرستاران راهبردهایی همچون ایما و اشاره و استفاده از اندوخته لغات قبلی توصیف کردند: «همینجوری با اشاره و یه چیزایی که حالا از عربی یادمون مونده بهش می گفتیم، فقط در این حد.... درحد اشاره و بتونیم گفتارامون، کلماتی که توی ذهنمونه یا طرف یه چیزایی بلده بتونیم صحبت کنیم». «.... اگه نباشه نهایت کار دیگه مثلا دستشویی رو بهشون نشون می‌دیم.

«خب همراه ندارم، مترجم ندارم، زبان عربی رو نمی دونم مشکل اس خب همراه ندارم، مترجم ندارم، زبان عربی رو نمی‌دونم مشکل است برام. پس طبعاً باید از زبان بین المللی اشارات استفاده بکنم».

۱- استفاده از اندوخته لغات قبلی

پرستاران ذکر می‌کردند که به برخی لغات و عبارات کلیدی سایر زبان‌ها مسلط هستند و از آنها استفاده می‌کنند.

«آب چی می شه. مثلاً بگه سو، سو. سو یعنی آب. حالا وقتی بگه سو من می‌گم آب می‌خوای یا اون ممکنه بفهمه و من یه خورده بهش آب بدم».

«در حد همین کلمات، ما روی کاغذ نوشته بودیم بعد از یک مدتی هم همکاران یاد گرفته بودند.... ولی مشکلمون را با همین کلمات کلیدی حل کرده بودیم».

بحث و نتیجه‌گیری

برقراری ارتباط اغلب مهمترین مشکل در کار با مددجویانی است که زمینه‌های فرهنگی متفاوت دارند و برای برقراری رابطه بین بیمار و پرستار و ارتقاء تعاملات بهتر، لازم است که یک ارتباط مؤثر ایجاد شود[۲۹]. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان نسبت به ضعف مهارت‌های ارتباطی خود اذعان داشتند. یافته حاضر هم‌سو با مطالعه پارک است؛ وی بر اساس مطالعه خود اظهار داشت پرستاران نیاز به مهارت‌ها و نگرش‌های ارتباطی بیشتری دارند [۳۰]. علاوه بر این، مک کاب نشان داد اگر پرستاران از رویکرد بیمار مدار استفاده کنند می‌توانند به خوبی با بیماران ارتباط برقرار کنند[۳۱]. لذا تشویق مدیران پرستاری مبنی بر انتقال رویکردهای رایج مراقبتی به سوی رویکردهایی که بیمار در محور مدل مراقبتی قرار گیرد، می‌تواند در بهبود ارتباطات میان پرستار و بیمار مؤثر باشد. یافته‌های مطالعه نشان داد، پرستاران برای برقراری ارتباط با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

بیمارانی که دارای فرهنگ متفاوت هستند، راهبردهای مختلفی را به کار می‌گیرند. بر این اساس یکی از جنبه‌های مهم مراقبت، برقراری ارتباط زبانی بین بیمار و پرستار بود؛ پرستاران بر این باور بودند که اختلاف زبانی می‌تواند از موانع ارتباطی عمده بین آنها و بیمار باشد. در همین زمینه فینک اظهار می‌دارد که برای ارائه و دریافت یک مراقبت کیفی و مؤثر باید بین بیمار و پرستار ارتباط مناسبی ایجاد شود[۳۲]. لاهوتی تفاوت زبان محاوره و تفاوت فرهنگی بین پرستار و بیمار را از جمله موانع ارتباطی مشترک بین پرستار و بیمار معرفی کرده‌است[۳۳]. لذا در هنگام تقسیم وظایف می‌توان حتی‌الامکان به گونه‌ای عمل کرد که پرستاران هم‌زبان با بیمار، مراقبت از وی را بر عهده گیرند؛ هر چند به‌دلایل مختلف و از جمله کمبود نیروی پرستار ممکن است اجرایی نمودن پیشنهاد مذکور با موانعی روبرو باشد. عدم توانایی برقراری ارتباط کلامی از مسایلی بود که مشارکت‌کنندگان به عنوان مشکل مطرح می‌کردند و همچنین دیده شد که ارتباط با بیماران دارای تفاوت زبان و فرهنگ، با مشکلاتی همراه است. در این زمینه هوی و همکاران مواجهه با زبان، فرهنگ و قومیت‌های مختلف را از چالش های تعاملی و استرسورهای پرستاران برشمرده اند[۳۴]، و سیوفی نیز در مطالعه خود به این مسئله اشاره کرده‌است که یکی دیگر از راهبردهای مورد استفاده توسط پرستاران، بهره جستن از پرستار هم زبان با بیمار برای مراقبت از این گونه بیماران است. پرستاران که در مواجهه بیماران دارای فرهنگ و زبان متفاوت از کارکنان بهداشتی دو زبانه همراه با سایر راهبردها استفاده می‌کنند[۱۳]. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران برای برقراری ارتباط زبانی با بیمارانی که زبان آنها متفاوت است از راهبرد درخواست مترجم استفاده می‌کردند. یافته‌های مطالعه بلک فورد نیز نشان داد استفاده پرستاران از خدمات مترجم از مؤلفه‌های اصلی کار در جوامع چندفرهنگی است[۱۶]. پارگرت نیز اظهار می‌دارد غلبه بر موانع زبانی با استفاده از مترجم، می‌تواند به یادگیری بین فرهنگی منجر شود[۲۱]. در همین زمینه انوشه و همکاران ضمن اشاره به اینکه زبان یا لهجه به صورت یک سد ارتباط بین پرستار و بیمار عمل می‌کند؛ اظهار می‌دارند که مدیران پرستاری و برنامه‌ریزان سیستم بهداشتی باید روی حذف یا اصلاح موانع بیان شده توسط بیماران و پرستاران، خصوصاً موارد مشترک تمرکز کنند[۵]. مشارکت‌کنندگان از همراه و اعضای خانواده بیمار برای ایجاد ارتباط با بیماران استفاده می‌کردند. استفاده از اعضای خانواده دارای مزایایی است؛ اول اینکه نیاز به مترجم کاهش می‌یابد. دوم اینکه پرستاران می‌توانند اطلاعات کامل‌تری را راجع به وضعیت بیمار به دست آورند. مزیت دیگر آن صرفه‌جویی در هزینه است و از همه مهمتر امکان برقراری ارتباط نزدیک و عاطفی نه تنها با بیمار بلکه با خانواده وی فراهم می‌شود که این امر نیز به تشخیص و درمان سریع منجر می شود. در همین زمینه نایلون می‌گوید استفاده از اعضای خانواده، راهکار دیگری برای حل اختلافات زبانی بین مراقبین و بیماران است[۳۵]. براساس نتایج پیشنهادات زیر را می‌توان ارایه نمود:

الف) تنوع فرهنگی در جامعه مستلزم توجه خدمات بهداشتی و درمانی به فراهم نمودن خدمات مناسب فرهنگی و زبانی است.

ب) لازم است که پرستاران دو زبانه که در جمع‌آوری اطلاعات عمیق‌تر فرهنگی مرتبط با بیماران نقش موثری دارند، مورد حمایت قرار گیرند. ج) پرستارانی که نسبت به تنوع فرهنگی آگاهی دارند، لازم است مورد تشویق و حمایت قرار گیرند تا آگاهی خود نسبت به پذیرش، احترام و تعهد به این بیماران و خانواده‌های آنان را ارتقاء بخشند.

سهم نویسندگان

محمدرضا حیدری: انجام پژوهش، تحلیل داده‌ها و تنظیم مقاله

منیره انوشه: استاد راهنما، نویسنده مسئول، همکاری در تحلیل داده‌ها و تنظیم مقاله

تقی آزاد ارمکی: استاد مشاور، همکاری در تحلیل داده‌ها

عیسی محمدی: استاد مشاور، همکاری در تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری بوده و نویسندگان آن به عنوان اساتید راهنما و مشاور، در مراحل مختلف گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، مرور داده‌ها نقش داشته‌اند. نویسندگان بر خود لازم میدانند از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر نمایند. این پژوهش با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز ابراز می دارند. در پایان نویسندگان از کلیه کسانی که بی دریغ تجاربشان را مطرح کردند و بی‌تردید بدون مشارکت آنان امکان انجام این تحقیق میسر نبود قدردانی می‌نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

منابع

1. Hojarat(The Walls) verse13 verse13
2. Roome(The Romans) verse 22
3. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. Seminars in Oncology Nursing 2010; 26:59-67
4. Donnelly PL. Ethics and cross-cultural nursing. Journal of Transcultural Nursing 2000; 11:119-26
5. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. International Nursing Review 2009; 56:243-49
6. Andrews, M. M, Boyle, J. S. Transcultural concepts in nursing care. 4th Editon. Lippincott Williams & Wilkins: philadelphia, 2003
7. Sherer JL. Crossing cultures: hospitals begin breaking down the barriers to care. Hospitals 1993; 67:29-31
8. Lipson J G, Steiger N J. Self-Care Nursing in a multicultural Context. 1st Editon, Sage: Thousand Oaks, 1996
9. Seelye HN. Teaching Culture: Strategies for Intercultural Communication. 3st Editon, National Textbook: Lincolnville, 1994
10. Giger JN, Davidhizar R. Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. International Nursing Review 2002; 49:79-86
11. Pauwels A. Health professions' perceptions of communication difficulties in cross-cultural contexts. Annual Review of Applied Linguistics 1990; 7:93-111
12. Kirkham SR. Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. Clinical Nursing Research 1998; 7:125-46
13. Cioffi RN. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. International Journal of Nursing Studies 2003; 40:299-306
14. Hoye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. Journal of Advanced Nursing 2010; 66:858-67
15. Murphy K, Clark JM. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. Journal of Advanced Nursing 1993; 18:442-50
16. Blackford J, Street A, Parsons C. Breaking down language barriers in clinical practice. Contemporary Nurse 1997; 6:15-21
17. Covington LW. Cultural competence for critical care nursing practice. Critical Care Nursing Clinics of North America 2001; 13:521-30
18. Lavizzo-Mourey RJ, MacKenzie E. Cultural competence--an essential hybrid for delivering high quality care in the 1990's and beyond. Transactions of the American Clinical and Climatological Association 1996; 107:226-35
19. Richardson A, Thomas VN, Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. European Journal of Oncology Nursing 2006; 10:93-101
20. Trill MD, Holland J. Cross-cultural differences in the care of patients with cancer. A review. General hospital psychiatry 1993; 15:21-30
21. Pergert P, Ekblad S, Enskar K, Bjork O. Bridging obstacles to transcultural caring relationships-tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. European journal of Oncology Nursing 2008; 12:35-43
22. Aghabarary , Varvani-Farahani , Mohammadi. Barriers to application of communicative skills by nurses in nurse-patient interaction: Nurses and Patients' Perspective. IJN 2009; 22:19-31 [Persian]
23. Lahoti V. Evaluation of communication barriers in nurse-patient interactions; nurses perspective. A thesis presented for the degree of M.Sc in nursing education, Shahid Beheshti University. Faculty of Medical Science. Department of nursing education; 1996[Persian]
24. Bjarnason D. Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications. The Nursing clinics of North America 2009; 44:517-525
25. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. Research in nursing & health 1997; 20:169-177
26. Carnevale FA. Authentic qualitative research and the quest for methodological rigour. Canadian journal of nursing research 2002; 34:121-128
27. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. Sage: Beverly Hills, 1985
28. Benner P. From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing. 1st Editon, Addison Wesley: Menlo Park, 1984

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]

29. McGuigan D. Communicating bad news to patients: a reflective approach. Nursing Standard. 2009; 8-14;23:51-6
30. Park EK, Song M.Communication barriers perceived by older patients and nurses. International Journal of Nursing Studies 2005; 42:159-66
31. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing .2004;13:41-9
32. Finke EH, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. Journal of Clinical Nursing 2008; 17:2102-15
33. Lahoti V. Evaluation of communication barriers in nurse-Patient interactions; nurses perspective. A thesis presented for the degree of M.Sc in nursing education. Shahid Beheshti University. Faculty of medical science. Department of Nursing Education. 1996 [Persian]
34. Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study Intensive & critical care nursing 2008; 24:338-48
35. Nailon RE. Nurses' concerns and practices with using interpreters in the care of latino patients in the emergency department. Journal of Transcultural Nursing 2006; 17;119-128

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.18.8]