



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL ZEKA VE YETERLİLİKLERİNİN
GELİŞTİRİLMESİNDE BİBLİYOTERAPİ YÖNTEMİNİN
ETKİNLİĞİ: KARMA DESEN ÇALIŞMA**

GÜLHAN CEREN SOLMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. PINAR DURU

Eskişehir, 2025



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL ZEKA VE YETERLİLİKLERİNİN
GELİŞTİRİLMESİNDE BİBLİYOTERAPİ YÖNTEMİNİN
ETKİNLİĞİ: KARMA DESEN ÇALIŞMA

GÜLHAN CEREN SOLMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. PINAR DURU

Eskişehir, 2025

ÖZET

Başlık: Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterliliklerinin Geliştirilmesinde Bibliyoterapi Yönteminin Etkinliği: Karma Desen Çalışma

Amaç: Hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerini geliştirmede gelişimsel bibliyoterapi yönteminin etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Ocak-Haziran 2024 tarihleri arasında, gelişmiş karma yöntem desenlerinden “müdahale deseninde” gerçekleştirilmiştir. Nicel yaklaşımın baskın olduğu bu desende randomize kontrollü deneysel araştırma ve nitel araştırma eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Eskişehir’de çalışan 30 hemşire (15 müdahale, 15 kontrol) örnekleme dahil edilmiştir. Müdahale; çevrimiçi kültürlerarası hemşirelik eğitimi, iki kitap ve iki kısa hikaye okuma etkinliği ile bir film değerlendirmesini içermiştir. Veriler; ön test-son test ve yarı yapılandırılmış görüşmelerle toplanmıştır. Ölçüm araçları olarak Sosyo-demografik Özellikler ve Veri Formu, Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği ve Kültürel Zeka Ölçeği kullanılmıştır. Eğitim içeriğinin oluşturulması, verilerin analiz edilmesi ve bulguların yorumlanmasında Papadopoulos, Tilki & Taylor Kültürel Yeterlilik Geliştirme Modeli temel alınmıştır.

Bulgular: Nitel bulgular hemşirelerin kültürel bakım süreçlerinde karşılaştıkları deneyimlerin kültürel farkındalık ve yeterlilik gelişimine katkı sunduğunu, ancak bu gelişimin büyük ölçüde bireysel çaba ve deneyime dayandığını ortaya koymuştur. Katılımcılar; dil bariyerleri, kurumsal kısıtlamalar, rehberlik ve formel eğitim eksikliği nedeniyle kültürel bakımda güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Bibliyoterapi sürecinde kullanılan kitaplar, hikâyeler ve film hemşirelerin kültürel farkındalıklarını ve empati becerilerini geliştirerek, kültürel çeşitlilik konusunda daha derin bir duyarlılık kazanmalarına katkı sağlamıştır. Nicel bulgular ise, bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerini anlamlı düzeyde artırdığını, ancak kültürel zekâ düzeyleri üzerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermiştir.

Sonuç: Bibliyoterapi uygulaması hemşirelerin kültürel yeterliliklerini geliştirmede etkili bir yöntem olarak öne çıkarken, kültürel zekâ gelişimi açısından tek başına yeterli görülmemiştir.

Anahtar kelimeler: Bibliyoterapi, hemşirelik, karma desen, kültürel zeka, kültürel yeterlilik

ABSTRACT

Title: The Effectiveness of the Bibliotherapy Method in Developing Nurses' Cultural Intelligence and Competence: A Mixed-Methods Study

Aim: This study aimed to evaluate the effectiveness of the developmental bibliotherapy method in improving nurses' cultural intelligence and competence.

Methods: The study was conducted between January and June 2024 using an advanced mixed-method intervention design. This design predominantly adopted a quantitative approach, and a randomized controlled experimental study and qualitative research were carried out simultaneously. The sample consisted of 30 nurses (15 intervention, 15 control) working in Eskişehir. The intervention included an online transcultural nursing education program, reading two books and two short stories, and evaluating a film. Data were collected through pre-test and post-test assessments and semi-structured interviews. The data collection tools included the Socio-demographic Characteristics and Data Form, the Nurse Cultural Competence Scale, and the Cultural Intelligence Scale. The Papadopoulos, Tilki & Taylor Model of Developing Cultural Competence was used to design the educational content, analyze the data, and interpret the findings.

Results: The qualitative findings showed that cultural care experiences contributed to cultural awareness and competence development, mainly through individual effort. Participants reported difficulties providing cultural care due to language barriers, institutional limitations, and a lack of guidance and formal education. The books, stories, and film used in the bibliotherapy process enhanced nurses' cultural awareness, empathy, and sensitivity to cultural diversity. The quantitative findings showed that bibliotherapy significantly improved nurses' cultural competence levels, whereas no significant difference was found between the intervention and control groups regarding cultural intelligence levels.

Conclusions: Bibliotherapy effectively enhanced nurses' cultural competence but was insufficient for developing cultural intelligence.

Keywords: Bibliotherapy, nursing, mixed methods, cultural intelligence, cultural competence

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
SİMGE VE KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kültür ve Sağlık İlişkisi.....	4
2.1.1. Kültürel farklılıkların sağlık davranışlarına yansıması.....	5
2.2. Hemşirelikte Kültürel Duyarlılık ve Etik Sorumluluk	6
2.3. Kültürlerarası Hemşirelik	7
2.3.1. Kültürlerarası hemşireliğin sağlığa yansıması.....	8
2.3.2. Kültürlerarası hemşirelikte karşılaşılan güçlükler	12
2.3.3. Kültürlerarası hemşirelik modelleri	13
2.4. Kültürel Zeka	15
2.5. Kültürel Yeterlilik	17
2.6. Bibliyoterapi	18
2.6.1. Bibliyoterapi kavramı	18
2.6.2. Bibliyoterapinin uygulama alanları	20
2.6.3. Kültürlerarası hemşirelikte bibliyoterapi yönteminin uygulaması	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.2. Araştırma Tipi	22
3.3. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Zaman.....	24
3.4. Evren-Örneklem	26
3.4.1. Randomizasyon.....	27
3.4.2. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	28
3.4.3. Araştırmadan dışlanma kriterleri	28

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri	30
3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri	30
3.6. Sonuç Ölçütleri	30
3.7. Veri Toplama Süreci	30
3.8. Veri Toplama Araçları	32
3.8.1. Nicel veri toplama araçları	32
3.8.1.1. Sosyo-demografik özellikler ve veri formu	32
3.8.1.2. Kültürel zeka ölçeği	33
3.8.1.3. Hemşire kültürel yeterlik ölçeği	33
3.8.2. Nitel veri toplama araçları	34
3.8.2.1. Keşfedici soru formu	34
3.8.2.2. Bütünleştirici soru formu	34
3.8.2.3. Açıklayıcı soru formu	34
3.9. Araştırma Protokolü	34
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	36
3.11. Araştırmacı Yetkinliği	38
3.12. Çalışmanın Güçlü Yönü ve Sınırlılıkları	38
4. BULGULAR	40
4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
4.2. Keşfedici Aşama: Hemşireler ile Müdahale Öncesi Yapılan Görüşmelerin Analizi Sonucu Elde Edilen Bulgular	41
4.2.1. Ana tema: hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerine yönelik mevcut algı ve deneyimleri	41
4.2.1.1. Analitik tema: farklı kültürel özellikleri ayırt etme	44
4.2.1.2. Analitik tema: kültürlerarası bakım hakkında genel görüş ve etik yaklaşımlar	45
4.2.1.3. Analitik tema: kültürel kaynaklı hasta davranışlarına yönelik tutum ve müdahale biçimi	47
4.2.1.4. Analitik tema: somut kültürel deneyimler	49
4.3. Bütünleştirici Aşama: Kitaplar, Hikayeler ve Filmin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Üzerindeki Katkıları	53

4.3.1. Kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları	54
4.3.2. Hikayelerin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları	55
4.3.3. Filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları	57
4.4. Randomize Kontrollü Çalışmanın Ön Test-Son Test Bulguları.....	58
4.5. Açıklayıcı Aşama: Bibliyoterapi Uygulamasının Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterliliklerine Katkıları.....	60
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Düzeyine Yönelik Mevcut Algı ve Deneyimleri	63
5.1.1. Hemşirelerin farklı kültürel özellikleri ayırt etme süreçleri	64
5.1.2. Hemşirelerin kültürlerarası bakım hakkında genel görüş ve etik yaklaşımları.....	66
5.1.3. Hemşirelerin kültürel kaynaklı hasta davranışlarına yönelik tutum ve müdahale biçimleri	68
5.1.4. Hemşirelerin somut kültürel deneyimleri	70
5.2. Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilikleri	72
5.2.1. Kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi	72
5.2.2. Hikayelerin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi	73
5.2.3. Filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi	73
5.2.4. Bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	81
8. EKLER DİZİNİ	94
EK-1. Ölçek Kullanım İzinleri	
EK-2. Etik Kurul İzni	
EK-3. Eğitim Sunumu	
EK-4. Hikayeler İçin Görüş Alınan Uzman Listesi	
EK-5. Bibliyoterapi Uygulaması İçin Kullanılan Kitap Havuzu	
EK-6. Bibliyoterapi Uygulaması Kapsamında İzletilen Film	
EK-7. Eğitim Sertifikası ve Katılım Belgeleri	

- EK-8. Onam Formu
- EK-9. Veri Toplama Aracı
- EK-10. Birinci Hikaye
- EK-11. İkinci Hikaye
- EK-12. Keşfedici Aşamada Kontrol Grubu İle Yapılan Görüşmelerden Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-13. Keşfedici Aşamada Müdahale Grubu İle Yapılan Görüşmelerden Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-14. Bütünleştirici Aşamada Müdahale Grubunun Okuduğu Kitapların Kültürel Zeka ve Yeterliliklerine Katkıları İle İlgili Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-15. Bütünleştirici Aşamada Müdahale Grubunun Okuduğu Hikayelerin Kültürel Zeka ve Yeterliliklerine Katkıları İle İlgili Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-16. Bütünleştirici Aşamada Müdahale Grubunun İzlediği Filmin Kültürel Zeka ve Yeterliliklerine Katkıları İle İlgili Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-17. Açıklayıcı Aşamada Müdahale Grubuna Uygulanan Bibliyoterapi Uygulamasının Etkinliğine Yönelik Elde Edilen Ana Tema, Analitik Tema, Tanımlayıcı Tema ve Kodlar
- EK-18. Benzerlik Oranı

9. ÖZGEÇMİŞ 142

10. YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI

BEYANI 143

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma iş-zaman çizelgesi	25
Tablo 3.2. Randomizasyon grupları	28
Tablo 3.3. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılar ile keşfedici aşamada yapılan nitel görüşmelerin süreleri ve katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri.....	31
Tablo 3.4. Müdahale grubundaki katılımcılar ile açıklayıcı aşamada yapılan nitel görüşmelerin süreleri.....	32
Tablo 3.5. Ön test ve son testte elde edilen verilerin skewness ve kurtosis değerleri.....	36
Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubunun bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	41
Tablo 4.2. Keşfedici aşamada kontrol ve müdahale grubu ile yapılan görüşmelerden elde edilen ana tema, analitik tema ve tanımlayıcı temalar.....	43
Tablo 4.3. Kitaplar, hikayeler ve filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkılarına dair elde edilen ana tema, analitik tema ve tanımlayıcı temalar	53
Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarının kültürel zeka ve kültürel yeterlilik ölçeği ön test - son test sonuçları	58
Tablo 4.5. Açıklayıcı aşamada müdahale grubuna uygulanan bibliyoterapi uygulamasının etkinliğine yönelik elde edilen ana tema, analitik tema, tanımlayıcı tema ve kodlar	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Papadopoulos Tilki Taylor kültürel yeterliliği geliştirme modeli	14
Şekil 3.1. Gelişmiş karma yöntem müdahale desenine ait çalışma şeması	23
Şekil 3.2. Güç analizi sonucu ulaşılan örneklem sayısı	26
Şekil 3.3. Katılımcı daveti için kullanılan afişler	27
Şekil 3.4. CONSORT 2010 akış diyagramı	29



SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA : American Nurses Association

AHNA : American Holistic Nurses Association

ICN : International Council of Nursing

PTT : Papadopoulos, Tilki & Taylor Kültürel Yeterliliği Geliştirme Modeli

TDK : Türk Dil Kurumu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık hizmetleri dinamik, çok kültürlü ve küresel bir yapı kazanmış; bu yapı hemşirelerin yalnızca klinik beceriler değil, aynı zamanda kültürel çeşitlilik karşısında etkili ve duyarlı bir yaklaşım geliştirmelerini zorunlu kılmıştır. Özellikle hemşireler, farklı kültürel değerlere, inançlara ve ihtiyaçlara sahip bireylere kapsayıcı ve adil bakım sunma sorumluluğunu taşımaktadır (Richard-Eaglin, 2021). Bu bağlamda kültürel zeka ve kültürel yeterlilik kavramları, hemşirelik uygulamalarında ayrılmaz iki temel yetkinlik olarak öne çıkmaktadır. Kültürel zeka; bireyin farklı kültürel ortamlarda bilişsel, motivasyonel ve davranışsal boyutlarıyla etkili şekilde uyum sağlama, problem çözme ve empati geliştirme kapasitesidir (Luquis, 2021). Kültürel yeterlilik ise; kültürel farkındalık, bilgi, beceri ve alçakgönüllülük bileşenleriyle bireyin ve sağlık sistemlerinin kültürel çeşitliliğe duyarlı hizmet sunabilme sürecidir (Abualhaija, 2021). Bu kavramlar birbirini tamamlar; kültürel zeka hemşirelerin önyargıları azaltmasına, adil ve kapsayıcı bakım sunmasına yardımcı olurken; kültürel yeterlilik bu süreci yapılandıran ve yaşam boyu gelişen bir yol haritası sağlar (Richard-Eaglin, 2021).

Ne var ki, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler çoğu zaman yüzeyde kalmakta; temel kültürel bilgiler ya da tercüman kullanımı gibi pratik unsurlarla sınırlı kalırken, sistemik ırkçılık, güç dengesizlikleri ve öz-yansıtma gibi derin yapıların fark edilmesi ihmal edilmektedir. Oysa bu alanlarda gelişim; yalnızca bireysel bilgi ve becerilerin değil, aynı zamanda eleştirel düşünme, öz-farkındalık ve yapısal duyarlılığın da güçlendirilmesini gerektirir (Shepherd vd., 2019). Hemşirelerin kültürel zekaları ile mesleki yeterlilikleri arasında da güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Atalla & Elseesy, 2023; Rahimaghaee & Mozdbar, 2017). Bu durum, kültürel zekânın yalnızca bireysel gelişim değil, mesleki başarı açısından da kritik bir unsur olduğunu göstermektedir (Luquis, 2021). Uluslararası araştırmalar, kültürel farklılıklarla sık temas eden hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik puanlarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu ortaya koyarken; hemşirelerin, hekim ve paramediklere kıyasla bu alanlarda daha düşük puanlar aldığına da dikkat çekmektedir. Bu bulgular hem bireysel düzeyde hem de kurumsal politikalar açısından kültürel yeterliliğin desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir (Majda vd., 2021). Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalar da benzer

sonuçlara ulaşmış; hemşirelerin farklı kültürel geçmişe sahip bireylerle iletişimde çeşitli zorluklar yaşadığı, özellikle dil yetersizliği, kültürel ve dini bilgi eksiklikleri ve buna bağlı özgüven sorunlarının bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Aydoğdu, 2022). Artan göç hareketleri ve uluslararası hasta sayısındaki yükseliş, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesini sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından bir gereklilik haline getirmiştir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2025; Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). Bu bağlamda hem bireysel özellikler hem de sosyal bilişsel etmenler (örn. örgütsel destek, öz-yeterlik, sonuç beklentileri) kültürel yeterlilik gelişiminde belirleyici rol oynamaktadır. Örgütsel iklimin destekleyici olması, yalnızca bireysel yeterliliklerin gelişimini değil, kurum genelinde bilgi paylaşımını, bakım kalitesini ve hizmet sunumunu da iyileştirmektedir (Lin, 2016).

Kültürel farklılıklara duyarlı bakım sunabilmek için hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerinin geliştirilmiş olması gerekmektedir (Majda vd., 2021). Bu durum, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerinin artırılmasını sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından kritik hâle getirmektedir. Mevcut literatür, kültürlerarası eğitim programlarının hem kültürel zekâ hem de kültürel yeterlilik gelişimine katkı sağladığını; ancak programların içeriği, süresi ve yöntemine bağlı olarak farklı etkilere yol açtığını göstermektedir. Özellikle didaktik yöntemlerin deneyimsel öğrenme ile bütünleştirildiği karma yaklaşımlar, kültürel zekânın tüm boyutlarında daha kalıcı ve etkili sonuçlar doğurmaktadır (Urgun vd., 2025). Tüm bu bulgular, kültürel zeka ve yeterlilik geliştirme girişimlerinin yalnızca bilgi aktarıcı değil, aynı zamanda eleştirel düşünme, öz-farkındalık ve yapısal duyarlılık boyutlarını da içeren bütüncül yöntemlerle desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda bibliyoterapi yöntemi, hemşirelerin kültürel farkındalığını, empatik kapasitelerini ve eleştirel yansıtma becerilerini geliştirmede yenilikçi ve etkili bir araç olarak dikkat çekmektedir.

Araştırmanın amacı;

Bu çalışmada hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerinin geliştirilmesinde gelişimsel bibliyoterapi yönteminin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Nitel aşamaya ait araştırma soruları;

- Keşfedici aşamaya ait araştırma soruları

S1. Hemşirelerin bakım sürecinde kültürel farklılıklarla ilgili yaşadıkları deneyimler, kültürel zeka ve yeterliliklerine nasıl yansımaktadır?

- Bütünleştirici aşamaya ait araştırma soruları

S1. Bibliyoterapi uygulamasında yer alan kitap, hikâye ve film içeriklerinin, kültürel zeka ve yeterliliklerine katkılarına ilişkin müdahale grubundaki hemşirelerin görüşleri ve deneyimleri nelerdir?

- Açıklayıcı aşamaya ait araştırma soruları

S1. Bibliyoterapi uygulamasının müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine nasıl bir etkisi oldu?

Nicel aşamaya ait araştırma hipotezleri;

- Kültürel zekaya ilişkin hipotezler:

1.H_{1a}. Bibliyoterapi uygulaması müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka düzeylerini arttıracaktır.

1.H_{1b}. Müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka düzeyleri kontrol grubundaki hemşirelerden daha yüksek olacaktır.

- Kültürel yeterliliğe ilişkin hipotezler:

2.H_{1a}. Bibliyoterapi uygulaması müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerini arttıracaktır.

2.H_{1b}. Müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri kontrol grubundaki hemşirelerden daha yüksek olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kültür ve Sağlık İlişkisi

Kültür; bir toplumun maddi, manevi, düşünsel ve duygusal özelliklerinin toplamı olup, bireylerin yaşam biçimlerini, değerlerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını ve davranış biçimlerini şekillendiren ve bu unsurları gelecek nesillere aktarmada kullanılan yapıların tümüdür (Türk Dil Kurumu, 2023; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1982). Kültür, bireylerin içinde yaşadığı çevrenin etkilerini taşımakta; milliyet, etnik köken, yaşam tarzı, din, gelenek ve normlar gibi çok sayıda ögeyi kapsamaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı algılama biçimleri, sağlıkla ilgili tutum ve davranışları kültürel yapıdan doğrudan etkilenmektedir (Antón-Solanas vd., 2021)

Sağlık ve kültür, birbiriyle sürekli etkileşim içinde olan iki önemli kavramdır (Fuentes & Lent, 2019). Sağlık kültürü, bir toplumun sağlıklı yaşamın sürdürülmesi ve hastalıklarla baş etme yollarına ilişkin tutum ve davranışlarının tümünü ifade eder (Özdemir, 2020; Yıldırım, 2020). Kültür; sağlık algısı, tedaviye yaklaşım, ağrı yönetimi gibi pek çok sağlık davranışını şekillendirmekte, bu da bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Her kültürün sağlığa dair inançları, değerleri ve uygulamaları farklılık gösterebilir (Duzcu & Özel, 2023). Bu farklılıklar sağlık üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler oluşturabilir (Antón-Solanas vd., 2021). Örneğin; ağrıya yönelik ifade biçimleri (Köksal & Taşçı-Duran, 2023), hastalık ve sağlığa ilişkin kaderci yaklaşımlar (Semerci vd., 2022), yenidoğan bakımındaki geleneksel uygulamalar (Sivri & Karataş, 2015), bitkisel tedavi yöntemleri (Duzcu & Özel, 2023) kültürün sağlık davranışlarına yansıyan örneklerindendir.

Kültürel inançlar, sağlık hizmetlerinin kullanımını, tanı ve tedavi süreçlerine katılımı, hastalık algısını, bakım beklentilerini ve baş etme yöntemlerini doğrudan etkilemektedir (Degrie vd., 2020; Köksal & Taşçı-Duran, 2023). Örneğin; kanser hastalarının teşhis bilgisinin kendilerine verilmesinin hastalığın seyrini olumsuz etkileyeceğine inanan aileler (Topbaş vd., 2014), modern tıbbi yöntemler yerine geleneksel şifalı bitkilere yönelen bireyler, hekimin reçete ettiği ilaçlardan çok alternatif yöntemleri tercih eden hastalar bu durumun somut örnekleridir (Bayık-Temel, 2008; Duzcu & Özel, 2023; Meydanlıoğlu, 2019). Bulaşıcı hastalıkların

yönetiminde de kültürel faktörler belirleyici olabilmektedir. Özellikle COVID-19 pandemisinde maske, mesafe, hijyen gibi önlemlere uyum kültürel normlardan etkilenmiştir. Bazı toplumlarda el sıkışma, misafir kabul etme gibi gelenekler sürdürülmüş; bazı bireyler kaderci yaklaşımla tüm koruyucu tedbirleri gereksiz görmüştür. Bu durum bulaş zincirinin kırılmasını zorlaştırmıştır (Tanrıverdi, 2022).

Bazı kültürel uygulamalar sağlık açısından risk oluşturabilirken bazıları koruyucu etkiye sahiptir (Antón-Solanas vd., 2021). Örneğin; yenidoğan bakımında pişik için zeytinyağı kullanılması olumlu bir yöntem olarak değerlendirilirken, pişik pudrası kullanımı yenidoğanda akciğer problemlerine yol açabilmektedir (Sivri & Karataş, 2015). Bebeklerin ter kokmaması amacıyla yapılan tuzlama uygulaması ise hipernatremi ve beyin kanamasına sebep olabilecek olumsuz bir örnektir (Yalçın, 2012). Bu noktada hemşirelerin kültürel hemşirelik yaklaşımı sergileyerek hastanın ısrarcı olduğu geleneksel uygulamaları sorgulaması, tedaviye zarar vermediği sürece desteklemesi önerilmektedir (Duzcu & Özel, 2023).

2.1.1. Kültürel farklılıkların sağlık davranışlarına yansımaları

Kültür, yalnızca toplumlar arasında değil, aynı toplum içinde de farklılıklar gösterebilir (Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Türkiye'nin çok kültürlü yapısı ve artan göç hareketleri (TÜİK, 2021) bu çeşitliliği daha da artırmakta olup, hemşirelikte kültürlerarası yaklaşımlar giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Berber & Oskay, 2019). Coğrafi konum, inanç sistemi, etnik köken gibi faktörler kültürel tutumları belirlemekte; menstrüasyon, menopoza ve doğum gibi doğal süreçlerde geleneksel uygulamalara yönelim farklılık gösterebilmektedir (Buran vd., 2023; Hacıhasanoğlu-Aşıl vd., 2023). Örneğin; doğum ağrısına dua ile dayanma, ağrı kesici kullanılmaması gerektiğine inanma gibi inançlar doğum sürecini etkilemektedir. Doğumda ağrı ifadesinin utanma veya çekinme nedeniyle bastırıldığı gözlenmiştir (Köksal & Taşçı-Duran, 2023). Mezhep, yaşanılan bölge ve etnik köken de kültürel tutumları belirlemektedir. Bazı kültürlerde kadının sadece eşinin yanında hemşireyle iletişim kurması, erkek hastaların kadın hemşireden, kadın hastaların erkek hemşireden bakım almayı reddetmesi bu farklılıklara örnektir (Duzcu & Özel, 2023; Yıldırım, 2019). Güneydoğu Anadolu'da yapılan bir çalışmada erkek sağlık personelinin doğum ortamında bulunmasının doğum ağrısını %89,3 oranında artırdığı saptanmıştır (Köksal & Taşçı-Duran, 2023).

Kültür ve din kavramları çoğu zaman iç içe geçmiş olup, bu durum bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarına da yansımaktadır. Dini inançlar, hemşirelik bakımının planlanmasında dikkate alınması gereken önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Antón-Solanas vd., 2021). Dini değerler, hastaların hastalık algılarını, baş etme yöntemlerini, tedaviye uyumlarını ve sağlıkla ilgili kararlarını etkileyebilmektedir (Köksal & Taşçı-Duran, 2023; Semerci vd., 2022). Örneğin bazı bireyler hastalıklarını bir kader, sınav ya da kötü şans olarak görmekte; korunmak amacıyla nazar boncuğu taşıma, türbe ziyareti, dua etme gibi geleneksel ve dini uygulamalara yönelmektedirler (Degrie vd., 2020; Semerci vd., 2022; Topbaş vd., 2014). Bu tür yaklaşımlar hastalık algısını ve tedaviye uyumu doğrudan etkileyebilmektedir.

Kültür, aynı zamanda bireylerin beslenme alışkanlıkları, cinsiyet rolleri, doğum ve ölüm algısı, aile planlaması gibi sağlıkla ilgili birçok davranışını şekillendirmekte; dini inançlar da bu sürecin önemli bir parçası olmaktadır. Örneğin kürtaj, organ nakli gibi bazı tıbbi uygulamalar toplumların dinî inançları nedeniyle sınırlandırılmakta; alkol veya domuz ürünleri içeren ilaçlar bazı hastalar tarafından reddedilebilmektedir (Köksal & Taşçı-Duran, 2023; Yıldırım, 2020). Bununla birlikte İslam dininin alkol ve madde kullanımını yasaklaması, bağımlılıkla ilişkili hastalıkların görülme sıklığını azaltıcı bir etki yaratmaktadır (Yıldırım, 2020).

Kültürel farklılıkların dikkate alınmaması, “kültürel körlük” kavramı ile açıklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının hasta bireyin kültürel özelliklerini göz ardı etmesi; hastanın yalnızca bir vaka olarak değerlendirilmesine, bireysel bakımın yetersiz kalmasına yol açmakta ve bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (Degrie vd., 2020; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Hemşirelerin bu körlüğü yaşamaması için özellikle farklı kültürel kökenden gelen, çekimser ya da kendini ifade etmekte zorlanan hastalarla etkili iletişim kurma becerilerini geliştirmeleri önemlidir (Amiri & Heydari, 2017; Yıldırım, 2019).

2.2. Hemşirelikte Kültürel Duyarlılık ve Etik Sorumluluk

Hemşirelik, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve hastalık halinde iyileştirmeyi ve rehabilitasyonuna katkı sunmayı amaçlayan profesyonel bir meslektir (International Council of Nursing, 2002; American Nurses Association, 2023). Hemşirelik mesleği, hizmet sunduğu bireylerin insan onurunu,

mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde gözetmeyi temel bir sorumluluk olarak benimsemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu yaklaşım, hemşirelerin yalnızca klinik uygulamalarla değil; kültürel duyarlılık, eşitlik ve kapsayıcılık ilkeleriyle de bakım sunmasını gerektirir (Köse-Tosunöz vd., 2021).

Hemşirelik bakımını etkileyen unsurlar arasında bireyin kültürel geçmişi, dili, dini, toplumsal cinsiyet rolleri, aile yapısı ve iletişim biçimleri önemli bir yer tutmaktadır (Topbaş vd., 2014). Örneğin, sessiz kalmanın bir saygı göstergesi sayılması, göz temasından kaçınmanın kültürel bir norm olması ya da beden dilinin sözel ifadelerden daha anlamlı olması, kültürel farklılıkların hemşirelik bakımına yansıyan örnekleridir (Buran vd., 2023). Hemşireler, hizmet sundukları her bireyin kültürel gereksinimlerini gözeterek bakım vermekle yükümlüdür. Nitekim 1893 yılında kabul edilen Hemşirelik Andı, hemşirelerin herhangi bir ırk, inanç ya da sosyal düzen ayrımı gözetmeksizin, her hastanın değer ve inançlarına saygılı bir bakım sunacağına dair en kıymetli etik taahhüdü simgelemektedir (American Nurses Association, 1893, 2023).

Kültürel olarak etkili bir sağlık hizmeti ve bakım, yalnızca kültürel farkındalık ve duyarlılığın geliştirilmesiyle mümkün olabilir (Larsen vd., 2021). Kültürel farkındalık düzeyi yüksek hemşirelerin, bakım kalitesini artırdığı, hasta ile iletişimi kolaylaştırdığı ve mesleki doyumu desteklediği bildirilmektedir (Aslan & Kızır, 2019; Larsen vd., 2021). Buna karşın, kültürel körlük olarak tanımlanan ve kültürel farklılıkların yok sayıldığı yaklaşımlar, hastalarda kültürel değerlerini gizleme ya da kültürel dayatmaya maruz kalma gibi olumsuz deneyimlere yol açabilmektedir (Degrie vd., 2020; Karaca & Gümüş, 2018; Yorulmaz & Karadeniz, 2021).

2.3. Kültürlerarası Hemşirelik

Kültürlerarası hemşirelik kavramı ilk kez Madeline Leininger tarafından ortaya atılmıştır. Leininger, çocuk rehberlik merkezinde farklı kültürlerden gelen çocukların ve ailelerinin sağlık gereksinimlerinin benzer olmadığını fark ederek, hemşirelikte kültürel unsurların göz önüne alınması gerektiğini savunmuştur. Bu görüş doğrultusunda 1974 yılında Kültürlerarası Hemşirelik Derneği (Transcultural Nursing Society) kurulmuş, 1989'da ise Kültürlerarası Hemşirelik Dergisi yayımlanmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler kültürlerarası hemşirelik alanının bilimsel bir disiplin olarak yerleşmesini sağlamıştır (Transcultural Nursing Society, 1989). Günümüzde

artan göç hareketliliği, küreselleşme ve toplumların çok kültürlü yapıya dönüşmesi nedeniyle kültürlerarası hemşirelik yaklaşımlarının önemi giderek artmaktadır. Kültürlerarası hemşirelik, bireylerin değerlerini, inançlarını, yaşam biçimlerini tanımayı, bu farklılıklara saygı duymayı ve tüm bireylere kültürel özellikleri doğrultusunda bütüncül bakım sunmayı hedefleyen bir alandır (Pacquiao, 2019; Transcultural Nursing Society, 2023).

Sonuç olarak, hemşirelik bakımında bireyin kültürel değerlerini, inançlarını ve yaşam tarzını anlamak; bu özelliklere saygı göstermek ve bakım süreçlerine entegre etmek, kaliteli, bütüncül ve etkili bir sağlık hizmeti sunumu açısından vazgeçilmezdir (Antón-Solanas vd., 2021; Leininger, 2002; Pacquiao, 2019; Transcultural Nursing Society, 2023). Kültürel duyarlılık hemşirelik bakımının kalitesini artırmakta; hasta memnuniyetini, tedaviye uyumu ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Amiri & Heydari, 2017; Antón-Solanas vd., 2021; Karadağ-Arlı & Berivan-Bakan, 2018). Bu nedenle hemşirelik eğitiminde kültürlerarası bakım yeterliliklerinin kazandırılması, sağlık hizmet sunumunun ayrılmaz bir parçası haline gelmelidir (Avcı & Demir, 2023; Transcultural Nursing Society, 2023).

2.3.1. Kültürlerarası hemşireliğin sağlığa yansıması

Bireylerin sağlıklarının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde kaliteli hemşirelik bakımının temelini bütüncül yaklaşım oluşturmaktadır (Çınar & Eti-Aslan, 2017; İnce & Bingöl, 2020). Amerikan Holistik Hemşireler Birliği, bütüncül hemşireliği “hedefi bütün kişiyi iyileştirme olan tüm hemşirelik uygulamaları” olarak tanımlamaktadır. Bu bakım anlayışı yalnızca hastalar üzerinde değil, hemşirelerin kendi hayat felsefelerine de entegre edilmelidir. Böylelikle hemşireler, hasta hakkında her konuda daha derin farkındalığa sahip olabilmektedir. Hastaların değer ve inançlarına saygı göstermek ve onları anlamaya çalışmak, iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağlamaktadır (American Holistic Nurses Association, 2023). Bütüncül bakım yaklaşımı sayesinde birey yalnızca hasta olarak değil; içinde bulunduğu kültür, inanç ve ihtiyaçları doğrultusunda ele alınmaktadır (Berber & Oskay, 2019). Hemşire, birey, aile ve toplum için bütüncül bakım anlayışını benimsediğinde; o toplumun kültürü, dili, ırkı, dini inancı, yaşam tarzı, ölüm ve yas süreçleri gibi özellikler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu sayede hasta gerçek anlamda bütüncül olarak değerlendirilmiş olur (Topbaş vd., 2014).

Yaşam ve ölüm süreçlerinde kültürel bakımın önemli bir boyutu olan dini yaklaşımlar da öne çıkmaktadır (Karalar-Cafer vd., 2022). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamakta ve ruhsal sağlığın korunmasında maneviyatın önemini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2023). Özellikle yoğun bakım üniteleri, bütüncül bakımda yer alan spiritüel bakımın en iyi şekilde sunulabileceği birimlerdir. Yoğun bakımda hastalar genellikle yalnızlık ve terk edilmişlik hissi yaşamakta; ölüm korkusu gibi yoğun duygularla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumlarda hastaların dini inançlarına uygun uygulamalara başvurmaları sıkça gözlemlenmektedir. Spiritüel bakım, hemşirelik bakımının önemli bir parçası olmasına rağmen, kimi zaman bilim dışı olarak algılanmakta ya da hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle göz ardı edilmektedir (Çınar & Eti-Aslan, 2017). Hemşirelerin hastanın inançlarını anlaması ve dini uygulamalarına destek olması, özellikle maneviyatı güçlü hastaların stresle başa çıkmasını kolaylaştırmakta ve terminal dönemde insan onuruna uygun bakım sunulmasını sağlamaktadır. Örneğin; terminal dönemde tedaviye olumsuz etkisi olmayan durumlarda hastanın yakınlarının yanında bulunmasına ve kültürel ritüellerini yerine getirmesine izin verilmesi; hastanın ağrı ve acısının azalmasına ve yakınlarının yas sürecini kolaylaştırmasına katkı sağlamaktadır (Çınar & Eti-Aslan, 2017; Karalar-Cafer vd., 2022).

Sağlık hizmetlerinden etkili yararlanamamanın başlıca nedenleri arasında dil desteği eksikliği, kültürel duyarsızlık ve ayrımcılık yer almaktadır. Bu durum, özellikle göçmen kadınların gebelik süreçlerinde önemli bir sorun teşkil etmektedir. Göçmen anne adayları, fizyolojik zorlukların yanı sıra farklı kültürel ortamda bulunmanın yarattığı stres nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayabilmektedir (Soylu vd., 2023a; Soylu vd., 2023b). Göçmen kadınlar, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde göçmen olmayan kadınlarla eşit düzeyde bütüncül bakım ihtiyacı duymaktadır. Ancak, yeni bir ülkede bulunmaları ve ülke diline hâkim olmamaları, kültürel karmaşaya yol açabilmektedir. Yaşanan bu kültürel çatışma fark edilmediğinde, bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi olumsuz etkilenmektedir. Hemşireler, göçmen kadınların kültürel çatışma süreçlerini yönetmede kritik bir rol üstlenmektedir. Gebelerin kültürel ve dini inançları gözetilerek, tarama testleri, acil durumlarda hekime başvuru gereklilikleri, yapılması

gereken aşılar ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi konular, hastaların anlayabileceği dilde anlatılmalı ve gerekirse tercüman desteği sağlanmalıdır (Öskan-Fırat & Güngör-Satılmış, 2022).

Hastaya sadece tıbbi bakım sunularak, kültür, inanç ve değerler göz ardı edildiğinde tedavide olumsuz yanıtlar alınabilir. Medikal tedavi olumlu sonuç verse bile, bütüncül bakım ihmal edildiğinde hastanın bakım süreci tatmin edici olmamaktadır (Degrie vd., 2020). Kültürel özellikler dikkate alınmadan verilen hemşirelik bakımında, hasta ile hemşire arasında güven duygusu oluşmamaktadır (Topbaş vd., 2014). Ayrıca, hastaların alışık olmadığı yöntemler, bilgi verilmeden veya değerlerine uygun olmayan girişimler uygulandığında, huzursuzluk, çekinme ve tedaviden kaçınma gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir (Degrie vd., 2020). Bu durum, hastaların seçim, inanç ve değerlerine saygı duyulmadığı hissine kapılmasına ve bakım verenlerin katı kurallara zorlanıyormuş gibi hissetmelerine yol açarak, kültürel dayatmayı beraberinde getirebilmektedir (Degrie vd., 2020; Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Bu nedenle her hasta bireysel olarak ele alınmalı ve kendi kültürü ile inancı doğrultusunda en uygun bakım planlanmalıdır. Hemşireler, kültürel yeterliliği sağlamak amacıyla hastalarının inançlarını dikkate alan kanıta dayalı uygulamaları bakım süreçlerine dahil etmeli ve kişilerarası iletişimi etkin kullanmalıdır (Tanrıverdi, 2015).

Hasta beklentilerinin karşılanması, kişisel ve kültürel farklılıklara saygı duyulmasına ve kültürler hakkında bilgi sahibi olunmasına bağlıdır (Larsen vd., 2021). Bu bağlamda, farklılıkların olduğu dünyamızda hemşireler kültürel bakımda kilit rol üstlenmektedir. Hastaların kültürel geçmişleri göz ardı edilmeden sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ancak kültürel farkındalıkla mümkün olabilmektedir (Papadopoulos & Omeri, 2008). Kültürlerarası farkındalık ve duyarlılık geliştiren hemşireler, kültür ve bakım arasında uyum sağlayarak bakım etkinliğini artırmakta; bu durum hem hasta hem de hemşire için daha yüksek memnuniyet sağlamaktadır (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlara karşı duyarlılığı yüksek olan hemşireler, kültürel olarak farklı hastaların da etkili bakım almasını hedeflemektedir (Pacquiao, 2019). Kültürlerarası bakımda hemşire ile hasta arasında destekleyici ve koordine bir ilişki kurulduğunda, hastalar tedaviye daha etkin katıldıklarını ve kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmektedir. Bu durum,

kültürlerarası bakımda anlamlı bakım ilişkisinin öncelikli olması gerektiğini göstermektedir (Degrie vd., 2020).

Leininger, bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde kültürel bakımın zorunlu olduğunu; bireylerin kültürel değerlerine, inançlarına ve yaşam tarzlarına uygun bilgi verilmesi ve alınan kararların uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Leininger, 2002). McFarland ve Keipperle (2008) ise Leininger'in modelini örnek alarak, Amerika'da birinci basamakta çalışan pratisyen hemşirelerin kültürel bakım eğitimleri için bir rehber geliştirmiştir. Bu rehberin amacı, kültürel farklılıkların sağlık eşitsizliklerini azaltarak uygun ve bütüncül bakım verilmesini sağlamaktır. Rehberde göre hemşirenin, bireylerin yaşam davranışları, sağlık ve hastalık algıları, inançları gibi değerlerini anlaması ve kültürel yeterliliğe sahip olması beklenmektedir. Hemşirenin vücut dili, dinleme ve anlama becerileri, değerlendirme, bilgi aktarma, mahremiyet ve gizlilik konularına özen göstermesi, bireyin hemşireye bakış açısını olumlu yönde etkileyerek sağlık sistemine katkı sağlamaktadır (Mcfarland & Eipperle, 2008).

Bütüncül bakımda genellikle göz ardı edilen ruh sağlığı da bireylerin kültürel bakım gereksinimleri arasında yer almaktadır (Tanrıverdi, 2022). Ruhsal bozuklukların belirtileri ve algılanış biçimi kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Sanrıların içerikleri, ifade ediliş biçimleri, toplumsal cinsiyet rolleri, göç, işsizlik gibi sosyal faktörler ruh sağlığı üzerindeki etkileri belirlemektedir. Türkiye'de toplumsal yapı erkeklerin daha baskın rol aldığı bir yapıya sahip olup, kadınların duygularını açıkça ifade edememesi, ruhsal problemleri bedenlerine yansıtması sıkça gözlemlenen bir durumdur. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinde kültürel yapılar dikkate alınarak danışmanlık verilmelidir. Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde de kültürün etkisi büyüktür. Bazı kültürlerde iyileşme kontrol hissi ve bireysel karar verme ile ilişkilendirilirken, bazı kültürlerde maneviyata daha çok önem verilmektedir. Kaliteli ruh sağlığı hizmeti sunabilmek için bireylerin kültürü, inançları ve değerleri hakkında bilgi sahibi olunması; hastalığın kültürdeki anlamı ve ifade biçiminin değerlendirilmesi hastalığın prognozu açısından önem taşımaktadır (Çam & Uğuryol, 2019).

2.3.2. Kùltùrlerarası hemşirelikte karşılaşılan gùçlùkler

Kùltùrel çeşitliliğin artmasıyla birlikte hemşirelerin farklı kùltùrel özelliklere sahip bireylere bakım verme sıklığı da artmaktadır. Bu durum, hemşirelerin kùltùrel duyarlılık, bilgi ve becerilerinin önemini artırmakta; aynı zamanda bazı gùçlùklerin de yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Amiri & Heydari, 2017; Tanrıverdi, 2017). Kùltùrlerarası hemşirelik uygulamalarında en sık karşılaşılan gùçlùklerden biri iletişim ve dil bariyeridir. Farklı dil konuşan hastalarla yeterli iletişimin kurulamaması, hatalı anlamaların, yanlış tedavi uygulamalarının ve hasta memnuniyetsizliğinin temel sebeplerindendir (Amiri & Heydari, 2017; Çağlar & Bilgili, 2020; Yalçın-Öner & Çeliktekin-Öztürk, 2022). Hemşireler çoğu zaman sözlü iletişimi sağlamak adına el hareketleri veya mimiklerden yararlanmaya çalışmakta, bazen hastanın yakınlarından ya da çevrimiçi çeviri uygulamalarından destek alma yoluna gitmektedirler (Antón-Solanas vd., 2021). Ancak bu durum hemşirenin bakım sürecindeki yükünü artırmakta ve mesleki tükenmişlik riskini de beraberinde getirebilmektedir (Larsen vd., 2021).

Kùltùrel önyargılar ve stereotipler ise, hemşirelik bakım kalitesini olumsuz etkileyen bir diğer faktördür. Hemşireler zaman zaman hastaların kùltùrel farklılıklarını anlamakta zorlanmakta, bu durum da bakımın ihmal edilmesine veya ertelenmesine yol açabilmektedir (Kalisch & Williams, 2009). Ülkede artan göç hareketleri (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021) nedeniyle farklı kùltùrel altyapılardan gelen hastalarla karşılaşan hemşireler; bulaşıcı hastalık riski, düşük sağlık okuryazarlığı, farklı hijyen alışkanlıkları gibi nedenlerle endişe duyduklarını belirtmişlerdir (Gönderen-Çakmak vd., 2020; Yıldırım, 2019).

Bunlara ek olarak; hemşirenin kendi kùltùrel değerlerinin ve inançlarının hasta bakımına yansması da bir diğer gùçlùk olarak öne çıkmaktadır. Hemşireler, farklı kùltùrlere sahip bireylerin mahremiyet, fiziksel temas, cinsiyet rolleri gibi konulardaki beklentilerine uyum sağlamakta gùçlùk çekebilmekte; bu durum da bakım sürecinde çatışmalara neden olabilmektedir (Antón-Solanas vd., 2021). Özellikle erkek hemşirelerden bakım almak istemeyen ya da yalnızca kendi cinsiyetinden hemşirelerle iletişim kurmak isteyen hastalar gibi kùltùrel hassasiyetler içeren durumlarda, hemşirenin rolü daha da karmaşık hâle gelebilmektedir (Yıldırım, 2019).

Hemşirelerin kùltùrlerarası bakım sunarken yaşadığı bu gùçlùklerin üstesinden gelinmesinde mesleki deneyim, eğitim düzeyi, empati becerisi, kùltùrel farkındalık

düzeyi, kültürlerarası iletişim eğitimi alma durumu ve yabancı dil bilgisi gibi bireysel faktörler önemli rol oynamaktadır (Avcı & Demir, 2023; Gümüş-Şekerci & Biçer-Kır, 2019; Larsen vd., 2021). Sosyal medya kullanımı, yabancı kaynaklara erişim, farklı kültürlerle iletişim kurma fırsatlarının artması ve kültürel çeşitlilik içeren ortamlarda çalışma deneyimi hemşirelerin kültürel duyarlılık düzeylerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Baksi vd., 2019; Bulduk vd., 2017; Chin-Lu vd., 2015). Sonuç olarak, kültürlerarası hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan güçlüklerin farkında olunması ve bu sorunların giderilmesine yönelik sistematik eğitim ve destek programlarının geliştirilmesi, nitelikli ve etkili bir hemşirelik bakımının sunulabilmesi için gereklidir (Amiri & Heydari, 2017; Avcı & Demir, 2023; Antón-Solanas vd., 2021).

2.3.3. Kültürlerarası hemşirelik modelleri

Kültürlerarası hemşirelik modelleri, hemşirelerin farklı kültürlere duyarlı, kapsayıcı ve etkin bakım sunabilmelerine rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu modeller, hemşirelik bakımında kültürel farkındalık, bilgi ve duyarlılığı artırarak, sağlık ve hastalık süreçlerinin kültürel temelde daha iyi yönetilmesini hedefler (Berber & Oskay, 2019; Buldur vd., 2023).

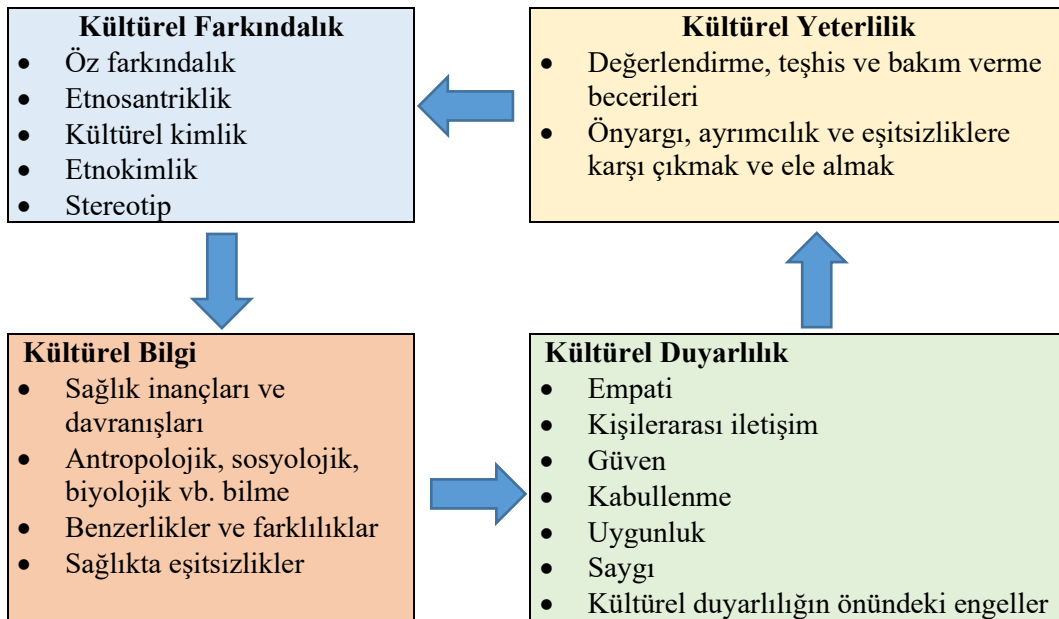
Leininger'in Kültürlerarası Hemşirelik Teorisi, bireylerin sağlık, hastalık ve ölüm süreçlerini etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesini ve kültüre duyarlı bakımın önemini vurgular; bu yaklaşımın iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını savunur (Leininger, 2002). Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli, bireylerin kültürel mirasındaki değer, inanç ve uygulamaların sağlık üzerindeki etkilerini anlamayı; sağlığı koruma ve geliştirme süreçlerinde kültürel verilerin toplanmasını ve bu verileri sağlık hizmetine entegre etmeyi amaçlar (Purnell, 2002). Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel Değerlendirme Modeli ise iletişim, zaman, mekan, sosyal organizasyon, çevresel kontrol ve biyolojik varyasyon gibi boyutlarla kültürel değerlendirmeye sistematik bir çerçeve sunar (Giger & Davidhizar, 2002). Tanrıverdi'nin Çevre Odaklı Kültürel Yeterlilik Modeli, kültürel yeterliliği çevresel ve toplumsal faktörlerle ilişkilendirerek kültürel bilginin, zekânın ve eleştirel düşünmenin çevreyle etkileşim içinde geliştiğini öne sürer (Tanrıverdi, 2017). Bunların yanı sıra Learn İletişim Modeli, Kleinman Modeli ve Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli gibi yaklaşımlar da kültürlerarası hemşirelik uygulamalarında destekleyici rol oynamakta, hemşirelerin kültürel duyarlılıklarını ve bakım kalitesini artırmaktadır (Başlı vd., 2018).

Kültürlerarası hemşirelik modellerinden biri olan ve bu çalışmanın teorik alt yapısını oluşturan Papadopoulos, Tilki & Taylor Kültürel Yeterliliği Geliştirme Modeli (PTT), 1994 yılında Irena Papadopoulos, Mary Tilki ve Gina Taylor tarafından geliştirilmiştir. Model; bireylerin değer, inanç, davranışlarının yeterli olarak algılanması ve ihtiyaçları doğrultusunda etkili sağlık hizmeti sunulmasını amaçlamaktadır.

Model dört temel aşamadan oluşur:

- Kültürel farkındalık: Bireysel farkındalık, kültürel kimlik, miras bağlılığı ve etnosentrizm üzerine odaklanır.
- Kültürel bilgi: Sağlık inanç ve davranışları, stereotipleme, etno tarih/antropolojik, sosyolojik, psikolojik ve biyolojik anlayışlarla benzerlikler ve farklılıkların kavranmasını içerir.
- Kültürel duyarlılık: Empati, kişilerarası iletişim, güven, kabul, uygunluk ve saygı unsurlarını kapsar.
- Kültürel yeterlilik: Klinik ve teşhis becerileri ile önyargı, ayrımcılık ve eşitsizliği sorgulama ve ele alma süreçlerini içerir.

Model, kültürel yeterliliğin yaşam boyu edinilen bilgi, beceri ve deneyimlere dayandığını; kültürel benzerlik ve farklılıkların toplumsal düzeyde analiz edilmesinin önemini vurgular (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006).



Şekil 2.1. Papadopoulos Tilki Taylor kültürel yeterliliği geliştirme modeli

2.4. Kültürel Zeka

Kültürel zeka, Ang ve arkadaşları tarafından, “kültürel açıdan farklı ortamlarda etkin bir şekilde işlev görme ve yönetme konusunda bireyin yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Kültürel zeka; bireyin çeşitli kültürlerde etkili olabilmesini, farklı kültür davranışlarını algılayabilmesini, bu davranışları yorumlayıp analiz edebilmesini ve kendi davranışlarını bu bilgiler ışığında uyarlayabilmesini sağlayan bir yetkinliktir (Ang vd., 2007; Doğan & Karakuş-Uysal, 2020). Kültürel zeka, kültürlerarası etkileşimde yalnızca bilişsel bir farkındalık değil, aynı zamanda düşünce, tutum ve davranış düzeyinde esneklik kazandırmayı hedeflemektedir (Doğan & Karakuş-Uysal, 2020).

Kültürel zeka, Sternberg ve Determan’ın çok boyutlu zeka modeline dayanarak dört temel boyutta ele alınmaktadır (Ang vd., 2007).

- Üstbilişsel kültürel zeka: Bireyin kültürel farklılıkları anlaması, bu farklılıkları değerlendirme ve yeni bilgiler ışığında kendi kültürel bilgisini geliştirme kapasitesidir. Bu boyut, kültürlerarası etkileşimlerde bilinçli ve eleştirel bir farkındalık geliştirmeyi sağlar.
- Bilişsel kültürel zeka: Farklı kültürlerin değer, inanç ve gelenekleri hakkında bilgi sahibi olmayı ifade eder. Birey bulunduğu ortamın kültürel normlarını kavrayarak etkili bir etkileşim kurabilir.
- Motivasyonel kültürel zeka: Farklı kültürler hakkında bilgi edinmeye ve bu farklılıklarla etkileşim kurmaya yönelik içsel isteği ve ilgiyi ifade eder. Bu boyut, bireyin kültürel çeşitlilikle karşılaştığında bunu bir zenginlik olarak görmesini sağlar.
- Davranışsal kültürel zeka: Kültürel farklılıklara uygun sözel ve sözsüz davranışlar sergilemeyi, beden dili ve iletişim biçimini kültürel bağlama göre uyarlayabilmeyi içerir (Ang vd., 2007; Doğan & Karakuş-Uysal, 2020).

Kültürel zeka, hemşirelerin farklı kültürel geçmişe sahip bireylere kaliteli ve kapsayıcı bir bakım sunabilmeleri için kritik bir yeterlilik alanıdır. Özellikle Türkiye gibi çok kültürlü ve etnik açıdan zengin toplumlarda hemşirelerin yüksek kültürel zekâya sahip olmaları, hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini doğrudan etkilemektedir (Doğan & Karakuş-Uysal, 2020; Majda vd., 2021). Dünya üzerindeki

tüm kültürlerin gelenek, inanç ve uygulamalarına hakim olmak imkânsız olsa da hemşirelerin kültürel zekâlarını geliştirmeleri, farklı kültürlerden bireylerle empati kurabilmelerini, önyargılardan arınarak kapsayıcı bir yaklaşım sergileyebilmelerini sağlamaktadır (Başlı vd., 2018; Coşkun-Erçelik & Çamlıca, 2022). Kültürel zeka, hemşirelerin hastaların kültürel gereksinimlerini doğru şekilde anlamasına, uygun bakım planlamasına ve iletişim kazalarını önlemesine katkı sağlar. Yüksek kültürel zekâyâ sahip hemşireler; kendine güvenen, etkili iletişim kuran ve kültürel farklılıklara duyarlı profesyoneller olarak öne çıkar (Aslan & Kizir, 2019).

Kültürel zekanın geliştirilmesi için hem bireysel hem kurumsal düzeyde çeşitli yaklaşımlar benimsenebilir. Bu kapsamda:

- Hastaların istek ve ihtiyaçlarına odaklanmak, hoşgörölü ve olumlu tutum sergilemek temel bir yaklaşımdır (Doğan & Karakuş-Uysal, 2020; Majda vd., 2021).
- Kültürlerarası hemşirelik konusunda hizmet içi eğitim programları ve akademik eğitimlerin desteklenmesi, kültürel zekânın bilişsel ve üstbilişsel boyutlarını geliştirir (Amiri & Heydari, 2017; Avcı & Demir, 2023; Antón-Solanas vd., 2021).
- Günlük yaşamda farklı kültürlerle ilgili deneyimler kazanmak, farklı kültürel ortamlarda gönüllü çalışma ve etkileşim fırsatlarını değerlendirmek bireysel gelişime katkı sağlar.
- İletişim kaygısının olumlu şekilde yönetilmesi ve farklılıklara sahip bireylerle temas kurma konusundaki çekincelerin aşılması da kültürel zekanın gelişimini destekler (Coşkun-Erçelik & Çamlıca, 2022).

Sonuç olarak, kültürel zeka hemşirelerin kültürel farkındalık ve duyarlılık düzeyini artırmakta, önyargıların ve stereotiplemenin önlenmesine katkı sağlamakta ve bütüncül bakım sunumunu kolaylaştırmaktadır. Hemşirelerin bireysel gelişim planlarında ve kurumsal politika ve eğitimlerinde kültürel zeka gelişimi öncelikli bir hedef olarak ele alınmalıdır (Aslan & Kizir, 2019; Coşkun-Erçelik & Çamlıca, 2022; Doğan & Karakuş-Uysal, 2020; Majda vd., 2021).

2.5. Kültürel Yeterlilik

Kültürel yeterlilik, hemşirelerin bakım sundukları bireylerin kültürel değerlerini, inançlarını ve davranış biçimlerini anlayarak, bu özelliklere saygı gösterip bakım süreçlerine entegre edebilme yetkinliğidir. Kültürler hakkında bilgi sahibi olmak, kültürel yeterliliğin temel aşamalarından biridir ve nitelikli hemşirelik bakımının ön koşuludur (Larsen vd., 2021). Kültürel yeterliliğe sahip hemşireler; hastalarına kültürlerine uygun bir bakım ortamı sağlayarak, etkili iletişim becerilerini kullanarak ve hastanın değerlerine saygı göstererek sundukları bakımın kalitesini artırmaktadır (Tanrıverdi, 2017).

Dünya üzerinde tüm kültürlerle dair eksiksiz bilgi sahibi olmak elbette mümkün değildir. Bu nedenle hemşirelerin, hastalarından kültürel özelliklerine dair detaylı bilgi almaları ve bu bilgileri bakım sürecinde derinlemesine değerlendirmeleri büyük önem taşır (Başlı vd., 2018). Kültürel olarak etkili bir bakım ancak kültürel bilgi, tutum, duygu ve iletişim becerilerinin bir bütün olarak geliştirilmesiyle mümkündür (Transcultural Nursing Society, 2023). Bu kavramlar, hemşirelerin hastalar ve aileleri ile kültürlerarası iletişimde, farkındalık yaratıcı ve saygılı bir bakım sunabilmeleri için geliştirmesi gereken temel unsurlardır (Tuohy, 2019).

Kültürel farkındalığın eksik olduğu durumlarda, hastalar sağlık hizmeti sunumunda kültürel dayatmayla karşı karşıya kalabilir ve kendilerini ifade etmekten çekinebilirler (Yorulmaz & Karadeniz, 2021). Hemşire, kendi kültürel çevresine benzer bir ortamda çalışıyor ya da kendi kültüründen hastalarla etkileşimde bulunuyorsa, kültürel yetersizliğinin farkında olmayabilir ve bu durum, hastaların kültürel açıdan sıkıntı yaşamasına yol açabilir (Tanrıverdi, 2017). Araştırmalar, her 10 hemşireden yaklaşık 7'sinin (%71,8) mesleki uygulamalarında hastanın kültürel kimliğine önem verdiğini (Yalçın-Öner & Çeliktekin-Öztürk, 2022), ancak %76'sının bakım sürecinde kültürel farklılıklar nedeniyle özel bir his yaşamadığını ortaya koymakta (Gönderen-Çakmak vd., 2020); bu durum kültürlerarası yaklaşımda farkındalık ve tutum düzeyinde çelişkiler barındırmaktadır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada; farklı etnik kökenden arkadaşlara sahip olmak, yabancı uyruklu bireylerle iletişim kurmak, farklı kültürlerin dinlerini ve yaşam biçimlerini merak etmek, dizi-film ve belgesel gibi kültürel içerikleri izlemek kültürel yeterliliği artıran unsurlar olarak belirlenmiştir (Yılmaz & Tanrıverdi, 2023).

Kadın hemşirelik öğrencilerinin kültürel farklılıklara daha fazla saygı duyduğu; farklı kültürden insanlarla iletişim kuran öğrencilerin iletişimde daha dikkatli davrandığı ve daha sorumlu bir tutum sergilediği görülmektedir (Bilgiç & Şahin, 2019). Benzer şekilde, kültürel yeterlilik eğitimleri alan öğrencilerin bu alandaki farkındalık ve yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve farklı kültürlerden hastalarla karşılaşmaları sonrasında kendi bakım uygulamalarını daha güvenle yürüttüklerini düşündükleri bildirilmektedir (Choi & Kim, 2018; Antón-Solanas vd., 2021). Yurtdışında eğitim almak da kültürlerarası farkındalığı ve kültürel yeterlilik düzeyini artıran önemli bir deneyim olarak değerlendirilmektedir (Ruddock & Turner, 2007). Kültürel yeterlilik düzeyinin artırılmasında kültürel eğitimlerin önemli bir rol oynadığı hem öğrencilik döneminde hem de mesleki yaşamda kültürel değerleri anlama ve bütüncül bakış açısı geliştirmeye yönelik eğitimlerin zorunlu hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Tanrıverdi, 2015; Yılmaz & Tanrıverdi, 2023).

2.6. Bibliyoterapi

2.6.1. Bibliyoterapi kavramı

Bibliyoterapi, bireyin kendini tanımasını, empati becerilerini geliştirmesini, kültürel kimliğini güçlendirmesini ve farklı kültür ile dünya görüşlerini takdir etmesini sağlayan bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (McMillen & Pehrsson, 2010). Bu yaklaşım, yaşamda karşılaşılan duygusal, sosyal ve psikolojik sorunların fark edilmesini ve çözümüne yönelik farkındalık kazanılmasını amaçlayan; kitaplar ve diğer yazılı materyallerin bir uzmanın rehberliğinde yapılandırılmış şekilde okunması esasına dayanan bir süreçtir (Sharma, 2023). Bibliyoterapi, bireyin kitapta yer alan olay ve karakterler aracılığıyla kendi duygu ve düşüncelerini keşfetmesine ve olaylara farklı açılardan bakabilmesine olanak tanır (Öner, 2007).

Bibliyoterapi süreci beş temel aşamadan oluşur: katılım, özdeşim, katarsis, içgörü (kavrayış) ve evrenselcilik.

- Katılım aşaması: Bireyin ilgi ve dikkati kitaba çekilir; karakterlerle veya olaylarla kendi yaşamı arasında bağ kurmaya başlar.
- Özdeşim aşaması: Birey, kitap karakterleriyle kendisini özdeşleştirir, onların bakış açısını anlamaya çalışır.

- Katarsis aşaması: Karakterin yaşadığı duygularla kendi duyguları arasında bağlantı kurarak duygusal bir arınma yaşar; bastırılmış ya da unutulmuş duygular su yüzüne çıkar.
- İçgörü aşaması: Kitaptaki olaylarla kendi yaşam deneyimleri arasında bağ kurarak kendisine dair yeni bir farkındalık kazanır.
- Evrenselcilik aşaması: Yalnız olmadığını, başkalarının da benzer sorunlar yaşadığını ve birden fazla çözüm yolu bulunabileceğini fark eder (Öner, 2007; Taneri & Özbek, 2022).

Bu süreçte her aşamanın etkinliği bir önceki aşamanın ne ölçüde içselleştirilip uygulandığı ile doğrudan ilişkilidir. Kişiler özdeşim aşamasında problemlerinin farkına varıp, çözüme ulaştırmak için ne kadar çaba gösterirse katarsis aşamasına geçmesi o kadar kolay olacaktır. Katarsis aşamasında bibliyoterapi normal okumadan ayrılmaktadır. Çünkü kişiler bu aşamaya geldiğinde yaşamın akışına kapılıp gittikleri, unuttukları duygularını tekrar gün yüzüne çıkartarak farklı bir bakış açısı kazanmaktadır. İç görü aşamasında karakterle kendini bağdaştırması ve farkındalığını arttırması, son aşamada ise kişinin kendi yaratıcı bakış açısını geliştirmiş olması beklenir (Öner, 2007; Taneri & Özbek, 2022).

Bibliyoterapi; bireysel ya da grup ortamında, farklı yaş gruplarında uygulanabilen, bireylere içgörü kazandırmayı, yeni tutum ve değerler geliştirmeyi, sorun çözme yollarını keşfetmeyi ve başkalarının da benzer deneyimler yaşadığını fark etmeyi amaçlayan etkili bir yöntemdir (Taneri & Özbek, 2022). Kitaplar geçmişten günümüze “ruhun terapistleri” olarak görülmüş ve bireylerin duygusal iyileşmesine katkı sağlamıştır. Örneğin, “Pollyanna gibi düşünmek” kalıbı, bibliyoterapinin kalıcı ve toplumsal düzeyde yerleşen etkilerine işaret eden güzel bir örnektir (Öner, 2007).

Bibliyoterapi uygulamaları üç temel grupta incelenir:

1. Klinik bibliyoterapi: Klinik psikolojik danışmanlar tarafından, ciddi duygusal ya da psikolojik sorunlarda, tedavi sürecine destek amacıyla uygulanır.
2. Rehabilitasyon bibliyoterapisi: Bireylerin uyum süreçlerini desteklemek amacıyla kullanılır.

3. Gelişimsel bibliyoterapi: Günlük yaşamda karşılaşılan sorunlarla baş etme, kişisel gelişim, farkındalık kazanma ve sağlıklı baş etme stratejileri geliştirme amacı taşır (Bal, 2020; Demir, 2022; Öner, 2007).

Uygulama sürecinde, kullanılacak kitap ve materyallerin dikkatle seçilmesi gerekir. Seçilen kitapların bireyin problemine, gelişim düzeyine ve ihtiyaçlarına uygun olması; sürecin her aşamasının titizlikle yürütülmesi bibliyoterapinin başarısını belirleyen temel faktörlerdendir (Öner, 2007).

2.6.2. Bibliyoterapinin uygulama alanları

Bibliyoterapi; bireylerin mesleki gelişim ve farkındalıklarını artırmak (Yüksek-Usta & Kula, 2023), depresyonla başa çıkmak (Bal, 2018), çocukların davranış, düşünce ve tutumlarını olumlu yönde geliştirmek (Sakin & Yıldırım, 2022), akran zorbalığıyla mücadele etmek (Taneri & Özbek, 2022), kanser hastalarında kaygı ve stres yönetimini desteklemek (Malibiran vd, 2018), demansı olan hastalara bakan kişilerin bakım süreçlerini yönetmelerine yardımcı olmak (Wang vd., 2011), pediatrik palyatif bakım alan hastaların ailelerinin başa çıkma süreçlerini güçlendirmek (Rusch vd., 2020) ve obez bireylerde yeme isteğini dengelemek (Rodríguez-Martín vd., 2013), gibi pek çok farklı alanda kullanılmaktadır.

Bu uygulamalarda kullanılan kitaplar, gelişimsel bibliyoterapi kapsamında kişilerin ihtiyaçlarına yönelik seçilmekte ve sürecin hedeflerine göre yapılandırılmaktadır. Literatürde, bibliyoterapi uygulamalarının genellikle ev ödevi şeklinde bireysel okuma ya da uzman rehberliğinde birlikte okuma biçiminde yürütüldüğü görülmektedir. Uygulama süreçleri çoğunlukla 2 ila 4 oturumdan oluşmakta ve her bir oturum bir haftalık periyotlar hâlinde planlanmaktadır (Bal, 2018; Taneri & Özbek, 2022; Yüksek-Usta & Kula, 2023). Öte yandan, 8 oturum ve 8 gün boyunca ardışık olarak yürütülen uygulama örnekleri de bulunmaktadır (Sakin & Yıldırım, 2022).

2.6.3. Kültürlerarası hemşirelikte bibliyoterapi yönteminin uygulaması

Yazar Eric Walters'ın da ifade ettiği gibi, "Bibliyoterapiye büyük bir inancım var. Kitapların hayatlarımızı, ne düşündüğümüzü ve ne yaptığımızı değiştirme gücü var" (Taneri & Özbek, 2022). Bibliyoterapi, bireylerde empati gelişimini destekleyen güçlü bir araç olarak öne çıkmaktadır. Empati yalnızca yaşam deneyimlerinden değil, kitaplar ve filmler gibi edebi ve sanatsal araçlar aracılığıyla da geliştirilebilir

(Okumuşoğlu, 2019). Bibliyoterapi ile paralel bir uygulama olan sinema terapi de bu bağlamda önem kazanmaktadır. Sinema terapi; özdeşleşme, katarsis, içgörü ve bütünleşme aşamalarından oluşmakta olup, bu aşamalar bibliyoterapi süreciyle büyük benzerlik göstermektedir. Filmler, karakterlerin duygu dışavurumlarını modelleyerek bireylerin farkındalık kazanmalarına ve duygusal anlamda güçlenmelerine katkı sağlar (Okumuşoğlu, 2019; Öner, 2007).

Kültürlerarası hemşirelik, bireyler arası farklılık ve benzerlikleri temel alarak bütüncül ve kültüre duyarlı bakım sunmayı hedefler (Transcultural Nursing Society, 2023). Empati temelli yaklaşımlar, hem hastaların iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamakta hem de hemşirelerin mesleki doyumlarını artırmaktadır (Amiri & Heydari, 2017; Larsen vd., 2021). Bibliyoterapi, hemşirelere kültürlerarası farklılıklar ve duyarlılık konusunda farkındalık kazandırmak, empati gelişimini desteklemek ve kültürlerarası hemşirelik uygulamalarının niteliğini artırmak amacıyla önemli bir yöntem olarak kullanılabilir (Okumuşoğlu, 2019). Bu doğrultuda kültürlerarası hemşirelikte bibliyoterapi uygulamasına ilişkin bu çalışma, alandaki önemli bir boşluğu dolduracak ve literatüre özgün katkılar sunacaktır.

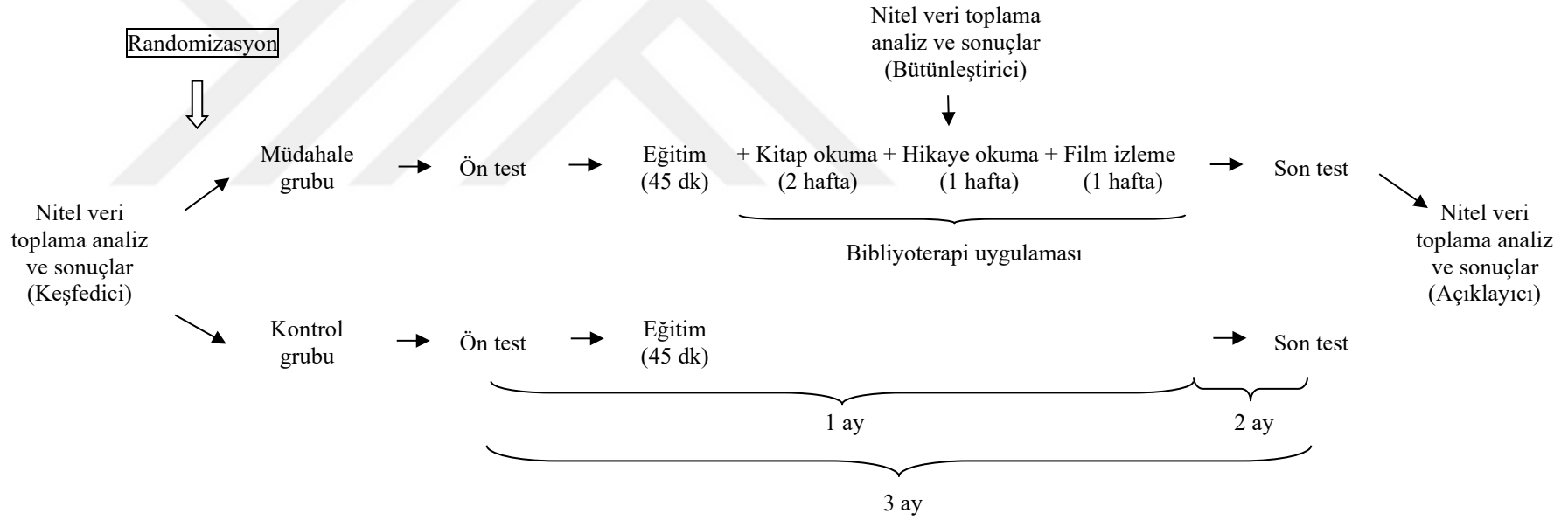
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, çalışmada kullanılacak olan ölçeklerin yazarlarından mail aracılığı ile kullanım izinleri alınmıştır (Bkz. Ek 1). Çalışmanın yürütülebilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.01.2024 tarih ve 39 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Bkz. Ek 2). Araştırmaya katılımcı daveti sosyal medya üzerinden yapılacağı için çalışma kapsamında kurum iznine ihtiyaç duyulmamıştır. Araştırmanın çalışma protokolü 02.01.2024 tarihinde NCT06265961 kodu ile ClinicalTrials.gov veri tabanına kayıt edilmiştir. Örneklem grubunda yer alan hemşireler çalışma hakkında bilgilendirilerek araştırmanın başlangıcında sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada Helsinki Deklerasyonu kriterlerine uyularak hastaların kimlik ve kişilik haklarına saygı gösterilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerini geliştirmek amacıyla gelişimsel bibliyoterapi yönteminin etkinliğini değerlendirmek üzere karma yöntem deseninde yürütülmüş; bu kapsamda yapılandırılmış bir bibliyoterapi uygulaması gerçekleştirilmiştir. Karma yöntem araştırmalar “araştırmacının, araştırma problemlerini anlamak için hem nicel hem de nitel veriler topladığı iki veri setini birbiriyle bütünleştirdiği ve daha sonra bu iki veri setini bütünleştirmenin avantajlarını kullanarak sonuçlar çıkardığı, sağlık, sosyal ve davranış bilimleri alanında kullanılan bir araştırma yaklaşımı” olarak tanımlanmaktadır (Creswell, 2021; s.2). Bu tez çalışması, gelişmiş karma yöntem desenlerinden biri olan müdahale deseninde gerçekleştirilmiştir. Nicel yaklaşımın baskın olduğu gelişmiş karma yöntemde, müdahale deseninde (Creswell, 2021; s.60), randomize kontrollü deneysel araştırma ve nitel araştırma birleştirilerek (NİC + NİT) eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Nitel veri, müdahale öncesinde (keşfedici), sırasında (bütünleştirici) ve sonrasında (açıklayıcı) kullanılarak, nitel sonuçların deneysel sonuçları nasıl geliştirdiği (Creswell, 2021; s.43,44) yorumlanmıştır. Araştırma modeline ait çalışma şeması Şekil 3.1.'de sunulduğu gibidir.



Şekil 3.1. Gelişmiş karma yöntem müdahale desenine ait çalışma şeması

3.3. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Zaman

Araştırma Eskişehir ilinde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüş olup, araştırma verileri Ocak-Haziran 2024 tarih aralığında toplanmıştır. Araştırmaya ait iş-zaman çizelgesi Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

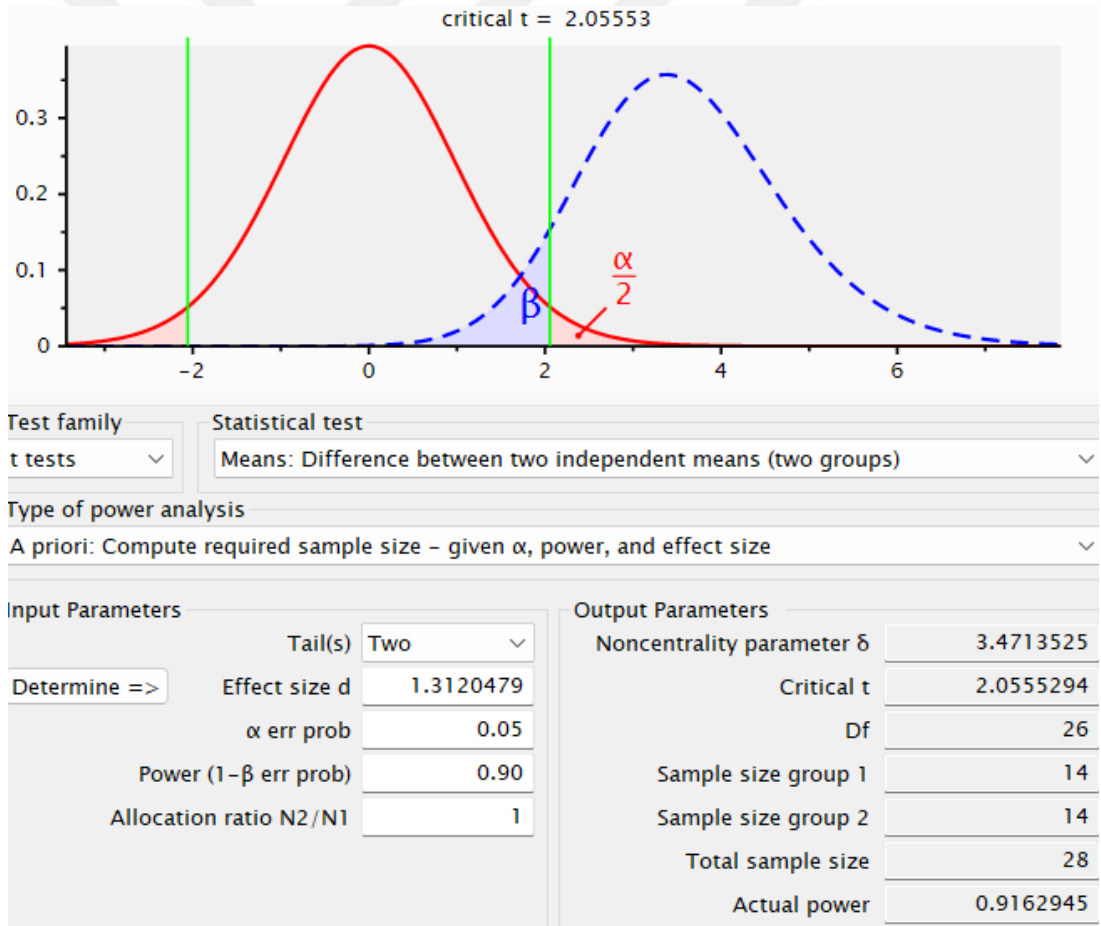


Tablo 3.1. Araştırma iş-zaman çizelgesi

İş	Zaman	Mayıs 2023	Ağustos 2023	Eylül 2023	Ekim 2023	Kasım 2023	Aralık 2023	Ocak 2024	Şubat 2024	Mart 2024	Nisan 2024	Mayıs 2024	Haziran 2024	Temmuz 2024	Ağustos 2024	Eylül 2024	Ekim 2024	Kasım 2024	Aralık 2024	Ocak 2025	Şubat 2025	Mart 2025	Nisan 2025	Mayıs 2025
Ölçek kullanım izinlerinin alınması																								
Tez önerisinin verilmesi																								
Etik kurul izninin alınması																								
Clinical Trials’a araştırma protokol kaydı																								
Katılımcıların belirlenmesi																								
Keşfedici aşama için tüm katılımcılar ile nitel görüşmelerin yapılması																								
Katılımcıların randomizasyonu																								
Ön testlerin uygulanması																								
Müdahale ve kontrol gruplarına eğitim verilmesi																								
Müdahale grubu için bibliyoterapi uygulaması																								
Müdahale grubunda bütünleştirici aşama için nitel verilerin toplanması																								
Son testlerin uygulanması																								
Müdahale grubunda açıklayıcı aşama için nitel görüşmelerin yapılması																								
İstatistiksel analizlerin yapılması																								
Araştırma raporunun yazılması																								
Tez savunma sınav başvurusu																								
Tez savunması																								

3.4. Evren-Örneklem

Çalışmanın evrenini Eskişehir’de çalışan lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısı, Farokhzadian ve ark.’larının çalışmasında kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik karma desende uygulanan 6 haftalık eğitim programında hemşirelik öğrencileri için başlangıçta ($151,89 \pm 26,88$) ve müdahaleden 1 ay sonra ($184,37 \pm 22,43$) kültürel yeterlilik düzeyleri için bildirilen değerler (Farokhzadian vd, 2022) referans alınarak hesaplanmıştır. GPower 3.1.9.7 paket programında yapılan güç analizinde %90’lık güç, 0,05’lik hata payı 1:1 randomizasyon varsayıldığında, her bir grupta 14 kişi olacak şekilde örnekleme 28 hemşire oluşturmaktadır (Şekil 3.2). Çalışmada kayıp olabileceği varsayılarak yaklaşık %10’luk bir artışla her bir grupta 15 kişi olacak şekilde çalışma örneklemine 30 hemşire alınmıştır.



Şekil 3.2. Güç analizi sonucu ulaşılan örneklem sayısı

Creswell ve Plano Clark (2011) nicel araştırma bulgularının nitel araştırma ile açıklanmak istendiği durumlarda tamamen farklı ve birbirinden bağımsız örneklem

seçilmesinin uygun olmayacağını, bu gibi durumlarda bir araştırma dizisinin örnekleminde bir alt grubun seçilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Cresswell & Plano-Clark, 2011). Bu kapsamda nitel araştırma dizisinin örneklemini için “gömülü örneklem” kullanılarak, örnekleme nicel araştırmaya dahil olan müdahale ve kontrol grubundaki hemşireler alınmıştır.

Araştırmaya katılımcı daveti için araştırmacılar tarafından afişler hazırlanmış (Şekil 3.3.), hazırlanan afişler Eskişehir’de herhangi bir sağlık kuruluşunda çalışmakta olan hemşirelere kurumları ve sosyal medya hesapları (Facebook, Instagram, WhatsApp vb.) aracılığıyla ulaştırılmıştır.



Şekil 3.3. Katılımcı daveti için kullanılan afişler

3.4.1. Randomizasyon

Dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşireler araştırmaya dahil olmak için başvuru yaptıkları tarih ve zamana göre listelenerek her birine 1-30 aralığında bir sayı verilmiş, müdahale ve kontrol gruplarına bu sıralama dikkate alınarak tez danışmanı (PD) tarafından rastgele atanmıştır.

Bilgisayar destekli “Calculator soup” çevrim içi uygulaması kullanılarak (<https://www.calculatorsoup.com>) rastgele 15’er kişilik iki grup listesi elde edilmiştir. İki grup arasında kura çekilmiş, kura sonucu çıkan ilk grup kontrol grubunu ikinci grup

ise müdahale grubunu oluşturmuştur. Randomizasyon grupları Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Randomizasyon grupları

Müdahale grubu (n = 15)	Kontrol grubu (n = 15)
25, 14, 30, 6, 20, 10, 22, 11, 29, 7, 1, 21, 13, 27, 3	2, 4, 5, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 28

3.4.2. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırmaya aşağıdaki kriterleri taşıyan bireyler alınmıştır;

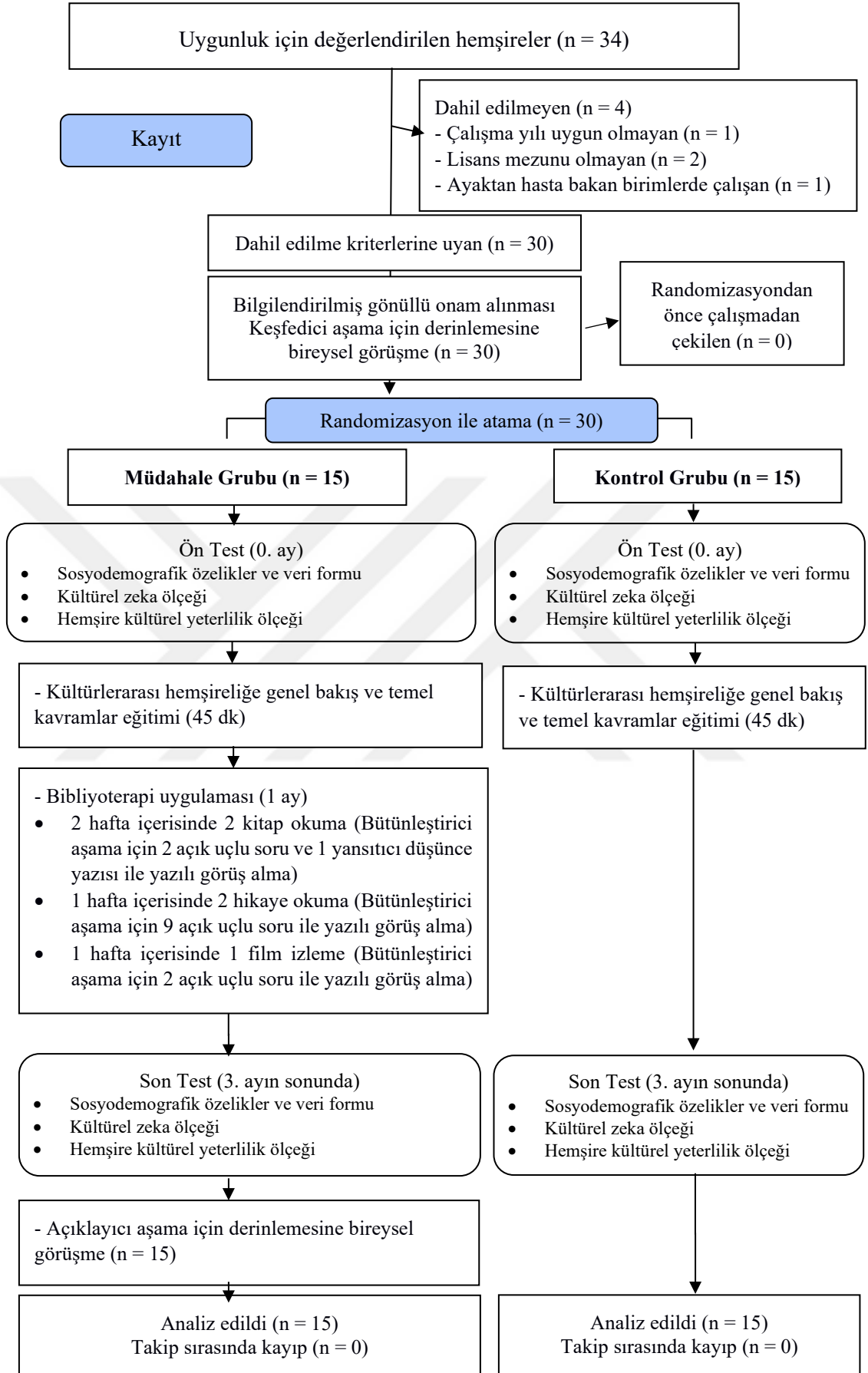
- Lisans mezunu hemşire olan
- En az 5 yıllık çalışma deneyimine sahip olan
- Eskişehir ilindeki herhangi bir sağlık kuruluşunda çalışan
- Kitap okumaya ilgili ve istekli olan

3.4.3. Araştırmadan dışlanma kriterleri

Araştırmaya aşağıdaki kriterleri taşıyan bireyler dahil edilmemiştir;

- Araştırmaya katılmak için sözlü ve yazılı onam vermeyen
- Ayaktan tedavi verilen bir birimde çalışmakta olan
- Mezuniyet sonrası kültürler arası hemşirelik ile ilgili bir eğitim almış olan
- Bibliyoterapi uygulaması için seçilen kitapları daha önce okumuş, filmi daha önce izlemiş olan

Araştırma davetini olumlu yanıtlayan hemşireler arasından dahil edilme kriterlerini sağlayan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın CONSORT kriterlerine göre örneklem seçim süreci Şekil 3.4.'de sunulmuştur.



Şekil 3.4. CONSORT 2010 akış diyagramı

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Kültürel zeka düzeyi
- Kültürel yeterlilik düzeyi

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Papadopoulos Tilki Taylor kültürel yeterliliği geliştirme modeli doğrultusunda verilen “kültürlerarası hemşireliğe genel bakış ve temel kavramlar” eğitimi
- Bibliyoterapi uygulaması

3.6. Sonuç Ölçütleri

Bu çalışmanın birincil sonuç ölçütleri, hemşirelerin kültürel zeka ve kültürel yeterlilik düzeyleridir.

3.7. Veri Toplama Süreci

Gelişmiş karma yöntemde müdahale deseninde yürütülen araştırmanın veri toplama süreci 5 aşamada gerçekleştirilmiştir:

(1) İlk aşamada randomizasyon öncesinde nitel araştırmanın keşfedici kısmı için çalışmaya dahil olan tüm hemşirelerle (hem müdahale grubu hem de kontrol grubu) yarı yapılandırılmış form aracılığı ile bireysel olarak derinlemesine görüşmeler yapılarak nitel veriler toplanmıştır. Görüşmeler ses kaydına alınmıştır. Tablo 3.3.'de görüldüğü üzere, görüşme süreleri katılımcılar arasında değişkenlik göstermektedir.

Keşfedici aşamada müdahale grubundaki hemşireler ile yapılan görüşmelerin ortalama süresi 13 dakika 17 saniye, kontrol grubundaki hemşireler ile yapılan görüşmelerin ortalama süresi 15 dakika 31 saniyedir. Müdahale grubundaki görüşmelerin süresi 5 dakika 49 saniye ile 30 dakika 14 saniye arasında değişirken, kontrol grubundaki görüşmelerin süresi 5 dakika 12 saniye ile 37 dakika 7 saniye arasında değişmiştir. Görüşme sürelerindeki bu farklılık, katılımcıların anlatım tarzları, deneyimleri ve konuyla ilgili paylaşmak istedikleri bilgilerin kapsamına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Genel olarak, daha uzun süren görüşmelerin, katılımcıların konuya dair daha detaylı ve kapsamlı açıklamalar yaptığı görüşmeler olduğu söylenebilir. Özellikle M14

ve K3 gibi bazı katılımcılar daha uzun süreli görüşmeler gerçekleştirirken, M8 ve K7 gibi katılımcılar daha kısa süreli görüşmeler yapmıştır. Bu bulgular, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların görüşme süresi bakımından büyük ölçüde dengeli bir dağılım gösterdiğini ve her iki gruptan da çeşitli derinliklerde veriler elde edildiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3.3. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılar ile keşfedici aşamada yapılan nitel görüşmelerin süreleri ve katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri

Görüşülen kişi	Görüşme süresi	Yaş	Cinsiyet	Eğitim düzeyi	Çalışma yılı
M1	9 dk 50 sn	29	Erkek	Yüksek lisans	5-10 yıl
M2	25 dk 45 sn	37	Erkek	Lisans	10 yıl ve üzeri
M3	20 dk 16 sn	29	Kadın	Lisans	5-10 yıl
M4	10 dk 55 sn	29	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M5	12 dk 12 sn	25	Kadın	Lisans	5-10 yıl
M6	12 dk 3 sn	44	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M7	11 dk 49 sn	39	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M8	5 dk 49 sn	48	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M9	9 dk 5 sn	29	Kadın	Lisans	5-10 yıl
M10	7 dk 2 sn	27	Kadın	Lisans	5-10 yıl
M11	11 dk 3 sn	43	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M12	9 dk	43	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
M13	17 dk 14 sn	37	Kadın	Yüksek lisans	10 yıl ve üzeri
M14	30 dk 14 sn	31	Kadın	Lisans	5-10 yıl
M15	7 dk 4 sn	48	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
K1	8 dk 4 sn	27	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K2	20 dk 4 sn	34	Erkek	Lisans	10 yıl ve üzeri
K3	37 dk 7 sn	49	Kadın	Yüksek lisans	10 yıl ve üzeri
K4	9 dk 47 sn	29	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K5	11 dk 44 sn	33	Erkek	Yüksek lisans	10 yıl ve üzeri
K6	8 dk 35 sn	27	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K7	5 dk 12 sn	31	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K8	17 dk 8 sn	34	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
K9	9 dk 3 sn	27	Erkek	Lisans	10 yıl ve üzeri
K10	11 dk 9 sn	29	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K11	9 dk 41 sn	35	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
K12	9 dk 5 sn	41	Kadın	Lisans	10 yıl ve üzeri
K13	8 dk 4 sn	27	Kadın	Lisans	5-10 yıl
K14	12 dk 6 sn	31	Erkek	Yüksek lisans	5-10 yıl
K15	7 dk 51 sn	31	Kadın	Lisans	5-10 yıl

M: Müdahale grubu, K: Kontrol grubu

(2) İkinci aşamada müdahale ve kontrol gruplarına ön test uygulanmıştır.

(3) Üçüncü aşama da veriler sadece müdahale grubundan nitel araştırmanın bütünlendirici aşaması için yapılandırılmış form aracılığı ile yazılı olarak toplanmıştır.

(4) Dördüncü aşamada ön test uygulamasından 3 ay sonra her iki gruba da son test uygulanmıştır.

(5) Son aşamada ise müdahale grubundaki hemşirelerle nitel araştırmanın açıklayıcı kısmı için bireysel olarak yarı yapılandırılmış form aracılığı ile derinlemesine görüşmeler yapılarak ses kaydı aracılığı ile nitel veriler toplanmıştır.

Tablo 3.4. Müdahale grubundaki katılımcılar ile açıklayıcı aşamada yapılan nitel görüşmelerin süreleri

Görüşülen kişi	Görüşme süresi	Görüşülen kişi	Görüşme süresi
M1	10 dk 30 sn	M9	8 dk 5 sn
M2	12 dk 0 sn	M10	10 dk 4 sn
M3	15 dk 12 sn	M11	13 dk 16 sn
M4	15 dk 4 sn	M12	12 dk 28 sn
M5	16 dk 7 sn	M13	15 dk 14 sn
M6	22 dk 24 sn	M14	22 dk 10 sn
M7	20 dk 18 sn	M15	10 dk 0 sn
M8	8 dk 52 sn		

M: Müdahale grubu

Açıklayıcı aşamada müdahale grubundaki hemşirelerle yapılan görüşmelerin süresi 8 dakika 5 saniye ile 22 dakika 24 saniye arasında değişmiş olup, ortalama süre 13 dakika 10 saniyedir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara ön test için uygulanan anket formu; araştırmacılar tarafından oluşturulan “Sosyo-demografik Özellikler ve Veri Formu” ile, ölçek kullanım izinleri alınan “Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği” ve “Kültürel Zeka Ölçeği”nden, son test için uygulanan anket formu ise “Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği” ve “Kültürel Zeka Ölçeği”nden oluşmaktadır.

3.8.1. Nicel veri toplama araçları

3.8.1.1. Sosyo-demografik özellikler ve veri formu

Araştırmanın amacı ve araştırma soruları doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan form; katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekte toplam çalışma yılı, en uzun yaşanan yerleşim birimi, bilinen yabancı diller, yurtdışında bulunma durumu, farklı kültürden bir hastaya bakım verme durumu, farklı kültürler hakkındaki bilgi düzeyi algısı, kitap okumayı sevme durumu, son bir yıl içerisinde okunan kitap sayısı, üniversite eğitimi boyunca kültürlerarası hemşirelik ile ilgili bir ders alma durumunu sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır.

3.8.1.2. Kültürel zeka ölçeği

Bireylerin kültürel zekalarını ortaya koymak amacıyla Ang. ve ark.'ları tarafından geliştirilen ölçeğin (Ang vd, 2007), Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması İlhan ve Çetin (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek; “üst biliş”, “biliş”, “motivasyon” ve “davranış” olarak isimlendirilen 4 alt boyut altında toplam 20 maddeden oluşmakta olup, kesinlikle katılıyorum (5)- kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde 5’li Likert tipi derecelemeye sahiptir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100’dür. Ölçekten alınan yüksek puan; farklı kültürlerden insanlarla etkileşim halindeyken uygun davranışları sergileyebilme, kültürler arası etkileşimden hoşlanma, farklı kültürlerle etkileşime girme konusunda kendine güvenme, farklı kültürler hakkında bilgi edinme ve edindiği bilgileri etkileşimde bulunduğu kültürün gereklerine göre ayarlayabilme becerilerinin gelişmiş olduğu anlamına gelmektedir. Düşük puan alınması ise; farklı kültürler hakkında bilgi edinme, kültürler arası farklılıklara adapte olmakta zorluk çekme ve farklı kültürlerle etkileşim içerisinde bulunmak için isteksiz olduklarını belirtmektedir. Bu çalışmada kültürel zekanın genel düzeyini değerlendirmek amacıyla ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır. Çalışmanın hipotezleri genel kültürel zeka düzeyi üzerinedir; alt boyutların ayrı ayrı analiz edilmesi çalışmanın odak noktası dışında kaldığından analizlerde alt boyutlara yer verilmemiştir. Ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85’tir (İlhan & Çetin, 2014). Bu çalışmada ise ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ön test için 0,93, son test için 0,88’dir.

3.8.1.3. Hemşire kültürel yeterlik ölçeği

Hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerinin belirlenebilmesi için Perng ve Watson tarafından geliştirilen ölçeğin (Perng & Watson, 2012), Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Gözüm ve ark.'ları (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek; “kültürel beceri”, “kültürel bilgi” ve “kültürel duyarlılık” olarak isimlendirilen 3 alt boyut altında toplam 20 maddeden oluşmakta olup, kesinlikle katılmıyorum (1)- kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde 5’li Likert tipi derecelemeye sahiptir. Ölçekten minimum 20, maksimum 100 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması kültürel yeterlilik düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,96’dır (Gözüm vd., 2016). Bu çalışmada kültürel yeterliliğin genel düzeyini değerlendirmek amacıyla ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır. Çalışmanın hipotezleri genel kültürel yeterlilik düzeyi üzerinedir; alt

boyutların ayrı ayrı analiz edilmesi çalışmanın odak noktası dışında kaldığından analizlerde alt boyutlara yer verilmemiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ön test için 0,95, son test için 0,90'dır.

3.8.2. Nitel veri toplama araçları

3.8.2.1. Keşfedici soru formu

Araştırmacılar tarafından katılımcıların kültürler arası hemşireliğe bakış açılarının ve kültürel deneyimlerinin keşfedilmesi amacıyla oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu; 13 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.8.2.2. Bütünleştirici soru formu

Araştırmacılar tarafından bibliyoterapi uygulaması sırasında katılımcıların okudukları kitaplar ve hikayelerden, izledikleri filmde aldıkları mesajları ve kendi düşünce süreçlerini anlamak ve değerlendirmek için oluşturulan yapılandırılmış form; kitap okumaları için açık uçlu 2 soru ve 1 yansıtıcı düşünce yazısı, film değerlendirmesi için açık uçlu 2 soru, hikaye değerlendirmeleri için açık uçlu 9 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2.3. Açıklayıcı soru formu

Araştırmacılar tarafından müdahale grubundaki katılımcıların bibliyoterapi uygulaması sonrası kültürler arası hemşireliğe bakış açılarının ne şekilde olduğunun belirlenmesi amacıyla oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu; açık uçlu 3 sorudan oluşmaktadır.

3.9. Araştırma Protokolü

Müdahale bir aylık bir süreç içerisinde gerçekleştirilen bir çevrimiçi kültürlerarası hemşirelik eğitimi, iki kitap ve iki kısa hikaye okuma etkinliği ile bir film değerlendirmesinden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan Papadopoulos Tilki Taylor kültürel yeterliliği geliştirme modeli doğrultusunda hemşirelerin kültürel bilgi düzeylerinin artırılması amacıyla müdahalenin başında “kültürlerarası hemşireliğe genel bakış ve temel kavramlar” başlıklı bir eğitim sunumu gerçekleştirilmiştir (Bkz. Ek 3). Bibliyoterapi uygulamasının etkinliğinin test edilebilmesi amacıyla araştırmanın başında eğitim her iki gruba da (hem müdahale hem kontrol) Google Meet üzerinden online olarak verilmiştir. Eğitimin formatı didaktik öğretim, tartışma ve kendini yansıtmanın bir

kombinasyonunu içermiştir. Katılımcılarda katarsis ve içgörü uyandırmak için kültürel uygulamaların sağlığa yansımalarının gerçek hayattan örneklerine sunum içerisinde yer verilmiştir.

Çalışmada kültürlerarası hemşirelik ile bağdaştırılabilecek kitaplar kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan kitap havuzunun oluşturulması için Google arama motoru ve ChatGPT yapay zeka aracı üzerinden “kültür” ve “sağlık” konularını işleyen roman ve hikayeler sorgulanmış, ayrıca kültürler arası hemşirelik alanına hakimiyetlerinden dolayı halk sağlığı hemşireliği alanındaki 4 uzmandan (Bkz. Ek 4) öneri alınmıştır. İncelenen literatürden ve uzmanların önerilerinden yararlanılarak hemşirelerin kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve kültürel farkındalık düzeylerini geliştirmeye odaklı en uygun eserler seçilmeye çalışılmıştır. Müdahale grubundaki hemşirelere okuyacakları kitaplar (Bkz. Ek 5) araştırmacılar tarafından sağlanmıştır.

Müdahale grubundaki hemşirelere eğitim sonrasında okuma listesinde yer alan kitapların tanıtımları okunarak kendilerini yakın hissettikleri ve daha önce okumadıkları iki kitabı seçmeleri istenmiştir. Katılımcılar kendilerine uygun olan zaman dilimlerinde eş zamansız olarak okuma ve ödevleri (değerlendirme formu, yansıtıcı düşünce yazısı) 2 hafta içerisinde tamamlamışlardır.

Sınırlı bir çalışma kapsamında kültür ve kültürel öğeler ile ilgili tüm literatürün gözden geçirilmesi mümkün olmadığından, ChatGPT yapay zeka aracı üzerinden araştırmada kullanılan Papadopoulos Tilki Taylor kültürel yeterliliği geliştirme modeli'nin basamakları dikkate alınarak hemşirelerin kültürel farkındalık ve kültürel duyarlılık kazanmalarına yardımcı olacak iki ayrı hikaye üretilmiştir. ChatGPT tarafından üretilen hikayelerden biri olan “Sarah'ın Kültürel Duyarlılığının Yansımaları” başlıklı hikaye (Bkz. Ek 10), kültürel duyarlılığın önemini vurgulayan ve hastalara daha iyi bakım sağlamak için çaba gösteren bir örnektir. “Derya'nın Yolu” başlıklı hikaye (Bkz. Ek 11) ise, Derya'nın hemşirelik pratiğine daha fazla anlayış ve empati katmak için başlattığı kültürel yolculuğun güzelliğini anlatırken okuyuculara da ilham vermektedir. Katılımcılar kendilerine uygun olan zaman dilimlerinde eş zamansız olarak hikaye okumaları ve ödevleri (değerlendirme formu) 1 hafta içerisinde tamamlamışlardır.

Kitaplara ve hikayelere ek olarak farkındalık kazandırmayı arttırması amacıyla destekleyici olarak bir filmde de yararlanılmıştır (Bkz. Ek 6). Filmin sonunda

kültürlerarası hemşirelik ile nasıl bağlantı kurulabileceği, benzer durumlarla karşılaşıldığında nasıl bir davranış sergileyebileceği, film öncesi ve sonrası kültürlerarası hemşirelikle ilgili fikirleri arasında nasıl bir farklılık olduğunu değerlendirme formuna yazmaları istenmiştir. Katılımcılar kendilerine uygun olan zaman dilimlerinde eş zamansız olarak film izleme etkinliğini ve ödevlerini (değerlendirme formu) 1 hafta içerisinde tamamlamışlardır.

Araştırmada katılımcılara okumaları için önerilen kitapların listesi; - Hakka Sığındık, - Şarlattan, - Salgın ve Madalyonun Ters Tarafı (Bkz. Ek 5). Katılımcılar bu üç kitaptan okumak istedikleri iki kitabı seçmiştir. Okumaları istenilen iki hikaye (Bkz. Ek 10 ve Ek 11), ile izlemeleri istenilen film için katılımcılara seçenek sunulmamıştır. Araştırmada katılımcılardan izlemeleri istenilen film; -Kefernahum (Bkz. Ek 6).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Çalışmada elde edilen nicel verilerden kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) hesaplanmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Skewness (çarpıklık) – Kurtosis (basıklık) değerleri ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir.

Tablo 3.5. Ön test ve son testte elde edilen verilerin skewness ve kurtosis değerleri

Ölçüm araçları		Ön test		Son test	
		İstatistik	SH	İstatistik	SH
Kültürel zeka ölçeği	S	,333	,427	-,115	,427
	K	-,732	,833	,008	,833
Hemşire kültürel yeterlilik ölçeği	S	-,261	,427	,860	,427
	K	-,250	,833	,207	,833

S. Skewness, K. Kurtosis, SH. Standart Hata

Genel olarak skewness ve kurtosis değerleri ile Shapiro-Wilk testi sonuçları ($p > 0,05$) incelendiğinde hem kültürel zeka hem de hemşire kültürel yeterlilik ölçeklerinin ön test ve son test değerleri, normallik varsayımını karşılamaktadır. Bu nedenle, analizlerde parametrik testlerin kullanımı uygun görülmüş olup, hipotezlerin test edilmesinde Paired Sample t testi ve Independent Sample t testi kullanılmıştır. Gruplar arası farkları ve ilişkileri belirlemek amacıyla t-testleri ve Ki-kare testi (χ^2) uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Nitel verilerin yorumlanma sürecinde içerik analizi tekniğinden yararlanılmış olup, yazılı verilerin ve ses kayıtlarının transkript edilmesi (dokümanite edilmesi) sonrası analiz aşamaları şu şekildedir; 1) verilerin kodlanması, 2) temaların bulunması, 3) kodların ve temaların organize edilmesi, 4) verilerin kodların ve temaların ışığında incelenmesi, 5) bulguların ortaya konması ve yorumlanması. Kodlama sürecinde, veri setindeki örüntüler, temalar ve kategorilerin belirlenmesi amacıyla “tümevarım içerik analizi” uygulanmıştır (Sığrı, 2021; Şahin, 2023; Yıldırım & Şimşek, 2021). Araştırmacılar, kodlamadan önce verileri detaylıca inceleyerek, araştırma sorularına yanıt oluşturabilecek ifadeleri belirlemiş ve bunlara anlamı en iyi yansıtan kodlar atamıştır. Kodlama işlemi iki farklı araştırmacı tarafından ayrı ayrı yapılmış, ardından nitel analiz konusunda uzman bağımsız bir akademisyenin görüşleri doğrultusunda kodlar gözden geçirilmiş ve mutabık kalınan kodlar gruplandırılarak kategori ve temalara ayrılmıştır. Kodlama güvenilirliğini belirlemek amacıyla kodlayıcı içi ve kodlayıcılar arası uyum oranları şu formül kullanılarak hesaplanmıştır:
$$\text{Uyum sağlanan kodlama sayısı} / \text{Uyum sağlanan ve sağlanmayan kodlama sayısı}$$
 Bu oranın aritmetik ortalamasının en az 0,90 olması beklenir (Sağlam & Kanadlı, 2021, s.33; Kabakçı-Yurdakul, Çolak & Dulkadir-Yaman, 2021). Kodlayıcı içi uyum oranları PD için 0,99, GCS için 0,95 olarak bulunmuştur. Kodlayıcılar arası uyum oranı ise 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmacılar, araştırmanın bulgularının güvenilirliğini (dependability ve confirmability -nicel araştırmalarda reliability ve objectivity) artırmak için verilerin nasıl toplandığını, temaların nasıl türetildiğini ve analiz boyunca kararların nasıl alındığını ayrıntılı olarak açıklayarak şeffaflık sağlamış, deneyimleri işaret eden örneklere araştırma raporunda çokça yer vermiş, ayrıca araştırmanın sınırlılıklarını raporlandırmıştır. Böylece diğer araştırmacılarca tekrar edilebilirliği -dış geçerlilik veya genellenebilirlik- için olanak sağlanmıştır. Araştırmada iç geçerlik (credibility) için veriler araştırmacılar tarafından önce ayrı ayrı değerlendirilmiş daha sonra tekrarlı görüşmelerle ortak tanımlayıcı ve analitik temalara ulaşılmıştır. Tanımlayıcı temalar oluşturulduktan sonra temalara anlamlandırma, sınıflandırma ve ilişkilendirme yapılmıştır. Temalar arasında araştırma amacına dayalı olarak, kodlardan, tanımlayıcı temalara, tanımlayıcı temalardan analitik temalara ve en son ana temaya olmak üzere daha karmaşık ve gelişmiş temalara doğru bir sınıflandırma yapılmıştır. Bu araştırmada Papadopoulos, Tilki & Taylor Kültürel Yeterlilik Geliştirme Modeli

doğrultusunda temalar arasında ilişkiler kurulmuş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Modelin çerçevesi, araştırmanın metodolojisine rehberlik etmiş ve elde edilen bulguların sistematik bir yapıya oturtulmasına katkı sağlamıştır. Temalar, araştırma metninde karşılaştırmalı tablo / matris kullanılarak raporlandırılmıştır (Kabakçı-Yurdakul, Çolak & Dulkadir-Yaman, 2021). Araştırmanın geçerliliğini (yorumsal geçerlilik) desteklemek için araştırma raporunda sık sık alıntılara yer verilmiş ve sonuçların, oluşturulan kategorilerin çıktığı metinler belirlenmiştir.

3.11. Araştırmacı Yetkinliği

Araştırmacı (Gülhan Ceren SOLMAZ) bibliyoterapi konusunda yetkinlik kazanabilmek amacıyla, araştırmanın başlangıcında alt konu başlıklarında bibliyoterapiyi içeren “Sanat Terapisi” eğitimini tamamlayarak sertifikasını (Tarih: 25.06.2023, Sertifika No: BE37-323934-196927) almıştır. Ayrıca, araştırmaya başlamadan “A’dan Z’ye Nitel Araştırma Yöntemleri” ve “Araştırma Etiği” başlıklı eğitimleri (Tarih: 05.01.2023) almıştır (Bkz. Ek 7).

3.12. Çalışmanın Güçlü Yönü ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en güçlü yönlerinden biri, katılımcıların doğrudan ifadelerine yer verilerek bibliyoterapinin (kitaplar, hikayeler ve izlenen film) bireyler üzerindeki etkisinin detaylı bir şekilde analiz edilmesidir. Ayrıca, geniş kapsamlı bir içerik analizi gerçekleştirilerek farklı bakış açıları sistematik biçimde karşılaştırılmış, bu sayede hem nicel bulguların desteklenmesi hem de bireysel deneyimlerin daha kapsamlı bir şekilde yorumlanması mümkün olmuştur. Bu yaklaşım, çalışmanın bulgularına hem içsel geçerlilik hem de kuramsal derinlik kazandırmıştır.

Ancak, çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle, katılımcıların bireysel deneyimlerine dayalı olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. İkinci olarak çalışma, yalnızca Eskişehir’de çalışan hemşireleri kapsamaktadır. Farklı coğrafi bölgelerden ve kültürel arka planlardan gelen hemşirelerin katılımı, bulguların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca, çalışmaya en az lisans mezunu hemşirelerin dahil edilmesi, lise mezunu hemşirelerin sürece nasıl tepki vereceklerine dair bir genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Bu durum, bulguların hemşirelik mesleğinin tamamına genellenebilirliğini sınırlayan bir faktördür. Ancak, bu tercih, katılımcıların benzer eğitim altyapısına sahip bireylerden oluşan homojen bir örneklem oluşturarak kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerindeki değişimleri daha

kontrollü ve anlamlı bir biçimde değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Eğitim düzeyi, bireyin eleştirel düşünme becerilerini, kitap içeriğini yorumlama biçimini ve bibliyoterapi sürecine katılımını etkileyebileceği için, bu değişkeni sabit tutmak araştırmanın iç geçerliliğini artırmak ve daha tutarlı bir değerlendirme yapılmasına olanak sağlamak amacıyla tercih edilmiştir. Son olarak, katılımcıların okudukları kitaplar farklı olduğu için her bireyin farklı bir perspektif geliştirmiş olması, verilerin sistematik bir şekilde karşılaştırılmasını zorlaştırabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, daha geniş bir katılımcı grubu ile ve belirli kitapları temel alarak gerçekleştirilebilir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin kültürel zekâ ve kültürel yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesinde bibliyoterapi yönteminin etkililiğini değerlendirmeye yönelik elde edilen bulgular sistematik bir şekilde sunulmuştur. Araştırmanın amacı doğrultusunda, farklı veri toplama ve analiz aşamalarında elde edilen nitel ve nicel bulgular, araştırma sorularına yanıt verecek şekilde yapılandırılmıştır.

İlk olarak müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiş ve grupların başlangıçtaki homojenliği değerlendirilmiştir. Ardından, keşfedici aşamada gerçekleştirilen derinlemesine bireysel görüşmeler sonucunda elde edilen ana temalar ve analitik temalar detaylandırılmıştır. Bütünleştirici aşamada ise, bibliyoterapi uygulaması kapsamında seçilen kitap, hikâye ve film içeriklerinin, hemşirelerin kültürel zekâ ve kültürel yeterlilik gelişimine katkılarına ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Deneysel süreçte uygulanan randomize kontrollü desen aracılığıyla elde edilen ön test ve son test sonuçları üzerinden, bibliyoterapi uygulamasının kültürel zekâ ve yeterlilik düzeylerine olan nicel etkisi analiz edilmiştir. Son olarak, açıklayıcı aşamada ulaşılan nitel veriler ışığında, bibliyoterapi uygulamasının kültürel zekâ ve yeterlilik gelişimine yönelik bütüncül bir değerlendirmesi yapılmıştır. Bu doğrultuda, araştırmanın bulgularını içeren alt başlıklar aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır:

1. Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması
2. Keşfedici aşama: hemşireler ile müdahale öncesi yapılan görüşmelerin analizi sonucu elde edilen bulgular
3. Bütünleştirici aşama: kitaplar, hikayeler ve filmin kültürel zeka ve yeterlilik üzerindeki katkıları
4. Randomize kontrollü çalışmanın ön test-son test bulguları
5. Açıklayıcı aşama: bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları

4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde, müdahale ve kontrol grubundaki hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı özelliklere göre benzer olup olmadığını belirlemek için yapılan

analizlerin sonuçları sunulmuştur. Araştırmaya toplam 30 hemşire katılmış olup, 15'i müdahale grubunda, 15'i ise kontrol grubunda yer almıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,10 \pm 7,15$ (min. 25,00- maks. 49,00) yaş olup, %80,0'i (n = 24) kadın cinsiyettedir.

Müdahale ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim ve üniversite eğitimi sırasında kültürler arası hemşirelik ile ilgili ders alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için $p > 0,05$; Tablo 4.1.). Bu durum, müdahale ve kontrol grubunun başlangıçta homojen bir yapıya sahip olduğunu ve gruplar arasındaki farklılıkların, çalışmada değerlendirilen bağımsız değişkenler üzerindeki etkisini en aza indirdiğini göstermektedir.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubunun bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Müdahale grubu (n = 15)	Kontrol grubu (n = 15)	Toplam (n = 30)	İstatistiksel analizler (Independent sample t-test)
	$\bar{x} \pm SS$ (min-maks)	$\bar{x} \pm SS$ (min-maks)	$\bar{x} \pm SS$ (min-maks)	
Yaş	$35,86 \pm 7,94$ (25,00-48,00)	$32,33 \pm 6,01$ (27,00-49,00)	$34,10 \pm 7,15$ (25,00-49,00)	$t = 1,373$ $p = 0,181$
	n (%)	n (%)	n (%)*	(Ki-kare)
Cinsiyet				
Kadın	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (100,0)	$\# \chi^2 = 0,651$
Erkek	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100,0)	$p = 0,326$
Eğitim durumu				
Lisans	13 (52,0)	12 (48,0)	25 (100,0)	$\# \chi^2 = 1,000$
Yüksek lisans	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	$p = 0,500$
Meslekte toplam çalışma yılı				
5-10 yıl	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100,0)	$\chi^2 = 0,536$
11 yıl ve üzeri	9 (56,3)	7 (43,8)	16 (100,0)	$p = 0,464$
Üniversite eğitimi boyunca kültürler arası hemşirelik ile ilgili ders alma durumu				
Yok	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100,0)	$\chi^2 = 0,150$
Ders olarak	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)	$p = 0,928$
Konu olarak	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)	
Toplam	15 (50,0)	15 (50,0)	30 (100,0)	

*Satır yüzdesi, $\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, # Fisher's Exact Test

4.2. Keşfedici Aşama: Hemşireler ile Müdahale Öncesi Yapılan Görüşmelerin Analizi Sonucu Elde Edilen Bulgular

4.2.1. Ana tema: hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerine yönelik mevcut algı ve deneyimleri

Keşfedici aşamada görüşmeler, randomizasyon öncesinde tüm katılımcılar ile bire bir yapılmış, görüşmelerin analizi sonucu elde edilen bulgular gruplar arası

karşılaştırma yapabilmek için kontrol ve müdahale grubu olarak ayrı ayrı yapılarak sunulmuştur. Keşfedici aşamada katılımcıların farklı kültürel gruplara yönelik bakış açıları, kültürel farkındalıkları ve kültürel yeterlilikleri detaylı olarak incelenmiştir. Hemşirelerin farklı kültürel geçmişlere sahip hastalarla olan deneyimleri, karşılaştıkları zorluklar ve bu zorlukların üstesinden gelme stratejileri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, kültürel zeka ve yeterliliklerini nasıl geliştirdikleri, hasta bakımında hangi iletişim ve adaptasyon yöntemlerini benimsedikleri gibi konular da detaylı olarak ele alınmıştır. Elde edilen yanıtlar, kontrol ve müdahale gruplarındaki hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerine dair önemli veriler sunarak, çalışmanın bütünleştirici ve açıklayıcı aşamalarına ışık tutmaktadır.

Keşfedici aşamada kontrol ve müdahale grubu ile yapılan görüşmelerin sentezi sonucunda “Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Düzeylerine Yönelik Mevcut Algı ve Deneyimleri” ana temasının analitik temaları; “Farklı Kültürel Özellikleri Ayırt Etme”, “Kültürlerarası Bakım Hakkında Genel Görüş ve Etik Yaklaşımlar”, “Kültürel Kaynaklı Hasta Davranışlarına Yönelik Tutum ve Müdahale Biçimi” ile “Somut Kültürel Deneyimler” olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Keşfedici aşamada kontrol ve müdahale grubu ile yapılan görüşmelerden elde edilen ana tema, analitik tema ve tanımlayıcı temalar

Ana tema	Analitik tema	Kontrol Grubu		Müdahale Grubu	
		Tanımlayıcı tema		Tanımlayıcı tema	
Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Düzeylerine Yönelik Mevcut Algı ve Deneyimleri	Farklı Kültürel Özellikleri Ayırt Etme	- Gözlem ve Tanımlama Becerileri - Açık Fikirlilik ve Kültürel Farkındalık		- Deneyim ve Alışma Süreci - Uluslararası Bakım Uygulamalarının Karşılaştırılması - İlk Çekinceler ve Sonrası Edinilen Bilgi - Kültürel Yeterlilik Algısı ve Kişisel Gelişim İhtiyacı - Açık Fikirlilik / Önyargısızlık	
	Kültürlerarası Bakım Hakkında Genel Görüş ve Etik Yaklaşımlar	- Kültürel Olarak Yeterli Bakımın Gereklikleri - Kültürel Hemşirelik Bakımında Karşılaşılan Zorluklar - Profesyonel Etik Yaklaşım ve Adaptasyon Stratejileri - Kültürler Arası Hemşirelik ve Bakım Tanımı		- Kültürel Pratiklerin Sağlık Üzerindeki Etkilerine Duyarlılık - İletişim ve Duyarlılık İhtiyacı - Genel Değerlendirme ve Mesleki Vizyon - Kültürel Duyarlılık ve Çeşitlilik - Bölgesel Farklılıklar ve İş Yükü	
	Kültürel Kaynaklı Hasta Davranışlarına Yönelik Tutum ve Müdahale Biçimi	- Önyargı Farkındalığı ve İçsel Çatışmalar - İletişim Stratejileri ve Yaklaşımlar - Uyum Sağlama Stratejileri		- Sağlık Kurumlarının Kültürel Uyuma Etkisi - Kültürel Uygulamalara Eleştirel Bakış ve Mizahi Yaklaşım - Özelleştirilmiş Bakım Yaklaşımı - Dini ve Kültürel Değerlere Saygı - İletişim Stratejileri - Önyargı Yönetimi	
	Somut Kültürel Deneyimler	- Kültürel Zeka ve Farkındalığı Geliştirme - Olumsuz Deneyimler - Kültürel Etkileşimde Rahatlık ve Zorluklar - Ekip Çalışması ve Yardımlaşma - Kültürel Farklılıkların Sağlık Hizmetlerine Etkisi - Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Engeller		- Kültürel Zeka ve Farkındalık Geliştirme - İlham Verici Deneyim - Erişim Engelleri ve Destek	

4.2.1.1. Analitik tema: farklı kültürel özellikleri ayırt etme

Keşfedici görüşmelere göre, kontrol grubundaki hemşireler farklı kültürel yapıları ayırt etme konusunda sınırlı deneyime sahip olduklarını, kültürel değerleri anlamada inisiyatif eksikliği yaşadıklarını ve kültürel farkındalıklarının gelişime açık olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar farklı kültürleri anlamada yetersiz kaldıklarını ve empati kurmakta zorlandıklarını dile getirmiştir. Bununla birlikte, Türkiye'nin farklı bölgelerinde çalışmış olmanın kültürel perspektiflerini genişlettiğini belirten katılımcılar da olmuştur. Ayrıca, bazı katılımcılar, kültürel farkındalık konusunda kendi duyarlılıklarını ve empati yeteneklerini sorguladıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle, farklı kültürel geçmişe sahip bireylerle etkileşim kurarken, kendi kültürel duyarlılıklarının farkına vardıklarını aktarmışlardır.

“Yani inanç ve değerlerini anlamak için çaba sarf edemiyorum.” (K6)

“Mesela Malatya’da çalışırken, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi olan bir hasta yoğun bakıma yatmıştı. Hastanın solunum izolasyonu gereksinimi oluyor ve hastaya çok invaziv girişim yapılmaması gerektiği için sonda takılmamış. Her seferinde tam ekipman giyinip girmen gerekiyor, sık giremiyorsun ama hastanın bezi var. Bir baktık yerde kıpkırmızı bir kan var. Hastanın tuvaleti gelmiş, yataktan yere inmiş ve bezi çıkarıp idrarını yere yapmış. Hasta ciddi anlamda yatakta hiç yatmadığı için kimse de anlatmamış yerde kıpkırmızı bir kan. Şok olmuştum.” (K2)

“Empati kurmaya çalışırım. Hislerini duygu durumunu anlamaya çalışırım elimden geldiğince.” (K4)

Müdahale grubundaki hemşireler ise daha fazla kültürel gözlem yapma fırsatı bulduklarını, özellikle çok kültürlü hasta gruplarıyla temas sayesinde kültürel farkındalıklarının geliştiğini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, başta kültürel farklılıklara karşı çekingenlik yaşasalar da zamanla bu durumun yerini daha olumlu yaklaşımlara bıraktığını belirtmişlerdir. Ancak bazı hemşireler, kültürel yeterliliklerini yetersiz bulduklarını, farklı kültürlerle etkileşimde bilgi ve beceri eksikliği yaşadıklarını vurgulamışlardır. Bazıları ise, süreç içinde kendi kültürel perspektiflerini fark ettiklerini ve bu farkındalığın onları daha açık fikirli ve önyargısız olmaya teşvik ettiğini belirtmişlerdir.

“Çaba sarf etmiyorum yani sadece izliyorum, gözlemliyorum. Mesleğe başladığımdan beri yani farklı kültürden insanlarla en çok 2 yıldır karşılaşıyorum.

Servisin %50'si Türkse %30'u Suriyeli ya da kalanı Iraklı, Afgan, Rus bile var. Bir ara Ukrayna'lı anneler vardı.” (M14)

“Yeteri kadar kültürel bilgi ve deneyimim olduğunu düşünmüyorum. Sürekli gezmeyi, farklı yerler görmeyi, farklı insanlarla tanışmayı seviyorum, ama yine de bu işe yarıyor gibi gelmiyor.” (M2)

“Türk annelerde bile kültürel farklılıklar var. Sadece ülkeler arası değil, doğudan gelen, İstanbul'dan gelen, büyük şehirden gelen ya da Karadeniz'den gelen anneler de farklı. Hepsine eşit davranamadığımız zaman oluyor. Çünkü işte birisine elini yıka diye bir kere söylüyorsun ama birisine 10 kere söylüyorsun.” (M14)

“Bazı kültürel farklılıklar bana saçma gelebiliyordu ama elimden geldiği kadar önyargıyla yaklaşmamaya çalışıyordum.” (M12)

"Başta bir çekincem oluyor tabii... bir zaman sonra alıştıktan sonra onların kültürel değerleri hoşuma gidiyor." (M2)

4.2.1.2. Analitik tema: kültürlerarası bakım hakkında genel görüş ve etik yaklaşımlar

Kontrol grubundaki hemşireler kültürel olarak yeterli bakımın hasta memnuniyetini ve güvenini artırdığını, hasta değerlerine saygının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak uygulamada zaman yetersizliği, iş yükü ve eğitim eksikliği nedeniyle bu bakımın her zaman sağlanamadığı vurgulanmıştır. İletişim engelleri, hemşirelerde yetersizlik ve kararsızlık duygusuna yol açarken; bazı hemşireler kendi kültürel değerleri ile hasta kültürü arasında çatışma yaşadıklarını dile getirmiştir. Etik sorumluluk çerçevesinde eşit ve tarafsız hizmet sunulması gerektiği belirtilmiş; bireysel çabalarla kültürel duyarlılığın sağlanmaya çalışıldığı ifade edilmiştir. Kültürlerarası hemşirelik tanımı yapılırken saygı, empati ve bireysel yaklaşım vurgulanmış; sistematik bir yaklaşım eksikliğine dikkat çekilmiştir.

“Mesela bir dede vardı yoğun bakımda sakalları aşırı uzundu. Dini olarak uzatıyormuş meğerse ama bizim için enfeksiyon kaynağı bu. Kesilmesi lazım. Genel durumu iyi diye kesmedik ama genel durumu kötüleşseydi, entübe edilecek olsaydı, ne kadar isterse istesin mecburen kesmek zorunda kalırdık. Sağlığı için risk arz etmiyorsa tolere edilir.” (K5)

“Kültürel olarak yeterli bir bakım verilebilmesi için bu konuda bütün hemşirelerin gerekli eğitimleri almış olması gerekiyor.” (K10)

“Çok rahat hissedemiyorum çünkü kendini ifade edişini anlamadığım için gerekli hizmeti de veremiyorum. Bu durumda kendimi yetersiz hissediyorum. Bu da beni kötü hissettiriyor. Yanlış bir şey yapmaktan korkuyorum, çekimser oluyorum.”(K11)

“Kendi dilimizden, dinimizden, ırkımızdan kim varsa, onlara nasıl davranıyorsak diğerlerine de bir ayırım yapmadan hemşirelik yeminin getirmiş olduklarına uyarım.”(K5)

“Kültürlerarası hemşirelik bakımının kişilerle etkileşimle olacağını düşünüyorum. İş yükü sebebiyle çok iyi olduğumuzu düşünmüyorum. İnisiyatif kullanmak gerekiyor.”(K1)

Müdahale grubundaki hemşireler, kültürel uygulamaların hijyen ve sağlık davranışlarına etkisine dikkat çekmiş, bu durumlarda hasta güvenliğinin öncelendiğini ifade etmişlerdir. İletişim zorluklarının kültürlerarası bakımın temel engellerinden biri olduğu, tercüman desteği ve empati becerilerinin artırılması gerektiği vurgulanmıştır. Hemşireler mesleki vizyon açısından kültürlerarası hemşireliğin önemini kabul etmekle birlikte sistemin bu konuda yetersiz destek sunduğunu ifade etmişlerdir. Kültürel duyarlılık seviyesinin kişiden kişiye değiştiği, bu nedenle eğitim ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu dile getirilmiştir. Bölgesel farklılıkların hasta hemşire ilişkisini etkilediği, iş yükü nedeniyle kültürel bakım uygulamalarının geri planda kaldığı belirtilmiştir.

“Buraya yalın ayak, kışın ortasında sadece terlikle gelen oluyor. Çünkü o öyle yaşamış, ayakkabı kültürü yok mesela. Şu küçük sandalyelere bağdaş kurarak oturabiliyor, ben oturamam mesela öyle. Hijyen söz konusu, enfekte olabilir yani. Nereden geldiğini bilmiyoruz, dışarıda ne yapıyor bilmiyoruz, hijyenine nasıl özen gösteriyor bilmiyoruz. Buranın kurallarına uymadığı için onun o kültürel davranışına müdahale ediyoruz.”(M14)

“Farklı kültürlerden, dil bilmeyen hastalar bakım ihtiyacı duyduğunda bizim dışarıdan desteklenmemiz gerekiyor. Mesela sürekli ulaşabileceğim bir tercüman ya da eğitimler, konferanslar olabilir ya da deneyimlerin paylaşılabileceği konferansların verilmesi, hemşirelerin farklı kültürel yerlerde görevlendirilmesi gibi.” (M7)

“Hasta mesela yazmasını takmak istiyor bazen buna karşı geliyorsun. Beni üstlerim kısıtlıyor, çoğu şeyi çekindiğim için yapmıyorum.” (M5)

“Anlayışlı olmaya çalışıyorum ama hastane kuralları açısından bazı kültürel davranışları kabul edemeyeceğimizi bildiriyorum. Ancak, kurallara uygun ise farklı kültürel inançlarda kişilere elimden geldiğince uygun ortam sağlamaya çalışıyorum.”(M9)

“Ülkemizde maalesef iş yükü fazla ve bazen isteksizlik vb. kültürlerarası hemşireliğe pek önem verilmiyor bende dahil buna.” (M9)

4.2.1.3. Analitik tema: kültürel kaynaklı hasta davranışlarına yönelik tutum ve müdahale biçimi

Kontrol grubundaki hemşirelerin ifadeleri, kültürel farklılıklara yönelik bireysel farkındalık geliştirdiklerini, ancak bu farkındalığı yönetme sürecinde içsel çatışmalar yaşadıklarını göstermektedir. Katılımcılar, empatik yaklaşım, açık iletişim ve gözlem gibi temel stratejilerle kültürel farklılıkları aşmaya çalışmakta; çözüm sürecini genellikle bireysel çaba ve tecrübeye dayandırmaktadırlar. Kültürel istekler ile sağlık gereklilikleri arasındaki dengeyi sağlama, dil engellerini aşma ve topluluk temelli yaklaşımlar kullanma en sık vurgulanan stratejiler arasında yer almıştır.

“Önyargılı olmama rağmen, hastaları asla ayırmazdım ya da tedavilerini yapmaktan kaçmazdım. Benimki sadece işimi yaparken kendimi kapatma ve bir mesafe koyma durumu oluyor. Yani, onları hor görme değil, daha çok kendimi duygusal olarak mesafeli tutma hali. Bilinçli olarak bir bariyer koyuyor gibi” (K8)

“Suriyelilere karşı önyargılarımın oluşmasına sebep olan deneyimlerim oldu. Hatay'da çalışırken, onlarla ilgili o kadar çok prosedürle uğraşmak zorunda kaldık ki, kendi hastalarımıza gereken ilgiyi gösteremedik. Devletin onlara sağladığı yiyecek, giyim, ulaşım ve ücretsiz sağlık hizmetleri gibi imkanlara rağmen, bazen sadece 'güneş gözlüğü almak' gibi taleplerle karşılaştık. Ayrıca gece boyunca müzik açarak, rahatsız edici davranışlar sergileyen kişiler oldu. Bu tür yaşadığım olumsuzluklar, önyargılarımı besledi ve bu deneyimler bazı olumsuz algılar oluşturmama sebep oldu.” (K3)

“Tek yaptığım strateji hastaya anlaması için basit şekilde anlatmak, örneğin beni çağıracağın zaman butona bas, ben mutlaka gelirim dediğimde burası diye 10 kere anlatırım. Bas bir bakalım birlikte deneyelim diye anlatırım.” (K3)

“Güven veriyorum, sonra empati kuruyorum, onları dinliyorum, olumlu yorumlar yapıyorum. Bu şekilde iletişim kurmaya çalışıyorum.” (K9)

“Hastaları anlamaya çalışarak, tercüme ederek ya da zamanla öğrenerek iletişim kuruyorum. İlk tanıştığımızda sorumlu hemşiremiz, 'Artık bazı kelimeleri öğrenmen gerekiyor' demişti. Konuşsamam da bazı temel kelimeleri bildiğim için, örneğin 'ağrısı var mı?' ya da 'kabız mı?' gibi soruları sorabiliyordum. Aynı dili konuşmasak da beden dili ve yüz ifadeleriyle, öğrendiğim kelimelerle hastaları anlayabiliyordum.” (K2)

“Mesela, Güneydoğu Anadolu'da bazı yerlerde genç doktorlar tercih edilmez, özellikle kadın doktorlar istenmez. Bu bölgelerde, genç doktorların bilgisi değil, sadece yaşı önemlidir; bilgi birikimi önemli sayılmaz. Ne kadar eğitim almış olursa olsun, 'İsterse parol yazsın, baktı mı baktı' yaklaşımı vardır. Ayrıca, hastaya dokunmak da önemlidir.” (K3)

Müdahale grubundaki hemşireler ise kültürel farklılıklara yaklaşımda daha sistemsal bir bakış açısı geliştirmiş, kurumsal destek eksikliklerine vurgu yapmış ve kültürel uygulamalara daha eleştirel bir perspektiften yaklaşmışlardır. Ayrıca özelleştirilmiş bakım uygulamaları, esnek yaklaşım ve mizahi dil kullanımı gibi özgün stratejiler geliştirdikleri görülmüştür.

“Biz genellikle adımları atamıyoruz, sadece hasta bakıyoruz. 'İstediği olur' gibi bir yaklaşım yerine, biz genellikle durumu idare ederiz. Bazı konular bizim alanımızın dışında kalır. Örneğin, tercümanı ben getiremem, çünkü o konuda idarenin çözüm üretmesi gerekir.” (M5)

“Biz onların kültürel davranışlarına göre bir yaklaşımdan daha çok, kurallar çerçevesinde hareket ettiğimiz için maalesef onlar bu kurallara uymak durumunda kalıyor. Onun kültürü böyle, biz böyle davranalım dediğimiz bir şey olmuyor. Bakım standartları var, ancak kültürler arası bakım standartları diye bir şey yok mesela.”(M14)

“Mesela Yörükler, bebeklerine kız olsun, erkek olsun eşarp takıyor ve oje sürüyorlar. Bu durum bana çok tuhaf gelmişti, güldük de. Bir erkek bebek, henüz 1 yaşında bile değil. Annesine sordum, 'Bu kız mı, erkek mi?' diye. 'Erkek' dedi. O zaman ben de neden oje sürdüğünü sordum. 'Şimdi sürüyorsun ama 2-3 yaşında cinsiyet ayrımı olacak ve fark etme evresine girecek. Eğer o yaşlarda da böyle

yapmaya devam edersen, cinsel kimlik karmaşası yaratabilirsin' dedim. Bu durum ileride büyük bir sorun olabilir. Durum komik olsa da yine de o an eğitimini verdim.”(M2)

“Bir aile benden, sanırım yedinci günde, babası bir şey istemişti. ‘Bizim bugünde kulağına dua okumanız gerekiyor’ dedi. O zaman durdum ve düşündüm; bu bütün aile üyelerine yapıldıysa, kendi çocuğuna yapmasına engel olan şey ne? Gerekli önlemleri alarak içeri girebilirlerdi. Ben de içeri aldım. Aile, küvözün başında hiç müdahale etmeden duasını okudu ve çıktı. Burada saygı göstermek gerektiğini düşündüm. Benim böyle bir inanışım olmasa da o kişinin kendi inancına saygı duydum; yaptı ve içi rahatladı, mutlu oldu. Eğer buna engel olsaydım, belki de huzursuz olacak, daha sinirli olacaktı. Ama böyle olunca, belki de bebeğiyle iyi bir ilişki kurmasına yardımcı olacak bir şeydi.” (M14)

“Öncelikle, hastaların davranışlarının sebeplerini sorgularım ve onların kültürlerini araştırarak, bu davranışların o kültüre ait olup olmadığını anlamaya çalışırım. Ardından, bu davranışların hastalık durumu ve hastane koşullarıyla uyumlu olup olmadığını değerlendiririm. Eğer bu davranış, hastaya zarar vermeyecek bir istekse, bunu kabul eder ve mümkünse yerine getirmeye çalışırım.” (M9)

4.2.1.4. Analitik tema: somut kültürel deneyimler

Kontrol grubundaki hemşireler kültürel farkındalığın zamanla, doğrudan deneyim yoluyla gelişen bir süreç olduğunu belirtmişlerdir. Kültürel zeka geliştirme sürecinin sistematik değil, bireysel çaba, gözlem ve sosyal medya, film, kitap gibi kaynaklardan edinilen bilgiyle ilerlediği ifade edilmiştir. Ancak bu sürecin çalışma yoğunluğu, zaman darlığı ve kurumsal destek eksikliği nedeniyle sınırlı kaldığı vurgulanmıştır. Kültürel çatışmalar, dil engelleri, cinsiyet temelli beklentiler ve geleneksel uygulamalar bakım sürecini zorlaştırırken, aşiret baskısı ve hasta yakınlarının müdahaleleri iletişimi olumsuz etkilemiştir. Empati, beden dili ve temel dil bilgisi iletişimi kolaylaştırırsa da önyargılar ve iş yükü çabaları sınırlamıştır. Ekip desteği, kültürel zorlukları aşmada önemli bir unsur olarak öne çıkmıştır. Hemşireler meslektaşlarından veya tercümanlardan yardım alma ihtiyacını dile getirmiştir. Ayrıca kültürel değerlerin tıbbi uygulamalarla çeliştiği ve sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi, sistemsal ve toplumsal engellerin, özellikle kadınlar için, belirleyici olduğu vurgulanmıştır.

“Biz hemşirelerin kültürel yeterliliklerini artırmak için sürekli eğitim almamız gerekiyor çünkü ülkemiz kültürler topluluğu gibi. Her telden insan var, biraz karışılgız. Hizmet içi eğitimler düzenlenebilir, bunun dışında aslında idare de bu tür konuları planlamalı. Hastalar, hizmetlerini kültürel açıdan değerlendirebilmeli, örneğin memnuniyetlerini idareye iletmeliler. Ayrıca bir kültür birimi kurulabilir, tıpkı hasta hakları gibi.” (K14)

“Mesela doğumunu yapmayan, Kürt müsün? Türk müsün? diye sorup, ben Kürt hemşire istiyorum diyen var.” (K3)

“Gün doğana kadar yenidoğan bebeğe hiçbir şey verilmemesi gerektiğini düşünüyorlarmış. Oruç tuturmaya kalkmışlar. Emzirdin mi diye sorduklarında, 'Evet, emzirdim' demiş. Ama çocuğun şekeri gittikçe düşüyormuş. Sonra bebeğe mama vermeye kalkmışlar, fakat 'Biz ezana kadar hiçbir şey vermiyoruz, oruç tutturuyoruz' demişler. Bebeğin beslenmesine zorluk çıkarmışlar. Oysa bizim için en önemli şey emzirmek. Hatta zeytinyağı içiren, ağzına hurma koyan, inek sütü içiren ve yenidoğan bebeğe vişne suyu içiren bile duymuştum.” (K11)

“Antep, Adana, Gaziantep'te asla 'Bu hastalara bunu yeme, sana yasak' diyemezsin. Çünkü insanlar zaten yemek için yaşıyorlar. Çok garip bir durum, örneğin biz insülin eğitimine gitmiştik, bizim diyaliz hastalarımızın hiçbir uzvu yoktu; ayakları, kolları yoktu, katater vardı çünkü fistül açılacak kol da yoktu. Diyabetik ayak mesela, 24x1 şeker takibi mi olur? Onlardan bu yemek kültürünü kaldıramazsın. Örneğin, onların kültüründe kısır çok önemlidir. Tepsiyle getirmişler, sırf canı çeker diye, kanamalı hastayı doyurduklarını biliyorum. Hasta aç kaldı diye.” (K3)

“Tahammül edemediğim bir olay vardı. Reenkarnasyona inanan bir hasta yakını, 'Çocuğumun saçlarını kesmeyin, ameliyata alırken' demişti. Kadın, hamileyken kocasının ölümünden sonra doğan çocuğunun, Allah tarafından kocasının ruhuyla yeniden ana rahminde dünyaya geldiğini düşünüyordu. Reenkarnasyona inanan bu hasta yakınıyla çok zorlanmıştım. Anlamayı da bıraktım, pes ettim ve 'Ne yapıyorsan yap' dedim.” (K3)

“Bir kere iş yoğunluğu çok fazla. Yapmak isteyip yapamamak da çok üzüyor. Çok yoruyor. Hemşirelik sisteminde bu yorucu. Belki ben kişiyle sohbet ederek hastalığını anlayabilirim, kültürünü tanıyabilirim ama vakit yok, yapılamıyor. Sistem buna uygun değil.” (K3)

“Özellikle, 'Sen Türk müsün, Kürt müsün?' diye soran hastalar oluyordu. Oksijen sisteminin duvardan geldiğine inanmayıp, bana duvarı koklatıyorlar diyen hasta vardı. Bunlar yaşanınca, açık fikirli olmak zorlaşıyor. Bir gün, aşiret lideri sanayi tipi tüp getirilmesini istedi ve 70-80 kişilik bir grup acile yığıldı. 'Bunlar beş para etmez, beni buradan alın,' dediği anları hatırlıyorum. O adam Kürt hemşire istiyordu.” (K3)

“Yanımdaki hemşire ya da hekim ekip arkadaşlarımdan yardım almaya çalışırım. Hani, 'Bakın, burada bakıma ihtiyacı olan bir hastamız var ve bizim onu çok daha iyi anlamamız gerekiyor' derim. Onlardan destek almaya çalışırım.” (K2)

“Rus bir anne bebeği ateşlenince onu soymak yerine iyice sarıp sarmalamıştı. Onların kültüründe ateşlenen çocuk ve bebeklere soğuk uygulama yapılmamış.”(K7)

“Türkiye’de sağlık sisteminde engel yok, pek çok konuda her türlü yardımı sağlıyoruz; mültecilere de bakıyoruz, göçmenler de geliyor. Tercüman sıkıntısı olabiliyor ama bazen yakınıni arıyoruz, bazen tercüman, bazen de kendimizce anlamaya çalışıyoruz. Türkiye’de daha şanslı olduklarını düşünüyorum.” (K4)

“Özellikle Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayan ailelerde, özellikle kadınlar, sağlık hizmetlerine yeterli düzeyde erişim sağlayamıyorlar.”(K10)

Müdahale grubundaki hemşireler kültürel farkındalığın bireysel çaba, araştırma, seyahat ve okumayla geliştirilebileceğini belirtmişlerdir. Bu alanda mesleki rehberlik ve eğitim eksikliği vurgulanmıştır. Kültürel farklılıklara ilgilerinin kişisel meraktan kaynaklandığı; farklı kültürleri tanımaya yönelik yöntemler olarak film izleme, kitap okuma ve internet araştırmaları kullandıkları ifade edilmiştir. Hemşireler, hasta bakımında karşılaştıkları kültürel uygulamaların kendilerine yeni bakış açıları kazandırdığını belirtmişlerdir. Geleneksel inançların hem olumlu hem de olumsuz etkiler yarattığını; bu durumların kültürel farkındalık geliştirmede etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Dil bariyeri en önemli iletişim engeli olarak tanımlanmış; tercüman eksikliği ve hastaların Türkçe öğrenmeye isteksizliği süreci zorlaştırmıştır. Sosyal güvencesizlik, eğitim eksikliği ve yabancı olma hissi de hastaların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayan diğer etkenler olarak belirtilmiştir. Hemşireler, bu durumlarda daha fazla bilgilendirme ve rehberlik gerektiğini vurgulamışlardır.

“Kitap okuyorum ya da farklı kültürlerden gelen hastaları sevdiğim için onlarla konuşmaya çalışıyorum, onları anlamaya çalışıyorum. Neyi, neden yaptıklarını

öğrenmek istiyorum. Mesela anneler bazen farklı şeyler yapabiliyorlar, bu onların kültürlerinde var gibi. Ayrıca dil programları da izliyorum zaman zaman.” (M9)

“Antep'te bir hasta nöbet geçirdi, epilepsi nöbeti. Annesi, bir çocuğunu daha önce mental yetersizlikten kaybetmişti ve bu çocuğunu da kaybedeceğini düşünüyordu. Bizim tedavi uygulamamıza engel oldu. Hastanın üstüne kara bir peçe örttü. Kendi eşarbını, siyah örtüyü, onun inancına göre çocuğunun korkusunun geçmesi için üstünü kara bir şeyle örtüyordu. Aslında çocuğun yaşadığının nöbet olduğunu anlamamıştı. Kadın şoktaydı o sırada. Kadının kendine gelmesi için bir tane patlatmıştık, çünkü çocuğu kavramış, bizim ilacı yapmamıza engel olmuştu. Kadına tokat attıktan sonra kendine geldi zaten, şaşkınlıktan yaptığını fark etti. Hepimiz şok içindeydik.” (M2)

“Ajite olan bir yenidoğan bebeğin, günlerce altı temiz, karnı tok, herhangi bir ağrısı olmamasına rağmen sürekli ağlayan bir bebeğin annesi, ben başka bir hastaya bakım verirken, bebeği kucığına alıp göğsüne bir çarşafı sardı, bebeği hızlıca göğsüne aldı, aslında bizim istemediğimiz ve doğru bulmadığımız bir hareketti. Aslında biz kanguru bakımı eğitimi vermeden, tamamen annenin kültürel yaklaşımı sebebiyle bunu yaptığını ve bebeğin sakinleşerek iyi geldiğini gördük.” (M7)

“Yenidoğan yoğun bakımdayım. Kulağa anne sütü damlatmaya çalışan bir anne vardı, ne kadar yanlış bir kültür. Bunun gibi binlercesi var.” (M9)

“Geçen hafta taburcu ettiğimiz, çadırda yaşayan yabancı bir çocuk hasta vardı. Çocuğun kalp hastalığı ortaya çıktı ve ciddi bir ilaç kullanması gerekiyordu. Ancak, ilacın miligramı yüksek, parçalayarak kullanması gerekiyor; dörde bölüp, o dörtte birini sulandırıp, sulandırdığı enjektörden tekrar bir dizyem kadar çekip bebeğe sadece onu oral olarak vermesi gerekiyor. Biz de dedik ki, bunu nasıl anlatacağız? Kadın çat pat Türkçe konuşuyor, tercüman yok. 'Siz yazın, Türkçe yazın' dedi. Sonra onu Türkçe yazdım ama enjektör resmini koydum, görsellerle işaretledim. Çünkü o kadar önemli ki; bir miligram fazla verilmesi, belki de ilacın yan etkilerini yaşamasına neden olacaktı. Bizi anlamasa da kağıtta anlattık, yüzüne tekrar anlattık, 'Anladın mı?' diye tekrar sorduk. Biraz çat pat Türkçe bildiği için yine de rahat gönderdik, ama ya bilmeseydi?” (M14)

“Mesela Suriyeli hastalarla ilgili çok şaşırmıştım, adam Türkçe bilmiyor, anlaşıyor, tercüman zaten yok. Hastanın anamnezini düzgün alamıyorsun, dolayısıyla hastaya nasıl yaklaşacağını bilemiyorsun.” (M5)

“Mesela hastanın sosyal güvencesi yok, okuma yazması yok, farklı bir kültürden geliyor, okula göndermemişler. Ulaşmak zor oluyor. Ya da yabancı uyruklu hastalar, Türkiye'deki uygulamaları, prosedürleri bilmiyor, dili bilmiyor. O zaman da nasıl bir yol izlerim, bunu aşmak için ne yapabilirim? Yani hastaya süreci anlatırım, nasıl muayene olabileceğini vs. anlatırım, gösteririm.” (M6)

4.3. Bütünleştirici Aşama: Kitaplar, Hikayeler ve Filmin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Üzerindeki Katkıları

Bibliyoterapi uygulaması kapsamında hemşirelerin okudukları kitapların, hikayelerin ve izledikleri filmin, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkılarına dair elde edilen ve araştırmacılar tarafından kabul edilen ana tema, analitik temalar ve tanımlayıcı temalar Tablo 4.3.'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Kitaplar, hikayeler ve filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkılarına dair elde edilen ana tema, analitik tema ve tanımlayıcı temalar

Ana tema	Analitik tema	Tanımlayıcı tema
Kitapların Sağladığı Kazanımlar	Kişisel Gelişim ve Kültürel Farkındalık	• Kültürel Farkındalık ve Saygı • Empati ve Önyargılarla Başa Çıkma • Bilişsel ve Kişisel Gelişim • Sürekli Gelişim ve Aydınlanma
	Mesleki Deneyim ve Sağlık Hizmetlerine Etkisi	• Mesleki Uygulamalar ve Deneyim • Sağlık Eğitimi ve Bilgi Eksikliği • Kültürel Faktörlerin Sağlık Üzerindeki Etkileri
	Toplumsal Sağlık Eşitsizlikleri ve Kültürel Uyum	• Sağlık Hizmetlerindeki Yapısal Sorunlar • Toplumsal ve Kültürel Engeller • Bireysel ve Sistemsel Çıkarlar
Hikayelerin Sağladığı Kazanımlar	Mesleki Gelişim ve İş birliği	• Genel Mesleki Gelişim • Mesleki İş Birliği ve Ekip Çalışmasının Önemi
	Kültürel Farkındalık ve Çeşitlilik	• Kültürel Farklılıkların Anlaşılması ve Tahammül Gelişimi • Hasta Bakımında Kültürel Bilgi Edinme ve Araştırma İhtiyacı
	İletişim ve Empati	• Etkili İletişim ve Empati Geliştirme • Hastalarla İletişimde Kültürel Farklılıkların Rolü
	Kültürel Duyarlılık ve Sağlık Hizmetleri	• Kültürel Duyarlılığın Sağlık Hizmetlerine Etkisi • Bütün Hastalara Eşit Yaklaşma Bilinci
	Sağlık İnançları ve Bilimsel Yaklaşım	• Kültürel İnançların Sağlık Üzerindeki Etkileri • Beklenti ve Gerçeklik Uyumu

Tablo 4.3. Kitaplar, hikayeler ve filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkılarına dair elde edilen ana tema, analitik tema ve tanımlayıcı temalar (Devam ediyor)

Ana tema	Analitik tema	Tanımlayıcı tema
Filmin Sağladığı Kazanımlar	Kültürel Normlar ve Toplumsal Eşitsizlikler	• Çocuk Yaşta Evliliklerin Kültürel Kabullenışı • Kültürel Zorluklar ve Sosyal Baskılar
	Kültürel Farkındalık ve Empati	• Kadın Hakları ve Toplumsal Eşitsizlikler • Kültürel Farklılıkların Algılanması ve Empati • Önyargıları Aşma ve Değişime Açık Olma • Kültürel Duyarlılık ve Tarafsız Bakış Açısı
	Sağlık Üzerine Kültürel Etkiler	• Toplumsal Cinsiyet Roller ve Sağlık Üzerindeki Etkileri • Yoksulluğun Sağlık Üzerindeki Etkileri • İstismar ve Ayrımcılık • Kültürel Normların Sağlık Üzerindeki Etkisi
	Hemşirelikte Kültürel Yeterlilik	• İletişim ve Güven İnşasının Önemi • Toplumsal ve Kültürel Sorunların Öğrenilmesi • Çözüm İçin Çaba Gösterilmesi Gerekliliği
	Duygusal ve Psikolojik Etkiler	• Süreklilik ve Gerçeklik Algısı • Duygusal Yoğunluk ve Etkisinden Uzun Süre Kurtulamama • Kültürel Adaletsizlik ve İnsani Trajedi • En Çok Çocukların Etkilenmesi • Çocuk İhmali ve Kültürel Etkiler • Çocuklara Aktarılabilecek Kültürel Değerlerin Önemi ve Etkisi

4.3.1. Kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları

Bibliyoterapi uygulaması kapsamında okunan kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine önemli katkılar sağladığı görülmüştür. Kodlama sürecinde elde edilen veriler doğrultusunda üç analitik tema belirlenmiştir: “Kişisel Gelişim ve Kültürel Farkındalık”, “Mesleki Deneyim ve Sağlık Hizmetlerine Etkisi” ve “Toplumsal Sağlık Eşitsizlikleri ve Kültürel Uyum”. Katılımcılar kitapların kişisel gelişimlerine, kültürel farkındalıklarına ve önyargılarını sorgulama süreçlerine olumlu etkide bulunduğunu; empati, öz eleştiri ve farklı bakış açıları geliştirme becerilerinin arttığını ifade etmişlerdir. Mesleki açıdan ise kültürel çeşitliliğin hasta bakım süreçlerine yansımaları daha iyi kavradıkları, özellikle dil ve iletişim engelleri, geleneksel inançlar, modern sağlık yaklaşımları ile çatışma gibi durumlarda farkındalıklarının güçlendiği belirtilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde yönetsel eksiklikler, erişim sorunları ve toplumsal sağlık eşitsizlikleri konularında duyarlılık kazandıkları; kültürel faktörlerin sağlık davranışlarını şekillendirmedeki rolüne ilişkin farkındalıklarının derinleştiği vurgulanmıştır. Bu bulgular, kitap okuma sürecinin hem bireysel hem de mesleki düzeyde kültürel yeterliliğin gelişimine katkı sunduğunu göstermektedir.

“Hemşirelik mesleğindeki kültürel çeşitliliği daha derinlemesine anlamaya ve bu çeşitliliği bir zenginlik olarak görmeye başladım.” (M11)

“Kitaplar sayesinde olayları kendi açımdan değil, farklı yönleriyle de düşünmem gerektiğini anladım.” (M8)

“Covid döneminde hastaların yaptıkları yanlışların çoğu Hakka Sığındık kitabında var. Yine bir salgın çıksa halkımız yine aynı yanlışlara devam edebilir.” (M3)

“Kitap bana olumsuz sağlık hizmet koşullarının ne kadar yıpratıcı olduğunu ve sağlık sistemine olan güveni azalttığını öğretti.” (M4)

“Bu kitaplarda okuduğum şeyler, hala yaşadığımız şeyler. Küçük köylerimize tıbbi malzemelerin ya da personelin sağlanamaması ya da makamlarda oturan kişilerin hastaları anlamaması gibi durumlar” (M14)

“Kitapta yaşanan salgında yöneticilerin ve bürokratların toplum sağlığına yeterince önem vermediğini düşünüyorum.” (M12)

4.3.2. Hikayelerin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları

Bu bölümde, okunan hikayelerin hemşirelerin mesleki ve kültürel yeterliliklerine katkıları “Mesleki Gelişim ve İş Birliği”, “Kültürel Farkındalık ve Çeşitlilik”, “İletişim ve Empati”, “Kültürel Duyarlılık ve Sağlık Hizmetleri” ile “Sağlık İnançları ve Bilimsel Yaklaşım” temaları kapsamında özetlenmiştir. Hikayeler, hemşirelerin mesleki bakış açılarını genişletmiş, ekip çalışması ve disiplinler arası iş birliğini artırmıştır. Katılımcılar, kültürel farklılıklara özverili bir yaklaşımın, mesleki doyumu ve motivasyonu güçlendirdiğini belirtmişlerdir. Hemşireler, farklı kültürlere karşı farkındalık, kabullenme ve tahammül geliştirmiştir. Kültürel bilgi eksikliğini fark ederek araştırma ve eğitim ihtiyacını vurgulamışlardır. Ancak eğitime katılım isteksizliği ve yönetsel destek eksikliği de ifade edilmiştir. Hikayeler, hemşirelerin beden dili, jest, mimik kullanımı gibi sözsüz iletişim becerilerine yönelik farkındalıklarını artırmış; dil farklılıklarında çevirmen desteğinin önemini fark etmelerini sağlamıştır. Farklı kültürlerden hastalarla empatik ve anlayışlı iletişim kurma konusunda duyarlılık gelişmiştir. Ayrıca okunan hikayeler hemşirelerde kültürel duyarlılığın, hasta güvenini artırdığı, bakım kalitesini yükselttiği, ekip içi dayanışmayı ve iş birliğini güçlendirdiğine yönelik farkındalık kazandırmıştır. Hemşireler, bütüncül yaklaşımın (biyopsikososyal) önemini kavradıklarını vurgulamışlardır. Hemşireler, kültürel inançların sağlık üzerindeki

etkilerini fark etmiş; modern tıp ile batıl inançlar arasındaki dengeyi gözetmenin önemini vurgulamışlardır. Eğitim ve bilinçlendirme gerekliliği belirtilmiş, ancak zaman ve iş yükü gibi pratik zorluklara dikkat çekilmiş; ideal bakımın koşullarla sınırlı olduğu ifade edilmiştir.

“Bu hikaye benim sağlık alanındaki diğer meslektaşlarımdan yardım almam gerektiğini ve ekip çalışmasının önemini bir kez daha anlattı.”(M12)

“Tüm hastalara keşke bu şekilde özveriyle yaklaşıp onların eksikliklerini tüm mesaimizi harcayarak bitirsek. Sarah, İbrahim’e yardımcı olduktan sonra kendine çok hayran kalmış ve mesleğinden doyum almış gibi görünüyor. Ve bunu çözümlmek için uğraşmış zorluğu aşmak için.” (M14)

“Farklı kültürlere sahip kişilerin, hastanede hemşire olarak bakımlarına katıldığımda, daha anlayışlı ve tahammülkâr olmam gerektiğini öğrendim. Onların sahip olduğu kültürel farklılıkları öğrenmem gerektiğini ve anlamam gerektiğini daha iyi kavradım.” (M13)

“Bu hikayeyi okuduğumda Derya gibi bütün hemşirelerin kitaplar ya da diğer kaynaklar olsun, farklı kültürleri araştırması gerektiğini düşündüm.”(M12)

“Eğitim olayının idarenin kabul etmesi büyük bir lüks. Çünkü salgın zamanına dönünce yukarıdaki makamlar daha küçük, kendilerinden daha alt makamlarda çalışanları dinlemekten çok hoşlanmazlar. Eğitim programları gerekli. İşte hemşirelerin duyarlılığı, kültürel farklılığı, isteği de önemli aslında. Bu programa uygun sağlaması önemli. Çünkü genellikle hemşireler eğitimlere uzak durur oldular. Kültürel bir eğitim denildiğinde hele herkes Suriyeli Afgan’dan falan bıkmış halde.

Kültürel eğitim bile almak istemiyor kimse.” (M14)

“İletişim kurulmak istenirse her koşulda iletişim kurulabileceği ve kendisini anlaşılmış olarak gören hastanın da daha mutlu olabileceğini anlamış oldum.” (M2)

"Kültürel duyarlılık kesinlikle bakım kalitesini yükseltiyor. Hastanın bu sayede bize güvenmesini hem de tedaviye uyum sağlamasını kolaylaştırıyor. İyileşme sürecini hızlandırıyor" (M6)

“Yanlış inanç kaynaklı sağlık sorunları her zaman olacaktır. Çünkü insanlar sağlıklarını kaybettiklerinde ancak doğru farkındalığa ulaşabilmektedir. Bunun tek çözümü de eğitimidir.” (M5)

“Kültürel farklılıklara daha fazla dikkat edebilmek için daha fazla zamanımız olmalı. Ancak çalışma saatlerimiz ve hasta sayımız bunu zorlaştırıyor. Hemşire olarak sayımız az. Hastalara ayırdığımız zaman çok kısıtlı. Bizi çalışma saatlerimiz yoruyor. Özel yaşam alanımızdan mahrum bırakıyor. Yoksa tabii ki hikayedeki gibi olsun isteriz. Her bir hastaya kültürel istekleri doğrultusunda özel bir bakım verelim. Doyum alamadığımız için de maalesef ne özel bir bakım vermek istiyor, ne de kültürüne dikkat edebiliyoruz. Keşke Sarah kadar zamanımız olsa. Fikirler, hikayeler güzel, ama gerçek hayatta işler öyle işlemiyor maalesef.” (M14)

4.3.3. Filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkıları

Katılımcılar, izlenen filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerine katkı sağladığını belirtmiş; bu katkılar beş analitik tema altında toplanmıştır: “Kültürel Normlar ve Toplumsal Eşitsizlikler”, “Kültürel Farkındalık ve Empati”, “Sağlık Üzerine Kültürel Etkiler”, “Hemşirelikte Kültürel Yeterlilik” ve “Duygusal-Psikolojik Etkiler”. Film, erken yaşta evlilik, kadınların toplumsal hayattaki ikincil konumu ve çocuk işçiliği gibi kültürel normların sağlık hizmetlerine yansıyan eşitsizliklerini gözler önüne sermiştir. Bu normların kadın ve çocukların sağlık haklarını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Hemşireler, göçmenlerin yaşadığı zorlukları fark ettiklerini, onların uyum süreçlerine empatiyle yaklaşılması gerektiğini belirtmiştir. Bu farkındalık, hemşirelik uygulamalarında kültürel farklılıklara duyarlılığı artırma gereğini göstermiştir. Toplumsal cinsiyet rolleri ve yoksulluğun sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hemşireler tarafından vurgulanmıştır. Özellikle kadınların sağlık hizmetine erişimde karşılaştığı engeller dikkat çekmiş, hemşirelerin bu konuda duyarlı olması gerektiği ifade edilmiştir. Hemşireler, farklı kültürel geçmişlere sahip hastalarla etkili iletişim kurmanın önemini kavradıklarını belirtmiş; empati, açıklık ve kültürel ihtiyaçlara duyarlılığın sağlık hizmetinin kalitesini artırdığı sonucuna varmışlardır. Film, hemşirelerde derin duygusal etkiler bırakmış, çocuk istismarı, ihmal ve toplumsal eşitsizlikler karşısında mesleki duyarlılıklarının arttığını bildirmişlerdir. Bu etki mesleki uygulamalara olumlu yansıma potansiyeli taşımaktadır.

“Küçük yaşta evlilik, kız çocuğunun değersizliği, fakirlik, eğitime değer vermemek ve göç sorununun getirdiği problemler.” (M13)

“Aslında farklı kültürdeki insanların başka yerde yaşamaya çalışması ve orada onların uyum sağlamaya çalışması onlar açısından gerçekten zorken, bizim onları görmezden gelmemiz aslında ne kadar incitici.” (M14)

“Dünya üzerinde yüzlerce kültür var. Fakat genellikle eğitimin az olduğu, gelişmemiş ülkelerde insana, kadına ve doğaya verilen değer yok denecek kadar az.”(M2)

“Sağlık profesyonellerinin, farklı kültürlerden gelen hastalarla daha iyi iletişim kurabilmeleri ve hastaların kültürel ihtiyaçlarını anlayabilmeleri için empati ve açıklık gerekliliği ortaya koyuyor.” (M11)

“Filmden çok etkilendim, etkisinden yaklaşık bir hafta kurtulamadım.” (M14)

“Kültürün ve acımasız dünyanın, küçük bir çocuğun dünyasına yaşattığı olumsuz yansımaları ve ona karşı nasıl dik durduğunu izledim. Coğrafya kaderdir diyerek içinde bulunduğu yanlışları kabul etmemesi ve dimdik duruşu beni çok etkiledi.”(M13)

4.4. Randomize Kontrollü Çalışmanın Ön Test-Son Test Bulguları

Tablo 4.4’de müdahale ve kontrol grubunda bulunan hemşirelerin kültürel zeka ve hemşire kültürel yeterlilik ölçeğinden ön test ve son testte aldıkları puanların analizine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarının kültürel zeka ve kültürel yeterlilik ölçeği ön test - son test sonuçları

Bağımlı değişken		Ön test	Son test	İstatistiksel analiz * t;p	Hipotez kabul durumu
		Ort±SS	Ort±SS		
Kültürel zeka	Müdahale grubu	67,53±11,96	74,33±6,99	-3,173; ,007	1.H _{1a} kabul
	Kontrol grubu	59,53±11,48	70,40±8,20	-3,659; ,003	
	İstatistiksel Analiz ** t;p	1,868; ,072	1,413; ,169		1.H _{1b} red
Kültürel yeterlilik	Müdahale grubu	65,20±13,40	79,60±7,37	-3,100; ,008	2.H _{1a} kabul
	Kontrol grubu	63,20±12,91	73,33±7,29	-2,915; ,011	
	İstatistiksel Analiz ** t;p	,416; ,680	2,339; ,027		2.H _{1b} kabul

* Paired sample t test, **Independent sample t test

Bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve kültürel yeterlilik düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka düzeyleri ön testte $67,53 \pm 11,96$, son testte ise $74,33 \pm 6,99$ olarak tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($t = -3,173$; $p = ,007$) ve $1.H_{1a}$ hipotezi (bibliyoterapi uygulaması müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka düzeylerini arttıracaktır) kabul edilmiştir. Kontrol grubunun ise kültürel zeka düzeyi ön testte $59,53 \pm 11,48$, son testte $70,40 \pm 8,20$ olarak tespit edilmiş ve değişim anlamlı bulunmuştur ($t = -3,659$; $p = 0,003$). Her iki grupta da kültürel zeka puanları (Müdahale grubunda fark: $+6,80$, $p = ,007$; Kontrol grubunda fark: $+10,87$, $p = ,003$) anlamlı şekilde artmıştır. Ancak, müdahale grubu ile kontrol grubu son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = ,169$). Bu nedenle $1.H_{1b}$ hipotezi (müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel zeka düzeyleri kontrol grubundaki hemşirelerden daha yüksek olacaktır) reddedilmiştir.

Müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri, ön testte $65,20 \pm 13,40$, son testte ise $79,60 \pm 7,37$ olarak tespit edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($t = -3,100$; $p = ,008$) ve $2.H_{1a}$ hipotezi (bibliyoterapi uygulaması müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerini arttıracaktır) kabul edilmiştir. Kontrol grubunda ise kültürel yeterlilik düzeyleri ön testte $63,20 \pm 12,91$, son testte $73,33 \pm 7,29$ olarak belirlenmiş ve değişim anlamlı bulunmuştur ($t = -2,915$; $p = 0,011$). Her iki grupta da kültürel yeterlilik puanları (Müdahale grubunda fark: $+14,40$, $p = ,008$; Kontrol grubunda fark: $+10,13$, $p = ,011$) anlamlı şekilde artmıştır. Ancak, müdahale grubunun son test puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p = ,027$). Bu nedenle $2.H_{1b}$ hipotezi (müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri kontrol grubundaki hemşirelerden daha yüksek olacaktır) kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve kültürel yeterlilik düzeylerini arttırmada etkili olduğu, ancak kültürel zeka açısından müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür.

4.5. Açıklayıcı Aşama: Bibliyoterapi Uygulamasının Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterliliklerine Katkıları

Bu başlık altında, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerinin gelişiminde bibliyoterapi uygulamasının bütüncül olarak etkilerini incelemek amacıyla açıklayıcı aşamada toplanan verilerin analizi sunulmaktadır. Katılımcılardan elde edilen veriler üç analitik tema altında sınıflandırılmıştır: “Kültürel Duyarlılık ve Farkındalık Gelişimi”, “Mesleki Gelişim ve Hasta İlişkileri”, “Kültürel Eksikliklerin Farkına Varma ve Değerlendirme” (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Açıklayıcı aşamada müdahale grubuna uygulanan bibliyoterapi uygulamasının etkinliğine yönelik elde edilen ana tema, analitik tema, tanımlayıcı tema ve kodlar

Ana tema	Analitik tema	Tanımlayıcı tema
Bibliyoterapi Uygulamasının Sağladığı Kazanımlar	Kültürel Duyarlılık ve Farkındalık Gelişimi	- Sosyal Adaletsizlik ve İnsan Hakları - Kültürel Farklılıkların Kabulü ve Saygı Duyulması - Evrensel Değerlerin Ön Plana Çıkarılması - Bilgi ve Araştırma Motivasyonu - Sunulan Kaynakların Kültürel Perspektifi Genişletmesi - Bakış Açısında Değişim ve Önyargıların Kırılması
	Mesleki Gelişim ve Hasta İlişkileri	- Empati Gelişimi ve Araştırma İhtiyacı - Hastaların İnançlarıyla Uyumlu Alternatif Yaklaşımlar - Mesleki Bakış Açısında Değişim ve Hasta İlişkisi - Farklı Bakış Açısı ve Kişisel Aydınlanma
	Kültürel Eksikliklerin Farkına Varma ve Değerlendirme	- Hasta ile İletişim Kurma Çabası - Kendi Kültürel Yeterliliğini Değerlendirme - Güven İnşasının Tedavi ve Bakım Sürecine Uyumu Arttırması - Kültüre Duyarlılığın Sağlık Hizmetine Katkısı

Bibliyoterapi uygulaması, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerinin gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Katılımcılar bu süreçte farklı kültürlerle karşı duyarlılıklarının arttığını, sosyal adaletsizlik ve insan hakları ihlalleri gibi küresel sorunlara karşı farkındalık kazandıklarını belirtmişlerdir. Farklı kültürel değerleri kabul etme, saygı gösterme ve evrensel insan hakları çerçevesinde değerlendirme eğilimleri güçlenmiş, kültürlerarası hemşirelik konusuna ilgi duymaya başlamışlardır. Ayrıca hasta bakımında empati, önyargısız yaklaşım ve inanç farklılıklarını dikkate alma gerekliliğinin önemini fark etmişler; mesleki bakış açıları değişmiş, hasta-hasta ilişkilerinde anlayış ve güven inşa etmenin tedavi sürecine olumlu katkı sağladığını vurgulamışlardır. Süreç sonunda, kendi kültürel yeterliliklerini sorgulama ve

geliştirme ihtiyacı hissettiklerini, kültürel duyarlılığın sağlık hizmet kalitesini artırdığını ifade etmişlerdir.

“Gazze’deki çocukları düşündüm. Maalesef o kültürde o yaşama doğdukları için ellerinden bir şey gelmiyor. Yenidoğan bebeklerin açlıktan öldüğü hiçbir kültürel farklılık kabul edilemez.” (M14)

“Kültürel farklılıkları kabul etmek, hoş görmek ve kültürel farklılıklara duyarlılık göstermek gerektiğini anladım.” (M15)

“İnanca ve ırka göre değil, her insana sadece insan olarak yaklaşma konusundaki düşüncelerim güçlendi ve değişti.” (M12)

“Kültürlerle ilgili yanlış bildiğim doğruları öğrenmenin, araştırmanın ne kadar önemli olduğunu öğrendim.” (M13)

“Her okuduğumuz kitap, hikaye ya da izlediğimiz film bize birçok farklı hayat, dil, din, ırk, inanç ve gelenek sundu.” (M12)

“Bakış açımı değiştirdi. Önyargısız olmam gerektiğini, unuttuğum bazı değerleri tekrar hatırlattı.” (M7)

“Bütün bunlar hemşireliğe dair bakış açımda da değişikliğe neden oldu. Öncelikle hastanın anlaşıldığını hissetmesinin, tedaviye karşı tutumunu da değiştirdiğini gördüm.” (M13)

“İzlediğim film, okuduğum hikaye ve kitaplar insani olarak bakış açımı geliştirdi.” (M11)

“Farklı dilde, daha doğrusu Türkçe bilmeyen bir hasta ile karşılaştığımda iletişim eksikliğinden dolayı stres oluyordum. Fakat şimdi hasta ile iletişim kurmak için çaba sarf ediyorum.” (M8)

“Farklı hikayeler sayesinde kültürel yeterlilik açısından eksikliklerimin farkına varmış olup, nasıl bir tutum sergilemem gerektiği konusunda yol gösterici olmuştur.”(M15)

“Okuduğum kitaplar ve hikayeler sayesinde farklı kültürden inançlara sahip insanlarla, hastalarla bir araya geldiğimizde öncelikle onların güvenini kazanmamız gerektiğini anladım. Çünkü bu şekilde hastayla tedavi sürecinin, bakım sürecinin daha uyumlu yürüyebileceğini ve daha kaliteli bir şekilde bakım yapılarak hem

hastanın tedaviye katkı sağlaması hem de daha kısa sürede iyileşmesinin
gerçekleşeceğini düşünüyorum.” (M6)



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelerin kültürel zeka ve kültürel yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesinde gelişimsel bibliyoterapi uygulamasının etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen araştırmanın bulguları tartışılmaktadır. Tartışma bölümü; araştırmanın nitel ve nicel bulguları ile literatür karşılaştırmalarını içerecek şekilde yapılandırılmıştır. Bulgular, hemşirelerin kültürel uygulamalarla ilgili deneyimlerinden elde edilen nitel sonuçlar ile bibliyoterapi uygulamasının kitap, hikaye ve film içerikleri üzerinden kültürel zeka ve yeterlilik üzerindeki etkilerini kapsayan alt başlıklar altında ele alınmıştır. Ayrıca bibliyoterapi uygulamasının genel etkileri ve nicel analiz sonuçlarına ilişkin değerlendirmelere yer verilmiştir.

Tartışma bölümü şu başlıklar altında sunulmuştur:

- Hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeyine yönelik mevcut algı ve deneyimleri
 - Hemşirelerin farklı kültürel özellikleri ayırt etme süreçleri
 - Hemşirelerin kültürlerarası bakım hakkında genel görüş ve etik yaklaşımları
 - Hemşirelerin kültürel kaynaklı hasta davranışlarına yönelik tutum ve müdahale biçimleri
 - Hemşirelerin somut kültürel deneyimleri
- Hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri
 - Kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi
 - Hikayelerin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi
 - Filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi
 - Bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi

5.1. Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilik Düzeyine Yönelik Mevcut Algı ve Deneyimleri

Hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilik düzeylerine yönelik mevcut algı ve deneyimleri başlığı altında ele alınan temalar, PTT Modelinin dört temel bileşeniyle doğrudan ilişkilidir (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Bu bağlamda, hemşirelerin farklı kültürel özellikleri ayırt etme süreçleri kültürel farkındalık (cultural

awareness) basamağıyla; kültürler arası bakım hakkındaki genel görüş ve etik yaklaşımları kültürel bilgi (cultural knowledge) basamağıyla; kültürel kaynaklı hasta davranışlarına yönelik tutum ve müdahale biçimleri kültürel duyarlılık (cultural sensitivity) basamağıyla ve yaşadıkları somut kültürel deneyimler kültürel yetkinlik (cultural competence) basamağıyla örtüşmektedir.

Bu analitik temaların her biri, PTT Modeli'nin önerdiği aşamalı gelişim sürecini yansıtarak, kültürel hemşirelik bakımının bütüncül bir analizine katkıda bulunmaktadır. Modelin öngördüğü gibi, hemşirelerin kültürel farkındalık kazanmadan kültürel bilgi edinmeleri zorlaşmakta, yeterli bilgiye sahip olmadan duyarlılık geliştirmeleri eksik kalmakta ve duyarlılığın artmasıyla birlikte yetkinlik düzeyinde profesyonel bir bakım sunma becerisi güçlenmektedir. Dolayısıyla, çalışmanın bulguları PTT Modeli'nin kültürel yeterlilik geliştirme sürecini doğrular nitelikte olup, hemşirelerin kültürel bakımda ilerleyebilmeleri için aşamalı bir gelişim sürecine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

5.1.1. Hemşirelerin farklı kültürel özellikleri ayırt etme süreçleri

Bu çalışmanın keşfedici görüşmelerinden elde edilen bulgular, hemşirelerin kültürel farklılıklara yönelik farkındalık düzeylerinin değişkenlik gösterdiğini ve genel olarak kültürel duyarlılıklarını geliştirmeye açık olduklarını ortaya koymaktadır. Kontrol grubunda yer alan hemşireler, kültürel etkileşim konusunda sınırlı deneyimlerinin bulunduğunu ve kültürel farkındalıklarının yeterli olup olmadığına dair belirsizlik yaşadıklarını ifade etmiştir. Kültürel farklılıkları ayırt etmede temel bazı gözlem becerilerine sahip olduklarını dile getirmişler ancak bu konuda yeterince donanımlı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Kültürel değerleri anlamada inisiyatif eksikliği yaşadıklarını, özellikle kültürel farkındalık konusunda bireysel gelişim ihtiyacı duyduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu, Narayan ve Mallison'un çalışmasıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada da hemşirelerin kültürel bilgiye sahip oldukları halde bu bilgiyi pratikte nasıl kullanacaklarını bilmedikleri ve bu nedenle kendilerini yetersiz hissettikleri ifade edilmiştir (Narayan & Mallison, 2021). Bu durum, kültürel yeterliliğin yalnızca bilgiye sahip olmakla değil, aynı zamanda bu bilgiyi uygulayabilme becerisiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Diğer yandan, kontrol grubundaki bazı hemşireler, farklı kültürlerden bireylerle çalışma deneyimlerinin kendilerine belirli bir düzeyde kültürel farkındalık

kazandırdığını aktarmıştır. Buna karşın, dil bariyerleri, inanç sistemlerine yönelik farkındalık eksiklikleri ve kültürel pratiklere dair bilgi yetersizliği kültürel duyarlılığın gelişimini zorlaştıran başlıca etkenler olarak öne çıkmıştır. Yapılan çalışmalar da benzer şekilde, dil farklılıklarının hasta ile etkili iletişim kurulmasını engellediğini ve bu durumun bakım kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Artuç-Cansızlar & Dağ, 2022; Soylu vd., 2023a; Soylu vd., 2023b). Kültürel farkındalık geliştirme sürecinde bireyin kendi önyargılarını fark etmesi temel bir adımdır. Ancak elde edilen bulgular, kontrol grubundaki hemşirelerin kültürel bilgilerini yüzeysel gördüklerini ve gelişim ihtiyacı hissettiklerini göstermektedir. Bu durum, PTT Modeli'ne göre (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006) kültürel farkındalık aşamasının henüz tamamlanmadığına ve daha fazla eğitim ya da deneyimle desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Müdahale grubundaki hemşireler ise kültürel farklılıkları ayırt etme konusunda daha fazla deneyime sahip olduklarını ve doğrudan hasta etkileşimlerinin kendilerini geliştirdiğini ifade etmiştir. Bu gruptaki hemşireler, kültürel farklılıkları gözlemleme, kültürel pratikleri öğrenme ve hastalarla birebir etkileşim kurarak kültürel farkındalık kazandıklarını vurgulamışlardır. Ancak, bu sürecin zamanla geliştiğini ve başlangıçta uyum sağlamada zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Örneğin, bazı hemşireler, kültürel çeşitliliğin yoğun olduğu hastanelerde çalışmaya başladıktan sonra, hasta davranışlarını daha iyi anlamaya başladıklarını ve kendilerini bu süreçte geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Özellikle farklı ülkelerden hastalarla çalışmanın, hemşirelerin kültürel farkındalığını artırdığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki hemşireler, doğrudan deneyim ve gözlemin kültürel yeterlilik gelişiminde en etkili unsur olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgu, literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir; hemşirelerin farklı kültürlerden hastalarla karşılaştıklarında başlangıçta bilinmeyen kültürlere karşı korku yaşadıkları, iletişim konusunda güçlük çektikleri, kimi zaman iletişim kurmaktan rahatsız oldukları ancak zaman içerisinde sürece uyum sağladıkları belirtilmektedir (Çal vd., 2022; Yılmaz vd., 2019).

Deneyim yoluyla gelişen farkındalığın, akademik bilgi ve sistematik eğitim ile desteklenmesi gerektiği literatürde de vurgulanmaktadır (Anton-Solanas vd., 2021). Kültürlerarası hemşirelik eğitiminin, hemşirelerin kültürel duyarlılığını artırmada önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Ceylantekin & Öcalan, 2016; Narayan & Mallison, 2021). Nitekim bu çalışmada da hem çalışma hem kontrol grubu

katılımcıları, kültürel bakımın etkili bir şekilde sunulabilmesi için hizmet içi eğitimlerin artırılması gereğine dikkat çekmiştir.

Kültürel zekânın geliştirilmesinde ahlaki değerler ve empati becerileri belirleyici unsurlar arasında yer almaktadır (Dur vd., 2022). Kültürel uygulamalara ilişkin eğitimlerin yalnızca bilgi düzeyinde değil, etik değerler temelinde de hemşirelik uygulamasına olumlu katkı sağladığı ifade edilmektedir (Orhan vd., 2024). Bu nedenle kültürel farkındalık, sadece bilgi edinmeyle sınırlı kalmayan; değer temelli, bütüncül bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır. Çalışmamızda hemşirelerin kültürel zekâyı geliştirmek için akademik kaynaklara yönelme eğilimi olduğu, ancak iş hayatında kültürel farkındalığın teorik bilgidan çok pratik deneyimle geliştirildiği görülmektedir. Çalışmanın bulguları, hemşirelerin kültürel farkındalığa sahip olduklarını, ancak bu farkındalıklarının bilincinde olmadıklarını da ortaya koymaktadır. PTT Modeli'ne göre kültürel farkındalık, bireysel deneyimlerin yanı sıra kurumsal rehberlik ve sistematik eğitim süreçleriyle pekiştirilmelidir (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Bu doğrultuda, kültürlerarası hemşirelik eğitiminin lisans müfredatına daha kapsamlı biçimde entegre edilmesi ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önem taşımaktadır.

5.1.2. Hemşirelerin kültürlerarası bakım hakkında genel görüş ve etik yaklaşımları

Kontrol grubundaki hemşireler, kültürel olarak yeterli bakım sağlamanın önemli olduğunu kabul etmekle birlikte, bu konuda çeşitli zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Özellikle kültürel bakımın sağlık hizmetlerinde sistematik bir şekilde ele alınmadığını ve hemşirelerin bu konuda eğitim eksikliği yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu bulgular, hemşirelerin eğitim düzeyleri ile kültürel yeterlilikleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça kültürel duyarlılığın da yükseldiğini ortaya koyan çalışmalarla benzerdir (Korkmaz vd., 2022; Yılmaz vd., 2017). Hemşirelerin en çok vurguladığı sorunlardan biri de iletişim engelleri olmuştur. Dil farklılıkları, hasta ile kurulan ilişkinin etkinliğini azaltmakta ve hemşirelerin kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olmaktadır. Bu durum, hemşirelerin farklı kültürden hastalarla iletişim kurmakta zorlandığı ve bu durumun bakım kalitesini etkilediği vurgulayan çalışmalarda da benzer şekilde ele alınmıştır. Özellikle tercüman desteği, çeviri programları ve beden dili gibi stratejilerin etkili olduğu gözlemlenmiştir (Çal vd., 2022; Hémono vd., 2018).

Çalışmamızda bazı hemşireler, kültürel bakımın bireysel çaba ile gerçekleştirilemeyeceğini, bu konuda sistematik bir eğitim ve rehberlik mekanizmasına ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşireler, kültürel ritüellere saygılı bir yaklaşım sergilemekle birlikte, sağlık açısından zararlı olabilecek uygulamalara müdahale edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kültürel bilgi eksikliği nedeniyle bazı kültürel uygulamalara nasıl yaklaşımları gerektiğini bilememekte, bu da etik sınırların belirlenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. PTT Modeli'ne göre, kültürel bakım sunabilmek için öncelikle farklı kültürler hakkında sistematik bilgi edinmek gereklidir. Ancak bulgular, kontrol grubundaki hemşirelerin bu bilgiye erişim konusunda yetersiz kaynak ve eğitim eksikliği nedeniyle güçlük yaşadığını göstermektedir. Bu eksiklik, kişinin kendi kültürünü ve önyargılarını fark etmeden kültürel duyarlılık geliştirmesinin mümkün olmadığını ortaya koymaktadır (Narayan & Mallison, 2021).

Müdahale grubundaki hemşireler ise kültürel bakımın önemini farkında olduklarını ve bu konuda daha bilinçli yaklaşımlar sergilediklerini ifade etmişlerdir. Bu grup, kültürel hemşirelik bakımının yalnızca bireysel farkındalıkla değil, aynı zamanda sistematik hale getirilmesi için rehberler oluşturulması, mesleki eğitim ve kurumsal destekle güçlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Bu bulgu, farklı diller bilen, yurtdışında bulunmuş ya da kültürel çeşitliliğe daha fazla maruz kalmış hemşirelerin daha yüksek kültürel yeterliliğe sahip olduklarını belirten çalışmanın bulguları ile tutarlıdır (Yılmaz & Kuşoğlu, 2023). PTT Modeli'ne göre, kültürel bilginin edinilmesi hem akademik kaynaklar hem de doğrudan deneyim yoluyla sağlanmalıdır. Müdahale grubundaki hemşireler, kültürel duyarlılığın hasta ile iletişimi güçlendirdiğini ve bakım kalitesini artırdığını vurgulamışlardır. Bununla birlikte, sağlık sisteminde kültürel bakımın yeterince teşvik edilmediğini ve kültürel hemşirelik bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, literatürde de hemşirelerin bazı hastalara karşı tahammülsüz davranışlar sergileyebildiği, bazı hemşirelerin ise daha empatik yaklaşımlar benimsediği ifade edilmektedir (Zengin vd., 2021). Kültürel bakımda güven ilişkisi kurmanın temel bir adım olduğu ve hemşirelerin hastaların yaşam tarzı, dini inançları ve sağlık kararlarıyla ilgili tercihlerini öğrenerek bakım planlarını bu doğrultuda şekillendirmeleri gerektiği literatürde vurgulanmaktadır (Narayan & Mallison, 2021).

Çalışmamızda da hemşireler, sağlık hizmetlerinde kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulmasının hasta memnuniyetini ve güvenini artırdığını ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak, kültürel bakım konusunda yeterli rehberlik ve eğitim materyallerinin olmadığı ve hemşirelerin bireysel çabalarıyla bu konudaki açıkları kapatmaya çalıştıkları görülmektedir. Analiz doğrultusunda hem sağlık çalışanlarının kültürel farkındalık eğitimine ihtiyacı olduğu hem de hastaların kültürel ihtiyaçlarının önceden belirlenmesi için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. PTT Modeli'ne göre, kültürel bilgi aşaması, yalnızca bireysel çabalarla değil, kurumsal eğitim ve rehberlik mekanizmalarıyla desteklenmelidir (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Bulgular, kültürel bilgi edinme sürecinin sistematik bir yaklaşım gerektirdiğini ve hem sağlık çalışanları hem de hastalar için daha yapılandırılmış bir model oluşturulması gerektiğini göstermektedir.

5.1.3. Hemşirelerin kültürel kaynaklı hasta davranışlara yönelik tutum ve müdahale biçimleri

Kontrol grubundaki hemşireler, bazı kültürel davranışlara karşı önyargılı olabildiklerini, ancak hasta bakım süreçlerinde profesyonel bir tutum sergilemeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, bazı kültürel taleplerin sağlık hizmeti sunumunun gerekleriyle çelişebileceği ve bu gibi durumlarda hasta ve hasta yakınlarına açıklayıcı bilgiler verilerek yönlendirme yapmaya çalışıldığı ifade edilmiştir. Bu yaklaşım, PTT Modeli'nde tanımlanan kültürel duyarlılığın sadece bilgi değil; empati, esneklik ve anlayış temelli olması gerektiği görüşüyle örtüşmektedir (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Ancak, kontrol grubundaki hemşirelerin bazı kültürel uygulamalara karşı daha katı ve sınırlı bir tutum içinde oldukları görülmüştür. Bu durum, kültürel duyarlılığın gelişmesi için sadece bilgi edinmenin yeterli olmadığını; değerlerin içselleştirilmesi ve hasta ile duyarlı iletişim kurulması gerektiğini göstermektedir.

Müdahale grubundaki hemşireler ise, hasta ve hasta yakınlarının kültürel taleplerine karşı daha esnek bir yaklaşım benimsediklerini ifade etmişlerdir. Kültürel farklılıkları gözlemleyerek ve empati kurarak yaklaştıklarını, ancak bazı kültürel uygulamaların sağlık açısından risk taşıması durumunda bilgilendirici bir tutum sergilediklerini ifade etmişlerdir. Bazı hemşireler ise, belirli kültürel pratikleri anlamakta zorlandıklarını ve bu konuda zaman zaman iletişim problemleri

yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu gruptaki hemşireler, kültürel farklılıkları daha iyi anlamak için empati kurmanın önemli olduğunu, ancak hasta bakım süreçlerinde zaman baskısı nedeniyle bu farkındalığın her zaman gösterilemediğini belirtmişlerdir. Literatürde hemşirelerin farklı kültürden hastalara bakım verirken yoğun iş yükü, dil engeli ve geleneksel uygulamalar nedeniyle tükenmişlik ve yetersizlik duyguları yaşadıkları belirtilmektedir. Özellikle mülteci gebe ve lohusalarda erkek sağlık personeline karşı gösterilen direnç, muayene için izin verilmemesi gibi durumların bakım sürecini zorlaştırdığı ifade edilmektedir (Artuğ-Cansızlar & Dağ, 2022). Çalışmamızda da benzer şekilde, bazı hemşirelerin hastaların kültürel uygulamalarına, sağlığı riske atmadığı sürece izin verdikleri, ancak ısrarcı talepler karşısında bilinçli ve duyarlı bir yaklaşım sergilemeye çalıştıkları görülmüştür.

Farklı dilden ve kültürden gelen hastalara bakım vermek, hemşirelerde dil kaynaklı iletişim engellerine bağlı olarak artan gözlem ihtiyacı, bakım süresinin uzaması ve iş yükünün artması gibi olumsuzluklara yol açmaktadır. Bu durumun kültürel duyarlılık üzerinde baskı oluşturduğu, zamanla empatik tutumların yerini isteksizlik ve çekingenliğe bıraktığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, bu koşullarda çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun kültürel etkileşimi stres verici bulduğu, yalnızca küçük bir kısmının bu etkileşimden memnuniyet duyduğu belirtilmektedir (Artuğ-Cansızlar & Dağ, 2022). Kültürel duyarlılığın ancak hastayla empatik iletişim kurmak, beden diline dikkat etmek, hastaya saygı göstermek, güven ilişkisi oluşturmak ve bireysel farklılıkları tanımakla mümkün olduğu vurgulanmaktadır (Narayan & Mallison, 2021). Çalışmamızda da hemşirelerin güven ilişkisi kurmanın önemine vurgu yaptığı; göz teması, dikkatli dinleme, sabır ve empati gibi stratejilerle hasta ile bağ kurmaya çalıştıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte, dil bariyerleri ve kültürel değerler arasındaki farkların zaman zaman bu güvenin oluşmasını zorlaştırdığı görülmektedir. Kültürel etkileşimde özenli ve saygılı davranmanın kültürel duyarlılığı artırdığı ve duygular ile empati düzeyinin kültürel duyarlılık üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu ifade edilmektedir (Altundal-Biyal vd., 2018). Çalışmamızda da benzer şekilde, hemşirelerin empati duygusu ile kültürel duyarlılıkları arasında güçlü bir bağ olduğu ifade edilmiştir. Empati düzeyi yüksek hemşirelerin kültürel farklılıklara daha saygılı oldukları, etkileşime açık davrandıkları ve iletişimde daha özgüvenli oldukları literatürde de gösterilmektedir (Kürtüncü vd, 2018).

Özetle, müdahale grubundaki hemşirelerin farklı kültürlerden gelen hastalarla iletişim kurma konusunda daha istekli ve duyarlı oldukları, ancak iş yükü ve zaman baskısı gibi sistemsel faktörlerin kültürel duyarlılığı uygulamada sınırladığı görülmektedir. Bu bulgular, kültürel duyarlılığın yalnızca bireysel bir yetkinlik değil, aynı zamanda organizasyonel destek ve uygun çalışma koşulları ile sürdürülebilir hale gelebileceğini göstermektedir. PTT Modeli bağlamında değerlendirildiğinde (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006), kültürel duyarlılık hasta merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olup, sistematik eğitim, empati geliştirme ve yapısal destek mekanizmaları ile güçlendirilmelidir.

5.1.4. Hemşirelerin somut kültürel deneyimleri

Kontrol grubundaki hemşireler, kültürel farkındalıklarını çoğunlukla deneyim yoluyla geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak bu süreçte çeşitli zorluklar yaşadıklarını, özellikle dil bariyeri, hasta ve hasta yakınlarının beklentileri gibi faktörlerin kültürel etkileşimi zorlaştırdığını belirtmişlerdir. Bu durum, PTT Modeli'nde tanımlanan kültürel yetkinliğin yalnızca farkındalıkla sınırlı kalmaması, etkili iletişim becerileri ve kültürler arası bakım uygulama yeteneğini de içermesi gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Bulgularımız, kontrol grubundaki hemşirelerin kültürel bilgileri pratikte uygulamakta zorlandığını ve bu nedenle kültürel yetkinlik düzeylerinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Müdahale grubundaki hemşireler ise kültürel etkileşimlerini genellikle olumlu bir şekilde değerlendirmiş, ancak zaman zaman hastaların farklı kültürel pratiklerine anlam vermekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle kültürel çeşitliliğin fazla olduğu hastanelerde çalışan hemşireler bu süreçte hem olumlu hem de olumsuz deneyimler yaşadıklarını, ancak zamanla daha bilinçli ve duyarlı hale geldiklerini dile getirmişlerdir. PTT Modeli'ne göre kültürel yetkinliğin gelişimi, doğrudan deneyim ve sürekli öğrenme süreciyle mümkündür (Papadopoulos, 2003; Papadopoulos, 2006). Müdahale grubundaki hemşirelerin de benzer şekilde bu süreci bir öğrenme ve gelişim fırsatı olarak değerlendirdiği görülmektedir. Literatürde de kültürel farklılıkların belirlenmesinin hemşirelik uygulamalarında olumlu sonuçlar sağladığı, ancak bilgi eksikliği, hijyen anlayışındaki farklılıklar, dini uygulamalar ve hastaların bakım sürecine katılım göstermemesi gibi etkenlerin kültürel bakım sürecini zorlaştırdığı

ifade edilmektedir (Anto'n-Solanas vd, 2021; Çal, Çavuşoğlu & Aydın Avcı, 2022; Savcı & Şerbetçi, 2019).

Bazı araştırmalar, meslekte geçirilen sürenin kültürel duyarlılığı artırabileceğini, en az 5 yıllık mesleki deneyimin bu açıdan olumlu katkılar sağladığını ortaya koymaktadır (Herrero-Hahn vd., 2019; Korkmaz vd., 2022; Lin vd., 2015; Tanrıverdi vd., 2019). Ancak bazı bulgular, mesleki kıdemin tek başına kültürel duyarlılık üzerinde belirleyici olmadığını ve asıl gelişimin doğrudan deneyimle karşılaşma ve bilinçli öğrenme süreçleriyle mümkün olduğunu göstermektedir (Çal, Çavuşoğlu & Aydın-Avcı, 2022; Kürtüncü vd., 2018). Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da hemşirelerin doğrudan hasta temasının ve bilinçli öğrenme çabalarının kültürel zekâ ve yeterliliklerinin gelişiminde daha belirleyici olduğu görülmektedir. Klinik öncesi eğitimlerin kültürel yeterliliğe katkı sunduğu; ancak klinik deneyimlerin bu yeterliliği kalıcı hale getirdiği de vurgulanmaktadır (Mula vd., 2023; Khongsamai & Intarakamhang, 2020).

Ayrıca, hemşirelerin farklı dil konuşan hastalarla iletişim kurarken hastaların dilinden bazı temel kelimeleri öğrenmeye çalıştıkları ve kültürel yapılarına dair bilgi edinme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Kaya vd., 2021). Çalışmamızda ise hemşirelerin bu süreci genellikle o dili bilen meslektaşlardan destek alarak ya da çeviri uygulamaları kullanarak yürüttükleri, bu çabanın kültürel duyarlılık gösterme sürecinin bir parçası olarak değerlendirildiği gözlemlenmiştir. Farklı kültürlerle etkileşimin, hemşirelerin kültürel yeterliliklerini artırdığı ve daha saygılı, etkin bir sağlık hizmeti sunmalarına katkı sağladığı da literatürde vurgulanmaktadır (Durna & Altay, 2023; Emul-Güner & Dönmez-Çokan, 2024). Çalışmamızda da benzer şekilde, farklı kültürlerle etkileşime giren hemşirelerin hem kendi yeterliliklerini geliştirdikleri hem de daha etkin ve saygılı bir sağlık hizmeti sundukları tespit edilmiştir.

Özetle, hemşirelerin kültürel yeterliliği geliştirmelerinde birebir deneyimlerin, gözlem yapmanın ve aktif kültürel etkileşimlerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Kontrol grubundaki hemşirelerin kültürel farkındalıklarının uygulamada yeterince etkili olamadığı, buna karşın müdahale grubundakilerin zamanla deneyimle gelişim gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçlar, kültürel yetkinliğin yalnızca teorik bilgiyle değil, aynı zamanda doğrudan temas, empati ve öğrenmeye açık bir tutumla desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Literatürle de uyumlu

olarak, kültürlerarası hemşirelikte nitelikli bakımın ancak sürekli öğrenme, deneyim ve duyarlılıkla mümkün olabileceği anlaşılmaktadır.

5.2. Hemşirelerin Kültürel Zeka ve Yeterlilikleri

5.2.1. Kitapların hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi

Edebi eserler duygusal etkisi ve içerdiği kültürel çeşitlilik sayesinde bireylerin hem kendilerine hem de içinde yaşadıkları topluma dair anlayışlarını derinleştirmelerine katkı sağlamaktadır (Suvilehto, 2019). Çalışmamızda Hüseyin Rahmi Gürpınar'ın "Hakka Sığındık" kitabı üzerinden, salgın dönemlerinde halkın batıl inançlara yönelimi, sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar ve modern tıp ile geleneksel inanışlar arasındaki çatışmaların ele alınması sağlanmıştır. Gürpınar'ın eseri, kitabı okuyan hemşirelerin kültürel çeşitliliğin hemşirelik uygulamalarında nasıl bir farkındalık gerektirdiğini ve halk sağlığında eğitimin önemini kavramalarını sağlamıştır. Lüset Kohen Fins'in "Şarlatan" kitabının okunmasıyla, farklı kültürlerdeki deneyimlerin ve bireysel önyargıların sorgulanması sağlanmış; ayrıca kültürel çeşitliliğin, gezi ve deneyimlerle nasıl zenginleştiği vurgulanmıştır. Reşat Nuri Güntekin'in "Salgın & Madalyonun Ters Tarafı" kitabı üzerinden ise, toplumsal eşitsizlik, bürokratik yetersizlik, geleneksel ile modern tıp arasındaki çatışmalar ve kültürel mirasın aktarımı ele alınmıştır.

Bulgular, kültürel farkındalık, empati geliştirme, sağlık hizmetlerinde yönetimsel ve yapısal eksiklikleri fark etme gibi alanlarda kitapların önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde, özellikle gelişimsel bibliyoterapinin bireylerin karşılaştıkları zorluklara dair kavrayışlarını geliştirdiği ve bu süreçte hem duygusal hem de sosyal anlamda büyümeyi desteklediği ifade edilmektedir (Suvilehto, 2019). Özellikle katılımcılar, kitapların farklı kültürlerle karşı anlayışlarını artırdığını ve önyargılarla başa çıkmada önemli bir araç olduğunu belirtmiştir. Bu da Suvilehto'nun belirttiği gibi, kitaplar aracılığıyla bireylerin benzer sorunlarla yüzleşen karakterler üzerinden kendileriyle özdeşleşme kurarak çözüm üretmeye yönelik içgörü kazanabileceklerini göstermektedir (Suvilehto, 2019). Katılımcıların ifadeleri, kültürel çeşitliliğin sağlık hizmetlerinde bir zenginlik olarak görülmesi gerektiğini desteklemektedir. Bu durum, Suvilehto'nun "edebi anlatıların bireyde empati ve anlayış geliştirmeyi desteklediği" yönündeki görüşüyle de örtüşmektedir (Suvilehto, 2019). Çalışmada elde edilen bulgular, ayrıca kitapların mesleki deneyimlere katkı

sağladığını ve sağlık hizmetlerine yönelik algıyı değiştirdiğini ortaya koymuştur. Örneğin, bazı katılımcılar mülteci hastalarla iletişimde yaşadıkları zorlukları fark ettiklerini belirtmişlerdir. Bu tür farkındalıkların kazanılması, kitaplar aracılığıyla duygusal güvenliğin sağlandığı bir ortamda, bireyin gelişimsel olarak desteklenmesine katkı sağlayabilir (Suvilehto, 2019). Sağlık hizmetlerindeki yapısal sorunlara ilişkin bulgular, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin devam ettiğini göstermektedir. Katılımcılar, özellikle kırsal bölgelerde tıbbi malzeme ve personel eksikliği gibi sorunlara değinmişlerdir. Pandemi sürecinde yaşanan sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar da katılımcılar tarafından dile getirilmiş ve bu süreçte kültürel inançların sağlık davranışlarını etkilediği gözlemlenmiştir.

5.2.2. Hikayelerin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi

Okunan kültürel hikayelerin, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerini geliştirdiği, mesleki gelişimlerini ve iş birliği becerilerini artırdığı görülmüştür. Hikayeler, hemşirelerin kültürel çeşitliliğe duyarlı bir şekilde bakım sunmalarını, empati kurmalarını ve etkili iletişim geliştirmelerini teşvik etmektedir. Çeşitli kültürel inançların sağlık hizmetlerine etkisini anlamak, hemşirelerin tedavi sürecinde daha bilinçli hareket etmelerini sağlamaktadır. Ancak, bu konuda eğitimlerin yaygınlaşması ve daha fazla destek sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışma saatleri, hasta sayısının fazlalığı gibi pratik zorluklar, hemşirelerin kültürel duyarlılık gösterme konusunda karşılaştıkları engelleri oluşturmaktadır. Ancak, bu engellerin üstesinden gelinmesi için iş gücü artırımı ve zaman yönetimi gibi çözüm önerilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Kültürel inançların sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ile modern tıbbın önemi arasında bir denge kurulması gerektiği belirtilmiştir. Hemşirelerin kültürel inançlara saygı göstererek, modern tıbbi yaklaşımları hastalarla paylaşımlarının önemi vurgulanmıştır. Sonuç olarak, hikayelerin hemşirelerin iletişim, empati, kültürel duyarlılık ve iş birliği konularındaki becerilerini geliştirdiği, ancak daha fazla eğitim ve destekle bu süreçlerin daha verimli hale gelebileceği düşünülmektedir. Kültürel farkındalık, hemşirelerin bakım kalitesini artırarak, hasta güvenliğini sağlama konusunda önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır.

5.2.3. Filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi

Genel olarak, izlenen filmin hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerini artırmada önemli bir katkı sağladığı belirlenmiştir. Film, toplumsal eşitsizliklerin ve

kültürel normların sağlık hizmetlerine olan etkisini görünür kılarak, hemşirelerin daha empatik, duyarlı ve kültürel olarak yetkin bir yaklaşım geliştirmelerine yardımcı olmuştur. Her ne kadar, medya ve dijital ortamlar aracılığıyla edinilen kültürel bilgilerin kültürel yeterlilik üzerinde anlamlı bir değişim yaratmadığı belirtilmekte olsa da (Yılmaz & Kuğuoğlu, 2023), çalışmamızda kullanılan film materyali, hemşirelerin kültürel zeka ve yeterliliklerinin gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Bu farklılık, kullanılan materyalin içeriği ve sunuluş biçimiyle ilişkili olabilir. Nitekim çalışmamızda izletilen film, farklı kültürel arka planlara sahip bireylerin yaşadığı toplumsal ve sağlıkla ilgili zorlukları gerçekçi bir şekilde yansıtarak, hemşirelerin bu tür durumlara karşı farkındalık kazanmalarına yardımcı olmuştur. Katılımcılar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, çocuk yaşta evlilikler, göçmen bireylerin karşılaştığı sağlık hizmeti erişim sorunları gibi konular üzerinde düşünerek, mesleki rolleri kapsamında kültürel duyarlılık göstermeleri gerektiğini fark etmişlerdir.

Katılımcıların, bu deneyim aracılığıyla ön yargılarını sorguladıkları, empati becerilerini geliştirdikleri ve hasta-hasta yakını ile iletişimde daha duyarlı bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Özellikle göçmen hastalar, farklı etnik gruplar ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerle çalışırken kültürel duyarlılığın önemini anlamışlardır. Bu bağlamda, film gibi görsel ve duygusal etkileşim sağlayan materyallerin hemşirelik eğitiminde kullanılması, kültürel zeka ve yeterlilik gelişimini destekleyen etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Özellikle kültürel duyarlılık eğitimlerinde geleneksel teorik yaklaşımların yanı sıra, deneyimsel öğrenme yöntemleri ile desteklenen interaktif uygulamalar, hemşirelerin hasta bakımında kültürel farkındalık kazanmalarına yardımcı olabilir. Ayrıca literatürde, iletişim becerilerinin kültürel zekâyı artırdığı, kültürlerarası iletişim duyarlılığı yüksek bireylerin farklı kültürden hastalarla daha saygılı bir etkileşim kurabildikleri belirtilmektedir (Erkin & Göl, 2019; Orhan vd., 2024). Bu bilgiler doğrultusunda, görsel materyallerin sağladığı duygusal etkileşim yoluyla iletişim becerilerinin gelişmesi, hemşirelerin kültürel zekâlarını artırmalarında önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızın bulguları da hemşirelerin kültürel açıdan yetkin bireyler olarak yetiştirilmeleri için eğitim programlarında daha fazla uygulamalı ve görsel materyalin kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.2.4. Bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel zeka ve yeterlilikleri üzerindeki etkisi

Kültürel zeka açısından müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark oluşmadığı için bibliyoterapinin bu değişken üzerinde üstün bir etkisi olduğu söylenemez. Kültürel yeterlilik açısından ise müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bir gelişim gösterdiği tespit edilmiş olup, bibliyoterapi uygulamasının kültürel yeterliliği artırmada etkili olduğu söylenebilir. Bu bulgular, bibliyoterapinin bireylerin birbirlerini ve içinde bulundukları dünyayı daha iyi anlamalarına, başkalarının deneyimlerinden öğrenmelerine ve karşılaştıkları sorunlara en uygun çözümleri bulmalarına katkı sağladığını belirten literatürle de örtüşmektedir (Nazi, Ali & Akhouri, 2023).

Bibliyoterapi, bireylerin farklı kültürlere yönelik duyarlılık kazanmalarına, kültürel çeşitliliği anlamalarına ve sağlık hizmetlerinde kültürel farkındalığı artırmalarına yardımcı olmuştur. Bu çalışmada elde edilen nitel veriler, hemşirelerin bibliyoterapi uygulaması sayesinde kültürel zekâlarının farklı bileşenleri üzerinde gelişim gösterdiğini ortaya koymuştur. Hemşireler, farklı kültürel gruplar hakkında bilgi edinme ve kültürlerarası farklılıkları anlama konusunda daha bilinçli hale gelmişlerdir. Özellikle "Kültürel farklılıkları kabul etmek ve saygı duymak" teması altında toplanan veriler, hemşirelerin kültürler arası bilgilerini artırdıklarını ve bu bilgileri hasta bakım süreçlerine entegre etme konusunda daha istekli olduklarını göstermektedir. Bu durum, gelişimsel bibliyoterapinin bireylere yaşamla ilgili sorunları tanıma, başkalarıyla paylaşma ve çözüm üretme becerileri kazandırdığına dair literatürle paralellik göstermektedir. Nitekim yapılandırılmış bibliyoterapi uygulamaları, bireylerin karşılaştıkları kültürel ve sosyal sorunlara yönelik farkındalık geliştirmelerinde etkili araçlar sunmaktadır (Sharma, 2023). Bibliyoterapi süreci, hemşirelerin kendi önyargılarını sorgulamalarını ve farklı kültürel perspektifleri anlamaya yönelik bir iç değerlendirme yapmalarını sağlamıştır. Özellikle "Önyargıların kırılması ve bakış açısında değişim" teması altında elde edilen bulgular, hemşirelerin kültürel farkındalıklarını artırarak hastalara daha tarafsız bir şekilde yaklaşımlarına katkı sağladığını göstermektedir. Bu bağlamda, okuma materyalleriyle desteklenen gelişimsel bibliyoterapi uygulamaları, bireylerin kendi iç dünyalarına dair içgörü geliştirmelerine ve tehdit edici olmayan bir ortamda kültürel farklılıklara karşı tutumlarını yeniden değerlendirmelerine imkân tanımaktadır (Sharma, 2023).

Çalışma, hemşirelerin empati becerilerinde belirgin bir gelişim sağladığını göstermektedir. Özellikle hasta bakımında empati kurma ve hastaların kültürel inançlarını göz önünde bulundurma konusunda daha bilinçli hale geldiklerini belirten hemşireler, “Mesleki gelişim ve hasta ilişkileri” temasında öne çıkan ifadelerle bu kazanımı doğrulamaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin empati becerilerinde gözlemlenen gelişim, yürütülen başka bir araştırmanın kültürel zekâ ve yeterliliğin geliştirilebilmesinde “hastalara odaklanma”, “karşılıklı güven oluşturma”, ve “gerekli hassasiyetin gösterilmesi” gibi unsurların önemine dair bulgularıyla örtüşmektedir (Majda vd., 2021). Hemşirelerin hasta bakımında kültürel inançlara duyarlılık göstermesi, olumlu tutum sergilemeleri ve empati kurmaları bu doğrultuda anlam kazanmaktadır. Kültürel farklılıklara duyarlı sağlık hizmeti sunma noktasında hemşirelerin davranışsal değişimler gösterdikleri de bulgularla desteklenmektedir. Özellikle, "Hasta ile iletişim kurma çabası" ve "Hastaların inançlarıyla uyumlu alternatif yaklaşımlar geliştirme" temaları, hemşirelerin hasta bakımında kültürel duyarlılıklarını artırarak davranışlarını bu yönde geliştirdiklerini göstermektedir. Nitekim iletişim becerilerinin kültürel zekâyı artırdığı belirtilirken, kültürlerarası iletişim duyarlılığı yüksek bireylerin hasta etkileşiminde daha saygılı davranabildiği ifade edilmektedir (Erkin & Göl, 2019; Orhan vd., 2024).

Bu çalışmada elde edilen nicel veriler ise, müdahale grubunda yer alan hemşirelerin kültürel zeka düzeylerinde anlamlı bir artış ortaya koymuştur. Benzer şekilde, kontrol grubunda da kültürel zeka puanlarında anlamlı bir artış meydana gelmiştir. Ancak, müdahale ve kontrol gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, bibliyoterapi uygulamasının kültürel zeka gelişimine katkı sağladığını ancak kontrol grubundaki diğer faktörlerin de kültürel zeka üzerinde benzer bir etki yaratmış olabileceğini düşündürmektedir. Kontrol grubunda gözlenen artış, belki de çalışmaya katılım sürecinin, farkındalık kazandırma veya bireysel öğrenme fırsatları sunmasıyla açıklanabilir.

Çalışmanın nitel bulguları, bibliyoterapinin hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Hemşireler, farklı kültürel değerleri anlama ve kültürel çeşitliliğe karşı duyarlılık geliştirme konusunda önemli bir ilerleme kaydetmiştir. “Kültürel duyarlılığın sağlık hizmetine katkısı” teması altında toplanan ifadeler, hemşirelerin bu süreçte kendi kültürel önyargılarını

sorguladıklarını ve daha bilinçli bir sağlık hizmeti sunma eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır. Literatürde belirtildiği gibi, kültürel zekâ ve kültürel duyarlılık birbiriyle pozitif ilişkili kavramlardır (Durna & Altay, 2023); bu çalışmada da bu ilişkinin somut örnekleri gözlenmiştir.

Bibliyoterapi süreci, hemşirelerin farklı kültürel gruplar hakkında bilgi edinmelerini teşvik etmiştir. “Bilgi artışı ve merakın gelişmesi” teması altında toplanan ifadeler, hemşirelerin kültürel farklılıkları daha fazla araştırma gereği duyduklarını göstermektedir. Bu bulgu, literatürdeki diğer araştırmaların kültürlerle ilgili eğitimlerin önemine dair vurgularıyla örtüşmektedir (Anto’n-Solanas vd., 2021; Cruz vd., 2007). Ayrıca, kültürel yeterliliğin hata yapma korkusu da dahil olmak üzere bir öğrenme süreci olarak değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Narayan & Mallison, 2021). Hemşireler, bibliyoterapi süreci sonunda hasta bakımında kültürel duyarlılığı daha fazla dikkate aldıklarını ve kültürel farklılıklara yönelik bakım yaklaşımlarını geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Özellikle “Güven inşasının tedavi sürecine uyumu artırması” teması, kültürel yeterliliğin hasta bakım süreçlerine nasıl olumlu yansıdığını göstermektedir. Hemşireler, farklı kültürlerden hastalarla etkileşime girme ve kültürel farklılıklara uygun bakım sunma konusunda daha bilinçli hale gelmişlerdir. Bibliyoterapi uygulamaları, hemşirelerin bu tür kültürel karşılaşmalara yönelik tutumlarını olumlu yönde değiştirmiştir. Farklı kültürden hastalara bakım vermenin kültürel zekâyı artırdığı belirtilirken, kültürlerarası temasın ve dijital ortamlardaki etkileşimlerin bu sürece katkı sağladığı gösterilmiştir (Güngör vd., 2023; Majda vd., 2021). Bibliyoterapi ile sağlanan içerik temelli deneyim, hemşirelerin bu tür temasları zihinsel düzeyde gerçekleştirmelerine imkân tanımıştır.

Çalışmanın nicel bulguları ise, müdahale grubundaki hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerinin ön testten son teste anlamlı bir şekilde arttığını göstermektedir. Kontrol grubunda da kültürel yeterlilik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür. Ancak, müdahale grubunun son test puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, bibliyoterapi uygulamasının kültürel yeterlilik gelişimi üzerinde etkili olduğunu ve müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla daha büyük bir gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bibliyoterapinin, bireylerin farklı kültürel bağlamlara dair empati geliştirilmesine, kültürel farkındalık kazanılmasına ve kültürel etkileşimde kendine güven duyulmasına katkı sağladığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, hemşirelerin kültürel zekâ ve yeterliliklerinin geliştirilmesinde gelişimsel bibliyoterapi uygulamasının etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma, hem nitel hem de nicel aşamalardan oluşmuş ve elde edilen veriler bütüncül bir şekilde yorumlanmıştır.

Nitel aşamanın bulguları, hemşirelerin kültürel bakım süreçlerinde karşılaştıkları deneyimlerin, kültürel farkındalık ve yeterlilik gelişimine katkıda bulunduğunu, ancak bu gelişimin büyük oranda bireysel çaba ve deneyime dayalı gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Katılımcılar, kültürel bakım konusunda formel eğitim eksikliği yaşadıklarını, dil bariyerleri, kurumsal kısıtlamalar ve rehberlik eksikliği nedeniyle bu alanda zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bibliyoterapi sürecinde kullanılan kitap, hikâye ve filmler, hemşirelerin kültürel farkındalıklarını ve empati becerilerini artırarak, kültürel çeşitlilikle ilgili farkındalıklarını derinleştirmiştir.

Nicel aşamanın bulguları ise, bibliyoterapi uygulamasının hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerini anlamlı düzeyde artırdığını göstermiştir. Ancak kültürel zekâ düzeylerinde, müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, kültürel zekâ gelişiminin daha uzun süreli, çok yönlü ve çeşitli stratejilerle desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bibliyoterapi uygulamasında kullanılan içeriklerin, hemşirelerin kültürel inançlar, sağlık pratikleri ve hasta bakım süreçleriyle ilgili farkındalıklarını artırdığı; önyargılarını sorgulamalarına, empati geliştirmelerine ve iletişim becerilerini güçlendirmelerine katkı sunduğu tespit edilmiştir. Özellikle filmlerin duygusal ve görsel etkisiyle hemşirelerde daha derin bir farkındalık oluşturduğu ve kültürel çeşitliliğe yönelik duyarlılığı artırdığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, bibliyoterapinin kültürel yeterlilik geliştirmede etkili bir yöntem olduğu, ancak kültürel zekâ gelişimi açısından tek başına yeterli olmayabileceği ve bu alanda farklı eğitim ve gelişim yöntemleriyle desteklenmesi gerektiği anlaşılmıştır.

Bu araştırmanın bulguları doğrultusunda, kültürel bakımın geliştirilmesi ve hemşirelerin kültürel zekâ ile yeterliliklerinin artırılması amacıyla aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- Çalışmanın hem nitel hem de nicel bulguları, kültürel bakım uygulamalarında formel eğitim eksikliğini ve bireysel çabalara dayalı gelişimi ortaya koymuştur. Bu nedenle, hemşirelerin kültürel yeterlilik ve zekâ düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitimler; vaka tartışmaları, simülasyonlar ve grup çalışmaları gibi uygulamalı yöntemlerle desteklenerek periyodik ve zorunlu eğitim programları şeklinde sunulmalıdır.
- Hemşirelerin kültürel bakım süreçlerinde yönlendirici kaynak eksikliği yaşadıkları nitel bulgularla tespit edilmiştir. Bu nedenle, farklı kültürel özelliklere sahip hasta gruplarına yönelik rehberler ve standart bakım protokolleri oluşturularak hemşirelerin klinik uygulamalarda bu kaynaklardan etkin şekilde yararlanmaları sağlanmalıdır.
- Nitel bulgular, bireysel çabaların yetersiz kaldığını ve kültürel bakımın kurumsal bir sorumluluk olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle kurumsal düzeyde kültürel bakım politikaları oluşturulmalıdır.
- Hemşirelerin lisans eğitimlerinde bu konunun yüzeysel ele alındığı ve meslek hayatında öneminin fark edildiği bulgularla ortaya konmuştur. Hemşirelik müfredatına kültürlerarası hemşirelik dersleri zorunlu olarak entegre edilmelidir.
- Hemşirelerin mesleki ve kültürel gelişimlerine katkı sağlamak için kitap, hikâye ve film gibi materyallerden yararlanılan bibliyoterapi uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde çalışan bireylerin kültürel çeşitlilik, empati ve mesleki farkındalıklarını artırmak amacıyla amaçlı / temalı kitap ve hikâye okuma alışkanlıkları teşvik edilmelidir.
- Kültürel çeşitlilik, toplumsal eşitsizlikler ve farklı kültürel bağlamlarda yaşanan zorluklara yönelik farkındalık oluşturmak amacıyla film ve benzeri görsel materyallerden eğitim süreçlerinde daha fazla yararlanılmalıdır.
- Nitel bulgular, hasta ihtiyaçlarının sistematik biçimde belirlenemediğini, hemşirelerin gözlem yoluyla sınırlı bilgi edindiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, hastaların kültürel ihtiyaçlarının sistematik biçimde belirlenebilmesi için klinik uygulamalarda kullanılacak standart bir değerlendirme aracı hazırlanmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

- Nitel bulgulara dil bariyeri hemşirelerin yaşadığı en önemli sorunlardan biri olarak öne çıkmıştır. Bu nedenle, profesyonel tercüman desteğı ve alternatif iletişim materyalleri kullanılmalıdır.
- Nitel bulgular, hemşirelerin bireysel deneyimlerle yol aldıklarını, ancak meslektaş iş birliğı ve vaka paylaşımı için yeterli ortam olmadığını göstermiştir. Deneyim paylaşımına yönelik mesleki iş birliğı ve platformlar kurulmalıdır.
- Son olarak, sağık politikaları ve eğitim içeriklerine yön vereceğinden kültürel bakım uygulamalarında karşılaşılan güçlükler ve iyi uygulama örneklerini belgeleyen bilimsel çalışmalar teşvik edilmelidir.



7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abualhaija, N. (2021). *Clarifying cultural competence in nursing: a concept analysis approach*. Journal of Cultural Diversity, 28(1), 3-14.
- Altundal-Biyal, N., Aybaraz, E., & Koç, E. (2018). Medikal turizmde duygusal zeka ve kültürel duyarlılık. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 52-70.
- Amiri R., & Heydari, A. (2017). *Nurses' experiences of caring for patients with different cultures in Mashhad, Iran*. Iranian Journal of Nursing Midwifery Research, 22(3), 232-236. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.208156>.
- American Nurses Association (ANA). (1893). *Florence Nightingale Pledge*. Retrieved 12.05.2023 from <https://web.archive.org/web/20160823053016/http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/History/FlorenceNightingalePledge.html>
- American Nurses Association (ANA). (2023). *What is nursing?* Retrieved 27.03.2023 from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
- Ang, S., Van Dyne, L., Koh, C., Ng, K. Y., Templer, K. J., Tay, C., & Chandrasekar, N. A. (2007). *Cultural intelligence: its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance*. Management and Organization Review, 3, 335-371. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8784.2007.00082.x>
- Antón-Solanas, I., Tambo-Lizalde, E., Hamam-Alcober, N., Vanceulebroeck, V., Kalkan, I., Kömürcü, N., Coelho, M., Coelho, T., Nova, A. C., Cordeiro, R., Sagarra-Romero, L., Subirón-Valera, A. B., & Huércanos-Esparza, I. (2021). *Nursing students experience of learning cultural competence*. Plos One, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259802>.
- Artuğ-Cansızlar, G., & Dağ, K. B. (2022). *Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükler*. Dünya İnsan Bilimleri Dergisi, 2, 53-72. <https://doi.org/10.55543/insan.1073747>
- Aslan, S., & Kizir, Z. (2019). *Bir hastanede çalışan hemşirelerin kültürel duyarlılıkları ile kültürel zekaları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6, 115-120. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.527215>
- American Holistic Nurses Association (AHNA) (2023). *What Is AHNA?* Retrieved 17.06.2023 from <https://www.ahna.org/Resources/Publications/PositionStatements/What-is-Holistic-Nursing>.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Atalla, A. D. G., & Elseesy, N. A. (2023). *Cultural intelligence and professional competencies among nurses: a cross-sectional study*. Alexandria Scientific Nursing Journal, 25(1), 151-164.
- Avcı, S., & Demir, E. (2023). *The relationship between intercultural communication apprehension and xenophobia in health workers*. Euroasia Journal of Social Sciences & Humanities, 10(30), 1-15. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7757196>
- Aydogdu, A. L. F. (2022). Cultural competence of Turkish nurses and nursing students: An integrative literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(4), 529-541. <https://doi.org/10.1177/10436596211062938>
- Baksi, A., Sürücü, H. A., & Duman, M. (2019). *Hemşirelik öğrencilerinin kültürler arası duyarlılıkları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*. Journal of Academic Research in Nursing, 5(1), 31-39.
- Bal, F. (2018). *Bibliyoterapi uygulamasının depresyon üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi*. Journal of Social and Humanities Sciences Research, 5(24), 1630-1640.
- Bal, F. (2020). Bibliyoterapi. Akademisyen Kitapevi.
- Başlı, M., Bekar, M., & Civelek, İ. (2018). *Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve ‘‘kültürel yeterlilik süreci modeli’’ni anlamak*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/554671>
- Bayık-Temel, A. (2008). *Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), 92-101. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29413>
- Berber, M. A., & Oskay, M. (2019). *Perinatolojiye özgü transkültürel hemşirelik modelleri*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2, 45-50. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1010261>
- Buldur, E., Yıldırım, Y., & Aykar-Şenuzun, F. (2023). *İntegral hemşirelik teorisi ve yenidoğan yoğun bakımlarda uygulanan non-farmakolojik yöntemlere teorinin entegre edilmesi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8, 221-227. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2384739>
- Bulduk, S., Usta, E., & Dincer, Y. (2017). *Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 73-77.
- Buran, G., Başoğlu, M., & Cindaş, P. (2023). *Yabancı uyruklu öğrencilerin kültürel özellikleri, kadın sağlığı ve sağlık hizmeti alımı ilişkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 16(1), 51-62.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Ceylantekin, Y., & Öcalan, D. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinin kültürel farkındalığı ve kültürlerarası hemşirelik dersine yönelik düşünceleri*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 45-53.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *History of 1918 flu pandemic*. Retrieved 06.07.2023 from <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>
- Chin-Lu, N., Mastel-Smith, B., Danita, A., & Yu-Hua, L. (2015). *Cultural competence and related factors among Taiwanese nurses*. Journal of Nursing Research, 23(4), 252-261. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000097>
- Choi, J. S., & Kim, J. S. (2018). *Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students*. Nurse Education in Practice, 29, 159-162. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.01.007>
- Coşkun-Erçelik, H., & Çamlıca, T. (2022). *An evaluation of Turkish nurses' cultural intelligence levels and intercultural communication apprehension*. Journal of Transcultural Nursing, 33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10436596221086600>
- Creswell, J. W. (2021). Karma yöntem araştırmalarına giriş. Pegem Akademi.
- Cresswell, J. W., & Plano-Clark, V (2011). Designing and conducting mixed methods research (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Cruz, J. P., Alquwez, N., Cruz, C. P., Felicilda-Reynaldo, R. F. D., Vitorino, L. M., & Islam, S. (2007). *Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia*. International Nursing Review, 64, 215-223.
- Çağlar, S., & Bilgili, N. (2020). *Transcultural nursing care in Turkey*. Florence Nightingale Journal of Nursing, 28, 110-123. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2020.18008>
- Çal, A., Çavuşoğlu, F., & Aydın-Avci, İ. (2022). *Hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken yaşadıkları sorunlar ve çözüme yönelik öneriler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15, 197-206. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.804655>
- Çam, O. M., & Uğuryol, M. (2019). *Ruhsal hastalıktan iyileşmeye kültürel etki*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11, 55-64. <https://doi.org/10.18863/pgy.391783>
- Çınar, F., & Eti-Aslan, F. (2017). *Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi*. JAREN, 3, 37-42. https://jag.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN_3_1_37_42.pdf

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Degrie, L., Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., & Denie, Y. (2020). *Can you please hold my hand too, not only my breast? The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium*. Plos One, 15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236008>
- Demir, G. (2022). *Tarihsel süreçte bibliyoterapi ve kütüphanelerin bu süreçteki yeri*. Bilgi Yönetimi Dergisi, 5, 302-321. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2418523>
- Doğan, S., & Karakuş-Uysal, Ş. (2020). *Kültürel zekâ: tanımsal, yapısal ve ilişkisel bir inceleme çalışması*. İş ve İnsan Dergisi, 7, 147-169. <https://doi.org/10.18394/iid.688722>
- Dur, Ş., Göl, İ., Erkin, Ö., & Yıldız, N. U. (2022). *The effect of moral intelligence on cultural sensitivity in nurses*. Perspectives in Phychiatric Care. <https://doi.org/10.1111/ppc.13077>
- Durna, N., & Altay, B. (2023). *Hemşirelerin kültürel zekalarının kültürlerarası duyarlılıklarına etkisi: yoğun bakım örneği*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 25.
- Duzcu, T., & Özel, Y. (2023). *Konjenital kalp hastalığı olan farklı kültürden bir öğrencinin Madeleine Leinenger Modeline göre değerlendirilmesi: olgu sunumu*. 2nd International Conference on Innovative Academic Studies, 1-5. <https://as-proceeding.com/index.php/icias/article/view/5/2>
- Emul-Güner, T., & Dönmez-Çokan, C. (2024). *Hemşirelerin kültürel zekâ düzeylerinin değerlendirilmesi*. Journal of Health Sciences Institute, 9, 9-14.
- Erkin, Ö., & Göl, İ. (2019). *Association between cultural intelligence and cultural sensitivity in nursing students: A cross-sectional descriptive study*. Collegian, 26, 485-491. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.colegn.2018.12.007/>
- Farokhzadian, J., Nematollahi, M., Dehghan Nayeri, N., & Faramarzpour, M. (2022). *Using a model to design, implement, and evaluate a training program for improving cultural competence among undergraduate nursing students: a mixed methods study*. BMC Nursing, 21(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00849-7>
- Fuentes, M., & Lent, K. (2019). *Culture, health, function, and participation among American Indian and Alaska native children and youth with disabilities: an exploratory qualitative analysis*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 100, 1688-1694. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6584540/>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). *The Giger and Davidhizar transcultural assessment model*. Journal of Transcultural Nursing, 13. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Göç İdaresi Başkanlığı. (2025). *Yıllara Göre Yakalanan Düzensiz Göçmen Sayısı*. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. <https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler>
- Gönderen-Çakmak, H. S., Özer-Küçük, E., Ağadayı, E., & Kahveci, R. (2020). *Bir araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıkları ve göçmen hastalar ile ilgili görüşleri*. Ankara Medical Journal, 20, 882-894. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.80488>
- Gözüm, S., Tuzcu, A., & Kırca, N. (2016). *Validity and reliability of the Turkish version of the nurse cultural competence scale*. Journal of Transcultural Nursing, 27(5), 487-495. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659615582089>
- Gümüş-Şekerci, Y., & Biçer-Kır, E. (2019). *Cultural sensitivity in immigrant patients' healthcare: how is it perceived by interning medical and nursing students?*. International Journal of Caring Sciences, 12(1), 49-57.
- Güngör, S., Akalın, D., & Avan, H. (2023). *Sağlık alanındaki öğrencilerin kültürel zekâ ve zenofobi düzeyleri*, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 15, 1579-1590.
- Hacıhasanoğlu-Aşıl, R., Hacıhasanoğlu-Arık, S., Yıldırım, A., & Şahin, H. (2023). *Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının bitkisel tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımlarının belirlenmesi: kesitsel bir çalışma*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17, 10-21. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1169238>
- Hémono, R., R, Iyea, B., Scott, J., Khaddaj, S., Douka, A., & Wringe, A. (2018). *The needs have clearly evolved as time has gone on.: a qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of syrian refugees in greece following the 2016 european union-turkey agreement*. Conflict and Health, 12, 24.
- Herrero-Hahn, R., Rojas, J., Montoya-Juárez, R., García-Caro, M. P., & Hueso-Montoro, C. (2019). *Level of cultural self-efficacy of Colombian nursing professionals and related factors*. Journal of Transcultural Nursing, 30, 137-145.
- International Council of Nursing (ICN). (2002). *Nursing definitions* Retrieved 12.05 from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- İlhan, M., & Çetin, B. (2014). *Kültürel zekâ ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29(2), 94-114. <http://efdergi.hacettepe.edu.tr/yonetim/icerik/makaleler/82-published.pdf>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- İnce, S., & Bingöl, S. (2020). *Acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algıları*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 7, 23-30. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.715049>
- Kabakçı-Yurdakul, I., Çolak, C., Dulkadir-Yaman, N. (2021). *Nitel Veri Analizinde Adım Adım NVivo Kullanımı*. Güncellenmiş 2. Baskı. Anı Yayıncılık. Ankara.
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). *Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care*. JONA: The Journal of Nursing Administration, 39(5), 211-219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Karaca, Ş., & Gümüş, N. (2018). *Kültür ve Tüketim*. Gazi Kitabevi.
- Karadağ-Arlı, Ş., Berivan-Bakan, A. (2018). *Cerrahi hemşirelerde merhamet ve kültürlerarası duyarlılığı etkileyen faktörler*. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(4), 277-266.
- Karalar-Cafer, B., Yıldırım, Y., Şenuzun-Aykar, F., & Fadiloğlu, Ç. (2022). *Kültürlerarası hemşirelik modeline göre ölüm sonrası bakım*. Journal of Health Sciences Institute, 7, 244-250. <https://doi.org/10.51754/cusbed.1052153>
- Kaya, D., Aras-Doğan, Ş., & Gölbaşı, Ş. (2021). *Hemşirelerin kültürlerarası bakım verme konusundaki görüş ve deneyimlerinin incelenmesi*. YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2, 111-119.
- Khongsamai, T., & Intarakamhang, U. (2020). *Causal model of cultural competence and behavior among nurses in Thailand's international hospitals*. The Journal of Behavioral Science, 15, 54-69.
- Korkmaz, M., Avcı-Aydın, İ., Duman-Kırmacı, N., Korkmaz, D., & Soyanıt, Ş. (2022). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilikleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11, 1474 - 1483.
- Köksal, Ö., & Taşçı-Duran, E. (2023). *Doğum ağrısının algılanmasında ve yansıtılmasında kültürün etkisinin incelenmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12, 155-166. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.908657>
- Köse-Tosunöz, İ., Akbaş, M., & Öztunç, G. (2021). *Hasta ve hemşirelerin perspektifinden iyi hemşire: nitel bir çalışma*. Lokman Hekim Dergisi, 11, 319-330. <https://doi.org/10.31020/mutfd.868127>
- Kürtüncü, M., Arslan, N., Çatalcamm, S., Yapıcı, G., & Hırçın, G. (2018). *Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıkları ile sosyo-demografik özellikleri ve empati düzeyleri arasındaki ilişkisi*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 20, 44-56.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). *Interpersonal communication in transcultural nursing care in india: a descriptive qualitative study*. Journal of Transcultural Nursing, 32, 310-317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693>
- Leininger, M. (2002). *Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices*. Journal of Transcultural Nursing, 13, 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>.
- Lin, C., Mastel-Smith, B., Alfred, D., & Lin, Y. (2015). *Cultural competence and related factors among Taiwanese nurses*. Journal of Nursing Research, 23(4), 252-261. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000097>
- Lin, H. C. (2016). *Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective*. Journal of Advanced Nursing, 72(5), 1144-1154. https://doi.org/10.1111/jan.12901open_in_new
- Luquis, R. R. (2021). *Integrating the concept of cultural intelligence into health education and health promotion*. Health Education Journal, 80(7), 833-843. <https://doi.org/10.1177/00178969211021884>
- Majda, A., Bodys-Cupak, I. E., Zalewska-Puchała, J., & Barzykowski, K. (2021). *Cultural competence and cultural intelligence of healthcare professionals providing emergency medical services*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(21), 11547. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111547>
- Malibiran, R., Tariman, D. T., & Amer, K. (2018). *Bibliotherapy: appraisal of evidence for patients diagnosed with cancer*. Clinic Journal Oncology Nursing, 22, 377-380. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.377-380>.
- Mcfarland, M. M., & Eipperle, M. K. (2008). *Culture care theory: a proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings*. Contemporary Nurse, 28, 48-63. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.48>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). *Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future*. Journal of Transcultural Nursing, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- McMillen, P., & Pehrsson, D. E. (2010). *Contemporary pupils's literature recommendations for working with preadolescent pupils of divorce*. Journal of Pupils's Literature, 36, 27-34. https://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1117&context=lib_articles

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Meydanlıoğlu, A. (2019). *Kültürogram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerinin planlanması: Olgu sunumu*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 132-140.
- Mula, T., Azuri, P., & Baumann, S. (2023). *Nursing cultural competence in Israel: does practice make it better?* Nursing Science Quarterly, 36, 78-84. <https://doi.org/10.1177/08943184221131968>.
- Narayan, C. M., & Mallison, K. R. (2021). *Transcultural nurse views on culture-sensitive/patient-centered assessment and care planning: a descriptive study*. Journal of Transcultural Nursing, 33. <https://doi.org/10.1177/1043659621104698>
- Nazi, R., Ali, P. M. N., & Akhouri, D. (2023). *Bibliotherapy- use of books for healing: an experiential study to introduce prospective bibliotherapy service in libraries*. Journal of Information and Knowledge, 60(3), 209-215. <https://doi.org/10.17821/srels/2023/v60i3/171030>
- Okumuşoğlu, S. (2019). *Bilişsel bir simülasyon olarak sanat; edebiyat, sinema, bibliyoterapi ve diğer kesişimler*. Current Research in Social Sciences, 5(1), 1-8. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/723592>
- Orhan, İ., Yıldız, E., Ağralı, C., & Ünal, E. (2024). *Nurses' cultural intelligence, communication skills and related factors: a path analysis*. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 12, 574-586.
- Öner, U. (2007). *Bibliyoterapi*. Journal of Arts and Sciences, 7. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/45266>
- Öskan-Fırat, B., & Güngör-Satılmış, İ. (2022). *Perinatolojide özel gruplar ve hemşirelik bakımı*. Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 5, 664-680. <https://doi.org/10.52538/duhes.1132505>
- Özdemir, S. (2020). *Bebek bakımında geleneksel uygulamalar*. Sağlık ve Toplum, 20. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/12/1-Bebek-Bakiminda-Geleneksel-Uygulamalar.pdf>
- Pacquiaio, D. F. (2019). *Transcultural nursing and population health*. Journal of Transcultural Nursing, 30(5), 530-530. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1043659619856661>
- Papadopoulos, I. (2003). *The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing*. Journal of Health, Social and Environmental Issues, 4. https://www.researchgate.net/publication/285849542_The_Papadopoulos_Tilki_and_Taylor_model_for_the_development_of_cultural_competence_in_nursing

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. London: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 7–24.
- Papadopoulos, I., & Omeri, A. (2008). *Transcultural nursing theory and models: the challenges of application*. Contemporary Nurse, 28(1-2), 45-47. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.45>
- Perng, J. S., & Watson, R. (2012). *Construct validation of the nurse cultural competence scale: a hierarchy of abilities*. Journal of Clinical Nursing, 21, 1678-1684. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x>
- Purnell, L. (2002). *The Purnell model for cultural competence*. Journal of Transcultural Nursing, 13, 193-196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>.
- Rahimaghaee, F., & Mozdbar, R. (2017). *Cultural intelligence and its relation with professional competency in nurses*. Nursing Practice Today, 4(3), 115-124.
- Richard-Eaglin, A. (2021). *The significance of cultural intelligence in nurse leadership*. Nurse Leader, 19(1), 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.009>
- Rodríguez-Martín, B. C., Gómez-Quintana, A., Díaz-Martínez, G., & Molerio-Pérez, O. (2013). *Bibliotherapy and food cravings control*. Appetite, 65-90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.006>
- Ruddock, H. C., & Turner, D. S. (2007). *Developing cultural sensitivity: Nursing students' experiences of a study abroad programme*. Journal of Advanced Nursing, 59(4), 361-369. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04312.x>
- Rusch, R., Greenman, J., Scanlon, C., Horne, K., & Jonas, D. F. (2020). *Bibliotherapy and bereavement: harnessing the power of reading to enhance family coping in pediatric palliative care*. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 16(2), 85-98. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745728>
- Sağlam, Y., Kanadlı, S. (2021). *Nitel Veri Analizinde Kodlama*. Pegem Akademi. 4. Baskı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Hemşirelik yönetmeliği. (27515)*. Ankara Retrieved from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Sakin, A., & Yıldırım, M. (2022). *Annelerinin bibliyoterapi uygulamasının 4-6 yaş çocukların öz-düzenleme becerisi üzerindeki etkisi*. Temel Eğitim Araştırmaları Dergisi, 1, 44-59. <https://doi.org/10.55008/te-ad.1038335>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Savcı, C., & Şerbetçi, G. (2019). *Göçmen / mülteci / sığınmacı hastalara bakım veren hemşire ve ebelerin karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi*. International Social Sciences Studies Journal, 5, 4631-4637.
- Semerci, R., Akgün-Kostak, M., & Kocaaslan, N. E. (2022). *Lenfomalı çocukta kültürel özellikleri tanılama ve hemşirelik bakım*. Jaren, 8, 193-199. <https://doi.org/10.55646/jaren.2022.44366>
- Sharma, D. (2023). *Using developmental bibliotherapy design to improve self-management skills of post-graduate students*. Journal of Poetry Therapy, 36, 95-113. <https://doi.org/10.1080/08893675.2022.2115696>
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). *The challenge of cultural competence in the workplace: perspectives of healthcare providers*. BMC Health Services Research, 19(135), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
- Sığrı, Ü. (2021). Nitel araştırmada veri analizi. In. Nitel Araştırma Yöntemleri. Bölüm 5. Güncellenmiş 2. Baskı. İstanbul, Beta Yayınları. s. 273-316.
- Sivri, B. B., & Karataş, N. (2015). *Toplumun kültürel yönü: doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar ve dünyadan örnekler*. Güncel Pediatri, 183-193. <https://doi.org/10.4274/jcp.50479>
- Soylu, Z., Ergöz, Z. S., Yağcan, H., Bilgiç, D., & Aluş-Tokat, M. (2023a). *Leininger kültür bakımı çeşitliliği evrenselliği teorisine dayalı göçmen gebe okulları*. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 9, 49-55. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3151663>
- Soylu, Z., Yağcan, H., & Bilgiç, D. (2023b). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatmakta olan göçmen bir annenin yoğun bakım deneyimi: olgu sunumu*. Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi, 4, 278-285. <https://doi.org/10.58605/bingolsaglik.1375399>
- Suvilehto, P. (2019). *We need stories and bibliotherapy offers one solution to developmental issues*. Online Journal of Complementary & Alternative Medicine, 1(5). <https://doi.org/10.33552/OJCAM.2019.01.000523>
- Şahin, S. (2023). Nitel veri analizi. In. Sosyal Bilimlerde Araştırma Kavramlar, Yöntemler, Veri Analizi, Yayın ve Etik. Bölüm 6. I. Baskı. Ankara, Pegem Akademi. s. 204-206.
- Taneri, P. O., & Özbek, Ö. Y. (2022). Bibliyoterapi uygulamaları. Bibliyoterapi Kullanarak Akran Zorbalığı ile Mücadele: Bir Kapsayıcı Eğitim Stratejisi (Vol. 4). Anı Yayıncılık.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tanrıverdi, G. (2015). *Hemşirelerin kültürel yeterli bakım için uygulama standartlarına yaklaşımları*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(3), 37-52.
- Tanrıverdi, G. (2017). *Hemşirelikte yeni bir model önerisi: çevre odaklı kültürel yeterlilik modeli*. International Journal of Human Sciences, 14, 4659-4670. <https://doi.org/10.14687/jhs.v14i4.5079>
- Tanrıverdi, G. (2022). 6. Ulusal 3. Uluslararası kültürlerarası hemşirelik kongresi bildiriler kitabı. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=g3drEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=k%C3%BClt%C3%BCrleraras%C4%B1+hem%C5%9Fireli%C4%9Fin+do%C4%9Fu%C5%9Fu&ots=qQJmPqszUO&sig=K_Zna_Ml048DxCZAteqjOt0MQZw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Tanrıverdi, G., Karabuğa-Yakar, H., Gürsoy-Yalçın, M., Erdem, Ö., & Gülyenli, N. (2019). *Farklı hasta profiline bakım veren iki hemşire grubunun kültürel duyarlılık ve farkındalıklarının karşılaştırılması*. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1, 26-37.
- Taşdemir, T. (2017). *Reenkarnasyon inancı*. Türk & İslam Dünyası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(11), 246-255.
- Topbaş, E., Bay, H., Tuğran, B. B., Emir, H. A., & Çıtlak, U. (2014). *Kültürlerarası hemşirelik kavramının yoğun bakıma yansımaları*. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 17, 37-43. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825628>
- Transcultural Nursing Society. (1989). *Our Story Founded in 1974*. Retrieved 03.03.2023 from <https://tcns.org/abouttcns/>
- Transcultural Nursing Society. (2023). *Mission, Vision, Philosophy/Values, Goals*. Retrieved 27.03.2023 from <https://tcns.org/>
- Tuohy, D. (2019). *Effective intercultural communication in nursing*. Nursing Standard, 34(2), 45-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11244>
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2023). *Kültür tanımı*. Türk Dil Kurumu. Retrieved 12.05 from <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). *2021 Göç İstatistikleri*. Retrieved 16.04.2021 from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İc-Goc-Istatistikleri-2021-45869>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). *Uluslararası Göç İstatistikleri, 2023*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2023-53544>

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Urgun, D., Seidel, J., Vangeli, E., Borges, M., & De Oliveira, R. F. (2025). *Exploring the impact of cross-cultural training on cultural competence and cultural intelligence: a narrative systematic literature review*. *Frontiers in Psychology*, 16, 1511788. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1511788>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (1982). *World conference on cultural policies*. Retrieved 12.05 from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000052505>
- Wang, S., Cheung, D., Leung, A., & Davidson, P. M. (2011). *Bibliotherapy for improving caregiving appraisal of informal caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial*. *Resource Nursing Health*, 44, 692-703. <https://doi.org/10.1002/nur.22143>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Health and Well-Being*. Retrieved 17.06.2023 from <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- Yalçın-Öner, S., & Çeliktekin-Öztürk, M. (2022). *Sağlık bilimleri öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları üzerine tanımlayıcı bir araştırma*. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12, 658-665. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1143422>
- Yalçın, H. (2012). *Gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamalar (Karaman örneği)*. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 55, 19-31. http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_450.pdf
- Yıldırım, J. G. (2019). *Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: olgubilim çalışması*. *Sted*, 28, 264-272. <https://doi.org/10.17942/sted.468021>
- Yıldırım, M. (2020). *Kültürel pratikler ve salgın ilişkisi bağlamında Covid-19*. *Türkoloji Dergisi*, 101, 89-107. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ayt/issue/69343/1099905>
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). Nitel veri analizi. In. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 13. Bölüm. Güncellenmiş 12. Baskı, Ankara. Seçkin Yayıncılık. s. 237-276.
- Yılmaz, H. E., & Tanrıverdi, G. (2023). *Birinci basamak sağlık çalışanlarında kültürel yeterlilik ve ilişkili faktörler*. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32, 13-23. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2388871>
- Yılmaz, M., & Kuğuoğlu, S. (2023). *Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri: bir devlet hastanesi örneği / bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilikleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 205-213.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yılmaz, M., Yeni, C., Avcı, E., & Uluk, N. (2019). *Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire/ebelerin kültürel duyarlılık ve kültürel beceri düzeylerinin incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12, 170-178.
- Yılmaz, M., Toksoy, S., Denizci-Direk, Z., Bezirgan, S., & Boylu, M. (2017). *Cultural sensitivity among clinical nurses: a descriptive study*. Journal of Nursing Scholarship, 49(2), 153-161. <https://doi.org/10.1111/jnu.12276>.
- Yolun, M. (2020). *Tarihin en ölümcül virüsünün yeniden hatırlanması: ispanyol gribinin kısa bir öyküsü*. Toplumsal Tarih, 74-80.
- Yorulmaz, D. S., & Karadeniz, H. (2021). *Farklı kültürel uygulamaların sağlığa etkisi*. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 13, 418-423. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-77145>
- Yüksek-Usta, S., & Kula, S. S. (2023). *Mesleki eğitimde gelişimsel bibliyoterapinin kullanılması: öğretmenlik algısına yansımalar*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 66, 26-50. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2427250>
- Zengin, M., Yayan, E. H., Düken, M. E., & Suna-Dağ, Y. (2021). *Suriyeli sığınmacıların sosyo-kültürel farklılıklarının sağlık hizmetlerine yansımaları*. Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3, 11-17. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.826408>