



**YOĞUN BAKIMDA KÜLTÜREL UYGULAMALAR VE  
KÜLTÜRE DUYARLI BAKIMIN İNCELENMESİ**

**Ayşenur ÖZER**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Zeliha CENGİZ**

**Yüksek Lisans Tezi-2025**

T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMDA KÜLTÜREL UYGULAMALAR VE KÜLTÜRE DUYARLI  
BAKIMIN İNCELENMESİ

Ayşenur ÖZER

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Zeliha CENGİZ

Tez Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Zeliha CENGİZ

Doç. Dr. Hakime ASLAN

Dr. Öğretim Üyesi Ezgi DİRGAR

Bu Araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Tarafından TYL-  
2023-3434 Proje numarası ile desteklenmiştir.

MALATYA  
2025

**T.C.**  
**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne**

**ETİK BEYANI**

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Zeliha CENGİZ danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Yoğun Bakımda Kültürel Uygulamalar ve Kültüre Duyarlı Bakımın İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 26/06/2025

Ayşenur Özer

İmza

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	viii
ABSTRACT .....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Kültür.....	4
2.2. Kültürlerarası Bakım .....	4
2.3. Kültürel Yeterlilik .....	5
2.4. Kültürel Duyarlılık .....	6
2.5. Yoğun Bakım Tanımı Ve Felsefesi.....	7
2.6. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması .....	8
2.7. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları .....	8
2.8. Yoğun Bakım Hemşireliği .....	9
2.9. Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ve Yakınının İhtiyaçları .....	10
2.10. Yoğun Bakımda Kültürlerarası Bakım .....	11
2.11. Yoğun Bakımda Kültüre Duyarlı Bakım .....	12
3. MATERYAL VE METOT .....	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	14
3.3.1. Nicel Boyut İçin Örneklem Seçimi .....	14
3.3.2. Nitel Boyut İçin Çalışma Grubu Belirleme Süreci.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları.....	15
3.4.1. Nicel Verilerin Elde Edilmesi İçin Kullanılan Araçlar .....	15
3.4.2. Nitel Verilerin Elde Edilmesi İçin Kullanılan Araçlar .....	17
3.5. Verilerin Toplanması.....	17
3.5.1. Nicel Boyut Verilerin Toplanması .....	17
3.5.2. Nitel Boyut Verilerin Toplanması .....	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	18
3.6.1. Nicel Boyut.....	18

3.6.2. Nitel Boyut .....	19
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	20
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	20
3.9. Araştırmanın Değişkenleri .....	21
4. BULGULAR .....	22
4.1. Araştırmanın Nicel Bulgular .....	22
4.2. Araştırmanın Nitel Bulguları .....	31
4.2.1. Kültüre Uygun İletişim .....	33
4.2.2. Gerçekleri Bilmek ve Karar Verebilmek .....	34
4.2.3. Farkındalıkla Verilen Bakıma Katılabilmek .....	36
4.2.4. Mahremiyeti Korumaya Uygun Seçimlerin Yapılabilmesi .....	37
4.2.5. Özen Gösterilmesi ve Korumanın Sağlanması .....	39
4.2.6. Psikolojik Destek Sağlanması .....	40
5. TARTIŞMA .....	43
5.1. Nicel Bulgulara İlişkin Tartışma .....	43
5.2. Nitel Bulgulara İlişkin Tartışma .....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	53
KAYNAKLAR .....	55
EKLER .....	67
EK-1. Özgeçmiş .....	67
EK-2. Etik Kurul Onayı .....	68
EK-3. Hemşire Yazılı Onam Formu .....	69
EK-4. Hemşire Tanıtım Formu .....	70
EK-5. Kültürel Yeterlilik Ölçeği .....	71
EK-6. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği .....	73
EK-7. Hasta Yakını Yazılı Onam Formu .....	74
EK-8. Hasta Yakını Tanıtım Formu .....	75
EK-9. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	76
EK-10. Kurum İzni .....	77
EK-11. Ölçek İzinleri .....	78

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez süreci boyunca destek olan, sabrını ve emeğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimiyle ilerlememi sağlayan, gurur ve saygı duyduğum biricik danışmanım Sayın Doç. Dr. Zeliha CENGİZ' e,

Yüksek lisans eğitimimde ve tez savunmamda değerli bilgi ve görüşlerini paylaşan kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Hakime ASLAN' a, katkı ve önerileri için değerli jüri üyesi Sayın Dr. Öğretim Üyesi Ezgi DİRGAR 'a,

Tez çalışmama katılan tüm hasta yakınları ve hemşirelere, desteklerini esirgemeyen Adıyaman Eğitim ve Araştırma Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapan tüm ekibe,

Bu süreçte bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana eşlik eden, ihtiyaç duyduğumda anında yanımda bulduğum ve her zor anımda beni motive eden çokça kıymetlim Sayın Arş. Gör. Sedef TOK' a ve bu zorlu süreçte yanımda olup desteğini her an hissettiren dostum Sayın Arş. Gör. Şerife İNCE' ye,

Her daim yol gösteren değerli hocalarım Sayın Öğretim Görevlisi Dr. Sema KÖMÜRKARA' ya ve Sayın Arş. Gör. Dr. Züleyha GÜRDAP' a

Yüksek lisans eğitimim ve tez süreci boyunca tüm zorluklara rağmen pes etmeden azimle devam ettiğim için Kendime,

Bu süreçte gösterdiği anlayış ve emek için aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayşenur ÖZER

## ÖZET

### Yoğun Bakımda Kültürel Uygulamalar ve Kültüre Duyarlı Bakımın İncelenmesi

**Amaç:** Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin kültürel yeterlilik ve duyarlılık düzeylerini belirlemek; hasta yakınlarının kültürel bakım gereksinimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin altı farklı yoğun bakım ünitesinde yürütülmüş olup paralel karma desende yapılmıştır. Nicel veriler, 215 hemşireye uygulanan "Kültürel Yeterlilik Ölçeği" ve "Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği" ile toplanmıştır. Nitel veriler ise 30 hasta yakınıyla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla elde edilmiştir. Nicel veriler t testi, korelasyon analizi ve ANOVA testi ile, nitel veriler tematik analiz yapılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hemşirelerin %63.5'i kadın olup ve yaş ortalamaları 31.48±7.09 yıldır. Hasta yakınlarının ise 14'ü erkek, 16'sı kadındır. Hemşireler Kültürel Yeterlilik Ölçeğinden 70.22±17.70, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeğinden 81.76±14.90 puan almıştır. İki ölçek arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Yoğun bakım sürecinde hasta yakınlarının kültürel ihtiyaçları ve kültürel bakım anlayışları çerçevesinde 6 ana tema saptanmıştır. Bu temalar "kültüre uygun iletişim, gerçekleri bilmek ve karar verebilmek, farkındalıkla verilen bakıma katılabilmek, mahremiyeti koruyacak seçimlerin yapılabilmesi, özen gösterilmesi ve korumanın sağlanması ve psikolojik destek sağlanması olarak nitelendirilmiştir.

**Sonuç:** Hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin artmasıyla kültürel yeterliliklerinin de arttığı belirlenmiştir. Hasta yakınları ise kültürel bakım ihtiyaçlarını genellikle iletişim, mahremiyet, bilgiye erişim, bakım sürecine katılım, özenli yaklaşım ve psikolojik destek çerçevesinde tanımlamıştır. Bu bulgular, yoğun bakımda kültüre duyarlı hemşirelik bakımının hasta ve aile memnuniyeti ile bakım kalitesini artırmada kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kültüre Duyarlı Bakım, Kültürel Uygulamalar, Yoğun Bakım

## ABSTRACT

### **Cultural Practices in Intensive Care and Examination of Culturally Sensitive Care**

**Purpose:** This study was conducted to determine the levels of cultural competence and intercultural sensitivity among intensive care nurses and to examine the cultural care needs of patients' relatives.

**Material and Method:** The research was carried out in six different intensive care units of Adıyaman Training and Research Hospital using a convergent parallel mixed-methods design. Quantitative data were collected from 215 nurses using the "Cultural Competence Scale" and the "Intercultural Sensitivity Scale." Qualitative data were obtained through semi-structured interviews conducted with 30 patients' relatives. Quantitative data were analyzed using t-test, correlation analysis, and ANOVA, while qualitative data were evaluated through thematic analysis.

**Results:** Of the nurses, 63.5% were female with a mean age of  $31.48 \pm 7.09$  years. Among the patients' relatives, 14 were male and 16 were female. The nurses scored  $70.22 \pm 17.70$  on the Cultural Competence Scale and  $81.76 \pm 14.90$  on the Intercultural Sensitivity Scale. There was a statistically significant low-level positive correlation between the two scales ( $p < 0.05$ ). Within the context of the intensive care process, six main themes were identified regarding the cultural needs and understanding of cultural care among patients' relatives. These themes were: culturally appropriate communication, being informed and able to make decisions, participating in care with awareness, making choices that preserve privacy, ensuring attentiveness and protection, and receiving psychological support.

**Conclusion:** It was found that an increase in nurses' intercultural sensitivity levels was associated with an increase in their cultural competence. Patients' relatives generally described their cultural care needs within the framework of communication, privacy, access to information, participation in the care process, a considerate approach, and psychological support. These findings indicate that culturally sensitive nursing care in intensive care units plays a critical role in improving both patient and family satisfaction, as well as the overall quality of care.

**Keywords:** Culturally Sensitive Care, Cultural Practices, Intensive Care

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>KYÖ</b>	: Kültürel Yeterlilik Ölçeği
<b>n</b>	: Örneklem Büyüklüğü
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>SPSS</b>	: Statistical Program in Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart Sapma



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu .....	18
<b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin demografik özellikleri .....	22
<b>Tablo 4.2.</b> Hemşirelerin çalışma özelliklerinin dağılımı .....	22
<b>Tablo 4.3.</b> Kültürel bakımla ilgili özelliklerin dağılımı .....	23
<b>Tablo 4.4.</b> Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı .	24
<b>Tablo 4.5.</b> Demografik özelliklere göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 4.6.</b> Çalışma özelliklerine göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 4.7.</b> Kültürel bakımla ilgili özelliklere göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması .....	27
<b>Tablo 4.8.</b> Çeşitli değişkenler ile hemşire kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi .....	29
<b>Tablo 4.9.</b> Hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanı ile kültürlerarası duyarlılık ölçek puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi .....	29
<b>Tablo 4.10.</b> Kültürel yeterlilik puanının, kültürlerarası duyarlılık toplam puanına etkisini gösterir regresyon analizi .....	30
<b>Tablo 4.11.</b> Hasta yakınlarına ilişkin öznitelikler .....	31
<b>Tablo 4.12.</b> Yoğun bakım hasta yakınlarının ihtiyaçları ve deneyimleri.....	32

# 1. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, genel durumu kötü olan veya hayati fonksiyonları tehdit altında olan hastaların bulunduğu, bu fonksiyonların geri kazandırılması ve devam ettirilmesi amacıyla karmaşık cihazların kullanıldığı, 7/24 dikkat gerektiren tedavi ve bakımın uygulandığı birimlerdir (1, 2). Durumu gittikçe kötüleşen hastalara erken ve etkin müdahale edilen bu kapalı alanlar stresli, duygusal ve fiziksel anlamda zorlayıcı ortamlardır (3). Yoğun bakım hemşireleri, bireyin yaşam fonksiyonlarını sürdürmeye yönelik koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hemşirelik girişimlerini planlamak ve uygulamakla yükümlüdür. Bu kapsamda hastayı sürekli izlemek, klinik durumuna uygun hemşirelik bakımını sunmak ve hasta ile hasta yakını arasında güven temelli terapötik bir ilişki kurmak temel sorumlulukları arasındadır. Bu sürecin etkili yürütülebilmesi için hemşirenin yalnızca klinik yeterlilik değil, aynı zamanda bireyin kültürel değerlerini ve inanç sistemini dikkate alan duyarlı bir bakım anlayışına sahip olması gerekmektedir (4).

Kültürel ve sosyal etmenler, bireylerin/toplumların hastalık ve sağlık algılarını belirleyebilmektedir. Beslenme alışkanlıkları, hastalığı yorumlama biçimi, uyku düzeni, tüketilen yiyeceklerin türü ve hazırlanma şekli, tedaviye yaklaşım, giyinme tarzı ve yeniliklere açıklık gibi birçok sağlıkla ilişkili tutum ve davranış kültürel yapıdan etkilenmektedir. Bu durum, bireylerin sağlık hizmetlerine olan yaklaşımını ve bakım sürecindeki beklentilerini çeşitlendirmekte; dolayısıyla kültür, sağlık ve hastalık algısında belirleyici bir rol üstlenmektedir (5). Yoğun bakım üniteleri her ne kadar karmaşık ortamlar olsa da bu alanlarda da kültürel faktörlerin hemşirelik bakımının niteliği üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının hastalık sürecine ilişkin bilgi alma, bakım sürecine katılım, mahremiyetin korunması gibi unsurlar, hasta ve yakınlarının kültürel değerleri doğrultusunda şekillenmekte ve bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir (6). Hemşirelerin kültürel yetkinlikleri ve duyarlılıkları da kültürel bakım vermek adına önemlidir. Hemşireler, mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra bakım verdikleri bireylerin kültürel değerlerini de tanımalı, bu değerleri bakım sürecine dahil edebilme becerilerine sahip olmalıdır (7). Yoğun bakımda farklı kültürdeki hastaların; sağlık problemlerinin ve var olan problemleri algılama durumlarının farklı olabileceği göz ardı edilmemelidir (8).

Kültüre duyarlı hemşirelik bakımı hem bireysel farkındalık ve tutumları hem de mesleki bilgi, becerileri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (9, 10). Hastalara

kültürlerarası bakım sunulduğunda hasta ile hemşire arasında güven bağı oluşurken; sağlık bakım sonuçlarında da göz ardı edilemeyecek iyileşme sağlanmış olur (11). Leininger, geliştirdiği “Kültür Bakım Çeşitliliği ve Evrenselliği” kuramında hemşirelerin farklı kültürlerle karşı bilgisi arttıkça daha nitelikli bakım sunup hastalara daha iyi tedavi sunabileceğini bildirmiştir (12). Hemşireler, kültürlerarası bakımda bireysel gelişimlerini sağlamalı ve bireye uyguladığı girişimlerde kültürel bilgilerini kullanabilmelidir. Farklı kültürel yapılar konusunda bilgi ve farkındalık düzeyi yetersiz olan bir hemşire, bu kültürlerle ait bazı davranışları yanlış yorumlayabilir. Yanlış anlaşılan bir kişi iletişim problemlerine ve kültürel çatışmalara neden olarak önyargıların ve eşit alınmayan sağlık hizmetlerinin odağı olabilir. Böyle bir durumda, hastaların aldığı bakım kalitesi ve mevcut sağlık durumları sorgulanabilir (13). Bakıma yönelik uygulamalar, kültürün üzerine kurulmadıkça verilen bakım yarım kalacaktır. Çünkü her hasta ve yakını kendi kültürünü sahiplenir ayrıca kültürüne değer verilmesini bekler (14). Yoğun bakımda hasta ve yakınlarının kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirenin kültürel yeterliliği kilit noktadır. Kültürel yeterlilik yalnızca diğer ülkelere ait kültürlerin öğrenilmesi ve bu kültürün kurallarına göre iletişime geçilmesi demek değildir. Aynı zamanda aynı ülke içinde bölgesel kültürel çeşitliliklerin bilincinde olmak ve bununla alakalı sözlü ve sözsüz mesajların iletiminde bilinçli olmak anlamına gelir. Kültürlerarası yeterlilik öncelikle farklı kültürdeki bireyleri anlama ve tanıma isteği ile başlar. Kültürel farklılıklarda bireyin değerleri, iletişim şekli, zamana bakış açısı, yaşama algısı gibi farklılıkların neler olduğunun bilinmeli ve iletişim sırasında bu özelliklere dikkat edilmelidir (15). Kültürel farklılıkların farkında olan ve bu çeşitliliğin bireyin sağlığına etkisini bilen hemşireler, hastalarla daha uygun bir iletişim gerçekleştirerek terapötik ortamı geliştirirler (16).

Yoğun bakımda hastaların ve yakınlarının bir dizi kültürel ihtiyaçları olabilir. Yapılan benzer araştırmalarda, yoğun bakımda hasta yakınlarının; hastanın durumu hakkında düzenli bilgilendirilme, en iyi bakımı aldığından emin olma, iyileşme olasılığına dair net bilgi edinme, açıklamaların anlaşılır bir şekilde yapılması, gerektiğinde din görevlisine ulaşabilme, duygularını ifade etme, ağlamanın desteklenmesi, yalnız kalma ve hastane ortamından kısa süreliğine uzaklaşma gibi çeşitli gereksinimlerinin olduğu bildirilmiştir (17, 18). Hemşirelik bakımının yürütüldüğü birçok alanda kültürel bakım ihtiyaçları veya yeterlilikleri çalışılmıştır ancak yoğun bakım çoğu zaman göz ardı edilmiştir. Bu nedenle söz konusu araştırma nitel ve nicel verileri bütüncül yaklaşımla bir arada sunarak yoğun bakım ortamlarında kültürel

bakımın önemine dikkat çekmiştir. Yoğun bakımda kültürel uygulamalar ve kültüre duyarlı bakım algısının hasta yakını ve hemşire tarafından değerlendirilmesinin yoğun bakımlarda uygulanan bakımın etkin bir şekilde verilmesine yönelik yapılacak planlamalarda yol gösterici olacağı öngörülmektedir. Araştırma sonuçlarımız yoğun bakımda kültürel uygulamalara ve kültüre duyarlı bakımın geliştirilmesine yönelik hemşirelik eğitim ve literatürüne katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu katkı sayesinde yoğun bakımlarda hasta yakınlarının kültürel uygulama memnuniyetinin ve hemşirelerin kültüre duyarlı bakım vererek mesleki doyumluluğunu artırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma yoğun bakımda yakını olan hasta yakınlarının kültürel ihtiyaçlarını belirlemek ve hizmet veren hemşirelerin kültürel duyarlılık ve yetkinliklerini saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

#### **Araştırma Sorusu**

1. Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel yetkinlikleri ne düzeydedir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel duyarlılıkları ne düzeydedir?
3. Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel yetkinliğini ve duyarlılığını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Yoğun bakımda yakını bulunan hasta yakınlarının kültürel gereksinimleri nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kültür

Kültür, bir toplumu, topluluğu veya halkı duyma, düşünme, yaşama yönünden diğerlerinden ayıran ve oluşturulan ürünlerin tümünü kapsar (19). İnsan tarafından oluşturulan her şey olan kültür, bir topluluk tarafından öğrenilen, nesilden nesile aktarılıp paylaşılan değerler, kalıplaşmış davranışlar, tutumlar, inançlar, gelenekler, değerler, örf ve adetler bütünüdür. Doğanın oluşturduklarına karşılık insanoğlunun yaptığıdır (20, 21). Kültür, dil yoluyla nesilden nesile geçen bir özelliktir. Bunun sonucunda insanoğlu yaşayarak kazandığı deneyimleri bir sonraki nesillere iletmiş ve var olmaya devam etmiştir (22).

Küreselleşme nedeniyle savaş, baskıcı rejim, çevresel ve ekonomik kriz, etnik çatışmalar birçok insanı başka ülkelere ya da ülkesi içinde bir yerlere göç etmek zorunda bırakmaktadır (16, 23). Küreselleşmenin, dünyadaki var olan bütün kültürleri birbirine yakınlaştırıp, kültürlerin arasındaki sınırları kaldırarak, kültürlerdeki homojenleşmenin değişmesinde büyük etkisi olmuştur (24). Bununla beraber çok kültürlü nüfus yapıları oluşmuştur (16, 25). Kültür çeşitliliğine sahip toplumlarda karmaşık, farklı ve benzer kültürel anlayışlar bulunur. Bu benzer, farklı ve karmaşık kültürel anlayışlar da etnik özellikler, yaş, sosyoekonomik düzey, eğitim, cinsiyet, cinsel davranışlar, ırk, dinsel kimlik, tarih gibi pek çok faktörle şekillenmektedir (20). Kültür toplumsal yaşamla birlikte var olan bir unsurdur. Bununla beraber bireysel davranış ve tutumlar kültürel doku içinde önemli bir alana sahiptir. Her ne kadar insan davranış biçimleri toplumsal yaşamın içinde kazanılmış olsa da her daim toplumun öğrettikleri ile uyuşmayabilir (22).

### 2.2. Kültürlerarası Bakım

Türkiye farklı kültürlere ev sahipliği yapan çok kültürlü bir yapıya sahiptir. Türkiye’de var olan bu kültürel çeşitlilik, farklı kültürel uygulamaları da beraberinde getirmektedir (20, 26). Kültürel yönden çeşitli grupların ihtiyaçlarına cevap verebilecek sağlık bakımını sağlamak için bütün sağlık profesyonellerine kültürel bilgi ve beceri kazandıracak eğitim verilmelidir. Sağlık profesyonelleri arasında önemli yer tutan hemşirelik mesleği, kültürel bir olgudur (8, 16). Göçler, hemşirelere kendi kültüründen farklı diğer kültürlere yönelik bakım verme zorunluluğunu gündeme getirmiştir (7, 16).

Özellikle göç gibi olaylar nedeniyle küreselleşen dünyada farklı kültüre sahip bireylerin yaygınlaşmasıyla hemşirelerin kültürlere özgü yeterli bakım verme ihtiyacını gündeme taşımıştır (27).

Hastalar farklı kültürden olabileceği gibi sağlık bakım sunucuları da farklı kültürlerden gelebilmektedir. Hemşireler farklı kültür ve inançta olan hastalara bütüncül yaklaşımla bakım verme ve etkili iletişim kurabilme sorumluluğundadırlar (28). Hasta bireylerin kültürel yönden uygun olan bakımı alması, kaliteli hemşireliğin ana ihtiyaçlarından ve hemşirelerin yasal ve ahlaki sorumluluğundadır. Hastaya kültürel yönden uygun olan bakımın verilmesinin; hemşire-hasta iletişimini, sağlık çıktılarını, bakım verenin bilgi ve becerisini, hasta ve bakım verenin memnuniyetini ve sistem maliyetini pozitif etkilediği görülmüştür (8). Hemşirelerden diğer kültürlerdeki hastalarla çalışırken hastanın kültürel bilgisi ile kendi profesyonel bilgisini anlamlı, cevap alınabilir ve güvenilir bir bakım için bütünleştirmesi beklenmektedir (7). Hemşireler çok kültüre sahip toplumlarda kültürel bakımı sağlamak için kültürün sağlık-hastalık tanımlarını ne yönde etkilediğini anlamalı, yeni yollar araştırmalı ve farklı kültürdeki hastalara göre sunulan bakım arasında bir köprü işlevi görmelidir (16, 29)

Farklı kültürlerden olan hastalara bakım veren bir hemşire, bakımın kalitesini artırmak ve etkili bir bakım vermek için kültürel farklılıklara karşı saygılı, anlayışlı olmalı ve bakımın her noktasında bu farklılıkları göz önüne almalıdır (26, 30). Bir hemşire diğer kültürleri anlayamazsa; kültürüne yabancı davranışları yanlış anlayabilir (11). Hastalar iyi anlaşılabilirse iletişim bozukluklarına, kültürel çatışmalara, kalıplaşmış yargılamalara ve sağlık bakımında oluşacak eşitsizliklere neden olacaktır (31). Hemşireler; diğer kültürden olan hastalara sağlık hizmeti verirken problemlerle karşılaşabilirler. Problemleri aşip yeterli olacak sağlık hizmeti sunabilmeleri için hastaların kültürel gereksinimlerine yanıt vermeleri gerekmektedir (11).

### **2.3. Kültürel Yeterlilik**

Kültürlerarası yeterlilik sözcük olarak; “uluslararası yetenek”, “kültürlerarası etkililik”, “çok kültürlülük yeteneği”, “global yetenek” gibi birçok anlama gelmektedir (32). Kültürlerarası yeterlilik, kültürlerarası yerlerde gerekli, uyumlu ve etkin bir şekilde etkileşim sağlayabilmek için kültürlerarası beceri, bilgi, tutum ve duygular ile destek görmektedir (15). Kültürel yeterliğin kökeni ise, Madeline Leininger’ in yenilediği ve ilerlettiği “Kültür Bakım Çeşitliliği ve Evrenselliği” teorisine dayanmaktadır. Leininger,

kültürel yeterlik kavramını kültürel yönden uyumlu hemşirelik bakımının boyutlarıyla tarif etmiştir (33). Hemşirelerin diğer hastaların ve yakınlarının kültürel anlamda etkili bir biçimde çalışmasını sağlayacak ölçülebilir bir dizi iletişim, bireysel tutum ve uygulama becerileri kültürel yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (34). Kültürel yeterlilik yalnızca diğer kültürlerin bilinmesi ve buna bağlı kurallarla iletişim kurmak değil, bununla birlikte aynı ülkenin içerisindeki bölgesel kültürel farklılıklarını kavramak ve bununla alakalı sözsüz ve sözlü iletilerin aktarımlarının da farkında olmaktır (15). Kültürel yeterlilik; yerel, kültürel yönden diğer hastalara etkin ve kültürel anlamda duyarlı hizmet sunumlarını yerine getirmede ana unsurdur (35). Aynı zamanda kültürel yeterlilik kültürel duyarlılığı da kapsamaktadır (36).

Hemşirelerin kültürel yeterliliğe ulaşması etnik-kültürel toplumlardaki bireyler için sağlık bakım hizmetlerini daha etkin ve kabul edilebilir bir duruma getirmeyi, sağlık ve sosyal hizmetlerin verimliliğini artırmayı, uygunsuz ve gereksiz hizmetlerin kullanımını azaltarak, diğer kültürlerle bakım verenin kabiliyet ve performans düzeyini artırmayı amaçlamaktadır (28). Hemşirelerin kültürel farklılıkların hastanın sağlık bakım önceliklerinin ve uygulamalarının üstündeki etkisinden haberdar ve duyarlı olsalar bile, kültürel yeterlilik ilkelerini hemşirelik uygulamalarına nasıl dahil edeceklerini genellikle bilmedikleri görülmüştür (37). Hasta ve hasta yakını merkezli kültürel yeterli bakım vermek hemşireler için profesyonel bir görev ve etik bir zorunluluk konumundadır (7). Kültürel yeterliliğe sahip olan hemşireler, kültürel deneyimler ve kendi kişiliklerinin farkında olup, hemşirelik bakımına sosyokültürel bilgiyi katmış olur ve bireyselleştirilmiş bakımı sağlamış olurlar (16). Bilhassa yoğun bakım hemşireleri diğer kültürdeki hastalarla iletişimde kültür ve dil çeşitliliğinden ötürü kültür çatışmaları ve birtakım zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yoğun bakım hemşireleri hastanın bakımını gerçekleştirirken hastanın yakınlarından, yaşadığı şehir, ülke, bölge ve yörenin özelliklerinden yararlanmalıdır (8).

#### **2.4. Kültürel Duyarlılık**

Küreselleşme, yaşanan son gelişmeler ve beraberinde getirdiği göçler kültürlerarası yeterlilik ve duyarlılık konusunu yeniden gündeme taşıdı. Türkiye'nin şu anki şartları düşünüldüğünde kültürlerarası duyarlılığının ne derece önem arz ettiği net bir şekilde görülecektir. Başka kültürler konusunda fikir sahibi olmak kültürlerarası duyarlılığın ve yeterliliğin var olmasını karşılamamaktadır. Aynı zamanda birinin bu

sürece göre gelişmekte olan tutumlarını, becerilerini, diğer kültürlerden olan insanlarla iletişimini de içermektedir (38). Chen ve Starosta kültürel duyarlılığa sahip olanların diğer yerel kimlikteki insanlarla etkin ve uyumlu bir iletişimde olacağını bildirmektedir (39). Kültürel duyarlılık farklı bir kültürel özelliğe sahip kişinin duygu ve gereksinimlerinin farkında olup bireylerin tutumları ve görüşlerini yargılamadan farklılıklarına saygı duymak şeklinde tanımlanmaktadır (40).

Kültüre duyarlı bakım hem duyuşsal hem de bilişsel hazırlanma gerektiren bir süreçtir (28, 35). Farklı kültürlerden gelen bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarını gidermek amacıyla sağlık sektöründe hizmet veren kurum ve sağlık profesyonelleri için kültürel değerlere duyarlılık zorunludur (41). Kültürel duyarlılığı geliştirmek için ilk adım diğer kültürden hastalara hizmet sunarken algıyı etkileyen kişisel inanç, tutumlar ve kişisel bariyerleri tanımlamaktır. Diğer kültürlerin deneyim ve cevaplarının benzersiz olduğunu fark etmeli ve gereksinimlerine etkin cevap vermek için stratejiler geliştirmeli, başka kültürlere yönelik vakalar gösterilmelidir. Kültürel farklılıkları anlama ve kültürlerarası yetkinliği aşmak için kültürlerarası duyarlı hemşirelerde olması gereken bazı özellikler vardır. Bunlar; açık fikirlilik, benlik saygısı, empati, öz denetim ve önyargısızlıktır (24, 28). Kültüre duyarlı hemşirelik uygulamaları; kültürel gereksinimleri belirleyip, hastaların kültürel bağlarını anlamayı içermektedir (9). En iyi şekilde hemşirelik bakımını verebilmek adına, kültürel değerlerin farkında olmak, kültürel farklılıkları belirlemek ve farklılıklara uygun bakımı vermek gereklidir (9, 10). Hemşirenin hastanın kültürünü doğru şekilde anlayamaması, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, iletişimde sorunlara, ırkçılığa, ayrımcılığa ve yargılamalara sebep olacaktır (9).

## **2.5. Yoğun Bakım Tanımı ve Felsefesi**

Bakım, bir şeyin iyi yönde gelişmesi, iyilik halinin devamına verilen emek, kişinin temel ihtiyaçlarını bilip gereksinimlerini gidermektir (42). Hemşirelikte ise bu kavram, temel, bağımsız ve vazgeçilmez bir mesleki rol olarak karşımıza çıkar. Hemşirelik bakımı hastalık halinde hastaya yönelik bakım planının hazırlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini kapsamaktadır (43). Profesyonel bir ekibin görev aldığı yoğun bakım üniteleri hemşirelik bakımının en dikkat gerektiren alanlarıdır (44). Yoğun bakımlar karmaşık tıbbi cihazların kullanıldığı, bakımının sağlandığı ve takip edildiği özel ünitelerdir (45). Defibrilatör, monitörler, infüzyon pompası, resüsitasyon için gerekli tüm cihazlar, ventilatörler, kan gazı okutma cihazı, hasta ısıtma sistemleri ve invaziv

hemodinamik monitörizasyon gibi cihazlar kullanılmaktadır (46). Bu tıbbi cihazlar aracılığı ile yoğun bakımlarda acil durumlarda müdahale, hastanın sürekli takip edilmesi, hayatı tehdit eden birçok hastalığın tedavisi ve aksaklıkların erken dönemde fark edilmesi gerçekleştirilmektedir (47).

## **2.6. Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması**

Ülkemizde yoğun bakım üniteleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmıştır (48).

I. Basamak Yoğun Bakım: Entübasyon gereksinimi bulunmayan ve organ yetmezliği olmayan hastaların noninvaziv monitörler ile takibinin yapıldığı ünitelerdir (49). Kliniklerde rutin olarak gerçekleştirilen tedavi ve takibin yetmediği durumlarda hasta yatışı yapılır. En az iki yataklı olmalıdır (48).

II. Basamak Yoğun Bakım: İnvaziv tanı ve tedavi girişimlerinin gerçekleştirildiği, kardiyak monitörizasyonun yapıldığı ve solunum desteğinin sağlandığı birimlerdir (49). Cihaz, ekipman ve ekip bakımından birinci basamak yoğun bakımlardan daha donanımlı olan bu birimlerde tek organ desteği gereken, detaylı gözlem ve girişim ihtiyacı olan hastalar izlenmektedir. En az dört yataklı olmalıdır. Yoğun bakım girişinde ayrı bir ön geçiş alanı olmalıdır (48).

III. Basamak Yoğun Bakım: En ağır hastalara en son teknoloji ile bakım sağlanır (49). Ağır hastalığı sebebiyle (solunum ve çoklu organ yetmezliği, ciddi travmalar, şiddetli enfeksiyonlar vb.) yakın izlem gerektiren yüksek riskli hastaların yatırıldığı, mekanik ventilasyon gibi üst düzey tedavilerin gerçekleştirildiği, renal replasman tedavisinin yapıldığı, aralıksız destek sağlayan birimleri kapsamaktadır En az altı yataklı olmalıdır. Yoğun bakım girişinde ayrı bir ön geçiş alanı olmalıdır. Her 6 yatak için en az bir izolasyon odası olmalıdır (48).

## **2.7. Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları**

Yoğun bakım üniteleri hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak ve hasta sağlığını iyileştirmek amacıyla tasarlanmalıdır (50).

Yoğun bakım ünitesi, her biri birincil bir işlevi veya birbiriyle ilişkili işlevler kümesini barındıran dört ana bölgeden oluşur.

1. Hasta Bakım Alanı; hasta odaları ve bunlara bitişik alanlardan oluşur; birincil işlevi doğrudan hasta bakımındır.

2. Klinik Destek Bölgesi; sadece yatan hasta odalarını değil aynı zamanda ünitenin diğer alanlarını da kapsayan, doğrudan hasta bakımıyla yakından ilişkili fonksiyonları içerir.
3. Birim Destek Bölgesi; birliğin idari, malzeme yönetimi ve personel destek fonksiyonlarının gerçekleştiği alanları ifade eder.
4. Aile Destek Bölgesi; ailelere ve ziyaretçilere destek sağlamak amacıyla tasarlanmış alanları ifade eder (51).

Yoğun bakımların teknik alt yapısı, fiziki mekan ve konumu açısından önemlidir. Yoğun bakım giriş kısmında sağlık personelleri için ayrı bir geçiş alanı ve hasta yakınları için bekleme alanı var olmalıdır (49). Yoğun bakım birimleri acil servis, asansör, görüntüleme birimlerine ve laboratuvarlara konum itibarıyla yakın olmalıdır. Bununla beraber kirlenmiş cihazların ve malzemelerin geçici olarak korunacağı, atıkların uzaklaştırılacağı, kirlenmiş olan malzemelerin de temizlenebileceği alanlar oluşturulmalıdır (48). Hasta odalarının dışarısında ilaçların olacağı bir depo olmalıdır. Duvarları ve tavanları kolaylıkla temizlenebilecek boya ve malzemeden yapılmalıdır. Zeminler mat olmalıdır bununla birlikte kaymayı önleyici, kimyasal madde ihtiyacı olmadan kolaylıkla temizlenebilen, kırılmaz, mikroorganizma üremeyecek, antistatik özellikte olmalıdır. Tüm birim elemanlarının elini kolaylıkla yıkayabileceği lavabo olmalıdır (46). Gerekli yerlere de el dezenfektanı bırakılmalıdır. Yoğun bakım yatak aralarındaki mesafe en az 1,5 metre olmalıdır. Yoğun bakımdaki her bir yatak için 12,5 metre kare alan bulunmalıdır (46, 48). Yoğun bakımdaki tüm hastalar hemşire tarafından her zaman kolaylıkla izlenebilecek biçimde konumlandırılmalıdır (49). Yoğun bakımdaki her bir yatak için gerekli olan gaz sistemi ve elektrik sağlanmalıdır. Yoğun bakımlarda yatak sayısı 10'a kadar olanlar tek ünite, 10'dan fazla olanlar farklı ünitelere ayrılabilir (46, 48).

## **2.8. Yoğun Bakım Hemşireliği**

Yoğun bakım hemşireleri, hayatı tehdit eden yaralanmalarda veya hastalıklarda hastalara bakım verip bununla birlikte hasta yakınlarına destek sağlamakla görevlidir. Hasta ve hemşire arasındaki etkileşimin en üst düzeyde olduğu bakım sürecinin bazı değişkenlerden etkilendiği ifade edilmektedir (43). Yoğun bakım hemşireleri kritik zamanda hastalarla karmaşık terapötik ilişkiler kurmanın zorluğu, ileri teknoloji kullanımıyla ve zorlayıcı etik ikilemlerle karşılaşma durumu başata olmak üzere birimin

özelliğinden kaynaklı birçok stresör ile karşı karşıya kalmaktadır (43, 52, 53). Yoğun bakımın yıpratıcı etkileriyle başa çıkabilmek ve iyi bir bakım sunabilmek için hemşire ve yöneticiler bakım davranışlarına daha fazla önem vermelidirler. Bununla beraber yoğun bakım hemşireleri, bireyselleştirilmiş holistik bakımının verilmesi esnasında hümanistik bakım davranışları ve teknoloji arasındaki dengeyi sağlamalıdır (43, 54).

Hemşirelerin uygulamadaki bakım davranışlarını etkileyen faktörler hemşirenin yaşı, inançları, öz saygısı, uzmanlığı, deneyimi ve yetkinliği ile ilgilidir. Bununla beraber verilen hasta sayısı, hastanın tanısı ve hastanenin özellikleriyle de ilişki içerisindedir. Uygulanan bakımın davranışları kültürel farklılıklardan da etkilenmektedir (43, 52). Aynı zamanda bir hemşireye düşen hasta sayısının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzun olması, gürültülü ortam, bu birimlerdeki fiziksel çalışma şartlarının uygun olmaması, malzeme eksikliği, etik sorunlar, yönetsel sorunlar, rol çatışması, maaş azlığı, iş yükünün fazla olması, kapalı ortamda çalışma, hasta ve yakınlarıyla yaşanan stres, tükenmişlik duygusu, ölümle sık karşılaşma durumu, vardiya usulü çalışmanın sonucunda birçok sorun yoğun bakım hemşirelerini hem psikolojik hem de fiziksel açıdan olumsuz yönde etkilemektedir (53, 55).

## **2.9. Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Yakınının İhtiyaçları**

Yoğun bakım birimlerindeki hastalar psikososyal ve fiziksel yönden pek çok stresörle karşı karşıya kalmaktadırlar. Hastalarda yaşanan bu stres ve bundan doğan hastalıklar hastanın iyileşme ve hastanede kalma süresini uzatmaktadır. Ayrıca hastanın sağlığı üzerinde olumsuz etki de gösterebilmektedir (17, 56). Yoğun bakımda yatağa bağımlılık, aynı pozisyonda uzun süre hareketsiz kalma, bu süreçte uyku düzenindeki bozulma, mevcut durumunun belirsizliği, gündüz ve geceyi ayıramama, susuzluk hissi, ağrı, izolasyon durumu, alışık olmadığı ses ve görüntüler, ailesini görememe, yalnızlık hissi, bulunduğu yere bağımlılık duygusu gibi sebeplerden dolayı hastalar psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler (17, 57, 58). Bunlarla birlikte tüm bu güçlüklerin aile üyelerinin rollerini ve işlevlerini de etkileyebileceği düşünülmektedir (59).

Yoğun bakımda tedavi görmek hasta için stresli bir durum olduğu kadar hasta yakınları için de stresli bir haldir (60, 61). Yoğun bakıma kabul genellikle beklenmedik bir durumdur ve hasta yakınlarını olumsuz yönde etkileyen değişikliklere sebep olur (17, 44, 57). Yoğun bakıma kabulü gerçekleşen hastaların hastalık durumları, mevcut aile durumları ve bununla başa çıkma düzeyleri farklı olduğu gibi, aile üyelerinin stres, kaygı,

karamsarlık gibi duygusal tepkileri de farklı olacaktır (62, 63). Yoğun bakıma kabulü gerçekleşen hastaların yakını; hastanın durumu hakkında bilgi eksikliği, durumunun kritik olmasının tedirginliği, çalışan personellerin negatif davranış biçimleri, yeterli bilgiye erişememeleri, yapılan girişimlerin bilinmemesi, buldukları çevrenin ve ekipmanların karmaşıklığından söz etmektedirler. Bu durum onlarda korkuya, fiziksel ve ruhsal yorgun olma durumuna, endişeye, hayal kırıklığına ve umutsuzluğa neden olmaktadır (17, 44). Yoğun bakımda çalışan personeller, kritik durumda olan hastanın tedavi ve bakımını düzenlerken hasta yakınlarının ihtiyaçlarını gözden kaçırabilir. Hasta yakınlarının beklentilerinin bilinip karşılanması ve bunun hemşirelik bakım planlarına aktarılması arzu edilen sonuçların elde edilmesi demektir (6, 64, 65). İdeal bir sağlık bakımının sürdürülebilirliği için hasta ve ailesinin bir bütün olarak ele alınması gereklidir ve sadece hastaların ihtiyaçlarını değil, aile üyelerinin ihtiyaçlarını da içermelidir (17, 57, 66). Ayrıca bu gereksinimlerin belirlenmesi hasta merkezli bakımdan aile merkezli bakıma geçişte şarttır (18, 54).

## **2.10. Yoğun Bakımda Kültürlerarası Bakım**

Yoğun bakım hemşireleri; hastaların farklı kültürel özelliklerine, mahremiyetlerini koruma ihtiyaçlarına, çaresiz, hassas, kederli ve yalnızlık gibi duygu durumlarına hatta ölüm anlarına şahitlik etmektedir. Yoğun bakımdaki birçok hasta iletişimde zorlanmaktadır. Bu durum hemşirenin hastanın kültürel özelliklerine yönelik tanılama yapmasını ve bu doğrultuda bakımını gerçekleştirmeyi zorlaştırmaktadır (5).

Hastaların, kuşaktan kuşağa aktarılan kültürel inanç, gelenek ve değerleri uygulama biçimleri bireyler ve toplumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; bir hastanın kolunda mavi boncuklardan oluşan bir bilezik varsa ya da bir erkek hasta ameliyattan önce kıllarını tıraş etmemekte ısrar ediyorsa veya bir kadın doğum yaptıktan sonra banyo yapmaya karşıysa, kültürün derin köklerini sunuyor da denebilir (67). Hemşireler bütüncül bakımdan ötürü bilgileri ya hasta yakınlarından öğrenir ya da hastanın geldiği kültürü daha önceden biliyorsa ona göre biçimlendirir. Yoğun bakımda hastanın kültüründen etkilenmiş iletişim şekli, hastanın kültürüne uygun olmayan hemşirelik yaklaşımı, hasta-hemşire arası mesafenin doğru ayarlanmaması gibi durumların hastaları olumsuz etkilediği bildirilmiştir (5). Yoğun bakım hemşiresi farklı kültürden olan hastaların; sağlık sorunlarının ve bunu algılama şekillerinin, hastaların yardım bekleme biçimlerinin farklı olabileceğini her daim düşünmelidir (5, 68). Bunu göz

ardı etmek hemşirenin yardım becerisini sınırlayacaktır. Hasta direnç gösterdiğinde ve iş birliği içinde olmadığında, bunun temelindeki kültürel değerler bilinmediği sürece hasta anlaşılacaktır (5). Olumsuz yoğun bakım deneyimi yaşayan hastalar taburcu olduktan sonraki yaşamında da bunun etkilerini görebilmektedir (69, 70).

### **2.11. Yoğun Bakımda Kültüre Duyarlı Bakım**

Çok kültüre sahip toplumlar sağlık hizmetleri alanında güçlü bir etkiye sahip olduklarından kültürlerarası duyarlılığı sağlık hizmetlerinin her alanına aktarmalıdır (37, 71). Kültürel yönden uyumlu sağlık hizmeti vermek, çeşitli alanlardaki sağlık çalışanlarının hastaların kültürel benzerliklerine ve farklılıklarına karşı duyarlı olmalarını gerektirir. Yoğun bakım hemşireleri hasta bilgilerini hasta yakınlarından, çevresinden, yaşadığı şehir, ülke ve geldiği yörenin özelliklerinden tespit edip bakımını ona göre şekillendirmektedir. Böylelikle hastanın beklentilerinin farkında olup kültürel bakım tercihlerini öğrenir ve hemşirelik bakımlarına dahil ederek hastanın bakımını kaliteli ve profesyonel bir şekilde sağlamış olur (8, 72). Hemşirelerin hastalara kültürel açıdan duyarlı bakım verebilmeleri için onları doğru bir şekilde anlayabilmeleri, gereksinimlerini saptayabilmeleri ve hastalarla empati kurabilmeleri gerekir (71, 73). Bu bağlamda, kültürel açıdan yetkin olan hemşirenin sunduğu bakım sağlık hizmetlerinde eşitsizliği azaltır çünkü hastaların almış olduğu hizmet kültürel değerlerine göre uyarlanır (71).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerini birleştiren paralel karma desen kullanıldı. Araştırmanın nicel boyutunda, hemşirelerin kültürel yeterlikleri ve duyarlılıkları kesitsel araştırma tasarımı ile incelendi. Nitel boyut ise hasta yakınlarının yoğun bakım sürecindeki kültürel ihtiyaçlarına yön veren kişisel deneyimlerini ve kültürel gereksinimlerini incelemek üzere nitel araştırma yöntemlerinden betimsel fenomenolojik desene dayalı olarak yürütüldü (74). Fenomenolojik desenin temel amacı, bir fenomenin bireysel deneyimlerini evrensel bir açıklamaya indirgeyerek bir nesnenin özünü anlamaktı (75). Yöntemde katılımcıların algıları, kültürel farklılıkları ve yorumları gibi konuları keşfetmek için anketler aracılığıyla açık uçlu yapılandırılmış görüşmelerin kullanılabilceği gösterildi (76). Bu nedenlerle araştırmada, nicel araştırma yoluyla elde edilen veriler fenomenolojik araştırma deseninin “bireysel deneyimlerin dahil edilmesi” özelliği ile birleştirildi. Böylece, hemşirelerin kültüre duyarlı bakım uygulamalarına ve hasta yakınlarının bu konu ile ilgili beklentilerine ilişkin verileri genel sonuçların yorumlanmasına entegre edilerek yoğun bakım sürecindeki kültürel uygulamalara ve ihtiyaçlara dair kapsamlı bir bakış açısı sağlandı (77).

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ekim 2023-Mayıs 2025 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı yoğun bakım ünitelerinde yürütülmüş olup, veri toplama süreci Haziran 2024' te tamamlandı. Çalışma toplam altı farklı yoğun bakım ünitesinde (reanimasyon, dahiliye, koroner, beyin cerrahi, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi) gerçekleştirildi: Reanimasyon, dahiliye, koroner yoğun bakım ünitelerinin her biri 15 yatak kapasitesine sahiptir. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli yaşanan depremlerden dolayı ağır hasar alan Adıyaman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nin de Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne yerleşmesiyle beraber yatak sayıları azalmıştır. Çocuk yoğun bakım 9 yatak, yenidoğan yoğun bakımı ise 15 yatak kapasitelidir. Her bir yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire sayısı 15-45 arasında değişmektedir. Reanimasyon, dahiliye, koroner, beyin cerrahi yoğun bakımdaki hastalar için yoğun bakım odalar şeklinde ayrılıp bütün hasta odaları tek kişiliktir. Çocuk yoğun

bakım ünitesinde hastalar perdelerle birbirinden ayrılmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ise tüm küvözler ortak alanda toplu biçimde yer almaktadır. Yoğun bakım ünitesi tasarımı; etrafta hasta odaları ve orta alanda hemşire ilaç hazırlama yeri, narkotik dolabı, malzemeler, bilgisayarları içeren çalışma masası şeklindedir. Hemşireler ile her yoğun bakım ünitesi içerisinde yer alan hemşire odasında görüşüldü. Hasta yakınları ile de yoğun bakım ünitelerinin ana girişinde yer alan hasta yakını bilgilendirme kabinlerinde görüşme gerçekleştirildi.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu araştırmanın evrenini Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan tüm hemşireler (n=215) ve bu hastanenin yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların yakınları oluşturdu. Araştırma paralel karma yöntem desenine göre yürütüldüğünden nicel boyuta dahil edilen bireylere ait süreç aşağıda açıklandı.

#### **3.3.1. Nicel Boyut İçin Örneklem Seçimi**

Araştırmanın nicel boyutuna ait örneklemi; Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler oluşturdu. Hemşirelerden toplanılan veriler için örneklem hesaplanmasına gidilmemiş olup yoğun bakımda çalışan tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışıldı (n=215). Araştırmanın yürütüldüğü zaman diliminde beş aydan az bir süre yoğun bakımda çalışan, ücretsiz, doğum, mazeret veya yıllık izin gibi bir izin döneminde bulunan 15 hemşire anketleri doldurmadı. Sonuç olarak 200 hemşire ile çalışma tamamlanarak evrenin %93.02'sine ulaşıldı.

#### **3.3.2. Nitel Boyut İçin Çalışma Grubu Belirleme Süreci**

Araştırmanın nitel boyutu için çalışma grubunu Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların yakınları oluşturdu (n=30). Araştırmaya katılan hasta yakınları için kolayda örnekleme yöntemi kullanıldı. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için temel kural, bilgilerin doyuma ulaşması ile tekrarlanma döngüsüdür (78). Tekrarlama döngüsü oluştuğunda, yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmış olacaktır. Bu çalışmada, görüşme kapsamında görüşülen kişilerin verdiği cevaplar kendini tekrarlamaya başladığı durumda ve yeni bir iyileşme göstergesi ifade edilemediği noktada veri doygunluğuna ulaşıldığı varsayılarak görüşmeler sonlandırıldı.

### **Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- Hemşireler için; en az beş aydır yoğun bakım ünitesinde çalışıyor olmak
- Hasta yakınları için; herhangi bir iletişim sorunu bulunmamak, yoğun bakımda hastası bulunmak, yoğun bakım ünitesinde hastasının en az 1 hafta boyunca yatmış olması, 18 yaş ve üzeri olmak, psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak

### **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:**

- Hemşireler için; Beş aydan az bir süre yoğun bakımda çalışma, ücretsiz, doğum, mazeret veya yıllık izin gibi bir izin döneminde bulunma
- Hasta yakınları için; Görsel, işitsel, bilişsel ve algısal herhangi bir yetersizliğe sahip olma, herhangi bir psikolojik tanıya sahip olma ve hastasının 1 haftadan az yoğun bakımda yatmış olma

### **Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:**

- Hemşireler için veri toplama formlarını eksik doldurma, herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılmak isteme
- Hasta yakınları için görüşmeyi sonlandırmama, herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılmak isteme

## **3.4. Veri Toplama Araçları**

Karma yöntemle yürütülen araştırmada her aşama için farklı veri toplama araçları kullanıldı. Nicel veriler, “Hasta Yakını Tanıtım Formu” ve “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği” ve “Kültürel Yeterlilik Ölçeği” ile toplandı. Araştırmanın nitel boyutundaki veriler örnekleme yer alan hasta yakınlarıyla “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” aracılığı ile toplandı.

### **3.4.1. Nicel Verilerin Elde Edilmesi İçin Kullanılan Araçlar**

#### **Hemşire Tanıtım Formu (EK 4)**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda; sosyodemografik özellikler ve çalışma durumu ile ilgili 15 soru mevcuttur.

### **Kültürel Yeterlilik Ölçeği (EK 5)**

Ölçek 2012 yılında Watson ve Perng tarafından geliştirilmiştir (41). Kültürel Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe psikometrik özellikleri 2016 yılında Gözüm ve arkadaşları tarafından test edilmiştir. Türkçe formu 20 madde ve 5' li likert tiptedir. “Kesinlikle katılıyorum-kesinlikle katılmıyorum” arasından seçim yapılarak 5 puandan 1 puana doğru puan alınır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur (41, 79). Hemşirelerin kültürel becerilerini, kültürel bilgilerini ve kültürel duyarlılıklarını değerlendirmek için alt ölçekler bulunmaktadır. Kültürel becerilerle ilgili on iki ifade (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 14, 16, 18, 19. madde), kültürel bilgiyle ilgili altı ifade (3, 9, 11, 12, 13, 15. madde) ve kültürel duyarlılıkla ilgili iki ifade (17, 20. madde) vardır. Ölçekten alınabilecek puanlar 20-100 arasında değişmektedir. Yüksek puan, yüksek kültürel yetkinlik anlamına gelmektedir. Gözüm ve arkadaşları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.98 olarak bulunmuştur (41). Bu araştırmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.985 bulunmuştur.

### **Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (EK 6)**

Bulduk ve ark. tarafından Türkçe' ye uyarlanan Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeğinin orijinal formu Starosta ve Chen tarafından geliştirilmiştir (20). Ölçek 24 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tiplidir. “Kesinlikle katılıyorum-kesinlikle katılmıyorum” arasından seçim yapılarak 5 puandan 1 puana doğru puan alınır. Ölçek “iletişimde sorumluluk (1, 11, 13, 21, 22, 23 ve 24. maddeler)”, “kültürel farklılıklara saygı (2, 7, 8, 16, 18 ve 20. maddeler)”, “iletişimde kendine güvenme boyutu (3, 4, 5, 6 ve 10. maddeler)”, “iletişimden hoşlanma boyutu (9, 12 ve 15. maddeler)” ve “iletişimde dikkatli olma boyutu (14, 17 ve 19. maddeler)” olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri ters kodlanmıştır (2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeleri) (39). Bulduk ve ark.'nın bulduğu sonuca göre Cronbach  $\alpha$  tutarlılığı 0.72 olarak bulunmuştur (20). Bu araştırmada ise Cronbach Alfa katsayısı 0.918 bulunmuştur.

### **3.4.2. Nitel Verilerin Elde Edilmesi İçin Kullanılan Araçlar**

#### **Hasta Yakını Tanıtım Formu (EK 8)**

Literatür taraması sonucu (81, 82, 83) araştırmacı tarafından oluşturulan formda; hasta ve yakınına ait sosyodemografik özellikler başlıkları altında hasta yakınının cevaplayacağı toplam 6 soru bulunmaktadır.

#### **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 9)**

Literatür taraması sonucu (84, 85, 86) hazırlanan formda hasta yakınlarının kültürlere duyarlı bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve kültürel bakım gereksinimlerini detaylı bir şekilde belirleyebilecek 7 soruyu içermektedir.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formunda yer alan sorular aşağıdaki gibidir.

1. Yoğun bakımdaki hastanızın bakımında ne yapmak istersiniz?
2. Yakınınızın almış olduğu hemşirelik bakımından memnun musunuz?
3. Hastanız için size özgü olan bakım ihtiyaçlarınız nelerdir?
4. Kültürel bakımdan ne anlıyorsunuz?
5. Kültüre duyarlı bakım uygulamaları size ne çağrıştırıyor?
6. Kültüre duyarlı bakımdan beklentinizi bir cümle ile belirtir misiniz?
7. Kültürünüze duyarlı bakım almadığınızda ne hissediyorsunuz?

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler Ekim 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında toplandı. Karma yöntemle yürütülen araştırmada her aşama için veri toplama süreçleri aşağıdaki gibidir.

#### **3.5.1. Nicel Boyut Verilerin Toplanması**

Anket formları hemşirelere yüz yüze uygulanmış ve formları bireysel olarak doldurmaları sağlandı. Veriler toplanmadan önce hemşirelerden yazılı onam (Ek-2) alındı. “Hemşire Tanıtım Formu (Ek-3)” - “Kültürel Yeterlilik Ölçeği- Hemşire (Ek-4)” - “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği- Hemşire (Ek-5)” hemşirelere verilip sırasıyla cevaplamaları istendi. Anket süresi 20 dakika olarak belirlendi.

#### **3.5.2. Nitel Boyut Verilerin Toplanması**

Görüşmeler, ilk araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Veriler toplanmadan önce hasta yakınlarından ses kaydı alınması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma gibi

konular için yazılı onam (Ek-6) alındı. “Hasta Yakını Tanıtım Formu (Ek-7)” dolduruldu ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek-8)” aracılığı ile görüşme yüz yüze yapıldı. Hasta yakınları görüşme yapılmak üzere yoğun bakım ünitesi görüşme kabinlerine alındı. Görüşme süresi, katılımcıların dikkat ve odak sürelerini aşmamak, verimliliği artırmak ve araştırma etiğine uygunluğu sağlamak amacıyla 30 dakika ile sınırlandırıldı. Görüşme sırasında araştırmacı tarafından ses kaydı alındı ve görüşmeye dair notlar tutuldu.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

#### 3.6.1. Nicel Boyut

Elde edilen veriler, SPSS sürüm 22 ile değerlendirildi. Tanımlayıcı değişkenler sayı, yüzde, en az-en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılarak sunuldu. Tablo 3.1’de sunulduğu gibi verilerin normallik varsayımına uygunlukları “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları ( $\pm 2$ ) ile hesaplandı (87). İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler bağımsız gruplarda t testi ile analiz edildi. Çoklu grupların karşılaştırılmasında normal dağılım veriler varyans analizi ile değerlendirildi. Varyans analizi için varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda ise Dunnet C testi ile ileri karşılaştırmalar yapıldı. Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeklerine ait ilişkiel çıkarımlarda normal dağılım veriler için pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklere ait iç geçerliliğin belirlenmesi için Cronbach  $\alpha$  kat sayısı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

**Tablo 3.1.** Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu (n=200)

Sürekli Değişkenler	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	0,662	0,172	-0,759	0,342
Çalışma süresi (ay)	0,812	0,172	-0,503	0,342
Bu klinikte çalışma süresi (ay)	1,224	0,172	0,627	0,342
Kültürel Beceri	-0,624	0,172	0,652	0,342
Kültürel Bilgi	-0,697	0,172	0,546	0,342
Kültürel Duyarlılık	-0,718	0,172	0,416	0,342
<b>Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği</b>	-0,673	0,172	0,714	0,342
İletişimde Sorumluluk	-0,059	0,172	-0,023	0,342
Kültürel Farklılıklara Saygı	-0,049	0,172	0,255	0,342
İletişimde Kendine Güvenme	-0,033	0,172	0,527	0,342
İletişimden Hoşlanma	-0,258	0,172	0,154	0,342
İletişimde Dikkatli Olma	-0,250	0,172	-0,110	0,342
<b>Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği</b>	0,173	0,172	0,335	0,342

Tüm veriler normal dağılmaktadır.

### 3.6.2. Nitel Boyut

Hasta yakınlarının yoğun bakım deneyimlerini kapsamlı bir şekilde ortaya koyan açık uçlu sorular için tematik analiz gerçekleştirildi. Bunun için Creswell ve Plano Clark'ın nitel araştırmada tümevarım analizi basamakları izlendi (88). Tümevarım analizine uygun olarak; 1. verilerin toplanması, 2. verilerin analiz için hazırlanması ve düzenlenmesi, 3. verilerin tamamını okuma, 4. verilerin kodlanması ve tema ve alt temaların bulgulara dönüştürülerek sunulması basamakları izlendi.

Kod sistemini oluşturmak üzere, tümevarım yaklaşımıyla verilerin toplanmasının ardından analiz için hazır hâle getirilmesi sağlandı. Bu aşamada, hasta yakınlarından görüşme sırasında elde edilen tüm yanıtlar ses kaydından Microsoft Word belgesine aynen döküm yöntemiyle yazılarak 28 sayfalık bir doküman oluşturuldu. Yanıtları veren hastalara benzersiz bir katılımcı numarası atandı ve veriler NVivo programına aktarıldı. Hasta yakınlarının yoğun bakıma yönelik kültürel ihtiyaçlarının neler olduğunun ve anlamının ne olduğuna dair derinlemesine düşünme sağlamak için üçüncü aşamada verilerin tamamının okunması yapıldı. Dökümü gerçekleştirilen görüşmelerin her biri her iki araştırmacı tarafından ilk olarak ayrı ayrı birkaç kez okundu. Dördüncü aşama için ilk olarak veriler açık kodlamalar ile kodlandı. Hasta yakınlarının kültürel ihtiyaçlarına ilişkin verilerin kodlanmasında Saldana' nın önerdiği kapsamlı kodlama kullanıldı. Buna göre kapsamlı kodlama yaklaşımı "tüm verilerin niteliğinin belirlenmesi, gözden geçirilmesi ve verilerin katılımcı bakış açısına, sürece ve/veya değerlere ilişkin kodlanması" basamaklarını içeren birinci aşama ve "tematik kodlamayı" içeren ikinci aşamadan oluştu (89). İlk aşamada elde edilen kodların düzenlenmesi ve içerdikleri anlamlara göre gruplandırılması yapıldı (89, 90). Ardından veriyi kısa kelimelerle özetleyen tanımlayıcı kodlama, bireyin kendi ifadelerinden temellenen in vivo kodlama, gözlenebilir ve eylem içeren terimleri içeren süreçsel kodlama türleri kullanıldı. Buradan elde edilen kodlar listelenerek bir kod listesi oluşturuldu. İkinci aşamada kod listesinde anlamsal olarak birbirine yakın kodlar birleştirilerek ve belirlenen anlamlı yapılar temel alınarak kodlardan kategorilere kategorilerden ise temalara ve alt temalara ulaşıldı (91). 30 hastaya ait görüşme dokümanı analiz edildikten sonra veriler doygunluğa ulaştı ve kavramlar tekrarlanmaya başladı. Sonuç olarak, betimleyici fenomenolojik yaklaşıma dayalı tematik analiz süreci, orijinal verileri kullanarak anlamları belirlemeye, bunları örüntüler halinde düzenlemeye ve ortaya çıkan temaları çalışmanın amacı ve gerçek bağlamla ilişkili olarak yazmaya kadar uzandı. Bulgular raporlanırken, tersten (yani

temalardan ve alıntılarla örneklendirilen betimleyici metinden başlayarak) açıklandı. Böylece katılımcıların deneyimlerinden elde edilen anlamlar, temalar halinde düzenlenmiş anlamlı bir metinle açıklandı (92). İçerik analizi güvenilirliğini sağlamak için veriler iki ayrı araştırmacı tarafından kodlandı. Kodlayıcılardan biri birinci ilk araştırmacı, diğeri ise hemşirelik esasları alanında uzman öğretim elemanıdır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı gerçekleştirebilmek için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih:17/10/2023 Karar No: 2023/5061) (Ek 10) yazılı izin alındı. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alındı (Ek 9). Araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Biriminden mali destek alındı. Hasta yakınlarına (Ek 6) ve hemşirelere (Ek 2) bilgilendirilmiş yazılı onay formu imzalatılarak bilgilendirilmiş onam ilkesi uygulandı. Araştırmaya katılan hemşire ve hasta yakınlarına, araştırma hakkında bilgi verildi, soruları cevaplandırılıp araştırmaya katılıp katılmamakta özgür olduklarını, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacaklarını, kişisel bilgilerin korunacağı konusunda bilgi verildi. Araştırmada hasta yakınlarına yapılan yarı yapılandırılmış görüşme formunun doldurulması sırasında görüşmenin ses kaydı yapılacağı belirtilerek onamları alındı. Çalışmada kullanılan ölçeklerin izinleri, ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren veya ölçeği geliştiren yazarlara mail yoluyla ulaşıp alındı (EK 11).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. İlk olarak nitel verilerin elde edilmesi için yalnızca görüşmelerin yapıldığı sırada yoğun bakım ünitesinde veya ünite yakınlarında ulaşılacak konumda bulunan hasta yakınlarından çalışmaya katılmalarının istenmesiydi. Her ne kadar bireyleri hastanın birinci derece akrabaları veya bakım verenlerinden seçmiş olsak da görüşme yapıldığı sırada hastayla ilişkisi bulunan diğer hasta yakınlarının da söyleyecekleri olabilirdi. Bu ön yargıyı önlemek için en az beş gündür bir yoğun bakımda yatan hastası bulunan ve onunla beş gündür ilgilenen hasta yakınlarını dahil edildi.

İkinci olarak nicel verilerin elde edilmesi için yapılan anketlerde hemşirelerin kültürel duyarlılıkları ve yeterlilikleri kendi bildirimlerine dayalıydı. Bu durum sonuçları

yorumlarken göz önüne alındı. İleri çalışmalarda hastalar ve hasta yakınları tarafından hemşirelerin kültürel duyarlılıkları ve yeterlilikleri ile ilgili bildirilen nicel verilere ihtiyaç vardır. Nitekim çalışmamız hasta ve yakınlarının yoğun bakım ortamlarında kültürel ihtiyaçları olduğunu doğruladı. Bu durumda kültürel ihtiyaçları bulunan bireylerin hemşirelerin bu ihtiyaçları karşılamadaki duyarlılıklarını ve yeterliliklerini değerlendirmesi değerli olacaktır. Buradan hareketle ileri araştırmalara zemin sağlaması bakımından bu araştırmada elde edilen nitel bulgular dikkate alınmalıdır.

### **3.9. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel yeterliliği ve kültürlerarası duyarlılığı araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

**Bağımsız Değişken:** Yoğun bakım hemşirelerinin hastalara uyguladığı kültürel uygulamalar bağımsız değişkenidir.

**Kontrol Değişkenleri:** Yoğun bakım hemşirelerinin; yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, hemşire olarak toplam çalışma süresi, bulunduğu klinikteki çalışma süresi, hangi yoğun bakımda çalıştığı, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, bir shiftte kaç hasta baktığı, hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiği araştırmanın kontrol değişkenleri olarak belirlendi.

## 4. BULGULAR

Bu araştırmada hemşirelere ait kültürel yeterlilik ve kültürel duyarlılık sonuçları ilk bölümde nicel araştırma yöntemi ile sunulmuştur. Ardından ikinci bölümde hasta yakınlarına ait nitel bulgular sunulmuştur.

### 4.1. Araştırmanın Nicel Bulgular

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin demografik özellikleri (n=200)

		n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	127	63.5	
	Erkek	73	36.5	
<b>Eğitim düzeyi</b>	Lise/n lisans	43	21.5	
	Lisans	150	75.0	
	Yüksek lisans veya doktora	7	3.5	
<b>Medeni durum</b>	Evli	100	50.0	
	Bekar	100	50.0	
<b>Sayısal değişkenler</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>Yaş</b>	23.00	48.00	31.48	7.09

Hemşirelerin demografik zellikleri Tablo 4.1’ de sunulmuştur. Hemşirelerin %63.5’ i kadın, %75’ i lisans mezunu, %50’ si evli olup ve yaş ortalamaları 31.48±7.09 yıldır.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin alışma özelliklerinin dağılımı (n=200)

		n	%
<b>Yoğun bakım nitesi türü</b>	Dahiliye YB	37	18.5
	ocuk YB	26	13.0
	Reanimasyon YB	51	25.5
	Yenidoğan YBÜ	34	17.0
	Beyin cerrahi YB	18	9.0
	Koroner YB	34	17.0
<b>alışma şekli</b>	Gündüz vardiyası	29	14.5
	Gece vardiyası	12	6.0
	Her ikisi	159	79.5
<b>Haftalık alışma süresi</b>	40 saatten daha az	2	1.0
	40-48 saat	192	96.0
	48 saatten daha fazla	6	3.0
<b>Bir şifte bakılan hasta sayısı</b>	1	11	5.5
	2	119	59.5
	3	70	35.0

<b>Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme</b>	Evet	150	75.0
	Hayır	50	25.0
<b>Sayısal Değişkenler</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>
Çalışma süresi (ay)	24.00	672.00	185.28
Bu klinikte çalışma süresi (ay)	24.00	456.00	114.36

Hemşirelerin çalışma özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2' de sunulmuştur. Hemşirelerin %25.5' i reanimasyon yoğun bakım ünitesinde, %79.5' i hem gece hem gündüz vardiyasında, %96'sı 40-48 saat arası çalışmaktadır. Araştırmaya dahil olan hemşirelerin %59.5 bir şifte 2 hasta baktığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %75' i hemşirelik mesleğini isteyerek seçmişlerdir. Toplam çalışma süresi 185.25±165.74 ay ve bu klinikte çalışma süresi 114.36±108.83 aydır.

**Tablo 4.3.** Kültürel bakımla ilgili özelliklerin dağılımı

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelerin kendi verdikleri bakımı yeterli bulma durumu</b>	Evet	102	51.0
	Hayır	98	49.0
<b>Bakım konusunda kültürel yetkinlik</b>	Evet	107	53.5
	Hayır	93	46.5
<b>Hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının nedenleri</b>	Hemşirelerin kültüre duyarlı bakım konusunda bilgisiz olması	28	14.0
	Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması	44	22.0
	Kültürel bakım için yeterli zamanın olmaması	44	22.0
	Kültürel gereksinimlerin dikkate alınmaması	24	12.0
	Hemşirelerin kültürel yetkinliğinin olmayışı	27	13.5
	Ekibin uyumsuz çalışması	33	16.5
	Hiçbir şey	61	30.5
<b>Kültüre duyarlı bakımın ne çağrıştırdığı</b>	İyilik	13	6.5
	Mahremiyet	22	11.0
	Empati	16	8.0
	Hastaya uygun bakım	18	9.0
	Bütüncül bakım	19	9.5
	Gelenek ve görenek	24	12.0
	Vicdan	15	7.5
	Saygı	12	6.0
<b>Hastalara verilen kültürel bakım uygulamaları</b>	İbadetlerini yerine getirmesine yardımcı olmak	14	11.0
	Örtülü hastalara saç bonesi takmak	7	5.5
	Kol bandı takmak	12	9.4

Hastanın vücudunu ailenin isteği yönünde yıkamak	13	10.2
Hastanın diliyle iletişime geçmek	13	10.2
Aileyle iletişim halinde olmak	18	14.2
Hastanın-ailenin istediği şekilde sakalını kesmek	8	6.3
Mahremiyete dikkat etmek	42	33.1

Hemşirelerin kültürel bakımla ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4.3’ de sunulmuştur. Hemşirelerin %51’ i verdikleri bakımı yeterli bulmaktadır ve %53.5’ i bakım konusunda kendini kültürel açıdan yetkin olarak görmektedir. Hemşirelerin %16.5’ i hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının nedenini “ekibin uyumsuz çalışması” olarak görmektedir. Hemşirelerin %30.5’ inde kültürel bakım hiçbir şey çağrıştırmamaktadır, %33.1’ i kültürel bakım olarak mahremiyete dikkat etmektedir.

**Tablo 4.4.** Ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı (n=200)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.	Max.	Ort.	SS.
Kültürel Beceri	12.00	60.00	41.97	10.64
Kültürel Bilgi	6.00	30.00	21.20	5.43
Kültürel Duyarlılık	2.00	10.00	7.06	1.89
<b>Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği</b>	<b>20.00</b>	<b>100.00</b>	<b>70.22</b>	<b>17.70</b>
İletişimde Sorumluluk	11.00	35.00	23.62	4.76
Kültürel Farklılıklara Saygı	9.00	30.00	20.85	4.24
İletişimde Kendine Güvenme	5.00	25.00	16.54	3.86
İletişimden Hoşlanma	3.00	15.00	10.43	2.61
İletişimde Dikkatli Olma	3.00	15.00	10.32	2.62
<b>Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği</b>	<b>33.00</b>	<b>119.00</b>	<b>81.76</b>	<b>14.90</b>

Çalışmada kullanılan Kültürel Yeterlilik Ölçeği, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve bu ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.4’ de sunulmuştur. Hemşireler, Kültürel Beceri alt boyutundan  $41.97 \pm 10.64$ , Kültürel Bilgi alt boyutundan  $21.20 \pm 5.43$ , Kültürel Duyarlılık alt boyutundan  $7.06 \pm 1.89$  ve Kültürel Yeterlilik Ölçek toplamından  $70.22 \pm 17.70$  puan almışlardır. Hemşireler, İletişimde Sorumluluk alt boyutundan  $23.62 \pm 4.76$  puan, Kültürel Farklılıklara Saygı alt boyutundan  $20.85 \pm 4.24$  puan, İletişimde Kendine Güvenme alt boyutundan  $16.54 \pm 3.86$  puan, İletişimden Hoşlanma alt boyutundan  $10.43 \pm 2.61$  puan, İletişimde Dikkatli Olma alt boyutundan  $10.32 \pm 2.62$  puan ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplamından  $81.76 \pm 14.90$  puan almıştır.

**Tablo 4.5.** Demografik özelliklere göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Kültürel Yeterlilik Ölçeği		Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	127	69.61	18.03	80.39	14.42
	Erkek	73	71.29	17.18	84.14	15.51
	<b>Test ve Önemlilik</b>			t=-0.643 p=0.521		t=-1.719 p=0.087
Eğitim durumu	Lise/Ön lisans	43	72.58	18.85	83.67	13.27
	Lisans	150	69.35	17.44	80.71	14.95
	Yüksek lisans veya doktora	7	74.57	16.31	92.43	19.82
	<b>Test ve Önemlilik</b>			F=0.775 p=0.462		F=2.560 p=0.080
Medeni durum	Evli	100	70.46	18.33	82.21	14.64
	Bekar	100	69.99	17.13	81.31	15.21
	<b>Test ve Önemlilik</b>			t=0.187 p=0.852		t=0.426 p=0.670

Demografik özelliklere göre Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’ de sunulmuştur. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni duruma göre Kültürel Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Aynı şekilde hemşirelerin cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni duruma göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Çalışma özelliklerine göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Kültürel Yeterlilik Ölçeği		Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Yoğun bakım ünitesi türü	Dahiliye YBÜ	37	62.78	22.38	82.81	18.11
	Çocuk YBÜ	26	73.54	11.37	75.38	11.70
	Reanimasyon YBÜ	51	74.96	11.30	83.53	16.04
	Yenidoğan YBÜ	34	71.29	17.13	81.38	13.23
	Beyin cerrahi YBÜ	18	63.50	21.81	80.39	7.86
	Koronar YBÜ	34	71.18	19.51	83.94	15.36
	<b>Test ve Önemlilik</b>			F=2.919 p=0.015		F=1.324 p=0.255

<b>Çalışma şekli</b>	Gündüz vardiyası	29	72.72	18.70	80.31	13.55
	Gece vardiyası	12	72.67	14.40	75.33	19.81
	Her ikisi	159	69.58	17.78	82.51	14.68
	<b>Test ve Önemlilik</b>			F=0.505 p=0.604	F=1.462 p=0.234	
<b>Haftalık çalışma süresi</b>	40 saatten daha az	2	79.50	6.36	77.00	15.56
	40-48 saat	192	70.16	17.99	81.76	15.01
	48 saatten daha fazla	6	69.33	7.99	83.33	12.75
	<b>Test ve Önemlilik</b>			F=0.282 p=0.755	F=0.134 p=0.874	
<b>Bir şifte bakılan hasta sayısı</b>	1	11	74.18	9.71	78.27	14.07
	2	119	70.18	18.10	80.99	14.86
	3	70	69.69	18.08	83.61	15.07
	<b>Test ve Önemlilik</b>			F=0.306 p=0.737	F=1.002 p=0.369	
<b>Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme</b>	Evet	150	70.65	17.17	82.75	15.07
	Hayır	50	68.96	19.32	78.80	14.12
	<b>Test ve Önemlilik</b>			t=0.583 p=0.561	t=1.629 p=0.105	

Çalışma özelliklerine göre Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6' da sunulmuştur. Buna göre yoğun bakım türüne göre Kültürel Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puanlarının, çocuk yoğun bakım, reanimasyon yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin verdiği bakım yeterli bulma konusunda Hemşire Kültürel Yeterlilik ölçek toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, bir şifte bakılan hasta sayısına ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme göre durumuna göre Kültürel Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Yoğun bakım türü, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, bir şifte bakılan hasta sayısına ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumuna göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Kültürel bakımla ilgili özelliklere göre kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Kültürel Yeterlilik Ölçeği		Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği		
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	
<b>Hemşirelerin kendi verdikleri bakımı yeterli bulma durumu</b>	Evet	102	73.29	14.38	80.65	15.23	
	Hayır	98	67.03	20.18	82.92	14.53	
	<b>Test ve Önemlilik</b>		t=2.519 p=0.013		t=-1.078 p=0.282		
<b>Bakım konusunda kültürel yetkinlik</b>	Evet	107	78.93	14.17	84.57	16.32	
	Hayır	93	60.20	16.02	78.53	12.38	
	<b>Test ve Önemlilik</b>		t=77.002 p=0.000		t=2.970 p=0.003		
<b>Hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının nedenleri</b>	Hemşirelerin kültüre duyarlı bakım konusunda bilgisiz olması	28	67.96	20.92	81.46	15.46	
	Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması	44	72.30	15.73	79.09	16.58	
	Kültürel bakım için yeterli zamanın olmaması	44	73.75	14.09	82.84	15.42	
	Kültürel gereksinimlerin dikkate alınmayışı	24	65.83	16.32	80.33	9.15	
	Hemşirelerin kültürel yetkinliğinin olmayışı	27	66.19	22.05	81.67	17.39	
	Ekibin uyumsuz çalışması	33	71.18	18.34	85.24	12.58	
	<b>Test ve Önemlilik</b>		F=1.162 p=0.330		F=0.731 p=0.601		
	<b>Hastalara yeteri kadar kültürel bakım verme</b>	Evet	105	73.85	15.64	81.10	14.94
		Hayır	95	66.22	19.02	82.49	14.89
<b>Test ve Önemlilik</b>			t=3.079 p=0.002		t=-0.662 p=0.508		
<b>Kültüre duyarlı bakımın çağrıştırdığı</b>	Hiçbir şey	61	68.46	15.34	77.79	13.24	
	İyilik	13	67.23	21.00	78.77	8.23	
	Mahremiyet	22	75.55	15.82	88.36	16.33	
	Empati	16	78.25	14.82	84.88	16.18	
	Hastaya uygun bakım	18	69.94	11.89	78.39	12.77	
	Bütüncül bakım	19	65.21	25.47	82.68	16.21	
	Gelenek ve görenek	24	71.96	15.62	79.75	16.79	
	Vicdan	15	67.53	24.85	89.93	16.86	
	Saygı	12	70.25	17.62	86.33	12.01	
<b>Test ve Önemlilik</b>		F=1.047		F=2.225			

		p=0.402		p=0.027		
<b>Hastalara verilen kültürel bakım uygulamaları</b>	İbadetlerini yerine getirmesine yardımcı olmak	14	67.43	18.74	77.93	8.87
	Örtülü hastalara saç bonesi takmak	7	73.86	23.11	74.43	15.09
	Kol bandı takmak	12	81.67	17.96	95.00	13.63
	Hastanın vücudunu ailenin isteği yönünde yıkamak	13	65.23	20.57	86.46	15.53
	Hastanın diliyle iletişime geçmek	13	61.23	23.20	85.38	22.27
	Aileyle iletişim halinde olmak	18	71.44	20.47	83.11	17.35
	Hastanın-ailenin istediği şekilde sakalını kesmek	8	70.00	11.11	81.25	16.02
	Mahremiyete dikkat etmek	42	73.21	16.86	84.05	13.84
	<b>Test ve Önemlilik</b>		F=1.396 p=0.213		F=1.690 p=0.118	

Kültürel bakımla ilgili özelliklere göre Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeklerinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7' de sunulmuştur. Hemşirelerin verdiği bakımı yeterli bulanların puan ortalaması daha yüksektir. Hastalara yeteri kadar kültürel bakım verdiğini ifade eden hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir. Bakım konusunda kültürel yetkinliğinin olduğunu düşünen hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir. Hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının nedenleri, kültüre duyarlı bakımın çağrıştırdığı ve hastalara verilen kültürel bakım uygulamalarına göre Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Kültüre duyarlı bakımın çağrıştırdığı ve bakım konusunda kültürel yetkinliğe göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Kültüre duyarlı bakımın çağrıştırdığına göre farkın hangi gruptan geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); vicdan yanıtı verenlerin puanlarının, hiçbir şey, iyilik, hastaya uygun bakım ve gelenek görenek yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım konusunda kültürel yetkinliğinin olduğunu düşünen hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir. Hemşirelerin verdiği bakım yeterli bulma, hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının nedenleri, hastalara yeteri kadar kültürel bakım verme ve hastalara verilen kültürel bakım

uygulamalarına göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Çeşitli değişkenler ile kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=200)

		Kültürel Yeterlilik Ölçeği	Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği
Yaş	r	0.026	0.061
	p	0.716	0.394
Çalışma süresi (ay)	r	0.028	0.047
	p	0.698	0.509
Bu klinikte çalışma süresi (ay)	r	0.015	0.001
	p	0.832	0.986

Çeşitli değişkenler ile Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.8’ de sunulmuştur. Yaş, çalışma süresi ve bulunduğu klinikte çalışma süresi değişkenleri ile Kültürel Yeterlilik ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Kültürel yeterlilik ölçek puanı ile kültürlerarası duyarlılık ölçek puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=200)

		Kültürel Beceri	Kültürel Bilgi	Kültürel Duyarlılık	KYÖ
İletişimde Sorumluluk	r	0.226	0.222	0.250	0.231
	p	<b>0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>
Kültürel Farklılıklara Saygı	r	0.138	0.148	0.180	0.147
	p	0.052	<b>0.036</b>	<b>0.011</b>	<b>0.037</b>
İletişimde Kendine Güvenme	r	0.288	0.262	0.338	0.290
	p	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
İletişimden Hoşlanma	r	0.143	0.139	0.180	0.148
	p	<b>0.043</b>	0.050	<b>0.011</b>	<b>0.037</b>
İletişimde Dikkatli Olma	r	0.102	0.090	0.126	0.102
	p	0.151	0.205	0.074	0.149
<b>Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği</b>	r	0.229	0.221	0.272	0.235
	p	<b>0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>

Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı ile Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.9’ da sunulmuştur. İletişimde Sorumluluk alt boyut puanı ile Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlılık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). İletişimde Sorumluluk alt boyut puanı arttıkça, Kültürel Beceri, Kültürel

Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanları da artmaktadır. Kültürel Farklılıklara Saygı alt boyut puanı ile Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Kültürel Farklılıklara Saygı alt boyut puanı arttıkça, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı da artmaktadır. Kültürel Farklılıklara Saygı alt boyut puanı ile Kültürel Beceri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). İletişimde Kendine Güvenme alt boyut puanı ile Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). İletişimde Kendine Güvenme alt boyut puanı arttıkça, Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanları da artmaktadır. İletişimden Hoşlanma alt boyut puanı ile Kültürel Beceri, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). İletişimden Hoşlanma alt boyut puanı arttıkça, Kültürel Beceri, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanları da artmaktadır. İletişimden Hoşlanma alt boyut puanı ile Kültürel Bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). İletişimde Dikkatli Olma alt boyut puanı ile Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçek puanı ile Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Kültürlerarası Duyarlılık Ölçek puanı arttıkça, Kültürel Beceri, Kültürel Bilgi, Kültürel Duyarlık ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanları da artmaktadır.

**Tablo 4.10.** Kültürel yeterlilik puanının, kültürlerarası duyarlılık toplam puanına etkisini gösterir regresyon analizi

	<b>Beta</b>	<b>Standart Hata</b>	<b>Standart Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>%95 Güven Aralığı</b>	
<b>Sabit katsayı</b>	67.893	4.211	-	16.124	0.000	59.589	76.196
Kültürel Yeterlilik Ölçeği	0.197	0.058	0.235	3.396	0.001	0.083	0.312

Regresyon analizi, Kültürel Yeterlilik puanının, Kültürlerarası Duyarlılığı ne derece yordadığını ortaya koymak için uygulanmıştır. Tablo 4.10’ da sunulmuştur. Bu analiz sonucunda, Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı ile Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $R=0.235$ ,  $R^2_{adjusted}=0.050$ ,  $F_{(1,198)}=11.531$ ;  $p=0.001$ ). Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı, Kültürlerarası Duyarlılıktaki değişimin %5’ini açıklamaktadır. Regresyon analizinin sonucuna göre Kültürlerarası Duyarlılık yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; Kültürlerarası Duyarlılık =  $(0.197 \times \text{Kültürel Yeterlilik Ölçek puanı}) + (67.893)$ . Kültürel Yeterlilik puanındaki 1 birimlik artış, Kültürlerarası Duyarlılık puanında 0.197 birimlik artışa neden olmaktadır.

#### 4.2. Araştırmanın Nitel Bulguları

Araştırmanın nitel boyutuna otuz hasta yakını katılmıştır. Hasta yakınlarının çoğunluğu kadındı ve çalışmaktaydı. Katılımcıların akademik nitelikleri ilköğretim düzeyinden üniversite derecesine kadar farklılık göstermektedir. Hasta yakınlarının tamamı beş günden uzun süredir yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ile ilişkilidir (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11.** Hasta yakınlarına ilişkin öznelilikler (Kişisel özellikler)

Hasta Yakını	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Eğitim Durumu	Meslek	Yaşadığı Yer
1.	37	Kadın	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	İl
2.	25	Erkek	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	İl
3.	27	Erkek	Bekar	Üniversite	Çalışıyor	İlçe
4.	52	Erkek	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışıyor	İlçe
5.	28	Kadın	Evli	Üniversite	Çalışıyor	İl
6.	35	Kadın	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	İl
7.	24	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışıyor	İl
8.	21	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	İl
9.	55	Erkek	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışıyor	İl
10.	42	Kadın	Evli	Lise	Çalışıyor	İlçe
11.	67	Erkek	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	Köy
12.	26	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	İl
13.	38	Erkek	Evli	Lise	Çalışıyor	İl
14.	47	Kadın	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	İl
15.	30	Erkek	Evli	Lise	Çalışıyor	İl
16.	49	Kadın	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	İl
17.	45	Kadın	Evli	İlköğretim-Ortaöğretim	Çalışmıyor	İl
18.	35	Erkek	Bekar	Üniversite	Çalışıyor	İl
19.	47	Erkek	Evli	Üniversite	Çalışıyor	İl
20.	33	Erkek	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	İl

21.	28	Kadın	Evli	Üniversite	Çalışmıyor	İl
22.	42	Erkek	Evli	Üniversite	Çalışıyor	İl
23.	49	Kadın	Evli	Okur-Yazar Değil	Çalışmıyor	İlçe
24.	47	Kadın	Evli	Okur-Yazar Değil	Çalışmıyor	İlçe
25.	42	Erkek	Evli	Lise	Çalışıyor	İl
26.	32	Erkek	Evli	Üniversite	Çalışıyor	İl
27.	24	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	İl
28.	27	Kadın	Evli	Üniversite	Çalışıyor	İl
29.	26	Erkek	Bekar	Üniversite	Çalışıyor	İl
30.	25	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışıyor	İl

Yoğun bakımda yakını bulunan hasta yakınlarının kültürel gereksinimleri ve kültürel bakıma yükledikleri anlama ilişkin altı ana tema ve on altı tema belirlendi. (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12.** Yoğun bakım hasta yakınlarının ihtiyaçları ve deneyimleri

Ana temalar	Alt temalar	Kodlar
1. Kültüre uygun iletişim	1.1. Yanında olduğunu hissettirmek 1.2. Nezaketli sohbeti içeren iletişim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konuşmak</li> <li>• İletişim halinde olmak</li> <li>• Dokunmak</li> <li>• Temas etmek</li> <li>• El tutmak</li> <li>• Yanında olduğunu hissettirmek</li> <li>• Sohbet etmek</li> <li>• Nezaket</li> <li>• Yavaş ses tonu</li> </ul>
2. Gerçekleri bilmek ve karar verebilmek	2.1. Bakım ve tedavilerle ilgili açıklama yapılması 2.2. Hasta hakkında karar vermek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakımla İlgili Açıklama</li> <li>• Bizim Söylediklerimiz</li> <li>• Dikkate Alınmak</li> <li>• Hasta Yakınlarından Bilgi Alınması</li> <li>• Karar Vermek</li> </ul>
3. Farkındalıkla verilen bakıma katılabilmek	3.1. İhtiyaçlarını alışkanlıklarına göre sürdürebiliriz 3.2. Bakımı çeşitlendirecek uygulamaları beraber yapabiliriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sevdiği şeyleri Yedirmek</li> <li>• Hareket Ettirmek</li> <li>• Temizlemek ve Bakmak</li> <li>• Bakımına Girmek</li> <li>• İçirmek</li> <li>• Masaj</li> <li>• Ovuşturmak</li> <li>• Yıkamak</li> <li>• Müzik Dinletmek</li> </ul>
4. Mahremiyeti koruyacak seçimlerin yapılabilmesi	4.1. Gizlilik ve kişisellik bağlamında yaşam tarzına ve beklentilere uygun seçimlere izin verilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta İsteklerini unutmamak</li> <li>• Üstünü Örtmek</li> <li>• Mahremiyetine Dikkat Etmek</li> </ul>

	4.2. Hassasiyetlerin göz önüne alınması mümkün	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzer Cinsiyetin Bakım Vermesini İstemek</li> <li>• Bonenin Takılması</li> <li>• Saygı</li> <li>• Yaşam Tarzına Uygun Davranılması</li> <li>• Örf ve Adetlere Uygun Davranılması</li> <li>• Hassasiyetlerinin Anlaşılması</li> <li>• Bize Göre Bakım</li> </ul>
5. Özen gösterilmesi ve korumanın sağlanması	<p>5.1. Bir gülün değeri ona gösterdiğin özenle ölçülür</p> <p>5.2. Yalnızca gerekli müdahaleler yapılarak korumanın sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İncitmeden Bakım Yapmak</li> <li>• Temiz Kokular Sürmek</li> <li>• Anlayışla Verilen Bakım</li> <li>• Dikkatli Bakım</li> <li>• Duyarlı Olunması</li> <li>• Nazik Davranmak</li> <li>• Ellerini Bağlamamak</li> <li>• Ayaklarını Bağlamamak</li> </ul>
6. Psikolojik destek sağlanması		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moral</li> <li>• Motivasyon</li> <li>• Destek</li> </ul>

#### 4.2.1. Kültüre Uygun İletişim

Hemen hemen tüm hasta yakınları, yoğun bakımdaki hastaları ile kendi kültürlerine uygun biçimde iletişim kurmayı bir kültürel ihtiyaç olarak bildirmiştir. Bu ihtiyaçlar “yanında olduğunu hissettirmek” ve “nezaketli sohbeti içeren iletişim” alt boyutlarında ele alındı.

**Yanında Olduğunu Hissettirmek;** hasta yakınları komada olsa dahi hasta ile konuşmak, ona dokunarak hislerini ifade etmek, elini tutmak gibi uygulamaları öncelikle kendisi, mümkün değil ise hemşirelerin yapması gerekliliğini bildirmiştir. Özellikle dil farklılığı ile ilgili kaygılarını bildiren hasta yakınları, hemşireler hastaları ile konuşmalar dahi hastalarının onları anlayamayacağı için yalnız ve korkmuş olabileceğini ifade etmiştir. Hasta yakınları hastalar ve hemşireler arasında iletişim kurmada aracı olma eğilimindeydiler.

Bir hasta yakını “*Hastama bakılırken onunla konuşmak isterim. Bu bana da ona da iyi gelecek. Birilerinin yanında var olduğunu hissettirmek güzel olacaktır. Ben ile hastam arasında iletişim kopukluğu olmamış olur. Aramızdaki bağ eksilmez. Bu nedenle onunla konuşmak isterim.*” (HY 10) demiştir.

Başka bir hasta yakını ise *“Hastam yanında olduğumu bilsin diye, sanki onu hiç bırakmamışım gibi hissetsin diye elini tutmak isterim. Bu olacak gibi değilse de en azından dışarıda olduğumu hemşirenin ona söylemesini isterim. Anneme telefonda kaydettiğim sesimi dinletseler çok iyi olur. Annem Türkçe bilmiyor kimseyi anlamaz, şimdi ne kadar yalnızdır.”* (HY 20) demiştir.

**Nezaketli Sohbeti İçeren İletişim;** hasta yakınlarından bazıları kurulacak iletişimin özelliği ile ilgili de bildirimde de bulundu. Hastaları ile konuşurken iletişimin nazik kurulması, nezaket kurallarına uygun olması ve sohbet eder gibi olması gerekliliğini bildirdiler. Hasta yakınları sakin, yüksek olmayan ses tonu ve anlaması kolay cümlelerin kullanılmasını aradıklarına vurgu yaptılar.

Bir hasta yakını *“Sevgi ve muhabbetli bir yaklaşım beklerim. Doğru bir iletişim için sakince yaklaşınlar isterim. Kültürüne bağlı biri olduğu için hastane ortamında da rahat edebilmesi için bu konuların konuşulmasını beklerim.”* (HY 3) demiştir.

#### **4.2.2. Gerçekleri Bilmek ve Karar Verebilmek**

Hasta yakınları tümü prognoz veya hasta sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak istiyorlardı. Hasta yakınlarının gerçekleri bilmek ve karar verebilmek yönündeki ihtiyaçları “Bakım ve Tedavilerle İlgili Açıklama Yapılması” ve “Hasta Hakkında Karar Vermek” alt boyutlarında ele alındı.

##### **Bakım ve Tedavilerle İlgili Açıklama Yapılması**

Hasta yakınları aile üyelerinin yakınlık durumuna göre uzun saatler hastanelerde beklediler. Ondan gelecek en ufak bir haber aile üyeleri arasında haberleşme veya bir ziyaret planı oluşturdu. Uzun saatler süren bekleyiş sırasında iyi ya da kötü haber olduğuna bakılmaksızın dürüst bilgi paylaşımının olması aileler için önemliydi. Örneğin bir hasta yakını *“Yaşayacak mı ölecek mi? Günlerdir buradayız. Akrabalar soruyor, dedemler de gelecekmiş habere göre. Durumu kötüye giderse son kez göreyim diye ağlıyor. İyi kötü ne varsa söylesinler biz inançlı insanlarız bir şekilde baş edeceğiz. Bu yüzden her şeyi bilmem lazım.”* (HY 2) demiştir.

Bu bilgilerin basit, net ve anlaşılır olması gerekliliği aile üyelerinin karmaşık durumla baş edememe göstergesi olarak karşımıza çıkmaktaydı. Hastalarının yaşam bulguları, yapılan ameliyat ve ilaç veya uygulanan bakım sırasında neler yaşadığını bilmek istiyorlardı. Özellikle sevdiklerine bağlı teknik ekipman ve tüpler hakkında yargıları vardı ve bunun anlamını bilmek istiyorlardı. Örneğin bir hasta yakını *“Oğluma*

*neler yaptıklarını bilmiyorum. Rahat mı, yemek yiyebilecek mi bilmiyorum. İlaçları ne oldu ve ameliyatı nasıl oldu? Karnındaki tüpe kan doluyormuş bu beni çok korkutuyor. Bazı ilaçlar veriyorlarmış. Henüz bana anlatmadılar ama bunlar gerekli dediler. Aslında isimlerini bile bilsem ben öğrenirim ne işe yaradıklarını. Bunları bilmem lazım ileride de onun için lazım olur.’’ (HY 12) demiştir.*

Türk toplumundaki yakın aile ilişkileri ve hastasının her durumu ile ilgilenme kültürü nedeniyle bilme ihtiyacı çarpıcı şekilde tüm hasta yakınları tarafından çeşitli biçimlerde ifade edilmiştir. Örneğin bir hasta yakını *“Onun daha rahat edebilmesi için benim neler yapabileceğimi söyleseler iyi olur. Bazen bir şeyler anlatıyorlar ama çok hızlı ve anlamadığım cümleler de oluyor. Annem ilgileniyordu geçen hafta o çok iyi Türkçe de bilmiyor. Anlatılanların yarısını anlamamış. Neyse ki ben kısa süre sonra geldim sordum. Ama annem yalnız olsaydı anlamazdı. Bizim kolayca anlayabileceğimiz şekilde neler yapılacaksa bunun bilgisinin verilmesini isterim.’’ (HY 28) demiştir.*

### **Hasta Hakkında Karar Vermek**

Hasta yakınları için hastası hakkında bilgi sahibi olmak tek başına yeterli değildi aynı zamanda verilen bilgiler doğrultusunda karar vermek ve kendilerinden de hasta ile ilgili bilgi alınmasını isteyen çokça hasta yakını mevcuttu. Özellikle hasta için yapılacakların fayda sağlayıp sağlamaması konusunda bilgi isteyenlerin aynı zamanda yapılacaklara karar verme eğilimleri vardı. İşlemlerin gerekliliği konusuna ikna olmak isteyen çokça kişi dini inançları gereği beden bütünlüğünün bozulmamasına ve Allah’ın verdiği bedene işkence edilmemesine yönelik geri bildirimlerde bulundular.

Örneğin bir hasta yakını *“Bana bazı işlemleri özellikle söylemeliler. Her şeyi merak etmiyorum ama içinde alkol olan veya domuz yağı içeren kremler, ya da sıvılar kullanırlarsa bilmeliyim. Çünkü annem dinine çok bağlıdır, bunların asla kullanılmasını istemez. Belki başka türü vardır onu arar bulurum söylerlerse. Geleneklerine bağlı biri olduğu için hastane ortamında da ona rahat edebilmesi, çıktıktan sonra vicdan azabı yaşamaması için bu konuların konuşulması lazım’’ (HY 21) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Fayda görmeyecekse söylesinler bize, boşuna hırpalamasınlar. O zaman deriz bu işlemi yapmayın Allah ne yazdıysa o olur. Boşuna ameliyat etmesinler, kesip biçmesinler. O bizim kıymetlimiz. Ameliyatta kocaman açtıklarını biliyorum, internetten baktım. Fayda görmeyecekse bedenine dokunmasınlar. O da bunu istiyordu zaten. Beni oralara götürmeyin işkence etmesinler canıma. Zaten yaşıyorum boşuna olacakla uğraşmasınlar diyordu.’’ (HY 16) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Allah bedeniniz size hediyedir der. Biz ona bakmakla sorumluyuz ve dirildiğimizde bedenimizle orda olacağız. O zaman vücuduna sahip çıkmadığı için babam günahkar olmamalı. Yoğun bakıma girmeden önce şeker hastalığı nedeniyle ayağını kestiler babamın zaten oradan yoğun bakıma girdi. Yoğun bakıma gireceğini bilseydik asla izin vermezdik.”* (HY 9) demiştir.

#### **4.2.3. Farkındalıkla Verilen Bakıma Katılabilmek**

Hasta yakınlarının çoğu bakıma yardımcı olmak istiyordu ve yoğun bakım ve çevresinden ayrılmadıkları sürece sevdiklerini destekleyebileceklerini düşünüyorlardı. Birçok aile üyesi, hastanın bakımına dahil edilebileceklerini ve ailenin hastaya en yakın üyelerinin bu görevi üstlenebileceğini bildirdi. Bu durum kültürel olarak uzak aile üyeleri arasında takdir ediliyordu ve beklenti de bu yöndeydi. Aile üyelerini doğrudan hasta bakım faaliyetlerine dahil etmek ile ilgili bu tema *“İhtiyaçlarını alışkanlıklarına göre sürdürebiliriz”* ve *“Bakımı çeşitlendirecek uygulamaları beraber yapabiliriz”* alt temalarında ilişkili faktörlerle ele alındı.

#### **İhtiyaçlarını Alışkanlıklarına Göre Sürdürebiliriz**

Hasta yakınları hemşirelerin hastalarına bakım verirken kaçırabilecekleri durumlar olabileceğini ve bunun en iyi yakını tarafından sağlanabileceği ile ilgili görüşleri vardı. Hasta yakınları komada değilse sevdiği şeyleri yedirmek ve içirmek, onu hareket ettirerek konforunu arttırmak istemişlerdir. Ayrıca, hastanın dönmesine yardımcı olmak, yastığı düzeltmek ve örtüleri düzeltmeye yardımcı olmak gibi küçük görevlerin bir kısmında roller aldıklarını da belirtmişlerdir. Birçok kişi bakım sağlamayı bir bağ kurmak olarak görmekteydi.

Örneğin bir hasta yakını *“Kızım uyanık aslında, bilinci var. Yemekte yoğurdu çok sever. Evde yaptım getirdim, izin verirlerse gider yediririm. Biraz da yanında dururum. Çok sıkılmıştır ve yalnız hissediyordur. Fazladan zaman istemiyorum, saçını tararım, temizlerim, yemek yediririm hep yaptığım gibi. Kalkabilirse yürütürüm, o zaman konuşma fırsatı da olur.”* (HY 14) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Aslında başucunda dursam dönmesine yardım ederim, üstünü düzeltirim. Üstü ne zaman girsem açık çünkü. Hiç gocunmam o benim eşim. İyi günde kötü günde dedim. Gerekirse her şeyini yapmak isterim. İzin verdiklerini yapıyorum da. Gerçekten ona bakarken eski günler geliyor aklıma. Yalnız değilisin*

*diyorum. Saçını okşuyorum, kulağına dua okuyorum. Hem de giydiriyorum.” (HY17) demiştir.*

Hasta yakınları özellikle en mahrem konulardan olan hijyen uygulamalarına katılarak temizliğini sağlamayı kendileri yapmak istemiştir. Hijyen uygulamalarını utanmak ve aciz olmakla ilişkilendiren hasta yakınları hastanın en güçsüz olduğu anda en yakın kişiyi isteyeceğini belirtmişlerdir.

Örneğin bir hasta yakını *“Onu bu halde görmek benim için zor. Ama utanır, en iyi ben yardım ederim yıkanmasına. Gerçi sileceklermiş ama yine de rahatsız oluyor. Ben yanında olursam daha az utanır ve benden güç alır.” (HY 6) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Sıklıkla duşa girdiği için yoğun bakımda da arayla yıkanmasına ihtiyaç duyuyoruz.” (HY 29) demiştir.*

#### **Bakımı Çeşitlendirecek Uygulamaları Beraber Yapabiliriz**

Aile üyeleri arasında hemşirelerin hastalarına bakım verirken farkındalıkla yaklaşması gerektiğine ve sadece rutin bakım işlemleri uygulamamalarına vurgu yapan birkaç katılımcı vardı.

Örneğin bir hasta yakını *“Hasta tüm gün onların elinde. Serum tak, takip et ilaç yap yeterli mi bu? Ben evde onu yıkarken müzik açıyorum, ses gelsin kulağına. Zaten stresli bir çocuktü hastalığından dolayı. Banyo yaptırırken masaj yaparım ellerini ayaklarını ovarım hep. Ben de gelsem yıkadıklarında ellerini ovsam, o evde sansa kendini.” (HY 1) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Aslında farklı olarak müzik olur bence. Ben olsam müzik dinletirim hastalara. O zaman daha da rahatlarlar.” (HY 30) demiştir.*

#### **4.2.4. Mahremiyeti Koruyacak Seçimlerin Yapılabilmesi**

Mahremiyet, genel olarak bireylerin yalnız başına kaldıklarında istediklerini düşündükleri, istedikleri şekilde davranabildikleri ve diğerleriyle nasıl ilişki kuracaklarına kendilerinin karar verdikleri bir alan ve hak olarak tanımlansa da bu çalışmada hasta yakınları tarafından özellikle beden mahremiyeti, bilgi mahremiyeti ve cinsel açıdan mahremiyet vurguları yapıldı. Bu tema “gizlilik ve kişisellik bağlamında yaşam tarzına ve beklentilere uygun seçimlere izin verilmesi” ve “hassasiyetlerin göz önüne alınması mümkün” alt temalarında ilişkili faktörlerle ele alındı.

## **Gizlilik ve Kişiselik Bağlamında Yaşam Tarzına ve Beklentilere Uygun Seçimlere İzin Verilmesi**

Bu alt temada mahremiyetin hastanın bireysellik, yaşam biçimi, örf adet ve gizlilik düşüncesine saygıyı gerektirdiğinin hasta yakınları tarafından algılandığına yönelik sonuçları vurgulandı. Hasta yakınları hastalarına ait ve özel olan bilinmesini istemediği bazı durumları sadece kendileri ile paylaşılmasını bir gereklilik olarak bildirdi. Ek olarak birçok hasta yakını hastasına ait akılda kalan son durumun/izlenimin eksiklik, güçsüzlük veya çaresizlik olmasını istememektedir. Hasta yakınlarının bu istekleri örf, adet, gelenek görenek ve yaşam tarzı biçimi ile ilişkilendirilmiş ve buna duyulacak saygı gizlilik ve kişiselik bağlamında mahremiyet ana temasına bağlandı.

Bir hasta yakını *“Verilecek bilgiler yalnızca bana verilmelidir. Ben onun eşiyim ve eşim gerçekten çok genç. Fotoğraflarının çekildiğini duyacak olursam çok sinirlenirim. Kimseye verilmese bile onu o halde görmemeliler. Eşya değil benim yakınım. Bazen birçok kişi aynı anda oralarda oluyormuş. İşi olmayan kişilerin mahrem işlemlerde olmaması lazım.”* (HY 15) demiştir.

Bir başka hasta yakını *“Kendinizi düşünün güçsüz, çaresiz bitmiş olsanız kimse sizi görsün ister misiniz? Ben akılda kalan son anların kötü olmasını istemem. Bir de seven var sevmeyen var neden her şeyi paylaşalım ki”* (HY 5) demiştir.

### **Hassasiyetlerin Göz Önüne Alınması Mümkün**

Bu alt temada cinsiyet ve din ilişkili mahremiyet algısı vurgulandı. Bazı hasta yakınlarının bakım verilirken kadın-erkek ayrımının kültürün ve dinin bir gerekliliği olduğuna yönelik görüşleri vardı. Bazı hasta yakınları tarafından sağlık bakımını veren ve hizmeti alan hastanın cinsiyetine göre bakımın planlanması gerekliliği vurgulandı. Yoğun bakım ünitesinde acil müdahale için hastaların çıplak yatırılması zorunluluğu hemen hemen her hasta yakınına rahatsız etmekteydi. Yoğun bakım hastalarında beden mahremiyeti ve cinsel açıdan mahremiyet daha fazla ifade edildi.

Örneğin bir hasta yakını *“Dini açıdan hassasiyetimizin yerine getirilmesini isterim. Aynı cinsiyette hemşire bakarsa hastam daha iyi iletişim halinde olur. Kıyafetlerini çıkarıyorlar bu hassas bir konu. Eğer aynı cinsiyette hemşire bakarsa insanlar daha huzurlu olur”* (HY 19) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Hastam inancı gereği yerine getirmesi gereken kurallara devam etmesi için aynı cinsiyetten hemşirenin bakmasını isterim. Annem dini açıdan çok*

*hassas olduğundan ötürü saçlarının görünmemesi için bone takılmasına ve sürekli üzerinin örtülmesine ihtiyacımız vardır.” (HY 4) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Kadın ve erkek tüm hastalar aynı alanda tutuluyor ve giysiler olmuyor. Örtülere dikkat edilmesi lazım. Hatta bize göre kadın ve erkek yataklarının birbirine yakın olmaması gerekir. Beden bize göre mahremdir. Korunmalı ve gizli tutulmalıdır. Kimse o şekilde ulu orta görülmek istemez.” (HY 13) demiştir.*

#### **4.2.5. Özen Gösterilmesi ve Korumanın Sağlanması**

Hemen hemen her aile üyesi için yoğun bakımdaki hastaları değerliydi ve korunmaya muhtaçtı. Aile üyelerinin bu beklentileri özen gösterilmesi ve korumanın sağlanması olarak iki alt tema altına işlenmiş ve bu temalar “bir gülün değeri ona gösterdiğin özenle ölçülür” ve “yalnızca gerekli müdahaleler yapılarak korumanın sağlanması” olarak adlandırıldı.

#### **Bir Gülün Değeri Ona Gösterdiğin Özenle Ölçülür (Antoine De Saint-Exupery-Küçük Prens)**

Bu alt tema için hasta yakınlarının vurguladığı hastasına özen gösterilmesi ihtiyacı Antoine de Saint-Exupery’in Küçük Prens kitabındaki benzetmesiyle vurgulandı (93). Burada herhangi bir işin elden geldiğince iyi olması adına gösterilen çabanın bir gülü ne kadar değerli kılacağındaki benzetme ile tüm yönleriyle ona muhtaç bir yoğun bakım hastasına gösterilecek özenin insan onurunu ve insana verilen değeri arttıracığına vurgu yapıldı. Hasta yakınlarının hemşirelerin hastalarına temiz kokular sürmesini, nazik davranmasını, incitmeden bakmasını ve her uygulama sırasında dikkatli olmasını vurguladıkları ifadeleri özellikle elden geldiğince bakımın itina ve çaba ile tamamlanması şeklinde anlatıldı.

Örneğin bir hasta yakını *“Hastamın moral ve motivasyonunu arttırmak için koku sürmek isterim. Yanına gidince yüzüm gülmüş olur. Hastamız sürekli güzel kokular süren biriydi. Sırf hasta olduğu için kötü kokmak zorunda değil.” (HY 7) demiştir.*

Başka bir hasta yakını *“Hastamız duygusaldır. En ufak hareketten etkilenebilir. Nazik davranılmasına ihtiyaç duyarız. Yoğun bakım olarak zor bir yer olduğu için hemşirenin yaşadıklarını hastama yansıtmayıp ona nazik bir şekilde yaklaşmasına ihtiyaç duyarız.” (HY 8) demiştir.*

### **Yalnızca Gerekli Müdahaleler Yapılarak Korumanın Sağlanması**

Hasta yakınlarının hastanın bireyselliğinin kaybolması (Dehümanizasyon: insana birey olmaktan çok nesne, insan dışı varlık gibi davranılması ya da bireyin kendini böyle algılaması) ile ilgili kaygılarını ve buna yönelik gereksinimlerini vurgulayan bu alt tema kapsamında hastaya uygulanan invaziv girişimlerin çokluğundan duyulan hoşnutsuzluk dikkat çekmiştir. Yoğun bakımda hastanın monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası nedeniyle oluşan hareket kısıtlılığı, ellerin ve ayakların bağlanması şeklinde ifade edilen fiziksel tespit uygulamaları bu alt temanın unsurlarıdır. Aslında hasta yakınları fiziksel kısıtlama kullanımını veya girişimleri makul buluyorlardı ancak yine de hastalarına gereksiz işlem uygulanabileceğine yönelik kaygıları da vardı.

Bir hasta yakını *“Kısıtlayıcı hareketlerde hastamız gerildiği için istemiyoruz. Hastamız özgür biri olduğu için en ufak kısıtlamaya gelemiz. Buna dikkat edilmesine gerek duyarız. Kim eli kolu bağlı olsun ister ki? Hastanın kendini daha rahat hissetmesi için ellerinin-ayaklarının bağlanmamasını isterim. Tamam, kabloları koparıyormuş anlıyorum zaman zaman gereklidir. Ama sürekli öyle görmek benim için çok zor, elimden kayıp gidiyor, eriyor gözümüzün önünde”* (HY 27) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Fayda görmeyecekse söylesinler bize, boşuna hırpalamasınlar. O zaman deriz bu işlemi yapmayın Allah ne yazdıysa o olur. Boşuna ameliyat etmesinler, kesip biçmesinler. O bizim kıymetlimiz. Ameliyatta kocaman açtıklarını biliyorum, internetten baktım. Fayda görmeyecekse bedenine dokunmasınlar. O da bunu istiyordu zaten. Beni oralara götürmeyin işkence etmesinler canıma. Zaten yaşıyorum boşuna olacakla uğraşmasınlar diyordu.”* (HY 16) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Allah bedeniniz size hediyedir der. Biz ona bakmakla sorumluyuz ve dirildiğimizde bedenimizle orda olacağız. O zaman vücuduna sahip çıkmadığı için babam günahkar olmamalı.”* (HY 9) demiştir.

### **4.2.6. Psikolojik Destek Sağlanması**

Hasta yakınlarının tamamı yoğun bakımın zorlu süreçlerinde psikolojik olarak moral, motivasyon ve destek arayışındaydı. Bu ihtiyacı özellikle inançlarının beslediğine vurgu yapan bazı hasta yakınlarının *“sürecin Allah’a olan inançlarının bir sınavı olduğuna”* ve *“Allah’ın gerçek şifayı verecek kişi olduğuna”* dair güçlü inançları vardı.

Örneğin bir hasta yakını *“Hastamız bir sürü yapılan işlemlere maruz kaldığı için desteğe ihtiyaç duyar. Hastamızla çeşitli kişiler ilgilendiği için ve uyarılara hassas biri*

*olduğu için strese girmiştir. Bu bir sınav, Allah'a biz onun acısıyla sınamasın. Şifa yalnız ondadır ama bazen çaresiz hissediyorum. Bana moral verecek birini arıyorum yanımda.”* (HY 24) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Çok zor bir durumdu. Uyuyamıyordum yemek bile yiyemiyordum o ordayken. Artık servise alacaklar şimdi hayat yeniden başlıyor. Çok şükür geçti. O çaresiz gecelerde yalvardım Allah'a kavuşursam sadaka vereceğim dedim. Bir kurban keseceğim çıkınca.”* (HY 17) demiştir.

Psikolojik destek bekleyen hasta yakınlarından sabırlı davranabilmek için Kur'an okumak isteyenler, dua etmek isteyenler veya sadaka vermek isteyenler olduğu görüldü. Bu istekler uygun ortam olması ve hazırlanması veya izin verilmesiyle yakından ilişkilidir. Birçok hasta yakını yoğun bakımdaki hastasının başucunda dua ettikten sonra ruhsal yönlerle desteklenmiş olduğuna ve bunun onları umuda tutunmaya ve bir şeylerin değişeceğine ikna olmaya yönelttiğini bildirdi. Böylece kalbin sakinliğini koruduklarına inanıyorlardı. Ek olarak bazı durumlarda, aile üyeleri hastalarının iyileşmesi için dua etmek üzere bir araya gelebilirler. Türk ailelerin kültürel ve manevi uygulamaları, akrabaları adına sadaka ödemeyi de içerir. Bu eylem, fakirlere, hayır kurumlarına para vermeyi içerir veya sevdikleri uğruna harcanabilir. Müslümanlar bu eylemin hastalarını iyileştirebileceğine inanmaktadırlar.

Örneğin bir hasta yakını *“Çok zor bir durumdu. Uyuyamıyordum yemek bile yiyemiyordum o ordayken. Artık servise alacaklar şimdi hayat yeniden başlıyor. Çok şükür geçti. O çaresiz gecelerde yalvardım Allah'a kavuşursam sadaka vereceğim dedim. Bir kurban keseceğim çıkınca”* (HY 17) demiştir.

Başka bir hasta yakını *“Sabırlı olmam gerektiğinde dua ediyorum, Kur'an okuyorum. Ama her yerde okuyamıyorum. Yer yok pek. Aslında hastamın yanında da okumak istiyorum ama izin vermiyorlar uzun süre kalamam. Bazen denk geliyor, okuyorum kulağına”* (HY 22) demiştir.

Bazı aileler gerçekçiydi ve tüm çabaların ve sonuçların akrabalarının iyileşmesiyle sonuçlanmayabileceğini biliyorlardı. Bu nedenle, hasta aile üyelerine, riskli girişimler başlamadan önce Şahadet getirmesini bekleyenler veya komada olanlar için bunu kulağına okumak isteyenler vardı. Şahadet Müslümanlar için ölümü çevreleyen ek bir uygulamadır ve Şahadetin “Allah'tan başka İlah yoktur ve Muhammed Allah'ın Elçisidir” ifadesinin ölmeden önce kişi tarafından sesli olarak söylenmesi gerekmektedir. Ölmekte

olan birinin önünde Şahadetin okunmasının, kişinin cennete kabulünü kolaylaştırdığına inanılır.

Örneğin bir hasta yakını *“Biliyorum artık dönüşü yok. Her şeye hazır olun dedi doktoru. Zaten kanser her yerine yayılmıştı. Kurtulacak belki de acılarından. Sadece son anında yanında olmak isterim. Dua etmek isterim. Kulağına Kelime-i şahadet okurum, kuran okurum.”* (HY 25) demiştir.



## 5. TARTIŞMA

Kültürden diğer kültüre değişen sağlık, değer verme, kültürel olarak tanıma ve uygulamayı içeren bir bakımı gerektiren kültürel bakımın, hemşireler ve hasta yakınları tarafından nasıl algılandığını derinlemesine araştıran bu araştırmada yoğun bakım ortamlarında önem taşıyan kültürel bakım uygulamaları ve kültüre duyarlı bakım süreçleri ele alınmıştır. Bu doğrultuda hemşirelerin kültürel yeterlilik ve kültürlerarası duyarlılık durumları belirlenmiştir ve hasta yakınlarının ihtiyaçları ve deneyimleri nitel olarak değerlendirilmiştir. Çalışma bulguları ilgili literatür ile nicel ve nitel olarak tartışılmıştır.

### 5.1. Nicel Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmamızda hemşirelerin %51'i verdiği bakımı yeterli bulmuştur. Kurşun' un çalışmasında verilen hemşirelik bakımını hemşirelerin %28,8'i yeterli bulurken %71,8'i yeterli olmadığını bildirmiştir (94). Diğer bir araştırmada acil serviste çalışan hemşirelerin %96,2'si verilen hemşirelik bakımının çok yeterli olduğunu ifade etmiştir (95). Araştırmamızda hemşirelere kültüre duyarlı bakımın ne çağrıştırdığı sorulduğunda ilk sırada hiçbir şey (%30.5) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sırasıyla gelenek ve görenek, mahremiyet, bütüncül bakım, hastaya uygun bakım, empati, vicdan, iyilik ve saygı çağrıştırdığı bildirilmiştir. Claeys ve ark. yaptığı bir araştırmada ise kültüre duyarlı bakım algısı diğer kültürlerden gelen göçmenlerle ve özellikle de Müslüman göçmenlerle ilişkilendirdikleri helal gıda sağlamak gibi klişelere dayandırdıkları bildirilmiştir (96). Bu araştırmada hemşireler tarafından kültürel bakım uygulamaları en fazla mahremiyete dikkat etmek (%33.1) olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte sırasıyla aileyle iletişim halinde olmak, ibadetlerini yerine getirmesine yardımcı olmak, hastanın vücudunu ailenin isteği yönünde yıkamak, hastanın diliyle iletişime geçmek, kol bandı takmak, hastanın-ailenin istediği şekilde sakalını kesmek, örtülü hastalara saç bonesi takmak olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlarımızdan farklı olarak Yeni Zelanda'da yapılan nitel bir çalışmada bebeklere verilen kültürel bakım uygulamalarından emzirme, bebek masajının yapılması ve bebeğin iyiliğini sağlamak için belirli geleneksel protokollere uyulması gerektiğine olan inançtan bahsedilmiştir (97). Claeys ve ark.'nın yaptığı araştırmada sağlık uzmanının cinsiyetinin tercih edilmesi, özel yemek talepleri (helal gıda sağlamak vs.) ve çeviri

desteği en sık dile getirilen kültürel bakım örnekleri olmuştur (96). Bakım uygulamalarının bu şekilde şekillenmesinde kültürel normlar belirleyici olabilir.

Bu araştırmada hemşireler kültürel bakımın yetersizlik nedenleri için ilk sırada günlük bakılan hasta sayısının fazla olması ve kültürel bakım için yeterli zamanın olmamasını (%22'si) bildirmiştir. Ayrıca ekibin uyumsuz çalışması, hemşirelerin kültüre duyarlı bakım konusunda bilgisiz olması, hemşirelerin kültürel yetkinliğinin olmayışı ve kültürel gereksinimlerin dikkate alınmayışı gibi durumlar kültürel bakım için yetersizlik olarak görülmüştür. Bu bulgular kültürel bakım yetersizliğinin çok boyutlu bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Fesci ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada hasta sayısının fazlalığı, zaman yetersizliği ve eleman yetersizliğinin hemşirelerin bakım vermede yaşadığı güçlük nedenlerinin başında olduğu bildirilmiştir (98). Claeys ve ark. yaptıkları çalışmada kültüre duyarlı bakımın zor olarak algılanmasının zaman eksikliğinden ve hastalara yönelik ırkçılığa karşı çıkma konusunda algılanan yetkinlik eksikliğinden kaynaklandığını bildirmiştir (96). Brooks ve ark. yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin kültürel olarak farklı hastalara bakarken zayıf iletişim ve kültürleri hakkında bilgi eksikliği gibi zorluklar algıladıklarını bildirmiştir (99). Naula ve ark.'nın yaptığı çalışmada da sağlık çalışanları %60'ının kültürel uygulamalarda dilsel farklılıkları temel sorun olarak belirtmiştir (100). Elde edilen veriler, sağlık sisteminde kültürel bakıma yönelik halen ciddi bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Oysaki kültürel bakım yalnızca bireysel bir sorumluluk değil aynı zamanda yapısal bir gerekliliktir. Sağlık politikalarında kültürel çeşitlilik ve eşitlik ilkesine yeterince yer verilmemesi, bu yetersizliklerin sürekliliğine zemin hazırlamaktadır.

Bu çalışmada hemşireler Kültürel Yeterlilik Ölçeğinden yüksek ( $70.22 \pm 17.70$ ; min.-max: 20-100) puan almışlardır. Hemşirelerin yüksek puan alması, kültürel yeterlilik düzeylerinin gelişmiş olduğunu göstermektedir. Araştırmamızdaki gibi Kuğuoğlu ve ark.'nın çalışmasında çocuk kliniğinde çalışan hemşireler de kültürel yeterlilik ölçek puanından yüksek almıştır (32). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada kültürel yeterlilik düzeyi orta düzeyde bulunmuştur (79). Farklı olarak Tuzcu ve arkadaşı Antalya'daki pediatri hemşirelerinin kültürel yeterlilik düzeyinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir (101). Korkmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada da hemşirelerin kültürel yeterlilik puanı orta düzeydedir (102). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da hemşirelerinin kültürel yeterlilik seviyelerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (103-105). Bu araştırmada kültürel yeterlilik ölçeği alt boyut puanları kültürel beceri ve

kültürel bilgi ortalamasının üzerinde olarak belirlenirken kültürel duyarlılık ortalama olduğu gözlenmiştir. Başka bir çalışmada benzer olarak kültürel beceri ve bilgi ortalamasının üzerinde kültürel duyarlılık ise ortalama olduğu bulunmuştur (102). Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel beceri, bilgi ve duyarlılığın ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur (33).

Bu araştırmada hemşirelerin cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni duruma ilişkin sosyodemografik özellikleri kültürel yeterliliklerini etkilememiştir. Aynı şekilde çalışma şekli, haftalık çalışma süresi ve bir şifte bakılan hasta sayısına göre de kültürlerarası yeterlilik farklılık göstermemektedir. Farklı olarak yoğun bakım türüne göre kültürel yeterlilik incelendiğinde dahiliye yoğun bakımda çalışanların yeterliliklerinin, çocuk yoğun bakım, reanimasyon yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitelerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımıza paralel şekilde Tayland'da yapılan bir çalışmada eğitimin kültürel yetkinlik düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (103). Farklı bir araştırmada ise hemşirelerin eğitimlerine göre kültürel yeterlilik puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim seviyesi arttıkça kültürel yeterlilik düzeyleri artmıştır (79). Farklı olarak yurt dışında yapılan çalışmalarda literatür eğitimin kültürel yetkinlikle ilgili bilgi, beceri ve tutumların geliştirilmesine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (106, 107). Yılmaz'ın çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında eğitim seviyelerine göre kültürel yeterlilik puanları arasında anlamlı bir fark olup eğitimi lisans düzeyinde olan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (32). Çalışma verilerimizden farklı olarak Korkmaz ve ark. ile Yılmaz ve ark. çalışmalarında kültürel yeterlilik ölçek puanının bireyin medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve bekar olan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (33, 102). Ayrıca Korkmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada görev yapılan süre arttıkça hemşirelerin kültürel bilgi düzeyinin arttığı bildirilmiştir (102). Savaş'ın yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık kurumunda 10 yıl ve üzeri görev yapan sağlık profesyonellerinin kültürel yeterlilik düzeyi yüksek bulunmuştur (108).

Bu araştırmada, hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin toplam puan ortalaması ortalamasının üzerinde olarak ( $81.76 \pm 14.90$ , min.-max: 24-120) bulunmuştur. Çalışma ortamındaki çok kültürlü hasta profili, hemşirelerin duyarlılığını artırmış olabilir. Başka çalışmalarda da hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin toplam puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur (71, 109). Farklı olarak Evgin ve ark.'nın

çalışmasında hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin puan ortalamasının orta düzey olduğu belirlenmiştir (110). Bu çalışmada kültürlerarası duyarlılık ölçeği alt boyut puanları iletişimde sorumluluk, kültürel farklılıklara saygı, iletişimde kendine güvenme, iletişimden hoşlanma ve iletişimde dikkatli olma puanları ortalama olarak belirlenmiştir. Kargin ve ark. tarafından yapılan çalışmada kültürlerarası duyarlılık ölçeği alt boyutlarından kültürlerarası etkileşimde öz güven puan ortalamasının diğer alt boyutlardan daha düşük olduğu ve kültürel farklılıklara saygı, etkileşimde hoşnutluk, etkileşime katılım ve özen alt boyutlarının da yüksek olduğu görülmüştür (109). Meydanlioglu ve ark.'nın sağlık eğitimi alan gruba yönelik yaptığı bir çalışmada iletişimde kendine güvenme alt boyutunun diğer alt boyutlara göre en düşük olduğu ve iletişimden hoşlanma, kültürel farklılıklara saygı, iletişimde dikkatli olma alt boyutlarının ise yüksek olduğu bulunmuştur (111). Chang ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise kültürlerarası duyarlılık alt boyutundan olan kültürel farklılıklara saygı algısının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (112).

Bu çalışmada hemşirelerin cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni duruma ilişkin sosyodemografik özellikleri kültürlerarası duyarlılığı etkilememiştir. Aynı şekilde yoğun bakım türü, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi ve bir şifte bakılan hasta sayısına göre de kültürlerarası duyarlılık farklılık göstermemektedir. Kargin ve ark. tarafından yapılan çalışmada da kültürlerarası duyarlılık ile hemşirelerin eğitim seviyesi, yaşadığı bölge ve hizmet yılı gibi demografik değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (109). Benzer şekilde sağlık bilimleri öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları üzerine yapılan çalışmada yaşı, sınıfı, yetiştiği coğrafi bölge, mesleği isteyerek tercih etme durumu gibi değişkenlerin kültürlerarası duyarlılık düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (113). Farklı olarak Hergül ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerin demografik özelliklerinden sadece cinsiyet değişkenine göre kültürlerarası duyarlılık ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (114). Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim durumu lisans ve yüksek lisans olan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (115). Evgin ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada, pediatriye çalışmak istediğini ve pediatriye çalışmaktan memnun olduğunu ifade eden, lisansüstü mezunu olan hemşirelerin kültürel duyarlılık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (110).

Bu araştırmada kültürlerarası duyarlılık ölçek puanı arttıkça, kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanları da artmaktadır. Yapılan literatür araştırması sonucunda kültürel duyarlılığın kültürel yeterlilik ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kültürel beceri, kültürel zeka, etnik merkezilik, empati, konularında kültürel duyarlılık ilişkisi araştırılmıştır. Ebelik ğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin kültürel duyarlılık ve kültürel beceri düzeyleri arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (116). Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen bir çalışmada da kültürel duyarlılığı yüksek olan hemşire ve ebelerin kültürel beceri düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (117). Mercan tarafından yapılan çalışmada kültürel zekânın kültürlerarası duyarlılık üzerindeki etkisi analiz edilmiş ve çalışanların kültürel zekâlarının kullanıldığında kültürlerarası duyarlılıklarını arttırdığı grlmştir (24). Yine öğrencilerle yapılan bir araştırma da kültürlerarası duyarlılık ve kültürel zekâ arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermiştir (118). Delibaş ve ark. ile Bilgi ve şahin'in yaptığı araştırmalarda kültürlerarası duyarlılık puanları arttıkça etnik merkezilik ölçek puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (119, 120). Başka bir araştırmada ise hemşirelik ğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri arttıkça empati düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (121).

Kültürlerarası duyarlılık alt ölçeklerinden iletişimde sorumluluk, iletişimde kendine güvenme puanı arttıkça kültürel beceri, kültürel bilgi ve kültürel duyarlılık alt boyut puanı artmaktadır. Kültürel farklılıklara sayđı alt boyut puanı arttıkça, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanı artmaktadır. İletişimden hoşlanma alt boyut puanı arttıkça, kültürel beceri, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanları da artmaktadır. Yine benzer ilişkiyi araştıran literatüre ulaşamazsak da etnik merkezilik gibi durumların kültürel yeterlilik ile ilişkili olduğunu bildiren birkaç çalışma vardır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin kültürel yeterlilik ile etnik merkezilik düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (79). Savaş ve ark.'nın çalışmasında kültürlerarası duyarlılık düzeyinin bakım verme davranışlarını etkilediği bildirilmiştir (71). Bu doğrultuda ve araştırma bulgularımıza dayanarak hemşirelikte kültürel bakımın yeterli olmamasının bakım davranışlarını etkileyebileceği ngrlmştir.

## 5.2. Nitel Bulgulara İlişkin Tartışma

Araştırmada elde edilen temalar, hasta yakınlarının kültürel bakım gereksinimlerini kapsamlı şekilde yansıtmaktadır. Bu araştırmanın nitel bölümünde ele alınan “*kültüre uygun iletişim*” teması ile hasta yakınları iletişim ihtiyaçlarını “*yanında olduğunu hissettirmek*” ve “*nezaketli sohbeti içeren iletişim*” alt boyutları ile ifade etmiştir. İletişimin temelini oluşturan hitap, selamlaşma ve vedalaşmayla ilgili sözlü/sözsüz davranış biçimleri, değer yargıları ve toplumsal kurallar Türk kültüründe çok çeşitli ve zengindir. Türkçede ilişkilerin ve toplumsal statülerin her biri ayrı ayrı adlandırılır ve yaş, cinsiyet, akrabalık derecesi gibi rollere göre iletişim kurulur. Yakın ilişkiler desteklenir ve bunun hitap, sözlü/sözsüz iletişim ve davranış biçimlerine yansıtılması beklenir. Yine de hasta yakınlarının beklentileri hemen hemen her toplumda uyulması beklenen iletişim biçimleri ile ilişkiliydi. Dutta'nın yaptığı araştırmada da gösterildiği gibi kültüre uygun iletişim kültür merkezli yaklaşımın bir parçası ve kültüre uygun sağlık bilgisi metinlerinin oluşturulması toplumun sağlık kapasitesinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Bu kültüre duyarlı yaklaşımın, eğitime ve bireysel davranış değişikliğine nasıl vurgu yaptığını gözler önüne sermektedir. Kültür merkezli yaklaşım, nasıl iletişim kurduğumuza ilişkin kültür temelli sorular sorarak sağlığı geliştirebileceğini işaret etmektedir. Sağlık iletişiminin, bireylerin sosyokültürel bağlamları dikkate alındığında daha etkili olduğu vurgulanmaktadır (122). Yapılan sistematik bir incelemede klinikte çalışanların kültürel açıdan farklı hastalar ve ailelerle etkili bir şekilde iletişim kurmalarını sağlayacak bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiştir (99). Başka bir araştırmada yoğun bakım hastasını iyileştirmesi ve yaşam kalitesinin yükseltmesi için hasta ve ailesini merkeze alan etkili bir iletişimin oluşturulması ve devamlılığının sağlanmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir (123). Bu durum sağlık hizmetlerinde kültürel duyarlılık eğitimlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada hasta yakınlarının tümü prognoz “*gerçekleri bilmek ve karar verebilmek*” teması kapsamında Hastalarının bakım ve tedavilere nasıl yanıt verdiğine dair bilgi edinmek istekleri ve bu süreçlerde karar verici olmak istemelerini bu temanın alt boyutlarında ele ele aldık. Prognoz ve hastanın yoğun bakımda yaşayabilecekleri hakkında bilgi sahibi olmanın aile üyeleri arasında dayanmayı kolaylaştıran ve aralarında bağlantı sağlayan en yardımcı faktör olduğu görüldü. Aileler, çoğu zaman prognozun iyi ya da kötü haber olup olmadığına bakmaksızın bilgi akışının olmasına ihtiyaçları olduğunu vurguladılar. Shickh ve ark.nın çalışmasında hastaların bireysel tercihleri

dikkate alındığında, tedaviye uyum oranlarının arttığı tespit edilmiştir (124). Lind' in yoğun bakımda yaptığı nitel bir araştırmada hasta yakınlarının hasta hakkında verilen kararların kendisine bildirilmesini ve onay veya rızasını istemelerinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (125). Yapılan başka bir nitel araştırmada da tedavi ya da hastalıkla ilgili hastaları bilgilendirme sürecinin eksik, zayıf veya hiç olmamasından kaynaklı personel şikayetleri “bilgi vermeme” teması ile tespit edilmiştir (126). Gündoğan ve ark.'nın yaptığı çalışmada hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerine bakıldığında en fazla “hasta yakınına hastalığın gidişi hakkında bilgi vermelidirler” ifadesi dikkat çekmektedir (44). Karahan ve ark.'nın yaptığı araştırmada ise hasta yakınlarının en önemli gereksinimlerinin “günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi, hastasının iyileşme şansını bilme” olduğu belirtilmiştir (17). Yapılan nitel bir araştırmada hasta yakınlarının ihtiyaçlarından biri ana tema olarak “umutsuzca bilgi arayışı” tespit edilmiştir (127). Verilen bakımın kalitesini belirleyen bir araştırmada da hasta yakınlarının karar alma sürecine katılımı bir faktör olarak değerlendirilmiştir (128).

Bu araştırmada hasta yakınlarını doğrudan hasta bakım faaliyetlerine dahil etmek ile ilgili olan “*farkındalıkla verilen bakıma katılabilmek*” teması kapsamında hasta yakınlarının çoğu bakımı paylaşmak istediklerine işaret ediyordu. Bu durumda yakın akrabaların, özellikle hasta bir ebeveynse, hasta akrabalarına bakmaları beklenir, çünkü bu Türk kültüründe onurlandırma olarak kabul edilir. Dijkstra ve ark.'nın çalışmasında da hasta yakınlarının ihtiyaçlarından doğan alt temalardan biri de temel bakım faaliyetlerine katılma olarak belirtilmiştir (129). Yoğun bakımda yapılan nitel bir diğer çalışmada ailelerin yetişkin yoğun bakım ünitesinde hasta bakımına neden katılmak istediklerine dair açıklamaları aile katılımının motivasyonları temasında belirtilmiştir (130). Elde ettiğimiz veriler “*ihtiyaçlarını alışkanlıklarına göre sürdürebiliriz*” alt teması doğrultusunda annesi olarak çocuğuna banyo yaptırma arzusu duyan anne, annesine borçlu hissettiğini düşünen evlat ve hayat arkadaşını yalnızlığa terk etmek istemeyen eş Türk toplumundaki güçlü aile bağlarını ve bunun yansımalarını düşündürmektedir. Bakım vermek sevginin ve kabullenmenin bir göstergesi olarak algılanmaktadır. Ayrıca “*bakımı çeşitlendirecek uygulamaları beraber yapabiliriz*” alt teması doğrultusunda hastalarına masaj yapmak ve müzik dinletmek gibi istekleri olan hasta yakınları bunu temizlik ile de ilişkilendirmiştir. Geleneksel Türk kültüründe masaj aynı zamanda banyo ile yakından ilişkilidir. Banyo sonrası yağlarla masaj yapma geleneği Osmanlı hamam kültüründe de yaygındı. Türk hamamlarında insanlar banyo yapar ve bu sırada masaj

yaptırır, sohbet eder hatta çay içerler. Bu nedenle geleneksel Türk banyosu sadece bir temizlik işlemi olarak değil aynı zamanda bir rahatlama ve stres atma yöntemi olarak da algılanır. Her ne kadar bu banyo yapma biçimi bir rutinin göstergesi olmasa da bu yönde alışkanlıkları olan bireyler vardır ve onlar bu konuda duyarlıdırlar.

Bu araştırmada hasta yakınlarının mahremiyet ihtiyaçlarını besleyen düşüncelerini doğrudan hasta bakım faaliyetlerine dahil etmek ile ilgili olan “*mahremiyeti koruyacak seçimlerin yapılabilmesi*” teması ile hasta yakınlarının özellikle beden mahremiyeti, bilgi mahremiyeti ve cinsel açıdan mahremiyet ihtiyaçları ön plana çıkmıştır. “*Gizlilik ve kişisellik bağlamında yaşam tarzına ve beklentilere uygun seçimlere izin verilmesi*” alt teması hasta yakınlarının hastalarına ait ve özel olan bilinmesini istemediği bazı durumları sadece kendileri ile paylaşılmasını bir gereklilik olarak bildirmesine vurgu yapmaktadır. Ayrıca tedavi sırasında orada işi olmayan bireylerin hastalarını görmemesi gerektiğini bildirmiş ve bunu geleneklerine aykırı bulmuşlardır. “Baş yarılır börk içinde, kol kırılır yen içinde kalır” atasözü Türk toplumunda zayıflık, zorluk gibi durumların sır olarak kalması gerekliliğini bildirmektedir. Türk aile yapısı ne kadar zor durumda kalırsa kalınsın bu zorlukları çok açık biçimde herkes ile paylaşmamayı öğütler. Türk toplumunda özellikle kırsal kesimde ve bazı yörelerde ağır hastalık durumları mahrem sayılır. Hatta utangaçlık nedeni ile gizli kalan veya tedavi edilmeyen hastalıklar olmuştur. Sifiliz, Gonore gibi bazı zührevi hastalıklar veya Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları dahi gizleme veya paylaşmama eğiliminde olan bireyler toplumda kişinin çalışmasını engelleyen hastalığı eksiklik, güçsüzlük veya çaresizlik olarak algılar. Ayrıca “*hassasiyetlerin göz önüne alınması mümkün*” alt teması bağlamında mahremiyeti sağlamak için kadın hastalar için başının örtülmesi veya bone takılması biçiminde hem dini inançtan hem de kültürel alışkanlıklardan beslenen bazı hassasiyetlerinin söz konusu olduğu görülmüştür. Yoğun bakım hastalarında beden mahremiyeti ve cinsel açıdan mahremiyet daha fazla ifade edilmiştir. Kim ve ark.nın yaptığı çalışmada da çalışmamıza paralel olarak mahremiyetin sadece hastanın vücut parçalarının korunmasıyla sınırlı olmaması gerektiği ifade edilmiştir (131). Yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda mahremiyetin olmamasının hastalar için önemli bir stres faktörü olarak kabul edildiğini ortaya koymuştur. Araştırmada hemşirelerin mahremiyete hastalar kadar öncelik vermediğinin ifade edilmesi dikkat çekicidir (132). Timmins ve ark.’nın yaptıkları araştırmada, kültür temelli ayrımlar olmasına rağmen yoğun bakım ünitelerinde hastaların mahremiyetleri hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri için önem arz

eden bir husus olduğunu ifade etmiştir (133). Farklı olarak başka bir araştırmada mahremiyet eksikliğinin özellikle yoğun bakımdaki erkek hastalar için tüm stres faktörleri arasında bir öncelik olarak kabul edilmediği bildirilmiştir (134). Yapılan nitel bir araştırmada ise tedavi sürecinde hastaların özel durumlarına saygı gösterilmemesi ile ilgili şikayetler “mahremiyete özen gösterilmemesi” olarak temalandırılmıştır (126). Çalışmalara bakıldığında hasta yakınlarının mahremiyet konusuna daha fazla vurgu yaptığı görülmüştür.

Yoğun bakım ünitesinde ölüm veya bilinç kaybı kaçınılmaz olabilir ancak bir insanın yaşamının son anlarında bile onuru koruyacak şekilde bakılması, acı çekmemesi ve ona saygı gösterilmesini vurgulayan “özen gösterilmesi ve korumanın sağlanması” teması diğer birçok temaya benzer şekilde Türk aile kültürünün yakın ilişkileri ile bağlantılıdır. Türk toplumu ve ailesinin temelindeki insan ilişkilerine yönelik egemen değerlerin; yakınlık, sadakat, karşılıklı bağlılık ve dayanışma olduğu ileri sürülebilir. Bu değerlere dayanan bir ilişki dinamiğindeki aile bireyleri hemşirelerin hastalarına benzer yaklaşımı göstermesini bekleyebilir. Araştırmamızda “*bir gülün değeri ona gösterdiğin özenle ölçülür*” alt teması tüm yönleriyle ona muhtaç bir yoğun bakım hastasına gösterilecek özenin insan onurunu ve insana verilen değerini bildirerek Türk kültürüne uygun temiz kokular sürmek, nazik davranmak ve incitmeden bakmayı ihtiyaç olarak nitelendirmektedir. Ayrıca “*yalnızca gerekli müdahaleler yapılarak korumanın sağlanması*” olarak ele alınan alt temada Türk toplumunda ve diğer birçok kültürde özellikle inançla ilgili olarak “beden” kıymetli bir hazine olarak algılanmaktadır. Birçok kişi “bedeni” Allah tarafından kendisine emanet edilen bir olgu olarak algılar ve bilinç yoksa veya ölüm gerçekleşmiş olsa dahi beden bütünlüğünün bozulmaması gerektiğine inanır. Özellikle hastaları ile ilgili ümitleri tükenmekte olan hasta yakınları yapılan her işlemi boşuna veya bedene yapılan bir işkence olarak algılamaktadır. Yine bu inançlar doğrultusunda çok gerekli olsa dahi fiziksel kısıtlama ile hastaların ellerinin veya ayaklarının bağlı olması birçok hasta yakını tarafından bir son olarak algılandığından, öfke ve hayal kırıklığı uyandırdığından kabul edilemez durumdadır. Argan ve ark.nın yaptığı nitel bir araştırmada sağlık profesyonelinin hasta şikayetlerine ve sorunlarına karşı ilgisiz olmalarını, kişiyi ve hastalıkları pek önemsemedikleri ile ilgili konuları “personel ilgisizliği” olarak değerlendirmiştir. Aynı araştırmada hasta ve yakınları ile sağlık profesyonelinin teşhis ve tedavi sürecinde yaşadıkları deneyimler esnasında sağlık profesyonellerinin olumsuz davranış sergiledikleri ile ilgili şikayetler “kötü davranma”

olarak belirlenmiştir (126). Yoğun bakım ünitesinde hastası olan 260 aile üyesi ile gerçekleştirilen çalışmada ise, aile üyelerinin gereksinimlerinden güven gereksiniminin, bilgi, yakınlık, konfor ve destek gereksinimlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (18). Bharadwaj ve ark.'nın yaptığı çalışmada da hasta yakınlarının hastalarına özen gösterildiğine tanık olmalarının öneminden bahsedilmiştir (135).

Bu çalışmada “*psikolojik destek sağlanması*” temasında vurgulanan psikolojik olarak moral, motivasyon ve destek arayışındaki hasta yakınlarının sevdiklerinin geçirdiği bu zorlu süreçte zorlamanın yanında ruhsal bağlantılarını ve meditasyonlarını geliştirdiği ile ilgili inanışları ilgi çekicidir. Aslında evrensel olarak bütün toplumlar, çaresizlik ve ümitsizlik karşısında inanç sistemlerine başvururlar. Navarta-Sánchez ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bakım verenlerin stresle baş etme düzeyleri ile psikososyal uyumları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (136). Diğer bir çalışmada ise yoğun bakım ünitesinden çıkan hastaların taburcu olduktan sonra bile birkaç yıl boyunca bilişsel ve psikiyatrik sorunları yaşamaya devam ettiği ve birçok hastanın hastane öncesi günlük yaşam aktivitelerine asla dönemediği tespit edilmiştir (137). Chen ve ark.'nın yaptığı çalışmada yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin desteğe ve duygusal durumlarının değerlendirilmesine ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir (127). Dijkstra ve ark.'nın yaptığı nitel bir çalışmada alt tema olarak hasta yakınlarının desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (129). Çalışmamızda psikolojik destek bekleyen hasta yakınlarından sabırlı davranabilmek için Kur'an okunmasını isteyenler, dua etmek isteyenler olmuştur, hatta bazı durumlarda hasta yakınları hastalarının iyileşmesi için dua etmek üzere bir araya gelmekteydiler. Ayrıca iyileşmeyi sağlamak için sadaka vermek isteyenler olduğu görülmüştür. Türk ailelerin kültürel ve manevi uygulamaları bağlamında akrabaları adına sadaka ödeme eylemi fakirlere, hayır kurumlarına para vermeyi veya sevdikleri uğruna harcamayı içerir. Hasta yakınları bu eylemin hastalarını iyileştirebileceğine inanmaktadırlar. Genel olarak, Türk ailesinin psikolojik şifa ihtiyaçları, dünyanın herhangi bir yerindeki Türk ve Müslüman yoğun bakım hastalarının bakımına katkıda bulunan benzersiz ve çok önemli bir bulgu olarak ortaya çıktı.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakımda kültürel uygulamalar ve kültüre duyarlı bakımı incelemek için yapılan araştırma sonuçlarına göre;

- Kültürlerarası duyarlılık puanı ve hemşire kültürel yeterlilik puanı yüksek düzeyde bulunmuştur.
- Verdiği bakımı yeterli bulan hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir.
- Kültürlerarası duyarlılık ölçek puanı arttıkça, kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanları da artmaktadır.
- Kültürlerarası duyarlılık ölçeği alt boyut puanları iletişimde sorumluluk, kültürel farklılıklara saygı, iletişimde kendine güvenme, iletişimden hoşlanma ve iletişimde dikkatli olma puanları ortalamanın üzerinde olarak bulunmuştur.
- Kültürel yeterlilik ölçeği alt boyut puanları kültürel beceri ve kültürel bilgi ortalamasının üzerinde olarak belirlenirken kültürel duyarlılık ortalama olduğu bulunmuştur.
- Kültürlerarası duyarlılık alt ölçeklerinden iletişimde sorumluluk, iletişimde kendine güvenme puanı arttıkça kültürel beceri, kültürel bilgi ve kültürel duyarlılık alt boyut puanı artmaktadır. Kültürel farklılıklara saygı alt boyut puanı arttıkça, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanı artmaktadır. İletişimden hoşlanma alt boyut puanı arttıkça, kültürel beceri, kültürel duyarlılık ve hemşire kültürel yeterlilik ölçek puanları artmaktadır.
- Kültüre duyarlı bakımın çağrıştırdığına göre vicdan yanıtı verenlerin puanlarının, hiçbir şey, iyilik, hastaya uygun bakım ve gelenek görenek yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışanların kültürel yeterlilik puanlarının, çocuk yoğun bakımı, reanimasyon yoğun bakımı, yenidoğan yoğun bakımı ve koroner yoğun bakımında çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmanın nitel bölümünde “kültüre uygun iletişim, gerçekleri bilmek ve karar verebilmek, farkındalıkla verilen bakıma katılabilmek,

mahremiyeti koruyacak seçimlerin yapılabilmesi, özen gösterilmesi ve korumanın sağlanması, psikolojik destek sağlanması” olmak üzere ana temalarımız altı ana tema belirlenmiştir.

- Hasta yakınları kültürel bakım olarak iletişim, mahremiyet, bilgi sahibi olmak, bakıma katılabilmek, özen, koruma ve psikolojik destek sağlanması gibi konularda bir dizi ihtiyacı kültür ile ilişkilendirmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel duyarlılıklarını geliştirerek kültürel yetkinliklerinin artırılması,
- Kültürlerarası bakım vermeyi etkileyen “günlük bakılan hasta sayısının fazla olması, kültürel bakım için yeterli zamanın olmaması, ekibin uyumsuz çalışması, hemşirelerin kültüre duyarlı bakım konusunda bilgisiz olması, hemşirelerin kültürel yetkinliğinin olmayışı ve kültürel gereksinimleri dikkate alınmayışı” gibi faktörlerin iyileştirilmesi,
- Hemşirelere bakımda kültürel yeterlilik ve duyarlılık üzerine eğitimler verilmesi,
- Elde ettiğimiz ana ve alt temalar doğrultusunda yoğun bakımdaki hastanın bakımında hasta yakınlarının “kültüre uygun açık ve sade bir iletişimin sürdürülmesi, hastaları hakkında gerçekleri bilmesi, bakımına katılabilmesinin sağlanması, mahremiyet olarak tanımladıkları hassasiyetlerin göz önüne alınması, özenli bakım sağlanması ve psikolojik yönden desteklenmeleri” gibi bir dizi ihtiyaçlarının iyileştirilmesinde kültürel normların dikkate alınması için çaba gösterilmesi,
- Hasta yakınlarına verilecek eğitimlerin hastane içerisinde yeterli olacak biçimde düzenlenmesi,
- Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel duyarlılıklarını ve hastaların deneyimlerini iyileştirmek için hasta yakınlarının beklentilerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Özdemir N, Saygı C. Yoğun bakım hastalarında görülen anksiyetede hemşirelik yaklaşımı. *International Journal on Mathematic, Engineerin and Natural Sciences*. 2019;9:23-31.
2. Demir F, Dramalı A. Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2002;6(1):8-15.
3. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*. 2018;73(4):468–77.
4. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010.
5. Topbaş E, Bay H, Turan BB, Emir AH, Çıtlak U. Kültürlerarası hemşirelik kavramının yoğun bakıma yansımaları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2013;17(1):37-43.
6. Ören B. Yoğun bakım hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(2):217-26.
7. Tanrıverdi G. Hemşirelerin kültürel yeterli bakım için uygulama standartlarına yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(3):37-52.
8. Durna N, Altay B. Hemşirelerin kültürel zekalarının kültürlerarası duyarlılıklarına etkisi: yoğun bakım örneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2023;25(1-2):21-34.
9. Kaya D, Doğan ŞA, Gölbaşı Z. Hemşirelerin kültürlerarası bakım verme konusundaki görüş ve deneyimlerinin incelenmesi. *Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021;2(3):119-26.
10. Kırgöz Ö, Kaçan CY, Özdemir A. Türkiye’de yaşayan hemşirelerin göçmen hastalara bakım verirken yaşadıkları sorunların incelenmesi: sistematik derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2024;6(1):39-45.
11. Başlı M, Bekar M, Civelek İ. Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve “kültürel yeterlilik süreci modeli”ni anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;1(1):18-24.
12. Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;8(2):47-57.

13. Tosun B, Sinan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin mültecilere yönelik kültürlerarası hemşirelik bakımının sağlanmasına ilişkin bilgi, tutum ve önyargıları: karşılaştırmalı tanımlayıcı bir çalışma. Nurse Educ Today. 2020;85:104294.
14. Tortumluoğlu G. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. Journal of Human Sciences. 2011;8(1).
15. Eğinli AT. Kültürlerarası yeterliliğin kazanılmasında kültürel farklılık eğitimlerinin önemi. Öneri Dergisi. 2011;9(35):215-27.
16. Aktaş YY, Uğur HG, Orak OS. Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2016:120.
17. Karahan E, Akın N, Çelik S. Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;6(2):140-9.
18. Yeşilyurt M, Yüksel S, Uğraş GA. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimleri ve etkili faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2024;12(1):149-63.
19. Türk Dil Kurumu Eğitim Terimleri Sözlüğü: Kültür. <https://sozluk.gov.tr/> Son Erişim Tarihi 10 Eylül 2024.
20. Bulduk S, Usta E, Dinçer Y. Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(2):73-7.
21. Tezcan M. Kültürel antropoloji, 1. Baskı. Ankara, Maya Akademi Yayıncılık, 2008:65-87.
22. Oğuz ES. Toplum bilimlerinde kültür kavramı. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2011;28(2).
23. Kaya Y, Arslan S, Erbaş A, Yaşar BN, Küçükkelepçe GE. Hemşirelik öğrencilerinde etnosentrizmin ve ahlaki duyarlılığın kültürlerarası duyarlılığa etkisi, tanımlayıcı kesitsel araştırma çalışması. Nurse Educ Today. 2021;100:104867.
24. Mercan N. Çok kültürlü ortamlarda kültürel zekanın kültürlerarası duyarlılık ile ilişkisine yönelik bir araştırma. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016;9(1):1-13.

25. Baratipour M, Eskandari M, Alizadeh S. Evaluating the effects of cultural intelligence in nursing: an integrative review. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;18(4):296-305.
26. Yorulmaz DS, Karadeniz H. Farklı kültürel uygulamaların sağlığa etkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2021;13(2):418-23.
27. Meydanlıoğlu A. Kültürogram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerinin planlanması: olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;6(2):132-40.
28. Tanrıverdi G. Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017;25(3):227-36.
29. Kebapçı A, Yalçın B. Yoğun bakım hemşirelerinin kültürel çeşitliliğe ilişkin deneyimleri: nitel bir çalışma. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;1(3):168-80.
30. Emül TG, Dönmez Ç. Hemşirelerin kültürel zeka düzeylerinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2024;9(1):9-14.
31. Dığrak E, Tezel A. Transkültürel hemşirelik ve kültürel yeterlilik için papadopoulos modeli. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2024;6(2):175-80.
32. Yılmaz M, Kuğuoğlu S. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri: bir devlet hastanesi örneği. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;7(3):205-13.
33. Yılmaz HE, Tanrıverdi G. Birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ve ilişkili faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;32(1):13-23.
34. Gustafson DL. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005;28(1):2-16.
35. Yılmaz M, Kuğuoğlu S. Sağlık hizmeti sunumunda kültürel yeterlilik modeli: Campinha-Bacote. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;4(2):249-57.
36. Liu TT, Chen MY, Chang YM, Lin MH. A preliminary study on the cultural competence of nurse practitioners and its affecting factors. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(4):678.
37. Narayan MC, Mallinson RK. Transcultural nurse views on culture-sensitive/patient-centered assessment and care planning: A descriptive study. *J Transcult Nurs*. 2022;33(2):150-60.

38. Yıldırım K, Çağlayan S. Üniversite öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık algıları. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;(50):77-103.
39. Chen GM, Starosta WJ. The development and validation of the intercultural sensitivity scale. Human Communication. 2000;(3):1-15.
40. Tanrıverdi G, Karabuğa HY, Gürsoy MY, Erdem Ö, Gülyenli N. Farklı hasta profiline bakım veren iki hemşire grubunun kültürel duyarlılık ve farkındalıklarının karşılaştırılması. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2019;1(2):26-37.
41. Gözüm S, Tuzcu A, Kirca N. Validity and reliability of the Turkish version of the nurse cultural competence scale. J Transcult Nurs. 2016;27(5):487-95.
42. Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğü: Bakım <https://sozluk.gov.tr/> Son Erişim Tarihi 10 Eylül 2024.
43. Bulut YT, Aydın M, Avcı İA. Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;7(1):217-28.
44. Gündoğan R, Neşe A. Yoğun bakım hastası olan hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2022;26(1):9-17.
45. Özmen GÇ, Bulut E, Çilingir D, Güven B, Müezzinoğlu M. Yoğun bakım hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları. Türk Hemşireler Derneği Dergisi. 2021;2(2):27-40.
46. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. T.C. Resmi Gazete, sayı: 28000, 20 Temmuz 2011.
47. Topçu S, Ecevit Alpar Ş, Gülseven B, Kebapçı A. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. Patient Experience Journal. 2017;4(3):115-27.
48. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, sayı: 11395, 3 Nisan 2008.
49. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Fowler RA, Meyfroidt G, Nakagawa S, Pelosi P, Vincent JL, Vollman K, Zimmerman J, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. 2017;37:270-6.

50. Falahinia GH, Zareian A, Oshvandi K, Farhanchi A, Moghimbeigi A. Comparison of intensive care units Structural Standards. *Iranian Journal Of Critical Care Nursing*. 2013;5(4):222-7.
51. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, Schmitz EV, St Andre AC, Axon DC, Harrell JW, Harvey MA, Howard A, Kaufman DC, Petersen C, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med*. 2012;40(5):1586-600.
52. Kol E, Boz İ. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2020;24(1):32-8.
53. Ören B, Dağcı S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2020;24(3):170-83.
54. Mitchell M, Dwan T, Takashima M, Beard K, Birgan S, Wetzig K, Tonge A, et al. The needs of families of trauma intensive care patients: a mixed methods study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:11-20.
55. Ergezen FD, Kol E. Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2021;18(4):467-472.
56. Coelho AC, Lopes CT, Lopes JdL, Santos VB, Barros ALBLd. Needs of family members of patients in a coronary care unit. *Einstein (Sao Paulo)*. 2022;20:eAO6258.
57. Sarı D, San Turgay A, Akbıyık A, Yıldırım GÖ. Family needs in intensive care: comparison of family-nurse perceptions. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2023;8(2):365-71.
58. Çam R, Şahin B. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2018;1(1):10-14.
59. Kynoch K, Ramis MA, McArdle A. Experiences and needs of families with a relative admitted to an adult intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. *JBI Evid Synth*. 2021;19(7):1499-554.
60. Dijkstra BM, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJ, van der Hoeven JG, Schoonhoven L, Vloet LCM, et al. Exploring patients' and relatives' needs and perceptions regarding family participation in essential care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;79:103525.

61. Thaer Almagharbeh W, Ali Alhassan M, Al Motlaq M, Taher Almagarbeh RNE. Family needs of critically ill patients in Central Jordan: a family perspective. *American Journal of Biomedical Science Research*. 2019;12(16):18-9.
62. Jeong YJ, Ryoo SS, Shin HJ, Yi YH. The lived experiences of patient's families with the intensive care unit diary. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2023;16(1):28-43.
63. Alasad JA, Abu Tabar N, Ahmad MM. Patients' experience of being in intensive care units. *J Crit Care*. 2015;30(4):859-e7.
64. Khatri Chhetri I, Thulung B. Perception of nurses on needs of family members of patient admitted to critical care units of teaching hospital, chitwan nepal: a cross-sectional institutional based study. *Nurs Res Pract*. 2018;2018(1):1369164.
65. Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2018;42(6):337-45.
66. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*. 2019:465-73.
67. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(3):78-87.
68. Büyükçoban S, Bal ZM, Öner O, Kılıçaslan N, Gökmen N, Çiçeklioğlu M, et al. Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. *PeerJ*. 2021;9:e11125.
69. Kang J, Cho YS. Cross-cultural validation of the intensive care experience questionnaire in Korean critical care survivors. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2020;14(2):89-96.
70. Minton C, Batten L, Huntington A. A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: families' experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:21-7.
71. Savaş M, Ödek Ö, Özen B. Hemşirelerin kültürel duyarlılık düzeyleri bakım davranışlarını etkiler mi? : Türkiye örneği. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*. 2023;1(1):94-117.

72. Cranley LA, Lam SC, Brennenstuhl S, Kabir ZN, Boström AM, Leung AYM, Konradsen H, et al. Nurses' attitudes toward the importance of families in nursing care: A multinational comparative study. *J Fam Nurs*. 2022;28(1):69-82.
73. Açıl A, Karabacak BG. Hemşirelik öğrencilerinin kültürel farkındalık, kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve kültüre duyarlı hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*. 2024;21(2):108-28.
74. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*. 2006;3(2):77-101.
75. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 4th ed. International Student ed. SAGE, 2014:131-3.
76. Marshall C, Rossman GB. *Designing Qualitative Research*, 6th ed. New York, Sage Publications, 2014:207-37.
77. Creswell JW, Creswell JD, *Araştırma Tasarımı: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*. Karadağ E (Çeviren). 5.Baskı, İstanbul: Nobel, 2021.
78. Patton M, *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri*. Bütün M, Demir SB (Çeviren). 3.Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2014:209-58.
79. Türkoğlu N, Sönmez SB. Hemşirelerin kültürel yeterlilik ile etnik merkezilik düzeyleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2023;5(1):26-36.
80. Bulduk S, Tosun H, Ardıç E. Türkçe kültürler arası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2011;19(1):25-31.
81. Yang S. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2008;25(4):79-86.
82. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs*. 2012;21(11-12):1651-8.
83. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.
84. Hofhuis JG, Spronk PE, Van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Bakker J, et al. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(5):300-13.

85. Leung D, Blastorah M, Nusdorfer L, Jeffs A, Jung J, Howell D, Fillion L, Rose L, et al. Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2017;22(4):229-37.
86. Nelson JE, Kinjo K, Meier DE, Ahmad K, Morrison RS. When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *J Crit Care*. 2005;20(1):79-89.
87. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 20. Baskı. Ankara, Pegem, 2018;001-214.
88. Creswell JW, Clark VLP. *Designing And Conducting Mixed Methods Research*, 3rd ed. California, Sage Publications, 2017;131-6.
89. Saldaña J. *The Coding Manual For Qualitative Researchers*, 1st ed. Los Angeles, Sage Publications, 2009:8-13.
90. Miles MB, Huberman AM, Nitel Veri Analizi. Ersoy A, Altun SA (Çeviren). 4. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 2015.
91. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 10. Baskı. Ankara, Seçkin, 2016:237-76.
92. Sundler AJ, Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nurs Open*. 2019;6(3):733-9.
93. Exupery AdS. *Le Petit Prince*. Çeviri: Uyar T, Süreya C. Küçük Prens, 35. Baskı. İstanbul, Can, 2024: 21.Bölüm.
94. Kurşun Ş. Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Klinik Hizmetlerde Risk Yönetimi. 2010:55.
95. Eroğlu N. Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018;20(2/3):13-21.
96. Claeys A, Berdai-Chaouni S, Tricas-Sauras S, De Donder L. Culturally sensitive care: definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *J Transcult Nurs*. 2021;32(5):484-92.
97. Abel S, Park J, Tipene-Leach D, Finau S, Lennan M. Infant care practices in New Zealand: A cross-cultural qualitative study. *Soc Sci Med*. 2001;53(9):1135-48.
98. Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;11(3):40-50.

99. Brooks LA, Bloomer MJ, Manias E. Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. *Aust Crit Care*. 2019;32(6):516-23.
100. Narula V, Prakash R. Cultural competence of health care workers: A study of sasaram/bihar. *İmgelem*. 2022;6(10):261-76.
101. Tuzcu A, Tutar Ş. Evaluation of cultural competence levels of pediatric nurses working in Antalya. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2024;7(1):23-32.
102. Korkmaz M, Avcı İA, Kırmacı ND, Korkmaz D, Soyunıt Ş. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilikleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;11(4):1474-83.
103. Songwathana P, Siriphan S. Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015;19(1):19-31.
104. Eche IJ, Aronowitz T. Evaluating cultural competence of pediatric oncology nurses at a teaching hospital: A pilot study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(6):422-6.
105. Hart PL, Mareno N. Nurses' perceptions of their cultural competence in caring for diverse patient populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 2016;6(1):121-37.
106. Downing R, Kowal E, Paradies Y. Indigenous cultural training for health workers in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(3):247-57.
107. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:1-17.
108. Savaş M. Adıyaman il merkezinde birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kültürel yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması [Yüksek lisans tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2019.
109. Kargın M, Çapar Çiftçi M. Bir üniversite hastanesindeki klinik hemşirelerinin kültürlerarası duyarlılıklarının belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2020;12(2):257-62.
110. Özdemir F, Evgin D, İnci F. Pediatri hemşirelerinin kültürel duyarlılıkları ve mülteci hastalara yönelik aile merkezli bakım uygulamaları: kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2022;14(2):332-44.

111. Meydanlioglu A, Arıkan F, Gozum S. Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20:1195-204.
112. Chang HY, Yang YM, Kuo YL. Cultural sensitivity and related factors among community health nurses. *J Nurs Res.* 2013;21(1):67-73.
113. Yalçın SÖ, Öztürk M. Sağlık bilimleri öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları üzerine tanımlayıcı bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.* 2022;12(3):658-65
114. Hergül FK, Fadime G, İpiçürük HG. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin incelenmesi. *MAS Journal of Applied Sciences.* 2022;7(1):228-40.
115. Yılmaz M, Toksoy S, Direk ZD, Bezirgan S, Boylu M. Cultural sensitivity among clinical nurses: A descriptive study. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(2):153-61.
116. Altinkaya O, Amanak K. Ebelik öğrencilerinin kültürel duyarlılık ile kültürel beceri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.* 2020;10(3):378-83.
117. Yılmaz M, Yeni C, Avcı E, Uluk N. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire/ebelerin kültürel duyarlılık ve kültürel beceri düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2019;12(3):170-8.
118. Abaslı K, Polat Ş. Öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık ve kültürel zekâya ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2019;7(1):193-202.
119. Delibaş L, Dürmüş G, Bilir İ, Ekren A, Çelikli S. Sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerin kültürler arası duyarlılık ve etnik merkezilik düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi.* 2020;8(1):1-14.
120. Bilgiç Ş, Şahin İ. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık ve etnik merkezilik düzeyleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019;10(3):230-6.
121. Yurttaş A, Aras GN. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile empati düzeyleri arasındaki ilişki. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;2(3):117-25.

122. Dutta MJ. Communicating about culture and health: Theorizing culture-centered and cultural sensitivity approaches. *Communication Theory*. 2007;17(3):304-28.
123. Aktaş Y, Arabacı LB. Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016;1(3):39-43.
124. Shickh S, Leventakos K, Lewis MA, Bombard Y, Montori VM. Shared decision making in the care of patients with cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2023;43:e389516.
125. Lind R. Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: relatives' experiences. *Nurs Ethics*. 2019;26(1):270-9.
126. Argan MT, Arıcı A. Sağlık iletişiminde e-şikâyet: Hastaların ve hasta yakınlarının sikayetvar.com paylaşımları üzerine bir araştırma. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. 2019(31):339-55.
127. Chen C, Wittenberg E, Sullivan SS, Lorenz RA, Chang YP. The experiences of family members of ventilated COVID-19 patients in the intensive care unit: a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(7):869-76.
128. van Roij J, Raijmakers N, Ham L, van den Beuken-van Everdingen M, van den Borne B, Creemers GJ, Cornelis Hunting J, Kuip E, van Leeuwen L, van Laarhoven H, Mandigers C, Nieboer P, van der Velden LA, Zuylen LV, Gelissen J, Zijlstra M, Brom L, Fransen HP, van de Poll-Franse L, et al. Quality of life and quality of care as experienced by patients with advanced cancer and their relatives: a multicentre observational cohort study (eQuiPe). *Eur J Cancer*. 2022;165:125-35.
129. Dijkstra BM, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJ, Pelgrim T, van der Hoeven HG, Schoonhoven L, Ebben RHA, Vloet LCM, et al. Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers-An integrative review. *Aust Crit Care*. 2023;36(3):401-19.
130. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):317-25.
131. Kim K, Han Y, Kim JS. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nurs Ethics*. 2017;24(5):598-611.

132. Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine*. 2015.
133. Timmins F, Parissopoulos S, Plakas S, Naughton MT, de Vries JM, Fouka G, et al. Privacy at end of life in ICU: A review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2274-84.
134. Akansel N, Watson R, Vatansever N, Özdemir A. Nurses' perceptions of caring activities in nursing. *Nurs Open*. 2021;8(1):506-16.
135. Bharadwaj S, Rao GSU, Hegde A, Chakrabarti D. Survey of family satisfaction with patient care and decision making in neuro-intensive care unit-a prospective single center cross sectional study from an Indian Institute of Neurosciences. *Neurol India*. 2022;70(1):135-47.
136. Navarta-Sánchez MV, Senosiain García JM, Riverol M, Ursúa Sesma ME, Díaz de Cerio Ayesa S, Anaut Bravo S, Caparrós Civera N, Portillo MC, et al. Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers. *Qual Life Res*. 2016;25(8):1959-68.
137. Inoue S, Nakanishi N, Nakamura K. Post-intensive care syndrome-10 years after its proposal and future directions. *J Clin Med*. 2022;11(15):4381.

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**



## **EK-2. Etik Kurul Onayı**



### **EK-3. Hemşire Yazılı Onam Formu**

Değerli meslektaşımız, “Yoğun Bakımda Kültürel Uygulamalar ve Kültüre Duyarlı Bakımın İncelenmesi” isimli araştırmayı yapmayı planlamaktayız. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından size hemşire tanıtım formu (EK-3) ve Kültürel Yeterlilik Ölçeği (EK-4) ölçeği ve Kültüre Duyarlılık Ölçeği (EK- 5) verilecektir. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz kültüre duyarlı bakımın önemini saptanması ve hasta yakınları ve hemşirelerin kültüre duyarlı bakım algılarının belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır. Bu araştırmaya, katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım.

**Katılımcının Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

#### **EK-4. Hemşire Tanıtım Formu**

Lütfen size uygun seçeneği işaretleyiniz.

#### **I. Sosyodemografik Özellikler**

**1- Yaşınız: ...**

**2- Cinsiyet:**

1.  Kadın 2.  Erkek

**3- Eğitim durumu:**

1.  Lise/ Önlisans 2.  Lisans 3.  Yüksek Lisans veya Doktora

**4- Medeni durum:**

1.  Evli 2.  Bekâr

#### **II. Çalıştığı Kliniğe İlişkin Özellikler**

**5- Hemşire olarak toplam çalışma süreniz: .....**

**6- Bu klinikte çalışma süreniz: .....**

**7- Hangi yoğun bakımda çalışıyorsunuz: .....**

**8- Çalışma Şekliniz:**

1.  Gündüz vardiyası 2.  Gece vardiyası 3.  Her ikisi

**9- Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?**

1.  40 saatten daha az 2.  40 - 48 saat 3.  48 saatten daha fazla

**10- Bir shiftte kaç hasta bakıyorsunuz?**

1.  1 2.  2 3.  3

**11- Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?**

1.  Evet 2.  Hayır

**12- Sizce hemşirelerin verdiği bakım yeterli midir?**

1.  Evet 2.  Hayır

**13- Hemşirelikte kültürel bakımının yeterli olmamasının nedenleri işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

1.  Hemşirelerin kültüre duyarlı bakım konusunda bilgisiz olması

2.  Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması

3.  Kültürel bakım için yeterli zamanın olmaması

4.  Kültürel gereksinimlerin dikkate alınmıyışı

5.  Hemşirelerin kültürel yetkinliğinin olmayışı

6.  Diğer.....

**14. Kültüre duyarlı bakım sizde ne çağırıyor? .....**

**15. Hastalara ne gibi kültürel bakım uygulamalarında bulunuyorsunuz? ....**

## EK-5. Kültürel Yeterlilik Ölçeği

Lütfen her bir maddeyi okuyup “kesinlikle katılıyorum” “katılıyorum” “kararsızım” “katılmıyorum” “kesinlikle katılmıyorum” yanıt seçeneklerinden birine X veya ✓ sembolü yerleştirerek işaretleyiniz. (Veriler hastanede toplandıında)	Kesinlikle katılıyorum	Kkatılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Meslektaşlarıma, çeşitli kültürlerin farklılık ve benzerliklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
2. Meslektaşlarıma, farklı kültürlerden gelen hastalara yönelik hemşirelik girişimlerinin nasıl planlanacağını öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
3. Farklı kültürlerden gelen hastalar ile iletişim kurma becerilerini göstermek için örneklerden yararlanabilirim.					
4. Farklı kültürlerden gelen hastalar ile iletişim kurma becerilerini meslektaşlarıma öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
5. Farklı etnik gruplardan gelen hastalara kültürel faktörlerin, bireyin sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkilerini açıklayabilirim.					
6. Her hastanın sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları ile ilgili bilgi toplamak benim için kolaydır.					
7. Meslektaşlarıma, sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgileri öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
8. Meslektaşlarıma, farklı kültürel gruplardan gelen hastalara hemşirelik bakımı verirken nasıl uygun davranış sergileyeceklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
9. Sağlık ya da hastalıkla ilgili kültürel bilgi ya da kuramlar konusunu biliyorum.					
10. Kültürün, hastanın sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkisini açıklayabilirim.					
11. Sağlık, hastalık ve kültürle ilgili bilgi toplama yöntemlerini biliyorum.					

12. Farklı kültürlerden gelen hastalar arasındaki sağlık ya da hastalık inançlarını karşılaştırabilirim.				
13. Farklı kültürlerden gelen hastaların bakım gereksinimlerini kolaylıkla belirleyebilirim.				
14. Hemşirelik girişimlerini uygularken farklı kültürlerden gelen hastaların gereksinimlerini karşılayabilirim.				
15. Hastaların sağlık/hastalık konusundaki inançları ve kültürleri arasındaki olası ilişkiyi açıklayabilirim.				
16. Hemşirelik hedeflerini, her hastanın kültürel birikimine göre belirleyebilirim.				
17. Farklı kültürel grupların inançlarını anlamak için genellikle çok çaba gösteririm.				
18. Farklı kültürlerden gelen hastalara bakım verirken, genellikle hastanın kültürel normlarına uygun davranırım.				
19. Farklı kültürlerden gelen hastalar için iletişim becerilerini kullanabilirim.				
20. Genellikle hastalarla onların sağlık inanç/davranışları ile hemşirelik bilgisi arasındaki farkları konuşurum.				

## EK-6. Kùltùrlerarası Duyarlılık Òlçeđi

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişimde bulunmaktan hoşlanırım.					
2. Diğer kùltùrlerden olan insanların dar gùrùřlü olduğunu dùřünürüm.					
3. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kendimden oldukça eminimdir.					
4. Farklı kùltùrlerden olan insanların karşısında konuşmakta çok zorlanırım.					
5. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken her zaman ne söyleyeceğimi bilirim.					
6. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken oldukça sosyal olabilirim.					
7. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.					
8. Farklı kùltùrlerden olan insanların değerlerine sayđı duyarım.					
9. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kolayca telaşlanırım.					
10. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken kendime gùvenirim.					
11. Farklı kùltùrdeki akranlarımla hakkında bir kaniya varmadan ònce beklemeyi tercih ederim.					
12. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla birlikteyken genellikle cesaretim kınılır.					
13. Farklı kùltùrlerden olan insanlara karşı açık fikirliyimdir.					
14. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken nezaket kurallarına daha dikkat ederim.					
15. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken genellikle kendimi yetersiz hissedirim.					
16. Farklı kùltùrlerden olan insanların davranış biçimlerine sayđı duyarım.					
17. Farklı kùltùrlerden olan insanlarla iletişim kurarken olabildiğince çok bilgi edinmeye çalışırım.					
18. Farklı kùltùrlerden olan insanların gùrùřlerini kabul edemem.					
19. İletişimimiz boyunca kùltùrel olarak farklı olan akranlarımla imalı yorumlarına karşı hassasım.					
20. Kendi kùltürümün diğer kùltùrlerden daha iyi olduğunu dùřünürüm.					
21. İletişimimiz boyunca kùltùrel olarak farklı olan akranlarımla genellikle olumlu yaklaşırım.					
22. Kùltùrel olarak farklı insanlarla uğraşmak zorunda kalacağım durumlardan kaçınırım.					
23. Kùltùrel olarak farklı olan akranlarımla karşı anlayışımı, genellikle sözlü/sözsüz iletişim ile belli ederim.					
24. Kùltùrel olarak farklı olan akranlarımla aramızdaki farklılıklardan keyif alırım.					

## **EK-7. Hasta Yakını Yazılı Onam Formu**

Değerli hasta yakınımız, yoğun bakımda kültürel uygulamalar ve kültüre duyarlı bakımı değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından size hasta yakını tanıtım formu (EK-1) ve Anket -Hasta Yakını (EK-2) ölçeği verilecektir. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz kültüre duyarlı bakımın önemini saptanması ve hasta yakını ve hemşirelerin kültüre duyarlı bakım algılarının belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır. Bu araştırmaya, katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım.

**Katılımcının Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

## **EK-8. Hasta Yakını Tanıtım Formu**

**Lütfen size uygun seçeneği işaretleyiniz.**

### **I. Sosyodemografik Özellikler**

**1- Yaşınız:.....**

**2- Cinsiyet:**

1.  Kadın 2.  Erkek

**3- Medeni durumunuz:**

1.  Evli 2.  Bekâr

**4- Eğitim durumu:**

1.  Okur-yazar değil 2.  İlköğretim-Ortaöğretim 3.  Lise 4.  Üniversite ve

üstü

**5- Meslek:**

1.  Çalışıyor 2.  Çalışmıyor

**6- Yaşadığınız yer:**

1.  İl 2.  İlçe 3.  Kasaba 4.  Köy

### **EK-9. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

1. Yoğun bakımdaki hastanızın bakımında ne yapmak istersiniz? .....
2. Yakınınızın almış olduğu hemşirelik bakımından memnun musunuz? ....
3. Hastanız için size özgü olan bakım ihtiyaçlarınız nelerdir? .....
4. Kültürel bakımdan ne anlıyorsunuz? .....
5. Kültüre duyarlı bakım uygulamaları size ne çağrıştırıyor? .....
6. Kültüre duyarlı bakımdan beklentinizi bir cümle ile belirtir misiniz? .....
7. Kültürünüze duyarlı bakım almadığınızda ne hissediyorsunuz? .....



## **EK-10. Kurum İzni**



## EK-11. Ölçek İzinleri



