



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Serpil AKBULUT

ULUSLARARASI GÖÇ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KÜLTÜRLERARASI
AÇILIMI ANTALYA ÖRNEĞİ

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Antalya, 2023



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Serpil AKBULUT

ULUSLARARASI GÖÇ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KÜLTÜRLERARASI
AÇILIMI ANTALYA ÖRNEĞİ

Danışman

Prof.Dr. Erol ESEN

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Antalya, 2023

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Serpil Akbulut'un bu çalışması, jürimiz tarafından Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Hüseyin GÜL (İmza)

Üye (Danışman) : Prof. Dr. Erol ESEN (İmza)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Kadriye OKUDAN DERNEK (İmza)

Üye : Doç. Dr. Ayşe Eren ÖZDEMİR (İmza)

Üye : Doç. Dr. Demokaan DEMİREL (İmza)

Tez Başlığı: ULUSLARARASI GÖÇ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN
KÜLTÜRLERARASI AÇILIMI ANTALYA ÖRNEĞİ

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 25/10/2023

Mezuniyet Tarihi : 08/12/2023

(İmza)

Müdür

AKADEMİK BEYAN

Doktora Tezi olarak sunduğum “Uluslararası Göç ve Sağlık Hizmetlerinin Kùltürlerarası Açılımı Antalya Örneği” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımca yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

(İmza)

Serpil AKBULUT



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU BEYAN BELGESİ

Öğrenci Bilgileri	
Adı-Soyadı	Serpil Akbulut
Öğrenci Numarası	20145219003
Anabilim Dalı	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
Programı	Doktora
Danışman Öğretim Üyesi Bilgileri	
Unvanı, Adı-Soyadı	Prof. Dr. Erol ESEN
Doktora Tez Başlığı	Uluslararası Göç ve Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı Antalya Örneği
Turnitin Bilgileri	
Ödev Numarası	
Rapor Tarihi	23.11.2023
Benzerlik Oranı	Alıntılar hariç: % 15 Alıntılar dahil: % 23
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE, Yukarıda bilgileri bulunan öğrenciye ait tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 182 sayfalık kısmına ilişkin olarak Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esaslarında belirlenen filtrelemeler uygulanarak yukarıdaki detayları verilen ve ekte sunulan rapor alınmıştır. Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir: (X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylarım. () Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise: Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporunun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esaslarında öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.	
Gerekçe:	
Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlere uygun olarak tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.	
Danışman Öğretim Üyesi Prof.Dr. Erol ESEN İmza	

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
TEŞEKKÜR	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI GÖÇ

1.1. Uluslararası Göç	6
1.2. Uluslararası Göç Hareketlerine İlişkin Literatür.....	8
1.2.1. Erken Dönem Göç Teorisi	9
1.2.2. İtme Çekme Kuramı	10
1.2.3. Çağdaş Göç Kuramları	11
1.2.4. Dual (İkiye Bölünmüş) İşgücü Piyasası Teorisi	13
1.2.5. İlişkiler Ağı Teorisi	14
1.2.6. Merkez Çevre Dünya Sistemi Kuramı.....	15
1.3. Avrupa Perspektifinde Uluslararası Göç	20
1.4. Avrupa Perspektifinde Uyum Politikaları.....	21
1.4.1. Asimilasyon ve Entegrasyon	23
1.4.1.1. Avrupa Perspektifinde Uluslararası Göç Karşıtlığı (Yabancı Düşmanlığı)	
.....	25
1.4.2. Çokkültürlü Toplum Tezi	26
1.5. Kültürlerarası Açılım	29

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KÜLTÜRLERARASI AÇILIMI

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı.....	36
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılım Bileşenleri	39
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel Yeterlilik	40
2.2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim	48
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımında Örgüt Yapılanmaları	52

2.2.3.1. Örgüt Geliştirme	53
2.2.3.2. Öğrenen Örgüt	55
2.2.3.3. Kalite Yönetimi	58
2.2.3.4. Personel	64
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımına Yönelik Uluslararası Örnekler	68
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımına Yönelik Ulusal Düzenlemeler.....	78
2.4.1. Türkiye’de Yabancılar İçin Sağlık Hizmetlerine Erişim Örneği: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Uluslararası Hasta Birimi.....	88
2.5.1. Yabancı Hastalara Sunulan Hizmetler ve Hizmet Akışı	90

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANTALYA’DA YABANCILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılım Çalışması.....	95
3.2. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	99
3.3.1. Veri Toplama Süreci.....	101
3.3.2. Model ve Hipotezler	102
3.3.3. Evren ve Örneklem.....	103
3.3.4. Veri Toplama Araçları.....	105
3.3.5. Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği	107
3.4. Araştırma Modelinin Analizi.....	109
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	109
3.6. Bulgular	110
3.6.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	110
3.6.2. Beklenti Hizmet kalite algı ile Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Arasındaki Fark.	110
3.6.3. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile Sağlık Hizmet Kalite Algısı Arasında İlişki.....	111
3.6.4. Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalitesi arasında bir ilişki	113
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	116
KAYNAKÇA.....	124
EKLER	141
Ek 1: Anket formu (Türkçe).....	141
Ek 2: Anket formu Almanca versiyonu	144

Ek 3: Anket formu İngilizce versiyonu	149
Ek 4: Anket formu Rusça versiyonu	152
ÖZGEÇMİŞ	169



TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Hizmet Kalite Algı Değerlendirme Alt Boyutları ve Karşılık Gelen İfadeler	157
Tablo 3.2. Beklenti Hizmet Kalitesine Yönelik Alt Boyutlarının İncelenmesi.....	158
Tablo 3.3. Beklenti Hizmet Kalitesi İçin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi.....	159
Tablo 3.4. Gerçekleşen Hizmet Kalitesine Yönelik Alt Boyutlarının İncelenmesi.....	160
Tablo 3.5. Gerçekleşen Hizmet Kalitesi İçin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi	161
Tablo 3.6. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeğinin İncelenmesi.....	162
Tablo 3.7. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeğinin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi.....	163
Tablo 3.8. Hasta Tatmini ölçeği İncelenmesi	164
Tablo 3.9. Hasta Tatmini ölçeği için Uyum Düzeylerinin İncelenmesi	164
Tablo 3.10. Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ve Hasta Tatmin Düzeyleri ile İlişkisi Regresyon Analizi	165
Tablo 3.11. Beklenti Hizmet Kalite Algı ile Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Arasındaki Fark	165
Tablo 3.12. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim İfadelerine Yönelik Değerlendirme	166
Tablo 3.13. Beklenti Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi.....	166
Tablo 3.14. Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi	167
Tablo 3.15. Hasta Tatmin ve Hizmet Kalite Algı Farkı	168
Tablo 3.16. Hizmet Kalite Algı Ölçümü ve Hasta Tatmin İlişkisi	168

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
Akt.	Aktaran
BM	Birleşmiş Milletler
Çev.	Çeviren
Derl.	Derleyen
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
Ed.	Editör
EIC	Avrupa Yenilik Konseyi
ESKHS	Ekonomik Sosyal Kültürel Haklara İlişkin Sözleşme
FRIT	Türkiye'deki Mülteciler için AB Mali Yardım Aracı
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
IOM	Uluslararası Göç Örgütü
ISO 9001	Kalite Yönetim Standartı
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
QM	Kalite Yönetimi
SERVQUAL	Hizmet Kalite Algı Ölçümü (Service Quality Perception of Measurement)
SHKA	Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı
SIHHAT	Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
MFH	Göçmen Dostu Hastaneler
MFQQ	Göçmen Dostu Kalite Anketi
NSM	Yeni Yönetim Modeli
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
Vd.	ve diğerleri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Uluslararası göç hareketleri bütün dünyayı etkileyen küresel bir olgu haline gelmiştir. Günümüzde kitle iletişim araçlarının gelişimi, mal, hizmet ve kişilerin serbest dolaşımı, terör, çatışma, savaş, ekonomik sebepler ve istihdam sorunları kitlesel insan hareketliliğini artırarak tüm dünyayı etkilemeye devam etmektedir. Bu etki toplumlarda görülen yeni ilişki ve iletişim biçimlerini, kamu yönetimi disiplininde de yeni oluşumları beraberinde getirmiştir. Göç edilen ülkeye uyum sağlanması dil, din ve kültürel engeller olmaksızın kamu hizmetlerine eşit erişim ihtiyacı uluslararası platformlarda tartışma konusu olmuştur. Kamu hizmetleri içinde en önemli alanlardan biri olan sağlık hizmetlerine erişim kültürel farklılıklardan ötürü zorlaşabilmektedir. Bu çalışmada uluslararası göç hareketleri sonucu Antalya il sınırları içinde yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimleri değerlendirilmiştir. Kültürlerarası duyarlılığa sahip sağlık hizmet modelleri çerçevesinde yabancıların daha etkin şekilde sağlık hizmetlerine erişimleri, erişim önündeki engeller ve bu engellerin aşılmasına yönelik çözüm yollarının araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada uluslararası göç ve göç kuramlarına ilişkin literatür incelemesi, Avrupa ve Türkiye perspektifinde göç ve göç politikaları değerlendirilmiştir. Yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerini konu alan örnek çalışmalara ulusal düzeyde yapılanmalara ve Antalya ili özelinde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uluslararası Hasta Birimi örneği değinilmiştir. Saha çalışmasında nicel araştırma yöntemi SERVQUAL (Hizmet Kalite algısı ölçümü) yöntemi tercih edilerek Antalya il sınırları içinde yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirilmiştir. 505 kişi ile yapılan saha çalışmasında oluşturulan modelde sağlık Hizmet Kalite Algı değerlendirmesi temel değişken, yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi bağımlı değişken ve hasta tatmin olma düzeyi bağımlı değişken alınarak bu üç düzey arasındaki ilişki incelenmiştir.

Antalya’da yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinde literatürden faydalanarak oluşturulan kültürlerarası açılıma yönelik düzenlemelerin, sağlık Hizmet Kalitesinin etkilediği ve aralarında ilişkinin var olduğuna dair oluşturulan hipotezler doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yabancılar, Sağlık Hizmetlerine Erişim, Kültürlerarası Açılım

SUMMARY

INTERNATIONAL MIGRATION AND THE INTERCULTURAL OPENING OF HEALTH SERVICES ANTALYA EXAMPLE

International migration movements have become a global phenomenon affecting the whole world. Today, the development of mass media, free movement of goods, services and people, terrorism, conflict, war, economic reasons and employment problems continue to affect the whole world by increasing mass human mobility. This effect has brought with it new forms of relations and communication in societies, and new formations in the discipline of public administration. The need for equal access to public services without language, religion and cultural barriers to adapt to the country of immigration has been the subject of discussion in international platforms. Access to health services, which is one of the most important areas in public services, can be difficult due to cultural differences. In this study, the access to health services of foreigners' living within the borders of Antalya province as a result of international migration movements was evaluated. Conducted with 505 person within the framework of interculturally sensitive health service models, it is aimed to search for foreigners to access health services more effectively, the barriers to access and the solutions to overcome these barriers.

In the study, literature review on international migration and migration theories, migration and migration policies in the perspective of Europe and Turkey were evaluated. Case studies on the access of foreigners to health services, structures at the national level and the case of Akdeniz University Medical Faculty Hospital International Patient Unit in Antalya province are mentioned. In the field study, the quantitative research method SERVQUAL (Service Quality Perception of Measurement) was preferred and the access to health services of foreigners living within the provincial borders of Antalya was evaluated. In the model created, the relationship between these three levels was examined by taking the health service quality evaluation as the main variable, the access level of foreigners to health services as the dependent variable, and the patient satisfaction level as the independent variable.

The hypotheses created that the arrangements for intercultural opening, which were created by making use of the literature in the access of foreigners living in Antalya to health services, affect the quality of health services and that there is a relationship between them, were confirmed.

Key Words: Foreigners, Access to Health Services, Intercultural Opening

TEŞEKKÜR

Doktora tezi yazma süreci meşakkatli bir yoldur. Tez danışman hocamın tabiriyle kendini geliştirme ve akademik olgunluğa ulaşmanın bir nevi sabır sürecidir. Bu süreçte karşılaştığınız menfi durumlara yenilmemek ise başarıya giden yegâne yoldur. Bu bağlamda süreçlerin beni zorladığı zamanlarda desteklerini esirgemeyen çok değerli hocalarıma başta danışman hocam Prof. Dr. Erol ESEN hocama titizlikle çalışmalarda yanımda bulunan jüri üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Kadriye OKUDAN DERNEK'e ve Doç. Dr. Ayşe Eren ÖZDEMİR'e motivasyonları ile öğrencilerine her daim ilham veren Prof. Dr. Hüseyin GÜL hocama, Doç. Dr. Demokaan Demirel hocama, her an yanımda olan moral kaynağım eşime, sevgili kızım ve sevgili oğluma kendimi geliştirmek daha donanımlı olmak adına katıldığım her eğitim programında beni destekleyen ancak şu an yanımda olmayan yaşadığım tüm kayıplarına, şükranlarımı sunuyorum biliyorum sonsuzluktan beni izliyorlar. Her telefonuma nezaketle cevap veren Serkan Doru hocama ve desteğini esirgemeyen tüm dostlarıma sonsuz şükran ve minnetlerimi sunarım.

Serpil AKBULUT

Antalya - 2023

GİRİŞ

Uluslararası göç hareketleri ile giderek küçülen bir dünyada yaşıyoruz¹. Kitle iletişim araçlarının gelişimi, mal, hizmet ve kişilerin serbest dolaşımı, terör, çatışma, savaş, ekonomik sebepler ve istihdam sorunları kitlesel insan hareketliliğini artırarak tüm dünyayı etkileyen küresel bir olgu haline gelmiştir². Toplumsal varoluşun her boyutunu etkileyen ve kendi karmaşık dinamiklerini geliştiren bir süreç³ olarak uluslararası göç her zaman var olmuştur. Uluslararası göç “Çok sayıda bağ ile çok sayıda ulus-devlet içindeki iki ya da daha çok konumu ve hareket edenlerle kalanlar arasındaki çeşitli bağları özetleyen, çok boyutlu ekonomik, siyasi, kültürel ve demografik bir süreç⁴” olarak var olmaya devam edecektir. Dolayısıyla uluslararası göç “kişinin doğduğu yerden hedeflediği yere gerçekleştirdiği hareket⁵” ve günümüz dünyasının süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketlerinin tamamıdır⁶. Elbette ki bu kadar dinamik bir yapı toplumsal yapıları da etkilemektedir. Bu durum uluslararası göç sonucu toplumda var olan çeşitliliğin kabul görmesine hizmet eden anlayışla gerçekleşebilir. Toplumda var olan çeşitlilik günümüz dünyasının kabul edilmesi gereken bir gerçeğidir. Hizmetlere erişimde yaşanan engeller, baskın kültürün dayatmacı tavrı, göç karşıtı politikalar, yabancı potansiyeline değer vermeme gibi etkenler toplum barışının olumsuz etkilenmesine yabancıların dışlanmasına kendilerini toplumun bir parçası gibi hissetmemelerine ve toplumsal kabulün dışında kalmalarına sebep olabilmektedir. Yabancıların bu ve bunun gibi sebeplerden ötürü dışlanmamaları toplumsal kabulün sağlanması açısından önemli bir konudur.

Bu bağlamda çalışmanın ilk bölümünde reel hayatın içinde sıklıkla karşılaşılan ve güncelliğini yitirmeyen uluslararası göç konusu tanımlanmış kavramın dayandığı temel argümanlar ele alınarak uluslararası göç ve göç kuramlarına ilişkin literatür incelemesi yapılarak Avrupa perspektifinde uluslararası göç ele alınmıştır. Çalışmanın temeli çok kültürlü toplum tezi üzerine kültürlerarası açılım yaklaşımına dayandırılmıştır. Bu yaklaşımın ortaya çıkış sürecinin mercek altına alınmasını önemlidir. Özellikle Avrupa’nın kamusal alanda yabancıların hizmetlere erişimlerine yönelik yaklaşımları ve uyum politikaları irdelenerek çalışma çok kültürlü toplum tezi yaklaşımıyla ele alınmıştır.

¹ Robertson, 1992: 2.

² Karahan, 2010: 5.

³ Castles ve Miller, 2008: 30.

⁴ Ak, B., (2021), 1753.

⁵ Karpat, 2003: 8.

⁶ International Organization for Migration-IOM), Göç Terimleri Sözlüğü.

Çalışmada Avrupa'nın ele alınmasının sebebi Avrupa tarihi ve demografik yapısıyla göç hareketlerinin etkisinde kalan uluslararası göçe yön veren yüzüyle önemli bir lokasyon olmasıdır. Avrupa günümüzde de birçok ülke vatandaşlarınca tercih edilen ve yaşanmak istenen bir coğrafya olarak karşımıza çıkmaktadır. Göç hareketleri dinamiğinde Avrupa'nın önem arz eden konumu nedeniyle Avrupa hem tarihsel süreçte yaşadığı olaylarla hem de günümüzde izlediği göç politikalarıyla göç olgusu ile karşı karşıya kalan ülkelere rehberlik etmektedir. Avrupa ortaya koyduğu uyum politikaları açısından da önemli bir konuma sahiptir. Çok kültürlülük paradigmasını referans alan birçok Avrupa ülkesi uyum politikalarının en önemli işlevi olan kamu hizmetlerinde fırsat eşitliğini amaçlamışlardır.

Bu bağlamda 1990 yıllarında Hinz ve Rommel bir göç ülkesi olan Almanya'da çok kültürlülük paradigmasını referans alarak göçmen nüfusun kamu hizmetlerine erişim engellerinin iyileştirilmesi üzerine çalışmalar başlatmışlardır. Kıta Avrupa'sında yabancıların entegrasyonu ile ilgili politik tartışmalar kendini göstermiş ve "*Kültürlerarası Açılımı*", kavramsal olarak Avrupa Yenilik Konseyi⁷ (European Innovation Council EIC), entegrasyon politikalarında tanınmış bir paradigma haline gelmiştir. Kültürlerarası açılım yaklaşımı kavram olarak Almanya'da ortaya çıkmıştır. Almanya barındırdığı göçmen çeşitliliğiyle sosyal bakım, eğitim ve sağlık olmak üzere birçok alanda yabancıların hizmetlere erişilebilirliklerini ve bu hizmetlerin kalitesini arttırmanın yollarını aramıştır.

Kamu hizmetlerinin birçok alanında kullanılan bu paradigma ile toplumda yabancı bireylere fırsat eşitliği sunulması, kamu hizmetlerine erişimin yerli yabancı ayırmaksızın tüm yurttaşlar için eşit şartlar sağlanmasının mümkün kılınması, toplumdaki çeşitliliği kabul eden açık ve önyargısız bir ortama hizmet eden anlayışın hüküm sürmesi, kamu kurumlarının sunduğu hizmetlerde yetersiz bilgilendirme, dilsel zorluklar, iletişimin farklı tarzlarda olması, yapısal ayrımcılık, kültürün etkisi altında kalan yorumlama biçimleri ve bürokratik çalışma tarzı gibi durumların iyileştirilmesini hedeflemiştir. Bilinçli bir şekilde yürütülen süreç ile farklı hayat tarzları ve örgütün karşılıklı olarak öğrenme ve değişim süreçlerini ortaya koymasıyla yani saygı ortamının hüküm sürmesiyle oluşacaktır⁸. Yabancıların ricacı ya da muhtaç kişiler gibi algılanmalarının önüne geçilerek hakkını alan kişiler olarak görülmeleri önemlidir. Hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımı hizmetlerin şekillendirilmesinden erişimin gerçekleşmesine kadar ki bütün süreçleri kapsamaktadır⁹. Bu bağlamda kültürlerarası açılım yaklaşımı halka yakınlığın göstergesidir. Yabancıların devlet kurumlarında istihdam edilmesi hem kendilerini toplumun bir parçası hissetmelerine hem de toplumsal kabulün

⁷ <https://www.ab.gov.tr/files/pub/abts.pdf> :356. (erişim tarihi: 05.05.2019).

⁸ Schröer, 2007: 83.

⁹ Remmo, 2013:29.

gerçekleşmesine sebep olur. Kültürlerarası açılım yaklaşımı insan kaynakları (personel kazanımı ve gelişimi), organizasyon geliştirilmesi, kalite geliştirme ve kamuoyu çalışmalarıyla bütündür. Bu bütünlük kültürlerarası çeşitliliğin potansiyel olarak algılandığı ve tüm hiyerarşi düzeylerinde yabancıların daha fazla işe alındığı, bilgi materyallerinin birkaç dilde basıldığı, kurum içindeki kantin ya da restoranlarda yiyecek alternatiflerinin farklı dini düzenlemelere göre düzenlendiği ve genişletildiği örnekleri de içermektedir.

Bu bilgiler ışığında çalışmanın birinci bölümünde yukarı da belirtilen argümanların genel hatları ile üzerinde durulduktan sonra ikinci bölümde sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılım paradigmasıyla sağlık hizmetlerine yabancıların erişim konusu ele alınmıştır. Kültürlerarası açılım yaklaşımı kamu hizmetlerinin hemen her bölümünde uygulanabilecek bir yaklaşımdır. Ancak bu çalışmada konu spesifik bir alan olan sağlık hizmetleri çerçevesinde daraltılarak sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımı adı altında ikinci bölümde ele alınmıştır. Neden bu konunun ele alınması ihtiyacının hasıl olduğu sorusuna verilebilecek cevap ise dünyanın yaşadığı uluslararası göç gerçeği ve sonucunda farklı ülkelerde yaşam mücadelesi veren yabancı bireylerin varlığıdır denilebilir. Günümüz dünyasında 200 milyon insan göç hareketlerini gerçekleştirmektedir bu sayının küresel olaylar sonucunda 2050 yılında bir milyar olması beklenilmektedir. Göç eden bireylerin sağlığı birçok ülkede çözüm bekleyen konular arasındadır. Düşük sosyo ekonomik durum, belirsiz yasal statü ve sorunlu göç deneyimleri yüzünden daha savunmasız olan yabancılar resmi ve gayri resmi engeller sebebiyle sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerle karşılaşabilmektedir. Oysaki sağlık hakkının temel ve evrensel bir insan hakkı olarak gelişimi sosyal devlet anlayışı ile paralellik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında kabul ettiği anayasasına¹⁰ göre evrensel asgari sağlık standardını, bir sosyal hak ve sağlık hizmetlerini de kamusal bir hizmet olarak kabul etmektedir. Bu kapsam ayrımcılık yapılmadan ırk, yaş, din, etnik köken, politik, inanç gözetilmeden bütün insanların ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanabilmesidir. Sağlık hakkının hem uluslararası hem de ulusal düzenlemelerde en sık vurgulanan öznesi “Herkes” her kişi tüm bireylerdir. Herkes kavramından yola çıkıldığında yabancı bireylerin de dahil olduğu bir sistemin sükelerinden bahsedilmektedir. Bu bağlamda sosyo kültürel ve dilsel çeşitliliğin varlığı ile sağlık hizmetlerinde karşılaşılan kültürel farklılıklar, yabancılar yönelik sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması yeni yapılanmaları zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımı farklı kültürlere mensup bireylerin toplumda kültürel farklılıklarından ötürü sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen durumları iyileştirici tedbirleri kapsayan bir süreçtir. Bu sürecin gerçekleşmesinde sağlık hizmetlerinin

¹⁰ WHO, <http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa> (erişim tarihi: 19.05.2020).

kültürlerarası açılımının temel bileşenleri olarak sağlık hizmetlerinde kültürel yeterlilik bileşeni, sağlık hizmetlerine erişim bileşeni ve örgütsel yapılanmaların alt bileşenleri olarak örgüt geliştirme, öğrenen örgüt, kalite yönetimi ve personel yönetimini kapsayan süreçlerden söz edilebilir. Birbiriyle ilişkili olarak zincirin bir halkası gibi birbirine bağlı ve bütünsel olarak sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımı ele alınmalıdır. Çünkü bu süreç bireyin kültürü, sağlık inanç ve uygulamalarını, sağlığı algılamayı, sağlık davranışlarını, hastalığı kabullenmeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, sağlık personeli ile iletişim kurmayı, sağlık profesyonellerinin rollerine ilişkin görüşleri, sağlık kuruluşundan beklentileri kapsayan bir yapılanmadır. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinin uluslararası ve ulusal bazdaki örnekleri ile bitirilerek üçüncü bölümde yapılan saha çalışmasına zemin hazırlanması amaçlanmıştır.

Üçüncü bölümde ele alınan sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımına yönelik yapılan saha çalışması için Antalya ili seçilmiştir. Bu ilin seçilmesindeki en büyük itki ilin barındırmış olduğu yabancı nüfus popülasyonudur. Antalya kadim uygarlıklara yapmış olduğu ev sahipliği ile tarihsel ve kültürel arenada önemli rol oynamıştır Küreselleşmenin etkisiyle artan uluslararası göç akımlarında Antalya özellikle Berlin Duvarı'nın yıkılmasıyla 1990 sonrasında Kuzey Avrupa ve Rusya Federasyonu'na ait ülke vatandaşlarının, iş, eğitim, çalışma, emeklilik gibi sebeplerle yaşamak için tercih ettikleri lokasyon haline gelmiştir. Yaşanan emek göçleri ve Avrupa ülke vatandaşlarının emekli olduktan sonra yaşamak için Antalya kentini tercih etmeleri kentin göç profilini hareketlendirmiştir. Antalya 1990 sonrası turizm alanında birçok yatırımın merkezi olmuştur. Verilen turizm teşvikleri ile istihdam potansiyeli artan kentte ekonomik amaçlı göçler açısından da tercih sıralamasında öne çıkmaya başlamıştır. Sayıları 150 bine varan yabancıların yaşadığı Antalya kenti çok kültürlülüğü bünyesinde barındırarak tercih edilen bir cazibe merkezi olmaya devam etmektedir. Antalya'da yaşayan yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentileri doğrultusunda mevcut sorunları ortaya çıkarmak için Antalya il sınırları içinde en az bir yıl ve üzeri sürede yaşayan, Türkiye Cumhuriyeti ile vatandaşlık bağı bulunmayan Antalya ilinde ayaktan poliklinik hizmeti almak için özel ve kamu hastanelerine başvurmuş, hizmeti almış ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden Rusya Federasyonu, Almanya, Ukrayna, İngiltere ülke vatandaşları olmak üzere toplamda 505 katılımcı ile saha çalışması yapılmıştır. Çalışmada yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerinin değerlendirilmesine yönelik 3 ana değişken arasındaki ilişki sorgulanmak istenmiştir. Bu değişkenler hastanın tatmin düzeyi, yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kalite algısının değerlendirilmesidir. Yukarıda aktarıldığı üzere hizmet kalite algısını hastanın tatmin düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Temel iddia sağlık hizmet kalitesinin arttırılarak

hizmete yönelik beklentinin yükseleceği yönündedir. Bu anlamda hizmet kalite algısını etkilediği varsayılan hasta tatmin düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda araştırmanın sorunsalına yönelik üç temel hipotez ve iki alt hipotez oluşturulmuştur. Bu hipotezler;

H1. Yabancıların sağlık hizmet kalite algı beklentisi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algı değerlendirmesi arasında fark bulunmaktadır.

H2. Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır. İkinci hipotezin alt hipotezleri olarak:

H2a: Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

H2b: Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile beklenen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

H3. Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

Saha çalışması sonucunda elde edilen bulgular analiz edilerek ve hipotezler sınanarak çalışmanın son bölümün de sonuç ve önerilerle çalışma tamamlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI GÖÇ

1.1. Uluslararası Göç

İnsanlık tarihi kadar eski olan göç olgusu hareket unsurunu bünyesinde barındıran dinamik bir kavramdır. En genel anlamda göç “anlamalı bir uzaklık ve etki yaratacak kadar bir süre içinde gerçekleşen bütün yer değiştirmeler” olarak tanımlanmaktadır¹¹. Marshall’a göre göç “Bireylerin ya da grupların sembolik veya siyasal sınırların ötesine, yeni yerleşim alanlarına ve toplumlara doğru kalıcı hareketini içerir”¹². Castles ve Miller ise Toplumsal varoluşun her boyutunu etkileyen ve kendi karmaşık dinamiklerini geliştiren bir süreç¹³ olarak göçü tanımlamıştır. Faist ise “Çok sayıda bağ ile çok sayıda ulus-devlet içindeki iki ya da daha çok konumu ve hareket edenlerle kalanlar arasındaki çeşitli bağları özetleyen, çok boyutlu ekonomik, siyasi, kültürel ve demografik bir süreçtir”¹⁴ tanımlamasını yapmıştır. Karpas¹⁵ göçe “Kişinin doğduğu yerden hedeflediği yere gerçekleştirdiği harekettir” der. Göç ile ilgili araştırmalara öncülük eden Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration-IOM), Göç Terimleri Sözlüğü’nün göç ile ilgili tanımı “Bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmesidir. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir” denilmektedir. İnsanlık var olduğundan beri ilk çağlardan itibaren göçün varlığı bilinmektedir. Dünyada kırsal kesimlerden kente doğru iş gücü göçü olarak işçi ihtiyacına göre şekillenen göç emek göçü akımını başlatmıştır. Amerika gibi yeni toprakların keşfi emek göçünün başlangıcı olarak kabul edilebilir. Sanayi devriminin dalgasıyla 18. Yüzyılda ivme kazanan göç bir asır sonra yönünü Avrupa’dan Amerika’ya çevirmiştir. Sadece Birleşik Krallıktan 48 milyon civarı göçmen göç etmiştir. Kırsal kesimden kente doğru istihdam fazlası yaratacak bu göç akımı için dünyanın gördüğü ikinci büyük göç dalgası denilebilir¹⁶. 2. Dünya Savaşı sonrası yaşanan diğer bir göç dalgası ise savaşın tahribatını silmeye çalışan Avrupa ülkelerinin misafir işçi tanımlamasıyla göçmen kabulüne denk gelir. Ancak 1970’lerde yaşanan petrol kriziyle Avrupa’nın ekonomik olarak girmiş olduğu dar boğaz misafir işçi kabulünü durdurmasına ve geri gönderilmelerine varan bir takım süreçleri izlemiştir¹⁷. Bu süreç ucuz

¹¹ Erder, 1986: 9.

¹² Marshall, 1999: 685.

¹³ Castles ve Miller, 2008: 30.

¹⁴ Ak, B., 2021:1753.

¹⁵ Karpas, 2003: 8.

¹⁶ Castles ve Miller, 2008: 78.

¹⁷ Castles ve Miller, 2008: 95.

emeğe dayalı iş gücü istihdamı ile devam etmiş yabancıların bu durumları aleyhlerine kullanılmıştır. En alt seviyede çalışan bu ucuz iş gücü düzensiz göçmen akımının başlamasına Avrupa'ya geçiş süreçlerinde bazı ülkelerin transit geçiş ülke olmalarına sebep olmuştur. Soğuk savaşın sona ermesi, dünyanın birçok yerinde meydana gelen ekonomik çözümler, yeni iletişim teknolojilerinin ortaya çıkması, ulaşım alternatifleri göç hareketliliğini arttırmaya devam etmektedir. Küreselleşme ile kişi, mal ve hizmet üretimlerinin serbest dolaşımı sınırları ortadan kaldıran uluslararası platformda göçü kolaylaştıran başka bir etmen olmuştur. Göçün bünyesinde barındırdığı maddi ve manevi unsurlar ise farklı kültürlerle etkileşime geçerek kültürleşmeleri meydana getirmiştir.¹⁸ Göç ile artan hareketlilik sonucu Birleşmiş Milletler dünyadaki göçmen sayısının 2022 yılı raporuna göre 281 milyona ulaştığını açıkladı. Bu rakamın yaklaşık 100 milyonun mülteci olduğu belirtildi. Ekonomik ve sosyal sorunlar, savaş, işsizlik ve daha iyi yaşam fırsatları yakalama çabası, günümüzde yaklaşık 60 milyon insanı göçe zorlamaktadır. Avrupa'da büyük kentlerin göçmen nüfusları yüzde altmışların üzerine çıkmaktadır bu hareketlilik savaşlar, siyasal etkileşimler, eğitim, daha iyi bir yaşam beklentisi gibi nedenlerden ötürü artarak bireyleri ve toplumları etkilemeye devam etmektedir. Günümüzde bu etkiler devam ederken kültürlerin saygıyla birbirini kısıtlamadan var olma savaşı dışlamaları da beraberinde getirmiştir. Uluslararası göçe yansıyan, etik, politik ve ekonomik etkilerin getirmiş olduğu problemler uzun vadeli sorunlarla karşılaşma gerçeğini ortaya koymuştur. Ülkeler gelişim stratejilerini sürdürülebilirlik için göçler sonucu yaşanan zorluklarla ve değişimlerle yüzleşmek zorunda kalmıştır. Mekânsal olarak kilometrelerce uzakta cereyan eden olayların etkisi görülebilmekte bu süreçler şekillendirilebilmekte ve bağlantı hali devam edebilmektedir. İletişim ve ulaşım teknolojileri dünyanın her noktasını ulaşılabilir kılmaktadır. İnsanların birbirinden daha fazla haberdar olduğu ve etkileşim içinde bulunduğu gerçeği kültürlerin benzeşmesine diğer yandan toplumsal reflekslerle özgün değerlerin korunmasının yanı sıra ayrışmalara da neden olmaktadır¹⁹. Bu ayrışmalar uluslararası göçün farklı bir yüzünü göstermektedir çalışmanın ilerleyen bölümlerinde bu ayrışmaların bir sonucu olarak çok kültürlü toplum tezini ortaya çıkaran sürece değinilmiştir ancak konu bütünlüğüne katkı sağlaması açısından çeşitli sebeplerden ötürü göç hareketlerini gerçekleştiren bireylerin literatürde yer alan tanımlamalarına değinmek yerinde olacaktır. Soğuk savaşın sona ermesi, ekonomik gelişmeler ve bazı bölgelerde süre gelen iç savaşlar, siyasi iktidarsızlıklar, şiddet gibi olaylar neticesinde göç hareketlerini gerçekleştiren bireyler ulusüstü belgelerle ya da göç ettikleri ülkelerin yasaları doğrultusunda sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu bağlamda göçmen, sığınmacı, mülteci ayrımları yapılmıştır. 1951 yılında

¹⁸ Güvenç, 1984: 122.

¹⁹ Ak, 2011: 20.

imzalanan Cenevre Sözleşmesi'ndeki mülteci tanımına genel olarak değinecek olursak; İnanç, etnik köken gibi belli bir dine ya da belli bir toplumsal gruba tabi olan ve siyasi düşünceleri yüzünden zulme uğrayan bu sebeplerden ötürü korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında başka bir ülkenin korunmasından yararlanmak isteyen, yaşadığı olaylardan ötürü önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen şahıslara mülteci denilmiştir²⁰. Sözleşme de sınıflandırma yapılmadan önce bireyin durumu incelenme aşamasında iken geçici koruma altına alınmaktadır. Alan yazınında ve Türk hukukunda göçmen tanımlaması yerine yabancı kavramı kullanılmaktadır. Bu kavrama ilişkin “Bulunduğu ülkenin vatandaşlığına sahip olmayan kişilere yabancılar denir²¹”, bir ülkenin vatandaşı olmayan herkes bulundukları ülkede yabancı kavramı ile ifade edilir²², Türk Vatandaşlığı Kanunu'na göre “Yabancı; Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişiyi ifade eder. Uluslararası Göç Örgütü'nün sözlüğünde yayınlanan anlamına göre “yabancı; belirli bir devlet açısından o devletin uyruğunda olmayan kişi”²³ olarak tanımlanmıştır. 5682 Sayılı Pasaport Kanunu'nda 5683 Sayılı Yabancıların İkamet ve Seyahati Hakkında Kanun'da Anayasanın 16. maddesinde TCK'nın 59. maddesinde pozitif hukukta yabancılar kavramının kullanıldığını ve yerleştiği görülmektedir. Çalışmada yabancı kavramı kullanımı tercih edilmiştir. Uluslararası göçe ait alan yazınında değinilen göçmen, mülteci, sığınması ve yabancı gibi kavramlara değinilmesinin uluslararası göçü gerçekleştiren bireylerin tanımlanması açısından önem arz etmektedir akabinde uluslararası göç hareketlerine ilişkin göç teorilerine genel bir bakış ile literatür incelemesi çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlayacaktır. Uluslararası göçe ilişkin alan geniş yer tutan göç teoremleri çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlayacak şekilde genel hatları ele alınmıştır.

1.2. Uluslararası Göç Hareketlerine İlişkin Literatür

Göç birçok değişkenin etkilediği ve sürekli dönüştürdüğü dinamik bir kavramdır. Son elli yıllık süreçte bu dinamik yapı anlamlandırılmaya çalışılmış göç teorileri üzerine ve farklı kültürlerin etkileşimlerini sağlayacak politika arayışlarına yönelik göç olgusu derin mercek altına alınmıştır. Bireylerin göç etmesine sebep olacak nedenler tarihsel süreçte farklı kuramlar çerçevesinde incelenmiştir. Göç olgusuna ilişkin araştırmaların ve oluşturulan kuramların yirminci yüzyıl ile başladığı görülmüştür. Ancak göçün topluluklar üzerindeki etkilerini tek bir kuramla çözmek mümkün değildir. Massey'e göre küreselleşme ile çağdaş

²⁰ BM, <https://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/1951-Cenevre-Sozlesmesi-1.pdf> (erişim tarihi 01.05.2029).

²¹ Cornu, 2000: 353.

²² Ergül, 2012: 214.

²³ Çiçekli, 2009: 64.

göç süreçlerinin anlaşılması tek bir yaklaşım çerçevesinde değerlendirilemez. Göçün karmaşık ve çok yönlü doğasına çeşitli bakış açılarıyla yaklaşarak, teorilerin ve disiplinler arası sınırların birbiri içine geçtiği, birden fazla yaklaşım göz önünde bulundurulması gerekmektedir²⁴. Bu multidisipliner bakış açısı coğrafya, sosyoloji, ekonomi, gibi alanların birleştirici tarafıyla değerlendirilmektedir. Abadan'a göre göç ile ilgili araştırmalarda birey, aile, ulusal ve uluslararası pazarlar gibi farklı nedensellik süreçleri farklı kuramsal modeller üzerine tasarlanabilmektedir.²⁵ Göçe ilişkin kavramsal çerçeve genel bir bakış açısıyla değerlendirilecektir. Ancak konuyla ilişkili olarak Avrupa'nın uluslararası göçe yönelik uyguladığı uyum politikaları ele alınarak çok kültürlü toplum yaklaşımının ortaya çıkış süreci irdelenecektir.

Göç hareketlerine ilişkin literatür taramasında göç ile ilgili erken dönem çalışmalarının sanayileşme ve kentleşme olgularına dayanarak göç konusunu ele aldığı görülmektedir. Bu bağlamda göç teorilerine erken dönem üzerinde durarak başlamak yerinde olacaktır.

1.2.1. Erken Dönem Göç Teorisi

Genel olarak göç kuramlarını oluşturan hakim görüş bireylerin göç kararlarını etkileyen fırsat ve sınırlılıklarına göre hareket etmeleridir. Temelde yatan pek çok farklı ekonomik, sosyal, kültürel ailevi, siyasi nedenler olabileceği gibi günümüzde genel geçerliliğe sahip bir göç teorisinden bahsetmek pek mümkün değildir²⁶. Ravenstein Göç yasaları çalışmasıyla ilk dönem göç çalışmalarında adından söz ettirmiştir. Ravenstein göç hareketlerini ekonomik sosyal ve siyasi koşullar içinde değerlendirmiştir. Ekonomik ve sosyal olarak daha iyi fırsat sunan alanlara doğru göçün olacağını ve uzaklığın göç hareketini etkileyen en önemli unsur olduğuna değinmiştir. Göçün temel unsurunun ekonomik yönden daha iyi koşullarda yaşama arzusu olduğunu vurgulamıştır. Ravenstein göç teorilerine öncülük eden çalışmasında ortaya konan bulgular şöyledir. Ravenstein göç edenlerin göç edecekleri alanla aradaki mesafenin kısa olmasına dikkat çeker. Bu yön genellikle göçmenleri içine çeken büyük ticaret ve endüstri merkezlerine doğrudur. İkinci olarak Ravenstein ülke çapında genel olan göç hareketinin doğal sonucu olarak içine çekme süreci doğrultusunda kentlere yakın bölgelerden kentlere doğru göçün artmasıyla, boşalan kırsal bölgelerin daha uzak mesafelerden gelenlerce doldurulması sonucu ülke çapında bir yayılma sürecinin ortaya çıkmasıdır. Üçüncü olarak bu yayılma süreci, göçleri içine çeken sürecin tersine olsa da

²⁴ http://www.cepa.lk/content_images/publications/documents/24Theories%20of%20international%20migration-JSTOR.pdf Erişim: 02.02.2020.

²⁵ Abadan, 2002: 5.

²⁶ Gezin, 1991: 23.

benzerlik göstermektedir. Dördüncü olarak her göç akımı kendisini denkleştirici bir karşı akım yaratır. Beşinci olarak göç edilen mesafenin uzak olması genellikle büyük ticaret veya endüstri merkezlerinden birisi olduğunda tercih edilmektedir. Altıncı olarak ülkenin kırsal alanlarında yaşayanların göç etme eğilimi kentsel alanlarında yaşayanlardan daha fazladır ve son olarak kadınların göç etme eğilimi kısa mesafelerde erkeklerden daha fazladır erkekler ise uzun mesafede göç etmeye daha yatkındırlar²⁷. Bu çalışma ile Ravenstein ilk kapsamlı göç çalışmasıyla kendinden sonraki çalışmalara öncülük ederek göç teorilerine zemin hazırlamıştır. Ancak günümüzde birçok etmeni bünyesinde barındıran göç olgusu bir unsur çerçevesinde değerlendirilmesi girift yapıyı açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Her ne kadar erken dönem göç teorileri kapsamında göç edenlerin kısa mesafeyi tercih ettikleri üzerinde anlaşmaya varılmış olsa da daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda göç hareketliliği sadece mesafenin değil fırsatlarında etkilediği ortaya konulmuştur.

1.2.2. İtme Çekme Kuramı

Bu kuram göç edilen yerlerin tercih edilme sebeplerine göre itici ya da çekici faktörler açısından değerlendirilmesidir. Bu bağlamda Everest Lee önemli bir yere sahiptir. “A Theory of Migration” adı ile 1966 yılında hazırlamış olduğu makalede ortaya koyduğu göç teorisinde göçü cazip kılan ya da itici kılan birçok faktörün olduğuna değinmiştir. Bu faktörler göçün itme ve çekme yaklaşımını ortaya koymuştur. Lee, göçü kişilerin bulundukları yerden başka bir yere kalıcı ya da yarı kalıcı olarak yaptıkları ikamet değişikliği olarak tanımlamıştır²⁸ ancak bu tanımlamaya yaparken kişilerin gönüllü ya da gönülsüz iç göç ya da dış göç gibi kısıtlamalar yapmadan kişinin bir yerden başka bir yere doğru yer değişikliği yapmasını göç için yeterli görmüştür.

Everett Lee’ye göre yaşanan yer ve gidilmesi istenen yerle ilgili faktörleri ele alır. Ayrıca bunun yanı sıra işle ilgili bireysel faktörler de bu yaklaşımın konusunu kapsamaktadır. Bu kuramda bireyin yaşadığı yerden yani kendi toprağından ayrılmasına neden olan itici faktörlerle gitmeyi düşündüğü yeri çekici hale getiren faktörlerin bileşimi tanımlanmaktadır²⁹. Lee ele alınan olumlu ve olumsuz unsurların etkilerini karar sürecine dahil etmiştir. Göç sürecini dört başlık altında özetlemiştir. İlk olarak ayrılan yere ilişkin faktörler, ikincisi göç edilen yere ilişkin faktörler, üçüncü olarak araya giren engeller ve son olarak bireysel faktörlerdir³⁰. Bireylerin ayrıldıkları yerde kalmalarını sağlayan etmenler pozitif, göç

²⁷ Ravenstein, 1889: 286.

²⁸ Lee, 1966: 49.

²⁹ Ak, 2021: 1753.

³⁰ Lee, 1966: 49-50.

etmelerine sebep olan etmenler negatif, bireylerin göç etmelerine ya da kalmalarına dair herhangi bir etkisi olmayan etmenleri nötr olmak üzere üç durumda kategorize etmiştir. Örneğin bir ailenin göç etmesinde ekonomik koşulların yanı sıra varılan yerdeki okul durumları çocukları olduğunda bir etken iken başka bir aile için çocukları yok ise nötr bir etken durumunu almaktadır. Bu durumda her bir göçmen için pozitif ve negatif faktörler farklı algılanmaktadır. Herhangi bir göçmeni göç etmeye iten ya da göç etmekten alıkoyan faktörlerin tam anlamıyla ortaya konulup tanımlanması pek mümkün değildir. Ancak belirgin bir öneme sahip olduğu düşünülen faktörlerin genel olarak ortaya konması mümkündür. Göçe etki eden itme ve çekme faktörlerinin subjektif ve göreceli olduğu söylenebilir. Ravenstein'nın göç yasaları üzerine Lee değişen koşullar altında ortaya çıkan göç hacminde oluşan akımlar ile karşı akımların gelişimini yabancıların özelliklerine ait hipotezler ekleyerek şekillendirmiştir. Peterson bu yaklaşıma bireyleri göç etmeye iten sebeplere ek olarak bireysel ve sosyal faktörleri de eklemiştir. Genel olarak itme çekme faktörlerinin altında yatan esas sebeplerin neler olduğu konusunu araştırmıştır. Analiz etme yerine tanımlayıcı olma yönünde eğilimin ortaya çıkması nedeniyle sınırlı verilerin içine oturtulan teorik çerçevelerin oldukça basit olduğunu ifade etmiştir³¹. Peterson göçü beş tip olarak kategorize etmiştir.

İlkel göç bireyleri itme etkisiyle harekete geçiren ekolojik baskıların yarattığı göçlerdir. Kuraklık kötü hava koşulları gibi sebeplerle ortaya çıkan toplu göçlerdir. İkinci olarak zorunlu göçler devlet ya da eşdeğer bir kurumun yarattığı itme etkisiyle ortaya çıkan göçlerdir. Üçüncü olarak yöneltilmiş göçler yabancıların gitme ya da kalma konusunda karar verme gücünü kendi ellerinde bulundurabildikleri göçlerdir. Dördüncü göç türü serbest göçtür. Bireylerin iradesinin belirleyici etken olduğu göç tipidir. Bireyler kesin bir biçimde göç kararını kendisi almaktadır. Son olarak Kitlesele göç bir ülkeden ya da bir bölgeden başka bir yere doğru çok sayıda insanın göç etmesini ifade eden göç tipidir. Teknolojinin hemen her alanda kendini gösteren gelişimi ve ulaşım ağlarında yaşanan ilerlemeler sonucunda bu göç tipi ortaya çıkmıştır. Bir nevi göç sürecinin bireysel olmaktan çıkarak bir biçim, yerleşik bir kalıp ve kolektif bir davranış örneği haline geldiği durumları da ifade eder³².

1.2.3. Çağdaş Göç Kuramları

Göç araştırmalarının günümüzde birçok özellik arz ettiği analiz seviyelerinin birden fazla olduğu araştırmalara farklı boyutlarda yön verildiği görülmektedir. Göç üzerine araştırmalar yapılırken genellikle dört farklı soru üzerinde durulmaktadır. Portes'e göre bu sorunsallar göç kökenleri, göç akımlarının yönü, göçmen emeğinin kullanımı ve yabancıların

³¹ Deniz ve Önan, 2017:188.

³² Deniz ve Önan, 2017:188.

sosyo-kültürel adaptasyonudur³³. Her ne kadar bu alanların her biri bireysel ilgiye göre farklı düzeylerde, farklı araçlarla incelenebilse de göç teorisinin nihai hedefi, göçün bu dört farklı yönünü de açıklayabilen bir teori oluşturmaktır. Çağdaş göç teorilerinde göçü belirleyen etkenlerle ilgili araştırma alanında çeşitli kavramları, varsayımları, çerçeveleri ve analiz düzeylerini kullanan birçok teorik modeller ve bakış açıları bulunmaktadır³⁴. Teorik modeller doğrultusunda yapılan belirli ampirik gözlemlere göre geliştirilen araştırmalar genellikle izole bir biçimde ortaya çıkmakta ve disiplinel sınırlarla birbirlerinden ayrılmaktadır. Massey'e göre çağdaş göç çalışmaları farklı hipotezleri sunarken çeşitli teorik yaklaşımlar birbirini dışlamaktan ziyade tamamlayıcı olacak şekilde değerlendirilmelidir³⁵.

Göç olgusuna yönelik literatür incelemesinde özellikle çağdaş göç teorileri için başlangıç noktasının neoklasik teori olduğu görülmektedir. Bu teoride göç olgusu hem makro hem de mikro çerçevede ele alınmıştır. Bu teoriye göre göç, işgücünün çeşitli pazarlarda karşılaştığı getiri farklılıkları doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Lewis'in ortaya koyduğu en temel çalışmalar, ekonomik kalkınma süreci içinde ortaya çıkan göç sürecini göçün, çeşitli piyasalar ve ülkelerdeki işgücü piyasası katılıklarının heterojenlik derecesi sebebiyle ortaya çıkan fiili ücret farklılıklarından kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Göçü yönlendiren unsur, işgücü arz ve talebindeki coğrafi farklılıklar ile işgücü-yoğun ve sermaye-yoğun ülkeler ya da bölgeler arasındaki ücret farklarıdır. Neo klasik teori tam istihdam varsayımı altında, ücret farklılıkları ve göç akımları arasında doğrusal bir ilişki olduğunu öngörür. Teorinin genişletilmiş modellerinde göç kararının, fiili getiriden ziyade beklenen getiriye göre belirlendiğini, buradaki anahtar değişkenin de istihdam olasılığı ağırlıklı kazançlar olduğunu ortaya koymaktadır³⁶. Neoklasik göç teorisi bireylerin göç etme kapasitelerinin göçün ortaya çıkardığı maliyetler ile ilişkili olmasından ötürü ne en yoksul bireylerin göç ettiği ne de en çok işgücü ihraç eden ülkelerin ya da bölgelerin en yoksul yerler olduğu bu bağlamda gözlemlenen göç modellerin tümsek şeklinde olduğu; yani ülkenin refah düzeyindeki artışla birlikte bireylerin ve hane halklarının göçü finanse etme yeteneklerinin de arttığı, bunun sonucunda göç oranlarının da yükseldiği, sonrasında ise ülkenin gelişme seviyesi arttıkça göçün azaldığını ifade etmektedir. Kurekova'ya göre bu noktalar neoklasik teorisinin hem eleştirisi hem de göç gerçekliğini daha iyi kavrayabilmek için teoriye yapılan düzeltmeler şeklinde ortaya konmuştur. Kavramsal eleştirilere konu olan neoklasik teori birçok ampirik çalışma tarafından sınanmış ve titiz çalışmalar içermiştir. Ancak bu yaklaşımın göç

³³ Portes, 1999:4.

³⁴ Arango, 2002: 285.

³⁵ Massey vd.1993:435.

³⁶ Massey, vd. 1993:436.

belirleyicileri konusunda mekanik bir yaklaşım sergilemesi, piyasa kusurlarını görmezden gelmesi, göçmenleri ve göçmen toplulukları homojenleştirmesi, tarih dışı ve statik olması, göç konusunda uygulanan politika ve tedbirleri yalnızca bozucu faktörler ya da ek maliyet olarak görmesi diğer bir eleştiri konusu olmuştur³⁷.

1.2.4. Dual (İkiye Bölünmüş) İşgücü Piyasası Teorisi

Avrupa'nın 1960 sonrası kabul ettiği göçmen akımını açıklayan göç teorisi Dual (İkiye Bölünmüş) İşgücü Piyasası Teorisidir. İşgücü piyasasında birbiri içinde bütünlük gösteren çeşitli alt piyasalar olduğu varsayımıyla birincil ve ikincil yapı olmak üzere farklı işler bulunmakta ve bu işlerde farklı işgücü grupları istihdam edilmektedir. İstihdamın sürekli olduğu, birincil piyasalarda işçinin inisiyatifine dayanan, yaratıcı işler mevcutken ikincil piyasalarda istihdam şartlarının olumsuz olduğu, vasfı olmayan işgücünün çalıştığı ve az tecrübe gerektiren işler bulunmaktadır. Bu teorinin öne sürdüğü görüşler, işgücü piyasalarına ilişkin neoklasik yorumların teorik ve eleştirel açıdan en çok tartışılan görüşleridir çünkü teori, uluslararası göç hareketinin modern sanayi toplumlarının işgücü talebinden ileri geldiğini savunmaktadır. Dual iş gücü piyasası teorisi göç dinamiklerini talep yönünden açıklayarak ekonomilerdeki yapısal değişikliklere bağlamaktadır. Gelişmiş ekonomilerde tabakalı bir meslek yapısının ve ikili bir ekonomik örgütlenme kalıbının olduğu ileri sürülmektedir. Nitelikli vasfı olan işgücü ile vasıfsız işgücünün istihdam edildiği sermaye-yoğun ve yalnızca vasıfsız işgücünün istihdam edildiği emek-yoğun olmak üzere iki tip örgütlenme sınırı arasında bir çeşit dualite (ikilik) yaşanmaktadır. Göç süreci arzdan ziyade işgücü talebi koşulları tarafından yönlendirilmektedir. Ekonominin gelişmiş olduğu ülkelerde karakterli yerli işgücünün kabul etmek istemeyeceği düşük vasıflı işlere yönelik bir talep oluşturulmasıyla göçmenlik arzu edilir ve gerekli bir hale gelir. İş piyasasının ihtiyaçlarına yönelik olarak aktif istihdam tedbirleri oluşturulur. Göç hareketini ortaya çıkaran temel unsur, işçi gönderen ülkelerdeki yüksek işsizlik ya da düşük ücretler gibi itici faktörler değil, göç alan ülkelerdeki kronik düşük ücretli işgücü gereksinimidir. Özellikle Avrupa ve ABD'de savaş sonrası ortaya çıkan göç eğilimlerini açıklayan bu teori önem taşımaktadır. Fakat göçün sadece çekici faktörleri ve piyasanın talep yönünü analiz etmesi sebebiyle teorinin kapsamı dar bulunmaktadır. Teoride göç kararının verilmesi konusu derin bir şekilde analiz etmemektedir³⁸. Diğer yandan Arango'ya göre bu teori yapısal işsizlik ile göçmenlere yönelik

³⁷ Kurekova, 2011: 8.

³⁸ Hagen-Zanker, 2008: 7.

kronik işgücü talebinin bir arada oluşunu kavrayabilmeyi sağlayan zekice bir açıklama ortaya koymaktadır³⁹.

Sosyal Sistemler Teorisi Hoffmann-Nowotny tarafından ileri sürülerek bir nevi dual işgücü piyasası teorisini tamamlayıcı niteliktedir. Göç yapısal gerilimleriyle bu gerilim iktidar meseleleri ya da bireyin kendisince önemli gördüğü gerilimleri gidermek istemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bireyler vardıkları ülkede arzu ettikleri statüye kavuşmayı umut etseler de, bu gerilimler genellikle azalmak yerine dönüşüm geçirmektedir. Yabancıların vardıkları ülkelerde ne denli başarılı oldukları farklı sistemler içindeki küresel dağılımlarına dayanmaktadır. Az gelişmiş bir ülkeden göç eden bireyin, varış noktasında yüksek bir kademeye ulaşması zordur. Bu durum toplumun daha alt sınıflarında yer alan mahalli bireylere iktidar ya da gelir anlamında yukarıya doğru hareket etme şansı verirken yabancıların en alt pozisyonlara mahkûm bırakılması anlamına gelmektedir. Yabancıların varış noktasındaki durumları da değerlendirmektedir. Böylece mikro teorilerin çoğunun hesaba katmadığı yapısal faktörler de göz önünde bulundurmaktadır.

Diğer bir yaklaşım ise göç sistemleri teorisidir iki ya da daha fazla ülkenin karşılıklı göçmen değişimiyle bir göç sistemi ya da ilişkiler zinciri oluşturması söz konusudur.

Ayrıca İşgücü Göçünün Yeni Ekonomisi Teorisiyle neoklasik geleneğe dayanan diğer bir yaklaşım, neoklasik yaklaşımın bazı varsayımlarına karşı çıkarak göç belirleyicileri konusunda yeni bir analiz düzeyi ortaya koymaktadır.

1.2.5. İlişkiler Ağı Teorisi

Uluslararası işgücü göçünde etkili bir faktör olarak görülen göçmenler arasındaki ilişkiler ağı teorisi göçü başlatan değişkenlerden ziyade, göçün zaman ve mekânda devam etmesini etkileyen değişkenler ile ilgilenmektedir. Göçmen bireyler arasındaki ilişkiler ağı göçmenlerin yeni yerleştikleri ülkelerde, eski göçmenler, yeni göçmenler ve göçmen olmayan kişiler arasında kurdukları soy ve dostluğa dayanan bağlantılar sayesinde oluşmaktadır. Bu kurama göre göçmenlerin göç ettikleri ülkelerde kurdukları sosyal ağlar ayrıldıkları ülkeyle bağlantıda kaldıkları her tür sosyal temele ve değişkene bağlı güçlü ya da zayıf ağlar olabilir. Abadan ve Unat'a göre bu ilişkiler ağı geldikleri ülke ile yeni yerleştikleri ülkelerde eski göçmenler, yeni göçmenler ve göçmen olmayan bireyler arasındaki soydaşlık ve ortak kökene dayanabilir⁴⁰. Kurama göre göçmen ilişkileri bireylerin göçe eğilimini arttırarak yaygınlaştırmakta ve göçmenler arasında oluşan ağ ilişkisi göçten kaynaklı maliyetleri ve riskleri azaltarak farklı ücret tarifelerini ortadan kaldırmaktadır. Kurumsal bir yapıya

³⁹ Arango, 2002: 286.

⁴⁰ Abadan-Unat, 2002: 18.

dönüşebilen göçmen ilişkileri sonucu sosyoekonomik olarak her göçmeni kapsayan ve daha çok göçmen gönderen ülke topluluğunun temsili ortaya çıkmaktadır. Kurulan ağ ilişkileri sonucunda kontrolü zor bir durum oluşmakta ve bu durum göç politikalarının etki edemeyeceği göç örüntülerini oluşturmaya devam etmektedir. Aile birleşimlerini hedef alan göçmen politikaları ise bu ağları daha güçlü hale getirmektedir. Göç eden bireylerin ilk olarak göç eden ve göç alan toplumları birbirine bağlayan bir alt yapı ağı oluşturarak göç veren toplumdaki diğer bireylere göçme etme olanağı sağlar. Yeni oluşan göç dalgaları bu ağ üzerinden harekete geçer sonradan göç edenler ilk göç edenlerin tecrübelerinden yararlanır ve kendi kendini devam ettiren bir hale döner⁴¹. Ekonomik ve siyasi bağlarında etkisiyle bu ağlar birbiri içinde katmanlaşabilir. Öncelikle sadece göçmenlerin birbirinden haberdar olması, ya da birbirleri için kalacak yer ayarlamaları gibi bir durumda iken zaman içerisinde bu yapı katmanlaşarak göçmenler arasındaki bağlarla o ülkenin ekonomisine ve siyasetine etki edecek durumlara gelebilmektedir. Öyle ki oluşturulan bu ağlar göçü cazip hale getirerek aynı zamanda göçü desteklemektedir. Çünkü ağlar sayesinde oluşan etkileşimlerle göçün ekonomik ve sosyal maliyeti hayli düşerek göç edilen ülkelerde yardımlaşmalar artmaktadır. Gelen göçmenin kendini yalnız hissetmemesi sosyal maliyette düşüş yaşanmasına kurulan bu ağlarla yaşanan ve süre giden göç arasında etkileşimin devam etmesine neden olmaktadır. Bu ağlar yeni gelen göçmenlerin uyumunu kolaylaştırmaktadır ancak içinde bulunulan toplumdan kendini yalıtarak kendi grubunun içine kapanma durumları da yaşanabilmektedir.

1.2.6. Merkez Çevre Dünya Sistemi Kuramı

Az gelişmiş ülkelerle çok gelişmiş ülkeler arasındaki ilişkiyi Wallerstein Dünya Sistemi Kuramı ile açıklamaya çalışmıştır. Toplumsal değişimi anlamaya yönelik bu kavram merkez, çevre ve yarı-çevre arasındaki uzamsal boyutta açıklanır. Zenginlik çevreden merkeze doğru akarken zengin daha zenginleşir fakir ise daha fakirleşir. Yarı çevre olan ülkeler merkez ülke olmak için sürekli bir mücadele içindedir. Wallerstein'a göre küresel sistem yaşadığı süreçlerde yer yer krizler yaşamaktadır. Örnek vermek gerekirse Berlin Duvarı'nın yıkılması ve 1991'de sosyalist bloğun çökmesi sadece komünizmin yıkılışı değil 1954-1970 yılları arasında parlatılan liberal sistem değerlerinin de bitişine dair bir işaret niteliğindedir. Bu süreç içinde ise göç sadece doğal bir sonuçtur. Çevre ülkelerden merkez ülkelere bu hareket ekonomik olarak eşitsizliklerin bir getirisiidir. Merkezde olan ülkeler ihtiyaç duydukları pazarları elde etmek ve sermaye artırımlarını gerçekleştirmek için çevre ülkeleri sömürgeleştireceklerdir. Bu alana ulaşım ve iletişim imkanları sunarak pazara mal

⁴¹Yalçın, 2004: 50.

aktarımının sürekliliği sağlanacaktır. İngiltere örneğinde görüldüğü gibi İngiltere'nin hammadde edinme ve üretilmesi için Hindistan'ı kullanması İngiltere ve Hindistan arasındaki ticaret yollarını geliştirecek ve bu gelişim Hintli göçmenleri İngiltere'ye getirecektir.

Göçle hareketlilik kazanan kapitalist ekonomi Amerika'dan Japonya'ya kadar dünya nüfusunun çoğunun bu hareketli pazara girmesine sebep olmuştur. Hammaddelerin, toprağın, emeğin ülkelerin denetimine girmesi göç akımlarını devam ettirecektir. Kuramın en önemli noktası ise kapitalizmin çevredeki kapitalist olmayan ülkeler ile etkileşime girmesi sonucunda çevreden merkeze göç hareketinin ortaya çıkmasıdır. Massey ve arkadaşlarına göre bu kapitalist süreç çevre ülkelerde nüfus hareketliliği oluşturarak işgücü ihtiyacı duyan merkez ülkelere doğru emek göçünün oluşmasına sebep olacaktır⁴².

Göç teorilerine ek olarak Wolpert tarafından geliştirilen Davranışsal Model (Önem Eşiği Modeli) fayda-maliyet analizi benzeri bir temel üzerine kurulmuştur. Göçmenlerin göç kararlarının tahmin edilen yani beklenen olmasıdır bu göç kararı vuku bulan durumlara göre değil bireyin varış noktasındaki durum, çevre şartları ve istihdam olasılıklarına ilişkin beklentilerine göre şekillenmektedir.

Sosyal Sermaye Teorisi⁴³, Birikimli (Döngüsel) Nedensellik⁴⁴ teorileri ve son otuz yılda hızlı bir gelişme gösteren küreselleşme olgusuna paralel olarak daha önce bahsedilen teorilerin evrilmesiyle ulus aşırı göç teorisi ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım, hem gönderen hem de alıcı ülkelerdeki siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel çevrelere aktif bir şekilde bağlı ve katılımcı olan göçmenlere vurgu yapmaktadır. Göçün nedenleri yerine alıcı ülkelere göç etme ve bu ülkelere entegre olma tarzındaki yeni gerçekliği tariflemeye çalışmaktadır. Göçmenlerin siyasi sınırlar arasında sosyal ve ekonomik gelişme arayışında olmaları ve sıkı ilişki ağları üzerinde durmaktadır⁴⁵. Çok yerleşimli yaşamlar, sınırlar ötesi işlem ve eylemlerin, göçmenlerin gerçekliklerinin yaşamlarının düzenli ve sürekli bir parçası haline getirmekle mümkün kılınmaktadır.

Sosyal ve kültürel değişimden dolayı dünya temelde iki tür göçe tanık oldu. Ters akışlar, ekonomide kilit rol oynayan Avrupalıların gönüllü göçü, eski ve yenedünyanın bazı bölgelere yakınlığı ile değişen orijinli işçilerin göçüdür. Ancak çoğunlukla Asyalıların soğuk nedeniyle, tropikal bölgelere göçü, uluslararası düzen eşitsizliğinin genişlemesiyle sonuçlanmıştır. Göçün varış ülkesine ulaşımı aynı zamanda göçmenlerin kendilerine yönelik eşitsizliğin artırılması ve belgelenmemiş durumlarla ilişkili riskleri beraberinde taşımaktadır.

⁴² Massey, vd, 1993: 464.

⁴³ Faist, 2000: 6.

⁴⁴ Massey, 1990: 12.

⁴⁵ Kurekova, 2011: 5.

Uluslararası artan göç hareketleri eşitsizlikleri ve geliştirmekte olan ülkelerin yapısal yetersizliklerini giderek daha görünür hale getirmektedir. Gelişmiş ülkeler, yaşlanan nüfuslarıyla, insan kaynağını çekmek için stratejilerini güçlendirmek ve az vasıflı işçi kontenjanlarına ihtiyaç duyduğu gerçeğiyle yüzleşmek zorundadır. İşgücü piyasalarında oluşan genç işgücü arzına bir nevi meşrutiyet kazandıran göçmen kültürüdür. Gelişmiş ülkeler göçmen işçilerin avantajlarından yararlanmaktadır. Üretim faaliyetleri konumlandırılırken, az gelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere göç akımı gerçekleşirken ülke entegrasyon politikalarında kültürlerarası açılım yaklaşımı bir seçenek olarak görülmektedir. Çalışma yaşamında yeni örgütlenme biçimlerinin ortaya çıkışı, yeni iş teknolojisiyle yeni ağlara sebep olmaktadır. Bu örgütsel değişimler klasik örgütlenmelerden farklı olarak daha esnek, akışkan, dinamik, ortam koşullarına kolaylıkla uyum sağlama niteliğine ve kapasitesine sahip olarak kendini göstermektedir. Tuna'ya göre küreselleşme ile ortaya çıkan yeni toplumsal örgütlenme biçimlerinin en belirgin özelliği üretim süreçleri açısından “esnek üretim” kavramını ifade etmektedir. Ucuz emeğin çekim merkezi olduğu, kapitalizmin yerleşik üretim ilişkilerinden oldukça farklı olarak sermaye ve teknolojinin son derece akışkan olduğu ve çoğunlukla yer değiştirdiği bir iş örgütlenmesidir. Ucuz emekte çevre ülkelerden merkeze doğru üretim maliyetini düşüren göç küreselleşme ile birim başına düşen maliyeti daha da düşürmek için bu kez sermaye merkez ülkelerden çevre ülkelere bir nevi emeğin ayağına gitmektedir⁴⁶.

Günümüzde sermaye, emek, üretim gibi ekonomik nedenlerin dışında görülen göç hareketleri toplumsal değişimlere sebep olmaktadır. Emekli göçleri ya da yaşam biçimi güçleri olarak adlandırılan bu yeni olgular göçleri az gelişmişlikten çok gelişmişliğe doğru değil çok gelişmişlikten geliştirmekte olana doğru da yönlendirmektedir. Uluslararası göçlerle oluşan yeni kategorileri, etnik kimliklerde çeşitlenme, illegal göç hareketlerinde artış, göçün kadınlaşması, yüksek nitelikli geçici göçmenler, yatırımcı göçmenler, emekli göçü, iklime bağlı göç, sınır aşırı çalışma göçü olarak Abadan-Unat'a ele almıştır⁴⁷.

Emekli göçü ile eklenen yeni kategori gelişmiş Batılı Merkez ülkelere önce Güney Avrupa ülkelerine daha sonra da Doğu Akdeniz ülkelere doğru olan göçtür⁴⁸. Orta ve ileri yaşlarda emekli olan ya da emekliliğe yaklaşmış iyi gelir düzeyine sahip Batılı ülke vatandaşlarının coğrafî, iklimsel etmenleri göz önünde bulundurarak yaşam kalitelerini artırmak için gerçekleştirdikleri göçtür.

⁴⁶ Tuna, M., Özbek, 41.

⁴⁷ Abadan-Unat, 2006: 364.

⁴⁸ Tuna-Özbek, (2014), 47.

Kümbetoğlu'na göre farklı göçmen kategorileri içinde devamlı yerleşim alan göçmenler, geçici sözleşmeli işçiler, geçici görevli uzman ve meslek sahipleri, kaçak işçi göçmenler, sığınma arayanlar, mültecilerdir⁴⁹. Abadan-Unat'ın sınıflandırması merkezden genel olarak çevre ülkelere doğru görülürken Kümbetoğlu bu sınıflandırmayı daha çok az gelişmiş ülkelerden çok gelişmiş ülkelere doğru ve mağduriyete dayalı olarak göstermiştir. Son kertede küreselleşme uluslararası göçün önemli bir unsurudur. Giddens'a göre göç akımları makro ve mikro düzey süreçler arasında gerçekleşen etkileşimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Makro düzeyde araştırmaların konusunu göç akımlarının sebepleri oluştururken göçmenlerin sosyo kültürel deneyimlerini araştıran çalışmalar ise mikro düzeydeki konuları aydınlatmaktadır⁵⁰. Çalışmanın kavramsal çerçevesinin anlaşılabilirliği açısından Uluslararası göçün temel unsuru olan küreselleşme konusuna değinmek yerinde olacaktır.

Uluslararası, diasporik ya da devlet aşırı alanlar olarak adlandırılan modern oluşumlar küreselleşme sürecinin bir ürünü olarak ifade edilebilirler. TV kanalları, gazete, video, instagram, Twitter, facebook gibi sosyal medya araçları bu sürecin parçalarıdır. Bu oluşumlar dünyanın bir ucunda bireye kendi kültürünü yaşama fırsatı verse de çoğunluk kültürüne referansla değişimlere maruz kalacaktır⁵¹. Küresel dünyanın göçleri yeni kategorileriyle önemli toplumsal olgular haline gelmiştir. Ancak nedenlerini salt insani bir faaliyet olarak değil bütün yönleri ile toplumsal olarak analiz edilmesi gerekmektedir. Benhabip göçü sadece kişisel durumlarla ele almaz. Temel nedenler olarak yoksulluk, işsizlik, iş olanaklarının sınırlı olması, açlık, yetersiz gıda, ekonomik nedenlerle ırk, etnik köken farklılığı, dinsel ya da dilsel farklılıkların yarattığı baskılar, cinsiyet ve cinsel yönelim farklılıklarından dolayı oluşan baskılar, etnik temizlik, soykırım, iç savaşlar sonucu oluşan zulüm, salgın hastalıkları sayar. Dolayısıyla küreselleşmenin etkisiyle sınırların ortadan kalktığı bir dünyada bireyler doğdukları ülke sınırlarıyla bu faktörlere maruz kaldıklarında yer değiştirmeleri tercih edeceklerdir⁵².

Küreselleşme ekonomi, siyaset, kültür, sağlık, sosyal hayat ve daha birçok konuda dünyada yaşanan değişimleri ifade etmektedir⁵³. Teknolojinin iletişim ağlarına katkısı, her türlü dolaşımı kolaylaştıran ulaşım imkanları ile küreselleşmeyi tetikleyen unsurlar uluslararası göç üzerinde etkisini arttırmaktadır. Bu durum farklı kültürlerin bir arada yaşamlarını sürdürme zorunluluğunu gerekli kılarken uyum ve çatışmaya dair önemli sorunları da ortaya çıkarmıştır. Küreselleşme ile tetiklenen uluslararası göç coğrafi olarak bir

⁴⁹ Kümbetoğlu, 2003: 284.

⁵⁰ Giddens, 2008: 570.

⁵¹ Kaya, 2014: 23.

⁵² Benhabip, 2006: 147.

⁵³ Yılmaz ve Horzum, 2005: 106.

yer değiştirme eylemi değildir bireyler Öngör'e göre kendine daha iyi yaşama olanakları bulmak umuduyla gećici ya da kesin olarak başka yerlere yerleşmeyi düşünürler⁵⁴. Bir yere yerleşmek eylemi kişilerin hayatlarının gelecekteki kısmının tamamını veya bir parćasını gećirmek üzere başka bir yerleşim birimine doğru yapılan yer değiştirmedir.⁵⁵ Bu mekânsal ilişki en önemli boyuttur. İster gönüllü olsun ister zorunlu olsun kısa ya da uzun dönemli olsun, bireylerin yaşamını toplumsal siyasal ekonomik ve kültürel olarak etkileyen başlıca unsur, yaşanılan mekânın değiştirilmesidir. Büyük bir bölümü kapsayan iř gücü akışı ile gerćekleřmesi ülkeler arasındaki iř ilişkileri, ekonomik farklılıklar işgücünün yasal ya da yasadışı hareketini artırmaktadır. BM'lerin "ülkesinden ayrılarak başka bir ülkede yaşamayı planlayan kişinin bir yıldan fazla süre ile gerćekleřtirdięi yer değiştirme eylemi"⁵⁶ olarak tanımladığı göćmen kavramıyla küreselleşme ile uluslararası göć arasındaki ilişkinin farklı boyutlarda değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Göć, fiziksel bir hareket olmasının yanı sıra toplumsal bir olgudur⁵⁷. Artık dünyanın birćok noktasına hemen her konuda ulařılırdık kolaylařmıř ve uluslararası göć hareketleri ile dünya küćülmüřtür. Küreselleřme sürecinde sınırların kısmen kalkması mal ve hizmetlerin üretimlerinin serbest dolařımında etkili rol oynamıřtır. Son elli yıl içinde küreselleřmenin uluslararası göć dinamiklerinde yaratmıř olduęu deęiřimle ulus devlet sınırları soyutlařmıř ve göć olgusu tartıřmalara aćık hale gelmiřtir.

Uluslararası göć, etkiledięi alanlar itibariyle dünyanın en önemli konuları arasındadır. Neden sonuç iliřkisi dıřında uluslararası göć, toplumsal baęlar, emek piyasaları, hizmet sektörü ve kültürel çatıřmalar gibi toplumsal etkileri olan sosyal bir konudur. Ekonomik olarak daha iyi imkanlara sahip olma arzusu, iřsizlik, düşük maař, eęitim, daha iyi bir kariyer yapma arayıřı, emeklilik, terör, çatıřma ve savař gibi etmenler uluslararası göćün nedenleri arasındadır. Bu nedenlerin temelinde ise göćmen bireyin bulunduęu ortamdan daha insanca yařayacaęı ortama doęru hareket etme arzusu yatar. Ülkelerin göć ve uyum politikaları göćü cazip hale getiren dięer bir unsurdur. Toplumun çeřitlilięini besleyen kaynak, yabancılar ve azınlıklardır⁵⁸. Devlet tarafından alınan kararlar doęrultusunda ülkeye giriřleri, ıkıřları, kabul ediliř řekil ve kořullarını belirleyen, göćün yapısını hacmini řekillendiren kararlar bütünü göć politikalarını oluřturur. Göć politikaları oluřturulurken belli bir göć stratejisi ile hareket edilir. Hareket noktasının hangi amaćla ve hangi yönde gerćekleřeceęi politika analizi yapılarak gerćekleřtirilir. Genel stratejik hedeflerin ve ulusal önceliklerin tanımlanması ve planlı bir

⁵⁴ <http://tdkterim.gov.tr/> (erişim tarihi: 11.11.2019).

⁵⁵ Akkayan, 1979: 21.

⁵⁶ Gençler, 2010, 177.

⁵⁷ Deniz ve Önan, 2017:189.

⁵⁸ Öztürk, 2011.

program gerçekleştirmek için ülkeler öncelikler durum analizi yaparak göç politikalarını oluşturlar. Ancak ülkelerin göç politikaları birbirinden farklılık göstermektedir.

1.3. Avrupa Perspektifinde Uluslararası Göç

Avrupa tarihi ve demografik yapısıyla göç hareketlerinin etkisinde kalan önemli bir lokasyon durumundadır. Günümüzde birçok ülke vatandaşlarınca tercih edilen çeşitli olaylar sonucunda yaşanmak istenen bir coğrafya olarak karşımıza çıkmaktadır. Göç hareketleri dinamiğinde Avrupa'nın önem arz eden konumu nedeniyle Avrupa hem tarihsel süreçte yaşadığı olaylarla hem de günümüzde izleği göç politikalarıyla göç olgusu ile karşı karşıya kalan ülkelere rehberlik etmektedir. Bu doğrultuda Avrupa'nın göç sürecine değinmek çalışmaya katkı sağlayacaktır.

Avrupa küresel baz da göçe dair oluşturduğu ulus üstü yapılanmalar ile göç sorunu gerçeği ile yüzleşmeye çalışmıştır. Geçen asırda iki dünya savaşının yer aldığı Avrupa kıta içinde kitlesel göç hareketlerine sahne olmuştur. Yine bu savaşlar sonucunda milyonlarca insan hayatı etkilenmiş ve yer değiştirmelerle Avrupa'nın demografik yapısı da değişmiştir. Bugünkü yapısına birçok aşamalardan geçerek gelen Avrupa 1951 yılında Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu adı altında Batı Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, İtalya ve Lüksemburg ile anlaşma imzalamıştır. Altı yıl sonra Roma'da imzalanan Avrupa Ekonomi Topluluğu ile siyasi birlik yolunda adımlar atılmıştır. Her anlamda bütünleşme süreci Maastricht Anlaşması ile hedeflenmiş hem siyasi hem de ekonomik bir örgüt olarak Avrupa Birliği ortak karar alma aşamasında 1992 yılında anlaşmayı imzalayarak ortak göç politikaları da benimsemeye başlamıştır. Avrupa'da ulus üstü düzeyde göç politikalarının oluşturulmasına zemin hazırlayan süreç Castles'e göre çeşitli dönemlere ayrılmıştır. Bu dönemlerin ilki 1945-1970 yıllarını kapsayan "Misafir İşçi" dönemidir⁵⁹. Bu dönem 2. Dünya Savaşı sonrası kıtanın imarı üzerine ihtiyaç duyulan işgücü göçü üzerine şekillenmiştir. Savaşların hezimetini ile sahip olduğu genç nüfusunun büyük bir bölümünün kaybeden Avrupa ekonomik gelişme için ihtiyaç duyduğu iş gücü kaynağını Almanya, İsviçre, Avusturya ve İsveç gibi ülkelerle ikili anlaşmalarla sağlamaya çalışmıştır. Fransa, İngiltere, Hollanda ve Belçika gibi ülkeler iş gücü ihtiyaçlarını eski sömürgelerinden karşılamaya çalışmışlar ancak iş gücü ihtiyacı karşılandıktan sonra ortaya çıkacak olan dönüş göçlerinde yaşanabilecek sıkıntılar yüzünden Akdeniz Havzası olarak kabul edilen ülkeler ile ikili anlaşmalar yapmışlardır. Ucuz iş gücü için Güney Avrupa, Kuzey Afrika ülkeleri ve Türkiye'den işçi kabul edilmiştir. Öngörülen iş gücü ihtiyacın ortadan kalkması ile misafir işçilerin ülkelere geri gönderilmesi

⁵⁹ Castles, 2006:742.

düşünülmekteydi. Misafir İşçi statüsünde ellerde çiçeklerle karşılanan göçmen işçiler fiziksel iş gücü gerektiren alanlarda hizmet vermiş ancak ekonomik nedenler Avrupa'nın aldığı yoğun göç ve dünyanın 1973 yılında girmiş olduğu ekonomik dar boğaz sonucu misafir işçilerin varlığı Avrupa için farklı politika arayışlarını gündeme getirmiştir. Petrol ihracatıyla oldukça önemli yere sahip olan Arap ülkeleri, Yahudilerle aralarında geçen Yom Kippur Savaşı sonucunda ABD'nin İsrail askerlerini desteklemesiyle savaşı kaybetmiş ve bu yenilgide Batı'ya karşı petrol ambargosu uygulamıştır. Petrol fiyatlarının artmasıyla ağır bir ekonomik kriz dönemi Avrupa'da başlamıştır⁶⁰. Bu dar boğaz ülkelerin göç politikaları şekillendirmiş ve misafir işçi alımı durdurulmuş ancak aile birleşimleri ile göç eden nüfus sayısı tekrar artmıştır. Bu durum bir nevi yabancılara karşı toplumsal algının değişmesine sebep olmuştur. Emek gücünü karşılayan nitelik gerektirmeyen iş gücünün sosyal devlet üzerinde bir yük aynı zamanda sosyal düzeni tehlike altına sokan kitlesel bir tehdit olarak görülmeye başlamıştır. Avrupa bu süreci 1975 Roma Zirvesi'nde nükleer güvenlik, sivil havacılık güvenliği, terör gibi alanlara yönelik Tirevi Grup Örgütü'nü toplayarak ulus üstü boyutta göç konusunu masaya yatırmıştır⁶¹. Göç hareketlerine karşı ilk defa önleyici kararlar alan Avrupa sonraki süreçte göç hareketlerine yönelik daha somut ve ortak politikalar oluşturmaya başlamıştır. Schengen ve benzeri uygulamalarla sınırlardan geçiş serbestisi sağlanması göç hareketlerine yönelik ortak uygulamalar içinde bir bütünleşme sürecine girildiğinin de göstergesidir. Geline aşamada mevcut yabancı nüfusunun varlığı Avrupa'nın bütünleşme sürecinde uyum politikalarını gündeme getirmiştir. Ulus üstü düzeyde göç politikalarının oluşturulmasında önemli bir yere sahip olan Avrupa Maastricht Anlaşması, Dublin Anlaşması, Amsterdam Anlaşması, Tampere Programı, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, Sevilla Zirvesi, Lahey Programı, Avrupa Göç ve İltica Paktı, Lizbon Antlaşması, Stockholm Programı gibi düzenlemelerle göç hareketlerine yönelik uygulamalardaki önemini vurgulamıştır.

1.4. Avrupa Perspektifinde Uyum Politikaları

Ulus üstü düzeyde oluşturulan düzenlemelere değindikten sonra Avrupa'nın barındırdığı yabancılar için oluşturduğu uyum politikalarına değinmek yerinde olacaktır. Bir ülkede yaşayan yabancıların hem birey hem de grup olarak toplumun bir parçası gibi kabul eden duruma uyum denilmektedir⁶². Bu kabul ediş için gereken kriterler, her ülkeye göre farklılık göstermektedir. Çünkü uyum, sadece bir grubun sorumluluğunda olmayıp iki taraflı

⁶⁰ Yılmaz ve Kalkan, 2017: 171.

⁶¹ Demirhan ve Aslan 2011:34.

⁶² Uluslararası Göç Örgütü Sözlüğü https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf (erişim tarihi: 18.10.2021).

bir süreçtir. Göçmenlerle uyum sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için yoğun çabalar gösterilmesi aynı zamanda ev sahibi ülkenin kurumları ve vatandaşları ile birlikte gerçekçi adımlar atılması gerekmektedir.

Bireyin doğuştan gelen değiştiremeyeceği ırkı klasik uyum teorilerinde dominant topluma uyum sağlaması konusunda belirleyici rol oynamaktadır. Göçmenlerin uzun süredir yaşadığı aidiyet hissettiği gruptan ayrılması yeni bir gruba uyum sağlaması da zaman alabilmektedir. Hekman'a göre bu durum iyi niyetli bir yaklaşım dahi olsa yerli-yabancı, ben-öteki gibi kavramlara vurgu yaparak sosyalizasyon sürecinde asimilasyon ya da dışlamayı beraberinde getirmektedir. Heckmann'ın uyum tanımı yeni bir toplumsal grubun mevcut sosyal yapılar aracılığı ile topluma kazandırılmasının yanı sıra, bu süreçte bu yeni grubun, içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik, hukuki ve kültürel ilişkilerine nasıl dâhil edileceğini ifade eden bir olgudur⁶³.

Toplumsal olarak kültürel uyumu desteklemek isteyen bu yaklaşıma göçmenler açısından bakıldığında bireyin göç etmesine sebep olan nedenlerin şiddeti de uyum sürecini uyum sürecini etkilemektedir. Göçmenlerin göç etmelerindeki sebepler şayet siyasi kaynaklı ya da can güvenliklerinin olmaması gibi zorunluluktan ileri geliyorsa yerli toplumla kültürel uyumun sağlanması zor ve karmaşık olabilmektedir. Gönüllülük esası ile göç eden göçmenlerin zorunlu olarak göç eden bireylere göre uyum süreçleri daha kolay olabileceği öngörülebilir. Avrupa'nın misafir işçi almasıyla başlayan süreci ekonomik anlamda göçmenlerin sınıflar altı (underclass) olarak ifade edilen hiyerarşik konumları yüzünden uyum arayışları artmıştır. Avrupa'da göçmenlerin daha çok kol gücü gerektiren, yerel emek piyasasında masa başı işlerde düşünülmemeleri, riskli ve güvenlik açığı bulunan işlerde çalıştırılmaları, mavi yakalı olarak bilinen yerli işçilere nazaran daha düşük ücretler almaları toplum içinde çatışmalara neden olmaktadır. Göçmenlere uygulanan ücret politikaları yerli halk tarafından göçmenlere karşı olumsuz algılar oluşturabilmekte uzun vadede iki farklı toplum arasında uyum sorununa sebep olmaktadır. Avrupa'nın kendine has toplum yapısı gelenekleri, mezhepsel yapısı, milliyetçi yaklaşımları ve gelen göçmenlerin önyargıları, algısal farklılıkları, olumsuz stereotipler ve etno-merkezci yaklaşımlar entegrasyon sürecini engelleyebilmektedir. Ancak göçmenlerin toplumsal uyumu yakalayamaması sadece ev sahibi toplumun ön yargılarından değil aynı zamanda kendi kültürel değerlerine bağlılık gösteren göçmenler yüzünden de kaynaklanabilmektedir. İki taraflı olan uyum süreci toplumsal huzur için gereklidir. Alan yazınında uyum politikaları ile ilgili kavramsal tartışmalardan biri Esser'in ortaya koymuş olduğu parçaların sistemli bir bütün içindeki birliğine vurgu

⁶³ Haksever, 2014: 10.

yapılmasıdır. Karşıt olan parçalar ile ilişki kurulmaksızın yan yana bulunma durumu, birbirinden farklılaşan grupların arasında eşitsizliğin ortaya çıkmasına böylece farklı kültürlerin, medeniyetlerin ve etnik kimliklerin salt olarak birbirlerine entegre olma ihtimalinin düşerek sosyal uyum için asimilasyon yöntemini ortaya çıkarmasıdır⁶⁴. Esser'in bu yaklaşımı birbiriyle iletişim içinde olmayan kültürlerin baskın olan çoğunluğun içinde yok olmasının kaçınılmaz sonucuna ortaya koymaktadır.

1.4.1. Asimilasyon ve Entegrasyon

Göçmenlerin toplumsal hayatta yerli halk ile uyumunun nasıl sağlanacağı sorusuna genel olarak uyum politikaları ile cevap arayan Avrupa sosyal ve toplumsal olarak bir arada yaşama şekillerini uyum teorileri ile desteklemiştir. Avrupa sırasıyla asimilasyon, entegrasyon ve çok kültürlülük üzerine kapsayıcı teoriler ile hareket etmiştir. Kültürel değerler atlanarak çoğunluk normlarını temel alan asimilasyon ve entegrasyon teorileri geçerliliğini yitirmiştir. Gordon asimilasyonu tek boyutlu kültürleşme modeli ile tanımlamaktadır. Ana akım kültürü olarak ifade edilen asimilasyon, göçmen bireyin gittiği yerin özelliklerine ve kültürüne göre ayak uydurmasıdır. Bu modelde tek ulus, tek dil, tek kültür ve tek din görüşü savunulmaktadır⁶⁵. Fitzparrick'e göre asimilasyon kendi kültürüne yabancılaşmak ve yeni kültürün şartlarına aşamalı olarak girerek o kültüre ait olma sürecidir⁶⁶. Asimilasyon göçmenlerin kültürel özelliklerinin, geldikleri ülkenin kültürel öğelerinin içinde eriyerek yok edilmesidir. Asimilasyon yaklaşımı bu özelliklerinden ötürü 1960'lardan itibaren antidemokratik bir yaklaşım olarak kabul edilmiş ve yerini entegrasyon yaklaşımına bırakmıştır. Göçmenlerin birey ya da grup olarak toplumun bir parçası kabul edilmesi Göç Terimleri Sözlüğü'ne göre entegrasyon sürecidir⁶⁷. Marshall' a göre ise asimilasyon yabancıların egemen grubun sosyal ve kültürel değerlerini kabul etmesi ve bütünleşmesidir⁶⁸. Asimilasyon politikaları kişinin öz kültüründen uzaklaşarak katıldığı toplumun kültürel sosyal ve psikolojik değerleri ile benzeşen davranış örnekleri göstermesini kapsar⁶⁹. Asimilasyon politikaları uzun süreli ve gerçekleşmesi kuşaklar arası değişimle olan bir süreçtir. Asimilasyon politikaları daha masum bir kavram olan entegrasyonun içine dahil edilerek bu iki kavram arasındaki fark ayırt edilmesi güç bir hale getirilmiştir. Uygulama alanında hangi politikanın asimilasyon hangi uygulamanın entegrasyon olduğu tartışılmaktadır. Avrupa'da

⁶⁴ Esser, 2001:43.

⁶⁵ Gordon, M., 1964: 65.

⁶⁶ Fitzpatrick, 1966: 5.

⁶⁷ Göç Terimleri Sözlüğü, 2009: 17.

⁶⁸ Marshall, 1999: 42

⁶⁹ Tatlı, 2000: 33.

bu söylemler genellikle entegrasyon şeklinde söylenmektedir. Bu bağlamda entegrasyon tanımına değinmek yerinde olacaktır.

Entegrasyonun genel olarak hedefi bir yerden başka bir yere kalıcı olarak göç eden bireylerin ve grupların göç ettikleri yerde toplumsal koşullara madden ve zihnen uyum sağlamalarıdır. Böylece göçmen topluluğu ev sahibi toplumu, ev sahibi toplumu da göçmen topluluğu kucaklayarak her iki tarafın barış ve uyum içinde birlikte yaşamalarını sağlamaya çalışmaktadır⁷⁰. Die Gaste Mayıs 2008’de yayınladığı birinci sayısında asimilasyon ve uyum ile ilgili politikalara dair Almanya İçişleri Bakanı Otto Schily’in Die Welt gazetesinde yayınlan söylemi “Uyumun en sorunsuz şekli asimilasyondur, ancak devlet bunu zorla yapamaz. Başarılı bir uyum için asgari şart, yabancıların Almanca öğrenmeleridir” şeklindedir. Schily’nin Temmuz 2002’deki beyanı en iyi entegrasyonun asimilasyondur şeklindedir. Diğer bir söylemi ise “Almanya’da, kendi dillerinde cadde ve ilçe tabelalarına sahip olan yeni bir Müslüman azınlığın ortaya çıkmasını önlemeliyiz” şeklindedir. Bevyera Eyaleti Başbakanı Günther Beckstein’in aynı gazete sayısında değinilen beyanı Asimilasyon bildiğiniz gibi insanların kendi öz kültürlerini açıkça inkar etmeleri anlamına gelir. Hiç kimse şimdiye kadar bunu talep etmemiştir. Benim için uyum, Alman öncü kültürünü, yani Hristiyanlık geleneğini, hümanizm ve aydınlanma ile Alman Anayasasını bilinçli bir şekilde kültürünü ve kimliğini, kökenini inkar etmeye gerek duymadan kabul etmektir şeklindedir. Konrad Adenauer Vakfı Genel Sekreteri Wilhelm Staudacher’in 2004’te ki beyanı “Maalesef bazı ikinci ya da üçüncü kuşak çocuklarının ebeveynlerinden daha kötü Almanca konuştuklarını görmekteyiz. Bu arada içlerinde Türk işyerleri, doktorları, gazeteleri, avukatları vb. barındırarak kendilerine komple bir Türk altyapısı oluşturan büyük Türk mahalleleri Türklerin en azından boş zamanlarında tamamen Türklerden oluşan bir çevrede hareket etmelerine imkan vermektedir. Almanya’daki Türklerin hemen hemen yarısı boş zamanlarında Türkçe konuşmaktadır, bu ise küçük İstanbul’un olumsuz tarafıdır. Çok kültürlülük toplum için büyük bir zenginliktir ve ancak “uzlaşma” – yani kelimenin tam anlamıyla bir uzlaşma – mümkün olduğu takdirde çıkarılabilecek büyük bir hazinedir. Bu nedenle dil öğretimine daha fazla önem vermek zorundayız. Kreşte, okulda, aynı zamanda aile içinde – ki burada özellikle anneler konusunda yapılacak oldukça çok iş bulunmaktadır.” Açıklamasını yapmıştır⁷¹. Hoşgörü ve toplumsal kabulün olmadığı durumlar çatışmayı doğurur. Günümüzde asimilasyon ve entegrasyon teorilerinin kabul edilebilir olmamasının nedeni ortak olarak iki yaklaşımında dayandığı anlayışın aynı olmasıdır. Bu anlayış, göçmenlerin gönüllü olarak göç ettikleri bu yüzden gittikleri yere uyum

⁷⁰ Hak-İş Konfederasyonu Yayını, 2017: 21.

⁷¹ “Almanya’da Entegrasyon ve Asimilasyon Tartışmaları” *Die Gaste*, 01/05/2008.

sağlamaları için kendi kültürlerinden ziyade ev sahibi toplumun kültürünü benimsemeye dayanmaktadır⁷². Oysaki günümüzde göçe zorlayan birçok sebep gönüllülük esasını arka plana iterek mecburiyet haline gelebilmektedir. Bu nedenlerin hazırladığı şartlar asimilasyon ve entegrasyon teorilerinin yerine çok kültürlülük yaklaşımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur⁷³.

1.4.1.1. Avrupa Perspektifinde Uluslararası Göç Karşıtlığı (Yabancı Düşmanlığı)

Birçok Avrupa ülkesinde yabancılara karşı farklı politikalar izlenmesi ulus üstü yapılar tarafından ortak çözüm yolları arayışının sürmesine sebep olmuştur. Bu noktada yabancının uyum süreçlerini destekleyen yaklaşımların yanı sıra kısaca uluslararası göç politikalarına karşı desteklenen durumlara da değinmek yerinde olacaktır.

1945-1970 yıllarını kapsayan süreç Avrupa açısından savaş sonrası yaraların sarılması, kalkınma hızına ivme kazandırılması için göç hareketlerini destekleyen misafir işçileri gönüllü kabul eden tek dönemdir. Bu dönem sonrası yabancının varlığı Avrupa ülke vatandaşları için endişe veren bir durum haline gelmiştir. The Economist'in 2016 yılında vermiş olduğu bir haberde Akdeniz ve Ege'de göç hareketleri sonucu 4000 insanın hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Orta Doğu'da yaşanan karışıklıklar sonucu Avrupa'ya göç etmek isteyen binlerce insanın ölümüne neden olacak yaklaşımlar sergilenmektedir⁷⁴. Özellikle Macaristan'da ve Polonya'da yabancı düşmanlığı yapan siyasi partilerin yükselişe geçmesi insan haklarının özgürce sergilediği Avrupa'nın demokratik yüzünü gölgelemektedir. Son otuz yıllık süreçte göç karşıtı politikalarıyla iltica etmek isteyenlerin sayısı sınırlandırılmak ya da bu taleplerinden bireyleri caydırmak üzere tasarlanmış politikalar uygulanmaktadır. European Commission'un 2002 raporunda yer alan bir anket sonuçlarında halkın yüzde otuz yedisinin işi olmayan uzun süredir işsizlik maaşı alan yabancının ülkeden gönderilmesi gerektiğini savunmuştur⁷⁵. Oysa örnek vermek gerekirse yabancının Fransa'da uçak pilotu, eczacı ya da mimar vs gibi meslek gruplarını içre edememektedirler. Bu durum sadece Fransa'da değil diğer Avrupa ülkelerinde de bu uygulamalar halen devam etmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde yabancının vatandaşlık almalarına yönelik hazırlanan testlerin bireylerin yeterince Avrupalı mı yeterince batılı gibi düşünebiliyor mu algısını ölçmek üzere tasarlanmıştır⁷⁶. Synder yaptığı çalışmasında Hollanda'nın çok kültürlülük üzerine politikalar

⁷² Çağlar ve Onay, 2015: 66.

⁷³ Çoban, 2005: 54.

⁷⁴ Koçak ve Gündüz, 2016: 76.

⁷⁵ European Commission Report, 2002.

⁷⁶ Synder, 2006: 25.

geliştirdiği vurgusunu yaparak Hollanda dışında çok kültürlü toplum tezi yerine tek kültür üzerinden uyum politikalarının asimilasyon politikalarına neden olduğunu vurgulamaktadır⁷⁷.

Almanya'nın yabancılar için dil öğrenme şartı uluslararası göçe karşıt bir politika olarak kendini göstermektedir. Çekya'da yabancılara yönelik 2011 yılında kamu harcamalarında kısıtlama getirilmesi yabancılara etkilemiştir. Özellikle yabancılara dayatılan sınavlar tek kültürlü toplum tezinin bir nevi uygulama alanı olmuştur. Yabancıların sınıflandırılarak topluma uyum sağlayacakları ön görüşüyle geldikleri ülkenin yaşayışının örtülü olsa da kabulünün dayatma olarak algılanabilmektedir. Almanya önceleri toplumun homojenliğini korumak için göç karşıtı oluşturduğu politikalarından vaz geçmek zorunda kalmıştır. Özellikle 2005 yılından itibaren uyum süreçleri birtakım değişikliklere uğramıştır. Yabancılara yönelik altı yüz saati bulan dil kursları ile Alman kültürünü anlatan vatandaşların hak ve ödevlerine yönelik aktarımları kapsayan programlar uygulanmıştır⁷⁸. Uluslararası göç karşıtı zorlayıcı her politikanın çok kültürlü toplum tezini ortaya çıkaran süreçlere hizmet ettiği inkâr edilemez bir gerçektir. Bu bağlamda çalışmanın bundan sonraki bölümünde çok kültürlü toplum tezine değinilecektir.

1.4.2. Çokkültürlü Toplum Tezi

Asimilasyon ve yükselen ırkçılığa karşı Avrupa'da çokkültürlü toplum tezi ortaya çıkmıştır. Bu tez genel anlamıyla, “çok göç alan toplumda birlik bütünlük içinde yaşamayı” savunan bir yaklaşımdır. Çokkültürlü toplum farklı ırk, köken, dil ve dinden gelen insanların haksızlığa ve adaletsizliğe maruz kalmadan aynı zamanda yüceltilmeden de bir arada yaşamasını sağlayan bir formdur. Bu doğrultuda çokkültürlü toplum yaklaşımı için ulus devlet anlayışı içine sıkışmış kavramlara yeni bir bakış açısı getirerek “kültürel çeşitlilik” kavramı üzerinde durulmuştur⁷⁹.

Talas'a göre çok kültürlülük bir toplumsal tasarımdır. Küreselleşme, toplumsal yapıyı hem teknolojik hem de kültürel anlamda değişikliklere maruz bırakmıştır. Devletlerin bu değişimlere ayak uydurmak için birtakım politikalar üretmesinde çok kültürlülük paradigması referans olmuştur⁸⁰. Greley'e göre kültürel farklılıkların yok edilmesi imkansızdır⁸¹. Çok kültürlülük yaklaşımı kültürlerin farklılıklarıyla kabulünü ve sistem içinde eşit şekilde var oluşunu destekler. Böylece göçmenlerin sağlık, eğitim gibi refah devlet olanaklarına eşit erişim konumuna getirilerek, onların hâkim toplumun kurumlarından dışlatılmalarının önüne

⁷⁷ Synder, 2006: 49.

⁷⁸ Synder, 2006: 24.

⁷⁹ Acar, 2014): 87.

⁸⁰ Talas, 2008: 440.

⁸¹ Greely, 1971: 54.

geçilir⁸². Uyum gerçekleştirecek politikaların uygulanma amacı uyum sorunlarını ortadan kaldırmak için üretilmiş olmalarıdır. Uyum sorunu geniş anlamda göçmenlerin göç ettikleri yerde karşılaştıkları ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik sorunlar ile ne şekilde baş edebilecekleridir. Dar anlamı ise Fielden'e göre mülteci ya da göçmenlerin göç ettikleri ülkenin vatandaşı olana kadar geçirilen yoğun ve yorucu süreçtir⁸³. Uyum sorununun çözümüne yönelik politikalar 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren üretilmeye başlanmıştır. Göçmenlerin bireysel yeteneklerinin önemini ve işlevini hatırlatmak yeni toplumsal koşullarda ayakta durabilmelerini sağlamak için uyum politikalarına ihtiyaç vardır. Uyum bir yerden bir yere kalıcı olarak taşınan bireylerin yeni yerdeki yaşam koşullarına madden ve zihnen uyum sağlamasıdır. Ev sahibi toplum ile göçmen toplumun barış ve uyum içinde yaşamalarını hedefler. İzolasyon, marjinalleşme, gettolaşma, sosyal gerçeklikten kopma, radikalleşme, sosyal gerilimler, toplumsal barışın tehdit edilmesi gibi durumların yaşanmaması için sağlıklı bir entegrasyon gerçekleştirilmelidir. Ev sahibi toplumun kültürünü, siyasal ve sosyal yapısını, kamu anlayışını, kamu hizmetlerine erişim yollarını bilmeyen, kaynaklara erişim becerilerinden yoksun kalan göçmenler toplum ile sağlıklı bağlar gerçekleştiremez. Toplumsal çatışmaların oluşmaması, gerilimin önlenmesi ve hem göçmen toplum için hem de ev sahibi toplum için fırsatların oluşması başarılı bir uyum politikası ile mümkündür. Aktif olarak uyum politikaları farklı açılardan sosyal kültürel ve ekonomik hayatın fırsat eşitliğini artırmayı hedefleyen, kamu hizmetlerine erişim kolaylığı, sosyo kültürel uyumu ve sivil katılımı amaçlamaktadır. Uyum politikaları göçmenlerin çalışma hayatına girmelerine yardımcı olurken temel eğitim, dil eğitimi, mesleki eğitim programları ile bulundukları ülkeye uyum ve kendi ülkelerine dönmeleri halinde de uyuma katkı sağlamaktadır. Ancak Ügeöz'e göre farklı kültürlerde yetişmiş bireyler bir araya geldiklerinde, genellikle kendi alışkanlıklarının doğrultusunda hareket etme eğilimi göstererek alışılmışın dışında gördükleri yaklaşımları ve yaşam biçimlerini gayri ahlâki veya modernlikten uzak olarak algılayabilir ve eleştirebilirler⁸⁴. Bu durum çok kültürlü toplum yaklaşımının uygulanmasında direnç gösteren bireyleri karşımıza çıkarabilmektedir.

Aksoy'a göre uluslararası göç hareketlerinin oluşturduğu çokkültürlü ortamlarda bireyler arasındaki diyalog sürecinin sağlıklı biçimde yürütülebilmesi için; kültürel uyumun sağlanması, etkili bir iş birliği ağının yaratılması ve çatışmaların önüne geçilmesi gerekmektedir⁸⁵. Uluslararası Göç Küresel Komisyonu hazırlamış olduğu raporda ülkelerin,

⁸² Yükleven ve Yurdakul, 2011: 66.

⁸³ <https://www.unhcr.org/486cc99f2.pdf> (Erişim Tarihi: 20.05.2020).

⁸⁴ Ügeöz, 2003: 36.

⁸⁵ Aksoy, 2012: 298.

göç politikalarına katkı sağlamak üzere politika önerilerinde bulunularak şu hususlara dikkat çekmiştir; Bireylerin hakları ile devlet egemenliğini uzlaştıran dengeli bir yaklaşım, hükümetin farklı birimleri, hükümet ile sivil toplum örgütleri arasındaki diyalogu geliştiren bütüncül bir yaklaşım ile düzenli ve örgütlü göç programlarının desteklenmesi aynı zamanda geri dönüş programlarına yönelik özel programların uygulanmasının önemine değinilmiştir. Çeşitliliğin olduğu bir toplumda yabancı nüfusa yönelik kapsayıcı uygulamalar göç yönetiminde önemli bir konudur. Çok kültürlü toplum tezi uygulamalarında Avrupa göç ve uyum politikaları ile dünyada önemli bir coğrafyadır. Avrupa'yı çok kültürlü toplum yaklaşımına iten ve göç politikalarını oluşturan süreç bizi 20. Yüzyılın ikinci yarısına götürecektir. 2. Dünya Savaşı sonrası yapılanma sürecinde endüstrisini büyötmek isteyen Avrupa; çalıştırmak üzere 1950'li yılların ortalarından itibaren İtalya, İspanya, Kuzey Afrika, Yugoslavya, Türkiye gibi ölkelerden misafir işçi statüsüyle göçmen kabul etmiştir. 1973 dünya petrol krizi göçmen işçi alımını durdurmuş ancak yaşanan aile birleşimleri geçici işçi göçlerini kalıcı yerleşime dönüştürmüştür. Dünyanın yaşadığı ekonomik darboğazlar, insan hakları savunuculuğu gibi konular Avrupa'yı göçmenler için cazibesi korunan yeni göç hareketlerinin merkezi konumuna getirmiştir. Bu durum Avrupa'yı ekonomik, güvenlik konularında göçmenlere yönelik göç politikaları belirlemede denge arayışına itmiştir. Avrupa oluşturduğu göç ve uyum çalışmaları ile diğer göçmen barındıran ölkelere süreci yönetmede ilham olmuştur. Çeşitli AB ölkeleri, Avrupa bütünleşmesi sürecinde 1985 yılından itibaren ihtiyacı olan nitelikli iş gücüne sahip olmak için yasal düzenlemelerle göç politikalarına yön vermişlerdir. Göç politikaları oluşturulurken her ölkede milli egemenliği ve güvenliği doğrultusunda farklı kriterler ortaya koyduğu için müşterek bir göç politikası oluşturulması zorlaşmıştır. Avrupa Birliği, serbest dolaşım ilkesini kabul eden Schengen Antlaşması (1985) ile ikametden istihdama kolaylıklar sunmuştur. Ancak bu durum sığınmacıların, mültecilerin ve diğer kaçak göçmenlerin durumlarını kontrol altına almaya yönelik politika arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Yasal statü verilme girişimi ise daha çok kaçak göçmen sorununa neden olmasından ötürü, Dublin Konvansiyonu (1990) ile sığınmacıların statüsünün masaya yatırılmasına sebep olmuştur. Göç ve iltica politikalarında hükümetler arası iş birliğini ön gören Maastricht Antlaşması (1993) ile AB organlarına yetki verilerek Topluluk düzeyinde çalışmalar yoğunlaştırılmıştır⁸⁶. Avrupa'nın göç politikalarının dönüm noktasını Amsterdam Antlaşması (1997) olmuştur. Antlaşmada serbest dolaşım sınır kontrollerinin kaldırılması ile göç ve iltica konularını kapsayan ayrı bir bölüm eklenerek ırk ve etnik kimliğe dayalı ayrımcılığa yönelik yasamanın önü açılmıştır. Aynı zamanda adalet ve içişlerinde yaşanan

⁸⁶ Somuncu, 2006: 46.

önemli gelişmeler göç politikalarının ulus ötesi olması gerektiğinin habercisi olmuştur. Tempere Zirvesi'nde (1999) özgürlük, güvenlik ve adalet alanlarına yönelik göç sorunu ele alınarak, göçmen kabul koşullarında ekonomi kadar insani sebeplerinde göz önünde bulundurularak göçmenlere üye ülke vatandaşlarıyla aynı hak ve yükümlülüklerin verilmesi konularında mutabakata varılmıştır. Avrupa yasadışı göç ile mücadelede yeniden yerleştirme programlarının uygulanması kayıt dışı göçmenlerin iadelerine yönelik prosedürlerin düzenlenilmesi için Lahey Zirvesi'nde (2003) toplanmıştır. Bir yıl sonra Brüksel Avrupa Konseyi (2004) göç olgusuna küresel yaklaşılmanın gerekliliği üzerinde durarak kaynak ve transit ülke kalkınmalarının önemini vurgulamıştır. Artık Avrupa Birliği bu doğrultuda göçe global yaklaşarak kaynak ülkelerdeki yoksulluğun ortadan kaldırılarak insan haklarının desteklenmesi gibi ekonomik ve siyasi kalkınma politikaları arayışına girmiştir. Lizbon Anlaşması (2009) ile iç güvenlik ve dış sınırların yönetimi, yasadışı göçle mücadele etme, izinsiz ikamet durumunda sınır dışı etme ve geri gönderme yolları düzenlenmiştir. Zirvede kabul edilen kararlar diğer kararların devamı niteliğindedir. Stochholm Programı ile 2010-2014 döneminde göç konusunda yapılacak politikalar evrensel bir yaklaşım getirilerek vatandaşlarına hizmet eden koruyan daha açık ve güvenli bir Avrupa ümidiyle hazırlanan programda daha sıkı bir uyum politikası hedeflenmiştir. Ev sahibi toplum ile göçmenlerin uyumuna yönelik çözüm arayışına giren Avrupa 20. Yüzyılın son çeyreğinde benimsediği yaklaşımların yetersizliğine tanıklık etmiştir. Bütün bu ulusüstü düzenlemeler çok kültürlü toplum tezini kaçınılmaz hale getirmiştir. Çok kültürlü toplum tezi temeli üzerine kurulan ve toplumsal hayatta fırsat eşitliğini savunan kültürlerarası açılım yaklaşımı ele alınarak çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlanması hedeflenmiştir.

1.5. Kültürlerarası Açılım

Birçok Avrupa ülkesinde uygulanan uyum politikaları 20. Yüzyılın başından itibaren siyasi, sosyal ve kültürel kimliklerin kamusal alanda korunmasına yönelik tartışmaları devam etmektedir. Anayasal hakların sahadaki yüzü olan çeşitli etnik grupların temsili, sosyal hareketlerle siyasal alanda uzun mücadeleler sonucu elde edilmiştir. Bu kazanımlar göç ve uyum politikalarında birtakım eleştirilere maruz kalsa da anayasa temelli kolektif haklar medeniyetin yansıması olarak kabul görmüştür. Toplumsal hayatta farklı kültürlere mensup bireylerin varlığının kabulüne olanak veren, onları süreçlere dahil eden birçok alanda yerli halk ile eşit fırsat hakkı vermek için gerekli tedbirleri almayı misyon edinen ülkeler çok kültürlülük yaklaşımıyla kapsayıcı uyum politikalarına yer vermektedir.

Zorunlu veya isteğe bağlı olarak gerçekleşen göç eylemi yeni kültürel etkileşim alanları doğurmuştur. Çok kültürlülük paradigmasını referans alan ülkeler uyum politikalarının en önemli işlevi olan kamu hizmetlerinde fırsat eşitliğini amaçlamışlardır. Böylece göçmen nüfus barındıran toplumlarda birtakım düzenlemelere ve göç politikalarına ihtiyaç duyulmuştur.

Yabancı nüfusa sahip ülkelerde, yabancıların sağlık, eğitim, sosyal ve bakım hizmetlerine erişilebilirliğini etkin kılmak ve bu hizmetlerin kalitesini artırmak için farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Birleşik Krallık hizmetlere erişimi “Eşitlik ve Çeşitlilik Stratejisi”⁸⁷ ile İtalya, Hollanda gibi diğer Avrupa ülkeler “Kültürlerarası Stratejiler” yaklaşımları ile Amerika Birleşik Devletleri ise “Kültürel Yeterlilik” kavramlarıyla ortaya koymuştur⁸⁸. 1990 yıllarında Hinz ve Rommel bir göç ülkesi olan Almanya’da çok kültürlülük paradigmasını referans alarak göçmen nüfusun kamu hizmetlerine erişim engellerinin iyileştirilmesi üzerine çalışmalar başlatmışlardır. Kıta Avrupa’ında yabancıların entegrasyonu ile ilgili politik tartışmalar kendini göstermiş ve “Kültürlerarası Açılımı”, kavramsal olarak Avrupa Yenilik Konseyi⁸⁹ (European Innovation Council EIC), entegrasyon politikalarında tanınmış bir paradigma haline gelmiştir. Kültürlerarası açılım yaklaşımı kavram olarak Almanya’da ortaya çıkmıştır. Almanya barındırdığı göçmen çeşitliliğiyle sosyal bakım, eğitim ve sağlık olmak üzere birçok alanda yabancıların hizmetlere erişilebilirliklerini ve bu hizmetlerin kalitesini arttırmanın yollarını aramıştır. Almanya nüfusunun yüzde 23,6’sı ile ortalama 19,3 milyon göçmene ev sahipliği yapmaktadır. Araştırmalar, Alman toplumunun, göçmen vatandaşların ihtiyaçlarına adapte olmaları ancak entegrasyonda başarılı olunabileceği gerçeğini ortaya koydu. 1955’ten itibaren Almanya’daki yabancı işçi istihdamı her iki taraf için de geçici bir konaklamadan ibaret sanılıyordu. İşgücü piyasalarının kötüye giden durumu yeni işçilerin alım yasağı gibi kısıtlayıcı önlemler kendini göstermeye başlamıştı. 1973’te aile birleşimlerinin yaşanması ile geçici ikametgâh adresi daimî oturma sürecine döndü. Böylece yabancılar Alman halkının bir parçası haline geldi. 1980’lere gelindiğinde yabancıların hizmetlere erişimlerinde eleştirel bakış açısı artmaya başladı. Berlin Duvarı’nın yıkılması, soğuk savaşın bitmesi ve Almanya için Doğu Batı ayrımının ortadan kalkması üzerine, doksanların başında yabancı düşmanlığı kendini göstermeye başladı. Alman devlet kurumları çalışma şeklini değiştirmeye ağırlık vermek zorundaydı. Özellikle bakım hizmetlerindeki eşitlikçi yaklaşımda olmayan hizmetlere erişim sorunsalı bakım derneklerini de harekete geçirdi. Tekelci yaklaşımın göçmenlere

⁸⁷ <https://www.employment-studies.co.uk/what-we-know/equality-and-diversity> (erişim tarihi:09.12.2019).

⁸⁸ Mladovsky, 2009: 56.

⁸⁹ <https://www.ab.gov.tr/files/pub/abts.pdf> :356, (erişim tarihi: 05.05.2019).

yönelik hizmetleri zorlaştırdığı fark edildi. Farklılaşmaları ortadan kaldırmak yabancılara yönelik uyum ve destekleme tedbirlerini daha etkin bir şekilde uygulamak için Alman kaynaklarında İnterkulturelle Öffnung İngilizce araştırmalarda Intercultural Opening Türkiye’de ise karşılığı “Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı”, yaklaşımı ortaya çıktı.

Kavramın kapsamı, dil, din ve kültürel farklılıklardan ötürü karşılaşılan engellerin aşılması, kurumların örgüt yapılanmasına, yönetim süreçlerine dahil edilmesidir. Bu kavram toplumsal değişimlere ve yine toplumsal ihtiyaçlara rehberlik ederek eğitim, kültür, sosyal hizmetlere ulaşım konusunda tüm engelleri ortadan kaldırmaya yönelik bir süreçtir. Böylece kurumun ürettiği mal ve hizmetler için kökeni, dini, kültürü, dünya görüşü ve yaşam tarzı ne olursa olsun herkesin eşit şekilde faydalanması ve toplumsal, ekonomik, siyasi süreçlere yabancı bireylerin katılımları amaç edinilmiştir.

Yabancıların hizmetlere erişimlerinde yaşadıkları aksaklıklar yanlış anlamalar hukuki hak gasplarına, cezai sorumluluk altına girmelerine bazı durumlarda sınır dışı edilmelerine varan sonuçlara ulaşabilmektedir. Avrupa’nın birçok kenti farklı ülkelere mensup göçmen barındırmaktadır. Farklı ülkelerden göçmenler aynı an da sağlık ya da bakım hizmeti alırken kurum personelinin kültürel hassasiyet taşımayan davranış şekli standartlaşarak zamanla teslimiyetçi ve duyarsız bir tutuma evrilebilmektedir. Kültürlerarası hizmet anlayışında kişiler yaşam tarzlarıyla kurumlar arasında, öğrenme ve değişim süreçlerini mümkün kılan bilinçli olarak oluşturulmuş bir süreç içindedirler. Ancak bu şekilde hizmetlerin kültürlerarası açılımına engel teşkil eden bariyerlerin ve dışlama mekanizmalarının yıkımı mümkün olacaktır. Avrupa ülkelerinin yasal düzenlemelerle göçmenlere vatandaşlık hakkı sunması yeterli değildir. Göç öncesinde ve sonrasında yaşanan psikolojik durumlar ortak kader paylaşımları bireylerin kendi içlerine kapanmalarına ve toplumdan ayrışmalarına sebep olabilmektedir. Yabancıların topluma uyumunun desteklenmesi dil, din etnik, kültürel engellerin ortadan kaldırılarak kurumsal bazda örgütsel gelişimin sağlanması hizmetlere eşit erişimi etkin kılar.

Kültürlerarası açılım birbirine karışan veya örtüşen iki veya daha fazla kültürün buluşmasını ifade eder. Bu kültürler birbiriyle etkileşim ve iletişim halindedirler. Bir araya gelip birbirini etkileyen kültürler, kültürel gelişimi sürekli kılan kilit görevindedirler⁹⁰. Bu yüzden kültür dinamik bir alandır. Kültürlerarası çalışmalar çoğulculuğun ve farklılığın bir tavrıyla karşılaşması sonucu ortaya çıkar⁹¹. Farklılık ve çeşitlilik ile ilgili bağlantılar tercih edilen yaşam formları, cinsiyet, yaş, din, cinsel yönelim, fiziksel donanım, sosyo ekonomik

⁹⁰ Auernheimer, 1999:27.

⁹¹ Auernheimer, 1999: 29.

durum gibi kapsamlı ilişkileri ve uygulamaları da kapsar⁹². Kùltùrlerarası açılım süreçleri hedef kitle ile ilgilidir. Hedef kitleyi göç geçmişı olan bireyler oluşturmaktadır. Bu nedenle kùltùrlerarasılık, farklı kùltùrlerarasında oluşan sürecin bir koşuludur. Kendini yansıtan algı ile farkındalığı idrak eden biliş sürecinde kùltùrel çoğulculuk var olur. Bu kùltùrel çoğulculuğa gùnlük eylem bakış ačíısıyla bakmak doğru değildir, kendi içinde, ulusal, etnik ve dini bağlantılar kurarak, kurulan bu bağlantıları kurumsallaştırarak yani toplumun katmanlarında var ederek ancak toplumsal sorunlara kalıcı çözümler bulunur⁹³. Kùltùrel anlamda yeni sorunların ortaya çıkması ve çatışmaların şiddetlenmesi olasılığında kimlikler pekişir. Bu yönüyle kùltùrlerarası çatışmaların yaşanmaması için eğitim konusu önemli bir ayaktır. Auerhemmer'in zamanın belirgin kùltùrel etkilerinin üstesinden "kùltùrlerarası eğitim" düşüncesiyle gelineceğine değinerek çok kùltürlü yaşam formunun uzlaşı çerçevesinde *kùltùrlerarası uyumlama* sürecine değinmiştir. Bu düşünceyi Clarke, Hall, Jefferson, Roberts, Thomas destekler. Handschuck ve Schröer⁹⁴ "kùltùrlerarası uyumlamayı" bir toplumda yaşayan farklı çıkarlara sahip farklı grupların, iletişim ve temsil araçlarında farklılık gösterdiklerini kabul eden kiři ya da kurumların sosyo-politik tavrının ön şartı olarak kabul etmektedir. Bireyin ve grupların kendi çıkarlarını temsil ederek kùltùrlere karşı yansıtıcı bir tutum benimsemelerine ve kaynakların eřit dağılımına odaklanmalarına fırsat verir. Kùltùrlerarası uyumlama değişen bir sosyal durumla bařa çıkmak için gerekli koşulları yaratır. Bu koşullara kùltùrlerarası eğitimin eşlik etmesiyle çalışanların kùltùrlerarası yaşanan sorunlarda güvenli hareket etmelerini sağlar ve destekler. Böylece kökenleri, cinsiyetleri, yaşları, yaşam tarzları ne olursa olsun toplumsal yaşam gereklikleri içerisinde (sağlık, sosyal, eğitim, istihdam vb.) sosyal adalet sağlanmaktadır.

Sosyal adaleti sağlamak kùltùrlerarası açılımda farklı kùltürlere mensup bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemelerin yapılması ifade eder. Göç toplumunun gerekleri ve gerçeklerini algılamak görev tanımlamalarını ve uygulamaları dikkate almakla gerçekteşişir. Farklı bir bakış ačíısı da Esen'e göre özel sektör de "Farklılıkların Yönetimi" (Diversity Management) yaklaşımı aslında kamu sektörü veya sivil toplum örgütlerindeki yansıması olarak "hizmetlerin kùltùrlerarası açılımı" dır⁹⁵. Her iki alanda da amaç, mal ve hizmetlere dil, din kùltür ve aidiyet farkı olmaksızın ulaşılması ve etkin şekilde mal ve hizmetlerden yararlanılmasının saęlanmasıdır⁹⁶. Hizmetlerin kùltùrlerarası açılım yaklaşımı yabancıların

⁹² Handschuck ve Schröer, 2002: 511.

⁹³ Handschuck ve Schröer, 2002: 512.

⁹⁴ Handschuck ve Schröer, 2002: 515.

⁹⁵ Esen, 2011: 19.

⁹⁶ Esen, 2011: 20.

sağlık hizmetlerine erişimlerinde Hizmet Kalitesinin artırılması ile örgüt ve personel geliştirmenin yollarını belirleyen bir yaklaşımdır.

Kültürlerarası açılım yaklaşımı, kurumların faaliyet alanlarında alınan kararlarla, tedbirlerle, tekliflerle, hizmetlerle, standart isteklerle, hükümet kararlarıyla kısaca toplumun tüm birimlerinin açılımı⁹⁷ desteklemesiyle ancak bilinçli bir şekilde tasarlanarak gerçekleştirilir. Kültürler arası açılım, farklı insanların yaşam biçimlerini tanıyan, örgütlerde değişim süreçlerini mümkün kılan ve erişim engellerine sebep olan sınır mekanizmalarının kaldırıldığı bir yaklaşımdır. Yabancılar için erişim engelleri dil engelleri, eksik bilgiler, hizmet alıcısının kültürel etki altındaki yorumlama kalıpları, gurur, kısıtlama, şüphecilik, mağdur edebiyatı, yabancılar için sonuç korkusu, ihtisaslaşmış ve dağıtılmış sorumluluklar, bürokratik çalışma şekli sıralanabilir. Alman uzmanlara göre erişimin önündeki engeller, etnosentrik yanlış anlamalar ve önyargılı basmakalıp kültürel çıkarımlar, yabancılik ve güvensizlik korkusu, kültürlerarası iletişim becerilerinin eksikliği, farklı olmayanlara eşit muamele, bunalmış ve yetkinlik kaybı hissetmek, sorumlu hissetme yerleşik bilgi ve rutin eylemlerde ısrardır. Kültürlerarası açılım bu etkenleri dışlayarak amacına ulaşabilir. Kurumun personelini kültürlerarası açılıma uygun eğitim sürecine dahil etmesi, göç geçmişi olan profesyonellerin işe alınması ve organizasyon boyutunda kalite standartlarının geliştirilmesi kültürlerarası açılımın yaklaşımının uygulama alanıdır. Bu süreçte tüm toplum bütün olarak duyarlı hale gelmelidir. Çok kültürlü toplum hayatında eşitliğin ve çeşitliliğin tanınması örgüt ve hizmet kullanıcıları arasında asimetrik ilişkinin ortadan kaldırılması, tüm alanların kesişen görevi olarak kültürlerarası açılımı desteklenmesi önemlidir. Kültürlerarası açılım disiplinler arası kabul görmenin ötesinde uzmanlar ve politikalar için pratik eylem içeren uygun bir paradigma haline gelmiştir. Göç politikalarında entegrasyonu sağlayacak verimli bir zemin sağlamaktadır.

Göç politikaları oluşturulurken kültürlerarası açılım yaklaşımının yasal dayanağı noktasında ayrımcılıkla ilgili Avrupa yasaları belirleyicisi görülmüştür. 2003 yılında Özgür Refah Çalışma Grubu, Federal Hükümet ile Göç Mülteciler ve Entegrasyon Komiserliği birlikte ortak bildiri yayınlandı. “Her bireyin sosyal ve profesyonel yeterliliğinin oluşumu ve gelişimi geleceğe yapılan bir yatırımdır”⁹⁸ 2005 Aralık'ta Nice AB zirvesinde ilan edilen Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, kültürlerarası açılım yaklaşımında 21. maddesi ile referans noktasıdır. Madde yirmi bir *ayrımcılıkla mücadele özellikle cinsiyet ırk renk etnik veya sosyal*

⁹⁷ Hohm, 2004: 233.

⁹⁸ Fischer, 2005: 17.

*köken genetik özellikler dil, din veya inanç, siyasi, doğumsal, sakatlık, yaş veya cinsel yönelimlerden ötürü ulusal azınlığın üyelerine ayrımcılık yapmak*⁹⁹.

13 Aralık 2004 tarih 2004/113 EC “*mal ve hizmetlere erişim tedarikte kadın ve erkeklere eşit muamele*” 2000’den 2004’e kadar ki süreçte Avrupa’nın birçok tarafında ayrımcılığın yasaklanması, belirgin şekilde genişleme sürecine dahil edilmiştir.

İrk ve etnik kökene bakılmaksızın kişiler arasında eşit muamele ilkesini uygulayan 29 Haziran 2000 tarih ve 200/43/EC sayılı konsey direktifi¹⁰⁰, istihdam ve mesleki eşitlik uygulaması için genel bir çerçeve kuran 27.11.2000 ve 2000/78/EC ilişkin, Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Konseyinin 73/EC, 23.02.2002 tarihli 76/207/EEC 05.10.2002 tarihli L269 direktifiyle devletin tüm özel bireyleri eşit muamele şartı getirmesinin yanı sıra işgücü piyasasına mal ve hizmetlere erişimde ayrımcılığın olmamasına dikkat çekmektedir. Aralık 2010 yılında geçerli olmak üzere Berlin eyaleti Berlin Katılım ve Entegrasyon Düzenleme Yasası ile eğitim, sosyal yardımlar, sosyal güvenlik, sosyal hizmetler, sosyal koruma, işçi veya işveren derneğine üyelik katılımı, mesleki rehberliği erişim, istihdam, çalışma koşulları, seçim kriterleri, seçim koşulları, cinsel kimlik ile göçmen geçmişi olan kişiler ve yasalar çerçevesinde kültürlerarası açılım ilkesi ele alındı. Yasanın hedefleri yabancı insanlara sosyal yaşamın tüm alanlarında eşit katılım imkânı sağlamaktır. Berlin Anayasasının 4. maddesi “*kültürlerarası açılım eşit katılım*” başlığı ile altı paragrafta katılım ve kültürlerarası açılım konularında ilişkilendirilmiş kilit noktaları formüle eder. Bu kanun kapsamında

1) Tüm kurumların kendi sorumluluk alanları eşit katılım ve kültürlerarası açılımı sağlama görevi vardır.

2) Yasama ve düzenleme projeleri için bu kanunun amaç ve ilkelerinin dikkate alınıp alınmadığı hususunda da incelemeler yapılmaktadır.

3) Kültürlerarası yeterlilik kavramı, kültürel kurallardan etkilenen değerler normlar ve semboller bilgisine dayanan profesyonel sosyal bir yetkinlik biçimidir şeklinde tanımlanmıştır. Kültürlerarası yeterlilikte temel eğitim ve ileri eğitim aşamalarından tüm çalışanlar için ileri eğitim kursları ve yeterlilik önlemlerinin sağlanması hedeflenilmiştir. Memurların işe alınma kriterlerinde uygunluk yetenek ve profesyonel performans değerlendirilirken kültürlerarası yeterlilik dikkate alınmalıdır.

4) Berlin Senatosu göçmen işçilerin nüfus içindeki oranlarına göre çalışma alanında sayılarını artırmayı amaçlamaktadır. Özellikle iş alanlarında işe alımlarda yabancılardan gelen başvuruların açıkça teşvik edildiği belirtilmelidir.

⁹⁹ https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf (erişim tarihi: 03.02.2020).

¹⁰⁰ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32000L0043> (erişim tarihi: 03.02.2020).

5) Senato göçmen işçilerinin oranını ve kültürlerarası açılım tedbirlerini arttırmayı hedeflemelidir.

6) Tüm kurumların içinde göçmen temsilcilerinin katılımı aranmalıdır. Berlin Senatosu'nda alınan bu kararlar ile burada geliştirilen gelişim çizgileri ve söylemsel dizelerin düzenlenmesi olarak okunabilir. Bu düzenleyici çerçeveye sosyal yaşamın tüm alanlarında kapsamlı ve sürdürülebilir kültürlerarası açılım için temel parametreler ve süreçler yasal olarak belirlenir. Böylece hedeflenen ve savunulan işe alım yeterlilik gibi tüm kriterlerin hizmetten organizasyona kadar değerlendirilmesi sağlanır. Berlin Senatosu örneğindeki kültürlerarası açılım kapsamını içeren duyarlılık, yakın gelecekte diğer federal devletlerde de katılım ve entegrasyon konularına benzer şekilde yasal düzenlemelerle kaçınılmazdır.

Avrupa'da hizmetlere erişimde fırsat eşitliği birçok alanda kendini göstererek uygulama alanları bulmuştur. Kavram etkisi öylesine büyümüştür ki çocuk, yaşlı bakımı, eğitim, kültürel, medya yayınları, sağlık hizmetleri, danışmanlıklar, polis ve itfaiye hizmetlerine kadar etki alanlarına sirayet etmiştir. Teorik paylaşımlar pratik uygulamalara göre daha eskiye dayanmaktadır. Birçok alanda süreç 20 yıllık deneyime sahiptir ancak bu durum Avrupa için pratik uygulamanın başlangıcı olduğu ve bu tür uygulamalara devam edileceğini düşündürmektedir.

Çok kültürlü toplum yaklaşımının geçtiği aşamalara değinilerek çalışmanın üçüncü bölümüne konu olan saha çalışmasının farklı kültürlere mensup bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri çok kültürlü toplum yaklaşımıyla ilişkilendirilerek kültürel farklılıklara duyarlı bir kamu hizmet sunumu savunulmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde Türkiye genelinde uluslararası göç hareketlerine değinilerek konunun bütünlüğüne katkı sağlanması amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KÜLTÜRLERARASI AÇILIMI

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı

Dünya üzerinde 200 milyon insan göç hareketlerini gerçekleştirmektedir bu sayının küresel olaylar sonucunda 2050 yılında bir milyar olması beklenilmektedir. Göç eden bireylerin sağlığı birçok ülkede çözüm bekleyen konular arasındadır. Düşük sosyo ekonomik durum, belirsiz yasal statü ve sorunlu göç deneyimleri yüzünden daha savunmasız olan yabancılar resmi ve gayri resmi engeller sebebiyle sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerle karşılaşabilmektedir. Oysaki sağlık hakkının temel ve evrensel bir insan hakkı olarak gelişimi sosyal devlet anlayışı ile paralellik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında kabul ettiği anayasasına¹⁰¹ göre evrensel asgari sağlık standardını, bir sosyal hak ve sağlık hizmetlerini de kamusal bir hizmet olarak kabul etmektedir. Bu kapsam ayrımcılık yapılmadan ırk, yaş, din, etnik köken politik inanç gözetilmeden bütün insanların ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanabilmesidir. Sağlık hakkının hem uluslararası hem de ulusal düzenlemelerde en sık vurgulanan öznesi “Herkes” her kişi tüm bireylerdir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde de her şahıs ifadesidir. BM ve ESKHS’da herkes olarak tüm bireyler kastedilmektedir. Sağlık hakkı ile bağlantılı olan hem uluslararası anlaşmalarda hem de anayasal düzeyde kabulünü sağlayan anlaşmalarda bilgilendirme, mahremiyet, bilimsel ilerlemeler, eğitim, gıda ve beslenme, yaşam standardı, sosyal ve güvenlik hakları gibi alanlarda yer verilmiştir. Bu haklar Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü’nde yer alan 1978 Alma Ata Bildirgesi’nde ve 1998 Dünya Sağlık Bildirgesi’nde yer alan uluslararası ve bölgesel insan hakları belgesinde de onanmıştır¹⁰². Sağlık hakkının değerlendirilmesine yönelik ortaya konan kriterlerin varlık unsuru, hizmet verebilir nitelikte sağlık hizmeti sunan kuruluşların malzemeleriyle servisleriyle yeterli miktarda var olmalarıdır. Sağlık hizmetine erişebilirlik, sağlık kuruluşlarının yine malzemeleriyle servisleriyle ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması taraf devletlerin görevleri içindedir. Sağlık kuruluşlarının tıbbi bakıma yönelik malzemeleriyle servisleriyle tıbbi etiğe saygılı kültürel olarak uygun, cinsiyete ve yaşam döngüsü gereklerine duyarlı ve hizmet alanlarının mahremiyetlerine saygı duyularak tasarlanması sağlık hakkının gereğidir. Korumasız ve marjinal grupların açıkça ya da dolaylı olarak ayrımcılığa maruz kalması temel insan haklarının ihlal edilmesine yol açar. Sağlık

¹⁰¹ <http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa> (erişim tarihi: 19.05.2020).

¹⁰² International Conference On Primary Health Care

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Erişim tarihi 19.01.2022).

hizmetlerine erişimde ayrımcılık hedefleri yeterince belirlenmemiş sağlık programları sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlılığı şeklinde kendini gösterebilir. The Hosting Center Report¹⁰³,a göre sağlık bakımına erişimde ve sağlığın altında yatan belirleyicilerde ırk, din, dil renk, cins, politik ya da diğer görüşler ulusal ya da sosyal kökenler, mal varlığı, doğum, fiziksel ya da ruhsal engellilik, cinsel tercihler, medeni, siyasal, sosyal ya da diğer statüler temelinde sağlık hakkının eşit biçimde kullanılmasını engelleyen ya da böyle bir niyet taşıyan araç ve yetkilerde herhangi bir ayrımcılık yapılamayacağı belirtilmiştir. Sağlığın bir hak olması insan haklarının temeline dayanmaktadır. Sağlık politikalarının insan hakları açısından doğuracağı sonuçları araştırmak tartışmak politik ekonomik ve sosyal alanlarda dahil olmak üzere değerlendirmek bu sürecin bir parçasıdır. İnsan haklarının devletlere yüklediği sorumluluklar gibi sağlık hakkı da Krup'a göre devlete, saygı duyma, koruma ve yerine getirme gibi birtakım ödevler yüklemektedir¹⁰⁴. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1974 yılında yaptığı sağlık tanımlaması "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden bir iyilik hali" olarak belirlenmiştir. İyilik hali her birey tarafından kendi değer ve inanışlarına göre farklı tanımlanmakta, bireylerin iyilik derecelerini algılamaları aile, toplum ve içinde yaşadıkları sosyal konumdan etkilenebilmektedir. Hastalık ise organizmanın çeşitli nedenlerden dolayı ruhsal, bedensel ve sosyal dengesinin bozulması durumudur. Bu demek oluyor ki hastalık ve sağlık yalnız biyolojik bir süreç olarak kabul edilemez ve sağlığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır¹⁰⁵. Sağlık ve hastalık aynı zamanda sosyal ve kültürel olgulardır. Bir toplumda hastalık sayılan bir durum, diğer bir toplumda hastalık sayılmayabilir. Bir toplumdan başka bir topluma değişen hastalık ve sağlık algısı toplumda yaşayan bireylerin sağlık gereksinimleri, kültürel yapılarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hastalık ve sağlığın dinamik bir etkeni olarak kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesille aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanabilir. Kültürün bir parçası olarak düşünceler, iletişim, adet, gelenekler, inançlar insan davranışlarının bir bütünüdür. Bir yaşam biçimi olan kültür, sağlığı doğrudan olmayan yollarla olumlu ve olumsuz etkiler. Aile yapısı, roller, eğitim, iletişim türü, zamana uyma, sosyoekonomik düzey, cinsiyete dayalı roller, evlilik adetleri, çocuk yetiştirme, ölüm, nüfus politikaları, beden imgesi, beslenme, giyim, meslekler, din, dil, ideolojiler, yardım alma, cinsel davranışlar gibi sağlıkla ilişkilendirilebilecek kültürel faktörler kültür bütünü içinde toplumdan topluma değişmektedir¹⁰⁶. Bireyin kültürü, sağlık

¹⁰³ The Hosting Center Report <https://www.datapine.com/blog/healthcare-report-benefits-and-examples/> (erişim tarihi: 12.02.2022)

¹⁰⁴ Nyren_Krug, 2002:3.

¹⁰⁵ Bolsoy ve Ümran, 2006: 80.

¹⁰⁶ Bolsoy ve Ümran, 2006: 83.

inanç ve uygulamalarını, sağlığı algılamayı, sağlık davranışlarını, hastalığı kabullenmeyi, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, sağlık personeli ile iletişim kurmayı, sağlık profesyonellerinin rollerine ilişkin görüşleri, beklentileri, sağlık bakımında önerilenleri, tedaviye uyumu ve tedaviyi kabullenmeyi etkiler. Farklı kültürlerle mensup bireyleri barındıran toplumlarda kültürel farklılıkların etkileri sağlık hizmetlerine yansımaktadır. Sağlık hizmetlerin kültürlerarası açılımını tanımlarken önce kültürün tanımlanması gerekmektedir. Geniş anlam yelpazesinde kültürü tanımlamak çalışmanın içeriği ile bağlantısını işlemek anlamlı olacaktır. Sistematik bir teoriye dayalı bilim bilgisinin incelemesinde hali hazırda bulunan yayınlar arasında çok kültürlülük ve *kültürlerarası açılım* sürecine katkılarından ötürü “kültür” kavramı köşe taşıdır. Eliot’a göre "bir milletin bütün karakteristik etkinlik ve ilgi alanlarını kapsayan" bir olgu olarak ele alınmasıdır¹⁰⁷. Güvenç’ göre "bir toplumun ya da toplumların birikimli uygarlığı"¹⁰⁸ yorumlamasıyla kültürün kazanılan olgularla geçmişinin olmasından tarihinin olmasına, sürekliliğinin olmasından değişken ve dinamik yapısına, toplum içinde var olmasından toplumsal olmasına, uyumlaştırıcı olmasından bütünleştiriciliğine varan özelliklerinden söz edebiliriz. İnsanların yaşamlarını algı ve duysal dünyalarını, düşüncelerini, davranışlarını birtakım normlar değerler inançlar ile yönlendiren olguya kültür denir. Cliff Geertz¹⁰⁹,e göre kültür bir kolektifin üyeleri tarafından paylaşılan kişisel kimliktir. Prensip olarak tüm toplumlar çok kültürlüdür. Cinsiyetten yaşam alanlarına varan kentsel kültürden ve kırsal kültürden söz edilebilir. Göçün getirdiği etnik çoğulculuk çok kültürlü yaşamın bir gerçeğidir. Kültürlerarası farklılıklara ve kültürlerarası benzerliklere karşı kültürlerarası hoşgörü insanı bir görevdir. Sosyal eşitsizlikler, politik ve ekonomik dışlamalar dahilinde ev sahibi toplum tarafından oluşturulan kültürel hegemonya için gerekçelendirilen hiçbir sebep kabul edilemez. İnsanlara ırkçı yaklaşımla kökenlerine indirgenilen önyargılarla eylem kalıplarına girmek söz konusuysa insani olmaktan söz etmek mümkün değildir. Bir toplumun algılarını, duygusal dünyalarını düşünme şekillerini, davranış ve tutumlarını kısaca kültürel yaşantılarını reddetme ya da görmemezlikten gelme durumları mantık ile çelişir. Toplum hayatında eşitsizliklere yönelik çok kültürlülük etkili bir mücadele yöntemidir. Tarih boyunca tüm kültürlerde görülen kültürün dinamik bir yapısının olduğudur. Küreselleşen dünyada yaşamların hızlanan ritmi kültürel alanlara sirayet ederek etkilemiştir.

Sağlık hizmetlerin kültürlerarası açılımında hizmet alan veya sunanların kültürel farklılıkları, dil çeşitliliği, kullanılan iletişim yolları, bireylerin dahil oldukları kültür içerisinde sağlığı, hastalığı ve sağlık personelinin rollerini ve sorumluluklarını algılamaları

¹⁰⁷ Hebdige, 2004: 12.

¹⁰⁸ Güvenç, 1984: 5.

¹⁰⁹ Geertz, 1973: 45.

etkileyici unsurlardandır. Hastalar sağlık kuruluşlarına kendi kültürünün inançları, uygulamaları ile gelirler ve hastalık nedenleri, semptom ve tedavi ile ilgili beklentileri talepleri farklı olabilir. Dolayısıyla sağlık personelinin sunduğu sağlık hizmetinin, bireyler tarafından kabulü, hizmete katılımın sağlanması aynı zamanda Hizmet Kalitesi için toplumun kültürel özelliklerini bilerek ve tanıyarak hareket etmek gerekliliğidir. Kültürel özellikleri ve farklılıkları dışlayan bir sağlık hizmet modelinin, bireyler tarafından beğenilmesi, istenerek ve verimli şekilde uygulanması mümkün değildir¹¹⁰.

Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımını var eden bileşenlere değinmek yerinde olacaktır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılım Bileşenleri

Sosyo kültürel ve dilsel çeşitliliğin varlığı ile sağlık hizmetlerinde karşılaşılan kültürel farklılıklar, yabancılara yönelik sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması ve bu alandaki eksiklikler birçok araştırmaya konu olmuştur. Bulunduğu ülke dilini konuşamayan yabancı bir hasta sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olduğu halde bu hizmeti alırken anlaşılamayacağını düşündüğü için hizmeti almaktan vazgeçebilir ya da alması gereken hizmeti erteleyebilmektedir. Erken yardım aldığı takdirde hasta iyileşebilecekken, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile yaşamaktan korktuğu iletişim engelinden ötürü hastanın tedavisi, sıkıntılı zor bir sürece evrilebilir. Benzer durumlar yabancı hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerine engel teşkil etmektedir. Dilsel ve kültürel çeşitliliğin karmaşıklığı yanlış uygulama iddialarını da beraberinde getirebilmektedir. Amerika Tabipler Birliği Dergisi'nce yapılan bir araştırma da kültürel yeterliliğe yönelik sağlık bakım hizmetlerinde tercüman kullanılmasının hastaların söyleneni daha iyi anladığı için hastaların sürece hâkim olduğu ve hekimin hasta ile kurduğu iyi iletişim sonucu yanlış uygulama iddia olasılıklarının azalacağı belirtilmiştir. Çeşitliliğin ortaya çıkardığı potansiyel, sağlık ve sağlık hizmetine ilişkin ihtiyaç, inanç ve uygulamadaki farklılıkları dikkate alan sağlık sistem modellerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu modellerden en yaygını dünyada kabul görmüş ölçüm ve geliştirme metotlarından biri olan kültürel bakımdır. Bu yöntem, yabancılara yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya ve iyileştirmeye yönelik uygulamaları kapsar.

Farklı kültürlerle duyarlı kültürlerarası yetkin sağlık hizmeti sağlamada kültürel inanç, tutum ve davranışların etkisi literatürde genel olarak iki açıdan ele alınmaktadır. Birincisi hastaların kültürel farklılıklarının sağlık hizmet sunumundaki rolü diğeri ise kültürel çeşitliliğe sahip personelin iş gücü alanındaki rolüdür. İki farklı literatür olmasına rağmen

¹¹⁰ Öztürk ve Öztaş, 2012: 298.

genel olarak her iki alanda da önerilen hem kültürel yeterlilik hem de uyumlu iş gücü oluşturmada yöneticilerin sürece katılımlarının çok önemli olmasıdır¹¹¹. Dil ve iletişim sorunları hasta memnuniyetsizliğine ve söylenenin tam olarak anlaşılmaması daha düşük bakım kalitesine yol açmaktadır. Lee ve arkadaşlarının İspanyol tercüman kullanılarak hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik kent kliniğinde yaptıkları araştırmada çeşitli tercümanlık yöntemleri karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastalar içinden, profesyonel tercüman kullanıcıları ile çift dilli sağlık hizmet sunucu kullanıcılarının, hizmet memnuniyet oranlarının birbirine eşit olduğu görülmüştür. Ancak aile üyelerini, sekreter ya da yardımcı sağlık elemanları gibi profesyonel tercüman olmayan kişileri kullanan hastaların sağlık hizmet memnuniyet oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir¹¹².

Sağlık hizmetlerinin, çağdaş tıp anlayışına uygun olduğu ölçüde kültürlere de uygun olması gereklidir. Nitelikli sağlık hizmeti, kültürel farklılıkların dikkate alınarak, sağlık hizmetinin kültürlerarası durumlara göre etkili şekilde sunumunu gerektirir. Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti, saygı, farkındalık, dünya görüşünde farklılıkları kabullenme, hoşgörü, insanlar hakkında varsayımda bulunmamayı esas alır. Bu kapsamda kültürel anlamda yeterli bir sağlık hizmeti sunumu için, sağlık personeli, farklı kültürden bireylerin kültür yapılarını, değerlerini, tutum ve davranışlarını, sözel ifadelerini, beden dilini anlayarak ve bunları göz önünde bulundurarak uygun ve doğru bir hizmet vermelidir. Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti, sağlık personeli ve hasta arasında etkili iletişimin kurulmasını, kültürel dil ve engellerin aşılması ve ulaşılabilir ve karşılanabilir bir sağlık hizmeti sunulmasıdır¹¹³. Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımın oldukça önemli olan unsurlarından biri kültürel yeterliliktir ancak kültürel yeterliliği tek başına ele almak yeterli olmamaktadır bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılım bileşenleri olarak kültürel yeterlilik, sağlık hizmetlerine erişim, örgütsel yapılanma en önemli noktalarından olduğunu belirtmekte fayda vardır.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel Yeterlilik

Farklı kültürlere ait bireylerin kültürel etkileşimleri sağlığa yansımaktadır. Sağlık ve kültür yakından ilişkilidir. Sağlık hizmeti alan ve bu hizmeti yerine getirenler arasındaki kültürel farklılıklar, dil çeşitliliği, hastalığı algılama şekli, tedavi seçenekleri, aradaki sözsüz-sözlü iletişim yolları, sağlık hizmetlerinde teşhis, tedavi ve bakım sürecini etkilemektedir.

¹¹¹ Aries, 2004: 174.

¹¹² Lee vd., 2002:643.

¹¹³ Tortumluoğlu vd., 2004: 50.

Modern düşünce savunucularının karşı karşıya kaldığı belki de en büyük gerilim sebebi bir yandan eşitlik kavramının ele aldığı evrensel değerler diğer yandan çok kültürlü insan çeşitliliği gerçeğidir. Bu kültürel çeşitliliğin beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun cevap arayışı mevcut olan ya da olabilecek çatışmaları ortadan kaldırmak için çoğunluk üyeleri ile azınlık üyelerinin kültürleri arasında arabuluculuk yapmak, bizi kültürel yeterlilik kavramına götürür. 1970 ve 1980 yılları homojen ve kabul kültürün hakim olduğu anlayışın ayrımına doğru yol almaktayken Hinz-Rommel¹¹⁴ kültürlerarası açılım önerilerinde kültürü statik kabul eden anlayışın aksine dinamik bir süreci ortaya koydular. Sosyal eylemlerde ortaya çıkan ilgi ve ihtiyaçlar doğrultusunda eşitlikçi bütün kültürleri aynı seviyeye getiren, elitist yaklaşımın aksine kültürün her kademesine dönmeyi savundular¹¹⁵. Ulus, etnik, köken, din gibi olgulara bağlanan, bireyleri milli veya etnik kökenlerin taşıyıcılarına indirgeyen geniş bir açıyla kültür kavramı kullanılmaya başlandı. Filtzinger bu ölçekte kültür kavramının isteğe bağlı olarak algılanacağını ve ölçeklendirilebileceğini¹¹⁶ ortaya koydu. Kültürün durumsal algı olarak işaret edilmesi, günümüz toplumunda ortaya çıkan şu anki göçmen toplumunun istihdamdan barınma ihtiyacına, siyasi katılımdan kurumsal ve kişisel ayrımcılıklara kadar uzanan sorunların arka koltukta oturması gerçeği ile yüzleşmesine sebep olmuştur. Hinz –Rommel kültürü günlük hayatı gelenekler ve sosyal olgulara göre yönetme fonksiyonunu bir nevi oryantasyon sistemi olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla duyarlı ve dinamik bir süreci kapsayan kültür tanımıyla karşı karşıya kaldığımız söylenebilir.

Kültürel açıdan farklılık gösteren toplum gruplarını dışlamayan, duyarlı yaklaşımla sağlık politikaları eşitsizlik ve ayrımcılıkların önlenmesine odaklanmaktadır. Amsterdam dekorasyonuna göre sağlık hizmetlerinde kültürlerarası yeterlilik, kültürlerarası iletişim alanındaki yeterliliklerden oluşmaktadır. Etno kültürel çeşitlilik sağlık ve hastalığın farklı kültürel kavramlarıyla yaşamın bireysel dünyalarını belirli bir durumda kavrama ve anlama yeteneğidir. Farklı kültürden olan bireylere karşı saygılı, önyargısız tutum benimsenir. Böyle bir eğitim psiko-sosyal yeterliliği de kapsayacaktır. İletişimsel yetenekleri güçlendirecektir.

Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti, etkin, güvenilir, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumuna imkân sağlar. Sağlık hizmetlerinin kültürel anlamda yeterli sunumu ile hastalardan doğru veri toplanacak, hastaların gereksinim ve talepleri daha iyi karşılanacak, hastaların tedaviye uyumu artacak, hasta doyum ve memnuniyet oranı yükselecek, sağlık hizmeti sunanların mesleki hataları azalacak, sağlık kurumunun kullanma hızı artacak, sağlık

¹¹⁴ Hinz ve Rommel, 1994: 37.

¹¹⁵ Hinz-Rommel, 1994: 40.

¹¹⁶ Filsinger, 2002: 14.

maliyetleri azalacak, sağlık hizmetlerinden faydalanmada ırksal veya etnik her türlü eşitsizlikler azalacak ya da ortadan kalkacaktır¹¹⁷.

Buna karşılık sağlık personelinin hizmet sunduğu bireyleri, “yabancılar, göçmenler, köylüler” şeklinde bir kültürün diğerinden üstün olduğunu kabul eden etnosentrik görüşle sınıflandırması, “bizler, onlar” gibi gruplandırarak kültürel farklılığa karşı savunma içerisinde olması, doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Kendi kültürünün evrensel olduğuna inanarak diğer kültürlerin küçümsenmesi, kültüre özgü farklılıkları tanımayarak ve her kültürü benzer görerek kültürel körlük içerisinde olunması, ayrımcılık ve ırkçılık yapılması sağlık hizmetinin kültürel anlamda yeterli sunumuna engel teşkil edecektir. Sağlık personelinin belli bir kültür grubuna peşin hüküm ve ön yargı içerisinde olunması değer çatışmaları yaratarak, ayrımcılığı geliştirebilir ve sağlık personeli olumsuz davranışlara götürebilir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kültürel anlamda yeterli sunulmaması toplumun sağlık bakımından ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmamasına, yanlış tanı ve uygulamalar sonucu mesleki hataların artmasına, aşırı kaynak kullanımı nedeniyle sağlık maliyetlerinin yükselmesine, toplum içerisinde eşitsizliklerin oluşmasına, ırkçılığın ve ayrımcılığın artmasına sebep olacaktır¹¹⁸.

Araştırmalar sağlık hizmetlerinde kültürel yeterliliğin en önemli konusunun dil engeli olduğunu göstermektedir. Dil engeli sağlık hizmetlerine erişimde hastanın memnuniyet durum algısı üzerinde olumsuz bir etki taşımaktadır. Dil bariyerini aşmak için en önemli model olarak tercümanlık hizmet modeli gösterilmektedir. Birçok araştırma göstermiştir ki bulunduğu ülke dilini konuşamayan göçmen hastalarla iyi derecede İngilizce bilen aynı etnik kökene sahip hastalar arasında dahi memnuniyet oranı yerel ülke vatandaşlarının memnuniyet oranına göre düşüktür. Bu duruma altında yatan önemli sebep ise kültürün sağlık hizmetlerindeki önemini ortaya koyar. Cross ve arkadaşlarına göre kültür düşünce, iletişim, eylem, gelenek, inanç gibi değerlerle ırksal etnik dini tüm sosyal grupları kapsamaktadır ve bu durum sağlık bakımı ve sağlık hizmetleri ile yakından ilgilidir. Kültür faktörünün göz ardı edilmesi ile göçmen hastalar arasında yaygın olarak görülen bir hastalığın tarama yapılmadığı için atlanması, kalıtsal olarak diğer milletlerden farklı olarak ilaca yanıt verme durumlarını dikkate almamak, zararlı ilaç etkileşimlerine yol açan geleneksel olarak kullanılan bitkisel yöntemler hakkında bilgi eksikliği, iletişimden kaynaklı teşhis hataları gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir. Cross ve arkadaşları kültürel yetkinliği bir kurumda ya da organizasyonda kültürlerarası durumlarda birbiriyle uyumlu davranış, tutum ve politikaların çalışan profesyonellerce uygulanması olarak tanımlamışlardır yine dilsel yeterliliği de kültürel

¹¹⁷ Brach ve Fraser, 2000: 189.

¹¹⁸ Seviğ vd., 2012: 99.

yeterlilik kavramı içinde yer almaktadır¹¹⁹. Denboba ve arkadaşlarına göre kültürel yeterlilik çeşitliliğe uygun politikaların kurumsallaştırılarak sürekliliğinin taahhüt eden bir düzenlemedir¹²⁰. Kültürel yetkinlik bir nevi sosyal adalet meselesidir. Toplum olarak bilinçli bir şekilde aydınlatılmış onam formlarını anlayabilmek, sağlık hizmet sunucularının seçimleri hakkaniyete verdiğimiz yüksek değer ve eşitlik olgusu gibi tüm sonuçlardan bağımsız kültürel yeterliliğin bir hak olduğu söylenebilir.

Aries tarafından yapılan ve beş gönüllü hastaneyi kapsayan bir çalışmada farklılıkların, hasta, kurum çalışanları ve yöneticiler tarafından algılanma durumuna yönelik üç önemli bulguya rastlanılmıştır. Birincisi kültürel yeterliliğin kaliteli sağlık hizmeti için kritik bir nokta olduğu, ikincisi dil bariyerinin hastalar ve personel için sorun olmaya devam ettiği üçüncüsü ise yönetim tarafından yapılan karşılaştırmalarda çeşitliliğin hasta ve personel tanımlamalarında oldukça problem teşkil ettiği görülmüştür¹²¹. Farklı kültürel geçmişlere sahip hasta ihtiyaçlarının sağlık hizmet sunucuları tarafından doğru şekilde ele alınmasının önemi her geçen gün artmaktadır. Bu alandaki çalışmalar hasta çeşitliliğinde inanç, insanların sağlık sorunlarını tanımlama biçimleri, tıbbi süreçlere uyumlama şeklini içermektedir. Dil engellerinin kaldırılması kültürel yeterliliğin etkin şekilde hizmet sürecine katılımı sağlık hizmetlerini daha nitelikli hale getirecektir. Farklılıkların ihtiyaçlarına cevap vermek kurumu kültürel olarak yetkin hale getirir. Her hasta için kaliteli bakıma erişimi artırmanın bir aracı olarak kültürel yeterlilik öngörülmektedir. İşgücünde çeşitliliği maksimum seviyeye çıkarmak önemlidir. Yabancılar yönelik sağlık hizmetleri yöneticiliğinin gelişimi ve bu alanda programların güçlendirilmesi için akademi camiasında kamu ve özel sektör alanlarında yabancılar etkili pozisyonlarda yer vermek sağlık hizmet işgücünde yabancıların işe alınmasının teşvik edilmesi, göçmen topluluk temsilcilerinin kalite geliştirme ve sağlık kuruluşlarının planlamalarına dahil edilmesi bu alana katkı sağlayacaktır¹²². Sağlık sisteminde kültürel yeterliliğe ulaşmak göçmen topluluklara ait hasta geri bildirimi mekanizmaları oluşturmak için ırksal etnik ve kültürel olarak sağlık alanında hastalığı tanılandırma tercihlerine uygun veri toplama kalite ölçütleri geliştirme eğitim materyalleri oluşturma sistematik olarak kültürel yeterliliğe ulaştıracaktır. Organizasyonel gelişim sürecinde kurumlar için kültürlerarası eğitim, sağlık hizmet çalışanlarının mesleki gelişimleri için zorunlu bir bileşen olarak görülmelidir. Kültürel ve dilsel olarak yabancıların ihtiyaçlarını yansıtan hasta anketi uygulamaları kalite geliştirme sürecini destekleyen bir uygulamadır.

¹¹⁹ Brach, ve Fraser, 2000: 185.

¹²⁰ Denboba, vd, 1998: 49.

¹²¹ Aries, 2004:176.

¹²² Betancourt vd. 2002: 18.

Yabancıların sağlık hizmetini nasıl alacaklarına dair eğitici programlar onların aktif birer katılımcı olmalarını kolaylaştıracaktır. Kültürlerarası eğitim programları, ırk ve etnik eşitsizlikleri kapsayan eğitim müfredatları ile sağlık hizmet çalışanlarının mesleki gelişimlerine katkı sağlamaktadır. Kültürlerarası eğitim programlarda sosyo kültürel faktörlerin ve sağlık alanındaki inançların davranışlar üzerindeki etkileri tanımlamak, farklı sağlık inançlarıyla ilgili davranışları değerlendirmek için araçlar geliştirmek, kültürlerarası değerlendirmelerde insan kaynaklarında iletişim becerileri ve müzakere yeteneği geliştirmek, kalite sisteminde çok kültürlü yapılara yönelik hasta anketlerini kültürel ve dilsel ihtiyaçlara uygun düzenlenmek süreci yönetme Hizmet Kalitesini artıracaktır.

Kültürel yeterlilik gruplar arasındaki farklar ve benzerlikler için saygı hoşgörü memnuniyet sağlama gibi birtakım davranış tutum ve politikalar belirlenmesidir. Kültürel duyarlılık ise hastaların beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olarak sağlık hizmet sunumunun belirlenmesidir. Kültürel duyarlılık çok kültürlü yaklaşımlar içinde yer alan kişinin kendi kültürünün diğer kültürlerle oluşturduğu potansiyel etkisinin analiz edilmesidir¹²³.

Kültür faktörünün göz ardı edilmesi ile göçmen hastalar arasında yaygın olarak görülen bir hastalığın tarama yapılmadığı için atlanılması, kalıtsal olarak diğer milletlerden farklı olarak ilaca yanıt verme durumlarını dikkate almamak, zararlı ilaç etkileşimlerine yol açan geleneksel olarak kullanılan bitkisel yöntemler hakkında bilgi eksikliği, iletişimden kaynaklanan teşhis hataları gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir. Cross ve arkadaşları kültürel yetkinliği bir kurumda ya da organizasyonda kültürlerarası durumlarda birbiriyle uyumlu davranış, tutum ve politikaların çalışan profesyonellerce uygulanması olarak tanımlayarak dilsel yeterliliği de kültürel yeterlilik kavramı içinde tanımlamışlardır¹²⁴. Kültürel yeterlilik düşüncesi herkese uyan tek beden sağlık hizmeti fikrinin göçmen çeşitliliğinin ihtiyaçlarına cevap vermediği gerçeği ile yüzleşen bir düşüncedir. Kültürel yeterlilik kültürel duyarlılığın ötesinde bir kavramdır. Sadece kültürel bilgiye sahip olmayı ve farklı kültürel bakış açılarına saygı duymayı içermez. Bu bilgi ve bakış açısının kültürlerarası durumlarda etkin bir şekilde kullanabilme yetisini de içerir. Kültürel yetkinlik bir nevi sosyal adalet meselesidir. İnanç ve davranışlar insanların sağlık ve esenlikle ilgili bireysel değerlerini oluştururken ırk, etnik köken, milliyet, dil, cinsiyet, sosyo ekonomik durum, fiziksel ve zihinsel yetenek cinsel yönelim, meslek gibi faktörlerle şekillenir. Sağlık hizmetlerinde kültürel yeterlilik ise hizmet sunucuları tarafından bu faktörlerin anlaşılması ve sağlık hizmet sistemine yani organizasyon yapısına entegre edilmesidir¹²⁵. Kültürel açıdan yetkin sağlık

¹²³ Oelke vd., 2013: 368.

¹²⁴ Brach ve Fraser, 2000: 186.

¹²⁵ Brach, ve Fraser, 2000: 189.

hizmetlerinin amacı ırk etnik köken kültürel geçmiş sağlık okuryazarlığı gibi alanların olumsuz etkilerinden bağımsız olarak her hastaya en yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlamayı kapsamaktadır. Hasta ve sağlık çalışanları arasındaki etkileşimi en üst seviyeye çıkarmak, organizasyonel yapıyı geliştirmek ve değişimi başlatmak için birtakım stratejiler mevcuttur:

- 1) Tercümanlık hizmeti sunmak
- 2) Göçmen personeli işe almak
- 3) Kültürel farkındalık, bilgi ve becerileri artırmak için eğitim programları hazırlamak
- 4) Kültürel tedavi uygulamaları yapan geleneksel şifacılarla koordinasyon içinde olmak
- 5) Toplum sağlığı çalışanlarıyla iş birliği içinde olmak
- 6) Kültüre özgü tutum davranış ve değerleri sağlığı geliştirme araçlarına dahil etmek
- 7) Aile ve topluluk üyelerini sağlık hizmetlerinde karar alma süreçlerine dahil etmek
- 8) Kırsal coğrafi bölgelerde göçmen nüfusun kolayca ulaşabileceği klinikler bulundurmak
- 9) Randevu alma merkezinden, danışma hatlarına, tıbbi faturalandırmadan diğer yazılı materyallere kadar klinik karşılamının ötesine uzanan dilsel yeterlilik sağlamak.

Her kültür hakkında her şeyi bilmek neredeyse imkansızdır gerçeklere odaklanan eğitim yaklaşımları ise sınırlıdır. Merak, empati, saygı ve alçakgönüllülük, klinik ilişkiye yardımcı olma, hastanın bireysel inançları, hastanın tercihleri hakkında faydalı bilgiler verme gibi bazı temel tutumlar evrensel beceri sağlayan yaklaşımlardır. Tedavi süresince sorgulama, düşünme ve analize odaklanan bir yaklaşım ile kültürün bireyin sağlık inançlarını ve uygulamalarını etkileyen birçok faktörden sadece biri olduğunu kabul etmek yarar sağlayacaktır. Amerikan Araştırma Enstitüleri kültürel açıdan yetkin uygulamalara yönelik yönergeler geliştirerek şu tutumların geliştirilmesine dikkat çekmişlerdir; Sosyo kültürel faktörlerin hastalar, klinisyenler ve klinik ilişkiler üzerindeki etkilerinin farkında olma, hastalığın kültürel yönlerini anlamak için hekimin sorumluluk bilincini kabul etmesi, klinik ortam ayarlamalarının hastalar için daha ulaşılabilir hale getirmek için istekli olma, farklı kültürlere sahip insanlara karşı kişisel önyargıları tanıma, kültürel farklılıklara saygı ve hoşgörü gösterme, ırkçılık sınıf ayrımcılığı, cinsiyet ayrımcılığı, homofobi, gibi sağlık hizmet sunum ortamlarında meydana gelen diğer önyargılarla ve ayrımcılıklarla mücadele sorumluluğunu kabul etme durumlarıdır.

Toplumun çok kültürlü yapıya evrilmesi kültürel yeterlilikte sağlık hizmet sunucularına ihtiyacı artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımı yabancılara ve göçe özgü dilsel ve kültürel çeşitliliğe duyarlı daha yetkin sağlık hizmeti sunumudur. Kültürel

çeşitliliğe yönelik sağlık hizmet sunumunun nasıl gerçekleştirileceği sorusuna kültürel yeterlilik modeli cevap niteliğindedir.

Toplumsal alanda göç geçmişine dayalı kültürel yetkinliğin belirlenerek parçaların birleştirilmesi toplum bütünlüğü için önemlidir. Kültürel anlamda yeterlilik, hastaların kültürel özelliklerine uygun hizmet ve bakımı sağlamak için, sağlık personelinin sahip olması gereken bilgi, beceri, kişisel ve genel tutum uygulamasıdır¹²⁶. Kültürel anlamda yeterli sağlık personeli, kültürel engellerini tanır ve uygun girişimleri seçer, kültürlerarası değer ve inanç farklılıklarını tanır, kabullenir, önemser, kültürel anlamda farklı bireylere duyarlıdır ve bu bireylere empatik yaklaşır, kültürel farklılıklara değer verir, değerlendirmelerinde dürüsttür, hasta ile iş birliği yapar, destekleyicidir, etkili iletişimde bulunur. Kendi kültürünün ve başkalarının kültürünün farkındadır, kültürel bilgisi vardır, kültürel becerisi vardır, kültürel bakımı savunur, hoşgörülüdür, açık ve esnektir¹²⁷.

Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti almak hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Farklı kültürlerle ait bireylerin sağlık hizmetlerine eksiksiz erişilebilirliği devletin asli görevidir. Hem kamu hem özel hem de sivil toplum kuruluşları açısından holistik bir bakış açısını barındıran konudur. Özel sektörün sağlık hizmetlerini kar, kazanç, yarışma, rekabet ve büyüme dinamikleri ile sunması toplumun geleceği açısından büyük sakıncalar oluşturabilir¹²⁸. Sağlık alanında sunulan kamu hizmeti doğrudan kamu yararı olduğundan sürekli, düzenli, genele yönelik ve eşitlik ilkesine göre yapılmalıdır¹²⁹. Temel hak ve özgürlükler doğrultusunda hem uluslararası anlaşmalar ışığında hem de anayasal güvencenin altında bu hizmetin verilmesi ve desteklemesi devletin görevleri içerisinde saymak mümkündür¹³⁰.

Kültürel yeterlilik kurumun temel değeri olmalı kurumun misyonunda, politikalarında kültürel yeterlilik yer almalıdır. Kültürel yeterlilik karar alma süreçlerine ve tüm hizmet alanlarına dahil edilmelidir. Kültürel yeterliliğin uygulanması ve kurum içinde takibine yönelik özel birimler oluşturulmalıdır¹³¹.

Sağlık kurum çalışanlarının görev tanımlarında ve performans ölçümlerinde kültürel yeterliliğe yönelik beceriler belirtilmelidir. Sağlık personeline, kültürel yeterlilik becerilerini geliştirmeleri için hizmet içi eğitim verilmeli, kültürel farkındalık ve duyarlılıkları cesaretlendirilmelidir. Sağlık personelinin yetiştirildiği eğitim programlarında kültürle ilgili

¹²⁶ İz ve Temel, 2009: 52.

¹²⁷ Tortumluoğlu vd., 2004: 6.

¹²⁸ Parlak, 2005: 203.

¹²⁹ Özgür, 2003: 193.

¹³⁰ Öztekin, 2005: 225.

¹³¹ Temel, 2011: 65.

konular ele alınmalı, kültürel farkındalık ve yeterlilik geliştirilmeli, değişim programları farklı kültürlerin tanınmasına fırsat sağlanmalıdır¹³².

Sağlık kurumlarında sunulan klinik hizmetlerde kültürel engeller tespit edilerek, kültürel yeterlilik konusunda kurum içi standartlar oluşturularak uygulanmalıdır. İletişimde dil engelini ortadan kaldırmak için sürekli tercüman bulundurulmalıdır. Sağlık kurumlarında farklı dili konuşan hastalar için ihtiyaçlarına ve eğitim düzeylerine uygun farklı dillerde hazırlanmış sağlık eğitim malzemeleri, broşürler, onam formları, işlem öncesi yönergeler hazırlanarak kullanılmalıdır. Hastaların karşılanma ve selamlanma biçimi, mesajlar, randevu notları, resimler, posterler, yazılı malzemeler hizmet alanların kültürüne uygun olmalıdır. Yiyecekler hastanın kültürüne uygun olarak hazırlanmalıdır¹³³. Dil iletişim engeli dışında hakkında özel bilgi olmayan tanımlanamayan kültürel özellikler ile karşı karşıya kalına bilinmektedir. Sağlık anlayışı dolayısıyla bedenin algılanması ve hastalığa karşı tutum kültürlerarasında büyük farklılıklar göstermektedir. Sağlık sisteminde tedavi gören kişiye tanı koyarken kültürlerarası yeterlilik önemli bir konudur. Sağlık personeli ve hastalar arasında gelecekte doğru teşhisi engelleyebilecek kalıcı ırkçı klişe ifadeler oluşturma tehlikesi vardır. Kültürlerarası sağlık hizmeti uygulama ve algılama şekillerinde kültürle göre farklılıklar görülmektedir. Örneğin ağrı ve acı algısı Kuzey Avrupalılar ve Asyalılar arasında farklıdır. Kuzey Avrupalılar ağrıyı acıdan daha hafif algılanmaktadır. Dolayısıyla tıp kültüründe genel olarak tek biçimli bir Avrupa kimliği olmadığı gibi hastalığın bir yönüyle başa çıkmada büyük farklılıklar olduğu gözlenmektedir.

Kimlik insanın kültürel bağlantısıyla kendini tanımlayan bir parçası olarak iletişimde kilit rol oynar. Kolektif topluluk olarak var oluşsal tehditlere karşı koruma biçimi geliştirir. Akut bir hastalık ya da acil durum karşısında acil durum personelinin içinde bulunduğu durumla tam ilişkilidir. Kimliğin inşası sadece bireysel değildir aynı zamanda dışlama veya sınırlamaya dayalı bir grup kimliği ortaya çıkarır bu durum Almanya'da göçmenler arasında biz kimliği olarak ifade edilebilmektedir¹³⁴. Bu tür bağlantıların kültürel olarak hassas algılanması acil durum kurtarıcıları için zorluktur. Gerekli yeterlilikleri edinmenin ilk adımı farklı kültürel etkinliklerin var olduğu temel varsayımı sağlanmalıdır. Kültürel farklılıkların sadece iletişimsel olarak üstesinden gelmekle kalmayıp farkına varma ile yani farklılıkların tanınmasıyla ilgili olduğu anlaşılmalıdır. Kültürlerarası yeterlilik zorla eşitlik davranışında ifade edilmez insanların ötekiliğine karşı yaşanmış bir hoşgörü şeklinde ifade edilir.

¹³² Temel, 2011: 65-66.

¹³³ Temel, 2011: 66-67.

¹³⁴ Smith, vd. 1999:449.

Göç geçmişi olan ve olmayan hastalar açısından kültürel özelliklere hazırlıklı olmak ve iletişimsel yaklaşım sağlamak için bireysel kimlik biçimlerine izin vermek önemlidir. Birtakım tabulara sahip kimlik topluluklarının davranış kalıpları, hastalık ölüm gibi kültürel farklılıklar karşısında acil durum personelinin kültürel olarak şartlandırılmış farklı beklentilere ve taleplere karşı bilgilendirilmeleri önemlidir.

Modern toplumlarda tabular bastırılmış belirli konuları tamamen yasaklayan davranışla çizerken kimlik topluluklarında sosyal değer istikrarını sağlayan görevi üstlenir. Yabancı kültürel etkileri olan bir çevreye karşı tabular önemli kimlik yaratır. Dolayısıyla dil ve davranışsal tabu olarak acil kurtarma ekibinde karmaşık ve hafife alınmayan bir faktör olarak pratikte karşılaşılmaktadır. Nedeni ise tabunun seviyelerinin tanımlanmasının kolay olmamasıdır. Sahada işlenen tabu suçlarının telafisi zordur. Hastalıkta tabunun olağanüstü bir örneği olarak kabul edildiğinde kurtarma hizmetleri personeli olası tabu kırılmalarını önlemek için sadece ilgili kültürel tabuları tanımaya yardımcı olur. Fakat asıl mesele kaçınmadan diğerinin farkında olmaktır. Bir müdahale sırasında tabu alanlarında fiziksel inceleme olmaksızın dokunmamak elbette ki mümkün olmayabilir, bir camiye acil müdahalede ayakkabıları çıkarıp mı yoksa çıkarmayarak mı girmeye çalışmak, bilinç bulanıklığı yaşayan kişiye müdahale etmeden önce bunları düşünmek etik olmayabilir. Ancak böyle bir durumda farklı bir kültürden ve çevreden gelen hastaya birinin belirli sınırların farkında olduğunu ve sadece acil durum nedeniyle aşıldığının sinyalini vermesi son derece yararlıdır. Bu tür empatik davranışların profesyonel olarak acil durum personellerince benimsendiği varsayılmaktadır. Kültürlerarası yetkin bir repertuar sadece diğer kültürlerin bilgisini değil aynı zamanda kendi kültürel geçmişini de yansıtır Kültüre duyarlı eylemle iletişime geçilmesi tüm katılımcılara fayda sağlayacak bir atmosfer yaratılabilir. Başarılı bir iletişimde ekip ve hastalar arasında pozitif ilişki kurulur ve tıbbi tedavi süreci önemli ölçüde kolaylaşır.

Son kertede sağlık hizmetlerinin kültürler arası açılım kapsamında oldukça önemli bir bileşen olan kültürel yeterlilikte sağlık hizmeti kültürel engelleri aşmaya yönelik önemli bir bileşendir. İkinci bileşen olarak sağlık hizmetlerine erişim konusuna değinmek çalışmanın bütünlüğüne anlam katacaktır.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin kullanımı olarak değerlendirilmiştir bu hizmetlere sağlık sistemleri içerisinde ulaşabiliyor olmak sağlık hizmetlerine erişimi tanımlamaktadır¹³⁵. Birey ve toplum sağlığını korumak iyileştirmek ve devamlılığını

¹³⁵ Wagstaff ve Doorslaer, 2000: 1830.

sağlamak sağlık hizmetlerinin temel amacıdır¹³⁶. Bu temel amacı gerçekleştirilebilmek için hizmetin nicelik ve niteliğinin yanında bu hizmetlere erişimde hakkaniyetle oldukça önemlidir¹³⁷. Toplumun gereksiniminin kolektif şekilde karşılanmamış olması bu gereksinimin hemen tükenmeyip süreklilik göstermesi ve bu gereksinimin karşılanmaması durumunda toplumun esenliğinin bozulacağı huzursuz olunacağı ve kamu düzeninin bozulacağı öngörüsü olmalıdır¹³⁸. Frey ve Stutze ülkede mutluluk ve kamu hizmetleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir¹³⁹. Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Bir hizmetin kamu hizmeti görülebilmesi için Gözüpek¹⁴⁰ e göre hizmetin kamuya yöneltilmiş olması ve kamuya yararlı olması ikinci olarak hizmetin kamu kuruluşlarınca veya ilgili kamu kuruluşlarının sıkı denetimi altında özel hukuk kişilerince yürütülmesi gerekmektedir. Kamu hizmetlerine yönelik süreklilik, eşitlik, değişkenlik, uygulanabilirlik ve meccanilik (bedelsizlik) başlıca tanımlayıcı ilkeler olarak öne çıkmaktadır. Duguit'de göre bir faaliyet toplum açısından yerine getirilmesi kaçınılmaz ve zorunlu nitelik halini kazanmış ise idare tarafından yapılması zorunluluğu doğar ve kamu hizmeti halinde yerine getirilir¹⁴¹. Kanun koyucunun iradesinden bağımsız olarak gereksinimin toplumsal etkenlerle kamu hizmeti mahiyetini aldığı durum toplumda bu gereksinimin önceden ortaya çıkmasıdır. Böylece kanun koyucuya kamu hizmetlerini belirleme hakkı verilmekle beraber kamu hizmeti olma niteliğinde toplum tarafından ihtiyaç duyulan faaliyetler süreklilik, eşitlik ve uygulama ilkelerine göre sürdürülmesi durumunda kamu hizmeti olarak tanımlanacaktır¹⁴². Böylece kamu hizmeti niteliğini “ülkedeki tarihi sosyal kültürel koşulların belirleyeceği”¹⁴³ kabul edilmektedir. Bu bağlamda insanlar sahip oldukları dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü gibi öğelere bakılmaksızın eşitlik ve adalet içerisinde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdırlar. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin düzeyi, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve korunmasında önemli bir yer tutarak, o ülkenin gelişmişlik düzeyinin de güçlü bir göstergesi olmaktadır¹⁴⁴.

Türkiye'nin 1949'da Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul ettiği uluslararası bir anlaşma olan BM'lerin İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile sağlık hizmetlerine erişim ilk kez bir insan hakkı olarak ele alınmıştır. Son yıllarda sağlık hizmetlerine erişim ve erişimde hakkaniyet konusu temel performans göstergeleri olarak sağlık hizmetlerini değerlendirme

¹³⁶ Kayral, 2014: 22.

¹³⁷ Marşap vd., 2010: 3.

¹³⁸ Özay, 1998: 14.

¹³⁹ Frey ve Stutzer, 2015:75.

¹⁴⁰ Gözübüyük, 2003: 28.

¹⁴¹ Onar, 1966: 27.

¹⁴² Gülan, 2000:107

¹⁴³ Gülan, 2000: 107.

¹⁴⁴ Yazgan, 2009: 31.

kapsamına girmiştir. OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) raporlarına göre halen dünya genelinde ihtiyaç duyulduğu halde sosyal, kültürel ya da ekonomik nedenlerden sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşayan birçok birey mevcuttur¹⁴⁵. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet¹⁴⁶ kavramı önemlidir. Hasta ayırımı yapılmaksızın ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişimin gerçekleşmesi adil bir sağlık sisteminin getirisi¹⁴⁷. Sosyal kültürel ya da ekonomik nedenlerden ötürü sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin göstergesi olacaktır. Birçok çalışmada sağlık hizmetlerine erişim engelleri hususunda bireylerin cinsiyetlerinin, eğitim düzeylerinin, etnik kökenlerinin, dini inançlarının ve içinde bulundukları kültürel özelliklerin olduğu görülmektedir¹⁴⁸. Sağlık hizmetlerine erişimde bireysel kültürel faktörlerin yanı sıra sağlık sisteminin ve sağlık kurumlarının yapısal durumları da etkilidir¹⁴⁹. Birey ve toplum sağlığını iyileştirmek korumak geliştirmek sağlık hizmetlerinin temel amacıdır¹⁵⁰.

Sağlık hizmetlerine erişim yaşanan teknolojik gelişmeler, hızla değişen tedavi şekilleri ve demografik değişiklikler gibi etkenlerle yapıyı dinamik kılmaktadır. WHO 2001 raporuna göre sağlık sistemleri sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır. Bu tanımdan anlaşılan eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve gıda sistemleri arasında operasyonel bir ayırım yoktur. İnsanlar sağlık hizmeti alırken bireysel saygınlıklarının korunarak tedavi edilecekleri beklentisine sahiptirler. İhtiyaçlarına yönelik kültürlerine uygun teşhis ve tedavi almak bu süreçte uzun beklemler yaşamamak temennileridir. Kişiler endişelerini azaltan, zamanlarına saygılı, mahremiyete özen gösterilen sağlıklarıyla ilgili kararlar alınırken sürece katılmak, seçeneklerini bilmek isterler. Apaydın'a göre sağlık hizmetlerinde önemli bir faktör hastaların hizmete katılmasıdır. Hastalara hizmet alımı sırasında ne yapmaları gerektiği iyi iletilirse rollerini daha iyi algılamalarına sebep olunur. Bu durum hizmet performansını artırarak hasta tatminini yükseltmektedir. WHO, hastaların daima pasif olarak bir hizmet sunucusu tarafından belirlenen doğrultuda hizmetleri almamaları gerektiğinin önemi üzerinde durmuştur. WHO, yayınlamış olduğu kriterlerde sağlık sistemlerinin üç önemli amacına vurgu yapmıştır. Birincisi hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek, ikincisi insanların beklentilerine cevap vermek, üçüncüsü hastalık ya da sağlığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır. Ottawa Sözleşmesinde belirlediği temel stratejiler arasında sağlığın desteklenmesi, insanların tam sağlık potansiyellerine

¹⁴⁵ OECD 2011:Ko, 2016.

¹⁴⁶ Neutens, 2015: 17.

¹⁴⁷ Smith vd., 2009: 48.

¹⁴⁸ Schiller ve Levin, 1988: 1369.

¹⁴⁹ MacKinney vd., 2014:185.

¹⁵⁰ Berlin, 2010: 23.

erişimlerinin sağlanması ve sağlık arayışında toplum içinde yer alan farklı çıkarlar arasında arabuluculuk bulunmaktadır. Herkes için sağlık dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir hayat sürmelerine imkân tanıyacak sağlık düzeyine erişimdir. Bu sağlık düzeyine ulaşma noktası sağlık Hizmet Kalitesinin değerlendirilmesini kaçınılmaz hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde ulusal düzenlemeler içinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile de ilgili hususlara şu şekilde değinilmiştir. Sağlık hizmetlerinin 1. basamak tedavi hizmeti köylere kadar yayarak herkesin yararlanabilmesi tüm sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğu hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin bir arada yürütülmesi kamu sektöründe sağlık hizmetleri bir elden yürütülmesi halk ile bütünleşerek hekimlerin tam süreyle çalışma ilkesi getirilmiştir.

Madde 1 ve 14 sağlık hizmetleri ücretsizdir.

Diğer maddeler sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olma niteliği serbest piyasa egemenliğine bırakılmasının yanlışlığının irdelenmesidir.

Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısal değildir. Sayın Kayıhan Pala' ya göre;

1) Sağlık hizmetinin nerede ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacak kolayca öngörülemez özel sektörün doğası gereği maksimum için çalışır der.

2) Sağlık hizmeti yerine başka bir hizmet konamaz.

3) Sağlık hizmeti ertelenemez

4) Sağlık hizmeti boyutu ve kapsamı hizmetten yararlanan değil hekim saptar

5) Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez (içinde yaşamın değerinin parasal karşılığının kişinin sosyal ekonomik durumuna göre belirlenebileceği ve bu Olasılığın yoksullar ve dezavantajlı grupların sağlığını olumsuz etkileyebileceğidir). Bu durumda parası olmayan sağlık hizmeti alamaz argümanını ortaya koymaktadır. Parası olan da ancak parasının satın alma gücüne uygun olan hizmeti satın alabilir. 1987 yılında Temel sağlık hizmetleri Kanunu ve 2003'te sağlıkta dönüşüm insan merkezilik sürdürülebilirlik sürekli kalite gelişimi ile sağlığın bir kamu hizmeti olduğu yasal çerçevede teyit edilmiştir.

Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilecek sağlık hizmetlerinden, bireylerin etkin ve hak ettikleri biçimde faydalanmaları için belirli bir nitelikleri taşıması gerekmektedir¹⁵¹.

Buna göre sağlık ocağı, aile sağlık merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve ikinci basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri;

¹⁵¹ Yazgan, 2009: 31.

Bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabileceği şekilde yani kolay kullanılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır,

-Gerek bireylerin gerekse toplumun ihtiyaçlarına, beklentilerine uygun ve sorunlarının çözümüne yönelik olmalıdır,

-Sürekli, verimli, esnek ve uyarlanabilir olmalıdır,

-Ödenebilir olmalıdır,

-Toplum sağlığına ve yaşam kalitesine katkı sağlayacak nitelikte olmalıdır,

-Hizmet alanların beklentileri ve talepleri doğrultusunda alternatif seçimleri içermeli ve bunların uygulanması bakımından gerekli olanaklar da sağlanmalıdır¹⁵².

Bununla birlikte sağlık hizmetlerine erişimde hizmetinin sunulduğu ortam ve görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmetin yerine getirilme süresi, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmeti yerine sunanların tavır ve davranışları, hizmetin eksiksiz ve doğru yerine getirilmesi de diğer etmenler olarak ifade edilebilir¹⁵³.

Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılım bileşenlerinden diğer önemli bir unsur olarak hizmetin sunumunu gerçekleştiren örgütsel yapıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımına yönelik örgütsel yapılanmalara değinmek yerinde olacaktır.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımında Örgüt Yapılanmaları

Hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımında örgütsel yapılanmalar oldukça önem arz eden alanlar içinde yer almaktadır. Örgütü yabancıların beklentileri üzerine kurgulamak mevcut erişim engellerinin önüne geçmek ihtiyaçlara cevap vermeyi gerektirir. Örgütün gelişimini zuhur eden ihtiyaçlara yönelik düzenlemek planlı bir değişimi gerekli kılar. Planlı değişim, örgütsel bir problemi bildirmeye ve örgütü geleceğe hazırlamaya yardım eder¹⁵⁴. Örgüt yapısı içindeki değişim bir zorunluluktur. Artan insan ihtiyaçları değişimi esas kılmıştır. Bu alandaki değişiklikler başka alanları da etkilemektedir¹⁵⁵. Sağlık hizmetlerinin sunumunda değişen ve yeni yapılanmalara ihtiyaç duyulan alanlara yönelik çalışmalar verimliliği arttırırken değişen ihtiyaçlara göre örgütsel yapılanmayı da zaruri hale getirmiştir. Belirli hedefler üzerinde değişim çabası planlı bir strateji ile problemin teşhisini koyarak örgütsel gelişime katkı sağlar. Farklı insan kaynağından yararlanarak yeni fırsatları değerlendiren yaklaşım insanlara ve örgütlere ilişkin insancıl değerlerin ortaya konmasına önem verir¹⁵⁶. Bu durum örgütün geliştirilmesini zorunlu kılar.

¹⁵² Temel, 2011: 46-47.

¹⁵³ Kıdak, ve Aksaraylı, 2008: 91.

¹⁵⁴ Smither vd., 1996: 4.

¹⁵⁵ Helvacı, 2010: 53.

¹⁵⁶ Brow ve Harvey, 2006:33.

2.2.3.1. Örgüt Geliştirme

Örgüt geliştirme örgüt kültürünün kuralları, politikalar, adet ve gelenek sayılabilecek tüm kuralları değiştirmeye ve geliştirmeye yöneliktir. Bu mevcut kuralları tamamen terk etme anlamı taşımaz. Örgüt geliştirme aynı zamanda sisteme yöneliktir. Çeşitli kısımların birbiriyle olan etkileşimin tutumlarla olduğu kadar yapı ve süreçleriyle de ilgilidir. Kişiler arası ilişkileri geliştirme güven ortamı sağlanması yeni iletişim kanalları açma yönünde çabayı içerir. Örgüt geliştirme bir amaca hizmet eder bu amaç örgütün performansını geliştirerek daha etkili sonuçlara ulaşmayı hedefler. Kültürlerarası açılım yaklaşımında örgütün verimliliğinin ve etkinliğinin artırılmasına yönelik ortaya konulan argümanlar personelin bireysel gelişimlerine yönelik faaliyetlere yer verilmesi ile önemli bir amaca hizmet eder. Sadece örgütsel etkinliğe hizmet esas değildir. İnsan gereksinimlerini karşılarken mutluluğu insanlar ve gruplar arası ilişkilerin iyileştirilmesiyle de sağlamaktadır. Karşılıklı dayanışma, güven duygusunu geliştirmek yersiz endişelerin ortadan kaldırılması iletişim engellerini ortadan kaldırarak yatay dikey ve çapraz haberleşmeyi artıracak tedbirlerin alınması, örgüt çalışanlarının birbirini dinlemeye gönüllü olmaları her görüşün tartışılabildiği ortam yaratmak örgütün gelişimi için gerekli koşullardır.

Sağlık hizmetlerinde örgüt geliştirme, planlı değişim, faaliyet araştırması, örgütsel öğrenme ve danışmanlık süreçlerini kapsar. Bir organizasyonda dış ortamda süre gelen değişikliklerle başa çıkma yeteneğini geliştirmek uzun vadeli çaba gerektiren aşamalardır¹⁵⁷. Örgüt gelişimin kültüre odaklanması üst yönetim desteğini görmesiyle amacına ulaşabilir. Gözleme dayalı değerlendirme ya da anket gibi yollarla eylem araştırma sürecinde elde edilen veriler değişimin yaratılmasına da hizmet eder. Örgüt içinde işlev bozukluğu ya da yetersizliğini kabul edip anket çalışmasıyla alınan geri bildirim eylem araştırmasını teşvik edecektir. Bu alanda ilk yaklaşımlar Alan teorisi, grup dinamiği ve eylem araştırması ile Kurt Lewin'e aittir. Bullock ve Batten 1985'de Lewin'in çalışmasına katkı yaparak keşif, planlama, eylem ve entegrasyon aşamalarını önermiştir¹⁵⁸. Örgütsel gelişimin iyi yönetilmesi için araştırmanın eylemle yakın bağlarda olması durum analizinin dikkatlice yapılması gerekir. Eylem araştırması, çalışmalarının temel bileşenlerinden olan anket verilerinin sistematik olarak toplanması önemlidir. Örgüt bütüncül ele alınırken teknolojik ve çevresel süreçler arasındaki ilişkiler düzenlenmesi göz ardı edilmemelidir. Sistemin çeşitli kısımlarının birbiri ile olan etkileşiminde “neredeyiz?”, “nerede olmak istiyoruz?”, “olmak istediğimiz yere nasıl ulaşabiliriz?” sorularına cevap aramaktadır. Keşif sürecinde problemi tanıma bir nevi başlama noktasıdır, problemin nerede olduğu sorunsalı beklentilerin cevap bulması için

¹⁵⁷ Wendell, 2005:12.

¹⁵⁸ Bullock ve Batten, 2018:8.

önemlidir. Duyusal olarak hareket ederken analitik ve sistematik yaklaşımlar kullanılmalıdır. En başta yapılan yanlış tanımlamalar devamında yanlış çözümler getirecek ve istenmeyen durumlar ortaya çıkacaktır. Problemi belirleme noktasında danışmanlık hizmeti alınması sürece olumlu katkı sağlayacaktır. Ortaya koyulan argümanlar çözüm yolları ve oluşabilecek diğer seçenekler paylaşılmalıdır. Örgüt kültürüne ve sürece uygun olmayan düşünceler elenerek sorunun şekline uygun müdahale tekniği seçilerek faaliyet planı hazırlanır. Her adım ve aşama örgüt geliştirme uzmanı tarafından değerlendirilerek incelenmelidir. Bu aşamada karşılaşılan sorunlar tepe yönetiminin ifade ettiği değerlerle süreç için gerekli olan yönetim şeklinin çakışması durumu araçla amaçların birbirinden ayırt edilmemesi kısa dönemli bir bakış açısını ortaya çıkarır. Değişim amacına uygun olmayan faaliyet programlarının uygulamaya konması, uygulanan stratejiler ve tekniklerle diğer yönetim faaliyetleri arasında koordinasyon olmaması bilgi paylaşımı konusunda örgüt üyelerinin ciddi olmaması gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin tekrar eski yapıya uyarlamaya çalışılması sürece engel teşkil edecek durumlardır.

Sistematik bir süreç kültürünü değiştirmek örgütün hedeflerine ulaşma ve sorunlar çözümünde etkinliğini artırması ancak planlanarak yönlendirilmiş süreçle mümkündür. Organizasyonel gelişime stratejik yaklaşım kesitsel görev bilinciyle personel düzeyinde ise personel gelişimini destekleyerek iş birliği ve dış ağ oluşturarak değişen koşullar karşısında örgütün hedeflerine ulaşmasını sağlamak örgütsel gelişimi nitelendirir. Örgütsel gelişim sürekli değişime ve gelişime açıktır. Çünkü dinamik bir uygulama alanına sahiptir¹⁵⁹. Miles'e göre örgütsel gelişim çalışanların karar alma süreçlerine, amaçlanan hedefi geliştirerek geniş bir katılımı kendi kendini yöneterek hiyerarşik birimler arası çatışmaların yaratıcı çözümlere evrildiği bir gelişmedir¹⁶⁰. Kültürlerarası açılım yaklaşımı örgütsel gelişim sürecinde değişen çerçeve koşullarının örneğin artan göçmen nüfusun ihtiyaçlarına cevap verebilme etkinliğini artırmak için hangi yolları izleyerek örgütsel gelişimini tamamlayabileceği sorunsalına cevap arar. Bu yüzden örgütü etkileyen faktörler incelenerek adlandırılır. Kültürlerarası açılımın örgütsel gelişim boyutunda değişim ihtiyacı (göçmen nüfus varlığı), göçün yarattığı çeşitliliği aktif olarak şekillendirerek gelişimin temelini oluşturur. Kamu kurumlarının kültürel çeşitliliği göz önünde bulundurarak stratejiler geliştirmesi örgütsel gelişimin yansımasıdır. Kurumların organizasyonel gelişim sürecinde kültürlerarası açılımı sistemlerine entegre etmesi en önemli adımdır. Bunun için öncelikle başlangıç durum analizi yapılmalıdır. Etkili bir uygulama ile organizasyonel gelişim için çerçeve koşullar belirlenmelidir. Ulaşılmak istenen hedefler için gerekli yolları formalize etmek, strateji belirlemek için durum analizine

¹⁵⁹ Balcı, 2014:10.

¹⁶⁰ Balcı,2014: 12.

yönelik doğru soruları sormak gerekir. Yabancılar sağlık hizmetleri için özel hastaneleri mi yoksa kamu hastanelerini mi tercih ediyorlar? Rekabet için neler mümkün? İstihdam yapısı nasıl? (göçmen nüfus hangi oranda ve vasıflı mı?) Yabancıların yerli nüfusa oranı nedir? Kurumlarda karar ve sorumluluk yapıları nasıl görünüyor? Yabancıların karar alma yapılarında bulunma oranları hangi boyutta?

Özen'e göre örgütler var olmak çevrelerinde ve kendi bünyelerindeki değişimleri anlamak için değişime uyum çabasında olmalıdırlar. Uyum çabasının bir nevi zorunluluk olduğuna değinir. Bu gelişim genel olarak örgüt üyelerinin inanç, tutum ve davranışlarını değişen koşullara uyumlayarak sorunları açık bir şekilde tartışmak ve birbirlerine yardımcı olabilecekleri ortamı sağlamakla başlar ve çaba gerektirir¹⁶¹. Tüm örgüt bireylerini yetiştirerek ve geliştirerek örgütü daha verimli ve etkili hale getirmeyi hedefler. Yönetimin desteklediği faaliyet araştırmalarını kapsayan iş birliği içinde örgütün problem çözme yenileme süreçlerini geliştirmek için yürütülen uzun dönemli bir süreçtir. Bu aşamada örgütün öğrenme süreci de önemli bir ayaktır.

2.2.3.2. Öğrenen Örgüt

Örgüt içinde öğrenme süreci süreklilik arz eder örgüt üyelerinin gelişimine dair verilen değerler birleştirici ve katılımcı süreçleri kapsayarak araştırma ruhuna ilişkin yapıya da önem verir. Çalışanların öğrenme kapasitelerini ve uyum becerilerini artırmaya yönelik örgütsel etkinliği arttırmak planlı bir değişim sürecidir. Bu anlamlardan yola çıkarak örgütsel gelişimin içinde öğrenme unsurunu görmektediriz. Öğrenme faaliyeti gerçekleştirilmeden örgüt gelişimi söz konusu olamayacaktır. Öğrenme ve özgürlük kavramları yani örgüt içinde diğer çalışanların haklarına saygılı, düşüncelerini rahatlıkla saygı çerçevesi dâhilinde söyleyebilecekleri tartışmaya açık ortamların yaratılması örgütsel gelişimin önemli unsurlarındandır.

Organizasyonel olarak gelişmek tüm sistemin stratejisinde ve yapısındaki değişikliklerle ilgilidir. Bunun yanı sıra liderlik, grup dinamikleri, organizasyon tasarımı ve davranışsal bilgi uygulamaları da süreci destekleyen katkılardır¹⁶².

Örgütün ayakta kalması çevreye uyum sağlaması için öğrenme sürecini yaşaması gerekir. Örgütsel öğrenme ile bilgi önemli bir rekabet üstünlüğüdür. Örgütsel öğrenmede üç temel süreç vardır; bilgi yaratma, bilgi saklama ve bilgi aktarımıdır. Örgütsel öğrenme teorisi bir örgüt içinde öğrenme kültürünü geliştirmenin önemini vurgular. Bu teoriye göre organizasyonlar bilgi paylaşımını ödüllendiren bir kültür gelişimi içindedir. Başarısızlıklardan

¹⁶¹ Özen, 1994: 89.

¹⁶² Cummings ve Worley, 2005: 56.

çıkarılacak derslere zaman ayırmak her seviyedeki çalışanların eğitimlerine düzenli olarak devam etmeleri konusunda teşviklerde bulunmak, öğrenme süreçleri içinde önemli yer tutar. Öğrenmenin çıktıları olumsuz olsa bile genel olarak olumlu sonuçlar içerir çünkü örgütler hata yaparak öğrenir. Hatayı arzulanan durumla gerçekleşen durum arasındaki fark olarak görürsek sadece hatayı bulmak değil onu düzeltici, düzenleyici faaliyette bulunmakta gerekir. Çalışanların örgütün kullanılmakta olan davranış modellerindeki hataları bularak düzelterek iç ve dış çevredeki değişikliklere cevap veren bir değişim uzmanı gibi hareket ettikleri zamanda örgütsel öğrenmeden bahsetmek mümkündür¹⁶³. Öğrenen örgütün sürece katkısı değişim gerekliliğinde harekete geçilmesinde teşvik edici bir güç olmasıdır. Böylece değişim süreçlerine karşı geliştirilen dirençler tutum değişikliği ile ortadan kaldırılır. Belirsizlik ve değişiklik içinde kaygılanan çalışanların korkularına karşı geliştirilen olumlu yapıcı davranış tarzı örgütsel öğrenmenin öğretmek belirleyeceği yoldur.

Kültürlerarası açılım öğrenme süreçlerini başlatır. Böylece yeni bilgi ve değişim süreçleri için araçları başarıyla kullanma becerisini aktarır. Kültürel arası açılım dört boyut içerir. Öncelikle başlangıç noktası olarak mevcut durumun bir araştırması olmalıdır gerekli önlemlerin envanteri ve kavramsal tasarımındaki 4 boyut şunlardır.

Normatif Boyut buradaki soru kurumun kültürlerarası paradigmaya bağlı olduğu hissediliyor mu? Kültürlerarası yönetim açılımı içsel bir görev olarak tanımlanıyor mu? Sosyal adaletin bir parçası olarak tartışılıyor mu? Görev bildirimi çeşitlilik hizmetlerin farklı kullanıcılarının tanınan eşitliği hakkında açıklamalar içeriyor mu? Güçlendirme ve katılım entegrasyon politikası konusunda fikirlerin öncüsü mü?

Kurumsal boyut buradaki soru sosyal hizmetlerin göç geçmişi olan insanlara açık olup olmadığıdır. Organizasyon yapısı ve süreç organizasyondaki erişim engelleri eleştirel şekilde analiz edildi mi? Yapılar süreçler hizmetler güçlü duyarlı bir şekilde değiştiriliyor mu? Kültürlerarası açılım organizasyonel bağlamda personelin içselleştirdiği bir tutum haline geldi mi? Kültürlerarası açılım ile ilgili kontrol sorumluluğunun bir parçası mı? Organizasyonel personel ve kalite gelişim süreçleri kültürel olarak hassas mı?

Sosyal mekansal Boyut kurumların iç mantığının ötesinde kültürlerarası açılımın sosyo mekansal yönelimin bir parçası olup olmadığıdır. Cevaplandırılması gereken sorular ise sosyal hizmetlerin ademi merkezîyetçiliğin ve yerleşmenin göçe duyarlı olması sağlandı mı? Sosyo mekansal yönelim bireysel kaynakları mahalle ağlarını ve yabancıların sosyal yerleşimlerini içeriyor mu? Hizmetleri sunan tesisler kültürlerarası yeterlilik süreçlerinde destek alıyor mu?

¹⁶³ Dinçer ve Rosen, 1998:647.

Enstrümantal Boyut kontrol araçlarının kültürlerarası açılımda amacına uygun olarak kullanılıp kullanılmadığıdır. İdari reform süreçleri kalite gelişimi kültürlerarası açılım hedefleri ile bağlantılı mı? Hedef anlaşmalar ürün tanımları, raporlama, kültürlerarası açılım izleme, gibi yeni yönetim sistem araçları kullanılıyor mu? Değişime hangi stratejik yaklaşımlar öneriliyor? Bu süreç yönetim tarafından bağlayıcı hale getirilmesine işaret etmekte midir? Çalışanlar değişim sürecine dahil edilecektir, personel kalifikasyonu ve göç geçmişi olan personel alımı için kültürlerarası odaklı personel gelişimi gereklidir. Yapısal değişikliklerin temeli işgücünün dahil olduğu örgütsel bir gelişmedir. Kültürlerarası personel gelişimi kültürlerarası açılımın ön şartı olup çalışanların kişisel nitelikleri içinde ön şarttır.

Hinz-Rommel¹⁶⁴, a göre kültürlerarası açılım, bir kurumun çalışanlarıyla birbirine bağımlı olmasını ancak değişen uygulamalar içinde de çalışanlarının hareket etme becerisinin ortaya çıkma sürecini tarif eder. Kültürlerarası açılım programında organizasyon teorisi yaklaşımının başlangıç öncülü şöyledir. Organizasyon çevresel yönleri ve çevresel beklentilerle gelişen, toplumsal sistem öğrenilerek işlenir. Bu örgütsel öğrenme, toplumsal değişim karşısında kişinin kendi yaşamını korumasını sağlar. İletişimsel olarak oluşturulmuş modelleri organizasyona özel modelleri, kuralları eylem kalıplarını oryantasyon sistemine entegre eder. Bunun yanı sıra yapısal ve kişisel seviyeler birbirleriyle etkileşim içerisinde birbirlerini etkilemeye devam eder. Rol kalıpları eylem şekilleri ve karar alma modelleri içselleştirilerek üretilen yapılardır. Dış ihtiyaçlar doğrultusunda beklentiler çerçevesinde yapılarını ve süreçlerini değiştiren, uyarlayan, bütünleştiren organizasyonlara öğrenen örgütlere hizmet eder. Kültürlerarası açılım bir kurumun vizyonunda yansıtılan, ilgili hedeflerle somutlaşan kurumu kültürlerarası açılımın kesitsel görevine bağlayan bir nevi stratejik yönelim olarak anlaşılabilir. Açılım farklılığı ve çeşitliliği tanımaya ilişkin içselleştirilmiş bir kısım olarak uzun vadeli yansıtıcı öğrenen organizasyon olarak başarılı olacaktır¹⁶⁵.

Hizmetlerde kültürel açıdan duyarlı yaklaşım önemlidir. Yabancılar özgü durumlar göz önünde bulundurularak hareket noktasının belirlemek birçok karmaşık duruma açıklık getirebilir. Yapılan araştırmalar hem kültürel açıdan hem de sosyo ekonomik etkiler açısından göç geçmişi olan bireylerin etkilenme alanlarını aydınlatmada yetersiz kalmaktadır. Çalışma koşulları, sosyo ekonomik durum, beslenme şekilleri ve geçmişlerinde maruz kaldıkları riskli durumları bilmek sağlığa tam veya düzenli erişim sağlayamayanları yani dezavantajlı grupları belirlemek açısından önemlidir. Almanya'da sosyal hizmetler alanında kültürlerarası açılım yaklaşımı uygulanırken stratejik yön, yapısal süreçler, sosyal eylem sonuçları göz önünde

¹⁶⁴ Hinz-Rommel, 1994: 97.

¹⁶⁵ Schöer, 2003: 2.

bulundurularak göç geçmiş olan insanların erişim engellerini kaldırmak için organizasyonel yapı ve süreçlerde değişiklik gerekliliği ortaya konulmuştur. Bunun için alt yapı ve bireysel bakım önerileri değerlendirilmiştir. Çeşitlilik yönetimine dair toplumsal cinsiyet eşitliği, hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımıyla benzer noktalara sahiptir. Çeşitlilik yönetimi de yeniden düzenlemeyi iyileştirmeyi, geliştirmeyi ve değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bir organizasyonun tüm politika ve çalışma alanlarındaki karar alma süreçlerini kapsamaktadır. Nasıl ki cinsiyet eşitliğinin yaygınlaştırılmasının kökenleri dünya çapında bir kadın hareketiyle başlayıp dünya kadın konferanslarında formüle edilip 1996 Amsterdam Anlaşmasıyla cinsiyet eşitliği tanınmış ve doğrulanmışsa politik hedef olarak çeşitlilik yönetimiyle hizmetlerin kültürlerarası açılım süreçlerinde varılması gereken noktalar benzerdir. Organizasyonlar gelişim düzeylerini arttırmak için mantıklı stratejilere bağlı ittifaklar geliştirmelidir. Toplumsal eşitliğin yaygınlaştırıldığı yapılardaki deneyim ve araçlardan kültürlerarası açılım süreçlerinde faydalanılarak hem sinerji etkilerinden hem de idari reform süreçlerini kullanmak açısından etkili olacaktır¹⁶⁶.

Kültürlerarası açılım öğrenen örgüt argümanı ile yapıcı bir şekilde ele alınarak kültürlerarası açılım perspektifini şekillendiren çevresel etki altındadır. Bu teorinin mantığı örgüt ile değişen ortama başarıyla adapte olan yabancı ve kültürel olarak heterojen grupların iç ve dış etkileşiminin öğrenilmesidir. Böylece organizasyon sadece dış gereklilikleri yerine getirmekle kalmaz aynı zamanda kendi istikrarını ve sürekliliğini koruyarak piyasadaki rekabeti de güvence altına alır.

2.2.3.3. Kalite Yönetimi

Kültürlerarası açılım yaklaşımının oldukça önemli bir ayağı sayılan kalite yönetimi yalnızca belirli bir sektörle sınırlı olmayarak tüm kuruluşlar için genel bir stratejik dönemi temsil etmektedir. Kültürlerarası açılımın örgüt yapısı Fischer¹⁶⁷'a göre bir bütün olarak belirli kalite standartlarını karşılayan genel bir konseptte dayanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımında sağlık kuruluşların gelişimi ve kültürlerarası yeterliliğine yönelik değişikliklerin yönetim boyutunda hangi yaklaşımlar ile nasıl kullanılabilir? sorusuna cevap aramaktadır. Kültürlerarası açılım insanların çıkarlarını ve ihtiyaçlarına cevap vermekten çok daha fazlasını içerir örgütsel yapılanmanın yeniden yol

¹⁶⁶ Schöer ve Hascker, 2000: 16.

¹⁶⁷ Fischer, 2014: 14.

gösterici olarak kültürel kaynaştırma konusunda güçlü bir taahhüt vardır. Terkessidis¹⁶⁸ göre kurumların 4 farklı şekilde değiştirilmesi gerekir:

- 1) Kurum kültürü (kurallar, normlar)
- 2) Personel
- 3) Maddi araç
- 4) Kurum stratejilerinin temel yönü

Kurumsal dönüşümlerde yönetimin cevaplandırması gereken sorular şu şekilde olmalıdır; göç geçmişi olan insanlar için erişim engelleri analiz ediliyor mu?

Yapılan işlemlere, sunulan hizmetlere, gerçekleştirilen eylemlere göçe duyarlı bir yaklaşım sergilenebiliyor mu?

Mevcut kontrol araçları kullanılacak mı?

Yönetimin görevleri arasında sayılan bu alanlar kültürlerarası uygulamanın ve açılımın sorumluluğundadır. Yönetimin kendi davranışlarıyla örnek olduğu ve organizasyonda yukarıdan aşağıya uygulandığı alandır. Ancak yapılar iş süreçlerini yansıtırken amaçların oluşturulması ve misyon ifadelerinin geliştirilmesinde aşağıdan yukarıya doğru birlikte ele alınması gerekir. Kalıcı bir başarı için yönetim seviyesinin aktif eylemi olmazsa olmazdır. Yönetimsel olarak belirlenen başlangıç noktaları:

Kurumsal vizyon, Görev bildirimi ile değişen politikaları yansıtmak, kültürlerarası açılımın yıllık hedeflerinin belirlenmesidir. Süreçlerin incelenmesi, muhtemel erişim engelli alanların analiz edilmesi, göç geçmişi olan grupların taleplerinin sorgulanması, bütçeleme uygulanması, göç geçmişi olan çalışanların işe alınması gibi misyonlar oluşturulmalıdır.

Kültürlerarası açılım yaklaşımına uzman psikiyatr dernekleri tarafından Ruh Sağlığı için Bakım¹⁶⁹ kılavuzunda şöyle değinilmiştir. Kültürlerarası açılımın temel ilkesi olan yabancılar için hizmetlerin erişilebilirliği ve kalitesini artırmak aynı zamanda kurumsal yapıda değişimi gerektirmektedir¹⁷⁰. Almanya'da 2004 yılında kabul edilen yeni göç yasası ile ilk defa, yabancıların entegrasyonu, siyasi ve toplumsal bir meydan okuma olarak yasayla tanımlandı¹⁷¹. Almanya'da ulusal düzeyde kültürlerarası açılım yaklaşımı yasalarla desteklenirken yabancılar yönelik verilerin ancak belirli yönlerine odaklanılmaktadır.

Kültürel gruplar için eşit fırsatlar ve sosyal adalet politikaları sağlık hizmet kuruluşlarının tüm yönetim seviyelerinde benimsendiği takdirde süreçte sürekliliği

¹⁶⁸ Schöer, 2003: 3.

¹⁶⁹ Machleidt vd, 2006: 21.

¹⁷⁰ Penka, vd, 2012: 567.

¹⁷¹ Oberndörfer, 2007: 2.

sağlamaktadır. Organizasyon yapılarında sistematik ve uygun yönetim araçlarının geliştirilmesi kültürel hassasiyete duyarlılıkla mümkün kılınmaktadır.

Hizmetlerin Kültürlerarası açılım yaklaşımı Almanya’da “üç sütun modeli”¹⁷² (Münchner Modell) ile uygulanmıştır. Bu model sosyal hizmet ve sağlık alanına uyarlanarak birçok proje de kullanılmıştır.

Model üç bölümden oluşmuştur.

1. Planlama
2. NSM (Yeni Yönetim Modeli)
3. Kalite Yönetimidir.

Üç sütun modelinin aşamaları sistematik bakış açısı, katılımcı yaklaşım ve müşteri odaklılık üzerine kurgulanmıştır. Vatandaş ve idare arasındaki ilişkilerin daha güçlü olması için hizmeti alanlar bir nevi müşteri odaklı ilişki şekliyle planlama sürecine dahil edilmektedir. Kullanıcıların ihtiyaçlarını belirleyerek bu ihtiyaçları dikkate almak ve yabancı hastaları sürece dahil etmek planlamanın bir parçasıdır. NSM de etkinliği ve verimliliği artırmak için takip edilen yollar içinde çıktı kontrolünün yapılması hizmetten memnuniyeti yani hizmetin sonucunu göstermektedir. Kalite Yönetimi (QM) ile yabancı hastaların ihtiyaçlarını karşılayan standartların oluşturulmaktadır. Minimum düzeyde maliyetleri karşılayan hizmetin sağlanması için de kamu ve serbest organlar tarafından sistem kontrol edilir. Yönetim standartları belirleyerek sözleşme yoluyla ulaşmak istediği hedefleri ortaya koyar sonuçlar ve etkiler değerlendirilir.

Kalite döngüsü ilk adımda prosedürlerin oluşturulması ve misyon beyanı geliştirilerek oluşturulur. Kalite hedeflerinde temel süreçler tanımlanarak kalite standartlarının yer aldığı el kitapçığı oluşturulur. Yeni hedefler gerekirse misyon beyanı gözden geçirilerek optimize edilerek sürecin dinamizmi korunur. Kalite yönetim sürecine sorunların olduğu yerlerin tespit edilerek kültürlerarası yeterlilikle ilgili prosedürlerin eklenmesi çok önemlidir.

Müncher Modell’in Kalite Yönetim Döngüsü¹⁷³ Kalite yönetimi hizmet sunumunda başarı kıstası olarak gösterilmiştir. Kontrol bileşenleriyle hedefe yönelik katılımcı planlamanın önemine vurgu yapılmıştır¹⁷⁴. Kalite yönetimi hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımında süreç kalitesini iyileştirir kurum çalışanlarının bakış açısını geliştirir memnuniyeti artırır ve oryantasyon çerçevesine katkı sağlar. Kurumun kültürlerarası açılımına yönelik görev beyanı, hedefler, organizasyonel değişiklikleri değerlendirme ve prosedürleri teşvik edici uygulamaları kapsamaktadır.

¹⁷² Handschuck, ve Schröer, 2003: 12.

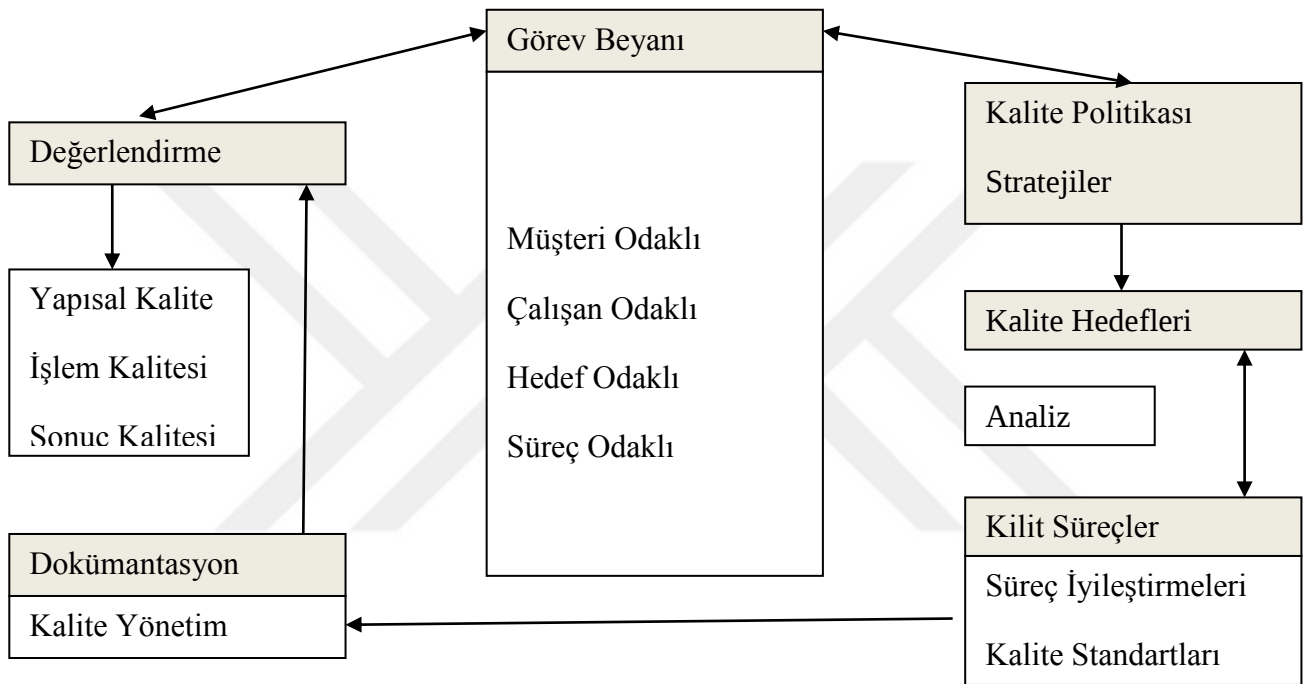
¹⁷³ Bobzien, 2003: 40

¹⁷⁴ Schöer vd., 2000: 14.

Kültürlerarası açılım yaklaşımın sürecini yönetmekte kalite yönetimi en önemli bileşenidir. Kalite Yönetim anlayışı stratejik bir anlayıştır. Hizmeti değerlendirme yoludur. Hizmet tanımı Türk Dil Kurumu'na göre “birisinin işini görme veya yarayan bir işi yapmaktır” üretildiği an da tüketilme özelliğine sahip gereksinimleri karşılayan her türlü faaliyet ve etkinlik olarak İktisat Terimleri Sözlüğündeki tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti ise hastaların gereksinimlerine cevap veren hastalıkların teşhis, tedavi, rehabilitasyon ile önlenmesini hedefleyen toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesini amaçlayan faaliyetlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri sağlık kuruluşları aracılığıyla sunulmaktadır. Hasta ya da müşteri odaklı yönetim ise kalite yönetimini gerektirir. Memnuniyet anketleriyle şikayetler arasında elde edilen veri akışı doğrultusunda arabuluculuk yapılması kalitenin görevidir. Süreçlerin iyileştirilmesi ve organizasyonel gelişime katkı sağlanması hedeflenir. Kalite sisteminde müşteri odaklılık kavramının sağlık sektöründe nasıl algılanacağı bir sorunsaldır. Kültürlerarası yetkinlik anlayışı yabancıların ihtiyaçlarına sağlık hizmetlerine erişimlerdeki eşitsizliklere odaklandığı için kendi içinde belirli bir anlayış ile sınırları çizilebilen profesyonel bir uygulamaya izin vermektedir. Sağlık hizmetlerinde hastaların beklentilerine cevap verebilmek için Kalite Yönetiminden (KY) faydalanılır. Kalite yönetimi belirlenen hedeflere tüm çalışanların dahil olacağı ortak fikir birliği sağlanarak oluşturulan, Hizmet Kalitesini hedefleyen bir sistem yaklaşımıdır. Sağlık hizmetlerinde oluşabilecek hatalar insan hayatına mal olabileceği gibi kalite yönetimi bu durumların önlenmesine yönelik önemli bir modeldir. Yeni dünya düzeninde yaşanan teknolojik gelişmeler hastaların ve yakınlarının kalite algılarını ve sağlık kurum yöneticileri ile çalışanların beklentilerini de değiştirmiştir. Bu değişimlere ve beklentilere entegre olabilmenin yolu kalite yönetiminden geçmektedir. Hizmet oluşturulurken daha iyi servis edilmesi ya da hizmetin her zaman aynı şekilde yapılması için kalite yönetimi yol göstericidir. Ölçüm ve değerlendirme kalite yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Hizmetin devamlı gelişimi hataların azaltılması Hizmet Kalitesinin artırılması, sürecin kontrol edilmesine ve istatistiksel yöntemlerden yararlanılmasına dayanmaktadır. Crosby'e göre bu sürece giden yol ihtiyaçlara uygun cevap verebilmektir, Juran'a göre kalite kullanıma uygunluktur, Deming'e göre istatistiksel tekniklerin kullanılmasıdır, Ishikawa ise bir kalite uzmanı olarak temel hedefin müşterilerin tüm ihtiyaçlarına cevap verilmesidir demiştir¹⁷⁵. Müşteri odaklı bakış açısını yabancı hastaların ihtiyaçları doğrultusunda revize edecek olursak denilebilir ki bir nevi kalite yönetimi yabancı hastalarla iş birliğinin kurumlarda hayata geçirilme şeklidir. Farklı kültürlerle mensup bireyler için kurumların eskisinden daha etkin ihtiyaçlara cevap

¹⁷⁵ Söyük ve Üzgöl, 2016: 23

verebilecek araçları kullanması ve bu araçların kültürlerarası değerlerin bileşenleriyle zenginleştirilmesi temel hedeftir. Katılımcılara bu model üzerinden fayda sağlanması gözetilir. Refah devlet yasalarında belirtilen sosyal adalet ve eşit fırsatlar kültürlerarası hedeflere ulaşmanın etik tarafıdır. Kültürlerarası açılımla yabancı hastaların tanınarak ihtiyaçlarını ifade edebilme şekli demokratik eşitliği, kültürel çeşitlilikle bağlar¹⁷⁶. Kalite yönetiminde yabancılar için hizmetlere erişim engellerini yıkmak organizasyonun stratejik oryantasyonu aktif olarak uygulaması ile mümkündür.



Kalite Yönetim Döngüsünde¹⁷⁷ planlama herkesin sosyal hayata eşit katılımı birbiri ile dayanışma içinde olma ve çeşitliliğe saygı duyma sosyal ve etnik dezavantajların azaltılarak kültürlerarası hedeflerin belirlenmesidir¹⁷⁸. Örneğin tercümanlık hizmet çalışmalarının yapılması ile toplumun her alanına katılım fırsatları yaratılması, kurumlardaki yabancı hastalar için yapısal dezavantajların saptanması ve telafi edici sunumların ortaya konması, farklı ihtiyaçlarla etkin şekilde ilgilenilmesi, yabancı düşmanlığı, ırkçılık, önyargılı ithamlarla mücadele edilmesi gibi durumları kapsar. Hizmet sunum sürecinde misyon beyanı, temel süreçleri oluşturan hedefler, organizasyonel değerlendirme ve organizasyonel değişim süreci modelin aşamalarıdır¹⁷⁹. Hoffman'a göre bir toplumun kültürel çeşitliliği organizasyonun

¹⁷⁶ Benhabib, 2000:185.

¹⁷⁷ Bobzien, 2003: 40.

¹⁷⁸ Handschuck ve Schröer, 2000: 87.

¹⁷⁹ Handschuck ve Schröer, 2000: 88.

tüm hiyerarşik seviyelerine yansıtılması karar alma süreçlerine yabancıların dahil olması tanınmış çeşitlilik ilkelerinin hedeflerindendir¹⁸⁰. Üç sütun modeli katılımcı bir kalite yönetim sistemi olarak tasarlanmıştır. Esnek ve kolay ulaşılabilir yapı seçeneğiyle kalite yönetimini hayata geçirmek isteyen kurumların ihtiyaç ve çıkarlarına uyarlanmış ideal bir modeldir. Bu model beş temel ilkeye dayanmaktadır. Tüm organizasyonun bütünsel bir bakış açısı altında şu şekilde değerlendirilmesidir;

1). Hizmetin kalitesi nedir? Kurum daha nasıl geliştirilebilir?

Kurumun kalitesinin çalışanlarca desteklendiği ve geliştirildiği katılımcı yaklaşım temel özelliğidir. Tüm çalışanların potansiyel becerisi ve yetenekleri doğrultusunda Hizmet Kalitesinin sürekli iyileştirilmesidir.

2). Katılımcıların memnuniyeti esastır. Hedef ve süreç oryantasyonu söz konusu olduğunda sorulması gereken sorular; Mevcut iş durumunda ana hedefler nelerdir? Profesyonel olarak yakın gelecekte karşılaşılan zorluklarla ilgilenmek istiyor muyuz?

3). Kurumun önceliklerini nereye koymak istiyoruz?

4). Hizmetlerle ilişkili liderlik sürecini nasıl oluşturabiliriz?

Kalite yönetim sürecinde hedefler çözüm odaklıdır. Kilit unsurlar analiz edilir, elde edilen veriler sürekli gözden geçirilerek değerlendirilir.

5). Profesyonel transferlerle kurumların yararına yeni yöntemler ve gelişmelerin uygulanmasıdır¹⁸¹.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi hastaların ihtiyaçlarının öneminin kavranarak süreklilik ve istikrarlılık içinde giderilmesidir. Omachonu¹⁸² kaliteyi bilimsel norm ve standartlara uygun olarak hastaların istek ve beklentileri karşılanırken uygulanan teknik ve tedavi sanatı olarak tanımlamıştır. Teknik yön teşhis ve tedavilerin çağdaş tıp bilim standartlarına uygunluk iken sanatsal yön hastaya sunulan hizmetin hasta beklentilerini karşılamasıdır. Tedavi sürecince hasta tarafından algılanan durum kalite sürecidir. Hastaların bakış açılarının ve onlardan gelen görüşlerin hizmet sürecine dahil edilmesi sağlık hizmet kalitesini artıran uygulamadır. Kalite yönetimi için bir organizasyonda kurumun görev beyanının hazırlanarak, hedefler ve süreçler geliştirmek, süreçleri organizasyon yapısına uygulamak, kalite el kitabı hazırlamak ve değerlendirme yöntemleri geliştirmek gerekmektedir. Süreç için kalite çemberi oluşturularak örgütsel koordinasyon sağlanır. Kalite yönetim tekniklerinde kalite çemberi bir organizasyonda verimlilik etkinlik etkililik gibi problemleri analiz ederek çözüm önerileri ortaya koymak üzere yapılan takım toplantılarıdır.

¹⁸⁰ Hoffman, 1994: 48.

¹⁸¹ Bobzien, 2002: 185.

¹⁸² Söyük ve Üzgöl, 2016: 23.

Mekansal durumu iyileştirmek, yönetimin kalite hedeflerini belirlemek ve kalite bilincini geliştirmek için yapılır. Göçmenlere yönetimde ve ekip içinde yer vermek önemli bir adımdır. Kültürlerarası kalite standartları geliştirmek için kalite yönetim anketi yapmak sürecin en önemli aşamasıdır.

2.2.3.4. Personel

Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımı hastalar ve hizmet veren sağlık personelinin etkili iletişimini ve iş birliğini gerektirir. Sağlık personeli ve hasta arasındaki etkili iletişim, tanı ve tedavide yararlar sağlamakta, yanlış tedavi tehlikelerini azaltmakta ve sağlık hizmeti ile ilgili iyi sonuçlar almada tıbbi bakımın temelini oluşturmaktadır. Hasta ve sağlık personeli arasında iletişimin niteliği ile hastanın doyumu, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumu ve olumlu sağlık sonuçları arasında doğrudan bir ilişki vardır¹⁸³.

Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm kurumlarda gerek kurum personeli gerekse hizmet alanlarında farklı yollarla iletişim kurar; selamlaşma (sözlü, sözsüz iletişim), telefonla haberleşme (uzaktan iletişim), hizmet alanlarına eğitim amaçlı posterler asma, eğitim malzemeleri verme (görsel iletişim), hastalarla yüz yüze görüşme, bakım, eğitim, danışmanlık verme (yüz yüze iletişim), muayene etme, psikolojik destek vermedir (dokunma ile iletişim).

Sağlık kurumlarında tüm iletişim biçimlerinde etkili olabilme, çift yönlü iletişimi ve kültürel yeterli çabayı, düşünmeyi, isteği, ilgiyi, etkili konuşabilme ve dinleme, kültürlerarası yeterli iletişim becerilerine sahip olmayı gerekli kılar¹⁸⁴.

Kültürlerarası iletişim, farklı kültürü olan hastalarla farklı kültürü olan sağlık hizmet personeli arasında kültürel açıdan birbirlerinin kültürlerini anlamaya dayalı iletişim sürecidir. Kültürlerarası iletişim, sağlık personelinin, hastanın sözlü ve sözsüz anlatımlarını, kültürel değerlerini, bakım ihtiyaçlarını ve algılarını göz önüne alacak şekilde iletişim becerilerinin kullanılmasıdır. Kültürlerarası iletişim, kültürlerarası sağlık hizmetinin temelidir. Sağlık personelinin kültürlerarası iletişim yeterliliği ise, başka kültürlerden ve farklı dili konuşan insanlarla, etkili ve uygun bir biçimde iletişim kurma becerisidir¹⁸⁵.

Sağlık personeli, farklı kültürden/farklı dili konuşan bireylere hizmet sunarken, kültürel yeterli iletişim becerilerine sahip olmalı, kültürle ilgili temel konuları bilmeli, kültürel farkındalık olmalı ve bu becerilerini farklı kültürden sağlık hizmeti alanlara uyarlayabilmelidir.

¹⁸³ Bayık, 1998: 112.

¹⁸⁴ Bayık, 1998: 113.

¹⁸⁵ Özcan, 2012: 144.

Sağlık personeli, sağlık hizmeti almak için başvuranlara hizmet planlamadan önce mutlaka demografik ve kültürel özellikleri, hastalık ve sağlıkla ilgili inanç ve davranışlarını, sözel ve sözel olmayan iletişim biçimleri bakımından tanılamalı, bu amaçla tanılama formlarından yararlanarak veri toplamalı, analiz etmeli, kültürel farklılıklarını özelliklerini hizmet sunumunda göz önünde bulundurmalıdır¹⁸⁶.

Sağlık personeli her hastaya yaşı, cinsiyeti, dini, sınıfı, cinsel davranışları, etnik ve kültür grubu farkı gözetmeksizin saygı göstermeli, eşit davranmalı, hastanın haklarının farkında olmalı, farklı kültür gruplarının nitelikli hizmet almalarını engelleyebilecek kendi bireysel inançlarının ve ikilemlerinin farkında olmalı, kültürlerin inançlarını ve geleneksel uygulamalarını tedaviye eklemeye istekli olmalıdır¹⁸⁷.

Güçlü bir iletişim için kabul ve saygıyı içeren bir ortam oluşturulmalıdır. Sağlık personeli, bireyi olduğu gibi kabullenmeli, neyi söylediğine, nasıl söylediğine, ses tonuna, seçtiği sözcüklere, yüz ifadesine ve mimiklerine dikkat etmelidir. Sağlık personeli, iletişimde kullandığı jest, mimik ve yüz ifadeleri ile hastanın kültürüne özgü bu ifadelerin uyumunu değerlendirmelidir. Sağlık personeli, hasta ile konuşurken kendisini onun yerine koymalı, dikkatle dinlemeli, rahatsız edici hareketlerden ve neden, niçin, ne, nasıl gibi yargılayıcı ifadelerden kaçınmalıdır. Sağlık personeli, bireylerin kültürel ve sağlık davranışlarını yargılamamalı ve farklı kültürlerle özgü davranışlarının nedenlerini anlamalı, kültürel açıdan değerlendirmelidir. Bakım alanların kültürel özelliklerine uygun bakım davranışları sergilemelidir¹⁸⁸. Örneğin domuz eti yememe gibi dini inançları olan bir hastaya yemesi için ısrar edilmemeli veya dini inançları nedeniyle hemcinsi olan sağlık personelinde hizmet almak isteyen bireye bu imkân sağlanmalıdır.

Sağlık personeli, sağlık hizmeti alanlara saygı göstermeli, hastanın adını bilmeli ve görüşmeler esnasında yeri geldiğinde hastanın adı sıklıkla kullanılmalıdır. Batı toplumlarında soyadı ile hitap etme yaygın iken, ülkemizde ise ön adı ile hitap yaygındır. Bu yaklaşım, hastaya sağlık personelinin kendisinin kim olduğunu bildiğini ve önemsendiğini düşündürür.

Sağlık personeli, iyi bir dinleyici olmalı, hastanın sözünü kesmemeli, onun konuşmasına fırsat vermek için gerektiğinde sessiz kalmalıdır. Dakik olmalı, hastaya yeterli zaman ayırmalı, hastayı acele ettirmemeli, yavaş ve açık biçimde kısa cümlelerle konuşmalıdır. İletişimde dil engelini aşmak için bireyin anlayabileceği sözcükler seçmeli, soruları yanıtlamalı, açıklamalar yaparak, geri bildirim almalı hastası ile ilgilendiğini vücut duruşu ile belli etmelidir. Hastaya “merhaba” derken gülümsemeli, hastanın kültürüne

¹⁸⁶ Temel, 2011: 62.

¹⁸⁷ Temel, 2011: 64.

¹⁸⁸ Desmond vd., 2011: 87.

uygunsa tokalaşmak üzere elini uzatmalıdır. Bazı kültürlerde insanlar tokalaşmaktan ve temastan hoşlanmayabilirler. Bu nedenle hastaya dokunma konusunda dikkatli olunmalı, hasta ile temas gerektiğinde sınırlı tutulmalı, hasta ile temas etmek gerektiğinde örneğin muayene sırasında oda ekip üyeleri veya aile bireylerinden birisinin bulunması tercih edilmelidir. Fiziksel mesafenin korunmasında dikkatli ve saygılı olunmalıdır. Hasta ile göz teması kurulmalı, ancak bu uzun süreli olmamalıdır. İlgili kültür grubunda uygun dil, sözel ve sözel olmayan iletişim kalıpları (göz hareketleri, göz teması, baş ve yüz hareketleri, kol bacak hareketleri), iletişim mesafesinin ve dokunmanın ne anlama geldiği, zaman algısı, zamana uyumun önemi, dini uygulamalar, yiyecek tercihleri, hasta rolleri, geleneksel inanç ve uygulamalarının, akrabalık bağlarının ne anlama geldiği önemsenmelidir¹⁸⁹.

Sağlık personelinin iletişim tercihi, selamlaşma, vedalaşma, söylem, nezaket, giyim, dil, din, değerler, söz, el kol hareketleri açısından ilgili kültür grubunun tercih ettiği dile, sembollere, konuşma biçimlerine uygun olmalıdır. Örneğin Orta Asya ülkelerinde Batı ülkelerine göre daha sert ve hızlı konuşulur. Hindular inek eti, Müslümanlar ve Yahudiler domuz eti yemezler. Her dinin farklı kutsal günleri ve ritüelleri vardır. Amerika’da göz teması saygıyı ve samimiyeti, Kore’de ise saygısızlığı ifade eder. Arap ülkelerinde kadın ile yabancı erkeğin göz teması doğru karşılanmaz. İngiltere’de ve Almanya’da başın sağa sola sallanması “hayır” anlamındadır¹⁹⁰.

Sağlık personeli, “Bakım alanlar hissettiklerini açıkça dile getiriyorlar mı?”, “Bireylere yeterince söz veriyor muyum?”, “Olayları karşımdaki kişinin bakış açısından değerlendirebiliyor muyum?”, “Karşımdaki kişinin benimle ters düşen özellikler var mı?”, gibi soruları kendisine sorarak iletişim biçimi hakkında öz değerlendirmesini yapabilecektir¹⁹¹.

Sağlık personeli kültürlerarası değer ve inanç farklılıklarını tanır, kabullenir, önemser. Kültürel anlamda farklı bireylere duyarlıdır ve bu bireylere empatik yaklaşır, kültürel farklılıklara değer verir, değerlendirmelerinde dürüsttür, hasta ile işbirliği yapar, destekleyicidir, etkili iletişimde bulunur.

Kültürlerarası açılım yaklaşım süreçleri birçok detay içinde bazen çok karmaşık olabilir genelde küçük ölçekli kuruluşlarda bu süreçleri işletme sahipleri yürütmektedir. Ancak örgütsel gelişim içinde genel bir kavram ve kesitsel bir görev olarak ortaya koyulan katılım odaklı prosedürler kullanmak, kalite yönetimine dahil etmek, anadil dışında iki veya çok dilli yayınlar, göçmenlere özgü kültürlerarası sorunları ele alan unsurlar önemli

¹⁸⁹ Desmond ve Copeland, 2010: 88-92.

¹⁹⁰ Temel, 2011: 62.

¹⁹¹ Temel:2011: 63.

basamaktır. Diğer önemli bir ayak ise kültürlerarası açılım yaklaşımının uygulama alanında nitelikli personel ihtiyacında dışarıdan uzman desteği ihmal edilmemesidir. Kültürlerarası personel gelişimi kültürlerarası organizasyonel gelişim alanının vazgeçilmezidir. Bu yüzden organizasyonel gelişim daima personel gelişimini içermelidir. Göç geçmişi olan personel istihdam etmek insan kaynakları gücü olarak erişimin niteliğini artırır. Ancak personel alımında kültürel olarak hassas ve fırsat eşitliği sağlamak önemlidir. Hedeflere yansıtılan tutumun kişilerin birbirine yaklaşma şekillerinde hiyerarşik yapının her alanda kurum misyonuyla ifade edilmesidir. Bu tutumun en önemli ayağı personel gelişimidir. Kültürlerarası yetkinlik kazanımı insanların farklı olduğu gerçeği ile dil, davranış kurulan iletişim, yaşam şekil farklılıklarını kabul etmek anlamına gelir. Kültürlerarası farklı yaşam biçimleri arasındaki ilişkiyi ifade eder. Eylemlerimizin başarısını belirleyen içinde bulunduğumuz yapılardır. Bu yapıların eleştirel analizi örgütsel, personel ve kalite gelişimiyle kültürlerarası açılım tüm alana yansımaktadır. Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmetinin verilebilmesi için sağlık personelinde kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve beceri, kültürel duyarlılık gibi unsurların gelişmiş olması gereklidir. Kültürel istek; kültürel yeterlilik yapısının merkezini oluşturmaktadır. Sağlık personelinin farklılıkları kabul etme, benzer yönleri ortaya çıkarma, kültüre özgü bilgileri öğrenmek için kültürü farklı olan bireylerle açık ve esnek iletişimin kurması olarak ifade edilebilir. Kültürel farkındalık; sağlık personelinin inançlarını, ön yargılarını gözden geçirerek kendi bireysel değerlerini, sosyal olarak nasıl yapılandığını incelemesi, bu değerlerin verdiği hizmeti etkilediğini bilmesidir. Kültürel bilgi ise, farklı kültür ve etnik gruplar hakkında doğru bilgiyi arama ve bulma sürecidir. Antropoloji, sosyoloji, psikoloji konularında bilgili olan sağlık personeli farklı kültürlerden gelen bireylerle ilişkide olarak, farklılıkları ve eşitsizlikler anlamalı, farklı sağlık sorunları ve davranışları kültürle ilişkilendirmelidir. Kültürler tanıma, kültürel öykü alma, tanılama, fiziki muayene yapma gibi uygulamalarla kültürel bilgi geliştirilebilir. Kültürel duyarlılık, sağlık personelinin hizmet verdiği bireylerin kültürel ihtiyaçlarının farkında olması, insani yaklaşımla güven verici bir ortamda hizmet alan bireylere doğru seçimleri sunması, onlarla güçlü ilişkiler kurması, uzlaşması ve yaptığı işleri benimsemesidir. Kültürel duyarlılık, sağlık personelinin farklı kültürlerin ele alındığı eğitim programlarına tabi tutulması veya sahada farklı kültürden olan bireylerle iletişime geçilmesi ile geliştirilebilir¹⁹².

Göç geçmişine sahip çalışanları olan kurumlarda genel olarak kültürlerarası yeterliliğin sembolize edildiğine ve yeterli olduğuna dair düşünceler hala devam etmektedir. Kültürlerarası yeterlilik bütünün bir parçası olmadığı ve yönetim kademelerinde özel

¹⁹² İz ve Temel, 2009: 55-56.

pozisyonlarda göçmen çalışanlar olmadığı sürece amacına hizmet edemez. Yabancılar için yönelik yapılan bir çalışmada kültürlerarası açılım yaklaşımı kapsamında ele alınan öneriler içinde, yabancı ülke diplomalarına sahip göçmenlere yönelik takdir yetkisinin gözden geçirilmesi, yabancı çalışanlarının önceki mesleki deneyimlerinin sosyal alanda değerlendirilmesi, iş tecrübelerinin değerlendirilmesi, gözetmen görüşlerinin değerlendirilmesi, bireysel durumlar için ortalama notun öngörülmesi, yabancılar için çalışma alanında eğitim kurslarının genişletilmesi gösterilmektedir ayrıca yabancıların eğitimi ve işe alım uygulamalarına yönelik öneriler bazında kurum içi eğitim etkinlikleri, kültürlerarası yeterlilik için oluşturulan yapı taşlarını idari kariyere dahil etmek, yabancı çalışanlar için ek dil eğitimi ayarlamak, çalışanların istekliliğini desteklemek, kişileri deneme için profesyonel stajların çerçeve koşullarını oluşturmak, kültürlerarası yeterlilikte personel gelişiminin ayrılmaz bir parçası olarak kamuya yönelik reklamcılık aktivitelerinde bulunmak ve kültürlerarası öğrenme projesinin geliştirilmesi sayılmaktadır¹⁹³.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımına Yönelik Uluslararası Örnekler

Uluslararası göç sonucu yaşanan travmatik göç deneyimleri ya da düşük sosyo ekonomik gibi etkenler yabancıların sağlık hizmetlerine erişimleri gibi spesifik ihtiyaçlara yeterince cevap vermeyebilmektedir. Kültürel engeller ise farklı kültürlerle mensup olan bireylerin en temel hakkı olan sağlık hizmetlerine erişimlerini daha duyarlı bir konu haline getirmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde kültürel engellerin varlığı hem hizmet kullanıcılarını hem de hizmet sağlayıcılarını bağlamaktadır sözelimi dil engelleri kültürel çeşitliliği cevap vermenin yanı sıra hastanedeki kaynakların kullanımında da verimsizliği beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde farklı kültürlerle mensup bireylere hizmet etmek önemli bir konudur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılım yabancıların sağlık hizmetlerine engelsiz erişimlerinde önemli bir araç olmuştur. Göçmen Dostu Hastaneler (Migrant Friendly Hospital) örneği sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılım örneği açısından ele alınması gereken önemli bir örnektir. Göçmen Dostu Hastaneler (Migrant Friendly Hospital) proje fikri kurucusu kuzeydeki Reggio Emilia Sağlık Otoritesi olan on iki Avrupa ülkesinden pilot hastanelerle çalışılmıştır. Viyana Üniversitesi Tıp Fakültesinin proje teklifi Avrupa Komisyonu tarafından kabul edilmiştir. Sağlık ve Tüketiciyi Koruma, Dünya Sağlık Örgütü, Ulusal Sağlığı Teşvik eden Hastaneler Ağı, Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Hollanda, İspanya, İsveç, Birleşik Krallık ve Portekiz yer almaktadır.

¹⁹³ Terkessidis, 2002: 36.

Bu projeye Büyükşehir Üniversitesi'ndeki eğitim hastanelerinden küçük kasabalara kadar çeşitli kamu ve özel kar amacı gütmeyen kamu hastaneleri de katılmıştır. Proje ortakları göçmen dostu kültürel açıdan verimli sağlık hizmetini sağlamak için çaba göstermeyi kabul etmişlerdir. Projeye katılan hastaneler Avrupa sağlık politikası gündemine göçmen dostu olarak pratik bilgi ve araçların değerlendirilmesinde kalite standartlarının geliştirilmesini desteklemişlerdir. Neuchatel Üniversitesi ve İsviçre Göç Vakfı genel projeyi desteklemiştir. Ortaklar proje sürecinde, uluslararası tercümanlık hizmetlerinin geliştirilmesinden, anne ve çocuk bakımı programında personelin kültürel yeterliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Konular yönetim ve kalite yapılarına uyarlanarak çözümler pratik alanda uygulanmıştır. 9/11 Aralık 2004 tarihlerinde Amsterdam' da göçmenlere yönelik farklı bir Avrupa bakışıyla hastanelerde halk sağlığı ve sağlığı geliştirme konularına değinilerek, sağlık bilimleri üzerine deneyimlerin paylaşılarak sonuçlar değerlendirildi. Hastane düzeyinde göçmen dostu sağlık politikası için Amsterdam Deklarasyonu için düğmeye basıldı. Etno kültürel olarak Avrupa'da Göçmen Dostu Hastaneler kuruldu. Temel maliyetleri Avrupa Birliği fonları tarafından karşılandı. Genel proje olarak ortaya konan hedefler; Göçmen dostu hastanelerin geliştirmek, hastaneler gibi komplike yapılarda örgütsel gelişimin sürdürülmesi, süreç çerçevesinde iyileştirilmelerin yapılması, kalite yönetimi prosedürlerinin hazırlanması, projeye entegre olan hastanelerde ihtiyaç değerlendirilmesi yapılması, hasta, personel ve hastane yönetimi ile ilgili bakış açılarında literatür taraması yapılması, sağlık ve sağlık sorunları ile ilgili mevcut bilgi ve olası göçmen statüsüne yönelik çözüm yollarının derlenmesine ek olarak iletişim, duyarlılık, güçlendirme ve izleme alanlarında çalışmalar yapılmasıdır. Bu projenin misyonu ise farklı geçmişe sahip toplum üyelerini temelde eşit olarak kabul etmek, çeşitliliğe önem vermek, farklı geçmişe sahip kişilerin ihtiyaçlarını belirlemek, bu ihtiyaçlarla ilgili hizmetleri geliştirmektir. Farklı geçmişlerden kaynaklanan dezavantajları telafi etmek, göçmen dostu kalite anketi kullanılarak MFQQ (Migrant Friendliness Quality Questionnaire, Göçmen Dostu Kalite Anketi) hizmetleriyle ilgili genel göçmen dostu statüsünü değerlendirmek, kalite yönetim yapıları ile kıyaslama sağlamak, tercümanlık hizmetlerinden faydalanmak, bilgi materyalleri ile göçmen dostu yapıları değerlendirilmek, göçmen hastalar için kültürel açıdan hassas hizmetlere duyarlı olmak (yemek, din), uygun bütçeleme hazırlamak ve personel geliştirme programları yapmak projenin kapsamını oluşturmaktadır. MFQQ 2003 ve 2004'te olmak üzere iki değerlendirme için kullanılmıştır. 2003 yılında yapılan ilk değerlendirme mevcut göçmen dostu birçok hizmet listeleyen ve iyi yapılandırılmış yönetim yapısına sahip hastaneler varken bazı hastanelerin bu alanda daha fazla gelişme kaydetmesi gerektiği rapor edilmiştir. Bir yıl sonraki değerlendirmede ise projeye katılan hastanelerin çoğunun projeyi

kullanabileceği görülmüştür. Kalite yönetim sistemleri hem hizmetler düzeyinde hem de hizmetlerin geliştirilmesinde önemli gelişmeler sağlamıştır. Yapılan sunumlarda ise detaylı sonuçlara ulaşıldığı belirtilmiştir.

Yerel dili konuşamayan veya göçmen nüfustan gelen hastalar ile klinisyenler arasında etkili iletişim kurmak, klinik iletişimde yorumlamanın geliştirilmesi, hasta bakımında doğru ve tam bilgi alarak MFH (Migrant-Friendly Hospitals, Göçmen Dostu Hastaneler) ihtiyaç değerlendirmesini eksiksiz yapabilmek için dokuz pilot hastane ile ortaklaşa bir alt çalışma yapıldı.

Göçmen ve etnik azınlık hastalarıyla dört amacı takip ederek klinik iletişim geliştirildi

1) Mesleki tercümanlık hizmetleri gerektiğinde kullanılmalı, yerel dili konuşamayan kişiler ve klinik personel arasındaki iletişimin sağlanması

2) Hastaların mevcut dil hizmetlerine nasıl ulaşacaklar hakkında bilgilendirilmesi

3) Tercümanlarla nasıl yetkin çalışılacağı konusunda personelin güçlendirilmesi

4) Hastalarla dil iletişiminde yardımcı olacak eğitim materyallerini bulunması

telefonla çeviri, yüz yüze çeviri, kültürlerarası arabuluculuk, yazılı destek iletişim malzemeleri ile klinik iletişimi geliştirmek için önlemlerin uygulanmasına yönelik kararlar üzerinde mutabık olunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda başlangıç ve son müdahale sonrası personel anketi ve hasta anketi değerlendirme tasarımıyla bulunulmuştur.

Genel değerlendirme sonuçları uygulanan önlemlerin etkili olduğunu göstermiştir.

Tercümanların zamanında temin edildiğini belirten cevapların oranı (her zaman veya sıklıkla) %17 oranında artmıştır.

Tercümanlık hizmetleri için tanımlanmış bütün kalite göstergelerinde iyileşmeler gözlemlenmiştir.

Tercüman tarafından giriş, açıklama, doğru bilgi iletimi, kültürel inançların netleştirilmesi, tercüman tarafından hastanın ek ihtiyaçlarının belirlenmesi %26'dan, %47'ye yükselerek mükemmel veya çok iyi olarak derecelendirilmiştir.

Çalışanların %55'nin iş durumlarında iyileşme tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda klinik iletişimin hastanenin çeşitlilik politikasına entegre edilerek finansal kaynaklar ve politikalarla sürdürebileceği görülmüştür.

Göçmen anne ve çocuk sağlığına yönelik göçmen dostu bilgi ve eğitim alanında farkındalığı arttırmak üzere yapılan diğer bir alt çalışmada; doğum öncesi ve doğum sonrası anne ve çocuk için hangi hizmetlerin gerekli olduğu davranış bilincini oluşturmak hedeflenmiştir. Sağlık okuryazarlık seviyelerini yükselterek hareket yeteneğini önemli kılmak, kadınları ve aileleri aile bakımı konusunda güçlendirmek amaçlanmıştır. Kültürel

olarak yeterli bilgi ve eğitim programları ile altı hastane (AT, IT, FI, NL, SP, İngiltere) broşürler, videolar ve eğitim materyalleri geliştirdi.

Göçmen kadınlar arasında hamilelik, annelik, erken yaşta ne tür bilgilere ihtiyaç duyulduğu üzerine ihtiyaç değerlendirmesi hakkında kurslar verildi.

Kurslar ve bilgilendirme materyalleri dört kalite boyutunda geliştirilmiştir.

- 1) Hizmetleri uygun erişim.
- 2) İlgili bilgiler.
- 3) Kültürel olarak hassas tasarım ve bilgi formatı.
- 4) Yabancılarla hizmet sağlayıcılar arasında kültürel hassas ilişki güçlendirilmesidir.

Ancak bu çalışmaya katılım oranı düşük olmuştur. Katılım oranlarının düşük olması, anne ve çocuk bakımında kadınların ev içinde erkeklerin sözüne göre hareket etme durumunda olduklarını düşündürmektedir. Eşlerin etkisinin bu tür derslerin alınıp alınmamasına karar vermesi bir varsayım olarak düşünülmektedir. Kurslar ücretsiz olarak sunulmuştur. Katılanlar arasında kurs boyunca verilen bilgileri kullanan kadınların olduğu görülmüştür. Proje çerçevesinde planlama, uygulama, önlemlerin değerlendirilmesi ve önlemlerin geliştirilmesi çalışılmıştır. Ders tasarımı bilgilendirme materyallerine daha fazla rehber için destek sağlanmıştır.

Göçmen dostu sağlık hizmetleri sunumunun en önemli ayağı kültürel yeterliliğe yönelik personel eğitimidir. Hastane personelinin kültürlerarası yönetimi daha iyi ele almasını sağlamak, MFH projesi çerçevesinde hastaneler arasında kültürel yeterliliğin eksikliği, kültürel farkındalık, yanlış anlamalar ve önyargılar üzerine bir alt çalışma yapıldı. Proje kapsamındaki Avrupa hastanelerinde sistematik olarak uluslararası literatür taraması yapılarak, kültürel yetkinlik gelişimini sağlamak, personel eğitimini iyileştirmek ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek üzere yaygın bir kalite kriteri üzerinde duruldu. Personele yönelik eğitim kursları yaygın olarak özellikle Amerika, Kanada, Avustralya gibi klasik göç ülkelerinde uygulanmaktadır.

Hastane personelinin farkındalık, bilgi, beceri farklı bir topluluğun hasta bakımı ile ilgili üst seviyesi hedef alınmıştır.

Personel eğitim projesine dokuz pilot hastane katıldı. Bilgilendirme belge uygulaması için yol ve değerlendirme araçları geliştirildi.

149 çalışanın katıldığı çalışmada içerik, yapı, eğitim bilimlerinin sayısı eğiticilerin nitelikleri, katılan personelin kompozisyonu, yönetim desteği bölüm düzeyinde sistematik ihtiyaç değerlendirmesi, devam eden kalite güvencesi, uygunluk gibi kriterler ölçülmüştür.

Kültürel çeşitlilik konularında olduğu kadar kültürel yetkinliğe ilişkin ilgi düzeylerinde de personelin puanlarında artış görüldü.

Maliyet etkinliği açısından dış eğitim maliyetleri düşük olmasına rağmen geliştirme maliyetlerinden daha yüksek olduğu ve kişisel maliyetlerin çoğunlukla gönüllü çalışmalarla karşılandığı görüldü.

Çalışmaya katılan tüm hastanelerde eğitim programları, personelin donanımlı olması için etkili bir yol olarak kabul edildi.

Kültürel yeterliliğe doğru Avrupa hastanelerinde ileri düzey eğitime yatırım yapma fikrinin güçlendirilmesi desteklenmiştir.

Bu çalışma sonucunda kültürel yeterlilik eğitimi ve kültürel unsurların üretim düzeyinde sistematik olarak kullanılması kalite yönetimine dahil edilmiştir. 2004'te Amsterdam'da kültürel olarak göçmen dostu hastaneler projesinin son konferansı gerçekleştirildi. Bu konferansa sağlık meslek temsilcileri, sağlık hizmet yöneticileri, sağlık politikaları ile ilgili uzmanlar, bilim adamları azınlık temsilcileri, insan hakları savunucuları ile 20'den fazla Avrupa ülkesinden katılımcı iştirak etti. Konferansta göçün etnik kültürel konusunun öneminin yanı sıra kavramsal problemler ve çözüm seçenekleri hakkında paylaşımda bulunuldu. Konferans raporu hastanenin mevcut durum özeti ile başlayarak, Avrupa'daki göçmenlere ve etnik azınlıklara yönelik hizmetler hastalar ve personel için problemler nelerdir sorularına cevap arandı. Özel savunmasız gruplar olarak göçmenler ve etnik azınlıklara yönelik sağlık hizmetlerinde kalitenin arttırılmasını teşvik eden herkes için iyileşme sağlanması konularının üzerinde durulmuştur.

Konferans Deklarasyonu kabul eden oluşumlar, Avrupa Komisyonu, Sağlık ve Tüketici Koruma, Dünya Sağlık Örgütü, Entegre Bakım Merkezi, Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Göç Örgütü, Uluslararası Hasta İttifakı Kuruluşları, AB Hastaneleri Daimi Komitesi, Uluslararası Sağlığı Geliştirme ve Eğitim Birliği, kültürlerarası eylem için birleşerek Amsterdam Deklarasyonuna hizmet edeceklerini dile getirdiler.

Organizasyon eşit sağlık hizmeti sağlayarak eşit fırsatlarla sağlık farklılıklarını azaltmaya katkıda bulunarak sürdürülebilir mümkün olan en düşük seviyede maliyetle etkili politikalar ortaya koymaktır. Standartların amacı kuruluş politikalarında yönetişimi nasıl geliştirmesi gerektiğini tanımlamak eşitliği teşvik eden performans izleme sistemleri geliştirmektir. Ölçülebilir elemanlar hastalar personel ve toplum için eşitsizlikleri azaltma faaliyetlerini ifade eder. Örneğin hastanenin belli noktalarına yerleştirilen metin kutuları sorunlar hedefler sorumluluklar hakkında izleme eylemleri gerçekleştirilebilir. İlk seviye bu beş standardın ortaya konmasıdır. İkinci seviye her bir standart seviyesinde alt standartlar

faaliyete geçirilerek temel bileşenlerine ayrılır. Genelde sayıları dört ila altı arasında değişir. Üçüncü seviye ise ölçülebilir unsurlardır bu seviyede ölçülebilir öğelerin kısmen incelenmesi ve değerlendirilecek standardın gerekliliklerinin tamamen yerine getirilmesi üzerinde durulur. Ölçülebilir elemanlar sadece standarda tam uyum içerisinde bulunması gereken listelerdir. Ölçülebilir elemanların listelenmesi standartlara daha fazla açıklık sağlamak ve kurumun personelini akreditasyon anketine hazırlamak içindir.

Göçmen dostu sağlık hizmetlerinin dört müdahale alanı vardır.

a) Kültürlerarası İletişim; Anlaşılır olmak müdahalenin en gerekli olduğu alandır.

b) Duyarlılık; yabancı hastaların sosyo kültürel geçmişlerine olumlu tepkilerle odaklanarak hem kurumların personeline yönelik eğitimleri hem de kurumsal yapılarının duyarlı olması hedeflenerek ihtiyaçlara cevap vermeyi kapsayan alandır.

c) Güçlendirme; yabancı hastaların ve topluluklarının güçlendirilmesidir. Hastaların karar alma süreçlerine tam olarak katılmalarını sağlar.

d) İzleme; yabancı hastaların aldıkları sağlık hizmetleri izlenerek sorunlar üzerinde araştırma ve değerlendirmeyi içerir¹⁹⁴.

Hizmetlerin kültürlerarası açılıma dair Almanya'da göçmenler ve göçmen olmayanlar arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma aşamasındaki eşitsizlikler üzerine sistematik bir araştırma yapılmıştır¹⁹⁵. Almanya'da hizmetlerin kültürlerarası açılımına dair kurumsal baz da kontrol listeleri ve değerlendirme araçları bulunmaktadır. Çeşitli sağlık hizmetlerini ve göçmen nüfus alanlarını kapsayan bu derleme, genel bir bakış sunmayı ve potansiyel müdahale alanlarını belirlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem olarak 1 Haziran 2017' ye kadar ki yayınlanan kayıtları içeren Pub Med veri tabanında sistematik bir tarama yapılması hedeflenilmiştir. Uygunluk kriterleri olarak, İngilizce veya Almanca dilinde yazılmış hakemli bir dergide yayımlanmış yayınlar seçilmiştir.

Çalışmalar, Almanya'da yaşayan bir nüfusun nicel ve orijinal verilerini rapor etmektedir. Çalışmaların uygunluğu iki yazar tarafından değerlendirilerek yerel kontrollerin aynı örnekten kaynaklanmadığı durumların çalışmaya dahil edilmemesine dikkat edilmesi üzerinedir. Altmış üç çalışmada sağlık hizmetlerinden yararlanma göstergeleri, danışma veya katılım oranları gibi bireysel davranışlar da değerlendirmeye katılarak incelenmiştir. Bulgularda nitel bir sentez olarak hedeflenen kıstasların karşılandığı görülmüştür. Sonuç

¹⁹⁴ Project Summary Migrant-Friendly Hospitals Project, 2005.

https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_14_en.pdf (erişim tarihi:08.08.2019).

¹⁹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6211605/> (erişim tarihi: 05.07.2019).

olarak ulaşılan genel bulgular içinde, sağlık hizmetlerinden yararlanımın ya da bu hizmetleri kullanım göstergelerinin göçmen nüfus açısından farklı seyretmesine rağmen göçmenlerce kullanım seviyelerin daha düşük olduğu görülmüştür. Uzman bakımı, ilaç kullanımı, terapist danışmanlığı, rehberlik ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra hastalık önleme (erken kanser tespiti, çocuklar için önleme programları ve ağız sağlığı kontrolleri) gibi alanlarda yabancıların daha az yararlandıkları görülmüştür. Bu çalışmanın sonucunda sosyoekonomik durumdaki farklılıkların, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikleri büyük ölçüde açıklayamadığı ancak diğer sebepler olarak, ihtiyaçlar, tercihler, bilgi, dil ve kurumlara erişim engellerindeki farklılıkların, (ücretler, bekleme süreleri, kurumla aradaki yol mesafesi veya boşa gittiği düşünülen ücretler) olduğu görülmüştür. Yabancılar mahsus duyarlı stratejiler geliştirilmesinin bazı sağlık hizmeti sunucu kurumların göçmen nüfusa yönelik sorunları ele almasıyla ilgili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu alanda ele alınan Kalite Yönetim Standartları

Personel gelişimi ve ekip içi iş birliği geliştirmek için uyulması gereken adımların bir başka gruplandırma şekli şöyledir;

1. Kültürel çeşitliliğin zenginleştirici bir süreç olduğu bilinciyle kültürel çeşitliliğe yer vermek
2. Ön yargılarla başa çıkmak kültürlerarası eğitim bölümüyle çalışanları bu alanda bilinçlendirmek için kültürlerarası arabuluculuk eğitmenlerinden yardım almak
3. Çok dilliği genişletmek
4. Kültürlerarası diyalogu geliştirmek
5. Kültürlerarası değer çatışmalarını tanımak
6. Kurumda göçmen temsilinin geliştirilmesini sağlamak

Göçmenler için kültürlerarası yeterlilik konusunun değerlendirilmesi öncelikle ihtiyaçları belirleyen bir anket çalışması ile başlayacaktır. Kurumun kültürlerarası yeterlilik talebini değerlendirmesi için kalite yönetiminin müşteri odaklı yaklaşımla yabancı hastaların beklentilerine dayalı bir kullanıcı anketine karar vermek gerekir. Müşteri odaklılık genel olarak hizmet kullanıcılarının beklentilerine kurumun uyum sağlamasıdır. Hizmet kullanıcılarının endişelerini ciddiye almak Hizmet Kalitesinde bir kriterdir. Müşteri odaklılığın amacı tüm ihtiyaçları karşılamak değil yabancı hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktır. Memnuniyet beklentiler hakkında kullanıcılarla iş birliği ortaklığında anketler müşteri odaklı hedeflere ulaşmak için temel sürecin başlangıcıdır¹⁹⁶.

Bobzien, hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımında Hizmet Kalitesini değerlendirirken anketi olarak SERVQUAL modeli kullanmıştır. Yabancıların müşteri odaklı

¹⁹⁶ Bobzien, 2003: 47.

görülmesi için nasıl bir değerlendirme aracı kullanılmalı ve sağlık sistem kullanıcıların aktif olarak sürecin içinde nasıl olmaları gerektiği sorularına cevap aranmıştır. Katılım odaklı kalite yönetimi kapsamında kullanıcı anketleri yapılmaktadır. SERVQUAL modeli Bobzien tarafından beş hizmet kategorisine uyarlandı. Fiziksel ortam olarak genel görünüm, güvenilirlik kategorisi için söz verilen hizmetin yerine getirilmesi, cevap verilebilirlik için gereksinimleri esnek bir şekilde isteklilikle yerine getirecek uygulama, güvenlik (egemenlik) için teknik bilgi çalışanlarının göçmenlere ait net bilgileri verebilmesi ve beşinci boyut olan empatinin göçmenlere bireysel olarak gösterilebilmesidir.

Yabancı hastaların Hizmet Kalitesini değerlendirirken ne bekledikleri onların endişelerini ciddiye alacak kriterler kalite sistemini oluşturmaktadır. Yabancı hastaların algıları ve değerlendirmeleri kaliteye ilişkin geri bildirim sağlar. Serquval'de en önemli boşluk (GAP) kullanıcıların hizmet deneyimi ile beklentileri arasındaki boşluktur. En önemli (GAP) boşlukları şöyledir;

GAP1 Algılanan Hizmet Kalitesi ile gerçekleştirilen Hizmet Kalitesi arasındaki GAP değeri

GAP2 Kurum tarafından vaat edilen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki GAP değeri

GAP3 Tarif edilen hizmet ile sağlanan hizmet arasındaki GAP değeri

GAP4 İletişim yoluyla vaat edilen hizmet ile sunulan hizmet arasındaki GAP değeri

GAP5 Kullanıcıların deneyimleri ile beklentiler arasındaki GAP değeridir.

Kullanıcılara uygulanan anket yöntemi ile değerlendirme yapmak mümkündür. Beklentilerin tasarlanarak ankete yansıtılması kalite sistemine odaklanma eğilimidir¹⁹⁷.

Münih'te hizmetlerin kültürlerarası açılım yaklaşımının üç sütun modelinde kullanılan Servqual yöntemi sağlık ve sosyal hizmet alanlarına uyarlanmıştır¹⁹⁸. Servqual kullanıcıların beklentileri ve gerçek deneyimleri arasındaki farka odaklanır. Beklentiler genel olarak tavsiyelerle, önerilerle kurum hakkında edinilen bilgilerle beslenir. Kullanıcı anketi amacına göre katılımcının kişisel deneyimlerini, beklentilerini, tartışarak düşünerek daha kolay formüle etmeye teşvik eder. Katılımcılar beklentilerini gerçek deneyimlerine dayandırarak ortaya koyarlar, saklı kalan olumsuz durumların algılanması ve ortaya çıkması için Servqual anket yöntemi yerinde bir uygulamadır. Göçmen hasta odaklı hedeflere ulaşmak, temel süreçler geliştirmek için kullanıcı anketleri yol göstericidir¹⁹⁹.

¹⁹⁷ Bobzien vd., 1996: 4.

¹⁹⁸ Gaitanides, 2003: 53.

¹⁹⁹ Bobzien, 2003: 46.

Kalite yönetiminin odak noktası, hem kullanıcıların bakış açılarını hem de çalışanların sürece katılımlarının uygulama alanına ortak edilmesidir. Gaitanides kültürlerarası açılım yaklaşımını kurumlarda kalite yönetimiyle desteklenen bir projeye dönüştürerek Münih Araştırma ve Proje Geliştirme Enstitüsü iş birliği ile bir çalışma yapmıştır. Kültürlerarası yaklaşımın desteklendiği projede çocuk, gençlik ve aile içi ilişkiler değerlendirme kısmında Servqual anket yöntemi kullanılmıştır²⁰⁰.

Domann'a göre muhatap olunan müşteri ya da katılımcıların sürece dahil edilmesi önemlidir. Muhataplarla yapıcı bir sohbet niteliğinde olan anket uygulaması beklentileri sistematize eden bilgi alışverişine katkı sağlayan bir süreçtir²⁰¹.

Bruhn toplumsal odaklı kalite kavramını psikolojik etki davranışsal etki, ekonomik etki olarak üçe ayırmıştır. Beklediği Hizmet Kalitesini gören hasta algıladığı Hizmet Kalitesinin tatmin edici olup olmadığını değerlendirerek durum memnuniyeti ile güven ilişkisini ortaya çıkarılır. Bu durum hastanın iletişim sürecini etkileyerek hasta sadakatini tetikler ve diğer hastalara Hizmet Kalitesinin tavsiye edilmesini sağlar. Ekonomik etkiler gelir artışları, Pazar genişlemesi, üretkenliğin artması organizasyonda iyileştirmeler yapılması ve verimliliğin artması söz konusu olur. Kültürlerarası yeterlilik ev sahibi ülkenin barındırdığı misafir kültürlerin gereklerini ve taleplerini anlayarak bu taleplere etkili bir şekilde cevap verilmesini kapsar.

Amerika'da bu konuda yapılan araştırmalar içinde; Sağlık Hizmetlerinde Irk ve Etnik Eşitsizliklerle Yüzleşmek, Erişim Yolları: Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmeti Sağlama Sistemi Irk ve Etnik Farklılıklar,²⁰² Hekim Bakımından Tıbbi Bakım Erişimde Irksal ve Etnik Farklılıkları Saptamak,²⁰³ Amerika Birleşik Devletleri'nde Meme Kanseri Taraması ve Etnik Köken: Sağlık Eşitsizliği Araştırmaları İçin Çıkarımlar. Meme Kanseri Res Tedavisi²⁰⁴

Psikoterapi kullanımında ırksal ve etnik eşitsizlikler.²⁰⁵

Tıp Enstitüsü; Eşitsizliklerin Tanımını Uygulamak: Zihinsel Sağlık Bakımına Yönelik Bir Uygulama²⁰⁶ ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sigorta ve Irk, Etnik Gruplar Arasında Kanseri Taraması: 2000 ve 2008 Yıllarındaki Eşitsizliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Yetersiz Sağlık Hizmetleri²⁰⁷ bu çalışmalara örnek verilebilir.

²⁰⁰ Gaitanides, 2003: 53.

²⁰¹ Dormann ve Bonn, 2002: 43.

²⁰² Zuvekas ve Taliaferro, 2002: 141.

²⁰³ Mahmoudi ve Jensen, 2012: 328.

²⁰⁴ Miranda vd., 2011: 537.

²⁰⁵ Chen ve Rizzo, 2010: 366.

²⁰⁶ McGuire vd., 2006: 1985.

²⁰⁷ Sambamoorthi ve McAlphine, 2003: 477.

Kasım 2001’de, Paris’teki 31. Genel UNESCO Konferansı İleriye dönük Kültürel Çeşitlilik Genel Bildirgesi’ni kabul ederek kültürel çeşitliliği şöyle vurguladı; Her gelişmiş toplumun karakteristiği kültürel çeşitliliğin korunması gereken bir zenginlik olarak algılanması olmalıdır. Bunun için ön koşul kültürlerarasında sürekli diyalogdur. Devlet sınırları içinde insanlar bu servetten yararlanabilmek için kültürlerarası küresel etik standartlarından ayrılmamalıdır. Kültürel çeşitlilik tüm insanların barış içinde bir arada yaşamasını sağlayan kalıcı garantili yoldur. Toplumun grupları ve kurumları için tasarım görevi tüm alanlar için zor ve politik konudur.

Bir sağlık organizasyonu hizmetlere erişimin etkili hale gelmesi toplum ile bağları güçlendirme ve kültürel yeterliliği artırmak için kendini değerlendirmek isteyebilir. Andrulis ve arkadaşları tarafından bir sağlık kuruluşunun kendi kendine kültürel yeterliliğin değerlendirilmesine yönelik çalışma yapılmıştır. Organizasyonun genişliğini ve derinliğini tespit etmek için tüm paydaşların görev gücü oluşturulur. 8-12 kişi arasında belirli kilit departmanları ve bu departmanların fonksiyonlarını belirleyecek denetleme ekibi oluşturulmalıdır. Ekip organizasyonda etnik ve kültürel alanlarla ilgilenen tercüman, sosyal hizmet uzmanları, doktor, hemşire, terapist gibi kültürel çeşitliliği yansıtmalıdır. Değerlendirme ekibinin görev gücü lideri seçilmelidir. Bu lider güvenilir, saygın ve farklılıklara duyarlı olmalıdır. Organizasyonun kültürel yeterlilik açısından kendi kendini değerlendirmesi beş adımda gerçekleşir; Birinci adımda organizasyon yönetimi görev gücünü oluşturan denetleme ekibini ve liderini atar. Projenin yazılı olarak hazırlanan hedeflerini onaylar. Ekip proje için zaman çizelgesi geliştirir. Ekip üyeleri bireysel olarak kendilerine verilen ödevleri alırlar. İkinci adımda anketleri tamamlama sürecidir. Ekip üyelerine anketlerin yapılması için görev verilir ve anketin soru formundaki durumlar tartışılır. Üçüncü adım değerlendirme ekibi anketten elde edilen bulguları ve gözlemleri tartışarak sonuçlar doğrultusunda hangi bireysel veya grup görüşmelerinin yapılması gerektiğini belirler. Dördüncü adım sonuçları değerlendirilmesidir. Veriler gözden geçirilir ve bu doğrultuda organizasyonun kültürel yeterlilik yelpazesi hakkında ekip karar verir. Beşinci adım rapor ve işlem adımıdır. Bulgular rapor haline getirilerek hastane yönetimine sunulur. Rapor genel değerlendirmeye ek olarak gerçekleştirilecek eylemler için kimlerin önerileceği nasıl bir yol izleneceği dair öneriler içerir²⁰⁸.

²⁰⁸ Organizasyonun Kültürel Yeterliliğini Ölçmesine Dair Andrulis ve ark. tarafından hazırlanan anket soruları için bkz <https://ecal.d.com/assets/Resources/Assets/Cultural-Competence-Self-Assessment.pdf> (erişim tarihi 12.08.2022).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımına Yönelik Ulusal Düzenlemeler

Türkiye'nin jeopolitik önemi, Asya ile Avrupa arasındaki köprü görevi gören coğrafi konumu göç hareketliliğini artırmaktadır. Bu durum göç gibi dinamik bir yapının süreçlerini yönetmek için etkin ve verimlilik esasıyla politika arayışlarını zorunlu kılmaktadır.

Türkiye'ye 1922'den günümüze kadar 6,5 milyondan fazla kişi göç etmiştir. Bu sayıya çalışma ve eğitim gibi amaçlarla gelen yabancılar dâhil değildir. Son on beş yılda Türkiye'ye çalışma, eğitim ve diğer amaçlarla gelen 3,3 milyon yabancının ikamet izni aldığı kaydedilmiştir. Günümüzde özellikle emeklilik hayatı, ılıman iklimin ve doğal güzelliklerin etkisi ile Avrupa ülkelerinden Türkiye'ye doğru bir göç akımı kendini göstermiştir. Birleşmiş Milletler'e bağlı Ekonomik ve Sosyal İşler Organizasyonu (DESA), raporunda, Türkiye'deki mülteci ve göçmen sayısının 2019 yılına gelindiğinde 5 milyon 678 bin 800 kişiye ulaştığı kaydedildi. 1990 yılında Türkiye'deki mülteci ve göçmen sayısının 1 milyon 163 bin 700 olduğu ancak bu rakamın 2019 yılına gelindiğinde katlanarak arttığı belirtildi²⁰⁹. Türkiye'nin içinde bulunduğu jeopolitik durum itibarıyla transit ülke konumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu süreçte yabancıların iki şekilde Türkiye'de kalma durumları tespit edilmiştir; yasal ya da illegal²¹⁰ Türkiye'nin karşılaştığı göç dalgalarını hali hazırda bulunan yasal düzenlemeler karşılamadığından göç yolda dizilir mantığıyla mevzuata eklemeler yapılmıştır. Dönemsel olarak ana yönelik yayınlanan genelge ya da yönetmelikler kamu yönetimi açısından uzun vadede karşılaşılan birçok duruma cevap veremez hale gelmiştir. Türkiye, konumu ve jeopolitik önemi nedeniyle istikrarsız siyasi çatışmaların bulunduğu güneyinde ve bazı Orta Doğu ve Asya ülkeleriyle, batısında refah düzeyi ve insan hakları standartları yüksek Avrupa ülkeleri arasında köprü konumundadır. Orta Doğu'daki ve özellikle komşu ülkelerdeki çatışma, siyasi ve ekonomik istikrarsızlıkların varlığı, doğu sınırlarının dağınık ve kontrolünün zor olması, Ege ve Akdeniz sahillerinin coğrafi yapısının yasadışı geçişlere uygunluğu gibi nedenlerle, Türkiye, Avrupa Birliği (AB) ülkelerine geçmeyi hedefleyen göçmenler için transit ülke konumunu korumaktadır. Türkiye, düzenli ve düzensiz göç hareketlerinin dinamikliği içinde çekim merkezi haline gelmiştir. Bu akışların içinde hizmetlerin kültürlerarası açılımı nihai kamu huzurunu sağlamak açısından elzem olmuştur. Coğrafi ve stratejik konumu sebebiyle tarihsel süreçte kitlesel sığınma hareketleri de dahil olmak üzere geniş anlamda göç hareketlerinin nihai durağı olan Türkiye milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmıştır. Türkiye'nin barındırdığı yabancı nüfus popülasyonuna cevap verebilmek etkin ve verimlilik esasıyla süreçleri yönetmek için merkezden taşra teşkilatına

²⁰⁹ DESA, 2019, RAPOR <https://www.amerikaninsesi.com/a/bm-desa-raporu-turkiyedeki-gocmen-sayisi/5088989.html> (erişim tarihi: 11.12.2019).

²¹⁰ Özer, 2011:74.

verilen yetki genişliği ilkesi idari yapıyı etkin kılmaktadır. Anayasa'nın 126. Maddesine atıfla kamu hizmetlerinin görülmesinde verim ve uyum sağlamak amacıyla, illeri içine alan merkezi idare teşkilatı ve taşra olmak üzere iki düzeyde belirlenir. Merkezi yönetimde göçe yönelik oluşturulan politikaların taşra teşkilatında uygulanması yetki genişliği ilkesinin etkin ve verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda "Göç İdaresi", "Göç Politikaları Kurulu" kurulmuştur²¹¹. 2017 yılı Başkanlık sistemine geçişle Göç Politikaları Kurulu 2018 yılında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle "Göç Kurulu" adıyla tekrar düzenlenmiştir. Mevzuatla verilen görevleri yürütmek gibi görev ve sorumluluklara sahiptir²¹². Türkiye'nin göç politikalarını belirlemesinde ulus üstü düzeyde taraf olduğu anlaşmalar önemli yer tutmaktadır. Göç yönetimine dair düzenlenen metinler doğrultusunda Türkiye 1951 yılında Cenevre'de imzalanan BM Mülteci Hakları Sözleşmesi ile ulusüstü düzeyde düzenlemeye taraf olmuştur. Devam eden süreçte Afrika Birliği Örgütü Afrika'daki Mültecilerin Bazı Sorunlarının İyileştirilmesine Dair Sözleşme'ye 1969 yılında imza atmış 1984 yılında Cortagena Deklerasyonu'na taraf olmuştur²¹³. Bu düzenlemelere ek olarak Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme, Göçmen İşçinin Hukuki Statüsü Hakkında Avrupa Sözleşmesi, Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 143 sayılı Kötü Koşullarda Çalışan Göçmen İşçilere Fırsat Eşitliğini Sağlama ve Haklarını İyileştirme Sözleşmesi, Avrupa Konseyi'nin Yabancıların Yerel Kamusal Yaşama Katılımı Sözleşmesi diğer uluslararası metinler yabancıların hizmetlere erişiminde eşitlikçi politikaları destekleyen yasal düzenlemelerdir. Türkiye göç yönetiminde uluslararası düzenlemeler doğrultusunda ulusal düzeyde yapılanmalara ağırlık vermiştir. Cumhuriyet tarihi boyunca 3 milyonun üzerinde göçmen barındıran Türkiye için göç yönetimi zaruri bir hal almıştır. Türkiye'nin oluşturduğu göç politikaların inşasını üç döneme ayıran İçduygu vd.'ne göre birinci dönem 1923-1950 yılları arası ulus-devlet inşasının erken dönemi, ikinci olarak 1950-1980 yılları arası ulus-devlet inşasının korunmasına yönelik süreç ve son olarak 1980 sonrası küreselleşmenin etkisinin belirgin bir hal aldığı üçüncü dönemdir²¹⁴. Özellikle 1980 sonrası Türkiye'nin karşılaştığı göç türünün değişmesiyle ve AB'ye üye olma girişimleriyle atılan adımlar doğrultusunda göç politikaları ve kurumsal düzenlemeler daha belirgin hale gelmiştir. Ulusal düzeyde göç yönetimine yön veren hukuksal metinler, yasalar, yönetmelikler, genelgeler, Mahkeme

²¹¹ R.G. 04.04.2013/28615.

²¹² <https://www.goc.gov.tr/baskanligin-gorevleri> (erişim tarihi 01.12.2022).

²¹³ http://www.rcmvs.org/documentos/IOM_EMM/v1/volume1.html (Erişim Tarihi: 05.02.2021).

²¹⁴ İçduygu vd., 2009: 1.

kararları, uluslararası kuruluşlar ve örgütler tarafından oluşturulan sözleşmeler, AB'ye uyum sürecinde yapılan düzenlemeler çerçevesinde göç politikaları yürütülmüştür. 2013 yılında düzenlenen insan hakları temelli Göç İdaresi ve Göç Politikaları Kurulu idari yapılanmalar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye'nin jeopolitik önemi ve coğrafi lokasyonu sonucu birçok göç akımlarına maruz kalmaktadır. Yakın geçmişte Türkiye'nin göç gündemini ve göç politikalarını yakından ilgilendiren ülkelerindeki savaşlar sonucu Türkiye'ye göç eden yabancıların varlığı meşgul etmektedir. Sığınmacılara yönelik uygulanan göç politikaları başka bir çalışmanın konusu olarak düşünüldüğünden bu çalışmada sağlık alanında yapılan çalışmalar genel hatları ele alınarak konu daraltılmıştır. Bu bağlamda Türkiye'de sağlık hakkına yönelik düzenlemelere değinmek yerinde olacaktır. Türkiye'de 1961 ve 1982 Anayasalarında tanınan sağlık hakkı temel haklar arasında yer alan anayasal güvence ile korunan bir haktır. Sağlık hakkı haklar sistematğinde sosyal haklar arasında sayılmaktadır. Türk Kamu Hukuku öğretisinde pozitif statü hakları içerisinde yer almaktadır. Devletten isteme hakları olarak nitelendirilmesi sosyal hakların yararlanma hakları olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hakkının hak boyutu bireylerin ulaşabilecekleri en yüksek sağlık standardından eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan sağlık sistemine sahip olma hakkını içermektedir²¹⁵. Sağlık hakkının sadece bozulduğunda düzeltilmesi yönelik hizmet sunulması gerekir düşüncesi yeterli değildir. Sağlığın bozulmasına yönelik faaliyetlerin hem devlet eliyle yapılmaması hem de üçüncü kişiler eliyle yapılmasına da izin verilmemesidir²¹⁶. Bu durum devletin negatif statü haklarına ilişkin tipik bir ödevi ya da kişinin sağlığına kavuşmak için başvuracağı hizmeti seçmede almada yararlanmayı sürdürmede devletin engelleyici bir tutum içinde olmaması ödevi olabilir. Kişinin yaşama, maddi ve manevi varlığının korunması geliştirme hakkı vücut bütünlüğünün korunması gibi negatif statü hakları kapsamında olan bu haklarında sağlık hakkı ile bağlantılı olduğu unutulmamalıdır. Anayasanın 2. Maddesinde yer alan “insan haklarına saygılı sosyal hukuk devleti” doğrultusunda değerlendirilmelidir. Hukuka ve sosyal devlet ilkesine yapılan vurgu hukuk aracılığıyla devletin girdiği taahhüdü ciddiyetle yerine getirirken bireylerin toplumun huzur ve mutluluğunu sağlayarak bu hakkı sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmak Anayasanın 5. Maddesinin taahhüdü altındadır. Sosyal devlet genel olarak toplumdaki eşitsizlikleri olabildiğince gidererek vatandaşlarına insan onuruna yaraşır bir yaşam düzeyi sağlamayı amaçlayan devlettir.²¹⁷ Uluslararası arenada öncelikle Birleşmiş Milletler sisteminde giderek kabul gören ekonomik sosyal ve kültürel haklar yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü insanlığın

²¹⁵ ESKHS Komitesi 14 Sayılı Genel Yorum, Par.8

²¹⁶ Temiz, 2014:165.

²¹⁷ Sabuncu, 2007: 151.

mutluluğunu ve güvenliğini amaç edinerek sağlıklı hasta veya sakat olmama, fiziksel ve ruhsal açıdan iyi olma hali olarak tanımlamıştır. Sağlık hakkına yapılan vurguda ise ayırım yapılmaksızın tüm insanların erişebileceği, sağlık hizmetinin en yüksek kalitede olması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda sağlık bütünsel olarak ele alınıp tüm devletlerin iş birliği içinde olması gerektiği olası bir durumda ise yine tüm devletlerin etkileneceği konusuna vurgu yapılmıştır. Türkiye 1946 yılında kurulan bu yapının tarafıdır. Sağlık hakkı 1948’te İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile uluslararası insan hakları paradigmasında yer alarak yerleşik bir insan hakkı olarak belirlenmiştir. Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi’nin 25. maddesinde Sağlık hakkı ayrı bir hak olarak sayılmamış “yeterli bir yaşam standardının olması için gereken bileşenlerden biri” şeklinde açıklanmıştır. Hukuken bağlayıcılığı olmayan bu bildirgenin modern insan hakları hukukunun kurucu belgesi niteliği kazandığı için geçen süre itibarıyla önem taşımaktadır. Türkiye bu bildirgenin altına imza atmış taraf devletler arasındadır. Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi, Avrupa Konseyi’ne üye devletlerince 1996’da revize edilerek tekrar imzalanmıştır. Türkiye bu sözleşmeye birtakım çekinceler koyarak sözleşmeyi imzalamıştır. Ancak çekince konulan maddelerin Türkiye’yi bağlayıcılığı bulunmamaktadır. Uluslararası Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi ilk kuşak hakları içerir ve 1976 yılında yürürlüğe girmiştir. 12. maddesi taraf devletlerin herkese ulaşabilecek en yüksek seviyede bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanıyacağını ve devletin bu duruma ilişkin alması gereken önlemleri içermektedir.²¹⁸ Uluslararası Medeni Siyasal Haklar Sözleşmesi 1966 yılında imzalanmış olup 1976 yılında yürürlüğe girmiştir. Sağlık hakkı ile yakın ilişkide olan yaşama hakkına 6. Maddede atıf yapılmaktadır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 1950 yılında Roma’da imzalanmıştır. Türkiye bu sözleşmeye 1952 yılında taraf olmuştur. Sözleşme 1954 yılında Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Yaşama hakkının devlet tarafından korunmasına yönelik yükümlülükler sağlık hakkıyla ilgilidir. Alma Ata Bildirgesi (1978) temel sağlık hizmetlerinin öneminin vurgulanması, sağlık hakkının temel insan hakkı olduğunun kabul edilmesi açısından önemli bir bildirgedir. 1973 yılında belirlenen “herkes için sağlık” politikası 2000 yılında revize edilerek “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Bildirgesi” yayınlanarak çalışmalara başlanmıştır²¹⁹. 1997 Maastricht ilkelerinin 6. Ve 7. Maddelerinde ekonomik, sosyal ve kültürel haklardan yararlanılmasına devletlerin engel olmaktan kaçınmalarının gerektiği üzerinde durulmuş ve ulusal düzeyde gerekli yapılanmalara doğru yol alınmıştır. Ayrıca Türkiye Lizbon Bildirgesi, Kopenhag Bildirgesi, Amsterdam Bildirgesi, Bali Bildirgesi, Ljubljana Bildirgesi imzalayarak taraf olmuştur.

²¹⁸ Gemalmaz, 2011: 21.

²¹⁹ Madenoğlu, 2015: 163.

Ulus üstü düzeyde sağlık hakkına dair düzenlemeler içinde Türkiye Dünya Sağlık Örgütü'nün aldığı kararların altına imza atmış anlaşmaya taraf olmuş bir ülkedir. Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi: Bu sözleşmenin 25. Maddesinde Sağlık Hakkı ayrı bir hak olarak sayılmamış “yeterli bir yaşam standardının olması için gereken bileşenlerden biri” şeklinde açıklanmıştır. Modern insan hakları hukukunun kurucu belgeleri arasında sayılan Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi önem taşımaktadır. Türkiye bu bildirgenin altına imza atan taraf devletlerdendir. Avrupa Sosyal Şartı (Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi): Avrupa Konseyine üye devletler tarafından 1950’de imzalanmıştır. 1952’de İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Avrupa Sözleşmesi Paris’te imzalanmış ek protokolü 1996’da revize edilerek tekrar imzalanmıştır. Türkiye bu sözleşmeyi 15 Ağustos 2000 tarihinde imzalayarak sözleşmeye taraf devletler arasına girmiştir. Uluslararası Medeni Siyasal Haklar Sözleşmesi 1966 yılında imzalanarak 1976’da yürürlüğe girmiştir. Sağlık hakkı ile yakın ilişkide olan yaşama hakkına 6. Maddede atıfta bulunulmuştur. Türkiye bu sözleşmeye 2000 yılında taraf olmuştur. Ayrıca Türkiye sağlık hakkını içeren uluslararası anlaşmalar içerisinde Lizbon Bildirgesi (1994), Amsterdam Bildirgesi (1994), Bali Bildirgesi (1995), Ljubljana Bildirgesi (1996) bildirelerini imzalayarak taraf olmuştur. Bu anlaşmalarda kısmen sarıh kısmen zımni şekillerde görülen sağlık hakkı ya da sağlık hizmetlerine engelsiz erişim haklarına yönelik yapılanmalar ışığında Türkiye barındırdığı yabancı popülasyonun hizmetlere erişimlerinde kültürel engellere yönelik yerli halkla fırsat eşitliğini gözetken politikaları gündemine almaktadır. Sağlık gibi telafisi mümkün olmayan bir alanda kültürel engelleri aşmaya yönelik politikalar oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerine erişiminin eşitlikçi politikalarla gerçekleşmesinin yasal dayanakları olarak ulus üstü ve ulusal düzenlemelere değinildikten sonra Türkiye’de bu alandaki çalışmalar değinmek çalışmanın bütünlüğüne katkı sağlayacaktır.

Türkiye’de yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi etkin ve hizmetin nitelikli olması için birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerin en önemlisi dil engelinin aşılmasına yönelik uygulamaya geçilen tercüman kullanımıdır. Bu konunun önemine vurgu yapılarak 2016 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, 31 Mart 2010 tarih ve 18529 sayılı düzenleme ile Sağlık Turizm Birimi kurulmuştur. Bir yıl sonra birim, 05.05.2011 tarihinde Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü adıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. 663 sayılı KHK kapsamında 02.11.2011 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan düzenlemeyle yeniden yapılandırma kapsamında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak yapılandırılmıştır. Tüm yabancılar bu birimden hizmet alabilmektedir.

26.12.2013 tarih ve 43148 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğüne aktarılmış olan Daire Başkanlığı 26.08.2016 tarih ve 3942 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile tekrar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir²²⁰. 112 Telefon hattıyla Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça Farsça ve Fransızca tercümanlık hizmeti verilmektedir²²¹. Yedi gün yirmi dört saat kesintisiz hizmetle binlerce çağrıya cevap verilmektedir. 0 850 288 38 38 numaralı hattan ücretsiz olarak arama yapıp anonsun yönlendirdiği dil seçimiyle bu hizmetten faydalanmak mümkündür. 1 Nisan 2017 den itibaren yirmi sekiz tercümanla bu birim hizmete devam etmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında hizmetlerin kültürlerarası açılımına dair yapılan çalışmalar içinde 1 Aralık 2016 itibariyle AB tarafından finanse edilen Sağlık Bakanlığı ve AB’nin ortak yürüteceği sağlık projesi SIHHAT hayata geçmiştir. SIHHAT Projesi’nin açılımı geçici koruma altındaki “Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi” dir. Sağlık Bakanlığı’nca geçici koruma altına alınan Suriyelilere yönelik birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi hedeflenmiştir. Nüfus popülasyonu fazla olan yirmi sekiz ilde sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve hizmetlere erişimin artırılması öngörülmüştür. SIHHAT Projesi kapsamında yetmiş dokuz Suriyeli sağlık personeli iki uzman hekim, üç pratisyen hekim ve yetmiş dört ebe hemşire ile Adana, Konya, Gaziantep, İstanbul olmak üzere Türkiye’nin dört bir yanında göreve başlamıştır. 16.08.2017 tarihinde Profesör İrfan Seçen ve AB Türkiye delegasyonu başkanı Büyükelçi Cristiyan Bouger mülteciler ve yerel halk için Türkiye genelinde yürütülecek SIHHAT projesini yüz yetmiş sekiz göçmen Sağlık Merkezi ile on toplum ruh sağlığı merkezinin kuruluş donanım ve işletme giderlerinin karşılanması, Suriyeli doktor, hemşireler dahil bin beş yüz sağlık personelin istihdamı ve Suriyeli sığınmacılara sunulan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için 300 milyon euro değerinde AB’nin şimdiye kadar yapmış olduğu sağlık alanında en büyük hibeyi kapsamaktadır. Aynı zamanda doğrudan göçmen sağlığı ile ilgili konularda eğitim verecek iki dil konuşan sağlık çevirmenlerinin istihdam ücretlerini finanse etmektedir. Ulaşması zor olan sığınmacılara birinci basamak sağlık hizmetleri, kanser meme tarama hizmetlerinin sunulması ilave olarak yirmi altı mobil sağlık ünitesi, sığınmacıların fazla olduğu yerlerde on toplum ruh sağlığı merkezi açılacaktır. İkinci basamak sağlık tesislerinde yüz elli dört yenidoğan, elli dört pediatri, yetişkinler için yüz elli yoğun bakım ünitesi oluşturulacaktır. Proje ayrıca bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için 6 milyon 255 bin doz aşı ve

²²⁰ <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,19893/0-850-288-38-38-uluslararasi-hasta-cagri-merkezimiz-hizmete-girdi---e-mail--supporhtsaglikgov.html> (erişim tarihi: 14.05.2020).

²²¹ tc-saglik-bakanligi_8828_647119.pdf (erişim tarihi: 14.05.2020).

270 bin çocuk ve gebe kadın için gıda takviyesi sağlayacaktır. 2016'da FRIT'in (The EU Facility for Refugees in Turkey, Türkiye'deki Mülteciler için AB Mali Yardım Aracı) hayata geçirilmesiyle 3 milyon euro eğitim, sağlık, altyapı, sosyal ekonomik gelişme ve göç yönetimi için insani yardım desteklenmiştir. Türk Yetkilileri Tarafından Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Nüfusun Sağlık Durumunun İyileştirilmesi ve Hizmetlerin Sağlanması SIHHAT projesi bir ortak koordinasyon mekanizması olan ve Türkiye'deki mültecilerin ve yerel halkın ihtiyaçlarını kapsamlı ve koordineli biçimde karşılanmasını amaçlayan mülteciler için mali yardım programı tarafından desteklenmektedir.

Çağrı merkezi aracılığıyla Sağlık Bakanlığı uluslararası hasta destek birimi Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça, Farsça, Fransızca olmak üzere 6 dilde tercümanlık hizmeti vermektedir. Ülkemizde sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında 0850 288 38 38 çağrı numarasıyla 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet esasıyla 1 Nisan 2017 tarihinden itibaren açılmıştır. Yabancı hastalar tarafından 112 ve 184 çağrı merkezlerine gelen telefon çağrıları telekonferans ile yönlendirilerek tercümanlık hizmeti sunulmaktadır. Tercümanlık hizmetinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı 2011/ 44 sayılı Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi doğrultusunda kamu Hastaneleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, dal merkezlerinin poliklinikleri, üniversite hastanelerinin yabancı hastalarını takip edebileceği Yabancı Hasta Takip Sistemini kurmuştur. Uluslararası hasta birimi olan hastanelerde birim sorumlusu bu sistemden sorumludur. Yabancı hasta kayıt kılavuzunda yer alan önemli hususlar içinde ülkemizde oturma izni alan ve geçici oturma izni bulunan yabancı hastalar, mülteciler, sığınma başvurusu yapanlar, sığınmacılar, vatansızlar, insan ticareti mağdurları, adli vaka kapsamındakiler, trafik kazası geçiren yabancılar yer almaktadır. Ülkemize eğitim öğretim kurs için gelen kişiler için kayıt oluşturulmasına gerek yoktur. Tanımlama olarak yapılan açıklamada "Yabancı Hasta" tedavi hizmeti almak amacıyla planlayarak ülkeye geldiğinde sağlık turizmi kapsamında hizmet alan kişi, tatilde veya ziyaret amacıyla ülkeye gelip acil ve ani olarak gelişen durumlarda sağlık hizmeti almak zorunda kaldığında "Turistin Sağlığı" olarak değerlendirilmiştir.

Diğer bir hizmet örneği ise sığınmacılara sağlık hizmeti sunan personele, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nce göçmen sağlığına yönelik eğitimler verilmiştir. Sivil toplum örgütleri, Sınır Tanımayan Doktorlar, Adların Köprüsü Derneği, Uluslararası Mavi Hilal İnsani Yardım ve Kalkınma Vakfı, International Medical Corps ve Yeryüzü Doktorları yine bu kapsamda gönüllü olarak yardım eden oluşumlar içerisinde yer almaktadır. Sığınmacıların sağlık hizmetlerinde ulaşımı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Kocaeli Darıca bölgesinde yapılan bir çalışma sonucu

sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşımından ciddi problemler yaşadığı belirtilmiştir.²²² 2014 yılı Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu'nda²²³ Birleşmiş Milletler Birliği birçok önemli durumu belirtmiş koruyucu hizmetler, kronik hastalıklar, acil sağlık hizmeti ve evde bakım gereksiniminin bilinmemesinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine değinmiştir. Diğer bir çalışmada Konya'da sığınmacılarla dil sorunu üzerine yapılan yüz yüze açık uçlu anket mülakatında aile hekimliği personeli ile mülteci sığınmacılar arasında %97.9 gibi yüksek bir oranla iletişim sorunu yaşadıklarını dile getirmişlerdir²²⁴. Hemşirelerin bakım verme sürecinde özellikle sığınmacılarla aralarında dil engellerini konu alan bu çalışmada semptomları belirlemede farklılıklarının engelleyici olduğu saptanmıştır. Dil farklılıklarının sağlık hizmetlerindeki olumsuz etkilerine karşı profesyonel olarak tercümanlık eğitiminin alınması gerekmektedir.

Geçici Koruma Altına Alınan bireylerle yapılan çalışmada sağlık hizmeti almaya çalışırken 5 -15 lira karşılığında Türkmen kökenli Suriyelilerin özel olarak kendilerine eşlik ettiklerini hekim'in tercümansız bakmak istemediklerini, dil problemi yaşadıkları için hasta sıralarını kaçırdıklarını tekrar sıra almak zorunda kaldıklarını, sağlık sorunlarını başka bir hemşiresinin yanında açıklamaya çekindikleri durumların zuhur ettiğini belirtmişlerdir. İletişimde yaşanan aksaklıklardan ötürü sağlık hizmeti almayı geciktiren kişilerin varlığı da bu çalışmanın konusunu oluşturmuştur. Mezitli ilçesinde Sağlık Müdürlüğü tarafından çalışma izni verilen Suriyeli bir dernek sağlık hizmeti veren ve Suriyeli sağlık çalışanlarının bulunduğu özel bir klinik açmıştır. Temel sağlık hizmetleri ve tedavi edici Sağlık Hizmetleri beraber sunulmaktadır. Bu çalışmada Suriyeli mülteci sığınmacıların Suriyeli hekimler tarafından ya da profesyonel tercümanlık hizmeti veren kişilerce sağlık hizmeti alma temennileri olmuştur²²⁵.

Farklılıklar din, etnik yapı, cinsiyet, engellilik gibi olgularla kategorize edilirken bireylerin toplumu farklılıklarında birleştirmesi ve bütünleştirmesi toplum olmanın temel ihtiyacı olarak ortaya çıkar²²⁶. Bu ihtiyaç toplumu öylesine sarar ki artık devletin eğitimden sağlık hizmetine barınmadan kişilerin istihdam edilmesine kadar bağlantılı olarak kendini gösterir. Kişilere sunulması gereken fırsat eşitliği, kamu hizmetlerinin eşit olarak dağıtılması etnik veya ırksal olarak ayrıştırılmadan hizmetlere erişebilirliğin ancak toplumsal bütünleşme

²²² <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/31200/339446> erişim 11.05.2020

²²³ www.ttb.org.tr (erişim tarihi: 11.05.2020).

²²⁴ Abad, 2017: 8.

²²⁵ Eskiocak vd., 2014: 22.

²²⁶ Modood, 2014: 215.

ile gerçekleşeceğini göstermektedir. Hizmetlere eşit erişebilirlik, siyasal yapılanmada yasalar ile desteklenme ihtiyacı duymaktadır²²⁷.

Sağlık Bakanlığı farklılıkları içine alacak bir yapılanma ile kültürlerarası hizmeti daha etkin hale getirecek bir takım yapısal değişikliklere gitmiştir. Sağlık hizmetlerinin kültürlerarası açılımına yönelik ilgili SKS'nin 11. HHD10 kodlu standardında “Hastaların kültürel ve manevi değerleri ile çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır” denilerek kültürel duyarlılığa, Sosyal Mahremiyet konusunda kültürel özelliklere atıfta yaparak konuya dikkat çekilmiştir. Yine değerlendirme kapsamında 30. HYS01 kodlu standartta kültürel ve manevi değerlere, sağlık sorunlarının araştırılması kısmında kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına, sosyal ve kültürel yapı KSS01.01 kodlu standartla sosyal sorumluluk bölümünde kültürel sağlık hizmetlerine değinilmiştir. HHD06.03 kodlu standartla hastanın sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentilerin dikkate alınmasını içermektedir. HHD06.04 kodlu standart ile kültürel özellikler doğrultusunda hizmet alma hakkına atıfta bulunulmuştur. Ayrıca farklı kültürlerle mensup yabancıların yoğunluğunun olduğu illerde bu illerin gelişmişlik düzeyi, coğrafi konumu, her türlü ulaşım imkanları doğrultusunda Uluslararası Hasta Koordinasyon Merkezleri ve Uluslararası Hasta Koordinasyon Birimleri, sağlık tesisleri kapsamında Uluslararası Hasta Birimleri ve Türkçe bilmeyen yabancılar için 112 Acil servis hattında faydalanabilmeler için Uluslararası Sağlık Destek hattı kurulmuştur. Bu birimlerin kapasiteleri, hali hazırda hizmet veren sağlık tesislerin fiziki özellikleri ve sağlık hizmetlerinin niteliği hususları göz önünde bulundurularak Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce belirlenecektir. Bu çalışmanın sonucunda yapılandırılan birimler, sağlık turizmi, turistlerin sağlığı, uluslararası sağlık alanında işbirliği anlaşmaları ve ülkemizin taraf olduğu uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları doğrultusunda kuruma bağlı sağlık örgütlerinde sağlık hizmeti almak için başvuran tüm yabancıların aldığı iş ve işlemlerin yürütülmesinden koordinasyonundan sorumludur. Bu konu ile ilgili temel hukuki düzenleme, çalışmanın ilk bölümünde değinilen Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan “Sağlık Turizmi ve Turist sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge”’dir. Yönergenin 4.maddesinin 1.fıkrasında yer alan, “Birlik ve birliğe bağlı hastaneler bünyesinde, uluslararası hastalara sağlık hizmeti sunmak için gerekli personel, alt yapı, teknik tanıtım, tercüman veya tercümanlık hizmeti ile ilgili usul ve esaslar kurum tarafından belirlenir” şeklinde düzenleme ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bu birimlerin örgütsel yapılanmasını oluşturacağı belirtilmiştir. Bu şekilde Yönergeye konu

²²⁷ Helvacı, 2010: 53.

hizmetin sunumu için İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Muğla, Aydın birinci seviye il olarak belirlenmiştir. Bu illerde sağlık turizmi ile ilgili her türlü organizasyon, tanıtım koordinasyon, denetim rehberlik takip ve hastaların tedavilerinin koordine edildiği merkezler hizmeti sunmaktadır. Bu yapıda Genel Sekreterlik sağlık kurumunda uygun gördüğü bir birim sorumlusu ve en az iki uluslararası hasta rehberi görev alır. Hastane yönetiminin uygun görmesi sonucunda ihtiyaç halinde bu sayılar artırılabilir.

Sağlık hakkı, kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu olanaklardan yararlanabilmesini ifade etmektedir²²⁸. Hizmetlerin kültürlerarası açılımında sağlık hizmetlerinin, çağdaş tıp anlayışına uygun olduğu ölçüde kültürlerle de uygun olması, kültürel farklılıkların dikkate alınması nitelikli sağlık hizmetinin etkisine ivme kazandırır. Kültürel duyarlılığa sahip sağlık hizmeti, saygı, farkındalık, dünya görüşünde farklılıkları kabullenme, hoşgörü, insanlar hakkında varsayımda bulunmamayı esas alır. Bu kapsamda kültürel anlamda yeterli bir sağlık hizmeti sunumu için, sağlık personeli, farklı kültürden bireylerin kültür yapılarını, değerlerini, tutum ve davranışlarını, sözel ifadelerini, beden dilini anlayarak ve bunları göz önünde bulundurarak uygun ve doğru hizmet vermelidir. Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti, sağlık personeli ve hasta arasında etkili iletişimin kurulmasını, kültürel dil ve engellerin aşılmasını, ulaşılabilir ve karşılanabilir bir sağlık hizmeti sunulmasını kapsamaktadır²²⁹. Hizmetlerin kültürlerarası açılımı ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık politikalarının insan odaklı, doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, sağlıklı ve mutlu bir hayat sürmeyi amaçlayan sosyal politikalar içerisinde yer alması sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır. Toplumlarının sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan tüm ülkeler, yeterli düzeyde sağlık hizmetini sağlamak ve bunu herkese eşit şekilde sunabilmek için çeşitli önlemler almak zorundadırlar. Kültürel anlamda yeterli sağlık hizmeti, etkin, güvenilir, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumuna imkân sağlar. Sağlık hizmetlerinin kültürel anlamda yeterli sunumu ile hastalardan doğru veri toplanacaktır. Hastaların gereksinim ve talepleri daha iyi karşılanacaktır. Hastaların tedaviye uyumu artacak, hasta doyum ve memnuniyet oranı yükselecek, sağlık hizmeti sunanların mesleki hataları azalacak, sağlık kurumunun kullanma hızı artacak, sağlık maliyetleri azalacak, sağlık hizmetlerinden faydalanmada ırksal veya etnik her türlü eşitsizlikler azalacak ya da ortadan kalkacaktır. Buna karşılık sağlık personelinin hizmet sunduğu bireyleri, “yabancılar, göçmenler, köylüler” şeklinde bir kültürün diğerinden üstün olduğunu kabul eden etnosantrik görüşle sınıflandırması, “bizler, onlar” gibi gruplandırmadan uzak tutulması doğru bir yaklaşım

²²⁸ Kol, 2015: 136.

²²⁹ Tortumluoğlu vd., 2004: 3.

olacaktır. Kültürel farklılığa karşı savunma içerisinde olmak, kendi kültürünün evrensel olduğuna inanarak diğer kültürleri küçümsemek, kültüre özgü farklılıkları tanımayarak ve her kültürü benzer görerek kültürel körlük içerisinde olmak, ayrımcılık ve ırkçılık yapmak sağlık hizmetinin kültürel anlamda yeterli olarak sunumunu engeller. Sağlık personelinin belli bir kültür grubuna peşin hüküm ve ön yargı içerisinde olması değer çatışmaları yaratarak, ayrımcılığı geliştirebilir ve sağlık personelinin olumsuz profesyonel davranışlara götürebilir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kültürel anlamda yeterli olarak sunulmaması halinde şu olumsuz durumlar kendini gösterir. Sağlık hizmetinin yetersiz kalarak, toplumun sağlık bakımından ihtiyaç ve beklentilerini karşılayamaması, yanlış tanı ve uygulamalar sonucu mesleki hataların artması, aşırı kaynak kullanımı nedeniyle sağlık maliyetlerinin yükselmesi, toplum içerisinde eşitsizliklerin oluşması, ırkçılık ve ayrımcılığın artması söz konusu olur.

2.4.1. Türkiye’de Yabancılar İçin Sağlık Hizmetlerine Erişim Örneği: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Uluslararası Hasta Birimi

Akdeniz Üniversitesi’nin kuruluş tarihi 1982’dir. Aynı tarihte kurulan tıp fakültesi ve hastanesi ile tam otuz dokuz yıldır sayısız değerli hekim yetiştirmenin yanı sıra, sağlık hizmetleri alanında sadece Antalya içerisinde değil, tüm Türkiye’de, hatta bölgede en nitelikli ve kaliteli hizmeti veren kurumlardan biridir. Akdeniz Üniversitesi’nin sağlık araştırma ve uygulama merkezi olan hastane, üniversite kampüsünün içerisinde, 220.000 m²’lik çok büyük bir alana kurulmuştur. 7 ana blok ve yan hizmet binalarından oluşan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi 3000’in üzerinde personeliyle, 1150 toplam yatak kapasitesiyle, 120 yoğun bakım yatağıyla, 40’a yakın branşta, yılda ortalama 1.000.000 ayaktan poliklinik hastasına, 60.000 yatan klinik hastasına hizmet veren, Türkiye’nin en büyük sağlık tesislerinden biridir. Özellikle tıp fakültesi ve sağlık hizmetleriyle öne çıkan bir devlet kurumu olan Akdeniz Üniversitesi, tıp alanında ülkede lider ve öncü bir rol üstlenmektedir. Kurulduğu yıl olan 1982 yılında gerçekleştirilen böbrek nakilleri ile başlayan bu başarılı organizasyon, yıllar içerisinde katlanarak artan sayıda gerçekleştirdiği böbrek ve karaciğer nakillerine 2010 yılı itibariyle Türkiye’de marka ismini taçlandıran bambaşka yeniliklere imza atmaya başlayarak vizyonunu ve misyonunu dünya standartlarına çıkartmıştır; Plastik ve rekonstrüktif cerrahi anabilim dalı öğretim üyelerimizde Prof. Dr. Ömer Özkan ve üniversitemizin rektörü olan Prof. Dr. Özlenen Özkan’ın liderliğindeki ekip 2010 yılında Türkiye’deki ilk çift kol naklini gerçekleştirdi. Yine aynı ekip 2011 yılında dünyanın kadavradan ilk rahim naklini hastanemizde yaparak Akdeniz Üniversitesi’nin adını dünyaya duyurdu. 2011 yılında kadavradan rahim nakli yapılan hasta 4 Haziran 2020 tarihinde, doğumunu gerçekleştirmiştir.

Bu iki önemli başarıyı 2012 yılında yine aynı ekip tarafından yapılan Türkiye'nin ilk yüz nakli takip etmiştir. A1 ve A2 olmak üzere iki ana bloktan oluşan A blok Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin merkezi ve en büyük bloğudur. Yönetim ofisleri, ameliyathaneler ve kliniklerden oluşmaktadır. En ileri teknolojik imkanlarla donatılmış, dünya standartlarındaki ameliyathanelerde başta organ nakli ve robotik cerrahi olmak üzere, her gün onlarca büyük operasyon başarıyla gerçekleştirilmektedir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin ikinci büyük bloğu olan B blokta Organ Nakli Merkezi başta olmak üzere, acil servis, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji, beyin ve sinir cerrahisi klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler ve vıp odalarımızdan bir kısmı yer almaktadır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi H blok adı verilen kısmı ayaktan hastalara hizmet veren polikliniklerin çoğunun yanı sıra, radyoloji çekim ünitelerine ev sahipliği yapmaktadır ve bu blok her gün binlerce hastaya ayaktan tedavi ve muayene hizmeti sağlamaktadır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin en yeni bloğu olan G blok 2020 yılında hizmete açılmıştır ve bölgenin en büyük onkolojik tedavi tesislerinden biridir. Onkoloji, hematoloji kliniklerinin yanı sıra göz hastalıkları polikliniği, anjiyo üniteleri, çeşitli cerrahi klinikler bu blokta yer almaktadır. Bu bloğun çatı katında ise, son teknoloji ile robotik olarak hazırlanmış kemoterapi protokolleri, onkoloji hastalarına uygulanmaktadır. Ayrıca kemoterapi ünitesi hastalara moral olacak sanatsal etkinliklerin de düzenlendiği bir sosyal alan niteliği taşımaktadır.

Daha önce onkoloji merkezi olarak kullanılan K blok, G blok inşaatı tamamlandıktan sonra ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, spor hekimliği ve sporcu sağlığı merkezine ev sahipliği yapmaktadır. Ayrıca bu blok pandemi süresince bölgedeki en yüksek kapasiteli aşılama merkezi olarak kullanılmaktadır.

Bu blokların yanı sıra hastane kampüsümüz küçük ölçekli operasyonların ve göz ameliyatlarının gerçekleştirildiği gününbirlik cerrahi merkezi, alkol ve madde bağımlılığı araştırma ve uygulama merkezi, psikiyatri hastanesi olarak da tüm bunlardan ayrı bloklarda hizmet vermektedir.

Tüm branşlarda son derece yetkin, değerli bir kadronun geniş fiziki ve en son teknoloji olan ekipmanlarla donatılmasıyla hizmet veren Akdeniz Üniversitesi Hastanesi radyoloji, girişimsel radyoloji, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp gibi branşlarda oldukça yenilikçi ve kaliteli hizmet vermektedir.

Sağlık turizmi faaliyetlerine son derece önem veren Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İngilizce, Rusça, Arapça bilen, konusunda deneyimli personelleriyle, doğrudan hastane yönetimine bağlı olan, özel bir idari birim olarak, birime özel olarak ayrılmış geniş bir alanda

uluslararası standartlarda, kaliteli ve yetkin şekilde hizmet vermektedir. Yabancı hastalara yönelik her geçen yıl artan Hizmet Kalitesi, kapasitesi, başarı ivmesiyle, sürekli geliştirmeye, iyileştirmeye ve büyümeye devam edilerek yurtdışından her geçen yıl bir öncekinden daha fazla uluslararası hasta, tedavi amacıyla Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ni tercih etmektedir.

2.5.1. Yabancı Hastalara Sunulan Hizmetler ve Hizmet Akışı

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yabancı hastalara sağlık hizmeti sunmak üzere Haziran 2014 tarihinde “Yabancı Hasta Birimi” adı altında kurulmuştur. Bu birim Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turizmine ilişkin yayınladığı yönerge üzerine kurulmuştur. Aynı zamanda turizm hizmetlerine aracılık eden kurumlarla anlaşmalar yapılarak Antalya'yı yabancılar açısından sağlık hizmetlerinde tercih edilen bir lokasyon haline getirmek amaçlanmıştır. Birimin adı zaman içinde “Uluslararası Hasta Birimi” olarak değiştirilmiş ve halen faaliyet göstererek yabancılar sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir. Bu birimde çeşitli nedenlerle geçici olarak Türkiye'de yaşayan yabancı uyruklulara, Türkiye'ye yerleşmeyi seçen emekli yabancılara veya özel sektörde, konsolosluklarda çalışmak üzere Türkiye'de ikamet eden farklı kültürlere sahip kişilere sağlık hizmeti vermeyi amaçlamaktadır. Bu birim hastanenin organizasyonunda başhekim ve ilgili başhekim sorumluluğunda hizmet vermektedir. Bu birimde İngilizce, Almanca, Rusça ve Arapça dillerinde dört tercüman, bir sekreter ve bir sorumlu görev yapmaktadır. Bu birime gelen hastalar Sosyal Güvenlik Kurumu sigortası, özel sigorta ve ücretli (sosyal güvencesiz) olarak sağlık hizmetine erişim sağlamaktadırlar. Genel olarak bu birime başvuran hastaların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından genel sigorta kapsamında çoğunlukta oldukları görülmektedir.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne başvurmak isteyen yabancı hastalar randevu sistemine erişimde network ağı üzerinden iletişim portalını kullanmakta aynı zamanda telefon ile direk birime ulaşılabilir. Ayrıca birime ait eposta veya web sitesindeki iletişim / randevu talep formu üzerinden sağlık hizmeti taleplerini iletebilmektedirler. Bu talepler doğrultusunda yabancı hastanın şikayetlerine göre ilgili bölüme yönlendirilmesi yapılmaktadır.

Hastane santrali üzerinden telefonla başvuru yapılarak gerçekleştirilen randevu alma işleminde hasta Uluslararası Hasta Birimi yönlendirilmektedir.

Hasta kurumdan ilk defa hizmet alıyor ise Uluslararası Hasta Birimi'nde kayıt yaptırmak durumundadır. Bu birimde hastalar hizmetin işleyişine dair bilgilendirilmektedir. Burada yapılan bilgilendirme sonucunda hasta kayıt sonrası giriş, vezne, poliklinik vb. birime yönlendirilmektedir.

Hastanın yönlendirilmesi sırasında hizmet aldığı tüm birimlerde, mevcut şartlar dahilinde kendisine tercüman ve/veya birimde görevli bir personel eşlik etmektedir. Rutin işlemlerde başvuruda bulunan hastanın önce kayıt işlemi tamamlanmakta, poliklinik girişi yapılmakta ve vezneye ödeme yaptıktan sonra randevu almış olduğu birim doktoruna muayene olmaktadır. Bu muayene sırasında istenebilecek tetkiklerin yapılabilmesi için hasta radyoloji bölümü veya birime özel kan alma ünitesinde tetkiklerini vermektedir. Tetkiklerin sonucu birim sekreterleri tarafından takip edilmekte ve sonuç tarihine göre sonuç değerlendirme muayenesi için ayrıca randevu alınmaktadır. Tüm bu süreçlerde hastaya İngilizce, Rusça, Arapça dillerinde sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmakta ve her aşamada yazılı onam alınması gereken durumlarda hastaya bu üç dilde hazırlanmış onam formları tercümanlar tarafından imzalatılmaktadır. Tetkik, tıbbi işlem veya ameliyatlar öncesi hastaya kendi dilinde hazırlanmış tetkik sırasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar üzerine aydınlatılmış onam formları sunulmaktadır. Hasta açık, anlaşılabilir biçimde bilgilendirilmekte, bu bilgilendirmeleri anladığı ve kabul ettiğine dair imzalı onam vermektedir. Tüm bu süreç, Sağlık Bakanlığı'nın Uluslararası Sağlık Hizmetleri yönergeleri uyarınca düzenlenmektedir. Sağlık Bakanlığı yönergelerinin yanı sıra Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde birimde verilen hizmetler yabancı hastalara yönelik SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) gereklerini karşılayarak, belirlenen hizmet işleyişini göz önünde bulundurmaktadır. Bu doğrultuda yabancı hastaların sağlık hizmetine erişimlerinde HHE01 koduyla hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmektedir. Bu hizmeti kolaylaştırmak için değerlendirme ölçütü olarak Rehberlik başlığı altında belirlenen kriterler şöyledir; Hastanenin hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak hastaneden hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır. Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır. Bu birimde çalışacak olan personel sayıları, günlük ortalama poliklinik sayısı gibi faktörler çerçevesinde önceden belirlenmelidir. Birimde sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır. Birimde çalışanlara, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmelidir. Eğitim programında, hasta memnuniyeti, hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar, iletişim becerileri gibi asgari konular yer almalıdır. HHE02 Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler standardında belirlenen değerlendirme ölçütü kurumda şu başlıklar altında değerlendirilmektedir; Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır. Birimde, ilgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak

bulunmalıdır. HHE03 Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınması için uygulanan değerlendirme ölçütleri şöyledir; Hastaların muayene olacağı zaman aralığı belirlenmelidir. Hastanın ne kadar bekleyeceği ve muayene zaman aralığının ne kadar olacağı hususuna yönelik hasta önceden bilgilendirilmelidir. HHE04 Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme hususundaki değerlendirme kriterleri şu şekildedir; Randevu ve sonuç verme süreleri kurum tarafından belirlenmelidir. Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenirken, kurumun koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta ve/veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir. Yabancı hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde kültürel değerlerine yönelik oluşturulan hizmet standartları şöyledir; HHD10 hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır. Kültürel ve manevi değerlere hassasiyet gösterilmesine yönelik Akdeniz Üniversitesi Hastanesi hastaların isteklerine duyarlı davranarak hasta iletişim birimi üzerinden gelen istek ve önerileri dikkate almaktadır. Bu alanda çalışmalarını yürüten Hasta İletişim Merkezi aktif olarak hizmet sunmaya devam etmektedir. Hizmet akışında hastaların karşılaştığı sorunlara yönelik Hasta İletişim Merkezi oluşturulan standartlar doğrultusunda aktif olarak çözüm odaklı çalışmalara devam etmektedir. Bu doğrultuda izlenen standartlara örnekler şöyledir; HHD0 Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir. Bu standardın değerlendirme ve denetlemesine yönelik oluşturulan kriterler Hasta iletişim birimi bulunmalıdır. Birim çalışmalarına yönelik sorumlu/sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır. Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hasta iletişim birimlerine yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapabilmelidirler. Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar. Görüş, öneri ve şikayetlerini, ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Görüş, öneri ve şikayetlerini, ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta

iletişim birimi temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalıdır. Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır. HHD04 Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir. Ayaktan ve yatan hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmelidir. Hasta/Hasta yakını, hastane tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, ilgili hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirilmelidir. Hasta/Hasta yakını asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: Hastanın genel durumu, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır. Hastanın tetkik öncesi rızasının alınmasına yönelik uygulanan onam formları ile ilgili izlenen standartlar şu şekilde uygulamaya koyulmuştur; HHD05 Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır. Bu rızanın hastadan alınması için hastanın kendi dilinde anlayabileceği şekilde hazırlanmış onam formları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde yabancı hastalara sunulmaktadır. Aydınlatılmış onam formunun değerlendirilmesi ve denetlenmesine yönelik oluşturulan kriterler, şunlardır; Rıza Formu asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: İşlemin kim tarafından yapılacağı, işlemde beklenen faydaları, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, varsa işlemin alternatifleri, işlemin riskleri-komplikasyonları, işlemin tahmini süresi, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hastanın adı, soyadı ve imzası, işlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, rızanın alındığı tarih, saat gibi konular yer almalıdır.

Hastanın mahremiyetine kültürel ve manevi değerlerinin korunmasına yönelik hizmet standardı HHD06 Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. Koduyla değerlendirme ve denetleme kriterleri şu şekilde oluşturulmuştur;

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınmalıdır, muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır, her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta

yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir. Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.

Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi SKS²³⁰ geçerlilik belgesini alarak bu oluşturulan standartlarda yeterlilik sağlamıştır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Uluslararası Hasta Birimi 2017 yılında Sağlık Bakanlığı'nın belirlemiş olduğu Uluslararası Sağlık Turizmi Sağlık Tesisi yetkinlik kriterleri uyarınca Sağlık Turizmi Uluslararası Hasta Birimi kurmak kriterleri yeniden düzenlenmiş olup sağlık tesisinin başvuru tarihinden önce yapılan son denetimden asgari 85 puan almış olma zorunluluğu, Sağlık Tesisi'nin Uluslararası hastaların tedavi göreceği doktor veya doktorların mesleki geçmişi hakkında sağlık tesisinin internet sitesinden bilgi alabileceği bir alt yapıya sahip olması, Uluslararası Hastanın tesise gelmeden önce geniş bilgi alabileceği ve tedavi planını öğrenebileceği bir iletişim ve bilgi aktarma sistemine sahip olması, Uluslararası Hastanın ödemelerini sağlık tesisine ulaşmadan önce depozite olarak hastanenin hesabına yatıracağı bir alt yapıya sahip olması, birimin en az bir yönetici ve yönetici yardımcısı ile hizmet vermek ve bu kişilerin dil yeterlilik puanına sahip olması şartlarına cevap vererek Akdeniz Üniversitesi Hastanesi tüm bu yeterlilik kriterlerini sağlayarak Türkiye'de bu belgeyi ilk alan kamu hastanelerinden biridir.

Uluslararası Hasta Birimi Organizasyon Şeması Aşağıdadır.



²³⁰ <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html> (erişim tarihi: 01.05.2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANTALYA'DA YABANCILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılım Çalışması

Yabancıların yaşadıkları yerde yerli halk ile eşit fırsatlar doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimleri doğal insan hakkıdır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramı pek çok alanda olduğu gibi günümüze kadar birtakım aşamalardan geçmiştir. Bazı toplumlarda tüm vatandaşlar arasında tam eşitlik iken kimi toplumlarda azınlık grupları temel alınarak ele alınan bir kavram olmuştur. Doktrinde eşitlik kavramı “kanun önünde eşitlik”, “bütün insanların eşit işlem görmeye hakkı olduğu”, “insanlara eşit işlem yapılması gerekliliği” gibi “bütün insanlar eşittir” şeklinde tanımlamalarla yer bulmaktadır²³¹. Ancak eşit durumda olanlara eşit davranmamak yahut eşit durumda olmayanlara eşit davranmak eşitlik ilkesinin ihlalidir²³². Eşit işlem görme ayırım gözetilmemesini isteme hakkı olarak nitelendirilmiştir. Devlet muhatap ise idarenin yönetimine egemen bir ilke olarak görülmüştür²³³. Eşitlik ilkesinin İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yayınlanmasıyla evrensel nitelik kazanması ve birçok bildiride yer alarak hak ettiği yere doğru gelmesi kaçınılmazdır. Eşitlik kavramının sağlık hizmetlerine erişimde esas alınması kültürel eşitsizlikler üzerine yoğunlaşılması eşitlikçi politikaları oluşturmuştur. Çünkü sağlığı belirleyen temel faktörlerden biri kültürdür. Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında sağlığın sosyal belirleyicilerini ortaya koymak üzere bir komite oluşturmuştur. Komitede sağlık hizmetlerine erişimin sosyo kültürel eşitsizliklerle etkileşimine vurgu yapılmış ve çözüm önerileri dair çalışmalar yapılmıştır²³⁴. Tortumoğlu'na göre toplumun yaşayış biçiminde kültürel alışkanlıklar sağlıkla yakın ilişkilidir. Toplumun ahlaki kuralları Yabancı hastaların yiyecek içecek seçiminden dini inanışlarındaki abdest ve banyo alışkanlıklarına kadar etkili bir alandır²³⁵. Farklı dilleri, farklı dini geçmişleri, farklı gıda gelenekleri, farklı eğitim seviyeleri, şiddete maruz kalma durumları, yasal statüleri ve sağlıkla ilgili geleneksel tutumları çoğu zaman bu karmaşıklığın sebebi olmuştur. Dilsel ve kültürel çeşitliliğin karmaşıklığı yanlış uygulama iddialarını da beraberinde getirebilmektedir. Bulunduğu ülke dilini konuşamayan yabancı bir hasta sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olduğu halde bu hizmeti alırken anlaşılamayacağını düşündüğü için hizmeti almaktan vazgeçebilir ya

²³¹ Şenel, 1969: 9.

²³² Karan, 2020: 124.

²³³ Özbudun, 2016: 156.

²³⁴ Terzioğlu, 2015:134.

²³⁵ Tortumluoğlu vd., 2004: 3.

da erteleyebilir. Erken yardım aldığı takdirde hasta iyileşebileceksen, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile yaşamaktan korktuğu iletişim engelinden ötürü hastanın tedavisi, sıkıntılı zor bir sürece evrilebilir. Benzer durumlar yabancı hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerine engel teşkil etmektedir. Türkiye’de yaşayan Suriyelilerle sağlık alanında yapılan bir çalışmada hasta ile iletişimde tercüman kullanılmasına karşın hemşire tarafından söylenenlerin hasta tarafından tam olarak anlaşılması hususunda hemşireler tarafından şüphe duyulduğu hastaların söylenenleri tam olarak anladıklarından emin olunmadığı belirtilmiştir. Çoğu zaman Suriyeli hastaların tıbbi geçmişleri tam bilinmeden örneğin doğum esnasında sadece gülümseyerek ya da tebessüm ederek iletişim kurulduğu belirtilmiştir²³⁶. Nitelikli sağlık hizmeti için kültürel farklılıklar dikkate alınmalıdır. Kültürel alışkanlıklar doğrultusunda sağlık hizmeti almak temel insan hakkı olarak kabul edilir. Hasta ile anlaşılır iletişimden, sözsüz ifadelerin değerlerin anlaşılmasına kadar ki süreç sağlık çalışanlarının kültürel yeterliliğini kapsar. Yabancılar için sağlık hizmetlerine erişimlerinde engel teşkil eden en önemli faktörler Loveseth ve Aldana’nın yapmış olduğu çalışmada etnik veya ırksal olarak farklı kökene sahip olma, sigorta teminat eksikliği ve yoksulluk gösterilmiştir. Etnik veya ırksal olarak farklı kökene sahip olma temelde dil sorunlarını kültürel farklılıkları içermektedir. Kültürel farklılıkların sağlık hizmetlerinde anlaşılır hale getirilmesi, güçlü bir hasta hekim ilişkisi kurulması kararların paylaşılması ve katılım sağlanması, açık iletişim kültürel yeterliliğin hasta merkezli hizmet sunumunda önemli parametrelerdendir²³⁷. Sağlık çalışanları tarafından kültürel yeterliliğin sorumluluğu alınmaz ise sağlık hizmet sunumu eksik kalacaktır²³⁸.

Sağlık ve hastalık kavramları Bekar’a göre kişilerin ve toplumların kültürel alışkanlıklarına göre değişebilen bir olgudur. Bu durum toplum içindeki sınıflar arasında dahi farklılık gösterebilmektedir²³⁹. Camphinha-Bacote tarafından geliştirilen model ile sağlık hizmet sunucuları kültürel farklılıklara sahip grupların sağlıkla ilgili inanç ve değerlerini fark ederek, anlayarak, takdir ederek, saygı duyarak etkili müdahaleleri sağlamalarını kapsamaktadır²⁴⁰. Balcazar ve arkadaşları ise sağlık hizmetlerinde kültürel yeterliliği kendimizden farklı görünen, düşünen, davranan kişilere yeterli hizmeti verebilme becerisine, profesyonel yaklaşım anlayışına ve yeteneğine sahip olmak için gerekli olan gelişimsel süreçtir²⁴¹.

²³⁶ Terzioğlu, 2015: 106.

²³⁷ Noe, vd., 2014:19.

²³⁸ Tortumluoğlu vd., 2004: 4.

²³⁹ Bekar, 2001: 137.

²⁴⁰ Camphinha-Bacote, 2002:182..

²⁴¹ Balcazar, vd., 2009:1157.

Cleemput ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada farklı kültürel geçmiş ve inanca sahip Çingenelerin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları incelenerek kültürel özelliklerin tanınmasının, sağlık hizmet sunumu açısından önemine vurgu yapılmıştır²⁴². Kültürlerarası sağlık hizmeti yaklaşımlarında alanın öncüsü sayılan Leininger hemşireliğin kültürlerarası yeterlilik boyutunu incelerken kültürel hataların ya da ihmallerin sebep olduğu durumların kültürlerarası yaklaşım ile önlendiğini belirtmiştir. Ayrıca 1955 yılında yapmış olduğu çalışmalarda bireylerin ve grupların inanç ve değerlerinin dikkate alınarak kültürlerine özgü sağlık bakımı uygulamalarının sağlık refahını artırdığına değinmiştir. Leininger kültürel bakımı şu şekilde tariflemiştir; Öğrenilen paylaşılan ve aktarılan değerlerin inançların bireysel ve grup yaşam şekillerinde düşünme karar verme, eyleme geçme durumlarına kültür denilirse sağlığın iyileştirilmesi hastalıklarla baş edilmesini sağlayan ve etkileyen tüm kültürel yönler kültürel bakımı ifade eder. Kültürel bakım çeşitliliği farklı insan gruplarının değerlerini anlamayı ve kabul etmeyi ifade eder. Kültürel bakım farklı kültürler arasında ortak ve benzer anlamlara işaret eder. Kültürel olarak sağlık hizmeti alma müzakere edebilen en uygun sağlık hizmet uygulamasıdır. Kültürel sağlık hizmeti çeşitlilik ve evrensellik teorisinin felsefesiyle ilintilidir²⁴³. Purnell'in sağlık hizmetlerinde ve farklı disiplinlerde kullanılan kültürel yeterlilik modeline zaman içerisinde kültürel yeterlilik ölçeği de eklenmiştir. Kültürel olarak anlaşılmayı hedefleyen bu model de küresel toplum en dış daireyi temsil ederken içindeki daire bireyin içinde bulunduğu toplumu onun içindeki dairede aileyi ve in içteki daire de kişi ve on iki kültürel alan yer almaktadır. Punell'in kültürel yeterlilik modelinde yer alan kültürel alanlar birbirinden bağımsız değildir ve kişinin toplumsal açıdan da ele alınmasını ifade eder. Purnell'in hasta değerlendirmesinde hizmet sağlayıcılar tarafından kullanılması önerilen on iki kültürel alan şunlardır; soy-kalıtım, iletişim, aile kurumu ve rolleri, iş gücü durumu, biyokültürel ekoloji, yüksek riskli davranışlar, beslenme, hamilelik ve çocuk yetiştirme, cenaze törenleri, ruhanilik-manevi değerler, sağlık bakımı uygulamaları ve sağlık hizmet çalışanlarıdır²⁴⁴. Tanrıverdi ve arkadaşları bu modeli kullanarak Çanakkale'de yaşayan Romenlerle yaptıkları çalışmada, Romenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde karşılaştıkları en yaygın sorunun kültürlerinden dolayı damgalanma olduğu belirtilmiştir²⁴⁵. Bacote kültürel yeterliliği²⁴⁶ bir süreç olarak öne sürmüştü ve hastanın kültürel yapısına uygun olarak sağlık profesyonellerince etkili hizmeti kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri ve kültürel karşılaşma olarak 4 bölüme ayırmıştır. Bu dört alana daha sonra kültürel istek boyutu

²⁴² Cleemput, vd. 2007: 208.

²⁴³ Leininger, 2002: 190.

²⁴⁴ Purnall, 2007:12.

²⁴⁵ Tanrıverdi, vd., 2012: 246.

²⁴⁶ Camphina ve Bacote, 2002: 182.

eklenmiştir. Modelin ölçüm araçları kullanılarak yapılan değerlendirmelerde kültürel karşılaşmanın diğer alanları tetikleyen kilit nokta olduğu savunulmuştur. Başlı ve arkadaşlarına göre kültürel yeterlikle sağlık hizmetinin hasta ve sağlık profesyonelleri arasında güven ilişkisini güçlendiren ve sağlık Hizmet Kalitesini artıran kültürlerarası sağlık hizmet modellerinin kullanılması önerilmektedir²⁴⁷.

Sağlık hizmetlerinde yabancı hastaların kültürel ihtiyaçlarını ve algılarını anlayarak bakım vermeyi amaçlayan Dr. Kleinman ve arkadaşları sekiz sorudan oluşan bir kültürel değerlendirme modeli ortaya koymuşlardır. Bu modelde hastaya yöneltilen sorular ile kişilerin hastalığa yükledikleri anlamlar ve deneyimler hakkında bilgi edinilmesi amaçlanarak hastaya özgü bakım hedeflenilmiştir²⁴⁸.

Kültürlerarası açılım yaklaşımına uzman psikiyatr dernekleri tarafından Ruh Sağlığı için Bakım²⁴⁹ kılavuzunda şöyle değinilmiştir. Kültürlerarası açılım, yabancı hastalar için hizmetin erişilebilirliğini ve hizmetin kalitesini artırırken aynı zamanda kurumsal yapıda değişimi de gerektirmektedir²⁵⁰. Almanya’da 2004 yılında kabul edilen yeni göç yasası ile ilk defa, yabancıların entegrasyonu, siyasi ve toplumsal bir meydan okuma olarak yasayla tanımlandı²⁵¹. Almanya’dan sonra kısaca Amerika örneğine değinecek olursak, Amerika 1964 tarihli İnsan Hakları Yasası’nın 6. Bölüm başlığında kişilere karşı ayrımcılık yasaklanmış olsa da birçok eyalette sadece İngilizce kullanılarak hizmete erişim söz konusudur. Federal fonların dil erişim hizmetlerine bütçe ayırmayacağı algısı devam etmektedir. Farklı dillere erişim standartları federal hükümet seviyesinde düzenlenmemiştir. Sadece birkaç eyalette dilsel erişim için geliştirilmiş standartlar mevcuttur. Sağlık hizmet çalışanları ve bu alanda çalışan tercümanlar İngilizcesi yeterli olmayan hastaları anlamaya yönelik eğitimlere tabi tutulmamışlardır. Özellikle kırsal alanda nitelikli sağlık elemanlarında medikal çeviriye anlayacak tercüme eksikliği görülmektedir. Eyalet ve bölgesel düzeyde yazılı ve sözlü çeviri hizmetleri için ayrılan kaynaklar yetersizdir. Siyasi yansımalar yabancılara yönelik olumsuz algılar nedeniyle dilsel ve kültürel engellerin giderilmesi olası görülmemektedir. Bu engeller sağlık kuruluşlarının politika geliştirme ve bu politikaları uygulama gereğini ortaya koymaktadır. Göçmen nüfusun varlığı bu alanı destekleyen kanunların varlığı, hizmetlere erişimin geliştirilmesi ile dil engeli yaşayan hastalar sağlık hizmetlerinde erteleme ya da gecikmeler yaşamayacaktır. Hastanın sağlık hizmeti arayışında yaşadığı gecikmeler genellikle hastalığın ileri aşamalarında tedavi için çok daha maliyetli

²⁴⁷ Başlı, vd. 2018:18.

²⁴⁸ Abitz, 2016: 76.

²⁴⁹ Machleidt vd., 2006: 22.

²⁵⁰ Penka, vd. 2012: 566._

²⁵¹ Oberndörfer, 2007: 2.

hizmetleri peşinden getirecektir. Böylece daha maliyetli, verimliliği düşüren, kronik hastalıklara, sakatlıklara, aşırı acıya ve muhtemelen ölüm riski olan durumlar ortaya çıkabilecektir. Amerika’da İngilizce dışında otuz yedi milyon insan farklı dil konuşmaktadır. On sekiz milyon insanın ise İngilizceyi çok iyi konuşmadığı bilinmektedir. Dil ve iletişim sorunları hasta memnuniyetsizliğine ve söylenenin tam olarak anlaşılmaması daha düşük bakım kalitesine yol açar. Lee ve arkadaşları tarafından İspanyol tercüman kullanılarak hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik kent kliniğinde yaptıkları araştırmada çeşitli tercümanlık yöntemleri karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastalar içinden, profesyonel tercüman kullanıcıları ile çift dilli sağlık hizmet sunucu kullanıcılarının, hizmet memnuniyet oranlarının birbirine eşit olduğu görülmüştür. Ancak aile üyelerini, sekreter ya da yardımcı sağlık elemanları gibi profesyonel tercüman olmayan kişileri kullanan hastaların sağlık hizmet memnuniyet oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir²⁵².

3.2. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu çalışmanın amacı uluslararası göç sonucu Türkiye’de yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın alt hedefleri şunlardır:

Yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentileri doğrultusunda mevcut sorunları ortaya çıkarmak,

Yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi ile hizmet kalite algısı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak,

Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalite algısı arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarmak,

Yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışmanın daha önce Antalya’da yapılmamış olması araştırmayı oluşturan en önemli itkidir. Bu alanda kaynak eser oluşturarak literatüre katkı sağlamak beklentiler arasındadır. Nitekim literatürde birçok çalışmada yabancı hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerinde kültürel* engellerle karşılaştıkları tespit edilmiştir²⁵³. Antalya kadim uygarlıklara yapmış olduğu ev sahipliği ile tarihsel ve kültürel arenada önemli rol oynamıştır Küreselleşmenin etkisiyle artan uluslararası göç akımlarında Antalya özellikle Berlin Duvarı’nın yıkılmasıyla 1990 sonrasında Kuzey Avrupa ve Rusya Federasyonu’na ait ülke vatandaşlarının, iş, eğitim, çalışma, emeklilik gibi sebeplerle yaşamak için tercih ettikleri lokasyon haline gelmiştir. Yaşanan

²⁵² Lee vd 2002: 643.

²⁵³ Aries, 2004:175.

*Kültürel engeller içerisinde dil, din, ırksal özellikler vs. konuları bir başlık altında toplanmıştır.

emek göçleri ve Avrupa ülke vatandaşlarının emekli olduktan sonra yaşamak için Antalya kentini tercih etmeleri kentin göç profilini hareketlendirmiştir. Antalya'nın turizm açısından sahip olduğu çekici lokasyonu kentin tercih edilme sebepleri arasına girmiştir. Südaş'a göre emekli ve emek göçlerinde turizmin önemi oldukça büyüktür. Antalya 1990 sonrası turizm alanında birçok yatırımın merkezi olmuştur. Verilen turizm teşvikleri ile istihdam potansiyeli artan kentte ekonomik amaçlı göçler açısından da tercih sıralamasında öne çıkmaya başlamıştır²⁵⁴.

Sayıları 150 bine varan yabancının yaşadığı Antalya kenti çok kültürlülüğü bünyesinde barındırarak tercih edilen bir cazibe merkezi olmaya devam etmektedir. Yabancı nüfusunun kent genelinde yarattığı etkiler Tekeli'ye göre 5 boyutta ele alınmalıdır. Bu boyutlar kentin işgücü, kentin istihdamı üzerindeki ücret politikaları, kent mekanı, kent yönetimi ve kentin kültürel yapısı üzerindeki etkileridir²⁵⁵. 2023 yılı Antalya'da yaşayan yerleşik yabancı sayısı Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 136 bin 946 kişi yabancı uyrukludur²⁵⁶. Antalya İstanbul'dan sonra ikamet eden yabancı uyruklu kişi sayısı bakımından Türkiye'de ikinci sırada yer almaktadır²⁵⁷. Yabancı nüfus artış oranı yüzde 25 iken bu oran son bir yılda yüzde 40 yükselmiştir. Bu oranın son zamanlarda Rusya ve Ukrayna arasında çıkan savaş nedeniyle bu ülke vatandaşlarının Antalya'da yaşamayı tercih etmeleriyle yükselişe geçmiştir. Antalya'da yaşayan yabancılar arasında Rusya Federasyonu 29bin 691 kişiyle ilk sırada yer almaktadır. Bu sıralamayı 18 bin 214 kişi ile Kazakistan, 11 bin 620 kişi ile İran, 11 bin 328 kişi ile Almanya, 9 bin 331 kişi ile Kırgızistan ve 8 bin 444 kişi ile Ukrayna takip etmektedir²⁵⁸. Son bir yıl içinde yabancılara 14 bin 880 konut satışı gerçekleşmiştir²⁵⁹. Antalya Kent Konseyinin 8 Aralık 2022 tarihli göç konulu raporunda Antalya'nın çok kültürlü şehre dönüştüğünü bu çok kültürlü yapıya uyum politikaları uygulanmasının gerekliliği ortaya konularak Rusya Federasyonu vatandaşlarının, Ukrayna vatandaşlarının ve Bağımsız Devletler Topluluğu vatandaşlarının Antalya'da yerleşik hayatı tercih ettikleri vurgulandı. Son yıllarda yaşanan Ukrayna -Rusya savaşı sonucu 2022 yılı itibari ile Antalya'da yerleşik olarak yaşayan 29 bin 691 Rusya Federasyonu ve 8 bin 444 Ukrayna vatandaşının varlığı neticesinde Rusya ve Ukrayna'dan pek çok yatırımcının

²⁵⁴ Südaş, 2005:3.

²⁵⁵ Tekeli, 1982: 329.

²⁵⁶ Tuik, 2023, <https://www.resmiistatistik.gov.tr/detail/subject/uluslararasi-goc-istatistikleri/> (erişim tarihi 05.12.2022).

²⁵⁷ AYBÜ, GPM, 2021 Raporu, <https://aybu.edu.tr/GetFile?id=1c168fe4-c95c-447f-b3eb-8ab7d312794c.pdf> (erişim tarihi 05.12.2022).

²⁵⁸ Tuik, 2023, <https://www.resmiistatistik.gov.tr/detail/subject/uluslararasi-goc-istatistikleri/> (erişim tarihi 05.12.2022).

²⁵⁹ Antalya Kent Konseyi 08/12/2022 Tarihli Raporu, <http://antalyakentkonseyi.org.tr/antalya-kent-konseyinden-guncel-goc-raporu> (erişim tarihi:05.05.2023).

yatırımlarını Antalya'ya taşımak için başvuruda bulunduğu belirtilmiştir. Yine raporda yerleşik yabancıların yerel hayata etkileri kapsamında kültürel, sosyal ve çevresel, turizm, inşaat, emlak, kamu sektörlerine, doğrudan yabancı yatırımlara, ticaret, gelir, istihdam gibi konulardaki etkilerine değinilmiştir. Rapora göre yabancı göçünün Antalya üzerinde etkisini olumlu hale getirmek göçün kenti fiziki açıdan köyleştirmeyen, suç ve suça teşebbüs oranlarını yükseltmeyen, yerel yönetimlerin ilgili sorunlara duyarlılığını artıran, çözümler üreten, yoğunlaşan sağlık hizmetlerini verimli hale getiren bu alanlarda kayıplar yaşamayan bir döngü içerisinde ele alınması gerektiği belirtilmiştir²⁶⁰.

Antalya'nın sahip olduğu farklı kültürlerle mensup yabancı nüfusunun varlığı ve göç alan dinamik yapısı bu çalışmanın yapılmasında alan yazınına katkı sağlama amaçlanarak gerçekleştirilmiştir.

3.3.1. Veri Toplama Süreci

Alan yazınında yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinde bir takım kültürel engellerle karşılaştıkları tespit edilmiştir. Çalışma modeli oluşturulurken veri toplama araçlarından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak saha çalışması tercih edilmiştir. Araştırmada Antalya'da uluslararası göç hareketleri sonucu yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerini değerlendirmek üzere Ekim 2022-Mart 2023 zaman aralığında saha çalışması yapılmıştır. Çalışmaya gönüllü katılım esas alınarak çalışma hakkında detaylı bilgiler verilerek katılımcıların onamları alınmıştır. Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri, sağlık kurumlarının performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla yabancı hastaların ihtiyaçları, beklentileri, tatmin ve diğer algılamalarıyla ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması, ayrıca kuruluş performansı ile ilişkilendirilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır. Alternatif olarak; odak grup çalışması, kritik olay değerlendirme, direkt gözlem, yazılı anket, arşiv çalışması, telefon anketleri vb. metotlar uygulanabilir. Bu metotların içinde hasta memnuniyetinin ölçümünde en çok kullanılan yöntem ise anket metodudur. Daha fazla konuyu, daha etkili ve daha az maliyetli araştırabilmek anket yöntemi ile mümkün olduğundan sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemlerin başında gelmektedir. Anket tekniği, gerek kolay uygulanabilirliği ve düşük maliyetli olması açısından gerekse geçerlilik ve güvenilirliğinin daha kolay ölçülmesi açısından ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olması açısından bir takım üstünlüklere sahiptir. Çalışmada kullanılan veri

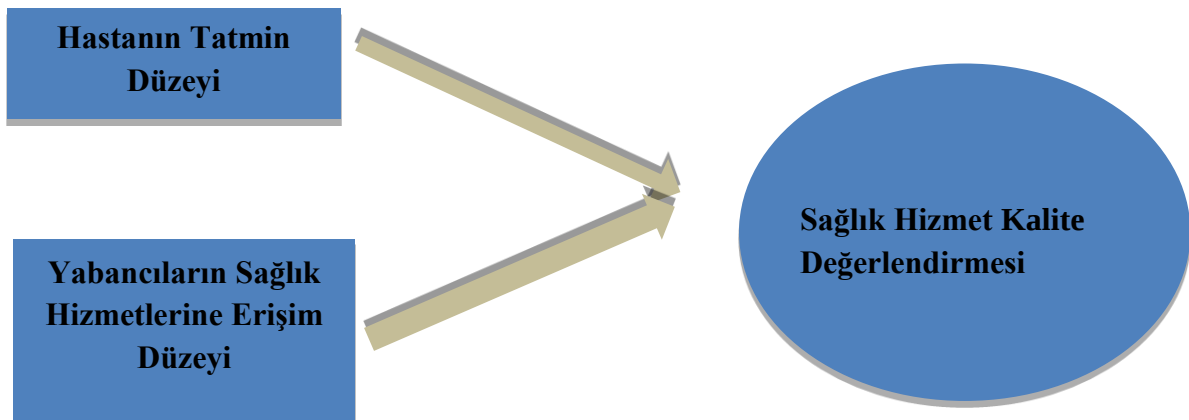
²⁶⁰ Antalya Kent Konseyi 08/12/2022 Tarihli Raporu, <http://antalyakentkonseyi.org.tr/antalya-kent-konseyinden-guncel-goc-raporu> (erişim tarihi:05.05.2023).

toplama araçlarının literatürle ilişkilendirilmesi ve ölçme araçlarının neden tercih edildiği araştırmanın amacı ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın amacı uluslararası göç sonucu Antalya ilinde yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesidir. Kültürel farklılıklardan kaynaklanan sağlık hizmetlerine erişim engellerini ortaya koymak bu bağlamda yabancıların sahip olduğu kültürel farklılıklar ile sağlık hizmet kalite algı değerlendirmesi arasında bir ilişkinin var olduğu hipotezine ulaşmak için uygun ölçekleri kullanmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim değerlendirmeleri literatürde hasta memnuniyeti olarak kavramsallaştırılmıştır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin değerlendirilmesinde, planlanmasında, uygulanmasında, gözlemlenmesinde hasta tatmini, oldukça önemli bir adım olarak ölçülmeli ve dikkate alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin etkili ve kaliteli yolu hasta tatmini ile gerçekleşmektedir. Alan yazınında önem arz eden hasta tatmin ölçeği araştırmanın modelinde kullanılarak diğer değişkenlerle ilişkisinin ortaya konması hedeflenmiştir.

3.3.2. Model ve Hipotezler

Yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerinin değerlendirilmesine yönelik 3 ana değişken arasındaki ilişki sorgulanmak istenmiştir. Bu değişkenler hastanın tatmin düzeyi, yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kalite algısının değerlendirilmesidir. Yukarıda aktarıldığı üzere hizmet kalite algısını hastanın tatmin düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Temel iddia sağlık hizmet kalitesinin arttırılarak hizmete yönelik beklentinin yükseleceği yönündedir. Bu anlamda hizmet kalite algısını etkilediği varsayılan hasta tatmin düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bağımsız değişken Sağlık Hizmet Kalite Algı Değerlendirmesi ve bağımlı değişkenler hastanın Tatmin Düzeyi, Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyidir.



Araştırmanın modeli doğrultusunda hipotezler şu şekildedir:

H1. Yabancıların sağlık hizmet kalite algı beklentisi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algı değerlendirmesi arasında fark bulunmaktadır.

H2. Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

H2a: Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

H2b: Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile beklenen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

H3. Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.

3.3.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın alan araştırmasında *yabancı* ifadesi kullanılmıştır. Alan yazında “göçmen ve yabancı kavramları çoğu zaman birbiri yerine kullanıldığı gözlemlenmiştir. Türk mevzuatında göçmen ve yabancı kavramlarına yönelik farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Bulunduğu ülkenin vatandaşlığına sahip olmayan kişilere “yabancılar” denir.²⁶¹ Bir ülkenin vatandaşı olmayan herkes bulundukları ülkede yabancı kavramı ile ifade edilir.²⁶² Türk Vatandaşlığı Kanunu’na göre “Yabancı; Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişiyi ifade eder. Uluslararası Göç Örgütü’nün sözlüğünde yayınlanan anlamına göre “yabancı; belirli bir devlet açısından o devletin uyruğunda olmayan kişi”²⁶³ olarak tanımlanmıştır. 5682 Sayılı Pasaport Kanunu’nda 5683 Sayılı Yabancıların İkamet ve Seyahati Hakkında Kanun’da Anayasanın 16. maddesinde TCK’nın 59. maddesinde pozitif hukukta yabancılar kavramının kullanıldığını ve yerleştiğini görmekteyiz. Ekşi’nin çalışmasında Türkiye’de yabancıları dört başlıkta toplamak mümkündür; Mülteciler, sığınmacılar, Türkiye’yi transit olarak kullanan yasadışı iş gücü oluşturan yabancılar ve oturma izni bulunan yabancılardır.²⁶⁴ Uluslararası Sözleşmeler ve ulusal mevzuata göre Ekşi’nin²⁶⁵ dört başlık altında topladığı kavramlardan olan sığınmacılar değinmekte fayda vardır. 2014 tarihli, 6458 sayılı *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu*’nda düzenlenme

²⁶¹ Cornu, 2007: 353

²⁶² Ergül, 2012: 214

²⁶³ Çiçekli, 2009;64

²⁶⁴ Ekşi, 2013: 1.

²⁶⁵ Ekşi, 2013: 2.

yapılmıştır. Türkiye Avrupa dışından gelenleri mülteci olarak kabul etmemektedir. Avrupa dışından gelenlerin üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mülteci statüsünde geçici olarak Türkiye’de kalmasına izin verilmektedir. Uluslararası koruma arayan yabancılar Türkiye’ye adım attığında mülteci veya şartlı mülteci statülerini almak için başvurmaktadır dolayısıyla bu kişilere statüsü verilene kadar kendilerine “uluslararası koruma başvuru sahibi” denmektedir. Çalışmada yabancılar tanımlaması tercih edilmiştir. Kavramın dayandırıldığı yasal dayanak Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişileri kapsamaktadır. Hizmetlerin kültürlerarası açılımının kime açılacağı sorusunun karşılığı Türk mevzuatında yer alan yabancılar tanımlamasıdır. Çalışmanın araştırma kısmında karışıklık yaratmaması için *yabancı* tanımlaması kullanılmıştır.

Araştırmanın evreni Antalya il sınırları içinde en az bir yıl ve üzeri sürede yaşayan, Türkiye Cumhuriyeti ile vatandaşlık bağı bulunmayan Antalya ilinde ayaktan poliklinik hizmeti almak için özel ve kamu hastanelerine başvurmuş, hizmeti almış ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden Rusya Federasyonu, Almanya, Ukrayna, İngiltere ülke vatandaşlarıdır. Çalışmanın örnekleme basit rassal örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Ekim 2022-Mart 2023 tarihleri arasında örnekleme şu şekilde ulaşılmıştır: Anket uygulanan yabancı hastalara sağlık hizmeti veren hastanelere yakın kamusal alanlarda, sosyal medya platformlarından, kiliselerden, yoğun olarak bulundukları kamusal alanlardan ve bazı dernekler üzerinden ulaşılmaya çalışılmıştır. Örneklemin belirlenmesinde en az bir yıl Antalya’da yaşamış olması, en az 1 kez kendi ülkesinde ve en 1 kez de Türkiye’de sağlık hizmeti almış olması şartları dikkate alınmıştır.

Örnekleme sayısı formüle 382 olarak belirlenmiş olmasına rağmen araştırmacı örneklem sayısını 505 olarak arttırmıştır. Örneklemin belirlenmesinde T.C. İçişleri Bakanlığı İl Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’nden alınan bilgilere göre 1.169’u Konyaaltı, 1.801’i Muratpaşa, 704’ü Kepez olmak üzere toplamda 6.993 aile bilgileri dikkate alınmıştır. Antalya’da uyruklarına göre Rusya Federasyonu’ndan 12.909, Kırgızistan’dan 8.818, Ukrayna’dan 8444 olmak üzere genel toplamda yabancı sayısı Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verilerine göre 136 bin 946 kişidir. Antalya ilinde yaşayan yabancılar ile yapılan bu çalışmada nüfus yoğunluğuna göre sıralama tercihi yapılmıştır. Bu bağlamda en fazla nüfus yoğunluğuna sahip olan Rusya Federasyonu, Almanya, Ukrayna ve İngiltere ülke vatandaşlarının katılımları ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3.4. Veri Toplama Araçları

Yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerini literatürde yaygın olarak kullanılan hizmet kalite algı ölçümü Servqual (Service Quality Perception of Measurement) ile ölçülmüştür. Çünkü literatür taraması sonucunda hizmet kalitesinin ölçümünde geçerliliği ve güvenilirliği uluslararası alanda ispatlanmış Hizmet Kalite Algı Ölçümü ölçeğinin kullanıldığı belirlenmiştir. Nitekim sağlık hizmetlerinin hizmet kalitesinin ölçümünde gerek ulusal gerekse uluslararası alan yazında çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda da sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerin bu ölçek kullanılarak ölçüldüğü görülmüştür²⁶⁶. Mevcut sorunların belirlenmesinde hizmet kalitesi ölçeği beklenen ve gerçekleşen beklenti düzeyleri arasındaki farklılıkları ortaya koymaktadır. Hizmet kalite ölçümü, hizmet kalite beklentisi ile gerçekleşen hizmet kalite değerlendirmesi (tüketicinin hizmeti tükettikten sonraki algılama hissi) arasındaki skorların farkıdır. Hizmet kalitesi sıfıra eşit ya da sıfırdan büyükse tüketici tatmin olmuş olur ve hizmet kalite değerlendirmesi pozitif olur. Hizmet kalitesi negatif ise tüketicinin hizmet kalite değerlendirmesi olumsuzdur.

Ölçek 1985 yılında Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 1994 yılında son halini almıştır. Tez anket soruları ulusal düzeyde yapılmış çalışmalardan faydalanılmıştır. Bayraktar²⁶⁷ “Kamu ve Özel Hastanelerde Bulanık Servqual Modeli ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Alanya Örneği” başlıklı tez çalışması, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı’nca (2019) hazırlanmış olan “Anket Uygulama Rehberi’nden” faydalanılmıştır²⁶⁸. Orijinal anket 22 ifade ve “Fiziksel Yeterlilik”, “Güvenirlilik:”, “Yanıt verebilirlik”, “Güvence:” ve “Empati” olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Tezde kullanılan ölçek ve içerdiği boyutları oluşturan ifadeler ortalama 6 aylık bir sürede mevcut alan yazın dikkate alınarak, öğrencinin sağlık hizmet alanındaki tecrübesi, danışman öğretim üyesinin ve uzman 2 öğretim üyesinin görüşleri doğrultusunda birçok toplantı neticesinde hazırlanarak son şekli verilmiştir. Tezde yabancı hastalar örneklem kapsamında olduğundan nihai form öncelikle Türkçe olarak hazırlanmış, daha sonra iki çevirmen tarafından İngilizce, Rusça, Almanca dillerine çevrilmiştir. İfadeler 5’li likert ölçeği (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım/Fikrim yok, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) ile

²⁶⁶ Tanrıverdi, H., Erdem, Ş. (2010):1. Saleh, F. ve Ryan, C. (1991):324.

Güleş vd., 2011., Dursun ve Çerçi 2000:1.; Karaman, vd. 2019. ; Kıdak, vd.,(2015):483. ;Savaş, vd., (2014);1.; Rahman, vd. 2012; Ağdemir, 2012.; Aksoy, 2012.; Kavuncubaşı,2000: 32.

²⁶⁷ Bayraktar, 2020.

²⁶⁸ <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/30308/0/anket-uygulama-rehberi-son-basim-11042019pdf.pdf>
Erişim tarihi 17.02.2021

tanımlanmıştır. Nihai Servqual ölçeği yabancı hastaların beklentileri ve gerçekleşen algılarını ölçmeye yönelik 22 maddeden ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar²⁶⁹:

- Fiziksel Yeterlilik (tangibles): Kullanılan donanım, personel ve hizmet verilen yerin fiziki görünümü (1- 4 ifadeler)
- Güvenirlilik (reliability) : Taahhüt edilen hizmetin kusursuz güvenilir biçimde yerine getirilme becerisi (5-9 ifadeler)
- Yanıt verebilirlik (responsiveness): Hastalara karşı hevesli yardımsever olma, hizmeti zamanında ve çabuk yerine getirme (10-13 ifadeler)
- Güvence (credibility) : Çalışanların bilgili nazik olması ve müşterilerde güven duygusu uyandırma becerileri (14-17 ifadeler)
- Empati (understanding the customer): Kurumun hastalara kişisel ilgi ve duyarlılık göstermesi (18-22 ifadeler)

Tezde kullanılan 2. form yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyini ölçen “Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi” ölçek formudur. Bobzien, kültürlerarası açılıma yönelik yabancıların çeşitli kamu hizmetlerinden beklentilerinin ortaya konulmasında anketlerin yol haritası olduğunu belirtmektedir²⁷⁰. Yabancıların sağlık hizmetlerine erişiminin ölçümüne veya değerlendirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası alan yazında herhangi bir ölçek tespit edilmemiştir. Bu nedenle yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ölçeği tez yazarı tarafından alan yazında yapılan taramalar sonucu yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinde karşılaştıkları sorunlar dikkate alınarak oluşturulmuştur. Geçmiş çalışmalarda yabancıların sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaştıracak beklentilerini ortaya koyacak araştırmalar incelenerek ölçekte yer alan ifadeler oluşturulmuştur. Formun oluşturulma süreci 2 aşamadır. İlk aşamada geniş kapsamlı literatür taraması yapılarak 13 ifade belirlenmiştir. Bu ifadeler öğrencinin sağlık hizmet alanındaki tecrübesi, danışman öğretim üyesi ve uzman 2 öğretim üyesinin görüşleri doğrultusunda benzer ifadeler ve anlam karışıklığı yapabilecek ifadelerin çıkarılmasıyla 10 ifadeye indirgenmiştir. İfadeler 5’li likert ölçeği (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım/Fikrim yok, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) ile tanımlanmıştır.

Tezde kullanılan 3. form “Hasta Tatmin Düzeyi” ölçeğidir. Alan yazınında sağlık hizmet kalite değerlendirmelerinde hasta tatminin önemli bir boyut olduğu kanısına varılmıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine erişim değerlendirmelerinde hasta tatminiyle

²⁶⁹ Alt boyutlara yönelik ifadeler Tablo 3.1 de yer almaktadır.

²⁷⁰ Bobzien, 2003:48.

ilişkilendirilen hasta memnuniyetinin kavramsallaştırıldığı görülmüştür²⁷¹. Hasta tatmininin sağlık hizmetlerine erişimin değerlendirilmesinde, planlanmasında, uygulanmasında, gözlemlenmesinde oldukça önemli bir adımdır. Sağlık hizmetlerine erişimin etkili ve kaliteli yolu hasta tatmini ile gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda hasta tatmin ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 4 ifadeden oluşmuştur. Bu ifadeler özellikle Devebakan, Kitapçı, Chaniotakis ve Lympelopoulos, Wang 'ın çalışmalarından yararlanılarak oluşturulmuştur²⁷². Hizmet tatmini evet/hayır olmak üzere 2'li sorgulama ile değerlendirilmiştir. Anket uygulayacak kişilere öncelikle anket konularında bilgi sahibi uzmanlar tarafından eğitimleri verilmiştir.

3.3.5. Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği

Hazırlanan formların farklı dillere çevrilmesi ölçüm hatası sorunu oluşturabilme olasılığı taşımaktadır. Bu nedenle soru formlarının geçerlilik ve güvenilirlikleri analiz edilmiştir. Geçerlilik analizinde ifadelerin karşılıklarına uygun dil (language) yapısı incelenmiştir. Öncelikle Türkçe olarak hazırlanan anket formu her bir dil için iki çevirmen tarafından ayrı ayrı İngilizce, Rusça, Almanca dillerine çevrilmiştir. Zamansal geçerlik için çevrilen formlar ilk çevrildiği günü takip eden 20 günlük aradan sonra tekrar Türkçe diline çevrilmiştir. İlk ve son çeviri arasındaki farklılıklar dikkat alınmadan yaklaşık 50 kişilik pilot grup ile ifadeler yeniden değerlendirilmiştir. Ukrayna vatandaşları için Rusça ve İngilizce anketler uygulanmıştır. Dilsel geçerlilik için her bir çalışma grubuna anket formları hem kendi dilinde hem de ana dilene yakın düzeyde olan bir yabancı dilde sorulmuştur. Hizmet Kalite Algı ölçeği (beklenti ve gerçekleşen), Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeği ve hasta tatmini ölçeklerinin ön çalışmada dilsel algılama düzeylerinin farklı olmadığı anadil ve farklı dildeki ifadelerinin algılanma seviyelerinin farklı olmadığı görülmüştür($p>0,05$). Benzer şekilde son çalışmada da dilsel algılama düzeylerinin farklı olmadığı anadil ve farklı dildeki ifadelerinin algılanma seviyelerinin farklı olmadığı ifade edilebilir ($p>0,05$). Ayrıca Hizmet Kalite (beklenti, gerçekleşen), Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeği ve hasta tatmini ölçeğinin dilsel geçerlilik ön çalışmada madde arası korelasyon düzeylerinin 0,70 ve üzeri olduğu görülmüştür. Bu durum maddelerin kendi arasında tutarlı olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde test tekrar çalışmada da madde arası korelasyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Yapısal geçerlilik için ise Doğrulayıcı

²⁷¹ Erdem, vd., 2008:96.

²⁷² Chaniotakis ve Lympelopoulos, 2009: 229.; Wang, 2011: 252. ; Kitapci, vd, 2014, 163, ; Devebakan, Nevzat (2006):144.

Faktör Analizi analizleri (DFA) uygulanmıştır. Ekte verilen tablolarda ayrıntılı olarak gösterilmiştir^{273, 274}.

Hizmet kalite algı ölçüm anketi, beklenti hizmet kalite algı değerlendirmesi ve gerçekleşen hizmet kalite algı değerlendirmesi olmak üzere 2 ölçüm aracı ile yapıldığından her 2 ankete yönelik ilgili ifadelerin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Cronbach's Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda anketlerin güvenilirlik katsayılarının 0,96 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen katsayılar ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile hizmet kalite algı ölçeğine faktör analizi uygulaması yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda hizmet kalite algı ölçeği literatürle uyumlu 5 beş alt boyuta (fiziksel, yeterlilik, yanıt verebilirlik, empati ve güvenilirlik) ayrıldığı tespit edilmiştir. Faktör analizinde hesaplanan örneklem yeterlilik katsayısının Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği (KMO) 0,96 olduğu görülmüştür. Bu tespit örneklem sayısının (n=505) araştırma için yeterli sayıda olduğunun göstergesidir. Ayrıca faktör yapılarının anlamlılık düzeylerinin incelenmesi için ayrıntılı istatistiki testler de yapılarak anketin geçerliliğine dair kanıtlar sunulmuştur.

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi algı ifadelerinin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Cronbach's Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,93 olduğu görülmüştür. Elde edilen katsayılar ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir. KMO değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu bulgu örneklem genişliğinin (n=505) için faktör yapısını ortaya koymak adına oldukça yeterli sayıda olduğunun göstergesidir. Ayrıca faktör yapılarının anlamlılık düzeylerinin incelenmesi için uygulanan Bartlett testi Toplamda ise %54 düzeyinde açıklanan varyans olduğu tespit edilmiştir. Yapısal geçerliliğe yönelik analizlerde Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin belirlenmek amacı ile geliştiren 10 ifadeli ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi uygulaması yapılmıştır. Ölçek uyarlama çalışması olduğu için araştırmada Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmıştır ve ölçeğin tek boyut olduğu tespit edilmiştir²⁷⁵.

Hasta tatmini soru formu ile ilgili ifadelerin güvenilirliğinin test edilmesi amacı ile Cronbach's Alpha analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,93 olduğu görülmüştür. Elde edilen katsayıların ölçeğin oldukça güvenilir olduğuna işaret etmiştir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile hizmet

²⁷³ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.2 ve Tablo 3.3 te yer almaktadır

²⁷⁴ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.4 ve Tablo 3.5 te yer almaktadır.

²⁷⁵ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.6 ve Tablo 3.7 de yer almaktadır.

kalite algı soru formuna faktör analizi uygulaması yapılmıştır²⁷⁶. Faktör analizi sonucunda Hasta Tatmini ölçeğinin tek boyuttan oluştuğu görülmüştür. Faktör analizinde hesaplanan KMO değerinin 0,93 olduğu görülmüştür. Bu tespit örneklem sayısının (n=505) araştırma için yeterli sayıda olduğunun göstergesidir. Ayrıca faktör yapılarının anlamlılık düzeylerinin incelenmesi için ayrıntılı istatistiki testler²⁷⁷ yapılarının anlamlılık düzeylerinin incelenmesi için uygulanan anketin geçerliliğine dair kanıtlar sunulmuştur.

3.4. Araştırma Modelinin Analizi

Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır. DFA analizleri için IBM AMOS 20.00 paket programı kullanılır ve modelin geçerliliği istatistiki olarak kanıtlanmıştır. Yukarıda belirtilen modele ve hipotezlere uygun olarak ki-kare, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Ayrıca tez araştırma sorusuna yanıt bulabilmek amacıyla çeşitli demografik değişkenler de analizlere dahil edildiğinden t testi ve ANOVA testi gibi ortalamalar arasındaki farklılıkları ortaya koyacak analizler de yapılmıştır. Ayrıca anketlere ilişkin normallik testleri Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. Boyut ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygun olmadığı görülmesine rağmen, eğiklik, çarpıklık, sapan değerlerin olmaması, doğrusallığın bulunması nedeni ile dağılımın normal dağılıma yaklaştığı görülmüştür ($p>0,05$). Modelde oto korelasyon varlığının incelenmesi amacı ile yapılan Durbin Watson testi sonuçlarına göre modelde oto korelasyon olmadığı görülmüştür²⁷⁸.

Sonuç olarak modelin anlamlı olduğu görülmüştür (D.W;1,82).

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Antalya’da farklı ülke uyruğuna sahip çok sayıda yabancı yaşamaktadır. Ancak bu çalışmada Rusya Federasyonu, Almanya, Ukrayna, İngiltere ülke vatandaşları araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu ülke vatandaşları dışındaki yabancılar evrene dahil edilmemiştir. Her ne kadar bu çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülebilecek olsa da seçilen yabancılar Antalya’da yaşayan en yoğun nüfusu oluşturmaktadır.

²⁷⁶ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.8 ve. Tablo 3.9 da yer almaktadır

²⁷⁷ Bartlett testi toplamda %47 düzeyinde açıklanan varyans olduğu tespit edilmiştir.

²⁷⁸ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.10 da yer almaktadır.

3.6. Bulgular

3.6.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Katılımcıların (n=505) % 20'si kamu ve %80'i özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların % 28,2'i Alman, % 12,9'u İngiliz, % 27,5'i Rus, % 31,5'i Ukrayna vatandaşlarıdır. Katılımcılar % 54,1 ile 1-3 yıl arasında, % 19,6 ile 4-6 yıl, % 14,5 ile 7-10 yıl, % 11,9 ile 11 yıl ve üzerinde süredir Türkiye'de yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların % 85'nin gelir getirici bir işte çalıştıkları görülmüştür. Aylık gelir düzeyleri ise ağırlıklı olarak 41-75 bin TL düzeyindedir. Katılımcılar en son sağlık hizmetlerini % 14,7 ile 1 ay önce, % 28,3 ile 6 ay önce, % 25,7 ile 1 yıl önce ve %31,3 ile 1 yıl ve daha fazla süre önceden aldıklarını ifade etmişlerdir.

3.6.2. Beklenti Hizmet kalite algı ile Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Arasındaki Fark

Hizmet kalite beklentisi ile gerçekleşen hizmet kalite arasındaki fark standart sapma (s.s) ve ortalamalar ($\bar{X}$) dikkate alınarak Tablo 3.11. gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Beklenti Hizmet Kalite Algı ile Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Arasındaki Fark²⁷⁹

	Beklenti	Gerçekleşen	Hizmet Kalite Algı Farkı
	$\bar{X} \pm s.s.$	$\bar{X} \pm s.s.$	$\bar{X} \pm s.s.$
Fiziksel			
Yeterlilik	4,56 $\pm$ 0,38	3,74 $\pm$ 0,2	-0,81 $\pm$ 0,13
Güvenirlilik	4,47 $\pm$ 0,32	3,80 $\pm$ 0,6	-0,67 $\pm$ 0,14
Yanıt			
verebilirlik	4,49 $\pm$ 0,29	3,81 $\pm$ 0,4	-0,68 $\pm$ 0,12
Güvence	4,50 $\pm$ 0,35	3,80 $\pm$ 0,6	-0,70 $\pm$ 0,11
Empati	4,46 $\pm$ 0,31	3,79 $\pm$ 0,5	-0,68 $\pm$ 0,14
Hizmet kalitesi	4,50 $\pm$ 0,25	3,79 $\pm$ 0,3	-0,71 $\pm$ 0,41

Hizmet kalite algısının 2 ana boyutuna dair farklılık değerlendirildiğinde yabancıların sağlık hizmetlerinden beklenti ortalaması ($\bar{X}=4.50$) gerçekleşen sağlık hizmetlerinden ($\bar{X}=3.79$) büyük olduğu görülmüştür. Bu bulgu yabancıların aldıkları sağlık hizmetlerine dair kalite değerlendirmesinde beklentilerini ortalama üzerinde karşılanmadığına işaret etmektedir. Çünkü beklentinin karşılanmama değeri gerçekleşen değere oldukça yakın çıkmıştır. Alt

²⁷⁹ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.11 yer almaktadır.

boyutlar arasında karşılaştırma yapıldığında en fazla beklentinin karşılanmadığı boyutun fiziksel yeterlilik ($\bar{X}=-0.81$), beklentinin en fazla karşılandığı boyutların ise sırasıyla, empati ($\bar{X}=-0.68$), güvenilirlik ($\bar{X}=-0.67$), yanıt verilebilirlik ($\bar{X}=-0.68$) ve güvence ($\bar{X}=-0.70$) olduğu bulunmuştur. Bu bulgu H1'i desteklemektedir.

3.6.3. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile Sağlık Hizmet Kalite Algısı Arasında İlişki

Öncelikle yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyinde yer alan her bir ifadenin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapmaları (s.s) değerlendirildiğinde en düşük ortama değer kurum da tercüman hizmetinin yetersizliği ($\bar{X}=2.67$), en yüksek ortalama değer ise önyargılı davranılma hususundaki ifadedir (Tablo 3.11). Bu bulgu yabancıların kurumlarda tercüman bulma konusunda sıkıntı yaşamadıklarına ancak yabancı olmaları nedeni ile önyargılı davranışlarla karşılaşmalarına dair bir bulgu sunmaktadır.

Tablo 3.12. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim İfadelerinin Ortalamaları²⁸⁰

İfadeler	Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi
	$\bar{X} \pm s.s$
1.Bana uygun hizmetin verildiği sağlık kuruluşunu bulmakta zorlanmadım.	4,24±0,49
2.Sağlık kuruluşundan randevu alırken dil sorunu yaşamadım.	4,33±0,55
3.Kurumdan hizmet alırken iletişim sorunu yaşamadım	4,19±0,64
4.Kurumda tercüman hizmeti yetersiz	2,67±0,75
5.Tercüman kültürel terimleri bilmelidir.	3,97±0,45
6.Kurumun bilgilendirme broşürlerini anlayabiliyorum.	4,09±0,51
7.Maddi durumum bu kurumdan hizmet almamı engelliyor.	3,15±0,61
8.Bana önyargılı davranıldığını hissediyorum.	4,34±0,78
9.Sağlık haklarımı biliyorum ve faydalanabiliyorum	4,12±0,47
10.Hastane çalışanlarına göçmenlerle ilgili eğitim verilmesi gerekir.	4,23±0,53

²⁸⁰ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.12. yer almaktadır.

Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin hizmet kalite algısı üzerindeki etkisi regresyon analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda yabancıların sağlık hizmetlerine erişim seviyeleri hizmet kalite algısını zayıf düzeyde ve anlamlı etkilediği görülmüştür ($r=0,25$, $p=0,01$). Bu bulgu H2'yi desteklemektedir. Hizmet kalitesi algısının 2 alt boyutu olan gerçekleşen ve beklenen kalite algıları ile sağlık hizmetlerine erişim düzeyi arasındaki ilişki regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda Tablo 3.13 ve Tablo 3.14' te her iki boyutun alt değişkenlerinin tamamının sağlık hizmetlerine erişimi ile anlamlı düzeyde ama zayıf bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Beklenen sağlık hizmetleri kalite algısının alt değişkenleri incelendiğinde – her ne kadar değerler birbirinden yakın olsa da ve anlamlı bir farklılık ortaya çıkmasa da- en yüksek değer empati alt değerinde ($r=0.15$, $p=0,01$) en düşük değer de fiziksel yeterlilik ve güvence değerlerinde ($r=0.09$ ve $r= 0.09=$ olduğu bulunmuştur. Bu bulgu H2a'yı desteklemektedir. Yani sağlık hizmetlerine erişim düzeyinden memnun olan hastaların hizmet kalitesine ilişkin beklentilerinin özellikle fiziksel yeterlilik ve güvence bileşenlerinde düşük olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 3.13. Beklenti Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi		
Beklenti Fiziksel Yeterlilik	r	0,09*
	p	0,02
Beklenti Güvenirlilik	r	0,12*
	p	0,01
Beklenti Yanıt verebilirlik	r	0,14*
	p	0,01
Beklenti Güvence	r	0,09*
	p	0,04
Beklenti Empati	r	0,15*
	p	0,01
Beklenti Hizmet Kalitesi	r	0,13*
	p	0,01

Tablo 3.14. Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi		
Gerçekleşen Fiziksel	r	0,15*
Yeterlilik	p	0,01
Gerçekleşen Güvenirlilik	r	0,22*
	p	0,01
Gerçekleşen Yanıt	r	0,26*
verebilirlik	p	0,01
Gerçekleşen Güvence	r	0,14*
	p	0,01
Gerçekleşen Empati	r	0,23*
	p	0,01
Gerçekleşen hizmet kalite	r	0,21*
algı	p	0,01

Gerçekleşen sağlık hizmetleri kalite algısının alt değişkenleri incelendiğinde – her ne kadar değerler birbirinden yakın olsa da ve anlamlı bir farklılık ortaya çıkmasa da- en yüksek değer yanıt verilebilirlik alt değerinde ($r=0.26$ $p=0.01$) en düşük değer de fiziksel yeterlilik ve güvence değerlerinde ($r=0.15$, $r=0.14$) olduğu bulunmuştur. Bu bulgu H2b’yi desteklemektedir. Yani sağlık hizmetlerine erişim düzeyinden memnun olan hastaların gerçekleşen hizmet kalitesine ilişkin özellikle fiziksel yeterlilik ve güvence bileşenlerinde düşük olduğuna işaret etmektedir.

3.6.4. Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalitesi arasında bir ilişki

Hasta tatmin değişkenleri ile hizmet kalite algı farklılığı arasında en yüksek değer “Aldığım hizmet sonucu kendimi daha sağlıklı hissettim” ifadesi olmuştur. Yani aldığı hizmetten tatmin olduğunu düşünenler diğer katılımcılara göre beklendikleri hizmetin karşılandığını düşünmektedirler. Hasta tatmin değişkenlerinden “Kendi ülkemde geçmiş tecrübelerime göre burada aldığım hizmet beni tatmin etti.” ifadesi ile hizmet kalite algı farklılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kendi ülkelerinde aldıkları sağlık hizmetleri ile çalışmada değerlendirilen hizmet kalite algısı arasında ilişki olduğu görülmüştür. Gerçekleşen hizmet kalite algısı değerlendirmelerinin beklentilerine cevap

verme hususunda kendi ülkeleri ile Türkiye kıyaslamalarında beklentilerin kısmen anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

H3. Yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalitesi arasında bir ilişki vardır.

Tablo 3.15. Hasta Tatmin ve Hizmet Kalite Algı Farkı²⁸¹

		Hizmet Kalite Algı Farkı	
		$\bar{X} \pm s.s.$	
1.Aldığım hizmet sonucu kendimi daha sağlıklı hissettim	Hayır	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,71±0,37
	Evet	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,07±0,43
2.Bu kurumu tekrar tercih ederim	Hayır	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,73±0,43
	Evet	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,70±0,40
3.Bu kurumu yakınlarıma tavsiye ederim]	Hayır	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,79±0,43
	Evet	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,67±0,40
4.Kendi ülkemde geçmiş tecrübelerime göre burada aldığım hizmet beni tatmin etti.	Hayır	Hizmet Kalitesi Farkı	-0,74±0,35
	Evet	Hizmet Kalitesi Farkı	0,03±0,29

Hizmet kalite algı ölçümü değerlendirmelerinin hasta tatmin seviyeleri ile pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.

²⁸¹ Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.15. de yer almaktadır.

Tablo 3.16. Hizmet Kalite Algı Ölçümü ve Hasta Tatmin İlişkisi

		Hasta Tatmini
Hizmet Kalite Algı Ölçümü	r	0,12 [*]
	p	0,01

Hizmet kalite algı puanları bazında memnun olan katılımcıların tatmin düzeylerinin daha yüksek düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ($r=0,12$, $p=0,01$). Bu bulgu kısmen H3 hipotezini desteklemektedir²⁸².

²⁸² Ayrıntılı istatistiki bilgi Tablo 3.16 da yer almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Küreselleşme göç hareketliliğine ivme katmıştır. Sınırların kalkmasıyla kişilerin, malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı sonucu uzaklık kavramı önemini yitirmiş teknolojik gelişmelerle globalleşen dünyada birçok yer ulaşılabilir olmuştur. Bireylerin ekonomik, sosyal, siyasal nedenlerle zorunlu ya da isteyerek gerçekleştirdikleri göç hareketleriyle varılan ülkelerde birtakım politikalar oluşturmak, göçmen halkın uyum içinde yaşaması için gereklilik haline gelmiştir. Bu politikalara varılan ülkelerde hizmetlere erişimi kolaylaştıracak uygulamalarda eklenmiştir. Özellikle hizmetlere erişimi kolaylaştıracak şeffaflık, sorumluluk, yalınlık, ulaşılabilirlik, katılım, uyum ve güvenilirlik gibi kavramlar küreselleşmenin etkisiyle kamu hizmetlerinin sunumuna eklenen ilkeler arasına girmiştir. Günümüzde bilgi teknolojileri baş döndürücü bir süratte gelişmektedir ve bu gelişim siyasal, ekonomik ve kültürel yapılara hızla nüfus etmektedir. Hizmetlere erişimde elektronikleşme uygulamaları bürokrasiden, kırtasiyecilikten, hantallıktan uzak bir yaklaşımla bir getiri olarak önümüze çıkmaktadır. Her alanda bu denli değişimin ve dönüşümün yaşandığı bir hizmet anlayışında oluşan dinamiklere kayıtsız kalmak mümkün olmamaktadır. Hizmetin her alanında genel kabul gören kalite anlayışı, Hizmet Kalite memnuniyeti bireylerin mal ve hizmetlerden beklentilerini karşılayan önemli bir olgu haline gelmiştir. Kalite kavramı rekabet ortamından kaynaklanan özel sektör firmalarının kullandığı bir argüman gibi görünse de bu olgu kamu sektörüne de hakim hale gelmiştir. Hizmetlerin her alanında kullanılan bu kavram sağlık hizmetlerinin sunumunda da değerlendirilmektedir. Sağlık gibi kaybettikten sonra telafisi oldukça güç olan bir hakkın eşit olarak ayırım gözetmeden herkesin erişimine sunmak devletin asli görevleri içindedir. Bu hakka devlet tarafından yapılacak yatırımlar uzun vadede ülke ekonomisine katkı sağlayacağı gibi en önemli hakkın varlığını, yaşam hakkını ve sağlık hakkını da güvence altına almaktadır. Ancak dünyanın birçok yerinde yükselmeye başlayan yabancı düşmanlığı ayrılıkçı söylemler kişileri ötekileştirmekte yaşanası zor olan hayatı daha zorlaştırmaktadır. Birçok alanda yabancıların hizmetlere erişimleri zorlaşırken sağlık gibi çok önemli bir olgunun ihmal edilmesi de kaçınılmaz olabilmektedir. Avrupa ülkeleri kamu hizmetlerini sunarken dünyaya öncülük ederek barındırdıkları göçmen nüfusların hizmetlere erişimlerini kolaylaştıracak bir takım uyum politikaları arayışlarına girmiştir. Ancak teorikte ortaya konan argümanların pratikte ne kadar karşılığının görüldüğü hususu ayrı bir tartışma konusudur. Asimilasyon, entegrasyon gibi uyum politikalarının toplumda ayrımcılığı ortadan kaldırmadığını hatta yabancı düşmanlığını tetiklediğini gören Avrupa çok kültürlü toplum tezini referans alarak farklı kültürlerle mensup bireylerin toplumsal yaşamda kendilerini öteki hissetmeden devletin sunduğu hizmetlere kolaylıkla erişimlerini sağlayacak uygulamalar modeller geliştirmişlerdir.

Kamu hizmetlerine erişimlerinin önündeki engelleri ortadan kaldıracak yapılanmalar bireylerin yaşam haklarına saygıyı, aidiyet duygusunu geliştirirken ülke ekonomisine uzun vadede katkı sağlamaktadır. İster kamu kurumları olsun ister özel sektör kurumları olsun hizmet kavramının işletmeler için önemi büyüktür. Hizmetlere kesintisiz erişimin sağlanması ve hizmet kullanıcıların beklentilerine cevap verilmesi işletmeler açısından üzerinde durulması gereken konulardandır. Sağlık gibi hassas bir alanda ise konunun önemi daha da artmaktadır.

Bu çalışmanın amacı uluslararası göç sonucu Türkiye’de yaşayan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın alt hedefleri yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentileri doğrultusunda mevcut sorunları ortaya çıkarmak, yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi ile hizmet kalite algısı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak ve yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalite algısı arasındaki bağlantıyı belirlemektir. Yabancıların sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerinin ölçümünde 3 ana değişken arasındaki ilişki sorgulanmıştır: Hastanın tatmin düzeyi, yabancıların sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet kalite algısı. Tezin temel iddiası sağlık hizmet kalitesinin arttırılarak hizmete yönelik beklentinin yükseleceği yönündedir. Bu anlamda hizmet kalite algısını hasta tatmin düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin belirlediği tespit edilmiştir. Araştırmada ayrıca her bir değişkene ait istatistiki ortalamalar ile hastaların tatmin düzeyi, hizmet kalite beklentisi, gerçekleşen hizmetten kalite algısı ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyi de ortaya konulmuştur.

Çalışmada ilk hipotez “*Yabancıların sağlık hizmet kalite algı beklentisi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algı değerlendirmesi arasında fark bulunmaktadır.*”. Çalışma sonucunda H1 hipotezi doğrulanmıştır. Test sonucu yabancıların sağlık hizmet kalite algı beklentisi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algı değerlendirmesi arasında fark olduğunu göstermiştir. Hizmet kalite algısının 2 ana boyutuna dair farklılık değerlendirildiğinde yabancıların sağlık hizmetlerinden beklenti ortalaması ($\bar{X}=4.50$) gerçekleşen sağlık hizmetlerinden ($\bar{X}=3.79$) büyük olduğu görülmüştür. Bu bulgu yabancıların aldıkları sağlık hizmetlerine dair kalite değerlendirmesinde beklentilerini ortalama üzerinde karşılanmadığına işaret etmektedir. Çünkü beklentinin karşılanmama değeri gerçekleşen değere oldukça yakın çıkmıştır. Alt boyutlar arasında karşılaştırma yapıldığında en fazla beklentinin karşılanmadığı boyutun fiziksel yeterlilik ($\bar{X}=-0.81$), beklentinin en fazla karşılandığı boyutların ise sırasıyla, empati ($\bar{X}=-0.68$), güvenilirlik ($\bar{X}=-0.67$), yanıt verilebilirlik ($\bar{X}=-0.68$) ve güvence ($\bar{X}=-0.70$) olduğu bulunmuştur. Fiziksel yeterliliği açıklayan hizmet kalitesi ölçümünde “Muayene olmak istediğim sağlık kuruluşuna ulaşımında zorluk yaşamadım.”, “Randevu ve muayene

sırası almada zorluk çekmedim.”, “Sağlık kuruluşundaki danışma hizmetleri yeterliydi.” “Yönlendirme levhaları anlaşılır şekilde düzenlenmişti.” İfadeleri kullanılmıştır. Esasen genel ortalamalar değerlendirildiğinde fiziksel yeterliliğe ait ifadelerin ortalama üzerinde değerlere sahip olduğu görülmüştür. Yani hastalar fiziksel yeterliliğe dair sunulan hizmetten beklentilerinin karşılandığını belirtiyor olmalarına rağmen ($\bar{X}=3.74$) diğer boyutların ortalamalarına kıyasla beklentileri daha düşük kalmıştır. Bu bulgu hastanelerin yabancıların beklentileri doğrultusunda örneğin ulaşım, danışma hizmetleri, farklı dillerde yönlendirme levhaları gibi fiziksel koşullarını yenilemeleri gerekliliğini ortaya koymuştur. Hizmet kalite farklılığında beklentinin en fazla karşılandığı boyut güvenilirlik olarak bulunmuştur. Güvenilirlik boyutunu “Hasta kabul işlemleri için çok beklemedim.”, “Sekreteryanın benimle iletişimi yeterliydi.”, “Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime ve inançlarıma özen gösterilerek güven duygusu bir şekilde hizmet aldım.”, “Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgilendirme yapıldı.” ve “Hemşireler tarafından tedavim ve bakımım ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli ve anlaşılırdı.” temsil etmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalarda hizmet kalite algısı ile birçok sağlık hizmet kalite algı değerlendirmelerini içeren ulusal düzeyde çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmalarda dikkate çeken nokta örneklemin yabancılara yönelik olmadığıdır. Örneğin Güleş vd. Konya ilinde faaliyet gösteren bir Tıp Fakültesi Hastanesinde hizmet kalite algı değerlendirmesini ayakta tedavi gören 345 hasta ile görüşerek gerçekleştirmiştir. Hizmet kalite algısı ölçeğinde ifade edilen beş boyut dikkate alınarak hastanenin sunduğu hizmetlerle ilgili beklenti ve memnuniyet düzeyleri irdelenmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların beklentileri tam olarak karşılanamamakla birlikte hastaların kurumla ilgili memnuniyet algılarının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür²⁸³. Songur ve arkadaşları tarafından sağlık sektöründe, Şereflikoçhisar Devlet hastanesi hastalarının sağlık hizmetlerine yönelik hizmet kalitesi algı düzeylerini tespit çalışmada hastalar poliklinik muayene odalarının temiz görünümü, kan vb. tetkiklerde kullanılan araç gereç ve cihazların hijyen durumu ile laboratuvarında çalışan personelin hastalara karşı davranışları ve yardımcı olma durum algılarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan hipotez testleri sonucunda hastaların, Şereflikoçhisar devlet hastanesinden aldıkları hizmetlere ilişkin algılarının cinsiyetlerine, eğitimlerine, ikametlerine, mesleklerine ve gelirlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir²⁸⁴.

Çalışmanın ikinci hipotezi “*Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.* İkinci hipotezin alt hipotezleri “*Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile gerçekleşen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki*

²⁸³Güleş, vd. 2011.

²⁸⁴ Songur, vd. 2018.

vardır” ve “*Yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile beklenen sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır.*” hipotezleri çalışma sonunda doğrulanmıştır. İkinci hipotez olarak savunulan yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ile sağlık hizmet kalite algısı arasında bir ilişki doğrulanmıştır. Elde edilen bulgularda yabancıların sağlık hizmetlerine erişim düzeyinde yer alan her bir ifadenin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapmaları (s.s) değerlendirildiğinde en düşük ortama değer kurum da tercüman hizmetinin yetersizliği ($\bar{X}=2.67$), en yüksek ortalama değer ise önyargılı davranılma hususundaki ifadedir (Tablo 3.10). Bu bulgu yabancıların kurumlarda tercüman bulma konusunda sıkıntı yaşamadıklarına ancak yabancı olmaları nedeni ile önyargılı davranışlarla karşılaşmalarına dair bir bulgu sunmaktadır. Kültürlerarası açılımın hedeflediği en büyük amaç toplum içinde farklı kültürlerle mensup kişilere önyargılı davranılmaması ve eşitlik düsturuyla hareket edilmesidir. Toplumda fırsat eşitliğinin sağlanması anayasanın eşit davranma ve adalet ilkesini kapsar. Kamu hizmetlerine eşit erişimi ve tüm yurttaşların katılımının sağlanmasıyla mümkün olabilmektedir ve bu doğrultu da çeşitliliği kabul eden açık ve önyargısız bir ortama hizmet eden anlayışla hareket etmek önemlidir. Yetersiz bilgilendirme, dilsel zorluklar, iletişimin farklı tarzlarda olması, yapısal ayrımcılık, kültürün etkisi altında kalan yorumlama biçimleri yabancılar karşı önyargıları tutumlara zemin hazırlayan davranışlardır. Sosyo kültürel yönden yabancıları tam olarak kabul etmeme, yabancıardan korkma, klişeler, yabancıların kültürü ve yaşam tarzı hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, aşırı iş yükü duygusu, yeterlilik donanımını yitirme duygusu, alışılmış bilgi eylem ve rutinlere takılıp kalma durumları ise literatürde önyargılı davranışlara sebep olabilecek diğer tutumlar olarak görülmektedir²⁸⁵. Toplumda yabancılar karşı oluşan ön yargıları yok etme çabası kültürlerarası açılım yaklaşımına göre yabancı potansiyeline değer gösterme ve bu potansiyeli kullanarak onları kabul etme ve tanımakla, sürekli eksikliklerine odaklanmaktansa var olan kaynaklara yönelerek yabancılar yönelik olumsuz bakış açısını değiştirmekle mümkün olabilmektedir²⁸⁶. Böylece yeni kaynaklara ulaşmak ve verimlilik düzeyini güvence altına almak, şeffaflaşan davranış örnekleriyle hizmetlere erişebilirliği kolaylaştıracak ve yabancılar oluşun önyargılı davranış yaftalaması son bulacaktır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde önyargı içeren tutum ve davranışlar hizmet kalite algısını etkileyen en önemli boyut olarak değerlendirilebilir.

Üçüncü hipotez “*yabancı hastaların tatmin düzeyi ile hizmet kalite algısı arasında bir ilişki vardır*” ifadesidir. Hizmet kalite algı ölçümü değerlendirmelerinin hasta tatmin seviyeleri ile pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Hizmet kalite algı puanları

²⁸⁵ Remmo, 2013:1.

²⁸⁶ <http://www.diegaste.de/gaste/diegaste-sayi2908.html> (erişim tarihi: 08.9.2019).

bazında memnun olan katılımcıların memnun olmayanlara kıyasla tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($r=0,12$, $p=0,01$). Bu bulgu kısmen H3 hipotezini desteklemektedir. Hasta tatmin değişkenleri ile hizmet kalite algı farklılığı arasında en yüksek değer “Aldığım hizmet sonucu kendimi daha sağlıklı hissettim” ifadesi olmuştur. Yani aldığı hizmetten tatmin olduğunu düşünenler diğer katılımcılara göre beklendikleri hizmetin karşılandığını düşünmektedirler. Hasta tatmin değişkenlerinden “Kendi ülkemde geçmiş tecrübelerime göre burada aldığım hizmet beni tatmin etti.” ifadesi ile hizmet kalite algı farklılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların kendi ülkelerinde aldıkları sağlık hizmetleri ile çalışmada değerlendirilen hizmet kalite algısı arasında ilişki olduğu görülmüştür. Gerçekleşen hizmet kalite algısı değerlendirmelerinin beklentilerine cevap verme hususunda kendi ülkeleri ile Türkiye kıyaslamalarında beklentilerin kısmen anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim değerlendirmeleri literatürde hasta memnuniyeti olarak kavramsallaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin etkili ve kaliteli yolu hasta tatmini ile gerçekleşmektedir.

Sonuç olarak bu tezde Türkiye genelinde Antalya’da yaşayan yabancıların sağlık hizmet kalite algısını sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri ve hasta tatmin düzeyi etkilediği bulunmuştur. Yabancıların sağlık hizmetlerine erişimin incelendiği ulusal çalışmalarda hizmet kalite algısının ve tatmin boyutlarının ayrı ya da tek değişken olarak ele alındığı, bütünsel bakış açısını sunacak bir araştırma sorusunun olmadığı dikkat çekmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecine dair anket maliyetleri, zaman, yabancı hastaya erişim, anketlerin farklı dillere çevrilmesi ve maliyetleri, etik kurul izninin katılımcılara beyan edilmiş olmasına rağmen çalışmaya katılma konusundaki çekinceleri (farklı bir ülkede olmanın yarattığı kaygı, sağlık hizmetine dair üzücü kayıpların hatırlanması bu noktada paylaşım sürecinden imtina etme ya da anket bitiminde ekonomik kazanç beklentilerine dair yaşanan sıkıntılar vs.) gibi pek çok zorlukların bu değişkenler arasında bütünsel bir ilişkiyi açıklamaya engel olabileceği düşünülmektedir. Tezde veri toplama sürecinde karşılaşılan zorluklar göz önüne alınıp yönetilerek değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Siyaset bilimi ve kamu yönetimi ulusal literatürüne bir model önerisi ile katkı sağlanabileceği umulmaktadır. Tezin diğer bir sonucu her değişkene ait özgün ölçekler geliştirilmiş olmasıdır. Zira ölçeklerin geliştirilme süreçleri tez araştırmasının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bir başka katkı ölçüm araçlarının orijinalliğidir. Yani ulusal ve uluslararası alanda sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalite algısı ve yabancı hasta tatmininin ölçülmesinde geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış ölçekler tez sonucunda sunulmuştur. Bu ölçekler Almanca, İngilizce, Rusça ve

Türkçe olmak üzere çevrilmiş, dil kontrolleri uzmanlarca yapılmış olduğundan uluslararası bilim camiası tarafından dikkat çekeceği düşünülmektedir.

Tez sonucunda Antalya iline ait özel hastaneler ve kamu hastaneleri bağlamında yabancıların sağlık hizmetlerine erişiminde şu hususların dikkate alınabilir:

- *Hastanelerin lokasyonu ve ulaşılabilirliği üzerine yabancılarla iş birliği içinde olan dernekler, vakıflar, kiliseler ve STK'lar aracılığıyla yabancı ülke vatandaşları bilgilendirilmelidir:* Sivil toplum örgütlerinin hizmetlere erişimde karşılaşılan sorunlara yönelik çözüm yollarını ele alan tutumları günümüz dünyasının kaçınılmaz bir sonucudur²⁸⁷. Sivil toplum örgütlerinin tespit edilen sorunlara yönelik politikaları ele alarak öneriler geliştirmesi farklı disiplinlerle iş birliği içinde olması önemlidir. Yolcuoğlu'na göre sivil toplum örgütleri toplumda yer alan belli grupları temsil eden organize olmuş dezavantajlı gruplar için insani yardımda bulunan ya da toplumun kalkınmasını amaç edinerek kategorize olmuş kuruluşlardır²⁸⁸. Sivil toplum örgütlerinin toplumda hasıl olmuş sorunların çözümüne yönelik yaptıkları çalışmalar ve diğer kurumlarla iş birliği içinde olan tutumları var olma sebeplerine anlam katmaktadır. Toplumda farklı grupların temel bir kamu hizmeti sayılan sağlık hizmetlerine erişimlerinde devletin göstereceği özenin yetersiz kalabileceği bir durumda sivil toplum örgütlerinin ele aldığı faaliyetler önem arz etmektedir. Dünyada yaşanan küresel bazdaki değişimler devlet politikalarının hizmetlere erişiminde yetersiz kalabilen yüzünün iyileştirilmesine yönelik sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde olma alternatif faaliyetler konusunda önemli bir yapı olarak görülmektedir. Mandeville'ye göre sivil toplum örgütleri sağlık eğitim kültür sanat gibi alanlarda faaliyet gösterme gibi amaçlarının yanı sıra evrensel nitelikteki değerlere yönelik alanlara da hizmet verme eylemlerini içermektedir²⁸⁹. Bu bağlamda toplum hayatında sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde olmak önemlidir. Antalya ilinde T.C. İçişleri Bakanlığı Sivil Toplumlar İlişkiler Genel Müdürlüğü adı altında hizmet veren yapı sivil toplum örgütleri ile istişare halinde bu yapılara rehberlik etme vizyonu ile hareket eden bir yapıdır²⁹⁰. Antalya'da farklı kültürlere mensup bireylerin geldikleri ülke vatandaşları ile koordinasyonu ve birbirlerine destek sağlamak üzere kurdukları dayanışma dernekleri de sivil toplum örgütleri olarak varlıklarını sürdürmektedir.

²⁸⁷ Yavaşca, 2011:7.

²⁸⁸ Yolcuoğlu, 2014: 380

²⁸⁹ Mandeville, (2005): 6.

²⁹⁰ <https://www.siviltoplum.gov.tr/sivil-toplumla-iliskiler-genel-mudurlugu> (Erişim Tarihi: 15.1.2023)

Avrupa'nın birçok ülkesinde yabancıların toplum hayatında temel hizmetlere erişimlerinde yaşadıkları kültürel engeller ve ihtiyaçları doğrultusunda dair resmî kurumlar ile yabancıların oluşturdukları sivil toplum örgütleri iş birliği içindedir. Antalya'da yaşayan yabancılara bu sivil toplum örgütleri aracılığıyla ulaşmak ve sağlık hizmetlerine erişimleri konusunda bilgilendirilmelerinin yerinde olacağı düşünülmektedir. Bir hastanenin fiziksel olarak erişilebilir olması lokasyonlarının bilinirliğine dair yapılan bilgilendirmeler toplum üzerinde olumlu etki bırakacaktır.

- *Randevu alma konusunda farklı dillerde tele-konferans sistemine geçilmelidir:* Birçok hastaneden yabancıların randevu almasında telefon ile sağlanan iletişimlerde dil engeli ile karşılaşılmaktadır. Esen ve Akbulut'un Batı Akdeniz Bölgesinde yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerinde birçok özel ve kamu hastanelerin tele konferans sistemlerinde farklı dillerde bilgilendirme seçeneklerinin olmadığı tespit edilmiştir²⁹¹. Hastanelerin randevu sistemlerine hizmet veren tele konferans yöntemiyle yapılan telefon yönlendirmelerinde dil bariyeri önemli bir konudur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın telekonferans yöntemiyle yabancılara sağlık hizmeti sunumunda bağımsız olarak 7/24 dil desteği sağlanmaktadır. Ancak her bir hastanenin ayrı olarak telefon ile hastane randevu sistemine erişiminde farklı dillerde bilgilendirme seçeneği önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin ilk adımlarında telefon ile iletişim sağlamak oldukça önemli bir basamaktır.
- *Yabancı dilde hizmet verecek danışma noktaları çoğaltılmalıdır:* Hizmete erişimde temel bir sorun olan dil bariyeri üzerindeki engellerin birçok alanda ortadan kaldırılması hizmetin aksamaması açısından önem teşkil eden bir konudur. Farklı dillere mensup AB üye ülke vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimlerinde yaşadıkları dil sorunları önündeki engelleri kaldırmaya yönelik 2021/24/EU kararı alınmıştır. Kararda dil engeline değinilerek bu sorun medeni haklar kategorisinde ele alınmıştır²⁹². Hastaneler de oluşturulacak danışma noktalarda yabancı dil bilen danışma görevlerinin varlığı hizmete erişimlerde olumlu etki bırakacaktır. Konunun önemini vurgulayan başka bir karar ise Amerika İnsan Sağlığı Departmanı'nın kültürel olarak dil desteğinin sağlanmasına yönelik oluşturduğu standartlarda yer almasıdır²⁹³. Bu bağlamda hastane içerisinde yabancı dile hâkim danışma noktaları sürece pozitif katkı sağlayacaktır.

²⁹¹Esen ve Akbulut, (2020): 35.

²⁹²The European Parliament and of the Council 2011/24/EU March. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1490271288379&uri=CELEX:32011L0024> (Erişim tarihi: 23.03.2017)

²⁹³ U.S. Department of Health and Human services, <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/EnhancedNationalCLASSStandards.pdf> (Erişim tarihi: 22.03.2017).

- Ayrıca yeterli sayıda tercüman bulundurulması ve özellikle tercümanların sağlıkla ilgili kültürel kodlara hâkim olacak şekilde eğitilmeleri önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişimde tercüman kullanılması tıbbi terimlere kültürel kodlara hakim tercümanların varlığı tıbbi hataların önlenmesi açısından oldukça yüksek bir değere sahiptir. Tercüman eksikliği dil bariyerinde tıbbi hizmetin verilememesi, tedavi sonrasında yapılması gereken kontrollerin yerine getirilmemesine hastanın tıbben hatalı uygulamalara ya da gereksiz tedavilerin yapılmasına sebep olabilmektedir. Bu durum hastada memnuniyetsizliğe ve nihayetinde ayrımcılığa uğradığına dair yanlış yargılara kapılmasına sebep olabilmektedir²⁹⁴.

- Hastane içinde farklı dillerde yönlendirme levhaları konumlandırılmalıdır. Yönlendirme levhaları sadece yabancı hastalar için değil yerli halk içinde hizmetlere erişimde oldukça önemlidir. Yabancı hastaların hastaneye ilk geldikleri an da tedavi süreçleri, tıbbi müdahalelerle karşılaşmaları ve hastaneden ayrılana kadar ki zaman diliminde memnuniyet düzeylerinin yüksek olması hizmete engelsiz erişimlerinin bir göstergesidir. Bu durum hastalığın sadece tedavisini değil aynı zamanda hastane içinde kendilerini baskı altında hissetmeden kaybolmuş duygusuna kapılmadan rahat etmeleri açısından da önemlidir. Zain vd. göre hastanelerdeki yer gösterme levhaları hastaların ve yakınlarının memnuniyet düzeylerini artırmaktadır²⁹⁵. Kavuncubaşı ve Yıldırım'ın çalışmalarında hastane içinde kolay yer bulma hasta tatminini etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır²⁹⁶. Bu tez de yapılan yabancıların sağlık hizmetlerine erişimlerini önündeki engelleri tespit etmeye yönelik yapılan saha çalışmasında hastane içinde kullanılan farklı dillerdeki yönlendirme levhalarının hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyen bir araç olarak tespit edilmiştir. Tengilimoğlu vd. göre de hastane içindeki yönlendirme levhaları hastaların ihtiyaç duyacakları gereklilikler arasındadır²⁹⁷.

Çalışmada ulaşılan bulgular neticesinde iyileştirilecek alanların ülke ekonomisine ama en önemlisi insan sağlığını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

²⁹⁴ Özge, (2017): 55.

²⁹⁵ Zain, vd. 2011: 24

²⁹⁶ Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:483

²⁹⁷ Tengilimoğlu vd. 2009:276.

KAYNAKÇA

- Abadan, U. (2002). *Bitmeyen Göç: Konuk İşçilikten Ulus-Ötesi Yurttaşlığa*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Abitz, T.L. (2016). “Cultural congruence and infusion nursing practice.” *Journal of Infusion Nursing*, 39 (2): 75-79.
- Acar, M. (2014). “Almanya’da Bir Yaşam Süreci Olarak Göçmenlik ve Uyum Sorunu.” *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6 (12): 83-97.
- Ağdemir, H. (2012). “Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma.” Yüksek Lisans Tezi. T.C Çag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı,
<http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/1345> (erişim tarihi: 03.06.2020).
- Ak, B., (2021), “Göç Kavramı Ve Kuramları” *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)* · January 2021 DOI: 10.26450/jshsr.2579
http://www.jshsr.org/Makaleler/934026353_11-8-72.2579-1749-1758.pdf Erişim Tarihi 05.01.2022
- Akurgal, E., (1998). *Anadolu Uygarlıkları*. İstanbul, Net Turistik Yayınları.
- Akkayan, T. (1979). *Göç ve Değişme*. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fak. Yay. No. 2573.
- Aksoy, Z. (2012). “Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim.” *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 5(20): 295-298.
- Auernheimer, G. (1999). “Notizen zum Kulturbegriff unter dem Aspekt interkultureller Bildung. Zwischen den Kulturen.” *Pädagogische und sozialpädagogische Zugänge zur Interkulturalität Weinheim/München: Juventa*, (S. 27–36).
- Akgün, H. S., ve Erdal, R., (1997). *Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü*. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyum Kitabı, Ankara, 219-225.
- Arango, J.(2002). “Explaining Migration: A Critical View”. *International Social Science Journal*, Volume 52, Issues 165, 283-296.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1468-2451.00259> Erişim Tarihi 19.12.2018
- Aries, N.R. (2004). *Managing Diversity: The Differing Perceptions of Managers, Line Workers, and Patients*. Health Care Management Review: July/September - Volume 29 - Issue 3 - p 172-180

- Balcazar, F. E., Taylor, Y. Ritzler, T. 2009, "Cultural competence: Development of a conceptual framework", : *Cultural Considerations in Disability and Rehabilitation* Volume 31, 2009 - Issue 14 1153-1160.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638280902773752> (erişim tarihi 17.03.2019)
- Balcı, A., (2014). *Örgütsel Gelişme Kuram Ve Uygulamalar*. ISBN 978-975-6802-12-0, Pegem Akademi, Ankara.
- Başlı, M., Bekar, M., Civelek, İ. (2018) "Kültürlerarası Hemşirelikte Kullanılan Modeller ve "Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli"ni Anlamak. Derleme" *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 1 Sayı 1, 18-24.
<https://pdfs.semanticscholar.org/c01e/4c5125bb18658e3585827a3e0c3bbce8ed24.pdf?ga=2.203885840.1682647843.1595940234-629986632.1591430978> erişim tarihi 12.10.2020
- Bayık, A. (1998). *İletişim ve Danışmanlık*. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Ed. İ. Erefe, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:14, İstanbul.
- Benhabib, S. (2000). "Kulturelle Vielfalt und demokratische Gleichheit." *Politische Partizipation im Zeitalter der Globalisierung*. Frankfurt am Main.
- Benhabip, S. (2006), *Ötekilerin Hakları: Yabancılar, Yerliler, Vatandaşlar*. Çev. B. Özyalçın İstanbul, Ayrıntı.
- Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrilla, E. (2002). "Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches." *New York, NY: The Commonwealth Fund, October*.
- Bayraktar, T., (2020), *Kamu ve Özel Hastanelerde Bulanık Servqual Modeli İle Hizmet Kalitesinin Ölçümü: Alanya Örneği* Yüksek Lisans Tezi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Berlin, A. (2010). "Cultural competence in primary child health care services: Interaction between primary child health care nurses parents of foreign origin and their children." *Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Department of Neurobiology, Care Sciences and Society*
- Bekar, M., (2001). "Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik." *Toplum ve Hekim* 6(2):136-141.
- Bozorgmehr, K. ve Razum, O. (2015). *Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees*. A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE, 10(7), e0131483.

- Bobzien, M./Stark, W./Straus, F. (1996). *Qualitätsmanagement*. Alling. Sandmann, Verlag
- Bobzien, M. (2002): *Auf dem Weg zur lernenden Gemeinschaft: Empowerment und Qualitätsmanagement*. In: Lenz, A. und Stark, W. (Hg.): *Empowerment*. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen.
- Bobzien, M. (2003). *Kundenorientierung durch Nutzerbefragung: Servicequalität für Migrantinnen und Migranten . Interkulturelle Verständigung, Offen für Qualität Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit*. Herausgeber und Copyright. Orleansplatz 11 81669 München.
- Borde, T., M. David and H. Kentenich (2000). *Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger PatientInnen sowie des Klinikpersonals*. Berlin, Charité Campus Virchow-Klinikum.
- Bolsoy, N., Ümran, S., (2006), “Sağlık, Hastalık Ve Kültür Etkileşimi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:9, Sayı:3.
- Bonacruz_K.G. ve Cooper, C. “Barriers To The Use Of Interpreters In Emergency Room Paediatric Consultations” <https://www.inter-pret.ch/> erişim 12.05.2020
- Brach, C. ve Fraser, I., (2000). “Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual, Model, *PubMed 2000;57 Suppl 1(Suppl 1):181-217*.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091811/#R31> erişim tarihi 29.11.2020.
- Brow, D., R. Ve Harvey, D. 2006 “An Experiential Approach to Organization Development”. <http://www.hrd-forum.com/wp-content/uploads/2018/05/Organizational-Development-ebook.pdf> Erişim tarihi 12.12.2020.
- Cleemput P.V., Parry. G., Thomas, K., Peters, J. Ve Cooper, C. 2007, “Health-Related Beliefs And Experiences Of Gypsies And Travellers: A Qualitative Study.” *National Library Of Medicine V(61)/3: 205-210*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652909/> erişim tarihi 18.12.2020.
- Bullock, R. J. Ve Batten, D. (2018). “Bullock And Batten Phases Of Planned Change”. 1-10. <https://www.slideshare.net/nash32/bullock-and-batten-phases-of-planned-change> Erişim tarihi 08.05.2020.
- Camphina-Bacote, J. (2002). “The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care.” *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3): 181-184.
- Castles, S. (2006). “Guesworkers in Europe: A Resurrection.” *International Migration Review, Volume: 40, Issue: 4, (741-766)*.

- Castles, S., ve Miller, J. M. (2008). *Göçler Çağı- Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri*. B. U. Bal ve İ. Akbulut (Çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Chaniotakis, Ioannis E. ve Constantine Lymperopoulos (2009); “Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry,” *Managing Service Quality*, Cilt 19, Sayı 2, s. 229-242.
- Chen J, Rizzo J. (2010). “Racial and ethnic disparities in use of psychotherapy”. *Psychiatr Serv.* 61: 364-372.
- Cornu, G. (2007). *Vocablaire Juridique*. Hanri Capitant, PUF, 8. Edition, Paris.
- Çağlar, A. ve Onay, A. (2015). “Entegrasyon/Uyum: Kavramsal ve Yapısal Bir Analiz”. Şeker, B.D., Sirkeci, İ., Yüceşahin, M.M. (Der.). *Göç ve Uyum içinde* (s. 39-77). Londra: Transnational Press.
- Çiçekli, B., (2009), *Göç Terimleri Sözlüğü*, (ed.), (Glossory, on Migration), Ankara, Internaton Organization Migration (IOM).
- Çimrin, E., (2002). *Bir Zamanlar Antalya Tarih Gözlem ve Anılar (Yakın Geçmişe Yolculuk)*. ATSO, Antalya.
- Çoban, S. (2005). *Küreselleşme, Ulus Devlet, Azınlıklar ve Dil*. İstanbul: Su Yayınları; 54.
- Deniz. E. ve Önan E.(2017). “Çağdaş Göç Teorileri Üzerine Bir Değerlendirme”, *Dergi Park, İş ve Hayat*, Cilt: 2 Sayı: 4, 183 – 215. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/299577> (erişim tarihi 10.08.2020).
- Denboba, D. L., Bragdon, J. L., Epstein, L.G., Garthright, K. ve Goldman, T. Mc. (1998). “Reducing Health Disparities through Cultural Competence”. <https://shapeamerica.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10556699.1998.10603386> erişim tarihi 22.09.2019
- Demirhan, Y., Aslan, S., 2011, “Türkiye’nin Sınır Ötesi Göç Politikaları ve Yönetimi” *Birey ve Toplum Dergisi*, Bahar 2015, Cilt 5, sayı 9. Sf 23-62. <https://www.acarindex.com/pdfler/4213-4694.pdf> Erişim Tarihi 18.10.2021.
- Desmond, J. Copeland R. L. (2011). *Günümüz Hastasıyla İletişim, Zaman Tasarrufu, Riskin Azaltılması ve Hasta Uyumunun Arttırılmasının Temelleri*, Efil Yayınevi, 1. Basım, Ankara.
- Devebakan, N. (2006); “Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s.120-149.
- Dias, M. R. and E. O'Neill (1998). “Examiningthe role of professionalinterpreters in culturallysensitivecare.” *TheJournal of MulticulturalNursing&Health* 4: 27-31.

- Dinçer, İ., Rosen, M.,A.,(1998). “On Exergy And Environmental Impact” On Exergy And Environmental Impact, *International Journal Of Energy Research* VOL. 21, 643—654. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291099-114X%2819970610%2921%3A7%3C643%3A%3AAID-ER284%3E3.0.CO%3B2-I> erişim tarihi 06.04.2020
- Domenig, D. ve Stauffer, Y. (2001). *Transkulturelle Pflegeanamnese. In: Transkulturelle kompetente Pflege*. D. Domenig. Verlag Hans Huber, Bern.
- Dormann, F., (2002). “Typische Probleme bei Prozessen interkultureller Öffnung. In: TIK (Transfer interkultureller Kompetenz): „Interkulturelle Öffnung“ als Integrationsstrategie für die Verwaltung.” *Dokumentation eines Fachgesprächs vom* 43–47, Berlin.
- Dursun, Y. ve Çerçi M. (2004), “Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet ilişkileri Üzerine Bir Araştırma”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 23: 1-16.
- Ekşi,N. (2013). *Yabancılar Hukukuna İlişkin Temel Konular*. Beta Yayınları, İstanbul.
- ESKHS Komitesi 14 Sayılı Genel Yorum, Parag.8.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kırmızıgül, S., Üzel, S., ve Kubat, C., (2008). “*Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi*”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 95- 110.
- Erder, S., (1986). *Refah Toplumunda “Getto” ve Türkler*. Teknografik Matbaacılık, İstanbul.
- Ergül, E. (2012). “*Uluslararası Hukuk ve Türk Mevzuatında Yabancı Kavramı ve Türleri*” *TİD*, sayı 475, Aralık 2012.
- Esen, E., (2011). *Onlar Bizim Hemşehrimiz, “Uluslararası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Esen, E., Akbulut, S.(2020). “*Göçmen Dostu Hastaneler Ve Göçmen Dostu Sağlık Hizmetlerinde Batı Akdeniz Bölgesi Örneği*” Sağlık Yönetiminde Güncel Konular, Iksad Publications – 2020© ISBN: 978-625-7139-40-3 sf: 29-54. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2020/09/SAGLIK-YONETIMINDE-GUNCCEL-KONULAR.pdf> Erişim Tarihi 08.08.2022
- Faist, T. (2000) *The Volumes and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces*. Oxford: Oxford University Press.
- Filsinger, D. (2002). *Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste*. Expertise im Auftrag der Regiestelle E & C. Saarbrücken/ Berlin.

- Fischer, V. (2005). "Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Entwicklung migrationsbedingter Qualifikationserfordernisse." *Interkulturelle Kompetenz Fortbildung Transfer – Organisation sentwicklung. Schwalbach*, 11-30.
- Fitzpatrick, J. P. (1966). "The Importance of Community in the Process of Immigrant Assimilation." *International Migration Review*. Vol 1. Issue 1.; 5.
- Frey, B. Ve Stutzer, A., (2015), *Public Choice and Happiness*, CREMA Working Paper, No. 2017-03, Zürich.
- Gaitanides, S., (2003). *Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit, Auswertung der Nutzerbefragung (Fokusgruppenbefragung) zur Servicequalität. Interkulturelle Verständigung, Offen für Qualität Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit. Herausgeber und Copyright. Hubertus Schröer Sabine Handschuck Orleansplatz 11 81669 München.*
- Geertz, C. (1973). *The Impact of the Concept of Culture*. New York: Basic Books,
- Gençler, A., (2005) "Avrupa Birliğinin Göç Politikası", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, sayı 49 sf 175-196.<http://iudergi.com/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/461/416> (erişim tarihi: 21.02.2020).
- Greely, A. M. (1971). *Why Can't They be Like Us? America's White Ethnic Groups*. New York: Clarke, Irwin&Company.
- Gemalmaz, M., S., (2011) *Ulus üstü İnsan Hakları Hukuku Belgeleri*, Cilt II, 1. Baskı, İstanbul, Legal.
- Gezgin, Mehmet F. (1991) "İşgücü Göçü Teorileri", *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, Sayı 23.
- Giddens, A. (2008). *Irk, Etniklik, Göç*. Ş. Pala Güzel İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American Life: The Role of Race, Religion and National Origins*. New York: Oxford University Press.
- Gordon M. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*, O. Akınhay ve D Kömürcü, (Çev.). Bilim Sanat Yayınları, Ankara.
- Göç Terimleri Sözlüğü. (2009). Çiçekli B. (Çev.), Cenevre: Uluslararası Göç Örgütü, 17.
- Güleş, K. H., Çağlayan, V., Gelmez, E. (2011). "Sağlık Kurumlarında Servqual Ölçüm Modeli İle Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Araştırma: Konya Örneği." *XI. Üretim Araştırmaları Sempozyumu*. İstanbul.
- Gözübüyük, Ş. (2003). *Yönetim Hukuku*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Güvenç, B., (1984). *İnsan ve Kültür*. Remzi Kitabevi, İstanbul.

- Hagen-Zanker, J. (2008). *Why Do People Migrate? A Review of the Theoretical Literature*, MPRA Working Paper, No.28197.
- Haksever, A. (2014). “*Federal Almanya’da Göç ve Entegrasyon Politikaları.*” (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara: T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Handschuck, S. ve Schröer, H. (2002). “Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen.” *Strategische Ansätze und Beispiele der Umsetzung. neue praxis*, 5, 511–521.
- Hebdige,D., (2004). *Alt Kültür Tarzın Anlamı*. Babil Kitabevi, İstanbul.
- Hak-İş, Sosyal Entegrasyon Rehberi (2017). *Mesleki Eğitim Yoluyla Mültecilerin Sosyal Entegrasyonu Projesi*. Hak-İş Konfederasyonu Yayını, Ankara.
- Helvacı, A. (2010). *Eğitim Örgütlerinde Değişim Yönetimi*. Nobel Yayınevi, Ankara
- Hinz-Rommel W. (1994). *Interkulturelle Kompetenz-ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit*, Waxmann: Münster: New York.
- Hoffman, E. (1994). *Management in Bezug auf kulturelle Verschiedenheit und interkulturelle Kommunikation*. In: Jung, R.H. u.a. (Hg.): *Vielfalt gestalten – Managing Diversity*. Frankfurt am Main: IKO Verlag.
- İz, B.F., Temel, A. (2009). “Hemşirelikte Kültürel Yeterlik”, *Aile ve Toplum Dergisi*.
- Karahan Z. (2010). *Kültürlerarası İletişim, Çok kültürlülük*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Karan, U., (2020). *Eşitlik İlkesi ve Ayrımcılık Yasağı: Hukuksal Çerçeve*. On iki Levha Yayıncılık, İstanbul.
- Karaman, M., Karatepe, K.K., Kuşcu, F. N (2019). “Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme ve Ölçme Yöntemleri Hakkında Bir Derleme Çalışması”. *Yönetim, Ekonomi, Edebiyat, İslami ve Politik Bilimler Dergisi*,4(1): 153- 171.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/jomelips/article/472337> (erişim tarihi:12.05.2020).
- Karpat, H. K. (2003). *Osmanlı Nüfusu (1830–1914) Demografik ve Sosyal Özellikleri B*. Tırnakçı (Çev.). Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 1. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A. (2014). *Uluslararası Göç Teorileri Bağlamında Yeni Göç Türlerini Anlamaya Çalışmak: “Yabancı ve Öteki” Olmak, Türkiye ve Yeni Uluslararası Göçler*, Ed. M. Tuna Sentez Yayınları, Ankara.

- Kayral, İ. H. (). “Perceived Service Quality İn Healthcare Organizations And A Research İn Ankara By Hospital Type.” *Ankara Araştırmaları Dergisi*, 2(1).
- Kıdak, B. L. Aksaraylı, M., (2008), “Yatan Hasta Memnuniyetinin 2014Değerlendirilmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:10 Sayı:3.
- Kılıç, Ç., ve Girgin, S. (2019). “İki Faktörlü Çevresel Değerler Modeli, Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması” *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi/JRES*, 6(1), 38-56, 2019 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/747204> (erişim tarihi 11.11.2022).
- Kitapci, O. ve Akdoğan, C. ve Dortyol, İ. T. (2014); “The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry,” *ProcediaSocial and Behavioral Sciences*, Cilt 148 :161-169.
- Koçak, O., Gündüz, D., (2016). “Avrupa Birliği Göç Politikaları ve Göçmenlerin Sosyal Olarak İçerilmelerine Etkisi.” *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 12. Sayı, sf 66-91. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/271558> (Erişim Tarihi 25.07.2023).
- Kol, E. (2015). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Sayı:1.
- Komşuoğlu, A., Özer, Y.Y., Ateşok, Z.,Ö. (2016) “Türkiye’deki Suriyeli Çocukların Eğitimi: Sorunlar Ve Çözüm Önerileri” *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 4, Sayı: 37, Aralık 2016, s. 76-110 https://asosjournal.com/?mod=tammetin&makaleadi=&makaleurl=913122809_a.pdf&key=34084 (erişim tarihi 18.11.2020.)
- Kördeve, M. “Engelli Bireylerin Sağlık Hizmeti Alımında Karşılaştıkları Problemler” *Electronic Journal of Social Sciences*, Temmuz/July(2023) - Cilt/Volume:22 - Sayı/Issue:87 . <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/31200/339446> (erişim 11.05.2020)
- Köse, O. (2017). *Geçmişten Günümüze Göç*. G. Dinç (Ed), Canik Yayınları, Samsun.
- Kurekova, L. (2011). “Theories of Migration: Conceptual Review And Empirical Testing in the Context of the EU Eastwest Flows, Paper prepared for Interdisciplinary Conference on Migration.” *Economic Change, Social Challenge*, University College London.
- Kümbetoğlu, B. (2003), “*Küresel Gidişat, Değişen Göçmenler ve Göçmenlik*”, (ed.) A. Kaya, G.G. Özdoğan, Uluslararası İlişkilerde Sınır Tanımayan Sorunlar, Bağlam, İstanbul.

- Lee, L. J, Batal, H. A., Maselli, J. H. Kutner, J. S. (2002). *Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic*. Journal of General Internal Medicine, 17, 641-646.
- Lee Everett , (1966)., “A Theory Of Migration”, *Demography*, Vol.3, No.1,1966, ss.47-57.
- Leininger, M. (2002). *Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices*. Journal of Transcultural Nursing, 13 (3):189-192
- Leanza, Y. (2001). *Pédiatrie Et Culture: Entreimpuissance Et Volontéd'accueil De La Diversité Culturelle*. ARIC, Genève.
- Madenoglu K., M., (2015) “Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim*, C. 2, Sa. 3, ss. 162-166.
- Mladovsky P .A. (2009). “Framework For Analyzing Migrant Health Policies İn Europehealth *Health Policy Volume 93, Issue 1, November 2009, Pages 55-6*
- Marşap, A. ve Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). “Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi.” *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).
- Mandeville, J. (2005), *The Nonprofit Sector: A Partner with Government*. Patimes Special Section: 6.
- Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*. O. Akınhay ve D. Kömürcü (Çev.). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Massey, D. S. (1990). *Social Structure, Household Strategies, and the Cumulative Causation of Migration*. Population Index, 56(1),3-26.
- Massey, Douglas. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). “Theories Of International Migration: A Review And Appraisal. ” *Population And Development Review*, 431-466.
- Machleidt W. (2006). Die Sonnenberger Leitlinien-Transkulturelle Almanya'da Psikiyatri ve Psikoterapiler. In: Machleidt K, Salman R, Calliess IT (ed.), Die Sonnenberger Leitlinien. Psychiatrie ve Psychotherapie'de Entegrasyon von Migranten; 21–35.
- McGuire T, Alegria M, Cook B, Wells K. Ve Zaslavsky A. (2006). “Implementing The Institute Of Medicine Definition Of Disparities: An Application To Mental Health Care.” *Health Serv Res*. 41: 1980-2005
- MacKinney, A., Coburn, A., Lundblad, J., McBride, T., Mueller, K. Ve Watson, S. (2014). “Access to rural health care—a literature review and new synthesis. ” Policy Report. Rupri: Rural Policy Research Institute.
- Mahmoudi E, Jensen G, (2012). “Diverging racial and ethnic disparities in access to physician care. ” Medical Care. 50 (4): 327-334.

- Miranda P. Ve Gonzalez H. (2011). “Breast cancer screening and ethnicity in the United States: implications for health disparities research.” *Breast Cancer Res Treat.* 128: 535-542
- Neutens, T. (2015). “Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers”. *Journal of Transport Geography*, 43, 14-27.
- Noe, T., Kaufman, C., Kaufmann, J., Brooks E., Shore Jay., (2014). *Providing Culturally Competent Services For American Indian And Alaska. Native Veterans To Reduce Health*
- Nyren_Krug H. (2002). “Questions and Answers On Healthy And Human Rights” *Health&Human Rights Publication Series Issue No 1.* Genevo World Healty Organization.
- Oberndörfer D. (2007). *Zuwanderung nach Deutschland-eine Bilanz.* In: Rat für Migration e.V. (Hrsg.) Politische Essays zu Migration und Integration.
- Onar, S.,“ (1966), “*İdare Hukukunun Umumi Esasları*” İsmail Akgün Maatbacılık, İstanbul.
- Oelke N., Thurston W., Arthur N., (2013). “Intersections Between İnterprofessional Practice, Cultural Competency And Primary Healthcare.” *J Interprof Care, Sayı: 27 Cilt: 5* Ss.367–372 Doi: 10.3109/13561820.2013.785502.
- Özay, İ., (1998), “Türkiye’de Klasik Kamu Yönetimi Anlayışı “Çok Yaşa” ya da “A Tes Amouré” *İÜHFM, C 56.*
- Özbudun, E., (2016). *Türk Anayasa Hukuku*, 16. Baskı, Ankara, Yetkin.
- Özcan, A., “*Kültürlerarası İletişim*”, Kültürlerarası Hemşirelik, Ed. Ü. Seviğ, G.Tanrıverdi, İstanbul Tıp Kitapevi, 2012, İstanbul.
- Özcan, D.E. (2017). “Çağdaş Göç Teorileri Üzerine Bir Değerlendirme” *İş ve Hayat Dergisi*, 183-215 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/299577> erişim tarihi 2.12.2022
- Özen S (1994). “Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri.” *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 5.
- Özer, Y. (2011). “Türk Kamu Yönetiminde Yeni Bir Çalışma Alanı Olarak Uluslararası Göç; Yasalaşma ve İdari Yapının Değerlendirilmesi”, *İÜSBF, Dergisi*, Ekim, No 45.
- Özgür, H., (2003). *Çağdaş Kamu Yönetimi*, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Öztekin, A. (2005). *Yönetim Bilimi*, Siyasal Yayınevi, Ankara.
- Öztürk, E. ve Öztaş, D. (2012), “Transkültürel Hemşirelik”, *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimler Dergisi*, Cilt:1 Sayı:1

- Özge, Y. (2017). "Sağlık Hizmeti Sunumunda Dil Engeli ve Hasta Hakkı Olarak Tercümandan Yararlanma Hakkı", *Terazi Hukuk Dergisi*, Cilt 12, Sayı 129, 2017, 50-65.
- Parlak, B. (2005). *Kamu Yönetimi*, Aktüel Yayınları, Bursa.
- Penka, S., Kluge, U., Vardar, A., Borde, T., (2012), The Concept Of "Intercultural Opening": The Development Of An Assessment Tool For The Appraisal Of Its Current Implementation In The Mental Health Care System. *European Psychiatry* 27 Suppl 2(3S):563-569.
https://www.researchgate.net/publication/232712803_The_concept_of_intercultural_opening_The_development_of_an_assessment_tool_for_the_appraisal_of_its_current_implementation_in_the_mental_health_care_system (erişim tarihi: 19.12.2019).
- Portes, A. (1999) "Immigration Theory for a New Century: Some Problems and Opportunities", Charles Hirschman et al. (der.) *The Handbook of International Migration* içinde, The Russell Sage Foundation.
- Purnell, L. 2005. "The Purnell Model for Cultural Competence" *The Journal Of Multicultural Nursing & Health* 11:2 Summer, 7-16.
https://files.midwestclinicians.org/sharedchcpolicies/Policies_Forms/Cultural%20Competency/PURNELL'S%20MODEL.pdf (erişim tarihi: 05.02.2022).
- Rahman, S. Erdem, R., Devebakan, N. (2007). "Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma." *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt 9, Sayı: 3.
- Remmo F. (2013)., Kamu Yönetiminin Kültürlerarası Açılım, *İki Aylık Türkçe Gazete Dil Ve Eğitimi Desteklemek İçin İnisiyatif*, ISSN 2194-2668
[Http://Www.Diegaste.De/Gaste/Diegaste-Sayi2908.Html#:~:Text=K%C3%Bclt%C3%Bcleraras%C4%B1%20a%C3%A7%C4%B1l%C4%B1m%20C%20kurumlar%C4%B1n%20g%C3%B6%C3%A7%20toplumu%20Tan%C4%B1mlama%20ve%20uygulamalar%C4%B1nda%20dikkate%20almas%C4%B1d%C4%B1r](http://Www.Diegaste.De/Gaste/Diegaste-Sayi2908.Html#:~:Text=K%C3%Bclt%C3%Bcleraras%C4%B1%20a%C3%A7%C4%B1l%C4%B1m%20C%20kurumlar%C4%B1n%20g%C3%B6%C3%A7%20toplumu%20Tan%C4%B1mlama%20ve%20uygulamalar%C4%B1nda%20dikkate%20almas%C4%B1d%C4%B1r). Erişim Tarihi 18.03.2019.
- Robertson, R. (1992). *Globalization: Social Theory and Global Culture* London: Sage, 1992.
- Rivadeneyra, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., ve Waitzkin, H. (2000). "Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter." *Am J Med* 108(6): 470-4.
- Sabuncu, Y. (2007). *Anayasaya Giriş Ek: 1982 Anayasası*, 13. Baskı, İmaj, Ankara.
- Saleh, F. ve Ryan, C. (1991), "Analyzing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model", *The Service Industries Journal*, 11(3), s.324-343.

- Sambamoorthi U, McAlphine D. (2003). "Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women." *Prev Med.* 37: 475-484.
- Sarver J., ve Baker, D.W. (2000). "Effect of Language Barriers on Follow-up Appointments After an Emergency Department Visit". *J Gen Intern Med.* Apr; 15(4): 256–264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495439/> erişim tarihi 12.04.2020
- Saygın, S. ve Hasta, D. (2018). *Göç, Kültürleşme ve Uyum. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* Current Approaches in Psychiatry.
- Smith, K.W., Avis, N.E. ve Assmann, S.F. (1999). "Distinguishing between Quality of Life and Health Status in Quality of Life Research: A Meta-Analysis". *Springerling*, sf 447-459. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008928518577>. Erişim tarihi 06.04.2020
- Simon-Hohm, H. (2004). *Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste und interkulturelle Kompetenz.* In: Treichler, A./ Cyrus, N. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. 231-252, Frankfurt.
- Smart, J. F., D. W. Smart (1995). "The Use Of Translators/Interpreters İn Rehabilitation." *Journal of Rehabilitation* April/May/June 1995: 14-20.
- Seviğ, Ü. Ve Özcan, A. Tanrıverdi, G. (2012). *Kültürlerarası Hemşirelikte Temel Kavramlar.* İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Leatherman, S. ve Papanicolas, I. (Eds.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.* Cambridge University Press.
- Songur, L., Turan, A. Ve Songur, G. (2018). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servperf Ölçeği İle Ölçülmesi: "Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi Örneği", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.*
- Somuncu, B. (2006). "Türkiye'nin Avrupa Birliği Sürecinde Uluslararası Göç Politikası." Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ravenstein, E. G., "The Laws Of Migration", *Journal Of The Royal Statistical Society*, Vol.52, No.2, 1889, ss.241-305
- Smither, R. D., Houston J. M., McIntire S. D. (1996). *Organization Development Strategies for Changing Environments.* Harper Collins College Publishers.
- Schiller, P. L. & Levin, J. S. (1988). "Is There A Religious Factor İn Health Care Utilization?: A Review". *Social Science & Medicine*, 27(12), 1369-1379.
- Südaş, İ. (2005). *Türkiye'ye Yönelik Göçler ve Türkiye'de Yaşayan Yabancılar:Alanya Örneği* Yüksek Lisans Tez, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Schröer, H. (2007). "Interkulturelle Orientierung und Öffnung: ein neues Paradigma für die soziale Arbeit." *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, 80–91.
- Snyder, L. D., (2006). "The New "Integration" Tests and Materials in the Netherlands, Germany, Baden-Wurttemberg, and the United Kingdom: The Muslim Other and The Change From Multiculturalism to Assimilation", Master Thesis, Bosphorus University
- Şenel, A. (1969). "Eşitlik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi Yavuz Abadan'a Armağan." *Ankara, Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi*, s. 241-268; Altınordu.
- Talas, M. (2008). "Küresel Bir Tasarım: Çok Kültürlülük", I. Uluslararası Eğitim ve Kültür Bağlamında Avrupalı Türkler Kongresi, (Ed.) İsmail Aydoğan ve Faruk Yaylacı, Cilt 1, Belçika.
- Tanrıverdi, G., Ünüvar. R., Yalçım, M., Süre, M., Açar, P., Akçay, E. Ve Hastürk, Ö. (2012). "Çanakkalede'de yaşayan Romanların Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli ile Değerlendirilmesi." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (4): 244-253.
- Tatlı, A. (2000). "Almanya'daki Türk Çocuklarının Camilerdeki Din Eğitimi (Kuzey Ren Vestfalya Eyaleti Örneği)", Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Temel B. A. (2011). "Çok Kültürlülük ve Kültürlerarası İletişimin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri", Onlar Bizim Hemşerimiz, (Ed.) Esen, E., Yazıcı, Z. Siyasal Kitabevi.
- Temiz, Ö. (2014). "Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı." *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt 69, No. 1.
- Terkessidis, M., (2002). "Der lange Abschied von der Fremdheit. Kulturelle Globalisierung und Migration". In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*. B12/2002. S. 31-38.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayınları.
- Tervalon, M. Ve J. Murray-G. (1998). "Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction In Defining Physician Training Outcomes In Multicultural Education." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 9(2): 117-25.
- Terzioğlu, A.,(2015). "İstanbul'daki Sağlık Çalışanlarının Gözünden Suriyeli Çocukların Sağlığı." *Toplum ve Bilim Dergisi*, Sayı: 134, ss. 134, ISSN:13009354.
- Tınmaz, Ş. G. (2008). "Acil Servislere Başvuran Hasta Ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi Ve Bir Uygulama." Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı.

- Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Özer, N., (2004), “Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşımlar ve Önemi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. ISSN: 1303-5134.
- Tuna, M., Özbek, Ç. (2014). *Uluslararası Göçlerin Yeni Kategorileri, Ulus-Devlet ve Aidiyet: Türkiye’deki Yabancı Yerleşimcilerin Toplumsal Entegrasyonu, Türkiye ve Yeni Uluslararası Göçler*, (Ed). M. Tuna Sentez Yayınları, Ankara
- Ügeöz, P. (2003). *Kültürlerarası iletişim. Üstün Eserler*, İstanbul.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. (2000). “Equity In Health Care Finance And Delivery.” *Handbook of health economics*, 1, 1803-1862.
- Wang, Xuehua (2011). “The Effect Of Inconsistent Word-Of-Mouth During The Service Encounter,” *Journal of Service Marketing*, Cilt 25, Sayı 4, s. 252-259.
- Wendell F., (2005). “Organization Development: Objectives, Assumptions, And Strategies.” *California Management Review* 12.
- Woloshin, S., L. M. Schwartz, S. J. Katz and H. G. Welch (1997). “Is language a barrier to the use of preventive services?” *Ibid.* 12(8): 472-477
- Yalçın, C. (2004). *Göç Sosyolojisi*. Anı, Ankara.
- Yavaşca, S., (2021), “Sosyal Hizmetin Savunuculuk Rolü Bağlamında Sivil Toplum Örgütleri,” *Toplumsal Politika Dergisi / Turkish Journal of Social Policy* Yıl: 2021, Cilt: 2, Sayı: 1, ss. 1-10.
- Yazgan, M., (2009), “Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Yılmaz K, Horzum M. B. (2005). “Küreselleşme, Bilgi Teknolojileri Ve Üniversite”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2005; 6(10):103-121.
- Yılmaz, S., Kalkan, D. K. (2017). “Enerji Güvenliği Kavramı: 1973 Petrol Krizi Işığında Bir Tartışma.” *ANKASAM-Uluslararası Kriz ve Siyaset Araştırmaları Dergisi*, Aralık 2017, 1 (3). (169-199).
- Yolcuoğlu, İ. (2014). *Sosyal Hizmet\Sosyal Çalışma Bilim ve Mesleğine Giriş*. İstanbul: Nar Yayınevi.
- Yükleyen, A., Yurdakul, G. (2011). “Islamic Activism and Immigrant Integration: Turkish Organizations in Germany.” *Immigrants & Minorities*, 29 (01), 64-85.
- Zaim, S., Tarım, M., Zaim, H. (2011). *Sağlık Sektöründe Kalite ve Maliyet Analizi: Kamu ve Özel Karşılaştırması*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Zimmermann, P. G. (1996). “Use of interpreters in the emergency department”. *J Emerg Nurs* 22(3).

Zuvekas, S., Taliaferro, G. (2003). "Pathways To Access: Health Insurance, The Health Care Delivery System, And Racial/Ethnic Disparities, 1996–1999." *Health Aff.* 22 (2): 139-153.

İnternet Kaynakları

Cummings, T. G. Ve Worley, G. (2005). "Organisation Development and Change"

<https://www.mcs.gov.kh/wp-content/uploads/2017/07/Organization-Development-and-Change.pdf> (erişim tarihi:9.06.2020.)

Dennis Andrulis, D. "Conducting A Cultural Competence Self-Assessm"

<https://ecald.com/assets/Resources/Assets/Cultural-Competence-Self-Assessment.pdf> (erişim tarihi:9.06.2021.)

<http://antalyakentkonseyi.org.tr/antalya-kent-konseyinden-guncel-goc-raporu> (erişim tarihi:02.04.2023.)

<https://www.ab.gov.tr/files/pub/abts.pdf> :356, (erişim tarihi: 05.05.2019).

DESA, 2019, Rapor, <https://www.amerikaninsesi.com/a/bm-desa-raporu-turkiyedeki-gocmen-sayisi/5088989.html> (erişim tarihi: 11.12.2019).

"Almanya'da Entegrasyon ve Asimilasyon Tartışmaları" Die Gaste, 01/05/2008

<http://www.diegaste.de/gaste/diegaste-sayi102.html> (erişim tarihi 01.12.2021).

<https://www.employment-studies.co.uk/what-we-know/equality-and-diversity> (erişim tarihi:09.12.2019).

https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf (erişim tarihi: 03.02.2020).

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A32000L0043> (erişim tarihi: 03.02.2020).

Fielden, A. "Local İntegration:An Under-Reported Solution To Protracted Refugee

Situations" :<https://www.unhcr.org/486cc99f2.pdf> (Erişim Tarihi:

20.05.2020).https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf (erişim tarihi: 12.05.2020).

<https://www.goc.gov.tr/baskanligin-gorevleri> (erişim tarihi 01.12.2022).

Gülan, A.,2000 "Türkiye'de Kamu Hizmetlerinin Gelişimi",

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/95730> (erişim tarihi 09-.08.2017)

Güney, S. "Yönetim ve Organizasyon El Kitabı" *International Conference On Primary*

Health Care <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Erişim tarihi 19.01.2022)

<https://www.inter-pret.ch/> erişim 12.05.2020

<https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Bildung/AllgBildung/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf> (erişim tarihi: 08.12.2019).

Esser, H., Integration und ethnische Schichtung Arbeitspapiere Working papers

<https://www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-40.pdf> (erişim tarihi: 18.02.2021).

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1490271288379&uri=CELEX:32011L0024>

Directive

2011/24/EU OF The European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the

application of patients' rights in cross-border healthcare (Erişim tarihi: 23.03.2017)

<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf>

U.S. Department of Health and Human Services, "National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)". (Erişim tarihi: 22.03.2017).

<http://www.mfa.gov.tr/who.tr.mfa> (erişim tarihi: 19.05.2020).

<https://www.netzwerk-iq.de/network-iq-start-page/developing-diversity/content/intercultural-opening.html>

(erişim tarihi: 06.12.2019).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6211605/> (erişim tarihi:

05.07.2019).

Öngör, "Corafya Terimleri Sözlüğü" <http://tdkterim.gov.tr/> E.T.: 11.11.2019_

Öztürk, M. (2011). "*Avrupa Birliği Göç Politikaları: Almanya'daki Türk Göçmenleri*".

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Birliği Ana Bilim Dalı Yüksek

Lisans Tezi. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/48733.pdf> erişim

27.09.2020 (Erişim Tarihi: 08.08.2020)

Söyük, S. ve Üzgöl Yenidikici A. (2016). "Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi Sağlık

Yönetimi" [http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglik-](http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglik-isletmelerindekaliteyonetimi.pdf)

[isletmelerindekaliteyonetimi.pdf](http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglik-isletmelerindekaliteyonetimi.pdf) (erişim tarihi:02.01.2022.)

R.G. 04.04.2013, 28615

Tuik, <https://www.resmiistatistik.gov.tr/detail/subject/uluslararası-goc-istatistikleri/>

[https://www.researchgate.net/publication/334075917_The_migration-](https://www.researchgate.net/publication/334075917_The_migration-related_language_barrier_and_professional_interpreter_use_in_primary_health_care_in_Switzerland)

[related_language_barrier_and_professional_interpreter_use_in_primary_health_care_i](https://www.researchgate.net/publication/334075917_The_migration-related_language_barrier_and_professional_interpreter_use_in_primary_health_care_in_Switzerland)

[n_Switzerland](https://static.dergipark.org.tr/article-download/36e6/41fd/22b2/5e33b61b10a44.pdf?) (erişim tarihi: 12.05.2020).

[http://static.dergipark.org.tr/article-download/36e6/41fd/22b2/5e33b61b10a44.pdf?](https://static.dergipark.org.tr/article-download/36e6/41fd/22b2/5e33b61b10a44.pdf?)

(erişim tarihi: 01.05.2020).

<https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,19893/0-850-288-38-38-uluslararası-hasta-cagri-merkezimiz-hizmete-girdi---e-mail--support@saglikgov.html> (erişim tarihi: 14.05.2020).

Project Summary Migrant-Friendly Hospitals Project March (2005).

https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_14_en.pdf (erişim tarihi: 08.08.2019).

<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html> (erişim tarihi: 01.05.2020).

Tekeli, İ. (1982). “Türkiye’de Kentleşme Yazıları”. <https://aybu.edu.tr/GetFile?id=1c168fe4-c95c-447f-b3eb-8ab7d312794c.pdf> (erişim tarihi 05.12.2022)

tc-saglik-bakanligi_8828_647119.pdf (erişim tarihi: 14.05.2020).

www.ttb.org.tr (erişim tarihi: 11.05.2020)

The Hosting Center Report <https://www.datapine.com/blog/healthcare-report-benefits-and-examples/> (erişim tarihi: 12.02.2022)

The European Parliament and of the Council 2011/24/EU March 2011 on the application of patients’ rights in cross-border healthcare <http://eur-lex.europa.eu/legal-Content/EN/TXT/?qid=1490271288379&uri=CELEX:32011L0024> (Erişim tarihi: 23.03.2017)

<https://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/1951-Cenevre-Sozlesmesi-1.pdf> (erişim tarihi 01.05.2029). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği Türkiye Temsilciliği

Uluslararası Göç Örgütü Sözlüğü

https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf (erişim tarihi: 18.10.2021)

UNFPA, 1998. <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-1998>

EKLER

Ek 1: Anket formu (Türkçe)

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı, bu anket formu “*Uluslararası Göç ve Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği*” konusunun ölçülmesini ve araştırılmasını amaçlamaktadır. Bu araştırma sonucu elde edilen bulgular, ülkemizde kültürel farklılıkların sağlık hizmetine erişim ve Hizmet Kalitesi olan etkisinin belirlenmesi konusunda yol gösterici etkilerin ortaya konulmasına yardımcı olacaktır. Araştırmanın bilimsel özelliği açısından, soruları içtenlikle yanıtlamanız son derece önemlidir. Ankete katılanların verdikleri bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve herhangi bir ticari amaçla kullanılmayacaktır.

Katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Doktora Öğrencisi: Serpil Akbulut

Danışman: Prof.Dr.Erol ESEN

Çalışmaya katılma konusunda onay veriyor musunuz? () Evet () Hayır

ANKET SORULARI

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Türkiye’de bir hastaneden sağlık hizmeti aldınız mı?

() Evet () Hayır

2.Hangi kurumdan hizmet aldınız?

() Özel () Kamu

3.Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

4.Yaşınız

() 30 ve altı () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61 ve üstü

5.Hangi ülkeden geliyorsunuz?

() Almanya () İngiltere () Fransa () Rusya () Norveç

() Danimarka () Belçika () Hollanda () Finlandiya () İspanya

() İsveç () İtalya () Diğer

6.Ne kadar süredir Türkiye’desiniz?

() 1-3 Yıl () 4-6 yıl () 7-10 Yıl () 11 Yıl ve üzeri

7.Etkin şekilde konuşabildiğiniz diller nelerdir?

() İngilizce () Almanca () Rusça () Fransızca () İspanyolca ()
Flemenkçe () Diğer

8.Eğitim durumunuz nedir?

() İlköğretim () Ortaöğretim (Lise) () Lisans () Lisansüstü

9.Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

10.Gelir düzeyiniz nedir?

() 0-25 bin () 26-50 bin () 51-75 bin () 76 bin ve üzeri

11.En son ne zaman bir sağlık hizmetinden yararlandınız?

() 1 ay () 6 ay () 1 yıl () 1 yıl ve üzeri

1. Kesinlikle Katılmıyorum
2. Katılmıyorum
3. Kararsızım/fikrim yok
4. Katılıyorum
5. Kesinlikle Katılıyorum

SERVQUAL ÖLÇEĞİ

BEKLENTİ						GERÇEKLEŞEN				
1	2	3	4	5	İfadeler	1	2	3	4	5
FİZİKSEL YETERLİLİK										
					1. Muayene olmak istediğim sağlık kuruluşuna ulaşımında zorluk yaşamadım.					
					2.Randevu ve muayene sırası almada zorluk çekmedim.					
					3.Sağlık kuruluşundaki danışma hizmetleri yeterliydi.					
					4.Yönlendirme levhaları anlaşılır şekilde düzenlenmişti.					
GÜVENİLİRLİK										
					5.Hasta kabul işlemleri için çok beklemedim.					

					6. Sekreteryanın benimle iletişimi yeterliydi.						
					7. Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime ve inançlarıma özen gösterilerek güven duygusu bir şekilde hizmet aldım.						
					8. Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgilendirme yapıldı.						
					9. Hemşireler tarafından tedavim ve bakımım ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli ve anlaşılırdı.						
YANIT VERİLEBİLİRLİK											
					10. Gerekli tetkikler (laboratuvar, radyoloji vb.) öncesi imzalamam gereken bilgilendirme formları anlaşılır şekildeydi.						
					11. Yabancı hastalarla sağlık personeli arasında iletişim sorunları yaşanmamaktadır.						
					12. Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.						
					13. Diğer Hastane personeli nezaket kurallarına uygun davrandı.						
GÜVENCE											
					14. Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydılar.						
					15. Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydılar.						
					16. Hastane çalışanları ile olan ilişkimde güvende hissettim.						
					17. İhtiyaç halinde sağlık personeliyle kolaylıkla iletişim kurabildim.						
EMPATİ											
					18. Verilen sağlık hizmetiyle kurum kültürüme duyarlı davranır.						
					19. Kurumun benim gibi yabancı personel çalıştırması beni memnun eder.						
					20. Hastane çalışanları kültürüme duyarlı davrandı.						
					21. Kurumda anlaşılır olduğumu hissettim.						
					22. Kurum yabancı hastalarını anlamak için elinden gelenin en iyisini yaptı.						

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi

İfadeler	1	2	3	4	5
1. Bana uygun hizmetin verildiği sağlık kuruluşunu bulmakta zorlanmadım.					
2. Sağlık kuruluşundan randevu alırken dil sorunu yaşamadım.					
3. Kurumdan hizmet alırken iletişim sorunu yaşamadım					
4. Kurumda tercüman hizmeti yetersiz					
5. Tercüman kültürel terimleri bilmelidir.					
6. Kurumun bilgilendirme broşürlerini anlayabiliyorum.					
7. Maddi durumum bu kurumdan hizmet almamı engelliyor					
8. Bana önyargılı davranıldığını hissediyorum.					
9. Sağlık haklarımı biliyorum ve faydalanabiliyorum					
10. Hastane çalışanlarına göçmenlerle ilgili eğitim verilmesi gerekir.					

HASTA TATMİN DÜZEYİ

ifadeler	Evet	Hayır
1. Aldığım hizmet sonucu kendimi daha sağlıklı hissettim		
2. Bu kurumu tekrar tercih ederim		
3. Bu kurumu yakınlarıma tavsiye ederim		
4. Kendi ülkemde geçmiş tecrübelerime göre burada aldığım hizmet beni tatmin etti.		

Ek 2: Anket formu Almanca versiyonu

UMFRAGEFORMULAR

Lieber Teilnehmer, bu anket formu “**internationaler Migrations und Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens: Beispiel des Medizinischen Fakultätskrankenhauses der Universität Akdeniz**” zielt darauf ab, das zu messen und zu untersuchen. Erkenntnisse aus dieser Forschung, Es wird dazu beitragen, die leitenden Auswirkungen kultureller Unterschiede bei der Bestimmung der Auswirkungen kultureller Unterschiede auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Servicequalität in unserem Land aufzuzeigen. Im Hinblick auf den wissenschaftlichen Charakter der Forschung ist es äußerst wichtig, dass Sie die

Fragen ehrlich beantworten. Die von den Befragten gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht für kommerzielle Zwecke verwendet.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme.

Doktorand: Serpil Akbulut

Berater: Prof.Dr.Erol ESEN

Erteilen Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie? ☐ Ja ☐ Nein

UMFRAGE

DEMOGRAFISCHE MERKMALE

1). Wurden Sie in der Türkei in einem Krankenhaus medizinisch versorgt?

☐ Ja ☐ Nein

2. Von welcher Einrichtung wurden Sie betreut?

☐ speziell ☐ öffentliche

3. Ihr Geschlecht

☐ Frau ☐ Mann

4. Ihr Alter

☐ unter 29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ über 60

5. Aus welchem Land kommen Sie?

☐ Deutschland ☐ England ☐ Frankreich ☐ Russland ☐ Norwegen
☐ Dänemark ☐ Belgien ☐ Holland ☐ Finnland ☐ Spanien
☐ Schweden ☐ Italien ☐ Andere

6. Seit wann halten Sie sich in der Türkei auf?

☐ 1-3 Jahr ☐ 4-6 Jahr ☐ 7-10 Jahr ☐ 11 Jahr und älter

7. Welche Fremdsprachen sprechen Sie?

Englisch ☐ Deutsch ☐ Russisch ☐ Französisch ☐ Spanisch ☐ Niederländisch ☐ Andere ☐

8. Bildungsstand?

☐ keine schulische Bildung ☐ Grundschule/ Berufsschule

☐ Real/Oberschule/Gymnasium ☐ Universität /Fachhochschule

☐ Grundschule/ Berufsschule ☐ Sekundarschulbildung (High School) ☐ Lizenz ☐ Master-Phd

9. Arbeiten Sie in einem einkommensschaffenden Job?

() Ja () Nein

10. Wie hoch ist Ihr Einkommen?

() 0-1000 Euro () 1000-2500 Euro () 2500-4500 Euro () 4500 und höher

11. Wann haben Sie das letzte Mal einen Gesundheitsdienst in Anspruch genommen?

() 1 Monat () 6 Monat () 1 Monat () 1 Jahren oder mehr

1. Stimme überhaupt nicht zu
2. Stimme nicht zu
3. Unentschlossen/keine Meinung
4. Stimme zu
5. Stimme vollkommen zu

SERVQUAL ÖLÇEĞİ

Erwartung					Aussagen	Realität				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1. Ich hatte keine Schwierigkeiten, die Gesundheitseinrichtung zu erreichen, in der ich mich untersuchen lassen wollte.					
					2. Ich hatte keine Schwierigkeiten bei der Terminvergabe und während der Warteschlange					
					3. Bei der Gesundheitseinrichtung waren die Beratungsdienste ausreichend					
					4. Die Ausschilderungen waren übersichtlich angeordnet.					
					5. Bei der Patientenaufnahme brauchte ich nicht lange warten					
					6. Die Kommunikation des Sekretariats mit mir war ausreichend.					
					7. Während der Untersuchungen und Tests wurde ich vertrauensvoll bedient. Man achtete auf meine Privatsphäre und meinen Glauben.					

				8. Mein(e) Arzt/Ärztin hat mich ausreichend und verständlich über meine Erkrankung und Behandlung aufgeklärt.					
				9. Die Informationen der Schwestern zu meiner Behandlung und Pflege waren ausreichend und verständlich.					
				10. Die Aufklärungsbögen, die ich vor den notwendigen Untersuchungen (Labor, Radiologie etc.) unterschreiben musste, waren verständlich.					
				11. Zwischen den ausländischen Patienten und dem Gesundheitspersonal gibt es keine Kommunikationsprobleme					
				12. Das Krankenhauspersonal ist immer bereit, den Patienten zu helfen.					
				13. Andere Mitarbeiter des Krankenhauses verhielten sich gemäß den Regeln der Höflichkeit					
				14. Die Schwestern waren freundlich und respektvoll zu mir.					
				15. Die Ärzte waren freundlich und respektvoll zu mir					
				16. Ich fühlte mich in meiner Beziehung zum Krankenhauspersonal sicher aufgehoben.					
				17. Bei Bedarf konnte ich problemlos mit dem Gesundheitspersonal kommunizieren.					
				18. Bei der Gesundheitsversorgung geht die Einrichtung sensibel auf meine Kultur ein.					
				19. Es würde mich freuen, wenn die Einrichtung ausländisches Personal wie mich beschäftigen würde.					
				20. Das Krankenhauspersonal reagierte sensibel auf meine Kultur.					
				21. Ich fühlte mich in der Einrichtung verstanden.					
				22. Die Einrichtung tat ihr Bestes, um ihre ausländischen Patienten zu verstehen.					

Grad des Zugangs zu Gesundheitsdiensten durch Ausländer

Aussagen	1	2	3	4	5
1. Ich hatte keine Schwierigkeiten, die Gesundheitseinrichtung zu finden, in der mir die entsprechende Leistung erbracht wurde.					
2. Ich hatte kein Sprachproblem bei der Terminvergabe mit der Gesundheitseinrichtung.					
3. Während der Betreuung in der Einrichtung hatte ich keine Kommunikationsprobleme.					
4. Der Dolmetscherdienst in der Einrichtung war nicht zufriedenstellend.					
5. Der Dolmetscher sollte kulturelle Begriffe wissen					
6. Ich kann die Informationsbroschüren der Einrichtung verstehen.					
7. Meine finanzielle Situation erlaubt mir nicht, Leistungen von dieser Einrichtung in Anspruch zu nehmen.					
8. Ich habe das Gefühl das es Vorurteile mir gegenüber gibt.					
9. Ich kenne meine Gesundheitsrechte und kann davon profitieren.					
10. Das Krankenhauspersonal sollte in Bezug auf Einwanderer geschult werden					

PATIENTENZUFRIEDENHEITSGRAD

Aussagen	J a	N ein
1. Ich fühlte mich durch den Service, den ich erhielt, gesünder.		
2. Ich würde mich wieder für diese Einrichtung entscheiden		
3. Ich würde diese Einrichtung meinen Bekannten empfehlen.		
4. Nach meinen bisherigen Erfahrungen in meinem eigenen Land hat mich der Service, den ich hier erhalten habe, zufrieden gestellt.		

Ek 3: Anket formu İngilizce versiyonu

SURVEY FORM

*Dear Participant, this questionnaire aims to measure and investigate the subject of " **Intercultural Expansion of International Migration and Health Services: The Example of Akdeniz University Medical Faculty Hospital** ". The findings obtained as a result of this research will help to reveal the guiding effects in determining the effect of cultural differences on health care access and service quality in our country. In terms of the scientific nature of the research, it is extremely important that you answer the questions sincerely. **The information provided by the respondents will be kept strictly confidential and will not be used for any commercial purpose.***

Thank you very much in advance for your participation.

Ph.D. Student: Serpil Akbulut

Supervisor: Prof.Dr.Erol ESEN

Do you give consent to participate in the study? ☐ Yes ☐ No

SURVEY QUESTIONS

DEMOGRAPHIC FEATURES

1. Have you received health care from a hospital in Turkey?

☐ Yes ☐ No

2. Which institution did you receive service from?

☐ Private ☐ Public

3. Your Gender

☐ Female ☐ Male

4. Your age

☐ 30 and below ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61 and above

5. Which country are you from?

☐ Germany ☐ England ☐ France ☐ Russia ☐ Norway
☐ Denmark ☐ Belgium ☐ Netherlands ☐ Finland ☐ Spain
☐ Sweden ☐ Italy ☐ Other

6.How long have you been in Turkey?

☐ 1-3 Years ☐ 4-6 years ☐ 7-10 Years ☐ 11 Years and above

7. Which languages do you speak fluently?

- ☐ English ☐ German ☐ Russian ☐ French ☐ Spanish
☐ Dutch ☐ Other

8. What is your educational status?

- ☐ Primary Education ☐ Secondary Education (High School) ☐ Undergraduate ☐ Graduate

9. Do you work in an income generating job?

- ☐ Yes ☐ No

10. What is your income level?

- ☐ 0-25 thousand ☐ 26-50 thousand ☐ 51-75 thousand ☐ 76 thousand and above

11. When was the last time you benefited from a health service?

- ☐ 1 month ☐ 6 months ☐ 1 year ☐ 1 year or more

1 . I strongly disagree
2. I disagree
3 . I'm undecided/no idea
4. I agree
5. Strongly Agree

SERVQUAL SCALE

EXPECTATIO N						HAPPENING (Realized)				
1	2	3	4	5	Expressions	1	2	3	4	5
					1. I had no difficulty in reaching the health institution I wanted to be examined.					
					2. I had no difficulty in getting appointments and arranging the day I was examined.					
					3. Counseling services in the health institution were sufficient.					
					4. The direction signs were clearly arranged.					

					5. I did not wait long for the patient admission procedures.					
					6. Communication of the secretariat with me was sufficient.					
					7. During the examinations and analyses, I received service with a sense of trust, taking care of my personal privacy and beliefs.					
					8. Sufficient and understandable information was given by my doctor about my disease and treatment.					
					9. The information given by the nurses about my treatment and care was sufficient and understandable.					
					10. The information forms that I had to sign before the necessary examinations (laboratory, radiology, etc.) were understandable.					
					11. There are no communication problems between foreign patients and health personnel.					
					12. Hospital staff are always willing to help patients.					
					13. Other Hospital staff behaved in accordance with the rules of courtesy.					
					14. The nurses were kind and respectful to me.					
					15. The doctors were kind and respectful to me.					
					16. I felt safe in my relationship with the hospital staff.					
					17. I was able to communicate easily with the health personnel in case of need.					
					18. Acts sensitively to my corporate culture with the health service provided.					
					19. I am pleased that the institution employs foreign personnel like me.					
					20. Hospital staff were sensitive to my culture.					

					21. I felt that I was understood in the institution.					
					22. The institution did its best to understand its foreign patients.					

Level of Access to Health Services by Immigrants/Foreigners

propositions	1	2	3	4	5
1. I had no difficulty in finding the health institution where the appropriate service was given to me.					
2. I did not have language problems while making an appointment with the health institution .					
3. I did not experience communication problems while receiving service from the institution.					
4. Insufficient interpreter service in the institution					
5. The interpreter should know cultural terms.					
6. I can understand the information brochures of the institution.					
7. My financial situation prevents me from getting service from this institution.					
8. I feel that I am being treated with prejudice.					
9. I know my health rights and I can benefit					
10. Hospital staff should be given training on immigrants.					

PATIENT SATISFACTION LEVEL

Proposition	Yes	No
1. I felt healthier as a result of the service I received.		
2. I would choose this institution again		
3. I would recommend this institution to my relatives.		
4. According to my past experience in my own country, the service I received here satisfied me.		

Ek 4: Anket formu Rusça versiyonu

ФОРМА ОПРОСА

Дорогой участник, эта форма анкеты “Международная миграция И межкультурное открытие медицинских услуг: Пример больницы медицинского факультета Университета Акдениз” направлена на измерение и исследование. Выводы, полученные в результате этого исследования, Это поможет выявить направляющие эффекты культурных различий в определении влияния культурных различий на доступность медицинской помощи и качество услуг в нашей стране. С точки зрения научного характера исследования крайне важно, чтобы вы искренне отвечали на вопросы. Информация, предоставленная респондентами, будет строго конфиденциальной и не будет использоваться в каких-либо коммерческих целях.

Заранее большое спасибо за ваше участие.

Аспирант: Серпиль Акбулут

Советник: проф. д-р Эрол ЕСЕН

Даете ли вы согласие на участие в исследовании? () Да () Нет

ОПРОСНЫЕ ВОПРОСЫ

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

1. Получали ли вы медицинскую помощь в больнице в Турции?

() Да () Нет

2. В каком учреждении вы получали услуги?

() особенный () публичный

3. Ваш пол

() Женщина () Мужчина

4. Ваш возраст

() младше 30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () старше 61

5. Из какой вы страны?

() Германия () Англия () Франция () Россия () Норвегия

() Дания () Бельгия () Нидерланды () Финляндия () Испания

() Швеция () Италия () Другое

6. Как давно вы в Турции?

() 1-3 год () 4-6 год () 7-10 год () 11 год и выше

7. Языки, на которых вы можете говорить эффективно:

() Английский () Немецкий () Русский () Французский () Испанский () Голландский

() Другое

8. Ваше образование

() Начальное образование () Среднее образование (средняя школа) () Бакалавриат ()
Высшее образование

9. Вы работаете на приносящей доход работе?

() Да () Нет

10. Ваш ежемесячный доход (турецкая лира)

() 0-25 тысяча лир () 26-50 тысяча лир () 51-75 тысяча лир () 76 тысяча лир выше

11. Когда вы в последний раз пользовались услугами здравоохранения?

() месяц назад () полгода назад () год назад () 1 года и более

1. Я категорически не согласен

2. Я не согласен

3. Я не определился

4. Я согласен

5. Абсолютно согласен

ШКАЛА SERVQUAL

Ожидания						Происходящее				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					1. Мне не составило труда добраться до медицинского учреждения, в котором я хотел пройти обследование.					
					2. У меня не было проблем с записью на прием и в очередь на обследование..					
					3. Консультационных услуг в медицинском учреждении было достаточно.					
					4. Указатели направления расположены понятным образом.					
					5. Мне не пришлось долго ждать процедуры приема пациентов.					
					6. Услуга секретариата со мной была достаточной.					
					7. Во время обследование и анализов я получил обслуживание с чувством доверия,					

					заботясь о своей личной жизни и убеждениях.					
					8. Мой врач предоставил достаточную и понятную информацию о моем заболевании и лечении.					
					9. Информация и услуги, предоставленные медсестрами о моем лечении и уходе, были достаточными и понятными.					
					10. Информационные бланки, которые я должен был подписать перед необходимыми обследованиями (лабораторными, радиологическими и т.д.), были понятны.					
					11. Нет проблем в общении между иностранными пациентами и медицинским персоналом.					
					12. Персонал больницы всегда готов помочь пациентам.					
					13. Другой персонал Больницы действовал в соответствии с правилами вежливости.					
					14. Медсестры были добры и уважительны ко мне.					
					15. Врачи были добры и уважительны ко мне.					
					16. Я чувствовал себя в безопасности в отношениях с персоналом больницы.					
					17. Мне было легко общаться с медицинским персоналом в случае необходимости.					
					18. Четко относится к моей культуре при предоставлении медицинских услуг.					
					19. Я был бы доволен тем, что в учреждении работает иностранный персонал.					
					20. Персонал больницы с пониманием отнесся к моей культуре.					
					21. Я чувствовал, что меня понимают в учреждении.					
					22. Учреждение сделало все возможное, чтобы					

					понять своих иностранных пациентов.					
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

Уровень доступа к медицинским услугам для иностранцев

	1	2	3	4	5
1. Мне не составило труда найти медицинское учреждение, где мне оказали соответствующую услугу.					
2. У меня не было проблем с языком во время записи на прием в медицинское учреждение					
3. У меня не было проблем с коммуникацией при получении услуг в учреждении.					
4. Недостаточная служба переводчиков в учреждении					
5. Переводчик должен знать культурологические термины.					
6. Я понимаю информационные брошюры учреждения.					
7. Мое финансовое положение не позволяет мне получать услуги в этом учреждении.					
8. Я чувствую, что ко мне относятся предвзято.					
9. Я знаю свои права по здоровью и могу ими воспользоваться					
10. Больничный персонал должен пройти обучение по вопросам иммигрантов.					

УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА

	Да	Нет
1. В результате оказанной мне услуги я почувствовал себя лучше.		
2. Я бы выбрал это учреждение снова		
3. Буду рекомендовать это учреждение своим близким.		
4. Согласно моему прошлому опыту в моей стране, услуги, которые я получил здесь, меня удовлетворили.		

TABLOLAR

Tablo 3.1. Hizmet Kalite Algı Değerlendirme Alt Boyutları ve Karşılık Gelen İfadeler

Alt Boyutlar	İfadeler
Fiziksel Yeterlilik 1	1. Muayene olmak istediğim sağlık kuruluşuna ulaşımında zorluk yaşamadım.
Fiziksel Yeterlilik 2	2.Randevu ve muayene sırası almada zorluk çekmedim.
Fiziksel Yeterlilik 3	3.Sağlık kuruluşundaki danışma hizmetleri yeterliydi.
Fiziksel Yeterlilik 4	4.Yönlendirme levhaları anlaşılır şekilde düzenlenmişti.
Güvenirlilik 1	5.Hasta kabul işlemleri için çok beklemedim.
Güvenirlilik 2	6. Sekreteryanın benimle iletişimi yeterliydi.
Güvenirlilik 3	7. Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime ve inançlarıma özen gösterilerek güven duygusu bir şekilde hizmet aldım.
Güvenirlilik 4	8. Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgilendirme yapıldı.
Güvenirlilik 5	9. Hemşireler tarafından tedavim ve bakımım ile ilgili yapılan bilgilendirme yeterli ve anlaşılırdı.
Yanıt verebilirlik 1	10. Gerekli tetkikler (laboratuvar, radyoloji vb.) öncesi imzalamam gereken bilgilendirme formları anlaşılır şekildeydi.
Yanıt verebilirlik 2	11. Yabancı hastalarla sağlık personeli arasında iletişim sorunları yaşanmamaktadır.
Yanıt verebilirlik 3	12. Hastane çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidir.
Yanıt verebilirlik 4	13. Diğer Hastane personeli nezaket kurallarına uygun davrandı.
Güvence1	14. Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydılar.
Güvence 2	15.Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydılar.
Güvence 3	16. Hastane çalışanları ile olan ilişkimde güvende hissettim.
Güvence 4	17. İhtiyaç halinde sağlık personeliyle kolaylıkla iletişim kurabildim.
Empati 1	18. Verilen sağlık hizmetiyle kurum kültürüme duyarlı davranır.
Empati 2	19. Kurumun benim gibi yabancı personel çalıştırması beni memnun eder.
Empati 3	20. Hastane çalışanları kültürüme duyarlı davrandı.
Empati 4	21. Kurumda anlaşılır olduğumu hissettim.
Empati 5	22. Kurum yabancı hastalarını anlamak için elinden gelenin en iyisini yaptı.

Tablo 3.2. Beklenti Hizmet Kalitesine Yönelik Alt Boyutlarının İncelenmesi

İfade	Faktör yükü	Açıklanan varyans	İç tutarlılık	Eğer Madde Silinirse
Fiziksel Yeterlilik 1	0,536	%16	0,83	0,92
Fiziksel Yeterlilik 2	0,622			0,93
Fiziksel Yeterlilik 3	0,577			0,91
Fiziksel Yeterlilik 4	0,549			0,93
Güvenirlilik 1	0,570	%12	0,82	0,93
Güvenirlilik 2	0,621			0,93
Güvenirlilik 3	0,616			0,93
Güvenirlilik 4	0,544			0,93
Güvenirlilik 5	0,674			0,93
Yanıt verebilirlik 1	0,566	%15	0,77	0,93
Yanıt verebilirlik 2	0,620			0,93
Yanıt verebilirlik 3	0,602			0,93
Yanıt verebilirlik 4	0,496			0,93
Güvence1	0,670	%19	0,82	0,93
Güvence 2	0,682			0,94
Güvence 3	0,639			0,94
Güvence 4	0,571			0,94
Empati 1	0,654	%13	0,81	0,94
Empati 2	0,589			0,94
Empati 3	0,658			0,94
Empati 4	0,680			0,94
Empati 5	0,681			0,94

Tablo 3.3. Beklenti Hizmet Kalitesi İçin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Uyum İndeksleri	Değer	Uyum Durumu	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
¹² /sd χ	1,93	Mükemmel Uyum	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
² AGFI	0.88	Mükemmel Uyum	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
³ GFI	0.92	Mükemmel Uyum	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
³ CFI	0.92	Mükemmel Uyum	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$
³ IFI	0.91	Mükemmel Uyum	$.95 \leq IFI \leq 1.00$	$.90 \leq IFI \leq .95$
⁴ RMSEA	0.05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
⁴ SRMR	0.05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .10$
⁵ PNFI	0.89	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI \leq .95$
⁶ PGFI	0.84	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI \leq .95$

Tablo 3.4. Gerçekleşen Hizmet Kalitesine Yönelik Alt Boyutlarının İncelenmesi

İfade	Faktör yükü	Açıklanan varyans	İç tutarlılık	Eğer Madde Silinirse
Fiziksel Yeterlilik 1	0,61	17%	0,82	0,93
Fiziksel Yeterlilik 2	0,69			0,95
Fiziksel Yeterlilik 3	0,61			0,93
Fiziksel Yeterlilik 4	0,64			0,93
Güvenirlilik 1	0,72	13%	0,79	0,94
Güvenirlilik 2	0,75			0,95
Güvenirlilik 3	0,77			0,93
Güvenirlilik 4	0,73			0,93
Güvenirlilik 5	0,82			0,93
Yanıt verebilirlik 1	0,74	16%	0,78	0,93
Yanıt verebilirlik 2	0,78			0,95
Yanıt verebilirlik 3	0,77			0,95
Yanıt verebilirlik 4	0,68			0,92
Güvence 1	0,81	18%	0,83	0,92
Güvence 2	0,82			0,92
Güvence 3	0,79			0,92
Güvence 4	0,75			0,92
Empati 1	0,72	12%	0,77	0,91
Empati 2	0,63			0,91
Empati 3	0,72			0,91
Empati 4	0,72			0,94
Empati 5	0,74			0,91

Tablo 3.5. Gerçekleşen Hizmet Kalitesi İçin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Uyum İndeksleri	Değer	Uyum Durumu	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
¹² /sd χ	1,94	Mükemmel Uyum	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
² AGFI	0.87	Mükemmel Uyum	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
³ GFI	0.95	Mükemmel Uyum	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
³ CFI	0.95	Mükemmel Uyum	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$
³ IFI	0.92	Mükemmel Uyum	$.95 \leq IFI \leq 1.00$	$.90 \leq IFI \leq .95$
⁴ RMSEA	0.05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
⁴ SRMR	0.06	Mükemmel Uyum	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .10$
⁵ PNFI	0.85	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI \leq .95$
⁶ PGFI	0.86	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI \leq .95$

Tablo 3.6. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeğinin İncelenmesi

İfade	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Eğer Madde Silinirse
s1	0,60	54%	0,88
s2	0,61		0,89
s3	0,55		0,90
s4	0,90		0,90
s5	0,73		0,91
s6	0,69		0,92
s7	0,66		0,92
s8	0,62		0,93
s9	0,58		0,94
s10	0,55		0,95

Tablo 3.7. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi Ölçeğinin Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Uyum İndeksleri	Değer	Uyum Durumu	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
¹ χ^2/sd	2,05	Mükemmel Uyum	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
² AGFI	0.89	Mükemmel Uyum	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
³ GFI	0.94	Mükemmel Uyum	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
³ CFI	0.93	Mükemmel Uyum	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$
³ IFI	0.92	Mükemmel Uyum	$.95 \leq IFI \leq 1.00$	$.90 \leq IFI \leq .95$
⁴ RMSEA	0.05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
⁴ SRMR	0.05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .10$
⁵ PNFI	0.88	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI \leq .95$
⁶ PGFI	0.85	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI \leq .95$

Tablo 3.8. Hasta Tatmini ölçeği İncelenmesi

İfade	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Eğer Madde Silinirse
Hasta Tatmini 1	0,63	47%	0,91
Hasta Tatmini 2	0,65		0,91
Hasta Tatmini 3	0,67		0,92
Hasta Tatmini 4	0,62		0,93

Tablo 3.9. Hasta Tatmini ölçeği için Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Uyum İndeksleri	Değer	Uyum Durumu	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
¹ χ^2/sd	2,03	Kabul Edilebilir Uyum	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
² AGFI	0.87	Kabul Edilebilir Uyum	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
³ GFI	0.91	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
³ CFI	0.94	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$
³ IFI	0.91	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq IFI \leq 1.00$	$.90 \leq IFI \leq .95$
⁴ RMSEA	0.06	Kabul Edilebilir Uyum	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
⁴ SRMR	0.06	Kabul Edilebilir Uyum	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .10$
⁵ PNFI	0.88	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI \leq .95$
⁶ PGFI	0.85	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI \leq .95$

Tablo 3.10. Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ve Hasta Tatmin Düzeyleri ile İlişkisi Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler		F Model	R ²
	Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi	Hasta Tatmini		
	(β)	(β)		
Hizmet Kalite Algı Puanı (Y)	0,27 t=25,12 p=0,01	0,14 t=23,91 p=0,01	F=18,48 (p=0.01)	0,41

**Regresyon analizi uygulanmıştır, D.W;1,82

Hizmet Kalite Algı Puanı (Y)= (0,27)* Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi +(0,14)* Hasta Tatmini

Tablo 3.11. Beklenti Hizmet Kalite Algı ile Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Arasındaki Fark Boyut puanları

	Beklenti	Gerçekleşen	Hizmet Kalite Algı Farkı
	$\bar{X} \pm s.s.$	$\bar{X} \pm s.s.$	$\bar{X} \pm s.s.$
Fiziksel Yeterlilik	4,56±0,38	3,74±0,42	-0,81±0,13
Güvenirlilik	4,47±0,32	3,80±0,36	-0,67±0,14
Yanıt verebilirlik	4,49±0,29	3,81±0,34	-0,68±0,12
Güvence	4,50±0,35	3,80±0,36	-0,70±0,11
Empatî	4,46±0,31	3,79±0,35	-0,68±0,14
Hizmet kalitesi	4,50±0,25	3,79±0,33	-0,71±0,41

Tablo 3.12. Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim İfadelerine Yönelik Değerlendirme

ifadeler	Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi
	$\bar{X} \pm s.s$
1.Bana uygun hizmetin verildiği sağlık kuruluşunu bulmakta zorlanmadım.	4,24±0,49
2.Sağlık kuruluşundan randevu alırken dil sorunu yaşamadım.	4,33±0,55
3.Kurumdan hizmet alırken iletişim sorunu yaşamadım	4,19±0,64
4.Kurumda tercüman hizmeti yetersiz	2,67±0,75
5.Tercüman kültürel terimleri bilmelidir.	3,97±0,45
6.Kurumun bilgilendirme broşürlerini anlayabiliyorum.	4,09±0,51
7.Maddi durumum bu kurumdan hizmet almamı engelliyor (R)	3,15±0,61
8.Bana önyargılı davranıldığını hissediyorum. (R)	4,34±0,78
9.Sağlık haklarımı biliyorum ve faydalanabiliyorum	4,12±0,47
10.Hastane çalışanlarına göçmenlerle ilgili eğitim verilmesi gerekir.	4,23±0,53
R ter çevrilmiş madde	

Tablo 3.13. Beklenti Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi		
Beklenti Fiziksel Yeterlilik	r	0,09*
	p	0,02
Beklenti Güvenirlilik	r	0,12*
	p	0,01
Beklenti Yanıt verebilirlik	r	0,14*
	p	0,01
Beklenti Güvence	r	0,09*
	p	0,04
Beklenti Empati	r	0,15*
	p	0,01
Beklenti Hizmet Kalitesi	r	0,13*
	p	0,01

Tablo 3.14. Gerçekleşen Hizmet Kalite Algı Düzeylerinin Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi ile İlişkisi

Yabancıların Sağlık Hizmetlerine Erişim Düzeyi		
Gerçekleşen Fiziksel	r	0,15*
Yeterlilik	p	0,01
Gerçekleşen Güvenirlilik	r	0,22*
	p	0,01
Gerçekleşen Yanıt	r	0,26*
verebilirlik	p	0,01
Gerçekleşen Güvence	r	0,14*
	p	0,01
Gerçekleşen Empati	r	0,23*
	p	0,01
Gerçekleşen hizmet kalite	r	0,21*
algı	p	0,01

Tablo 3.15. Hasta Tatmin ve Hizmet Kalite Algı Farkı

			Hizmet Kalite Algı Farkı	p
			$\bar{X} \pm s.s.$	
1.Aldığım hizmet sonucu kendimi daha sağlıklı hissettim	Hayır	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,71±0,37	0,01*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,07±0,43	
	Evet	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,73±0,43	0,69
		Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,70±0,40	
2.Bu kurumu tekrar tercih ederim	Hayır	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,79±0,43	0,51
		Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,67±0,40	
	Evet	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,74±0,35	0,03*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	0,03±0,29	
3.Bu kurumu yakınlarıma tavsiye ederim]	Hayır	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,74±0,35	0,03*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	0,03±0,29	
	Evet	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,74±0,35	0,03*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	0,03±0,29	
4.Kendi ülkemde geçmiş tecrübelerime göre burada aldığım hizmet beni tatmin etti.	Hayır	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,74±0,35	0,03*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	0,03±0,29	
	Evet	Hizmet Kalite Algı Farkı	-0,74±0,35	0,03*
		Hizmet Kalite Algı Farkı	0,03±0,29	

Tablo 3.16. Hizmet Kalite Algı Ölçümü ve Hasta Tatmin İlişkisi

		Hasta Tatmini
Hizmet Kalite Algı Ölçümü	r	0,12*
	p	0,01

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Serpil Akbulut
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	İstanbul Kocasınan Lisesi 1992
Ön Lisans ve Lisans Diplomaları	Trakya Üniversitesi, Radyoloji, 1995, Anadolu Üniversite Kamu Yönetimi 2007, Anadolu Üniversitesi, Adalet 2019, International Universum Kollegji Powered Arizona State University, Hukuk, 2023.
Yüksek Lisans Diploması	Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, 2012
Tez Konusu	Hasta Haklarının Anayasal Temeli
Doktora Diploması	Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Antalya, 2023
Tez Konusu	Uluslararası Göç ve Sağlık Hizmetlerinin Kültürlerarası Açılımı Antalya Örneği
Yabancı Dil / Diller	İngilizce
BİLİMSEL FAALİYETLER	
Akbulut, S. (2020). Migrant Friendly Hospitals and Migrant Friendly Healthy Services Example Of The Western Mediterranean Region. II. International European Conference On Interdisciplinary Scientific Researches. Ankara.	
İŞ DENEYİMİ	
Projeler	-
Çalıştığı Kurumlar	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Anabilimdalı