

## Hemşirelerin Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunumunda Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli: Campinha-Bacote

*Cultural Competence Process Model in the Provision of Health Care Services of Nurses: Campinha-Bacote*

Makbule YILMAZ<sup>1</sup>, Sema KUĞUOĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uzman Hemşire, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, 0000-0001-7333-2872

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul, 0000-0002- 2794-1068

### ÖZET

Büyüyen çok etnik gruptan oluşan dünyamıza sağlık hizmeti sağlamanın zorluklarını aşmak için çeşitli hizmet sunumu modelleri ortaya çıkmıştır. Bu modellerden bir tanesi de Josepha Campinha-Bacote tarafından geliştirilen kültürel yeterlilik süreci modelidir. Modelde kültürel yeterlilik, sağlık hizmeti sağlayıcısının, bireyin kültürel yapısına uyumlu bir şekilde çalışabilmesi için kültürel yetkinliğini geliştirmeye çalıştığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Çünkü kültürel yeterlilik uzun bir sürede ortaya çıkan gelişimsel bir süreçtir. Bu devam eden gelişimsel süreç, kültürel farkındalığın, kültürel bilginin, kültürel becerinin, kültürel karşılaşmaların ve kültürel isteğin bütünleşmesini içerir. Model, hemşirelerin kültürel olarak etkili bir bakım sağlamak, hastalık ve sağlıkla ilgili çeşitli faktörleri değerlendirmek ve hemşireliğe pratik bir tanılama aracı kazandırmak amacıyla geliştirilmiştir. Bununla birlikte model, klinikte, araştırmalarda, yönetimde ve hemşirelerin eğitim uygulamalarında kullanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında derlemenin amacı, hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda kültürel yeterlilik süreci modelinin her yapısının önemini ve etkisini vurgulamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Kültürel Yeterlilik, Model, Sağlık.

### ABSTRACT

A variety of service delivery models have emerged to meet the challenges of providing health care to our growing multi-ethnic world. One of these models is the cultural competence process model developed by Josepha Campinha Bacote. In the model, cultural competence is defined as a process in which the healthcare provider strives to develop cultural competence to work in harmony with the individual's cultural structure. Cultural competence is a developmental process that occurs over a long period. This ongoing developmental process involves the integration of cultural awareness, cultural knowledge, cultural skills, cultural encounters, and cultural desire. The model was developed to provide nurses with culturally effective care, to evaluate various factors related to disease and health, and to provide nurses with a practical diagnostic tool. However, the model is used in clinical, research, management, and nurses' educational practices. In light of this information, the review aims to emphasize the importance and impact of each structure of the cultural competence process model in the provision of health care services to nurses.

**Keywords:** Nurse, Cultural Competence, Model, Health.

### Sorumlu yazar/Corresponding author:

Makbule YILMAZ, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Bölümü, İstanbul, makbule.yilmaz1113@gmail.com

**Başvuru/Submitted:** 24.07.2023 **Kabul/Accepted:** 02.05.2024

**Cite this article as:** Yılmaz M, Kuğuoğlu S. Hemşirelerin Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunumunda Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli: Campinha-Bacote. J TOGU Heal Sci. 2024;4(2):249-257.

## GİRİŞ

Dünya genelinde küreselleşme ile birlikte savaşlar, baskılayıcı rejimler, etnik çatışmalar, çevresel ve ekonomik krizler nedeniyle pek çok insan göçmen ya da sığınmacı olarak göç etmek zorunda kalmaktadır. Bu yer değiştirme sonucunda dünyada farklı kültürler ve alt kültürlerden oluşan aile, bireyler ve grupların oluşturduğu çok kültürlü nüfus yapıları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle günümüzde sağlık politikaları, öncelikli olarak başta bireylerin etnik özellikleri olmak üzere sağlıkta ayrımcılığın ve eşitsizliklerin önlenmesine yoğunlaşmaktadır. Toplumların, kültürel açıdan başka grupların gereksinimlerine yanıt verecek sağlık bakımını biçimlendirmek için, tüm sağlık ekibi mensuplarına gerekli bilgi ve beceriler kazandırılarak eğitilmeleri gerekmektedir (1,2). Hemşirelik mesleğinde farklı kültürdeki bireylere bakım verme gereksiniminden ortaya çıkan “Kültürlerarası Hemşirelik” kavramı, 1979 yıllarında ilk kez Madeleine Leininger tarafından kullanılmıştır. Leininger’in yanı sıra, Giger, Davidhazar ve Campinha Bacote kültürel olarak etkili bir bakım sağlamak için hastalık ve sağlıkla ilgili çeşitli değişkenleri değerlendirmek ve hemşireliğe pratik bir tanılama aracı kazandırmak düşüncesiyle kültürlerarası tanılama modelleri geliştirmişlerdir (1,3).

Kültürlerarası çeşitlilik ve bunun farklı uygulamaları, inançları ve değerleri, iletişim kalıpları, zihinsel süreçleri, davranışları, gelenekleri ve danışanların (aileler, bireler, topluluklar ve nüfus) felsefesi gibi bileşenlerini anlamak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel açıdan duyarlı bir şekilde yanıt vermesine yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle, kültür ve bakım insanın hayatta kalması için çok önemlidir. Hemşireler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları, toplumun kültürel ve sosyal bileşenlerine uyumlu bakımı verebilmelidir (4). Hemşireler, kültürel olarak uyumlu bakım vermek için hastanın sağlığı, refahı, engellilik veya ölümün önlenmesi hakkında kararlar alırken; hastanın kültürel değerlerini, inançlarını, dünya görüşünü ve yaşam tarzlarını dikkate almalıdırlar (5). Bu kültürel süreç, hemşirenin mesleki yaşamı boyunca devam eder. Böylece hemşirelerin çoğu mesleki gelişim yoluyla, kültürel olarak uyumlu bakım ve yetkinliğe ulaşabilir (6). Büyüyen çok kültürlü bir dünyanın değişen demografisi, ekonomisi, farklı etnik ve kültürel geçmişlerden gelen insanların sağlık durumlarında uzun süredir devam eden eşitsizlikler; sağlık hizmeti sunucularını kültürel yetkinliği bir öncelik olarak görmeye zorlamıştır. Sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin kültürel yeterlilik kazanımlarının geliştirilmesi ihtiyacını doğrulamak için derlemenin amacı, Campinha-Bacote’nun sağlık hizmeti sunumunda kültürel yeterlilik süreci modelinin her yapısının önemini ve etkisini vurgulamaktır.

## KÜLTÜREL YETERLİLİK MODELİ

Değişen nüfus demografisi ve kültürel çeşitlilik, bakım süreçlerinin incelenmesini ve değiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel açıdan çeşitli hemşirelik bakımı sağlaması gerekir. Hemşirelerin farklı hasta ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yüksek düzeyde kültürel yeterliliğe sahip olmaları giderek önem kazanmaktadır (7).

Campinha-Bacote, kültürel yeterliliğin, hemşirelerin yüksek kaliteli ve etkili bakım sağlamak için geçmesi gereken bir süreç olduğunu ortaya koyan bir model geliştirmiştir. Bu Kültürel Yeterlilik Süreci Model'i, etnik azınlıkların ve ırksal grupların çeşitli sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için küresel olarak kullanılmaktadır. Kültürel yeterliliği, dinamik bir süreç olarak yorumlayan Bacote, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu yeterliliği öncelikli olarak dikkate almasını talep etmektedir (9). Bu modelin gelişim aşamaları, Bacote'un hemşirelik lisans eğitimini sürdürdüğü 1969'da başlamış ve 1991 yılında modelin dört yapısını oluşturmuştur. Bu yapılar; "kültürel bilgi", "kültürel farkındalık", "kültürel karşılaştırma" ve "kültürel beceridir". Bacote, modelinin, kültürlerarası sağlık hizmeti sunumunda yetersiz olduğunu anlamış ve modeline 1998 yılında "kültürel istek" boyutunu eklemiş, 2002 yılında ise revize etmiştir. Modelin gelişmesine yol açan etkenler, bu yapıların harmanlanmasıdır (3). Bacote'un modeli, kültürel yeterliliği "sağlık hizmeti sağlayıcısının, danışanın (birey, aile, topluluk) kültürel bağlamında etkili bir şekilde çalışabilme becerisini elde etmek için sürekli olarak çabaladığı süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreç, hemşirelerin kendilerini kültürel olarak yetkin olmaktan ziyade kültürel olarak yetkin hale geldiklerini görmelerini gerektirir (3,10). Bacote, kültürel yeterliliği, devam eden bir süreç olarak ele almaktadır. Hemşirelerin, hastalarına kültürel açıdan yetkin ve duyarlı bütünsel bakım vermeleri için bu modeli kliniklerinde, yönetimlerinde, araştırmalarında ve eğitimlerinde uygulanabilen bir süreç olarak göreceklere savunmaktadır (11).

Campinha-Bacote'nin modeli kültürel açıdan bir bakım modelidir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, kültürel olarak duyarlı sağlık hizmetleri geliştirmek ve uygulamak için bir çerçeve olarak kullanabilecekleri bir modeldir. Sağlık hizmeti sunucusu sürece ne zaman girerse girsin, modelin her yapısını tümünü ele almalı ve deneyimlemelidir (11). Kültürel yeterlilik süreci modelini oluşturan ana yapıların varsayımları:

1. Kültürel yeterlilik dinamik bir süreçtir, bir olay değildir.
2. Kültürel yeterlilik beş ana yapıdan oluşur: kültürel farkındalık, kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel istek ve kültürel karşılaşmadır.

3. Etnik gruplar içinde, etnik gruplardan daha fazla çeşitlilik vardır.
4. Sağlık hizmeti sunucularının yeterlilik düzeyi ile kültürel olarak duyarlı sağlık hizmetleri sunma becerileri arasında doğrudan bir ilişki vardır.
5. Kültürel yeterlilik, kültürel, etnik açıdan farklı hastalara etkili ve kültürel olarak duyarlı hizmetler sağlamada temel bir bileşendir (3,12,13).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kültürel yeterlilik süreci modelinin ana yapılarını tam olarak anlamak için her bir yapı aşağıda tanımlanacaktır.

### 1.1. Kültürel Farkındalık

Kültürel farkındalık, bireyin profesyonel kültürel geçmişini incelemesi ve derinlemesine araştırmasıdır (14). Aynı zamanda, kişinin kendi değerlerinin, inançlarının ve uygulamalarının analizidir. Bununla birlikte, bireylere yönelik önyargıların, varsayımların tanınmasını içerir. Böylece hemşire, hastanın kültürüne duyarlı, saygılı, takdir edici ve anlayışlı bir bakım sağlayabilir. Hemşirenin öncelikle, başkalarıyla nasıl ilişki kuracağını anlaması için başta kendisini incelemesi ve anlaması gerekir. Eğer hemşire kendi kültürel değerlerinin etkisinin farkında değilse, kültürel bir çatışma yaşayabilir. Bu nedenle Campinha-Bacote, hemşirelerin kendilerine Bu nedenle Campinha-Bacote, hemşirelerin kendilerine “Sağlık hizmetlerinde ırkçılık ve diğer kültürel gruplara yönelik ön yargılarının farkında mıyım?” sorusunu sormaları gerektiğini belirtmektedir (12,15).

Kültürel farkındalık, sağlık hizmeti sunucusunun, bireyin kültürel değerlerine, inançlarına, yaşam biçimlerine, uygulamalarına ve problem çözme stratejilerine karşı saygılı, takdir edici ve duyarlı hale geldiği süreçtir. Kültürel farkındalık ayrıca bir "kültürel alçakgönüllülük" süreci olarak da tanımlanabilir. Kültürel farkındalığı, daha iyi anlamak için “etnosentrizmden” “etnorelativizme” uzanan bir süreklilik içinde görmek yararlı olabilir. Etnosentrizm (etnik merkezilik), kişinin diğer kültürleri kendi kültürünün standartlarına göre yargılamasıdır. Birey kendi kültürel değerlerinin farkında olmadan, inançlarını, değerlerini, uygulamalarını ve davranış kalıplarını başka bir kültüre empoze etme riski vardır. Bu kültürel dayatma, örneğin hemşirelerin ağrı yönetimi alanlarında not edilebilir. Ağrı evrensel bir insan deneyimi olmasına rağmen, hemşireler hastalarla çalışırken farklı ağrı modlarını dikkate almaya ve ağrı davranışının anlamını, hastanın bakış açısından yorumlamada zorlanabilir. Bu durum kültürel dayatmada uyumsuzluğa neden olabilir. Uyumsuzluk bir hasta sorunu değildir. Bu hemşirenin, hastanın dünya görüşünü içeren kültürel olarak duyarlı bakım sağlamadaki başarısızlığını yansıtır. Ancak etnorelativizm ise kültürel farklılıklara değer veren, saygı duyan ve bakım

uygulamalarına entegre eden hemşirelerin tutumunu yansıtır. Bu hemşireler kültürel farklılıklardan korkmazlar ve belirli kültürel gruplara yönelik tutumlarının farkındadırlar. Ancak, kişinin diğer kültürler hakkındaki ön yargılarının farkına varması, kültürel olarak duyarlı müdahalelerin geliştirilmesini garanti etmez. Hemşireler kültürel farkındalığın ötesine geçmeli ve kültürel yeterliliğin diğer gerekli bileşenlerini geliştirmelidir (16). Hemşirelerin önyargılarının farkında olması, farklı kültürlere özgü değerleri, inançları ve davranışları kendi kültürü doğrultusunda etkileyebilir (9).

## 1.2. Kültürel Bilgi

Kültürel bilgi, farklı kültürel ve etnik gruplara ilişkin bir bilgi tabanı arama ve elde etme sürecidir. Doğrudan danışanlardan alınabilecek sağlıkla ilgili inançlar ve dünya görüşlerini içeren değerler hakkındaki bilgiyi içerir (15). Hemşireler, kültürel bilgi kazanarak, danışanlarının hastalık ve tedaviyi nasıl yorumladıklarını daha iyi anlayabilirler. Ayrıca her hastanın kültürünü bakım planına dâhil edebilirler. Campinha-Bacote, kültürel bilgiyi elde etmede hemşirelerin kendilerine “Farklı kültürel ve etnik grupların dünya görüşleri ve biyokültürel ekoloji alanındaki bilgiler hakkında, bilgili miyim?” sorusunu sormaları gerektiğini belirtmektedir (12).

Farklı kültürlerdeki bireylerin dünya görüşünü anlamamanın en önemli gerekliliklerinden biri, bu bireylerin davranışlarını anlamaktır. Kültürel bilgi, farklı kültürlerin dünya görüşleri hakkında iyi bir eğitim elde etme sürecinden kaynaklanır. Bir kişinin dünya görüşü, onun yaşam olaylarının değerini ve anlamını açıklar. Kültürlerarası hemşirelik, tıbbi antropoloji, kültürler arası tıp, kültürel antropoloji, kültürlerarası psikoloji ve sosyoloji alanları, hemşirelerin kültürel bilgi edinme süreçlerine sağlayabilecek disiplinlerden bazılarıdır. Campinha-Bacote, Purnell ve Paulanka (1998) kültürel bilgi edinme sürecini dört aşamada belirlemiştir:

**1. Bilgi yetersizlik**, bireyin kültürel bilgi eksikliğinin farkında olmaması olarak tanımlanır. Kendileri ve hastaları arasında kültürel farklılıklar olduğunun farkında olmayan hemşirelerde bilinçsizlik ve yetersizlik vardır. Bir hemşire, biyolojik varyasyonların, hastalıkların, sağlık koşullarının ve etnik olarak farklı hastalar arasındaki ilaç metabolizmasındaki değişikliklerin incelenmesini içeren biyokültürel ekoloji alanında; bilinçsizlik, yetersizlik sergileyebilir.

**2. Bilinçli yetersizlik**, kişinin başka bir kültür hakkında bilgi sahibi olmadığının farkında olmasıdır. Bu farkındalık, kültürel çeşitlilik üzerine çalıştaylara katılmaktan, konuyla ilgili makaleler okumaktan veya kültürel olarak farklı geçmişlere sahip hastalarla doğrudan kültürler

arası deneyimler yaşamaktan gelebilir. Bu farkındalığa sahip olan hemşireler "bildiğini bilme" bilgisine sahiptir. Ancak nasıl yapılacağını bilme bilgisine sahip değildir.

**3. Bilinçli yeterlilik**, bir hastanın kültürü hakkında öğrenme, genellemeleri doğrulama ve kültürel olarak duyarlı hemşirelik müdahaleleri sağlama amaçlı yapılan kasıtlı eylemdir. Ancak bilinçli olarak yetkin hemşire bu düzeyde bazı rahatsızlıklar yaşayabilir. Bu rahatsızlığın olası bir nedeni, "politik olarak doğru" olmama korkusudur. Bu düzeydeki hemşireler doğru şeyi yapma ve söyleme ihtiyacının bilincindedir. Bu ihtiyaç bazen etkili iletişimi engelleyebilir.

**4. Bilinçsiz yeterlilik**, farklı kültürel geçmişlere sahip hastalara, kültürel olarak uyumlu bakım sağlama yeteneğidir. Bilinçsizce yetkin bir hemşire, farklı kültürlerden gelen hastalarla kolay bir şekilde etkileşime girer (3,12, 15,16).

### 1.3.Kültürel Beceri

Kültürel beceri, bireyin sağlık geçmişi hakkında ilgili kültürel verileri toplamanın yanı sıra, kültürel olarak spesifik bir fiziksel değerlendirmeyi doğru şekilde gerçekleştirme becerisidir. Campinha-Bacote, "kültürel beceriyi" insanların, müdahale uygulamalarını belirlemek için kültürel inançlarına, değerlerine ve uygulamalarına göre bireylerin, grupların ve toplulukların sistematik incelenmesi olarak tanımlamıştır (3,15,16). Kültürel beceri aynı zamanda hemşirenin, hastanın kültürel inançları, uygulamaları ve değerleri hakkında bilgi içeren bir kültürel değerlendirme yürütme becerisini de ifade eder. Hemşire, bireyin fiziksel, biyolojik, fizyolojik değişkenlerine uygun bir fiziksel değerlendirme yeteneğinin nasıl yapıldığını bilmelidir (16,17). Böylece hemşire, hastanın kültürel bağlamı içinde bir bakım ve müdahale planı geliştirebilir. Bu değerlendirme sırasında hemşire, hem danışanın mevcut soruna ilişkin algısı hem de olası tedavi yöntemleri hakkında kültürel açıdan duyarlı bir şekilde bilgi toplayabilir. Bu nedenle hemşirelerin, değerlendirmeyi gerçekleştirecek kültürel becerilere sahip olmaları için hastalarının popülasyonları hakkında kültürel olarak bilgi sahibi olmaları önemlidir. Campinha-Bacote, hemşirelerin kültürel beceri elde etmek istediğinde kendilerine "kültürel bir değerlendirmeyi hassas bir şekilde yürütme becerisi bende var mı?" ve "kültürel değerlendirme yapma becerisine sahip miyim?" Sorularını sormaları gerektiğini belirtmiştir (12). Bu nedenle, hemşireler kültürel becerilerini geliştirmek ve kültürel açıdan yetkin bakım sağlamak için bireysel inisiyatif alabilmelidir. Bunu yapmak için sağlık kuruluşlarında, büyük ölçekli yapısal destekler olmalıdır. Aksi takdirde bu bakımın kalitesi ve sıklığı, sağlık kuruluşları içinde ve arasında büyük farklılıklar gösterecektir (11).

### 1.4.Kültürel Karşılaşma

Kültürel bilgi edinmek, kişinin gerçek kültürel karşılaşmalara sahip olmasını gerektirir. Kültürel karşılaşma, hemşireleri kültürel olarak farklı geçmişlere sahip hastalarla doğrudan kültürlerarası etkileşimlere girmeye teşvik eden süreçtir. Belirli bir kültürel grubu incelediğimiz veya belirli bir etnik gruptan üç veya dört üyeye etkileşimde bulunduğumuz için o grup hakkında bilgi sahibi olduğumuza inanabiliriz. Aslında, bu belirli kültürel grubun belirtilen inançlarını, değerlerini ve uygulamalarını temsil etmeyebilir. Bunun nedeni, kültürel grup içinde daha fazla çeşitliliğin olduğu etnik çeşitliliğidir. Kişinin bu gruplar hakkındaki inançlarını iyileştirmek veya değiştirmek için farklı kültürel gruplardan hastalarla doğrudan etkileşime girmesi önemlidir. Yüz yüze karşılaşmalar, olası klişeleştirmelerin önlenmesine yardımcı olur (3,16).

Kültürel karşılaşmaları Bacote modelinde, "sağlık hizmeti sağlayıcısını, kültürel açıdan farklı geçmişlere sahip hastalarla doğrudan kültürlerarası etkileşime girmeye teşvik eden bir süreçtir" olarak tanımlamıştır. Bu karşılaşmalar, sağlık hizmeti sunucusunun bir kültürel grup hakkındaki mevcut inançlarını değiştirerek potansiyel olarak genellemeleri veya o grubun üyeleriyle daha önceki karşılaşmalarda meydana gelmiş olabilecek stereotiplerdir (14,15). Kültürel karşılaşmaların amacı, diğer kültürler hakkındaki fikirleri doğrulamak, açıklığa kavuşturmak, değiştirmektir. Bu nedenle hemşireler, hastalarının her etkileşiminin farklı olduğunu ve birçok kültürel farklılığa sahip olabileceğini bilmelidir (11). Bacote, modelinde kültürel karşılaşmalarda hemşirelerin kendilerine "Kendimden farklı bireylerle, yüz yüze etkileşimler arıyor muyum?" sorusunu sormaları gerektiğini belirtmiştir (12).

Kültürel karşılaşmaların amaçları, sözlü tepkiler ve sözsüz mesajlardır. Hemşireler iyi niyetlerini ve sözel olmayan iletişim tarzlarını, bazen belirli bir kültürel gruba karşı saldırgan/aşağılayıcı olarak yorumlanabileceğini anlamalıdır. Örneğin, bir hemşire bir terapi seansı sırasında bir hastaya başparmağıyla olumlu bir sinyal vermek isterse; Amerika'da onay işareti anlamındayken, İran'da, başparmakların yukarı uzatılması kaba bir hareket olarak kabul edilir. Bu nedenle hemşireler, kültürlerarası karşılaşmalarda göz teması, yüz ifadesi, dokunma, beden dili ve mesafe uygulamaları gibi bir kültürün sözel olmayan iletişiminin anlamına karşı daha duyarlı hale gelmelidir (16,17,18).

### **1.5.Kültürel İstek**

Kültürel istek, hemşirenin kültürel yeterlilik sürecine dâhil olmayı "isteme" motivasyonudur ("zorunluluk" değil). Kültürel farkındalığa, kültürel bilgiye, kültürel beceriye sahip olan ve birkaç kültürel karşılaşma yaşamış olan hemşirelerin, farklı kültürlerden hastalarla

çalışmak için gerçek bir isteğe/motivasyona sahip olmaları gerekir. Bir hemşirenin sözleri ve eylemleri, gerçek içsel duygularıyla uyumlu olmalıdır. Kültürel isteğin yapısını tam olarak anlamak için “önemseme” kavramını kavramak önemlidir. Hastalar ne kadar önemsediginizi anlayana kadar ne kadar bildiğinizi umursamazlar. Bu tür ilgi ağızdan değil yürekte gelir. Hemşirenin karşılaştığı zorluk, politik olarak doğru yorumlar (ağızdan çıkan sözler) değil, gerçek bakımı yansıtan yorumlar (yürekte gelen sözler) sunmaktır. Kültürel istek, kültürel bilgi kaynaklarından öğrenmeye istekli olmak gibi gerçek bir tutkuyu içerir. Bu tür öğrenme tutkusu, “kültürel alçak gönüllülük” olarak adlandırılan yaşam boyu devam eden bir süreçtir (3,16,17).

Kültürel istek, sağlık hizmeti sağlayıcısının kültürel olarak bilinçli, bilgili, becerikli ve kültürel karşılaşmalara aşina olma sürecine katılmak zorunda kalmaktan ziyade, bunu isteme motivasyonudur. Bu yapı, kültürel yeterliliğin temel yapısıdır ve bunun temelini oluşturur. Başkalarına açık olma, farklılıkları kabul etme, saygı duyma ve kültürel bilgi kaynağı olarak, başkalarından isteyerek öğrenme konusunda gerçek bir tutkuyu içermektedir(18). Bununla birlikte, kişinin kendini iyi kavraması ve anlaması durumunda gerçekleştirilebilir ve kültürel farkındalığın temelini oluşturur. Bu yapı, hemşirenin kültürel değerleri, inançları, gelenekleri veya uygulamaları ne olursa olsun tüm danışanlarla ilgilenme isteğidir. Hemşire bakımında kendini kültürel istek sürecine adanmışsa, danışanıya mümkün olan en iyi şekilde ilgilenecektir. Kültürel istekte hemşireler kendilerine şu soruyu sormalıdır: "Kültürel açıdan yetkin olmayı gerçekten istiyor muyum?" (16,17).

### **KÜLTÜREL YETERLİLİĞE YÖNELİK ORGANİZASYONEL DESTEKLER**

Sağlık kuruluşlarının yapması gereken ilk adımlardan biri, hemşirelerin kültürel yeterliliğe ilişkin güçlü, zayıf yönlerini ve ihtiyaçlarını belirleyerek onlara özel etkili bir eğitim programı tasarlamak amacıyla örgütsel kültürel değerlendirme yapmaktır. Sağlık kuruluşları, hemşireler de dâhil olmak üzere çalışanlarının kültürel açıdan yetkin ve hassas bakım sunabilecek bilgi ve becerilere sahip olmasını sağlamak için gerekli gelişim becerilerini ve kaynaklarını sağlama sorumluluğuna sahiptirler (11,12,19). Herhangi bir kültürel yeterlilik programının uygulanması için yönetimin desteği esastır. Çünkü etkili hemşirelik yönetimi bu ekibin önemli bir parçasıdır. Hemşireler, kültürel açıdan yetkin bakım sunmak, kültürel açıdan duyarlı tedbirleri başlatmak için hizmet verdikleri toplumun sağlıkla ilgili kültürel sorunlarını anlamalıdır. Sağlık kuruluşları, bu tür bakımın beklendiği ve sürdürüldüğü bir ortam yaratarak bu çabaları desteklemelidir. Sağlık kuruluşlarında yetkin bakım vermek için hemşireler, hastalarının tercih ettikleri dilde, kültürel sağlık inançları ve uygulamalarıyla uyumlu bakım



almasını sağlamalıdır. Bu kuruluşlar, hizmet alanının demografik özelliklerini temsil eden çeşitliliğe sahip personeli işe almak, elde tutmak ve terfi ettirmek için stratejiler uygulamalıdır. Bununla birlikte, personelin kültürel ve dilsel açıdan uygun hizmet sunumu konusunda sürekli eğitim ve öğretim almasını olanak sunmalıdır. Buna ek olarak, sağlık kuruluşlarının, tüm personel üyelerine yönelik kültürel yeterlilik çalışmaları sunması ve bu çalışanların etkili, anlaşılır ve saygılı bakım sağlayabilmelerini sağlamak amacıyla çalıştay sonrası takip sağlamaları gerekmektedir. Bu takiplerin sonrasında bireylerin memnuniyetinin gözlemlenmesi ve izlenmesi çok önemlidir. Bu nedenle sağlık kuruluşları, kültürel yeterlilik kurslarının içeriği ve süresine ilişkin standartlar geliştirmeli ve hemşirenin uygun takiple bunları almasını zorunlu kılması gerekmektedir (11,20).

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Önerilen kültürel yeterlik süreci modeli; sağlık profesyonellerinin bireylere, kültürel açıdan yeterli sağlık hizmeti verme, hastaların, nitelikli sağlık bakımı alma takip ve tedaviye uyumlarını artırma konularını ele almak için birer çerçeve sağlayabilir. Bununla birlikte model, kültürel değerlerin tanımlanmasında, sağlık profesyonellerine "kültürel alışkanlık" kazandırabilir. Kültürel alışkanlık süreci; kültürel beceri ve farkındalığın artmasında, kültürel bilginin gelişmesinde, kültürel yeterliliğin artmasında etkili olabilir. Bu kültürel yolculuk boyunca sağlık profesyonelleri, bireylerin sağlık hizmetleri sunumunda hata yapmaktan korkmamalıdır. Bu nedenle önerilen bu çalışmada sağlık profesyonelleri, bireylere kültürel olarak duyarlı sağlık hizmeti vermek için, kültürlerarası sağlık bakımında görüşme etkinlikleri, tartışma panelleri, sempozyumlar, simülasyonlar hazırlayabilir ve tüm bunları sağlık hizmeti sunumundaki bireylerle paylaşabilirler.

**Finansal Destek Beyanı:** Bu çalışma, herhangi bir kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarların bu çalışma için bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Yazar Katkısı:** Fikir: S.K., M.Y; Tasarım: M.Y; Denetleme: S.K; Literatür Taraması: M.Y; Analiz ve/veya Yorum: S.K., M.Y; Yazıyı Yazan: M.Y; Eleştirel İnceleme: S.K., M.Y; Dergiye Gönderme: M.Y.

**Açıklama:** Bu derleme yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

### KAYNAKLAR

1. Aktaş YY, Uğur HU, Orak OS. Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016; 1(1): 120-133.
2. Papadopoulos I, Tilki M, Lees, S. Promoting cultural competence in health care through a research-based intervention in the UK. Diversity in Health and Social Care. 2004; 1(2): 107-115.

3. Botelho MJ, Lima CA. From cultural competence to cultural respect: A critical review of six models. *Journal of Nursing Education*. 2020; 59(6): 311-318.
4. Salinda MT, Hipona JB, Ilarde M, Tuazon A. A conceptual analysis on culturally adaptive care. *International JOURNAL OF Nursing Application*. 2021; 4 (2):167–176.
5. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's theory of culture cares about diversity and universality: a historical retrospective and an overview from a future-oriented perspective. *Journal of Transcult Nurses*. 2019; 30(6):540–57.
6. Marion L, Douglas M, Lavin MA, Barr N, Gazaway S and Thomas E, et al. Implementation of the new ANA standard 8: culturally aligned implementation. *Nursing Journal Issues Online*. 2016; 22(1): 10-39
7. Farokhzadian J, Nematollahi M, Dehghan Nayeri N, Faramarzpour M. Using a model to design, implement, and evaluate a training program for improving cultural competence among undergraduate nursing students: a mixed methods study. *BMC Nursing*. 2022; 21(1):8-5.
8. Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care amid a cultural conflict: the role of cultural competence. *Nursing Journal Issues Online*. 2011; 16 (2):5-10
9. Başalan İF, Bayık TA. Hemşirelikte kültürel yeterlilik. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2009; 5(17): 51-58.
10. Mulder M, Gulikers J, Biemans H, Wesselink R. The new competence concept in higher education: error or enrichment? *Journal of European Industrial Training*. 2009; 33(8/9): 755-770.
11. Aponte J. Addressing cultural heterogeneity among Hispanic subgroups using Campinha-Bacote's model of cultural competence. *Holistic Nursing Practice*. 2009; 23(1): 3-12.
12. Campinha-Bacote J. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*. 5th ed. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates; 2007.
13. Maňhalová J, Tóthová V. The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt* 2016; 18(2): 69-74.
14. Leininger M. *Transcultural nursing: theories, research, and practice*. 2nd Edition. 1978, New York.
15. Campinha-Bacote J, Narayan MC. Culturally competent health care in the home. *Home Care Provider*. 2000; 5(6):213–219.
16. Campinha-Bacote J. A practice model that addresses cultural competence in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*. 2001; 26(1): 8–11.
17. Vanderpool HK. Report of the ASHP and hoc committee on ethnic diversity and cultural competence. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2005; 6(18): 1924- 1930.
18. Yılmaz M, Kuğuoğlu S. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri: bir devlet hastanesi örneği. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023; 7(3): 205-213.
19. Başlı M, Bekâr M, Civelek İ. Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve “kültürel yeterlilik süreci modelini” anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018; 1(1): 18-24.
20. Tanrıverdi G. Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(3): 227-236.