



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

آگاهی دانشجویان پرستاری از نابرابری در بهداشت و درمان - یک چشم انداز متقاطع

چکیده

هدف: هدف کلی پژوهش حاضر، کشف آگاهی از نابرابری در بهداشت و درمان و تقاطع بین ساختارهای مختلف قدرت در میان دانشجویان پرستاری بود. هدف دیگر پژوهش حاضر، مشخص نمودن آگاهی و استفاده از رهنمود بهداشت و درمان سوئد در این گروه بود.

طراحی: این مطالعه دارای یک طراحی توصیفی با رویکرد کمیت گرا است.

شرکت کنندگان: نمونه 157 نفری از دانشجویان پرستاری از سه دانشگاه در مرکز سوئد.

روش ها: دانشجویان، پرسشنامه خاص مطالعه را در کلاس پر نمودند. این پرسشنامه شامل شرح کوتاهی از دوازده نفر خیالی بود که از نظر جنس، سن، و قومیت متفاوت تفاوت داشتند و پرسش های در مورد وضعیت زندگی آنها مطرح شد. میانگین برای هر فرد خیالی ارزیابی شده برای هر مورد محاسبه شد. در مرحله بعد، ارزیابی ها از پایین ترین احتمال تا بالاترین احتمال رتبه بندی شدند. 'شاخص زندگی خوب' متشکل از کیفیت زندگی، قدرت در زندگی خود، و تجربه تبعیض نیز محاسبه شد. اظهار نظرات متنی آزاد از نظر کیفی مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: افراد با اسامی سوئدی، با بالاترین احتمال داشتن یک زندگی خوب ارزیابی شدند. در میان افراد با اسامی سوئدی، قدیمی ترین زن به عنوان فرد دارای کمترین احتمال یک زندگی خوب ارزیابی شد. همه دانشجویان، در مورد رهنمود بهداشت و درمان سوئد آگاهی داشتند، اما دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر، از خدمات بیشتر استفاده کرده بودند.

نتیجه گیری ها: نتایج نشان می دهند که دانشجویان پرستاری دارای آگاهی از نحوه ارتباط قدرت و جنسیت، قومیت و سن هستند. بر اساس اظهار نظر متن آزاد، به نظر می رسد پرسش ها و دیدگاه های متقاطع موجب برخی از ناراحتی ها شود که به ماهیت حساس آنها اشاره می کنند. بنابراین، پرسشنامه می تواند به عنوان یک ابزار برای

شروع یک بحث از عدالت در بهداشت و درمان و در مداخلاتی که در آن هدف، افزایش آگاهی از نابرابری و تقاطع است، استفاده شود.

کلمات کلیدی: تقاطعی بودن، جنس، قومیت، سن، قدرت، پرستاری تلفنی، برابری در مراقبت بهداشتی، دانشجویان

پرستاری

1. مقدمه

دانشجویان پرستاری، نیروی کار مراقبت های بهداشتی آینده است. بنابراین ادراکات و آگاهی از نابرابری و دیدگاه های متقاطع از بهداشت، درمان و مراقبت های بهداشتی برای مطالعه مهم هستند. یک راه برای کاهش اختلاف برای مراقبت از گروه های آسیب پذیر و اقلیت، آگاهی از این دیدگاه است. مراقبت برابر و سلامت خوب برای همه شهروندان توسط قانون بهداشت و درمان سوئد (1982 763) و قانون بیمار (2014: 821) تصریح شده اند و برای چندین دهه، اصل راهنما برای مراقبت های بهداشتی در سوئد بوده اند. پشت این قوانین، اعلامیه حقوق بشر سازمان ملل، و به ویژه، ماده 12 در کنوانسیون بین المللی حقوق اقتصادی، حقوق اجتماعی و فرهنگی قرار دارند که توسط دولت سوئد تصویب شده اند. با این حال، تحقیقات قبلی نشان داد که مراقبت برابر همیشه در زمینه سوئد ارائه نمی شود. بعید است زنان به داروهای گران قیمت دست یابند و در مراقبت های بهداشتی، کمتر اولویت می شوند (Smirthwaite 2014).

گزارش شده است که زنان، افراد مسن و افراد کم درآمد، عمل جراحی کبد را به دلیل سرطان روده بزرگ را تا حد کمتری دریافت نموده اند (Norén و همکاران 2016). همچنین الگوهای مربوط به جنسیت در رفتار جستجوی سلامت مردم وجود دارد. زنان تمایل دارند تا مراقبت های بهداشتی را به طور فعال تر از مردان دنبال کنند و آنها بیشتر مشتاق به تماس با خدمات بهداشت و درمان هستند (Höglund & Holmström, 2008; Kraemer, 2000).

1.1 پیش زمینه

اصول مراقبت برابر در آموزش پرستاری سوئد تدریس می شود. این برنامه سه سال طول می کشد و منجر به مدرک لیسانس، و پیروی از مقررات دولت سوئد و مقامات آموزش عالی سوئد می شود. این برنامه شامل دوره ها و آموزش در ارتباطات و مواجهه با بیماران می شود. آموزش های پرستاری تخصصی، مانند پرستاری منطقه، شامل آموزش های پیشرفته تر در ارتباطات، به عنوان مثال در مورد پرستاری مشاوره تلفنی، و / یا مصاحبه انگیزشی می شوند. با این حال، بیشتر پرستاران ثبت نام شده (RNS)، مشاوره های تلفنی را ارائه می دهند، هنگامی که بیماران با کلینیک های بیماران داخلی و خارجی در مورد سوالات مرتبط بهداشتی تماس می گیرند.

علاوه بر مسائل مربوط به جنسیت، دانشجویان پرستاری سوئد، درک مبهمی در مورد کار با افراد مسن تر ابراز کرده اند. در حدود نیمی از یک گروه از 224 دانشجویان بیان نمودند که پرستاری سالمندان، کاری خسته کننده، استرس زا و افسرده کننده (کارلسون، 2013) است. دانشجویان همچنین گزارش کرده اند که دگرجنسگرایی هنجاری بر آموزش آنها (Röndahl, 2011) حاکم است. مطالعه حاضر بر آگاهی دانشجویان پرستاری در مورد مراقبت برابر در رابطه با رهنمود بهداشت و درمان سوئد (SHD) تمرکز نموده است. این خدمات، که با الهام از رهنمود NHS بریتانیا در سال 2003 آغاز شد، خدمات پرستاری تلفنی ملی سوئد است. از سال 2013، تمام شوراهای استان و مناطق در سوئد را پوشش می دهد و کارکنان آن در حدود 1500 نفر از پرستاران تلفنی هستند. همه پرستاران، RNS هستند و انواع آموزش تخصصی (کامینسکی، 2013) را یاد گرفته اند.

در طول سال 2014، 5.5 میلیون عموم مردم، با SHD تماس گرفتند (رهنمود بهداشت و درمان سوئد، 2014) و این خدمات را به یکی از بزرگترین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی سوئد تبدیل ساختند. توصیه می شود که شهروندان سوئدی، SHD را به اولین مخاطب تماس خود در مورد مراقبت های بهداشتی تبدیل سازند. پرستاران تلفنی، علائم تشخیص تماس گیرنده را ارزیابی می کنند و تصمیم می گیرند که آیا مشاوره مراقبت از خود ارائه دهند یا خیر، تماس گیرنده را به دیگر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ارجاع دهند یا خیر، و یا یک آمبولانس ارسال نمایند یا خیر. بنابراین پرستاران تلفنی، به عنوان ارائه دهندگان مراقبت و به عنوان محافظ برای بخش بهداشت و درمان (Holmstrom و Dall'Alba &، 2002) نقش دوگانه ای دارند. با توجه به نقش محافظ، بسیار

مهم است که ارزیابی و ارجاع تماس‌ها، درست، برابر، و بی طرفانه برای تمام تماس‌گیرندگان صرف نظر از سن، جنسیت و قومیت آنها صورت گیرد، زیرا دسترسی بیشتر به مراقبت و در نهایت، نتایج در مورد سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مطالعات نابرابری در سلامت مهم است. به غیر از مطالعه نحوه تاثیر جنس، سن و تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی بر عدالت در سلامت، همچنین قومیت از اهمیت برخوردار است، زیرا سوئد امروز یک جامعه چند فرهنگی است. در حال حاضر، بیش از 17 درصد از شهروندان آن در خارج از کشور متولد شده‌اند (migrationsinfo.se). با این حال، مطالعات نابرابری در مراقبت اغلب بر یک رده متفاوت در یک زمان متمرکز شده‌اند. در مقابل این، می‌توان استدلال کرد که تقاطع، یک مفهوم نظری مهم است که می‌تواند تحقیقات بهداشتی را به روش‌های مختلف غنی نماید، مانند شناسایی نابرابری و توسعه استراتژی‌های مداخله (بائر، 2014). نظریه‌ها در مورد تقاطع برای تجزیه و تحلیل نحوه تعامل سلسله مراتب اجتماعی و فرهنگی و قدرت و گنجاندن الگو یا حذف آن با توجه به جنسیت، قومیت، سن، جنسیت، و غیره (Collins، 2000) استفاده می‌شوند. اصطلاح «تقاطع» برای اولین بار توسط Kimberle Crenshaw راه اندازی شد. او تاکید کرد که جنسیت، با عواملی مانند قومیت، سن، و تمایلات جنسی (Crenshaw، 1995) تعامل - یا تقاطع یافته است. این موضع نظری بیشتر توسط پاتریشیا هیل کالینز توسعه یافت که استدلال می‌کرد که الگوهای فرهنگی ظلم و ستم همراه با هم بر اساس عوامل مختلف ذکر شده (کالینز، 2000) محدود می‌شوند. این رده‌بندی‌ها لزوماً معین نیستند. ایده این کار، تکمیلی نیست، و رده‌های مختلف به صورت سلسله مراتبی در ارتباط با یکدیگر در نظر گرفته نمی‌شوند. در عوض، تمرکز بر تعامل بین ساختارهای مختلف قدرت است که در مراقبت‌های بهداشتی نیز گنجانده می‌شود.

مطالعات قبلی، نابرابری‌ها در SHD را نشان داده‌اند. پرستاران تلفنی متوجه شده‌اند که صحبت کردن با تماس‌گیرندگان زن که متقاعد کردن آنها برای صبر و دیدن آسانتر است، راحت‌تر می‌باشد (Hoglund می & Holmstrom و 2008). هنگامی که پدران تماس می‌گیرند، آنها دو برابر مادران، وقت پزشکی برای کودک خود می‌گیرند، در حالی که مادران مشاوره مراقبت از خود می‌گرفتند. این را نمی‌توان توسط تفاوت‌ها در شدت علائم

کودکان (کامینسکی و همکاران 2010) توضیح داد. همچنین هنگام تجزیه و تحلیل نتایج از تماس های تماس گیرنده بزرگسالان برای خودشان (Hakimnia و همکاران 2015) همین الگو یافت شد. علاوه بر این، تماس گیرنده سالمند، از خدمات SHD، با توجه به سهم خود در جمعیت (Hakimnia و همکاران 2014) به میزان کمتر از حد انتظار استفاده نمودند. همچنین به نظر می رسد (Hakimnia و همکاران 2015)، استفاده از این خدمت برای بیماران مبتلا به مهارت کم در زبان مشکل است.

به طور خلاصه، بر اساس اعلانیه حقوق بشر سازمان ملل، قانون مراقبت از سلامتی سوئد (1982:763) و قانون بیماران (2014:821) تصریح می نمایند که مراقبت از سلامتی باید به صورت برابر برای تمام شهروندان توزیع شود. در مقابل این مورد، مطالعات اولیه نشان دادند که نابرابری ها در مورد استفاده از و نتیجه تماس ها با SHD وجود دارد (Höglund & Holmström 2008; Kaminsky et al. 2010; Hakimnia et al. 2014, 2015). ادراکات و آگاهی از نابرابری و دیدگاه های درون بخشی احتمالاً بر مواجهه بیمار-پرستار تاثیر می گذارد. چون دانشجویان پرستاری، نیروی کار پرستاری آینده هستند، مطالعه آگاهی آنها از نابرابری در مراقبت از سلامتی با تمرکز ویژه بر SHD مهم است.

1.2 هدف

هدف کلی مطالعه حاضر، کاوش در آگاهی نابرابری در مراقبت از سلامتی و تقاطع بین ساختارهای مختلف قدرت در میان دانشجویان پرستاری بود. هدف دیگر، نشان دادن آگاهی و استفاده از SHD در این گروه بود.

1.3 سوالات تحقیقاتی

اولین سوال تحقیق با این مورد مرتبط بود که آیا ارزیابی یک وضعیت زندگی داستانی با مشخص بودن جنس، سن و قومیت فرد امکانپذیر است یا خیر.

دومین سوال تحقیق با ارزیابی یک زندگی خوب مرتبط بود. چگونه احتمال ارزیابی شده تجربه یک زندگی خوب در سوئد با جنس، سن و قومیت یک فرد عامی مرتبط می شود؟

سوال تحقیقاتی سوم با این مورد مرتبط بود که تا چه حد SHD در میان دانشجویان پرستاری شناخته شده است و تا چه حد آنها خودشان با SHD تماس میگیرند.

2. روش

2.1 طراحی

این مطالعه، یک طراحی توصیفی با یک رویکرد کمیتی داشت.

2.2 نمونه و تنظیم

یک نمونه متشکل از 157 دانشجوی پرستاری، از سه محیط مختلف آموزشی دانشگاهی در مرکز سوئد استفاده شد. اکثریت، 119 دانش آموز، (105 زن و 14 مرد)، در ترم سوم خود از تحصیلات کارشناسی بودند. 38 نفر (36 زن و 2 مرد) دیگر در برنامه آموزش ویژه در پرستاری منطقه بودند. ویژگی های شرکت کنندگان در جدول 1 ارائه شده است.

2.3 روش اجرایی

آگاهان، پرسشنامه را در کلاس درس پاسخ دادند. تمام دانشجویانی که در حال حاضر در کلاس های درس بودند پرسشنامه را پاسخ دادند.

2.4 ملاحظات اخلاقی

با توجه به قانون سوئد (460: 2003) ، هیچ تاییدیه رسمی از مطالعه مورد نیاز نبود. این مطالعه با اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی و با قانون اخلاق سوئد (: 460 2003) مطابقت داشت. به دانشجویان اطلاع داده شد که مشارکت، داوطلبانه است، و اینکه آنها می توانند بدون دادن یک دلیل، از مطالعه صرفه نظر کنند و پاسخ ها ناشناس بودند. زمانی که پرسشنامه ها پاسخ داده شد و ارائه شدند، رضایت نامه آگاهانه در نظر گرفته شد.

جدول 1: مشخصات شرکت کنندگان (n=157)

دانشجویان	تمام شرکت کنندگان (n=157)	زن (n=141)	مرد (n=16)	
برنامه مطالعه سن M/SD	28.1/7.6	28.1/7.8	28.2/6.5	n.s.
سطح پایه	119	105	14	
سطح پیشرفته	38	36	2	

2.5. پرسشنامه

یک پرسشنامه خاص مطالعه توسط محققان با تجربه طولانی مدت و شایستگی در آموزش پرستاری، پرستاری تلفنی، مطالعات جنسیتی و پرسشنامه رشد / روانشناسی ساخته شد. این پرسشنامه، یک راهنمای آزمایش شده بر روی یک گروه کوچک از شرکت کنندگان بود، و برخی از تغییراتی ایجاد شد. این پرسشنامه بارها و بارها در سمینارهای تحقیقاتی نیز مورد بحث قرار گرفته است و به عنوان آزمون قبل و بعد در یک مطالعه مداخله (Hoglund می همکاران 2016) استفاده می شود. با توجه به زمینه SHD در مطالعه حاضر، سه جنبه از مراتب قدرت یا تداخل انتخاب شدند: جنس، سن، و قومیت، زیرا اینها عمدتاً توسط پرستاران تلفنی در هنگام تماس یک بیمار شناخته می شوند. دوازده نفر خیالی که در جنس، سن، و قومیت متفاوت بودند، ایجاد شدند: شش تا با اسامی خانم ها و شش تا با اسامی آقایان؛ هر یک متعلق به یکی از سه گروه سنی است، 25 سال، 45 سال و 70 سال؛ و هر فرد به صورت متولد شده در سوئد و یا خارج از اروپا توصیف شد. این پرسشنامه طوری ساخته شد که شرح های کوتاهی از دو نفر از 12 نفر خیالی برای هر فرد آگاه استفاده شد.

آیتم ها مرتبط با ارزیابی این احتمال بودند که آیا فرد خیالی با SHD تماس گرفته است، آیا وقت دکتر گرفته است، آیا کیفیت بالایی از زندگی دارد، در زندگی خود قدرت دارد، و تبعیض را تجربه کرده است یا خیر.

افراد توصیف شده مورد استفاده در مطالعه به شرح زیر بود:

A - زن 25 ساله متولد در سوئد (Isa)

B - زن 25 ساله متولد خارج از اروپا (Lynn)

C. زن - سن 45 سال متولد در سوئد (یوهانا)

D. زن در سن 45 سال متولد خارج از اروپا (مانوئلا)

E. زن 70 سال متولد در سوئد (کارین)

F. زن 70 سال متولد خارج از اروپا (لی زینگ)

G. مرد 25 ساله متولد در سوئد (الکساندر)

H. مرد 25 ساله متولد خارج از اروپا (الیوت)

I. مرد سن 45 سال متولد در سوئد (Björn)

J. مرد سن 45 سال متولد خارج از اروپا (Urghesa)

K. مرد 70 سال متولد در سوئد (دیوید)

L. مرد 70 سال متولد خارج از اروپا (احمد)

اول، به هر شرکت کننده به صورت تصادفی، دو نفر از افراد خیالی منسوب شد و خواسته شد تا این دو را ارزیابی نماید. پس از آن، از شرکت کنندگان خواسته شد تا در مورد ارزیابی های خود با استفاده از متن آزاد به اظهار نظر بپردازند. در مجموع، 66 ترکیب مختلف ((12 × 11) / 2) بررسی شد.

2.6. تحلیل داده ها

میانگین برای هر فرد ارزیابی شده (A-L) برای هر یک از آیتم ها محاسبه شد. در مرحله بعد، ارزیابی ها از پایین ترین احتمال تا بالاترین احتمال (از این رو، 12 موقعیت رتبه بندی شده ممکن شد) رتبه بندی شدند. قابلیت اطمینان / همگن بودن " شاخص زندگی خوب " با ضریب آلفا-کرونباخ (Chronbach, 1951) محاسبه شد. اظهار نظر متنی آزاد با تحلیل محتوای استقراء (واحد و Kyngäs, 2008) استفاده شد. در گام نخست، اظهار نظر متنی آزاد به یک سند-کلمه وارد شد. این مورد با دقت و بارها و بارها از طریق دو نویسنده خوانده شد، تا درک

خوبی از کل آن حاصل شود. گام بعدی، سازماندهی داده ها بود. این فرایند شامل کدگذاری باز، طبقه بندی، و چکیده بود. اظهار نظرات به طور کلی بسیار کوتاه بود، و تجزیه و تحلیل در سطح توصیفی صورت گرفت. در بخش زیر، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پرسشنامه با اظهار نظر متنی آزاد به صورت تصاویر معرفی شده اند.

3. نتیجه

در جدول 2، تعداد ارزیابی ها برای افراد مختلف (A-L) ارائه شده اند.

افراد با اسامی سوئدی، با بالاترین احتمال داشتن یک زندگی خوب، مورد ارزیابی قرار گرفتند. در میان افراد با اسامی سوئدی، مسن ترین خانم Karin (70 سال سن) به عنوان فرد دارای بالاترین احتمال زندگی خوب ارزیابی شد. دانشجویان، دو فرد جوان را با اسامی مرد (alex, 25 ساله و Bjorn, 45 ساله) به عنوان افراد دارای بالاترین احتمال زندگی خوب ارزیابی نمودند.

جدول 2: تعداد ارزیابی ها برای افراد مختلف (A-L) در نمونه دانشجویان (n=157)

فرد	دانشجویان
(A) Isa	22
(B) Lynn	25
(C) Johanna	29
(D) Manuela	28
(E) Karin	31
(F) Li-Xing	29
(G) Alexander	26
(H) Elliot	27
(I) Björn	25
(J) Urghesa	27
(K) David	22
(L) Ahmed	25

در اظهار نظرات متنی آزاد، رابطه بین سن و قومیت بیشتر توسعه داده شد:

آنها دارای سنین و قومیت مختلف بودند. جنبه سن بر نیاز آنها برای خدمات مراقبت سلامتی تاثیر می گذارد. آنها با در نظر گرفتن امکان بیان خودشان به زبان سوئدی، متفاوت بودند (دانشجو 6، مرد، افراد ساختگی A/F).

دو سوال مرتبط با SHD بود. یک سوال برای این احتمال پرسیده شد که فرد ساختگی، با SHD تماس گرفته است یا خیر و دیگری برای احتمال داشتن توصیه برای وقت دکتر. پاسخ ها در جدول 3 ارائه شده اند.

مطابق با گفته دانشجویان، فرض شد که افراد ساختگی با اسامی سوئدی بیشتر از افراد با اسامی غیرسوئدی با SHD تماس می گیرند. این مورد برای سوال از داشتن وقت دکتر صحیح بود. قومیت می تواند یک عامل تعیین کننده باشد که در اظهار نظرات متنی آزاد بیان شد:

تجربه من اینست که بسیاری از افراد با ریشه خارجی این درک را دارند که توسط تماس با SHD کمک نمی گیرند (دانشجو 9، مرد، افراد ساختگی B/I)

گرفتن وقت دکتر برای مردان آسانتر است. یک فرد با ریشه سوئی، به صورت جدی در نظر گرفته نمی شود (دانشجو 84، زن، افراد ساختگی D/I)

جدول 3: SHD. ارزیابی احتمال اینکه افراد ساختگی با SHD تماس گرفته باشند و یک پیشنهاد وقت دکتر را در

زمان تماس دریافت کرده باشند ($n=157$). اسامی سوئدی به صورت ایتالیک بیان شده اند.

احتمال برای تماس با SHD				احتمال برای گرفتن وقت دکتر			
رتبه	فرد ساختگی	میانگین	SD	رتبه	فرد ساختگی	میانگین	SD
1	<i>Johanna 45</i>	4.83	1.2	1	<i>Isa 25</i>	4.50	1.0
2	<i>Isa 25</i>	3.73	1.2	2	<i>Björn 45</i>	4.44	0.8
3	<i>David 70</i>	3.50	1.3	3	<i>Alexander 25</i>	4.42	1.1
4	<i>Björn 45</i>	3.44	1.3	4	<i>Johanna 45</i>	4.21	0.9
5	<i>Karin 70</i>	3.42	1.5	5	<i>David 70</i>	4.09	1.1
6	<i>Alexander 25</i>	3.15	1.0	6	<i>Lynn 25</i>	3.84	1.1
7	<i>Manuela 45</i>	2.93	1.2	7	<i>Karin 70</i>	3.71	1.2
8	<i>Lynn 25</i>	2.88	0.8	8	<i>Elliot 25</i>	3.59	1.1
9	<i>Urghesa 45</i>	2.59	1.0	9	<i>Urghesa 45</i>	3.44	1.2
10	<i>Li-Xing 70</i>	2.52	1.0	10	<i>Manuela 45</i>	3.32	1.2
11	<i>Elliot 25</i>	2.19	0.7	11	<i>Ahmed 70</i>	3.12	1.1
12	<i>Ahmed 70</i>	2.16	0.6	12	<i>Li-Xing 70</i>	3.00	0.8

در جدول 4، ارزیابی های 'شاخص زندگی خوب' ارائه شده است. این شاخص شامل کیفیت زندگی، قدرت بر زندگی

شخصی، و ارزیابی معکوس برای سوال مربوط به تجارب تبعیض می شود. طیف شاخص 3-18 بود. مقدار بالا نشان

داد که فرد خیالی احتمالاً یک زندگی خوب دارد. آلفای کرونباخ برای شاخص = 0.72 محاسبه شد.

در جدول 5، دانش و استفاده از SHD ارائه شده است.

نتایج نشان داد که همه دانشجویان در مورد SHD می دانستند، اما زنان بیشتر از مردان ($P = 0.000$) تماس گرفته بودند. علاوه بر این، جنبه های تفاوت های جنسیتی در ارتباط با SHD در اظهار نظرات متنی آزاد برجسته شدند:

من فکر می کنم مردها در گرفتن دسترسی به مراقبت بهداشتی اصرار بیشتری دارند. زن احتمالاً عادت به مراقبت از خود دارد، از نظر سلامت بهتر است، از لحاظ جسمی فعال است و یک رژیم غذایی سالم می گیرد. (دانشجو 98، زن، افراد خیالی D / J)

تماس و ارتباط با سیستم مراقبت های بهداشتی برای مردان به اندازه زنان، مرسوم نیست. (دانشجو 123، زن، افراد خیالی E / K)

از آنجا که تنها 16 نفر از 157 شرکت کننده مرد بودند، مقایسه پاسخ ها در مورد تفاوت های جنسیتی در ارزیابی از نظر آماری ممکن نبود.

3.1. اظهار نظرات متنی آزاد

در میان شرکت کنندگان، اکثریت (157/145) در مورد ارزیابی خود اظهار نظر نمودند. این اظهار نظرات را می توان به سه دسته تقسیم نمود. اولی، آگاهی بالا را از تقاطع رده های مطالعه ابراز نمودند: جنسیت، قومیت، و سن. مثال هایی در نقل قولهای بالا، در رابطه با داده های پرسشنامه ارائه شده است.

رده دوم از اظهار نظرات با مشکل پاسخ دادن به سوالات به علت عدم وجود اطلاعات در افراد پاسخ دهندگان خیالی مورد ارزیابی قرار گرفت. تعدادی از اظهار نظرات نشان داد که ارزیابی بر اساس اطلاعات محدود ارائه شده سخت است، اگر چه آنها ارزیابی هایی را صورت داده بودند:

من در اصل هیچ آگاهی در مورد این افراد ندارم، اما حدس می زنم که سن و جنس تاثیر دارند، حتی اگر ارزیابی های نسبتاً مشابهی صورت داده باشم. (دانشجو 48، زن، افراد خیالی G / I)

اطلاعات به مراتب کمی وجود دارد که باعث شود من احساس ناراحتی در مورد قضاوت این جنبه ها داشته باشم.
(دانشجو 4، زن، افراد خیالی B / D).

جدول 4: شاخص زندگی خوب در مورد کیفیت زندگی، توان روی زندگی و ارزیابی معکوس شده تجربه تبعیض
(گستره 3-18)، میانگین ها و انحرافات معیار (n=157). اسامی سوئدی به صورت ایتالیک نوشته شده اند.

رتبه	دانشجویان	میانگین	انحراف معیار
1	<i>Alexander 25</i>	13.54	2.0
2	<i>Björn 45</i>	13.31	1.6
3	<i>Isa 25</i>	12.87	1.7
4	<i>Johanna 45</i>	12.35	2.6
5	<i>David 70</i>	12.25	2.5
6	<i>Karin 70</i>	11.33	2.6
7	<i>Lynn 25</i>	10.73	2.9
8	<i>Elliot 25</i>	10.29	2.6
9	<i>Urghesa 45</i>	9.86	2.7
10	<i>LiXing 70</i>	9.53	1.6
11	<i>Manuela 45</i>	9.44	2.7
12	<i>Ahmed 70</i>	9.00	2.2

جدول 5: دانش و استفاده از SHD

	Knowledge of SHD		Have called SHD	
	Yes	No	Yes	No
All participants Students (n = 157)	157 (100%)	0 (0%)	127 (81%)	29 (19%)
Women in the Student sample (n = 141)	141 (100%)	0 (0%)	120 (86%)	20 (14%)
Men in the Student sample (n = 16)	16 (100%)	0 (0%)	7 (44%)	9 (56%)*

رده سوم شامل اظهار نظراتی می شود که نشان دادند موضوع قدرت و نابرابری، برای برخی از پاسخ دهندگان
(157/6) ایجاد ناراحتی می کند:

پرسش های آزار دهنده! من حدس می زنم جواب این است که او مسن تر است، احتمالاً ازدواج کرده و کار را در مراحل بعدی زندگی ادامه خواهد داد. (دانشجو 5، زن، افراد خیالی A / E)

این ارزیابی فقط بر اساس تعصب است! (دانشجو 10، زن، افراد خیالی A / H)

این بررسی فقط بر اساس حدس زدن است! (دانشجو 119، زن، افراد خیالی A / I)

4. بررسی

نتایج نشان داد که دانشجویان در مورد سلامت و نابرابری و در مورد نحوه تعامل این ساختارهای قدرت های مختلف آگاه بودند. علاوه بر این، نتایج نشان می دهد که یک ارزیابی از وضعیت زندگی احتمالی، احتمال داشتن یک زندگی خوب، و دسترسی به SHD از یک فرد خیالی که فقط جنس، سن، و قومیت آن شناخته شده است، ممکن می باشد. مطالعات قبلی گزارش می دهند که زنان بیشتر از مردان (کامینسکی و همکاران 2010)، و افراد جوان و میانسال با منشاء سوئدی بیشتر از افراد مسن تر و غیر سوئدی (کامینسکی و همکاران 2010، Hakimnia همکاران پاسخ، 2015) با SHD تماس می گیرند. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان تصور می کردند که افراد با نام سوئدی بیشتر با SHD تماس می گیرند. با توجه به احتمال دریافت یک توصیه از ملاقات حضوری با دکتر در هنگام فراخوانی SHD، با توجه به گفته دانشجویان، مردان با بالاترین احتمال، این کار را انجام می دادند. این در راستای مطالعات قبلی است که گزارش کرده اند که مردان بیشتر از زنان به دنبال نمودن ملاقات حضوری با دکتر در هنگام تماس با SHD توصیه می شوند (Hakimnia و همکاران 2015؛ کامینسکی و همکاران 2010).

نتایج را می توان به عنوان یک آگاهی نسبتاً بالا در میان شرکت کنندگان در مورد نحوه تقاطع قدرت و جنسیت تفسیر نمود. دانشجویان جوانترین فرد را با یک نام مرد دارای بیشترین قدرت ارزیابی نمودند. بر اساس نظریه های به خوبی تثبیت شده، یک جنبه مرکزی از الگوهای جنسیتی، به روابط قدرت میان زنان و مردان در جامعه و نحوه ساخت روابط قدرت سلسله مراتبی درون نظام جنسیتی فعلی مربوط می شود (کانل، 2003، 2012؛ Hirdman، 2001). همچنین این مورد در بهداشت و درمان نیز صحت دارد و نشان می دهد که قدرت به چیزی به نام مردانگی

فرهنگی مرتبط می شود و نه به زنانگی فرهنگی. از این رو، دانشجویان پرستاری بیان نمودند که با توجه به این نظریه ها و آگاهی ها، مردانگی و قدرت از لحاظ نظری به هم مرتبط هستند.

نتیجه دیگر مربوط به ارزیابی احتمال تجربه یک زندگی خوب در سوئد امروزی بود. واضح است که طبق ارزیابی، افراد با اسامی سوئدی زندگی بهتری از افراد غیر سوئدی داشتند. با این حال، همچنین در ارزیابی ها آشکار است که سن و جنس با قومیت متقاطع هستند. دانشجویان، دو تا از جوان ترین مردان را به عنوان افراد دارای بهترین فرصت ها برای یک زندگی خوب ارزیابی نمودند (الکساندر، 25 و Björn 45). همچنین آنها رتبه بندی نمودند که در میان افراد با نام سوئدی، پیرترین زن (کارین، 70) کمترین احتمال یک زندگی خوب را دارد، اما هنوز هم زندگی او بهتر از تمام افراد با اسامی غیر سوئدی صدایی است. با توجه به رتبه بندی دانشجویان پرستاری، دو نفر با نام غیر سوئدی (مانوئلا، 45 و احمد، 70) نسبتاً بدترین زندگی را داشتند. این نتایج در پرتو نظریه تقاطع قابل درک می باشد. پاسخ های مصاحبه شونده ها و همچنین اظهار نظرات متنی آزاد آنها، آگاهی بالایی از تقاطع جنسیت، قومیت، و سن را نشان می دهد. همراه با [Collins \(2000\) and Lycke \(2005\)](#)، تفسیر نتایج به صورت بیان چگونگی تعامل سلسله مراتب های اجتماعی و فرهنگی و قدرت و گنجاندن یا حذف الگو با توجه به جنسیت، قومیت، و سن در جامعه سوئد ممکن است.

سوال سوم پژوهش مربوط به اینست که تا چه SHD در میان دانشجویان شناخته شده است و اینکه تا چه حد آنها با SHD تماس می گیرند. همه دانشجویان با SHD آشنا بودند که یافته ای مورد انتظار می بود، زیرا آنها در حال تحصیل برای تبدیل شدن به پرستاران ثبت شده بودند. با این حال، دانشجویان پرستاری دختر بیشتر از دانشجویان پسر تماس گرفته بودند، که همگام با مطالعات دیگر نشان می داد (کامینسکی و همکاران 2010؛ Hakimnia و همکاران 2015). در نتیجه نتایج ما، از یافته های قبلی در مورد پرستاری تلفن و جنسیت پشتیبانی می کند (Goode و همکاران، 2004؛ کامینسکی و همکاران 2010؛ Hakimnia و همکاران 2015). به نظر می رسد تماس SHD یک فعالیت است که عمدتاً توسط زنان جوان و میانسالان با زبان سوئدی به عنوان زبان اول آنها انجام می شود (Hakimnia و همکاران، 2015). این وضعیت به شدت با قانون سوئد تضاد دارد که بیان می کند که

مراقبت های بهداشتی باید با توجه به نیازها و با احترام به کرامت انسانی هر فرد، با اهداف عدالت در سلامت برای همه شهروندان توزیع شود (SFS، 763: 1982). با توجه به عملکرد حفاظتی SHD، مهم است که همه شهروندان دارای دسترسی برابر باشند و متخصصان مراقبت های بهداشتی برای رسیدن به این هدف تلاش نمایند.

اظهار نظرات متنی آزاد فاش کردند که سوالات تحقیق گاهی اوقات به عنوان تحریک کننده تلقی می شدند. واقعیت این است که سوالات مربوط به جنسیت و تقاطع ممکن است واکنش هایی را خلق نمایند که قبلاً گزارش شده اند (مندرسون، 2003). همچنین تصور می شد که مسائل مربوط به جنسیت در نظر معلمان پزشکی (Risberg و همکاران 2011)، دارای اولویت پایین باشند. با این حال، در حال حاضر بسیاری از کشورها با تغییرات فرهنگی سریع و تماس های رو به رشد برای تنوع در حوزه پرستاری برای جذب و حفظ اقلیت ها در نیروی کار بهداشت و درمان (Kulakac و همکاران 2015) روبرو هستند. Flood و Commendador (2016) اشاره می کنند که پرستاری فرافرهنگی را می توان آموزش داد، اما فضا برای بهبود وجود دارد. پرستاران و دانشجویان پرستاری باید مسائل فرهنگی را درک کنند و با حساسیت فرهنگی در هنگام برخورد با بیماران عمل نمایند. برنامه ها برای افزایش شایستگی فرهنگی، نتایج مثبت را (Gallagher و Polanin، 2015) ثابت کرده اند. چنین برنامه هایی را می توان توسعه داد که شامل یک رویکرد گسترده تر و متقاطع می شود. همراه با Risberg و همکاران (2009)، ما فعالیت های افزایش آگاهی را در میان دانشجویان، معلمان، پرستاران، محققان و سیاست گذاران، پیشنهاد دادیم. ، و ما نشان می دهیم که پرسشنامه ارائه شده در این مطالعه می تواند یک ابزار ارزشمند در چنین کاری باشد.

4.1. ملاحظات روش

از آنجایی که این اولین تلاش برای مطالعه امکان استفاده از ارزیابی افراد خیالی است که در آن فقط سن، قومیت، جنسیت شناخته شده اند، نیاز به آزمایش اعتبار یا قابلیت اطمینان برای ارائه وجود دارد. محاسبه آلفای کرونباخ برای شاخص زندگی خوب، تلاشی برای ارزیابی قابلیت اطمینان و یا همگن بودن شاخص بود، و $\alpha = 0.76$ کاملاً قابل قبول است. سوالات، نمونه هایی از مسائلی هستند که می توانند مورد استفاده قرار گیرند. سوالات مختلف را می

توان در موقعیت های مختلف استفاده نمود. در مطالعه حاضر، سوالاتی در زمینه پرستاری تلفنی را تدوین نمود و هدف، منعکس نمودن برابری و تبعیض مرتبط با SHD بود. این مطالعه دارای مقیاس نسبتاً کوچکی است، و در یک محیط سوئدی انجام شده است که محدودیت هایی علاوه بر روش نمونه برداری وجود دارد. علاوه بر این، هیچ سوالی در مورد قومیت شرکت کنندگان، اینکه چرا هیچ تجزیه و تحلیلی را نمی توان در رابطه با آن انجام داد، پرسیده نشد. با این حال، با اینکه نمونه پژوهش شامل اکثریت دانشجویان مقطع کارشناسی بود، اما شامل دانشجویان در آموزش ویژه، از جمله دانشجویان دختر و پسر در سنین مختلف و از دانشگاه های با اندازه و محل های مختلف می شد. ما معتقدیم که یک تصویر غنی از پدیده مورد مطالعه ارائه شده است. همانطور که در آموزش پرستاری شایع است، نمونه دانشجویان شامل تعداد کمی از مردان (16/157 پاسخ دهندگان) می شود.

5. نتیجه گیری

پاسخ دهندگان دانشجوی پرستاری، تنها با شناخت جنس، سن، و قومیت، قادر به ارزیابی وضعیت زندگی یک فرد خیالی بودند. شاخص زندگی خوب خلق شده، نشان داد که پاسخ دهندگان، افراد جوانتر با اسامی مرد دارای بهترین زندگی هستند. در نهایت، همه دانشجویان از SHD اطلاع داشتند، اما زنان بیشتر از مردان، از خدمات آن استفاده می کردند. بر اساس اظهار نظرات متن آزاد، به نظر می رسد پرسش ها و دیدگاه های متقاطع، برخی التهابات و ناامیدی را تحریک نماید که به ماهیت حساس آن اشاره می کند. بنابراین استفاده از پرسشنامه به عنوان یک ابزار برای شروع یک بحث از برابری در بهداشت و درمان و در مداخلات که در آن هدف، افزایش آگاهی از نابرابری و تقاطع است، ممکن است.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی