



## Türkiye'ye Farklı Ülkelerden Göç Etmiş Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Üzerine Nitel Bir Alan Araştırması\*

A Qualitative Research on Access to Healthcare Services about Immigrant Women, who comes from different countries to Turkey

Ayça GELGEÇ BAKACAK\*\*, Emel AKALIN\*\*\*, Pınar ÖKTEM\*\*\*\*

### Öz

Türkiye’de yaşayan kadın göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerini, insan hakları, sağlık hakkı ve kadın hakları temelinde inceleyen bu araştırmanın temel amacı, Türkiye’ye çeşitli ülkelerden, değişik sebeplerle göç etmiş, farklı göçmenlik statüleri bulunan ve farklı sektörlerde istihdam edilen veya edilmeyen kadınların, sağlık durumları ve mevcut sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin tespit edilmesidir. Bu amaç çerçevesinde konunun öznesi olan göçmen kadınlarla yüz-yüze, yarı-yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. 18 farklı ülkeden toplam 41 kadın göçmenle görüşülmüş; verilere NVivo nitel analiz programı vasıtasıyla tematik analiz uygulanmıştır. Araştırma bulgularında, kadınların özellikle dil engeli, haklarını veya kullanma yollarını yeterince bilmeme, sağlık kuruluşlarında karşılaşılan, din, ırk ve cinsiyet temelli olumsuz tutumlar ve sigorta ile ilgili tutarsız uygulamalar gibi sebeplerle sağlık sorunlarını çözmekte sorunlar yaşadığı görülmüştür. Kadın göçmenlerin, kadın olmalarından ötürü yaşadıkları özgül deneyimleri, özellikle kendilerinin yanı sıra çocuk, eş ve ebeveyn gibi aile bireylerinin sağlığı için de çözüm yolları arayan aktörler konumunda olmalarıyla ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları bakımından karşılaşılan sorunlarla ilişkilendirilerek ele alınmıştır. Bu noktada göçün toplumsal cinsiyetlendirilmiş boyutu, sağlık hakkı odağında ortaya konmuştur. Bulunan çözüm yolları içerisinde ulus-ötesi ağlar ile sivil toplum desteği tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık Hizmetleri, göçmen, kadın.

### Abstract

The aim of this research is to examine immigrant women who have migrated to Turkey for diverse reasons and have different immigrant statuses, whether employed in various sectors or unemployed, in terms of their access to health services, human rights and women’s rights. For this purpose, face to face, semi-structured interviews were conducted with immigrant women who are the subject of the issue. Our participants were forty-one women, coming from 18 different countries, the sampling had a specific purpose and was conducted theoretically. Data were analysed using the NVivo software, creating ‘analytic’ and ‘thematic’ codes; and constantly checking coding consistency. The findings of the research showed that these women had problems solving their health issues due to the language barrier, not knowing their rights or how to use them, the negative attitudes they faced based on religion, race and gender and inconsistent insurance practices at medical centres. The gender specific experiences of these immigrant women were handled in relation to their condition of being the main healthcare providers in the family or household and the problems related to sexual and reproductive health rights. Moreover, the gender aspect of migration, has been put forward in terms of the right to healthcare. The support of transnational networks and non-governmental organizations were discussed among the solutions that have been found.

**Keywords:** Healthcare, immigrant, women.

\* Bu çalışma Raoul Wallenberg Institute Grand’i ile gerçekleştirilen proje çalışmasının saha bulgularından elde edilen veriler üzerine yazılmıştır.

\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, abakacak@hacettepe.edu.tr,

ORCID: 0000-0001-5682-0567

\*\*\* Dr., Sosyolog, emelakaln@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-5906-9112

\*\*\*\* Dr., Sosyolog, pinaroktem@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2317-8384

## Giriş

Görel olarak sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerden gelen ve kayıt-dışı sektörlerde istihdam edilen göçmenler, geldikleri bölgelerin özellikleri ve hedef ülkedeki sosyal ve yasal mekanizmalar göz önüne alındığında özellikle sağlık durumu ve sağlığa erişim bakımından kırılganlıklar gösterebilmektedir. Göçün sağlık boyutuna yönelik araştırmaların ve politik ilgilerin çoğunluğu yüksek gelirli göç alan ülkelerdeki durumları tanımlamakta ve sıklıkla belirli hastalıkları, belirli etnik grupları ve sağlıklı göçmen etkisini araştırmaktadır. Bununla beraber bulaşıcı olmayan hastalıklara, ruh sağlığına ve sağlığın sosyo-ekonomik etkilerine daha fazla dikkat gerekmektedir. Göçmen kadınlar üreme sağlığı problemleri ve hamilelik komplikasyonları, neonatal mortalite ve bebek ölümleri gibi kötü gebelik sonuçlarına ilişkin büyük risk altındadır (Zimmerman, Kiss ve Hossain, 2011).

Bununla birlikte göçmenlerin sağlığı ve sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin bilgi çok azdır. Nitel araştırmalar, göçmenler arasında sağlık ve sağlığa ilişkin davranış biçimlerinin farklı algılanışına dikkat çekerken nicel araştırmaların nitel çalışmalarla tamamlanması gerektiğini belirtmektedir; fakat yine de ilgili verinin çok sınırlı olduğu görülmektedir (WHO, 2008).

Türkiye’de kayıtlı veya kayıt-dışı göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin sınırlı sayıda araştırma vardır. Özellikle Suriye’den Türkiye’ye kitlesel göç hareketiyle birlikte göçmen ve sığınmacıların gerek sığınma kamplarında, gerekse kamp dışı bölgelerdeki deneyimlerini belgeleyen çalışmalar hız kazanmıştır. “Geçici koruma” altında olan Suriyeli kadın ve erkeklerin sağlık durumları ve sağlık hizmetlerine erişimleri Türkiye’de sivil toplumun, akademinin ve kamu otoritelerinin ilgisini çekse de özellikle doksanlı yıllardan beri Türkiye’yi hedef veya transit noktası olarak belirleyen yabancılara sağlık durumları ve sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilgili araştırmalar çok azdır.

Eski Sovyet Bloğu ülkelerinden gelen göçmen ev işçisi kadınlarla yapılmış çalışmalarda, göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimdeki sınırlılıklar, sağlık hizmeti alımlarında bu hizmeti nasıl sağladıkları, sağlık sigortası veya sosyal güvenlik sisteminden faydalanıp faydalanmadıkları ele alınmıştır (Barbaros, 2009; Çelik, 2005; Üstübcü, 2011; Erdem ve Şahin, 2008; Akalın, 2014). Akalın (2014), ESB ülkeleri kökenli ev işçilerinin kayıt-dışı istihdam edildikleri durumlarda, işverenleri tarafından doktora götürülebildiklerini veya kendileri ücret ödeyerek sağlık hizmeti aldıklarını, öneri ile ilaç aldıklarını, ülkelere gidişlerinde sağlık hizmeti aldıklarını veya hastalanmamak için özel bir çaba sarf ettiklerini belirtmiştir.

Oysa ki göçmenler, özellikle kayıt-dışı göçmenler, sağlık sistemine erişme hususunda oldukça kırılgandırlar. Hassoy ve Davas (2010)’ın belirttiği üzere, hedef ülkede sosyal hakların olmaması, var olan hakları bilmeme ve yasal olmayan konum nedeniyle belgesiz göçmenler sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Ayrıca, Türkiye’de geçtiğimiz yıllarda yaşama geçirilen ‘sağlık reformu’ ile kamu sağlık sigortacılığı sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Her ne kadar 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) sığınma başvurusu sahiplerine koşullu mülteci olarak sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim imkânı sunsa da kayıt altına girip, yabancı kimlik numarası alana ve/veya yönlendirildiği uydu kente yerleşene kadar geçen sürede sığınma başvurusu yapmak için Türkiye’ye gelen kişinin ücretsiz sağlık hizmeti alması mümkün gözükmemektedir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine başvurularındaki bir başka büyük engel de resmi makamlarda kayıtlı olmamaları nedeniyle sağlık sigortalarının olmamasıdır. Bu nedenle gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarına başvuru halinde cepten harcama yapmaları gerekmektedir (Etiler ve Lordoğlu, 2010, ss. 103-110). Aslında bu araştırmanın odağı olan kadın göçmenler çoğu zaman kendileri dışında aile üyelerinin de sağlıklı olmalarından sorumlu oldukları için çifte yük taşımaktadırlar.

Göç bağlamında sağlık politikaları üretimi, genellikle halk sağlığına tehdit veya göçmenler ve ilgili hizmet sıkıntıları ile ilişkili sağlık riskleri üzerine odaklanan hak temelli yaklaşımlarla ilişkilendirilmektedir. Hak temelli yaklaşım, göçmenlerin kişisel ve mesleki risklere, sosyal dışlanma ve ayrımcılığa ilişkin kırılganlıklarını ve sağlık bakım hizmetlerine evrensel erişimini hatırlatmaktadır (Zimmerman, Kiss ve Hossain, 2011).

Özellikle kadınlar toplumunda sağlık açısından risk altındaki gruplardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu kabulün biyolojik cephesinde kadınların doğurganlık özelliği, sosyo-kültürel cephesinde ise toplumsal

cinsiyet bileşeni bulunmaktadır. “Her toplumda hatta toplumun alt tabakalarında değişen cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin boyutunu belirlemekte, makas ne kadar açılırsa kadın sağlığındaki tablo kötüleşmektedir” (Etiler ve Lordoğlu, 2010, s. 100). Sağlığın önde gelen sosyal belirleyicilerinden biri olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadın ve erkeklerin sağlık durumlarını, ihtiyaçlarını, sağlık hizmetlerini talep etme biçimlerini ve sağlık hizmetlerinin sunumunu belirlemektedir (Ağartan 2012, s. 253).

1994 yılındaki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (Kahire Konferansı'nda) toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesi yönündeki temel hedef ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin Platformu)'nın toplumsal cinsiyet bakış açısının sağlığın da dahil olduğu pek çok sektörde yaygınlaştırılması konusundaki gayretleri toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlık politikalarına ekleme çabalarına yönelik uluslararası boyuttaki girişimler olarak değerlendirilebilir. Toplumsal cinsiyetin ana akımlaştırılmasının bir politika olarak benimsenmesine yönelik girişimleri Birleşmiş Milletler (BM) Örgütü'nün Binyıl Kalkınma Hedefleri'nde (BKH) de görmek mümkündür. BKH'nin “toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik ederek kadının durumunun güçlendirilmesi” hedefi önemli bir taahhüttür. Aynı zamanda BKH'nin anne sağlığına odaklanan beşinci hedefi ile anne ölümlerini azaltmak ve üreme sağlığı hizmetlerine tüm nüfusun erişimini sağlama hedefi toplumsal cinsiyet eşitliği için önemli girişimlerdir. Tüm bu girişimler göstermektedir ki toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırma Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) gibi BM kurumlarının ve yerel bürolarının gündemlerinde önceliğe sahip olduğu gibi bu oluşumlar içerisinde olan birçok ülkenin de gündemlerinde öncelikli konumdadır (Ağartan, 2012, ss. 255-257).

Toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırma kavramı 1990'lı yılların ortalarından itibaren Türkiye'de kadın sağlığı tartışmalarının bir parçası haline gelmiştir. Ancak, bu konulardaki uygulamalar genellikle üreme sağlığı alanıyla sınırlı kalmıştır ve ulusal sağlık programlarıyla ilişkilendirilmemiştir (Ağartan, 2012, ss. 261-262).

Etiler ve Lordoğlu (2010), Türkiye'de ev işçisi olarak çalışan düzensiz göçmen kadınlarla yaptıkları araştırmalarında, göçmenlerin kamu kurumları ile oldukça sınırlı ilişkileri olduğunu, yakalanıp sınır dışı edilme korkusunun yanı sıra ekonomik engellerin de sağlığa erişimde önemli engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir. Bu çalışma aynı zamanda, kadınların sağlık hizmetlerine erişemedikleri durumlarda geleneksel tıp uygulamaları, bir başkası üzerinden muayene ya da ülkelerinden ilaç getirme gibi yollara başvurduklarına da dikkat çekmiştir (Etiler ve Lordoğlu, 2010).

Bir anayasal hak olan sağlığa ülkemizdeki en mağdur kişiler ne yazık ki yeterince erişememektedir. Son dönemde yapılan düzenlemelere rağmen pek çok mülteci ve göçmenin ölümcül sonuçları olan sağlık sorunları yaşadıkları görülmektedir.

Türkiye'deki farklı ülkelerden kadın göçmenlerin sağlık ve sağlık sistemine erişimlerine ilişkin durumlarını tespit etmek, Türkiye'deki göç, kadın göçü ve sağlık sistemleri ile ilişkili literatürü genişletme anlamında önemli bir açılım olacaktır. Ayrıca temel insan haklarından birisi olan sağlık hakkına Türkiye'deki göçmenlerin ne kadar sahip olduğu ve/veya yasal düzenlemeler çerçevesinde ne kadar sahip olabildiklerini tespit etmek de araştırmanın insan haklarına ilişkin içerimi bağlamında değerlidir.

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye'ye farklı ülkelerden, farklı sebeplerle göç etmiş ve farklı sektörlerde istihdam edilen veya ücretli olarak istihdam edilmeyen kadınların sağlık durumları ve mevcut sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin tespit edilmesidir. Bu amaç çerçevesinde göçmen kadınların sorunlarının tespitine yönelik hedefler şu şekilde sıralanabilir:

-Göçmen kadınların temel insan hakkı olan sağlık haklarına ilişkin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının belirlenmesi;

- Kendilerinin, ailelerinin ve yakın çevrelerinin sağlığı için neler yaptıkları ve kurumsal çözüm yolları ararken nelerle karşılaştıklarının meydana çıkarılması;

- Sağlıkla ilişkili hizmet alım süreçlerinde, idari personelin de içerisinde yer aldığı sağlık kurumu çalışanları ile etkileşim süreçlerinin nasıl biçimlendiğinin, kullanılan dil, tercüme hizmeti, hastalığa müdahale, durumla ilgili bilgilendirme gibi farklı boyutlarla ilişkilendirilerek su yüzüne çıkarılması;

- Daha önce yaşamış oldukları ülkelerde sağlık hizmeti alım süreçlerinin işleyişinin tespiti;

- Özel hastane ve devlet hastanesi gibi farklı kuruluşlardan hizmete erişim ve hizmet alım sürecinde farklılık olup olmadığının tespit edilmesi;

- Sağlık hizmeti sunmayan diğer kamu ve sivil toplum kuruluşları ile ilişkilerinin mevcut olup olmadığının belirlenmesi;

Bu araştırmada aynı zamanda ‘sağlık hizmetlerine erişim’ hakkının, sağlık hizmetlerinin bir ülkede ‘mevcut’ olması ile sınırlı kalmayıp, bireylerin bu hizmetlere erişimlerinin karşısındaki sosyal ve yapısal engellerin kaldırılmasını da içerdiği; sağlık hakkında toplumsal cinsiyetin marjinal değil merkezi bir bileşen olarak kavramsallaştırılması gerekliliği yönündeki tartışmalara katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

## **Araştırmanın Metodolojisi**

### ***Araştırmanın Epistemolojik Temelleri ve Tasarımı***

Bu çalışma, göçmen kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili durumu, söz konusu problemlerin öznesi olan bireylerin perspektifinden anlamayı hedeflediği ve genel olarak toplumlarda sağlık ve hastalık ile göç olgusuna yaklaşımların sosyal olarak inşa edildiği görüşünü benimsediği için yorumlayıcı epistemoloji üzerine temellenmiştir.

Öte yandan sosyal dünya, söylemler, yani belirli bir konu hakkında, tarihsel olarak bilgi ve iktidar ilişkileri içinde bir toplumda benimsenmiş olan düşünce sistemleri üzerine kuruludur (Çoban ve Özarslan 2003). Bu araştırmaya göre belirli bir toplumda göç, sağlık ve hastalık, toplumsal cinsiyet ve hak kavramlarına atfedilen anlamlar, söylemsel pratikler üzerinden inşa edilir ve yeniden anlamlandırılır. Söylem, yalnızca dilsel bileşenleri (örneğin hekim-hasta ilişkisinde kullanılan dil ya da hukuki metinlerin dilini) değil, göstergesel ve davranışsal pratikleri de içerir (Çoban ve Özarslan, 2003).

Sosyal dünyanın aynı zamanda toplumsal cinsiyetlendirilmiş bir yapı olduğu ve kadın ve erkeklerin sosyal dünyayı farklı biçimlerde deneyimledikleri kabulünden (Blaikie, 1993) yola çıkan bu araştırma, bu yönüyle feminist epistemolojiye de dayanmaktadır. Ek olarak, tekil bir ‘kadın’ kategorisi olmayıp, yalnızca kadınlar ve erkekler arasında değil, farklı sosyal konumlarda olan kadınların da deneyimlerinin farklılaştığı düşüncesiyle, ‘kesişimsel (intersectional) feminist’ yaklaşım benimsenmiştir (Crenshaw, 1997). Gerek insan hakları, gerek sağlık, gerekse göç çalışmalarında feminist yaklaşım, bilgi üretimi ve politika geliştirme süreçlerinde kadınların deneyimlerinin ikinci planda tutulmuş olmasını eleştirmekte; bu sebeple feminist duruş (standpoint) (Brooks, 2007) kadınların yaşadıkları eşitsizlik deneyimlerine odaklanmaktadır. Feminist yaklaşım aynı zamanda araştırılan ve araştırılan arasındaki hiyerarşik ilişkiyi de eleştirmesinden dolayı (Young, 1997) bu araştırmanın görüşme tekniği ve etik ilkelerine de temel oluşturmaktadır.

Yukarıda ifade edilen epistemolojik yaklaşımlarla uyumlu olarak, göçmen kadınların sağlık hakkından yararlanabilme ile ilgili öznel deneyimlerini anlamaya yönelik olan bu çalışma niteliksel bir araştırma olarak tasarlanmış ve uygulanmıştır.

### ***Katılımcı Seçimi ve Katılımcılara Erişim***

Araştırmada, gerek Türkiye’deki toplam göçmen kadın sayısının ve demografik özelliklerinin tam olarak bilinmiyor olması, gerek araştırma öznelerine erişim için sistematik kanalların mevcut olmaması, gerekse araştırmanın ele aldığı grup içindeki farklılıkların ortaya konabilmesi amacıyla, ‘amaçsal’ ve ‘teoriye dayalı’ bir araştırma grubu seçimi yapılmıştır. Araştırma grubunun seçimindeki ‘amaç’, araştırmanın temel sorusuyla uyumlu olarak, hem orijin ülke, hem göçmenlik statüsü, hem de yaş, çalışma durumu, evli/çocuklu olup olmama durumu, sağlık durumu gibi demografik ve araştırmayla ilgili diğer özellikler bakımından mümkün olduğunca heterojen bir dağılıma ulaşmak olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, Türkiye’de en fazla sayıda ve en fazla çeşitlilikte göçmen nüfusu barındıran İstanbul’da 30, Ankara’da 5 ve Sakarya’da 6 görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, Türkiye’ye Suriye’den göç etmiş olan bireylerin Türkiye’de kalışlarını ve sağlık hakkına erişimlerini de etkileyen özel statüleri sebebiyle, Suriyeli kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir.

Göçmen kadınlara erişim büyük oranda (19 kişi) anahtar kişi ve kurumlar yoluyla sağlanmış, 14 kadına 'kartopu' yöntemi ile 8 görüşmeciye ise araştırmacıların kişisel temasları ile ulaşılmıştır.

### ***Veri Toplama Süreci, Araçları ve Analizi***

Saha araştırması Ağustos – Kasım 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Göçmen kadınlarla yapılmış olan yüz-yüze görüşmelerde, Türkçe, İngilizce ve Fransızca olarak hazırlanmış ve bir uzman akademisyenin değerlendirmesine sunulmuş olan, yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır.

Göçmen kadınlarla yapılan görüşmelerin en kısısı 20 dakika, en uzununu bir buçuk saat sürmüştür, ortalama görüşme süresi yaklaşık yarım saat olmuştur. Göçmen kadınlarla görüşmelerin gerçekleştirilmesi sürecinde, araştırmacılar eşit miktarda rol almışlardır. Görüşmelerin 27'si Türkçe, 9'u İngilizce, 5'i Fransızca olarak araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir; bunlar arasında toplam 13 görüşme esnasında, katılımcının tercih ettiği bir tanıdığı veya ücretli tercümandan yardım alınmıştır.

Göçmen kadınlarla yapılan görüşmelerden elde edilen veriler niteliksel analiz yazılımı (NVivo) yardımıyla, tematik analize tabi tutulmuştur. Analiz sürecinde yanıtlar öncelikle konularına göre kodlanmış, bir başka deyişle 'veri indirgeme' yöntemi (Miles ve Huberman, 1994) ile gruplandırılmıştır. Oluşturulan kodlar, ilgili literatürden çıkarsanan ve/veya verilerin işaret ettiği bazı noktaları anlamlandırmakta kavramsal çerçeve sağlayabileceği düşünülen 'analitik' kodları ve ele alınan konu başlıklarına göre gruplandırılan 'tematik' kodları içermiştir (Grbich, 1999; Mason, 2002; Richards, 2005; Holliday, 2007).

Kodlama tutarlılığının (MacQueen ve ark., 1998) sağlanabilmesi için araştırma ekibi belirli aralıklarla bir araya gelerek, oluşturulan kodların tanım ve içerikleri konusunda tartışarak uzlaşmaya varmak amacıyla kodları gözden geçirmişlerdir.

Tüm veriler, farklı demografik ve göçmenlik ve sağlık statüsüyle ilgili katılımcı özelliklerine göre gruplandırılarak analiz edilmiş, böylelikle farklı gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Verilerin sunumunda, başka bir deyişle 'data display' aşamasında, (Miles ve Huberman, 1994), anlamlı sonuçlar veren karşılaştırmalar ön plana alınmış, nitel araştırma epistemolojisinin gereklilikleri doğrultusunda genelleştirme yapmaktan kaçınılmış, mümkün olduğu durumlarda ise, daha net fikir vermesi açısından, belirli özellikleri gösteren katılımcıların sayısı verilmiştir.

### ***Araştırma Etiği***

Araştırmanın, tasarım, uygulama, analiz ve raporlama aşamalarının tümünde, katılımcıların güvenlikleri ve alandaki hassasiyetler göz önünde bulundurularak etik ilkelere özel önem verilmiştir.

Buna göre, toplanan veriler yalnızca ana araştırmacı grubunu oluşturan 3 kişinin erişebileceği şekilde saklanmış, görüşülen göçmen kadınların ve görüşme sırasında zikredilen diğer kişilerin isimleri kullanılmamıştır. Görüşmecilerin araştırmanın amaç, kapsam, fayda ve riskleri konusunda açıkça bilgilendirilmesi sağlanmış, araştırmaya katılımın 'gönüllülük' esasına dayalı olmasına özen gösterilmiş, katılımcılara, istemedikleri sorulara yanıt vermeme ve istedikleri başka konuları aktarma olanağı tanınmıştır.

Tüm bu konular, göçmen kadınlarla yapılan görüşmeler öncesinde kendilerine sunulan bilgilendirme ve onam formlarında ifade edilmiştir. Bu formlar, Türkçe, İngilizce ve Fransızca olarak hazırlanmıştır. Göçmen kadınlarla yapılan görüşmelerde güven ilişkisinin zedelenmemesi amacıyla sadece sözlü onam (Miller ve Bell, 2005; Ginsberg ve Mertens, 2009) alınmıştır.

Görüşmeler sürecinde, katılımcıdan onay alınması durumunda ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Üç görüşmede, katılımcının onay vermemesi sebebiyle ses kaydı alınmamış; iki araştırmacının hazır bulunduğu bu görüşmelerde bir araştırmacı görüşmeyi yaparken diğeri not tutmuş, bu süreçte mümkün olduğunda görüşmecinin ifadelerine sadık kalmıştır.

## **Saha Araştırmasının Bulguları**

### ***Göçmen Kadınların Sağlık ve Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlarına İlişkin Bulgular***

#### *Görüşmecilerin Genel Özellikleri*

Araştırmamıza katılan ve 18 farklı ülkeden gelmiş olan kadınların çıkış yaptıkları ülkelere göre dağılımlarına bakıldığında; Batı Asya ülkelerinden 14, Afrika ülkelerinden 13, ESB ülkelerinden 9 ve Avrupa ya da ABD'den 5 göçmen kadın olmak üzere 41 kadın ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 37,5'tir. Araştırmamıza katılan kadınlar 22-57 yaşları arasındadır. Kadınların Türkiye'deki statülerine baktığımızda ise 23'ü koşullu mülteci ve bu grup içerisinde Afrika ve Batı Asya çıkışlı kadınların sayısı fazladır. Koşullu mülteci statüsünde olan kadınların dışında kalan 18 kadın görüşmecinin içerisinde 5 kişinin oturma izni bulunmamaktadır. Koşullu mülteci olmayan kadınların 8'i de düzenli oturma iznine sahip kadınlardır. Yine bu 18 kadın içerisinde yer alan 5 kadın T.C. vatandaşıdır. T.C. vatandaşlığına geçmiş olan kadınların vatandaşlık öncesi durumları üzerinde durulmuştur. Görüşme yapılan kadınların oturma ve çalışma izinleri ile ilgili veriler değerlendirildiğinde; 31 görüşmecinin oturma izni bulunmaktadır. Oturma izni bulunmayan 10 kadın vardır. T.C. vatandaşı olan 5 kadın ile birlikte 4 kadının daha çalışma izni olduğu görülmektedir. Bu anlamda araştırmaya dâhil olan 41 kadından 9'u bu izne sahiptir. Ancak belirtmek gerekir ki çalışma izni olmayan ama mevcut durumda çalışan 9 kadın bulunmaktadır.

Kadınların medeni durumlarına ve çocuk sahibi olup olmadıklarına ilişkin verilere bakıldığında 28'i evlidir veya birisi ile birlikte yaşamaktadır. 27 görüşmecinin çocuğu vardır. Ancak bu kadınların 10'unun çocuklarının hepsi ya da bazıları başka ülkelerde bulunmaktadır.

Göçmen kadınların Türkiye'de bulunma sürelerine bakıldığında bir yıldan az burada bulunan 13 kadın olduğu görülmektedir. 41 kadın görüşmecinin 14'ü bir ila beş yıl arası, 14'ü beş yıldan fazla bir süredir Türkiye'de bulduklarını belirtmişlerdir. Bu kadınlar içerisinde yer alan iki kadından biri 17 diğeri 18 yıldır Türkiye'de yaşamaktadır. Görüşmeciler arasında 13 yıldır üçüncü ülkeye geçmek üzere BM kararını bekleyen bir kadın vardır. Görüşülen kadınların 12'sinin Türkiye'ye gelmeden önce başka ülkede yaşama deneyimleri vardır.

### ***Görüşmecilerin Kendilerinin ve Aile Üyelerinin Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulgular***

Görüşme yapılan 41 kadından 22'si görüşmelerin gerçekleştirildiği dönemde sağlık sorunları yaşıyor olduklarını belirtmişlerdir. Bu kadınlardan sekizi kronik sağlık sorunlarına sahiptir. İfade edilen rahatsızlıklar; nörolojik veya ortopedik ağrılar, kas ve eklem ağrıları, kalp-damar hastalıkları, diyabetik rahatsızlıklar, ağız ve diş sağlığı problemleri, gastroenterolojik sorunlar, hormonal sorunlar (tiroid), üreme ve cinsel sağlık sorunları, onkolojik sorunlar (meme kanseri) ve tüberküloz olarak sıralanabilir. Görüşmeye katılan kadınlardan üçü görüşmenin gerçekleştirildiği dönemde gebe olduklarını belirtmişlerdir. Gebe olan kadınlardan birinin hamileliği son dört hafta içerisindeydi.

Kadınların göç öncesi ve göç sonrası yaşadıkları süreçlere ilişkin olarak karşı karşıya kaldıkları psikolojik sorunlar olabileceği tahmin edilmekle birlikte bunlar görüşmeler esnasında pek dile getirilmemiştir. Görüşmecilerden birisi bu durumu şöyle anlatmaktadır: "*Bizim geçmiş deneyimlerimiz, psikolojik şeyler bırakıyor ve onlar hasta edebiliyor*" (İran, 28, 15 Ağustos 2014).

Genel olarak göçmen kadınların psikolojik sorunlarına sebep olabileceği düşünülen faktörler şunlardır: İşsizlik ve çalışma hayatındaki sıkıntılar, kalabalık yaşam, kendi sosyal ağlarına sıkışmanın yarattığı sosyal izolasyon, iletişim problemleri, sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde yolunu bulamama, ırk ve/veya din temeline bağlı olumsuz tutumlara maruz kalma, çözüm bulunamayan kronik ya da akut hastalıkların devam etmesi, göç sürecinde yaşanan travmatik olaylar, aile bireylerinin bir ya da bir kaçının memlekette kalması ya da ölümü, ülkelerindeki sosyal politik ve ekonomik çatışmalar, çocuk ve eşlerinin sağlık sorunlarından kaynaklanan yükümlülükler, cinsel şiddet ve taciz deneyimleri ve/veya korkusu.

Kadınların en son hangi nedenle sağlık kuruluşuna başvurdukları sorulduğunda yukarıda belirtilen kronik hastalıklar haricinde, herhangi bir enfeksiyon, böbrek taşı, yüksek ateş, demir eksikliği, soğuk algınlığı ve göz hastalıkları nedeniyle sağlık hizmeti aldıkları görülmüştür.

Aldıkları sağlık hizmeti sonucunda tedavilerinin başarı ile sonuçlandırılmadığını belirten yedi kadın bulunmaktadır. Çözumsuzlüğün nedenleri olarak dil engelinden dolayı sorunun tam anlaşılammış olması ya da kadınların sigortalılık durumları ile ilgili sorunlar gösterilmiştir.

Kendi sağlık sorunlarının yanı sıra, aile üyelerinin ya da yakınlarının sağlık sorunlarıyla da ilgilenmek durumunda olduklarını belirten kadınların 12'si görüşmeler esnasında eş ya da çocuklarının sağlık sorunları ile ilgilendiklerini dile getirmişlerdir. Kadınların bir kısmı çocuklarının çözüm bulunamayan sağlık sorunları ile karşı karşıya olduklarını da dile getirmişlerdir. Çocuklarının çözülemeyen sağlık sorunları karşısında pahalı olmasına rağmen özel kliniklere gitmek zorunda kalmalarını ifade etmeleri, kendi sağlık sorunlarını önemsemeyen çocukları için farklı çarelere başvurmaları, kadınların toplumsal olarak onlara yüklenen rollerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Ayrıca araştırma sürecinde edilen gözlemler mültecilikle ilişkili sürecin aile içi rol dağılımını değiştirebildiğini de göstermektedir. Görüşülen kadınlardan bir tanesi de kendi hastalığı nedeniyle aile içi rollerinin farklılaştığını ifade etmiş ve ev işleri ile çocuk bakımından eşinin sorumlu olduğunu dile getirmiştir. Kadınlardan bazıları kendilerinin ağır sağlık sorunları bulunduğu için çocuklarının bakımlarını "yeterince" üstlenememekten, kendilerini eşlerine bağımlı hissettikleri için sıkıntı yaşadıklarından, çocuğunun bakıma muhtaç olmasından dolayı ameliyat olamadığından bahsederek toplumsal cinsiyet rollerinin etkisine işaret etmiştir.

Ayrıca, özellikle ESB ülkelerinden gelen kadınlar, memleketlerinde kalan yakınlarının da sağlık sorunlarıyla ilgilendiklerini ifade etmişlerdir. ESB ülkelerinden gelen kadınlar, Türkiye'de sigortalı iseler memleketlerinde bıraktıkları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin buraya geldiklerinde kendi sigortaları kapsamında sağlık hizmeti alabilmelerini talep etmektedirler. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerinden öte evde bakım ücretini almayı da istemektedirler. Görüşmecilerden Azerbaycan çıkışlı bir kadın hem sigortadan faydalanma hem de evde bakım ücreti alma talebini şu sözlerle dile getirmiştir:

"Benim annem felç geçirdi, yatakta... doktor getirtemiyorum, alıp götüremiyorum, Azerbaycan'a da götüremiyorum. Felç kadını doktora götürsen, alıp yabancılar şubesinde bekleteceksiniz, oradan deport. Ben burada düzenimi kurmuşum. Annemin benim yanımda kalması daha mantıklı... Bu sefer işten çıkmam lazım anneme bakmak için. Türk vatandaşı için bakım parası veriliyor, yeter ki, annenize babanıza yaşınıza evde bakın. Niye bana ayrı muamele yapılıyor. Ben de bu memleketin vergisini ödüyorum, sağlık güvencem için para ödüyorum..." (Azerbaycan, 37, 11 Eylül 2014).

### ***Kadınların Sağlık Kuruluşlarına Başvurma/Başvurmama Durumları ve Nedenleri***

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarından hizmet aldıklarını ifade eden kadınlar, bu hizmeti devlet hastanesinden, özel hastaneden, sağlık ocağından ve özel kliniklerden aldıklarını belirtmişlerdir. Kadınların hizmet alımında zaman zaman farklı ya da birden fazla sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih ettikleri de görülmektedir. Kadınların başvurdukları sağlık kuruluşları içerisinde aile hekimlerinin olmamasının nedenleri; birinci basamak sağlık hizmeti alımına dair bilgi eksikliği, yerleştirildikleri uydu kentler dışında ikamet ediyor olmaları ve yardım etmeleri amacıyla başvuruda buldukları sivil toplum kuruluşlarının kendilerini doğrudan hastaneye yönlendirmeleri olarak açıklanabilir. Aile hekiminden hizmet alan Azerbaycanlı bir kadın, hizmeti olumlu olarak nitelendirmektedir. Aile hekimliğinden hizmet alınamaması ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren yerlerde yığılmalara sebep olabilmektedir.

Türkiye'de herhangi bir sağlık kuruluşuna hiç başvurmadığını belirten altı kadından üçü, gelişleri henüz bir ay olmamış olan Iraklı kadınlardır. Bu kadınlar hizmet alma gereksinimleri olmasına rağmen, dil bilmedikleri ve tercüman ihtiyaçlarını karşılayamadıkları, nereye nasıl gideceklerini bilmedikleri, sigortaları ve paraları olmadığı için başvuruda bulunamadıklarını ifade etmişlerdir. Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıklarını belirten diğer üç kadın ise ESB ülkelerindedir. Bu kadınlardan biri oturma

iznine sahipken çalışma iznine sahip değildir, diğer ikisi hem oturma hem de çalışma iznine sahip değildir. Altı aydan daha kısa süredir burada olan bu kadınlar bir sağlık güvencesine de sahip değildir. Ancak bu kadınlar, sağlık hizmeti almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmamış olmaları kayıt-dışı istihdam ediliyor olmaları ile değil, herhangi bir sağlık sorunu yaşamamış olmaları ile ilişkilendirmişlerdir. Kadınların bir kısmı ise gerek sağlık sisteminin karmaşıklığı gerekse sağlık personelinin tutumlarından dolayı hastalık son aşamaya gelinceye kadar uzman yardımı almamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Sağlık kuruluşlarına ve modern tıba başvurmadıklarını belirten kadınlardan sadece üçü geleneksel iyileşme yöntemlerini kullanmaktadır. ESB ülkelerinden gelen kadınlar belirli hastalıklar için hazırlanmış özel karışımlar kullandıklarını ifade etmişlerdir. Etiler ve Lordoğlu (2010) sağlık sorunlarını çözmeye başvurulan yollardan geleneksel tıp uygulamalarına başvurmayı ve ülkesinden ilaç getirmeyi örtülü yollar olarak ifade etmişlerdir. Görüşmeye katılan kadınların üçte biri akut hastalıklar için kullandıkları bazı ilaçları ülkelerinden getirdiklerini ifade etmişlerdir. Ülkelerinden ilaç getirmelerinin sebebi, hem ilaca erişimin maddi yükünün azaltılması hem de kullanmaya alışkın oldukları ilaçlarla "daha rahat etmeleri"dir. Bu katılımcıların birkaçı kullandıkları ilaçların bir kısmını arkadaşları ya da akrabalarıyla paylaştıklarını da ifade etmişlerdir. Akalın (2014) da çalışmasında ESB ülkeleri kökenli ev işçilerinin kendileri ücret ödeyerek sağlık hizmetine eriştiklerini, ilaç aldıklarını, ülkelerine gidişlerinde sağlık hizmeti aldıklarını veya hastalanmamak için özel bir çaba sarf ettiklerini belirtmiştir.

Baş ağrısı, diş ağrısı, soğuk algınlığı gibi hafif akut rahatsızlıklar söz konusu olduğunda, kadınlar sivil toplum kuruluşlarının kendilerini alınamabilecek önlemler ve ağrı kesiciler konusunda bilgilendirdiklerini de ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan 11 kadın doğrudan sağlıkla ilgili olarak STK'lardan yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık kuruluşu yerine STK'lardan yardım almalarının nedenlerinden biri, sağlık sorunlarını kendi dillerini bilen ve anlayan birine anlatmanın daha kolay olmasıdır. Alınan desteklerin içeriğini ilgili kuruluşlara yönlendirme, tercüman sağlama ve önemli olmayan sağlık sorunlarına ilişkin basit çözüm önerileri şeklinde açıklamaktadırlar. Sivil toplum kuruluşlarından alınan destek hakkında çoğunlukla olumlu görüş belirtilmiş, bir katılımcı özellikle anne-çocuk sağlığı ile ilgili aldığı bilgilendirmenin kendisi ve bebeğinin sağlığı için hayat kurtarıcı nitelikte olduğunu ifade etmiştir.

Bunun yanı sıra Türkiye'ye farklı ülkelerden göç etmiş, kendi ülkelerinde sağlık profesyoneli olan kişilerin burada profesyonel hizmet sağlayıcı olmaları da kendilerine sağlıkla ilişkili hususlarda destek olduklarını da belirtmişlerdir. Dil engelini aşılmasını kolaylaştıran bu durum ciddi olmayan sağlık sorunlarının çözümü için de olanak sağlamaktadır. Bu da ulus-ötesi ağların mevcudiyetine ilişkin önemli bir göstergedir.

Ulus-ötesi ağların varlığı göçmenlerin sağlık ve hastalık karşısındaki tutumlarını da etkilemektedir. Araştırmaya katılan kadınların bir kısmı, Türkiye'de doktor ve hastaneye gitme seçimlerinde diğer göçmenlerin fikir ve önerilerini göz önünde tuttıklarını, diğer göçmen kadınlar ile bilgi paylaşımında ve görüş alışverişinde bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu da göçmenlerin göçmen ağları aracılığıyla sorunlarına çözüm bulabildiklerinin bir göstergesidir. Görüşmecilerden biri sigortasız olduğu dönemde bu ağları kullanarak kendisinin ve eşinin ücretsiz sağlık hizmetine ulaşabildiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

"Ben bu arada İngilizce öğretmeni olduğum için birkaç kontaklarım vardı. Doktor öğrenciler ama belki benim öğrencim değil ama başka iş arkadaşımın tanıdığı kişilerin öğrencileri falan. Bende aşırı kansızlık vardı, bir (tanıdığımın) ... tahlil laboratuvarı vardı. Benim kan değerlerim ölçüldü. Bu iki kere, benden para istemedi ikisi de, ben alın dedim, yok. Böyle bir misafirperverlik var. Biz böyle bir davranış hastanede gördük benim kocamla. Yine bir kıza özel ders veriyordum, İngilizce. Babası ortopedistti. O sırada kocamda bel ağrısı oldu. Babasının çalıştığı hastanede muayene edildi. Adam ayrıca ultrason, MR falan da ücretsiz yapıp, onu sistemde kayıt etmedi." (Yunanistan, 42, 23 Ağustos 2014).

Sağlık hizmetlerine erişim bakımından, ekonomik durum ve sosyal destekten yoksun olma durumunun da bir risk yarattığını ve sağlık kuruluşlarına başvuruyu engellediğini belirten Etiyopya çıkışlı bir kadın bu durumu şu sözlerle farklı bir bakış açısıyla ifade etmiştir: "*Türkiyelilerden farkımız şu: Onlar kendi toplumlarında yaşıyor, kendi çevreleri, kendi kredi kartları var. Bizim ekmeğ almamız bile problem.*"



*Bir Türkün parası yoksa kredi kartı ile alır, o yoksa ailesinden arkadaşlarından ister". (Etiyopya, 39, 19 Ağustos 2014)*

### **Göçmen Kadınların Türkiye'deki Sigortalılık Durumları**

Araştırmaya katılan 41 kadından yedisinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. Beş kadının özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Bunlardan ikisinin hem devlet hem de özel sağlık sigortası bulunurken üçünün sadece özel sigortası bulunmaktadır.

Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların 16'sı muayene, 12'si tedavi ve 12'si ilaç için ücret ödediklerini ifade etmişlerdir. Kadınların bir kısmı sigorta sahibi olmadıkları için ödeme yaptıkları gibi, bazı durumlarda sigorta, ilgili tedavi ve/veya müdahaleyi kapsamadığı için de ödeme yapıldığı durumlar olmaktadır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine başvurularındaki en büyük engel, kayıt-dışı istihdam edilmeleri nedeniyle sağlık sigortalarının olmamasıdır. Bu nedenle gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarına başvuru halinde cepten harcama yapmaları gerekmektedir. Bu durum, literatürle paralellik göstermektedir (Etiler ve Lordoğlu, 2010).

Araştırmaya katılan gerek batı ülkesi kökenli göçmen kadınlar, gerekse BM'ye başvurusu olan şartlı mülteci statüsünde olan, özellikle Afrika kökenli kadınlar, devlet hastanelerinde sigorta kapsamı içinde olup olmadıkları konusundaki değerlendirmelerde farklı uygulamalarla karşılaştıklarını belirtmiş ve bunu, hastane personelinin konu hakkındaki bilgisizlik ya da 'kafa karışıklığı' ile ilişkilendirmişlerdir. Etiyopyalı bir katılımcı, görevlinin bu konudaki bilgiyi kendisine sormuş olmasına şaşırarak, düşüncesini şöyle aktarmıştır: *"bu kimlikle oluyor mu diye bana sordu. E Türk olan sensin, esas senin bilmen lazım. Ya da, internetin var elinin altında, bakabilirsin"* (Etiyopya, 39, 19 Ağustos 2014).

### **Sağlık Kuruluşlarına Başvurulduğunda Karşılaşılan Sorunlar**

#### *İletişim Sorunu*

Sağlık kuruluşundan hizmet alımı sırasında Türkçe konuştuklarını belirten 14 kadının yanı sıra, altı kadın iletişim kurarken biraz Türkçe biraz kendi dillerini ya da genel geçerliliği olan başka bir dili kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak iletişim dili olarak Türkçe kullandıklarını belirtenlerin pek azının dili hakim bir biçimde kullandıkları gözlemlenmiştir. Kadınlardan üçü yalnızca işaret ve beden dili ile anlaşmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların yarısından fazlası sağlık kuruluşlarında kendilerine tercüme konusunda yardımcı olarak aile bireyi, arkadaş ya da komşulardan yardım aldıklarını, az sayıda durumda da STK temsilcisi ya da profesyonel tercümandan yardım aldıklarını ifade etmişlerdir. Burada profesyonel tercüman olarak belirtilen kişiler uzun yıllardır Türkiye'de yaşadıkları için Türkçe'ye hâkim olan, hastanelerde kendi ülkelerinden ve/veya ortak ve/veya yakın dillerin konuşulduğu kişilerle buluşup, o kişilerin hastane personeli ile etkileşimini ücretli biçimde sağlayan kişilerdir. Bu hizmetin bedeli 50-100 TL olabilmektedir. Kadınlardan birisi benzer bir deneyimini şöyle aktarmaktadır: *"İşaret ederek, vücut dili ile konuştuk, anladılar şekerinin yükseldiğini. Bir kere tercüman geldi 100 TL aldı. Bizim paramız yok, nereye vereceğiz. Iraklı birisi, burada Türkçe öğrenmiş. Birisi daha yardım etti böyle, 50 TL."* (Irak, 56, 21 Ağustos 2014).

Katılımcılar tercüman ihtiyacını karşılayamadıkları ya da dil bilmedikleri için sağlık hizmetine erişemediklerini de ifade etmişlerdir: *"Oğlumun dişi şiştiğinde hastaneye gittik ama orada derdimizi anlatamadık. Götürünce dil bilmediğimiz için iletişim kuramadık, öyle kaldı. Tam anlayamadık birbirimizi"* (Irak, 30, 21 Ağustos 2014). Tercüman ihtiyacının karşılanamaması, hastanede çalışan sağlık personelinin ya da hastaneye başvuran göçmenlerin dil bilmemesinin yarattığı sorunlara ilişkin bir başka çarpıcı örnek olay ise yeni doğum yapmış bir kadının karşılaştığı enfeksiyon sorunu için başvurduğu devlet hastanelerinde hizmet alamamış olmasıdır. Kadın bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir: *"Git kendine tercüman bul dediler. O halimle kocaman hastanede merdiven in-çık çok kötü oldum. Eve gittim. Sonra başka devlet hastanesine gittim. Orada da bir doktor ismi verip onu ara dediler. Kontörüm yoktu arayamadım."* (Nijerya, 30, 3 Kasım 2014). Sonrasında bu kişi, bir sivil toplum kuruluşundan yardım

aldığını; yönlendirildiği yerde çok basit ve evde kendi uygulayabileceği bir tedavi ile iki gün içinde iyileştiğini belirtmiştir. Bu örnek, kolaylıkla çözülebilecek bir sağlık sorununun, yalnızca tercüman ya da dil sıkıntısı sebebiyle çözülemeyişine bir örnek teşkil etmektedir ki bu örneklerin sayısını arttırmak mümkündür.

Dille ilgili sorunların hizmet alınabilse bile sağlık sorununun çözülememesi ile ilişkilendirildiği de görülmüştür. Aşağıdaki örnekte, bahsettiği sağlık sorununu yıllardır çekmekte olan bir kadın, verilen ilacın işe yaramayışını, doktorlarla anlaşamamalarına bağlamaktadır:

“4 kez çocuk düşürdüm. İki Türkiye’de iki kez de Somali’de. Ondan beri adet görmüyorum, karnım çok şiş, geçmiyor. Doktora gidiyorum ama anlamıyor. Tercüman yok. Her gittiğimde başka doktor var. İlaç yazıyor ama ilacı içince çok hasta oluyorum. Akşamları ağrıdan yatamıyorum. Doktora konuşma yok. Anlamıyor da. Bakıyor, muayene yapıyor, hemen ilaç yazıyor.” (Somali, 34, 9 Ağustos 2014).

Türkiye’de birden fazla kez doğum yapmış olan bir kadın ise, bu alanda aldığı hizmetleri olumlu değerlendirmekle birlikte, ilk doğumu sırasında dil sorunundan kaynaklanan sıkıntıları olduğunu belirtmiştir.

Bazı görüşmeciler, Türkçe konuşmalarına karşın, karşılaştıkları sağlık personelinin kendilerini görünce ‘panik olduklarını’, çünkü kendilerini anlamayacakları yönünde bir önyargıyla yaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu görüşmecilerden biri, böyle bir durumda ‘*yüzüme öyle bakmayın, durun ve dinleyin, ben sizinle Türkçe konuşuyorum*’ (İngiltere, 48, 16 Ağustos 2014) diyerek sağlık çalışanını uyardığını belirtmiştir.

Hasta ile dil problemi sebebiyle iletişim kuramayan doktorların, çoğu zaman bir tercüman bulma çabası göstermeden hızlıca muayene yapıp bir ilaç yazdıkları; bazen hastayı kendisine bir tercüman bulması için dışarıya gönderdikleri; bazen de kendilerinin tercüman çağırdıkları belirtilmiştir.

Sağlık personeli ile iletişimde, konuşulan dilin yanı sıra genel olarak tıbbi terminolojinin yarattığı anlaşmazlıklara da dikkat çeken katılımcılar olmuştur. Kendi dillerinde bile olsa bazı terimleri anlayamayacaklarını ve bunun dil engelinden bağımsız olarak kendi başına bir stres kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir. İster dile ister tıbbi terminolojiye bağlı olsun, doktor-hasta arasındaki iletişimde herhangi bir yanlış anlaşmanın ne kadar önemli olduğunu, bir görüşmeci “*eğer bir kelime bile kaçırırsan hayatını kaybedebilirsin; ben eğer doktoru anlamıyorsam tedaviye devam etmem.*” (Etiyopya, 39, 19 Ağustos 2014) sözleriyle açıklamıştır.

Dil sorunu ve tercüman ihtiyacı ile ilgili sıkıntılar değerlendirilirken, kadınların, erkek tercüman önünde konuşmak istememelerine ilişkin aktarılan gözlemlerden de söz edilmelidir. Bu sebeple, bazı STK’ların özellikle kadın danışanlarla ilgilenmek üzere kadın personel/gönüllü çalıştırmayı tercih ettikleri bildirilmiştir.

### *Sağlık Çalışanlarının Tutum ve Davranışlarına İlişkin Sorunlar*

Sağlık kuruluşuna başvuranlar arasında 18 kişi sağlık çalışanlarının kendilerine genelde iyi davrandıklarını ifade etmişlerdir. Kötü davranıldığını belirten iki kişi dışında, katılımcıların geri kalanı davranışların niteliğinin kişiden kişiye ya da başvuru yapılan sağlık kurumunun statüsüne göre değiştiğini ifade etmişlerdir. Göçmen kadınların sağlık hizmeti alışı süreçlerinde kendilerine ilişkin olumsuz tutumların kaynağı din farklılığı olabilmektedir.

“... hastaneye gittik, baktılar biz Hıristiyanız, siz Müslüman değilsiniz diye tepki verdiler, hiçbir şey yapmadılar bize, emniyetin verdiği kimlikte din yazıyor. Yanımızda tercüman vardı o söyledi. Hatta o da gitti. Müslüman değiliz diye hizmet vermedi, Kızımla kaldık öyle. Biz bir şey yapamıyoruz, nereye şikâyet edeceğimiz ki” (Irak 29, 21 Ağustos 2014).

Göçmenlerin sadece göçmen oldukları için değil, aynı zamanda yabancılıklarına eklenen “farklı” özellikleri olduğu için toplumsal cinsiyete ilişkin önyargıları da barındıran kötü davranışlara maruz kalabildikleri söylenebilir.

Afrika kökenli katılımcılardan bazılarının ise karşılaştıkları kötü muameleyi siyah olmaları ile ilişkilendirdikleri görülmüştür. Devlet hastanelerinde tutumlar açısından fark olmasa da “siyahlardan daha fazla ücret alındığı”na dair değerlendirmeler de yapılmıştır. Bu katılımcılardan birkaçı ise karşılaştıkları olumsuz tutum ve davranışları doğrudan ırkla ilişkilendirmekten kaçınarak “yargılamak istemiyorum, belki siyah olduğumuzdan, belki de dilden dolayı” (Kamerun, 30, 6 Ekim 2014) demişlerdir.

Yukarıdaki ifadeler Ağartan (2012, s. 253)'ın sınıfsal, ekonomik ve ırksal eşitsizliklerle sürekli olarak etkileşim halinde olan toplumsal cinsiyetin kadın ve erkeklerin sağlık durumlarını, ihtiyaçlarını, sağlık hizmetlerini talep etme biçimlerini ve sağlık hizmetlerinin sunumunu belirlediği tespitini doğrular niteliktedir.

### ***Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Sistemi ile İlgili Değerlendirmeler***

#### *Genel Olarak Sunulan Hizmetlerin Kalitesinden Memnuniyet*

Kadınlar arasında tıbbi hizmetin kalitesinden memnun olduğunu belirtenlerin sayısının yarısından fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların bazıları hastanelerde karşılaştıkları tutum ve davranışlar hakkında olumsuz görüş belirtmelerine rağmen Türkiye'deki tıbbi hizmetin kalitesi dolayısıyla bu ülkede hizmet almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tıbbi hizmetin kalitesinden memnun olduklarını ifade edenler bunun nedenlerini sağlayan hizmetin Amerika ve Avrupa'ya göre daha ucuz olması ve tıbbi hizmetin burada diğer ülkelere göre daha hızlı olması şeklinde belirtmişlerdir. İngiltere çıkışlı bir katılımcının konu ile ilgili değerlendirmesi, sağlık kuruluşlarında maruz kalınan olumsuz tutumlara karşın Türkiye'deki hizmetten memnuniyetinin sebebini açıklamaktadır:

“Dürüst olmak gerekirse, Türkiye'deki tıbbi sistemin iyi tarafı hızlı olması. Doktora gidiyorsun, ne gerektiğini söylüyor ve bir hafta içinde yapıyorlar. Eğer bir gün ölümcül bir hastalığım olursa Türkiye'de olmayı tercih ederim. Tıbbi olarak benim ihtiyacımı karşılayacakları garanti olduğu sürece, insanların benim istediğim kadar insan canlısı olmamalarını sorun etmeyebilirim” (İngiltere, 48, 16 Ağustos 2014).

Hastanelerde hizmet alımının niteliğinde mevcut toplumsal cinsiyet ilişkilerinin de belirleyici olabileceğine dikkat çeken örnekler vardır. Bu durumu, sunulan hizmetin kalitesinin ‘yalnız kadın’ olmasından dolayı olumsuz anlamda farklılaştığını ifade eden bir görüşmeci (Kamerun, 30, 6 Ekim 2014) ‘eğer yanında bir erkekle gidersen’ daha iyi hizmet alabildiğini ifade etmiştir.

Devlet hastanelerinde, tedavi sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği, kısıtlı sürede muayene, tutum ve davranışların olumsuz olması, hijyenik koşulların uygun olmaması, çok sonraki zamanlar için randevu verilmesi, hastane poliklinik hizmetlerinin erken saatte sonlanması, tedaviye uygun olmayan ilaçların verilmesi (çocuğa yetişkin ilacı verilmesi, hamilelik durumunda kullanılmaması gereken antibiyotik verilmesi gibi), yapılacak tıbbi müdahale ve sonrasında başvurulacak yol ve yerler hakkında yeterince bilgi verilmeyişi memnuniyetsizliğin nedenleri olarak gösterilmektedir. Özel hastanelerde, gerekli olmamasına rağmen çok sayıda tetkik istenmesi, tedavi ücretlerinin pahalı olması memnuniyetsizlik yaratan nedenler arasında yer almaktadır. Görüşmecilerden biri özel hastane-devlet hastanesi farkını şöyle dile getirmektedir: “Hizmeti devlet hastanesinde zamanla, özel hastanede parayla ödüyorsun” (ABD, 35, 17 Ağustos 2014).

#### *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim*

Görüşmecilerin sekizi Türkiye'de bir ya da birden fazla doğum yapmışlardır. Görüşülen kişilerin üçü görüşmelerin yapıldığı dönemde gebe olduklarını belirtmişlerdir. Görüşülenlerin üçü doğum dışında genel üreme sağlığı konusunda hizmet almışlardır. Bu üç kişiden yalnız birisi doğum kontrolü ile ilişkili hizmet aldığını ifade etmiştir. Kadınların, kadın doğum ve cinsel sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları ve olumsuz deneyimler yaşadıkları görülmüştür. Türkiye'de doğum yapan kadınlardan birisi bu konudaki olumsuz deneyimini şöyle aktarmaktadır:

"Doğumda da gittim, gece suyum evde tuttum gittim. Doktor sancım var bağıryorum dedim, ne bağıryorsunuz dedi, bir uyutmadınız dedi, ha bire doğuma adamla geliyorsunuz, bir dursaydınız dedi. Ne yapayım dedim, geldi gelmeyeyim mi, uyutmadınız dedi, oturamadım bugün dedi, ha bire çocuk doğurtuyorum dedi. Sancı geldi bağırmak istemiyorum ama dayanamıyorum bağırdım. Bağıрма dedi, ortalığı vurdun, herkesi kaldırdın. Herkes kalksın bana ne, ben doğuracağım, onu mu dert edeceğim...". (Azerbaycan, 37, 11 Eylül 2014).

Gebelik süreci, göçmen ve HIV-pozitif olmakla birleştiğinde sağlık hizmetlerine erişim süreci için çok daha katmanlı bir sorunlar kümesini beraberinde getirmektedir. Hem hizmet alımında hem de toplumsal hayatta karşılaşılan pek çok sorun kadının mağduriyetini daha da arttırmaktadır. Araştırmacıların saha sürecindeki gözlemleri özellikle HIV ile yaşayan hamile kadınların tedaviye erişimde ciddi sorunlar yaşadıklarını; bir yardımcı kuruluş ya da gönüllü kişiden destek almadıkça gebeliklerinin izlenmesinin çoğu kez mümkün olmadığını; bu bireylerin uzmanlaşmış birkaç hastane dışında çoğu sağlık kuruluşuna doğum için kabul bile edilmediklerini göstermiştir.

Görüşülen kadınlardan birisi kadın doğum ünitelerindeki kontrollerin, çok da kapsayıcı olmadığını belirtmektedir ve bu kapsayıcı olmayan tetkiklerin erken tanıyı gerektiren hususlarda çok ciddi sorunlara yol açabileceğini dile getirmektedir:

"Ben meme kanseri ile tanışmadan, kitle bulunmadan önce, bir sürü kere gittim. Jinekoloğum hiç benim memeleri kontrol etmedi. Başkası da kontrol etmedi. Kanser olduğumu öğrendikten sonra biraz flashback yaptım. Hatırladım ki ben Amerika'dayken jinekoloğa kontrole gittiğimde benim memelerime bakardı. Her hastanede erken tanı yazıyor da bu erken tanıyı kim yapacak?" (Yunanistan, 42, 23 Ağustos 2014).

Yapılan görüşme ve gözlemler sonucunda cinsel sağlık alanında doğrudan ve özellikle talep edilmedikçe herhangi bir bilgi ve/veya hizmet sunulmadığı görülmüştür. Bu noktada STK'ların ve sağlık kuruluşlarının cinsel sağlık anlamında herhangi bir bilgilendirme yapmadığı söylenebilir; fakat bu hususta çıkış ülkelerindeki toplumsal cinsiyet ilişkilerinin Türkiye'de de devam ettiriliyor olması da belirleyici olabilmektedir. Iraklı göçmenlere destek sağlayan bir sivil toplum kuruluşunda gönüllü çalışan bir kadın, Irak çıkışlı kadınların ülkelerindeki kültürel kalıpların devamlılığı anlamında en az beş çocuğu olduğunu, kadın doğumla ilişkili seminerler verdiklerini, Iraklı kadınların eşlerinden tehdit aldıkları için doğum kontrol hapı dağıtamadıklarını, Iraklı erkeklerin kadınları kadın sağlığı eğitimine yollamadıklarını belirtmiştir.

Her ne kadar gelinen ülkeye göre farklılaşsa da kadınların göç sürecinde karşı karşıya kalmış oldukları sorunları, bu sorunlardan kaynaklı yaşadıkları travmaları ya da uğradıkları cinsel taciz ve tecavüz sonucunda karşılaştıkları sağlık sorunlarını yabancı bir ülkede tanımadıkları kişi veya kişilere anlatmak istememeleri ve bu konuda yaşadıkları çekinceler, diğer çekincelerle birleşince daha da artmaktadır. Bu anlamda göçmen kadınların hem kadın hem göçmen olmaktan kaynaklanan ve sahip oldukları özel durumlarını erkek sağlık görevlileri, erkek tercümanlar ve erkek STK temsilcileri ile paylaşmaya ilişkin çekincelerinin var olduğuna da dikkat çekmek gerekir.

Üreme sağlığı konusundaki bilgilendirme açığına ilişkin bir başka değerlendirme de aşağıdaki gibidir:

"...Türkiye'de gebelik hastalık gibi karşılanıyor. Public information gebelik konusunda, bayanlara yok gibi geliyor bana. Bayanlar acıdan çok korkuyorlar. Bayanların güçsüzleşmesi, zayıflatılması var, en son yirmi senede Türkiye'de. Korkmalısın ben doktor olarak seni hastaneye alacağım, where are Turkish midwives? Bu konuda çok kızıyorum. Bayanların gebelik hakları var ve onların güçleri var, haberleri yok. Hepsi steril, medikal institutiondan. Bir bayan nasıl gebeliğe girebilir diye Türkiye'de public information yok. On altı yaşında nasıl bebek sahibi olduğunu bilmen gerekiyor. Eğitimli üniversite mezunu bayanlar bile gebeliğe ilişkin bilgi sahibi olmayabiliyor. Bu sadece Türkiye değil. O zaman Türkiye'yi yargılamak için değil, tüm bayanlarda bu eksiklik var. Çünkü public information yok..." (Yunanistan 42, 23 Ağustos 2014).

Kadın doğum alanında sağlık hizmeti veren uzmanların tutumlarına ilişkin ilginç bir açıklama dile getiren bir görüşmeci ifadesinde: “Kadın olduğum için jinekoloji ile ilişkili pek çok özel gereksinimim var. En büyüğü doğum kontrolü ve gebelikle ilişkili şeyler. Burada daha çok benim hamile kalmanı sağlamaya çalışıyorlar. Burada doktora sormadan doğum kontrol hapı alabiliyorum. Bir klinikte smear testi oldum bir kez. Evli değilsem neden seks yaptığımı sordular...” (ABD, 35, 17 Ağustos 2014) diyerek doktorların önyargılarının hizmet sunumlarında etkili olabildiğine dikkat çekmiştir.

### ***Genel Olarak Sağlık Sistemi ile İlgili Değerlendirmeler***

Türkiye’de uzun yıllardan beri yaşayan ve sağlık sistemindeki göçmenlerin durumunu da etkileyen düzenlemelerden haberdar olan bazı görüşmeciler sağlık hizmetlerine erişimin eskisine göre çok daha iyiye gittiğini ifade etmiştir. Özellikle YUKK’un koşullu mültecilerin sağlığa erişimlerine ilişkin düzenlemeleri olumlu olarak nitelendirilmektedir. Görüşmecilerden birisi bu durumu şöyle aktarmaktadır:

"Zaten burası Avrupa gibi değil. Ben İngiltere’yi gördüm orada daha bir bakıyorlar. Ama böyle bir ülkede normal, iyi. Türkiye’de çok sıkıntım yok, sadece dil bilmiyorum. Doktora tarif ediyorum o sigorta yokken çok zordu ama şimdi iyi. Önceden para gidiyordu. Ondan önce para ile özel ya da devlet fark etmiyordu, ziyaret veriyordum her zaman. " (İran, 40, 15 Ağustos 2014).

Sadece yasal değişiklikler değil uygulamaya ilişkin değişiklikler de kadınlar tarafından olumlu olarak nitelendirilmektedir:

"Sağlık sistemi olarak burası daha kolay Azerbaycan ile karşılaştırdığımda. Bak ben on beş sene buradayım, eskiden hatırlıyorum ben, ilk geldiğim seneler, mesela annem depresyona girmişti, çok kötüydü, ben onu ... hastanesine götürüyordum, saat dörtte kalkıyordum, yok kuyruk, bir muayene için saat beşlere kadar muayene. Şu anda sisteme baktığımda, randevunu alıyorsun, aile doktorundan randevumu alıyorum, giriyorum çıkıyorum. Dün mesela gittim aile doktoruna gittim, O boş oturmuş mesela. Geldim girdim işimi yaptım....". (Azerbaycan, 37, 11 Eylül 2014).

### ***Türkiye’deki Sağlık Uygulamalarının Kendi Ülkeleri ile Karşılaştırılması***

Katılımcıların, Türkiye’deki sağlık sistemi, tıbbi hizmetin kalitesi ve sağlık kurumlarında çalışan personelin tutumları konularında, yukarıda yaptıkları değerlendirmeleri daha iyi anlayabilmek için, bu uygulamaları kendi ülkeleri (ve varsa daha önce yaşadıkları başka ülkeler) ile karşılaştırmaları da istenmiştir. Aşağıda özetlenen bu görüşler, katılımcıların değerlendirmelerine ve beklentilerine temel oluşturan, önceki deneyimleri hakkında fikir vermek amacıyla aktarılmıştır. Ülkeler arasında karşılaştırma yapan katılımcıların pek çoğu, devlet ve özel sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin her yerde benzer şekilde değişebildiğini ve genel olarak gelir düzeyi yüksek kişilerin düşük olanlara göre daha iyi hizmete erişebildiklerini söylemişlerdir.

ABD çıkışlı bir görüşmeci, Türkiye ve ABD sistemleri arasındaki temel farklardan biri olarak ‘hesap verebilirlik’ ilkesinden söz etmiş; ABD’de doktorların herhangi bir yanlış uygulaması durumunda uygulanacak cezai yaptırımların güven verici olduğunu, burada ise doktora her gidişinde aklında ister istemez bir soru işareti bulunduğunu belirtmiştir. Yine tıbbi hizmetin kalitesi konusunda, İran çıkışlı kadınlardan bazılarının, ülkelerinde doktorların daha iyi olduklarını söyledikleri görülmektedir.

Afrika kökenli katılımcılardan bazıları, kendi ülkelerinde eczanelerin sağlık tavsiyesi verme konusunda daha etkin kullanılabildiğini ve sadece büyük hastanelerde değil, ulaşılabilir, küçük, toplum-merkezli sağlık kurumlarında da hizmet verilebildiğini vurgulamışlar, Türkiye’de bu uygulamaların eksikliğinden söz etmişlerdir. Bazıları ise, ülkelerinde daha ‘insani’ yaklaşım olduğunu, sağlık çalışanlarının çıkar gözetmeden çalıştıklarını, ancak sağlık kuruluşlarının yeterli maddi ve fiziki kaynaktan yoksun olduğunu belirtmişlerdir.

Tıbbi hizmetin kalitesi bakımından Türkiye’yi daha olumlu bulan İngiliz katılımcı ise İngiltere’deki en olumlu özelliğin, sağlık personelinin hastayı rahat ettirecek şekilde davranması ve atılacak adımların dikkatlice ve detaylıca anlatılması olduğunu belirtmiştir. Sağlık personelinin tutumları bakımından dikkat çekici bir karşılaştırma ise daha önce Suriye ve Etiyopya’da yaşamış olan kadınların ifade ettikleri, bu ülkelerde sağlık kurumlarında siyasi görüşe göre muameleyle karşılaşma durumudur. Afrika kökenli bir kadın ise, Fransa, Belçika ve Almanya ile karşılaştırıldığında o ülkelerde göçmenlere yönelik olarak sistemin çok iyi yürüdüğünü, burada ise ‘yabancı’, ‘zenci’ muamelesi gördüklerini belirtmiştir.

### ***Sağlık Hakkı ve Sağlığa Erişim Hakkına Dair Bilgi Durumları***

Katılımcılara Türkiye’deki sağlık sistemi hakkında yeterince bilgileri olup olmadığı sorulduğunda yarısından fazlası yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir. Bu soruya verilen cevapların görelilik içerdiğini belirtmek gerekir. Bilgi ihtiyacının çeşitliliği hizmet alıcıların sağlık konusunda devletten beklentilerinin farklılaşmasından kaynaklanmaktadır.

Görüşme yapılan her bir bireye sağlık hakkı kavramından ne anladıkları sorulmasına rağmen bu soruya genel olarak Türkiye’deki mevcut koşullarına ilişkin yanıtlar verdikleri görülmüştür. Şartlı mülteci konumunda olan bazı görüşmeciler ise, hallerine ‘şükrettiklerini’ belirtmekle birlikte genel olarak maddi kaynaklardan, çalışma yaşamı ve eğitime erişimleri olmamasından dolayı burada bir gelecek göremediklerini ifade etmişler; bu durumu bir görüşmeci, ‘*money yok, mustakbel yok*’ (Somali, 40, 9 Ağustos 2014) sözüyle özetlemiştir.

Görüşmecilerden birisi bu soruyu yabancıların Türkiye’de hiçbir hakkı olmadığı biçiminde yanıtlamaktadır:

"Bence yabancıların hiçbir hakkı yok. Şöyle bir anlayış var, Azerisiniz, gelmişsiniz bizim işimizi de almışsınız, memleketimize yerleşmişsiniz. Hep yabancı muamelesi gidiyor. Azeri misin bunlar başka iş için gelmişler. Yabancılığın verdiği bir şey var, yabancı kelimeler, insanlar yabancı, konuşma yabancı, ifade etme farklı, hakların nedir bilmiyorsun, seni böyle eziyorlar. Sen de korkak gibi bana başka bir şey yaparlar, ne yapacaklar. Şimdi diyorum, affedersin başbakan karşıma gelse ona bile kendimi ezdirmezdim" (Azerbaycan, 37, 11 Eylül 2014).

Bununla birlikte görüşmecilerin yaklaşık yarısı sağlığın en temel insan haklarından biri olduğunu ve herkese eşit sağlık hizmeti sağlanması gerektiğini dile getirmiştir. Çok az sayıda görüşmeci ise spesifik alanlara değinerek sağlıklı beslenme, sağlıklı barınma, sağlıklı çevrede yaşama, iyi tedavi edilme ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkının önemli olduğunu ifade etmiştir. Daha da spesifik olarak randevusuz tedavi olabilme hakkı, randevu alırken telefonda dil bilen biri ile iletişime geçme hakkı, sağlıkta bütüncül yaklaşım hakkı, toplum destekli sağlık merkezlerine erişim hakkı gibi hak taleplerinde de bulunmuşlardır. Sağlığa erişim konusunda bilgilendirilme hakkı ise, doğrudan dile getirilmemiş olmasına rağmen neredeyse tüm görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir.

Çarpıcı bir biçimde, sosyal çevre, sivil toplum desteği ve ekonomik güç fark etmeksizin, çoğu kadının Türkiye’deki sağlık sistemi, bu sistem içerisinde kendilerine tanınan haklar ve sisteme erişim yolları konusunda bilgilenme ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmıştır. Hassoy ve Davas (2010)’ın belirttiği üzere var olan hakları bilmeme göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarının önemli bir nedenidir. Özellikle haklar bilinse bile, atılması gereken adımların, başvuru yöntemleri konusundaki bilgilerin kendilerine aktarılmasında sorunlar olduğu görülmektedir. Bu sorunun, Türkiyeliler için de geçerli olabileceğini belirten katılımcılar olduğu gibi, Güney Afrikalı bir katılımcı, göçmenler için daha fazla zorluk yaşanabileceğini anlatmıştır:

"Yeni bir ülkeye geldiğinde, her şey zaten çok bunaltıcıdır. Çocuklarımla birlikte bir maceraya atıldım, yeni bir ülkeye geldim, dilini anlamıyorum, kültürü farklı. Sonra, tıbbi bakım konusunda endişelenmeye başlıyorsun. Çoğu zaman kafanı kuma gömüyorsun ve gerçekten çaresiz kalıp bir şey yapmak zorunda kaldığın zaman çıkarıyorsun". (Güney Afrika, 48, 16 Ağustos 2014).

Sağlığa erişim hakkının yasal olarak kendisine verilmesine karşın bu hakkı uygulamada yaşanan sorulara dikkat çeken bir katılımcı ise bu durumu hak kavramı çerçevesinde ifade etmiştir:

“Bazen arkadaşlarım benimle birlikte gelip benim adıma münakaşa ediyor: O bir terörist değil, yedi yıldır burada yaşıyor, neden böyle yapıyorsunuz, sizden sadece hizmet istiyor, diyorlar... En fazla hayal kırıklığı yaratan şey, ‘ben buradayım ben Türkiye’de yaşıyorum ve sağlık hakkım var’ tartışmasına girmek zorunda kalmak. Artık bunu yapmak istemiyorum. Eğer gerekli belgelerim varsa, sadece kabul edeceksin....” (İngiltere, 48, 16 Ağustos 2014).

## **Sonuç ve Tartışma**

Bu çalışmada Türkiye'ye farklı ülkelerden göç etmiş ve farklı yasal statüleri bulunan göçmen kadınların sağlık hakkı bağlamındaki deneyimleri, konunun öznelinin aktarımına dayanarak incelenmiştir.

Araştırma bulguları, özellikle dil engeli, haklarını veya kullanma yollarını yeterince bilmeme, sağlık kuruluşlarında karşılaşılan olumsuz tutumlar ve sigorta ile ilgili düzenlemenin farklı sağlık kuruluşlarında farklı uygulanıyor olması gibi sebeplerle kadınların mevcut sağlık sorunlarını çözmekte güçlük yaşadıklarını göstermiştir.

Dil engeli, bazen kadınların başvurdukları sağlık kuruluşu tarafından geri çevrilmesine, bazen iletişim problemi sebebiyle sağlık sorununun yeterince anlaşılıp uygun tedavinin verilememesine, bazen de bu durumu istismar eden ‘tercümanlar’ dolayısıyla ekonomik külfetle sonuçlanmaktadır. Bu soruna yönelik olarak, Sağlık Bakanlığı’nın ‘Yabancı Dilde Gelen Çağrılara Tercümanlık Hizmeti Veren Telefon Hattı’nın yaygın kullanımı ve duyurulması bir adım olabileceği gibi, ilgili kamu ve sivil toplum kuruluşlarının tercüme hizmetlerinin yaygınlaştırılması da soruna çözüm sağlayabilecektir. Hekimlerde de bu hizmetlerin muayene ve tedavi sürecinde kullanımına ilişkin bir istek oluşturulmalıdır.

Görüşülen kadınların, Türkiye’de sağlığa erişim ile ilgili hakları ve erişim yolları hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından yaptıkları değerlendirmeler ilgi çekicidir. Farklı ülke, sosyal statü ve ekonomik durumlardan olsalar bile kadınlar, çoğunlukla bilgilenme ihtiyaçlarını doğrudan dile getirmişler; doğrudan ifade etmedikleri hallerde de çeşitli hizmetlere hakları olmasına rağmen başvurmamaları ya da para ödemeleri gerekmeyeceği halde ödemeleri gibi örneklerle bu konudaki farkındalıklarına dair bilgiler aktarmışlardır. Özellikle koşullu mültecilerin hakları ile ilişkili bilgilendirmelerin çoğunlukla konu ile ilgili STK’lar tarafından yapıldığı bilgisi iletilmiştir. BM ve Yabancılar Şubesi’nin de başvuru süreçlerinde kişilerin haklarına ilişkin detaylı bilgilendirme yapması gereği görülmektedir. Ayrıca bazı katılımcılar bu konuda somut öneriler getirmiş, örneğin hangi statüdeki göçmenlerin hangi hizmetlere erişim hakları olduğunu, neler yapıp neler yapamayacaklarını açıklayan basit bir belge hazırlanması gerekliliğini belirtmişlerdir.

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan olumsuz tutumlara dair elde edilen verilere bakıldığında, araştırma sürecinde görüşülen göçmen kadınların toplumun pek çok katmanında olduğu gibi özellikle sağlığa erişim süreçlerinde yaşadıkları ırk, din, dil, cinsiyet temelli ayrımcı uygulamalarla karşılaştıkları görülmektedir. Bu çalışmada hem kadın olmaktan, hem Hıristiyan olmaktan, hem ESB kökenli olmaktan, hem de siyah olmaktan kaynaklandığı düşünülen ayrımcı uygulamalar olduğu konunun öznesi kadınlar tarafından aktarılmıştır. Şüphesiz bu ayrımcı uygulamaları ortadan kaldırmak için, sosyalizasyon süreçlerinde göçmen olmayan kişilerde göçmenlerin mevcudiyetlerini, hem insan haklarına hem de toplumsal cinsiyete yönelik bir hassasiyetle anlayabilmek doğrultusunda farkındalık yaratmak gerekmektedir. Bu farkındalığın yaratılması ve böylelikle kırılgan durumda bir göçmen ya da göç dalgası ile karşılaşıldığında bireyleri yönlendirebilecek bireysel ya da kurumsal mekanizmaların yaratılması açısından önem taşımaktadır. ‘Yardımseverlik’ ve ‘misafirperverlik’ özelliklerinin atfedildiği bir toplumsal yapı içerisinde, topluma yeni dahil olan kişi ve gruplara yönelik önyargıların ortadan kaldırılması önemlidir.

Yukarıda sayılan, dil sorunu, bilgi eksikliği ve olumsuz tutumlar gibi koşullar bakımından, bu araştırma kapsamında görüşülen göçmen kadınlardan bazılarının, göçmenlere hizmet sunmada deneyim kazanmış bazı sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmüştür. Bu bakımdan, göçmenlerin yoğunlukta

olduğu bölgelerde yoğun olarak konuşulan dillerde hizmet verebilecek, göçmenlerin ve özellikle göçmen kadınların geçmiş ve şimdiki deneyimlerinin ve bu deneyimlerin içerisindeki travmaların farkında olan uzmanların yer alacağı bir pilot hastanenin kurulması ve bu pilot hastanedeki uygulamaların gerekli değerlendirmelere tabi tutularak diğer sağlık kuruluşlarına aktarılması da katılımcılar tarafından bir öneri olarak sunulmuştur. Öte yandan göçmenlere ‘özel’ kurumların yaratılmasının, toplumsal entegrasyon yerine ötekileştirmeyi körükleyebileceği de düşünülebilir.

Kadın göçmenlerin, kendilerinin yanı sıra çocuk, eş ve ebeveyn gibi aile bireylerinin sağlığı için de çözüm yolları arayan aktörler konumunda oldukları görülmektedir. Araştırma bulgularında verilen örnekler, göçün toplumsal cinsiyetlendirilmiş boyutlarına işaret etmektedir.

Bu süreçte erkekler de elbette travmalar yaşamaktadırlar; fakat hem kamusal alanda dayanışma mekanizmalarına daha fazla erişimleri olması, hem de sorunlarının siyasi platformlarda daha fazla tanınması sebebiyle, kadın tecrübesinin özgüllüğü hiçbir zaman tanınmamakta ve kadınlara özel destek mekanizmaları ile sorunlar rehabilite edilememektedir.

Öte yandan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları ve hizmetleri konusu, alanda büyük bir boşluğun bulunduğu ve sorunların çözümsüz kalabildiği konuların başında gelmektedir. Bu çalışmada, gebelik izlemede, doğum esnasında ve sonrasında yaşanan sıkıntıların aktaran bireylerden örnekler verilmekle birlikte, cinsel sağlık ve üreme sağlığında gebeliğin yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve güvenli cinsellik ile ilgili boyutların kadınlar tarafından neredeyse hiç telaffuz edilmemiş olması özellikle dikkat çekicidir. Bu durum, genel olarak Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığının büyük oranda pro-natal politika çerçevesinde değerlendirilmesi ve cinsellik konusunu çevreleyen sessizlik olgusu ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma bulguları, sağlık hizmetlerine erişimde kadın olmalarından dolayı dezavantajları, savunmasızlıkları ve kırılganlıkları bulunan bu göçmen grubu içerisinde, çoklu mağduriyetleri olan ve daha da özel önlem ve hizmetler sunulması gereken grupların da varlığına dikkat çekmektedir. Bunlar arasında, gerek fizyolojik gerekse psikolojik olarak hassasiyetlerinin göz önünde bulundurulması gereken işkence mağduru sığınmacı kadınlar ve HIV ile yaşayan kadınlar sayılabilir.

Araştırmada, ifade edilen tüm sorun alanlarına ilişkin çözümler geliştirme sürecinde göçmen kadınlar için özellikle iki mekanizmanın öne çıktığı görülmüştür. Bunlar, ulus-ötesi sosyal ağlar ve bu ağlar içinde spesifik olarak sivil toplum desteğidir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinde içerisinde yer aldıkları ağların biçimleri etkili olabilmektedir. Genel hastalık ve sağlık durumlarına ilişkin kendi çevreleri ile bilgi ve öneri paylaşımında bulunan göçmenlerin bir ülkedeki yaşam süreleri uzadıkça hem o ülkedeki sosyal ağları genişlemekte hem de kurumsal çözüm önerilerine ilişkin bilgileri artmaktadır. Araştırmada göçmen kadınların sosyal ağları içerisinde, sağlık sorunlarına ilişkin hem nereden nasıl hizmet alacaklarını daha kapsamlı olarak öğrenerek formel çözümler üretebildikleri hem de kayıt-dışı olma, dil engeli sebebi ve ekonomik sebeplerle hizmet alamama gibi durumlarda enformel çözümlerin de ürettikleri gözlenmiştir. Zaman zaman bu sosyal ağların da parçası olan sağlık personelinin iyi niyetli muameleleri de sorunların çözümüne katkı sağlayabilmektedir.

İkinci olarak, sivil toplum desteğinin, bu desteğe erişim hakkında bilgisi ve olanağı olan bireyler için çoğu zaman hayati önemde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, göçmen nüfusun büyüklüğü ve artışı göz önünde tutulduğunda bu hizmetlerin niceliği, özellikle de kentlerde yaşayan şartlı mülteciler ve mülteci statüsü olmayan düzensiz göçmenlere yönelik bu tür imkanların çok kısıtlı oluşu, bu alandaki eksiklere dikkat çekmektedir.

Sağlık hakkının en temel insan haklarından birisi olduğu düşünüldüğünde, gerek kamunun, gerekse sivil toplumun, ideal bir durumda, bir ‘seçim’ yapmak zorunda kalmaması gerekir. Her şeyden önce, sağlığı erişim hizmeti göçmenler için bir ‘yardım’ olarak değil, bir ‘hak’ olarak görülmelidir.

## Kaynakça

- Ağartan, T. İ. (2012). Toplumsal cinsiyet ve sağlık reformu: Politikalar ve etkileri. S. Dedeoğlu ve A. Y. Elveren (Ed.), *Türkiye’de refah devleti ve adın içinde* (ss. 251-279). İstanbul: İletişim Yayıncılık.
- Akalın, A. E. (2014). *Türkiye’de ev hizmetlerinde çalışan göçmen kadınların toplumsal ve iktisadi varoluş stratejileri üzerine sosyolojik bir analiz* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



- Barbaros, H. (2009). *Düzensiz göç sürecinde kadın göçmenler: İstanbul'dan bir kesit* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Blaikie, N. (2007). *Approaches to social enquiry*. Cambridge: Polity Press.
- Brooks, A. (2007). Feminist standpoint epistemology: Building knowledge and empowerment through women's lived experiences. S.N. Hesse-Biber ve P.L. Leavy (Ed.), *Feminist research practice* içinde (ss. 53-82). CA: Sage Publications.
- Crenshaw, K. (1997). Intersectionality and identity politics: learning from violence against women of color. M. L. Shanley ve U. Narayan (Ed.), *Reconstructing political theory: Feminist perspectives* içinde (ss.178-193). Cambridge: Polity Press.
- Çelik, N. (2005). *Immigrant domestic women workers in Ankara and İstanbul* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Çoban, B. ve Özarslan, Z. (2003). *Söylem ve ideoloji*. İstanbul: Su Yayınevi.
- Erdem, Z. ve Şahin, L. (2008). Ev hizmetlerinde yabancı işgücü istihdamı. *Kamu-İş*, 10(2), 43-78.
- Etiler, N. ve Lordoğlu, K. (2010). Göçmenlerin sağlık sorunları: Ev hizmetlerinde bir alan araştırması. M. Gülmez, N. Durusoy Öztepe, N. Mütevellioğlu, O. Karadeniz, H. Kumaş (Ed.), *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler* içinde (ss. 93-118). İstanbul: Petrol-İş Yayını.
- Ginsberg, P. E. ve Mertens, D. M. (2009). Frontiers in social research ethics: Fertile ground for evolution. D. M. Mertens ve P. E. Ginsberg (Ed.), *The handbook of social research ethics* içinde (ss. 580-613). Los Angeles: Sage Publications.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health*. Australia: Allen & Unwin Ltd, St. Leonards.
- Guba, E. G. ve Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. N. K. Denzin ve Y. S. Lincoln (Ed.), *Handbook of qualitative research* içinde (ss. 105-117). London: Sage Publications.
- Hassoy, H. ve Davas, A. (2010). Kaçak göçmenler ve sağlık. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25(4), 296-308.
- Holliday, A. (2007). *Doing & writing qualitative research*. London: Sage Publications.
- MacQueen, K M., McLellan, E., Kay, K. ve Milstein, B. (1998). Codebook development for team-based qualitative research. *Cultural Anthropology Methods*, 10(2), 31-36.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. U. K.: University of Manchester.
- Miles, M. B. ve Huberman, M. (2002). *The qualitative researcher's companion*. London: Sage Publications.
- Miller, T. ve Bell, L. (2005). Consenting to what? Issues of access, gate-keeping and 'informed consent'. T. Miller, M. Birch, M. Mauthner ve J. Jessop (Ed.), *Ethics in qualitative research* içinde (ss. 53-69). London: Sage Publications.
- Richards, L. (2005). *Handling qualitative data: A practical guide*. London: Sage Publications.
- Üstübcü, A. (2011). *Türkiye'ye yönelik kadın göçü: Seks işçileri ve ev içi hizmetlilerin kişisel güvenlik sorunlarını ilişkilendirmek, kişisel güvenlik sorunlarını ilişkilendirmek*. <https://ku.academia.edu/AysenUstubici/Papers> adresinden erişildi.
- World Health Organization (2008). *The Right to Health [Fact Sheet]*. Geneva: World Health Organization.
- Young, I. M. (1997). Socialist feminism and the limits of dual systems theory. R. Hennessy ve C. Ingraham (Ed.), *Materialist feminist: A reader in class, difference and women's lives* içinde (ss. 95-106). New York: Routledge.
- Zimmerman, C., Kiss, L., ve Hossain, M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *Plos/Medicine A Peer-Reviewed Open Access Journal*, 8(5), doi:10.1371/journal.pmed.1001034.