

## Sığınmacı ve Mültecilerin Sağlık İletişim Sorunları Üzerine Bir Değerlendirme

### An Evaluation on Health Communication Problems of Asylum Seekers and Refugees

Özgür YEŞİLYURT<sup>a</sup>  Emine SAVAŞCI<sup>b</sup> 

ÖZ	ABSTRACT
<p>Farklı kültürlerin bir araya gelmesi sonucu ortak dil kullanamamaktan kaynaklanan iletişim problemi, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavi sürecini sekteye uğratmaktadır. Çalışmada amaçlanan, sağlık iletişim sorunlarını sığınmacı ve mültecilerin gözünden değerlendirip öneriler sunmaktır. Ülkemizde giderek artan sığınmacı ve mülteci sayısı ile doğru orantılı olarak sorunlar da artmaktadır. Dolayısıyla konunun farklı bağlamlarda irdelenmesi, soruna dikkat çekip sunulan önerileri uygulamaya geçirmek adına önemlidir. Çalışmada, kolayda örnekleme ile seçilen Konya'daki 20 yabancı bireyle yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Yapılan tematik analiz sonucunda 3 ana tema oluşturulmuştur. Birinci tema, sağlık kurumu tercihleri ve nedenleridir. Sağlık kurumu tercihleri kategorisi, kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumları olarak 2 alt koda ayrılmıştır. Tercih etme nedenleri kategorisi ise hizmet kalitesi, konum, iletişim, hastalığın ciddiyeti olarak 4 alt koda ayrılmıştır. İkinci tema, hastalık ve tedavi sürecinde iletişimidir. Bu temayı oluşturan alt kodlar 8'e ayrılmıştır: Bireysel iletişim, kurumsal iletişim, randevu problemleri, yanlış teşhis, tedavi problemleri, hekim değişikliği, yüksek ücretler, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışlarıdır. Üçüncü tema, sağlık kurumlarına önerilerdir. Bu temayı oluşturan alt kodlar; dil desteği sağlanması, randevu sisteminin düzenlenmesi ve ücretsiz tedavi imkânı sunulması olarak 3'e ayrılmıştır. Sığınmacı ve mülteci bireyler, yeterli dil desteği olmayan sağlık kurumlarında sorun yaşamaktadır. Sağlık personelinin olumlu tutumu ile süreç kolaylaşmakta veya zorlaşmaktadır.</p>	<p>The communication problem arising from the inability to use a common language as a result of the coming together of different cultures interrupts the diagnosis and treatment process in health institutions. The aim of the study is to evaluate health communication problems from the perspective of asylum seekers and refugees and to offer suggestions. The problems increase in direct proportion to the increasing number of asylum seekers and refugees in our country. Therefore, it is important to examine the issue in different contexts in order to draw attention to the problem and put the suggestions into practice. In the study, semi-structured interviews were conducted with 20 foreign individuals in Konya, who were selected by convenience sampling. As a result of the thematic analysis, 3 main themes were created. The first theme is health institution preferences and reasons. The category of health institution preferences is divided into 2 sub-codes as public health institutions and private health institutions. The category of reasons for preference is divided into 4 sub-codes as service quality, location, communication, and severity of the disease. The second theme is communication during illness and treatment. The sub-codes that make up this theme are divided into 8: Individual communication, corporate communication, appointment problems, misdiagnosis, treatment problems, physician change, high wages, positive attitudes and behaviors of health personnel. The third theme is recommendations to health institutions. The alt codes that make up this theme; language support, arranging the appointment system and providing free treatment. As a result; Asylum seeker and refugee individuals have problems in health institutions that do not have sufficient language support. With the attitude of the health personnel, the process becomes easier or more difficult.</p>
<p><b>Anahtar Kelimeler</b></p> <p>Mülteci, Sığınmacı, İletişim Sorunları, Sağlık İletişimi, Sağlık Hizmetleri</p>	<p><b>Keywords</b></p> <p>Refugee, Asylum Seeker, Communication Problems, Health Communication, Health Services</p>

<sup>a</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü. Email: [o.yesilyurt@alparslan.edu.tr](mailto:o.yesilyurt@alparslan.edu.tr)

(Sorumlu Yazar/Corresponding author)

<sup>b</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Email: [eminesavasci18@gmail.com](mailto:eminesavasci18@gmail.com)

## 1. Giriş

Uluslararası platformda önemli bir sorun alanı olan göç; bireylerin ekonomik problemler, siyasi düşünce, dini inanç, salgın hastalık, hayati tehlike, zulüm korkusu gibi etkenlerden kaynaklı olarak yer değiştirmesini ifade eden kapsamlı bir olgudur. Tarihsel süreçte varlığını sürdürmüş ve günümüzde de oldukça etkin olan göç, toplumun temel kurumlarını önemli derecede etkilemiştir. Ülkelerin göç alma ve verme durumu, gelişim süreçlerine ve göçün türüne bağlı olarak değişmektedir.

Ülkemizin coğrafi olarak geçiş bölgesi olması, göç alma potansiyelini artırmıştır. Birçoğu mülteci ve sığınmacı olan yabancı uyruklu bireylerin ülkemiz nüfusuna dâhil olması ile sosyal, ekonomik, kültürel alanlarda toplumsal normlar karmaşık bir yapıya bürünmüştür. Özellikle dil sorunundan kaynaklanan iletişim problemi, sağlık hizmetlerinin sunumunda hem hasta hem sağlık personeli açısından olumsuz etkiye sahiptir.

Ülkemizdeki sığınmacı ve mülteci bireylerin çoğunu oluşturan Suriyeliler'in ülkelerindeki derin tahribat ve yıkım sonucunda geri dönme ihtimalleri azalmakta ve Türk vatandaşlığı alan Suriyeli sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Yabancı bireylerin uyum sağlama sürecinde mücadele etmelerini zorlaştıran dil problemi, özellikle sağlık hizmeti alırken sağlık personelinin Arapça bilmemesi ya da yabancı bireylerin Türkçe bilmemesinden kaynaklı olarak meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamayan sığınmacı öğretmenler de dil sorunu nedeniyle sorunlarını çözememektedir. Yabancı bireylerin topluma adaptasyonunu kolaylaştırmak için Türkçe öğrenmeleri bir gerekliliktir (Gürbüz ve Duğan, 2017, s. 487). Hastalığın tespit edilmesi ve uygun tedavinin belirlenmesi sürecinde temel özne olan hekimin tıbbi dili yoğun olarak kullanması hasta üzerinde iktidar kurma eğilimini göstermektedir. İletişim sürecindeki bu eşitsizliği gidermek için tıp terminolojisine hâkim sağlık çevirmenlerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık çevirmenliği toplum çevirmenliği kapsamında ele alınmalı ve bu alanda eğitim verilmelidir (Turan, 2018, s. 771-772). Bu eğitim özendirici olmalı, sağlık ve iletişim becerileri gelişmiş bireylerce nitelikli tercüman açığını kapatmalıdır (Turhan, Gürsoy Turan ve Karakullukçu, 2021, s. 292). Yabancı bireylerin uyum sürecinde yaşadığı tüm sorunlar, Türk toplumu ile etkileşimi zayıflatıp önyargı oluşmasına ve yabancı bireylerin çekimser kalmasına neden olmaktadır. Bu durum yabancı bireyleri fiziksel ve ruhsal sağlık yönünden zarara uğratmıştır. Özellikle ruhsal sorunların giderilmesinde dil sorunu çözülerek psikososyal destek verilmesi önemlidir (Güneş Aslan ve Güngör, 2019, s. 1625). Görüldüğü üzere dil sorunu, yabancı bireylerin dahil olduğu toplumda daha kapsamlı ve belirgindir.

Çalışma kapsamında, sığınmacı ve mülteci bireylerin sağlık personeli ile iletişim süreci değerlendirilmiştir. Sağlık kurumlarında ortaya çıkan problemlerin yabancı uyruklu birey sayısındaki artışla doğru orantılı olduğu düşünüldüğünden ve örneklem grubuna ulaşmak kolay olduğundan çalışma evreni Konya olarak belirlenmiştir. Bu alandaki sorunların saptanıp çözüm önerilerinin sunulması sağlık kurumunun işleyişindeki sorunları azaltacak aynı zamanda gelecek süreçte olası sorunların önüne geçecektir.

Yabancı bireylerle yapılan pek çok çalışmada farklı bağlamlarda iletişim süreci ve dil sorununa yönelik saptamalar ve öneriler yer almaktadır. Konuya alt yapı oluşturan çalışmalara kıyasla; gönüllü sığınmacı ve mülteci bireylerin gözünden sağlık iletişiminin nitel yöntem ile değerlendirilmesi, örneklem grubunda Türkçe bilmeyen katılımcıların da yer alması, çalışma

sonucunun sağlık iletişimi alanında farklı bakış ağısı ortaya koymasý yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

## 2. Sığınmacı, Mülteci, Sağlık İletişimi ve Sağlık Davranışı

**Mülteci;** ırk, din, tabiiyet, sosyal gruba ait olma, siyasi düşünceye dayalı zulüm korkusu, menşee ölkesi dışında olan, ölkenin korumasından yararlanamayan ya da zulüm korkusu sebebiyle korumadan faydalanmak istemeyen kişilerdir (BMMYK, 2001, s. 9).

**Sığınmacı** ise mülteci statüsü henüz onaylanmamış; diğer bir ifadeyle mültecilik için başvurusu henüz karara bağlanmamış kişiler için kullanılmaktadır. Bununla beraber henüz başvuru yapmamış ya da başvuru sonucunu bekleyen bireyler de sığınmacı olarak değerlendirilir. Her sığınmacı mülteci olarak bilinmese de pek çoğu bu kategoride değerlendirilmektedir (BMMYK, 2001, s. 43). Mülteci tanımının diğer ölkelerdeki bireyleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi hükümetler ve nesli tükenmekte olan grupların bütün gruplara sırtını çevirmesi riskini ortaya çıkarır. Sığınmacı, yetkililerin gözünde genellikle kendi ölkesinden başka bir öлкеye sığınma amacıyla başvuran transit bireydir. Daha iyi olanaklara sahip olmayı amaçlayan göçmendir ve göçmen niyeti taşır (Whittaker, 2005, s. 5-6).

**Sağlık iletişimi,** vatandaşın sağlıkla ilgili süreçlerde sağlığı geliştirici yaklaşımı benimseyerek bireysel ve toplumsal sağlık alanında bilinçlendirme, bilgilendirme, uygulama amacıyla 1970'li yıllarda ortaya çıkan bir kavramdır (Özmen, 2018, s. 13-14).

Sağlık iletişimi, bireyleri teşvik etmek için bir araçtır. Sağlık iletişimi ilkeleri günümüzde sık sık kullanılmaktadır. Bu ilkeler hastalık önleme ve kontrol stratejileri, savunuculuk, sağlık sorunları, sağlık plânları ve ürünlerini pazarlamak, hasta eğitimi, tıbbi bakım sağlama, tedavi alternatifleridir. Sağlık kalitesini ortaya koyan bu ilkeler, sağlık kurumunun iletişim bağlamında daha kaliteli hizmet sunabilmesi için ortaya konulmuştur. Sağlık iletişimi, farklı bağlamalarda gerçekteşebilir. Bunlar; sosyal ağ, organizasyon, topluluk ve toplumdur. İletişim ne kadar çok bağlamı etkilerse istenilen değişimi oluşturma ve sürdürme ihtimali o denli yüksek olur. Fakat sağlık iletişimi; yoksulluk, çevresel koşulların olumsuz seyri, yetersizlikler nedeni ile tek başına sistemsel sorunları gideremez. Sağlığın genelini ve bu faktörleri etkilemek için kullanılacak stratejiler kapsamlı sağlık iletişim programlarına katkıda bulunan bütün faktörlerin sistematik araştırmasını içermelidir (Thomas, 2005, s. 3-4).

Hastalığı ortaya çıkaran etmenlerin belirlenmesi (sosyal, fiziksel, biyolojik ve kültürel çevre) sağlık ve hastalık davranışlarının anlaşılmasında önemli yer tutmaktadır. Birey; sosyal, fiziksel, biyolojik ve kültürel çevre ile uyumlu davranış sergilemediğinde hastalık riski oluşmaktadır. Hastalık, aktif bir olgudur. Bireylerin hastalık sürecini deneyimlemesi sonucu bazı hastalıklar için elde edilen hak ve ayrıcalıklar hastalık sürecini kısaltarak bireyleri sağlık davranışına ve rehabilitasyona yönlendirmektedir (Yeşilyurt, 2021, s. 41).

Toplumsal bir varlık olan insan, bağlama uygun olarak farklı davranış biçimleri sergilemektedir. Bir davranış türü olan **sağlık davranışı**, toplumla etkileşim sonucunda çevresel etkilerle inşa edilmiştir. Bireylerin genel anlamda fiziksel ve ruhsal hastalıklarını ortadan kaldırmak ve iyilik halini korumak amacıyla şekillenen bu davranışın, sağlık iletişimi sürecindeki rolünü daha iyi anlayabilmek adına bu davranışı sosyal, fiziksel, biyolojik, kültürel çevrede ayrı değerlendirmek yerinde olacaktır.

### **3. Bireysel ve Toplumsal Kuram ve Modeller**

Konunun kavramsal ve kuramsal çerçevesini değerlendirmek amacıyla literatürde yer alan modeller bireysel ve toplumsal olarak açıklanmıştır.

#### **3.1. Bireysel Seviyede Kuram ve Modeller**

Bazı sağlık davranış modelleri bireysel odaklıdır. Bireylerin sağlık davranışına yönelik kararları nasıl aldıklarını inceler. Etkili iletişim ile bireysel özellik ve niteliklerin derinlemesine anlaşılması amaçlanır (Thomas, 2005, s. 65). Bu kapsamda ele alınan bireysel seviyede kuram ve modeller; davranışsal niyetler yaklaşımı, değişim aşamaları yaklaşımı ve sağlık inanç modelidir.

##### **3.1.1. Davranışsal Niyetler Yaklaşımı**

Davranış alanında yapılan araştırmalar, amacın gerçekleşme olasılığını davranışı gözlemleyenlerin benimsediklerine ilişkin algıları ortaya koyar. Davranışa etki edecek önemli bir hamle, tutum değişikliği belirlemek için ön değerlendirme niteliği taşır (Thomas, 2005, s. 65-66).

##### **3.1.2. Değişim Aşamaları Yaklaşımı**

Değişim aşamasını oluşturan temel unsur davranıştır. Değişim bir olay değil, süreçtir. Bireyin bulunduğu aşamayı bilmek mesaj, strateji ve program belirleme yönünden önemlidir. Değişim aşamaları 5'e ayrılır: ön niyet, niyet, karar, eylem, sürdürme. Bu aşamalar doğrusal değil, döngü biçiminde gerçekleşir. Birey; döngüde ilerleyebilir, bir aşamada kalabilir ya da döngüden çıkabilir (Thomas, 2005, s. 66).

##### **3.1.3. Sağlık İnanç Modeli**

Sağlık inanç modelinin ana bileşenleri şunlardır: algılanan duyarlılık (belirli sağlık durumuna dair öznel bakış açısı), algılanan ciddiyet (ciddi sağlık sorunu sonucundaki hisler), algılanan fayda (bazı uygulamalara dair inançların hassasiyet ve ciddiyeti azaltması), algılanan engeller (bazı eylemlere dâhil olmanın olası olumsuzlukları), uygulama ipuçları (uygulamayı tetikleyen çevresel ve bedensel gelişmeler). Farklı değişkenler, bireylerin algılarını buna bağlı olarak sağlık davranışını etkiler (Thomas, 2005, s. 66-67).

#### **3.2. Toplumsal Seviyede Kuram ve Modeller**

İletişim etkinlikleri makro düzeydedir. Topluluğun bağlamını ve kamu politikasını etkileyip değiştirmeye ilişkin örgütsel düzeyde bir modeldir (Thomas, 2005, s. 68). Toplumsal seviyede örgütsel değişim teorisi, topluluk organizasyonu teorisi, yeniliklerin yayılması teorisi ve işlem analizi modeli ele alınmıştır.

##### **3.2.1. Topluluk Organizasyonu Teorisi**

Sosyal kuramlar (sosyal destek, sosyal ağ, ekolojik perspektif, sosyal sistem), bu kuramı temellendirir. Sosyal ağ ve destek geliştirmede aktif katılımı ön plâna çıkarır. Sosyal ve sağlık alanındaki problemleri daha iyi analiz edip çözümleyerek kaynakları harekete geçirme, geliştirme ve uygulama süreçlerini içerir. Sosyal öğrenme kuramı ile uyumlu olduğu için birlikte kullanılabilir. Topluluk değişimine yönelik bazı yaklaşımları şöyledir: topluluk geliştirme, sosyal plânlama, sosyal eylem. Bu yaklaşımlar sırasıyla toplumun geniş bir kesiminin kendi problemlerini belirleyip çözmesi, toplumdaki bireylere teknik yardım sağlanması, bireyin problem çözme yeteneğini artırmak ve sosyal adaletsizliği gidermek şeklinde açıklanabilir.

Sağlık iletişimi, sosyal müdahaledeki bu boyutların her birinde temel bileşen olarak yer almaktadır (Thomas, 2005, s. 69-70).

### **3.2.2. İşlem Analizi Modeli**

İşlem, bu yaklaşımın ilişki birimidir. Basit iletişim kurarken bir birey işlem uyarını ile iletişim sürecini başlatır. İkinci bir kişinin yanıt vermesi işlem yanıtıdır. Her birey farklı bir karışımdan meydana gelmektedir. Bu da bir durumu ya da durumun içinde baskın olan ögeye bağlı olarak iletişimi etkiler. Herhangi durumda bu rollere girmiş gibi davranan bireyler davranışı bu roller üzerinden yaşantılayarak öğrenir. İşlemsel analiz, 5 farklı işlem türünü içerir: tamamlayıcı işlem, çapraz işlem, açısız işlem, gizli işlem, dubleks işlem. Tamamlayıcı işlem, yetişkin egosunun olduğu yerdir. Her iki birey de karşılıklı etkileşime girer. Çapraz işlem, ego durumundan mesajın gönderildiği yerdir. Açısız işlem, bir ego durumuna göre konuşuyor görünüp başkasına hitap edilen yerdir. Gizli işlem, aynı anda ikiden fazla egoyu içerir. Dubleks işlem ise aynı anda gönderilen iki mesajı içerir (Berry, 2007, s. 34-35).

## **4. Türkiye’de Sığınmacı ve Mülteciler**

Göç olgusu, Türkiye için değerlendirildiğinde son yıllarda göçmen sayısının kayda değer biçimde arttığı gözlemlenmiştir. Bu anlamda Türkiye, konum itibari ile önemli bir transit geçiş merkezidir (Karadağ ve Altıntaş, 2010, s. 58). Zulüm, şiddet, çatışma gibi nedenlerden dolayı zorla yerinden edilen insan sayısı küresel boyutta oldukça yüksektir. Türkiye, dünyada sayıca en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülkedir. Yaklaşık, 3,6 milyon Suriyeli ve 320.000 diğer uyruklu birey, Türkiye’de yaşamaktadır (<https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar> 23.12.2021 tarihinde erişildi).

Sayıca bu kadar fazla mülteci ve sığınmacı bireyin göç etmesi ekonomik, sosyal, kültürel, sağlık alanlarında sorunları da beraberinde getirmiştir. Farklı kültürel grupların bir araya gelmesi, hem göç eden hem göç edilen coğrafyadaki bireyler için yaşam koşullarını zorlaştırmıştır. Özellikle iletişim noktasında yaşanan problemler, diğer alanlardaki problemleri temellendirmiştir. Sağlık kurumu, bu etkiyi en belirgin şekilde yaşayan kurumlardan biridir. Sağlık personeli ile sığınmacı ve mülteci bireylerin iletişiminde ortak dil kullanamama problemi teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.

Türkiye’ye gelen mülteci ve sığınmacı bireyler, sosyal anlamda farklı özelliklere sahiptir. Bu farklılık yaş, cinsiyet, eğitim, ülke gibi unsurlarla ilişkilendirilebilir. Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’ye iltica eden sığınmacı ve mülteci bireyler, çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye’nin gelenek, görenek, kültürel alışkanlığına bağlı olarak misafirperver ve yardımsever olması problemlerin aşılmasında destekleyici unsur olarak yer almaktadır (Önal ve Keklik, 2016, s. 145-146). Ancak destekleyici unsurlar bazı sorunların aşılmasında yeterli olmamıştır. Sığınmacıların mülteci olmak için yaptığı başvurularda mülakat süreleri uzamaktadır. Bu yüzden yaşam şartlarının elverişsiz olduğu yabancı misafirhanesi, uydu kent gibi alanlarda konaklayan sığınmacı bireylerin çoğu, belirsiz bir yaşamın ortasında kalmaktadır. Türkiye’ye Asya, Afrika, Ortadoğu ülkelerinden gelen ve sınırı geçerken yakalanan sığınmacılar için sınır dışı işlemi başlatılıp ‘yasadışı göçmen’ olarak kayıt altına alınmaktadır (Karadağ ve Altıntaş, 2010, s. 58-59).

Sorunlar karşısında entegrasyon sürecini kolaylaştırmak adına 2016’da kayda değer bir adım atılmış ve Suriyeliler’in Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olabileceği açıklanmıştır. Vatandaşlık verilmesi plânlanan Suriyeliler için öncelikli grup çalışma izni bulunan, yükseköğretim mezunu

olan, Türkiye için bilimsel, teknolojik, ekonomik anlamda hizmet eden veya edeceği düşünülen bireylerdir (<https://www.milliyet.com.tr/yazarlar/tolga-sardan/suriyelilerin-turk-vatandasliginda-sona-dogru-2387076> 02.01.2022 tarihinde erişildi). Entegrasyon sürecini kolaylaştırmak için sunulan bu çözüm yolu, belirlenen vasıflar dışında kalan pek çok Suriyeli'nin vatandaş haklarından mahrum kalmasına engel olamamıştır (Şimşek, 2018, s. 378-379). Ayrıca uyum sürecini kolaylaştırabilmek adına yabancı uyruklu bireylerin hukuk sistemi, dil, siyasi yapı, Türk kültürü ve tarihsel arka plânının yer aldığı, hak ve sorumlulukların açıklandığı kurslara katılım sağlamaları önerilmiştir (Şimşek, 2019, s. 181).

#### 4.1. Sığınmacı ve Mültecilerin Sağlık Hakkı

Sığınmacı ve mülteciler zorlu yaşam şartları, barınma, beslenme sorunları, şiddet, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde güçlükler, vb. pek çok nedenle savunmasız ve dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadır (Karadağ ve Altıntaş, 2010, s. 56). Yaşanan bu sorunlar, bir diğerini etkileyerek çözüm sürecini zorlaştırmakta ya da çözüme ulaşmayı tamamen engellemektedir. Her sorun alanı, bireylerin algıları ve öncelikleri kapsamında farklı öneme sahiptir. Ancak sağlık alanında yaşanan sorunlar hayati önem derecesine göre bireyin ruhsal ve fiziksel iyilik halini doğrudan etkilediği için çoğu insana göre anlamlı derecede önemlidir.

Sağlık hakkı, bireylerin temel ihtiyaç sıralamasında yer alan fizyolojik ihtiyaçlar kapsamında değerlendirilmektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi'nde yaşama hakkı kapsamında ele alınan sağlık hakkı, evrenseldir (Önal ve Keklik, 2006, s. 135). Ülkemizde hukuksal temelde 1961 Anayasası'nda yer alan maddede devletin sağlık hakkını sağlamaktan sorumlu olduğu vurgulanmıştır. Herkesin ruh ve beden sağlığı içinde yaşayabilmesi devletin ödevidir (Çallı, 2016, s. 134).

Ülkemizde yabancı bireylere sunulan sağlık hakkı; çalışma ve oturma izni olanlar, çalışma ve oturma izni olmadan yasadışı ülkeye giriş yapanlar ve vatansız ve sığınmacı olarak kabul edilenler şeklinde gruplandırılarak sunulmaktadır. Genel sağlık sigortasından yararlanmak için bu kapsama girmek, prim ödemek, bedeli devlet tarafından karşılanmayan ilaç ve muayene katkı payı ve ek ücretlerin ödemesi, sağlık kurumuna kimlik ibrazı, sevk zinciri zorunlu olarak uyulması gerekmektedir. Mültecilerin genel sağlık sigortalarından faydalanmaları 6458 sayılı kanunda sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü olmayanların 5510 sayılı kanuna göre genel sağlık sigortasından faydalanması mümkündür. Genel müdürlük bütçesine ödenek verilip bu kişilerin primi ödenmektedir. Geçici koruma altında olan sığınmacılar, özel sağlık kurumuna başvuramaz ve sevk zincirine uyma zorunlulukları vardır. Ancak acil olan temel sağlık hizmetleri kapsamında ilaç ve tedavi için katılım payı alınmamaktadır. Buradan hareketle yabancı bireylerin statü belirsizliği nedeniyle sağlık hizmeti kapsamında dışlandığı ve yasal düzenlemelerin eşit olmayan bir yaklaşıma temel oluşturduğu görülmektedir (Çallı, 2016, s. 149-152).

Her bireyin sağlık algısı farklıdır. Örneğin hastalığa dair korku ve endişe düzeyi her bireyde aynı değildir. Bu algı, yapısal olarak önceden var olmaz. Yaşamsal süreç sonucunda ortaya çıkar. Bu yüzden hekimin hasta üzerinde bırakacağı izlenim ilk muayeneden itibaren önem kazanır. Hem ruhsal hem fiziksel hastalıkların ifadesinde hekim, hastanın sırdaşdır. Hasta bireyin en yakınları ile paylaşmadığı sorunları hekimle paylaşması güven zemininde iletişim süreci başlatır. Özellikle uzun soluklu ve ciddi hastalıklarda (kanser, kısırlık, jinekolojik hastalıklar, vb.) bu paylaşım psikolojik açıdan hastaya olumlu yansır. Söz konusu hastalıkları ifade ederken

hasta bireylerde çekinme, utanma, korku gibi duygular yaşanabilir. Böylesi bir durumda hekim tıp terminolojisini en anlaşılır şekilde hastaya açıklamalıdır. Ayrıca bu tarz hastalıklarda hastaya ayrılan muayene süresi daha uzun, muayene yeri hastanın kendini güvende hissedeceği şekilde olmalıdır. Ayaküstü muayene ile hasta kendini geçiştirilmiş hissetmemelidir. Hasta ile iletişimi etkileyen bir diğer etken ve sorun alanı demografik özelliklerdir. Hastanın eğitimi, yaşı, cinsiyeti gibi değişkenlere göre hekimin kullandığı dili ve davranış biçimini şekillendirmesi, herkese karşı kalıp davranış sergilememesi sürece anlamlı bir katkı sunmaktadır (Yağbasan ve Çakar, 2006, s. 610-611). Literatüre bakıldığında aynı dili konuşan hekim ve hastanın sağlık iletişim problemlerine yer verildiği görülmektedir. Hal böyleyken sığınmacı ve mülteci bireylerin sağlık alanında hizmet alırken iletişim problemi yaşaması kaçınılmazdır.

Sağlık personelinin Arapça, Türkmençe, Farsça gibi dilleri bilmemesi, sığınmacı ve mültecilerinse Türkçe bilmemesi bunun yanında sağlık kurumunda bu dilleri bilen tercümanların bulunmamasından kaynaklı iletişim problemleri teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Sağlık personeli bu sorunu sözlük, jest ve mimik, elektronik çeviri programı aracılığı ile çözmeye çalışsa da çok etkili olmamıştır. Ya yetersiz kalmış ya da iletişim kazalarına neden olmuştur (Dikmetaş Yardan ve diğerleri, 2016, s. 90). Sağlıkta meydana gelen bu eşitsizlik, yabancı bireylerin temel haklarını örselemektedir.

Sorunlu iletişim sürecinde özellikle hekimle yaşanan iletişim sorunu teşhis ve tedaviyi geciktirmektedir. Bu durum bir nevi ihmaldir. Çünkü alternatif çözüm yollarını hayata geçirerek yabancı bireyler için oluşan hayati risk veya sorunsal süreç etkileri en aza indirgenebilir. Dolayısıyla doğru teşhis ve tedavinin öncelikli koşullarından biri sağlıklı iletişimdir.

## 5. Yöntem

Nitel araştırmalarda veri toplama aracı olarak genelde görüşme yöntemi kullanılmaktadır. Fenomenolojik desende ya da durum çalışmalarında bireylerin belli bir konuya dair görüşleri bu teknikle ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada, kolayda örnekleme ile seçilmiş, Konya ilinde yaşayan ve buradaki sağlık kurumlarından hizmet alan 20 gönüllü katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Verilerin, ilgili programla tematik analizi yapılmıştır.

Fenomenolojik desende tasarlanan çalışma, bazı kısıtlılıklara sahiptir. Çalışma konusunun ana temasını da oluşturan dil problemi sebebi ile bazı katılımcılarla görüşme sağlanamamıştır. Bazılarınınsa sağlık kurumuna hiç gitmemeleri nedeniyle görüşme sağlanamamıştır. Görüşme yapılan katılımcıların çoğuyla tercüman aracılığı ile görüşülmüştür. Bu durum ifade eksikliği ve soruların tam anlaşılmasına neden olmuştur. Dolayısıyla verilen cevaplar bazı açılardan kısa ve sığ kalmıştır.

Çalışmanın Konya ilinde yapılması, nüfusa anlamlı düzeyde etki eden yabancı bireylerin çeşitli sağlık kurumlarındaki işleyişi ve sorunları ortaya koymasından önemlidir. Demografik yapının sayıca önemli kısmını oluşturan yabancı bireyler, artan sorunları beraberinde getirecektir. Bu sorunları daha derin ve kapsamlı hale gelmeden tespit edip çözüm sunabilmek Konya ilindeki sağlık hizmetini daha kaliteli hale getirecektir.

Çalışma için Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'na başvurulmuştur. Kurulun 04/01/2022 tarihli ve 1 sayılı toplantısında alınan 49 numaralı kararınca uygun bulunmuştur.

## 6. Bulgular

Araştırmaya toplam 20 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar sırasıyla K1'den K20'ye kadar kodlanmıştır. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik bilgilerine detaylı olarak yer verilmiştir. Katılımcıların 12'si erkek, 8'i kadındır. Katılımcıların yaşları 20 ile 45 arasında değişmektedir. Katılımcıların 7'si bekâr, 13'ü evli; 3'ü ilkököl, 5'i ortaokul, 5'i lise, 1'i üniversite mezunudur ve 6'sı okuryazar değildir. Katılımcıların 14'ünün çalıştığı, 6'sının ise çalışmadığı görülmektedir. Çalışan katılımcıların sektörleri incelendiğinde, 7'sinin gıda, 4'ünün iletişim, 2'sinin giyim ve 1'inin petrol sektöründe olduğu görülmektedir. Katılımcıların 1'inin aylık geliri 0-1000 TL, 2'sinin 1001-2000 TL, 9'unun 2001-3000 TL, 4'ünün 3001-4000 TL, 2'sinin 4001-5000 TL ve 2'sinin 5001 TL ve üzeridir. Katılımcıların 16'sı Suriye'den, 3'ü Afganistan'dan ve 1'i Irak'tan göç etmiştir. Katılımcıların 18'i herhangi bir sağlık yardımı almadıklarını belirtirken 2'si sağlık yardımı aldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık yardımı aldığını belirten iki katılımcı da Kızılay kurumundan yardım aldığını belirtmiştir (Tablo 1).

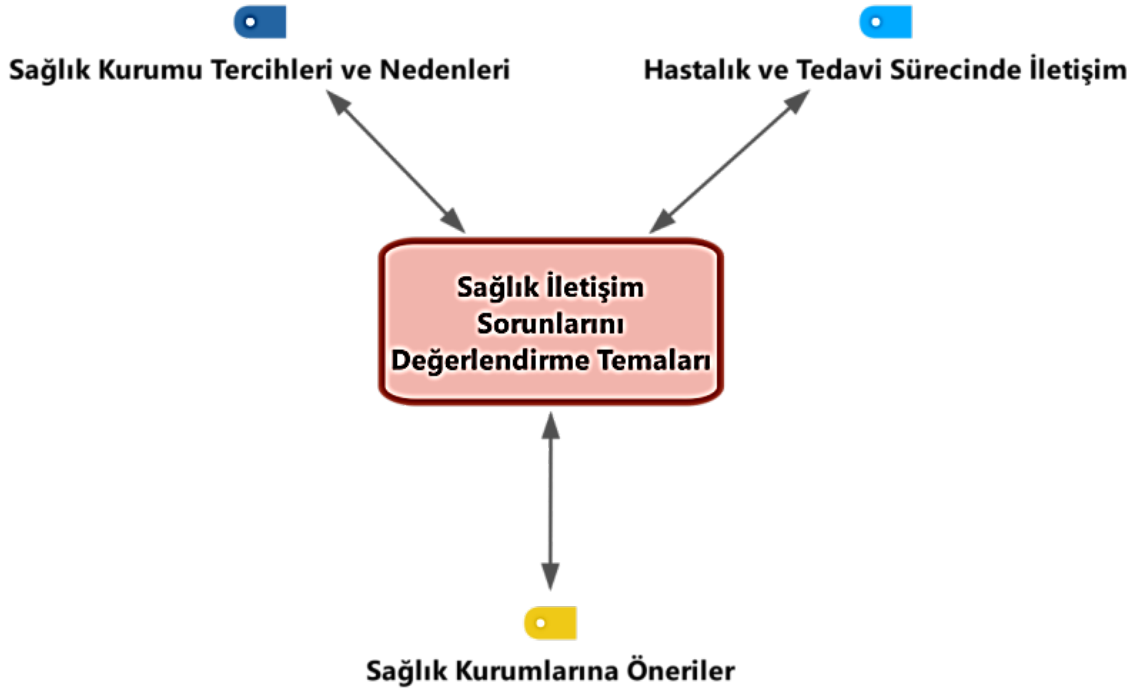
**Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler**

Belge Adı	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Düzeyi	Çalışma Durumu	Sektör	Aylık Gelir	Geldiği Ülke	Sağlık Yardımı Alma Durumu	Sağlık Yardımı Alınan Kurum/Kuruluş
K1	Erkek	20	Bekar	Ortaokul	Evet	Gıda	5001+	Afganistan	Hayır	
K2	Kadın	21	Bekar	Lise	Evet	Gıda	1001-2000	Afganistan	Hayır	
K3	Kadın	45	Evli	Ortaokul	Hayır		3001-4000	Suriye	Hayır	
K4	Kadın	33	Evli	Okuryazar Değil	Hayır		0-1000	Suriye	Hayır	
K5	Kadın	39	Evli	Okuryazar Değil	Hayır		5001+	Suriye	Hayır	
K6	Erkek	21	Bekar	Lise	Evet	Giyim	4001-5000	Suriye	Hayır	
K7	Erkek	27	Evli	İlkokul	Evet	Gıda	2001-3000	Suriye	Hayır	
K8	Erkek	35	Evli	Ortaokul	Evet	Gıda	3001-4000	Suriye	Hayır	
K9	Erkek	21	Evli	İlkokul	Evet	İletişim	3001-4000	Suriye	Hayır	
K10	Erkek	26	Bekar	Ortaokul	Evet	İletişim	2001-3000	Suriye	Hayır	
K11	Erkek	24	Bekar	Okuryazar Değil	Evet	Gıda	2001-3000	Suriye	Hayır	
K12	Kadın	35	Evli	Okuryazar Değil	Hayır		2001-3000	Irak	Hayır	
K13	Kadın	45	Evli	Okuryazar Değil	Evet	Giyim	1001-2000	Suriye	Evet	Kızılay
K14	Kadın	33	Evli	İlkokul	Hayır		2001-3000	Suriye	Evet	Kızılay
K15	Erkek	44	Evli	Okuryazar Değil	Evet	Petrol	2001-3000	Afganistan	Hayır	
K16	Erkek	20	Bekar	Ortaokul	Evet	İletişim	2001-3000	Suriye	Hayır	



K17	Erkek	29	Bekar	Lise	Evet	İletişim	2001-3000	Suriye	Hayır	
K18	Erkek	38	Evli	Üniversite	Evet	Gıda	3001-4000	Suriye	Hayır	
K19	Erkek	30	Evli	Lise	Evet	Gıda	4001-5000	Suriye	Hayır	
K20	Kadın	28	Evli	Lise	Hayır		2001-3000	Suriye	Hayır	

Şekil 1'de görüldüğü üzere, araştırmada 3 ana tema tanımlanmıştır. Bunlar; sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri, hastalık ve tedavi sürecinde iletişim, sağlık kurumlarına öneriler olarak sıralanmaktadır.

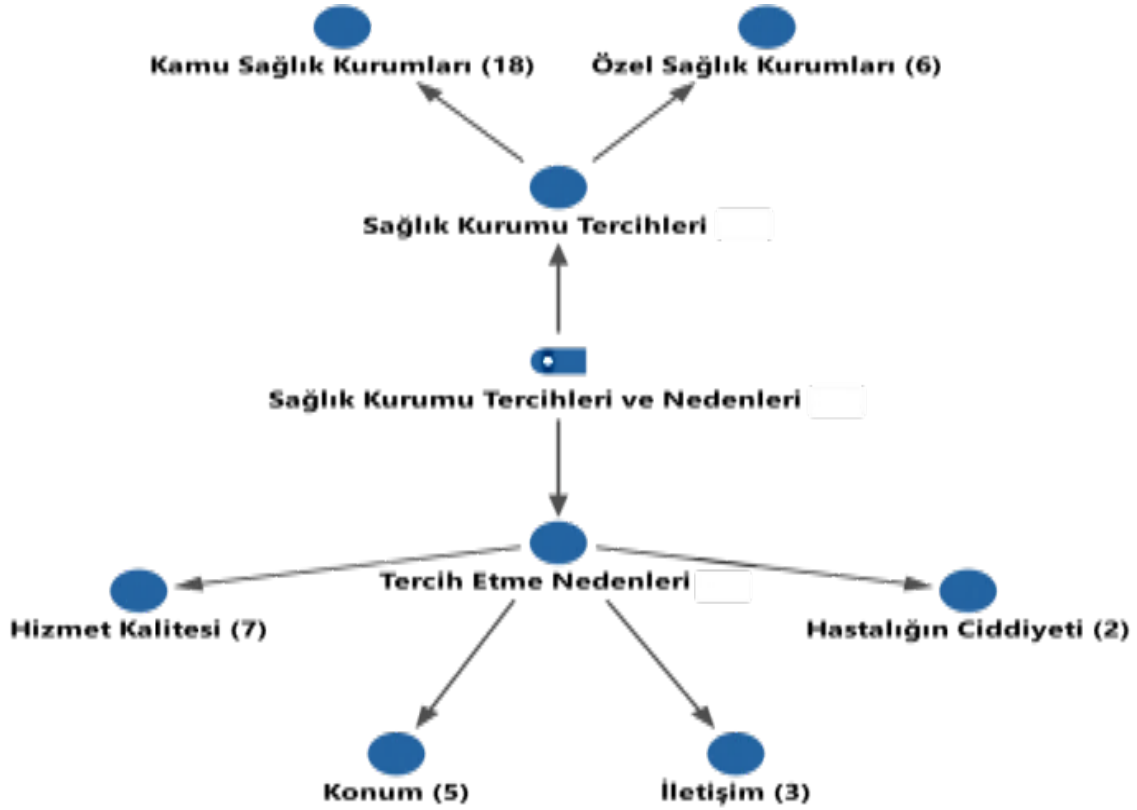


294

Şekil 1: Sağlık İletişim Sorunlarını Değerlendirme Temaları

### 6.1. Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenleri Kategorisine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında katılımcıların hangi sağlık kurumlarını hangi durumlarda ve hangi nedenlere bağlı olarak tercih ettikleri incelenmiştir. Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda 2 farklı kod tanımlanmıştır. Bunlar; sağlık kurumu tercihleri ve tercih etme nedenleridir. Sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri temasının hiyerarşik kod-alt kod modeli şekil 2'de verilmiştir.



**Şekil 2:** Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenleri Temasının Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

### 6.1.1. Sağlık Kurumu Tercihleri Alt Koduna İlişkin Bulgular

Sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri temasının birinci kategorisi olan sağlık kurumu tercihleri; kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumları kategorisi olarak 2 koda ayrılmıştır.

#### 6.1.1.1. Kamu Sağlık Kurumu

Katılımcıların sağlık kurumu tercihleri incelendiğinde yoğunlukla kamu sağlık kurumlarından tedavi almayı tercih ettikleri görülmektedir. K9, K13 ve K15 kodlu katılımcıların kamu sağlık kurumlarına ilişkin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Devlet hastaneleri.H1, H2 ve H4 (devlet hastaneleri). Rastgele gidiyorum.” (K9)

“H1 ve H3’e (devlet hastaneleri) gittim. H3’te ameliyat oldum. 4 tane platin taktılar. En çok orayı biliyoruz.” (K13)

“Sağlık ocağı, hastane.”(K15)

#### 6.1.1.2. Özel Sağlık Kurumu

Katılımcılar arasında özel sağlık kurumlarını tercih ettiklerini ifade edenler de bulunmaktadır. Genellikle Türkiye Cumhuriyeti kimlik kartına sahip olmadıkları için özel sağlık kurumlarında tedavi aldıkları görülmüştür. Özel sağlık kurumları ile ilgili K7 ve K11 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Devlet hastanelerine gitmiyorum. Özele gidiyorum. Kimlik olmadığı zaman T.C. de olmadığından gitmiyorum devlete. Geriye özel kalıyor.” (K7)

“H1(özel hastane) ya da özel yerler.” (K11)

#### 6.1.1.3. Tercih Etme Nedenleri Alt Koduna İlişkin Bulgular

Sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri temasının ikinci kategorisi olan tercih etme nedenleri kategorisi; hizmet kalitesi, konum, iletişim, hastalığın ciddiyeti olarak 4 koda ayrılmıştır. Katılımcılar iyi tedavi aldıklarını düşündükleri, kolay randevu alabildikleri ve doktorların ilgili olduğu sağlık kurumlarını tercih ettiklerini ifade etmektedirler.

#### **6.1.1.3.1. Hizmet Kalitesi**

Hizmet kalitesi ile ilgili K4, K12 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Hastaneye gidiyorum. En iyi bakan yer orası.” (K4)

“Hastane. H3 ve H4(devlet hastaneleri). Randevu almak daha rahat oluyor.” (K12)

“H3 (devlet hastanesi). 2016’da yağ bezesi ameliyat oldum. Kızım sürekli ilaç alıyor kortizon. 12 senedir. Suriye’de alıyordu. Şimdi burada alıyor. H4’te(devlet hastanesi) o ama. Doktor iyiydi hep gittik.” (K18)

#### **6.1.1.3.2. Konum**

Katılımcılar tedavi alacakları sağlık kuruluşunu seçerken kuruluşun yakınlığına da dikkat ettiklerini sıklıkla belirtmişlerdir. Konum ile ilgili K5 ve K16 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Bize yakın olduğu için devlet hastanesi var ona gidiyorum.” (K5)

“Hastane. H3(devlet hastanesi). H7(özel hastane) Özel hastaneye gittim. O an nereye yakınsam.” (K16)

#### **6.1.1.3.3. İletişim**

Katılımcılar sağlık kuruluşlarında anlaşabilmelerine, tercüman bulunma durumuna göre tedavi olacakları sağlık kuruluşunu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. İletişim ile ilgili K8 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri bu duruma örnek olarak verilmiştir:

“H5’e(yabancı uyruklu bireylere özgü devlet polikliniği) gidiyorum. Anlaşabiliyoruz çünkü. Başka devlet hastanesine de gittim. Ama en sık burası.” (K8)

“H4(devlet hastanesi). Devlet. Çok doktor var. Tercüman var çünkü orada.” (K19)

#### **6.1.1.3.4. Hastalığın Ciddiyeti**

Katılımcılardan bazıları da özellikle ciddi bir hastalık söz konusu olduğunda hastaneye gitmeyi tercih ettiklerini ancak hafif hastalıklarda kendi başlarına çözüm bulduklarını ifade etmektedirler. Hafif hastalıklarda hastane yerine sağlık ocağını tercih ettiklerini de belirtmişlerdir. Hastalığın ciddiyeti ile ilgili K1 ve K2 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Hastane. Çünkü zor durum oluyor, hastanede geçen sene 300 lira ödedik. Belki şimdi daha çoktur. Hafif hastalıklarda kendimiz ilaç alıyoruz.” (K1)

“Çok hasta olmuyoruz ama sağlık ocağı daha çok. Küçük kardeş için gidiyoruz. Acil olmadığı için.” (K2)

**Tablo 2: Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenleri Temasının Katılımcı Bazlı İncelenmesi**

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20
▼ Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenleri																				
▼ Sağlık Kurumu Tercihleri																				
Kamu Sağlık Kurumları	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Özel Sağlık Kurumları							•	•			•					•	•			•
▼ Tercih Etme Nedenleri																				
Hizmet Kalitesi			•	•		•						•					•	•	•	
Konum					•					•					•	•	•			
İletişim			•					•												•
Hastalığın Ciddiyeti	•	•																		

Sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri teması katılımcı bazlı incelenmiştir. Buna göre, sağlık kurumu tercihlerinde katılımcı görüşlerinin kamu sağlık kurumları üzerinde yoğunlaştığı ve bu konuda K11 kodlu katılımcı hariç tüm katılımcıların görüş bildirdikleri görülmektedir. Tercih etme nedenlerinde ise katılımcı görüşlerinin hizmet kalitesi üzerinde yoğunlaştığı ve bu konuda K3, K4, K6, K12, K17, K18 ve K19 kodlu katılımcıların görüş bildirdikleri görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3: Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenlerinin İncelenmesi**

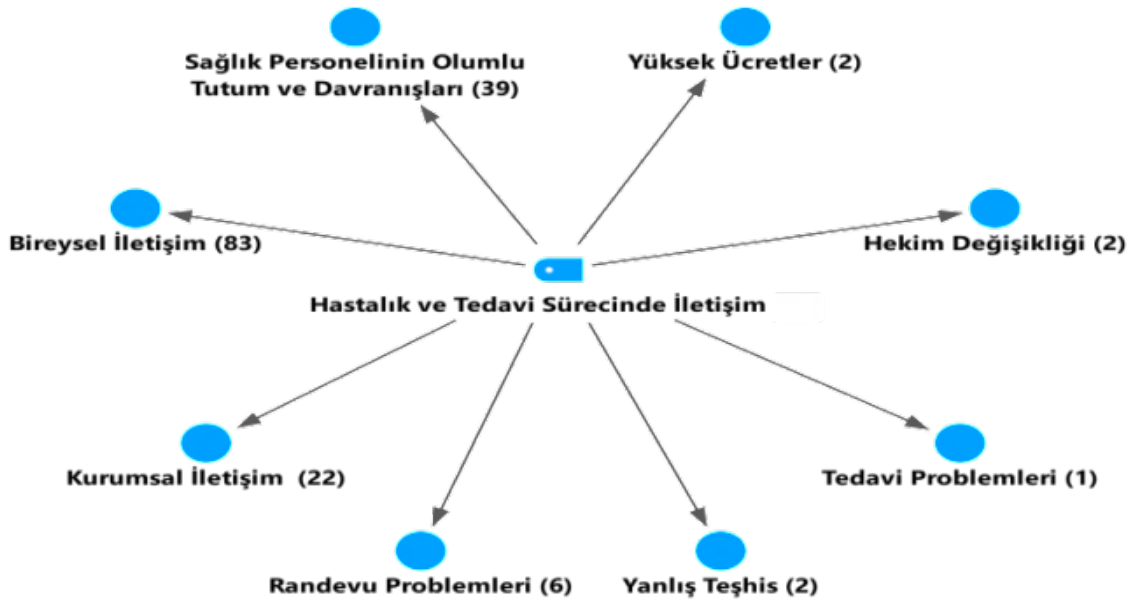
	Evet	Hayır
▼ Sağlık Kurumu Tercihleri ve Nedenleri		
▼ Sağlık Kurumu Tercihleri		
Kamu Sağlık Kurumları	12	6
Özel Sağlık Kurumları	5	1
▼ Tercih Etme Nedenleri		
Hizmet Kalitesi	4	3
Konum	4	1
İletişim	2	1
Hastalığın Ciddiyeti	2	

Katılımcıların çalışma durumlarına göre sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri temasındaki kodlar incelenmiştir. Buna göre, çalışan katılımcıların hem kamu sağlık kurumları hem özel sağlık kurumları ile ilgili sıklıkla görüş bildirdikleri görülmektedir. Tercih etme nedenlerinde ise hizmet kalitesi ve konum ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmekle birlikte iletişim ve hastalığın ciddiyeti ile ilgili de görüşleri bulunmaktadır.

Çalışmayan katılımcıların ifadeleri incelendiğinde, kamu sağlık kuruluşları ve hizmet kalitesi ile ilgili yoğunlukla görüş bildirdikleri görülmektedir (Tablo 3).

## 6.2. Hastalık ve Tedavi Sürecinde İletişim Kategorisine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında katılımcıların hastalık ve tedavi sürecinde nasıl iletişim kurdukları, iletişim kurarken herhangi bir sorun ile karşılaşmışlar mı, karşılaşmadıkları irdelenmiştir. Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda 8 farklı kod tanımlanmıştır. Bunlar; bireysel iletişim, kurumsal iletişim, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışları, randevu problemleri, yanlış teşhis, yüksek ücretler, hekim değişikliği ve tedavi problemleridir. Hastalık ve tedavi sürecinde iletişim temasının hiyerarşik kod-alt kod modeli şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3: Hastalık ve Tedavi Sürecinde İletişim Temasının Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

### 6.2.1. Bireysel İletişim

Katılımcılar hastalık ve tedavi sürecinde iletişim ile ilgili görüş bildirirken yoğunlukla bireysel iletişim ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcıların çoğu Türkçe bilmektedir. Türkçe bilmeyen katılımcılar, sağlık kurumuna giderken yanlarında Türkçe bilen ve kendilerine yardım edebilecek birini götürmektedirler. Genellikle aile bireylerinden tercüme desteği aldıkları görülmektedir. Bazen de kendi ülkelerinden gelen doktorlara gittiklerini belirtmektedirler. Bazı katılımcılar tercüman desteğinin yetersiz olması nedeniyle sağlık kurumlarında anlaşmakta zorlandıklarını ve bu durumda bazen sağlık personellerinin de öfkelenmiş olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlara ek olarak, mahrem hastalıklar konusunda katılımcıların çoğunun rahatlıkla sağlık personelleri ile iletişim kurabildiklerini görülürken bazı katılımcıların çekindikleri görülmektedir. Bireysel iletişim ile ilgili K1, K2, K3, K6, K8, K13 ve K20 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Türkçe biliyoruz ve gayet iyi anlaşıyoruz.” (K1)

“Arkadaşımdan yardım istiyorum.” (K2)

“Kızım anlattığı için sorun olmuyor.” (K3)

“Yeterince tercüman yok. Mesela ben derdimi anlatacak kadar Türkçe biliyorum ama çoğu insanlar Türkçe bilmedikleri için oraya gidiyor. Hocayla konuşuyor. Hoca zaten

anlamadığında o da sinirleniyor. Hasta da sinirleniyor. Hasta zaten kendi derdinde gelmiş, hastadır. Bu da sinirlenince insanın zoruna gidiyor. En azından bir bölümde 2 tercüman olmalı. Çünkü biliyorsunuz Suriyeli aileler artık çok. Normal devletin verdiği tercüman 2-3 tane vardı. Ama hiç yeterli değil. Onlar da zaten Türkçe biliyorsun hadi geç diye alınıyor ama anlamayınca onlar da tersliyor.” (K6)

“Suriyeli doktor var zaten. Aynı dilde konuşuyor o da.” (K8)

“(Mahrem hastalık) Öyle bir hastalık hiç olmadı Türkiye’de. Ama olsa derdim.” (K13)

“(Mahrem hastalık) Bazen anlatırım. Geçen H4’te(devlet hastanesi) kadın doğumda erkek tercüman geldi. Ona anlatamıyoruz. Sanki gidin gelmeyin diyorlar. Bayan tercüman götürünce kabul etmiyorlar. Burada çalışmıyor diye. Ayıp şeyler erkeğe nasıl anlatılacak.” (K20)

### **6.2.2. Sağlık Personelinin Olumlu Tutum ve Davranışları**

Hastalık ve tedavi sürecinde iletişim temasında katılımcıların sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışları ile ilgili de sıklıkla görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar sağlık personellerinin her durumda kendilerini tedavi ettiklerini, yardımcı olduklarını, anlaştıklarını ve iletişim sorunu nedeniyle tedavi etmeyi reddeden bir sağlık personeli ile hiç karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda K1, K10, K12, K15 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Korona olduk herkes yardım etti.” (K1)

“Hiç sıkıntı çıkarmadılar. Benimle anlaştılar.” (K10)

“Hep iyi davrandılar. Hiç kötülük olmadı.” (K12)

“Hep baktılar.” (K15)

“Hiç sıkıntı olmadı. Doktorlar özellikle hep ilgilendi, baktı. Allah razı olsun.” (K18)

### **6.2.3. Kurumsal İletişim**

Katılımcılar tarafından yoğunlukla ifade edilen diğer bir konu ise kurumsal iletişimdir. Katılımcılar bazı hastanelerde tercüman bulunduğunu ifade ederken bazılarında hiç tercüman görmediklerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, hastalık ve tedavi sürecinde hiç tercüman desteği almayan, bunun yerine tanıdıklarından destek alan veya ihtiyacının olmadığını belirten katılımcılar bulunmaktadır. Kurumsal iletişim ile ilgili K2, K4, K11 ve K16 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“(Tercüman) Bir tanesinde yoktu. Diğerinde Arapça tercüman vardı.” (K2)

“(Tercüman) Yoktu. Hiç görmedik biz.” (K4)

“Tercüman hiç görmedim. Ama olsa o daha güzel anlaşılır. Doktor daha iyi bakar.” (K11)

“(Tercüman) Vardı.” (K16)

### **6.2.4. Randevu Problemleri**

Katılımcılar hastalık ve tedavi sürecinde randevu problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar hem sıra bulmakta hem de iletişim kurmakta zorlandıkları için randevu alamadıklarını belirtmişlerdir. Randevu problemleri ile ilgili K2 ve K6 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Sıra almakta sorun yaşıyoruz. Aradığımda da yaşıyorum. Sıra çok zor alıyorum. Sürekli arayarak ya da arkadaşşımdan yardım istiyorum. Ara ara diyorum veya MHRS diye uygulama var ondan alıyoruz.” (K2)

“Randevu almada da problem oluyor. 182’yi arayınca Türkçe için 1 Arapça için 2 gibi olsa daha iyi olur. Çünkü bazı tercümanlar paraya ihtiyacı oluyor. Ben hastayım mesela o kişiyi arıyorum gece yarın benim göz randevumu al göz doktorundan. Sen gider 6’da orada olursun erkenden. Hani günde 4-5 tane randevu veriyorlar ya o randevular biriktiriyor 3-5 kişi. Kişi başı 25 lira alıyor. Sıra alıyor. Bu yanlış işte. Neden çünkü bu parayı neden veriyorsun desen Türkçe bilmiyorum diye. Onları arayıp anlaşılamıyoruz ki vermek zorundayım yani başka çarem yok. Bu eklenirse çok iyi olur.” (K6)

### 6.2.5. Yanlış Teşhis, Yüksek Ücretler, Hekim Değişikliği ve Tedavi Problemleri

Katılımcılar tarafından hastalık ve tedavi sürecinde iletişim temasında belirtilen diğer konular ise yanlış teşhis, yüksek ücretler, hekim değişikliği ve tedavi problemleridir. Katılımcılar iletişim sorunu nedeniyle yanlış teşhis ile karşılaştıklarını ve hekim değişikliğine gittiklerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak, muayene ücretlerinin pahalı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastalık ve tedavi sürecinde olması gerektiği gibi bir tedavi almadıkları ifade edilmiştir. Bu konulara ilişkin K15, K17, K19 ve K20 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

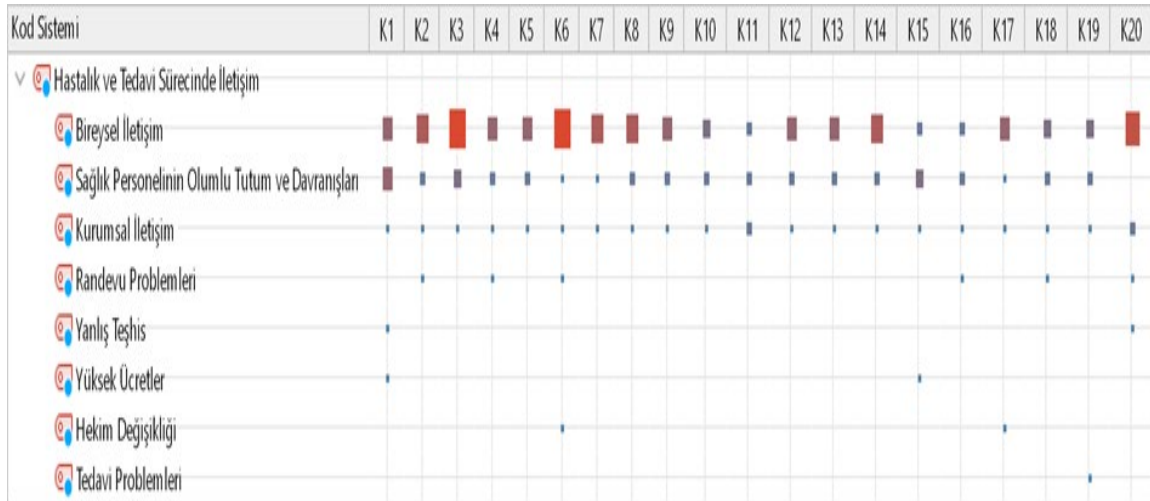
“(Yanlış teşhis) Evet oldu. Bazı insan tüp bağılattı. Ameliyata giriyorsun neden ameliyat yapıyorlar bilmiyoruz.” (K20)

“Hastane para istiyor adamdan. Sigorta yok. Kimlik yok. Ücret verince bakıyor. 100 lira veriyorum muayeneye.” (K15)

“2 kere anlaşımadığım için (hekim) değiştirdim.” (K17)

“H4(devlet hastanesi) çok iyi bakmıyor. Kızım düştü. Doktora götürdüm. Yeterince güzel bakmıyor. Sadece bize değil Türk olanlara da öyle yapıyorlar. Memnun değilim. Çocuk ameliyat olacak. Yapmıyorlar. Nüfusa gidiyorum kayıt yok. Evrak her şey var. Ama nereye gideceğim bilmiyorum.” (K19)










**Tablo 4:** Hastalık ve Tedavi Sürecinde İletişim Temasının Katılımcı Bazlı İncelenmesi



Hastalık ve tedavi sürecinde iletişim teması katılımcı bazlı incelenmiştir. Katılımcı ifadelerinin bireysel iletişim, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışları, kurumsal iletişim kodları üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bireysel iletişim ile ilgili tüm katılımcılar görüş bildirmekle birlikte bu konuda K3 ve K6 kodlu katılımcılar en yoğun görüş bildirenlerdir. Sağlık personelinin

olumlu tutum ve davranışları ile ilgili K20 kodlu katılımcı hariç tüm katılımcılar görüş bildirmişlerdir. Benzer şekilde kurumsal iletişim ile ilgili de tüm katılımcıların görüş bildirdikleri görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 5:** Katılımcıların Geldikleri Ükelere Göre Hastalık ve Tedavi Sürecinde İletişimin İncelenmesi

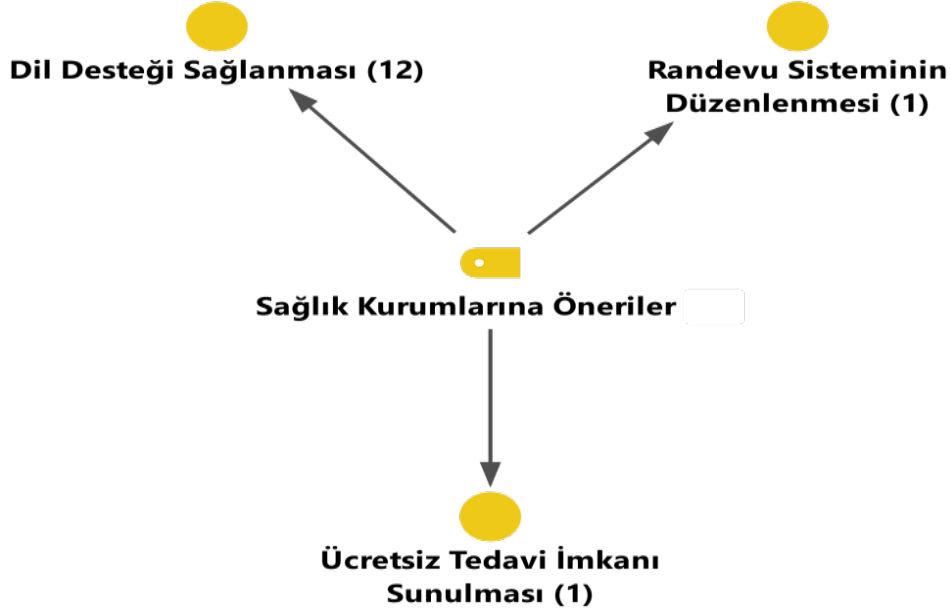
	Suriye	Afganistan	Irak
▼  Hastalık ve Tedavi Sürecinde İletişim			
 Bireysel İletişim	68	11	4
 Sağlık Personelinin Olumlu Tutum ve Davranışları	28	9	2
 Kurumsal İletişim	18	3	1
 Randevu Problemleri	5	1	
 Yanlış Teşhis	1	1	
 Yüksek Ücretler		2	
 Hekim Değişikliği	2		
 Tedavi Problemleri	1		

Hastalık ve tedavi sürecinde iletişim teması katılımcıların geldikleri ülkelere göre incelenmiştir. Buna göre, Suriye’den gelen katılımcıların bireysel iletişim, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışları, kurumsal iletişim konuları ile ilgili yoğunlukla görüş bildirdikleri görülmektedir. Buna ek olarak, Afganistan ve Irak’tan gelen katılımcılardan farklı olarak hekim değişikliği ve tedavi problemleri ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Afganistan’dan gelen katılımcıların da benzer şekilde bireysel iletişim, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışları, kurumsal iletişim konuları ile ilgili sıklıkla görüş bildirdikleri görülmekle birlikte diğer katılımcılardan farklı olarak yüksek ücretler ile ilgili görüş bildirdikleri görülmektedir. Irak’tan gelen katılımcılar ise bireysel iletişim ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir (Tablo 5).

### 6.3. Sağlık Kurumuna Öneriler Kategorisine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında sağlık kurumlarından hizmet alırken yaşanan sorunlara çözüm önerileri olarak katılımcıların görüşleri irdelenmiştir. Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda üç farklı kod tanımlanmıştır. Bunlar; dil desteği sağlanması, randevu sisteminin düzenlenmesi ve ücretsiz tedavi imkânı sunulmasıdır. Sağlık kurumlarına öneriler temasının hiyerarşik kod-alt kod modeli şekil 4’te verilmiştir.





Şekil 4: Sağlık Kurumlarına Öneriler Temasının Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

### 6.3.1. Dil Desteğinin Sağlanması

Katılımcıların sağlık kurumlarına önerileri irdelendiğinde sıklıkla sağlık kurumlarında dil desteğinin sağlanması gerekliliğine vurgu yaptıkları görülmektedir. Katılımcılar tercüman bulunması ve var olan tercüman sayısının artırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık çalışanlarının direkt olarak kendi dillerini konuşmasını istediklerini eklemişlerdir. Dil desteği sağlanması ile ilgili K1, K3, K17 ve K20 kodlu katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

“Tercüman alınsa daha iyi olur, yeni gelenler Türkçe bilmeyince daha yardımcı olabilir.” (K1)

“Keşke Arapça bilseler diyorum. Çünkü neden biliyor musun? Tek başıma hiç doktor için gitmiyorum. Türkçe yok benim. Dedim ya nasıl anlatırım o zaman.” (K3)

“Dil sorunu çözülebilir. Yani ben tek başıma hastaneye gidince benimle aynı konuşan doktor, hemşire olsa güzel olur.” (K17)

“Tercüman bulunsun ya da bizim getirdiğimizi kabul etsinler.” (K20)

### 6.3.2. Randevu Sisteminin Düzenlenmesi ve Ücretsiz Tedavi İmkânı Sunulması

Katılımcıların sağlık kurumlarına önerileri irdelendiğinde bahsettikleri diğer konular ise randevu sisteminin düzenlenmesi ve ücretsiz tedavi imkânı sunulmasıdır. Katılımcılardan biri çok kalabalık olduğu için randevu bulmakta zorlandığını ifade ederken biri de sigortası olmadığı için tedavi masraflarının çok fazla olduğunu ve ücretsiz tedavi olabilme imkânının sağlanması gerektiğini ifade etmiştir. K16 ve K15 kodlu katılımcıların bu konulara ilişkin görüşleri şu şekildedir:

“Randevu alırken bazen kalabalık oluyor. Daha rahat alsak olur.” (K16)

“Ücretsiz olsa daha iyi olur. Karım hamile. O sürekli gidiyor ama onun sigortası var. Çocuk olunca o sigorta çocuğa geçecek ama benim sigortam yok. Petrolde günde 80 lira kazanıyorum ama az geliyor. Para yetmiyor. Yemek içmek çok pahalı. Doktora gidiyorsun çok pahalı. İlaç, iğne.” (K15)

**Tablo 6:** Sağlık Kurumlarına Öneriler Temasının Katılımcı Bazlı İncelenmesi

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20
✓ Sağlık Kurumlarına Öneriler																				
📌 Dil Desteği Sağlanması			■	■	■	■						■					■			■
📌 Randevu Sisteminin Düzenlenmesi																■				
📌 Ücretsiz Tedavi İmkânı Sunulması															■					

Sağlık kurumlarına öneriler temasında katılımcı görüşlerinin dil desteği sağlanması konusu üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu konuda K3, K4, K6 ve K7 kodlu katılımcılar bu konuda yoğun olarak görüş bildiren katılımcılar olmak üzere K1, K5 ve K20 kodlu katılımcılar da bu konuda görüş bildirmişlerdir (Tablo 6).

## 7. Sonuç

Çalışmada, sığınmacı ve mülteci bireylerin sağlık kurumlarından hizmet alırken yaşadığı sağlık iletişim problemlerini ortaya koyarak sorunlara ilişkin çözüm önerileri sunmak amaçlanmıştır. Bu kapsamda 20 sığınmacı ve mülteci ile yapılan görüşmeler tematik analiz ile kodlanmıştır. Bu analiz sonucunda ortaya çıkan ana temalar; sağlık kurumu tercihleri ve nedenleri, hastalık ve tedavi sürecinde iletişim, sağlık kurumlarına önerilerdir.

Çalışmanın birinci teması, sağlık kurumu tercihleri ve nedenleridir. Sağlık kurumu tercihleri kategorisi, kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumları olarak 2 alt koda ayrılmıştır. Tercih etme nedenleri kategorisi ise hizmet kalitesi, konum, iletişim, hastalığın ciddiyeti olarak 4 alt koda ayrılmıştır.

Çalışmanın ikinci teması, hastalık ve tedavi sürecinde iletişimdir. Bu temayı oluşturan alt kodlar; bireysel iletişim, kurumsal iletişim, randevu problemleri, yanlış teşhis, tedavi problemleri, hekim değişikliği, yüksek ücretler, sağlık personelinin olumlu tutum ve davranışlarıdır.

Çalışmanın üçüncü teması, sağlık kurumlarına önerilerdir. Bu temayı oluşturan alt kodlar; dil desteği sağlanması, randevu sisteminin düzenlenmesi ve ücretsiz tedavi imkânı sunulmasıdır.

Ülkesinden savaş, zulüm, salgın hastalık gibi zorunlu sebeplerle göç eden bireylerin sayısı gittikçe artmaktadır. Daha güvenli ülkelere sığınarak maddi ve manevi boyutta mücadele veren yabancı bireylerin varlığı göç ettikleri ülkenin toplumunda çeşitli sorunlar meydana getirmektedir. Bu sorunlar kültürel farklılık temelinde ortaya çıkmaktadır. Kültürü oluşturan temel yapıtaşlarından biri dildir. Ortak dili konuşamama problemi, diğer problemleri temellendirerek derinleştirmektedir.

Sağlık kurumları bağlamında dil problemi değerlendirildiğinde, tıp terminolojisinin aynı dili konuşan hasta-hekim ilişkisinde bile çoğu zaman sorun oluşturduğu görülmüştür. Hekimin ilave çabayla daha anlaşılır bir dil kullanarak açıklama yapması sorunu bir nebze ortadan kaldırmaktadır. Ancak bu durum tüm hekim-hasta ilişkilerinde geçerli değildir. Buradan hareketle ülkemizdeki yabancı bireyler için hekimle ve diğer sağlık personeli ile iletişim sürecinin sancılı olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık sorununu açık ve anlaşılır biçimde

hekime iletemeyen hastanın teşhis ve tedavi süreci zorlaşmaktadır. Buna ek olarak, yanlış ifade biçimi ile sağlık sorununun iletilmesi ya da hekimin hastayı yanlış anlaması durumu da teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Belirtilen bu sorunların çözüm sürecine katkıda bulunmak adına ortaya konulan öneriler şu şekildedir:

- Sağlık kurumlarında tercüman istihdamını artırarak istihdamı sağlanacak tercümanların sağlık alanındaki çeviriler konusunda daha yetkin olmasına önem verilmelidir. Ayrıca tercümanlık yapacak kişinin mahremiyet gizliliği ve hasta ile iletişimde ılımlı bir tutumu olması da hastanın mevcut sağlık sorununu rahatça ve ayrıntılı biçimde ifade etmesine kolaylık sağlayacaktır.
- Hekimlerin sığınmacı ve mülteci hastaların dilini öğrenmesinden önce sığınmacı ve mülteci hastaların Türkçe öğrenmesi daha makul bir seçenektir. Çünkü sığınmacı ve mülteciler, pek çok farklı uyruğa sahiptir. Bu durumda çoğu hekimin çok sayıda dil öğrenmesi mümkün olmayacaktır. Dolayısıyla sığınmacı ve mülteci bireylere en azından temel yaşamda sıkça kullanılan, kendini ifade etmeye yetecek düzeyde Türkçe eğitim verilmesi sağlık iletişimi sürecine ek olarak diğer yaşam faaliyetlerine de katkı sağlayacaktır.
- Online veya telefonla randevu sisteminde dil seçenekleri artırılmalıdır.
- Hastanelerde istihdam edilen mevcut tercümanlar, birden fazla dilde tercüme yapamıyorsa farklı dillerde tercüme yapmak için yeni tercüman istihdamı sağlanmalıdır.
- Sağlık iletişimi sürecinde yaşanan sorunlardan hareketle ortaya çıkan sağlık çevirmenliği alanının çerçevesi genişletilmelidir.
- Ruhsal hastalıklarda ya da ifadesinden çekinilen mahrem fiziksel hastalıklarda aynı tercüman ile süreci devam ettirmek sürece önemli katkı sağlayacaktır.
- Sağlık hakkının yaşama hakkı içinde evrensel olduğunu göz ardı etmeden sığınmacı ve mülteci bireylerin de bu haktan yararlanması gerektiği unutulmamalı ve sağlık personelinin bu bireylere karşı tutumu bu doğrultuda şekillenmelidir.
- Bu alanda benzer çalışma yapılması halinde dil sorununu odak noktası yaparak oldukça yetkin bir tercümandan yardım alarak katılımcılara soruları yöneltmek anlamak ve anlaşılacak anlamında soruların amacını daha net ortaya koyacaktır.

## Kaynakça

- Beryy, D. (2007). *Health Communication*, USA: Open University Press.
- BMMYK (2001). "Mültecilerin Korunması". Uluslararası Mülteci Hukuku Rehberi. Parlamenterler İçin El Kitabı, BM Mülteciler Yüksek Komiserliği Ofisi, Sayı: 2.
- Çallı, M. (2016). "Türkiye'de Mültecilerin ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı". *İş ve Hayat*, Cilt 2, Sayı 3, 131-154.
- Dikmetaş Yardan, E., N. Coşkun Us vd. (2016). "Göçmen Hastalar ile Aile Hekimliği Personeli Arasındaki İletişim". *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 83-92.
- Güneş Aslan, G. ve F. Güngör (2019). "Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Göç Sonrası Yaşadığı Sorunlar: İstanbul Örneği". *Opus International Journal of Society Researches*, Cilt 11, Sayı 18, 1602-1632.
- Gürbüz, S. ve Ö. Duğan (2017). "Sığınmacılarda Sağlık İletişimi: Suriyeli Öğretmenler Üzerine Bir Çalışma". *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı 64, 479-490.
- <https://www.milliyet.com.tr/Yazarlar/Tolga-Sardan/Suriyelilerin-Turk-Vatandasliginda-Sona-Dogru-2387076> (Erişim Tarihi: 02/01/2022)
- <https://www.unhcr.org/tr/> (Erişim Tarihi: 23/12/2021)
- Karadağ, Ö. ve K. H. Altıntaş (2010). "Mülteciler ve Sağlık". *Taf Preventive Medicine Bulletin*, Cilt 9, Sayı 1, 55-62.
- Önal, A. ve B. Keklik (2016). "Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama". *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Cilt 7, Sayı 15, 132-148.

- Özmen, S. (2018). Sağlık İletişimi. Nilüfer Fatma Göksu (ed.), *Sağlık İletişim Kuramları* içinde (60-80). İstanbul.
- Şimşek, D. (2019). "Türkiye'de Suriyeli Mülteci Entegrasyonu: Zorlukları ve Olanakları". *Ekonomi, Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*, Cilt 4, Sayı 2, 172-187.
- Thomas, R. K. (2005). *Health Communication*, America: Springer.
- Turan, D. (2018). "Sağlık Çevirmenliği: Hekim-Hasta İletişimi ve Hekimin İktidar Pozisyonunun Değerlendirilmesi Üzerine Bir Çalışma". *Turkish Studies*, Cilt 13, Sayı 20, 751-777.
- Turhan, S., S. Gürsoy Turan vd. (2021). "Türkiye'de Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri İçin Yürütülen İletişim Çalışmaları". *Turkish Journal of Public Health*, Cilt 19, Sayı 3, 286-294.
- Whittaker, D. J. (2005). *Asylum Seekers and Refugees In The Contemporary World*, North Yorkshire: Routledge.
- Yağbasan, M. ve F. Çakar (2006). "Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 15, 609-629.
- Yeşilyurt, Ö. (2021). Sağlık ve Hastalık Davranışı. Seda Uyar ve Ramazan Kırac (ed.), *Davranışsal Boyutları ile Sağlık* içinde (23-43), Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara.

## EXTENDED ABSTRACT

**Issue:** The subject of the study is to reveal the problems experienced in healthcare communication from the perspective of asylum seekers and refugees.

**Purpose:** The purpose of the study is to determine the communication problems confronted by asylum seekers and refugees while receiving services from healthcare organizations, raise awareness about them, and offer solutions for them.

**Significance:** Language-based communication problems experienced by asylum seekers and refugees while receiving services from health institutions are mentioned, evaluations and suggestions are put forward on this problem, and it is expected to contribute to the social integration process. It is also thought that this problem, which frequently remains on the agenda, will contribute to the literature. It is important to consider the issue in different contexts, draw attention to the problem, and put the proposed proposals into practice.

**Introduction:** Asylum seekers and refugees, who make up a significant part of the increasing population in our country, also have an important share in social problems. The communication problem arising from the inability to use a common language also grounds other problems. Communication problems, especially when receiving services from healthcare institutions, negatively affect the diagnosis and treatment process and have a significant impact on the health and illness behavior of asylum seekers and refugees. Asylum seekers and refugees, who are fragile and vulnerable groups, have limitations in expressing their health problems and obtaining information about the treatment process due to the inability to use the language efficiently and perceive the message given correctly. This limitation sometimes causes foreigners to have an avoidant approach. In non-serious health problems, they may keep away from receiving healthcare services and delay the treatment process, or they may not take any steps for treatment due to the communication problem caused by the language problem in making an appointment. Many reasons, such as the interpreter shortage in every healthcare institution or the lack of knowledge of medical terminology by the translators, the patient's reluctance to convey his problem to a second person (interpreter) in confidential diseases, and the tendency of the physician to dominate the patient due to information asymmetry, are grounded on the problems experienced by asylum seekers and refugees while receiving healthcare services. Therefore, employing a sufficient number of objective and qualified interpreters, increasing the number of studies in the field of healthcare interpreting, and creating language programs for both physicians and foreign patients will facilitate the integration of asylum seekers and refugees in the field of health. From this point of view, alternatives for the solution of other problems related to the integration process based on the language problem will increase, and the solution process will be easier.

**Methods:** The study was done using the qualitative method. It was designed in a phenomenological research design with the semi-structured interview technique and the sample group was selected by the convenience sampling method. The thematic analysis of the data obtained from the interviews with 20 volunteer participants living in Konya and receiving service from the healthcare institutions there was made with the relevant qualitative analysis program. The fact that the themes, categories, and sub-codes created as a result of the analysis are clear and understandable supports the credibility and reliability of the study. Classification of codes and sub-codes according to the relevant theme supports the validity of the research.

**Conclusion:** As a result of the interview with the participants, the demographic information categorized as gender, age, marital status, educational background, employment status, employment sector, monthly income, country of origin of the asylum seeker or refugee, healthcare status, and if receiving healthcare, from which institution/organization are included. The themes, categories and sub-codes created as a result of the thematic analysis performed with the relevant qualitative analysis program are as follows: The first study theme is the preferences for the healthcare organization and its reasons. The category of healthcare organization preferences is divided into two sub-codes: public healthcare organizations and private healthcare organizations. The category of reasons for preference is divided into four sub-codes: service quality, location, communication, and severity of the disease. The second theme of the study is communication in the process of illness and treatment. The sub-codes that make up this theme are individual communication, corporate communication, appointment problems, misdiagnosis, treatment problems, physician changes, high costs, and positive attitudes and behaviors of healthcare personnel. The third theme of the study is recommendations to healthcare organizations. The sub-codes that make up this theme are providing language support, arranging the appointment system, and offering free treatment opportunities.

When the language problem is evaluated in the context of healthcare organizations, it is seen that medical terminology often causes a problem even in the patient-physician relationship who talk the same language. The physician's explanation using more understandable language with extra effort eliminates the problem to some extent. However, it does not apply to all physician-patient relationships. From this point of view, it is possible to say that the communication process with the physician and other healthcare personnel is thorny for foreigners in our country. The diagnosis and treatment process of the patient, who cannot clearly and explicitly communicate his/her health problem to the physician gets difficult. In addition to this, communicating the health problem with the mis-expression or the physician's misunderstanding of the patient also negatively affects the diagnosis and treatment process. Results from the study show that the healthcare organization preferred by the asylum seekers and refugees is based on several reasons. In the theme, which is expressed as the communication theme in the disease and treatment process, it is seen that the reasons that push and pull asylum seekers and refugees to healthcare organizations are communication-based. There are complicating or facilitating factors that affect one-to-one communication with both the healthcare organization and the healthcare personnel working within the organization. These factors are among the most important factors that determine both the illness and health behavior of asylum seekers and refugees and their preference for the healthcare organization. Therefore, it is crucial to set forth different suggestions and implement these suggestions in order to minimize the problems experienced by healthcare personnel, asylum seekers, and refugees in the process.

## EKLER

### Ek-1: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.01.2022-35226

T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 04.01.2022	Toplantı Sayısı: 1	Karar Sayısı: 49
<p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p><b>KARAR-31:</b> Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 15.12.2021 tarihli ve 32820 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT'un "Sığınmacı/Mültecilerin Sağlık İletişim Sorunları Üzerine Bir Değerlendirme" adlı çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından <b>uygun görülmüş</b> olup, durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oy birliği ile karar verildi.</p>		
<b>BAŞKAN</b> (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Doç. Dr. Sedat KARDAŞ Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi <b>ÜYE</b>	<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi <b>ÜYE</b>	<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi <b>ÜYE</b>
<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Hasan TASALI SBF Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Recep YILMAZ İİF Öğr. Üyesi
<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi	<b>ÜYE</b> (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	

1 / 1

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

307