

Kültürlerarası Hemşirelik Kavramının Yoğun Bakıma Yansımaları

Reflections of the Concept of Transcultural Nursing on Intensive Care

Eylem TOPBAŞ,^a
Hakan BAY,^a
Buğra Burak TURAN,^a
Ahmet Hüdaî EMİR,^a
Umut ÇITLAK^a

^aAmasya Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Amasya

Geliş Tarihi/Received: 20.10.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 20.11.2014

*Bu derleme 2-3 Eylül 2014 tarihleri arasında
Debrecen Üniversitesi Sağlık Fakültesi
Nyíregyháza, Macaristan'da düzenlenen
"International Symposium the Present and
the Future of Nursing and Midwifery" da
10 dakikalık sözlü sunum olarak kabul edilmiş
ve sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Eylem TOPBAŞ,
Amasya Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu,
İpekköy Yerleşkesi, Amasya,
TÜRKİYE/TURKEY
eylem.topbas@amasya.edu.tr

ÖZET Farklı etnik köken ve ırkların yaşadığı bu çağda farklı kültürlerle sahip pek çok birey, sağlık turizminden yararlanmakta, Erasmus ve Mevlana öğrenci değişim programları, tatil ve iş imkanları vb nedenlerle kıtalar arası seyahat etmektedir. Bu durum hemşirelerin farklı kültürlerle sahip insanlarla sağlık alanında hizmet veren birçok kurumda karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır. Yoğun bakımda yatan hastanın, mevcut sistemik hastalıklarının çeşitliliği ve iletişimde güçlük çekmesi nedeni ile hemşirelik bakımında zorluklar yaşanmaktadır. Bu nedenle Yoğun Bakım ünitelerinde hastaların tutum ve davranışlarının farkında olmak, sağlıklarını iyileştirmede kültürel özelliklerinden yararlanmak holistik hemşirelik yaklaşımı için çok önemlidir. Transkültürel hemşirelik bakış açısı; yaşanan toplumun ve farklı toplumların kültürel özelliklerini bilmeyi gerektirir. Bu derlemede transkültürel hemşireliğin yoğun bakıma yansımaları incelenmiştir. Bu doğrultuda transkültürel hemşireliğin temel özelliklerine, transkültürel modellere ayrıca Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinde yaşanan örneklerle yer verilmiştir. Hemşirelerin; yoğun bakım ünitelerindeki hastaların tutum, davranış, inanç ve sosyo-kültürel özelliklerinin farkında olmaları, yoğun bakım hemşirelerine holistik bakış açısı kazandırarak hemşirelik bakımının kalitesini artırır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kültür, yoğun bakım

ABSTRACT In this age of various ethnic origins and races, a huge number of individuals from different cultures benefit from medical tourism and travel across continents on the occasions of Erasmus and Mevlana exchange programmes, vacations and occupational opportunities etc. Based on this situation, nurses encounter people from different cultures in a wide range of healthcare institutions. Challenges arise in nursing care due to the diversity of the intensive care patient's existing systemic diseases and the difficulties in communication. Considering these, it is quite significant in terms of holistic nursing approach to be aware of the patients' attitudes and behaviors in the intensive care units, and to utilize the patients' cultural properties in improving their health. Transcultural nursing perspective requires an awareness of the cultural properties of both the society in which the nurse lives and the other societies. This review studies the reflections of transcultural nursing on intensive care. For this purpose, it comprises of the basic features of transcultural nursing, transcultural models and the instances which occur in the intensive care units in Turkey. Developing an awareness of the intensive care patients' attitudes, behaviors, beliefs and socio-cultural properties contributes to the quality of nursing practice by providing the intensive care nurses with a holistic perspective.

Key Words: Culture, intensive care, nursing

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(1):37-43

Kültür; geçmişten günümüze kadar kuşaktan kuşağa aktarılan ve toplumdaki bireyler arasında köprü kuran, yazılı olmayan, sorgulanmayan, spontan gelişen ve kolaylıkla değiştirilemeyen toplumsal bir

tutumdur.¹ Kültür aynı toplum içerisindeki bireylerin ortak dilidir ve toplumu oluşturan bireyler tarafından etkilendiği gibi bireylerin yaşadığı coğrafik konum ve çevre koşullarından da etkilenmektedir. Yüzyıllardır insanoğlu yaşadığı toplumun örf, adet ve geleneklerinden etkilenmiştir. Hastalıkları iyileştirmede çare arayışı toplumun bakış açısından etkilenmiştir. Kimi zaman ölümle sonuçlanan kimi zamanda tedavinin iyileşmesine katkı sağlayan inançlar ve gelenekler kültürel sağlık yapısını oluşturmuştur. Sosyal ve kültürel bir olgu olan toplumların sağlık ve hastalık algısı birbirinden farklıdır. Örneğin; bireyin beslenme alışkanlıkları, yiyecek türleri ve pişirme yöntemleri, uyku alışkanlıkları, giyinme biçimleri, hastalığı tedavi biçimleri, konut kullanım biçimleri, hastalığı algılama tarzları, yenilikleri kabullenme biçimleri kültüre bağlıdır ve kültürden kültüre değişen özelliklerdir. Bu nedenle sağlık ve hastalık algısında kültürün oldukça önemli etkisi olduğu görülebilmektedir.²

YOĞUN BAKIMDA KÜLTÜREL FARKLILIKLAR, DEĞERLER VE İNANÇLAR

Yoğun bakım (YB) hastasında fiziksel ve fonksiyonel kayba, yetersizliğe neden olan hastalıklar; hastanın iletişim, sağlığı ile ilgili karar verme, mahremiyetini koruma vb. becerilerini yitirmesine neden olmaktadır. YB hemşireleri; hastaların mahremiyetini koruma gereksinimlerine, farklı kültürel özelliklerine, hassas, güçsüz, çaresiz, umutsuz, acılı, kederli ve yalnızlık duygularına hatta ölümlerine tanık olmaktadır.³ Yoğun bakım ünitelerinde yatan pek çok hasta iletişim kuramamakta ve iletişimde güçlük çekmektedir. Bu durum hemşirenin hastanın kültürel özelliklerine göre doğru tanılama yapmasını ve bakımını güçleştirmektedir. Hemşireler holistik bakım gereği bütün bilgileri ya ailelerinden öğrenir ya da bireyin geldiği ülkenin, şehrin, yörenin özelliklerini daha önceden biliyorsa ona göre şekillendirir. Yoğun bakım ünitesinde hastanın kültüründen etkilenen iletişim şekli, hasta-hemşire arası mesafenin iyi ayarlanmaması gibi durumlarda, hastanın kültürüne uygun olmayan hemşirelik yaklaşımı, hastanın hemodinamik parametrelerini (kalp atışları, nabızları, solunum

şekli vb...) olumsuz etkileyebilir. Yoğun bakım hemşireleri başkalarının kültür, etnik köken ve yaşam tarzlarındaki farklılıkları tanımalı ve kabul etmelidir. Hemşireler mesleki uygulamalarını bildikleri gibi hastaların kültürel tercihlerini de öğrenmeli ve hemşirelik bakımlarına entegre etmelidirler. Yoğun bakım hemşiresi farklı kültürden gelen bireylerin; sağlık sorunlarının, bu sorunları algılama biçimlerinin ve yardım beklentilerinin farklı olabileceğini bilmelidir. Bunu görmezden gelmek hemşirenin yardım becerisini sınırlar. Hasta direndiğinde ve işbirliği yapmadığında, bunun temelindeki kültürel değerler öğrenilmediği sürece hastayı anlamak mümkün olmayacaktır. Bir hastanın sağlıkla ilgili kültürüne dair veri alırken göz önünde bulundurulması gereken noktalar şunlardır: İletişim, ekonomik ve sınıfsal durum, nüfus politikaları, aile rolleri ve organizasyonlar, evlilik örüntüleri, cinsiyete dayalı roller, cinsel davranışlar, gebelik ve çocuk doğurma, çocuk yetiştirme, kontraseptif kullanımı, beden imajındaki değişiklikler, beslenme, giyim, bireysel hijyen ve geleneksel tıp uygulamaları, ev koşulları, meslek, din, göç statüsü, alışkanlıkları, geleneksel sağlık uygulamaları, boş zaman aktiviteleri, ölüm törenleri, ideoloji ve politika, ırk ve etnik yapıdır.⁴ Kültürlerarası hemşirelik bakımı önemlidir. Çünkü hastalığın ve sağlığın duyuşsal, sosyal, davranışsal, dini ve manevi boyutları vardır. Hastalık ve sağlık durumu, kültür grupları açısından farklılıklar gösterir. Lea'ya (1994) göre; sağlık personelinin bireyin kültürünü iyi anlayamaması, iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılamalara neden olmaktadır.⁵ Bu, bakımın niteliğini ve bireyin sağlığını olumsuz etkilemektedir.

YOĞUN BAKIM HASTASINA KÜLTÜREL YAKLAŞIMIN MODELLERLE İNCELENMESİ: TÜRK TOPLUMUNDAN ÖRNEKLER

Hastaların kültürel özelliklerini tanılama ve değerlendirmede ayrıca verilerin sistematik ve standardize yollarla elde edilmesinde transkültürel hemşirelik modellerinden yararlanılır.⁶ Yoğun bakım ünitelerinde kültürel hemşirelik bakımını irdelerken Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel

Değerlendirme Modeli ve Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modelleri üzerinden örnekler verilerek tartışılmıştır. Bu modellerin seçilme nedeni; modellerin sağlık alanında farklı branşlarda kullanılabilmesi, rahat anlaşılması ve kolay uygulanabilir olmasıdır.

1. GİGER VE DAVIDHİZARS'IN TRANSKÜLTÜREL DEĞERLENDİRME MODELİ

Model altı başlıktan oluşmaktadır.⁷

1. İletişim

İnsanlar arasında duygu ve düşüncelerin aktarılmasında bir araçtır. Sözlü ve sözsüz iletişim kültürel farklılıklardan etkilenir. İletişim farklı kültürden gelen hastalarla çalışan sağlık personeli için en önemli sorunlardan biridir.⁷

A-Sözlü İletişim: Yoğun bakım hemşiresi, kültürel farklılıkları göz önünde bulundurarak hastanın ve ailesinin korku ve kaygılarını ifade etme biçimlerini tanımlamalı ve güven verici bir yaklaşımla iletişimi başlatmalıdır. Bireylerin sözel iletişimini değerlendirilirken göz önünde bulundurulacak özellikler şunlardır: "Birey hangi dili konuşuyor? Lehçe farklılığı var mı? Beden dilinin belli başlı özellikleri nelerdir? Hangi durumlarda sesinin volümünü değiştiriyor? Özellikle diğer kültürlerle aynı olan bir sözcüğü farklı anlamda kullanıyor mu? Dokunma ne anlama geliyor? Konuşma özellikleri nasıl? Duygu ve düşüncelerini hangi detaylarla anlatıyor?" Sağlık çalışanlarının öncelikle iletişim engellerine takılmamaları için bu soruların yanıtlarını aramaları gerekmektedir.⁶ Türk toplumunda; samimi ve içten, güler yüzlü konuşma hastaların tercih ettiği bir iletişim şeklidir. Türkiye'de yaşayan ve Türkçe konuşmayan bir hasta ile karşılaşıldığında genellikle Türkçe bilen aile bireyleri ya da hasta yakınlarından yararlanılır. Fakat bu durum hastayı anlamada bazı zorluklara neden olur. Çünkü verilmek istenen mesaj çevirmen tarafından etkin çevrilmeyebilir ya da iletişimde zamansal hatalara neden olabilir.

B-Sözsüz İletişim: Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin en fazla karşılaştığı iletişim şeklidir. Sözsüz iletişim; göz teması, dokunma, fiziksel me-

safe, yüz ifadesi, iletişim biçimleri (nezaket ve kabalık sayılan şeyler vb.), jest ve mimiklerin kullanılmasını içerir. Hemşirelerin terapötik hemşirelik bakımında önemine inandıkları dokunma; farklı kültür ve dini inançlarda farklı anlamlara gelebilir. Türk hastanın eline veya omzuna dokunmak onu anladığımızı ve yanında olduğumuzu hissettirirken, Vietnamlı bir çocuğun başına dokunduğunuzda ise annesi büyük bir korku ile sıçrayacaktır. Çünkü Şeytani ruhların onları ziyaret edeceği anlamına gelir.⁸ Bazı dinlerde karşı cinsten birine herhangi bir şekilde tensel temas yasaklanmıştır. Dokunma ya da dokunmadan kaçınmanın kültürel değeri ve sembolik anlamları vardır. Bazı kültürlerde kişinin yaşam tarzı 'bana dokunma' şeklindedir. Fakat bazı kültürlerde de dokunmanın iyileştirici ve büyüsel etkisi hesaba katılır. Karşı cinsten olan Müslüman bir Afgan'a ya da Ortodoks bir Yahudi'ye tensel temas yasaklanmışken, Meksikalılar ve Hintliler için dokunma; kötü büyüleri bozan, iyileşmeye yardım eden, hastalığı önleyen bir semboldür. Yasaklı bir durumla karşılaşıldığında, yapılabilecek ilk şey kendi hemcinsinden bir hemşireyle terapötik ilişki başlatılmasıdır. Böylelikle, hem hasta hem de hemşire için sağlıklı bir etkileşim gerçekleştirilmiş olacaktır.⁸ Sözsüz iletişimde kullanılan göz teması da kültürel farklılıklardan ve dini inanışlardan etkilenir. Özellikle batı kültüründe sizinle göz göze gelmemeye çalışan hastanızı; ilgisiz, rahatsız, utanmış hatta depresyonda olduğu şeklinde yorumlayabilirsiniz. Oysaki uzak doğuda özellikle Çin'de bu davranış saygı göstermek anlamındadır.⁸

2. Mesafe

İletişim kurulurken hastaların ve sağlık çalışanlarının kendilerini rahatsız hissetmemeleri için sağlık personelinin hasta ile arasına koyduğu uzaklığa dikkat etmesi gerekir. Birey kişisel alanına başkasının girmesinden rahatsızlık duyabilir. İyi ayarlanmayan mesafeden rahatsız olan hasta bir sonraki ihtiyacında aynı kurumu tercih etmeyebilir.^{6,7} Her kültürde kişisel alan mesafesi farklı olabilir. Kişiler arasındaki bu mesafe batı topluluklarında daha uzak, doğu toplumlarında ve kırsal bölgede ise daha yakındır.⁴

3. Sosyal Organizasyonlar

Aile rol yapısı (kadının statüsü, ailenin toplumdaki görevi vb.), dini inançları ve etnik kökeni kültürü ile ilişkili olabilir.⁷ Sosyal organizasyona ait veri toplarken; gelir durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, devletin destek kaynaklarından yararlanıp yararlanmama durumu ve yardım kuruluşlarına ulaşmada farkındalık düzeyinin de göz önünde bulundurulması gerekir. Türkiye'nin çoğu bölgesinde kadın eşine sormadan sağlığı ile ilgili kararları tek başına alamaz.

Örnek Vaka; L.Ç., 56 yaşında, 3 kez evlenmiş ve ilk eşinden 2 çocuğu var. Dört beş aydır devam eden karın ağrısı ve ani şiddetli kanama şikâyetiyle hastaneye başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucunda over kanseri tanısı alan hasta tanısını biliyor ve kabulleniyor. L.Ç. ilk eşini kaybettikten sonra tekrar evlenmek istememiş ancak hiçbir geliri olmaması ve çocuklarını yalnız yetiştirmesinin uygun olmayacağı gerekçesi ile ailesi tarafından evlenmeye zorlanmış ve evlenmek zorunda kalmış. İkinci eşini de bir kaza sonucu kaybettikten sonra benzer nedenlerden dolayı şimdiki eşi ile evlenmiş. İlk eşini çok sevdiğini, onun ölümünden sonra iki kere daha evlendiği için ona ihanet ettiğini ve günah işlediğini düşünüyor. Bu nedenle de hastalığının kendisine Allah tarafından ceza olarak verildiğine, her türlü ağrı ve rahatsızlığa katlanması gerektiğine inanıyor. Ağrılarını asla ifade etmiyor, bu şekilde sabreder ve ağrılara katlanırsa günahlarının affedileceğini düşünüyor.⁹

4. Zaman

Zaman kişiler arası iletişimde önemlidir. Bazı toplumlar yaşamlarını geçmişe, bazıları günün şartlarına, bazıları ise yaşamlarını planladıkları geleceğe göre düzenler ve sağlığı koruyucu hizmetler geleceğe odaklıdır.⁷ Yoğun bakım çalışanlarının birey, aile ve gruplara yönelik bakım girişimlerini planlarken toplumun hangi zamana uyumlu yaşadığını bilmesi gerekir.

5. Çevresel Kontrol

Çevresel kontrol, insan ve doğa arasındaki ilişkiyi gösterir. Bazı insanlar kötü sonuçlu bir hastalığa ya-

kalandığında şifa arar ve gerekli ilaçları kullanır, ameliyat olur, film çektirir, radyasyon ve kemoterapi yaptırırken, bazıları bunun kendilerinin kadere olduğunu çok fazla bir şey yapmaya gerek olmadığını düşünürler.⁶ Eğer birey dış kontrolü, iç kontrolünden daha fazla olan kültürel bir gruptan geliyorsa, sağlık bakımını yetersiz görebilir ve kadenci yaklaşabilir.⁷

6. Biyolojik Değişkenler

Farklı kültürdeki bireylerde büyüme-gelişme; farklı cilt rengi, enzimatik farklılıklar, genetik özellikler ve hastalıklara karşı hassasiyeti içerir.^{6,7} Örneğin Çinliler beyaz insanlara göre probranolol'un kardiyovasküler etkilerine karşı daha hassastırlar.⁷ Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaya bakım verirken kronik hastalıkların yönetiminde Türk kültürüne ait şu özelliklerin bilinmesinde fayda vardır. Türkiye'de yapılan "Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı" çalışmasına göre; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) nın bayanlarda ve kırsal bölgede yaşarlarda fazla olduğu,¹⁰ ısınmak için odun, tezek (hayvansal yakıt) kullanımının, yemek pişirme ya da ekmek yapmak için biyomas dumanına maruziyet süresinin KOAH gelişiminde etkili olduğu^{11,12} belirtilmektedir. Hemşire bu kültürel özellikleri hemşirelik bakımında ve taburculuk eğitimlerinde kullanabilir.

2. PURNELL'İN KÜLTÜREL YETERLİLİK MODELİ

Purnell'in Kültürel Yeterlilik modeli on iki kültürel alanı içeren, sağlık, sağlığı koruma ve geliştirme, hastalık sürecine ait kültürel veri toplamak için geliştirilen bir modeldir.

1. Genel Bakış/Kalıtım

Hastanın geldiği ülke, şu an yaşadığı yer, ailesinin geldiği ülkenin ve şimdi yaşadığı ülkenin bireyin kültürüne etkileri, ekonomi, politika, göç nedenleri, eğitim durumu ve meslek bu alanda incelenmektedir.¹³

2. İletişim

Yaşanılan ülkenin ana dili, lehçesi, sesin volümünü duygularına yansıtma biçimi ile sözsüz iletişim öğeleri; dokunma, göz teması, beden dili, kişisel me-

safe, kullanılan selamlaşma biçimi, geçmiş, gelecek dünya görüşü ve isimlerin kullanımının o kültür için anlamı bu alanda yer alan niteliklerdir.¹⁴

3. Aile Roller ve Organizasyonlar

Aile yapısı ve öncelikleri, evdeki cinsiyete özgü roller, çocuk yetiştirme biçimleri, çocuk ve ergenlerin gelişimsel dönemlerine özgü evdeki görevleri, yaşlıların evdeki rolleri, sosyal durum, bekar ebeveyn, seksüel uyum, çocuksuz evlilikler, boşanmalar gibi özellikler bu alanda yer almaktadır.¹⁴ Türk toplumunda evlilik öncesi cinsel yaşam ve çok eşlilik hoş karşılanmamaktadır. Örneğin kanama nedeni ile yoğun bakıma getirilen genç bir hastanın hamile ve bekar olduğunu varsayarsak, hemşire Türk toplumunda hoş karşılanmayacak böyle bir durumda, ailesine kızları hakkında bilgi verirken etik ikilem yaşayabilir. Hemşire bu durumun; bazen kızın evlatlıktan red edilmesine veya bazı aşiretlerde öldürülmesine neden olacağını bilir. Yine başka bir örnek Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde, İç Anadolu'nun bazı bölgelerinde akraba evlilikleri yaygındır. Bu durumda genetik geçişli hastalıklar için bir risk faktörüdür.

4. İş Gücü Durumu

Bireyin otonomi kurup kuramaması, kültürel uyumunu ve başka bir kültürün etkisi altında kalıp kalmama durumunu (asimilasyon), toplumsal cinsiyete bağlı rol dağılımını, etnik iletişim biçimlerini, bireyseliği ve bireyin ülkesindeki sağlık bakım uygulamalarından etkilenme durumunu içermektedir.¹⁴

5. Biyokültürel Ekoloji

Deri rengi, boy ve kalıtım gibi ırka ait özellikler ile endemi, bölgesel hastalıklar, vücudun ilaçları metabolize etmesindeki farklılıkları içermektedir.¹⁴ Türkiye'de genellikle kırsal bölgede badana amaçlı kullanılan asbest Mezotelyoma riskini artırmaktadır.¹⁵ Yine erionite (asbest gibi fibröz silikat) Türkiye'de Ürgüp yöresinde köylülerin evlerinin yapımında taş olarak kullanıldığı için doğumdan itibaren yöre halkı yüksek riskli kanserojen maddeye maruz kaldığı için mezotelyoma riski artmaktadır.¹⁶

6. Yüksek Riskli Davranışlar

Sigara ve alkol kullanımı, eğlence ilaçlarına bağımlılık, fiziksel aktivite yetersizliği, emniyet kemeri ve kask kullanmama ve yüksek riskli seksüel davranışlar gibi durumları içermektedir.¹⁴ Türkiye de birincil ölüm nedenlerinden olan kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde en önemli risk faktörleri; sigara kullanımı, obezite, fiziksel aktivitenin yetersiz olması ve meyve sebze tüketiminin az olmasıdır.¹⁷

7. Beslenme

Yeterli besin tüketimi, besin çeşitliliği, ritüeller ve tabular, besin maddelerinin hastalık sırasında ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmede nasıl kullanıldığı bu alanda incelenen konulardır.¹⁴ Türkiye'de domuz eti ve ürünleri beslenme amaçlı kullanılmaz. Bu tür ürünlerin kullanılmamasına özen göstermek kültürel hemşirelik yaklaşımının Türk toplumu açısından önemli bir komponentini oluşturur. Türk toplumunda günlük tuz tüketimi 18 gr/gün olduğu sağlıklı bir insanın günlük tüketmesi gereken tuz miktarının ise 5 gr/gün olduğu belirtilmektedir.¹⁸ Hemşire beslenme eğitiminde kültürel bu özellikleri de göz önünde bulundurmalıdır. Diyet ve beslenme en yaygın kabul edilen kültürel etkili unsurlardır.⁴ 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.¹⁹

8. Hamilelik ve Çocuk Büyütme

Doğurganlık ile ilgili uygulamalar: Doğum kontrol yöntemleri, gebelikte doğru izlem, gebelikte kuralcı, kısıtlayıcı ve tabu olan uygulamalar, doğum ve doğum sonu tedaviler ile ilgili tabuları içerir.¹⁴ Türk toplumunda kadın vücudu bir tabu olarak görülmekte, "jinekoloğa yalnızca evli olanlar gider" yönünde kültürel inancı olan hiç evlenmemiş bir kadının, hekime gitmemesi veya erkek hekime muayene olmak istememesi, kadın hekim bulma arayışı kanserin tanı ve tedavisini olumsuz yönde etkileyen cinsiyet ile ilgili diğer bir faktördür.²⁰ Ço-

ğunlukla bayan kadın doğum uzmanı erkek kadın doğum uzmanına tercih edilir. Amasya'da 1403 yılında hekimlik yapan Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun minyatür ve yazılı anlatımla ele aldığı kitabında o yıllarda kadınların doğum için kendisine başvurduğundan bahsediyor. O yılların koşulları göz önüne alındığında halkın modern bakış açısı dik-kati çekmektedir.²¹

Örnek Vaka; Yoğun bakıma kanama şikâyeti ile getirilen kadın hastanın hikâyesine baktığımızda; kadının bebeğini istemediği için gele-neksel yöntemle çocuğunu düşürmeye çalıştığı, eşi ve kayınvalidesinin de bunu öğrendiğinde kadını ceza olarak hastaneye götürmedikleri, ka-namasının şiddetlenmesi ve kadının hipovole-mik şoka girmesi nedeni ile yoğun bakıma kaldırıldığını öğreniyoruz.

Türkiye'de çok eski yıllarda böyle vakalarla sık karşılaşılırken artık korunma tekniklerinin ve ana çocuk sağlığı eğitimlerini yaygınlaşması ile çok nadir rastlanan vakalar haline gelmiştir. Bireyin sağlığı açısından zararlı olan uygulamalarda kültü-rel farklılıklar göz önünde bulundurulmalı ve kül-türel uyum hizmeti sağlanmalıdır.

9. Ölüm Töreleri

Bireysel ve kültürel ölüme bakış açısı, ritüeller ve ölüme hazırlık davranışları, defin işlemlerinin yanı sıra kader inancının bu uygulamalara etkisi bu alanda yer almaktadır.¹⁴ Hasta kayıplarının en fazla yaşandığı servisler genellikle yoğun bakım ünitele-ridir. Türkiye'de yoğun bakım ünitesinde yatan has-tanın durumu hakkında bilgi ve hastanın ölüm haberi aileye genellikle doktorlar tarafından verilir. Yoğun bakım ünitesinde olan ve ağırları gün geç-tikçe artan, sürekli acı içinde kıvranan yüksek dü-zeyde opioid gereksinimine ihtiyaç duyan ve kliniğinin düzelmeyeceği ve beklenen yaşam süre-sinin az olduğu tahmin edilen bir hastanın yakını veya hastanın kendisi ötenazi istese de Türkiye'de aktif ötenazi yasal olmadığı için bu isteğini gerçek-leştiremez. Amerikalılar hastalık süreci, prognoz ve yaşam sonu bakımla ilgili bilgilenmek isterken batı kültürlerinde ise bu durumun ölümü hızlandıraca-ğını düşündüklerinden hastayı durumla ilgili bilgi-lendirmemeyi isterler.²² Avrupa ülkelerinde hastaya

daha insancıl bir yaklaşım sergilemek için kanser tanısını hastaya söylemekten kaçındıkları belirtil-mektedir.²² Türkiye'de kanser hastalığı ve hastanın yaşama sansının az olması durumunda hastanın yaşam mücadelesine devam etmeyeceği ve ölümü hızlandıracağı endişesi ile aileler hastanın bu du-rumu bilmesini istemezler.

Örnek Vaka: M.A., 12 yaşında ailenin tek erkek çocuğu, AML tanısı ile yatarak tedavi ediliyor. Akciğer enfeksiyonu nedeniyle solunum deste-ğine ihtiyacı olan hasta yoğun bakıma alınıyor. Hastayı teslim alan hemşire, hastanın boynunda takılı bulunan muskayı gereksiz ve kirli olduğu gerekçesiyle çıkarıyor. Hastayı ziyaret için yoğun bakıma gelen anne muskayı oğlunun boynunda göremeyince çok sinirleniyor. Anne muskanın oğlunu koruduğunu ve iyileşmesini sağlayacağını hemen geri takılmasını istediğini söylüyor. Fakat hemşire anneye bunun mümkün olmadığını ile-tiyor. Sonuç olarak hastanın durumu kötüleşiyor ve birkaç içinde kaybediliyor. Oğlunu kaybeden anne "muskayı çıkararak oğlumun ölümüne neden oldun" diyerek hemşireyi suçluyor.²³

10. Maneviyat

Dini uygulamalar, yaşama anlam vermek için dua-ların kullanımı bireysel güç kaynaklarını içerir.¹⁴ Yoğun bakım ünitelerinde Afrika kökenli Ameri-kalılar ile beyaz ırktan olan aileler arasında termi-nal dönemde rahip çağırma da dikkate değer farklılıklar olduğu, dinin Afrika kökenli Amerikalılar için sosyal ve ruhsal yaşamlarında önemli olduğu belirtilmektedir.²⁴ Türk toplumunun dini inançları gereği oruç tutmak çok önemlidir. Kronik hasta-lıklara sahip bireylerin (ör diyabet, hipertansiyon vb) mevcut durumlarını önemsemeyerek oruç tut-mak istediklerinde; ilgili hekim, hemşire veya has-tane imamına haber verilerek sağlığının oruç tutmak için uygun olmadığı konusunda bilgilendi-rilerek çözülebilir.

11. Sağlık Bakım Uygulamaları

Bireylere akut ve koruyucu sağlık hizmetleri veril-mesi, hastaların mental hastalıklara eğilim göster-mesi, kendi kendini ilaç uygulaması, bireysel olarak sağlığı ile ilgili sorumluluk alması, biyomedikal

inançları, ağrı ve hastalık algısının sağlık bakımına olan etkisi, tedavide büyüden ya da nanfarmakolojik uygulamalardan yararlanması ayrıca hastaların organ bağıışı ve organ nakline bakış açısı bu alanda yer almaktadır. ¹⁴ Türkiye’de yoğun bakım ünitesinde beyin ölümü gerçekleşen bir hasta için aileler genellikle bakımı devam ettirilmesini isterler ve tekrar yaşama döneceği umuduyla organ bağıışını kabullenmezler.

12. Sağlık Bakım Çalışanları

Bu alan, geleneksel şifa verenler ve allopatik biyomedikal sağlık hizmeti verenlerin algılarını ayrıca sağlık bakımında cinsiyetin önemini kapsamaktadır. ¹⁴

Sonuç olarak; yoğun bakımdaki hastanın hemşirelik bakım planında kültürel özellikler dikkate alınmalıdır. Yoğun bakım hemşiresinin temel rollerinden olan holistik bakım; bilimsel, modern bakım anlayışının yanı sıra kültürel özellikleri de içine alan

geniş bir bakış açısı sunar. Hemşire; bakım verdiği birey, aile ve toplum için iyi bir yaşam hedefliyorsa, o toplumun kültürü, dini inancı, yaşam tarzı, beslenme şekli, kronik hastalık insidansı, ırkı, enzimatik özellikleri vb. konularda bilgi sahibi olmalıdır. Hemşire farklı kültürler arasında iletişimi sağlayacak öğeleri tanımlamalı ve bu konuda kendisine yardımcı olabilecek eğitimleri almalıdır. Her kültürün kendine özgü inanç ve uygulamaları vardır. Kültürel özellikleri dışlayan bir hemşirelik bakımı hastanın hemşireye güven duygusunu ve hemşire ile işbirliğini olumsuz yönde etkiler. Tüm bireylerin kültürel değerlerine saygı duyulmalı ve bütün insanların kendi kültürel varlıklarını açıkça ifade etmelerinin temel insan hakkı olduğu unutulmamalıdır. Ancak bu bağlamda yaklaşıldığında hastalara holistik bir bakım verilmiş olur. Kültürlerin yüzyıllardır birbirlerinden etkilendiği düşünüldüğünde hemşirelik bakımının bu kadar köklü bir yapılanmadan etkilenmemesi söz konusu olamaz.

KAYNAKLAR

- Öztürk E, Öztaş D. Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi* 2012;1(1):293-300.
- Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;3(9):78-87.
- Koyuncu A, Aslan Eti F, Uslu Y, Demirkılıç U. Dört olgu sunumuyla yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin karşılaştığı sorunlar. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2013;13(8):809-11.
- Seviğ Ü, Tanrıverdi G. Kültürlerarası hemşirelik. 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012.
- Temel Bayık A. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(2):92-101.
- Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;8(2):47-57.
- Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar transcultural assesment model. *J Transcult Nurs* 2002;13(3):185-8.
- Kültür farklılığının hemşirelik bakımına etkisi. http://www.mku.edu.tr/files/304_dosya_1339587543.pdf Erişim tarihi:21.06.2014
- Kültür ve Hemşirelik Sempozyum Kitabı, 2003, Kapadokya. <http://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/1005/448> Erişim tarihi:21.06.2014
- Horosan GD. Kronik solunum yolu hastalıkları. In: Ünal B, Ergör G, editors. *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara:T.C. sağlık bakanlığı Türkiye halk sağlığı kurumu yayınları; 2013, p.209-210. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim tarihi: 21.06.2014.
- Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi, Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1(1):7-12.
- Demirtaş N, Seyfiki Z, Topçu S. Sivas bölgesinden hastanemize başvuran kadın hastalarda geleneksel biomass kullanımı ile KOAH arasındaki ilişki. *Solunum Hastalıkları* 1999;10:148-55.
- Purnel model for culturel competence by Larry Purnell. <http://www.nasn.org/ToolsResources/CulturalCompetency/PurnellModelforCultural-Competence> Erişim tarihi:21.02.2014
- Purnell L, The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3):193-6.
- Türkiye asbest kontrolü stratejik planı 2012. <http://kanser.gov.tr/Dosya/ar-ge/asbest.pdf> Erişim tarihi:21.06.2014
- Baris I,Simonata L, Artvinli M, Pooley F, Saracci R, Skidmore J, et al. Eppidemiological and environmental evidence of the health effects of exposure to erionite fibresia four-year study in the Cappodocian region of Turkey. *Int J Cancer* 1987;39(1):10-7.
- Tosun N, Erkoç Y, Buzgan T, Kesknkılıç B, Aras D, Yardım N, ve ark. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2010-2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010.
- Erdem Y, Arıcı M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010; 19(5):313-8.
- Mayor NH. Kültür ve sağlık. Çeviren: Sayan A. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 2(2):50-2.
- Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7:35-40-7.
- Uzel İ, Sabuncuoğlu Şerefeddin cerrahiyetü’l haniyye II, Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları; 1990.
- Doolen J, York NL. Cultural differences with end-of-life care in the critical care unit. *Dimes Crit Care Nurs* 2007;26(5):194-8.
- Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Kanser, kültür ve hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;4(4):168-74.
- Waters CM. Professional nursing support for culturally diverse family members of critically ill adults. *Res Nurs Health* 1999;22(2):107-17.