

# İSVİÇRE'DE YAŞAYAN TÜRKİYE KÖKENLİ GÖÇMEN KADINLARIN KRONİK HASTALIK DENEYİMİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA



Chronic disease experience of immigrant women of Turkish origin in Switzerland: a qualitative study

Tevfik BAYRAM<sup>1</sup> , Sibel SAKARYA<sup>2</sup>

## Özet

İsviçre'de, Türkiye kökenli göçmen kadınların daha fazla kronik hastalık yüküne sahip oldukları ve yeterli bakımı almada dezavantajlı oldukları bilinmektedir. Fakat bu popülasyonun deneyimlerini derinlemesine inceleyen sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı, İsviçre'de yaşayan ve kronik hastalığı olan Türkiye kökenli kadınların İsviçre sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerini derinlemesine incelemektir. 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 Levesque'in sağlık hizmetlerine erişim modeli kullanılarak, tematik analiz ile değerlendirilmiştir. Görüşülen kişilerin 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). Kronik hastalığı olan Türkiye kökenli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen ana konular şöyle bulunmuştur: dil/kültür, toplumsal cinsiyet rolleri, damgalama/ayrımcılık; ve göçmenlik deneyimi/süresi. Türkiye kökenli göçmen kadınların, İsviçre sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerinde, toplumsal cinsiyet eşitliğinin önemli ve olumlu bir tema olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Öte yandan, olumsuz çalışma koşulları ve diğer sosyal faktörlerin kronik hastalığın ortaya çıkmasında belirleyici olduğu görülmektedir. Sağlık sorunlarının sağlık çalışanları tarafından sıkça sıla özlemi ile ilişkilendirilmesinin sağlık ihtiyaçlarının karşılanamamasına yol açtığı görülmektedir. Özellikle göçün ilk dönemlerinde dil bariyeri ve sisteme yabancılik nedeniyle sağlık sistemine erişimde önemli zorluklar yaşandığı görülmektedir. Bu nedenle, hem göçmen sağlığının korunması hem de hizmetlere erişimin iyileştirilmesi için yapılacak müdahalelerde, göçün ve hastalığın erken dönemleri öncelikli görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, göç, göçmen kadın, sağlık hizmetleri, erişim.

## Abstract

Immigrant women of Turkish origin in Switzerland face a higher burden of chronic diseases and encounter challenges in accessing appropriate healthcare. Despite this, there is a notable gap in studies investigating their healthcare experiences. This study aims to scrutinize the encounters of Turkish women with chronic diseases within the Swiss healthcare system. Twelve in-depth interviews, averaging 70 minutes, were carried out with first-generation migrant women of Turkish origin. The interviews were conducted in Turkish, and audio recorded. The gathered data underwent thematic analysis utilizing Levesque's model of health service access. The average age of the participants was 53.2 (42-71), and the average length of stay in Switzerland was 23.5 years (1.5-45). Most (9/12) were primary or secondary school graduates; and 11 experienced multiple chronic conditions (most commonly chronic pain and psychiatric disorders). The themes related to access were language/culture, gender roles, stigma/discrimination, and immigration experience/duration. Gender equality emerged as a significant and positive theme in the experiences of Turkish immigrant women within the Swiss healthcare system. Conversely, poor working conditions and various social factors contributed to the development of chronic diseases. Health professionals frequently attributing health issues to homesickness often resulted in unmet health needs. Particularly during the early stages of migration, significant challenges in accessing healthcare arose due to language barriers and unfamiliarity with the system. Therefore, interventions targeting early stages of migration and early stages of chronic illness seem crucial for protection and improvement of the health of immigrant women of Turkish origin in Switzerland.

**Keywords:** Chronic disease, migration, migrant women, health services, access.

1-Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İstanbul, Türkiye.

2-Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İstanbul, Türkiye.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Uzm. Dr. Tevfik BAYRAM

e-posta / e-mail: bayramtt@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 06.02.2024, **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.05.2024

**ORCID:** Tevfik BAYRAM : 0000-0002-6170-1252

Sibel SAKARYA : 0000-0002-9959-6240

**Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite:** Bayram T, Sakarya S. İsviçre'de yaşayan Türkiye kökenli göçmen kadınların kronik hastalık deneyimi: niteliksel bir çalışma. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2024;9(2):114-28.

## Giriş

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). Bu hastalık yükü, 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 (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. Ayrıca, hastalanmaları durumunda sağlık hizmetlerine erişimleri de göçmen olmayan gruplara göre önemli sınırlılıklar içermektedir.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Bern Üniversitesi, Sosyal ve Önleyici Tıp Enstitüsü 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: <https://www.miwoca.ch/calisma-hakkinda/>)" projesinin bir parçasıdır. Çalışma İsviçre Ulusal Bilim Fonu (Swiss National Science Foundation) tarafından desteklenmiş ve Bern Kantonu Etik Kurulu tarafından 18.05.2017 tarihinde onaylanmıştır.

### 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

Dolayısıyla, göçmenlerin sağlıklarını korumaları ve gerektiğinde hizmetlere ulaşımı için yerli toplumdan farklı, özel ihtiyaçları olabilmektedir. Sonuç olarak, göçmenlerin sağlığı, göç edilen yerdeki sağlık hizmetlerinin kendileri için ne kadar ulaşılabilir, kullanılabilir ve kabul edilebilir olmasından etkilenmektedir (5). Avrupa'daki en iyi sağlık sistemlerinden birine sahip olan İsviçre'de dahi göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sorunlar yaşanmaktadır (6). Kronik hastalıklar ve ilişkili sorunların özellikle Türkiye'den gelen göçmenler arasında, daha özelden de kadınlar arasında daha fazla olduğu bildirilmiştir (7). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine erişimle ilgili durumların bir kısmının bütün göçmenlerde görülebildiği; bir kısmının ise özellikle Türkiye kökenli göçmenlerde ve daha özelden de Türkiye kökenli göçmen kadınlarda görüldüğü rapor edilmektedir. Biz bu çalışmada, İsviçre'de yaşayan 'Türkiye kökenli göçmen kadınlar'ın, sağlık ihtiyaçlarını, sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerini ve kullanım davranışlarını derinlemesine inceledik. Daha önce İsviçre'de yaşayan Türkiye kökenli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimleri konusunda sınırlı sayıda derinlemesine çalışma yapılmıştır.

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 Kızıllaç'ı gibi göçmenlerle çalışan veya göçmen dernek ve birliklerinde çalışıp göçmenlerle iletişim halinde olan anahtar kişiler veya Türkiye'den gelmiş hastalara hizmet sunan sağlık personeli aracılığıyla ulaşıldı. 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



Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim modeli temel olarak aşağıdaki boyutlardan oluşmaktadır (9):

**Bilinebilirlik**, sağlık sisteminin kişilere sağlıkları ve sağlık hizmetleriyle ilgili ne kadar bilgi sunduğu ile 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 bu bilgiye ne düzeyde sahip olduğuyla ilgilidir; sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkilidir.

**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 seçenekleri hakkında bilgi ve seçme kapasitesi ve sağlık hizmeti ile ilgili bireysel haklar ile ilgilidir.

**Kullanılabilirlik**, sağlık hizmetlerinin (fiziksel alan veya sağlık hizmeti sağlayıcılarının) hem fiziksel hem de zamanında ulaşılabilir şekilde var olması ile ilgilidir. Dolayısıyla kullanılabilirlik, kurumların (örneğin, yoğunluk, 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 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.

**Ödenebilirlik**, insanlara sağlık hizmetleri kullanabilmeleri için sunulan kaynak ve ekonomik kapasite ile ilgilidir (örneğin genel sağlık sigortasının varlığı). **Ödeyebilme** kabiliyeti ise bireylerin sağlık hizmetleri için ekonomik kaynaklar oluşturma kapasitesi (gelir, tasarruf, borçlanma veya kredi yoluyla) ile ilgilidir.

**Uygunluk**, hizmetlerin hizmet arayanların ihtiyaçlarına uygunluğu ile ilgilidir. **Katılabilme** becerisi ise, bakım arayanların karar alma ve tedavi kararlarına katılımı ile ilgilidir. Bu boyut, sağlık

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

Bu model üzerinden oluşturulan ilk görüşme rehberi bir pilot çalışma ile değerlendirildi ve sorularda gerekli değişiklikler yapıldı. Yapılan pilot çalışma, araştırma analizine dahil edildi.

### **Veri Analizi**

Çalışmanın planlanması aşamasında, verilerin analizinde, Levesque ve ark.'nın sağlık hizmetlerine erişim aşamaları izlendi. Niteliksel veri analizi, "ağ (framework) metodu" denilen ve 7 adımdan oluşan yöntemle yapıldı (10):

- 1. Transkripsiyon:** Ses kaydı alınan görüşmeler yazılı metin haline getirildi ve ses kaydına izin verilmeyen görüşmede alınan notlar düzenli ve anlaşılır bir şekilde yazıldı. Görüşmeler sırasında alınan saha notları çalışmaya dahil edilmedi.
- 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:** 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 tümdengelimsel (deductive) birer kod veya kategori olarak kabul edildi. Ayrıca, Levesque ve ark.'nın modelinde olmayan durumların kapsanması için içerik okunarak (inductive) modelde yer almayan yeni kodlar da oluşturuldu. Kodlama işlemi Atlas.ti programı kullanılarak gerçekleştirildi.
- 4. Analitik çalışma ağının oluşturulması:** Analizde, Levesque ve ark.'nın modelindeki aşamalar takip edildi ve her aşamada birbirinin tamamlayıcısı olan bireysel ve kurumsal boyutlar değerlendirildi (örneğin ödenebilirlik-ödeyebilme).
- 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. Bu makalede sonuçları sunulan Türkçe görüşmelerin

kodlanmasını daha önce niteliksel çalışma deneyimi olan, Halk Sağlığı alanında yüksek lisansı olan bir Halk Sağlığı tıpta uzmanlık öğrencisi (TB) gerçekleştirdi. Daha sonra, önceden kodlanmış 4 görüşme (2 ilk kodlanan, 2 son kodlanan olmak üzere) ikinci bir araştırmacı (SS) tarafından tekrar kodlandı ve iki kodlayıcı arasındaki uyum kontrol edildi. İki kodlayıcı arasında genel bir uyum mevcuttu. Uyumsuz noktalarda uzlaşılarak gerekli düzenlemeler yapıldı.

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 tematik analiz yapıldı ve sağlık hizmetlerine erişimin 6 basamağı ile ilişkili bireysel ve yapısal faktörler ve birbirleri ile olan ilişkileri yorumlandı. Sonuç olarak, Türkiye kökenli göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen 4 ana tema belirlendi: dil ve kültür; toplumsal cinsiyet rolleri; damgalama ve ayrımcılık; zaman.

## Bulgular

### *Katılımcıların Özellikleri*

Görüşülen kişilerin yaş ortalaması 53,2 idi (min: 42, maks: 71); İsviçre'de ortalama kalış süresi 23,5 yıldır (en az: 1,5 yıl, en çok: 45 yıl). Katılımcıların çoğunluğu ilkököl (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 1). Göze çarpan bir bulgu olarak, kadınların yarısından fazlası (%58) "kronik sağlık sorunları" nedeniyle malulen emekli durumundaydı.

**Tablo 1:** Katılımcıların özellikleri.

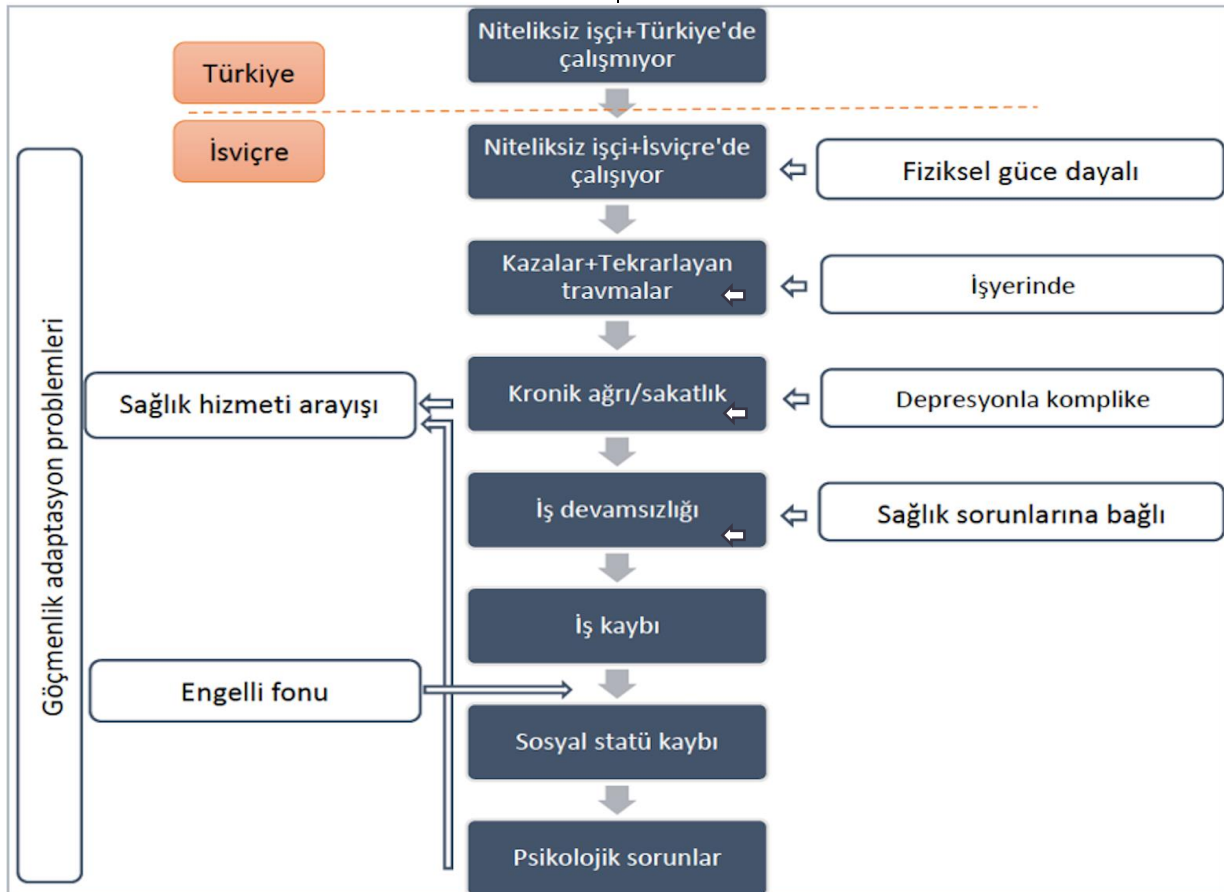
Katılımcı kodu	Yaş	İsviçre'de yaşama süresi	Öğrenim durumu	Kronik hastalıklar	Malulen emeklilik durumu	Çalışma durumu	Görüşme tarihi	Görüşme yeri
D1	58	30	Ortaokul	Depresyon, kronik ağrı, romatizma, hipotiroidi	Evet	Hayır	22.11.2017	Bern Katılımcının evi
D2	57	33	İlkokul	Depresyon, hipertansiyon, hiperkolesterolemi 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	İnferior 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	MI/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

### Göçmenlik ve kronik hastalığın gelişimi

Katılımcıların sağlık hizmetlerine başvuru hikayelerinde, özellikle kronik ağrı ve psikiyatrik hastalıklarının gelişiminde, ortak bir öykü/örüntü olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Buna göre, katılımcıların çoğu düşük öğrenim düzeyine sahipti ve Türkiye’de iken çalışmıyordu. İsviçre’ye gelindiğinde 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 ağrılarında 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 2: Katılımcıların İsviçre’ye göçleri sonrası kronik hastalıklarının gelişimi.

İsviçre'de bir cam fabrikasında çalışmaya başlayan 57 yaşındaki kadın, kronik ağrıların 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 geçirmeye başladı bu boynum, belimin ağrıları... Bu ağrılardan sonra [psikolojik şeyler] başladı" (D7) "Çalışırken her konuda iyiydim. Her şey işten ayrılınca başladı" (D5). ... Bir kadın çalıştı mı kendine güveni daha iyi artıyor. Ve çalışıyorsun rahatsızsın, bir emek veriyorsun, emeğinin karşılığını alıyorsun. Ve orada bir işe yaradığını hissediyorsun. Ve birden de hastalanınca bir işe yaramadım..." (D3).

### Temalar

Bu bölümde görüşmelerden elde edilen bulgular Levesque modelindeki sağığa erişimin basamakları izlenerek oluşturulmuş ve ortaya çıkan ana temalar sunulmuştur.

### Göçmenlik deneyimi ve toplumsal cinsiyet rolleri

Katılımcılar, İsviçre'de yaşamaktan genellikle memnun olduklarını ve özellikle birer kadın olarak, Türkiye'ye kıyasla, kendilerini daha rahat ve güvende hissettiklerini ve kendi ayakları üzerinde durabildiklerini dile getirdiler. Bu durumun, İsviçre'de sağlık hizmetlerine erişim sağlarken de rahatlık sağladığını dile getirdiler.

"[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).

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

"...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 "Biz diyoruz ki İsviçre demokrat bir ülkedir değil mi? Kadın erkek eşittir. Benim düşündüğüm hiç de öyle eşit değil. Yine kadın eve, yine kadın eziliyor bence." D4.

Çalışan katılımcılar, sağlık hizmetlerine başvururken işyerlerinden rahatlıkla izin alabildikleri ve işverenlerinin bu konuda anlayışlı olduklarını, fakat bazen işlerini kronik hastalıklarına göre düzenlemek durumunda kaldıklarını söylediler. Çalışmayan kadınların ise evde üstlendikleri sorumluluklar nedeni ile zaman sorunu yaşadıkları 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. ... hepsini sabah erkene alıyorum ki öğleden sonra vaktim olsun diye. ... Akşam eşim eve geldiğinde mutlaka yemeğim masada hazır olacak. ... öğle oldu mu kimse beni dışarı çıkaramaz. Çünkü öğleden sonra yemeğimi yapmalıyım, hazırlık yapmalıyım. Kendimi çocuklarımla eşime adamışım..." D3

Dil öğrenme konusunda da kadınların özellikle toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle dili daha geç öğrendikleri gözlemlendi.

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

### Hizmetin niteliği açısından 'dil' ve 'kültür'

Katılımcıların çoğu, İsviçre'ye ilk geldiği dönemlerde sağlık hizmetlerine erişirken özellikle dil ile ilgili sorunlar yaşadıklarından söz ettiler. Bu sorunun giderilmesi amacıyla hükümet tarafından, özellikle büyük hastanelerde, tercümanlık hizmetlerinin verildiği ve ücretinin hastane tarafından karşılandığı dile getirildi. Fakat katılımcılar, hasta ve doktor arasında bir tercümanın olmasının bilgi kaybına neden olabileceğinden ve bazı konuların yeterince anlaşılmasına neden olabileceğinden söz ettiler. 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. Ayrıca, bazı hassas konularda, özellikle psikiyatrist görüşmelerinde, bir tercüman varlığında kendilerini rahat ifade edemediklerini belirten katılımcılar oldu.

*“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 tercümeye gittiğimiz zaman doktor diyor ki ben bunu size söyledim mesela. O diyor ki hayır söylemedin benim haberim yok.” D9*

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

*“[Şimdiye kadar aile hekimimiz] İsviçreliydi... Şimdi Türk ihtiyacı hissettim. Artık dedim kendi dilimde anlatabilen anlayan... Belki benim daha farklı şeylerim var ben anlamamışım. 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*

Öte yandan bazı katılımcılar ise hasta-doktor ilişkisi bakımından İsviçreli doktorları tercih ettiklerini dile getirdiler. Katılımcılar, İsviçreli 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.

*“İsviçreli doktorlar aslında genel olarak bana sempatik de geliyorlar, dürüst olayım. Buradaki doktorlar, nasıl diyeyim, daha mütevazı geliyorlar bana.” D10 “Türkiyede doktor daha yüksek bir yerde. Burada*

*senle beraber oturuyor karşı karşıya, göz göze. [Böyle olduğu için] kendimi çok rahat hissediyorum, istediğimi söyleyebiliyorum.” D7*

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. Göçmenler için sağlık hizmetlerine başvururken özellikle de göçmenliğin erken dönemlerinde, sosyal desteğin çok önemli olduğuna vurgu yaptılar. 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 konuşmuyorum. Ha onlar olmasa rahatça anlatabiliyorum.” D3*

### **‘Algılanan’ ayrımcılık**

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

*“...Genellikle hani ... [doktorlar] diyorlar ki ya siz başka memleketten geldiğiniz için, sizin hep psikolojik sorunlarınız var. Aslında bunun hiçbir alakası yok bana göre... Mesela benim kolum ağrıyor, kolumda sorun var, diyor yok senin psikolojik sorunun*



*var. Hayır, benim kolumda sorun var. Yabancı memleketten gelen insanlara hep bu, işte 'ruhen iyi değilsin'" D7*

Ayrıca, birçok katılımcı, İsviçre'ye gelen Türkiye kökenli 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 şüphyle yaklaşıldığı görüldü. Fakat çoğu katılımcının çalışmaya istekli olduğu ve işi bırakmak istemediği görüldü.

## Tartışma

Bu çalışmada, İsviçre'de yaşayan Türkiye kökenli göçmen kadınların sağlık hizmetleri ile ilgili deneyimlerini, sağlık ihtiyaçlarını ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörleri ortaya çıkarmayı amaçladık. Göçmenlerin, geldikleri ülkedeki yerli topluma göre, hem sağlık çıktıları açısından hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından dezavantajlı olduğu genel olarak kabul edilmekte ve birçok çalışmada gösterilmektedir (11). Bu bölümde, özellikle İsviçre'de yaşayan Türkiye kökenli göçmen kadınları etkileyen ana konular tartışılmıştır.

### *Dil ve kültür*

Dil becerisi, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen ana faktörlerden biri olarak gözükmektedir. Dil bilmemek, özellikle hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişimi bozduğu için önemli bir engel olmaktadır (12, 13). 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 (13, 14). Kötü dil becerileri ayrıca hastalarda özgüven kaybına neden olmakta ve çoğunlukla zaten stresli olan doktor görüşmelerini daha da stresli hale getirmektedir (12, 13). Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki bariyer, özellikle hastaların bypass edildiği, yani bir tercüman varlığında daha da artmaktadır (15). Katılımcılarımızın da belirttiği gibi hasta-sağlık çalışanı arasında üçüncü bir kişinin olması bilgi kaybına neden olmaktadır. Bu durum, tercümanlık hizmetleri için aile bireylerinin

*"Mesela burada çok insan emekli olayım şu bu... buradaki insanımız da böyle artık emekli emekli [olmaya çalışıyorlar]... [Doktorların] inançlarını... Nasıl diyeyim... Artık inanmak istemiyorlar. Yani hasta olana da inanıp inanmayacaklarına karar veremiyorlar." D12*

*"... 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." D3*

kullanıldığı durumlarda daha da artmaktadır (15). Profesyonel tercümanların kullanıldığı durumlarda ise iletişimin kalitesi biraz yükselmektedir (12). Fakat yapılan çalışmalar, profesyonel tercümanların varlığında da bilgi kaybının olabildiğini ve hastaların tercümanın doğru yapıldığına dair şüphelerinin olduğu görülmektedir (12). Bu şüpheler de hastaların doktorlara mahrem bilgilerini vermede çekincelere yol açtığı görülmektedir (16). Sonuç olarak, hasta-sağlık çalışanı arasındaki dil engeli, doktorların hastaların hikayelerini yeterli ve doğru bir şekilde alamamasına; hastaların sağlıkları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgiyi alamamasına ve dolayısıyla tedavilere uymamasına neden olmaktadır (12).

### *Toplumsal cinsiyet rolleri*

Kadınlar hem göçmen, hem de kadın olarak çifte yük taşımaktadır; bu durumun temel nedeni toplumsal cinsiyet ayrımcılığıdır. Öte yandan, göçün kadının statüsü ve toplumsal cinsiyet rolleri üzerine hem olumlu hem de olumsuz etkileri olmaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri açısından daha eşitlikçi bir ülkeye göç edildiğinde, göç otonomiye, bireysel kapasiteyi, kendine güveni, kadının ailedeki ve toplumdaki yerini ve otoritesini, kadının kaynaklara ve haklara erişimini iyileştirebilir (17). Bizim çalışmamızda da İsviçre'ye göç eden Türkiye kökenli göçmen kadınların, Türkiye'deki toplumsal cinsiyet rollerinden bir miktarda çıktığı, İsviçre'de kendilerini daha bağımsız hissettiği ve bunun sağlık hizmetine erişimi olumlu etkilediği görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalar, bazı kadınların sadece bir

erkek eşliğinde doktora başvurabileceğini gösterirken (18), katılımcılar İsviçre’de tek başlarına ve istedikleri zaman sağlık hizmetlerine başvurduklarını bildirdiler. Daha önce yapılan çalışmalarda, güvensiz yaşam çevresinin, sağlık hizmetlerine erişimde, özellikle kadınlar için bir engel olduğu görülmektedir (12). Örneğin sağlık merkezlerinin bu gibi bölgelerde yer alması, bu merkezlere başvuru oranını ciddi şekilde etkileyebilmektedir (12, 19). Bu bağlamda, dünyada suç oranının ve sağlıkta cinsiyet eşitsizliğinin en düşük olduğu ülkelerden biri olan İsviçre’deki sosyal ortamın (20), kadınların sağlık hizmetlerine erişimini olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Öte yandan, ayrımcı cinsiyet rollerinin İsviçre’de de devam ettiği görülmektedir. Yapılan çalışmalar, göçün tek başına cinsiyet rollerini değiştiren bir faktör olmadığını, ataerkil sosyal yapının kişilerle beraber göç ettiğini, fakat, göçün cinsiyet rollerinin daha eşitlikçi bir duruma gelmesini hızlandırdığı görülmektedir (21). Nitekim çalışmamızda da kadınların kendilerini eşleri ve çocuklarına adanmışlığı nedeniyle sağlık hizmetlerini aramaktan vazgeçtiği veya ertelediği gözlenmektedir. Kadınların, eşleri ve çocukları için veya ailelerini bir arada tutmak için, kendi sağlıklarından vazgeçebildiği görülmektedir (22). Birçok Batı toplumunda, bireysel sağlık ihtiyaçları daha fazla önemsenmekte iken ailevi ve toplumsal ihtiyaçlar ikinci plandadır (12); fakat bazı toplumlarda ise (katılımcılarımızda olduğu gibi) bazen ailevi ihtiyaçların bireysel ihtiyaçların önüne geçebildiği görülmektedir (23). 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 öğrenmenin de yine aile içindeki roller nedeniyle kadınlarda gecikebildiği görülmektedir.

### *Damgalama ve ayrımcılık*

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)

Sağlık hizmet sunucuları arasında Türkiye kökenli göçmenlerin malulen emekli olmak istediklerine dair yaygın inanış.

Sağlık çalışanlarında, göçmenlerin çoğunun psikiyatrik hastalıklara sahip olduğuna dair inanış ve damgalama, göçmenlerin sağlık hizmeti aramamasına sebep olabildiği görülmektedir. Post-travmatik stres bozukluğunun bir türevi olarak da kabul edilen ve fiziksel ve ruhsal bozukluklarla seyreden yurt özleminin (homesickness), başka ülkelerde ve başka göçmen topluluklarında da ortaya çıktığı görülmektedir (24, 25). Göçmenliğin psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığına ilişkin birçok kanıt bulunması nedeniyle (26), sağlık çalışanlarında, göçmenlerde psikiyatrik bozukluk olduğuna dair algılanan risk artmış olabilmektedir (27). Bu nedenle göçmenleri psikiyatri servislere sevk etme ya da onlara psikiyatrik bozukluk tanısı koyma oranı artmaktadır (12). 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 servislere gereğinden fazla kullanmalarına neden olmaktadır (12).

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 şikâyet varken buna 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 (28,29).

Çalışmamızda öne çıkan damgalama ve ayrımcılığın bir diğer şekli, sağlık çalışanlarında, Türkiye kökenli göçmen

kadınların malulen emekli olmaya çalıştığına dair bir inanın olmasıdır. Hem İsviçre’de hem de Avrupanın çeşitli ülkelerinde, göçmenlerin, yerli halktan daha fazla iş kazası geçirdiği yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (30). 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 (31,32). Öte yandan, 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 ve dolayısıyla bedensel güce dayalı işlerde çalıştığı görülmektedir. Dolayısıyla, göçmenlerin daha fazla iş kazası geçirmesi, daha fazla engelli duruma düşmesi ve erken emekli olması beklenen bir durumdur (31). Örneğin İsveç’in Malmö kentinde yapılan bir çalışmada, yaşa göre düzeltilindiğinde, İsveçli kadınlar yılda ortalama 25 gün hastalık izni alırken Türkiye kökenli kadınlar ortalama 64 gün almıştır (33). 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 (34). Nitekim çalışmamızda da malulen emeklilik oranı oldukça yüksektir (%58).

### **Zaman**

İsviçre’de yaşayan Türkiye kökenli 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 (35). Yapılan çalışmalar, “uzman hastaların” (36), yani kronik hastalıklarıyla uzun zaman geçiren hastaların zamanla bedenlerini ve bedensel tepkilerini daha iyi anladıkları; ve kronik hastalıklarını nasıl yöneteceklerini daha iyi

öğrendikleri görülmektedir (35, 36). 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 (35).

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. Yeni gelenlerin, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip olanların, sağlık hizmet kullanımı ile ilgili eğitime en fazla ihtiyaç duyan kişiler olduğu görülmektedir (37, 38). Yeni gelenlerin, sigortaları olsa bile, neredeyse sigortaları olmayanlar kadar sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadıkları görülmektedir (39). Ayrıca, zamanla meydana gelen kültürel etkileşim ve entegrasyonun sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirdiği görülmektedir. Kültürel etkileşimin, göçmenlerin geleneksel sağlık hizmeti kullanım davranışlarını, Batı kullanım davranışlarına daha fazla yaklaştırdığı ve bunun, göçmenlerin sağlık sistemine entegrasyonunu arttırdığı görülmektedir (23, 38).

### **Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları**

Bu çalışmanın güçlü taraflarından biri hastaların kendi deneyimleri üzerinde durmasıdır. Kronik hastalıktan etkilenen ana öznenin hasta birey olması ve sağlık sistemlerinin bu ihtiyaçlara göre düzenlenmesi gerektiği, hasta merkezli bakış açısını önemli kılmaktadır. Fakat, sağlık hizmetlerine erişim hem bireysel hem de yapısal faktörlerden etkilendiği için, bu konuyla ilgili sağlık bakım sağlayıcıları ve karar vericilerinin de deneyimini inceleyen araştırmalara ihtiyaç vardır. Öte yandan niteliksel çalışmalarda olgunun veya konunun daha kapsamlı anlaşılması için üçgenleme (triangulasyon) önerilmektedir. Nitekim, bu çalışmada da hastaların sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerinin sağlık hizmeti sunanlar ve karar vericiler perspektifinden değerlendirilmemiş olması çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, örneklem seçiminde gönüllülüğün esas alınması, deneyimlerin daha fazla pozitif

raporlanmasına sebep olmuş olabilir. Bu sınırlılığın azaltılması için katılımcılar sağlık merkezlerinden değil, İsviçre Kızılhaç'ı gibi

göçmenlerle çalışan göçmen dernek ve birlikleri aracılığıyla ulaşıldı.

## Sonuç ve Öneriler

İsviçre'de yaşayan Türkiye kökenli göçmen kadınların, İsviçre sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerinde, toplumsal cinsiyet eşitliğinin önemli ve olumlu bir tema olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Öte yandan, olumsuz çalışma koşulları ve diğer sosyal faktörlerin kronik hastalığın ortaya çıkmasında belirleyici olduğu, hastalık tanısı aldıktan sonra ise hasta, göçmen ve kaynakları sınırlı bir kadın olmanın, hizmetlere erişim açısından özgün sorunlar yarattığı anlaşılmaktadır. Türkiye kökenli kadın göçmenlerin sağlık sorunlarının göçmenlikle ilişkilendirilmesi (sıla özlemi/sıla hastalığı) ise çalışmada ortaya çıkan ve göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanamamasına neden olan önemli bir faktör olarak görülmektedir. Özellikle göçün ilk dönemlerinde başta dil bariyeri ve sisteme yabancılaşma olmak üzere göçmen olmanın sağlık sistemine erişimde önemli zorluklar

yarattığı, bu zorlukların benzer göçmen gruplarının ve sistemin sağladığı güçlü destekle azaldığı anlaşılmaktadır. Kronik hastalık ve göçmenliğin kesişim noktasında, değişen gereksinimler ve hizmetlere erişim açısından "zaman" değişkeninin önemli bir ortak kesişim noktası olduğu, bu nedenle, hem göçmen sağlığının korunması hem de hizmetlere erişimin iyileştirilmesi için yapılacak müdahalelerde, göçün ve hastalığın erken dönemleri öncelikli görünmektedir.

**Teşekkür:** MIWOCA projesi çerçevesinde bu çalışmanın çeşitli aşamalarında önemli katkıları bulunan Annika Frahsa, Romaine Farquet, Luna De Araujo, Sophie Meyer, Sandro Cattacin ve Thomas Abel'e içten teşekkürlerimizi sunarız.

## Kaynaklar

1. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization; 2010. 58 p. [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization; 2008. 146 p. [cited 2024 May 16] Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf)
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. World Health Organization; 2014. 210 p. [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507509>
4. Rosenberg P, Kano M, Ludford I, Prasad A, Thomson H. Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development. World Health Organization; 2016. 241 p. [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565271>
5. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth (Lond)*. 2009;16(1):10–2. 25 p. [cited 2024 May 16] Available from: <https://migrationhealthresearch.iom.int/migration-social-determinant-health-migrants>
6. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2015;17(4):1-288, xix. PMID: 26766626. [cited 2024 May 16] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330252/HiT-17-4-2015-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
7. Guggisberg J, Gardiol L, Graf I, Oesch T, Künzi K, Volken T, Rüesch P, Abel T, Ackermann S, Müller C. Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht. 106 p. [cited 2024 May 16] Available from: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/36016>
8. 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. doi:10.1177/1525822X05279903.
9. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18.
10. 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 Med Res Methodol*. 2013;13(1):1–8. doi:10.1186/1471-2288-13-117.
11. Garrett CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study. *Minn Med [Internet]*. 1998;81(4):52–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9577539/>
12. 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 Jun 1;23(3):325-48. doi:10.1093/fampra/cmi113.
13. Bayram T, Sakarya S. Oppression and internalized oppression as an emerging theme in accessing healthcare: findings from a qualitative study assessing first-language related barriers among the Kurds in Turkey. *Int J Equity Health*. 2023 Jan 7;22(1):6. doi:10.1186/s12939-022-01824-z.
14. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2005 Dec;83(4):Online-only. doi:10.2307/3349613.
15. 15-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. doi:10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011098.
16. Jirojwong S, Manderson L. Physical health and preventive health behaviors among Thai women in Brisbane, Australia. *Health Care Women Int*. 2002;23(2). doi:10.1080/073993302753429068.

17. Sakarya S. Göç, Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 8]. Available from: <https://kockam.ku.edu.tr/goc-toplumsal-cinsiyet-saglik-sibel-sakarya/>
18. 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*. 2009;14(4):290–300. doi:10.1080/13625180902925211.
19. Morgan M. Prenatal care of African American women in selected USA urban and rural cultural contexts. *Journal of Transcultural Nursing*. 1996;7(2):3–9. doi:10.1177/104365969600700202.
20. OECD Better Life Index. Safety, Switzerland [Internet]. [cited 2024 Jan 8]. Available from: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/safety/>
21. Kadioglu A. The Impact of Migration on Gender Roles: Findings of Field Research in Turkey1. *International Migration*. 1994;32(4):533–60. doi:10.1111/j.1468-2435.1994.tb00170.x.
22. Azar M, Kroll T, Bradbury-Jones C. Lebanese women and sexuality: a qualitative inquiry. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016;8:13–8. doi:10.1016/j.srhc.2016.01.001.
23. Panos PT, Panos AJ. A model for a culture-sensitive assessment of patients in health care settings. *Soc Work Health Care*. 2000;31(1):49–62. doi: 10.1300/J010v31n01\_04.
24. Elliott SJ, Gillie J. Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health Place*. 1998;4(4):327–39. doi: 10.1016/S1353-8292(98)00029-X.
25. Müller MJ, Koch E. Perceived discrimination in patients with psychiatric disorder and Turkish migration background in Germany. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(7):542–6. doi:10.1097/NMD.0000000000000535.
26. Shekunov J. Immigration and risk of psychiatric disorders: A review of existing literature. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2016;11(02):3–5. doi:10.1176/appi.ajp-rj.2016.110202.
27. 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*. 2003;182(2):105–16. doi:10.1192/bjp.182.2.105.
28. Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, Nöstlinger C. "It is not easy": challenges for provider-initiated HIV testing and counseling in Flanders, Belgium. *AIDS Education and Prevention*. 2012;24(5):456–68. doi:10.1521/aeap.2012.24.5.456.
29. 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*. 2009;338. doi:10.1136/bmj.b183.
30. Egger M, Minder C, Smith G. Health inequalities and migrant workers in Switzerland. *The Lancet*. 1990;336(8718):816. doi:10.1016/0140-6736(90)93284-V.
31. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med*. 1995;41(6):819–28. doi:10.1016/0277-9536(94)00386-8.
32. Mechali D. Pathologie des étrangers ou des migrants. *Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique*. *Rev Eur Migr Int [Internet]*. 1990;6(3):99–127. [cited 2024 May 16] Available from: [https://www.persee.fr/doc/remi\\_0765-0752\\_1990\\_num\\_6\\_3\\_1263](https://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_1990_num_6_3_1263)
33. Isacson A, Hanson BS, Janzon L, Kugelberg G. The epidemiology of sick leave in an urban population in Malmö, Sweden. *Scand J Soc Med*. 1992;20(4):234–9. doi:10.1177/140349489202000408.
34. Parkin DM. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]*. 1992;40(6):410–24. [cited 2024 May 16] Available from: <https://europepmc.org/article/med/1287740>
35. Havas K, Douglas C, Bonner A. Closing the loop in person-centered care: patient experiences of a chronic kidney disease self-management intervention. *Patient Prefer Adherence*. 2017;1963–73. doi:10.2147/PPA.S147831.
36. Kennedy I. Patients are experts in their own field: The interests of patients and healthcare professionals are intertwined. *BMJ*. 2003;326(7402):1276–7. doi:10.1136/bmj.326.7402.1276.

37. Knipscheer JW, Kleber RJ. Help-seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *J Couns Psychol.* 2001;48(1):28. doi:10.1037/0022-0167.48.1.28.
38. Sonis J. Association between duration of residence and access to ambulatory

- care among Caribbean immigrant adolescents. *Am J Public Health.* 1998;88(6):964–6. doi:10.2105/AJPH.88.6.964.
39. Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav.* 1994;370–84. doi:10.2307/2137215.