



# Kesit Akademi Dergisi

The Journal of Kesit Academy

ISSN: 2149 - 9225

Yıl: 3, Sayı: 12, Aralık 2017, s. 180-195

**Yrd. Doç. Dr. Gülcan BAKAN**

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, gbakan@pau.edu.tr

**Öğr. Gör. Arife AZAK**

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Uzm. Hemşire Ümran ÖZDEMİR**

Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

## **DİYABET VE SOSYO-KÜLTÜREL YAKLAŞIM**

### **Özet**

Diyabet en üretken çağlarında bireyleri ve aileleri etkileyen ve yaşlıların yaşam beklentilerini azaltan küresel bir sağlık sorunudur. TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmasına göre Türk erişkinlerde tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %7,2'den %13,7'ye ulaştığı görülmüştür. Diyabet tüm gelir düzeylerindeki ülkelerde ekonomik ve sosyal yönden insanları etkiler, ulusal sağlık bütçesini ve üretkenliği azaltır, ekonomik büyümeyi yavaşlatır, yoksul ailelerde ekonomik yıkımlara neden olur ve sağlık sistemlerine aşırı bir yük oluşturur. İnsanlar hastalıkların kökeni ve tedavilerle ilgili algı ve inanışlarını, çocukluk çağında öğrenir ve içinde yaşanılan kültür tarafından onaylanması ile edinir. Hastanın kendi inançlarıyla uyumlu bir tedavi planı, başarılı olma şansını yükseltir. Diyabetin yönetiminde hastanın sosyokültürel değerlendirmesi yapılmalı hastalığın sosyal, duygusal etkileri, kültürel kimliği, kişilerarası ilişkiler ve sosyal desteği ortaya çıkaracak sağlık inanışları ve davranışları belirlenmelidir. Bu makalede bireylerin diyabet yönetimi ile ilgili davranış ve uygulamalarını etkileyen sosyo-kültürel faktörler incelenmektedir.

**Anahtar Kelimeler** ; diyabet, kültür, hemşirelik

## DIABETES AND SOCIO-CULTURAL APPROACH

### Abstract

Diabetes is a global health problem affecting families and families in the most productive ages and reducing the life expectancy of the elderly. According to TURDEP-I and TURDEP-II studies, the incidence of type 2 diabetes in Turkish adults has increased significantly over the past years and has increased from 7.2% to 13.7%. The burden of diabetes drains national healthcare budgets, reduces productivity, slows economic growth, causes catastrophic expenditure for vulnerable households and overwhelms healthcare systems. People acquire their perceptions and beliefs about the origins and treatments of diseases through childhood learning and approval by the culture in which they live. A treatment plan that is consistent with the patient's own beliefs increases the chance of success. In the management of diabetes, the sociocultural evaluation of the patient should identify the health beliefs and behaviors that will elicit the social, emotional, cultural, interpersonal and social support of the illness. This article examines the socio-cultural factors that affect the behavior and practice of individuals in diabetes management.

**Keywords ;** diabetes, culture, nursing

### Giriş

Diyabet en üretken çağlarında bireyleri ve aileleri etkileyen ve yaşlıların yaşam beklentilerini azaltan küresel bir sağlık sorunudur. (IDF 2017). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) Diyabet Atlasına (2017) göre dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı %8,8'dir. IDF dünyada 425 milyon olan diyabetli nüfusun 2045 yılında 693 milyon olacağını bildirmektedir. IDF (2017) verilerine göre Türkiye'de diyabet prevalansının %12,8 olduğu ve 6.700.000 diyabetli hasta bulunduğu rapor edilmiştir (IDF 2017). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmasına göre Türk erişkinlerde tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %7,2'den %13,7'ye ulaştığı görülmüştür (Satman, 2009, Sivrikaya ve Çınar 2016). Dünyada giderek artmakta olan diyabetin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, ırk, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler ve çevresel etkenlere bağlı olarak toplumdan topluma farklılık gösterir (Olgun, 2012, Karaca Sivrikaya ve Çınar 2016). Diyabet tüm gelir düzeylerindeki ülkelerde ekonomik ve sosyal yönden insanları etkiler, ulusal sağlık bütçesini ve üretkenliği azaltır, ekonomik büyümeyi yavaşlatır, yoksul ailelerde ekonomik yıkımlara neden olur ve sağlık sistemlerine aşırı bir yük oluşturur. (IDF 2017).

Günümüzde en önemli sağlık sorunları insan davranışları ve yaşam tarzı nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Elmacı, 2013). Sosyolojik anlamda hastalık, dışarıdan gelen ve bedenin fizyolojik yapısını ve ruhsal dengesini bozan bir etkidir, aynı zamanda sosyal yapı içinde meydana gelir ve sosyal yapı tarafından şekillendirilir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015). Farklı dilleri konuşan, çeşitli derecelerde kültürel etkileşimler yaşayan ve farklı sosyoekonomik zeminlerden gelen birçok kültürden gittikçe artan sayıda hasta ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu hastalar, hastalık ve sağlıkla ilgili kendilerine özgü inanışlara sahiptirler ve bu inanışlar temelinde sağlık davranışları gelişmektedir (Dinç, 2007). Her bir sağlık ya da hastalık davranışının psikolojik, sosyal ve toplumsal boyutları vardır ve bunlar anlaşılırsa kişilere ve kültürlere özgü tıbbi yaklaşımlar geliştirilebilir (Elmacı, 2013). Kronik bir durum oluştuğunda, semptomları yönetmeye, komplikasyonları (örneğin, diyabetli bir kişide görülen göz problemleri) ve diğer akut hastalıkların gelişimini (örneğin, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir kişide pnömoni) önlenmeye odaklanmak gerekir (Smeltzer, et al., 2008). Hastanın sosyokültürel değerlendirmesi kronik hastalığa maruz bireylerin tanısı, bakımı, yönetimi ve tedavisinde önemli katkı sağlamaktadır (Dinç, 2007). Her hasta kültürel olarak benzersizdir, (Yarbro, et al., 2011) sağlık profesyoneli ile karşılaşma sırasında tıbbi tanısı hakkında bazı inanışlara, kaygılara ve algılamalara sahiptir (Dinç, 2007). İnsanlar hastalıkların kökeni ve tedavilerle ilgili algı ve inanışlarını, çocukluk çağında öğrenir ve içinde yaşadıkları kültür tarafından onaylanması ile edinir (Dinç, 2007). Hastanın kendi inançlarıyla uyumlu bir tedavi planı, başarılı olma şansını yükseltir. (Yarbro, et al., 2011).

Hastalık yönetimi etnik gruplar ve sosyal sınıflar arasında, çoğunlukla yaşam biçimindeki farklılıklar, kültürel yetiştirme, inanç ve uygulamalardan ve profesyonel sağlık bakım hizmetinin bulunabilirliği ve ekonomikliği nedeniyle farklılık göstermektedir (Rong et al., 2016). Sosyal değerlendirmenin amacı hasta ve onun sosyal çevresini şekillendiren faktörler arasındaki ilişkileri değerlendirmektir. Bu faktörler kültüre bağlıdır ve hastanın kendine verdiği değeri ve kendine saygısını etkiler (Dinç, 2007). Kültür, deneyimleri yorumladığımız bir filtre gibidir (Dinç, 2007). İnsanların içinde yaşadıkları çevre koşullarına uyumlarının toplamıdır ve adetleri, becerileri, dili, inançları, usulleri, beğenileri ve örgütlenmiş sosyal yaşamın bir parçası olan davranış kalıplarının tümünü içine alır (Elmacı, 2013). Kültürel değerler ve inançlar, hastanın hastalık inançlarını, hasta-hemşire ilişkilerini ve hemşirelerin bakımını etkilemektedir. (Köksal ve Taşçı Duran 2013). Kültürlerarası hemşireliğin öncüsü, bu alanda ilk hemşirelik modelini geliştiren kültürlerarası bakımın önemini tüm dünyaya yayan Madeleine Leininger'e (Tanrıverdi, 2012) göre kültür; değerler, inançlar, roller ve yaşam stilleri hakkında öğrenilen ve nesillere aktarılan bilgi birikimidir (Şahin ve ark. 2009, Kuşuoğlu, 2017). Transkültürel hemşirelik, alanında geliştirilmiş ilk teoridir farklı ve

evrensel kültürleri keşfedip, karşılaştırmalı bakım sunmaya odaklanır, modele ilginin artması, nüfus değişiklikleri ve göçlerle başlamıştır. Çevresel koşullar, etnografya, dil, cinsiyet, sınıf, ırkçılık, sosyal yapılanma, inanç, politika, ekonomi, akrabalık, teknoloji, kültür, filozofi gibi sağlık ve bakımı etkileyecek çok etmenli yaklaşımı benimser (Şahin ve ark. 2009). Yüksek standartta hemşirelik bakımı için, kültür farklılıklarını anlamak, kültür öğelerinin farkında olmak ve buna uygun bakım sunmak önemlidir (Şahin ve ark. 2009). Hasta-hemşire ilişkisini etkileyen tek unsur, hasta değildir. Hemşirelerin kendi gelenek, inanç ve değerleri de transkültürel ilişki içinde önem taşır. Kültürel kimliğimiz günlük ilişkilerimizde karşılaştığımız insanlarınkinden farklı olabilir. Hemşirenin kendini anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlangıç noktasıdır (Dinç, 2007, Şahin ve ark. 2009). Kültürel kimliği ve uyumu tanımaya yardım edecek, sağlık davranışlarında kültüre özgü inanış ve tutumların etkisini anlamayı sağlayacak şu sorulara cevap aranmalıdır.

- Kültürel mirasım ne?
- Taşıdığım değerler, inanışlar, düşünceler ve tutumlardan hangileri baskın kültürle uyumlu?
- Kültürel olarak farklı bireylerle ilişkilerimi etkileyebilecek özel yeteneklerim, beklentilerim ve sınırlamalarım neler?
- Hastalarım ile nasıl iletişim kurarım?

Hemşirenin hastası ile çatışmadan kaçınması ve kültürlere duyarlı bir hizmet sağlaması için Leininger, hasta ve ailelerinden gelenek, inanç ve değerler konusunda bilgi toplaması ve bu bilgileri hastanın sağlığını iyileştirme, geliştirme, sürdürme ve sağlığa zararlı davranışlarını düzeltme yolunda kullanılması gerektiğine inanır (Şahin ve ark. 2009). Hemşireler, kültürün altyapısının neden olduğu davranış değişiklikleri ve bunun hasta üzerindeki etkilerinin farkında olmalıdırlar. Hastaların kültürel tercih ve inanışlarının üstünde düşünmeyi gerektiren ve aksi takdirde tek düzey basma kalıp düşüncelerden kurtulmanın en iyi yolu; her bireyi bireyselliği ile kabul edip, kültürel tercihlerin ve inanışların hasta üzerindeki etkisini bilmektir (Kuğuoğlu, 2010). Bu bağlamda hastanın inançlarını, aile desteğini, diğer destek olanaklarını, ve diyabetin hastanın yaşamı üzerindeki etkisini değerlendirmek önemlidir (Dinç, 2007).

Bireylerin diyabet yönetimi ile ilgili davranış ve uygulamalarını bazı kültürel faktörler etkilemektedir. Bunlar; beslenme, yaşam biçimi davranışları, sosyoekonomik düzey, ırk veya etnik köken, cinsiyet, dil ve iletişim, kültürleşme düzeyi, dini inançlar ve mitler, göç ve coğrafi koşullar olarak sıralanabilir.

### **Beslenme**

Beslenme alışkanlıkları farklı kültürlere göre değişir. Sağlıklı ve hasta bireylere diyet hakkında yaklaşımda bulunurken, sağlık ekibinin birey ve ailenin geldiği kültüre göre beslenme alışkanlıklarını göz önünde bulundurması gerekir (Kuğuoğlu, 2010).

Değişen maliyetler ve hazırlama uygulamaları ve etnik yemek seçenekleri de dahil olmak üzere kültürel açıdan uyumlu diyet danışmanlığı sağlık risklerini azaltabilir. Çoğu kültür, sağlığın teşviki ve iyileştirilmesi için kendi beslenme pratiklerine sahiptir. diyet uygulamalarının kapsamlı bir öyküsü ve değerlendirmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine rehberlik etmek için önemlidir (Williams & Hopper, 2007).

Diyet ve beslenme yaygın olarak, diyabet yönetimi ve eğitimi ile alakalı kültürden etkilenen alanlar olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, diyabetli hastalar, önerilen değişikliklerde kültürel olarak anlamlı alışkanlıklar ve uygulamaları bırakmaları istendiğinde özellikle yeme alışkanlıklarını değiştirmek konusunda isteksiz olabilirler. Araştırmalar düşük sağlık okuryazarlığı ile birlikte kültürel farklılıkların diyet, ilaç kullanımı ve tarama rejimlerine uyumsuz hastalarda bir faktör olabileceğini ileri sürmektedir (Shaw et al., 2009).

Bazı Hinduların ve Budistlerin sığır etini yememeleri, bazı Afrika topluluklarının tavuk eti ve yumurta yememeleri, Orta Asya ülkelerinden Mongolia'da balık yenmemesi, Çin'de bazı bölgelerde ve Polnesia'da süt ve süt ürünlerinin yenmemesi kültürel özelliklerinden kaynaklanmaktadır. (Topbaş vd., 2013) Diyabetli Afrikalıların diyabetin ciddi bir hastalık olduğuna inanmadıkları, hastalığa uyum sağlayamadıkları, hastalıkla başa çıkmada zorlandıkları ve bunların diyabetle beslenme arasındaki ilişkiyi anlamada engel teşkil ettiği bulunmuştur. (Collins-McNeil et al., 2012). Ülkemiz yedi coğrafi bölge hatta il bazında farklı mutfağa sahiptir. (Kuğuoğlu, 2010). Kültürel olarak ekmek (beyaz ekmek, kepekli ekmek, köy ekmeği) yeme ve beyaz şeker tüketme bireylerin vazgeçemediği alışkanlıkları arasında yer almakta bu durumda diyabeti yönetme konusunda engel teşkil etmektedir. Türk toplumunda, bireylerin genellikle öğün ayarlama sıkıntısı yaşadıkları, geç kahvaltı yapıp ara öğün almadan diğer öğüne geçmeleri beslenme yönetimini zorlaştırmaktadır (Sivrikaya ve Çınar, 2016).

Diyabetli bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığı, pişirme şekli, besin seçimi, porسیون büyüklüğü ve öğün planlaması gibi bireye ve kültüre özgü tercihleri dikkate alınmalıdır. (Collins-McNeil et al., 2012).

Kültürlerarası Diyabet Beslenme Algoritması (K-DBA); güncel kılavuzlardaki tıbbi beslenme tedavisi anlayışının dünya çapında, bölgesel ve yerel düzeylerde bireyselleşmesi ve uygulanması için coğrafi ve etnik/ kültürel faktörler dikkate alınarak, Amerikan Klinik Endokrinologlar Derneği (AACE) ve ADA tarafından kanıta dayalı öneriler sunulmaktadır. Türkiye' de Türk Endokrin ve Metabolizma Derneği

tarafından hazırlanan 2016 yılı Diyabet Kılavuzunda “Bireyin kişisel ve kültürel tercihlerini ve değişime istekliliğini dikkate alarak beslenme gereksinimlerini belirlemek” ifadesi yer almaktadır (Çınar vd., 2017). Hemşirelerin beslenme planı yaparken hastanın kişisel tercihlerinin de göz önüne alındığı K-DBA kullanması başarılı bir diyabet yönetimine katkı sağlayacaktır.

Hemşireler Diyabetli bireylerin beslenmesini en iyi düzeyde glisemik kontrolü sağlama üzerine temellendirmelidir. Bireysel beslenme planı yapılması, kültürel farklılıklara, yaşadığı toplumun, coğrafyanın koşullarına uygun sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması, yaşam tarzına ve isteklerine uygun beslenme gereksinimlerinin belirlenmesi diyabetli bireylerin beslenme yönetiminde göz önünde bulundurulmalıdır (Çevirme, 2012; Sivrikaya ve Çınar, 2016).

#### **Yaşam biçimi davranışları**

Diyabetin hızlı yayılması ve erken yaşlarda görülme oranının artmasının temel nedeni teknolojinin insanlara dayattığı yeni yaşam modelidir. Giderek daha stresli, daha yoğun ve daha hareketsiz bir yaşam, öğün zamanlarının kısalması ve *fast food* tarzı beslenme ile yüksek kalori alımı ve şişmanlık yeni yaşam modeli olarak diyabetin kökenini aldığı temel etkenlerdir (Olgun, 2012). Fiziksel hareketsizlik, diğer koşullar arasında obezite, tip 2 DM ve KVH için artmış risk ile ilişkilidir. 1994'ten 2004'e kadar Davranışsal Risk Faktörü İzleme Sisteminden 50 eyalette ve Columbia Bölgesi'nde yapılan çalışmanın verilerinde, genel olarak, boş zamanlarda fiziksel hareketsizlik yaygınlığının 1994'de % 29.8'den 2004'te % 23.7'ye düştüğü gösterilmiştir (Caballero, 2006). Benzer şekilde fiziksel aktivitenin, Yerli Amerikalılar, Meksikalı Amerikalılar ve Afrikalı Amerikalılar gibi genetik olarak hassas popülasyonlarda, obesiteyi ve diyabeti önlemede önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Brown et al, 2002).

Obesite, DM ve ilgili hastalıkların riskini artıran "Batılılaşma" ortak unsurları, toplam kalori ve yağ bakımından daha yüksek, ancak daha düşük bir diyet ve emekten tasarruf eden cihazlar yüzünden enerji tüketmek için daha az ihtiyaç içermektedir. Buna ek olarak, her grubun, DM gelişiminde ve tedavisinde rol oynadığı bilinen gıdaların tercih edilmesi ve yaşam tarzı uygulamaları vardır. Dengesiz bir yemek planına ve azalmış fiziksel aktiviteye ek olarak, çoklu sosyal ve kültürel faktörler, sadece tip 2 DM gelişimini değil, aynı zamanda tedavisini de etkileyebilir (Caballero, 2006). Asya kültüründe “yemek”; sosyal etkinliklerde ve kişilerarası ilişkileri sürdürmede önemli rol oynamaktadır. Ev ziyaretleri, düğünler, toplantılar ve seyahat sırasında beslenme düzeninin değiştiği, beslenme yönetimini zorlaştırdığı belirlenmiştir (Stone, Pound and Pancholi, 2005; Meeto and Meeto 2005; Sohal, Sohal and King-Shier 2015; Sivrikaya ve Çınar, 2016).

Diyabetli hastaların tedavi bakım sürecinde hemşirenin, hastanın günlük yaşamına dair alışkanlıklarını öğrenerek, kültüre uygun ve hayat kalitesini yükseltecek yaşam biçimi davranışlarını desteklemesi önemlidir

### **Sosyoekonomik düzey**

Sosyoekonomik durum bireylerin sağlığı koruma davranışlarını sürdürmesini ve tedavi olanaklarına ulaşmasını doğrudan etkilemektedir (Schulmeister, 1999). Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkinin kısır bir döngü oluşturduğu, sağlığın bozulmasının yoksulluğa, yoksulluğun da sağlıksızlığa neden olduğu hem sağlık ekonomistleri hem de sosyologlar tarafından sık tekrarlanan bir kavramdır. Hastalık ve sakatlıkların hane halkı tasarruflarını azalttığı, öğrenme yeteneğini düşürdüğü, verimliliği ve yaşam kalitesini azalttığı, böylece yoksulluğun oluşması ve devamına zemin hazırladığı bilinmektedir. Diğer taraftan, yoksullar daha fazla kişisel ve çevresel riske maruz kalmakta, daha kötü beslenmekte, daha az bilgi sahibi olmakta ve sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadırlar. Böylece daha fazla hastalık ve sakatlık riski altındadırlar (Durna ve ark., 2012.).

Diyabet genel olarak beslenme olanakları fazla, fiziksel çalışması az olan üst sosyal sınıflarda daha fazla görülmektedir. Mısır'da Nil deltasındaki kırsal bölgelerde %5 olan diyabet prevalansı, Kahire'nin yüksek sosyoekonomik bölgelerinde %20'ye yükselmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde bu durum tersine dönmekte, alt sosyal sınıflarda daha fazla görülür hale gelmektedir. Örneğin; İngiltere'de sosyoekonomik olarak en düşük düzeyde bulunan bölgede tip 2 diyabet prevalansı, her iki cinste de anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Avustralya'da 15 yıldan daha az eğitimi olanlarda %10'un üzerinde olan diyabet prevalansı, yüksek lisans ve daha üstü seviyelerde öğrenim görmüşlerde %5'in altına inmektedir (Sungur, 2012). Ülkemizde bölgeler arasındaki farklılıklar (ekonomik durum, eğitim düzeyi, ulaşım olanakları) sağlık hizmetlerinin sunumunu ve hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Pehlivan ve ark., 2013). TURDEP II (2010) sonuçlarına göre diyabet farkındalığı Bursa'da en yüksek, Diyarbakır'da ise en düşüktür. Sosyoekonomik düzeyi düşük ve diyabete ilişkin bilgi eksikliğinin bireysel izlem oranlarını düşürdüğü etnik azınlıklarda yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Leak, Davis and Houchin 2009; Sivrikaya ve Çınar, 2016).

Toplumda farkındalığın artırılması, diyabet taramaları, risk gruplarının taranması ile erken tanı konularak, komplikasyon gelişmesinin önlenmesi ve böylelikle mortalite ve morbiditenin azaltılması hedeflenmelidir.

### **Sosyal Destek Sistemleri**

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Sosyal desteğin varlığı diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerde olumlu sağlık davranışları sağlayabilir. Hastalar için ailelerinin ve arkadaşlarının

yanında olması büyük önem taşır, kendilerine cesaret verir, umudunu sürdürmelerini sağlar ve hastalık ile mücadele etmelerinde yardımcı olur (Karakurt 2013). Bazı Asya kültürlerinde emosyonel stres altındaki hastalar dışardan bir yardım aramaktansa kaygılarını aile içinde tutarlar. Kültürel olarak farklı hastalarla çalışırken hastanın emosyonel ve sosyal desteklerini tanımak gereklidir. (Dinç, 2007).

Geleneksel aile yapısına sahip toplumlarda özellikle kadın ve çocukların doktora başvuru, tedavi veya kontrollere gitme kararı bireye değil aile büyüklerine göre verilmektedir. Bireyin yaşamı ve gereksinimleri ikinci planda kalmakta ve ailenin istekleri daha ön planda tutulmaktadır (Bolsoy, 2006; Pehlivan ve ark., 2013). Genellikle pek çok kültürde önemli kararlarda ve özellikle aileyi etkileyecek olanlarda kadınların eşlerine (veya evde hakim olan erkek bireye) danışmaları beklenir (Dinç, 2007). Hispanikler önerilen bir tıbbi tedaviye başlamadan önce sıklıkla diğer aile bireylerinin fikirlerini alırlar. Hispaniklerle çalışırken hastanın güvenini kazanmak için kültürel özellikler bilinmeli ve buna saygı gösterilmelidir (Dinç, 2007).

Bir kronik hastalıkla yaşamaya uyumda hafif derecede zorluklar yaşayan çoğu hastada (hafif depresyon, sinirlilik veya üzüntülü) öz-yönetim veya destek grupları oldukça yararlı olabilir. Çoğu insan için destek empati kültürel grup içindeki sistemlerden kaynak alır. Afrikalı Amerikalılar için dini bağlılık sıklıkla hastaya dini bir destek sağlar ve medikal krizler sırasında rahatlamaya yardımcı olurlar (Dinç, 2007).

Ayrıntılı bir sosyal ve kültürel değerlendirme hastanın fiziki ve emosyonel durumunun ve destek sistemlerinin değerlendirilmesi ile başlamalıdır. Bireyin kronik hastalığı tanımlama ve başa çıkma şekli ve yaşadığı sağlık hizmeti deneyimi, tedavi planını ve hizmet sunumunu önemli ölçüde değiştirebilir (Dinç, 2007). Hemşirenin hastası ile çatışmadan kaçınması ve kültürlere duyarlı bir hizmet sağlaması için Leininger, hasta ve ailelerinden gelenek, inanç ve değerler konusunda bilgi toplaması ve bu bilgileri hastanın sağlığını iyileştirme, geliştirme, sürdürme ve sağlığa zararlı davranışlarını düzeltme yolunda kullanılması gerektiğine inanır (Şahin ve ark. 2009).

### **İrk veya etnik köken**

2015 yılı rakamlarına bakıldığında dünyada diyabetin en sık görüldüğü ülkeler sırasıyla Çin, Hindistan ve ABD'dir ([http://www.oedg.at/pdf/1606\\_IDF\\_Atlas\\_2015\\_UK.pdf](http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf)).

Afrika, Büyük Okyanus Adaları, Güney Amerika ve başka yerlerde yaşayan yerli halkların; gelişmiş ülkelerdeki yaşam tarzını benimseyene kadar diyabet, obezite, hipertansiyon ve kalp damar hastalığının bazı türlerine yakalanmadıkları bilinmektedir (Haviland et al., 2008). Amerikan Eskimoları arasında da diyabet oldukça az görülmek-



tedir. Diyabet, Seminole, Pima ve Papago dahil olmak üzere bazı Amerikan Hint kabilelerinde yüksek bir insidansa sahiptir. Tip 2 diyabet, gençlerde veya erken yaşlarda ortaya çıkan, Yerli Amerikan Kızılderilileri için önemli bir sağlık sorunudur (Giger et al., 2002). Romanlar arasında kalp, diabet, hipertansiyon ve enfeksiyon hastalıklarının görülme oranları yüksektir (Tanriverdi, 2012). Diyabet için yaşa özel ölüm oranları, genel nüfusun geri kalanına kıyasla, 25 ile 54 yaş arasındaki Yerli Amerikalılar için 2.6 kat daha yüksek görülmektedir. Hastalığa yatkınlığın çevresel veya hem genetik hem de çevresel faktörlerin bir kombinasyonu olabileceğini unutmamak önemlidir (Giger et al., 2002). Yerli Amerikalı ve Meksikalı Amerikalılarda tip 2 diyabet, enerji harcama ve obesitenin etnik farklılıklarına ve vücut yağ dağılımı açısından genetik olarak bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. En yüksek diyabet ölüm oranları Teksas'taki Meksikalı Amerikalılarda bulunmaktadır. Meksikalı Amerikalılar daha genç yaşta diyabet tanısı konma eğilimi gösterirler, daha yüksek açlık glikoz seviyeleri, azalmış insülin duyarlılığı, artmış insülin yanıtı ve daha ciddi diyabet komplikasyonları görülür (Brown et al, 2002).

Ülkemizde bölgesel diyabet prevalansı Kuzey Anadolu'da %14.5 ile en az, Doğu Anadolu'da ise %18.2 ile en fazladır. Diyabet farkındalığı Batı Anadolu'da en yüksek (Bilinen Diyabetlilerin Toplam Diyabetlilere oranı %61.6), Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise en düşüktür (Bilinen/Toplam Diyabet oranı %47.2). 40-44 yaş grubundan itibaren nüfusun en az %10'u diyabetlidir. Türkiye'de obezite sıklığı ise %32 bulunmuştur (TURDEP-II Çalışma Grubu).

#### **Cinsiyet:**

Dünya genelindeki verilerin incelenmesi sonucu; orta yaşlarda artmaya başlayan prevalansın 70'li yaşlardan sonra en üst seviyelere geldiği görülebilmektedir. Dünya genelindeki diyabetli kadınların sayısı erkeklerden %10 daha fazladır, bozulmuş glikoz toleranslı kadınların sayısı erkeklerden %20 daha fazladır (Sungur, 2012). Ülkemizde erkeklerde açlıkta gizli diyabet, kadınlarda ise toklukta gizli diyabet oranı daha fazladır. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obesitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir (TURDEP-II Çalışma Grubu).

#### **Dil ve İletişim**

İletişim biçimleri, sözlü ve sözsüz çeşitlilikleri içerir. Sözlü iletişim, konuşulan dil, lehçeleri ve ses seviyesini içerir. Lehçeler, gramer çeşitleri, kelime anlamları ve konuşulan dilin söylenişidir. Sözsüz iletişim, akranlarla ve üstlerle konuşurken, göz ilişkisinin kullanımı ve derecesi, zaman algısı ve fiziksel yakınlığı içerir (Williams and Hopper, 2007).

Klinik ve eğitici görüşmesinde en belirgin "kültürel" engel, aynı dilde iletişim kuramamaktır. Hastanın, soru sorma, önemli bilgileri ve endişelerini sözlü olarak ifade

etme ve sağlık profesyoneli ile doğal ve kendiliğinden bir ilişki kurma becerisini sınırlandırabilir. Bu durum hasta bakımı ve klinik sonuçlar açısından ciddi bir engel oluşturabilir. Genel olarak, hastalar benzer etnik kökene sahip ve aynı dili kullandığı sağlık profesyonellerini tercih edebilir, uyum ve izlemeyi iyileştirebilir (Caballero, 2006).

Hastalarla sağlık çalışanları arasındaki etkili iletişim, başarılı sağlık bakımı ve sonuçlarının anahtarıdır. Örneğin, hastalar izin formlarında kullanılan dili anlamazlarsa, tıbbi işlemleri kabul ettikleri söylenebilir mi? Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki kültürel farklılıklar da iletişim sorunlarına katkıda bulunur. Zayıf iletişimin yanı sıra, etnik azınlık ve düşük gelirli hastalar, kaliteli sağlık bilgisine erişmekte daha fazla güçlük çekebilir (Shaw et al., (2009). Romanlar arasında sağlık bakım kaynaklarını kullanmada sınırlılık, sağlık çalışanı ile iletişim yetersizlikleri ve sağlığı etkileyen birçok olumsuz davranışlar diğer gruplara göre daha yaygındır (Tanrıverdi, 2012)

Hastayla iletişimde aceleci olmamak, dikkatli bir şekilde dinlemek, zaman ayırmak, yavaş ve açık şekilde konuşmak gerekir. Farklı dil, iyi iletişimin sürdürülememesine bağlı hasta bakımını olumsuz etkilediğinden, hasta ile iletişimin kurulamadığı durumlarda profesyonel bir tercümandan mutlaka yardım istenmelidir. (Seda Pehlivan, Yasemin Yıldırım, Çiçek Fadiloğlu, 2013) Beden dilinin ortaya koyduğu anlamlar kültürel farklılıklarda iletişimin aksamasına neden olabilir (Tortumluoğlu, 2004). Bireyle iletişime geçerken ne kadar mesafede bulunmamız gerektiği de bireysel farklılıklar göz önüne alınarak belirlenmelidir. Dokunma, bazı toplumlarda (Afganlar, Araplar vb.) kadının eşi, oğlu veya babası olmadığı sürece erkeğin bir kadına dokunması ve göz teması kurması onaylanmaz veya hoş karşılanmaz. (Seda Pehlivan, Yasemin Yıldırım, Çiçek Fadiloğlu, 2013)

Hemşirelerin farklı kültürlerden hastalara bakım verirken, onların dil ve iletişim özelliklerini öğrenmesi verilen hizmetin etkinliği ve güvenli iletişimin sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Diyabet gibi hasta eğitimi ve uzun süreli izlemin önemli olduğu kronik hastalıklarda hemşire ve hasta iletişiminin sağlanması gereklidir.

#### **Dini inanışlar ve Mitler**

Diyabet bakım ve tedavisinde bazı hastalarda dini boyutun etkisi gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada diyabetli hastaların %2.7'sinin mahremiyet açısından giysinin üzerinden enjeksiyon yaptıkları bildirilmiştir. Ayrıca Müslüman kadınların mahremiyet nedeniyle ev dışında egzersiz yapamadıkları daha çok ev içinde egzersiz yapmayı tercih ettikleri gösterilmiştir (Korkmaz ve Aslan 2015). Hemşireler nadir de olsa hastanın sağlık veya tedavisine ters düşen etnik ve dini uygulamalarla karşılaşmalar (Kuğuoğlu, 2010). Diyabetli Müslüman hastalar ramazan ayında oruç tuttuğunda akut diabetik komplikasyonlar gelişebilir. Bu hastaların kan şekeri değerlerinin daha sıkı takip edilmesi, ilaç dozlarının yeniden ayarlanması sağlanmalıdır (Bulutlar, 2015)

Efsaneler, DM'in neden oluştuğu veya belirli bir ders aldığı ile ilgilidir. Bazı gruplarda inanç ve din ile net bir bağlantı mevcuttur. “DM, çok fazla şeker yemekten kaynaklanır, kaderin sonucudur, inanç eksikliğinden kaynaklanır veya belirli bir eylem için cezalandırılır” gibi birçok efsane vardır. İnsülin kullanımıyla ilgili bazı efsane ve korkular gelişmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları hastalara olası mitleri sormalı ve hastanın cevaplarına saygılı olmalıdır. (Caballero, 2006)

### **Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri**

Diyabetli bireylerin farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri kullandıkları veya farmakolojik tedavilerine ek olarak tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullandıkları bilinmektedir.

Alternatif tıp, uzun zamandır dünyanın birçok kültüründe yer almıştır. Alternatif tıbbın en yaygın biçimleri bitkiler, kayropratik bakımı, yoga, rahatlama, akupunktur, ayurveda, biofeedback, şelasyon, enerji ile iyileştirme, Reiki terapisi, hipnoz, masaj, natüropati ve homeopatidir. (Aslan ve Korkmaz 2015; Arıkan, vd., 2009; Moravej ve ark. 2016) Yayımlanan bir çalışmada, çalışmaya dahil olan 2472 yetişkinin % 48'inin bir çeşit alternatif tıp kullandığı saptanmıştır. Bu çalışma, alternatif tıp kullanımının, koruyucu bakım hizmetlerine erişiminin artması ve acil servis ve birincil bakım ziyaretlerinin artması ile ilişkili olduğunu bulmuştur. İran' da yapılan bir çalışmada diyabet tedavisinde daha çok ceviz, çemenotu, yeşil çay, sumak ve tarçın gibi bitkisel ürünler kullandıkları gösterilmiştir. Asyalı diyabetli kadın hastaların acı kabak, bamya ve greyfurtun glisemik kontrolü sağlamada etkili olduğuna inandıkları yapılan çalışmalarla bildirilmiştir. Moravej ve ark. 2016 Sohal, Sohal and King-Shier 2015 Bazı latin kültürlerinde toplumdan öğrenilen otlar ve bitkiler hastalığın kontrolünü sağlamak için kullanılırlar (Dinç, 2007).

Türkiye'nin doğusunda Erzurum bölgesinde yaşayan tip 1 diyabetli çocukların aileleriyle yapılan çalışmada; bireylerin diyabeti tedavi etmek ve kan şekerini düşürmek için tamamlayıcı yöntemler kullandıkları saptanmıştır. En çok kullanılan yöntemin bitkisel ürünler olduğu, kekik, yer elması, ısırgan otu, maydanoz, adaçayı, dut yaprağı ve yabani gül bitkilerinin tercih edildiği bildirilmiştir. Katılımcıların %25' ininde diyabeti tedavi etmek için dua ve ibadet etmek gibi spiritüel uygulamalara başvurdukları belirtilmiştir (Arıkan, vd., 2009 Kaynak ve Polat'ın (2017) hastaların TAT kullanımına ilişkin özelliklerini incelediği çalışmada hastaların %48.1'inin TAT kullandıkları ve bunların %67.3'ünün yalnızca bitkisel uygulamaları,%32.7'sinin ise bitkisel uygulamalar ile beraber dua yöntemini kullandıkları belirlenmiştir ( Kaynak ve Polat, 2017)

Besin takviyeleri, yalnızca kuramsal mekanizmalarının BG düzeylerini düşürmesine değil, ters etkileri ve ilaç etkileşimine neden olabilecek aktif farmakolojik içerikle-

rine de sahiptir. Hem sağlık çalışanları hem de hastalar DM bakımında halen kullanılan alternatif ilaçların ve bunların olumsuz etkileri ve izleme parametrelerinin farkında olmalıdır (Caballero, 2006).

Hemşirenin bitkisel çaylar, nazarlık gibi geleneksel tedavi yöntemlerine bireyin sağlığına zarar vermediği ve tedavisini engellemediği sürece hoşgörü ile bakması gerekir (Kuğuoğlu, 2010).

### **Göç ve Coğrafi koşullar**

Diyabetli bireylerde göçle birlikte kültürlerini gittikleri yere taşıdıkları belirlenmiştir. Amerika' da Afrika, Asya, Hindistan, Meksika kökenli etnik gruplarda besin ve kültür üzerine yapılan bir çalışmada, etnik gruplar arasında beslenmeye ilişkin kültürel çeşitlilik olduğu, her kültüre özgü geleneksel yiyecekler ve beslenme alışkanlıkları olduğu tespit edilmiştir. (Karmeen ve Kulkarni 2004) (sivrikaya sk, hemş forum)

Coğrafi koşullar bölgesel farklılıklar yaratmakta ve diyabetli bireylerin yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına etki ederek kültüre özgü yansımalar gözlenmektedir. Türkiye'nin Doğu ve güneydoğu bölgelerinin dağlık olması nedeniyle coğrafi koşullara bağlı olarak hayvancılık yapılmaktadır. Bu nedenle bölgede yaşayan bireylerin daha çok et, tahıl ve hayvansal yağ ağırlıklı beslenmeleri yaygındır. Kuzey kesimlerde balıkçılık yapılması ile balık, batıdaki kıyı kesimlerde geniş tarım alanları olması nedeniyle de sebze ve zeytinyağı ağırlıklı beslenmeleri yaygındır. (ADA 2015). (sivrikaya sk, hemş forum)

### **Sonuç**

Kültüre duyarlı yaklaşımda hasta, aile ya da grupla güvenli bir ilişki geliştirmek ilk adımdır. Kültürel anlamda bireyin ait olduğu topluluğa ilişkin gelir kaynakları, geçim sağlama, yaşam standartları, refah düzeyi gibi ekonomi bilgileri; sosyal sınıf, sosyal çevre/ağ gibi sosyal yapı, aile sistemi, aile yaşamı ve ailenin bakım olanakları, sosyal çevre ve ilişkiler, mevcut kuşaklara kültürün aktarılması açısından eğitim, politik düzen, otorite, kanunlar, din, dünya görüşü, yaşamın anlamı, ahlaki değer ve standartlar, topluluk kimliği gibi ideolojik özellikler öğrenilmelidir (Şahin ve ark. 2009). Diyabet yönetiminde hemşireler, kültürel faktörleri, kendi kültürel özelliklerini, bakım verdikleri hasta ve ailesinin kültürel özelliklerini bilmeli ve değerlendirmelidir. Hastanın holistik bakımında, bireyin kültürünü dikkate alarak, saygı ve anlayış göstermeli, bu kültürün sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmalıdır. Kültürün sağlığı bozucu bir yönü varsa, bireyin güvenini kazanarak, bireyin anlayacağı düzeyde bilgi vermeli ve yine bireyin kültürüne uygun müdahaleyi yapmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Arıkan D., Sivrikaya S.K., Olgun N., (2009) Complementary Alternative Medicine Use in Children With Type 1 Diabetes Mellitus in Erzurum, Turkey. *Journal Of Clinical Nursing*, ;18(15):2136-2144.
- Aslan Ü, Korkmaz M (2015) Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama [SÉP] Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanışlar, *DEUHFED*, 8(1):18-26.[SÉP]
- Aytaç Ö., Kurtdaş MÇ., (2015) Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri Ve Sağlık Sosyolojisi, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1): 231-250
- Brown S. A., Garcia, A. A. , Kouzekanani, K., Hanis C. L., (2002), Culturally Competent Diabetes Self-Management Education for Mexican Americans, *Diabetes Care*, Volume 25, Number 2, February
- Bulutlar O.N., (2015), Diyabet Hastalarına Beslenme Açısından Yaklaşım, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31(Ek sayı):39-44,
- Bolsoy N, Sevil Ü., (2006), Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,;9:78-87.
- Caballero E. N., (2006), Cultural Competence in Diabetes Mellitus Care: An Urgent Need, Accepted For Publication, 1557-0843/\$32.00 Excerpta Medica, Inc., Volume 2, Number 2, USA, October,
- Collins-McNeil J, Edwards CL, Batch BC, Benbow D, McDougald CS, Sharpe DA. (2012), Culturally Targeted Self Management Program For African Americans With Type 2 Diabetes Mellitus. *Canadian Journal of Nursing Research*; 44(4):126-41.
- Çevirme A (2012) Kültür ve Beslenme, *Kültürlerarası Hemşirelik*, Editörler: Seviğ Ü, Tanrıverdi G. İstanbul Kitabevi, 1:75-91
- Çınar D, Olgun N, Yava A. [SÉP]Kültürlerarası Diyabet Beslenme Algoritması. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi Ocak-Haziran 2017*; 9(1):1-6.
- Durna, Z., & Akın, S., (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul, pp. 1-65
- Elmacı N., (2013), Sağlık Antropolojisi, *Diyarbakır Örnekleri*, Siyasal Kitabevi., Ankara Mart s:26-59

- Ergün ve ark., (2017), Sağlık Bakımındaki Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları, Ed: Karadakovan A. ve Aslan F. E., Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 4ç Baskı, Adana, , s: 1-20
- Giger JN., et al., (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Mode. Journal of Transcultural Nursing. 13: (185) pp.185-188
- Haviland W.A., Prins H. E. L., Walrath D., McBride B. (2008), Kültürel Antropoloji, Kaktüs Yayınları, 1. Basım, İstanbul, , s:825-829
- Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. (2008) Culturally Appropriate Health Education For Type 2 Diabetes Mellitus in Ethnic Minority Groups. Cochrane Database Syst Rev. 16;(3):CD006424.
- IDF Diabetes Atlas, Seventh Edition (2015). [http://www.oedg.at/pdf/1606\\_IDF\\_Atlas\\_2015\\_UK.pdf](http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf) Erişim Tarihi:24.11.2017
- International Diabetes Federation, 2017, <https://www.idf.org/> Erişim Tarihi:24.11.2017
- İlhan Satman İ. Proje Yürütücüsü, TURDEP-II ÇALIŞMA GRUBU, (2010), [http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf)
- Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A. (2013), Diyabetli Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 14(1) : 1 - 9
- Kaynak İ , Polat Ü. (2017), Diabetes Mellitus'lu Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumları Ve Diyabet Tutumları İle İlişkisi, Genel Tıp Dergisi,;27(2):56-64
- Kuğuoğlu S., (2017), Traskültürel Hemşirelik, Ed: Karadakovan A. ve Aslan F. E., Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 4. Baskı, Adana, , s: 77-98
- Moravej H., Salehi A., Shamsedini A., Kolouri S., Karamizadeh Z., Complementary and Alternative Medicine to Treat Diabetes Mellitus Type 1 in Southern Iran, Iran J Med Sci. 2016 Jan;41(1):71-2.
- Olgun N., (2012), Diyabet (Tip 2) ve Bakım, Ed: Durna Z., Kronik Hastalıklar ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, , s:291-332
- Pehlivan S. , Yıldırım Y., Fadiloğlu Ç., (2013), Kanser, Kültür ve Hemşirelik, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 4 • Sayı: 4 •
- Rong X., et al., (2016). Cultural Factors Influencing Dietary And Fluid Restriction Behaviour: Perceptions Of Older Chinese Patients With Heart Failure, Journal Of Clinical Nursing, 26: Pp. 717-726

- Satman I, Editor. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the internet]. Available from: [http://www.turkendokrin.org/files/files/TURDEP\\_II\\_2011.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/files/TURDEP_II_2011.pdf) Last access: 16th May 2011.
- Satman İ. (2009), Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi, Satman İ. Bölüm Ed: Diabetes Mellitus 2009 Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem, İmamoğlu Ş. Ed. Deomed Medikal Yayıncılık, 3. Baskı, İstanbul,; s. 11-35.
- Smeltzer, SC., et al., (2008). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, pp.165-185
- Schulmeister LK., (1999), Culturel Issues in Cancer Care. in Oncology Nursing: Assessment and Clinical Care. Miaskowski C, Buchsel C. Eds. Mosby.:383-401.
- Shaw SJ., et al., (2009). The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management, J Immigrant Minority Health. 11: pp.460-467
- Sivrikaya SK, Çınar S (Ocak-Haziran 2016), ;D. Diyabet ve Kültürel Yaklaşım. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi 8(1):30-37.
- Sungur G., (2012), Kronik Hastalıklarda Kültürel Yaklaşım, Ed: Seviğ Ü., Tanrıverdi G., Kültürlerarası Hemşirelik, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, , s:181-202
- Şahin NH., Bayram GO., Avcı D. (2009), Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 6 (1): 2-7
- Tanrıverdi G., (2012), Kültürlerarası Hemşirelik Modelleri, Ed: Seviğ Ü., Tanrıverdi G., Kültürlerarası Hemşirelik, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, , s:117-123
- Tanrıverdi G., (2012). Çanakkalede'de Yaşayan Romanların Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli İle Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15: (4), pp.244-253
- Topbaş E, Bay H, Turan BB, Emir AH, Çıtlak U. (2013), Kültürlerarası Hemşirelik Kavramının Yoğun Bakıma Yansımaları, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 17(1):37-43
- Tortumluoğlu G., (2004). C.Ü. Transkültürel Hemşirelik Ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8: (2), pp.47-57
- Williams, LS., & Hopper PD., (2007). Understanding Medical Surgical Nursing. F.A. Davis Company: Philadelphia, pp.30-47
- Williamson M, Harrison L. (2010), Providing culturally appropriate care: a literature review, Int J Nurs Stud;47:761-9.

Yarbro CH., & Wujcik D., & Gobel BH., (2011). Cancer Nursing. Principles and Practice, Jones and Bartlett Publishers: Sudbury, pp.72-94

Zengin O., Fırat E., Acar B. (2017) Bazı Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma, Bozok Tıp Dergisi, ;7(3):73-80