

Kırsal Kesimde Yaşayan Bireylerin Kültürel Duyarlılıkları ve Sağlık Algıları: Arnavutluk Köyü Örneği

Cultural Sensitivity and Health Perceptions of Individuals Living in Rural Areas: Albanian Village Example

Tuba YILMAZ BULUT¹, Birsen ALTAY², Esra SARAÇOĞLU³

ÖZ

Kırsal kesimde yaşayan Arnavut kökenli bireylerin kültürel duyarlılıkları ve sağlık algılarını belirlemek bu araştırmanın amacıdır. **Yöntem:** Kesitsel araştırma tipinde yapılan bu çalışma Samsun'da kırsal kesimde yaşayan toplam 290 bireyle tamamlanmıştır. Veriler kişisel bilgi formu, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. Yöntem olarak saha araştırmasının kullanıldığı çalışmada 290 bireye yüz yüze anket uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve non-parametrik testler kullanılmıştır. **Bulgular:** Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puan ortalaması $82,36 \pm 9,36$ ve Sağlık Algısı Ölçeği ortalama puanı $46,76 \pm 9,54$ olarak bulunmuştur. Evli olan katılımcıların Sağlık Algısı bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, katılımcının ailesinin Samsun'da yaşama süresi ve ailede sözü geçme durumu ile sağlık algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). **Sonuç:** Araştırma kapsamına alınan bireylerin Kültürlerarası Duyarlılık ve Sağlık Algısı puanları yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kültürel Duyarlılık, Sağlık Algısı, Kırsal Kesim

GİRİŞ

Kırsal kavramının yabancı dillerdeki karşılıklarına bakıldığında kavramın ilk bakışta köy olgusu ile özdeşleştirildiği düşünülse de aslında, “kent” kelimesinin zıt anlamlısı olarak belirtilmektedir. İngilizce ve Fransızca’da “rural” şeklinde belirtilen kırsal kavramı genellikle köye ait bir anlam yaratmaktadır: Türkçe’de “kent” kelimesine karşılık, İngilizce’de “urban”, Fransızca’da ise “urbain” kelimesinin zıt anlamlısı

1-Uzm.Hem., Ondokuz Mayıs University, Institute of Health Sciences, E-posta: tuba_yilmaz1991@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7850-7723

2-Doç. Dr. Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, E-posta: munisealtay@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-5823-1117

3-Uzm.Hem., Ondokuz Mayıs University, Institute of Health Sciences, E-posta: esrasaracoglu@outlook.com
ORCID: 0000-0003-3808-1531

Gönderim Tarihi: 25.11.20 - Kabul Tarihi: 07.07.2022

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the cultural sensitivity and health perceptions of Albanian people living in rural areas. **Method:** This cross-sectional study was completed with 290 individuals living in rural areas in Samsun. The data were collected with a personal information form, Intercultural Sensitivity Scale and Perception of Health Scale. In the study, in which field research was used as a method, 290 individuals were administered a face-to-face questionnaire. Descriptive statistics and non-parametric tests were used to evaluate the data. **Results:** The mean score for the Intercultural Sensitivity Scale was 82.36 ± 9.36 and the mean score for the Perception of Health Scale was 46.76 ± 9.54 . The Health Perception of the married participants was found to be higher than the single ones. A significant relationship was found between the age, marital status, educational status, the length of life of the participant's family, and the status of having a say in the family and perceptions of health of the individuals participating in the study. **Conclusion:** Intercultural Sensitivity and Perception of Health scores of the individuals included in the study were found high.

Keywords: Cultural Sensitivity, Health Perception, Countryside

olarak kullanılmaktadır (1).

Türk Dil Kurumu kültürü ‘tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü’ olarak tanımlamaktadır (2). Diğer taraftan kültür üretimi ve paylaşımı insan topluluklarını diğer canlılardan ayıran en önemli insana özgü özelliklerden bir tanesidir (3). Kültürü asıl öznesi insan olduğu için; İnsan bir nesne olarak iyileştirilemez; kendinden, çevresinden, doğadan ve evrenden ayrı düşünülemez (4). Odağı insan olan hemşireler, birey ya da toplumda ki kültürel farklılıkları dikkate almazlarsa, verilecek bakımında etkin olamayacağını savunan Leininger; insanların

yaşam felsefeleri, dünya görüşleri, bilgileri ve gelenekleri, örf ve adetleri, çevreleri, dilleri, ifade biçimleri ve sosyal yapılarının üzerinde durulması gerektiğini söyler. Bu düşüncesi onun hemşireliğe holistik bir bakış açısı ile baktığını göstermektedir (5). Hemşirelik ise insanı, sağlıkta ve hastalıkta doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya odaklanmıştır. Bilim ve sanattan oluşan hemşirelik mesleğinin toplumda varoluş nedeni, insan varlığını bütüncül bakış açısı ile ele alabilmek ve onun yönlerini tanımlayabilmektir (6). Hemşirelik bakımı; sosyal yapı, dünya görüşü, kültürel değerler, dil ve çevresel durumu içeren transkültürel bilgiye dayanmalıdır (7). Kültürlerarası hemşireliğin amacı; birey aile ve grupların kültürel gereksinimlerini karşılamada duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunmaktır (8). Hemşirelerin kültürel yeterli bakımı ile ilgili yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hemşireler arasında kültürlerarası hemşirelik bilgisi %73,2 kültürlerarası iletişim %71,8 kültürlerarası liderlik %52,8 olarak belirlenmiştir (9).

Bir toplumda hastalık sayılan bir durum diğer toplumda hastalık olarak sayılmayabilir. Değişik kültürlerde bireyin hasta olarak kabul edilmesi, bazı ölçütlere göre değerlendirilebilir (10). Bu bağlamda bireylerin sağlık algıları da kültürden kültüre değişiklik göstermektedir.

Sağlık algısı “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık”; olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak adlandırılmaktadır. Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (11).

Kültürlerarası duyarlılık ile ilgili çeşitli yaklaşımlar ve perspektifler olmasına rağmen yine de çok kültürlü gerçeklik, kurulan kültürel farklılıkların ve kültürlerarası ilişkilerin algılanması gibi

konuların araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Arnavut toplumunun çok kültürlü oluşu sebebi ile kültürlerarası duyarlılık hakkındaki algıları ve sağlık algıları bu araştırma amacıdır.

MATERYAL METOT

Araştırmanın Şekli

Bu çalışma kesitsel tipte araştırma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Mayıs 2018- 15 Ağustos 2018 tarihlerinde Orta Karadeniz Bölgesinde bulunan bir İlçede ki tüm Arnavut kökenli bireylerin yaşadığı köylerde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Orta Karadeniz Bölgesinde bir ilçede ki toplam 10 tane farklı köyde 18 yaş üstü toplam 380 Arnavut kökenli birey oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 290 Arnavut kökenli birey araştırmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler tanıtıcı anket formu, ‘Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği’ ve ‘Sağlık Algısı Ölçeği’ ile elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilmiş olan 15 sorudan oluşan kişisel bilgi formu; kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, vb.), kaç yıldır Türkiye’de yaşadıklarını, konuştukları dil gibi soruları sorgulamaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği

2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (12). Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkiye için geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (13). Sağlık Algısı Ölçeği 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum=5”, “Katılıyorum=

4”, “Kararsızım=3”, “katılmıyorum=2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82’dir (13).

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği

Kültürel Duyarlılık Ölçeği Chen ve Starosta (Chen, 2000) tarafından geliştirilen (14) ve Bulduk ve arkadaşları (15) tarafından Türkçeye uyarlanan ve kültürlerarası duyarlı olmak için gerekli beş duygusal boyutu içermektedir. Ölçeğin iletişimde sorumluluk boyutu 1, 11, 13, 21, 22, 23 ve 24. maddelerden, kültürel farklılıklara saygı boyutu 2, 7, 8, 16, 18 ve 20. maddelerden, iletişimde kendine güvenme boyutu 3, 4, 5, 6 ve 10. maddelerden, iletişimden hoşlanma boyutu 9, 12 ve 15. maddelerden ve iletişimde dikkatli olma boyutu 14, 17 ve 19. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeleri ters olarak kodlanmaktadır. Kültürel Duyarlılık Ölçeği (1) kesinlikle katılmıyorum (2) katılmıyorum (3) kararsızım (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Orijinal ölçeğin güvenilirlik çalışması kapsamında gerçekleştirilen iki ayrı uygulamada hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları 0.86 ve 0.88’dir (15).

Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının uygulanmasında yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında, bireylerin evlerine gidilmiş, gerekli izinleri alınmış, araştırma ve ölçekle ilgili gerekli açıklamalar yapılmış ve bir veri formunun doldurulması yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, testleri kullanılmıştır. Testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için non-parametrik testler

kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel testlerinde One-Way ANOVA, Kruskal Wallis Test, Mann-Whitney U ve Spearman Korelasyon analiz testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Helsinki Bildirgesi İnsan Gönüllüleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkelerine uygun olarak yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için yerel bir klinik araştırmalar etik kurulundan etik kurul raporu alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

BULGULAR

Kırsal kesimde yaşayan Arnavut kökenli bireylerin yaş ortalaması $52,94\pm 10,26$ ’dır Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %81,4’ünün 36-65 arası yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Bireylerin bazı demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puan ortalaması $82,36\pm 9,36$ ve Sağlık Algısı Ölçeği ortalama puanı $46,76\pm 9,54$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların kültürlerarası duyarlılık algıları ile evlenme şekilleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla istatistik testlerden Non-parametrik bir test olan Kruskal-Wallis test analizi kullanılmıştır. Farklılığın kaynağını test etmek için Post Hoc testleri kullanılmıştır. Arnavut kökenli bireylerin kültürlerarası duyarlılık algıları ile evlenme şekilleri arasındaki ilişki incelendiğinde birbirlerini tanıyarak görücü usulü evlenen katılımcılar birbirlerini tanımadan görücü usulü evlenenler ve severek evlenenlere göre kültürlerarası duyarlılık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($P=0,002$), ($\chi^2=12,44$), (Tablo 2).

Tablo 1: Bireylerin sosyo-demografik ve kültürel farklılıkları özelliklerine göre dağılımları (n=290) (Samsun, 2018)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde(%)
Yaş	18-35 Yaş	27	9,3
	36-65 Yaş	236	81,4
	66-85 Yaş	27	9,3
Cinsiyet	Erkek	156	53,8
	Kadın	134	46,2
Medeni Durum	Evli	281	96,9
	Bekar	9	3,1
Eğitim Durum	Okuma Yazma Yok	50	17,2
	İlkokul	181	62,4
	Ortaokul	34	11,7
	Lise	17	5,9
	Ön lisans	8	2,8
Evlenme Şekli	Görücü Usulü	142	49,0
	Birbirlerini Tanıyarak	101	34,8
	Severek	38	13,1
Katılımcının ailesinin Samsun'da yaşama süresi	1-20 yıl	29	10,0
	21-40 yıl	84	29,0
	41-60 yıl	132	45,5
	61-90 yıl	45	15,5
Aile Tipi	Geniş Aile	152	52,4
	Çekirdek Aile	138	47,6
Yaşanılan Mahalledeki Bireylerin Özellikleri	Sadece Arnavut Kökenli Bireyler	258	89,0
	Başka kültürden Bireylerle	30	10,3
	Her ikisi de	2	,7
Eşlerin Ev İşlerinde Destek Olma	Evet	217	74,8
	Hayır	67	23,1
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	263	90,7
	İlçe	22	7,6
	İl	5	1,7
Ailede Kadın ve Erkek Ayrımcılığı	Var	56	19,3
	Yok	234	80,7
Ailede Sözü Geçen	Kadın	11	3,8
	Erkek	141	48,6
	Her İkisinin de	138	47,6

Arnavut kökenli bireylerin kültürlerarası duyarlılık algıları ile ikamet ettikleri mahalledeki bireylerin özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, başka kültürden bireylerle aynı mahallede ikamet eden katılımcıların kültürlerarası duyarlılık algıları sadece Arnavut kökenli bireyler veya hem Arnavut kökenli hem de başka kültürden bireyler ile ikamet edenlere göre anlamlı düzeyde daha

yüksek olduğu bulunmuştur ($P=0,03$), ($\chi^2=6,96$), (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerden eşine ev işlerinde destek olanların kültürlerarası duyarlılık algısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($P=0,00$), ($U=4,055$), (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ile kültürlerarası duyarlılık puan ortalaması karşılaştırılması (n=290) (Samsun, 2018)

Tanıtcı özellikler		Kültürlerarası Duyarlılık Medyan(Min-Max)	İstatistik
Yaş	18-35 Yaş	82 (66 - 99)	$\chi^2=0,80$
	36-65 Yaş	83 (58 - 100)	P=0,66
	66-85 Yaş	82 (69 - 100)	
Medeni Durum	Evli	82 (58 - 100)	U=-0,56
	Bekar	84 (76 - 93)	P= 0,57
Eğitim Durum	Okuma Yazma Yok	81,5 (59 - 100)	
	İlkokul	84 (58 - 100)	$\chi^2=8,40$
	Ortaokul	77,5 (65 - 97)	P= 0,07
	Lise	85 (67 - 99)	
	Ön lisans	83 (69 - 93)	
Evlenme Şekli	Birbirlerini Tanımadan Görücü Usulü	79,5 (58 - 100)a	$\chi^2=12,44$
	Birbirlerini Tanıyarak Görücü Usulü	86 (61 - 98)b	*P=0,002
	Severek	82,5 (65 - 99)a	
Katılımcının ailesinin Samsun'da yaşama süresi	1-20 yıl önce	82 (66 - 99)	
	21-40 yıl önce	82 (58 - 94)	$\chi^2=5,18$
	41-60 yıl önce	85 (59 - 100)	P=0,15
	61-90 yıl önce	82 (65 - 100)	
Aile Tipi	Geniş aile	84,5 (58 - 100)	U=-1,03
	Çekirdek aile	82 (63 - 98)	P=0,30
Evde Konuşulan Dil	Türkçe	84 (66 - 99)	U=6,039
	Arnavutça	82 (58 - 102)	P=0,28
	Sadece Arnavut Kökenli Bireyler	82 (58 - 100)a	
Yaşanılan Mahalledeki Bireylerin Özellikleri	Başka kültürden Bireylerle	88,5 (74 - 98)b	$\chi^2=6,96$
	Her ikisi de	83,5 (76 - 91)a	*P=0,03
Eşlerin Ev İşlerinde Destek Olma	Evet	85 (59 - 100)	U=4,055
	Hayır	74 (58 - 96)	**P=0,00
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	82 (58 - 100)	$\chi^2=2,07$
	İlçe	85 (70 - 95)	P=0,35
	İl	84 (82 - 98)	
Ailede Kadın ve Erkek Ayrımcılığı	Var	81 (66 - 98)	U=7,265
	Yok	83 (58 - 100)	P=0,20
Ailede Sözü Geçen	Kadın	80 (69 - 95)ab	$\chi^2=46,31$
	Erkek	77 (61 - 100)a	**P=0,000
	Her İkisinin de	88 (58 - 102)b	

*=P<0.05, **=P<0.01 U:Mann Whitney U testi, χ^2 : KruskalWallis -Harfler (a, b) aynı harfe sahip gruplar arasında fark olmadığını belirtir

Tablo 3: Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ile Sağlık Algısı puan ortalaması karşılaştırılması (n=290) (Samsun, 2018)			
Tanıtcı özellikler		Sağlık algısı Medyan(Min-Max)	İstatistik
Yaş	18-35 Yaş	43 (19 - 66)ab	$\chi^2=12,57$
	36-65 Yaş	46 (27 - 70)a	*P=0,002
	66-85 Yaş	40 (26 - 57)b	
Medeni Durum	Evli	46 (26 - 70)	U=733
	Bekar	42 (19 - 58)	*P= 0,03
Eğitim Durum	Okuma Yazma Yok	44,5 (31 - 67)ab	
	İlkokul	46 (26 - 70)a	
	Ortaokul	44 (26 - 68)ab	$\chi^2=15,52$
	Lise	43 (33 - 51)ab	*P=0,004
	Ön lisans	39 (19 - 50)b	
Evlenme Şekli	Birbirlerini Tanımadan Görücü Usulü	45 (26 - 69)	$\chi^2=2,24$
	Birbirlerini Tanıyarak Görücü Usulü	46 (31 - 70)	P=0,32
	Severek	45 (27 - 61)	
Katılımcının ailesinin Samsun'da yaşama süresi	1-20 yıl önce	46 (27 - 59)ab	
	21-40 yıl önce	44 (19 - 67)a	$\chi^2=30,95$
	41-60 yıl önce	48,5 (27 - 70)b	**P=0,000
	61-90 yıl önce	41 (26 - 52)a	
Aile Tipi	Geniş aile	47 (26 - 70)	U=2,24
	Çekirdek aile	44 (19 - 63)	P=0,32
Evde Konuşulan Dil	Türkçe	44 (19 - 66)	U=7582
	Arnavutça	46 (26 - 70)	P=0,09
Yaşanılan Mahalledeki Bireylerin Özellikleri	Arnavut Kökenli Bireyler	46 (26 - 70)	$\chi^2=0,92$
	Başka kültürden Bireylerle	44,5 (19 - 66)	P=0,63
	Her ikisi de	48 (46 - 50)	
Eşlerin Ev İşlerinde Destek Olma	Evet	46 (26 - 70)	U=6668
	Hayır	45 (26 - 68)	P=0,30
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	46 (19 - 70)	F=0,01
	İlçe	44,5 (37 - 63)	P=0,99
	İl	48 (27 - 64)	
Ailede Kadın Ve Erkek Ayrımcılığı	Var	45 (31 - 67)	U=7228
	Yok	46 (19 - 70)	P=0,23
Ailede Sözü Geçen	Kadın	41 (19 - 55)a	$\chi^2=15,35$
	Erkek	45 (31 - 67)a	**P=0,000
	Her İkisinin de	47 (26 - 70)b	

*= $P<0,05$, **= $P<0,01$ U:Mann Whitney U testi, χ^2 : KruskalWallis -Harfler (a, b) aynı harfe sahip gruplar arasında fark olmadığını belirtir.

Arnavut kökenli bireylerin kültürlerarası duyarlılık algıları ile ailede kimin sözünün geçtiği durum arasındaki ilişki incelendiğinde, ailede kadının veya hem kadın hem de erkeğin beraber sözünün geçtiği ailelerin kültürlerarası duyarlılık algıları sadece erkeğin sözünün geçtiği ailelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,000), ($\chi^2=46,31$), (Tablo 2).

Araştırmaya katılan Arnavut kökenli bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, ailesinin Samsun'da yaşama süresi, aile tipi, evde konuşulan dil, en uzun süre yaşanan yer ve ailede kadın erkek ayrımcılığının olup olmaması ile kültürlerarası duyarlılık algıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 2).

Arnavut kökenli bireylerin sağlık algıları ile yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde 36-65 yaş arasında olan katılımcılar 66-85 yaş arasında olanlara göre sağlık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,002), ($\chi^2=12,57$), (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durum ile sağlık algıları karşılaştırıldığında evli olan katılımcıların sağlık algıları bekar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,03), (U=733), (Tablo 3).

Arnavut kökenli bireylerin sağlık algıları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ilkökul mezunu olan katılımcılar ön lisans mezunu olanlara göre sağlık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,004), ($\chi^2=15,52$), (Tablo 3).

Arnavut kökenli bireylerin ailesinin Samsun'da yaşama süresi ile sağlık algıları arasındaki ilişki incelendiğinde 41-60 yıl önce ailesi Samsuna göç etmiş olan katılımcılar 21-40 yıl önce veya 61-90 yıl önce göç edenlere göre sağlık algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,000), ($\chi^2=30,95$), (Tablo 3).

Arnavut kökenli bireylerin sağlık algıları ile ailede kimin sözünün geçtiği durum arasındaki ilişki incelendiğinde, ailede hem kadın hem de erkeğin beraber sözünün geçtiği ailelerin sağlık algıları sadece erkeğin veya sadece kadının

sözünün geçtiği ailelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (P=0,000), ($\chi^2=15,35$), (Tablo 3).

Araştırmaya katılan Arnavut kökenli bireylerin evlenme şekli, aile tipi, evde konuşulan dil, yaşanan mahalledeki bireylerin özellikleri, eşlerin ev işlerinde destek olma durumu, en uzun süre yaşanan yer ve ailede kadın-erkek ayrımcılığı ile sağlık algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Kültürlerarası Duyarlılık ile Sağlık algısı arasında korelasyon analizi sonucunda pozitif yönlü bir ilişkisi bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların sağlık algısı ile kültürlerarası duyarlılık ortalama puanları arasındaki korelasyon ilişkisi (n=290) (Samsun, 2018)

	Kültürlerarası Duyarlılık	Sağlık algısı
Kültürlerarası Duyarlılık	1	0,22*
Sağlık Algısı		1

*Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

TARTIŞMA

Kültürel duyarlılıkla ilgili ulusal ve uluslararası alanda yapılmış çalışmalara bakıldığında, ulusal alanda kültürlerarası duyarlılık ile ilgili yayınların yetersiz olduğu görülmektedir. Kültürel duyarlı bakım hem bilişsel hem de duyuşsal hazırlanmayı gerektiren ve bir son ürün olmaktan ziyade bir süreçtir (16). Bu çalışmada ki katılımcılar, her bireyin benzersiz olduğunu ve kültürel olarak farklılıklarının olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışma ile kırsal kesimdeki Arnavut kökenli bireylerin kültürel duyarlılıkları ve sağlık algıları araştırılmış olup bu bölümde bulgular tartışılacaktır.

Farklı kültürlerdeki insanları algıladığımızı davranışlarımızla göstermemiz kültürel duyarlılığın fiziksel unsurudur. Çalışan, farklı kültürlerden kişilerle karşılaştığında beden dilini, konuşma dilini, ifadelerini ve davranışlarını değiştirebiliyorsa, iletişim becerilerini iyi kullanıyor demektir. Bu bağlamda gelecekte çalışanların çok kültürlü ortamlarda başarısında

çalışanlarının sahip olduğu iletişim becerileri çok önemli rol oynayacaktır. Kültürlerarası duyarlılık, farklı kültürleri olduğu gibi kabul etmek ve olumlu duygularla yaklaşılması gerekliliğidir (17). Yapılan bir araştırmada katılımcıların Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeğinden aldıkları toplam puan $88,94 \pm 14,12$ olarak bulunmuştur (18). Bu araştırmada da Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puan ortalaması $82,36 \pm 9,36$ olarak bulunmuştur. Bu durum Arnavut kökenli bireylerin Kültürel Duyarlılıklarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Balkan göçmeni yaşlılar ve ülkemizin Batı Anadolu bölgesinde doğan yaşlılar ile yapılan bir çalışmada sağlıklı olmada psikolojik sağlığa Anadolu'nun diğer bölgelerinde yaşayanlara göre daha fazla yer vermiştir. "Tam iyilik" olarak kabul edilen fiziksel-sosyal-psikolojik sağlığa ilişkin değerlendirmeler Türkiye'nin tüm bölgelerinde düşük oranlarda bulmuştur (19). Sağlık erkek veya kadın tarafından birey olarak, kendi değer ve inanışlarına göre farklı şekilde belirtilmektedir. Sağlığın algılanması, aile, toplum ve içinde yaşanılan sosyal konumdan etkilenmektedir (20). Bir toplumun yaşama biçimi olarak da tanımlanabilen kültür, insanın sağlık algısını etkiler. Bu araştırmada ise Sağlık Algısı Ölçeği ortalama puanı $46,76 \pm 9,54$ olarak bulunmuş olup bireylerin sağlık algılarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu durumun araştırmaya katılan bireylerin sağlıklı bireyler olmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gaziantep'in kırsal kesiminde yapılan bir araştırmada evlilik konusundaki tutumlara bakıldığında, görücü usulü ile evlenmeyi kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre daha çok sağlıklı bulduklarını belirtmişlerdir (21). Yapılan başka bir araştırmada ise araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%80'i) aşk evliliği yaptıkları bulunmuştur (22). Bu araştırmada ise Arnavut kökenli bireylerin kültürlerarası duyarlılık algıları ile evlenme şekilleri arasındaki ilişki incelendiğinde birbirlerini tanıyarak görücü usulü evlenen katılımcılar birbirlerini tanımadan görücü usulü evlenenler ve severek evlenenlere göre kültürlerarası duyarlılık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu

durumun literatür ile farklı kültürel özelliklere sahip katılımcılar ile araştırmanın yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişinin öğrendiği kültürel özellikleri içselleştirerek iletişimi sırasında işlerlik kazandırması ve ardından söz konusu farklılıklara adapte olması, farklılıkların yaşamına anlam kattığını fark etmesidir (23). Bu araştırmada da başka kültürden bireylerle aynı mahallede ikamet eden katılımcıların kültürlerarası duyarlılık algıları sadece Arnavut kökenli bireyler veya hem Arnavut kökenli hem de başka kültürden bireyler ile ikamet edenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun farklı kültürden bireyler ile aynı ortamları paylaşarak kültürel akış sağlandığı ve böylece birbirlerinin kültürlerinden etkilenmelerinden dolayı kültürlerarası duyarlılık algılarının yüksek olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bir araştırmada kadınların %87,2'si, erkeklerin ise %74,5'i erkeklerin ev işlerinde yardımcı olması gerektiği düşüncesine katılmakta iken, kadınların %10,4'ü, erkeklerin ise %20,7'si bu düşünceye katılmadıkları bulunmuştur (24). Bu araştırmada ise bireylerden eşine ev işlerinde destek olanların kültürlerarası duyarlılık algısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gün geçtikçe kadınlar ve erkekler, ev işlerinin sadece kadınlara özgü olmadığını, erkeklerin de sorumluluk alması ve kadınlara yardımcı olması gerektiğini düşünmektedirler. Bu durumun geleneksel toplum içerisindeki kadının ve erkeğin rolleri arasındaki mesafenin azalmış olması ve böylece eşitlikçi rollerin artarken buna bağlı kültürlerarası uyumunda artmasını sağlamış olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bir araştırmada kadınların %71'inin 'ailenin reisi erkek olmalı' görüşüne sahip olduğunu, 'kadın her zaman kocasına itaat etmeli, onun sözünden çıkmamalı' inancına sahip olma oranının İzmir'de %40, Doğu Anadolu'da %71 olduğu belirlenmiştir (25). Aile içindeki roller, biyolojik durumun bir sonucu olarak değil, kültürel ve ekonomik bağlar içinde iş bölümü şeklinde oluşmaktadır (26). Yapılan bir araştırmada

araştırmaya katılan kadın katılımcıların %79,2'si erkek katılımcıların ise %59,9'u evde erkeğin sözünün geçtiği düşüncesine sahip olduklarını bulmuşlardır (27). Bu çalışmada ise Arnavut kökenli bireylerden ailede kadının veya hem kadın hem de erkeğin beraber sözünün geçtiği ailelerin kültürlerarası duyarlılık algıları sadece erkeğin sözünün geçtiği ailelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun eşlerin evde birbirlerine karşı saygı ve eşitlik anlayışından kaynaklandığı ve bu bilincinde bireylerin sosyokültürel hayatlarına yansımından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık algısı bir bireyin kendi sağlık durumunun kişisel olarak değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (28). Yapılan bir çalışmada sağlık algısının başarılı yaşlanma algısı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışını etkileyen önemli faktörlerin %38'den sorumlu olduğu bulunmuştur (29). Yapılan bir başka çalışmada sağlık algısının, yaş, cinsiyet ve yaşam tarzından önemli ölçüde etkilendiği bulunmuştur (30). Başka bir çalışmada ise yaşlı bireylerin genç bireylere göre sağlıklarını sık sık kötü ve çok kötü olarak bildirdikleri bulunmuştur (31). İzmir Bornova'da yapılan bir çalışmaya göre katılımcıların yaşlarının sağlık algılarını etkilemediğini bulmuşlardır (32). Bu çalışmada ise Arnavut kökenli bireylerin sağlık algıları ile yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde 36-65 yaş arasında olan katılımcılar 66-85 yaş arasında olanlara göre sağlık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun yaşamın en verimli yıllarında iyilik haline bağlı olarak sağlık algılarının yükseldiği, yaş arttıkça da fiziksel güç kaybı, sosyal geri çekilme, kronik hastalıkların ortaya çıkması ve çevresel faktörlerden dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların medeni durum ile sağlık algılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada bekar olanların sağlık algıları evli olan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (33). Yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların sağlık algısı ile yaşam tarzları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (34). Bu çalışmada ise katılımcıların medeni durum ile sağlık algıları

karşılaştırıldığında evli olanların sağlık algıları bekar olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun kültürel farklılıklardan ve araştırma örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada sağlık algısının katılımcıların eğitim düzeyinden etkilendiği bulunmuştur (35). Yapılan başka bir çalışmada da lise mezunu ve üzeri eğitim düzeyinde olan katılımcıların sağlık algıları, ilköğretim mezunu olanlardan daha yüksek bulunmuştur (36). Bu çalışmada ise sağlık algıları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ilköğretim mezunu olan katılımcılar ön lisans mezunu olanlara göre sağlık algılarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürden farklı bir sonuç bulunmasının sebebi örneklem grubundaki bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada sağlıklı olma ile yaşlıların doğdukları bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (32). Bu çalışmada ise 41-60 yıl önce Samsuna göç etmiş ailesi bulunan katılımcılar 21-40 yıl önce veya 61-90 yıl önce göç edenlere göre sağlık algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun buldukları ortama dil, ekonomik durum, sosyo-kültürel değişiklikler, sağlık hizmetlerinin kullanımını öğrenme gibi faktörler yönünden alışma ve uyum göstermeden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada ailede hem kadın hem de erkeğin beraber sözünün geçtiği ailelerin sağlık algıları sadece erkeğin veya sadece kadının sözünün geçtiği ailelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun erkeklerin kadınlar üzerinde ki baskısının azalması, sorunları anlaşarak çözümleri ve böylece psikolojik iyi oluşu etkileyip bireylerin sağlık algısını yükseltmesine katkı sağlamış olabileceği sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcılarda kültürlerarası duyarlılığın evlenme şekli, yaşanan mahalledeki bireylerin özellikleri, eşlerin ev işlerinde destek olma durumu ve ailede

sözü geçen durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların sağlık algılarının yaş, medeni durum, eğitim durum, ailesinin Samsun'da yaşama süresi ve ailede sözü geçen durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin kültürlerarası duyarlılık ve sağlık algısı puanları yüksek bulunmuştur. Kültürlerarası duyarlılık ile sağlık algısı arasında da pozitif yönlü bir ilişkisi bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Küçükaltan D. *Tarım Turizmi ve Türkiye'de Tarım Turizmi İşletmeciliği. II. Turizm Şurası Bildirileri*, Ankara, 2002.
2. Türk Dil Kurumu, 2018. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=K%C3%9CLT%C3%9CREişim tarihi: 5.10.2018.
3. Temel Eğinli A, Kardelen A. Nazlı Kültürün Koruyucu Gücü: Kültürel Semboller Egemia. 2018;2;(56):56-74.
4. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge an analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2005;553-599.
5. Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*, İstanbul tıp kitapevi, 1.Baskı, 2013;129-134.
6. Tuna Oran N, Yüksel E. Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik, *Türkiye Klinikleri*. 2015;1(3):7-13.
7. McFarland MR. *Culture Care Theory of Diversity and Universality*. *Nursing Theorists and Their Work*. (Eds) Alligood M.R. and Tomey A.M. Mosby Elsevier. USA. Eighth Edition, 2014;417-441.
8. Seviğ Ü, Tanrıverdi G. *Kültürlerarası Hemşirelik*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2012.
9. Tanrıverdi G. *Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları*. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(3):37-52.
10. Öztürk E, Öztaş D. *Transkültürel Hemşirelik*, *Journal of Life Sciences*, 2012; 1(1).
11. Klein Velderman M, Crone MR, Wiefjferink CH, Reijneveld SA. "Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals". *European Journal of Public Health*. 2010;20(3):332-8.
12. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. *Development of a scale to measure adults' perceptions of health: priliminary findings*. *Journal of*

Community Psychology 2007;35(5):557-61

13. Kadioğlu H, Yıldız A. *Sağlık Algısı Ölçeğinin Türkçe Çevriminin Geçerlilik Ve Güvenirliliği*. *Türkiye Klinikleri, Med. Sci.* 2012;32:(1)
14. Chen G, Starosta W. *The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale*. *Annual Meeting of the National Communication Association*, 200; 8-12
15. Bulduk S, Tosun H, Ardiç E. *Türkçe kültürler arası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde Ölçümsel özellikleri*. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2001;19(1):25-31.
16. Scholes J, Moore D. *Clinical exchange: One model to achieve culturally sensitive care*. *Nursing Inquiry*, 2000;7(1):61-71.
17. Mercan N. *Kültürler Arası Duyarlılık Ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Global Business Research Congress*, 2016;2:449-454.
18. Bulduk S, Usta E, Dinçer Y. *Kültürlerarası Duyarlılık ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Örneği*. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;7(2):73-77
19. Temel Bayık A, Altuğ Özsoy S, Uysal A, Ergül Ş, Vural B, Yıldırım B. *Yaşlılarda Sağlık Anlayışı. Aile ve Toplum*, 2009;11(4).
20. Bolsoy N, Sevil Ü. *Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9(3): 78-87.
21. Geniş Ş. *Sanayileşme ve Kırsal Yapıda Sosyo-Kültürel Değişim Örüntüleri: Gaziantep'te Bir Köy Araştırması: Bilig Dergisi*. 2011;58:119-125.
22. Sungur MA, Duyar N, Yıkılmaz H, Boyacı R, Urhan HM, Çekin G, Arıkan T, Çiçek ŞN, İspaha T. *Evlilik Ve Eş Seçme Tutumuna Kuşakların Etkisi: X Ve Y Kuşaklarının Karşılaştırması*. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2017;28(1):69-91.
23. Temel Eğinli A. *Kültürlerarası yeterliliğin kazanılmasında kültürel farklılık eğitimlerinin önemi*. *Öneri Dergisi*, 2011;9(35):215-227.
24. Ersoy E. *Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın Ve Erkek Kimliği (Malatya Örneği)*. *Fırat University Journal of Social Science*, 2009; 19(2): 209-230.
25. Esmer Y. *Türkiye Değerler Atlası*. *Bahçeşehir Üniversitesi*, 2012. [http://content.bahcesehir.edu.tr/public/files/files/ATLAS%20SUNUM%202_10_2012%20\(2\).pdf](http://content.bahcesehir.edu.tr/public/files/files/ATLAS%20SUNUM%202_10_2012%20(2).pdf)
26. Kuzucu Y. *Değişen Babalık Rolü ve Çocuk Gelişimine Etkisi*. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016; 4(35): 79-91.
27. Ersoy E. *Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın Ve Erkek*

Kimliği (Malatya Örneği). *Fırat University Journal of Social Science*, 2009; 19(2): 209-230.

28. American Thoracic Society, 2016. Health status, health perceptions. Retrieved from <http://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/health-status-health-perceptions.html>

29. Lee EJ, Sung MH. Impacts of Health Perception, Aging Anxiety and Perception of Successful Aging on Health Promotion Behavior of Late Middle-Aged Women. *Korean Journal of Women Health Nursing* 2017;23(3):181-190.

30. Noguchi Y, Ueda K, Fukumoto K, Harada K, Ueda A, Wei CN. Relationship between perceived health status and health practices in the general adult population in Japan. *Open Journal of Preventive Medicine*, 2015; 5(6): 280-290. doi:10.4236/ojpm.2015.560

31. Kaleta D, Polńska K, Dzikowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health*. 2009;17(3):122-130

32. Temel Bayık A, Altuğ Özsoy S, Uysal A, Ergül Ş, Vural B, Yıldırım B. Yaşlılarda Sağlık Anlayışı. *Aile ve Toplum*, 2009;11(4).

33. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(3): 181-189

34. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Revista De Saude Publica*, 2012; 46(2):310–319. doi:10.1590/S0034-89102012000200013

35. Şenol V. Kayseri İl merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlıkla İlişkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006. 5-27

36. Çetinkaya A, Ovat Cankurtaran D, Önat G. Health Perceptions and Health Promotion Behaviors of Workers Working in an Industrial Field. *HSP* 2019; 6(3): 564-74. DOI: 10.5152/hsp.2019.576916