

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı**
bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(DOKTORA TEZİ)

**SIĞINMACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ:
METROPOL - UYDU ŞEHİR KARŞILAŞTIRMASI**

FAİZE DENİZ MARDİN

**DANIŞMAN
PROF. DR. NURAY ÖZGÜLNAR**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI**DOKTORA TEZİ ONAYI**

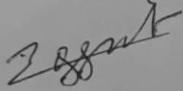
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Doktora öğrencisi Faize Deniz Mardin tarafından Prof. Dr. Nuray Özgülnar'ın danışmanlığında hazırlanan "Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol – Uydu Şehir Karşılaştırması" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 18/02/2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. A. Emel ÖNAL
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Jüri-Danışman**

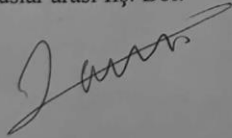
Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR
İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Jüri**

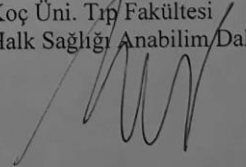
Prof. Dr. Selma KARABEY
İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Jüri**

Prof. Dr. Ahmet İÇDUYGU
Koç Üni. İkt. İd. Bil. Fak.
Uluslararası İliş. Böl.

**Jüri**

Prof. Dr. Sibel SAKARYA
Koç Üni. Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

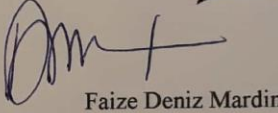


BEYAN

iii

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Faize Deniz Mardin

İTHAF

*“Göç, insanîyetin gelişiminde bir varoluş biçimidir”¹
ve “hayatın olağan bir parçasıdır”².”*

Bütün sığınmacı, mülteci
ve göçmenlere ithaf ediyorum.

¹ Norredam, 2011, p. 2

² Mary Haour-Knipe, 2013, p. 12

TEŞEKKÜR

Bu tezin son halini almasını sağlayan, en ince ayrıntısına kadar benim ile beraber düşünen ve yazıya dökmemde yol gösterici olan, her türlü durumda bana zaman ayıran danışmanım Prof. Dr. Nuray Özgülner'a sabrı ve desteği için çok teşekkür ederim. Hem doktoranın ilk sürecinde hem tez sürecinde elini sırtımda hissettiğim, güvenini ve zamanını esirgemeyen Prof Dr. Selma Karabey'e desteği için gönülden minnettarım. Ayrıca tez izleme komisyonu üyesi Prof. Dr. Ahmet İçduygu'ya araştırma projemi oluştururken ve tez izleme sürecinde paylaştığı görüş ve deneyimleri için teşekkür ederim.

Tez sürecinde bana zaman ayıran ve beni destekleyen Muhtar Bey'e, derinlemesine görüşmeleri yapmamı sağlayan ve İKGV merkezlerinde bana odasını açan, zaman ayıran, bana meslektaşları gibi yakın davranan sevgili İKGV İstanbul çalışanları Duygu, Ezgi, Mehdi, Mehdi, Ali bey, Selda, Fahri, Deniz, Sabur ve sevgili Eskişehir İKGV çalışanları Özlem, Mahir, Alaa, Ramin, Issa, Fatma'ya her şey için sonsuz teşekkürler.

İstanbul Haseki E. A. Hastanesi'ndeki saha çalışmam sırasında kendi araştırmasıymışçasına çaba gösteren Selcan'a ve destek olan Erenç'e, Şişli Etfal E. A. Hastanesi'ndeki Muzaffer Hoca, Deniz, Ceren, Hasan ve Özgül'e ve İstanbul ve Eskişehir'deki hastanelerde çalışmaya katılan tüm sağlık çalışanlarına bu araştırmayı gerçekleştirmemi sağladıkları için minnettarım.

Portekiz'de araştırmama danışmanlık eden Prof. Dr. Sonia Dias'a ve oradaki araştırmamda bana eşlik eden arkadaşım ve meslektaşım Andrea Pitagros'a, Eskişehir'de bana evini açan Gaye'ye ve araştırmamı destekleyen Raoul Wallenberg Enstitüsü'ne, İstanbul ve Eskişehir'de bana asistanlık yapan, her türlü şartta yüksek enerjilerini ve pozitif motivasyonlarını kaybetmeyen İrem ve Yonca'ya teşekkürler.

Hem deneyimlerini paylaşıp hem de geri bildirimlerini esirgemeyen Yeşim Yasin'e, moral vererek teknik destek sunan Prof. Dr. Nilay Etiler'e, her aşamada bir kahve eşliğinde beni dinleyen ve rahatlatan Rezzan'a, arkadaşım ve doktora meslektaşım Nago'ya, uzaktan psikolojik danışmanım Ali'ye, bu uzun süreçte yeri geldiğinde kahve ile başımda durup, yeri geldiğinde sabahları uyandıran Ayşe'ye, Ankara-İstanbul arası mesafeyi umursayıp ihtiyacım olduğunda gece gündüz yanımda olan, bazen anket

zımbalayan bazen saatlerce beni dinleyen fahri halk sağlıkçı kardeşim Ceren'e, tezin yazım aşamasında bana duygusal rehberlik eden, her türlü tökezlememde destek olan, İstanbul'da hastaneleri beraber arşınladığım arkadaşım, doktora koçum, dostum Pınar'a, bu süreçte uzaktan telefonla ya da her görüşmemizde beni dinleyen ve destek olan dostlarım ve arkadaşlarım Nora, Nilü, Yase, Aslı, İncilay, Selen, Gökçe, Başak, Ceyla, Zeyneb ve Özlem'e minnettarım.

Yeri geldiğinde psikolog yeri geldiğinde akademisyen yönü ile bana destek olan Fatoş teyzeme ve aynı şekilde desteği esirgemeyen ve ayrıca her zaman fikirlerime ve kararlarıma saygı duyan ve her türlü şekilde destek olmaya çalışan babam ve anneme gönül borcum çok. Son bir yıldır tezi yazma sürecimde, yeri geldiğinde tez izleme toplantılarında yeri geldiğinde sabahlara kadar tez yazdığım gecelerde yanımda olan, yorulduğumda güzel bir müzik açıp motivasyon veren, tezin son 100 metre koşusunu benimle beraber koşan sevgilim Luca'ya ise teşekkürlerim sonsuz.

Burada adı geçen herkese ve ismini anamadığım bazen küçük dokunuşları ve sohbetleri ile desteklerini esirgemeyen tüm arkadaş ve dostlarıma teşekkürler. Bu tez onlarsız olmazdı.

Bu çalışma, Raoul Wallenberg, Human Rights Research Grant, Proje No: 1020049-16, ve TÜBİTAK 2214-A Yurt Dışı Araştırma Burs Programı, Proje No: 1059B141600612, tarafından desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	Vİİ
TABLolar LİSTESİ.....	Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	XVİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XVİİ
ÖZET	XVİİİ
ABSTRACT.....	XİX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tanımlar.....	5
2.2. Dünyada Sığınmacı ve Mülteciler	7
2.2.1. Türkiye’de Sığınmacı ve Mülteciler	10
2.3. Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerine Erişim	16
2.3.1. Uluslararası Mevzuatta Sağlık Hakkı	16
2.3.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim Tanımı ve Teoriler.....	18
2.3.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumu.....	21
2.3.4. Portekiz Örneği	26
2.4. Türkiye’de Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri.....	27
2.4.1. Türkiye’de Sığınmacıların Sağlık Hakkı	31
2.4.2. Türkiye’de Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi ve Öğeler	36
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Mekanlar	36
3.2.1. Metropol Olarak İstanbul ve Uydu Şehir Olarak Eskişehir	36
3.2.2. Araştırma Mekanları	37
3.3. Niceliksel Araştırma	38
3.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler	39

3.3.3. Veri Toplanması.....	40
3.3.4. Verilerin Analizi	41
3.3.5. Kısıtlılıklar	42
3.4. Niteliksel Araştırma	42
3.4.1. Derinlemesine Görüşmeler	42
3.4.1.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
3.4.1.2. Veri Toplama Araç ve Gereçleri	43
3.4.1.3. Verilerin Toplanması	44
3.4.1.4. Verilerin Analizi.....	47
3.4.1.5. Kısıtlılıklar	48
3.4.2. Odak Grup Tartışmaları	49
3.4.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	49
3.4.2.2. Veri Toplanması Araç ve Gereçleri	49
3.4.2.3. Veri Toplanması.....	49
3.4.2.4. Verilerin Analizi.....	50
3.4.2.5. Kısıtlılıklar	51
3.4.3. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Uygulama Örneği: Portekiz.....	51
3.4.3.1. Araştırmanın Tipi.....	52
3.4.3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler	52
3.4.3.3. Verilerin Toplanması	52
3.4.3.4. Verilerin Analizi.....	53
3.4.3.5. Kısıtlılıklar	53
3.5. Araştırma İçin Alınan İzinler	53
3.6. Araştırmada Etik İlkeler.....	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Niceliksel Araştırma Bulguları	55
4.1.1. Demografik Özellikler	55
4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacı Hasta Görme Sıklığı ile İlgili Görüşleri	59
4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlgili Görüşleri.....	60
4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Konusunda Görüşleri.....	62

4.1.5. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık ve Sığınma Hakkı Konusunda Görüşleri.....	66
4.2. Niteliksel Araştırma Bulguları.....	75
4.2.1. Sığınmacılarla Derinlemesine Görüşmeler.....	75
4.2.1.1. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sığınmacılarla İlgili Özellikler.....	77
4.2.1.2. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sistemsel/Organizasyonel Özellikler	85
4.2.1.3. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sağlık Çalışanlarının Özellikleri.....	89
4.2.1.4. Çözüm Önerileri.....	93
4.2.2. İKGV Çalışanları ile Görüşmeler	93
4.2.3. Sağlık Çalışanları ile Odak Grup Tartışmaları.....	97
4.2.3.1. Sağlık Çalışanlarının Bilgi Durumu.....	98
4.2.3.2. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetine Erişimi ile İlgili Görüşleri.....	100
4.2.3.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Yaşadıkları Sorunlar için Çözüm Önerileri.....	110
4.2.4. Göçmenlerin Entegrasyonunda Portekiz Örneği Verilerinin Analizi	113
5. TARTIŞMA	116
5.1. Sığınmacıların Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Durumu	116
5.2. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi	121
5.2.1. Sistemsel Özellikler	121
5.2.1.1. Hastane İşleyişi ile İlgili Özellikler.....	124
5.2.2. Sağlık Çalışanı Temelli Özellikler.....	125
5.2.3. Hasta Temelli Özellikler	128
5.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacılar ve Hakları ile İlgili Bilgi Durumu ve Düşünceleri	131
5.4. Çözüm Önerileri ve Diğer Ülkelerden Örnek Uygulamalar	134
5.5. Kısıtlılıklar	137
5.6. Sonuç ve Öneriler	138
KAYNAKLAR	142
EKLER.....	161
FORMLAR	182

ETİK KURUL KARARI	196
İZİNLER	197
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	202
ÖZGEÇMİŞ	203



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Sağlık çalışanları ile niceliksel veri toplanmasının hastanelere göre dağılımı	41
Tablo 3-2: Sığınmacı ve İKGV çalışanları ile yapılan görüşmelerin şehirlere göre dağılımı	45
Tablo 3-3: Sığınmacılarla derinlemesine görüşmelerin görüşme dillerine göre dağılımı	46
Tablo 3-4: Sığınmacılar ile derinlemesine görüşmelerin ana ve alt temaları	47
Tablo 3-5: İKGV çalışanları ile derinlemesine görüşmelerin ana ve alt temaları	48
Tablo 3-6: Sağlık çalışanları ile odak grup tartışmalarının ana ve alt temaları	50
Tablo 4-1: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı	55
Tablo 4-2: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlarının hastanelere göre dağılımı	56
Tablo 4-3: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı	57
Tablo 4-4: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumunun meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı	58
Tablo 4-5: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve hastanelere göre çalışma sürelerinin ortalama, min-mak ve ortanca değerleri	59
Tablo 4-6: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının son 6 ayda sığınmacılara ne sıklıkta hizmet verdikleri konusundaki görüşlerinin dağılımı	60
Tablo 4-7: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığı konusunda görüşlerinin dağılımı (n=547).....	61
Tablo 4-8: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=547)	63
Tablo 4-9: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtlarının meslek gruplarına göre dağılımı (n=535).....	64
Tablo 4-10: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	65

Tablo 4-11: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde “sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	66
Tablo 4-12: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=547).....	68
Tablo 4-13: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sağlık, temel insan hakkıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	70
Tablo 4-14: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	70
Tablo 4-15: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	72
Tablo 4-16: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535) ...	72
Tablo 4-17: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların meslek grupları ve hastaneler temelinde puan dağılımı (n=535).....	73
Tablo 4-18: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların meslek grupları ve hastaneler temelinde puan dağılımı (n=535).....	74
Tablo 4-19: Derinlemesine görüşme yapılan sığınmacıların geldikleri ülkelere göre dağılımı (n=60)	75
Tablo 4-20: Derinlemesine görüşme yapılan sığınmacıların cinsiyet ve eğitim durumlarının metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=60)	76
Ek Tablo 1: Haseki E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=139).....	164
Ek Tablo 2: Şişli Etfal E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=244).....	165

Ek Tablo 3: Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=164).....	166
Ek Tablo 4: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri “çoğu zaman/her zaman” yanıtlarının metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=547).....	167
Ek Tablo 5: Haseki E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=139)	168
Ek Tablo 6: Şişli Etfal E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=244)	169
Ek Tablo 7: Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=164)	170
Ek Tablo 8: Haseki E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=139)	171
Ek Tablo 9: Şişli Etfal E. A. Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=244)	172
Ek Tablo 10: Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=164)	173
Ek Tablo 11: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	174
Ek Tablo 12: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	174
Ek Tablo 13: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	175

Ek Tablo 14: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	175
Ek Tablo 15: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınma temel bir insan hakkıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	176
Ek Tablo 16: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	176
Ek Tablo 17: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	177
Ek Tablo 18: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535) .	177
Ek Tablo 19: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	178
Ek Tablo 20: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	178
Ek Tablo 21. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	179
Ek Tablo 22: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	179
Ek Tablo 23: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	180

Ek Tablo 24: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	180
Ek Tablo 25: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitilmiş tercümanlar sağlanmalıdır” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535).....	181
Ek Tablo 26: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)	181



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yıllara göre dünyada sığınmacı ve mülteci sayıları (milyon) – UNHCR (2014, 2015, 2016, 2017a, 2018)’den	8
Şekil 2-2: Yıllara göre dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler (milyon) - UNHCR (2014, 2015, 2016, 2017a, 2018)’den	9
Şekil 2-3: Türkiye’de iltica prosedürü – Biner (2016, p. 95)’den	12
Şekil 2-4: Türkiye’de yıllara göre sığınmacı başvuruları - İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018b)’den	14
Şekil 2-5: Türkiye’de sığınmacı profili- - İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018b)’den.....	15
Şekil 2-6: Andersen’in sağlık hizmetlerine erişim modeli - Andersen (1995)’den	20
Ek Şekil 1: Sığınmacılarla derinlemesine görüşmelerin analiz şeması	161
Ek Şekil 2: İKGV çalışanları ile derinlemesine görüşmelerin analiz şeması	162
Ek Şekil 3: Sağlık çalışanları ile odak grup tartışmalarının analiz şeması	163

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı
AG	Anahtar Görüşme
AIDS	Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu
CAT	İşkenceye ve Diğer Zalimane; Gayri İnsanî veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Sözleşme
CEDAW	Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Bertaraf Edilmesi Sözleşmesi
CRC	Çocuk Hakları Sözleşmesi
CRMW	Tüm Göçmen İşçilerin ve Ailelerinin Haklarının Korunması Sözleşmesi
CRPD	Engelli Hakları Sözleşmesi
ÇKSA	Çok Kültürlü Sağlık Arabulucuları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HIV	İnsan İmmün Yetmezliği Virüsü
ICCPR	Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi
ICERD	Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme
ICESCR	Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi
İKGV	İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı
LGBTİ	Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transseksüel Ve İnterseks
OGT	Odak Grup Tartışması
PTSD	Post-Travmatik Stres Bozukluğu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TB	Tüberküloz
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNHCR	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
YUKK	Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu

ÖZET

Mardin, F.D. (2019). Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol – Uydu Şehir Karşılaştırması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Son yıllarda yaşanan çatışma ve savaşlar, göç hareketlerinin hacmini hızlı bir şekilde artırmıştır. Türkiye, birçok farklı ülkeden, özellikle de sınır ülkelerden, gelen sığınmacı ve mülteciyi barındırmaktadır ve günümüzde dünyada en fazla sayıda mülteci ve sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke konumuna gelmiştir.

Bu çalışma metropol olarak İstanbul ve uydu şehir olarak Eskişehir’de, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim koşullarını ve sağlık çalışanlarının bu konu hakkındaki düşüncelerini tespit etmeyi amaçlamıştır. Sağlık hizmeti sunumu açısından şehirler arası farklılıklar belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca Avrupa’da başarılı bir uygulama olarak kabul edilen Portekiz’in göçmenlere sağlık hizmeti sunumu araştırma kapsamında incelenmiştir.

Bu araştırma, nitel ve nicel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı tanımlayıcı bir araştırmadır. Her iki şehirde İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nın (İKGV) merkezlerindeki 30 sığınmacı ve İKGV çalışanları ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmış, İstanbul’da Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi ve Şişli H. Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi’nde ve Eskişehir’de Eskişehir Devlet Hastanesi’nde toplam 547 sağlık çalışanına anket uygulanmış ve her hastanede sağlık profesyonelleri ile bir odak grup tartışması yapılmıştır.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaşılan engellerde metropol – uydu şehir karşılaştırıldığında kimlik ve buna bağlı sağlık güvencesi sorununun daha sık metropolde yaşandığı, sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı ayrımcılık boyutuna varan tutumlarının ise meslek gruplarına ve şehirlere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sığınmacıların sağlık hakkı konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, sağlık kurumlarının mevzuatı farklı şekillerde uygulamaları her iki şehirde de yaşanan diğer başlıca sorunlar arasında yer almaktadırlar. Hem sağlık çalışanları hem de sığınmacılar tarafından belirtilen en önemli sorunlardan bir diğeri ise dil/iletişim sorunudur.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde şehirler arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması için göç mevzuatına bağlı engeller kaldırılmalı ve sağlık çalışanlarına ayrımcı tutumları azaltmaya yönelik farkındalık kazandırıcı eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerine erişim, sığınmacılar, sağlık çalışanı, uydu kentler, damgalama.

Bu çalışma, Raoul Wallenberg, Human Rights Research Grant, Proje No: 1020049-16, ve TÜBİTAK 2214-A Yurt Dışı Araştırma Burs Programı, Proje No: 1059B141600612, tarafından desteklenmiştir.

ABSTRACT

Mardin, F.D. (2019). Asylum Seekers' Access to Healthcare: Comparison between Metropole – Satellite City. Istanbul University, Institute of Health Science, Public Health Department. PhD Thesis. İstanbul.

In recent years, conflicts and wars have rapidly increased the volume of migration. Turkey has been receiving many asylum seekers and refugees particularly from its bordering countries, and has become the country which hosts the highest number of asylum seekers and refugees in the world.

This study aims to determine the conditions under which asylum seekers can access healthcare in Istanbul as a metropole and Eskisehir as a satellite city and the health workers' perceptions towards this issue respectively. It aims to identify the difference between how healthcare is provided in these cities and also to examine the case of Portugal, which is widely accepted in Europe as a successful implementation of health care services to migrants.

This is a descriptive research where both qualitative and quantitative data collection methods have been used. Semi-depth interviews have been conducted with thirty asylum seekers as well as numerous Human Resources Development Foundation (HRDF) workers in HRDF centers in both cities. Haseki Training Research and Şişli H. Etfal Training Research hospitals in Istanbul and Eskişehir State Hospital in Eskişehir were the target hospitals. A total of 547 healthcare workers participated in the survey study from these three hospitals. Additionally, a focus group was conducted with the health professionals in each target hospital.

In comparison between metropole – satellite city, difficulties related to obtaining an identity card and, subsequently, health insurance were more frequently experienced in metropole. On top of this, the health workers' attitudes bordering on discrimination towards asylum seekers were different between health workers and the cities. A lack of knowledge about asylum seekers' rights to healthcare by health workers and by asylum seekers themselves, as well as discrepancies in the delivery of health care between health organizations were among other main problems in both cities. Another main issue mentioned by both the healthcare workers and asylum seekers was the language barrier.

In order to resolve the differences between cities on asylum seekers' access to healthcare the barriers caused by the legislation on migration has to be removed and awareness trainings against discrimination should be organized for the health workers.

Key words: Access to health care, asylum seekers, healthcare workers, satellite city, stigmatization.

The present work was supported by the Raoul Wallenberg, Human Rights Research Grant, Project No: 1020049-16 ve by TÜBİTAK 2214-A Overseas Research Grant Program, Project No: 1059B141600612.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Küreselleşmenin yarattığı yapısal değişiklikleri algılayamayan kişiler, bu değişikliğin onu görünür hale getiren göçmenlerden ileri geldiğini sanmaktadır.”³

Göç, kısa ya da uzun süreliğine, ülke sınırları içerisinde ya da sınırların ötesinde, isteğe bağlı ya da zorunlu nedenlerle meydana gelen insan hareketliliğidir (IOM, 2011, p. 62). Uluslararası kabul görmüş hukuki bağlamda geçerli bir göçmen tanımı yoktur (Zimmerman ve ark., 2011). Uluslararası Göç Örgütü tarafından, göçmen, göç hareketini gerçekleştiren kişi olarak kabul edilmektedir (Bhopal, 2014, p. 351, IOM, 2011, p. 61).

Uluslararası göç hareketleri, tarihte her zaman var olmuştur, ancak 1945’den sonra İkinci Dünya Savaşının farklı etkileri ile daha çok önem kazanmıştır (Castles ve Miller, 2008, p. 95). Son yüzyılda devam eden çatışmalar-savaşlar, iklim değişiklikleri ve istihdam gibi sorunlar, zaman içerisinde kitlesel insan hareketliliğine yol açmış ve bu hareketlilikten etkilenen ülke sayısında artışa neden olmuştur. Bundan dolayı göç küresel etkileri olan bir olgu haline gelmiştir (Castles ve Miller, 2008, p. 7; Unat, 2006, p. 19).

Göç, hem göç edenleri hem de ev sahibi (göç edilen) ülkede yaşayanları etkilemektedir (Castles ve Miller, 2008, p. 29). Göçmen, bağlı olduğu sosyal, politik ve kültürel bağları ardında bırakarak yeni bir toplumun şartlarına alışmak zorunda kalan kişi, ev sahibi toplum ise göç sonucu değişen ekonomik, sosyal, politik ve kültürel ilişkilere uyum sağlaması gereken kişiler bütünü haline gelmektedir (Unat, 2006, p. 343).

1970’lerde 84 milyon olan uluslararası göçmen sayısı 2017 yılında yaklaşık olarak üç katına çıkarak 258 milyon olmuş ve dünya nüfusuna oranı %2,3’ten %3,4’e yükselmiştir (IOM, 2017, p. 15; UN DESA, 2017, pp. 2–3). Uluslararası göçmenlerin 28,5 milyonu mülteci ve sığınmacılardan oluşmaktadır. Ekim 2018 itibari ile 3,9 milyon mülteci ve sığınmacıyı barındıran Türkiye, dünyada en fazla mülteci ve sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke konumundadır (UNHCR, 2018b).

³ Unat, 2006, p. 347

Göçmen sayısında son yıllardaki artış ve ev sahibi ülkede buna bağlı olarak değişen toplum yapısı, göçmenlerin ev sahibi ülkelerde eşit yaşam şartlarına sahip olma hakkının uluslararası platformlarda tartışılmasına neden olmuş ve göçmen sağlığı, küresel bir halk sağlığı konusu haline gelmiştir (Carballo ve ark., 1998; IOM, 2010, p. XIX). Birleşmiş Milletler, 19 Eylül 2016 tarihinde New York'ta ilk kez "Mülteciler ve Göçmenler" başlıklı bir toplantı gerçekleştirmiş ve New York Bildirisi'ni yayınlamıştır. Bu bildiri ile mülteci ve göçmenlerin haklarının korunması ve savunuculuğunun yapılmasının, ev sahibi ülkelerin, göçmenlerin ve mültecilerin haklarına dair sorumlu olmalarının ve aynı zamanda sorumluluğun küresel olarak paylaşılmasının altı çizilmiştir (UN, 2016). Bunu izleyen süreçte, 2017 yılında yapılan 70. Dünya Sağlık Kurulu'nda konu tartışılmış, mülteci ve göçmenlerin hem insan hakları bağlamında hem de temel sağlık hizmetlerine erişimi konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) prensipleri, sorumlulukları ve öncelikleri belirlenmiştir. DSÖ'nün öncelikleri arasında, göçmenlere/mültecilere-duyarlı sağlık politikalarının üretilmesi, sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması için herkesin ulusal sağlık sigortası kapsamına alınması, göçmenler arasında mortalite ve morbiditenin azaltılması için halk sağlığı programlarının planlanması ve sağlığın sosyal belirleyicileri temelinde ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda çalışmalar yer almaktadır (WHO, 2017, pp. 140–154).

Mülteciler, göç öncesinde, sırasında ve sonrasında farklı sağlık risk faktörlerine maruz kalırlar. Göç öncesinde kişinin sağlık hizmetlerine erişiminin azalması ya da tamamen ortadan kalkması gerekli tedavilere ulaşamamasına, bazı bulaşıcı hastalıkların yayılmasına ya da bulaşıcı olmayan hastalıkların seyrinin kötüleşmesine neden olmaktadır. Ayrıca göç öncesinde maruz kalınan savaş, işkence ya da travmatik olaylar, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara da yol açabilmektedir. Göç sırasında sağlık riskleri yolculuğun ne şartlarda yapıldığına göre değişmektedir. Yolculuk sırasında yaşanan travmatik olaylar, kişinin fiziksel olarak yaralanmasına, cinsel tacize uğramasına veya ölümüne neden olabilmektedir. Göç sonrası ev sahibi ülkenin şartları ve mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanamadıkları, hem akut hem de kronik sağlık sorunlarına müdahaleyi belirlemede önemli role sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişim koşulları ile birlikte barınma, eğitim ve istihdam olanakları da mültecilerin sağlık durumunu etkileyen diğer temel unsurlardır (Carballo, 2006; MacPherson ve Gushulak, 2004; Norredam ve ark., 2005; Zimmerman ve ark., 2011).

Ev sahibi ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim konusunda yasal zeminin olması temel belirleyici olmakla birlikte hizmetlere erişimde eşitliği sağlamaya yeterli olmamaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişim konusunda yapılan bir çalışmada, konu ile ilgili yasal düzenlemeler olmasına rağmen sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde sağlık haklarına dair yeterli bilgiye sahip olmamaları, dil, kültürel ve kurumsal sorunların olduğu tespit edilmiştir (Norredam ve ark., 2005). Benzer engeller farklı çalışmalarda da görülmüştür (Bischoff ve ark., 2003; Carballo, 2006; Ruiz-Casares ve ark., 2013) ve bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının davranışlarının göçmenlerin sağlık hizmetlerine ve tedaviye erişimini etkilediği gösterilmiştir (Dias ve ark., 2012; Feldman, 2006; Yohannes, 2000).

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunları tespit etmek amacıyla farklı ülkelerde yapılan göçmenlere yönelik yapılan çalışmaların (Burnett ve Fassil, 2000; Dias, Severo, ve Barros, 2008; Hargreaves ve ark., 2006) yanı sıra sağlık çalışanlarına yönelik çalışmalar da bulunmaktadır. İsviçre’de yapılan bir araştırmada hemşireler ve sığınmacılar arasındaki iletişim sorunlarının sağlık hizmetlerinin sunumunu engellediği (Bischoff ve ark., 2003), Londra’da aile hekimlerinin göçmenleri kayıt etmemesi nedeni ile göçmenlerin ücretsiz birinci basamak hizmetlerine erişimde sorun yaşadıkları (Hargreaves ve ark., 2008) ve Montreal’de sağlık profesyonellerinin sağlık hakkını savunmalarına rağmen göçmenler için kısıtlı sağlık hizmetlerini önermelerindeki çelişkinin başvuranlara verilecek hizmeti etkileyeceği belirtilmektedir (Ruiz-Casares ve ark., 2013).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda genellikle iltica prosedürü, yaşam şartları, sosyal bağlar ve hizmetlere erişim koşulları ele alınmıştır (Brewer ve Yüksek, 2009; Buz, 2002; Dalar ve ark., 2013; Danış ve ark., 2009 ; Karadağ ve Altıntaş, 2010; Kolukırmık ve Aygöl, 2009; Yıldız, 2012). Sağlık hizmetlerine erişim konusunu ele alan çalışmalar da yapılmış, bu çalışmalarda sığınmacı ve mültecilerin hizmetlere erişimde yaşadıkları sorunların başında sağlık haklarını ve sağlık sisteminin işleyişini bilmeme, iletişim ve maddi problemler olduğu belirtilmiştir (Kaya ve Kırac, 2016, pp. 28–29; Mücaz ve ark., 2015, pp. 58–59).

Göçmenlerin zaman içerisinde sağlık ihtiyaçları değişmekte ve mevcut sağlık sistemi, değişen toplumun ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaktadır (Buz, 2008; Dias ve ark., 2008). Sağlık hizmetlerinde sorunları gidermek ve eşitsizlikleri azaltmak için sağlık

sistemini toplumun yapısına göre şekillendirmek ve sorunların tespiti, çözüm önerileri aşamalarına sığınmacıların ve sağlık çalışanlarının da katılmasını sağlamak gerekmektedir (Peiro ve Benedict, 2009).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinden erişim şartları 2013’de yayınlanan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu sayesinde mülteciler ile beraber sığınmacılar için de sağlanmıştır. Geçici koruma statüsü altında olan Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ise sığınmacı ve mültecilerden farklıdır ve Suriyeli mülteciler bu çalışma kapsamında yer almamaktadırlar.

Yapılan çalışmaların çoğu son zamanlarda sayısı hızlıca artan Suriyeli mülteciler konusuna odaklanmaktadır (Kaya ve Kırar 2016, Mücaz ve ark. 2015, Şimşek ve ark. 2018) ve onların dışındaki grupların sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ile ilgili çalışmalar çok azdır. Sığınmacı ve mülteciler Türkiye’deki iltica mevzuatı gereği Göç İdaresi’ne kayıt olduktan sonra uydu şehir ismi verilen, metropoller dışındaki, belirli şehirlerde ikamet etmektedirler (Biner, 2016, pp.23-47). Ancak iş imkanları ve sosyal ağlar nedeni ile metropoller yaşam açısından daha çok tercih edilen yerler olmakta ve ikametleri bu şehirlerde olmamasına rağmen sığınmacı ve mültecilerin bir kısmı metropollerde yaşamaktadırlar (Çakmak 2015). Bu durum metropol ve uydu şehir arasında sağlık hakkında farklılıklar yaratmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim koşullarını ve sağlık çalışanlarının konu hakkındaki düşüncelerini tespit etmektir. Araştırma iki şehirde yürütülmüş ve bu yolla şehirler arası farklılıklar gözlemlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca Avrupa’da başarılı bir uygulama olarak kabul edilen Portekiz’in göçmenlere yönelik sağlık politikaları ve göçmenlere sağlık hizmeti sunum koşulları (Karl-Trummer ve ark., 2010; Portugal ve ark., 2007) araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Bu bağlamda Portekiz’de göçmenlere sağlık hizmetleri sunumunda başarılı örnekler, farklı uygulama önerileri sunabilmek için incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Mülteci tanımı 1951 Cenevre sözleşmesi temel alınarak yapılmıştır. Bu sözleşmeye göre mülteci “1 Ocak 1951’den önce meydana gelen olaylar sonucunda ve 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 her şahıs” olarak tanımlanmaktadır (UNHCR, 2010).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 2 Ekim 1967’de New York Protokolü ile 1951 sözleşmesinde kabul edilen mülteci tanımında yer alan bazı kısıtlılıkları kaldırmış ancak imzacı devletlere “Avrupa’da meydana gelen olaylar” ibaresini tutma olanağını sunmuştur. Bu ibare sadece Avrupa’dan gelen ve bu tanıma uyan kişilerin mülteci olarak kabul edilmesini öngörmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti bu protokolü “coğrafi çekinceyi” tutarak imzalamıştır. Bunun sonucunda Avrupa’dan⁴ sığınma başvurusunda bulunanları mülteci olarak kabul etmekte ve Avrupa dışından gelen kişilere geçici sığınma hakkı tanımaktadır. Sığınmacılar başvurularının incelenmesi sürecinde ülkede ikamet etmekte ve başvuru gerekçelerinin kabul edilmesi durumunda başka bir ülkeye yerleştirilmektedirler (Resmi Gazete, 29/8/1961, Sayı:359).

Ulusal mevzuatta mülteci ve sığınmacı tanımları ilk olarak 1994 yılında yayınlanan 22127 sayılı yönetmelikle 1951 Cenevre Sözleşmesi temel alarak düzenlenmiştir (Kavlak, 2011, s. 350). Ardından Türkiye’de iltica konusunda ilk kanun ise 4 Nisan 2013 tarihinde kabul edilmiş, 11 Nisan 2013’te 28615 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu kanun ile mülteciler konusunda tanımlar ve haklar yeniden düzenlenmiştir. 6458 no’lu “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu”nda (YUKK) mülteci ve sığınmacı terimleri “mülteci” ve “şartlı mülteci” olarak değiştirilmiş ve bu

⁴ Avrupa olarak Avrupa Konseyi ülkeleri ifade edilmektedir (Demirel, 2015, p. 54).

kanunun 61. ve 62. maddesinde aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 11/4/2013, Sayı: 28615);

“MADDE 61- (1) Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında mülteci statüsü verilir.”

“MADDE 62- (1) Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye’de kalmasına izin verilir.”

Suriyeli mülteciler ise diğer mülteci ve sığınmacılardan farklı olarak “Geçici Koruma” statüsünden yararlanmaktadırlar. Geçici koruma YUKK’un 91. Maddesinde “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir” şeklinde ifade edilmiştir. Bu statü, ülkesinden ayrılmaya zorlanmış kişilerin kitlesel sığınma durumunda sığındıkları ülkede kalıcı çözümler sağlanana dek uygulanan korumadır. Geçici koruma statüsü verilen kişilerin hak ve yükümlülükleri 2014 yılında yürürlüğe giren “Geçici Koruma Yönetmeliği”⁵ ile ayrıntılı şekilde açıklanmıştır (Demirel, 2015) ve uluslararası koruma altında olan sığınmacı ve mültecilerden farklıdır.

⁵ Resmi Gazete, 22/10/2014 No: 29153

Türkiye Cumhuriyeti, Cenevre Sözleşmesi'ne taraf olduktan sonra “coğrafi çekince”yi muhafaza etmesi nedeni ile “mülteci ve sığınmacı” terimleri uluslararası platformlara göre farklı şekilde kullanılmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün “Göç Terimleri Sözlüğünde” Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) mevzuatını da temel alan tanıma göre sığınmacı “Zulüm veya ciddi zarardan korunmak amacıyla, kendi ülkesi dışında bir ülkede güvenlik arayışında olan ve ilgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde mültecilik statüsüne ilişkin yaptığı başvurunun sonucunu bekleyen kişi”, mülteci ise “İrki, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi”dir (IOM, 2013). Bu araştırmada UNHCR terminolojisi temel alınmıştır.

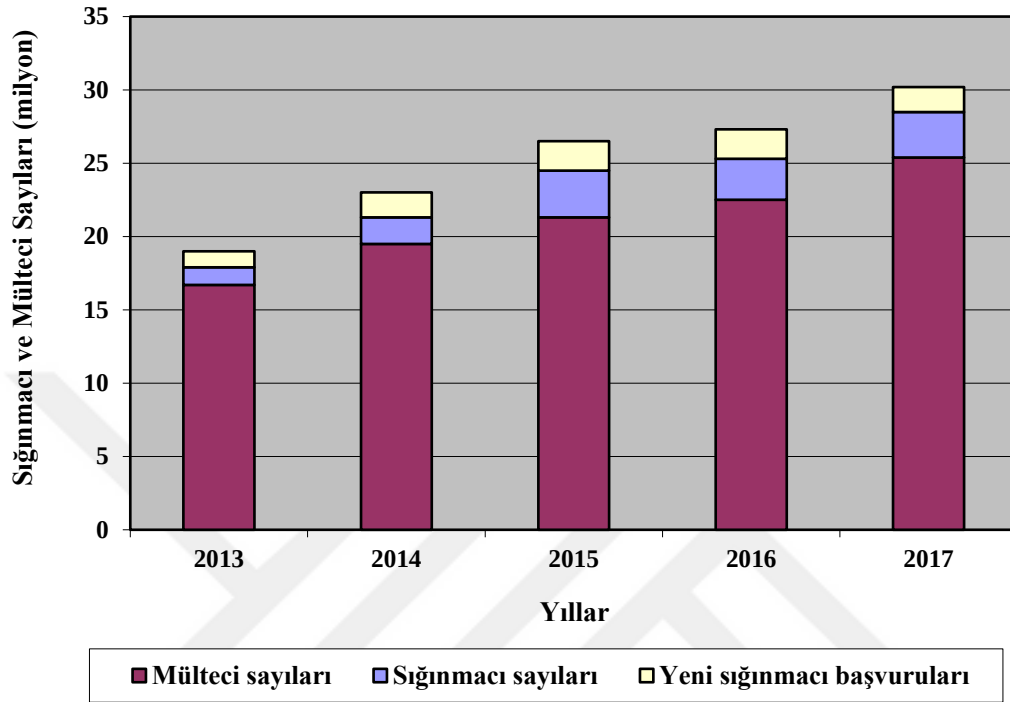
2.2. Dünyada Sığınmacı ve Mülteciler

Mülteci ve sığınmacı haklarını koruyan 1951 Cenevre Sözleşmesi 2. Dünya Savaşı sonrasında kabul edilmiş ve Avrupa'dan kaçan mültecileri temel almaktadır. 1967 New York Protokolü ile bu kısıtlama kaldırılmış ve “mülteci” tanımı evrensel bir boyuta taşınmıştır. 1950 yılında kurulan UNHCR sığınmacı ve mülteci haklarını korumak ve devletlerin sığınmacı ve mültecilere uluslararası sözleşmelere uygun bir şekilde davranıp davranmadığını gözlemlemek ile görevlidir (Kirişçi, 2007).

20. yüzyılın sonunda farklı kıtalarda yaşanan çatışmalar, özellikle Sovyetler Birliği'nin dağılması ve ardından eski Yugoslavya savaşı Avrupa'nın kitlesel mülteci akınları ile yüzleşmesine neden olmuştur. 1985'te 10,5 milyon olan mülteci sayısı 1990'da 14,9 milyona ve 1993 yılında ise 18,2 milyona ulaşmıştır. Doksanlı yıllardaki kitlesel sığınmacı başvuruları sonrası bazı Avrupa ülkeleri sınır politikalarını tekrar gözden geçirerek ulusal mevzuatlarında mülteci statüsü kabulüne sınırlamalar getirmişlerdir. 1995 yılından itibaren Batı Avrupa'ya yapılan sığınmacı başvurularındaki azalma salt başvuruların azalmasından çok, göç politikalarındaki değişikliğe de bağlanmaktadır (Castles ve Miller, 2008, pp. 144–154).

İki binli yılların başında mülteci sayısı 12,1 milyona ve 2005 yıl sonu itibari ile 8,4 milyona kadar gerilemiştir (UNHCR, 2000, 2005). 2000'den 2011'e kadar belirli bir sayı aralığında devinim gösteren mülteci sayıları Suriye'de başlayan çatışma sonrası hızlı

bir artış göstermiştir (UNHCR, 2016). Dünya genelinde 2011 yılından itibaren her yıl sığınmacı ve mülteci sayılarında artış görülmektedir (Şekil 2-1).



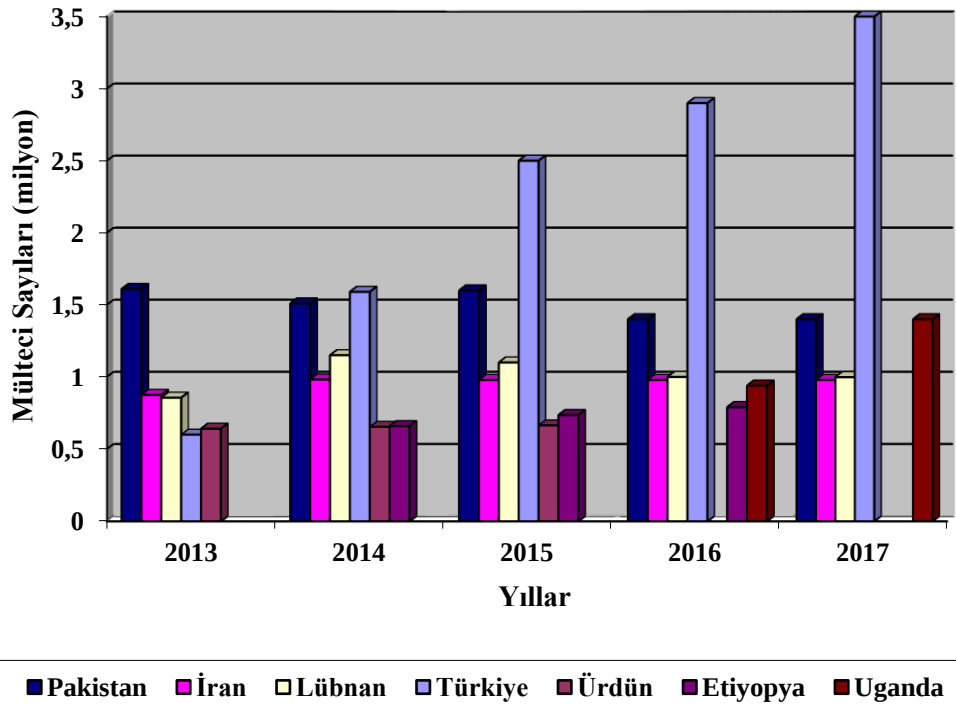
Şekil 2-1: Yıllara göre dünyada sığınmacı ve mülteci sayıları (milyon) – UNHCR (2014, 2015, 2016, 2017a, 2018)’den

UNHCR’in 2017 yıl sonu verilerine göre dünyada 25,4⁶ milyon mülteci ve 3,1 milyon sığınmacı bulunmaktadır. 2017 yılında bir yıl önceye göre mültecilerin sayısı 2,9 milyon artmış ve sadece 2017’de 1,7 milyon yeni sığınma başvurusu yapılmıştır. Bu artışın bir nedeni de 2015 ve 2016 yıllarındaki sığınmacı başvuru değerlendirmelerinin önemli bir kısmının 2017 yılında ancak sonuçlandırılabilmesidir (UNHCR, 2018, s. 2–3). Dünya genelinde sığınmacı başvuruları sırasıyla en çok Afganistan, Suriye, Irak, Venezuela, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ülkelerinden yapılmaktadır. Sığınma başvurularının en çok yapıldığı ülkeler ise sırasıyla Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İtalya, Türkiye ve Fransa’dır. Amerika Birleşik Devletleri’ne en çok sığınmacı

⁶ 19,9 milyon mülteci UNHCR’a, 5,4 milyon Filistinli mülteci ise Birleşmiş Milletler Yakındoğu Filistin Mültecilerine Yardım Ajansı’na (UNRWA) kayıtlıdır.

başvurusu Venezuela'dan, Almanya'ya Suriye'den, İtalya'ya Nijerya'dan, Türkiye'ye Afganistan'dan ve Fransa'ya ise Arnavutluk'tan yapılmıştır (UNHCR, 2018a).

Dünyada son beş yılda mülteci sayısı hızla artmış, 2017 yıl sonu itibari ile toplam mülteci sayısı tarihteki en yüksek sayıya ulaşmıştır. Mülteci sayıları dünyanın farklı yerlerindeki çatışmalara bağlı olarak artmaya devam etmektedir. Buna örnek olarak, süregiden çatışmalar nedeni ile Güney Sudan'da bir çok kişi Sudan ve Uganda'ya, Myanmar'dan Rohingya mültecileri Bangladeş ve diğer komşu ülkelere, Somali'den kaçan mülteciler ise Kenya ve Yemen'e sığınmışlardır. Dünyanın çeşitli ülkelerine en fazla mülteci veren ülkeler sıralamasında ise Suriye birinci ve Afganistan ikinci ülke konumundadır. Suriye'de devam eden iç savaş nedeni ile milyonlarca insan yerinden edilmiş ve bugün dünyadaki mülteci sayısının üçte birini Suriyeliler oluşturmaktadırlar. Afganistan'dan kaçan mülteciler ise dünyanın 93 ülkesinde bulunmaktadır. Afganistan, Suriye'deki iç savaş başlamadan önce dünyadaki en fazla mültecinin geldiği ülkedir. 2017 yılında en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler ise sırasıyla Türkiye, Pakistan, Uganda, Lübnan ve İran'dır (UNHCR, 2018a). Son beş yılda en çok mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler Şekil 2-2'de verilmiştir.



Şekil 2-2: Yıllara göre dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler (milyon) - UNHCR (2014, 2015, 2016, 2017a, 2018)'den

Türkiye ve Lübnan'daki mültecilerin çoğu Suriye'den, Pakistan ve İran'daki mültecilerin çoğu Afganistan'dan ve Uganda'daki mültecilerin çoğu ise Güney Sudan ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nden gelmektedirler (UNHCR, 2018a, pp. 15–18). En fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülkeler ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerdir ve bu nedenle UNHCR genel sekreteri ev sahibi ülkelerle mülteci ve sığınmacılara karşı olan yükümlülüklerin yerine getirilmesinde destek olunması gerektiğini vurgulamaktadır (UNHCR, 2018a, p. 13).

Ev sahibi ülkeler vatandaşlar için sağladığı sosyal hakları mülteciler için de sağlamakla yükümlüdürler. Bu haklar uluslararası antlaşmalar ile korunmaktadır ve buna örnek olarak 1951 Cenevre Sözleşmesi'nde sosyal duruma dair hak 20. Maddede “*Bütün nüfusun tabi olduğu ve nadir bulunan maddelerin genel dağıtımını düzenleyen bir vesika usulün mevcut bulunduğu hallerde, mültecilere vatandaşlar gibi muamele edilecektir*” şeklinde belirtilmektedir (Resmi Gazete, 05/09/1961, Sayı: 10898). Barınma, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim gibi konular sosyal haklar kapsamında değerlendirilmektedirler.

2.2.1. Türkiye’de Sığınmacı ve Mülteciler

Türkiye’de sığınmacı ve mültecileri ilgilendiren ilk düzenleme 1934 yılında kabul edilen İskan Kanunu’dur. Bu kanunda mülteciler Türkiye’ye geçici bir süre sığınan kişiler şeklinde tanımlanmışlardır ancak bu tanım sadece Türk soyundan olan kişileri kapsamaktadır. 1951 Cenevre Sözleşmesi ve ardından 1967 New York Protokolü’nü imzalayan Türkiye, ulusal mevzuatta mülteci ve sığınmacı tanımlarını bu uluslararası antlaşmalara göre düzenlemiş, ancak 1994’e kadar herhangi bir mevzuat yayımlamamıştır. 1994’de “Türkiye’ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye’den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar ile Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”i yayımlanmıştır. Bu yönetmelikte mülteci ve sığınmacı tanımları Türkiye’nin 1951 Cenevre sözleşmesinde “coğrafi çekinceyi” tutmuş olması nedeni ile uluslararası tanımlardan farklıdır (Kirişçi, 2001).

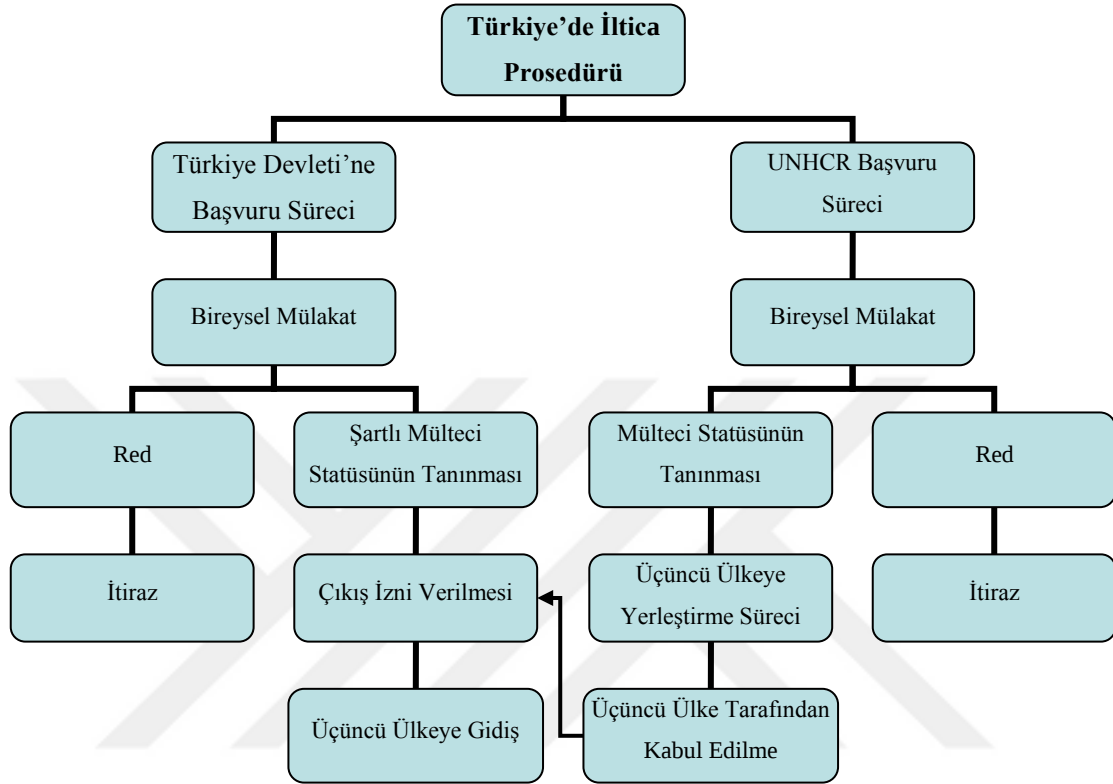
Avrupa Birliği, 2000’lerden itibaren Türkiye’nin sığınmacı ve mülteci politikalarında gerekli düzenlemelerin yapılması için baskı yapmakta olup Türkiye’den insan hakları temelli politikaların geliştirilmesini istemektedir. Bunun yanı sıra

Avrupa'ya olan kayıtsız göçmen geçişini de önlemesini beklemektedir. Türkiye ise Avrupa Birliği sürecini takip etmekte, ancak sığınmacı ve mültecileri bir güvenlik meselesi olarak değerlendirmeye devam etmektedir (İçduygu ve Aksel, 2012; Öztuzcu Biehl, 2008, pp. 72–76). Türkiye’de 2013 yılına kadar sadece göç ve iltica konusunu ele alan bir kanun bulunmamaktaydı. 2013 senesinde YUKK kabul edilmiş ve mülteci ve sığınmacı tanımları yeniden düzenlenmiş olmakla birlikte uluslararası tanımlar ile farklılık devam etmektedir (Demirel, 2015). Sonuç olarak Avrupa vatandaşı olmayan sığınmacılar Türkiye’ye geçici olarak sığınabilmekte ve bu süreçte sığınmacılara “*bir başka ülkede sığınma hakkı aramak üzere oturma izni talebi*”nde bulunma olanağı sağlanmaktadır (EMHRN, 2011). Avrupa dışından gelen sığınmacılar Türkiye’de “mülteci” olarak kabul edilmemekte ve Türkiye bu sığınmacılar için bir geçiş ülkesi olmaktadır (İçduygu ve Biehl, 2012).

Türkiye’deki iltica süreci birden fazla yasal sisteme başvurarak gerçekleşmektedir. İltica talebinde bulunmak isteyen bir sığınmacı hem Türkiye Devleti’nin hem de UNHCR’nın yürüttüğü, eş zamanlı ilerleyen iltica prosedürüne başvurmak zorundadır. Türkiye’deki iltica işlemlerinin eş zamanlı ve farklı yasal sistemler üzerinden yürütülmesini Biner (2016) “hukuki çoğulluk” olarak tanımlamaktadır (Biner, 2016, p. 87-113). Her ne kadar eş zamanlı işlemler ve karar verici olarak iki kurum görülse de mülteci statüsünün belirlenmesi konusunda gerekli görüşmeler UNHCR tarafından yürütülmektedir. İşlemlerin hangi aşamalardan oluştuğu Şekil 2-3’de gösterilmektedir.

Her iki işlem de kayıt ile başlamaktadır. Türkiye Devleti’ne başvuru sürecinde kayıt sonrası İçişleri Bakanlığı’na bağlı Göç İdaresi tarafından mülakat için zaman ve yer belirlenmekte ve sığınmacı mülakat zamanına kadar ikamet edeceği bir ile yönlendirilmektedir. UNHCR’a kayıt sonrasında ise görüşme için randevu verilmektedir. Her iki kurum ile mülakatlar gerçekleştirildikten sonra iltica nedeni kabul edilirse sığınmacı Türkiye tarafından “şartlı mülteci”, UNHCR tarafından ise “mülteci” olarak kabul edilmektedir. Statü kabul olduktan sonra başka bir ülkeye yerleştirilmesi için işlemler başlatılmakta. ancak bu durum yerleştirmenin gerçekleşeceğini garanti etmemektedir. Statü kabulünden sonra mülteci, yerleştirilmesi düşünülen ülke tarafından yeni bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Değerlendirmenin olumlu sonuçlanması durumunda kişinin Türkiye Cumhuriyeti’nden çıkış izni alması gerekmekte ve bu işlem

de sonuçlandıktan sonra mülteci kabul edildiği ülkeye gidebilmektedir (Biner, 2016, pp. 87–113).



Şekil 2-3: Türkiye’de iltica prosedürü – Biner (2016, p. 95)’den

İltica başvurusunun incelenmesi sürecinde sığınmacıya “yabancı kimlik kartı” verilmekte ve Bakanlık tarafından ikamet etmesi uygun görülen “uydu şehir” olarak adlandırılan illere yönlendirilmektedir. Türkiye’de uydu şehir olarak adlandırılan yaşam alanı, ne mülteci kampı ne de mültecilerin yerleştirildiği “*kent yerleşimi*” şeklinde tanımlanmaktadır. Uydu şehir, devlet tarafından sığınmacıların iltica başvuru sürecinde ikamet etmeleri öngörülen ancak fiziki koşulları devlet tarafından sağlanmayan, yaşam alanının şehir sınırları tarafından belirlendiği yerlerdir. Sığınmacılar, uydu şehirde haftada belirli günler yabancılar şubesine imza vermek ve şehirden ayrılma durumunda izin istemek yükümlülüğündedirler. Bu süreçte devlet sığınmacılara herhangi bir maddi veya sosyal destek sağlamamaktadır (Biner, 2016, pp. 23–47). 2017 yılı itibari ile ikamet

edilmesi uygun görülen şehirlerin toplam sayısı 62’dir⁷ (Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı, 2017, p. 71). Belirli gerekçeler dışında, (örn. sağlık sorunlarının sadece büyük şehirlerde tedaviye erişimi olması), metropollerde ikamet izni verilmemekte ve sığınmacının şehirden çıkması sadece ilgili makamlardan izin alarak mümkün olmaktadır⁸ (İHGD.; Leghtas ve Sullivan, 2017, p. 5). Uydu şehirler genelde “*yabancıların kontrollerinin*” daha kolay olduğu illeri kapsamaktadır. (EGM, n.d.). İstanbul, Ankara, İzmir gibi metropollerde ve belirli sınır illerinde mülteci/sığınmacıların denetimlerinin zor olması nedeniyle ikamet izni özel gerekçeler dışında verilmemektedir (Yıldız, 2012, p. 65,71). Ancak sığınmacı başvurusu olan bir çok kişi iş olanaklarına erişim ve sosyal ağların daha güçlü olması nedeni ile metropol olarak tanımlanan şehirlerde yaşamayı tercih etmektedirler (Çakmak, 2015; Öztuzcu Biehl, 2008, pp. 88–89).

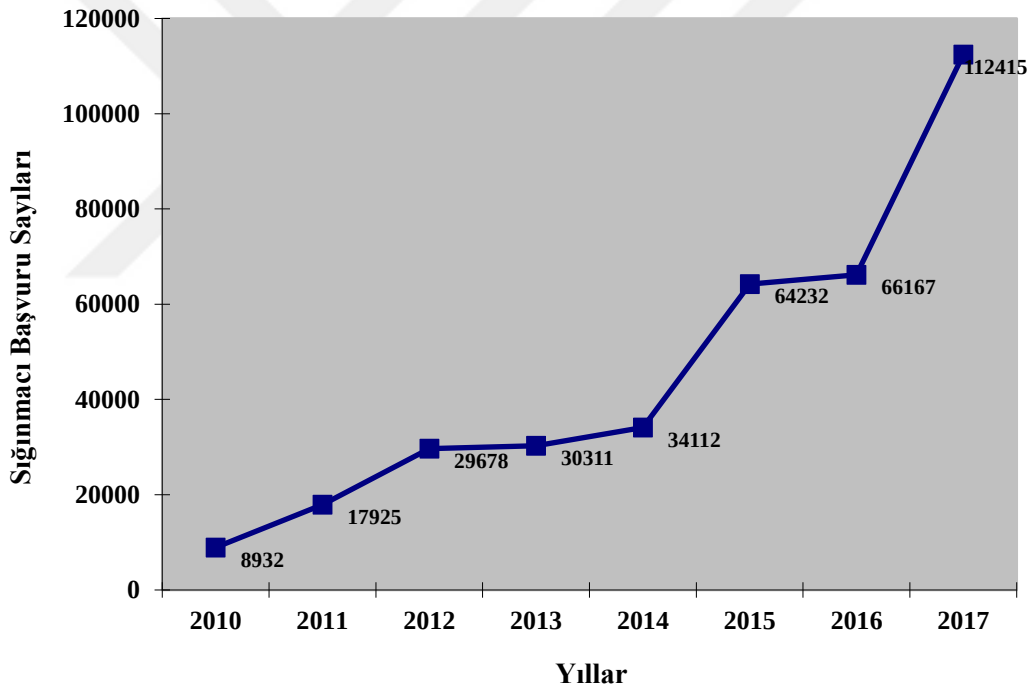
Sığınmacılar Türkiye’de geçici bir süre kalmaktadırlar ve bu süre çok farklılık gösterebilmektedir. İlk görüşme için bekleme süresi en az bir yıl ve sürecin tamamlanması için gerekli zaman ise en az üç, en fazla yedi yıl hatta üzeri bir süre de olabilmektedir (Öztuzcu Biehl, 2008, pp. 36–59). Sığınmacılar red almaları durumunda tekrar başvurabilmekte ancak yapılan ikinci bir değerlendirme sonucu red almaları durumunda ülkelerine geri gönderilmektedirler. Reddedilenlerin bir kısmının ise ülkelerine geri dönmek için Türkiye’de saklanarak kalmaya devam ettikleri ya da Avrupa’ya gitmeye çalıştıkları bilinmektedir (İçduygu ve Kirişçi, 2009).

1970’lerden başlayarak Türkiye’ye farklı sığınmacı akımları gerçekleşmiştir. Bu dönemde Sovyetler Birliği’nden, İran’dan, Bulgaristan’dan, Irak’tan, Bosna Hersek’ten ve Kosova’dan gelen sığınmacıların bir kısmı UNHCR tarafından mülteci olarak kabul edilmiş ve başka ülkelere yerleştirilmiş, bir kısmı ülkelere geri dönmüş, diğer bir kısmı ise Türkiye’de farklı şekillerde kalmaya devam etmişlerdir (İçduygu, 2003). 2000’li

⁷ Adana, Adıyaman, Afyon, Ağrı, Aksaray, Amasya, Ardahan, Artvin, Balıkesir, Batman, Bayburt, Bilecik, Bolu, Burdur, Çanakkale, Çankırı, Çorum, Denizli, Düzce, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Giresun, Gümüşhane, Hakkari, Hatay, Iğdır, Isparta, Kahramanmaraş, Karabük, Karaman, Kars, Kastamonu, Kayseri, Kırıkkale, Kırşehir, Kilis, Konya, Kütahya, Malatya, Manisa, Mardin, Mersin, Nevşehir, Niğde, Ordu, Sakarya, Samsun, Siirt, Sinop, Sivas, Şanlıurfa, Şırnak, Trabzon, Tokat, Van, Uşak, Yalova, Yozgat ve Zonguldak (Leghtas ve Sullivan, 2017, p. 6)

⁸ İnsan Hakları Gündemi Derneği’nin Soru Cevap Mülteci Hukuku ara yüzünde “Uydu Kent” Nedir? Sorusunun açıklamasında sığınma başvurusu sürecinde “Uydu Kent”lere yerleştirilme ve bu kentlerden sadece izin ile şehir dışına yolculuk edilebileceği belirtilmiştir.

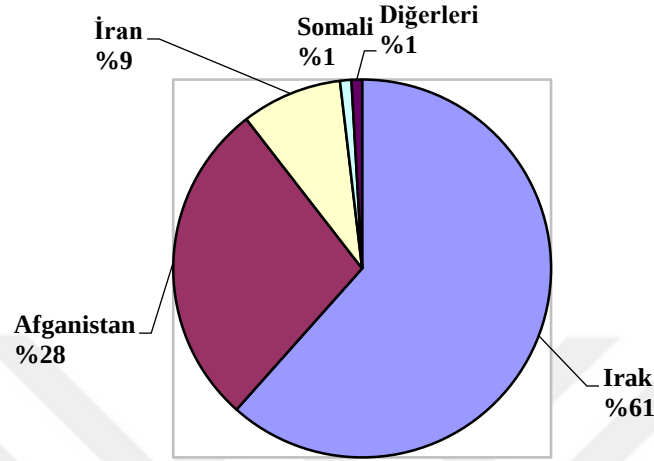
yıllara kadar İran'dan ve Irak'tan gelen sığınmacı başvuruları Türkiye'deki toplam başvuruların çoğunluğunu oluşturmakta iken (İçduygu ve Biehl, 2012) 2000'lerin başında sığınmacı başvurularında bir azalma olmuştur. 2000'de 5777 kişi başvurmuş iken bu sayı 2005'de 3914'e gerilemiştir. 2007 yılından itibaren ise Irak ve farklı Afrika ülkelerinden sığınma başvurularındaki artış 2008 yılında başvuruların yaklaşık 13.000 kişiye ulaşmasına neden olmuştur (İçduygu ve Aksel, 2012). 2010-2017 yılları arasında Türkiye'ye sığınmacı başvuruları her yıl artmaya başlamış 2016 yılında 66.167 olan sayı 2017'de 112.415'e ulaşarak yaklaşık iki katına çıkmıştır (Şekil 2-4) (Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı, 2017; İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2018b).



Şekil 2-4: Türkiye’de yıllara göre sığınmacı başvuruları - İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018b)’den

2010 yılına kadar Irak ve İran’dan gelen sığınmacı başvuruları toplam başvuruların çoğunluğunu oluştururken, daha sonraları Afganistan’dan gelenlerin sayısında bir artış gözlenmiştir. 2017 itibari ile Afganistan, Irak ve İran’dan gelen

başvurular tüm sığınmacı başvurularının %98'ini oluşturmaktadırlar (Şekil 2-5) (İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2018b).



Şekil 2-5: Türkiye’de sığınmacı profili- - İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018b)’den

*Pakistan, Yemen, Türkmenistan, Filistin ve Özbekistan

2011 yılından itibaren Suriye’de başlayan iç savaş hızla artan bir sığınma başvurusuna neden olmuştur. Türkiye’de Suriye’den gelenler geçici koruma altında değerlendirildikleri için farklı bir kayıt sürecine tabidirler ve 2018 Ekim itibari ile Türkiye’de yaklaşık 3,6 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır (İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2018a).

UNHCR’e kayıtlı sığınmacı ve mültecilerin toplamı 368.230’dur ve Suriyeli mülteciler ile birlikte Türkiye’de toplam mülteci sayısı yaklaşık 4 milyona ulaşmıştır (UNHCR, 2018b). UNHCR verilerine göre 2017 yılında Türkiye’de toplam mülteci sayısı⁹ bir önceki yıla göre %21,3 oranında artmıştır. Son dört yıl boyunca Türkiye dünyada en fazla mülteci ve sığınmacıyı barındıran ülke konumundadır. Ülkede bulunan mülteci sayılarının genel nüfusa oranına bakıldığında ise her 1000 kişiden 43’ünün mülteci olduğu dikkat çekmektedir (UNHCR, 2018a).

⁹ UNHCR mülteci ve geçici koruma altındaki Suriyeli mülteci sayılarını beraber ele almıştır.

2.3. Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

2.3.1. Uluslararası Mevzuatta Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı uluslararası düzeyde ilk defa DSÖ'nün Anayasası'nda ele alınmıştır (Norredam, 2011, p. 6). Anayasada sağlık *“fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali”* olarak tanımlanmakta ve sağlık hakkının *“ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin”* herkes için olduğu vurgulanmaktadır. Akabinde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde ise sağlık hakkının bir parçası olan tıbbi hizmetlere erişim hakkı *“Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır”* şeklinde tanımlanmıştır. Aynı beyannamenin 3. maddesinde ifade edilen yaşam hakkı ise sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişimi bir ön koşul olarak ele almaktadır (Willman, 2013).

Sağlık hakkı temel bir insan hakkıdır ve pek çok uluslararası antlaşma ile korunmaktadır. Bunlara örnek olarak; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ICESCR); Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ICCPR), Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (ICERD); Çocuk Hakları Sözleşmesi (CRC), Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Bertaraf Edilmesi Sözleşmesi (CEDAW), Tüm Göçmen İşçilerin ve Ailelerinin Haklarının Korunması Sözleşmesi (CRMW), Engelli Hakları Sözleşmesi (CRPD), İşkenceye ve Diğer Zalimane; Gayri İnsanî veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Sözleşmesi (CAT) verilebilir (Pace ve Gushulak, 2010; Willman, 2013).

Bu sözleşmeler arasında “sağlık hakkı” doğrudan ve kapsamlı bir şekilde ICESCR'nin 12. maddesinde ele alınmıştır. Bu sözleşmeye göre taraf devletler, *“herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını”* kabul ettiklerini ve bunu sağlamak için *“a) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesini ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini, b) Çevresel ve sınavi sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesini, c) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesini, tedavisini ve kontrolünü, d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması”*nı sağlamakla yükümlü olduklarını kabul ederler (Resmi Gazete, 11/08/2003, Sayı: 25196; UN, 1966) Bu tanımdan anlaşıldığı gibi sağlık hakkı sadece tıbbi hizmetler ile kısıtlanmamakta ve sağlıklı yaşam şartlarını sağlayacak hakları da kapsamaktadır (Pace ve Gushulak, 2010).

Mümkün olan en yüksek seviyede sağlık standartlarına sahip olabilmek için sağlık hizmetlerinin herkes için “*mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite*”¹⁰ gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler tıbbi hizmetlerde bilgiye erişilebilmesi, fiziksel olarak ulaşılabilmesi, maddi açıdan karşılanabilmesi, yeterli tıbbi personel ve malzemenin bulundurulması gibi nitelikleri ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ayrıca hiç kimseye ayrımcılık yapmadan, farklı kültürlere saygılı ve farklı kültürlerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (CESCR, 2000). Uluslararası antlaşmalara göre herkesin, sığınmacılar ve kayıtsız göçmenler de dahil, koruyucu, tedavi edici ve palyatif hizmetlere erişim hakkı bulunmaktadır. Bu hizmetlere erişimin sağlanması antlaşmalara taraf devletlerin sorumluluğundadır¹¹ (UNHCR, 2008).

Sosyal sigortaya sahip olmak sağlık hizmetlerine erişimin gerçekleştirilmesinde önemli bir role sahiptir. ICESCR’nin 9. Maddesinde “*herkesin sosyal sigorta da dahil olmak üzere sosyal güvenlik hakkı*” olduğu belirtilmiştir. Herkesi kapsayan bu maddelerin yanı sıra sağlık hakkı konusunda özellikle sığınmacı ve mültecileri ele alan önemli maddeler de mevcuttur. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi’nin (CESCR) 2007’de gerçekleştirdiği 37. oturumda sözleşmenin 9. maddesi detaylandırılmış ve mülteci, vatansız, sığınmacı ve diğer dezavantajlı kişilerin sosyal güvenlik sistemlerinden eşit şekilde yararlanma hakkının taraf devletler tarafından karşılanması gerektiği belirtilmiştir¹². Ayrıca vatandaş olmayan kişilerin geldiği ülke ya da göçmen statüsünden bağımsız olarak koruyucu ve acil hizmetlerden yararlanma hakkı olduğu vurgulanmıştır¹³ (CESCR, 2008). Bu antlaşma taraf devletlerin hizmetlere erişimde “*ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya başka türlü düşünce, ulusal veya toplumsal köken, mülkiyet, doğum, fiziksel veya zihinsel engel, sağlık durumu (HIV/AIDS dahil), cinsel tercih ve sivil, siyasal, toplumsal veya diğer statülere*” bağlı ayrımcılık yapmasını yasaklamaktadır¹⁴ (EKSHK, 2000).

¹⁰ CESCR’nin 14 no’lu “Genel Yorum”unda 12. paragrafta bu özellikler orijinal dilinde “availability, accessibility, acceptability and good quality of care” başlıkları olarak ele alınmaktadır.

¹¹ CESCR 14 no’lu Genel Yorum, 34. paragraf.

¹² CESCR 19 no’lu Genel Yorum, 38. paragraf.

¹³ CESCR 19 no’lu Genel Yorum, 37. paragraf.

¹⁴ CESCR 14 no’lu Genel Yorum, 18. paragraf.

Hamilelik döneminde gerekli hizmetlere erişim ve doğumun gerektiği takdirde ücretsiz sunulması CEDAW'ın 12. maddesinde, bebek ve çocuklara temel sağlık hizmetlerinin ve gerekli tedavilerin sağlanması CRC'nin 24. maddesinde, engelli kişilere ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sunulması CRPD'nin 25. maddesinde, işkence ve kötü muameleye maruz kalanların mümkün olan rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmalarının sağlanması gerektiği CAT'ın 14. maddesinde belirtilmiştir (Willman, 2013).

Sonuç olarak uluslararası antlaşmalara imza atan devletler, ülke sınırları içerisinde bulunan tüm kişilere mümkün olan en yüksek sağlık standartlarına sahip olabilmeleri için gerekli şartları sağlamakla yükümlüdürler. Bu haklar sığınmacı ve mültecileri de kapsamaktadır. Diğer yandan mültecilerin ve sığınmacıların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin gerekli şekilde sunulmaması uluslararası antlaşmaların ihlali anlamına gelmektedir (Pace ve Gushulak, 2010).

Sağlık hakkı diğer tüm insan hakları ile ilişkilidir ve Mann (1999) bu ilişkiyi farklı etkileşim boyutları ile açıklamıştır. Sağlık politikalarının planlanma ya da uygulama sürecinde farklı kişilerin sağlık ihtiyaçları gözönünde bulundurulmamasının insan hakları ihlali olduğunu ve insan hakları ihlallerinin insan sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. İnsan haklarının korunmasının ise kırılgan grupların sağlık hizmetlerine ve iyilik haline erişmesini sağlayacağı ifade edilmiştir. Esasında bütün insan hakları birbirinden etkilenmekte olup, sağlıkla aralarında ayrılmaz bir ilişki bulunmaktadır.

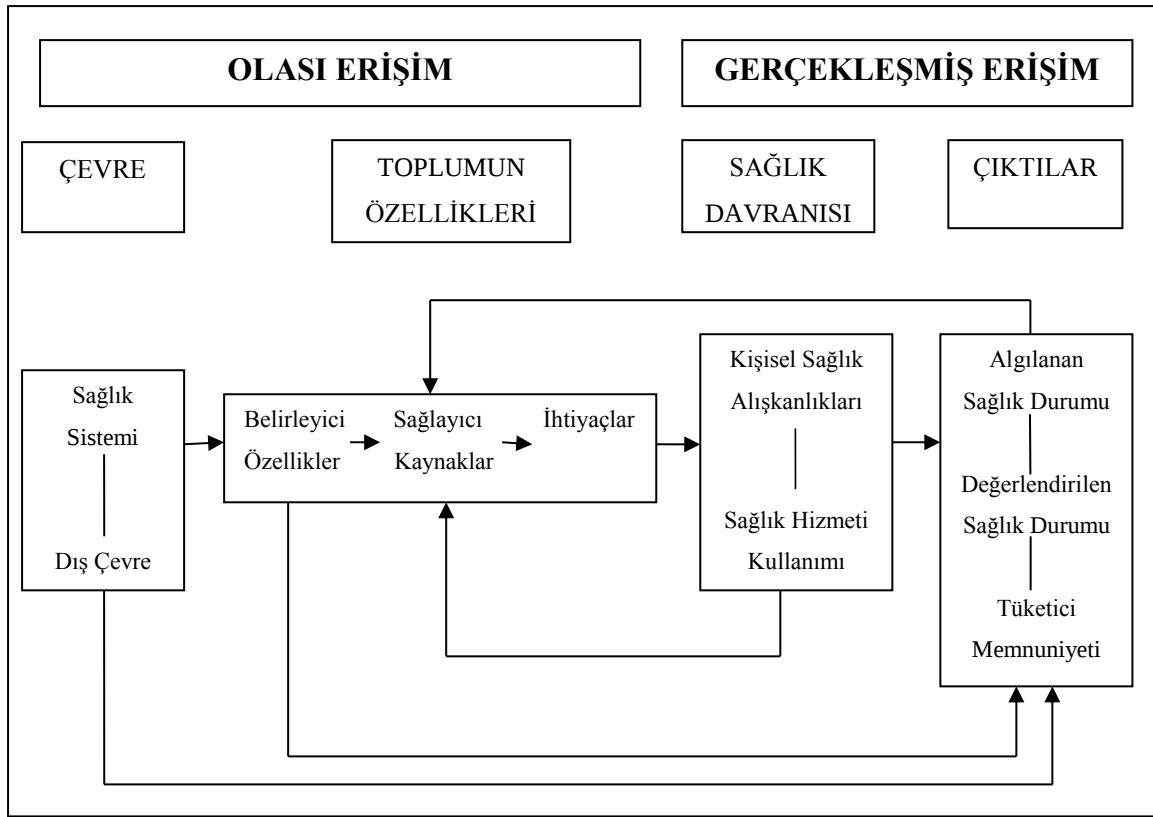
2.3.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim Tanımı ve Teoriler

Sağlık hizmetlerine erişim araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmış ve en sade bir biçimde “*sağlık hizmetlerinin ve kişilerin birbirlerine uyumu*” olarak ifade edilmiştir (Penchansky ve Thomas, 1981). Sağlık hizmetlerini tanımlayan özellikler aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim hakkının ne kadar uygulanabildiğini değerlendirmemize de yardım etmektedir. Bu tanımın detaylandırılmasına bir çok çalışma farklı katkılarda bulunmuştur (Andersen, 1995; Gulliford ve ark., 2002; Rogers, Flowers, ve Pencheon, 1999). Bunların arasında Levesque, Harris ve Russell sağlık hizmetlerine erişimi “*sağlık bakımına ihtiyaç duyulduğunda uygun sağlık hizmetine erişebilmek ve elde edebilmek imkanı*” olarak tanımlamış ve beş temel özellik altında ele almıştır, bunlar sırasıyla; “*Ulaşılabilirlik, Kabul Edilebilirlik, Mevcudiyet, Karşılanabilirlik, Uygunluk*”

tur. Bu özellikler İngilizce beş “A”¹⁵ olarak ifade edilmektedirler. *Ulaşılabilir*: sağlık sistemi ve hizmetler konusunda bilgi paylaşımının yapıyor olması ve başvuranların bu konuda bilgilenecek için istekli olmaları; *kabul edilebilir*: sağlık hizmetlerinin farklı kültürel bakış açılarına ve normlara cevap verebilmesi; *mevcut*: fiziksel olarak erişilebilir ve hem insan gücü hem de teçhizat açısından yeterli olanaklara sahip olunması; *karşılanabilir*: başvuranların ihtiyaç duydukları hizmetleri ya da sağlık güvencesini karşılayabiliyor olmaları; *uygunluk*: sunulan hizmetlerin ve başvuranların ihtiyaçlarının uyması anlamına gelmektedir. Bu kavramlar hem sağlık hizmetine başvuran hem de sağlık hizmetini sunanların farklı niteliklerinden etkilenmektedir. Örnek olarak sağlık hizmetine erişimde başvuranın sağlık okur yazarlığı, sosyal ve kültürel özellikleri, yaşam koşulları, geliri, sahip olduğu sosyal destekler de sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir (Levesque ve ark. 2013).

Sağlık hizmetlerine erişimin değerlendirilmesi için farklı modeller ortaya konulmuştur. Bunların arasında en önemlilerinden biri Andersen tarafından 70’li yıllarda üretilmiş ve 90’lı yıllarda son haline getirilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim “olası erişim” ve “gerçekleşmiş erişim” gibi farklı evrelerde ele alınmıştır. Olası erişim, sağlık hizmetlerine erişimi sağlayacak özelliklerin hepsi, gerçekleşmiş erişim ise sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunun çıktıları olarak tanımlanmıştır. Olası erişim “toplum” ve “çevre”den etkilenmektedir. Bu modelde çevre, sağlık sistemi politikalarını, kaynaklarını ve organizasyonunu ve toplumu etkileyen politik ve sosyal faktörleri kapsamaktadır. Toplum olarak ise toplumun sağlık hizmetlerine erişimini belirleyen ve erişimi sağlayacak özellikler: sosyo-demografik faktörler, sağlık inancı ve alışkanlıkları, sağlık güvencesi ve finansal kaynaklar ele alınmaktadır. Toplumun bu özellikleri kişinin hastalığı algılayışını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkilemekte, sağlık davranışını belirlemektedir ve sağlık hizmeti kullanımı algılanan ya da değerlendirilen sağlık durumu veya tüketici memnuniyeti gibi çıktılarla ölçülebilmektedir. (Şekil 2-6) (Andersen, 1995; Andersen ve Newman, 1973).

¹⁵ Orijinal dilinde şu şekilde ifade edilmiştir; “*Approachability, Acceptability, Availability, Affordability, Appropriateness*”



Şekil 2-6: Andersen'in sağlık hizmetlerine erişim modeli - Andersen (1995)'den

Bu modelden yola çıkarak ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda araştırmaları değerlendirerek Scheppers ve ark. (2006) sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunları üç ana kategoride sınıflandırmışlardır: Sistemsel, sağlık çalışanları temelli ve hasta temelli engeller.

Sistemsel engeller: organizasyonel faktörler, çalışma saatleri, sağlık merkezlerine kabul şartları, randevu bekleme süreleri, randevu görüşme süresi, tercüme, yazılı ve farklı formda sağlık konusunda dokümanlar, sağlıkta biyomedikal bakış açısı vb.

Sağlık çalışanları temelli engeller: tutum (damgalama, ayrımcılık), iletişim biçimleri, sağlık, sağlık hakkı ve kültürel farklılıklar konusunda bilgi durumu ve sağlık hizmetleri sunumu vb.

Hasta temelli engeller: yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim, yaşam koşulları, sağlık alışkanlıkları, sosyal destek, kültürel alışkanlıklar, kalış süresi, dil beceresi, iletişim özellikleri, sağlık inancı, maddi durumu, sağlık güvencesine sahip olup olmaması, sağlık hizmetleri ve sağlık güvencesi konusunda bilgi durumu vb.

Bu araştırmada sağlık hizmetlerine erişim bu üç başlık altında ele alınmıştır. Başvuranların sığınmacı ve mülteciler olması nedeni ile kısaca sığınmacılar olarak ifade edilmekte ve üç başlık “sistemsel, sağlık çalışanları ve sığınmacılar temelli” engeller olarak ifade edilmektedir.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumu

Dünyada göçmen, sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim durumu karşılaştırıldığında ülkeler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bir çok ülke, vatandaş olmayanlar için sağlık hizmetlerini “*temel sağlık hizmetleri ya da acil hizmetler*” ile sınırlandırmaktadır. Ayrıca bu terimlerin her ülkede farklı hizmetleri kapsamı yabancılar/göçmenler için bazen ayrımcı bir tutum olduğunu göstermektedir (UNHCR, 2008).

Kayıtsız göçmenlerin Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimini belirleyen politikaların değerlendirildiği bir çalışmada, ülkeler sunduklara hizmetlere göre üç kategoride incelenmiştir; minimumdan az, minimum ve minimumdan çok¹⁶. Sırasıyla ilk grupta acil servisin ücretli sunulduğu, bu nedenle sadece ücreti karşılayabilenlerin hizmete erişebildiği bir sistem, ikinci grupta acil servis ve acil müdahale gerektiren sağlık sorunlarının karşılandığı bir sistem ve üçüncü grupta ise acil servis ve diğer sağlık hizmetlerine de erişimin sağlandığı bir sistem mevcuttur. Bu çalışmanın önemli bulguları arasında ülkelerin vergi temelli sağlık güvencesi sunmaları ya da ulusal sağlık sigortasına sahip olmalarının sağlanan haklar açısından bir farklılık göstermediği ve refah durumu daha iyi ülkelerin daha fazla sağlık hakkı tanıyacağı algısının doğru olmadığı yer almaktadır. Buna örnek olarak Portekiz ve İspanya, refah durumu daha iyi olan İsveç’e göre göçmenlere daha kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktadırlar (Cuadra, 2011). Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanmasının genellikle ülke sağlık giderlerini kontrol etmek amaçlı olduğunun belirtilmesine rağmen Almanya’da yapılan bir çalışmada sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlanması sonucu ortaya çıkan sağlık giderlerinin, kapsamlı bir erişimin sağlanması için gereken sağlık harcamalarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Bozorgmehr ve Razum, 2015).

¹⁶ Orijinal sınıflandırma “less than minimum rights”, “minimum rights”, “more than minimum rights” şeklinde yapılmıştır.

Sığınmacıların sağlık ihtiyaçları geldikleri ülkelere, gelmeden önceki yaşantılarına ve ev sahibi ülkedeki yaşam şartlarına göre farklılık göstermekte ve ev sahibi ülkede sağlık hizmetlerine erişim şartları sağlık sorunlarının giderilmesinde belirleyici olmaktadır. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim durumu 25 Avrupa Birliği ülkesinde karşılaştırılmış ve 10 ülkede sığınmacıların sadece acil hizmetlere erişimlerinin olduğu tespit edilmiştir. Erişim durumu, sığınmacı gebe kadınlar ve çocuklar ile erişkin sığınmacılar arasında farklılıklar göstermektedir ve ayrıca kişilerin kalış süresine göre de sunulan hizmetlerin kapsamı değişmektedir. Gebe ve çocuklar daha kırılgan bir grup kabul edilmeleri nedeni ile erişkinlere göre sağlık hizmetlerine erişim hakları daha kapsamlıdır. Bir çok ülkede sığınmacıların iltica başvurusu süresince sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlıdır sağlık hizmetine erişebilmektedirler ve başvuru sonrası “mülteci” olarak kabul edilme süreçleri aylar ya da yıllar sürebilmektedir. Bu durum kişilerin bir çok sağlık hizmetlerine erişimini uzun süre engellemektedir (Norredam ve ark., 2005).

Sığınmacıların hukuki statülerinin getirdiği engellerin yanı sıra sağlık sistemi hakkında bilgiye sahip olmamak, dil, kültürel, ekonomik sorunlar ve yapısal engeller de sağlık hizmetlerine erişimi engellemektedir (Janssens ve ark., 2006; Norredam, 2011). Ayrıca sağlık çalışanlarının sığınmacılar ve hakları, sığınmacıların sağlık ihtiyaçları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve sığınmacılara karşı tutumları da sağlık hizmetlerine erişimde bir engel oluşturmaktadır (Bhatia ve Wallace, 2007; Janssens ve ark., 2006).

Sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık durumlarının değerlendirilmesinde sadece sığınmacılar üzerine odaklanan çalışmaların sayısı azdır ve genelde göçmen grupları içerisinde diğer alt gruplar ile beraber değerlendirildikleri çalışmalar daha sık görülmektedir. Hollanda’da Afgan, İran ve Somalili, 178 mülteci ve 232 sığınmacı ile yapılan araştırmada, sığınmacıların sağlık durumunun mültecilere göre daha kötü olduğu ve bütün katılımcıların üçte ikisinden fazlasının en az bir kronik sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sığınmacıların mültecilere göre daha fazla depresyon, kaygı ve post-travmatik stres bozukluğu (PTSD) semptomları yaşadıkları ve bunların daha sık İranlı sığınmacılarda görüldüğü belirtilmiştir. Kişilerin hukuki statülerindeki belirsizliğin sağlık durumlarını olumsuz etkilediği, depresyon ve anksiyeteye yol açabildiği ve özellikle bu sorunların kadınlarda daha sık görüldüğü vurgulanmıştır (Gerritsen ve ark.,

2006). Kadınların sığınmacılar arasında daha kırılgan bir grup olduğu, akıl sağlığı, cinsel sağlık, aile planlaması, gebelik ve doğum sonrası bakım konusunda bilgilendirmelere ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Ayrıca sığınmacı çocukların, özellikle refakatsiz çocukların, akıl sağlığı konusunda desteğe ihtiyaç duydukları da belirtilmektedir (Bradby ve ark., 2015; Burnett ve Peel, 2001). Sığınmacı ve mültecilerle İrlanda’da yapılan bir çalışmada, yine sığınmacıların mültecilere göre daha sık PTSD ve depresyon/anksiyete semptomlarına sahip oldukları tespit edilmiş; ancak akıl sağlığı hizmetlerine başvurularda hukuki statü açısından bir farklılık görülmemiştir (Toar ve ark., 2009). Yapılan çalışmalardan sığınmacıların akıl sağlığı ihtiyaçlarının karşılanamadığı anlaşılmaktadır (Young ve ark., 1987).

Sığınma başvurusundan sonra kişiler bazı ülkelerde sağlık taramasına ve gerek görülürse ilgili uzmanlara yönlendirilmektedirler. İsveç’te 386 sığınmacı ile yapılan araştırmada 108’i başvuru sonrası ücretsiz sağlık muayenesinin kendilerine tanınmış bir sağlık hakkı olduğunu bilmediklerini ve 87’si kısıtlı sağlık hizmetine erişim hakkı konusunda bilgilendirme yapılmadığını belirtmiştir. Sağlık tarama muayenesi İsveç’te 2008’den itibaren sığınma başvurusu yapan herkese ücretsiz sunulmasına rağmen kişilerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür (Lobo Pacheco ve ark., 2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim hakkı sığınmacılar için İngiltere’de ücretsiz olmakla birlikte aile hekimlerinin kayıt yapmak istememesi, danışmadaki sağlık çalışanlarının yanlış yönlendirmesi veya tercüman eksikliği sığınmacıların bu hizmetlerden yararlanamamalarına neden olmaktadır (Bhatia ve Wallace, 2007; Feldman, 2006). Aile hekimleri sığınmacıları sık yer değiştirmeleri ve bunun sonucunda takip edilmesi zor bir grup olmaları nedeni ile kayıt etmek istememektedirler. Ayrıca bu kişilerin bazen çözülmesi zor psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına sahip olmaları ve aile hekimlerinin gerekli destek ve bilgi donanımına sahip olmamaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına engel olmaktadır (Coker, 2004).

Sığınmacılar acil hizmetlere başvurdıklarında, kronik hastalıkların takibinde ve diş tedavilerine erişimde de mülteci ve diğer göçmenlere göre daha fazla sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle sivil toplum kuruluşları (STK) sığınmacılara sağlık hizmetlerine erişim konusunda destek olmaktadır (Silove ve ark., 1999).

Sağlık hizmetlerine erişimde iletişim ve dil engeli en sık paylaşılan sorunlardan bir tanesidir (Ruiz-Casares ve ark., 2013; Young ve ark., 1987). İngiltere’de göçmenlerle

yapılan odak grup tartışmalarında dil sorununun en temel sorunlardan biri olduğu belirlenmiştir. Dil sorunu, göçmenlerin sağlık merkezlerinin işleyişini öğrenmelerine, sağlık sorunlarını anlatmalarına ve sağlık çalışanlarının açıklamalarını anlamalarına, acil durumlarda ambulans çağrımalarına engel olmakta ve göçmenlerin tedaviye uyumunu ve sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (Free, 1999; Leman, 1997). Tercümenin aile yakınları ya da tanıdıklar tarafından yapılması başvuruların kendilerini gerekli şekilde ifade etmelerinde ve tıbbi açıdan doğru bir çevirinin yapılmasında engel oluşturmaktadır (Bischoff, 2003, pp. 27–30). Ayrıca tercümanın cinsiyetinin başvuru alan sağlık sorununa ve bölüme göre belirlenmesinin önemi de vurgulanmaktadır (Burnett ve Peel, 2001). Dil engeli kısıtlı iletişime neden olmakla birlikte kültürel engelleri de içinde barındırabilmektedir. Sığınmacıların kültürel alışkanlıkları ve sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları iletişimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını engellemektedir (Janssens ve ark., 2006).

Sığınmacıların ev sahibi ülkeye geldiklerinde sahip oldukları maddi durumları, gelirleri ve sosyal ağları ile elde ettikleri maddi destek sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir yere sahiptir. Sığınmacıların maddi durumunun sağlık giderlerini veya tedaviyi karşılamada yeterli olmaması durumunda, tedaviye erişimleri kısıtlanmaktadır (Magalhaes ve Carrasco, 2010). Belirtilen engellerin yanı sıra sığınmacıların kültürel alışkanlıkları, sağlık inancı ve sahip oldukları sosyal destek de sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemektedir (Carrillo, 1999; Scheppers ve ark., 2006).

Sağlık çalışanları başvuran sığınmacı ve mülteci hastalarla çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu konuda Londra’da aile hekimleri ile belirli aralıklarla yapılmış iki çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Aile hekimleri, hastanın tıbbi öykülerinin eksikliğinin ve ortak iletişim dilinin olmamasının en sık yaşanan sorunlar olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca profesyonel tercümanların bir çok kez görüşmelerde bulunmamasının iletişimi engellediğini ve sığınmacıların sağlık sisteminden beklentilerini karşılamakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Sığınmacı hastalarla görüşmelerde daha fazla zamana ihtiyaçları olması ve bu hastaların takiplerinde zorlanmaları aile hekimlerinin iş yükünü artırmaktadır (Fisher, 2004; Lindenmeyer ve ark., 2016). Aile hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamak hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının bazı göçmenleri kayıt etmeyi reddettikleri tespit edilmiştir. Bunun nedeni, aile hekimlerinin göçmenleri takip edilmesi zor hastalar

olarak görmeleri ve bunun aile hekimlerinin takip ettikleri hastalarda erişmesi beklenen sağlık hedeflerine ulaşmalarını zorlaştıracaklarını düşünmeleri şeklinde açıklanmaktadır (Hargreaves ve ark., 2008).

Bischoff ve ekibi tarafından (2003) hemşireler ve sığınmacılar arasında iletişim sorununu değerlendirmek amaçlı yapılan araştırmada, bu sorunun sığınmacıların sağlık sorunlarının anlatımını kısıtladığı ve hastalar için gerekli yönlendirmelerin yapılmasını engellediği belirtilmiştir. İsveç'te yapılan çalışmada ise sağlık çalışanlarının göçmen hastalarla yaşadıkları kültürel farklılıklar nedeni ile iletişimde zorlandıkları ifade edilmiştir. Ayrıca göçmenlerin sağlık sistemi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarının sağlık hizmetlerine erişimi engellediği belirtilmiştir (K. F. Nkulu Kalengayi ve ark., 2012).

Sağlık çalışanları iletişim ve kültürel farklılıklar nedeni ile yaşadıkları sorunlarla baş etme konusunda teknik ya da insan gücü açısından yeterli desteği görmediklerini ve ayrıca başvuran sığınmacı, mülteci ya da göçmen hastaların hukuki statülerinin sağladığı kısıtlı sağlık hakkı ve tıbbi etik normları arasında çelişki yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Dauvrin ve ark., 2012; Suphanchaimat ve ark., 2015).

Sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı tutumları da sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini etkilemektedir. Dias'ın (2012) sağlık çalışanları ile Portekiz'de yürüttüğü çalışmada, sağlık çalışanlarının davranışlarının, göçmenlerin tedaviye erişimini ve hizmet alımı sonrası sağlık durumlarını etkilediği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının farklı kültürlere sahip hastalarla iletişim ve tutumunun iyileşmesinin göçmenlerin sağlık durumlarını olumlu etkileyeceği ifade edilmektedir.

Ruiz-Casares ve ark. (2013) yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının değer yargıları ve tutumları arasındaki çelişkiye dikkat çekmişlerdir. Bu araştırmada Montreal'de bulunan üç hastane ve iki birinci basamak sağlık merkezinde 1048 sağlık çalışanına internet üzerinden anket aracılığı ile göçmen hamile kadınların ve çocukların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda düşünceleri ve sağlık hizmetlerinin ne kadar kapsamlı şekilde sunulması gerektiği sorulmuştur. Değerlendirilen 1036 ankette sağlık profesyonellerinin %61,1'i, sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının %42,1'i, yönetici konumundakilerin %53,5'i göçmenlerin tüm sağlık hizmetlerine erişim hakkını savunmaktadırlar. Ancak sağlığın bir insan hakkı olduğunu savunanların üçte biri göçmen hamile kadınlara ve çocuklara kısıtlanmış bir sağlık hizmeti sunulmasını ya da hiç

sunulmaması gerektiğini ifade etmiştir. Bu çalışmada elde edilen diğer bir bulgu ise, sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine erişimi bir sağlık hakkı olarak kabul etmelerine rağmen göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını bir “ayrıcalık” olarak gördükleridir (Vanthuyne ve ark., 2013). Sağlık profesyonellerinin bu düşüncesi sağlık hizmeti sunumunu etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının sığınmacı, mülteci ve göçmenler konusunda bilgilendirilmelerinin sağlık çalışanlarının tutumunu etkileyeceği ve sağlık hizmetlerinin farklı kültürlerin ihtiyaçlarına cevap verebilir şekilde düzenlenmesinin sağlıktaki eşitsizliği azaltacağı farklı çalışmalarda belirtilmiştir (Ruiz-Casares 2013, Feldman 2006, Grove ve Zwi 2006, Norredam 2005, Fisher 2004, Burnett 2000).

2.3.4. Portekiz Örneği

Portekiz, önceleri göç veren bir ülke iken doksanlı yıllardan itibaren göç alan bir ülke haline gelmiş (Oliveira, 2008, p. 1) ve toplumdaki göçmen oranı çok kısa zamanda hızlı bir artış göstermiştir (Machado 2010). Portekiz’e göç eden kişiler öncelikle Portekiz’in Afrika’daki eski kolonilerinden gelenlerdir. Bu ülkeler kısaca Portekizce konuşulan Afrika ülkeleri olarak “PALOP” (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) şeklinde tanımlanmakta, bunlar Mozambik, Sao Tome ve Principe, Yeşil Burun Adaları, Angola ve Gine Bissau’yu içermektedir. Portekiz’e göç eden topluluğa önce Brezilya’dan sonra Doğu Avrupa ülkelerinden gelen göçmenler eklenmiştir (Fonseca ve ark., 2009, p. 6).

Portekiz’de göçmen sayısının hızlı artışı, entegrasyon açısından kaygı yaratmaya başlamıştır. Bunun sonucunda ilk olarak 2001 yılında, 25360 sayılı genelge ile, hukuki statülerinden bağımsız göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi garanti altına alınmıştır (Machado ve ark., 2010). Ayrıca 1976 yılında kabul edilen Portekiz Anayasası’nda “sağlık hakkı” evrensel bir hak olarak tanımlanmış ve vatandaş olma koşulu ile kısıtlanmamıştır (Pedro Pita Barros ve Pereira, 2009).

Portekiz göçmenlere, sığınmacı ve belgesiz olmasından bağımsız, 2001 yılından itibaren yürürlüğe koyduğu mevzuatla vatandaşlarıyla aynı sağlık hakkını tanımaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi için bazı kırılgan gruplara ulaşabilmek amacıyla mobil sağlık üniteleri oluşturmuştur. Portekiz “uyum” planının oluşturulması aşamasında farklı bakanlıklar ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortak bir çalışma yapmış ve ardından farklı kişilerin danışmanlıkları ile uygulamalar takip edilerek değerlendirilmiştir

(Padilla ve Pereira Miguel, 2009). Portekiz'in göçmenler için öncelikle sağlık ve ardından barınma, iş, eğitim gibi diğer sosyal hizmetlere erişimini sağlayan uygulamaları yürürlüğe koyması, Avrupa genelinde "göçmen-dostu" bir ülke olarak kabul görmesini sağlamıştır (Padilla ve ark., 2012).

Portekiz, göç tarihi ve refah durumu açısından Avrupa ülkeleri arasında Türkiye'ye en yakın ülkelerden biri olması ve göçmen sağlık politikaları konusunda olumlu deneyiminden yararlanabilecek olması nedeniyle bu tez çalışmasının kapsamına alınmıştır.

2.4. Türkiye'de Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de sağlık hakkı Anayasa'nın (1982) 56. maddesinde "*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*" şeklinde ifade edilmiştir. Ayrıca "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini*" sağlamak için gerekli hizmetlerin organize edilmesinden sorumlu tutulmuştur (madde 56). Sağlıklı bir yaşam hakkı doğuştan kazanılmış en temel bireysel ve toplumsal haktır (Şahbaz, 2009) ve bu hak "*dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin*" herkes için eşittir (madde 10). Sağlık hakkını konu alan uluslararası antlaşmalar da ulusal mevzuat açısından önemlidir. Anayasasının 90. maddesinde "*Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir*" şeklinde belirtilmektedir. Uluslararası antlaşmaların kanunlarla çelişmesi durumunda antlaşmalarda belirtilen hükümler esas alınmaktadır.

Sağlık hizmetleri "*insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, kişilerin ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için rehabilite edilmesi ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü*" olarak tanımlanmıştır (Öztek ve ark., 2012, p. 1480).

Sağlık hizmetleri amaçları açısından üç farklı boyutta ele alınmaktadır; koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve rehabilite edici hizmetler. Koruyucu sağlık hizmetleri birey ve toplumun sağlığının korunmasını temel alır ve bunun gerçekleştirilmesi için hem kişiye hem çevreye yönelik yaklaşımları bulunmaktadır. Tedavi edici hizmetler kişiler hastalandıktan sonra tedavilerinin gerçekleştirilmesini, rehabilite edici hizmetler ise tedavi edilen ancak tam iyilik haline ulaşamayan ve sakat kalan kişilerin tıbbi ve sosyal

rehabilitasyonunu kapsamaktadır (Öztek ve ark., 2012). Bu hizmetler farklı kurumlar tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan bu kurumlar üç basamakta sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak hizmetleri hem koruyucu hizmetlerin hem de tedavi edici hizmetlerin beraber yürütüldüğü merkezlerden oluşmaktadır. Bu aşamada toplum temelli ve birey temelli koruyucu sağlık hizmetleri olarak bağışıklama, erken tanı, ilaçla koruma, sağlık eğitimi, aile planlaması ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler sunulmaktadır. Tedavi edici hizmetler kapsamında başvuranlar evde ya da ayakta tedavi edilirler, bu basamakta yataklı tedavi bulunmamaktadır. Aile sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, göçmen sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri birinci basamak hizmetleri sunan kurumlar arasında yer almaktadırlar. İkinci basamak tedavi hizmetleri başvuranların gerektiğinde yatarak tedavi alabilecekleri öncelikli olarak tedavi edici hizmetlerin sunulduğu merkezlerdir ve devlet hastaneleri bunun en temel örnekleridir. İkinci basamak sağlık merkezlerinde gerekli tedaviye erişemeyen kişiler üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilirler. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri belirli konularda en gelişmiş tanı ve tedavi imkanlarına sahip merkezlerdir. Üniversite hastaneleri, eğitim-araştırma hastaneleri ve dal hastaneleri bunlara örnektir (Öztek ve ark., 2012, pp. 1480–1484).

Sağlık hizmetlerine erişimde sağlık sigortası önemli bir role sahiptir. Devletin bu konudaki yükümlülüğü anayasanın 60. maddesinde “*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli önlemleri alır ve teşkilatı kurar*” şeklinde ifade edilmiştir (Kol, 2015). Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine erişim 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Resmi Gazete, 16/6/2006, Sayı: 26200) ile düzenlenmiştir Bu kanuna göre genel sağlık sigortasına (GSS) sahip olmak için bireylerin prim ödemesi gerekmektedir. Sağlık sigortalı sayılanlardan prim ödemesi gerekenler ve bu ödemeden muaf tutulan kişiler 60. maddede, prim miktarları ise kanunun 80. maddesinde “*Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın tespitinde; 60. maddenin birinci fıkrasının (d) bendinde sayılan kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, 60. maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen kişiler için asgari ücret, 60. maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen kişiler için ise prime esas asgari kazanç tutarı esas alınır*” şeklinde belirtilmiştir.

GSS’li sayılan kişilerin bazı hizmetlerden yararlanırken “katılım payı” ödemeleri gerekmektedir. Katılım payına tabii tutulan hizmetler kanunun 68. Maddesinde;

“a) Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi

b) Vücut dışı protez ve ortezler

c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar

d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri”

şeklinde belirtilmiştir. Aile hekimi muayenelerinden ve koruyucu sağlık hizmetlerinden ise katılım payı alınmamaktadır (Madde 69). Katılım payı tutarları Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında düzenlenmiştir ve bu farklı sağlık hizmetlerine göre değişmektedir. Birinci basamak olarak öngörülen aile hekimi muayeneleri ücretsizdir, ancak ilaç yazılması durumunda reçete başına “katılım payı” ödenmesi öngörülmüştür. Reçete ücreti üç paket ilaca kadar 3 TL ve ek her paket ilaç için 1 TL’dir¹⁷. SUT’un 1.8.1 maddesine göre *“ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL, Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 8 TL”* muayene katılım ücreti ve yapılan işlemlere göre farklı işlem ücretleri talep edilmektedir¹⁸. Ayrıca acil servis hizmetlerinde muayene sonucu “yeşil alan” olarak değerlendirilen, hayati tehlikesi olmayan sağlık durumlarında başvurandan sağlık hizmet bedeli talep edilmektedir¹⁹ (SGK, 2017). Acil servis hizmetlerinin sunumu “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” (Resmi Gazete, 16/10/2009, Sayı: 2009) ile detaylandırılmış ve 2018 yılında belirli değişiklikler ile yeniden düzenlenmiştir. Acil hizmetlere başvuran kişiler sağlık durumuna göre en az acil durumdan en hayati olana göre sırasıyla yeşil, sarı ve kırmızı şeklinde kodlanmaktadır. Yeşil kod olarak değerlendirilen ve ücrete tabii tutulan sağlık durumları;

¹⁷ SUT, 1.8.2 “Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı” isimli maddede ilaç katılım payı ücretleri açıklanmıştır.

¹⁸ SUT 1.8.1 sayılı–“ Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı” maddesinde muayene katılım payları açıklanmıştır.

¹⁹ Yeşil alan kapsamında değerlendirilen sağlık durumları SUT 2.3 “Acil Sağlık Hizmetleri” bölümünde detaylandırılmıştır.

- “1) Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları,
 2) Acil servis başvuruları sonrası hastaneye yatırışı yapılan vakalar,
 3) Tıbbi müdahale uygulanan vakalar,
 4) Müşahede altına alınan vakalar,
 5) Başka bir sağlık hizmet sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmet sunucusundan sevkli gelen vakalar dışında kalan”

şeklinde özetlenmektedir (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 27/01/2012 tarihli 3931 sayılı, 2012).

Sağlık sigortasının kapsamında olan hizmetler 5510 sayılı kanunun 63. maddesinde düzenlenmiştir. Bu hizmetlerden GSS’li olarak yararlanmak için kimliğe sahip olmak ve hizmet alımı öncesi kimlik göstermek²⁰ gerekmektedir. Sadece acil durumlarda kayıt ve kimlik gösterilmesi müdahale sonrası yapılabilmektedir. Acil hizmetlere başvuru kabul şartları ve tıbbi müdahale “Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”²¹ başlıklı genelgelerde “*hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın*” acil hizmetlere kabul edilmesi “*gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız şartsız ve gecikmeksizin*” yapılması ve ancak acil halin sonlanmasından sonra gerekli evraklar ve ödemenin talep edilmesi şeklinde belirtilmiştir. Bu genelgelerle hastaların acil hizmetlere erişimini garanti altına almak ve evrak ya da maddi koşulların bir engel oluşturmaması amaçlanmaktadır. Sağlık sigortasına sahip olmayan ve vatandaş olmayan kişilerin ise gerekli müdahale yapıldıktan sonra sağlık giderlerini ödemeleri talep edilmektedir. Ayrıca ödeme gücüne sahip olmayan kişiler Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’ndan sağlık giderlerini talep etme hakkına sahiptirler.

Anayasada sağlık hakkı, vatandaşlık temelinde ele alınmamıştır, ancak sağlık hizmetlerine erişimi konu alan mevzuat vatandaşlık ekseninde düzenlenmiştir. Bu nedenle hizmetlere erişimde vatandaş olmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında olmamaları durumunda farklı hak ve yükümlülükleri bulunmaktadır.

²⁰ 5510 sayılı kanunun 71. Maddesi

²¹ Bu başlık altında farklı tarihlerde iki genelge yürürlüğe girmiştir: Resmi Gazete, 10/09/2010, Sayı: 27668 ve Resmi Gazete, 26/06/2008, Sayı: 26918

2.4.1. Türkiye’de Sığınmacıların Sağlık Hakkı

Türkiye’de sığınmacıların sağlık hakkı anayasa ve uluslararası sözleşmeler ile korunmaktadır. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde sağlık güvencesi belirleyici olmaktadır. 2013 yılında kabul edilen YUKK ile sığınmacılara sağlık sigortası hakkı verilmiştir. YUKK’un 89. maddesi 5510 sayılı kanunun 60. maddesinin c bendinde değişiklik öngörmektedir. Bunun sonucunda sığınmacılar ve mülteciler sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır. Sağlık sigortası primlerinin ödenmesi ise YUKK’un 89. Maddesinin 3. bendinin a şıkkında

“a) Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabidir. Genel sağlık sigortasından faydalanacak kişilerin primlerinin ödenmesi için Genel Müdürlük bütçesine ödenek konulur. Primleri Genel Müdürlük tarafından ödenenlerden ödeme güçlerine göre primin tamamı veya belli bir oranı talep edilir”

şeklinde düzenlenmiştir. Burada genel müdürlük olarak belirtilen kurum Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’dür.

Sağlık güvencesine sahip olan sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine başvurduklarında, bir önceki bölümde açıklandığı gibi, aldıkları hizmet türüne göre katılım payı ödemeleri gerekmektedir. Katılım payını ödeme güçlüğü yaşayan mülteci ve sığınmacılar, 5510’un 68. maddesi gereği maddi destek talep etme hakkına sahiptirler. Bu maddede şartlar *“60.ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir”* şeklinde ifade edilmiştir. Bu maddede sağlık sigortalı sayılan sığınmacıların, katılım payı ödemelerini belgelendirmeleri durumunda Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’ndan geri talep edebilecekleri belirtilmektedir.

Sağlık sigortasından yararlanma hakkı sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasını sağlayan en önemli adımlardan birisi olmuştur. SGK başvurusu Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’ne kayıt sonrası ikamet belgesine sahip olduktan sonra mümkün olmakta ve T.C. vatandaşlarından farklı olarak sığınmacıların sağlık güvencesi sadece

kayıtlı oldukları şehirlerde geçerli olmaktadır. Sığınmacıların kayıtlı oldukları şehirlerde gerekli tedaviye erişememeleri durumunda tedaviye erişimin sağlanması için başka bir şehre sevk edilme hakları bulunmaktadır ve bu süreç kayıtlı olunan şehirdeki bir sağlık kurumundan sevk belgesi alınması ile gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetleri Suriyeli sığınmacılar için ise farklı şekilde düzenlenmiştir. Suriyeli sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim koşulları Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından düzenlenmektedir. Geçici Koruma Yönetmeliği'nin (Resmi Gazete, 22/10/2014, Sayı: 29153) 27. maddesi ve 9848 sayılı genelge (Resmi Gazete, 04/11/2015, Sayı: 9648) ile Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim şartları detaylandırılmıştır. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'ne kayıt yaptırmaları ve "99" ile başlayan Yabancı Kimlik Kartına sahip olmaları durumunda Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sigortalı sayılmakta ve katılım payı ve cepten ödeme gibi ek ödemelere tabii tutulmamaktadırlar. Sağlık sigortasına sahip olmayan Suriyeli sığınmacılar koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler²².

Sığınmacılar birinci basamak hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler ve ücrete tabi değildir; ancak kişiden yabancı kimlik numarasına sahip olması talep edilmektedir. Bu hizmetler içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri, örnek olarak gebelik takibi, bebek aşıları ve beraberinde hastane sevkini gerektirmeyen hastalıkların tedavisi bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak olarak adlandırdığımız sırasıyla, devlet hastaneleri ve eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerine başvurularda, kişinin prim ödemesine ek olarak normal vatandaşlar gibi katılım payı ödemesi gerekmektedir (Mardin, 2016). Katılım payı tutarları bir önceki bölümde detaylandırılmıştır.

2.4.2. Türkiye’de Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Türkiye’de sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda güncel çalışmaların çoğu sivil toplum örgütleri ya da uluslararası organizasyonlar tarafından raporlama amacı ile yapılmaktadır. Bu konuda akademik araştırmalar 2000’li yıllardan itibaren artmaya başlamış (Körükmez ve Südaş, 2015, pp. 8–15) ve bu araştırmalar genellikle sığınmacı, mülteci ve göçmenlerle, sivil toplum örgütleriyle ya da kamu kurumlarında karar verici pozisyonundaki kişilerle yapılan görüşmelerden oluşmaktadır.

²² Resmi Gazete, 04/11/2015 tarihli 9648 sayılı yönetmenin 5. maddesi

Sağlık hizmetlerine erişim konusu sosyal haklar kapsamında ele alınmakta ve sadece sağlık ve göç konusuna odaklanan çalışmalar çok azdır.

Araştırmaların çoğunda niteliksel araştırma yöntemleri kullanılmıştır (Mackreath, 2018; Toksabay, 2010) ve çalışmalar genellikle sığınmacı, mülteci ve göçmenlerle görüşmeleri temel almaktadır (AFAD, 2016; Alemi ve ark., 2017; Bahadır ve Uçku, 2016; Mücaz ve ark., 2015; Önal, 2015; Şimşek ve ark., 2018). Türkiye’de sığınmacı, mülteci ve göçmenler heterojen bir yapıya sahiptirler ancak Suriyeli sığınmacı ve mültecilerin sayıca daha fazla olması çalışmaların çoğunun bu kişilere odaklanmasına neden olmaktadır. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunları incelemek amaçlı sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmalar azdır ve olan çalışmalarda sadece niteliksel araştırma yöntemleri kullanılmıştır, niceliksel yöntemlerin kullanıldığı bir çalışma bulunmamaktadır (Korkmaz, 2014; Terzioğlu, 2015; Toksabay, 2010).

Türkiye’de sığınmacı ve mültecilerin farklı sağlık ihtiyaçlarının olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Buz’un 2001 yılında beş şehirde 506 sığınmacı ve mülteci ile yaptığı çalışmada, çalışmaya katılanların %12,3’ü kronik rahatsızlığı, %5’i psikolojik sorunları, %3,5’i bedensel engeli, %2,3’ü işitme güçlüğü ve %1’i görme engeli olduğunu belirtmiştir (Buz, 2002, p. 112). Daha sonra 2015 senesinde Isparta’da 276 mülteci ile bir araştırma yapılmıştır. Bunların %40’ı Iraklı, %16,7’si Suriyeli, %10,9’u İranlı, diğerleri ise Filistinli, Somalili, Yemenli, Afganistanlı, Kenyalı, Eritreli ve Etiyopyalı’dır (Önal, 2015, pp. 85–86). Araştırmaya katılan kişilere sağlık sorunları sorulduğunda, %25,4’ü psikolojik bir rahatsızlığı, %17,4’ü kronik bir sağlık sorunu, %4,3’ü görme engeli, %4,3’ü işitme güçlüğü, %0,7’si konuşma güçlüğü, %0,7’si bedensel engeli olduğunu belirtmiştir (Önal, 2015, s88). En son olarak Şanlıurfa’da 458 Suriyeli kadın ile yapılan bir çalışmada ise araştırmaya katılan kadınların yarısının gebelik sürecinde düşük yaptığı saptanmıştır (Şimşek ve ark., 2018, p. 5,9).

Bu araştırmaların sonuçlarına göre sığınmacıların ortalama yaklaşık %15’inin bir kronik hastalığı olduğu ve engelli sığınmacıların oranının zaman içerisinde arttığı görülmektedir. Psikolojik sorunların oranı ise yaklaşık beş katı artmıştır ve farklı çalışmalarda ruh sağlığı sorunlarının hukuki süreçle ilişkisi de vurgulanmaktadır (Alemi ve ark., 2017, p. 10; Labib, 2016, p. 86; Mackreath, 2018, p. 17; Şimşek ve ark., 2018, p. 14; Toksabay, 2010, pp. 48–49). Ayrıca kadın sığınmacı ve mültecilerin ruh sağlığı sorunlarının sosyal desteğin eksikliğinden ve dil engelinden olumsuz etkilendiği ifade

edilmiştir (Şimşek ve ark., 2018, p. 10). İstanbul’da göçmenlerle yapılan bir çalışmada ise belirtilen sağlık sorunlarının %6,6’sının iş yeri kazaları sonucu gerçekleştiği belirtilmektedir (Mackreath, 2018, p. 18).

İstanbul’da yapılan çalışmalarda sağlık sorunu olan sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişebilme durumu ortalama yaklaşık %74’dür (Kaya ve Kırar, 2016, p. 28; Mücaz ve ark., 2015, pp. 31–32). Mülteci ve sığınmacılar sağlık hizmetlerine erişimde hekim ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu, iletişim sorunu, uzun bekleme süreleri ve maddi sorunlarla karşılaşmaktadırlar (Mücaz ve ark., 2015, pp. 58–59; Önal, 2015, pp. 89–99). Ayrıca sığınmacı ve mültecilerin bir kısmı sağlık hizmetlerine başvurduklarında hizmetlerden yararlanamadıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedenleri arasında sağlık kurumu tarafından reddedilme, dil engeli, sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri konusunda gerekli bilgiye sahip olmama, İstanbul’da kayıtlı olmama, sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu, sağlık ve ilaç ücretlerinin yüksek olması gelmektedir (Buz, 2002, p. 115; Kaya ve Kırar, 2016, p. 28; Mücaz ve ark., 2015, pp. 31–32). Üstelik akıl sağlığı sorunları olanların psikolojik destek alamadıkları (Buz, 2002, p. 121; Kaya ve Kırar, 2016, p. 28), dış sorunları konusunda tedaviye erişemedikleri (Mücaz ve ark., 2015, p. 37) ve sığınmacı ve mülteci gebe kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanamadıkları vurgulanmıştır (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 37; Şimşek ve ark., 2018, p. 9).

Bir çok çalışmada sığınmacı, mülteci ve göçmenlerin, sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin işleyişi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan en temel sorun olarak ifade edilmiştir (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 53; Buz, 2002, p. 116; Kaya ve Kırar, 2016, p. 28; Mücaz ve ark., 2015, p. 31; Toksabay, 2010, p. 44).

Sağlık sorunu yaşayan sığınmacı ve mültecilerin en sık devlet hastanesine başvurdukları ve sonra sırasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini ve özel hastaneleri tercih ettikleri belirlenmiştir (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 36; Önal, 2015, p. 88). Bazı çalışmalarda, özel poliklinik ve eczanelerin de sağlık sorunlarını danışmak için başvuru alan sağlık merkezleri arasında yer aldıkları ortaya konmuştur (Alemler ve ark., 2017, p. 10; Buz, 2002, p. 113; Mücaz ve ark., 2015, p. 31).

Sağlık sorunu yaşayan sığınmacı ve mültecilerin bir kısmı sağlık hizmetlerine başvurmamışlardır. Bunun nedenleri arasında sağlık hakları ve sağlık sistemi hakkında

bilgiye sahip olmama, ekonomik nedenler, zamansızlık ve dil engeli bulunmaktadır (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 36; Kaya ve Kırar, 2016, p. 28; Toksabay, 2010, p. 62).

Sağlık çalışanlarının, sığınmacı başvuranlar karşısında farklı sorunlarla yüzleştikleri görülmektedir. Korkmaz'ın (2014) sığınmacı başvuranlar ve hemşirelik hizmetlerinde yaşanan sorunlar üzerine yaptığı araştırmada, sağlık kuruluşlarının sayı ve insan gücü olarak yetersiz kaldığı, sağlık hizmetlerinde iş yükünün arttığı ve bunun sonucunda sağlık çalışanlarının bağlı bulundukları kurumlardan tayin ile yer değişikliği talebinde bulundukları belirtilmiştir. Mülteci ve sığınmacılara sunulan hizmetler Buz'un çalışmasında *“dağınık, sürdürülebilirlik problemleri olan ve çoğu zaman da bu alanda çalışan kişilerin iyi niyetlerine dayalı olarak yürütülen çalışmalar”* olarak ifade edilmiştir (Buz 2008).

Avrupa Birliği komisyonunun Türkiye’de mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda yaptığı ihtiyaç analizi araştırmasında sağlık hizmetlerine erişimin teoride mümkün olmasına rağmen pratikte farklı sorunların yaşandığı belirtilmektedir (Biehl ve ark., 2016, p. 46). Sağlıkta iyilik halinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinin *“kayıt durumu, sosyo-ekonomik durum, eğitime erişim, yaşam şartları, çalışma şartları, erken evlenme, kayıtsız evlilikler, mültecilere karşı önyargı ve stigma, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet”* konuları göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerektiği ifade edilmiştir (Biehl ve ark., 2016, p. 73). Ayrıca sağlık hizmeti sunanlara ve eğitim gören geleceğin sağlık çalışanlarına sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları ve kültürlerarası farklılıklar konusunda eğitimler verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Biehl ve ark., 2016, p. 77).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Öğeler

Bu araştırma, niteliksel ve niceliksel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı tanımlayıcı bir araştırmadır. Sağlık hizmetlerine erişim konusu hem hizmet alanlar hem de hizmet verenler açısından ele alınmıştır. Araştırma iki şehirde gerçekleştirilmiştir: ilki İstanbul, ikincisi Eskişehir'dir. Hizmet alan kişiler UNHCR terminolojisine²³ göre sığınmacı ve mültecilerdir. Araştırmanın ilerleyen bölümlerinde bu iki grubu temsilen sığınmacı terimi kullanılmıştır. Geçici koruma altındaki Suriyeli mülteciler bu araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu çalışmada belirtilen sığınmacı ve mülteci'nin Türkiye göç mevzuatındaki karşılığı sırasıyla şartlı mülteci statüsüne başvuran ya da şartlı mülteci²⁴ olarak kabul edilen kişilerdir.

Çalışmanın yürütüldüğü şehirler sırasıyla “Metropol” ve “Uydu Şehir”²⁵ olarak adlandırılmıştır. Bu terminoloji Türkiye'deki sığınmacıların ikamet şartlarını ve hizmetlere erişimlerini belirleyen bir terminolojidir. Sığınma başvurusu yapan kişinin iltica prosedürü süresince belirlenen “uydu şehirde” ikamet etmesi gerekmekte ve İstanbul, İzmir ve Ankara gibi metropoller sığınmacıların ikamet etmesi için uygun görülmemektedir (Rau, 2017; SGDD, 2017). İkamet belgesi sağlık hizmetlerine erişimde talep edilen bir belge olması nedeni ile bu çalışmada sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde şehirler arası farklılıklar karşılaştırılmıştır.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Mekanlar

3.2.1. Metropol Olarak İstanbul ve Uydu Şehir Olarak Eskişehir

İstanbul, bu tezde “Metropol” olarak adlandırılmıştır. Türkiye'nin en fazla nüfusa sahip şehri olan İstanbul'un Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılı nüfusu 15.029.231'dir. İstanbul, ekonomik açıdan ve iş imkanları açısından Türkiye'nin en önemli şehirlerinden biridir. Sosyal ilişkiler ve iş olanakları sığınmacılar için de İstanbul'a göçün başlıca nedenleridir (Danış ve ark., 2009; Leghtas ve Hollingsworth, 2017, p. 12; Yıldız, 2012, p. 15).

²³ UNHCR terminolojisi Tanımlar bölümünde (s 5-7) açıklanmıştır.

²⁴ YUKK yasasının 62. Maddesinde açıklanmıştır.

²⁵ Türkiye'de Sığınmacı ve Mülteciler bölümünde (s: 12-13) uydu şehirler ve yaşam şartları açıklanmıştır.

Eskişehir ise İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından öngörülen altmış iki “Uydu Şehir”den biridir. TÜİK verilerine göre nüfusu 860.620’dir ve ev sahipliği yaptığı mülteci ve sığınmacı sayısı yaklaşık 10.000²⁶’dir (Yaylacı, 2017). Araştırmanın Eskişehir’de yapılmasının başlıca nedenleri yoğun bir sığınmacı ve mülteci nüfusuna sahip olmasının yanı sıra uzun yıllardır “Uydu Şehir” görevinin olmasıdır. Ayrıca araştırmacının (tezin yazarı) ulaşımı açısından Eskişehir’in İstanbul’a yakın olması tercih edilme nedenlerinden biridir.

3.2.2. Araştırma Mekanları

Sağlık çalışanlarına ilişkin niteliksel ve niceliksel veri toplanması “metropol” İstanbul’da iki hastanede²⁷, “uydu şehir” Eskişehir’de bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma İstanbul’da Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Haseki) ve Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde (Şişli Etfal) yürütülmüştür. Haseki Hastanesi Fatih’te, Şişli Etfal ise Şişli ilçesinde bulunmaktadır. Merkezi konumları nedeni ile yoğun göçmen hasta başvurusu alan hastanelerdir.

Araştırmanın uydu şehir ayağı ise Eskişehir Devlet Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Eskişehir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı beş kamu hastanesi, beş özel hastane ve bir üniversite hastanesi bulunmaktadır²⁸. 1971 yılında kurulan Eskişehir Devlet Hastanesi, 2011 yılında Eskişehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile birleşerek Eskişehir’in önemli bir sağlık merkezi haline gelmiştir²⁹. Erişim kolaylığı olması ve her türlü branştan çalışanı olması nedeni ile mülteci ve sığınmacılar tarafından da tercih edilen hastanelerden biridir.

Sığınmacılar ve İKGV çalışanları ile görüşmeler İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nda (İKGV) gerçekleştirilmiştir. İKGV, 1988 yılında kurulmuş, savunmasız gruplarla çalışan bir sivil toplum kuruluşudur. Göç ve göçün etkileri üzerine farklı çalışmalar gerçekleştirmiş olup, yaklaşık son 10 yıldır sığınmacılar ve mültecilere yönelik

²⁶ Belirtilen mülteci ve sığınmacı sayılarına Suriyeli sığınmacılar dahil değildir.

²⁷ Nüfus yoğunluğunun daha fazla olması nedeni ile İstanbul’da iki hastanenin farklı şartları daha iyi yansıtabileceği düşünülmüştür.

²⁸ Hastane sayılarına Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü <http://eskisehirism.saglik.gov.tr/TR,39887/hastaneler.html> internet sayfasından ulaşılmıştır (Erişim: 22.01.2018).

²⁹ Eskişehir Devlet Hastanesi hakkındaki bilgilere <http://eskisehirdh.saglik.gov.tr/> internet sayfasından erişilmiştir (Erişim: 22.01.2018).

farklı projeler yürütmektedir. Vakfın Eskişehir’deki merkezi 2007 yılından itibaren hizmet vermektedir³⁰. Bu alanda çalışan önde gelen sivil toplum kuruluşlarından biridir.

3.3. Niceliksel Araştırma

Araştırmanın niceliksel verisi geliştirilen anket formu aracılığıyla, İstanbul’da Şişli H. Etfal Eğitim ve Araştırma ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’ndeki, Eskişehir’de ise Eskişehir Devlet Hastanesi’ndeki sağlık çalışanlarından toplanmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Belirlenmiş hastanelerdeki sağlık profesyoneli olan ve olmayan tüm sağlık çalışanları çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Sağlık profesyoneli olmayan kişiler, sığınmacıların hastaneye başvurdıklarında ilk karşılaştıkları çalışanlardır. Sığınmacılar, bir sağlık profesyoneli ile yüz yüze gelmeden önce kayıt yaptırmak veya birçok hastanede gerekirse vezneye ödeme yapmak zorundadırlar. Bu nedenle sağlık profesyoneli olmayan kişilerin sığınmacılar hakkındaki görüş ve düşünceleri, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde önemli bir yere sahiptir.

Örneklem, tabakalı amaçsal örnekleme yöntemi ile oluşturulmuştur. Bu yöntem gruplar arası karşılaştırmaya olanak sağlamaktadır. Hastanede görevi idari işler olan ve başvuran hasta ile herhangi bir teması olmayan meslek grupları (araştırmacı, aşçı, ayniyat, sayman, şef, şoför, temizlik personeli, büro personeli, hizmetli vb.) örneklem dışında bırakılmıştır. Ayrıca Eskişehir Devlet Hastanesi’nde diğer hastanelerden farklı olarak asistan doktor bulunmamaktadır.

Tabakalı amaçsal örneklemin meslek grupları aşağıda sıralanmıştır;

1. Grup: Asistan doktor, uzman doktor, doçent ve profesör doktorlar.
2. Grup: Ebe ve hemşireler.
3. Grup: Eczacı, sağlık teknikeri, psikolog, fizyoterapist, biyolog, diyetisyen, laborant, sağlık teknisyeni, tekniker, teknisyen, sosyal çalışmacı, sağlık memuru.

³⁰ Vakıf hakkındaki bilgilere <http://www.ikgy.org/> internet sitesinden ulaşılmıştır. (Erişim 23.01.2018)

4. Grup³¹: Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları (Hasta taşıma personeli, veri giriş personeli ve güvenlik görevlisi gibi).

Yukarıda belirtilen meslek gruplarına dahil olan sağlık çalışanlarının sayısının birbirinden farklı olması ve her gruptaki farklı meslek çalışanlarının örnekleme katılabilmesi için orantısız tabakalı örneklem oluşturulmuştur (Dişçi, 2008, p. 91; Neuman, 2014, pp. 336–339). Her grubu temsil eden örneklem sayısının 40³² kişi olması kararlaştırılmış ve rastgele sayılarla belirlenmiştir (Bernard, 2006, p. 181). Nöbet usulü çalışılması ve mesai saatlerinde kişilere erişimde zorluklar olacağı öngörülmesi nedeni ile rastgele numaralarla her kişi için iki yedek belirlenmiştir.

3.3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler

Sağlık çalışanlarına uygulanan anket formu (Form 1) toplam altı bölümden, beş bölümü kapalı uçlu sorulardan ve biri açık uçlu sorudan, oluşmaktadır. İlk bölüm sağlık çalışanlarının ne sıklıkta sığınmacı hasta ile karşılaştığı, ikinci bölüm sığınmacıların hastanede hangi bölümlere ne sıklıkta başvurdukları üzerinedir. Üçüncü bölüm sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde ne tür sorunlar yaşadığı hakkında 13 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde sorular Scheppers ve ark.'nın (2006) çalışmasında belirttiği gibi üç ana başlık altında ele alınmıştır; sistemsel, profesyonel ve toplumsal. Sistemsel sorunlar olarak mevzuat ve uygulamaları, profesyonel sorunlar olarak sağlık çalışanlarına bağlı engeller ve toplumsal olarak sığınmacı, mülteci toplumuna dair engeller ele alınmıştır. Dördüncü bölümdeki sorular, Ruiz Casares ve ark. (2013) tarafından Kanada'da yapılan çalışmanın çıktıları temel alınarak ve ayrıca Prof. Dr. Nuray Özgülnar ve Dr. Muhtar Çokar gibi uzmanlarla görüşmeler sonrasında oluşturulmuştur. Bu bölüm 20 adet kapalı uçlu sorudan³³ oluşmaktadır ve sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hakkı üzerine düşünceleri irdelenmiştir. Üçüncü ve dördüncü bölümdeki sorular 5'li likert tipi sorulardır. Beşinci bölümde ise sağlık çalışanlarının konu hakkında düşünceleri üzerine açık uçlu bir soru mevcuttur. Altıncı ve

³¹ Bu gruptaki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve görev isimleri her hastanede farklıdır.

³² Dişçi'nin (2008, p. 81) belirttiği üzere örnekleminin 30 kişiden fazla olması örneklem dağılımının normal dağılıma yaklaşmasını sağlamaktadır.

³³ 20 sorudan 10 tanesinde olumsuz ifade kullanılmıştır.

son bölümde ise sağlık çalışanlarının demografik özellikleri hakkında sekiz kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

3.3.3. Veri Toplanması

Anket formlarının dağıtılmasında bir araştırma asistanı ile çalışılmıştır. Araştırmacı (tezin yazarı), araştırma asistanı ile birlikte bölümleri ziyaret etmiş ve anket formu bırakılması öncesinde kendisini ve araştırma asistanını tanıtmış, araştırmanın amacını anlatmıştır. Anket çalışmasına katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (Form 2) ile araştırmaya katılım onamı alınmıştır.

Sağlık çalışanlarına anket uygulanmasında “bırak-topla” (drop-and-collect) yöntemi tercih edilmiştir. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının hastanelerdeki iş akışı ve yoğunluğudur. Bu yöntemin seçilmesinin diğer bir nedeni ise araştırmacının yan tutmasını (bias) ortadan kaldırmak ve anketlerin anonim özelliğini daha kuvvetlendirerek kişilerin kendilerini daha rahat ifade etmelerini sağlamaktır (Bernard, 2006, pp. 258–261).

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde sağlık çalışanlarına anket uygulaması 16.05.2016- 01.06.2016, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde 12.06.2016 ile 30.06.2016 ve Eskişehir Devlet Hastanesi’nde 14.07.2016 ile 29.07.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların yapıldığı tarihlerde hastanelerde toplam çalışan (kadrolu ve sözleşmeli çalışanlar) sayısı sırası ile Haseki’de 1685, Şişli Etfal’de 2015 ve Eskişehir’de 2250 olup, üç hastanenin sağlık çalışanı toplamı 5950’dir. Üç hastanede gerçekleştirilen, çalışan, hedeflenen ve ulaşılan kişi sayısı Tablo 3-1’de verilmiştir.

Niceliksel araştırmada, rastgele numaralarla belirlenen kişilere ulaşılmaya çalışılmış ancak hastane verilerinin güncellenmemiş olması nedeni ile kayıtlı görülen kişilere ulaşmak her zaman mümkün olmamıştır. Listelerdeki bazı kişilerin doğum izninde veya yıllık izinde oldukları, bazılarının ise emekliye ayrılmış ya da başka hastaneye/şehre transfer oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca çalışanların nöbet usulü çalışması ve belirlenen kişilerin vardiyalarının sürekli değişmesi kişiye anket formunun teslim edilmesini zorlaştırmıştır. Bazı sağlık çalışanları ise hiç sığınmacı başvuran ile karşılaşmadıklarını belirterek araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. Özellikle örneklem

oluşturulurken belirlenen 3. gruptaki çalışanlarda hiçbir hastanede hedeflenen toplam kişi sayısına ulaşamamıştır.

Tablo 3-1: Sağlık çalışanları ile niceliksel veri toplanmasının hastanelere göre dağılımı

	Hastaneler	Çalışan Sayısı	Hedeflenen Kişi Sayısı	Ulaşılan Kişi Sayısı
Haseki E. A. H.	1. Grup	505	40	43
	2. Grup	457	40	41
	3. Grup	232	40	15
	4. Grup	491	40	40
	Toplam	1685	160	139
Şişli H. Etfal E. A. H.	1. Grup	690	40	62
	2. Grup	708	40	96
	3. Grup	328	40	17
	4. Grup	289	40	63
	Belirtilmemiş	-	-	6
	Toplam	2015	160	244
Eskişehir D. H.	1. Grup	277	40	34
	2. Grup	977	40	64
	3. Grup	620	40	26
	4. Grup	376	40	34
	Belirtilmemiş	-	-	6
	Toplam	2250	160	164
Toplam		5950	480	547

3.3.4. Verilerin Analizi

Niceliksel verilerin analizi SPSS 21 ile tanımlayıcı tablolarda sıklıklar, yüzdeler ve ortalamalar verilerek analiz edilmiştir. Analizler, sağlık çalışanlarının demografik bilgilerinin sunumu ve anket bölümlerinin meslek grupları ve şehirler arası karşılaştırmalı tablolarından oluşmaktadır. Verilerin analizinde olasılıklı örneklem koşulları yerine getirilemediği için istatistiksel analizler yapılmamıştır.

3.3.5. Kısıtlılıklar

Anket doldurulmasında tercih edilen “bırak-topla” (drop-and-collect) yöntemi, hedeflenen kişilere ulaşıp ulaşılmadığının bilinmemesi, anket formu sorularının farklı yorumlanması ve doldurulan anket formundaki bilginin güvenilirliğinin azalması gibi kısıtlılıklara sahiptir.

Hastanelerde niceliksel çalışma sırasında karşılaşılan sorunlar nedeni ile her meslek grubu için oluşturulan örnekleme esas ve yedek kişilere birarada ulaşılmaya çalışılmıştır. Bunun sonucunda bazı bölüm ve hastanelerde amaçlanan sayıdan daha fazla anket formu elde edilmiştir. Bu nedenle rastgele örneklem şartları sağlanamamıştır ve sonuçlar evreni temsil etmemektedir.

Türkiye’de 2016 yılı Temmuz ayında meydana gelen darbe girişimi hastanedeki çalışmayı olumsuz yönde etkilemiştir. Darbe girişimi sonrası devam eden niceliksel veri toplama sürecinde kişilerin konu hakkında yorum yapmaya dair tedirginlikleri araştırma hakkında bilgi verilirken gözlemlenmiştir. Ayrıca anket formu bırakılan iki kişi darbe girişimi sonrası görevden alındıkları için anketler geri alınamamıştır.

3.4. Niteliksel Araştırma

3.4.1. Derinlemesine Görüşmeler

Sığınmacılarla yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler görüşme rehberi aracılığı ile Türkiye’de sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim koşulları ve konu hakkındaki sorunlara çözüm önerileri başlıkları altında ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca İKGV çalışanları ile sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri hakkında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Hastanelerde yapılması planlanan odak grup tartışmalarına (OGT) katılamayan sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile derinlemesine görüşmeler OGT rehberindeki başlıklar temel alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.4.1.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sığınmacılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerde araştırmanın evrenini İstanbul ve Eskişehir’de yaşayan sığınmacılar oluşturmaktadır. Suriyeliler hukuki statü olarak geçici koruma altında olmaları nedeni ile sığınmacı ve mülteciler kapsamında ele

alınmamaktadırlar. Sığınmacıların şehir temelli³⁴ sayılarına ulaşmak mümkün olmadığı için evrenin sayısını belirlemek mümkün değildir. Örneklem, seçkisiz, amaçlı örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Bernard'ın "Research Methods in Anthropology" (2006, pp. 189–191) adlı kitabında belirtildiği üzere, sığınmacılar gibi toplumun ulaşılması zor bir alt grubu ile yapılacak çalışmalarda seçkisiz, amaçlı örneklem yöntemi kullanılabilecek yöntemler arasında yer almaktadır. Örneklem, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın İstanbul ve Eskişehir merkezine başvuran ve görüşmeyi kabul eden 30'ar³⁵ sığınmacı ve mülteciden oluşmaktadır ve evreni temsil niteliği taşımamaktadır.

İKGV çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde çalışmanın evrenini, İstanbul ve Eskişehir'de İKGV merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı, mülteci danışmanları ve tercümanlar oluşturmaktadırlar. Kurum çalışanlarının tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. İstanbul İKGV'de dört tercüman, üç mülteci danışmanı ve bir sosyal hizmet uzmanı, Eskişehir İKGV'de ise beş tercüman, iki mülteci danışmanı bulunmaktadır. Eskişehir'de tüm çalışanlarla, İstanbul'da ise üç tercüman, üç mülteci danışmanı ve bir sosyal hizmet uzmanı ile görüşme yapılmıştır.

Hastanelerdeki derinlemesine görüşmelerin evreni sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının tümüdür. Derinlemesine görüşmeler bu grubun içerisindeki farklı mesleklerden birer kişi ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile derinlemesine görüşmeler Haseki ve Şişli Etfal'de bir güvenlik görevlisi, bir veri giriş sekreteri ve bir hasta taşıma personeli ile, Eskişehir Devlet Hastanesi'nde ise bir güvenlik görevlisi, bir veri giriş sekreteri ve bir yönlendirme personeli ile yapılmıştır.

3.4.1.2. Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Sığınmacılarla yarı yapılandırılmış yüz yüze derinlemesine görüşmeler, görüşme rehberi (Form 3) eşliğinde gerçekleştirilmiş ve görüşme rehberindeki ana başlıklar aşağıda sıralanmıştır.

³⁴ Türkiye'de bulunan toplam sığınmacı ve mülteci sayıları Türkiye'de Sığınmacı ve Mülteciler bölümünde (s 14-15) verilmiştir.

³⁵ Creswell (1998, pp. 53–84) tarafından da belirtildiği üzere yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmelerde 30 kişi toplanılan bilgide gerekli doygunluğa ulaşma için yeterli bir sayı olarak kabul edilmektedir.

- Sosyo - Demografik Durum: İlk bölümde kişinin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, geline ülke, Türkiye’de yaşadığı süre, barınma şartları, çalışma durumu ve geliri konusunda bilgiler edinilmeye çalışılmıştır.
- Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerine Erişim: Bu bölümde göç öncesi geçirilen hastalıklar, göç öncesi ve sonrasında devam eden kronik hastalıklar, göç sırasında karşılaşılan hastalıklar, göç sonrası ortaya çıkan sağlık sorunları ve sağlık merkezlerine erişimde yaşanan sorunlar tespit edilmeye çalışılmıştır.
- Hukuki Statü: Başvuranın UNHCR’a ne zaman başvuruyu yaptığı, ne kadar zamanda sonuç aldığı ve kimlik başvuru süreci sorgulanmıştır.

Yolculuk öncesi belirli hastalıkların kendi ülkesindeki travmatik olaylarla ilişkisi olabileceği nedeni ile kişi rahatsızlığına dair tanıyı belirtmek istemediği durumlarda konu hakkında ayrıntılı sorular sormaktan kaçınılmıştır. Görüşme rehberinde kişinin geldiği ülkedeki travmatik olaylar ya da geliş nedeni ile ilgili soruların olmamasına dikkat edilmiştir. Bu gibi sorular sağlık problemlerine dair dolaylı bilgiler sunabilecek olsa da, öncelikle kişiyi yeniden travmatize etmemek istenmiştir. Halihazırda UNHCR görüşmelerinde detaylı şekilde incelenen konuları ele almamaya özen gösterilmiştir³⁶.

İKGV çalışanları ile yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler, sığınmacılarla çalışma deneyimi, ne kadar zamandır kurumda çalıştığı, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi konusundaki görüşleri ve sorunlara çözüm önerileri hakkında görüşme rehberi (Form 5) ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmeler OGT rehberi eşliğinde ve kişinin onayı olması durumunda ses kaydı yapılarak gerçekleştirilmiştir. OGT rehberi odak grup tartışmaları başlığı altında detaylandırılacaktır.

3.4.1.3. Verilerin Toplanması

Sığınmacılarla ve İKGV çalışanları ile görüşmeler İstanbul’da İKGV Elmadağ ofisinde Kasım 2015 ile Ocak 2016 ayları arasında ve Eskişehir’de Eylül 2016 ile Ekim 2016 ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmelerin şehir temelli dağılımı Tablo3-2’de verilmiştir.

³⁶ Görüşme sorularının hazırlanmasında Avrupa Birliği Mülteciler ile araştırma etik kuralları temel alınmıştır. Araştırmada Etik İlkeler bölümüne bakınız.

Sığınmacılar ile görüşmeler, belirtilen tarih aralıklarında İKGV Mülteci Destek Merkez'ine başvuran, sığınmacı başvurusu olan ya da başvurusu kabul edilmiş -mülteci statüsünü almış- ve görüşmeyi kabul eden kişilerle yapılmıştır. Görüşmeler yüz yüze, İKGV Mülteci Destek Merkezi tercümanlarının desteği ile “görüşme formu” eşliğinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3-2: Sığınmacı ve İKGV çalışanları ile yapılan görüşmelerin şehirlere göre dağılımı

	Sığınmacılar	Vakıf Çalışanları	Toplam
İstanbul	30	3 Tercüman, 3 Mülteci Danışmanı 1 Sosyal Hizmet Uzmanı	37
Eskişehir	30	5 Tercüman 2 Mülteci Danışmanı	37
Toplam	60	14	74

Görüşme öncesinde araştırmacı kendisini ve araştırma asistanını tanıtmış, araştırmanın amacı ile ilgili bilgi vermiş ve kişi görüşmeyi kabul ediyorsa “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (Form 4) ile onamı alınmıştır. Görüşme mahremiyeti sağlanması için görüşmeler İKGV Mülteci Destek Merkezlerinde görüşme odalarında, odada sadece sığınmacı, tercüman, araştırma asistanı (raportör) ve araştırmacı (tez yazarı) bulunarak yapılmıştır.

Ses kaydı alınması, araştırmanın kırılgan bir grupta yapılıyor olması ve bilgilerin hassasiyeti nedeni ile tercih edilmemiştir. Görüşme sırasında araştırma asistanı (raportör), görüşmeleri bilgisayara not almıştır. Not tutan kişinin araştırma asistanı olması, görüşme akışının kesintiye uğramamasını sağlayarak araştırmacı ve sığınmacı arasındaki iletişime yardımcı olmuştur. Görüşmelerde soru akışı görüşme formundaki sıraya bağlı kalmaksızın gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı gerektiğinde sığınmacı ile sağlık hakları ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda yararlı olabilecek bilgileri paylaşmıştır. Analiz yapılırken araştırma asistanının görüşme notları temel alınmıştır. Görüşmelerin süresi 45 dakika ile 90 dakika arasında sürmüştür.

Sığınmacılarla yapılan derinlemesine görüşmeler farklı dillerde gerçekleştirilmiştir ve görüşme dillerinin şehirlere göre dağılımı Tablo 3-3’de verilmiştir. İstanbul’da anadili Farsça olan sığınmacılardan biri görüşmeyi Türkçe yapmayı talep

etmiştir. Görüşme esnasında gereksinim duyulabileceği göz önünde bulundurularak Farsça tercüman görüşme odasında bulunmuştur. Eskişehir’de görüşmelerin biri İngilizce-Fransızca olarak yapılmıştır. İki dilde gerçekleştirilen görüşmede, sığınmacı, anadili Fransızca olmasına rağmen görüşmeyi İngilizce³⁷ yapmak istemiştir (bu nedenle görüşme dili İngilizce olarak kabul edilmiştir) ancak anlatımda zorlandığı yerlerde Fransızca çevirmenden yardım almıştır.

Tablo 3-3: Sığınmacılarla derinlemesine görüşmelerin görüşme dillerine göre dağılımı

	Arapça	Farsça	Fransızca	İngilizce	Türkçe	Toplam
İstanbul	15	11	1	2	1	30
Eskişehir	13	11	5	1	-	30
Toplam	28	22	6	3	1	60

Görüşmeler sırasında sığınmacıların bir kısmı görüşmenin UNHCR ya da başka uluslararası kuruluşlar adına yapıp yapılmadığını sorgulamışlardır. Her ne kadar görüşme öncesi konu ve amaç açıklanmış olsa da görüşmelerde güven ortamını sağlamanın yanı sıra sığınmacıların beklentilerine yanıt vermekte zorluklar yaşanmıştır.

Her iki şehirde İKGV çalışanlarına, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimleri hakkında gözlemleri sorulmuştur. Vakıf çalışanları, kurumun Mülteci Destek Merkezlerinde danışmanlık vermekte ve ihtiyaç duyulması halinde sığınmacılara hastane ya da farklı kamu kurumlarına giderken eşlik etmektedirler. Bu nedenle vakıf çalışanları sığınmacılar ile birlikte erişim şartlarını gözlemlene şansına sahiptirler. İKGV çalışanlarına görüşmelerde sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm önerileri de sorulmuştur. Birebir saha gözlemlerinin, hem hizmetlere erişim durumunu tespit etmekte hem de çözüm önerileri geliştirmekte önemli rolü olmaktadır.

³⁷ Sığınmacı anadili olan Fransızca dilini sömürgeci ve kendi kültürü ve değerlerini ele geçirmiş bir olgu olarak gördüğü için görüşmeyi İngilizce yapmak istediğini belirtmiştir. Görüşme boyunca Fransızca tercüman odada bulunmuştur.

3.4.1.4. Verilerin Analizi

Niteliksel verilerin analizi için Atlas.Ti 8 programı kullanılmıştır. Sığınmacılar ile derinlemesine görüşmelerde sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar üç ana tema altında kodlanmıştır³⁸. Ana ve alt temalar³⁹ Tablo 3-4 'de sıralanmaktadır (Ek Şekil 1).

Tablo 3-4: Sığınmacılar ile derinlemesine görüşmelerin ana ve alt temaları

Sığınmacılar	Dil/İletişim		
	Bilgi durumu		
	Destek Mekanizmaları	Aile ve Sosyal Ağlar	
		STK/Kamu Kurumları	
Sistemsel/ Organizasyonel	Ekonomik Koşullar		
	Kişisel Tutum	Deneyime Bağlı	Olumlu Deneyim
			Olumsuz Deneyim
		Duygu/Önyargıya bağlı	Olumlu Bilgilenmeler
			Olumsuz Bilgilenmeler
	Mevzuat	Kimlik	
		Sağlık Güvencesi	
	Mevzuatın Uygulanması	Kimlik Süresi	
		Metropol	
		Uydu Şehir	
Sağlık Çalışanları		Hastane Bağlamında Uygulamalar	Osmangazi Üniversite Hastanesi Uygulaması
	Hastane İşleyişi	Randevu Sistemi	
		Bekleme	
		Danışma	
		Tercüman	
		Ücretlendirme	
	Dil/İletişim		
	Bilgilenme/Bilgi Düzeyi	Olumlu	
		Olumsuz	
	Kişisel Durumlar	Deneyime Göre	
Çözüm Önerileri	Sağlık Hizmeti Sunumu		
	Hastane İşleyişi	Tercüman	
		Yönlendirme Personeli	
	Sağlık Çalışanları	Bilgilendirme	
		Tutum	

³⁸ Scheppers ve ark.'nın (2006) çalışmasındaki ana temalar temel alınmıştır. Bu konuda açıklama Genel Bilgiler bölümü s:20'de detaylandırılmıştır.

³⁹ Kodların şeması eklerde bulunmaktadır.

İKGV çalışanları ile derinlemesine görüşmeler Atlas.Ti 8 programı ile analiz edilmiştir. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunlar üç ana tema altında ele alınmıştır. Ana ve alt temalar aşağıda sıralanmaktadır⁴⁰ (Ek Şekil 2).

Tablo 3-5: İKGV çalışanları ile derinlemesine görüşmelerin ana ve alt temaları

Sığınmacılar	Dil/iletişim Kültürel Farklılıklar Maddi Durum		
Sistemsel / Organizasyonel	Mevzuat	Kimlik Sağlık Güvencesi	Sağlık Güvencesi Kapsamı
	Hastane İşleyişi	Tercüman Kayıt	
Sağlık Çalışanları	Sığınmacılara Tutumları Sağlık Hizmeti Sunumu	Sağlık Raporu	
Çözüm Önerileri	Sistemsel/Organizasyonel	Sağlık Sistemi İşleyişi Hastane İşleyişi	Tercüman Danışma/Yönlendirme personeli
	Sağlık Çalışanı	Bilgilendirme/Eğitim Psikolojik Destek	

3.4.1.5. Kısıtlılıklar

Görüşmelerin bir sivil toplum kuruluşunda yapılmış olması, hali hazırda danışmanlık ve farklı destekler alan bir grup sığınmacı ile teması sağlamıştır. Bu nedenle hiçbir kuruluşa başvurmamış sığınmacıların daha farklı sorunları olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

⁴⁰ Kodların şeması eklerde bulunmaktadır.

3.4.2. Odak Grup Tartışmaları

3.4.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık çalışanları ile odak grup tartışmaları (OGT), İstanbul ve Eskişehir’de niceliksel araştırmanın gerçekleştirildiği üç hastanede sağlık profesyoneli olan ve olmayan sağlık çalışanları ile planlanmıştır, ancak iş akışını etkilemesi nedeni ile sadece sağlık profesyoneli olan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilebilmiştir. Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile OGT rehberi kullanılarak yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. OGT’lere, hastanelerde en sık sığınmacı hastanın başvurduğu bölümlerde çalışan sağlık profesyonelleri davet edilmiş ve her hastanede bir OGT yapılmıştır.

3.4.2.2. Veri Toplanması Araç ve Gereçleri

Sağlık çalışanları ile OGT’ler odak grup görüşme rehberi (Form 6) ile gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşme rehberinde ele alınan konular aşağıdadır;

- Sağlık çalışanlarının sığınmacılar ve hakları ile ilgili düşünceleri,
- Sığınmacıların hangi sağlık sorunları ile başvurdukları,
- Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde hangi sorunları yaşadıkları,
- Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlara çözüm önerileri.

3.4.2.3. Veri Toplanması

Her odak grup tartışması hastanenin toplantı salonunda tezin yapılma amacı açıklandıktan ve onam alındıktan sonra, ses kaydı yapılarak araştırma asistanı (raportör) eşliğinde gerçekleştirilmiştir.

Haseki Hastanesi’nde odak grup tartışması 02.06.2016 tarihinde hastanenin toplantı salonunda 12.00-13.30 saatleri arasında yapılmıştır. OGT’ye üç uzman doktor, üç asistan doktor, bir hemşire, bir ebe ve bir sağlık memurundan oluşan, toplam dokuz kişi katılmıştır. Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi’nde 30 Haziran 2016 tarihinde hastanenin toplantı salonunda 12.00-13.30 saatleri arasında gerçekleştirilen OGT’ye üç uzman doktor, dört hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanından oluşan toplam sekiz kişi katılmıştır. Eskişehir Devlet Hastanesi’nde ise 2016 Temmuz ayı içerisinde planlanan OGT, bu ay içerisinde Türkiye’de gerçekleşen olaylar ve buna bağlı olarak devlet kurum ve

kuruluşlarında alınan olağanüstü kararlar nedeni ile yapılamamıştır. Belirtilen nedenler ve sağlık çalışanlarının da talebi üzerine Eskişehir Devlet Hastanesi'nde OGT 12 Ekim 2016 tarihinde gerçekleştirilmiştir. OGT hastanenin toplantı salonunda 12.00-13.30 saatleri arasında yedi hemşire, üç uzman doktor ve bir ebenin katılımı ile yapılmıştır.

3.4.2.4. Verilerin Analizi

OGT'lerin analizi Atlas.Ti 8 programı ile yapılmıştır. Verilerin analizi sağlık çalışanlarının sığınmacı-mülteciler hakkında bilgi durumları, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ve çözüm önerileri başlıkları altında ele alınmıştır. Ana ve alt temalar aşağıdadır⁴¹ (Ek Şekil 3);

Tablo 3-6: Sağlık çalışanları ile odak grup tartışmalarının ana ve alt temaları

Bilgi Durumu	Sığınmacı-Mülteci Tanımı Sığınmacıların Sağlık Durumu Sığınmacıların Sağlık Hizmetleri Kullanımı		
Sağlık Hizmetlerine Erişim	Sığınmacılar	Dil/İletişim Kültürel Farklılıklar Refakatçi Tutum	
	Sistemsel/ Organizasyonel	Mevzuat	Kimlik Sağlık Güvencesi
		Hastane İşleyişi	Kayıt Randevu Tercüman Ücretlendirme
	Sağlık Çalışanı	Dil/İletişim İş Yüğü Tutum	İnsan Kaynakları Deneyime Göre Duygu/Düşünceye Göre
Çözüm Önerileri	Sistemsel/Organizasyonel	Mevzuat	Kimlik Sağlık Giderleri
		Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu Hastane İşleyişi	İletişim Bilgilendirme
	Sağlık Çalışanları	Dil/Eğitim Psikolojik Destek	
	Sığınmacılar	Eğitim Sosyal İhtiyaçlar	

⁴¹ Kodların şeması eklerde bulunmaktadır.

3.4.2.5. Kısıtlılıklar

Sağlık profesyonelleri ile yapılan OGT’lerde bazı sağlık çalışanları hastanelerdeki iş yoğunluğu ve gelişen ani olaylar nedeni ile son dakika katılamayacaklarını bildirmişlerdir. Ayrıca Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırma yürütülürken darbe girişiminin olması, sağlık çalışanlarında tedirginlik yaratmıştır. Hali hazırda OGT’ye davet edilen çocuk doktorunun görevden alınması sonrası Eskişehir Devlet Hastanesi’ndeki OGT’nin başka bir tarihte yapılması daha uygun görülmüştür.

Hastanelerde sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile planlanan odak grup tartışmaları, her birimin kısıtlı sayıda çalışanı olması ve kişilerin mesai saatlerinde bir araya gelmesinin iş akışını aksatacağının belirtilmesi üzerine gerçekleştirilememiştir.

OGT’lerde sığınmacı olarak Uluslararası Koruma Başvurusu yapmış kişilerin ifade edildiği belirtilmesine rağmen son yıllarda Geçici Koruma Altındaki Suriyeli sığınmacıların sayısındaki artış nedeni ile sağlık çalışanlarının görüş ve ifadelerinin daha çok Suriyeli sığınmacıları temel aldığı gözlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının başvuranları sığınmacı ve mülteciler olarak ayırt etmeleri zor olması nedeni ile bütün göçmenleri bir arada ele aldıkları da gözlemlenmiştir.

3.4.3. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Uygulama Örneği: Portekiz

Araştırmanın bu bölümü Şubat 2017 - Eylül 2017 tarihleri arasında Portekiz, Lizbon’da Hijyen ve Tropikal Hastalıklar Enstitüsü⁴²’nde gerçekleştirilmiştir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda niteliksel bir araştırma yürütülmüştür. TUBİTAK 2214-A araştırma bursu⁴³ kapsamında Portekiz’de konu hakkında çalışan danışman Prof. Sonia Dias eşliğinde göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda Portekiz’deki konu hakkındaki araştırmalar ve uygulamalar incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları bulgular bölümünde ele alınmış ve sonuç önerilerine de farklı uygulama şekilleri açısından katkıda bulunmuştur.

⁴² Hijyen ve Tropikal Hastalıklar Enstitüsü Lizbon’da Universidade de Nova’ya bağlıdır.

⁴³ Araştırma bursunun örneği İzinler bölümünde paylaşılmıştır.

3.4.3.1. Araştırmanın Tipi

“Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde uygulama modelleri: Portekiz örneği” başlıklı çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu araştırma kapsamında literatür derlemesi ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

3.4.3.2. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler

Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler görüşme rehberi eşliğinde yapılmıştır. Görüşme rehberindeki (Form 7) ana başlıklar aşağıdaki gibidir;

- Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim hakları
- Kişinin çalıştığı kurumun göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda yaptığı çalışmalar
 - Ekonomik krizin bu çalışmalara etkisi
- Geleceğe dair değerlendirmeler

3.4.3.3. Verilerin Toplanması

Literatür derlemesine, bilimsel dergilerde yayınlanmış makaleler ve farklı kuruluşlar tarafından hazırlanmış çalışma ve raporlar dahil edilmiştir. Literatür derlemesi sırasında kullanılan anahtar kelimeler; “sağlık hizmetlerine erişim”, “sağlık hizmetlerinin kullanımı”, “sağlık hizmetlerine erişimde engeller”dir. Bu ifadeler, göçmen/mülteci/sığınmacı kelimeleri ile eşleştirilerek tarama yapılmıştır. Anahtar kelimelerle tarama önce İngilizce, daha sonra ise Portekizce olarak gerçekleştirilmiştir. Literatür araştırmasında farklı veri tabanları kullanılmıştır; PubMed, RCAAP, Google Academics ve Scielo. Portekiz’deki mevzuatın değişim süreci göz önünde tutularak 2000-2017 yılları seneleri arasındaki yayınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Portekiz’i de kapsayan Avrupa genelinde yapılan çalışmalar içerisinde, ülke bağlamında sonuçların paylaşılmadığı raporlar ve göçmenlerin sağlık durumunu ele alan ancak sağlık hizmetlerine erişim konusunu ele almayan araştırmalar kapsam dışı bırakılmıştır. Literatür derlemesindeki araştırmalar, Mendeley programına yüklenmiş ve Excel dokümanı ile belirli başlıklar altında analizi gerçekleştirilmiştir. Excel dokümanında yayınlara dair ele alınan başlıklar; çalışmanın amacı, örneklem, metodoloji ve yayınlanma yılıdır. Sağlık hizmetlerine erişimde engeller, sistemsel/organizasyonel, profesyonel ve toplumsal olarak üç ana başlık altında ele alınmıştır.

Sistemselsel/organizasyonel olarak mevzuat ve sistem sorunlar, profesyonel olarak sağlık çalışanları bağlamında sorunlar ve toplumsal olarak göçmen toplumuna bağlı sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar ele alınmıştır. Aynı zamanda Portekiz’de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim hakları konusunda 2000 yılından sonra yayınlanan mevzuat araştırılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümü, anahtar kişi görüşmelerinden oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış anahtar kişi görüşmeleri 2017 Ağustos ayında  kişi ile yapılmıştır. Görüşmeler, bilgilendirilmış onam formu (Form 8) ile onamı alındıktan sonra, görüşme rehberi ile ses kaydı alınarak gerekleştirilmıştir. Görüşme süresi 40-60 dakika arası değişmektedir.

3.4.3.4. Verilerin Analizi

Literatür araştırmasındaki veriler sistemselsel, göçmen ve sağlık çalışanı bağlamında sorunlar olarak üç başlık altında ve derinlemesine görüşmeler sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlar ve çözüm nerileri başlıkları altında ele alınmıştır.

3.4.3.5. Kısıtlılıklar

Araştırmaya Portekizce literatürün eklenmesi, literatür derlemesinde sürenin uzamasına neden olmuş ve bunun sonucunda anahtar görüşmelere kalan sürede planlanan anahtar görüşme sayısı gerçekleştirilememiştir. Bununla beraber Ağustos ayında anahtar görüşme yapılması planlanan kişilerin bir kısmının izinli olması belirlenen kişilere erişimi zorlaştırmıştır.

3.5. Araştırma İçin Alınan İzinler

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nın 17.11.2015 tarihli 86 sayılı yazısı ile vakfın İstanbul ve Eskişehir merkezlerinde araştırma yapma izni alınmıştır. Çalışmaların hastanelerde yürütülebilmesi için sırasıyla şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi için İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi için İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne ve Eskişehir Devlet Hastanesi için Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne Eylül ve Ekim 2015 aylarında izin başvuruları yapılmıştır. İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından 02.11.2015 tarihinde 30279032-770/19338 sayılı yazı ile Haseki Eğitim ve Araştırma

Hastanesi’nde, Eskişehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği tarafından 10.11.2015 tarihli 84987131-770-E18 sayılı yazı ile Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırma izni onanmıştır. İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından 12.10.2015 tarihli 57070 sayılı yazı ile araştırma izni alınmış olup, akabinde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin hastane içi kurul değerlendirilmesi için başvuruda bulunulmuş ve Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından da 09.11.2015 tarihinde araştırma izni onanmıştır⁴⁴.

3.6. Araştırmada Etik İlkeler

Tez çalışmasının yürütülmesi için Koç Üniversitesi Etik Kurulu’na başvurulmuştur ve 28/08/2015 tarihli 2015.201.IRB3.110 sayılı etik kurul kararı⁴⁵ ile Koç Üniversitesi Etik Kurulu tarafından çalışma etik açıdan uygun görülmüştür.

Görüşme formları anonimdir, görüşme günü ve görüşme numarası ile numaralandırılmıştır. Sığınmacılarla görüşmelerde Avrupa Birliği Mültecilerle araştırma etik kuralları temel alınmıştır (European Commission, n.d.). Sığınmacılarla derinlemesine görüşmelerde “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” Fransızca, Arapça ve Farsça diline çevrilmiştir. Okuma yazma bilmeyen sığınmacılarda tercüman aracılığı ile bilgilendirilmiş onam formu kişiye okunmuş ve onam alınmıştır. Görüşmede araştırmanın amacı dışında sorular sorulmamıştır.

⁴⁴ Araştırma izinlerinin örnekleri İzinler bölümünde bulunmaktadır.

⁴⁵ İzin Etik Kurul Kararı bölümünde bulunmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Niceliksel Araştırma Bulguları

Niceliksel araştırma üç farklı hastanede yürütülmüş ve sağlık çalışanları dört farklı meslek grubu altında ele alınmıştır:

1. Grup: Doktorlar (asistan doktorlar, uzman doktorlar ile doçent, profesör doktorlar).
2. Grup: Hemşire ve Ebeler.
3. Grup: Diğer sağlık profesyonelleri (fizyoterapist, psikolog, eczacı vb.).
4. Grup: Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları (hasta taşıma personeli, güvenlik görevlisi, yönlendirme personeli gibi).

Araştırmaya 547 sağlık çalışanı katılmayı kabul etmiştir. Sağlık çalışanlarından 12'si mesleğini belirtmemiş ve bu nedenle meslek grupları temel alınarak yapılan analizlerde kapsam dışı bırakılmışlardır. Mesleğini belirtmeyenlerin 6'sı Şişli Etfal Hastanesi'nde diğer 6'sı ise Eskişehir Devlet Hastanesi'ndedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 4-1'de gösterilmiştir.

Tablo 4-1: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı

	Metropol		Uydu Şehir	Toplam
	Haseki	Şişli Etfal	Eskişehir	
Doktorlar	43	62	34	139
Hemşire ve Ebeler	41	96	64	201
Diğer Sağlık Çalışanları	15	17	26	58
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	40	63	34	137
Boş Bırakılanlar	0	6	6	12
Toplam	139	244	164	547

4.1.1. Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $35,0 \pm 8,7$ 'dir. En genci 18, en yaşlısı 61 yaşındadır. Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımı Tablo

4-2’de verilmiştir. Hastaneler temelinde ele aldığımızda Eskişehir Devlet Hastanesi’nde asistan doktor bulunmaması nedeni ile doktorların yaş ortalaması ($41,6 \pm 7,4$) ve en genç yaşı (30,0) diğer hastanelere göre daha yüksektir. Benzer durum hemşire ve ebelerde de görülmektedir. Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hemşire ve ebelerin yaş ortalaması $39,4 \pm 6,2$ iken Haseki’de $34,3 \pm 10,8$ ve Şişli Etfal’de $31,6 \pm 8,6$ ’dır. Diğer sağlık çalışanları tüm hastanelerde doktor, hemşire ve ebelerden daha düşük bir yaş ortalamasına sahiptir. Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının en genç yaşı 19, ortanca yaş 35 ve yaş ortalaması $35,7 \pm 7,2$ ’dir. Bu gruptaki tüm sağlık çalışanının yaş ortalaması hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanlarından daha yüksektir.

Tablo 4-2: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşlarının hastanelere göre dağılımı

	Yaş (yıl)	Metropol		Uydu Şehir	Toplam
		Haseki	Şişli Etfal	Eskişehir	
Doktorlar	Ortalama $\pm$ Ss	$35,7 \pm 8,6$	$33,3 \pm 8,9$	$41,6 \pm 7,4$	$36,1 \pm 9,0$
	Min-Mak	25,0-59,0	25,0-59,0	30,0-61,0	25,0-61,0
	Ortanca	34,0	30,0	40,5	33,0
Hemşire ve Ebeler	Ortalama $\pm$ Ss	$34,3 \pm 10,8$	$31,6 \pm 8,6$	$39,4 \pm 6,2$	$34,5 \pm 9,1$
	Min-Mak	19,0-56,0	18,0-55,0	22,0-53,0	18,0-56,0
	Ortanca	35,0	29,0	40,0	35,0
Diğer Sağlık Çalışanları	Ortalama $\pm$ Ss	$32,2 \pm 9,2$	$30,9 \pm 8,9$	$34,4 \pm 9,9$	$32,8 \pm 9,4$
	Min-Mak	23,0-50,0	21,0-54,0	20,0-55,0	20,0-55,0
	Ortanca	27,0	33,0	31,5	30,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	Ortalama $\pm$ Ss	$36,0 \pm 6,0$	$36,2 \pm 8,0$	$34,3 \pm 7,0$	$35,7 \pm 7,2$
	Min-Mak	23,0-46,0	19,0-56,0	26,0-55,0	19,0-56,0
	Ortanca	37,0	35,0	33,5	35,0
Toplam	Ortalama $\pm$ Ss	$35,0 \pm 8,8$	$33,2 \pm 8,7$	$38,0 \pm 7,9$	$35,0 \pm 8,7$
	Min-Mak	19,0-59,0	18,0-59,0	20,0-61,0	18,0-61,0
	Ortanca	34,5	31,0	39,0	35,0

Araştırmaya katılan ve mesleğini belirten 535 kişiden 19’u (%3,6) yaşını belirtmemiştir. Yaş analizleri 516 kişi temel alınarak yapılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %30,2’si (n=161) erkek, %69,8’i (n=372) kadındır (Tablo 4-3). Kadınların araştırmaya katılımı daha yüksektir ancak bu durumdaki farklılık ebe-hemşire sağlık personelinin kaynaklanmaktadır. Erkek-kadın

dağılımı arasındaki en büyük farklılık hemşire ve ebelerde gözlenmektedir. Toplam erkek hemşire-ebelerin oranı (n=18) %9, kadın hemşire-ebelerin oranı ise (n=182) %91'dir. Araştırmaya katılan erkek hemşirelerin hastanelerdeki dağılımı Haseki Hastanesi'nde (n=7) %17,1, Şişli Etfal Hastanesi'nde (n= 9) %9,4 ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde (n=2) %3,2'dir. Doktorlarda ise Şişli Etfal Hastanesi dışında erkekler çoğunluktadır. Doktorlar arasındaki cinsiyet farklılığı yaş ortalamasının daha yüksek olduğu Eskişehir Devlet Hastanesi'nde daha belirgindir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde araştırmaya katılan erkek doktorların sayısı 24 (%70,6), kadın doktorlarınki ise 10 (%29,4)'dur.

Tablo 4-3: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı

	Cinsiyet	Metropol				Uydu Şehir			
		Haseki		Şişli Etfal		Eskişehir		Toplam	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	Erkek	22	51,2	23	37,1	24	70,6	69	49,6
	Kadın	21	48,8	39	62,9	10	29,4	70	50,4
	Toplam	43	100,0	62	100,0	34	100,0	139	100,0
Hemşire ve Ebeler	Erkek	7	17,1	9	9,4	2	3,2	18	9,0
	Kadın	34	82,9	87	90,6	61	96,8	182	91,0
	Toplam	41	100,0	96	100,0	63	100,0	200	100,0
Diğer Sağlık Çalışanları	Erkek	6	40,0	7	41,2	10	38,5	23	39,7
	Kadın	9	60,0	10	58,8	16	61,5	35	60,3
	Toplam	15	100,0	17	100,0	26	100,0	58	100,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	Erkek	16	40,0	31	50,0	4	11,8	51	37,5
	Kadın	24	60,0	31	50,0	30	88,2	85	62,5
	Toplam	40	100,0	62	100,0	34	100,0	136	100,0
Toplam	Erkek	51	36,7	70	29,5	40	25,5	161	30,2
	Kadın	88	63,3	167	70,5	117	74,5	372	69,8
	Toplam	139	100,0	237	100,0	157	100,0	533	100,0

Belirtilen yüzdeler sütun yüzdeleridir. Araştırmaya katılan ve mesleğini belirten 535 kişiden 2'si (%0,4) cinsiyetini belirtmemiştir. Analizler yaşını belirten 533 kişi üzerinden yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının eğitim durumları üç kategoride ele alınmıştır; ilk-ortaokul mezunları, lise mezunları ve lisans-lisansüstü mezunları (Tablo 4-4). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 28'i (%5,3) ilk-ortaokul mezunu, 92'si (%17,4) lise mezunu ve 409'u (%77,3) lisans-lisansüstü eğitim mezunudur. İlk-ortaokul mezunlarının hepsi sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarıdır. Hemşire ve ebelerin, Haseki'de %80,5'i (n=33), Şişli Etfal'de %90,6'sı (n=87) ve Eskişehir'de %93,7'si (n=59) lisans ve lisansüstü eğitim mezunudur.

Tablo 4-4: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumunun meslek gruplarına ve hastanelere göre dağılımı

	Eğitim Durumu	Metropol				Uydu Şehir		Toplam	
		Haseki		Şişli Etfal		Eskişehir			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	İlk- Ortaokul	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lise	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lisans ve Lisansüstü	43	100,0	62	100,0	34	100,0	139	100,0
	Toplam	43	100,0	62	100,0	34	100,0	139	100,0
Hemşire ve Ebeler	İlk- Ortaokul	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lise	8	19,5	9	9,4	4	6,3	21	10,5
	Lisans ve Lisansüstü	33	80,5	87	90,6	59	93,7	179	89,5
	Toplam	41	100,0	96	100,0	63	100,0	200	100,0
Diğer Sağlık Çalışanları	İlk- Ortaokul	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lise	1	6,7	1	5,9	3	11,5	5	8,6
	Lisans ve Lisansüstü	14	93,3	16	94,1	23	88,5	53	91,4
	Toplam	15	100,0	17	100,0	26	100,0	58	100,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	İlk- Ortaokul	6	15,8	21	35,0	1	2,9	28	21,2
	Lise	21	55,3	27	45,0	18	52,9	66	50,0
	Lisans ve Lisansüstü	11	28,9	12	20,0	15	44,1	38	28,8
	Toplam	38	100,0	60	100,0	34	100,0	132	100,0
Toplam	İlk- Ortaokul	6	4,4	21	8,9	1	0,6	28	5,3
	Lise	30	21,9	37	15,7	25	15,9	92	17,4
	Lisans ve Lisansüstü	101	73,7	177	75,3	131	83,4	409	77,3
	Toplam	137	100,0	235	100,0	157	100,0	529	100,0

Belirtilen yüzdeler sütun yüzdeleridir. Araştırmaya katılan ve mesleğini belirten 535 kişiden 6'sı (%1,1) eğitim durumunu belirtmemiştir. Analizler 529 kişi üzerinden yapılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanede çalışma süreleri ortalama $88,3 \pm 84,8$ ay ($7,36 \pm 7,07$ yıl), en az 1- en çok 360 aydır (Tablo 4-5). Meslek grupları ele alındığında doktorların çalışma sürelerinin ortalaması diğer bütün gruplardan daha düşüktür. Ortalama çalışma süreleri ve standart sapma meslek gruplarına göre sırasıyla: Doktorlar $57,7 \pm 71,8$ ay ($4,81 \pm 5,98$ yıl), hemşire ve ebeler $104,5 \pm 100,0$ ay ($8,71 \pm 8,33$ yıl), diğer sağlık çalışanları $83,8 \pm 82,8$ ay ($6,99 \pm 6,90$ yıl) ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları $97,9 \pm 62,9$ ay ($8,16 \pm 5,24$ yıl). Hastaneler arası karşılaştırdığımızda Şişli Etfal Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarının ($79,7 \pm 82,1$ ay) Haseki ($95,6 \pm 92,9$ ay) ve Eskişehir ($94,9 \pm 80,3$ ay) Hastaneleri'ne göre daha az bir süredir mesleklerinde çalıştıklarını görüyoruz.

Tablo 4-5: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve hastanelere göre çalışma sürelerinin ortalama, min-mak ve ortanca değerleri

	Çalışma Süreleri (ay)	Metropol		Uydu Şehir	
		Haseki	Şişli Etfal	Eskişehir	Toplam
Doktorlar	Ortalama $\pm$ Ss	$57,6 \pm 71,7$	$55,5 \pm 73,1$	$61,9 \pm 71,3$	$57,7 \pm 71,8$
	Min-Mak	1,5-300,0	2,0-324,0	2,0-300,0	1,5-324,0
	Ortanca	36,0	33,0	36,0	36,0
Hemşire ve Ebeler	Ortalama $\pm$ Ss	$128,8 \pm 119,6$	$92,2 \pm 97,2$	$107,3 \pm 87,6$	$104,5 \pm 100,0$
	Min-Mak	1,0-360,0	2,0-336,0	3,0-360,0	1,0-360,0
	Ortanca	96,0	51,0	84,0	60,0
Diğer Sağlık Çalışanları	Ortalama $\pm$ Ss	$81,5 \pm 84,0$	$58,0 \pm 53,6$	$102,3 \pm 95,4$	$83,8 \pm 82,8$
	Min-Mak	4,0-228,0	12,0-204,0	12,0-300,0	4,0-300,0
	Ortanca	48,0	36,0	60,0	60,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	Ortalama $\pm$ Ss	$107,7 \pm 69,1$	$89,9 \pm 63,3$	$100,6 \pm 53,2$	$97,9 \pm 62,9$
	Min-Mak	12,0-300,0	3,0-240,0	9,0-264,0	3,0-300,0
	Ortanca	96,0	84,0	108,0	96,0
Toplam	Ortalama $\pm$ Ss	$95,6 \pm 92,9$	$79,7 \pm 82,1$	$94,9 \pm 80,3$	$88,3 \pm 84,8$
	Min-Mak	1,0-360,0	2,0-336,0	2,0-360,0	1,0-360,0
	Ortanca	60,0	48,0	60,0	60,0

Araştırmaya katılan ve mesleğini belirten 535 sağlık çalışanından 12'si (%2,2) yaşını belirtmemiştir, bu nedenle analizler 523 kişi üzerinden yapılmıştır.

4.1.2. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacı Hasta Görme Sıklığı ile İlgili Görüşleri

Her üç hastanede araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına son 6 ayda ne sıklıkta sığınmacı hastaya hizmet verdikleri sorulmuştur ve cevaplarının dağılımı Tablo 4-6'da

verilmiştir. Sağlık çalışanlarının %41'i (n=189) haftada birkaç gün ya da her gün sığınmacı hastaya hizmet verdiklerini, %12,6'sı (n=58) ise hiç sığınmacı başvuranlarının olmadığını belirtmektedirler. Hastaneler arası karşılaştırdığımızda Haseki Hastanesi'nde araştırmaya katılanların %50'si (n=61), Şişli Etfal Hastanesi'nde %32,3'ü (n=64), Eskişehir Devlet Hastanesi'nde ise %45,4'ü (n=64) her gün veya haftada birkaç gün sığınmacı hastaya hizmet verdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4-6: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının son 6 ayda sığınmacılara ne sıklıkta hizmet verdikleri konusundaki görüşlerinin dağılımı

	Metropol				Uydu Şehir		Toplam	
	Haseki		Şişli Etfal		Eskişehir			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiçbir zaman	8	6,6	37	18,7	13	9,2	58	12,6
Ayda birden az	6	4,9	24	12,1	19	13,5	49	10,6
Ayda bir	11	9,0	14	7,1	11	7,8	36	7,8
Ayda birkaç kez	23	18,9	47	23,7	26	18,4	96	20,8
Haftada bir	13	10,7	12	6,1	8	5,7	33	7,2
Haftada birkaç gün	24	19,7	35	17,7	29	20,6	88	19,1
Her gün	37	30,3	29	14,6	35	24,8	101	21,9
Toplam	122	100,0	198	100,0	141	100,0	461	100,0

Belirtilen yüzdeler sütun yüzdeleridir. Araştırmaya katılan 547 kişiden 86 (%15,7) kişi bu soruyu cevaplamamıştır, bu nedenle analizler 461 kişi temel alınarak yapılmıştır.

4.1.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlgili Görüşleri

Sağlık çalışanlarına sığınmacıların hangi tür hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığı sorulmuştur. Tüm hastanelerin beraber değerlendirildiği Tablo 4-7'de sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların “çok sık ve sık” başvurduğu birimlerin başında acil servis %42,2 (n=231), laboratuvar ve testler %32,9 (n=180), çocuk hastalıkları %30,3 (n=160) ve doğum %30 (n=164) gelmektedir.

Her bir hastanede sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığı ayrı ayrı analiz edilmiş ve Haseki Hastanesine ait bilgiler Ek Tablo-1'de, Şişli Etfal Hastanesine ait bilgiler Ek Tablo-2'de ve Eskişehir Devlet Hastanesi'ne ait bilgiler de Ek Tablo-3'de verilmiştir. Sağlık hizmeti almak için en çok başvuruların yapıldığı birimlerin sıralaması hastaneler temelinde benzerlik göstermektedir.

Tablo 4-7: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığı konusunda görüşlerinin dağılımı (n=547)

	Sık / Çok Sık		Seyrek / Ara sıra		Hiçbir zaman		Bilmiyorum / Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acil Servis	231	42,2	67	12,2	6	1,1	243	44,4
Laboratuvar ve Testler	180	32,9	84	15,4	12	2,2	271	49,5
Çocuk Hastalıklar Tedavisi	166	30,3	70	12,8	9	1,6	302	55,2
Doğum	164	30,0	50	9,1	16	2,9	317	58,0
Cerrahi Tedaviler	145	26,5	86	15,7	7	1,3	309	56,5
İç Hastalıklar Tedavisi	144	26,3	78	14,3	6	1,1	319	58,3
Görüntüleme	144	26,3	96	17,6	6	1,1	301	55,0
Kronik Hastalıklar Tedavisi	118	21,6	83	15,2	12	2,2	334	61,1
Ortopedik Hastalıklar Tedavisi	98	17,9	72	13,2	8	1,5	369	67,5
Doğum Öncesi Bakım	89	16,3	97	17,7	16	2,9	345	63,1
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Tedavisi	82	15,0	76	13,9	10	1,8	379	69,3
Yoğun Bakım Tedavisi	72	13,2	107	19,6	10	1,8	358	65,4
Göz Hastalıkları Tedavisi	60	11,0	79	14,4	13	2,4	395	72,2
Nörolojik Hastalıklar Tedavisi	59	10,8	86	15,7	11	2,0	391	71,5
Bulaşıcı Hastalıklar Tedavisi	57	10,4	96	17,6	20	3,7	374	68,4
Dermatoloji	48	8,8	80	14,6	15	2,7	404	73,9
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	47	8,6	76	13,9	16	2,9	408	74,6
Doğum Kontrol Yöntemleri	41	7,5	75	13,7	55	10,1	376	68,7
İşkençe/Travma Tedavisi	36	6,6	63	11,5	25	4,6	423	77,3
Cinsel Yolla Bulaşan Enf. Korunma	34	6,2	73	13,3	40	7,3	400	73,1
Dış Sağlığı	32	5,9	64	11,7	32	5,9	419	76,6
Gebeliğin Sonlandırılması	27	4,9	73	13,3	45	8,2	402	73,5
Akıl Sağlığı	27	4,9	71	13,0	31	5,7	418	76,4
İş Sağlığı	19	3,5	61	11,2	44	8,0	423	77,3
Bağımlılık Tedavisi	19	3,5	57	10,4	36	6,6	435	79,5

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Haseki Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların en sık hizmet aldığı birimler sırasıyla %48,9 (n=68) acil servis, %43,2 (n=60) laboratuvar ve testler, %37,4 (n=52) görüntüleme, %33,8 (n=47) iç hastalıkları ve %33,8 (n=47) cerrahi tedavilerdir. Şişli Etfal Hastanesi'nde sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların en sık başvurduğu bölümler %40,2 (n=98) acil servis, %27,5 (n=67) doğum, %27,0 (n=66) laboratuvar ve testler, %26,2 (n=64) çocuk hastalıkları ve %26,2 (n=64) cerrahi tedavilerdir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde ise sırasıyla %39,6 (n=65) acil servis, %37,8 (n=62) çocuk hastalıkları, %32,9 (n=54) doğum, %32,9 (n=54) laboratuvar ve testler ve %25,6 (n=42) iç hastalıkları bölümü belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların en sık yararlandığı birimler arasında acil servis ile laboratuvar ve testler için yapılan başvurular bütün hastanelerde benzerlik göstermektedir. Ancak Şişli Etfal ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde doğum ve çocuk hastalıkları gibi birimlerden sığınmacıların yararlanma sıklığının Haseki Hastanesi'ne göre daha fazla olduğu çalışmaya katılanlarca belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları tarafından bu bölümdeki soru listesine farklı hastane bölümleri de eklenmiştir. Bunlar hastanelere göre Haseki'de adli tıp, üroloji, onkoloji, Şişli Etfal'de onkoloji, acil el cerrahisi, iş kazası, plastik cerrahi, yanık ünitesi, hemodiyaliz, organ nakli, Eskişehir Devlet Hastanesi'nde ise adli tıp, üroloji, evde sağlık hizmetleri, psikolojik danışma birimi ve diyaliz ünitesidir. Bu eklenen bölümlerden sığınmacıların ne sıklıkta hizmet aldıkları hastane temelli tablolarda (Ek Tablo 1, Ek Tablo 2, Ek Tablo 3) belirtilmektedir.

4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Konusunda Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlar ile ilgili çeşitli önermelere yanıt vermeleri istenmiştir (Tablo 4-8). Sağlık çalışanları, sığınmacının Türkçe bilmemesinin (%79,5) n=435, hastanelerde tercüman olmamasının (%66,2) n=362 ve kültürel farklılıkların olmasının (%64,0) n=350 en sık yaşanan sorunların başında geldiğini belirtmişlerdir. Bu sorunların hepsi dil-iletişim problemlerini ifade etmektedir. Ayrıca sığınmacıların maddi sorunlarının olması %56 (n=309), sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi %51,9 (n=284) ve sağlık haklarını bilmemesi %40,4 (n=221) belirtilen diğer sorunlardır. Sağlık çalışanlarının %52,7'si (n=288) sığınmacıların hastaneden hiçbir zaman geri çevrilmediklerini ve %37,8'si (n=207) sığınmacılara karşı hiçbir zaman önyargılı davranılmadığını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunlara bazı eklemelerde bulunmuşlardır. Bunları, "sığınmacıların sabırsız ve agresif olmaları", "güvenlik sorunu", "reçetelerinde olumsuzlukların tekrarlanması"⁴⁶, "diyaliz ünitesi olduğundan dolayı" ve "Türkçe ile anlaşma istememesi" şeklinde ifade etmişlerdir.

⁴⁶ Bu cümle ile sağlık çalışanının sığınmacılar için yazılan reçetelerde yaşanan sorunları ifade ettiği düşünülmektedir.

Tablo 4-8: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=547)

	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	435	79,5	75	13,7	16	2,9	21	3,8
Hastanelerde tercüman olmaması	362	66,2	120	21,9	31	5,7	34	6,2
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	350	64,0	139	25,4	21	3,8	37	6,8
Maddi sorunları olması	309	56,5	141	25,8	57	10,4	40	7,3
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	284	51,9	159	29,1	54	9,9	50	9,1
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	221	40,4	199	36,4	72	13,2	55	10,1
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	180	32,9	163	29,8	142	26,0	62	11,3
Hastaneden randevu alamaması	178	32,5	180	32,9	130	23,8	59	10,8
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	164	30,0	235	43,0	98	17,9	50	9,1
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	162	29,6	176	32,2	150	27,4	59	10,8
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	77	14,1	252	46,1	157	28,7	61	11,2
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	76	13,9	217	39,7	207	37,8	47	8,6
Hastane tarafından geri çevrilmesi	37	6,8	161	29,4	288	52,7	61	11,2

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili önermeler arasında sağlık çalışanlarının “çoğu zaman/her zaman” yanıtı verdikleri önermeler meslek grupları bağlamında karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 4-9’da verilmiştir. En önemli ilk beş önermenin öncelik sırası farklı olsa da her meslek grubunda aynıdır. Gözlenen en önemli farklılık “Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması” ibaresinin doktorların dışındaki diğer meslek gruplarında ikinci ya da üçüncü önem sırasında bulunmasıdır.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili önermelere “çoğu zaman/her zaman” yanıtları ayrıca metropol ve uydu şehir bağlamında karşılaştırılmıştır (Ek Tablo 4). Sağlık çalışanları, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunları yaşanma sıklığı açısından sıraladığında ilk beş önerme farklı sıralamada iki şehirde de aynıdır. Ancak “hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması” önermesi metropolde altıncı sırada iken, uydu şehirde onuncu sıradadır. Şöyle ki metropoldeki

sağlık çalışanlarının %49,3'ü hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olduğunu belirtirken uydu şehirdeki sağlık çalışanlarının %22,9'u benzer sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının sayıca yetersiz olmasının İstanbul'da Eskişehir'e kıyasla daha öne çıkan bir konu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4-9: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtlarının meslek gruplarına göre dağılımı (n=535)

	Doktorlar		Hemşire ve Ebeler		Diğer Sağlık Çalışanları		Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	123	28,7	160	37,3	44	10,3	102	23,8
Hastanelerde tercüman olmaması	102	28,7	132	37,1	44	12,4	78	21,9
Maddi sorunları olması	88	29,0	111	36,6	31	10,2	73	24,1
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	88	31,7	98	35,3	33	11,9	59	21,2
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	84	24,6	137	40,1	34	9,9	87	25,4
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	62	28,8	81	37,7	23	10,7	49	22,8
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	54	33,5	61	37,9	18	11,2	28	17,4
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	47	29,6	57	35,8	19	11,9	36	22,6
Hastaneden randevu alamaması	43	24,6	71	40,6	12	6,9	49	28,0
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	35	19,6	79	44,1	15	8,4	50	27,9
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	18	25,0	28	38,9	8	11,1	18	25,0
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	15	20,0	28	37,3	9	12,0	23	30,7
Hastane tarafından geri çevrilmesi	9	25,7	13	37,1	3	8,6	10	28,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Önermelere verilen cevaplar hastaneler arası karşılaştırılmıştır. Haseki Hastanesi'ne ait bilgiler Ek Tablo 5'de, Şişli Etfal Hastanesi'ne ait bilgiler Ek Tablo 6'da ve Eskişehir Devlet Hastanesine ait bilgiler Ek Tablo 7'de verilmiştir. Bütün hastanelerde ilk sırada "Sığınmacının Türkçe bilmemesi" yer almaktadır. Ancak metropoldeki hastanelerde ikinci sırada "Hastanelerde tercüman olmaması" yer alırken uydu şehirde "Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması" şeklindeki önerme bulunmaktadır. "Maddi sorunların olması" şeklindeki önerme ise Eskişehir'de beşinci sırada yer alırken,

İstanbul'daki hastanelerde üçüncü ya da dördüncü sırada yer almaktadır ve bu İstanbul'da sığınmacıların maddi sorununun Eskişehir'e göre daha önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların "Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması" şeklindeki önerme ile ilgili meslek gruplarının görüşleri metropol-uydu şehir temelinde karşılaştırılmalı olarak incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 4-10'da sunulmuştur.

Tablo 4-10: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, "sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması" şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol						Uydu Şehir					
	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	15	15,3	61	62,2	22	22,4	3	9,1	16	48,5	14	42,4
Hemşire ve Ebeler	26	19,8	50	38,2	55	42,0	2	3,6	18	32,1	36	64,3
Diğer Sağlık Çalışanları	3	10,0	14	46,7	13	43,3	5	20,0	10	40,0	10	40,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	14	15,9	33	37,5	41	46,6	4	12,9	14	45,2	13	41,9
Toplam	58	16,7	158	45,5	131	37,8	14	9,7	58	40,0	72	14,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Bu önermeye verilen yanıtlarda metropol ve uydu şehir arasında farklılık gözlenmektedir. Uydu şehirdeki doktorların %42,4'ü ve hemşire, ebelerin %64,3'ü sağlık çalışanlarının sığınmacılara hiçbir zaman önyargılı davranmadığını belirtirken metropolde benzer görüşü doktorların %22,4'ü, hemşire ve ebelerin %42'si belirtmiştir.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi üzerine etkisi olduğu bilinen alanlardan birisi de "sağlık çalışanlarının mevzuat konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması"dır. Bu önermeye verilen yanıtların metropol-uydu şehir ve meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 4-11'de verilmiştir. İstanbul'da araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %35,4'ü sağlık çalışanlarının mevzuat konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasının çoğu zaman

ya da her zaman bir sorun yarattığını, Eskişehir’deki sağlık çalışanlarının da %26,4’ü böyle bir sorunun sık yaşandığını belirtmektedirler. Sonuç olarak bu durumun daha çok İstanbul’daki sağlık çalışanlarının yaşadığı bir sorun olduğu gözlenmektedir. Meslek grupları açısından incelendiğinde İstanbul’daki doktorların %45,9’u (n=45) bunun çoğu zaman ya da her zaman yaşanan bir sorun olduğunu belirtirken, Eskişehir’deki doktorların sadece %26,5’i (n= 9) bu sorunla benzer sıklıkta karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4-11: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde “sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehir göre dağılımı (n=535)

	Metropol						Uydu Şehir					
	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	45	45,9	46	46,9	7	7,1	9	26,5	16	47,1	9	26,5
Hemşire ve Ebeler	47	36,4	56	43,4	26	20,2	14	26,4	27	50,9	12	22,6
Diğer Sağlık Çalışanları	9	29,0	14	45,2	8	25,8	9	37,5	13	54,2	2	8,3
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	23	25,0	44	47,8	25	27,2	5	17,2	16	55,2	8	27,6
Toplam	124	35,4	160	45,7	66	18,9	37	26,4	72	51,4	31	22,1

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

4.1.5. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık ve Sığınma Hakkı Konusunda Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere görüş belirtmeleri istenmiştir. Önermelerin bir bölümü sığınmacıların hakları, bir bölümü sığınmacılara verilecek hizmetlerin kapsamı ve sunulacak hizmetlerin sağlık sistemini ve çalışanları nasıl etkileyeceği, diğer bir bölümü ise genel olarak sığınmacılar hakkındaki bazı düşünceler üzerinedir. Sağlık çalışanlarının önermelere katılım durumlarını gösteren yanıtların dağılımı Tablo 4-12’de verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının %89,8’i (n=491) sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu, %72,6’sı (n=397) sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olması

gerektiğini ve %55,8'i (n=305) acil hizmetlerinin herkes için ücretsiz olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu, cinsel taciz mağduru kişilerin sağlık güvencesine bakılmaksızın hizmet alabilmesi, sağlık hizmetleri kapsamında eğitilmiş tercümanların sağlanması, refakatsiz sığınmacı çocukların sağlık güvencesi kapsamına alınması, sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi ve sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetlerinin verilmesi konusunda olumlu görüş bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının %55,4'ü (n=303) başvuran hasta sığınmacıların hastanelerde iş yükünü artırdığını ve %49,4'ü (n=270) sığınmacıların sağlık kurumlarının borçlarını artırdığını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının %43,1'i (n=236) sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesinin daha fazla sığınmacının gelmesine yol açacağını ve %38'i (n=208) ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sadece sağlıklı olanların ülkeye kabul edilmesinin gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının önermelere katılım durumlarının, hastaneler arası karşılaştırıldığında benzer olduğu gözlenmektedir (Ek Tablo 8, Ek Tablo 9, Ek Tablo 10).

Tablo 4-12: Araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=547)

	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık, temel insan hakkıdır.	491	89,8	28	5,1	19	3,5	9	1,6
Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.	456	83,4	38	6,9	40	7,3	13	2,4
Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitilmiş tercümanlar sağlanmalıdır.	430	78,6	53	9,7	46	8,4	18	3,3
Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.	424	77,5	70	12,8	40	7,3	13	2,4
Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.	422	77,1	54	9,9	59	10,8	12	2,2
Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.	412	75,3	69	12,6	49	9,0	17	3,1
Sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.	397	72,6	77	14,1	63	11,5	10	1,8
Sığınma temel bir insan hakkıdır.	391	71,5	90	16,5	61	11,2	5	0,9
Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.	305	55,8	96	17,6	131	23,9	15	2,7
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü artırır.	303	55,4	97	17,7	129	23,6	18	3,3
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.	270	49,4	160	29,3	90	16,5	27	4,9
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.	236	43,1	129	23,6	168	30,7	14	2,6
Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.	208	38,0	133	24,3	190	34,7	16	2,9
Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.	187	34,2	202	36,9	141	25,8	17	3,1
Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.	168	30,7	151	27,6	211	38,6	17	3,1
Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.	155	28,3	166	30,3	207	37,8	19	3,5
Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.	152	27,8	134	24,5	237	43,3	24	4,4
Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.	131	23,9	190	34,7	206	37,7	20	3,7
Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.	129	23,6	136	24,9	267	48,8	15	2,7
Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.	72	13,2	97	17,8	361	66,1	16	2,9

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Her önermeye katılım durumunun metropol-uydu şehir ve meslek gruplarına göre dağılımı ele alındığında cevaplarda farklılıklar görülmüştür. “Sağlık, temel insan hakkıdır” önermesine her iki şehirde de en olumlu cevabı doktorlar vermiştir. Doktorların metropolde %96,2’si ve uydu şehirde %97,1’i bu önermeye katıldıklarını belirtirken, en az olumlu cevabı ise hem metropolde (%78,6) hem uydu şehirde (%85,3) sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları vermişlerdir (Tablo 4-13). Sağlık çalışanlarının çoğu sağlığın en temel insan hakkı olduğunu savunmalarına rağmen sağlık hizmetlerinden yararlanılması ile ilgili önermelere daha az olumlu katılımda bulunmuşlardır. Uydu şehirdeki hemşirelerin %92,2’si sağlığın bir insan hakkı olduğunu savunurken, sadece %56,3’ü sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olması gerektiğini düşünmektedirler (Tablo 4-14). Benzer durum her iki şehirdeki sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının cevaplarında da görülmüştür.

Sağlık hizmetlerine erişimde özellikle savunmasız gruplar olarak görülen bebek, çocuk ve gebeler konusundaki önermelere en az olumlu katılımın hemşire ve ebeler ile sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarından olduğu Ek Tablo 11, Ek Tablo 12 ve Ek Tablo 13’de görülmektedir. Bu konuda tek farklılık “Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.” şeklindeki önermeye verilen cevaplarda görülmüştür (Ek Tablo 14). Bu konuya karşı hassasiyetin daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Sığınma hakkının temel bir insan hakkı olduğunu uydu şehirdeki sağlık çalışanlarının %65,2’si metropoldeki sağlık çalışanlarının ise %74,5’i belirtmektedirler. Bu konudaki önermeyi en fazla onaylayanlar her iki şehirde de doktorlardır (Ek Tablo 15). Uydu şehirdeki doktorların %61,8’i, hemşire ve ebelerin %70,3’ü sığınmacı başvuranlar nedeni ile sağlık çalışanlarının iş yükünün artacağını (Ek Tablo 16), uydu şehirdeki hemşire ve ebelerin %51,6’sı, sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının %50’si sığınmacıların sağlık hizmetlerini gereksiz kullandıklarını (Ek Tablo 17) ve uydu şehirdeki hemşire ve ebelerin %50’si, sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının %41,2’si sığınmacılara sağlık hizmetinin ücretsiz verilmesinin vatandaşların sağlık hizmetinden yararlanamamasına neden olacağını (Ek Tablo 18) belirtmektedir. Ayrıca her iki şehirdeki hemşire ve ebelerin ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının %40’dan fazlasının sığınmacılara sağlık hizmetleri sunulmasının daha fazla sığınmacı gelmesine neden olacağını belirttiği görülmektedir (Ek Tablo 19).

Tablo 4-13: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sağlık, temel insan hakkıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	101	96,2	1	1,0	1	1,0	2	1,9	33	97,1	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Hemşire ve Ebeler	127	92,7	5	3,6	4	2,9	1	,7	59	92,2	4	6,3	1	1,6	0	0,0
Diğer Sağlık Çalışanları	30	93,8	1	3,1	0	0,0	1	3,1	23	88,5	3	11,5	0	0,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	81	78,6	7	6,8	11	10,7	4	3,9	29	85,3	5	14,7	0	0,0	0	0,0
Toplam	339	89,9	14	3,7	16	4,2	8	2,1	144	91,1	12	7,6	1	0,6	1	0,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Tablo 4-14: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	88	83,8	10	9,5	6	5,7	1	1,0	29	85,3	4	11,8	1	2,9	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	111	81,0	14	10,2	10	7,3	2	1,5	36	56,3	18	28,1	9	14,1	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	27	84,4	0	0,0	4	12,5	1	3,1	23	88,5	2	7,7	1	3,8	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	56	54,4	21	20,4	21	20,4	5	4,9	23	67,6	5	14,7	6	17,6	0	0,0
Toplam	282	74,8	45	11,9	41	10,9	9	2,4	111	70,3	29	18,4	17	10,8	1	0,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Sağlık hizmetleri sunulurken sağlık giderlerinin nasıl karşılanacağı, hizmetlere erişimde belirleyici bir konudur. Uydu şehirdeki hemşire ve ebelerin ve metropoldeki sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası sığınmacıların sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmaması gerektiğini (Tablo 4-15), yaklaşık %30'u ise tüm giderlerin sığınmacılar tarafından karşılanmasının uygun olacağını belirtmişlerdir (Ek Tablo 20). Araştırmaya katılan doktorların yaklaşık %50'si ise tüm sağlık giderlerini sığınmacıların karşılaması önermesine katılmamaktadır (Ek Tablo 20). Ayrıca metropol ve uydu şehirdeki sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesinin sağlık kurumlarının borçlarını arttıracığını düşünmektedir (Ek Tablo 21).

Hem metropolde hem uydu şehirde sağlık profesyonellerinin yarısından fazlası acil hizmetlerinin sığınmacılar için ücretsiz olması gerektiğini savunmaktadırlar. Ancak sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının uydu şehirde %29,4'ü ve metropolde %37,9'u aynı fikirde olmadıklarını belirtmişlerdir (Ek Tablo 22). Doktorların metropolde %58'i ve uydu şehirde %50'si doğumun ücretli olmaması gerektiğini savunurken, tüm sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının yaklaşık %40'ı ücretli olması gerektiği görüşüne katılmaktadır (Ek Tablo 23). Sığınmacıların diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemesi konusuna sağlık çalışanlarının uydu şehirde %64,6'sı ve metropolde %67,6'sı katılmadıklarını belirtmişlerdir (Ek Tablo 24). Ayrıca sığınmacılara sağlık hizmetleri sunumu sırasında eğitimli tercümanlar sağlanmasının gerektiği her iki şehirde de başta doktorlar olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının katıldığı bir önermedir (Ek Tablo 25).

Bazı önermeler sığınmacılara karşı ayrımcı bir tutumu saptamaya yöneliktir. “Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir” şeklindeki önermeye uydu şehirdeki sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarından %61,8'si, hemşirelerin %56,3'ü katıldıklarını belirtmektedirler (Tablo 4-16). Metropolde ise aynı meslek gruplarının %41'i bu önermeye katılmaktadırlar. Ayrıca ayrımcı bir tutum içeren “Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir” şeklindeki önermeye her iki şehirdeki sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının çoğunluğu katılmaktadır (Ek Tablo 26).

Tablo 4-15: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	36	34,3	44	41,9	23	21,9	2	1,9	13	38,2	12	35,3	8	23,5	1	2,9
Hemşire ve Ebeler	32	23,4	52	38,0	47	34,3	6	4,4	13	20,3	16	25,0	34	53,1	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	11	34,4	8	25,0	9	28,1	4	12,5	14	53,8	4	15,4	8	30,8	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	31	30,1	14	13,6	54	52,4	4	3,9	5	14,7	12	35,3	16	47,1	1	2,9
Toplam	110	29,2	118	31,3	133	35,3	16	4,2	45	28,5	44	27,8	66	41,8	3	1,9

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Tablo 4-16: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	19	18,1	29	27,6	54	51,4	3	2,9	10	29,4	6	17,6	18	52,9	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	57	41,6	35	25,5	41	29,9	4	2,9	36	56,3	13	20,3	13	20,3	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	11	34,4	10	31,3	9	28,1	2	6,3	6	23,1	8	30,8	12	46,2	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	43	41,7	23	22,3	33	32,0	4	3,9	21	61,8	7	20,6	6	17,6	0	0,0
Toplam	130	34,5	97	25,7	137	36,3	13	3,4	73	46,2	34	21,5	49	31,0	2	1,3

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Sağlık çalışanlarının önermelere verdikleri cevaplar 1-5 arası, tamamen katılıyorum=5, katılıyorum=4, ne katılıyorum ne katılmıyorum=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 şeklinde puanlandırılmıştır. Her sağlık çalışanı için ortalama puan hesaplanmıştır. Yüksek puan, sığınmacıların hakları, hizmetlere erişimi ve genel sığınmacılar hakkında olumlu düşünceyi göstermektedir.

Bu puanların meslek gruplarına ve şehirlere göre dağılımı Tablo 4-17’de verilmiştir. Cevaplar meslek grupları açısından değerlendirildiğinde farklılık gözlenmektedir. Doktorların verdikleri yanıtların ortalama değeri (75,2±11,9) bütün hastanelerde diğer sağlık çalışanlarından yüksektir. Bu da doktorların konu hakkında en olumlu düşünceye sahip sağlık çalışan grubu olduğunu göstermektedir. Sırasıyla diğer sağlık çalışanları grubu (71,3±12,3) ve hemşire ve ebeler (67,7±11,8) gelmektedir. Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ise bütün hastanelerde en düşük puan ortalamasına sahip grubu oluşturmakta ve bu meslek grubunun sığınmacılara karşı daha fazla olumsuz düşünceye sahip oldukları (min.=35,0) görülmektedir.

Doktorların ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının puan ortalamaları metropol ve uydu şehirde benzerdir. Hemşire ve ebelerde ise uydu şehirde çalışanların (64,6±12,3) metropolde çalışan hemşire ve ebelere (69,3±11,2) göre sığınmacılar hakkında daha olumsuz önermelerde bulunduğu gözlenmiştir.

Tablo 4-17: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların meslek grupları ve hastaneler temelinde puan dağılımı (n=535)

	Metropol		Uydu Şehir		Toplam	
	Ort±Ss	Min-Mak	Ort±Ss	Min-Mak	Ort±Ss	Min-Mak
Doktorlar	75,2±11,3	42,0-96,0	75,5±13,8	48,0-100,0	75,2±11,9	42,0-100,0
Hemşire ve Ebeler	69,3±11,2	40,0-93,0	64,6±12,3	38,0-94,0	67,7±11,8	38,0-94,0
Diğer Sağlık Çalışanları	69,2±12,4	48,0-92,0	73,5±12,1	48,0-97,0	71,3±12,3	48,0-97,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	63,2±12,6	35,0-96,0	64,1±12,3	45,0-100,0	63,4±12,5	35,0-100,0
Toplam	69,5±12,5	35,0-96,0	68,5±13,4	38,0-100,0	69,2±12,8	35,0-100,0

Meslek grupları ve hastaneler arası farklılık olup olmadığına yönelik değerlendirme için yapılan puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 4-18’de verilmiştir. Hastaneler bağlamında karşılaştırıldığında sağlık çalışanlarının ortalama puanları açısından önemli bir farklılık görülmemektedir. Haseki’de ortalama puan 69,0±13,2, Şişli Etfal’de 69,8±12,0, Eskişehir’de 68,5±13,4 ve toplam ortalama puan 69,2±12,8’dir.

Tablo 4-18: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların meslek grupları ve hastaneler temelinde puan dağılımı (n=535)

	Metropol				Uydu Şehir		Toplam	
	Haseki	Min-Mak	Şişli Etfal	Min-Mak	Eskişehir		Ort±Ss	Min-Mak
	Ort±Ss		Ort±Ss		Ort±Ss	Min-Mak		
Doktorlar	75,9±10,9	50,0-96,0	74,6±11,6	42,0-96,0	75,5±13,8	48,0-100,0	75,2±11,9	42,0-100,0
Hemşire ve Ebeler	69,9±13,6	42,0-93,0	69,0±10,1	40,0-89,0	64,6±12,3	38,0-94,0	67,7±11,8	38,0-94,0
Diğer Sağlık Çalışanları	61,9±8,7	48,0-77,0	74,4±12,3	52,0-92,0	73,5±12,1	48,0-97,0	71,3±12,3	48,0-97,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	62,0±12,3	35,0-90,0	64,0±12,9	40,0-96,0	64,1±12,3	45,0-100,0	63,4±12,5	35,0-100,0
Toplam	69,0±13,2	35,0-96,0	69,8±12,0	40,0-96,0	68,5±13,4	38,0-100,0	69,2±12,8	35,0-100,0

Anketin açık uçlu sorusuna 211 sağlık çalışanı cevap vermiştir. Bu cevapların bir kısmı sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri ve bir kısmı da sığınmacılar ile ilgili düşünceleri hakkındadır. Öne çıkan konular şunlardır: En önemli sorunun dil/iletişim sorunu olduğu ve buna çözüm olarak hastanelerde tercümanların olması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarının sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini engellediği ve bu nedenle sağlık çalışanlarının sığınmacılar ve sığınmacıların hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda sığınmacılara özel birinci basamak birimlerin açılması ve orada hastaların takip ve izlemlerinin yapılması gerektiği belirtilmiştir. Sığınmacıların sağlık hakkının vatandaşlardan daha kapsamlı ya da öncelikli olmaması ve çalışan sığınmacıların sağlık giderlerini kendileri ödemeleri gerektiği ifade edilmiştir.

4.2. Niteliksel Araştırma Bulguları

Niteliksel araştırma bulguları hizmet alan sığınmacılar, hizmet alımına psiko-sosyal ve hukuksal açıdan destek olan İKGV çalışanları ve hizmet sunan sağlık çalışanları sıralaması ile sunulmuştur. Bunun nedeni birincisi, hizmet alan ve hizmet alımında destek olanların ve ikincisi hizmet sunanların sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde bakış açılarını değerlendirmektir.

4.2.1. Sığınmacılarla Derinlemesine Görüşmeler

Her iki ilde toplam altmış sığınmacı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Sığınmacıların geldikleri ülkelere göre dağılımı Tablo 4-19'da verilmiştir.

Tablo 4-19: Derinlemesine görüşme yapılan sığınmacıların geldikleri ülkelere göre dağılımı (n=60)

	Metropol		Uydu Şehir		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Irak	14	46,7	12	40	26	43,3
İran	12	40	7	23,3	19	31,7
Somali	1	3,3	-	-	1	1,7
Sudan	1	3,3	-	-	1	1,7
Orta Afrika Cumhuriyeti	1	3,3	-	-	1	1,7
Etiyopya	1	3,3	-	-	1	1,7
Demokratik Kongo Cumhuriyeti	-	-	5	16,7	5	8,3
Afganistan	-	-	4	13,3	4	6,7
Kamerun	-	-	1	3,3	1	1,7
Filistin	-	-	1	3,3	1	1,7
Toplam	30	100	30	100	60	100

Belirtilen yüzdeler sütun yüzdeleridir.

Her iki şehirde de görüşme yapılan sığınmacıların %53,3'ü (n=16) erkek ve %46,7'si (n=14) kadındır. Sığınmacıların ortalama yaşları metropolde $34,9 \pm 8,7$ ve uydu şehirde $35,0 \pm 10,20$, görüşme yapılan sığınmacılar arasında en genci 18 yaşında bir erkek ve en yaşlısı 66 yaşında bir kadındır.

Sığınmacıların eğitim durumu cinsiyet ve görüşme yapılan şehir temelinde ele alınarak Tablo 4-20'de verilmiştir.

Tablo 4-20: Derinlemesine görüşme yapılan sığınmacıların cinsiyet ve eğitim durumlarının metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=60)

	Eğitim Durumu	Metropol		Uydu Şehir		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Kadın	Okuma yazma bilmiyor	0	0,0	3	21,4	3	10,7
	İlk - Ortaokul	2	14,3	4	28,6	6	21,4
	Lise	3	21,4	5	35,7	8	28,6
	Lisans ve Lisansüstü	9	64,3	2	14,3	11	39,3
	Toplam	14	100,0	14	100,0	28	100,0
Erkek	Okuma yazma bilmiyor	1	6,3	0	0,0	1	3,1
	İlk - Ortaokul	4	25,0	5	31,3	9	28,1
	Lise	4	25,0	3	18,8	7	21,9
	Lisans ve Lisansüstü	7	43,8	8	50,0	15	46,9
	Toplam	16	100,0	16	100,0	32	100,0
Toplam	Okuma yazma bilmiyor	1	3,3	3	10,0	4	6,7
	İlk - Ortaokul	6	20,0	9	30,0	15	25,0
	Lise	7	23,3	8	26,7	15	25,0
	Lisans ve Lisansüstü	16	53,3	10	33,3	26	43,3
	Toplam	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Belirtilen yüzdeler sütun yüzdeleridir.

Sığınmacılarla yapılan görüşmeler göz önünde bulundurulduğunda tüm sığınmacıların %43,3'ünün (n=26) lisans ya da lisans üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Sığınmacılar arasında eğitim seviyesinin en yükseği metropolde görüşme yapılan kadın sığınmacılarda (%64,3) görülmektedir. Ayrıca görüşme yapılan sığınmacıların %6,7'si (n=4) okuma yazma bilmediğini belirtmiştir.

Metropolde görüşme yapılan sığınmacıların 11'i, uydu şehirde de 15'i mülteci statüsünü almıştır. Görüşme yapılan sığınmacılardan mülteci statüsünü alanların UNHCR'a ilk

başvurularından sonra mülteci statüsünü aldıklarının bildirilmesine kadar geçen sürenin ortalama $31,7 \pm 17,5$ ay ve bu sürecin en az 1 yıl ve en fazla 7 yıl sürdüğü tespit edilmiştir.

4.2.1.1. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sığınmacılarla İlgili Özellikler

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini belirleyen etmenler; iletişim, sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri konusunda bilgi düzeyleri, hizmetlere erişimde destek mekanizmalarının varlığı, ekonomik durumları, geçmiş deneyimleri ya da başkalarından duydukları deneyimlerdir.

Sığınmacıların Dil/İletişim Sorunları

Sağlık hizmetlerine erişimde dil/iletişim sorunlarının hizmet alma talebinin başında, hizmete erişimde, tanı ve tedavi aşamalarında yaşandığı belirtilmektedir. Sığınmacılar hastane randevu hattının Türkçe olması, sağlık merkezlerinde tercüman olmaması nedeniyle tanı, tedavi ve hastane içinde bilgilendirmeleri anlamakta zorluklar yaşamaktadırlar. Kendileri tercüman bulması durumunda tercüman ücretini ödemede sorun yaşadıklarını, bazı durumlara ise dil bilmemeleri nedeni ile hastanelerden reddedildiklerini belirtmişlerdir. Sığınmacılar, dil sorunu ile baş etmek için aile bireylerinin veya yakınlarının tercümanlığından yararlandıklarını ya da iletişim kurabildikleri sağlık merkezlerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Çok az sayıdaki sığınmacı ise Türkçe ya da farklı dilleri bilmesi sayesinde sağlık çalışanı ile iletişim kurabildiklerini aktarmışlardır.

Sağlık hizmetlerine erişimde ilk aşama telefonla randevu almayı gerektirmekte ve telefon hattının Türkçe olması sığınmacıların taleplerini iletememelerine neden olmaktadır. Bu durumu bir görüşmeci “*Telefonla randevu almakta sorun yaşadık, çünkü o kısım Türkçe.*” (Irak, Kadın, 33 yaşında, İstanbul görüşmesi) şeklinde ifade etmiştir. Hatta sığınmacılar ambulansı aramaları gerektiğinde bazen yakınlarından bazen STK’lardan destek aldıklarını aktarmışlardır. Acil durumlarda dil sorunlarının hizmete erişimi tamamen engellediği ifade edilmiştir. Çocuğunun hastalanması nedeni ile acil hizmetlerine başvuran bir sığınmacı kendi deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

“*Acile gittiğinde bebeği tercüman olmadığı için kabul etmemişler... Hiç Türkçe bilmiyorum onlarda bilmiyor eve döndüm*” İKGV tercümanını aramış ve tercüman hemen gitmiş. “*Beraber gittik hemen muayene oldu.*” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kadın, 24 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Dil sorununu aşmak için Türkçe bilen tanıdıkları ile ya da tercümanla sağlık hizmetlerinden yararlanabilenlerin ifadeleri ise aşağıdaki gibidir:

“Tercüman alıyorum para veriyorum... Yoksa çok zor. Tercümanla gittiğimizde anlaşıyoruz.” (Irak, Erkek, yaşını belirtmedi, Eskişehir görüşmesi)

“İletişim için arkadaşlarım yardım etti” (İran, Erkek, 21 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Çeviri yapacak bir tanıdığı ya da tercüman ücretini karşılayacak geliri olmayan sığınmacılar, sırf bu yüzden sağlık merkezlerinden ihtiyaç duydukları kadar yararlanamadıklarını aktarmışlardır. Eskişehir’de yapılan bir görüşmede, başvuran, kendisini ifade edemediği için her pansumana gittiğinde çok acı çektiğini belirtmiştir. İranlı sığınmacı deneyimini *“En büyük sıkıntı dil sıkıntısı. En son ben pansumana gittiğimde turnağım yok diyemiyorum, bu nedenle pansumanı öyle bir açıyorlar ki, acayip ağrıyor” (İran, Erkek, 21 yaşında, Eskişehir görüşmesi)* şeklinde anlatmıştır. Sığınmacılar, sağlık çalışanlarının bilgilendirme ve yönlendirme yaparken de dil sorunu yaşadıklarını şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Doğumda erkeklerin girmediği yerde çok zorlanmış, söylediklerini anlamamış.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kadın, 24 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Sığınmacı, “erkeklerin girmediği yer” olarak doğumhaneyi belirtmektedir ve yanındaki tercümanın erkek olması nedeni ile doğumhaneye alınmadığını, sonuç olarak sağlık çalışanlarının yönlendirmelerini anlamadığını belirtmiştir. Bu gibi durumlar göz önünde bulundurulduğunda tercümanın cinsiyetinin eşlik ettiği hastaya ya da hastaneye başvurma nedenine göre belirlenmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Dil sorunu, hem sığınmacının kendisini ifade etmesinde hem de sağlık çalışanının gerekli sağlık sorununu anlamasında ve çözüm bulmasında engel oluşturmaktadır. Eskişehir’deki bir sığınmacı *“Dil bilmediğimiz için yardımcı olan olmuyor, ona da hak veriyorum biz kendimizi anlatamayınca o da bir şey yapamıyor bir sürü MR çekildi... Karşılıklı bir şeyler yapmaya çalışıyorduk ama bir sonuca ulaşamıyorduk.” (İran, Kadın, 36 yaşında, Eskişehir görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir. Bazı sığınmacılar ise devlet hastanelerinde yaşadıkları olumsuz deneyimler sonucu özel hastaneleri tercih ettiklerini çünkü bazı özel hastanelerde tercümanların sağlık hizmet sunumunun bir parçası olduğunu belirtmişlerdir. Ancak özel hastanelere sadece maddi birikime ya da gelire sahip sığınmacılar gidebilmektedirler çünkü özel hastanelerde devlet hastanelerine kıyasla aynı hizmet için daha yüksek katılım payı talep edilmektedir.

“Devlet hastanesinde telefonla tercümanı kabul etmedi. Bu nedenle özele gittim. Çünkü özelde tercümanları var.” (Irak, Erkek, 28 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Bu durum daha sık İstanbul'da dile getirilmiştir. Sığınmacılar, sağlık sorunlarını çözmekte zorlandıklarında, özel ve devlet hastaneleri yerine bazen kendilerini daha iyi ifade edebildikleri başka kurumları tercih ettiklerini de eklemişlerdir. Örneğin İranlı bir sığınmacı İstanbul'da İranlı bir eczacıya danışarak sağlık sorunlarını çözmeye çalıştığını paylaşmıştır.

Bazı sığınmacılar, dil sorunun iletişimde yarattığı engellerin yanı sıra dil bilmedikleri ya da tercümanla gitmedikleri için hastaneden geri çevrildiklerini de belirtmişlerdir. Bu gibi deneyimler daha sık İstanbul'daki görüşmelerde paylaşılmıştır. Sığınmacıların bu durumla ilgili kendi anlatımları aşağıdadır:

“Haseki'ye (Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi) başvurduğum. Girişte muayene etmeden kimlik istedi... Türkçe bilmediğimden dolayı beni kabul bile etmedi.” (İran, Kadın, 23 yaşında, İstanbul görüşmesi)

“Bir doktor bana git dedi çünkü Türkçe bilmiyordum.” (Etiyopya, Kadın, 34 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Sığınmacılara sağlık çalışanları ile iletişim sorunları sorulduğunda bir kısmı sığınmacıların Türkçe bilmemesi, bir kısmı sağlık çalışanlarının yabancı dil bilmemesi, diğer bir kısmı ise sağlık merkezlerinde tercüman olmaması üzerinde odaklanmıştır. Sağlık çalışanlarının dil/iletişim durumu ve tercüman konusu ayrı başlıklar altında ele alınacaktır. Sığınmacıların sadece çok az bir kısmı Türkçe ya da farklı diller bildikleri için iletişim kurabildiklerini ifade etmişlerdir. Örnek olarak bazı sığınmacıların anlatıları şu şekildedir:

“Türkçe, Arapça, İngilizce karışık oldu problem olmadı.” (Irak, Kadın, 28 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

“Yok, zaten Türkçem var.” (İran, Kadın, 31 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Sığınmacıların Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri Konusunda Bilgi Durumu

Sığınmacılar sağlık hakkı, sağlık hizmetleri ve sağlık merkezlerinin işleyişi hakkındaki bilgilere Göç İdaresi'nden, polis merkezinden, STK'lardan ya da diğer göçmenlerden ulaştıklarını ancak sığınmacıların çoğu bu konularda bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

İstanbul'daki bir görüşmede kişiye sağlık sigortasına başvurma hakkı ile ilgili bilgisi olup olmadığı sorulduğunda, *“Bilmiyorduk sağlık desteği olduğunu. Kimse bir şey demedi.” (Irak, Kadın, 38 yaşında, İstanbul görüşmesi)* şeklinde cevap vermiştir. Başka bir görüşmede sığınmacı sağlık sigortası hakkında polise sorunca bilgi aldığını ve birçok sığınmacının konu hakkında bilgisi olmadığı için sigorta kapsamında olan hizmetler için ücret ödediğini

belirtmiştir. On altı aydır Türkiye’de bulunan sığınmacı konuyu “*Gelenlerin çoğu nereye gitmeleri gerektiğini bilmiyorlar... Özellikle ilk gelenler, dil yok, bilgi yok, kimlik yok. Sağır, kör ve dilsiz.*” (İran, Kadın, 34 yaşında, Eskişehir görüşmesi) şeklinde ifade etmiştir. Bu anlatı sığınmacıların ilk geldiklerinde haklar ve hizmetlere erişim konusunda nereden bilgi edineceklerini bilmemelerinin verdiği çaresizlik hissini betimlemektedir. Özellikle ücretsiz erişilebilen anne sağlığı, çocuk sağlığı ve koruyucu hizmetler gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine erişebilmek için hakları bilmek önemli bir yere sahiptir. Eskişehir’de ikamet eden bir sığınmacıya eşinin gebelik sürecinde doğum öncesi bakım alıp almadığı sorulduğunda sığınmacı “*Hamilelik sürecinde hiç sağlık ocağına gidilmedi.*” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Erkek, 40 yaşında, Eskişehir görüşmesi) şeklinde belirtmiştir. Bu aktarımdan da anlaşıldığı gibi sığınmacılar aşı, gebelik takibi gibi hizmetlerin ücretsiz olduğunu bilmedikleri için bu hizmetlerden faydalanamamaktadırlar.

Sığınmacıların bir kısmı ise sağlık merkezinin işleyişi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu nedenle bazen sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarını aktarmışlardır.

“*Doktora ulaşmak sorun. Parayı nereye ödeyeceğimizi, nereye gideceğimizi bilmiyoruz.*” (İran, Kadın, 34 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Bazı sığınmacılar ise SGK ve sağlık sisteminin işleyişi konusunda bilgileri Göç İdaresi’nden ve diğer göçmenlerden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Konu hakkında sorun yaşamadığını belirten sığınmacı durumu “*Genelde yabancı şubeden... kimlik olduğu sürece SGK var dediler... Tanıdıklarına sordum sistem nasıl işliyor diye... Kendim için devlet hastanesine gittiğimde işlemler oldu.*” (İran, Erkek, 21 yaşında, Eskişehir Görüşmesi) şeklinde ifade etmiştir.

Yapılan görüşmeler sonucu sığınmacıların sağlık hakkı, hizmetlere erişim ile ilgili bilgilerinin çok kısıtlı olduğu ve birçok kez nereden bilgi alacaklarını bilmedikleri anlaşılmaktadır. Sığınmacıların sağlık hakkı ve sağlık sigortası konusunda bilgiye sahip olmaları sağlık hizmetlerine erişimde temel bir yol göstericidir ancak hizmetlerden yararlanabilmek için sağlık merkezlerinin işleyişi hakkında yönlendirmeye de gereksinimleri vardır.

Sığınmacıların Destek Mekanizmaları

Aile ve Sosyal Ağlar

Sığınmacılar sağlık hizmetlerine erişimde ailelerinden, akrabalarından, komşularından ya da gönüllü kişilerden öncelikle dil/iletişim ve sağlık giderlerinin karşılanması gibi konularda destek aldıklarını belirtmişlerdir.

İletişim konusunda destek, acil durumda ambulansı aramak, hastane başvurularında kişiye eşlik etmek veya telefonda tercümanlık yapmak gibi farklı durumlarda gerçekleşmektedir. İstanbul'daki bir sığınmacı komşularının yardımını şu şekilde aktarmıştır:

“Eşi geleli 1,5 ay oldu. Daha bilmiyorduk hamile olduğunu... Buraya geldikten üç gün sonra sıkıntılar başladı... Ambulansı komşu çağırmış.” (Irak, Erkek, 24 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Birçok sığınmacı Türkçe öğrenen aile bireylerinden özellikle çocuklardan tercümanlık konusunda destek aldıklarını aktarmışlardır. Eskişehir'de bir sığınmacı *“Küçük oğlum Türkçe biliyor tercüman olarak onu götürüyorum.” (Irak, Erkek, 45 yaşında, Eskişehir görüşmesi)* şeklinde durumu anlatmış ve benzer anlatılarla hem metropolde hem de uydu şehirdeki görüşmelerde karşılaşmıştır.

Tercümenin yanı sıra sağlık giderlerinin karşılanmasında komşularının desteğini bir sığınmacı şöyle ifade etmiştir:

“(Eşi) Kadın, oğlu için gitmiş hastaneye... ikamet veya kimlik istemişler. 40 derece ateşle almadılar... Hemen özel hastaneye gitmiş. Komşular yardım etti.” (Irak, Erkek, 45 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Görüştiğimiz sığınmacılar Türkiye'deki aile yakınları, akrabaları, arkadaşları veya komşuları ile farklı şekillerde dayanıştıklarını belirtmişlerdir. Bazı sığınmacılar ise Türkiye'deki ilişkilerinin yanı sıra kendi ülkelerindeki yakınları ile temaslarının devam ettiğini ve onlardan da destek aldıklarını aktarmışlardır. Sığınmacılar kendi ülkelerindeki yakınlarına sağlık sorunları ya da ilaç temini konusunda danıştıklarını ve bazen sağlık sorunlarını bu şekilde çözdüklerini ifade etmişlerdir.

“Babam eczacı, İran'ı aradım sorunları anlattım. O şekilde söyleneni aldım.” (İran, Kadın, 23 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Yapılan görüşmelerde sosyal ağlar ve aile desteğinde dil/iletişimin öncelikli olduğu hem İstanbul'da hem Eskişehir'de sığınmacıların çoğu tarafından vurgulanmıştır. Ancak maddi

destek ihtiyacı nedeni ile bu ağlardan yararlanılması durumu İstanbul'da daha fazla dile getirilmiştir.

Sivil Toplum Kuruluşları ve Kamu Kurumları

Sığınmacılar, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, dini kurumlar, Kaymakamlık ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı'ndan dil/iletişim ve maddi sorunlarda destek aldıklarını aktarmışlardır. Görüşmelerin İKGV'de yapılmış olması görüşme yapılan sığınmacıların halihazırda bir STK'dan destek aldığını göstermektedir. İKGV'nin yanı sıra sığınmacılar Eskişehir'de daha sık Kaymakamlık ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı'ndan İstanbul'da ise UNHCR ve beraber çalıştığı kurumlardan destek aldıklarını belirtmişlerdir.

İstanbul'da STK'lar sığınmacılara tercümanlık, sağlık hizmetlerine erişimde eşlik ve sağlık giderlerinin karşılanması gibi konularda destek olmaktadır. Tercümanlık konusunda İKGV'nin desteğini anlatan bir görüşmeci, deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

“Bazen... (İKGV tercümanı) yardımcı oluyor... (O) gelmezse hemen bakıyor reçete yazıp yolluyor.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Erkek, 50 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Sığınmacı, tercüman olmaması durumunda iletişim kuramadığını ve doktorun da sağlık sorunu konusunda açıklama yapmadığını paylaşmıştır. Benzer ifadeler görüşmeler sırasında birçok sığınmacı tarafından dillendirilmiştir.

Sağlık sigortasından yararlanabilen sığınmacıların sağlık hizmet giderleri hastanede aldıkları hizmetler karşılığında ödedikleri katılım payı ve ilaç masraflarından oluşmaktadır. Bazı sığınmacılar bu giderleri karşılamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Sağlık giderlerini nasıl karşıladığı sorulduğunda sığınmacı *“Devlette kızım için bantlarını değiştiriyoruz.... SGK ile birlikte 100 TL tuttu ve Caritas'tan ücret desteği aldım.” (Irak, Erkek, 28 yaşında, İstanbul görüşmesi)* şeklinde STK'dan aldığı maddi desteği aktarmıştır. Verilen maddi destek bazen kişi başına belirli bir miktar para olarak belirlenmektedir ve kişinin ihtiyaç duyduğu tedaviye, hizmete ulaşmasını sağlamamaktadır.

“Tekerlekli sandalye ihtiyacı var... Kaymakamlık 500 TL para verdi ama sandalye 1500 lira.” (Irak, Erkek, 41 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Her iki şehirde de farklı destek mekanizmaları bulunmaktadır ve tercüman desteğinin sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşamsal bir yeri olduğu görülmüştür. Maddi

sorunlar ve bu konuda destek almak sığınmacıların İstanbul’da daha sık aktardıkları bir konu olmakla birlikte genel olarak iki şehirde de ihtiyaç duydukları temel alanlardan biridir.

Sığınmacıların Ekonomik Koşulları

Sağlık hizmetlerine erişim farklı evrelerden oluşmaktadır ve başvuranın ekonomik durumu bazı evrelerde hizmete erişim için belirleyici role sahiptir. Sığınmacılar sağlık giderlerini Türkiye’ye getirdikleri maddi birikimleri, Türkiye’deki gelirleri veya diğer kurum ve kişilerin destekleri ile karşılamaktadırlar. Sığınmacının sağlık sigortasına sahip olması ise sağlık giderlerinin daha kolay karşılanabilir olmasını sağlamaktadır. Bir sığınmacı İstanbul’da SGK’sız sağlık merkezine başvurduğunda yaşadığı deneyimi şu şekilde ifade etmiştir:

“Para istediler ve sigortalı olarak kabul etmiyorlar... Hekime bile ulaşamadım.” (İran, Kadın, 47 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Sığınmacılarla yapılan görüşmelerin tümü dikkate alındığında sağlık sigortasına sahip olmama durumunun İstanbul’da daha sık yaşandığı görülmüştür.

Sığınmacılar Türkiye’de farklı işlerde çalışabilmekte ancak iş koşulları bazen yakınlarının sağlık bakımını takip etmelerine engel olabilmektedir. Bir sığınmacı tedavi gören çocuğunun bakımını üstlenmekte yaşadığı sorunu şu şekilde aktarmıştır:

“Psikolojik sıkıntılar var çocuğun. Çocuğum aslında iyiydi, okula giderdi. Buraya geldikten birkaç ay sonra sıkıntılar başladı. Ya para kazanacağım, ama çocuğun yanında olamayacağım ya da köprü altında yaşayacağız ve paramız olmayacak.” (İran, Erkek, 42 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Sığınmacıların sağlık giderlerini ödeyememeleri bazen tedaviye erişimlerinin gecikmesine bazen ise erişimin tamamen engellenmesine neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuğunun ilaçlarını karşılamakta zorlanan sığınmacı ebeveyn *“Ben hep geç kalıyorum. Bu ilacı veriyor 3 gün sonra alıyorum yani para yok anlıyor musun.” (Afganistan, Erkek, 38 yaşında, Eskişehir görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir. Zamanında gerekli tedaviye erişememenin sağlık sorunlarının ilerlemesine ya da kronik hastalıklarda akut sorunlara neden olduğu aktarılmıştır.

Maddi sorunlar İstanbul’da daha sık dile getirilmekte ve önemli nedenlerinden bir tanesinin metropolde kayıt yapılmamasına bağlı olarak sağlık güvencesinden yararlanılamaması olduğu ifade edilmektedir.

Sığınmacıların Sağlık Kurumları ile İlgili Görüşleri

Deneyimle Şekillenen Görüşler

Sığınmacılar sağlık çalışanlarının olumlu tutumu ile karşılaştıklarında sağlık hizmetlerine erişimlerini genellikle iyi bir deneyim olarak değerlendirmektedirler.

“Biz çok iyi gördük. Hem özel (Pendik Remedy Hastanesi) hem devlet (Kartal Devlet Hastanesi). İkisi de insanlık açısından kendi ülkemizde bile böyle görmemiştik.” (Irak, Kadın 46 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Olumlu aktarımların yanı sıra başvuruların olumsuz deneyimleri de bulunmaktadır. Sığınmacının deneyimini olumsuz değerlendirmesinde yine sağlık çalışanlarının tutumu önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı sığınmacılar özellikle idari görevlerdeki sağlık çalışanlarının tutumunun diğer sağlık çalışanlarından farklı olduğunu ifade etmişlerdir. Eskişehir’de İranlı bir sığınmacı *“Doktorlar dışındaki ekipler sekreterler çok kötüydü. Biz hastanede arkadaşımınla Farsça konuşurken oradaki kadın (sekreter) gelip yanımıza bize bağırды Türkçe konuşun diye. O yüzden hastaneye gitmeye çekiniyoruz artık.” (İran, Erkek, 25 yaşında, Eskişehir görüşmesi)* şeklinde aktarmıştır. İstanbul’da başka bir sığınmacı ise sağlık çalışanları ile ilgili görüşlerini şu şekilde özetlemiştir:

“Sistemin kendisi hasta olduğu için düzelmesi zaman alır... Çünkü kafalarında bazı düşünceler var. Hastaneye gittiğimde bir yabancı nasıl sigortalı olabilir? Bunu kıskanabilir, bu düşünce hastalığı... Yıllardır biri benim hakkımı yiyor diye düşünebilirler, bunları tedavi etmek biraz zaman alır... Davranışlarından belli, bir kişiye buyurun diyor... bana otur diyor.” (İran, Erkek, 53 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Sığınmacıların aktarımlarından sağlık çalışanlarının tutumlarının sağlık hizmetlerine erişimi çoğu zaman olumsuz yönde etkilediği anlaşılmaktadır.

Duygu/Önyargı ile Şekillenen Görüşler

Sığınmacıların bir kısmının sağlık hizmetleri hakkındaki görüşlerinin başka kişilerin aktarımları ile oluştuğu anlaşılmaktadır. Duydukları olumsuz duyular onları belirli kurumlara başvurmaktan alıkoymaktadır. Iraklı bir sığınmacı devlet hastanesine gitmek istememe nedenini *“Devlet hastanesine gidenlerden duyuyoruz, çevirmen yok.” (Irak, Kadın, 33 Yaşında, İstanbul Görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir.

4.2.1.2. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sistemsel/Organizasyonel Özellikler

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen sistemsel/organizasyonel faktörler mevzuat, mevzuatın uygulanması ve sağlık merkezinin işleyişi şeklinde gruplanmıştır. Bu başlıklar altında kimlik ve kimlik sahibi olma süreci, sağlık güvencesi ve sağlık güvencesinden yararlanma şartları, hastanelerde mevzuatın uygulanma biçimleri ile birlikte sağlık merkezlerinde randevu sistemi, bekleme, danışma, tercüman ve ücretlendirme konuları ele alınmıştır.

Mevzuat ve Mevzuatın Uygulanması

Sığınmacılar, Türkiye'ye geldikten sonra, sığınmacı başvurusu yapana kadar ya da kimlikleri çıkana kadar herhangi bir sağlık güvencesinden yararlanamamaktadırlar. Ayrıca her yıl kimlik yenilerken yeni kimliği bekleme sürecinde ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından belirtilen illerde ikamet etmemeleri durumunda sağlık sigortalarının geçerli olmadığını ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerine erişmekte sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan görüşmelerde sığınmacıların bir kısmı barınma, iş ya da sosyal ağlar nedeni ile kayıtlı oldukları şehirlerde değil, İstanbul'da yaşamayı tercih ettiklerini ancak bunun sağlık hizmetlerine erişimde engel oluşturduğunu paylaşmışlardır. Bir uydu şehre kayıtlı iken İstanbul'da bulunduğu dönemde çocuğunu hastaneye götüren sığınmacı deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

“Çocuğun hastalığını Şişli Etfal’de öğrendiler... epilepsi var dediler... Kafada kan kalmış dediler... 4000 lira para.... Doktorlar diyor ki sizin bir şehir var... orada hematoloji var oraya gidebilirsiniz dediler.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Erkek, 50 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Bu görüşmedeki sığınmacı sağlık sigortasına sahip olmasına rağmen İstanbul'da sigortasız bir kişi gibi ücretlendirme yapıldığı için tedaviye erişememiştir. Sağlık hizmetleri üzerinden kısıtlanan hareketliliğin yarattığı hissi bir sığınmacı *“Buraya rahatlamak için geçiyoruz ama burada da kimlik sıkıntısı oluyor. Bir şey olursa Kastamonu’da tedavi olmam gerekiyor. Zaten sen mülteci alıyorsun, hapiste gibiyim ülkemde, burada daha büyük hapiste gibiyim.” (Sudan, Erkek, 34 yaşında, İstanbul Görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık güvencesinden yararlanabilmek için sığınmacıların sağlık merkezlerine kimlikleri ile başvurmaları gerekmektedir. Eskişehir’de yaşayan bir sığınmacı kayıt başvurusu

sonrası kimliği çıkana kadar geçen sürede sağlık sorunu yaşadığını ancak kimliği olmadığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını “*Biz Eskişehir’e geldiğimizde... kimliğimizin 5-6 ayda çıkacağını söylediler... Bir iki kere hastane ihtiyacımız vardı gittik ama kimliğiniz yoksa yardımcı olamayız dediler.*” (Afganistan, Kadın ,24 yaşında, Eskişehir Görüşmesi) şeklinde aktarmıştır.

Sığınmacılarla yapılan görüşmelerde bazı hastanelerde mevzuatın farklı şekilde uygulandığı ve bu durumun Eskişehir’de daha sık yaşandığı anlaşılmaktadır. Iraklı bir sığınmacı çocuklarından ikisinde doğumdan sonra genetik bir hastalığın ortaya çıktığını ve fizik tedavi için farklı merkezlere başvurdıklarını belirtmiştir. Yaşadığı deneyimi şu şekilde aktarmıştır:

“Özel bir hastaneye gitmiş çocuklar için... Fizik tedavi hastanesi (Fora Hastanesi)... kimliğe bakınca doktor kabul etmemiş burası sadece Türk hastalar içinmiş” (Irak, Erkek, 41 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Sığınmacının belirttiği hastane özel bir merkezdir ve SGK’lı başvuranları kabul etmektedir. Bu koşullarda SGK’sı olan bir sığınmacının kabul edilmemesini açıklayabilecek bir mevzuat bulunmamaktadır. Başka bir sığınmacı ise gittiği hastanede tedavi sürecinde uygulamada değişiklik olduğunu ve sığınmacılardan ücret talep edilmeye başlandığını belirtmiştir:

“3-4 gün önce hastanede... kimlik verdiğimiz an 35 TL istediler. Biz hep geliyoruz buraya 3 aydır, neden şimdi para istiyorlar diye sorduğumuzda bu yeni karar dediler.” (Irak, Kadın, 29 yaşında, İstanbul Görüşmesi)

Bu gibi paylaşımların yanı sıra Eskişehir’de Osmangazi Üniversite Hastanesi’nde gerçekleştirilen bir uygulama paylaşılmıştır. Osmangazi Üniversite Hastanesi 20.02.2015 tarihli ve 29273 sayılı Resmi Gazete yayımlanan 2015/7274 Bakanlar Kurulu Kararı’nı temel alarak sığınmacı ve mülteci hastalara ücret uygulamaya ve Iraklı başvuranları ise kabul etmemeye başlamıştır. Bu durum halihazırda tedavisi başlamış ve devam eden kişilere de uygulanmıştır. Çocuğunun tedavisi için gittiği Osmangazi Üniversite Hastanesi’ndeki değişikliği bir sığınmacı “*Bazen ayda 2 kere kan veriyor... Önceleri ücretsizdi şimdi ücretli 2-3 güne 60 lira veriyoruz para yoksa ne yapacağız çok zor.*” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Erkek, 50 yaşında, Eskişehir Görüşmesi) şeklinde aktarmıştır. Yayımlanan mevzuata göre ücrete tabi tutulması öngörülen kişiler “insani yardım” için başvuru yapanlardır ve mevzuatta bu başvuruyu daha sık Irak’tan gelen kişilerin yaptığı belirtilmiştir. Bu mevzuat sığınmacı ve

mülteciler için geçerli değildir. Ancak Osmangazi Üniversite Hastanesi terminolojiye ve mevzuata hakim olmaması nedeni ile mevzuatı diğer hastanelerden farklı bir şekilde uygulamaya koymuş ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini engellemiştir.

Bu gibi paylaşımların yanı sıra kayıt olduğu şehirde oturan ve kimliği ile sağlık merkezlerine başvuran sığınmacılar ise sağlık güvencesinden yararlanabildiklerini aktarmışlardır.

“Kimliğin süresi bitmediği sürece... hiçbir sıkıntı yaşamadım.” (İran, Kadın, 50 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Her iki şehirde de mevzuatın farklı uygulamaları olduğu tespit edilmiş ancak bu durumun Eskişehir’de saha sık yaşandığı ve bunun sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini engellediği görülmüştür.

Sağlık Merkezlerinin İşleyişi

Sığınmacıların hastanelerde muayene olabilmesi için telefonla ya da internetten randevu almaları gerekmektedir. Randevu almak için telefonla aradıklarında bir kısmı sorun olmadan randevu aldığını bir kısmı ise randevu hattının Türkçe olması nedeni ile randevu alamadıklarını belirtmişlerdir. Sığınmacılar randevu alamamaları durumunda direkt hastaneye başvurduklarında randevulu hastalardan sonra muayeneyi beklemek zorunda kaldıklarını ve bazen muayene olamadan eve döndüklerini aktarmışlardır. Bir sığınmacı deneyimini şu şekilde ifade etmiştir:

“Ben o gün erken gittim hastaneye, sekreterler diyor sen otur bekle. Türkler gelmiş onları alıyorlar sürekli, beni hiç almadılar. Ondan sonra diyorlar ki doktorların başka işi çıktı ben de eve döndüm.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kadın, 31 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Sığınmacılar hastanede sağlık sisteminin işleyişi ve yönlendirme konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılmadığını ve hastanenin işleyişini anlamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir.

“Doktora ulaşmak sorun. Parayı nereye ödeyeceğimizi, nereye gideceğimizi bilmiyoruz... Bilgilendirmede sorun.” (İran, Kadın, 34 yaşında, İstanbul Görüşmesi)

Hastane işleyişini anlamakta ortaya çıkan diğer bir sorun ise daha önce iletişim bölümünde de ele alınan sağlık merkezlerinde tercüman olmamasıdır. Sığınmacılar tercümanlar konusunda farklı deneyimlerini paylaşmışlardır ve İstanbul’da yapılan bir görüşmede Iraklı bir

sığınmacı eşinin ayağına platin takılması için hastaneye yatırıldığı süreçte temizlik görevlisinin ücret karşılığı tercümanlık yaptığını şu şekilde aktarmıştır:

“Eşimle 7 gün hastanede kaldık... Temizlik görevlisi, Arapça tercüme yapınca para alıyor. Doktor odasında 30 TL alıyor, hasta odasına gelince daha fazla alıyor.” (Irak, Kadın, 29 yaşında, İstanbul Görüşmesi)

Tercümanların profesyonel olmaması ya da tıbbi konularda herhangi bir eğitim almamış olmasının iletişim kalitesini ve doktor-hasta ilişkisini etkilediğini bir sığınmacı *“Tercümanlar anlamıyorlar onlar da sıkıntı yaşıyorlar... Tercüman sorunundan dolayı tam bir bağlantı kuramıyorum.” (Irak, Erkek, 38 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde anlatmaktadır.

Sığınmacıların sağlık güvencesine sahip olmasına rağmen hastanelerde farklı uygulamalarla karşılaşmaları sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına engel oluşturmaktadır.

Hastanenin acil hizmetlerinde kişinin sigortalı olup olmamasına bakılmadan önce müdahale edilmesi ve sonra eğer kişinin sağlık sigortası yoksa ücret talep edilmesi gerekmektedir⁴⁷. Ancak bazı sığınmacılar acile başvurdıklarında muayene öncesi ücret talep edildiğini ve bu nedenle bazen hizmetlerden yararlanamadıklarını belirtmişlerdir.

“Düştüm... Çapa’ya gittim... Ama acile gittiğimde para vermeden olmaz dediler.” (Iran, Kadın, 32 yaşında, İstanbul Görüşmesi)

Hastanelerde işleyiş farklılıkları kişilerin sağlık sigortasına sahip olmasına rağmen farklı ücretlendirmelere tabi tutulmalarına ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinden yararlanırken zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. İstanbul’da bir sığınmacı deneyimini *“Hastanede bazı durumlarda kayıttan para alınıyor. Her hastane aynı değil.” (Orta Afrika Cumhuriyeti, Erkek, 35 yaşında, İstanbul görüşmesi)* şeklinde paylaşmıştır. Buna örnek olarak Eskişehir görüşmelerinde sık paylaşılan durum ise Osmangazi Üniversite Hastanesi’nde 2016 Haziran itibari ile sığınmacı hasta kabulünde ve ücretlendirmede yapılan değişikliklerdir. Hastanede talep edilen ücretlerin artması nedeni ile birçok sığınmacı sağlık giderlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Iraklı bir sığınmacı *“Devlet hastanesi... Tıp Fakültesi’ne (Osmangazi Tıp Fakültesi) gidin demiş... 3 ay oldu paralı olduğu için gidemiyorum. Profesörün yanına gidiyorum 170 TL para istiyorlar.” (Irak, Kadın, 29 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde anlatmaktadır.

⁴⁷ Bu konuda mevzuat Türkiye’de Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetleri bölümünde detaylandırılmıştır.

Bazı sığınmacılar ise sağlık güvencesinden yararlanabildiklerini ve herhangi bir ücret ödmeden hizmete erişebildiklerini belirtmişlerdir. Türkiye'ye geldikten sonra çalıştığı iş yerinde bayılan sığınmacı deneyimini aşağıdaki şekilde aktarmıştır:

“Lokantada... çalışıyorum, orada düştüm bayıldım.... Benim beyin tomografisi çekilmiş. Hiçbir şey ödemedim, kimliğim vardı.” (Irak, Kadın, 28 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Yapılan görüşmelerde ücretler konusunda hastane masrafları en çok paylaşılan konu olmaktadır ancak ilaç masrafları da bazen tedaviye erişimi engelleyebilmektedir. Engelli çocuğu olan bir sığınmacı ilaç ücretlerini ödemekte yaşadığı sıkıntıyı *“Doktorun verdiği ilaçların bir tanesini aldım diğerini alamadım bir tanesi 150 TL.” (Irak, Erkek, 41 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir.

Sığınmacılarla görüşmelerde her iki şehirde randevu, bekleme ve tercüman sorunlarının yaşandığı ancak danışma/yönlendirme ve ücretlendirme sorununun İstanbul'da daha sık dile getirildiği görülmüştür. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde “yönlendirme personeli” olarak çalışan kişilerin dil bariyeri olmasına rağmen kısmen sığınmacılara yardımcı olabildikleri, ücretlendirme konusunda ise metropol ve uydu şehir arasındaki farklılığın metropolde sağlık sigortasından yararlanamama durumundan kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

4.2.1.3. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

Sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminde sağlık çalışanlarının dil/iletişim durumu, bilgilendirme, sığınmacılara karşı tutumu ve sağlık hizmeti sunum şekli paylaşılan konular arasındadırlar.

Dil/İletişim

Sığınmacıların bir kısmı sağlık çalışanlarının İngilizce bilmemelerinin iletişimde bir engel oluşturduğunu ve ayrıca tıbbi terminolojinin kullanılmasının tanı ve tedavilerin anlaşılmasını zorlaştırdığını belirtmiştir.

“İletişim konusunda biraz sorun yaşadım. Ben İngilizce biliyorum doktorların bazıları İngilizce bilmediğinde anlaşılamadık.” (Irak, Erkek, 41 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Bazı sığınmacılar ise iletişim kurabilmelerine rağmen sağlık çalışanlarının iletişimde kullandığı tıbbi terminolojiyi anlamakta zorluk yaşadıklarını şu şekilde anlatmışlardır:

“İletişimim iyi olmasına rağmen anlaşılmıyor. Tıp olarak konuşuyorsun anlamıyorum epilepsi nedir bilmiyorum.” (Afganistan, Erkek, 38 yaşında, Eskişehir görüşmesi)

Sığınmacı oğluna epilepsi tanısı konulduğu zaman kendisine bir bilgilendirme yapılmadığını ve konu hakkında bilgiye kendi olanakları ile ulaştığını aktarmıştır.

Bazı sığınmacılar ise dil sorunu nedeni ile hastane yerine iletişim kurabildikleri sağlık çalışanlarına başvurmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. İstanbul’da yapılan bir görüşmede sığınmacı Türkiye’ye geldikten sonra 11 yaşındaki kızının astım olduğunu ve tanı ve tedavi için hastane yerine iletişim kurabildiği aile hekimine gitmeyi tercih ettiğini paylaşmıştır. Kendi ifadesi şu şekildedir:

“Çok ağır rahatsız olduğu zaman sağlık ocağındaki doktor çok iyi (Çınarcık’ta)... Devlet hastanelerinde tercüman yok... Bu sağlık ocağındaki doktor Arapça biliyor.” (Irak, Kadın, 29 yaşında, İstanbul Görüşmesi)

Sığınmacıların bir kısmı ise sağlık çalışanlarının iletişim şekillerinin sağaltımda önemini vurgulamışlardır. Iraklı bir sığınmacı konu hakkında deneyim ve görüşünü *“Ben devlet hastanesine gittim kolumu gösterdim film çektiler... Doktorlar... hemen kısa kesiyor gönderiyor. İlacın, tedavisinin yarısı konuşarak oluyor. Ben hastalığımı anlatsam dinlese belki daha iyi olurum ilaçtan.” (Irak, Erkek, 25 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde ifade etmiştir. İletişimin doktor-hasta ilişkisindeki önemi ve sağaltıma etkisi sığınmacılarca farklı şekillerde dile getirilmektedir.

Bilgilendirme

Sağlık çalışanlarının sağlık sorunu ya da tedavi konusunda başvuruları bilgilendirmesinde sorunlar yaşandığı sığınmacılar tarafından sıklıkla anlatılmaktadır. Bir sığınmacı, oğlunun sağlık sorunu hakkında bilgilendirme yapılmadığını *“Küçük oğlunun kansızlığı var her ay kan vermesi gerekiyor... Bir şeylerin sonuçları çıkıyor soruyoruz... ne oldu diye. Reçeteyi yazıp veriyor. Bize kızıyor bir de.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Erkek, 50 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde ifade etmektedir.

Sığınmacı bu durumun oğlunun sağlık sorunu konusunda kaygılanmasına ve çaresiz hissetmesine neden olduğunu da eklemiştir. Kişilerin tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması tedavinin yanlış uygulanmasına ya da tedaviye uyumda sorunlara neden olabilmektedir. Kemoterapi uygulanan bir sığınmacı tedavi süreci ve konudaki hislerini şu şekilde aktarmıştır:

“Benimle aynı durumlarda olanlar da var Türk vatandaşı... Bana hızlıca anlatıp gidiyorlar onlara uzun uzun anlattılar... Su iç demediler bana, böbreklerim çok ağrıyor şimdi... Bu ilacı ben lazım ki bir saat önce kullanıyorum ama kemoterapiden yarım saat sonra kullanıyorum, ben yanlış kullandım. Ne zaman ki ben eve geldim çok kötüyüm ölümü gördüm.” (İran, Kadın, 26 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

Kişinin anlatımından sağlık çalışanları ile gerekli iletişimi kuramamasının verdiği çaresizlik anlaşılmaktadır. Bazı sığınmacılar ise verilen tedavi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeni ile tedaviyi uygulamamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

“İlaç verdiler ama nasıl kullanacağımızı anlatmadılar. Ben ilaca baktım, uyuşturan... ilaç. Niye vereyim çocuğuma, vermem.” (İran, Erkek, 42 yaşında, İstanbul görüşmesi)

Bu anlatılar doktor-hasta ilişkisinde kısıtlı iletişimin ve eksik bilgilendirmenin, kişilerin tedaviye uyumunu ve erişimini olumsuz etkilediğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacılara Karşı Tutumu

Sığınmacılar, sağlık çalışanlarının farklı tutumları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. İstanbul’da yapılan bir görüşmede eşinin kalp sağlık sorunları nedeni ile sık sık hastaneye başvurduklarını belirten bir sığınmacı, sağlık çalışanlarının davranışlarını *“Bana çıkanların hepsi iyi.”* (Irak, Erkek, 25 yaşında, İstanbul Görüşmesi) şeklinde aktarmıştır. Bir diğer sığınmacı ise doktorun ameliyat sonrası tutum ve bilgilendirmesinin ne kadar olumlu bir etki yarattığını *“Anjiyo yapmış kendisi... SSK⁴⁸’ya yönlendirdiler, Beni direkt ameliyata aldılar... Bana ameliyat yapan doktor çok anlayışlıydı, her şeyi anlatıyordu. Anlamayınca yine anlatıyordu. Ben... hiçbir sıkıntı yaşamadım”* (Irak, Erkek, 35 yaşında, Eskişehir görüşmesi) şeklinde ifade etmiştir.

Bu gibi olumlu deneyimlerin yanı sıra özellikle iletişim sorunu nedeni ile olumsuz deneyimlerle karşılaşıldığı da aktarılmıştır. Eskişehir Devlet Hastanesi’nde tedavi gören bir sığınmacı randevularına gittiğinde sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının davranışlarını şu şekilde anlatmıştır:

⁴⁸ Eski ismi Yunus Emre SSK hastanesi yeni ismi Yunus Emre Devlet Hastanesi kastedilmektedir.

“Bazen tercüman müsait değilse ben yalnız gidiyorum... sorun çıkıyor... Doktor yardımcıları... yabancıları sevmiyor, bana kızıyorlar, bağılıyorlar anlamıyorum neden böyle yapıyorlar.” (Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Kadın, 31 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

“Doktor yardımcıları” olarak belirtilen kişiler muayene odasının önündeki tıbbi sekreterlerdir. Yine Eskişehir’de İranlı bir sığınmacı *“Gider gitmez kapıda bayanlar var, yabancı olduğumuzu gördükleri an makara yapmaya çalışıyorlar. İçeri girmeden yerin dibine girdik, içeri girdiğimizde utancımızdan anlatmadık derdimizi... Yani doktorlar diğer çalışanlara nazaran iyiler.” (İran, Erkek, 25 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde karşılaştığı durumu paylaşmaktadır. Bu ifadelerden kişilerin sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının tutumlarından rahatsız oldukları anlaşılmaktadır. Sığınmacıların bazı anlatıları ise yabancılar karşı bir damgalama ve önyargının olduğunu vurgulamaktadır. Kamerunlu bir sığınmacı hastanede ten rengi nedeni ile farklı davranıldığını *“Bir kez Eskişehir Devlet Hastanesi’nde hemşire geldi benim zenci olmamı yadırgadı, bu kanımca onun cahilliğinden geliyor.” (Kamerun, Erkek, 44 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)* şeklinde anlatmaktadır. Sığınmacıların anlatımlarından ayrımcı veya önyargılı tutumların daha sık uydu şehirde ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile yaşandığı anlaşılmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmeti Sunum Şekli

Hastanelerde tanı ve tedavi sürecinde, sağlık hizmeti sunum şekline göre farklı sorunlarla karşılaşılmaktadır. Tedavi sürecinde hekim değişikliği, tanı ya da tedavi sürecinin gecikmesine neden olmakta ve sağaltımı etkilemektedir.

“Doktor gel dediğinde gittim izine gitmiş... 3 gün ilaç veremedim o zaman ataklar geçirdi. Ondan sonra çişini altına yapıyor, yaptığına farkına varmıyor, eskiden bildiği kelimeleri unutuyor.” (Afganistan, Erkek, 38 yaşında, Eskişehir görüşmesi) şeklinde anlatan sığınmacı ilaçları temin edememesi nedeni ile çocuğunun epileptik atak geçirdiğini ve sağlık durumunda belirgin gerileme gösterdiğini, ayrıca bu durumun kendisini çaresiz hissettirdiğini ifade etmiştir.

Bazı sığınmacılar ise başvurdukları hastanelerdeki sağlık hizmet sunum şeklinin tanı ve tedavi sürecini geciktirdiğini, engellediğini aktarmışlardır. Kızının tedavi sürecini anlatan bir sığınmacı durumu *“Kızım... evimizde bir patlama sonucu göremiyor. Vücudunda yaralar oluştu... Tedavi için Çapa’ya başvurduk. Hep ertelediler bizi. 1-2 ay dediler. Sonra 6 ay dediler. Sonra red geldi. Estetik demişler ameliyat için. Neden ilk seferde söylemediniz dedim.” (Irak, Erkek, 28 yaşında, İstanbul Görüşmesi)* şeklinde açıklamaktadır.

Sağlık hizmeti sunum şeklinin bazen tedaviye erişimi geciktirdiği ya da engellediği bunun da sığınmacıların sağlık durumunu kötüleştirdiği görülmektedir.

4.2.1.4. Çözüm Önerileri

Dil/iletişim en sık dile getirilen sorun olmuştur ve görüşme yapılan sığınmacıların tamamı hastanelerde tercüman bulundurulması gerektiğini vurgulamışlardır.

Sığınmacılar hastanede gidecekleri yeri bulmakta ve yapılacak işlemleri anlamakta sorunlar yaşadıkları için dil bilen bir yönlendirmenin/tercümanın bulunmasının yararlı olacağını özellikle belirtmektedirler. Iraklı bir sığınmacı daha önceki deneyiminden yola çıkarak önerisini *“Hindistan’a gittim her şey için tercüman var. Her yere yönlendiriyor, her şeyi sana anlatıyorlar. Burada da olsa çok güzel olur.”* (Irak, Erkek, 38 yaşında, Eskişehir Görüşmesi) şeklinde ifade etmiştir.

Sığınmacılar, sağlık çalışanlarının kendilerini yeterince bilgilendirmemelerine ve muayene ya da sağlık hizmeti sunumunda iletişimin önemine vurgu yapmaktadırlar. Bu konuda bir görüşmeci gözlem ve düşüncesini *“Muayene, tedaviden sonra bilgilendirme yapılmalı. Süreci takip etmiyorlar. Hastalığın nasıl devam ettiği ve hastanın nasıl olduğuna dair takip yok.”* (Kamerun, Erkek, 44 yaşında, Eskişehir Görüşmesi) şeklinde özetlemektedir. Ayrıca sığınmacılar, sağlık çalışanlarının tutumlarının iyileşmesi için sığınmacı ve mülteciler konusunda bilgilendirme yapılmasının yararlı olacağını belirtmişlerdir.

“Çok fazla mülteci var. Hastanedeki doktor bu durumdan sıkılmış olabilir ama önemli olan yabancıya bakış açısı... insan olduğunu... haklarını bilmek gerekiyor. Gelen insanlar nasıl geldi neden geldi bilmiyorlar... Bizi karşılayan kişiler bilgi sahibi olurlarsa bu sıkıntılar yaşanmaz gelecekte.” (İran, Kadın, 36 yaşında, Eskişehir Görüşmesi)

4.2.2. İKGV Çalışanları ile Görüşmeler

İKGV Mülteci Destek Merkezlerinde tercümanlarla, mülteci danışmanlarıyla ve sosyal hizmet uzmanı ile görüşme yapılmıştır. Hem metropolde hem uydu şehirdeki merkezde Arapça, Farsça ve Fransızca tercümanlar bulunmaktadır ve bu tercümanların altısı erkek ikisi kadındır. Görüşme yapılan mülteci danışmanların ikisi kadın, üçü erkek olup sığınmacılara farklı dillerde danışmanlık vermektedirler. Ayrıca İstanbul’daki merkezde bir sosyal hizmet uzmanı da bulunmaktadır. Görüşme yapılan çalışanların İKGV’de çalışma süreleri ortalama 44,1±35,6 aydır, en kısa süre 1,5 ay en uzun süre ise 9 yıldır.

İKGV çalışanları sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hakkı konusunda danışmanlık vermekte, gerek duyulduğunda sığınmacı ve mültecilere hastanelerde eşlik etmekte ve tercümanlık yapmaktadırlar. İstanbul ve Eskişehir'deki İKGV Mülteci Destek Merkezi çalışanları ile yapılan görüşmelerde sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar ve bu konuda çözüm önerileri detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Sorunlar “sığınmacılar”, “sistemsel/organizasyonel” ve “sağlık çalışanları” başlıkları altında ele alınmıştır.

Sığınmacılara bağlı sorunlarda dil/iletişim durumları, sağlık alışkanlıkları ve sığınmacıların maddi durumları öne çıkmaktadır. İKGV çalışanları tarafından öncelikli çözülmesi gereken sorun olarak dil/iletişim sorunu belirtilmiş ve mülteci danışmanı konunun önemini “*Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminde en önemli sorun dil sorunu.*” (*Mülteci danışmanı, Erkek, İstanbul İKGV*) şeklinde vurgulamıştır. İletişim durumunun hem sığınmacıyı hem de sağlık çalışanını, sağlık sorununu anlatmakta/anlamakta ve çözüm üretmekte zor durumda bıraktığını kendisi de göçmen olan Farsça tercümanı, “*Dil iki taraf için de sıkıntı.*” (*Farsça Tercümanı, Erkek, Eskişehir İKGV*) şeklinde dile getirmiştir. İletişimdeki sorunun aynı zamanda hasta-doktor arasındaki güven ilişkisine de zarar verdiğini Arapça tercümanı “*Tam iletişim olmadığı için kanımca güven kopuyor.*” (*Arapça tercümanı, Kadın, İstanbul İKGV*) şeklinde belirtmiştir. Özellikle acil durumlarda, 112’yi arayan bir kişinin sorununu ve bulunduğu yeri anlatamamasının hayati sorunlara yol açabildiğini ve kişilerin telefonda randevu almak için de zorlandıklarını aktarmışlardır. Vakıf çalışanları telefonla ya da bizzat hasta sığınmacılara eşlik ederek, farklı şekillerde tercüman desteği sağlamaya çalıştıklarını ancak sistemli bir çözüm üretilmediği sürece dil/iletişim sorunlarının devam edeceğini vurgulamışlardır. İletişim sorunlarının yanı sıra bazen sığınmacıların kendi alıştıkları biçimde bir sağlık hizmeti ile karşılaşmamalarının memnuniyetsizliğe yol açtığını ve bunun kültürel farklılıklar nedeniyle yaşandığını bir mülteci danışmanı şöyle ifade etmiştir:

“*Genellikle iyi muayene yapmıyorlar diyorlar... Bunu soruyorum nasıl anlıyorsun iyi muayene etmiyorlar dedikleri zaman. Sen İran’da bir doktora gittiğinde sen derdini anlatıyorsun ve sana bir çuval ilaç yazıyor.... Şimdi burada ise gereksiz ilaç vermemeye dikkat ediyorlar. Ancak bu durumdan mülteciler pek de memnun değiller.... Hem İranlılarda hem Afganistanlılarda aynı beklenti olabiliyor.*” (*Mülteci danışmanı, Erkek, İstanbul İKGV*).

İKGV çalışanları dil/iletişimden sonra diğer önemli bir sorunun sığınmacıların sağlık giderlerini karşılamakta yaşadıkları zorluklar olarak belirtmişlerdir. YUKK yasası ile beraber bu konuda olumlu gelişmelerin olmasına rağmen bir takım sorunların hala devam ettiğini sosyal

hizmet uzmanı *“Bu yasa ile beraber mülteciler genel sağlık sigortası kapsamına alındılar, öncesinde mültecilerin sağlık giderlerinin kendileri tarafından karşılanması gerekiyordu.... Hala ilaç katılım fiyatını ödemekte sorun yaşayan mülteciler var. Özellikle kronik hastalıkları olan kişiler.”* (Sosyal Hizmet Uzmanı, Kadın, İstanbul İKGV) şeklinde aktarmaktadır.

Hastanede sistemsel/organizasyonel sorunlar kapsamında kimlik çıkartma süreci, sağlık güvencesinin etkinleştirilmesi ve sağlık güvencesi kapsamında olmayan sağlık hizmetlerine erişim konuları dile getirilmiştir. İKGV çalışanları sığınmacıların kimlikleri olmadığında ya da sağlık güvencesine sahip olmadıkları dönemlerde sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarını ve acil durumlarda bile hastaneye başvuramadıklarını belirtmişlerdir.

“Tek sıkıntı kimlik sıkıntısı.... Kimliği olmayıp acil ihtiyaçları olan kişiler var.” (Arapça tercümanı, Erkek, Eskişehir İKGV)

Kimlik ve buna bağlı sağlık güvencesinde yaşanan sorunlar sonucunda sığınmacılar hem hastaneye kayıta hem de sağlık giderlerini karşılamakta sorunlar yaşamaktadırlar. Vakfın Farsça tercümanı konu hakkındaki deneyimini *“(İstanbul’da) Kayıt yapamıyorlar... Başka şehirlerde şikayetçi olmuyorlar, hastaneye rahatlıkla gidebiliyorlar, daha çok İstanbul’da sorun... Reddediyor, para istiyor. Acilde bile oldu. Çocuk zehirlenmişti, annesi ile beraber gittik ve sağlık sigortası yok diye kayıt yaptırmadı.”* (Farsça tercümanı, Erkek, İstanbul İKGV) şeklinde dile getirmiştir.

Sağlık güvencesi olmasına rağmen yararlanamama durumu metropol İstanbul’da sıkça dile getirilmekle birlikte bu durumun Eskişehir gibi uydu şehirlerde daha nadir yaşandığı belirtilmektedir. Sağlık güvencesinin etkin olduğu durumlarda ise bazı tedaviler sadece T.C. vatandaşlarını kapsamakta ve vatandaş olmayanlar bu hizmetlerden yararlanamamaktadırlar. Vakfın mülteci danışmanı buna örnek olarak *“Sağlık Bakanlığı’nın genelgelerinde bazı sorunlar var. Mesela kornea nakli T.C. vatandaşı olmayanlara yapılmıyor.”* (Mülteci danışmanı, Erkek, İstanbul İKGV) diye anlatmıştır.

Sağlık çalışanları ile yaşanan sorunlar arasında sağlık hizmeti sunum şekli ve sığınmacılara karşı tutumları dile getirilmiştir. İKGV çalışanları bazen sığınmacıların UNHCR’a sağlık durumunu açıklayan bir belge paylaşmaları gerektiğini ve bunun için hastanede heyet raporuna yönlendirildiklerini ancak farklı nedenlerle heyet raporu almakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

“Rapor konusu çok sıkıntılı... Rapor vermiyorlar, heyete yolluyorlar.... Heyet raporu alacaklar dört doktor lazım... yeminli tercüman istiyorlar. Tamam haklısınız dedim ama

Eskişehir’de iki tane yeminli tercüman var ikisi de üniversitede bu adamı hemen getiremeyiz.” (Arapça tercümanı, Erkek, Eskişehir İKGV)

Vakıf çalışanları sağlık çalışanlarının belirli hastalığa sahip kişilere ya da bazen sadece yabancı olması nedeni ile sığınmacılara olumsuz davrandıklarını belirtmektedirler. Eskişehir İKGV tercümanı, konu hakkında deneyimini “*Yabancılar davranışlar çok iyi değil.*” (Arapça tercümanı, Kadın, Eskişehir İKGV) şeklinde ifade etmiştir. Sığınmacılar arasında LGBTİ bireylerin ise önyargılı davranışlarla karşılaştıklarını mülteci danışmanı “*Önyargıları var özellikle LGBTİ bireylerimiz çok sıkıntı yaşıyorlar. Görünümlerinden dolayı dışlananlar var... Bir sağlık personelinin böyle bakması... cinsiyet sorgulaması beni çok rahatsız ediyor.*” (Mülteci danışmanı, Kadın, Eskişehir İKGV) şeklinde aktarmıştır. Ayrıca HIV pozitif bireylere yönelik damgalayıcı tutumların görüldüğü paylaşılmıştır. Vakfın Fransızca tercümanı kendi deneyimini şu şekilde ifade etmiştir:

“Doğum polikliniğine gittik. Önce kan verdi. HIV pozitif olduğunu görünce kimse kadına dokunmak istemiyor... 9. ay oldu. Doğum yapacağız. Kadının ağrısı var, kimse kadına bakmıyor.... Okan bey enfeksiyon doktoru, o olmazsa kadın ölecek... HIV pozitif olduğu için kadını kabul etmiyorlar. O gün benim psikoloji çok bozuldu.” (Fransızca tercümanı, Erkek, Eskişehir İKGV)

Gebe bir kadının sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının engellenmesi ve eşlik eden kişinin bu durumdaki çaresizlik hissi dikkate değerdir. Sağlık çalışanlarının müdahale etmemesi hem annenin hem de bebeğin hayatını riske atabilmektedir. Başvuranların HIV pozitif olması nedeni ile ayrımcılığa uğradığı durumlar her iki şehirde de aktarılmıştır.

Vakıf çalışanları, olumsuz davranışların daha sık Eskişehir’de ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları tarafından olduğunu belirtmişlerdir. Farsça tercümanı deneyimini “*Çok sıkıntı kayıt yapanlar ve sekreterler ile yaşıyoruz... Yabancı dendiği zaman bakış açısı değişiyor.*” (Farsça tercümanı, Erkek, Eskişehir İKGV) şeklinde aktarmıştır.

Olumsuz deneyimlerin yanı sıra olumlu deneyimlerin de olduğunu vakfın mülteci danışmanı şöyle ifade etmiştir:

“Doktor bazlı olarak pozitif deneyimlerim oldu... Haseki’de çocuk hastalıkları uzmanı muhteşem bir insan, test sonuçları ve reçete almak için, bana kayıt yaptırmadan işleri hallettiyordu. Böyle... yardım edenler de vardı.” (Mülteci danışmanı, Kadın, İstanbul İKGV)

Vakıf çalışanlarının ifadelerinden uydu şehirde “farklı” olana karşı damgalama ve önyargılı davranışların metropole göre daha fazla olduğu ancak her iki şehirde de HIV pozitif bireylerin olumsuz/önyargılı/ayırıcı tutumlarla karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

Vakıf çalışanlarının anlatıları ile sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlarda şehirlerarası farklılıklar daha net anlaşılmaktadır. Bunların başında sığınmacıların başka şehirlerde kayıtlı olup sağlık güvencelerinin İstanbul’da geçerli olmaması ve buna bağlı olarak hastanede kayıt ve sağlık hizmetlerinin ücretlerini karşılamakta yaşanan sorunlar ve sağlık çalışanlarının tutumları gelmektedir.

İKGV çalışanları, çözüm önerileri olarak sığınmacılara yönelik birinci basamak hizmeti veren bir birimin kurulması ve hastanelerde dil bilen yönlendirme personeli, danışman ve tercümanın bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları için ise mülteci, sığınmacılar ve kırılgan gruplar hakkında bilgilendirme/egitim yapılmasını ve sağlık çalışanlarına iş yükü nedeni ile psikolojik destek verilmesini önermişlerdir.

4.2.3. Sağlık Çalışanları ile Odak Grup Tartışmaları

Sağlık profesyonelleri ile her hastanede birer odak grup tartışması ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarıyla “odak grup tartışma rehberi” ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde odak grup tartışmalarının ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerin analizleri yer almaktadır.

Odak grup tartışmalarına katılan sağlık profesyonellerinin 9’u (%32,1) erkek 19’u (%67,9) kadındır. Katılımcıların 12’si (42,9%) hemşire, 9’u (%32,1) uzman doktor, 3’ü (%10,7) asistan doktor, 1’i (%3,6) ebe, 1’i (%3,6) hemşir, 1’i (%3,6) sağlık memuru, 1’i (%3,6) sosyal hizmet uzmanıdır. OGT’ye katılan sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması $37,4 \pm 7,0$, en genci 22 yaşında ve en yaşlısı ise 49 yaşındadır.

Sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının 3’ü (%33,3) kadın, 6’sı (%66,7) erkektir. Hasta taşıma personeli görevindeki iki kişi ilkokul mezunu, diğer sağlık profesyoneli olmayanlar sağlık çalışanları ise lise mezunudur. Görüşme yapılan sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $33,9 \pm 7,2$ olup, en genci 25 yaşında bir güvenlik görevlisi, en yaşlısı ise 47 yaşında hasta taşıma personelidir.

Sağlık çalışanlarına çalışmanın sığınmacı ve mülteciler hakkında olduğu belirtilmesine rağmen “sığınmacı ve mülteci” dendiği zaman ilk akla geçici koruma altındaki Suriyelilerin geldiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının odak grup tartışmalarında konuları bazen farklı statüdeki göçmenler üzerinden değerlendirdikleri de gözlenmiştir.

4.2.3.1. Sağlık Çalışanlarının Bilgi Durumu

Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacı Tanımları ile İlgili Bilgi Durumu

Sağlık çalışanlarına sığınmacı ve mülteci tanımları hakkında bilgileri sorulduğunda bir kısım sağlık çalışanı bu tanımlar hakkında bilgileri olmadığını bir kısmı ise sığınmacı ve mülteci kelimelerinin eş anlamlı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Haseki E. A. Hastanesi'nden bir uzman doktor *“Sığınmacı olarak benim anladığım turistik ziyaret için ülkemize gelmeyen özellikle yoksul ülkelere işte Suriye olur, Libya'dan bir dönem gelmişti, Senegal'den gelen, sokakta saat satanlar var... zorunlu olarak burada kalma durumunda olan insanları algılıyorum”* (Uzman Doktor, 32 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde belirtmiştir. Benzer bir görüşü Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi'nde çalışan bilgi işlem uzmanı ise şu şekilde aktarmıştır:

“Ülkemize başka ülkelere gerek sosyal gerek ekonomik sıkıntılardan dolayı... sığınmış kişiler olduklarını düşünüyorum.” (Bilgi İşlem Uzmanı, Erkek, 35 yaşında, Yabancı Hasta Kayıt, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanlarının kavramlar ve bu kavramların içerdiği hukuki statüler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda hastaneler ya da şehirler arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ancak sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları daha sık *“bilmiyorum”* şeklinde cevap vermişlerdir. Her iki şehirde de sağlık çalışanları *“sığınmacı ve mülteci”* kavramları söylendiği zaman ilk akla Suriyeli mültecilerin geldiğini vurgulamışlardır.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Durumu Hakkında Görüşleri

Her iki şehirde de kadın doğum ve çocuk hastalıkları bölümlerine başvuruların çok fazla olduğu aktarılmıştır. Konu hakkında sağlık çalışanlarının ifadeleri ise şöyledir:

“Çok fazla gebe geliyor... Çocuklar çok fazla.” (Hemşire, Kadın, 41 yaşında, Çocuk Kan Alma Polikliniği, Eskişehir D. Hastanesi)

“Sığınmacıların çoğu tarlalarda çalışıyor. Genellikle çocukları hasta... Küçük bebekler ateşli geliyor... Düşme yanık çok geliyor.” (Yönlendirme Personeli, Kadın, 31 yaşında, Çocuk Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

Kronik hastalıkların takip edilememesi ya da bu takip için gerekli eğitimlerin ebeveynlere verilememesi nedeni ile çocukların önlenebilecek hastalıklarla başvurdukları belirtilmiştir. Çocuk acilde çalışan uzman doktor, sığınmacı çocuk hastaların sağlık durumunu şu şekilde özetlemiştir:

“Doğumdan çıkıp da hastane bakımını hemen terk eden çocuklar sarılık olabiliyor, aspirasyon olabiliyor... Diğer türlü gelen hastalarda ciddi ciddi işte hematoloji hastaları, kanser hastaları olsun işte enfeksiyon açısından çok fazla bakımsızlar zaten. Bir de var olan kistik fibrozis diyebiliriz, kronik böbrek yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, aklınıza gelebilecek bütün kronik hastalıklarında takibi yapılmadıkları için artık son dönemindeler... Dün değil evvelsi gün gelmişti bana işte çocuğu yoğun bakıma gönderdik... Çocuk kistik fibrozis 2011. Ben de 2016. Takip yok, hiçbir şey yok.” (Uzman Doktor, Kadın, 36 yaşında, Çocuk Acil Servis, Şişli H. Etfal, E. A. Hastanesi)

Bulaşıcı hastalıklar konusunda Türkiye’de daha ender görülen hastalıkların sıklığında artış olduğu, özellikle çok ilaca dirençli tüberkülozun sığınmacılar arasında görülme sıklığının arttığı ve yaşam koşullarının bu duruma önemli bir etkisinin olduğu belirtilmiştir. Enfeksiyon hastalıkları bölümünde çalışan doktor ve hemşire konuyu şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Yatışta en çok HIV ve Tüberküloz... Afrikalı grup için söylersek HIV ve tüberküloz en önemli sorun. Aktif akciğer tüberkülozu ile gelen var mesela, ilerlemiş, iyice terminal hale gelmiş. Bütün sistemleri tutmuş.” (Uzman Doktor, Kadın, 43 yaşında, Enfeksiyon Hastalıkları, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

“Bizim çok ilaca dirençli tüberküloz hastamız Türkiye’de oran olarak daha düşük, az sayıda hasta geliyor. Göçmen hastalarda en önemli sorunlarımızdan biri bu.” (Hemşire, Kadın, 22 yaşında, Büyük Enfeksiyon, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanlarının anlatılarında düzenli tedavi gerektiren bulaşıcı hastalık ya da kronik hastalıklarda takip muayenelerinin olmadığı ve bu nedenle hastalığın akut dönemlerinde ya da terminal durumlarda hastaneye başvurulduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu durumun hastanın sağlığını tehlikeye attığı, önlenebilecek hastalıkların ilerlemesine ya da bazen de kişilerin ölümüne neden olabileceği aktarılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin sığınmacı ve mültecilerin sağlık durumu ile ilgili detaylı bilgiye sahip oldukları ve İstanbul’da daha sık hastalık ya da tedavi takibi sorunları yaşandığı dile getirilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Görüşleri

Sığınmacıların en sık acil servise, ilk zamanlarda akut nedenlerle, daha sonraları ise takipsizlik ya da ilerlemiş enfeksiyonlarla başvurdıkları aktarılmıştır. Acil servisten sonra kadın doğum ve çocuk hastalıkları bölümlerinin en sık başvurulmuş bölümler olduğu ifade edilmiştir. Hastanede çalışan güvenlik görevlisi gözlemlerini *“Genelde talepler... kadın doğum*

üzerine, çocuk... üzerine, dahiliye üzerine... İlerleyen zamanlarda genel cerrahiye de biraz yüklenmeler olmaya başladı.” (Güvenlik Görevlisi, Erkek, 26 yaşında, Poliklinik, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde aktarmıştır. Özellikle kadın doğum bölümünde sığınmacıların başvurularının arttığını Eskişehir Devlet Hastanesi’nde çalışan ebe şu şekilde ifade etmiştir:

“Doğum odasındaki arkadaşlar... 24 saatte 17 doğum olmuş içinde bir tane Türk yoktu diyor.” (Ebe, Kadın, 39 yaşında, Kan Alma Polikliniği, Eskişehir D. Hastanesi)

Başvuranlar arasında sığınmacı, mülteci ve hiçbir belgesi olmayanların olduğu ve sağlık çalışanlarının anlatılarından sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımında en sık başvurdukları bölümlerin iki şehirde de benzer olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.3.2. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetine Erişimi ile İlgili Görüşleri

Sağlık çalışanları ile yapılan odak grup tartışmalarının analizinde sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim durumları üç ana başlık altında ele alınmıştır: Sistemsel/organizasyonel, sağlık çalışanı ve sığınmacı. Sistemsel/organizasyonel olarak mevzuat ve mevzuatın uygulanması başlığı altında kimlik, sağlık güvencesinden yararlanma durumları, hastane işleyişi ile ilgili ise kayıt, randevu alma, ücretlendirme ve tercüman konuları ele alınmıştır. Sağlık çalışanları kendilerinin dil/iletişim ve iş yükü konusunda yaşadıkları sorunları, sığınmacılarla deneyimlerini ve onlar hakkında düşüncelerini dile getirmişlerdir. Sığınmacı temelli yaşanan sorunlar konusunda ise, sağlık çalışanları sığınmacıların dil/iletişim durumları, kültürel farklılıkları, refakatçi sorunu ve sağlık çalışanlarına karşı tutumları ile ilgili görüşlerini ve gözlemlerini aktarmışlardır.

Sistemsel/Organizasyonel Konular ile İlgili Görüşleri

Mevzuat ve Mevzuatın Uygulanması

Mevzuat ile ilgili ilk konu kimlik sorunu üzerine yoğunlaşmaktadır ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları sığınmacıların kimliklerinin olmaması ya da bazen başkalarının kimlikleri ile kayıt yaptırmaları ile karşılaştıklarını belirtmektedirler. Sağlık çalışanları daha çok kimliksiz kişilerle karşılaştıklarını ve bu kişilerin sığınmacı ya da mülteci olup olmadığını bilemediklerini çünkü dil sorunu olması nedeni ile kısıtlı bir iletişim sağlanabildiğini ifade etmişlerdir. Kayıttan sorumlu sekreterler kimliksiz başvuran kişileri idareye bildirdiklerini ve daha sonra kimlik çıkarmak için Göç İdaresi Müdürlüğü ile bağlantıya geçtiklerini ancak serviste yatışı yapılmış durumu ağır hastalar olduğunda Göç İdaresi Müdürlüğü’nün prosedürü ile zorluk yaşadıklarını, hastanın müdürlüğe kişisel başvurusu

gerektiğini belirtmişlerdir. Hastanede hasta kayıt bölümünde çalışan sağlık görevlisi deneyimini *“Kimliği yok, biz Göç İdaresi’ne, Sağlık Bakanlığı’na yazdık... Göç İdaresi’ni... Ankara’yı aradık hastane müdürü ile... Yakınını gönderdim Göç İdaresi Şişli’ye... Tek sorun hastayı görmek istiyoruz diyorlar. Emniyette böyle bir kural var, görmeden vermiyor.”* (Bilgi İşlem Uzmanı, Erkek, 35 yaşında, Yabancı Hasta Kayıt, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi) şeklinde ifade etmiştir.

Sığınmacının sağlık güvencesi ya da sağlık giderlerini karşılayacak maddi gelirinin olmaması durumunda tanı ve tedavi sürecinin tamamlanamadığı belirtilmiştir. Dahiliye bölümünde çalışan doktor durumu *“Hiçbir güvenceleri yok ve o hastaların tedavilerini asla tamamlayamıyoruz biz.”* (Asistan Doktor, Kadın, 31 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde ifade etmiştir.

Göç mevzuatının uygulamalarına bağlı ortaya çıkan sorunlarla daha sık metropolde karşılaşılmaktadır. İstanbul’da, Eskişehir’den farklı olarak bu sorunlarla idari görevlerde çalışanların yanı sıra sağlık profesyonellerinin uğraştığı ve bu durumun İstanbul’daki sağlık profesyonellerinin iş yüklerini artırdığı saptanmıştır.

Hastane İşleyişi

Sağlık çalışanları göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunların bir kısmının hastane işleyişinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Kişilerin kimliksiz başvurduklarında kayıta sorun yaşadıklarını, acil başvurularda kimliksiz kişileri *“isimsiz-kimsesiz”* hasta şeklinde kaydettiklerini ve bazen *“adli”* vaka olarak gösterdiklerini aktarmışlardır. Kimliksiz başvuranların adli vaka olarak kaydedilmesinin nedenini ise gerekli tedavileri yapabilmek için olduğunu ifade etmişlerdir. Acil servis doktorlarının konu hakkındaki paylaşımları aşağıdaki gibidir:

“112’yle geliyor, nefes darlığı, solunum sıkıntısı. Kimlik diyorsun, kimlik yok, isim, Türkçe yok.... Yani şimdi kayıt açtırmamız gerekiyor hastaya, müdahale edeceksiniz, mecbur isimsiz kimsesiz 1’den başlıyoruz... yanında sekreter not yazıyor, doktor bey tarafından isimsiz kimsesiz açmam söylendi, kapatıyor. Bu da bizim üzerimize” (Uzman Doktor, Erkek, 32 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi)

“Biz onlara adli rapor yazıyoruz acil serviste, adliymiş gibi.” (Uzman Doktor, Erkek, 41 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi)

Sığınmacıların polikliniklere randevusuz geldikleri ve randevu almak konusunda yaşadıkları sorunları güvenlik görevlisi *“Randevu... kendileri alamıyor. Alabilecek kişiyi de*

bulamıyorlar... Yine biz devreye girmeye çalışıyoruz. Kimliğini alıyoruz, artık kendi cep telefonumuzdan arıyoruz... 182... benim bilgilerimi istiyor en başta... Ondan sonra kişinin kimlik bilgilerini veriyoruz. Randevusunu alıyoruz.” (Güvenlik Görevlisi, Erkek, 26 yaşında, Poliklinik, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde aktarmıştır.

Hastanede işlemleri bittikten sonra sağlık giderlerini karşılama sorununun daha çok sigortasız başvuranlarda yaşandığı, özellikle yatan hastaların taburcu edilirken işlemleri bitmeden kaçmaya çalıştıkları ve bu nedenle tedavilerinin ya da kontrollerinin devamlılığının sağlanamadığı belirtilmiştir.

“Hani çıkarmaya yakın bir şekilde biz onlara söylüyoruz, sizi taburcu edeceğiz diye, onlar aşağıdan gidip bilgiyi alıyorlar ve ücretli olduğunu öğrenince kaçıyorlar. Yani öyle karaciğer yetmezliği gibi durumlarda... devam tedavisinin hiç birisini yazamıyoruz.” (Asistan Doktor, Kadın, 31 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanları hastanede bütün aşamalarda en sık ortaya çıkan sorunun ise iletişim sorunu olduğunu ve hem başvuranın sorununu anlayabilmek hem de tanı ve tedavi sürecini yürütebilmek için dil sorununu çözmeye çaba sarf ettiklerini aktarmışlardır. Dahiliye asistanı doktor çabalarını ve deneyimini *“Kapıda 70 hasta beklerken hiç dilini bilmediğim hiç benim dilimi bilmeyen hem yardım etmek istediğim hem de hiçbir şekilde iletişim kuramadığım biri var. Çıkıyorum koridorlara... kendimi... “Arapça bilen var mı?” diye bağırırken buluyorum... Geçen gün poliklinikte 20 yaşında... kemoterapi... alan hematolojik bir malignitesi olan... çok genç bir hasta. Hemen tedavisine devam etmesi gerekiyor... Önceki tedaviyi bilmiyorum, tercüman yok” (Asistan Doktor, Kadın, 31 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi)* şeklinde anlatmaktadır. Sağlık çalışanlarının iletişim sorunu nedeni ile işlerini gerektiği şekilde yapamamaları kaygı yaratmakta ve özellikle kronik hastalarda ya da kanser hastalarında takipsizliğin yaratacağı sonuçları önleyememek, kendilerini çaresiz hissetmelerine neden olmaktadır. Tercüman sorununa çözüm olarak hastanelerde yabancı dil bilen sağlık çalışanlarının hali hazırda olan görevleri dışında tercümanlık yaptıkları ve bu durumun iş yükünü arttırdığı da belirtilmiştir.

Sığınmacılar ile İlgili Görüşleri

Sağlık çalışanları sığınmacıların dil/iletişim durumunun, kültürel farklılıklarının, refakatçi durumunun ve sağlık çalışanlarına karşı tutumlarının sağlık hizmetlerine erişimde belirleyici olduğunu belirtmişlerdir.

Sığınmacıların Dil/İletişim Durumu

Sağlık çalışanları, sığınmacılar ile yaşanan en önemli sorunun iletişim olduğunu ve bu nedenle muayene, anamnez (hasta sağlık öyküsü), bilgilendirme gibi konuların çok kısıtlı şekilde yapılabildiğini aktarmışlardır. Sığınmacıların bu sorunu çözmek için bazen tercümanla geldiklerini ya da telefonda tercüman ile görüştüklerini belirtmişlerdir. Ancak birçok sağlık çalışanı sığınmacıların dil öğrenmemesinden de yakınmışlardır. Sağlık çalışanları sığınmacıların tercümanlarının profesyonel tercüman olmaması durumunda kısıtlı iletişim kurabildiklerini ve bilgilendirmelerin gerektiği şekilde yapılamadığını ifade etmişlerdir. Bu konudaki deneyimini çocuk uzmanı doktor şu şekilde aktarmıştır:

“Benim karşımda oturan adam (tercüman) beni anlamıyor ki karşımdaki adama anlatacak onun anlattığını da bana anlatacak... Diyorum ki anneye... “Ben sana bunu söylemedim”, “Sen üç doz al dedin” diyor, “Sen niye verdin bunu çocuğa diyorum” bana “Telefonda öyle dedi” diyor... Çok tehlikeli... Biz şimdi bütün ilaçları aldırıp kontrol edip onların nasıl kullanacağını gösterip gönderiyoruz.” (Uzman Doktor, Kadın, 36 yaşında, Çocuk Acil Servis, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanları profesyonel olmayan tercümanlara güvenemediklerini ve tedavinin tüm aşamalarını kontrol etmek zorunda kaldıklarını anlatmaktadırlar. İletişim sorununun tanı ve tedavi aşamalarındaki önemini acilde çalışan doktor şu şekilde ifade etmiştir:

“3-5 ay önce Iraklı bir hasta (erkek)... acil servise geliyor... tercüman da yok, bir kızla tartışıyor sinir krizi geçiriyor, bildiğimiz konversif. Bizimkiler diazem yapıyor gönderiyor. Ama ertesi gün yine geliyor... anlaşıyoruz, sisteme bakıyoruz, konversiyon demişler, diazem yapılmış, bir daha diazem yapıyor. Ama çocuk kendini dövüyor meğerse çocuğun GİS perforasyonuymuş⁴⁹, karnı ağrıyormuş, karnına vuruyor anlatamıyor derdini... hemen ameliyata girmiş, taburcu oldu... ama ölebilirdi. (Doktor, Erkek, 38 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

Sığınmacıların Kültürel Farklılıkları

Sağlık çalışanları iletişim sorunlarının yanı sıra bazı sorunların kültürel farklılıklardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Eskişehir Devlet Hastanesi’ndeki bir doktor geleneksel yöntemlerin yaygın olduğu yerlerden gelen sığınmacıların hacamat kültürü gereği sık sık kan

⁴⁹ Gastrointestinal perforasyon, kısa zamanda müdahale edilmediği zaman hayati tehlikesi yüksek olan bir sağlık sorunudur.

aldırma taleplerinin olduğunu ve kendisinin bunu uygun görmediğini aktarmıştır. Sığınmacıların başka tedavi beklentilerinin yanı sıra sağlık ve hijyen alışkanlıklarının farklı olmasının tedaviyi ve hastalığın sürecini etkilediğini belirtmişlerdir. Enfeksiyon bölümünde çalışan bir hemşire deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

“Bir tane hastamız... batın enfeksiyonla yattı... Antibiyotiği veriyoruz ama iyileşmiyor... Sonra öğrendik ki gelen ziyaretçilere iyileşsin diye duayla ovalatıyormuş karnını... Mümkün değil zaten, uzlaşmak, anlamak.” (Hemşire, Kadın, 22 yaşında, Büyük Enfeksiyon, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Başka bir örneği de kadın doğum bölümünde çalışan bir hemşire *“Afrikalılar... terlik bile giymiyorlar... Söylediğimiz anda da yine terlik giymiyorlar... Aynı ayakları ile yatağa yatıyorlar. Öz bakım eksikliği çok fazla.”* (Hemşire, Kadın, 29 yaşında, Kadın Doğum, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi) şeklinde ifade etmektedir.

Kültürel farklılıklar her iki şehirde de dile getirilmekte ve sağlık çalışanlarınca bunların değişmesi zor alışkanlıklar oldukları ifade edilmektedir.

Sığınmacı Hastaların Refakatçi Durumu

Devlet hastanelerinde yatan hastaların hastanedeki ihtiyaçlarının karşılanmasında refakatçilerin önemli bir rolünün olduğu ve sığınmacıların hastane yatışlarında çok sık refakatçisiz geldikleri belirtilmiştir.

“Bize yatan... ağır Afrikalı hastalarda hastanın refakatçisi olmuyor. Biz devlet hastanesiyiz ve refakatçi yardımı ile... hastaların bakımını sürdürüyoruz... Servis hemşiresine ve personeline inanılmaz derecede yükleniyor hasta taburcu olana kadar. Bu bazen iki ay üç ay sürebiliyor.” (Uzman Doktor, Kadın, 43 yaşında, Enfeksiyon Hastalıkları, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Refakatçilerin olmaması durumunda sağlık çalışanlarının iş yükünün arttığı ve bu sorunun İstanbul’da daha sık yaşandığı ifade edilmiştir.

Sığınmacıların Sağlık Çalışanlarına Karşı Tutumu

Sağlık çalışanları sığınmacıların kendilerine olan tutumlarının sağlık hizmetine erişimde etkili olduğunu belirtmektedirler. Bazı sağlık çalışanları sığınmacıların idari işlerde çalışan sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine davrandıklarından daha farklı davrandıklarını aktarmışlardır.

“Doktorlara olan davranışları ile bize olan davranışları aynı değil... Çok görgüsüzler... Doktorun yanında böyle çok efendi çok kibar.” (Sekreter, Kadın, 40 yaşında, Hematoloji Poliklinik, Haseki E. A. Hastanesi)

Bazı sağlık çalışanları ise sığınmacılar ile ilgili olumlu deneyimlerini aktarmışlardır. Eskişehir’de bir sağlık çalışanı görüşünü *“Bizim Türk toplumu gibi anlayışsız değiller.” (Yönlendirme Personeli, Kadın, 31 yaşında, Çocuk Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)* şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık çalışanları, sığınmacılar temelli yaşanan sorunlardan en önemlisinin dil/iletişim olduğunu vurgulamışlardır ve bu konuda her iki şehirde de benzer anlatılar olmuştur. Kültürel farklılıklar ve refakatçi durumu sadece sağlık profesyonelleri tarafından belirtilmiş ve belirtilen tüm sorunların sağlık çalışanlarının iş yükünü artırdığı ifade edilmiştir. Sığınmacıların tutumları konusunda sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının daha sık olumsuz deneyimlerle karşılaştıkları ve her iki şehirde de bu durumun benzer olduğu anlatılardan anlaşılmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Sağlık Çalışanları ile İlgili Görüşleri

Sağlık çalışanlarının dil/iletişim durumunun, iş yükünün ve sığınmacılara karşı tutumlarının sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini etkilediği belirtilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Dil/İletişim Durumu

Sağlık çalışanları bazen bildikleri yabancı dil yardımı ile bazen Sağlık Bakanlığı’nın tercümanlık hattından yararlanarak ya da bazen telefonda bulunan tercüme programları ile iletişimi sağlamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Kan alma polikliniğinde çalışan hemşire kendi deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

“Arapça bukra, yarın demek... bol, çiş demek, yani kendi alanımla ilgili Arapça kelimeleri bir kâğıda yazıp karşıma koydum çünkü anlaşıyoruz. Sonuç diyor bana... ne zaman gelecek, e yarın diyorum, bakıyor, e bukra deyince çok seviniyor.” (Hemşire, Kadın, 44 yaşında, Kan Alma Polikliniği, Haseki E. A. Hastanesi)

Bazı yabancı kelimelerle kısıtlı bir iletişim kurmaya çalışılsa da çok farklı ülkelerden başvuranların olması sağlık çalışanları için iletişim durumunu zorlaştırmaktadır. Bu durumlarda bazen tercümanlık hattını kullanarak farklı dillerde tercümanlık hizmeti alınabildiğini ya da telefonlarına tercüme programları indirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca İngilizce konuşmaya çalışan sığınmacıların olduğunu ancak sağlık çalışanlarının İngilizce bilmemesi nedeni ile

iletişim kurulamadığını ifade etmişlerdir. Bu konuda sağlık çalışanlarının anlatımları aşağıdaki gibidir:

“Bazen cep telefonlarından indirmişler, İngilizceye çeviriyorlar.” (Hemşire, Kadın, 45 yaşında, Dahiliye, Eskişehir D. Hastanesi)

“Bu sefer biz İngilizce bilmiyoruz.” (Uzman Doktor, Erkek, 44 yaşında, Dahiliye, Eskişehir D. Hastanesi)

İletişim, hastanedeki birçok prosedürde, eğitimlerde, bilgilendirilmiş onamda⁵⁰ ve invaziv işlemlerde önemli bir role sahiptir. Sağlık profesyonelleri farklı alanlarda yaşadıkları zorlukları şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Biz de Iraklı var taburcu olacak. Her gün insülin eğitimi veriliyor. Ama anlaşılmıyor... Vereceğim eğitimler için dil gerekiyor.” (Hemşire, Kadın, 37 yaşında, Dahiliye, Eskişehir D. Hastanesi)

“Formlarımızda ilaç alerjin var mı diye bir şey var, hastalara kırmızı bileklik taktığımız. Ben hastaya soramıyorum ilaç alerjin var mı, gebe misin diye.” (Hemşir, Erkek, 26 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

“Nazo-gastrik sonda takılacak ya da idrar sondası takılacak, bir uygulama yapılacak karşı tarafa bunu anlatamıyor... Direk davranışsal olarak hareket ettiğinde de yanlış anlamaya sebebiyet verecek diye biz de anlatamıyoruz.” (Hemşire, Kadın, 44 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

Dil/iletişim sorunları sağlık çalışanlarında yanlış işlem yapma veya malpraktis ile suçlanma kaygısına da neden olmaktadır. Bu konuda acil serviste çalışan hemşire görüşünü *“Anlaşılmamak sağlığı, mesela acilin girişinden itibaren iletişim kuramıyor olmamız sağlık hizmeti verme konusunda yanlış şeylere sebebiyet veriyor. 3 gün sonra bu iletişim kuramamanın cezasını da sağlık personeli olarak biz çekeceğiz... Hastaya içeride bir tedavi yapıldı, hekimle hemşire tamamen zan altında kaldı bunun faturasını da bize kesecekler.” (Hemşire, Kadın, 44 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)* şeklinde ifade etmiştir.

⁵⁰ Bilgilendirilmiş onam, hastanın teşhis ve tedavi süreçlerinde riskler açısından gerekli bilgilendirmenin yapılması ve tıbbi işlem için rızasının alınmasıdır. Bazı işlemlerde sözlü bazı işlemlerde ise yazılı şekilde yapılmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının İş Yükü

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde, kayıt, yönlendirme, hasta bakımı ve iletişim konularında yaşanan sorunların güvenlik görevlisinden sekretere, hemşireden doktora bütün sağlık çalışanlarının çalışma rutinini etkilediği vurgulanmıştır. Ayrıca bu sorunların sağlık profesyonellerinin iş yükünü ve hata yapma riskini artırdığı da ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanları “kimliksiz”, “isimsiz” kişilerin kaydının adli kayda çevrilmesi durumunda bilgi işlem uzmanından doktora, birçok sağlık çalışanının hastane yönetimine açıklama yapmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Haseki Hastanesi’nde çalışan uzman doktor deneyim ve görüşünü *“Bizim acil servis başvuruları zaten çok yüksektir... Yani 1800, 1500, bizim acil Ama işte yok girişi yapılamıyor... bu bürokratik engeller... bunu da doktorun üzerine. Niye Gana uyruklu kişiye bilmem ne adli kayıt açmışsınız, yani hasta trafik kazası değil... akut batın gelmiş”* (Uzman Doktor, Erkek, 41 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde anlatmaktadır. Yönlendirme konusunda yaşadığı zorluğu ise güvenlik görevlisi *“Kendileri de bizi anlamıyordu... Buradaki işlerini bitirene kadar yanlarında gezdiğimiz de oldu... Kendi işimizi yapmıyoruz.”* (Güvenlik Görevlisi, Erkek, 26 yaşında, Poliklinik, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde ifade etmiştir.

Hastanede yabancı dil bilen sağlık çalışanları tercümanlık yaptıklarını ancak hem profesyonel tercüman olmamaları hem de hastanede başka görevlerinin de olması nedeni ile iş yüklerinin arttığını belirtmişlerdir. Haseki E. A. Hastanesi’nde çalışan bir hemşire *“Hastanelerde biliyoruz ki... eleman açığı var. Özellikle hemşire açısından. Ben kendi meslek grubumu biliyorum, ciddi hemşire açığı var ve hekimler de zorlanıyor.”* (Hemşire, Kadın, 44 yaşında, Kan Alma Polikliniği, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde hem iş yükü hem de personel eksikliği ile ilgili durumu açıklamaktadır.

Bu şartlarda refakatçisiz bir göçmen hastaneye başvurduğunda sağlık çalışanları gerekli bakımı vermekte zorlandıklarını ve çalışma saatlerini ya da nöbet sayılarını arttırdıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının iş yükü, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini de etkilemektedir. İş yükündeki artış konusu daha sık İstanbul’da dile getirilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacılar ile İlgili Tutumları

Sağlık çalışanları odak grup tartışmalarında sığınmacılar ve sığınmacıların sağlık hakkı üzerine duygu ve düşüncelerini aktarmışlardır. Bu düşüncelerin bir kısmının kendi deneyimleri ile şekillendiği bir kısmının ise konu hakkında duydukları görüş ve deneyimler üzerinden oluştuğu görülmüştür.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Kendilerine Karşı Tutumları ile İlgili Görüşleri

Sağlık çalışanları sığınmacıların tutumları konusunda hem olumlu hem de olumsuz deneyimleri olduğunu ve sığınmacılar arasında tutum ve iletişim kurma biçimleri açısından farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir. Konu hakkındaki görüşleri şu şekildedir:

“Biz kendimizi ifade ederken daha rahat Afganlarla oluyor... Daha gayretliler.”
(Hemşire, Kadın, 44 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

“Afrikalılarla, ... çok güzel anlaşıyoruz. Afrikalılar çok anlayışlılar, anlamaya çalışıyorlar, anlatmaya çalışıyorlar... Bizim tek sıkıntımız Irak ve Suriyeli.” (Ebe, Kadın, 39 yaşında, Kan Alma Polikliniği, Eskişehir D. Hastanesi)

“Suriyeliler ile ilacımızı da verin, para yok. Iraklılardan da genelde oluyor. İşte kayıt olmasın, ücret ödeyemem. Ama Afganlılardan hiç karşılaşmadık. (Hemşire, Kadın, 39 yaşında, Çocuk Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

Sağlık çalışanlarının bir kısmı sığınmacılar ile ilgili olumlu deneyimlerini anlatmışlardır. Örneğin kadın doğum bölümünde çalışan bir hemşire *“Mesela post-op... ilk mobilizasyon döneminde yanında oluyoruz, çok dinç dirayetli hastalar o Afrikalılar çok güçlüler. Gerçekten bizim Türk kadınları gibi hiç nazlı değiller.”* (Hemşire, Kadın, 29 yaşında, Kadın Doğum, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi) şeklinde aktarmıştır.

Sağlık çalışanlarının olumlu ve olumsuz deneyimlerinin sığınmacılar ile ilgili düşünce ve tutumlarını etkilediği anlaşılmaktadır.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacılar ile İlgili Duygu ve Düşünceleri

Sağlık çalışanlarının sığınmacılar ile ilgili duygu ve düşüncelerinin sığınmacıların sağlık durumu ve tutumlarından etkilenmektedir. Sağlık çalışanları karşılaştıkları bazı durumlardan duygusal olarak etkilendiklerini belirtmişlerdir. Uzman doktor sığınmacılarla deneyimleri sonucu hissettiği çaresizliği şu şekilde ifade etmiştir:

“Gerçekten hastalıktan, hastalığın dibine vurmuş geliyor. Bunlar... çözülmeyecek şeyler yüzünden ölmüyorlar... O yüzden daha da üzülüyorum... O kadar acınası ki yani "çocuğun öldü" diyorum. Hiçbir şey söylemiyor gözümün içine bakıp ağlaya ağlaya gidiyor, çabalıyor bile yani. Çocuğum niye öldü diyemiyor ne kadar acı bir şey.... Bazı feryat figan etmek istiyor onu da yapamıyor. (Uzman Doktor, Kadın, 36 yaşında, Çocuk Acil Servis, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Bazı sağlık çalışanları ise sığınmacı başvuranların kendileri için artı bir iş yükü olduğunu ifade etmişlerdir. Acil serviste çalışan bir sağlık memuru görüşünü *“Sağlık çalışanları açısından bir külfet bence. Anlaşamıyoruz... Bizim açımızdan sıkıntı yani bu insanlar.”* (Sağlık Memuru, Erkek, 36 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi) şeklinde aktarmıştır. Sağlık çalışanlarının bir kısmı ise var olan durumun iş yüklerini artırdığını ancak aynı zamanda duygusal açıdan da bir çelişki yarattığını belirtmişlerdir. Bir doktor durumu şu şekilde özetlemiştir:

“Aslında ben bu konuda çok ikilemdeyim. Bir yandan insani yönüm var... Birileri zor durumda ve bize sığınmışlar, gelmişler ve hakikaten bir suçları yok sadece yaşamaya çalışıyorlar... Ama bir yandan da “yeter artık, boğuluyorum” oluyorum.” (Asistan Doktor, Kadın, 31 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanlarının sığınmacı başvuranlar ile ilgili duyguları ve iş yükü arasında çıkmazda hissettikleri anlaşılmaktadır ve bu durum daha çok İstanbul’da dile getirilmiştir.

Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hakkı ile İlgili Duygu ve Düşünceleri

Sağlık çalışanları, hastaneye başvuran sığınmacılar arasında sağlık hakkı ve sağlık güvencesinden yararlanma durumları açısından farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir. Sığınmacıları iki grupta sınıflandıran asistan doktor durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Şimdi ben bu sığınmacıları ikiye bölmek istiyorum, Suriyeli sığınmacılar ve Suriyeli olmayan sığınmacılar. Çünkü ikisi birbirinden gerçekten çok farklı... İnsan Suriyeli hastaları gördüğü zaman empati kurmaması mümkün değil... çok sefalet içinde... Ama bir yandan... kendi sigortası olmayan insanlar da var. Bu insanlar arasında bir fark olmalı mı, olmamalı mı... Herkese en az Suriyeliler kadar sosyal devlet olmalı.” (Asistan Doktor, Kadın, 26 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi)

Suriyeli mülteciler sağlık hizmetinden yararlanırken katılım payı ödememekte ancak diğer sığınmacılar ödemektedirler. Bu durumun sağlık hakkı açısından bir sorun yarattığı vurgulanmıştır.

Sağlık çalışanlarına sığınmacılara hangi sağlık hizmetleri sunulmalı diye sorulduğunda şu cevaplar verilmiştir:

“Her hizmet verilmeli.” (Doktor, Erkek, 38 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

“Estetik için başvuruyorlar yani acil ve kronik hastalar tamam ama estetik hizmeti de ücretli... ya da katkı payı olması lazım.” (Uzman Doktor, Erkek, 44 yaşında, Dahiliye, Eskişehir D. Hastanesi)

Çoğu sağlık çalışanı sağlık hakkı kapsamında estetik gibi sağlık hizmetlerinin dışında her türlü hizmetin verilmesini, ancak Suriyeli ve diğer sığınmacılar arasında farklılıkların olmaması gerektiğini ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde vatandaşlardan daha öncelikli olmamaları gerektiğini vurgulamışlardır. Sağlık çalışanları, sağlık hakkı ve sağlık giderlerinin nasıl karşılanacağı konularının beraber ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Dahiliye doktoru konu hakkında kaygısını şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu konuya finans kısmıyla beraber bakmak lazım... Beraber sıra bekleyen insanların davranışını etkileyecek.... (Onlar) buna para vermiyorlar onun yanında parayla muayene olmayı bekleyen Türk vatandaşı var.” (Uzman Doktor, Erkek, 44 yaşında, Dahiliye, Eskişehir D. Hastanesi)

Bu anlatımlardan sığınmacılara, ülkedeki sosyal güvencesi olmayan T.C. vatandaşlarından daha fazla sağlık hakkı tanınmasının sığınmacılar ile ilgili olumsuz duygulara neden olacağı belirtilmiştir.

4.2.3.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Yaşadıkları Sorunlar için Çözüm Önerileri

Sağlık çalışanları, odak grup tartışmaları sırasında sağlık sistemi ya da hastane işleyişi konularında çözüm önerilerinde bulunmuşlardır.

Sistemsel/Organizasyonel Konularda Çözüm Önerileri

Mevzuatın uygulanması konusunda sığınmacıların en sık yaşadıkları sorunlardan birinin kimlik sorunu olduğu ve bunun Göç İdaresi’nin uygulamaları sonucu yaşandığı belirtilmiştir. Bu konuda bilgi işlem uzmanı, önerisini *“Ön kayıt başvurusu veriyorsun, bir ay sonra kimlik vereceğim diyorsun... Direkt esas kimliğin verilmesi.” (Bilgi İşlem Uzmanı, Erkek, 35 yaşında, Yabancı Hasta Kayıt, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)* şeklinde aktarmıştır.

Sığınmacılara ilk başvuruda geçici kimlik yerine doğrudan esas kimliğin verilmesinin sağlık merkezlerinde kayıt sorununu çözeceği ve bu şekilde kişilerin sağlık sorunları ilerlemeden sağlık hizmetlerinden yararlanabilecekleri ifade edilmiştir. Ayrıca sığınmacıların hastanede işlemlerini takip edecek kişi ya da özel bir birimin olması yapılan öneriler arasındadır.

“Bir sistem olacak, ben bunun kaydını yapacağım ondan sonra bunu hastanenin ilgili birimlerine ileteceğim ve bu hastanenin avukatı vesaire... faturayı takip edecek.” (Uzman Doktor, Erkek, 41 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi)

Sağlık çalışanlarının çoğu hizmet verilirken en önemli sorunun dil/iletişim sorunu olduğunu ve tercüman ile bu sorunun çözülebileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca hastanelerde tercümanların nasıl organize edilebileceği konusunda önerilerde bulunmuşlardır. Sağlık çalışanının önerisi şudur:

“Tercüman bir tane değil, birkaç tane olması gerekiyor. En başta poliklinikte olması şart... Bir hastaya teşhis konulacaksa poliklinikte konulur, ondan sonra servise geçer. En azından iki-üç tane tercüman bu hastanenin sıkıntısını çok alır. Acilde bir tane. Bir tanesi poliklinik. Bir tanesi buraya (Yabancı Hasta Kayıt). (Bilgi İşlem Uzmanı, Erkek, 35 yaşında, Yabancı Hasta Kayıt, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Fiziksel olarak tercümanların hastanelerde bulunmasının yanı sıra Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir tercüme hattının kurulması da önerilmiştir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde çalışan doktor deneyim ve önerisini *“Tercüman... illa da hastanede olmasına da gerek yok... Biz mesela 605'i çevirirdik iç hattan, bakanlığın tercümanı çıkardı... Bakanlık bir çağrı merkezi kurabilir... Kısa vadede telefonla, uzun vadede tercümanla çözülebilir.” (Uzman Doktor, Erkek, 32 yaşında, Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)* şeklinde anlatmıştır. Ancak tercümanın tıbbi terminolojiye hakim olan bir kişinin olması gerektiği de vurgulanmıştır.

Kronik hastalıkları olan sığınmacıların takibinin daha iyi yapılabilmesi için sığınmacılara yönelik birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerin kurulması gerektiği ve bu birimlerde sadece yabancı sağlık çalışanlarının ya da T.C. vatandaşı ve yabancı sağlık çalışanlarının beraber çalışabileceği önerilmiştir. Konu hakkında çocuk acil uzman doktorunun önerisi aşağıdadır:

“Kendi doktorları da olabilir bizden doktorlar da olabilir işte aile hekimliği gibi... ama onlara özel olsun... Onların tercümanı ile onların bilgisi ile bize gelirse en azından biz de kim, neyi var, neden oldu, nasıl oldu onu araştırma işinden kurtuluruz... O oradan bana en azından tanısı... tercümanı... epikrizi ile gelir... Ya da ben bunu gönderdim.... O doktor takip edebilir... Benim önerim... onlardan bir sağlık çalışanı ve bizden de bir sağlık çalışanı olması.” (Uzman Doktor, Kadın, 36 yaşında, Çocuk Acil Servis, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Bu gibi merkezlerin aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltacağı da ifade edilmiştir. Özel bir birimin yanı sıra sığınmacı ve mülteciler için bir hastanenin açılması da

öneriler arasındadır. Böyle bir birim ya da hastanenin açılmasının sığınmacı sağlık çalışanlarına çalışma olanakları sağlayacağı da belirtilmiştir.

“Aralarında... kendi doktorları... illaki var... Bunların aralarında çok iyileri var... Onlara bazı imkanlar tanınıp... hastalar yönlendirilebilir.” (Uzman Doktor, Erkek, 32 yaşında, Acil Servis, Haseki E. A. Hastanesi)

Sığınmacıları önlenabilir hastalıklardan korumak için pro-aktif sağlık taraması ve aşılama gibi sağlık hizmetleri de öneriler arasındadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda sağlık taramasının gerekliliğini enfeksiyon hastalıkları uzmanı doktor *“Biz bir aktif akciğer tüberkülozu buluyoruz ama yaşadığı ortamda... takip edilmesi gerekir. Takip ve tarama sisteminin bulunması gerekir.” (Uzman Doktor, Kadın, 43 yaşında, Enfeksiyon Hastalıkları, Şişli H. Etfal E. A. Hastalıkları)* şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca sağlık kontrollerinin sınırdan geçerken yapılabileceği ve bu şekilde sağlık sorunlarının kayıt altına alınabileceği *“Sınırdan geçerken sağlık taraması yapıp geçirmeliydi... en azından önlemini alabilirsin.” (Ebe, Kadın, 39 yaşında, Çocuk Kan Alma Polikliniği, Eskişehir D. Hastanesi)* şeklinde anlatılmıştır.

Sığınmacıların sağlık giderleri için ayrı bir fon oluşturulması ve çalışan sığınmacıların sağlık sigorta primlerini kendilerinin ödemelerinin gerektiği belirtilmiştir. Hastanede sığınmacılar için ayrı bir danışmanın olması ve ayrıca engelli başvuranların ve diğer kırılgan grupların ihtiyaçları göz önünde bulundurularak danışman ve yönlendirme konusundaki açığın kapatılması gerektiği vurgulanmıştır. Sığınmacılar için hastane içerisinde özel birimlerin kurulması ve bu birimlerde dil bilen sağlık çalışanları ya da yabancı sağlık çalışanlarının çalışabileceği önerilmiştir. Acil hizmetlerde hasta taşıma personeli olarak çalışan sağlık görevlisinin konu hakkındaki anlatımı aşağıdaki gibidir:

“Onlara ayrı birim oluşturulması... Onlara ayrı doktor hemşire gibi ayrı çalışanların olması. Şişli Etfal’de yeşil alan gibi bir yer olabilir.” (Hasta Taşıma Personeli, Erkek, 41 yaşında, Erişkin Acil Servis, Şişli H. Etfal E. A. Hastanesi)

Sağlık Çalışanları Bağlamında Çözüm Önerileri

Odak grup tartışmalarında sağlık çalışanlarına yönelik dil/iletişim ve psikolojik destek konularında önerilerde bulunulmuştur. Sağlık çalışanlarının bir kısmı başvuran sığınmacıları karşılama görevindeki kişilerin dil kursuna gitmeleri halinde hastanede farklı dillerde danışma ve yönlendirmenin yapılabileceğini belirtmiştir. Ayrıca sığınmacılarla çalışan sağlık çalışanlarının psikolojik olarak zorlandıkları, çaresizlik hissini yoğun yaşadıkları ve bu nedenle

psikolojik desteğe ihtiyaçları duydukları ifade edilmiştir. Haseki E. A. Hastanesi'nde çalışan doktor konu hakkında görüş ve hissini şu şekilde aktarmıştır:

“Uzun süre yabancılarla uğraşmak da çok zor... Yani bu konuda uğraşan yoğun yerlerdeki sağlıkçıların da... psikolojik... destek verilebilir.” (Asistan Doktor, Kadın, 40 yaşında, Dahiliye, Haseki E. A. Hastanesi)

Sığınmacı Bağlamında Çözüm Önerileri

Sağlık çalışanları, sığınmacılara kendilerini ifade edebilecekleri kadar Türkçe öğretilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca sığınmacıların sağlık durumlarının kötüleşmesinin yaşam şartlarından kaynaklandığını düşündüklerini ve bu nedenle yaşam şartlarında iyileşme olmadığı sürece kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesinin zor olacağını acil servis hemşiresi aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Ya sağlıktan ödeyeceğiz ya da yaşam şartlarını düzeltereğiz. Başka yapacağımız şey yok.” (Hemşire, Kadın, 39 yaşında, Çocuk Acil Servis, Eskişehir D. Hastanesi)

4.2.4. Göçmenlerin Entegrasyonunda Portekiz Örneği Verilerinin Analizi

Portekiz'de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini değerlendirmek için yapılan literatür araştırmasının sonucunda 146 adet İngilizce ve 63 adet Portekizce yayına ulaşılmıştır. Yirmi üç adet İngilizce ve yirmi beş adet Portekizce doküman araştırma yönteminde açıklanan kapsam kriterlerine uygun bulunmuştur. Toplam olarak 48 adet İngilizce ve Portekizce yayın incelenmiş ve yapılan araştırmaların çoğunda niteliksel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı tespit edilmiştir. Portekiz'de göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, Türkiye'de sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirilirken kullanılan üç boyut temel alınarak incelenmiştir: sistemsel/organizasyonel, sağlık çalışanları ve göçmenler. Yapılan araştırmanın çıktıları şu şekildedir:

Sistemsel/Organizasyonel Konularda Yaşanan Sorunlar

Göçmenlerin hukuki statüleri, özellikle kayıtsız göçmenlerin durumunda hizmetlere erişimde bir engel oluşturmaktadır (Almeida ve ark., 2014). Göçmenler ikamet başvurusu için gerekli belgeleri sağlamakta zorlanmakta ve bunun sonucunda sağlık sigortasına başvuramamaktadırlar (Topa, 2013, p. 184). Bazen ise sağlık sigortasına sahip olmalarına rağmen ücretsiz hizmetlerden yararlanamadıkları tespit edilmiş ve bunun nedeninin kişilerin ücretsiz hizmetler konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Dias ve ark., 2012). Göçmenler aile hekimine kayıt olmak istediklerinde aile hekimlerine

kayıtlı kişi sayısının azami sayıya ulaşmış olması nedeni ile kayıt yaptıramamakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmakta zorluk yaşamaktadırlar (Topa, 2013, p. 261). Hastane işleyişinde ise bürokrasi, randevu için uzun bekleme süresi, görüşme sürelerinin yetersiz olması çalışmalarda öne çıkan sorunlar arasındadırlar (Phillimore ve ark., 2016). Belirtilen bu sorunlar göçmenlerin gerekli tedaviye erişememesine ya da tedavinin devamlılığının sağlanamamasına neden olmaktadır.

Sağlık Çalışanları İle İlgili Yaşanan Sorunlar

Sağlık çalışanlarının kültürel farklılıklar nedeni ile göçmenlerle iletişimde zorlandıkları hem göçmenler hem de sağlık çalışanları tarafından belirtilmiştir. Kültürel farklılıkların yarattığı iletişim sorunları göçmenlerin tedaviye uyumunu zorlaştırmakta ve bazen de söylenenleri yanlış anlamalarına neden olmaktadır (Stevens ve Vollebergh, 2008).

Sağlık çalışanlarının göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim hakkıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle ücretsiz hizmetlerden ücret talep edildiği ya da mülteci kimliğinin sağlık merkezlerinde kabul edilmediği de tespit edilmiştir (Watters ve Ingleby, 2003, p. 204).

Sağlık çalışanlarının aynı zamanda göçmenlere karşı önyargılı ve ayrımcı davranışta bulundukları ve bazı göçmen gruplarının damgalanması sonucu diğerlerine göre daha fazla ayrımcı tutumla karşılaştıkları hem göçmenler hem de sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir (Bäckström, 2014, p. 88).

Göçmenler ile İlgili Yaşanan Sorunlar

Portekizce konuşulan ülkelerden gelen göçmenler tıp terimlerini anlamakta zorlandıklarını, diğer ülkelerden gelenler ise öncelikle dil engeli ile karşılaştıklarını belirtmektedirler (Gonçalves ve ark., 2003). Ayrıca dil ve iletişim sorunları sağlık sistemi hakkında bilgiye erişimi de etkilemekte ve bu nedenle göçmenler sağlık hakları ve Portekiz sağlık sistemi konusunda bilgilere erişememektedirler (Phillimore ve ark., 2016). Göçmenlerin eğitim durumlarının bilgi edinme konusunda etkili olduğu ve yüksek eğitilmiş kişilerin sağlık sistemi konusunda daha bilgili oldukları görülmüştür (Almeida ve ark., 2014). Dil/iletişim sorunlarının yanı sıra göçmenlerin kültürel alışkanlıklarının ve yaşadıkları çevrenin özellikle akıl sağlığı hizmetlerinden yararlanma konusunda görüşlerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Gonçalves ve Moleiro, 2013, p. 47).

Sağlık çalışanları, göçmenlerin sıklıkla ikamet değiştirmelerinin birinci basamak hizmetlerine erişimlerini zorlaştırdığını ve maddi sorunlarının ise ilaç ve sağlık giderlerini karşılamalarında engel oluşturduğunu ifade etmişlerdir. (Phillimore ve ark., 2016).

Literatür araştırması ile tespit edilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda anahtar kişilerle görüşmeler yapılmıştır. Yapılan üç anahtar görüşmeci “AG” kısaltması ile belirtilmektedir. Anahtar kişilerle yapılan görüşmeler Portekiz göçmen sağlığı ile ilgili aşağıdaki bilgi ve çözüm önerilerini sunmaktadırlar.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde mevzuat konusunda Portekiz’de son yıllarda önemli gelişmelerin olduğu, bunun sonucunda kayıtlı ve kayıtsız göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi sağlandığı belirtilmiştir (AG 2). Ancak mevzuat ve uygulama arasında farklılıkların olması göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır (AG 1).

Portekiz’de kayıtlı bir göçmen ikamete sahip ise sağlık hizmetlerine erişimde vatandaşlarla aynı haklara sahiptir. Ancak kayıtsız göçmenler bürokrasi (AG 1) ve polise ihbar edilme korkusu gibi farklı sorunlarla karşılaşmaktadırlar (AG 2). Ayrıca sağlık giderleri kayıtsız göçmenler için önemli bir sorun olabilmektedir. Aile hekimi ile muayene sağlık güvencesi olmayanlar için 40 avrodur ve hastanede acil sağlık hizmetleri kişinin yatışı yapılmaması durumunda ücrete tabidir (AG 3) Sağlık hizmetlerinde ücretlendirme son yıllardaki ekonomik krizden etkilenmiş ve hızlı bir artış göstermiştir (AG 2).

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde hizmetlerin organizasyonunun tek kurum yerine farklı seviyelerdeki kurumlar tarafından yapılmasının sorumlulukların bölüşülmesine ve daha az sorunla karşılaşılmasına yardımcı olacağı ifade edilmiştir (AG 1).

Portekiz, Türkiye gibi geçmişte göç veren ya da bir geçiş ülkesi iken son yıllarda göçmen alan bir ülke konumuna gelmiştir. Bu süreçte Portekiz gerekli mevzuat düzenlemelerini yapmış ve sağlık hizmetlere erişimi sağlamak için uygulamalara başlamıştır. Ancak literatür araştırması ve anahtar kişi görüşmeleri sonucunda sağlık çalışanlarının mevzuat konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları sonucu uygulamada farklılıklarla karşılaşıldığı ve yanlış uygulamaların yapıldığı anlaşılmaktadır. Bir çok iyi uygulamaların olmasına rağmen sağlık hizmetlerine erişimde farklı alanlarda sorunların yaşandığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

“Eşitsizliğin tüm biçimleri içinde en şok edici ve insanlık dışı olanı sağlık hizmetlerindeki adaletsizliktir.”⁵¹

Bu araştırma sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini hem hizmet alan sığınmacılar hem de hizmet sunan sağlık çalışanları bağlamında incelemiş, yaşanan sorunları tespit etmeye çalışmış ve çözüm önerileri getirmeyi amaçlamıştır.

Araştırmamızın bulgularına göre sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim şartları metropol – uydu şehir arasında farklılık göstermektedir. Bunların başında metropolde kimlik sahibi olma sorunu, buna bağlı olarak sağlık güvencesinden yararlanamama ve sonuç olarak metropolde yaşayan sığınmacıların daha çok maddi desteğe ihtiyaç duyması gelmektedir. Her iki şehirde de sağlık kurumlarının sığınmacıların sağlık hakkı konusundaki mevzuatı farklı şekillerde uyguladığı ve bu durumun sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığı görülmüştür.

Hem sağlık çalışanları hem de sığınmacılar tarafından belirtilen önemli sorunlardan bir diğeri ise dil/iletişim sorunudur. Young ve ark.’nın (1987) belirttiği gibi sağlık çalışanı sığınmacıyı, sığınmacı da sağlık çalışanını anlayamamaktadır. İletişim sorunları sağlık hizmetlerine erişimde farklı evrelerde her iki şehirde de yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı tutumlarının meslek grupları ve şehirler arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. Meslek gruplarında eğitim düzeyine, şehirler arasında ise temas etme sıklığına göre daha olumlu tutumların olduğu belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimde tespit edilen sorunlar, bulgularda olduğu gibi, Scheppers ve ark.’nın (2006) çalışması temel alınarak sistemselsel, sağlık çalışanları temelli ve hasta temelli özellikler olarak ele alınmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık durumu ile ilgili görüşleri ve belirtilen çözüm önerileri ayrı başlıklar altında ele alınmıştır.

5.1. Sığınmacıların Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Durumu

Bu çalışmada sığınmacıların en sık acil servise başvurdukları belirlenmiş ve bu durumun diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği, bunun nedeninin genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasından kaynaklandığı görülmüştür

⁵¹ Martin Luther King, Kaynak: Biffi, 2012, p. 9

(Carrasco-Garrido ve ark., 2009; Norredam ve ark., 2007). Amerika’da tıbbi kayıtlar üzerinden yapılan bir kohort çalışmasında mültecilerin ve vatandaşların acil hizmetlere başvuru sıklığı karşılaştırılmış ve beklenin aksine, mülteci başvurularının daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedenlerinden biri, mültecilerin birinci basamak sağlık hizmetleri veren ve bünyesinde tercüman bulunduran mülteci kliniklerine gitmeyi tercih ediyor olmalarıdır (Weinstein ve ark., 2000). Sağlık hizmetleri kullanımında acil hizmetlere başvuruların yoğun olmasının sebebi, diğer hizmetlere erişiminin kısıtlı olmasıdır (Norredamve ark., 2009). Buna karşın birinci basamak sağlık hizmetlerinin sığınmacılara uygun şekilde yapılandırılması durumunda acil hizmetlere başvurularının azalacağı öngörülmektedir.

Araştırma bulgularımızda acil servise başvurularda kişinin başvuru nedeninin zaman içerisinde değişiklik gösterdiği, ilk zamanlarda acil nedenlerle, ilerleyen zamanlarda ise takipsizliğe bağlı kronik hastalıkların ağırlaşması nedeniyle ya da ilerlemiş enfeksiyonlarla başvurduğu belirlenmiştir. Hastalıkların ileri evrelerinde sağlık merkezlerine başvurulması sağlık durumlarının kötüleşmesine ve bazen de ölümle sonuçlanmasına neden olmaktadır. Örneğin “*hasta gecikme*”sinin sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, dil sorunları gibi farklı nedenlerle sığınmacılarda daha sık görüldüğü ve bütün bunların tüberküloz (TB) tedavisinde hastalığın ilerlemesine neden olduğu belirtilmiştir (Yasin, 2013, p. 16). İlerlemiş enfeksiyon hastalıkları sağlık hizmetlerine erişimi ölçmeye yarayan ve hizmetlere erişimde sorun yaşandığını belirleyen olgulardan biridir (Norredam, 2011, p. 8). Ayrıca kötü barınma ve çalışma koşulları, yetersiz beslenme ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar sığınmacılarda bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olmaktadır (Davies ve ark., 2009; Padilla ve Pereira Miguel, 2009). İstanbul’da yapılan bir çalışmada göçmenlerin barınma şartlarının ve hanede oturan kişi sayısının fazla olmasının solunum yolu ile geçen enfeksiyon hastalıkları açısından riski artırdığı belirtilmiştir (İçduygu ve Biehl, 2009, p. 36).

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları, sığınmacılarda tüberküloz ve ilerlemiş HIV enfeksiyonunun, özellikle de Afrika’dan gelenler arasında, daha sık görülmeye başlandığı belirtmişlerdir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada Afrikalı göçmenlerde HIV prevalansının ve ayrıca HIV pozitif tanısı alanların arasında ilerlemiş enfeksiyon ile başvuranların arttığı tespit edilmiştir. HIV-TB enfeksiyonunun Afrikalı göçmenlerde daha sık görüldüğü ve bu nedenle TB tanısı koyulmasının bu göçmen grubunda HIV tanısını onaylayıcı özelliğe sahip olduğu

belirtilmektedir. İlerlemiş enfeksiyon tanısı konması, diğer bir ifadeyle “*geç tanı*”ya⁵², daha çok yeni gelen göçmenler arasında rastlanmaktadır. Bu nedenle yeni gelen göçmenlere erken tanı için tarama yapılması ve doğum öncesi tarama testlerinin yaygınlaştırılmasının gerektiği önerilmiştir (Sinka ve ark., 2003). İtalya’nın Emilia-Romagna bölgesinde yapılan başka bir çalışmada göçmenlerin, özellikle yeni gelenlerin, sağlık sistemini bilmemeleri ve erişimde sorunlar yaşamaları nedeni ile gerekli tedaviye erişemedikleri görülmüştür (Gagliotti ve ark., 2006).

Bu çalışmada, sığınmacı bebek ve çocukların, önlenebilir hastalıklarla başvurdıkları belirtilmiş ve bunun nedeninin ebeveynlere doğum öncesi ve sonrası gerekli eğitimlerin verilememesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşamamalarından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Sığınmacılar ise doğum öncesi bakım alamadıklarını çünkü birinci basamak sağlık hizmetlerinin neleri kapsadığını bilmediklerini söylemektedirler. Sığınmacıların sağlık okur yazarlığının kısıtlı olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabileceklerini ve ne tür hizmetlerin sunulduğunu bilmemeleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden olmaktadır (Norredam ve ark., 2005; Toksabay, 2010, p. 44). Nkulu Kalengayi ve ark.’nın (2015) yaptığı çalışmada İsveç’te göçmenlerin koruyucu sağlık hizmetlerine erişememelerinin sağlık okur yazarlıklarının düşük olmasından, sağlık taramasının ne olduğunun bilmemelerinden ve farklı sağlık hizmeti beklentilerinin olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Sağlık çalışanları ile göçmenlerin kısıtlı iletişim kurmaları ve sağlık çalışanlarının farklı kültürlere duyarlı olmaması da tespit edilen engellerin arasındadır. Ayrıca göçmen gebe kadınların doğum öncesi bakıma ulaşamamalarının perinatal ölümlerde artışa ve özellikle bebeklerde önlenebilir hastalıkların daha sık görülmesine neden olduğu bilinmektedir (Caulford, 2006).

Bulgularımıza dayanarak, sağlık çalışanlarının da belirttiği gibi, sığınmacı kadınların hastaneye doğum için sık başvurdıkları ve bunun doğum kontrol yöntemleri ve cinsel sağlık konusunda hizmetlere erişimlerindeki zorluklardan kaynaklandığını söylemek mümkündür. Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda mültecilerin doğurganlıklarının yüksek olduğu, istem dışı gebeliklerinin sık yaşandığı ve bunun nedeninin doğum kontrol yöntemleri ve üreme sağlığı konusundaki hizmetlere erişememelerinden kaynaklandığı görülmüştür (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 55, Gümüş ve ark., 2017; Şimşek ve ark., 2018). Ayrıca bu hizmetleri veren birinci

⁵² Orijinal metinde “late diagnosis” olarak ifade edilmiştir.

basamak sağlık çalışanlarının mülteci hastaları reddettiği de belirtilmektedir (Özgülnar, 2016; TTB, 2014).

Sağlık çalışanları işkence ve travma tedavisi için başvuruların az olduğunu belirtmişlerdir. Bunun nedenlerinden biri sığınmacıların işkence ve travma sonucu yaşadıkları sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kamu hastanelerinde bulunmamasıdır (Toksabay, 2010, p. 83). Bu hizmetler STK'lar tarafından karşılanılmaya çalışılmaktadır (Demir ve ark., 2016) ve bu nedenle işkence ve travma sonucu oluşan sağlık sorunları ile hastaneye başvuru çok sık görülmemektedir.

Bu çalışmada işyeri kazaları ve meslek hastalıkları konusunda da hastane başvurularının az olduğu belirlenmiştir. Ancak sığınmacıların, İstanbul gibi metropollerde veya uydu şehirlerde kayıtsız işlerde güvencesiz, tehlikeli şartlarda ve düşük ücretle⁵³ çalıştıkları farklı çalışmalarda tespit edilmiştir (Barbaros, 2009, pp. 114–115; Labib, 2016, p. 87). İşyeri kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle hastaneye başvuruların düşük olması sığınmacıların kayıtsız çalışmaları ve bu nedenle iş şartlarına bağlı sağlık sorunlarını belirtmek istememeleri şeklinde açıklanabilir.

Sağlık hizmetleri kullanımında “Akıl Sağlığı” hizmetlerinin en az başvurulmuş hizmetler arasında olması dikkat çekmektedir. Sığınmacıların akıl sağlığı konusunda yapılan bir çok çalışmada, travma ve işkence sonrası genel ortalamanın üstünde anksiyete, depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu yaşadıkları ortaya konmuştur (Priebe ve ark., 2012; Raphaely ve O'Moore, 2010; Watters ve Ingleby, 2004). Özellikle çocuklar, kadınlar ile fiziksel ve cinsel tacize uğrayan kişiler en kırılgan grubu oluşturmaktadırlar (Özgülnar, 2016; Raphaely ve O'Moore, 2010). Türkiye’de mülteci kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların yaklaşık %90’nın akıl sağlığı sorunları yaşadığı tespit edilmiştir (Şimşek ve ark., 2018). Bu hizmetlerden pek yararlanmamalarının sebebi, ihtiyacın olmamasından çok sığınmacıların bu ihtiyacı öncelememesi ve bu hizmete erişiminlerinin daha zor olması şeklinde açıklanabilir. Sığınmacıların hukuki statü belirlenme süreçleri ve gündelik hayatta maruz kaldıkları ekonomik ve sosyal imkansızlıklar akıl sağlığı problemleri yaşamalarına ve bu yüzden de başvuru yapmalarının gecikmesine neden olmaktadır (Toksabay, 2010, pp. 48–49). Diğer bir yandan, terapinin temelinde iletişimin olması, hastanelerde tercümanların olmaması (Bischoff

⁵³ Literatürde bu durum “Zor, kirli ve tehlikeli” (difficult, dirty, dangerous) çalışma şartları olarak ifade edilmektedir (WHO, 2010, p. 7).

ve ark., 2003) ve bu bölümlerde kısıtlı sağlık personelinin olması, hizmete erişimi tamamen engelleyebilmektedir. On altı Avrupa ülkesinde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada acil hizmetlere kıyasla dil sorunun psikiyatri ve birinci basamak hizmetlerinde daha fazla engel oluşturduğu tespit edilmiştir (Dauvrin ve ark., 2012). Bazı STK'lar tercüman ile psikolojik danışmanlık hizmetleri vermekte ve kamu hizmetlerindeki belirli bir açığı kapatmaktadırlar. Ancak kısıtlı kaynaklara sahip STK'ların kapsayıcı bir hizmet sunması mümkün değildir ve bu nedenle kamu sağlık hizmetlerinin bu konuda teşvik edilmesi gerekmektedir (Toksabay, 2010, pp. 51–58).

Sığınmacıların ülkede kalışları süresince özellikle hukuki statülerine bağlı yaşadıkları belirsizliğin sağlık durumlarını etkilediği gözlenmiştir ve bu konu “belirsizlik ve sağlık” başlığı altında ele alınacaktır.

Belirsizlik ve Sağlık

Türkiye’de “mültecilik, geçicilik ve yasallık” arasındaki ilişkiye değinen Biner, kişilerin mülteci ve sığınmacı hukuki statülerinin geçici bir kalıcılık ifade ettiğini ve bunun sosyal ve sağlık alanında farklı etkileri olduğunu belirtmiştir (Biner, 2016, pp. 3–8). Sığınma başvurusu sonrası işlemlerin ne kadar süreceğinin, statünün kabul edilip edilmeyeceğinin ya da üçüncü bir ülkeye yerleştirmenin yapılıp yapılmayacağının bilinmemesi bütün sürecin belirsizliklerden oluştuğunu göstermektedir ve bu durum kişilerin akıl sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Biner, 2016, pp. 163–180).

Bu durumu Öztuzcu Biehl araştırmasında (2008, p. 101) “kronik belirsizlik”⁵⁴ olarak tanımlarken, Wari (2017, p. 251) Berlin’de benzer şartları yaşayan Filistinli mülteciler için “kalıcı geçicilik”⁵⁵, Spitzer (2011, pp. 129–146) ise kayıtsız göçmenler için “eşiktelik”⁵⁶ şeklinde ifade etmiştir. Spitzer, “eşiktelik” durumunun “*oryantasyon bozukluğu, belirsizlik sorunu, geçicilik hissi ve yüksek öz farkındalık*” yarattığını ifade etmiştir (Spitzer, 2011, p. 136).

Belirsizlik, gelecek için hayatın programlanmasını ve gündelik hayatın etkin bir şekilde yaşanmasını engelleyebilmekte ve sonuç olarak anksiyeteye neden olabilmektedir. Anksiyete gelecekte olabilecek olayların olasılığı üzerinden hissettiğimiz korkudur. Bu hissin kişide

⁵⁴Öztuzcu Biehl tarafından orijinal yapıtta “Chronic Uncertainty” olarak ifade edilmiştir.

⁵⁵Wari tarafından orijinal yapıtta “Permanent Temporaries” olarak tanımlanmıştır.

⁵⁶Spitzer tarafından orijinal yapıtta “liminality” olarak tanımlanmıştır.

duygusal, bilişsel ya da davranışsal sonuçları olabilmekte ve ayrıca sürekli devam eden anksiyetenin depresyon ile ilişkilenebildiği görülmektedir (Grupe ve Nitschke, 2013).

Türkiye’de, sığınma başvurusu yapan kişiler belirli haklara sahip olsalar da başvurularının değerlendirilmesi sürecinde bir tür “statüsüzlük” durumu yaşamakta ve bu durum, yaşamlarının bir çok alanında geleceğe dair planlama yapamamalarından dolayı bir “kronik belirsizlik”e neden olmaktadır. İltica başvuru süreci sığınmacılar için aylarca ya da yıllarca sürebilmekte (Biner, 2016, pp. 163–180; Çorabatır ve Alagöz, 2015) ve sosyal izolasyona ve anksiyeteye yol açabilmektedir (Omidvar ve Richmond, 2003). Sağlık alanında tanı ve tedavi sürecinde yaşanan sorunlar da bu durumu olumsuz etkilemektedir.

Bu araştırmada da sığınmacıların statü alma sürelerinin yıllarca sürdüğü (ortalama=31,69±17,54 ay) belirlenmiştir. Kişilerin hukuki statüleri yaşam koşullarını ve sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde sistemsel sorunların bir çoğu, sığınmacıların hukuki statüleri ve iltica süreçlerinden kaynaklanmakta ve ortaya çıkan bu kronik belirsizlik sığınmacıların sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Toksabay (2010, pp. 48–49) araştırmasında Türkiye’de sığınmacıların başvuru ve sonrasında yaşadıkları uzun kaygılı dönemin kişilerde depresyon, uyku ve yeme bozukluklarına neden olabildiğini belirtmiştir.

5.2. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi

5.2.1. Sistemsel Özellikler

Sığınmacılar hem metropolde hem de uydu şehirde sağlık hizmetlerine erişimde telefonla randevu almak ya da ambulansı çağırmak gibi konularda telefon hattının Türkçe olması nedeni ile sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, göçmenlerin dil engeli nedeni ile ambulansı aradıklarında kendilerini ifade edemedikleri ya da arayamadıkları, bunun kişilerin çaresiz hissetmesine neden olduğu ve tamamen sosyal desteğe bağımlı kaldıkları belirtilmektedir (Free, 1999).

Çalışmamıza katılan sığınmacılardan randevu alabilmiş olanlar, hastanede kayıt yaptırırken kimlikleri olmaması durumunda bazen kayıt yaptırmakta zorlandıklarını ya da hastaneden reddedildiklerini, bazen de kimlikleri olmasına rağmen T.C. vatandaşı olmamaları nedeni ile kabul edilmediklerini belirtmişlerdir. İstanbul’da 67 göçmenle yapılan bir çalışmada bazı kişilerin kimliğe sahip olmaması nedeni ile hastanelerden reddedildikleri ve bunun sonucunda göçmenlerin sağlık sorunları yaşamalarına rağmen başvurmamayı tercih ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca hukuki statülerinin sağlık hizmetlerine erişimi etkilediği ve %21,3’ü bu

nedenle hizmetlere başvurduklarında reddedildiklerini ifade etmişlerdir (Mackreath, 2018, p. 23).

Bu araştırma sırasında hastanelerde kayıt sorunun metropolde daha sık yaşandığı, ve özellikle kimliksiz acil hizmetlere başvurularda bu sorunla sağlık profesyonellerinin de yüzleşmesi gerektiği, uydu şehirde ise sağlık profesyonellerinin ne acilde ne de diğer bölümlerde böyle bir sorunla karşılaşmadıkları görülmüştür. Bu gibi bürokratik sorunlar metropoldeki sağlık profesyonellerinin iş yükünü artırmaktadır.

Sığınmacılar ikamet başvurusu yaptıkları uydu şehirlerde, kimlik yenileme dönemleri dışında, sağlık sigortasından T.C. vatandaşı gibi yararlanabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinin karşılanabilir olmasında kişinin sağlık sigortasına sahip olmasının önemli bir yeri bulunmaktadır. “Türkiye’de Sığınmacı ve Mülteciler” bölümünde de belirtildiği gibi sığınmacıların sağlık sigortası sadece ikamet ettikleri şehirlerde geçerlidir ve İstanbul gibi metropollerde kayıt sadece belirli şartlarda gerçekleştirildiği için sağlık güvencesine sahip kişi sayısı net olarak bilinmemekle beraber çok azdır⁵⁷. Bu durum sığınmacıların metropoldeki hastanelerde sigortasız bir kişi gibi ücretlendirilmelerine neden olmakta ve sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını zorlaştırmaktadır. Bu şartlar göz önünde bulundurulduğunda Cuadra’nın (2011) yaptığı hizmetlere erişim sınıflandırmasına göre metropol ve uydu şehir sırasıyla “minimumdan az” ve “minimumdan fazla” hizmet sağlayan yerler olarak sınıflandırılabilirler. Metropol, sağlık sigortasının geçerli olmadığı ve bu nedenle acil hizmetler dahil tüm sağlık hizmetlerinin ücretli olduğu, uydu şehir ise sığınmacıların acil hizmetler dahil olmak üzere diğer hizmetlerinden ülke vatandaşları gibi yararlanabildikleri yerlerdir. Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin kişilerin yaşadığı yere göre değerlendirilmesi gerektiği ve bazı konularda genellemelerin mümkün olmadığı görülmektedir. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde iyi örnekler olmasına rağmen hukuki statülerine bağlı olarak sağlık güvencesine sahip olmadıkları durumlarda sağlık hizmetlerine erişimleri engellenebilmektedir. Bu durum aynı zamanda sağlık çalışanlarına, sığınmacıların şehirlerarası hareketliliğinde birer “kapı tutucu” görevi yüklemekte (Van Der Leun, 2006) ve sağlık hizmetlerine erişim şehir temelli kısıtlanarak göç kontrol mekanizması olarak kullanılmaktadır (MDM, 2009).

⁵⁷ İstanbul İKGV çalışanı tarafından belirtilen sayı yaklaşık 500 kişidir.

Sağlık sigortasının geçerli olduğu durumlarda ise sığınmacıların sağlık hizmetlerinden T.C. vatandaşı gibi yararlanabildikleri ancak kornea nakli ve diğer nakil gerektiren hastalıklar durumunda tedaviye erişimde sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sorunların sağlık mevzuatına bağlı olduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından giderilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Hem sığınmacılarla hem de sağlık çalışanları ile yaptığımız görüşmelerde, kayıt ve sağlık güvencesi kapsamı konusunda hastanelerin işleyişlerinin birbirinden farklı olduğu saptanmıştır. Kamu çalışanları ve kurumlar düzeyinde verilen kararlar sonucu yaşanan sorunların yarattığı bürokrasiyi Lipsky (2010) “sokak düzeyinde bürokrasi”⁵⁸ olarak tanımlamaktadır.

Sokak Düzeyinde Bürokrasi

Sağlık politikalarının geliştirilmesi farklı kademelerden oluşmakta ve hastanede sağlık çalışanlarının mevzuatı uygulama biçimleri politikanın geliştirilmesinin bir parçası olarak görülmektedir. Gerekli mevzuatın yayınlanması, bu mevzuatın doğru şekilde uygulanacağı anlamına gelmemektedir (Barrett, 2004). Mevzuatın kamu çalışanları tarafından uygulamaya konma şekilleri “sokak düzeyinde bürokrasi” ve bu kişiler “sokak düzeyi bürokratlar” olarak tanımlanmaktadır (Lipsky, 2010, p. 3). Lipsky (2010) kamu çalışanlarının yani “sokak düzeyi bürokratlar”ın politika uygulama şekillerinin çalıştıkları kurumsal ve organizasyonel öğelerden etkilendiğini belirtmektedir. Sağlık çalışanlarının mevzuatı uygulama biçimlerinin etkinliği başvuruların ihtiyaçlarına cevap verebilirliği üzerinden görülmektedir ve ayrıca hastalara karşı tutumları sağlık hizmetlerine erişimde belirleyicidir (Gilson ve ark., 2005).

Bu çalışmada her iki şehirde de mevzuatın farklı uygulamalarının olduğu tespit edilmiştir. Bu farklı uygulama süreçlerinin sebebinin sağlık çalışanlarının göç mevzuatı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması şeklinde açıklanabilir. Bu durum sığınmacıların hastane işleyişlerini anlamalarını zorlaştırmakta ve bazen de hizmetlere erişememelerine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde “sokak düzeyi bürokratlar”ın sağlık politikalarını uygulama şekillerinin sistemseller engellerden ayrı ele alınması gerektiği ve bu konuda daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca Zimmerman’ın (2011) belirttiği gibi mevzuatın uygulanmasında ortaya çıkan sorunlar, sağlık hizmeti sunanlar ile politika yapanlar arasında bir iletişimin gerekli olduğunu göstermektedir.

⁵⁸ Orijinal metinde “Street Level Bureaucracy” olarak ifade edilmektedir.

5.2.1.1. Hastane İşleyişi ile İlgili Özellikler

Mevzuatın hastanelerde farklı uygulamalarının olduğu tespit edilmesinin yanı sıra hastanelerin organizasyonunda şehirler ve hastaneler arası farklılık olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları, hastanelerde başvuranların ihtiyaçlarını karşılayacak danışma ve yönlendirme personeline gerek duyulduğunu belirtmişlerdir. Eskişehir’de, İstanbul’dan farklı olarak hastanede yönlendirme personeli bulunmakta ve dil bariyeri olmasına rağmen bu personelin kısmen yardımcı olabildiği anlaşılmaktadır. Bu kişiler hastaneye giriş yerlerinde ya da belirli ihtiyaç duyulan bölümlerde hastane işleyişi konusunda bilgilendirme yapmaktadırlar. İstanbul’da bu rolün daha çok güvenlik görevlileri ya da hasta taşıma görevindeki sağlık çalışanları tarafından yapıldığı görülmüştür. Ancak hem yönlendirme konusunun güvenlik görevlisinin ya da hasta taşıma personelinin görev kapsamlarında olmaması hem de konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, sığınmacıların gerekli bilgiye ulaşmalarını engellemektedir. Hatta bazı sığınmacılar gerekli bilgilendirmeye ulaşamadıkları için hastane içerisinde işlemlerini tamamlayamadan eve döndüklerini belirtmişlerdir.

Hastanelerde yaşanan diğer bir sorun bekleme sürelerinin uzun olmasıdır. Sığınmacılar bu sorunu özellikle randevu alamadan hastaneye başvurduklarında doktor ile görüşebilmek için poliklinikteki son hastayı beklediklerinde yaşamaktadırlar. “Bekleme süresi” literatürde paylaşılan bir konu olsa da ülkelerin sağlık sistemlerine bağlı olarak tanımlanan sorunun farklı anlamlara geldiği görülmüştür. Portekiz’de yapılan çalışmada, göçmenlerin randevularını çok ileri tarihlere alabildikleri için “bekleme süresi” olarak esasında randevu tarihini bekleme süresini kastetmektedirler (Almeida ve ark., 2014). Bu çalışmada karşılaşılan temel sorunun ise randevu hattının farklı dillerde olmaması ve kişilerin sağlık sisteminin işleyişine hakim olmamaları nedeni ile yaşandığı anlaşılmaktadır.

Bazı sığınmacılar doktorla görüşme süresinin yetersiz olmasından, tanı süreci ve tedavi konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılmadığından yakınmaktadırlar. Toksabay’ın (2010, p. 82) çalışmasında sığınmacılar, görüşme sürelerinin kısa olmasından ve kendilerine detaylı bilgi sorulmamasından memnuniyetsizliklerini bildirmişlerdir. Bu sorunla sadece sığınmacıların karşılaşmadığı Karahisar’ın (2015) İstanbul’da beş eğitim ve araştırma hastanesinde hasta ve hasta yakınları ile yaptığı çalışmada da görülmüştür. Bu çalışmaya katılanların %61,8’i doktorun kendilerine yeterince zaman ayırmadığını belirtmişlerdir. Ancak sığınmacıların dil sorunu yaşaması görüşme süresini daha kısıtlı hale getirmektedir. Diğer

taftan hastanelerde görüşme sürelerinin herkes için daha uzun tutulmasının hasta memnuniyetini artıracaklarını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Gezergün ve ark., 2006).

Organizasyonel olarak yaşanan bazı sorunlar sağlık insan gücündeki eksikliklerden kaynaklanmaktadır ve sağlık çalışanları metropolde daha sık sağlık insan gücü konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hem sağlık profesyonelleri ve sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları açısından, hem de belirli bölümlerde uzman insan gücünün az olmasının sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığı görülmektedir. Uluslararası sivil toplum kuruluşu olan Medecine du Monde'un 2009 yılında yayımlandığı raporda hastanelerde sağlık insan gücündeki eksikliklerin göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde olumsuz bir rolü olduğu ifade edilmiştir (MDM, 2009, s.133). Sağlık insan gücünde eksiklikler ve kayıt, yönlendirme ya da iletişim gibi idari ve organizasyonel alanlarda yaşanan sorunlar tüm sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır (Suphanchaimat ve ark., 2015). Ayrıca bu nedenle sağlık çalışanları mesai saatlerinin uzadığını ve hastalara ayırdıkları sürenin azaldığını belirtmişlerdir (Demir ve ark., 2016).

Sağlık hizmetlerine erişimde dil/iletişim engeli, sığınmacılar, sağlık çalışanları ve İKGV çalışanları tarafından en temel sorun olarak belirtilmiştir. Dil/iletişim engelinin en önemli sorunlardan biri olduğu bir çok farklı çalışmada da görülmektedir (Alemi ve ark., 2017; Almeida ve ark., 2014; Barros ve ark., 2011; Bischoff, 2003; Demir ve ark., 2016; Free, 1999; Nkulu Kalengayi ve ark., 2012; Priebe ve ark., 2011). Sağlık çalışanları öncelikle sığınmacıların dil öğrenmesi gerektiğini, İKGV çalışanları ve sığınmacılar ise tercüman ihtiyacını vurgulamışlardır. Bazı çalışmalarda başvuran ya da sağlık çalışanı sorunu (Derosé ve ark., 2009; Norredam ve ark., 2009) olarak değerlendirilen iletişim sorunu esasında organizasyonel bir sorundur (Gil-González ve ark., 2015). Tercüman sorunu bireylerin çözmesi gereken bir sorun değil kamunun sağlaması gereken bir hizmettir (Griffiths ve ark., 2005, pp. 133–134) ve bu eksiklik genellikle STK'lar tarafından giderilmeye çalışılmaktadır (L. Williams, 2006).

Sağlık hizmetlerinin farklı kültürlerden kişilere hizmet vermeye göre düzenlenmemiş olması hem sığınmacıların hem de sağlık çalışanlarının karşılıklı olarak birbirleriyle farklı sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Bischoff, 2003, p. 11; Janssens ve ark., 2006; Rosano ve ark., 2017).

5.2.2. Sağlık Çalışanı Temelli Özellikler

Bu çalışmada, yapılan diğer çalışmalarda (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 56) olduğu gibi sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hakları ile ilgili doğru ve yeterli bilgiye sahip

olmadıkları görülmüştür. Bu durum sağlık çalışanlarının, özellikle idari görevdekilerin, gerekli bilgilendirmeyi yapamamalarına ve bazen yanlış yönlendirme yapmalarına neden olmaktadır (Almeida ve ark., 2014). Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının gerekli bilgiye sahip olmadıkları için sığınmacı ve mültecilere ücretsiz sunulan hizmetlerde ücret talep ettikleri belirtilmiştir (Watters ve Ingleby, 2003, p. 204).

Portekiz’de yapılan başka bir çalışmada kayıtsız göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim hakkı olmasına rağmen sağlık merkezlerinin bir çok kez bu kişileri reddettikleri ve bunun, sağlık çalışanlarının göçmenlerin sağlık hakkı ile ilgili bilgiye sahip olmamasından kaynaklandığı belirtilmiştir (Fonseca ve Malheiros, 2005, p. 133). Kişilerin kimlikle ya da kimliksiz kayıt yaptırılmamaları sağlık hizmetlerine erişimlerini engellemektedir. Türkiye’de hastanelerin yabancı hasta kabul etmemelerini ya da T.C. kimliği olmadığı için kişileri reddetmelerini açıklayabilecek bir mevzuat bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kimlik göstermek gerekmektedir ancak ihtiyaç durumunda, önce kişinin sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hakkı konusunda gerekli bilgiye sahip olmamasından kaynaklandığı şeklinde açıklanabilmektedir. Ayrıca Fonseca ve Malheiros’un (2005, p. 133) araştırmasında, sağlık çalışanlarının göçmenlerin sağlık hakkı konusunda bilgiye sahip olmalarına rağmen kayıtsız kişilerin sağlık giderlerini ödeyemeyeceklerini düşündükleri için bu kişilerin hastane başvurularının reddedildiği belirtilmektedir. Delamothe’un (2012) belirttiği gibi kişilerin sağlık merkezlerine kayıtlarının yapılmaması, esasında vatandaş olmayan kişiler temelinde hukuki statüsü nedeni ile yapılmış bir ayrımcılıktır.

Sağlık çalışanları temelli yaşanan bir diğer sorun ise dil/iletişim sorunudur. İletişim sorunları muayene, anamnez, tedavi (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 57) ve sağlık sorunu hakkında bilgilendirmenin yapılamamasına ya da kısıtlı şekilde yapılmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları iletişim sorunu nedeni ile hastane işleyişi konusunda bilgilendirmede ve yönlendirmede zorlandıklarını belirtmektedirler.

Sağlık çalışanları hastayı anlamakta zorlandıklarını, tercümanların profesyonel olmamaları nedeni ile yapılan tercümeye güvenemediklerini, tanı ve tedavi sürecinde sözlü ya da yazılı gerekli onamları alamadıklarını ve bunun sonucunda tıbbi hata yapma kaygılarının ve iş yükünün arttığını belirtmişlerdir. Farklı Avrupa ülkelerinde 240 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada dil/iletişim sorunlarının sağlık sorunlarını yanlış anlama ve yanlış tanı koyma kaygısını arttırdığı tespit edilmiştir (Priebe ve ark., 2011).

Dil sorunlarının kişilere tanı konulma aşamasında daha fazla tanı testlerinin yapılmasına neden olduğu, Amerika’da bir acil serviste yapılan karşılaştırmalı çalışmada gösterilmiştir. Travmatik olmayan karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalara tanı koyarken İngilizce konuşmayan hastalara yapılan tanı testleri İngilizce konuşan hastalara göre daha fazladır (Waxman ve Levitt, 2000).

Bulgularımıza göre kaliteli bir iletişim sağlanamaması, semptomların doğru aktarılamamasına, yanlış tanı ve tedavilere, hastalığın takibinin yapılamamasına neden olmakta ve sonuç olarak sığınmacıların sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Sığınmacılar ayrıca dil/iletişim sorunlarının sağlık çalışanlarının sağlık hizmet sunumunu etkilediğini, kendilerine benzer tanılara sahip ülke vatandaşlarına kıyasla daha farklı davranıldığını belirtmektedirler. Sarver ve Baker’ın (2000) acil servise başvuran hastalarla yaptığı çalışmada göçmenlerin, göçmen olmayanlara göre uzman doktorlara daha az yönlendirildiği ve bunun kişinin başvuru nedeninden bağımsız olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hekimlerin dil/iletişim sorunu nedeni ile sağlık problemlerini anlamakta güçlük çekmeleri ve göçmen hastaların tedavi uyumunun düşük olduğunu düşünmeleri şeklinde açıklanmaktadır.

İletişim sorunu bazen de kültürel farklılıklar nedeni ile yaşanmaktadır (Michaelsen ve ark., 2004). Sağlık çalışanları iletişim sorunundan sonra kültürel farklılıkların en sık yaşanan sorunlardan birini oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda hem meslek grupları arasında hem de şehirler arasında farklılıklar vardır. Doktorlar dışındaki diğer meslek grupları kültürel sorunları ikinci derecede bir sorun olarak değerlendirmişlerdir. Michaelsen’in (2004) sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada kültürel farklılıklar konusunda yaşanan sorunlarda eğitim düzeyinin önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Bu durum eğitim düzeyinin artması ile kişilerin sorunlara eleştirel bakma yönünün daha güçlü, kendine özgüvenin daha fazla olması sonucu “öteki”ne karşı olan korku ve kaygının daha az olduğu şeklinde açıklanmaktadır. Diğer taraftan eğitilmiş kişilerin gelir düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sosyal hayatlarında sığınmacılar ile ortak alanları paylaşımlarının düşük gelirli kişilere göre daha az olduğu da belirtilmiştir. Bu çalışmada da doktorların diğer meslek gruplarına göre kültürel farklılıkları daha az önemli değerlendirmesi eğitim düzeyinin etkisi ile açıklanabilmektedir.

Araştırma bulgularına göre sağlık hizmetlerinin sunumunda tıbbi uygulamalarda sorunlar yaşandığı görülmüştür. Metropolde ve uydu şehirde sığınmacılar tanı ve tedavinin gerçekleşmesinde gecikmelerin olduğunu ve tedavi takibinde sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gecikmiş tanı ve tedaviler hastalarda düşük tedavi uyumuna, sağlık sorunlarının ilerlemesine (Magalhaes ve Carrasco, 2010), kronik hastalarda akut durumların yaşanmasına

(Gregoire ve Rouail, 2005) ve önlenebilir hastane yatışlarına (Pappas ve ark., 1997) neden olmaktadır.

Sığınmacıların iltica başvurusu sürecinde bazen sağlık sorunlarını belgelemeleri gerekmektedir. Özellikle kronik hastalıkları olan sığınmacıların sağlık durumlarını belgeleyebilmeleri durumunda iltica başvuru süreçlerinin hızlandırılma ihtimali, sağlık raporunu sığınmacılar için önemli bir olgu haline getirmektedir. Sığınmacılar sağlık raporu için hastaneye başvurduklarında doktorların çoğu tek hekim raporu vermek yerine kişileri heyet raporuna yönlendirmektedirler. Heyet raporu belirli uzman doktorların bir araya gelerek ortak değerlendirmesi sonucu verilmektedir ve ücrete tabidir. Heyetteki doktorların profesyonel tercüman talep etmesi ve raporun ücrete tabi tutulması, sığınmacıların sağlık raporu edinmelerini zorlaştırmakta bazen de imkansız hale getirmektedir.

Diğer önemli bir sorun ise sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı tutumudur. Sığınmacılar sağlık çalışanlarının özenli davranmadığını ve kendilerine olan tutumun “yabancı” olmaları nedeni ile vatandaşlara kıyasla daha farklı olduğunu aktarmışlardır. “Farklı” davranma ibaresi sığınmacılar tarafından olumsuz tutumlar ile örneklendirilmiş ve sığınmacılar bu olumsuz tutumu daha çok sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları ile yaşadıklarını belirtmişlerdir. Dias’ın (2012) Portekiz’de sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada idari işlerde çalışanların göçmenlere karşı daha olumsuz davrandıkları ve bunun nedeninin göçmenlerle iletişimlerinin kayıt ya da benzeri konularla kısıtlı olması ve idari çalışanlarının eğitim düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklandığı şeklinde açıklanmaktadır.

5.2.3. Hasta Temelli Özellikler

Sığınmacılar, sağlık hizmetlerine erişebilmek için herşeyden önce sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiye sahip olmalıdırlar. Yapılan farklı çalışmalarda (Janssens ve ark., 2006; Toksabay, 2010, p. 44) olduğu gibi bu çalışmada da sığınmacıların sağlık hakları, sağlık sistemi, özellikle ücretsiz hizmetler konusunda kısıtlı bilgiye sahip oldukları ve nereden bilgi alacaklarını bilmedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca dil sorunu, bilgilendirmeleri ve var olan konu hakkındaki bilgilendirici basılı dökümanları ya da sosyal medyadaki metinleri anlamalarını engellemektedir (Free, 1999). Bu durumun yeni gelenlerde daha sık görüldüğü, “yeni gelen” olmanın bir risk faktörü olduğu ve hizmetlere erişimde bir engel oluşturabileceği belirtilmiştir (Norredam, 2011; Topa, 2013, p. 216). Ülkede kalış süresinin sağlık hizmetlerine erişimle pozitif bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebinin ise kişilerin zamanla sağlık sistemini öğrenmeleri ve dil engelini aşmaları olarak açıklanmaktadır (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 57).

İKGV gibi ulusal ve diğer uluslararası STK'ların sığınmacıları sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri konusunda gerekli bilgilendirmeleri yapmalarının sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. STK'lar kamu kurumlarında yaşanan eksikliği gidermeye çalışmaktadırlar. Ancak STK'ların çoğunun metropollerde bulunmasından dolayı sığınmacılar uydu şehirlerde yaşadıkları sorunlara çözüm bulamamaları durumunda metropollere gelmektedirler (Çakmak, 2015).

Sığınmacılarla yapılan görüşmelerde hem metropolde hem de uydu şehirde sağlık çalışanları ile yaşanan dil/iletişim sorununun sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği ve ayrıca sağlık hizmetlerine başvuruların azalmasına neden olduğu görülmektedir. Üstelik doktor-hasta güven ilişkisi zedelenmekte ve sığınmacıların tedaviye uyumu azalmaktadır. Baker ve ark.'nın (1998) yaptığı çalışmada acil servise başvuran ana dili İspanyolca olan hastalar üç grupta sınıflandırılarak doktor-hasta ilişkisinde hasta memnuniyeti karşılaştırılmıştır. İlk grup ana dili İngilizce olmamasına rağmen tercüman ihtiyacı hissetmeyen hastalar, ikinci grup tercüman ile görüşme yapan hastalar ve üçüncü grup tercüman ihtiyacı olmasına rağmen tercümansız görüşme yapan hastalardan oluşmaktadır. İlk gruptaki hastaların, diğer iki gruptaki hastalara göre hasta memnuniyeti daha yüksektir. Üçüncü gruptaki hastaların ikinci gruptakilere göre hasta memnuniyeti daha düşük ve bu iki gruptaki hastalar birinci gruptaki hastalara göre sağlık çalışanını daha az saygılı ve ilgili bulduğu belirlenmiştir. Carrasquillo ve ark.'nın (1999) beş hastanenin acil servisine başvuran hastaların hasta memnuniyeti konusunda yaptıkları başka bir araştırmada ise, ana dili İngilizce olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu durumun kişilerin tekrardan bir sağlık sorunu yaşadığında aynı bölüme başvurma düşüncesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu durumun ayrıca kişilerin tedavi uyumunu etkileyeceği de bilinmektedir.

Öte yandan, bazı sığınmacılar dil bilmedikleri ya da tercümanla gitmedikleri için hastanede acil servise kabul edilmediklerini belirtmişlerdir. Bazıları da bu nedenle sağlık hizmetlerine başvurmamayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (Toksabay, 2010, p. 62).

Çalışma bulgularımıza göre sığınmacılar çeviri yapması için bazen aile yakınları veya tanıdıklarıyla bazen de ücretli tercümanlarla hastanelere başvurumaktadırlar. Aile yakınlarının ya da tanıdıklarının tercüme yapması durumunda kişiler sorunlarını ifade etmekte zorlanmakta ya da kişinin profesyonel tercüman olmaması nedeni ile çeviri kalitesinde sorunlar yaşanmaktadır (Bischoff, 2003; Free, 1999). Ayrıca bazen tercüman olarak farklı dil bilen sağlık çalışanları görevlendirilmekte ve bu da, sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırmaktadır.

Sığınmacıların yaşadıkları iletişim sorunlarının bir kısmı ise kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Sığınmacıların kendi alıştıkları gibi bir sağlık hizmeti ile karşılaşmamları ve bunun memnuniyetsizliğe neden olması, kültürel bir farklılık olarak değerlendirilmektedir. Bu durum aynı zamanda sağlık çalışanı ve sığınmacılar arasında yanlış anlaşmalara da neden olmaktadır (Dauvrin ve ark., 2012). Toksabay'ın (2010, p. 82) çalışmasında kültürel farklılıkların sığınmacı-sağlık çalışanı ilişkisinde bir sorun olarak değerlendirilmemesine rağmen Demir ve ark.'nın (2016) yayınladıkları makalede kültürel sorunların sağlık hizmetine erişimde bir engel oluşturduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada özellikle sağlık çalışanlarının bu sorunu yaşadığı ancak sığınmacıların çoğunun böyle bir sorun yaşamadığı görülmektedir.

Sağlık çalışanları ayrıca sığınmacıların sağlık geçmişlerine dair medikal belgelerinin olmaması ya da farklı dillerde olması nedeni ile tanı ve tedavi sürecinde zorlandıklarını belirtmektedirler. İngiltere'de yapılan bir çalışmada özellikle yeni gelen göçmenlerin medikal bilgilerine ulaşamamasının tanı koymakta ve tedavinin düzenlenmesinde engel oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu ülkelerden gelen kişilerin, tanı koyulmamış hastalıkları olduğu ve dil bariyeri ile beraber hastanın sağlık öyküsünü almanın ve tanı koymanın daha da zorlaştığı ifade edilmektedir (Lindenmeyer ve ark., 2016).

Hastanelerde sağlık çalışanlarının sığınmacı başvuranlar ile yaşadıkları bir diğer sorun ise çoğunlukla refakatçilerinin olmamasıdır. Kamu hastanelerinde bu durumun sağlık çalışanlarının iş yükünü ve mesai saatlerini arttırdığı belirtilmiştir ve sağlık çalışanlarının paylaşımlarından bu sorunun metropolde daha fazla yaşandığı anlaşılmaktadır.

Metropol ve uydu şehir arasında hasta temelli yaşanan bir farklılık ise sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliği ile ilgilidir. Araştırma bulgularımıza göre sağlık sigortasına sahip olunmaması durumunda sığınmacılar hastanelerde alınan hizmetlerin bütün ücretini ödemek zorundadırlar ve bu durum daha sık metropolde yaşanmaktadır. Sığınmacıların talep edilen ücretleri ödeyememeleri durumunda tedavilerinin devamlılığı sağlanamamakta ya da hastanelerden reddedilebilmektedirler. Başvuranların kayıt ya da dil bariyeri yaşamadığı ya da bu engelleri aşabildiği durumlarda hizmetlere erişimde finansal sorunlar, en önemli sorun haline gelmektedir. Bu durumda sığınmacıların ekonomik durumları sağlık hizmetlerine ve tedaviye erişimlerini kısıtlayabilmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda sığınmacıların muayene ya da ilaç giderlerini karşılamakta zorluk yaşadıkları ve bazen giderlerin karşılanamaması durumunda tedaviye erişemedikleri tespit edilmiştir (Bahadır ve Uçku, 2016, p. 53). Sığınmacıların ekonomik durumlarının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kısıtladığı

(Magalhaes ve ark., 2010) ve bunun öncelikle sığınmacı çocuk ve kadın gibi kırılgan grupları etkilediği görülmüştür (Janssens ve ark., 2006; Visser ve ark., 2005).

Sağlık hizmetlerine erişimde sığınmacıların sahip olduğu sosyal ağların önemli bir yeri bulunmaktadır. Aile ve yakınları, STK'lar ve bazı kamu kurumları hem iletişim hem de sağlık giderlerinin karşılanmasında sığınmacılara yardımcı olmaktadır. İletişim desteği hem İstanbul'da hem de Eskişehir'de dile getirilmiştir ancak maddi desteğin İstanbul'da daha fazla ihtiyaç duyulan bir durum olduğu hem sığınmacılarla yapılan görüşmelerden hem de sağlık çalışanlarının anlatımlarından anlaşılmaktadır. STK'ların sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi için sundukları hizmetlerin yerinin doldurulması zor olduğu anlaşılmakta ancak finansal kısıtlılıkları nedeni ile bütün sorunları çözmelerinin de imkansız olduğu görülmektedir (Toksabay, 2010, p. 50,57-58).

5.3. Sağlık Çalışanlarının Sığınmacılar ve Hakları ile İlgili Bilgi Durumu ve Düşünceleri

Sağlık çalışanlarına, sığınmacıların kim oldukları ve ne tür haklara sahip oldukları sorulduğunda çoğunun yanlış ve eksik bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Bu da sağlık çalışanlarının sığınmacılara sağlık hakları konusunda gerekli bilgilendirmeyi yapamamalarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının sığınmacıların, mültecilerin ve göçmenlerin sağlık hakları ile ilgili gerekli bilgiye sahip olmadıkları ve bunun bazen yanlış bilgilendirmelere neden olduğu, bu yüzden de sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin zorlaştığı farklı çalışmalarda da tespit edilmiştir (Hargreaves ve ark., 2008; Terzioğlu, 2015; Toksabay, 2010, p. 68).

Araştırmamızın bulgularına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %90'ı sağlık hakkını bir insan hakkı olarak belirtmekte ancak acil hizmetlerin sığınmacılara ücretsiz sunulması konusunda olumlu düşünceleri ise % 56'ya düşmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada sağlık hakkının bir insan hakkı olduğunu savunan sağlık çalışanlarının üçte biri kayıtsız göçmen anne ve çocuklara kısıtlı ya da hiç sağlık hizmeti sunulmaması gerektiğini savunmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının savundukları insan hakları değerleri ile göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda tutumları arasında bir uyumsuzluk görülmektedir (Ruiz-Casares ve ark., 2013).

Bu çalışmada bazı sağlık çalışanları, diğer çalışmalarda olduğu gibi, farklı kültürlerden başvuran hastalar karşısında kurumsal ya da yönetsel gerekli desteğin sağlanmaması nedeni ile iş yükü artışının verdiği tükenmişlik hisleri ile meslek etiği arasında kaldıklarını (Dias ve ark., 2012; Rousseau ve ark., 2008; Vanthuyne ve ark., 2013) ve sonuç olarak sığınmacıları

sağlık sistemine bir yük olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Lindenmeyer ve ark., 2016). İstanbul’da iş yükünün daha fazla olması ve sığınmacıların sağlık sigortası gibi konularla daha az desteklenmesi metropoldeki sağlık çalışanlarının bu ikilemi daha sık yaşamalarına neden olmaktadır.

Kamu hizmetlerine olan finansal kesintiler sonucu sağlık çalışanlarının bir kısmı sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını bir temel insan hakkı olarak değil “hak etme veya etmeme” olarak değerlendirmektedirler (Vanthuyne ve ark., 2013). Sığınmacıların sağlık giderlerinin nasıl finanse edileceği sağlık hizmetini “hak etme” bakışı açısından önemli bir yere sahiptir ve bu nedenle sağlık çalışanları çalışan sığınmacıların primlerini kendilerinin ödemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çoğu sığınmacıların tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamaması gerektiğini düşünmekte ancak bunun tamamen devlet tarafından karşılanmasını da onaylamamaktadırlar. Ayrıca hak etmeyen kişilere hizmet sunmak kişilere artı bir iş yükü olarak gözükebilmekte ve Terzioğlu’nun (2015) belirttiği gibi sığınmacılara karşı ayrımcı söylemlerin artmasına neden olmaktadır.

“Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda vatandaşlar hizmet alamaz” gibi vatandaşların hakkı olan sağlık hizmetlerinden sığınmacılar yararlanıyor düşüncesi ayrımcı bir ifade olmakla birlikte hem toplumda hem de sağlık çalışanları arasında yaygınlaşmaya başlamıştır. Medyanın sığınmacılar ile ilgili yaptığı damgalayıcı ve önyargılı haberler sağlık çalışanlarını gündelik hayatının ritmi içinde etkilemekte ve belirli kalıp yargılara sahip olmalarına neden olmaktadır (Terzioğlu, 2015; Toksabay, 2010, pp. 26–27). Ayrıca bazı sağlık çalışanları sığınmacıları hastalıkları taşıyan kişiler olarak görmekte ve “sınırdan tarama yapılarak sağlıklı kişilerin kabul edilmesi” gerektiğini savunmaktadırlar. Ancak Fonseca ve Malheiros’un (2005) derlemesinde belirtildiği gibi sığınmacılar daha çok bulaşıcı hastalıklarla değil, bulaşıcı olmayan hastalıklarla sağlık kurumlarına başvurmaktadırlar. Sığınmacıların sağlık durumlarını etkileyen nedenlerin başında ev sahibi ülkede maruz kaldıkları yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları anda erişim sağlayamamaları gelmektedir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının tutumları şehirlere göre karşılaştırıldığında metropoldeki hemşire ve ebelerin uydu şehirdeki hemşire ve ebelere göre daha olumlu oldukları görülmüştür. Metropolde daha fazla sığınmacı hasta ile temas eden hemşire ve ebelerin tutumunun daha olumlu olması Amir’in (1969) çalışmasında bahsettiği gibi farklı etnik gruplardan kişiler arasında temasın artmasının birbirlerine karşı önyargılarının azalmasına yardımcı olacağı şeklinde açıklanabilmektedir. Bu sav hemşire ve ebelerde görülen farklılığı açıklayabilmekte ancak diğer sağlık çalışanları için söylenememektedir. Hem metropolde hem

de uydu şehirde sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının sığınmacılara karşı en olumsuz tutuma sahip meslek grubu oldukları görülmüştür. Michaelsen ve ark.'nın (2004) çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin sığınmacılara karşı tutumlarında belirleyici bir etken olduğu görülmekte ve sağlık pofesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının araştırmaya katılan diğer sağlık çalışanlarından daha olumsuz tutuma sahip olmaları bu şekilde açıklanabilmektedir.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada göçmenlerin ayrımcı ve bazen ırkçı söylemlerle karşılaştıkları belirtilmektedir (Mackreath, 2018). İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının kendilerinin ayrımcılık yapmadıklarını belirtmelerine rağmen, bazı söylemlerinin ayrımcı ve ırkçı olduğu vurgulanmıştır (Terzioğlu, 2015). Bu çalışmada da sağlık çalışanlarının farklı sığınmacı gruplara karşı damgalayıcı ve ayrımcı söylemleri olduğu görülmüştür ve üstelik sığınmacılar da önyargılı davranışlarla ve ırkçı söylemlerle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu konu daha detaylı olarak "Damgalama ve Önyargı" başlığı altında ele alınmaktadır.

Damgalama (Stigma) ve Önyargı

Damgalama, özünde kişilerin vücutlarındaki doğal olmayan izler ya da fiziksel engeller nedeni ile kişilere atfedilen düşünce ve sözlerdir. Bu, zamanla "normal" olarak kabul edilmeyen bir çok kişi ya da konu için kullanılmaya başlanmıştır. Bu tutuma başlarda çoğunlukla fiziksel engelli veya kör, dilsiz kişiler ya da siyahi kişiler maruz kalırken ilerleyen zamanlarda göçmenler, bazen de erkek çoğunluğun olduğu ortamlarda kadınlar da maruz kalmışlardır. "Normal" olarak kabul edilmeyen kişi sosyal ayrımcılığa uğramakta ve yaşamla ilgili erişebileceği fırsatlar kısıtlanmaktadır. Ayrıca, yaşadıkları deneyimler sonucu damgalanan kişiler, sosyal ortamlarda kabul ya da reddedilip edilmeyeceklerini bilmeseler de çeşitli kaygılar yaşamakta ve başka deneyim edinmekte çekimser davranmaktadırlar (Goffman, 1974, pp. 1–40).

Bazı sığınmacılar sağlık çalışanları ile olan olumsuz deneyimleri nedeniyle sağlık sorunları olsa da sağlık hizmetlerine başvurmamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Lizbon'da yapılan bir çalışmada göçmenlerin sağlık çalışanları tarafından damgalayıcı tutumlar ile karşılaştıkları ve bu durumun kişileri sağlık hizmetlerini kullanmamaya sevk ettiği belirtilmiştir (Dias ve ark., 2010). Londra'da yapılan başka bir çalışmada ise mültecilerin olumsuz sağlık kurumu deneyimlerinin sağlık hizmetlerine tekrardan başvurmalarında bir engel oluşturduğu ifade edilmiştir (Bhatia ve Wallace, 2007). Ayrıca bazı sığınmacıların cinsel yönelimlerinin ya da HIV gibi bulaşıcı hastalıklarının olması da önyargılı davranışlara maruz kalmalarına neden

olmaktadır. Sığınmacıların bulaşıcı hastalıklar, etnik köken, cinsel yönelim ya da farklı nedenlerle önyargılı davranışlara maruz kalmaları, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini engellemekte ve sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Sundquist, 2017; Trivedi ve Ayanian, 2006; D. R. Williams ve Mohammed, 2009).

5.4. Çözüm Önerileri ve Diğer Ülkelerden Örnek Uygulamalar

Bu araştırmaya katılan sığınmacıların, sağlık çalışanlarının ve İKGV çalışanlarının ortaklaştığı sorun dil/iletişim sorunudur ve bu soruna çözüm olarak profesyonel tercümanlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda eğitimli tercümanların aynı zamanda birer “kültürel arabulucular” olarak çalıştıkları, kültürel farklılıkları anlamaya/anlatmaya yardımcı oldukları ve taraflar arası iletişimi kolaylaştırdıkları belirlenmiştir (Toksabay, 2010, p. 64; Verrept, 2008). Portekiz’de gerçekleştirilen bir uygulamada göçmenlere kültürel arabulucu olabilmeleri için eğitimler verilmiş ve sağlık merkezlerinde danışma ve yönlendirme görevlerinde çalışmaları sağlanmıştır (Phillimore ve ark., 2016). Kültürel arabulucular bazı sağlık sistemlerinde ise “çok kültürlü sağlık arabulucuları”⁵⁹ (ÇKSA) olarak tanımlanmaktadır. ÇKSA’lar ev ziyaretleri yaparak mülteci ve sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarını tespit etmekte, hastane randevularına eşlik etmekte, sağlığın gelişimi için grup çalışmaları yapmakta, sağlık eğitimi vermekte ve çocuklar gibi kırılgan grupların bakımı konusunda aileler ile projeler yürütmektedirler. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarını farklı kültürler konusunda bilgilendirmektedirler (Torres ve ark., 2014).

Sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi, kişilerin sağlık durumlarını olumlu yönde etkileyecek ve toplumda sağlığın geliştirilmesine yardımcı olacaktır (Grove ve Zwi, 2006). Bu aynı zamanda salgın risklerinin azaltılmasını, erken tanı ve tedavi ile sağlık sorunlarının ilerlemesinin önlenmesini ve sağlık sisteminde kaynakların uygun kullanılmasını sağlayacaktır (Gushulak, 2010). Bunun için sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi temel ön koşullardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için, sadece sığınmacılara hizmet verecek birinci basamak sağlık merkezleri kurulması önerilmiştir. İngiltere’de sadece sığınmacı ve mültecilere hizmet veren sağlık merkezleri hem tercüman desteği hem de birinci basamak sağlık hizmetleri sunmakta, sığınmacılar arasında kırılgan gruplar için sağlık durumu tespiti yapmakta ve sığınmacıların sağlık sistemini öğrenmeleri için

⁵⁹ Orijinal metinde “Multicultural health brokers” olarak ifade edilmiştir.

eğitimler düzenlemektedir (Rhodes, 2009). Portekiz’de sağlık hizmetlerinin sunumunda göçmen sağlık çalışanlarına da yer verilmekte ve bunun, başvuranların sağlık sorunlarını anlamada ve yönlendirmede daha etkin olduğu görülmektedir (Marques, 2009).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları, sığınmacıların hastanelerde sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için sadece sığınmacılara yönelik hizmet veren poliklinik ya da farklı bölümlerin olması gerektiğini belirtmişlerdir. Örneğin Avrupa’da, bu konuda farklı çözüm önerileri üretilmiştir. Bunların başında 2002 yılında bir pilot uygulama olarak başlayan “Göçmen Dostu Hastaneler”⁶⁰ projesi gelmektedir. Bu projeye Avrupa’da on iki ülke katılmış ve her ülkeden bir hastanede proje başlatılmıştır. Bu proje hastanelerde dört konuya odaklanmaktadır: İletişim, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilirlik, göçmenlerin ve azınlıkların güçlendirilmesi, sunulan hizmetlerin ve göçmenlerin sağlığının takip edilmesi ve değerlendirilmesi (Bischoff, 2003, p. 13). İki yıllık bir dönemin sonunda Amsterdam’da yapılan uygulamaların değerlendirildiği bir toplantı düzenlenmiş ve “Amsterdam Deklarasyonu” adında bir rapor yayımlanmıştır. Bu rapor farklı kültürlerin ihtiyaçlarına cevap verebilen sağlık hizmetleri sunmak için politika üretiminde yol gösterici bir belgedir ve sağlık yöntemleri, sağlık çalışanları ve başvuran göçmenler konusunda farklı önerilerde bulunmaktadır. Bu önerilerden bazıları: Etnik, kültürel ve dini farklılıklara duyarlı bir sağlık hizmeti sunumu için gerekli finansal kaynakların sağlanması, sağlık çalışanlarının kültürel ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi, göçmenlerin travmatik olay deneyimleri göz önünde bulundurularak akıl sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi, göçmen toplulukların temsilcilerinin sağlık hizmeti sunumunun yapılandırılmasında rol almaları ve kendi topluluklarının sağlık okur yazarlığının geliştirilmesi için aracı olmaları gibidir (EC ve WHO, 2002).

Yapılan bir çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek için sağlık çalışanlarına, sığınmacılar ve sığınmacıların hakları konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir (Bhatia ve Wallace, 2007; Grove ve Zwi, 2006; Ruiz-Casares ve ark., 2013; Toksabay, 2010, p. 86). Ayrıca sağlık çalışanlarının farklı kültürlerin sağlık anlayışları ile ilgili bilgilendirilmelerine de ihtiyaç vardır (Vázquez Navarrete ve ark., 2009). Dahası, sağlık yöneticilerinin sığınmacıların sağlık durumu konusunda bilgilendirilmeleri, sığınmacılar konusunda gerekli sağlık politikalarının oluşturulmasında ve

⁶⁰Orijinal metinde “Migrant Friendly Hospitals” olarak belirtilmektedir.

tüm sağlık çalışanlarına örnek tutumların belirlenmesinde etkili olacaktır (WHO, 2010, pp. 7–18).

Sağlık hizmetlerinin farklı kültürlere, inançlara duyarlı bir şekilde düzenlenmesi sağlıkta eşitsizliklerin özellikle de kırılgan gruplarda, azalmasına yardımcı olacaktır (Andrulis, 1998; Betancourt ve ark., 2003). Bunun için sağlık hakkı ve insan hakları ilkelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda temel alınması (Nnamuchi, 2014) ve sağlık eğitiminden başlayarak tüm sağlık çalışanlarının eğitim sürecinde insan hakları, sağlık hakkı ve farklı kültürlere sağlık hizmeti sunmak konusunda bilgilendirilmeleri ve kültürler arası iletişimin iyileştirilmesi gerekmektedir (Einbinder ve Schulman, 2000).

Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar sistemsel/organizasyonel, sığınmacılar ve sağlık çalışanları şeklinde üç farklı boyutta ele alınmıştır. Ancak bulgularımıza dayanarak kurumsal sorunların da ayrı bir başlık olarak ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Ferlie ve Shortell (2001) tarafından yapılan derlemede sağlık hizmetlerine erişimde uzun süreli ve etkin sonuçların elde edilebilmesi için sağlık hizmetlerinin “Bireysel, grup/takım, organizasyon/kurum ve çevre/sistem” şeklinde dört aşamada ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık kurumlarının karar verici bir pozisyonda olmaları ve vermiş oldukları bu kararların sunulan sağlık hizmetinin kalitesini etkilediği vurgulanmıştır. Kapsamlı politik değişimlerin makro düzeyde yani sistemsel olarak yapılması gerektiği, ancak kurumsal ve sağlık çalışanları düzeyinde de ayrı uygulamalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

Bu çalışma yapılırken karşılaşılan önemli bir sorun ise sığınmacıların sağlık durumu konusunda yeterli verilerin bulunmaması ya da var olan bazı verilere ulaşılamamasıdır. Sağlık hizmetlerine erişim olarak poliklinik, ameliyat ya da sunulan hizmetin sayısal verileri açıklanmakta (AFAD, 2013, 2016; Medimagazin, 2018) ancak özellikle anne ve bebek ölümlerine dair veriler, bunun yanı sıra sağlık ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı, başvuruların sistemsel ya da bireysel bir ayrımcılığa uğrayıp uğramadığı gibi konularda veriler bulunmamaktadır. Sığınmacıların sağlık sorunlarının tespit edilmesi ve gerekli çözümlerin üretilmesi için sığınmacıların sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda araştırma yapılmasına ve veri toplanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Mary Haour-Knipe, 2013, pp. 22–23). Ayrıca dil/iletişimin en temel sorunlardan biri olması nedeni ile kültürler arası iletişim konusunda araştırmalara da gereksinim vardır (Ekblad, 2004).

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunların ortadan kaldırılması ve eşit erişim şartlarının sağlanması için sığınmacıların hizmetlerin organizasyonu ve karar verme aşamalarında yer alması gerektiği belirtilmiştir (WHO, 2016). Bu çalışmada sığınmacılar

ve sağlık çalışanları ile görüşmeler yapılarak somut öneriler oluřabilecekđ düşünülmüştür. Ancak sđđınmacıların sağlık sistemine, sağlık çalışanlarının ise iltica sistemine hakim olmamasđ çözüm önerilerinin somut ve pratik şekilde sunulmasını önlemektedir. Somut zm önerilerinin geliştirilmesi için hem iltica sistemine hem de sağlık sistemine hakim, sorunları dışardan bağımsız bir şekilde değerlendirebilecek kişilere ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç olarak sağlık çalışanları ile sđđınmacıların, hizmetlerin organizasyonunda ve karar mekanizmasında yer almaları sağlık hizmetlerine erişimde sorunların tespit edilmesinde yararlı olmakta ancak uygulamaya yönelik somut öneriler üretilmesi için yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde hem sistemsel hem de hasta-doktor ilişkisi düzeyinde sağlık sisteminin işleyişi konularında bilgili kişilerin daha etkili ve etkin önerilerde bulunabilecekleri görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde “hesap verebilirlik”, sağlık alanında özellikle performans ve finans konusunda ele alınmaktadır ancak sağlık hakkı konusunda hesap verebilirlik, devletlerin tabi olduğu insan hakları mevzuatı göz önünde bulundurularak değerlendirilmemektedir (Potts, 2008). Türkiye’de sđđınmacıların sağlık hakkı ulusal mevzuat ve imzacı olduğu uluslararası antlaşmalar göz önünde bulundurularak ele alınmalıdır. Sđđınmacılara sağlık hizmetlerinde eşit hakların sağlanmaması hem anayasada belirlenen hakları hem de uluslararası antlaşmaların sađladđđı hakları ihlal etmek anlamına gelmektedir. (WHO, 2010, pp. 23–25). Sđđınmacıların sağlık hizmetlerine “*tam, eşit ve en yüksek nitelikte erişimleri*”nin sağlanması insan haklarının öngörülen temel koşullardan biridir (zglnar, 2016).

Göçmenler, farklı hukuki statüler ile tanımlanmaktadırlar ancak nasıl ve hangi nedenle geldiklerinden bağımsız toplumları değeristirmekte ve “*ok kültürlü politikaları*” teşvik etmektedirler. Oysa ulusal politikalar göçmenleri aykırı kişiler olarak tanımakta ve savunmasız hale getirmektedir (Castles ve Miller, 2008, p 19-22). Castle ve Miller (2008, p. 410) tarafından belirtildiđđi gibi “*göçmenlerin neden olduğu çeşitlilik hakim kültüre yönelik bir tehdit değil, bir zenginlik olarak*” algılanmalıdır.

5.5. Kısıtlılıklar

Araştırmaya katılan sđđınmacılar bir ya da daha fazla STK’dan destek alan sđđınmacılardır. Herhangi bir kurumdan destek almayan sđđınmacıların sağlık durumlarının ve sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının daha farklı olabileceđđi öngörülmektedir. STK’ların sđđınmacılara sunduğu farklı destekler göz önünde bulundurulduğuunda, herhangi bir kurumdan destek almayan sđđınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun daha düşük olacađđı düşünülmektedir. Diğer taraftan, İKGV Mülteci Destek Merkezlerinde görüşmeyi kabul eden sđđınmacıların sağlık sistemi konusunda daha fazla sorun yaşayan sđđınmacılar

olabilecekleri, daha az sorun yaşayanların araştırmaya katılmaya ilgi duymayacakları ve bu nedenle araştırmamızda sağlık hizmetine erişimde olumlu deneyimlerin daha az olduğu düşünülmektedir.

Hastanelerde sığınmacı hasta görmeyen sağlık çalışanları genellikle araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir, bu nedenle hiç sığınmacı hasta görmeyen kişilerin katılımı daha az olmuştur. Aynı zamanda sığınmacı hastalarla daha fazla sorun yaşayan sağlık çalışanlarının araştırmaya katılmayı tercih edecekleri düşünülmektedir. Hastanelerde örneklem ile belirlenen sağlık çalışanlarına erişimde yaşanan sorunlar nedeni ile rastgele örneklem şartları sağlanamamıştır ve bu nedenle sağlık çalışanları ile yapılan niceliksel çalışma sonuçları araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki evreni temsil etmemektedir.

Çalışmanın yapıldığı süreçte Türkiye'nin içinde bulunduğu politik ve sosyal çerçevenin sağlık çalışanlarının düşünce paylaşımlarını etkilediği, özellikle sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarının kendilerini ifade etmekte daha çekingen davrandıkları görülmüştür.

5.6. Sonuç ve Öneriler

Son yıllarda yaşanan çatışmalar ve savaşlar, göç hareketlerinin hacmini hızlı bir şekilde artırmıştır. Türkiye bir çok farklı ülkeden, özellikle sınır ülkelerden, gelen sığınmacı ve mülteciyi barındırmaktadır ve günümüzde dünyada en fazla sayıda mülteci ve sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke konumuna gelmiştir.

Sığınmacı ve mültecilerin toplumun genelinden farklı sağlık ihtiyaçları vardır ve sağlık hizmetleri bu ihtiyaçlara cevap vermekte zorlanmaktadır. Bir çok ülkede sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun iyileştirilmesi için uyum politikaları uygulanmaya başlanmıştır ancak bu uygulamalar genellikle sığınmacı ve mültecilerin halihazırda olan sisteme adaptasyonuna odaklanmaktadır. Bu durum uyum politikalarının tek yönlü olarak ele alınmasına neden olmaktadır. Uyum politikaları sadece sığınmacı ve mültecilerin sağlık sistemine uyum sağlamasına odaklanmamalı, hizmetlerin de sığınmacı ve mültecilere göre şekillenmesi için farklı uygulamalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda yapılan araştırmalar genellikle sığınmacı ve mültecilerin erişim durumunu değerlendirmekte, ancak sağlık sistemi ve uygulamaları içeren değerlendirme ve araştırmalar bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde yer alan uygulamaların sığınmacıların sağlık ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi ve farklı değişkenlerle etkinliğinin ölçülmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca bu araştırma ve

değerlendirmelerin yapılabilmesi için sığınmacı ve mültecilerin sağlık durumu ile ilgili verilere erişilebilir olması da gerekebilecektir.

Bu araştırmanın bulgularına göre sığınmacıların sağlık sistemine erişiminde en temel sorunlardan birinin sistemsal sorunlar olduğu görülmekte ve bunun başında da kimliğe sahip olmamak ve sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarının uydu şehir ile kısıtlanması gelmektedir. Sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarının kayıtlı oldukları şehir ile kısıtlanması sağlık haklarına erişimlerini engellemekte ve şehirlerarası farklılık yaratmaktadır. Bu durum, özellikle metropolde, sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırmakta, iş yükünü arttırmakta ve meslek etiği ile ikilem yaşamalarına neden olmaktadır. Sığınmacıların sağlık sigortasının kapsamı T.C. vatandaşları ile aynı şartlara getirilmeli ve kimliğe sahip olmak hasta kabulde bir zorunluluk olmamalıdır.

Sağlık sigortasından yararlanma kapsamının genişletilmesi sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirecek olsa da sığınmacıların sağlıkta tam iyilik halini sağlamayacaktır. Hukuki statüleri nedeni ile yaşadıkları kronik belirsizlik sığınmacıların ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlıklarını etkilemektedir. Sığınmacıların mümkün olan en yüksek sağlık standardına erişebilmeleri için Türkiye'nin coğrafi çekinceyi kaldırması gerekmektedir.

Bu çalışmada sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili kurumsal sorunlar, sistemsal sorunların içinde değerlendirilmiştir. Ancak araştırmanın bulguları kurumsal sorunların ayrı bir başlık olarak ele alınmasının gerekliliğini göstermektedir. Sığınmacıların sağlık hakkı konusunda mevzuatın uygulanmasında sağlık kurumları arasında farklılıklar ve bu farklılıkların azaltılması için mevzuatın uygulamaya yönelik net olması ve sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık hakkı konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde en çok karşılaşılan sorun ise iletişim/dil sorunudur. Dil sorununun ortadan kaldırılması için hem kurumsal hem de sistemsal uygulamalara ihtiyaç vardır. İletişim sorunu dil bariyeri ile birlikte kültürel farklılıklardan kaynaklanan anlaşılmama sorunlarını da içermektedir. Sağlık çalışanı ve sığınmacı arasındaki iletişimin iyileştirilmesi için sağlık merkezlerinde kültürel arabuluculara ihtiyaç bulunmakta ve aynı zamanda sağlık çalışanlarına sığınmacılar ve sağlık hakları konusunda bilgilendirme yapılması, iletişim ve idari konularda yaşanan sorunlarda destek olunması gerekmektedir. Bu, sağlık çalışanlarının iş yükünü ve kaygılarını azaltacak ve sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunumunu olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmeleri için sığınmacıların da güçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Sığınmacıların sağlık hakkı ve sağlık sisteminin işleyişi konusunda bilgilendirilmeleri, sağlık okur yazarlıklarının geliştirilmesi gereklidir.

Sağlık hizmetlerinin sığınmacı ve mültecilere duyarlı politikalarla, insan hakları temel alınarak düzenlenmesi sağlık ihtiyaçlarının etkin bir şekilde karşılanmasını ve kaynakların doğru kullanılmasını sağlayacaktır.

Öneriler

- Sığınmacı ve mültecilerin sağlık sigortası sadece ikamet ettikleri şehirlerde değil tüm şehirlerde geçerli olmalı ve sağlık hizmetlerine erişimde bu konuda yaşanan şehirler arası farklılık ortadan kaldırılmalıdır.
- Sığınmacıların sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin işleyişi konusunda bilgilendirilmeleri için sadece sığınmacı ve mültecilere hizmet veren sağlık ve sosyal destek merkezleri kurulmalı ve bu merkezler sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için danışmanlık ve yönlendirme yapmalıdır. Bu kurumlarda ayrıca yeni gelen sığınmacı ve mültecilere birinci basamak hizmeti verilmeli ve gerekli durumlarda ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmeleri yapılmalıdır. İlk muayenelerinde sığınmacıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler kayıt altına alınmalı ve hastanelere yönlendirmelerde yaşanan tıbbi geçmişe dair belge ve bilgi eksikliği giderilmelidir. Sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirme kültürel arabulucular tarafından yapılmalı ve kültürel arabulucular ayrıca sığınmacılara sağlık okuryazarlığı ve bulundukları ülkenin farklı sağlık anlayışı konusunda eğitimler düzenlemelidir. Bu kurumlar sağlık sisteminden yararlanılmasında bir basamak görevi görmeli ve birinci basamak sağlık hizmeti sunumu bu kurumlarda özellikle yeni gelen sığınmacıların tanı ve tedavi sürecindeki gecikmelerin engellenmesine ve sağlık hizmetlerine erişiminde odaklanmalıdır.
- Hem metropolde hem de uydu şehirde sığınmacı ve mültecilerin birinci basamaktan yararlanma şartlarının iyileştirilmesi için aile hekimleri, sığınmacı ve mülteci hastaları kayıt etmeleri için teşvik edilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı tercüme destek hattı kurularak aile hekimleri yada hastane dışındaki farklı sağlık birimleri için tercümanlık hizmeti sağlanmalıdır.

- Telefon randevu hattı ve acil sağlık hattı farklı dillerde ulaşılabilir olmalıdır.
- Hastanelerde sadece sığınmacı ve mülteci hastaların kayıt, tercümanlık ve ödeme şartlarını takip edecek ve konuda eğitimli sosyal hizmet uzmanı, idari işlerden sorumlu sağlık çalışanı ve kültürel arabulucular bulunmalıdır.
- Metropolde uydu şehirde olduğu gibi yönlendirme personeli bulunmalı ve her iki şehirde farklı dil bilen danışma personeli bulunmalıdır.
- Özellikle uydu şehirlerde ve öncelikle sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanları için sığınmacı ve mültecilerin sağlık hakkı, farklı kültürlerden kişilere sağlık hizmet sunumu ve önyargı konusunda eğitimler verilmelidir.
- Sığınmacı ve mülteci hastaya daha sık destek veren sağlık profesyonellerine psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Sığınmacı ve mültecilerin travma konusunda uzmanlaşmış sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- AFAD. (2013). *Türkiye’deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları*. Ankara, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.
- AFAD. (2016). *Türkiye’deki Suriyeli Mültecilerin Sağlık Durumu Araştırması: Türkiye’de Yaşayan Suriyeli Mültecilerde Bulaşıcı Olmayan Hastalık Risk Faktörleri Sıklığı*. Ankara, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.
- Alemi, Q., Stempel, C., Koga, P., Smith, V., Danis, D., Baek, K. ve ark. (2017). Determinants of health care services utilization among first generation Afghan migrants in Istanbul. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 201.
- Almeida, L. M., Casanova, C., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D. ve Dias, S. (2014). Migrant women’s perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: Addressing the social determinants of health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 719–723.
- Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relations. *Psychological Bulletin*, 71(5), 319–342.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter ?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Andersen, R. ve Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95.
- Andrulis, D. P. (1998). Access to care is the centerpiece in the elimination of socioeconomic disparities in health. *Annals of Internal Medicine*, 129(5), 412.
- Bäckström, B. (2014). Migrants and health in Portugal. *Health, Culture and Society*, 7(1), 80–93.
- Bahadır, H. ve Uçku, R. (2016). *İzmir’in Bir Mahallesinde Yaşayan Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Durumları, Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Erişimi Etkileyen Etmenler*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, TÜBİTAK projesi, Proje No: 115S854.
- Baker, D. W., Hayes, R. ve Fortier, J. P. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Medical Care*, 36(10), 1461–1470.
- Barbaros, H. (2009). *Düzensiz Göç Sürecinde Kadın Göçmenler İstanbul’dan Bir Kesit*. (Yüksek Lisans Tezi) Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Barrett, S. M. (2004). Implementation studies: Time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Administration*, 82(2), 249–262.
- Barros, P. P., Machado, S. R. ve Simões, J. de A. (2011). Portugal: Health system review. *Health System in Transition*, 13(4), 1–156.
- Barros, P. P. ve Pereira, I. M. (2010). *Health Care and Health Outcomes of Migrants : Evidence from Portugal*. Évora: CEFAGE-UE Working Paper 2010/04.
- Bernard, H. R. (2006). *Research Methods in Anthropology* (4. Baskı). Oxford: Alta Mira Press.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. ve Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(July-August), 293–302.
- Bhatia, R. ve Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(1), 48. Erişim 30.10.2018, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/48>
- Bhopal, R. S. (2014). *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Biehl, K., Loughna, S., Martinez, B., Kovacs, L., Craciunel, I. ve Efendic, A. (2016). *Needs assessment report for the preparation of an enhanced EU support to Turkey on the refugee crisis*. European Commission, Framework Contract Commission 2011, EUROPEAID/129783/C/SER/multi.
- Biner, Ö. (2016). *Türkiye’de Mültecilik: İltica, Geçicilik ve Yasallık “Van Uydu Şehir Örneği.”* İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Bischoff, A. (2003). *Caring for Migrant and Minority Patients in European hospitals: A Review of Effective Interventions*. Vienna: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Bischoff, A., Bovier, P. A., Isah, R., Fran, G., Ariel, E. ve Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57, 503–512.
- Bozorgmehr, K. ve Razum, O. (2015). Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*, 10(7), e0131483.
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D. ve 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 The Health Evidence Network Hen And The Who Public Health Aspects Of Migration in Europe Project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network synthesis report 44. Erişim 06.04.2017,

http://www.epgencms.europarl.europa.eu/cmsdata/upload/3a3f00c0-9a75-4c84-94ad-06e4bd2ce412/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL_EN.pdf

- Brewer, K. T. ve Yüksek, D. (2009). A survey on African migrants and asylum seekers in Istanbul. İçinde A. İçduygu ve K. Kirişçi (Eds.), *Land of Diverse Migration, Challenges of Emigration and Immigration in Turkey* (pp. 637-723). İstanbul: İstanbul Bilgi University Press.
- Burnett, A. ve Fassil, Y. (2000). *Meeting The Health Needs Of Refugee And Asylum Seekers In The Uk: An Information and Resource Pack for Health Workers*. London: NHS, Department of Health.
- Burnett, A. ve Peel, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ*, 322, 544–547.
- Buz, S. (2002). *Türkiye’deki Sığınmacıların Üçüncü bir Ülkeye Gidiş için Bekleme Sürecinde Karşılaştıkları Sorunlar*. (Yüksek Lisans Tezi) Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Buz, S. (2008). Türkiye Sığınma Sisteminin Sosyal Boyutu. *TTB Dergisi*, 76, 120–130.
- Carballo, M. (2006). The challenge of migration and health. *World Hospitals and Health Services : The Official Journal of the International Hospital Federation*, 42(4), 18–19.
- Carballo, M., Divino, J. J. ve Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12), 936–944.
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Barrera, V. H., de Andrés, A. L. ve de Miguel, Á. G. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9(1), 201.
- Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A. ve Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 82–87.
- Carrillo, J. E. (1999). Cross-cultural primary care: A patient-based approach. *Annals of Internal Medicine*, 130(10), 829.
- Castles, S. ve Miller, M. J. (2008). *Göçler Çağı: Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Caulford, P. (2006). Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 174(9), 1253–1254.
- CESCR. (2000). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. E/C.12/2000/4 (Art.12). Erişim 20.10.2018, <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

- CESCR. (2008). General Comment No. 19: The right to social security E/C.12/GC/19 (Art. 9 of the Covenant). Erişim 20.10.2018, <http://www.refworld.org/docid/47b17b5b39c.html>
- Coker, N. (2004). Asylum seekers and refugees in the United Kingdom. İçinde J. Healy ve M. Mckee (Eds.), *Accessing Health Care: Responding to Diversity* (pp. 184–206). Oxford: Oxford University Press.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cuadra, C. B. (2011). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, 22(2), 267–271.
- Çakmak, E. (2015). Siyah=Yabancı=Göçmen: Afrikalı göçmenlerin İstanbul deneyimine dair bir okuma. İçinde L. Körükmez ve İ. Südaş (Eds.), *Göçler Ülkesi* (pp. 169–178). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Çorabatır, M. ve Alagöz, B. (2015). *Ezidi Mülteciler Raporu ve Bulgaristan Sınırına Yığılma Nedenleri*. Ankara: İltica e Göç Araştırmaları Merkezi.
- Dalar, M., Algan, N. A. ve Algan, Ü. (2013). Bolu'daki Iraklı sığınmacıların sosyal ve ekonomik sorunları: Saha çalışmasına dayalı bir analiz. *Alternatif Politika*, 5(3), 341–359.
- Danış, D., Taraghi, C. ve Perouse, J.-F. (2009). “Integration in limbo” Iraqi, Afghan, Maghrebi and Iranian migrants in Istanbul. İçinde A. İçduygu ve K. Kirişçi (Eds.), *Land of Diverse Migration, Challenges of Emigration and Immigration in Turkey* (pp.443-636). İstanbul: İstanbul Bilgi University Press.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S. ve ark. (2012). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Research Notes*, 5(1).
- Davies, A. A., Basten, A. ve Frattini, C. (2009). Migration: A social determinant of migrants' health. *Eurohealth*, 16(1), 10–12.
- Delamothe, T. (2012). Migrant healthcare: Public health versus politics. *BMJ*, 344:e924.
- Demir, E., Ergin, I., Kurt, A. Ö. ve Etiler, N. (2016). Sığınmacıların/geçici koruma altına alınanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında mevcut durum ve yaşanan sorunlar, engeller. İçinde I. Ergin (Ed.), *Savaş, Göç ve Sağlık* (pp. 83-94). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Demirel, C. A. (2015). Türkiye'deki Suriyeliler: Statüler ve hükümet politikaları. İçinde L. Körükmez ve İ. Südaş (Eds.), *Göçler Ülkesi* (pp. 45–68). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Deroose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. ve Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and health

- care access, quality and cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), 355–408.
- Dias, S. F., Severo, M. ve Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8, 207.
- Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H. ve Martins, M. O. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: A cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10(1), 14.
- Dias, S., Gama, A. ve Martins, M. O. (2012). HIV / AIDS Among Immigrants in Portugal : Socio-Demographic and Behavioural Correlates of Preventive Practices. İçinde R. Diaz (Ed.), *HIV Testing* (pp. 87–102). InTech.
- Dias, S., Gama, A. ve Rocha, C. (2010). Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. *Journal of Public Health*, 18(5), 489–496.
- Dişçi, R. (2008). *Temel ve Klinik Biyoistatistik*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- EC ve WHO. (2002). The Amsterdam Declaration Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. Erişim 02.09.2018, https://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf
- EGM. (n.d.). İltica Göç İşlemleri. Erişim 19.10.2018, <https://www.egm.gov.tr/Sayfalar/iltica-goc-islemleri.aspx>
- Einbinder, L. C. ve Schulman, K. A. (2000). The effect of race on the referral process for invasive cardiac procedures. *Medical Care Research and Review*, 57(Supplement 1), 162–180.
- Ekblad, S. (2004). Migrants: Universal health services in Sweden. İçinde J. Healy ve M. McKee (Eds.), *Accessing Health Care: Responding to Diversity* (pp. 159-181) Oxford: Oxford University Press.
- EKSHK. (2000). 14 No'lu genel yorum, Mümkün Olan En Yüksek Seviyede Sağlık Standartlarına Sahip Olma Hakkı (12. Madde) Yirmi ikinci oturum. Erişim 15.11.2018, <http://www.ihop.org.tr/2007/12/11/ekonomik-sosyal-ve-kultuerel-haklar-komitesi/>
- EMHRN. (2011). *Belirsizlik: Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerin Durumunu En İyi Anlatan Kelime*. Kopenhag: Avrupa-Akdeniz İnsan Hakları Ağı (EMHRN). Erişim 19.10.2018, <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=11397&LangID=E>
- European Commission. (n.d.). Guidance note — Research on refugees, asylum seekers& migrants. Erişim 24.01.2018, http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/guide_research-

refugees-migrants_en.pdf

- Feldman, R. (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers : A review of the literature and a framework for services. *Journal of The Royal Institute of Public Health*, 120, 809–816.
- Ferlie, E. B. ve Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315.
- Fisher, T. (2004). *Meeting the Healthcare Needs of Refugees and Asylum Seekers – A Survey of General Practitioners*. London: Health Policy and Economic Research Unit, British Medical Association.
- Fonseca, M. L. ve Malheiros, J. (2005). *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health*. Lisbon: Estudos para o Planeamento Regional e Urbano N 67, Centro de Estudos Geograficos, Universidade de Lisboa.
- Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A. ve McGarrigle, J. (2009). *Information Network on Good Practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe Portuguese State of the Art Report*. Lisbon: Departamento de Geografia, Centro de Estudos Geograficos, University of Lisbon.
- Free, C. (1999). Access to and use of out-of-hours services by members of Vietnamese community groups in South London: A focus group study. *Family Practice*, 16(4), 369–374.
- Gagliotti, C., Resi, D. ve Moro, M. L. (2006). Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10(3), 305–309.
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E. ve van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 18–26.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E. (2006). Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi; Bir eğitim hastanesi örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 129–144.
- Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Bolea, R. C. ve Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all ? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*, 20(5), 523–541.
- Gilson, L., Palmer, N. ve Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: exploring

- a conceptual framework using South African evidence. *Social Science & Medicine*, 61, 1418–1429.
- Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı. (2017). *2016 Türkiye Göç Raporu*. Ankara: T.C.İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü.
- Goffman, E. (1974). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Middlesex, England: Penguin Books.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J. M. ve Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 21(1), 55–64.
- Gonçalves, M. ve Moleiro, C. (2013). Surveying concepts and primary strategies of action in adolescent mental health. *Revista Transcultural*, 5(1), 37–53.
- Gregoire, H. ve Rouail, M. (2005). *A Literature Review Exploring Poverty, Housing, Race-Based Discrimination And Access To Health Care As Determinants Ofhealth For Racialised Groups*. Toronto: Access Alliance Multicultural Community Health Centre. Erişim 14.10.2018, http://accessalliance.ca/wp-content/uploads/2015/03/Racialised_Groups_Health_Status_Literature_Review.pdf
- Griffiths, D., Sigona, N. ve Zetter, R. (2005). *Refugee Community Organisations and Dispersal*. Bristol: The Policy Press, University of Bristol.
- Grove, N. J. ve Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1931–1942.
- Grupe, D. W. ve Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488–501.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. ve ark. (2002). What does “access to health care” mean?. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188.
- Gushulak, B. (2010). Monitoring migrants’ health. İçinde *Health of Migrants: The Way Forward - Report of A Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010* (pp. 28–42). Madrid: World Health Organization.
- Gümüş, G., Kaya, A., Şükran Yılmaz, S., Özdemir, S., Başbüyük, M. ve Coşkun, M. A. (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 1–17.
- Hargreaves, S., Friedland, J. S., Gothard, P., Saxena, S., Millington, H., Eliahoo, J. ve ark. (2006). Impact on and use of health services by international migrants: Questionnaire

- survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Services Research*, 6, 153.
- Hargreaves, S., Holmes, A. H., Saxena, S., Le Feuvre, P., Farah, W., Shafi, G. ve ark. (2008). Charging systems for migrants in primary care: The experiences of family doctors in a high-migrant area of London. *Journal of Travel Medicine*, 15(1), 13–18.
- IOM. (2010). *World Migration Report 2010*. Geneva: International Organization of Migration.
- IOM. (2011). *Glossary on Migration*. (R. Perruchoud ve J. Redpath-Cross, Eds.) (2nd ed.). Geneva: International Organization for Migration. Erişim 12.02.2018, http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml25_1.pdf
- IOM. (2013). *Göç Terimleri Sözlüğü*. (R. Perruchoud ve J. Redpath-Cross, Eds.) (2. baskı). Cenevre: Uluslararası Göç Örgütü. Erişim 12.02.2018, http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf
- IOM. (2017). *World Migration Report 2018*. Geneva: International Organization of Migration.
- İçduygu, A. (2003). *Irregular Migration in Turkey*. Geneva: International Organization for Migration.
- İçduygu, A. ve Aksel, D. A. (2012). *Türkiye’de Düzensiz Göç*. Ankara: Uluslararası Göç Örgütü Türkiye.
- İçduygu, A. ve Biehl, K. (2009). *Report On The Migration Phenomenon In Turkey The National Dimension and Introduction to Istanbul*. İstanbul: MiReKoç, Koç University.
- İçduygu, A. ve Biehl, K. (2012). Türkiye’ye yönelik göçün değişen yörüngesi. İçinde A. İçduygu (Ed.), *Kentler ve Göç: Türkiye, İtalya, İspanya* (pp. 9–73). İstanbul: Bilgi İletişim Grubu Yayıncılık.
- İçduygu, A. ve Kirişçi, K. (2009). Introduction. İçinde A. İçduygu ve K. Kirişçi (Eds.), *Land of Diverse Migrations: Challenges of Emigration and Immigration in Turkey* (pp. 1–27). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2018a). Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler. Erişim 18.11.2018, http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma_363_378_4713
- İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2018b). Yıllara Göre Uluslararası Koruma Başvurusu. Erişim 15.11.2018, http://www.goc.gov.tr/icerik6/uluslararasi-koruma_363_378_4712_icerik
- İHGD. (n.d.). Soru Cevap - Mülteci Hukuku. Erişim 19.02.2018, <http://sorular.rightsagenda.org/soru-cevap/?g=2#sdfootnote1sym>
- Janssens, K., Bosmans, M., Leye, E. ve Temmerman, M. (2006). Sexual and reproductive health of asylum-seeking and refugee women in europe: Entitlements and access to health

- services. *Journal of Global Ethics*, 2(2), 183–196.
- Karadağ, Ö. ve Altıntaş, K. hakan. (2010). Mülteciler ve sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 55–62.
- Karahisar, T. (2015). Sağlık sektöründe uygulanan politikalar ve doktor-hasta iletişimi. İçinde A. Z. Özgür ve A. İşman (Eds.), *İletişim Çalışmaları 2015* (pp. 231–248). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Yayınları.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. ve Metzler, B. (2010). Access to health care for undocumented migrants in the EU : A first landscape of NowHereland. *Eurohealth*, 16(1), 13–16.
- Kavlak, İ. V. (2011). Mülteci hakları. İçinde Ö. Gökmen (Ed.), *Türkiye’de Hak Temelli Sivil Toplum Örgütleri Sorunlar Ve Çözüm Arayışları* (2. Baskı, pp. 345–362). Ankara: Odak Ofset Matbaacılık. Erişim 01.10.2018, <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/t/u/turkiyede-hak-temelli-stoler.pdf>
- Kaya, A. ve Kırac, A. (2016). *İstanbul’da Suriyeli Mültecilere İlişkin Zarar Görebilirlik Değerlendirme Raporu*. İstanbul: Hayata Destek.
- Kirişçi, K. (2001). UNHCR and Turkey: Cooperating for Improved Implementation of the 1951 Convention relating to the Status of Refugees. *International Journal of Refugee Law*, 13(1 and 2), 71–97.
- Kirişçi, K. (2007). Turkish Asylum Policy and Human Rights. İçinde Z. F. Kabasakal Arat (Ed.), *Human Rights in Turkey* (pp. 170–183). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kol, E. (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135–164.
- Kolukıncık, S. ve Aygöl, H. H. (2009). Refugees and asylum seekers in Turkey: sociological aspects of an international migration movement. *Journal of Muslim Minority Affairs*, 29(1), 69–82.
- Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 1(1), 37–42
- Körükmez, L., ve Südaş, İ. (2015). *Göçler Ülkesi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Labib, S. (2016). *Fighting For Survival: Afghan Women Asylum Seekers In Turkey*. (Master’s Thesis) Political Science and Public Administration, Hacettepe University, Ankara.
- Leghtas, I., ve Hollingsworth, A. (2017). *Yalnızca Hakkımı Arıyorum : Türkiye’deki Mültecilerin Yasal İstihdama Erişimleri Hâlen Bulunmuyor*. Washington: Refugees International.

- Leghtas, I., ve Sullivan, D. (2017). *Tanrı'dan Başka Kimsemiz Yok*. Washington: Refugees International.
- Leman, P. (1997). Interpreter use in an inner city accident and emergency department. *Emerg Med*, 14, 98–100.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., ve Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.
- Lindenmeyer, A., Redwood, S., Griffith, L., Teladia, Z., ve Phillimore, J. (2016). Experiences of primary care professionals providing healthcare to recently arrived migrants: a qualitative study. *BMJ Open*, 6, 12561.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Machado, C., Pereira, F., ve Machaqueiro, S. (2010). Approaches to migrant health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30–31.
- Mackreath, H. (2018). *Undocumented Migrant Access to Healthcare in Istanbul: Differential inclusion and regimes of citizenship, gender and racialization*. İstanbul: Migration, Social Transformation and Differential Inclusion, Istanbul Policy Centre, Sabancı University, Stiftung Mercator Initiative 5-6 October 2018.
- MacPherson, D. W. ve Gushulak, B. D. (2004). *Irregular Migration and Health. Global Migration Perspectives*. Geneva: Global Commission on International Migration (GCIM). Erişim 18.03.2018, <http://www.gcim.org>
- Magalhaes, L., Carrasco, C., ve Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada : a scope literature review on health , access to services , and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 132–151.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., ve Fineberg, H. V. (1999). Health and Human Rights. *Health and Human Rights*, 1(1), 7–20.
- Mardin, F. D. (2016). Mülteciler ve Sağlık Hakkı. In S. Koç, M. Can, & N. Arıcan (Eds.), 5. *Tıp Hukuku Günleri. Savaş, Mültecilik ve Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi, 23-24 Ekim 2015* (pp. 28–33). İstanbul: Adli Tıp Uzmanları Derneği Yayını.
- Marques, V. (2009). Recognition of Immigrant Doctors' Qualifications, Jesuit Refugee Services. İçinde A. Fernandes ve J. P. Miguel (Eds.), *Health and Migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 213–215). Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.
- Mary Haour-Knipe. (2013). Context And Perspectives: Who Migrates And What Are The

- Risks?. İçinde F. Thomas ve J. Gideon (Eds.), *Migration, Health and Inequality* (pp. 10–26). London: Zed Books.
- MDM. (2009). *Access To Health Care For Undocumented Migrants And Asylum Seekers in 10 EU Countries Law And Practice*. Medecine du Monde.
- Medimagazin. (2018, 22 Şubat). Suriyeli Mültecilere Yönelik Yaklaşık 32 Milyon Poliklinik Hizmeti Verildi. *Medimagazin Sağlık Haber Portalı*, Erişim 21.10.2018, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-suriyeli-multecilere-yonelik-yaklasik-32-milyon-poliklinik-hizmeti-verildi-11-681-76359.html>
- Michaelsen, J. J., Krasnik, A., Nielsen, A. S., Norredam, M. ve Torres, A. M. (2004). Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: A questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(4), 287–295.
- Mücaz, M., Sandıklı, B., Acar, C. ve Torun, P. (2015). *İstanbul Zeytinburnu'nda Yaşayan Suriyeli Sığınmacılar ve Diğer Göçmenlerin Sağlık Düzeyi ve Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarını Tespit Çalışması*. İstanbul: Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Neuman, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri, Nitel ve Nicel Yaklaşımlar* (7. Basım). Ankara: Yayınodası Yayınları.
- Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A.-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. ve Ahlberg, B. M. (2015). Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC Health Services Research*, 16(1), 14.
- Nkulu Kalengayi, K. F., Hurtig, A.-K., Ahlm, C., ve Ahlberg, B. M. (2012). “It is a challenge to do it the right way”: An interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(433).
- Nnamuchi, O. (2014). No Health and Millenium Development Goals in Africa: Deconstructing the Thorny Path to Success. İçinde B. Toebes, R. Ferguson, M. M. Markovic, ve O. Nnamuchi (Eds.), *The Right to Health. A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice* (pp. 3–41). The Hague: T.M.C. Asser Press.
- Norredam, M. (2011). Migrants' access to healthcare. *Danish Medical Bulletin*, 58(10), B4339.
- Norredam, M., Mygind, A., ve Krasnik, A. (2005). Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, 16(3), 285–289.
- Norredam, M., Mygind, A., Nielsen, A. S., Bagger, J., ve Krasnik, A. (2007). Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *The*

- European Journal of Public Health*, 17(5), 497–502.
- Norredam, M., Nielsen, S. S., ve Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe-a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 20(5), 555–563.
- Oliveira, C. R. (2008). *The Integration of Immigrants in the Portuguese Labour Market Statements and Comments Immigration to Portugal Immigrants access to the Portuguese Labour Market*. Lisbon: High Commission for Immigration and Intercultural Dialogue (ACIDI).
- Omidvar, R., ve Richmond, T. (2003). *Immigrant Settlement and Social Inclusion in Canada*. Toronto: The Laidlaw Foundation. Erişim 14.10.2018, http://laidlawfdn.org/wp-content/uploads/2014/08/wpsosi_2003_jan_immigrant-settlement.pdf
- Önal, A. (2015). *Isparta'da Yaşayan Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Sorunlar Üzerine Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Özgülnar, N. (2016). Kadınların Sorunları. İçinde I. Ergin (Ed.), *Savaş, Göç ve Sağlık* (pp. 52–56). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Öztek, Z., Üner, S., & Eren, N. (2012). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi. İçinde Ç. Güler ve L. Akin (Eds.), *Halk Sağlığı: Temel Bilgiler* (2. Baskı, pp. 1479–1525). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Öztuzcu Biehl, K. S. (2008). *Governing Through Uncertainty: "Refugeeness" in Turkey*. (Master of Arts) Sociology, Institute for Graduate Studies in the Social Sciences, Boğaziçi University, İstanbul.
- Pace, P., ve Gushulak, B. (2010). Policy and legal frameworks affecting migrants' health executive. İçinde *Health of Migrants: The way forward - Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010* (pp. 43–60). Madrid: World Health Organization.
- Pacheco, L., Jonzon, R. ve Hurtig, A.-K. (2016). Health assessment and the right to health in sweden: asylum seekers' perspectives. *PLoS ONE*, 11(9), e0161842.
- Padilla, B. ve Pereira-Miguel, J. (2009). Health and Migration in the EU: Building a Shared Vision for Action. İçinde A. Fernandes & J. P. Miguel (Eds.), *Health and Migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* (pp. 15–23). Lisbon: Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.
- Padilla, B., Plaza, S. H. ve Freitas, C. de. (2012). *Migrant Integration Policy Index Health Strand: Country Report Portugal*. Brussels: International Organization of Migration (IOM).

- Pappas, G., Hadden, W. C., Jean Kozak, L., ve Fisher, G. F. (1997). Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups. *American Journal Public Health*, 87, 811–816.
- Peiro, M. J. ve Benedict, R. (2009). *Migration Health : Better Health for All in Europe*. Brussels: Migration Health Department, International Organization for Migration (IOM).
- Penchansky, R., ve Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19(2), 127–140.
- Phillimore, J., Padilla, B., Hernández-plaza, S., ve Rodrigues, V. (2016). *Adaptation of Health Services to Diversity : An overview of approaches*. Birmingham: Institute for Research into Superdiversity, IRiS Working Paper Series 15/2016.
- Portugal, R., Padilla, B., Ingleby, D., Freitas, C. De, Lebas, J. ve Pereira Miguel, J. (2007). *Good Practices on Health and Migration in the EU*. Lisbon: DG SANCO, Conference on Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society, 27th and 28th of September.
- Potts, H. (2008). *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Essex: Open Society Foundations, Human Rights Center, University of Essex.
- Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M. M. ve ark. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: A qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*, 12(1), 248.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E.ve ark. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.
- Raphaely, N., ve O'Moore, É. (2010). *Understanding the health needs of migrants in the South East region A Report by the South East Migrant Health Study Group on Behalf of the Department of Health Understanding the Health Needs of Migrants in the South East Region*. London: Health protection Agency and Department of Health.
- Rau, S. (2017). Türkiye: Sığınmacıların eğitime erişimleri önündeki engeller. Erişim 23.01.2018, <https://www.hrw.org/tr/news/2017/05/31/304376>
- Resmi Gazete 04/11/2015 tarihli 9648 sayılı. Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması (2015).
- Resmi Gazete 05/09/1961 tarihli ve 10898 sayılı. Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme (1961).
- Resmi Gazete 10/09/2010 tarihli 27668 sayılı. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu (2010).
- Resmi Gazete 11/08/2003 tarihli 25196 sayılı. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin

- Uluslararası Sözleşme (ESKHS) (2003).
- Resmi Gazete 11/4/2013 tarihli 28615 sayılı. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013).
- Resmi Gazete 16/10/2009 tarihli 27378 sayılı. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ (2009).
- Resmi Gazete 16/6/2006 tarihli 26200 sayılı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006).
- Resmi Gazete 22/10/2014 tarihli 29153 sayılı. Geçici Koruma Yönetmeliği (2014).
- Resmi Gazete 26/06/2008 tarihli 26918 sayılı. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu (2008).
- Resmi Gazete 29/8/1961 tarihli 359 sayılı. Cenevre 28 Temmuz 1951 Tarihinde İmzalanmış Olan Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşmenin Onaylanması Hakkında Kanun (1961).
- Resmi Gazete 9/11/1982 tarihli 17863 (Mükerrer) sayılı. (1982). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası* (1982).
- Rhodes, H. (2009). Dedicated Primary Care Service for Asylum Seekers in Leicester, UK. İçinde A. Fernandes & J. P. Miguel (Eds.), *Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society* (pp. 204–207). Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.
- Rogers, A., Flowers, J. ve Pencheon, D. (1999). Improving access needs a whole systems approach. *BMJ*, 319(7214), 866–867.
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J. ve Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 588.
- Rousseau, C., Ouimet, M.-J., Ter Kuile, S., Kirmayer, L., Muñoz, M., Crépeau, F. ve Nadeau, L. (2008). Health care access for refugees and immigrants with precarious status public health and human right challenges. *Canadian Journal of Public Health*, 99(4), 290–292.
- Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F. ve Steinmetz, N. (2013). Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 292–298.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 27/01/2012 tarihli 3931 sayılı. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması (2012).
- Sarver, J. ve Baker, D. W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal of General Internal Medicine*, 15(4), 256–264.

- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. ve Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, 23(3), 325–348.
- SGDD. (2017). İkamet. *Sığınmacılar ve Göçmenler Dayanışma Derneği*, Erişim 22.01.2018, <http://sgdd.org.tr/wp-content/uploads/2017/05/Ikamet.pdf>
- SGK. (2017). *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P. ve Drobny, J. (1999). Problems Tamil asylum seekers encounter in accessing health and welfare services in Australia. *Social Science & Medicine*, 49(7), 951–956.
- Sinka, K., Mortimer, J., Evans, B. ve Morgan, D. (2003). Impact of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK. *Aids*, 17(11), 1683–1690.
- Spitzer, D. L.(Ed.) (2011). *Engendering Migrant Health, Canadian Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Stevens, G. W. J. M., ve Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 276–294.
- Sundquist, J. (2017). Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 11(3), 169–173.
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. ve Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 390.
- Şahbaz, İ. (2009). Bir sosyal hak olarak sağlık hakkı. *TBB Dergisi*, 86, 405–423.
- Şimşek, Z., Yentur Doni, N., Gül Hilali, N. ve Yıldırımkaaya, G. (2018). A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women & Health*, 58(6), 617–631.
- Tapia, S. de. (2015). Akdeniz Havzası: Göç Yollarının Kavşak Noktası ve Yeni Eğilimlerin Aynası. İçinde L. Körükmez ve İ. Südaş (Eds.), *Göçler Ülkesi* (pp. 27–44). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Terzioğlu, A. (2015). Sağlık çalışanlarının gözünden Suriyeli çocukların sağlığı. *Toplum ve Bilim*, 134, 102–119.
- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health*, 9(1), 214.

- Toksabay, B. (2010). *The Health Right Of Refugees In Turkey*. (Master Thesis) Sociology, The Graduate School of Social Sciences, Hacettepe University, Ankara.
- Topa, J. B. (2013). *Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal* Universidade do Minho Joana Bessa Topa *Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal*. (Tese de Doutoramento) Especialidade em Psicologia Social, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Minho.
- Torres, S. A., Nise Spitzer, D. L., Andrew, C. N. ve Torres, S. (2014). Improving health equity: The promising role of community health workers in Canada. *Healthcare Policy*, 10(1), 73–85.
- Trivedi, A. N. ve Ayanian, J. Z. (2006). Perceived discrimination and use of preventive health services. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 553–558.
- TTB. (2014). *Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- TÜİK. (2018). Yıllara Göre İl Nüfusları. Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim 8.12.2018, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- UN. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). New York: United Nations General Assembly, 16/12/1966 through GA. Resolution 2200A (XXI).
- UN. New York Declaration fo Refugees and Migrants (2016). Geneva: United Nations Seventy-first Session, 3 October 2016, A/RES/71/1.
- UN DESA. (2017). *International Migration Report 2017; Highlights*. New York: United Nations Department of Economics and Social Affairs.
- Unat, N. A. (2006). *Bitmeyen Göç* (2. baskı). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- UNHCR. (2000). *Global Report 2000 - Populations of Concern to UNHCR*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Erişim 18.11.2018 ,<http://www.unhcr.org/3e23eb5d7.html>
- UNHCR. (2005). *2005 Global Refugee Trends: Statistical overview of Populations of Refugees, Asylum-Seekers, Internally Displaced Persons, Stateless Persons, and Other Persons of Concern to UNHCR*. Geneva: Field Information and Coordination Support Section, Division od Operational Services. Erişim 18.11.2018 <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/4486ceb12/2005-global-refugee-trends-statistical-overview-populations-refugees-asylum.html>
- UNHCR. (2008). *The Right to Health*. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2010). *Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees*. Geneva: United

- Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2014). *War's Human Cost Global Trends 2013*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2015). *World at War Global Trends Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2016). *Global Trends Forced Displacement in 2015*. UNCHR. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Erişim 02.10.2018, <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
- UNHCR. (2017). *Global Trends Forced Displacement in 2016*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Erişim 19.09.2018, <http://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf>
- UNHCR. (2018a). *Global Trends, Forced Displacement in 2017*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Erişim 02.10.2018, <https://www.unhcr.org/globaltrends2017/>
- UNHCR. (2018b). Türkiye İstatistikleri. Erişim 15.11.2018, <http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>
- Van Der Leun, J. (2006). Excluding illegal migrants in The Netherlands: Between national policies and local implementation. *West European Politics*, 29(2), 310–326.
- Vanthuyne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M., Rousseau, C. ve Ricard-Guay, A. (2013). Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?. *Social Science & Medicine*, 93, 78–85.
- Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I. ve Lizana Alcazo, T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396–402.
- Verrept, H. (2008). Intercultural Mediation: An Answer to Health Care Disparities?. In C. Valero-Garcés & A. Martín (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas* (pp. 187–201). Amsterdam/Philadelphia: Benjamins Translation Library.
- Visser, O., van Peppen, A. M., Öry, F. G. ve van Leeuwen, F. E. (2005). Results of breast cancer screening in first generation migrants in Northwest Netherlands. *European Journal of Cancer Prevention*, 14(3), 251–255.
- Wari, S. (2017). *Palestinian Berlin: Perception and Use of Public Space*. Münster: LIT Verlag.
- Watters, C. ve Ingleby, D. (2003). *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers*. European Commission, European Refugee Fund.

- Watters, C. ve Ingleby, D. (2004). Locations of care: meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(6), 549–570.
- Waxman, M. A. ve Levitt, M. A. (2000). Are diagnostic testing and admission rates higher in non-english-speaking versus english-speaking patients in the emergency department?. *Annals of Emergency Medicine*, 36(5), 456–461.
- Weinstein, H. M., Sarnoff, R. H. ve Gladstone, E. (2000). Physical and psychological health issues of resettled refugees in the United States. *Journal of Refugee Studies*, 13(3), 303–327.
- WHO. (2010). *Health of Migrants: The way forward - Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010*. Madrid: World Health Organization.
- WHO. (2016). *Promoting the Health of Migrants*. Geneva: World Health Organization, Executive Board 140th Session, Provisional Agenda Item 8.7, EB 140/24, 12 December 2016. Erişim 17.02.2018, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-en.pdf
- WHO. (2017). *WHCA Action Guide*. Geneva: World Health Organization, The “Unofficial” World Health Communication Associates (WHCA) Action Guide to the: WHO -70th World Health Assembly, 22-31 May 2017.
- Williams, D. R. ve Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20–47.
- Williams, L. (2006). Social networks of refugees in the United Kingdom: Tradition, tactics and new community spaces. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(5), 865–879.
- Willman, S. (2013). Do migrants have enforceable right to healthcare in international human rights law?. İçinde F. Thomas ve J. Gideon (Eds.), *Migration, Health and Inequality* (pp. 44–61). London: Zed Books.
- Yasin, Y. (2013). *İstanbul’da Akciğer Tüberkülozlu Olgularda Tanı ve Tedavi Gecikmeleri Ardındaki Dinamikler*. (Doktora Tezi) Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yaylacı, F. G. (2017). Eskişehir yerel basınında “Mülteciler” ve “Suriyeliler.” *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 20(1), 1–40.
- Yıldız, U. (2012). *Passivized Lives, Autonomous Imaginations: The Lives of Asylum-Seekers Under The Regulation of Satellite City In Turkey*. (Master of Arts) International Relations, School of Social Sciences and Humanities, Koç University, İstanbul.
- Yohannes, F. (2000). Looking after the health of refugees. *BMJ*, 321, 59.
- Young, R. F., Bukoff, A. ve Waller, J. B. (1987). Health status, health problems and practices

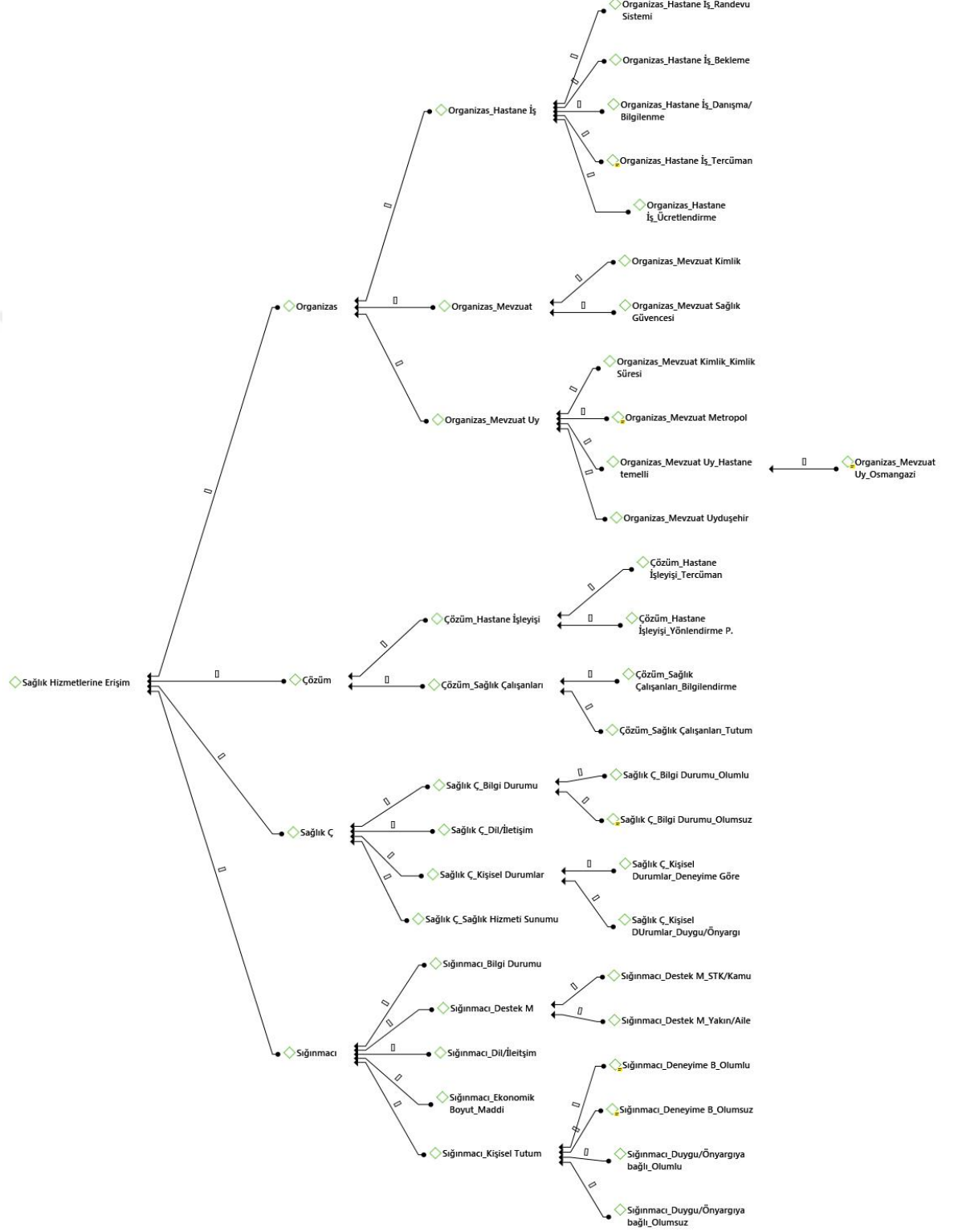
among refugees from the Middle East, Eastern Europe and Southeast Asia. *International Migration Review*, 21(3), 760–782.

Zimmerman, C., Kiss, L. ve Hossain, M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001034.



EKLER

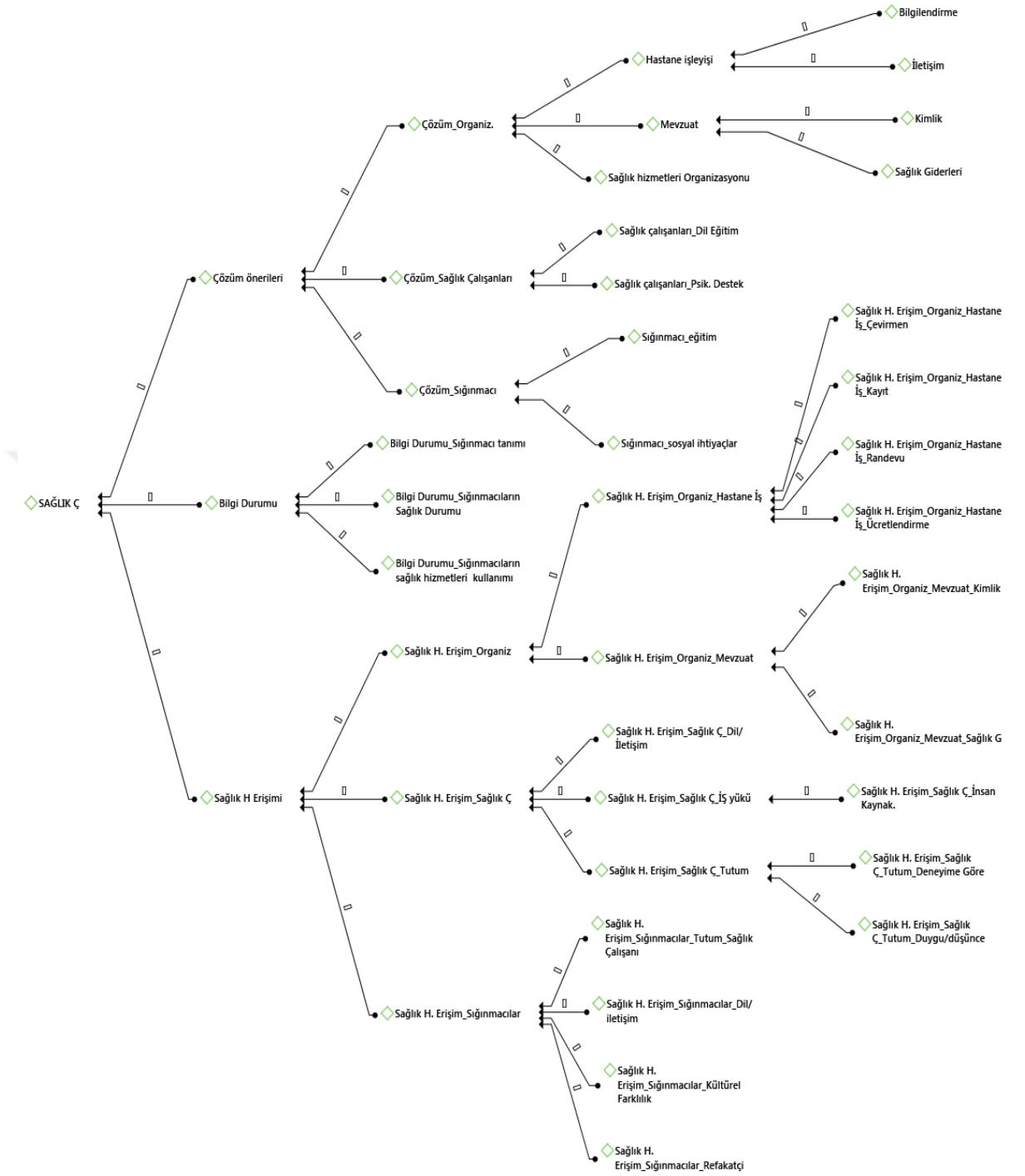
Ek Şekil 1: Sığınmacılarla derinlemesine görüşmelerin analiz şeması



Ek Şekil 2: İKGV çalışanları ile derinlemesine görüşmelerin analiz şeması



Ek Şekil 3: Sağlık çalışanları ile odak grup tartışmalarının analiz şeması



Ek Tablo 1: Haseki E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=139)

	Sık / Çok Sık		Seyrek / Ara sıra		Hiçbir zaman		Bilmiyorum / Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acil Servis	68	48,9	16	11,5	1	,7	54	38,8
Laboratuvar ve Testler	60	43,2	20	14,4	5	3,6	54	38,8
Görüntüleme	52	37,4	28	20,1	3	2,2	56	40,3
İç Hastalıklar Tedavisi	47	33,8	22	15,8	2	1,4	68	48,9
Cerrahi Tedaviler	47	33,8	17	12,2	3	2,2	72	51,8
Doğum	43	30,9	15	10,8	4	2,9	77	55,4
Kronik Hastalıklar Tedavisi	42	30,2	20	14,4	3	2,2	74	53,2
Çocuk Hastalıklar Tedavisi	40	28,8	16	11,5	4	2,9	79	56,8
Ortopedik Hastalıklar Tedavisi	36	25,9	12	8,6	2	1,4	89	64,0
Yoğun Bakım Tedavisi	28	20,1	22	15,8	1	,7	88	63,3
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Tedavisi	26	18,7	19	13,7	4	2,9	90	64,7
Nörolojik Hastalıklar Tedavisi	25	18,0	15	10,8	3	2,2	96	69,1
Bulaşıcı Hastalıklar Tedavisi	24	17,3	21	15,1	4	2,9	90	64,7
Göz Hastalıkları Tedavisi	20	14,4	21	15,1	5	3,6	93	66,9
Doğum Öncesi Bakım	18	12,9	35	25,2	4	2,9	82	59,0
Dermatoloji	16	11,5	20	14,4	5	3,6	98	70,5
İşkence/Travma Tedavisi	16	11,5	12	8,6	9	6,5	102	73,4
Cinsel Yolla Bulaşan Enf. Korunma	14	10,1	18	12,9	9	6,5	98	70,5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	12	8,6	21	15,1	4	2,9	102	73,4
Doğum Kontrol Yöntemleri	9	6,5	27	19,4	18	12,9	85	61,2
Gebeliğin Sonlandırılması	9	6,5	21	15,1	12	8,6	97	69,8
Diş Sağlığı	8	5,8	17	12,2	9	6,5	105	75,5
Akıl Sağlığı	7	5,0	14	10,1	11	7,9	107	77,0
İş Sağlığı	6	4,3	13	9,4	13	9,4	107	77,0
Bağımlılık Tedavisi	6	4,3	17	12,2	8	5,8	108	77,7

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir. Eklenen hastane bölümleri; Adli Tıp n=2 (Ara sıra ve Çok sık), Üroloji n=4 (Bir kişi ara sıra, üç kişi çok sık), Onkoloji n= 1 (Sık).

Ek Tablo 2: Şişli Etfal E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=244)

	Sık / Çok Sık		Seyrek / Ara sıra		Hiçbir zaman		Bilmiyorum / Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acil Servis	98	40,2	32	13,1	3	1,2	111	45,5
Doğum	67	27,5	25	10,2	7	2,9	145	59,4
Laboratuvar ve Testler	66	27,0	44	18,0	5	2,0	129	52,9
Çocuk Hastalıklar Tedavisi	64	26,2	34	13,9	3	1,2	143	58,6
Cerrahi Tedaviler	64	26,2	35	14,3	3	1,2	142	58,2
İç Hastalıklar Tedavisi	55	22,5	32	13,1	1	,4	156	63,9
Görüntüleme	52	21,3	46	18,9	2	,8	144	59,0
Kronik Hastalıklar Tedavisi	40	16,4	41	16,8	6	2,5	157	64,3
Doğum Öncesi Bakım	35	14,3	40	16,4	9	3,7	160	65,6
Ortopedik Hastalıklar Tedavisi	33	13,5	33	13,5	4	1,6	174	71,3
Yoğun Bakım Tedavisi	26	10,7	50	20,5	5	2,0	163	66,8
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Tedavisi	22	9,0	38	15,6	4	1,6	180	73,8
Göz Hastalıkları Tedavisi	18	7,4	34	13,9	5	2,0	187	76,6
Doğum Kontrol Yöntemleri	15	6,1	29	11,9	26	10,7	174	71,3
Bulaşıcı Hastalıklar Tedavisi	15	6,1	47	19,3	10	4,1	172	70,5
Nörolojik Hastalıklar Tedavisi	15	6,1	40	16,4	5	2,0	184	75,4
Gebeliğin Sonlandırılması	13	5,3	34	13,9	20	8,2	177	72,5
Dermatoloji	11	4,5	38	15,6	7	2,9	188	77,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,5	33	13,5	8	3,3	192	78,7
İşkence/Travma Tedavisi	11	4,5	38	15,6	8	3,3	187	76,6
Cinsel Yolla Bulaşan Enf. Korunma	10	4,1	33	13,5	22	9,0	179	73,4
Akıl Sağlığı	8	3,3	38	15,6	13	5,3	185	75,8
Diş Sağlığı	8	3,3	27	11,1	18	7,4	191	78,3
İş Sağlığı	7	2,9	30	12,3	19	7,8	188	77,0
Bağımlılık Tedavisi	4	1,6	27	11,1	20	8,2	193	79,1

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir. Eklenen hastane bölümleri; Onkoloji n=5 (bir kişi çok sık, dört kişi sık), Acil el cerrahisi n=1 (Çok sık), İş kazası n=1 (Sık), Plastik cerrahisi n=1 (Çok sık), Yanık ünitesi n=1 (Çok sık), Hemodiyaliz n=1 (Çok sık), Organ nakli n=1 (Ara sıra).

Ek Tablo 3: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre sığınmacıların hangi hizmetlerden ne sıklıkta yararlandığının dağılımı (n=164)

	Sık / Çok Sık		Seyrek / Ara sıra		Hiçbir zaman		Bilmiyorum / Boş	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acil Servis	65	39,6	19	11,6	2	1,2	78	47,6
Çocuk Hastalıklar Tedavisi	62	37,8	20	12,2	2	1,2	80	48,8
Doğum	54	32,9	10	6,1	5	3,0	95	57,9
Laboratuvar ve Testler	54	32,9	20	12,2	2	1,2	88	53,7
İç Hastalıklar Tedavisi	42	25,6	24	14,6	3	1,8	95	57,9
Görüntüleme	40	24,4	22	13,4	1	,6	101	61,6
Doğum Öncesi Bakım	36	22,0	22	13,4	3	1,8	103	62,8
Kronik Hastalıklar Tedavisi	36	22,0	22	13,4	3	1,8	103	62,8
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Tedavisi	34	20,7	19	11,6	2	1,2	109	66,5
Cerrahi Tedaviler	34	20,7	34	20,7	1	,6	95	57,9
Ortopedik Hastalıklar Tedavisi	29	17,7	27	16,5	2	1,2	106	64,6
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	24	14,6	23	14,0	4	2,4	113	68,9
Göz Hastalıkları Tedavisi	22	13,4	24	14,6	3	1,8	115	70,1
Dermatoloji	21	12,8	22	13,4	3	1,8	118	72,0
Nörolojik Hastalıklar Tedavisi	19	11,6	31	18,9	3	1,8	111	67,7
Bulaşıcı Hastalıklar Tedavisi	18	11,0	28	17,1	6	3,7	112	68,3
Yoğun Bakım Tedavisi	18	11,0	35	21,3	4	2,4	107	65,2
Doğum Kontrol Yöntemleri	17	10,4	19	11,6	11	6,7	117	71,3
Diş Sağlığı	16	9,8	20	12,2	5	3,0	123	75,0
Akıl Sağlığı	12	7,3	19	11,6	7	4,3	126	76,8
Cinsel Yolla Bulaşan Enf. Korunma	10	6,1	22	13,4	9	5,5	123	75,0
Bağımlılık Tedavisi	9	5,5	13	7,9	8	4,9	134	81,7
İşkence/Travma Tedavisi	9	5,5	13	7,9	8	4,9	134	81,7
İş Sağlığı	6	3,7	18	11,0	12	7,3	128	78,0
Gebeliğin Sonlandırılması	5	3,0	18	11,0	13	7,9	128	78,0

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir. Adli Tıp ara sıra, Üroloji sık, evde sağlık hizmetleri 1 kişi ara sıra, 1 kişi sık, Psikolojik danışma birimi 1 kişi sık, diyaliz ünitesi 3 kişi sık.

Ek Tablo 4: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri “çoğu zaman/her zaman” yanıtlarının metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=547)

	Metropol		Uydu Şehir	
	N	%	N	%
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	125	36,7	37	25,2
Hastaneden randevu alamaması	143	41,2	35	24,8
Hastane tarafından geri çevrilmesi	28	8,3	9	6,1
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	58	17,1	19	13,0
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	147	43,1	33	22,9
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	171	49,3	50	34,5
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	210	60,5	74	49,3
Maddi sorunları olması	242	67,2	67	45,6
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	307	83,4	128	81,0
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	246	68,7	104	68,4
Hastanelerde tercüman olmaması	270	74,6	92	60,9
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	59	16,9	17	11,3
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	124	35,3	40	27,4

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 5: Haseki E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=139)

	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	112	80,6	21	15,1	2	1,4	4	2,9
Hastanelerde tercüman olmaması	100	71,9	22	15,8	11	7,9	6	4,3
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	89	64,0	35	25,2	5	3,6	10	7,2
Maddi sorunları olması	84	60,4	38	27,3	10	7,2	7	5,0
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	72	51,8	46	33,1	9	6,5	12	8,6
Hastaneden randevu alamaması	60	43,2	38	27,3	29	20,9	12	8,6
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	59	42,4	54	38,8	14	10,1	12	8,6
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	53	38,1	46	33,1	25	18,0	15	10,8
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	47	33,8	43	30,9	34	24,5	15	10,8
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	45	32,4	54	38,8	30	21,6	10	7,2
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	20	14,4	60	43,2	43	30,9	16	11,5
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	20	14,4	48	34,5	58	41,7	13	9,4
Hastane tarafından geri çevrilmesi	8	5,8	42	30,2	69	49,6	20	14,4

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 6: Şişli Etfal E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=244)

	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	195	79,9	31	12,7	7	2,9	11	4,5
Hastanelerde tercüman olmaması	170	69,7	51	20,9	8	3,3	15	6,1
Maddi sorunları olması	158	64,8	47	19,3	23	9,4	16	6,6
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	157	64,3	65	26,6	7	2,9	15	6,1
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	138	56,6	59	24,2	23	9,4	24	9,8
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	112	45,9	78	32,0	30	12,3	24	9,8
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	94	38,5	72	29,5	51	20,9	27	11,1
Hastaneden randevu alamaması	83	34,0	85	34,8	52	21,3	24	9,8
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	79	32,4	107	43,9	36	14,8	22	9,0
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	78	32,0	75	30,7	64	26,2	27	11,1
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	39	16,0	110	45,1	74	30,3	21	8,6
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	38	15,6	123	50,4	56	23,0	27	11,1
Hastane tarafından geri çevrilmesi	20	8,2	82	33,6	118	48,4	24	9,8

Belirtilen yüzdelere satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 7: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=164)

	Çoğu Zaman / Her Zaman		Nadiren / Ara sıra		Hiçbir Zaman		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sığınmacının Türkçe bilmemesi	128	78,0	23	14,0	7	4,3	6	3,7
Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	104	63,4	39	23,8	9	5,5	12	7,3
Hastanelerde tercüman olmaması	92	56,1	47	28,7	12	7,3	13	7,9
Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	74	45,1	54	32,9	22	13,4	14	8,5
Maddi sorunları olması	67	40,9	56	34,1	24	14,6	17	10,4
Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	50	30,5	67	40,9	28	17,1	19	11,6
Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	40	24,4	74	45,1	32	19,5	18	11,0
Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	37	22,6	58	35,4	52	31,7	17	10,4
Hastaneden randevu alamaması	35	21,3	57	34,8	49	29,9	23	14,0
Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	33	20,1	45	27,4	66	40,2	20	12,2
Hastanede uzun bekleme süreleri olması	19	11,6	69	42,1	58	35,4	18	11,0
Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	17	10,4	59	36,0	75	45,7	13	7,9
Hastane tarafından geri çevrilmesi	9	5,5	37	22,6	101	61,6	17	10,4

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 8: Haseki E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=139)

	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık, temel insan hakkıdır.	127	91,4	8	5,8	3	2,2	1	0,7
Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.	115	82,7	13	9,4	9	6,5	2	1,4
Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.	114	82,0	9	6,5	12	8,6	4	2,9
Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.	111	79,9	14	10,1	11	7,9	3	2,2
Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitilmiş tercümanlar sağlanmalıdır.	111	79,9	14	10,1	11	7,9	3	2,2
Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.	109	78,4	14	10,1	11	7,9	5	3,6
Sığınmacıların Türkiye'de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.	106	76,3	20	14,4	11	7,9	2	1,4
Sığınma temel bir insan hakkıdır.	105	75,5	21	15,1	12	8,6	1	0,7
Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.	83	59,7	27	19,4	28	20,1	1	0,7
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü artırır.	79	56,8	22	15,8	35	25,2	3	2,2
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.	72	51,8	39	28,1	19	13,7	9	6,5
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.	60	43,2	36	25,9	41	29,5	2	1,4
Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.	54	38,8	36	25,9	45	32,4	4	2,9
Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.	50	36,0	49	35,3	40	28,8	0	0,0
Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.	45	32,4	30	21,6	60	43,2	4	2,9
Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.	43	30,9	40	28,8	51	36,7	5	3,6
Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.	43	30,9	40	28,8	51	36,7	5	3,6
Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.	35	25,2	47	33,8	54	38,8	3	2,2
Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.	32	23,0	36	25,9	71	51,1	0	0,0
Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.	22	15,8	24	17,3	92	66,2	1	0,7

Belirtilen yüzdelere satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 9: Şişli Etfal E. A. Hastanesi'nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=244)

	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık, temel insan hakkıdır.	217	88,9	6	2,5	14	5,7	7	2,9
Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.	196	80,3	16	6,6	24	9,8	8	3,3
Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitimli tercümanlar sağlanmalıdır.	184	75,4	25	10,2	26	10,7	9	3,7
Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.	182	74,6	24	9,8	28	11,5	10	4,1
Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.	181	74,2	23	9,4	31	12,7	9	3,7
Sığınma temel bir insan hakkıdır.	180	73,8	33	13,5	27	11,1	4	1,6
Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.	179	73,4	34	13,9	22	9,0	9	3,7
Sığınmacıların Türkiye'de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.	177	72,5	25	10,2	35	14,3	7	2,9
Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.	129	52,9	37	15,2	67	27,5	11	4,5
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü artırır.	126	51,6	52	21,3	58	23,8	8	3,3
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.	114	46,7	76	31,1	44	18,0	10	4,1
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.	113	46,3	53	21,7	70	28,7	8	3,3
Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.	78	32,0	61	25,0	95	38,9	10	4,1
Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.	67	27,5	79	32,4	87	35,7	11	4,5
Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.	66	27,0	103	42,2	65	26,6	10	4,1
Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.	61	25,0	73	29,9	100	41,0	10	4,1
Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.	60	24,6	61	25,0	108	44,3	15	6,1
Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.	56	23,0	59	24,2	120	49,2	9	3,7
Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.	51	20,9	86	35,2	96	39,3	11	4,5
Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.	31	12,8	38	15,6	164	67,5	10	4,1

Belirtilen yüzdeler satır yüzdelidir.

Ek Tablo 10: Eskişehir Devlet Hastanesi’nde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sığınmacıların sağlık ve sığınma hakkı ile ilgili çeşitli önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (n=164)

	Katılıyorum/ Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum /Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sağlık, temel insan hakkıdır.	147	89,6	14	8,5	2	1,2	1	0,6
Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.	146	89,0	13	7,9	4	2,4	1	0,6
Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitilmiş tercümanlar sağlanmalıdır.	135	82,3	14	8,5	9	5,5	6	3,7
Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.	134	81,7	22	13,4	7	4,3	1	0,6
Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.	126	76,8	18	11,0	19	11,6	1	0,6
Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.	121	73,8	31	18,9	10	6,1	2	1,2
Sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.	114	69,5	32	19,5	17	10,4	1	0,6
Sığınma temel bir insan hakkıdır.	106	64,6	36	22,0	22	13,4	0	0,0
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü artırır.	98	59,8	23	14,0	36	22,0	7	4,3
Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.	93	56,7	32	19,5	36	22,0	3	1,8
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.	84	51,2	45	27,4	27	16,5	8	4,9
Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.	76	46,3	36	22,0	50	30,5	2	1,2
Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.	71	43,3	50	30,5	36	22,0	7	4,3
Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.	64	39,0	38	23,2	60	36,6	2	1,2
Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.	63	38,4	40	24,4	57	34,8	4	2,4
Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.	47	28,7	43	26,2	69	42,1	5	3,0
Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.	45	27,4	47	28,7	69	42,1	3	1,8
Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.	45	27,4	57	34,8	56	34,1	6	3,7
Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.	41	25,0	41	25,0	76	46,3	6	3,7
Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.	19	11,6	35	21,3	105	64,0	5	3,0

Belirtilen yüzdelere satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 11: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	89	84,8	10	9,5	5	4,8	1	1,0	32	94,1	1	2,9	0	0,0	1	2,9
Hemşire ve Ebeler	104	75,9	22	16,1	7	5,1	4	2,9	49	76,6	11	17,2	4	6,3	0	0,0
Diğer Sağlık Çalışanları	27	84,4	3	9,4	1	3,1	1	3,1	24	92,3	1	3,8	1	3,8	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	68	66,0	13	12,6	16	15,5	6	5,8	26	76,5	6	17,6	2	5,9	0	0,0
Toplam	288	76,4	48	12,7	29	7,7	12	3,2	131	82,9	19	12,0	7	4,4	1	0,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 12: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	90	85,7	7	6,7	6	5,7	2	1,9	32	94,1	1	2,9	1	2,9	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	109	79,6	16	11,7	12	8,8	0	0,0	43	67,2	6	9,4	14	21,9	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	26	81,3	4	12,5	1	3,1	1	3,1	23	88,5	3	11,5	0	0,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	69	67,0	9	8,7	17	16,5	8	7,8	24	70,6	6	17,6	4	11,8	0	0,0
Toplam	294	78,0	36	9,5	36	9,5	11	2,9	122	77,2	16	10,1	19	12,0	1	0,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 13: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	96	91,4	2	1,9	4	3,8	3	2,9	32	94,1	2	5,9	0	0,0	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	111	81,0	14	10,2	8	5,8	4	2,9	41	64,1	15	23,4	6	9,4	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	25	78,1	3	9,4	2	6,3	2	6,3	24	92,3	2	7,7	0	0,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	57	55,3	19	18,4	21	20,4	6	5,8	21	61,8	9	26,5	4	11,8	0	0,0
Toplam	289	76,7	38	10,1	35	9,3	15	4,0	118	74,7	28	17,7	10	6,3	2	1,3

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 14: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	96	91,4	2	1,9	4	3,8	3	2,9	34	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	119	86,9	8	5,8	8	5,8	2	1,5	54	84,4	7	10,9	2	3,1	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	26	81,3	3	9,4	0	0,0	3	9,4	26	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	67	65,0	12	11,7	20	19,4	4	3,9	27	79,4	5	14,7	2	5,9	0	0,0
Toplam	308	81,7	25	6,6	32	8,5	12	3,2	141	89,2	12	7,6	4	2,5	1	0,6

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 15: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınma temel bir insan hakkıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Bırakılanlar	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Bırakılanlar	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	88	83,8	10	9,5	6	5,7	1	1,0	25	73,5	8	23,5	1	2,9	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	108	78,8	20	14,6	9	6,6	0	0,0	43	67,2	11	17,2	10	15,6	0	0,0
Diğer Sağlık Çalışanları	23	71,9	6	18,8	2	6,3	1	3,1	19	73,1	4	15,4	3	11,5	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	62	60,2	18	17,5	20	19,4	3	2,9	16	47,1	11	32,4	7	20,6	0	0,0
Toplam	281	74,5	54	14,3	37	9,8	5	1,3	103	65,2	34	21,5	21	13,3	0	0,0

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 16: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Bırakılanlar	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Katılıyorum	%	Bırakılanlar	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	56	53,3	25	23,8	22	21,0	2	1,9	21	61,8	3	8,8	10	29,4	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	72	52,6	27	19,7	36	26,3	2	1,5	45	70,3	8	12,5	9	14,1	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	20	62,5	6	18,8	3	9,4	3	9,4	14	53,8	2	7,7	8	30,8	2	7,7
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	53	51,5	15	14,6	31	30,1	4	3,9	14	41,2	9	26,5	8	23,5	3	8,8
Toplam	201	53,3	73	19,4	92	24,4	11	2,9	94	59,5	22	13,9	35	22,2	7	4,4

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 17: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	32	30,5	39	37,1	31	29,5	3	2,9	11	32,4	14	41,2	9	26,5	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	36	26,3	72	52,6	27	19,7	2	1,5	33	51,6	15	23,4	14	21,9	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	11	34,4	11	34,4	9	28,1	1	3,1	7	26,9	12	46,2	5	19,2	2	7,7
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	33	32,0	30	29,1	36	35,0	4	3,9	17	50,0	7	20,6	7	20,6	3	8,8
Toplam	112	29,7	152	40,3	103	27,3	10	2,7	68	43,0	48	30,4	35	22,2	7	4,4

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 18: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	15	14,3	33	31,4	53	50,5	4	3,8	10	29,4	9	26,5	15	44,1	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	37	27,0	50	36,5	48	35,0	2	1,5	32	50,0	11	17,2	20	31,3	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	11	34,4	6	18,8	12	37,5	3	9,4	6	23,1	8	30,8	11	42,3	1	3,8
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	36	35,0	24	23,3	37	35,9	6	5,8	14	41,2	8	23,5	12	35,3	0	0,0
Toplam	99	26,3	113	30,0	150	39,8	15	4,0	62	39,2	36	22,8	58	36,7	2	1,3

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 19: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	36	34,3	28	26,7	39	37,1	2	1,9	11	32,4	8	23,5	15	44,1	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	66	48,2	30	21,9	39	28,5	2	1,5	28	43,8	13	20,3	22	34,4	1	1,6
Diğer Sağlık Çalışanları	15	46,9	10	31,3	4	12,5	3	9,4	7	26,9	9	34,6	9	34,6	1	3,8
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	52	50,5	21	20,4	27	26,2	3	2,9	15	44,1	9	26,5	8	23,5	2	5,9
Toplam	169	44,8	89	23,6	109	28,9	10	2,7	61	38,6	39	24,7	54	34,2	4	2,5

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 20: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	14	13,3	30	28,6	59	56,2	2	1,9	7	20,6	9	26,5	17	50,0	1	2,9
Hemşire ve Ebeler	33	24,1	58	42,3	43	31,4	3	2,2	19	29,7	24	37,5	18	28,1	3	4,7
Diğer Sağlık Çalışanları	5	15,6	7	21,9	17	53,1	3	9,4	4	15,4	7	26,9	14	53,8	1	3,8
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	33	32,0	35	34,0	29	28,2	6	5,8	13	38,2	13	38,2	7	20,6	1	2,9
Toplam	85	22,5	130	34,5	148	39,3	14	3,7	43	27,2	53	33,5	56	35,4	6	3,8

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 21. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	55	52,4	31	29,5	14	13,3	5	4,8	20	58,8	5	14,7	9	26,5	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	59	43,1	52	38,0	24	17,5	2	1,5	34	53,1	19	29,7	9	14,1	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	19	59,4	7	21,9	2	6,3	4	12,5	10	38,5	9	34,6	4	15,4	3	11,5
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	51	49,5	22	21,4	22	21,4	8	7,8	17	50,0	10	29,4	4	11,8	3	8,8
Toplam	184	48,8	112	29,7	62	16,4	19	5,0	81	51,3	43	27,2	26	16,5	8	5,1

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 22: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	73	69,5	10	9,5	19	18,1	3	2,9	24	70,6	6	17,6	4	11,8	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	78	56,9	28	20,4	28	20,4	3	2,2	33	51,6	11	17,2	18	28,1	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	21	65,6	5	15,6	4	12,5	2	6,3	21	80,8	3	11,5	2	7,7	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	40	38,8	20	19,4	39	37,9	4	3,9	14	41,2	9	26,5	10	29,4	1	2,9
Toplam	212	56,2	63	16,7	90	23,9	12	3,2	92	58,2	29	18,4	34	21,5	3	1,9

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 23: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	17	16,2	22	21,0	61	58,1	5	4,8	7	20,6	9	26,5	17	50,0	1	2,9
Hemşire ve Ebeler	36	26,3	44	32,1	51	37,2	6	4,4	21	32,8	15	23,4	25	39,1	3	4,7
Diğer Sağlık Çalışanları	8	25,0	5	15,6	15	46,9	4	12,5	6	23,1	7	26,9	13	50,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	44	42,7	20	19,4	35	34,0	4	3,9	13	38,2	9	26,5	11	32,4	1	2,9
Toplam	105	27,9	91	24,1	162	43,0	19	5,0	47	29,7	40	25,3	66	41,8	5	3,2

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 24: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar		Katılıyorum / Tamamen Katılıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum / Katılmıyorum		Boş Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	11	10,5	8	7,6	83	79,0	3	2,9	2	5,9	8	23,5	24	70,6	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	16	11,7	31	22,6	88	64,2	2	1,5	5	7,8	16	25,0	41	64,1	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	3	9,4	6	18,8	21	65,6	2	6,3	3	11,5	3	11,5	20	76,9	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	20	19,6	16	15,7	62	60,8	4	3,9	8	23,5	6	17,6	17	50,0	3	8,8
Toplam	50	13,3	61	16,2	254	67,6	11	2,9	18	11,4	33	20,9	102	64,6	5	3,2

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

Ek Tablo 25: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitimli tercümanlar sağlanmalıdır” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	90	85,7	8	7,6	4	3,8	3	2,9	32	94,1	0	0,0	2	5,9	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	109	79,6	12	8,8	14	10,2	2	1,5	49	76,6	8	12,5	5	7,8	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	24	75,0	4	12,5	2	6,3	2	6,3	23	88,5	3	11,5	0	0,0	0	0,0
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	68	66,0	14	13,6	16	15,5	5	4,9	29	85,3	1	2,9	0	0,0	4	11,8
Toplam	291	77,2	38	10,1	36	9,5	12	3,2	133	84,2	12	7,6	7	4,4	6	3,8

Ek Tablo 26: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, “Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.” şeklindeki önermeye verdikleri yanıtların meslek grupları ve metropol-uydu şehre göre dağılımı (n=535)

Belirtilen yüzdeler satır yüzdeleridir.

	Metropol								Uydu Şehir							
	Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş		Katılıyorum /		Ne Katılıyorum		Kesinlikle		Boş	
	Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar		Tamamen		Ne		Katılmıyorum /		Bırakılanlar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doktorlar	7	6,7	16	15,2	80	76,2	2	1,9	6	17,6	6	17,6	22	64,7	0	0,0
Hemşire ve Ebeler	24	17,5	49	35,8	61	44,5	3	2,2	16	25,0	18	28,1	28	43,8	2	3,1
Diğer Sağlık Çalışanları	6	18,8	9	28,1	16	50,0	1	3,1	4	15,4	8	30,8	13	50,0	1	3,8
Sağlık Profesyoneli Olmayanlar	47	45,6	20	19,4	33	32,0	3	2,9	14	41,2	7	20,6	10	29,4	3	8,8
Toplam	84	22,3	94	24,9	190	50,4	9	2,4	40	25,3	39	24,7	73	46,2	6	3,8

FORMLAR

Form 1

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE YAPILACAK ANKET

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. "Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-Uydu Şehir Karşılaştırması" başlıklı çalışmada amacımız sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunları tespit etmek ve çözüm önerileri üretmektir.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılsanız bile istediğiniz an sorulara yanıt vermekten vazgeçebilirsiniz veya daha sonra verdiğiniz yanıtların araştırma kapsamından çıkartılmasını talep edebilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Değerlendirmenin kendi kişisel gözlem ve algılarınıza dayanıyor olması bu verilerin geçerliliği ve güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu nedenle bu anketi değerlendirirken nesnel davranıp başkalarıyla fikir alışverişinde bulunmayınız. Araştırmaya katılmakla ne araştırmacı ne de katılımcı herhangi bir mali sorumluluk altına girmeyecektir. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu bilgiler kapsamında herhangi bir yayın hazırlandığında özel yaşama ait bilgilerinizin gizliliği devam edecektir.

Katılımınız ve verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Dr. Faize Deniz Mardin

E-posta: drdenizmardin@gmail.com

Terminoloji:

Sığınmacı: ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için vatandaşı olduğu ülke dışında bulunan ve vatandaşı olduğu ülkenin himayesinden istifade edemeyen veya korkudan dolayı istifade etmek istemeyen ya da uyruğu yoksa ve önceden ikamet ettiği ülke dışında bulunuyorsa oraya dönmeyen veya korkusundan dolayı dönmek istemeyen yabancı.

(http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/gocmen_raporu.pdf)

Bu ankette Sığınmacı olarak Suriyeli sığınmacıların dışındakiler kastedilmektedir.

1) Son 6 ayda ne sıklıkta sığınmacı hastaya hizmet verdiniz?

a)	Hiç hastam olmadı	⇒ 3.soruya geçiniz
b)	Ayda birden az	⇒ 2. sorudan devam ediniz
c)	Ayda bir	
d)	Ayda birkaç kez	
e)	Haftada bir	
f)	Haftada birkaç gün	
g)	Her gün	

2) Sığınmacı hastaların, aşağıdaki hizmetlerden hangi sıklıkta yararlandığını belirtiniz?

(Her **seçenek** için ne sıklıkta yararlandığını belirtiniz; 1: Hiçbir zaman, 2: Çok seyrek 3: Ara sıra, 4: Sık 5: Çok Sık 9: Bilmiyorum)

	1	2	3	4	5	9
	Hiçbir zaman	Seyrek	Ara sıra	Sık	Çok Sık	Bilmiyorum
a. Acil servis hizmetleri	1	2	3	4	5	9
b. Doğum öncesi bakım	1	2	3	4	5	9
c. Doğum kontrol yöntemleri	1	2	3	4	5	9
d. Doğum	1	2	3	4	5	9
e. Gebeliğin sonlandırılması	1	2	3	4	5	9
f. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma	1	2	3	4	5	9
g. Bulaşıcı hastalıklar tedavisi	1	2	3	4	5	9
h. Çocuk hastalıkları tedavisi	1	2	3	4	5	9
i. Dermatoloji	1	2	3	4	5	9
j. Göz Hastalıkları tedavisi	1	2	3	4	5	9
k. Kronik hastalıklar tedavisi	1	2	3	4	5	9
l. İç Hastalıklar tedavisi (İç Hastalıkları, Göğüs hastalıkları, Kardiyoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji)	1	2	3	4	5	9
m. Kulak-burun –Boğaz hastalıkları tedavisi	1	2	3	4	5	9
n. Ortopedik Hastalıklar tedavisi	1	2	3	4	5	9
o. Nörolojik Hastalıklar tedavisi	1	2	3	4	5	9
p. Cerrahi tedaviler	1	2	3	4	5	9

	Hiçbir zaman	Seyrek	Ara sıra	Sık	Çok Sık	Bilmiyorum
q. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	2	3	4	5	9
r. Görüntüleme	1	2	3	4	5	9
s. Laboratuvar ve testler	1	2	3	4	5	9
t. İş sağlığı	1	2	3	4	5	9
u. Akıl Sağlığı	1	2	3	4	5	9
v. Diş sağlığı	1	2	3	4	5	9
w. Bağımlılık tedavisi (ör: alkol)	1	2	3	4	5	9
x. İşkence/ Travma tedavisi	1	2	3	4	5	9
y. Yoğun Bakım Ünitesi	1	2	3	4	5	9
z. Diğer: (Belirtiniz)_____	1	2	3	4	5	9

3) Sizce, sığınmacılar sağlık hizmetlerine erişimde aşağıdaki sorunlardan hangilerini yaşamaktadırlar?

(Aşağıdaki **HER DURUM** için görüşünüzü ilgili sayıyı işaretleyerek belirtiniz)

(Lütfen her bir ifade için bir cevap işaretleyiniz)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu Zaman	Her Zaman
a. Sığınmacıların sağlık sistemine dahil olmaması	1	2	3	4	5
b. Hastaneden randevu alamaması	1	2	3	4	5
c. Hastane tarafından geri çevrilmesi	1	2	3	4	5
d. Hastanede uzun bekleme süreleri olması	1	2	3	4	5
e. Hastanede sağlık personelinin sayıca yetersiz olması	1	2	3	4	5
f. Sığınmacıların sağlık haklarını bilmemesi	1	2	3	4	5
g. Sağlık sisteminin işleyişini bilmemesi	1	2	3	4	5
h. Maddi sorunları olması	1	2	3	4	5
i. Sığınmacının Türkçe bilmemesi	1	2	3	4	5
j. Kültürel farklılıkların iletişimi zorlaştırması	1	2	3	4	5
k. Hastanelerde tercüman olmaması	1	2	3	4	5
l. Sağlıkçıların sığınmacılara önyargılı davranması	1	2	3	4	5
m. Sağlık personelinin mevzuat konusunda yeterli bilgisinin olmaması	1	2	3	4	5
n. Diğer: (Belirtiniz)_____	1	2	3	4	5

- 4) Sığınmacılarla ilgili aşağıdaki **HER CÜMLE** için katılım durumunuzu ilgili sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

(Lütfen her bir ifade için bir cevap işaretleyiniz)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
a. Sığınma temel bir insan hakkıdır.	1	2	3	4	5
b. Sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olmalıdır.	1	2	3	4	5
c. Sığınmacı gebelere doğum öncesi bakım hizmetleri verilmelidir.	1	2	3	4	5
d. Cinsel taciz mağduru sığınmacılara sağlık hizmeti kişinin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmadan sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
e. Hastanede doğum, sığınmacılara ücretli şekilde sunulmalıdır.	1	2	3	4	5
f. Sığınmacıların sağlık giderlerini devlet karşılamalıdır.	1	2	3	4	5
g. Refakatsiz sığınmacı çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınmalıdır.	1	2	3	4	5
h. Sığınmacı bebek ve çocuklara ücretsiz sağlık hizmeti verilmelidir.	1	2	3	4	5
i. Acil hizmetleri tüm sığınmacılar için ücretsiz olmalıdır.	1	2	3	4	5
j. Sığınmacılar tüm sağlık giderlerini kendileri karşılamalıdır.	1	2	3	4	5
k. Sağlık, temel insan hakkıdır.	1	2	3	4	5
l. Sığınmacılara sağlık hizmeti ücretsiz verilirse Türkiye Vatandaşları sağlık hizmeti alamaz.	1	2	3	4	5
m. Sığınmacılara ülkeye girişte sağlık taraması yapılarak sağlıklı olanlar ülkeye kabul edilmelidir.	1	2	3	4	5
n. Ağır hastalıklara yakalanan sığınmacılar ülkelerine geri gönderilmelidir.	1	2	3	4	5
o. Sığınmacılar diğer başvuranlardan daha fazla ücret ödemelidir.	1	2	3	4	5
p. Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi, daha fazla sığınmacının gelmesine neden olur.	1	2	3	4	5
q. Sağlık hizmetleri kapsamında sığınmacılar için eğitimli tercümanlar sağlanmalıdır.	1	2	3	4	5
r. Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi durumunda sağlık kurumlarının borçları artar.	1	2	3	4	5
s. Sığınmacılar sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıyorlar.	1	2	3	4	5
t. Sığınmacılara sağlık hizmeti verilmesi sağlık çalışanlarının iş yükünü artırır.	1	2	3	4	5

Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi hakkında ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİZ:
(Lütfen açık olarak aşağıdaki boşluğa yazınız)

Demografik Bilgiler

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın
3. Doğum Yeri: 1) Şehir 2) Kasaba 3) Köy
4. Eğitim durumunuz:

1. İlkokul Mezunu	2. Ortaokul Mezunu	3. Lise Mezunu	4. Üniversite Mezunu	5. Yüksek lisans /Doktora Mezunu
----------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------	-------------------------------------
5. Mesleğiniz: _____
6. Hastanedeki göreviniz: _____
7. Hastanede çalıştığınız bölüm: _____
8. Bu hastanede kaç senedir çalışıyorsunuz? _____

Form 2**T.C. İstanbul Üniversitesi****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Faize Deniz Mardin tarafından yürütülen “Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi; Metropol- Uydu Şehir karşılaştırması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunları tespit etmektir. Araştırma kapsamında anketi doldurmanız için sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sağlık sorunları tespit edilecek ve katılımcıların sorunlara dair verecekleri çözüm öneriler ile öneriler tasarlanacaktır.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya drdenizmardin@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Form 3**Sığınmacılarla Görüşme Formu**

1. Tarih:
2. Görüşme No:
3. Görüşmenin Dili:
4. Görüşme Yapılan Yer:

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER

- a. Doğum tarihi
- b. Doğum yeri/ Yaşayıp büyüdüğü ülke
- c. Cinsiyet
- d. Eğitim Durumu
- e. Medeni Durumu
- f. Ailesi/Eşi ile birlikte yaşıyor ise;
 - i. Çocukları var mı? Kaç tane?
 - ii. Hanede kaç kişi yaşıyor?
 - iii. Yaşadığı konutun şartları (kaç oda, tuvalet var mı, mutfak ayrı mı)
- g. Mesleği, çalışma durumu
- h. Türkiye’de çalıştığı yer, maaşı, kaç saat çalıştığı
- i. Türkiye’de bulunduğu süre

II. SAĞLIK ŞARTLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERIŞİM

- a. Sağlık durumu ile ilgili genel bilgiler
 - i. Gelmeden önceki geçirdiği rahatsızlıklar, kronik hastalık (diyabet, kronik kalp, damar, böbrek hastalığı, tüberküloz, tiroid) var mı, ilaç kullanıyor mu?
 - ii. Yolculuk sırasında geçirdiği rahatsızlıklar/yaralanma
- b. Türkiye’ye geldikten sonra geçirdiği rahatsızlıklar
 - i. Nelerdir?
 - ii. Herhangi bir sağlık merkezine başvurdu mu?

- c. Sağlık merkezine başvurusunda aşağıdaki sorunlardan herhangi birisi ile karşılaştı mı?
- i. Sağlık kuruluşuna kabul
 - ii. Sağlık merkezinin kurallarını anlamada zorlanma
 - iii. Dil/iletişim sorunları
 - iv. Sağlık çalışanı ile sorun(davranış/bilgilendirme)
 - v. Tedavide sorun
 - vi. Ödemede sorun
- d. Hastane masraflarını karşılayabildi mi? Nasıl? Herhangi bir kuruluştan destek aldı mı?
- e. Sağlık merkezlerinde yaşadığı sorunlara çözüm önerileri

III. HUKUKİ ŞARTLAR

- a. UNCHR başvuru zamanı, ilk görüşme zamanı
- b. Statüsü
- c. Son görüşmenin üzerinden geçen süre
- d. İçişleri Bakanlığı'ndan oturma izni var mı? Ne zaman aldı?

Form 4**T.C. İstanbul Üniversitesi****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sizi Faize Deniz Mardin tarafından yürütülen “Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi; Metropol - Uydu Şehir Karşılaştırması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadığı sorunları tespit etmektir.

Araştırma kapsamında yapılacak derinlemesine görüşme için sizden tahminen 1,5 saat ayırmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ışığında sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sağlık sorunları tespit edilecek ve katılımcıların sorunlara dair verecekleri çözüm önerileri ışığında öneriler tasarlanacaktır.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya drdenizmardin@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Form 5**İKGV Çalışanları görüşmeler**

- A. Ne Kadar Zamandır Kurumda Çalışıyorsunuz?
- B. Göreviniz Nedir?
- C. Daha Önce Benzer Konuda Başka Bir Kurumda Çalışmış Mıydınız?
- D. (Uyruğu Türkiye dışındaki ülkelerden olanlar) Ne Kadar Zamandır Türkiye’desiniz?
- E. Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi Hakkında Ne Gibi Sorunlar Olduğunu Düşünüyorsunuz?
- F. Belirttiğiniz Sorunlar İçin Önerileriniz Nedir?

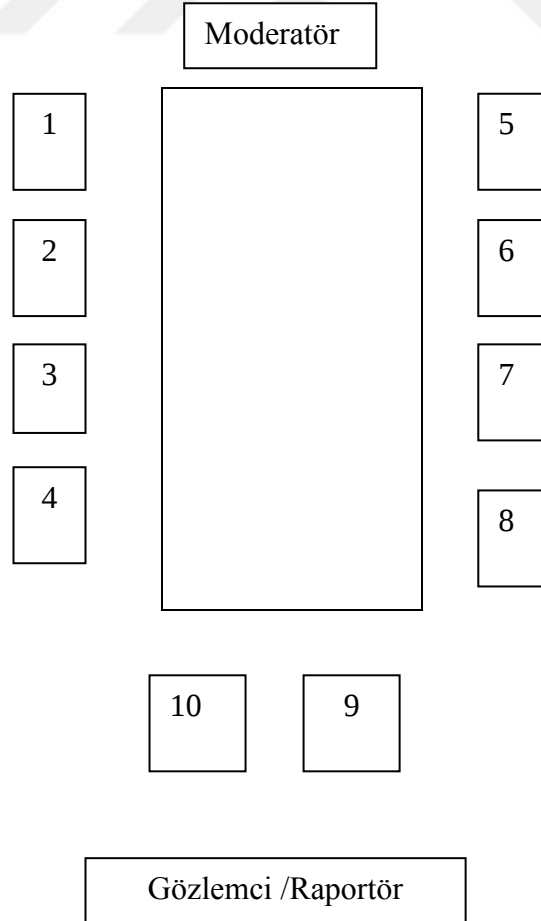
Form 6

**Sağlık Çalışanları ile Sığınmacı başvurular hakkında
Odak Grup Rehberi**

I-TANIŞMA:**A- Demografik Bilgiler**

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın
3. Eğitim durumunuz:

a. İlk okul mezunu	b. Ortaokul mezunu	c. Lise mezunu	d. Üniversite mezunu	e. Yüksek lisans /Doktora mezunu
-----------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------	-------------------------------------
4. Mesleğiniz: _____
5. Hastanedeki göreviniz: _____
6. Hastanede çalıştığınız bölüm: _____
7. Bu hastanede kaç senedir çalışıyorsunuz? _____

B- Oturma Düzeni

II- Sığınmacı

A. Kişisel Deneyim ve Görüşler

1. Sığınmacı/mülteci tanımları hakkında ne söyleyebilirsiniz?
2. Sığınmacı/mülteci çocuk koruma hakkında bilgi durumu
3. Sığınmacı ve mültecilerde suç işleme veya şiddete maruz kalma durumları ile karşılaştığınızda ihbar süreçlerini nasıl gerçekleştiriyorsunuz?
4. Bugüne dek sığınmacı /mülteci kişilerin bağlı bulunduğu konsolosluklar ile irtibata geçtiğiniz oldu mu? Hangi nedenle? Nasıl? Açıklar mısınız?
5. Türkiye'deki sığınmacılar ile ilgili görüşleri
 - Türkiye'deki sığınmacılarla ilgili yasalar hakkında ne düşünüyor?
 - Sığınmacıların hak ve özgürlükleri ile ilgili ne düşünüyor?
 - Kişisel görüş ve düşünceleri

III- Sağlık

A. Sağlık Sorunları

1. Sığınmacıların yaşadığı sağlık sorunları

B. Sağlık Hizmetleri

1. Sığınmacılara sunulan sağlık hizmetleri
 - Hangileri?
 - Kimler tarafından sunulmalı?

C. Sağlık Hizmetlerine Erişim

1. Var olan sığınmacılar için sağlık hizmetlerinin uygunluğu hakkında düşünceleriniz nedir? (Parasal, dil engeli, bürokratik engeller, ayrımcı/ dışlayıcı tutum)
2. Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar
3. Sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar
 - Kültürlerarası farklılıklar?
 - İletişim?
4. Sorunlara çözüm önerileri

Form 7**Interview Form****I. Rights**

- i. Do you think (know if) by legislations are there any differences among Portuguese citizens and migrants on access to health services in Portugal? If yes, what are the differences?
- ii. Do you think /observe if there are differences on access to health services between Portuguese citizens and migrants in Portugal?
- iii. What can be improved by legislations/laws?

II. Activities

- i. What are the programs or activities your institution/organization offers to migrants?
- ii. Does your organization provides services to different group of migrants (Economic migrants, refugees, asylum seekers, migrants for health reasons, undocumented migrants)?
- iii. Does your organization support health services delivery for migrants? What type?
- iv. What are the good examples regarding access to health services for migrants?
- v. Do you think there are barriers to access to health services for migrants? If yes, which are the barriers? (Legal/administrative/socioeconomic/organizational) (Different barriers based on legal status or based on different ethnicity?)

III. Impact of Crises

- i. Has the financial crises affected your organization?
- ii. Has the financial crises had a consequence on human resources or on projects?

IV. Future Considerations

- i. What are the future challenges on access to health services for migrants?
- ii. NGO-state collaborations?
- iii. Improvements on policies?
- iv. State-Academy collaborations?
- v. Do you think is there a need of further academic researches? If yes, on which topics?
- vi. Would you like to add something?

Thanks for the collaboration.

Form 8**Informed Consent Form**

Title: AN EXAMPLE OF IMMIGRANT INTEGRATION FROM PORTUGAL: APPLICATION SAMPLES FOR ACCESS TO HEALTH SERVICES

Investigators: F. Deniz Mardin, Andrea Pitagros

Advisor: Prof. Sonia Dias

Study Propose

The aim of this study is to analyze the access to health services for migrants and to observe the barriers on access to health services for migrants in Portugal.

Participation in study

Thank you for agreeing to be interviewed as part of the research project. This consent form is necessary for us to ensure that you understand the purpose of your involvement and that you agree to the conditions of your participation.

Due to the confidentiality measures in place, there are no foreseeable physical, legal, financial, or psychological risks to participating in this study. Would you therefore read the accompanying information and then sign this form to certify that you approve the following:

Taking part in this research study is completely voluntary. The interview will take max 1 hour but you are free to skip any question that you would prefer not to answer, and you may end your participation at any time.

The interview will be recorded and consequently a transcript will be produced. The transcript of the interview will be analyzed by F. Deniz Mardin as research investigator.

The access to the interview transcript will be limited to F. Deniz Mardin and academic colleagues and researchers with whom she might collaborate as part of the research process.

Any summary interview content, or direct quotations from the interview, that are made available through academic publication or other academic outlets will be anonymized so that you cannot be identified, and care will be taken to ensure that other information in the interview that could identify yourself is not revealed. Complete transcriptions will be stored on a password-protected computer.

Name, Surname of the Participant

Signature

Name, Surname of the Researcher

Signature

ETİK KURUL KARARI

Rumelifeneri Yolu Sanyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	28/08/2015
Karar No:	2015.201.IRB3.110
Sorumlu Araştırmacı:	Faize Deniz Mardin
Araştırma Başlığı:	Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi; Metropol - Uydu şehir Karşılaştırması
Başlangıç tarihi:	03/09/2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

İZİNLER



İNSAN KAYNAĞINI
GELİŞTİRME VAKFI

Yönetim Kurulu:

Turgut Tokuş
(Başkan)

Prof. Dr. Ayşen Bulut
(Başkan Yardımcısı)

Hasip Buldanlıoğlu
(Muhasip)

Rahime Akdoğan

Dr. Huriye Ankan

Prof. Dr. Mehmet Kaytaç

Prof. Dr. Nuray Özgülnar

Denetleme Kurulu:

Dr. Berna Eren

İşık Eyüboğlu

Şener Macun

Genel Müdür:

Dr. Muhtar Çokar

17 Kasım 2015 / 86

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında doktora eğitimi yapan Faize Deniz Mardin'in "Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol – Uydu Şehir Karşılaştırması" konulu doktora çalışmasını yapma talebi tarafımıza ulaşmıştır.

Faize Deniz Mardin'in çalışmasını İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nda gerçekleştirmesi uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Dr. Muhtar Çokar
Genel Müdür

IKGV,
Bakanlar Kurulu
karan ile
vergiden muaf
statusündedir

BM Nüfus Fonu
tarafından
akredite edilmiştir

BM Ekonomik ve
Sosyal Konseyi'nin
özel danışman
STK statusündedir



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI : 70794255-770/24153
KONU : Faize Deniz MARDİN

06.11.2015

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

İlgi : 07.09.2015 tarih ve 98516 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında doktora eğitimi yapan Faize Deniz MARDİN'in "Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-Uydu Şehir Karşılaştırması" konulu doktora çalışmasını yapma talebi tarafımıza bildirilmiştir.

Adı geçeninin çalışmasını Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirmesi Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Op.Dr.İdris KURTULUŞ
Genel Sekreter V.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır

06.11.2015

T.C.S.B. TKHK
İstanbul Fatih KHB Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı
Badagül AYVAZ
Uzman

Adres: Seyrantepe Mh. Mevlana Cd.No:85 Zeytinburnu/İstanbul
Tel No: 0 212 5308311- 5229810-12-14-37 Faks No: 0 212 522 98 11
<http://www.fatihkhhb.gov.tr>
Taslak Ref: 90788

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Semanur YEROĞLU
İrtibat Tel./dahili :
E-posta: s.yeroglu@hotmail.com
EĞİTİM HİZMETLERİ, İZLEME VE ÖLÇME BİRİMİ
<https://erp.fatihkhhb.gov.tr/Guest/BelgeSorgula.aspx?KurumID=198734> erişebilirsiniz.

BU BELGE ELEKTRONİK İMZA İLE İMZALANMIŞTIR! (E-imza Kontrol Kodu:335866)

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2015-4/135

Evrak Tarih ve Sayısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

APS

Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Faize Deniz
MARDİN)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt

İlgi : 07/09/2015 tarihli ve 53891476-302.08.01-98516 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Faize Deniz MARDİN'in, Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR danışmanlığında "Türkiye'de Bir Uydur Şehirde Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Bu Konuda Sağlık Çalışanlarının Etkisi" isimli doktora tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ

Genel Sekreter a
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
- İlgi Yazı Sureti (6 Sayfa)

ASLI GİBİDİR.

FİLİZ CÖRÜT

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Şube Müdürü

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

19 Ekim 2015
J20

İzmitli bilgi için iribul: Cemile SAVCI
Eğitim, Araştırma ve Geliştirme

13. 10 15

Cemile SAVCI

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No 63 Şişli/İstanbul
Telefon: 0212 252 43 00-31 15 Faks: 0212 386 13 31
e-Posta: cemilesavci@gmail.com
Elektronik imzalı suretine: <http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/L532Z64> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için iribul: Cemile SAVCI
Eğitim, Araştırma ve Geliştirme



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Eskişehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ESKİŞEHİR İLİ KHBOS
EĞİTİM VE ARAÇ BİRDİM
10/11/2015 15:20 - 84987131 / 770 / 18



00015076192

Sayı : 84987131/770
Konu : Araştırma İzni/F. Deniz MARDİN

İlgi: İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 07.10.2015 tarihli ve 53891476.302.08.01.98516 sayılı yazısı.

İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında, Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR' ın danışmanlığında, "Türkiye' de Bir Uydu Şehirde Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Bu Konuda Sağlık Çalışanlarının Etkisi" konulu doktora tezini yürüten Faize Deniz MARDİN' in tezine ilişkin çalışmasını Birliğimize bağlı Eskişehir Devlet Hastanesinde yürütmesi talebi, ilgili komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, söz konusu çalışmanın gizlilik ve gönüllülük esasınca yapılması ve sağlık tesisinin esas faaliyetini aksatmayacak biçimde yürütülmesi, sonlandırılması halinde tarafımıza bilgi verilmesi, yıllık bildirim ile sonuç formunun tarafımıza gönderilmesi, araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Genel Sekreterliğimize sunulması ve araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.

Gereği ile Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Çetin AVCI
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK : Komisyon Kararı

DAĞITIM:

- İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
- Eskişehir Devlet Hastanesi Yöneticiliği



Arifiye Mah. Kıbrıs Şehitleri Cad. No: 37 Odunpazarı/ESKİŞEHİR
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Uzm. Seher KAYA
E-posta: seher.kaya@saglik.gov.tr
Telefon: (0222) 3201012-42 (106) Fax: 0 (222) 3351542-1557
Elektronik ağ: www.eskisehir.khb.saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 74bbdea0-9b34-4326-98c6-3a1c688ca8cb kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.
TÜRKİYE BİLİMSEL VE TEKNOLOJİK ARAŞTIRMA KURUMU BAŞKANLIĞI
Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı

Sayı : 53325897-115.02-243381

25/11/2016

Konu : 2016 Yılı 2214-A Yurt Dışı Araştırma Burs
Programı (Doktora öğrencileri için) 1. Dönem
Başvurunuz

Sayın Faize Deniz MARDİN

2016 yılı 2214-A Yurt Dışı Araştırma Burs Programı (Doktora öğrencileri için)'nın 1. dönemine yaptığınız başvurunun ilgili disiplinde uzmanlaşmış panelistlerin değerlendirme sonuçları doğrultusunda Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı Yürütme Komitesi'nin 13/10/2016 tarih ve 750 sayılı toplantısında incelendiği ve tarafınıza aşağıda belirtilen desteğin sağlandığını bildirmekten mutluluk duyarım.

Bursunuzun başlatılabilmesi için yurt dışına çıkmanıza en az 1 ay kala verilen desteği kabul ettiğinize dair ekte sunulan "2214/A Yurt Dışı Doktora Sırası Araştırma Burs Programı Kapsamında Çalışmalarını Yurt Dışında Sürdüreceksin Bursiyerlerin Uyması Gereken Kurallar"ı imzalamanız ve "Düzenleme Şeklinde Taahhüt ve Müşterek Borçlu ve Müteselsil Kefalet Senedi"ni doldurup notere tasdik ettirmeniz gerekmektedir. Ayrıca, Rektörlük (bağlı olduğunuz kurum üniversite değilse kurumunuzun en üst makamından) onaylı izin yazınızı, kefil bordrolarınızı ve banka döviz hesap bilgileriniz ile yurt dışına gidiş-dönüş tarihlerinizi içeren yazınızı Daire Başkanlığımıza / Kurumumuza iletmeniz gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Samettin GÜNDÜZ
BİDEB Araştırma Burs ve Destekleri
Müdürü V.

NOT: Uçak biletinizle (Sağlanan destek kısmında uçak bileti desteği var ise) ilgili işlemlerinizi için, iletişim bilgileri: Tel: 312-444 66 90, e-posta: tolgahan.altin@tubitak.gov.tr, gonul.bagci@tubitak.gov.tr
Burs hakkında diğer işlemler ve sorular için iletişim bilgileri: Tel: 312-444 66 90 , e-posta: bideb2214@tubitak.gov.tr

Sağlanan Destek:

Burs: 6 ay/month x EUR1400 = EUR8400

Uçak Bileti: PORTEKİZ(Gidiş-Dönüş)

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SIĞINMACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ: METROPOL - UYDU ŞEHİR KARŞILAŞTIRMASI

ORJİNALLIK RAPORU

% 5	% 5	% 2	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.atud.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	prezi.com İnternet Kaynağı	% 1
3	madde14.org İnternet Kaynağı	<% 1
4	multecihaklari.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.sgk.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.ogretmen.web.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	kaysem11.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.devmadensen.org İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Faize Deniz	Soyadı	Mardin
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	19.07.1982
Uyruğu	Türkiye	TC Kim No	19301254678
Email	drdenizmardin@gmail.com	Tel	05387298304

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı	
Yük.Lis.		
Lisans	Bologna Üniversitesi, Tıp Fakültesi	2009
Lise	İtalyan Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Danışman	Mavi Kalem Derneği	2018-2019-
2.	Medical Liaison Officer	Yurttaşlar Derneği	2017-2018
3.	PhD Fellow	Nova de Lisboa Üniversitesi, Institue of Hygiene and Tropical Medicine	2017
4.	Danışman	ICAP-Columbia Üniversitesi	2015-2017
5.	Danışman	Medecins Sans Frontieres	2016
6.	Okutman	Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2015-2016
7.	Kat Hekimi	İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Bedii Gorbun Kanser Merkezi	2013-2015
8.	Başvuru Hekimi	Türkiye İnsan Hakları Vakfı	2013-2014
9.	Medikal Danışman	Helsinki Yurttaşlar Derneği-Medecins Sans Frontieres	2012-2013
10.	Sorumlu Hekim	Tarabya Ana, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması	2011-2012
11.	Pratisyen Hekim	Sarıyer Toplum Sağlığı Merkezi	2010-2011
12.	Pratisyen Hekim	Gönül Ataman Sağlık Ocağı	2009-2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İtalyanca	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi	90	
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	İyi	81	
Fransızca	Zayıf	Zayıf	Zayıf		
Portekizce	Zayıf	Zayıf	Zayıf		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	71,362	69,397	57,290
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Programları (Word, Excel, Power Point)	Çok İyi
SPSS	İyi
Atlas.Ti	İyi

Yayınları

S Karabey, H Nalbant, YY Erkmen, I Kayi, O Bayramlar, DD Nacar, I Sumbuloglu, **D Mardin**, GT Yurtdas (2018), The project on medical education without discrimination, Eur J Public Health 28(suppl_4), doi: 10.1093/eurpub/cky213.865

F. Deniz Mardin (2017), Right to Health and Access to Health Services for Syrian Refugees in Turkey, MiReKoc Policy Brief Series 2017/01 – March 2017

F. Deniz Mardin (2016), Mülteciler ve Sağlık Hakkı, 5. Tıp Hukuku Günleri Savaş, Mültecilik ve Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi, pp 28-33, ISBN: 978-605-66686-0-9

FD Mardin, N Ozgülnar (2016); Access to health services for migrants in Turkey, Eur J Public Health 2016; 26 (suppl_1): ckw174.164. doi: 10.1093/eurpub/ckw174.164

Tebliğleri

F. Deniz Mardin, N. Özgülnar "Health Workers' Reflections on Refugees' Right to Health in Turkey" The Migration Conference 2018, 26-28 Haziran 2018, Lizbon, Portekiz (Sözlü Sunum)

F. Deniz Mardin, N. Özgülnar "Access to Health Services for Asylum Seekers and Refugees in Turkey: Comparison between Metropol and a Satellite City", The Migration Conference 2017, 23-26 Ağustos 2017, Atina, Yunanistan

F. Deniz Mardin, N. Özgülnar, "Access to health services for migrants in Turkey", 9th European Public Health Conference, 9-12 Kasım 2016, Viyana, Avusturya (Poster Sunumu)

F. Deniz Mardin, "Syrian Refugees and Right to Health" Migration and Health Conference- New York University-College of Global Public Health, 24 - 28 Şubat 2016, Floransa, İtalya

Sertifikalari

Sağlığın Ekonomi Politikası ve Sağlık Finansmanı Kursu Sertifikası, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 27 Ekim 2013, Antalya

Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri Sertifikası, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, 9-13 Temmuz 2012, İstanbul

Travma ve Resusitasyon Sertifikası, İl Sağlık Müdürlüğü, 8-11 Mayıs 2012, İstanbul

Acil Tıp Temel Modül Sertifikası, İl Sağlık Müdürlüğü, 2-6 Nisan 2012, İstanbul

Üreme Sağlığı Danışmanlığı Sertifikası, *İl Sağlık Müdürlüğü*, 13 Şubat-3 Mart 2012, İstanbul

Cinsellik ve Cinsel Sağlık Eğitimi, *6.Cinsellik ve Cinsel Sağlık Kongresi*, 3-4 Aralık 2011, İstanbul

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları Teşhis ve Tedavisi Kursu, *Acıbadem Hastanesi*, 16 Haziran 2011, İstanbul

Anne Sütü Danışmanlığı Eğitim Sertifikası, *İl Sağlık Müdürlüğü*, 21-22 Mart 2011, İstanbul

Temel Cerrahi Girişimler Kurs Sertifikası, *15. Ulusal Pratisyen Hekimler Kongresi*, 27-31 Ekim 2010, Antalya

Çocuk Psikolojik ve Sosyal Gelişim Kurs Sertifikası, *İl Sağlık Müdürlüğü*, 18 Ağustos 2010, İstanbul

Aile Hekimliği Kursu, *İl Sağlık Müdürlüğü*, 15-21 Nisan 2010, İstanbul

RİA (Rahim İçi Araç) Uygulama Sertifikası, *İl Sağlık Müdürlüğü*, 26 Kasım-16 Aralık 2009, İstanbul