

## Kültürlerarası Modeller Merceğinden Göç Yönetiminde Ebelik Hizmetleri

Selma Hancıoğlu Aytaç<sup>1</sup>

### Öz

*Bir coğrafi yer değişimi olarak tanımlanan göç, dünya çapında artarak devam ederken özellikle zorunlu göç edenler için önemli sorunları da beraberinde getirmekte ve toplumun genelinde sosyal yaşamı, kültürel normları, ekonomik ve fiziki koşullarla birlikte göçmen sağlığına da olumsuz etki etmektedir.*

*Kadınlar, mülteci grubunun dezavantajlı gruplarındandır. Türkiye’de; Irak, Rusya Federasyonu, Türkmenistan, İran, Suriye, Azerbaycan, Özbekistan, Afganistan, Ukrayna, Kazakistan, Suriye vb. ülkelerden mülteci statüsünde gelenler arasında Suriye’den gelenlerin çoğunluğu oluşturduğu görülmekte ve kalıcı nüfus oluşturan topluluğun neredeyse yarısının kadın olması dikkat çekmektedir. Bu da, politikalar belirlenirken üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Kadınların yaşam tarzı, sağlık inançları ve sağlık uygulamalarının dikkate alındığı bir yaklaşım; hem kadınlar hem sağlık profesyonelleri için pratikte stres ve çatışmayı azaltılabilir ve sağlık bakımında verimi artırabilir.*

*Doğurganlık dönemi; 15-49 yaş aralığı, kadınların en yüksek oranda hizmete ihtiyaç duydukları dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemdeki kadınların aile planlaması, üreme ve kadın sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerine ulaşması ve alabilmesi önemlidir. Süreçte hizmet sunacak sağlık profesyonelleri arasında ebeler yer almaktadır.*

*Görev tanımları gereği ebeler, verecekleri kültürlerarası ebelik bakımı ile meslek temsilcisi sivil toplum kuruluşları ve diğer disiplinlerle ortak çalışma sonucu süreç yönetimine katkı sağlayabilir. Bu çalışma, göçmen kadın sağlığına genel bakışla birlikte göç sürecinden en çok etkilenen kadınlara destek sağlamada ve uyumunu kolaylaştırmada ebelerin, kültürlerarası yaklaşımla katkı sağlayabilecek diğer bir disiplin olduğunu göstermek amacı ile ele alınmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Göç; Kültürlerarası Yaklaşım Modeli; Mülteci Kadınlar; Kadın sağlığı; Ebelik

### ABSTRACT IN ENGLISH

#### Midwifery Services in Immigration Management from the Lens of Intercultural Models

*Immigration, defined as a country change, continues to increase and poses a significant problem worldwide. Also, it has diverse effects on social life, cultural norms, economic and physical conditions of society as well as health.*

*Women can be the weak chain of refugees. In our country, it is seen that refugees come from countries such as Syria (which constitutes the majority), Iraq, Russian Federation, Turkmenistan, Iran, Azerbaijan, Uzbekistan, Afghanistan, Ukraine, and Kazakhstan. It is noteworthy that almost half of the permanent refugee population is women. This is an important issue that should be considered while determining policies. An approach that considers*

<sup>1</sup> Selma Hancıoğlu Aytaç, T.C. Sağlık Bakanlığı Sofular Aile Sağlığı Merkezi, Türkiye. E-mail: [aytacselma@gmail.com](mailto:aytacselma@gmail.com)

**Teşekkür:** Bu makaleyi ebelik ve akademik yönüyle değerlendirip önerileri ile katkı sağlayan Prof. Dr. Saadet YAZICI'ya, özet ve geniş özet kısmının İngilizceye çevrilmesinde katkı sağlayan Dr.Tuba KIZILKAYA'ya ve makaleyi sosyoloji yönüyle değerlendirip önerileri ile katkı sağlayan Sosyolog-Ebe Gülistan İNANIR OCAK'a çok teşekkür ederim.



*women's lifestyle, health beliefs, and health practices; for both women and health professionals, can reduce stress and conflict and increase efficiency in health care.*

*The fertility period, the age range of 15-49 is known as the period when women need services at the highest rate. It is important for women in this period to reach and receive health services related to family planning, reproduction, and women's health. Midwives are among the health professionals who will provide service in the process.*

*Midwives can contribute to the process management within the intercultural midwifery care they provide. Also, they cooperate with professional representative non-governmental organizations and other disciplines. This study has been discussed to show that midwives are another discipline that can contribute with an intercultural approach in providing support to women who are most affected by the migration process and facilitating their adaptation, together with an overview of migrant women's health.*

**Keywords:** Migration; Intercultural Models; Refugee Women; Women's Health; Midwifery

## Giriş

Dünya çapında, artarak devam eden göçler özellikle zorunlu göç edenler için önemli sorunları da beraberinde getirirken toplumun genelinde sosyal yaşamı, kültürel normları, ekonomik ve fizikî koşulları etkilemektedir. Buna paralel olarak göçmen sağlığına da olumsuz etki etmektedir (Yağmur & AYTEKİN, 2018). Mülteciler, antlaşmalarda taraf olan devletlerin kendine has statü ve hukukî koruma sağladığı bireyler olarak tanımlanır. Fakat toplu olarak buldukları kamp dışındaki yaşamlarında yerleşim, sağlık, eğitim ve beslenme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluklarla karşılaşmaktadır (MAZLUMDER, 2014).

Doğurganlık çağındaki mülteci kadınların prekonsepsiyonel dönemden menapoza kadar, sağlık desteği ihtiyaçlarının çok geniş bir yelpazeyi kapsadığı bilinmektedir. Bu yüzden kadın sağlığını etkileyen faktörler, etki mekanizmaları ile birlikte ele alınmalıdır. Karşılaşılabilecek sorunları ve neticesinde doğan ihtiyaçları kanıt temelli çalışmalarla desteklemek, çözüm adına oluşturulacak sağlık politikaları için fayda sağlayacaktır. Mültecilere sağlık hizmeti sunulurken temel sorunun belirlenmesine öncelik verilmelidir. Çalışmalar, dil ve kültür farklılıklarının ve yabancı olduğu bir sağlık düzenine uyum sağlamanın mülteci kadınlar için zorluk teşkil ettiğini bildirmektedir (ÇEVİK, 2016; ARABACI, vd., 2016).

Sağlık hizmeti verilecek insanların kültürünün tanınması, hizmet veren sağlık profesyonelleri ve hizmeti alanlar için iletişimi kolaylaştıracaktır. Kültürlerarası ve kültüre duyarlı bakım modeli ile iletişim daha duyarlı ve daha etkili olabilir. Bu yüzden sunulacak sağlık hizmeti, kültürlerarası bakım modellerinin desteğini alarak daha kapsamlı değerlendirilmelidir.

Sağlığa olumsuz yönde etki eden faktörler arasında; mültecilerin maddi yetersizliklerinin olması, sağlık sigortasının ve hizmet alabilecekleri bir sağlık kuruluşunun olmaması, yetersiz ve dengesiz beslenme, ulaşım zorlukları ve psiko-sosyal faktörler olarak sıralanabilir (KARA & NAZİK, 2018; TUZCU & BADEMLİ, 2014).

Kadınlar, mülteci grubunun dezavantajlı grupları arasındadır. Ülkemize Suriye'den mülteci statüsünde gelen ve kalıcı nüfus oluşturan topluluğun neredeyse yarısının kadın olması dikkat çekicidir (AFAD, 2014). Bu da, politikalar belirlenirken üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Kadınların yaşam tarzı, sağlık inançları ve sağlık uygulamalarının dikkate alındığı bir yaklaşım; hem kadınlar hem sağlık profesyonelleri için pratikte stres ve çatışmayı azaltılabileceği gibi sağlık bakımında verimi artırabilir.



Doğurganlık dönemi olarak tanımlanan 15-49 yaş aralığı kadınların en yüksek oranda hizmete ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Bu hizmeti sunacak sağlık profesyonelleri arasında ebeler yer almaktadır (Olgaç & Karaçam, 2017; McNeill, vd., 2012; Thomson, vd., 2013). Bu dönemdeki kadınların aile planlaması, üreme ve kadın sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerine ulaşması ve alabilmesi önemlidir. Fizyolojik açıdan değişikliklerin yaşandığı, psikososyal destek gereksiniminin arttığı gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde ön planda ebelerin yer alması gerekli olsa da diğer disiplinler (Halk sağlığı ve Jinekoloji & Obstetri uzmanı hekimler, Aile hekimleri, Kadın sağlığı hemşireleri, Sosyologlar, Psikolojik rehber ve danışmanlar, psigologlar, sosyal hizmet uzmanları, Aile danışmanları vb gibi) iş birliği yapılması önemlidir.

Görev tanımları gereği ebeler, verecekleri kültürlerarası ebelik bakımı ile meslek temsilcisi sivil toplum kuruluşları(STK) ve diğer disiplinlerle ortak çalışma sonucu süreç yönetimine katkı sağlayabilir. Bu çalışma, özellikle göç sürecinden en çok etkilenen kadınlara destek sağlamada ve uyumunu kolaylaştırmada ebelerin, kültürlerarası yaklaşımla katkı sağlayabilecek diğer bir disiplin olduğunu göstermek amacı ile ele alınmıştır.

## **Kültür ve Mülteci Kadın Sağlığı**

### **Kültür**

Kültür, toplum ve insan etkileşimi yönüyle bilinir, bu etkileşime sosyal hayatın içindeki tüm bileşenleri dâhil etmek daha kapsayıcı bir bakış sağlayabilir. Sosyolojik açıdan kültürün tanımı; “bizi saran, insanlardan öğrendiğimiz toplumsal miras” şeklindedir (Wikipedia. Kültürün anlamı, 2021). Bu tanım kültürün dünü, bugünü ve yarını olan canlı bir argüman olduğu kanısını doğurur. Kubbealtı lügatinde, “Kültür; bir milletin inanç, fikir, sanat, âdet ve geleneklerinin, maddî ve manevî değerlerinin bütünü” (Kubbealtı Lügati, Kültür anlamı 2022) olarak ifade edilerek geniş bir yelpazede ele alınır. İnsan fizyolojisi nasıl epigenetik etkilerle yenilenmeye ve değişime maruz kalıyorsa, kültür de aynı etkileşime tabidir. Kültür birikimlerle ivme kazanmakla birlikte toplumsal yapının önemli bir bileşenini oluşturur. Kültürde nesilden nesile aktarılan, maddî ve manevî katkı sağlayan miras vardır (Wikipedia. Kültürün anlamı, 2021).

Genel manada yapılan kültür tanımlarından sonra Cemil Meriç’in yaklaşımına ve kültürü nasıl tanımladığına bakmakta fayda vardır. Cemil Meriç (2013), kaynaklarda kültürün 170 den fazla tanımı olduğunu söyler. Antropologlar, sosyologlar, psikologlar, filozoflar ve bunlar gibi yazarlar kültürü kendi ilim dünyalarından tarif etmiş olsa da batılıların görüşünde kültürün anlam karşılığı olarak medeniyete denk görüldüğünü ifade eder. Meriç, (2013, s.33) uygarlık veya medeniyet yerine “umran” tanımının daha uygun olacağını söylemekle birlikte "irfan" kelimesinin de kullanılmasını savunur. İrfanı; düşüncenin bütün kutuplarını kucaklayan bir kelime olarak tanımlar. “İrfan, insanoglunun has bahçesi, ayırmaz, birleştirir. Bu bahçede kinler susar, duvarlar yıkılır, anlaşmazlıklar sona erer. İrfan tanımakla başlar. Kendini tanımak, önyargıların köleliğinden kurtulmaktır” (Meriç, 2013) der. Göçmen kadınlarla ilgili sağlık politikalarında kültüre uyum ve duyarlılığı Meriç’in tanımı ile ele alırsak; ayırmadan, birleştirici, kinlerin ve ön yargıların sustuğu insanî değerler paydasında buluşmuş oluruz.

### **Kültürlerarası İletişim ve Uyum**

Göçmenler ve yerleşik kültürel gruplar arasında etkileşime dayanan tartışmalar genellikle “uyum”la ilgilidir. Bu tartışmalarda genel kabul, göçmen grubun yerleşik gruba uyum sağlaması

gerektiği yönündedir. Bu da, kültürlerarası iletişimin çift yönlülüğünü eksik bırakmaktadır (Oğuz, 2013). Gerçek manada uyum iki taraflı dengeyi gerektirmektedir. Kültür biraz da değişkenlere bağımlıdır bu yüzden hem belirleyen hem de belirlenen konumunda olabilmektedir. Kültürel farklılıklar toplumların tutumunu, uyum haricinde entegrasyon ve asimilasyon yaklaşımı ile de yaşamaya salık vermektedir. Kültürlerarası bakım modeli oluşturulurken bireylerde, yerleşik toplumun onlara hissettirdikleri ve kendi grubu içerisindeki bağları da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca uyumda, entegrasyon ve asimilasyon kavramlarının hangisinin kabul gördüğü değerlendirilmelidir.

Göçmenlerin, ev sahibi ülkede kendine bir yer bulması, kültürlerarası etkileşimi ve uyumu “zaman”la da ilişkilidir (Oğuz, 2013). Türkiye’de kalıcı olmayı düşünen Suriyeli göçmen grupların zamanla kültürel uyum sağlama durumları da değerlendirilmelidir.

### **Kültürün Kadın Sağlığına Etkisi**

Göç edilen ülkedeki sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetten faydalanma, kadının toplumsal statüsünü belirleyen kültürel değerlerin ve sosyo-ekonomik özelliklerin etkisindedir (Gümüş vd., 2017). Gelir düzeyi düşük bir ülkeden gelir düzeyi yüksek ülkeye göç etmiş kadınlar, sağlık hizmeti olanakları daha geniş olmasına karşın, dil sorunu dolayısı ile bu olanaklardan yeterince faydalanamamaktadır (Çakmak, 2010). Sadece dil farklılığı değil, bu bireylerin kendi sosyal yaşantılarını, geleneklerini ve kültürel davranışlarını sürdürme çabaları, uyum sürecini ve sağlık hizmetinden faydalanma hakkını engellemektedir. Kültürel yapıyı devam ettirme çabası sadece kadınlara ilgili değildir. Toplum nezdinde kalıplaşmış normları da göz ardı etmemek gerekir. Örneğin erkek çocuk sahibi olmanın kadınlara aile içinde daha güvenli statü sağlandığı kültürel yapılar mevcuttur. Bu kültür yapısında olan mülteci kadınlar, mecbur oldukları için istemli bir şekilde aile planlaması hizmetlerinden faydalanamayacaktır. Kalıplaşmış geleneksel yapıları nedeniyle kadınlar, sağlık hizmeti almada dezavantajlı hale gelecek ve olumsuz etkilenecektir (Çakmak, 2010; Mccann & Sanderson, 2010; Şenol & Dinç, 2016).

### **Göçte Kültürlerarası Ebelik Yaklaşımı**

Sağlık mensuplarının bütüncül yaklaşım uygulayabilmeleri için kültürlerarası değerlendirme modelinden faydalanmaları, hizmet sunumunu verimli ve daha kolay kılabilir. Ebeler, kadınların kültürel farklılıklar ve benzerliklerine duyarlı yaklaşım ile bakım sunmalıdır. Kültürel yeterlilik, etnik yapı ve ırktan çok daha fazla şeyi ifade ettiği gibi (Giger vd, 2007) aynı zamanda bir sorumluluktur (Douglas, 2011). Sağlık profesyonellerinin bireyin kültürünü iyi anlamaması/tanınamaması; iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılara neden olmaktadır (Douglas, 2011; Bayık, 2014).

### **Göçte Kadın Sağlığı ve Yaklaşım**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmamasından öte, ruhsal, bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir der (WHO, 2021a). Bireylerde bu değişkenlerden birinin eksik olması sağlık sorunları olarak karşımıza çıkabilmektedir. Sağlık sorunları, toplum nezdinde farklı alt gruplarda değişkenlik gösterebilmektedir. Kadınlar, sağlık açısından risk grubunu teşkil eden alt grup olarak kabul edilir. Bu durumun temelini; biyolojik yönden doğurganlık (üreme) özelliği, sosyokültürel yönden de toplumsal cinsiyet bileşeni olması oluşturur (Etiler & Lordoğlu, 2010). Günümüzde kadın sağlığını üreme sağlığı ile sınırlandıran bakış yerini biyolojik, fizyolojik, genetik, çevresel, psiko-sosyal, ekonomik, sosyo-



kültürel faktörleri ve kadının statüsünü de içine alacak bir bütün olarak ele almaya bırakmıştır. Toplumsal cinsiyet kavramının sağlık kavramından bağımsız ele alınmaması, kadının sağlık hizmetlerinden yararlanmasına katkı sağlayan eğitim düzeyi ve sosyal olanaklarını kullanmasında belirleyicidir (Özvarış, 2011). DSÖ, 26 Mayıs 2017 - 2030 “Sürdürülebilir Kalkınma” gündeminde, küresel ilke olarak "kimseyi geride bırakma", hedefini ortaya koyar. Kimseyi geride bırakmama ilkesi ile eşitlik, cinsiyet ve insan hakları politikası hedeflenmektedir (WHO, 2021b). Kadın sağlığını insan sağlığından ayırt etmeden cinsiyet rolü gereği daha özenli ele alınmanın bilinci, konu ile ilgili disiplinleri bütüncül yaklaşıma yönlendirmiştir. Bu perspektifle değerlendirildiğinde “göç eden kadınların sağlığı” ele alınırken bütüncül ve kadın merkezli yaklaşımın önemi ve gereği ortaya çıkmaktadır.

Üreme çağındaki mülteci kadınlar, üzerinde önemle durulması gereken riskli grup olarak kabul edilmelidir. Ergenlikle menopoz arasındaki süreç, kadın için psikososyal ve fizyolojik açıdan değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Göçle birlikte bu dönem daha da zorlaşmakta ve kendi içindeki fiziksel ve psikososyal uyum süreci için kadının destek ihtiyacını artırmaktadır. Kadınlara verilecek bu destek, aynı zamanda bir sağlık hakkı elde etmelerini sağlayacaktır. “Sağlık Hakkı” Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 25. maddesinde “Yaşam Hakkı” ile evrensel boyutta bir hak olarak kabul edilmektedir. İnsanlar sağlıklı yaşam hakkına sahip olmakla birlikte sağlık hizmetinden faydalanma hakkına da sahiptir.

T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ülkemizdeki geçici koruma kapsamında Suriyelilerin oranını Kasım 2022 verilerinde 3.595.134 olduğunu bildirmektedir. Bunların 803.923’ünün de 15-49 yaş aralığında olan kadınlardan oluştuğu görülmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2022). Suriye’den gelen göçmenlerin oranı ve kalıcı olma durumu göz önüne alındığında, ülkemizdeki göçmen politikaları belirlenirken uzun vadeli projelerin gereği ortaya çıkmaktadır.

Toplumsal bakış mülteciyi bir halk sağlığı sorunu olarak görebilir. Bunun bir nedeni de; mültecilerin fiziksel, sosyal, kültürel, çevre değişimini çok hızlı yaşamalarıdır (Çevik, 2016). Göçmen politikaları oluşturulurken hem yerel halkın hem de mültecilerin haklarının savunulması ve evrensel normların merkeze oturtulması önemlidir. Türkiye’de göç ve mülteci konusuna yaklaşırken halk sağlığı sorunu teşkil etmemesi için hem güvenlik hem de insani yönünü ele alacak multi-disipliner çalışmalara ve kültürlerarası yaklaşıma ihtiyaç vardır.

Göç topluluklarının sağlığını farklı boyutlarda etkileyen; uygunsuz ve çok kişilik yaşam alanları, yetersiz gelir durumu, sağlık güvencesinin olmaması, kültürel farklılıklar, dil engeli gibi sebepler mevcuttur. Bu etkenler, özellikle toplum nezdindeki yerleri ve geleneksel yaşam kalıpları sebebi ile kadınları erkeklere nazaran sağlık hizmetinden faydalanmada dezavantajlı hale getirmektedir (Çaman & Özvarış, 2010).

**Tablo 1.** T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü geçici koruma kapsamındaki kadın Suriyelilerin genel mülteci nüfusuna oranı (T.C İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2022).

Yaş aralığı	Genel Suriyeli mülteci nüfusu	Suriyeli, Kadın mülteci nüfusunun genel mülteci nüfusuna oranı
15-18	253.120	% 46,26
19-24	445.255	% 43,41
25-29	366.114	% 42,07
30-34	272.356	% 42,65
35-39	218.744	% 43,59
40-44	155.183	% 45,90
45-49	114.806	% 49,39

Sağlığı olumsuz yönde etkilenen mültecilere sunulan hizmetlere yönelik BM, üç temel ilke belirlemiştir. Bunlar; insanlık, tarafsızlık ve yansızlıktır (İlhan, 2013). Tablo 1’de ülkemizdeki geçici koruma kapsamındaki üreme çağındaki Suriyeli mülteci kadınların genel popülasyona oranı karşılaştırılmıştır (Göç İdaresi, 2022). Tablo 1, bize ülkemizde yaşayan doğurganlık çağındaki mülteci Suriyeli kadın nüfusunun hiç de azımsanmayacak boyutta olduğunu göstermektedir. Bu oran, toplumsal bakışın mülteciye bir halk sağlığı sorunu olarak görmesini sağlayabilir. Politika belirleyiciler ve hizmet sunucuların, özellikle doğurganlık çağındaki kadınlara verilecek sağlık hizmetinin insanlık, tarafsızlık ve yansızlık üçgenini merkez kabul etmesi önemlidir. Bu kabulün de kültürlerarası sağlık yaklaşımları ile desteklemesi sosyal ve ahlaki sorumluluğudur.

## Ebelik ve Ebelerin Kadın Sağlığındaki Rolü

### Ebeliğin tanımı

DSÖ, ebe; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımlar (WHO, 1992). Uluslararası Ebeler Konfederasyonunun /International Confederation of Midwives (ICM) ebelik tanımı da yukarıdaki tanımı destekler niteliktedir (ICM, 2018).

T. C. Sağlık Bakanlığının tanımına göre Ebe; Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiş bir okuldan mezun olan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum yaptıran, doğum sırasında ve doğum sonrasında hizmet veren kişidir. Türk Ebeler Derneği bu tanıma ek; kadın, aile ve toplum sağlığının yükseltilmesi ve korunması için ebelik uygulamaları ile karşılanabilecek girişimleri planlayan, uygulayan, değerlendiren, denetleyen ve yöneten yetkili sağlık meslek mensubudur, demektedir (Türk Ebeler Derneği, “Ebelik, ebelik tarihi, ebelerin görevleri” ,2021; Karahan, 2021).

### Ebelik eğitimi

Ebeler aldıkları lisans ve lisansüstü düzeyde eğitimler ile mesleki uygulamalarını ve verecekleri danışmanlık hizmetlerini deontolojiye uygun ve akademik düzeyde yapabilme gücüne sahiptir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu/United Nations Population Fund (UNFPA) Türkiye temsilciliğinin, yayınladığı Dünya Ebeler Günü 2020 mesajında ebelik eğitimlerinin önemine dikkat çektiğini görmekteyiz. UNFPA Türkiye Temsilcisi Karl Kulesa, Türkiye’de her yıl, 50’nin üzerinde fakültede, 10 binden fazla öğrencinin, lisans, lisansüstü ve doktora düzeyinde



kapsamlı ve ileri düzeyde ebelik eğitimi aldığını belirtmiştir. Ayrıca “Ebelerin topluma dayalı koruyucu sağlık hizmetlerinde ve eğitim programlarında çok kritik rolleri vardır, ebelere etkin ve aktif roller verilmelidir” yorumunda bulunmuştur (UNFPA, 2020). ICM tarafından hazırlanan kutlama programı çerçevesinde yayınlanan 2019 raporunda, ebelere yatırım yapmanın, sağlıklı ve varlıklı bir milleti taahhüt ettiği ifadelerine yer verilmiştir (Karahana, 2021). Bu yorumlar, ebelerin kadın ve çocuğu ilgilendiren yerel veya göçmen bütün toplumsal stratejilerin belirlenmesinde etkin roller verilirse faydalı olacağı yönünde bir öneri olarak kabul edilebilir.

## **Ebelerin görev ve yetkinlik alanları**

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun (ilk yayın tarihi 13 Ocak 1983 olup son güncellenme tarihi 21 Şubat 2007'dir) 51. ve 52. maddesinde ebelerin görev ve sorumlulukları belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2007). Ayrıca Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte Ebe;

- “Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanması ve yürütülmesini sağlar.
- Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemi yapar.
- Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemi ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.
- Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular.
- Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.
- Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemi yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.
- Acil obstetrik durumlarda bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular.
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.
- Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.
- 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır” (Resmi Gazete, 2014).

## **15-49 Yaş Aralığı Mülteci Kadın Sağlığı Sorunları**

15-49 yaş arası kadınlarda doğurganlık dönemi olarak tanımlanır. Fizyolojik açıdan maternal değişikliklerin ve involüsyon süreçlerinin yaşandığı, psikososyal açıdan desteğin daha çok ihtiyaç duyulduğu bir dönemdir.

Mülteci kadınlarda; doğurganlığın yüksek, aile planlaması yöntemi kullanımının düşük, üreme sağlığının korunmasında ve genital hijyen alışkanlıklarının da yetersiz olduğu saptanmıştır (Gümüş vd., 2017). Göçle birlikte yaşadıkları üreme sağlığı problemlerinin, göç öncesine nazaran daha fazla olduğu belirtilmiştir (Şimşek vd., 2015).

## **Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları**

Doğurganlık dönemi; menstrual siklus, gebelik, doğum, doğum sonu dönemi ve menapoz gibi olağan fizyolojik süreçlerin yanı sıra prekonsepsiyonel dönem ve aile planlaması gibi sağlık bakımı alınması gereken özel dönemleri de kapsamaktadır. Bu dönemlerde mortalite ve morbidite ile daha sık karşılaşmakta ve daha nitelikli sağlık bakımına ihtiyaç duyulmaktadır (ITB, 2016). Üreme sağlığı riskleri, göçmenler için travma sebebi olan önemli sorunlardandır (Yıldırımka, 2014).

## **Obstetrik Sorunlar**

### **Adölesan gebelik**

Biyolojik ve psiko-sosyal değişimlerle birlikte çocukluktan erişkinliğe geçen bireyler adölesan olarak kabul edilmektedir. Uluslararası çocuk merkezi (ICC) de, DSÖ'nün 10-19 yaşlar arası adölesan dönem tanımını kabul etmektedir. DSÖ'nün 2016 yılında Journal of Adolescent Health'e özel bir ek olarak yayınlanan inceleme dizisinde, gençler için sağlıkla ilgili üç olumsuz sonuca odaklanılmaktadır (WHO, 2016). İstenmeyen ve tekrarlayan gebeliklerle çocuk evliliği en fazla bu grupta arasındadır (WHO, 2016; Sarman, 2022b). Tamamlanması dört yıldan fazla süren çalışmada ekip, literatürden 57.000'den fazla makaleyi taramış ve gençlerin eylemlerinde veya davranışlarında değişiklik yapmayı amaçlayan yüksek kaliteli çalışmaları rapor etmiştir. Neticesinde de basit bir çözümün olmadığını belirtmiştir. Konu ile ilgili DSÖ bilim insanı ve çalışmanın yazarı Michelle Hindin, "Kapsayıcı anlamda çözüme tek bir yöntemle ulaşılamayacağını, etkili olmanın çoğu zaman bir müdahalenin nerede ve nasıl uygulandığına da bağlı olduğunu" vurgulamaktadır. Araştırma, gençlerin cinsel ve üreme sağlığını olumlu yönde etkileyen bir dizi yüksek kaliteli stratejinin varlığını ortaya koymaktadır. Bu stratejiler doğrudan doğum kontrolü sağlanması, akran eğitimi, kitle iletişim kampanyası istenmeyen gebeliği azaltmak için kontraseptif kullanımının tartışmasız artırılması ve daha etkili yöntemler sunulması ayrıca bir kürtaj sonrası genç kadınlara ulaşmak için kaçırılan fırsatların azaltılması şeklinde ele alınmıştır (WHO, 2016). Bu bağlamda Lisansüstü eğitime sahip ebelerin adölesan dönemdeki bireylere ister yerel halk ister göçmen gruplar olsun eğitim vermesi koruyucu sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilebilir.

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaş arası adölesanlarda en az 10 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmektedir (Darroch vd., 2016). Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, dünya genelinde 15-19 yaş arası adölesanlar için ölüm nedeninin başındadır. (Neal vd., 2012; WHO, 2020b) Her yıl 15-19 yaş arası ergen kızlarda meydana gelen tahmini 5,6 milyon düşüktür, 3,9 milyonunun güvensiz olduğu ve anne ölümlerine, hastalıklara ve kalıcı sağlık sorunlarına etki ettiği belirtilmektedir (WHO, 2016; Darroch vd., 2016). Mülteci





kadınlarda gebelikten korunma, istemeyen gebelikler, düşükler, doğum öncesi, doğum, doğum sonu bakımı, istenmeyen durumlar gibi üreme sağlığı ve aile planlaması ile sağlığa olumsuz etki edecek vitamin ve mineral eksiklikleri gibi konularında yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir (WHO, 2016; Rogers & Earnest, 2014). Adolesan gebeliklerde mülteci kadınlar ele alındığında göç ile birlikte sorunlarının daha karmaşık bir hal aldığı ortadadır. Mülteci kadınlarda doğurganlık sayıları yüksek, evlilik yaşı düşüktür. Bir çalışmada, kadınların %40'ının 18 yaş öncesinde evlendiklerini, Suriye'de kızların 14 yaşından itibaren evlenmeye başladıklarını ve bu tarz evliliklerin daha çok kırsalda olduğunu bunun da Suriye toplumun erken yaş evliliklere bakışını yansıttığını belirtilmektedir (Karakaya vd., 2017).

### **Sağlıksız doğumlar ve düşükler**

Olumsuz koşullar ve diğer birçok nedenden dolayı sağlıksız doğumlar ve düşükler de göçmen kadınlar için ayrı bir sorun teşkil etmektedir. UNICEF'in Suriye'de savaş öncesi sağlık hizmetini kullanma durumunu gösteren verilerine bakıldığında; 2008-2012 yılları arasında kadınların doğum öncesi bakım alma oranının %63,7, doğumu sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirmenin %96,2 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2016). Ülkemizdeki Suriyeli kadınlarla ilgili Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada ise, gebe olanların %26,7'sinin bu dönemde hiç bir sağlık çalışanına başvurmadığı, %47,7'sinin de Türkiye'de iken düşük veya ölü doğum olarak bir gebelik kaybı yaşadıkları belirtilmiştir (Özgülner, 2016). 457 Suriyeli göçmen kadının gerçekleştirdiği doğumların ele alındığı diğer bir retrospektif çalışmada, doğumların %26'sının preterm eylem (erken doğum) olduğu, bebeklerin %50'sinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındığı belirtilmiştir (Büyüktiryaki vd., 2015).

### **Yüksek doğurganlık**

Suriyeli kadınlar; daha önce ortalama 3-4 olan doğurganlık sayısının, günümüzde azaldığını, fakat kırsalda 9-10 çocuk doğurulduğunu ifade etmektedir (Karakaya vd., 2017). Suriyeli göçmen kadınlara yönelik bir diğer çalışma da beş ve üzeri çocuğa sahip olanların oranının %42.7 olduğunu bildirilmektedir (Gümüş vd., 2017). Suriyeli kadınlar çocuk doğurmanın gereğini; erkeğin şanı, iş gücü ihtiyacı, toprağın işlenmesi gibi sebeplere dayandırırken dini ritüellerin gereğine de vurgu yapmaktadır. Diğer bir faktör de soyun devamı, malların devri için oğlan çocuğu etkisidir (WHO, 2020b). Yüksek doğurganlığı etkileyen bir faktör de kontraseptif yöntem kullanımıdır. Modern ve geleneksel yöntem kullanımları etkinliğinin yanı sıra yöntemlere ulaşamama ayrı bir sorun teşkil etmektedir.

### **Üreme sağlığı hizmetlerine erişim yetersizliği**

Mülteci kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden daha az faydalandıkları bildirilmiştir. (Islam & Gagnon, 2016). Karşılammış aile planlaması ihtiyacının %36,4 olduğu ifade eden çalışma mevcuttur (Özgülner, 2016). Alt yapı ve yeterli sağlık personelinin olmayışı, sağlık bakımı giderlerinin karşılanabilecek nitelikte olmaması, mülteci kadınların gerekli sağlık bakımı almalarına ve sağlık hizmetlerine ulaşmasına engel teşkil etmektedir (Süt, 2017). Kayıtlı olanların yanı sıra kayıt dışı mülteci kadınların da üreme sağlığı hizmetinden faydalanmadığını düşündüğümüzde, rakamların görünenden daha büyük olduğu ortaya çıkacaktır. Tespit edilemeyen sorunlar, tanı ve tedavilerin gecikmesine, dolayısıyla da yaşamı tehdit edici sonuçlara neden olacaktır.

Müslüman çoğunluktan oluşan Suriye, Mısır, Ürdün gibi ülkelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, aile planlaması yöntemi kullanımının Mısır'da %60,3, Ürdün'de %59, Suriye'de

%53,9 olduğu bildirilmiştir. Özellikle Suriye ile Ürdün'de geleneksel yöntemlerin yüksek kullanımı görülmüştür (Zaky & Rashad, 2014). Neredeyse tamamına yakın göçmen kadının uzun etkili aile planlaması yöntemi kullanımının düşük, tüpligasyon ve acil kontrasepsiyon yöntemlerine dair bilgi eksikliği bildirilmiştir (Salisbury vd., 2016). Bu durum plansız ve istenmeyen gebeliklerin oluşmasına kapı aralayacaktır.

### **Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)**

Aktif cinsel hayatı ve korunmasız cinsel ilişkisi olan her birey cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar karşısında risk altındadır. Göç ile birlikte sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı, psikolojik sorunlar, olumsuz yaşam koşulları, maddi yetersizliklerle birlikte sağlıklı beslenmeye ulaşamama durumu, bireylerin bağışıklık sistemini zayıflamasına neden olmaktadır. Bağışıklığın azalması da bireyleri her türlü enfeksiyona açık hale getirmektedir. Düzenli cinsel eşlerinden ayrılmış olan mülteciler, sağlık ve sosyal hizmetlerine erişememeleri, dil ve kültür farklılığı yanı sıra ayrımcılık uygulamaları sonucu dışlanmaları cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk grubu oluşturmalarına neden olmaktadır (Yıldırımkaaya, 2014; Liu vd., 2016). Son yıllarda ülkemizin yoğun göç alması ile evli bireylerin mülteci kadınlarla evlilikleri çok eşliliği yaygınlaştırmış ve CYBE artışına zemin hazırlamıştır (Kaypak & Bimay, 2016). Buna rağmen bir çalışmada, mülteci kadınların bir aile planlaması yöntemi kullanmada ve bir cinsel yolla bulaşan hastalık varlığında tedavide isteksiz davrandıkları ifade edilmiştir (Islam & Gagnon, 2016).

### **Psiko-Sosyal sorunlar**

Yakınlarından ve doğup büyüdüğü ülkelerinden ayrı kalma durumunda olan mülteci kadınların fiziksel ve psiko-sosyal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir (Missal vd., 2016). Mülteci sorunları ele alınırken psikolojik durumları genellikle göz ardı edilmektedir. Fakat karşılaştıkları sorunların karmaşıklığı psikolojik desteğe daha fazla ihtiyaç duyduklarını göstermektedir (Önal & Keklik, 2016). Her on mülteci kadından birinin intihar girişiminde bulunduğu, tamamına yakınının ise ruhsal çöküntü içinde olduğu belirtilmektedir (Şimşek vd., 2015).

### **Ekonomik sorunlar**

Ekonomik durum toplumların yaşam standardını ortaya koyan önemli bir kıstastır. Göç, ekonomik sorunların daha görünür olduğu bir süreçtir. Mülteci olmanın getirdiği birçok sorunla birlikte ekonomik sıkıntılar birleştiğinde yaşam kalitesi önemli ölçüde düşmektedir. Mültecilerin neredeyse tamamının maddi anlamda yüksek düzeyde sıkıntılar yaşadıkları belirtilmektedir (Önal & Keklik, 2016). Mülteci kadınların farklı nedenlerden dolayı ya hiç çalışmadıkları ya da erkeklere nazaran iş gücüne daha az dâhil oldukları görülmektedir. Çalışan grubun da ucuz insan gücü olarak görülüp tehlikeli ve ağır işlerde, önlem alınmadan, kayıt dışı ve sigortasız aynı zamanda sağlık sorunlarını da beraberinde getirecek işlerde istihdam edildikleri görülmektedir. Göçmen grupların yaşam alanları da ekonomik nedenlerden dolayı sağlıksız ortamlar olmaktadır (Yağmur & Aytekin, 2018).

### **Mültecilere Yönelik Tutum ve Davranışlar**

Resmi veriler doğrultusunda Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK); Türkiye'ye 2019 yılında göç edenlerin illere göre dağılımı incelendiğinde, %45,3 oranı ile en fazla göç alan ve %42,5 oranı ile en fazla göç veren ilin İstanbul olduğu görülmektedir. 10 Kasım 2022 itibarı ile T.C. İçişleri



Bakanlığı Göç idaresi verilerinde 698.475 ikamet izni sahibi yabancı (Irak, Rusya Federasyonu, Türkmenistan, İran, Suriye, Azerbaycan, Özbekistan, Afganistan, Ukrayna, Kazakistan vd.) ile 551.100 geçici koruma sahibi Suriyeli olmak üzere toplam 1.249.575 yabancıнын yasal olarak ikamet ettiği bildirilmiştir (Göç İdaresi, 2022).

Mülteci nüfusunun artması ile birlikte ve gündelik hayata daha fazla katılmaları belki de yerli halkın mülteciler hakkındaki fikirlerini etkilemekte hatta rahatsız bile etmektedir. Ülkemizde mültecilerin yoğun olarak tercih ettikleri İstanbul'a; tarihiyle, kültürüyle, mimarisıyla, şehri çok iyi tanıyan büyük mütefekkir Samiha Ayverdi'nin (2016, S.70) gözü ile bakarsak, "Yolcu Nereye Gidiyorsun" romanının kahramanı olan Adli gibi; sonbahar yağmurlarıyla ıslanan pencereden bakmış, Şehzadebaşı'nı sıkıcı olarak görüp kendimizi yabancı hissedebiliriz (Ayverdi, 2016).

Toplumda ahlaki değerler, kültürel yapı ve ekonomik yük gibi konularda mültecilere yönelik tehdit algısı ve istenmedik davranış oluşabilmektedir (Düşünder & Çilingir, 2017) Sağlık mensupları da yerleşik toplumun bir parçasıdır. Dolayısıyla sağlık mensuplarının mülteci kadınlara yönelik, etnik ve kültürel ayrımcılık ya da uygun olmayan davranış sergilemesi, sağlık hizmeti verilirken tıbbi kararların ve bakım davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Dias vd, 2012). Sağlık profesyonellerinden gelecek olumsuz tutumlar, mültecilerin tedaviye uyumlarını güçleştirecek, sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarını azaltacaktır. Fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyecektir (Çaman & Özvarış, 2010; Ayverdi, 2016).

## **Şiddet**

Şiddet; "Bir kişi veya gruba yönelik; mağdurun bedensel bütünlüğüne, mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine zarar verecek şekildeki her türlü davranış" olarak tanımlanır. Sonrasında da "Bir mala zarar verme, yakma gibi mala yönelik eylemler ile cinayet, yaralama, dayak, tecavüz, rehin alma gibi kişiye yönelik fiziksel saldırılar ve tehdit, küfür, ayrımcılık, hakaret gibi kişiyi duygusal baskı altına alan bireysel eylemlerin yanı sıra toplumsal koşullar ya da sistem tarafından uygulanan baskılar, savaş, terör ve işgaller şiddet diye örneklendirilir (Çakmak, 2010). Bu tanımı daha da genişletebilir ve sadece toplum nezdinde şiddet olarak algılananların ötesinde, insanın kendince "özelim" diye çizdiği bütün sınırların başkası tarafından ihlali de işkencedir diyebiliriz. Bütün bu insani nitelik taşımayan davranışlara yani şiddete maruz kalan mülteci ve genç kadınlar maalesef bu durumu sessiz kalarak kabullenmek zorunda kalmaktadır (Krause vd., 2015). Oysaki caniliğe sessiz kalma onu bir yerde meşrulaştırmaktır. Genç kızların tecavüzünü de kapsayan cinsiyete dayalı şiddet ve sadece temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi karşılığında, cinsel birlikteliğe zorunlu bırakılması, riskli cinsel davranışları da içermektedir (TTB, 2016). Türkiye'de yaşayan mülteci kadınlarla yapılan kuma evlilikleri (KAMER, 2017), cinsel yolla bulaşan hastalıklardan aile içi çatışmalarına, ahlaki endişeler gibi karmaşık sorunlara da yol açmaktadır (Kaypak & Bımay, 2016; TTB, 2016).

## **İstismar**

İnsani vasıflar dışında bir davranış modeli olan, kadınların bir sex objesi gibi algılanarak taciz ve tecavüze maruz kalmaları bir insanlık suçudur ve bir savaş suçu olarak devam etmektedir. Ne yazık ki kadınların birçoğu savaş süreçlerinde sistematik tecavüzlere maruz bırakılmıştır (Evrensel, 2021). Diyarbakır Barosu'nun verilerine göre, 2019 yılında baronun adli yardım birimine başvuran 46 Suriyeli mültecinin 26'sını kadınların oluşturduğu bildirilmiştir. Mülteci kadınların başvuru nedenleri; artan şiddet, taciz, tecavüz, alıkonma ve boşanmadır. 2020

yılında da başvuru nedenleri aynı olan 14'ü kadın olmak üzere 18 Suriyeli başvurmuştur (Evrensel, 2021). Uluslararası Kurtarma Komisyonu (IRC) Suriye'de özellikle çatışma bölgelerinde kadınların kaçırıldığı, tecavüz edildiği, fiziki işkenceye maruz kaldığı ve bütün bunların ardından öldürüldüğünü dile getirmektedir. Bunun üzerine bir de göç esnasında korunmak amacı ile yanında bir erkek olması gereğini duyması ve "hayatta kalmak için cinsel birlikteliği kabul etmek" zorunda olduğu bildirilmektedir (IRC, 2015). Özellikle kayıt dışı ve kamp bölgelerinde bu denli istismarların yüksek oranda olduğu bildirilmektedir (ITB, 2016). Göçle birlikte gelen yoksulluk, şiddet, taciz ve tecavüze maruz kalma ve gidilen yere uyum sağlayamama gibi durumlar mülteci kadınlarda intihar eğiliminin nedeni olarak da bildirilmiştir (Mejía & Christopher, 2010; Topçu & Beşer, 2011)

## **Kültürlerarası Değerlendirme Modelleri**

Kültürlerarası Değerlendirme Modeli, "Transkültürel Hemşirelik" terimi ile ilk kez Leininger tarafından 1979 yılında kullanılmıştır (Leininger, 1999). Bu model, Leininger tarafından kültüre duyarlı hemşirelik bakımının gerekliliği ile açıklanmıştır. Modelin kullanılması, sağlık profesyonellerinin bakım verdiği toplumun kültürünü tanıması, bu konudaki bilgi birikiminin olması, değerlendirme modellerinin daha sistematik ve uyumlu olmasını sağlayacaktır. Kültürü bilinen bireylere verilecek sağlık bakımı, kadın odaklı ve aile merkezli bakımı (Doherty, 2010) destekleyecek sosyal destek ağına da katkı sağlayacaktır.

Başta Leininger'in "Kültürel Bakım Çeşitlilik ve Evrensellik Teorisi" olmak üzere diğer kültürlerarası teorileri de sağlık bakımı sunucularının bilgisinin oluşturulmasında ve geliştirilmesinde yol göstericidir. (Leininger, 1999; 2002; Tortumluoğlu, 2004) Kültürlerarası bilgi sadece sağlık davranışlarıyla ilgili değildir. Gün Doğumu Model'inde de olduğu gibi eğitim, ekonomi, teknoloji, din, inanç, dünya görüşü ve farklı bilgileri de kapsamalıdır (Leininger, 2009).

## **Leininger Modeli**

Leininger, hemşirelik süreci ve kişilerarası iletişimin birleştirerek kültürlere duyarlı yaklaşım felsefesini ortaya koymuştur. Bu konuda geliştirdiği gün doğumu şeması, bütünleştirici bakım modeli olan kültürlerarası sağlık yaklaşımı için iyi bir uygulama modelidir. Kültürlere duyarlı yaklaşımı savunan gün doğumu modeli Leininger tarafından "Bütüncül, tanımlayıcı ve profesyonel bakım bilgi ve uygulamalarını birleştiren güvenli, uyumlu ve yaratıcı olarak tanımlamaktadır (Leininger & McFarland 2005).

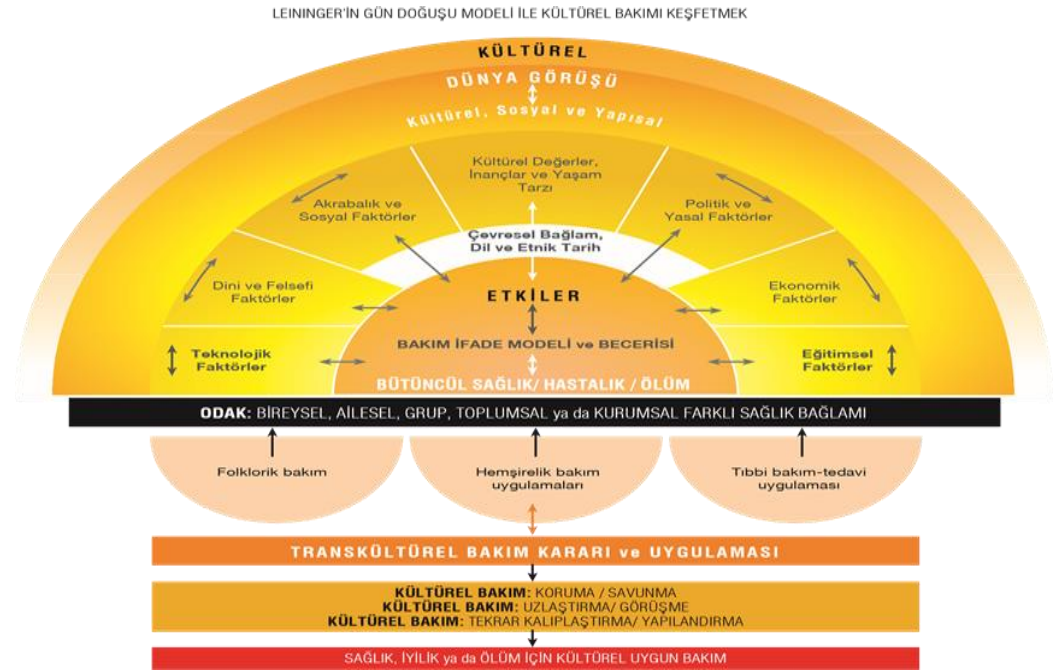
Avustralya'da Leininger'in kültürlerarası teorisinin ve üç grup gebe kadına uygulanabilirliğine yönelik bir etüt çalışması yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların 19'u Müslüman Lübnanlı, 18'i Müslüman Türk ve 20'si Avustralyalıdır. Hedef gruba Leininger'in, kültürlerarası bakım teorisi, kadınların doğum öncesi ve doğum deneyimleri hakkındaki fikirlerini belirlemek amacı ile uygulanmıştır. Çalışma verilerinde üç farklı grup arasında farklı kültürel gelenekler ve ritüeller olduğu bildirilmiştir. Bunlar, Leininger'in kültürel inanç yapısının Lübnanlı kadınlarda ve daha az bir oranda Türk kadınlarda uygulanabilir olduğu ifade edilmiştir. Araştırma, sağlık hizmeti sunucuların bilgi sahibi olmalarının nitel yöntemlerin kullanılmasına yönelik iyi fırsatlar doğuracağını savunmaktadır (Leininger, 1999).

Bir çalışmada Amerika Birleşik Devletlerinde Kalifornia-Isla Vista'da yaşayan 400 Hmong'un içinden 15 çift ile doğum ve kültür uygulamalarına dair bir röportaj yapılmış ve kültür uygulamaları hakkında bilgi alınarak bakım ihtiyacı belirlenmeye çalışılmıştır. Ebeler ve



hemşireler ihtiyacın farkına varırsa doğum ve beslenme gelenekleri hastane ortamına uyarlanabileceği, doğum sırasında hem fiziksel hem de duygusal refahın sağlanabileceği vurgusu yapılmıştır. Çalışmada fiziksel ve zihinsel sağlığın korunmasında doğum geleneklerinin önemli rolünün farkına varıldığı ifade edilmiştir. Hizmet vericilerin gelenekleri kabul ederek mümkün olduğunca sağlık bakımına dâhil etmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır. Teknoloji, bu gelenekleri sürdürerek elde edilen duygusal ve ruhsal faydanın yerini alamaz denilmiştir (Doherty, 2010).

**Şekil 1.** Leininger'in gün doğuşu modeli ile kültürlerarası bakım şeması (Şahin vd., 2009)



## Campinha-Bacote Modeli

İlk adımı kültürel farkındalık olan bu model, kültürel yetkinlik süreci ile de açıklanabilir. Sağlık bakımı sunucularının bireylerin kültürel değer yargılarına, inançlarına, uygulamalarına duyarlı olması beklenir. Bu süreç kültürlerin entegrasyonunu içerir ve çok kültürlü danışmanlık alanı gibidir (Campinha-Bacote, 2002).

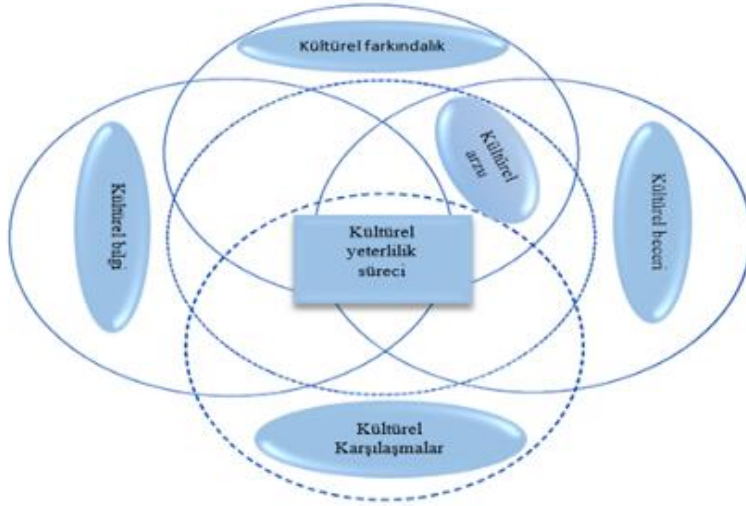
Campinha-Bacote modeli 5 ana başlıkta ele alınmaktadır.

- Kültürel farkındalık, kendi kendini incelemidir ve derinlemesine kişinin kendi kültürel ve profesyonel geçmişinin keşfi olarak tanımlanmıştır (Leininger, 1978).
- Kültürel bilgi, çeşitli kültürel ve kültürel konular hakkında sağlam bir eğitim temeli arama ve elde etme sürecidir (Campinha-Bacote, 2002). Bu bilgi tabanını elde ederken, sağlık profesyonelleri özellikle bu üç alanın entegrasyonuna odaklanmalıdır. Sağlık sorunları, inançlar ve kültürel değerler, hastalık insidansı, yaygınlığı ve tedavi etkinliği (Lavizzo-Mourey, 1996).

- Kültürel beceri, kültürle ilgili verileri toplama becerisidir. Kültürel temelli fiziksel değerlendirmeler süreci, kültürel faaliyetlerin nasıl yapılacağını öğrenmeyi içerir (Campinha-Bacote, 2002).
- Kültürel karşılaşma, sağlık profesyonellerinin kültürel yönden farklı birikimlere sahip bireylerle doğrudan kültürlerarası etkileşime girmesidir. Farklı kültürel gruplardan bireylerle doğrudan etkileşim, kişiyi hem kültürünü hem de kültür hakkındaki süregelen inançlarını iyileştirecek veya değiştirecektir (Campinha-Bacote, 2002).
- Kültürel arzu, sağlık profesyonellerinin motivasyonudur. Bu sürece dâhil olabilmek için; kültürel açıdan bilinçli, bilgili, yetenekli ve kültürel karşılaşmalara aşina olunmalıdır. Kültürel arzu, şefkat kavramını içerir (Campinha-Bacote, 1999).

Sağlık profesyonellerinin kültürel açıdan duyarlı bir bakım sunma arzusu veya gerçek motivasyonu büyük önem arz etmektedir. Çünkü kültürel arzu, gerçek bir tutkuyu (Campinha-Bacote, 2002) ve “kültürel tevazuyu” (Tervalon & Murray-Garcia, 1998) gerektirir. Sağlık bakımı sunulacak bireylere karşı açık ve esnek olunmalı, farklılıkları kabul edilmeli ve bakım benzerlikler üzerine inşa edilmelidir.

**Şekil 2.** Campinha-Bacote kültürlerarası bakım şeması\* (Campinha-Bacote, 2002).



\*Kaynaktan Türkçeye uyarlanmıştır.

### Giger ve Davidhazar Modeli

Bu model, sağlık ve hastalık tutumları üzerinde kültürel değerler ve yansıyan etkilerini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. (Giger & Davidhazar 2002a; 2002b) Bu model, Leininger de dâhil olmak üzere iletişim ve antropoloji ile ilgilenen birçok teorisyenin çalışmalarına ilham kaynağı olmuştur. (Giger & Davidhazar 2002a)

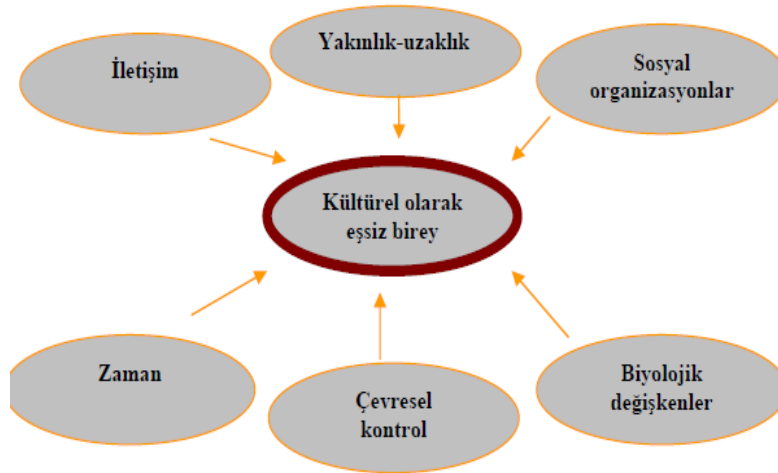
Giger ve Davidhazar'ın Kültürlerarası Değerlendirme Modeli 5 temel kavramdan oluşmaktadır.



- Kültürlerarası hemşirelik
- Kültürel içerikli bakım
- Kültürel olarak eşsiz birey
- Kültürel olarak duyarlı çevre
- Sağlık ve sağlık durumu (Giger & Davidhizar 2002a; Tortumluoğlu 2004).

Model, bireylere yönelik bakımda tek yönlü yaklaşıma engel olmayı amaçlamaktadır. Kültürler farklı olmasına rağmen, temel manada aynı düzenleyici etmenlere sahiptirler. Giger ve Davidhizar'ın modelinde her birey kendine has kabul edilerek; iletişim, yakınlık/uzaklık, sosyal organizasyon, zaman, çevresel kontrol ve biyolojik değişkenlere göre değerlendirilmektedir (Giger & Davidhizar 2002a; 2002b).

**Şekil 3.** Giger ve Davidhizar'ın kültürlerarası değerlendirme modeli şeması. (Tortumluoğlu, 2004)



### Purnell Modeli

Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli, etnografik bir modeldir. Sağlık, sağlığın geliştirmesi ve hastalık sürecinde, insanların durumları hakkında bilgi edinmeyi ve anlaşılmayı geliştirmek amacı ile oluşturulmuştur. Bu model yönetim, iletişimin ve örgütlenme temellerine oturtulmaktadır. Bu temellerin yanında anatomi ve fizyoloji, biyoloji, psikoloji, ekoloji, beslenme, farmakoloji, antropoloji, sosyoloji, tarih, din, ekonomi, politika bilimi ve dil bilimi gibi çok sayıda teori ile de destekler (Purnell, 2000; 2001; 2002).

Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli iç içe dairelerden oluşan bir şema ile temsil edilmiştir. Şemada, dairenin en dış kısmında küresel toplum, iç dairede toplum, onun içinde aile ve en içte birey yer alır.

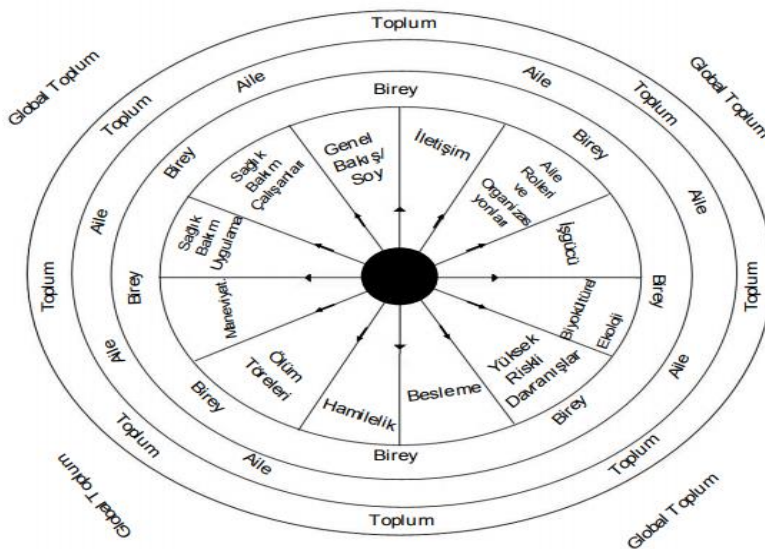
Bireyin yer aldığı bölümde de her birinin birbirinden etkilendiği 12 kültür alanı bulunmaktadır. Modelin merkezinde bulunan en iç kısmı ise boş bırakılmıştır. Burada amaç ele alınan kültürel grubun bilinmeyenlerine değinmektedir.

## Model Varsayımları;

- Duyarlı ve kültürel anlamda yeterli bakım verebilmek için bakım sağlayanların hem özel hem de genel kültürel bilgiye ihtiyacı vardır.
- Bireylerin, sağlık bakımı ile ilgili sorumluluğu ve davranışları üzerinde kültürün güçlü bir etkisi vardır.
- Cinsiyet fark etmeksizin her birey kendine hastır ve kültür geçmişi nedeniyle saygı görme hakkı vardır.
- Kültürel duyarlılık, önyargı ve sebepsiz memnuniyetsizlikleri en aza indirebilir.
- Ortak bir bakım modeli oluşturmak için farklı ırklar üzerinde kültürel farklılıkların uyumuna ihtiyaç vardır.
- Kültürel farkındalık aynı zamanda bakım verenlerin de farkındalığını geliştirmektedir (Purnell, 2002; Tortumluoğlu 2004).

Purnell, bu modelin bütün sağlık çalışanlarının kullanabileceği bir model olduğunu ifade etmiştir (Purnell, 2000; 2002). Bakım yönetiminde, disiplinlerarası bir ekip çalışması gereklidir. Birey, aile ve toplum sağlığının sürdürülebilmesi, yükseltilmesi, hastalıktan korunması ve etkili girişimler sunması için kültürel anlamda yeterli bir bakım gereklidir (Purnell, 2000; 2002). Türkiye’de Kahramanmaraş’ta yapılan bir çalışmada, Suriyeli mülteci kadınların uyum sorunu yaşadıkları belirtilmiştir. Zamanla dil ve kültürü öğrendikçe; iletişim kurmanın kolaylaştığı hatta Kahramanmaraşlılar gibi giyinmeye başladıkları ifade edilmiştir. Çalışmanın sonucunda kültürel etkileşimin çift taraflı olduğu, aynı dine mensup göçmenlerde uyumun daha kolay olduğu sonucuna varılmıştır (Yeter, 2018). Bu çalışma, Purnell’in anlaşılmayı geliştirmenin uyuma ve iletişime katkı sağladığı tezini doğrular niteliktedir.

**Şekil 4.** Purnell’in kültürel yeterlilik modeli şeması (Tortumluoğlu 2004).





## Çevre Odaklı Kültürel Yeterlilik Modeli (ÇOKYM)

Bu model, kültürel yeterliliğin kazandırılmasında ilk ve önemli sorumluluğa sahip kurumların toplumsal kurumlar olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca modelde kültürel niteliklerin olumlu ve olumsuz yönden çıktılarının da değerlendirilmesi gereği vurgulanmıştır. Bireylerin çevreden kazanılmış olumlu kültürel nitelikli çıktıları; kültürel duyarlık, kültürel farkındalık, kültürel yeterli iletişim, kültürel güvenli çevre oluşturma olacağı söylenmiştir. Olumsuz kültürel nitelikteki çıktıların ise; kültürel boşluk, kültürel şok, kültürel ağrı ve kültürel çatışma olacağı ifade edilmiştir. Modelde kültürel yeterli yaklaşımın memnuniyeti ve bakım kalitesini artırırken, kültürel yetersiz yaklaşım memnuniyeti ve iş stresi ve tükenmişliği azalttığı sonucuna varılmıştır (Tanrıverdi, 2017).

Modelin Temel kavramları; İnsan, Çevre, Sağlık ve Hemşireliktir (Tanrıverdi, 2017).

Modelin diğer kavramları; Toplumsal kurumlar, Kültürel bilgi, kültürel görecelik, kültürel istek, kültürel zeka, eleştirel düşünme, kültürel beceri, kültürlerarası etkililiktir (Tanrıverdi, 2017).

Çevrenin kazandırdığı olumsuz kültürel etkiler; Kültürel Bilgisizlik/Kültürel Cehalet, Etnosentrizm, Stereotip Davranış, Kültürel Körlük, Kültürel Dayatma/Empoze, Irkçılık, Kültürel Önyargı, Kültürel Karşılaşma (Tanrıverdi, 2017).

Çevrenin Kazandırdığı Olumsuz Niteliklerin Çıktıları;

- Kültürel Şok
- Kültürel Çatışma
- Kültürel Boşluk
- Kültürel Ağrı (Tanrıverdi, 2017).

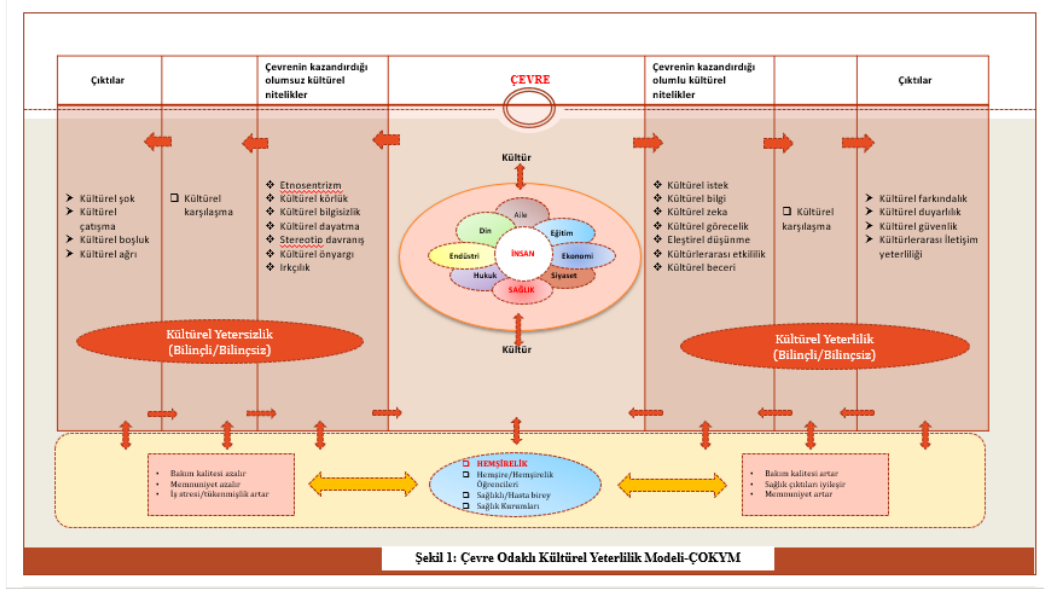
Modelde Çevrenin Kazandırdığı Olumlu Kültürel Niteliklerin Çıktıları;

- Kültürel Farkındalık
- Kültürel Duyarlılık
- Kültürel Güvenlik
- Kültürlerarası İletişim Yeterliliği (Tanrıverdi, 2017).

Modelin Varsayımları; Kültürel yeterlilik, doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreçtir. Çevre, bireyin ve hemşirelerin kültürel yeterlilik sürecini etkiler. Çevre, kültürel yeterlilik sürecinin çıktıları ve sonuçlarını etkiler. Çevre, sağlık kurumlarının örgütsel kültürel yeterlilik sürecini etkiler. Kültürel karşılaşma, hemşirenin kendi kültürel yetersizliğinin farkına varmasına neden olur (Tanrıverdi, 2017).

Modelin kullanılabilirliği; Modelin, hemşirelik eğitimi, bakımı, yönetimi ve araştırmalarıyla birlikte diğer disiplinler tarafından da kullanılabilceği düşünülmektedir. Model kültürel yeterliliği geliştirme program içeriği oluşturmada ve hem eğitim programlarının hem de bilimsel araştırmaların kavramsal çatısının oluşturulmasında kullanılabilir. Bakım alan ve bakım veren arasındaki kültürel yeterlilik sürecinin çıktılarının anlaşılmasında ve farklı kültürlerde modele ait kavramların konu edildiği ortak projeler yapılabilir (Tanrıverdi, 2017).

Şekil 5. Çevre Odaklı Kültürel Yeterlilik Modeli şeması (Tanrıverdi, 2017).



Türkiye’de Suriyeli Göçmen Kadınlara Yönelik Çalışan Örnek Kurumlar

T.C Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSB)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı nezdinde, Suriyelilere koruyucu sağlık hizmetleriyle temel sağlık hizmetlerinin sunulması amacı ile Suriyeli sayısının 20 binin üzerinde olduğu yerleşim yerlerinde, ilçenin toplum sağlığı merkezine bağlı birimler olarak göçmen sağlığı merkezleri (GSM) kurulmuştur. GSM’ler, ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasına benzer şekilde, ortalama her 4.000 kişiye hizmet verecek personel gruptan oluşan göçmen sağlığı birimlerini (GSB) ihtiva etmektedir. GSM’lerin yaygınlaştırılması ve işletilmesi ile çalışan personelin istihdamına dair giderler SIHHAT Projesi kapsamında karşılanmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2021a). SIHHAT-2 Proje Faaliyetleri kapsamında sağlık hizmetlerine kullanılabilirliğinin ve erişilebilirliğinin artırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Gebe Takip Rehberine göre planlanacak etkinlikler, aşılama ve üreme sağlığı konusunda uzmanlaşmış ebeler/hemşireler tarafından uygulanacaktır (TC Sağlık Bakanlığı, 2021b).

### Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM)

Türkiye’de göçmen kadınların üreme sağlığını geliştirmeye yönelik 2015 yılında, İstanbul, Ankara, Hatay, Diyarbakır ve Şanlıurfa illerinde farklı finansal ve uygulayıcı destekçiler ile birlikte UNFPA tarafından Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri kurulmuştur. Merkezlerin en önemli destekçilerinden biri Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM)’dir. Bu merkezlerde cinsel ve üreme sağlığı, aile planlaması eğitimleri, cinsiyete dayalı şiddeti önleme çalışmaları gibi hizmetler verilmektedir (HÜKSAM 2015).

Bu çalışmaların yapıldığı merkezlerin birinde; Arapça konuşan bir kadın Sosyal Hizmet Uzmanı, doktor yardımcısı olarak görev yapan Iraklı bir kadın doktor çalışmıştır. Bunun yanında Arapça konuşan bir kadın psikolog ve eğitilerek istihdam edilen 34 Suriyeli kadın



sağlık aracısı (health mediator), bir hemşire, 3 tercüman, 3 temizlik görevlisi, bir yarı zamanlı çalışan Suriyeli psikolog ve 3 güvenlik görevlisinin çalıştığı bildirilmiştir (Çelik, 2018). Kadın sağlığında en önemli aktör olan ebelerin bu çalışmada yer almaması üzüntü vericidir.

### **Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği (Mülteciler Derneği)**

Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği, 2014 yılında mültecilerin temel sorunları olmak üzere tüm yaşamsal ihtiyaçlarının giderilmesine destek olmak ve toplumla uyumlarının sağlanabilmesi için özel sektör kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve kamu kurumları ile iş birliği halinde çalışmaktadır. Farklı projeler ile hizmet veren bu derneğin kadın ve çocuk sağlığına yönelik projelerde ebelerin yine görev almadığı ve hatta çalışma ekibinde hiç ebeinin bulunmadığı görülmektedir (Mülteciler Derneği, 2021).

### **Uluslararası Doktorlar Derneği (AID)**

AID Uluslararası Doktorlar Derneği, tüm dünyada tıbbi yardım ve destek ihtiyacı olan insanlara ulaşmayı hedefleyen uluslararası bir kuruluştur. Sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu coğrafyalarda ve afet bölgelerinde yaşayan insanların yanında olmayı kendisine görev edinen Uluslararası Doktorlar Derneği, 2011 yılında İstanbul'da kurulmuştur. Bu misyonla kendisini tanımlayan dernek, dünyanın birçok bölgesinde halen sağlık eğitimi, sağlık yardımı, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini gönüllü sağlık çalışanları ile yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan gebe okulu programı, AID olarak 2017 yılından bu yana mülteci gebe kadınlara yönelik olarak yürütülmektedir. Bu proje, "Toplum Merkezleri ve Yerel İnisiatiflerin Desteklenmesi Yoluyla Türkiye'deki Mülteciler ve Ev Sahibi Toplum için Sosyal Hizmetlerin Geliştirilmesi (CLIP)" projesi kapsamında Federal Alman Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Bakanlığı (BMZ) ve Avrupa Birliği'nin Sivil Koruma ve İnsani Yardım Operasyonları (ECHO) tarafından ortak finanse edilen ve Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH tarafından yürütülen Türkiye Yerel İnisiatif Fonu (LIFT) tarafından finanse edilmektedir. 2017'de başlayıp 2019 yılı Temmuz ayına kadar süren proje ebe koordinatörlüğünde yürütülerek 239 kadına ulaşılmıştır. Pandemi sebebiyle 2020 Haziran ayı itibari ile eğitimler çevrimiçi olarak gerçekleşmektedir (AID, 2019).

### **Sonuç ve Öneriler**

Sosyal ve kültürel yaşamın insani paydada buluşulmasına kültürlerarası anlayış katkı sağlayabilir. Birbirimizi anlarsak ve anlaşılırsak insani yönümüzü ortaya çıkartabiliriz. Bu nedenle göç ile ortaya çıkan kültürlerarası uyum ihtiyacını iyi analiz ederek sağlık uygulamalarını bu sonuçlar doğrultusunda şekillendirebilmeliyiz.

Ortadoğu coğrafyasında özellikle Suriye'de yaşanan savaş nedeniyle ülkemize akın eden büyük bir göç dalgası mevcuttur ve halen devam etmektedir. Mevzu bahis göç başta Türkiyeyi ardından Avrupa olmak üzere tüm dünyayı ilgilendirmektedir. Resmi kurumlar, üniversiteler, sağlık kurumları, sivil toplum kuruluşları vb. disiplinler göçmen grubun can ve mal güvenliğini sağlamanın yanında sağlık boyutunu da ele almak durumundadır. Bunun için farklı disiplinlerin bir araya gelip bilimsel literatür doğrultusunda uzun vadeli politikalar belirlemeleri gerekmektedir. Çünkü Suriye'de savaşın hala devam ediyor olması göç eden Suriyelilerin, Türkiye'ye tamamen yerleşme olasılığını da artırmaktadır. Özellikle Suriyeli mülteci nüfusunun

yarıya yakın bir kısmının doğurganlık çağındaki kadınlardan oluşması sosyal ve demografik durumu değiştirebilecek niteliktedir. 15-49 yaş aralığındaki kadınların ergenlik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik, doğum, doğum sonu, yenidoğan ve kendi öz bakımı, premenapoz ve menapoz dönemine ait eğitimleri ve temel gereksinimleri söz konusudur. Bu gereksinimler için verilecek eğitim programları uzun vadeli şekilde planlanmalıdır.

Yaşar Üniversitesi'nin Avrupa Birliği Jean Monnet Kürsüsü kapsamında “Türkiye-AB İlişkilerinde Göç” başlıklı program göç yönetimi açısından önemli bir katkıdır. Farklı disiplinlere hitab eden bu program, göç konusuna; bu disiplinlerin daha profesyonel bir bakış kazanmasına neden olabilir. Bu tür eğitim programlarının sürdürülmesi, göç yönetiminde yer alacak aktörlerin, alanlarına özgü çözüm odaklı yaklaşımlarına katkı sağlayabilir.

Prof. Dr. Murat Erdoğan bir gazete röportajında; “Aslında Suriyeliler üzerinden kendi aynamıza bakıyoruz. Dolayısıyla tercihlerimiz nasıl bir dünya, nasıl bir Türkiye ve nasıl bir kimlik tahayyül ettiğimizle alakalı. Suriyeliler nezdinde nasıl bir insanlığımız, hukuk anlayışımız, kapasitemiz, sorun çözme yeteneğimiz ve efsaneler dışında iyiliğimiz var; bunu görüyoruz” diyor. Meslek tanımı ve aldıkları eğitim gereği ebeler, bu bakış perspektifi benimseyerek göç yönetimine katkı sağladığında çok ümit vadeden sonuçlara ulaşılabilir. Uluslararası standartlarda oluşturulacak bir kültürlerarası ebeler bakım modeli Suriyelilerle birlikte ülkemizde bulunan diğer etnik mülteci grupların uyumuna da fayda sağlayacaktır. Sosyal ve demografik yapının dengesi adına mülteci kadınların evrensel insanî normlarda gereksinimlerinin karşılanması ve eğitilmesi vicdani ve deontolojik sorumluluğumuzdur.

Bu çalışmanın oluşturulmasında, Balkanlardan (Makedonyadan) Türkiye'ye göç etmiş bir ailenin ferdi olarak; göçmen kadını ve kültürel uyumun önemini deneyimlemiş olmam önemli bir etkidir. İnsana değebilme imkânının bahsedildiği ebeler mesleğine sahip olmam da diğer güçlü bir nedendir. Yolun sonunda insana dolayısıyla insanlığa faydalı olmak gibi bir ödül varsa yol biraz uzayabilir, dallanabilir ama hizmet sunan için hem profesyonelliğini kanıtlar hem de ruhunu huzurlu kılar. Devletlerin göçmen politikalarını belirlemelerinde de sosyal devlet anlayışını güçlendirir. Göçmen bireyler için de bir rahat nefes alma olanağı sunar. Bu nedenle çalışma her ne kadar Türkiye odaklı yazılmış olsa da göçler insanlık tarihi boyunca yaşanmış ve yaşanmaya devam edecek bir gerçektir. Bu gerçekliği Türkiye kadar Avrupa başta olmak üzere diğer Dünya devletleri de yaşamak durumundadır. Dolayısıyla göçmen kadın sağlığı politikaları belirlenirken hükümetler, insani yaklaşım çatısı altında hem kültürlerarası uyuma yer vermeli hem de disiplinlerarası çalışma kapsamında ebelerin yer almasına olanak tanımalıdır.

Göçmen kadınlara yönelik sağlık politikaları belirlenirken;

- Üreme çağı kadınlarda; fizyolojik, sosyolojik, psikolojik, kültürel, ekonomik vb. göç politikalarının belirlenmesi için multidisipliner çalışma grubuna ihtiyaç vardır.
- Bu grubun içerisinde; ebe, hemşire, hekim, psikolog, psikolojik rehber ve danışmanlar, aile danışmanları, sosyolog, teolog, uluslararası ilişkiler uzmanları, ulusal ve yerel politika uygulayıcıları ve STK'lar olmalıdır.
- Türkiye'deki göçmen kadınlara yönelik uygulamalarda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde ebeler aktif rol alırken diğer STK'larda ya hiç ya da yeterince görev almamaktadır. Ebeler, kültürel duyarlılık ile birlikte bütün kurumlarda aktif rol almalıdır.



- Başta ebeler olmak üzere kültürel duyarlılık becerilerini gelişimine yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- Suriyeli göçmenler arasında var olan ebeler ve ilgili disiplinler tespit edilmeli ve onlara gerekli eğitim verilerek hizmet vericiler grubuna dâhil edilebilmelidir.
- Sorunların tespiti ve çözümünü kolaylaştırması için sağlık hizmeti sunulurken mülteci kadının üreme sağlığı problemlerine yönelik farkındalık artırılmalıdır.
- Kadınlara prekonsepsiyonel dönemden menapoza kadar sunulacak sağlık hizmetlerinin kendilerine ait dilde veya görsel eğitici materyaller ile sunulmalıdır.
- Erken yaş evlilik ve gebeliklerini önlenmesi amacıyla ilgili kamu kurumları ile birlikte çalışmalar yapılmalıdır.
- İstenmeyen gebeliklerin, düşüklerin önlenmesi için aile planlaması eğitimlerine önem verilmelidir.
- Doğum öncesi, doğum ve sonrası dönemde yeterli bakım almaları sağlanmalıdır.
- Toplumların doğum sonu döneme ait ritüelleri olduğundan gebelik döneminde verilecek eğitimlerde bu bilgiler edinilmeli ve gebelik eğitimi döneminden doğum sonu dönemine yönelik eğitimler de verilmeye başlanmalıdır.
- Göçmen kadınların eğitim ve iş olanaklarının sağlanmasına yönelik politikalar düzenlenmelidir. Ekonomik özgürlükleri sağlık hizmetinden faydayı arttıracaktır.
- Şiddet ve istismar mağduru göçmen kadınlar başta olmak üzere, tüm göçmen kadınlara için ruh sağlığı konusunda danışmanlık, destek ve rehabilitasyon hizmetleri verilmelidir.
- Bütün bu düzenlemeler yapılırken kültürlerarası farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Ayrıca, unutulmamalı ki; göç zoraki veya istemli, nasıl olursa olsun insanı doğduğu ve varoluşunu temsil ettiği topraklardan uzaklaştırdığı, iyisi kötüsüyle yaşanmışlıkların arkada bırakıldığı bir süreçtir. Yeni bir kültüre adapte olmanın, yeni bir dil öğrenmenin gerektiği zorlu bir süreç. Süreç, kimine göre kısa kimine göre uzun bir zaman gerektirecektir. Bu zaman diliminde “destek”, uyumu kolaylaştırırken aslında göçmen nüfusun değer yargılarına da değinildiği ve anlaşılır olduğunu göstermektedir. Yaşadığı dönem, jeopolitik konumu uyguladığı yönetim anlayışıyla üç kıtada çok kültürlü yaşamı uzun vadede sürdürebilmenin örneğini Osmanlı İmparatorluğu döneminde görmekteyiz. Bu bağlamda insani ilişkiler açısından göç politikalarını belirlerken Osmanlı imparatorluğunun tutumuyla ve Balkanlarda çok uluslu yaşam ortamında uyguladığı “Millet Sistemi” nin de uyarlanması göç politikalarında fayda sağlayabilir.

### **Kaynakça**

AID. (2019). Gebe okulu hikayemiz. Uluslararası Doktorlar Derneği. Erişim Mart 2021 <http://www.gebeokulu.org/hikayemiz/>

- Çevik, A. S. (2016). Suriye'den Türkiye'ye Göç'ün Etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 80-83. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23824/253817>
- Arabacı, Z., Hasgöl, E. & Serpen, A. (2016). TÜRKİYE'DE KADIN GÖÇMENLİK VE GÖÇÜN KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 0 (36), 0-0. DOI: 10.21560/spcd.77608
- Ayverdi S. (2016). Yolcu Nereye Gidiyorsun. Kubbealtı Neşriyat. (1. Baskı 1944) 6.Baskı. s.70.
- Bayık A. (2014). Hemşirelik Araştırmalarına Kültürel Yeterli Yaklaşım. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, Editörler. *Kültürlerarası Hemşirelik. İkinci Baskı. İstanbul: Akademi Yayın:451-82.*
- Büyüktiryaki, M., Canpolat, E., Dizdar, E.A., Okur, N., & Şimşek, G.K. (2015). Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Conflict and Health*, 9, 38-49.
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 204- 207.
- Campinha-Bacote J. (2002) The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs.* 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003003. PMID: 12113146
- Çakmak, S. (2010). Değişen hayatların görünmez sahipleri: Göçmen kadınlar. *Feminist Eleştiri Dergisi*, 2, 50-64.
- Çaman, K.Ö., & Özvarış, Ş.B. (2010). Uluslararası göç ve kadın sağlığı. *Sağlık ve Toplum*, 20 (4), 3-13. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2019/08/Uluslararası%C4%B1-Goc-ve-Kad%C4%B1n-Sağl%C4%B1g%C4%B1.pdf>
- Çelik K. (2018). *Kültürlerarası Duyarlılık ve Birlikte Yaşama “Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar ve Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri Oluşturmak Suretiyle Suriyeli ve Diğer Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Hizmetlerine Erişimlerini Güçlendirme Projesi”.* Odak Grup Toplantılarına İlişkin Değerlendirme Raporu. TED Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü Ankara.
- Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. (2016). Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf)
- Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M.O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: A cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10: 14, 1-6.
- Doherty, M.E. (2010). Midwifery care: Reflections of midwifery clients. *Journal Perinat Educ.* 2010; 19(4): 41-51.
- Douglas, M. K, Pierce JU, Rosenkoetter M ve ark. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: update. *Journal of Transcultural Nursing* 2011;22(4): 317-33.
- Düşünder, T.A., & Çilingir, S.Y. (2017). Göçmenlere karşı kötümserlik artıyor mu? *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.* <https://www.tepav.org.tr/tr/haberler/s/4146>
- Etiler, N., Lordoğlu, K.(2010). *Göçmenlerin Sağlık Sorunları Ev Hizmetlerinde Alan Araştırması, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiri Kitabı, (ss.93-118).*
- Evrensel.net. 23 Eylül 2020. Erişim: Nisan 2021. Suriyeliler nezdinde aslında kendimize bakıyoruz. <https://www.evrensel.net/haber/414718/prof-dr-murat-erdogan-suriyeliler-nezdinde-aslinda-kendi-aynamiza-bakiyoruz>
- Evrensel.net. 11 Ocak 2021. Mülteci kadınlar cinsel şiddete maruz kalıyor. <https://www.evrensel.net/haber/423282/multeci-kadınlar-cinsel-siddete-maruz-kalıyor-kurumlara-guvenmedigi-icin-basvurmuyor> Erişim; 7 şubat 2021.
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., Strickland, O., & American Academy of Nursing (2007). American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 18(2), 95–102. <https://doi.org/10.1177/1043659606298618>



- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002a). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 185–201. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002b). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International nursing review*, 49(2), 79–86. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x>
- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S.G., Özdemir, S., Başbüyük, M., & Coşkun A.M. (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3 (1), 1-17.
- Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunlarını Araştırma Ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM). (2015). Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar ve Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri Oluşturmak Suretiyle Suriyeli ve Diğer Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı ve Cinsiyete Dayalı Şiddet Hizmetlerine Erişimlerini Güçlendirme Projesi. Erişim adresi: [https://www.hacettepe.edu.tr/toplumsal\\_sorumluluk/icerik/HUKSAMProje\\_Sunum\\_071117.pdf](https://www.hacettepe.edu.tr/toplumsal_sorumluluk/icerik/HUKSAMProje_Sunum_071117.pdf)
- ŞAHİN, N., Onat Bayram, G., & Demet, A., (2009). Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. *HEMŞİRELİKTE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA DERGİSİ*, vol.6, no.1, 2-7. ICM (2018). Definition of The Midwife. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- International Rescue Committee (IRC). (2015). The refugee crisis in Europe and the Middle East. <https://www.rescue.org/sites/default/files/documen>
- Islam, M. M., & Gagnon, A. J. (2016). Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC women's health*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0296-4>
- İlhan, A. M. (2016). Afetler ve İnsani Yardım Operasyonlarında Silahlı Kuvvetlerin Rolü. *Güvenlik Bilimleri Dergisi*, 2 (1), 107-129 . DOI: 10.28956/gbd.239720
- İnsan Hakları ve Mazlumlar İçin Dayanışma Derneği (MAZLUMDER). (2014). Kamp dışında yaşayan Suriyeli kadın sığınmacılar raporu. <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/m/a/mazlumder-kamp-disinda-yasayan-suriyeli-kadin-siginmacilarraporu.pdf>
- Jean Monnet Yaz Akademisi (2020). Türkiye-AB İlişkilerinde Göç. <https://migration-eu.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2020/07/JM-YAZ-AKADEM%C4%B0S%C4%B0-PROGRAMI-2020.pdf>
- Kadın Merkezi Vakfı (KAMER). (2017). Sığınmacı kadınlar- beş il raporu. Erişim adresi: [http://www.kamer.org.tr/menus/kamer\\_vakfi\\_siginmaci\\_kadınlar\\_5\\_il\\_raporu.pdf](http://www.kamer.org.tr/menus/kamer_vakfi_siginmaci_kadınlar_5_il_raporu.pdf)
- Kara, P, Nazik E. (2018). Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7:2, (pp. 58 -69)
- Karahan, N. (2021). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Bir Meslek Olarak Ebelik. (Bölüm Adı). Nobel Tıp Kitapevi. Editör Fatma Akçay Ay, 8. Basım. S.33
- Karakaya, E., Coşkun, A. M., Özerdoğan, N., & Yakıt, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: kalitatif bir çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(48), 417- 428
- Kaypak, Ş., & Bimay, M. (2016). Suriye savaşı nedeniyle yaşanan göçün ekonomik ve sosyo-kültürel etkileri: Batman örneği. *Batman Üniversitesi Batman Yaşam Bilimleri Dergisi*, 6 (1).
- Krause, S., Williams, H., Onyango, M.A., Sami, S., Doedens, W., Giga, N. et al. (2015). Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri camp and Irbid city, Hashemite Kingdom of Jordan: An evaluation of the minimum initial services package. *Conflict and Health*, 9 (1), 4.
- Kubbealtı Lugati, Kültür anlamı. (2021). Kubbealtı Akademisi Kültür ve Sanat Vakfı. <http://lugatim.com/s/k%C3%BClt%C3%BCr>
- Lavizzo-Mourey, R. (1996). Cultural competence: Essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, 124(10), 919-921.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Theories, research, and practice* (2nd ed.). New York: John Wiley.
- Leininger M. (1999). What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1): 9-9.

- Leininger M. (2002). Culture care theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing* 2002;13(3):189-92.
- Leininger, MM., McFarland, MR. (2005) Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed., Boston: Jones & Bartlett Publishers; 2005.
- Leininger M. (2009) Transcultural Nursing Care in the Community. *Community Health Nursing*. Karen Saucier Lundy, Sharyn Janes Editor. Jones and Bartlett Publishers, 2009: 228-245.
- Liu, Z.Y., Li, J., Hong, Y., & Yao, L. (2016). Reproductive health service utilization and social determinants among married female rural-tourban migrants in two metropolises, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology Medical Sciences*, 36 (6), 904909.
- Mccann, P., Poot, J., & Sanderson, L. (2010). Migration, relationship capital and international travel: Theory and evidence. *Journal of Economic Geography*, 10 (2), 361-87.
- McNeill, J., Lynn, F. & Alderdice, F. (2012). Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health* 12, 955.
- Mejía, O.L., & Christopher, J.M. (2010). Acculturative stress, depression, and anxiety in migrant farmwork college students of Mexican heritage. *International Journal of Stress Management*, 17 (1), 1-20.
- Meriç C. (2013). Bütün Eserleri 12. *Kültürden İrfana. İletişim yayınları*. S; 33,45.
- Missal, B., Clark, C., & Kovaleva M. (2016). Somali immigrant new mothers' childbirth experiences in minnesota. *Journal of Transcultural Nursing*, 27, 359-367.
- Mülteciler Derneği. (2021). Hakkımızda/ekibimiz. Erişim: Mart 2021. <https://multeciler.org.tr/hakkimizda/ekibimiz/>
- Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12-15 in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 91:1114-1118.
- Oğuz H, Ş. (2013). *Kültürlerarası İletişim Bağlamında Sığınmacılık Deneyimi: Gaziantep Örneği*. Doktora Tezi. Ankara.
- Olgaç, Z, Karaçam,Z.(2017). Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 25(3): 153-165
- Önal, A., & Keklik, B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7 (15), 132-148.
- Özgülınar, N. (2016). Kadınların Sorunları, Savaş, Göç ve Sağlık, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara.51-56.
- Özvarış ŞB. (2011). Psikososyal faktörler ve kadın sağlığı: Gizli tehlike. Tokgözoğlu L. ve Özer N. (Eds.), *Türk Kardiyoloji Derneği, 2. Ulusal Kadın Kalp Sağlığı Sempozyumu içinde*, Ankara: 29-39.
- Purnell, L (2000) Description of the Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1):40-46.
- Purnell L (2001) Guatemalans' practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. *Journal of Transcultural Nursing*, 12 (1):40-47.
- Purnell L (2002) The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3):193-196.
- Rogers, C., & Earnest, J. (2014). A cross-generational study of contraception and reproductive health among sudanese and eritrean women in brisbane. *Australia Health Care for Women International*, 35, 334-356.
- Resmi gazete. (2014). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (Tarih: 22.05.2014 ve Sayı: 29007).
- Salisbury, P., Hall, L., Kulkus, S., Paw, M.K., Tun, N.W., Min A.M. et al. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the thailand- myanmar border – a mixed methods study. *Reproductive Health*, 13, 94.
- Süt, HK. (2017). Suriye'den göç eden kadınlar ve üreme sağlığı sorunları. *Sağlık ve Toplum*, 27(1): 3-7.





- Şenol, D., & Dinç, A. (2016). Türkiye'nin Suriyeli çocuk gelinleri: sosyolojik bir değerlendirme. Üsküdar Üniversitesi Suriyeli Çocuklarla El Ele Uluslararası Göç ve Çocuk Sempozyumu. İstanbul. 17-18 Kasım.
- Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N.G., & Özek, B. (2015). Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Kongre Kitabı). Konya. 5-9 Ekim, 998-999.
- T.C İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin oranı. (2022). <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> Erişim: 20 Kasım 2022
- Resmî Gazete. (2007). Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Üçüncü Fasıl: EbelerYataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Bakanlar Kurulu Karar Numarası ve Tarihi: 8/5319 - 10.9.1982, Resmî Gazete: 13 Ocak 1983 – 17927; Son Güncelleme: Çarşamba, 21 Şubat 2007.
- Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelikte yeni bir model önerisi: Çevre odaklı kültürel yeterlilik modeli. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4658-4670. doi:10.14687/jhs.v14i4.5079
- TC Sağlık Bakanlığı. (2021a). Halk Sağlığı genel Müdürlüğü Göçmen Sağlığı. Erişim: Şubat 2021 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/g%C3%B6%C3%A7men-sa%C4%9Flu%C4%B1%C4%9F%C4%B1-merkezleri.html>
- TC Sağlık Bakanlığı. (2021b). Sıhhat-2 Proje faaliyetleri. Erişim: Şubat 2021 [http://www.sihhatproject.org/sihhat2\\_faaliyetler.html](http://www.sihhatproject.org/sihhat2_faaliyetler.html)
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: Acritical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care to the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125.
- Thomson G, Dykes F, Singh G, Cawley L, Dey P. A (2013) public health perspective of women's experiences of antenatal care: an exploration of insights from a community consultation. *Midwifery*. 2013 Mar;29(3):211-6. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.002. Epub 2012 Feb 16. PMID: 22341092.
- Topçu, S., & Beşer, A. (2011). Health promoting life-styles among immigrant and nonimmigrant women. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4 (2), 56-62.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 47-57.
- Tuzcu, A., & Bademli, K. (2014). Göçün Psikososyal Boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6:1, (pp. 56-66)
- Türk Tabipleri Birliği Yayınları (TTB) Ankara. (2016). Savaş, göç ve sağlık. [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/signmacilar\\_rpr.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/signmacilar_rpr.pdf)
- Türk Ebeler Derneği. “Ebelik, ebelik tarihi, ebelerin görevleri” (2021). <http://www.turkebelerdernegi.com> Erişim Tarihi: Mart 2021
- UNFPA Basın Bülteni: Dünya Ebeler Günü (2020). <https://turkey.unfpa.org/tr/news/unfpa-bas%C4%B1n-b%C3%BClteni-d%C3%BCnya-ebeler-g%C3%BCn%C3%BC>
- UNICEF. (2016). Antenatal Care. <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
- WHO. World Health Organization. (1992). The International Definition of a Midwife. [www.who.int/reproductive\\_health/mpr/rhr\\_02\\_17\\_11.html](http://www.who.int/reproductive_health/mpr/rhr_02_17_11.html)
- WHO. World Health Organization. (2016). What works to improve young people's sexual and reproductive health. 22 August. <https://www.who.int/news/item/22-08-2016-what-works-to-improve-young-people-s-sexual-and-reproductive-health>
- WHO. World Health Organization. (2020). Home/ Newsroom/ Fact sheets/ Detail/ Adolescent pregnancy <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- WHO. World Health Organization. (2021a). remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.
- WHO. World Health Organization. (2021b). Gender, equity and human rights <https://www.who.int/gender-equity-rights/events/policy-to-practice/en/>

- Wikipedia, Kültürün anlamı. (2021). [https://tr.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCl%C3%BCr#cite\\_ref-1](https://tr.wikipedia.org/wiki/K%C3%BCl%C3%BCr#cite_ref-1) Erişim Tarihi: Ocak 2021
- Yağmur Y., AYTEKİN S. (2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11:1, (ss. 56-60).
- YETER E. (2018) Suriyeli Göçmen Kadınların Dini-Kültürel Kimlik Oluşturmalarında Yerel Dini Kültürün Etkisi: Kahramanmaraş Örneği YETER – ANTAKİYAT/Journal of Social and Theological Studies, 1(1), 2018, 99-126.
- Yıldırımkaya, G. (2014). Mülteciler ve üreme sağlığı riskleri. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı. Görünüm*. Ocak, 1-5.
- Zaky, H.& Rashad, H. (2014). "Comparative Analysis of Fertility Plateau in Egypt, Syria and Jordan", Policy Implications Social Research Center, The American University in Cairo. [https://www.researchgate.net/publication/313426024\\_A\\_Comparative\\_Analysis\\_of\\_Fertility\\_Plateau\\_In\\_Egypt\\_Syria\\_and\\_Jordan\\_Policy\\_Implications/citations](https://www.researchgate.net/publication/313426024_A_Comparative_Analysis_of_Fertility_Plateau_In_Egypt_Syria_and_Jordan_Policy_Implications/citations)

## EXTENDED ABSTRACT IN ENGLISH

### Midwifery Services in Immigration Management from the Lens of Intercultural Models

Increasing migrations around the world; poses an important problem and affect the social life, cultural norms, and general economic and physical conditions of society. In parallel with this, it also harms health. Refugees, it is defined as individuals to whom the states party to the treaties provide their status and legal protection. But in their lives outside the camp where they are collected; they face difficulties in meeting their basic needs such as settlement, health, education, and nutrition.

Women are the weak link in the refugee population. It is known that the health support needs of especially refugee women of childbearing age cover a wide spectrum from the preconception period to menopause. Therefore, affecting women's health; factors such as adolescent pregnancies, unhealthy births, and abortions, high fertility, lack of access to reproductive health services, sexually transmitted infections, psycho-social and economic problems, attitudes and behaviors towards refugees, violence, and abuse should be addressed together with their mechanisms of action. Supporting the problems to be encountered and the resulting needs with evidence-based studies will be beneficial for the health policies to be formed for the solution. While providing health services to refugees, priority should be given to identifying the main problem. Studies she reports that language and cultural differences and adapting to a health system they are unfamiliar with pose a challenge for refugee women. Moreover, Among the factors that negatively affect health; Refugees have financial inadequacies, lack of health insurance and a health institution where they can get service, inadequate and unbalanced nutrition, transportation difficulties, and psycho-social factors. An approach that considers women's lifestyle, health beliefs, and health practices; For both women and health professionals, stress and conflict can be reduced in practice and increased efficiency in health care.

In Turkey, it is seen that the majority of those coming from Syria with refugee status from Iraq, the Russian Federation, Turkmenistan, Iran, Syria, Azerbaijan, Uzbekistan, Afghanistan, Ukraine, Kazakhstan, Syria, etc., and it is noteworthy that almost half of the permanent population is women. It is seen that most women in the childbearing period are among the women's group. The fertility period and menstrual cycle include normal physiological



processes such as pregnancy, childbirth, postpartum period, and menopause, as well as special periods that require health care such as the preconceptional period and family planning. In these periods, mortality and morbidity are encountered more frequently, and more qualified health care is needed.

Recognition of the culture of the people to be served will facilitate communication between healthcare professionals and service recipients. For this reason, the title of culture should be included in the parameters that constitute refugee women's health policies. Cemil Meriç called culture lore, and lore; defined it as a word that embraces all poles of thought. "Knowledge, the unique garden of mankind, does not separate, unites. In this garden, grudges are silenced, walls fall, and conflicts cease. Knowledge begins with knowing. To know oneself is to be freed from the slavery of prejudices. he spoke. If we consider the cultural dimension of health policies regarding immigrant women with Meriç's definition; without separating, we meet at the denominator of human values that unite, where grudges and prejudices are silent. Discussions based on the interaction between immigrants and settled cultural groups are often about "harmony". The general acceptance in these discussions is that the immigrant group should adapt to the settled group. This leaves the duality of intercultural communication incomplete. True harmony requires a two-sided balance. Culture is also somewhat dependent on variables. Therefore, it can be in both the determined and the determined position. Cultural differences suggest living the attitudes of societies with the approach of integration and assimilation as well as harmony. While creating the intercultural care model, the feelings of the settled society in individuals and the ties within their group should also be taken into consideration. In addition, it should be evaluated which of the concepts of integration and assimilation is accepted in harmony.

Communication can be more effective with an intercultural and culturally sensitive care model. Therefore, the health service to be provided should be evaluated more comprehensively with the support of intercultural care models.

The starting point of the Intercultural Evaluation Model was the "Transcultural Nursing" Model, which was explained by Leininger with the necessity of culturally sensitive nursing care. Leininger's "Cultural Care Theory of Diversity and Universality" also guided the creation of the knowledge of health care providers. This model, the first step of which is cultural awareness.

- Campinha-Bacote Model, which can also be explained by the cultural competence process
- Assessing cultural values and their reflected effects on health and illness attitudes

Giger and Davidhazar Model" developed with the aim of

- Purnell Model" is defined as an ethnographic model
- Institutions that have the first and most important responsibility in the acquisition of cultural competence

It forms the basis of the "Environmentally Oriented Cultural Competence Models", which express that they are institutions.

The fertility period, the age range of 15-49 is known as the period when women need services at the highest rate. Midwives are at the forefront among the health professionals who will provide services in this period. Women need to be able to access and receive health services related to family planning, and reproductive and women's health. During pregnancy, childbirth, and the postpartum period when physiological changes are experienced and the need for psychosocial support increases; Although it is necessary to have midwives at the forefront, it is also important to cooperate with other disciplines. Midwives have the power to carry out their professional practices and consultancy services through deontology and at an academic level, with the undergraduate and graduate level education, they receive. United Nations Population Fund/ United Nations population We see that the Fund (UNFPA) Turkey's representation draws attention to the importance of midwifery training in its World Midwife's Day 2020 message. UNFPA Turkey Representative Karl Kulesa stated that more than 10 thousand students in more than 50 faculties receive comprehensive and advanced midwifery education at undergraduate, graduate, and doctoral levels every year in Turkey. He also commented, "Midwives have a very critical role in community-based preventive health services and education programs, and midwives should be given active and active roles". In the 2019 report prepared by the ICM and published within the framework of the celebration program, it is stated that investing in midwives is a commitment to a healthy and wealthy nation. These comments can be accepted as a suggestion that it will be beneficial if midwives are given active roles in determining all local or immigrant social strategies that concern women and children. According to their job descriptions, midwives can contribute to the process management because of the intercultural midwifery care they will provide, as well as the professional representative and other non-governmental organizations, as well as collaborating with other disciplines.

In Turkey, the TR Ministry of Health Migrant Health Centers was established in settlements where midwives also work and where the population of Syrian immigrants is over 20 thousand, serving as the subordinate unit of the district's community health center. In addition, non-governmental organizations such as the Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants, the Association for Assistance and Solidarity with Refugees and Asylum Seekers, and the International Doctors Association are among the organizations that provide services.

This study has been handled to show that midwives are another discipline that can contribute to care models that include an intercultural approach, especially in providing support to women most affected by the migration process and facilitating their adaptation.

In this study, as a member of a family that had migrated from the Balkans (Macedonia) to Turkey; It is an important factor that I have experienced the immigrant woman and the importance of cultural harmony. Another strong reason is that I have a midwifery profession, where I can touch people. If there is a reward at the end of the road, such as touching people, therefore humanity, the road may stretch a little, but it will both prove their professionalism and make their soul peaceful for the service provider. It also strengthens the understanding of the social state in the determination of the immigration policies of the states. It also provides a comfortable breathing opportunity for immigrant individuals who leave their country voluntarily or involuntarily. For this reason, although the study was written with a focus on Turkey, migration is a fact that has been experienced throughout human history and will continue to be experienced. This reality must be lived by not only Turkey but also Europe



and other world states. Therefore, when determining migrant women's health policies, governments should include intercultural harmony under the umbrella of a humanitarian approach and allow midwives to participate in interdisciplinary work.