



T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIKLARLA YAŞAMAK: İSVİÇRE'DE  
YAŞAYAN TÜRKİYELİ GÖÇMEN KADINLARIN  
DENEYİMİ, NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. TEVFİK BAYRAM

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019





T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIKLARLA YAŞAMAK: İSVİÇRE'DE  
YAŞAYAN TÜRKİYELİ GÖÇMEN KADINLARIN  
DENEYİMİ, NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. TEVFİK BAYRAM

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Prof. Dr. MELDA KARAVUŞ

Prof. Dr. SİBEL SAKARYA

İSTANBUL 2019



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm 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 olmadığını beyan ederim.

A large, light gray watermark of a stylized signature is positioned in the lower half of the page. The signature is composed of several overlapping, diagonal strokes that form a complex, abstract shape.

Dr. Tefvik BAYRAM

## ÖNSÖZ

Halk Sağlığı alanında bana kazandırdıkları değerli bilgi ve beceriler için Marmara Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na teőekkürlerimi sunarım. Halk Sağlığı kariyerimin başladığı yer olarak, bu bölümle her zaman duygusal bir bağım olacak ve her zaman kendimi bu ailenin bir parçası olarak göreceğim. Bu vesileyle, bölümümüzün çok değerli öğretim üyeleri adına Anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Melda Karavuş'a en içten Őükranlarımı sunarım. Ayrıca, anabilim dalımızın çok değerli araştırma görevlilerine, gerek akademik gerek sosyal açıdan birbirini destekleyen bir aile ortamı oluőturdukları için ve her konuda bana verdikleri destek için teőekkür ederim.

Halk sağlığı kariyerimin Őekillenmesinde çok büyük katkısı olan ve bir hocadan öte bir rehber olarak kariyerimde yeni kapılar açan; aynı zamanda bu tezin ortaya çıkmasını sağlayan MIWOCA projesinde beraber çalıştığım ve tezime danışmanlık eden Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya en içten teőekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, birçok disiplinden araőtırmacıların yer aldığı ve bana yepyeni bakış açıları kazandıran, tezimi yazdığım MIWOCA projesine ve projede çalışan değerli araştırmacılar adına proje başkanı Prof. Dr. Thomas Abel'e içten teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Tefik Bayram  
İstanbul, 2019

## ÖZET

İsviçre’de göçmen kadınların daha fazla kronik hastalık yüküne sahip oldukları ve yeterli bakımı almada dezavantajlı oldukları bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, İsviçre’de yaşayan ve kronik hastalığı olan Türkiye kökenli kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran ve zorlaştıran bireysel ve yapısal koşulları değerlendirmektir. Bern ve Cenevre şehirlerinde, maksimum varyasyon stratejisi kullanılarak, 18 yaşından büyük, kronik hastalığı olan Türkiye kökenli 12 ilk nesil göçmen kadınla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler, kadın bir araştırmacı tarafından, Türkçe olarak gerçekleştirilmiş; biri hariç ses kaydı alınmış; ortalama 70 (45-103) dakika sürmüştür. Veriler Atlas.ti programı kullanılarak iki kişi tarafından kodlanmış; Amartya Sen’in “yetkinlikler” yaklaşımı temel alınarak, Levesque’in sağlık hizmetlerine erişim modelinin bir modifikasyonu ile, tema analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Görüşülen 12 kadının yaş ortalaması 53,2 (42-71), İsviçre’de ortalama kalış süresi 23,5 yıldır (1,5-45). Çoğu (9/12) ilk veya ortaokul mezunudur; 11’inin çoklu kronik hastalığı bulunmaktadır (en sık kronik ağrı ve psikiyatrik bozukluklar); 7’si malulen emekli statüsündedir. Kronik hastalığı olan Türkiyeli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen ana konular şöyle bulunmuştur: kronik hastalık algısı; dil; hasta-doktor ilişkisi; toplumsal cinsiyet rolleri; damgalama-ayrımcılık; sosyal, ekonomik ve kültürel sermaye; kalite algısı; zaman. Sonuç olarak, İsviçre’de yaşayan, kronik hastalığı olan Türkiyeli kadınların sağlık sistemini kullanırken birçok bireysel ve kurumsal kaynağa sahip olduğu ve bunların hizmete erişimi önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Fakat kronik hastalığı olan göçmen kadınların gereksinimlerinin karmaşık olması ve zaman içinde değişim göstermesi nedeniyle, bu kaynaklara rağmen ihtiyaçları karşılanmayabilmektedir. Sağlığın korunması, hizmetlere erişimin iyileştirilmesi ve hastalığın kontrolü için yapılacak müdahaleler açısından, göçün ve hastalığın erken dönemleri öncelikli görünmektedir.

**Anahtar sözcükler:** kronik hastalık, göç, sağlık hizmetleri, erişim, yetkinlikler

## **ABSTRACT**

Data in Switzerland shows that migrant women have a higher burden of chronic diseases and are less likely to receive appropriate care. This study aims to evaluate the individual and structural conditions that facilitate or hinder access to healthcare for chronically ill migrant women from Turkey. This study was conducted in Bern and Geneva, through in-depth interviews. Twelve first generation immigrants, who were over 18 years of age, and had a chronic disease were interviewed, using the maximum variation strategy. The interviews were conducted by a woman interviewer, in Turkish; except for one, all the interviews were audio-recorded. The interviews lasted 70 (45-103) minutes on average. The data were coded by two researchers using the Atlas.ti program. The data was evaluated with theme analysis based on Amartya Sen's 'capabilities' approach, using a synthesized model from Levesque's framework of access to healthcare. The average age of the 12 women was 53.2 (42-71) years, and the average length of stay in Switzerland was 23.5 (1.5-45) years. Most of the participants (9/12) were primary or secondary school graduates; 11 had multiple chronic diseases (most commonly chronic pain and psychiatric disorders); 7 of them were at disable pensioner. The main issues affecting access to healthcare services for chronically ill women from Turkey was: chronic disease perception; language; patient-provider relationship; gender roles; stigmatisation-discrimination; social, economic and cultural capital; quality perception; and time. Conclusively, the chronically ill women from Turkey possess substantial sets of individual and structural resources to navigate the Swiss health system; and these resources have a significant effect on their access. However, since the needs of migrant women with chronic diseases are complex and change over time, they are not always met. The early stages of the disease and of immigration seem to be crucial for interventions to improve access to healthcare and control the disease.

**Keywords:** chronic diseases, migration, health care services, access, capabilities



## İÇİNDEKİLER

<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	1
2.1. Yetkinlikler Yaklaşımı ve Bireysel Kaynaklar .....	1
2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim Kavramı ve Boyutları .....	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetlerine Erişim .....	6
2.4. İsviçre Sağlık Sistemi ve Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ...	7
2.5. İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmenler .....	10
2.6. İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	15
3.1. Çalışma Popülasyonu .....	15
3.2. Veri Toplama Yaklaşımı .....	19
3.3. Görüşme Rehberinin Oluşturulması .....	19
3.4. Veri Analizi .....	19
<b>4. BULGULAR</b> .....	26
4.1. Katılımcıların Özellikleri .....	26
4.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim .....	26
4.2.1. Sağlık hizmeti kullanım öncesi alanı .....	26
4.2.2. Sağlık hizmeti kullanım alanı .....	42
4.2.3. Sağlık hizmeti kullanım sonrası alanı .....	68
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	77
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	91
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	94
<b>8. EKLER</b> .....	105

EK 1. Görüşme rehberi .....	105
EK 2. Çalışmada kullanılan kodlar ve içeriği .....	113
EK 3. MIWOCA projesi tarafından tez yazımına izin verildiğine dair belgenin tercümesi .....	116
EK 4. MIWOCA projesi tarafından tez yazımına izin verildiğine dair belgenin aslı .....	117
EK 5. Çalışmanın etik kurul raporu, Almanca aslının tercümesi .....	118
EK 6. Çalışmanın etik kurul raporunun Almanca aslı .....	119
EK 7. İntihal raporu .....	120
EK 8. Tez çalışması için İsviçre'ye gidildiğine dair izin belgeleri .....	121

## KISALTMALAR

**AB:** Avrupa Birliği

**ASTB:** Avrupa Serbest Ticaret Birliği

**FHSO:** Federal Halk Sağlığı Ofisi, İsviçre

**MIWOCA:** Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland

**OECD:** İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı



## ŞEKİL VE TABLOLAR İNDEKSİ

Şekil 1. Ekonomik, sosyal, kültürel kaynakların etkileşimi ve sağlık yetkinlikleri ile ilişkisi .....	3
Şekil 2. Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modeli .....	4
Şekil 3. Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modelinin modifikasyonu.....	21
Şekil 4. Katılımcıların İsviçre'ye göçleri sonrası kronik hastalıklarının gelişimi.....	28
Şekil 5. Kronik hastalıklarla ilgili zağlık hizmetlerine erişimin “zaman” ile ilişkisi .....	88
Tablo 1. Katılımcıların özellikleri.....	18
Tablo 2. Çalışmanın analizinde kullanılan temalar ve ilişkili kodlar .....	24

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilgili davranışsal risk faktörleri, dünyadaki önlenebilir hastalıkların ve ölümlerin çoğundan sorumludur. Küresel hastalık yükünün yaklaşık yarısı (1) ve dünyadaki her 10 ölümün 6'sı bulaşıcı olmayan hastalıklara atfedilmekte ve bu oran giderek artmaktadır (2). Her yıl otuz sekiz milyon insan, başlıca kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diyabet nedeniyle erkenden ölmektedir (3). Bu erken ölümler, bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerinin azaltılması ve sağlık sistemlerinin yanıt verebilirliğinin artırılması ile büyük ölçüde önlenebilmektedir (3). Fakat birçok sağlık sisteminde, sunulan hizmetler eşit şekilde dağıtılmadığı için kronik hastalıklar özellikle bazı grupları daha fazla etkilemekte ve onları dezavantajlı hale getirmektedir. Bu durum, gelişmiş veya gelişmemiş tüm ülkelerde görülebilmektedir. Bütün ülkelerde, sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicileri açısından dezavantajları olan demografik, sosyal, ekonomik veya coğrafi alt nüfuslar bulunmaktadır (4). Bu bağlamda, üzerinde durulması gereken gruplardan biri göçmenlerdir.

Göçmenler, ister kendi istekleri ile göç etmiş olsunlar ister zorla göç etmek durumunda kalmış olsunlar, yaşam tarzı değişikliklerine, sosyal dışlanmaya, psikolojik strese ve sonuçta sağlıklarını olumsuz etkileyecek durumlara maruz kalabilmektedirler (5-8). Ayrıca, hastalanmaları durumunda sağlık hizmetlerine erişimleri de göçmen olmayan gruplara göre önemli sınırlılıklar içermektedir. Dolayısıyla, göçmenlerin sağlıklarını korumaları ve gerektiğinde hizmetlere ulaşımı için yerli toplumdaki farklı, özel ihtiyaçları olabilmektedir. Sonuç olarak, göçmenlerin sağlığı, göç edilen yerdeki sağlık hizmetlerinin kendileri için ne kadar ulaşılabilir, kullanılabilir ve kabul edilebilir olmasından etkilenmektedir (6). Yüksek oranda göç alan ülkelerden biri olan İsviçre, Avrupa'daki en iyi sağlık sistemlerinden birine sahip olmasına rağmen göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde sorunlar yaşanmaktadır (9). Bu sorunların Türkiye, Portekiz, eski Yugoslavya, Sri Lanka ve Afrika'dan gelen göçmenler arasında daha fazla olduğu görülmektedir (10, 11). Ayrıca, İsviçre'de düzenli olarak yapılan ulusal bir çalışmaya göre, kronik hastalıkların

ve ilişkili sorunların özellikle göçmen kadınlar arasında daha fazla olduğu bildirilmektedir (11).

Çalışmamız Türkiyeli göçmen kadınları merkez almakta ve sağlık hizmetlerine onların gözüyle bakmaktadır. Daha önce İsviçre’de, Türkiyeli göçmen kadınların sağlık ihtiyaçları, sağlık sistemi ile ilgili deneyimleri, bireysel kaynakları (sağlık okuryazarlığı dahil) ve kullanım davranışları arasındaki bağlantıyı derinlemesine inceleyen çalışmalar yapılmamıştır. Bu çalışmayla, İsviçre’de yaşayan ve kronik hastalığı olan Türkiyeli kadınların, sağlık hizmet kullanımları, ihtiyaçları, memnuniyet durumları ve deneyimlerini kapsamlı bir şekilde anlamak; böylece, daha etkili sağlık hizmeti sunmanın önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemeyi amaçladık. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerine erişimde hem bireysel hem de sağlık sistemi ile ilişkili yapısal özellikleri beraber ele alan Levesque ve ark.’nın sağlık hizmetlerine erişim modelinden ve Amartya Sen’in “*yetkinlikler*” yaklaşımından faydalandık.

## 2. GENEL BİLGİLER

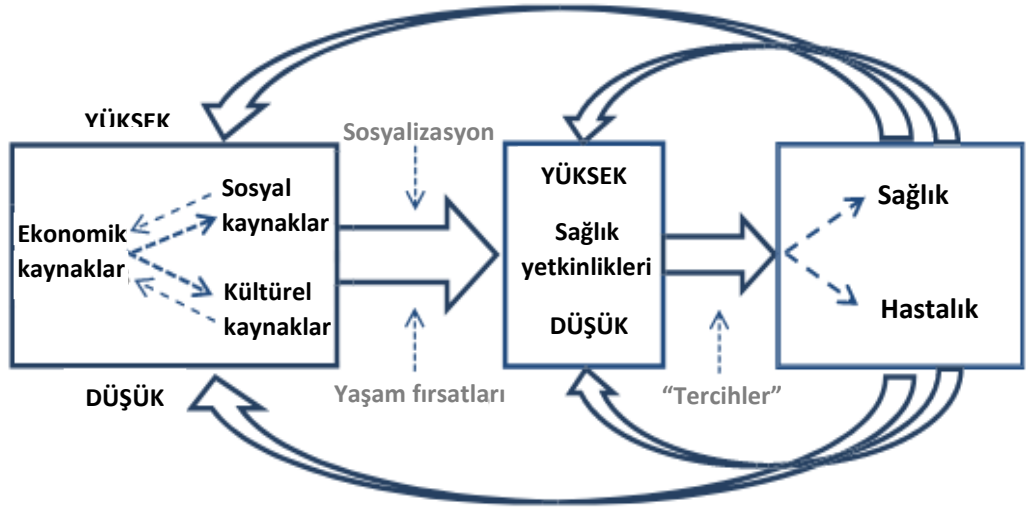
### 2.1. Yetkinlikler Yaklaşımı ve Bireysel Kaynaklar

Yetkinlik kavramı, 1970'li yıllarda, ekonomist ve filozof Amartya Sen tarafından ortaya atılan, insanların refah düzeyleri ve dolayısıyla sağlıkları ile ilgili bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, kaynak temelli yaklaşımların aksine, bir bireyin refah düzeyini değerlendirirken nelere sahip olduklarına değil, sahip olduklarıyla neler yapabildiklerine (doings) ve ne olabildiklerine (beings) odaklanmaktadır (12-14). Çünkü sahip olunan “şey” bir kişinin yaşamını nasıl sürdürdüğü konusunda sınırlı bilgi vermektedir. Sen, bu yaklaşımı “bisiklet” örneği ile açıklamaktadır. Bisiklet, özünde bir “ulaşım” aracı olmasına rağmen, bisikletin gerçekten ulaşım işini gerçekleştirmesi, ona sahip olan kişinin özelliklerine bağlıdır. Genel olarak ulaşımı kolaylaştırıcı bir araç olarak kabul edilen bisiklet, ayakları olmayan biri için bu işlevi görmemektedir. Dolayısıyla bu kişi “bisiklet”e sahip olduğu halde “ulaşım” işlevine sahip değildir (12). Öte yandan, bir kişi hem bisiklete hem de bisiklet kullanacak beceri ve fiziksel özelliklere sahip olmasına rağmen ulaşmak istediği yere giden, bisiklete uygun bir yol yoksa yine ulaşım işlevine erişememiş demektir. Dolayısıyla, bir işlevin gerçekleştirilmesi için hem bireysel özelliklerin hem de ona sunulan fırsatların o işlevi gerçekleştirmeye elverişli olması gerekmektedir. Sonuç olarak, yetkinlikler yaklaşımında amaç kişilerin yetkinlikler kümesini, yani o kişinin başarabildiği işlevlerini (oluş ve yapıları) genişletmektir (15). Kişi, bu yetkinliklerden hangisini hayata geçireceğine kendisi karar verir (15). Yani ulaşım örneğinden yola çıkılırsa, bir yere ulaşmak için, bireylere hem bisikletle, hem arabayla, hem yürüyerek vb. ulaşma yetkinlikleri sağlanmalı ve kişilerin kendi isteklerine en uygununu seçme özgürlüğü tanınmalıdır.

Amartya Sen'in “yetkinlikler” yaklaşımından türetilen “sağlıkta yetkinlikler” yaklaşımı da bu bakışla insan sağlığına ve sağlık hizmetlerine erişime bakmaktadır. Sağlıkta yetkinlikler yaklaşımına göre insan sağlığı, bireylerin sahip oldukları “fırsatlar” ve bu fırsatlar doğrultusunda yaptıkları

“tercihler” tarafından belirlenmektedir (16, 17). Fakat bu fırsatlar ve tercihler insanın içinde bulunduğu sosyal yapıya ve sahip olduğu kaynaklara bağlıdır (16). Dolayısıyla insan, sahip olduğu kaynaklar çerçevesinde, kendisine sunulan seçenekler içerisinde tercihler yapmak durumundadır. Bourdieu, *sermaye* olarak adlandırdığı bu kaynakları genel olarak üç ana başlık altında toplamaktadır (16, 18, 19). Bunlar, ekonomik, sosyal ve kültürel sermayelerdir. Ekonomik sermaye, bilinen klasik sermayedir; bir insanın sahip olduğu para, mal, materyal vb. kaynaklarıdır (16, 19). Sosyal sermaye, bir insanın sahip olduğu sosyal bağlar, insan ilişkileri, aile, arkadaş vb. kaynaklarıdır (16, 19). Kültürel sermaye ise bir insanın sahip olduğu bilgi, beceri, eğitim nitelikleri ve kültürel özellikleridir (16, 19). Bu sermayeler birbiri ile etkileşir ve birbirine dönüşür (Şekil 1) (16, 19). Örneğin iyi bir ekonomik sermaye bir kişinin daha iyi bir eğitim almasına yol açabilir ve bu eğitim de kişinin sosyal ağlarını genişletebilir. Bu da sonuç olarak o kişinin yaşam tarzı fırsatlarını ve seçeneklerini arttırabilir (16, 19), ve o kişinin sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerine erişimini etkileyebilir (16). Ayrıca sosyalizasyon teorisine göre sağlık davranışlarıyla ilgili karakterler, örneğin normlar, değerler, inanışlar nesilden nesile aktarılır (20). Hayat boyu öğrenilen bu davranışlar bireylerin alışkanlıklarını, tercihlerini, fıtatlarını ve dolayısıyla sağlıklarını ve sağlık hizmetlerine erişim davranışlarını belirler (16).





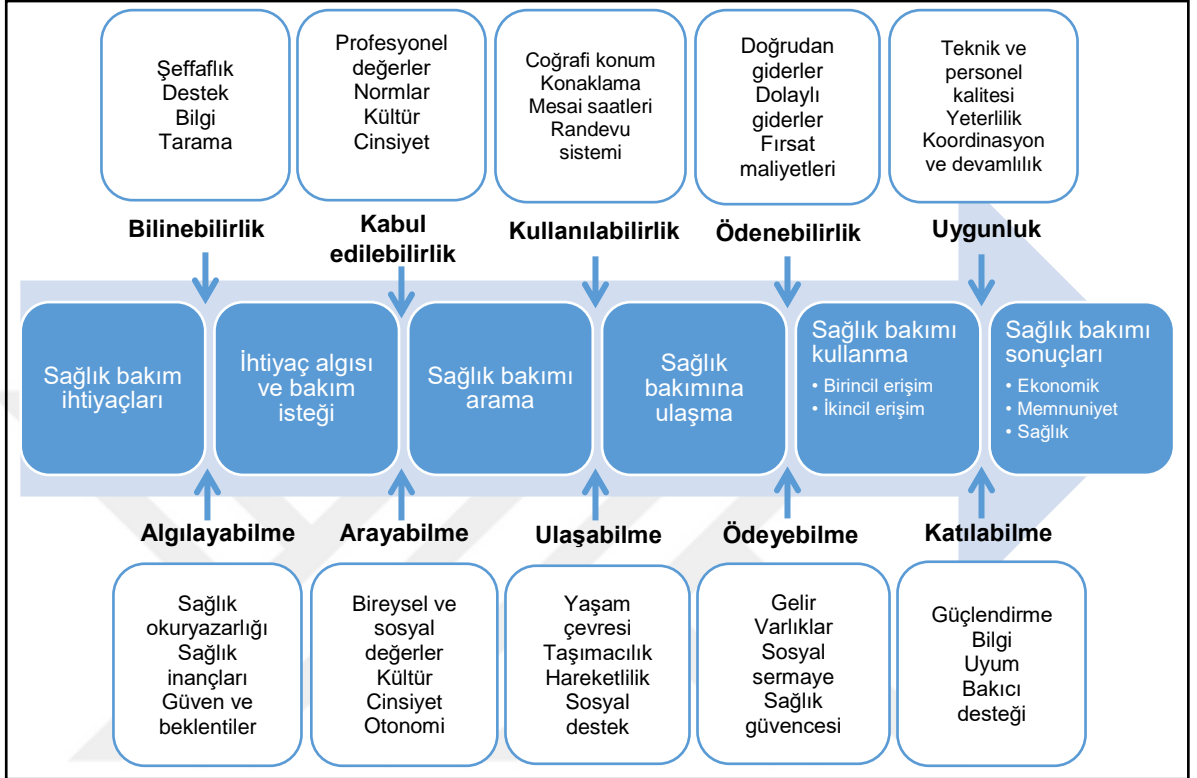
**Şekil 1.** Ekonomik, sosyal, kültürel kaynakların etkileşimi ve sağlık yetkinlikleri ile ilişkisi (16)

## 2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim Kavramı ve Boyutları

Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sonuçlarını etkileyen kilit bir faktör olarak kabul edilmekte ve dünya çapında sağlık sistemlerinin performansında merkezi bir noktadır (21, 22). Etimolojik olarak erişim "belli iki yer arasında gidip gelebilme, ulaşım, muvasala" olarak tanımlansa da (23); sağlık hizmetlerine erişim daha karmaşık bir kavramdır. Levesque ve ark. sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmet ihtiyaçlarını belirleme, sağlık hizmetlerini arama, sağlık hizmetlerine ulaşma, kullanma ve gerçekten ihtiyaçlarına uygun hizmetleri alma fırsatı olarak tanımlamaktadır (22). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine erişim, hem bireysel özellikler hem de onlara sunulan fırsatlar ile belirlenmektedir. Diğer bir deyişle, sağlık hizmetlerine erişimi belirleyen iki faktör grubu vardır: arz tarafı ve talep tarafı faktörleri (22).

Arz ve talep faktörleri bağlamında, Levesque ve ark. (22) (sağlık sistemlerinin, kurumların vb.) erişilebilirliğinin beş boyutunu şöyle kavramsallaştırmaktadır: 1) bilinebilirlik, 2) kabul edilebilirlik, 3) kullanılabilirlik, 4) ödenebilirlik, 5) uygunluk; ve bunlara karşılık gelen (toplulukların, ailelerin veya bireylerin) beş kabiliyetini şöyle kavramsallaştırmaktadır: 1)

algılayabilme, 2) arayabilme, 3) ulaşabilme, 4) ödeyebilme ve 5) katılabilme (şekil 2).



Şekil 2. Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modeli (22)

Bilinebilirlik, sağlık ihtiyaçları olan kişilerin bazı hizmet türlerinin mevcut olduğunu, ulaşılabilir olduğunu ve bireyin sağlığı üzerinde bir etkisi olduğunu bilmesiyle ilgilidir. Hizmetler, kendilerini çeşitli sosyal veya coğrafi nüfus grupları arasında, şeffaflık, mevcut tedavi ve hizmetlerle ilgili bilgilendirme ve çeşitli etkinliklerle, hizmetleri daha fazla veya daha az ulaşılabilir hale getirirler. Hizmetlerin bu bilinebilirlik boyutunun tamamlayıcısı olan algılayabilme yeteneği ise bireylerin ve toplumların bakıma duyulan ihtiyacı algılama yeteneği ile ilgilidir ve sağlık okuryazarlığı, sağlık hakkında bilgi, sağlık ve hastalıkla ilgili inançlar gibi faktörler tarafından belirlenir (22).

Kabul edilebilirlik, insanların sağlık hizmetlerini kabul etme olasılığını belirleyen kültürel ve sosyal faktörler (örneğin, hizmet sağlayıcılarının cinsiyeti

veya sosyal grubu, sağlık inançları vb.) ve hizmetlerin, gereksinimi olan kişilerin kendi değer yargılarına uygunluğu ile ilgilidir. Sağlık hizmeti arayabilme yeteneği ise, bireysel özerklik ve sağlık hizmeti seğenekleri hakkında bilgi ve seçme kapasitesi, ve sağlık hizmeti alma niyetini ifade etmeyi belirleyen bireysel haklar ile ilgilidir (22).

Kullanılabilirlik, sağlık hizmetlerinin (fiziksel alan veya sağlık hizmeti sağlayıcılarının) hem fiziksel hem de zamanında ulaşılabilecek şekilde var olması ile ilgilidir. Dolayısıyla kullanılabilirlik, kurumların (örneğin, yoğunluk, konsantrasyon, dağılım, bina erişilebilirliği, ulaşım sistemi) ve çalışanların (örneğin çalışma saatleri ve esnekliği) özelliklerinden oluşmaktadır. Aynı zamanda hizmet sağlayıcılarının özellikleri (örneğin sağlık çalışanlarının varlığı, yeterlilik) ve hizmet sunum şekilleri (örneğin, iletişim prosedürü ve sanal danışmalık imkanı) ile de ilgilidir. Sağlık hizmetlerine ulaşabilme becerisi ise, kişisel hareketlilik kavramı, ulaşım olanaklarının varlığı, mesleki esneklik ve bir kişinin sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacak olan hizmetler hakkındaki bilgisi ile ilgilidir (22).

Ödenebilirlik, insanların uygun hizmetleri kullanabilmeleri için kaynak ve zaman ayırma olanağını gösteren ekonomik kapasite ile ilgilidir. Bu kavram, hizmetlerin doğrudan ücreti ve bununla ilgili dolaylı giderler ve gelir kaybına neden olan fırsat maliyetlerini kapsamaktadır. Ödeyebilme kabiliyeti ise bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarını engelleyen katastrofik harcamalara sebep olmadan sağlık hizmetleri için ekonomik kaynaklar oluşturma kapasitesi (gelir, tasarruf, borçlanma veya kredi yoluyla) ile ilgilidir (22).

Uygunluk, hizmetlerin hizmet arayanların ihtiyaçlarına uygunluğu ile ilgilidir. Bu kavram hizmetlerin zamanındalığını, sağlık sorunlarını belirlemek ve doğru tedaviyi vermek için harcanan bakım miktarını, ve verilen hizmetlerin kalitesini kapsamaktadır. Katılabilme becerisi ise, bakım arayanların karar alma ve tedavi kararlarına katılımı ile ilgilidir; ve bakımın (tedavinin) bitimine kadar kişinin katılma kapasitesi ve motivasyonundan etkilenir. Bu boyut, sağlık

okuryazarlığı, öz yeterlilik ve özyönetim kavramlarının yanı sıra iletişim kurma kapasitesiyle de yakından ilgilidir (22).

### 2.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişimin her basamağında etkili olan önemli bir faktördür. *Sağlık okuryazarlığı* “bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararlar almak için ihtiyaç duydukları temel sağlık bilgi ve hizmetlerini ne derece alabildikleri, işleyebildikleri ve anlayabildikleri” olarak tanımlanmaktadır (24). Sağlık okuryazarlığı, insanların sağlık bakım ortamında etkin bir şekilde işlev görmesi ve sağlık bakımı bilgisini uygun şekilde kullanması için gereken bir grup beceriyi ifade eder. Bu beceriler: metinleri okuma ve anlama ve belgelerdeki bilgileri yorumlama becerisi (yazılı okuryazarlık); nicel bilgileri kullanma ya da sayıları anlama ve günlük hayatta kullanma becerisi (sayısal okuryazarlık); ve etkili konuşma ve dinleme becerisidir (sözlü okuryazarlık) (24).

Sağlık okuryazarlığının, sağlık sonuçları ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili olduğu yaygın olarak gösterilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığının kötü sağlık sonuçları, sağlık hizmetlerinin yeterli ve doğru kullanılmaması ve yüksek maliyetle ilişkili olduğu bulunmuştur (24-27). Düşük sağlık okuryazarlığının, ilaçları uygun şekilde kullanma beceri düşüklüğü, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlama beceri düşüklüğü, kötü genel sağlık durumu ve yüksek ölüm riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (24). Ayrıca, kanıtlar düşük sağlık okuryazarlığının yüksek hastane yatışı, yüksek acil bakım kullanımı, düşük tarama testi kullanımı (mamografi gibi) ve düşük aşılama oranları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (24).

Sağlık okuryazarlığı, göçmen toplulukları arasında sağlık hizmetlerinin kullanımını açıklamaya yardımcı olabilir (28). Sağlık okuryazarlığı, insanlara sağlık sistemlerinin sunduğu hizmetleri tanıma, değerlendirme, anlama ve kullanma konusunda yardımcı olur (28). İsviçre’de, göçmenlerin sağlık hizmetlerini ne zaman ve nasıl aradıkları ile ilgili yapılan bir çalışmada

fonksiyonel sağlık okuryazarlığının eşit dağılmadığı görülmüş ve çoğu göçmenin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (29).

Sağlık okuryazarlığı, genel olarak bir topluluğun dil becerisi ile de ilişkilendirilmekte (30) ve özellikle göçmenlerin sağlık hizmet kullanımını belirleyebilmektedir (31-33). Dil becerisi tek başına ve sağlık okuryazarlığını etkileyerek, kronik hastalığı olanların sağlık bakımlarını sürdürmelerinde önemli bir etkiye sahiptir (34, 35); çünkü bu bireyler sürekli bakıma ihtiyaç duyarlar ve çünkü yüksek sağlık okuryazarlığı hastaların tedavi uyumlarını arttırmakta başarılı sonuçların çıkmasına katkıda bulunmaktadır (25, 36, 37).

#### **2.4. İsviçre Sağlık Sistemi ve Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi**

İsviçre, Batı ve Orta Avrupa'da yer alan yaklaşık 8.5 milyon nüfuslu bir ülke olup nüfusun %74' kentlerde yaşamaktadır (9, 38, 39). Ülkenin, Almanca, Fransızca, İtalyanca ve Romansa olmak üzere 4 resmi anadili bulunmaktadır (9, 38). İsviçre, güçlü bir ekonomiye sahip olup, dünyada kişi başi gayri safi yurtiçi hasılası en yüksek ülkelerden biridir (9, 38). İsviçre, nitelikli işçi oranı yüksek olan bir nüfus olup işsizlik oranı %3.2'dir (2015 yılı) (38). Ayrıca çok iyi işleyen bir sağlık sistemine de sahip olan İsviçre'de doğumda beklenen yaşam süresi Avrupa'da (İzlanda'dan sonra) en yüksek ikinci sıradadır (Kadın:85.4 yıl; Erkek: 81.4 yıl) (9, 38, 39). Avrupa'daki birçok ülke gibi yaşlanan bir nüfusa sahip olan İsviçre'de en önemli ölüm nedenleri kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerdir (9).

İsviçre, 26 kantondan oluşan konfederatif bir yapıya sahiptir. Bu desentralize politik yapı İsviçre Sağlık Sistemi'ne de uygulanmaktadır (38). İsviçre Federal hkmetinin sağlık sistemindeki rolü sınırlıdır. Sağlık hizmetinin sağlanması, yönetimi ve finansmanı 26 kantonun sorumluluğundadır (38). Merkezi hükümet, kantonlara yardımcı bir rol oynamakta ve sadece kanton düzeyinde zlemeyen durumlarda görev almaktadır (38). Merkezi hkmete bağlı olan İsviçre Federal Halk Sağlığı Ofisi (FHSO), ulusal sağlık politika ve stratejilerini geliştirmek ve kantonal düzeyde

uygulanmasını takip etmekten sorumludur (38). Ayrıca, FHSO, zorunlu sağlık sigortası izlemi, sağlık ödeme kararları, epidemiyoloji ve enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, ve araştırma izlemleri gibi görevler almaktadır (38).

İsviçre’de zorunlu sağlık sigortası, başka bir deyişle ‘temel sosyal sigorta’, 1996 yılında yürürlüğe giren Sağlık Sigortası Yasası ile düzenlenmektedir (38). Bu yasa İsviçre’de üç aydan fazla yaşayan her bireye, belgesiz göçmenler ve iltica başvurusu yapanlar dahil, sağlık hizmetlerine erişim garantisi vermektedir. Dolayısıyla 1996’dan beri, İsviçre’de yaşayan herkesten temel sağlık sigortası yapması istenmiş ve ayrıca kişilere FHSO tarafından denetlenen özel sigortalardan birini seçme hakkı da tanınmıştır (38).

İsviçre’de yasal olarak bulunan veya belgesiz olan bütün göçmenler, bir İsviçreli ile aynı risk-paylaşım sistemi çerçevesinde ayrı bir şart istenmeksizin ve hiçbir hizmet dışlanmadan aynı sağlık sigortasından faydalanabilmektedir (38). Halk Sağlığı Sigortası Yasası’na göre İsviçre’de yaşayan herkesin ‘Temel Sağlık Sigortası’na sahip olma hakkı ve görevi vardır (38). Herkesin bu hakkı olmasına rağmen, yapılan çalışmalar, belgesiz göçmenlerin %80-90’ının sigortasız olduğu ve sadece ciddi şekilde hastalandıklarında sigortaya kayıt yaptıkları görülmektedir; ayrıca kayıt işlemlerinin karmaşıklığı ve uzun zaman alması belgesiz göçmenlerin kayıt yapmasını engelleyici bir faktör olarak bulunmuştur (38). Zorunlu sağlık sigortası, bir kişinin hastalanması veya kaza geçirmesi durumunda birincil ve ikincil sağlık bakımı, anne/gebe bakımı, psikoterapi, önleyici checkup testleri, ayrıca rehabilitasyon gibi hizmetleri kapsamaktadır (38). Benzer işlemlerin ücretlendirilmesi herkes için aynıdır. Her sigortalı, sigorta şirketine aylık bir prim ödemekte ve bu primler kişiden kişiye ve kantondan kantona değişiklik gösterebilmektedir (38). 18 yaşından küçük kişilerin primleri düşük olmakla beraber, düşük gelirli kişilerin primleri de istekleri doğrultusunda düşürülebilmektedir (38). Primlerin düşürüldüğü bu gruba göçmenler, hatta bazı kantonlarda para karşılığı çalışan ve vergi veren belgesiz göçmenler de dahildir (38).

Genel olarak, İsviçre’de bireyler sağlık hizmeti ve doktor seçmede geniş bir özgürlüğe sahiptirler. Bireyler sağlık sisteminin her basamağına, sevk sistemi olmadan başvuruda bulunabilmektedirler (9). Fakat son on yılda doktor ağlarının artışı ve sigortalı ve bakım verenler arasında aracılık görevi gören sağlık bakım kuruluşlarının artışıyla genel pratisyenlerin bir geçiş yolu olarak kullanılması artmaktadır (9). Geleneksel olarak kantonlar-arası sağlık kuruluşlarına başvurularda bir kısıtlama varken, 2012 yılında yapılan hastane finansman reformu sayesinde hastalar kendi kantonları dışındaki hastanelere de, ücretlendirmede farklılıklar olsa da, rahatlıkla başvurabilmektedirler (9).

İsviçre’de özellikle Üniversite hastanelerinde dil bilmeyenler için tercümanlık hizmetleri verilmekte ve bu hizmet hastane tarafından karşılanmaktadır (38). Fakat pratikte bazı küçük bölge hastanelerinde bu ücretin büyük bir kısmı hasta tarafından ödenmektedir (38). Tercümanlık hizmetleri temel sağlık sigortası kapsamına girmediğinden, sağlık merkezleri bu hizmetler için kendi bütçelerinden bir pay ayırmak durumunda kalmaktadırlar; bu da uygulanma açısından sorunlara sebep olmaktadır (38). Profesyonel tercümanlık, duruma göre, yüz yüze, telefonla tercümanlık hizmeti veya kültürel aracı istihdamı ya da çok-dilli çalışan istihdamı şeklinde olabilmektedir (38). İsviçre’de ayrıca farklı inanç, din, kültür yapılarına uygun “kültüre uygun” veya “farklılıklara-hassas” hizmetler bulunmaktadır. İsviçre doktor ve hemşire etiği her hastanın (kültür, inanç vb.) durumunu değerlendirmek adına kültürel anamnezinin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla, İsviçre’deki bütün hastanelerde standart bir anamnez benimsenmiştir (38). Kültüre uygun hizmetler, *Göçmen Dostu Hastane* programları çerçevesinde verilmektedir (yeni ismi *Eşitlik için İsviçre Hastaneleri*). Bu standartlar ve ilgili rehberler, her sağlık merkezi tarafından kalite yönetimi açısından düzenli olarak izlenmektedir (38).

## 2.5. İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmenler

İsviçre, Avrupa’da en yüksek göç alan ülkelerin başında gelmektedir. Göçmen nüfusun oranı hem doğduğu ülke göz önüne alındığında (toplam nüfusun %26.8’i İsviçre dışında doğmuş) hem de etnik kökene bakıldığında (toplam nüfusun %23.8’i yabancı), Avrupa’da en yüksek ikinci sıradadır (Lüksemburg’dan sonra) (38). İsviçre’nin bir göç ülkesi olmasının altında yatan önemli nedenlerden biri, 2. Dünya Savaşı’ndan beri var olan niteliksiz işçi ihtiyacıdır (38). Önceleri, Fransa, Almanya ve İtalya’dan iş arayan kişilerin uğrak göç merkezi olan İsviçre, 20. Yüzyılın son yarısından beri özellikle Doğu Avrupa, (eski) Yugoslavya, Ortadoğu, Asya ve Afrika’dan göç almaktadır (38).

İsviçre, göç alma konusunda yüksek kontroller uygulayan ülkelerden biridir. Göçmen entegrasyonu ilk kez 2000 yılında başlamış ve 2008 yılında yeni Yabancılar Kanunu’nda geliştirilmiştir (38). 2002 yılında Avrupa Birliği (AB) ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği (ASTB) ile yapılan anlaşma çerçevesinde verilen serbest dolaşım hakkı nedeniyle AB ve ASTB ülkelerinden gelen göçmenlerin oranı artış göstermektedir (38). 2009-2013 yılları arasında özellikle Portekiz, Almanya, Fransa, İspanya ve İtalya’dan gelen göçmen sayısında önemli bir artış meydana gelmiştir. 2017 yılında İsviçre’de bulunan göçmenler arasında en fazla orana sahip üç yer sırasıyla Almanya, İtalya ve Portekiz’dir; Türkiye ise 7. sıradadır (39). Daimi ikametgaha sahip Türkiyeli göçmen sayısı 2017 yılında 68172 kişidir (39).

Türkiyeli göçmenlerin İsviçre’ye göç etme sebepleri başlıca ekonomik ve politiktir (40). 1960-1980 yılları arasında Türkiye’deki ekonomik durgunluk ve İsviçre’deki yüksek yabancı işgücü ihtiyacı nedeniyle göç nedeni genellikle ekonomiktir (40). 1980’de Türkiye’de yapılan askeri darbe sonrası ise göç nedeni daha çok sendikacı, solcu, öğrenci gruplarının oluşturduğu politik iltica başvurularıdır (40). 1990’lı yıllarda meydana gelen göçü ise genel olarak Türkiye’nin Güneydoğu bölgesindeki çatışmalar nedeniyle göç eden Kürt nüfusu oluşturmaktadır (40). Son yıllarda meydana gelen göçler ise daha çok aile fertlerinin ve akrabaların birleşmesi şeklinde olmaktadır (40).



İsviçre'deki Türkiyeli göçmenlerde erkeklerin oranı (%54) kadınların oranından (%46) hafif yüksektir (40). Büyük çoğunluğu (yaklaşık %80) daimi ikametgah ve çalışma iznini kapsayan "C İzni"ne sahiptir ve %63'ü 15 seneden fazladır İsviçre'de yaşamaktadır (40). Türkiyeli göçmenlerin eğitim düzeyi genel olarak İsviçreli ve diğer göçmenlerin eğitim durumundan düşüktür. 1960'lı yıllarda gelen göçmenlerin daha çok eğitim olanakları düşük olan kırsal bölgelerden gelmiş olmaları bunda etkilidir (40). 1980 ve 1990'larda gelen siyasi sığınmacıların durumu ise biraz farklıdır; bunların bir kısmı yine düşük eğitilmiş iken bir kısmının eğitim düzeyi yüksek olmasına rağmen eğitimlerinin İsviçre tarafından kabul edilmesi konusunda zorluk yaşamışlardır (40). Ebeveynlerin eğitime önem vermeleri nedeniyle özellikle 2. ve 3. nesil göçmenlerde eğitim düzeyi artmakta, fakat yine de İsviçrelilere göre düşük düzeyde kalmaktadır, bu da çalışma alanlarını etkilemektedir (40). Türkiyeli göçmenler genellikle düşük iş kollarında çalışmakta ve işsizlik oranları İsviçrelilere göre yüksek düzeydedir (40). Birinci nesil göçmenler özellikle fabrika, inşaat, otel ve restoranlarda çalışmaktadırlar. Daha çok bedensel güce dayalı bu sektörlerde çalışan Türkiyeli göçmenlerde işe bağlı sağlık sorunları nedeniyle malulen emeklilik oranları İsviçre ortalaması ve diğer yabancıların ortalamasından yüksektir (40).

## **2.6. İsviçre'de yaşayan Türkiyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi**

İsviçre'de sağlıktaki eşitsizlikler genel olarak yasal statü, sosyoekonomik faktörler, düşük sağlık yeterliliği, sağlık sistemi ile ilgili faktörler ve göç ile ilgili faktörlere bağlanmaktadır (10, 11). İsviçre'de heterojen bir göçmen topluluğu mevcut ve önemli bir kısmı yüksek eğitilmiş ve yüksek kazançlıdır (10, 11). Fakat yine de, özellikle Türkiye, Portekiz, eski Yugoslavya, Sri Lanka ve Afrika'dan gelenler sosyal ve sağlık açısından daha dezavantajlı durumdadır (10, 11). Özellikle göçmen Türk kadınlarında kronik hastalık daha fazla olduğu görülmektedir (10, 11). Avrupa'daki diğer ülkelerde de göçmenlerle ilgili benzer durum gözlenmektedir. Hollanda'da değişik etnik gruplar arasında yapılan bir çalışmada da kadınların sağlık durumunun daha kötü olduğu bulunmuş (41),

en büyük fark Türkiye'den gelenler arasında görülmüştür ve Türkiye'den gelen kadınların erkeklerden daha fazla hastanede yattığı görülmüştür (41). Benzer şekilde, İsveç'te göçmen sağlık konusunda yapılan bir çalışmada Türkiyeli ve İranlı kadınların kendi sağlık durumlarını İsveçli kadınlara göre 5 kat kötü bildirdiği bulunmuştur (42). Ayrıca, Türkiye'de yapılan ulusal araştırmalar, kadınların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve erkeklerden daha fazla kronik hastalıklara maruz kaldıklarını göstermektedir (43). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması (2013) hipertansiyon prevalansının kadınlarda (% 26) erkeklere (% 21) göre daha fazla olduğunu; ve erkeklerin daha iyi kan basıncı kontrollerine sahip olduğu görülmektedir (43). Benzer şekilde, diyabet prevalansı da kadınlarda (%9) erkeklere göre (%7) daha yüksektir; ve erkeklerin %41'i diyabetlerini kontrol altında tutarken, kadınların %38'i kontrol altında tutmaktadır (43). Ayrıca kadınlarda psikiyatrik bozuklukların da daha fazla görülmesi önem arz etmektedir. Türkiye'de erkeklere göre, kadınlarda depresyon oranı ve panik bozukluğu iki kat, somatizasyon bozukluğu da üç kat fazla görülmektedir (43). Kronik hastalık risk faktörlerinde de benzer eğilimler görülmektedir. Örneğin, obezite oranı (kadınlar: %29, erkekler: %15) ve metabolik sendrom (kadınlar: %32, erkekler: %15) kadınlar arasında erkeklere oranla daha yüksektir; ve kadınlar arasında fiziksel aktivite yapma oranı daha düşüktür (erkeklerin %23'ü, kadınların %13'ü önerilen miktarda fiziksel aktivite yapmaktadır) (43).

Türkiye'de kadın ve erkeğin sağlık arayışı davranışlarında da farklılıklar vardır. Özellikle ataerkil ideoloji, kadınların eğitime, refaha ve bakıma erişimlerini azaltmaktadır (44). Türkiye'de 2009 yılında kadınlar arasında yapılan niteliksel bir çalışma, cinsiyet rollerinin kadınların sağlık arama davranışlarını ve hizmetlere erişimlerini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir (45). Çalışma, kadınların sadece "ciddi" sağlık sorunlarında bakım aradığını göstermektedir. Düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyine sahip kadınlar sosyal ve ekonomik olarak eşlerine daha fazla bağlı olduklarından bu durum bu gruplarda daha net görülebilmektedir (45). Cinsiyet rolleri dahil olmak üzere sosyo-kültürel yapıların belli bir düzeye kadar

değişmeden kalması dikkate alındığında, bu davranış şekillerinin İsviçre'ye giden Türkiyeli göçmenlerde de görülmeye devam ediyor olabilmektedir.

Bosna ve Türkiye'den gelen göçmenler arasında göçün sağlık arama davranışı üzerindeki etkisini araştırmak için Basel'de yapılan bir çalışma (46), İsviçre sağlık hizmetleri algısı ve gelinen ülkenin sağlık sisteminin yapısı ve deneyiminin sağlık arama davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Türkiye'de aile hekimleri çok fazla ziyaret edilmemekte ve hastalar temel sağlık ihtiyaçlarını ucuz bir şekilde karşılayan kamu hastanelerini daha çok tercih etmekte, veya özel bir doktora danışmaktadırlar. Mecburi hizmet nedeniyle kamu sağlık merkezlerine yeni mezun hekimler atandığı için, bakım kalitesine olan güven genellikle özel sektör için daha güçlüdür (47, 48). Ayaktan tedavi ve Acil servislere erişim Türkiye'deki duruma benzediği için bu sağlık arama davranışları İsviçre'de de sürdürülmektedir (46). Gilgen ve ark. (46), Basel'deki Türk/Kürt hastaların en sık hastane polikliniklerini (%78), daha sonra genel pratisyenleri (%53) ve kendi kendine yardımı (%50) ve eczanelerden satın alınan ilaçları kullandığını (%50) göstermektedir. Hastane polikliniklerinin kullanılma sebeplerinden biri, -dil becerisi gerektiren- telefonla bir randevu alma ihtiyacının olmamasıdır (46).

Bir diğer önemli konu göçmenlerin psikolojik durumlarıdır. Hollanda'da yapılan bir araştırma, depresyon prevalansının Türkiye ve Fas'tan gelen göçmenlerde Hollandalılara göre daha yüksek olduğunu göstermekte (49); ve bunun kökeninde muhtemelen ayrımcılık, düşük sosyo-ekonomik durum, kötü yaşam koşulları, göç stresi, dil engelleri ve kötü sağlık durumunun yattığı belirtilmektedir. Hollanda'daki Türkiyeli ve Faslı göçmenler arasında yapılan bir başka çalışma, ko-morbid hastalık sahibi olmanın, duygusal stresle ilişkili en önemli faktör olduğunu ortaya koymuştur (50). Ayrıca bazı etnik grupların zihinsel sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşadığına dair bazı kanıtlar vardır (51).

İsviçre'deki göçmen sağlığı yeterince çalışılmamıştır, fakat yapılmış olan -çoğunlukla tanımlayıcı- çalışmalar, göçmenlerdeki düşük sağlık okuryazarlığını ve bazı göçmen alt popülasyonları arasında hizmetlerin

gereğinden fazla veya az kullanıldığını göstermektedir (11, 29). İsviçre'de kronik hastalığı olan göçmen kadınların deneyimlerini inceleyen niteliksel çalışmalar çok azdır (52). Dolayısıyla, kronik hastalıklarla yaşayan kişilerin hastalıkları ile nasıl yaşadıklarını, sağlık sistemini ne derece anlayıp kullandıklarını derinlemesine inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Hastalık ve sağlık hizmetlerine göçmenlerin perspektifiyle bakmak, göç durumuyla ilgili karmaşık sosyal, ekonomik ve kültürel koşul ve süreçleri ortaya çıkaracak ve göçmenlerin sağlık durumu ve sağlık arama davranışlarının genel popülasyondan farkını gösterecektir.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma, Bern Üniversitesi, Sosyal ve Önleyici Tıp Enstitüsü (Institute of Social and Preventive Medicine) öncülüğünde yürütülen ve Türkiye, Almanya ve Portekizli göçmen kadınlar; ve İsviçreli kadınlar ile sağlık/sosyal hizmet sunucularını da içeren “Migrant Women’s Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland (MIWOCA)” projesinin bir parçasıdır. Çalışma İsviçre Ulusal Bilim Fonu (Swiss National Science Foundation) tarafından desteklenmiştir.

Bu tez çalışmasında İsviçre’de yaşayan, kronik hastalığı olan Türkiyeli göçmen kadınların verileri Tıpta Uzmanlık Tezinin sahibi Dr. Tevfik Bayram tarafından değerlendirilmiştir. Söz konusu Tıpta Uzmanlık Tezinin sahibi Dr. Tevfik Bayram, Tıpta Uzmanlık Eğitimi aldığı kurum olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı’ndan yazılı izin alarak, tezin ikinci danışmanı Prof. Dr. Sibel Sakarya danışmanlığında; görüşme rehberinin hazırlanması, ses kayıtlarının transkripsiyonu, transkriptlerin İngilizce’ye çevrilmesi, analiz yaklaşımının belirlenmesi, verilerin kodlanması ve analizi aşamalarında araştırma ekibinin bir parçası olarak aktif görev almış ve bu amaçla 2017-2019 yılları arasında çeşitli dönemlerde İsviçre’de bizzat bulunmuştur (Bakınız Ek 8). Bern Üniversitesi, Sosyal ve Önleyici Tıp Enstitüsü (Institute of Social and Preventive Medicine) tarafından Dr.Tevfik Bayram’a Tıpta Uzmanlık tezi için İsviçre’de yaşayan, kronik hastalığı olan Türkiyeli göçmen kadınların verilerinin analiz edilmesi izni verilmiştir (Bakınız Ek 3-4). Çalışma niteliksel tipte olup “Niteliksel Araştırmaların Raporlanması Rehberi (COREQ)” esas alınarak hazırlanmıştır (53).

#### **3.1. Çalışma Popülasyonu**

Katılımcıların seçiminde amaca yönelik (purposive) örnekleme yöntemi kullanıldı. Amaca yönelik örnekleme seçiminde kronik hastalık çeşidi ve yerleşim yeri göz önüne alındı. Sağlık hizmeti kullanım davranışları ve bakım ihtiyaçlarındaki farklılıklar nedeniyle farklı kronik hastalığı olan kişilere ulaşılmaya çalışıldı. Ayrıca, farklı kantonlarda hem hizmet sunum şekillerindeki

farklılıklar hem de yaygın konuşulan dil nedeniyle katılımcılar Bern (Almanca ağırlıklı) ve Cenevre (Fransızca ağırlıklı) kentlerinden seçildi. Katılımcılar, yaş, eğitim durumu vb. değişkenler açısından ise gönüllülük esasına dayanarak çalışmaya alındı.

Katılımcılara, İsviçre Kızılhaç'ı (Swiss Red Cross) gibi göçmenlerle çalışan veya göçmen dernek ve birliklerinde çalışıp göçmenlerle iletişim halinde olan anahtar kişiler veya Türkiye'den gelmiş hastalara hizmet sunan sağlık personeli aracılığı ile ulaşıldı.

Cenevre ve Bern şehirlerinde, doktorlar ve dernek/birlik başkan ve üyelerinden projeyi Türkiyeli kadın göçmenlere anlatılması istendi ve sonra ilgilenen kişilerle iletişime geçilip onamları alınarak görüşmeler gerçekleştirildi.

Ayrıca, araştırmaya katılan kadınlar da, başka kadınlara ulaşma konusunda aracılık etti (kartopu yöntemi).

Çalışmaya alınma kriterleri:

- İlk nesil göçmen olmak (zorunlu eğitime başlama yaşından sonra İsviçre'ye gelmiş olmak),
- Türkçe bilmek,
- 18 yaşından büyük olmak
- Bir doktor tarafından tanısı konmuş, diyabetes mellitus, hipertansiyon, osteoartrit, kronik ağrı veya depresyon hastalıklarından en az birine sahip olmak. Bu hastalıkların yönetiminde benzer özellikler olduğu için (örneğin, yaşam tarzı değişiklikleri, tedaviye uyum ihtiyacı, öz-yönetim becerileri ve yetkinlikleri) bu hastalıklar seçildi. Benzer bir gerekçe ile, sağlık bakım ihtiyaçları, hastalık yönetim şekilleri, yaşam tarzı değişiklikleri vb. yönlerden, adı geçen diğer kronik hastalıklardan önemli farklılıklar gösteren kanser hastaları çalışma dışı bırakıldı. Doktor teşhisi, kadınların beyanına ve/veya doktor raporlarına göre değerlendirildi; İsviçre veya İsviçre dışında konan teşhisler kabul edildi.

**Örnekleme sayısı:** Çalışma kriterlerine uygun 12 kadınla görüşüldü ve maksimum varyasyon stratejisiyle (54) katılımcılar arasında yaş, eğitim

durumu, kronik hastalık tipi, hastalık süresi, çoklu morbiditesi olma gibi özelliklere göre değişkenlik sağlanmaya çalışıldı (Tablo 1). Doygunluğu (saturasyon) gösteren bir formül olmamakla beraber (55), benzer yöntemlerle yapılan önceki çalışmalar 12 görüşmenin yeterli olacağını öngördüğü için (56) 12 kişi ile görüşme yapılması planlandı ve o şekilde gerçekleştirildi.



**Tablo 1. Katılımcıların özellikleri**

Katılımcı kodu	Yaş	İsviçre'de yaşama süresi	Öğrenim durumu	Kronik hastalıklar	Malulen emeklilik durumu	Çalışma durumu	Görüşme tarihi	Görüşme yeri
D1	58	30	Ortaokul	Depresyon, kronik ağrı, romatizma, hipotiroidi	Evet	Hayır	22.11.2017	Bern Katılımcının evi
D2	57	33	İlkokul	Depresyon, hipertansiyon, hiperkolesterolemi kronik ağrı, anemi	Hayır	Hayır	23.11.2017	Bern Katılımcının evi
D3	57	25	Ortaokul (terk)	Migren, panik atak, hipertansiyon, hiperkolesterolemi kronik ağrı, kas romatizması, tiroidektomi, disk hernisi (opere)	Evet	Hayır	24.11.2017	Bern Katılımcının evi
D4	47	21	İlkokul	Panik atak, romatizma, hiperkolesterolemi, anemi	Hayır	Evet	24.11.2017	Bern Bern Üniversitesi
D5	48	18	İlkokul	Psikoz, hipertansiyon, hipotiroidi, bel ağrısı	Evet	Hayır	25.11.2017	Cenevre Katılımcının evi
D6	55	1.5	Lise	İnfödem, disk hernisi	Hayır	Hayır	08.01.2018	Bern Bern Üniversitesi
D7	57	27	İlkokul	Kronik fibromiyalji, kalp kapakçık defekti (1991 opere), disk hernisi, üriner inkontinans (opere)	Evet	Hayır	09.01.2018	Bern Katılımcının evi
D8	71	45	İlkokul	Mİ/bypass, hipertansiyon, diyabet, guatr	Evet	Hayır	10.01.2018	Bern Katılımcının evi
D9	56	29	Orta okul	Kalça çıkığı (opere), artrit, kronik ağrı, fibromiyalji	Hayır	Evet	11.01.2018	Bern Katılımcının evi
D10	42	10	Üniversite	İdiyopatic pulmoner fibrozis	Hayır	Hayır	12.02.2018	Bern Katılımcının evi
D11	45	20	Üniversite	Depresyon, astım	Evet	Evet	14.02.2018	Cenevre Kafeterya
D12	45	22	İlkokul	Kronik ağrı, depresyon, hipertansiyon	Evet	Hayır	14.02.2018	Cenevre Katılımcının evi



### 3.2. Veri Toplama Yaklaşımı

Katılımcılarla yüz yüze, Türkçe dilinde derinlemesine görüşmeler yapıldı. Görüşmeler sırasında katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri ve daha detaylı bilgi verebilmeleri amacıyla görüşmeler, daha önce derinlemesine görüşme tecrübesi olan, kadın bir araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Görüşmelerin 9'u Bern kentinde, 3'ü Cenevre'de yapıldı. Katılımcıların tercihi doğrultusunda, görüşmelerin 9'u görüşülen kişilerin evlerinde; 2'si Bern Üniversitesi, Sosyal ve Önleyici Tıp Enstitüsünde, 1'i de bir kafeteryada gerçekleştirildi. Görüşmeler ortalama 70 dakika sürdü (minimum: 45, maksimum: 103) ve katılımcıların yazılı onamları ile biri hariç ses kayıtları alındı.

### 3.3. Görüşme Rehberinin Oluşturulması

Görüşme rehberinde ele alınan konular Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişimin boyutları çerçevesinde (Bakınız Bölüm 2.2.) yapılandırıldı. Fakat bu yarı-yapılandırılmış görüşme formu, görüşme sırasında katılımcı tarafından ortaya konabilecek yeni konulara (yeni kategoriler, temalar ve kodlar) izin verecek şekilde esnekti. Bu nedenle, kapsam genişletici sorularla, Levesque ve ark.'nın beş erişim boyutunun ötesine geçilmesi istendi ve yeni erişim boyutları araştırıldı. Daha sonra, her erişim aşaması için (ve görüşülen kişiler tarafından ortaya çıkan yeni erişim aşamaları için), derinlemesine sorularla detaylı şekilde incelendi. Katılımcılara son olarak, hizmete erişimle ilgili olarak, belirttikleri sorunlarla ilgili çözüm önerileri soruldu. (Yarı-yapılandırılmış görüşme formu Ek 1'de verilmiştir).

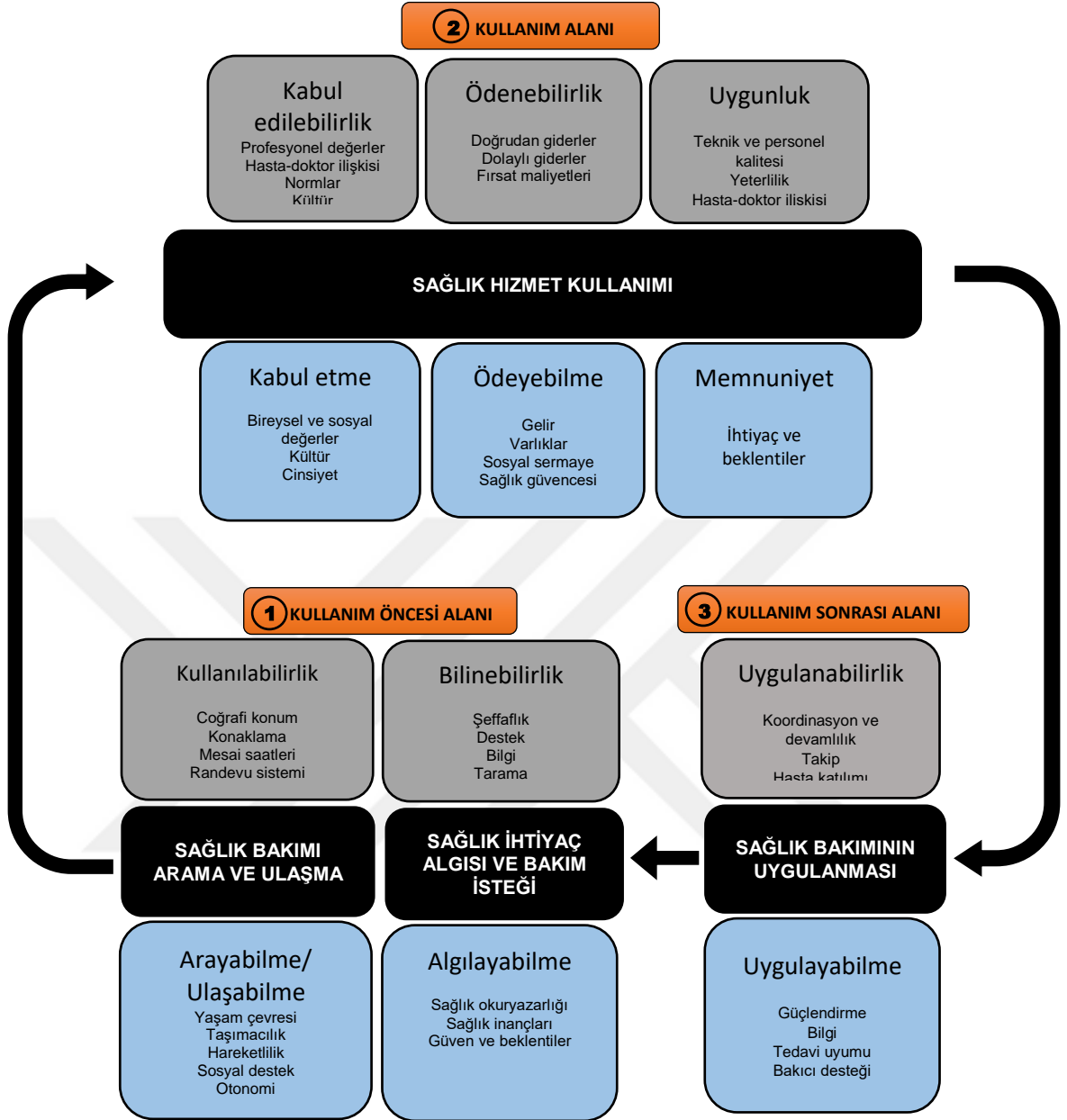
### 3.4. Veri Analizi

Çalışmanın planlanması aşamasında, verilerin analizinde, Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim aşamalarının izlenmesi planlandı, fakat kronik hastalık bakımı sürekli ve döngüsel olduğu için, Levesque ve ark.'nın *doğrusal* olan modeli (Şekil 2) modifiye edildi ve *döngüsel* (Şekil 3) bir hale

getirildi. Özellikle kronik hastalık bakımında tedavi sürekli olduğu için, düzenli aralıklarla takip gerektirdiği için ve zamanla ek hastalıklar/komplikasyonlar eklenebileceği için bu modelin döngüsel hale getirilmesi uygun görüldü. Kronik hastalığı olan kişiler, sağlık hizmetlerine her başvurduğunda bir döngüden başka bir döngüye girmektedirler. Her döngü, kendisinden önceki döngülerden etkilendiği için her kullanımda erişimi etkileyen faktörler de değişebilmektedir.

Dolayısıyla verilerin analizi, Levesque ve ark.'nın modelinden modifiye edilen bu yeni model (Şekil 3) üzerinden yapıldı.





**Şekil 3.** Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modelinin modifikasyonu

Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modelinden modifiye edilen yeni modelde sağlık hizmetlerine erişim üç ana alana ayrıldı (şekil 3).

- 1. Sağlık hizmetlerini kullanım öncesi alanı:** Bu alan kişilerin sağlık hizmetine başvurmadan önceki alanı kapsamaktadır. Bu alanda bireyler sağlık bilgileri (sağlık okuryazarlığı) ve sağlık inançları gibi faktörlerin etkisiyle sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadıklarına karar verirler ve sağlık hizmeti arayışına girip fiziksel olarak ulaşım yollarını ararlar. Bu alan, iki aşamaya ayrılmıştır. Birinci aşama, “sağlık ihtiyaç algısı ve bakım isteği”dir. Bu aşamada sistemle ilgili bilinebilirlik ve bireylerle ilgili algılayabilme boyutları yer almaktadır. İkinci aşama “sağlık bakımı arama”dır. Bu aşamada, Levesque ve ark.'nın modelinde yer alan arayabilme ve ulaşabilme boyutları birleştirilmiştir. Sonuç olarak bu aşamada sistemle ilgili kullanılabilirlik ve bireylerle ilgili arayabilme/ulaşabilme boyutları yer almaktadır.
- 2. Sağlık hizmetleri kullanım alanı:** Bu alan kişilerin sağlık hizmet merkezlerine fiziksel olarak ulaştığı ve aktif olarak kullandığı alandır. Bu alanda kişiler sağlık sistemi ve bakım verenlerle doğrudan etkileşim halindedir. Dolayısıyla bu alan, sağlık hizmetlerinin, kişilerin ihtiyaç, beklenti ve değerlerine ne kadar uygun olduğu, hizmetlerin kalitesi ve ödenebilirliği ile ilgilidir. Bu aşama, sistem ve bireylerle ilgili boyutları gösteren üç adet ikili bileşenden meydana gelmektedir; bu bileşenler kabul edilebilirlik-kabul etme, ödenebilirlik-ödeyebilme ve uygunluk-memnuniyet boyutlarıdır.
- 3. Sağlık hizmetleri kullanım sonrası alanı:** Bu alan, kişilerin sağlık merkezlerinden ayrıldığı ve tedavilerini uyguladığı alandır. Bu alanda bireyler sağlık bilgileri (sağlık okuryazarlığı), ve hizmet sunucularından aldıkları bilgi ve öneriler doğrultusunda tedavilerine uyum sağlayıp devam ettirirler veya tedavilerini yanlış şekilde uygular ya da sonlandırırlar. Bu alan ayrıca hastaların eczanelerle de etkileşime geçtiği ve (gerektiğinde) evde bakımın sağlandığı alandır. Bu aşama, Levesque ve ark.'nın modelinde yer almayan bir bölümdür ve bu aşamada sistemle ilgili uygulanabilirlik ve bireylerle ilgili uygulayabilme boyutları yer almaktadır. Bu alan, bir sonraki döngünün “kullanım öncesi alanı” ile içiçedir. Dolayısıyla bu alanda mevcut döngünün

tedavileri veya sağlık önerileri uygulanırken, bir sonraki döngüye de hazırlık yapılmaktadır.

Bu çalışmanın analizinde, sağlık hizmetleri 'kullanım öncesi alan'dan başlanarak her alanda yer alan, sağlık hizmetlerine erişimin her iki boyutunu kapsayan (bireysel ve kurumsal) sütunlar halinde incelenecek ve döngü tamamlanacaktır. Sağlık hizmetlerine erişimin kurumsal boyutuna da bireysel boyutu gibi kronik hastalığı olan Türkiyeli göçmen kadınların gözünden bakılacaktır.

Niteliksel veri analizi, "aç (framework) metodu" denilen ve 7 adımdan oluşan yöntemle yapılmıştır (57):

1. **Transkripsiyon:** Ses kaydı alınan görüşmeler yazılı metin haline getirildi ve ses kaydına izin verilmeyen görüşmede alınan notlar düzenli ve anlaşılır bir şekilde yazıldı. Daha sonra MIWOCA araştırma grubu üyelerinin tamamının anlaması için bütün görüşmeler İngilizce'ye çevrildi.
2. **Görüşmelere alışma:** Görüşmelerin İngilizce çevirileri tekrar okundu ve görüşmelerdeki ana konular ve analizde kullanılacak olası kod ve temalar değerlendirildi.
3. **Kodlama, kategorize etme ve temaların belirlenmesi:** Kodlama işlemi öncelikle üç görüşme (1 Türkiyeli, 1 Portekizli, 1 Almanyalı) üzerinden bütün MIWOCA araştırma grubu tarafından gerçekleştirildi ve uzlaşarak bir kod listesi oluşturuldu. Bu kod listesi oluşturulurken tümevarımsal (inductive) ve tümdengelimsel (deductive) kodlama işlemi bir arada uygulandı. Görüşme formu Levesque ve ark.'nın modelinden faydalanılarak hazırlandığı için modeldeki maddelerin çoğu birer kod veya kategori olarak kabul edildi. Ayrıca, Levesque ve ark.'nın modelinde olmayan durumların kapsanması için içerik okunarak modelde yer almayan yeni kodlar da oluşturuldu. Kodlama işlemi Atlas.ti programı kullanılarak gerçekleştirildi.
4. **Analitik çalışma ağının oluşturulması:** Analizde, Levesque ve ark.'nın modelinden modifiye edilerek oluşturulan yeni modeldeki (Şekil 3) birbirinin tamamlayıcısı olan bireysel ve kurumsal boyutları içeren sütunlar birer tema olarak alındı (örneğin bir tema: ödenebilirlik-ödeyebilme; toplam 6

tema). Ayrıca bu 6 tema 3 ana alan (sağlık hizmetleri kullanım öncesi alanı, kullanım alanı ve kullanım sonrası alanı) çerçevesinde incelendi.

5. **Analitik ağın uygulanması:** Geriye kalan görüşmeler bir araştırmacı tarafından, adı geçen kod listesi kullanılarak kodlandı, fakat araştırmacı listeye yeni kod veya kategori eklemekte serbest bırakıldı. Daha sonra, önceden kodlanmış 4 görüşme (2 ilk kodlanan, 2 son kodlanan olmak üzere) ikinci bir araştırmacı tarafından tekrar kodlandı ve iki kodlayıcı arasındaki uyum kontrol edildi. İki kodlayıcı arasında genel bir uyum mevcuttu. Uyumsuz noktalarda uzlaşılarak gerekli düzenlemeler yapıldı. Genel bir uyum olduğu için geriye kalan görüşmelerin tekrar kodlanmasına ihtiyaç duyulmadı. Sonuç olarak 22 Kod ve 6 tema (Tablo 2) oluşturuldu.

**Tablo 2.** Çalışmanın analizinde kullanılan temalar ve ilişkili kodlar

Temalar	Bilenebilirlik Algılayabilme	Kullanılabilirlik Arayabilme/Ulaşabilme	Kabul edilebilirlik Kabul etme	Ödenebilirlik Ödeyebilme	Uygunluk Memnuniyet	Uygulanabilirlik Uygulayabilme
<b>Kodlar</b>	Sağlık öyküsü Sağlık inançları Sağlık okuryazarlığı Yurt özlemi Güven Otonomi Alternatif uygulamalar Sağlık sistemi ile ilgili tecrübeler	Tercihler Bireysel kaynaklar Çevre Otonomi Cinsiyet Sağlık okuryazarlığı Kalite (randevu sistemi)	Çevre (dil, kültür) Tercihler (dil, kültür) Bireysel kaynaklar (dil) Değerler Cinsiyet Hasta-doktor ilişkisi Başkalaştırma Geldiği ülkedeki sağlık sistemi deneyimleri	Bireysel kaynaklar Engelli fonu ve sosyal yardım Başkalaştırma	Kalite Güven Sağlık sistemi ihtiyaçları Otonomi Sevk sistemi	Tedavi uyumu Otonomi Sağlık okuryazarlığı Bireysel kaynaklar Kronik hastalıkların getirdiği sonuçlar

6. **Verilerin çizelgeye dökümü:** Daha sonra verilerin analizi ve yorumlanması için Atlas.ti programı ile her görüşmenin içerik ve kodlarını gösteren bir rapor oluşturuldu.

**7. Verilerin açıklanması ve yorumlanması:** Oluşturulan raporlar üzerinden içerik analizi yapıldı ve 6 tema ile ilişkili bireysel ve yapısal faktörler ve birbirleri ile olan ilişkileri yorumlandı.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Özellikleri

Görüşülen kişilerin yaş ortalaması 53.2 yıldır (min: 42, maks: 71); İsviçre'de ortalama kalış süresi 23.5 yıldır (min: 1.5, maks: 45). Katılımcıların çoğunluğu ilkokul (6 kişi) veya ortaokul (3 kişi) mezunuydu. İki katılımcının üniversite derecesi vardı (Psikolojik danışman, Ziraat mühendisi); ve biri lise mezunuydu. Katılımcıların çoğunda birden fazla kronik hastalık mevcuttu ve çoğuna kronik ağrı (7 kişi) ve/veya psikiyatrik bir bozukluk (7 kişi) eşlik etmekteydi. Diğer yaygın kronik rahatsızlıklar hipertansiyon (5 kişi), artrit (5 kişi) ve hiperkolesterolemi (3 kişi) idi (Tablo 2). Göze çarpan bir bulgu olarak, kadınların yarısından fazlası (%58) "kronik sağlık sorunları" nedeniyle malulen emekli durumundaydı.

### 4.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim

#### 4.2.1. Sağlık hizmeti kullanım öncesi alanı

Bu alan kişilerin sağlık hizmetlerine başvurmadan önceki dönemde meydana gelen, kişilerin kendi sağlık hizmet ihtiyaçlarını değerlendirdiği, hizmetlere başvuru kararı aldığı ve sağlık hizmet arayışına girdiği süreci kapsamaktadır. Bu alan kendi içinde "*Sağlık ihtiyaç algısı ve bakım isteği*" ve "*sağlık bakımı arama ve ulaşma*" şeklinde iki basamaktan oluşmaktadır.

##### a) Sağlık ihtiyaç algısı ve bakım isteği

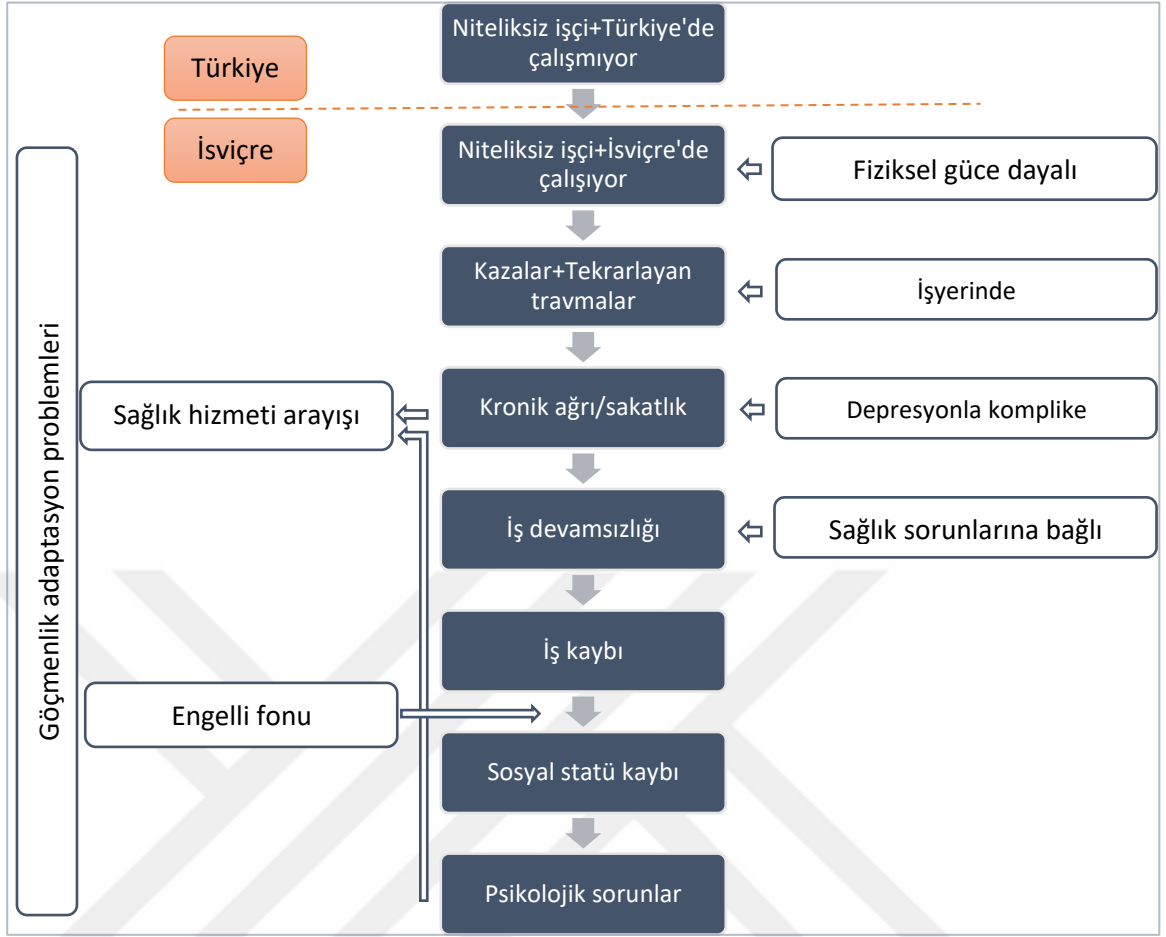
Bu basamakta bireyler sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadıklarına karar verirler ve ihtiyaçlarını belirlediklerinde, bu ihtiyaçlarını hangi merkezlerden karşılayacaklarına karar verirler. Bu basamakta sistemle ilgili *bilinebilirlik* ve bireylerle ilgili *algılayabilme* boyutları yer almaktadır.



## **Tema 1: Bilinebilirlik-Algılayabilme**

Bu tema bireylerin hangi durumlarda sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları ve sağlık hizmetlerinin kendilerini ne kadar bilinebilir kıldığı ile ilgilidir. Bu temanın analizinde temel olarak, 'sağlık öyküsü', 'sağlık inançları', 'sağlık okuryazarlığı', 'yurt özlemi', 'güven', 'otonomi', 'tercihler', 'alternatif uygulamalar', ve 'sağlık sistemi ile ilgili tecrübeler' kodları kullanıldı.

Katılımcıların sağlık hizmetlerine başvuru hikayelerinde, özellikle kronik ağrı ve psikiyatrik hastalıklarının gelişiminde, ortak bir öykü/örüntü olduğu gözlemlendi (Şekil 4). Buna göre, katılımcıların çoğu düşük öğrenim düzeyine sahipti ve Türkiye'de iken çalışmıyordu. İsviçre'ye geldiğinde ise ekonomik nedenlerden dolayı kadınlar çalışmaya başlamaktaydı. Fakat öğrenim düzeyleri düşük olduğu için bu kadınlar beden gücüne bağlı bir işte çalışmak zorunda kalmaktaydılar. Daha önce bir iş tecrübesi olmayan ve fiziksel olarak zorlayıcı işlerde çalışmaya başlayan bu kadınlar bir süre sonra ya işe bağlı tekrarlayan travmalarla kronik ağrılara yakalanmakta ya da bir iş kazası nedeniyle sakatlanmaktaydı. Dolayısıyla ya kronik ağrılar nedeniyle iş devamsızlığı yapıp sonuçta işten atılmakta ya da bir iş kazası sonucu sakatlanıp nispeten genç yaşta malulen emekli olmaktaydılar. İş kaybı ile sosyal statülerini de kaybeden bu kadınların kronik ağrılarının artık psikiyatrik hastalıklar da eklenmekteydi. Bütün bu süreç içinde göçmenlik adaptasyon problemleri de yaşayan bu kadınlar kronik ağrılar ve psikiyatrik sorunlarla sağlık hizmetlerine başvurma gereksinimi duymaktaydılar.



**Şekil 4.** Katılımcıların İsviçre'ye göçleri sonrası kronik hastalıklarının gelişimi

İsviçre'de bir cam fabrikasında çalışmaya başlayan 57 yaşındaki kadın, kronik ağrılarının ve sonrasındaki psikolojik sorunlarının gelişme hikayesini şöyle anlatmaktadır:

*"Ben hep çok sağlıklıydım. Ben %110 çalışıyordum. Yani %100 çalışıyordum bir de akşam gidiyordum [çalışmaya]. Bir de 3 çocuk bakıyordum. Benim işyerinde bir kaza geçirmeyle başladı bu boynum, belimin ağrıları... Bu ağrılardan sonra [psikolojik şeyler] başladı". D7*

Otellerde temizlik işi yapan başka bir kadın ise kronik ağrılarının başlama hikayesini şöyle anlatmaktadır:

*"Çalışırken her konuda iyiydim. Her şey işten ayrılınca başladı" D5.*

Bir katılımcı ise iş kaybının sosyal hayatına etkisini şöyle dile getirmektedir:

*“Bayağı bir mücadele ettim [ağrılarım]. İşimden olmak istemiyordum, seviyordum. Çok seviyordum işimi. Şeflerim de beni çok seviyorlardı. Fabrikanın anahtarı bile bendeydi. O beni bayağı bir yıktı. Ben Türkiye’de hiç çalışmamıştım. Buraya gelince... Bir kadın çalıştı mı kendine güveni daha iyi artıyor. Ve çalışıyorsun rahatsın, bir emek veriyorsun, emeğinin karşılığını alıyorsun. Ve orada bir işe yaradığını hissediyorsun. Ve birden de hastalanınca bir işe yaramadım...” D3*

Ayrıca, bazı kadınlar, bazı kronik hastalıklarının ortaya çıkmasını yurt özlemi ve göçmenlik sürecinde yaşadıkları ile ilişkilendirmekteydiler.

*“Niye olduğunu [yüksek tansiyonun]... Çok sıkıntıdan stresten, kendimi çok sıkıttığımdan dolayı olduğunu... Öyle düşünüyorum. Şimdi mesela şeker sınırda filan onları kilolara bağlıyorum. Ama yüksek tansiyonu en çok sıkıntıya strese bağlıyorum. Çünkü önce bende hiç yoktu.” D2*

*“[Bütün bu ağrıların sebebi] şey de olabilir. Şimdi biz Türkiye’den geliyoruz buraya. Ekmek parası içindir, şu, bu içindir... Geliyoruz ama sevdiğimiz büyüklerin hep Türkiye’de. Örneğin babam öldü babamın ölüsüne gidemedim. Görmedim. O da birçok şeye [sebepe oluyor]. Özlem... Belki de o sıkıntılar da olabilir.” D3*

Bazı kadınların, kronik sağlık sorunlarına alıştıkları ve onları artık birer hastalık olarak görmedikleri ve bu nedenle de sağlık hizmetlerine başvurma gereği duymadıkları ya da ancak çok ciddi durumlarda başvurma ihtiyacı duydukları görüldü.

*“İşte kendimi zorluyorum, canım istemese de kalkıyorum direniyorum, ağrım olsa da direniyorum. Alıştım diyorum yıllardır ağrılarla iş yapmaya, çalışmaya, evi geçindirmeye, eşimin yanında oturmaya... Onlara alıştım artık, ağrılarıma. Artık nasıl diyeyim ağrıları artık hastalık diye görmüyorum. Sanki bir yol arkadaşıymış, yanına alıp yürüyüp gidiyorsun. Onun için ben artık hastayım, oy buram ağrıdı oy buram*

*ağrıdı demek istemiyorum. Söylemiyorum da. Eşim bana ay yok iyi değilsin deyince kızıyorum. Hayır, ben iyiyim, niye iyi değilim ki...” D2*

*“Bende o [sağlık hizmetlerine başvurmama] kötü bir alışkanlık, kendi kendimi teselli etmeye çalışırım. Daha hiç kalkıp da, benim migrenim var [demedim]... Ve hiç hatta ölümcül olana dek sesim hiç çıkmaz. Eşimin yanında, oğlumun yanında ayakta güçlü olmaya çalışırım.” D3*

Bazı katılımcılar ise, tanıdıkları bir kişide olan kronik hastalıkları, onların tecrübeleri üzerinden değerlendirdiği ve bunun o hastalıkla ilgili algılanan ciddiyeti değiştirdiği ve dolayısıyla tanıdıkları kişilerde önemli bir sağlık sorunu çıkmadıysa onların da bu hastalıkları çok önemsemedikleri ve sağlık hizmetlerine başvurma ihtiyacı hissetmedikleri görüldü.

*“Evet evet hep öyle diyordum. Teyzemde de var [diyabet], bir şey olmaz. Diyorum ya böyle hastalıkları hiç umursamıyorum. Ama şimdi bir arkadaş deseydi kızım da safra kesesi [taşı] var hemen git aldır o taşı derim. Söylüyorum yani. Bana böyle böyle oldu, siz de böyle olmayın. ... Bazı şeyleri umursamıyordum. Buradaki doktorlar safra kesende taş var dedi. Ben de hep dedim ki kayın validemde kaç senedir var, bir şey olmaz. Türkiye'ye gittim fenalaştım. 10 gün ağızdan hiçbir şey vermediler.” D8*

Katılımcıların sağlık sorunları ile ilgili kararları (örneğin bir doktora başvurma, doktor seçme vb.) genelde kendileri aldığı fakat bu süreçte sosyal çevrelerine (özellikle eş, çocuk gibi aile fertlerine) danıştıkları görüldü.

*“[Sağlığımla ilgili durumlarda bir karar almam gerektiğinde] kendim karar alıyorum. Eşimle paylaşıyorum ama istersem yapmıyorum. Kendim karar veriyorum kesinlikle.” D2*

Katılımcıların ciddi sağlık kararları (ameliyat, biyopsi, bypass cerrahisi vb.) alırken daha çok zorlandıkları, bu yüzden daha çok bilgi arayışına girdiği, daha çok kişiye danıştığı ve genelde birden fazla doktordan fikir alma ihtiyacı hissettiği görüldü. Ayrıca ameliyat gibi ciddi sağlık işlemlerinde işlemi yapacak kişi veya kurumun bilgi birikiminin iyi ve deneyiminin fazla olmasını tercih ettiği;

kişi veya kuruma olan güvenin tercihinde etkili olduğu görüldü. Bütün bu sürecin ise bazen tedaviyi geciktirebildiği görüldü.

*“Ameliyatı kabul etme sürecim... Aslında burada bilgi çok önemli, aslında benim üzerinde durmak istediğim şey. Mesela ben Eylülün 25’inde düştüm, bu elim zedelendi, vücudumun çeşitli yerlerinde ağrılar vardı, ki kolum da tekrar üzerine düştüğüm için daha çok ağrıyordu. Kafamı çarptım, kafamı kırdım ve bir beyin kanaması kadar değil ama bir beyin travması oldu. Ve bu süreçte, önceden de biz ameliyata bir gün karar vermiştik, ama aynı hastane değil. O hastane açık yaparım ameliyatı dediğinde işte bana dedi ki mesela biz açık çalışıyoruz. Kendisi bir hastane grupları bölümü olmasına rağmen kapalı olmak isterseniz de sizi Zürih’e gönderirim dedi. Yani oraya yönlendiririm. Sonra dedim ben biraz bunun üzerine düşüneyim, ameliyata karar verirsem size tekrar döneceğim. Düşündüm bir kendi grupları var, tabi ki benim travmatik nedenlerden dolayı gitmek istemediğim bir xxx Hastanesi var ama geçen süre içerisinde bu hastanenin çok da ameliyatlara imza attığını biliyorum, uluslararası ameliyatlara katıldığını biliyorum. Yani çok güçlü bir bilgi birikimi var aslında, onu da biliyorum. Ve diğer hastaneler var, xxx Hastanesi var, özellikle spor yaralarında kendilerini geliştirmiş. Buna rağmen ben şeyi çok anlamsız buldum, yani biz doktorun kendi grubuna ait bile, yani hastane değil, Bern içerisinde başka bir hastaneye değil de neden Zürihi öneriyor. Bana böyle çok saçma geldi. Bir de açık ameliyatla iyileşme süreci uzadığı için ağrılar daha fazla şey olacağı için bana biraz anlamsız geldi. Ama ben dedim başka ikinci bir fikir alacağım başka bir yere gideceğim ve düşüneceğim, sonra size bildiririm kararımı, olup olmayacağı. Ve tabi ki sonradan ben araştırdım, ben başka bir doktor buldum, tabi ki yine aynı gruba ait bir hastaneydi. Orayla çalışan bir doktor buldum ve laparoskopi ile çalışabiliyor. 5 yerden giriyorlar, tamamen omuzu açmaları gerekmiyor. Ve orada ameliyat oldum. [Bu kişi ve kurumlarla ilgili bilgi edinmek için] insanlara soruyorum, internete bakıyorum. Yani öyle olunca da işte doktorla görüşüyorsunuz. Aslında güven sorunu önemli doktorlarla...*

*Mesela ben birçok insana, güvendiğiniz insanlara soruyorsunuz, onlardan aldığınız sonuca bakıyorsunuz, doktorun konuşmasına, muayene ederken yaklaşımına bakıyorsunuz. Ben dedim yani zaten riskli aslında, o da bir risk. Yani orada her şey mükemmel gitsin bir garantisi yok. Ama daha bir güvende [hissediyorsunuz]. Kendi kararınız olmuş oluyor en azından.” D9*

*“Benim doktorum biyopsi yapılmasını önerdikten sonra ve ben genel cerrahla görüştüğümde sonra başka bir doktorun fikrini almak istedik. Bunu da doktoruma söyledik. Aslında bu daha çok da eşimin fikriydi. Madem bu kadar ciddi, mutlaka birisine daha gidelim. Ve biz araştırmaya başladık başka hangi doktora gidebiliriz diye. Biz Tiffenau’da bir doktor ismi duymuştuk tanıdıklarımızdan. Ama benim doktorum xxx Hastanesinde başka bir profesör önerdi. Bu konuda o çok iyi dedi, ona gitmenizi öneririm dedi. Oraya gittim orada da tekrar yeni CT’ler yapıldı. İşte akciğer testleri, yürüme testleri, solunum testleri hepsi yapıldı. Daha sonra profesörle görüştük. Daha önceden okumuştum benimle ilgili bütün bilgileri, haberi vardı. O da bunu önerdi, kesinlikle biyopsi tavsiye ettiğini, biyopsi yapılmadan ellerinde çok fazla birşey bulunmayacağını, böylece hastalığın ne olduğuna ve tedaviye karar verilebileceğini söyledi. Ama yine de ben bekledim. Yine de birkaç ay geçti. Çok emin değildim. Daha sonra sonbaharda çok iyi hissetmeyince sanırım artık başka seçenek yok diye düşündüm ve biyopsi yaptırmaya karar verdim.” D10*

Sağlık hizmetlerinin göçmenler tarafından bilinir kılınması açısından, göçmenler İsviçre’ye ilk geldikleri dönemde kendilerine nereye ve nasıl başvuracakları hakkında bilgi verildiği, fakat bunun genelde yeterli olmadığı görüldü.

*“... İlk kampa gittiğimizde söylediler [hastalanınca ne yapacaksınız nereye gideceksiniz] tabii. Tam anlamasak da orada hani birileri anlattı işte doktor orada, hastalandığınızda başvurabilirsiniz bize kamp süresince, işte ondan sonra da ev doktorunuz olacak, yani sıkıntı*

*çektığınızde, bir rahatsızlığınızda ona başvuracaksınız. Yani böyle hani asgari bilgiler verildi.” D6*

b) Sağlık bakımı arama ve ulaşma

Bu basamak, önceki basamakta sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemiş bireylerin bu ihtiyaçları karşılamak için hangi hizmetleri tercih ettikleri ve bu hizmetlere ulaşım yolları aradıkları basamaktır. Bu basamakta sistemle ilgili kullanılabilirlik ve bireylerle ilgili arayabilme/ulaşabilme boyutları yer almaktadır.

## **Tema 2. Kullanılabilirlik-Arayabilme/Ulaşabilme**

Bu temanın analizinde temel olarak, “tercihler”, “çevre (yaşanılan ülke, ev ve iş çevresi dahil)”, “bireysel kaynaklar”, “otonomi”, “cinsiyet”, “sağlık okuryazarlığı” ve “kalite (randevu sistemi)” kodları kullanılmıştır.

Katılımcıların sağlık ihtiyaçları için doktor veya sağlık hizmeti seçerken çeşitli faktörlerin ön plana çıktığı görüldü. Katılımcıların sağlık hizmetlerine başvururken genelde ilk olarak aile hekimlerini tercih ettikleri ve onların yönlendirmeleriyle ya da biraz daha ciddi durumlarda doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurduğu bulundu.

*“[Ateş olur, öksürük olur] bunlar için benim aile doktorum var burada, ona giderim mesela grip olursam. Gidip ilaçları alırım, evde biraz uzanırım, dinlenirim, öyle. Ben ayda bir [aile hekimime] gidiyorum. Ayda bir kere kontrollerim oluyor. Başka da işte evde çok rahatsız oldum nefesim daraldı nefesim kesildi ...’e giderim, buradaki hastaneye.” D1*

Katılımcıların ilk zamanlarda bir sağlık merkezi veya doktor tercihi yaparken pek fazla fark gözetmediği, ama çeşitli deneyimlerden sonra (özellikle olumsuz deneyimler) doktor veya sağlık merkezi seçerken daha dikkatli olduğu görüldü.

*“Şimdi eskiden benim öyle bir seçeneğim ya da düşüncem yoktu. Benim için insan insandır, yeter ki benim rahatsızlıklarına bir el atsın ya da düzeleyim. Birkaç şey yaşadım, olumsuz şeyler yaşadığım için, çünkü çok çok. Hepsini sorarım, gideceklerimi, nedir ne değildir, çok, araştırmaya çok girerim. Eskiden hayır, benim için farketmiyordu.” D7*

Katılımcıların özellikle hastalıkları ile ilgili doktorlar arasındaki bilgi akışının kolay olması açısından sürekli aynı doktora veya aynı hastaneye gitmeyi tercih ettiği görüldü.

*“Ben de uygulama olarak onu [aynı doktoru görmeyi] tercih ediyorum. Yani akciğer uzmanı için hep aynı doktora gitmeyi tercih ediyorum. 2-3 yıldır gidiyorum, sürekli gitmiyorum ama rahatsızlığımda... Ya da küçük hastane var burada, doktorlarımın çoğunu oradan seçiyorum. Bilgisayarda tüm sonuçlar, her şey yazıyor çünkü. Bilgi aktarımı konusunda daha kolay oluyor. Mantıklı yani, sürekli aynı doktoru görmek.” D11*

Katılımcıların, İsviçre’de yaşamaktan genellikle memnun oldukları ve özellikle birer kadın olarak, Türkiye’ye kıyasla kendilerini İsviçre’de daha rahat ve güvende hissettiklerini, kendi ayakları üzerinde durabildiklerini dile getirdiler. Aynı şekilde, sağlık hizmetlerine erişim sağlarken de daha rahat hareket edebildiklerini söylediler.

*“Buraya [İsviçre’ye] alışmışım. Evim burası. Türkiye’ye gidince ‘eve gideceğiz’ oluyor burası.” D5*

*“[İsviçrede yaşamaktan] memnunum çok çok. ...ayaklarımın üstünde tek başıma durabiliyorum. Kendimi götürürüm kendimi getiririm, kendi işimi kendim yapmaya uğraşıyorum. ... İstedğim zaman kendimi savunabiliyorum. Bayan olarak her taraf çıkarım giderim gelirim. D7*

*“[İsviçrede] çok rahatım. Seviyorum burayı. Şey amaçlı seviyorum. Mesela ben Türkiye’de olsam tek başıma oturamam. Yani benim kaldığım yerde oturamam. Diğer yerleri ben bilmiyorum. [Bizimki] köy. Bir de çok tutkun bir yer. Bir de töre şudur budur hepsi olduğu zaman...”*



*Ama burada ne kimse kimseye karışıyor ne kimse kimseyi soruyor şey ediyor. Geziyorsun şey ediyorsun konuşuyorsun. Ama orada ben yaşayamam orada. ... Başta zordu. Ailenden kopmuş gelmişsin, tanımadığın bir çevredir, tanımadığın bir ülkedir, dil bilmiyorsun hiçbir şey bilmiyorsun. Ama sonra... Seviyorum. D4*

Fakat bazı kadınlar, ayrımcı cinsiyet rollerinin İsviçre’de de devam ettiğini ve bunun sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayabildiğini söylediler.

*“Biz diyoruz ki İsviçre demokrat bir ülkedir değil mi? Kadın erkek eşittir. Benim düşündüğüm hiç de öyle eşit değiller. Yine kadın eve, yine kadın eziliyor bence. Her yerde, işyerinde bile kadın eziliyor bence. Kadınla erkeğin maaşı aynı değildir bence. Benim istediğim, bir bayan olarak, kadınlara daha çok şey olsun... Destek olunsun... Her şeyde” D4.*

*“...Kadın olmak sadece sağlık açısından değil, bu artık dünyanın en gelişmiş ülkelerinden en geri ülkelerine kadar kadın her zaman her şeye erişimde bir arka plandadır. Bu böyledir. Hani buralarda ben desem ki hani kadın daha az görülüyor erkekten ben onu söyleyemem çünkü burada daha yeniyim. Ama bir kadın kimliği var o kadın kimliği bin yıllardır erk tarafından sürekli ötelenmiştir. Ve bu kimlik en ileri düzeydeki ülkelerde bile bir ikinci plandadır, tali plandadır. Yani ben bunu burada görüyorum, mesela şöyle bir şeydir, mültecilerde, sen kadınsın sonuçta, mesela orada farkediyorsun. Erkekler çok daha böyle rahat sokağa gidebiliyor, iniyor birşeyler yapabiliyor. Ama kadın kendini burada yine koruyor. Yani ne olursa olsun o şey var. Kadınlar... Mültecilik, kadınlar için çok daha zor. Nerede olursa olsun çok daha zor. İşte biz mesela kamptayken erkek gecenin geç saatine kadar gelebiliyordu ama biz kadınlar çok erkenden gidiyorduk kendi kampımızda kendi odamızda oturuyorduk.” D6*

*“Bir sene önce biraz uyku problemim başladı, böyle nefes alıp veremiyordum, bayılıp düşüyordum, geri kalkıyordum. Demek ki o zaman geliyormuş [hastalık]. Adam [eski eşi] bırakmıyordu ki [bir doktora gideyim], adam aşırı kıskanç, beni böyle telefonda bile*

*görüşürmüyordu kimseyle. Ne zaman ben böyle düştüm hastanelere düştüm işte ondan sonar ayrılma mayrılma oldu. Doktorlar yardım etti, İsviçre yardım etti. Adam beni bir telefonla bile konuşurmuyordu.” D1*

Katılımcılar, İsviçre’de bir sağlık merkezinden veya sağlık çalışanından randevu almanın veya alınmış bir randevuda değişiklik yapmanın oldukça kolay olduğunu fakat bunun için dil bilmenin şart olduğunu dile getirdiler. Ayrıca, randevuların yakın bir zamana verildiği ve iyi organize edildiğini dile getirdiler. Kronik hastalıkları için rutin olarak randevulu olan hastaların ise durumlarında bir kötüleşme olduğunda doktorlarına telefonla ulaşabildikleri ve randevularını daha yakın bir tarihe alabildikleri görüldü. Bu konuda, doktorların yardım etmeye istekli olduğu dile getirildi.

*“[Randevu almak] kolay, ... Her tarafa ulaşmak kolay. Burada hizmet o kadar güzel ki... Dil bildikten sonra çok kolay. [Dil bilmediğiniz zaman] zor, çok zor.” D7*

*“[randevu almak istediğinizde] hemen veriyorlar, hemen. Dişçiye mi dersin, aile doktoruna mı dersin...” D1*

*[Ağrı terapisine] ruh halime bağlı gidiyorum [gülüyor]. Normalde kötü olursam o zaten sık sık [randevu] veriyor, iki haftada bir. Bazen haftada bir... Şimdi geçen hafta gittim, ben cuma günü gitmiştim. Ne kadar yapalım dedi [terapist], süre olarak soruyor. Kötü olursam zaten bana sormuyor kendisi süreyi koyuyor. Geçen hafta dedim bir ay olsun bu sefer dedim.”D2*

*“... 2017 sonbaharında artık merdivenleri çıkarken ve duş alırken boğulma hissi olmaya başladı bende. ... Nefes almakta zorlanıyordum... Öyle olunca Kasım’da tekrar doktoru aradım, dedim böyle böyle, kendimi çok iyi hissetmiyorum. Hemen gelmemi istedi. Tekrar baktı herşeye. Çok fazla fark göremedi [akciğer fonksiyonlarında]. Ocak ayına tekrar randevu verdi. Tekrar bakalım dedi nasıl hissedeceksiniz. CT istedi. Ocağın ortasında randevum vardı, ama Ocak’ın başında*

*kendimi çok daha kötü hissettim ve dedim böyle böyle. Hemen aynı günde gelmemi istedi.”D10*

Bir katılımcı ise randevu almadaki sıkıntıyı yabancıların İsviçre sağlık sistemine adaptasyonundaki zorluklardan kaynaklandığını dile getirdi. İsviçre'deki aşırı organize ve düzenli duruma alışmayan yabancıların sistemi kullanmakta zorlandığını dile getirdi.

*“Şimdi burada randevu sorunu buradaki sistemle alakalı değil. Aslında randevu sorunu yabancılar olarak bizimle alakalı diye düşünüyorum. Bir, dil konusu, bir de buradaki bu disiplinli bir şekilde organize edilmiş, bu sisteme uyum sorunu. Bizim insanlarımızda genelde, bizim tarafımızda olanı söylüyorum. Biz istiyoruz ki bizim istediğimiz bir şey istediğimiz zaman olsun hemen. Biz böyle uzun vadeli organizeye, düzene alışık değiliz. Yoksa dil sorunuz yoksa yani kendiniz randevu alabiliyorsunuz, randevuyu öteleyebilirsiniz, iptal veya öne çekebiliyorsunuz.”D9*

*“[Aile doktorum] romatolojiden randevu aldı. Tabi o arada ben Türkiye'ye gittim. Eşimin abisi vefat etti. O şekilde hani tabi kendisine de durumu izah ettim. Yani o zaman baya kötüydüm, göğsüm falan şişti, stresten. Ondan sonra tekrar bana gün aldılar. Ve gideceğim o doktor da önceden vermiş [randevuyu]. Diyelim ki bugün ama ben bugün değil de yarın gideceğim. Yani doktorum o şekilde almış ve not almış, bana vermiş. Ben tekrar kendilerini aradım. Yok dediler yanlış. Ama hani elimde kağıt var, yani daha onu yırtmadım. Onu götürüp göstermem gerekiyor. Yoksa bazen yalancı çıkabiliyorsunuz. Yani şöyle hani herşeyi sanki kendileri doğru yapıyormuş gibi [söylüyorlar]. Bir randevu mesela, aynı gün gitmediğiniz zaman elinizde hani randevu kağıdınız yoksa yanlış yapılabiliyor. İşte siz bunu yanlış yaptınız diyebiliyorlar. Ya da sizin doktorunuz sizi bekledi seansınızda, size tekrar bir fatura girebiliyor, öyle diyeyim.” D12*

Katılımcılar, hastanelere fiziksel olarak ulaşmanın her zaman rahat olmadığını, fakat mahalle içlerinde küçük özel kliniklerin olduğunu ve bunlara ulaşmanın

(haftasonu dahil) kolay olduğunu dile getirdiler; ayrıca, Acil servis ve ambulans erişiminin kolay ve hızlı olduğunu söylediler.

*“[Burada bir sağlık sorununuz olduğunda tıbbi yardım almak] kolay, aslında zor değil. Küçük klinikler var, küçük özel. Bunlar hep özel. Türkiyedeki sağlık poliklinikleri gibi. Öyle yerler var, özel doktorlar var. Bir de büyük hastane var. ... Buradaki küçük sağlık poliklinikleri, küçük hastane... Oraları açık gündüzleri. Oraya gittim [Acil servise]. Kendim yürüyerek. Bize yakın zaten. Hastanede daha çok [yol] gidiyorsunuz ama burada mahalle içinde olduğu için daha az [yol] gidiyorsunuz. Zor değil o yüzden. D11*

*“Mesela burada rahatsızsın, kalkamıyorsun, gidemiyorsun [hastaneye], ararsın adamlar 5 dakikada kapıda. Kapalıysa adamların şeyi var, çilingir, kapıyı açıyorlar. Çünkü bir sefer öyle oldum. Kalbim durdu böyle nefesim kesildi... Hiç kimse yok, evde yalnızım. Evde yalnız olunca da bende panik oluyor, korku oluyor. Ondan sonra gece beni bir bayılma tuttu. Kapı kilitli. Elim telefona gitmiyor, telefonu arayamıyorum. Konu komşu gelsin beni bir yere götürsün. Ondan sonra 112'yi aradım adamlar 5 dakika içinde kapıda, kapıyı kırıyorlar. Ben sadece kapının kırılmasını duydum. Ondan sonra hemen götürdüler ambulansın içinde müdahale ettiler.” D1*

Katılımcıların sağlık hizmetlerine başvururken sosyal desteğin çok önemli olduğu görüldü. Sosyal çevrelerinin genelde hasta olma durumlarını anladığı ve onlara yardımcı olduğu söylendi. Verilen desteğin, genellikle hasta kişinin bir yakınına veya arkadaşını tercüman olarak ya da kendisine eşlik etmesi için yanında hastaneye götürmek şeklinde olduğu görüldü. Katılımcıların yanlarında götürdükleri kişilerin genellikle ya aile fertlerinden biri ya da Türkiyeli bir arkadaşı olduğu görüldü. Sosyal desteğin önemli olduğunu dile getiren katılımcıların bu desteklerini kaybetmemek için evlerini başka yere taşımamaya gayret ettikleri görüldü.

*“[Sağlık konusunda yardım aramak gerektiğinde kime gideceğimi]... Bir iki arkadaşım var, yeğenim var [onlara soruyorum]. Yani telefon*

*ediyorum, diyorum bugün iyi değilim diyorum, ruhum sıkılıyor falan diyorum kendimi iyi hissetmiyorum.”D1*

*“... [arkadaş] ile çok samimiyiz. Bugün hatta beraber doktora gittik. O yakında [oturuyor]. En çok o geliyor.” D2*

*“ [Burada arkadaşlarım] var. O yüzden evimi de değiştirmek istemiyorum, yeri de. Yani başka yere de gitmek istemiyorum.” D8*

*“Yanımda tercüman götürüyordum. Üç sene götürdüm. [tercümanı] arkadaşlardan buluyordum. Beraber gidiyorduk. Bayağı bir zordu ilk geldiğimde.” D3*

Bazı katılımcılar hem tanıdıkları kişinin işi olabileceği için hem de bazen onlarla gelmek istemeyeceklerini düşündükleri için onları sadece ciddi durumlarda yanlarında götürdüklerini dile getirdiler. Katılımcılar, İsviçre’ye ilk geldikleri dönemde başkalarına daha çok ihtiyaç duyduklarını, ama zamanla hem dil öğrenerek hem de tecrübeyle kendilerine güvenleri arttığı için başkalarına daha az ihtiyaç duyduklarını dile getirdiler.

*“Başlangıçta eşimle gidiyordum, oğlumla gidiyordum. Sonradan artık baktım herkesin bir işi var. Bana da o kadar şey yapmaları gerekmiyor. Gide gide insan kendine daha çok güveniyor. Eşim yanımda olduğu vakit tamamen rahatça Almanca konuşamıyorum. Ha onlar olmasa rahatça anlatabiliyorum.”D3*

*“Şu anki gençler biraz farklı, bilemiyorum ama, hani kendi işini kendin yaptığın zaman, şu andaki nesiller bizim gibi düşünmeyebiliyorlar. Kendi işini kendin yapsan daha iyi. Yani çocuklarıma diyorum işte örneğin kızıma hani randevum var gel diyeceğim, bilmiyorum onun tepkisini. Belki bir gelir iki gelir ama üçüncüyü sanmıyorum.” D12*

*“Ciddi durumlarda [eşimle] birlikte gittim ama ben 2 ayda bir gittiğim için, yani yılda o da 2-3 kez yanımda oluyor. Ciddi sonuçlar olacağı zaman, ya da kendisi bir şey söylemek isterse [geliyor]” D10*

*“... anlamadığımı da emin olmak için kızımı yanımda götürüyorum. Bu dizime protez takılması için kızıyla gittim. Karar vermedim, yapmam dedim. Sonra kızımı aldım emin olmak için. Doktora dedim olmam sonra kızıyla konuştular... [o daha iyi anlıyor] dil yüzünden evet. [Başka], gelini ben şeyde götürmüştüm... Bana kağıt gelmişti emekli olmak için, emin olmam için onu beraber götürmüştüm yanlış bir şey yapmayayım diye.” D2*

Bazı katılımcılar ise İsviçreli komşularının desteğinden bahsetti ve sağlık hizmetlerine gittikleri sırada komşularının ev işlerine yardımcı olmak istediklerini veya çocuklarına bakmak istediklerini dile getirdiler.

*“... bir tane arkadaşım, burada komşum, çok kötü olduğumda sohbet etmiştik, bunu mektup kutusuna atmış [kart gösteriyor], şey yazmış, ‘senin için çok üzüldüm, umarım en kısa zamanda uygun bir tedavi bulunur. Sık sık senin hastalığını düşündüm, eğer yardıma ihtiyacın olursa, çocuklara bakılması gerekirse lütfen bana haber ver. Bu konuda gerçekten çok ciddiym’ diye. Çok duygulanmışım bunu mektup kutusunda bulduğumda. Bu blokta oturuyor, İsviçreli bir bayan. Cidden çok duygulandım. Ve o kadar samimiyetim yok, bir yıldır tanıyorum, sadece çocuklarımız burada oynuyor, sohbet ediyoruz arada bir. Çok hoşuma gitmişti. Veya buradaki yan komşumuz ... [yabancı bir isim], şey önerdi, mesela bir öğlen çocukları yemeğe [onlara götürmemi], kızın devamlı bana yemeğe gelebilir dedi. Sen de böylece bir öğlen yemek yapmak zorunda değilsin dedi. Bunun gibi destekte bulunan arkadaşlarımız var, ... Çok çok önemli.” D10*

Çalışan katılımcılar, sağlık hizmetlerine başvururken işyerlerinden rahatlıkla izin alabildikleri ve işverenlerinin bu konuda anlayışlı olduklarını ve onları doktora gitmeye teşvik ettiklerini dile getirdiler. Fakat bazen işlerini kronik hastalıklarına göre düzenlemek durumunda kaldıklarını söylediler. Çalışmayan katılımcıların ise evde olmalarına rağmen çok yoğun olabildikleri ve ev işleri nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanmakta zorluk yaşayabildikleri görüldü.

*“Evde olduğum halde dolu doluyum.” D7*

*“Sabah kalkınca mutlaka eşime kahvaltı hazırlayacağım, beraber kahvaltımızı yapacağız, kapıya kadar yolcu edeceğim. Ha benim randevularım oluyor, doktor randevularım. ... Fizik tedavisine gidiyorum haftada bir defa. Bir psikoloğum var burada. Bir de benim özel şeyim var ona gidiyorum. O da değişiyor ama hepsini sabah erkene alıyorum ki öğleden sonra vaktim olsun diye. ... Akşam eşim eve geldiğinde mutlaka yemeğim masada hazır olacak. ... Dediğim gibi sabah doktor terapilerim, öğle oldu mu kimse beni dışarı çıkaramaz. Çünkü öğleden sonra yemeğimi yapmalıyım, hazırlık yapmalıyım. Kendimi çocuklarımla eşime adamışım. Doğrusu böyle yani... D3*

*“İş arkadaşlarımdan, şeflerimden büyük bir destek aldım. Şefim hatta biz gittik eşimle en son, bir sene çalışmadım, şef bizi çağırdı eğer hanımefendinin iyi olmayan bir şey varsa dedi asla çıkışını vermeyeceğiz. Dedim doktorlarımla görüşün. Doktorlarım söylesin. Bütün doktorlarımı aradı. Artık çalışamaz deyince üzgünüm dedi. Eğer yine de iyileşirsen kapımız her zaman açık dedi. Haftada bir defa çiçeğim, çikolatam gelirdi eve şeflerimden.” D3*

*“Bir kere bir gün boyunca çok kötüydüm. Ben dedim geçer. Neyse akşam bir baktım çok kötüyüm ve şey yaptım, yemek yiyemiyorum, midem bulanıyor. Ben dedim ne oluyor. Ondan sonra böyle işe gittim. Bir tane İtalyan şefim vardı, ben çok sarı olmuştum, dedi sen eve git çok kötüsün, hemen hastaneye git dedi. Ben dedim eve gideyim geçer dedim. Sonra gittim baktım böyle 8.30-9 olunca beni çok kötü bir üşüme tuttu. Dişlerim dağılıyor böyle, yazın. Sonra bir tane Mardinli aile var telefon açtım dedim yenge koş yanıma gel, eşiyile birlikte gelmişlerdi hastaneye götürdüler beni D4*

*“... sağlık nedenlerinden dolayı, bir de gece ekibinde çalıştığım için tam zamanlı çalışamıyorum. Sağlığımdan dolayı biraz şeylerimi düşürdüm, çalışma programımı düşürdüm. Aslında %50 çalışıyordum şimdi %50'nin altına indirdim. D9*

#### 4.2.2. Sağlık hizmeti kullanım alanı

Bu alan, kişilerin sağlık hizmet merkezlerine fiziksel olarak ulaştığı ve aktif olarak kullandığı alandır. Bu alanda kişiler sağlık sistemi ve bakım verenlerle doğrudan etkileşim halindedir. Dolayısıyla bu alan, sağlık hizmetlerinin, kişilerin ihtiyaç, beklenti ve değerlerine ne kadar uygun olduğu, hizmetlerin kalitesi ve ödenebilirliği ile ilgilidir. Bu alan, sistem ve bireylerle ilgili boyutları içeren üç adet ikili bileşenin oluşturduğu üç temayı kapsamaktadır; bunlar: kabul edilebilirlik-kabul etme, ödenebilirlik-ödeyebilme ve uygunluk-memnuniyet temalarıdır.

#### **Tema 3. Kabul edilebilirlik-kabul etme**

Bu temanın analizinde temel olarak, 'çevre (dil, kültür)', 'tercihler (dil, kültür)', 'bireysel kaynaklar (dil)', 'değerler', 'cinsiyet', 'hasta-doktor ilişkisi', 'başkalaştırma' ve 'geldiği ülkedeki sağlık sistemi deneyimleri' kodları kullanılmıştır.

Katılımcıların çoğu, İsviçre'ye ilk geldiği dönemlerde sağlık hizmetlerine erişirken özellikle dil ile ilgili sorunlar yaşadıkları görüldü. Bu sorunun giderilmesi amacıyla hükümet tarafından, özellikle büyük hastanelerde, tercümanlık hizmetlerinin verildiği ve ücretinin hastane tarafından karşılandığı; fakat İsviçre'ye ilk geldikleri dönemlerde tercümanlık hizmetlerinin bugünkü kadar iyi olmadığı ve daha çok sorunlar yaşandığı dile getirildi.

*“[Burada sağlık hizmeti almak kullanmak konusunda özellikle yabancı olmak] sanmıyorum aslında [bir fark yaratmıyor]. Belki dil bilmiyorsanız... İfade etme sorunu oluyor ama onu da yapıyorlar, tercüman ayarlıyorlar.” D11*

*“Mesela ben hastaneye gidiyordum, kafamı sallıyordum işte ben [dil] bilmiyorum [anlamında]. Ondan sonra onlar tercüman getiriyorlardı.” D1*



*“Hastaneye gidince çat pat konuşabiliyorum tek başımaysam. Ama derin konuşmaları yapamıyorum. Tercümanlar her zaman var. Tercüman istiyor musunuz diye soruyorlar.” D5*

*“Aslında şimdi büyük hastaneler [tercümanlık hizmeti] veriyor. Bizim zamanımızda yoktu mesela. Ya hastanede çalışan bir personeli getiriyorlardı ya da işte konsoloslukta filan çalışan birini getiriyorlardı. Çünkü tercümanlık bu kadar kurumsallaşmamıştı. Şimdi ama okullarda, hastanelerde, sosyal alanlarda siz dil bilmiyorum diyorsanız devlet yani hastane size tercüman çağırıyor ve onun şeyini [ücretini] devlet, hastane kendi sosyal çatısından veriyor.” D9*

Fakat katılımcılar, hasta ve doktor arasında bir tercümanın olmasının bilgi kaybına neden olabileceği ve bazı konuların anlaşılmasına neden olabileceği görüldü. Bu bilgi kaybının özellikle profesyonel tercümanların kullanılmadığı; kişinin sosyal çevresinden birini tercümanlık hizmeti için götürdüğü durumlarda daha fazla olduğu dile getirildi. Kişilerin kendi dillerinde kendilerini daha iyi ifade ettikleri bildirildi.

*“... keşke bilsem keşke derdimi anlatsam kendim, ilk şeyden [ağızdan]. [Dil bilmeyince] hani ikinci bir şahısla ne kadar anlatabiliyorsan o kadar [anlatabiliyorsun]... Ben dil okusam da ben kendimi en rahat ifade edeceğim dil kendi dilimdir.” D6*

*“... nerede olursa olsun o dili bilmediğin için hiçbir şey yapamıyorsun. Hani başkası beni ne kadar anlatabilir ki. Ben kendi kendimi anlatmalıyım.” D7*

*“En çok özellikle hukuksal ve sağlık alanlarında akrabalarıyla... Muayeneye giden insanların böyle bilgi kaybı oluyor. Şimdi [profesyonel] tercümanlar birebir çeviriyor bilgiyi, yani kişi söylenen sözü direk duyuyor. Ama oğluyla, kızıyla, akrabasıyla, arkadaşıyla giden insanlarda tercüme sağlıklı ve direk yapılmadığı için orada bir bilgi kaybı oluyor. Sonra mesela bizim tercüme gittiğimiz zaman doktor diyor ki ben bunu size söyledim mesela. O diyor ki hayır*

*söylemedin benim haberim yok. Ben sonradan bazen birlikte katıldığım tercümelerde farkettim ki kişi direk birebir aktarmadığı için esas hasta olan, sorunlu olan insan gerekli bilgiyi direk alamıyor.” D9*

*“... ben 3 haftalığına hastaneye girdim ve ben 3.5 ay süreyle hastanede kaldım. Yani 3-3.5 saat sürecek dedikleri ameliyat ben narkozdan uyandığım da artık mesai bitmişti, akşam saat 7 gibiydi. Ve bu benim için bir travma oldu gerçekten. Aslında benim tercümeme gelen insan sonradan tabi öğrendim konsoloslukla çalıştığını, profesyonel bir tercüman. Yani sertifikası olan bir insan. Ama benim kalçamda alçının içerisinde, bakın buradan belim de dahil, sırtım, göğsümün altında, ameliyatsız ayağımın dizine kadar, ameliyat olan sağ kalçam, parmaklarımın ucuna kadar kapalı böyle çorap gibi sadece ihtiyaç bölgem açık. Ve ben bir robot gibiydim, korkunç. Ve tabi ki bunlar bana [anlatılmadı]. Tabi tercümanlar bilmiyor, işte burada dil bilmemek... Bir sürü şey araya giriyor.” D9*

Ayrıca, bazı hassas konularda, özellikle psikiyatrist görüşmelerinde, katılımcılar bir tercüman varlığında kendilerini rahat ifade edemedikleri görüldü.

*“Ya ben de öyle psikolojik bir süreçte, hiç tercüman tercih etmiyordum. Psikoloji konusunda konuşmada bir engel oluşturuyor tercümanlar. İçinizi açmak... En azından bana öyle bir engel oluşturuyordu. Yani genel çerçevede içerisinde konuşuyorsunuz [tercüman olunca]. Ben şimdi de uzun süredir gidiyorum, şey yapamıyorum [psikolojik sorunlarımı rahat anlatamıyorum]; artı işin içine tercüman girerse falan...” D11*

Zamanla dil öğrenilince sağlık çalışanlarıyla anlaşma sorunlarının azaldığı, fakat özellikle tıbbi konularda anlaşmazlıkların hala yaşanabildiği görüldü.

*“... ne kadar bir İsviçreliyle konuşsan [dil bilsen bile] bir şey eksik oluyor tıp dilinde.” D1*

*“Ben işte terapiye falan giderken utanıyordum, çekiniyordum, hani yanlış bir kelime, cümle söylersem. Çünkü insan [dil] bilmese yanlış bir şey diyebiliyorsunuz. Ama terapiye gittiğimde, terapicim dedi ki sen sürekli konuş dedi, çekinme dedi. Yanlış da yaparsan sonra doğruyu öğrenirsin dedi. Ben de o şekilde yaptım.” D12*

Katılımcıların çoğu İsviçre'ye ilk geldiklerinde doktorunun Türkiyeli veya yabancı olmasını dikkate almadığını; fakat belli bir süre ve tecrübeden sonra Türkiyeli doktorları kendilerine daha uygun bulduklarını dile getirdiler. Türkiyeli doktorları seçme sebepleri genel olarak dil ve kültür ile ilişkilendirildi.

*“[Şimdiye kadar aile hekiminiz Türk değildi?] Hayır değildi, İsviçreliydi. Yıllardır, geldim geleli. Şimdi Türk ihtiyacı hissettim, evet. Artık dedim kendi dilimde anlatabilen anlayan. Daha çok neler olduğunu... Belki benim daha farklı şeylerim var ben anlamamışımdır. Anlamıyor... İşte onun için Türk doktoruna gitmek istedim. Herşeyi bilmem için. Dil sorun olmadı... Yıllardır derdimi anlatabileceğim kadar anlatıyorum. Ama kendi dilimde gidince o zaman her şeyi anlıyorum, her şeyi anlatabiliyorum.” D2*

*“Övgülerini çok duydum, çok iyi bir insan, insan olarak da çok iyi biri, hem de bizim, ne kadar bir İsviçreliyle konuşsan bir eksik oluyor tıp dilinde. Dedim hadi o da Türkçe biliyor ona gideyim. 10 seneden beri gidiyorum, memnunum da.” D1*

*“[Sonra] ev doktorumu tekrar değiştirdim, [ilk ikisi] Türk değildi, İsviçreliydi. Zaten bütün hastalıklarımın hepsi Dr. ...'dan [Türk doktor] çıktı. Ondan sonra ben şimdi ayaktayım. Bu omurilikte çıkan sorunlarım oradan çıktı.” D3*

Bazı katılımcılar ise Türkiyeli doktorları, teşhis koyarken daha fazla tetkik (MR gibi) yaptıkları için tercih ettiklerini dile getirdiler.

*“[Yani aslında gerçekten de kendinizi ifade etmekle ilgili bir sıkıntınız yok ama yine de...] özellikle Türk [doktor] istedim... Bir de ... Bey [Türk doktor] bir şeyden emin olmuyorsa beni hemen başka doktora*

*gönderdiği için. Ordan çıktı benim şeylerim [teşhisler]. Hemen MR'a gönderdi boynumdan işte sorunlar çıktı. Yani omurilikten belden. Onlar olduktan sonra kolesterol ordan çıktı, yüksek tansiyon ordan çıktı.” D3*

*“Ya aslında Türkçe konuşabilse iyi olur. Aslında Fransızca konuşsam da... İkincisi, ne bileyim, beni dinleyip, en azından bir teşhis koymadan tetkikler yapsa iyi olur diye düşünüyorum. Yani yüzüme bakıp karar vermektense...” D11*

Dil öğrenme konusunda ise kadınların özellikle toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle daha geç dil öğrendikleri gözlemlendi.

*“Kurslara gittim [Almanca öğrenmek için]... Ama 3 çocuk olduğu için hep baya zor oldu, hep akşamları gidiyordum kurslara.” D7*

*“Kendimi çocuklarımla eşime adamışım. Doğrusu böyle yani...” D3*

Öte yandan bazı katılımcılar ise hasta-doktor ilişkisi bakımından İsviçreli doktorları daha alçak gönüllü buldukları ve İsviçreli doktorların sigorta şirketlerinden daha az etkilendiklerini düşündükleri için özellikle İsviçreli doktorları tercih ettiklerini dile getirdiler.

*“İsviçreli doktorlar aslında genel olarak bana sempatik de geliyorlar, dürüst olayım. Buradaki doktorlar, nasıl diyeyim, daha mütevazı geliyorlar bana, dürüst olayım. Daha seni insan olarak, kişi olarak görüyorlar. Mesela burada, İsviçre'de, kural... Doktor bekleme odasına gelir, sizi bekleme odasından alır, kendini tanıtır, birlikte muayene odasına gidersiniz. [Bunu] yani ilk başlangıç, ilk izlenim için kesinlikle önemli buluyorum ben. Daha sonra insanın daha çok güveni artıyor, daha rahat olup konuşabiliyor.” D10*

*“Özellikle İsviçreli [doktor] seçtim, hani yabancı asıllı doktorlar sigortalardan iyice korkuyorlar, iyice tedirginler. İsviçreli doktor seçtim ki, sigortalar daha az baskı yapabiliyor. Bizim kafamızdaki düşünce herhalde. Çünkü daha kolay rapor vermiyor ya da daha kolay sizi şey sürecine sokmuyor. [Yani Türk doktorların üzerindeki baskı] daha fazla.*

*Verdiği raporun hesabını sorabiliyorlar ya da verdiği tedavi sürecini falan...” D11*

Katılımcılar, İsviçre’de hasta-sağlık çalışanı ilişkisinden memnun olduklarını, muayenehanede doktorların kendilerini karşılama şekillerinden ve onlara yaklaşımlarından hoşnut olduklarını dile getirdiler. Bu yaklaşımın da onları rahatlattığı ve kendilerini daha rahat ifade etmelerine olanak sağladığı görüldü.

*“İsvçrede kural... Doktor bekleme odasına gelir, sizi bekleme odasından alır, kendini tanıtır, birlikte muayene odasına gidirsiniz. [Bunu] yani ilk başlangıç, ilk izlenim için kesinlikle önemli buluyorum ben. Daha sonra insanın daha çok güveni artıyor, daha rahat olup konuşabiliyor.” D10*

*“Çok sıcak karşıladı [doktor], çok sıcak konuştu, hani böyle dinledi, çok iyi dinledi, notlarını aldı, ben öyle hissettim. Sıcak, güler yüzlü... Yani çok insancıl, çok sıcak karşılandım.D6*

*“Türkiyede doktor daha yüksek bir yerde. Burada senle beraber oturuyor karşı karşıya, göz göze. Hepsi [diğer sağlık personeli de] öyle, göz göze... Yani aynı hizada... [Böyle olduğu için] kendimi çok rahat hissediyorum, istediğimi söyleyebiliyorum.” D7*

*“[İsviçre’de sağlık personeli ile ilişkiler] çok iyi. Ben Türkiye’de de çok hastaneye gittim. Annemle babamla... Onlar için gidiyordum hastanelere, beraber doktorlara gidiyordum. Çok farklılar. Burada insan değeri daha çoktur. Kusura bakmayın da... Burada daha çok insana değer veriyorlar.” D2*

*“Hani... Mesela bir doktora gittiğiniz zaman, kendinizi rahat hissederseniz kendinizi daha rahat ifade edersiniz. Ama rahat değilseniz zaten ifade edemezsiniz... Çünkü çekindiğin zaman ya da sıkıldığı zaman kendinizi rahat ifade edemiyorsunuz; bazı şeyleri...” D12*

Fakat bazı katılımcılar, genellikle dillerindeki aksan veya dış görünüşlerinden dolayı yabancı oldukları anlaşıldığında, sağlık çalışanlarının, kendilerine karşı olan tavırlarının değiştiğini, bazen etiketlendiklerini ve ayrımcılığa

uğrayabildiklerini dile getirdiler. Yabancı oldukları anlaşıldığında, sağlık çalışanlarının, kendilerinin sağlık bilgilerini kavrama yeteneklerinin az olduğuna dair bir fikir geliştirdiklerini ve bunun da bazen sağlıkları ile ilgili kendilerine yeterli bilgi verilmemesine sebep olduğu görüldü.

*“[Burada yabancı olduğumu] oh tabii, kesinlikle, her dakika [hissediyorum]. Yani aslında ben oldukça iyi entegre olmuş birisiyim buraya. Gerçekten elimden geleni de yapıyorum. Ama buna rağmen ben bir cümle söyleyince ilk soru hemen nereli olduğum oluyor. Kesinlikle kötü Almanca konuştuğumu düşünmüyorum ama hatasız Almanca konuşmuyorum. Üç cümle yapınca hemen ya articlede bir yanlışlık oluyor ya da aksanımdan, hemen yabancı... Zaten yüzümden de yabancı olduğum anlaşılır anlaşılmaz ilk soru nereli olduğum oluyor. Türk olduğumu da öğrenince... Böyle şaşıyorlar sanırım. Nasıl diyeyim, [tek tip] yabancı yok burada; farklı farklı yabancı grupları var. Ama ben entegre olmuş yabancıyım onlar için. Yani bir çekmeceleri var, hiç işe yaramayan yabancılar o çekmeceye atılmış bir durumda. Bir yabancılar da var, kendilerini buraya entegre etmişler. Beni en azından o entegre olmuş gruba atıyorlar. Ama yabancıyım yani, onun farkındayım. D10*

*“Şöyle söyleyeyim. Yabancı olduğum için [sıkıntı yaşadım]. Belki başlangıçta, beni hiç tanımıyorlarsa, evet... Ama daha sonra sanırım benim araştırabildiğimi fark ediyorlar, o zaman olay değişiyor. En başta doktorun karşısına ilk kez gittiğimde bir yabancı hasta olarak gidiyorum, o zaman farklı oluyor, konuşma tarzları da, benimle çok daha basit konuşuyorlar, ama azıcık tanıyınca aa bu kişi daha fazla anlayabilir, bu kişi farklı diye [konuşma hızını] arttırıyorlar. Onu yaşadım. [Bu basit dediğim şey hem dil hem de entelektüel kapasite anlamında] evet. Ama en başta dil. Daha sonra da ya acaba bu kişi ne kadar anlıyor bizi, ne kadar anlattıklarımızı anlıyor... Dil değil bir de konuşma tarzı, ya bu ne kadar anlayabilir bizi, tarzını da hissediyorum açıkçası. Ama şu an yaşadığımı söyleyemem. Başlangıçta hep oluyor. En başta daha ilk konuşurken, ilk doktora veya hemşireye gittiğimde...*

*Geçen de acile gitmiştik... İlk sordukları şey zaten Bern Almancası mı konuşalım, Yüksek Almanca mı konuşalım. Ordan başlıyor. Ondan sonra, ya ben Yüksek Almanca'yı daha iyi anlıyorum, sizin için sakıncası yoksa lütfen Yüksek Almanca olsun, ama Bern Almanca'sı da anlarım, anlamazsam size sorarım. Zaten ben Yüksek Almanca dersem ondan sonra geri zekalı pozisyonundayım. Resmen peş-tein-mih-si [yavaş bir modda Almanca bir kelime/cümle söylüyor] bu tempoyla konuşuyorlar. Ben de sonra düşünüyorum, ya ben Yüksek Almanca konuşmalarını istedim, benimle yavaş konuşmalarını istemiyorum, o konuda bir sorunum yok [yakınır gibi yüksek sele ve gülererek söylüyor]. Ancak ben kendilerinden daha iyi Yüksek Almanca konuşunca [bu tarz konuşma bitiyor] [kahkahalarla gülüyor]. D10*

*"... Yani zihinsel başka bir şey ama fiziksel hep yabancıyım, o hiç değişmeyecek. Bunu kimse değiştiremeyecek. Karşı taraf için hep yabancı olacağım. Yani fiziksel yapımla, ismimle, aksanımla her şekilde yabancı olacağım. Bu yabancılığımın sonuçlarını da birçok yerde göreceğim." D11*

Birçok kadın da birçok hastalığının sağlık çalışanları tarafından önyargılı bir şekilde göçmenlik öyküleri ve yurt özlemleri ile ilişkilendirildiğini ve bu nedenle ayrımcılığa uğradıklarını belirttiler. Bu tür durumlarda hastaların bir sonraki ihtiyaçlarında bu doktorları değiştirmek istedikleri görüldü.

*"Bir de burada herşeyin kişiye bağlanması kötü. Ben bunu bir önyargı olarak düşünüyorum. İşte göçmenlik sorunu deniyor. Mesela ben, neyin psikomatik [psikolojik] neyin fiziksel olduğunu ayırt edecek yapıdayım insan olarak. Biraz kendimi dinlerim yani. Ama bazı soruları böyle sanki psikomanikmiş gibi, fiziksel değil de kafada, kurguda... Hani yorgunluk falan, uzun süreli yıllara dayalı ağrıların farklı dönüşmesi tamam ama takıntıdan kaynaklanan... Baş ağrısı olabilir belki, işte uyku sorunuyla ilgili olabilir, ya da üzntülüsünüz uyuyamıyorsunuz olabilir. Ama birçok ağrıları daha bizi dinlemeden bunun işte göçmenlerin genelde sorunu var, işte psikomatik. Ya herşey psikomatik değil!" D9*

*“... bir de bir şey daha var, taraftar olmadığım... Genellikle hani [göçmen] bayanlar dil bilmiyor... [doktorlar] diyorlar ki ya siz başka memlekette geldığınız için, sizin hep psikolojik sorunlarınız var. Aslında bunun hiçbir alakası yok bana göre. Siz başka bir memlekette geldığınız için yer yurt ayrı olduğu için siz bu rahatsızlıkları yaşıyorsunuz. Bu genellikle psikolojik... Mesela benim kolum ağrıyor, kolumda sorun var, diyor yok senin psikolojik sorunun var. Hayır, benim kolumda sorun var. Ben kolumun ağrıdığını hissediyorum, benim buramda [kafasında] bir şey yok rahatım iyiyim. Ya genellikle yurtdışından, yabancı memlekette gelen insanlara hep bu, işte ‘ruhen iyi değilsin’. Ama herkes herkes öyle değil ki... Benim hiç öyle ruhumla ilgili sorunum yok. Benim sadece vücutla sorunum var, ağrılarla sorunum var.” D7*

*“[Hastalanınca] ev doktoruna gidiyoruz normalde. Ama ben ev doktorumu [değiştirmek istedim]. ... Biraz bana, her şekilde, biraz ben hastalık yaratıyormuşum gibi, ya da [her hastalığım] psikolojikmiş gibi yorumlaması olduğu için biraz rahatsızlık duyuyorum ondan. [O yüzden] ben de kendi kafama göre gittim akciğer uzmanından randevu aldım.”*

D11

#### **Tema 4. ödenebilirlik-ödeyebilme**

Bu tema, sağlık hizmetlerinin ne kadar ödenebilir olduğu ve sağlık harcamalarının kişilerde ne kadar yük oluşturduğu ile ilgilidir. Bu temanın analizinde temel olarak “bireysel kaynaklar”, “engelli fonu ve sosyal yardım” ve “başkalaştırma” kodları kullanılmıştır.

Katılımcıların çoğu İsviçre’de sağlık hizmet kullanımının kendilerinde ekonomik yönden büyük bir yük oluşturmadığı yönünde fikir belirtti. İsviçre’de herkesin zorunlu sağlık sigortasına sahip olduğu ve bu sigortanın, hem devlete bağlı hem de anlaşmalı özel sağlık merkezleri ile yurtiçi ve yurtdışı dahil olmak üzere, geniş kapsamlı bir sağlık hizmet paketini kapsadığı söylendi.



*“[Hastalığın maliyeti bir yük olmuyor] yok. Ödeniyor, yoksa altından çıkamam. Ben aydan aya bu... Cüzdan aldım ya Krankasa [sigorta], aydan aya oraya para yatırıyoruz. ... Mecbur herkes yapıyor [sigortayı]. Hepsi ayrı ayrı... Ondan ödemiyorum. [Bir maliyeti olmuyor] yok. Türkiye'ye gittiğim zaman da oradan şey [fatura] getiriyorum, burada tekrar ödeniyor. Orada yaptığım masraflar hep ödeniyor.” D8*

*“Ben ödemiyorum. Krankasa [sigorta] her ay ödüyoruz, onlar ödüyorlar oraya [hastaneye]. Tek %15'ini bizden kesiyor. O da çok bir şey [yük] değil. [İlaçları] da Krankas ödüyor. Onların da %15'ini biz ödüyoruz. [Hastaneye yatarsanız] o da aynı. Bana çok büyük [yük] değil.” D4*

*“[sağlık sorunumun] minimal [mali bir yükü oluyor]. Sonuçta nasıl diyeyim; buradaki sistemde sağlık sigortasını biz seçiyoruz... 300 Frank'la 2500 Frank arasında değişiyor. Mesela benim eşim sağlıklı olduğu için onun franchisi [sigorta primi] 2500 Frank. Yani 2500 franka kadar yıllık masrafı kendi ödeyecek. Ama benim sağlık sorunum çok fazla olduğu için 300'de bırakmıştım. Böylece yani ben bir yıl içerisinde 300 Franklık masrafı kendim ödüyorum, onun dışında da gelen her masraf için %10 ödüyoruz. Ama o da 700 Frank'a kadar. Bu 700 frank da dolarsa onu da ödemeyeceğiz. Yani çok fazla [yük ] olmuyor. Bilmiyorum, başka ülkelerde böyle sağlık sorunları olan birisi çok daha fazla masraf etmek zorunda kalırdı. D10*

*“[Özel hastaneler] evet karşılanıyor [sigorta tarafından]. Bunu ben de bilmiyordum. Ama sigorta hastaneyi tanıyorsa, yani belli bir listesi var benim sağlık sigortamın, eğer o listede bulunuyorsa, istediğim hastaneye gidebiliyorum.” D10*

Az sayıda katılımcı, sigortalı olmasına rağmen, sigortaya ödedikleri miktarın ve diğer sağlık giderlerinin hala ekonomik bir yük oluşturduğunu dile getirdiler. Ayrıca, bazı hizmetlerin ve ilaçların sigorta tarafından karşılanmadığı ve bunun da hastalarda ekonomik bir yük oluşturduğu; dolayısıyla kişilerin ya o hizmetleri karşılayan başka ek bir sigorta yaptırdığı ya da o hizmeti kullanmaktan vazgeçtiği görüldü. İsviçre sağlık sisteminin, bu yükü azaltmak

için taksitlendirme gibi kolaylıklar sağladığı dile getirildi. Bazen de sigortanın karşılamadığı, özellikle dış tedavileri için, bu işlemlerin Türkiye’de yapıldığı görüldü. Ancak genel olarak sağlık hizmetlerini kullanmak için Türkiye’ye giden hemen hiç bir katılımcı yoktu.

*“Akapunktur gibi daha özel şeyleri [sigorta karşılamıyor]. Ama benim şimdiye kadar o termal banttı, terapiydi bütün herşeyimi karşıladı. ... Dışı de sigorta ödemiyor, malesef, gözlüğü de... Kendimiz ödüyoruz. Taksitle artık o kadar zorda kalırsak. Ya da Türkiye’ye gidersek [yapıyoruz].” D3*

*“Hep de böyle ameliyatımı... Özel küçük kliniklerde oldum. O büyük hastanelerde, devlet hastanelerinde hiç olmadım burada. Hep benim doktorum öyle Bern’de küçük bir klinik özel hastane var oraya kliniğe gönderiyordu. [Parasını] sigortam ödüyor; %10’unu ödüyoruz biz. Doktorun da hastanenin de herşeyin %10’unu kendimiz ödüyoruz. Öbürünü sigorta ödüyor... Bir hastaneye gidip gelmen [maliyetli oluyor], mesela dedim ya geçen yıl kaldığım psikiyatri hastanesinden geldim 10 bin Frank... %10’unu [biz ödüyoruz] 1000 Frank. Tabi benim için sorun. Ben çalışmıyorum, gelirim yok. Eşim çalışıyor. Yani tabi ki onu hemen bir ayda ben ödeyemem kesinlikle. Mecbur takside bağlamam lazım. Kabul ediyorlar. Yeter ki burada öde paranı. Sana her imkanı gösteriyorlar.” D2*

*“[Sigortanın] ödemediği ilaçlar bazen oluyor. Yani bu Türkiye’de de böyle sanırım. Özel ilaçlar mesela kendi cebinizden ödüyorsunuz. ... Sadece kendim için değil, çocuklarım için de bazı ilaçlar var onu sigorta karşılamıyor, ama diyor ki hani bakalım ona göre içeriği aynıysa, sigorta ödüyorsa onu verelim. Tamam diyorum. Yoksa kendi cebinizden ödüyorsunuz. Yani buna [bu ilaca] 20 [Frank] ona 10 öbürüne 30, 5 tabi ki [çok oluyor].” D12*

Birçok katılımcının alternatif tıp uygulamalarını (özellikle çok ciddi olmayan durumlar için) faydalı bulduğu ve ya bu uygulamaları kullandığı ya da kullanmak istediği görüldü. Doktorların bu uygulamaları hastalarına pek

önermediği, fakat kullananların genellikle bunları doktorlarına danışarak yaptığı; kullanmak isteyip kullanmayanların ise bunu daha çok sigorta tarafından karşılanmadığı için yapmadığı görüldü.

*“Benimki gibi ciddi hastalıkta [pulmoner fibrozis], alternatif tedavinin çok da bir işe yarayacağını sanmıyorum ama ne bileyim migren gibi bir hastalıkta, akupunktur olsun veya buna benzer tedaviler işe yarayabilir diye düşünüyorum. Çok yeni şeyler çıkıyor. Bunları denemek için de belki insanların daha farklı özel sigorta yapması iyi olurdu. ... Alternatif tıbbın hiçbirini ödemiyor benim sağlık sigortam. [Ödeseydi] akupunktur ederdim sanırım. En azından biraz rahatlamak için. Veya farklı alternatifler var, onları denemek isterdim ama açıkçası her seans için şimdi 100 Frank'ın üzerinde de vermek istemiyorum.” D10*

*“Tıpçılar o tarz alternatif şeyleri çok önermiyorlar, dürüst olmak gerekirse. Daha çok çevreden arkadaşlardan komşudan veya kendim araştırarak... Mesela ben bu homeopatik globolileri denemiştım bir ara. O zaman doktoruma söyledim kendimi biraz daha iyi hissediyorum bu globolileri aldığımdan beri, bana güldü ve şey dedi: tamam sizi kesinlikle anlıyorum, bir an için sizi rahatlatmış olabilir dedi ama uzun vadede çözüm değil bu dedi. O konuda da inanıyorum ama o an için beni rahatlatıyorsa bu da bir kazanç diye düşünüyorum. ... Aldığım ilaçla bir yan etkisi yoksa [doktor] bana bırakıyor [kullanıp kullanmamayı]” D10.*

*“Akupunkturu falan [sigorta] ödemiyor. Olsa isterdim. Ama ödemiyor.” D3*

Sigortanın ödemediği bazı ilaçlar için bazen doktorların onayı ve isteği ile sigorta şirketinden bu ilacın talep edilebildiği ve kabul olabildiği söylendi.

*“Bu ilacı, sağlık sigortası sadece idiyopatik pulmoner fibroz için ödüyor. O yüzden bu ilacı doktor yazmadan önce sağlık sigortasından onay alması gerekiyordu ödenip ödenmeyeceğine dair. Ve buna da grup olarak karar verdiler. Doktorum tek başına karar veremiyor. Doktor*

*grubu olarak karar verdiler. Sağlık sigortası dediğim gibi sadece bir hastalık için ödüyor. Diğer fibroz hastalıkları için ödemiyor. Ama oradan sağlık sigortasına yazdılar ve sağlık sigortası ödemeye karar verdi. Aslında doktorum çok ümitli değildi; büyük bir ihtimalle ödemeyecekler demişti.” D10*

Ayrıca, sağlık sorunları ile ilgili maliyetlerin azaltılması için kişilerin bazen sosyal kaynaklarını kullandığı görüldü.

*“Ya bu bir paket... Ne kadar var içerisinde, 180 tablet. Bu, 2180 Frank. Yani yaklaşık yıllık masrafı ilacın 30,000-40,000 civarı. Oldukça pahalı. Eğer [sigorta] ödemeseydi veya ödeme düşünme aşamasında olsaydı, şunu düşünmüştük 1-2 aylığına kendimiz almayı düşünüyorduk başlangıç için. Ama dürüst olmak gerekirse yani 1 yıl ödemek için bütçeyi oldukça sarsan bir ilaç. Yine de dürüstçe söyleyecek olursak çok şanslıyız. Eşimin ailesiyle konuşmuştuk, 1 yıl ödemeye hazırlardı.” D10*

Katılımcıların, yarısından çoğu kronik hastalıkları nedeniyle malulen emekli durumundaydı ve malulen emeklilik konusunda çeşitli sorunlar dile getirildi. Bazı katılımcılar kronik hastalıkları nedeniyle malulen emekli olmaması gerekirken emekli yapıldığı; bazıları da emekli olması gerekirken yapılmadığını dile getirdi. Ayrıca, malulen emeklilik düzeyi (yüzdesi) ile ilgili çeşitli şikayetler dile getirildi. Belli bir oranda engelli raporu verilen kişilerin belli bir oranda çalışabildiği ve iş bulmada zorluk yaşadığı; bu nedenlerle de sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyecek ekonomik sorunlar yaşayabildikleri görüldü. Ayrıca, “Engelli Fonu” ve “Sosyal Sigorta” adında farklı iki tip emekliliğin olduğu ve özellikle Sosyal Sigorta’ya bağlı olmayanların daha fazla mali problem yaşadığı görüldü. Sosyal Sigorta’ya bağlı olanların da hayat pahalılığından dolayı mali açıdan rahat olmadığı belirtildi.

*“Birkaç sene gittikten sonra ilaçla şöyle böyle işi %60’a düşürdüler. Dedim içerde kalmayayım gidip geldim. İşte öyle birkaç sene gidip geldim. Aşağı yukarı 7-8 senedir de gitmiyorum. Emekli yaptılar beni. Emekliliğin ne olduğunu da bilmiyorum. Doktor bir gün beni çağırdı, dedi senin artık iş miş yapacak gücün kalmadı. ... Dedi senin uyku problemin*

de var dedi sen en iyisi işi bırak seni emekli yapalım. Ondan sonra bir kağıt geldi, bir heyet geldi eve işte sizin gibi, iki tane adam iki kadın, konuştular, eve baktılar, içtiğim ilaçları kontrol ettiler. İşte sonra dediler sana bi yerden bi aylık gelecek. İşte ondan sonra bir aylığa bağladılar söylemesi ayıp 800 lira [Frank] bir para geliyor, öyle çok birşey değil yani.” D1

“2005 Eylülünde bu işime başladım. 13 yıldır bu işte çalışıyorum. Devlet işi. Ödenen ücret iyi ama benim sorunum sadece %50 yapabiliyorsunuz. Arttıramıyorsunuz, çünkü işin hepsi bu. Arada böyle yine hevesleniyorum, oraya buraya başvuru yapıyorum ama artık daha zor... İş bulmak daha zor...” D11

“... doktora gidiyorum falan onun hiç parası bana gelmiyor orada direk sigorta ödüyor, sadece %10'u bize geliyor. Maliyeti böyle oluyor. Çok şey olmuyor yani, zorluk çekmiyorsun. Sosyal'de olanlar zaten onlar daha şey [az] ödüyor. Sosyal'den geçinenler, [yani] çalışmayanlar. Onlar tabi hepsini sosyal ödüyor. Sigorta ödüyor, kalanı Sosyal ödüyor. D2

“... şimdi ben zaten %100 çalışmıyorum. %100 çalışmadığınız için benim yine bütçemin üstünü bu defa Sosyal tamamlıyor şu an. O zaman emekli sandığı tamamlıyordu. Onlar alınca [Sosyal sigortayı] bu sefer bütçemde açık oldu. Çünkü %100 çalışamayınca evinizin gideri, herşeyinizin giderini karşılayamıyorsunuz. Bir de benim şimdiki çalıştığım işte zaten fazla çalışma şansım da yok. Yani kendi bütçemi tamamlayıncaya kadar yok. Bu defa ben doğal olarak Sosyale yani belediyeye gitmek zorunda kaldım. Orada sana yani zorunlu, zaruri desteği veriyor adam. Yani asgari bütçe... D9

“Burada çalışmayınca hayat zor; Sosyal veriyor ama yetmiyor. Vergiler çok. Faturalar çok...” D5

“O dönem haftada bir görüştüğümüz de oldu [psikiyatristle], ara verdiğimiz de. Mesela ben önce bir kısmını Sosyal yarım alıyordum ve

*benim faturalarımın, doktor faturalarımın %10'unu Sosyal ödüyordu. Sonra ben o süreçten çıkınca, kendim ödemem gereken sürece geçince, psikiyatristin faturaları bana yüksek gelmeye başladı. Ben gitmeyi bıraktım. %10'unu ödeyemiyordum. Çünkü seansları pahalı geliyordu.” D11*

İsviçre Sağlık Sistemi'nin insanları emekli yapmak veya Sosyal Sigorta'ya bağlamak konusunda istekli olmadığı dile getirildi. Hükümetin insanları çalışmaya sevkettiğini ve çalışmadıkları takdirde göçmenlik haklarının ellerinden alınabilecekleri söylendi. Bu yüzden malulen emekli olan kişilerin belli aralıklarla kontrol edildiği ve sağlık durumunda düzelme olanların emeklilik durumlarının kaldırıldığı görüldü. Ayrıca, emekli aylığı bağlanan kişilerin harcamalarının çok sıkı takip edildiği ve ödenen paranın zaruri olmayan durumlar için (örneğin tatile gitmek gibi) harcanmadığı dile getirildi.

*“... bir iki kere demiştim [iş yüküm] çoktur ben kaldıramıyorum. Çünkü eve gidiyorum çok kötü oluyorum. Şey diyor işte istiyorsanız çıkışınızı verebilirsiniz. Ama çıkış da yasak. İş bulamıyoruz. Çünkü burada okumamışız, mesleğimiz yok, hiçbir şeyimiz yok. Zor olur öyle. Bir de çalışmayanların kimliklerini de uzatmıyorlar. Benim birkaç tane öyle komşularım var hepsine kağıt geldi, çalışmıyorsanız kimliğinizi uzatmıyoruz diye.” D4*

*“Şimdi emeklilik, maluliyet... Yıllık kontroller var. Siz malulen emekli olmuşsunuz, sağlık nedenlerinden dolayı. Eğer durumunuzda iyileşme varsa yapmıyorlar, ya da düşürüyorlar.” D9*

*“... ben rahatsız olunca [bel ağrısından], emekli ettiler malulen, hatta %100. Ama bana verilen, çünkü ben 5 yılımı doldurmadığım için düşük bir Sosyal'e gittim. Bana düşük bir para veriyorlardı. Sonra 2011'de bir kontrole çağırdılar dediler ki eskisine göre şimdi sen daha iyisin, şimdi sen kendine iş arayabilirsin. Onu da bitirdiler. ... Şimdiki çıkarılan sayıda [yasada] diyor ki normal hastalıklar hani emekli hastalığına girmiyor, kolunu kaybedersen, ayağını kaybedersen, yürüyemez hale gelirsin, o zaman işler. Hani bir işe yaramıyorsun. Ama böyle daha işe yarıyorsun*

*biz sana bir şey vermeyiz. Eskiden farklıymış, şimdiki çıkan kanunlar farklı. Yani rahatsızsan mutlaka ya yatalak olacaksın ya sandalyeye oturacakmışsın... D7*

*"... benim eski ev doktorlarıma raporlarım gidiyor, o da diyor ki bu iyileşti %100 çalışabilir. İlk başvuruda %30 emeklilik verilmişti. Ondan sonra da zaten ameliyatlara arka arkaya gelince %55 yapıldı. Keşke iyi olsaydım da çalışsaydım. Yapabilsem gerçekten isterim. [Burada öyle mümkün değil yani şimdi gideyim de bir iş yapayım] değil kesinlikle." D3*

*"Sağlığım düzgün olsaydı her şey iyi olurdu. Sosyal'e girince devlet rahat bırakmıyor. İstedğin zaman tatil yapamıyorsun; seni kontrol ediyor; haklarını öldürüyorlar... Habersiz tatile gidemezsin; aylığı keserler. Çok sıkı takip ediyorlar." D5*

Birçok katılımcı, İsviçre'ye gelen Türkiyeli bazı göçmenlerin Sosyal Sigorta'ya bağlı bir aylık almayı hedeflediğini ve aldıktan sonra çalışmak istemediğini belirtti. Bu yüzden doktorlarda, göçmenlere maluliyet verme konusunda karşı bir duruş olduğu ve göçmenlerin damgalandığı; bu yüzden göçmenlerde gerçek bir hastalık olması durumunda bile şüpheyle yaklaşıldığı görüldü. Fakat çoğu katılımcının çalışmaya istekli olduğu ve işi bırakmak istemediği görüldü.

*"[Sosyal'deyken] çalışabildiğiniz kadar çalışabiliyorsunuz, Sosyal onun üzerini tamamlıyor. Yani bende şöyle bir mentalite yok, zaten bu bütçe yabancıların çoğunda var. Yani Sosyalden bu bütçeyi alıyorsun, gidip birçoğu gidip işi falan bırakan insan oluyor bazen. Ama benim için, çalıştığım alanı beğendiğim için [iş bırakmak istemiyorum] D9*

*"Mesela burada çok insan emekli olayım şu bu... Benim öyle bir şeyim yok. Keşke insan iyi olsa, çalışabilse... Çünkü benim kendim doktorum söyledi. Ben demedim emekli olayım. Kendi teklif etti [emekli olmamı], beni bildiği için. Doktorum inanmadı, sana nasıl % 100 vermediler diye. ... Dediğim gibi buradaki insanımız da böyle artık emekli emekli [olamaya çalışıyorlar]... [Doktorların] inançlarını... Nasıl diyeyim... Artık inanmak istemiyorlar. Yani hasta olana da inanıp inanmayacaklarına karar*

veremiyorlar. İşte kendi doktoruma öyle söyledim. Dedi kesinlikle bunlar büyük bir hata yapmışlar; nasıl %100 vermediler.” D12

“Ordaki [doktor] da dedi %50 çalışabilir, fazla çalışamaz. Çünkü belde de başladı artık [ağrı], hiç yürüyemez hale geldim. O anda da benim doktor, devlet hastanesi diyeyim, beni oraya gönderdi. ... Daha kapıdan girmeden [doktor] siz dedi yabancı kadınlar, Türkler neden çalışmıyorsunuz; sen neden çalışmıyorsun buraya geliyorsun dedi. Ben yürüyemiyorum zaten, ayakta duramıyorum zaten. Ben doktorla atıştım orada. Dedim siz bu acıları çekin siz de gidin çalışın. Eşim diyor sus. Dedim hayır susmayacağım. Ben zaten ağrılardan duramıyorum, yürüyemiyorum. Baya bir atıştık.” D3

“Bana bir yerde ...[bir doktor] dedi siz Türkler hepiniz emekli olup gitmek istiyorsunuz. Dedim sen ne söylüyorsun. Ben kaç yaşındayım ve daha yeni çalışıyorum. Benim hiç bir yere gitmeye niyetim yok, emekli olmaya da niyetim yok dedim. Benim bir şeyim yok ki, hiç, daha 2 yıldır çalışıyorum. Yani ben niçin, neden [çalışmayayım]... Ondan sonra dedim, ona dedim ki bak, bana bak ben bir hasta mıyım bir mahkum muyum? Şimdi şu sandalyede oturmuşum. Tabi termim [randevu kağıdı] vardı elimde termimi yırttım. Dedim bak bana bak ben bir insanım, senin saatini ben ödüyorum şimdi, ben hiç bir yabancı değilim, ben benim. Ben rahatsızım ve siz doktorsunuz, ben size geldim.” D7

Göçmenlerin çalışmak istemeyip emekli olmak istediği yönündeki damgalamanın sağlık çalışanları dışında, toplum içinde de yaşanabildiği görüldü. Bu damgalamanın bazı göçmenler tarafından normal karşılandığı görüldü.

“Bazen şeyde... Bu yaşlı... köylüler oluyor ya, buranın köy kesimi... Onlarda çok oluyor [ayrımcılık]. Mesela onlar da haklı. Çünkü şey, adamlar yabancıları istemiyor. Tamam, mülteci kabul ediyorlar ama adamlar demiyor hep gezin. Adamlar diyor çalışın; biz nasıl çalışıyorsak vergimizi veriyorsak devletimize siz de çalışın diyorlar. Ama biz mesela öyle değiliz. Biz diyoruz nasıl olsa İsviçre devleti bize bakıyor, boşver



*ne çalışıyoruz ne ediyoruz. Ama o zaman da onlar şey diyorlar, adamlar diyorlar tamam ülkeme gelmişsin sana bakıyorm ama sen de biraz çalış biraz da kendi yükünü bizim üzerimizden şey et. Hak da veriyorum onlara... Ben çalışıyorum ama hepimizi bir ediyorlar, yabancıları. Biri çalışmasa ikisi çalışmasa, işte bunlar da aynen öyle..." D4*

## **Tema 5. Uygunluk-memnuniyet**

Bu tema sağlık hizmetlerinin personel ve teknik kalitesi; bireylerin ihtiyaç ve beklentilerine karşılık verebilirliği; ve bundan duyulan memnuniyet/memnuniyetsizlik ile ilgilidir. Bu temanın analizinde temel olarak "kalite", "güven", "sağlık sistemi ihtiyaçları", "otonomi" ve "sevk sistemi" kodları kullanıldı.

Katılımcılar, İsviçre'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri konusunda genellikle olumlu görüş beyan etti. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, genellikle katılımcıların Türkiye ziyaretleri sırasında; anne, baba ve diğer akrabalarına eşlik ettikleri sırada gözlemledikleri sağlık hizmetleriyle karşılaştırıldı. Türkiye'deki sağlık hizmetlerine kıyasla İsviçre'de verilen bakımın kalitesinden ve onlara verilen insani değerden memnun oldukları dile getirildi. Ancak yapılan tıbbi işlemlerin kalitesi ve sağlık personelinin bilgi birikimi ve becerisi açısından, İsviçre'ye gelmeden önce, yüksek bir beklentilerinin olduğu fakat bu konularda Türkiye'dekinden farklı bir durum görmedikleri dile getirildi. Özetle, hizmetlerin medikal olmayan yönü (özellikle iletişim, hastalara verilen değer) açısından İsviçre, hekimlerin bilgi/beceri/yeterliliğine olan güven açısından Türkiye daha iyi olarak değerlendirildi.

*"Çok ilgileniyorlar [İsviçre'de], her tarafımı kontrol ediyorlar... Buranın hastanesi çok güzel, Türkiye ile alakası yok. Değer verme ve ilgi aşırı derece. Bir yeri bilmezsen [sadece hastane değil] elinden tutup götürüyorlar." D5*

*“... bir de bizde şöyle bir algı var, ne kadar şehirde büyüsen de hani Avrupa’da herşeyin çok daha gelişmiş olduğunu düşünüyorsun. Her şeyin çok daha böyle... Bilginin daha fazla olduğunu falan düşünüyorsun. E şimdi bizde de biliyorsunuz hep öyle yetiştiriliyoruz. Sonuçta İsviçre olarak... Hiçbir zaman batı hayranlığım olmadı, hatta yurtdışına bile çıkmak istemedim ama yine de beynimin böyle bir kenarında burada herşeyin daha iyi olacağına inanç vardı. Halbuki hiç öyle olmadı. Tabi ki burada ameliyat sonrası bakım harika, Türkiye gibi değil, yani çok güzel. Ama o ameliyat anı ve ameliyatı yapan insanlardaki birikim bizim insanlarımızinkinden farklı değildi.” D9*

*“Ya tabi şöyle bir izlenimim oldu, mesela o fizyoterapiye falan giderken bilmiyorum... Öyle çok böyle bir kalite ben görmedim işin açıkçası. E tabi bir de dil bilmediğim için... Ya şöyle mesela diyelim ki ben fizyoterapiye gittiğimde hani normal bana günlük hareketleri falan [gösterdiler], tabi onlar çok normal çok doğal... Ama hani diyelim ki Türkiye’de gittiğinde bazı aletlerle yumuşatma işte ya sıcak verme ya da şey verme... Mesela ben burada öyle birşey görmedim, bilmiyorum belki bunlar daha mı şey... Burada şeydi işte, yani yapmam gerekeni, hareketleri, biraz el yordamıyla... Bilmiyorum, sonuçta hani ben şey [bu işin uzmanı] değilim ama sanki öyle hissettim.” D6*

Katılımcılar, özellikle hastane servis hizmetleri ve ameliyat sonrası bakımın kalitesinin yüksekliğinden bahsetti. Kendilerine değer verildiğini hissettikleri söylendi ve yanlarında bir refakatçi olmadan da, yani tek başlarına olsalar da, hastanede rahat edebildikleri ve ihtiyaçlarının karşılandığı dile getirildi.

*“... sonra ben 5 gün kaldım [hastanede] hep antibiyotik verirlerdi damardan bana. 5 gün yattım ama çok iyiydi, hemşireleri şeyleri çok iyiydi. Türkiye’dekiler refakatçiler kalmazsa kimse kimseye bakmaz ama burada gelirlerdi soraralardı bir şey yer misin bir şey içer misin. Beni götürürlerdi lavoboya, elimi yüzümü yıkatırlardı, duş aldırırlardı, çok iyiydi. Hiç öyle kimsenin yanımda olmadığını bile hissetmedim.*

*[Türkiye’de] gidiyorduk, birimiz şurada kalırdı, birimiz orada kalırdı, ilaç sırasıydı... Ooo it gibi bağırırlardı, bizi rezil ederlerdi.” D4*

*“ben Türkiye’de de çok hastaneye gittim, annemle babamla. Çok farklılar. Burada insan değeri daha çoktur. Kusura bakmayın da... Burada daha çok insana değer veriyorlar. Orada hemşire falan, ben doktorlara bir şey demiyorum, sanki yani hasta mıdır şey midir aynı afedersin köpeğe şey eder gibi saldırıyorlar bağılıyorlar. Hani burada hemşireler bebek gibi seni seviyor, yüzünü okşuyorlar, gelip senin düşünu ediyorlar, saçını tarıyorlar. Orada mecburen hastanın yanında bir refakatçi kalıyor. Burada öyle birşey yoktur. Hemşireler geliyor seni seviyor şey ediyor, o zaman sen kendini değerli hissediyorsun. Anlatabiliyor muyum? Burayla Türkiye arasında çok farklı. Buranın sağlık şeyi çok çok daha iyi Türkiye’den. Türkiyenin doktorları çok iyi olabilir, bunlar sadece şey... Ama nasıl diyeyim oradaki çalışan, personeller... Mesela annemi Adana’da ameliyat ettik bel fitiğinden getirdiler, burada sen ameliyat oluyorsun bir damla kan görmezsin bir yerde, annemi getirdiler böyle yatağın üstüne attılar her yer kan içinde. Ben şok oldum. O kadar kötü oldum ki, abi dedim bu ne, bir şey yok dedi merak etme dedi şey olmaz. Ama çok şeydi. Burada öyle değil. Babamı mesela iki kere ameliyat ettiler karaciğerinden, gittik getirdiler kan ter içinde her yer, böyle hiç kimse bakmıyor, ağrısı oluyor çağırıyorsun gelmiyorlar. burada düğmeye bas bak hemen yanındalar. [Burada] Türkiye’dekinden çok çok farklı. Çok değer veriyorlar insana. İnsan olduğunu sana hissettiriyorlar. “ D2*

*“En fazla gözüme batan buradaki maternite, yani kadın doğum hastanesinin... Burada ben bir kere doğum yaptım. Bu konuda Türkiye ile kıyasladığımda farklılık olarak çok iyi gelmişti. Çok sevmiştim. Yani o doğum hastanesi çalışanlarının size yaklaşımından tutun da... Çünkü ben Ankara ... Devlet hastanesinde doğum yaptım, işte özel doğum odası yok, o yok, bu yok, böyle hassas bir süreci çok komik bir şekilde yaşıyorsunuz. O konuda buraya geldiğinizde, ayrı bir doğum odasında yapıyorsunuz, tek başınızasınız... Çok çok sevmiştim, çok beğenmiştim.*

*Yani böyle insan bir tane doğum yapar... Çok iyi o konuda gerçekten, Türkiye ile kıyasladığımızda. Mesela benimle ilgilenen doktor, hemşire o kadar şefkatliydi ki... Böyle iri yarı bir ebeydi. Önce bir ebe ilgileniyor sizinle. Bana yaklaşımı, okşaması falan böyle... İlk şeyi yapıyor falan, ben agresifçe dokunma falan diyordum, kızıyordum, öyle şefkatli yaklaşıyorlardı ki... Bakım süreci falan... Ben çok beğenmiştim hakikaten. Çok iyi gelmişti. Ya da ondan sonra maternite süreci de yaşadım, o da çok iyiydi. Kürtaj öncesi uyutma süreci, uyandırılma süreci falan da iyiydi. bu konularda hassas olduğum için....” D11*

Katılımcılar, sağlık çalışanlarının, kendilerini tedavileri veya yapacakları işlemler konusunda iyi bilgilendirmediklerini söylediler. Ancak kendileri bir soru sorunca kendilerine bilgi verildiğini ve bu durumdan memnun olmadıklarını dile getirdiler. Ayrıca, özellikle göçmenliklerinin ilk dönemlerinde soru sormaya çekindiklerini ve soru sormaya belli bir süre geçtikten sonra [genellikle birkaç yıl] alışabildikleri bildirildi.

*“Şimdi şöyle bir sistem var, sen soruyorsan bilgi veriyorlar sen sormuyorsan bilgi vermiyorlar... Eskiden pek sormuyordum, hani çekiniyordum, ya ayıp olur... Ama şimdi açık açık oturup soruyorum. [Bunu öğrenmek] çok, çok zaman aldı. [Ama sorarsanız] söylüyorlar. Bunların [İsviçrelilerin] genellikle bir adedi var. Diyorlar ki konuşmuyorsan altınsın konuşuyorsan gümüş. ... Yani sen bir bilgi sorarsan sana söylüyor, öyle hemen oturup da seninle gerçekten herşeyi anlatmıyor ki. Bu, [İsviçre’ye yeni gelenler için] çok büyük sorun. D7*

*“... bana öyle bir şey söylenmedi ki, başka ilaçlar size verilecek, bana öyle bir şey söylenmedi. Kafanıza cereyan bağlayacağız, cereyan vereceğiz... Kafanıza boynunuza... Yani böyle bir şey bana hiç anlatılmadı ve o kağıtları imzaladıktan sonra o içeriye giriş yaptıktan sonra ertesi gün bunlar bana anlatıldı. Hayır dedim ben buraya hiç böyle bir şey için gelmedim ki. Ben sadece dinlenmek için, kendime gelmek için... Ondan sonra konuştular ki kafamda kablolarla... Böyle bir şey ben*

*daha önce hiç yani görmedim de duymadım da. Beyne ne etkisi var ne tepkisi var onu da bilmiyorum tabi ki. Dedim hayır ben öyle birşey istemem. Yani öyle bir şey hayatta kabul etmem. Ben sadece geldim dinlenmek için, ilaçlarımı almak için, terapiler yapmak için.” D7*

*“Mesela ertesi gün ben 4’e çeyrek kala ameliyat olacağım. ... Beni ameliyat edecek doktorun asistanı geldi benimle görüşmek için. Dedi ki işte doktor başka bir ameliyata girecek, siz çok önceden planlanmış olmasına rağmen, benim ne sorunlar yaşadığımın özetini bilmesine rağmen o doktorun yerine başka bir doktor ameliyat edecek. Beni hiç tanımıyor, hiç bilmiyorum, ismini bile duymamışım. Dedim üzgünüm, kabul etmiyorum ameliyatı. Yani önceden benim bilgilendirilmem gerekiyordu. Doktorun benimle önceden gelip konuşması gerekiyordu ve benim kararı vermem gerekiyordu o ameliyatı kabul edip etmeyeceğimi. ... Yani bunu... Hastanın güvenine, işte yaşadığına bir saygısızlık olarak düşünüyorum. Ve yaşadıklarım var çünkü, benim için güven olgusu. Tabi ki yüzde yüz iyi gitmeyebilir orda da herşey. Sonuçta insan. Ama senin verdiği bir karar var, orayı tercih etme nedenlerin var...” D9*

Katılımcılar ayrıca tanı konma sürecinde ve güncel tedaviler hakkında doktorların yeterince araştırma yapmadığından şikayet ettiler. Fakat bu konuda, hastaların da doktorlarını araştırmaya sevk etmesi gerektiğini söylediler.

*“Hani bana diyorlar ki işte... [hastalığın] kroniktir. Ama bunun çözümü nedir. Ben zaten onun çözümünü arıyorum, neden, niçin. Neden, ne faydası olacak bunu iyileştirmek için [bilmek istiyorum]... Ne, niçin anlamaları gerekiyor... Anlamaları ve ona göre bir tedavi. D7*

*“Sebebini kesinlikle bilmediklerini, yani bu fibroza sebep olan yüzlerce, binlerce şey olabileceğini, dış etkenler ve iç etkenler olabileceğini, ama %50 bunun hiçbir zaman bulunamadığını söylediler. O konuda da bizi rahatsız eden olay, sebep araştırma konusuna pek fazla gidilmiyor.*

*Anlıyorum, bulmak zor olabilir ama hiç denemeden de hiçbir şey bulunamaz.” D10*

*“... tetkik sürecini iyi birşekilde yapıp hakikaten elenmeli [hastalıklar]. Elenerek, durduk yere depresyon veya astım derken daha oraya gelene kadar başka şeylere, ne bileyim, mesela ben bir nefes tıkanıklığı için gittiğimde siznüzi falan eleyerek, evet bu astımdır diyerek... Bana en azından o bilimsel olarak yapılmadı gibi geliyor.” D11*

*“... Bir de doktorun, tabi kişinin de bu hastalıkla ilgili yeni şeyleri araştırması önemli. Özellikle sanırım doktorun yeni bulduğu bilgileri hastasıyla paylaşması çok önemli. Ama bunun için sanırım hastanın da doktoru zorlaması gerek diye düşünüyorum. Onu biz de farkettilik. Yani yenilikleri öğrenmek istiyorsa kişinin birazcık hastalığının ve doktorunun peşinde olması gerekiyor.” D10*

Bazı katılımcılar, yeterince araştırma yapmamanın doktorların yoğun çalışma tempolarına bağlı olabileceğini düşündüklerini söylediler. Fakat özellikle hastalıklarının nedeninin öğrenilmesi açısından doktorların daha fazla araştırma yapmasını ve kendilerine daha fazla zaman ayırmalarını beklediklerini dile getirdiler.

*“... genel olarak sorun doktorların hastalarına birebir çok fazla zaman ayırmamaları. Bazen biz şu hisse kapılıyoruz. Ben doktorumun karşısına gittiğimde benimle ilgili bilgileri sanki o anda okumuş gibi geliyor bana. Daha önceden vakit ayırıp benimle ilgili bilgileri okumuş olmasını bekliyorum ben. Belki de çok fazla bir beklentim var. Ama sanırım çok fazla bir vakitleri yok bunun için. [Eşimle] ikimizin de fikri sanırım daha fazla zaman ayırıp daha fazla ilgilenip daha fazla araştırılması gerekir diye düşünülüyor, bir hasta için. Ama anladığım kadarıyla çalışma tempoları ve sistemlerinde bu hiç olmuyor.” D10*

Bir katılımcı ise, tanı sürecinde yeterince araştırma ve tetkikin yapılmamasını sigorta şirketlerinden gelen baskıya bağladı.

*“Yani bana göre, yaşıntımdan çıkardığım tecrübeye göre, buradaki sağlık hizmetlerinin sunulma biçimindeki engeller ya da sorunlar, bence sağlık sigortalarının burada özel olması. Yani sağlık sigortalarını, sağlık hizmetini eğer kar amacı şeklinde, hatta tekelleşmiş durumda burada sağlık sigortası, üstünden para kazanılıyor, eğer buna dönüştürürseniz bu, doktorlar üzerindeki baskıya dönüşüyor. Yani ben bunu yaşıyorum, bire bir, yani farklılığı. Ddoktora gittiğimde, doktor bana teşhis koyarken en az [tetkikle] nasıl teşhis koyabileceğine bakıyor. Yüzüme bakarak teşhis koyuyor. ... Bu, işine geliyor; bu sigortanın işine geliyor, herkesin işine geliyor. Yani bana bir endoskopi yapması ya da başka bir tetkikler yapması, bu, ülkeye veya sigortaya maliyeti yükselttiği için doktorlar bana daha az nasıl yapılacaksa ona göre yapıyor... Bu konuda çok çok çok baskı altında doktorlar. Ben bunu yanlış görüyorum... Yani sigortaların çok büyük ağırlığı olduğunu ve bunun özel olmaması gerektiğini, insan sağlığı üzerinden kar amacı güdülmemesi gerektiğini düşünüyorum...” D11*

Bazı katılımcılar, kendilerine yanlış ameliyat yapılmasından bazıları da kendilerine yanlış ilaç verildiğinden veya piyasadan çekilmiş ilaçların verildiğinden bahsetti.

*“...ben idrar yolu ameliyatı geçirdim, ama bana hiç faydası olmadı. Bende kas gevşekliği vardı. Ben de ona güvendim. Dediler biz seni amaliyet edersek çok rahat edersin, hani bazı insanlarda bazı bayanlarda oluyor. Ben de buna güvendim, oldum. Hani o önceden birkaç test yapması gerekirdi, yapmamış. Hani ben güvendiğim için gittim. Masaya yattım, tabi yattım geldim, bir sene kadar tabi terapier yaptım, kendim mi hissettim ama bir sene sonra öyle gerektiğinden bir daha yanına gittim. Tabi gittim yüzleştim. Dedim ki bak bir seneye kadar geliyordum diyordum gerçekten iyiyim, ama bir sene geçti ben öncesinden daha rahatsızım. Bu doğru değil, doğru bir şeyler deyin... Sonra beni ... [başka bir hastaneye] gönderdi, bir test yaptılar orada, dediler evet yanlış bir ameliyat yaptılar, yapılmayacak bir şeydi, yapmış. Sonra ...[başka bir hastaneye] gittim, kendim gittim. 2. bir düşünce*

*alayım dedim. Aynısını dedi. Ondan sonra tekrar o doktora gittim, kağıtları götürdüm, durum böyle böyle dedim. Dedi yazın gel dedi... Bir daha ameliyat ol, bir sene fizyoterapi göreceksin, bir kere daha olacaksın. Dedim hayır ben olmam. Ondan sonra kendisine dedim senin bunun bedelini ödemen lazım. Ondan sonra bir kuruluşa başvurdum. Ondan sonra kuruluş dedi yok hastane onu destekliyor sen çekilmek zorundasın, ben çekildim.” D7*

*“Hatta bir tanesinde bir hap vermişti, tramadol diye damla, hap... Bunlar en ağır ilaçlar. O hapi aldığımda çok çok afedersiniz bir tuvalete gittim hep kan... Aniden hemen eşim doktoru aradı, ilacı bıraksın dedi. Ve ilaçlardan bir tanesi Türkiye’de yasaklanmış, kalbe zararı var. Kaldırılmış, burda doktor hala bana veriyor. Başka doktorlar yasaklamışlar ve biz bilmiyoruz. Ben eczaneye gittim, eczane baktı dedi size bu ilacı nasıl veriyor doktor, bu yasaklandı, kaldırıldı.” D3*

Katılımcılar genel olarak sevk sisteminden memnun olduklarını dile getirdiler. Sağlık ihtiyaçlarında ilk basamak olarak genellikle aile hekimlerinin kullanıldığı ve aile hekimleri tarafından ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine, gerekli uzmanlık dalına, özel doktora, özel kliniğe, terapisteye, psikoloğa vb. sevk edebildiği görüldü.

*“[Bir şikayetimin olduğunda] gideceğim [yer] ev doktorudur... İşte onlar ihtiyaç duyduklarında farklı şeylere yönlendirecekler.” D6*

*“Mesela ben [aile hekimine] diyorum omuzum ağrıyor beni bu omuzum için Bern’e bir yere doktora gönderiyor... O beni tabii şeye koyuyor MR’a koyuyor, röntgen falan baktı. Bu artık gitmiyor, ameliyat olmak zorundadır diyor. Ondan sonra o başkasına gönderdi, neydi bilmiyorum o da Bern’deydi, oraya gönderdi o da tarih verdi, orda bernde ameliyat oldum omuzumdan.” D2*

Katılımcılar sevk sistemi ve farklı sağlık merkezleri arasındaki bilgi akışından ve bu bilgilerin saklanıp gerektiğinde kullanılmasından memnun olduklarını dile



getirdiler. Ayrıca, kendileri ve hastalıkları hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları için sürekli aynı doktoru görmenin önemine vurgu yaptılar.

*“[İnsanın dosyası hangi doktora giderse gitsin] gidiyor, burada öyle. Tabi, benim ev doktorum da ta ilk yıllardaki dosyamdan hala bakar. Hepsi vardır, hepsi bulunur. Hangi ilaçlar alınmış ne yapılmış hepsi bulunur.” D7*

*“[Öbür doktor gönderiyor mu sizin sağlık bilgilerinizi bu doktora?]*

*Tabi ben istersem gönderir. Ben imza verirsem mecbur gönderir.” D2*

*“Benim terapiye gittiğim alan benim bütün problemlerimi biliyor. Defalarca anlatmam gerekmiyor. Ve o insanlar her defasında işte boynuma masaj yapacaklar, ortopedik sorunumdan dolayı ne yapacaklarsa biliyorlar, bu çok önemli.” D9*

*“Bizim sağlık sigortasında da telemedisin denilen şey: önce sağlık sigortasının doktorunu aramam gerekiyor, onlar doktora gidip gitmeyeceğime karar veriyorlar. Acil'i aradık akşam, en az 100 soru sordular ve bu bölgedeki ağrılar da kalpten gelebileceğini düşündükleri için 2 saat içerisinde acile gitmemi önerdiler. [Acil servis] 10 dakika uzaklıkta. Oranın aciline gittim. Hemen kalbi dinlediler, her şeye baktılar. En güzeli de [bu hastane] de artık xxx grubuna bağlıymış, ben de bilmiyordum. Bilgisayara girer girmez adımlı, bütün benimle ilgili bilgileri buldular. Ben şok oldum, o kadar çabuk...” D10*

Ayrıca, belli bir süre sonra sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarının da göçmenlerle çalışma deneyimleri sayesinde onların ihtiyaçlarını daha iyi öğrendiği ve kendilerine başvuran hastaları Türkiyeli doktorlara sevk ettiği görüldü.

*“Ev doktorum... [psikolojimin iyi olmadığını düşünerek] beni şeye gönderdi, İsviçreli, Almanca konuşan... İki tanesine gittim. Birisine gittim önce dedim kabul etmiyorum. Başkasına gönderdi gene olmadı. Sonra dedi en iyisi sizi birbirinizin kültüründen, dilinden anlayacak biri olmalı dedi. Siz kendinizi ne kadar anlatsanız dedi bizim kültürle sizin kültür*

*çok farklı dedi sizi anlayamazlar dedi yabancı doktorlar, dedi benim ev doktorum. Ondan sonra beni bu Türk'e yönlendirdi, ondan önce gittim yabancılara, ama kendimi anlatamadım. Ama buna yönlendirdikten sonra... Çok memnunum şimdi. Ondan sonra düzelmeye başladım yavaş yavaş.” D2*

#### **4.2.3. Sağlık hizmeti kullanım sonrası alanı**

Bu alan, kişilerin sağlık merkezlerinden ayrıldıktan sonra kendilerine verilen tedavi ve bakım önerilerinin uyguladığı; eczanelerle etkileşime geçildiği ve gerektiğinde evde bakımın sağlandığı alandır. Bu aşamada, sistemle ilgili uygulanabilirlik ve bireylerle ilgili uygulayabilme boyutları yer almaktadır.

#### **Tema 6. Uygulanabilirlik-uygulayabilme**

Bu tema, sağlık çalışanlarının verdiği tedavi ve bakım önerilerinin kişiler düzeyinde ne kadar uygulanabilir olduğu ve bunlara bireylerin ne kadar uyduğu ile ilgilidir. Bu temanın analizinde temel olarak “tedavi uyumu”, “otonomi”, “sağlık okuryazarlığı”, “bireysel kaynaklar” ve “kronik hastalıkların getirdiği sonuçlar” kodları kullanıldı.

Katılımcılar, genel olarak tedavilerine ve doktorlarının önerilerine uyduklarını dile getirdiler. Ayrıca, kronik hastalıkla belli bir süre yaşayınca hastalıklarıyla yaşamayı öğrendikleri ve tedavilerini, ilaçlarını otomatik bir şekilde gerçekleştirdiklerini söylediler.

*“[Tedaviye uyumla ilgili] kendime iyi baktığımı değerlendiriyorum. [İlaçlarımı] zamanında içtiğimi değerlendiriyorum.” D2*

*“[İlaçları vaktinde almak konusunda] bilmiyorum... İnsan alışırsa, otomatikmen ben sabah kalkıp kahvaltıyı hazırlar gibi otomatikmen aç karna alacağım ilaçları, direk elim oraya gidiyor, ilk önce ilaçlarımı alıyorum, şimdiye kadar hiç ihmal etmedim.” D3*

Katılımcıların daha ciddi olarak algıladıkları durumlarda tedavi uyumlarının daha iyi olduğu görüldü. Tedavi uyumsuzluğunun doğurabileceği olumsuz sonuçlardan kaynaklı korkunun uyumda pozitif yönde etkili olduğu gözlemlendi.

*“[İlaçlarımı] düzgün alıyorum. Ben o sene kalp krizi geçirdim, birkaç sene ameliyat olmadım. ... Doktor dedi ki ilaçlarını kullandığı için, hani saatine uyuyor dedi... Dedi ki iki tane ufak damar kendilerinden yol vermiş dedi. İlaçlarınızı düzgün aldığınız için bu böyle dedi...” D8*

*“Tabi ki [düzgün bir şekilde alıyorum]. Sabah 9’da alıyorum öğlen 12’de alıyorum, 4’te alıyorum, bir de gece 9’da yatmadan önce alıyorum. Yani alıyorum. Mutlaka... Ben onlarsız... Bilmiyorum... Yapamam herhalde.” D1*

*“... ben düzenli kullanırım [ilaçlarımı]. İşten gelirim mesela saat 8’de hemen uyku ilacımı içerim. Ondan sonra uykuya daldıktan sonra sabahleyin kalkarım erkenden biraz bir şeyler atıştırırım hemen sakinleştirici bir ilacım var onu içerim. Kahvaltı yaptıktan sonra öbür ilacımı içerim. Düzenli içerim... Korkuyorum. Diyorum tek başımayım, burada bana bir şey olursa kimse bana bakmaz, ondan korkuyorum.” D4*

Katılımcıların tedavilerine uyum sağlamadığı durumların çoğunun ilaçların yan etkilerinden kaynaklandığı görüldü. Ayrıca, ilaç kullanmanın genel anlamda insan sağlığı için iyi olmadığına dair bir bilgileri veya inanışları olduğu; ve bundan dolayı tedavi uyumsuzluklarının yaşandığı görüldü.

*“Belli bir süre, 3-4 yıl ilaç aldım. Ama baktım ki baya kilo aldım, ondan sonra dedim hayır bu ilaçları kullanmak istemem, çünkü bu artık ağrılarım oluyor. Her 100 gram benim için... Çünkü rahatsız ediyor.” D7*

*“Ya bir ara şeyde okudum, aslında doktorlar da söylemişlerdi bana, ama sen almak zorundasın demişlerdi. Onlarda mideyi de şey ediyor, nasıl söyleyeyim, bir etkisini okudum da... İşin açıkçası biraz da ben ilaca karşı şeyim, böyle kötüyüm, kullanmak istemiyorum; ya da unutuyorum; ya da böyle şey kullanmak istemediğim için herhalde unutuyorum.”*

*Kullanmak istemiyorum. Yani ilaçtır, sonuçta bir taraftan iyileştiriyorsa bir taraftan da götürüyordur.” D6*

*Ben asla düzenli ilaç kullanmadım... Kullandığım ilaç bende yan etki oluşturuyor diye oluşuyor kafamda. Yani mesela o ilacı alırken benim midem bulanıyorsa ben o ilaca bağıyorum; ve midem sürekli bulanmaya devam ediyor. Başım ağrıyorsa mesela o ilaca bağıyorum ve kullanamıyorum, kopuyorum o ilaçtan.” D11*

Katılımcıların özellikle psikiyatrik ilaçları alma konusunda endişe ve korkularının olduğu; ve genelde bu tedavilere uyma konusunda sorun yaşandığı görüldü. Katılımcıların önemli bir çoğunluğunda psikiyatrik bir hastalığın bulunması, bu konuyu daha da önemli kılmaktadır.

*“Bence depresyon ilaçları beni mahvetti. Bütün vücudumu... Midem gitti, bağırsaklarım gitti, yani başka şeyler yaptı bana.” D1*

*“Aslında uyku ilaçları var. Ama o ilaçları da eşimin abisi vefat ettiğinden beri bazen alıyorum. Bazen de aldığım zaman bir korku salıyor. Bilemiyorum. Alırsam bir daha geri uyanamayabilirim diye. Bilmiyorum, psikolojik herhalde.” D12*

*“Her gün [başım] ağrımaya başlamıştı. Yani her gün ağrıyla uyanıyordum. Haftada 1-2 gün olan ağrı [hergün olmuştu]. O ilacın da yapacağı söylendi, sonra tekrar başladım, tekrar bıraktım. Diyorum ya bunu ben de yapıyor olabilirim. Çünkü özellikle antidepresansa... Kafamda sürekli antidepresanlara karşı şeylerim [önyargılarım] var. Bir şey yapacak diye düşünüyorum. Ağır ilaçlar, bir şey yapacak diyorum. Bir yandan da felsefik olarak ilaç ne yapabilir düşüncem de var. Yani gerçekliğim var, ben varım, ilaç neyi değiştirecek, ben değişmeyeceğim, şartlarım değişmeyecek. O konuda çok kullanmak istemiyorum.” D11*

Öte yandan katılımcıların, almak istemedikleri bir ilacı bırakmak veya değiştirmek için doktorlarıyla konuşabildikleri ve genellikle tedavi kararlarına kendilerinin de katıldığı görüldü.

*“Ha burada şey Defimbral diye bir hap var... Geçen ben doktora gittim, dedim siz bunu koyuyorsunuz, ben alıyorum bana faydası olmuyor. Dedim boşu boşuna ben bunu alıyorum. Biraz da şimdi kendi kendime doktorluk yapıyorum. Dedim ben bunu istemiyorum dedim, faydası bana olmayan ilacı niye alacağım. Sonra onu çıkarttılar.” D2*

Bazen de hastaların kendilerinde bir yan etki oluşturan ya da fayda sağlamayan bir ilacı kendi kendine bıraktığı, dozunu veya kullanma programını değiştirdiği; fakat genellikle bunu sonradan doktorlarına bildirdikleri görüldü.

*“Bu 6 aydır hiçbir şey almıyorum... Çünkü bu ilaçların hiçbiri beni iyi etmiyor, ama kötüye götürüyor. 21 yıldır [ilaç] kullanıyordum, bu 6 ay önceye kadar. Artık buraya kadar dedim. Artık doldu taşı. Yeter dedim. [İlacı almayınca] daha iyiyim. Midem bağırsaklarım... Kendimdeyim, zindeyim... Ağrılarım var... Aynı, değişen bir şey yok. Ama ben insan olduğumu farkediyorum. Benim ben olduğumu farkediyorum. Yani daha nasıl diyeyim ayağım yeri tutabiliyor.” D7*

*“Aslında ameliyat yüzünden aldığım ilaçlar biraz böyle... Tamamen uyuşturucu olan ilaçlardı, onu alıyordum. Çok ağrılarım oluyordu o süre içerisinde. Damla dahil, iğne dahil, morfin vuruluncaya kadar... Ama şimdi genel süreçte ben kendim daha kontrole gitmeden önce ilaçları düşürdüm. Çünkü kolumun ağrıları baya bir azaldı. Biraz öğrendim [ilaçlarımı kendim ayarlamayı]. Mesela vücut, mesela gece yatarken zorlanıyorum, yartarken aldığım ilacı alıyorum, onu da azaltarak. Bir şey alıyorum bu huzursuz bacak sendromu için, aldığım sürekli bir ilaç var onu alıyorum. Bir de sabah yerimden kalktığımda alıyorum. Zaten bunu normalde de genelde alıyorum. Böbreklerimi falan mahvetmek istemiyorum. Yani sürekli ağrı kesiciler de çok faydalı değil. ... Ama doktora gittiğimde söyledim yani hangi ilaçlarımı bıraktığımı filan, kolum için.” D9*

*“[Depresyon ilacını] bazen alıyorum. Kendimi iyi hissedersen almıyorum, hissetmezsem alıyorum.” D12*

Katılımcılar, tedaviye uyum konusunda sosyal çevrelerinin desteğinden bahsetti. Ayrıca, çok ilaç kullandığı için takip etmekte zorlandığını söyleyen bir katılımcı, bu konuda eczacısının hazırladığı, ilaç alma saatlerini gösteren çizelgenin çok faydalı olduğunu dile getirdi.

“Yok, alıyorum [ilaçlarımı]. Aalmasam eşim bana ilaçları aldın mı [diye soruyor]... Sizi almaya gelmeden önce ben öğleninkini almamıştım. Bugünün ilaçlarını almadın mı [diye sordu]. Hayır, aldım canım dedim, öğleninkini de şimdi alacağım, biraz gecikti kusura bakma dedim. Çok destek oluyor. İçmesem de eşim bana içiriyor.” D2

“Eczacıım ilaçlarımı hazırlıyor. Haftalık hazırlıyor. Buraya kadar [çizelgeyi gösteriyor]... Tarihleri yazıyor. Arkada da isimleri var. Bunların biri kalp ritmi için, tansiyon için, bu hormon (tiroid) için, panik atak için... Ha ilk önce böyle şey yapmazdan önce [eczacı çizelge yapmadan önce] paketlerde kutularda veriyorlardı karıştırıyordum. Bir tanesini alıyordum, acaba aldım mı?... Tekrar... İki defa aldığım oluyordu. Ama şimdi böyle olduğu vakit... Şu saatte şunu alacağım, bu saatte bunu alacağım. İlaçlardan sorunum yok.” D3

Katılımcıların, genel olarak kronik hastalıklarının tedavi edil(e)memesinden ve sürekli ilaç kullanmaktan şikayetçi oldukları görüldü. Kronik hastalıklarındaki bu süreğenliğin kendilerinde endişe, korku, ümitsizlik ve öfke gibi duygulara neden olduğu görüldü.

*“Sonuna kadar gittim, yapılacak birşey yoktu. Benim şimdi kendim kendimin doktoru olmam gerekiyor... Çünkü doktorların bana bir faydası olmadı. Tedavilerden bugüne kadar bana [bir faydası olmadı]. Tabi hep diyorum... Allah eksikliklerini hiç vermesin, hastanelerin olsun, doktorların, Allah başımızdan eksik etmesin. Tabi onlar olmazsa olmaz. Ama şöyle, benim ağrılarım ya da rahatsızlıklarım bir çözüm olduğu için... Yani sonuna kadar gittim. Bütün tedavilerimi yaptım, [doktorların] istediklerini yerine getirmeye çalıştım ama sonuçta hep aynı yere döndüm... Sıfırdan başlarsak ta sonuna 100'e kadar gittim, 100'den geri sıfıra döndüm. Hep öyle oldu. D7*

*“Birisine 12 sene gittim. İlk ev doktorumuza, zaten ordan doktor hiç şey yapmadı yani, hep ilaç ilaç ilaç, bu kadar değildi benim ilaçlarım. Günde ben 30 tane ilaç aldığımı bilirim o vakitler.” D3*

*“[Sağlık hizmetlerinde] düzeltilmesi gerektiğini düşündüğüm taraflar hani diyorum ileriye dönük acaba daha mı kötü olurum. Böyle ilaçları ne zamana kadar içeceğim. Bu ilaçlar beni daha mı kötü yapar. O biraz soru işareti kafamda.” D1*

Katılımcılar ayrıca kronik hastalıklarının günlük yaşamlarında; çalışma ve sosyal hayatlarında önemli kısıtlılıklar oluşturduğundan bahsetti.

*“Ben bir cam fabrikasında cam işi yaptım 2 yıl. Başka da temizlik işlerine gittim. Sonra bu rahatsızlıklarım yüzünden bıraktım. Çünkü yapamadım” D7*

*“[Hastalığım] tabi, bir sınırlama yaratıyor. Mesela ben işte neredeyse 10 yıl falan hep yılda iki defa hastaneye düşerim. Böyle ayaklarım mosmor olurdu filan. Yani o etkiliyordu hayatımı. Yani 10-15 gün hastanelerde kalıyordum. Hem işte psikolojik olarak, moral olarak çok kötü oluyorsun, sağlığın kötü, bir sürü ilaç kullanmak zorunda kalıyorsun, tabi ki etkiliyor. Mesela benim hani diyelim ki günlük bir yere gittiğimde çok rahat oturamıyorum. Sürekli ayağımı biraz uzatmak zorundayım. E bu da beni rahatsız ediyor. Çünkü hem karşıdakilere bir saygısızlık oluyor, yani ayaklarımı öyle sabit oturduğumda şişiyor ayaklarım. Yani benim hayatımı etkiliyor tabi. Bir de sen sürekli mesela sabahleyin daha yatağındasın, eldiven takıyorsun eline ve bu çorapları giyiyorsun. Yani ben artık kendime moral veriyorum onun için, sen bununla yaşamak zorundasın, yoksa kafana takarsan çok kötü olur.” D6*

*“[Günlük hayatımı] etkiliyor. Aslında ben şu an yaklaşık bir aydır tekrar kortizon aldığım için bu kadar iyi görünüyorum, daha dinamik görünüyorum. Bir ay öncesinde beni görseydiniz bu merdiveni çıktıktan sonra 70 yaşındaki nine gibi oluyordum. Yani gerçekten hiç halim yoktu hiç birşey yapamıyordum. Hatta o yüzden biz hemen nasıl*

*yapacağımızı, günlük ev işleri, çocuklarla ilgilenme, hepsini nasıl ayarlamamız gerektiğini araştırdık, hala da bir araştırma içerisindeyiz, uzun vadede ne olacağını bilmediğimiz için.” D10*

Öte yandan katılımcılar, kronik hastalıkları nedeniyle günlük yaşamlarında zorlandıkları işleri yapmaları için devlet tarafından kendilerine evde bakım için hemşire, temizlikçi gibi yardımcı personel gönderildiğini bildirdiler. Ayrıca sosyal çevrelerinin desteğinden bahsettiler.

*“Kazadan sonra] bir sene boyunca hiç yürüyemedim. Kanepeye oturup kalkamıyordum. Tekerlekli sandalye kullandım. Bir sene boyunca ben duş yapamadım. İki tane hemşire eve geliyordu, onlar böyle tutunuyordu. Tutup da lavoboya kadar [gidiyordum]. Küvetin içine zaten giremiyordum. Çünkü ayağımı kaldırıp içine koymam gerekiyordu. Ki mesafe çok yüksek değil ama ben içine giremiyordum. Bunlar gelip sadece lifle ya da sabunla sürüyorlardı. Ondan sonra tekrar havluyla kurutuyorlardı. Yani benim duşum bir sene boyunca o şekildeydi. Saçımı eşim bazen yıkıyordu. Gene onu da lavobonun içine başımı eğiyordum. Akşam yemeğini de işte baba [eşi] geldiği zaman böyle sandviç gibi bir şeyler yapıyordu.” D12*

*“Şimdi bu eve gelen de öyle [çok iyi]. Mesela giydirir çoraplarımı, ayakta duruyorlar, bir şey lazım mı, bir şey yapayım mı... Kremimi sürüyorlar ağrıyan yere. ... Mesela benim için en zorlayıcı şeylerden biri çamaşır inip çıkması, o bana çok zor. Onu da işte veriyorlar [yardımcı personel]. Gelip gidip ütülüyorlar. En zoru odur. Yani ev işini yapıyorum. Yalnız o çamaşırın inip çıkması [bana zor geliyor]”. D8*

Katılımcıların sağlıkları ile ilgili bilgi almaya istekli oldukları ve bu bilgileri çeşitli kaynaklardan araştırdıkları görüldü. Bunlar arasında televizyon (özellikle Türk kanalları) ve internet olduğu gözlemlendi. Fakat hem televizyonda hem internette birbirleriyle çelişen bilgilerin olduğu ve ne yapacakları konusunda kafalarının karıştığı dile getirildi. Ayrıca, katılımcıların özellikle Türk'lere ait dernek ve vakıf gibi birliklerde sağlıkla ilgili programlara, söyleşilere katıldığı ve buralardan sağlık bilgisialdığı görüldü.



*“... doktorları dinlerim televizyonda, internete bakarım. Bir yerde bir şey oluyorsa hemen gidip öğreniyorum. Dernekte... Mesela böyle sizin gibi insanları derneğe getiriyorlar. Telefon ediyorlar işte ... hanım bugün doktor filan, filan terapist gelip konuşacak. Gidip onları dinliyorum. Hangi şeyler iyi gelir falan. Yani öğrenmek istiyorum tabi ki.” D1*

*“... ya hangisine uyacağımı bilmiyorum o zaman. Ne bileyim... Diyorum bana ne iyi gelirse kendim yapmak isterim. Tamam, doktorların şeyine şey ediyorum ama bakıyorum hepsi ayrı ayrı şeyler söylüyor... Bir tanesi diyor şunu ye bir tanesi diyor bunu ye.” D4*

*“Örneğin kolesterol bilmiyorum Türkiyedeki doktorları dinliyorum da diyor ki kolesterol diye bir şey yok. Ama hap kullanıyorum. Televizyondan veya internetten [Türkiye’den] doktor sayfalarına bakarım. İnternetten bakıyorum. Google, oraya giriyorum, oradan bakıyorum. Ha eşim dese şuram ağrıyor dese hemen tak oradan bakıyorum bitkisel olarak ne yapabilirim, hangi çaylar... Ha ilaçları kesinlikle şey yapmıyorum. Kendim için de hemen tak tak oradan bakıyorum.” D3*

Katılımcılar, kronik hastalığı olanların gerekli tedavi ve diğer yardımlarla yaşam kalitelerinin artırılması, böylece daha üretken olmalarının sağlanması gerektiğini ve böyle bir beklentileri olduğunu dile getirdiler.

*“[Kronik hastalığı olanlar için] önemli olan bence hani ülkelerin bu kronik hastaları tespit edip hani onların yaşam standartlarını ne kadar kalitelileştirirlerse o kadar onların yaşamları iyi olur. Mesela ben doktora şey söyledim eğer ortopedik ayakkabı verilirse benim yaşam kalitem daha artar, yani benim için daha iyi olur. Sadece bu lenfödem için değil, bir sürü kronik hastalık var. Bunlar eğer tespit edilirse yani ülkeler devletler bunların yaşam standartını biraz daha yükseltirse, yaşam kaliteleri artarsa bunların da yaşamda yapacakları daha kaliteli şeyler olur. Mesela ben bir ayağımı düşüneneğime, hani mesela ayağımın ağrısını değil de farklı bir iş alanında, yaşamın her alanında daha fazla katkım olur. Daha katkı sunarım. Bu her alanda böyledir.*

*Kronik hastalığı olanlara bence ayrı bir şey sergilenmeli, ayrı önem verilmeli, ayrı bir yaklaşım gösterilmeli, onların yaşam standartını rahat edebilecekleri bir standart olsun ki mesela okuduğu zaman da yazdığı zaman da bir işte çalıştığı zaman da kendini oraya verbilsin. Onun için bence çok önemlidir.” D6*



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimlerini, sağlık hizmeti kullanım davranışlarını, sağlık ihtiyaçlarını ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörleri ortaya çıkarmayı amaçladık.

Bu amaca ulaşmak için kullandığımız yöntemler bize derinlemesine ve kapsamlı bilgi elde etme fırsatı sağladı. Görüşmelerin derinlemesine olması, Türkçe dilinde ve bir kadın görüşmeci tarafından yapılmış olması, katılımcıların fikirlerini ve deneyimlerini daha rahat aktarmasını sağladı. Ayrıca katılımcıların maksimum varyasyon stratejisiyle seçilmiş olması, farklı hastalık ve özelliklere sahip insanların deneyimlerini inceleme fırsatı sağladı ve daha kapsamlı bilgi sundu. Buna ek olarak, görüşme rehberinin kapsam ve derinlik açısından esnek olması, görüşmecilere, rehberde yer alan konuların ötesine geçme fırsatı sağladı ve rehberle bağlı kalma sınırlılığından kurtardı. Benzer şekilde analizde hem önceden belirlenmiş kod listesinin kullanılması hem de yeni kodlara açık olması, Levesque ve ark.’nın sağlık hizmetlerine erişim modelinin ötesine geçme fırsatı sağladı.

Çalışmamızda, sağlık hizmetlerine erişim basamakları incelenirken ortaya çıkan durumların bir kısmının kronik hastalığı olan herkeste görülebildiği; bir kısmının bütün göçmenlerde görülebildiği; bir kısmının ise özellikle Türkiyeli göçmenlerde ve daha özelden de Türkiyeli göçmen kadınlarda görüldüğü tespit edildi. Biz bu çalışmanın tartışmasında, özellikle “Türkiyeli göçmen kadınlar”ın karşılaştıkları durumlara odaklandık. Dolayısıyla, İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların, İsviçre’de sağlık hizmetlerine erişirken hangi basamakta hangi zorlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörlerle karşılaştıkları ve karşılaştıkları engelleri hangi kaynakları kullanarak aşmaya çalıştıklarını değerlendirdik.

Göçmenlerin, geldikleri ülkedeki yerli popülasyona göre, hem sağlık çıktıları açısından hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından dezavantajlı olduğu genel olarak kabul edilmekte ve birçok çalışmada gösterilmektedir (58-

60). Fakat birçok çalışma, bu durumu sadece dil ve kültürdeki farklılığa bağlamaktadır. Bu çalışmada göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde dil ve kültür dışında da birçok faktörün etkili olduğunu ortaya çıkardık. Burada, İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen ana temalar tartışılmıştır.

### *Kronik hastalık algısı*

Kronik hastalık algısının, özellikle sağlık hizmetini *kullanım öncesi* alanında (sağlık hizmeti ihtiyaç algısını etkileyerek); ve sağlık hizmetini *kullanım sonrası* alanında (tedavi uyumunu etkileyerek) etkili olduğu görüldü.

Kronik hastalıklar konusunda “algılanan ciddiyet”in sağlık hizmeti arama davranışlarını etkilediği görülmektedir. Bazı katılımcılarımız, kronik hastalıklarına alıştıklarını ve bazen onları birer hastalık olarak görmediklerini, ancak ciddi durumlarda sağlık hizmetlerine başvurma ihtiyacı duyduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar, hastalıklarının ciddiyetini, tanıdıkları kişilerdeki durumla karşılaştırıp eğer onlarda ciddi sonuçları olduysa kendileri de sağlık hizmeti arama ihtiyacı hissetmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da buna benzer olarak, birçok etnik grubun sağlık sorunlarını önce kendi kendilerine veya aile ve arkadaş çevreleri ile çözmeye çalıştığı, ancak bir çözüm bulunamadığında veya durumlarında ciddi bir kötüleşme olduğunda sağlık hizmetlerine başvurduğu görülmektedir (61, 62). Bunlara ek olarak, Türkiyeli göçmen kadınlarda bazen ailevi ihtiyaçların, bireysel ihtiyaçların önüne geçtiği ve bunun sağlık hizmeti arama davranışlarını değiştirdiği görülmektedir. Örneğin, birçok Batı toplumunda, bireysel sağlık ihtiyaçları daha fazla önemsenmekte iken ailevi ve toplumsal ihtiyaçlar ikinci plandadır (62); fakat bazı toplumlarda ise (katılımcılarımızda olduğu gibi) bazen ailevi ihtiyaçların bireysel ihtiyaçların önüne geçebildiği görülmektedir (60). Nitekim bazı katılımcılarımız eşleri ve çocukları için kendi sağlıklarını gözardı edebilmişlerdir.

Sağlık hizmetini kullanım sonrası alanında ise kronik hastalık algısı daha çok tedavilerin etkisizliği, tedavilerin sürekliliği veya bunlara bağlı duyulan endişe ve hastalıktan/hasta olmaktan yorgunluk olarak ortaya

çıkılmaktadır. Hastalar sürekli ilaç kullanmanın kendi bedenlerinde bir sorunu düzeltirken başka bir soruna yol açtığını düşünmektedirler. Özellikle psikiyatrik ilaçların yan etkilerinden korkmaktadırlar. Dolayısıyla bu yan etkileri azaltmak için bazen tedavilerini aksatmakta ve bir katılımcımızın dile getirdiği gibi bazen “kendi kendilerine doktorluk” yapmaktadırlar. Ayrıca, hastalıklarının günlük yaşantılarını olumsuz etkilediğinden; hastalığın ileride ağırlaşp kendilerini başkalarına muhtaç pozisyona sokmasından korkmaktadırlar. Kronik hastalıkların tedavi edilememesinden ve ilaçların yan etkilerinden yakınmalar sadece göçmenlere has bir durum değilken; başkalarına muhtaç olmaktan korkma özellikle göçmenleri daha çok endişelendiriyor olabilir. Almanya’da yapılan bir çalışmada Türkiye kökenli bireylerin Alman’lara göre kalp yetmezliğine bağlı özerkliklerini kaybetmekten, dolayısıyla başkalarına muhtaç olmaktan daha fazla korktukları görülmektedir (63).

### *Dil*

Dil becerisi, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen ana faktörlerden biri olarak gözükmektedir. Dil bilmemek, daha çok *sağlık hizmetini kullanım alanında*, öncelikle hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişimi bozduğu için önemli bir engel olmaktadır (62). İnsanların anadilleri dışındaki bir dilde sağlık çalışanlarıyla iletişime geçmesi kendi başına ayrımcılığa yol açmakta ve hastaların şikayetlerini ve özellikle duygularını ifade etmede zorlanmalarına ve sağlık çalışanlarına soru sormaktan çekinmelerine neden olmaktadır (64-66). Kötü dil becerileri ayrıca hastalarda özgüven kaybına neden olmakta ve çoğunlukla zaten stresli olan doktor görüşmelerini daha da stresli hale getirmektedir (62). Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki bariyer, özellikle hastaların bypass edildiği, yani bir tercüman varlığında daha da artmaktadır (66). Katılımcılarımızın da belirttiği gibi hasta-sağlık çalışanı arasında üçüncü bir kişinin olması bilgi kaybına neden olmaktadır. Bu durum, tercümanlık hizmetleri için aile bireylerinin kullanıldığı durumlarda daha da artmaktadır (66). Çünkü bu kişiler de genellikle hasta ve doktorların mesajlarını karşı tarafa doğru şekilde iletecek beceriye sahip değildir (67). Profesyonel tercümanların kullanıldığı durumlarda ise iletişimin kalitesi biraz yükselmektedir (62). İsviçre

hükümeti özellikle büyük hastanelerde profesyonel tercümanlık hizmeti vermektedir (38). Fakat yapılan çalışmalar, profesyonel tercümanların varlığında da bilgi kaybının olabildiğini ve hastaların tercümanın doğru yapıldığına dair şüphelerinin olduğu görülmektedir (62). Bu şüpheler de hastaların doktorlara mahrem bilgilerini vermede çekincelere yol açtığı görülmektedir (68). Sonuç olarak, hasta-sağlık çalışanı arasındaki dil engeli, doktorların hastaların hikayelerini yeterli ve doğru bir şekilde alamamasına (62); hastaların sağlıkları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgiyi alamamasına ve dolayısıyla tedavilere uymamasına neden olmaktadır (69).

### *Hasta-doktor ilişkisi*

Hasta doktor ilişkisinin, sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir yer tuttuğu; ve etkisini özellikle sağlık hizmetini kullanım sonrası alanında, tedavi uyumunda gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hasta doktor ilişkisi, kompleks özelliklere sahip bir ilişki biçimidir (70). Bazı hastaların, kendileri ile ilgili sağlık kararlarına katılmak istediği görülürken; bazı hastaların, sağlık kararlarını tamamen doktorlarına bıraktığı ataerkil (paternalistic) ilişkiyi tercih ettiği görülmektedir (71-73). Türkiye'deki hasta doktor ilişkisini daha çok ataerkil olarak tarifleyen katılımcılar, İsviçre'de doktorlarla hastalar arasında hiyerarşik bir ilişkinin olmadığını, hastalarla doktorların aynı seviyede olduğunu belirttiler. İsviçre'de doktorların (ve diğer sağlık çalışanlarının), kendilerini (hastaları) birer "birey" olarak gördüklerini ve bundan memnuniyet duyduklarını belirttiler.

Modern tıp pratiğinde, geleneksel olarak süregelen ataerkil paradigmanın artık yıkılmaya başladığı; ve bu model yerine, sağlık kararlarına hastaların katıldığı, hastaların mevcut en iyi kanıtlarla bilgilendirildiği, bireysel kar-zarar hesabının yapıldığı ve hastaların inanç ve taleplerinin dikkate alındığı "paylaşımli karar alma" modelinin önerildiği ve yavaş yavaş bu modele geçildiği görülmektedir (74-77). Yapılan çalışmalar, hastaların kendileri ile ilgili sağlık kararlarına aktif olarak katıldığı ve kendilerinin birer "birey" olarak görüldüğü durumlarda, hasta memnuniyetinin ve tedavi uyumunun arttığı; ve sonunda daha olumlu sağlık sonuçlarının ortaya çıktığı görülmektedir (71, 78-80). Dolayısıyla, katılımcılarımız için hasta doktor ilişkisinde önemli bir yer

edinen “dil” engeli nedeniyle Türk doktorların tercih edildiği görülürken; hasta doktor ilişkisi nedeniyle de bazı katılımcıların İsviçreli doktor tercih etmesine sebep olduğu görülmektedir.

### *Toplumsal cinsiyet rolleri*

Toplumsal cinsiyet rollerinin özellikle sağlık hizmetleri kullanım öncesi alanında etkili olduğu görülmüştür. İsviçre’ye göç eden Türkiyeli göçmen kadınların, Türkiye’deki toplumsal cinsiyet rollerinden önemli ölçüde çıktığı, İsviçre’de kendilerini daha bağımsız hissettiği ve buna ek olarak İsviçre’nin de onlara güvenli bir ortam sağladığı; böylece sağlık hizmeti arama ve ulaşmada daha rahat oldukları görüldü. Türkiye’de yapılan çalışmalar, bazı kadınların sadece ciddi sağlık sorunları için ve bir erkek eşliğinde doktora başvurabileceğini gösterirken (45), katılımcılar İsviçre’de tek başlarına ve istedikleri zaman sağlık hizmetlerine başvurduklarını bildirdiler. Daha önce yapılan çalışmalarda, güvensiz yaşam çevresinin, örneğin gecekondu mahalleleri, yasadışı durumların yaşandığı bölgelerin, sağlık hizmetlerine erişimde, özellikle kadınlar için, için bir engel olduğu görülmektedir (62). Örneğin sağlık merkezlerinin bu gibi bölgelerde yer alması, bu merkezlere başvuru oranını ciddi şekilde etkileyebilmektedir (62, 81). Bu bağlamda, dünyada suç oranının ve cinsiyet eşitsizliğinin en düşük olduğu ülkelerden biri olan İsviçre’deki güvenli ortamın (82), kadınların sağlık hizmetlerine erişimini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Öte yandan, ayrımcı cinsiyet rollerinin bir dereceye kadar İsviçre’de de devam ettiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bu durumlardan biri, kadınların kendilerini eşleri ve çocuklarına adamışlığı nedeniyle sağlık hizmetlerini aramaktan vazgeçmesi veya ertelemesi şeklinde gözükmektedir. Kadınların, eşleri ve çocukları için veya ailelerini bir arada tutmak için, kendi sağlıklarından vazgeçebildiği görülmektedir (83). Bizim çalışmamızda bunun pratikteki çıktısı, kadınların sağlık hizmetlerine başvuru zamanlarını ev işleri ve yemek yapma saatleri dışında ayarlamaya çalışması; ve kendi sağlığı ve bakımına zaman ayırmaması olarak gözükmektedir. Toplumsal cinsiyet rollerinin göçmenlikle

de birleşmesiyle, sağlık hizmetlerine erişimde hayati öneme sahip olan dil öğrenme kadınlarda gecikebilmektedir.

### *Damgalama ve ayrımcılık*

Damgalama ve ayrımcılığın daha çok *sağlık hizmetlerini kullanım alanında* gerçekleştiği; ancak etkilerinin daha çok *sağlık hizmetlerini kullanım öncesi alanında* (sağlık çalışanı tercihini değiştirerek) ve *kullanım sonrası alanında* (tedavi uyumunu etkileyerek) ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının göçmenleri damgalaması ve buna bağlı ayrımcılığın temel olarak üç şekilde olduğu gözlemlendi: 1) göçmenlerdeki birçok sağlık sorununu yurt özlemi ve göçmenlikle ilişkilendirme ve psikiyatrik bozukluk olarak algılama; 2) göçmenlerin sağlık bilgisini anlama/kavrama yetisinin düşük olduğuna dair inanış; 3) Türkiyeli göçmenlerin malulen emekli olmak istediğine dair inanış.

Sağlık çalışanlarında, göçmenlerin çoğunun psikiyatrik hastalıklara sahip olduğuna dair inanış ve damgalama, göçmenlerin sağlık hizmeti aramamasına sebep olabilmekte ya da doktor tercihi yaparken bu sağlık çalışanlarını seçmemesine neden olabilmektedir. Katılımcılarımız bazı kronik hastalıklarının ortaya çıkmasını yurt özlemi ve göçmenlik süreciyle ilişkilendirmekteydi. Post-travmatik stres bozukluğunun bir türevi olarak da kabul edilen ve fiziksel ve ruhsal bozukluklarla seyreden yurt özleminin (homesickness) (84), başka ülkelerde ve başka göçmen topluluklarında da ortaya çıktığı görülmektedir (85, 86). Göçmenliğin psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığına ilişkin birçok kanıt bulunması nedeniyle (87), sağlık çalışanlarında, göçmenlerde psikiyatrik bozukluk olduğuna dair algılanan risk artmış olabilmektedir (88). Bu nedenle göçmenleri psikiyatri servislere sevk etme ya da onlara psikiyatrik bozukluk tanısı koyma oranı artmaktadır (62). Fakat bu inanış ve damgalama, göçmenlerin gerçek hastalıklarının tanısının konmasında ve dolayısıyla tedavilerinin başlanmasında gecikmelere yol açmaktadır. Ayrıca, bu bireylerin ihtiyaçları olmadığı durumlarda da psikiyatristlere yönlendirilmeleri nedeniyle psikiyatri servisini gereğinden fazla kullanmalarına neden olmaktadır (62).



Damgalama ve ayrımcılık ile ilgili ikinci konu, göçmenlerin sağlık bilgisini anlama/kavrama yetisinin düşük olduğuna dair inanıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının, genellikle göçmenlerin dil problemleri nedeniyle, ama bazen de entellektüel kapasitelerinin yeterli olmadığına dair önyargıları nedeniyle, göçmenlere sağlıkları ile ilgili yeterli bilgi vermediği bildirilmiştir. Bu da, göçmenlerin tıbbi işlemleri yapma konusunda karar almalarını güçleştirmekte veya geciktirmekte; ve tedavi uyumlarını bozmaktadır. İsviçreli sağlık çalışanlarının sadece kendilerine sorulunca bilgi verdiklerine dair genel bir şikayet varken buna göçmenlerde anlama yetisinin düşük olduğuna dair inanış ve göçmenlerin doktora soru sorma konusundaki çekinceleri de eklenince bilgilendirilme konusu daha da zor ve karmaşık hale gelmektedir. Bilgilendirme konusunda doktorların çekingen davranmasının bir sebebi de, sağlık çalışanlarının, kültürlerini iyi bilmediği göçmenlere karşı istemeden incitici bir davranışta bulunması ve ırkçılıkla itham edilmekten korkması olabilmektedir (89, 90).

Damgalama ve ayrımcılığın bir diğer şekli, sağlık çalışanlarında, göçmenlerin malulen emekli olmaya çalıştığına dair bir inanışın olmasıdır. Hem İsviçre’de hem de Avrupanın çeşitli ülkelerinde, göçmenlerin, yerli halktan daha fazla iş kazası geçirdiği yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (91, 92). Göçmenlerde daha fazla iş kazası olmasının nedenleri yeterince çalışılmamış olsa da, bunun sebebinin, tehlikeli işlerde göçmenlerin daha fazla çalışması; göçmenlerin güvenlik önlemleri ile ilgili yeterli bir şekilde eğitilmemiş olması; dil problemleri; ve yeni bir ortama adaptasyonun oluşturduğu stres olarak tahmin edilmektedir (91, 93). Göçmenlerin daha fazla iş kazası geçirmesi nedeniyle, göçmenlerin daha fazla engelli duruma düşmesi, daha fazla hastalık izni kullanması ve daha erken emekli olması beklenen bir durumdur (91). Örneğin İsveç’in Malmö kentinde yapılan bir çalışmada, yaşa göre düzeltildiğinde, İsveçli kadınlar yılda ortalama 25 gün hastalık izni alırken Türkiyeli kadınlar ortalama 64 gün almıştır (94). Dolayısıyla, sağlıklı ve güçlü olma nedeniyle göçün ilk dönemlerinde “sağlıklı göçmen etkisi”nden bahsedilirken, bir süre sonra engellilik durumlarıyla başa çıkmaya çalışan “yorgun göçmen etkisi”nden bahsedilmektedir (95). Nitekim çalışmamızda da

malulen emeklilik oranı oldukça yüksektir (%58). Bu bulgular ve bilgiler eşliğinde, göçmenlerin malulen emeklilik için doktora başvurmaları beklenen bir durum olabilir ve bunun sağlık çalışanları tarafından fark edilmiş olması muhtemeldir. Bu durumun bazı göçmenler tarafından suistimal edildiği, yani bazı göçmenlerin, çeşitli sebeplerle emekli olmaya çalıştığı düşünülse bile (çalışmamızda bazı katılımcılar böyle bildirimde bulunmuştur), her hastanın farklı bir birey olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

### *Ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye*

Ekonomik, sosyal ve kültürel sermayenin sağlık hizmetlerine erişimin her basamağında önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınlar için, sosyal sermayenin, ekonomik ve kültürel sermayeden daha etkili olduğu; ve sosyal sermayelerinin öncelikli olarak aile fertleri, daha sonra Türkiyeli arkadaşlar ve yine çoğunlukla Türkiye kökenli dernek ve vakıflar olduğu görülmüştür. Birçok durumda da katılımcıların, sosyal sermayelerini ekonomik ve kültürel sermayeye dönüştürdükleri gözlenmiştir. Katılımcılarımızın, sosyal sermayelerini bazen sağlık bilgisi şeklinde (hangi durumlarda hangi sağlık hizmetlerin kullanılacağı gibi); bazen de dil becerisi şeklinde (bir aile ferdi veya arkadaşın tercümanlık hizmetlerinde kullanılması gibi) kültürel sermayeye dönüştürdüğü görüldü. Ayrıca dernek ve vakıflarda sağlık konularında verilen konferanslara katılım şeklinde yine sosyal sermayeleri yardımıyla sağlık bilgilerini veya sağlık okuryazarlıklarını geliştirdikleri görüldü. Bunlara ek olarak, katılımcıların sağlık kararları alırken (özellikle ciddi durumlarda) sosyal çevrelerine danışarak; veya sağlık hizmetlerine başvururken kendilerine eşlik etmek için bir arkadaşlarını yanlarına alarak (dolayısıyla sağlık hizmetlerini kullanım motivasyonlarını arttırarak) sosyal sermayelerini doğrudan kullandıkları görüldü. Öte yandan, sosyal sermayenin bazen sigortanın karşılamadığı pahalı bir ilacın alınmasında aileden birinin yardımının alınması şeklinde ekonomik sermayeye dönüştüğü gözlemlendi.

Sağlık hizmetlerine erişirken sosyal sermayenin ekonomik ve kültürel sermayeye dönüşümü sadece göçmenlerde veya belli bir toplulukta görülen

bir durum değilken (16); sosyal sermayenin bu kadar yoğun ve çeşitli alanlarda kullanılması Türkiyeli göçmen kadınlara özgü bir durum olabilir. Bu durumun birkaç açıklaması olabilir. Birincisi, İsviçre'ye göç eden Türkiyeli göçmen kadınların çoğunun düşük bir kültürel sermayeye sahip olması nedeniyle (40), sosyal sermayelerini kültürel sermayeye dönüştürmek zorunda olmaları olabilir. Yani, düşük öğrenim düzeyine sahip olan ve İsviçre resmi dillerinden birini bilmeyerek İsviçre'ye gelen Türkiyeli göçmen kadınlar (40), hem sağlık bilgisi alırken hem sağlık hizmetlerine ulaşırken veya sağlık çalışanlarıyla iletişime geçerken başkasına (genellikle kendisinden önce İsviçre'ye gelen bir aile ferdine) ihtiyaç duymaktadır; buna bir ölçüde mecburdur. İkincisi, İsviçre sağlık sisteminin, göçmenleri ekonomik sermayelerini kullanmalarına muhtaç bırakmaması olabilir. Yani, bütün göçmenlerin geniş kapsamlı bir sigortaya sahip olma hakkının olması (38); birincil ve ikincil sağlık bakımı, anne/gebe bakımı, psikoterapi, önleyici check-up testleri, evde bakım ve rehabilitasyon gibi çoğu sağlık hizmeti ve ilaç ücretlerinin buradan karşılanması; ve tercümanlık hizmetlerinin yine sigorta veya hastaneler tarafından karşılanması (38) nedeniyle göçmenler, ekonomik kaynaklarını kullanmaya önemli ölçüde ihtiyaç duymamaktadırlar. Dolayısıyla, ekonomik yükün büyük oranda devlet tarafından karşılanmış olması, göçmenlerde bu sermayenin rolünü azaltmış olabilir. Öte yandan, Türkiyeli göçmenlerin, kültürel sermayelerini İsviçre'de ekonomik sermayeye dönüştürmekte zorlandıkları görüldü. Türkiye'de iken öğrenim düzeyi düşük olan kişilerin İsviçre'de zaten iş bulmada zorluk yaşadığı veya düşük nitelikli ve dolayısıyla düşük gelirli işlerde çalıştığı görülmektedir. Öğrenim düzeyleri yüksek olanların ise diplomalarını İsviçre'de kullanmakta zorluk çektiği (19, 40) ve dolayısıyla bu kültürel sermayenin de İsviçre'de ekonomik sermayeye dönüşmediği görüldü. Sonuçta düşük ekonomik sermayeye sahip olan Türkiyeli göçmenlerin, devlet tarafından karşılanan birçok hizmete rağmen sağlık hizmetlerine erişirken ekonomik zorluk yaşadıkları görülmektedir.

### *Kalite algısı*

İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların, kalite açısından, İsviçredeki farklı sağlık hizmetleri ile ilgili farklı düşünceleri bulunmaktadır. Genelde yatılı hasta bakımı ve evde bakım kalitesinden büyük bir memnuniyet duyulurken, personel kalitesi ve teknik kalite açısından Türkiye’dekinden bir üstünlüğü olmadığına dair fikirler vardı.

Türkiyeli göçmen kadınların, İsviçre sağlık sisteminin kalitesini genel olarak sağlık hizmetlerinin teknik kalitesinden çok sağlık çalışanlarının kendilerine verdiği değerle ölçtükleri görüldü. Katılımcılar, İsviçre’de sağlık hizmetlerini kullanırken özellikle sağlık çalışanları ile olan iletişimin kalitesine; kendilerinin birer “birey” olarak görülmesine ve bunun kendilerini “değerli” ve “özel” hissettirmesine vurgu yaptılar. Ayrıca, özellikle yataklı servislerde veya ameliyat sonrası bakımda bir refakatçiye ihtiyaç duymamalarına ve yine birer “birey” olarak kendi işlerini yürütebildiklerine vurgu yaptılar. Dolayısıyla İsviçre sağlık hizmetlerinin, insanları başkasına ihtiyaç duymadan, özerk birer birey olarak sağlık hizmetlerini kullanabilmesi kalitenin ölçüsü olarak alındı.

Öte yandan İsviçre sağlık sisteminin gerek nicelik gerek teknik kalite bakımından Avrupa’nın önde gelen sistemlerinden biri olmasına rağmen (9), personel ve teknik kaliteden duyulan memnuniyetsizlik/şüphe ilgi çekicidir. İsviçre, 1000 kişi başına düşen doktor (4.1 doktor) ve hemşire (17.7 hemşire) sayısı ile Avrupa’da nüfus başına en yüksek sağlık personeline sahip ikinci ülkedir ve sağlık personelleri yüksek teorik ve pratik eğitimlerden geçmektedir (9). Ayrıca, İsviçre, diyagnostik teknoloji bakımından, Avrupa’daki en üst düzey ülkelerden biridir (9). Bunlara ek olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin bir ölçütü olan “önlenebilir ölüm (amenable mortality)” oranının İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) ülkeleri arasında İsviçre’de en düşük seviyede olduğu görülmektedir (96). İsviçre’de yapılan toplum tabanlı bir çalışmada da İsviçre toplumunun %60’ından fazlasının sağlık hizmetlerinin kalitesini iyi veya çok iyi olarak nitelediği görülmektedir (97). Bu verilere rağmen duyulan memnuniyetsizliğin, kronik hastalıkların doğası ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Kronik hastalıklarının tedavisizliğinden ve uzun süre ilaç kullanmaktan duyulan yorgunluk ve ümitsizlik nedeniyle, katılımcılarımız sağlık

çalışanlarının bilgi ve becerisini; ve teknik kaliteyi düşük olarak algılamış olabilirler (62). Ayrıca, İsviçre sağlık sistemi, Avrupa'daki birçok ülke gibi, gereksiz tetkik ve gereksiz teknoloji kullanımı konusunda çok dikkatlidir (9). Birçok tanı testi, uygulanmadan önce sağlık sistemi ve sigorta sisteminden birçok kişinin onayından geçmektedir (9). Dolayısıyla doktorlar tetkik isteme konusunda çekingen davranabilmektedirler. Ya da göçmenler sağlık hizmetlerini daha çok kullandığı için, doktorlar üzerinde göçmenler için test istememe şeklinde bir baskı olduğu düşüncesi olabilir. Bu da göçmenler tarafından tanı konma işlemlerinde kalite düşüklüğü olarak algılanabilmiş olabilir. Birçok katılımcımız da bu konuda, daha fazla tetkik yaptıkları için Türkiyeli doktorları tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

### *Zaman*

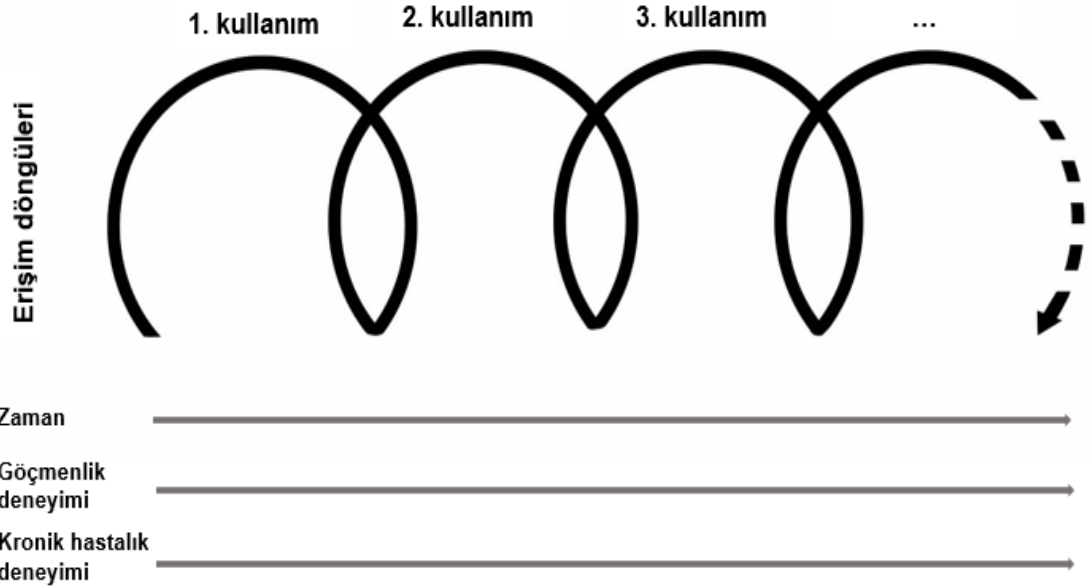
İsviçre'de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınların, kronik hastalıklarla ilgili sağlık hizmetlerine erişiminde, "zaman" kavramının, erişimle ilişkili diğer faktörleri ortak kesen önemli bir değişken olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Zaman kavramının, sağlık hizmetlerine erişimi birkaç şekilde etkilediği görülmektedir.

Birincisi, kronik hastalıkların süreklilik arz etmesi nedeniyle, hastaların zamanla kronik hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi edindiği; hastalıklarını nasıl yöneteceklerini ve sağlık hizmetlerini nasıl kullanacaklarını daha iyi öğrendikleri şeklindedir (98). Yapılan çalışmalar, "uzman hastaların" (99, 100), yani kronik hastalıklarıyla uzun zaman geçiren hastaların zamanla bedenlerini ve bedensel tepkilerini daha iyi anladıkları; ve kronik hastalıklarını nasıl yöneteceklerini daha iyi öğrendikleri görülmektedir (98, 100-102). Ayrıca zamanla, kronik hastalıklarını ve bedenlerini daha iyi anlayan hastaların, hem sağlıklarını yönetmede hem de sağlık çalışanlarıyla etkileşim kurmada kendilerine olan güvenin de arttığı ve bunun da hastalıklarını yönetmede olumlu rol oynadığı görülmektedir (98).

Zaman kavramının göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini etkilediği başka bir şekil ise, zamanla göçmenlerin İsviçre'deki yaşam tarzına ve dolayısıyla sağlık sistemine adaptasyonunun artmasıdır. Daha önce yapılan çalışmalar da göçmenlerin, göçün ilk dönemlerinde sağlık hizmetlerine

erişimde daha dezavantajlı olduğunu göstermektedir (61, 103-105). Yeni gelenlerin, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip olanların, sağlık hizmet kullanımı ile ilgili eğitime en fazla ihtiyaç duyan kişiler olduğu görülmektedir (61, 105). Yeni gelenlerin, sigortaları olsa bile, neredeyse sigortaları olmayanlar kadar sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadıkları görülmektedir (103). Ayrıca, zamanla meydana gelen kültürel etkileşim (acculturation) ve entegrasyonun sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirdiği görülmektedir (60, 105-107). Kültürel etkileşimin, göçmenlerin geleneksel sağlık hizmeti kullanım davranışlarını, Batı kullanım davranışlarına daha fazla yaklaştırdığı ve bunun, göçmenlerin sağlık sistemine entegrasyonunu arttırdığı görülmektedir (108, 109).

Dolayısıyla, bireyler, hem kronik hastalık deneyimleri, hem göçmenlik deneyimleri hem de sağlık sistemi kullanım deneyimleri sayesinde, sağlık hizmetlerine erişim döngülerini tekrarlaya tekrarlaya gelişme kaydetmekte ve kronik hastalıklarını daha iyi yönetmeyi öğrenmektedirler (Şekil 5).



**Şekil 5.** Kronik hastalıklarla ilgili sağlık hizmetlerine erişimin “zaman” ile ilişkisi

Bu çalışmanın amacı kapsamında olmayan, fakat önemli yan çıktılarından biri, Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modelinin modifiye edilip yeni bir modelin yapılmasıydı. Çalışma sırasında, adı geçen modelin kronik hastalıklar açısından sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirmede eksik kaldığı kanaatine vardık. Mevcut model, sağlık hizmetlerine erişimi tek bir olay ve onun tedavisi gibi algılarken kronik hastalık tedavisi süreklilik arz etmekteydi. Birçok kronik hastalığın gerçek bir tedavisinin olmaması, mevcut tedavilerin de süreklilik arz etmesi ve birçok durumda “tedavi”den çok “bakım”ın önemli olması (110, 111) bize yeni bir modelin gerekliliğini gösterdi. Bu nedenle, doğrusal olan model döngüsel bir hale getirildi ve gerekli düzenlemeler yapıldı. Bu model birkaç özelliği bakımından sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirmede faydalı olacaktır. Birincisi, bu model sadece sağlık hizmetlerinin kullanıldığı döneme odaklanmamaktadır; kronik hastalıklar için önemli olan, sağlık hizmetlerinin kullanıldığı zamanın öncesi ve sonrasını da ele almaktadır. İkincisi, Levesque ve ark.'nın modelinde olduğu gibi, yine sağlık hizmetlerine erişimin hem bireysel hem de kurumsal tarafını değerlendirmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimi birbirini takip eden döngüler halinde ele aldığı için erişimin dinamik ve değişen doğasını da değerlendirme fırsatı vermektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerine erişimin değerlendirilmesinde, hem erişimi basamak basamak incelediği için hem de bireysel ve kurumsal boyutlarını ele aldığı için pratikte kullanımı rahat bir modeldir. Bu model, bu konuda hem niteliksel hem niceliksel araştırma yapmak isteyen araştırmacılar için de ayrıca pratik bir rehber niteliği taşımaktadır. Biz bu modeli, çalışmamızın analizinde kullanarak aslında modelin çalışabilirliğini de test etmiş olduk.

### *Çalışmanın sınırlılıkları*

Bu çalışmanın ana sınırlılıklarından biri, sağlık hizmetlerine erişime bireylerin gözüyle bakmış olmasıdır. Dolayısıyla, erişimin kurumsal boyutu da bireylerin gözünden incelenmiştir. Fakat kronik hastalıktan etkilenen ana öznenin hasta birey olması, hasta merkezli bakış açısının önemini de göstermektedir.

Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı da hem kronik hastalık yönetiminin hem sağlık sisteminin hem de bireysel davranışların “karmaşık” doğası nedeniyle erişimin her boyutunun herhangi bir model ile değerlendirilmesinin zor olmasıdır. Dolayısıyla çalışmamız, sağlık hizmetlerine erişimi kapsamlı bir şekilde ele almasına rağmen, gözden kaçırdığı boyutları mutlaka olacaktır.

Ayrıca, niteliksel çalışmaların doğası gereği, bu çalışmada bulunan sonuçlar İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınlara genellenemez. Niteliksel çalışmalar, belirli bir toplulukta belirli bir konuyu veya olguyu (fenomeni) incelemeyi ve anlamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, niteliksel araştırma bulgularının genellenebilirliği beklenen bir özellik değildir (112). Niteliksel araştırmalar, teori oluşturma ya da var olan bir teoriyi çürütme perspektifiyle “nasıl, nerede, ne zaman ve niçin” gibi sorulara cevap aramayı amaçlayan çalışmalardır (112). Dolayısıyla çalışmamızın bulguları genel olarak göçmenlere ve çalışmayı yürüttüğümüz İsviçre’de yaşayan Türkiyeli göçmen kadınlara genellenemez. Fakat çalışmada bulunan yaygın örüntüler ve teoriler, benzer özelliklere sahip popülasyonlara genellenebilir; veya genellenebilirliği tartışılabilir (113).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İsviçre’de yaşayan ve kronik hastalığı olan Türkiyeli göçmen kadınların sağlık sistemini kullanırken birçok önemli bireysel ve kurumsal kaynağa sahip olduğu ve bunların hizmete erişimi önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Fakat, kronik hastalığı olan göçmen kadınların gereksinimlerinin kompleks olması ve zaman içinde değişim göstermesi nedeniyle, bu kaynaklara rağmen ihtiyaçları karşılanmayabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin her alanında hem bireysel hem yapısal kaynakların rol aldığı görülse de; sağlık hizmetini *kullanım öncesi* ve *sonrası* alanlarında erişimin “bireysel” boyutunun baskın olduğu; sağlık hizmetini *kullanım* alanında ise erişimin “yapısal” boyutunun baskın olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek amacıyla yapılacak müdahalelerde, sağlık hizmetini *kullanım öncesi* ve *sonrası* alanlarında “birey”lerin güçlendirilmesi ve bireysel yetkinliklerin artırılması üzerinde durulması gerekirken; *kullanım* alanında “kurum”ların kabul edilebilirliği, ödenebilirliği ve ihtiyaç ve beklentilere cevap verebilirliği üzerinde durulmalıdır.

Bu çalışmanın sonuçları, İsviçre’de yaşayan ve kronik hastalığı olan Türkiye kökenli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi için önemli mesajlar vermektedir:

- Göçmen toplulukların sağlık ihtiyaçları, beklentileri ve inançları yerel toplumdan farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla, yapılan çalışmalar göçmenlerin ihtiyaç ve beklentilerini ayrıca incelemeli; ve toplumun dışlanmış bir grubu olarak değil, toplumun bir parçası olarak, onların özel ihtiyaçlarını dikkate alarak müdahaleler yapmalıdır.
- Göçmen toplulukları arasında kadınların ayrıca daha özel ihtiyaçlarının olabileceği dikkate alınmalı ve toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle dezavantajlı duruma duruma düşebilecekleri dikkate alınarak gerekli durumlarda kadınlara pozitif ayrımcılık yapılmalıdır.

- Genel olarak göçmenlerin, ama özellikle göçmen kadınların dil öğrenmeleri için daha fazla imkan sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki dil engellerinin azaltılması için, Türkçe konuşabilen sağlık çalışanlarının istihdamı artırılmalı; profesyonel tercümanlık hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kullanılması sağlanmalıdır.
- Koruyucu, sağlığı geliştirici veya sağlık eğitimi ile ilgili programların göçmenlere ulaştırılması için daha fazla çaba harcanmalıdır. Bu amaçla hazırlanan programlarda Türkçe bilen sağlık çalışanlarından veya göçmen temsilcilerinden yararlanılabilir; ve göçmen dernek ve vakıfları kullanılabilir. Bu programlar, sağlıkla ilgili genel konularla beraber, İsviçre sağlık sistemi ve hizmetlerinin ne zaman, hangi durumlarda ve nasıl kullanılacağı konularını da kapsamalıdır. Bu programlar özellikle göçün ilk dönemlerinde yapılmalı; fakat belli aralıklarla güncellenmeli ve tekrarlanmalıdır.
- Sağlık sistemi ve çalışanları, göçmenleri daha kucaklayıcı olmalı ve göçmenler dilleri, kültürleri, göçmenlik durumları ve sağlık kullanım şekilleri yönlerinden damgalanmamalı ve herkes ayrı birer “birey” olarak görülmeli ve önyargısız bir şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir; sağlıkları ile ilgili daha kapsamlı bilgi verilmelidir.
- Sağlık sigortasına rağmen, Türkiyeli göçmen kadınların sağlık hizmetlerini kullanırken mali bir yük altında oldukları görülmektedir. Dolayısıyla göçmenlerin cepten harcamalarını azaltmak için çaba harcanmalı ve Sosyal sigorta ve engelli fonu gibi yapılarda göçmenler lehine düzenlemeler yapılmalıdır.
- İsviçre toplumunun genel sağlık durumunun iyi olmasının daha çok vatandaşların sahip olduğu iyi yaşam koşulları; kaliteli eğitim; iyi iş olanakları; ve tatmin edilebilir bir gelir durumu gibi sağlığın sosyal belirleyicilerine bağlı olduğu görülmektedir (9). Bu bağlamda, göçmenlerin, ve çalışmamız özelinde Türkiyeli göçmen kadınların kötü sağlık durumlarının da yine önemli ölçüde sağlığın sosyal belirleyicileri (düşük öğrenim düzeyi, kötü çalışma koşulları, düşük gelir vb.) tarafından belirlendiği görülmektedir. Dolayısıyla, Türkiyeli göçmen kadınların

sağlıklarının iyileştirilmesi için sadece sağlık hizmetlerine erişim üzerinde durulmamalı, aynı zamanda sağlığın sosyal belirleyicileri de iyileştirilmelidir.

- İsviçre'de yaşayan göçmenlerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi, hem göçmenlerin üretkenliklerini arttırarak hem de sağlık sistemi üzerinde sağlıksızlığın getirdiği yükü azaltarak sadece göçmenlere değil, İsviçre nüfusunun tamamına olumlu katkılar sağlayacaktır.



## 7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health: World Health Organization; 2010. 10 p.
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. 2008. 2011.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. 2014.
4. World Health Organization. Global report on urban health: Equitable healthier cities for sustainable development: World Health Organization; 2016.
5. Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. *Social Science & Medicine*. 1995;40(6):777-87.
6. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*. 2009;16(1):10-2.
7. Sundquist J. Living conditions and health: a population-based study of labour migrants and Latin American refugees in Sweden and those who were repatriated. *Scandinavian journal of primary health care*. 1995;13(2):128-34.
8. Hjelm K, Apelqvist J, Nyberg P, Sundquist J, Isacson Å. Health, health care utilization and living conditions in foreign-born diabetic patients in southern Sweden. *Journal of internal medicine*. 1997;242(2):131-41.
9. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288.
10. für Gesundheit B. Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17. Bern: BAG Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen>; 2013.
11. Guggisberg J, Gardiol L, Graf I, Oesch T, Künzi K, Volken T, et al. Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht. 2011.

12. Internet Encyclopedia of Philosophy. Sen's Capability Approach. <https://www.iep.utm.edu/sen-cap/> (11 Ocak 2019'da ulaşıldı).
13. Buz S, Aygüler E. Amartya Sen'in Kapasite-Yapabilirlik yaklaşımı bağlamında Türkiye'de yoksulluk durumu. International Journal of Academic Value Studies. 2017;3(15):177-89.
14. Boz Ç. Amartya Sen'in yetkinlik yaklaşımı: Teori ve uygulama: YTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
15. Sen A. Özgürlükle Kalkınma, çev. Yavuz Alogan, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. 2004.
16. Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. Social science & medicine (1982). 2014;102:58-68.
17. Sen A. Capability and Well-being. Nussbaum M, Sen A, editors: Clarendon Press; 1993.
18. Bourdieu P. The forms of capital.(1986). Cultural theory: An anthology. 2011;1:81-93.
19. Abel T, Frohlich KL. Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. Social science & medicine (1982). 2012;74(2):236-44.
20. Schori D, Hofmann K, Abel T. Social inequality and smoking in young Swiss men: intergenerational transmission of cultural capital and health orientation. International journal of public health. 2014;59(2):261-70.
21. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. International journal for equity in health. 2016;15(1):163.
22. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013;12:18.
23. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c359be704db96.85795119](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c359be704db96.85795119) (9 Ocak 2019'da ulaşıldı).

24. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment. 2011(199):1-941.
25. Davey J, Holden CA, Smith BJ. The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. BMC public health. 2015;15:589.
26. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC health services research. 2015;15:249.
27. Vandebosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. Journal of epidemiology and community health. 2016;70(10):1032-8.
28. Gracie B, Moon SS, Basham R. Inadequate health literacy among elderly immigrants: characteristics, contributing, and service utilization factors. Journal of human behavior in the social environment. 2012;22(7):875-95.
29. Ackermann Rau S, Sakarya S, Abel T. When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. International journal of public health. 2014;59(6):967-74.
30. Jacobson HE, Hund L, Soto Mas F. Predictors of English Health Literacy among U.S. Hispanic Immigrants: The importance of language, bilingualism and sociolinguistic environment. Literacy & numeracy studies : an international journal in the education and training of adults. 2016;24(1):43-64.
31. Razum O, Samkange-Zeeb F. Populations at special health risk: migrants. Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier; 2014.
32. Kluge U, Bogic M, Deville W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S, et al. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2012;27 Suppl 2:S56-62.

33. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* (London, England). 2013;381(9873):1235-45.
34. Leung AY, Bo A, Hsiao HY, Wang SS, Chi I. Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study. *BMJ open*. 2014;4(11):e005294.
35. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*. 2014;72(1):10.
36. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling*. 2010;79(1):36-42.
37. Villaire M, Mayer G. Low health literacy: the impact on chronic illness management. *Professional case management*. 2007;12(4):213-6; quiz 7-8.
38. Ruspini P, Kaya B. Migrant Integration Policy Index Health Strand. Country Report Switzerland. David Ingleby (Ed) Migrant Integration Policy Index Health Strand (1– 26). 2017.
39. Federal Statistical Office (Switzerland). Switzerland's Population 2017. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/population/effectif-change.assetdetail.6606499.html> (Accessed 10 January 2019).
40. Haab K, Bolzman C, Kugler A, Yılmaz Ö. Diaspora et communautés de migrants de Turquie en Suisse: distrib.: OFCL, Diffusion des publications fédérales; 2010.
41. Gerritsen AA, Deville WL. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2009;9:109.
42. Wiking E, Johansson SE, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of epidemiology and community health*. 2004;58(7):574-82.
43. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.

44. Cindoglu D, Sirkeci I. Variables that explain variation in prenatal care in Turkey; social class, education and ethnicity re-visited. *Journal of biosocial science*. 2001;33(2):261-70.
45. Ay P, Hayran O, Topuzoglu A, Hidiroglu S, Coskun A, Save D, et al. The influence of gender roles on health seeking behaviour during pregnancy in Turkey. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2009;14(4):290-300.
46. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, et al. Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health & place*. 2005;11(3):261-73.
47. Baumgartner Bicer J. Migranten und Migrantinnen aus der Türkei in Auseinandersetzung mit verschiedenen Medizinsystemen. Lizentiatsarbeit zur Studie, Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden. 1998.
48. Wirsing R. Gesundheits- und Krankheitsverhalten und seine kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei: Böhlau; 1992.
49. van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of affective disorders*. 2004;83(1):33-41.
50. Pouter F, Wijnhoven HA, Ujcic-Voortman JK, de Wit M, Schram MT, Baan CA, et al. Ethnic aspects of emotional distress in patients with diabetes-the Amsterdam Health Monitor Study. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2013;30(1):e25-31.
51. Fassaert T, Nielen M, Verheij R, Verhoeff A, Dekker J, Beekman A, et al. Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General hospital psychiatry*. 2010;32(4):368-76.
52. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS medicine*. 2007;4(10):1584-8.



53. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
54. List D. (2004). Maximum variation sampling for surveys and consensus groups. Adelaide: Audience Dialogue. <http://www.audience dialogue.net/maxvar.html> (04 Şubat 2019'da erişildi).
55. Ziebland S, McPherson A. Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical education*. 2006;40(5):405-14.
56. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59-82.
57. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*. 2013;13:117.
58. M. Weijzen E, G. Weide M. Accessibility and use of health care services among ethnic minorities: a bibliography 1993-19982019.
59. Garrett CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study. *Minnesota medicine*. 1998;81(4):52-5.
60. Panos PT, Panos AJ. A model for a culture-sensitive assessment of patients in health care settings. *Social work in health care*. 2000;31(1):49-62.
61. Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *Journal of Counseling Psychology*. 2001;48(1):28.
62. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice*. 2006;23(3):325-48.
63. Ernstmann N, Karbach U. [Differences between German and Turkish-speaking participants in a chronic heart failure management program]. *Herz*. 2017;42(1):84-90.

64. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund quarterly Health and society*. 1973;51(1):95-124.
65. Singy P. Santé et migration: traduction idéale ou idéal de traduction? *La linguistique*. 2003;39(1):135-50.
66. Hatfield B, Mohamad H, Rahim Z, Tanweer H. Mental health and the Asian communities: a local survey. *The British Journal of Social Work*. 1996;26(3):315-36.
67. Watt IS, Howel D, Lo L. The health care experience and health behaviour of the Chinese: a survey based in Hull. *Journal of public health medicine*. 1993;15(2):129-36.
68. Jirojwong S, Manderson L. Physical health and preventive health behaviors among Thai women in Brisbane, Australia. *Health care for women international*. 2002;23(2):197-206.
69. Williams SA, Godson JH, Ahmed IA. Dentists' perceptions of difficulties encountered in providing dental care for British Asians. *Community dental health*. 1995;12(1):30-4.
70. Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient education and counseling*. 2000;41(2):145-56.
71. Camerini AL, Schulz PJ. Patients' need for information provision and perceived participation in decision making in doctor-patient consultation: Micro-cultural differences between French- and Italian-speaking Switzerland. *Patient education and counseling*. 2016;99(3):462-9.
72. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2007;10(3):259-67.
73. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical care*. 2000;38(3):335-41.

74. Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science & medicine* (1982). 2007;64(6):1297-310.
75. Abraham NS, Naik AD, Street RL, Jr. Shared decision making in GI clinic to improve patient adherence. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2012;10(8):825-7.
76. Street RL, Jr. Aiding medical decision making: a communication perspective. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2007;27(5):550-3.
77. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine* (1982). 1999;49(5):651-61.
78. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(1):29-35.
79. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *Journal of general internal medicine*. 2006;21(6):661-5.
80. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*. 2012;86(3):297-315.
81. Morgan M. Prenatal care of African American women in selected USA urban and rural cultural contexts. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*. 1996;7(2):3-9.
82. OECD Better Life Index. Safety, Switzerland. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/safety/> (04 Mart 2019 tarihinde erişim sağlandı)
83. Azar M, Kroll T, Bradbury-Jones C. Lebanese women and sexuality: A qualitative inquiry. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2016;8:13-8.

84. Fisher S. Homesickness, cognition, and health. 2017.
85. Elliott SJ, Gillie J. Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health & place*. 1998;4(4):327-39.
86. Muller MJ, Koch E. Perceived Discrimination in Patients With Psychiatric Disorder and Turkish Migration Background in Germany. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(7):542-6.
87. Shekunov J. Immigration and risk of psychiatric disorders: a review of existing literature. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2016;11(02):3-5.
88. Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003;182:105-16.
89. Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, Nostlinger C. "It is not easy": challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2012;24(5):456-68.
90. Worth A, Irshad T, Bhopal R, Brown D, Lawton J, Grant E, et al. Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;338:b183-b.
91. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social science & medicine (1982)*. 1995;41(6):819-28.
92. Egger M, Minder CE, Smith GD. Health inequalities and migrant workers in Switzerland. *Lancet (London, England)*. 1990;336(8718):816.
93. Mechali D. Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique. *Revue européenne des migrations internationales*. 1990;6(3):99-127.
94. Isacson A, Hanson BS, Janzon L, Kugelberg G. The epidemiology of sick leave in an urban population in Malmo, Sweden. *Scandinavian journal of social medicine*. 1992;20(4):234-9.

95. Parkin DM. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*. 1992;40(6):410-24.
96. Gay JG, Paris V, Devaux M, de Looper M. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries. 2011.
97. Longchamp C et al. Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2014 – Hohe Zufriedenheit und Hoffnung auf Stabilisierung der Gesundheitskosten. Basel, Interpharma. 2014.
98. Havas K, Douglas C, Bonner A. Closing the loop in person-centered care: patient experiences of a chronic kidney disease self-management intervention. *Patient preference and adherence*. 2017;11:1963-73.
99. Britain G. Saving lives: our healthier nation: Stationery Office; 1999.
100. Kennedy I. Patients are experts in their own field. *Bmj*. 2003;326(7402):1276-7.
101. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2000;320(7234):526-7.
102. Hartzler A, Pratt W. Managing the personal side of health: how patient expertise differs from the expertise of clinicians. *Journal of medical Internet research*. 2011;13(3):e62-e.
103. Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of health and social behavior*. 1994;35(4):370-84.
104. Cheung P, Spears G. Illness aetiology constructs, health status and use of health services among Cambodians in New Zealand. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 1995;29(2):257-65.
105. Sonis J. Association between duration of residence and access to ambulatory care among Caribbean immigrant adolescents. *American journal of public health*. 1998;88(6):964-6.
106. Smith MW, Kreutzer RA, Goldman L, Casey-Paal A, Kizer KW. How economic demand influences access to medical care for rural Hispanic children. *Medical care*. 1996;34(11):1135-48.

107. Diaz VA, Jr. Cultural factors in preventive care: Latinos. Primary care. 2002;29(3):503-17, viii.
108. McCormick WC, Uomoto J, Young H, Graves AB, Vitaliano P, Mortimer JA, et al. Attitudes toward use of nursing homes and home care in older Japanese-Americans. Journal of the American Geriatrics Society. 1996;44(7):769-77.
109. Woollett A, Dosanjh N, Nicolson P, Marshall H, Djhanbakhch O, Hadlow J. The ideas and experiences of pregnancy and childbirth of Asian and non-Asian women in east London. The British journal of medical psychology. 1995;68 ( Pt 1):65-84.
110. Kohn T, McKechnie R. Extending the boundaries of care: Medical ethics and caring practices. 1999.
111. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public health reports (Washington, DC : 1974). 2004;119(3):239-43.
112. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. Journal of family medicine and primary care. 2015;4(3):324.
113. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers: sage; 2013.

## 8. EKLER

### EK 1. Görüşme rehberi

#### DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Görüşme numarası	
Görüşme tarihi	
Görüşme yeri	
Görüşmeci	
Görüşme sırasında bulunan diğer kişiler	
Görüşme süresi	

Kaç yaşındasınız?	
Doğum yeri (ülke))	.....
İsviçreye gelmeden önce kentsel mi yoksa kırsal bir yerde mi yaşadınız? (yaşadığınız yerin nüfusu yaklaşık ne kadardı?)	<input type="radio"/> Kentsel (..... nüfus) <input type="radio"/> Kırsal (..... nüfus)
Medeni durum	.....
Çocuklar (sayı ve yaş)	.....
İsviçrede yaşama süresi (yıl)	.....

<b>Eğitim (en y¼ksek eğitim derecesi)</b>	.....
<b>İşiniz</b> <b>¼cretli çalışan/ çalışma durumu</b>	Evet <input checked="" type="radio"/> (tam zamanlı/part time Yapılan iş: (.....)  hayır <input type="radio"/>
<b>Sağlık g¼vencesi</b>	evet <input checked="" type="radio"/> ..... (Basic/Zusatzversicherung) hayır <input type="radio"/>
<b>Hastalık(lar)</b>	
<b>D¼zenli olarak aldığınız ilaçların sayısı</b>	



## İSVİÇRE'DE HAYAT

İsviçre'de yaşamak nasıl?	
Temalar	Olası konular
<ul style="list-style-type: none"><li>Aile yapısı ve sosyal çevre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kiminle yaşıyorsunuz?</li><li>Evde sizing baktığınız bakıma muhtaç kişi var mı?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>İşteki koşullar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ne iş yapıyorsunuz? Çalışma koşullarından memnun musunuz?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Genel memnuniyet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İsviçrede genel olarak rahat mısınız?</li><li>Ayrımcılık</li></ul>

Normal bir gününüz nasıl geçiyor?	
Temalar	Olası konular
<ul style="list-style-type: none"><li>Hayat yönetimi /görevler / yapılması gereken işler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Aile ve arkadaş networkunuzu tanımlar mısınız?</li><li>Sabahtan akşama kadar neler yapıyorsunuz? Günlük işleriniz neler?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Görüştüğünüz kişiler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Günlük yaşamınızda kimlerle görüşüyorsunuz?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hareketlilik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dışarı çıkmak</li><li>Kamu veya özel ulaşım</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hobiler</li><li>Medya kullanımı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kendiniz için zamanınız oluyor mu?</li><li>Haftasonları</li><li>Seyahatler</li><li>Evde kalma</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Değerler ve tutumlar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Günlük yaşamınızda sizing için önemli olan şey/şeyler nedir?</li></ul>

## İSVİÇRE SAĞLIK HİZMETLERİYLE OLAN DENEYİMLER

Hastalığınız ne zaman başladı?	
Temalar	Olası konular
<ul style="list-style-type: none"><li>Semptom algısı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İlk bulgular ve başlama zamanı</li><li>İlk şüphelenme</li><li>İlk tepkiler (duygular, üzüntüler vb)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Sağlık arama davranışı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İlk nereden tavsiye aldınız?</li></ul> <p>Kişiler, mdy vb. ilk kime söylediniz? Kime başvurdunuz? Şikayetler/bulgular başladıktan sonra ilk ne yaptınız? İlk yaptığınız şey neydi?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Hangi sağlık kuruluşuna/kuruluşlarına gittiniz? Bunları tercih etme nedeniniz neydi?</li><li>Ondan sonra nasıl gitti?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Tanı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tanı koyulan yer ve zaman</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hastalıkla ilgili bilgi ve inançlar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nedenler</li><li>Etkiler</li><li>Koruma</li><li>Hastalığa ilişkin derin anlamlar</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Sosyal çevrenin tepkileri</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Çevrenizdeki insanlardan ne gibi tepkiler aldınız?</li><li>Stigmatizasyon, ayırmıcılık vb</li></ul>

Kronik bir hastalıkla yaşamak nasıl bir şey? (Sağlık sistemi dışındaki konular)	
Temalar	Olası konular
<ul style="list-style-type: none"><li>Pratik sorunlar ve çözümler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Başkalarından yardım alma</li><li>Günlük yaşantımda yaptığım değişiklikler</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Öz-farkındalık /özyönetim</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Güçlü ve zayıf yönler</li><li>Zorluklar</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Sağlık okur-yazarlığı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sağlık ve hastalığınızla ilgili konularda bilgi toplar mısınız? Bu işinize yarıyor mu; nasıl?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Dış kaynaklar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Destek (sosyal, pratik, duygusal ...)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Uyum (tıbbi önerilere uyum)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Aldığını tıbbi öneriler uymak sizin için yararlı oluyor mu?</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Kendisi ve başkaları ile ilgili refleksiyon (eleştirel değerlendirme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorluklar</li> <li>Diyet</li> <li>İlaç(lar)</li> <li>Bulguların izlenmesi</li> <li>Hastalıkla başetmede kendinden şüphe etme</li> <li>Tıbbi personel/sağlık hizmeti sunanlara karşı güven/güvensizlik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Günlük aktiviteler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalık günlük aktivitelerinizi nasıl etkiliyor?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stigmatizasyon</li> <li>Ayrımcılık</li> <li>Olumlu deneyimler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalığınız nedeniyle diğerlerinden daha dezavantajlı olduğunuzu hissettiğiniz oldu mu? Veya hissediyor musunuz?</li> <li>Aileden veya çalıştığınız yerden doktor kontrolüne gitmemeniz yönünde baskı oluyor mu?</li> <li>Olumlu deneyimleriniz neler?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Çoklu sağlık sorunlarına ilişkin deneyimler</li> <li>Kompleksite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aynı zamanda birden fazla sağlık sorunu yaşadınız mı?</li> <li>Bunun bir önemi oluyor mu? Ne düşünüyorsunuz?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Endişeler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalığınızla ilgili size endişelendiren önemli bir mesele/meseleler var mı?</li> </ul>

### **Sağlık sistemi ile ilgili deneyimleriniz nelerdir?**

<b>Temalar</b>	<b>Olası konular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Düzenli (normal) bakım</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rutin kontrolleriniz için nereye gidiyorsunuz? Peki tercihinizin nedenleri nelerdir? (anavatanda doktora gitme, alternative tedaviler, diğer sektörlere başvurma vb..)</li> <li>Nasıl bir bakıma ihtiyacınız var?</li> <li>Hangisini alıyorsunuz? Hangi tür hizmet(ler)i kullanmıyorsunuz, neden?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kriz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalığınızla ilgili bir sorun veya şikayetiniz olduğunda nereye gidiyorsunuz? Böyle durumlarda olağan sağlık hizmeti kaynağınız kimdir/neresidir?</li> <li>Bu kişi veya kurumdan hizmet almanızın özel nedenleri var mı? (<u>Dil, mesafe, kamu vs özel, hekimin cinsiyeti vb..</u> )</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Tıbbi hizmetlerin ulaşılabilirliği</li><li>• Yönetim</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yeterli tıbbi yardım almak kolay mı/ zor mu? Neden?</li><li>• Yönetimsel süreçlerle ilgili deneyimleriniz neler; nasıl hallediyorsunuz?</li><li>• Sağlık merkezlerine rahatça randevu alıp ulaşabiliyor musunuz?</li><li>• Bu merkezlerde, idari ve tıbbi süreçlerde, size karşı ayrımcılık yapıldığını hissettiğiniz oldunuz mu hiç?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavi masrafları</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedaviniz için gereken masraflar ödeyebileceğiniz düzeyde miydi? Pahalı mıydı?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Karar vericiler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlıkınız ve tedaviniz konusunda nerede/ne zaman/nasıl yapacağınızla ilgili kararları kim verir?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kadercilik, kendiliğindencilik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık sorunlarını ele almada aktif rol alma, yapılan aktiviteler</li><li>• “Yapılacak pek bir şey yok”</li></ul>

<b>Doktorlar, sağlık çalışanları, terapistler, bakım vericiler ile iletişiminiz/ilişkiniz nasıl?</b>	
<b>Temalar</b>	<b>Olası konular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık alışanları ile iletişim/ilişki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgi paylaşımı (akıcı, zor)</li> <li>Dil</li> <li>Ayrımcılık/önyargı</li> <li>Empati: Sağlık merkezlerinde iyi bir şekilde karşılandığınızı/ağırladığınızı hissediyor musunuz?</li> <li>Korku/utanma</li> <li>Hayal kırıklığı/olumlu tecrübeler</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Güven</li> <li>İkinci fikir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sizi tedavi eden kişilere güveniyor musunuz?</li> <li>Bazen (her zaman) ikinci bir kişiden fikir alıyor musunuz? Kimden? Bunu nasıl yapıyorsunuz? Bunun iyi tarafı nedir/size nasıl bir faydası oluyor?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>İletişim</li> <li>Bilgi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık alışanları/bakım vericiler tarafından anlaşıldığınızı/desteklendiğinizi/kabul edildiğinizi hissediyor musunuz?</li> <li>Aldığınız bilgiler ne kadar anlaşılabilir düzeyde?</li> <li>Aldığınız bilgiler kişisel durumunuzla/hayatınızla ilgili yardımcı oluyor mu?</li> </ul>

<b>Sağlık hizmeti ile ilgili deneyimlerinize ait klasik bir örnekle var mı? (ağlınızda kalan) Başka böyle ağlınızda kalan deneyimleriniz oldu mu? Anlatır mısınız?</b>	
<b>Temalar</b>	<b>Olası konular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>İletişim/ilişki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olumlu/Olumsuz tecrübeler</li> <li>Zorluklar: Anlaşılmadığınızı/hatta ayrımcılığa uğradığınızı hissettiğiniz bir durum oldu mu? Bana bundan biraz daha bahsedebilir misiniz?</li> <li>İyi iletişimi kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörler</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deneyimler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Başka bir ölkede bunlara benzer/bunlardan farklı deneyimleriniz oldu mu?</li> </ul>

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için temel olarak ne önerirsiniz/ne mesaj verirsiniz?	
Temalar	Olası konular
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kronik hastalığı olan genel popülasyon için</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık sisteminin sağlanması gereken en önemli hizmet nedir?</li> <li>Bakımın devamlılığı?</li> <li>Süreçlerin hızı?</li> <li>Ulaşım (örneğin doktorun kliniğine)</li> <li>İdari engeller?</li> <li>Hasta-doktor/hizmet sağlayıcıları görüşmelerinin kalitesi?</li> <li>İletişim?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Özellikle kadınlar için</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık sisteminin sağlanması gereken en önemli hizmet nedir?</li> <li>Yukarıdaki maddelere bak</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Özellikle göçmen kadınlar için</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık sisteminin sağlanması gereken en önemli hizmet nedir?</li> <li>Yukarıdaki maddelere bak</li> </ul>

**Çalışmanın sonunda sonuçları tartışacağımız ve bir grup insanın katılacağı bir toplantı olacak. Böyle bir toplantıya katılmak ister misiniz? Bunun için sizinle iletişim kurabilir miyiz?**

Evet

Hayır

## EK 2. Çalışmada kullanılan kodlar ve içeriği

<b>Kod</b>	<b>Kodun kapsam alanı</b>
Tedavi uyumu	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verilen ilaçlara uyum</li><li>• Tedavi takibine uyum</li><li>• Düzenli takipler/doktor ziyaretleri</li></ul>
Alternatif uygulamalar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık durumunu iyileştirmek için biyomedikal olmayan uygulamalar</li><li>• Akupunktur/bitkisel tedaviler</li><li>• Yoga</li><li>• Refleksoloji</li><li>• Spor (Bir terapi veya önleyici tedbir olarak yapıldığında)</li></ul>
Otonomi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kendini ifade etme</li><li>• Karşı durabilme</li><li>• Kendi vücudu/sağlığı üzerindeki haklar</li><li>• Özgüven</li></ul>
Kronik hastalıkların getirdiği sonuçlar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sosyal sonuçlar</li><li>• Ekonomik sonuçlar</li><li>• Gündelik yaşam sonuçları</li><li>• Fiziksel sonuçlar</li></ul>
Engellilik fonu ve sosyal yardım	Egellilik fonu ve ilişkili durumlar
Çevre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık hizmetleri dışındaki çevre</li><li>• Kendini ifade etme şansı</li><li>• Güvenlik duygusu</li><li>• Yaşam koşulları</li><li>• Günlük yükümlülükler</li><li>• İsviçre, Bern, Cenevre: genel bakış</li><li>• İsviçre'ye erken göç dönemindeki deneyimler</li><li>• Gelenekler, kültür</li><li>• Hobiler</li><li>• Çalışma şartları</li><li>• Göç geçmişi</li></ul>
Sağlık sistemi ile ilgili deneyimler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sonraki deneyimleri etkileyen önceki deneyimler</li></ul>
Cinsiyet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toplumsal roller</li><li>• Bir kadın olarak özgürlük</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinsiyet rolünün bir sonucu olarak mahrum kalınan bireysel gelecek planları</li> <li>• Annelik roller</li> <li>• Cinsiyete dayalı güç</li> </ul>
Sağlık inançları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalık ile ilişkilendirilen açıklamalar</li> <li>• Beden anlayışı</li> <li>• Korku (sağlık durumunun ilerleyişi/prognozu/belirsizliği vb. kaynaklı)</li> </ul>
Sağlık sistemi ihtiyaçları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karşılanmamış ihtiyaçlar</li> <li>• Belirli bir hastalık için daha fazla araştırma ihtiyacı</li> <li>• Özel durumlara cevap verebilirlik</li> <li>• Sağlık sistemi memnuniyeti</li> </ul>
Sağlık öyküsü	Sağlık öyküsü ile ilgili bilgiler
Sağlık okuryazarlığı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verilen bilginin kapsamı</li> <li>• İlaçları hakkındaki bilgisi</li> <li>• Hastalığı hakkındaki bilgisi</li> <li>• Kritik değerlendirme</li> </ul>
Geldiği ülkedeki sağlık sistemi deneyimleri	İsviçre sağlık sisteminin geldiği ülke sağlık sistemi ile karşılaştırılması
Yurt özlemi	Geldiği ülke ve oradaki kişilere olan özlem
Bireysel kaynaklar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dil becerileri</li> <li>• Sağlık sigortası</li> <li>• Sosyal kaynaklar <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etnik/dini dernekler/topluluklar</li> </ul> </li> <li>• Fiziksel kaynaklar - beden gücü</li> <li>• Ekonomik kaynaklar</li> <li>• Kültürel kaynaklar</li> <li>• İsviçre sağlık sistemi desteği</li> </ul>
Başkalaştırma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Göçmenlik, hastalık ile ilgili veya kendi kendini <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Damgalama</li> <li>○ Etiketleme</li> </ul> </li> <li>• Ayrımcılık</li> </ul>
Hasta-sağlık çalışanı ilişkisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Güç</li> <li>• İletişim</li> <li>• Sempatî duyma</li> <li>• Temas</li> <li>• Empati kurma</li> <li>• Paternalist davranış</li> </ul>
Tercihler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzer kültürlerden sağlık çalışanı tercih etme</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bir sağlık hizmeti veya doktor seçerken tercih etme/etmeme nedenleri</li><li>• Beklentiler</li></ul>
Hizmetlerin kalitesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlanan bilgilerin kalitesi</li><li>• Hizmetin kalitesi (tedavi, terapi vb.)</li><li>• Randevu sistemi</li><li>• Maliyet</li></ul>
Sevk sistemi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hizmet sağlayıcıları arasında bilgi transferi</li><li>• Hastaların bir hizmetten diğerine sevk edilme sistemi</li></ul>
Güven	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık sistemi, doktorlar ve sistemin her birbirimiile ilgili güven</li><li>• Tıbbi bilgiye güven</li><li>• Sağlık hizmet sunucularına güven</li></ul>
Değerler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kendini kanıtlama</li><li>• Başkalarına yardım etme</li><li>• Yaşamdaki diğer değerli kişiler/şeyler uğruna sağlığını feda etmek/göz ardı etmek</li></ul>

### EK 3. MIWOCA projesi tarafından tez yazımına izin verildiğine dair belgenin tercümesi

**YÖN TERCÜME**  
**REKLAM YAYINCILIK**  
**SAN. ve TİC. LTD. ŞTİ.**  
Osmanağa Mh. Soğutlütçeşme Cd. Bulvar Çarşısı  
No:64 K:1 D:55 Kadıköy-İST. Tel:(0216) 418 92 53  
Kadıköy Vergi Dairesi: 883 417 2000

## TERCÜME

*u<sup>b</sup>*

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN

ISPM, Mittelstrasse 43, CH-3012, Bern

Tıp Fakültesi  
Sosyal ve Koruyucu  
Hekimlik Enstitüsü

11 Ocak 2019, Bern

İlgili Kişiye,

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında asistan hekim olarak çalışan Dr. Tevfik Bayram'ın 2017 yılından bu yana Prof. Dr. Sibel Sakarya'nın gözetiminde araştırmacı olarak "İsviçre'de Yaşayan Göçmen Kadınların Kronik Hastalık Hizmetleri Açısından Sağlık İhtiyaçları (MIWOCA)" projesinde çalıştığı ve MIWOCA projesi çerçevesinde toplanmış 12 Türkçe derinlemesine görüşmenin transkriptlerinden tezini hazırlamasına onay verildiği işbu yazı ile tasdik olunur. Bu belge Dr. Bayram'ın talebi üzerine verilmiştir.

En içten dileklerle,

(imza)

Dr.Thomas Abel, PhD  
Araştırma Grup Başkanı, Profesör



*Tevfik Bayram'a*  
tedilen işbu tercümenin  
ibraz edilen...*ingilizce*  
siline uygun olarak  
gevrildiğini onaylanm.  
Noter Yeminli MÖtercimim

**EK 4. MIWOCA projesi tarafından tez yazımına izin verildiğine dair belgenin aslı**

**u<sup>b</sup>**

ISPM, Mittelstrasse 43, CH-3012 Bern

**UNIVERSITÄT  
BERN**

Faculty of Medicine  
Institute of Social and  
Preventive Medicine

Bern, January 11<sup>th</sup>, 2019

To whom it may concern,

This is to certify that Dr. Tefvik Bayram, a resident physician at Marmara University, School of Medicine, Department of Public Health has been working in the "Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland (MIWOCA)" project as a research assistant under the supervision of Prof. Dr. Sibel Sakarya, since 2017; and he is permitted to produce his thesis from the 12 Turkish in-depth interviews' transcripts collected by the MIWOCA project. This document is given upon Dr. Bayram's request.

Sincerely,

Dr. Thomas Abel, PhD  
Professor, Head of Research Group

Prof. Dr. Thomas Abel  
Mittelstrasse 43  
CH-3012 Bern

Tel. +41 31 631 34 28  
thomas.abel@ispm.unibe.ch  
www.ispm.unibe.ch

## EK 5. Çalışmanın etik kurul raporu, Almanca aslının tercümesi

### Yetki Tespiti Hakkında Başvuru

Başvuru Sahibi (açık adres): Prof. Dr. Thomas Abel  
Projenin Adı: Migrant Women's Healthcare Needs for Chronic Illnes Services in Switzerland  
MIWOCA  
(İsviçre'de Yaşayan Göçmen Kadınların Kronik Hastalık Hizmetleri Açısından Sağlık İhtiyaçları - MIWOCA)

#### Verilen Belgeler (elektronik):

1. Projenin Özeti (sinopsis):  
Şablona göre: [www.swissetics.ch](http://www.swissetics.ch): Tarih: 18/05/2017
2. Soru formu / görüşme rehberi (eğer projenin bir parçası ise): (Soru formları halihazırda hazırlanmakta olup memnuniyetle sonradan gönderilebilir.)

#### Fatura Adresi:

Kurum: Üniversitat Bern (Bern Üniversitesi)  
Bölüm: Institut für Sozial- und Praventivmedizin  
(Sosyal ve Koruyucu Hekimlik Enstitüsü)  
İsim: Dr. Anna Mnch  
Posta Kodu, Yer: Finkenhubelweg 11, 3012 Bern

#### Başvuru Sahibi: İmza ve Tarih:

<İmza>, 06/06/2017

Basec No: 2017-00371

Geliş Tarihi: 18/05/2017, 06/06/2017

#### Yetki Tespitinin Sonucu:

- Yetkili değil**; yani proje izin gerektirmiyor.  
Gerekçe: Proje, Beşeri Araştırmalar Kanunu Madde 2 Fıkra 1 hükmünün kapsamına girmiyor.
- Yetkili**: Beşeri Araştırmalar Kanunu Madde 2 Fıkra 1 hükmü uyarınca izin **gereklidir**.  
Lütfen Bern Kantonu Etik Komisyonu'na (KEK) [www.swissetics.ch](http://www.swissetics.ch) uyarınca istemde bulununuz.

**Harçlar:** 200,- CHF (Tarife Kodu: 6.0)  
Fatura gönderilecektir.

Tarih/Yer: 06/06/2017 / Bern

#### Bern Kantonu Etik Komisyonu (KEK)

<İmza>  
Prof. Dr. med. Christian Seiler  
Başkan

<İmza>  
Dr. sc. nat. Dorothy Pfiffner  
Bilim Sekreterliği Müdürü

Kantonale Ethikkommission Bern., Murtenstrasse 31, 3010 Bern, Tel: 031 633 70 77



2017/06/06  
İmza İsmiyle ya da tercüme  
kr edilmiş belgelerde  
kimlik bilgileri olarak  
yeterli Yemli Mtercinini

## EK 6. Çalışmanın etik kurul raporunun Almanca aslı

---

### Antrag auf Zuständigkeitsabklärung

Antragsteller (vollständige Adresse): Prof. Dr. Thomas Abel

Titel des Projektes: Migrant Women's Healthcare Needs for Chronic Illness Services in Switzerland MIWOCA

---

#### Eingereichte Unterlagen (elektronisch):

1. Zusammenfassung des Projektes (Synopsis)  
gemäss Vorlage [www.swissethics.ch](http://www.swissethics.ch): Datum: 18.05.2017
2. Fragebogen/ Interviewleitfaden (falls Bestandteil des Projektes): (Fragebogen werden zur Zeit bearbeitet und können gerne nachgereicht werden)

#### Rechnungsadresse:

Institution Universität Bern  
Abteilung Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Name Dr. Anna Münch  
PLZ, Ort Finkenhubelweg 11, 3012 Bern

#### Antragsteller: Unterschrift und Datum:

 06.06.2017

---

Basec-Nr.: 2017-00371

Eingangsdatum: 18.05.17, 06.06.2017


#### Ergebnis der Zuständigkeitsabklärung:

- Nicht zuständig**, d.h. das Vorhaben ist nicht bewilligungspflichtig  
Begründung: Das Vorhaben fällt nicht unter das Humanforschungsgesetz, Art. 2, Abs. 1
- Zuständig**: Bewilligung gemäss Humanforschungsgesetz, Art. 2, Abs. 1 **notwendig**.  
Bitte reichen Sie der KEK ein Gesuch gemäss [www.swissethics.ch](http://www.swissethics.ch) ein

**Gebühren:** CHF 200.-- (Tarifcode 6.0)  
Rechnung folgt

Datum/Ort: 06.06.17/Bern

#### Kantonale Ethikkommission Bern (KEK)

  
Prof. Dr. med. Christian Seiler  
Präsident

  
Dr. sc. nat. Dorothy Pfiffner  
Leiterin Wissenschaftliches Sekretariat

Kantonale Ethikkommission Bern, Murtenstrasse 31, 3010 Bern, Tel.: 031 633 70 77

## EK 7. İntihal raporu

### Kronik Hastalıklarla Yaşamak: İsviçre'de Yaşayan Türkiyeli Göçmen Kadınların Deneyimi, Niteliksel Bir Çalışma

#### ORIJINALLIK RAPORU

%0

BENZERLİK ENDEKSİ

%0

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%0

YAYINLAR

%0

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

[halksagligiokulu.org](http://halksagligiokulu.org)

İnternet Kaynağı

<%1

2

[www.slideshare.net](http://www.slideshare.net)

İnternet Kaynağı

<%1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat

EK 8. Tez çalışması için İsviçre'ye gidildiğine dair izin belgeleri

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İZİN TALEP FORMU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yıllık İzin <input type="checkbox"/> Mazeret İznı <input type="checkbox"/> Şua İznı <input type="checkbox"/> Görevlendirme			İzin Koordinasyon Birimi Giriş Tarih : Sayı :
M.Ü.TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Halk Sağlığı / ABD		Sicil No: 162098	Ait Olduğu Yıl 2016
Adı Soyadı : Terfik Bayram		Başlangıç Tarih: 04.05.2017	Bitiş Tarih: 07.05.2017
Görevi : Araştırma görevlisi		İşe Başlama Tarihi: 08.05.2017	
Unvanı : Asistan Dr.		Kullanılan İzin Süresi 4 gün	
İzin Açıklaması : Yıllık izin		Yol İznı : 2011 : 2012 :	
İzin Süresince Kalınacak Adres ve İletişim Bilgileri Bern, İsviçre			İstemde Bulunanın İmzası, Tarih 2017 04.04.2017
Bilimsel Toplantı Adı Düzenlendiği Yer Gidiş-Dönüş Tarihleri			
Sözlü Sunum <input type="checkbox"/> Poster Sunumu <input type="checkbox"/> Konferans <input type="checkbox"/> Otur.Bşk. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
1- İzin ve Görevlendirilme Süresince eğitim/öğretim/hizmet faaliyetlerinde yerine görev alacak öğretim üyesi; Abdullah Sarıöz 04.04.2017			
Adı Soyadı		Tarih	İmza
2- İzin ve Görevlendirilme Süresince (varsa) idari görevine vekalet edecek öğretim üyesi; .....			
Adı Soyadı		Tarih	İmza
İzin Veren Yetkilinin Adı, Soyadı, Unvanı, İmzası			
Bilim Dalı Başkanı	Anabilim Dalı Başkanı 6.6.2017 Prof. Dr. Melih KANUN	Bölüm Başkanı	OLUR ...../...../20.. Prof. Dr. İsmail Hakkı ÇİNEL Hastane Yöneticisi Sağlık Bakanlığı-Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimine Adına
ONAY ...../...../20.. Prof. Dr. Ömer GÜNAL Dekan			

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**İZİN TALEP FORMU**

İzin Koordinasyon Birimi Giriş

Tarih :

Sayı :

Yıllık İzin  Mazeret İzni  Şua İzni  Görevlendirme

M.Ü.TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Halk Sağlığı / ABD	Sicil No: 162098	Ait Olduğu Yıl
Adı Soyadı : Tevfik Bayram	Başlangıç Tarih: 15.03.2018	Bitiş Tarih: 16.03.2018 İşe Başlama Tarihi: 17.03.2018
Görevi : Araştırma görevlisi	Unvanı Asistan Dr	Kullanılan İzin Süresi 2 gün Yol izni :
İzin Açıklaması : Tez çalışması	2015 : 2016 :	
İzin Süresince Kalınacak Adres ve İletişim Bilgileri Bern /İsviçre	İstemde Bulunanın İmzası, Tarihi 01.02.2018	
Bilimsel Toplantı Adı Düzenlendiği Yer Gidiş-Dönüş Tarihleri	Sözlü Sunum <input type="checkbox"/> Poster Sunumu <input type="checkbox"/> Konferans <input type="checkbox"/> Otur.Bşk. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
1- İzin ve Görevlendirilme Süresince eğitim/öğretim/hizmet faaliyetlerinde yerine görev alacak öğretim üyesi; Can Hakan Adı Soyadı 01.02/2018 Tarih İmza	2- İzin ve Görevlendirilme Süresince (varsa) idari görevine vekalet edecek öğretim üyesi; ...../...../20.. Adı Soyadı Tarih İmza	
İzin Veren Yetkilinin Adı, Soyadı, Unvanı, İmzası		
Bilim Dalı Başkanı	Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Melda KARAVUŞ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı 11.02.2018	Bölüm Başkanı OLUR ...../...../20.. Prof. Dr. İsmail Hakkı CİNEL Hastane Yöneticisi Sağlık Bakanlığı-Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ONAY ...../...../20.. Prof. Dr. Osman Hakan GÜNDÜZ Dekan		



**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**İZİN TALEP FORMU**

İzin Koordinasyon Birimi Giriş  
Tarih :  
Sayı :

Yıllık İzin     Mazeret İzni     Şua İzni     Görevlendirme

M.Ü.TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI <i>Halk Sağlığı</i> /ABD	Sicil No: <i>162098</i>	Ait Olduğu Yıl	
Adı Soyadı : <i>Tevfik Bayram</i>	Başlangıç Tarih: <i>02.07.2018</i>	Bitiş Tarih: <i>02.07.2018</i> İşe Başlama Tarihi: <i>02.07.2018</i>	
Görevi : <i>Araştırma Görevlisi</i>	Unvanı : <i>Acilistan Dr.</i>	Kullanılan İzin Süresi <i>1 gün</i> Yol İzni :	
İzin Açıklaması : <i>Yıllık izin (Tez)</i>	2015 : 2016 :		
İzin Süresince Kalınacak Adres ve İletişim Bilgileri <i>Bern, İsviçre</i>	İstemde Bulunanın İmzası, Tarih <i>[İmza]</i> <i>07.06.2018</i>		
Bilimsel Toplantı Adı Düzenlendiği Yer Gidiş-Dönüş Tarihleri	Sözlü Sunum <input type="checkbox"/> Poster Sunumu <input type="checkbox"/> Konferans <input type="checkbox"/> Otur.Bşk. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
1- İzin ve Görevlendirilme Süresince eğitim/öğretim/hizmet faaliyetlerinde yerine görev alacak öğretim üyesi; <i>Alican Sarısaltık</i> <i>07/06/2018</i> <i>[İmza]</i> Adı Soyadı Tarih İmza	2- İzin ve Görevlendirilme Süresince (varsa) idari görevine vekalet edecek öğretim üyesi; ...../...../20.. Adı Soyadı Tarih İmza		
İzin Veren Yetkilinin Adı, Soyadı, Unvanı, İmzası			
Bilim Dalı Başkanı	Anabilim Dalı Başkanı <i>07.06.2018</i> <i>Prof. Dr. Melih Kemal</i>	Bölüm Başkanı	OLUR ...../...../20.. Prof. Dr. İsmail Hakkı CİNEL Hastane Yöneticisi Sağlık Bakanlığı-Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ONAY ...../...../20.. Prof. Dr. Osman Hakan GÜNDÜZ Dekan			

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**İZİN TALEP FORMU**

İzin Koordinasyon Birimi Giriş

Tarih :

Sayı :

Yıllık İzin  Mazeret İzni  Şua İzni  Görevlendirme

M.Ü.TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Hakkı Sağdıç /ABD	Sicil No: 162098	Ait Olduğu Yıl	
Adı Soyadı : Tevfik Bayram	Başlangıç Tarihi: 07.11.2018	Bitiş Tarihi: 08.11.2018	
Görevi : Araştırma Görevlisi		İşe Başlama Tarihi: 09.11.2018	
Unvanı : Asistan Dr.		Kullanılan İzin Süresi: 2 gün	
İzin Açıklaması : Kongre		Yol İzni : 2015 : 2016 :	
İzin Süresince Kalınacak Adres ve İletişim Bilgileri Newhotel, İsviçre		İstemde Bulunanın İmzası, Tarih 25.10.2018	
Bilimsel Toplantı Adı Düzenlendiği Yer Gidiş-Dönüş Tarihleri			
Sözlü Sunum <input type="checkbox"/> Poster Sunumu <input type="checkbox"/> Konferans <input type="checkbox"/> Otur.Bşk. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
1- İzin ve Görevlendirilme Süresince eğitim/öğretim/hizmet faaliyetlerinde yerine görev alacak öğretim üyesi; Dr. Alihan Sarısaltık	25.10.2018	Alihan	
Adı Soyadı	Tarih	İmza	
2- İzin ve Görevlendirilme Süresince (varsa) idari görevine vekalet edecek öğretim üyesi; .....	.../...../20..	.....	
Adı Soyadı	Tarih	İmza	
İzin Veren Yetkilinin Adı, Soyadı, Unvanı, İmzası			
Bilim Dalı Başkanı	Anabilim Dalı Başkanı	Bölüm Başkanı	OLUR
	25-10-2018 Prof. Dr. Mustafa KARAYILMAZ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bilim Dalı Başkanı		...../...../20.. Prof. Dr. İsmail Hakkı CİNEL Hastane Yöneticisi Sağlık Bakanlığı-Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ONAY ...../...../20.. Prof. Dr. Osman Hakan GÜNDÜZ Dekan			