



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN KÜLTÜRE DUYARLI HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISINI
DEĞERLENDİRMeye YÖNELİK ÖLÇEK GELİŞTİRME:
BİR KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI**

AYŞEGÜL AÇIL
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN KÜLTÜRE DUYARLI HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISINI
DEĞERLENDİRMeye YÖNELİK ÖLÇEK GELİŞTİRME:
BİR KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI**

AYŞEGÜL AÇIL
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşegül AÇIL

İmza

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, özverili ve şefkatli bir hemşire olmayı öğreten ve bugünkü ben olmamda emekleri büyük olan tez danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak, değerli hocalarım Prof.Dr.Şule Ecevit Alpar ve Prof.Dr.Ükke Karabacak'a,

Yedi yıllık hemşirelik deneyimim sonrası eğitimci rolüne geçmemde bana yol gösteren ve rol model olan Doç.Dr. Ayşe Demiray ve Prof.Dr. Ayla Keçeci'ye,

Tez çalışmam süresince değerli görüş, öneri ve desteklerini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek, benimle deneyimlerini paylaşan tüm hemşire ve hastalara,

Bu süreçte beni motive eden, desteklerini her zaman hissettiğim ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum arkadaşlarım, Merve Çakar, Esra Kınacı, İbrahim Kavaslar, Ömer Fahri Özdemir ve İsmail Aşatır'a,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olduklarını bildiğim, evlatları olmaktan gurur duyduğum kıymetli ailem, annem Birsen Açıl, babam Murat Açıl ve kardeşlerim Okan Açıl, Cemile Açıl ve Yunus Emre Açıl'a,

Sonsuz teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	ii
TABLO LİSTESİ	iii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kültür Kavramı	6
4.1.1. Kültürü oluşturan etmenler	8
4.1.2. Sağlık bakımında kültür ile ilişkili kavramlar	10
4.2. Ülkemizde Kültüre Özgü Sağlık Uygulamaları	15
4.3. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı	21
4.3.1. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşımlar	28
4.3.1.1. Ağrıda kültürel yaklaşım	28
4.3.1.2. Kronik hastalıkların bakımında kültürel yaklaşım	32
4.3.1.3. Psikiyatrik hastalıkların bakımında kültürel yaklaşım	33
4.3.1.4. Prenatal ve postnatal dönemde kültürel yaklaşım	33
4.3.2. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları	35
5. GEREÇ ve YÖNTEM	40
5.1. Araştırma Deseni	40
5.2. Araştırma Süreci	40
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
5.4. Nitel Aşama	42
5.4.1. Çalışma grubu	42
5.4.2. Veri toplama araçları	44
5.4.3. Verilerin toplanması	46
5.4.4. Verilerin analizi	47
5.5. Ölçek Maddelerinin Geliştirilmesi	48
5.6. Nicel Aşama	49
5.6.1. Evren ve örneklem	49
5.6.2. Veri toplama araçları	50
5.6.3. Verilerin toplanması	51
5.6.4. Verilerin analizi	51

5.7. Karma Yöntem Araştırmasının Geçerlilik ve Güvenilirliği	53
5.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	54
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
5.10. Araştırma Sürecinde Yaşanan Güçlükler	54
6. BULGULAR.....	55
6.1. Nitel Bulgular.....	55
6.2. Nicel Bulgular	80
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	90
7.1. Nitel Bulguların Tartışılması	90
7.2. Nicel Bulguların Tartışılması	105
8. KAYNAKLAR	109
9. ÖZGEÇMİŞ	132
10. BİLİMSEL FAALİYETLER	133
11. EKLER.....	135

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

AACN	American Association of Colleges of Nursing-Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
ANA	American Nursing Association-Amerikan Hemşireler Birliği
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ICN	International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi
WHO	World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü



TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1.	Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları	35
Tablo 2.	Görüşme yapılan hemşirelerin özellikleri.....	43
Tablo 3.	Görüşme yapılan hastaların özellikleri	43
Tablo 4.	Hemşireler için kültüre duyarlı bakımı değerlendirme görüşme soruları	45
Tablo 5.	Hemşireler için kültüre duyarlı bakımı değerlendirme görüşme soruları	46
Tablo 6.	Araştırmanın nicel aşamasına dahil edilen hastaların özellikleri.....	50
Tablo 7.	Taslak ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında kullanılan istatistiksel yöntemler.....	52
Tablo 8.	Karma yöntem araştırmalarında geçerlilik ve güvenilirlik.....	53
Tablo 9.	Ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri.....	81
Tablo 10.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin KMO değeri ve Bartlett küresellik testi sonuçları.....	83
Tablo 11.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin varyans açıklama tablosu.....	84
Tablo 12.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin maddelerine ilişkin faktör yük değerleri.....	85
Tablo 13.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri.....	86
Tablo 14.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri.....	86
Tablo 15.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları.....	88
Tablo 16.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin madde toplam korelasyonları ve %27'lik alt-üst grup farkına ilişkin t testi değerleri.....	88

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1.	Kültürü oluşturan etmenler	9
Şekil 2.	Kültürlerarası hemşireliğin kapsamı	22
Şekil 3.	Kültürlerarası hemşireliğin aşamaları.....	23
Şekil 4.	Kültürel uyumlu bakımın 3 Boyutlu Yapboz Modeli	25
Şekil 5.	3 Boyutlu Yapboz Modelinin Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı Düzeyi	26
Şekil 6.	Hastaların bakış açısıyla kültürel yeterli bakım kavramsal çerçevesi.....	27
Şekil 7.	Araştırma süreci	41
Şekil 8.	Araştırma kapsamında elde edilen temalar	55
Şekil 9.	Kültürü tanıma temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi	56
Şekil 10.	Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda kültürü tanıma teması.....	58
Şekil 11.	Kültürel kimliğe saygı temasını oluşturan kodların katılımcılara göre değerlendirilmesi.....	61
Şekil 12.	Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi.....	62
Şekil 13.	Ön yargısız yaklaşım temasının katılımcılara göre değerlendirilmesi.....	68
Şekil 14.	Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda ön yargısız yaklaşım teması.....	70
Şekil 15.	Kültürlerarası etkileşimde güven temasını oluşturan kodların katılımcılara göre dağılımı.....	70
Şekil 16.	Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda kültürlerarası etkileşimde güven teması.....	70
Şekil 17.	Katılımcıların kültürel kimlikleri doğrultusunda kültüre duyarlı bakımı sürdürme teması.....	72
Şekil 18.	Kültüre duyarlı bakımı destekleme temasını oluşturan kodların katılımcılara göre dağılımı.....	79
Şekil 19.	Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeği path diagramı.....	87

1. ÖZET

Tezin başlığı : Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması

Öğrencinin Adı Soyadı : Ayşegül Açıl

Danışmanın Adı Soyadı : Dr.Öğr.Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak

Programın Adı : Hemşirelik Doktora Programı

Amaç: Bu tez çalışmasında, hem hemşirelerin hem de hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin algılarını derinlemesine keşfetmek ve hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algılarına yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada karma yöntem desenlerinden keşfedici sıralı desen kullanılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasında hastalar (n=20) ve hemşireler (n=14) ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış ve nitel aşamada elde edilen bulgular doğrultusunda ölçek madde havuzu oluşturuldu. Nicel aşamada ise ölçek geliştirme ilkeleri rehber alınarak geliştirilen taslak ölçek 430 hastaya uygulanarak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldı. Nitel verilerin analizi MAXQDA, açımlayıcı faktör analizleri ve güvenilirlik analizleri SPSS 26.0, doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları ise AMOS 21.0 yazılımı ile gerçekleştirildi.

Bulgular: Hasta ve hemşireler ile yapılan görüşmeler sonucunda kültürü tanıma, kültürel kimliğe saygı, bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar, kültüre duyarlı bakımı destekleme, kültüre duyarlı bakımı sürdürme, kültürler arası etkileşimde güven ve ön yargısız yaklaşım olmak üzere yedi tema belirlendi. 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşan taslak ölçek açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonrasında 21 madde ve 5 alt boyuttan oluşan son halini aldı. Ölçeğin güvenilirlik analizleri sonrasında Cronbach alfa katsayısı 0,937 olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının 0,860-0,944 arasında olduğu belirlendi.

Sonuç: Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, kültüre duyarlı bakım, ölçek geliştirme.

2. SUMMARY

Title of Thesis: Developing a Scale to Evaluate Patients' Perception of Culturally Sensitive Nursing Care: A Mixed Method Study

Student Name, Surname: Ayşegül Açıl

Supervisor Name : Assistant Professor Bilgi Gülseven Karabacak

Program Name : Nursing PhD Program

Objective: The aim of this thesis is to explore in depth both nurses' and patients' perceptions of culturally sensitive nursing care, and to develop a valid and reliable measurement tool for evaluating patients' perceptions of culturally sensitive nursing care.

Materials and Methods: An exploratory sequential design, a type of mixed-methods design, was conducted in this study. In the qualitative phase, semi-structured interviews were applied with patients (n=20) and nurses (n=14), and scale items were created based on the findings from this phase. In the quantitative phase, the scale developed according to scale development principles was administered to 430 patients to perform validity and reliability analyses. MAXQDA was used for the analysis of qualitative data, SPSS 26.0 for exploratory factor analyses and reliability analyses, and AMOS 21.0 for confirmatory factor analyses.

Results: Interviews with patients and nurses revealed seven themes: recognition of culture, respect for cultural identity, culturally-based preferences/behaviors in care, supporting culturally sensitive care, sustaining culturally sensitive care, trust in intercultural interactions, and an unbiased approach. The scale, initially comprising 46 items and 7 sub-dimensions, was refined to its final form of 21 items and 5 sub-dimensions after exploratory and confirmatory factor analyses. The scale's reliability analysis yielded a Cronbach alpha coefficient of 0.937. The Cronbach alpha coefficients for the sub-dimensions ranged from 0.860 to 0.944.

Conclusion: The Patients' Perceptions of Culturally Sensitive Nursing Care Scale has been established as a valid and reliable measurement tool.

Keywords: Nursing care, culturally sensitive care, scale development.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de küreselleşme, savaşlar, ekonomik kriz gibi sebeplerle diğer ülkelerden ya da aynı ülke içerisinde istemli ya da zorunlu olarak göç etmek zorunda olan insanlar bulunmaktadır (Aktaş ve ark., 2021; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu göçler, içinde bulunulan toplum içerisinde farklı kültür ve kültürel alt grupların oluşması ile sonuçlanmaktadır (Meydanlıoğlu, 2019). Toplumlara çok kültürlü bir yapı haline getiren bu göçler sağlık bakım kurumlarında hemşirelerin kültüre duyarlı ve kültürel yetkinliği ön planda tutan bir yaklaşım benimsemeleri gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Kaya ve ark., 2021; Meydanlıoğlu, 2019). Bununla birlikte her toplumda yaşadıkları bölgeye, ait olunan dini gruplara göre tutum ve davranışların çeşitlilik gösterdiği farklı alt kültürler de yer almaktadır. Ülkemizde de Çerkez, Abaza, Laz, Kürt, Yörük gibi farklı etnik ve Sunni, Alevi, Süryani gibi dini gruplara yönelik alt kültürler yer almaktadır (Türker & Karadağ, 2019). Toplumun kültürel yapısını oluşturan değerler, tutumlar, alışkanlıklar bireylerin algılarına, olaylara bakış açılarına ve davranışlarına rehberlik etmektedir. Bireylerin içinde bulunduğu kültür ve alt kültüre ait farklılıklar bireylerin beslenme, barınma, aile ve sosyal ilişkilerini etkilediği gibi kimin hasta kimin sağlıklı olarak kabul edilebileceği, sağlık ve hastalık durumlarında gerçekleştirdiği sağlık uygulamalarını ve sağlığa yönelik inançlarını da etkilemektedir. Bireylerin içinde bulundukları çevre ve ailelerinden öğrenme yoluyla kazanılan kültürel özellikler bireye özgü farklılıklar da göstermektedir (Leininger & McFarland, 2006; Necipoğlu ve ark., 2019; Tortumluoğlu ve ark., 2004).

Her bireyin kültürel olarak benzersiz özellikler taşıması, sağlık bakım ortamlarında hastalık ve sağlıkla ilgili farklı inanışlara sahip olmaları ve bu doğrultuda sağlık davranışları geliştirmeleri ile sonuçlanmaktadır (Seviğ & Tanrıverdi, 2014; Tanrıverdi, 2017). Bireyin kültürel değer ve inançları, sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarının yanı sıra, sağlık bakım ortamlarında hasta-hemşire ilişkilerini ve hemşirelik bakımını da etkilemektedir (Köksal & Taşçı Duran, 2013; Tanrıverdi, 2017). Bireyin kültürel değer ve inançları ile uyum gösteren bir bakım planı hemşirelik bakımında hedeflenen sonuçlara ulaşma olasılığını yükseltmektedir (Tanrıverdi, 2017). Ülkemizde var olan çeşitli kültürler, farklı kültürel uygulamaları da barındırmaktadır (Yalçiner & Çam, 2015; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Sağlık ve bakım amacıyla gerçekleştirilen bu kültürel uygulamalar hastaya yarar sağlayabileceği gibi bazı durumlarda etkisiz olabilmekte, ya da sağlığına olumsuz etki etmektedir (Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu nedenle kültürel açıdan duyarlı bir hemşirelik bakım planı oluşturabilme amacıyla hemşirelerden bireylerin hastalık ve sağlık kavramlarına ilişkin algılamalarını, tepkilerini ve sağlık davranışlarına temel oluşturan kültürel etmenleri (Kaya ve ark., 2021; Şahin ve ark., 2009) ve sahip oldukları kültürün sağlık davranışlarına olumlu ve olumsuz

etkisini değerlendirmeleri, hastanın kültürel değerlerini ve uygulamalarını bakıma entegre etmeleri beklenmektedir (Meydanlıoğlu, 2019; Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Böylece hasta ve hemşirenin karşılıklı uyum sağlayacakları bir bakım planı oluşturularak hemşirelik bakım kalitesi arttırılacak ve bakım ve tedavi uygulamaları olumlu sonuçlanacaktır (Meydanlıoğlu, 2019; Tanrıverdi, 2017; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu amaçla ulusal ve uluslararası kuruluşlar hemşirelerin kültüre duyarlı bakım sağlamalarının önemi ve gerekliliğini vurgulamakta (ICN, 2007; Marion ve ark., 2016), ayrıca hemşirelerin kültürel yeterli ve duyarlı bakım sunmasına rehberlik sağlayacak kültürel bakım standartları tanımlamaktadır (Douglas ve ark., 2014; Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Ülkemizde de Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011) kapsamında birey ve hastanın kültürel açıdan ele alınması üzerinde durulmaktadır (Resmi Gazete, 2011). Herhangi bir kültürden gelen hastalara sağlık bakımı sunulmasında hemşirelerin hastanın sağlık inançlarına saygı duyması ve inançlarının sağlık hizmeti sunumuna etkisini anlaması, hastanın deneyimini anlamak için kültür bağlamında hastalık anlayışına dönüşmesi, hastanın hastalık ve hastalık nedenlerine yönelik açıklamalarını ortaya çıkarabilmesi ve karşılıklı olarak kabul edilebilir, güvenli ve etkili bir bakım planını müzakere edebilmesi gibi evrensel becerileri kazanmış olması gerektiği vurgulanmaktadır (Alpar ve ark., 2013; Potter ve ark., 2016).

Ülkemizde hemşirelerin sıklıkla farklı kültürden hastaya bakım verdikleri (Kaya ve ark., 2021; Kürtüncü ve ark., 2018; Yalçıner & am, 2015), hastanın kültürel değerlerinin sağlık, hastalık ve bakım davranışları üzerindeki etkisinin bilincinde oldukları, kendi kültürel özelliklerini bakım süreci içerisinde göz önünde bulundurdıkları ve hastanın kültürel farklılıklarını tanımaya çaba gösterdikleri ifade edilmiştir (Kaya ve ark., 2021; Yalçıner ve am, 2015). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin kültürel yeterlilik, kültürel ve kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde (Aktaş ve ark., 2019; Besey & Yücetürk, 2021; Karasu ve ark., 2021; Kürtüncü ve ark., 2018; Yılmaz & Kuğuoğlu, 2023) olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin kültüre duyarlı bakım verirken iletişim, eğitim durumu, dini ve manevi gereksinimlere yönelik sorun yaşadığına ilişkin sonuçlar da ortaya konulmaktadır (Karasu ve ark., 2021; Yakar & Alpar, 2018; Yılmaz ve ark., 2017).

Kültüre duyarlı bakım yaklaşımı, farklı kültürel kökenden gelen hasta ve hemşireler arasında uyumlu ve güvene dayalı bir ilişki kurulmasında gerekli olan temel unsurlardandır (Uzun & Sevinç, 2015). Kültürel açıdan farklılık gösteren hastaların gereksinimlerine uygun sağlık bakımının uygulanabilmesi için sağlık ekibi üyelerinin kültürel özelliklere ve kültürel farklılıklara ilişkin bilgi, tutum ve becerileri kazanmış olması gerekmektedir (Bayık Temel, 2008).

Bu kapsamda hemşirelerin kültürel yeterlilikleri, kültürel farkındalıkları, kültürel duyarlılıkları, kültürel iletişim yeterlilikleri ve etnik merkezcilikleri konularında çalışmalar yapılmıştır (Aktaş ve ark., 2021; Besey & Yücetürk, 2021; Karasu ve ark., 2021; Kürtüncü ve ark., 2018; Loftin ve ark., 2013; Yakar & Alpar, 2018; Yılmaz ve ark., 2017). Ancak yapılan çalışmalar hemşirelerin kültüre duyarlı bakım sağlamada güçlük yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Karasu ve ark., 2021; Yakar & Alpar, 2018; Yılmaz ve ark., 2017). Hastaların kültürel farklılıkları ve hemşirelerin kültürel yeterliliklerine ilişkin var olan bu çalışmaların yanı sıra hastaların da kendilerine verilen kültüre duyarlı bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve bu alana yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının bulunmaması literatürde bir gereksinim olarak vurgulanmaktadır (Loftin ve ark., 2013; Qin & Chaimongkol, 2021). Bu doğrultuda yapılan literatür taraması sonucu hastaların kültürel yeterliliğe ilişkin görüşlerini içeren çalışmalar bulunduğu, kültürel yeterliliği değerlendirdikleri ölçüm araçları geliştirildiği (Clancy ve ark., 2012; Pacquiao ve ark., 2021; Weech-Maldonado ve ark., 2012) ve yine hastaların doktorların kültürel yeterliliklerini değerlendirdikleri bir ölçüm aracı geliştirildiği belirlenmiştir (Ahmed & Bates, 2012). Uluslararası düzeyde gerçekleştirilen bu çalışmalarda ölçek geliştirme sürecinin literatür taraması ve uzman paneli ile yürütüldüğü, bu kapsamda hasta ve hemşirelerin konu ile ilgili görüşlerine yer verilmediği saptanmıştır. Ülkemizde ise kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin çalışmaların hemşirelerin kendi değerlendirmeleri (Aktaş ve ark., 2021; Besey & Yücetürk, 2021; Karasu ve ark., 2021; Kürtüncü ve ark., 2018; Yakar & Alpar, 2018; Yılmaz ve ark., 2017) ya da Suriye ve Afgan gibi mültecilere bakım verirken yaşadıkları zorluklara (al ve ark., 2022) yönelik çalışmalarla sınırlı olduğu ve hastalar tarafından kültüre duyarlı hemşirelik bakımını değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmadığı görülmektedir. Buradan hareketle bu tez çalışması hem hemşirelerin hem de hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin algılarını derinlemesine keşfederek hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algılarına yönelik kendi kültürümüze özgü geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kültür Kavramı

Antropolog ve sosyologların farklı biçimlerde ele alarak tanımladığı kültür kavramının yaklaşık olarak 150'nin üzerinde tanımının bulunduğu ve soyut ve dinamik yapısından dolayı kesin bir tanımının yapılamadığı literatürde vurgulanmaktadır (Bağcı, 2022; Grant ve ark., 2013; Güvenç, 2020; Ray, 2010; Seviğ ve Tanrıverdi, 2014). Latince colere kökeninden türeyen cultura sözcüğünün ilk olarak tarımla ilişkilendirildiği, toprağın işlenmesi anlamında kullanıldığı belirtilmektedir. Türkçe'de de ekin anlamına gelen kavram zaman içerisinde insanlık, toplum ve uygarlık ile ilişkilendirilmiştir (Güvenç, 2020; Ray, 2010).

Güvenç (2020), kültür kavramının kökenini ve tarihsel gelişimini analiz ederek sözcüğün anlamını şu dört farklı alanda özetlemiştir:

- Bilim alanında kültür, uygarlıktır.
- Beşeri alanda kültür, eğitim sürecinin ürünüdür.
- Estetik alanda kültür, güzel sanatlardır.
- Teknolojik ve biyolojik alanda kültür, üretme, tarım, ekin, çoğaltma ve yetiştirme olarak tanımlanmaktadır (Güvenç, 2020).

Tarihsel süreç içerisinde kültür kavramının özünü, tüm biçimlerini ve özelliklerini kapsayan tanımlar yapılmaya çalışılmıştır (Güvenç, 2020). Bu kapsamda bu tanımlardan en temeli ilk profesyonel antropolog Edward Tylor (1871) tarafından yapılan kültür tanımıdır (Ray, 2010). Kültürün sosyal antropolojinin temel konusu olduğunu vurgulayan Tylor (1871) kültürü şu şekilde tanımlamıştır:

Kültür ya da uygarlık, bir toplumun üyesi olarak, insanoğlunun öğrendiği (kazandığı) bilgi, sanat, gelenek-görenek ve benzeri yetenek, beceri ve alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür (Tylor, 1871, akt. Güvenç, 2020).

Türk Dil Kurumunun (2019) kültür kavramını nasıl ele aldığı incelendiğinde, kültürün, “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür” şeklinde tanımlandığı görülmektedir.

Kültür kavramını daha kapsamlı bir çerçevede ele alan Güvenç ise kültürü şu başlıklar altında daha ayrıntılı olarak tanımlamaktadır:

- Kültür **öğrenilir**. Bireylerin doğumuyla birlikte yaşantısı içerisinde deneyim ve gözlemler ile kazandığı davranışları kültürel özellikler çerçevesinde şekillenmektedir. Anneden yemek pişirilmenin öğrenilmesi gibi.

- Kültür **tarihidir ve süreklidir**. Gelenek ve göreneklerin bir nesilden diğerine aktarılması kültürün sürekliliğini desteklemektedir. Hastaya geçmiş olsun demek, sünnet, loğusa şerbeti gibi gelenekler kültürün tarihi ve sürekliliğine örnek olarak gösterilebilir.
- Kültür **toplumsaldır**. Toplumu oluşturan birey ya da gruplar tarafından kabul gören değer, tutum ve davranışlar kültürü oluşturmaktadır. Kültür içinde bulunan toplumun tüm bireyleri tarafından paylaşılmaktadır. Kültürel özellikler aile, sınıf, köy ve gruplarda çeşitlilik gösterebilir, bu alt kültürü oluşturmaktadır.
- Kültür, **ideal ya da idealleştirilmiş kurallar bütünüdür**. İdeal kurallar ve kabul gören davranışlardan oluşan kültür, kültüre mensup bireyler tarafından tanınır.
- Kültür, **ihtiyaçları karşılayıcı ve doyum sağlayıcıdır**. Kültürel özelliklerin ve davranışların, toplumu oluşturan bireylere doyum ya da hizmet sağlaması beklenmektedir. Kültürün devamlılığı kültürel öğelerin verdiği doyum ve umut doğrultusunda sürdürülmektedir.
- Kültür **değişir**. Zaman boyutu içerisinde kültür uyum aracılığıyla değişim göstermektedir. Toplumun içinde bulunduğu koşullar değiştikçe, bireylerin istek ve ihtiyaçlarını karşılamak ve doyum sağlamak üzere düzenlemeler yapılarak uyum yoluyla kültürel değişimler gerçekleştirilmektedir.
- Kültür **bütünleştiricidir**. Değişim ve uyum gösteren kültürel özellikler bütünleşmiş bir sistem oluşturma eğilimi taşımaktadır. İdeal olan bütünleşme, çevresel etmenlerin etkisi nedeniyle tam olarak gerçekleşmemekte ya da gerçekleşmesi uzun zaman almaktadır. Ancak arzu edilen tam bir bütünleşmedir.
- Kültür **bir soyutlamadır**. Bir bütün ve sistem olarak ifade edilen kültür, toplumsal yapı ve kurumların kendisi değil, kavramsal bir modelidir. Bireylerin zihninde soyut bir kavram olarak yer almaktadır (Güvenç, 2020; Seviğ & Tanrıverdi, 2014).

Sonuç olarak kültür, nesiller boyunca diğer nesillere aktarılan, içerisinde bulunan topluma ait bireylerden etkilendiği gibi coğrafi konum ve çevreden de etkilenen, belirli bir gruba ait bireylerin yaşamlarına rehberlik eden gelenek, görenekler, değerler, inançlar ve davranışların bütünü olarak ele alınmaktadır (Bulduk ve ark., 2017; Necipoğlu ve ark., 2019; Öztürk & Öztaş, 2012).

Kültürel yeterliliğin ve kültürlerarası hemşireliğin öncüsü Leininger, kültürü, bir grupta bir jenerasyondan diğerine taşınan, onların düşüncelerini ve hareketlerini etkileyen yaşam tarzı, paylaşılan ve öğrenilen inançlar ve değerler olarak tanımlamaktadır (Leininger & McFarland, 2006).

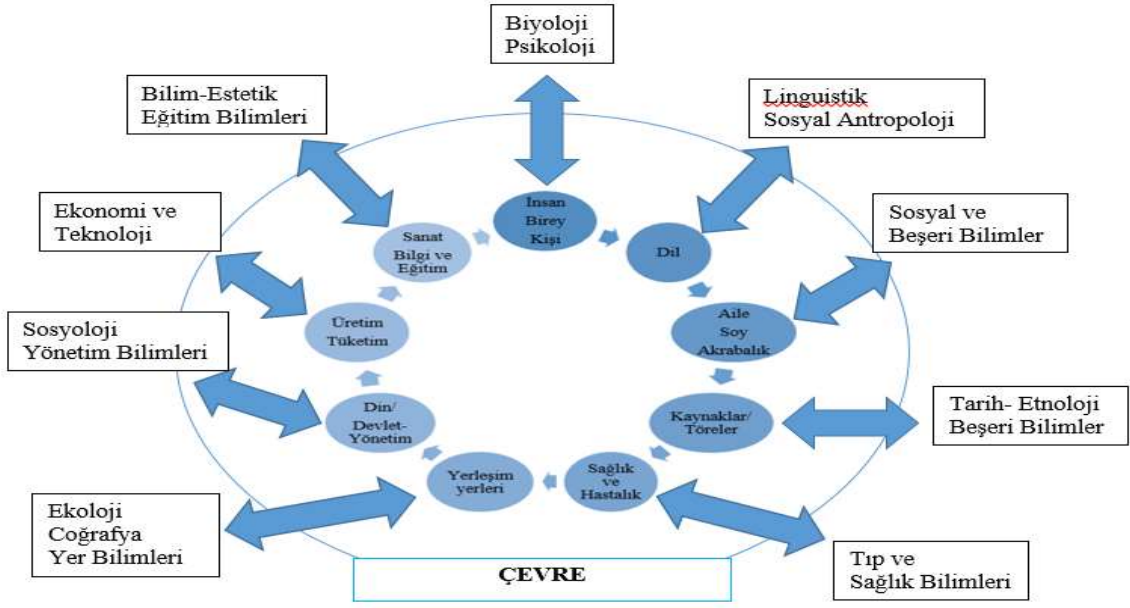
Bu tanımlardan da yola çıkılarak kültürün şu temel özellikleri taşıdığı vurgulanmaktadır:

- Bireyler kendi öz kültürlerini doğumdan itibaren öğrenmeye başlarlar ve bu kültürü diğer nesillere aktarırlar.
- Kültür aynı kültürden olan diğer bireylerle paylaşılır.
- Bireyin çevresine uyumunu ifade eden kültür, dinamik ve değişken yapıdadır (Bolsoy & Sevil, 2006; Öztürk & Öztaş, 2012).

Bu tanımlar doğrultusunda dinamik ve sürekli değişkenlik gösteren kültür ve kültürel özellikler, toplumlar arasında çeşitlilik gösterebileceği gibi aynı toplum içerisinde bireysel farklılıklar da gösterebilmektedir. Bu nedenle her toplumun kültür tanımı farklı olabileceği gibi bireylerin kültür anlayışının farklı olması da kültür kavramının karmaşık yapısını desteklemektedir (Bağcı, 2022; Ray, 2010). Bireyin içerisinde bulunduğu kültürün geleneksel ya da değişim gerektiren içeriği davranışlarını ve ilişkilerini şekillendirmektedir (Bağcı, 2022). Ayrıca kültür, hastaların sıkıntı duygularını ifade etme, deneyimleme ve bunlarla baş etme yollarını, dolayısıyla semptomlarını nasıl tanımlayıp açıklayacaklarını da şekillendirmektedir. Sosyal ve kültürel faktörler arasında hasta rolünü üstlenmenin anlamı, bireyin inançlarının kültürel çevreyle tutarlılığı ve hangi semptomların rapor edileceğini ve hastalıkla ilgili beklentileri belirlemede bireyin kültürel değerlerinin sağlık hizmeti sağlayıcısının değerleri ile tutarlılığının belirlenebilmesi hemşirenin hastanın kültür ve kültürel özelliklerinin farkında olması ile başlamaktadır (Dayer-Berenson,2010).

4.1.1. Kültürü oluşturan etmenler

Birçok farklı tanımı bulunan ve sınırlarının belirlenmesinde güçlük yaşanan kültür kavramı farklı bilimler tarafından çeşitli özellikleri ile ele alınmaktadır. Bu kapsamda diğer bilimler tarafından ortak bir çalışma alanı olan kültürü oluşturan yapı ve değişkenleri ve bu değişkenlerin temel araştırma konusu olduğu bilim dalları Güvenç (2020) tarafından şu şekilde şematize edilmektedir:



Şekil 1. Kültürü oluşturan etmenler (Güvenç, 2020'den yararlanarak hazırlanmıştır)

Bu şema kapsamında kültürel sistem, uzak ve yakın çevresi ile kültürel ilişkileri bulunan, diğer toplumlarla etkileşimde bulunan açık bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Güvenç (2020) bu şemanın açıklamasında kültürel sistemin var olması için gereken en önemli değişkenleri birey ve dil olarak belirtmektedir. Aile ekonomik ve sosyal yapıyı oluşturmakla birlikte toplum içerisinde bireylere yüklenen roller de, anne-baba, kadın-erkek gibi bu yapı içerisinde belirlenmektedir. Kültürel inanç ve uygulamaların sürdürülmesi ve gelecek nesillere aktarılmasında ailenin önemli sorumluluğu bulunmaktadır. Şemada kaynaklar, sağlık ve hastalık, din- devlet, üretim tüketim, yerleşim yerleri, sanat, bilgi ve eğitim süreci de kültürel yapıyı oluşturan değişkenler olarak sıralanmaktadır (Güvenç, 2020).

Hemşirelerin hasta ve ailesi için kültüre duyarlı bakımı sağlamak amacıyla bireylerin ve toplumun yaşam süreçlerine yönelik algısını, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladıklarını, sağlığı sürdürmek için hangi uygulamaları gerçekleştirdikleri, hastalığın nedenini nasıl anlamlandırdıkları, kültürel geçmişleri doğrultusunda kendilerine ve aile üyelerine bakım sağlama biçimlerini bilmeleri gerekmektedir (Alpar ve ark., 2013). Bu kapsamda karmaşık bir yapıda olan kültür kavramı Kleinman Modelinde bir buzdağı olarak betimlenmiştir. Bireylerin hastalığa yükledikleri anlamlar ve deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlayan model kültüre özgü bakım sunulmasında sağlık profesyonellerine rehberlik sağlamaktadır (Başlı ve ark., 2018; Potter ve ark., 2016). Bu modelde hastanın davranışları buzdağının görünen yüzeyini oluşturmaktadır. Kültür kavramının çoğu içeriğinin yüzeyin altında olduğu düşünülerek kültürel özellikler, buzdağının görünmeyen yüzüne benzetilmektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonelleri ilk karşılaşmalarında hastanın giyimi, dili

gibi gözlemlenebilen özellikleri gibi kültürünün küçük bir bölümünü anlayabilmektedir. Bireyin derin kültürel özelliklerini ise dünya görüşü, algıları, aile ile ilişkileri, sınırları ve duygusal alanı oluşturmaktadır (Comas Diaz, 2012). Bireyin kültürel özelliklerine özgü ve bütüncül bakımın sağlanabilmesi amacıyla hemşire buzdağının görünen ve görünmeyen kısmını değerlendirebilmelidir (Comas Diaz, 2012; Potter ve ark., 2016). Bu amaçla hasta tanılmasında şu soruların rehber alınması önerilmektedir:

- Sizce sorunlarınıza ne yol açtı? Neden olduğunu düşünüyorsunuz?
- Hastalık size ne yaptı/nasıl etkiledi?
- Hastalığınızın şiddeti nedir?
- Bu hastalığın tedavi süreci kısa mı uzun mu sürecek?
- Nasıl bir tedavi almanız gerektiğini düşünüyorsunuz? Tedavi sonucunda almayı umduğunuz en önemli sonuçlar nelerdir?
- Sizin için hastalığınızın yol açtığı en önemli sorunlar nelerdir?
- Hastalığınızda en çok neden korkuyorsunuz? (Başlı ve ark., 2018; Potter ve ark., 2016).

Sağlık bakımının sunulmasında hastanın kültürel buzdağının ele alınmasının yanı sıra hemşire de kendi kültürel buzdağının farkında olmalıdır (Potter ve ark., 2016). Bireyin günlük yaşam tarzından sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesine kadar birçok alana etki eden kültür, bakım ve tedavi sürecine dahil edilmediği ve hastanın kültürel özellikleri uygun şekilde değerlendirilmediği takdirde hemşire ve sağlık profesyonellerinin kültürel buzdağıyla çarpışacağı öngörülmektedir (Comes Diaz, 2012).

4.1.2. Sağlık bakımında kültür ile ilişkili kavramlar

Bireyin kültür ve kültürel özelliklerini, dünya görüşünü, fiziksel, sosyal, duygusal, entelektüel ve manevi boyutlarını ele alan bütüncül sağlık değerlendirme yaklaşımını içeren kültüre duyarlı bakım yaklaşımının sağlanması kültür ve kültürel yeterlilik kavramlarının yanı sıra etnik köken, ırk, stereotip ve etnik grup gibi ilgili kavramların açıklanabilmesi ve anlaşılabilir olmasını gerektirmektedir (Giger ve ark., 2007; Srivastava, 2022). Bu doğrultuda sağlık bakımında kültür ve kültüre duyarlı bakım ile ilişkili ortak bir dil oluşturulması adına aşağıda bazı kavramların tanımlamalarına yer verilmiştir:

İrk: İrk terimi, cilt tonu, saç, göz, yüz özellikleri gibi ayırt edici fiziksel özellikleri paylaşan bir grup insanı ifade etmektedir (Srivastava, 2022). Çoğunlukla biyolojik özellikleri içeren bu kavram sosyolojik farklılıkları da vurgulamaktadır (Giger ve ark., 2007). Sağlık literatüründe ırk kavramının biyolojik temeline atıfta bulunulmakla birlikte günümüzde bu kavram bireyin fiziksel özellikleri yerine atalarını sorgulamaya doğru yönelmektedir (Srivastava, 2022).

İrkçılık: Farklı bir ırktan veya gruptan kişilere karşı önyargı duyguları olarak tanımlanmaktadır. İrkçi davranış ve tutumlar bireyler arasında gerginlik, sosyal izolasyon ve ayrımcılığa neden olmaktadır (Giger ve ark., 2007).

Çeşitlilik: Bu kavram her bireyin benzersiz olduğunu kabul etmeyi ve saygı duymayı kapsamakta ve bireysel farklılıkları tanıma, her bireyin sahip olduğu çeşitliliği özümseme anlamına gelmektedir. Bu farklılıklar ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, sosyoekonomik durum, yaş, fiziksel yetenekler, dini inançlar, siyasi inançlar alanlarında çeşitlenmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

Etnik Köken: Etnik köken, din, sosyoekonomik sınıf, ailenin coğrafi geçmişi ve kültürel mirası paylaşmayı, baskın kültürden farklı olarak ortak bir geçmişe sahip olmayı ifade etmektedir (Dayer-Berenson, 2010; Giger ve ark., 2007). Etnik köken, bireylerin kendilerini bir gruba ait hissettiği kültürel bir süreci içermektedir. Öncelikle bireyin kendisi ile başkaları arasındaki farkın bilincinde olmasını gerektirmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

Stereotip: Stereotip, bir kişi veya grup hakkında basitleştirilmiş ve standartlaştırılmış bir anlayışa, imaja, görüşe veya inanca sahip olmak olarak tanımlanmaktadır. Bir toplum ya da grup içindeki bireyselliği tanımakta başarısız olan bir sağlık profesyoneli kalıplaşmış yargılar doğrultusunda bireyi değerlendirme davranışı sergilemektedir (Giger ve ark., 2007).

Etnosentrizm: Etnosentrizm, kişinin kendi dünya görüşünün diğerinkinden üstün olduğuna inanmaya, kendi düşünme, hareket etme ve inanma tarzlarının tek doğru, uygun ve doğal yol olduğunu düşünmelerine yönelik evrensel bir eğilimdir (Dayer-Berenson, 2010; Giger ve ark., 2007). Bu eğilim farklı toplumların kültürel özelliklerini ne derece değerli olduğunu ve toplumun standartlarına uygunluğunu belirlemek için kendi kültürünü ölçüt olarak kullanmayı ifade etmektedir (Lavenda & Schultz, 2019). Hemşireler sağlık bakım sürecinde etnik merkezli olmaktan kaçınarak ve kendi değer ve ilkelerinin geçerli olduğunu düşündüğü kadar hastaların ve ailelerinin de kendi değer ve ilkelerinin geçerli olduğunu düşündüklerini kabul edici bir tutum benimsemelidir (Dayer-Berenson, 2010).

Sağlık Eşitsizliği: Sağlık eşitsizlikleri, ırksal, etnik azınlığa mensup, yetersiz hizmet alan ve diğer hassas gruplara mensup bireyleri orantısız bir şekilde etkileyen hastalıklar, bozukluklar ve koşullar olarak tanımlanmaktadır (Dayer-Berenson, 2010).

Kültür: Bir bireyler topluluğu tarafından kabul edilen açık ve örtülü inançları, tutumları, değerleri, gelenekleri, normları, tabuları, sanatları, alışkanlıkları ve yaşam biçimlerini içeren, zaman içinde edinilen öğrenilmiş, kalıplaşmış davranışsal tepkidir. Kültür öncelikle aile ve diğer sosyal organizasyonlar içinde öğrenilir ve aktarılır, grubun çoğunluğu tarafından paylaşılır, bireyselleştirilmiş bir dünya görüşü içerir, karar alma sürecine rehberlik eder ve kendine değer verilmesini ve kendine saygı duyulmasını kolaylaştırır (Giger ve ark., 2007).

Belirli bir ırksal grubun üyelerinin aynı kültürel deneyimleri paylaşmayabileceğini unutmamak önemlidir. Bu nedenle her bireyin deneyimlerindeki grup normlarından sapmalar değerlendirilmelidir. Bu, farkına varılması gereken son derece önemli bir noktadır (Dayer-Berenson, 2010).

Kültürün Birincil Özellikleri: Kültürün birincil özellikleri genellikle değişmez niteliktedir ve kişinin dünya görüşünü çok erken yaşlardan itibaren şekillendirmektedir (Dayer-Berenson, 2010). Uruk, ırk, cinsiyet, yaş ve dine bağlılık gibi özellikler kültürün birincil özelliklerini oluşturmaktadır (Dayer-Berenson, 2010; Giger ve ark., 2007).

Kültürün İkincil Özellikleri: Kültürün ikincil özellikleri bireyin yaşam koşulları ve yaşam deneyimleri ile şekillenmektedir. Bu nedenle bu özellikler zaman içerisinde değişebilme eğilimi göstermektedir. Eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, meslek, siyasi inançlar ve medeni/ebeveynlik durumu gibi kültürün çok sayıda ikincil özellikleri bulunmaktadır (Dayer-Berenson, 2010; Giger ve ark., 2007). Zaman içerisinde değişim gösteren ikincil özellikler kültürü etkilemekte ve kültürel farklılıklara yol açmaktadır. Bu farklılaşma aynı kültür içerisinde ikincil özellikleri paylaşan, aynı dünya görüşünü benimseyen bir alt kültür oluşması ile sonuçlanmaktadır (Dayer-Berenson, 2010).

Kültürel Çeşitlilik: Bu kavram her bireyin eşsiz olduğunu kabul etme, bireysel farklılıkları tanıma ve saygı göstermeyi kapsamaktadır. Bu farklılıklar ırk, renk, etnik köken, ulusal köken, din, yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, sosyal ve ekonomik durum veya sınıf, eğitim, meslek, dini yönelim, medeni ve ebeveynlik durumu gibi konulardaki çeşitliliği ifade etmektedir (Dayer-Berenson, 2010; Giger ve ark., 2007; Srivastava, 2022). Bu kavramın aynı zamanda bireysel farklılıkların ve çeşitliliğin güvenli ve olumlu bir ortamda keşfedilmesi ve her bireyin içinde yer alan çeşitliliğin zengin boyutlarını kucaklamak ve kutlamakla ilgili olduğu da vurgulanmaktadır (Srivastava, 2022).

Alt kültür: Baskın kültürden farklı deneyimlere sahip olan ve bu nedenle kültürün sahip olduğu tüm değerleri taşımayan insan gruplarından oluşmaktadır. Alt kültürlerin üyeleri genellikle ortak noktalarla birleşim göstermektedir (Dayer-Berenson, 2010). Türk kültürü içerisinde yer alan Laz, Abaza kültürleri alt kültürler olarak verilebileceği gibi aynı eğitim ve çalışma deneyimlerini yaşayan sağlık profesyonelleri kültürü de alt kültüre örnek olarak verilebilmektedir (Dayer-Berenson, 2010; Türker & Karadağ, 2019).

Kültürel Bilgi: Etnik veya sosyal bir grubun sağlıkla ilgili değerleri, inançları ve geleneksel uygulamaları, tercih ettikleri tedavi ve tedavi veya farmakolojik müdahalelere yönelik kontrendikasyonları tanımlamak için kullanılan kavramlar ve dil olarak tanımlanmaktadır (ANA, 2015).

Kültürel Duyarlılık: Bir başkasının çeşitliliğine yönelik duyarlılık ve takdiri hem sözlü hem de sözlü olmayan tarafsız bir dil kullanarak gösterebilmektir. Kültürel duyarlılık, özellikle kaba veya saldırgan olarak yorumlanabilecek herhangi bir bireye atıfta bulunurken kasıtlı olarak kaçınılan kelimeler, ifadeler ve sınıflandırmalar aracılığıyla aktarılabilir (Giger ve ark., 2007). Kùltürler arası bir karşılaşmanın kültürel açıdan duyarlı olup olmadığını belirlemek için hastanın anlaşıldığını, saygı duyulduğunu ve desteklendiğini hissettiğini gösteren davranışların gözlemlenmesi önerilmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

Kültürel Farkındalık: Kültürel farkındalık, kişinin kendi düşünceleri, duyguları ve duyumları hakkında bilgi sahibi olması ve sanat, giyim gibi kültürün diğer nesnel özelliklerini ve başkalarının çeşitliliğini takdir etmesidir (Giger ve ark., 2007).

Kültürel Yeterlilik: Kültürel yeterlilik, sağlık profesyonellerinin farklı etno-kültürel grup etkileşimlerine uyum sağlama, uygun kültürel bakım sağlamasına olanak tanıyan farklı bir kültürel grup hakkında bilgi, anlayış ve becerilere sahip olma ve dünya görüşü kendi görüşünden farklı olanlar üzerinde aşırı bir etkiye sahip olmasına izin vermemeyi içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Giger ve ark., 2007; Srivastava, 2022). Kültürel yeterlilik, sağlık profesyonellerinin hangi soruları soracağını bilmesi için genel kültürel ve kültüre özgü bilgilere sahip olmasını içermektedir (Giger ve ark., 2007).

Kültürel Görecelik: İnsanların davranış ve uygulamalarının yalnızca kültürel sistem bağlamında değerlendirilmesi gerektiği inancını ifade etmektedir. Bu kavrama göre belirli inanç ve uygulamalar ait oldukları kültür içerisinde ele alınmaktadır (Lavenda & Schultz, 2019). Bu tanım kürtaj, ötenazi, kadın sünneti ve çocuk yetiştirmede fiziksel ceza gibi konuların, dış dünyadan yargılamadan kültürel değerler olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmaktadır (Giger ve ark., 2007).

Kültürel Dayatma: Çoğunluk tarafından benimsenen, baskın olan kültürel görüş ve davranışların bireylere ve ailelere müdahaleci bir şekilde uygulanmasıdır. Hastanın kültürü ve kültürel özelliklerini göz ardı ederek özel bir diyet belirlenmesi ya da hasta ziyaretine gelen bireylerin aile yakınları ile sınırlanması kültürel dayatmaya örnek olarak verilmektedir (Giger ve ark., 2007).

Kültürleşme/Kültür Alışverişi (Acculturation): Bir kültürün başka bir kültür ile etkileşimi sonucunda bireyin başka bir kültürün davranış, değer ve yaşam tarzını öğrendiği ya da her iki kültürün de değişime uğrayarak yeni bir kültür sentezinin ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (ANA, 2015; Lavenda & Schultz, 2019; Tezcan, 2008). Farklı kültürel yapıların doğrudan ya da dolaylı olarak etkileşimini, bir kültürden başka kültüre geçişini ifade eden kültürel yayılma kültürleşmenin gerçekleşmesi için bir ön şart olarak ele alınmaktadır (Tezcan, 2008). Kültürleşme doğrusal bir süreç olarak gelişim göstermemektedir.

Literatürde tanımlanan dört farklı kültürleşme durumu bulunmaktadır. Bunlar çoğunlukla baskın kültürle özdeşleşmeyi ve baskın kültürün özelliklerini benimsemeyi tanımlayan asimilasyon; her iki kültürün özelliklerinin benimsendiği bütünleşme; büyük ölçüde etnik kültürle özdeşleşmeyi ve toplumun diğer üyeleri ile etkileşimden kaçınmayı ifade eden ayrışma ve her iki kültürün özelliklerinin düşük düzeyde benimsendiği, kültürel devamlılığın söz konusu olmadığı marjinalizasyon olarak tanımlanmaktadır (Tosun, 2015; Dayer-Berenson, 2010).

Kültür Şoku: Bir toplumda hakim olan kültürün ve kültürel özelliklerin neden olduğu olumsuz durumları ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Bireyin kendi kültüründen farklı bir kültür ile etkileşimi sonucu karşılaştığı farklı değerler, normlar ve kültüre uyum sürecindeki yolunu kaybetmişlik ve şaşkınlık olarak tanımlanmaktadır (Özku, 2023).

Kültürel Alçakgönüllülük: Kültürel yeterlilik bağlamında bu kavram bireyin kendi etnosentrizmine meydan okuması ve farklı kültürlerle ait bilgi ve bilgelige değer verilmesi ile ilişkilendirilmektedir (Srivastava, 2022). Kültürel alçakgönüllülüğe sahip bir hemşireden, tüm hastalara uygun hemşirelik bakımının sunulmasında kendi kültürel değer ve inançlarının ve hastanın kültürel değerlerinin farkında olarak önyargı ve varsayımlardan uzak olması beklenmektedir. Ayrıca bu kavram hemşirelerin açık fikirli olması ve her kültüre saygı göstermesini de içermektedir (Dayer-Berenson, 2010).

Kültürel Yeterli Bakım: Sağlık profesyonelleri tarafından farklı etnik kökene ve kültüre sahip hastalara uygun, hassas bakımın sağlanması olarak ifade edilmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

Kültürel Uyumlu Bakım: Kültürel açıdan uyumlu bakım, hemşirenin her kültürün farklılıklarını anlaması ve kabul etmesidir. Kültürel açıdan uyumlu bakım, hastaya kültürel duyarlılığına uygun, anlamlı deneyimler yaşatmaya odaklanan en iyi bakımın sağlanmasını gerektirmektedir (Salinda ve ark., 2021). Anlamlı, yararlı ve tatmin edici sağlık bakımını sağlamak veya desteklemek amacıyla bireysel, toplumsal veya kurumsal kültürel değerlere, inançlara ve yaşam tarzlarına uyacak şekilde özel olarak hazırlanmış bilişsel temelli yardımcı, destekleyici, kolaylaştırıcı eylemleri içermektedir (Schim ve ark., 2007).

Kültüre Uyumlu Uygulama: Kültürel olarak uyumlu uygulama, hastaların ve diğer paydaşların sahip olduğu kültürel değerleri, inançları, dünya görüşü ve uygulamalarıyla uyumlu, kanıta dayalı hemşireliğin uygulanmasıdır. Kültürel yeterlilik, hemşirelerin kültürel olarak uyumlu uygulamalar sergilediği süreci temsil etmektedir. Hemşirelerin hastaların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek, olumlu hasta çıktılarına desteklemek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için hastalara yönelik kültürel olarak uyumlu bakım ve girişimleri planlama ve uygulama sorumlulukları bulunmaktadır (ANA, 2015; Marion ve ark., 2016).

Kültürel Uyumsuz Bakım: Kültürel açıdan uyumsuz bakım, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki kültürel farklılıkların ele alınmamasından kaynaklanmaktadır. Hemşirelerin ya da diğer sağlık çalışanlarının belirli bir ırk, köken ya da kültüre yönelik önyargıları ve olumsuz tutumları ya da etkili kültürlerarası iletişimin sağlanamamasının kültüre uyumsuz bakım ve sağlık eşitsizliği ile sonuçlanacağı öngörülmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

4.2. Ülkemizde Kültüre Özgü Sağlık Uygulamaları

Sağlık, sağlığın iyileştirilmesi ve bakım kavramları sadece hastaya yönelik tek taraflı bir tedavi ilişkisi değil, özellikle günümüz toplumlarının çok kültürlü yapısı içerisinde bireylerin tutum ve davranışlarını etkileyen kültürün de ele alınmasını gerektirmektedir. Bu açıdan kültüre duyarlı ve yeterli hemşirelik bakımının sunulmasında göç, kültürel çeşitlilik, kültürel benzerlik ve farklılıklar hemşirelerin ilgi alanını oluşturmaktadır. Bu kapsamda kültürel farklılıkları aşabilecek evrensel tutum ve becerilerin hemşireler tarafından kazanılması ve kültüre duyarlı sağlık hizmeti sunulabilmesi için toplumun ve bireylerin sağlık-hastalık algıları, tutumları ve geleneksel sağlık uygulamalarının anlaşılması gerekmektedir (Tanrıverdi, 2020). Etnik, ideolojik ve dini alt kültürleri barındıran Türk toplumu Azeri, Arap, Arnavut, Bulgaristan Muhaciri, Çepni, Çerkez, Ermeni, Gagavuz, Girit, Gürcü, Kürt, Roman, Türkmen, Süryani gibi çeşitli alt kültürlerden oluşmaktadır (Tanrıverdi, 2020). Bu alt kültürlerden Çerkez, Laz, Kürt, Abaza, Gürcü ve Manavlar gibi farklı alt kültürel özelliklere sahip bireylerin Düzce’de yaşamını sürdürdüğü belirtilmektedir (Dursun ve ark., 2019; Tanrıverdi, 2020). Araştırma kapsamında Düzce ilinde yaşamakta olan alt kültürler ele alındığından, bu alt kültürlerin sağlık-hastalık algısı ve geleneksel sağlık uygulamalarına ilişkin özet aşağıda sunulmuştur.

Ülkemizde Çerkezlerin Sinop, Samsun, Çorum, Amasya, Tokat, Sivas, Yozgat, Kayseri, Kahramanmaraş, Hatay’da ve Çanakkale, Balıkesir, Bursa, Eskisehir, Bilecik, Kocaeli, Düzce şehirlerini kapsayan iki hat boyunca yerleşim gösterdiği belirtilmektedir (Demir & Bolat, 2017; Karataş, 2014). Kiril alfabesini esas alan Çerkezce, Çerkezler arasında konuşulmaktadır. Dini inanışları incelendiğinde çok tanrılı din, Hristiyanlık ve Osmanlı Türkleri ve Kırım Tatarları aracılığı ile Müslümanlığı benimsedikleri saptanmıştır. Aile yaşamından sosyal yaşama, düğün ve eğlencelerden ölüm törenlerine kadar her alanda Khabze adı verilen kurallar rehberlik sağlamaktadır (Ceyhan, 2008; Tanrıverdi, 2020). Herkes tarafından saygı gören ve bilgisine danışılan Thamader bu kültürde yerel liderler olarak görülmektedir. Bir toplulukta Thamade olacak kişinin yaşlı bireyler arasından seçilmesinin yanı sıra Çerkez kültürüne özgü gelenek ve töreleri bilmesi ve uygulaması da beklenmektedir (Ceyhan, 2008). Günlük yaşamlarında geniş aile hayatının benimsendiği Çerkez kültüründe yaşlılara çok fazla değer verilmekte ve alınan kararlarda ailenin en yaşlısının söz sahibi olduğu görülmektedir. Selamlaşma ve selam vermeye önem verilen bu kültürde samimiyet ifadesi olarak takma adlar kullanılmakta ve bireyler ile

ilişkilerin samimiyeti doğrultusunda seslenilmektedir. Akraba evliliklerinin yasak olduğu Çerkez kültüründe bu yasağın genetik hastalıklardan korunmada etkili olduğu belirtilmektedir (Can, 2019; Tanrıverdi, 2020). Çerkezlerin sağlığı sürdürmeye önem gösterdikleri, hastalık durumunda kaderci bir yaklaşım göstermemekle birlikte bu kültüre mensup bireylerin Müslümanlığı benimsemesi ile birlikte hastalığın din ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu kültüre ait bireylerin sağlığı geliştirme amacıyla beslenmenin düzenlenmesi, bitkisel ürün kullanımı, hijyen uygulamaları ve spor yapmayı tercih ettiği belirlenmiştir. Bu kapsamda Çerkezlerde beslenmenin ve besinlerin kalitesinin hastalıklardan korunmada etkili olduğuna inanılmakta ve hasta ve yaralıların tedavisinde lezzetli ve besin değeri yüksek yemekler kullanılmaktadır. Ayrıca Kundsı adı verilen yoğurdun yara tedavisinde kullanıldığına ilişkin örnekler de bulunmaktadır. Hastalıkların tedavisi ve sağlığın korunmasında bitkiler ve bitkisel çaylar da Çerkezlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kalmuk Şay olarak adlandırdıkları hazımsızlık için tercih ettikleri sütlü ve tuzlu bir bitkisel çayları mevcuttur. Aze adı verilen geleneksel şifacılar kırıkların tedavisinde, hocalar ise hastalık durumunda muska hazırlanması için başvuru alan kişilerdir. Cinsellik ile ilgili konuşmanın tabu olduğu Çerkezlerde, İslam inancına göre cinsel ilişkinin yasak olduğu günler ve gebelikte cinsel ilişkiden kaçınıldığı belirtilmektedir. Doğum sonrasında Çerkez kültürüne özgü davranışlar incelendiğinde, doğum sonrası dönemde anne ve bebeği korumaya yönelik tutum gösterilmesi, annenin güçlenmesi amacıyla su, şeker, tarçın çubukları, kuru üzüm ve badem gibi besinlerin kaynatılıp içirilmesi, ailenin yaşlı üyelerinin lohusanın ve çocuğunun bakımını üstlenmesi gibi davranışlar görülmektedir. Bebeğin sabah, öğle, ikindi ve akşam olmak üzere günde dört defa emzirilmesi, anne sütünün yeterli olmaması durumunda komşu kadınlar arasından süt anne seçilmesi ya da bebeğin beslenmesinin keçi sütü, inek sütü ile desteklenmesi, şekurip denilen süt ve bal ile pişirilen muhallebinin bebeğin dişleri çıkınca verilmesi bu kültürde bebek bakımında gerçekleştirilen geleneksel uygulamalara örnektir (Tanrıverdi, 2020). Çerkezlerin kendilerini yaşamlarını devam ettirdikleri şehir ve Türkiye'ye ait hissettikleri ancak gelenek ve göreneklerini, yemek kültürü, düğün ve ölüm törenleri gibi Çerkez kültürüne özgü davranışlarını sürdürme istekleri olduğu belirtilmektedir (Demir & Bolat, 2017; Kantemur, 2020).

Laz Kültürüne ait bireylerin ülkemizde ilk yerleşim yerleri Doğu Karadeniz Bölgesi olmakla birlikte yıllar içerisinde yerleşimleri Gölcük, Yalova, İzmit, Düzce illerinde de saptanmıştır. Pagan/Şaman ve sonrasında Hristiyanlığı benimseyen Lazların Osmanlı Devleti himayesine girmesiyle birlikte dini inançları Müslümanlık olmuştur (Solomon, 2017; Tanrıverdi, 2020). Güney Kafkas dilleri arasında yer alan Lazca yerleşim yerlerine bağlı olarak Doğu (Hopa, Borçka, Düzköy, Arkabi ve Fındıklı yöresinde) ve Batı (Atina ve Ardeşen) olmak üzere iki

farklı diyalekte konuşulmaktadır. Dilin günümüzdeki kullanımı incelendiğinde yaygın olarak dede, büyükanne, akrabalar ve Laz komşular arasında ev, mahalle, düğün ve cenazelerde konuşulduğu görülmektedir (Coşan & Seçim, 2020; Serdar, 2015; Tanrıverdi, 2020). Laz kültüründe nazardan korunmak için muska yapılması ve bitki ve çeşitli otların kullanılması sağlığı korumaya yönelik yaygın olarak tercih edilen uygulamalar arasında yer almaktadır. Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisinde geleneksel uygulayıcılar bulunmaktadır. Özellikle bitki ve bitkisel ürünlerin hastalıkların tedavisinde kullanımının görüldüğü Laz kültüründe, kanser hastalarının Livar tohumunun ve ısırgan otunun bala karıştırılarak tüketilmesi örnek olarak verilebilir. Akciğer hastalıkları, astım, yanık, kırık-çıkıklar ve zehirlenmelerde de bitkisel ürün ve geleneksel uygulamalara başvurulduğu görülmektedir. Köyün ileri gelenleri arasında olan, yaş olarak daha büyük olan kadınlar doğum, bebek ve lohusa bakımında rehberlik sağlamaktadır. Laz kültüründe bebek ve çocuk bakımında da geleneksel uygulamalara sıklıkla başvurulduğu görülmekte bölgede yetişen bitki ve otların gebelerin ve yenidoğanların bakımında, hastalıkların tedavisinde kullanım örnekleri bulunmaktadır. Anne sütünü arttırmak için kullanılan lohusa şerbeti, hamileliği sonlandırmak için dulavrat otunun kullanımı, sarılık olan bebeğe pekmez içirilmesi, gaz sancısı için bal şerbeti yapılması gibi birçok geleneksel uygulama Laz kültüründe kullanılmaktadır (Tanrıverdi, 2020). Sağlık profesyonellerinin Laz kültürüne ait bireylere bakım verirken, sağlığı sürdürme davranışı olarak geleneksel uygulamaların ve bitkisel tedavi yöntemlerinin sıklıkla kullanılmasından dolayı bu alanlara yönelik kültürel değerlendirmede dikkatli olmaları gerekmektedir.

Ekonomik koşulların göçün temel nedeni olduğu Gürcistan ülkemize göçün yaygın olarak görüldüğü ülkelerden biridir. Ülkemizde neredeyse her ilde en az bir köyün Gürcülerden oluştuğu ifade edilmektedir. Kendi kültürü içerisinde de farklı etnik dağılımlar gösteren Gürcülerde dini inanışlar da çeşitlilik görülmektedir. Ortodoks Hristiyanların çoğunluk gösterdiği Gürcistan'da özellikle göçler ile birlikte dini inançlarda da farklılıklar belirlenmiştir. Ülkemizde yaşayan Gürcülerin bir bölümü Ortodoks Hristiyan olmakla birlikte, çoğunluğu Sunni Müslimanlardan oluşmaktadır (Ertek, 2013; Tanrıverdi, 2020). Göç ile birlikte Türkçe'yi öğrenen Gürcülerde, günümüz kuşağının Gürcüce bilmediği, Gürcücenin aile büyükleri tarafından konuşulduğu belirtilmektedir (Altınkaynak, 2016; Ertek, 2013; Tanrıverdi, 2020). Yaşlılara saygı göstermenin önemli olduğu bu kültürde, yaşlı bireylerin üstlendikleri rol ve sorumlulukları cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır. Ailedeki en yaşlı erkek, aileye yol gösteren, rehberlik sağlayan, mali konuları yöneten ve karar mekanizmasının merkezinde yer alan birey iken ailedeki en yaşlı kadın ev işleri ile ilgili görev dağılımını yapmak ve yürütmek ile sorumludur. Ayrıca Gürcü kültüründe yaşlıların gerek aile içerisinde gerekse çalışma

hayatında sorumluluk alma ve üretkenliğin sürdürüldüğü görülmektedir. Dokunma, göz teması kurma, kişisel alanların korunması konusunda yakınlık düzeyi ve cinsiyet farklılıklarının önemli olduğu Gürcü kültüründe sağlık bakımının planlanması ve yürütülmesinde mahremiyetin sağlanması ve bakım veren birey ile ilgili tercih sunulması başvurulabilecek yöntemlerdendir. Ayrıca bu kültürde sağlığın bozulduğu durumlarda dini inançların ve ibadetlerin sürdürülmesine engel olunması, bireyin bakım ve tedavi süreçlerinde uyumsuzluk ve başarısızlık ile sonuçlanabilmektedir. Diğer kültürlerde olduğu gibi Gürcü kültüründe de gebelik, lohusalık ve bebek bakımında geleneksel uygulamaların yaygın örnekleri bulunmaktadır. Anne ve bebeğin korunması için nazar duası okunması ve kötü enerjiyi uzaklaştıran gişeri isimli taşın kullanımı, lohusa şerbeti, anne sütünü arttıracak besinlerin tüketilmesi bu kültüre özgü geleneksel uygulamalardandır (Şişman & Kipshidze, 2019; Tanrıverdi, 2020). Kırık ve burkulmalarda Kafkas arısı adı verilen bir bal ile tuz karışımının merhem olarak bölgeye uygulanması, yanıklarda ve yara bakımında çam sakızı, bal mumu ve zeytinyağı karışımının uygulanması, zehirlenmelerde süt ve ayran, hastalıkların tedavisinde ısırgan otu ve lahananın kullanımı Gürcü kültüründe görülmektedir. Hastalığa karşı kadercilik anlayışının hakim olduğu bu kültürde, özellikle yaşlı bireylerde hastalık ve ölüme karşı teslimiyet anlayışı benimsenmiştir. Gürcülerin ölümü kolaylaştırmak, ölüm anında acıyı azaltmak için bireyin son nefesinde ağzına su damlatılması, yakınlarının ya da özlediği kişilerin bir eşyasının getirilmesi, ölüm sonrası üzerine gül suyu dökülmesi, Tirili olarak adlandırılan ağıtlar gibi ölüme yönelik ritüelleri bulunmaktadır (Altınkaynak, 2016). Yapılan çalışmalar ülkemizde yaşamlarını sürdüren Gürcülerin Türk kimliğini benimsediklerini ve kendi kültürlerinin yanı sıra Türk kültürüne özgü davranışlar sergilediklerini göstermektedir (Özbey, 2018).

Anadolu topraklarına yerleşimleri 1070'li yıllara dayanan Manavlar, ilk yerleşim yerleri olan Sakarya ve Kocaeli bölgelerinde nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ülkemizdeki yerleşimleri yıllar içerisinde bu illerden İstanbul, Çanakkale, Düzce, Zonguldak, Bolu, Manisa, Ankara ve doğuda Diyarbakır'a kadar uzanmaktadır. Uzun süredir Anadolu'da yaşamlarını sürdürmeleri ve yerleştikleri bölgeden göçün az olması nedeniyle, Manavlarda Türk kimliğinin benimsendiği görülmektedir. Günlük hayatlarında Türkçe konuşan, okuyan ve yazan Manavlarda yaşadıkları bölgeye göre bazı sözcükler farklı anlamlarda kullanılmakta ve farklı telafuzlar yer almaktadır. Müslüman ve Sunni inanca sahip olunan bu kültürde, çocukların küçük yaştan itibaren dini konularda eğitilmesine özen gösterilmektedir (Erol, 2014). Geniş aile yapısının sürdürüldüğü kültürde, yaşlılara saygı gösterilmekte ve herhangi bir konuda fikirlerine başvurulmaktadır. Bu davranış çocukların ailelerine karşı bir sorumluluğu olarak yerine getirilmektedir. Ancak yapılması planlanan işlerde ve alınacak kararlarda demokratik

yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Ailenin ortak kararı esas olarak alınmaktadır. Sağlık davranışları ve sağlığa karşı tutumların dini inançlar çerçevesinde şekillendiği Manav kültüründe, hastalığa bağlı olarak sosyal hayatta bireyin sorumluluğunda bulunan görevleri yerine getirememesi, bahçe işlerinin yapılamaması, çocukların eğitimlerine engel olması gibi olumsuz sonuçlara bağlı olarak rahatsızlık duyulduğu vurgulanmaktadır. Karşılaştıkları/yaşadıkları iyi ya da kötü durumları kader ve Allahın takdiri olarak yorumlayan Manavlar, hastalığı Allahın verdiği bir ceza olarak yorumlamaktadır (Tanrıverdi, 2020). Manavlarda, kültürel yapının sağlık üzerinde olumsuz etkisine pek rastlanmamakla birlikte, tıbbi tedavi gerektiren hastalık durumlarında hekime gitmek yerine hastalıkların tedavi etme gücü olduğuna inanılan “ocaklı” kişilerden yardım alma yaygın olarak görülmektedir. Manavlar arasında çeşitli sağlık problemlerine yönelik farklı uygulamalar bulunmaktadır. Sağlığın korunmasında sıklıkla kullanılan bitkisel kaynaklı tedaviler kullanılmaktadır. Lahana yaprağının yara iyileşmesi için kullanımı, yanık tedavisinde bal, tereyağı sürülmesi, yabani otların kaynatılarak içilmesi, ateşi düşürmek için pamuk tohumu ve balın kaynatılması, kırıklarda yumurta ve undan yapılan karışım ile bölgenin sarılması ve kupa çekilmesi, hastalık, nazar ve uyku problemleri için muska kullanılması bu kültürde başvurulan geleneksel sağlık uygulamalarına örnektir (Aktaş, 2018). Manavlarda ölüm öncesi geleneksel uygulamalar incelendiğinde ölünün baş ucunda Yasin okuma, su verme, yemek istediği bir şey varsa yedirme ve helalleşmenin olduğu görülmektedir. Kişinin ölmeden önce başını sağa çevirmesi cennete, sola çevirmesi ise cehenneme gideceği olarak yorumlanmaktadır (Tanrıverdi, 2020).

Türkiye’deki etnik gruplar arasında en fazla nüfusa sahip olan Kürtler, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde yoğun olarak yaşamaktadır. Ekonomik nedenler, iskan yasaları ve devletin güvenlik politikaları nedeniyle Kürtler ülke içerisinde çeşitli bölgelere göç etmişlerdir. Kürtçe konuşulması konusunda hassasiyetlerinin yanı sıra eğitim düzeylerinin düşük olması nedeniyle Türkçe konuşma ve anlama konusunda sıkıntı yaşayan Kürtlerin sağlık profesyonelleri ile iletişimde sorun yaşadıkları vurgulanmaktadır (Tanrıverdi, 2020). Bu doğrultuda Van Valiliği İl İnsan Hakları Kurulunun sağlık ocaklarına yönelik gerçekleştirdiği araştırmaya sonucunda bölgeye Kürtçe bilen doktor, hemşire yada ebe görevlendirilmesine ilişkin önerileri bulunmaktadır (Alp & Taştan, 2011). İçinde yaşadıkları toplumdan etkilenmelerine rağmen bu kültüre mensup bireylerin geleneklerini sürdürdükleri bildirilmektedir. Akraba evliliğinin veya kendi kültürlerinden bireylerle evliliğin kabul gördüğü Kürt kültüründe aileye ve aile yapılarına önem verilmekte olup çok sayıda çocuk sahibi olma eğilimi görülmektedir. Ayrıca genç yaşta gebelikler, akraba evliliğine bağlı genetik hastalıklar bu kültürde anne-çocuk sağlığına yönelik danışmanlık ve rehberliğe gereksinimi arttırmaktadır. İnfertilite bu kültürde boşanma sebebi olarak kabul edilmektedir. Geniş aile yapısının sıklıkla görüldüğü bu kültürde

ataerkil yapı desteklenmekte olup, yaşlılara saygı gösterilmesi önem arz etmektedir. Karar süreçleri daha çok aile büyükleri tarafından yürütülmektedir. Kürt kimliğinin sürdürülmesine yönelik olarak ailenin etkisinin yoğun olarak görüldüğü belirtilmektedir (Tanrıverdi, 2020). Özellikle küçük yaşlardan itibaren aile etkisi, Türk kültürüne uyum sağlama çabası ve ekonomik eşitsizlikler, eğitim düzeyi, ayrımcılığa maruz kalma gibi kültürel eşitsizliklerin Kürtlerde daha fazla olumsuz çocukluk çağı deneyimlerine neden olduğu ifade edilmektedir (Barut ve ark., 2023). Sağlık bakımında mahremiyet, kişisel alanın korunması, kürtaj, farklı cinsiyetten hemşirelerden bakım almayı istememe, dini uygulamaların hastalık durumunda sürdürülmesi, sağlık hizmetlerine başvuru ve karar süreçlerinde aile büyükleri ya da eşin baskın rol oynaması Kürt kültüründe tercih edilen sağlık davranışlarını oluşturmaktadır (Tanrıverdi, 2020).

Ülkemizde hem Türk kültürü hem de farklı alt kültürlerde benzer olarak ele alınan bir özellik yardımlaşma geleneğidir. İhtiyacı olan bireye günlük işleri ve bahçe işlerinde ücret almadan birlikte çalışmayı da örnek verilen bu davranış özellikle hastalık, cenaze durumlarında yardımlaşma davranışını da içermektedir. Yine geleneksel toplumlarda insanların doğaya daha az egemen olması ve Tanrının isteği ile olayların gerçekleştiği inancı Türk Kültüründe ve farklı alt kültürlerde de benimsenmiştir. Hastalığın ve ölümün Allah'tan geldiği inancı doğrultusunda nedenleri sorgulanmaksızın kabullenme davranışı görülmektedir. Tüm bireylerde toplum tarafından uygun görülmeyen bir durumun içerisinde yer almaktan ve utanacağı, toplum tarafından yargılanacağı bir davranıştan kaçınma eğilimi bulunmaktadır (Tezcan, 2008). İçinde bulunduğumuz toplumda da yaygın olarak kırsal kesimlerde sfiliz, gonore gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkları saklama ve bu doğrultuda bazı hastalıkların tedavilerine yönelik engeller oluşmaktadır (Sevencan ve ark., 2012; Tezcan, 2008). Ayrıca kadın hastaların erkek doktorlara muayene olmak istememesi, çekinmesi ve her konu ile ilgili yeterli bilgiyi vermemesi, evde ve hastanede gerçekleştirilen uzun süreli hasta ziyaretleri ve otoriter doktor tutumu da sağlık ve hastalığa ilişkin Türk davranış kalıpları olarak ele alınmaktadır (Altay & Kefeli Çol, 2012; Özşahin, 2019; Tezcan, 2008). Hastalık durumunda kendi kullandığı ve yarar gördüğünü düşündüğü ilaç ve sağlık uygulamalarını başkalarına önerme, hastalığın erken dönemlerinde belirti ve bulguları göz ardı ederek sağlık kurumlarına başvurmama ve hastalık durumunda aile içerisinde ya da ev ortamında gerekli koruyucu önlemleri uygulamama davranışları da kültürümüzde var olan yaygın davranışlar olarak belirtilmektedir (Tezcan, 2008).

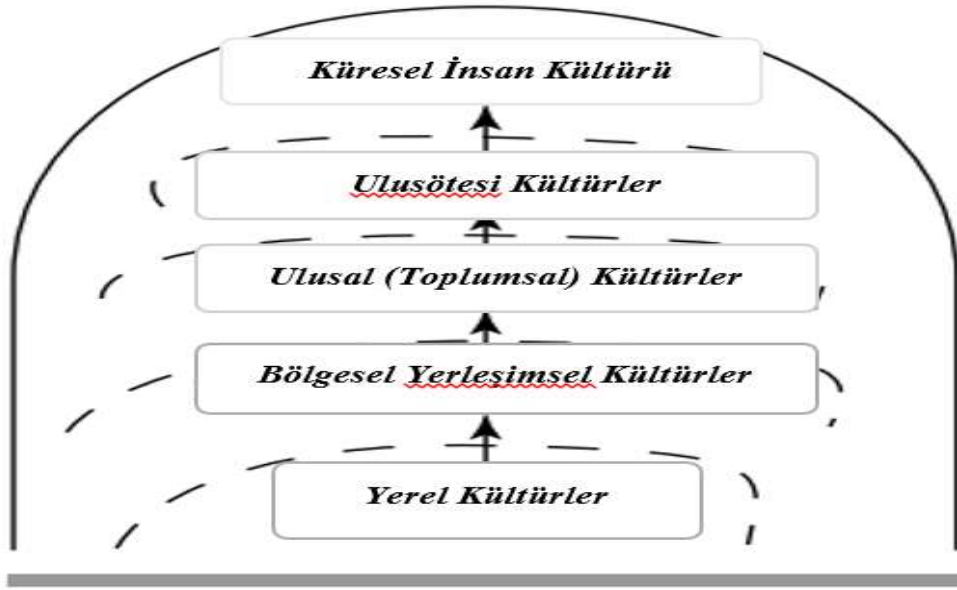
4.3. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı

Kültüre duyarlı, hastanın kültürü ile uyumlu hemşirelik bakımı bireyin kültürel özellikleri, inançları ve değerleri ile örtüşen birey merkezli bakımı ifade etmektedir (Srivastava, 2022). Kültüre duyarlı bir yaklaşım hemşirenin kendi kültürel değerlerinin ve önyargılarının farkında olduğu güvenli bir iletişim ve farklı kültürden hasta ile daha iyisini hedefleyen hemşirelik bakımı yaklaşımını içermektedir (Claeys ve ark., 2021). Günümüzde savaşlar, ekonomik zorluklar ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi nedeniyle yaşanan göçler çok kültürlü toplumların oluşması ile sonuçlanmaktadır (Başlı ve ark., 2018; Çıtak ve ark., 2023; Tanrıverdi ve ark., 2018). Toplumların kültürel yapılarının farklılaşmasının yanı sıra sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik farkındalığın kazanılması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve eşit bakımın sunulması hedefleri hemşirelerin kültüre uyumlu bakım yaklaşımını benimsemeleri ve kültürel yeterlilik becerilerini geliştirmelerini gerektirmektedir (İz & Bayık Temel, 2009; Tanrıverdi ve ark., 2018).

Doğdukları andan itibaren içinde yaşadıkları aile, toplum, kültür, gelenek, görenek ve değerler doğrultusunda yaşam biçimleri şekillenen hastalar ve hemşireler aynı değerler ve yaşam kalıplarını benimseyebildiği gibi bu değerlerin farklılaşması sonucu kültürel çatışma yaşabilmektedir (Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu doğrultuda bakım sürecinde hastaların dünya görüşlerini anlama, kültürel özgeçmişlerini sorgulama, kültürel özelliklerine yönelik veri toplama, bakım ve tedavi uygulamalarında kültürel uygulamaları değerlendirme, hastanın anlayabileceği sade bir dil kullanma hemşirelerin sahip olması gereken becerilerdendir (Terkeş & Bektaş, 2013; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu becerilerin yanı sıra bakım ortamlarında kültürel olarak hemşirelik bakımının sağlanması amacıyla modeller geliştirilmekte, uluslararası kuruluşlar tarafından hemşirelerin kültüre duyarlı bakım becerileri tanımlanmaktadır (Başlı ve ark., 2018; Öztürk & Öztaş, 2012; Tanrıverdi ve ark., 2018).

Kültürlerarası hemşireliğin öncüsü Madeleine Leininger, Transkültürel Hemşirelik kavramını ilk olarak tanımlamış ve kültür ve bakım arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Leininger kültürlerarası hemşireliği, aynı ya da farklı kültürlerden bireylerin veya grupların ortak ve farklılık gösteren kültürel bakım değerleri, inançları ve uygulamalarına odaklanan uygulama alanı olarak tanımlamaktadır. Kültürlerarası hemşireliğin amacı, bireylerin sağlığı ve refahı için kültüre özgü ve evrensel hemşirelik bakımı uygulamaları sağlamak, hastalık veya ölümle yüzleşmelerine kültürel açıdan anlamlı yollarla yardımcı olmak olarak ifade edilmektedir (Leininger & McFarland, 2002). Kuramın nihai amacının küresel dünyada gelecek nesil hemşireler tarafından en iyi bakım uygulamalarının sağlanması için kültürlerarası hemşirelik bilgi birikimi oluşturmak olduğu vurgulanmaktadır (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

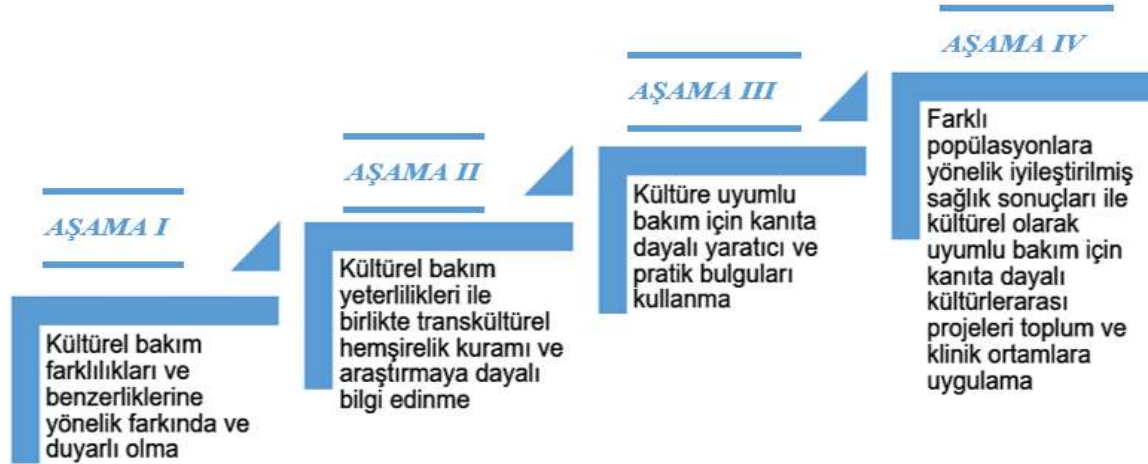
Leininger bu kapsamda hemşirelerin dünya görüşlerini ve mesleğin kapsamını genişletmelerine rehberlik sağlayacak kültürlerarası hemşireliğin alanı şemasını oluşturmuştur. Hemşireler öncelikle yaşadıkları bölge içerisinde belirli kültürlerle karşılaşmaktadır. Bu alan hemşirelerin kavramları, ilkeleri ve kültürlerarası hemşirelik bilgilerini kullanarak tek bir kültüre odaklanarak bilgi ve becerilerini geliştirmeye başladıkları yer olarak tanımlanmaktadır. Daha sonra hemşireler karşılaştırmalı kültürlerarası hemşirelik bilgisi gerektiren çeşitli kültürlerin bulunduğu ulusal ya da uluslararası bölgelerde farklı kültürden hastalar ile etkileşimde bulunmaktadır (Leininger & McFarland, 2002). Bu doğrultuda küresel anlamda kültürü ve kültürel özellikleri anlamak adına hemşirelerin kendi kültürlerinin farkında olarak, hastaların kültürleri ile ayrışan ve benzerlik gösteren değer ve inançlarını değerlendirebilmesi vurgulanmaktadır (Şekil 2). Temel olarak, kültürlerarası hemşirelik, hemşirelere tüm insanlara kültürel olarak uyumlu ve anlamlı bakım sağlama ve öğrenme konusunda yeni bir yol sunmaktadır (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).



Şekil 2. Kültürlerarası hemşireliğin kapsamı (Leininger ve McFarland, 2002'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Ortak özellikleri ve farklılıkları ile birlikte kültüre ilişkin derin bir anlayış kazanılmasını hedefleyen kültürlerarası hemşirelik, hemşirelerin kendi kültürel geçmişi, kültürel değer ve inançlarına yönelik bilgisinin hasta bakımında nasıl uygun şekilde kullanılacağına ilişkin anlayışını keşfetme sürecini kapsamaktadır. Kültürlerarası hemşireliğin hemşirelerin daha önce bilmediği birçok yeni bilgi ve yeterlilik penceresini açan bir alan olduğunun üzerinde durulmaktadır.

Bu kapsamda hemşirelerin kültürel bilgi ve yeterlilik süreçlerini içeren kültürlerarası hemşirelik aşamaları Şekil 3'te tanımlanmıştır (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).



Şekil 3. Kültürlerarası hemşireliğin aşamaları (Leininger ve McFarland, 2002'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Leininger farklı kültürden hastalara bakım veren hemşirelerin kuram ve araştırmalardan yararlanmasının önemini vurgulamaktadır. Kendisi tarafından geliştirilen hastanın kültürel gereksinimlerinin belirlenmesi ve kültüre uyumlu bakımın sunulmasında rehberlik sağlayan Gündoğumu Modeli'nde bakım sürecinde kültürel bakımın korunması veya sürdürülmesi, kültürel bakımda uzlaşma/anlaşmaya varma, kültürel bakımı yeniden yapılandırma ile bireye yaklaşım belirlenmektedir (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019; Tanrıverdi, 2017). Bu üç yaklaşım hastaların fiziksel, ruhsal ve kültürel gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanması ve birey merkezli bir bakım planının oluşturulması ile sonuçlanmaktadır (Soylu ve ark., 2023). Leininger ayrıca Gündoğumu Modeli'nin etnohemşirelik araştırmalarında bakım ve kültür üzerindeki kapsamlı ve çoklu etkileri keşfetmek için bir rehber olarak kullanılmasını önermektedir (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019; Özsezer ve ark., 2022).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından ise uzmanlık alanları ayırt edilmeksizin tüm hemşireler için Profesyonel Hemşirelik Uygulama Standartları tanımlanmıştır. Hemşirelerin bakımına rehberlik sağlayan bu on yedi standart kapsamında her bir standarta yönelik hemşirelerin, uzman hemşirelerin ve ileri düzey hemşirelerin yeterlilikleri tanımlanmıştır. 8. Standart olarak ele alınan kültüre uyumlu uygulama standartında hemşirelerin kültürel çeşitliliğe uygun bakım ve tedavi uygulamalarını yürütmesi gerektiğinin önemi üzerinde durulmaktadır.

Bu kapsamda ANA (2015) tarafından kültüre uyumlu hemşirelik bakımına ilişkin yeterlilikler şu şekilde tanımlanmıştır:

- Hemşireler tüm hastalara yönelik girişimleri ve etkileşimlerinde saygı, eşitlik ve empati gösterir.
- Farklı kültürden hastaların kültürel tercihlerini, dünya görüşünü, seçimlerini ve karar verme süreçlerini anlamak için yaşam boyu öğrenmeyi benimser.
- Hemşire kendi değerlerinin, inançlarının ve kültürel mirasının bir envanterini oluşturur.
- Sağlık inançları, uygulamaları ve iletişim kalıplarındaki farklılıklar hakkındaki bilgisini hemşirelik bakım ve girişimlerinde kullanır.
- Hastanın kültürleşme aşamasını ve bu doğrultuda kültürü benimseme düzeyleri ve gereksinimlerini belirler.
- Savunmasız kültürel gruplar içinde ve arasında ayrımcılık ve baskının bakım ve hemşirelik uygulamalarına etkilerini dikkate alır.
- Hizmet verilen toplumun kültürü, okuryazarlığı ve dili için uygun beceri ve araçları kullanır.
- Hastanın tercihleri doğrultusunda tıbbi tercüman ve tercüman kullanımı da dahil olmak üzere uygun dil ve davranışlarla iletişim kurar.
- Hastanın yaş, gelenek, inanç ve aile etkisi ve kültürleşme aşamasını analiz ederek hasta kararlarına saygı duyar.
- Kültürel açıdan çeşitlilik gösteren, yetersiz hizmet alan veya yeterince temsil edilmeyen bireyler arasında sağlığı geliştiren ve zararları önleyen politikaları savunur.
- Sağlık hizmetlerine, testlere, müdahalelere, sağlığı geliştirme programlarına, araştırmaya, eğitime ve diğer fırsatlara eşit erişimi teşvik eder.
- Hemşire meslektaşlarına ve diğer profesyonellerine hastaların, ailelerin, grupların, toplulukların ve popülasyonların kültürel benzerlikleri ve farklılıkları konusunda eğitim verir.

Uzman hemşireler için yeterlilikler hemşirelerin yeterliliklerine ek olarak şu sorumlulukları içermektedir:

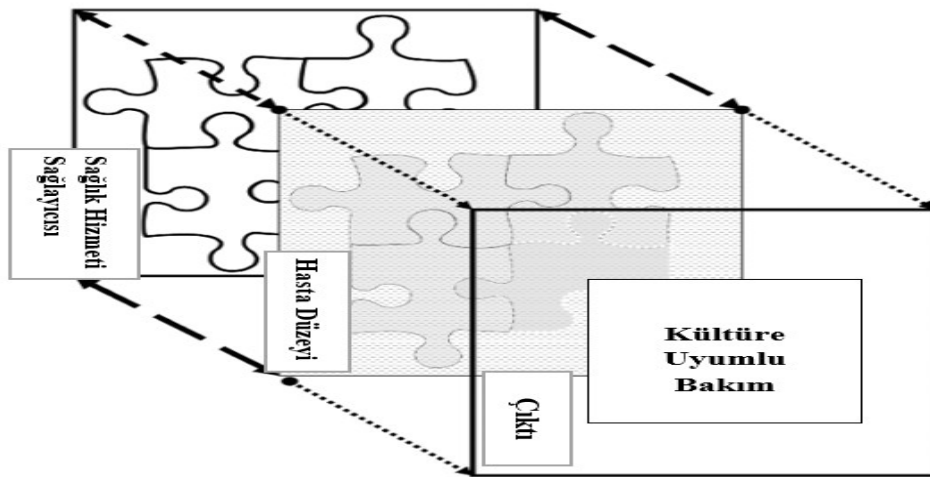
- Kültürel çeşitlilik gösteren hastalara sağlanan araçları ve hizmetleri değerlendirir.
- Çeşitliliğe yönelik saygıyı, eşitliği ve değerleri yansıtan kurumsal politikaları, programları, hizmetleri ve uygulamaları geliştirir.
- Hastaları ve önemli paydaşları iç ve dış kültürlerarası ortaklıkların tasarlanması ve kurulması sürecine dahil eder.

- Kültürel açıdan çeşitlilik gösteren hastalar için sağlık bakımı ve sağlık bakımı çıktılarını iyileştirmek amacıyla araştırmalar yürütür.
- Çok kültürlü iş ortamı oluşturmak için işe alma ve işin devamlılığı sağlama stratejileri geliştirir.

Belirtilen yeterliliklere ek olarak ileri düzey hemşireden beklenenler ise ANA (2015) tarafından şu şekilde belirtilmiştir:

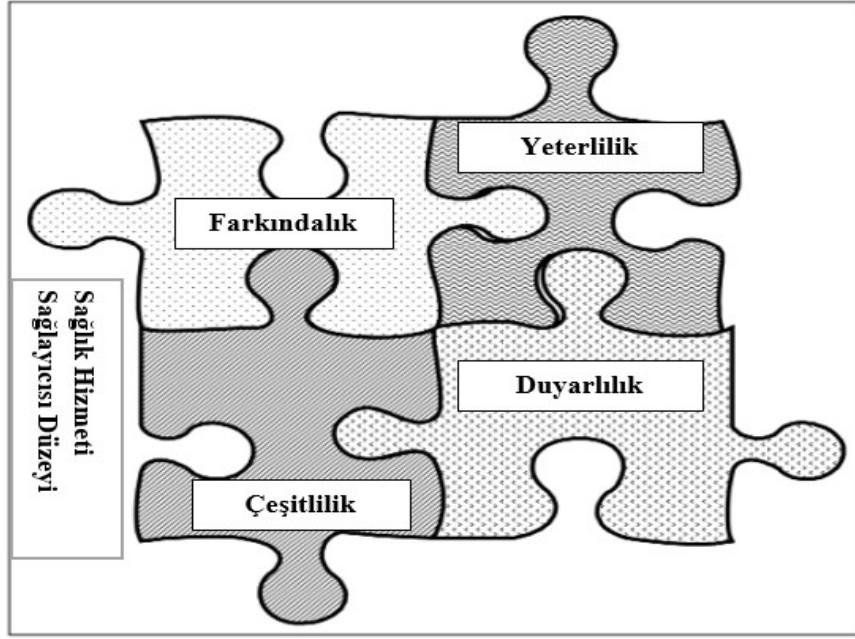
- Hastaların kültürel tercihleri ve normlarının kanıta dayalı uygulamalarla uyumsuzluk yaratabileceği durumlarda planlama ve değerlendirme süreçlerinde ortak karar verme çözümleri sunar.
- Hastanın kültürel ve iletişim alanına yönelik gereksinimlerini belirlemek için multi disiplinler ekip içerisinde liderlik sağlar (ANA, 2015).

Mesleki gelişim süreci içerisinde kültürel olarak uyumlu bakıma yönelik bu yeterliliklerin yanı sıra hemşirelerin kültürel olarak uyumlu bakım ile araştırmalar yapmaları ve kanıta dayalı yöntem ve değerlendirme araçlarının kullanılması da önem arz etmektedir (Douglas ve ark., 2014). Son yıllarda kültüre duyarlı bakımda istenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi ve uygun müdahalelerin gerçekleştirilebilmesi için hemşirelerin ve doktorların kültürel yeterliliklerinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmaktadır (Claeys ve ark., 2021; Jones, 2022; Narayan & Mallison, 2022). Ayrıca kültüre duyarlı bakımın değerlendirilmesinde hastanın değerlendirme ve görüşlerine yer verilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Weech-Maldonado ve ark., 2012; Napoles-Springer ve ark., 2005; Suh, 2004).



Şekil 4. Kültürel Uyumlu Bakımın 3 Boyutlu Yapboz Modeli (Schim ve ark., 2007'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

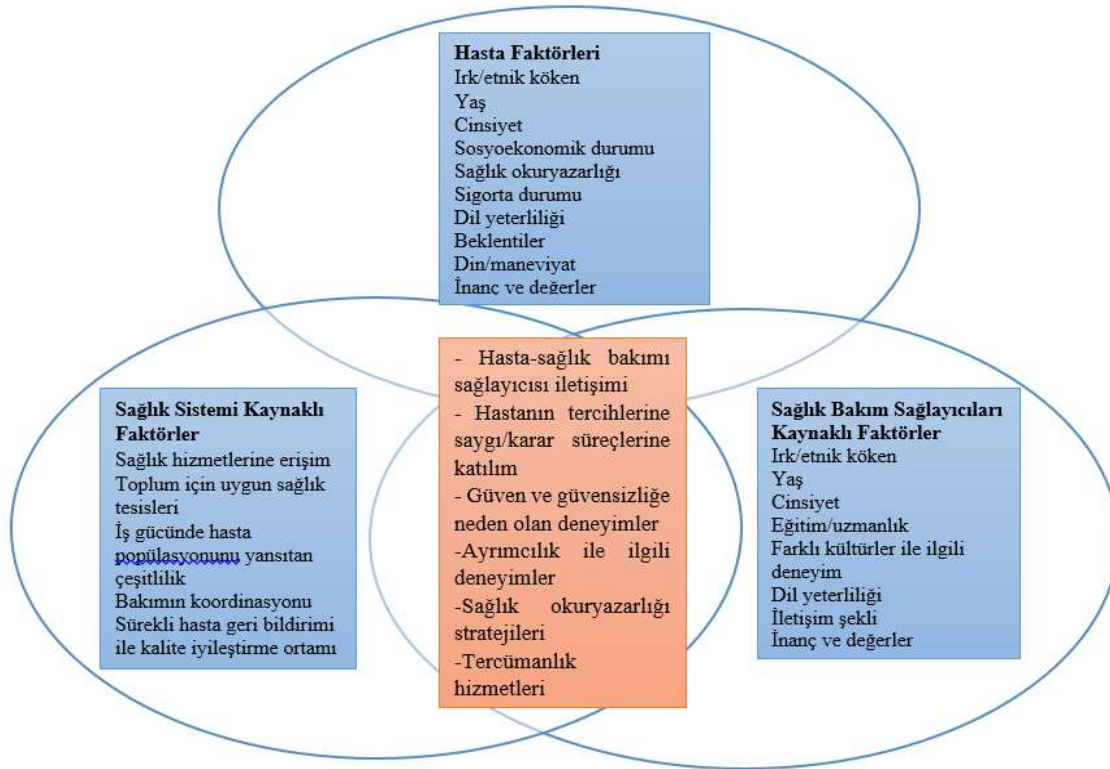
Kültürel olarak uyumlu bakımı bakımı alan ve sağlayanların bakış açılarına göre değerlendirilmesi varsayımına dayanan Schim ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen kültüre uyumlu bakım modelinde bakım sağlayıcılar, hasta ve çıktıları olmak üzere üç boyutlu bir yapı oluşturulmuştur (Şekil 4). Modele göre kültüre uyumlu bakımın geliştirilmesi sağlık kurumları ve bakım verilen toplumların kültürel çeşitliliğinin doğru değerlendirilmesi ile başlamaktadır (Schim ve ark., 2007).



Şekil 5. 3 Boyutlu Yapboz Modelinin Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı Düzeyi (Schim ve ark., 2007'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Birinci düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcılarının sahip olması gereken kültürel çeşitlilik, kültürel farkındalık, kültürel duyarlılık ve kültürel yeterlilik birbirini tamamlayan dört parçadan oluşan yapboz olarak tanımlanmaktadır (Şekil 5). Bu kavramların hasta ile etkileşim ve sağlık hizmetlerine yönelik duyarlılığı etkileyen faktörleri ortaya çıkarmada hasta düzeyinde daha fazla bilgi sağlayacağı öngörülmektedir (Schim ve ark., 2007). Bu düzeyde hastaların yanı sıra klinik ortamlarda sağlık bakım profesyonelleri ile etkileşimde bulunan aile, grup ve topluluklar da yer almaktadır. Bu düzeyde hastaların aile, sağlık, hastalık, bakım, beslenme alışkanlıkları, karar verme süreçleri, eğitim, kişisel alan, iletişim alanlarında kültürel farklılık gösterebilecekleri ve sağlık bakımının sunulmasında küreselliğe ulaşmada bu faktörlerin rehberlik sağlayacağını üzerinde durulmaktadır (Schim & Doorenbos, 2010). Modelde üçüncü ve son düzey çıktı olarak kültüre uyumlu bakım tanımlanmaktadır. Farklı etnik grup ve kültürlerin yer aldığı toplumlara kültürel uyumlu bakım sağlanması sağlık hizmeti kalitesi için gerekli görülmektedir (Schim ve ark., 2007).

Hastaların kültürel açıdan yetkin bakıma yönelik bakış açılarının ele alındığı kavramsal çerçevede bakım kalitesini etkileyen faktörler hasta, sağlık bakımı sağlayıcıları ve sağlık sistemi olmak üzere üç alanda sınıflandırılmıştır. Bu kavramsal çerçevede üç faktörün örtüştüğü alana odaklanılması gerektiği vurgulanmaktadır. İlk iki alan, hasta ile hizmet sağlayıcı arasındaki etkileşimi yansıtmakta ve hasta-sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki iletişim ve hasta tercihlerine saygı/karar süreçlerine katılım olarak belirtilmektedir. Güven ve güvensizliğe neden olan deneyimler, ayrımcılık ile ilgili deneyimler, sağlık okuryazarlığı ve tercümanlık hizmetleri olarak sınıflanan dört alan ise sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi ile etkileşimlere yönelik olarak belirlenmiştir (Şekil 6). Kavramsal çerçevede bu altı alanın hastanın bakış açısı ve değerlendirmeleri ile ele alınmasının kültüre duyarlı bakım için gerekliliği vurgulanmaktadır (Weech-Maldonado ve ark., 2012).



Şekil 6. Hastaların bakış açısıyla Kültürel Yeterli Bakım kavramsal çerçevesi (Weech-Maldonado ve ark., 2012'den yararlanılarak hazırlanmıştır)

Hastaların kültürü sadece sağlık durumlarına etki etmemekte aynı zamanda sağlık, hastalık kavramlarını nasıl anlamlandırdıklarını, hangi durumlarda hasta hangi durumlarda sağlıklı hissettiklerini de şekillendirmektedir. Dinamik ve değişken bir süreç olarak ele alınan kültür ve kültürel değerler çocukluktan yetişkinliğe kadar değişiklik göstermektedir. Çocukluk döneminde ailenin etkisi ile şekillenen kültür ve kültürel değerler bireyin yetişkinliğe doğru ilerlemesi ile eğitim, toplumsal değerler, politik bakış açısı gibi faktörlerden etkilenerek farklılaşmaktadır. Bu dinamik süreç bireyin sağlığın sürdürülmesi ve hastalık durumundaki

anlayış ve davranışlarını etkilemektedir (Dayer-Berenson, 2010). Her birey, aile ve toplum örtüşen ve kesişen kültürel unsurların benzersiz bir karışımını temsil etmektedir. Bireylerin kültürel yapılar içerisindeki bu benzersizliği kültüre duyarlı bakımın sunulmasında uzlaşmaya varılan deneyimler, anlamlar, karşılıklı anlayış ve saygıyı gerektiren bütünsel bir yapıyı gerektirmektedir (Schim ve ark., 2007). Özellikle sağlık bakımında odak noktasının biyomedikal modelden hasta odaklı modele evrilmesi ile kültürel değer ve inançların bakım planına dahil edilmesi önem kazanmaktadır. Hastaların kültürel gereksinimlerine etkili bir şekilde yanıt verme becerisi kültüre duyarlı bakım verebilme ve hastaların geribildirimlerini değerlendirmeyi kapsamaktadır. Bununla birlikte kültürel çeşitliliğin yalnızca hastalar arasında var olduğu varsayılmamalı, aynı zamanda sağlık ekibi arasında da kültürel çeşitliliğin mevcut olduğu bildirilmektedir (Dayer-Berenson, 2010).

4.3.1. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşımlar

4.3.1.1. Ağrıda kültürel yaklaşım

Ağrı, sadece herhangi bir doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan organizmanın bir tepkisi değil, hoş olmayan bir uyaran kaynaklı, mevcut ya da olası fizyolojik değişikliklerle ilişkilendirilebilen, bireyi yardım aramaya yönelten, duygusal ve algısal süreçleri kapsayan bir semptomdur (Büyükyılmaz & Aştı, 2009; Dompreeh, 2022; Köksal & Duran, 2013). Ağrı fizyolojik ve biyolojik tepkilerin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörleri de barındıran çok yönlü bir kavram olarak ele alınmaktadır (Clarke ve ark., 2022). Yapılan ağrı tanımlamaları arasında en temel haliyle ağrı, McCaffery ve Thorpe tarafından (1988), “Ağrı, birey ne deneyimliyorsa odur, birey ne zaman ağrıyı deneyimlediğini ifade ederse o zaman vardır.” olarak tanımlanmıştır (Davidhizar & Giger, 2004). Bireyin geçmişteki deneyimleri ile ilişkilendirdiği ağrı hem bireysel hem de kültürel anlamı olan bir olgudur (Davidhizar & Giger, 2004; Lasch, 2000). Belli bir grup tarafından paylaşılan değerler, inançlar ve davranışları kapsayan kültür, ağrı ve acı çekme deneyiminin anlamlandırılması ve ifade edilmesinde önemli bir etkiye sahiptir (Davidhizar & Giger, 2004; Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Aynı cerrahi işlem gerçekleşen, aynı doğum sürecini deneyimleyen, ağrıya yönelik aynı tedavi ve bakımı alan bireylerin ağrı ifadeleri, deneyimleri ve ağrıya tepkileri kültürel özellikleri doğrultusunda farklılık gösterebilmektedir (Davidhizar & Giger, 2004). Ağrıya yanıt olarak ortaya çıkabilecek iki temel davranış sabır ve duygusallık olarak ele alınmaktadır. Bazı bireyler ağrıya dayanma, ağrıdan yakınmamayı benimseyerek ağrıyı sabırla karşılamayı seçerken, bazı bireyler ise ağrıyı söz ve duyguları ile ifade etme davranışı göstermektedirler (Seviğ & Tanrıverdi, 2014).

Kültürel faktörler bireyin ağrı karşısında gösterdiği bu iki temel davranışı etkilediği gibi, ağrıya yönelik sözlü ve sözlü olmayan ifadeleri de etkilemektedir (Davidhizar & Giger, 2004; Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Çoğu toplumda ağrıya karşı yüksek tolerans ve dayanıklılık istenilen ve beklenen bir kültürel davranış olarak gözlenmektedir (Büyükyılmaz & Aştı, 2009). Yapılan çalışmalar farklı etnik ve kültürel grupların ağrıya ve ağrı yönetimine ilişkin algı ve davranışlarının çeşitlilik gösterdiğini desteklemektedir. Bu kapsamda Afrikalı Amerikalıların ve Asyalıların ağrı duyarlılıklarının İspanyol olmayan beyazlara göre daha yüksek olduğu (Bell ve ark., 2018; Kim ve ark., 2019), Latin kökenli bireylerin ağrıya karşı tutumları daha dışa vurumcu olarak ifade edilirken, İskandinavların ise ağrıya karşı tutumları daha içe dönük ve ifadesiz olarak tanımlanmıştır (Seviğ ve Tanrıverdi, 2014). Ülkemizde ağrı düzeyinin Karadeniz Bölgesinde yaşayan bireylerde daha yüksek olarak algılandığı belirtilmektedir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

Ağrıya ilişkin kültürel olarak farklılık gösteren bir diğer değişken ise bireylerin ağrı yönetimi ve tedavi tercihleridir (Davidhizar & Giger, 2004). Sosyo-ekonomik faktörler, yaş, cinsiyet, dini ve manevi inançlar, etnik köken ve kültürün bireylerin ağrı ile baş etme ve ağrı yönetiminde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Ayaz & Shermann, 2022; Clarke ve ark., 2022; Dompreeh, 2022; Slatyer ve ark., 2022; Şimşek ve ark. 2022). Bu kapsamda yapılan çalışmalar hastaların ağrıyı dini ve manevi inançları ile ilişkilendirdiği ve ağrı yönetiminde dua etme ve ağrıya dayanma yolunu seçebildiklerine (Dompreeh, 2022; Orujlu ve ark., 2021; Rajan ve ark., 2022), doğum ağrısının kadınlar tarafından dayanılması ve deneyimlenmesi gereken bir süreç olduğuna (Köksal & Duran, 2013), yaşlıların ağrının yaşlanma süreci nedeniyle organizmaya bağlı nedenlerden kaynaklandığını düşündüklerine (Şimşek ve ark., 2022), kadınların ve yaşlıların ağrıyı daha fazla hissettiklerine (Güneş ve ark., 2005) yönelik kültürel olarak çeşitlilik gösteren farklı sonuçlar ortaya koymaktadır (Clarke ve ark., 2022; Dompreeh, 2022; Slatyer ve ark., 2022).

Akut ve kronik ağrı tanılmasında ve yönetiminde kültüre duyarlı hemşirelik bakımı temel alınmalıdır (Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Bireylerin kendi deneyimleri ve kültürel özellikleri doğrultusunda anlamlandırılan ve ifade edilen ağrının değerlendirilmesi, takibi ve hasta için uygun farmakolojik, farmakolojik olmayan ve tamamlayıcı tedavilerle hastanın rahatlatılması hemşirelerin ağrı yönetimi kapsamında sorumluluklarındandır (Ayaz & Shermann, 2022; Baş ve ark., 2016; Lasch, 2000). Hastanın kendi deneyimleri doğrultusunda subjektif olarak ele alınan ağrının değerlendirmesinin, hemşirelerin kendi ağrı deneyimleri, ağrı yönetimine yönelik tutumları ve ağrıya yönelik kültürel tepkilerinden etkilendiği bildirilmektedir (Ayaz & Shermann, 2022; Lasch, 2000; Orujlu ve ark., 2021).

Ayaz ve Shermann (2022) tarafından yapılan çalışmada hemşireler ağrının yönetilmesinde hangi kültürden olursa olsun hastalara ayırım yapmadan aynı tedavi ve bakımı uyguladıklarını belirtmelerine rağmen bazı hemşireler kendi kültürüne mensup hastaları daha iyi anlayabildikleri için bu hastaların bakım ve tedavi uygulamalarını daha rahat gerçekleştirdiklerini ifade etmiştir (Ayaz & Shermann, 2022). Bu çalışma ağrı yönetiminde kültürel yaklaşımın benimsenebilmesi için hastanın kültürünün yanı sıra hemşirenin kendi kültüründe de ağrıya ilişkin tutum ve davranışların ve ağrının giderilmesine yönelik uygulamaların farkında olunması gerektiğini desteklemektedir. Ağrının kültürel olarak uygun yaklaşımla ele alınabilmesi kültürel olarak ağrı deneyimiyle ilgili faktörlerin, ağrının algılanmasının, ağrı ifadesinin, ağrı ve acı çekmenin kültürel anlamının, ağrının giderilmesinde başvurulan geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin, ağrının yönetilmesinde beklentiler ve sağlık sistemine ilişkin algıların kapsamlı olarak değerlendirilmesini içermektedir (Campbell 2012; Dompok, 2022; Lasch, 2000). Bu kapsamlı ve zor süreçte hastaya yaklaşımda ilk adım kültürel kalıp ve yargılardan uzak bir yaklaşım benimsemektir (Lasch, 2000; Seviğ & Tanrıverdi, 2014). Bu doğrultuda Davidhizar ve Giger (2004) ağrının yönetiminde kültüre duyarlı bir yaklaşım için gerekli girişimleri şu şekilde tanımlamıştır:

- Ağrıyı ölçmeye yardımcı olmak için değerlendirme araçlarını kullanın.
- Ağrıya ilişkin duygusal tepkilerdeki değişiklikleri tanımlayın.
- İletişim tarzlarındaki farklılıklara karşı duyarlı olun.
- Ağrı ifadelerinin kültür içerisinde kabul görüp görmediğini değerlendirin.
- Ağrının anlamının kültürler arasında farklılık göstereceğinin farkında olun.
- Ağrıya verilen tepkileri etkileyebilecek değerleriniz ve inançlarınız hakkında kişisel farkındalık geliştirin (Davidhizar & Giger, 2004).

Kuğuoğlu ve Kürtüncü (2014) ise ağrı yönetiminde kültür odaklı hemşirelik girişimlerini şu şekilde özetlemiştir:

- Etkili bir dinleyici olarak hastanın ağrıyı nasıl anlamlandırıldığını keşfet.
- Kültürün ve kültürel değerlerin bireysel farklılıklar gösterebileceğini göz önünde bulundurarak hastanın mensubu olduğu kültürün özelliklerini benimseyip benimsemediğini analiz et.
- Ağrının kontrolü ve tedavisinde hastanın kültürel inanışları doğrultusunda çeşitliliğine duyarlı ol.
- Ağrının doğru değerlendirilmesi ve bildiriminin ağrı yönetiminin başarısındaki önemine ilişkin hastayı bilgilendir.

- Farklı kültüre mensup, hemşire ile aynı dili konuşup anlayamayan hastalarla iletişim için tercüman kullan ve bu hastaların ağrısını değerlendirmek üzere anlayabileceği dilde ölçüm araçlarından faydalan.
- Bireyin ağrıya yönelik dini ve manevi inanış ve davranışlarını, hasta ile aynı görüşte olmasan bile, kabul ettiğini göster.
- Ağrının tedavi edilmesinde hastanın kültürel özelliklerine dayalı olarak başvurduğu sağlık davranışlarını sorgula. Hastanın sağlığına olumsuz etkisi olmayan kültürel sağlık uygulamalarını bakım planına dahil et.
- Hastanın ağrısını hafifletmek, rahatlamasını sağlamak amacıyla oluşturulan bakım planının başarıya ulaşmasında kültüre duyarlı bakımın önemine hastayı inandır.
- Kültüre duyarlı hasta bakım planının oluşturulmasında hastanın kültürel gereksinimleri ve özelliklerinin bakım planına dahil edilmesi için hasta ile işbirliği sağla (Kuğuoğlu & Kürtüncü, 2014).

Lasch ise ağrı yönetimi ve bakımında kültüre duyarlı yaklaşımın hastanın kültürü ve kültürel özelliklerine yönelik bilgi sahibi olunması ve hasta ile etkili iletişim sağlanması ile gerçekleşeceğini vurgulamaktadır. Sadece örgün eğitim ile kültüre duyarlı yaklaşımın sağlanamayacağını vurgulayan Lasch, bakım sunulan toplumun kültürel özellikleri ve davranışlarının anlaşılabilmesi için sağlık profesyonellerinin araştırma yapma sorumluluğunu dile getirmektedir. Hasta bakımında hastanın kültürü ile ilgili etkili iletişim kurulması amacıyla dil engelini ortadan kaldırmak için uygun tercüman kullanımı önerilmektedir (Lasch, 2000). Bu amaçla aile üyelerinin tercüman olarak kullanılmaması gerektiği literatürde vurgulanmaktadır (Lasch, 2000; Clarke ve ark., 2022).

Ağrının doğru değerlendirilmemesi ve etkin yönetilmemesi hemşirelerin de bir üyesi olduğu sağlık ekibine etik sorumluluklar yüklemektedir. Bununla birlikte kültürün ve kültürel özelliklerin ağrı yönetiminde etkin olarak ele alınmaması hemşirelik bakımının başarısız olması, hasta ve hemşire arasında kültürel çatışma, etkisiz iletişim ve hasta memnuniyetsizliği ile sonuçlanmasına neden olabilir (Dompheh, 2022; Orujlu ve ark., 2021). Bu durum tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de küreselleşme ile birlikte farklı kültürleri barındıran toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında olumsuz etki oluşturacaktır. Bu nedenle hemşirelerin ağrıya ilişkin kendi deneyimleri ve kültürel özelliklerini analiz ederek, farklı kültürden bireylerin ağrıya ilişkin deneyimlerinin farkında olması ve bireyin kültürüne duyarlı bir yaklaşımla bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırması hedeflenmelidir (Seviğ & Tanrıverdi, 2014).

4.3.1.2. Kronik hastalıkların bakımında kültürel yaklaşım

Yaşam süresinin artması ile birlikte bireylerin kanser, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarla yaşamlarını geçirdikleri süre de uzamaktadır. Günümüzde kronik hastalıkların tedavi olanaklarına destek olarak tamamlayıcı tedavilerin kullanımı da tercih edilmektedir (İlgaz & Gözüm, 2016; Samancı ve ark., 2023). Ülkemizde de tamamlayıcı tedavilerin kanser ve kronik hastalığı olan bireyler tarafından sıklıkla kullanıldığı vurgulanmaktadır (Çakmak & Nural, 2017; Hacıhasanoğlu Aşıl ve ark. 2023; Samancı ve ark., 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbi, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde ya da tedavisinde kullanılan farklı kültürlere özgü bilgi, inanaç ve deneyimlere dayalı, nesilden nesile aktarılan sağlık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Ülkemizde kronik hastalıkların tedavisi için bitkisel ürünlerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (İlgaz & Gözüm, 2016). Çerkez kültüründe papatya, hatmi çiçeği, zehirli baldıran, şevkeren gibi bitkilerin; Lazlarda livor tohumu, damar otunun ve özellikle kanser hastalıklarında ısırgan otunun; Manavlarda pamuk tohumu, bal, kanser hastaları için ısırgan otu, ayrık otu, zakkum, tosbağa otu, diyabet hastalığı için ise civanperçemi otunun kullanılması geleneksel sağlık uygulamalarına örnektir (Tanrıverdi, 2020). Yapılan çalışmalarda bitkisel ürünlerin komşu, aile yakınları, tanıdıkları tarafından önerildiği ve sağlık profesyonellerine bu ürünlerin kullanımının bildirilmediği saptanmıştır (Anık ve ark., 2023; Hacıhasanoğlu Aşıl ve ark., 2023; Özer ve ark., 2020; Samancı ve ark., 2023). Ayrıca sağlık profesyonellerinin de tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik yeterli bilgiye ve beceriye sahip olmadıkları da bildirilmektedir (Acar ve ark., 2022; Ateş Sarı ve ark., 2023; Lafçı & Kaşıkçı 2014). Bu durum hastaların sağlıklarına ya da tedavi süreçlerine olumsuz etki edecek uygulamalara maruz kalmaları ile ilişkili risk oluşturmaktadır (İlgaz & Gözüm, 2016). Sağlık bakımında hemşireler de dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin, tamamlayıcı tedaviler ve bitkisel ürünlerin kullanımı konusunda hastalarla açık bir iletişimi sürdürmesi gerekmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların risk faktörleri, bireylerin yaşam biçimleri ve kültürel sağlık uygulamaları bütüncül bakım sağlanması için değerlendirilmelidir (Potter ve ark., 2020). Dolayısıyla sağlık bakımının etkili yönetimi için geleneksel tıp uygulamalarına yönelik yeterli verinin toplanması, hastaların geleneksel tıp uygulamalarına yönelik tutumları ve kültürel olarak sık kullanılan uygulamaların varlığı, hastalarla işbirliği içerisinde geleneksel uygulamaların bakım ve tedavi uygulamalarına dahil edilmesi, zararlı geleneksel uygulamaların farklı geleneksel uygulamalar ile değiştirilmesi ve sonuçların izlenmesi gerekmektedir (Tanrıverdi, 2020).

4.3.1.3. Psikiyatrik hastalıkların bakımında kültürel yaklaşım

Psikiyatrik hastalıklar yaşam tarzı değişikliklerine yol açan, hastanın bakım ve tedavi süreçlerine yönelik kontrolüne dayanan, iyileşmenin hastanın sorumluluğunda olduğu

rahatsızlıklardır. Psikiyatrik hastalık süreçlerinde iyileşme hastalık ya da hastalığa bağlı semptomların tamamen ortadan kalkmasına değil, bireyin değerlerinin değişmesine, deneyimlerinden anlam çıkarmasına ve hastalık kaynaklı sınırlamalar yerine yaşamı sürdürmeye odaklanmaktadır (Çam & Yalçiner, 2018). Hastanın kültürel özellikleri psikiyatrik hastalıkların tanımlanması, hastalığa bağlı görülen semptomların nitelendirilmesi ve hastanın tedavisine yönelik uygulamalarına etki etmektedir (Çam & Bilge, 2007). Bu süreçte hemşirelik bakımı hasta ile işbirliği içerisinde, hastanın gereksinimleri, değerleri ve kültürü ile uyumlu olarak yürütülmektedir. Bakımın amacına ulaşması ve iyileşmenin gerçekleşmesi için hemşirelerin hastaları kültürel değerlerine göre değerlendirmeleri gerekmektedir. Özellikle psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak hastanın toplumsal rol ve işlevlerini yerine getiremediği durumlarda mensubu olduğu kültürün ve toplumun tepkisi de göz önünde bulundurulmalıdır (Necipoğlu ve ark., 2019; Yalçiner & Çam, 2015). Hemşireler psikiyatrik hastalığın kültür içerisindeki anlamının yanı sıra iyileşmeye etki eden hastalığı nedeniyle ön yargı, ayrımcılık ya da damgalanmaya maruz kalma durumuna yönelik farkındalık geliştirmelidir (Çam & Yalçiner, 2018). Ülkemizde toplumun psikiyatrik hastalıklara yönelik ayrımcı ve olumsuz tutum gösterdikleri vurgulanmaktadır (Arkan ve ark., 2011). Bu doğrultuda psikiyatrik hastalığı olan bireylere kültürel yönden duyarlı bir bakım planı hasta ile işbirliği içerisinde, hastanın kültürünün hastalığa yüklediği anlamın farkında olarak ve hasta ile hemşire arasında çatışmaya neden olacak durumlar belirlenerek planlanmalıdır (Yalçiner & Çam, 2015).

4.3.1.4. Prenatal ve postnatal dönemde kültürel yaklaşım

Yaşam süreci içerisinde gebelik, doğum ve doğum sonu dönem birçok kültürde anne ve bebek sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik sağlık uygulamaları içermektedir (Demir ve ark., 2023; Yılmaz, 2023). Bu uygulamalar arasında sağlığa zararlı bazı uygulamalar da bulunmaktadır (Akçay ve ark., 2019; Altuntuğ ve ark., 2018; Sevinç & Celasin, 2023). Bu sebeple gebelik ve doğum sonrası dönemde verilen bakımın kalitesinin artırılması ve sağlığı olumsuz etkileyecek uygulamaların önüne geçilebilmesi için hemşirelerin rehberliği kritik öneme sahiptir (Soylu ve ark., 2023; Sevinç & Celasin, 2023). Hemşirelerin öncelikle kültüre yönelik bu geleneksel uygulamalara ilişkin veri toplaması, yararlı geleneksel uygulamalar ile ilgili bilimsel kanıtları değerlendirerek bu uygulamaları bireylerin bakımlarıyla bütünleştirmesi bu süreçte bireyin kültürü ile uyumlu bakımın sunulması ile sonuçlanmaktadır (Demir ve ark., 2023; Sevinç & Celasin, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) anne ve yenidoğan sağlığının geliştirilmesine yönelik müdahalelere yer verdiği raporunda yer alan on iki öneriden bir tanesi kültürel açıdan uyumlu sağlık bakımı ile ilişkilidir. Kadınların ve yeni doğanların gereksinimleri karşılayan ve kültürel tercihlerini birleştiren, kültürel açıdan uygun, kaliteli prenatal ve postnatal bakımın özelliklerini

tanımlamada önemli bir bileşen olarak toplumla sürekli iletişim önerilmektedir. Bu iletişimde kadınların sesinin anlamlı bir şekilde yer almasını sağlayacak mekanizmaların desteklenmesi, incinebilir grupların ele alınması, dilin kültürel değerlendirme için önemi, sağlık profesyonellerinin kültürel yeterlilikleri vurgulanmaktadır (WHO, 2015).

4.3.2. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları

Küreselleşme ile ortaya çıkan çok kültürlü toplumlarda sosyal farklılıklar, kültürel çatışmalar, eşitsizlikler, cinsiyet rollerindeki değişimler ve ayrımcılık gibi konular önem kazanmaktadır (Başlı ve ark., 2018; Çıtak ve ark., 2023; Potter, 2020; Tanrıverdi ve ark., 2018). Farklı kültürden bireylerin birarada yaşadıkları günümüz toplumları sağlık bakım ortamlarında da çeşitlilik oluşturmakta ve farklı kültürden hemşirelerin farklı kültürden hastalara bakım sağlama gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (İz & Bayık Temel, 2009; Kaya ve ark., 2021; Meydanlıoğlu, 2019; Tanrıverdi ve ark., 2018). Bu durum kültürel olarak farklılık gösteren bireyler arasında direnç ve çatışma, tedaviye uyumsuzluk, olumsuz hasta bakımı çıktıları ile sonuçlanabilmektedir (White ve ark., 2019).

Farklı kültürden bireylere bakım verilen sağlık bakım ortamlarındaki kültürel çeşitlilik hemşirelik bakımının niteliğini etkilemektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin farklı kültüre mensup hastalara kültürlerine duyarlı bütüncül bir yaklaşımla bakım vermeleri gerekmektedir (Leninger & McFarland, 2002; Narayan & Mallinson, 2022). Bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla hasta ve hasta yakınlarından veri toplayan hemşirelerin sağlığı algılama, sağlık davranışları, gebelik, doğum, yaşlılık, ölüm ve kayıp gibi durumlarda kültürel farklılıkları ayırt edebilmeleri önem arz etmektedir (Leninger & McFarland, 2002).

Hemşirelerin toplumun kültürel özelliklerinin ve farklılıklarını farkında olmaları, kültür ve sağlık ilişkisini kavramaları ve kültüre duyarlı hemşirelik uygulamaları ile ilgili kanıta dayalı bilgi üretmeleri beklenmektedir. Bu beklentileri karşılamak üzere Amerikan Hemşirelik Akademisi ve Kültürlerarası Hemşirelik Derneği tarafından kültüre duyarlı ve kültürel yeterli hemşirelik bakımına rehberlik sağlaması amacıyla uygulama standartları oluşturulmuştur. Sosyal adalet, kritik yansıma, kültürlerarası hemşirelik bilgisi, kültürel uygulama, sağlık bakım sistemleri ve kurumlar, hasta savunuculuğu ve güçlendirme, çok kültürlü iş gücü, eğitim ve öğretim, kültürlerarası iletişim, kültürlerarası liderlik, politika geliştirme ve kanıta dayalı uygulama ve araştırma olmak üzere 12 standarta yönelik açıklama ve öneriler Tablo 1’de sunulmuştur (Douglas ve ark., 2011; Seviğ & Tanrıverdi, 2014; Soylu ve ark., 2023).

Tablo 1. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları

Standart	Öneriler
Standart 1. Sosyal adalet Bu standart hemşirelerin herkes için adaleti teşvik etmesi ve hemşirelik kararlarının temelini oluşturması ile ilgilidir.	• Bakım ortamlarında kültürel farklılıklara yönelik adalet, özgürlük ve hoşgörüye dayanan politikalar belirlenmelidir. • Hemşireler sağlık bakımında bireye saygı çerçevesinde liderlik sağlamalıdır. • Hemşireler toplum içerisinde sağlığa ilişkin güç düzenlemeleri ve eşitsizliklerin farkında olmalıdır. • Sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelerin savunucu rolü bulunmaktadır.
Standart 2. Eleştirel düşünme (Kritik yansıma) Bu standart kültürel açıdan yeterli hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için hemşirelerin kendi kültürel değer ve inançlarını eleştirel olarak incelemelerini ve değerlendirmelerini kapsamaktadır.	• Kültürel uyum standartlarının klinik uygulamalarda kullanımı eleştirel düşünmeye dayalı olmalıdır. • Hemşirelik bakımında kültürel uyumun sağlanmasının eleştirel düşünme ile desteklenebilmesi amacına odaklanan grup toplantıları düzenlenmelidir. • Kültüre uyumlu hemşirelik bakımına etkisi göz önünde bulundurularak, sağlık politikalarının geliştirilmesinde kişisel değerler ele alınmalıdır. • Kültürel değer ve inançların farkına varabilmeyi ve eleştirel düşünmeyi geliştirmeyi amaçlayan çalıştay ve programlar yapılmalıdır.
Standart 3. Kültürlerarası hemşirelik bilgisi Bu standart hemşirelerin farklı kültürlerdeki birey, aile ve toplumların gelenek, inanç ve değerlerinin çeşitlilik gösterdiğini anlamaları ile ilgilidir.	• Kültürel olarak yeterli bakımın sağlanmasına yönelik eğitim modülleri hazırlanmalıdır. • Eğitim modülleri hizmet verilen toplum içerisindeki farklı kültürel gruplar üzerine odaklanmalıdır. • Farklı kültürlerden konuşmacılar, etnik yiyecekler, özel günler ile ilgili farkındalık oluşturabilir.

Tablo 1. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları (Devam)

Standart	Öneriler
Standart 4. Kültürel uygulama Bu standart kültürle uyumlu hemşirelik bakımının hemşirenin kültürel bilgi, kültürel karşılaştırma ve kültürel becerileri ile desteklendiğini vurgulamaktadır.	• Toplumda kültürel çeşitlilik, farklı kültürlerin sağlık ve hastalığı nasıl tanımladıkları, sağlıklarını sürdürmek için neler yaptıklarını, hastalıkların kaynağı olarak neyi gördükleri, bakım ve tedavi uygulamalarında hangi yöntemlere başvurdıkları, hemşirenin kültürel geçmişinin sağlık hizmetini nasıl etkilediğini anlamaya yönelik kültürel eğitim kılavuzları oluşturulmalıdır. • Sağlık ve hastalıkta kültürün etkisini anlama ve kültüre uygun terapötik girişimlerin belirlenebilmesine yönelik hizmet içi eğitimler gerçekleştirilmelidir. • Kültüre uyumlu hemşirelik uygulamaları için etkili prosedürler oluşturulmalıdır. • Farklı kültüre mensup hastalara verilen hemşirelik bakımının kültürel uygunluğunu değerlendiren yöntemler geliştirilmelidir. • Hastanın tedavi ve bakım planlarına dahil olmasını destekleme ve kültürel çatışmaları çözümüyle başta olmak üzere konsultan hemşire rolleri tanımlanmalıdır. • Kültürel araştırmalar, kongre ve konferanslar ile kültürel açıdan yeterli hemşirelik yaklaşımı ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar ortaya konulmalıdır.
Standart 5. Sağlık bakım sistemleri ve kurumlar Bu standart kültürel uyumlu bakım sunulmasında hastaların ihtiyacı olan dil, kültürel gereksinimler ve kültürel değerlendirmeye destek veren yapı ve kaynakların sağlanmasında kurumların sorumluluklarını içermektedir.	• Tercüman, farklı dillerde hasta eğitim materyalleri ve tabelalar gibi kültürel gereksinimlere yönelik bütçe hazırlanmalıdır. • Tüm sağlık profesyonelleri ve personellerin kültürel yeterliliğini sağlamak için hizmet içi eğitimler yapılmalıdır. • İş tanımları, yükseltme kriterleri ve performans ölçütlerinde kültürel yeterliliğe yer verilmelidir. • Veri toplama sistemleri oluşturularak hizmet verilen bireylerin demografik ve kültürel verileri elde edilmelidir. • Kültüre uyumlu sağlık hizmetinin etkinliğini belirlemek amacıyla hasta memnuniyetine ilişkin veri toplanmalı ve hastalardan geribildirim alınmalıdır.

Tablo 1. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları (Devam)

Standart	Öneriler
Standart 6. Hasta savunuculuğu ve güçlendirme Bu standart bireylerin kültürel değerlerinin ve uygulamalarının sağlık bakımında desteklenmesinde hemşirenin savunucu rolünü içermektedir.	• Hemşireler sağlık bakımında kültürel açıdan yeterli bakış açısı ve yaklaşımı benimsemelidir. • Hastanın ilk değerlendirmesinde ve bakım sürecinde her hastanın tek ve benzersiz olduğu unutulmamalıdır. • Hemşirelik bakımı planlanırken, bakım sağlanırken ve hasta ile iletişim kurulurken hastanın kültürel değer, inanç ve uygulamaları ile uyumu ön planda tutulmalıdır. • Sağlık sistemlerinin, kaynakların ve politikaların hastalara etkisi analiz edilerek, hasta hakları savunulmalı ve hastalar güçlendirilmelidir.
Standart 7. Çok kültürlü iş gücü Bu standart sağlık bakım ortamlarında çok kültürlü iş gücünün oluşturulmasında hemşirelerin sorumluluklarını vurgulamaktadır.	• Farklı kültürden hemşirelerin etkileşimde bulunabilecekleri mezun hemşirelerin bulunduğu rehberlik ağı oluşturulmalıdır. • Farklı kültüre mensup hemşirelerin güçlendirilmesine yönelik stratejik planlar geliştirilmelidir. • Sağlık eşitsizlikleri ve kültürel farklılıklara yönelik öğrencilerin ve hemşirelerin proje ve araştırmaları desteklenmelidir. • Mezun hemşirelerin ve işe yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon programlarına kültürel yeterlilik standartlarının uygulamaya aktarılması dahil edilmelidir.
Standart 8. Eğitim ve öğretim Bu standart hemşirelik bakımı için hemşirelik müfredatının küresel uygulamaları içermesini ve mezun hemşirelerin bakımda kültürel yeterlilik becerilerini kazanmış olması gerektiğini belirtmektedir.	• Hemşirelik eğitimini tüm düzeyleri kültürel yeterli bakım bilgi ve becerilerini kazandırmalıdır. • Transkültürel hemşirelik uzmanları kültürel uyumlu hemşirelik bakımına rehberlik sağlamak amacıyla eğitim kurumları ile işbirliği sağlamalıdır. • Kültürel olarak yeterli bakım için eğitim programları, kurslar düzenlenmelidir. • Kültürel bilgi ve uygulamalar hemşirelik müfredatlarına dahil edilmelidir. • Uluslararası düzeyde farklı kültürden öğrenciler ile kültürel karşılaşmalar sağlanmalıdır.

Tablo 1. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları (Devam)

Standart	Öneriler
Standart 8. Eğitim ve öğretim	• Kültürel deneyimleri ve beklentileri yanıtlamak amacıyla yeni mezun hemşire ve öğrencileri rol model olacak hemşireler belirlenmelidir. • Farklı kültürden eğitimci ve hemşireler ile rehberlik ağı oluşturulmalıdır.
Standart 9. Kültürlerarası iletişim Bu standart bireylerin sözlü ve sözsüz ifadelerini, kültürel değerlerini, eşsiz sağlık bakım ihtiyaçlarını ve algılarını içeren kişilerarası iletişimi etkin olarak kullanmalarının üzerinde durmaktadır.	• Oryantasyon programları farklı kültürden hastalarla görüşme becerilerine yönelik eğitimleri içermelidir. • Sağlık kurumlarında çeviri ve tercümanlar için kaynak sağlanmalıdır. • Hemşirelere kültüre özgü içerik, sözcük, ifadeleri ve etnik öyküleri öğrenmeleri için kaynaklar sunulmalıdır. • Farklı kültürden hastalar için açık şekilde açıklanmış iletişim materyalleri hazırlanmalıdır. • Hemşireler sözel iletişim kurulamayan hastalar ile sözsüz iletişimde gözlem yapma konusunda desteklenmelidir. • Eğitim programları, hizmet içi eğitimler ve toplantılarda kültürel özellikler, değerler ve kültüre özgü dil farklılıkları ele alınmalıdır.
Standart 10. Kültürlerarası liderlik Bu standart kültürel çeşitlilikte uygun bakımın sağlanmasında hemşirelerin birey, toplum ve sağlık sisteminini etkileme becerisini içermektedir.	• Kurum bazında personelin kültüre yeterlilik becerilerini geliştirmesi için disiplinlerarası programlar uygulanmalıdır. • Bakım sunulan toplumun gereksinimlerine duyarlı çeviri, açıklayıcı hasta kılavuzları gibi dilsel ve kültürel olarak uygun destek sağlanmalıdır. • Sağlık bakım organizasyonları, hükümet, sağlık profesyonelleri ve ulusal sağlık toplulukları ile birlikte bakım hizmetlerinin düzenlenmesi amacı ile işbirliği sağlanmalıdır. • Farklı kültürden hastalara bakım ile ilgili en iyi kanıtlar sağlık profesyonelleri ile paylaşılmalı ve uygulamada kullanılması desteklenmelidir.

Tablo 1. Hemşirelik bakımında kültürel yeterlilik için uygulama standartları (Devam)

Standart	Öneriler
Standart 11. Politika geliştirme Bu standart kültürel uyumlu hemşirelik bakımının sunulmasında politika ve standartların oluşturulmasında hemşirelerin desteğini ele almaktadır.	• Hemşirelerin ve kurumların bir araya gelmesini sağlayan programlar düzenlenmelidir. • Politika geliştirme sürecinde hemşirelere rehberlik sağlanmalı ve sürece yönelik ödüllendirme sistemi oluşturulmalıdır. • Hemşirelerin liderlik becerilerini geliştirecek sürekli eğitim programları düzenlenmelidir. • Toplumsal ve örgütsel düzeyde politikaları değerlendirme becerilerini kazandırma amaçlı hemşirelerin bir araya gelebileceği forumlar oluşturulmalıdır.
Standart 12. Kanıt dayalı uygulama ve araştırma Bu standart hemşirelerin farklı kültürden bireylere ve topluluklara yönelik hemşirelik bakımı uygulamalarının test edilmesini bildirmektedir.	• Hemşirelerin araştırma becerilerini geliştirmek amacı ile hemşirelik fakülteleri ile işbirliği sağlanmalıdır. • Hemşirelerin çalıştıkları alanlara yönelik kanıt dayalı kaynaklar sağlanmalı, uzmanlık alanlarına dayanan birim bazlı kanıt dayalı komiteler oluşturulmalıdır. • Araştırma sürecinde farklı alanlardan uzmanlar ile disiplinlerarası araştırma ekipleri oluşturulmalıdır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırma Deseni

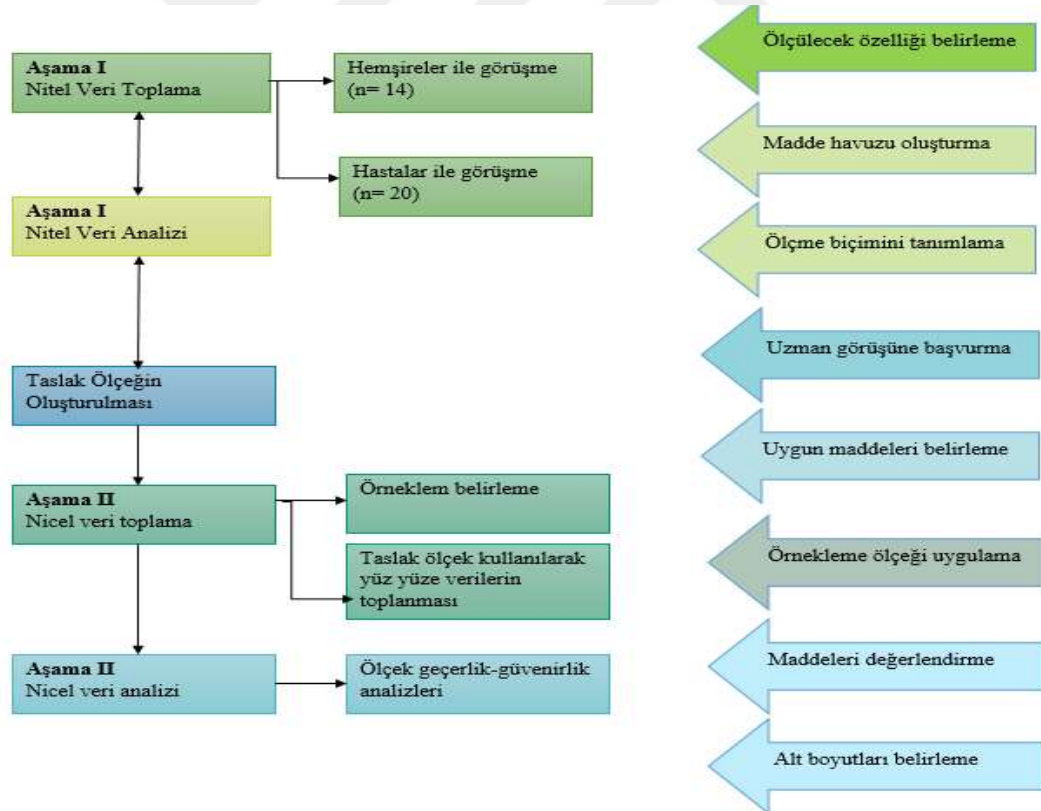
Sağlık bakım merkezlerinde hemşirelerin ve bakım ve tedavi gören hastaların kültüre duyarlı bakıma ilişkin görüşlerini derinlemesine keşfederek, hastalar tarafından kültüre duyarlı bakımı değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirilmesi amaçlanan bu araştırmada, nitel ve nicel verilerin birlikte yer aldığı karma yöntem kullanıldı. Karma yöntem araştırmalarında, her iki yaklaşım tek bir araştırmada birleştirildiği için, bir yöntemin güçlü yönleri ile diğer yöntemin zayıf yönleri desteklenmektedir. Bu yöntem görüş çeşitliliği sağlayarak verilerin güvenilirliğini ve geçerliliğini arttırmakta ve daha güçlü çıkarımlar ortaya koymaktadır (Christensen ve ark., 2011; Creswell & Clark, 2014). Araştırmada karma yöntem desenlerinden keşfedici sıralı desen kullanıldı. Bu desen, araştırma konusuna rehberlik eden bir çalışma ya da kuramın bulunmaması, araştırma konusu ile ilgili ölçüm ya da araçların mevcut olmaması koşullarından birinin geçerli olduğu durumlarda keşif çalışmasının gerekli olduğu varsayımına dayanmaktadır. Araç geliştirme deseni olarak da adlandırılmakta olan keşfedici desende, öncelikle nitel veriler toplanmakta ve araştırmacı nitel sonuçlara dayalı olarak bir ölçüm aracı geliştirmektedir. Geliştirilen ölçüm aracı geniş bir örneklem üzerinde uygulanarak hem derinlemesine hem de genellenebilir sonuçlara ulaşılmaya çalışılmaktadır (Creswell & Clark, 2014). Literatürde hastalar tarafından kültüre duyarlı bakımı değerlendiren ölçüm araçlarının yetersiz olduğunun vurgulanmasından yola çıkılarak, konu ile ilgili bir ölçek geliştirilmesinde bu desenin uygun olduğu düşünüldü.

5.2. Araştırma Süreci

İki aşamadan oluşan bu desende ilk aşamada nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim deseni kullanıldı. Olgubilim deseni, farkında olduğumuz ancak tam olarak anlamını kavrayamadığımız olgulara ilişkin derinlikli verilerin toplanmasını temel amaç edinerek, olguların tüm yönleriyle bilinirliğine odaklanmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2021; Yıldırım & Şimşek, 2016). Olgubilim deseni, birkaç kişinin bir olgu veya kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamı olarak da tanımlanabilmektedir (Creswell, 2017). Olgubilim araştırmalarında, katılımcıların olguyu nasıl anladıkları, nasıl betimledikleri, olgu hakkında ne hissettiklerine odaklanılarak derinlemesine bir anlayışın kazanılması amaçlanmaktadır. Bu desen insanların deneyimledikleri bir olguyu nasıl betimledikleri üzerine temellenmektedir (Patton, 2014). Bu doğrultuda olgubilim çalışmaları, araştırmalar sonucunda ortaya konulan bulguları doğrulamak ve test etmek yerine, araştırılmakta olan konuya ilişkin, anlayış zenginliğinin oluşmasına katkıda bulunmak veya söz konusu olguya ilişkin deneyimlerin derinlikli biçimde ortaya çıkarılması veya yeniden revize edilmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır (Maxwell, 2018).

Böylece araştırma konusu olguya ışık tutulurken araştırmacı ön hipotezlerden ve kabullerden uzak ve yansız bir şekilde olguya odaklanmaktadır (Patton, 2014). Bu araştırmanın birinci aşamasında herhangi bir hipotez veya varsayımdan hareket edilmeyerek kültüre duyarlı bakıma ilişkin konunun paydaşları olan hemşirelerin ve hastaların görüşleri, klinik uygulamadaki deneyimleri ve değerlendirmeleri tüm yönleriyle ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen nitel bulgulardan yola çıkılarak hastalar tarafından kültüre duyarlı bakımı değerlendiren bir ölçek geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi. Bu doğrultuda öncelikle ölçeğin teorik yapısı ve nitel bulgular doğrultusunda madde havuzu oluşturuldu, ölçme biçimi belirlendi ve uzman görüşüne başvuruldu. Uzmanların maddelere ilişkin önerileri doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek maddeler revize edildi. Yapılan öneri ve revizyonlar sonrasında elde edilen taslak ölçek formu örneklem grubu ile aynı özellikleri taşıyan daha küçük bir gruba uygulanarak ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği değerlendirildi, ayrıca bu süreçte ölçeğin yanıtlanma süresi de belirlendi. Bu aşamadan sonra örneklem belirlenerek geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldı (Carpenter, 2018; DeVellis, 2017; Karakoç & Dönmez, 2014).



Şekil 7. Araştırma süreci

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Düzce’de bir sağlık kurumunun yataklı tedavi birimlerinde bakım ve tedavi almakta olan hastalar ve merkeze bağlı kliniklerde araştırmanın yapıldığı tarihlerde görev yapan hemşireler ile gerçekleştirildi. Düzce’nin Çerkez, Gürcü, Abaza ve Manavlar gibi farklı alt kültürel özelliklere sahip bireylerin yerleşim yerleri arasında yer alması (Dursun ve ark., 2019; Tanrıverdi, 2020) araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gereken kültürel çeşitliliği sağlamaktadır.

5.4. Nitel Aşama

5.4.1. Çalışma grubu

Olgubilim araştırmaları, araştırmanın odaklandığı olguya ilişkin zengin deneyim ve yaşantı sahibi olan, bu deneyimleri yansıtabilecek, genellikle amaçlı bir şekilde seçilmiş küçük örneklem grupları ile gerçekleştirilmektedir (Creswell, 2017; Yıldırım & Şimşek, 2016). Birçok nitel araştırmada örneklem amaçlı olarak belirlenmektedir. Araştırma kapsamında seçilen örneklemin daha geniş bir örnekleme temsil etmesi değil, seçilen örnekleme konu hakkında daha fazla bilgi elde edilebilecek bireylerden oluşması amaçlanmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2021). Amaçlı örneklem seçiminde önemli olan nokta, araştırmanın daha derinlemesine yapılabilmesi için araştırma soruları ve amaçları ile özellikle ilişkili ve diğer seçeneklerden elde edilemeyecek bilgileri sağlamak için belirli ortam, kişi ve durumların kasten seçilmesini içermektedir (Maxwell, 2018; Patton, 2014). Bu araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ve maksimum çeşitlilik tercih edildi. Ölçüt örneklemede, örnekleme alınan kişilerin belirli niteliklere sahip olmalarına dikkat edilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2021). Ölçüt örnekleme yönteminin tercih edilmesinin temel nedeni, araştırmaya konu olan olgu hakkında katılımcıların deneyim zenginliğine sahip olmalarının (Creswell, 2017; Yıldırım & Şimşek, 2016) gerekliliğidir. Bu nedenle bu çalışmada ölçüt örnekleme ile ilgili olarak, araştırmaya dahil edilen hastalarda araştırmanın gerçekleştirildiği zaman aralığında hastanede yatarak tedavi görme, Türk toplumunda yer alan Kürt, Çerkez, Abaza, Laz gibi kültürlerden birisine mensup olma ve bir haftadan uzun süredir hastanede yatma ölçütleri arandı. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde ise, katılımcı gruba ilişkin heterojenliği olabildiğince yansıtmak ve bunun gücünü kullanmak hedeflenmektedir (Patton, 2014). Maksimum çeşitlilik adına veri çeşitlemesi yoluna gidilerek, farklı yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik ve kültürel özelliklere sahip hemşire (Tablo 2) ve hastalardan (Tablo 3) oluşan katılımcılarla veri doygunluğuna ulaşılan dek görüşmeler gerçekleştirildi.

Tablo 2. Görüşme yapılan hemşirelerin özellikleri

Hemşireler	Yaş	Cinsiyet	Eğitim düzeyi	Çalışma yılı	Kültürel kimlik
Hemşire 1	37	Kadın	Lisans	14 yıl	Tatar
Hemşire 2	37	Kadın	Lisans	15 yıl	Karadeniz
Hemşire 3	26	Kadın	Lisans	8 yıl	Abaza
Hemşire 4	42	Kadın	Lisans	21 yıl	Karadeniz
Hemşire 5	26	Kadın	Yüksek Lisans	3 yıl	Manav
Hemşire 6	30	Kadın	Lisans	7 yıl	Karadeniz
Hemşire 7	27	Kadın	Yüksek Lisans	4 yıl	Manav
Hemşire 8	36	Erkek	Lise	19 yıl	Karadeniz
Hemşire 9	26	Kadın	Lisans	4 yıl	Manav
Hemşire 10	37	Kadın	Yüksek lisans	14 yıl	Manav
Hemşire 11	25	Kadın	Lisans	4 yıl	Laz
Hemşire 12	41	Kadın	Yüksek Lisans	16 yıl	Kürt
Hemşire 13	36	Erkek	Lisans	13 yıl	Laz
Hemşire 14	27	Erkek	Lisans	4 yıl	Kürt

Tablo 3. Görüşme yapılan hastaların özellikleri

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Eğitim düzeyi	Hastanede yatış süresi	Kültürel kimlik
Hasta 1	77	Kadın	Okur-yazar	15 gün	Laz
Hasta 2	75	Kadın	Okur-yazar değil	10 gün	Laz
Hasta 3	58	Kadın	İlkokul	9 gün	Roman
Hasta 4	25	Kadın	Ortaokul	7 gün	Roman
Hasta 5	55	Erkek	Lise	10 gün	Çerkez
Hasta 6	47	Erkek	Ortaokul	7 gün	Roman
Hasta 7	32	Erkek	Lisans	6 gün	Laz
Hasta 8	42	Kadın	Lisans	7 gün	Abaza
Hasta 9	62	Kadın	Ortaokul	8 gün	Çerkez
Hasta 10	65	Erkek	Lise	10 gün	Laz
Hasta 11	72	Erkek	Ortaokul	7 gün	Abaza
Hasta 12	31	Kadın	Lisans	9 gün	Çerkez
Hasta 13	34	Erkek	Lise	10 gün	Manav
Hasta 14	65	Kadın	İlkokul	10 gün	Manav
Hasta 15	78	Kadın	Okur-yazar	15 gün	Laz
Hasta 16	25	Erkek	Lisans	7 gün	Laz
Hasta 17	18	Erkek	Lise	8 gün	Abaza
Hasta 18	42	Erkek	Lise	9 gün	Kürt
Hasta 19	32	Kadın	Lise	7 gün	Kürt
Hasta 20	23	Kadın	Lisans	8 gün	Kürt

5.4.2. Veri toplama araçları

Nitel araştırmalarda veri toplama süreci, araştırmanın sınırlarının çizilmesini, bilginin kaydedilmesinin yanında yapılandırılmamış veya yarı yapılandırılmış gözlemler, görüşmeler, dokümanlar ve görsel materyaller yardımıyla bilginin toplanmasını kapsamaktadır (Creswell, 2017). Olgubilim araştırmalarında veri toplama araçlarının başında görüşme gelmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Görüşme, araştırmada cevabı aranılan sorular çerçevesinde ilgili bireylerden veri toplama süreci olarak ifade edilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2021). Olgulara ilişkin yaşantıları, deneyimleri ve algıları ortaya çıkarmak için görüşmenin araştırmacılara sunduğu etkileşim, esneklik ve sondaj sorular yoluyla irdeleme özelliklerinin kullanılması gerekmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Bu çalışmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Görüşme formlarının hazırlanması sürecinde konu ile ilgili literatür taraması yapıldı (Bakan ve ark., 2017; Kaya ve ark., 2021; Kürtüncü ve ark., 2018; Tanrıverdi, 2017; Yalçiner & Çam, 2015) ve araştırmacı tarafından Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi, Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi oluşturuldu. Araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan görüşme formunda sosyo-demografik özellikler, kültüre duyarlı bakıma ilişkin genel bilgiler ve hasta ve hemşirelerin kültürel bakıma ilişkin görüşlerine yönelik sorulara yer verildi. Görüşme rehberinde hemşireler ve hastalara yönelik olarak hazırlanmış açık uçlu sorular ve bu sorulara ilişkin alternatif sorular yer almaktadır. Araştırma sürecinde görüşme soruları uygun ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmeye çalışılsa da, bazı durumlarda aynı sorular bireyler için farklı anlamlara gelebilmektedir. Bu tür durumlara hazırlıklı olmak için araştırmacı, sorunun tam olarak anlaşılamaması durumunda alternatif bir ifade ya da sondaj soru ile görüşülen bireyin belirtebileceği görüşlere ya da deneyimlere farklı şekilde ulaşmaya çalışmaktadır. Alternatif sorular ve sondaj soruların amacı iletilen mesajın anlaşılamaması durumunda aynı sorunun farklı bir şekilde ifade edilmesini ve bireyin soruyu daha iyi anlamasını sağlayarak daha ayrıntılı yanıtlar elde edilmesini kapsamaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2016).

Araştırma kapsamında görüşme formu veri toplama amacı ile kullanılmadan önce uzman görüşüne sunuldu ve (EK-1) uzman görüşleri doğrultusunda hemşirelere ve hastalara yönelik görüşme sorularının kapsam geçerlilik indeksleri hesaplandı (EK-2, EK-3). Uzman görüşleri sonrasında hemşirelerin ve hastaların kültürel geçmişlerini değerlendiren soru tanımlayıcı sorulara dahil edildi, kültür kavramına yönelik tanımlarını sorgulayan bir soru ve kapsam geçerlilik indeksleri 0,80'in altında olan görüşme soruları çıkarılarak görüşme rehberi düzenlendi (EK-4, EK-5).

Görüşme rehberlerinin düzenlenmesi sonrasında 5 hemşire ve 12 hasta ile pilot uygulama yapıldı. Görüşülen bireylerin sorulan sorulara olan tepkileri ve yanıtlarına göre sorular daha açık ve anlaşılır hale gelecek şekilde alternatif sorular oluşturularak görüşme formuna son hali verildi. Pilot uygulama aşamasında elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmedi. Görüşme sürecinde hemşirelere yöneltilen yarı yapılandırılmış görüşme soruları Tablo 4’te, hastalara yöneltilen yarı yapılandırılmış görüşme soruları Tablo 5’te sunuldu.

Tablo 4. Hemşireler için kültüre duyarlı bakımı değerlendirme görüşme soruları

	KGİ
Soru 1: Özelliklerini taşıdığınızı düşündüğünüz, sizi tanımlayan kültürel bir kimliğiniz var mı? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	1,0
Soru 2: Kültürel inanç ve değerleriniz sağlığı sürdürme/hastalık ile başa çıkmanızı nasıl etkiler? En iyi ne işe yarar? Sizce hangi uygulamalar yararlı değildir? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	1,0
Soru 3: Kültüre duyarlı bakım kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?	1,0
Soru 4: Hastanın kültürel özelliklerinin tanılanması esnasında hangi özelliklerini ele alırsınız?	1,0
Soru 5: Kültürün/kültürel uygulamaların bakım verdiğiniz hastalarda etkisini nasıl değerlendirirsiniz?	0,90
Soru 6: Bakım verdiğiniz hastalarda kültürün ya da kültürel uygulamaların olumlu/olumsuz etkisi var mıdır, bunları açıklayabilir misiniz?	1,0
Soru 7: Bakım verdiğiniz hastalarınız ile uyumlu olduğunu düşündüğünüz kültürel değerleriniz nelerdir?	1,0
Soru 8: Kültürel olarak farklılık gösteren hastalara bakım verirken zorlandığınız bir durum oldu mu? Açıklayabilir misiniz?	1,0
Soru 9: Kültürel farklılıkları olan hastalarla iletişim kurmanızı etkileyen faktörler nelerdir? Sizce bu yönde geliştirilmesi gereken hemşirelik becerileri nelerdir?	1,0
Soru 10: Sizce hemşireler için kültüre duyarlı bakım uygulama ilkeleri/standartları neler olmalıdır?	0,90
Soru 11: Kültüre duyarlı hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?	0,90
Soru 12: Kurumunuzun kültüre duyarlı hemşirelik bakımını destekleyen/ zorlaştıran yönleri nelerdir?	1,0

Tablo 5. Hastalar için kültüre duyarlı bakımı değerlendirme görüşme soruları

	KGİ
Soru 1: Kültürel geçmişinizi bana açıklayabilir misiniz? Nerede doğdunuz ve nerelerde yaşadınız? Siz ya da aileniz Düzce dışında farklı yerlerde yaşadınız mı? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	0,90
Soru 2: Sağlık ve hastalık siz ve kültürünüz için ne anlama gelmektedir, açıklayabilir misiniz?	1,00
Soru 3: Kültürün sağlık davranışlarınız üzerindeki etkisini nasıl değerlendirirsiniz?	0,90
Soru 4: Kültürünüze özgü iyileştirici ve bakım uygulamalarına örnek verebilir misiniz?	0,90
Soru 5: Kültürel özelliklerinizin bakım ve tedavi uygulamalarına dahil edilmesini ister misiniz?	1,00
Soru 6: Size bakım verirken hemşirelerin bilmeleri gereken en önemli kültürel değerleriniz ve uygulamalarınız nelerdir?	0,90
Soru 7: Kültürünüze uygun hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?	0,90
Soru 8: Hastanede sunulan bakımda hemşireler sizinle aynı kültürel geçmişe sahip hastalara daha iyi bakım vermek için neler yapabilir?	0,80
Soru 9: Hastanede sizin bakımınızla ilgilenen hemşireniz kültürünüze duyarlı olduğunu ve Abaza/Manav/Kürt/Laz/Çerkez olarak size saygı duyduğunu göstermek için neler yapabilir?	0,90
Soru 10: Bireylerin kültürel özelliklerinin tedavi ve bakım uygulamalarına dahil edildiği bir sağlık bakım ortamı sizce hangi özellikleri taşımalıdır?	0,90

5.4.3. Verilerin toplanması

Olgubilim araştırmalarında araştırmacının görüşme gerçekleştirilen birey ile güven ve empatiye dayalı bir etkileşim ortamı oluşturması, bireylerin oluşturulan güven ortamı içerisinde kendilerinin bile farkında olamadıkları, üzerinde fazla düşünmedikleri yaşantıları ortaya koymalarını sağlaması nedeniyle önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırma sürecinde katılımcılardan kendini rahat hissetmeleri ve olabildiğince derinlikli bir şekilde yaşantı ve deneyimlerini paylaşmaları için gerekli olan psikolojik rahat bir ortam sağlanmasına özen gösterilmiştir. Bu bağlamda öncelikle araştırmanın amacının ne olduğu katılımcılarla paylaşarak onların görüşmeye katılım gösterip göstermemelerinin tamamen gönüllülük esasına bağlı olduğu vurgulandı. Ayrıca görüşmede katılımcıların kişisel bilgilerine asla yer verilmeyeceği ve araştırmanın konusuna ilişkin deneyimlerinin önemsendiği belirtilerek istedikleri vakit görüşmelerden çekilebilecekleri dile getirilip katılımcıların rahatlamaları sağlandı. Katılımcıların kendilerini rahat ifade edebilmeleri ve görüşme sırasında rahatsız edilmemeleri için görüşmeler hastane içerisinde bir masa ve sandalyenin bulunduğu, sessiz, yeterli aydınlıkta bir odada gerçekleştirildi.

Hastalığı ve tedavisi nedeniyle klinikten ayrılamayan hastaların taburcu oldukları günler görüşme yapılmak üzere planlandı, hastalar ile hastaneden ayrılmadan bu odada görüşmeler gerçekleştirildi. Hemşirelerin nöbetten çıktıkları günler ya da nöbete geleceği günlerde görüşmeler planlandı.

Yapılan yüz yüze görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılarak veriler kayıt altına alındı. Öncelikle katılımcılardan araştırmanın güvenilirliğine kanıt teşkil edeceğinden ötürü, görüşme boyunca ses kayıt cihazının kullanılmasına onay vermelerinin önemli olduğu vurgulanarak ses kayıt cihazının kullanımına ilişkin sözlü ve yazılı izin alındı. Araştırma verilerinin toplanması aşamasında katılımcıların ses kayıt cihazının kullanılmasına ilişkin çekincelerinden ötürü onay vermemeleri durumunda, yapılan görüşmelerin araştırmacı tarafından yazılı olarak not alınarak gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu süreçte araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ses kayıt cihazı kullanımına onay vermiştir. Araştırma kapsamında katılımcı kimliğinin gizliliğini sağlamak amacıyla isim, soyisim yerine her katılımcıya bir numara ile kod oluşturuldu.

Veri toplama süreci kapsamında görüşmeler sonrası ve görüşme esnasında alınan notlar ile analiz süreci başlatılarak, kodlar oluşturulmaya başlandı. Bu kapsamda görüşme sürecinde veri doygunluğu sağlanana dek görüşmeler devam ettirildi. Hastalar ile yapılan görüşmeler ortalama 40 dakika (min-max: 35-60 dk), hemşireler ile yapılan görüşmeler ortalama 45 dakika (min-max: 40-65 dk) sürdü.

5.4.4. Verilerin analizi

Nitel verilerin değerlendirilmesinde kültüre duyarlı bakıma ilişkin kavram ve kavramlar arasındaki ilişkilerin ortaya konulması amacıyla tümvarımsal yaklaşım benimsenerek içerik analizi yapıldı. Bu doğrultuda hasta ve hemşireler ile görüşmeler tamamlandıktan sonra deşifreleri yapılarak nitel veriler düzenlendi. Bu işlem sürecinde veriler bilgisayar ortamında metne dönüştürülürken katılımcıların isimleri yerine hastalar için Katılımcı 1 olarak K1, hemşireler için Hemşire 1 olmak üzere H1 olarak kısaltmalar kullanıldı.

Düzenlenen veriler araştırmacı tarafından birçok kez okunarak, metin içerisinde ilgili alanlar etiketlenerek kodlar oluşturulmuş birbiri ile ilişkili kodlar biraraya getirilerek kod listesi yapıldı. Kod listesi oluşturulduktan sonra temalar elde edildi (Yıldırım & Şimşek, 2016). Araştırmacının bireysel etkisinden arındırılmış bir kodlama yapılması amacıyla farklı bir uzmana deşifreler iletildi ve bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturuldu. Kodlar arasında karşılaştırmalar yapıldı ve benzer tema ve kodlar tekrar gözden geçirilerek bir araya getirildi. Kodlayıcılar arası güvenilirlik %86 olarak hesaplandı (Baltacı, 2017).

Tema ve kodlar tekrar gözden geçirildikten sonra iki uzmanın görüşüne sunularak son hali verildi. Verilerin analiz aşamasında MAXQDA programı kullanıldı. Kod ve temalara uygun veriler yorumlandı ve temalar arasındaki ilişki ve kodlara uygun alıntılara yer verildi (Yıldırım & Şimşek, 2016).

5.5. Ölçek Maddelerinin Geliştirilmesi

DeVellis ölçek geliştirmede araştırmacılara rehberlik sağlaması için sekiz ilke tanımlamıştır (DeVellis, 2017). Araştırmada taslak ölçeğin oluşturulmasında bu ilkeler esas alınmıştır.

1. **Ölçülmek istenen yapının açıkça belirlenmesi:** Literatür taranarak ülkemizde kültüre duyarlı hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirildiği bir ölçek olmadığı belirlenmiştir. Konu ile ilgili Ahmed ve Bates'in (2012) hastaların doktorların kültürel yeterliliğini değerlendirdiği bir ölçek geliştirdikleri belirlendi (Ahmed ve Bates, 2012). Ölçülmek istenilen özelliğin kültüre duyarlı hemşirelik bakımı yönünden farklılık göstermesi üzerine konu ile ilgili ölçek geliştirilmesine gereksinim olduğu saptanmıştır. Hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımını ele alan Schim ve ark. (2007) tarafından kültürel uyumlu bakımın üç boyutlu yapboz modeli ve Weech-Maldonado ve ark. (2012) tarafından hasta bakış açısı ile kültürel yeterli bakıma ilişkin kavramsal çerçeve incelendi ve ölçülmek istenen yapı ve ölçeğin gerekliliği analiz edildi.
2. **Madde havuzunun oluşturulması:** Ölçeğin amacının açık olarak belirlenmesinden sonra ilk aşama ölçeğin son halini oluşturacak olan madde havuzunun oluşturulmasıdır. Madde havuzunun, araştırılan içeriğe uygun, fazla sayıda madde içermesi gerekmektedir. Son ölçek formunda bulunması planlanan madde sayısının üç ya da dört katı kadar madde havuzunun oluşturulması önerilmektedir (DeVellis, 2017). Bu araştırmada nitel analiz sonrası yedi alt boyut oluşturuldu, her bir alt boyutta en az üç madde olacağı varsayılarak ölçeğin en az 21 maddeden oluşması öngörüldü. Hasta ve hemşireler ile yapılan görüşmeler sonrası 92 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturuldu. Yeterince açık olmayan ve diğer maddeler ile benzerlik gösteren 31 madde tekrar gözden geçirilerek madde havuzundan çıkarıldı ve 67 madde ile ölçek madde havuzu düzenlendi (EK-6.)
3. **Ölçme biçiminin belirlenmesi:** Oluşturulan taslak ölçek için yanıtlama biçimlerinden Likert ölçek tercih edildi. Bildirim ifade eden bir cümle olarak belirtilen maddeye yönelik çeşitli düzeylerde katılma ya da onaylamayı gösteren Likert ölçek düşünce, inanç ve tutumları ölçen ölçüm araçlarında sıklıkla kullanılmaktadır (DeVellis, 2017). Hastaların sunulan hemşirelik bakımının kültürleri ile uygunluğunu değerlendirmelerini dereceli olarak ifade edebilmeleri için beşli likert ölçme biçimi (5=Her zaman, 4=Çok sık, 3=Sıklıkla, 2=Nadiren, 1=Hiçbir zaman) kullanıldı.

4. **Başlangıçtaki madde havuzunun uzmanlar tarafından gözden geçirilmesi:** Bu aşamada madde havuzunu gözden geçirecek uzmanlardan (EK-7) ölçmek istenen yapının her bir madde için ne kadar uygun olduğunu, maddelerin anlaşılabilirliğini ve hedef kitleye uygunluğunu değerlendirmeleri istendi. Buna ek olarak, uzmanların maddelere yönelik önerileri olup olmadığı değerlendirildi.
5. **Geçerli maddelerinin dahil edilmesi:** Uzmanların görüş ve değerlendirmeleri sonrası kapsam ve yüzey geçerliliği sağlanarak, 46 maddeden oluşan taslak ölçek elde edildi (EK-8).
6. **Maddelerin ölçek geliştirme örneklemine uygulanması:** Taslak ölçeğin son hali oluşturulduktan sonra örneklem grubu ile benzer özellikler taşıyan 20 hastaya ölçek uygulandı. Hastalara ölçek maddelerinden ne anladıkları soruldu ve anlaşılır olmayan maddelere yönelik geri bildirim alındı. Daha sonra ölçek Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) için 230 hastaya ve Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) için 200 hasta olmak üzere toplam 430 hastadan veri toplandı.
7. **Maddelerin değerlendirilmesi:** Taslak ölçek uygun büyüklükte örnekleme uygulandıktan sonra, ölçeği oluşturacak uygun maddelerin seçilmesinde her bir maddenin performansı değerlendirilmektedir (DeVellis, 2017). Araştırmada maddelerin birbirleri ve ölçülen özellik ile ilişkileri madde toplam korelasyonları, faktör analizi ve Cronbach alfa katsayısı ile belirlendi.
8. **Ölçek uzunluğunun en uygun hale getirilmesi:** Ölçek uzunluğunun düzenlenmesinde iç tutarlılığa en az katkıda bulunan maddelerin ölçek kapsamından çıkarılması önerilmektedir (DeVellis, 2017). Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonrasında 5 alt boyut ve 21 maddeden oluşan ölçek yapısı doğrulandı (EK-9).

5.6. Nicel Aşama

5.6.1. Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini Düzce’de bir sağlık kurumunda bakım ve tedavi görmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem sayısına ilişkin literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğünün madde sayısının 5-10 katı olacak şekilde belirlenmesi görüşü genel olarak tercih edilen bir yaklaşımdır (Büyüköztürk, 2002; Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında bir veri setine faktör analizi uygulanabilmesi için veri setinin en az 200 veriden oluşması gerektiği de bir başka görüştür (Büyüköztürk, 2002). Bununla birlikte Comrey ve Lee tarafından oluşturulan rehberde 50 çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 mükemmel örneklem büyüklüğü olarak tanımlanmaktadır (Carpenter, 2018). Tüm bu görüşler doğrultusunda araştırmanın örneklemini açıklayıcı faktör analizi için 230 hasta, doğrulamalı faktör analizi için 200 hasta olmak üzere

430 hasta olarak belirlendi.

Araştırmaya 18 yaşından büyük, kişi, yer ve zaman oryantasyonu bulunan, okuma-yazma bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde en az 2 gün hastanede yatan hastalar dahil edildi. Araştırmaya katılım gönüllülük esaslı olup araştırmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcılar, günübirlik tedavi birimleri, polikliniklere başvuru yapan hastalar ile yoğun bakım ünitelerinde tedavisi sürmekte olan hastalar araştırma kapsamı dışında tutuldu. Araştırmaya dahil edilen hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kültürel kimlik ve yaş gibi özellikler bakımından çeşitlilik göstermesi amaçlandı (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmanın nicel aşamasına dahil edilen hastaların özellikleri (n=430)

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	218	50,7
	Erkek	212	49,3
Medeni durum	Evli	341	79,3
	Bekar	89	20,7
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	44	10,2
	Ortaöğretim	88	20,5
	Lise	159	37,0
	Lisans	126	29,3
	Yüksek lisans	13	3,0
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	76	17,7
	Gelir gider ile denk	331	77,0
	Gelir giderden fazla	23	5,3
Kültürel Kimlik	Abaza	35	8,1
	Çerkez	91	21,2
	Kürt	42	9,8
	Laz	84	19,5
	Manav	83	19,3
	Roman	15	3,5
	Türk	80	18,6
Yaş Ort.±ss	49,08±13,29		
Hastanede yatış süresi Ort.±ss	4,81±2,37		

5.6.2. Veri toplama araçları

Araştırmanın nicel aşamasında geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için araştırmacı tarafından geliştirilen Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Taslak Ölçeği kullanılarak veriler toplandı. Taslak ölçek Kültürü Tanıma (Madde 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10), Kültürel Kimliğe Saygı (Madde 11-12-13), Bakımda Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar (Madde 14-15-16-17-18-19-20-21-22), Önyargısız Yaklaşım (Madde 23-24-25-26-27), Kültürlerarası Etkileşimde Güven (Madde 28-29-30-31-32-33-34), Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme (Madde 35-36-37-38-39-40-41) ve Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme (Madde 42-43-44-45-46) olmak üzere 7 altboyut ve 46 maddeden oluşmaktadır (EK-8). Ölçekte bir

maddeden alınabilecek puan en düşük 1, en yüksek 5 puan olup, Madde 23, Madde 26, Madde 27, Madde 28 ve Madde 29 ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması hastaların kültüre duyarlı bakım değerlendirmelerinin olumlu olduğunu göstermektedir.

5.6.3. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri Ocak- Haziran 2024 tarihleri arasında hastalar ile yüz yüze görüşülerek elde edildi. Veri toplama aşaması öncesinde oluşturulan taslak ölçek formu 20 hastaya uygulanarak ön uygulama yapıldı ve anlaşılmayan ifadeler belirlenip düzenlendi. Ön uygulamada elde edilen veriler araştırmaya dahil edilmedi. Veri toplama süreci her bir hasta için yaklaşık olarak 25-35 dakika sürdü.

5.6.4. Verilerin analizi

Geçerlilik, ölçme aracının ölçülmek istenilen özelliğin başka bir özellik ile karıştırılmadan, doğru ölçekbilme derecesini ifade etmektedir. Ölçek geçerliliğini değerlendirmede ölçüt bağımlı geçerlilik, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri kullanılmaktadır (Büyüköztürk ve ark. 2021; Karakoç & Dönmez, 2014). Araştırmanın niteliğine göre değişmekle birlikte ölçek geçerliliğinin sınanmasında en sık başvurulan ölçütler kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğidir (Şencan, 2005). Bu araştırmada da geçerlilik analizlerinde kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri kullanıldı.

Görünüş geçerliliği, ölçüm aracının ismi, açıklamaları ve soruları ile istenen yapıyı ölçtüğünün görünmesi olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2021). Taslak ölçeğin yüzey geçerliliğinin değerlendirilmesinde öncelikle oluşturulan ölçek maddeleri araştırmacılar ve bağımsız bir uzman tarafından gözden geçirildi ve anlaşılabilirlik ve anlamlılık yönünden uzman görüşüne sunuldu. Değerlendirmeler sonucunda ölçek maddelerine düzenlenerek pilot uygulama gerçekleştirildi. Pilot uygulama aşamasında katılımcılardan ölçek maddelerini anlamlılık, anlaşılabilirlik, açıklık ve cümlelerin uzunluğu yönünden değerlendirmeleri istendi. Pilot uygulama aşamasında yaş ve eğitim düzeyi açısından farklılık gösteren bireylere ölçek uygulaması yapılmasına özen gösterildi.

Yapı geçerliliği ölçme aracının soyut bir olguyu, kavramı, boyutu ne derecede doğru ölçebildiğini göstermektedir. Araştırmada gözlenen değişkenlerin hangi faktörleri oluşturduğunu incelemek ve verilerin yapısına uygun bir modeli ortaya çıkarmak için açımlayıcı faktör analizi kullanıldı. Açımlayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra belirlenen faktörlerin doğrulanması için doğrulayıcı faktör analizi uygulandı (Büyüköztürk ve ark., 2021).

Ölçeğin güvenilirliği, ölçülmek istenen özelliğin gerçek değerinin ölçme aracı ile doğru ve tam olarak ölçülebilme derecesini ifade etmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2021; Özdamar, 2016). Güvenilirlik katsayısının hesaplanmasında madde varyansına dayalı ve testi yarılama yöntemleri gibi tek uygulamaya dayalı ya da paralel form, test tekrar test yöntemi gibi iki uygulamaya dayalı yöntemler bulunmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2021).

Bir ölçme aracının güvenilirlik ve geçerliliğini test etmede, her iki koşul için en az iki yöntemin kullanılması önerilmektedir (Karaçam, 2019). Bu araştırmada güvenilirliğin değerlendirilmesinde madde analizleri, iç tutarlılık, %27 alt ve üst grup yöntemleri kullanıldı.

Tablo 7. Taslak ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında kullanılan istatistiksel yöntemler

Geçerlilik Analizleri
Kapsam geçerliği Görünüş geçerliği Yapı geçerliği
Güvenilirlik Analizleri
Madde analizi İç tutarlılık analizi (Cronbach alfa) %27 Alt ve üst grup karşılaştırmaları

Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamında öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi çalışmalarına yer verildi; daha sonra Doğrulamalı Faktör Analizi çalışmaları gerçekleştirildi ve son olarak ölçeğin güvenilirlik analizleri yapıldı. Çalışma verileri, 230 kişilik Açıklayıcı Faktör Analizi için kullanılan veri seti ve Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçlarından sonra oluşan yapıyı doğrulamak için 200 kişilik Doğrulamalı Faktör Analizi için kullanılan veri seti olmak üzere 430 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın açıklayıcı faktör analizleri ve güvenilirlik analizleri çalışmaları SPSS 26.0 paket programıyla gerçekleştirilirken doğrulamalı faktör analizi çalışmaları ise AMOS 21.0 yazılımı ile gerçekleştirildi. Araştırma kapsamında kullanılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

5.7. Karma Yöntem Araştırmasının Geçerlilik ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerlilik ve güvenirliliğine ilişkin dahili-harici geçerlilik, zayıflıkları indirgeme geçerliği, örnek bütünleşme geçerliği ve çoklu geçerlilik türlerine ilişkin yapılan çalışmalar Tablo 8’de sunuldu.

Tablo 8. Karma yöntem araştırmalarında geçerlilik ve güvenilirlik

	Araştırma Sürecinde Yapılan Çalışmalar
Dahili-harici geçerlilik	Görüşmeye katılan hasta ve hemşirelerden ve ölçek uygulama aşamasında katılımcılardan onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere yönelik dahil edilme kriterleri nedenleri ile açıklanmıştır. Nitel veriler arasında tutarlılığın değerlendirilmesinde uzman görüşüne başvurulmuştur. Görüşmeler sırasında katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Görüşme yapılan bireylerin ifadelerinden doğrudan alıntılara yer verilmiştir.
Zayıflıkları indirgeme geçerliği	Hasta ve hemşireler ile görüşmeler sonrasında elde edilen nitel verilerin genellenebilirliği nicel veriler ile desteklenmiştir.
Örnek bütünleşme geçerliği	Nitel bulgular ve nicel bulgular tartışma bölümünde ayrı ayrı ve birbirini destekleyecek şekilde sunulmuştur.
Çoklu geçerlilik	Nitel verilerin elde edilmesinde görüşme soruları uzman görüşüne sunulmuş, nitel verilerin analizi bağımsız araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Nicel verilerin geçerlilik analizlerinde kapsam geçerliği, görünüş geçerliği ve yapı geçerliği kullanılmıştır.
Güvenilirlik	Görüşmelerde veri kaybının önlemek için ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Veri toplama ve analiz yöntemleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Veriler arasındaki tutarlılık istatistiksel uzman görüşü ile kontrol edilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (25.04.2022 tarih ve 2022/76 Karar no) (EK-10) ve araştırmanın gerçekleştirildiği sağlık kurumundan yazılı izin (EK-11) alındı. Araştırmanın nitel aşamasında hemşire ve hastalar ile görüşülerek araştırmanın amacı ve görüşmeye ilişkin bilgi verildi ve görüşmeye katılmayı kabul eden hemşire (EK-12) ve hastalardan (EK-13) yazılı onam alındı. Araştırmanın nicel aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onam alındı (EK-14).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma aşağıda belirtilen sınırlamalar dahilinde yürütülmüştür:

- Araştırma, Düzce’de bir sağlık kurumunda tedavi gören hastalardan ve hemşirelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır.
- Araştırma sonuçları Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği’nde yer alan maddeler ile sınırlıdır.
- Araştırma kapsamında Düzce’de yaşamakta olan farklı kültürden bireylerin görüşleri ele alındığından, bu kültürlere mensup araştırmaya katılan bireyler ile sınırlıdır.

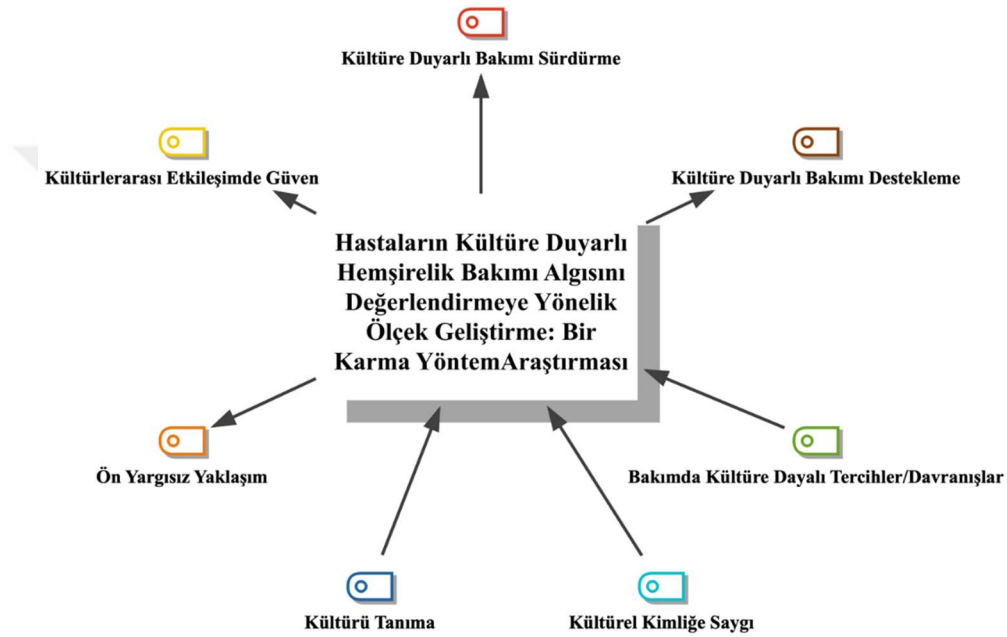
5.10. Araştırma Sürecinde Yaşanan Güçlükler

Görüşme sürecinde hastaların bakım ve tedavi uygulamaları nedeniyle güçlükler yaşandı. Bu konuda görüşme süreci kesintiye uğrayan iki hastanın görüşmeleri araştırma verilerine dahil edilmedi, pilot uygulama olarak ele alındı. Araştırmaya katılan hasta ve hemşirelere kültürün bir sembolü olan kolonya hediye edildi.

6. BULGULAR

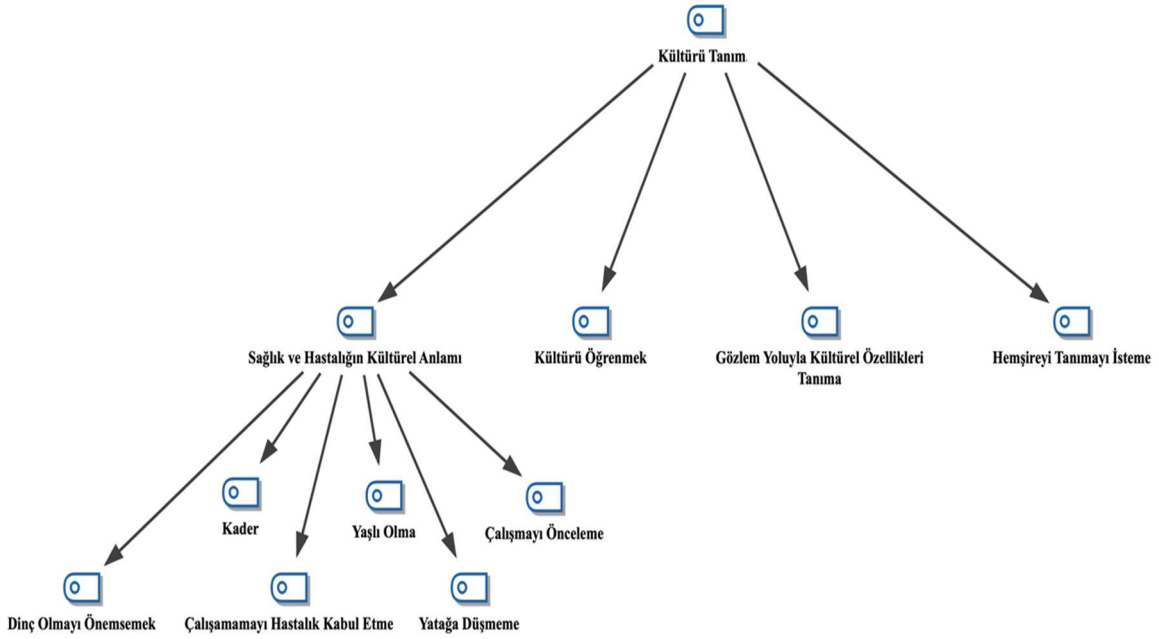
6.1. Nitel Bulgular

Bu bölümde, katılımcılar ile kültüre duyarlı hemşirelik bakımı üzerine yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen nitel verilerin analizleri yapılarak, analizler sonucunda ulaşılan bulgulara ve alıntılara yer verildi. Araştırma kapsamında hemşireler ve hastalar ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yedi tema elde edildi. Bu temalar kültürü tanıma, kültürel kimliğe saygı, bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar, kültüre duyarlı bakımı destekleme, kültüre duyarlı bakımı sürdürme, kültürlerarası etkileşimde güven ve ön yargısız yaklaşım olarak belirlendi (Şekil 8).



Şekil 8. Araştırma kapsamında elde edilen temalar

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Kültürü Tanıma” temasına ait kültürü öğrenme, hemşireyi tanımayı isteme, gözlem yoluyla kültüre özellikleri tanıma, sağlık ve hastalığın kültürel anlamı olmak üzere 4 kod oluşturuldu. (Şekil 9).



Şekil 9. Kültürü tanıma temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi

Kültürü tanıma temasında katılımcılar kültürü öğrenme ile ilgili yoğun olarak görüş bildirdi. Katılımcılar hastalara kültürel yaklaşımların belirlenebilmesi için kültürlerinin öğrenilmesi gerektiğini vurguladı. Konuyla ilgili katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Kurum açısından söylüyorum çok iyi bir veri alınması lazım. Öyküsü yakınlarından alınıyor biliyorsunuz. Her yani gerek işte sosyoekonomik çevresi, fiziksel çevresi, sosyal ortamı, eğitim düzeyi, cinsiyeti tüm bu konularda etkili bir veri toplama ve bakım planlama yapmamız gerekiyor. Yani bir veri toplanmalı ki karşıdaki kişiye de kültürel özelliklerini irdeleyip hani o yönde bir kaliteli bir bakım verilebilsin diye...” (H7, 27, Kadın, Yüksek Lisans, Manav)

“Sizin gibi bizimle uzun uzun konuşmaları lazım bunları. Benim kültürümü, benim yaşantımı, benim ailemi tanımıyor ki buradaki hemşire. Sadece tedavi için benim yanımda bir de bebek bakımı için eğitim vermek için. Ben hastaneden önce nasıl bir ortamdan geldim, taburcu olunca nasıl bir ortama gideceğim bunlardan haberi yok kimsenin. Böyle olunca ben de zaten sorsa da olanı ya da bir sorunumu anlatmam, ne de söylediği şeyi yaparım. Adetlerime göre hareket ederim, tanımadığım beni tanımayan hemşireye güvenmem yani.” (K4, 25, Kadın, Ortaokul, Roman)

“Önce sormaları, Abaza kültürünü öğrenmeleri gerekiyor. Bizim de hoşumuza gider kültürümüzü anlatmak...” (K11, 72, Erkek, Ortaokul, Abaza)

Ayrıca katılımcılar hemşire ve hasta etkileşiminde hastaların da hemşireleri tanımasının gerekliliği üzerinde durdu. Hemşireyi tanımayı isteme olarak ele alınan bu koda ilişkin hastaların ifadeleri şu şekildedir:

“Yani benim nereli olduğumu, kültürümü, adetlerimi sorarken kendisi de söyleyebilir. Çoğunlukla ben soruyorum zaten. Öğrenmek istiyorum nereli, onun kültürü var mı? Sizin gibi ben de soruyorum. Lazsa mesela o da Karadeniz ise insan daha bir yakın hissediyor, derdini daha kolay anlatıyor. Daha samimi oluyor o zaman.” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Hemşireler hastaların kültürünü ve kültürel özelliklerini sorabilir. Sonra Kürt kültürünü araştırabilir. Kendi kültürlerini ve kültürel özelliklerini hastalar ile paylaşabilir....Böylelikle hastaların da kendilerini ve kültürlerini ifade etmeleri daha kolay olur.” (K20, 23, Kadın, Lisans, Kürt)

Katılımcılar hastaların kültürlerini öğrenmeye ilişkin bir prosedürün olmadığını hasta ile birlikte geçirilen süreçte gözlem yapılarak kültürel özelliklerin öğrenildiğini dile getirdi. Bu kod altında ele alınan hemşirelerin ifadeleri şu şekildedir:

“Hani şöyle ilk geldiğinde anamnez alıyoruz. İşte anamnezde yaşadığı yer, hastalıkları gibi bazı bilgiler var. Onun dışında uzun süre hastanede yatıyorsa yavaş yavaş öğreniyoruz nereli diye. İşte burda daha çok Abazalar ve Çerkezler var onu biliyoruz. Onun dışında aslında anamnez formu gibi bir rehber yok kültürel özellikleri değerlendirdiğimiz. Gözlemlerimizle öğreniyoruz biz de.” (H1, 37, Kadın, Lisans, Tatar)

“Buna yönelik bir rehber yok. Anamnez formumuz da bu anlamda çok kısıtlı bence. Açıkçası hastanın kültürel özelliklerini tanılama kısmı biraz hemşirenin kendi gözlemleri ve hasta ile iletişimine kalıyor” (H6, 30, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“İşte soruyoruz hasta ile konuşuyoruz. Nereli olduğunu, eğer mesela benim kültürüme yakın yani doğu tarafından ya da Urfa'dan olduğunu söylerse ben soruyorum neresindensin, kimlerdensin diye. Sonra ben söylüyorum Kürt olduğumu. Eğer Kürt ise o da söylüyor. Ya da şivesinden konuşmasından, eğer Kürtse kendi aralarında Kürtçe konuştukları için oradan anlıyorum.” (H14, 27, Erkek, Lisans, Kürt)

	Abaza	Çerkez	Karadeniz	Kürt	Laz	Manav	Roman	Tatar	Toplam
☑ Kültürü Tanıma									
☑ Kültürü Öğrenmek	3	1		3	6	1	3		17
☑ Hemşireyi Tanımayı İsteme				1	2	1			4
☑ Gözlem Yoluyla Kültürel Özellikleri			1	1	2	1		1	6
✓ ☑ Sağlık ve Hastalığın Kültürel Anlamı									
☑ Dinç Olmayı Önemsemek	1	1		1	4	2	3		12
☑ Çalışmamayı Hastalık Kabul Etme	1	1		1	4		2		9
☑ Yatağa Düşmeme	1	1		1			2		5
☑ Çalışmayı Önceleme					4		1		5
☑ Yaşlı Olma		1				2	1		4
☑ Kader		1		2					3
Σ TOPLAM	6	6	1	10	22	7	12	1	65
# N= Belgeler/Konuşmacılar	4 (12,1%)	3 (9,1%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	8 (24,2%)	5 (15,2%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	33 (100,0%)

Şekil 10. Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda kültürü tanıma teması

Kültürü tanıma teması katılımcıların kültürel kimliklerine göre incelendiğinde kültürü öğrenme, hemşireyi tanımayı isteme, gözlem yoluyla kültürel özellikleri tanıma temalarının Laz kültüründe öne çıktığı görülmektedir. Sağlık ve hastalığın kültürel anlamı ele alındığında dinç olmayı önemsemek kodunun (f=12) en sık ifade edildiği saptandı. Bu kodu sırasıyla çalışmamayı hastalık kabul etme (f=9), yatağa düşmeme (f=5), çalışmayı önceleme (f=5), yaşlı olma (f=4) ve kader (f=3) kodları izledi. Laz kültüründen katılımcıların dinç olmayı önemsemek ve çalışmamayı hastalık olarak kabul etmek kodları üzerine; Roman kültüründen katılımcıların yatağa düşmeme kodu üzerine; Manavların yaşlı olma kodu üzerine; Kürt kültürel kimliğine sahip olan katılımcıların kader kodu üzerine yoğunlaştığı belirlendi (Şekil 10). Sağlık ve hastalığın anlamı sorulduğunda katılımcıların dinç olmayı önemsedikleri ve hastalığı kabul etmekte güçlük yaşadıkları bildirildi.

“İşte sağlıklı genç, dinç kişi olur. Ev işini, bahçe işini yapan olur. Hasta kötü hastalık olmadıkça çok hastalık duyulmaz. Dayanıklılık, sağlamlık vardır bizde. Öyle bir yerimiz ağrıyınca falan iş güç bırakılmaz bizde. Hastalıktan yataklara düşülmez.” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Evet şimdi ben kalp hastasıydım mesela o zaman hastanede yatmam gerekti o zaman hastaydım. Ama taburcu olup iyileştim artık iş yapabilir duruma geldim. Kimseye muhtaç olmadım. Evime gidip kendi işlerimi yapabildim, kocama çocuğuma bakabildim. Evimi çekip çevirdim, yemeklerimi yaptım. Tansiyon şeker vardır ama yatağa düşürmez. Sonuçta yine işlerini yapmak zorundasın tansiyonum var diye bütün gün yatamazsın evde.” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

“Sağlığa, sağlıklı kalmaya çok dikkat ederler. Bence öncelikle bunu bilmeliler. Yani en hafif bir hastalık bile morallerini bozar, olumsuz etkiler. Çünkü hasta olmak hele hastanede yatmak onlar için çok zor kabul edilebilir bir şey bence. O yüzden hemşireler öncelikle bunu bilmeli ki Çerkez hastaların hastaneye yattıklarında ya da yeni hastalık ortaya çıkınca moral ve psikolojik desteğe ihtiyaçlarını olduğunu bilsinler.” (K12, 31, Kadın, Lisans, Çerkez)

Katılımcılar çalışmamayı hastalık kabul etme ile ilgili görüş bildirdi. Sağlık hallerinin ölçüsünün çalışabilme gücüyle ölçüldüğü dile getirildi. Ayrıca katılımcıların çalışıyor olmanın sağlıktan önce geldiğine yönelik ifadeleri çalışmayı önceleme kodu altında ele alındı. Bu kodlar ile ilgili katılımcı ifadeleri sunuldu:

“Evet şimdi ben kalp hastasıydım mesela o zaman hastanede yatmam gerekti o zaman hastaydım. Ama taburcu olup iyileştim artık iş yapabilir duruma geldim.” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

“Kanser falan onlar hastalık, yatağa düşürür, elden ayaktan düşersin. Başkasına muhtaç olursun. Çalışamazsın ee para olmayınca nereden yiyecek bulacaksın, nasıl geçineceksin. İşte öyle hastalık olmasın. Gerisi geçer gider.” (K6, 47, Erkek, Ortaokul, Roman)

“Herkes sağlıklıdır. Sağlıklı olduğun sürece de çalışabilirsin. Laz kültüründe çalışan olmak çok kıymetlidir. Para kazanmak için de çalışması beklenir, bahçede, fındıkta çalışması da beklenir insanlardan. Çok ciddi bir hastalığın olmadığı sürece çalışabilirsin, çalışabildiğin sürece de sağlıklısındır. Hasta olmak diye bir şey yoktur bizde.” (K16, 25, Erkek, Lisans, Laz)

Sağlık ve hastalığın kültürel anlamına yönelik olarak katılımcılar ameliyat gibi durumlarda hastanede yatmanın hastalık olarak kabul edildiğini, hastalık durumunda yatağa düşmedikleri sürece sağlıklı olduklarını ifade etti.

“Hastalık da.. ağır olmak aslında ameliyat olmak, hastanede yatmak bunlar gibi şeyler...” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

“Benim bu yaşma kadar daha ağzımdan kimse hastayım lafını duymamıştır. Hiç rahatsızlığım yok, iğnem yok, hapım yok, daha hiç kullanmadım. Bu ameliyat dışında hiç ameliyat olmadım, hastanede doğum dışında yatmadım. Maşallah diyeyim kendime. Bir bu ameliyat yüzünden hastanede yatıyorum şimdi buna da hastayım diyemem. Ameliyat sonrasında yine işime gücüme bakarım. Ben ömrüm oldukça bir şeyler yaparım. Komşulara giderim, bahçelerinde yardım ederim, kendi bahçemi ekerim. Birinin yardıma ihtiyacı olur, beni çağırır. Arkadaşlarımla gezerim, bir dakika boş oturmam. Sağlıklıyım. Ne zaman başkasının eline bakarım, muhtaç olurum o zaman

hastayım derim. Allaha şükür halime, bu ameliyatı hiç kafama takmıyorum. Tedavisi var sonuçta iyileşeceğim. Allah kötü hastalık, çaresi olmayan hastalık vermesin. Yatıp da kalmak istemem.”(K9, 62, Kadın, Ortaokul, Çerkez)

“Sağlık da hastalık da Allah’tan. Kaderimizde varsa hastalıktan muhtaç oluruz, yoksa işte ölene kadar kendi işimizi gücümüzü yapabilir, kimseye muhtaç olmadan, kendi işimizi, gücümüzü ne biliyim yemekten, içmekten elden ayaktan düşmeden Allah’a kavuşuruz. Ben ayağımı kırdım, iyileşecek, tedavisi var sonuçta. Allahım derdi vermiş ama çaresini de vermiş. Ama ne yaşadığımı ben bilirim. Ağrısı başka dert, yürüyememek başka dert, tüm ihtiyaçların için başkasına muhtaç olmak ayrı dert. Çok zorlandım, sağlıklı olmak gerçekten her şeymiş onu anladım.” (K18, 42, Erkek, Lise, Kürt)

Katılımcılar mensup oldukları kültür içerisinde genç olmanın sağlıklı, yaşlı olmanın ise sağlıksız olmakla ilişkilendirildiğini bildirdi. Bu kod ile ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yani ben genç olduğum için sağlıklıyım gözüyle bakılıyor. Mesela yaşlılar zaten evet tansiyon, şeker falan hastalıkları var ama olmasa da hep hastalar gibi davranılıyor. Benim üst katımda kayınvalidem oturuyor mesela. O da kendi kayınvalidesiyle yaşıyor, yaşlı diye. Bütün bakımının kayınvalidem üstlendi. Yaşlı ya hasta diye davranılıyor. Ama kadının bir hastalığı yok kendi işini yapabiliyor ama hiçbir şey yaptırmaz kayınvalidem. Başkaları laf eder çünkü Roman mahallesinde oturuyoruz bir de biz. Herkes birinin içinde yaşıyor, her evde olandan herkesin haberi var. Ayıplarlar diye yaşlılara hiçbir şey yaptırılmaz. Halbuki yapmak istiyorsa yardım edebilir bence, niye sürekli bir yerde otursun ki. Yani sağlık gençlik, yaşlılık da hastalık bizde. Gençsen rahatsız bile olsan çok dikkate alınmıyor, gençsin iyileşirsin, dayanırsın denip geçiyorlar. Hastayım diye çok da sızlanan olmaz mesela bizde.” (K4, 25, Kadın, Ortaokul, Roman)

“Hastalık genellikle yaşla birlikte anılır. Yani gençlerin hasta olabileceğini pek düşünmezler. Yaşlı kişiler hastadır gibi bir tutum var. Gençken işte hasta olduğunu söylediğinde çok üzülürler çünkü onlara göre gençsen kuvvetli, sağlıklı olmalısın.” (K13, 34, Erkek, Lise, Manav)

Sağlık ve hastalığın kültürel anlamı kodu altında katılımcılar hastalığın insanlara kader yoluyla sınav olarak geldiğini bildirdi. Bu koda ilişkin H14 ve K5’in ifadelerine yer verildi.

“Evet etkili olduğunu düşünüyorum. Örneğin Kürt kültüründe dini inançlar çok güçlüdür. Kader inancı ve hastalığın kaderde yer alması anlayışı, bu hastalığa bağlı çekilen acının kadere bağlanması görüşü vardır. Bu bir anlamda hastanın hastalığı daha kolay kabul etmesine ya da prognozuna ilişkin kabullenmesine fayda sağlar bence. Bu anlamda olumlu bir etkisi vardır.” (H14, 27, Erkek, Lisans, Kürt)

“Yani Çerkez kültürü için farklı mı bilmem ama hastalık kader diye düşünürüz. Şimdi değiştirebileceğimiz bir şey değil sanırım. Evet beslenme, stres falan etki eder ama şimdi diyabet, tansiyon, kalp hastalığı, benim hastalığım bu hastalıkları da engelleyemeyiz. Allah’tan gelen bir şey...” (K5, 55, Erkek, Lise, Çerkez)

Kod Sistemi	Hemşire	Hasta
✓  Kültürel Kimliğe Saygı		
 Kültürel Kimliği İfade Etme		
 Saygı		

Şekil 11. Kültürel kimliğe saygı temasını oluşturan kodların katılımcılara göre değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen “Kültürel Kimliğe Saygı” temasına ait kültürel kimliği ifade etme ve saygı olmak üzere iki kod oluşturuldu. Hasta ve hemşirelerin bu kodlara yönelik ifadeleri ele alındığında hastaların ifadelerinin yoğunluk gösterdiği belirlendi (Şekil 11). Katılımcılar kültürel kimliklerini ifade etmede güçlük yaşamadıklarını ve hastalara karşı önyargısız ve saygı çerçevesinde yaklaşımda bulunulması gerektiğini dile getirdi.

“Yani kültüre duyarlı bakım kavramı şöyle. Az önce de söylediğim gibi tabii her şeyden insanlar geliyor, kültüre her kültürden insan geliyor kliniğe. Hasta bakımı verdiğimiz hastaların hem bireysel hem kültürel özellikleri birbirinden çeşitli. Laz geliyor, Abaza geliyor, Çerkezi geliyor. Herkesin bir beklentisi oluyor kendi kültüründe. Bu durum hemşirenin de her kültüre açık, saygılı ve önyargısız olmasını gerektiriyor. Yani bu şekilde tanımlayabilirim sanırım.” (H4, 42, Kadın, Lisans, Karadeniz)

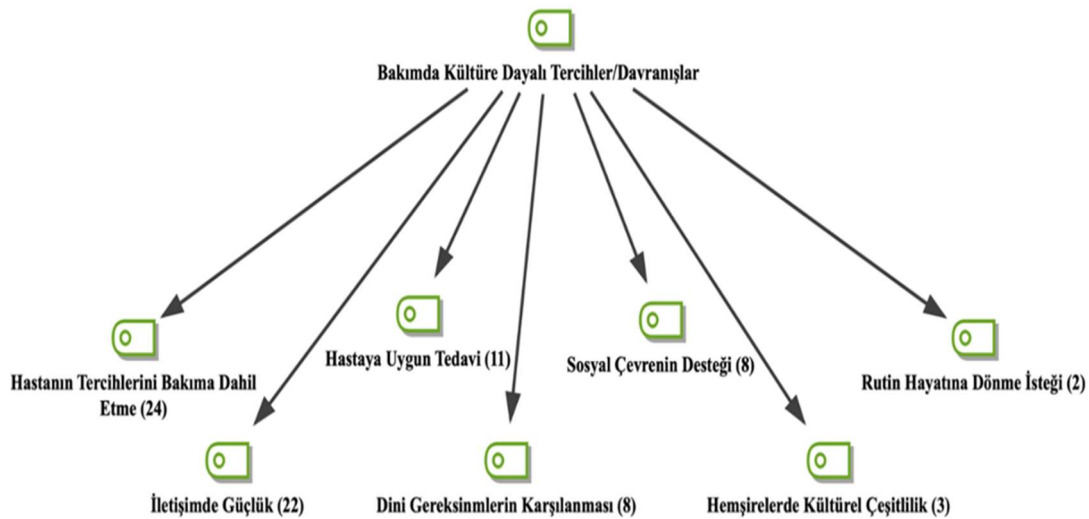
“Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı dediğimiz öncelikle karşımızdaki bireyin düşüncelerine ve değerlerine saygı duymak.” (H6, 30, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Anlıyorlar zaten Kürt olduğumuzu. Tipimizden, konuşmamızdan. Ama bilsinler isterim zaten, Kürt olduğumu saklamam. Artık öyle bir tavır yok zaten Kürtçede konuşsak kimse bir şey demiyor, garip garip bakmıyor. Herhalde artık ülkede Arapça konuşanlar da çoğaldı ya ondan garip gelmiyor. Ama hemşireler kültürümü tanısin bilsin isterim. Artık erkek hemşireler de var, bayağı Kürt erkek hemşire var mesela. Kürt hemşirelerin olması da güzel bizim kültürümüzden, bizden yani. İnsan hem gururlanıyor hani Kürtlerden de böyle güzel meslek sahibi olanlar var diye hem de insan kendini yalnız hissetmiyor hastanede.” (K18, 42, Erkek, Lise, Kürt)

“Bir kere kültüre saygı, kişiye saygı kesinlikle olmalı. Empati yapabilmeli. Bakım rolü, eğitimci rolü bunların hepsi olmalı ile bunları da kavramalı. Yine eğitimci rolümüzden bahsetmiştim zaten. Eğitim ruhumuzdan olmalı, hoşgörülü olmalı yine. Yani her türlü gelen kültürden kişiye aynı saygıyı göstermeli. Etnik yani farklı kökenden ya da farklı kültürden geldiği o hasta hani yadırgamamak lazım, onu anlamaya çalışmalı, bir şekilde bunları bakımına katabilir açıkçası.” (H10, 37, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Büyüğe saygılı olmalı. Hepsi gencecik, çocuğum da değil torunum yaşımda. Onlar bana saygı gösterecek ki ben de onun mesleğine saygı göstereyim. Bunlar karşılıklı. En önemlisi bu.” (K15, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde ele alınan temalardan biri olan “Bakımda Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar” temasına ait hemşirelerde kültürel çeşitlilik, rutin hayatına dönme isteği, iletişimde güçlük, dini gereksinimlerin karşılanması, sosyal çevrenin desteği, hastanın tercihlerini bakıma dahil etme ve hastaya uygun tedavi olmak üzere yedi kod oluşturuldu (Şekil 12).



Şekil 12. Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimi

Araştırmaya katılan hastalar bakım aldıkları hemşirelerin kültürel olarak farklı özellikler taşıyan, hem kendi kültürlerinden hem de farklı kültürlerden hemşirelerin bakımda yer almasını istediklerini bildirdi:

“Hastane daha fazla hemşire alabilir işe. Laz hemşireler ya da farklı kültürden hemşireler işe alınabilir. Yabancı uyruklu doktorlar bile var. Bu hastanede de gördüm. Yani farklı kültürlerden hemşire, doktor ya da hasta olunca belki kültürlerini birbirlerinden bile öğrenebilirler. Bunlar yapılabilir.” (K10, 65, Erkek, Lise, Laz)

“Kürt tercüman da olsun. Her kültürden doktor, hemşire, çalışan olsun hastanede de. Suriyeli hastalar için bu bilgiler, broşürler falan Arapça yapılıyorsa Kürtçe de yapılabilir. Göz ardı edilmesin yani Kürtler. Suriyeli hastalar için bu kolaylıklar sağlanabiliyorsa Kürtlere neden yapılmasın? Bu sorunlarımızı dinleyen, çözüm üreten birisi de olsa hastanede daha iyi olur. Tüm kültürler için bunu yapabilir mesela.” (K18, 42, Erkek, Lise, Kürt)

Katılımcılar görüşmelerde hastanede uzun süre vakit geçirmekten hoşlanmadıklarını ve rutin yaşantılarına dönmek istediklerini dile getirdi ve bakım ve tedavi uygulamalarının bu istekleri göz önünde bulundurularak planlanmasını ifade etti:

“...bir de biz canı tez insanlarız, işte bu tedavileri falan daha hızlı yapsınlar, daha çabuk iyileşip gidelim evimize. Başka ne yapsın hastane....” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Mesela dedim ya biz çalışan insanlarız, yatıp duramayız diye. Hastaneye bir yatıyoruz günlerdir burda hemen iyileşip eve, işimizin başına geçmek isteriz. Çoluk çocuk ev işleri kadınlar için mesela. Kime bırakayım çocukları ev işlerini. Tedavi daha hızlı olabilir.” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

“Onun dışında sabırsız olduğumuz doğru. Mesela ben bile sıkıldım hastanede yatmaktan. Arada huysuzluk ediyorum bu yüzden yalan yok. Hemen iyileşmek istiyorum, hemen evime kendi işlerime döneyim istiyorum. Hastanede hiçbir şey yapmamak zor geliyor. Bütün gün tek bir odanın içinde yat yat nereye kadar. Bi koridorda yürüyorum, dışarı çıkamıyorsun, burası basık, güneş bile görünmüyor. Haliyle hemen eve dönmek istiyorum. Ama hastanede de işler çok hızlı yürümüyor. Biz anlamadığımız için işte hemen olsun, hemen iyileşeyim diye düşünüyoruz. O zaman da hemşireler, doktorlar ile aramızda bir soğukluk olabiliyor.” (K10, 65, Erkek, Lise, Laz)

Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar temasında katılımcılar farklı kültürden bireyler ile iletişimde güçlük yaşadıklarını bildirdi. Konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıda sunuldu:

“Şöyle tabii kendi dilimizde olana bir kere söylüyoruz. O bile ikincide üçüncüde anlıyor. Tabi bu hastalara biraz daha çaba sarf etmek gerekiyor. Sürekli tekrarlamak gerekiyor ya da kontrol etmek gerekiyor. Biz söylüyoruz, tercümana da söylüyoruz ama yine tekrar tekrar kontrol etmek gerekiyor, dediğimizi anlattığımızı doğru anlamış mı diye. Türkçe konuşan hastalara bile bazı davranışları anlatarak ya da eğitimle kazandıramadığımız durumlar oluyor. Ya da söylediğimizi yanlış anlıyor. Bu hastalarda daha çok zorlanıyoruz tabii ki iletişim kurma açısından.” (H2, 37, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Ya benim bildiğim yok ya da nöbette oluyoruz, tercüman nöbette olamayabilir gibi durumlarda hani o yüzden dediğim gibi hasta yakını ya da işte işaret dili ya da artık kısa ve kısa ifadelerle bir şekilde iletişim kurmaya çalışıyoruz. Ama ne kadar doğru, ne kadar yanlış?” (H5, 26, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Hem iletişimi zor kuruyorduk açıkçası yaşlı bir hastaydı ve Kürtçe konuşuyordu. Biz Kürtçe bilmediğimiz için yakınları ile iletişim kurup uygulamaları öyle yapıyorduk. Ama hasta bu uygulamalara nasıl tepki veriyor, işte hastalığını tedavisini ne kadar biliyor bunları hiç değerlendirememiştik. Açıkçası bu hasta ile etkili bir iletişim kurabildiğimi düşünmüyorum.” (H11, 25, Kadın, Lisans, Laz)

Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar temasında hastalar dini gereksinimlerin karşılanması ile ilgili olarak görüş bildirdi. Hastalar dini ibadetleri için alan ve imkan oluşturulması gerektiğini dile getirdi. Konuyla ilgili H7, K11 ve K19 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Yani şöyle çok önceden çalışırken hatırlıyorum. Hani Iraklı idi sanırım bir tane hastamız vardı. Eee yani şey Kürtçe konuşunca farklı bir dilde konuşuyordu. Yani tam şeyini hatırlamıyorum şu anda. Farklı şiveli, farklı dilde konuşan ve onda mesela çok zorlanmıştım. Bir türlü anlayamıyorum. Anlatmaya çalışıyor, anlayamıyorum, isteklerini anlayamıyorum. Yakınlarıyla irtibat halinde olarak iletişime geçmiştik. O kişi mesela namaz kılmak istediğini, hani onu söylemeye çalışmış. Abdest burada abdest almak istediğini, yatak içinde oturarak namaz kılmak istediğini söylediğini şey yapmıştı. Hani burada mümkün olmadığını, yataktan kaldıramayacağımızı söylemiştik ama çok directti mesela serumlarını falan çekmişti. Hani damar yollarını falan çekmeye çalışmıştı...” (H7, 27, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Temizlik açısından çok iyi değil. Böyle olunca ayakkabı ile basılan yerde namaz da kılamıyoruz. Seccadeyi nasıl sereyim ben pis yere. Mescid varmış ama uzaktaymış. Servisten çok ayrılamıyorum ben de. Hemşire gelir, doktor gelir diye. Belki mescid fazla olabilir. Yani bunu düzeltseler yeter.” (K11, 72, Erkek, Ortaokul, Abaza)

“..Tam namaz kılacağız odaya birisi giriyor. Odalar da çok dar hastanede yatarken namaz kılamıyoruz. Bunun için bir çözüm bulunabilir. Bunlar aklıma gelenler keşke yapılsa.” (K19, 32, Kadın, Lise, Kürt)

Katılımcılar kültürel özellik olarak yardımseverlik, ihtiyacı olanın yardımına koşma davranışlarına dayalı olarak hasta yakınlarının hastane ziyaretlerinin kısıtlanmaması gerektiğini dile getirdi. Konuyla ilgili H3, K3 ve K8 kodlu katılımcıların ifadelerine yer verildi:

“Türk milleti gerçek hayatta böyle kaynaşmayı seven bir milletiz, birbirimize daha fazla yardım ederiz. Burda birisinin hastasının yardımı ihtiyacı olduğunda birbirlerine yardım eden bir milletiz. Mesela bizde Abazalarda birisi hastaneye yattığı zaman neredeyse herkesin haberi olur, hastaneye ziyarete gelinir. Yardıma ihtiyacı olup olmadığı sorulur. Herkes seferber olur mesela. Bunun gibi... aslında bu durum tabii ziyaretçi kısıtlaması ya da ziyaret saatleri ile ilgili biraz sorun oluşturabiliyor ama özellikle eğer ailenin ileri yaşlılarından biri hastanede ise kesinlikle çocukları yalnız bırakmak istemez.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“...Bir de hep bizim yakınlarımızın hastaneye gelmesi ile ilgili sorunlar oluyor. Biz Romanlar hem kalabalık aileleriz hem de komşuluk, akrabalık bitmez bizde. Birisi hasta olunca herkes görmek ister, halini hatırını sormak ister. Her zaman ziyaret saatlerine uymuyor geldikleri saatler. İzin vermiyorlar gelmelerine. Ya da çok kişi geliyor daha uzun süre kalmak istiyor izin yok. Hastayken yakınlarımızın yanımızda olmasını isteriz biz. Bunları düzenleyebilirler.” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

“Ölüm durumlarında bizde son zamanlarını yaşayan kişiye işte herkes görmek ister, son zamanlarında yanında olmak ister. Hastane ortamında bu sıkıntı oluşturabilir. Çünkü Düzce’de Abazalar hem sayı olarak çok fazla hem de sürekli iletişimi sürdüren, birbirinden haberdar, etkileşimde olan bir kültür. Dolayısıyla bir anda çok fazla kişi hem diğer hastalara hem de hemşireler için sorun oluşturabilir. Ama aslında kötü niyetli yapılmayan bir durum...” (K8, 42, Kadın, Lisans, Abaza)

Kültüre dayalı tercihler/davranışlar temasında katılımcılar kendileri ile aynı cinsiyetten hemşirelerden bakım almak istediklerine ve bakım uygulamaları sırasında hasta tercihlerinin ele alınması gerektiğine yönelik görüş bildirdi:

“Haftada üç gün yıkama, yıkanmak istemiyor yani haliyle hani şey yapmak istemiyor bana diyor işte erkek hemşire ya da bayan. Mesela köyden herhangi bir yerden gelmişken hiç normal erkek doktora bile muayene olmayan birisi yoğun bakıma geliyor, bilinci açık postop geliyor ya da herhangi bir şekilde geliyor. Tabi ki de bunun algılaması farklı olacak ya da işte bunu göz önünde bulundurarak bir yaklaşımda bulunmak gerekiyor.” (H7, 27, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Mesela bizim Kürtlerde de kadınlar erkek hemşirenin kendisine uygulama yapmasından hoşlanmıyorlar. Yani bu kan alma olsun, tansiyon ölçümü olsun çok fazla yakın temasta bulunmamız gerekiyor. Aslında ben de erkek olarak kadın hastaya IM enjeksiyon işte üriner sonda ya da bakım verirken rahatsızlık duyuyorum aslında. Tedavilerini yerine getiririm ama bazı konularda ben de kendimiz rahatsız hissederim,

hasta da çekiniyor. O yüzden daha fazla tedavi odaklı bir serviste çalışmayı seçtim aslında. Hani bakım hastası çok fazla olmuyor.”(H14, 27, Erkek, Lisans, Kürt)

“Ya da erkek hemşireler var mesela artık. Bazı durumlarda kadın hemşirelerin yapmasından çekindiğim erkek hemşirenin yapması daha güzel bence.” (K5, 55, Erkek, Lise, Çerkez)

“Bir de iğne yaptırmak bir tane erkek hemşire var ona denk gelirsem sıkıntı yok. Ama kadın hemşirelere yaptıırken yani kızım yaşında hemşire insan çekiniyor biraz. Ameliyat sonrası sondamı çıkartmaya kadın hemşire geldi mesela. Erkek yok mu diye sordum. Yani nasıl çıkarttırayım kadına. Çekinirim, utanırım. Kalsın sondam o zaman doktor çıkartsın dedim. Eskiden yoktu erkek hemşire tamam o zaman yapsın ama şimdi erkek hemşire var. Bu işleri erkek hemşire yapabilir. Ben öyle isterim.” (K6, 47, Erkek, Ortaokul, Roman)

“Çok isterim. Ben hastanede doğum için zor getirdim annemleri, kayınvalidemleri. Hem burada tüm doktorlar erkek diye polikliniğe bile gelmek istemediler. Doğumhanede ebeler var diye diye geldiler. Sonra ilk çocuk da düşük olunca hastaneden bildiler. Beni Urfa’ya geri götürüp orda köyde ebeye doğum yaptıralım dediler. Ben nasıl gideyim, eşim burda, annemler burda. Ben kayınvalidemle görümcemin evinde kalacaktım. Onun eşi de evde. Hamileyim. Nasıl ağladım anlatamam. Ya annemin dediği olur ya da kayınvalidemin bizde. Zor ikna ettim. Eşim de hiçbir şey demedi o zaman. Çok kızmıştım. Senin iyiliğin için demişti. Sonra burada doğurdum zorla. İsterim ki bizim kültürde hala var. Aslında tercih imkanı olsa ben de isterim kadın doktor olsun. Çekiniyorum erkek doktordan. Şimdi diğer servislerde erkek hemşireler de var. Çok güzel bence. Erkekler de erkek hemşire tercih edebilir sonuçta. Sonra mesela yaptığımız şerbet ya da kaynattığımız otlar yararlı ise birisine de çare olur. Bunlar araştırılabilir, deneyebilirler bence. Belki içlerinde yararlı olan vardır.” (K19, 32, Kadın, Lise, Kürt)

Ayrıca bu tema kapsamında katılımcılar hastanın tedavi tercihleri ve hastane sonrası bakımda kültürel alışkanlarının dikkate alınması gerektiğini dile getirdi. Bu kod ile ilgili katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verildi:

“Yani mesela bize gelen hastalar genelde nefes darlığı ile geliyor. Ya da işte bu yönden evde bunu yaşadıklarında ilk olarak hangi tedaviyi uyguluyorlar kendilerine? Hastane öncesinde bunu sormak daha mantıklı. Hani evdeki yollarını da öğrenmiş oluruz, buhar uygulama gibi. Evet, bunları sorabiliriz. Hastanın aile içindeki rolünü sorabiliriz, eğer kendi bakımını yürütemeyecek duruma gelirse ailedeki diğer bireyler nasıl etkilenecek bunu sorabiliriz. Hastanın destek sistemleri kimler, bu süreçte desteği var mı? Yoksa hasta hastalığından çok bu konular ile ilgili endişe yaşayacağı için aslında biz hastanın

gereksinimi olmayan bir durum için bakımı sürdürmüş olacağız. Bunun dışında özellikle yaşlı hastaların işte oksijen ya da nebul kullanması gereken ya da trakeostomisi olan hastaların bakımlarından kim sorumlu olacak bu büyük bir sorun. Hastanın bu konuda desteği yoksa hastanede aldığı bakım ve tedaviyi sürdürmesi mümkün olmayacak ya da hasta oksijen ve nebul uygulamalarını bırakabilir yapamadığı için bu durum hastalığın prognozunu olumsuz etkiler ya da hasta için hayati tehlike oluşturabilir. Ama biz bu durumları değerlendirmeyiz ve sorgulamazsak sadece hastanede tedavisini yapmış oluruz.” (H9, 26, Kadın, Lisans, Manav)

“... Çok ağrım yoksa ağrı kesici kullanmıyorsam evde mesela hastanede yatarken de kullanmak istemem. Ama burada sorunca hemşire ağrın var mı diye evet var, o zaman ağrı kesici getiriyor. Boşuna neden ilaç alayım, o ağrı bana bir şey yapmıyor mesela. Ya da benim evde kullandığım ağrı kesiciden getirmiyor. Ben her zaman kullandığım ağrı kesiciyi kullanmak isterim, bana etkili olan odur. Hemşirenin verdiği etki etmeyecek belki de, o zaman boşuna ilaç alacağım. O da zararlı değil mi şimdi böbreklere? Yani bunları bilmeleri gerekir hemşirelerin.” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Bilmeli tabi ki. Sormalı bir kere. Yani bir işlem yapacak kaç yaşındayım sonuçta ben de. Kabul etmeyeceğim belki. Önce izin almalı bir kere. Ağrı kesici iğne yapılacak mesela belki ben istemiyorum onun söylediği saatte. Dayanabiliyorum belki o ağrıya. Evet soruyorlar ağrınız var mı diye ama var dediğim anda ağrı kesici iğne. Hap yok mu belki hap içince geçecek bu ağrı. İlla onların sorduğu zaman ben bu iğneyi yaptırmak zorunda mıyım? Sonuçta benim hastalığım, benim ilacım ne yaptığını ne verdiğini bana bilmek isterim. Bu konularda daha açıklama yapmalılar. Benim de ne istediğimi sormalılar.” (K6, 47, Erkek, Ortaokul, Roman)

“Biraz asabi olduklarını, dediğim dedik olduklarını bilmeliler. Aslında bu özellik şundan kaynaklı eğer doktor ya da hemşire bana hastalığım ile ilgili yeterli bilgi vermez, ne yaptığını ya da yapacağını ayrıntılı anlatmaz ise kendi hastalığım ile ilgili kararlara, yapılanlara ben dahil olmadığım için uyamam da, uygulayamam. Benimle ilgili her şeyde bana danışılmasını isterim.” (K10, 65, Erkek, Lise, Laz)

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Önyargısız Yaklaşım” temasına ait 4 kod oluşturuldu. Bunlar; önyargısız yaklaşım, ön yargılı tutum ve davranışlar, empati, bakımda eşitliklerdir. Ön Yargısız Yaklaşım teması katılımcılara göre incelendiğinde hemşirelerin ön yargılı tutum ve davranışlar ve empati; hastaların ise empati kodu üzerine yoğunlaştığı belirlendi (Şekil 13).



Şekil 13. Ön yargısız yaklaşım temasını oluşturan kodların katılımcılara göre değerlendirilmesi

Katılımcılar hastalara önyargısız yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini, aksi bir tutumun tedavi verme sürecini zorlaştırdığını dile getirdi. Hasta ve hemşirelerin ön yargısız yaklaşım ve ön yargılı tutum ve davranışlar kodlarına ilişkin ifadeleri aşağıda sunuldu:

“...Yine öz bakım eksikliği oluyor genellikle bu kültürden bireylerde. Bu hastalarımızın çoğunda hijyen bakımından da çok sıkıntı yaşıyoruz.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“Az önce de söylediğim gibi tabii her şeyden insanlar geliyor, kültüre her kültürden insan geliyor kliniğe. Hasta bakımı verdiğimiz hastaların hem bireysel hem kültürel özellikleri birbirinden çeşitli. Laz geliyor, Abaza geliyor, Çerkezi geliyor. Herkesin bir beklentisi oluyor kendi kültüründe. Bu durum hemşirenin de her kültüre açık, saygılı ve önyargısız olmasını gerektiriyor.” (H4, 42, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Zor yürütüyoruz hepsini. Yani genel olarak hepsinde zorluk çekiyoruz. Başka bir hastaya mesela bir işlem yaptığımız zaman gayet normal, ama bu hastalara mesela bir sonda takılırken bile ikna etmek için bir yarım saat bir konuşmamız gerekiyor, işin gerçeği.” (H8, 36, Erkek, Lise, Karadeniz)

“...İşte bizi tanımaları. Sabırlı olmaları, Romanız diye kötü bir şey düşünmemeleri sonuçta biz de insanız. Herkes gibi davranılsın bize de diye isterim. Herkes de yapmıyor şimdi kimsenin de günahını almayayım ama kokuyoruz falan diye yanımızdan kaçan da var. İnsan üzülüyor tabii böyle olunca da. Daha hastaneye gelip yatmak ister misin böyle olunca istemezsin.” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

Katılımcılar hastaların kültürel değer ve inançlarını anlamada hastayla özdeşim kurduklarını bildirdi:

“Evet ben de o şekilde, hasta daha fazla mahremiyete dikkat edilmesini istiyorsa ben de daha fazla dikkat ediyorum.” (H2, 37, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“...Aslında ben de erkek olarak kadın hastaya IM enjeksiyon işte üriner sonda ya da bakım verirken rahatsızlık duyuyorum aslında. Tedavilerini yerine getiririm ama bazı konularda ben de kendimiz rahatsız hissederim, hasta da çekiniyor...” (H14, 27, Erkek, Lisans, Kürt)

“Kendilerini hastanın yerine koyabilirler ya da kendi annelerini düşünsünler, öyle üstü başı açık bilmediği insanlarla ameliyata gönderirler mi? Bu konuda daha dikkatli, daha duyarlı olsunlar. Hastanın geleneklerine, işte inançlarına dikkat etsinler. Benim gibi bazı kapalı hastalar bu durumlarda daha hassas olabilir, buna da dikkat etsinler.” (K9, 62, Kadın, Ortaokul, Çerkez)

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastaların değer ve inançlarına saygılı bir tutum izlenmesi gerekliliği ve her bireye eşit ve adil davranılmasına yönelik ifadeleri bakımda eşitlik kodu altında ele alındı. Konuyla ilgili H2 ve H11 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verildi:

“Ben 15 yıldır hemşirelik yapıyorum. Bu zamana kadar her zaman vicdanım rahat evime gittim, rahat uyku uyudum. Çünkü hiçbir zaman kimseye ayırım yapmadan bakım verdim. Sonuçta her kültürden insana baktık. Burada hiç kimseden hiçbir sorun yaşamadım bu zamana kadar.” (H2, 37, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“...kimseye ayırım yapmadan adil ve eşit bir şekilde bakım vermek. Yabancı hastalara da bakım verdiğimiz oluyor, kendi milletimizden hastalara da. Abaza, Çerkez, Kürt, Türk bir sürü milletten ya da yurt dışından gelen hastalara da bakım veriyoruz. Ama benim kendi açımdan her zaman vicdanım rahat. Evime gittiğimde kimseye hiçbir şekilde bir ayırım yapmadan bakım verdiğimi bilerek içim rahat bir şekilde gidiyorum.” (H11, 25, Kadın, Lisans, Laz)

Ön Yargısız Yaklaşım temasında oluşturulan kodlar katılımcıların kültürel kimliğine göre incelendi. Buna göre Roman kültürel kimliğine sahip olan katılımcılar ön yargısız yaklaşım kodu; Karadeniz kültüründen katılımcıların ön yargılı tutum ve davranışlar kodu; Kürt ve Laz kültüründen bireylerin empati kodu üzerine yoğunlaştığı saptandı. Bakımda eşitlik kodu ise sadece Karadeniz ve Laz kültüründen katılımcılar tarafından bildirildi (Şekil 14).

	Abaza	Çerkez	Karadeniz	Kürt	Laz	Manav	Roman	Tatar	Toplam
Ön Yargısız Yaklaşım									
Ön Yargısız Yaklaşım			2	2	2	1	3		10
Ön Yargılı Tutum ve Davranışlar	1		3	1	2	1	2		10
Empati		1	2	3	3	1		1	11
Bakımda Eşitlik			1		1				2
Σ TOPLAM	1	1	8	6	8	3	5	1	33
# N= Belgeler/Konuşmacılar	4 (12,1%)	3 (9,1%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	8 (24,2%)	5 (15,2%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	33 (100,0%)

Şekil 14. Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda ön yargısız yaklaşım teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Kültürlerarası Etkileşimde Güven” temasına ait 3 kod oluşturuldu. Bunlar; samimi davranışlar, hastayı tanıma ihtiyacı ve hasta-hemşire iletişimidir. Katılımcılara göre tema ve kodlar incelendiğinde hemşirelerin ifadelerinin hasta-hemşire iletişimi ve hastayı tanıma ihtiyacı, hastaların ifadelerinin ise samimi davranışlar kodunda yoğunlaştığı belirlendi (Şekil 15).

Kod Sistemi	Hemşire	Hasta
✓ Kültürlerarası Etkileşimde Güven		
Samimi Davranışlar	■	■
Hastayı Tanıma İhtiyacı	■	■
Hasta-Hemşire İletişimi	■	■

Şekil 15. Kültürlerarası etkileşimde güven temasını oluşturan kodların katılımcılara göre dağılımı

Kültürlerarası etkileşimde güven teması katılımcıların kültürel kimliğine göre incelendiğinde Laz kültürel kimliğine sahip olan katılımcıların samimi davranışlar ve hastayı tanıma ihtiyacı; Karadeniz kültürüne mensup olduğunu belirten bireylerin ise hasta-hemşire iletişimi kodlarına yönelik ifadelerin ön plana çıktığı belirlendi (Şekil 16).

	Abaza	Çerkez	Karadeniz	Kürt	Laz	Manav	Roman	Tatar	Toplam
Kültürlerarası Etkileşimde Güven									
Samimi Davranışlar	1	1	1		4	2			9
Hastayı Tanıma İhtiyacı	1		2		3			1	7
Hasta-Hemşire İletişimi	1		3		1	2	1		8
Σ TOPLAM	3	1	6		8	4	1	1	24
# N= Belgeler/Konuşmacılar	4 (12,1%)	3 (9,1%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	8 (24,2%)	5 (15,2%)	3 (9,1%)	1 (3,0%)	33 (100,0%)

Şekil 16. Katılımcıların kültürel kimliklikleri doğrultusunda kültürlerarası etkileşimde güven teması

Katılımcılar sağlık bakımında hemşirelerin davranış ve tutumlarının içtenliğini ve bu tutumun kültürlerindeki önemini dile getirdi. Samimi davranışlar kodu ile ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“İşte dediğim gibi büyüklere saygı var. Çerkezlerde de çok önemli büyüklere saygı. Kim olursan ol, eğitilmiş ol eğitimsiz ol yaşa hürmet vardır. Hastanede de öyle hemşireler, doktorlar kızımız, oğlumuz yaşında hepsi. Sağ olsunlar hepsi de öyle saygılı davranıyorlar bize. Hemşire kızım diyorum onlar da ...amca diye sesleniyorlar. Bir yakınlık oluyor, sana saygı gösterdiklerini seslerinden, tavırlarından anlıyorsun” (K5, 55, Erkek, Lise, Çerkez)

“Hastalar ile iletişimi kuvvetlendirebilir. Zaten sorsanız hangi kültürden olduğunu hemen Abaza kültürünü anlatırlar, sormasanız da anlatırlar. O yüzden böyle samimi bir yaklaşım ve ortam olursa hastaları ve kültürel özelliklerini tanımak için daha kolay olur Abaza kültüründe.”(K17, 18, Erkek, Abaza)

Görüşmeye katılan hemşireler hastayı tanıma ihtiyacı ile ilgili hastaları tanıma olanaklarının prosedürler gereği kısıtlı olduğunu fakat kültürel iletişimin sürdürülebilirliğinde hastayı tanımaya ihtiyaç duyulduğunu dile getirdi.

“Yani hastanın duygularını ve fikirlerini daha iyi ifade etmesini sağlayabiliriz. İşlemden önce hastanın görüşlerine göre yol izlenebilir. Hasta ile güvenli iletişim kurulabilmesi için de aslında hastayı daha iyi tanımamız gerekir. Bunun içerisinde benimsediği kültürün de yer alması lazım aslında.” (H1, 37, Kadın, Lisans, Tatar)

“Anamnez formumuz da bu anlamda çok kısıtlı bence. Açıkçası hastanın kültürel özelliklerini tanılama kısmı biraz hemşirenin kendi gözlemleri ve hasta ile iletişimine kalıyor...” (H6, 30, Kadın, Lisans, Karadeniz)

Ayrıca katılımcılar tedavi ve bakım sürecinde kültürel özelliklerine bağlı iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını bildirdi. Katılımcı ifadelerinden bazıları aşağıda sunuldu:

“Dört yıldır bu serviste çalışırken düşünüyorum. Mesela burada Abazalar, Çerkezler var. Lazlar biraz zorluyor bizi burada. Çünkü gerçekten Laz hatta Mohdi Laz derler. Duymuşsunuzdur belki Artvin'den gelme insanlar burada çok var. Onlara laf anlatmak biraz zor. Yalan yok yani. Şimdi ne yalan söyleyeyim iletişim, iletişim kesinlikle zor. Yani derdini anlatamıyor, biz de ona yaklaşırken kendimizi ifade edemiyoruz. Biraz zorluyor bizi. Mesleki açıdan bakarsak olaya.” (H8, 36, Erkek, Lise, Karadeniz)

“Hastalığımla ilgili ilacım ile ilgili bir şey anlatıyorlar anladım mı anlamadım mı bakan yok. Sonuçta ben okula gitmemişim onlar gibi ben onların bildiklerini bilemem. Bir de burda yabancı bir doktor da var. Bana bir şey sorunca söyleyince ben anlamıyorum. Gidiyorum hemşirelere tekrar soruyorum. Onlar bana tekrar anlatıyor. Sonuçta ben bilmeyebilirim bana anlatılanları daha ayrıntılı anlatmalarını isterim” (K3, 58, Kadın, İlkokul, Roman)

Araştırma kapsamında “Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme” temasına ait ortamın kültüre uygun olarak düzenlenmesi, beslenme alışkanlıkları, kültür ile medikal tedavinin çelişmesi, bakım ve tedavi uygulamalarında engeller, zaman yönetimi, hasta otonomisine saygı, bütüncül bireyselleştirilmiş bakım ve kültürel sağlık uygulamaları olmak üzere 8 kod oluşturuldu. Kodların kültürel özelliklere göre dağılımı incelendiğinde kültür ile medikal tedavinin çelişmesi kodunun tüm kültürlerde ifade edildiği belirlendi (Şekil 17).

	Abaza	Çerkez	Karadeniz Kürt	Laz	Manav	Roman	Tatar	Toplam
Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme								
Ortamın Kültüre Uygun Olarak Düzenlenmesi	0	0	0	0	1	0	0	1
Beslenme Alışkanlıkları	2	1	1	0	1	0	0	5
Kültür ile Medikal Tedavinin Çelişmesi	1	1	2	2	2	1	1	11
Bakım ve Tedavi Uygulamalarında Engeller	0	0	1	0	1	0	0	2
Zaman Yönetimi	1	0	1	1	1	0	0	5
Hasta Otonomisine Saygı	0	0	3	1	2	0	0	7
Bütüncül Bireyselleştirilmiş Bakım	1	0	1	1	2	3	0	8
Kültürel Sağlık Uygulamaları	6	6	5	3	12	7	5	46
TOPLAM	11	8	15	8	21	12	6	85

Şekil 17. Katılımcıların kültürel kimlikleri doğrultusunda kültüre duyarlı bakımı sürdürme teması

Katılımcılar hastanenin fiziksel olanaklarının hastaların kültürel alışkanlıklarına uygun olmadığını dile getirdi. Konuyla ilgili K16 kodlu katılımcı şunlardan bahsetti:

“Bence millet olarak gizliliğimize, mahremiyetimize önem veriyoruz. Bu yüzden hastanedeki hasta odalarını ve tuvaletleri uygun bulmuyorum. Odalar kesinlikle tüm hasta odaları tek kişilik olmalı. Kadın-erkek tuvaletleri serviste birer tane hem sayı az hem de hastalar koridora çıkmak zorunda kalıyor. Yaşlılar için daha zor bence bu durum. Bunlara yönelik değişiklikler yapılabilir.” (K16, 25, Erkek, Lisans, Laz)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında katılımcılar beslenme alışkanlıkları ile ilgili yoğun olarak görüş bildirdi. Katılımcılar beslenme alışkanlıkları ve tüketilen ürünlerin benzer olmadığı gerekçesiyle sorun yaşadıklarını dile getirdi. Konuyla ilgili H8 ve K5 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Yani dışarıdan birçok hasta yemek getiriyor, bu Türk kültüründen de olsa aynı. Mesela buradaki yemek tuzsuz diyor, işte dışarıdan yemek söylüyor. Buraya restoran gibi yemek söyleyen çok hasta oldu yani. Kültüründe alışmış yani bol yağlı, tuzlu yemek yemeye, hastanede de onu istiyor. Bir ifade bile vardır ya az yağlı işte sağlıklı yemek yapsan normal hayatta da hastane yemeği gibi olmuş derler hemen...” (H8, 36, Erkek, Lise, Karadeniz)

“Evet, tabii isterim. Şimdi evde beslendiğim gibi burada da beslenmeme dikkat edebilsem belki de daha hızlı iyileşebilirim. Sonuçta güçten düştük hastalanınca destek lazım tekrar ayağa kalkmak için. Ama burada tüm yemekleri yiyemiyorum. Çok yağlı oluyor, sebze yemekleri de oluyor. Belki biraz daha bizim kültürümüzde olan yemekler olsa daha iyi olur. Ama buradakiler de kötü değil.”(K5, 55, Erkek, Lise, Çerkez)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında katılımcılar kültür ile medikal tedavinin çelişmesi ile ilgili yoğun olarak görüş bildirdi. Katılımcılar hastaların kültürel uygulamalarının tıbbi tedaviye etkisi ile ilgili bilgi gereksinimlerini dile getirdi. Konuyla ilgili katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Özellikle kanser hastalarında bu tarz durumlarla karşılaşyoruz. Sonuçta tedavi süreci zor, hastalığın prognozu kötü ilerliyor. Tedavinin yan etkileri bile çok fazla oluyor. O zaman işte bulantı ve kusma, ağız yaraları için kullandıkları takviyeler oluyor. Ya da anne sütü içiriyorlarmış mesela bir hastamızdan duymuştum. Bağışıklığını arttırsın diye emziren annelerden anne sütü alıyorlarmış. Yani böyle duyunca çok garipsemiştim aslında. Ön yargılı davrandığımı bile söyleyebilirim. Ama onlar da bir çare arayışına giriyorlar, ilaç dışında başka ne yapabiliriz diye. Çok fazla farklı tedavi yöntemleri araştıran, deneyen kişiler var. Mesela benim de bir arkadaşım vardı, onlar Çerkezdi. Hani hemşire arkadaşım annesini kanserden kaybetti akciğer kanserinden. Kemoterapi alırken bitkisel ilaçlar da mesela. Hani araştırmıştım kullanılabilir. Bir de bunun hani bir sağlıkçı olmasına rağmen bu gibi şeylere yönelmesi...Kendi başına gelince daha farklı olabiliyor. Bir de bazen yağlar kullanıyorlar işte bazı yara açık yaralara. Bunların hani tam etkisinin bilinip bilinmediği de iyi gelip gelmeyeceği ile alakalı bilimsel bir kanıt olmadan hasta üzerinde uygulanmış oluyor. Halbuki olumsuz etkileri de olabilir. Hastalar aslında özellikle bu yönde sağlık çalışanlarının söylediklerinden çok kulaktan dolma bilgilerle hareket ediyorlar. Ya da kendi kültüründe yıllardır kullanılan artık gelenek haline gelen bitkisel ürünler ya da uygulamalar hastalar tarafından daha çok benimseniyor.”(H6, 30, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Yani aslında demin de bahsettiğim bir sürü kültürel uygulama var. Bunların hiçbirinin yararlı ya da zararlı olduğuna ilişkin bilimsel bir kanıt yok. Ama özellikle bu damar otu, ısırgan otu gibi bitkilerin hastaların tedavisi ile etkileşimini de bilmediğimiz için kullanmamalarını öneriyoruz. Abazalarda da mesela hasta olunca kullanılan bir sürü bitkisel ot var. Hangisi ne için kullanılıyor yararlı mı zararlı mı bir bilgim yok ki bu konuda. Hangi bitki olduğunu bile bilmiyorum. Böyle olunca da hastaya kullanma ilaç dışında hiçbir şey demek zorunda kalıyorum.” (H13, 36, Erkek, Lisans, Laz)

“...Çünkü mesela hemşireler burada bebek bakımını anlatıyor. Ama taburcu olup eve gidince annem, kayınvalidem işte büyükler falan farklı şeyler söylüyor. O zaman ben hastanede söyleneni değil alışkın olduğum şeyi yapıyorum. Hemşire bilmiyor ki ben evde napıyorum. Sormuyor da, evde bebeğe mi bakacağım sadece yoksa ev işlerine mi yetişeceğim. Bebeğe nasıl bakacağım, Romanlarda adetler neler bilmediği için de hastanede yapıldığı, söylenildiği gibi yapacağım zannediyor.” (K4, 25, Kadın, Ortaokul, Roman)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında katılımcılar hastaların kültürel değer ve inançlarının fiziksel göstergelerinin tedavi ve bakımda engel oluşturduğunu dile getirdi. Konuyla ilgili H4 ve H11 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Yalnız şöyle diyelim çarşaf giyen bir hasta geliyor mesela bu hastada bakım yaparken ya da bir uygulama yaparken mesela damar yolu açmak istiyorum hastanın. Hasta kolunu çok açmak istemiyor mesela öyle karşılaştığım hastalar oldu. Hani şey diyorum, hani tamam inancımız gereği ya da kültürünüz gereği açmak istemiyorlar ama bu durum benim hastaya müdahale etmeme engel oluyor. Hastanın tedavisi için ben bu uygulamayı yapmak zorundayım. Hani burada ben bir sağlıkçıyım, benim için herkes eşit. Ve herkesin kültürüne, inancına da saygılıyım ama hastanın sağlığı için yapmak zorunda olduğum şeyler de var. Bu durumda da hastaya izah ederek ikna ediyorum. Çünkü zaten hastanın açtığı alanda damar yolu bulma şansınız yok. Damar yolunu mecburen her kısımda bakmak zorundasınız.” (H4, 42, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Biz ona oksijen maskesi takıyorduk ve maskesi de bu işte. Hasta da kapalı bir hastaydı. Sürekli kapalı olmak istiyor. Yazmasından dolayı çektiriyor da. Mesela işte hani biz dedik bone takalım sana ama ısrarla hani yazmasını takmak istediğini, hani günah olduğunu, işte saçının gözükmemesini istemediğini hani biz bunun onun bunu günah olmadığını, aslında hani hastanede olduğunu, işte doktorlar erkek girip çıkıyor, bu konuda şey yapıyordu, rahatsız oluyordu ama işte onun o bir maskesini takarken çektiğini, saçlarına yapıştığını, işte bone saçlarını toplayıp bone takarsa daha güzel olacağını onu anlatmaya çalışıyorduk işte. Ama bu konuda o kapalı olmak istediği için direnç gösteriyordu bize.” (H11, 25, Kadın, Lisans, Laz)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında katılımcılar zaman yönetimi ile ilgili yoğun olarak görüş bildirdi. Katılımcılar hemşirelerin sayısının ve zamanlarının hastalara kültüre duyarlı bakım vermekte eksik kaldığını dile getirdi. Konuyla ilgili H3 ve H8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Hem etkili iletişim kurmada hem de hastanın kültürüne uygun bakım planlarının oluşturulmasında yeterli olmadığımızı düşünüyorum. Bu da aslında hasta bakımının da

başarısız olması olarak karşımıza çıkıyor. Yine zaman ve hemşire yetersizliğinden dolayı hasta bakımına değil de, hastalığına ve tedavisine odaklı çalışıyoruz.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“Kurumumuz bununla ilgili bir şey yapabilir mi zannetmiyorum. Yapabileceği bir şey yok yani sirkülasyonu da çok olan bir servis burası. Hastaları çok da fazla görmüyoruz. Çok hasta gelip gidiyor. 20 hastaya iki hemşire çalışıyoruz, bu hastaların yarısı aynı gün içinde taburcu oluyor. Akşama tekrar 20 yatak dolduruyoruz. Hastalara bire bir çok zaman ayıramıyoruz. Çok fazla komplike hasta yatmıyor, yatanların yara bakımı, sonda falan takılacaksa intörn doktorlar yapıyorlar burada. Biz de hastayla fazla zaman geçiremiyoruz.” (H8, 36, Erkek, Lise, Karadeniz)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında hemşirelerin hastanın tercihlerini dikkate aldıklarına yönelik ifadeleri hasta otonomisine saygı kodu altında ele alındı. Bu koda ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıda sunuldu:

“Evet, tamamlayıcı tedavilerden yararlı olanlar olabilir. Sıcak uygulamalar ya da ne biliyim bazı bitkisel ürünlerin kullanımı olabilir. Ya da hastaya yararı olmasa da hasta bu uygulamaların yararlı olduğunu düşünüyor olabilir. O zaman da uygulanmasında bir sakınca olmaz diye düşünüyorum aslında. Hastanın tercihini sağlığına olumsuz etkisi olmadığı takdirde kabul etmiş oluruz. En azından hasta da tedaviye katılmış olur, tercihlerini değerlendirmiş oluruz.” (H2, 37, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“...Mesela bazı ilaçların içerisinde hastanın biri şey dedi eeee bir şey otu varmış, ilacın içerisinde. Şimdi adını hatırlayamadım. Bu ot yüzünden kullanmak istemiyorum dedi. Bizim kültürümüz için iyi bir ot değil o dedi. İlk defa duydum, otun adını bile hatırlamıyorum. Yani bu konuda benim bilgim yoktu mesela. Hastaya ne kullan diyebildim, kullanmayacağım dedi tedavisini nasıl yürüteceğiz o zaman. Sonuçta doktora söylesem yok öyle bir şey kullansın dedi. Kaç yaşında hasta istemediği bir şeyi nasıl zorla yaptırılır? Bizim hasta ile bunu konuşmamız gerekirdi, hastaya açıklamamız gerekirdi tedavisinin önemini. Ama öyle bir şey söyledi ki doktorun da bilgisi yok o dediği otlarla ilgili benim de yok. Biz dedik diye sen kullan oluyor o zaman. Sonra ilacını değiştirdi doktor ama ben bu konuda kendimi bilgisiz hissettim. Yine prospektüs okuyup ilacını içmek istemediğini söyleyen hastalar var. Yaşlı hastalar ve Laz hastalar çok yapıyor bunu. Yan etkileri çok diyor, bu hastalığı olanlar içmesin yazıyor diyor. Sonra şey var tabii domuz yağı var falan diyenler oldu. Özellikle insülinin içinde domuz yağı var ben kullanmak istemiyorum diyenler oluyor. Onlar da hani o da dini inançlarından dolayı endişeleniyorlar. Bunlar hep yeterince bilgi vermediğimiz için oluyor bence. Hastanın hiçbir şüphesi tereddüdü kalmayana kadar anlatmamız,

açıklamamız gerekir. Sonra hastanın kararına da saygı göstermemiz gerekiyor.” (H12, 41, Kadın, Yüksek lisans, Kürt)

Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme temasında katılımcılar hastaları kültürleriyle birlikte ele alarak bakım ve tedavi uygulamanın gerektiğini dile getirdi. Konuyla ilgili H7 ve H13 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Bazılarına da mesela açıklama yaptığımızda bu senin sağlığın için enfeksiyon kapma riski olduğu dediğimizde kişi başta reddedebilir ama bunu sonra kabulleniyor. Yani tedaviye uyumunu kolaylaştırıyor. Aslında hani bu şekilde yaklaşmak gerekiyor. O yüzden bu hemşirelerin kültürel yeterlilik, kültürel bakım becerilerini kazanması gerekiyor. Hani empati yapabilmesi gerekiyor. Ona yönelik, hastaya yönelik, bireye yönelik. Hepsinin farklı olduğunu bilerek yaklaşması gerekiyor. Bu şekilde de sağlıklı, böyle daha kaliteli bir bakım sunmuş oluyor aslında. Hani hem kişinin yaşam kalitesini yükseltmiş oluyor hem kaliteli bir bakıma olanak sağlamış oluyor.” (H7, 27, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Onun dışında işte taburcu olduktan sonra yaşadığı yerde sağlık hizmetine ulaşabilir mi, ulaşması gereken sık kontrol edilmesi gereken bir durum var mı bunların hepsini bakım sürecinde ele alabilmek diyebilirim. Ya da kısaca kişinin kültürel özellikleri doğrultusunda bu durumların farklılık göstereceğinin farkında olunması olarak da özetleyebilirim.” (H13, 36, Erkek, Lisans, Laz)

Katılımcılar Kültürel Sağlık Uygulamaları kodu altında şifalı bitki kaynatıp içme, Kuran okuma, organik beslenme, zeytinyağlı krem, muska/nazar boncuğu, hareketli yaşam, kupa çekmek, başa çember bağlama, sirkeli su, bebeğin yanına hamur koyma, şerbet içme, protein ağırlıklı beslenme, yoğurt sürme, masaj, kül basma, çamur sürme, tuzlu su ile bebek yıkama, metal eşya koyma gibi uygulamalar gerçekleştirdiklerini belirtti.

“Eeee bizimkiler böyle şeyde zencefili çok severler. Bir de Kıbrıs otu dediğimiz bir ot var. Abaza otu diye geçiyor. Bu ot da böyle soğuk algınlığında, öksürük de falan çok yararlı olduğunu söylüyorlar ki ben de kullanıyorum. Yararını görüyorum. Soğuk algınlığı olduğunda bu otu kullanıyorum.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“Üşütmeydi, ağrıydı onlar için doktora gitmem. İhlamur içerim, ağrı kesici içerim. Mısır püskülünü kaynatıp içeriz. Damar otu diye bir ot var, onu kaynatıp içerler damar hastalığı, kalp hastalığı olan. Şeker hastalığı olan taflan çekirdeği yer, şekeri düşürüyor diye. Bunlar var. Daha da varsa da artık ben bilmiyorum.” (K2, 75, Kadın, Okur yazar değil, Laz)

“Aynen şöyle. Yani mesela serviste çok fazla olmuyor da. Özellikle Kur'an ı Kerim okunur, okurlar, hastalar iyileşsin diye. Bizim ailemizde de var. Bunun şifa olduğuna inanılır. Onun dışında böyle alternatif tıp dediğimiz şeyler, içecekler, lokal yapılan şerbetler falan. Hani bunlar bizim kültürümüzde var, bizim ailemizde de var.” (H11, 25, Kadın, Lisans, Laz)

“Tabii. Sağlığına çok düşkündür mesela. Şimdi Karadeniz, her şey organik. Yediğimiz şeyler sağlıklı, aldığımız hava temiz. Böyle olunca çok hastalık görülüyor aslında. Ama işte Çernobilden sonra kötü hastalık işte kanserler arttı. Onun dışında uzun yaşıyoruz. İyi beslenme, organik beslenme. Bir de çok çalışıyoruz, spor diyorlar ya. İşte bahçede çalışıyoruz. Bunlar sağlıklı yapıyor bizi.” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Var, evet. Hatırladığım kadarıyla yanıklarda, yaralarda zeytinyağı ile bir merhem yapılır, o sürülür.” (K8, 42, Kadın, Lisans, Abaza)

“Aslında sağlık alanında eğitimi olan birisi değil. Köyün imamlığını yapmış bir ara Rize’de. Biz yazın tatilde Rize’ye gittiğimizde görürdük. İşte hasta olan, doktordan çare bulamayan, çocuğu olmayanlar falan muska yazdırmaya gelirdi. Özellikle ruhsal hastalık mı deniyor bilmiyorum ama işte onlar çok gelirdi.” (K7, 32, Erkek, Lisans, Laz)

“Annem bu konularda daha meraklı aslında. Biz küçükken de mutlaka kupa çektirir sırtına ağrısı olunca. Onun dışında kesinlikle ağrı kesici kullanmaz. Neresi ağrırsa oraya masaj yapar, ovar, başı ağrıdığında eşarp sarar başının etrafına. Genelde bunlar var.” (K12, 31, Kadın, Lisans, Çerkez)

“Ya da başımız ağrıyınca bir çember sararız başımıza ağrıyı alsın diye. İşte ateşi çıkınca sirkeli su falan yaparız onun dışında başımız ağrıyınca falan ilaç alırız.” (K1, 77, Kadın, Okur yazar, Laz)

“Mesela bir çocuk gelmişti daha 15 günlük falandı. Yanında bir hamur vardı böyle yoğrulmuş bir hamur. Neden yanında olduğunu sorduğumda işte gece evden çıktığımız için, çocuk kırkını tamamlamadığı için onu korusun diye. Aslında hani pek bir anlamı yok ya da böyle çocukları sarılık olmasın diye sarı kıyafetler giyip aksine sarılığı fark edilmesini önleyen şeyler var. Çocuğa sarılık olmasın ne sarılık kıyafetler giydirip getiriyorlar. Bunların yanlış olduğunu biz de söylüyoruz onlara.” (H11, 25, Kadın, Lisans, Laz)

“... bir şerbet varmış, ondan yaptı annem gebeyim diye. İşte daha besleyici, daha koruyucu bir şerbetmiş” (K12, 31, Kadın, Lisans, Çerkez)

“Kemikler güçlensin özellikle yaşlılıkta sorun olmasın diye et suyu, ilik yeriz. Eskiden emzirirken sütü artsın diye tatlı, şerbet, soğan suyu içirirlerdi, ben de içtim çok ama şimdi öyle bir şey yok. Bunlar geliyor aklıma.” (K9, 62, Kadın, Ortaokul, Çerkez)

“Yani tabii çok var aslında. Benim büyük dedem ve dedem kırık çıkıcıydı. Köyler merkeze çok uzak olduğu için ee her köyde de sağlık ocağı falan yok. Her köyde böyle hasta olduğunda başvurulana birisi mutlaka vardır. İşte benim dedelerim de köyün sağlıkçısıymış. Enjeksiyon falan yapılacağı zaman ona gelirlermiş. Onun dışında hacamat yapardı ağrısı olanlara küçüklikten hatırlıyorum ben de .” (H13, 36, Erkek, Lisans, Laz)

“Ailemin var. Ben çok bilmiyorum açıkçası. Mesela bacağım ilk yandığında annem doktorun verdiği kremlerin dışında yoğurt falan da sürmüştü” (K17, 18, Erkek, Lise, Abaza)

“Eee sonra şey yaparlar böyle bir vücut ağrılarında falan şu iki parmak arasına kalan yer var ya başparmakla ikinci parmak arasındaki bölge orayı ovalama olayı var. Ağrı durumunda orayı ovalayarak geçirmeye çalışırlar.” (H12, 41, Kadın, Yüksek lisans, Kürt)

“İşte hani arı soktuğunda kül vesaire gibi uygulamalar da Evet onlar var bu uygulamalarla.” (H5, 26, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Mesela yanma veya arı sokmalarına o bölgeye çamur sürüyorlardı. Hani küçükken bize de sürmüşlerdir illaki ama ben bu uygulamanın tabii ki de şu an yanlış olduğunu belirtiyorum ama ısrarla çamur sürmeye devam ediyorlar.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“...yenidoğan çocuğun tuzlu suyla yıkanması bu zararlı diye düşünüyorum.” (H1, 37, Kadın, Lisans, Tatar)

“...arı sokunca metal bir şey koyulması üzerine bunu yapıyoruz.” (K13, 34, Erkek, Lise, Manav)

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme” temasına ait 3 kod oluşturuldu. Bunlar; hemşirenin kendini geliştirmesi, tercüman ihtiyacı ve kültüre duyarlı bakım standartlarıdır. Hemşire ve hastaların bu kodlara ilişkin ifadeleri ele alındığında hemşirelerin tercüman ihtiyacı daha yoğun olmakla birlikte her üç koda yönelik ifadelerinin bulunduğu; hastaların ise yalnızca tercüman ihtiyacı koduna yönelik görüş bildirdikleri saptandı (Şekil 18).

Kod Sistemi	Hemşire	Hasta
▼  Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme		
 Hemşirenin Kendini Geliştirmesi		
 Tercüman İhtiyacı		
 Kültüre Duyarlı Bakım Standartları		

Şekil 18. Kültüre duyarlı bakımı destekleme temasını oluşturan kodların katılımcılara göre dağılımı

Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme temasında katılımcılar hemşirenin hastalara kültüre duyarlı yaklaşım ile bakım verebilmesi için bu konuda mesleki gelişim sağlaması gerektiğini dile getirdi. Hemşirenin kendini geliştirmesi kodu altında ele alınan bu ifadelerden bazılarını aşağıda yer verildi:

“Hemşireleri farklı kültürden hastalar ile bakıma yönelik araştırma yapma ve kongrelere gitme konusunda destekleyebilir. Kültürlerarası bakımla ilgili hemşirelerin liderliğinde bir birim açabilir, eğitim hemşireliği, yara bakımı hemşireliği gibi. Bunlar aklıma gelen.” (H5, 26, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“Kurumun ekibi desteklemesi, eğitim yönünden, iletişim yönünden. Yeni başlayan hemşireler için oryantasyon eğitimlerine bu konu dahil edilebilir. Hemşirelerin kurumda kullanabileceği bir rehber oluşturulabilir. Şu an aklıma gelenler bunlar yani.” (H7, 27, Kadın, Yüksek lisans, Manav)

“..hemşirelerin kendi ilgi alanını da kapsıyor. Kültür ve kültürel özellikler, kültürel hemşirelik bakımına ilişkin araştırma, makale ve kaynaklar araştırılabilir. Bunlar yapılabilir yani...” (H10, 41, Kadın, Yüksek lisans, Kürt)

Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme temasında katılımcılar yabancı kültürden olan hastalarla iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını belirtmiş olup, dil bariyerini ortadan kaldırmak için tercümana ihtiyaç duyduklarını bildirdi. Konuyla ilgili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Suriyeli hastalarla zaten çok büyük bir iletişim problemi yaşıyoruz. Genellikle onlarla tercümanlar aracılığıyla iletişim kuruyoruz.” (H3, 26, Kadın, Lisans, Abaza)

“Yani öncelikle şu an yaşadığımız durumda mesela tercüman eksikimiz var, tercümana ihtiyacımız var en azından iletişime geçmemiz için” (H9, 26, Kadın, Lisans, Manav)

“Kürt tercüman da olsun. Her kültürden doktor, hemşire, çalışan olsun hastanede de. Suriyeli hastalar için bu bilgiler, broşürler falan Arapça yapılıyorsa Kürtçe’de yapılabilir. Göz ardı edilmesin yani Kürtler. Suriyeli hastalar için bu kolaylıklar sağlanabiliyorsa Kürtlere neden yapılmasın? Bu sorunlarımızı dinleyen, çözüm üreten birisi de olsa hastanede daha iyi olur. Tüm kültürler için bunu yapabilir mesela...” (K18, 42, Erkek, Lise, Kürt)

Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme temasında hemşirelerden bazıları kültüre duyarlı bakım kavramı ve standartlarından haberdar olmadıklarını ve bu konuda standart oluşturulamayacağını belirtti. Konuyla ilgili H4 ve H9 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetti:

“Yani başka kültürden hasta gelince aslında herkes için standart bir şey yapılması da çok uygun olamayabilir. Hastanın kültür özelliklerinin ne olduğuna, bizi ne verebileceğimizi bakılmalı. Olabilecek şey var, olmayacak şeyler var. Bunlar kesinlikle tartışılmalı. Ortak bir kural olmalı.” (H4, 42, Kadın, Lisans, Karadeniz)

“Kavramı daha önce duymadım. Kişinin kültüründen kaynaklanan davranışlarının tanımlanması ve bakım sürecine dahil edilmesi olarak tanımlayabilirim. Ama klinikte bunu nasıl uygulayacağıma ilişkin bir bilğim yok açıkçası.” (H9, 26, Kadın, Lisans, Manav)

6.2. Nicel Bulgular

Abaza, Çerkez, Laz, Manav, Kürt gibi farklı alt kültürlerden hastalar ve hemşireler ile yapılan görüşmelerin analizi sonrasında 7 alt boyut ve 46 maddeden oluşan Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı taslak ölçeği oluşturuldu. Taslak ölçeğin geçerliliğinin sağlanması amacıyla kapsam, yüzey ve yapı geçerliliği analizleri yapıldı.

Kapsam geçerliliği, bir ölçeğin maddelerinin, ölçülmek istenen özelliği ne kadar doğru şekilde yansıttığı ve her bir maddenin hedeflenen davranışları ölçmeye uygun olup olmadığı ile ilgilidir (Büyüköztürk ve ark., 2021; DeVellis, 2017). Bu araştırmada oluşturulan ölçek maddelerinin, hastaların hemşireler tarafından sunulan bakımın kültürel duyarlılığının doğru, tutarlı ve güvenilir bir şekilde ölçülüp ölçülmediğini belirlemek amacıyla kapsam geçerliliği yapıldı. Araştırmada kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşüne başvuruldu. Oluşturulan madde havuzu (67 madde) Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hemşirelikte Öğretim anabilim dallarından on uzmanın görüşüne sunulmuştur. Ayrıca ölçek maddeleri ile ilgili olarak Hemşirelik Esasları alanında ve Hemşirelik Yönetim alanında doktora öğrenimi gören iki bilim uzmanının akran görüşü alındı (EK-7). Uzman görüşlerinin sayısal değerlerle ifade edilebilmesi için uzman değerlendirme formu kullanıldı. Her bir ölçek maddesi uzmanlar tarafından amaca uygunluk, anlaşılabilirlik ve hedef kitleye uygunluk alanlarında 1 puan uygun değil, 2 puan çok düzeltme gerekiyor, 3 puan uygun fakat çok az düzeltme gerekiyor ile 4 puan oldukça uygun olarak değerlendirildi. Uzman görüşleri Davis tekniği kullanılarak değerlendirildi. Bu tekniğe göre her bir ölçek maddesinin kapsam geçerlilik indeksi, maddeye 3 ve 4 puan veren uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünerek hesaplandı.

Kapsam geçerlilik indeksinin 0,80'den büyük olması maddenin kapsam geçerliliği açısından yeterli olduğunu göstermektedir. Araştırmada kapsam geçerlilik indeksi 0,90-1,00 arasında olan maddeler taslak ölçeğe dahil edildi. Maddelerin kapsam geçerliği indeksleri Tablo 9'da sunuldu.

Tablo 9. Ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri

Altboyut	Ölçek maddesi	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Kültürü Tanıma	Madde 1	1,00
	Madde 2	0,90
	Madde 3	0,90
	Madde 4	0,90
	Madde 5	0,90
	Madde 6	1,00
	Madde 7	1,00
	Madde 8	0,90
	Madde 9	1,00
	Madde 10	1,00
	Madde 11	0,90
	Madde 12	1,00
Kültürel Kimliğe Saygı	Madde 13	0,80
	Madde 14	0,70
	Madde 15	0,70
	Madde 16	0,90
	Madde 17	0,70
	Madde 18	1,00
	Madde 19	1,00
	Madde 20	0,90
Bakımda Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar	Madde 21	0,90
	Madde 22	0,90
	Madde 23	0,90
	Madde 24	0,90
	Madde 25	0,90
	Madde 26	0,90
	Madde 27	1,00
	Madde 28	0,90
	Madde 29	0,90
	Madde 30	0,90
	Madde 31	0,70
Önyargısız Yaklaşım	Madde 32	0,90
	Madde 33	1,00
	Madde 34	1,00
	Madde 35	1,00
	Madde 36	0,70

Tablo 9. Ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik indeksleri (Devam)

Altboyut	Ölçek maddesi	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Önyargısız Yaklaşım	Madde 37	1,00
	Madde 38	1,00
	Madde 39	1,00
	Madde 40	0,70
Kültürlerarası Etkileşimde Güven	Madde 41	0,90
	Madde 42	0,90
	Madde 43	1,00
	Madde 44	1,00
	Madde 45	1,00
	Madde 46	1,00
	Madde 47	0,70
	Madde 48	0,90
	Madde 49	1,00
Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme	Madde 50	0,60
	Madde 51	1,00
	Madde 52	1,00
	Madde 53	0,90
	Madde 54	0,90
	Madde 55	0,90
	Madde 56	1,00
	Madde 57	0,80
	Madde 58	0,70
	Madde 59	1,00
	Madde 60	1,00
Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme	Madde 61	0,90
	Madde 62	0,60
	Madde 63	1,00
	Madde 64	0,90
	Madde 65	1,00
	Madde 66	0,90
	Madde 67	0,90

Ölçeğin yüzey geçerliliği için öncelikle uzman görüşü doğrultusunda maddeler anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk açısından tekrar incelenerek değerlendirildi. Anlaşılabilirlik ve uygunluk bakımından ölçekten çıkarılması önerilen 15 madde ölçekten çıkarılarak, taslak ölçek 52 maddelik halini aldı. Ölçeğin yüzey geçerliliği kapsamında taslak ölçek 20 hastaya uygulanarak pilot uygulama gerçekleştirildi. Pilot uygulama aşamasında hastalardan maddelerin uzunluğu, anlaşılabilirliği ve eğitim düzeylerine uygunluğu konularında geri bildirimleri alındı. Pilot uygulama sonrasında hastalar tarafından anlaşılır bulunmayan 6 madde ölçekten çıkarıldı ve taslak ölçeğe yapı geçerliliğine ilişkin analizler için son hali verildi.

Bu araştırmada yapı geçerliliği faktör analizi ile değerlendirildi. Faktör analizi ile birbirleriyle ilişkili değişkenleri bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı, daha az sayıda yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı amaçlanmaktadır. Faktör analizi verilerin karmaşıklığını azaltmaktadır. Böylece daha az sayıda faktör ile fazla miktarda verinin sunduğu bilgi miktarının hemen hemen aynısı sunulmaktadır. Yapı geçerliliğinde ölçeğin faktör yapısını ortaya çıkarma amacıyla açımlayıcı faktör analizi, belirlenen bir yapının ölçek faktör doğrulması için ise doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmektedir (Aksu, Eser ve Güzeller, 2017).

Açımlayıcı faktör analizi uygulayabilmek için iki varsayım bulunmaktadır. Bunlar KMO ve Bartlett testleridir. KMO testi, faktör analizinde örneklem büyüklüğünün uygunluğunu test etmede kullanılmaktadır. KMO değerinin 0,50'den düşük çıkması halinde faktör analizine devam edilememektedir.

Bartlett testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılmaktadır. Bu test sonucunda bir ki kare değeri elde edilir ve anlamlılık değerine bakılır. Anlamlılık değeri, 0,05'ten küçük ise verilerin çok değişkenli normal dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 10. Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,919
Bartlett Küresellik Testi	X ²	5515,813
	sd	351
	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

***: $p < 0,001$

Tablo 10 incelendiğinde, ölçeğin Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0,919 olarak bulundu. 0 ile 1 arasında değer alan KMO değeri 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunacağı belirtilmektedir. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Küresellik testi sonucunda ise değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşıldı ($p < 0,001$).

46 madde olan Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğine Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax döndürmesi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi uygulandı. 46 maddeden oluşan yapı ilk analiz sonucunda 8 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu

maddeler yapı dışına çıkarıldı. Yapı dışına çıkarılan maddelerden; 22, 24, 30, 32, 34, 36 ve 46 numaralı maddeler hiçbir faktöre yüklenemediğinden, 8, 14, 15, 31, 33 ve 41 numaralı maddeler birden fazla faktöre güçlü yüklendiğinden; 17, 18, 26, 28, 42 ve 43 numaralı maddeler ise tek başına ya da 2 madde 1 faktör olarak yüklendiğinden yapı dışına çıkarıldı. Sonuç olarak 19 madde çıkarıldıktan sonra yapı 27 madde ve 5 faktör ile uygun hale geldi.

Tablo 11. Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin varyans açıklama tablosu

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	12,891	47,744	47,744	5,938	21,993	21,993
Faktör 2	2,545	9,426	57,169	4,859	17,998	39,991
Faktör 3	2,175	8,055	65,224	3,783	14,011	54,002
Faktör 4	1,428	5,289	70,513	3,205	11,870	65,872
Faktör 5	1,043	3,862	74,375	2,296	8,503	74,375

Tablo 11 incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 5 faktörün bulunduğu görülmektedir. Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değerin kullanılabileceği ve öz değeri (eigenvalue) 1'den büyük olan sayı kadar faktör yapısının olabileceği önerilmektedir. Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü gösterir. 8 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %21,993'ünü açıklamakta iken 7 maddeden oluşan Faktör 2 %17,998'ini, 5 maddeden oluşan Faktör 3 %14,011'ini, 4 maddeden oluşan Faktör 4 %11,870'ini ve 3 maddeden oluşan Faktör 5 ise %8,503'ünü açıklamaktadır. Bu 5 faktör ve 27 madde toplam varyansın %74,375'ini'ini açıklamaktadır.

Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin faktör yapısı, faktörlerde yer alan maddeler ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 12'de ayrıntılı olarak incelendi ve maddelerin tümünün faktör yüklerinin 0,500'ün üstünde olduğu saptandı.

Tablo 12. Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeğinin maddelerine ilişkin faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Madde44	0,786				
Madde35	0,739				
Madde40	0,739				
Madde25	0,722				
Madde37	0,709				
Madde45	0,698				
Madde39	0,696				
Madde38	0,671				
Madde6		0,800			
Madde4		0,775			
Madde13		0,741			
Madde1		0,694			
Madde12		0,662			
Madde10		0,659			
Madde11		0,543			
Madde5			0,800		
Madde2			0,757		
Madde3			0,725		
Madde7			0,710		
Madde9			0,702		
Madde19				0,855	
Madde21				0,798	
Madde16				0,715	
Madde20				0,680	
Madde27					0,866
Madde29					0,854
Madde23					0,843

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), açımlayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile doğrulama işlevini yerine getirmektedir. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin geliştirilmesinde açımlayıcı faktör analizi sonucunda 27 madde ve 5 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edildi. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görüldü. İlk olarak AMOS'un önerdiği kavramsal olarak uygun modifikasyonlar uygulandı ancak sonuçların yine yeterli olmadığı görüldüğünden kendi faktörü dışından diğer faktörlerle en çok modifikasyon yüklenen 1, 3, 10, 11, 13 ve 25 numaralı maddeler yapıdan çıkarıldı. Sonuç olarak 21 madde 5 faktörlü şekilde doğrulanan modelin uyum indeks değerleri Tablo 13'de, maddelere ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonrası madde faktör yükleri Tablo 14'de gösterildi. Doğrulanmış ölçüm modeli aşağıda sunuldu (Şekil 19).

Tablo 13. Kültüre duyarlı hem  irelik bakımı algısı  l eğinin ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

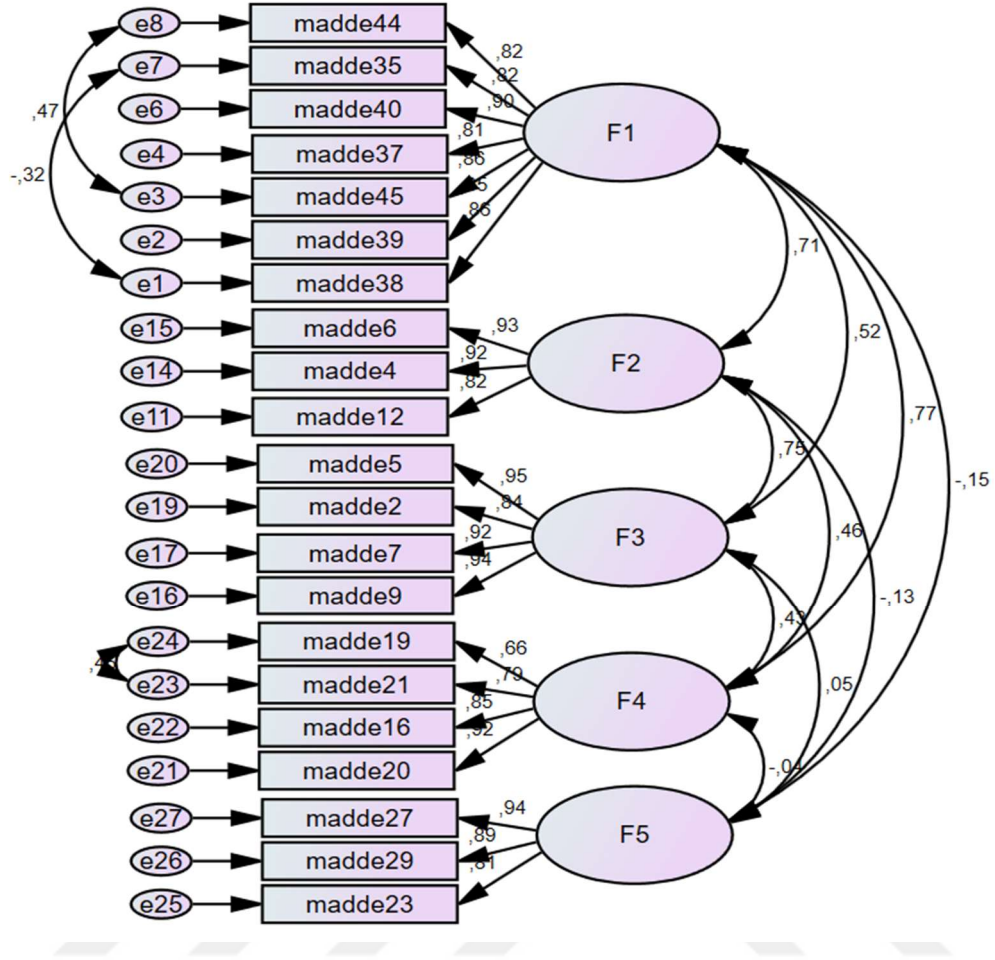
	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	2,253	≤ 3 (4-5)
GFI	0,861	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,857	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,947	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,936	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,947	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,079	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,049	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

Tablo 13 incelendiğinde Kültüre Duyarlı Hem  irelik Bakımı Algısı  l eğinin DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği belirlendi.

Tablo 14. Kültüre duyarlı hem  irelik bakımı algısı  l eğinin maddelerinin doğrulayıcı faktör analizi sonrası faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
madde38	0,860				
madde39	0,850				
madde45	0,861				
madde37	0,810				
madde40	0,900				
madde35	0,824				
madde44	0,818				
madde12		0,824			
madde4		0,919			
madde6		0,932			
madde9			0,943		
madde7			0,917		
madde2			0,843		
madde5			0,948		
madde20				0,924	
madde16				0,854	
madde21				0,793	
madde19				0,659	
madde23					0,812
madde29					0,892
madde27					0,940

Tablo 14 incelendiğinde Kültüre Duyarlı Hem  irelik Bakımı Algısı  l eğinin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,600' n üzerinde olduğu görüldü. Faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı  ekil 19'da verildi.



Şekil 19. Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısı ölçeği path diagram

Yapılan analizler sonucunda Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin 5 faktör ve 21 maddeden oluşan yapısı doğrulandı. Ölçeğin Kültürü tanıma alt boyutu 4 madde (Madde 2, Madde 5, Madde 7, Madde 9), Kültürel bilgi alt boyutu 3 madde (Madde 4, Madde 6, Madde 12), Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar alt boyutu 4 madde (Madde 16, Madde 19, Madde 20, Madde 21), Kültürel önyargı alt boyutu 3 madde (Madde 23, Madde 27, Madde 29), Kültürel bakımı sürdürme alt boyutu 7 maddeden (Madde 35, Madde 37, Madde 38, Madde 39, Madde 40, Madde 44, Madde 45) oluştu. Güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin ve alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 15’te sunuldu.

Tablo 15. Kültüre duyarlı hem  irelik bakımı algısı  l eğinin güvenilirlik analizi sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenilirlik Seviyesi
Kültüre Duyarlı Hem��irelik Bakımı Algısı �l�eği	21	0,937	Yüksek Derecede Güvenilir
Kültürü tanıma	4	0,935	Yüksek Derecede Güvenilir
Kültürel bilgi	3	0,898	Yüksek Derecede Güvenilir
Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar	4	0,881	Yüksek Derecede Güvenilir
Kültürel �nyargı	3	0,860	Yüksek Derecede Güvenilir
Kültürel bakımı sürdürme	7	0,944	Yüksek Derecede Güvenilir

Tablo 15 incelendiğinde 21 maddeden oluşan Kültüre Duyarlı Hem  irelik Bakımı Algısı  l eğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,937$) olduğu belirlendi. Cronbach alfa değerlerinin Kültürel bakımı sürdürme boyutundaki maddeler ($\alpha=0,944$), Kültürel bilgi boyutundaki maddeler ($\alpha=0,898$), Kültürü tanıma boyutundaki maddeler ($\alpha=0,935$), Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar boyutundaki maddeler ($\alpha=0,881$) ve Kültürel  nyargı boyutundaki maddeler ($\alpha=0,860$) için yüksek derecede güvenilir olduğu saptandı.

Tablo 16. Kültüre duyarlı hem  irelik bakımı algısı  l eğinin madde toplam korelasyonları ve %27'lik alt-üst grup farkına ilişkin t testi değerleri

Madde Toplam Korelasyonu		Alt %27-�st %27	
		t	p
madde2	0,649	-14,693	0,000*
madde4	0,691	-20,076	0,000*
madde5	0,664	-13,622	0,000*
madde6	0,690	-19,884	0,000*
madde7	0,725	-18,377	0,000*
madde9	0,716	-14,619	0,000*
madde12	0,723	-23,277	0,000*
madde16	0,632	-16,782	0,000*
madde19	0,489	-10,100	0,000*
madde20	0,651	-16,416	0,000*
madde21	0,622	-13,488	0,000*
madde23	0,399	-2,711	0,007*
madde27	0,314	-2,783	0,008*
madde29	0,325	-2,791	0,008*
madde35	0,710	-20,959	0,000*
madde37	0,714	-17,693	0,000*
madde38	0,787	-24,161	0,000*
madde39	0,818	-35,234	0,000*
madde40	0,809	-14,592	0,000*
madde44	0,742	-31,506	0,000*
madde45	0,789	-35,443	0,000*

Geliştirilen ölçek maddelerinin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde madde toplam korelasyon analizi kullanıldı. Tablo 16 incelendiğinde yapıda kalan 21 maddeden güvenilirliği negatif etkileyen, madde toplam korelasyonu 0,30'ten küçük olan bir madde olmadığı tespit edildi. Ayrıca maddelerin ayırt ediciliğini değerlendirmek amacıyla %27 alt-üst grup karşılaştırması yapıldı. Ölçek maddelerinden elde edilen puanlar alt ve üst %27'lik gruplara ayrılarak, gruplar arasındaki fark bağımsız gruplar t testi ile değerlendirildi. Yapılan karşılaştırma analizlerinde tüm farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 16).



7. TARTIŞMA ve SONUÇ

7.1. Nitel bulguların tartışılması

Araştırma verileri kültüre duyarlı hemşirelik bakımına yönelik bakım sunan hemşireler ve bakım alan hastaların bakış açılarını bir bütün olarak ele alınarak analiz edildiği için tartışma hastaların ve hemşirelerin görüşleri birlikte değerlendirilerek sunuldu.

Yapılan görüşmelerde hem hastalar hem de hemşireler kültürü öğrenme konusunda istekli olduklarını bildirdi (Şekil 9). Bu kod ile bağlantılı olarak hemşireler çalıştıkları kurumda hastanın kültürel özelliklerini ele alabilecekleri bir prosedürün bulunmadığını, kendi deneyimleri, hasta ile etkileşimleri ve gözlemleri doğrultusunda hastanın kültürü ve kültürel özelliklerine yönelik çıkarımda bulunduklarını vurguladı. Tanrıverdi'nin (2015) hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım için Uygulama standartlarına yaklaşımlarını ele aldığı araştırmasında kültürlerarası hemşirelik bilgisi standartına hemşirelerin çoğunluğunun (%73,2) katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Bu standart kapsamında hemşirelerin farklı kültürden birey ve ailesinin gelenek, inanç ve değerlerinin farklı olduğunu anlamaya ilişkin bakış açısı kazanmaları görüşü bu çalışmada hemşirelerin farklı kültürleri öğrenmeye ilişkin istekli olmaları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin kültürü değerlendirmeye yönelik istekli olmalarına rağmen bu alanda bir rehber gereksinim duyduklarını ifade etmeleri önemli bir bulgudur. Holistik hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için hemşirelerin bakım verdikleri hasta ve ailesinin kültürel değer ve inançları, kültürün sağlık, hastalık ve bakıma etkisi ile ilgili bilgi toplaması ve bireyi değerlendirmesi gerekmektedir (Leininger 2002; Dönmez ve ark., 2023; Koçak & Sevil, 2015). Leininger tarafından geliştirilen Kültürel Bakım Çeşitlilik ve Evrensellik Teorisi olmak üzere kültürel bilginin toplanmasında hemşirelere rehberlik sağlayan teori ve modeller bulunmaktadır (Tanrıverdi, 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalar hemşireler tarafından kuram ve model kullanımının yeterli olmadığını göstermektedir. Kuram ve modellerin çoğunlukla lisanüstü tez çalışmaları ve olgu sunumları ile sınırlı kaldığı vurgulanmaktadır (Aydın & Kabukçuoğlu, 2020; Eyi & Meneklioğlu, 2018; Şengün ve ark., 2013). Hemşirelerin model kullanımı ve kayıt işlemlerinin iş yükünü arttıracığı endişesi taşıdıkları, modelle çalışmanın zor olduğu düşüncesi, her kültüre ve hastaya uygun modelin bulunmaması gibi nedenlerle teorilerin ve modellerin klinikte kullanımında zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (Aydın & Kabukçuoğlu, 2020; Göçmen Baykara ve ark., 2019; Türen ve ark., 2020). Hemşirelerin kültürel değerlendirme yapmaları ve hastanın kültürel özelliklerini anlayabilmeleri amacıyla kuram ve modellerin uygulamada kullanılabilmesi için öncelikle bu endişelerin giderilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bununla birlikte hastalar da bakım aldıkları hemşirelerin hangi kültürden olduğunu bilme konusunda istekli olduklarını bildirdi (Şekil 9). Literatür incelendiğinde ülkemizde hemşirelerin kültürel kimliklerini ve özelliklerini içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde ise farklı kültürden gelen ve etnik kökene sahip hemşirelerin hastalar ve ailelerinin ırkçı yaklaşımları, olumsuz yorumları ve bu hemşireler tarafından sunulan bakımı reddetme durumları ile karşılaştıklarına yönelik bulgular yer almaktadır (Cottingham ve ark., 2018; Wheeler ve ark., 2014). Ayrıca farklı kültürden hemşireler birlikte çalıştıkları meslektaşları ve yönetici hemşirelerin de kendilerine ayrımcı yaklaşımda bulunduklarını bildirmektedir (Wheeler ve ark., 2014). Hastaların kültürleri tanımaya yönelik isteklerinin, önyargısız ve farklı kültürlere duyarlı bir yaklaşım benimsemeleri konusunda önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular ile benzer şekilde sağlık bakımında hastaların kendi kültürlerinden olan doktorları tercih etme eğilimlerinin olduğu belirlenmiştir (Ahmed & Bates, 2010; Napoles-Springer ve ark., 2005). Ülkemizdeki çok kültürlü toplumsal yapının yanı sıra son yıllarda özellikle Suriye ve Afganistan'dan ülkemize göçmenler kabul edilmekte, sağlık turizmi kapsamında yabancı uyruklu bireylere sağlık hizmetleri sunulmakta, eğitimde küreselleşme ile birlikte farklı kültürden sağlık profesyonelleri sağlık hizmeti ve bakım uygulamalarında yer almaktadır. Çalışma kapsamında sağlık bakımı sunulan hastaların bakım aldıkları bireylerin kültürlerini tanımaya yönelik istekli olmaları özellikle çok kültürlü yapıya dönüşen sağlık bakım ortamları için dikkat çekici bir bulgudur.

Araştırmada katılımcıların yaş, kader, dinç olma, çalışmayı sürdürme durumları ile sağlık ve hastalığı ilişkilendirdiği saptandı (Şekil 9). Hemşirelik paradigmalarından birisi olarak ele alınan sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 1948). Bu tanım, bireylerin kişisel algıları ve değerlerini, içinde yaşadığı toplumu ve toplumsal rolleri ve kültürünü yansıtmaması nedeniyle eleştirilmektedir (Bolsoy & Sevil, 2006; Yıldırım & Bulut, 2023; Yorulmaz & Erdem, 2021). Bunun yanı sıra literatürde sağlık ve hastalığın nasıl algılandığı ve tanımlandığına ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu vurgulanmaktadır (Yıldırım & Bulut, 2023). Tanrıverdi ve ark.'nın (2012) Çanakkale'de yaşayan Romanların Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli ile değerlendirildiği çalışmalarında, sağlık işini sürdürebilme, yatağa düşmeme, çocuklarının karnını doyurabilme ve para kazanma olarak tanımlanmıştır (Tanrıverdi ve ark., 2012). Altay ve ark.'nın (2016) çalışmasında 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların yaşlılığı en sık ihtiyaçlık, hastalık olarak tanımladığı belirlenmiştir (Altay ve ark., 2016). Şavran ve Suğur'un (2014) gelir, eğitim düzeyi, meslek, yaş, cinsiyet gibi değişkenler doğrultusunda üç farklı sosyoekonomik grup oluşturularak sağlık tanımlarını ele aldıkları çalışmalarında gıda, sıcaklık ve vücudun korunması; dinç, zinde, canlı hissetmek; hem fiziksel hem duygusal

olarak iyi hissetmek; herhangi bir rahatsızlığın ya da hastalığın olmaması; günlük yaşam aktivitelerini yardım almadan yerine getirme; yüksek yaşam kalitesine sahip olmak katılımcılar tarafından sağlıklı olmak olarak bildirilmiştir (Şavran & Suğur, 2014). Arpey ve ark.'nın (2017) çalışmasında da hastalar sosyoekonomik düzeyin sağlığın tanımlanması, algılanması, tedaviye erişim ve doktor-hasta etkileşimleri üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir (Arpey ve ark., 2017). Huber ve ark.'nın (2016) çalışmasında ise bedensel işlevler, zihinsel işlevler ve algı, manevi/varoluşsal boyut, yaşam kalitesi, sosyal ve toplumsal katılım ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik sağlık göstergeleri olarak belirtilmiştir. Çalışmada hastaların bu altı boyutun tamamının sağlığın sürdürülmesinde önemli olduğunu düşündükleri ve bu göstergelere yönelik diğer sağlık profesyonelleri ile uyumları değerlendirildiğinde hemşireler ile en uyumlu oldukları saptanmıştır (Huber ve ark., 2016). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık kavramına ilişkin algılarının incelendiği bir çalışmada sağlık bedenlen ve ruhen iyi hissetme, anlamlı ve mutlu bir hayat, aile ve arkadaşları ile güvende hissetme, yaşam koşullarının da ele alındığı bütüncül bir süreç ve kişinin kendisinin tanımladığı bireysel bir durum olarak bildirilmiştir (Skär & Söderberg, 2016). Ülkemizde de Korkut ve ark.'nın (2023) çalışmasında hemşirelik öğrencileri sağlığı en üst düzeyde iyilik hali, bireyin mevcut durumunda bağımsızlığını ve gücünü en üst düzeyde kullanması ve üretkenliği, mutlu ve iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır (Korkut ve ark., 2023). Yapılan çalışmalar çok boyutlu bir kavram olan sağlık kavramının daha geniş bir bakış açısıyla ele alınması gerektiğini desteklemekte ve sağlığın subjektif, ekonomik, sosyal, psikolojik boyutlarda da ele alındığını göstermektedir. Ancak sağlık ve hastalığın kültürel olarak algılanmasına yönelik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Günümüzde bireylerin değerleri ve deneyimlerine odaklanan sağlık-hastalık kavramlarının ele alınmasının hastaların beklentileri ve hasta çıktılarına ulaşılması konusunda hemşirelere somut bir hedef sunacağı düşünülmektedir. Öncelikle hastaların sağlık ve hastalığa yükledikleri anlamların bilinmesi ve sağlığa öznel bir deneyim olarak bakış açısının kazanılması ile bireyselleştirilmiş bakımın sağlanacağı ve hastaların güçlendirilmesi için fırsat sunulacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen Kültürel Kimliğe Saygı temasına ait kültürel kimliği ifade etme ve saygı olmak üzere iki kod oluşturuldu. Hasta ve hemşirelerin bu kodlara yönelik ifadeleri ele alındığında hastaların ifadelerinin yoğunluk gösterdiği belirlendi (Şekil 11). Katılımcılar kültürel kimliklerini ifade etmede güçlük yaşamadıklarını ve hastalara karşı önyargısız ve saygı çerçevesinde yaklaşımda bulunulması gerektiğini dile getirdi. Ogbolu ve ark.'nın (2017) yönetici hemşireler ile yaptıkları çalışmada, katılımcılar kültüre uygun bakımın sunulabilmesi için önyargıdan uzak, başkalarının inançlarına karşı ayrımcılık içermeyen ve farklılıkları anlamaya dayalı bir tutum gösterilmesi gerektiği bildirilmiştir (Ogbolu ve ark.,

2017). Diğer bir çalışmada hemşireler hastanın kültürü ne olursa olsun, uygun ve saygılı bakım alması gerektiğini vurgulamakla birlikte, başka ülkelerden gelen bireylerin hakim kültüre, hemşirelerin kültürlerine uyum sağlamasına yönelik beklentileri olduğu bulunmuştur (Hart & Mareno, 2014). Yapılan çalışmalarda, sağlık bakım ortamlarında hastalar, doktorların baş örtüsü takma, fiziksel mesafeyi koruma, hastaya ya da hastanın dokunduğu bir nesneye dokunmaktan kaçınma, etnik farklılıklara dayalı olarak entelektüel açıdan yetersiz olduklarını düşünme gibi sözsüz davranışları nedeniyle kendilerine önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir (Garrett, 2008; Markey ve ark., 2018; Napoles-Springer ve ark., 2005). Tanrıverdi ve ark.'nın (2012) çalışmasında da katılımcıların Roman kimliklerini kabullendikleri, bununla birlikte kendilerine Çingene olarak hitap edilmesinden rahatsızlık duydukları ve dışlandıkları bildirilmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2012). Başını sallama, göz teması kurma, dokunma gibi bazı sözel olmayan davranışların farklı kültürlerde çeşitli anlamalara gelebileceği ve yorumlanabileceği vurgulanmaktadır. Bu durumun hasta ve hemşire arasında güvene dayalı bir iletişime engel olacağının üzerinde durulmaktadır (Kwame & Petrucka, 2021).

Araştırmaya katılan hastalar kendi kültürlerinden hemşirelerin de bakımda yer almasını istediklerini bildirdi (Şekil 12). Kültürel çeşitlilik teması altında ele alınan bu ifadeler, bakımda farklı kültürlerden hemşirelerin de yer alması fikrini desteklemektedir. Hastaların bu istekleri ile benzer olarak Ahmed ve Bates (2010) tarafından yapılan araştırma sonucunda etnosentrik görüşlere sahip hastaların, doktorları kendi etnik grup veya kültürlerine göre gelenek, din ve dil açısından değerlendirdikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışma daha yüksek düzeyde etnik merkezci olan hastaların, doktorların daha az hasta merkezli olduğunu düşündüğünü ortaya koymaktadır (Ahmed & Bates, 2010). Saha ve Beach'in (2020) etnik kökenlerine göre farklılık gösteren doktor videolarının hastalara izletildiği çalışmasında siyahi katılımcıların, iletişim, yeterlilik, güvenilirlik gibi değerlendirme alanlarında kendi etnik kökenlerinden olan doktorlara daha yüksek puanlar verdikleri belirlenmiştir (Saha & Beach, 2020). Yapılan çalışmalar hastaların daha iyi anlaşılabilme ve iletişim kurabilme düşüncesi ve güven duyma yönünden kendi etnik köken ve kültürlerinden sağlık profesyonellerini tercih etme yaklaşımları olduğunu ortaya koymaktadır (Alsan ve ark., 2019; Greene ve ark., 2023; Ku & Vichare, 2023; Moore ve ark., 2023; Shen ve ark., 2018). Napoles-Springer ve ark.'nın (2005) çalışmasında farklı kültür ve etnik gruplara mensup bireyler, kültürü paylaşılan deneyimler ve grubun aidiyet ve bağlılık duygusu yaratan ortak deneyimleri olarak tanımlamıştır (Napoles-Springer ve ark., 2005). Ayrıca yapılan çalışmalar kanser gibi kronik hastalığı bulunan bireylere bakım veren hemşirelerin hastaların yaşamlarını kendi yaşamlarıyla özdeşleştirdiklerini ve hastalarıyla duygusal bağ kurduklarını (Al Zoubi ve ark., 2020; Sevinç & Devrim, 2023) hastaların ve ailelerinin ise hemşirelerden destek beklediğini göstermektedir (Ångström-Brännström &

Norberg, 2014; Enskär ve ark., 2020). Özellikle hastalık ve hastalığın yaşamında getirdiği değişiklikler hastaların stres ve endişe yaşamalarına neden olmaktadır (Yazgı & Yılmaz, 2019). Bu duygu durumu içerisinde hastaların kendileri ile aynı kültürden hemşirelerden bakım alma istekleri, sağlık bakım ortamlarında kendileri ile benzer deneyim ve geçmişi paylaşan bireylerin desteğine ihtiyaç duymalarıyla açıklanabilir. Sezer'in (2023) Almanya'ya göç eden Türk hemşirelerin mesleki deneyimlerini ele aldığı çalışmasında, hemşireler kendileri ile aynı kültürden hastalara bakım verdiklerinde manevi olarak daha fazla tatmin olduklarını bildirmişlerdir (Sezer, 2023). Literatür kültürel uyumlu ve yeterli sağlık bakımının sunulmasında farklı kültürlerle mensup hemşirelerin iş gücünde yer almasını ve çeşitliliği kapsayan sağlık bakım ortamlarının oluşturulmasını desteklemektedir (Carroll & Haris, 2024; Olatoye ve ark 2024; Safdar & Qadir, 2024). Bununla birlikte kültüre uygun ve yeterli bakımın sunulmasında hemşireler ve hastalar arasında sadece kültürel değerlere temellenen bir benzerlik yerine yaşadığı/doğduğu bölge, konuşulan dil, kültürel geçmiş ve etnik kökenin de dahil edildiği daha kapsamlı bir yaklaşımın benimsenmesi de önerilmektedir (Johnson ve ark., 2023). Son yıllarda savaşlar, afetler ve sosyo-ekonomik durum nedeniyle bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olma amacıyla gerçekleştirdikleri göçler sağlık bakım ortamlarının hem hasta hem de sağlık profesyonelleri açısından çok kültürlü bir yapıya bürünmesine neden olmuştur. Bu çeşitlilik hemşire iş gücünün de çeşitlenmesini gerektirmektedir. Toplumun ihtiyaç ve gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli rolü olan hemşirelerin kültüre uygun bakımın sağlanmasında farklı kültürlerden sağlık profesyonellerinin bakıma dahil edilmesini destekleme ve liderlik etme sorumluluğu da bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalar hastanede uzun süre bulunmaktan hoşlanmadıklarını ve rutin yaşantılarına dönmek istediklerini dile getirerek ve bakım ve tedavinin planlanmasında bu isteklerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini bildirdi (Şekil 12). Yapılan çalışmalarda hastaların hastalığın seyri ve hastalık süresine yönelik bilgi almak istediği (Anestis ve ark., 2022; El Jawahri ve ark., 2014; Westendorp ve ark., 2021) ve hastalığın prognozu ile ilgili bilgi sahibi olmanın hasta memnuniyeti, depresyon görülme durumu ve palyatif dönemde hastaların tedavi yönetimine olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır (El Jawahri ve ark., 2014). Bu kapsamda hastaların kültür ve kültürel özelliklerinin de ele alınarak, hastaların ve ailelerinin hastalığın seyri ile ilgili açıklama gereksinimleri ve tercihlerinin ele alınması önerilmekte ve bazı hastalıklara ilişkin iletişim rehberleri geliştirilmektedir (Eenennaam ve ark., 2020). Bu bulgular ışığında hemşirelerin hastalık süresi ve hastalığın seyri ile ilgili konuşmaya istekli ve hazır olan hastalara anlaşılır bir dilde açıklama yapması ve özellikle tedavi süresi uzun ve sürekli olan kronik hastalıklarda hastanın endişelerini paylaşmaya ve gidermeye yönelik hemşirelik girişimlerinin ele alınması desteklenmelidir.

Ayrıca araştırmaya katılan hemşireler farklı kültürden bireyler ile iletişimde güçlük yaşadıklarını bildirdi. Kültürlerarası Etkileşimde Güven teması altında da hasta –hemşire iletişimi kodunda da katılımcılar farklı kültürden bireyler ile iletişim güçlüklerine yönelik bildirimde bulundu (Şekil 15). Literatürde de bu bulgular ile benzer şekilde hemşirelerin farklı kültürden bireylerle iletişim kurmada zorluk yaşadıkları ve bu zorluğun aynı dili konuşamamaktan kaynaklandığı vurgulanmaktadır (Çal, Çavuşoğlu, & Avcı, 2022; Gökçe ve ark., 2021). Kırca'nın (2020) kadın doğum kliniğindeki hemşire ve ebeler ile yaptığı nitel çalışmada hastalar ile iletişim sorunu yaşadıkları, göçmen hastaların dışında farklı alt kültürlerden olup Türkçe konuşamayan hastalar ile karşılaştıkları bildirilmiştir (Kırca, 2020). Bu çalışmada Türk toplumunu oluşturan alt kültürler aynı dili konuşamamadan ziyade hastanın anlayabileceği şekilde iletişimin sürdürülememesine yönelik bildirimde bulunmuşlardır. Hastalar ve sağlık çalışanları arasında etkin dinlememe, ön yargılı davranma, hastalığa bağlı anksiyete ve tıbbi terimlerin kullanılması nedeniyle iletişim engelleri yaşandığı bildirilmektedir (Gökçe ve ark., 2021; Yaşar ve ark., 2020; Yılmaz ve Günay, 2022). Bu sorunların hastaların sağlık okuryazarlığı ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde her on bireyden yedisinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2018). Sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık profesyonellerinin açıklamalarını anlama ve bakım ve tedavi süreçlerine dahil olma durumları ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Çatı ve ark., 2018; Gül ve Dömbekçi, 2023).

Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar teması kapsamında hem hemşireler hem de hastalar dini ibadetlerin yerine getirilmesi için alan ve imkan oluşturulması gerektiğine yönelik ifadelerde bulundu (Şekil 12). Özellikle hastaneye yatma gibi bireylerde strese neden olan, rutin yaşamını değiştirmesini gerektiren durumlarda ve hastalıkları nedeniyle yaşadıkları olumsuzluklara uyum sağlamada hastaların manevi gereksinimlerinin yoğunlaştığı bildirilmektedir (Desmet ve ark., 2023; Kars & Kula, 2023; Tehran ve ark., 2024). Literatürde manevi gereksinimlerin kültür ve dini inançlar ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Ordu & Yılmaz, 2024; Sun ve ark., 2016). Nixon ve Narayanasamy'nin (2010) çalışmasında hastalar manevi gereksinimlerini aile desteği, duygusal destek, konuşma ihtiyacı, yalnızlık, bağlanma ihtiyacı, gelecek planları, dini gereksinimler ve yaşamın anlamı olarak bildirmişlerdir (Nixon & Narayanasamy, 2010). Başka bir çalışmada da ortopedik cerrahi öncesi hastaların en çok korkularını ve endişelerini konuşmak için zaman tanınmasına, mahremiyetleri, dini ve kültürel inançlarına saygı duyulmasına gereksinim duydukları belirlenmiştir (Alcan ve ark., 2022). Hastalar hastanede bulundukları süre boyunca dua etme, ibadetlerini sürdürme, Kuran okuma, din görevlileri ile görüşme gibi dini gereksinimlerini karşılama ihtiyacı göstermektedir (İsmail ve ark., 2018; Tehran ve ark., 2024). Hastane ortamında hastanın inancı doğrultusunda ibadetlerini yerine

getirememesinin Yaratıcı'ya olan sorumluluklarını yerine getirememe, günaha girme, suçluluk gibi duygularına yaşanmasına neden olacağı vurgulanmaktadır (Kars & Kula, 2023). Ülkemizde de hastaların ve hasta yakınlarının ibadetlerini sürdürmeleri için hastanelerde mescitler yer almaktadır. Ancak mescitlerin sayı ve alan olarak yetersiz olduğu ve hastaların erişmekte zorluk yaşadığı alanlarda bulunduğu (genellikle hastanelerin en alt katları) bildirilmektedir (Korkmaz, 2010). Fiziki erişim dışında foley katater, IV katater, pansuman ve alçı gibi hastada bakım ve tedavi amaçlı kullanılan ekipmanların hastaların dini gereksinimlerini yerine getirmelerinde engel oluşturduğu belirtilmektedir (Haris ve ark., 2020; Ordu & Yılmaz, 2024). Şentürk ve Korkmaz Çetin'in (2020) çalışmasında hastaların çoğunluğu hastalıkların tedavisinde duanın etkili olduğunu ve hastalığından kurtulmak için dua ettiğini, hastanelerde hasta ve hasta yakınlarının ibadetleri için bir ortam bulunması gerektiğini, gereksinim duydukları manevi desteği sağlık personelinde beklediklerini ve dini ibadetlerini yerine getirmede ihtiyacı olduğunda sağlık personelinde yardım aldıklarını bildirmişlerdir (Şentürk & Korkmaz Çetin, 2020). Bununla birlikte yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerinin hastaların manevi gereksinimlerini belirlemede ve karşılamada yeterli olmadığını ortaya koymaktadır (Nixon & Narayanasamy, 2010; Zagloul ve ark., 2024). Hastanın kültürel, psikolojik, fizyolojik ve sosyal bir bütün olarak ele alındığı holistik bakımın sağlanmasında dini ve manevi gereksinimlerinin de ele alınması gerekmektedir (Adugbire & Aziato, 2020; Akyüz ve ark., 2021). Hastanın manevi gereksinimlerinin belirlenmesi ve inançları doğrultusunda ibadet etme imkanının sağlanması hemşire kuramcılar tarafından da vurgulanmaktadır. Hemşire kuramcılardan Leininger kültürel bakımın sağlanması amacıyla bireylerin dini-felsefi inançlarının ele alınmasını belirtmekte ve Henderson ise bireyin inançlarına uygun ibadet etmesini hemşirenin yardımını gerektiren gereksinimlerden biri olarak tanımlamaktadır (Ocakçı & Ecevit Alpar, 2013; Pektekin, 2013). Çalışma bulguları hemşirelerin ve hastaların dini gereksinimlerinin farkında olmaları yönünden önemli bir bulgudur. Ancak dini gereksinimlerin karşılanmasında hemşirelerin tek başına yeterli olmadığını da dikkat çekmektedir. Bu kapsamda yapılan çalışmalar hastaların manevi ve dini gereksinimlerinin karşılanabilmesi için multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Piderman ve ark., 2014; Sun ve ark., 2016).

Katılımcılar kültürleri gereği yardımseverlik, ihtiyacı olanın yardımına koşma davranışlarına dayalı olarak hasta yakınlarının hastane ziyaretlerinin kısıtlanmaması gerektiğini dile getirdi (Şekil 12). Ülkemizde hastanın yanında refakatçi kalması ve hasta ziyaretleri yaygın olarak uygulanmaktadır (Duman ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar bakım ve tedavi süreçlerinde hasta yakınlarının hastanın yanında olmak istediklerini ve hastanın çevresinden gelen desteğin hasta ve refakatçiler için önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Alaca ve ark., 2011; Barış &

Karabacak, 2013; Bodur & Ozsaker, 2023; Karaköse,2024). Burucu ve Alanyalı'nın (2019) dahili kliniklerde bakım ve tedavi gören hastaların hemşirelerden beklentilerini ele aldıkları nitel araştırmada, katılımcıların ziyaret saatlerinin hemşireler tarafından kontrol edilmesine yönelik beklentileri olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar hasta ziyaretlerinin uzun tutulması, ziyaretçilere nazik ve iyi davranılması, ziyaretçilerin diğer hastaları rahatsız etmesinin önlenmesi, odada fazla sayıda ziyaretçinin bulunmaması konularında hemşirelerden beklentileri olduğunu bildirmiştir. Aynı araştırmada hemşirenin refakatçi ve ziyaretçi ile olumlu/pozitif iletişiminin hasta, hasta yakını ve hemşireye olumlu etki edeceği üzerinde durulmaktadır (Burucu & Alanyalı, 2019). Yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının, hemşireden beklentilerinin belirlendiği başka bir çalışmada da hasta yakınlarının en fazla hastanın durumu ile ilgili bilgi verme ve istediği zaman soru sorabileceği güveni sağlama konularında, en az ise hasta ile istediği kadar zaman geçirmesine izin verme konusunda beklentileri olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının yarısından fazlasının hastalarını her gün, yaklaşık on dakika süre ile ziyaret ettikleri saptanmıştır (Gündoğan & Neşe, 2022). Koyuncu ve ark.'nın (2016) yoğun bakımda yatan hastaların yakınları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise hasta ziyaretlerinin kişi ve zaman açısından kısıtlı olduğu, belirli bir hasta ziyareti saatinin bulunmadığı ve ziyaret saatlerinin çoğunlukla bireylerin çalışma saatleri ile çakıştığı ve katılımcıların tamamının esnek ziyaret politikalarının oluşturulmasına yönelik beklentileri bulunduğu belirlenmiştir (Koyuncu ve ark., 2016). Yoğun bakımda yapılan başka bir çalışmada da bilinci açık olan hastaların yakınlarının hasta ile daha fazla vakit geçirmelerine izin verilmesi konusunda beklentilerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Ören, 2018). Yoğun bakımda açık ziyaret uygulamalarının hasta ve hasta yakınları üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Cullen ve ark., 2003; Livesay ve ark., 2005; Sims & Miracle, 2006). Bununla birlikte hastaların hasta ziyaretine yönelik beklentilerinin İslam dininde hasta ziyareti ve hastalık durumunda bireye yardım edilmesine yönelik hadisler ile ilişkili olduğu da düşünülebilir. Nitekim İslam dininde hasta ziyaretinin bir ibadet olarak ele alındığı, hasta duası almanın ve zor zamanlarında insanlara destek olmanın dini olarak önemi üzerinde durulmaktadır (Çolak, 2011). Hastalar sağlık profesyonelleri arasında kendileri ile en fazla etkileşimde bulunan ve hastalara bütüncül bakım verme sorumluluğu bulunan hemşirelerden hasta ziyaretlerinin yönetimi konusunda da destek beklemektedir. Hastaların kliniğe uyumu ve konforunun sağlanması konusunda hemşirelerin hastaların yakınları ve yakınlarının desteğini gösteren hasta ziyaretleri ile ilgili beklentilerini değerlendirmeleri ve problem çözücü, karar verici ve yaratıcı rolleri doğrultusunda çözüm sunmaları gerekmektedir.

Kültüre dayalı tercihler/davranışlar temasında katılımcılar kendileri ile aynı cinsiyetten hemşirelerden bakım almak istediklerine ve bakım uygulamaları sırasında hasta tercihlerinin ele alınması gerektiğine yönelik görüş bildirdi (Şekil 12). Ülkemizde 2007 yılında güncellenen hemşirelik yasası ile birlikte erkekler hemşire unvanı almış ve 2011 yılından itibaren mezun olan erkek hemşireler kliniklerde görev almaya başlamıştır (Resmi Gazete, 2007). Bu tarihe kadar ülkemizde hemşirelik sadece kadınlara özgü bir meslek olarak görülmektedir. Uluslararası düzeyde ele alındığında da ülkemiz ile benzer olarak erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha az sayıda oldukları bildirilmektedir (AACN, 2023; Martsolf ve ark., 2023). Akpınar ve ark.'nın (2016) çalışmasında kadın doğum kliniklerinde uygulama yapan hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu hastanın cinsiyetinin bakım verirken önemli olmadığını bildirmiş ancak uygulamada erkek öğrencilerin kadın hastalara bakım verirken çekinme, hasta tarafından reddedilme gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Akpınar ve ark., 2016). Benzer olarak Ünver ve ark.'nın (2016) çalışmasında da hastaların erkek hemşirelerin kendilerine bakım vermesine izin vermedikleri ve erkek hemşirelerin birlikte çalıştıkları diğer hemşireler tarafından küçümsendikleri saptanmıştır (Ünver ve ark., 2016). Şahin ve Temel'in (2019) üniversiteli öğrenciler ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun hemşirelik mesleğine erkeklerin alınmasını destekledikleri, hemşirelik mesleğinde cinsiyeti önemli bulmadıkları; yarısından fazlasının erkek hemşireden bakım almak ve her klinikte erkek hemşire olmasını istedikleri bulunmuştur (Şahin & Temel, 2019). Yapılan diğer çalışmalarda da katılımcılar hemşirelik mesleğini her iki cinsiyete özgü olarak nitelendirirken çoğunlukla kadın hemşireden bakım almayı tercih ettikleri ifade etmişlerdir (Orhan ve Serin, 2020; Uysal ve ark., 2019). Can Kesici ve Tanrıverdi'nin (2024) Uluslararası Koruma Statüsündeki İranlı kadınlar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında doktor ya da hemşirenin cinsiyetinin önemli olmadığı, tedavi olduğu ve iyileştiği sürece erkek ya da kadın hemşirenin bakımda yer alabileceği bildirilmiştir (Kesici ve Tanrıverdi, 2024). Literatürde bu sonuçlardan farklı olarak bakımda hemşirenin cinsiyetinin önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kadınların erkeklerden bakım almasının İslam dini gereği uygun olmadığı, karşı cinsten bir hemşireye bazı tıbbi sorunların ifade edilemediği, özellikle mahremiyet gerektiren uygulamalarda sorunlar yaşandığı bildirilmektedir (Groves ve ark., 2021; Sharifi ve ark., 2021; Vatandost ve ark., 2020, Winn ve ark., 2018). Yip ve ark.'nın (2021) Hong Kong'taki erkek hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdikleri nitel araştırmada erkek hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamada özellikle doğum ve jinekoloji alanlarında zorluk yaşadıkları, fiziksel olarak güç gerektiren durumlarda bakımda tercih edildikleri ve klinik ortamda rol model olarak erkek hemşirelerin bulunması gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Yip ve ark., 2021). Araştırma

bulguları ve literatür erkek hemşirelerin hasta bakımında yeterince kabul görmediğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca bu tema kapsamında katılımcılar hastanın tedavi tercihleri ve hastane sonrası bakımda kültürel alışkanlıklarının dikkate alınması gerektiğini dile getirdi (Şekil 12). Ülkemizde hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra bakım ve tedavi uygulamaları yaygın olarak birinci basamak sağlık hizmetleri ya da polikliniklere başvuru ile yürütülmektedir. Hastanede yattığı süre içerisinde bakımında yer alan klinik hemşireleri taburculuk ile birlikte hastanın bakım ve tedavi uygulamalarını tamamlamaktadır. Bununla birlikte yapılan çalışmalar bakımın sürekliliğinin sağlanabilmesi için taburculuk sonrası dönem ve evde takip uygulamalarının önemini vurgulamaktadır (Gökçe & Arslan, 2024; Serrano-Guerrero ve ark., 2024). Dığın ve ark.'nın (2024) ürolojik cerrahi uygulanan hastaların taburculuk eğitiminden memnuniyet durumlarını değerlendirdikleri çalışmada en düşük puanın evde bakım alt boyutundan elde edildiği saptanmıştır (Dığın ve ark., 2024). Goldsmith ve ark.'nın (2018) çalışmasında da hastaların taburculuk sonrasında ağrı ve analjezik kullanımı ile ilgili sorun yaşadıkları, özellikle yan etkilerden çekindikleri için ağrı kesici kullanmayı bıraktıkları, ağrı kesici ilaç kullanımına kendilerinin karar verdikleri ve ağrıya katlanmaya yönelik yaklaşım sergiledikleri bildirilmiştir (Goldsmith ve ark., 2018). Literatürde yaş ile birlikte uygunsuz ilaç kullanımının yaygınlaştığı da vurgulanmaktadır (Ozan, 2020). Bu doğrultuda araştırma kapsamında hastaların taburcu olduktan sonra özellikle ağrı yönetimi ve ilaç kullanımına yönelik ifadeleri diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcılar hemşirelerin bakım sürecinde önyargısız bir yaklaşım benimsemeleri, hastaların kültürel değer ve inançlarını anlamada hastayla empati yapmaları ve her bireye eşit ve adil davranmaları üzerinde durdu (Şekil 13). Bireyin sahip olduğu kültürel değerlerin üstünlüğüne inanarak diğer kültürleri bu değerlere göre yargılaması etnik merkezcilik olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar hemşirelerin orta düzeyde etnik merkezci tutuma sahip olduklarını ve etnik merkezcilik düzeyleri ile kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Beser ve ark., 2021; Karasu ve ark., 2021; Tosun ve ark., 2023; Türkoğlu & Sönmez, 2023). Antón-Solanas ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada hemşirelerin belirli gruplara karşı önyargıları olduğu saptanmıştır. İspanya'da Romanlara, Belçika'da Müslümanlara ve Türkiye'de Suriyeli mültecilere karşı önyargılı bir yaklaşımın bulunduğu bildirilmektedir (Antón-Solanas ve ark., 2022). Ayrıca literatürde bireyin farkında olmadığı halde ayrımcı bir tutum sergileyebileceği ifade edilmekte ve bu durum örtük önyargı (implicit bias) olarak tanımlanmaktadır (FitzGerald & Hurst, 2017). Konu ile ilgili yapılan sistematik derlemeler sağlık bakımında doktor ve hemşirelerin örtük önyargıya sahip olduklarına dikkat çekmektedir (FitzGerald & Hurst, 2017; Narayan, 2019;

Thirsk ve ark., 2022). Örtük önyargıya sahip hemşireler kültürel, etnik, cinsel yönelim, cinsiyet ve engellilik durumlarına bağlı sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır (Narayan,2019). Sağlık bakımında eşitliği sağlama hedefi tüm dünyada temel sağlık çıktılarından biri olarak ele alınmaktadır (Hallas & Spratling, 2024). Hemşirelik felsefenin temelinde yer alan eşitlik, insan onuruna saygı, doğruluk ve adalet değerleri sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ve sosyal adaletin sağlanmasında hemşireleri anahtar konuma getirmektedir (Dağhan, 2017; Hallas ve Spratling, 2024). Hemşirelerden cinsiyet, etnik köken, sosyoekonomik durum gibi kişisel özelliklere bakılmaksızın toplumun tüm üyelerine aynı sağlık bakımının sunulması ve savunuculuk ve liderlik rolleri doğrultusunda hasta bakımında eşitliğin ve adaletin sağlanması beklenmektedir. Çalışma bulguları bu rol ve beklentilerin toplum tarafından benimsendiğini desteklemektedir. Bununla birlikte hemşireler hekim merkezli yaklaşım nedeniyle hemşire yöneticilerin, hemşirelik mesleğinin ve hemşirelik politikalarının sosyal adalet ve eşitliği sağlayacak güçte olmadığını bildirmektedir (Getrich ve ark., 2013). Literatürde hemşirelerin bu konuda desteklenmesi ve sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi ile ilgili eğitimcilerin, hemşire yöneticilerin ve liderlerin sorumluluk alması gerektiğine değinilmektedir (Elliott 2023; Mitchell ve ark., 2024; Stamps, 2021). Araştırmada özellikle Roman ve Karadeniz kültürüne mensup bireyler ön yargılı tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını, Kürt ve Laz kültürüne mensup bireyler ise hemşirelerin hastalar ile empati kurması gerektiğini dile getirdi (Şekil 14). Ülkemizde etnik köken ve farklı alt kültürlere yönelik önyargı ya da ayrımcılığa ilişkin araştırmalara literatürde rastlanmamakla birlikte Türkiye sağlık istatistiklerinin sosyal güvence, eğitim durumu, anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı gibi değişkenler bakımından bölgeler arasında eşitsizlik gösterdiği ve bu etkenlerin sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimi etkileyebileceği belirtilmektedir (Benli & Kulakaç, 2021). Empati kültürel uyumlu bakımın gerekli bir bileşeni olarak nitelendirilmektedir (Lalende,2024). Hastalara kaliteli bakımın sunulması, hasta ile uyumlu ilişkinin kurulması ve bakım memnuniyeti hemşirelerin hastalar ile empati kurmaları, kendileri ve deneyimlerini anlamaları ile ilişkilendirilmektedir (Lalende,2024; Özdemir & Kaplan, 2024; Üzar-Özçetin ve ark., 2020). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan Kültürlerarası Etkileşimde Güven teması altında samimi davranışlar, hastayı tanıma ihtiyacı ve hasta-hemşire iletişimi olmak üzere üç kod belirlendi (Şekil 15). Katılımcılar sağlık bakımında ve iletişimde hemşirelerin davranış ve tutumlarının içtenliğini ve bu tutumun kültürlerindeki önemini dile getirdi. Yapılan çalışmalar bakım sürecinde hastaların hemşirelerden samimi bir iletişim kurma, kendilerine şefkatle yaklaşma, neşeli ve ilgili olma (Sarıbudak & Üstün, 2024), güler yüzlü ve ilgili davranma (Gökçe ve ark., 2021), hasta ile empati kurarak davranma (Burucu ve ark., 2021) yönünde

beklentileri olduğunu ortaya koymaktadır. Çam ve ark.'nın (2024) çalışmasında üç yıldan fazla çalışma deneyimi olan hemşirelerin hasta bakımı sırasında daha fazla samimi davranış gösterdikleri belirlenmiştir (Çam ve ark., 2024). Ayrıca hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin hemşire kavramına ilişkin algılarının ele alındığı çalışmalarda da hemşirelik kavramı kutsallık, yardım etme, fedakarlık, şefkat, güler yüz gibi ifadeler ile ilişkilendirilmiştir (Kale & Çiçek, 2015; Yılmaz & Güven, 2021). Hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olarak algılanmasının hastaların beklentileri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bakım verme, şefkat ve ilgi gösterme gibi rollerin toplum tarafından kadına yakıştırılması hastaların kendilerine samimi davranılması yönünde beklentilerine neden olmuş olabilir.

Görüşmeye katılan hemşireler hastayı tanıma ihtiyacı ile ilgili hastaları tanıma olanaklarının prosedürler gereği kısıtlı olduğunu fakat kültürel iletişimin sürdürülebilmesi adına hastayı tanımaya ihtiyaç duyulduğunu dile getirdi (Şekil 15). Literatürde hem hemşirelerin hem de hemşirelik öğrencilerinin bakımın temel noktası olarak hastayı tanımaya önem verdikleri bildirilmiştir (Johansson & Martensson, 2019; Li ve ark., 2016). Zolnierek (2013) tarafından yapılan sistematik derlemede de hastayı tanıma hemşirelerin verdiği bakımı ve hasta ile olumlu ilişkileri etkileyen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca araştırmada hemşirenin hasta bakımı ile ilgili deneyimleri, hastaya zaman ayırma ve hasta ve hemşire arasındaki yakınlık hissi hastayı tanımayı etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir (Zolnierek, 2013). Ancak hemşirelerin iş yoğunluğu, hemşire sayısının yetersizliği, farklı görev ve sorumlulukların yüklenmesi nedeniyle hastalara ve bakıma yeterli zaman ayıramadıkları da vurgulanmaktadır (Kaliraman ve ark., 2018; Karabudak ve ark., 2020; Kılıç ve ark., 2014; Lyu ve ark., 2024). Araştırma bulguları hemşirelerin farklı kültürden hastayı tanıma gereksinimi doğrultusunda hastaya zaman ayırmada sorun yaşamaları ve farklı kültürden hastaların hemşire ile samimi bir ilişki kurma isteği yönünden literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgular hasta merkezli bakımın sağlanmasında hastanın kültürel değerleri, inançları, beklentilerinin ele alınmasının ve hastayı tanıma amacıyla yeterli zaman ayrılmasının önemine işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşire sayısının ve hastaya ayırdıkları zamanın hastalara kültüre duyarlı bakım vermekte eksik kaldığına yönelik ifadeleri Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme teması altında zaman yönetimi kodunda da ön plana çıktı (Şekil 17). Literatürde hemşirelerin hastaya ayrılması gereken zamanı iyi planlamaları gerektiği aksi takdirde bakımın kalitesi üzerinde olumsuz etki edeceği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda mezun olma aşamasından itibaren hemşirelerin zaman yönetimi becerilerini geliştirmeleri önerilmekle birlikte bu becerileri kazanmaya yönelik eğitim ve uygulamaların yeterli olmadığına dikkat çekilmektedir (Barua ve ark., 2019; Boduç & Baykal, 2021; Yılmaz & Temiz, 2023).

Katılımcılar Kültüre Duyarlı Bakımı Sürdürme teması altında ortamın kültüre uygun olarak düzenlenmesi, beslenme alışkanlıklarının farklılık göstermesi, kültür ile medikal tedavinin çelişmesi, bakım ve tedavi uygulamalarında engellerin varlığı, hasta otonomisine saygı gösterilmesi, bütüncül bireyselleştirilmiş bakımın sunulması ve kullandıkları kültürel sağlık uygulamalarını da dile getirdi. Kodların kültürel özelliklere göre dağılımı incelendiğinde kültür ile medikal tedavinin çelişmesi kodu tüm kültürlerde ifade edildi (Şekil 17). Hastanede bulundukları süreç içerisinde hastalar uyku, beslenme, boşaltım, hijyen, sosyalleşme, eğlence gibi günlük yaşam gereksinimlerini hastane ortamında gerçekleştirmek zorundadır. Bireylerin bu gereksinimlerinin karşılanabilmesi hastanenin fiziksel yapısı ile de ilişkilidir. Hemşirelerin kültüre duyarlı bakımda fiziksel ortamın uygun olarak düzenlenmesine yönelik görüşleri güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi sorumluluklarının farkında olduklarına işaret etmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda hasta memnuniyeti ve hastane tercihlerinin fiziksel ortam ile ilişkili olduğu da ortaya koyulmaktadır (Schal ve ark., 2016; Hoşgör ve Gündüz Hoşgör, 2019; Verlis ve ark., 2024). Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastaların tercih ve gereksinimleri doğrultusunda fiziksel çevre ve ortamın düzenlenmesini kapsayan dost hastaneler ortaya çıkmıştır. Anne, bebek, çevre, cinsiyet, demans, İslam ve yaşlı dostu hastaneler olarak türleri bulunan bu kurumlar tanı, tedavi ve bakım uygulamalarında çevre ve ortamın düzenlenmesine odaklanmaktadır (Özmen & Koyuncu, 2023). Hasta merkezli ve kanıta dayalı dost hastane modellerinin yaygınlaştırılmasının kültüre duyarlı bakımın sağlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Katılımcılar kültüre duyarlı bakımın sürdürülebilmesinde beslenme alışkanlıklarının ve kültürel sağlık uygulamalarının farkında olunması gerektiğinin üzerinde durdu (Şekil 17). Özellikle hastalık durumunda çözüm bulma amacıyla geleneksel tedavi yöntemlerinin kültürel aktarım ile uygulanmaya devam ettiği bildirilmektedir (Alptürker, 2020; Kaya & Yılmaz, 2020; Yılmaz, 2020). Kültürel inanç ve değerlerin bireylerin yaşam tarzı, sosyal aktiviteleri, yeme alışkanlıkları, yemek kültürleri, anne ve bebek bakımı, hastalıkların tedavisi ve ağrıya yaklaşımlarında etkili olduğu vurgulanmaktadır (Dikici ve Sağlam, 2021; Işık & Yanık, 2020; Teskereci ve ark., 2020; Yılmaz, 2020; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Yapılan çalışmalarda ülkemizde bitkisel ürünlerin ve gıdaların tedavi amaçlı kullanımının yaygın olduğu belirtilmektedir (Kasar ve ark., 2020; Yılmaz, 2020). Özellikle diyabet, kalp hastalığı, multiple skleroz gibi hastalıklara özgü beslenme alışkanlıkları ve geleneksel tedavilere yönelik çalışmalarda kültüre özgü farklılıkların üzerinde durulduğu görülmektedir (Bakan ve ark., 2017; Hasan ve ark., 2024; Rong ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2021). Araştırmada da hastaların beslenme alışkanlıklarının kültürel olarak ele alınması gerektiği ve hastaların kullandığı bitkisel ürünler ve inanca dayalı geleneksel uygulamaların bulunduğu belirlenmiştir. Bu tedavi

yöntemlerinden bazılarının yararlılığı bilimsel olarak kabul edilmiş olup, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında da yer almaktadır. Ancak araştırmaya katılan bazı hemşireler hastaların kültürel uygulamalarının tıbbi tedaviyi olumsuz etkilediğini, sağlığa zararlı ya da yararı bulunan uygulamalar ile ilgili bilgi eksikliğine yönelik endişelerini dile getirdi ve bu durumun kültürel ve medikal tedavinin çelişmesine/ayrışmasına neden olduğunu bildirdi. Ayrıca hastaların kültürel sağlık uygulamalarını kullanmaya yönelik tercihlerinin göz önünde bulundurulması ve hastanın kültürel değerleri, bakım ve uygulamalarının hasta bakımına dahil edilmesi ile kültüre uyumlu bakımın sürdürülebileceği katılımcılar tarafından vurgulandı. Hasta otonomisine saygı ve bütüncül bireyselleştirilmiş bakım kodları altında ele alınan bu ifadeler sağlık profesyonellerinin hastaların kültürel uygulamalarını ele almaları ve bulundukları toplumda yaygın olarak kullanılan kültürel uygulamaların sağlık üzerindeki etkilerini inceleyerek, yararlı ya da zararı bulunmayan uygulamaların desteklenmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Portekizli, Türk, Belçikalı ve İspanyol hemşirelerin kültürel yeterlilik ve bakım konusundaki algıları ve deneyimlerinin ele alındığı bir çalışmada, hemşirelerin kültürel yeterli bakım verme konusunda kendilerini ve sağlık kurumlarını yeterli ve hazırlıklı görmedikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşireler diğer kültürler ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıklarını, iletişimde sorun yaşadıklarını ayrıca hastanın dini inanç ve gereksinimlerinin de bakımın planlanması ve uygulanmasında zorluğa neden olduğunu dile getirmişlerdir (Antón-Solanas ve ark., 2022). Bu bulgular bakım ve tedavi uygulanmasında engeller ve hasta otonomisine saygı kodları ile ilişkili katılımcı ifadeleri ile benzerlik göstermektedir. Hasta bakımının yönetilmesinde insan odaklı ve bütüncül bir yaklaşımın benimsendiği, sadece sağlık kurumunda değil hastanın taburculuk sonrası bakımının da takip edildiği ve hasta ve ailesinin de bakıma katılımını destekleyen vaka yöneticisi hemşirelerin bakımda yer alması ile kültüre duyarlı hemşirelik bakımının sürdürülebileceğine inanılmaktadır.

Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme temasında hemşirelerden bazıları kültüre duyarlı bakım kavramı ve standartlarından haberdar olmadıklarını, bu konuda standart oluşturulamayacağını ve uygulamada kültüre duyarlı bakım standartlarının nasıl kullanılacağına yönelik yetersiz olduğunu ifade etti (Şekil 18). Literatürde hemşirelerin kültüre uygun bakıma önem vermesine rağmen bakımın nasıl planlanacağı ve yürütüleceği ile ilgili sorun yaşadıklarının üzerinde durulmaktadır (Tortumluoğlu ve ark., 2004). Hastaların kültürlerine dayalı olarak farklılık gösteren bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için kültürel yeterli hemşirelik bakım standartları oluşturulmuştur (Douglas ve ark., 2011, Douglas ve ark., 2014). Bununla birlikte bu standartların hemşirelik bakımına nasıl aktarıldığına yönelik yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (Tanrıverdi ve ark., 2017). Tanrıverdi ve ark.'nın (2015) çalışmasında

hemşirelerin kültüre uygun bakım ve kültürel yeterlilik standartları ile ilgili olumlu bir tutum benimsedikleri ancak hemşirelerin yaklaşımlarının kültüre uygun bakım vermede istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tanrıverdi, 2015). Yalçiner ve Çam'ın (2015) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakıma ilişkin görüşlerinin belirlendiği çalışmalarında, hemşirelerin kültürel farkındalığa ilişkin ifadelerle çoğunlukla katıldıkları, farklı kültürden hastaya bakım vermede çoğunluğunun istekli oldukları ve kültüre uygun bakım uygulamaya ilişkin ifadelerle ise yaklaşık yarısının katıldıkları bildirilmiştir (Yalçiner & Çam, 2015). Aktaş ve ark.'nın (2016) çalışmasında da hemşirelerin kültürel farkındalığa yönelik ifadelerle olumlu tutum göstermekle birlikte hemşirelerin yarısından fazlasının transkültürel hemşirelik ile ilgili bilgi almadığı ve bazı hemşirelerin transkültürel hemşirelik ile ilgili bir fikri olmadığı bulunmuştur (Aktaş ve ark., 2016). Kaya ve ark.'nın (2021) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu farklı kültürden bireye bakım verirken kültürel özelliklerini ele aldıklarını, hemşirelik kayıtlarında kültürel verilere yer verdiklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hemşirelerin yaklaşık yarısı farklı kültürden bireylerin içinde bulundukları kültüre ve kurumun kültürüne uygun davranmalarını beklediklerini bildirmişlerdir (Kaya ve ark., 2021). Cernevy ve ark.'nın (2024) çalışmasında da hemşireler acil durumlarda kültürel yeterlilik kavramının önemli olmadığını, tüm hastalara eşit davranılması gerektiğini ve başka ülkeden gelen bireylerin yerel kültüre uyum sağlamasına ilişkin beklentilerini dile getirmişlerdir (Cervený ve ark., 2024). Bu sonuçlar çalışma bulguları ile benzer şekilde hemşirelerin kültürel yeterli hemşirelik bakımına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2030 yılına kadar hemşire, ebe ve doktor gereksiniminin küresel boyutta yaklaşık 10 milyona ulaşacağını öngörmektedir (WHO, 2022). Bu gereksinime ek olarak savaşlar, nüfusun yaşlanması ve sağlık çalışanlarının emekli olmasının Amerika ve Avrupa'da hemşire açığını daha da arttıracak tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verileri günümüzde her sekiz hemşireden birinin doğduğu ya da hemşirelik eğitimi aldığı ülkeden farklı bir ülkede çalıştığını bildirmektedir (WHO, 2020). Bu doğrultuda her hemşirenin farklı kültürden bireylere kültürlerine duyarlı, uyumlu ve kültürel yeterli bakım vermesi bir gereklilik olarak ele alınmaktadır. Bu gereklilik hemşirelerin kültürel yeterli bakıma ilişkin bilgi sahibi olmaları ve bu bilgilerini bakım verirken kullanabilmeleri ile gerçekleşecektir. Kültürel Yeterli Hemşirelik Bakım standartlarına yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, uygulamada kültürel yeterli bakımı sağlamaya yönelik simülasyon yöntemlerinin kullanılması, hemşire yöneticilerin ve hemşire eğitimcilerin hemşirelerin kültürel yeterliliklerinin sağlanmasında aktif rol üstlenmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Betancour ve ark., 2024; Langari ve ark., 2024; Paatela ve ark., 2024). Bununla birlikte kültürel bilgi, istek, kültürel duyarlılık, kültürel farkındalığın yanı sıra empati, açık fikirlilik, eleştirel düşünme becerileri de

kültürel yeterli hemşirenin sahip olması gereken özellikler arasında yer almaktadır (Nashwan, 2024; Hoshi ve ark.,2024).

7.2. Nicel bulguların tartışılması

Bu araştırmada, hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısını belirlemek amacıyla, Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği geliştirildi. Ölçek geliştirme çalışmalarının ilk adımı madde havuzunun oluşturulması için farklı alt kültürlerden hasta ve hemşireler ile görüşmeler yapılarak, görüşmelerin analizi sonrasında 67 maddelik ölçek madde havuzu oluşturuldu.

Ölçek geliştirme ilkeleri rehber alınarak geliştirilen taslak ölçeğin öncelikle ölçeğin kapsam ve yüzey geçerliliği sağlandı (DeVellis, 2017). 67 maddelik taslak ölçek kapsam ve içerik uygunluğu değerlendirilmek üzere on uzmanın görüşüne sunuldu. Uzmanlar ölçek maddelerini amaca uygunluk, anlaşılabilirlik ve hedef kitleye uygunluk yönünden değerlendirdi. Uzman görüşü sonrasında ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi hesaplandı. Araştırma kapsamında uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar Davis tekniği ile değerlendirildi ve ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik indeksi 0,90-1,00 aralığında bulundu (Tablo 9). Geliştirilen yeni ölçüm araçları için, uzmanlar arasında %80 veya daha yüksek bir oranda uzlaşma gerektiği vurgulanmaktadır (Davis, 1992). Araştırma kapsamında elde edilen kapsam geçerlilik indeksi ölçeğin anlaşılabilir ve içeriğinin uygun olduğunu göstermektedir.

Uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler düzenlendikten sonra, 52 maddelik taslak ölçek 20 hastaya uygulanarak pilot uygulama gerçekleştirildi. Pilot çalışma sonucunda gerekli düzeltmeler yapılarak, ölçeğe uygulama öncesi son hali verildi. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsamında öncelikle Açıklayıcı Faktör Analizi çalışmalarına yer verildi; daha sonra Doğrulamalı Faktör Analizi çalışmaları gerçekleştirildi ve son olarak ölçeğin güvenilirlik analizleri yapıldı.

Çalışma verileri, 230 kişilik Açıklayıcı Faktör Analizi için kullanılan veri seti ve Açıklayıcı Faktör Analizi sonuçlarından sonra oluşan yapıyı doğrulamak için 200 kişilik Doğrulamalı Faktör Analizi için kullanılan veri seti olmak üzere 430 kişiden oluştu. Araştırma bulguları doğrultusunda, geliştirilen Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik ölçütlerini kabul edilebilir seviyede karşıladığı belirlendi.

Araştırmada yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde sık kullanılan yöntemlerden olan faktör analizi yöntemi kullanıldı. Faktör analizi öncesi örneklem büyüklüğünün yeterliliği ve verilerin uygunluğu KMO ve Barlett testleri ile değerlendirildi. Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu tespit etmek amacıyla yapılan analiz sonrası elde edilen KMO değeri 0,919 olarak saptandı. Bu değerin 0,50-0,60 arasında olması “kötü”, 0,60-0,70 arası “zayıf”, 0,70-0,80 arası “orta”, 0,80-0,90 arası “iyi” 0,90 üzeri “mükemmel” olarak yorumlanmaktadır (Aksu ve ark., 2017).

KMO değerinin 0,50'den düşük çıkması durumunda, daha fazla veriyi işleme dahil etmek gerektiği anlaşılmaktadır. Araştırmada KMO değeri 0,919 bulundu. Buradan hareketle 230 kişilik veri setinin faktör analizi için uygun olduğu tespit edildi. Bartlett küresellik testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılmaktadır. Bu test sonucunda elde edilen değerin anlamlılık değerinin, 0,05'ten küçük olması verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini ifade etmektedir. Bartlett küresellik testlerinde saptanan sonuçlardan ($X^2=5515,813$; $sd= 351$; $p=0,000$) hareketle değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 10).

Verilerin örneklem büyüklüğü ve maddeler arası ilişki gücü sağlandıktan sonra faktör çıkarma işlemine geçildi. 46 madde olan Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğine Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile yaygın bir döndürme yöntemi olan Varimax yöntemi kullanıldı. Analiz sonucunda, bazı maddeler 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği ve bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarıldı. Sonuç olarak 19 madde çıkarıldıktan sonra yapı 27 madde ve 5 faktör ile uygun hale geldi. Maddelerin yapıyı açıklayabilmesi için madde faktör yükünün 0,30- 0,40 arasında olması kabul gören en düşük düzey olmakla birlikte 0,50 ve üzeri anlamlı kabul edilen yükler ve 0,70 ve üzeri ise yapıyı oldukça iyi açıklayan faktör yükleri olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2021). Ölçekte bütün maddelerin faktör yüklerinin 0,50'den büyük olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada ve faktör sayısına karar vermede öz değerin kullanılabileceği bildirilmektedir. Genel olarak öz değeri 1 ve 1'in üzerinde olan faktörler önemli kabul edilmektedir. Yapılan analizler sonucunda başlangıç öz değeri 1'den büyük olan 5 faktörün bulunduğu belirlendi. Elde edilen faktörlerin toplam ölçek maddelerinin ne kadarını açıkladığının bir göstergesi olarak ele alınan açıklanan varyans oranı ölçeğin faktör yapısının gücünü göstermektedir. Araştırmada 5 faktör ve 27 madde toplam varyansın %74,375'ini açıklamaktadır (Tablo 11). Çok faktörlü desenler için açıklanan varyansın %40 ve üzerinde olması yeterli kabul edilmektedir (Aksu ve ark., 2017).

Açımlayıcı faktör analizi sonrasında, ölçek için belirlenmiş olan faktöriyel yapıyı doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulandı. Analiz sonucunda modelin 5 faktör ve 21 maddeden oluşan hali doğrulandı (Şekil 19). Öncü modelin, örneklem verisine ne kadar uyduğunu belirlemek için mutlak uyum indeksleri kullanılmaktadır. Bu kategoride Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, AGFI, RMR ve SRMR uyum iyiliği indeksleri yaygın olarak tercih edilmektedir. Ki-kare değeri tüm modelin uyumunda kullanılan geleneksel ölçüm aracı olup, uyum kovaryans matrisleri ile örneklem arasındaki uyumsuzluğun düzeyini değerlendirmektedir.

Bu istatistik için kabul eşik değerin 5 ile 2 arasında olması önerilmektedir. Bu araştırmada ölçeğe ait model uyum indeksleri incelendiğinde χ^2/sd ve SRMR değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu, tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği (χ^2/sd : 2,253; GFI: 0,861; AGFI: 0,857; IFI:0,947; TLI(NNFI):0,936, CFI: 0,947; RMSEA:0,079; SRMR:0,049) belirlendi (Tablo 13). DFA analizi sonucunda tüm uyum indeksleri ile ölçeğin kabul edilebilir olduğu ve 21 madde ve 5 alt boyuttan oluştuğu doğrulandı. Bir ölçüm aracının taşınması gereken özellikler arasında güvenilirlik de yer almaktadır. Güvenilirlik, ölçülmek istenen özelliğin tutarlı ve istikrarlı olarak ölçülme derecesini ifade etmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2021). Güvenilirlik analizi ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert vb. ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanarak ölçekte bulunan maddeler arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilmektedir (DeVellis, 2017). Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değişim göstermektedir. Değer 1'e yaklaştıkça, ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2021). Bu değerin 0,70'in üzerinde olması ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir (Karakoç & Dönmez, 2014). Araştırmada Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,937; Kültürel bakımı sürdürme alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,944; Kültürel bilgi alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,898; Kültürü tanıma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,935; Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,881; Kültürel önyargı alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,860 olarak bulundu (Tablo 15). Bu değerler ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçek maddelerinin toplam puanı yordama ve ayırt ediciliklerini ortaya koymak üzere madde analizi ve %27'lik alt-üst grup karşılaştırmaları yapıldı. Madde analizi sonucunda madde toplam korelasyonu 0,30'un altında madde olmadığı görülmektedir. Ayrıca her bir madde için, %27 alt ve üst grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (Tablo 16). Bu sonuçlar geliştirilen ölçek maddelerinin güvenilir ve ayırt ediciliğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

Araştırma, hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısını değerlendirmede kullanılmak üzere bir ölçek geliştirme amacıyla karma yöntem ile gerçekleştirildi. Araştırma kapsamında Türk toplumunda yer alan Çerkez, Abaza, Laz, Kürt ve Roman hasta ve hemşireler ile nitel görüşmeler yapıldı. Nitel görüşmeler sonrasında 7 alt boyut ve 46 maddeden oluşan taslak ölçek toplam 430 hastaya uygulandı. Yapılan uygulama ve analizler sonrasında aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

- Araştırma kapsamında hemşireler ve hastalar ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yedi tema elde edildi. Bu temalar kültürü tanıma, kültürel kimliğe saygı, bakımda kültüre

dayalı tercihler/davranışlar, kültüre duyarlı bakımı destekleme, kültüre duyarlı bakımı sürdürme, kültürlerarası etkileşimde güven ve ön yargısız yaklaşım olarak belirlendi.

- Yapılan analizler sonucunda Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeğinin 5 faktör ve 21 maddeden oluşan yapısı doğrulandı. Ölçeğin Kültürü tanıma alt boyutu 4 madde (Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4), Kültürel bilgi alt boyutu 3 madde (Madde 5, Madde 6, Madde 7), Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar alt boyutu 4 madde (Madde 8, Madde 9, Madde 10, Madde 11), Kültürel önyargı alt boyutu 3 madde (Madde 12, Madde 13, Madde 14), Kültürel bakımı sürdürme alt boyutu 7 maddeden (Madde 15, Madde 16, Madde 17, Madde 18, Madde 19, Madde 20, Madde 21) oluşmaktadır.
- Geliştirilen Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldı ve ölçeğin ülkemizde hastalara uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varıldı.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Geliştirilen Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği, hastaların aldıkları bakımın kültürlerine uygunluğunu değerlendirmenin yanı sıra bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti kapsamında da yapılan çalışmalarda kullanılabilir.
- Hastaların bakım algılarını ele alan bu ölçek, hemşirelerin kültürel yeterliliklerini değerlendirdikleri ölçekler ile birlikte kullanılarak hasta ve hemşirelerin değerlendirmeleri karşılaştırılabilir. Bu kapsamda önleyici ve destekleyici faaliyetler planlanabilir.
- Hem nitel bulgularda hem de literatürde hemşireler Suriye, Afganistan gibi ülkelerden gelen bireylere bakım verirken iletişim ve bazı bakım uygulamalarında sorun yaşadıklarını bildirmektedir. Bu doğrultuda bu gruplarda ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılarak, kültüre uyumlu bakım algıları değerlendirilebilir.
- Farklı ve daha büyük hasta gruplarında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini test eden araştırmalar gerçekleştirilebilir.
- Geliştirilen ölçek Türk toplumunda farklı alt kültürden hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımı algısının ölçülmesi amacıyla uygulanabilir.
- Araştırmanın nitel bölümünde hastalar kültüre duyarlı bakımın sunulmasında hemşirelerden beklentilerini yoğun olarak bildirmişlerdir. Bu kapsamda farklı kültürden bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve sağlık eşitsizliklerini önlemeye yönelik politikaların geliştirilmesi sürecinde hemşirelere de yer verilmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Acar, A. B., Eke, R. N., Balaban, B., & Yasin, Y. K. (2022). Aile Hekimliği Asistanlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Konusundaki Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 5(2), 143-150. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2021-86625>
- Adugbire, B. A., & Aziato, L. (2020). Surgical patients' perception of spirituality on the outcome of surgery in Northern Ghana. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 19-29. <https://doi.org/10.1177/08980101209029>
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2010). Assessing the relationship between patients' ethnocentric views and patients' perceptions of physicians' cultural competence in health care interactions. *Intercultural Communication Studies*, 19(2), 111-127.
- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 287-296. <https://doi.org/10.1177/1043659612441025>
- Akçay, G., Kırılı, U., Topal, H., Topal, Y., Hakan, N., & Özer, E. A. (2019). Muğla ilinde annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(3), 263-270. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.458292>
- Akpınar, A., Teskereci, G., & Yangın, H. B. (2016). Öğrenci hemşirelerin kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği klinik uygulamasına ilişkin düşünce ve deneyimlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 1-8.
- Aksu, G., Eser, M. T., & Güzeller, C. O. (2017). Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modeli uygulamaları. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Aktaş, A. (2018). Yerli-yerleşik Türkler: Manavlar. Beşiz Yayınları, Kocaeli.
- Aktaş, Y. Y., Uğur, H. G., & Orak, O. S. (2016). Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 120-132. <https://doi.org/10.17371/UHD.2016823281>
- Aktaş, B., Pasinlioğlu, T., Kılıç, M., & Özaslan, A. (2021). Determination of intercultural sensitivity among nurses. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 112-121. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00902-x>
- Akyüz, E., Çevik, B., & Uğurlu, Z. (2021). Hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde fiziksel ve bilgi mahremiyetinin korunmasına yönelik deneyim ve görüşleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku ve Tarihi Dergisi*, 29(2), 177-188. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2020-78175>
- Alaca, Ç., Yiğit, R., & Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
- Alp, S., & Taştan, N. (2011). Türkiye'de ırk veya etnik köken temelinde ayrımcılığın izlenmesi raporu. İstanbul Bilgi Üniversitesi, İnsan Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Alpar, Ş., Bahçecik, N., & Karabacak. Ü. (2013). Çağdaş hemşirelikte etik (3.baskı). İstanbul Tıp Kitabevi.

- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1438765038>
- Altınkaynak, E. (2016). Meydancık Beldesi Gürcülerinde “Ölüm”. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, (31), 21-26.
- Altuntuğ, K., Anık, Y., & Ege, E. (2018). Traditional practices of mothers in the postpartum period: Evidence from Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 94-102. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i1.9>.
- Al Zoubi, A. M., Saifan, A. R., Alrimawi, I., & Aljabery, M. A. (2020). Challenges facing oncology nurses in Jordan: A qualitative study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 247-261. <https://doi.org/10.1002/hpm.2901>
- Alcan, A. O., Yıldız, K., & Korkmaz, M. (2022). Ortopedik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(3), 193-201. <https://doi.org/10.53490/eghemsire.1101720>
- Alptürker, İ. G. (2020). Somut olmayan kültürel miras bağlamında bir amulet/nazarlık örneği: çaltı. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*, 9(2), 706-717.
- Alsan, M., Garrick, O., & Graziani, G. (2019). Does diversity matter for health? Experimental evidence from Oakland. *American Economic Review*, 109(12), 4071-4111. <https://doi.org/10.1257/aer.20181446>
- Altay, B., & Kefeli Çol, B. (2012). Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4(5), 134-141.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2023). Men in nursing: five-year trends show no growth. <https://www.aacnnursing.org/news-data/all-news/data-spotlight-men-in-nursing-five-year-trends-show-no-growth>
- American Nurses Association (ANA) (2015). Nursing: Scope and standards of practice. Silver Springs, MD: Nursesbooks.org.
- Anestis, E., Eccles, F. J., Fletcher, I., Triliva, S., & Simpson, J. (2022). Healthcare professionals' involvement in breaking bad news to newly diagnosed patients with motor neurodegenerative conditions: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 44(25), 7877-7890. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2002436>
- Ångström-Brännström, C., & Norberg, A. (2014). Children undergoing cancer treatment describe their experiences of comfort in interviews and drawings. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 31(3), 135-146. <https://doi.org/10.1177/10434542145216>
- Anık, H., Uyanık, G., & Yılmaz, M. (2023). Evde bakım hizmeti alan bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri kullanımlarının incelenmesi. *JAREN*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.55646/jaren.2023.90217>

- Antón-Solanas, I., Rodríguez-Roca, B., Vanceulebroeck, V., Kömürçü, N., Kalkan, I., Tambo-Lizalde, E., ... & Subirón-Valera, A. B. (2022). Qualified nurses' perceptions of cultural competence and experiences of caring for culturally diverse patients: a qualitative study in four European countries. *Nursing Reports*, 12(2), 348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>
- Arkan, B., Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.
- Arpey, N. C., Gaglioti, A. H., & Rosenbaum, M. E. (2017). How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: a qualitative study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(3), 169-175. <https://doi.org/10.1177/2150131917697439>
- Ateş Sarı, Y., Morgil, A., Nemati, F., & Ünlüer, N. Ö. (2023). Fizyoterapistlerin ve fizyoterapi lisans öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumu ve öz yeterliliğinin incelenmesi: kesitsel araştırma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 6(2), 132. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2022-94889>
- Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022). Understanding attitudes, social norms, and behaviors of a cohort of post-operative nurses related to pain and pain management. *Healthcare*, 10(5), 844. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050844>
- Aydın, R., & Kabukçuoğlu, K. (2020). Hemşirelik araştırmalarında kuram kullanımının önemi ve süreci. *Journal of Human Sciences*, 17(1), 389-403. <https://doi.org/10.14687/jhs.v17i1.5830>
- Bağcı, İ. (2022). Kültürün baskıcı ve özgürlükçü yapısı karşısında bireyin duruşu. *Kültür Araştırmaları Dergisi*, 13, 317-332. <https://doi.org/10.46250/kulturder.1069959>
- Bakan, G., Azak, A., & Özdemir, Ü. (2017). Diyabet ve sosyo-kültürel yaklaşım. *Kesit Akademi Dergisi*, (12), 180-195.
- Barış, N., & Karabacak, Ü. (2013). Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 3(3), 131-137. : <https://doi.org/10.5455/musbed.20130830095218>
- Barua, N., Nesa, M., Latif, M. A., & Islam, S. (2019). Time management of the clinical nurses at Public Hospital in Bangladesh. *Open Journal of Nursing*, 9(10), 1041. <https://doi.org/10.4236/ojn.2019.910077>
- Barut, S., Baransel, E. S., Uçar, T., & Çelik, O. T. (2023). Türkiye'de farklı etnik yapılarda çocukluk çağı travma düzeylerinin karşılaştırılması: Türk, Kürt, Zaza Örneği. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(2), 275-288.
- Baş, N. G., Karatay, G., Bozoğlu, Ö., Akay, M., Kunduracı, E., & Aybek, H. (2016). Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(2), 40-49.
- Başlı, M., Bekar, M., & Civelek, İ. (2018). Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve "Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli"ni anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 18-24.

- Bayık Temel, A. (2008). Kùltùrlerarası (çok kùltùrlù) hemşirelik eğitimi. *Atatùrk Ùniversitesi Hemşirelik Yùksekokulu Dergisi*, 11, 92-101.
- Baltacı, A. (2017). Nitel veri analizinde Miles-Huberman modeli. *Ahi Evran Ùniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 1-15.
- Benli, C. K., & Kulakaç, Ö. Bir paradigma olarak Kesişimsellik teorisi ve hemşirelik. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 211-234. <https://doi.org/10.47115/jshs.899007>
- Beser, A., Kerman, K. T., Ersin, F., & Arkan, G. (2021). The effects of ethnocentrism and some features on intercultural sensitivity in nursing students: A comparative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 56, 103180. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103180>
- Besey, O., & Yùcetùrk, S. (2021). Determination of intercultural sensitivity levels of nurses and the factors affecting their intercultural sensitivity. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 54-67.
- Betancour, M., Marcus, K., Balasubramanian, M., & Short, S. D. (2024). Barriers and facilitators to the professional integration of internationally qualified nurses in Australia: a mixed methods systematic review. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 39-53. <https://doi.org/10.37464/2024.411.933>
- Boduç, N., & Baykal, Ü. (2021). Hemşirelerde zaman yönetiminin önemi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 8(1), 125-131. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2021.40316>
- Bodur, E., & Ozsaker, E. (2024). Perceptions and satisfaction of the relatives of intensive care unit patients regarding the role of nurses. *Progress in Health Sciences*, 13(2), 22-30. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.2473>
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kùltùr etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Bulduk, S., Usta, E., & Dincer, Y. (2017). Kùltùrlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yùksekokulu örneği. *Düzce Ùniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 73-77.
- Burucu, R., & Alanyalı, Z. (2019). Dahili kliniklerde yatarak tedavi gören hastaların hemşirelerden beklentilerine yönelik kalitatif bir çalışma. *Kırşehir Ahi Evran Ùniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 29-36.
- Burucu, R., Alanyalı, Z., & Ayar, Y. (2022). Diyaliz tedavisi alan ve böbrek nakli olan hastaların ve yakınlarının süreç deneyimleri: kalitatif Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(1). <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-82242>
- Büyùköztùrk, ř. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Büyùköztùrk, ř., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, ř., & Demirel, F. (2021). Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi Yayıncılık.

- Büyükıylmaz, F., & Aştı, T. (2010). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 84-93.
- Carpenter, S. (2018). Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25-44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
- Carroll, D. M., & Harris, T. J. (2024). Can we finally move the needle on diversity, equity, and inclusion in nursing?. *Nursing Administration Quarterly*, 48(1), 65-70. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000617>.
- Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2012). Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management*, 2(3), 219-230. <https://doi.org/10.2217/pmt.12.7>
- Can, A. (2019). Aksaray'da Hamidiye Mahallesi'ne Çerkes iskânı ve Çerkeslerin kültürel özellikleri. *Tarih Araştırmaları Dergisi*, 38(66), 264-299.
- Cervený, M., Abrmanová, M., & Tóthová, V. (2024). Cultural challenges: Exploring nurses' experiences in clinical practice across two European countries. *Journal of Nursing and Social Sciences Related to Health and Illness. KONTAKT*, 26(3), 233. <https://doi.org/10.32725/kont.2024.031>
- Ceyhan, D. (2008). Türkiye'de kültürel çeşitlilik olarak alt kültürler: Çerkez ve Manav alt kültürleri arasında mukayeseli bir çalışma. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Christensen, L. B., Johnson, R. B., & Turner, L. A. (2011). Research methods design and analysis. Çeviren: Aypay A. Araştırma yöntemleri desen ve analiz. Anı Yayıncılık.
- Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484-492. <https://doi.org/10.1177/10436596209706>
- Clancy, C., Brach, C., & Abrams, M. (2012). Assessing patient experiences of providers' cultural competence and health literacy practices: CAHPS:®: Item Sets. *Medical Care*, 50: 1-2. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182641e7f>
- Clarke, G., Chapman, E., Crooks, J., Koffman, J., Ahmed, S., & Bennett, M. I. (2022). Does ethnicity affect pain management for people with advanced disease? A mixed methods cross-national systematic review of 'very high' Human Development Index English-speaking countries. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00923-6>
- Comes Diaz, L. (2012). A clinician's guide to cultural competence. American Psychological Association.
- Çoşan, D., & Seçim, Y. (2020). Doğu Karadeniz bölgesinde yaşayan Laz topluluklarının dili, gelenekleri ve mutfak kültürü üzerine bir araştırma. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, 1(45), 129-142. <https://doi.org/10.17498/kdeniz.658023>

- Cottingham, M. D., Johnson, A. H., & Erickson, R. J. (2018). I can never be too comfortable. Working in America: Continuity, conflict, and change in a new economic era. *Qualitative Health Research*, 28(1), 145-158. <https://doi.org/10.1177/10497323177379>
- Creswell, J.W. (2017). A concise introduction to mixed methods research. Sözbilir, M. Karma yöntem araştırmalarına giriş. Pegem Akademi.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2014). Karma yöntem araştırmaları (Çev. Ed. Yüksel Dede ve Selçuk Beşir Demir). Anı Yayıncılık.
- Cullen, L., Titler, M., & Drahozal, R. (2003). Family and pet visitation in the critical care unit, *Critical Care Nurse*, 23(5), 62- 66. <https://doi.org/10.4037/ccn2003.23.5.62>
- Çakmak, S., & Nural, N. (2017). Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 3(2), 57-64.
- Çal, A., Çavuşoğlu, F., & Avcı, A. (2022). Hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken yaşadıkları sorunlar ve çözüme yönelik öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 197-206. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.804655>
- Çam, O., & Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 215- 223.
- Çam, M. O., Topçu, E. M., Aktaş, Y., Avcı, A., Güler, C., Gayretli, Ö., & Dayılar Candan, H. (2024). İzmir ilinde çalışan hemşirelerin duygusal emek davranışı ile karşılıklı bağımlılık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi: kesitsel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 16(1), 276-286. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-97643>
- Çam, O., & Yalçiner, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.49469>
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.
- Çıtak, T., Erbil, N., & Güler, E. (2023). Göçün kadın sağlığına etkileri ve hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 157-162. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1207876>
- Çolak, A. (2011). Hasta ziyareti ile ilgili hadisler bağlamında bir inceleme. *EKEV Akademi Dergisi*, 48, 161- 176.
- Dağhan, Ş. (2017). “Halk sağlığı hemşireliği felsefesiyle hemşire olmak” anlamı nedir?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 107-112.
- Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47-55. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x>

- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Dayer-Berenson, L. (2010). Cultural competencies for nurses: Impact on health and illness. Jones & Bartlett Publishers.
- Demir, G., & Bolat, S. (2017). Çerkezler’de kimlik ve aidiyet. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları*, (55), 1-42. <https://doi.org/10.18368/iusoskon.328243>
- Demir, R., Odabaş, R. K., & Taşpınar, A. (2023). Türkiye’de doğum sonu dönemde spirüel bakım ve uygulamalara yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi: sistematik derleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 515-526.
- DeVellis, R. F. (2017). Ölçek geliştirme. Kuram ve Uygulamalar. Nobel Kitabevi.
- Desmet, L., Dezutter, J., Vandenhoek, A., & Dillen, A. (2024). Healthcare Chaplaincy for Geriatric Patients: A Quasi-Experimental Study into the Outcomes of Catholic Chaplaincy Interventions in Belgium. *Journal of Religion and Health*, 63(3), 1985-2010. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01982-6>
- Dığın, F., Özkan, Z. K., & Altınaz, M. Ürolojik Cerrahi Uygulanan Hastaların Taburculuk Eğitimi Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 55-68. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.1267021>
- Dikici, E., & Sağlam, A. (2021). Geleneksel/alternatif tıp uygulamalarına yeni yaklaşım olarak beslenme ve yemek kültürü Şalpazarı örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (39), 295-329. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.990021>
- Dompheh, H. O., Lynch, M., & Longworth, M. (2022). Systematic review exploring the impact of socio-cultural factors on pain management approaches in Sub-Saharan Africa. *MedRxiv*, 1-31. <https://doi.org/10.1101/2022.04.11.22273701>
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., ... & Purnell, L. (2011). Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317-333. <https://doi.org/10.1177/104365961141296>
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., & Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109-121. <https://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- Dönmez, Ç., Can, A. A., & Yılmaz, D. V. (2023). Hemşirelerin kültürlerarası duyarlılığının belirlenmesi: tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 3(2), 14-25.
- Duman, Z. Ç., İnan, F. Ş., Moursel, G., & Çakar, H. (2015). Psikiyatri kliniğinde refakatçi uygulamasına yönelik hasta yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin görüşleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 79-84. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.30974>

- Dursun, F., Çalışan, Ç. D., & Abanoz, G. (2019). Düzce ili geleneksel özel gün kadın giysilerinin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 18(1), 56-74.
- Elliott, T. H. (2024). Theory analysis and evaluation of emancipatory nursing praxis: A theory of social justice in nursing. *International Journal of Nursing Knowledge*, 35(1), 32-39. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12414>
- El-Jawahri, A., Traeger, L., Park, E. R., Greer, J. A., Pirl, W. F., Lennes, I. T., Jackson, V., Gallagher, E. R., & Temel, J. S. (2014). Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer*, 120(2), 278-285. <https://doi.org/10.1002/cncr.2836>
- Enskär, K., Darcy, L., Björk, M., Knutsson, S., & Huus, K. (2020). Experiences of young children with cancer and their parents with nurses' caring practices during the cancer trajectory. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 37(1), 21-34. <https://doi.org/10.1177/104345421987400>
- van Eenennaam, R. M., Kruithof, W. J., van Es, M. A., Kruitwagen-van Reenen, E. T., Westeneng, H. J., Visser-Meily, J. M., ... & Beelen, A. (2020). Discussing personalized prognosis in amyotrophic lateral sclerosis: development of a communication guide. *BMC Neurology*, 20, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-02004-8>
- Erol, K. İ. (2014). Balıkesir Merkez ilçe Manav köyleri halk edebiyatı ve folklor derlemeleri (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Ertek, M. S. (2014). Türkiye'deki Gürcüler ve konuşurlarını kaybetmekte olan dilleri. *Tehlikedeki Diller Dergisi*, 3(3), 142-146.
- Eyi, S., & Menekli, T. (2018). Neuman sistemler modelinin diyabetli bireyin hemşirelik bakımında kullanımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 70-78.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Garrett, P. W., Dickson, H. G., Lis-Young, Whelan, A. K., & Roberto-Forero. (2008). What do non-English-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patient's perspective: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 13(5), 479-496. <https://doi.org/10.1080/13557850802035236>
- Getrich, C. M., Sussman, A. L., Campbell-Voytal, K., Tsoh, J. Y., Williams, R. L., Brown, A. E., ... & Neale, A. V. (2013). Cultivating a cycle of trust with diverse communities in practice-based research: a report from PRIME Net. *The Annals of Family Medicine*, 11(6), 550-558. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1543>
- Goldsmith, H., McCloughen, A., & Curtis, K. (2018). The experience and understanding of pain management in recently discharged adult trauma patients: a qualitative study. *Injury*, 49(1), 110-116. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.09.027>
- Grant, J., Parry, Y., & Guerin, P. (2013). An investigation of culturally competent terminology in healthcare policy finds ambiguity and lack of definition. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37(3), 250-256. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12067>

- Greene, J., Silver, D., Verrier, E., & Long, S. K. (2023). Is patients' trust in clinicians related to patient-clinician racial/ethnic or gender concordance?. *Patient Education and Counseling*, 112, 107750. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107750>
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 95-102. <https://doi.org/10.1177/10436596062986>
- Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk, D., & Karadağ, A. (2019). Hemşirelikte teori ve model kullanımı: nitel bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 44, 281-289. <https://doi.org/10.17826/cumj.562393>
- Gökçe, E., Atıcı, M., & Arslan, S. (2021). Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişim sorunları ve beklentiler: Nitel bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 171-180. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2021.79206>
- Gökçe, E., & Arslan, S. (2024). Cerrahi hemşireliğinde evde bakım. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 119-129.
- Groves, P. S., Bunch, J. L., & Sabin, J. A. (2021). Nurse bias and nursing care disparities related to patient characteristics: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3385-3397. <https://doi.org/10.1111/jocn.15861>
- Gül, N., & Dömbekci, H. A. (2023). Sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisi: Manisa ili için değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(38), 649-665. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1197691>
- Gündoğan, R., & Neşe, A. (2022). Yoğun bakım hastası olan hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(1), 9-17.
- Güneş, Ü. Y., Eşer, İ., & Khorshid, L. (2005). Hekim ve hemşirelerin hastaların yaş ve cinsiyetine göre ağrıya verdikleri yanıtlara ilişkin inanışları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1), 145-156.
- Güvenç, B. (2020). İnsan ve kültür. Boyut Kitabevi.
- Hallas, D., & Spratling, R. (2024). Methodologies to advance health equity and reduce health inequities in nursing research. *Journal of Pediatric Health Care*, 38(2), 219-224. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.12.007>
- Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Hacıhasanoğlu, S. A., Yıldırım, A., & Şahin, H. (2023). Tip 2 diabetes mellitus hastalarının bitkisel tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımlarının belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 10-21. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1169238>
- Haris, F., Irawati, K., & Resti, Y. S. (2020). Video education about spiritual needs for attached medical devices patients. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(06), 1741-1747.

- Hasan, W. U., Zaman, K. T., Alian, S., Liang, T., Pandey, V., Kong, J., ... & Li, J. Bridging culture and care: a mobile app for diabetes self-care honoring native American cultural practices. *Advances in Science, Technology and Engineering Systems Journal*, 9(1), 104-113. <https://doi.org/10.25046/aj090110>
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2223-2233. <https://doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Hoshi, M., Nakano, K., Iwamoto, M., & Omori, J. (2024). A concept of “cultural competence” among public health nurses in Japan. *Public Health Nursing*, 41(3), 562-572. <https://doi.org/10.1111/phn.13307>
- Hoşgör, H., Gündüz Hoşgör, D. (2019). Hastaların hastane seçimini etkileyen faktörler: sistematik derleme (1996-2017). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 437-456.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- İlgaz, A., & Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.
- Ismail, S., Hatthakit, U., & Songwathana, P. (2018). Exploring Islamic based caring practice in intensive care unit: A qualitative study. *Nurse Media Journal of Nursing*, 7(2), 91–100.
- İşık, M. T., & Yanık, T. Ç. (2020). Etnisite farklılığının ağrı duyarlılığına ve hemşirelik bakım sürecine etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(3), 302-308. <https://doi.org/10.31020/mutftd.742348>
- International Council of Nurses. (2007). Position Statement Cultural and linguistic competence. http://www.icn.ch/PS_B03_Cultural&Linguistic%20Competence.pdf
- İz, F. B., & Bayık Temel, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(17), 51-58.
- Johnson, R., Lyons-Smith, M., Derouin, A., Carter, B., & VanRiel, Y. (2024). Increasing diversity in the advanced practice nursing workforce through partnerships with historically black colleges. *Nurse Educator*, 49(2), E83-E87. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001443>
- Johansson, B., & Mårtensson, L. B. (2019). Ways of strategies to knowing the patient described by nursing students. *Nurse Education in Practice*, 38, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.003>
- Kale, E., & Çiçek, Ü. (2015). Hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin metafor algıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 142-151. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2015.142>

- Kaliraman, A. R., Kaur, J., Kaur, M., Dogra, P., Negi, S., Sharma, R., Sharma, S., & Ghai, S. (2018). Assessment of the time management and stress among nursing staff in selected wards of tertiary care hospital, Chandigarh (2017-2018): A descriptive Study. *Indian Journal of Holistic Nursing*, 9(2), 7-11. <https://doi.org/10.24321/2348.2133.201802>
- Kantemur, Z. (2020). Zorunlu göç ve değişim: Çerkeslerde geleneksel themadelik ve sivil toplum kuruluşları önderliği. *Sempozyum Komitesi*, 92-100. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62380160/>
- Karabudak, S. S., Gerçek, E., & Yıldırım, B. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunlar: Nitel bir araştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 144-153. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.651264>
- Karaçam, Z. (2019). Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 28-37.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49. <https://doi.org/10.25282/ted.228738>
- Karaköse, Ş., Özer, B. U., Aktürk, İ., & Yaman, Ö. M. (2024). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış sürecindeki deneyimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 91-107. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.137870>
- Karasu, F., Polat, F., & Okuyan, C. B. (2021). The determination of intercultural sensitivity and ethnocentrism levels among nurses and nursing students: A border of city, Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 314-322. <https://doi.org/10.1111/ppc.12788>
- Karataş, Ö. (2014). Karaçay Türklerinin Kafkasya'dan Anadolu'ya göçleri. *Tarih İncelemeleri Dergisi*, 29(2), 525-538. <https://doi.org/10.18513/egetid.69181>
- Kars, M. S., & Kula, N. (2023). Çevresel ve manevi faktörler bağlamında hastanelerdeki manevi destek hizmetinin psiko-sosyal uyuma etkisi. *Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, (7), 65-100. <https://doi.org/10.56432/tmdrd.1254178>
- Kasar, K. S., Ünal, E., Çapacı, S., Yılmaz, C. K., & Aşiret, G. D. (2020). Yaşlı bireylerin ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumu ve tutumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3), 271-277. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.834195>
- Kaya, D., Doğan, Ş. A., & Gölbaşı, Z. (2021). Hemşirelerin kültürlerarası bakım verme konusundaki görüş ve deneyimlerinin incelenmesi. *YÖBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 111-119.
- Kaya, R. R., & Yılmaz, N. (2020). Türkiye ve Hindistan'da geleneksel tıp uygulamaları: sağlık turizmi perspektifinden bir karşılaştırma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(3), 422-434. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2020-74760>
- Kesici, M. C., & Tanrıverdi, G. (2024). Uluslararası koruma statüsündeki İranlı kadınların sağlık davranışlarının belirlenmesinde Leininger'ın Gün Doğumu Modelinin kullanılması: Etnohemşirelik bir araştırma. *Journal of Human Sciences*, 21(2), 129-173. <https://doi.org/10.14687/jhs.v21i2.6471>

- Kılıç, S. S., Avcı, İ. A., İsmailoğlu, A. A., & Yazar, S. (2014). Klinik hemşirelerinin çalışma saatlerinde iş yüklerinin ve sürelerinin tanımlanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1032-1044.
- Kırca, N. (2020). Kadın doğum kliniğinde çalışan hemşire ve ebelerin doğum sonu dönemde hastalara bakım verirken yaşadığı zorluklara ilişkin görüşleri: Kalitatif çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 59-71. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.73785>
- Koçak, Y. Ç., & Sevil, Ü. (2015). Kadın doğum kliniklerinde yatan hastalara kültürlerarası yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1(3), 52-61.
- Korkmaz, A. (2010). Hastanede dini hayat: teorik çerçeve. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 29(29), 283-311.
- Korkut, S., Bayat, M., & Efe, Y. S. (2023). Hemşirelik doktora öğrencilerinin hemşirelik metaparadigmalarına ilişkin görüşleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 129-138. <https://doi.org/10.33631/sabd.1077091>
- Koyuncu, A., Eti Aslan, F., Yava, A., Çınar, D., & Olgun, N. (2016). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 24(1), 68-75. <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2016.12154>
- Köksal, Ö., & Duran, E. T. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3), 144-148.
- Ku, L., & Vichare, A. (2023). The association of racial and ethnic concordance in primary care with patient satisfaction and experience of care. *Journal of General Internal Medicine*, 38(3), 727-732. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07695-y>
- Kuğuoğlu, S., & Kürtüncü, M. (2014). Ağrıda kültürel yaklaşım. In Ü. Seviğ, & G. Tanrıverdi (Eds.), *Kültürlerarası hemşirelik* (pp.445-446). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kürtüncü, M., Arslan, N., Çatalçam, S., Yapıcı, G., & Hırçın, G. (2018). Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıkları ile sosyo-demografik özellikleri ve empati düzeyleri arasındaki ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20(1), 44-56.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158-168. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lafçı, D., & Kaşıkçı, M. K. (2014). Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1114-1131.
- Lalande, F. D. (2024). The effects of reverse-role simulation on nursing students' ethnocultural empathy: a qualitative Study. *Nursing Education Perspectives*, 10, 1097. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001238>

- Lasch, K. E. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1(3), 16-22. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9761>
- Nekouei Marvi Langari, M., Lindström, J., Heponiemi, T., Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., Heidarian Miri, H., & Turunen, H. (2024). Integrated care competencies and their association with cross-cultural competence among registered nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Nursing Open*, 11(1), e2062. <https://doi.org/10.1002/nop2.2062>
- Lavenda, R. H., & Schultz, E. (2019). *Core concepts in cultural anthropology*. Oxford university press.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). Medical Publishing Division.
- Li, Y. S., Yu, W. P., Yang, B. H., & Liu, C. F. (2016). A comparison of the caring behaviours of nursing students and registered nurses: implications for nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3317-3325. <https://doi.org/10.1111/jocn.13397>
- Livesay, S., Gilliam, A., Mokracek, M., Sebastian, S., & Hickey, J. V. (2005). Nurses' perceptions of open visiting hours in Neuroscience Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 182- 189.
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/289101>
- Lyu, X. C., Jiang, H. J., Lee, L. H., Yang, C. I., & Sun, X. Y. (2024). Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01718-1>
- Marion, L., Douglas, M., Lavin, M., Barr, N., Gazaway, S., Thomas, L., & Bickford, C. (2016). Implementing the New ANA Standard 8: Culturally congruent practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol22No01PPT20>
- Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G. (2018). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e259-e268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13926J>
- Martsoff, G. R., Gigli, K., Case, B., Dill, J., & Dierkes, A. (2023). Describing the male registered nursing workforce toward increasing male representation in professional nursing. *Nursing outlook*, 71(6), 102081. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102081>

- Maxwell, J. A. (2018). Qualitative research design. Nitel araştırma tasarımı. Çevikbaş M, Nobel Kitabevi.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Meydanlıoğlu, A. (2019). Kültürogram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerinin planlanması: Olgu sunumu. *HUHEMFAD*, 6(2), 132-140. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.598673>
- Mitchell, C., Parchment, J., & Taylor, A. (2024). Weaving diversity, equity, inclusion, and belonging for organizational sustainability. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 54(4), 193-195. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001407>
- Moore, C., Coates, E., Watson, A. R., de Heer, R., McLeod, A., & Prudhomme, A. (2023). “It’s important to work with people that look like me”: black patients’ preferences for patient-provider race concordance. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 10(5), 2552-2564. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01435-y>
- Nápoles-Springer, A. M., Santoyo, J., Houston, K., Pérez-Stable, E. J., & Stewart, A. L. (2005). Patients’ perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations*, 8(1), 4-17. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00298.x>
- Narayan, M. C. (2019). CE: addressing implicit bias in nursing: a review. *AJN The American Journal of Nursing*, 119(7), 36-43. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000569340.27659.5a>
- Narayan, M. C., & Mallinson, R. K. (2022). Transcultural nurse views on culture-sensitive/patient-centered assessment and care planning: A descriptive study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(2), 150-160. <https://doi.org/10.1177/10436596211046986>
- Nashwan, A. J. (2024). Culturally competent care across borders: Implementing culturally responsive teaching for nurses in diverse workforces. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(1), 155-157. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.001>
- Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients’ perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2259-2370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03112.x>
- Necipoğlu, D., Bebiş, H., & Seviş, E. Ü. (2019). Dezavantajlı gruplar (göçmen, mülteci, sığınmacı, gey, lezbiyen, mahkumlar...) ve kültürel yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği-Özel Konular*, 5(3) 68-75.
- Ocakçı, A. F., & Ecevit Alpar, Ş. (2013). Hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi.

- Ogbolu, Y., Scrandis, D. A., & Fitzpatrick, G. (2018). Barriers and facilitators of care for diverse patients: Nurse leader perspectives and nurse manager implications. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/jonm.12498>
- Olatoye, F. O., Elufioye, O. A., Oladapo, J. O., Nwankwo, E. E., & Okoye, C. C. (2024). Human resources challenges in global health organizations: Managing a diverse and dispersed workforce. *International Journal of Science and Research Archive*, 11(1), 2033-2040. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.1.0272>
- Ordu, Y., & Yılmaz, S. (2024). Determining the spiritual care needs of patients with indwelling urinary catheterization: A cross-sectional descriptive study in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 63, 2806-2822. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02010-x>
- Orujlu, S., Hassankhani, H., Rahmani, A., Sanaat, Z., Dadashzadeh, A., & Allahbakhshian, A. (2022). Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study. *Nursing Open*, 9(1), 541-549. <https://doi.org/10.1002/nop2.1093>
- Orhan, İ., & Kaplan Serin, E. (2020). Üniversite öğrencileri arasındaki hemşirelik mesleği imajının belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(4), 565-573. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-74700>
- Ozan, Y. D. (2020). Yaşlı kadınlarda akılcı ilaç kullanımı. Rojan Gümüş, Yusuf Kenan Haspolat (eds). Sağlıklı yaşlanma (pp.131-138). Orient Yayınları.
- Ören, B. (2018). Yoğun bakım hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 217-226. <https://doi.org/10.17681/hsp.401525>
- Özbey, K. (2018). Karşılaştırmalı tarihsel sosyoloji perspektifinden sınır, mekân ve bellek: Sarp Köyü örneği. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17(4), 1398-1414. <https://doi.org/10.21547/jss.422359>
- Özdamar, K. (2016). Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Nisan Kitabevi.
- Özdemir, C., & Kaplan, A. (2024). Examining nurses' humanistic behaviour ability and empathy levels in clinical practice: A descriptive and exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 33, 3115–3127. <https://doi.org/10.1111/jocn.16992>
- Özer, Z., Turan, G. B., & Bakır, E. (2020). Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı karşı tutumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(3), 102-112. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.959613>
- Özkul, O. (2023). Kültür ve küreselleşme. Lejand Kitap.
- Özmen, S., & Koyuncu, S. (2023). Dost hastane kavramı ve türleri üzerine sistematik bir derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 723-744.
- Özsezer, G., Yıldırım, Y., & Türeyen, A. (2022). Demans tanısı olan budist bir kadın hastanın Leininger'in Gündoğumu Modeli ile kültürel değerlendirilmesi. *Humanistic Perspective*, 4(3), 641-657. <https://doi.org/10.47793/hp.1137821>

- Özşahin, A. (2019). Kişilerin hekim seçiminde hekimin cinsiyetine yönelik tercihlerinin incelenmesi: Niteliksel bir araştırma. (Tıpta uzmanlık tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Öztürk, E., & Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), 293-300.
- Paatela, S., Pohjamies, N., Kanste, O., Haapa, T., Oikarainen, A., Kääriäinen, M., & Mikkonen, K. (2024). Registered nurses' cultural orientation competence for culturally and linguistically diverse nurses in the hospital setting: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 707-720. <https://doi.org/10.1111/jan.15829>
- Pacquiao, D. F., Katz, J. R., Sattler, V., Zha, P., & Daub, K. F. (2021). Development of the clients' perceptions of providers' cultural competency instrument. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 539-550. <https://doi.org/10.1177/1043659620962559>
- Patton, M. Q. (2014). Qualitative research & evaluation methods. SAGE.
- Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Piderman, K. M., Johnson, M. E., Frost, M. H., Atherton, P. J., Satele, D. V., Clark, M. M., ... & Rummans, T. A. (2014). Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psycho-Oncology*, 23(2), 216-221. <https://doi.org/10.1002/pon.3390>
- Potter, P. A., Griffin Perry, A., Stockheart, P. A., & Hall, A. M. (2016). Fundamentals of Nursing (9th ed.). Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2020). Fundamentals of Nursing. Elsevier.
- Rajan, P., Hiller, C. E., Leaver, A., Dennis, S., Refshauge, K., & Brady, B. (2022). Pain experiences of Hindi-speaking Indian migrants in Sydney: a qualitative study. *Physiotherapy*, 116, 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2022.03.002>
- Ray, M. A. (2010). Transcultural nursing dynamics in nursing and health care. FA Davis Company.
- Resmi Gazete. (2007). Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
- Rong, X., Peng, Y., Yu, H. P., & Li, D. (2017). Cultural factors influencing dietary and fluid restriction behaviour: perceptions of older Chinese patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 717-726. <https://doi.org/10.1111/jocn.13515>
- Safdar, F., & Qadir, S. (2024). Increasing diversity in nursing to reduce health disparities and achieve health equity. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*, 2024(1), 707. <https://doi.org/10.54112/bcsrj.v2024i1.707>

- Saha, S., & Beach, M. C. (2020). Impact of physician race on patient decision-making and ratings of physicians: a randomized experiment using video vignettes. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 1084-1091. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05646-z>
- Skär, L., & Söderberg, S. (2016). Swedish nursing students' perceptions of the concept of health: A phenomenographic study. *Health Education Journal*, 75(4), 385-395. <https://doi.org/10.1177/001789691559137>
- Salinda, M., Acena, F., Vasquez, V., Lachica, P., Cabading, M. L., Moraño, G., ... & Cuevas, J. E. T. (2021). Culturally congruent care: Providing best care to meaningful experiences for patients' cultural sensitivity. *Globus An International Journal of Medical Science, Engineering and Technology*, 10(1), 16-21.
- Samanci, R., Sultanoğlu, T. E., Kaya, A., & Ataoğlu, S. (2023). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumları: Kesitsel bir araştırma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 29-34. <https://doi.org/10.33631/sabd.1095050>
- Sarıbudak, T. P., & Üstün, B. (2024). Cancer patients' perceptions of nursing: Expectations & realities, a phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 70, 102603. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151546>
- Schaal, T., Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2016). Factors influencing the choice of hospital after primary total hip and knee replacement surgeries. *Journal of Patient Care*, 2(3), 1-4.
- Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R., & Miller, J. (2007). Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110. <https://doi.org/10.1177/104365960629861>
- Serdar, A. (2015). Yerel ve ulusal ölçekte lazımlığın etnik sınırlarının yeniden inşası. *Dil, Hafıza ve Kültür, Mülkiye Dergisi*, 39, 93-134.
- Serrano-Guerrero, J., Bani-Doumi, M., Chiclana, F., Romero, F. P., & Olivas, J. A. (2024). How satisfied are patients with nursing care and why? A comprehensive study based on social media and opinion mining. *Informatics for Health and Social Care*, 49(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/17538157.2023.2297307>
- Sevencan, F., Aslan, D., Kın, A., & Akın, L. (2012). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yönünden riskli davranış gösteren kişilerin damgalanma konusundaki görüşleri ve sağlık hizmeti kullanımlarına ilişkin değerlendirmeler. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 43-50.
- Seviğ, Ü., & Tanrıverdi G. (2014). Kültürlerarası hemşirelik. Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Sevinç, H. Y., & Celasin, N. Ş. (2023). Dünyada ve Türkiye'de annelerin geleneksel bebek bakım uygulamaları farklı mıdır?. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(12), 1-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.55433/gsbcd/189>
- Sevinç, S., & Devrim, E. (2023). Onkoloji kliniğinde görev yapan hemşirelerin deneyimleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 319-328. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1172299>

- Sezer, N. (2023). Professional experiences of immigrant Turkish nurses in Berlin, Germany: A descriptive phenomenological qualitative study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(4), 1129- 1138. <https://doi.org/10.5336/nurses.2023-98236>
- Sharifi, S., Valiee, S., Nouri, B., & Vatandost, S. (2021). Investigating patients' attitudes toward receiving care from an opposite-gender nurse. *Nursing Forum*, 56(2), 322-329. <https://doi.org/10.1111/nuf.12556>
- Shen, M. J., Peterson, E. B., Costas-Muñiz, R., Hernandez, M. H., Jewell, S. T., Matsoukas, K., & Bylund, C. L. (2018). The effects of race and racial concordance on patient-physician communication: a systematic review of the literature. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5, 117-140. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0350->
- Sims, J. M., & Miracle, V. A. (2006). A look at critical care visitation the case for flexible visitation, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 175- 180.
- Slatyer, S., Myers, H., & Kelly, M. A. (2022). Understanding nurse characteristics that influence assessment and intention to treat pain in postoperative patients: An integrative literature review. *Pain Management Nursing*, 23(5), 663-671. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.003>
- Srivastava, R. H. (2022). The health care professional's guide to cultural competence-e-book. Elsevier Health Sciences.
- Solomon, T. (2017). Who are the Laz? Cultural identity and the musical public sphere on the Turkish Black Sea Coast. *The World of Music*, 6(2), 83-113. <https://www.jstor.org/stable/44841947>
- Soylu, Z., Ergöz, S. Z., Yağcan, H., Bilgiç, D., & Tokat, M. A. (2023). Leininger Kültür Bakımı Çeşitliliği Evrenselliği Teorisine dayalı göçmen gebe okulları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9(Özel Sayı-1), 49-55.
- Stamps, D. C. (2021). Nursing leadership must confront implicit bias as a barrier to diversity in health care today. *Nurse Leader*, 19(6), 630-638. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.02.004>
- Suh, E. E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102. <https://doi.org/10.1177/10436596032624>
- Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., Klein, L., & Ferrell, B. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology*, 25(12), 1448-1455. <https://doi.org/10.1002/pon.3987>
- Şahin, N. H., Bayram, G. O., & Avcı, D. (2009). Kültürlere duyarlı yaklaşım: Transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1), 2-7.
- Şahin, B., & Temel, E. (2019). Üniversiteli gençlerin erkek hemşirelere bakış açıları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-7.
- Şavran, T., & Suğur, N. (2014). Sağlığın ve hastalığın anlamı: farklı sosyo-ekonomik statü gruplarının algıları. *Sosyoloji Dergisi*, 30, 65-88.

- Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Seçkin Yayıncılık.
- Şengün, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-139.
- Şentürk, H., Korkmaz Çetin, G. (2020). Hastanelerde manevi danışmanlık hizmetleri ihtiyacı üzerine pilot bir araştırma: sdü hastanesi örneği. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 373-396.
- Şimşek, Ş., Oymak Soysal, A. N., Kaş Özdemir, A. (2023). Association between pain intensity, pain belief, and coping strategies in older adults. *Experimental Aging Research*, 49(3), 244-251. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2022.2101304>
- Şişman, B., & Kipshidze, E. (2018). Gürcü halk inanışları üzerine bir karşılaştırma (Tiflis-Samsun Örneği). *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 490-512.
- Qin, Y., & Chaimongkol, N. (2021). Simulation with standardized patients designed as interventions to develop nursing students’ cultural competence: a systematic review. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(6), 778-789. <https://doi.org/10.1177/10436596211023968>
- Tanrıverdi G. (2020). Türkiye’de kültürel çeşitlilik ve geleneksel sağlık uygulamaları. Rating Academy Yayınları.
- Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 227-236. <https://doi.org/10.17672/fnijn.34326>
- Tanrıverdi, G. (2015). Hemşirelerin kültürel yeterli bakım için uygulama standartlarına yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 37-52.
- Tanrıverdi, G., Ünüvar, R., Yalçın, M., Süner, M., Açar, P., Akçay, E., Hacıoğlu, A., Yaman, B., & Hastürk, Ö. (2012). Çanakkale’de yaşayan Romanların Purnell’in Kültürel Yeterlilik Modeli ile değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 244-253.
- Tanrıverdi, S., Söylemez, N., & Dilekci, C. (2018). Türkiye'deki mültecilere transkültürel hemşirelik yaklaşımı. *Annals of Health Sciences Research*, 7(1), 40-44.
- T.C. Resmi Gazete. (2011, Nisan). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf>
- Tehran, H. A., Khalajinia, Z., Heidari, A., & Heidari, M. (2024). Explaining the perception of spiritual care from the perspective of hospitalized patients: a qualitative Study. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 32(1), 69-79. <https://doi.org/10.32592/ajnm.32.1.69>

- Teskereci, G., Ünal, A., & Evgin, D. (2020). 1-12 aylık bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve annelerin bebeklerinin ağrısına yönelik geleneksel uygulamaları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(4), 592-598. <https://doi.org/10.38136/jgon.703846>
- Tezcan M. (2008). Kültürel antropoloji. Maya Akademi.
- Thirsk, L. M., Panchuk, J. T., Stahlke, S., & Hagtvedt, R. (2022). Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 133, 104284. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104284>
- Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., & Özer, N. (2004). Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-12.
- Tosun, L. P. (2015). Kültürlerarası psikoloji. Araştırma ve uygulamalar. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tosun, B., Dirgar, E., Pehlivan, K., Atay, E., Yava, A., & Leyva-Moral, J. M. (2023). Examination of individualised care behaviours and ethnocentrism of nurses caring for refugees: A descriptive and exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5084-5092. <https://doi.org/10.1111/jocn.16769>
- Türk Dil Kurumu.(2019). Güncel Türkçe Sözlük. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&view=gts TÜRK DİL KURUMU, Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat
- Türkdoğan, O. (2006). Etnik sosyoloji. Timaş Yayınları.
- Türen, S., Atakoğlu, R., Kıvanç, M. M., & Gül, A. (2019). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (11), 202-216. <https://doi.org/10.38079/igusabder.738376>
- Türker, N., & Karadağ, D. (2019). Kültürel farklılıklar: Hofstede'nin kültürel boyutları üzerine Trabzon ve Şanlıurfa illerinde bir uygulama. *Journal of Economy Culture and Society*, 61, 271-295. <https://doi.org/10.26650/JECS2019-0033>
- Türkoğlu, N., & Sönmez, S. B. (2023). Hemşirelerin kültürel yeterlilik ile etnik merkezcilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 26-36. <https://doi.org/10.54061/jphn.1142317>
- Uysal, H., Karakoç, B., & Kıyak, Y. (2019). Toplumun erkek hemşirelerden bakım alma hakkındaki düşünceleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 162-175. <https://doi.org/10.5336/nurses.2018-63238>
- Uzun, Ö., & Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3400-3408. <https://doi.org/10.1111/jocn.12982>

- Ünver, S., Avcıbaşı, İ. M., Özkan, Z. K., & Motör, D. (2016). Hemşirelik bölümünde okuyan erkek öğrencilerin sosyal çevrelerinde yaşadıkları sorunlar. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(6), 1636-1648.
- Üzar-Özçetin, Y. S., Tee, S., & Kargin, M. (2020). Achieving culturally competent cancer care: A qualitative study drawing on the perspectives of cancer survivors and oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101701. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101701>
- Vatandost, S., Oshvandi, K., Ahmadi, F., & Cheraghi, F. (2020). The challenges of male nurses in the care of female patients in Iran. *International Nursing Review*, 67(2), 199-207. <https://doi.org/10.1111/inr.12582>
- Verlis, K., McCaffery, K., Copp, T., Dodd, R., Laidsaar-Powell, R., & Nickel, B. (2024). Exploring the factors impacting choice and quality of overnight private hospital stays and consumer perspectives on patient reported experience measures (PREMs) in Australia: a qualitative interview study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 8(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00755-3>
- Yakar, H. K., & Alpar, Ş. E. (2018). Intercultural communication competence of nurses providing care for patients from different cultures. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1743-1755.
- Yalçın, N., & Çam, M. O. (2015). Psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakım konusundaki görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 20-36.
- Yaşar, H. A., Gürbüz, M., & Çay Şenler, F. (2020). Palyatif bakımda iletişim. Çay Şenler F, editör. *Onkolojide Palyatif Bakım*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri.
- Yazgı, Z., & Yılmaz, M. (2019). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
- Yıldırım, N., & Bulut, M. (2023). Sağlık kavramına eleştirel bakış. *Sağlık ve Toplum*, 33(2), 55-62.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, F. A. (2023). Lohusaların gebelik, doğum ve doğum sonrası bakıma ilişkin fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 258-267.
- Yılmaz, S. (2020). Türk toplumunda geleneksel tedavi yöntemlerinin faydasına inanma ve bu yöntemlere başvurma örüntüleri. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 941-953. <https://doi.org/10.48146/odusobiad.809481>
- Yılmaz, M., & Kuşuoğlu, S. (2023). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri: Bir devlet hastanesi örneği. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 205-213.

- Yılmaz, G., & Temiz, G. (2023). Hemşirelerin zaman yönetimi konusundaki başarı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 36-48. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1174760>
- Yılmaz, M. , Toksoy, S., Direk, Z. D., Bezirgan, S., & Boylu, M. (2017). Cultural sensitivity among clinical nurses: A descriptive study. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 153-161. <https://doi.org/10.1111/jnu.12276>
- Yılmaz, D., & Günay, M. A. (2022). Türkiye’de sağlık iletişimi: Sağlık çalışanları üzerine yapılmış bir araştırma. *İNİF E- Dergi*, 7(1), 75-91. <https://doi.org/10.47107/inifedergi.977601>
- Yılmaz, Ş., & Güven Özbek, G. (2021). Metaphorical perceptions of nursing students about “nurse” concept. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 4(3), 170-178. <https://doi.org/10.53493/avraysasbd.871565>
- Yip, Y. C., Yip, K. H., & Tsui, W. K. (2021). Exploring the gender-related perceptions of male nursing students in clinical placement in the Asian context: A qualitative study. *Nursing Reports*, 11(4), 881-890. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040081>
- Yorulmaz, D. S., & Karadeniz, H. (2021). Farklı kültürel uygulamaların sağlığa etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 13(2), 418-423. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-77145>
- Yorulmaz, R., & Erdem, R. (2021). Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 57-74.
- Weech-Maldonado, R., Carle, A., Weidmer, B., Hurtado, M., Ngo-Metzger, Q., & Hays, R. D. (2012). The consumer assessment of healthcare providers and systems (CAHPS®) cultural competence (CC) item set. *Medical Care*, 50(902), 22. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318263134b>
- Westendorp, J., Stouthard, J., Meijers, M. C., Neyrinck, B. A., de Jong, P., van Dulmen, S., & van Vliet, L. M. (2021). The power of clinician-expressed empathy to increase information recall in advanced breast cancer care: an observational study in clinical care, exploring the mediating role of anxiety. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1109-1115. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.02>
- Wheeler, R. M., Foster, J. W., & Hepburn, K. W. (2014). The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 350–359. <https://doi.org/10.1111/jan.12197>
- Winn, A., Hetherington, E., & Tough, S. (2018). Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *International Journal for Equity in Health*, 17, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0801-5>
- World Health Organization (WHO). (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.

- World Health Organization (WHO). (2015). WHO recommendations on health promotion interventions for maternal health and newborn health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304983/pdf/Bookshelf_NBK304983.pdf
- World Health Organization (WHO). (1948). Constitution. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240004863-ara.pdf>
- World Health Organization. (2022). Human resources for health global strategy on human resources for health: Workforce 2030. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340986>
- Zagloul, M., Mohammed, B., Abufares, N., Sandozi, A., Farhan, S., Anwer, S., ... & Bojang, M. (2024). review of Muslim patient needs and its implications on healthcare delivery. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1177/21501319241228740>
- Zhang, W. T., Zhang, G. X., Zhao, R. Z., Gao, S. S., Zhao, G., & Izquierdo, G. (2021). Eating habits of patients with multiple sclerosis in three different countries: China, Spain and Cuba. *Neurology Perspectives*, 1(3), 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.07.001>
- Zolnierek, C. D. (2014). An integrative review of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/jnu.12049>

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayşegül	Soyadı	AÇIL
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1		
2		
3		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(YÖKDİL) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

10.BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale

- Demiray, A., Kuzyaka, İ., Açıl, A., & İlaslan, N. (2020). Enteral beslenen yoğun bakım hastalarının beslenme süreci ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 289-296. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.599143>
- Demiray, A., Kızıltepe, S. K., İlaslan, N., & Açıl, A. (2020). The effect of high-fidelity simulation in improving the physical examination skills of nursing students. *International Journal of Nursing*, 7(1), 8-17. <https://doi.org/10.15640/ijn.v7n1a2>
- Demiray, A., Kızıltepe, S. K., Açıl, A., & İlaslan, N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 18(1), 10-17. <https://doi.org/10.5152/jern.2021.68878>
- Açıl, A., & Keçeci, A. (2022). Hemşirelik eğitiminde bir simülasyon oyunu:“Klinik”. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(2), 328-332. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1067777>
- İlaslan, N., Açıl, A., Kızıltepe, S. K., & Demiray, A. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin pandemi sürecinde uzaktan tamamlanan mesleki bir dersin uygulama telafisine ilişkin görüşleri. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 12(2), 436-444. <https://doi.org/10.5961/higheredusci.1103917>
- Çakar, M., Açıl, A., İlaslan, N., & Şişman, N. Y. (2023). Turkish adaptation of Nursing Students Competence Instrument. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 13(2), 348-355. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1115288>
- Demiray, A., İlaslan, N., Kızıltepe, S. K., & Açıl, A. (2023). Web-based standardized patient simulation for taking anamnesis: an approach in nursing education during the pandemic. *BMC Nursing*, 22(1), 325. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01486-4>
- Akkaş, Ö. A., Açıl, A., Bozkurt, F. D., & Eker, F. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık bakımında bilgisayar kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 579-592. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.1282978>
- Açıl, A., & Karabacak, B. G. (2024). Hemşirelik öğrencilerinin kültürel farkındalık, kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 21(2), 108-128. <https://doi.org/10.14687/jhs.v21i2.6429>

Demiray, A., & Açıl, A. (2024). Using a board game to learn a physical assessment course in nursing education: A Randomized Controlled Study. *Journal of Nursology*, 27(3), 259-267. <https://doi.org/10.17049/jnursology.1428436>

Açıl, A., & Keçeci, A. (2024). Effect of a simulation game on nursing students' reflective thinking skills: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 23(1), 704. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02228-w>

Kitap Bölümü

Açıl, A., & Çakar, M. (2023). Afetlerden sonra sağlıklı, dayanıklı ve sürdürülebilir toplumların oluşturulmasında hemşirelerin rolü. In S. Torun, & O. Bilgin (Eds.), *Sağlık ve bilim: Sağlık ve hemşirelikte yönetim* (pp.111-122). Efe Akademi Yayınları.

Keçeci, A., Açıl, A. (2023). Öğrenme kuramlarını sağlık bakım alanına uygulama. In A. Keçeci, & B. Işık (Eds.), *Eğitimci olarak hemşire* (pp.69-111). Nobel Tıp Kitabevi.

Açıl, A., & Çakar, M. (2023). Afet yönetiminde hemşirelerin sorumlulukları ve yeterlilikleri. F. Özbaş, H. Akgül, & Z. Selamoğlu (Eds.), *Sağlık Bilimlerinde Uluslararası Çalışmalar-II* (pp.185-199). Serüven Yayınevi.

Bildiri (Poster veya Sözel)

Çakar, M., Açıl, A., İlaslan, N., & Yıldırım, N. (2021). *Hemşirelik öğrencileri yeterlilik ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması* [Bildiri sunumu]. 2.Uluslararası 3.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Çevirim içi kongre. <https://halkhemder.org.tr>

Açıl, A., & Gülseven Karabacak, B. (2023). *Hemşirelerin kültüre duyarlı hemşirelik bakımına yönelik görüş ve deneyimleri* [Bildiri sunumu]. 4.Uluslararası 7.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Çevirim içi kongre. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/6453/3604>

Proje

Keçeci, A., Demiray, A., Keskin Kızıltepe, S., Açıl, A., & İlaslan, N. Taburculuğun planlanması ve eğitiminde “ideal standartların” simülasyon yöntemi ile kazandırılması ve etkinliği. Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü (DÜBAP), 2021-2024.

Demiray, A., Keçeci, A., Keskin Kızıltepe, S., Açıl, A., & İlaslan, N. Gelişmiş simülasyon eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin stoma bakımı bilgi ve becerilerine etkisi. Düzce Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (DÜBAP), 2021-2024.

EKLER

EK-1. Görüşme Soruları için Uzman Görüşüne Başvurulan Uzmanların Listesi

EK-2. Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Sorularının Kapsam Geçerlilik İndeksi

EK-3. Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Soruları-Kapsam Geçerlilik İndeksi

EK-4. Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi

EK-5. Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi

EK-6. Ölçek Madde Havuzu

EK-7. Ölçek Maddeleri İçin Uzman Görüşüne Başvurulan Uzmanlar

EK-8. Uzman Görüşü Sonrasında Oluşturulan Taslak Ölçek

EK-9. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği

EK-10. Etik Kurul Onayı

EK-11. Kurum İzni

EK-12. Nitel Görüşmeler için Bilgilendirilmiş Onam (Hemşireler için)

EK-13. Nitel Görüşmeler için Bilgilendirilmiş Onam (Hastalar için)

EK-14. Araştırmanın Nicel Aşaması için Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Onam

EK-15. Araştırmacının Tez Konusu ile İlgili Katıldığı Eğitimler

EK-1. Görüşme Soruları için Uzman Görüşüne Başvurulan Uzmanların Listesi

Uzman	
Prof.Dr. Şule Ecevit ALPAR	Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ayla KEÇECİ	Düzce Üniversitesi, Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ayşe ERGÜN	Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Ayşe DEMİRAY	Düzce Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doç. Dr. Gülten KARAHAN OKUROĞLU	Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doç.Dr. Hatice KARABUĞA YAKAR	Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr.Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ	Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK	İstanbul Arel Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Selin KESKİN KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

EK-2. Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Sorularının Kapsam Geçerlilik İndeksi

Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Soruları	KGİ
Soru 1: Kültür kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?	0,90
Soru 2: Özelliklerini taşıdığınızı düşündüğünüz, sizi tanımlayan kültürel bir kimliğiniz var mı? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	1,00
Soru 2: Kültürel inanç ve değerleriniz sağlığı sürdürme/hastalık ile başa çıkmanızı nasıl etkiler? En iyi ne işe yarar? Sizce hangi uygulamalar yararlı değildir? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	1,00
Soru 3: Kültüre duyarlı bakım kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?	1,00
Soru 4: Hastanın kültürel özelliklerinin tanınması esnasında hangi özelliklerini ele alırsınız?	1,00
Soru 5: Kültürün/kültürel uygulamaların bakım verdiğiniz hastalarda etkisini nasıl değerlendirirsiniz?	0,90
Soru 5- Alternatif: Hemşirelik bakım planı hazırlarken hastaların kültürü ve kültürel uygulamalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	0,70
Soru 6: Kültürün/kültürel uygulamaların bakım verdiğiniz hastalarda etkisini nasıl değerlendiriyorsunuz?	0,90
Soru 6- Alternatif: Bakım verdiğiniz hastalarda kültürün ya da kültürel uygulamaların olumlu/olumsuz etkisi var mıdır, bunları açıklayabilir misiniz?	1,00
Soru 7: Bakım verdiğiniz hastalarınız ile uyumlu olduğunu düşündüğünüz kültürel değerleriniz nelerdir?	1,00
Soru 8: Kültürel olarak farklılık gösteren hastalara bakım verirken zorlandığınız bir durum oldu mu? Açıklayabilir misiniz?	1,00
Soru 8- Alternatif: Farklı bir kültürden olan hastanıza kültüre duyarlı hemşirelik bakımı verdiğiniz bir olayı kısaca tanımlar mısınız?	0,80
Soru 8- Alternatif: Hastanızın kültürüne dayalı olarak sağlığı sürdürmeye/kazanmaya yönelik uygulamalarından hiç rahatsızlık duyduğunuz oldu mu? Hastanın size rahatsızlık veren davranışı neydi?	0,50
Soru 9: Kültürel farklılıkları olan hastalarla iletişim kurmanızı etkileyen faktörler nelerdir? Sizce bu yönde geliştirilmesi gereken hemşirelik becerileri nelerdir?	1,00
Soru 10: Sizce hemşireler için kültüre duyarlı bakım uygulama ilkeleri/standartları neler olmalıdır?	0,90
Soru 11: Kültüre duyarlı hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?	0,90
Soru 12: Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı sunulabilmesi için kurumunuzun olanaklarını/desteklerini nasıl değerlendirirsiniz?	0,70
Soru 12-Alternatif: Kurumunuzun kültüre duyarlı hemşirelik bakımını destekleyen/zorlaştıran yönleri nelerdir?	1,00

EK-3. Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Sorularının Kapsam Geçerlilik İndeksleri

Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Soruları	KGİ
Soru 1: Kültür kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?	0,50
Soru 1: Kültürel geçmişinizi bana açıklayabilir misiniz? Nerede doğdunuz ve nerelerde yaşadınız? Siz ya da aileniz Düzce dışında farklı yerlerde yaşadınız mı? (Tanımlayıcı sorulara dahil edilmiştir)	0,90
Soru 2: Sağlık ve hastalık siz ve kültürünüz için ne anlama gelmektedir, açıklayabilir misiniz?	1,00
Soru 3: Kültürün sağlık davranışlarınız üzerindeki etkisini nasıl değerlendirirsiniz?	0,90
Soru 4: Kültürünüze özgü iyileştirici ve bakım uygulamalarına örnek verebilir misiniz?	0,90
Soru 4- Alternatif: Kültürel özelliklerinizin bakım ve tedavi uygulamalarına dahil edilmesini ister misiniz?	0,70
Soru 5: Kültürel özelliklerinizin bakım ve tedavi uygulamalarına dahil edilmesini ister misiniz?	1,00
Soru 6: Size bakım verirken hemşirelerin bilmeleri gereken en önemli kültürel değerleriniz ve uygulamalarınız nelerdir?	0,90
Soru 6-Alternatif: Hastaneye yatma deneyiminizi değerlendirdiğinizde hemşireler bakımınızla ilgili kararlara kültürel değerlerinizi istediğiniz kadar dahil etti mi?	0,60
Soru 6-Alternatif: Hemşirelerin kültürel inanç ve değerleriniz ile ilgili herhangi bir davranışınıza ilişkin size haksızlık ettiğini/saygısız davrandığını hissettiniz mi? Açıklayabilir misiniz?	0,70
Soru 7: Kültürünüze uygun hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?	0,90
Soru 7-Alternatif: Hastanede size verilen hemşirelik bakım uygulamalarından hangilerine kültürel açıdan önem veriyorsunuz?	0,70
Soru 8: Hastanede sunulan bakımda hemşireler sizinle aynı kültürel geçmişe sahip hastalara daha iyi bakım vermek için neler yapabilir?	0,80
Soru 9: Hastanede sizin bakımınızla ilgilenen hemşireniz kültürünüze duyarlı olduğunu ve Abaza/Manav/Kürt/Laz/Çerkez olarak size saygı duyduğunu göstermek için neler yapabilir?	0,90
Soru 9-Alternatif: Hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamaları sırasındaki hangi davranışları sahip olduğunuz kültüre duyarlı/saygılı olduklarını gösterir/düşündürür?	0,70
Soru 10: Bireylerin kültürel özelliklerinin tedavi ve bakım uygulamalarına dahil edildiği bir sağlık bakım ortamı sizce hangi özellikleri taşımalıdır?	0,90

EK-4. Hemşireler için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi

Tarih:

Katılımcı No:

GİRİŞ

Merhaba. Benim adım Ayşegül Açıl. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde araştırma görevlisiyim. Öncelikle araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Bu görüşmede soruların rehberliğinde kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin düşüncelerinizi, gözlemlerinizi, deneyimlerinizi rahatlıkla ve açık olarak belirtmenizi rica ediyorum. Bu araştırmada ortaya çıkacak sonuçların daha sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken, isminiz araştırma raporunda yer almayacak, takma isimler ya da rumuzlar kullanılacaktır. Başlamadan önce, bu söylediklerim ile ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünceniz ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Görüşmeyi izin verirsiniz kayıt altına almak istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?

Bu görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

Bazı Tanımlayıcı Bilgiler

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet:.....
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
4. Yaşadığınız yer? Ne kadar süredir burada yaşıyorsunuz?
5. Kurumda çalışma yılı/toplam çalışma yılınız nedir?
6. Hangi klinikte çalışıyorsunuz?
7. Özelliklerini taşıdığınızı düşündüğünüz, sizi tanımlayan kültürel bir kimliğiniz var mı?
8. Kültürel inanç ve değerleriniz sağlığı sürdürme/hastalık ile başa çıkmanızı nasıl etkiler? En iyi ne işe yarar? Sizce hangi uygulamalar yararlı değildir?

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Kültüre duyarlı bakım kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?
2. Hastanın kültürel özelliklerinin tanılanması esnasında hangi özelliklerini ele alırsınız?
3. Kültürün/kültürel uygulamaların bakım verdiğiniz hastalarda etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
4. Bakım verdiğiniz hastalarda kültürün ya da kültürel uygulamaların olumlu/olumsuz etkisi var mıdır, bunları açıklayabilir misiniz?

5. Bakım verdiğiniz hastalarınız ile uyumlu olduğunı düşündüğünüz kültürel değerleriniz nelerdir?
6. Kültürel olarak farklılık gösteren hastalara bakım verirken zorlandığınız bir durum oldu mu? Açıklayabilir misiniz?
7. Kültürel farklılıkları olan hastalarla iletişim kurmanızı etkileyen faktörler nelerdir? 16. Sizce bu yönde geliştirilmesi gereken hemşirelik becerileri nelerdir?
8. Sizce hemşireler için kültüre duyarlı bakım uygulama ilkeleri/standartları neler olmalıdır?
9. Kültüre duyarlı hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?
10. Kurumunuzun kültüre duyarlı hemşirelik bakımını destekleyen/ zorlaştıran yönleri nelerdir?

KAPANIŞ

Benim araştırma kapsamında size yönelteceğim sorular bu kadar. Eklemek istediğiniz, eksik kaldığını düşündüğünüz herhangi bir şey var mı? Şimdiye kadarki soruları ve cevaplarınızı hızlı bir şekilde gözden geçirelim. Vakit ayırdığınız ve görüşleriniz için tekrar teşekkür ederim.

EK-5. Hastalar için Kültüre Duyarlı Bakımı Değerlendirme Görüşme Rehberi

Tarih:

Katılımcı No:

GİRİŞ

Merhaba. Benim adım Ayşegül Açıl. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde araştırma görevlisiyim. Öncelikle araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Bu görüşmede soruların rehberliğinde kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin düşüncelerinizi, gözlemlerinizi, deneyimlerinizi rahatlıkla ve açık olarak belirtmenizi rica ediyorum. Bu araştırmada ortaya çıkacak sonuçların daha sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken, isminiz araştırma raporunda yer almayacak, takma isimler ya da rumuzlar kullanılacaktır. Başlamadan önce, bu söylediklerim ile ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünceniz ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Görüşmeyi izin verirsiniz kayıt altına almak istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?

Bu görüşmenin yaklaşık bir saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

Bazı Tanımlayıcı Bilgiler

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet:.....
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
4. Yaşadığınız yer? Ne kadar süredir burada yaşıyorsunuz?
5. Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz? Daha önce hastanede yattınız mı?
6. Tanınız nedir? Ne şikayetle hastanede yatıyorsunuz?
7. Kültürel geçmişinizi bana açıklayabilir misiniz? Nerede doğdunuz ve nerelerde yaşadınız? Siz ya da aileniz Düzce dışında farklı yerlerde yaşadınız mı?

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Kültür kavramı sizin için ne anlam ifade etmektedir, açıklayabilir misiniz?
2. Sağlık ve hastalık siz ve kültürünüz için ne anlama gelmektedir, açıklayabilir misiniz?
3. Kültürün sağlık davranışlarınız üzerindeki etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
4. Kültürünüze özgü iyileştirici ve bakım uygulamalarına örnek verebilir misiniz?
5. Kültürel özelliklerinizin bakım ve tedavi uygulamalarına dahil edilmesini ister misiniz?
6. Size bakım verirken hemşirelerin bilmeleri gereken en önemli kültürel değerleriniz ve uygulamalarınız nelerdir?
7. Kültürünüze uygun hemşirelik bakımının hangi özellikleri taşıması gerektiğini düşünüyorsunuz?

8. Hastanede sunulan bakımda hemşireler sizinle aynı kültürel geçmişe sahip hastalara daha iyi bakım vermek için neler yapabilir?
9. Hastanede sizin bakımınızla ilgilenen hemşireniz kültürünüze duyarlı olduğunu ve Abaza/Manav/Kürt/Laz/Çerkez olarak size saygı duyduğunu göstermek için neler yapabilir?
10. Bireylerin kültürel özelliklerinin tedavi ve bakım uygulamalarına dahil edildiği bir sağlık bakım ortamı sizce hangi özellikleri taşımalıdır?

KAPANIŞ

Benim araştırma kapsamında size yönelteceğim sorular bu kadar. Ekleme istediğiniz, eksik kaldığını düşündüğünüz herhangi bir şey var mı?

Şimdiye kadarki soruları ve cevaplarınızı hızlı bir şekilde gözden geçirelim.

Vakit ayırdığınız ve görüşleriniz için tekrar teşekkür ederim.



EK-6. Ölçek Madde Havuzu

Altboyutlar	Maddeler
Kültürü tanıma	Hemşire bakım verdiği hastanın hangi kültürden olduğunu bilir. Hastalar kendilerine bakım veren hemşirelerin kültürünü bilmek ister./Hemşirelere, kendilerinin hangi kültürden olduğu ile ilgili sorular sorarım. Hemşirelerin kültürel değerlerim ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğuna inanıyorum. Daha iyi tanıyana kadar farklı kültürden bir hemşireye güvenmem. Hemşireler kültürüm ve kültürel özelliklerim ile ilgili sorular sorar. Hemşireler bakım verdikleri her hastanın kültürü hakkında bilgi sahibi olmalıdır./Bakımında yer alan tüm hemşireler kültürüm ile ilgili bilgi sahibidir. Hemşireler kendi kültürü ve hastanın kültürü arasındaki benzer ve farklı yönleri ilişkin farkındalığa sahiptir. Hastanın sağlığına olumsuz etki eden kültürel uygulamaları belirlemek hemşirenin sorumluluğudur./Hemşireler sağlığıma olumsuz etkileyebilecek kültürelme özgü uygulamaların farkındadır. Hemşireler farklı kültüre sahip hastaların kültürel özelliklerini öğrenmeye isteklidir. Hemşireler sağlık ve hastalığın benim için ne anlama geldiğini sorar. Aynı kültürden hasta ve hemşireler benzer davranışlar gösterir. Hemşireler hastanın kültürel geçmişi hakkında bilgi edinir./Hemşireler kültürel geçmişim ile ilgili sorular sorar.
Kültürel kimliğe saygı	Hemşireler bakım verdiği hasta hangi kültürden olursa olsun hastanın kültürüne saygı gösterir Hemşireler farklı kültürden hastaların değer ve inançlarına saygı gösterir. Hemşireler farklı kültürden hastaların davranış biçimlerine saygı gösterir. Hemşirelerin benim ve ailem ile bakımım hakkında fikir alışverişinde bulunmaması, kültürel özelliklerime/değerlerime saygı duymadıklarını gösterir. Hemşireler bakım verdikleri hastaların kültürü kaynaklı olumsuz davranışlarına hoşgörü gösterir. Kültürel değerlerimi eleştiren bir hemşirenin bana bakım vermesini istemem. Hemşireler, kültürel kimliğimi (Abaza, Çerkez, Laz, Kürt gibi) ifade edebilmem için imkan sağlar. Hemşireler hastaların kültürel özelliklerine önem verdiklerini hissettirir.
Bakımda Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar	Hemşireler bakım sırasında hastanın mahremiyetine özen gösterir. Hemşireler hastalığım ya da tedavim ile ilgili açıklama yapacağı zaman anlamını bilmediğim tıbbi terimler kullanır./anlayabileceğim bir dil ile açıklama yapar. Hastalar manevî gereksinimlerini (ibadet, dua etme) hastane ortamında karşılayabilir. Bakım ve tedavi sürecinde aile veya destek sistemleri bakıma dahil edilir. Hemşire hasta ile ilgili önemli karar süreçlerinde kültürel aile yapısına uygun olarak aile üyeleri (eş, anne, baba ve diğer) ile gerekli iletişimi sağlar. Bana bakım veren hemşireler sağlığıma veya bakımıma ilişkin önemli kararların/sağlıkla ilgili kararların kimlere danışılacağını sorar.

	Hemşireler iyileşme süresinin hastalar için endişe verici olup olmadığını bilmek ister.
	Hemşireler bakım ve fizik muayene sırasında bana dokunması gerektiğinde rahatsızlık hissedip hissetmeyeceğini sorar.
	Hemşireler bakım ve tedavi uygulamaların dini gereksinimlerimi etkilemeyecek şekilde planlar.
	Hastalar kendilerine bakım verecek hemşirelerin kendileri ile aynı cinsiyette olmasını tercih eder.
	Hemşireler hastaların ölüm sürecinde kültürel değer ve inançlarına uygun ritüellerin/törenlerin/ibadetlerin gerçekleştirilmesi için çaba gösterir.
Önyargısız yaklaşım	Hemşireler kültürel geçmişi farklı olan hastalara daha az sabırlı davranır.
	Hemşireler kendi kültürlerinin benim kültürümden daha üstün olduğunu düşünür.
	Hastanın ve ailesinin kültürünü ve geçmişini öğrenmek hastayı iyileştirmede önemli değildir.
	Hemşireler tüm hastalara eşit davranır.
	Hemşirelerin bazı hastaların kültürlerine yönelik önyargıları olduğunu düşünürüm.
	Hemşire ile hasta arasında kültürel farklılıklardan dolayı gerginlik yaşanabilir.
	Hemşireler farklı kültürden hastaya bakım verirken kendilerini hastanın yerine koyarak davranmalıdır.
	Hemşireler kendi kültüründen hastalara bakım verirken daha duyarlı davranır./Benimle aynı kültürden hemşireler bana bakım verirken daha duyarlı davranır.
	Hemşireler kendilerinden farklı kültürlere sahip bireylere ön yargılı davranır.
Kültürlerarası etkileşimde güven	Hemşireler hastalık ve tedavi ile ilgili süreçleri bana anlayabileceğim bir şekilde açıklar.
	Hemşireler farklı kültürden hastalar ve aileleri ile güvene dayalı bir ilişki kurar.
	Hastalar kendileri ile aynı kültürden olan hemşireler ile daha samimi bir ilişki kurar.
	Hemşireler farklı kültürden hastalar ve aileleri ile iletişim engellerini nasıl azaltacağını bilir.
	Hastalar kültürleri ile ilgili sorun yaşadıklarını ilettiklerinde hemşireler bu sorunları çözmeye çalışır.
	Hemşireler hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili beklentilerini ifade etmelerini destekler./Hemşireler hemşirelik bakımından ne beklediğini açıklamama fırsat sağlar.
	Hastalara bakım veren hemşirelerin değişmesi hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkilemez./ Hastaya farklı hemşireler tarafından bakım verilmesi bakımı olumsuz etkilemez.
	Hemşireler farklı kültürden hastalarla iletişim kurmak için isteksiz davranır.
	Hemşire farklı kültürden hasta ile iletişim kurarken ses tonu, hitap şekli gibi sözel davranışlarını hastanın kültürüne göre ayarlar.
Kültüre duyarlı bakımı sürdürme	Hemşireler farklı kültüre mensup hastalarına bakım ve tedavileri ile ilgili rehberlik sağlar.
	Bakım ve tedavi uygulamaları hasta ve ailesinin kültürel değerleri ile çatışma halinde ise/uyumlu değilse verilen hemşirelik bakımı başarılı olmaz.
	Hemşireler kültürel sağlık uygulamaları ve alternatif tedavi seçeneklerine karar vermede hastaların düşüncelerine önem verir.
	Bakım verirken hastanın bulunduğu fiziksel ortamı kültürel değerlerine uygun olarak düzenlemek hemşirenin sorumluluğudur.

	Hemşireler farklı kültürden hastaların bakım ve tedavi uygulamaları için daha fazla zaman ayırır.
	Hemşire hastanın beslenme alışkanlıklarının, yiyeceklerin hazırlanmasının ve tüketilmesinin kültürüne göre farklılık gösterdiğinin farkındadır.
	Hemşirelik bakımında hastalar kültürlerine uygun olmayan durumları ifade edebilir.
	Hemşireler hastanın kültürel değerleri ile ayrılan bakım ve tedavi uygulamalarının farkındadır.
	Hemşireler hastaların sağlığa zararlı olmayan kültürel uygulamalarını destekler.
	Hemşire hastanın sağlığına zararlı olan kültürel uygulamalara engel olur.
	Hemşireler hastanın kültürel inançlarından dolayı tedaviye direnç gösterdiği durumlar ile karşılaşabilir.
Kültüre duyarlı bakımı destekleme	Hemşireler hizmet verdikleri toplumdaki ileri gelen kişilerden o toplumun kültürel ihtiyaç ve tercihlerine ilişkin bilgi alır.
	Hemşireler hizmet verdikleri coğrafi bölgedeki kültürel ve etnik açıdan çeşitlilik gösteren bireylerin sağlık sorunları hakkında güncel bilgilere sahiptir.
	Hemşireler farklı kültürden hastalara bakım verme ile ilgili eğitimlere katılır.
	Hastanın kültüre duyarlı bakım alması bakıma yönelik memnuniyetini etkiler.
	Sağlık kurumlarında sunulan sağlık bakım hizmetleri hastanın kültürel özelliklerine dikkat edilerek düzenlenir.
	Sağlık kurumlarında rutin uygulama ve kurallar (yemek, ziyaret, tedavi vb.) hasta tercihlerine göre bireyselleştirilir.
	Sağlık kurumlarında her kültürden hemşire bulunmalıdır.

EK-7. Ölçek Maddeleri için Uzman Görüşüne Başvurulan Uzmanlar

Uzman	
Prof.Dr. Şule Ecevit ALPAR	Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Prof.Dr. Ayla KEÇECİ	Düzce Üniversitesi, Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı
Doç.Dr. Ayşe DEMİRAY	Düzce Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doç.Dr. Nuriye YILDIRIM	Düzce Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK	İstanbul Arel Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN	Karabük Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Selin KESKİN KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ	Düzce Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Araş.Gör.Dr. Merve ÇAKAR	Düzce Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Araş.Gör. İbrahim KAVASLAR (Hemşirelikte Yönetim Doktora Öğrencisi)	Düzce Üniversitesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Uzman Hemşire Canberk AKDENİZ (Hemşirelik Esasları Doktora Öğrencisi)	HEPSEN Yönetim Kurulu

EK-8. Uzman Görüşü Sonrasında Oluşturulan Taslak Ölçek

Altboyut	Madde	Ölçek maddesi
Kültürü Tanıma	Madde 1	Hemşireler hangi kültürden olduğumu bilir.
	Madde 2	Hemşireler kültürümü ve kültürel özelliklerimi öğrenmeye isteklidir.
	Madde 3	Bana bakım veren hemşirelerin kültürünü bilmek istediğimde hemşireler bu isteğime anlayış gösterir.
	Madde 4	Hemşirelerin kültürel değerlerim ile ilgili yeterli bilgisi vardır.
	Madde 5	Hemşireler kültürüm ve kültürel özelliklerim ile ilgili sorular sorar.
	Madde 6	Bakımda yer alan tüm hemşireler kültürüm ile ilgili bilgi sahibidir.
	Madde 7	Hemşireler, sağlığımı olumsuz etkileyebilecek kültürüme özgü uygulamaların farkındadır.
	Madde 8	Hemşirelere, kendilerinin hangi kültürden olduğu ile ilgili sorular sorarım.
	Madde 9	Hemşireler sağlık ve hastalığın benim için ne anlama geldiğini sorar.
	Madde 10	Hemşireler kültürel geçmişim ile ilgili sorular sorar.
Kültürel Kimliğe Saygı	Madde 11	Kültürel değerlerime saygı göstermeyen bir hemşirenin bana bakım vermesinden rahatsızlık duyarım.
	Madde 12	Hemşireler, kültürel kimliğimi (Abaza, Çerkez, Laz, Kürt gibi) ifade edebilmem için imkan sağlar.
	Madde 13	Hemşirelerin kültürel özelliklerime önem verdiklerini hissedirim.
Bakımda Kültüre Dayalı Tercihler/Davranışlar	Madde 14	Bakımım sırasında hemşireler kültürel özelliklerim doğrultusunda mahremiyetime özen gösterir.
	Madde 15	Hemşireler hastalık, tedavi ve bakım sürecime ilişkin anlayabileceğim bir dil ile açıklama yapar.
	Madde 16	Hemşireler manevi ve dini gereksinimlerimi (ibadet, dua vb.) hastanede karşılayabilmem için destek olur.
	Madde 17	Hemşireler, bakım ve tedavi sürecinde ailem ve yakınlarımı bakıma dahil eder.
	Madde 18	Sağlığım ile ilgili önemli kararların verilmesinde hemşireler ailem (eş, anne, baba ve diğer) ile gerekli iletişimi sağlar.
	Madde 19	Bana bakım veren hemşireler sağlığıma veya bakımıma ilişkin kararlarla ilgili kimlere danışacağımı sorar.
	Madde 20	Hemşireler iyileşme süresinin benim için endişe verici olup olmadığı konusunda benimle konuşur.
	Madde 21	Bakım ve tedavi süreçleri hemşireler tarafından dini/manevi uygulamalarımı etkilemeyecek şekilde planlanır.
	Madde 22	Hemşireler benimle aynı cinsiyetten olan bir hemşirenin bana bakım vermesini istediğimde anlayışla karşılar.
Önyargısız Yaklaşım	Madde 23	Hemşireler kendi kültürlerinin benim kültürümden daha üstün olduğunu düşünür.
	Madde 24	Hemşireler tüm hastalara eşit davranır.
	Madde 25	Hemşireler bana bakım verirken kendilerini benim yerime koyar.
	Madde 26	Benimle aynı kültürden hemşireler bana bakım verirken daha duyarlı davranır.
	Madde 27	Benimle aynı kültürden olmayan hemşireler bana ön yargılı yaklaşır.
Kültürlerarası Etkileşimde Güven	Madde 28	Benimle aynı kültürden olan hemşireler ile daha samimi bir ilişki kurarım.
	Madde 29	Benimle aynı kültürden olmayan bir hemşire ile iletişim sorunları yaşarım.
	Madde 30	Kültürel inançlarımdan dolayı bir sorun yaşadığımda, hemşireler bu sorunu çözmeye çalışır.
	Madde 31	Hemşireler hemşirelik bakımından ne beklediğimi açıklamama fırsat sağlar.
	Madde 32	Bana bakım veren hemşirelerin değişmesi bakımımı olumsuz etkilemez.

	Madde 33	Hemşireler iletişim esnasında ses tonu, hitap şekli gibi sözel davranışlarını benim kültürüme göre ayarlar.
	Madde 34	Hemşireler, bana nasıl hitap edilmesini istediğime yönelik tercihim sorar.
Kültüre Dayalı Bakımı Sürdürme	Madde 35	Benimle aynı kültürden olmasa bile, hemşireler bana bakım ve tedavilerim ile ilgili rehberlik sağlar.
	Madde 36	Hemşireler kültürel sağlık uygulamaları ve alternatif tedavi seçenekleri ile ilgili benim ne düşündüğümü sorar.
	Madde 37	Bana bakım verirken hemşireler, fiziksel ortamı kültürel değerlerime uygun olarak düzenler.
	Madde 38	Hemşireler, beslenme alışkanlıklarımın, yiyeceklerin hazırlanmasının ve tüketilmesinin kültürüme göre farklılık gösterdiğinin farkındadır.
	Madde 39	Hemşireler, bakım verirken kültürüme uygun olmayan durumları ifade etmeme imkan sağlar.
	Madde 40	Hemşireler kültürel değerlerim ile ters düşen bakım ve tedavi uygulamalarını fark eder.
	Madde 41	Hemşireler, sağlığıma zararlı etkisi olmayan kültürel uygulamalarımı destekler.
Kültüre Duyarlı Bakımı Destekleme	Madde 42	Hemşirelerin hizmet verdikleri toplumun kültürel ihtiyaç ve tercihlerine ilişkin bilgi sahibi olmasını isterim.
	Madde 43	Hemşirelerin kültürüme uyumlu bakım vermesi beni memnun eder.
	Madde 44	Hemşireler kültüre duyarlı bir sağlık bakım hizmeti sunulması için diğer sağlık profesyonelleri ile (doktor, diyetisyen vb.) işbirliği sağlar.
	Madde 45	Bana bakım veren hemşireler hastanedeki rutin uygulama ve kuralların (yemek, ziyaret, tedavi vb.) kültürel tercihlerime göre bireyselleştirilmesi için çaba gösterir.
	Madde 46	Bakım ve tedavimin sağlandığı serviste her kültürden hemşire bulunur.

EK-9. Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısı Ölçeği

Bu ölçeğin amacı hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımına yönelik değerlendirmelerini belirlemektir. Hastaların sunulan hemşirelik bakımının kültürleri ile uygunluğunu değerlendirmelerini dereceli olarak ifade edebilmeleri için beşli likert ölçeği (5=Her zaman, 4=Çok sık, 3=Sıklıkla, 2=Nadiren, 1=Hiçbir zaman) kullanılmıştır. Ölçek 5 altboyut ve 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Kültürü tanıma alt boyutu 4 madde (Madde 1, Madde 2, Madde 3, Madde 4), Kültürel bilgi alt boyutu 3 madde (Madde 5, Madde 6, Madde 7), Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar alt boyutu 4 madde (Madde 8, Madde 9, Madde 10, Madde 11), Kültürel önyargı alt boyutu 3 madde (Madde 12, Madde 13, Madde 14), Kültürel bakımı sürdürme alt boyutu 7 maddeden (Madde 15, Madde 16, Madde 17, Madde 18, Madde 19, Madde 20, Madde 21) oluşmaktadır. Ölçekte Madde 12, Madde 13, Madde 14 ters kodlanmakta olup, ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 105'tir. Ölçekten alınan puanın artması hastaların kültüre duyarlı hemşirelik bakımını olumlu algıladıklarını göstermektedir.

Aşağıdaki ifadelerde yer alan tutum ve davranışların hemşireler tarafından ne kadar sıklıkla gerçekleştirildiğini düşünüyorsunuz?					
Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Çok sık	Her zaman
Kültürü tanıma					
1. Hemşireler kültürümü ve kültürel özelliklerimi öğrenmeye isteklidir.					
2. Hemşireler kültürüm ve kültürel özelliklerim ile ilgili sorular sorar.					
3. Hemşireler, sağlığımı olumsuz etkileyebilecek kültürüme özgü uygulamaların farkındadır.					
4. Hemşireler sağlık ve hastalığın benim için ne anlama geldiğini sorar.					
Kültürel bilgi					
5. Hemşirelerin kültürel değerlerim ile ilgili yeterli bilgisi vardır.					
6. Bakımda yer alan tüm hemşireler kültürüm ile ilgili bilgi sahibidir.					
7. Hemşireler, kültürel kimliğimi (Abaza, Çerkez, Laz, Kürt gibi) ifade edebilmem için imkan sağlar.					
Bakımda kültüre dayalı tercihler/davranışlar					
8. Hemşireler manevi ve dini gereksinimlerimi (ibadet, dua vb.) hastanede karşılayabilmem için destek olur.					
9. Bana bakım veren hemşireler sağlığıma veya bakıma ilişkin kararlarla ilgili kimlere danışacağını sorar.					

10.Hemşireler iyileşme süresinin benim için endişe verici olup olmadığı konusunda benimle konuşur.					
11.Bakım ve tedavi süreçleri hemşireler tarafından dini/manevi uygulamalarımı etkilemeyecek şekilde planlanır.					
Kültürel önyargı					
12.Hemşireler kendi kültürlerinin benim kültürümden daha üstün olduğunu düşünür.					
13.Benimle aynı kültürden olmayan hemşireler bana ön yargılı yaklaşıp.					
14.Benimle aynı kültürden olmayan bir hemşire ile iletişim sorunları yaşarım.					
Kültürel bakımı sürdürme					
15.Benimle aynı kültürden olmasa bile, hemşireler bana bakım ve tedavilerim ile ilgili rehberlik sağlar.					
16.Bana bakım verirken hemşireler, fiziksel ortamı kültürel değerlerime uygun olarak düzenler.					
17.Hemşireler, bakım verirken kültürüme uygun olmayan durumları ifade etmeme imkan sağlar.					
18.Hemşireler kültürel değerlerim ile ters düşen bakım ve tedavi uygulamalarımı fark eder.					
19.Hemşireler, beslenme alışkanlıklarımın, yiyeceklerin hazırlanmasının ve tüketilmesinin kültürüme göre farklılık gösterdiğinin farkındadır.					
20.Hemşireler kültüre duyarlı bir sağlık bakım hizmeti sunulması için diğer sağlık profesyonelleri ile (doktor, diyetisyen vb.) işbirliği sağlar.					
21.Bana bakım veren hemşireler hastanedeki rutin uygulama ve kuralların (yemek, ziyaret, tedavi vb.) kültürel tercihlerime göre bireyselleştirilmesi için çaba gösterir.					

EK-10. Etik Kurul Onayı



EK-10. Etik Kurul Onayı (Devam)





EK-12. Nitel Görüşmeler için Bilgilendirilmiş Onam (Hemşireler için)

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması'dır. Araştırmanın amacı sağlık bakım merkezlerinde hemşirelerin ve bakım ve tedavi gören hastaların kültürel duyarlı bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenerek, hastalar tarafından kültürel duyarlı bakımı değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirilmesidir. Bu kapsamda araştırmanın birinci aşamasında hemşireler ve hastalar ile bireysel yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilecektir. Araştırmada sizlerden beklenen belirlenen tarih ve saatlerde araştırmacı ile görüşme yapmak üzere hazır bulunmanızdır. Araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 60 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 20 kişidir. Bu araştırma ile ilgili olarak planlanan görüşme oturumuna katılım sağlamak ve görüşme sırasında size yöneltilen soruları yanıtlamanız sizin sorumluluğunuzdur.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda no.lu telefondan Araş. Gör. Ayşegül Açıl'a başvurabilirsiniz.

Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tüm bilgiler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde verdiğiniz bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait verdiğiniz bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bu araştırma kapsamında bana yöneltilen sorulara verdiğim yanıtların gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması isimli araştırma kapsamında alınan kişisel bilgilerimin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Ayşegül AÇIL Görevi: Araştırma Görevlisi Adresi:
---	---

EK-13. Nitel Görüşmeler için Bilgilendirilmiş Onam (Hastalar için)

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması'dır. Araştırmanın amacı sağlık bakım merkezlerinde bakım ve tedavi gören hastaların kültürel duyarlı bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenerek, hastalar tarafından kültürel duyarlı bakımı değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirilmesidir. Bu kapsamda araştırmanın birinci aşamasında hastalar ile bireysel yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilecektir. Araştırmada sizlerden beklenen belirlenen tarih ve saatlerde araştırmacı ile görüşme yapmak üzere hazır bulunmanızdır. Araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 60 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 10 kişidir. Bu araştırma ile ilgili olarak planlanan görüşme oturumuna katılım sağlamak ve görüşme sırasında size yöneltilen soruları yanıtlamanız sizin sorumluluğunuzdur.

Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda no.lu telefondan Araş. Gör. Ayşegül Açıl'a başvurabilirsiniz.

Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada ver almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada ver almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tüm bilgiler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde verdiğiniz bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait verdiğiniz bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bu araştırma kapsamında bana yöneltilen sorulara verdiğim yanıtların gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması isimli araştırma kapsamında alınan kişisel bilgilerimin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Ayşegül AÇIL Görevi: Araştırma Görevlisi Adresi:
---	---

EK-14. Araştırmanın Nicel Aşaması için Hastalardan Alınan Bilgilendirilmiş Onam

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması'dır. Araştırmanın amacı sağlık bakım merkezlerinde hemşirelerin ve bakım ve tedavi gören hastaların kültürel duyarlı bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenerek, hastalar tarafından kültürel duyarlı bakımı değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirilmesidir. Araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 15 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 400 kişidir. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmacı tarafından uygulanan anketi yanıtlamak sizin sorumluluğunuzdur. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda no.lu telefondan Araş. Gör. Ayşegül Açıl'a başvurabilirsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tüm bilgiler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde verdiğiniz bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait verdiğiniz bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bu araştırma kapsamında bana yöneltilen sorulara verdiğim yanıtların gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hastaların Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı Algısını Değerlendirmeye Yönelik Ölçek Geliştirme: Bir Karma Yöntem Araştırması isimli araştırma kapsamında alınan kişisel bilgilerimin;

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Ayşegül AÇIL Görevi: Araştırma Görevlisi Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	---

EK-15. Araştırmacının Tez Konusu ile İlgili Katıldığı Eğitimler

