

**T.C**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MÜLTECİ GEBE VE LOHUSA KADINLARA BAKIM VEREN EBE  
VE HEMŞİRELERİN BAKIM VERME VE BAKIMI  
SÜRDÜRMEDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER**

**Gülnihal ARTUĞ CANSIZLAR**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL, 2017**



**T.C**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MÜLTECİ GEBE VE LOHUSA KADINLARA BAKIM VEREN EBE  
VE HEMŞİRELERİN BAKIM VERME VE BAKIMI  
SÜRDÜRMEDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER**

**Gülnihal ARTUĞ CANSIZLAR**

**152038138**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL, 2017**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Gülnihal Artuğ Cansızlar

Öğrenci No : 152038138

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik

Tez Savunma Tarihi: 28.11.2017

Danışman : Yrd. Doç.Dr.Kerime Derya Beydağ

Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : "Mülteci Gebe Ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe Ve Hemşirelerin Bakım Verme Ve Bakımı Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇÖKLÜĞÜYLE karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/ RED/ DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin (İstanbul Üniversitesi)	KABUL	N.Hotun
Yrd. Doç. Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	K.Derya
Yrd.Doç.Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	G.Uysal

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/ RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. İlknur Çalışkan		

## ÖZET

Bu çalışma, mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla narrative (öyküleme) kalitatif tipte yapılmıştır.

Araştırma evreni, Süleymaniye Kadın Doğum Hastanesi'nde doğumhane, gebe acil, kadın doğum kliniklerinde çalışmakta olan 25 ebe ve hemşire oluşturmuş, çalışmaya katılmak istemeyen ve yeterli yanıt vermeyen gebelerin örneklem dışında kalması nedeniyle 10 hemşire ve ebe ile çalışma tamamlanmıştır. Kişisel bilgi formu ve görüşme formu hemşire ve ebelere uygulanmıştır. Veriler, Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniğiyle ses kaydı yapılarak toplanmıştır. Veriler analiz edilmiş, temalar ve üst temalar oluşturulmuş, araştırma sonuçlarına göre literatür taraması yapılarak yorumlanmıştır.

Araştırmada, hemşire ve ebelerin mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede büyük oranda beden dilini kullandıkları, yanlış anlamaların yaşandığı, bakım verirken tükenmiş hissettikleri ve aynı dili konuştukları gebe ve lohusalara bakım vermekten farklı olmadığını belirttikleri saptanmıştır. Hemşire ve ebeler, mülteci hastalara bakım vermenin iş yükünü arttırdığını ve çalıştıkları kurumda bu grup hastalara yönelik bakım verme ve sürdürme konusunda özel bir düzenleme olmadığını ifade etmiştir. Hemşire ve ebeler, 24 saat kurum tercümanı bulundurulması ve sadece mülteci hastalara yönelik hastane açılmasının yaşanan sıkıntıları gidermede etkili olabileceğini belirtmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre mülteci hastalara bakım veren ebe ve hemşirelerin yaşadığı güçlükler dair daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Mülteci gebe ve lohusalara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükler sadece hemşire ve ebe açısından değil mülteci gebe ve lohusa açısından da tanımlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mülteci gebe, Mülteci lohusa, göç ve hemşire, göç ve ebe.

**ABSTRACT**

**DIFFICULTIES EXPERIENCED IN PROVIDING AND MAINTAINING  
CARE BY MIDWIVES AND NURSES WHO CARE FOR REFUGEE  
PREGNANT AND PUERPERAL WOMEN**

The present study was carried out as a narratives qualitative study in order to determine the difficulties experienced in providing and maintaining care by midwives and nurses who care for refugee pregnant and puerperal women.

The study population included 25 midwives and nurses working in the delivery room, pregnancy emergency room, obstetrics and gynecology clinics of Suleymaniye Maternity Hospital. Since the pregnant women who did not want to participate in the study and who did not give adequate responses were excluded from the sample, the study was completed with 10 nurses and midwives. A personal information form and interview form were administered to nurses and midwives. The data were collected with face-to-face interview technique by recording voice between February and March 2017. The data were analyzed, the themes and upper themes were created and they were interpreted by searching the literature according to the results of the research.

The research revealed that the nurses and midwives used their body language to a great extent while providing and maintaining care for refugee pregnant and puerperal women, that misunderstandings were experienced, that they felt exhausted while giving care and they stated that it was not different from caring for the pregnant and puerperal who spoke the same language with them. The nurses and midwives reported that providing care for refugee patients increased the workload and that there was no specific arrangement about providing and maintaining care for this group of patients in their institutions. The nurses and midwives indicated that having an institution translator for 24 hours and founding a hospital for only refugee patients would be effective in eliminating the problems experienced.

According to the study results, more comprehensive studies should be conducted on the difficulties experienced by midwives and nurses caring for refugee patients. The difficulties experienced in providing and maintaining care by midwives and nurses who care for refugee pregnant and puerperal women should be defined not only for nurses and midwives but also for refugee pregnant and puerperal women.

**Key words:** Refugee pregnant, Puerperal women, Migration midwives, migration and nurses.



## ÖNSÖZ

Bu çalışma, mülteci loğusa ve gebe kadınlara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yüksek lisansımın ders ve tez sürecinde, tüm bilgi ve tecrübeleriyle yardımlarını benden esirgemeyen, güler yüzüyle daima destek olup yol gösteren değerli hocam Sayın Yrd. Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmanın niteliksel deseninin oluşturulması sürecindeki yardım ve desteklerinden dolayı Yrd. Doç.Dr. Sevcan YAĞAN GÜDER'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmama verdikleri destek ve katkılarından dolayı Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğretim Üyelerine,

Araştırmanın uygulanması sırasında, hoşgörülerini esirgemeyen Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Hatice GÜLER ve saygıdeğer çalışanlarına, erişkin yoğun bakım ekibine ve araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm ebe ve hemşire arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme;

Yola çıkmamda en önemli etken olan, her konuda hayatımı kolaylaştıran ve her zaman beni destekleyip koşulsuz inanan eşim Maruf Cansızlar'a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Gülnehal ARTUĞ CANSIZLAR



## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Gülnihal ARTUğ CANSIZLAR



## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	v
BEYAN.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Doğum Öncesi Bakım.....	5
2.2 Gebelik Dönemi.....	6
2.3 Doğum Süreci.....	10
2.4 Lohusalık Dönemi.....	11
2.5 Mülteci Kadınlarda Sağlık ve Hemşire/Ebenin Rolü.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Veri Toplama Tekniği Ve Araçları.....	19
3.5. Gönüllü Katılım Formu.....	20
3.6. Kişisel Bilgi Formu.....	20
3.7. Görüşme Formu.....	20
3.8. Verilerin Toplanması.....	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
3.10. Verilerin Analizi.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Ebe ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	22
4.2. Mülteci Gebe Ve Lohusalara Bakım Verme Ve Bakımı Sürdürmede Karşılaşılan Zorluklara Ait Bulgular.....	23
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuçlar.....	62
6.2. Öneriler.....	64

KAYNAKÇA.....	66
EKLER.....	75
<i>Ek-1: Gönüllü Katılım Formu:</i> .....	75
<i>Ek- 2: Kişisel Bilgi Formu:</i> .....	75
<i>Ek- 3: Görüşme Formu</i> .....	76
<i>Ek-4: Okan Üniversitesi Etik Kurul Raporu</i> .....	77
<i>Ek- 5: Kurum Çalışma İzinleri</i> .....	78
ÖZGEÇMİŞ .....	80



## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=10).....	22
Tablo 2. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarından En Çok Hangisinin Kullanıldığı .....	23
Tablo 3. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarının Hangi Amaçla Kullanıldığı .....	25
Tablo 4. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Neler Yaşandığı .....	29
Tablo 5. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Hemşire ve Ebelerin Kendilerini Nasıl Hissettikleri .....	32
Tablo 6. Hemşire ve Ebelerin Komplikasyonları Nasıl Anladıkları.....	34
Tablo 7. Hemşire ve Ebelerle Aynı Dili Konuşan Gebe ve Loğusa Kadınlara Göre Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeyi Kıyasladıklarında Nasıl Değerlendirdikleri .....	36
Tablo 8. Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalar .....	39
Tablo 9. Mülteci Hastaların Hemşire ve Ebelere Yaklaşımı .....	42
Tablo 10. Mültecilerle Çalışmanın Avantajları ve Dezavantajları .....	44
Tablo 11. Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeye Yönelik Kurum Düzenlemeleri.....	47
Tablo 12. Yeni Yapılacak Düzenlemelere İlişkin Görüşler.....	48

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. İletişim Araçlarından En Çok Hangisinin Kullanıldığına Yönelik Görüşler	24
Şekil 2. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarının Hangi Amaçla Kullanıldığına Yönelik Görüşler .....	28
Şekil 3. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Neler Yaşandığına Yönelik Görüşler ..	31
Şekil 4. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Hemşire ve Ebelerin Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Yönelik Görüşler .....	33
Şekil 5. Hemşire ve Ebelerin Komplikasyonları Nasıl Anladıklarına Yönelik Görüşler	35
Şekil 6. Hemşire ve Ebelerle Aynı Dili Konuşan Gebe ve Loğusa Kadınlara Göre Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeyi Kıyasladıklarında Nasıl Değerlendirdiklerine Yönelik Görüşler .....	38
Şekil 7. Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalara Yönelik Görüşler.....	41
Şekil 8. Mülteci Hastaların Hemşire ve Ebelere Yaklaşımı İle İlgili Görüşler .....	43
Şekil 9. Mültecilerle Çalışmanın Avantajları ve Dezavantajları İle İlgili Görüşler ..	46
Şekil 10. Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeye Yönelik Kurum Düzenlemelerine Yönelik Görüşler .....	47
Şekil 11. Yeni Yapılacak Düzenlemelere İlişkin Görüşler .....	50

## **KISALTMALAR**

UNHCR: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiseri

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

AFAD: Afet Ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

TNSA: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

BM: Birleşmiş Milletler

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

USG: Ultrasonografi

EMR: Erken Membran Ruptürü

AFİ: Amniyotik Sıvı Volümü

IUGR: Intra Uterin Gelişme Geriliği

DIK: Intravasküler Koagülasyon

NST: Non Stres Test

## 1. GİRİŞ

Dünya tarihi boyunca pek çok sebeple insanlar yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalmıştır. Bu terk edişin nedenleri etnik köken, din, siyasi görüş, savaş vb. olabileceği gibi eğitim, iş imkanları, evlilik gibi sosyal sebeplerden de olabilmektedir. Yaşadıkları yerleri terk eden insanlar için çeşitli terimler göçmen, mülteci, sığınmacı v.b kullanılmıştır.

Göçmen tabiri çoğunlukla ekonomik nedenlerle ülkesini gönüllü olarak terk eden, başka bir ülkeye o ülkenin izniyle göç eden kişilerdir (1).

Sığınmacı ve mülteci terimleri genellikle birbirleriyle karıştırılır; eğer bir kişi mülteci olduğunu ileri sürüyorsa, fakat iddiaları henüz kesinliğe kavuşturulmamışsa, o kişi sığınma talebinde bulunmuş sayılır (1).

“1951 Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesi’ne (1951 Sözleşmesi) göre mülteci “ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen şahıs”lar olarak tanımlanmaktadır (2).”

Göçmenler, özellikle göçmen işçiler, kendilerinin ve ailelerinin geleceklerini garanti altına almak için buldukları yeri terk etmeyi seçerler. Mülteciler de ise, tam aksine hayatlarını kurtarmak ve özgürlüklerini korumak için evlerini terk ederler. Kendi hükümetleri onlara herhangi bir koruma sağlamadığı gibi aslında genellikle mültecilere zulüm eden, tehdit eden kendi hükümetleridir (1).

Ülkemizde ilk olarak mülteci hareketliliği 1988’de Halepçe katliamıyla başlayıp 1990’lı yıllarda Körfez krizi nedeniyle gelen Iraklı mülteci/sığınmacı akınıyla devam etmiştir (3). 1999 Kosova krizi ile 17000’den fazla Kosovalı Türkiye’ye sığınmış ve gönüllü olarak ülkelerine dönmüşlerdir (4). 2010 kayıtlarına göre 50 farklı ülkeden en çok Irak, İran, Afganistan ve Somali olmak üzere Türkiye’ye 17 bin kayıtlı mülteci ya da sığınmacı girmiştir (5).

Ülkemizde özellikle son yıllarda geçtiğimiz yıllara oranla mülteci sayısında çok fazla artış olmuştur. Pilot bölgeler olan Gaziantep, Şanlıurfa, Hatay, Kilis, Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Mardin ve Malatya’da mülteci kampları bulunmaktadır (6). 2017 yılında kayıtlı olan Suriyeli mülteci sayısı 3,2 milyonun üzerindedir (7).

BM Mülteci Örgütü Eylül 2017 verilerine göre ülkemizde 3.5 milyon mülteci bulunmaktadır. Bunlardan 3.2 milyonu Suriyeli, 145 bin Afgan, 140 bin Iraklı, 32 bin İranlı, 4 bin Somalili ve 9 bini ise diğer milletlerdendir (8).

Üç milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mülteci 246,720 sağlık, eğitim, gıda güvenliği ve sosyal, sağlık ve diğer hizmetler hususunda Türkiye Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) tarafından idare edilen 23 kampta yaşamaktadır (7). Yani ülkedeki mültecilerin yaklaşık %7.7’si kamplarda yaşamaktadır.

AFAD 2014 raporuna göre, 19 Nisan 2014 tarihi itibariyle 900 bini aşkın Suriyeliye ev sahipliği yaptığı ve bu nüfusun, yaklaşık 220 bininin Türkiye-Suriye sınırı yakınındaki 10 ilde kurulan 22 barınma merkezinde konakladığı ve barınma merkezleri dışında 700 bine yakın Suriyelinin ülkenin çeşitli kentlerinde kendi imkânlarıyla yaşadığı ifade edilmiştir. 2014 tarihli bu rapora göre Suriyeli misafirlerin yaklaşık dörtte üçünün barınma merkezleri dışında yaşadığı anlaşılmaktadır. Kamplar dışında yaşayan mültecilerin eğitim, barınma, sağlık gibi hizmetlerden faydalanması zorlaşmaktadır. Bu zorlukların ilk nedeni dil faktörüdür. Kadınlar erkeklere oranla olumsuz şartlardan daha çok etkilenmektedir (6).

T.C. Göç İdaresi 2016 yılı sonu faaliyet raporuna göre kayıt altına alınan Suriyeli yabancıların cinsiyetlerine göre dağılımları; 2.834.441 Suriyeli yabancıların 1.323.054’ünün kadın, 1.511.387’sinin erkek olduğu ifade edilmiştir (9).

UNHCR Türkiye İstatistiklerine göre ülkemizde bulunan kadın mülteci sayısı (Afgan, İranlı, Iraklı, Somalili ve diğer) 92,549’dur (10). Suriyeli kadın mülteciler ise toplam Suriyeli mülteci sayısının % 46.8’dir (11). Bu rakam ise yaklaşık olarak 1.5 milyondur.



AFAD 2014 raporuna göre kamp içinde yaşayan Suriyeli kadın mültecilerin %42.4'unun yaş ortalamasını 19-54 yaş grubu oluştururken kamp dışında yaşayan kadınların %50'si 18 yaş ve altıdır. Bu kadınların okur yazar olma durumu en yüksek %35.1 ile ilköğretim mezunu iken, okur yazar olmayanların oranı %20.9'dur. Medeni duruma bakıldığında kamp içinde evli olanların oranı %66.6 iken, bekar olanların oranı %28.5 'dir. Eşi ölenler %4.1 iken, boşanmış olanlar ise %0.9'dur. Kamp dışında ise evli olanların oranı %66.9, bekar olanların oranı %27 iken eşi ölenler %5.1 ve boşanmış olanlar %1'dir (6).

Mültecilerde ülke değişikliği, ekonomik zorluklar, aile bireyi sayısını azaltma isteği, gelecek olan başlık parası ve takılar nedeniyle erken evlilik veya evliliğe zorlama, cinsel taciz sık görülmektedir (12).

Kadın mülteciler şiddet, tecavüz ve gasplara karşı savunmasızdır (13). Kadınlar ister mülteci olarak başka ülkelere gitsinler, ister kendi ülkelerinde kalsınlar savaştan en çok etkilenen ve mağdur olan taraftır. Mülteci oldukları ülkelerde de cinsel istismarlar, adölesan evlilikler, kaçırılma ve tecavüzlere maruz kalmakta ve olumsuz koşullarda yaşamaktadırlar. Bunun yanında getirdiği birçok sağlık problemleriyle de baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Yetersiz beslenme, kötü hijyen koşulları, düşükler, enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar gibi (3).

Ruanda ve Darfur'daki soykırımlarda erkek savaşçılar, düşmanın aşağılanması en iyi yolunun düşman kadınlarına işkence yapmak ve tecavüz etmek olduğuna inanıyorlardı. Kadınların savaşın meşru ganimeti olduğuna inanıyorlardı. 2. Dünya savaşı sırasında 100.000 ila 200.000 kadın uzun süre cinsel istismara maruz kalmıştır. Kadınların çoğu Koreli, bir kısmı ise Çinli, Filipinli, Endonezyalı, Burmalı ve Hollandalıdır. Ordu belgelerinde kadınlar savaş malzemeleri olarak envantere kayıt edilmişlerdir. Amaç ise Japon askerlerin cinsel yolla bulaşıcı hastalığı olmayan bakire kadınlarla cinsel birlikteliklerini sağlamaktır. Bu kadınların yüzde 10'dan azı savaş alanından sağ kurtulmuştur (13).

Pek çok sağlık sorunuyla mücadele eden mülteci kadınlar ayrıca dil problemiyle de karşı karşıyadır. Sağlık alanında yaşanan en önemli sorunlardan biri dil problemidir. Mültecilerin yeteri kadar Türkçe bilmiyor olması ve ilgili kurumlarda Arapça veya Kürtçe bilen personelin bulunmaması ya da yeterli personelin olmaması bu sorunu

özüksüz kılmaktadır (14). Özellikle doğumhane, ameliyathane, yoğun bakım gibi tercümanın bulunamayacağı birimlerde dil sorunu daha kritik olmaktadır. Tercümanın tercüme ettiği cümlelerin de ne kadar doğru olduğu, sorunu doğru anlayıp anlamadığı veya doğru ifade edip etmediğı bir diğer sorunu oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları ve hasta arasında iletişim sağlanamadığından hasta için spesifik olarak planlanan bakım genel olarak yapılmakta ve bireyselleştirilememektedir.

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde son dönemlerde büyük artış gösteren, özel bakım ve semptom takibi gerektiren özellikli hasta grubu olan gebe ve lohusa mültecilere bakım veren ebe ve hemşirelerin yaşadığı güçlükleri saptamaktır.

Aynı zamanda çalışma sonucu tespit edilen güçlükler baz alınarak kurum içerisinde düzenlemeler, eğitimler yapılması ve farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB), tüm gebelik boyunca anne ve fetüsün belirli aralıklarla düzenli olarak bir sağlık personeli tarafından muayene ve önerilerle izlenmesidir (15). Doğum öncesi bakım gebeliğin planlanması ile başlar ve doğuma kadar uzanır. Bu süreçte gebenin oluşabilecek tıbbi, ruhsal ve sosyal problemlerin önlenmesi veya ortaya çıkmış problemlerin de tedavisi hedeflenir (16).

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin gelişmesi ile perinatal ölüm oranları ilişkilendirilmiştir. Batı ve Orta Avrupa ülkelerinde doğum öncesi bakımın geliştirilmesiyle perinatal mortalite oranını 1920'lerde %60'lardan 1980'lerde %13'e geriletmiştir. Gebe kadınların doğum öncesi izlenmesi ve doğumların sağlık profesyonelleri eşliğinde yaptırılması önemlidir. Gebelik sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve protokolleri ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye farklı olmalıdır (17).

Sağlık Bakanlığı'na göre; ilk izlemin gebeliğin 14. haftasında, ikinci izlem 18.-24. haftalar arası, üçüncü izlem 24.-36. haftalar arası, son izlem olan dördüncü izlem ise 36.-38. haftalar arası olmak üzere her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi hedef alınmıştır (18). Normal gebelerde tavsiye edilen doğum öncesi bakım kontrolleri, gebeliğin 7. ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay, 36. haftaya kadar iki haftada bir ve 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklindedir. Bu da gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. TNSA 2013 verilerine göre doğum öncesi bakım alan kadınların doğumlarını bir sağlık kuruluşunda yapma olasılığı artmaktadır. Dört veya daha fazla doğum öncesi bakım alan kadınların neredeyse tamamı (%99) doğumlarını sağlık kuruluşunda yapmaktadır. Diğer taraftan doğum öncesi bakım almayan kadınların evde doğum yapma olasılığı artmaktadır. Eğitim ve refah düzeyi ile doğum öncesi bakım alma ilişkilidir (19).

Doğum öncesi bakımın en önemli nedeni birincil koruma uygulayabilmektir; yani anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya olası riskleri en aza indirerek gebeliğe ilişkin komplikasyonları önlemek/azaltmak ve annelerin/bebeklerin daha sağlıklı olmasını sağlamaktır.

Birleşik devletlerde 1980’li yıllarda izlenen doğum öncesi bakım ülkemizde 2000’li yıllarda uygulanmaya başlanmış ve 2009 yılında standart bir ulusal doğum öncesi bakım rehberi ve gebe risk değerlendirme formu oluşturulmuştur (20).

## 2.2 Gebelik Dönemi

Gebelik, kadın ve erkek üreme hücrelerinin bir araya gelmesiyle oluşan ve doğumla sonlanan bir süreçtir. Gebeliğe uyum ve gebeliğin sonlanmasına kadar geçen sürede gebe, hemşireden veya ebeden yardım almak zorundadır. Özellikle doğum yaklaştıkça bu işbirliği daha da artmaktadır. Gebenin uyumlu bir şekilde ebe/hemşire ile iş birliği yapması, şikâyetlerini tam ve net olarak dile getirmesi ayrıca verilen direktiflere uyum sağlaması doğum sürecini, doğum şeklini, oluşacak komplikasyonları ve deneyimini etkilemektedir (21).

Gebelikte aşılama, diyet, spor, rutin kontroller ve doğuma hazırlık gibi çeşitli konularda gebelere eğitim verilmelidir. Bu eğitimler gebenin gebelik sürecini sağlıklı ve rahat geçirmesi ayrıca doğuma hazırlanması için önem arz eder. Gebenin tansiyon, kan değerleri ve USG takipleri hem anne hemde bebek açısından hayati öneme sahiptir.

Uyumlu bir gebe oluşabilecek komplikasyonların kontrol altına alınmasında da etkin rol oynar. Gebelikte takip edilmeyen gebeler, gestasyonel diabet, preeklampsi, EMR gibi kontrollerle tanı koyulup kontrol altına alınabilecek gebelik komplikasyonları açısından kapalı bir kutudur. Bu tip hastalar hem doğum sürecinde hemde doğumdan sonra hayati risk taşır.

**Polihidroamniyoz:** Gebeliğin herhangi bir haftasında 2000 ml’den fazla amniyotik sıvının patolojik olarak birikmesi veya gebelik haftası için %95’den persentilden fazla sıvı olması yada termde amniyotik sıvı volümünün (AFİ) 25cm’den fazla olmasıdır. Genel popülasyonda %1 insidansa sahiptir. Amniyotik sıvının miktarındaki önemli artışlar perinatal morbiditeye neden olan perinatal doğuma, membran rüptürünün neden olduğu kord prolapsusuna, komorbiditeye, konjenital malformasyonlara neden olmaktadır. Polihidroamniyozun nedenleri; %80 idiyopatik, %20 fetal malformasyonlar ve genetik hastalıklar, %5 maternal diabetes mellitus, %7 çoğul gebelikler, % 8 ise diğer (konjenital viral enfeksiyonlar,nöromusküler hastalıklar v.b.) hastalıklardır (22).

**Oligohidroamniyoz:** fetüsü çevreleyen amniyotik sıvı miktarının anormal azalmasıdır (23). AFI'nin o gebelik haftasına göre beklenen persentilin %5'in altında olması veya AFI'nin termde 5 cm'nin altında olmasıdır. Membran rüptürü, fetal üriner sistem malformasyonları, postterm gebelikler ve plesenta yetmezlikleri oligohidroamniyozun etiyojisidir. Özellikle ikinci trimestride tespitinde perinatal mortalite riski %80-90'dır. Uzamış oligohidroamniyoz 2. ve 3. trimestride %10-15 oranında kranial, fasial yada iskelet anomalilerine neden olur. Oligohidroamniyozun nedenleri; %50 fetal anomali, %34 PPROM, %7dekolman plesenta, %5 fetal büyüme kısıtlılığı, %4 ise bilinmeyendir (22).

**İntrauterin Gelişme Geriliği (IUGR):** Gebelik haftasına göre tahmini fetal ağırlığın %10 persentilin altında olması olan IUGR olguların yaklaşık %70'i yapısaldır. Fetus için IUGR 2-6 kat artmış perinatal mortalite ve morbiteye neden olmaktadır. Nedenleri;

- Yapısal olarak küçük anne ve yetersiz kilo alımı,
- Kronik maternal hastalıklar,
- Fetal enfeksiyonlar,
- Konjenital malformasyonlar,
- Teratojenle karşılaşma,
- Plesental anomaliler,
- Çoğul gebelikler (22).

**Servikal Yetmezlik (CI):** Gebelikte internal osun asemptomatik dilatasyonu ile karakterizedir (23). Yaklaşık 1/50 ile 1/2000 arasında görülmektedir. Enfeksiyon, plesental ayrılma (dekolman), uterin kontraksiyonlar ya da uterin anomali olmadan yineleyen servikal dilatasyonlardır. Risk faktörleri

- Geçirilmiş servikal laserasyonlar,
- Konizasyon öyküsü,
- Mekanik servikal dilatasyon uygulaması,
- Çok sayıda gebelik terminasyonu,
- İntrauterin dietilstilbestrol kullanımındır (22).

**Preterm Eylem (PE):** 37. Gebelik haftası öncesi oluşan servikal değişikliklere neden olan düzenli uterus kasılmasıdır. Gelişmiş ülkerlerde neonatal morbiditenin en önemli nedenidir. Plesenta dekolmanı ve membran rüptürü en preterm eylemin önemli nedenidir. Nedenleri;

- Geçirilmiş preterm eylem, enfeksiyonlar,
- Uterusun ileri derecede gerilmesi,
- Uterus malformasyonları,
- İkinci ve üçüncü trimestride anormal vajinal kanamalardır (22).

**Preterm Prematür Membran Rüptürü:** Korioamniyotik membranların doğum eylemi başlamadan önce gebeliğin herhangi bir döneminde ayrılması ya da 37. gebelik haftasından önce spontan olarak yırtılmasıdır (22, 24). Preterm erken membran rüptürü olgularının %90'dan fazlasına genellikle tanı klinik olarak koyulabilir (25). Hastanın önceki gebeliklerinde preterm eyleminin olup olmadığı anamnez alınarak tespit edilmelidir. Çünkü preterm eylem varlığı preterm erken membran rüptürü ihtimalini artırmaktadır.

**Abrupsiyo Plesenta (AP):** Normal olarak implante olmuş plesentanın maternal veya uterinn damarlardan desidua bazalise kanaması sonucu uterus duvarından erken ayrılmasıdır. Maternal kanama nedeniyle hemorajik şoka, dissemine intravasküler koagülasyona (DIK), intrauterin atoniye, masif kanamalara, fetal hipoksiye, akut fetal distrese, prematur doğum veya fetal ölüme neden olabilmektedir (22).

**Plesenta Previa (Pp):** İnternal servikal osun plesental dokunun altında olması veya yakınında olmasıdır. Kanama, plesenta akreta (desidua bazalis olmadan plesentanın uterus duvarına yapışması), plesenta inkreta (plasenta myometriuma invaze olur ancak serozayı geçmez), plesenta perkreta (plesenta tüm uterus duvarına penetre eder hatta mesane, bağırsağa doğru uzayabilir), fetal konjenital anomali riski, preterm prematüre membran rüptürü ve intrauterin gelişme geriliği riskini artırmaktadır (22, 23).

**Gestasyonel Diabet:** Gebelik döneminde glikoz intoleransının bozulmasıdır. Tüm gebeliklerin yaklaşık %7'sinde görülür fakat farklı populasyonlarda %1 ile %14 arasındadır. Gebeliğin 24-28. haftalarında gebelere oral glikoz tolerans testi (OGGT) testi yapılmaktadır. Bu test sonucunda riskli çıkan gebelere 32-34. haftalarda yeniden test yapılır (26).

Gebenin hipoglisemi olasılığı açısından diabetik olduğunun veya olma olasılığının bilinmesi önemlidir. Diabet varlığında, doğum sonrası bebeğin vücut ısısının korunması, hipoglisemiye girmesinin önlenmesi önemlidir (27).

**Hipertansiyon:** Preeklampsi de dahil tüm gebeliklerin %10'unda görülür ve dünya çapında maternal ve perinatal ölümlerin en önemli sebebidir (28).

Prematüre doğumlarda en önemli neden hipertansiyondur. Vital bulgular, idrar tetkiki, kan tetkikleri ve ayrıca anemnez ve hastada klinik bulguların saptanması önemlidir.

**Preeklampsi:** Hipertansiyon öyküsünün yanına idrarda proteinüri 2 (+)'e kadar hafif preeklampsi olarak kabul edilmektedir. Proteinüri miktarı 2 + ve üzeri ise baş ağrısı, görmeye bulanıklık, epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı, hiperrefleksi, 400 ml az idrar çıkışı, pulmoner ödem belirtilerinden bir veya birden fazlasının olması ağır preeklampsi olarak kabul edilmektedir (29).

Fetal ve maternal mortalite ve morbiditenin başta gelen nedenlerinden biri olan preeklampsinin, yoğun araştırmalara rağmen patofizyolojik mekanizmaları aydınlatılamamıştır (30).

Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan hipertansiyon, proteinüri ve ödemle ortaya çıkan bir hastalıktır (31).

Sistemik vazospazm, maternal hipertansiyon, proteinüri, ödem, trombosit agregasyonunda artma ve uteroplaster kan akımındaki azalma ile oluşmaktadır. Plasental dokunun varlığında görülür ve doğum gerçekleşikten kısa süre içinde kaybolmaktadır (30).

1972'de American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) sınıflama yapmıştır;

1. Preeklampsi-eklampsi,
2. Kronik hipertansiyon,
3. Kronik hipertansiyon süperimpoze preeklampsi,
4. Transient hipertansiyon (32).

**Eklampsi:** preeklampsinin ilerlemiş tablosuna kasılma konvülsiyonlarında eklendiği ciddi bir tablodur (27). Tüm dünyada eklampatik konvülsiyonlar yaşamı tehdit eden ve acil müdahale gerektiren durumlardan biri olarak kabul edilmekte ve ciddi olarak maternal mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (41).

**HELLP Sendromu;** karın ağrısı, nefes darlığı, kusma, halsizlik veya kanama gibi spesifik olmayan belirtileri vardır. Ayırıcı tanı olarak (32);

- Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (AFLP)
- Trombotik trombositopenik purpura (TTP)
- Hemolitik üremik sendromu (HUS)
- İmmün trombositopenik purpura (ITP)
- Sistemik lupus eritematozis (SLE)
- Antifosfolipit antikor sendromu
- Kolesistit
- Fulminant hepatit
- Yaygın herpes zoster

### 2.3 Doğum Süreci

Doğum eylemi; son menstrual periyottan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (33). Doğum eylemi genellikle kendiliğinden başlayan ve ilerleyen bir eylemdir. Annenin psikososyal durumu bu süreci primer olarak etkilemektedir.

Doğum eyleminin nasıl başladığıyla alakalı kesin bilimsel bir açıklama yoktur. Ancak bu eylemle alakalı iki teori bulunmaktadır. Bunlardan ilki uterusun gerilme teorisidir. Miada ulaşmış ve gerilmiş uterusun içini boşaltma ihtiyacı doğar ve doğum başlar. İkinci teori ise anne, fetüs, placentaya ve bir miktar da adrenal kortizol aktivitesi arasındaki etkileşim sonucu başladığıdır (34).

Doğum süreci dilatasyon evresiyle başlamakta, itilme, plental dönem ile devam etmekte ve kanama kontrol dönemi ile son bulmaktadır. Dilatasyon evresinde gebe sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu süreçte iyi bir rehberlik doğum sürecine annenin etkin katılımını sağlamaktadır.



Doğum eylemi boyunca annenin perinesi korunmalı ve gerekirse epizyotomi açılmalıdır. Yenidoğan iyi kavranmalı, tutulmalı, çıkışına yardım edilmelidir (33, 34).

## 2.4 Lohusalık Dönemi

Dünyanın bazı bölgelerinde anne ölümlerinin sayısının yüksekliği, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler zengin ile fakir arasındaki uçurumu göstermektedir. Neredeyse tüm anne ölümü (% 99) gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenebilir nedenlerle ölmektedir (35).

Önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olan kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanan gebelik ve doğum sonrası dönem hem sosyolojik ve hemde psikolojik bir süreçtir (36).

Doğum sonu dönem, ebeveynlerin bebek bakımı vermesi, bebek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi, aile duyarlılığını geliştirmesi ve bebekle ilgili problemlerle baş etmesini gerektiren bir dönemdir (37). Yapılan çalışmalarda annenin hem kendi sağlığı hemde bebeğin sağlığı için alması gereken eğitim için en iyi zamanın doğumdan hemen sonra olmadığını ortaya koymuştur. Ülkemizde kadınların erken taburcu edilmeleri ve postpartum dönemde yeterli sağlık bakımı alamamaları nedeniyle kendileri ve bebekleri ile ilgili sağlık sorunları yaşamaktadırlar (38). Eğitim doğumun hemen ardından başlar ve ilk öğrenme genellikle hastanede gerçekleşir. Bu süreçte aileler hemşire ve ebeler ile iş birliği içinde olmak zorundadır.

Gebelik öncesi, gebelik, doğum, doğumdan sonrasında ve doğumun ilk haftasında anne, bebek ve aile için bilgili, nitelikli ve merhametli bakıma ebelik/hemşirelik uygulamaları denmektedir (39).

Doğumdan sonra ilk 6 saat loğusa yakın takip edilmelidir. Doğumun hemen ardında 0-1 saat 15 dk bir vital bulgular alınıp kanama kontrolü yapılmalıdır. Doğumdan sonraki 1-6 saat annenin her saat başı kanama kontrolü yapıp vital bulguları alınmalıdır. Bebek bu dönemde emzirmeye başlanmalıdır. Doğumdan sonraki 6-24 saat annenin rutin takipleri yapılmalı ve anne halsizlik, baş dönmesi, bilinç düzeyi açısından değerlendirilmelidir. Anne bebek bakımı ve lohusalık eğitimi almalıdır.

**Uterus Atonisi:** Doğumdan sonra uterusun kas tonus kaybıdır. %5 prevelas ile görülmektedir. Parlak kırmızı vajinal kanam, abdominal muayenede uterusun tonus kaybı ve taşikardi, hipotansiyon, vasküler kollaps ile karakterizedir.(23).

Polihidramnioz, uzamış eylem, makrozomik bebek (4000gr. üzeri) doğum kilosu, çoğul gebelik, önceki doğumlarında kanama öyküsü olan hastalar kanama açısından risklidir. Doğum sonrası iki ölçümde 140/90 mmHg veya üzerinde ise hasta hipertansif olarak kabul edilmektedir (40).

**Emzirme (Laktasyon):** Erken postpartum döneminde bebeğini emzirenlerin oranı %60'dır. Emzirme için anneyi yüreklendirmek, emzirmeye hazırlamak, ve problemler ile başa çıkmayı sağlamak gereklidir (23).

Laktasyon döneminde hem bebek hem de anne sağlığı açısından lohusa kadının yeterli ve dengeli beslenmesi önemlidir (42). Normal doğumdan 2 saat sonra, hastanın anestezi almasını gerektirecek bir komplikasyon yoksa, oral beslenmeye geçilebilir. Sezaryenle doğumda ise uygun olan lohusalarda oral beslenmeye geçmek için 4-8 saat beklemek gerekir (43).

**Postpartum Engorjman:** Emzirmeden ani kesme veya postpartum dönemde süt birikmesine bağlı olarak memelerde oluşan ağrı, şişlik ve sertleşmesi durumudur. Memelerin boşaltılması, sıvı kısıtlaması, sık emzirme, analjezik uygulaması önerilmektedir (23).

**Enfeksiyon:** Kadınlar gebelik ve doğum sırasındaki ve sonrasındaki komplikasyonların bir sonucu olarak ölmektedirler. Neredeyse tüm anne ölümü (% 99) gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Anne ölümlerinin en önemli sebeplerinden biri de doğum sonrası enfeksiyonlardır. İyi bir hijyen uygulanırsa ve erken enfeksiyon bulguları zamanında tanınırsa doğumdan sonra enfeksiyon ortadan kaldırılabilmektedir (35).

**Depresyon:** Genellikle doğum sonrası 2-8. Haftalar arasında başlamakta ve en uzun 1 yıl sürmektedir. Duygu durum bozuklukları, aktivite azlığı, iştah artması/azalması, yorgunluk, uyku paterni bozuklukları, çocuğun bakımında güçlükler, suçluluk hissi, kendine güven azlığı, konsantrasyon bozukluğu, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon ve intihar düşünceleridir (44).

Annelerin önemli düzeyde postpartum depresyon riski taşıdıkları, sosyal destekleri arttıkça postpartum depresyon olasılıklarının azaldığı, çocuk sayısı arttıkça sosyal desteğin azaldığı ve postpartum depresyon riskinin arttığı, ev hanımı annelerin sosyal desteklerinin az olduğu ve bu nedenle postpartum depresyon riskinin arttığı, annenin evlenme yaşı arttıkça sosyal desteğin arttığı, doğum sonu annenin yanında refakatçinin olması, gereksinimlerinin karşılanması, eşin sürekli bir gelirinin olması,

anneninin lise ve üzeri eğitimli olması, gebeliğin planlanmış olması ile postpartum depresyon puanının azaldığı görülmüştür (45).

## 2.5 Mülteci Kadınlarda Sağlık ve Hemşire/Ebenin Rolü

Ülkemizde mülteciler Yabancılar ve Uluslararası Yabancıları Koruma Yasası 91. maddesi ‘Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir’ gereğince ikamet ettirilmektedir (46).

Geçici koruma altına alınanlara sunulacak hizmetler AFAD yönetimi başkanlığı koordinasyonluğunda gerçekleştirilmektedir (47).

04/11/2015 yılında yayınlanan 9648 sayılı yönetmeliğe göre mülteciler 1. basamak sağlık kurumları ve sağlık bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk aranmaksızın başvurabilirlerken, üniversite araştırma merkezleri ve özel hastanelere doğrudan başvuramamaktadırlar. Sadece sevk ile yararlanabilmektedir. Sevk ise, ilk olarak üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerine, eğer mümkün değilse özel hastanelere yapılmaktadır. Sevk edildikleri özel sağlık kuruluşlarının acil sağlık hizmetleri ve erişkin/yenidoğan yoğun bakım birimlerinden veya yanık tedavisi ve kanser tedavi ünitelerinden yararlanabilmektedirler (48).

AFAD 2017 raporuna göre Suriye ve Iraklı sığınmacıların tedavileri kapsamında 953.466 bin ameliyat gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 1.143.393 yatan hasta ve 25.919.750 milyon mülteciye ise poliklinik hizmeti verilmiştir. Ayrıca bugüne kadar 224.750 bin Suriyeli bebek Türkiye’de doğmuştur (49).

Göç, göç eden herkes için çarpıcı bir deneyim olsa da özellikle kadınlar ve çocuklar daha fazla etkilenmektedir. Göçün kadın sağlığı üzerine olumsuz etkileri 5 başlıkta toplanmaktadır;

- 1. Sosyal risk faktörleri:** yoksulluk, rol ve sorumluluklarda artma, eğitimsizlik, dil sorunu, yetersiz sosyal destek, etnik önyargılar
- 2. Psikolojik risk faktörleri:** kültürel çatışma, aile içi rol değişimi, aile içi şiddet, post travmatik stres bozuklukları
- 3. Fiziksel risk faktörleri:** çevresel etkenler, çok sayıda gebelik, yetersiz beslenme, yetersiz sağlığın korunması ve geliştirilmesi

**4. Çevresel risk faktörleri:** şiddet, yaşam koşullarında yetersizlik, olumsuz iş koşulları  
**5. Sağlık hizmeti alımını etkileyen risk faktörleri:** kanunlar, ekonomik sorunlar ve sigortasızlık, dil sorunları, ulaşım, tek başına çocuklara bakma, çalışma saatleri, sağlık hizmet sunucularının bilgi yetersizliğidir (50).

Mülteci kadınlar yetersiz barınma, sağlık ve beslenme koşulları, kültürel farklılıklardan kaynaklanan sosyal uyum sorunları ile sosyal dışlanma, emek sömürsü, kadınların fuhuş sektöründe ve gayri resmi evlilikler aracılığıyla cinsel istismarı ile kadınlara yönelik tacizlerin mağduru olmaktadır. Cinsel taciz veya istismar normal şartlarda dahi ifade edilmesi zor bir olguyken, mülteci kadınlar uğradıkları cinsel istismarı dile getirmekten çekinmektedir. Kamp dışında yaşayan veya kayıt dışı olan mülteci kadınların cinsel taciz ve istismar riski daha fazladır. Mülteci kadınlar bir başka istismar türü olan erken yaşta veya çok eşli evliliğe zorlanma ya da mecbur bırakılma ile karşılaşmaktadır. Para karşılığı yaptırılmaya çalışılan bu evlilikler meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır (51).

Mülteci kadınların cinsel sağlığı; hizmet eksikliği, diğer aile üyelerine öncelik verme, cinsiyet dinamikleri ve hizmet aramak korkusu ayrıca genel sağlık sorunlarından etkilenmektedir. Ek olarak tecavüz, saldırı, taciz ve yakın arkadaş şiddeti, erken yaşta evlilik, erken yaşta gebelik, sık görülen cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar, gebelik komplikasyonları gibi toplumsal cinsiyete dayalı şiddetten en çok etkilenenlerdir (52).

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet her zaman var olmuştur ancak son zamanlarda uluslararası formlarda insan hakları sorunu olarak dikkat çekmektedir (53).

Lübnan da yaşayan 18-45 yaş aralığındaki 452 mülteci kadında yapılmış çalışmada kadınların %53.5 menstruasyon düzensizliği, %51.6 şiddetli pelvik ağrı, ve %53,3 üreme sistemi enfeksiyonları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Gebelerde, halen hamile kadınların % 39.5 'inde komplikasyon görülmüş ve gebeliklerini tamamlayanların % 36.8'i doğum/kürtaj komplikasyonları yaşamış bulunmuştur. Olumsuz doğum sonuçları arasında: %10.5 düşük doğum ağırlığı, %26.5 preterm doğum ve %2.9 bebek mortalitesi vardır. Mülteci kadınların %30.8'i çatışma ile ilişkili şiddet gördüğü ve %3.1'nin eş dışında birisi tarafından cinsel şiddete maruz bırakıldığı ve % 64.6'sının da tıbbi bakım almadığı belirtilmiştir (54).

Mülteci kadınların sağlık koşullarını geliştirmesinde ve sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine ve bu hizmetin önemli bir parçası olan hemşire ve ebelere çok önemli görevler düşmektedir (55).

Hemşireler mesleki sorumlulukları gereği kadına yönelik şiddete karşı duyarlı olmaları gerekmektedir. Hemşirelere düşen en önemli sorumluluklardan biri de kadınları şiddetten korunma ve şiddete maruz kalındığında yapılması gerekenler konusunda bilgilendirmektir (56).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri şiddete karşı birlikte çalışmalıdır. Şiddet sağlıkta bozulma, bedenen ve zihnen acı çekmeye neden olmakla birlikte bazı sağlık sorunlarına da yol açar:

- Yaralanmalar, kırıklar ve iç organ yaralanmaları,
- İstenmeyen gebelikler,
- HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- Kronik ağrı,
- Depresyon ve korku, kaygı,
- Yeme bozuklukları,
- Post- travmatik stres bozuklukları,
- İntihar, cinayet ve maternal ölümlerdir (57).

Hemşire ve ebelerin savunuculuk, danışmanlık ve bakım verme görevleri gereği, kadının, ailenin veya toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek, rehabilitasyon sağlamak, destek ve danışmanlık hizmetlerini sunmak, şiddete uğramış kadını tanımlamak ve gereksinimlerini belirlemek şiddeti önlemede en önemli görevlerindendir (58).

Kadınlardan onay alınmaksızın zorla evlendirme, kendinden yaşça çok büyük birinin cinsel isteklerine uyum sağlama veya tecavüze uğrama, doğum kontrol yöntemleri konusunda bilgisizlik, adölesan gebelikler ve adölesan gebeliklerin getirdiği anne ve bebek sağlığı üzerindeki riskler, cinsel yolla bulaşan hastalık riskleri ve çok sayıda gebelik, küretaj veya doğum erken yaş evliliklerin getirdiği üreme sağlığı sorunlarındandır (59).

Toplumun uyum sağlayamamış, gelecek ve yaşam kaygısı çeken, istismar ve tecavüzlere savunmasız olan kesimlerinden birisi olan mülteci kadınlar hem adölesan evliliklerin hem de adölesan gebelik risklerinin en yüksek olduğu kısmı oluşturmaktadır.

Sağlık tesislerinde çalışan hemşire ve ebelerin yeterli eğitimlerle hem mülteci kadınları, hem de ailelerini erken evlilikler ve getirdiği sorunlar konusunda eğitim yapması, erken evlilik nedenlerini ve sonuçlarını araştırarak farkındalık oluşturması gerekmektedir.

Dünyada sorun olan hipertansiyon, diyabet, iskemik kalp hastalıklar, böbrek yetmezliği, anemiler, kanser ve depresyon mülteciler ile birlikte ülkemize gelmiş ve varolan sorunlar artmıştır (60). Ürdün'de yetişkin mültecilerin %6'sı diyabete yakalanmaktadır (61). Hemşire ve ebelerin bu hastalıklara sahip olan mülteci kadınlara sağlıklı yaşam davranışları kazandırması, hastalığın kendisini tanıtarak verilen tavsiyelere uyum sağlanması ve takiplerin yapılması gibi konularda mülteci kadınlara eğitim vermesi gerekmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar gebelik, menopoza, yaş gibi demografik özelliklerden de etkilendiği için özellikle yaş ilerlemiş, olumsuz koşullarda yaşayan mülteci kadınların eğitim kapsamına alınması gerekmektedir.

Hemşire ve ebelerin hasta eğitiminde kullanacakları yöntem ve teknikleri seçerken hastanın gereksinimleri, hastanın özellikleri ve tercihleri, kültürel farklılıklar, eğitimin içeriği, yapılacağı ortam, süresinin dikkate alınması gerekmektedir (62).

Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanımlamak ve hemşirelik bakımının olduğu her alanda kısa veya uzun vadede bakım verilen bireylere uygulamak için Tanrıverdi ve arkadaşlarının 2009'da hazırladığı hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanımlama rehberinde kültürel özellikler 4 ana başlıkta toplanmıştır ;

**1. Bireysel Özellikler:** ekonomik yapı, aile yapısı, evlilik örüntüsü (çok eşli, tek eşli v.b.), doğduğu yer, göç durumu, nedeni, kaç yıl önce göç ettiği, bugünkü yerleşim yeri, geleneksel giyinme biçimi, dinsel özellikler, dini uygulamaları, sağlığı olumlu veya olumsuz etkileyen dini uygulamalar, etnik özellikler, etnik yapının özellikleri, etnik yapıya ait uygulamalar, diğer bireysel özellikler.

**2. İletişim Özellikler:** ana dil, eğer ana dil Türkçe değilse Türkçeyi ne kadar bildiği, ana dilini sağlık çalışanlarıyla iletişimde kullanma durumu, ana dilini sağlık çalışanı ile kullanamamaktan doğan güçlükler, lehçe, şive, ağız, lehçe, şive, ağızla sağlık personeliyle konuşma durumu, sağlık personeliyle lehçe, şive, ağız ile konuşamamaktan doğan güçlükler, selamlaşma ve hitap şekli, sağlık personeliyle selamlaşma şekli, sağlık personeline hitaptan kaynaklanan sorunlar, sağlık personeliyle selamlaşmaktan doğan sorunlar, hangi durumlarda sesin yükseltildiği (neşe, sevinç, öfke v.b.), dokunmanın ne anlama geldiği, dokunmaya engel teşkil eden faktörler, sağlık çalışanın dokunması durumdaki engeller, göz temasının ne anlama geldiği, sağlık çalışanı ile göz teması kurmada engel olup olmadığı, iletişimde hangi mesafenin tercih edildiği, sağlık çalışanı ile mesafeyi belirlemede sınırlılık olup olmadığı,

**3. Aile içi ve toplumsal roller:** aile içi reisin kim olduğu, ailede kararların nasıl ve kim tarafından alındığı, ailede kadının, erkeğin, çocuğun, yaşlının rolü, toplumda; bekar kadının, erkeğin rolü, dul kadın erkeğin rolü, boşanmış erkeğin kadının rolü, gebe kadının rolü, bekar anne olan kadının rolü, çalışan kadının rolü,

**4. Sağlık ve hastalık uygulamaları;** birey için sağlığın tanımı, birey için hastalığın tanımı, bireye göre hastalığın nedenleri, kader, kötü şans, kötü ruhlar, Allah'ın yapılan kötü bir davranışa karşı cezası, sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalar, beslenme, kutsal besinler, yenmesi dinen yasak olan yiyecekler, beslenme biçimi, kutsal besinler, gebelik, hastalık, emzirme durumunda beslenme, hijyen, egzersiz, madde kullanımı, cinselliğe karşı geleneksel uygulamalar, kadın ve erkeğe özgü cinsel normlar, cinsel ilişkinin yasaklandığı durumlar, bitki, muska, nazarlık kullanımı, yatır ve türbeye gitme, hastalık durumundaki geleneksel uygulamalar, geleneksel şifa verenlere gitme, hastalığa neden olduğu düşünülen kötü ruhu bedenden çıkartma, büyü bozma ve yaptırma, gebelik, doğum ve lohusalığa yönelik uygulamalar, doğumun kolay olmasına yönelik uygulamalar, doğuma yönelik geleneksel uygulamalar, lohusalık dönemine yönelik geleneksel uygulamalar, infertiliteye yönelik geleneksel uygulamalar, bebeklik dönemine ait geleneksel uygulamalar, bebeğin ek besinlere geçme, hijyen uygulamaları ve bakımına yönelik uygulamalar, pişiğe, kabızlığa, ishale, gaz sancısına yönelik uygulamalar, yaygın görülen sağlık problemlerine yönelik uygulamalar, psikiatrik hastalıklara yönelik uygulamalar, menapoz dönemini algılayış, menopoza yönelik tutum ve yakınmalarla geleneksel olarak başetme, ölüm ve ölmek üzere olan bireylere yönelik geleneksel uygulamalar, keder davranışlarıdır (63).

Giderek artan mülteci sayısı, sağlık ihtiyaçlarının kişiden kişiye göre değişiklik göstermesi, kültürel faktörlerden, hastalık durumundan ve cinsiyet gibi pek çok faktörden etkilenmesi, hemşire ve ebelerin hastaya ve ailesine yönelik yapacağı her bakımı bireye yönelik yapmasını gerektirmektedir. Hemşire ve ebeler mülteci kadınlara ve onların sorunlarına yönelik bakım vermeye karar verdiklerinde bu farklılıkları göz ardı etmemesi gerekmektedir.





### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, mülteci gebe ve lohusalara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükleri araştırmak amacıyla öyküleyici (narratives) kalitatif tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman**

Araştırma İstanbul Avrupa yakasında hizmet veren S.B.Ü Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1.02.2017-1.03.2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmada, görüşmelerin sessiz ve rahat ortamda yapılabilmesi amacıyla hemşire dinlenme odaları kullanılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, hastanede verilerin toplandığı tarihler arasında doğumhane, kadın doğum klinikleri, acil gebe polikliniğinde çalışan toplam 25 ebe ve hemşire oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin arasında ekonomik veya kültürel bir ayrım gözetilmemiştir. Araştırmanın örneklemi, bahsi geçen kliniklerde çalışan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 5 hemşire ve 5 ebe oluşturmuştur. Araştırma sırasında raporlu olan 3 kişi, katılmak istemeyen 7 kişi ve yeterli cevap alınamayan 5 kişi olması nedeniyle çalışma 10 hemşire ile yapılmıştır.

#### **3.4. Veri Toplama Tekniği Ve Araçları**

Araştırma soruları önce çalışmaya dahil edilemeyen bir hemşireye uygulanmış soruların anlaşılabilirliği ve cevap alma durumu değerlendirilmiştir.

Veriler toplanırken öncelikle katılımcılara “Gönüllü Katılım Formu” (Ek-1) sunulmuştur.

Araştırmayı kabul eden ebe ve hemşirelere tanımlayıcı özelliklerin yer aldığı “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-2) ve verilerin kaybını önlemek amacıyla ses kaydı yöntemi kullanılarak ve görüşme sırasında not alınarak “Görüşme Formu” (Ek-3)

uygulanmıştır. Verilen cevaplarda tekrarlar oluştuğunda çalışma doygunluğa ulaşmış ve tamamlanmıştır.

### **3.5. Gönüllü Katılım Formu**

Bu formda araştırmanın konusu ve amacının ne olduğu, araştırmada veri kaybını önlemek amacıyla ses kaydı kullanılacağı, katılımcıya ait özel bilgilerin paylaşılmayacağı ve katılımın tamamen gönüllülük esaslı olduğu hiçbir zorunluluk barındırmadığı açık bir dille ifade edilmiştir (Ek-1).

### **3.6. Kişisel Bilgi Formu**

Bu form katılımcıların yaşı, eğitim durumu, mesleği, çalışma yılı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, Türkçe dışında dil bilme durumu, mesleğini isteyerek seçme durumu, bulunduğu birimde çalışma yılı, şimdiye kadar bakılan mülteci hasta sayısı, mülteci hastalara yönelik kurum politikası varlığı ve tercüman bulunması durumunu içeren 12 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

### **3.7. Görüşme Formu**

Görüşme formu, ebe ve hemşirelerin mülteci hastalara bakım verirken ve bakımı sürdürken karşılaştıkları zorlukları belirlemeye yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Görüşme formunda toplamda 8 soru bulunmaktadır (Ek-3).

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Veriler, “Görüşme Formu” ile niteliksel araştırma yöntemlerinden birisi olan yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi etik kurulundan onay alınmıştır (Ek-4). Sağlık Bakanlığı Fatih Kamu Hastaneler Birliği ve S.B.Ü Süleymaniye Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-5).

Görüşme formundaki sorular formda olduğu şekliyle sırayla sorulmuştur. Görüşmelerin tamamı izin alınarak ses kayıt yöntemiyle kayıt altına alınmıştır.

Görüşme öncesi her katılımcıya araştırmanın amacının yer aldığı, çalışmaya katılımın herhangi bir zorunluluk bulundurmadığı ve istenildiğinde görüşmeye son verilebileceği, görüşmede ses kayıt cihazının kullanılacağı ve veriler izlenerek

katılımcıya herhangi bir şekilde ulaşılamayacağıının teminatı verilmiştir. Görüşmelerin süresi yaklaşık 20 ile 40 dakika arasında değişmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma bir hastane ile kısıtlı bulunmaktadır.

Araştırma sırasında raporlu olan 3 kişi, katılmak istemeyen 7 kişi ve yeterli cevap alınamayan 5 kişi olması nedeniyle çalışma 10 hemşire ile kısıtlanmıştır.

Araştırmaya, ilgili kliniklerde çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ebe ve hemşireler dahil edilmiştir. Araştırmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

### **3.10. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen içerik nitel analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin görüşlerinin dökümleri sorulara göre hazırlanmıştır. Görüşme sorulara verilen yanıtlar tek tek ele alınarak kodlanmış, temalara ayrıştırılmıştır. Ortak yönleri olan temalar bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örneklerle birlikte raporlanmıştır. Belirlenen temalara ilişkin katılımcı kodları ve temayla en çok ilgili katılımcı belirlenmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Ebe ve Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=10)

Değişkenler	Gruplar	N	%
Yaş Grubu	18-24 Yaş	2	20
	25-31 Yaş	4	40
	32-38 Yaş	1	10
	39 Yaş ve üzeri	3	30
Meslek	Ebe	5	50
	Hemşire	5	50
Eğitim Durumu	Lise	2	20
	Lisans	7	70
	Yüksek Lisans	1	10
Meslekte Çalışma yılı	1-5 yıl	4	40
	6-10 yıl	2	20
	11 yıl ve üzeri	4	40
Medeni Durum	Evli	3	30
	Bekar	7	70
Çocuk Varlığı	Evet	4	40
	Hayır	6	60
Bilinen Yabancı Dil	İngilizce, Zazaca	3	30
	Hayır	7	70
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	6	60
	Hayır	4	40
Bulunduğu Birimde Çalışma Yılı	1 yıldan az	3	30
	1-5 yıl	7	70
Şimdiye Kadar Bakılan Mülteci Hasta Sayısı	21 kez ve üzeri	10	100

Araştırmaya katılanların %50'sinin (n=5) hemşire ve %50'sinin (n=5) ebe olduğu, %40'ının (n=4) 25-31 yaş grubunda ve %70'inin (n=7) lisans mezunu olduğu, %40'ının (n=4) mesleki çalışma yılının 1-5 yıl %40'ının (n=4) 11 yıl ve üzeri olduğu, %70'inin (n=7) bekar olduğu ve %60'ının (n=6) çocuk sahibi olmadığı, %70'inin (n=7) yabancı dil bilmediği %60'ının (n=6) mesleğini isteyerek seçtiği ve %70'inin (n=7)

buldukları birimde 1-5 yıldır çalıştıkları ve tümünün (N=10) şimdiye kadar 21 kez ve üzeri mülteci hastaya baktıkları saptanmıştır.

#### 4.2. Mülteci Gebe Ve Lohusalara Bakım Verme Ve Bakımı Sürdürmede Karşılaşılan Zorluklara Ait Bulgular

Bu bölümde görüşme sonrası ilgili sorulara göre elde belirlenen temalara yer verilmiş bu temalara göre görüşler yorumlanmıştır.

**Tablo 2. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarından En Çok Hangisinin Kullanıldığı**

Temalar	n	%	Katılımcı Kodu
Beden Dili ve Hareket	8	80,0	K1, K3*, K4, K5, K6, K7, K8, K10
Dil Bilen Yakınlar Aracılığı	4	40,0	K2, K3, K8, K9
Telefonla Tercüman	4	40,0	K3, K5*, K9, K10
Kendim Tıp Terimleri Öğrendim	1	10,0	K4
Hastanemizde Dil Bilen Çalışanlar	1	10,0	K6
Türkçe Bilen Hastalar	1	10,0	K7
İletişim Kuramıyoruz	1	10,0	K9
Gebe/Lohusaya Uygulatarak	1	10,0	K7

Mülteci gebe ve loğusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede iletişim araçlarından (tercüman, vücut dili vs.) en çok hangisinin kullanıldığı belirlemek amacıyla sorulan soruda elde edilen temalar *beden dili ve hareket, dil bilen yakınlar aracılığı, telefonla tercüman, kendim tıp terimleri öğrendim, hastanemizde dil bilen çalışanlar, türkçe bilen hastalar, iletişim kuramıyoruz, gebe lohusaya uygulatarak* olmak üzere 8 başlık altında toplanmıştır.

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda mülteci gebe ve loğusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede en çok kullanılan iletişim araçlarının başında %80 oranla beden dili ve hareketin kullanıldığı, %40 oranla dil bilen yakınlar aracılığı ve telefonla tercüman desteğinin kullanıldığı görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

“Hasta yakınlarının tercümanından veya telefonla tercümandan yardım alıyorum. Bazende beden dili ile anlaşıyorum” (K3).

“Telefonla tercüman, hastanemizde Arapça bilen sekreterimiz var onu çağırıyoruz bazen de beden dili kullanıyoruz.” (K5).

“En sık beden dilini kullanıyorum. Bazen hastalar kendileri az da olsa Türkçe öğrenmiş oluyor. Gebe ve lohusalara uygulayıp-uygulatarak anlaşmaya çalışıyorum” (K7).



Şekil 1. İletişim Araçlarından En Çok Hangisinin Kullanıldığına Yönelik Görüşler

**Tablo 3. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarının Hangi Amaçla Kullanıldığı**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Emzirme Eğitimi	5	50,0	K1*, K3, K4*, K8, K9
Kanama Takip Eğitimi	4	40,0	K1, K4, K5*, K9
Beslenme Durumu	5	50,0	K1, K3, K4, K7*, K9
Bebek Anne Uyum Eğitimi	1	10,0	K1
Hasta Bakımı Sırasında	1	10,0	K2
Hasta Bakımına Yönelik Bilgilendirme	1	10,0	K2
Yapılması ve Yapılmaması Gereken Durumlar	1	10,0	K2
Hasta Yakını Eğitiminde	5	50,0	K3*, K5, K7, K8, K9
Mobilizasyon Eğitimi	4	40,0	K3, K6, K8, K10
Anne Bebek Hareketi Eğitimi	1	10,0	K4
Anamnez Alma	1	10,0	K4
Hijyen Eğitimi	2	20,0	K4, K10
Hastanın Kendisini Bilgilendirmek	2	20,0	K5, K6
Hasta Mahremiyet Eğitimi	1	10,0	K5
Hastalık Komplikasyonlarını Tanımlama	1	10,0	K6
Hemşire Çağrı Butonu Kullanımı	2	20,0	K6, K10
Acil Durumda Yapılacaklar	2	20,0	K6, K10
Anksiyeteyi Giderme	1	10,0	K6
Ziyaret Saati Bilgilendirme	1	10,0	K10
İlaç Kullanımı Eğitimi	1	10,0	K7

Mülteci gebe ve loğusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede iletişim araçlarının hangi amaçla kullanıldığını belirlemek üzere sorulan soruda temalar *emzirme eğitimi, kanama takip eğitimi, beslenme durumu, bebek anne uyum eğitimi, hasta bakımı sırasında, hasta bakıma yönelik bilgilendirme, yapılması ve yapılmaması gereken durumlar, hasta yakını eğitiminde, mobilizasyon eğitimi, anne bebek hareketi eğitimi,*

*anamnez alma, hijyen eğitimi, hastanın kendisini bilgilendirmek, hasta mahremiyet eğitimi, hastalık komplikasyonlarını tanımlama, hemşire çağrı butonu kullanımı, acil durumda yapılacaklar, anksiyeteyi giderme, ziyaret saati bilgilendirme, ilaç kullanımı eğitimi* olmak üzere 20 başlık altında toplanmıştır.

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda mülteci gebe ve loğusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede iletişim araçlarının en çok kullanılma amaçlarının %40-%50 oranla emzirme eğitimi, kanama takip eğitimi, beslenme durumu, hasta yakını eğitiminde, mobilizasyon eğitimi olduğu görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Hastayı servise kabul ettikten sonra hasta ile sürekli iletişim halinde olmamız gerekiyor. Mesela emzirme eğitimi, kanama durumu, beslenme ve daha birçok konuda interaktif olarak eğitim vermemiz gerekiyor. İnsanlar ilk ebeveynlik deneyimlerini yaşıyorlar bu da ufak çaplı bir kriz oluşturuyor. Bebek ve anne uyumu sağlanana kadar çeşitli endişeleri oluyor. Bu süreç ve sürece yönelik olarak iletişim kuruyoruz. Bazen mülteci annelerle bu konuda tam anlaşma sağlayamadığımızda anne ve yakını geriliyor. Sürekli olarak ona göstererek veya uygulatarak onun anksiyetesini gidermeye çalışıyoruz. Biraz yorucu bir süreç oluyor” (K1).*

*“Acilde en çok annelerle bebek hareketi, kanama başlama zamanı, anamnez alma gibi konularda konuşuyoruz. Benim için acile gelen hastanın tansiyon, diyabet vb. kronik rahatsızlığının olup olmaması hayati önem taşıyor. Her birinin varlığında bakım ve tedavi yaklaşımları değişiyor. Anneye perine bakımı, gebelik enfeksiyonları, beslenme, emzirme eğitimi veriyoruz. Bu eğitimler anne hastanenin hangi polikliniğe başvurursa vursun veriliyor. Ancak mülteci hastalara veremiyoruz. Anlatıyoruz çaba sarf ediyoruz ama dil sorunu bunu kısıtlıyor” (K4).*

*“En çok hastanın kendi genel durumuyla ilgili hasta yakınlarını ve hastayı bilgilendirmek için kullanıyoruz. Ama her hasta için telefonla tercümana ulaşmak ya da birini çağırıp iletişim kurmaya çalışmak çok zor oluyor.*

*Genelde tercümanlar da yanlış çeviri yapıyor. Ya Türkçeyi az biliyor ya da karşı dili az biliyor. Hastanın lohusayken aldığı en basit bakım kanama kontrolü oluyor. Bunu hastaya açıklamak mahiyetini anlatmak gerekiyor. Acılı bir işlem ilk 1 saat 15 dk.da bir*



yapıyoruz. Ne yazık ki genelde açıklama yapmak yerine sadece bakıp çıkıyoruz. Hem vakit yok hemde hastanın odasına tercümanı almak hasta mahremiyetini zedeliyor. Tercümanın hasta yakınlarına yarım yamalak eksik bilgilendirme yapması bizi zora sokuyor. Bir hasta yakını Arapça bilen erkek çocuk doktoru çocuğun durumunu açıklamaya geldiği için doktora saldırmış ve savunmasını da erkek benim eşimin odasına girdi şeklinde yapmıştı” (K5).

“Hasta yakınlarının eğitiminde çok ihtiyaç duyuyorum. Hasta yakını ve hasta eğitiminde bazen aşamadığımız sorunlar oluyor çünkü beden dili de bir yere kadar anlaşma sağlıyor. Diabetes mellitus gebeye insülin kullanımını ve diyetini tercüman aracılığıyla anlatıp uygulatıp taburcu etmiştik. Poliklinik kontrolünde gebe hiç insülinini kullanmamış diyetini de yapmamış. Sonradan anlaşıldı ki hastanın batıl inançları varmış. Kısırlaşacağını düşündüğü için kullanmamış. Eğitim sırasında hasta bunu ifade etmedi belki de etti ama tercüman söylemedi. Bu hastanın hastalığının şiddetlenmesine sebep olduğu gibi bebeğinde etkiledi. Aynı dili konuşmamak ve o toplumun kültürüne yabancı olmak bütün bakımlar ve tedaviler için büyük bir sıkıntı oluşturuyor” (K7).

“En çok hasta yakınlarının eğitiminde kullanıyorum. Bizde hasta yanında kalan refakatçinin işlevi çok fazladır. Mesela hastayı sık mobilize etmeli, yeme konusunda uygun besinler kullanmalı, bebeğin emzirilmesi ve bakımında aktif rol almalı ki anne adapte olabilsin. Tabi bütün bunlar için biz rehberlik yapıp takip etsek de refakatçi taburculuk sonrası da anneye uygun bakımı verebilmeli. Lohusaya geleneksel uygulamalar yapmaya çalışmamalı. Bu konularda çok ihtiyaç duyuyoruz” (K3).



**Şekil 2. Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede İletişim Araçlarının Hangi Amaçla Kullanıldığına Yönelik Görüşler**

**Tablo 4. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Neler Yaşandığı**

<b>Tablolar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Karşı Koyma İle	1	10,0	K1
Sorunla Karşılaşmıyoruz	1	10,0	K10
Saldırganlaşma	1	10,0	K1
Yanlış Anlamalar	4	40,0	K1*, K4, K9, K10
Tercüme Hataları	1	10,0	K1
Tedavi Ret	1	10,0	K9*
Bilgilendirme De Zorluk	1	10,0	K3
Tedaviye Uyumsuzluk	2	20,0	K3, K4*
Güven Eksikliği	1	10,0	K4
Bakımda İşbirliği Yapmamak	2	20,0	K4, K6
İletişim Kuramamak	3	30,0	K5*, K7, K9
Hastanın Kendini İfade Edememesi	1	10,0	K7
Eksik Yanlış Bilgi Vermek	1	10,0	K7
Yanlış Geleneksel Uygulamalardan Hastaları Korumak	1	10,0	K8

Mülteci kadınlara bakım verirken neler yaşandığını belirlemek üzere sorulan soruda temalar *karşı koyma ile, sorunla karşılaşmıyoruz, saldırganlaşma, yanlış anlamalar, tercüme hataları, tedavi ret, bilgilendirme de zorluk, tedaviye uyumsuzluk, güven eksikliği, bakımda işbirliği yapmamak, iletişim kuramamak, hastanın kendini ifade edememesi, eksik yanlış bilgi vermek, yanlış geleneksel uygulamalardan hastaları korumak* olmak üzere 14 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda mülteci kadınlara bakım verirken %30-40 oranı ile Yanlış Anlamalar, %30 oranla İletişim Kuramamanın daha çok yaşandığı saptanmaktadır. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Hastalarda bazen defansla karşılaşmıyoruz. Zaten dil bilmeyen anlaşılmayan hasta ve hasta yakını endişeli oluyor. Kendi ülkelerinde olmayan bir uygulama gördüklerinde saldırganlaşabiliyorlar. Bazen hastalar yaptığımız uygulamayı yanlış anlıyor. Mesela*

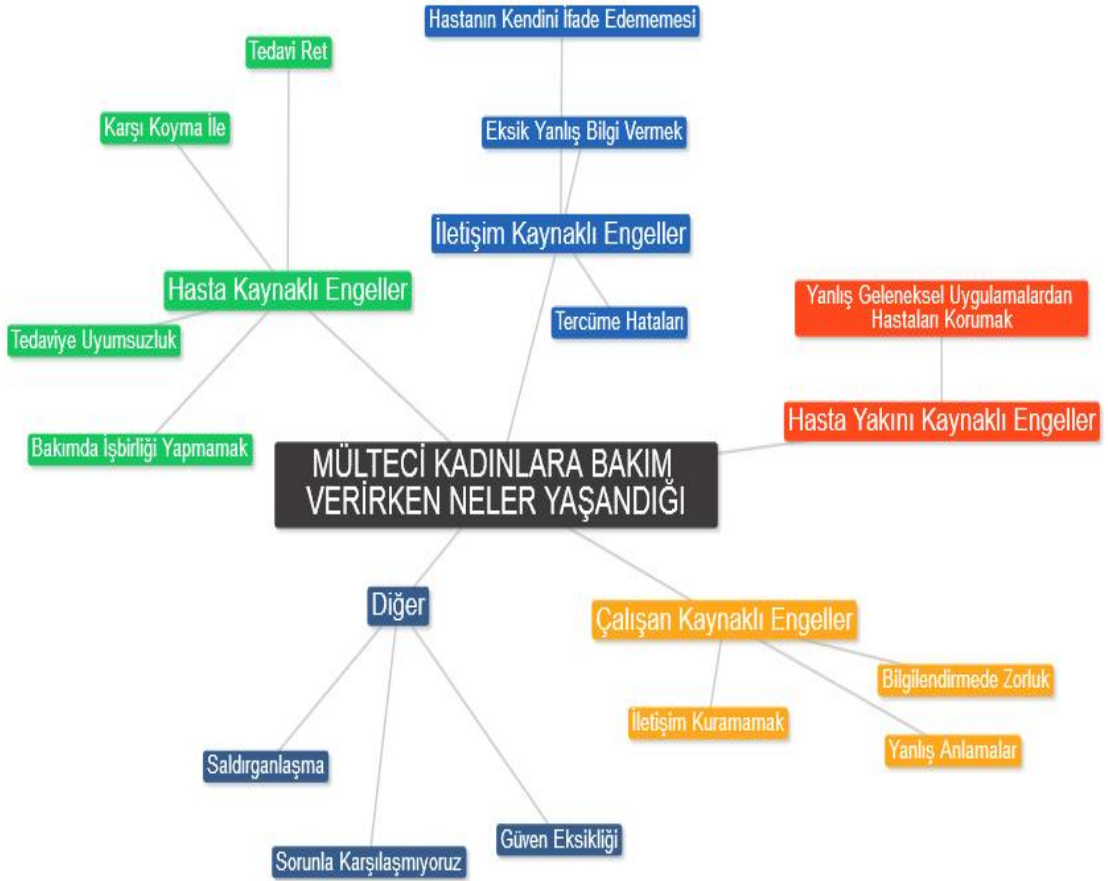
*rhogam yapacağım hastaya iğnesinin kan uyuşmazlığı için yapıldığını tercüman aracılığıyla anlattım. Ama tercümanda kısıtlı Türkçe bildiği için hastaya yanlış ifade etmiş. Hasta kendisine analjezik yapıldığı düşüncesiyle kan uyuşmazlığı için bir şey yapılmadı diye tartışma çıkardı. Daha sonra başka tercümanlar aracılığıyla yeniden anlattık ve özür diledi. Lohusaya ödem takibi başlamıştık. Aktif de ödemi vardı. Sıvı kısıtlamasına gidildi. İdrar çıkışı azalmıştı. Taşikardileri vardı. Hasta yakınına sıvı kısıtlaması yaptığımızı anlattık. Ancak hasta yakını bize güvenmediği için hastasını öldüreceğimize korkmuştu. En sonunda ikna oldu ve müdahalelere karışmadı. Ama bu bizim iş yükümüzü artırıp performansımızı düşürdü” (K1).*

*“Hastalar ile uyum sorunu yaşıyoruz. Yaptığımız ya da yapmasını istediğimiz şeylere uyumsuz olabiliyorlar. Tedavi ret durumlarıyla karşılaşabiliyoruz. Bu durumda sorumlu hekim tedavi ret formu imzalıyor. İletişim de sıkıntılar yaşıyoruz. Anlaşamadığımız için yaptıramadığımız şeyler oluyor” (K9).*

*“Kanama veya amnion mayisi yönünden takipli hastalarda ilginç şeyler oluyor. Ped takibi yaptığım hastanın vajinal aktif kanaması olduğunu görmüştüm ama bir türlü ped takibinde saatlik kaç ped kullandığını ve pedin doluluk oranını takip edememiştim. Çünkü hasta ayıp olmasın diye kirli görünmemek için devamlı değiştirip geliyormuş. Hem üzülmiştim hasta için, hemde hoşuma gitmişti. Çünkü hasta bana nazik davranmaya çalışmıştı. Acile gelen gebelerin tam açıklığı yoksa doğum başlamamışsa gerekli tetkikler yapıp yürümesini, sadece sıvı gıdalar ile aralıklı beslenmesini, doğum çantasını getirmesini söylüyoruz. Mülteci hastalar buna uyum sağlayamıyor. Hastanın hemen yatırılmasını istiyorlar. Muhtemelen güven duymadıklarından dolayı oluyor. Hastalarını sahte şikâyetlerle geri getiriyorlar. Buda iş yükümüzü artırıyor. İşbirliği yapmıyorlar” (K4).*

*“Hasta işbirliği yapmayı reddedebiliyor. Doğuma hazırladığımız gebeye doğum sırasında bağırmeden ıkınması için tercüman aracılığıyla anlatıyoruz. Gücün tükenir, etkili ıknamazsın vs. bilgilendiriyoruz. Hasta soracağı tüm soruları soruyor, yapması gerekenleri anladığını söylüyor. Doğum sırasında o kadar çok bağıyor ki normal spontan doğum gerçekleşirse ya bebek çok yorgun oluyor ya da bebek strese giriyor doğum eylemi uzuyor ve sectio olmak zorunda kalıyor” (K6).*

“Hastaları anlamayabiliyoruz bakım sırasında. Özellikle refakatçisi ilgisiz hastalarla bu sorunu yaşıyoruz. Yara yeri enfeksiyonu olan hastam ateşlenmişti. Hastanın ateşine yönelik soğuk uygulama yapıyordum. Gece olduğu için kimseyi bulup bilgi verememiştim ama hasta 3 gündür yattığı için ne yaptığımı biliyordu. Hastanın soğuk uygulama yapıp bıraktım. Odaya döndüğümde hastayı köpüklü buldum. Çok şaşırdım ne olduğunu hareketlerimle sordum. Sonra uzun uğraşlar sonucu anladım ki hasta aslında duş almak istiyormuş ama anlatamamış. Sonra hastaya duş alması için yardım ettim. Hasta gece boyunca şükran diyerek minnettarlığını gösterdi” (K5).



Şekil 3. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Neler Yaşandığına Yönelik Görüşler

**Tablo 5. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Hemşire ve Ebelerin Kendilerini Nasıl Hissettikleri**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Tükenmiş Hissediyorum	3	30,0	K1*, K9, K10
Yetersiz Hissediyorum	2	20,0	K2, K4*
İyi Hissediyorum	1	10,0	K3*
Normal Hissediyorum	1	10,0	K5*
Çaresiz Hissediyorum	1	10,0	K6*
Kızgın Hissediyorum	2	20,0	K7, K8*
Kötü Hissediyorum	1	10,0	K8*

Mülteci kadınlara bakım verirken hemşire ve ebelerin kendilerini nasıl hissettiklerini belirlemek üzere sorulan soruda temalar *tükenmiş hissediyorum, yetersiz hissediyorum, iyi hissediyorum, normal hissediyorum, çaresiz hissediyorum, kızgın hissediyorum, kötü hissediyorum* olmak üzere 7 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda mülteci kadınlara bakım verirken %30 oranı ile en çok tükenmiş hissettikleri görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Tükenmiş hissediyorum. Mülteci hastalarla iletişim kuramamak ya da kültür farkı aramızdaki iletişime engel oluyor. Bazen insanı 1 tane mülteci hasta 30 tane aynı dili konuştuğunuz hasta kadar yorabiliyor” (K1).*

*“Yetersiz hissediyorum. Onlara yeterli hizmet veremediğim için tabii ki etkili olduğumu düşünmüyorum. Ne istediği ya da ne yapmamı beklediğini anlamıyorum” (K4).*

*“İyi hissediyorum. Benim için hastanın mülteci olması ya da aynı dili konuşmak bakım vermeme engel olmuyor. Onlara bakım verip bundan faydalandığını görmek beni mutlu ediyor” (K3).*

*“Normal hissediyorum. Bazen çok uğraşmak ya da uygulatırken sürekli kontrol etmek gerekiyor. Ama bu aynı dili konuştuğunuz insanlarda da oluyor. Bu yüzden iş yükü ya da sıkıntı olarak düşünmüyorum. Sonuçta işimi yapıyorum” (K5).*

“Çaresiz hissediyorum. Hastanın da çaresiz hissettiğini düşünüyorum. Yaptığım şeylerden geri bildirim alamıyorum. Bazen servise kabul ettiğim hasta için anladığım kadarıyla ya da gördüğüm tüm bakımı versem de bir sıkıntısı oluyor. Bu yüzden de belli oluyor ama ne yapmam gerektiğini bilemiyorum. İletişim kuramıyoruz.” (K6).

“Empati yaptığım zaman kendimi kötü hissediyorum. Ama kendimi suçlamıyorum. Sadece empati yapıyorum. Bu hasta bende olabilirdim. Kimse bana yardım edemiyor olabilirdi” (K8).



Şekil 4. Mülteci Kadınlara Bakım Verirken Hemşire ve Ebelerin Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Yönelik Görüşler

**Tablo 6. Hemşire ve Ebelerin Komplikasyonları Nasıl Anladıkları**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
<b>İletişim Kurarak</b>			
İşaret Ve Beden Dili İle	2	20,0	K5, K7
Hasta Yakınları Aracılığıyla	2	20,0	K6*, K10
Tercüman Aracılığıyla	1	10,0	K8*
Hastanın İfadesi İle	1	10,0	K5
<b>Belirti ve Bulgular İle</b>			
Sık Kontrollerle	3	30,0	K2*, K7, K9
Gözlem İle	6	60,0	K3*, K4, K5, K6, K7, K9
Vital Bulgular İle	4	40,0	K4, K6, K9*, K10

Hemşire ve ebelerin komplikasyonları nasıl anladıklarını belirlemek üzere sorulan soruda temalar iletişim kurarak üst teması olarak *işaret ve beden dili ile, hasta yakınları aracılığıyla, tercüman aracılığıyla, hastanın ifadesi ile*, belirti ve bulgular üst teması olarak *sık kontrollerle, gözlem ile, vital bulgular ile* olmak üzere 7 başlık altında toplanmıştır. Komplikasyonları nasıl anladıkları %40-60 oranı ile gözlem ve vital bulgular ile olduğu saptanmaktadır. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Hasta yakınlarından anlaşanlar aracılığıyla anlaşıyoruz. Genelde Kürtçe biliyorlar. Hiç anlaşamazsak gözlem ve vital bulgularla anlamaya çalışıyoruz” (K6).*

*“Tercüman ile iletişim kurmazsak anlayamıyorum. Mesela bebek hareketini hastanın bana ifade etmesi gerekir. Bebek hareketinin olmadığını bana söylemezse anlayamam. Sürekli Nst ya da USG de yapılamaz. Bu gibi konularda tercümanında yanlış tercüme etmesinden kaçınan vakalar oluyordur. Güvenemiyorsunuz ki dillerin aynı bizdeki gibi lehçeleri olabiliyor” (K8).*

*“Sık kontrollerle anlayabiliyorum. Hasta genelde ifade etmiyor. Komplikasyonların erken anlaşılması kadın doğum branşı için ekstra önemlidir. Mesela gebelerde oluşan komplikasyon sadece anneyi etkilemez bebek içinde hayatidir. Hastanın mide ağrısı, gözlerinde hare uçuşması tarif etmesi o kadar önemlidir ki anlatamam. Bunu ifade etmeyen hasta eklampsi nöbeti geçirebilir ve bebeği hatta anneyi kaybedebiliriz” (K2).*



“Bazen hastadaki komplikasyonları gözlemlerle anlayabiliyorum. Ama bazen bu mümkün olmuyor. Mesela bir hastamız vardı. Hasta acilden preeklampsi olarak yatırılmış. Sectio olmuş. Hastayı aldık. Bakım ve tedavisini düzenledik. Sık sık kontrol ediyoruz. Hasta ile iletişim kuramıyoruz. Yakınları da bir o kadar sorumsuz hiç ilgilenmiyorlar. Tercüman ile anamnez alalım diye uğraştık. Yarım yamalak bir şeyler söyledi. Anne aralıklı yine kriz geçiriyor. Anladık ki bu preeklampsi gibi bir şey değil. Tüm tetkikler yapıldı. Konsültasyonlar istendi tablo bir türlü açıklanamıyor. Bir ara hastanın yakınının elinde ilaç kutuları gördüm. Kutuları aldım baktım. Hasta aslında narkotik bağımlısıymış. Bu benim gözlemlerle anlayacağım bir şey değil. Bu ancak hasta ve yakınının ifadesiyle anlaşılacak bir şey” (K3).

“Gözlem yapıyorum. Kritik hasta ise münitorize edip hastayı devre dışı bırakıyoruz. Vital bulgular, sık kontrol bunlara güvenerek hareket ediyorum” (K9).



Şekil 5. Hemşire ve Ebelerin Komplikeasyonları Nasıl Anladıklarına Yönelik Görüşler

**Tablo 7. Hemşire ve Ebelerle Aynı Dili Konuşan Gebe ve Loğusa Kadınlara Göre Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeyi Kıyasladıklarında Nasıl Değerlendirdikleri**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Yapılan Geleneksel Uygulamaları Gizleme	1	10,0	K1*
Fark Olduğunu Düşünmüyorum	4	40,0	K2*, K3,K9, K10
Mülteciler Aynı Dili Konuştuğumuz Gebe Lohusadan İyi	1	10,0	K4*
Mülteci Gebeler Doğum Sancılarına Daha Dayanıklı	1	10,0	K6*
Mülteci Gebeler Doğum Sırasında Ebe Doktora Şiddet Uygular	1	10,0	K6*
Doğum Yapacak Gebe Kıyafetlerini Çıkarmak İstemez	1	10,0	K6*
Mülteci Gebeler İçe Kapanık	1	10,0	K6*
Mülteci Gebe Lohusalar İletişimden Kaçınır	1	10,0	K7*
Mülteci Gebe Lohusaların Eşleri Baskındır	1	10,0	K7
Mülteci Gebe Lohusalar Temizliklerine Dikkat Etmez	1	10,0	K8*
Mülteci Gebe Lohusalar Erkek Doktora Muayane Olmak İstemez	1	10,0	K7

Hemşire ve ebelerle aynı dili konuşan gebe ve loğusa kadınlara göre mülteci gebe ve loğusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeyi kıyasladıklarında nasıl değerlendirdiklerini belirlemek üzere sorulan soruda temalar *yapılan geleneksel uygulamaları gizleme, fark olduğunu düşünmüyorum, mülteciler aynı dili konuştuğumuz gebe lohusadan iyi, mülteci gebeler doğum sancılarına daha dayanıklı, mülteci gebeler doğum sırasında ebe doktora şiddet uygular, doğum yapacak gebe kıyafetlerini çıkarmak istemez, mülteci gebeler içe kapanık, mülteci gebe lohusalar iletişimden kaçınır, mülteci gebe lohusaların eşleri baskındır, mülteci gebe lohusalar temizliklerine*

*dikkat etmez, mülteci gebe lohusalar erkek doktora muayane olmak istemez olmak üzere 11 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda %40 oranı ile fark olduğunu düşünmedikleri olduğu görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.*

*“Aynı dili konuştuğumuz lohusa ve gebeler genel olarak yaptıkları geleneksel uygulamaları bize danışırlar. Hasta söylemese yakını gizlice sorar veya hasta gizlice sorar uygulayalım mı diye. Ama bu mülteci hastalarda genelde tam tersi oluyor” (K1).*

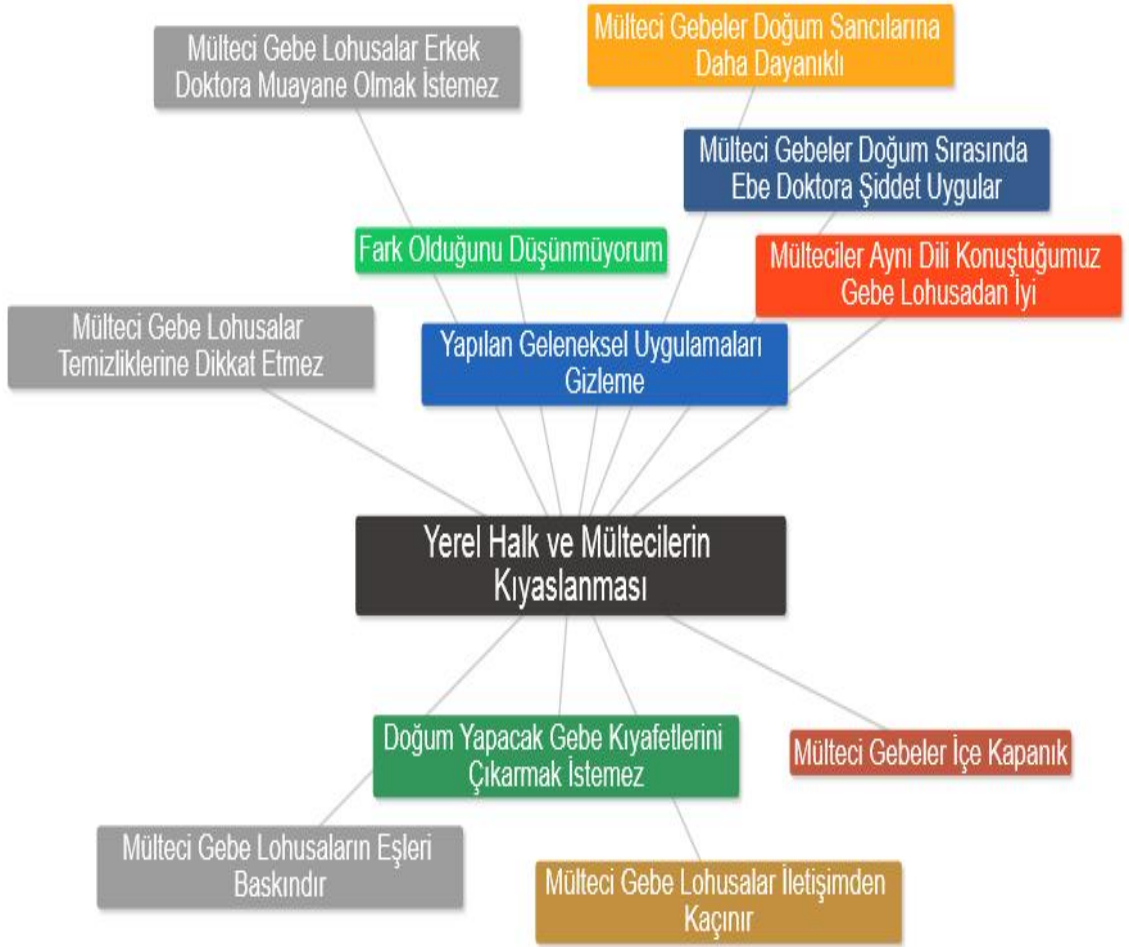
*“Aynı dili konuştuğumuz gebe ve lohusalarla aralarında anormal bir fark olduğunu düşünmüyorum. Çünkü insanlar hastaneden içeri girdikleri andan itibaren zaten ajite ve anlaşılmaz oluyorlar. Hastanın hakkında bilgi verirken türkçe anlaştığımız hasta yakınınında Arapça anlatılan hasta yakınınında tepkisi aynı desem yeridir. İkiside şok ve panik içinde zaten bizimle iletişim kuramıyor” (K2).*

*“Aynı dili konuştuğumuz gebe ve lohusalar genelde her yaptığımız ya da yapmadığımız uygulama için bizi şikayet eder, amirlere ulaşır bize istediklerini yaptırmaya çalışır ya da sanki evlerinde bir çalışanmışsınız gibi bir havaya girerler. Mültecilerde böyle bir şeye denk gelmediğim gibi genelde ürkek oluyorlar. Bazı anlaşmazlıklar oluyor elbette mesela dil bilmediğinden anlatsanız da anlamıyor. O zaman bizim yapabileceğimiz bir şeyse biz yapıyoruz. Gülerek anlaşıyoruz. Memnun oluyorlar şükran, Allah razı olsun gibi dualar ediyorlar” (K4).*

*“Doğumhane içinde aynı dili konuştuğumuz hastalar da mülteciler de aynı şekilde panik oluyorlar. Hatta şunu söyleyebilirim ki mülteciler çoğunlukla daha dayanıklı oluyorlar ve normal doğum yapıyorlar. Doğum sırasında bize şiddet uyguluyorlar. Tekme atmak ısırarak vurmaya gibi. Muhtemelen bunu onlar hoş görüyor ama bizde anormal bir durumdur. Artık tercümanlara bunu yapmamalarını söyletiyoruz. Doğum yapacak mülteci hasta üzerini çıkarmak istemiyor. Mahremiyetin sağlandığı tek kişilik travaylarda doğum yapıp aynı odada tek kişi kalıyorlar. Süreç boyunca elbise ya da çamaşırlarını çıkarmak istemiyorlar. Türk hastalar da böyle bir durumla çok çok nadir karşılaşıyoruz. İçeride kapanık oluyorlar” (K6).*

“Mülteci lohusalar her konuyu eşleri aracılığıyla bize iletiyorlar. Eşler çok baskın. Hani bizde kadın kadınla iletişimde sıkıntı yaşamaz. Lohusa rahatlıkla kendini ifade eder. Utandıkları için erkekler karışmak istemez. Ama mültecilerde tam tersi oluyor hasta bizimle iletişime geçmek yerine kocası aracılığıyla iletişim kurar. Erkek doktora muayene olmak istemiyorlar. Doğum da aynısını yapıyorlar mı bilmiyorum.” (K7).

“Mülteci hastalar temizliklerine dikkat etmiyorlar. Aynı dili konuştuğumuz hastalar temizler. Bunun dışında bir fark yok” (K8).



**Şekil 6. Hemşire ve Ebelerle Aynı Dili Konuşan Gebe ve Loğusa Kadınlara Göre Mülteci Gebe ve Loğusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeyi Kıyasladıklarında Nasıl Değerlendirdiklerine Yönelik Görüşler**

**Tablo 8. Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalar**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
<b>Yenidoğana Yönelik Uygulamalar</b>			
Yenidoğana Şerbet İçirmek	4	40,0	K1*, K2*, K4*, K9
Yenidoğanın Gözüne Sürmek Çekmek	3	30,0	K1, K2*, K3
Yenidoğanı 7 Kat Kundaklamak	1	10,0	K7
Yenidoğana Zemzem İçirmek	2	20,0	K3, K9
Yenidoğana Hurma Yedirmek	2	20,0	K3, K8
Cevşen Muska Takmak	2	20,0	K6,K8
Yenidoğanı Emzirmek İstememek	2	20,0	K2, K9
Yenidoğanın Göbek Çevresine Dua Yazmak	1	10,0	K7*
Yenidoğanı Sarı Giydirmek	2	20,0	K2*, K10
<b>Gebe/Lohusaya Yönelik Uygulamalar</b>			
Lohusayı Kırmızı Giydirmek	3	30,0	K2*, K8, K10
Lohusanın Karnını Sarmak	3	30,0	K7*, K8, K10
Lohusaya Tavuk Çorbası Ve Badem Yedirmek	2	20,0	K7, K9
Lohusa Şerbeti Dağıtmak	2	20,0	K2, K10
Yerde Oturmak Yatmak	2	20,0	K3, K4*
Lohusaya Yağlı Acılı Baharatlı Yemek Yedirmek	4	40,0	K2*, K3, K4, K7
Lohusaya Salatalık Yedirmek	2	20,0	K2, K10*
Kolostrumu Pis Kabul Etmek	1	10,0	K2*

Uyguladıkları geleneksel uygulamaları belirlemek üzere sorulan soruda temalar *Yenidoğana Yönelik Uygulamalar*, *Yenidoğana Şerbet İçirmek*, *Yenidoğanın Gözüne Sürmek Çekmek*, *Yenidoğanı 7 Kat Kundaklamak*, *Yenidoğana Zemzem İçirmek*, *Yenidoğana Hurma Yedirmek*, *Cevşen Muska Takmak*, *Yenidoğanı Emzirmek İstememek*, *Yenidoğanın Göbek Çevresine Dua Yazmak*, *Yenidoğanı Sarı Giydirmek*, *Gebe/Lohusaya*

*Yönelik Uygulamalar, Lohusayı Kırmızı Giydirmek, Lohusanın Karnını Sarmak, Lohusaya Tavuk Çorbası Ve Badem Yedirmek, Lohusa Şerbeti Dağıtmak, Yerde Oturmak Yatmak, Lohusaya Yağlı Acılı Baharatlı Yemek Yedirmek, Lohusaya Salatalık Yedirmek, Kolostrumu Pis Kabul Etmek* olmak üzere 17 başlık altında toplanmıştır.

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda %40 oranı ile Yenidoğana Şerbet İçirmek ve Lohusaya Yağlı Acılı Baharatlı Yemek Yedirmek olarak yanıt verdikleri görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Komplikasyon gelişir veya biz farkederiz. Mesela yenidoğana gizlice şerbet içirdiklerini yakalamışlığım çoktur. Ya da bebeğin gözüne sürme çeken olmuştu. Bunları sadece Suriyeli hasta ve yakınları yapmıyor. Türkmen, Özbek, Tatar bu ırktan olanlar da yapıyor. Engel de olamıyoruz çünkü hasta işbirliğini reddediyordur” (K1).*

*“Geleneksel uygulamalara gelecek olursak genelde bizim kültürümüzde yaygın olan lohusa şerbeti dağıtmak, lohusaya kırmızı yenidoğana sarı giydirmek, yenidoğanın ağzına şerbet vermek gibi şeyler varken mülteci hastalarda lohusaya hemen ağır yağlı, acılı ya da baharatlı yemek yedirmek, bebeğe sürme çekmek, anneye salatalık yedirmek, lohusanın kolostrum dediğimiz ilk sütünü pis süt olarak kabul edip emzirmemek var. Bir hastamız emzirmeyi reddetti ve mastit oldu. Memelerin boşaltılmasına da izin vermedi. Böyle bir gelenekleri varmış kendiliğinden sütün temizleneceğine inandığı için mastit oldu. Yine sectio olan hastamız ameliyattan sonra bağırsak hareketlerinin dönmesini beklemeden kebab yediği için ileus oldu. Bunları engelleyemiyorsunuz çünkü işbirlikçileri var” (K2).*

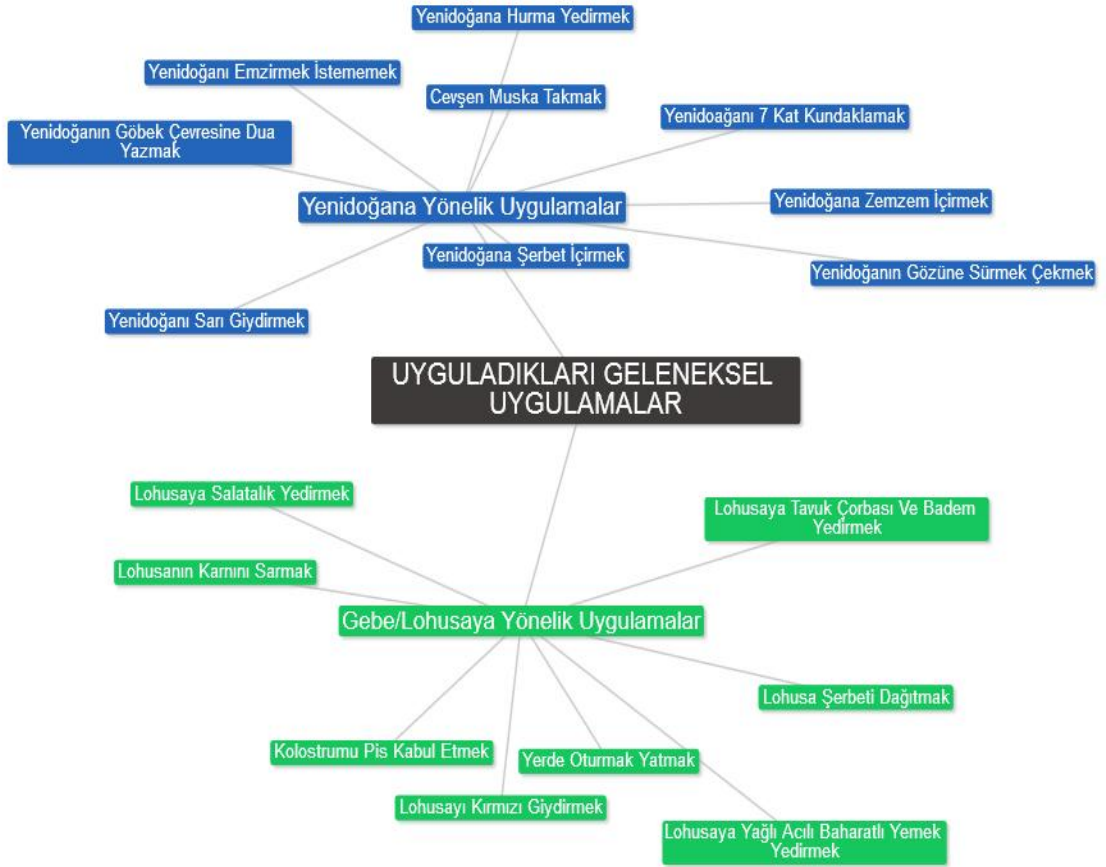
*“Tabi bir takım geleneksel uygulamaları var. Yerde oturmayı seviyorlar. Bizim toplumumuzda böyle hastane vb. Yerlerde oturmazsınız ama mülteci hastalar bazen üzerine örtmek için verdiğimiz battaniyeleri yere serip yatıyorlar. Kaldırıyoruz ama yine yatıyorlar. Ya da ağır kokulu şeyler yemeyi seviyorlar. Özellikle lohusaya ilk yedirdikleri şey kebab oluyor. Bebeği şekerli su ile besliyorlar. Emzirmeyi reddediyorlar. Estetiğe çok önem veriyorlar” (K4).*

*“Gebeler çevşen, muska tarzı kolye takıyorlar. Sanırım içinde dua var onu asla çıkarmıyorlar. Doğum sonrası da sanırım takmaya devam ediyorlar” (K6).*

“Lohusalar kebab, kelle paça falan yiyorlar. Erkek doktora muayene olmak istemiyorlar. Doğum da aynısını yapıyorlar mı bilmiyorum. Bebeği kötülüklerden korumak için 7 kat sarıyorlar. Lohusalar karınlarına sıkı sıkı sarıyorlar. Bunu Türk hastalarda da gördüm. Türkmenler lohusalara tavuk çorbası ve badem yedirirler. Yenidoğanın göbek kordonuna normalde ekstra bir bakım yapılmaz temiz bırakılır bir mülteci lohusanın yenidoğanın göbeğinin etrafına göz kalemiyle dua yazdığını gördüm” (K7).

“Yeni doğana şerbet içiriyorlar, emzirmek istemiyorlar, yeni doğana zemzem içiriyorlar, lohusaya acayip derecede tavuk suyu ve badem yediriyorlar. Sütü artıyor diye inanıyorlar” (K9).

“Geleneksel olarak lohusa şerbeti dağıtıyorlar, lohusaya kırmızı giydiriyorlar, yeni doğana sarı giydiriyorlar, lohusaya salatalık yediriyorlar, lohusanın karnını sarıyorlar. Aslında bunlar bizde de var” (K10).



Şekil 7. Uyguladıkları Geleneksel Uygulamalara Yönelik Görüşler

**Tablo 9. Mülteci Hastaların Hemşire ve Ebelere Yaklaşımı**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Muhtaç	3	30,0	K1, K3, K9
Saldırgan	3	30,0	K1, K7*, K10
Kibarlar	2	20,0	K2*, K9
Agresifler	2	20,0	K2, K3
Umursamazlar	2	20,0	K3, K10
İyiler	2	20,0	K3, K9
İlimli	1	10,0	K4*
Çekingen	1	10,0	K1
Minnettarlar	2	20,0	K4*, K6
Diğerlerinden Farklı Değiller	3	30,0	K6*, K7, K8

Mülteci hastaların hemşire ve ebelere yaklaşımını belirlemek üzere sorulan soruda temalar *Muhtaç Ve Çekingeler, Saldırgan, Kibarlar, Agresifler, Umursamazlar, İyiler, İlimli, Çekingen, Minnettarlar, Diğerlerinden Farklı Değiller* olmak üzere 10 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda %30 oranı ile Muhtaç, saldırgan, Diğerlerinden Farklı Değil olarak görüşler ağırlıklıdır. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Bazıları çok kibar davranırken bazıları çok agresif oluyor. Genelde agresifler ama tepki olduğu için değil anlamadığımız için. Bazıları Türkle birlikte geliyor. Bizim vatandaşlar daha saldırgan oluyor. Yer yok hastanede sevk yapacağız diyorsun suriyeli vatandaş anlayış gösteriyor Türk vatandaş olay çıkarıyor. Mülteci olup çok sorun çıkaran görmedim açıkcası. Genelde teşekkür ederek dua ederek ayrılıyorlar” (K2).*

*“Yaklaşımları ilimli, ürkek, çekingen, minnettar oluyor. Bir lohusa almıştık akreataydı. Hasta köprü altında yaşıyor. 2 küçük çocuğu ve eşi vardı. Gece hastayı aldık bayağı uğraştık hasta kanamış, ekstra bir sürü komplikasyon ortaya çıktı. Hasta total abdominal histerektomi oldu. O iki küçük çocuk 2 gündür bir şey yememişler belki 1 aydır banyo yapmamışlardı. Eşide öyle tabi. Ayaklarında ayakkabı sırtlarında mont yoktu.Lohusayı stabilleyince çocuklarla babayla ilgilendik. Bu aileyi biz Suriyeli sanmıştık meğerse Tacikistan’dan gelmişler. Çocukları, babayı doyurduk. Çocukları*



yıkadık. Evi yakın olan çocuklu arkadaştan rica ettik kıyafet getirdi. Aileyi sosyal hizmetler uzmanımıza bildirdik. Ertesi gün klinik şefinden izin aldık ailenin taburculuğunu kalacak yer ayarlanana kadar uzattırdık. Hasta bizde 2 hafta yattı. Sonra taburu oldular. Aradan 1 ay geçmişti bizi ziyarete gelmişlerdi. Eşine iş bulmuşlar kalacak yerleri de vardı. Hep birlikte ağlaşmıştık. O mahcubiyetlerini, minnettar oluşlarını, çocukların bacaklarımıza sarılışlarını asla unutmam” (K4).

“Yaklaşımları aynı dili konuştuğumuz hastalardan farklı değil hatta çoğunlukla minnettarlar. Çok anormal bir farklılık var diyemem” (K6).

“Yaklaşımları değişiyor. Ama ben genelde kötü tecrübeler yaşadım. Hasta yakınları agresifler. Türkçe bilmeyen hasta yakını ben haklarımı biliyorum diye birden Türkçe konuşmaya başlamıştı. Bekleme, reddedilme ya da ziyarete alınmama durumlarında Türkçe konuşmaya başlıyorlar. Hastalar yaklaşım olarak diğer hastalardan farklı değiller” (K7).

“Hasta yakınları saldırgan. Normal bir hasta yakını görmedim diyebilirim. Hastalarımız çok umursamaz. Dediğimizi yapmamak için çaba sarfediyorlar” (K10).



Şekil 8. Mülteci Hastaların Hemşire ve Ebelere Yaklaşımı İle İlgili Görüşler

**Tablo 10. Mültecilerle Çalışmanın Avantajları ve Dezavantajları**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Avantajı Yok	6	60,0	K1*, K3, K4*, K6*, K7, K8
Değişik Kültürlerle Tanışıyorum	1	10,0	K2
Fark Olduğunu Düşünmüyorum	2	20,0	K5, K10
Vakit Kaybı	4	40,0	K1*, K3, K4*, K6
Geri Bildirim Alamama	1	10,0	K1
Kişi Başına Düşen Hasta Sayısında Artış	1	10,0	K2
Komplikasyonlarda Artış	3	30,0	K2*, K6*, K10
Çok Sık Küçük Yaşta Gebelikler	3	30,0	K2*, K6*, K10
İş Yükünde Artış	5	50,0	K3, K6, K7, K8, K10
Bakım Vermek Bakımı Sürdürmede Zorluk	1	10,0	K4
Dezavantajı Yok	1	10,0	K5
Diğer Hastaların Mültecileri İstememesi Tartışmalar	1	10,0	K6
Maddi Olarak Yük	2	20,0	K6*, K8

Mültecilerle çalışmanın avantajları ve dezavantajlarını belirlemek üzere sorulan soruda temalar *avantajı yok, değişik kültürlerle tanışıyorum, fark olduğunu düşünmüyorum, vakit kaybı, geri bildirim alamama, kişi başına düşen hasta sayısında artış, komplikasyonlarda artış, çok sık küçük yaşta gebelikler, iş yükünde artış, bakım vermek bakımı sürdürmede zorluk, dezavantajı yok, diğer hastaların mültecileri istememesi tartışmalar, maddi olarak yük* olmak üzere 13 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda mültecilerle çalışmanın avantajları ve dezavantajlarının %40 ve üzeri avantajı yok, vakit kaybı, iş yükünde artış olarak öne çıktığı görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Avantajı olduğunu düşünmüyorum. Aksine dezavantajı olduğunu düşünüyorum. Bu hastalara bakım verirken vakit kaybı yaşıyorum. İletişim kuramıyoruz. Bakımın sonucuna ulaşamıyorum. Yani başarılı oldu mu olmadı mı? Empati yapıyorum ama yine de kızıyorum. Çaba sarfetmediklerini düşünüyorum. Mülteci oldukları için hiçbir konuda kendilerini geliştirmek gibi niyetleri yok. Oysaki onlarda dil öğrenmek zorundalar. Bir hastama gece nöbeti boyunca baktım. Ateşli hastaydı. Sütünü sağdım, kültür aldım, aldığı çıkardığı takibi yaptım. Tedavilerini yaptım. Refakatçisi uyurken onunla ben ilgilendim. Ama geri bildirim alamadım. Mesela teşekkürler öğrenilmeyecek bir kelime değil.” (K1).*

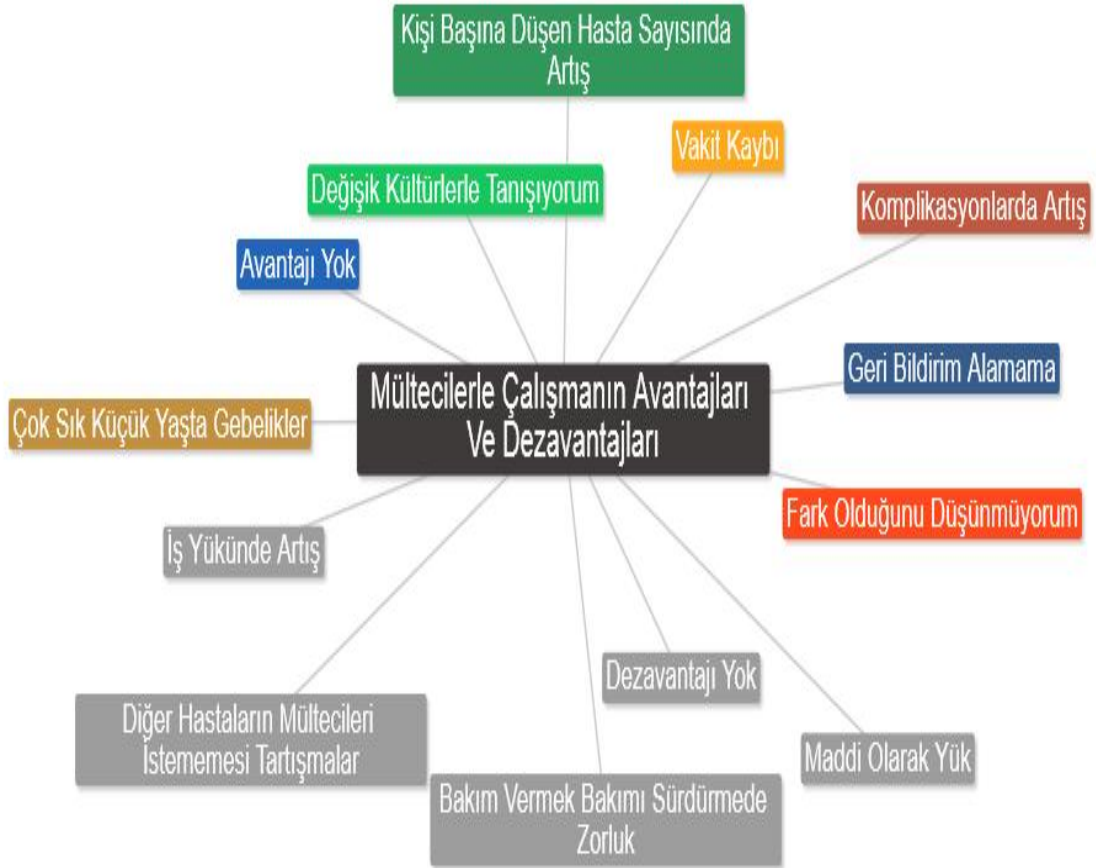
*“Değişik kültürlerden insanlarla tanışıyorum. Onlara bakım veriyorum. Bence çok güzel. Bizim mesleğimiz tek bir millete ya da ülkeye hitap etmiyor. Din dil ırk ayrımı yapmaksızın her hastaya bakım vermek, güvenliğini sağlamak bu güzel bir duygu.. Kendimi iyi hissediyorum. Dezavantajı ise bu hastaların sayısının fazla olması. Doğum oranları yüksek. Mülteci hasta bakmıyorken yer vs sıkıntısı yaşamıyorduk. Şuan bunun sıkıntısını çok yaşıyoruz. Küçük yaşta doğumlar fazla buda komplikasyonların artmasına neden oluyor” (K2).*

*“Bir avantajı yok aksine vakit kaybı yaşıyoruz. Mesela bir hastaya bakım vermemiz 15 dk sürüyorsa mülteci hasta olunca en az 30 dk. sürüyor. Bu diğer hastalara ayıracağım vakitten, bakımın kalitesinden ve göstereceğim hoşgörüden kayıp demek oluyor. Mülteci hastalara bakım vermek ve bakımı sürdürmek o kadar zor ki. İnsan bir günde 10 tanesiyle ilgilense yine tamam ama sayıları çok fazla. Bu da benim kendimi kötü hissetmeme neden oluyor. Tükeniyorum” (K4).*

*“Aynı dili konuşan gebe ve lohusalar ile mülteci lohusalar arasında bir fark olduğunu düşünmüyorum. Avantaj ve dezavantaj karşındaki hastaya göre değişiyor. Mesela anlayışsız hasta Türkçe konuşsa da anlaşıyor. Bazen anlaşılmamak da avantajlı oluyor çünkü anormal sorular sormuyorlar. Tehdit ve şiddet olayları mülteci hastalarda pek yaşamıyoruz” (K5).*

*“Avantaj olarak söyleyeceğim bir şey yok. Dezavantaj olarak çok yorucu oluyorlar. Bir kıyafet çıkartmamız 30 dk. alıyor. Böyle 5 hastaya baksanız insanın sabrı tükeniyor. Birde Türk hastalardan mülteci hastalara öncelik sağlandığı, bedava muayene olduğu, maaş aldığı gibi söylentiler yüzünden bizimle kavga ediyorlar. Bana ve iş*

performansına olumsuz yansıyor. Anamnez almak nerden baksanız 1 saat bu hastadan almaya uğraşsan vakit yok almasan büyük risk. Ayrıca çok ve kısa aralıklarla doğum yapıyorlar. Gebelik, doğum ve lohusalık döneminde sıkıntıları oluyor. Maddi olarak da yük oluyorlar” (K6).



Şekil 9. Mültecilerle Çalışmanın Avantajları ve Dezavantajları İle İlgili Görüşler

**Tablo 11. Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeye Yönelik Kurum Düzenlemeleri**

Temalar	Frekans(n)	Yüzde (%)	Katılımcı Kodu
Herhangi Bir Uygulama Yok	5	50,0	K1*, K3, K4, K5, K6
Dil Bilen Personel Var	3	30,0	K2*, K7, K10
Telefon İle Tercüman	2	20,0	K8, K10

Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeye yönelik kurum düzenlemelerini belirlemek üzere sorulan soruda temalar *herhangi bir uygulama yok, dil bilen personel var, telefon ile tercüman* olmak üzere 3 başlık altında toplanmıştır. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Hastanemizde mülteci lohusa ve gebelere yönelik herhangi bir uygulama yok. Onlara aynı dili konuştuğumuz hastalarla eş değer bakım yapıyoruz” (K1).*

*“Hastanemizde 2 sekreterimiz Arapça biliyor. Kısmen tercümanlık hizmetleri bu şekilde idare ediliyor. Bakım ve tedavilerini hastanemizde ücretsiz olarak alıyorlar. Bunun dışında başka bir uygulamamız mevcut değil” (K2).*



**Şekil 10. Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmeye Yönelik Kurum Düzenlemelerine Yönelik Görüşler**

**Tablo 12. Yeni Yapılacak Düzenlemelere İlişkin Görüşler**

<b>Temalar</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Katılımcı Kodu</b>
Bu Hastalara Yönelik Bakım Prosedürleri Oluşturulabilir	1	10,0	K1
24 Saat Kurum Tercümanı Bulundurulabilir	4	40,0	K1*, K3*, K7, K8
Sadece Mültecilere Yönelik Hastane Açılabilir	4	40,0	K2*, K3*, K7, K8
Dil Bilen Personel	3	30,0	K2*, K3*, K7
Mültecilere Ait Servis	1	10,0	K3
Hasta Sayısı Kısıtlanabilir	2	20,0	K4*, K8
Hastane Çalışanlarına Dil Eğitimi Verilebilir	3	30,0	K5*, K8, K10
Mülteciler Yönelik Bilgi Broşürleri Hazırlanabilir	2	20,0	K5*, K6
Mültecilere Dil Dersi Verilebilir	3	30,0	K5*, K6, K10

Yeni yapılacak düzenlemelere ilişkin görüşlerin belirlenmesine yönelik sorulan soruda temalar *bu hastalara yönelik bakım prosedürleri oluşturulabilir, 24 saat kurum tercümanı bulundurulabilir, sadece mültecilere yönelik hastane açılabilir, dil bilen personel, mültecilere ait servis, hasta sayısı kısıtlanabilir, hastane çalışanlarına dil eğitimi verilebilir, mülteciler yönelik bilgi broşürleri hazırlanabilir, mültecilere dil dersi verilebilir* olmak üzere 9 başlık altında toplanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda %30-40 oranla 24 saat kurum tercümanı bulundurulabilir, sadece mültecilere yönelik hastane açılabilir, dil bilen personel, mültecilere dil dersi verilebilir yanıtının ağırlıklı verildiği görülmektedir. Katılımcı hemşirelerden bazı görüşler aşağıda verilmektedir.

*“Kültürlerarası hemşirelik alanında bu hastalara yönelik çalışmalar yapılarak bakım seçenekleri oluşturulabilir. 24 saat hastane içinde tercüman hizmetleri sağlanabilir. Bu hastaların da kendi kültürlerinde bulunan uygulanmasında sakınca olmayan gelenekleri uygulamak, kültürlerine uygun hemşirelik bakımı almak en doğal hakları. Mesela yahudi*

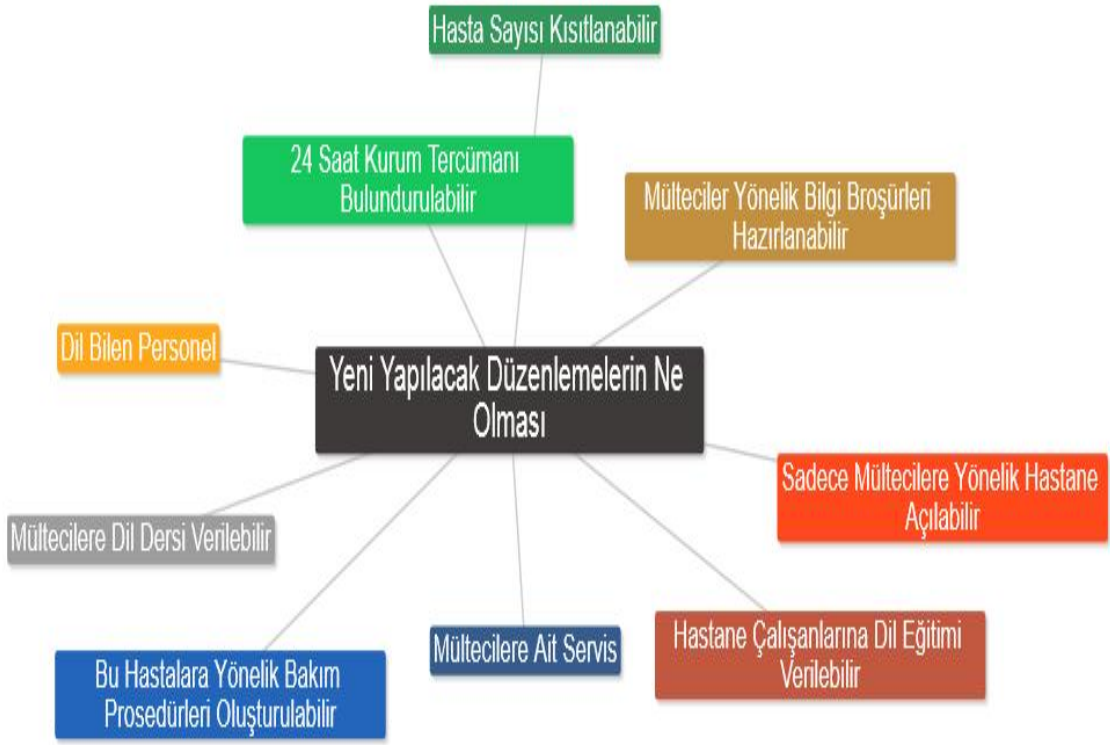
*hastalar kan transfüzyonu gibi müdahaleleri kabul etmezler bu hastalar kan kaybından elbette ölmüyorlar. Bu hastalara uygun olarak kendi kanları toplanıp uygun koşullarda saklanıp transfüzyon gerektiğinde yeniden kendi kanları transfüzyon ediliyor. Bu hastanın hakettiği bir değerdir. Biz mülteci hastaların sayısı, iş yükü ve dil problemlerinden dolayı gerektiği gibi hatta belkide bekledikleri bakımı veremiyoruz” (K1).*

*“Bu hastaların hizmet alacağı bir hastane yapılabilir. Burada aynı dili konuşabilen aynı kültürden hemşire, hekim, hasta bakıcılar çalıştırılabilir. Bu hastaların çokluğu ve dil problemi verilen hizmette kalitenin düşmesine neden oluyor. Dolayısıyla bu da hastanın iyileşme süresini, bakım kalitesini, bakımın etkisini etkiliyor” (K2).*

*“24 saat tercüman olabilir. Ya da bu hastalara ait bir hastane olsa da olur. Gelmesinler diyemem çünkü bölgedeki tek kadın doğumuz nereye gitsinler. Bu hastalara ait servis de açılabilir. Personel alınabilir” (K3).*

*“Bu hastaların sayısı kısıtlanabilir. Biz bir günde 200 mülteci hasta bakarken bir başka hastanenin hiç bakmıyor olması hem çalışan hemde hasta açısından büyük haksızlık oluyor. Bazı hastaneler de mülteci hastalar için 1 poliklinik bulunuyor. Mülteci hastaların sayısı hem kısıtlanmış hemde hizmet kalitesi artmış oluyor” (K4).*

*“Hastane çalışanlarına hekim, hemşire, personel hatta güvenlik dil dersleri alabilir. Basitte olsa anlaşacak kadar bilsek yeter. Sıkıntısını anlayacak, sıkıntıyı anlatacak şekilde öğrenmemiz iyi olurdu. Hastane de servislere uygun olacak şekilde taburculuk basamakları, taburculuk sonrası yapılacaklar Türkçe- Arapça broşür halinde hastalara verilebilir. Tabi hastalarda az da olsa Türkçe öğrensinler. Mesela bana ağrı diyebilsin ya da bebek aç diyebilsin. Bende ona Arapça ya da artık hangi mülteci grubu çoksa onun dilinde nasılsın, herhangi bir hastalığın var mı? diyebileyim” (K5).*



Şekil 11. Yeni Yapılacak Düzenlemelere İlişkin Görüşler



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde mülteci gebe ve lohusalara bakım veren ebe ve hemşirelerin bakım verme ve bakımı sürdürmede yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Araştırma bulguları literatür eşliğinde tartışıldı.

Çalışmamızda mülteci gebe ve lohusalara bakım veren ebe ve hemşirelerin en çok iletişim araçlarından hangisinin kullanıldığı ve hangi amaçla kullanıldığı sorulmuştur. Çalışmaya katılanlar '*% 80 beden dili ve hareket*', '*%40 dil bilen hasta yakınları aracılığıyla iletişim*' cevabını verirken '*%10 oranında iletişim kuramıyoruz*' cevabı verilmiştir. Kullanılan iletişim araçlarının amaçları ise; *%50 'emzirme eğitimi'*, '*beslenme durumu*', '*hasta yakını eğitimi*', *%40'ı 'kanama takibi*', '*mobilizasyon*' için cevabını vermiştir.

Dil, düşünme, düşündüğünü ifade etme ve anlama gibi faaliyetlerin merkezi olmakla birlikte günlük hayatta da en çok başvurulan iletişim biçimidir (64). İletişim aracı olarak bazen ses, bazen yazı veya resim, bazen de sözel olmayan hareketler kullanılmıştır. İnsanlar iletişim kurarken ilk olarak beden dilini kullanmaktadır (65). Ancak beden dili her zaman iletişim kurmak için yeterli bir araç olmamakla birlikte tek başına sözel iletişimde anlaşmak için yeterli değildir.

Birinci basamak sağlık kuruluşunda hekimlerle yapılan görüşmede hekimlerin mültecilerle iletişim kurmak için tercüman kullanmak zorunda kaldıklarını ancak tercümanın da problemleri ne kadar doğru anlattıklarına emin olmadıklarını ve verdikleri önerilerin ya da tedavilerin ne kadar anlatılabildiğinden emin olmadıkları belirtilmiştir (66).

Amerika'da 95 Müslüman-Arap üzerinde yapılan çalışmada özellikle kadınların pek çoğunun yeterli İngilizce okuma, yazma bilmediği, Arapça konuşan sağlık personeli eksikliği nedeniyle yeterli tıbbi bakımı alamadığı ortaya çıkmıştır. Tedavi ve diğer sağlık bakımlarını İngilizce aldıkları ve semptomları tarif edemedikleri belirlenmiştir (67).

Çalışmamızın aksine 2003 yılında Cenevre’de hemşireler ile sığınmacılar arasındaki dil engelini araştırmak için yapılan çalışmada; Hemşireler 723 sığınmacıya yaşadığı sağlık sorunları, fizyolojik ve psikolojik semptomlar ve göç nedenleri gibi sorular sormuştur. Çalışmaya katılanların % 50’si 25 yaşından küçüktür ve %19’unda ağır fiziksel ve psikolojik belirtiler olduğu ortaya çıkmıştır. Görüşmelerin% 8’inde mesleki tercümanlar, % 16’sında profesyonel olmayan tercümanlar kullanmışlardır. Hemşirelerin dil uyumları % 54 yeterli , % 27 kısmen yeterli ve % 18’inde ise yetersiz dil uyumu olduğu ortaya çıkmıştır. Dil uyumu yetersiz olanlar arasında ağır fiziksel ve psikolojik travma yaşayanlar da bulunmaktadır (68).

Mülteci gebe ve lohusalar gerek doğum öncesi gerek ise doğum sonrası hasta eğitimine en çok ihtiyacı olan kesimi oluşturmaktadır. Bu hasta grubunun yeterli emzirme, kanama takibi, bebek bakımı, hijyen ve beslenme eğitimi gibi eğitimlerin verilmesi postop komplikasyonların erken tanınması ve gerekli müdahalelerin erken yapılmasını sağlayacaktır. Bu eğitimler sadece gebelik, lohusalık dönemlerini değil kadın sağlığını da etkileyecek kritik öneme sahiptir. Yapılan literatür taramasında mülteci hastalara verilmesi gereken eğitimlerle alakalı çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan ebe ve hemşirelere mülteci kadınlara bakım verirken neler yaşadıkları sorulmuştur. ‘% 40 yanlış anlaşıldıkları’, ‘% 30 iletişim kuramadıkları’, ‘% 20 tedaviye uyumsuz oldukları’ cevapları verilmiştir.

Dil bilmeme, iş yükü, hasta ve yakınlarının olumsuz tutumları, tercümanların yanlış çevirileri hemşire, ebe ve hasta arasındaki en önemli iletişim engeli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimlerle yapılan görüşmede mülteci hastaların ne istediklerini tam olarak anlayamadıklarını, mülteci hastaların da sorunları giderilemediği için sağlık çalışanlarına karşı öfkeli olduğu ifade edilmiştir (66).

Amerika’da göçmenlerin sağlık sistemine uyumlarıyla ilgili anket uygulaması yapılmış ve yeni göç edenlerin daha önceden göç eden veya Amerika’da doğan göçmenlere göre doktor muayenesine daha az gittikleri ayrıca Amerika’ya göç yılı 10 yıl ve üzeri olanlarla, Amerika’da doğanlar arasında fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Göç yaşı ve konuşulan dilin etkili olduğu düşünülmektedir (69).

Bizim çalışmamızda tedaviye uyumsuz çıkmaları; kliniklerde uzman tercümanların olmaması nedeniyle hastaların söylenileni tam olarak anlayamaması, ilk ebeveynlik deneyimini yaşamaması ve kültürel farklılıkların da etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın aksine 190 Suriyeli mülteci kemoterapi hastası üzerinde yapılan çalışmada Suriyeli hastalar ile Türk hastalar arasında tedavi uyumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı ifade edilmiştir (70).

Mülteci kadınlara bakım verirken hemşire ve ebelerin kendilerini nasıl hissettikleri sorulduğunda; ‘%30 tükenmiş hissediyorum’ ve ‘%20 yetersiz hissediyorum’ cevabını vermişlerdir.

Hemşirelerin ve ebelerin çalışma ortamlarında yeterli destek ve kaynaklarının olmaması, toplumdaki göç ve afet gibi olaylardan en fazla etkilenen meslek grubu olması nedeniyle en fazla özveride bulunan kesimdir. Hastaların ve ailelerinin primer bakım vericisi olmaları ve artan hasta sayısı nedeniyle bu meslek grubu üzerinde mülteci hastalara bakım vermenin etkilerinin araştırılması gerekmektedir. Fakat literatür incelemesinde mülteci hastalara bakım vermenin hemşire ve ebelerin üzerinde neden olduğu sorunlara özgü herhangi bir inceleme ve araştırmanın yapılmamış olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının büyük kısmını oluşturan hemşire ve ebeler bilgi ve becerileri ile hastaların değişen ve çeşitli olan gereksinimlerine özen gösterirler. Hemşireler, kaynak dağıtımını (örneğin, işgücü sıkıntısı ve gerekli tıbbi ekipman eksikliği) ya da uygun politika ve standartların olmamasından dolayı, bakım standartlara göre yetersiz kaldığında, sorumlulukların çoğunu üstlenmek zorunda kalmaktadır. Hemşire ve ebelere olumlu çalışma ortamları sağlamak ve bakımın kalitesini artırmak, daha güvenli ve daha etkili bakım elde etmek için çalışma ortamının karmaşıklığını anlamak, çeşitli stratejiler geliştirmek gereklidir (71).

Çalışmamıza katılan hemşire ve ebelere komplikasyonları nasıl anladıkları sorulmuştur. *İletişim kurarak* ve *belirti ve bulgular ile* olmak üzere iki grup altında cevaplar toplanmıştır. İletişim kuranlar ‘% 20 *beden dili ve işaret*’ cevabı verirken belirti ve bulgu takibiyle cevabını verenler de ‘% 60 *gözlem ile*’, ‘%40 *vital bulgular ile*’ ve ‘%30 *sık kontrollerle*’ cevabını vermiştir.

Dünya Sağlık Örgütü 2015 verilerine göre her gün 830 kadın gebelik veya doğum komplikasyonlarından ölmektedir. Bu ölümlerin çoğu kaynak yetersizliğinden meydana gelmektedir ve önlenebilir ölümlerdir.

Çoğunlukla önceden var olan tıbbi durumlar ile gebelik arasındaki etkileşime bağlı olarak gelişen en önemli ölüm nedenleri; kanama, hipertansiyon, enfeksiyon ve indirekt sebeplerdir. Anne ölümlerinin engellemesi için üç gecikme modeli geliştirilmiştir. Üç gecikme modelindeki faktörlerden herhangi birinin gereğinden fazla bir gecikmeye neden olması durumunda hastanın sağlık durumu etkilenmektedir. Örneğin, acil durumun tanınmaması, sağlık tesisine ulaşım sorunları gecikmeye neden olabilmektedir (72).

Hastanın veya sağlık profesyonelinin acil bir durumu tanımlayabilmesi kısmen hastanın veya sağlık profesyonelinin eğitim seviyesine bağlı olsa da, çalışmalar, gerçek obstetrik acil durumların yaygın olarak görülen alanlarda acil bir durum olarak algılanamayacağını göstermiştir (73).

### **Üç Gecikme Modeli:**

**1.Hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan gecikme;** Tehlike işaretlerine dair bilgi eksikliği ve yetersiz sosyal faktörler,

**2.Hizmete ulaşmada yaşanan gecikme;** Ulaşım ile ilgili sorunlar, ekonomik yetersizlikler ve yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı,

**3.Hizmet almada yaşanan gecikme;** Malzeme, personel eksikliği ve hizmet sunucuların kapasite eksikliğidir (74).

Hasta ile birebir çalışan hemşire ve ebelerin acil obstetrik durumları tanımlayabilmesi ve acil durumu bildirmesi hızlı müdahale edilmesini sağlayacaktır. Komplikasyonların önlenmesi her zaman mümkün olmasa da hızlı ve doğru müdahalenin sağlanması için gerekli önlemlerin alınması, hastanın dikkatle izlenmesi oluşabilecek acil durumların erken tanınmasını sağlayacaktır. Önlenebilir anne ölümlerinin azalmasında hemşire ve ebenin rolünü artıracaktır.

2006'da Hollanda'da 40 göçmen 10 hollandalı kadın ile yapılan çalışmada; göçmen kadınlar, gebelikle ilgili şikayetlerine özellikle de preeklampsi gibi vakalarda hekimlerin çoğunlukla dikkat etmediklerini söylemişlerdir. Gözden geçirilen doğum komplikasyonu yaşayan 20 vakanın 16'sında doğum uzmanlarının gelişen komplikasyonlarda rolü olduğu saptanmıştır. Göçmen kadınların önemli komplikasyonları tanımlamakta ve şikayetlerini belirtmekte zorlandıkları, okur yazar oranı yüksek olan hastalar da durumun aynı olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlık profesyonelleri anne sağlığı için iletişim kurarak ve göçmen kadınların sağlık sorunlarını etkileyen faktörlere daha duyarlı olarak iyileşme sağlayabileceklerdir. Kadınların hamilelikteki tehlike işaretleri hakkında eğitilmeleri gereklidir (75).

Güney Afrikalı mülteci kadınlar üzerine yapılan çalışmada dil engelinin güvenli bilgi almaya engel olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada anne-bebek ölüm oranını azaltmaya yardımcı olacak, bu kadınların zamanında sağlık kuruluşuna ulaşmasına katkı sağlayacak, olumsuz doğum sonuçlarının azaltacak kritik öneme sahip olan gebelere hamilelik boyunca yaşamsal uyarı işaretlerinin tanımlanması için eğitim vermek gerekmektedir (76).

Literatürde hemşire ve ebelerin mülteci hastalardaki komplikasyonları tanımlaması üzerine çalışma bulunamamıştır. Anne ve bebek sağlığını etkileyen riskli durumların önceden farkedilmesi ve gerekli önlemlerin alınması anne-bebek ölümlerini azaltmada yardımcı olacaktır. Komplikasyonları bilme, kısa sürede sağlık tesisine gelme veya haberdar etme gibi konular hem anneye hem de yakınlarına öğretilmelidir. Komplikasyonların sadece gözlem veya sadece beden dili ve hareketle tam olarak anlaşılması mümkün değildir. Hastanın kendisinde olan, işaret ile anlatamayacağı komplikasyonları profesyonel tercüman ile anlatabilmelidir. Bazı durumlarda komplikasyonların ilk ifadesi ve ilk tanımlamanın yapılması sorunun ortadan kaldırılmasında veya müdahale edilmesinde hayati önem taşımaktadır. Hasta ve yakınlarıyla birincil olarak en yakın olan hemşire ve ebelerin bu konuda yaşadıkları zorlukların ortadan kaldırılması ve güvenli hasta ve çalışan ortamının oluşturulması önem arz etmektedir.

Hemşire ve ebelerle aynı dili konuşan gebe ve lohusa kadınlara göre mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeyi kıyaslandıklarında nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur; *'%40 bir fark olmadığı'* cevabı alınırken *'%10 mülteci gebe ve lohusalar aynı dili konuştuğumuz gebe ve lohusalardan daha iyi'* cevabını vermiştir.

Çalışmamızda mülteci gebe ve lohusa kadınların ile aynı dili konuştukları gebe ve lohusa kadınlardan bir farkının olmadığı sonucu alınmış olsa da mülteci kadınların, gebelik öncesi, gebelikte ve doğum sonunda kültürel farklılıklar ve dil farkından dolayı aldıkları bakım yetersiz kalmaktadır (77).

Hemşire ve ebeler aynı dili konuştukları gebe ve lohusalara uyguladıkları uygulama ve bakımları mülteci gebe ve lohusa kadınlara da uyguluyor olmaları bu iki grup arasındaki kültürel, ekonomik ve sosyal farkların varlığını değiştirmemektedir. Her hasta aynı hakka sahipken her hastaya aynı bakımın verilmesi hastalar için aynı oranda fayda sağlamayacaktır.

Çalışmamızda bakım verilen mülteci gebe ve lohusa kadınların aynı dili konuştukları gebe ve lohusalardan iyi olduğu sonucunun ise aynı dili konuştukları gebe ve lohusa kadınların iş yükünü artıran istekleri, amirlere şikayet ederek hemşire ve ebenin motivasyonunu bozma ve hemşire-ebe-hasta ilişkisinde hastanın olumsuz tutum ve tavırları nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Mülteci gebe ve lohusa kadınların hemşire ve ebelerle aynı dili konuşan gebe ve lohusalara göre uyguladıkları geleneksel uygulamalar sorulduğunda; *yenidoğana yönelik* ve *gebe/lohusaya yönelik* olmak üzere 2 başlık altında toplanmıştır. Yenidoğana yönelik olarak; *'% 40 yenidoğana şerbet içirmek'*, *'% 30 yenidoğanın gözüne sürme çekmek'*, *'% 20 ise sırasıyla yenidoğanı 7 kat kundaklamak, sarı giydirmek, hurma yedirmek ve cevşen ve muska takmak'* cevabı verilmiştir. Gebe/lohusaya yönelik uygulamalar ise; , *'%40 oranında acılı, baharatlı, yağlı yiyecekler yedirmek'*, *'%30 oranında kırmızı giydirmek'*, *'%30 oranında lohusanın karnını sarmak'*, *'%20 oranında sırasıyla lohusa şerbeti dağıtmak, yerde oturmak,yatmak, lohusaya tavuk çorbası içirmek ve badem yedirmek'* cevabını vermişlerdir.

İç anadolu bölgesinde bir doğum evinde 102 lohusa da yapılan çalışma da bu lohusaların % 52,9'unun doğumdan sonra karnını bir kumaşla sardığı belirlenmiştir (78). Tokat'ta 400 kadın üzerinde yapılan çalışma da kadınların %64,8'i doğum sonunda karnını sardığını ve al basmasından korunmak için %81'inin dua okuduğu belirtilmiştir. Bu kadınların %6,8'inin lohusalık döneminde kırmızı tülbent, kırmızı kurdela bağladıkları ifade edilmiştir. Kadınların %75,8'inin al basmasın diye bebeği görmeye gelenlere kırmızı şerbet (lohusa şerbeti) ikram ettiği belirtilmiştir (42,79).

Bizim çalışmamızın aksine Türk toplumunda lohusalık döneminde yağlı, acılı ve baharatlı yiyecekler tercih edilmemektedir. Tokat'ta 400 kadında yapılan çalışmada; çalışmaya katılan kadınların %89'unun sütünün artması için özel uygulamalar yaptığı ve %71,3'ünün sulu gıdalar ile, %63,7'sinin açık çay, %62,4'ünün ise tatlı yediğini ifade etmişlerdir (42). Ancak İran'da yapılan çalışmada doğum sonu dönemde loğusa bol kalorili ve yağlı besinler verilmektedir (80).

Kırgız Türkleri'nde yeni doğan bebeğin ağzına, özel hazırlanmış kurutulmuş işkembe ile eritilmiş tereyağından oluşmuş bir karışım sürülmektedir. Bu karışımı yiyen bebeklerin fakirlik görmeyeceği inancı bulunduğu ifade edilmiştir (81). Ülkemizde de benzer şekilde yenidoğana uygulamalar yapılıyor olsa da yoğun emzirme politikaları, annelerin anne sütü ve emzirme gibi konularda eğitim almaları yenidoğanın anne sütü ile beslenmesi yaygınlaşmıştır. Ancak hala geleneksel uygulamalara devam edilmektedir. 92 anne üzerinde yapılan çalışma da, annelerin %95,7'sinin bebeğini emzirdiği ancak ilk bir saat içinde bebek emzirme oranının %69,9, ilk 24 saat içinde emzirme oranının %21,7 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yenidoğana en fazla uygulanan geleneksel uygulamanın %9,8 oranla emzirmeden sonra şekerli su ve her emzirmeden sonra su verilmesi olduğu ifade edilmiştir (82). Çalışmamızda da benzer şekilde %40 oranla yenidoğana şekerli su verildiği sonucu çıkmıştır.

Çalışmamızda %20 oranında yenidoğanın 7 kat kundaklandığı sonucu çıkmıştır. Ülkemizde de 7 kat kundaklamak şeklinde olmasa da yenidoğan kundaklama uygulamaları görülmektedir. Karaman'da 195 kadında yapılan çalışmada; kadınların %66,1'i kundağa sarılan bebeklerin bacaklarının düzgün olacağına, %54,3'ünün kundağa sarılan bebeğin boyunun uzun olacağına; %50,7'sinin elleri ve ayakları sıkıca sarılan bebeğin daha hızlı gelişeceğine; %44,1'inin de kundak ne kadar sıkı olursa, bebeğin kaslarının da o kadar sıkı olacağına inandıkları ifade edilmiştir (83).

Manisa’da 382 kadında yapılan çalışmada %70.7 oranında yeni doğan sarılık olmasın diye yüzüne sarı yazma ile örttükleri ortaya çıkmıştır (84). Çalışmamızda da benzer şekilde yenidoğanlara sarı renkte kıyafetler giydirildiği ifade edilmiştir.

Ülkemizdeki geleneksel uygulamalar yöreden yöreye göre farklılık gösterebilir. Mülteci kadınların gerek yakın ülkelerden gerekse büyük çoğunluğunun aynı inanca sahip olmaları benzer yenidoğan ve gebe/lohusaya geleneksel uygulamaların görülmesine neden olmaktadır. Yerde yatmak/oturmak, yenidoğanın gözüne sürme çekmek gibi geleneksel uygulamalar ülkemizde görülmemektedir. Aynı zamanda ülkemizde yapılan bir çok uygulama ile mülteci kadınların uyguladıkları uygulamalar birbirine bir hayli benzerdir.

Çalışmamıza katılan ebe ve hemşirelere mülteci hastaların hemşire ve ebelere yaklaşımı sorulduğunda; ‘%30 oranında sırasıyla saldırgan, mahçup ve diğerlerinden farklı değildir’ cevabı verilmiştir.

Gerek eğitimsiz olmaları gerekse Türkçeyi bilmemeleri kadınların sağlık hizmetlerinden etkin olarak faydalanmasında, şikayetlerini anlatmasında ve sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmasının önünde en önemli engeldir (85).

Suriyeli mülteci kadınlarda yapılan çalışmada bu kadınların yabancı oldukları için eşit muamele göremeyeceklerinden ve ayrımcılığa uğrayacaklarından kaygı duydukları ortaya çıkmıştır (86).

Mülteci hastaların sağlık prosedürlerini bilmemeleri, sağlık çalışanlarıyla anlaşmada güçlükler, güven eksiklikleri gibi sebeplerden dolayı saldırgan tavırlar içinde olabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde bu hastaların başka bir ülkede olmaları, yardıma ihtiyaç duymaları ve gidecek başka yerlerinin olmaması da bu hastaların mahçup tavır sergilemesini açıklayabilir. Mülteci hastaların yaklaşımlarının diğer hastalardan farklı olmaması uzun süredir Türkiye’de ikamet etmeleriyle alakalı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın aksine AFAD 2014 raporuna göre kadınların kamp içinde olanların %16.8’i, kamp dışında yaşayanların ise %30.7’sinin sağlık hizmetlerinden çok memnun olduğu ancak kamp içince %4.6’sının, kamp dışında ise %0.7’sinin hiç memnun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (6).



Mülteci hastalar ile çalışmanın avantaj ve dezavantajları sorulduğunda; ‘%60 avantajı yok, %50 iş yükü’ ve ‘%40 vakit kaybı %30 komplikasyonlarda artış, sık ve küçük yaşta gebelikler’ olarak cevaplamıştır.

AFAD 2014 raporunda erken yaşta evlilikler, eşler arasındaki yaşların çok olması, çok eşliliğin yaygın olduğu belirtilmiştir. Bu kadınlar yeterli beslenme, gebelik komplikasyonlarından korunma, aile planlaması, bebek bakımı, rutin kontroller, hastalığın teşhis ve tedavisi gibi doğum sonu uyumu kolaylaştıran ve kadın sağlığını koruyan eğitimlere ulaşmakta güçlük yaşamaktadır (6).

Güney Afrikalı mülteci kadınlar üzerine yapılan çalışmada dil engelinin güvenli bilgi almaya engel olduğu ortaya çıkmıştır (76).

Yardan ve arkadaşlarının 48 aile hekimliği personeline (doktor, hemşire ve ebe, diğer aile hekimliği elemanı) yaptığı çalışmada mülteci hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmalarının işlerini yapmayı geciktirdiğini ifade ettikleri belirtilmiştir (87).

Hemşirelerin çalışma ortamı ve güvenliği hasta bakımının kalitesini belirlemektedir (71). Dil engeli, kültürel farklılıklar, kişi başına düşen hasta sayısı ve bu hastalarda komplikasyon varlığının hemşire ve ebelerde mülteci hastaların iş yüküne neden olduğu algısı olduğu düşünülmektedir. Hemşireler, çalışma ortamının getirdiği iş yükü ve kötü şartlardan etkilenen en önemli sağlık çalışanlarından. Bu nedenle hemşire ve ebelerin çalışma ortamının uygun koşullarda olması önemlidir. Kilis Devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin iş yükünü azaltmak için bir uygulama yapılmış ve bu hastaneye Türkiye’nin pek çok yerinden geçici görevlendirme ile hemşire, sağlık memuru ve ebe, hekim, anestezi teknikeri acil ve ilk yardım elemanı gibi sağlık çalışanı görevlendirilmiştir. Ancak Kilis Devlet Hastanesi’nin 2011-2014 tarihi arasındaki verilerine savaş ve buna bağlı çalışma ortamında yaşanan olumsuzluklardan dolayı toplam 31 hemşire, 20 sağlık memuru ve 9 ebe tayin istedikleri belirlenmiştir (3).

Sağlık sistemin zaten var olan sorunlar, görev tanımlarının açık ve net olmaması, çalışılan birimlerdeki zor koşullar, adaletsiz görev dağılımları halihazırda hemşire ve ebeler için iş yükü oluşturmaktadır. Bu sebeple ister mülteci hasta olsun isterse olmasın bu iki grup arasında fark gözedilmemiş olabileceği düşünülmektedir.

Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeye yönelik kurum düzenlemeleri sorulduğunda; *'%50 herhangi bir uygulama yok'* cevabı verilmiştir.

Son yıllarda ülkemizde hızla artan mülteci sayısı sağlık hizmetlerinde mültecilere yönelik politikalara ve düzenlemelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ülkemizin özellikle kamp olan pilot bölgelerinde, göç alan şehirlerde bulunan hastanelerde mülteci hastaları ve sağlık çalışanlarını koruyan, iş yükünü azaltan ve hizmet alımını ve hizmet sunumunu kolaylaştıran uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mülteci hastaların hizmet alım kalitesini düşüren ve çalışanı zor durumda bırakan en önemli etkenlerden birinin de dil olduğu düşünülmektedir.

Birinci basamak aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada hekimlerin hastalar ile anlaşamadıkları için kendilerini yetersiz gördükleri belirtilmiştir (66).

Hemşire ve ebelerin hastalara bakım verirken oluşabilecek veya oluşan problem ve sorunlara yönelik çözüm odaklı uygulamaların olması ve bu uygulamaların çalışma ortamlarında uygulanmasına teşvikin artırılması verilen hizmetlerin kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artışa neden olacaktır.

Çalışmamıza katılan hemşire ve ebelere yeni yapılacak düzenlemelere ilişkin görüşleri sorulduğunda; *'%40 sırasıyla kurum tercümanı bulundurulmalı'*, *'sadece mülteci hastalara yönelik hastane açılabilir'*, *'%30 oranında sırasıyla mülteci hastalara yönelik dil dersleri verilebilir'* ve *'hastane çalışanlarına dil dersleri verilebilir'*, *'dil bilen personel çalıştırılabilir'* cevapları verilmiştir.

AFAD 2014 raporuna göre sağlık hizmetleri kapsamında sahra hastaneleri kurulmuştur. Bazı barınma merkezlerinde bulunan sağlık merkezlerinde ve kayıt kabulde Arapça bilen kadın çalışanlar bulunmaktadır. Ayrıca gönüllü olarak sağlık hizmetlerinde çalışan Suriyelilerde bulunmaktadır. Sağlık merkezinde Suriyelilerin de olması hem çalışan açısından hemde Suriyeli kadınların sağlık sorunlarını kendi vatandaşları aracılığıyla iletmelerini sağlamaktadır. Bu durumun kadınların tedavilerine olumlu etki ettiğinin ifade edildiği bildirilmiştir (6).

Mülteci kadınların kendilerini ifade edebilmeleri için dil kursları açılmalı ve bu kurslara katılmaları için teşvik edilmelidirler (88). Sağlık çalışanlarına dil eğitimi verilmeli ve bu eğitimlere teşvik için düzenlemeler yapılmalıdır. Sahalarda profesyonel tercümanlar bulundurulması gerekmektedir. Ancak her ne kadar kurum tercümanları olsa da hasta ve sağlık profesyonelinin birbirini doğru olarak anlamasına yeterli olmayacaktır. Sadece mülteci hastalara yönelik sağlık tesislerinin açılması ve burada çalışacak personellerin de yine aynı şekilde dil bilen personellerden tercih edilmesi hem mülteci hastalar hemde sağlık çalışanları açısından fayda sağlayacaktır. Mülteci hastalar her ne kadar ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden faydalansalar da bu sağlık hizmetinden kaliteli faydalanmasını sağlayamamaktadır. Bu hastalar kendilerini rahat hissedecekleri, kaliteli hizmet alabilecekleri, kültürlerine uygun olarak bakım verilebilecek tesislere ihtiyaç duymaktadır.

Hollanda'da yapılan çalışmada mülteci kadınların sağlık okur-yazarlığı yüksek olsa da kendilerini ifade etmede yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır (75).

Sağlıktan kaliteli hizmet alımı ve hemşire ve ebelerinde kaliteli hizmet sağlayıcıları olmaları için iki tarafında istek ve koşullarına uygun olanaklar sağlayacak politika ve uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

- Çalışmaya katılanların %50 ebe %50 hemşire, %40'ı 25-31 yaş aralığında, %70'i lisans mezunu, %40 oranla çalışma yılı 1-5 yıl ve 11 yıl ve üzeri, %70 medeni durumu bekar, %60 çocuk sahibi değil, %70 oranla yabancı dil bilmiyor, %60'ı mesleğini isteyerek seçenler ve buldukları birimde çalışma yılı %70 oranla 1-5 yıl, %100 oran ile 21 kez ve üzeri sayıda mülteci hasta bakmışlardır (Tablo 1).
- Hemşire ve ebelere mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede en çok hangi iletişim araçlarının kullanıldığı sorulduğunda %80 “*beden dili hareket*” cevabını vermiştir (Tablo 2).
- Hemşire ve ebelere mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede iletişim araçlarını hangi amaçla kullandıkları sorulduğunda %50 “*emzirme eğitimi*”, %50 “*beslenme durumu*”, %50 “*hasta yakını eğitimi*” cevabını vermiştir (Tablo 3).
- Hemşire ve ebelere mülteci gebe ve lohusalara bakım verirken neler yaşadıkları sorulduğunda %40 “*yanlış anlamalar*” cevabını vermiştir (Tablo 4).
- Mülteci kadınlara bakım verirken hemşire ve ebelerin kendilerini nasıl hissettikleri sorulduğunda %30 “*tükenmiş hissediyorum*” cevabını vermiştir (Tablo 5).
- Hemşire ve ebelerin komplikasyonları nasıl anladıkları sorulduğunda, %20 “*beden dili ve hareket*”, %20 “*hasta yakınlarının aracılığıyla*”, %60 “*gözlem ile*” sonuçları elde edilmiştir (Tablo 6).
- Hemşire ve ebelerle aynı dili konuşan gebe ve lohusa kadınlara göre mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeyi kıyaslandıklarında nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %40 “*bir fark olduğunu düşünmüyorum*” cevabını vermişlerdir (Tablo 7).
- Hemşire ve ebelere aynı dili konuştukları gebe ve lohusa kadınlara göre mülteci gebe ve lohusa kadınların uyguladıkları geleneksel yöntemler sorulduğunda yenidoğana yönelik ve gebe/lohusaya yönelik olmak üzere 2 üst tema elde

edilmiştir. Yenidoğana yönelik olanlar %40 “*yenidoğana şerbet içirmek*”, gebe/lohusaya yönelik ise %40 “*lohusaya yağlı, acılı, baharatlı yemek yedirmek*” cevaplarını vermişlerdir (Tablo 8).

- Hemşire ve ebelere mülteci hastaların hemşire ve ebelere yaklaşımı sorulduğunda %30 sırasıyla “*saldırgan, muhtaç, diğerlerinden farklı değiller*” cevabını vermişlerdir (Tablo 9).
- Hemşire ve ebelere mülteci hastalar ile çalışmanın avantaj ve dezavantajı sorulduğunda %60 “*avantajı yok*” derken dezavantaj olarak %50 “*iş yükünde artış*” cevabını vermişlerdir (Tablo 10).
- Hemşire ve ebelere mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeye yönelik kurum düzenlemeleri sorulduğunda %50 “*herhangi bir uygulama yok*” cevabını vermişlerdir (Tablo 11).
- Hemşire ve ebelere yeni yapılacak düzenlemelere ilişkin görüşleri sorulduğunda %40 oranla sırasıyla “*24 saat kurum tercümanı bulundurulması*” ve “*sadece mülteci hastalara yönelik hastane açılması*” cevapları verilmiştir (Tablo 12).

## 6.2.Öneriler

Çalışma sonuçlarına doğrultusunda mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede ebe ve hemşirelerin yaşadıkları zorlukların azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Mülteci gebe ve lohusalar ile çalışan hemşire ve ebelerin anlaşmasını kolaylaştıracak, dil sorununu çözecek programlar geliştirilmesi,
- Mülteci gebe ve lohusalara kültürlerine uygun bakım seçeneklerinin oluşturulması,
- Hemşire ve ebelere farklı kültürden olan hasta yaklaşımına yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Hemşire ve ebeler ile mülteci hastaların iletişimde kaynaklanan sorunların giderilmesi için hasta ve hemşire ebelere yönelik basit tanımların olduğu Türkçe-Arapça, Türkçe-İngilizce v.b. kartelaların, yönlendirme kartlarının oluşturulması,
- Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım veren ebe ve hemşirelere yeterli desteklerin sağlanarak güvenli çalışma ortamının sağlanması,
- Sağlık kurumları ve sağlık çalışanı sayısının artırılması ile tek bir kuruma olan mülteci hasta yoğunluğunun dağıtılması,
- Farklı örneklem grubuyla değişik açılardan mülteci hasta bakımına yönelik çalışmaların artırılması,
- Mülteci gebe ve lohusa hastalara gebelik, doğum ve lohusalık dönemine yönelik eğitim planlarının oluşturulması,
- Mülteci gebe ve lohusalarda oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve oluşması durumunda sağlık kuruluşlarına ulaştırılabilmesi için ulaşım olanaklarının geliştirilmesi,
- Mülteci gebe ve lohusa kadınların yenidoğan ve gebe/lohusaya yönelik uygulanmasında sakınca olmayan geleneksel uygulamalarını yapabilmeleri için çalışmaların yapılması ve düzenlemelerin oluşturulması,
- Ülkemizde artan mülteci sayısı nedeniyle göç hemşireliği, göç hekimliği kavramlarının geliştirilmesi,

- Mülteci kadınları tehdit eden taciz, tecavüz, cinsiyete dayalı şiddet, adölesan gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sorunlara yönelik önlemlerin alınması,
- Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz tercüman hizmetlerinin verilmesi,
- Mülteci gebe, lohusalara ve yakınlarına dil eğitim programlarının oluşturulması,
- Hemşire ve ebelere dil eğitimlerinin verilmesi,
- Afet ve göç durumlarıyla ilgili bakım veren hemşire ve ebelerin görev ve yetkilerinin tanımlanması,
- Mülteci gebe ve lohusalara bakım vermenin ebe ve hemşireler üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı araştırılması,
- Mülteci hastalara yönelik uygulanan ve geliştirilecek programların denetlenerek sürekli olarak geliştirilmesi önerilmiştir.

## KAYNAKÇA

1. UNHCR BM Mülteciler Yüksek Komiserliği. <http://www.unhcr.org/turkey/home.php?page=72> (Erişim:29.10.2017).
2. Özcan M. Avrupa Birliği Sığınma Hukuku Ortak Bir Sığınma Hukukunun Ortaya Çıkışı, Ankara, 2005; Syf: 14. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=0k6bYEyQ6XYC&oi=fnd&pg=PA5&dq=avrupa+birli%C4%9Fi+s%C4%B1%C4%9F%C4%B1nma+hukuku+&ots=CEZSOV2bfV&sig=MrjnvP6uKXzHmZbYsyMBhD-gk3c&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=0k6bYEyQ6XYC&oi=fnd&pg=PA5&dq=avrupa+birli%C4%9Fi+s%C4%B1%C4%9F%C4%B1nma+hukuku+&ots=CEZSOV2bfV&sig=MrjnvP6uKXzHmZbYsyMBhD-gk3c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Erişim: 06.01.2017).
3. Korkmaz Çiçek A. “Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar” , *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2014, 1(1); 37-42.
4. Baydar S. Dünyada Ve Türkiye’de Mülteciler, Sığınmacılar, Yasadışı Göçmenler ve Ülke Ekonomisine Etkileri-2, 2012. <https://seyitorhanbaydar.wordpress.com/2012/06/08/dunyada-ve-turkiyede-multeciler-siginmacilar-yasadisi-gocmenler-ve-ulke-ekonomisine-etkileri-2/> (Erişim: 05.01.2017).
5. Koruk İ. Mülteci Kampları ve Halk Sağlığı Açısından Yönetimi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği 14. Olağan Genel Kurul Toplantısı, Mini Simpozyum 11, 2013. <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2013/03/IBRAHIMkORUK.pdf> (Erişimi: 05/01/2017 15:00).
6. AFAD, “Türkiye’deki Suriyeli Kadınlar 2014” Raporu. [https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2376/files/80-20140529154110-turkiye\\_deki-suriyeli-kadinlar\\_-2014.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2376/files/80-20140529154110-turkiye_deki-suriyeli-kadinlar_-2014.pdf) (Erişim:29.10.2017).
7. Türkiye Mülteci Krizi, Avrupa Komisyonu . [https://ec.europa.eu/commission/index\\_en](https://ec.europa.eu/commission/index_en) (Erişim:29.10.2017).
8. UNHCR Türkiye: Kilit Veriler ve Sayılar Eylül 2017, <http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri> (Erişim:29.10.2017).
9. Türkiye Göç Raporu, 2016. [http://www.goc.gov.tr/icerik6/2016-turkiye-goc-raporu-yayinlandi\\_363\\_377\\_10625\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/2016-turkiye-goc-raporu-yayinlandi_363_377_10625_icerik) (Erişim: 30.10.2017).
10. Ocak 2016 İtibariyle UNHCR Türkiye İstatistikleri. <http://www.unhcr.org/turkey> (Erişim:05/01/2017).



11. Syria Regional Refugee Response, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> (Erişim: 30.10.2017).
12. IOM Shelter and Settlements, Gender-Based Violence Risk Reduction In Shelter Preliminary Literature Review, Geneva – DRAFT, 15 Aralık 2015.
13. Levy B. Sidel V. War And Public Health, 2nd Edition, Oxford University Press., 2008: Syf: 196-196. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=J2dQsvnVtTgC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Women,+Children,+War,+and+Health&ots=KecddPdeal&sig=dfJEBHcic\\_RaYptobm3riuLqk\\_I&redir\\_esc=y#v=onepage&q=women%20health&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=J2dQsvnVtTgC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Women,+Children,+War,+and+Health&ots=KecddPdeal&sig=dfJEBHcic_RaYptobm3riuLqk_I&redir_esc=y#v=onepage&q=women%20health&f=false) (Erişim: 10.01.2017).
14. Suriye’den İstanbul’a Gelen Sığınmacıları İzleme Platformu, Eşit Haklar İçin İzleme Derneği, Göç Edenler Sosyal Yardımlaşma Kültür Derneği, Hayata Destek Derneği, İnsan Hakları Derneği İstanbul Őubesi, İnsan Hakları Vakfı İstanbul Őubesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi G alışmaları Merkezi, Kadınlarla Dayanışma Vakfı, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği İstanbul Őubesi, Sosyal ve Kültürel Hayatı Geliştirme Derneği Toplumsal Hukuk Araştırmaları Vakfı, “*Yok Sayılanlar; Kamp Dışında Yaşayan Suriye’den Gelen Sığınmacılar İstanbul rneği*” Raporu, İstanbul, 2013, Syf: 14. [https://www.ihd.org.tr/yok-sayilanlar-kamp-disinda-yaşayan-suriyeden-gelen-siginmacilar-istanbul-orneği/](https://www.ihd.org.tr/yok-sayilanlar-kamp-disinda-yaşayan-suriyeden-gelen-siginmacilar-istanbul-orneği/) (Erişim: 29.09.2017).
15. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. “Aydın İl Merkezinde Doğum ncesi Bakım Hizmetleri”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(2):137-141.
16. T.C Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik, “*Doğum ncesi Bakım ve İzlem*”, Ankara, 2012. [www.megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr) (Erişim 8.1.2017).
17. Drazancic A. “Antenatal care in developing countries. What should be done?” *Journal of Perinatal Medicine*, 2001;29 (3):188-9.
18. “*Doğum ncesi Bakım Yönetim Rehberi*” , T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 924, Ankara, 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr> (Erişim: 8.1.2017).
19. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “*2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye. [www.hips.hacettepe.edu.tr](http://www.hips.hacettepe.edu.tr) (Erişim:08/01/2017).
20. Baysoy Güler N, zkan S. “Gebelik ncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi”, *Gazi Medical Journal*, 2012; 23: 77-90.

21. Akyıldız A. *Gebelerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ve Uygulamaları* (Tez), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
22. Hurt K. J, Guile W. M, Bienstock L. J, Fox E. H, Wallach E. E, Edit: Oral E. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, 4. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2013: Syf: 110-111-112-113-114-115-122-124-128-129-130-131-132-133.
23. Smith P. R. Edit: Erenur M, Yoldemir T. Netter Obstetri, Jinekoloji Ve Kadın Sağlığı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008: Syf:171-201-204-225-321-323.
24. Turan C. Özcan T. Kaleli B. Danışman N. Sayılğan A. Gökmen O. “Preterm Erken Membran Ruptüründe Risk Faktörleri”, *Perinatoloji Dergisi*, Mart-Haziran 1995: 3(12), Syf: 30-32.
25. Üstün G. *İkinci Ve Üçüncü Trimesterde Serum Haptogloblin Düzeyinin Maternal Subklinikenfeksiyon Ve Preterm Erken Membran Ruptürü İle İlişkisinin Araştırılması* (Tez). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Mersin, 2014.
26. Uçucu R. *Gebelik Ve Diabeti Bulunan Olgularda Fetomaternal Sonuçlar* (Tez), Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara ,2013.
27. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri, “*Gebelik ve Komplikasyonları 723H00054*”, Ankara, 2011. [www.megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr) (Erişim: 08.01.2017).
28. The American Collage of Obstetricians an Gynecologists. Hyptension in Pregnancy, 2013. <https://www.acog.org> (Erişim: 08/01/2017).
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu, Ankara, Haziran 2004. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/427> (Erişim: 08.01.2017).
30. Sağol S, Özkınay E. “Preeklampsi Etyopatogenezinde Lipid Peroksidasyonu”, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2000; 10(1), Syf: 7-15.
31. Gezginç K, Acar A, Gezginç T. S, Okur N, Akyürek C, “Kliniğimizdeki Preeklampitik Gebeliklerin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003: 10( 1 ), Syf: 1 – 3.
32. Osmanağaoğlu T, Cengizoğlu B, Ünsal M, Varol S, Ünal O. “Gebelik Ve Hipertansiyonda Maternal ve Perinatal Mortalite ve Morbidite”, *Perinatoloji Dergisi*, 3-4 Ağustos-Eylül 1995; 3(1), 44-46.

33. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği, 9. Baskı, Ankara, 2009: Syf : 275.
34. Beji Kızılkaya N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, 2015: Syf: 312.
35. WHO Maternal mortality, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> (Erişim 09.01.2017).
36. Mermer H, Bilge A, Yücel U, Çeber E. “Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010; 1(2): 71-76.
37. Beydağ D. “Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007: 6(6), 479-484.
38. Bakır E. *Doğum Sonu Dönemde Bakım Gereksinimleri Hakkında Annelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi: 2010.
39. Homer, CS, Friberg IK, Dias MAB, Hoop-bender, Sandall J. Speciale AM. Bartlett L. "The projected effect of scaling up midwifery", *The Lancet*, 2014; 384(9948); 1146-1157. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60790-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60790-X/abstract) (Erişim: 08/01/2017).
40. “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”, T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 925, Ankara, 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr> (Erişim: 09.01.2017).
41. Yayla M, Bayman G, Elbey M, Erden A. C, “Eklampsi Ve Fetal Prognoz: 185 Olgunun Değerlendirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 1998; 8(4):194-198.
42. Gölbaşı Z, Eğri G. “Doğum Sonu Dönemde Annenin Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2010; 32: 276-282.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”, Damla Matbacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık, Ankara, 2009. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/319> (Erişim: 09.01.2017 14:30).
44. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E. Türeci F. “Doğum Sonrası Depresyon”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2001; 10(9): 233-234.

45. Bingöl T, Tel H. “Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10(3): 1-6.
46. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 3, Aralık 2013. [www.goc.gov.tr](http://www.goc.gov.tr) (Erişim: 25.10.2017).
47. T.C. Bakanlar Kurulu Geçici Koruma Yönetmeliği, 29153 Sayılı Resmi Gazete, Syf: 4-5, Ankara, 22 Ekim 2014.
48. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 04. 11. 2015 Tarih ve 9648 Sayılı Yönerge. <http://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4328/yonergeler.html.com> (Erişim Tarihi: 14.10.2017).
49. AFAD, “Suriyeli Sığınmacılara Yapılan Yardımlar 2017”. <https://www.afad.gov.tr/tr/2373/Suriyeli-Siginmacilara-Yapilan-Yardimlar> (Erişim: 14.10.2017).
50. Topçu S. *Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
51. Mazlumder, “Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacıları Raporu”, Mayıs, 2014. <http://istanbul.mazlumder.org/tr/main/yayinlar/yurt-ici-raporlar/3/mazlumder-kamp-disinda-yasayan-suriyeli-kadin/1116> (Erişim: 10.10.2017).
52. Samari G. “The Response to Syrian Refugee Women’s Health Needs in Lebanon”, 2014. [http://www.humanityinaction.org/knowledgebase/583-the-response-to-syrian-refugee-women-s-health-needs-in-lebanon-turkey-and-jordan-and-recommendations-for-improved-practice\\_](http://www.humanityinaction.org/knowledgebase/583-the-response-to-syrian-refugee-women-s-health-needs-in-lebanon-turkey-and-jordan-and-recommendations-for-improved-practice_) (Erişim: 15.10.2017).
53. Lori R. J, Boyle S. J. “Forced Migration: Refugee Population”, *Nurs Outlook*, 2015; 63(1): 68–77.
54. Masterson A. R, Usta J, Gupta J, Ettinger A. S. “Assessment Of Reproductive Health And Violence Against Women Among Displaced Syrians İn Lebanon”, *BMC Womens Health*, 20 Şubat 2014; 14(1): 25.
55. Çalım İldam S, Kavlak O, Sevil Ü. “Evrensel Bir Sorun: Göç Eden Kadınların Sağlığı ve Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dil Engeli”, *Sağlık ve Toplum*, Mayıs-Ağustos 2012: 22(2): 11-18.

56. Güler N, Tel H, Tuncay Özkan F. “Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005; 27 (2): 51– 56.
57. International Council of Nurse ,Nurses, Always There for You:United Against Violence, 2001, Geneva.
58. Dişsiz M, Şahin Hotun N. “Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2008; 1(1): 50-58.
59. Yakıt E, Coşkun Margırt A. “Toplumsal Açından Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeği”, *Hemşire Ve Ebenin Sorumluluğu, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2014;11 (3): 3-10.
60. İrgil E. Savaş, Göç ve Sağlık, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, Şubat 2016, Syf: 59-61.
61. Surviving The War To Fight Diabetes As A Refugee, Ocak 2016. <http://who.int/features/2016/surviving-war-to-fight-diabetes-asrefugee/en/> (Erişim: 16.10.2017).
62. Avşar G, Kaşıkçı M. “Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12(3): 67-73.
63. Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök M. C. “Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6(1): 749-806.
64. Beyreli L, Çetindağ Z, Celepoğlu A. Yazılı ve Sözlü Anlatım, Pegem Akademi, 9. Baskı: Ankara, Eylül 2017, Syf: 3. <http://pegemindeks.net/index.php/Pati/article/viewFile/2398/1882> (Erişim: 10.9.2017).
65. Çalışkan N, Yeşil R. “Eğitim Sürecinde Öğretmenin Beden Dili”, *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005; 6(1): 199-207.
66. Aygün O , Gökdemir Ö, Bulut Ülkü, Yaprak Seval Y, Güldal D. “Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 2016; 10(1): 6-12.
67. Inhorn C. M, Serour I. G. “Islam, Medicine, And Arab-Muslim Refugee Health İn America After 9/11”, *The Lancet*, 3 Eylül 2011; 378(9794): 935-943.

68. Bischoff A, Bovier P. A, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. “Language Barriers Between Nurses And Asylum Seekers: Their Impact On Symptom Reporting And Referral”, *Published*, 2003; 57(3); 503-512.
69. Leclere F. B, Jensen L, Biddlecom A. E. “Health Care Utilization, Family Context, And Adaptation Among Immigrants To The United States”, *Journal Of Health And Social Behavior*, 1994 ; 35 (4): 370-384.
70. Sever N. Ö, Petekkaya İ, Çırak Y, Ürün Y. “Suriyeli Mülteci Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Yan Etkiler ve Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Ekim 2015; 6(4): 216-219.
71. Hughes G. R. “Chapter :2 ‘Nurses at the “Sharp End” of Patient Care”, *Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurse*, 2008; 1: 1-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2672/> (Erişim: 10.8.2017).
72. Maternal Mortality. [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/) (Erişim Tarihi: 25.10.2017).
73. Applying The Lessons Of Maternal Mortality Reduction To Global Emergency Health. <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/6/14-146571/en/> (Erişim Tarihi: 25.10.2017).
74. İllerde Anne Ölümleri Veri Sistemi Yürütülmesine İlişkin Usul ve Esaslar. [dosyahsm.saglik.gov.tr/Eklenti/10237,5028362967doc.doc?0](http://dosyahsm.saglik.gov.tr/Eklenti/10237,5028362967doc.doc?0) (Erişim Tarihi: 25.10.2017).
75. Jonkers M, Richters A, Zwart J, Öry F, Roosmalen J. “Severe Maternal Morbidity Among Immigrant Women In The Netherlands: Patients' Perspectives”, *Reproductive Health Matters*, 2011;19(37): 144-153.
76. Kibiribiri T. E, Moodley D, Allison K. Groves K. A, Sebitloane H. S. “Exploring Disparities In Prenatal Care Between Refugees And Local South African Women”, *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 2016; 132(2) :151–155.
77. Özvarış Ş. B, Akın A. “Türkiye’de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma”, Edit: Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması



Vakfi, UNFPA. Ankara. 2002.  
[http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede\\_dogum\\_onesi.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf) (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

78. Güleroğlu Tosun F, Başer M, Cerit E, Yüzer S. “Postpartum Dönemde Yapılan Geleneksel İnanç ve Uygulamalar”, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2014; 24(2): 84.
79. Sabbağ Ç, Yıldırım Yarullina R. “Anadolu Ve Kazan Tatar Türk Geleneklerinde Yeme İçme Kültürünün Yeri”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Ağustos 2017; 10(51): 1344-1355.
80. Bozkuş Eğri G, Konak A. “Doğum Sonu Dönem İle İlgili Geleneksel İnanç Ve Uygulamalara Dünyadan Ve Türkiye’den Örnekler”, *Journal of World of Turks*, 2011; 3(1): 143-155.
81. Sivri B. B, Karataş N. “Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler”, *The Journal of Current Pediatrics*, 2015; 13:183-193.
82. Eker A, Yurdakul M. “Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2006; 15(9): 158-163.
83. Yalçın H. “Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamalar (Karaman Örneği)”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2012; 55: 19-31.
84. Çetinkaya A, Özmen D, Cambaz S. “Manisa’da Çocuğu Olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(2): 39-46.
85. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması Raporu*, İsmat Matbaacılık Yayıncılık, Ankara, 2006: 26-85.  
[www.hips.hacettepe.edu.tr/](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/) (Erişim: 25.10.2017).
86. Karakaya E, Coşkun Magırit A, Özerdoğan N, Yakıt E, “Suriyeli Mülteci Kadınların Doğurganlık Özellikleri Ve Etkileyen Faktörler: Kalitatif Bir Çalışma”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Şubat 2017; 10(48): 417-428.

87. Yordan Dikmetaş E, Us Coşkun N, Yordan T. “Göçmen Hastalar İle Aile Hekimliği Personeli Arasındaki İletişim”, Anadolu Üniversitesi, Sağlık İletişimi Sempozyumu, SİS 2015 Kitap, 2. Baskı, 2015; 165-171. <https://www.dropbox.com/sh/sz1mjz4ewr04t18/AABR7nGXbYrPDd6OY3xl5Xp9a?dl=0b> (Erişim Tarihi: 23.10.2017).
88. Barın H. “Türkiye’deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri”, *Göç Araştırmaları Editörden Dergisi*, Temmuz-Aralık 2015; 1(2): 10-56.



## **EKLER**

*Ek-1: Gönüllü Katılım Formu:*

### **MÜLTECİ GEBE VE LOHUSA KADINLARA BAKIM VEREN EBE VE HEMŞİRELERİN BAKIM VERME VE BAKIMI SÜRDÜRMEDE YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, sizlerin mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verirken ve bakımı sürdürmede yaşadığınız güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada isminiz sorulmamaktadır. Lütfen tüm soruları içtenlikle yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Gülnehal ARTUĞ CANSIZLAR  
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

*Ek- 2: Kişisel Bilgi Formu:*

### **KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

1. Yaşınız.....
2. Mesleğiniz nedir?  
( ) Hemşire ( ) Ebe
3. Öğrenim durumunuz nedir?  
( ) Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans ( ) Doktora
4. Mesleki çalışma yılınız nedir?  
( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri
5. Medeni durumunuz nedir?  
( ) Evli ( ) Bekar
6. Çocuk sahibi olma durumu?  
( ) Evet ( ) Hayır
7. Türkçe dışında bildiğiniz bir dil var mı ?  
( ) Hayır ( ) Evet ise bildiğiniz dili belirtiniz .....
8. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?  
( ) Evet ( ) Hayır
9. Bulduğunuz birimde çalışma yılınız?  
( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri

10. Çalıştığınız kurumda şimdiye kadar kaç kez mülteci gebe ve lohusaya bakım verdiniz?

( ) 1-5 kez ( ) 6-10 kez ( ) 11-15 kez ( ) 16-20 kez ( ) 21 kez ve üzeri

11. Çalıştığınız kurumda mülteci hastalara yönelik politikalar izleniyor mu ?

( ) Evet ( ) Hayır

12. Hastanenizde mülteci hastalara yönelik tercüman planlaması var mı?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum

*Ek- 3: Görüşme Formu*

### **GÖRÜŞME FORMU**

- 1- Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede iletişim araçlarından en sık hangisini, ne amaçla kullanıyorsunuz ?
- 2- Mülteci gebe ve lohusalara bakım verirken neler yaşıyorsunuz ?
- 3- Mülteci gebe ve lohusalara bakım verirken kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?
- 4- Komplikasyonları nasıl anlıyorsunuz ?
- 5- Aynı dili konuştuğunuz gebe ve lohusa kadınlara göre mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeyi kıyasladığınız da nasıl değerlendirirsiniz?
  - Uyguladıkları geleneksel yöntemler nelerdir ?
  - Hasta yaklaşımı nasıldır ?
- 6- Mülteci gebe ve lohusalarla çalışmanın avantajı ve dezavantajı nelerdir ?
- 7- Mülteci gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmeye yönelik yönelik kurum düzenlemeleri nelerdir ?
- 8- Yeni yapılacak düzenlemeler neler olmalıdır ?

Ek-4: Okan Üniversitesi Etik Kurul Raporu

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 29.12.2016

Toplantı Sayısı: 78

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 29.12.2016 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak'ın Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

**Karar 8.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Gülnehal ARTUĞ CANSIZLAR**'ın "Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan  
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)



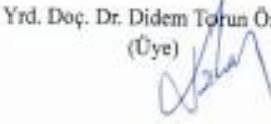
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)



Ek- 5: Kurum Çalışma İzinleri



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 70794255-663.08  
Konu : Araştırma İzni (Gülnehal ARTUĞ  
CANSIZLAR)

S.B.Ü. İSTANBUL SÜLEYMANİYE KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: Okan Üniversitesinin 06/02/2017 tarihli ve 70764255-22668 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazı ile Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans (Tezli) 1520381381 numaralı öğrencisi Gülnehal ARTUĞ CANSIZLAR'ın, Yrd.Doç.Dr.K.Derya BEYDAĞ danışmanlığında yapacağı "Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakım Sürdürmede Yaşadığı Güçlüldür" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapabileme isteği tarafımıza bildirildi.

Söz konusu çalışmanın bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etikliği açısından değerlendirilmesi ve 15.02.2017 tarihine kadar Genel Sekreterliğimiz İdari Hizmetler Başkanlığına yazılı olarak bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Op.Dr. A.İbrahim ULUSOY  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**

- 1-Üniversite Üst Yazısı
- 2-Etik Kurul
- 3-Detay Formu
- 4-Araştırma Başvuru Formu
- 5-Anket Örneği

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:85 Zeytinburnu / İstanbul

Faks No:0(212)5229811

e-Posta: [stareyya.gok@sağlık.gov.tr](mailto:stareyya.gok@sağlık.gov.tr) İnt.Adresi: Eğitim ve Arge Birimi

Evresan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a1688834-3ac3-4e15-872b-73f000969f99 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Stareyya GÖK

Unvan:FİRMA

Telefon No:0(212)5308311/1136



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Istanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
S.B.Ü. Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B.Ü. İSTANBUL SÜLEYMANİYE KADIN DOĞUM VE  
ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ - S.B.Ü. İSTANBUL SÜLEYMANİYE KADIN  
DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ  
16/02/2017 15:19 - 87534341 - 929 - E.812



Sayı : 87534341/929  
Konu : Araştırma İzni (Gülnihal ARTUĞ  
CANSIZLAR)

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 13/02/2017 tarihli ve 70794255-663.08-2091 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazınız ile Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans (Tezli) 1520381381 numaralı öğrencisi Gülnihal ARTUĞ CANSIZLAR'ın, Yrd.Doç.Dr.K.Derya BEYDAĞ danışmanlığında yapacağı "**Mülteci Gebe ve Lohusa Kadımlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakım Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler**" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde yapabilme isteği tarafımıza bildirilmiştir.

Söz konusu çalışmanın bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etikliği açısından Hastane Yöneticiliğimizce gerekli değerlendirme yapılmış olup, çalışmanın Hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Bülent HACİHAMDİOĞLU  
Hastane Yöneticisi

Özlük Birimi

Faks No:0212 416 9814

e-Posta:ozlem.demir8@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a1688b34-3ac3-4e15-872b-73fd00969f99 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:ÖZLEM DEMİR

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0(212)4986161-5150

## ÖZGEÇMİŞ

### *Kişisel Bilgiler*

<i>Adı</i>	<i>GÜLNİHAL</i>	<i>Soyadı</i>	<i>ARTUĞ CANSIZLAR</i>
<i>Doğum Yeri</i>	<i>KIRIKKALE</i>	<i>Doğum Tarihi</i>	<i>25.06.1990</i>
<i>Uyruğu</i>	<i>T.C</i>	<i>Telefon</i>	<i>0542 383 49 07</i>
<i>e-mail</i>	<i>gulnihalartug@gmail.com</i>		

### *Eğitim Düzeyi*

	<i>Mezun Olduğu Kurum</i>	<i>Mezuniyet Yılı</i>
<i>Doktora</i>		
<i>Yüksek Lisans</i>	<i>Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü</i>	<i>2017</i>
<i>Lisans</i>	<i>Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu</i>	<i>2012</i>
<i>Lise</i>	<i>Süleyman Demirel Lisesi</i>	<i>2007</i>

### *İş Deneyimi*

<i>Görevi</i>	<i>Kurum</i>	<i>Süre</i>
<i>Hemşire</i>	<i>Florence Nightingale Gayrettepe</i>	<i>2012-2012</i>
<i>Hemşire</i>	<i>Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi</i>	<i>2012-2013</i>
<i>Hemşire</i>	<i>S.B.Ü Süleymaniye Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi</i>	<i>2013- Halen</i>

### *Yabancı Diller*

<i>Yabancı Diller</i>	<i>Okuduğunu Anlama</i>	<i>Konuşma</i>	<i>Yazma</i>	<i>YDS Puanı</i>	<i>Diğer Puan</i>
<i>İngilizce</i>	<i>İyi</i>	<i>Orta</i>	<i>İyi</i>	<i>67.5</i>	

***Bilgisayar Bilgisi:*** Microsoft Word,Microsoft Excel, Power Point.

	<i>Sayısal</i>	<i>Eşit Ağırlık</i>	<i>Sözel</i>
<i>Ales Puanı 2013</i>	<i>71.48</i>	<i>71.72</i>	<i>65.01</i>

### ***Yayınlari/Tebliğleri/Sertifikalari/Ödülleri:***

- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası,*
- Acil Obstetrik Bakım Sertifikası*

***Özel İlgi Alanları:*** Tezhip, Okçuluk, Gitar Çalmak, Müzik Dinlemek, Kitap Okumak.