

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YAKLAŞIMLARI
İLE HASTA-HEMŞİRE ETKİLEŞİMLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARİFE ÖZEN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. SELMA KAHRAMAN

ŞANLIURFA

2017

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Arife ÖZEN'nin hazırladığı “**Hemşirelerin Kültürel Yaklaşımları ile Hasta – Hemşire Etkileşimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” konulu çalışma, 15.12.2017 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN (Danışman)

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

BAŞKAN

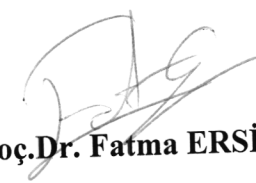

Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Gaziantep Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk sağlığı hemşireliği A.D

ÜYE


Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN

Harran Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk sağlığı hemşireliği A.D

ÜYE

29.12.2017

ONAY


Prof. Dr. Mustafa DENİZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Lisans, yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN" a,

Çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip beni destekleyerek her an yanımda olan, destek ve yardımların hiçbir zaman esirgemeyen ve beni yalnız bırakmayan çok değerli eşim Cevdet ÖZEN'e, çocuklarım Muhammed ÖZEN ve Ömer Kayra ÖZEN'e, tez dönemi boyunca bana destek olan sevgili arkadaşım Özlem Yıldız'a, yüksek lisans eğitimim de yanımda olan sayın başhekimim Uz. Dr. Faruk GÜNAK'a, tezimin uygulaması aşamasında araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm katılımcılara çok teşekkür ederim

Arife ÖZEN

2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLOLAR DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
ABSTARCT	vii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Sağlık	3
2.2 Hastalık	4
2.2.1 Hastalık ve Sağlık Algısı	4
2.3.Hemşirelik	5
2.4. Kültür	6
2.4.1. Transkültürel Hemşirelik	7
2.5. Kültür, Hemşirelik ve Bakım İlişkisi	10
2.5.1.Hemşirelik Süreci ve Transkültürel Hemşirelik	11
2.5.2. Hemşirenin Kültürlerarası Bakımda Dikkat Etmesi Gerekenler	13
3 GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1.Araştırmanın Şekli	15
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	15
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Veri Toplama Araçları	15
3.4.1.Bireysel Bilgi Toplama Formu	16
3.4.2.Bakım odaklı Hasta-Hemşire-Etkileşimi Ölçeği	16
3.4.3.Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği	16
3.5.Araştırmanın Etik Yönü	17
3.6. Araştırmanın Uygulanması	17
3.7.Araştırmanın Değişkenleri	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi	17
4. BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	41
EKLER:	
EK 1: Sosyo-Demografik Soru Anketi	
EK 2: Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği	
EK 3: Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği	
EK 4: Bilgilendirilmiş Olur Formu	
EK 5: Etik Kurul Kararı	
EK 6: Turnitin Raporu	

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	22
Tablo 2. Hemşirelerin Mesleği İle İlgili Özelliklerin Durumu	23
Tablo 3. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	25
Tablo 4. Hemşireleri Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	26
Tablo 5. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği ve Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği Arasındaki Korelasyonu	29
Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Aldıkları Puan Ortalamaları	32
Tablo 6. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Aldıkları Puan Ortalamaları	33
Tablo 6. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Aldıkları Puan Ortalamaları	34
Tablo 7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Kültürlü Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları	36

KISALTMALAR

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SPSS : İstatistik Programı

TDK : Türk Dil Kurumu

ÇKTÖ : Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği

BOHHEÖ : Bakım Odaklı Hasta Etkileşim Ölçeği

(ICN) : Uluslararası Hemşirelik Konseyi



ÖZET

HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YAKLAŞIMLARI İLE HASTA-HEMŞİRE ETKİLEŞİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Arife ÖZEN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, hemşirelerin kültürel tutumları ile hasta- hemşire etkileşimi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mart- Haziran 2016 tarihleri arasında, çalışmayı kabul eden ve 8-17 saatleri arasında ulaşılan 300 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri için, çok kültürlülük tutum ölçeği ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi ve korelasyon kullanılmıştır.

Hemşirelerin % 60'ının 25 yaşından büyük olduğu, % 73'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlikte toplam puan ortalamaları sırasıyla; 297,4±56,9, 284,8±60,7, 281,3±70,7 olduğu ve hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşime ilişkin tutum ve davranışları olumlu olduğu saptanmıştır.

Hemşireleri çok kültürlü tutum ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise; 82,3±7,5 aldığı ve bu puan ortalaması, hemşire tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir. Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği toplam yeterlilik puanları ve çok kültürlülük tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım odaklı hasta ve hemşire etkileşimi toplam yeterlilik ve uygulanabilirlik puanları ve çok kültürlülük tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif ve orta bir ilişki saptanmıştır ($r: 0,248$, $p<0,05$, $r:0,302$, $p<0,05$). Hemşirelerin kültürel tutumların düşük olduğu ve hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Kültür, Bakım, Yaklaşım

ABSTARCT

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CULTURAL APPROACHES AND PATIENT-NURSING INTERACTIONS IN NURSES

Arife ÖZEN

Nursing Department, Master Thesis

The study was conducted as a cross-descriptive study to determine the effect of nurses' cultural approaches on patient care and the factors that affected them. No sampling method was used for the sample of the researcher. Between March 2016 and June 2016, 300 nurses who accepted the study and reached between 8-17 hours. Multicultural attitude scale and care-focused nurse-patient interaction scale were used for the data of the study. Data were evaluated in SPSS 16.0 package program and descriptive statistics, Mann-Whitney U test and correlation were used in the analysis of data.

It has been determined that 60% of the nurses are over 25 years old and 73% of them are women. When the average score of the nurses' nursing-patient interaction scale with the maintenance focus is examined; in terms of materiality, sufficiency and applicability, the average of the total scores are respectively; $297,4 \pm 56,9$, $284,8 \pm 60,7$, $281,3 \pm 70,7$, and the attitudes and behaviors of the nurses regarding the nursing interaction with the care-oriented nurses were found to be positive. When the average score of multicultural attitude scale of nurses is examined; 82.3 ± 7.5 , and this means that the nurse attitudes are low. There was no significant relationship between the total score of the multiculturalism attitude scale and the total competency scores of the patient-nurse interaction scale ($p > 0,05$). A positive and moderate relationship was found between the total competence and applicability scores of the care-focused patient and nurse interaction and the multivariate attitude scale total score averages ($r: 0.248$, $p < 0,05$, $r: 0,302$, $p < 0,05$). It was determined that nurses had a low cultural attitude and a negative relationship between patient-nurse interaction.

Key words: Nursing, Culture, Care, Approach

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya'da toplumların giderek çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültüre özgü yeterli bakımın verilmesi gerekliliği, hemşirelik mesleğini önemli derecede etkilemiştir(2). Kültürel yeterliğe olan ilgi, hastaların kültürel özellikleri konusunda yürütülen araştırmalarda ortaya konmuştur (4,9,43). Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için hemşirelerin kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Kültürel istek, kültürel yeterlik yapısının merkezini oluşturmaktadır. İstek, bakım kavramıyla ilgili olup farklılıkları kabul etmek, benzer yönleri ortaya çıkarmak, kültüre özgü bilgileri öğrenmek için kültürü farklı olan bireylerle açık ve esnek iletişimin kurulmasını içermektedir (5,6,13).

Hemşirelerin hasta gruplarının kültürünü bilmesi ve anlaması ve buna bağlı olarak kültürel farkındalık oluşturması etkili hemşirelik bakımının sunumu için çok önemlidir (4). Kültürel farkındalık, birinin kendi kültürel geçmişinin derinliklerini araştırması ve öz değerlendirmesidir. Bu süreçte hemşire başka kültüre özgü davranışları, inançları ve değerleri kendi kültürü doğrultusunda etkileme eğilimindedir. Farklı kültürden bireyle karşılaşmak kültürel yeterliği geliştirmek bakımından önem taşımaktadır (5,1).

Sağlık hizmetlerinde bakım, hizmet alanların ve verenlerin kültürel farklılıklarından, dil çeşitliliğinden, kullandıkları sözel/sözel olmayan iletişim yollarından, bireylerin sağlığı, hastalığı ve sağlık personelinin rollerini, sorumluluklarını algılamalarından etkilenmektedir. Sosyal ve kültürel farklılıklar ve bu farklılıkların hoşgörüle karşılanmaması, bakım harcamalarında artışa, yoksulların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması, cinsiyet ayrımcılığına, eşitsizliklere, kültürel çatışmalara ve ırkçılığa yol açmaktadır. Öte yandan sağlık personelinin bakım verdiği bireylerin kültürünü bilmemesi, kendi kültürünün farklı olması, karmaşık teknoloji kullanımı, bakım alanlarda korku, direnç, sağlık personelininyaşadığı hayal kırıklığına yol açmaktadır. Bu yüzden kültüre dayalı yeterli bakım gerekli ve vazgeçilmezdir (6).Kültürlerarası hemşirelik bakımı önemlidir; çünkü hastalığın ve sağlığın duyuşsal, sosyal, davranışsal, dini ve manevi boyutları vardır. Hastalıklar ve sağlık durumu, kültür grupları açısından farklılıklar gösterir (13).Gerek bakım alanlar gerekse bakım veren sağlık personeli arasında giderek artan kültürel çeşitlilik, bakımda niteliği etkilemektedir. Bakım verenler ve bakım alanlar açısından en zor karşılanan

gereksinimlerin kültür farklılıklarından kaynaklanan gereksinimler olduğu belirlenmiştir (7). Bakım verenlerin karşılarındaki bireyin kültürel yapılarını bilmemeleri halinde sunacakları hizmet onlara uymayabilecektir. Sağlık bakımına yönelik girişimler, kültürel veriler üzerine temellenmedike, hedefe ulaşılması olanaksızlaşacak ve sunulan bakım eksik kalacaktır (14).Ancak literatür bilgilerini destekleyecek bu konuda kanıt oluşturacak, hemşirelerin kültürel durumlar hasta-hemşire etkileşimini nasıl etkilediğini gösterecek araştırmalar yok denecek kadar az olduğu ve bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle bu araştırma bu tür yapılacak çalışmalar için kaynak oluşturacakşekilde düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Literatür incelendiğinde hemşirelerin bakım verdikleri hastaların kltrlarına göre bakımların planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesiyle ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte hemşirelerin kendi kltrlarının hasta bakımına etkisine yönelik çalışmalara ulaşılamamıştır (7,9,13,39,43). Bu nedenle bu çalışma, hemşirelerin kültürel yaklaşımları ile hasta-hemşire etkileşimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bu konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla yapılacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık

Günümüzde hastalık ve sağlık olguları açıklanırken bedensel, zihinsel ve sosyal yapılar birbirinden ayrı değerlendirilmeden bütüncül bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu yaklaşım, geleneksel yaklaşım olan biyomedikal modeli de kapsayan biyo-psiko-sosyal sağlık ve hastalık anlayışıdır. Biyomedikal modelde hastalıklar tamamen fizyolojik faktörlerin sonuçları gibi düşünülür ve dıştan gelen bir etkinin fizyolojik faaliyetleri aksatması veya bozması olarak değerlendirilir (18).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı (1974); “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” diye tanımlamıştır. İyilik hali, erkek veya kadın tarafından birey olarak, kendi değer ve inanışlarına göre farklı tanımlanır. İyilik derecesinin algılanması, aile, toplum ve içinde yaşanılan sosyal konumdan etkilenir.

Sübjektif olarak sağlık: Bireyin kendisinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir.

Objektif olarak sağlık: Doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir (19) .

Sağlık birçok bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler: genetik değişkenler, fizyolojik süreçler, psikolojik değişkenler, ruhsal özellikler, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş, inanç gibi daha fazla arttırılabilecek özelliklerdir (20).Kişinin sağlığını etkileyen en önemli bileşenlerden birisi de kültürdür.

Kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, gelenek ve görenekler olarak tanımlanmaktadır. Kültür yaşamın dokusudur ve her insanın bir kültürü vardır. Kültürel yapılar bireylerin, hastalık, sağlık ve iyi olma durumlarıyla direkt ilişkili olduğu gibi, hastalığı ifade etme biçiminden ve verilen tedaviyi devam ettirme biçimine kadar birçok konuda doğrudan rol oynar (21).Sağlık, ayırım gözetmeksizin tüm insanların sahip olması gereken temel haklardan

biridir. Ne var ki, yoksulluk, geri kalmışlık, dezavantajlılık gibi nedenlerle toplumu oluşturan bireylerin tamamı bu haklardan yeterince yararlanamamaktadır.

Kültürel farklılıklar da koruyucu/önleyici ve diğer sağlık hizmetlerini almada olumsuzluklara neden olan konulardan biridir (22). Ekonomik, toplumsal ve kültürel ilişkiler sağlık ve hastalık konusunda temel belirleyicilerden biridir(23).Her şeyden önce sağlık, toplumsal yapıyı oluşturan temel kurumlardan biridir. Bu yönü ile tek başına kişiye bırakılabilecek bir konu olmadığı gibi topluluğun diğer üyelerini de yakından ilgilendirir. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında ise toplumsal bir müdahale alanı oluşturur. Çünkü toplum üyelerine elverişli bir yaşam ortamı sağlama görevini üstlenmiştir (19). Bu açıdan toplum, bireylerin sağlığı ile yakından ilgilidir. Sağlık her dönemde toplumsal ve kültürel bir konu olmuştur. Bireylerin, grupların ve toplumların yaşamlarında son derece önemli bir yer tutmakta olan kültür sağlık ile büyük ölçüde uyum içindedir. Sağlık ve hastalık tanımları da kültürden alt kültüre, topluluktan topluluğa, kuşaktan kuşağa değişiklik göstermektedir. Sağlığın değer, bilgi, davranış, norm gibi spesifik boyutları da ortak kültür içerisinde bütünleşir ve biçimlenir. Kişilere sağlıklı yaşamı benimsetmek için sağlığın kapsamlı bir kültür anlayışı içinde değerlendirilmesi gerekmektedir(23).

2.2. Hastalık

Hastalığın tanımı toplumdan topluma, zamandan zamana, çağdan çağa değişmektedir(16). Hastalık bireyin çevresi ile uyumunu etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozar. Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. İnsandaki yaşam dengelerinin tümünü değiştirebilir (24).

2.2.1 Hastalık ve Sağlık Algısı

Kültürel farklılıklara göre sağlık ve hastalıkların tanımlanması ve yorumlanmasında çeşitli faktörler etkili olabilmektedir. Sağlık, grupların iç ve dış çevrelerindeki değişime uyum sağlayarak iyi olma durumlarını sürdürdükleri dinamik bir durumdur. İyi olmayı etkileyen faktörler iç ve dış faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır:

- **İç faktörler** (genetik geçiş, cinsiyet, yaş, ırk, beslenme, kişilik özellikleri)
- **Dış faktörler** (sosyal gruplar, kültür, fiziksel ve ekolojik çevre) İyi-Olma Davranışı; iyi olma davranışı; Sağlıklı olduğuna inanan kişi tarafından hastalığı önlemek, iyi olmayı geliştirmek amacıyla yapılan davranış olarak tanımlanmaktadır. İyi olma davranışı sağlığı

koruyucu ve geliştirici bütün aktiviteleri (fiziksel aktivite, beslenme, sigara, alkol ve diğer maddeler, aile planlaması gibi) içermektedir.

Sağlık Davranışları: Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür.

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin inançları ve davranışları arasında ilişki olduğunu, sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlardan etkileneceğini savunmaktadır. Sağlık inanç modeli bireysel algılamalar, modifiye edici faktörler ve başlatıcı faktörler olarak üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bu modele göre, her bireyin sağlığına yönelik tutumlarını etkileyen kendine yönelik bireysel algıları vardır. Bu algılar, hastalığa karşı hassasiyetin algılanması (hastanın özel bir hastalık yaşıyormuş gibi algılaması), ciddiyetin algılanması (hastanın, hastalığını çok ağır olarak algılaması), yarar (sağlıklı davranışının yararını düşünmesi) ve maliyet algıları (hastanın daha çok maliyet gibi yan etkileri düşünmesi) olarak sıralanmıştır. Modifiye edici faktörler yaş, cinsiyet, ırk, din gibi demografik özellikler, kişilik, sosyal statü, akran baskısı ve özellikleri gibi psikososyal değişkenler, hastalık hakkındaki bilinenler, daha önce hastalıklarla karşılaşma durumu gibi yapısal değişkenlerdir. Karşılaşılan ya da yaşanan güçlükler, maliyet ve mevcut gereksinimler eylemleri başlatıcı faktörler olabilir.

Ayrıca hastalıklarına önem verme düzeyleri, tedavide eşit hakka sahip olduğunun algılanması da bireysel algıları değiştirebilmekte ve sağlığı ya da hastalığı konusunda sorumluluk almalarını etkileyebilmektedir(24).

2.3.Hemşirelik

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır (45) Alma-Ata konferansı (WHO,1978) öncelikli olmak üzere,Ottawa’dan (WHO, 1986) Helsinki’ye (2013) kadar tüm Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferanslarında ve Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sağlığın sosyal belirleyicileri komisyon raporunda da sağlık hizmetlerinde hemşireliğin anahtar rolüne vurgu yapılmıştır. Avrupa Hemşirelik Konferansı- Viyana (1988), Münih Deklerasyonu (2000), ICN raporları (2008, 2011) başta olmak üzere, hemşirelikle ilgili uluslararası kararlarda, halk sağlığı hizmetlerinde, hemşirelerin rollerinin artırılmasının üzerinde önemle durulmaktadır (15).

Hemşirelik mesleğinin felsefesinin anlaşılabilmesi için “yardım etme” ve “bakım verme” kavramlarının anlaşılması gerekir. Bu kavramlar hemşireliğin köklerinde yer alan iki temel boyuttur. Yardım etmenin profesyonel anlam ve değeri; insanı tanıma, anlayabilme, yardımın içeriğini belirleme, gerekli olan bilgileri ayırt edebilme, doğruyu ve iyiyi seçebilme, yardım eylemini insanca gerçekleştirme ve sonucun ölçülmesini bilme, bunu yaparken estetiği ve yaratıcılığı devreye sokabilmedir. Diğer boyut olan bakım verme, fiziksel, ruhsal, akılsal, manevi alış veriş eyleminde, hemşirenin etkin olduğu koruma, sürdürme, rahatlatma, bilgilendirme ve değerlendirme faaliyetleri ile gerçekleşir. Hemşireliğe tarihsel bir bakış açısı içinde bakıldığında; hemşirelik, yoksullara dinsel amaçlarla hastaların evlerinde bakımla asceticism bakış açısı ile başlamış, romantizm, pragmatizm ve günümüzde hümanist düşünce temeliyle bilim ve sanata dayalı, sosyal, etik, estetik, kültürel değerlerden etkilenecek, profesyonel bir bakım sürecine dönüşmüştür (12).

Mesleğin felsefesinde yardım etme ve bakım amacı yer alırken, temel nokta; insanı tanımak, bireyi anlamak, bireyselliğini fark etmek, biyo-psikososyo-kültürel bir bütün olarak bireyi ele almaktır(17).

2.4. Kültür

Kültürün tanımı ilk defa İngiliz antropolog Sir Edward Taylor (1871) tarafından yapılmıştır. Taylor’a göre kültür, insanın gereksinimi olan inanç, sanat, moral, yasalar, gelenekler ve alışkanlıkları kapsar (46). Daha sonra bu kavramın pek çok farklı tanımı da yapılmıştır. Bu tanımlarda genel olarak kültür; “belli bir toplumun öğrenilen ve kuşaktan kuşağa aktarılan değerleri, inançları, davranış kuralları, gelenek – görenekleri, düşünce - yaşam şekli ve uygulamalarını içerir” şeklinde ifade edilmektedir. Leininger ise kültürü, “sağlık - hastalık bakım örüntüsü ve davranışlarda karar vermeyi etkileyen dominant bir güç” olarak tanımlamaktadır (47,48). Kültüre ait değerler ve davranışlar tüm insanlar, insan grupları arasında çok fazla çeşitlilik gösterir ve bunlar oldukça etkili, yönlendirici güçlerdir. Bu güçler, kişilerin düşünce, karar ve eylemlerini etkiler ya da belirler (47,49).

Özetle kültür kavramı aşağıdakileri içerir;

- Kültür belli bir grup içinde kabul edilen davranış biçimleridir, yol göstericidir.
- Yaşam deneyimleri ile her yeni kuşak tarafından öğrenilir. Dil, kültür aktarımı için temel kaynaktır.
- Kültür, paylaşılır.

- Kültür, dinamik ve değişen bir süreçtir. Bireyin çevresine uyumudur.
- Kültürel uygulamalar çoğunlukla fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklanır.
- Kültürel uygulamalar ve inanışlar zamana uyum gösterirler fakat asıl anlamlarını korurlar (9,48).

2.4.1. Transk lterel Hemşirelik

Sürekli nüfus değişikliklerinin ve g   olaylarının etkisi ile hemşirelik bakımında kültürel yaklaşımın gerekliliği anlaşılmış, transkültürel hemşirelik hizmetinin önemi ortaya konulmuştur. Madeleine Leininger, transkültürel hemşireliğin ilk kurucusu ve transkültürel hemşirelik bakım modelinin  nc sudur. Peplau 1950’de, kültürün ruh sağlığı üzerinde önemli bir değişken olduğundan söz etmiştir. 1962 yılında King, psikopatolojik davranışların kültürden kültüre farklılık gösterdiğini ifade etmiştir. 1969’da Uluslararası Hemşirelik Birliği, kültür içeriğini hemşirelikte kullanmaya başlamıştır. 1974’de ilk kez Transkültürel Hemşireler Birliği kurulmuştur. 1989 yılında da “Journal of Transcultural Nursing” yayına girmiştir. Bundan sonra Transkültürel Hemşirelik Topluluğunun  yeleri kültürel içerikli bakımın öncüleri olmuşturlardır (50,10,46,9,13).

Transkültürel Hemşirelik; insan kültürünü farklılıklar ve benzerlikler yönünden ele alıp, kültürel inanış ve değer yargılarına odaklanarak hemşirelik bakımının sağlanması için uygun yolların belirlenmesinde kullanılan bir çalışma alanıdır (48). Leininger transkültürel Hemşireliği “Hemşirelik bakımında evrensellik ve kültüre özgüllük sağlayan, sağlık - hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde dünya kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışmalar üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya alt dalı” olarak tanımlamıştır. Temeli, kültürel bakım, dünya görüşü, sağlık ve sağlığı yükseltme ile ilgili geleneksel uygulamalara dayanmaktadır (51).

Transkültürel hemşireliğin amacı; bireylerin kültürel değer, inanç ve uygulamalarına uygun hemşirelik bakımının sağlanmasıdır. Yani birey, aile ve grupların kültürel gereksinimlerini karşılamada duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunmak, hemşirelik bilgi, uygulama ve araştırmalarını kültürel olarak kavramsallaştırarak kullanılmasını sağlamak temel hedefidir (13, 52, 51).

Transkültürel açıdan hemşireliğin dört önemli kavramı vardır;

- Hemşirelik bireylere uygun, kültürel değerlere ve yaşam biçimine saygılı, insana yakışır bir hizmet sunmayı amaçlayan transkültürel hizmet veren bir meslektir.

- Birey kültürel bir varlıktır, kültürel geçmişinden ayrı olarak düşünülemez.
- Birey çevresiyle bir bütündür ve çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle de fiziksel, ekolojik, sosyo - politik ve/veya kültürel varlık olarak sürekli etkileşim halindedir.
- Sağlık, kültürden kültüre değişen bir kavramdır (10,13,53,54,55,).

Transkültürel yaklaşımda ilk öge insandır. İnsana hizmet verirken bireysel farklılıklar asla unutulmamalıdır. Aynı kültüre sahip kişilerin hastalık ve sağlık durumlarında aynı tepkiyi göstereceklerini düşünmek yanıltıcı olur. İnsanları derilerinin rengine, şive, aksan ve giysi gibi esaslara göre kategorize etmekten kaçınılmalıdır. Birey sadece kültürüne göre de değerlendirilmemelidir. Onu anlamak ve insan olarak özelliklerini bulmaya çalışmak gerekir. Hastanın kültürel durumunu esas alan bilgi ve anlayışın artması, ırkçılığın azalması, hemşire ve hastanın kendilerine güvenlerinin artırılması transkültürel hemşirelik ile başarılabilir. Transkültürel hemşirelik, her düzeyde sağlık hizmeti veren kurumlarda sağlanabilir. Her hemşire, her sağlık görevlisi ve her yönetici, kültürel ağırlıklı ya da duyarlı bir hizmet sunabilir. Hastaya, hastanede kaldığı süre içerisinde uymak ve yapmak durumunda olduğu dini uygulamaları olup olmadığını sormaktan tutun, hastanedeki levhaları iki dilde yazmaya kadar her şey, çalışan her birey transkültürel hizmette etkili olabilir. Ancak, hemşireler burada ayrıcalıklı bir konumdadır. Leininger'in modeline göre transkültürel sağlık hizmetlerini en iyi hemşireler sağlayabilir. Kültürel olarak duyarlı hemşirelik hizmeti sağlamanın özelliği ve önemi, kişisel ve mesleki olarak çok boyutludur. Hastanın kendi kültürünü ifade etmesine izin vermekle, uygun kültürel bakım sağlamakla hemşire, hastanın daha anlayışlı, uyumlu olma şansını artırır, ayrıca hastanın uygulanan tedaviyi daha iyi anlamasını sağlar (9).

Kültürel hemşirelik uygulamalarının kapsamı;

- Kültürel gereksinimlerin tanımlanması
- Aile ve bireylerin kültürel bağlantılarının anlaşılması
- Bakım veren ve alanların karşılıklı hedeflere ulaşmaları için duygusal stratejilerin kullanılmasını içerir (56).

Kültürel uygulamalar için temel ilkeler;

- Kültürün önemi üzerinde düşünülmeli ve kültürel farklılıklara değer verilmeli
- Bireylerin davranışlarındaki kültürel etkiler anlaşılmalı
- Kültürel farklılıklara sahip bireylere empatik yaklaşılmalı
- Bireylerin davranışları iyice analiz edilmeli

- Bireylerin kültürlerine saygı gösterilmeli
- Kültürel bilgi birikimi oluşturulmalı
- Kültürel farklılıklara yönelik uyum hizmeti sağlanmalı
- Bireylere karşı kültürel konularda sabırlı olunmalı (57,58, 59,60).

Bir hemşire farklı kültürden bir hasta veya aile ile karşılaştığında, karşılıklı 3 etkileşim ortaya çıkar. Amerikan Hemşireler Derneğine göre bu 3 etkileşime “transkültürel üçlü” denir (28).

Transkültürel üçlü şöyle sıralanabilir;

Bireyin (hastanın) kültürü: hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen özel etmenleri anladığında, onların gereksinimlerini karşılamada daha başarılı olurlar.

Hemşirenin kültürü: hemşirenin kendini anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlangıç noktası olabilir. Kültürel çatışma yaşayan hemşire, kültürel çatışmanın nedenini anlayabilmesi için, öncelikle kendi bilinçaltındaki kültürel davranışlarının farkına varmalıdır (28).

Ortamın kültürü:Transkültürel üçlünün sonuncu ötesi “ortamın kültürü”dür. Çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. insan, fiziksel, ekolojik, sosyopolitik ve kültürel varlık olarak çevresiyle karşılıklı etkileşim halindedir. Hemşireler, sık sık bürokratik düzenlemeler nedeniyle hasta ve ailesine müdahale etmek durumunda kalabilir. Transkültürel yaklaşım bireye, hastanede kalığı süre içinde uymak ya da yapmamak durumunda olduğu dini uygulamaları olup olmadığını sormaktan başlayıp, hastanedeki levhaları iki dilde yazmaya kadar geniş bir yelpazede düşünülmelidir (13, 29).

Hemşirenin kültürel bir çatışmada, kültürel yönden kendini anlamadan verebileceği olumsuz tepkiler farklı şekillerde olabilir(9).

Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

Ethnosentrizm, kişinin kendi kültürünü temel alarak, diğer kültürleri kendi kültürü açısından değerlendirmesidir(28).

Stereotip, bireysel farklılıklar göz önüne alınmadan bireylerin ya da grup üyelerinin özelliklerinin aynı olduğunun kabul edilmesidir. Bir hemşire, belli bir kültürdeki hastaya bakım verirken, hastasının aynı kültürden olan herkes gibi aynı davranışı göstereceğini düşünmesi hemşirenin stereotip davranışına bir örnektir. Stereotip davranış hemşirenin hastasının farklılıklarını ve hastayı bireysel olarak tanımasına engel olucu bir yaklaşımdır.

Kültürel Körlük: Kültürel farklılığın ifade edilmesine önem vermemenin bir belirtisidir. Hemşire, hastanın farklı yönlerini önemsemez, bunları yok sayıp, tedaviye devam ederse kültürel körlük denilen durum ortaya çıkar.

Kültürel Empoze: Hemşire kendi kültür normlarına ya da sağlık kurumunun normlarına hastasının uymasını beklediği zamanlarda ortaya çıkar. Hemşire “burada benim hastanemdesin ve bizim yöntemlerimize uymak zorundasın” diye düşünebilir.

Kültürel Çatışma: Hemşire, hasta ve ailesi farklı değerlere sahip olduklarında, farklı davranışlar sergilediklerinde, inanç ve geleneklerinin farklılığı durumunda çatışma yaşayabilir. Oysa hemşireden beklenen profesyonel tavır kültürel relativizmdir. Kültürel relativizm, bireyi kültürü kendi yapısı içinde, başka değer yargıları kullanmadan tanımak ve anlamaktır. Hastasına kültürel relativizm ile yaklaşan hemşire kültürün özelliklerine, inanç çeşitliliğine ve değişik çevrelerde, değişik sosyal ihtiyaçlar sonucu oluşan uygulamalara açık bir bakış açısına sahiptir (33).

2.5. Kültür, Hemşirelik ve Bakım İlişkisi

İnsanlar çevrelerine uyum sağlarken, kültürel araçları kullanarak kültürel çözümler geliştirebilme yeteneğine sahiptir. İnsanın kültürel boyutunun anlaşılması “antropoloji” alanı ile sağlanmıştır. Antropoloji, insan ve kültürü holistik (bütüncül) bir görüşle tanımlamaktadır. Buradaki bütünlük anlayışı, insanın fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel olarak bir bütün olduğunu vurgulamaktadır ve insanın etkileşimlerinin farkında olmasını da içermektedir.

İnsan davranışları, insanların etkileşimlerini ve çevresel koşullarını ifade eder. Bu nedenle insan davranışlarının kültürel temeli hemşirelik uygulamaları için büyük öneme sahiptir. Dolayısıyla hemşirelik ve antropoloji bilimlerinin her ikisi de insanı holistik bir görüşle ele almaktadır. Kültürün tüm yönleri hemşirelik uygulamalarında etkilidir. Özellikle sağlık ve hastalık inançları, bakım, çocuk yetiştirme, doğum uygulamaları, beslenme alışkanlıkları, cinsellik, aile yaşamı, yaşlanma ile ilgili inançlar, egzersiz, ağrı ve yasa tepki, iletişim biçimi, dokunma ve mahremiyet hemşirelik uygulamalarında yer alan kültür ağırlıklı durumlardır (9). Bunlardan bakım, hemşireliğin en önemli işlevlerinden biridir ve hemşirelik hizmetlerinin odak noktası “bilim ve hemşirelik bilgisiyle uyumlu bakımı” içerir. Bakım verme, hemşirelik bilgi ve uygulamasının merkezi olup, mevcut olan ya da beklenen gereksinimlerle birey ya da grup için yardım edici, destekleyici ve kolaylaştırıcı rolleri kapsar.

Kişinin koşullarını ya da yaşam şeklini iyileştirme ve iletmeye hizmet eder. Leininger ise, bakımın bireyin sağlığı için temel olduğunu ve hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt eden en önemli boyut olduğunu ifade etmiştir(63).

Profesyonel bakım verme ise, sağlıklı koşullar ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek ya da geliştirmek için gerekli olan mesleki bilgi, davranış, bakım, şefkat, ilgi, empati, rahatlatma, gözlem yapma, paylaşma, yardım etme, teşvik etme, güven verme ve stresi azaltma gibi davranışları kapsar. Profesyonel hemşirelik bakımı ise, yaşamın istendik düzeyde sürdürülmesinde gereken koşulların devamı için bilimsel ve insancıl yardım şekillerini bünyesinde toplar. O halde profesyonel bir hemşirenin insanlara sağlıklı bir şekilde bakım verebilmesi için, birey veya grubun fiziksel, psikolojik, kültürel ve sosyal değerlerinin önemini, anlamını bilmesi gerekir. Çünkü bakım verme, kültürel olarak kabul edilmiş ve onaylanmış, yardım edici modellere dayanan, bireylerin ve grupların mümkün olabilen aktivitelerini ve sağlıklı olmalarını hedefler. Genel olarak bakım verme davranışları; rahatlık, şefkat, merhamet, ilgi, başa çıkma davranışı, empati, mümkün kılma, kolaylaştırma, etkilenme, sağlık ile ilgili danışmanlık rolü, yardım edici davranışlar, sevgi, besleme, var olma, koruyucu davranışlar, yeniden yapılandırıcı davranış, paylaşma, uyarıcı davranış, stresi hafifletme, destek, yardım, hayatta kalma, duyarlılık, dokunma ve güveni içerir (47,61, 62, 49, 54,64).

Bugün hemşireler farklı kültüre sahip hastalara bakım vermek için transkültürel hemşirelik teorileri ve uygulamaları ile karşı karşıyadır (55). Dolayısı ile bakım verenler için, hastaların en zor karşılanan gereksinimleri, kültür farklılıklarından kaynaklanan gereksinimlerdir. Bu nedenle, özellikle bakım verenlerin karşılarındaki bireylerin kültürel yapılarını bilmemeleri halinde sunacakları hizmetin onların gereksinimini karşılamayacağı farkında olması gerekir. Ayrıca sağlık bakımına yönelik girişimlerin, kültürel veriler üzerine temellenmedikçe, hedefe ulaşmasının olanaksız olduğu ve sunulan bakımın yetersiz olacağı unutulmamalıdır (65). Çünkü her birey kendi kültürüne sahip çıkar ve kendi kültürüne değer verilmesini ister. Bu nedenle sağlık hizmeti verenlerin, bu bağlamda kendilerine düşen sorumluluğu almaları, en azından toplumun kültürel yapısını anlamaya çalışmaları ve bu konuda kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir (52, 66).

2.5.1.Hemşirelik Süreci ve Transkültürel Hemşirelik

Hemşirelik süreci kullanılarak uygulanabilen çağdaş bakım anlayışı, hastaların kültürel yapı ve gereksinimlerinin değerlendirilmesini de içermelidir. Bu değerlendirme,

sürecin her aşamasında yapılmalıdır. Ayrıca kültürel inanç ve değerlerin anlaşılması, hemşirelik bakımı konusunda kararlar vermede, hemşirelik bakım planlarının güvenilir ve kusursuz geliştirilmesinde de önemlidir (9,57,58, 67).

Veri toplama: Sağlık çalışanlarının hastalıkla başetme, sağlığı yükseltme ve korumaya yönelik davranışları anlamak için kültürel veri toplamaları gerekmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili kültürel inançların bilinmesi verilecek hizmette, veri toplamanın çatısını oluşturmada kullanılabilir. Hemşire, kültürel bir değerlendirme yaparken hastanın yaşam biçimini ve uyduğu kalıpları, kültürel değerlerini, beklentilerini, tabu ve batıl inançlarını, dünya görüşünü, geleneksel ve tıbbi tedavilerini ve özel davranışlarını değerlendirmelidir. Dil, din, ibadet, sağlık görüşleri ve uygulamaları, beslenme, doğum ve ölüme ilişkin uygulamaları, yerleşim bölgesi ve mahremiyete ilişkin verileri değerlendirmeli. Bu değerlendirmeyi bütüncül ve çok yönlü yapmalıdır. Hasta ya da aile kültürel farklılık ve benzerliklerin değerlendirilmesinde en iyi veri kaynağıdır.

Planlama: Hemşirelik bakım planı veri toplama aşamasında elde edilen verilere dayanır. Plan bireysel, bütüncül ve çağdaş olmalıdır. Hastadan ve ailesinden elde edilecek bilgiler, kültürel alışkanlıklar sağlık ve hastalık uygulamaları için planlamaya yardımcı olur. Örneğin, hasta alternatif tedavi yöntemi olarak şifalı bitki kullanmak istiyorsa bunun kontrendike olup olmadığı araştırılmalı ve kullanılacak içerik belirlenmelidir.

Uygulama: Bu aşama hemşirelik sürecinin dinamik bir aşamasıdır. İlk adım, hasta, aile ya da grupla güvenli bir ilişki geliştirmektir. Hasta ya da grupları yargılamadan, değerleri ile ele almak gerekir. Hemşire sözel ya da sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanarak ilişkiyi sürdürmelidir.

Değerlendirme: Planlama aşamasında formüle edilen amaç, hedef ve sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirme ve ölçüm yapılır. Ayrıca bireyler arasındaki kültürel farklılıklar da not edilmelidir. Bu kültürel farklılıklar davranışlardan çok, duygu ve tutumlardan kaynaklanıyorsa problemin nedenini belirlemek ve değerlendirmek güç olabilir. Değerlendirme aşamasında hasta ailesi ve yakınlarından bilgi almak oldukça yararlıdır. Hemşirelik bakım planı yeni elde edilecek bulgularla tekrar gözden geçirilebilir (57, 58, 59, 9, 68).

Hemşirelerin kültürel değerlendirme yaparken göz önünde bulundurmaları gereken özellikler;

- Hemşire hizmet verdiği topluma ilişkin bilgi sahibi olarak, toplumun okul, hastane, ibadethane gibi sosyal birliktelik ortamlarını tanımaya çalışmalı

- Kültürel verileri toplamada kendisine yardımcı olabilecek stratejileri belirlemeli
- Kültürler arasında köprü olabilecek ögeleri tanımlamalı
- Bireyleri incitmeksizin uygun soru sormayı bilmeli
- Meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmalı
- Toplum yaşamında önemli olan toplum liderleriyle görüşmeli
- Toplumun kültürel yapısına yönelik topladığı verilerle erken bir genelleme yapmak için etik olmayan tuzaklara başvurmamalıdır
- Bireylere ve kendisine karşı dürüst, açık ve samimi olmalı
- Bakım öncesinde gerek objektif ve gerekse sübjektif veri toplamalı, bu verilerin doğruluğundan emin olmalıdır (57).

2.5.2. Hemşirenin Kültürlerarası Bakımda Dikkat Etmesi Gerekenler

- Hemşirelik bakımı verilirken inançlar, değerler ve gelenekler gözden geçirilmeli, kültür kavramı merkeze alınmalı, bireye kültürel gereksinimleri ile uyumlu bakım verilmelidir.
- Herhangi bir kültürel gelenek içinde var olan bireysel farklılık ve tercihlerin farkında olunarak bakım bireye özgü olmalıdır. Aynı kültürden olsa bile bir hasta için doğru olan diğer için doğru olmayabilir.
- Hastalar hiçbir değer yargısı ile ilgili zorlanmamalıdır. Aksi takdirde kişi kendini başka bir grup arasında yabancılaşmış hissedebilir. Bu durumda da tedavi hastayı  rseler ve hastanın iyilik halini tehdit eder.
- Sağlık bakımında karşılaşılabilecek kültürel çeşitlilikler konusunda bilgi edinilmeli, etnik grup ve ırklar arasında sağlık ve hastalıkta dikkat edilmesi gereken bireysel farklılıklar bilinmelidir. Bakım bireyin sağlık davranışına karar vermesini kolaylaştırma stratejilerini güçlendirmeyi kapsamalıdır.
- İçinde bulunulan toplumun, ailelerin ve bireylerin kültürel inanış ve uygulamaları öğrenilmeli, kültürel değişkenlerin farkında olunmalıdır. Ayrıca hemşire, kendi kültürünün de farkında olmalı, sağlık alanında  n yargı ve ırkçılığa karşı koyarken bireysel tercihleri de bilmelidir.
- Toplumun ve bireylerin kültürel inanışlarına karşı kabullenici, yargılamayan, objektif bir tutum sergilenmeli ve hastanın kültürel yapısı içinde çalışmaya istekli olunmalıdır.

- Hastalara saygılı ve yardım edici tekniklerle yaklaşılmalı, dil sorunu nedeni ile hemşire - hasta ilişkisine engel durumlarda özellikle etkili iletişimi kolaylaştıracak teknikler kullanılmalıdır.
- Ailede en önemli kararları veren kişilerin aile içindeki rolleri dikkate alınmalıdır. Bu faktörün göz ardı edilmesi tedavi ve bakımda düşünülen sonuca ulaşılmasını engelleyebilir. Planlama sırasında bu kişiler mutlaka plana dahil edilmelidir (9,48).

Sonuç olarak, hemşire bakım verdiği birey, aile ve toplum için iyi bir yaşam hedefliyorsa o toplumun kültürünü tanımak zorundadır.

Bu nedenle hemşirelerin;

- Hizmet verdiği toplumun sorunları ile baş etmek, sağlığı yükseltmek ve korumaya yönelik davranışlarını anlamak için kültürel veri toplamaları
- Topladığı veriler doğrultusunda, kültürünün değiştirilip değiştirilemeyeceğini saptamaları
- Sağlık politika ve girişimlerini yalnız bilimsel ve epidemiyolojik temelli kanıtlara göre değil, aynı zamanda insanların yaşam ve sağlık deneyimlerine, onların kendi öncelik ve zorunluluklarına göre de temellendirmeleri
- Halkın kültüründe yer alan sağlık uygulamalarını korumaları ve bunlara sahip çıkmaları
- Bireyleri kendi kültürel kalıplarında algılamaları, kendi kültürlerinde incelemeleri ve hemşirelik yaklaşımında da bunları göz önünde bulundurmaları
- Farklı kültürlerdeki benzer ve farklı davranışları saptayarak, eğitim programları geliştirmeleri ve bu programları müfredatlara entegre etmeleri önerilebilir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Mart 2016 - Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, Şanlıurfa merkezde yer alan aile sağlığı merkezlerde ve hastanelerde çalışan hemşireleri kapsamaktadır. Buna göre Şanlıurfa merkezde bulunan Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 385, Kadın Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi'nde çalışan 184, Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan 200, Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nde çalışan 240 ve Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü aile sağlığı merkezlerin(ASM)'de çalışan 128 hemşire olmak üzere toplam 1137 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme $\alpha= 0,05$ anlamlılık düzeyde ve $d=0.05$ örnekleme hatası ile $p=0,5$, $q= 0,5$ sütununda minimum örneklem büyüklüğü 278 kişi hesaplanmıştır (69). Çalışmanın minimum örneklem büyüklüğü evrenin temsil etme gücünü artırmak amacıyla örneklem 300'e artırılmıştır.

Çalışmanın örneklemedeki hemşireler tabakalı örnekleme yöntemi kullanarak seçilmiştir. Her hastaneden ve aile sağlığı merkezlerinden alınacak hemşire sayısı aşağıdaki belirtilmiştir.

Kurumlara Göre Alınacak Hemşire Sayısı

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi101,Kadın Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi49,Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi53,Balıklıgöl Devlet Hastanesi63,Aile sağlığı Merkezleri34.

3.4.Veriler Toplama Araçları

Çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri için bireysel bilgi toplama formu, kültürel yaklaşımlarını belirlemek için çok kültürlülük tutum ölçeği ve bakımı saptamak için bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1.Bireysel Bilgi Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan bireysel bilgi formu; sosyo-demografik özellikleri içeren 8 soru ve hemşirelik mesleği ile ilgili bilgileri veren 4 ve hemşirelerin kültür hakkında durumu sormak için 3 sorudan olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmuştur(EK1).

3.4.2.Bakım odaklı Hasta-Hemşire-Etkileşimi Ölçeği

Bu Ölçek, Cossette, Caraa, Ricarda, Pepin (2005) tarafından Watson'ın bakım kuramı temel alınarak hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Atar ve Aştı (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek 3 Boyut (Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik), 10 Alt Ölçek (Hümanizm, Umut, Duyarlılık, Yardım Edici İlişki, Duyguların İfade Edilmesi, Sorun Çözme, Öğretim, Çevre, Gereksinimler, Maneviyat) Ve 70 Maddeden Oluşmaktadır. Atar Ve Aştı'nın(2012) Çalışmasında Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Önemlilik Boyutu İçin $A=0.99$, Yeterlilik boyutu için $\alpha=0.98$, uygulanabilirlik boyutu için $\alpha=0.99$ olarak bulunan, her üç boyutu için 70 maddelik likert tipi BOHHEÖ'nden alınabilecek en düşük puan 70, en yüksek puan ise 350'dir. Beş maddeli likert tipi ölçekteki ifadeler; Hiç (1), Biraz (2), Orta Derece (3), Çok (4), Son Derece (5) olarak puanlanmıştır. BOHHEÖ'nden alınan puan arttıkça, hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde arttığı şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik boyutları için sırasıyla 0.94, 0.96, 0.98 olarak bulunmuştur(EK 2).

3.4.3.Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Çokkültürlülük tutum ölçeği" kullanılmıştır. Munreo ve Perseon (2006) tarafından Banks (2007)'in çokkültürlülük yaklaşımını oluşturan bileşenlere dayalı olarak geliştirilen 33 maddelik tutum ölçeği esneklik, sosyal girişim, empati, duygusal denge, açıklık üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Likert tipli toplama aracı "(1) kesinlikle katılmıyorum ile (5) tamamen katılıyorum arasında değişen beş aralıklı olarak derecelendirilmiştir (9). Bu çalışma sonunda güvenirlik testinde Alpha güvenirlik katsayısı 0,65 olarak bulunmuştur. Puanlar arttıkça hemşirelerin kültüre dayalı tutumların arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (EK 3).

3.5.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan(EK 4) 25.02.2016 tarih, 01noluoturum ve74059997.050.04/23 sayılı etik kurul izni, hastanelerden ve ASM'lerden veri toplanması için kurum izni, çalışmaya katılacak olan bireylerden onam alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması:

Veri toplama formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulanma planının belirlenmesi amacıyla 01-05.03.2016 tarihleri arasında Şanlıurfa Kadın Hastalıkları-Doğum Hastanesi ve Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları hastanesinde 10 hemşire olmak üzere toplam 20 hemşire ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilerek son hali verilmiştir. Ön uygulama yapılan anketler araştırma içine dahil edilmemiştir.

Araştırma 2016 Mart ayından başlanıp, 2016 Haziran ayında tamamlanmıştır. Araştırmacı tarafından hemşirelere öncelikle araştırmanın amacı anlatılmış ve anket doldurma sırasında dikkat edilecek noktalar belirtilmiştir. Bu bilgilendirme 15 dakika sürmüştür. Anketler, 8-16 saatleri arasında, araştırmayı kabul eden hemşirelere verilerek araştırmacı gözleminde doldurulması sağlanmıştır.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; çok kültürlülük tutum ölçeği, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği puanlarıdır.

Bağımsız değişkenleri; Yaş, cinsiyet, medeni hali, en uzun yaşadığınız yer, anadiliniz, hemşirelik yapma süresi,hemşirelik mesleğini seçme durumu, kültür hakkında bilgi durumudur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma için hazırlanan veri toplama formunun uzun olmasından dolayı hemşirelerin araştırmayı kabul etmesinde bir engel teşkil etmekte ve verilecek cevaplarının güvenilirliğini azaltmaktadır.

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical PackageSocialSciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında sayı yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin analizinde sosyo-demografik özelliklerine göre ölçeğin üç boyutu için de tüm alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında normal dağılıma

uygunluk Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilerek bağımsız gruplarda t testi ve korelasyon ile hesaplanmıştır.



4. BULGULAR

Tablo1’de hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Tabloya bakıldığında; hemşirelerin % 60’ının 25 yaşından büyük olduğu, en küçük hemşirenin 19 yaşında, en büyük hemşirenin 54 yaşında olduğu saptanmıştır, % 73’ü kadın, % 44.3’ünün bekâr ve % 37.5’inin Şanlıurfa’lı olduğu görülmüştür, % 55.7’sinin Türk %36.0’ının Kürt kökenli olduğu,% 74.3’ünün ana dili Türkçedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri **n=300**

Değişkenler	n	%
Yaş		
25 yaş ve daha küçük	120	40.0
25 yaşından büyük	180	60.0
Cinsiyet		
Kadın	219	73.0
Erkek	81	27.0
Kökeni		
Türk	167	55.7
Kürt	108	36.0
Diğer	25	8.3
Medeni Hal		
Bekâr	133	44.3
Evli	167	55.7
En uzun yaşadığı yer		
Şanlıurfa	120	40.1
Şanlıurfa Dışı	180	59.9
Memleketi		
Şanlıurfa	110	37.5
Şanlıurfa Dışı	190	62.5
Anadili		
Türkçe	228	76.0
Kürtçe	64	21.3
Diğer	8	2.7
Toplam	300	100

Tablo 2’de Hemşirelerin meslek ile ilgili özellikleri verilmektedir. Hemşirelerin % 56.5’i bir ile beş yıl arasında çalışmıştır, % 64.2’si hemşirelik mesleğine isteyerek geldiğini, % 93’ nün kültür ile ilgili bir bilgisini olduğunu, kültür ile ilgili bilgiyi % 71.3’ü okuldan ve kitaplardan aldığını, % 20.5’inin çoğunlukla aileden ya da çevresindeki insanlardan bilgi aldığını ve % 88.7’si hemşirelerin kültürü bilmeleri gerektiğini söylemişlerdir.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleği İle İlgili Özelliklerin Durumu**n=300**

Değişkenler	N	%
Hemşirelik yapma süresi	166	56.5
1-5 yıl	128	43.5
5 yıl ve daha fazla		
Hemşirelik Mesleğini Seçme Durumu		
İsteyerek	197	64.2
İstemeyerek	103	35.8
Kültür İle İlgili Bilgi Durumu		
Evet	279	93.0
Hayır	21	7.0
Kültür ile İlgili Bilgiyi Aldığı Yer		
Okul, Kitaplardan	214	71.3
Hizmet İçi Eğitim, Kurstan	23	7.7
Diğer	63	21.0
Hemşireler Kültürü Bilmeli mi?		
Evet	276	88.7
Hayır	34	11.3
Toplam	300	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 3.de verilmiştir.Tablo 3'e göre: hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği toplam puan ortalamaları; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik toplam puan ortalamaları; 297.4 ± 56.9 , 284.8 ± 60.7 , 281.3 ± 70.7 ' dir.

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği alt boyutu olan hümanizm puan ortalaması; önemlilik 25.7 ± 4.3 , yeterlilik boyutu puan ortalaması 24.5 ± 4.5 , uygulanabilirlik alt boyutu puan ortalaması 23.3 ± 5 bulunmuştur.

Umut alt boyutu önemlilik puan ortalaması 30 ± 5.5 , yeterlilik puan ortalaması 28.6 ± 6 uygulanabilirlik puan ortalaması 28.6 ± 5.3 olarak saptanmıştır. Duyarlılık alt boyutu önemlilik puan ortalaması 24.9 ± 4.6 , yeterlilik puan ortalaması 19.3 ± 4.6 , uygulanabilirlik puan ortalaması 24.0 ± 5.7 olarak saptanmıştır.

Sorun çözme alt boyutu önemlilik puan ortalaması 24.8 ± 4.8 , yeterlilik puan ortalaması 23.4 ± 6 , uygulanabilirlik puan ortalaması ise 23.7 ± 6.5 olarak, öğretim alt boyutu önemlilik

puan ortalaması 38.2 ± 7.0 , yeterlilik puan ortalaması 37.1 ± 8.3 , uygulanabilirlik puan ortalaması 35.3 ± 7.2 'dir.

Çevre alt boyutu önemlilik puan ortalaması 29.6 ± 5 , yeterlilik puan ortalaması 28.8 ± 5.5 , uygulanabilirlik puan ortalaması 28.3 ± 7.3 olarak hesaplanmıştır.

Gereksinimler alt boyutu önemlilik puan ortalaması 43.4 ± 7.9 , yeterlilik puan ortalaması 41.6 ± 8.6 , uygulanabilirlik puan ortalaması 41.1 ± 8.9 'dir.

Maneviyat alt boyutu önemlilik puan ortalaması 25.4 ± 6.4 , yeterlilik puan ortalaması 24.3 ± 5 , uygulanabilirlik puan ortalaması 23.7 ± 6.5 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.Hemşirelerin Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Maddeler	Önemlilik		Yeterlilik		Uygulanabilirlik	
			Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS
1:Hümanizm	6	1-6 arası maddeler	6-30	25.7±4.3	6-30	24.5±4.5	6-30	23.3±5
2: Umut	7	7-13 arası maddeler	7-35	30.0±5.5	7-35	28.6±6	7-35	28.6±5.3
3: Duyarlılık	6	14-19 arası maddeler	6-30	2.9±4.6	6-30	19.3±4.6	6-30	24.0±5.7
4: Yardım edici ilişki	7	20-26 arası maddeler	7-35	30.0±5.1	7-35	28.3±5.4	7-35	29.0±6.6
5:Duyguların ifade edilmesi	6	27-32 arası maddeler	6-30	25.4±6.2	6-30	23.5±6.5	6-30	24.3±5.2
6: Sorun çözme	6	33-38 arası maddeler	6-30	24.8±4.8	6-30	23.4±6	6-30	23.7±6.5
7: Öğretim	9	39-47 arası maddeler	9-45	38.2±7	9-45	37.1±8.3	9-45	35.3±7.2
8: Çevre	7	48-54 arası maddeler	7-35	29.6±5.1	7-35	28.8±5.5	7-35	28.3±7.3
9: Gereksinimler	10	55-64 arası maddeler	10-50	43.4±7.9	10-50	41.6±8.6	10-50	41.1±8.9
10: Maneviyat	6	65-70 arası maddeler	6-30	25.4±6.4	6-30	24.3±5.3	6-30	23.±6.5
TOPLAM	70	Tüm maddeler	70-350	297.4±56.9	70-350	284.8±60.7	70-350	281.3±70.7

Tablo 4'e göre hemşirelerin çok kültürlülük tutum ölçeğinin alt boyutu olan sosyal girişim puan ortalaması 21.6±3.5, empati puan ortalaması 24.0±6.6, duygusal denge alt boyutu puan ortalaması 25.6±5.6, açıklık puan ortalaması 19.0±3.6 ve esneklik puan ortalaması 13.5± 2.1'dir. Çok Kültürlü Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması; 82.3±7.5 saptanmıştır.

Tablo 4. Hemşireleri Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği Alt Boyutlar	Max-Min	X±SS
1: Sosyal Girişim	8-30	21.6±3.5
2: Empati	14-60	24.0±6.6
3: Duygusal Denge	7-68	25.6±5.6
4: Açıklık	5-25	19.0±3.6
5: Esneklik	7-19	13.5±2.1
Toplam	63-126	82.3±7.8

Hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği ve çok kültürlülük tutum ölçeği arasında korelasyonu Tablo 5.de verilmiştir. Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği toplam önemlilik puanları ve çok kültürlülük tutum ölçeği önemlilik toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı görülmüştür ($r=0.100$, $p>0.05$).

Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği toplam yeterlilik puanları ve çok kültürlülük tutum ölçeği toplam puanı arasında ortadüzeyde pozitif bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür ($r=0.248$, $p<0.05$).

Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği toplam uygulanabilirlik puanları ile çok kültürlülük tutum ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür ($r= 0.302$, $p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği sosyal girişim toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği önemlilik toplam puanları ile arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.320, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği Sosyal girişim toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği yeterlilik toplam puanları ile arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.348, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği Sosyal girişim toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği uygulanabilirlik toplam puanları ile arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.348, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği empati toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği önemlilik toplam puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır ($r= -0.150, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği empati toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği yeterlilik toplam puanları ile arasında orta düzeyde negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r= -0.354, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği empati toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği uygulanabilirlik toplam puanları ile arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.327, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği duygusal denge toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği önemlilik toplam puanları ile arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.777, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği duygusal denge toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği yeterlilik toplam puanları ile orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.312, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği duygusal denge toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği uygulanabilirlik toplam puanları ile orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.330, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği açıklık toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği önemlilik toplam puanları ile güçlü bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r= 0.664, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği açıklık toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği yeterlilik toplam puanları ile orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r= 0.306, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği açıklık toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği uygulanabilirlik toplam puanları ile orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.312, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği esneklik toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği önemlilik toplam puanları ile güçlü bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.584, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği esneklik toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği yeterlilik toplam puanları ile zayıf bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.233, p<0.05$).

Çok kültürlülük tutum ölçeği esneklik toplam puanı bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği uygulanabilirlik toplam puanları ile orta düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür($r=0.291, p<0.05$).

Tablo 5. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği ve Çok Kültürlülük Tutum Ölçeği Arasındaki Korelasyonu

Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi toplam puanları	Çok kültürlülük tutum ölçeği toplam		Sosyal girişim		Empati		Duygusal denge		Açıklık		Esneklik	
	rp	r	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Önemlilik	0.100	0.86	0.320	0.00	-0.150	0.009	0.777	0.00	0.664	0.00	0.584	0.00
Yeterlilik	0.248	0.00	0.348	0.00	-0.354	0.00	0.312	0.00	0.306	0.00	0.233	0.00
Uygulanabilirlik	0.302	0.00	0.348	0.00	0.327	0.00	0.330	0.00	0.312	0.00	0.291	0.00

Tablo 6’da Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Aldıkları Puan Ortalamaları verilmiştir. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan hümanizm, umut ve duyarlılık ve yardım edici boyutlarına bakıldığında, erkeklerde ortalama kadınlara göre daha düşük çıkmış olduğu görülmektedir. İstatistiksel ilişkide anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Yaş ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan hümanizm, umut ve duyarlılık ve yardım edici boyutların hepsine bakıldığında çoğunluğun 25 yaşından büyüklerde ortalamaların arttığı görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Medeni hal ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan hümanizm, umut ve duyarlılık ve yardım edici boyutlarının hepsine bakıldığında bekar olanların evli olanlara göre ortalamalarının arttığı görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Kültür bilgisi ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu ve duyarlılık ve yardım edici boyutları kültürü bilmeli diyenlerin ortalamaları kültürü bilmemeli diyenlere göre artmaktadır. İstatistiksel olarak duyarlılık boyutunun önemlilik alt boyutunda, yardım edici önemlilik, yeterlilik alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) hümanizm, umut boyutlarında duyarlılık yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutunda, yardım edicilik uygulanabilirlik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hemşirelerin cinsiyeti ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu duygular ifade, sorun çözme ve öğretim alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Yaş ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan duyguları duygular ifade, sorun çözme ve öğretim alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Medeni hal ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan duyguları ifade, sorun çözme, öğretim boyutlarının hepsine bakıldığında bekarların çoğunluğun ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kültür bilgisi ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan duyguları ifade, sorun çözme, öğretim boyutlarının önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarına bakıldığında hemşireler kültürü bilmelidiyenlerin çoğunluğun ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hemşirelik yapma süresi ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan duyguları ifade, sorun çözme, öğretim boyutlarının tümüne bakıldığında 5 yıl ve daha az çalışanların çoğunluğunun 5 yıl ve üzeri hemşirelik yapanlara göre ortalamalarının azaldığı görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Duyguları ifade boyutunun önemlilik boyutunda hemşirelik yapma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmuştur ($p<0.05$)

Hemşirelerin cinsiyeti ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeğinin çevre, gereksinim ve maneviyat boyutlarından önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaşı ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu çevre, gereksinim ve maneviyat önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik ortalamalarının çoğunluğu 25 yaşın altındaki hemşirelerde 25'in altında ki hemşirelere göre yüksek çıkmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni hal ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu çevre, gereksinim ve maneviyat önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik ortalamaları bekarlarda evlilere göre yüksek çıkmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin kültür bilgisi ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği gereksinim alt boyutunun önemlilik, yeterlilik boyutu ortalama dağılımları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelik yapma süresi ile hasta –hemşire bakım odaklı etkileşimi ölçeği alt boyutu olan çevre, gereksinim ve maneviyat boyutlarının tümüne bakıldığında 5 yıl ve daha az çalışanların çoğunluğunun ortalamaları 5 yıl ve üzeri hemşirelik yapanlara göre yüksek çıktığı görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$). Çevre boyutun da önemlilik alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$)

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Hümanizm			Umut			Duyarlılık			Yardım Edici		
	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulana bilirlilik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulana bilirlilik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulana bilirlilik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulana bilirlilik
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Cinsiyet												
Erkek	25.6±4.9	24.4±4.8	23.0±5.1	29.1±6.8	27.7±5.7	28.0±5.7	24.6±6.2	19.2±4.6	28.7±8.1	29.5±5.9	28.1±5.5	29.0±5.1
Kadın	25.8±4.1	24.5±4.4	23.4±5	30.3±4.9	28.9±6.2	28.8±5.2	25.1±4.3	19.4±4.6	28.5±5.9	30.2±4.9	28.3±5.4	28.9±7
	p=0.866	p=0.826	p=0.569	p=0.574	p=0.083	p=0.139	p=0.213	p=0.409	p=0.803	p=0.250	p=0.804	p=0.849
Yaş												
25 yaş ve küçük	25.6±4.6	24.5±4.6	23.2±4.8	29.7±5.6	28.4±5.3	28.1±5.1	24.8±4.5	19.4±4.1	28.1±6.8	29.8±5	28.7±5.4	28.9±7.1
25 yaşından büyük	25.8±4.1	24.6±4.8	23.4±5.1	30.2±5.5	29.0±7	29.3±5.5	25.0±4.6	19.3±4.1	29.1±7.3	30.3±5.3	27.9±5.4	29.0±6.2
	p=0.658	p=0.815	p=0.812	p=0.519	p=0.060	p=0.067	p=0.719	p=0.719	p=0.770	p=0.213	p=0.747	p=0.482
Medeni hal												
Bekâr	25.6±4.6	24.9±4.7	23.4±5.2	30.1±5.4	29.1±6.8	28.9±5.3	25.3±4.3	19.6±3.9	28.7±5.1	30.4±4.3	28.7±5	29.3±6.5
Evli	25.8±4.1	24.2±4.2	23.2±4.7	29.9±5.7	28.2±5.4	28.3±5.3	24.7±4.8	19.1±5.1	28.3±4.9	29.7±5.6	27.9±5.7	28.7±6.7
	p=0.659	p=0.660	p=0.242	p=0.235	p=0.690	p=0.835	p=0.222	p=0.333	p=0.240	p=0.276	p=0.247	p=0.413
Kültür bilgisi												
Bilmeli	26.1±3.	24.5±4.6	23.3±5	30.2±3.9,	30.2±7.6	29.2±4.6	24.9±4.6	19.3±4.7	28.5±7.1	30.2±3.9	28.2±2.8	30.2±9.9
Bilmemeli	25.7±4.1	24.5±3.3	23.7±4.9	30.0±5.6	28.5±5.9	28.6±5.4	25.3±3.8	19.1±3.9	28.0±5.1	30.0±5.2	28.8±8.8	28.9±6.3
	p=0.059	p=0.224	p=0.597	p=0.203	p=0.716	p=0.659	p=0.038	p=0.132	p=0.667	p=0.020	p=0.012	p=0.060
Hemşirelik Yapma Süresi												
1-5 yıl	25.6±4.4	24.5±4.4	23.3±5	29.9±5.7	28.7±6.1	28.7±5.2	24.8±4.6	19.4±4.6	28.5±6.6	29.9±5.2	28.3±5.3	29.0±6.7
5yıl ve üzeri	26.2±4	24.8±5	23.3±5.1	31.1±4.3	28.1±5.5	28.7±5.8	25.7±4.2	19.4±4.7	29.5±9.9	30.9±3.9	28.5±6.1	29.2±6.7
	p=0.433	p=0.678	p=0.972	p=0.223	p=0.619	p=0.846	p=0.290	p=0.966	p=0.433	p=0.316	p=0.895	p=0.838

Tablo 6. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Duyguları ifade			Sorun çözme			Öğretim		
	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Cinsiyet									
Erkek	24.4±5.3		24.5 ±4.2	24.6±5.1	23.2 ±5.3	23.8±4.5	38.6±8	37.5±9.1	35.9 ±7.3
Kadın	25.2±4.3 p=0.217	23.4 ± 4.8 3.5±7.1p=0.882	24.2±5.5 p=0.655	24.9±4.8 p=0.590	24.1 ±7.4 p=0.241	23.9±7.5 p=0.989	38.0±6.6 p=0.552	37.0±8.1 p=0.641	35.1 ±7.2 p=0.400
Yaş									
25 yaş ve küçük	24.7±5	23.2±5	24.3±5	24.6±4.9	24.1±7.2	23.9±6.9	38.4±7.9	38.0±1	35.9±7.1
25 yaşından büyük	25.2±4.5 p=0.566	23.6±7.3 p=0.957	24.3±4.8 p=0.539	24.9±4.8 p=0.102	23.0±5 p=0.100	23.9±6.7 p=0.519	38.0±6.4 p=0.139	36.5±6.4 p=0.295	35.0±7.3 p=0.193
Medeni hal									
Bekâr	24.9 ±4.8	23.2 ±4.9	24.3±7.6	24.2 ±5.1	24.7±5.1	24.5±6.4	38.5 ±7.5	36.9±6.5	35.8±6.6
Evli	25.1±4.7 p=0.602	23.6±7.6 p=0.718	22.3±5.4 p=0.662	24.9 ±4.6 p=0.939	23.5 ±4.4 p=0.474	24.1±5.4 p=0.459	37.9±6.4 p=0.479	37.3±7.9 p=0.634	34.9±7.7 p=0.264
Kültür bilgisi									
Bilmeli	25,3±3.4	24.1±3.6	25.0±6.7	24.8±6.9	24.9±12.1	24.0±6.9	38.2±7.1	37.2±8.5	35.3±7.3
Bilmemeli	24.9±4.8 p=0.111	23.4±6.7 p=0.618	24.2±5.1 p=0.214	24.9±3.9 p=0.048	23.3±3.2 p=0.647	22.6±4.4 p=0.444	37.5±5.4 p=0.548	36.2±5.6 p=0.322	35.9±6.3 p=0.431
Hemşirelik Yapma Süresi									
1-5 yıl	24.7±4.8	23.4±6.7	24.2±5.2	24.6±4.9	23.3±6.1	23.7 ±6.6	36.9±6	35.2±6.9	36.2±8.7
5yıl ve üzeri	26.5±3.4 p=0.049	24.0±5 p=0.597	24.9±5.3 p=0.484	26.4±4.1 p=0.047	24.0±5.6 p=0.560	25.1±8 p=0.273	38.0±7.1 p=0.167	38.6±7 p=0.269	29.4±5.2 p=0.446

Tablo 6. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Çevre			Gereksinim			Maneviyat		
	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Cinsiyet									
Erkek	29.5±5.3	28.7±4.9	28.9±8.6	43.3 ±8.9	40.6 ±7.9	41.3 ±7.4	24.5 ±5.2	23.6 ±4.8	24.0 ±6.9
Kadın	29.6 ±5	29.0±6	28.1 ±6.8	43.4±7.6	42.0 ±8.9	41.0±9.3	25.7±7.2	24.6 ±5.5	23.0 ±5,1
	p=0.950	p=0.714	p=0.417	p=0.879	p=0.208	p=0.822	p=0.165	p=0.164	p=0.243
Yaş									
25 yaş ve küçük	29.1±5.6	28.7±6.1	28.4±6.3	42.4±7.6	41.0 ±7.6	41.1±7.3	25.5±8.1	24.5 ±4.8	24.1±6.3
25 yaşından büyük	29.9±4.7	28.8±5.2	28.2±7.9	44.0±8.1	42.0±9.3	41.1±9.8	25.3 ±4.9	24.2±5.6	23.5 ±6.6
	p=0.103	p=0.886	p=0.083	p=0.349	p=0.962	p=0.750	p=0.655	p=0.375	p=0.372
Medeni hal									
Bekâr	29.2±5	28.5±5.3	28.3±5.3	43.4±8	41.6±8.5	41.3±7	25.3±8	24.4 ±4.7	23.8 ±6.4
Evli	29.±5.1	29.0±5.7	28.2±8.9	43.4±7.9	41.6±8.7	40.9±10	25.4±4.7	24.2±5.8	23.7±6.6
	p=0.256	p=0.278	p=0.480	p=0.926	p=0.978	p=0.954	p=0.758	p=0.784	p=0.927
Kültür bilgisi									
Bilmeli	29.6±5.1	28.8±5.6	28.3±7.5	43.4±8	41.7±8.7	25.4±6.5	24.4±5.3	23.8±6.6	41.1±8.9
Bilmemeli	29.4±4.5	28.9±4.2	28.7±4.5	42.8±7.4	40.4±8.3	24.4±4.2	22.8±4.6	23.2±5	40.5±8.6
	p=0.827	p=0.246	p=0.954	p=0.002	p=0.024	p=0.064	p=0.083	p=0.555	p=0.711
Hemşirelik Yapma Süresi									
1-5 yıl	31.2±4.2	29.8 ±5.9	30.1±11.5	44.0±6	42.2±7.4	42.3±11.2	25.6±4.8	24.6±5.2	23.7±5.4
5yıl ve üzeri	28.7±5.5	28.1±6.6	43.3±8.1	41.5±8.8	40.9±7.4	25.3±6.6	24.3±5.3	23.8± 5.4	23.8±5.6
	p=0.043	p=0.256	p=0.134	p=0.645	p=0.686	p=0.393	p=0.802	p=0.774	p=0.917

Tablo 7’de Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre çok kültürlü tutum ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları bulunmaktadır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ÇKT ölçeği alt boyutu olan sosyal girişim, empati, boyutlarına bakıldığında, erkeklerde ortalama kadınlara göre daha yüksek çıkmış, duygusal denge, açıklık, esneklik alt boyutu erkeklerde kadınlara göre küçük çıkmış olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan sosyal girişim, empati, açıklık, esneklik boyutlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Duygusal denge alt boyutu anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$).

Yaş ile ÇKT Ölçeğinin empati, duygusal denge, açıklık, esneklik alt boyutları 25 yaştan küçük hemşirelerde göre daha yüksek çıkmış sosyal girişim alt boyutu düşük çıkmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Medeni hal ile ÇKT Ölçeğinin sosyal girişim, duygusal denge, açıklık, esneklik alt boyutlarının ortalamaları bekar olanların göre daha yüksek, empati alt boyutunun puanı düşük çıkmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kültür bilgisi ile ÇKT Ölçeğinin sosyal girişim, duygusal denge, açıklık, esneklik alt boyutlarının ortalamaları hemşire kültür bilgisine sahip olmalı diyen diyenlerin bilmemeli diyenlere oranla göre daha yüksek, empati alt boyutunun puanı düşük çıkmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hemşirelik Yapma Süresi bir ile 5 yıl arasında çalışan hemşirelerde, duygusal denge ve empati puanlarının ortalamaları 5 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere göre yüksek çıkmış, bir ile 5 yıl arası çalışanlarda; çalışanlarının ortalaması ÇKT Ölçeğinin alt boyutu olan açıklık sosyal girişim esneklik, düşük çıkmıştır. İstatistiksel ilişkide hepsinin anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Kültürlü Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Değişkenler	Sosyal Girişim	Empati	Duygusal Denge	Açıklık	Esneklik
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss
Cinsiyet	21.8±3.7	24.3±7	24.6±5.3	18.8 ±3.5	13.5±2.1
Erkek	21.5±3.5	23.9±6.4	26.0±5.6	19.1±3.7	13.5±2.1
Kadın	p=0.633	p=0.608	p=0.045	p=0.566	p=0.914
Yaş					
25 yaş ve küçük	21.3±3.5	24.4±7.5	26.1±5.4	19.3±5.7	13.6 ±2.1
25 yaşından büyük	21.8±3.6	23.7±6	25.3 ±5.7	18.8 ±3.5	13.4 ±2.2
	p=0.327	p=0.421	p=0.232	p=0.221	p=0.323
Medeni hal					
Bekar	21.8±3.4	23.8±6.6	25.9±4.9	19.4 ±3.4	13.6 ±2.1
Evli	21.4 ±3.7	24.2 ±6.6	25.4 ±6	18.7 ±3.8	13.5 ±2.1
	p=0.333	p=0.574	p=0.455	p=0.084	p=0.734
Kültür bilgisi					
Bilmeli	21.6±6.4	23.9±6.7	25.7±5.6	19.1±3.6	13.5±2.1
Bilmeli	20.9 ±2.6	24.7 ±5.3	24.8 ±4.4	17.9 ±3.5	13.3 ±2.6
	p=0.362	p=0.610	p=0.460	p=0.142	p=0.634
Hemşirelik Yapma Süresi					
1-5 yıl	21.5±3.6	24.2±6.6	25.7±5.7	18.9±3.7	13.5± 2.2
5yıl ve üzeri	22.0±3.3	22.7 ±6.5	25.6±5.2	19.5 ±3	13.7±1.9
	p=0.511	p=0.209	p=0.982	p=0.407	p=0.668

5.TARTIŞMA

Günümüzde, hemşirelik eğitimine kısmen de olsa giren kültürel içerikli bakıma yönelik teorik bilgi yeterli olsa da kültürel içerikli bakım yeterli düzeyde uygulanmamaktadır. Bireylerin sağlık gereksinimleri, kültürel yapılarına göre farklılık gösterir (34).Farklı kültürlerdeki insanların kendi kültürel varlıklarını açıkça belirtmeleri temel insan hakkıdır ve saygı duyulmalıdır Kültürel yaklaşımlı hemşirelik bakımında altı çizilmesi gereken şey “benim grubumdan bu grup ne kadar farklıdır” sorusuna cevap aramaktır.Hemşirelerin kültürel tutumları ile hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmada bu araştırmada; hemşirelerin BOHHEÖ ile ÇKTÖ arasında toplam yeterlilik, uygulanabilirlik puanları arasında orta bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür(Tablo 6. $P<0,05$). Bu sonuç hemşirelerin kültüre dayalı tutumları arttıkça hasta/birey bakımında tutum ve davranışların daha olumlu olduğu görülmüştür.Çalışanların kültür düzeyi arttıkça hasta bakımdaki yeterlilikler de artmaktadır. McCabe'nin (43) çalışmasında hastalar; hemşirenin “bugün nasılsın” demesi, zaman ayırması ve orada olması, açık ve gerçek iletişim kurmasını hastalar hemşirenin yardım etmeye istekli, kendisine dikkat etmesi biçiminde değerlendirmişler ve bunun mutluluk verici olduğunu belirtmişlerdir. (91). Ayaz ve Bilgili (2009)'nin yürütmüş oldukları araştırmada da, bakım verenler ve bakım alanlar arasında en zor karşılanan gereksinimlerin kültür farklılıklarından kaynaklanan gereksinimler olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşireler, bakımda hastaları ile ilgili dil farklılığı (%76), dilde ağız farklılığı (%4.6), mahremiyet (%40.4) gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir(70). Hastaların gereksinimleri ile hemşirenin sunduğu bakım hizmetinin karşılaştırılarak yapıldığı çalışmalarda hastalar; hemşirenin kendileriyle konuşmalarını, duygularını ifade etmesine izin vermelerini, dinlemelerini, anlamaya çalışmalarını, kendileri için kaygılanmalarını, bilgilendirmelerini, ulaşılabilir olmalarını ve kolaylaştırıcı olmalarını beklemekte ve bu gereksinimlerinin çoğu zaman karşılanmadığını düşünmektedirler.Ayrıca bu sonuçları destekleyecek şekilde bu çalışmada çok kültürlülük tutum ölçeği alt boyutları olan empati, duygusal denge alt boyutu puan ortalaması düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4). Hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında bakım veren hemşireler ve hastalar arasında artan kültürel çeşitlilikler de bakımı etkilediği ve gereksinimleri karşılayamadığı düşünülebilir. Hastalarının kültürünü anlayan, yalın cümlelerle iletişim kurabilen kendi kültürünü bilen hastanın kültürünü de yadsımayan hemşirelerle hastaların daha rahat iletişim kurabildiği hastanın gereksinimlerini daha rahat ifade ederek hemşirenin de yeterliliklerinin artarak uygulanabilirliği de artıracığı söylenebilir. Ancak araştırma hemşirelerin kültür ile bakım

arasında orta bir ilişki çıkması üzüntü veren bir sonuçtur. Bu yüzden hemşirelere kültüre dayalı hizmetlerin, eğitimlerin artırılması bakımın kalitesi açısından çok önemlidir.

Hemşirelerin % 93'nün kültür ile ilgili bir bilgisini olduğunu söylemiştir. Ayrıca Hemşirelerin çok kültürlü tutum ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında; 82.3 ± 7.5 aldığı ve bu puan ortalaması, hemşire tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir (Tablo4). Ayrıca Kültür ile ilgili bilgiyi hemşirelerin %71.3'ü okuldan ve kitaplardan aldığını, % 20.5'inin çoğunlukla aileden ya da çevresindeki insanlardan bilgi aldığını ve %88.7'si hemşirelerin kültürü bilmeleri gerektiğini söylemişlerdir (Tablo 2.). Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırma da transkültürel hemşireliğe ilişkin bilgi durumları incelendiğinde, %26.9'unun bu konuda bilgi sahibi olmadığı saptandı. Çalışmada hemşirelertranskültürel kelimesini “farklı kültürlerin bir araya gelmesi” ve transkültürel hemşireliği “farklı kültürdeki hastalara bakım verme” olarak tanımlamışlardır (39). Ayaz ve Bilgili (2009) tarafından, hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları kültürel farklılıklara bağlı sorunları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin %73.1'inin kültüre duyarlı bakım kavramını duymadıkları ve %66.5'inin bu kavramın tanımını bilmedikleri belirlenmiştir. Çalışma bulgularımızın aksine, Bond (2001) ise hemşirelik öğrencilerinin %65'inin transkültürel hemşirelik kavramını bildiklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar hemşirelerde kültürel olarak yeterli olmadıklarını gösterebilir. Kültürel olarak yeterli olmayan bir hemşire bakım yaparken ve hastaları anlamaya çalışırken yanlış uygulamalar veya hastaya zarar verecek davranışlar içersine girebilir. Sağlık personelinin farklı kültürden bireylere etkili kültürlerarası bakım vermemesi, bazı kültürlerin değersiz olduğu mesajını vermesi kültürel kapasite eksikliğini gösterir. Bu bulgular ülkemizde hemşirelik eğitim programlarında transkültürel hemşirelik kavramının vurgulanmadığını göstermektedir (25).

Hemşirelerin kültür bilgisine göre bakım ve kültür ölçeğine puan ortalamalarına bakıldığında hemşirelerin kültür bilgisi olmalı diyen hemşirelerin BOHHE ölçeği her üç boyutta daha yüksek olduğu davranışlarının olumlu olduğu (Tablo 6, $p > 0,05$) ve hemşirelerin kültür bilgisi arttıkça bakımın daha olumlu olduğunu gösteren bir bulgu olduğu söylenebilir.

Tablo3'e göre: hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlikte toplam puan ortalamaları sırasıyla; 297.4 ± 56.9 , 284.8 ± 60.7 , 281.3 ± 70.7 olduğu ve hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşime ilişkin tutum ve davranışları olumlu olduğu

saptanmıştır.Yapılan bir çalışmada hemşirelik birçok hemşire kuramcı tarafından, “kişilerarası bir etkileşim süreci” olarak tanımlanmıştır, hemşirelik, bakım verme bilim ve sanatı; bakım ise bir kişiler arası süreç, bir etkileşim olarak tanımlanabilir(40). Farklı kültürel özelliği olan bireylerin hastalığı ve sağlığı algılamaları, inanç ve geleneklerinden etkilenir. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve tutumları hemşirelik bakımından yararlanmalarını etkiler (41) Literatürde de belirtildiği gibi sağlık bakım profesyonelleri, bireylere yardım etmek, bakımın kalitesini artırmak ve hizmet alanların memnuniyetini sağlamak için problem çözme becerilerini kullanmak zorundadır (30,31,32). Hemşirelerin birey, aile ve topluma istendik düzeyde bakım verebilmeleri için sağlık ve hastalık davranışların arkasında yatan kültürel özellikleri tanımları önemlidir. Hemşireler, bireylerle ilk iletişim kurdukları zaman kültürel değerlendirme yapmalıdırlar. Bu değerlendirme derinlemesine olacağı gibi daha sonra yapılabilecek derinlemesine bir değerlendirmeye zemin de oluşturabilir(42). İletişime kültür bilimlerinin penceresinden bakanlar kültürler arasındaki farklılıkları görerek, anlam aktarımlarının başarıyla gerçekleştirilmesine, farklı kültürlerin mensupları arasında etkin iletişim kurulmasına katkıda bulunmaya çalışırlar (43).

Çalışmaya katılan hemşirelerin % 73’ü kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Hem dünyada ve hem de ülkemizde hemşirelik, yalnızca kadınlara yönelik bir meslek olmaktan çıkmış ve böylelikle karma bir meslek olması konusunda istek ve eğilimler de artarak devam etmiştir. Böylece kadın mesleği olarak algılanan hemşireliğe erkek üyelerin katılması her geçen gün artmaktadır (28). Hemşirelik eğitimi alan erkeklerin sayısı hızla artmış, Türkiye genelinde 2006-07 akademik yılında 27 olan erkek hemşirelik öğrencisi sayısı 2015’te 14.929’a ulaşmıştır (79). Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ÇKT ölçeği toplam puanında erkeklerde ortanca kadınlara göre daha düşük çıkmıştır ($p>0,05$). Çelik ve arkadaşlarının(2012) yaptığı bir çalışmada daha önce erkek bir hemşireden bakım almayan hastalar; hemşirelik mesleğini kadın mesleği olarak görmekte, erkeklerin hemşirelik yapmaması gerektiğini düşünmektedir. İlaveten erkek bir hemşireden bakım almak istememekte, kendisinin ve yakınlarının da bu durumdan rahatsız olacağını düşünmektedir. Ayrıca bir sorunu olduğunda bunu erkek hemşireye söylemekte sıkıntı yaşayacağını, erkek hemşirelerin erkek hastalara bakım vermeleri gerektiğini ifade etmektedir. Aynı şekilde erkek bir hemşireden bakım almayan hastalar; erkeklerin iyi bakım verip veremeyeceği, hemşirelik mesleği hakkındaki olumsuz düşünceleri değiştirip değiştiremeyeceği, kadın hemşirelere göre hastalara karşı daha hoşgörülü ve nazik davranıp davranamayacakları konusunda kararsız olduklarını ifade etmişlerdir (71,72,74,75,78). BOHHEÖ’NE bakıldığında ise (Tablo 6.)erkek

hemşirelerin önemlilik ve yeterlilik konusunda daha düşük ortalamaya sahip olduğu; uygulanabilirlik kısmında ise erkeklerin daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür (Tablo 6. $p>0,05$). Bu sonuç bize erkeklerin hasta/bireye bakım verirken daha olumlu davranış gösterdiği ancak tutum konusunda daha olumsuz olduğu düşünülebilir. Avcıbaşı ve ark yaptığı çalışmada klinik uygulama öncesinde kadın öğrenci hemşirelerin erkek öğrenci hemşirelere göre bakım verecekleri kadınların çekingen davranacağını düşünürken; klinik uygulama sonrasında kadın öğrencilerin hiçbiri kadınların uygulamalarda çekingen davrandığını belirtmemiş, erkek öğrencilerin kadınların uygulamalarda çekingen davrandığını belirtmişlerdir(80). Bu çalışmadan farklı olarak Potur ve Bilgin (2014)'nin çalışmasında da, erkek öğrenciler bakım verdikleri hasta grubunun kadın olmasını ve hastalar tarafından kendilerine cinsiyet ayırımı yapılmasını kendileri için stres kaynağı olarak belirtmiştir. Erkek öğrenciler cinsiyete bağlı daha çok ayrımcılığa uğrayacaklarını belirterek daha fazla stres altında oldukları düşünülse de, klinik uygulama öğrencilerin düşündükleri kadar olumsuz geçmemiştir. Klinik uygulama öncesinde erkek öğrencilerin klinik uygulama sonrasında mezuniyet sonrası kadın-doğum kliniklerinde çalışmak istediklerini bildirmiştir (76,77).

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 60'ının 25 yaşından büyük olduğu, en küçük hemşirenin 19 yaşında, en büyük hemşirenin 54 yaşında olduğu saptanmıştır(Tablo 1). Hemşirelerin yaşı BOHHEÖ'ü yeterlilik ve uygulanabilirlikte 25 yaşından küçük hemşirelerde daha olumlu olduğu görülmüştür (Tablo 6 $p>0,05$). Aynı sonuç ÇKT ölçeğinde de görülmektedir. Yaşı küçük olan hemşireler kültürel yaklaşımları daha olumludur ($p>0,05$). Bu sonuçlar yaşı küçük olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin önemli olduğunu düşündüğü, kendilerini bu konuda yeterli buldukları ve uygulanabilir olduğu söylenebilir (38). Akgün Kostak ve ark.'nın (2010) çalışmasında da hemşirelerin büyük bir çoğunluğu manevi bakım vermediklerini belirtilmişlerdir (81). Bizim yaptığımız çalışmayı destekler şeklinde Aktaş ve ark.'larının yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması ve meslekte çalışma yılı arttıkça sağlık hizmetlerinin kültüre uygun bir şekilde sunulması gerektiğini düşünme durumlarının azaldığı belirlenmiştir(39). Eğlence ve Şimşek tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekte çalışma seneleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (82). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin yaş ortalamaları, medeni durumları, çalışma yılları ile maneviyat puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur(83). Hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedeni olarak zaman yetersizliği, hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları personel

yetersizliği, bilgi yetersizliği ve olanakların yetersizliğini düşünülebilir.Yine çalışmalar arasındaki bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı hastanelerin ve hemşirelerin özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

BOHHE ölçeği tüm alt boyutlarına bakıldığında; meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin önemli olduğunu düşündüğü, uygulanabilir olduğunu fakat kendilerini bu konuda yeterli olmadıkları söylenebilir (Tablo 6, $p>0.05$) Bu sonuç, deneyimli çalışma yaşantısı geçirmelerinden dolayı bakım odaklı etkileşimin önemliliğine ve uygulanabilirliğe ilişkin davranış ve tutumlarının daha olumlu çıkmasına neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.Yapılan farklı bir çalışmada; meslekteki çalışma süresi arttıkça, iletişim becerisi düzeyi de artmaktadır. Bu çalışmalarda, meslekteki toplam çalışma süreleri 20 yıl ve üzeri olan hemşirelerin iletişim becerisi düzeylerinin, çalışma süresi daha kısa olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır (38). ÇKT ölçeğinin empati alt boyutunun toplam puan ortancası çalışma yılı bir-5 yıl arasında olanların daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7 $p>0,05$). Buna göre hemşirelerin çalışma yılı arttıkça hastalara karşı empatik davranışlardan uzaklaştığı söylenebilir.

Gereksinimler alt boyutu önemlilik puan ortalaması 43.4 ± 7.9 , yeterlilik puan ortalaması $41,6\pm 8,6$, uygulanabilirlik puan ortalaması 41.1 ± 8.9 'dir (Tablo 6). Gereksinimlerin alt boyutu puan ortalamasına göre hemşirelerin gereksinimlere ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu olduğu görülmüştür. Maneviyat alt boyutu önemlilik puan ortalaması $25,4\pm 6,4$,yeterlilik puan ortalaması $24,3\pm 5$, uygulanabilirlik puan ortalaması 23.7 ± 6.5 olarak bulunmuştur (Tablo3).Maneviyat'ın alt boyutları önemlilik yeterlilik ve uygulanabilirlik ortancaları erkeklerde, bekar olanlarda, kültür bilgisi bilmeli diyen hemşirelerde yüksek çıkmış, hemşirelik yapma süresinin önemlilik boyutu 5 yıl ve üzeri çalışanlarda daha yüksek yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu düşük çıkmıştır (Tablo 6). Çalışma yılı arttıkça hemşireleri manevi bakım konusunda yeterli olmadığını ve uygulanabilirliği sağlayamadıkları düşünülebilir. Yapılan bir araştırmada hemşirelerin toplam çalışma yılının, çalışma şeklinin, haftalık çalışma saatinin, çalıştıkları bölümün, vardiya tipinin, daha önceden hastanede yatma durumunun maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkilemediği saptanmıştır(82,84).Kavas'ın yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının manevi bakımı algılama düzeylerini; cinsiyet, yaş, kıdem ve meslek değişkenlerinin etkilemediği saptanmış, ayrıca araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “Manevi Destek Algı” düzeyinin yüksek

olduğu belirlenmiştir (85).Bu alışma sonuçlarına göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu ve bizim çalışma sonuçlarımızı da destekler nitelikte olduğu söylenbilir.

Hemşirelerin KT'nin alt boyutları olan duygusal denge alt boyutu puan ortalaması $25,6\pm 5,6$ ve bu puan ortalamasının düşük olduğu grlmştir. Hemşirelerin açıklık puan ortalamasından $19,0\pm 3,6$ ve esneklik puan ortalaması ise $13,5\pm 2,1$ olarak bulunmuştur. KT toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise; $82,3\pm 7,5$ aldığı ve bu puan ortalaması, hemşire tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir(Tablo 4.).Bu sonuçlar hemşirelerde kültürel olarak yeterli olmadıklarını gösterebilir. Kültürel olarak yeterli olmayan bir hemşire bakım yaparken ve hastaları anlamaya çalışırken yanlış uygulamalar veya hastaya zarar verecek davranışlar içerisine girebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin kültürel tutumları ile hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmada elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Hemşirelerin kültür bilgisi arttıkça bakımın daha olumlu olduğu görülmüştür.
- Hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşime ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin gereksinimlere ilişkin tutum ve davranışları olumludur.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin % 73,'ü kadındır.
- Empati, duygusal denge puan ortalaması düşük olduğu görülmüştür.
- Hemşirelerin kültürel tutumlarının düşük olduğunu görmektedir.
- ÇKT ölçeği toplam puanına göre erkeklerde ortalama kadınlara göre daha düşük çıkmıştır
- Yaşı küçük olan hemşirelerin kültürel yaklaşımlarının daha olumlu olduğu görülmüştür.
- Meslekte çalışma süresi fazla olan hemşireler bakıma yönelik tutumların önemli, uygulanabilir olduğunu düşündüğü, fakat kendilerini bu konuda yeterli olmadıkları söylenebilir
- Yeni başlayan hemşirelere Uyum eğitimlerinde kültüre yönelik bakımla ilgili eğitim programları konulmalıdır.
- Hemşirelerin lise ise üniversite lisans mezunlarının lisansüstü eğitim yapmaları konusunda teşvik edilmeli.
- Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Bilimleri Fakültelerinde ve yüksek lisans programlarında transkültürel hemşirelik ve bakım ile dersleri konulmalı,transkültürel hemşirelik kavramının vurgulanmalı.

KAYNAKLAR

1. Flowers DL. Culturally competent nursing care, *Critical Care Nurse*, 2004;24, 48-52
2. Hitchcock JE. Schubert PE. Thomas SA. *Community Health Nursing, Caring in Action*, Second Edition, Thomson.2003;11(3), 73
3. Eunyong ES. The model cultural competencet hrough an evalutionary concept analysis, *Journal of Transcultural Nursing*,2004; 15(2), 93-102
4. Başalan İz. F. Bayık Temela. *Hemşirelikte Kültürel Yeterlik Aile ve Toplum Yılı: 2009*;11 Cilt: 5 Sayı: 17
5. Öztürk E. Öztaş D *Transkültürel hemşirelik Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi* 2012;cilt 1,Sayı 1
6. Temel A. “Çok Kültürlülük ve Kültürlerarası İletişimin Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Etkileri” *Onlar Bizim Hem şehrimiz Uluslararası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı kitabı* 2011; sy:48
7. Seviğ, Ü. & Tanrıverdi, G. (Ed.). (2014).*Kültürlerarası hemşirelik modelleri. Kültürlerarası hemşirelik. (1.baskı, ss: 187). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.*
8. Ertem M. “Hastane Hizmetlerinde Hastalar ve Eşitsizlikler”, 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sağlıkta Eşitsizlikler. *Konuşma Metinleri Kitabı*,18-22 Ekim, İzmir 2010, 240-257
9. Bekar M. Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik. *Toplum ve Hekim* 2001;6(2):136-141.
10. Rajan MF. Transcultural nursing, a perspective derived from jean-paul Sartre. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22(3): 450-455.
11. Lea A. Nursing in today’s multicultural society: a transcultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* 1994;20(2): 307-313.
12. Temel A. *Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007
13. Tortumluoğlu G.ve ark. *Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım ve Önemi*2004;24(2):
14. Narayanasamy A. White E. A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today* 2005,25(2): 105-11

15. Pektekin, Ç. Hemşirelik felsefesi: kuramlar, bakım modelleri, politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp. 2011
16. Özkan, A.H.Hemşirelikte, bilim, felsefe ve bakımın temelleri. İstanbul: Akademi.2014
17. Dağhan Ş. “Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak” Anlamı Nedir? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017, 10(2), 107-112 <http://www.deuhyoedergi.org>
18. Baltas, Zuhale, Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitapevi, 2.Basım, İstanbul.2004
19. N Bolsoy, SÜ Sağlık-Hastalık - ve Kültür Etkileşimi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 3 2006
20. Ergül Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005;8: 95-104.
21. Baltas Z.Stepto A. Migration, culture conflictand psychological well-beingamong Turkish-British married couples. In Ethnicity &Health, 2000; 5: 173-180.
22. Öztekin, Zafer, “Sağlıkta Kavramlar Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye, Mayıs Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, ss:294-298
23. Birol L . Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 1997
24. Sağlık Araştırmaları ve Sağlık Hizmet Sunumunda Kültürel Yaklaşım Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara, 2016
- 25.Temel A.B Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008;
26. Mulholland J. Nursing, humanism and Transcultural theory: Thebra cketing-out of reality. Journal of Advanced Nursing 1995;22(3): 442-449
27. Eliason MJ. Ethic sand transcultural nursing care. Nursing Outlook 1993;41:225-8
- 28.Şahin N. H. Bayram G O, Avcı D. Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6 (1): 2-7
29. Transcultural Nursing Society (TCNS) website, <http://www.tcns.org/>
30. UlusoyÖ. H.Kültürlerarasılık, Çokkültürlülük ve Etnisite: Eskişehir'deki Çerkeslerin Kültürlerarası İletişim Pratikleri,Akdeniz İletişim Dergisi 2014;177

31. Aksayan S. Hayran O. Sağlık, Hastalık ve Kültür, Sendrom, 1992;4(2): 12-14
32. Sayan A. Kültür ve sağlık. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2(2): 50-52
33. Türkoğan O. Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları:1991;2213, Araştırma İnceleme Dizisi.
34. Henkle O. Kennerly SM Cultural diversity: a resource in planning and implementing nursing care. Public Health Nurs., 1990;145-149.
35. Duffy ME. A critique of cultural education in nursing. Journal of Advanced Nursing, 2001;36,487-495.
36. Pektekin Ç. Psikiyatri hemşireliğinde temel kavramlar. N. Kum (Ed.) Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. II. Baskı. Birmat Matbaacılık San Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2000;9-37.
38. Romem, P. Anson, O. Israil men in nursing: social and personal motives. Journal of Nursing Management, 2005;13: 173-178
39. Aktaş, Y Y ve ark. Hemşirelerin Kültürlerarası Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi UHD www. Khs dergisi.com Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2016
40. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi, 2011; 38(1): 49-56
41. Yalçın N, Aştı T, Hemşire-hasta etkileşimi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(1): 54-59
42. Kelleci M, Gölbaşı Z, Doğan S, Tuğut N. Entegre eğitim programında öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri: Bir izlem çalışması. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2011;19:23-8
43. Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., Birkök, M. C. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Bağlantıda]. 2009;6:1. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
44. Kartarı A. Kültür, Farklılık ve İletişim Kültürlerarası İletişimin Kavramsal Dayanakları. İletişim yayınları, 2011;19:23-8

45. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, IV. Baskı, Ankara, 2-5. 1993
46. Birol L. Hemşirelik, hemşirenin rolü ve işlevleri. (Editörler: Leman Birol, Nuran Akdemir). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2. baskı, Sistem ofset, 57-59, 2004.
47. Marriner A. Nursing the oricitsandt heirwork. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1986.
48. Başdoğan H. Kültür ve hemşirelik. Sağlık Sosyolojisi Yayınlanmamış ders notları, 2005.
49. Johnson BM, Webber PB. An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing, Lippincott W&W, USA, 2001.
50. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. J Adv Nurs. 1991;16(8): 899-909.
51. Leininger M. <http://web.augsburg.edu/hageness/powerpoints/LeiningerTheory.ppt>, 2005(a).
52. Leininger M(c). Future directions in transcultural nursing in the 21st century. Int Nurs Rev. 1997; 44(1): 19-23.
53. Abdullah SR. Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach. Journal of Advanced Nursing 1995; 22(4): 715-720.
54. McGee P. Culturally sensitive and culturally comprehensive care. Br J Nurs. 1994; 7; 3(15):9-792.
55. Leininger M(d). Culture care theory, research and practice. NursSci Q. 1996; 9(2): 71-8.
56. Mattson S(a). Providing care the changing face of the U.S. Lifelines 2000; 4(3): 49-52.
57. Degazon C. Cultural diversity and community health nursing practice. Community Health Nursing. Eds: M. Stanhope, J. Lancaster. Mosby-YearBook. Baltimore. 117-134, 1996.
58. Narayan MC. Cultural assesment in home health care. Home Health Nurse 1997; 15: 663-670.
59. Babington, L.M., Kelley, B.R., Patadaugter G.A., Soderberg R.M. & Kelley JE. From recipe store to health beliefs and health care encounters in the rural Dominican Republic. J Cult Divers 1999;6: 20-25.
60. Mahon PY. Transcultural nursing. A source of guide. J Nurs Staff Dev. 1997;13(4):218-22

61. Chin PL, Jacobs MK. The oryand nursing, 2nd ed., St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1987.
62. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing” 3rd Edition, Apptionand Lance, USA, 984-985, 1998.
63. Leininger M(e). Culture care theory: A major contribution advance transcultural nursing knowled geand practices. Journal of Transcultural Nursing 2002; 13(3): 189-192.
64. Adıgüzel, O, Tanrıverdi H, Özkan D S. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslekmensupları olarak hemşireler örneği, Yönetim Bilimleri Dergisi 9 (2).
65. Mattson S(b). Providing culturally competent care. Life lines 2000;October/November,37
66. Callister LC. What has the literature taught us about culturally competent care of women and children. MCN Am J Matern Child Nurs. 2005; 30(6): 380-388.
67. Papadopoulus I. Healt handillness belief of Greek Cypriots living in London. Journal of Advanced Nursing 1999; 5: 1097-1107.
68. Duffy ME. A critique of cultural education in nursing. Journal of Advanced Nursing 2001; 36: 487-495.
69. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık. 2004;s.50.
70. Ayaz, S., Bilgili N.: Kültüre Duyarlı Bakım. Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşımlar Sempozyumu, 9-10 Nisan 2009, 89
71. Ertem M,: “Hastane Hizmetlerinde Hastalar ve Eşitizlikler”, 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sağlıkta Eşitsizlikler. Konuşma Metinleri Kitabı,18-22 Ekim, İzmir 2010, 240,257
72. Arda, H., Ertem, M., Baran, G., Durgun, Y. Dicle: “Üniversitesi Hastanesi Hemşirelerinin Hasta İletişimi ile İlgili Görüşleri”, İUFN Hem Dergisi, C 15/59, 2007, 68,74
73. Bayraktar D,Eşer İ,Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum Ve Davranışlar, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20:3
74. Dayer-Berenson, L., Cultural Competencies for Nurses Impact on Health and Illness, Jones and Bartlett Publishers, USA 2011

75. Hood, L. J.: Multicultural Issues in Professional Practice, In Conceptual Bases of Nursing, Seventh Edition wolters Kluwer New York 2010, 273-299
76. Arıkan D, Karaman Z, Yağcı G. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitimde ve Mesleki Alanda Erkek Hemşire Adaylara Bakış Açısı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(1):36-43.
77. Taşçı KD. Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(2):12-9.
78. Çelik A S.Pasinlioğlu T, Çilek M, Çelebi A, Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşüncelerinin BelirlenmesiAtatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 2
79. Dinç ,L.Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu,Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;74-82
80. Ünver S. Avcıbaşı İ. M. Özkan Z. K.Motör D. Hemşirelik Bölümünde Okuyan Erkek Öğrencilerin Sosyal Çevrelerinde Yaşadıkları Sorunlar, İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi Cilt: 5, Sayı: 6, 2016 Sayfa: 1636-1648
- 81.Akgün Kostak M. Çelikkalp Ü. Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; Sempozyum Özel Sayısı; 218-225
82. Yılmaz M. Okyay N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009; 3: 41-52. 20)
83. Özbaşaran F. Ergül Ş. Bayık Temel A. Gürol Aslan G. Çoban A. Turkish Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20: 3102
84. Bozdoğan S. Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Değerlendirmelerinin Hümanistik Hemşirelik Kuramı Bağlamında İncelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi
85. Kavas E. Kavas N. "Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı" Konusunda Doktor, Ebe Ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi: Number :<http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.8738> ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY

EKLER:

EK 1: SOSYO-DEMOGRAFİK SORU ANKETİ

HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YAKLAŞIMLARININ HASTA BAKIMINA ETKİSİ VERİ TOPLAMA FORMU

Sevgili Hemşire arkadaşlarım;

Klinik eğitim ve kültürleriniz göz önünde bulundurularak; hasta bireylerin bakımında aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu; bu tutum ve davranışları ne kadar uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sizin kişisel görüşünüz önemlidir. Lütfen görüşünüze en uygun olan sayıyı daire içine alınız. Teşekkürler.

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: Erkek Kadın

3-Medeni Haliniz? Bekâr Evli Boşanmış/dul

4-En Uzun Yaşadığınız Yer:

5-Memleketiniz:.....

6-3.soruya cevabınız “evli” ise eşinizin memleketi:

7-Kökeniniz: Türk Kürt Arap Diğer

8-Anadiliniz: Türkçe Kürtçe Arapça İngilizce Diğer

9-Mezun Olduğunuz Hemşirelik Okulu:.....

10-Hemşirelik Yapma Süreniz ve en uzun çalıştığınız il:.....

11-Hemşirelik Mesleğini Seçme Durumu: İsteyerek İstemeden

12-Kültür ile ilgili bilginiz var mı? Evet Hayır

13- Bilgiyi nereden aldınız?

a- kendim kitaplardan b- okuldan 3- hizmet içi eğitimden 4- kursa gittim 5-diğer.....

14- Hemşire bakımında hastanın kültürünü bilmeli mi? Evet Hayır

15- Şuanda kültürel durumla ilgili yaşadığımız sorun var mı? Varsa nelerdir?

1-.....

2-.....

3-.....

4-.....

5-.....

EK 2:BAKIM ODAKLI HASTA-HEMŞİRE ÖLÇEĞİ

Değerli Öğrenciler,

Klinik eğitiminizi göz önünde bulundurarak, hasta bireylerin bakımında aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu; bu tutum ve davranışlar konusunda kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissettiğinizi; bu tutum ve davranışları ne kadar uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sizin kişisel görüşünüz önemlidir. Lütfen görüşünüze en uygun olan sayıyı daire içine alınız.

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
1 – Hümanizm: Hümanistik-alturistik bir değer sistemi oluşturmak															
1. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğini hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2 – Umut: İnanç ve umut aşılacak															
	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
7. Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hastanın iyileşme çabasını önemsemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
3 –Duyarlılık: Bireyin kendisine ve diğer bireylere karşı duyarlılık geliştirmesi															
14. Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Hastanın durumuna yönelik kendi duygularımızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4 –Yardım edici ilişki: Yardım edici-güven verici bir bakım ilişkisi geliştirmek	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
20. Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Hasta konuşurken sözünü kesmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
5 – Duyguların ifade edilmesi: Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini onaylamak ve desteklemek															
27. Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6 – Sorun çözme: Yaratıcı problem çözmeyi temel alan bir bakım sürecinin sistematik kullanımı															
	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
33. Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
7 – Öğretim: Bireyin bütünlüğüne ve sınırlarına önem veren, gerçek bir öğretim-öğrenme sürecinin geliştirilmesi															
39. Hastayı, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Hastaya, bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarırken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Hastaya, tedavilerinin yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8- Çevre: Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici mental, fiziksel, sosyal ve manevi ortamın sağlanması	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
48. Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn;sırt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırmayı düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51. İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53. Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54. Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
9 – Gereksinimler: Gereksinimlerin karşılanmasına yardım etmek															
55. Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığımda yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56. Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) hastaya nasıl uygulanacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57. Hastaya uygulanan özel araç-gereçlerin (pamplar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58. Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
59. Hasta yakınlarımı, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastaların onayı ile)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60. Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
61. Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
62. Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
63. Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
64. Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak (örn; uyku, hijyen vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10 – Maneviyat (spiritüalite): Varoluşsal-fenomenolojik- spiritüel güçleri göz önünde bulundurmak	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
65. Hastaya, kendini iyi hissetmesi için destek olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
66. Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
67. Hastaya, yaşamındaki önceliklerini belirlemesi için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
68. Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
69. Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
70. Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn; dua etmek, meditasyon, belirli törenlere katılmak vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK 3: ÇOK KÜLTÜRLÜLÜK TUTUM ÖLÇEĞİ

ÇOK KÜLTÜRLÜLÜK TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Kolaylıkla iletişime geçebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkaları ile iletişim kurmada zorluk çekerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarının ne hissettiğini anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnsanların davranışlarını anlamaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sürprizlerden kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Şansızlıklarda sakinliğimi korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İletişim kurmada önceliği diğerlerine veririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Farklı gruplara rahatça girebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sakinliğim etrafıma huzur verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diğer insanlara kolayca yakınlaşıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Çoğunlukla katı bir programa göre çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tanımadığım bir toplulukta açık konuşmayı severim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Plana göre çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kendimi baskı altında hissedерim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarının duygularını anlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarının yüz ifadelerine dikkat eder, önemserim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başarısız ve kötümser durumlar bakış açımı etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Farklı yaklaşımları denerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Farklılıklar ilgimi çeker.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yeni bir hayata kolayca başlarım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başka insanların yaşam öyküleri ile ilgilenir, anlamaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diğer kültürlere kolayca girebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kolayca üzülebilen biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kaygılı biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Birileri zor durumdaysa onu fark ederim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İnsanın doğasını anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kendimi yalnız hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Farklı bir geçmişten gelen insanlarla iletişim kurmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkaları rahatsız olduğunda hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarını anlar, rahatlatırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sıkı kurallara göre çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diğerlerinin duygularına önem veririm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diğerlerinden bilgi edinmek hoşuma gider.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YAKLAŞIMLARININ HASTA BAKIMINA ETKİSİ

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI: _____

Bu çalışma bir tez çalışması olup, amacı, Hemşirelerin kültürel yaklaşımlarının hasta bakımına etkisini araştırarak hasta bakımını etkileyen kültürel faktörleri saptamak ve bu konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturmaktır. Araştırmada katılımcıları tanıtıcı anket formu, Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği kullanılacaktır. Bu araştırmada katılımcı için ek riskler söz konusu değildir. Katılımcıdan kan örneği alınmayacaktır. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım araştırmacının ve katılımcının isteğine bağlıdır. Katılımcı araştırmacının herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmacının sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmedikimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Arife ÖZEN Tel No: 5055302239

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Tarih: // _____

EK 5 :ETİK KURUL KARARI

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 25.01.2016
OTURUM	: 01
SAAT	: 15:00
16/01/23	<p>Karar: Üniversitemiz Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Selma KAHRAMAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Hemşirelerin Kültürel Yaklaşımlarının Hasta Bakımına Etkisi" başlıklı çalışmaya ilgili kurumlarından izin alınması halinde Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLİGİBİDİR Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>

HEMŞİRELERİN KÜLTÜREL YAKLAŞIMLARININ HASTA BAKIMINA ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%20
BENZERLİK ENDEKSİ

%17
İNTERNET
KAYNAKLARI

%10
YAYINLAR

%7
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** Kaya, Nurten; Turan, Nuray and Öztürk, Aylin. "Türkiye'de erkek hemşire imgesi", International Journal of Human Sciences, 2011. Yayın **%1**
- 2** www.deu.edu.tr İnternet Kaynağı **%1**
- 3** acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı **%1**
- 4** www.efdergi.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı **%1**
- 5** yasambilimleridergisi.com İnternet Kaynağı **%1**

6

KOÇ, Zeliha, KOYUNCU, Sevim and SAĞLAM, Zeynep.
"Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin
Problem Çözme Beceri Düzeyleri ve Etkileyen
Faktörler", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2015.

Yayın

%1

