

# Bir Göçmen Olarak Anneliğe Geçiş: Riskler ve Engeller

## *Transition to Motherhood as an Immigrant: Risks and Obstacles*

Rüveyde Aydın, Öznur Körükcü, Kamile Kabukçuoğlu

### Öz

Pek çok yaşamsal değişikliği beraberinde getiren anneliğe geçiş süreci, göçmen anneler için engeller ve bu engellerin getirdiği risklerle dolu olabilmektedir. Fakirlik, göç edilen ülkenin dilini bilmemek, sağlık politikalarının göçmenlerin bakım giderlerini karşılar nitelikte olmaması, sosyal destek yetersizliği, kültürel uygulamaları gerçekleştirememesi ve yalnızlık anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tüm bu engellerden dolayı doğum sonu göçmen annelerde depresyon, anksiyete, stres ve sosyal izolasyon görülmektedir. Bu nedenle, göçmen annelere bakım veren sağlık personeli göçmen annelerin dini, kültürel inanç ve tutumlarını açıklamalıdır. Göçmen annelere özel bakım programlarının geliştirilmesi ve göçmen annelerin bir araya gelmeleri sağlanarak akrabalarla desteği sunulması önemlidir. Hastanelerde tercümanların sayısının yeterli düzeye getirilmesi ve annelerin kendi dillerinde yazılı eğitim materyallerinin hazırlanması sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini artıracaktır.

**Anahtar sözcükler:** İnsan göçü, risk faktörleri, ruh sağlığı.

### Abstract

The process of transition to motherhood that brings along a number of vital changes may be full of risks and difficulties for immigrant mothers. Poverty, being unfamiliar with the language of the country that the mother migrated, inability of healthcare policies in covering healthcare expenses of immigrants, insufficiency of social assistance and loneliness may negatively affect health of mother and infant. Postpartum immigrant mothers are seen depression, anxiety, stress and social isolation because of these obstacles. Therefore, health care professionals, who provide care to immigrant mothers, should clarify immigrant mothers' religious, cultural beliefs and attitudes. Procurement of peer support is important by developing care programs special to immigrant mothers and ensuring immigrant women to come together. Increase in the number of translators in hospitals and preparation of education materials in native language of mothers will improve the level of benefiting from healthcare services.

**Key words:** Human migration, mental health, risk factors.

**GÖÇ** kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, sürekli ya da geçici bir süre için coğrafi yer değiştirme olayını kapsayan sosyal bir değişim sürecidir (Beşer 2012). İnsanlar tarihin eski dönemlerinden beri başta ekonomik nedenler olmak üzere refah arayışı, savaşlar, iç çatışmalar, karışıklıklar ve siyasi olaylar gibi

durumlardan dolayı göç etmek zorunda kalmaktadırlar (Apak 2014). Bu nedenle göç, bireyin hayatında önemli değişiklikleri ve zorlukları beraberinde getiren bir geçiş sürecidir.

Anneliğe geçiş ise kadın hayatının en büyük gelişimsel yaşam olaylarından birisidir. Bu geçiş dönemi, kadının yeni rol ve sorumluluklar edinmesini gerektirir (Don ve ark. 2014). Anneliğe geçiş süreci gebeliğin belirlenmesi ile başlamakta, gebelikte gelişmekte ve doğum sonrası dönemde devam etmektedir (Siddiqui ve Hagglof 2000). Bu süreçte, annelik kimliğinin şekillenmesi, annelik rolünün kazanıldığını gösterir (Meleis 2010). Kadının eşi ile ilişkisi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, yakın çevre, stres ve sosyal destek düzeyi annelik kimliğinin gelişimini etkileyen faktörlerdendir (Meighan 2006, Meleis 2010). Mutluluk verici bir olay olarak düşünülen anne olma süreci, yeni bir uyumu gerektiren göçle birlikte olduğunda, kadının sağlığını ve refahını olumsuz etkileyebilmektedir (Siddiqui ve Hagglof 2000, Liamputtong and Naksook 2003a, Nelson 2003; Don ve ark. 2014). Kadınlar anneliğin getirdiği çeşitli zorluklara ek olarak göçün getirdiği dil engeli, ırkçılık, ayrımcılık, ekonomik yetersizlik, sağlık hizmetlerine erişimde zorlanma ve sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Greig 2003, Liamputtong and Naksook 2003b). Özellikle doğum sonu süreçte yeni bir role uyum sağlamaya çalışan göçmen bir kadının sosyal izolasyon yaşaması, psikososyal sorunlarla karşılaşma ihtimalini artırmakta ve annelik fonksiyonunu yerine getirememesine neden olabilmektedir (Greig 2003).

Göç etmiş bir kadın için ailesinden ve ülkesinden ayrılarak yeni bir yaşama başlamak güçlükle dolu bir süreci beraberinde getirebilir (Ward 2003). Göçmen kadınların çoğu, aileden ve kültürden ayrılmının verdiği yalnızlıkla tek başına mücadele etmekte, bulunduğu ülkedeki insanlarla iletişime geçememekte ve en önemlisi akran desteği alamamaktadır (McMurray 2004). Dil engelli, maddi ve sosyal destek yetersizliğinin içinde yaşayan göçmen kadınların kendilerini eve kapatmasına ve eve bağlı bir şekilde yaşamasına neden olmaktadır (Liamputtong and Naksook 2003b, McMurray 2004, Ahmed ve ark. 2008). Bunun yanı sıra, sağlık sisteminde bakım verici ile bakım alıcı arasında dil engeli bulunabilmekte, bu sorun göçmen annelere yönelik verilen sağlık bakım hizmetinin aksamasına sebep olabilmektedir (Greig 2003, McMurray 2004). Yeterli bakım ve tedavinin alınmadığı bu süreçte gebelik, anneler ve bebekler için büyük riskleri beraberinde getirebilir (Schutte ve ark. 2010). Çünkü bu durum, göçmen kadının antenatal bakım alamamasına, gebelik ve doğum sonu süreçte istenmeyen durumların yaşanmasına neden olabilmektedir (Riggs ve ark. 2012).

Antenatal bakım almadaki diğer bir engel, sosyo-ekonomik durumun düşük olmasıdır (Murray ve ark. 2010). Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu göçmen aileler genellikle sağlık merkezlerine uzak yerleşim yerlerinde yaşamaktadırlar. Bu durum, kadının sağlık hizmetlerine ulaşımını engellemekte ve yeterli bakımı alamamasına neden olmaktadır (McMurray 2004). Diğer bir sebep ise, sağlık hizmetinin alındığı ülke ile göçmen kadının kültürel yapısındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Lansakara ve ark. 2010). Sağlık hizmetleri ile kültürel farklılıkların birbirine entegre edilmemesi, bakım alıcının bakımı reddetmesine neden olabilmektedir (Lansakara ve ark. 2010, Murray ve ark. 2010). Özellikle kendi kültürüne özgü geleneksel uygulamaları yerine getiremeyen göçmen kadınlar, ailelerinden ayrılmış olmanın verdiği yalnızlıkla birlikte, antenatal dönemde psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir. Göçmen annenin kültürüne

duyarlı olmayan bir bakım sistemi, kadının sunulan bakım ve tedavi hizmetlerini reddetmesine neden olabilmektedir (Murray ve ark. 2010).

Yeterli düzeyde antenatal bakım alamayan göçmen kadınların gebelik sonuçları incelendiğinde, gestasyonel diyabet, perineal travma, postpartum hemoraji ve sezaryen doğum oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Vangen ve ark. 2003; Carolan 2010, Murray ve ark. 2010,). Aynı zamanda, göçmen kadınların gebeliğinin genellikle fetal mortalite (Jamieson ve ark. 2000), düşük doğum ağırlığı (Jayatissa ve ark. 2006, Wingate ve Alexander 2006), prematüre doğum (Wingate ve Alexander 2006), artan puerparal enfeksiyonlar (Lundberg ve Gerezgiher 2008) ve postpartum depresyon ile sonuçlandığı belirlenmiştir (Benage ve ark. 2015).

Göçün anneliğe geçiş sürecinde olan bir kadının yaşamına getirdiği değişiklikler mevcut çalışmanın planlanmasındaki çıkış noktasıdır. Bu çalışmanın amacı göçmen kadınların yabancı bir ülkede anneliğe geçiş sürecinde karşılaştıkları güçlükleri ve bu güçlüklerin neden olduğu riskleri açıklamaktır.

## Göçmen Annelerin Antenatal Bakım Sonuçları

Antenatal bakım, bir gebe kadına konsepsiyon döneminden doğuma kadar verilen bütün bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Hynes ve ark. 2002). Gebe bir kadının gebeliği boyunca en az dört kez antenatal kontrole gelmesi gerekmektedir (O'Mahony ve Donnelly 2013). Ancak, göçmen kadınların birçoğu düşük sosyo-ekonomik durum, dil bilmeme, sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlük olması, sağlık bakım vericileri ile yaşanan sorunlar, kültürel farklılıklar ve yasal sınırlamalardan dolayı etkin bir şekilde antenatal bakım alamamaktadır (Hynes ve ark. 2002, WHO 2005). Bu nedenle gebelik ve doğum süreci istenmeyen durumlar ile sonuçlanabilmektedir.

Göçmen kadınların gebelik süresince aldıkları antenatal bakımın nitelik ve niceliğini araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Suarez ve ark. 2000, van Roosmalen ve ark. 2002, Davidson ve ark. 2004, Schutte ve ark. 2010). Schutte ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan ve anne ölümlerini değerlendiren bir çalışmada, göçmen kadınların çoğunun yetersiz antenatal bakım aldığı saptanmıştır. Aynı zamanda, kadınların çoğunda preeklampsi geliştiği, doğumun istenmeyen şartlarda gerçekleştiği ve göçmen annelerin doğum sonu komplikasyonlardan en az birini yaşadığı belirtilmiştir (Schutte ve ark. 2010). Göçmen kadınlarda preeklampsi kaynaklı olan anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğunun tanı testlerinin yetersizlik, hastalığın yetersiz yönetimi, üçüncü basamak merkezlere ulaşımındaki yetersizlik ve gecikmeye bağlı olduğu saptanmıştır (van Roosmalen ve ark. 2002). Meksika'da göçmen kadınlar ile yapılan çalışmada, kadınların bebeklerinde nöral tüp defekti görülme oranının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Davidson ve ark. 2004). Suarez ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada, yasal olmayan yollarla ülkeye giren kayıtsız göçmenlerin antenatal bakım alma durumu incelendiğinde, %50'sinden daha azının ilk trimesterde antenatal bakım aldığı, doğuma yeterince hazırlanmadığı, malprezentasyon, plasenta previa, fetal anomali ve amniyotik sıvı anomalileri görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların ağır ve az paralı işlerde çalışmaları, yaşam koşullarının oldukça düşük olması, antenatal bakım ile ilgili profesyonel sağlık desteğini geç duymaları bakım hizmetlerine erişimdeki engeller olarak ifade edilmiştir (Suarez ve ark. 2000). Lübnan'lı kadınlarda en az bir kez antenatal bakım alma oranı %96 olarak belirlenirken (UNICEF 2013), Lübnan'da yaşayan Suriyeli göçmenlerin %82.9'unun doğumdan önce en az bir kez, %26.6'sının dört kez

antenatal bakım aldığı saptanmıştır (UN 2013). Dünya Sağlık Örgütü düşük gelirli ülkelerde en az dört kez antenatal bakım alma oranının kırsal alanlarda %56, kentsel alanlarda %72, çok az gelişmiş ülkelerde %38, dünya genelinde ise %50 olduğunu bildirmiştir (WHO 2016). Benage ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, Suriyeli göçmen annelerin %82.9'unun dört kez antenatal bakım aldığı, % 63.8'nin en az bir kez bakım aldığı, %31.9'nun 2 kez bakım aldığı ve % 15'nin hiç bakım almadığı saptanmıştır. Göçmen annelerin yalnızca %41.2'si yeterli vitamin, mineral ve folik asit düzeyine sahiptir. Sağlık hizmetlerine ulaşım gestasyonel yaşa ve oturlan yere göre değişiklik göstermektedir. Göçmen kadınlarda fetal ve maternal mortalite oranını azaltmak için antenatal bakıma özellikle üçüncü ayda oldukça dikkat edilmelidir (Black ve ark. 2008).

Antenatal bakımın düşük olmasının göçmenlerin kayıtsız yaşamaları, göç ettikleri ülkenin en ücra kısımlarına yerleşmeleri, eğitilmiş sağlık personelinin olmaması ve göç edilen ülkenin sağlık harcamalarının çok yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (UN 2013). Reed ve arkadaşları (2005) Colorado'da kayıtsız olarak yaşayan 5961 göçmen kadının doğum sonuçlarını incelediğinde, göçmen annelerin genç ve eğitimsiz olduğunu, çoğunlukla yalnız yaşadığını, doğumlarının genellikle düşük ve erken doğumla sonuçlandığını bulmuştur.

Yetersiz antenatal bakımının göçmen kadınların ve bebeklerinin sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (Black ve ark. 2008). Büyüktiryaki ve arkadaşları (2015) tarafından retrospektif olarak yapılan çalışmada, 457 Suriyeli göçmen kadının gerçekleştirdiği doğumların %26'sının preterm eylem olduğu, annelerden %50'sinin bebeğinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındığı, bu bebeklerin 14'ünün düşük doğum ağırlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, Şanlıurfa'da bulunan Suriyeli kadınların %26.7'sinin gebeliği döneminde hiç bir sağlık kuruluşuna başvurmadağı, buna bağlı olarak %47.7'sinin Türkiye'ye geldikten sonra düşük ya da ölü doğum nedeniyle kaybı yaşadığı saptanmıştır (Şimşek ve ark. 2015a). Sağlık sistemlerine başvurmadaki engeller nedeniyle antenatal bakım almamış Suriyeli kadınların %50'sinde demir eksikliği, %45.6'sında B12 eksikliği ve %10.5'inde folik asit eksikliği olduğu saptanmıştır (Şimşek ve ark. 2015b).

David ve arkadaşları (2006) göçmen kadınların diğer kadınlara göre antenatal kontrollere geç başladıklarını ve bu nedenle gerekli tanı testleri için geç kaldıklarını saptamıştır. Bunun yanı sıra, göçmen annelerde anemi ve bebeklerinde konjenital anomali görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Black ve ark. 2008). Göçmen kadınlarda maternal malnütrisyon ile artan fetal kayıplar, demir eksikliğine bağlı anemi, maternal mortalite, düşük doğum ağırlığı, enfeksiyonlara karşı dirençte düşme ve bilişsel gelişimde sorunlar yaşanmaktadır (Mulder ve ark. 2002). Antenatal bakım alan göçmen kadınların folik asit alımları daha yüksek olmakla birlikte sigara içme oranları daha düşüktür (Black ve ark. 2008).

## Göçün Annelerin Ruh Sağlığına Etkisi

Üreme çağıdaki göçmen kadınlar kendi ülkelerinden ayrılmanın verdiği güçlüklerden dolayı buldukları yere uyum sağlamakta zorlanabilmektedirler. Ayrıca, yeni bir çevrenin ve yaşam stiline getirdiği zorluklardan dolayı biyolojik ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler (Fernandes ve Miguel 2009). Göçün beraberinde getirdiği zorluklara ek olarak gebelik ve doğum sonu dönemde artan sorumluluklar ve annelik rolüne uyum süreci göçmen annelerde anksiyete ve strese neden olabilmektedir. Göçle ilişkili olan

stresörler doğumdan sonra postpartum blues, postpartum depresyon, posttravmatik stres ve psikoz gibi önemli psikopatolojik durumlara neden olabilir (Rumbold 2011). Göçmen kadınların doğum sonu dönemde yaşadığı psikolojik problemlerin nedenlerine bakıldığında; kişisel özellikler, göçün neden olduğu stres, sosyal destek yetersizliği, aileden kültürden ayrı kalma, sosyal izolasyon, antenatal depresyon, planlanmamış gebelik, aile büyüklüğü ile ya da kalabalık bir ortamda yaşıyor olmak ve yetersiz ebeveynlik bilgisi olarak sıralanabilir (McMurray 2004, Ahmed ve ark. 2008).

Tüm kültürlerde bir bebeğe sahip olma kadınlar için önemli bir olaydır (Kohen 2001). Göçmen kadınların ülkelerinden fiziksel olarak ayrılmaları, kültürlerinden duygusal olarak ayrıldıkları anlamına gelmemektedir (Lerda 2002). Kuzey Amerika'da yaşayan İsraili göçmen kadınlar ile yapılan bir çalışmada, göçmen annelerin yeni bir kültüre ve anelliğe uyum süreçlerinin güç olduğu belirlenmiştir (Sigad ve Eisikovits 2009). Rusya'da yapılan başka bir çalışmada, göçmenlerin yaşadığı kültürel farklılıktan dolayı yaşanan adaptasyonun zor olduğu, buna bağlı olarak göçmenlerde depresyon yaşama oranının ve alkol kullanımının yüksek olduğu saptanmıştır (Jurcik ve ark. 2013).

Göçmen kadınların ailelerinden ve doğup büyüdüğü kültürden ayrı kalmalarının annenin psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirtilen çalışmalar bulunmaktadır (Liamputtong ve Naksook 2003, Ward, 2013, Missal ve ark., 2016). Göçmen annelerin doğum sonu deneyimlerinin incelendiği bir araştırmada, anneler ailelerinden ayrı kaldıkları için kendilerini yalnız hissettiklerini, dini, kültürel inanç ve uygulamalarını tek başlarına yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir (Missal ve ark. 2016). Avusturalya'da yaşayan Taylandlı göçmen kadınlar arasında yapılan başka bir çalışmada, göçmen kadınların ailelerinden uzak olmalarının ve çocuklarını Tayland kültüründen uzak yetiştirmenin kadınları üzdüğü ve sosyal izolasyona neden olduğu belirtilmiştir (Liamputtong ve Naksook 2003). Avusturalya'da yapılan diğer bir çalışmada, göçmen kadınlar yeni bir ülkede aile ve toplum desteği olmaksızın çocuk yetiştirmenin güç olduğunu ve yakın aile bağlarını özlediklerini bildirmişlerdir (Ward 2013). Göç sürecini yaşayan bir kadının doğumdan sonra psikolojik problem yaşama ihtimali diğer kadınlara göre oldukça yüksektir (Kohen 2001). Göç öncesi ve sonrası yaşanan travma, sosyal izolasyon, ayrımcılık ve ekonomik şartlar nedeniyle göçmen annelerde doğum sonu dönemde posttravmatik stres ve depresyon görülme ihtimali daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Foss 2001). Annelerin yaşadığı psikolojik sorunların bebeği de önemli derece etkilediği, doğum sonu depresyon, stres, anksiyete yaşayan göçmen annelerin bebeklerinin %25'inin doğumdan sonra 0-25. aylarda depresyon, anksiyete ve mental gelişim geriliği yaşadığı saptanmıştır (Foss ve ark. 2004). Bu dönemde meydana gelen psikiyatrik rahatsızlıklar annenin, ailenin ve bebeğin sosyal ve bilişsel gelişimini etkilemekte, depresyonda olan annelerin bebeklerinde de davranış bozukluğu, bilişsel yetersizlik ve ilişkilerinde problem görülebilmektedir (Sword ve ark. 2006).

Göçmen annelerin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen en önemli sebeplerden biri sosyal izolasyondur. Renzaho ve Oldroyd (2014) Afgan, Afrikalı, Çinli, Lübnanlı, Suriyeli, Iraklı ve Ürdünlü göçmen annelerin katılımıyla yaptığı çalışmada, göçmen annelerin sosyal izolasyon yaşadığını ve bu izolasyonun en büyük nedeninin ailesiz olmalarından kaynaklandığını saptamıştır. Sosyal izolasyonun diğer nedeni ise, yeterli dil bilinmemesine bağlı arkadaş edinememe olarak ifade edilmiştir. Vietnam, Kore, Filipin gibi Asya toplumlarında, kadınlar genellikle çocuk büyütürken eşinin ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Göç etmek durumunda kalındığında bebeği olan kadınlar büyük

bir yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Bu sosyal izolasyon önemli derecede stres ve postpartum depresyon ile sonuçlanabilmektedir (Bandyopadhyay ve ark. 2010). Stewart ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada, göçmen annelerin Kanadalı kadınlara göre 3/5 oranında daha fazla postpartum depresyon yaşadığı ve sosyal desteklerinin az olduğunu saptanmıştır. Kadınların sosyal izolasyon, fiziksel değişimler ve ekonomik endişelere bağlı postpartum depresyon yaşadığı görülmüştür. Diğer bir çalışmada ise göçmen kadınların postpartum depresyon nedeninin, kadınların kendilerini mutsuz hissetmesi, bebek bakım sorumluluklarının çok fazla olması ve aile üyelerinin geç saatlere kadar çalıştığı için yardım edememesi gibi nedenlerin olduğu belirtilmiştir (Ahmet ve ark. 2008).

Aynı zamanda kültürle ilişkili zorluklar, ekonomik güçlükler ve göç edilen ülkenin sağlık sistemiyle ilgili deneyimler göçmen annelerin psikolojik durumunu etkilemektedir. Bu durum distres, uyum güçlüğü ve baş ağrısı gibi somatik komplikasyonlara neden olmaktadır. Yapılan klinik ölçümler de bunu destekler niteliktedir (Lansakara ve ark. 2010). Lumley ve arkadaşları (2004) doğumdan sonra ilk yılda göçmen altı kadından birinin depresyon yaşadığını bildirmiştir. Doğum sonu depresyon yaşayan kadınların %30'nun çocukları iki yaşına geldiğinde hala depresyon yaşayabilmektedir (Lumley ve ark. 2004). Anneliğinin erken dönemlerinde psikolojik problem yaşayan kadınların sağlığında ve aile ilişkilerinde bozulma olduğu vurgulanmıştır (Sword ve ark. 2006).

Göçmen kadınlar yaşadıkları zorluklardan dolayı doğum sonu dönemde psikolojik problemler açısından büyük risk altındadırlar. Bu nedenle doğum sonu servislerinde çalışan hemşireler ve diğer sağlık personeli göçmen kadınların tüm ihtiyaçlarının farkında olmalı ve gerekli bakımı verebilecek yetkinliğe sahip olmalıdır. Aynı zamanda bakım veren sağlık personeli bakımı, kültürel farklılıkları göz önünde bulundurarak planlamalıdır (Ahmad ve ark. 2004). Göçmen annelere doğum sonu 3, 6, 9 ve 12. aylarda verilen sosyal desteğin (tele danışmanlık, ev ziyaretleri, bebek bakımı ile ilgili eğitimler, konuşma terapileri) annelerin bebek bakım anksiyetesi, kızgınlık, stres ve anne bebek bağlanma güçlükleri üzerine önemli etkileri olduğu belirtilmiştir (Yuan ve Freeman 2010).

## Göçmen Annelerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin önünde birçok engel bulunmaktadır. Bu engeller kadının, sağlık hizmetlerine ulaşım güçlüğü, sağlık sigortasının olmaması, göç alan bölgelerde yeterli sağlık kuruluşu ve insan gücünün olmaması, geleneksel yaşam kalıpları, sosyal destek yetersizliği ve yasal sınırlamalardır (Liamputtong 2006). Bunların yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimde göçmenlerin haklarını bilmemesi, sunulan sağlık hizmetlerinin kültüre duyarlı olmaması, sağlık çalışanlarının bilgi ve deneyim eksikliği gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine erişim yetersiz olabilmektedir (Brady ve ark. 2015).

Göçmen kadınların prenatal ve postpartum dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki engellere bakıldığında, sistemsel ve bireysel bariyerlerin olduğu belirlenmiştir (Sword ve ark. 2006, Ganann ve ark. 2012). Bireysel engeller dil bilmeme, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyo-ekonomik durum, kültürel farklılıklara uyum sağlayamamak olarak sıralanabilir. Sistemsel engeller ise, sağlık kurumlarına ulaşımında yaşanan zorluklar, klinikte uzun süre bekleme, sağlık politikalarındaki farklılıklar, nitelikli personelin olmaması ve tercüman eksikliği olarak ifade edilmektedir (Bender ve ark. 2001, Riggs

ve ark. 2012). Yapılan çalışmalarda göçmen kadınların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmadığı görülmüştür (Bender ve ark. 2001, Bhagat ve ark. 2002, Riggs ve ark. 2012).

Postpartum dönemdeki göçmen kadınların bakım gereksinimlerinin karşılanmaması anne, bebek, aile ve toplum için olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Riggs ve ark. 2012). Postpartum göçmen kadınlar arasında sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmak için sağlık hizmetleri ve politikaları hakkında kadınlar bilgilendirilmeli ve hizmet kullanımını hakkında kadınlara yazılı programlar oluşturulmalıdır (Sword ve ark. 2006). Aksi takdirde göçmen kadınlar, sağlık hizmetlerine erişimindeki engellerden dolayı bu önemli dönemlerde yeterli bakım alamamaktadır. Bunun sonucunda göçmen kadınların yaşadıkları ülkenin kadınlara göre daha sağlıklı oldukları ve postpartum dönemde psikosomatik sorunlarla daha fazla karşılaştıkları görülmüştür (Stewart ve ark. 2008).

## Göçmen Annelerin Yaşadığı Kültürel Farklılıklar

Birçok kültürde doğum sonrası kutlamalar ve geleneksel uygulamalar anneliğin sosyal statüsünü ve ne kadar hassas bir süreç olduğunu göstermektedir (Kohen 2001). Doğum sonu dönemde yapılan bu kutlamalar ve geleneksel uygulamalar, annenin doğum öncesi fiziksel ve mental sağlığını sürdürmesini ve daha az stres yaşamasını sağlamaktadır (Murray ve ark. 2010). Kültürel uygulamaların yapılmaması kadının doğum sonu dönemde postpartum depresyon yaşama ihtimalini artırmaktadır (Hoban ve Liamputtong 2013). Bu nedenle birçok kültürde göçmen anneler kültürel uygulamalarını devam ettirmektedir (DeSouza 2004). Özellikle geleneksel uygulamaların başında özel yemekler gelmektedir. Aile üyeleri, doğum sonu dönemde yeni anneler için özel geleneksel yemekler yapmakta ve annenin diyetine süt, fındık, ceviz gibi besin değeri yüksek besinlerin miktarını artırmaktadır (Kohen 2001). Bunun yanı sıra, postpartum dönemde anne hassas olacağı için bazı geleneksel uygulamalar kısıtlayıcı olabilmektedir (örneğin, doğum sonu dönemde annenin ilk kırk gün dışarı çıkamaması). Bu süreç boyunca anne evde kalmakta ve annenin öz bakımı ve rahatlaması için masajlar yapılmaktadır (Desouza 2005). Sütü artırmak ve bebekteki hazımsızlığı önlemek için yemekler baharatlı olarak pişirilmektedir (Grewal ve ark. 2008).

Göçmen annelerin postpartum dönemdeki kültürel beklentileri karşılandığında, sağlık hizmetlerinin verilmesinde yaşanan zorlukların ortadan kalkacağı belirtilmiştir (Desouza 2005). Dini ve manevi uygulamalar özellikle göçmen annelerin yaşadığı zorluklarla mücadelede önemli bir rol oynamaktadır. Dualar ve inançlar, reiki, meditasyon ve nefes egzersizleri gibi manevi inançlar doğum sonu dönemde annelerin güçlü kimlik kazanımına katkı sağladığı düşünülmektedir (O'Mahony ve ark. 2013). Renzaho ve Oldroyd (2013) tarafından yapılan ve 35 Afgan, Afrikalı, Çinli, Lübnanlı, Suriyeli, Iraklı ve Ürdünlü göçmen annenin katıldığı çalışmada, annelerin çok farklı kültürel antenatal uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Afrikalı annelere laktasyonu başlatmak için mısır lapası yedirilirken, Orta Doğuda katı yiyeceklerin, Çin'de ise bitkisel yiyeceklerin verildiği saptanmıştır. Afrika'da bebeğin cildinin koyulaşmasını engellemek için doğumdan sonra evden çıkarılmadığı, Ortadoğuda ise bebekte baş ağrısı olmasının diye bebeğin başını doğum sonu bir aya kadar yıkanmadığı görülmüştür (Renzaho ve Oldroyd 2013). Murray ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, Afrikalı göçmen annelerin doğumlarının evde gerçekleştiği, aile üyelerinin doğuma katılarak masaj yaptığı ve destek olduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, kadınların hastanede doğum yaparken kendilerini çok yalnız ve güçsüz hissettiği saptanmıştır.

Yeni bir ülkeye dahil olmak, bu süreçte kendi kültürünü yaşatmak ve istediğin bir ortamda çocuk dünyaya getirmek oldukça zor olabilmektedir (Renzaho ve Oldroyd 2013). Bu nedenle, göç kültürel ve inançsal uygulamaların kaybı ile sonuçlanabilmektedir (Grewal ve ark. 2008). Aynı zamanda göç, kadınlarda öz benlik, kontrol, aile ve arkadaş kaybı gibi kayıplarla da sonuçlanabilmektedir (Murray ve ark. 2010). Liam-puttong and Naksook (2003) tarafından Avustralya'da yaşayan Taylandlı kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların sosyal izolasyon ve çocuk yetiştirirken kendi kültürünü koruyamama endişesinin yaşandığı saptanmıştır. Avusturalya'da yapılan başka bir çalışmada, göçmen kadınlar ailenin ve kendi kültürüne ait insanların olmadığı yerde çocuk yetiştirmenin oldukça zor olduğunu ve ailelerinin sosyal desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Ward 2003).

## Anneliğe Geçişlerde Transkültürel Ebelik ve Hemşirelik

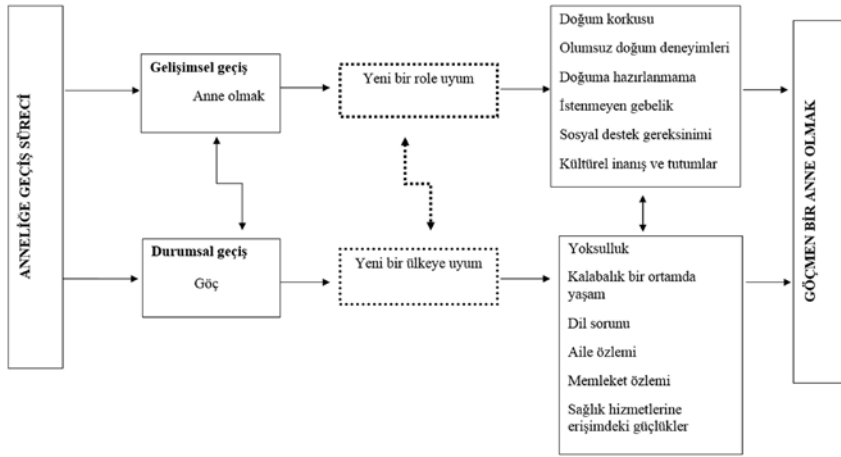
Birey yaşadığı kültürden ayrı düşünülemez; çünkü kültür bireyin beslenmesi, giyimi, sağlık, hastalık, inanç ve tutumlarına bir yön çizmektedir (Tortumoğlu 2004). Kültürel uygulamaların en fazla uygulandığı dönemlerden biri doğum sonu dönemdir. Bu nedenle doğum sonu dönemde anneye bakım verecek ebe ve hemşirelerin annenin kültürünü göz önünde bulundurması gerekmektedir (Bozkuş ve Konak, 2011). Doğum sonu dönemde verilecek transkültürel hemşirelik bakımı kısaca şöyle özetlenebilir:

- a. Ebe/hemşireler yeterli bakım verebilmek için bakım verdiği göçmen annenin bireysel özellikleri (ekonomik durumu, aile yapısı, geleneksel uygulamaları, dini inançları vb.), iletişim özellikleri (ana dili, selamlaşma, hitap, ses, dokunma, göz teması vb.), aile içi ve toplumsal rolleri (kadın rolü, evli kadın rolü, gebe kadın rolü, annelik rolü vb.), sağlık hastalık uygulamaları (sağlık hastalık inançları, kutsal ve yenilmez besinler, cinsellik, hijyen, egzersiz, anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamalar vb.) gibi kültürel değerlerini tanılamalıdır (Tanrıverdi ve ark. 2009).
- b. Ebe/hemşireler göçmen annenin dini, kültürel inanç, tutum ve uygulamalarını yargılamamalı, adalet ve eşitlik ilkesine dayalı bir bakım vermelidir (Şahin ve ark. 2009, Beşer 2012).
- c. Hemşirenin kararları annenin kültürünü korumaya ve sağlığını geliştirmeye yönelik olmalıdır (örneğin bebeklerde görülen sarılık için sarı başörtüsü örtmek bebeğe) (Beşer 2012).
- d. Göçmen annelerin doğum sonu ve bebek bakımı ile ilgili olan geleneksel uygulamaları sağlık ve hastalık açısından herhangi bir sorun teşkil etmiyorsa uygulanmasına izin verilmeli ve bu konuda desteklenmelidir (Taşçı ve Sevil 2012).
- e. Geleneksel uygulamalar anne ve bebek sağlığı için bir risk oluşturuyorsa anneye yargılayıcı olmadan uygun bir dil ile anlatmalı ve sağlıklı yaşam geliştirmesi için yeni kalıplar oluşturmasına yardımcı olmalıdır (örneğin ishali bebeğe su vermeyen annenin inanç sistemini değiştirerek, yeniden yapılandırılmak) (Taşçı ve Sevil 2012).
- f. Aynı zamanda hemşire kültürel özelliklerin yanı sıra bireysel farklılıklarında farkında olmalı ve bakımı, bireysel ve hümanistik ilişkiler içinde yürütmelidir (Tortumoğlu 2004, Şahin ve ark. 2009; Tanrıverdi ve ark. 2009, Beşer 2012).



## Göçmen Annelerin Sorunlarına Yönelik Çözüm Önerileri

Suriye’de yaşanan savaş Suriye halkını göç etmeye mecbur bırakmıştır. Savaşın yıkıcı etkilerinden dolayı fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel sorunlarla karşılaşan Suriyeli kadın sığınmacılar, gittikleri ülkelere de bu sorunları taşımaktadırlar. Ülke değiştirerek yeni duruma uyum sağlamaya çalışan bir kadın, gebelik süreci ile yeni bir rol edinmekte, yani eş zamanlı olarak, çoklu bir geçiş sürecinden geçmektedir (Meleis 2010). Kadının doğum korkusu yaşaması, geçmiş olumsuz doğum deneyimleri, gebeliğinin plansız olması, doğuma hazırlık yapılamaması, istenmeyen gebelikler annelik rolüne uyumunu güçleştirirken; yoksulluk, kalabalık bir ortamda yaşam, dil sorunu, sağlık giderlerinin pahalı olması, aile, memleket özlemi ve göç edilen yere uyumun önündeki bariyerler olabilmektedir (Şekil 1).



**Şekil 1.** Göçmen bir kadının anneliğe geçiş süreci

Göçmen kadınlara bakım veren sağlık personeline önemli sorumluluklar düşmektedir. Prenatal ya da postpartum dönemde olan göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen tüm faktörler belirlenmeli ve risk faktörleri ortadan kaldırılmalıdır (Bradby ve ark. 2015). Bu risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması için sağlık sistemleri göçmen kadınların ihtiyaçlarına hitap ediyor olması gerekmektedir (Bhagat ve ark. 2002). Göçmen kadınların bireysel ve toplumsal engellerinin farkında olunması, kadınlara kendi dillerinde olan özel bakım rehberlerinin oluşturulması sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracaktır (Reitmanova ve Gustafson 2008). Aynı zamanda, sağlık kuruluşlarında yeterli sayıda tercümanın olması göçmen annelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma oranını artıracaktır (Grewal ve ark. 2008). Göçmen kadınlar için bakımın önündeki engelleri kaldırmanın ve bakım ihtiyaçlarını karşılamının bir diğer yolu sağlık hizmetlerinin kültürel farklılıklara açık olmasıdır (Bhagat ve ark. 2002). Bakım veren sağlık personelinin kültürel farklılıklar konusundaki bilgisinin olması ve bu farklılıklara saygı duyması göçmen annelerin sağlık hizmetlerden etkin yararlanmasını sağlayacaktır (Campinha-Bacote 2002). Göçmen kadınlara yönelik ücretsiz ya da düşük ücretli hizmetler, ulaşım masraflarının temini, kliniklerin çalışma

saatlerinin esnek olması ve kültüre duyarlı hizmetlerin sunulması sağlık hizmetlerine erişimi artıracaktır (Bradby ve ark. 2015).

Sağlık profesyonelleri, göçmen kadınların dini, kültürel inanç ve tutumlarını açıklaştırarak bakımlarını planlanmalıdır. Göçmen kadınların bir araya gelmeleri sağlanarak psikolojik sorun yaşamaları önlenmelidir (Bradby ve ark. 2015). Aynı zamanda bu uygulama ile akran desteği verilerek kültürel uygulamalarını gerçekleştirmeleri sağlanmalıdır. Sağlık sistemlerinin göçmen kadınlar tarafından anlaşılması için hastanede uygulanan evrak ve işlemlerin göçmen kadınların kendi dilinde yazılı olmalıdır (Campinha-Bacote, 2002).

## Sonuç

Göçmen anneler, anneliğe geçiş sürecinin getirdiği biyopsikososyal güçlüklerle ek olarak göçün getirdiği zorluklarla da baş etmek zorundadırlar. Bu nedenle göçmen annelerin sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarındaki yasal engeller kaldırılmalı ve yeni politik düzenlemeler yapılmalıdır. Göçmen kadınların gebelik ve doğum sonu süreçte aile sağlığı merkezlerinde düzenli bakımlarının yapılması sağlanmalıdır. Aynı zamanda bakımlar ev ziyaretleri ile desteklenmeli ve kadınlar yaşadığı ortamda değerlendirilmelidir.

## Kaynaklar

- Ahmad F, Shik A, Vanza R, Cheung A, George U, Stewart DE (2004) Popular health promotion strategies among Chinese and East Indian immigrant women. *Women Health*, 40:21–40.
- Ahmed A, Stewart DE, Teng L, Wahoush O, Gagnon AJ (2008) Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Arch Women Ment Health*, 11:295–303.
- Apak H (2014) Suriyeli göçmenlerin kente uyumları: Mardin örneği. *Mukaddime*, 5:53–71.
- Aveyard P, Cheng KK, Manaseki S, Gardosi J (2002) The risk of preterm delivery in women from different ethnic groups. *BJOG*, 109:894–899.
- Bandyopadhyay M, Small R, Watson LF, Brown S (2010) Life with a new baby: How do immigrant and Australianborn women's experiences compare? *Aust N Z J Public Health*, 34:412–421.
- Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P (2015) An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*, 9:2–11.
- Bender DE, Harbour C, Thorp J, Morris P (2001) Tell me what you mean by "si": perceptions of quality of prenatal care among immigrant Latina women. *Qual Health Res*, 11:780–94.
- Beşer A (2012) Göç, Kültür ve Sağlık İlişkisi: Kültürlerarası Hemşirelik. (Ed. Ü Seviğ, G Tanrıverdi):57–71. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Bhagat R, Johnson J, Grewal S, Pandher P, Quong E, Triolet K (2002) Mobilizing the community to address the prenatal health needs of Immigrant Punjabi women. *Public Health Nurs*, 19:209–214.
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al. (2008) Maternal and child undernutrition study group: maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243–260.
- Bozkuş EG, Konak A (2011) Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Zeitschrift für die Welt der Türken*, 3:143–155.
- Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J (2015) Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Büyüktiryaki M, Canpolat E, Dizdar EA, Okur N, Şimşek GK (2015) Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Confl Health*, 9:38–49.
- Campinha-Bacote J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*, 13:181–184.
- Carolan M (2010) Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery*, 26:407–414.

- David M, Pachaly J, Vetter K (2006) Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Arch Gynecol Obstet*, 274:271–278.
- Davidson N, Skull S, Burgner D, Kelly P, Raman S, Silove D et al. (2004) An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *Paediatr Child Health (Oxford)*, 40:569–575.
- DeSouza R (2004) Motherhood, migration and methodology: Giving voice to the 'other'. *Qual Rep*, 9:463–482.
- Desouza R (2005) Transforming possibilities of care: Goan migrant motherhood in New Zealand. *Contemp Nurse*, 20:87–101.
- Don BP, Chong A, Biehle SN, Gordon A, Mickelson KD (2014) Anxiety across the transition to parenthood: change trajectories among low-risk parents. *Anxiety Stress Coping*, 27:633–649.
- Fernandes A, Miguel J (2009). *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisboa, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.
- Foss GF (2001) Maternal sensitivity, posttraumatic stress, and acculturation in Vietnamese and Hmong mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 26:257–263.
- Foss GF, Chantal AW, Hendrickson S (2004) Maternal depression and anxiety and infant development: a comparison of foreign-born and native-born mothers. *Public Health Nurs*, 21:237–246.
- Ganann R, Sword W, Black M, Carpio B (2012) Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *J Immigr Minor Health*, 14:223–229.
- Greig F (2003). *Babies, bonds and boundaries: a study of maternity among Vietnamese-Australian women in Melbourne*. (Masters thesis). Melbourne, University of Melbourne.
- Grewal SK, Bhagat R, Balneaves LG (2008) Perinatal beliefs and practices of immigrant Punjabi women living in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37:290–300.
- Hoban E, Liamputtong P (2013) Cambodian migrant women's postpartum experiences in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29:772–778.
- Hynes M, Sheik M, Wilson HG, Spiegel P (2002) Reproductive health indicators and outcomes among refugee and internally displaced persons in postemergency phase camps. *JAMA*, 288:595–603.
- Jamieson DJ, Meikle SF, Hillis SD, Mtsuko D, Mawji S, Duerr A (2000) An evaluation of poor pregnancy outcomes among Burundian refugees in Tanzania. *JAMA*, 283:397–402.
- Jayatissa R, Bekele A, Piyasena CL, Mahamithawa S (2006) Assessment of nutritional status of children under five years of age, pregnant women, and lactating women living in relief camps after the tsunami in Sri Lanka. *Food Nutr Bull*, 27:144–52.
- Jurcik T, Chentsova-Dutton YE, Solopieieva-Jurcikova I, Ryder AG (2013) Russians in treatment: the evidence base supporting cultural adaptations. *J Clin Psychol*, 69:774–791.
- Kohen D (2001) Psychiatric services for women. *Adv Psychiatr Treat*, 7:328–334.
- Lansakara N, Brown SJ, Gartland D (2010) Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Matern Child Health J*, 14:807–816.
- Lerda VG (2002) *Which "Global Village"? Societies, Cultures, and Political-Economic Systems in a Euro-Atlantic Perspective*. Westport, Praeger.
- Liamputtong P (2006) Motherhood and "moral career": discourses of good motherhood among Southeast Asian immigrant women in Australia. *Qual Soc*, 29:220–231.
- Liamputtong P, Naksook C (2003) Life as mothers on new land: the experience of motherhood among Thai women in Australia. *Health Care Women Int*, 4:650–668.
- Lumley J, Austin MP, Mitchell C (2004) Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care*, 20:128–144.
- Lundberg PC, Gerezgijher A (2008) Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24:214–225.
- McMurray A (2004) Culturally sensitive evidence-based practice. *Collegian*, 11:15–18.
- Meighan M (2006) Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In: *Nursing Theory: Utilization & Application* (Ed MR Alligood):393–410. St Louis, Mosby.
- Meleis AI (2010) *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practices*. New York, Springer Publishing Company.
- Missal B, Clark C, Kovaleva M (2016) Somali immigrant new mothers' childbirth experiences in Minnesota. *J Transcultural Nurs*, 27:359–367.
- Mulder E, de Medina PG R, Huizink A, Van den Bergh B, Buitelaar J, Visser G (2002) Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev*, 70:3–14.

- Murray L, Windsor C, Parker E, Tewfik O (2010) The experiences of african women giving birth in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int*, 31:458–472
- Nelson AM (2003) Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32:465–477.
- O'Mahony JM, Donnelly TT (2013) How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20:714–725.
- O'Mahony MJ, Donnelly TT, Bouchal SR, Este D (2013) Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *J Immigr Minor Health*, 15:300–314.
- Reed MM, Westfall JM, Bublitz C, Battaglia C, Fickenscher A (2005) Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. *BMC Public Health*, 9:2-17.
- Reitmanova S, Gustafson DL (2008) "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Matern Child Health J*, 12:101–111.
- Renzaho AMN, Oldroyd JC (2014) Closing the gap in maternal and child health: a qualitative study examining health needs of migrant mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Matern Child Health J*, 18:1391–1402.
- Riggs E, Davis E, Gibbs L, Block K, Szwarc J, Casey S et al (2012) Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: Reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Serv Res*, 12:117.
- Rumbold A, Bailie R, Si D, Dowden M, Kennedy C, Cox RJ et al. (2011) Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11:16.
- Schutte JM, Steegers EA, Schuitemaker NW, Santema JG, de Boer K et al. (2010) Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG*, 117: 399–406.
- Siddiqui A, Hagglof B (2000) Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev*, 59:13–25.
- Sigad LI, Eisikovits RA (2009) Migration, motherhood, marriage: cross-cultural adaptation of North American immigrant mothers in Israel. *Int Migr*, 47:63-99.
- Stewart DE, Gagnon A, Saucier JF, Wahoush O, Dougherty G (2008) Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry*, 53:121–124.
- Suarez L, Hendricks KA, Cooper SP, Sweeney AM, Hardy RJ, Larsen RD (2000) Neural tube defects among Mexican Americans living on the US-Mexico border: effects of folic acid and dietary folate. *Am J Epidemiol*, 152:1017-1023.
- Sword W, Watt S, Krueger P (2006) Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35:717-727.
- Şahin NT, Bayram GO, Avci D (2009) Kültürlere duyarlı yaklaşım: transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6:2-7.
- Şimşek Z, Doğan F, Hilali NG, Özek B (2015a) Bir il merkezinde yaşayan 15-49 yaş evli Suriyeli kadınlarda üreme sağlığı göstergeleri ve hizmet ihtiyacı. *Konya, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*.
- Şimşek Z, Yentür Doni N, Doğan F, Hilali NG, Yıldırımkaaya G (2015b) Bir il merkezinde üreme çağındaki Suriyeli mülteci kadınlarda demir, B12 ve folat eksikliği. *Konya, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*.
- Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC (2009) Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6:793-806.
- Taşçı ED, Seviğ Ü (2012) Prenatal ve postnatal dönemde kültürel yaklaşım. In *Kültürlerarası Hemşirelik*. (Ed. Ü Seviğ, G Tanrıverdi):325-352. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi.
- Tortumluoğlu G (2004) Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8:47-57.
- UN (2013) Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon: 2013 Report. 2013. Available from <http://reliefweb.int/report/lebanon/vulnerabilityassessment-syrian-refugees-lebanon-2013-report>. Accessed date: 15.09.2016.
- UNICEF (2013) At a glance: Syrian Arab Republic. Available at: [http://www.unicef.org/infobycountry/syria\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/syria_statistics.html). Accessed Aug 2013.
- van Roosmalen J, Schuitemaker NW, Brand R, van Dongen PW, Bennebroek Gravenhorst J (2002) Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands. *BJOG*, 109: 212–213.
- Vangen S, Stoltenberg C, Holan S, Moe N, Magnus P, Harris JR et al. (2003) Outcome of pregnancy among immigrant women with diabetes. *Diabetes Care*, 26:327-332.
- Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. (2000) Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79:553–558.
- Ward C. (2003) Migrant mothers and the role of social support when child rearing. *Contemp Nurs*, 16:74-82.
- WHO (2005) *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2016) Global health observatory data: maternal and reproductive health. Available from [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/en/index.html](http://www.who.int/gho/maternal_health/en/index.html). Accessed date: 10.08.2016.
- Wingate MS, Alexander GR (2006) The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Soc Sci Med*, 62:491-498.
- Yuan SY, Freeman R (2010) Can social support in the guise of an oral health education intervention promote mother-infant bonding in Chinese immigrant mothers and their infants? *Health Educ J*, 60:350-361.

---

**Rüveyde Aydın**, Akdeniz Üniversitesi, Antalya; **Öznur Körükcü**, Akdeniz Üniversitesi, Antalya; **Kamile Kabukcuoğlu**, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Rüveyde Aydın, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya Turkey.

E-mail: aydinruveyde@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

**Geliş tarihi/Submission date:** 17 Eylül/September 17, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 22 Ekim/October 22, 2016

---