

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA GÖÇMEN
ÇOCUKLARA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN
ENGELLERİN BELİRLENMESİ

Dr. Damla ÖZYÜREK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA
2023

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA GÖÇMEN
ÇOCUKLARA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN
ENGELLERİN BELİRLENMESİ

Dr. Damla ÖZYÜREK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE

ANKARA
2023

ÖZET

Özyürek D, Ankara İli Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Göçmen Çocuklara Sağlık Hizmeti Sunumunda Karşılaşılan Engellerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022. Göç bireysel yaşam özellikleri, sosyal ve toplumsal etkiler, yaşam ve çalışma şartları, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar yoluyla sağlık üzerinde doğrudan etkilidir. Çocuklar, göçten etkilenen örselenebilir gruplar arasındadır. Bu araştırmada Ankara'da altı ilçede yer alan aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen çocukların sağlık durumu ve sağlık hizmetine erişiminde yaşanan kolaylıklar ve engeller hakkındaki görüşlerini öğrenmek; kültürel yeterlilik ve hizmet sunumunda karşılaştıkları zorlukla ilgili öz değerlendirmesiyle ilişkili faktörlerin tanımlanması amaçlanmıştır. Ankara ili Altındağ, Çankaya, Keçiören, Mamak, Yenimahalle ve Sincan ilçelerinde 224 aile sağlığı merkezlerine ulaşılmış, 224 aile hekimi ve 250 aile sağlığı çalışanı araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42,6 \pm 9,2$ (ss), ortanca yaş değeri 42 olup yaş aralığı 23 ile 75 arasındadır ve %76,3'ü kadındır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %23,5'i (n=52) uzmanlık eğitimi almıştır. Katılımcıların %53,9'u (n=255) yabancı dil bilmekte ve %7,0'ı (n=33) yurt dışında bir aydan fazla bulunmuştur. Katılımcıların %92,4'ü mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı ile ilgili teorik ders almadığını belirtmiştir; ancak %17,4'ünün (n=83) bu birimde çalışmadan önce göçmen sağlığı hizmeti deneyimi vardır. Sık telefon ve adres değişikliğinin göçmen çocuklara ulaşma zorluğu, katılımcıların %75'i tarafından önemli bir sorun olarak tanımlanmıştır. Katılımcıların %57,8'i gebelik izleminde ve %55,9'u emzirme eğitiminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Çocukluk çağı taramalarında katılımcıların %59,3'ü zorluk yaşadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması $59,4 \pm 15,9$ (ss), ortanca değer 60,0, puanlar 20,0 ile 100,0 arasındayken; aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması $62,67 \pm 15,7$ (ss), ortanca değer 63,0, puanlar 20,0 ile 100,0 arasındadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalamaları birbiriyle benzerdir. Yabancı dil bilme ve mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı dersi alma diğer katılımcılara göre daha yüksek kültürel yeterlilik ölçeği puanına sahip olma ile ilişkili bulunmuştur ($p < 0,05$). Göçmen hastalara hizmet vermede düşük seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı, yüksek düzeyde yetersizlik yaşayanlara göre 1,083 kat (GA 1,051-1,115) ($p < 0,001$); göçmen hastalara hizmet vermede orta seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcıların ise 1,049 kat (GA 1,030-1,069) daha yüksektir ($p < 0,001$). Göçmen hastalara hizmet sunumunda sağlık profesyonelleri, göçmen bireyler ve sağlık sistemi düzeyinde sağlık hizmet sunum sürecinde yaşanan engelleri azaltan, olumlu iletişimi arttıran ve farklı kültürlere yanıt veren sağlık hizmet sunumunu destekleyen müdahalelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: göçmen, çocuk sağlığı, sağlık hizmeti sunumu; Ankara, aile sağlığı merkezi, aile hekimi, aile sağlığı çalışanı, kültürel yeterlilik, sağlık hizmet sunumunda engeller

ABSTRACT

Özyürek D, Determining the Barriers Encountered in Providing Health Services to Migrant Children in Primary Health Care Institutions in Ankara, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Public Health Specialty Thesis, Ankara, 2022. Migration has a direct impact on the health through individual life characteristics, social and community effects, living and working conditions, socioeconomic, cultural and environmental conditions. Children are among the vulnerable groups affected by migration. In this research, it is aimed to learn the views of family health physicians and family health workers working in family health centers in six districts of Ankara about the health status of immigrant children and the conveniences and barriers experienced in accessing health services; and identify factors associated with self-assessment of cultural competency and the difficulty they face in service delivery. In Ankara, 224 family health centers were reached at Altındağ, Çankaya, Keçiören, Mamak, Yenimahalle and Sincan districts, 224 family physicians and 250 family health workers voluntarily participated in the research. The mean age of the participants was 42.6 ± 9.2 (ss), the median age was 42, the age was ranging between 23-75, and 76.3% were women. 23.5% (n=52) of the family physicians participating in the study received specialty training. 53.9% (n=255) of the participants knew a foreign language and 7.0% (n=33) were abroad for more than one month. 92.4% of the participants stated that they did not take theoretical courses on immigrant health in the post-graduation period; however, 17.4% (n=83) had migrant health service experience before working in this unit. Frequent phone and address changes was identified as a significant problem by 75% of the participants for accessing migrant families. 57.8% of the participants stated that they had difficulties in pregnancy follow-up and 55.9% in breastfeeding education. In childhood screenings, 59.3% of the participants stated that they had difficulties. While the mean score of the cultural competency scale of the family physicians participating in the study was 59.4 ± 15.9 (sd), the median value was 60.0, and the scores were between 20.0 and 100.0; The mean score of the cultural competency scale of family health workers is 62.67 ± 15.7 (sd), the median value is 63.0, and the scores are between 20.0 and 100.0. Knowing a foreign language and taking immigrant health courses before graduation were associated with higher cultural competency scale scores than the other participants ($p < 0.05$). The cultural competency scale score of the participants who stated that they had a low level of difficulty in serving immigrant patients was 1.083 times (CI 1,051-1,115) ($p < 0.001$) compared to those who had a high level of disability; participants who stated that they had moderate difficulty in serving immigrant patients were 1.049 times (CI 1,030-1,069) higher ($p < 0.001$). It is recommended that interventions that reduce the barriers experienced in the health service delivery process, increase positive communication and respond to different cultures, support health service delivery at the level of health professionals, immigrant individuals and the health system. **Keywords:** immigrant, child health, health service delivery; Ankara, family health center, family doctor, family health worker, cultural competency, healthcare service barriers

TEŞEKKÜR

Araştırmada,

Başta uzmanlık eğitimim süresince akademik gelişimimde her zaman destek olan, tez konumun belirlenmesi, araştırma planının oluşturulması, veri toplama ve analiz aşamalarında bilgisi ve desteği ile yanımda olan tez danışmanım Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE'YE,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecinde desteklerini her zaman gösteren Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ başta olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Tez jürimde yer almayı kabul ederek beni onurlandıran Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Deniz ODABAŞ'a,

Araştırmanın yürütülmesi için izin sürecinde destek veren Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne,

Araştırma sürecinde Altındağ, Çankaya, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde ziyaret ettiğim tüm aile hekimliği birimlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına,

Araştırmaya katılarak destek veren tüm aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına,

Araştırma sürecinde desteklerini her an hissettiğim anneme, babama, babaanneme, tüm aileme ve aynı zamanda meslektaşım olan kardeşim Dr. Deren ÖZYÜREK UCAEL'e,

Eğitim ve tez süresinde desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Emek, katkı ve katılımları için çok teşekkür ederim.

Dr. Damla ÖZYÜREK

İÇİNDEKİLER

İçindekiler

ÖZET	iii
TABLolar	xi
RESİMLER	xv
ŞEKİLLER	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. AMAÇLAR.....	6
2.1. Yakın Dönem Amaçlar	6
2.2. Uzak Dönem Amaçlar	6
3. GENEL BİLGİLER	7
3.1. Göç ve Göçmen Kavramları, Epidemiyolojisi	7
a. Göç ve Nedenleri	7
b. Dünya ve Türkiye’de Göçmen Nüfus.....	8
c. Göç ve Yasal Düzenlemeler	8
3.2. Göç Sonrası Yaşam, Sağlık ve Kırılgan Alt Gruplar	11
a. Göç Sonrası Yaşam	11
b. Göç Sonrası Sağlık ve Sağlık Hizmetleri.....	12
c. Göç ve Kırılgan Gruplar	14
3.3. Göç ve Çocuk.....	18
a. Göçün Çocuk Yaşamı Üzerine Etkileri	18
b. Göçmen Çocukların Sağlık Hizmetine Ulaşılabilirliği	19
c. Göçmen Çocuklar, Bakım, Sağlık Durumu ve Geleneksel Yaklaşım	22
i. Göçmen Çocuklar ve Beslenme.....	22
ii. Göçmen Çocuklar ve Fiziksel Aktivite	23
iii. Göçmen Çocuklar ve Ruh Sağlığı	24

iv.	Özel Gereksinimi Olan Göçmen Çocuklar.....	25
v.	Göçmen Çocuklar ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar.....	26
vi.	Göçmen Çocuklar, Bulaşıcı Hastalıklar ve Aşılama Hizmetlerine Erişim .	27
vii.	Göçmen Çocuklar ve COVID-19	29
viii.	Geleneksel Sağlık Bakım Uygulamaları	30
3.4.	Göçmen Sağlığı Hizmetleri	31
a.	Göçmen Sağlığı Hizmetlerinde Engeller.....	31
b.	Ülkemizde Göçmen Sağlığı Hizmetleri	32
c.	Göçmenler, Sağlık Sistemi ve Sağlık Profesyonelleri.....	32
d.	Sağlık Çalışanları ve Kültürel Yeterlilik.....	34
e.	Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kültürlerarası Yaklaşım Modelleri	36
4.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
4.1.	ARAŞTIRMANIN YERİ.....	42
4.2.	ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	44
4.3.	ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	44
4.4.	ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	46
4.5.	ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR VE TERİMLER	47
4.6.	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA ARACI.....	49
4.7.	ARAŞTIRMANIN ÖN DENEMESİ.....	52
4.8.	ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İNSAN GÜCÜ.....	52
4.9.	ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	52
4.10.	ETİK KONULAR VE KURUMSAL İZİNLER	54
4.11.	ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI	55
4.12.	ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	56
4.13.	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	56
5.	BULGULAR.....	57
5.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	58

5.2.	Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimi İlişkin Özellikler.....	61
5.3.	Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Özellikler	69
5.4.	Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşleri	75
5.4.1.	Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenleri	75
5.4.2.	Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılar	76
5.4.3.	Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımı	80
5.5.	Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamalar	83
5.6.	Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engeller	86
5.7.	Kültürel Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular	101
5.8.	Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	109
6.	TARTIŞMA	119
6.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	119
6.2.	Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimi İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi	121
6.3.	Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	122
6.4.	Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	124
6.4.1.	Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenlerinin Değerlendirilmesi.....	124
6.4.2.	Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcıların Değerlendirilmesi	125
6.4.3.	Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımının Değerlendirilmesi	127
6.4.4.	Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamaların Değerlendirilmesi....	130
6.5.	Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engellerin Değerlendirilmesi	132
6.6.	Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	137

6.7.	Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesinin Değerlendirilmesi	139
7.	SONUÇLAR	142
7.1	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Sonuçlar	142
7.2.	Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimine İlişkin Özellikler.....	142
7.3.	Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Sonuçlar	143
7.4.	Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşleri	143
7.4.1.	Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenleri	143
7.4.2.	Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılar	144
7.4.3.	Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımına İlişkin Sonuçlar	144
7.4.4.	Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamalar.....	145
7.5.	Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engeller	145
7.6.	Kültürel Yeterlilik Ölçek Puanı ile İlgili Sonuçlar	147
7.7.	Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesi ile İlgili Sonuçlar	147
8.	ÖNERİLER	149
8.1.	Sağlık Profesyonellerinin Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Göçmen Sağlığı Eğitimine İlişkin Öneriler	149
8.2.	Göçmen Ailelerin Sağlık Bilgi Düzeyinin Arttırılması ve Göçmen Çocukların Sağlık Düzeyinin Arttırılmasına Yönelik Öneriler	150
8.3.	Sağlık Sistemi Düzeyinde Göçmen Çocuk Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Öneriler	151
8.4.	Göçmen Çocukların Sağlığına Yönelik Gelecekte Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler.....	151
9.	KAYNAKLAR	153
EK 1:	AİLE HEKİMİ VERİ TOPLAMA FORMU	173
EK 2:	AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI VERİ TOPLAMA FORMU	183

EK 3: T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Başvurusu Onayı	192
EK 4: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	193
EK 5: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Araştırma Onayı.	194
Ek Tablo 1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022).....	195

TABLOLAR

Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.1: Araştırmaya dahil edilen ilçelerdeki ulaşılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları (Ankara, 2022)	45
Tablo 5.1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	57
Tablo 5.2. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	58
Tablo 5.3. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çocuğunun Olma Durumu ve Çocuk Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)	59
Tablo 5.4. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	60
Tablo 5.5. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Uzmanlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	61
Tablo 5.6. Araştırmaya Katılan Aile Sağlığı Çalışanlarının Mezun Olduğu Son Okula Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	62
Tablo 5.7. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Mezuniyet Sonrası Yaşama ve Çalışma Yerlerine İlişkin Deneyimleri (Ankara, 2022)	63
Tablo 5.8. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalışma Süresine İlişkin Deneyimlerinin Dağılımı (Ankara, 2022)	65
Tablo 5.9. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Sağlığı Alanında Eğitim Alma ve Sağlık Hizmet Sunumu Deneyimlerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	67
Tablo 5.10. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Görüşme Yapılan Birimde Çalışma Süresine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	69
Tablo 5.11. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının İfadelerine Göre Birimlerine Kayıtlı Ortalama Göçmen Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)	70
Tablo 5.12. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kayıtlı Göçmen Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)	72
Tablo 5.13. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kayıtlı Göçmen Çocuk Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)	72

Tablo 5.14. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bulunan Göçmenlerin Ekonomik Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (Ankara, 2022)	73
Tablo 5.15. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Görev Yaptıkları İlçelere Göre Göçmen Hastaların Ekonomik Durumlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)	73
Tablo 5.16. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Çocuk Hastalarda En Sık Karşılaştıkları Şikayetler ve Tanılara Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	75
Tablo 5.17. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmet Kullanımı Sırasında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılara İlişkin Görüşlerinin Yüzde	77
Tablo 5.18. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Sağlık Hizmet Alımına İlişkin Değerlendirmelerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)	79
Tablo 5.19. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)	81
Tablo 5.20. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ailelerin Çocuklarının Hasta Olma Durumlarında Evdeki Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)	84
Tablo 5.21. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlere Sağlık Hizmet Sunumu Sırasında Zorluk Yaşama Durumlarına İlişkin Yanıtlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)	87
Tablo 5.22. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Hizmet Sunumuna İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara, 2022)	89
Tablo 5.23. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Pandemi Sırasında Göçmen Çocuk Sağlığı ile İlişkili En Çok Etkilenen Hizmetler Konusunda Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara,	92
Tablo 5.24. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanının Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	93
Tablo 5.25. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Çocuklara Hizmet Verme Bilgilerinin Öz Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara, 2022)	95
Tablo 5.26. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ağırlıklı Bölgede Çalışma Süresinin Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Öz Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	97

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı Hizmet Süresinin Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	99
Tablo 5.28. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanları Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, 2022)	101
Tablo 5.29. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	102
Tablo 5.30. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Eğitim/Hizmet Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	104
Tablo 5.31. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanı Dağılımı (Ankara, 2022)	106
Tablo 5.32. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	107
Tablo 5.33. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanları (Ankara, 2022)	108
Tablo 5.34. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Vermede Zorluk Öz Değerlendirme Puan Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, 2022)	109
Tablo 5.35. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Göçmen Hastaya Sağlık Hizmeti Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanları (Ankara, 2022)	110
Tablo 5.36. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Göçmen Hastalara Hizmet Verme Öz Değerlendirme Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2022)	112
Tablo 5.37. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Zorluk Çekme Öz Değerlendirme Puanlarının Katılımcıların Eğitim/Hizmet Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)	114
Tablo 5.38. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Öz Değerlendirmesinin Katılımcıların Eğitim ve Hizmet Özellikleri ile Olan İlişkisi (Ankara, 2022)	117

Ek Tablo 1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

194

RESİMLER

Resim	Sayfa No
Resim 1: Araştırmanın Yürütüldüğü İl İçerisindeki Konumları	39
Resim 2: Ziyaret Edilen Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları	42

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa No
Şekil 1: Leinenger Gün Doğumu Modeli	34
Şekil 2: Purnell Kültürel Yeterlilik Modeli	35
Şekil 3: Campinha-Bacote Modeli	36

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BBSÇ-KYÖ	: Birinci Basamak Sağlık Çalışanları için Kültürel Yeterlilik Ölçeği
COVID-19	: Yeni Koronavirüs Hastalığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GA	: Güven Aralığı
Hba1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
IM	: İntramuskuler
IOM	: Uluslararası Göç Örgütü
IV	: İntravenöz
LGBT+	: Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İnterseks
SS/ss	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Göç, bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içerisinde yer değiştirmesidir. Süresi, yapısı ve nedenine bağlı olmaksızın, insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Göç tanımı içerisinde mültecilerin, yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de yer almaktadır. Birleşmiş Milletler göçmeni, sebepleri, gönüllü olup olmaması, göç yolları, düzenli veya düzensiz olması fark etmeksizin yabancı bir ülkede bir yıldan fazla ikamet eden bir birey olarak tanımlamaktadır[1]. Göç, küreselleşme, çatışma, açlık, iklim değişikliği, şehirleşme, eşitsizlikler ve işsizlik nedeniyle artmaktadır. Dünya genelinde yaklaşık bir milyar göçmen vardır, 272 milyonu ülkeler arası göç eden kişilerdir[2]. Birleşmiş Millet verilerine göre 2019 yılı ortası itibariyle dünyada 271,6 milyon göçmen bulunmaktadır, göçmenler dünya nüfusunun %3,5'ini oluşturmaktadır. Tüm göçmenlerin %13,9'unu 19 yaş ve altı göçmenler oluşturmaktadır[3].

Türkiye'de 2019 yılı itibariyle göçmen sayısı 5 milyon 678 bin 800 kişidir, toplam ülke nüfusunun yaklaşık %7'sini göçmenler oluşturmaktadır [4]. Türkiye'ye 2019 yılında 2018 yılına göre göç hızı %17,2 artmış; 677.042 kişi göç etmiştir. Türkiye Suriye'deki iç savaştan kaçan Suriyeli göçünden en çok etkilenen ülkelerdendir, 2011 yılında başlayan göç süreci son yıllara kadar devam etmiştir[5]. Ülkemizde geçici koruma altındaki Suriyeliler 2020 yıl sonu itibariyle 3.638.104 kişidir. Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin illere göre dağılımı incelendiğinde Ankara'da 99.602 kayıtlı Suriye vatandaşı il nüfusunun %1,77'sini oluşturmaktadır[6].

Göç bireysel yaşam özellikleri, sosyal ve toplumsal etkiler, yaşam ve çalışma şartları, sosyoekonomik, kültürel ve çevresel koşullar yoluyla sağlığın bileşenleri üzerinde doğrudan etkilidir. Göçten önce yaşanan yerin şartları, yolculuk sırasındaki koşullar, göç edilen yerin özellikleri ve göçten sonra göç edilen ülkeye ziyaretler farklı sağlık risklerini içermektedir[7]. Göçmenler göç ettikleri toplum içerisinde örselenebilir gruplar arasında yer almaktadırlar [2]. Gıda güvencesizliği, göçmenler

için önemli riskler arasındadır [8]. Sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller hastalıkların takip ve tedavilerini olumsuz etkilemektedir[9]. Kalabalık ve hijyenik olmayan yaşam koşulları, aşılanmanın yetersizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluklar, özellikle çocuk yaş grubunda enfeksiyon hastalıkları riskini arttırmaktadır[10].

Göçün ruhsal sağlık üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır; özellikle göç sırasında yaşananlar ve yerleşim sürecinde prosedürün uzunluğu ruhsal sıkıntıları arttırmaktadır. Göç edilen yer ile kültürel farklılıklar, yalnızlık duygusu, aile kaybı göçmenleri olumsuz etkilemektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete göçmenlerde sık görülen ruhsal sağlık sorunlarıdır[11]. Göçmen kadınlar için toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve cinsel şiddet risktir. Dil farklılıkları nedeniyle iletişimde yaşanan güçlükler, toplumdan izolasyon, sosyokültürel etmenler ve hukuk süreçlerine erişememek aile içi şiddetin artışına neden olmaktadır[12].

Göçmenler içerisinde çocuklar, yaşlılar, sağlık durumu kötü olanlar, engelli bireyler, gebe ve lohusa kadınlar fiziksel ve psikolojik olarak örselenebilir gruplar arasındadır. Çocuklar, göçten ebeveynleri ve çevreleri aracılığıyla farklı şekillerde etkilenirler. Göçmen çocukların sağlık ihtiyaçları heterojendir, geldikleri ülkeye de bağlı olarak sağlık ihtiyaçları şekillenmekte ve sağlık haklarından yararlanmada engellerle karşılaşabilmektedirler [13]. Göç edilen yerde ölüm ve şiddet olaylarına tanıklık, aile üyelerini kaybetmek, korku içinde yaşam, fiziksel ve cinsel şiddet ve işkence göçmen çocukların göç öncesindeki sağlık durumlarını etkilemektedir. Göç sırasında uzun yolculuk, tehlikeli ulaşım tipleri, fiziksel ve cinsel şiddet, kalabalık kamp koşulları, insan tacirleri tarafından sömürü, göçmen çocuklar için risk oluşturmaktadır. Göç yolculuğu sırasında yetersiz gıda, sanitasyon ve sağlık bakımı eksikliği göçmen çocukların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Göç sonrasında uzun yasal prosedürler, iltica sürecindeki belirsizlik, yeni bir sosyal ortam, kültürel farklılıklar ve dil stresi göçmen çocukları etkilemektedir. Çocuklar eğitim alamamakta, yalnızlık ve izolasyon duygusu yaşamaktadır. Kimlik ve statü kaybı, ailenin yokluğu ve toplum desteği eksikliği görülmektedir. Irkçılık, ayrımcılık, ev sahibi nüfus ile

entegrasyon zorlukları yaşanmaktadır. Yoksulluk, kötü konut koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluk çocuklar için risk faktörleridir[14].

Bebeklik döneminden itibaren göçmen çocuklar farklı yönlerden sağlık riskleri altındadır. Göçmen kadınların bebekleri emzirme süresi kültürel ikilemler, aile desteğinin yokluğu, dil bariyeri, sosyoekonomik nedenler ve annenin formüle mama ile beslemeyi tercih etmesi ile ilişkilidir[15]. Aşılama hizmetlerinde dil farklılığının iletişimde yarattığı güçlükler, göçmenlerin düşük risk algısı ve aşı konusundaki eğitim eksikliği olumsuz rol oynamaktadır[16]. Düşük fiyatlı gıda tercihleri, göçmen çocuklarda kötü beslenme alışkanlıkları, gelişme geriliği, bodurluk ve şişmanlığa neden olmaktadır. Beslenme yetersizliği nedeniyle çocuklar arasında demir ve vitamin D eksikliği görülmektedir; ayrıca düşük çürükleri de sık karşılaşılan sorunlar arasındadır[17]. Riskli gebeliklerin daha çok görüldüğü göçmenlerde çocuklarda doğumdan sonra yoğun bakım ünitesine başvuru, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan sarılığı, çocukluk döneminde işitme problemleri için risk oluşturmaktadır[18]. Göçmen çocuklarda göz kırılma kusurları sık görülmektedir [19].Almanya’da 5.250 öğrencinin 2015-2017 yılları arasında okul giriş muayeneleri üzerinden yapılan çalışmada göç eden çocuklarda koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı, gelişim geriliği sıklığının diğer çocuklara yüksek olduğu saptanmıştır[20]. Göçmen çocuklarda en sık travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete görülmektedir[21]. Göçmen çocuklarda özel öğrenme ihtiyacı hastane çocuk psikiyatri başvurularının yarısından fazlasını oluşturmaktadır [22].

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması, kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmetine erişim konusunda göçmenler engeller yaşamaktadır. Aile hekimliği sistemi kırsal ve kentsel alanlarda çocuk sağlığı hizmetlerinde ilk başvuru alanlarından biri olması ile önemlidir, birinci basamak sağlık kuruluşları çocukların eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti alımında önemli rol oynamaktadır[23]. Ülkemizde birinci basamak çocuk sağlığı ve hizmetlerinin temelini, koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu çocuk ve ergen izlemleri

oluşturmaktadır. Sağlık sistemine kaydedilen her çocuğun, izlem protokolüne göre ilk bir yaşta en az 9 kez, altı yaşa kadar toplam 16 kez, 6-9 yaş arası yılda bir kez ve 10-21 yaş aralığında yılda bir kez izlenmesi gerekmektedir. Bu izlemlerde büyüme ve gelişmenin izlenmesi, aşılama, beslenme ve sağlık eğitimi ve taramalar yer almaktadır.

Göçmen çocuk sağlığında birinci basamak sağlık hizmetleri önemli rol oynamaktadır[24]. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı Göç Sağlığı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, göçmen sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve geliştirilmesinde yetkilidir. Bakanlık adına göçmen sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunda görev alan başkanlık aynı zamanda ulusal, uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği yaparak, faaliyetlerine katılım sağlamaktadır [25]. Ülkemizde göçmen çocukların birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile sağlığı merkezleri ve Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi (SIHHAT) Projesi kapsamında açılan göçmenlerin yoğun yaşadıkları yerlerde göçmen sağlığı merkezleri ile sağlanmaktadır. SIHHAT projesi kapsamında yapılan değerlendirmede 0-18 yaş hastaların aile hekimliği birimlerine başvuruları 2018 yılında %2,8 ve 2020 yılında %7,8 olarak saptanmıştır [26]. İzmir'de 2015 yılında toplum sağlığı merkezi bünyesinde mülteci ve sığınmacı polikliniğine yapılan başvuruların değerlendirildiği çalışmada yaklaşık %70'lik kısmının çocuk yaş grubu hastaların oluşturduğu saptanmıştır[27]. Göçmen çocuklara aile sağlık merkezlerinde verilen sağlık hizmetinde ebeveynlerin sunulan hizmetleri benimsemesi ve bu hizmetlerden yararlanmasında kültürel farklılıklar rol oynamaktadır. İngiltere'de göçmen çocukların ebeveynleri ile yapılan odak grup görüşmelerinde ailelerin ücretsiz verilen okul öncesi sağlık sistemi hizmetlerini olumlu karşılarken, sağlık hizmetlerinde çocuğa ait risklerin saptanması ve sağlık uygulamalarının planlanmasının ebeveynlerin çocuk büyütülmesindeki yetkisinin kısıtlandığını düşünmektedirler[28].

Aile hekimleri tarafından tıbbi geçmiş kayıtlarına ulaşamamak hasta bakımında sorun yaratmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları da, göçmen hastalarla iletişimde dil bariyeri ve kültürel farklılıklar nedeni ile sorun yaşamaktadırlar[29]. Hasta yakınları ile iletişim kurmada zorluklar tedavi ve bakım bilgilerinin verilmesini zorlaştırmaktadır [30]. Göçmen hasta hizmetinde hekimler bilgi ve yetkinliklerini de yeterli düzeyde görmemektedirler[31]. Göçmen hastaların hasta muayenesinde şikayetlerini anlatış biçimleri karşısında iletişim sorunu yaşadıkları belirtilmektedir [32]. Aile hekimleri göçmen hastalara daha uzun muayene süresi ayırarak, görsel iletişim materyallerinden yararlanarak iletişim zorluklarının hasta hizmet sunumuna etkisini en aza indirmeye çalışmaktadır[33]. Bu araştırmada Ankara'da aile sağlığı merkezlerinde göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumu sırasında var olan engellerin ve kolaylıkların aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının beyanlarına göre belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. AMAÇLAR

2.1. Yakın Dönem Amaçlar

- Ankara ili kent merkezinde seçilen bazı ilçelerde aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının;
 - Bazı sosyodemografik özelliklerinin, mesleki deneyim, göçmen hasta bakımı ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrasında aldıkları eğitimin ve yabancı dil bilgilerinin tanımlanması,
 - Göçmen çocukların sağlık sorunları, çocuk izlemi ve hasta bakımı ile ilgili deneyim, görüş ve düşüncelerinin değerlendirilmesi,
 - Kültürel yeterlilik ölçeği ve göçmen çocuklara sağlık hizmet sunumunda yaşanan zorluk yaşama öz değerlendirmeleriyle ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2.2. Uzak Dönem Amaçlar

- Bu araştırmayla,
 - Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında “göçmen çocuk sağlığı eğitim programlarının içeriğine”
 - Göçmen ailelerin sağlık hizmetine erişiminde yaşadıkları engellerin çözüm önerilerine yönelik programların geliştirilmesine
 - Göçmen sağlığı hizmetleri ile ilgili ulusal sağlık sistemine yönelik politikaların geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Göç ve Göçmen Kavramları, Epidemiyolojisi

a. Göç ve Nedenleri

Göç, IOM Uluslararası Göç Örgütü tarafından “*Uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmek.*” olarak tanımlanmıştır [34]. Uluslararası Göç Örgütü tanımına göre göçmen, ikamet edilen bir ülke içerisinde veya ülke sınırını aşarak bir başka ülkeye, geçici veya kalıcı olarak, farklı nedenlerle yer değiştiren kişidir. Bu tanım, düzenli/düzensiz göç eden, sığınmacı, iltica eden vb. tüm yer değiştirme kavramlarını kapsar [35].

Göç nedenleri makro, mezo ve mikro düzeyde incelenmektedir. Makro düzeydeki etkenler politik, demografik, ekonomik, sosyal ve çevresel etkenler olarak tanımlanmaktadır. Politik nedenler arasında çatışmalar, güvenlik sorunu, ayrımcılık ve işkence görme gelmektedir. Demografik nedenler arasında nüfus yoğunluğu, nüfus yapısı ve salgın hastalıklar olarak sıralanmaktadır. Göçün ekonomik nedenleri farklı bölgelerdeki iş fırsatları, bulunulan bölgede gelir düşüklüğü, üretim/tüketim süreçlerinde maliyet ve satış fiyatlarıdır. Eğitim fırsatları ve ailesel nedenler, göçün sosyal nedenleri arasındadır. Çevresel göç nedenleri arasında, tehlikeli çevresel faktörlere maruz kalma, gıda/su kirliliği, kısıtlı enerji kaynakları ve toprak verimliliğinin azalması yer almaktadır. Mezo düzeydeki göç etkenleri politik/yasal çerçeve, sosyal bağlar, taşınma maliyetleri ve teknolojinin gelişimidir. Küreselleşen dünyada, iletişimin teknoloji ile artması, ulaşım ve taşınma maliyetlerinin düşmesi kişilerin ülke içi ve ülkeler arası hareketliliğini arttırmıştır. Mikro düzeyde etkili faktörler birey düzeyinde etkili faktörlerdir. Bireye ait faktörler olarak yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim, refah düzeyi, evlilik durumu, dil ve din yer almaktadır. Göç devam eden ve etkileri zamanla artan bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Göçmenlerin, göç kararları onları etkileyen faktörlerin sonucu olduğundan göç ettiklerinde sosyoekonomik düzey, kültürel yapı ve sağlık durumları açısından birbirlerinden farklı özellikler göstermektedirler[36].

b. Dünya ve Türkiye’de Göçmen Nüfus

Dünyada 1970 yılında uluslararası göçmen sayısı 84.460.125 kişi olup, dünya nüfusunun %2,3’ünü oluşturmaktadır. Dünyada 2019 yılında nüfusun yaklaşık %3,5’i (272 milyon kişi) uluslararası göçmendir; göçmen nüfus 2020 yılında 9 milyon daha artarak dünya nüfusunun yaklaşık %3,6’sına ulaşmıştır. Kayıp ve ölü göçmen sayısı kayıtlarda 2020 yılı itibariyle yaklaşık 3.900 kişi olup dünyada yaklaşık 89,4 milyon kişi zorunlu nedenlerle buldukları ülkeyi değiştirmek zorunda kalmıştır. Uluslararası istatistiklere (2020) göre göçmenlerin yaklaşık 135 milyonu kadın iken 146 milyonu erkektir [37]; göçmenlerin %14,6’sı 19 yaş ve altında, %12,2’si 65 yaş ve üzerindedir[38]-Uluslararası göçmenlerin dağılımında, 2020 yılı itibariyle yaklaşık 86 milyon göçmen (%30,5) Asya bölgesinde, yaklaşık 59 milyon göçmen (%20,9) Kuzey Amerika bölgesinde yaşamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2020 yılı itibariyle dünyada en çok uluslararası göçmen nüfusuna sahip ülkedir. Dünyada uluslararası göçmenlerin yaklaşık 18 milyonu Hindistan kökenlidir. Hindistan’dan sonra Meksika (yaklaşık 11 milyon), Rusya (yaklaşık 10,8 milyon), Çin (yaklaşık 10 milyon) ve Suriye (yaklaşık 8 milyon) kökenli göçmen vardır. Ülkemiz ise dünyada en çok uluslararası göç alan ülkeler sırasında on ikinci sıradadır[37].

Ülkemizde 2020 yılı itibariyle 6,1 milyon uluslararası göçmen vardır. Toplam nüfusun %7,2’si göçmendir. Ülkemizdeki uluslararası göçmenlerin %48,4’ü kadın iken %23,2’si 19 yaş ve altında, %5,9’u 65 yaş ve üzerindedir[3]. Ülkemizde 01.09.2022 tarihi itibariyle 3.654.866 geçici koruma altında Suriyeli birey bulunmakta; Ankara ilinde 100.247 Suriyeli birey bulunmaktadır ve iller arasında 10. Sırada yer almaktadır [6].

c. Göç ve Yasal Düzenlemeler

“Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme” Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda Birleşmiş Milletler Anlaşması 24 Ekim 1945 tarihinde yürürlüğe giren “Birleşmiş Milletler Anlaşması” ve 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Beyanname” gözetilerek 28.07.1951 tarihinde imzalanmış, 22.04.1954 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu Sözleşmede çalışma olanakları, sosyal durum ve idari düzenlemeler başlıklar halinde yer verilmiştir; Sözleşme çok taraflı olması yönünden

dünyada mülteci kavramı yönünden önemlidir [39-41]. “Mültecilerin Hukuk Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü”, “Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme” içerisinde yer alan 1951 yılı Ocak ayından sonraki mültecilerin kapsam dışında kalmasına neden olan maddeyi kaldırmış, tüm mültecileri haklar yönünden eşit hale getirmiştir [42, 43].

Türkiye, “Mültecilerin Hukuk Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü” ve “Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme” anlaşmalarında alınan kararların kendi tarafından Avrupa’dan gelecek bireyler yönünden geçerli olacağı şekilde onaylamıştır. Türkiye’nin jeopolitik durumu, dünyada artan göç akımı ve bulunulan coğrafyadaki çatışmalar nedeniyle, ülkemiz içinde yer aldığı anlaşmaların yanı sıra kendi hukuksal mevzuatını oluşturarak “Türkiye’ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye’den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar İle Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğini” 1994 yılında yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle Avrupa’dan gelecek bireyler ilgili şartları sağlaması halinde “mülteci” olarak adlandırılırken, diğer ülkelerden gelecek bireyler “sığınmacı” olarak adlandırılmıştır[44].

Dünyada artan göç, Türkiye’nin uluslararası göç hattında yer alması, Avrupa Birliği uyum sürecinde var olan mevzuatın kısıtlı kalması gibi nedenlere dayalı olarak “6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” 11.04.2013 tarihinde 2013/28615 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmıştır. Bu kanun ile;

- Mülteci , “Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişi...”,

- Şartlı mülteci, “Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişi...”,
- İkincil koruma, “Mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde; ölüm cezasına mahkûm olacak veya ölüm cezası infaz edilecek, işkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak, uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişi...” olarak tanımlanmıştır.

Geçici koruma, ilgili Kanunda Madde 91’de “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir.” şeklinde belirtilmiştir [45, 46].

Geçici koruma, 22.10.2014 tarihinde 29153 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Geçici Koruma Yönetmeliği’nde “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan korumayı” belirtecek şekilde tanımlamıştır [47]. Geçici koruma, kısa bir zaman aralığında ülke sınırına yoğun ve devam eden göç varlığında uygulanan, bireysel olarak statü belirlenmediği için kısa zaman alan ve acil durumlarda uygulanan pratik bir uygulamadır [48]. Geçici korumaya ilişkin görev ilgili mevzuat tarafından Göç

İdaresi Başkanlığı'na verilmiştir. Geçici Koruma Yönetmeliği de 13.10.2014 yılında Resmî Gazetede yayınlanmıştır [49]. Geçici koruma ile göç eden kişilere eğitim ve sağlık hizmet sunumunun çerçevesi bu yönetmelik ile belirlenmiştir. Geçici koruma statüsünde olan kişiler Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na çalışma izni için başvurabilirler. Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında Türkçe bilmeyen göçmenlere ihtiyaç halinde ücretsiz tercüman hizmeti sağlanacağı bildirilmiştir [47].

3.2. Göç Sonrası Yaşam, Sağlık ve Kırılgan Alt Gruplar

a. Göç Sonrası Yaşam

Göç sonrasında, göçmenler buldukları bölgenin yaşam koşullarında var olan çalışma ortamında yer almaya başlarlar; ancak göçmenler arasında işsizlik sıklığı. Göçmenler, niteliklerinin çok daha altında işlerde çalışmak durumunda kalabilmektedirler [50]. Düşük ücret ve sosyal haklardan eşit yararlanamama göçmen çalışanların karşılaştıkları sorunlardır [51]. Göçmenler fiziksel olarak zorlayan işlerde çalıştırılabilmekte; fiziksel ve ergonomik olarak risk altında kalabilmektedirler. Bu nedenlerden dolayı yapılan işle ilgili yaralanma ve ölüm sıklığı göçmen çalışanlarda daha fazladır [52]. Ülkemizde Suriyeli bireyler, çalışma yaşamında kayıt dışı, sigortasız çalıştırılma riski de altındadırlar [53].

Göç sonrasında gıda güvencesizliği, sosyoekonomik koşullarla ilişkilidir. Düşük geliri ve kalabalık aileler gıdaya ulaşımında zorluk yaşamaktadır [54]. Gıda marketlerinin konumu ve göçmenlerin bu alanlara ulaşımı gıdaya ulaşım yönünden önemlidir. Gıda etiketlerinin göçmenler tarafından anlaşılması da gıdaya ulaşımı zorlaştırmaktadır [55].

Göç sonrasında göçmenler, uygun konut bulmada zorluk yaşamaktadırlar [56]. Göçmenler, kısıtlı gelirlerinden dolayı uygun standartlara sahip konut şartlarında yaşamamaktadır. Konut özellikleri nedeniyle aileler bölünerek farklı yerlerde yaşayabilmektedir [57]. Kalabalık şekilde, dar konutlarda yaşamak göçmenlerin genel sağlık ve ruhsal sağlıkları için risk olmaktadır [58] [59]. Ankara Altındağ Önder Mahallesi'nde yaşayan 38 koruma altında olan Suriyeli bireyle konut ihtiyaçları ve

tercihlerini etkileyen faktörler üzerine yapılan nitel araştırmada, düşük kira tutarlarının konut memnuniyetinde önemli olduğu gösterilmiştir. Aynı kültürden gelen bireylerle komşu olma, sosyal destek imkanları ve camilere yakınlık özellikleri, Suriyeli bireyler için konutun tercih nedeni olarak tanımlanmıştır. Yetkili olmayan emlakçılar, göçmenlere yüksek fiyatlarla konutları pazarlıyorlardır; ayrıca yerleşilen mahallerin kentsel dönüşüm sürecine girmesi ve güvenlik açıklarının olması Suriyeli bireyleri olumsuz etkilemektedir [60].

b. Göç Sonrası Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Göçmenler, göç ettikleri bölgede diğer kişilere göre göç nedeni ile farklı sağlık risklerinden daha etkilenebilir durumdadır. Göçmenlerin sağlık durumlarının belirleyicilerinde kişisel, sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre etkilidir. Kişisel faktörler arasında yaş, cinsiyet ve genetik özellikler temel faktörlerdir. Sosyal ve ekonomik çevre faktörleri arasında eğitim, gelir ve sosyal statü, iş ve çalışma koşulları, sosyal destek ağları, kültürel örüntüleri, sağlık okuryazarlıkları sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanmada önemli rol oynamaktadır. Fiziksel çevre faktörleri arasında temiz suya erişim, gıda güvencesi, temiz hava, sağlıklı barınma, çalışma ve yaşama alanlarına sahip olma yer almaktadır. Göçün hemen sonrası, yerleşme ve uyum süreçlerinde sağlık durumunu belirleyen faktörlerin etki ağırlığı değişmektedir. Göçün hemen sonrasında barınma ve çalışma olanakları önemli olurken, uyum sürecinde eğitim, kültür, sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek ağlarının önemi artmaktadır [61]. Göç sonrasında, göç edilen ülkedeki sosyal destek hizmetlerinden yararlanmada dil yeterliliği önemli bir etkidir. Göçten önce çalışma deneyimi varlığı göçmenlerin iş bulma olanağını artırmaktadır [62].

Göçmenlerin, göç nedeni ve yasal göç statüleri sağlık durumları üzerinde etkilidir. İşe yerleşme, aileyle olan göç ve eğitim amaçlı göç edenlerin sağlık durumu, siyasi ve politik nedenlere bağlı göç eden göçmenlere göre daha iyidir [63]. İsviçre’de göçmenlerin değerlendirildiği bir araştırmada, sosyoekonomik faktörlerin ve sağlık kapsayıcılığının göçmenlerin sağlık hizmetinden yararlanmasında önemli etkenler olduğu saptanmıştır [64].

Göçmenlerin sağlık hizmeti alımında dil bariyeri olumsuz etki göstermektedir. Dil bariyeri, konuşulan dil farklılıklarının yanı sıra şive, konuşma dili, terminoloji kullanım farklılıkları gibi, sözsüz iletişimin içinde yer alan jest ve mimikleri de içermektedir. Dil farklılıkları nedeniyle iletişimde yaşanan zorluk, göçmenin sağlık hizmeti alımını ve hekimlerin sağlık hizmeti verme süreçlerini iki yönlü etkilemektedir. Dil bariyeri nedeni ile göçmenler uygun sağlık kurumlarına ulaşamamakta, sağlık sorunlarını anlatmakta zorluk çekmekte, düzenlenen tedavilerini anlamakta ve uygulamakta zorluk yaşamaktadır. Hekimler başvuran göçmen hastaların, hasta öyküsünü almakta zorlanmakta, muayene ve tedavinin planlanmasında zorluk çekmektedir. Hekim-hasta iletişimi tam olarak sağlanamadığından bilgilendirilmiş onam alımı da zorlaşmaktadır. Hekimler, göçmen hastanın tedaviyi doğru anlayıp anlamadığı ve uygulandığından emin olamamaktadır [65]. Rutin sağlık hizmetlerinde, eğitilmiş çevirmenlerin görevlendirilmesi göçmenlerin dil farklılıkları nedeniyle yaşadıkları zorluğun etkisini önlemek için önemlidir [66]. İzmir’de 2018 yılında, geçici koruma altındaki Suriyeli bireylere sağlık hizmeti sunumu ile ilgili deneyimleri değerlendirilen hemşirelik fakültesi öğrencileri, dil bariyerinin sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir [67].

Göçmenler, sağlık kuruluşu başvurularından sonra bireysel ve çevresel faktörler nedeniyle reçete edilen ilaçlara ulaşmada da zorluklar yaşamaktadırlar. Bireysel faktörler arasında reçetesinin sağlık sigortası tarafından karşılanma durumu hakkında bilgi sahibi olmaması, yeni ilaca başlamakla ilgili endişe ve önerilen tedaviyi uygulamak istememesi yer almaktadır. Çevresel faktörler arasında ekonomik koşullar ve karmaşık sigorta kapsayıcılığı kuralları bulunmaktadır. Tedavi alımı aksayan göçmenlerde, birinci basamak sağlık kuruluşu başvuruları azalmakta, ağır hastalık riski artmakta ve acil servis başvurularının sıklığı artmaktadır [68].

Göçmenler arasında üreme ve cinsel sağlık hizmetleri gereksinimi ve ulaşımında farklı engeller gündeme gelmektedir. Örneğin, Venezuela ve Brezilya sınırındaki göçmen adolesan ve genç kadınların değerlendirildiği araştırmada %46,4’ünün hiç hijyen kiti almadığı saptanmıştır. El yıkama ve temiz tuvalete erişim konusunda göçmen adolesanlar sorun yaşayabilmektedir [69]. Üreme sağlığı ve cinsel

yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili danışmanlık ve tarama hizmetleri göçmen sağlığının parçası haline getirilmelidir. Cinsel şiddet ve kadın sünneti açısından danışanların değerlendirilmesi gerekmektedir. Üreme sağlığında hizmet alımında örselenebilir gruplara da hizmetleri ulaştırarak, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından danışmanlık ve tedavi hizmetleri verilmelidir [70].

Doğum öncesi dönemde, gebelik komplikasyonları açısından göçmen kadınlar daha fazla riskli durumdadırlar. Kanada'da gestasyonel diyabet tedavisi gören kadınların değerlendirildiği çalışmada, erken doğum ve düşük doğum ağırlığının göçmen kadınlarda daha sık olduğu tespit edilmiştir [71]. Göçmen gebe kadınlar perinatal komplikasyonlar yönünden risk altındadır [72]. Doğum öncesinde, gebe kadınlar dil bariyeri nedeniyle hekimin önerdiği vitamin ve gerektiğinde ilaç tedavilerini doğru uygulayamamaktadır. Sağlık kuruluşlarına bulunduğu ülkedeki dili anlamadığı için başvurmaması, çevresinin önerdiği bitkisel tedavileri uygulaması sağlığı gebenin ve bebeğin sağlığı için olumsuz etki oluşturmaktadır [73]. Hollanda'da 303 göçmen kökenli gebe kadının, 324 Hollandalı gebenin değerlendirilmesi ile elde edilen çalışma sonuçlarında, gebelik sırasında hizmet alım sıklığı ve perinatal komplikasyon açısından iki grup arasında fark saptanmazken, göçmen kökenli gebelerde maternal diyabet ve depresyon sıklığı daha fazla tespit edilmiştir. Göçmen kökenli gebelerin depresif semptomlarının olduğu dönemde hastane başvuru sıklıklarının arttığı saptanmıştır [74]. Göçmen kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, kapsayıcı programların geliştirilmesi önemlidir [75].

c. Göç ve Kırılgan Gruplar

Göçte, göç etme nedeni, göç yolculuğu sırasında ve sonrasında yaşanan olumsuz durumlar, bireysel özellikler nedeniyle uğranılan ayrımcılık, göçmenleri olumsuz koşullardan daha çok etkilenebilir hale getirebilir. Ülkelerinden zorunlu nedenlerle göç etmek zorunda kalan, vardıkları ülkelerde yasal korumanın dışında kalan bireyler göçün etkilerinden daha fazla olumsuz olarak etkilenmektedirler. Göç yolculuğunda kişiler, insan kaçakçılığı riskiyle de karşılaşmakta, ayrıca şiddet ve istismara açık hale gelmektedirler. Göç yolunda ve varılan ülkede insan haklarına

aykırı uygulamalar bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bireysel özelliklerden yaş, cinsiyet, cinsel kimlik, sağlık durumu kişileri kırılğan grup haline getiren önemli faktörlerdendir. Kırılğan gruplar içerisinde, çocuklar, kadınlar, lezbiyen, gey, biseksüel, trans ve interseks (LGBT+) bireyler, yeti yitimi olan bireyler yer almaktadır. Bu faktörler nedeniyle, kişiler daha çok insan hakları ihlallerine maruz kalırken, ihmal ve istismara diğer kişilerden daha açık olmaktadır[76].

Çocuklar, göç sürecinden ve sonrasında olumsuz durumlardan en fazla etkilenen kırılğan gruptur. Göçmen çocuklar, göç nedeni ile fiziksel, ruhsal ve gelişimsel olarak sağlık riskleri ile karşılaşmaktadır. Çatışmalarda göçmen çocuklar hedef olmakta, yaralanma ve ölüm riski ile karşılaşmaktadır [77]. Göç öncesinde, göç sırasında ve göç sonrasındaki sosyoekonomik durum, aile ve çevre özellikleri risklerle karşılaşma sürecini etkilemektedir [78]. Göç sırasında aileler tarafından çocuklar göç edilen ülkede bırakıldıklarında, fiziksel, ruhsal ve gelişim sorunları yaşamaktadırlar. Göç öncesi ve sırasında aile bireyleri kayıpları yaşayabilmekte, tek başına göç etmek zorunda kalabilmektedirler; bu da göç sırasında şiddet ve istismara açık hale gelmektedirler ayrıca insan ticareti yapan kişiler tarafından hedef alınmaktadırlar. Göç sonrasında kamplarda, ihmal ve istismar çocuklar için risktir. Çocuklar, yaşadıkları olumsuz durumlar nedeniyle medyada gündemde en çok yer alan göçmen grubudur. Çocuklar, göç gelinen bölgede ayrımcılık, sosyal damgalanmaya maruz kalabilmektedirler[79],[80]. Göç edilen bölge/ ülkede yoksulluk, uygun barınma koşulları eksikliği, dil farklılıkları nedeniyle iletişimde yaşanan zorluklar ve eğitime devamda zorluk yaşama göçmen çocukların en önemli sorunları arasındadır [81].

Toplumsal cinsiyet bireylerin göç etme nedenlerini, göç yolunda zorluk yaşadıkları alanları, onları bekleyen riskleri, göç sonrasında çalışma alanlarını, topluma uyum sürecini belirleyen önemli bir kavramdır [82]. Kadınlar göç yolunca cinsel taciz, şiddet, insan kaçakçılığı gibi risklerle karşılaşmaktadır. Göç sonrasında etkilenen aile yapısı ile düşük ücretli işlerde çalışma, aile içi şiddet kadını bekleyen risklerdendir. Kadından toplumsal cinsiyet rolleri ve ekonomik koşullar nedeni ile aile, eş ve çocukların sorumluluklarını alması beklenmesinin yanı sıra çalışma yaşamına

katılarak gelir elde etmesi de beklenmektedir [83]. Ülkemize Suriye'den göçte en çok etkilenen çocuklar ve kadınlar olmuştur. Göç öncesi dönemde ve göç sonrasında yaşanan fiziksel, ruhsal, psikolojik ve ekonomik zorluklar en çok örselenebilir grupları etkilemektedir [83].

Lezbiyen, gey, biseksüel, trans ve interseks (LGBT+) bireyler göç yolunda ve sonrasında, göçün getirdiği yüklerin yanı sıra ayrımcılıktan kaynaklanan zorlukları da yaşamaktadır. LGBT+ kişiler için ayrımcılık, şiddet ve tacize uğramak karşılaştıkları risklerdendir. Fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşmada LGBT+ bireyler ek olarak zorluk yaşamaktadır [84].

Yaşlı bireyler göçten, diğer bireylerden daha fazla etkilenmektedir. İleri yaşta göç eden kişiler gelir yönünden zorluk yaşamakta, sosyal güvenlik olanak ve desteklerinden daha az yararlanmaktadırlar [85]. İsrail'de yapılan yaşlı göçmenlerin değerlendirildiği araştırmada mental sağlık ile ilgili şikayetlerinde ve duygusal stres durumunda yardım alma bilgilerinin diğer aynı yaştaki kişilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır [86]. Yerleşilen ülkedeki yeni kültüre uyum sürecinde yaşlı göçmenler zorluk çekmektedir [87].

Yeti yitimi olan göçmenler, göç öncesi, sırasında ve sonrasında zorlukların yanında özel gereksinimlerinden dolayı zorlukları da yaşarlar. Ayrımcılığa uğrama, haklarını savunamama, şiddet ve istismara uğrama riskleri diğer göçmenlere göre daha fazladır [88]. Göç sonrasında kamplar ve programlar yeti yitimi olan kişiler için ulaşılabilir şekilde planlanmamıştır [89]. Yeti yitimi olan korunma altındaki Suriyeli bireyler, Türkiye'ye geliş sürecinde ve sosyal hayatta diğer Suriyeli bireylere göre daha zorluk çektikleri gösterilmiştir. Hareket kısıtlılığı, görme ve işitme kaybı nedeniyle iletişimde zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır [90]. Yeti yitimi olan göçmen kadınların göç sonrası kamp alanlarında diğer göçmen kadınlara göre fiziksel ve cinsel şiddetle karşılaşma riski daha fazladır. Göçmen yeti yitimi olan kadınlarda depresyon sıklığı diğer göçmen kadınlara göre daha fazla olmasına ek olarak sağlık hizmetlerine ulaşımında da zorluk çekmektedirler [91]. Yeti yitimi olan göçmenler, göç ettikleri

Ülkede alışma hayatına entegre olamamakta, toplum sosyal yaşamına entegrasyonda zorluk yaşamaktadır [92].

3.3 Göç ve Çocuk

a. Göçün Çocuk Yaşamı Üzerine Etkileri

Göç, çocuklar için beslenme, barınma, sağlık ve sosyal ruhsal durumla ilişkili sorunları da beraberinde getirmektedir [93]. Göç, çocukların üzerinde sosyoekonomik örselenebilirlik, beslenme ve sağlığa erişimleri üzerinde iki yönlü etkiye sahiptir. Ebeveynlerinin göçü sonrasında, çocuklar daha iyi sosyoekonomik duruma ulaşabilirken, göç nedenleri ve göç gelinen yerin özelliklerine bağlı olarak sosyoekonomik örselenebilirlikleri artabilmektedir [94].

Çocuk işçiliği, göç sonrasında çocukların karşılaştığı önemli sorunlardandır. Lübnan'da 1.902 hanede bulunan Suriyeli 12.708 bireyi değerlendiren araştırmada, kadın aile reisinin olduğu hanelerin daha yoksul, gıda temininde daha zorluk çeken haneler olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ulaşılan ve 4.377 göçmen çocuk işçinin 4-18 yaş arasında olduğu saptanırken, ortalama çalışmaya başlamaya yaşı 10,9 yaş olarak belirlenmiştir. Göçmen çocuk işçilerin %74,8'i tarım iş gücünde çalışmaktadır. Göçmen çocuk işçilerden 8-18 yaş aralığında olanların, %90'ından fazlası zorunlu nedenlerle Lübnan'a göç etmiştir. Göçmen çocuk işçiler arasında, kızların erkeklere göre daha az ücret aldığı, okula devam etme yüzdelerinin erkeklere göre daha az olduğu saptanmıştır. Kız çocuklarda açık hava şartlarında, çok sıcak/soğuk ortamlarda daha fazla çalıştırılmaktadır. Erkek çocuklara göre kız çocuklar delici/kesici ve ağır aletlerle daha çok çalışmaktadır. Kız çocuklar çalışma ücretlerini zamanında alamamakta, işverenden izin alamamaktadır. Göçmen çocuk işçilerin %79,0'ı çevresinde bildiği çocuklarda iş kazası nedeniyle ölüm olayı olduğunu belirtmiştir [94].

Lübnan'da Ağustos-Kasım 2017 döneminde bir başka çalışmada 8-18 yaş arasında 4.090 Suriyeli göçmen çocuk işçinin çalışma koşulları değerlendirilmiştir. Göçmen çocukların fiziksel olarak zorlu koşullarda çalıştırıldığı saptanmıştır. Kız çocukların, erkek çocuklara göre ağır kaldırma, tekrarlayan el/bilek hareketleri nedeni ile zorluk çektiği belirlenmiştir. Erkek çocuklar tamamladıkları parça başı iş için ücret aldıklarını belirtirken, kızlar verilen işin bitmesi için işveren tarafından zorlandıklarını belirtmişlerdir. Kız çocuklarından çalışmalarının dışında, evde ev işlerine yardımcı olması da beklenmektedir [95]. Göçmen çocuk işçilerden, yaklaşık her üç çocuktan

biri (%37,4) çalıştığı yerde fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir. Kız ve erkek çocuk işçiler arasında fiziksel/sosyal stres faktörleri ve zorlu iş koşullarından etkilenme arasında fark tespit edilmiştir [96]. Göçmen çocuk işçilerde, sosyal bağları zayıf olanların sağlıklarının daha kötü olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Sosyal destek, göçmen çocuk işçiler için olumsuz sağlık davranışlarından koruyan bir faktördür [97].

Göçmen kız çocuklarının eğitime devam etmesi, çocuk işçiliği, çocuk yaşta evlilik, ayrımcılık ve şiddet yönünden koruyucu bir faktördür [98]. Kız çocuklarının, çocuk yaşta evliliği, göç edilen yerde yoksulluk ve güvenlik sorunu ile ilişkilidir [99]. Eğitim düzeyi düşük göçmen ailelerde, kız çocuklarında çocuk yaşta evlilik daha sık görülmektedir [100]. Ülkemizde geçici koruma altındaki Suriyeli ve göçmen Afgan bireylerle ilgili, çocuk yaşta evliliğe bakış açısı konusunda alanda çalışan profesyonellerden; dini ve geleneksel yapı, ekonomik durum, evliliğin güvenlik açısından olumlu düşünülmesi, eğitim hayatından uzaklaştırma, tecavüz ve istismarın üzerini örtme, savaş nedenli nüfus kaybının önüne geçmek gibi etmenler ortaya koyulmuştur [101].

b. Göçmen Çocukların Sağlık Hizmetine Ulaşılabilirliği

Çocuk göçmen sayısı tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır. Sosyoekonomik yönden kırılgan olan bu grup için sağlık hizmet programlarının geliştirilmesi ve düzenlemelerin yapılandırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Düzenlemelerle sağlıktaki eşitsizliklerinin önlenmesi, kapsayıcı bir sağlık hizmet modelinin geliştirilmesi hedeflenmelidir [102]. Düzensiz göçmen çocuk sağlık hizmet sunumunda, güven veren bir yaklaşım benimsemek, çocuğun üstün yararını hedeflemek ve çatışmaları çocuğun yararına olacak şekilde çözümlenmeyi yaklaşım haline getirmek önemlidir [103].

Göçmen çocukların sağlık hizmetlerine erişimleri insan hakkıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için programlar yapılmalıdır ve COVID-19 pandemi döneminde olduğu gibi kriz zamanlarında örselenebilir gruplara yönelik önlemlerden yararlanmalıdırlar [104]. Ukrayna çatışmaları sonrasında, ülkelerinden ayrılan göçmen çocuklar için İsviçre için yapılan öneride öncelikle akut hastalıkların

tedavisi, daha sonra ayrıntılı sağlık öyküsünün alınması, ebeveyn varlığı, konut ve okul olanaklarının öğrenilmesi önerilmiştir. Psikolojik yönden semptomların irdelenmesi, travmatik detayları hatırlatmaktan kaçınılarak güven duygusunun sağlanması vurgu yapılmıştır. Yaşa uygun aşılama takviminin gözden geçirilmesi ve eksik aşılardan tamamlanması, enfeksiyon hastalıkları açısından göçmen çocukların değerlendirilmesi önerilmiştir. Ebeveynlere sağlık kuruluşlara, sağlık kapsayıcılığı ve katkı payı ödemeleri ile ilgili bilgiler verilerek, acil durum numaraları ile ilgili bilgilendirme yapılması gerektiği bildirilmiştir [105].

Göçmen aileler, çocuklarının sağlıkla ilgili şikayetleri nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve acil sağlık hizmetlerine yerli halktan diğer kişilere göre daha az başvurmaktadır [106]. Türkiye’de göçmen çocukların Ocak 2013-Temmuz 2019 tarihleri arasında değerlendirildiği bir çalışmada acil servis başvurularının ve yoğun bakım yatışlarının, yerli halktan çocuklara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir [107]. Suriyeli çocukların kardiyak aciller nedeni ile acil servise başvurularında yaşlarının daha küçük olduğu, doku hipoksisi diğer çocuklara göre daha fazla ağır olduğu ve ölüm riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır [108]. Batı Avrupa Bölgesine 2015-2016 yılları süresinde ülkeye giriş yapan 1.411 göçmen çocuk değerlendirildiğinde, çocukların ve ebeveynleri olmayan çocukların birinci basamak sağlık hizmetine daha çok ihtiyacı olduğu saptanmıştır [109]. Meksika’ya göç eden çocuklar değerlendirildiğinde, Meksika’ya ait doğum belgeleri olmadığı için eğitim ve sağlık olanaklarına erişimlerinde zorluk yaşanıldığı ortaya koyulmuştur [110]. Avustralya’da Afrika kökenli göçmenlerin değerlendirildiği araştırmada, sağlık merkezlerinin toplu ulaşım ile ulaşılabilirliği ve uzaklığının sağlık hizmet alımında etkili olduğu ortaya koyulmuştur [111]. Çin’de yapılan bir araştırmada, ailelerinin göç ettikleri ülkedeki sosyal entegrasyonu iyi olan çocukların sağlık muayene imkanlarından yararlanma durumu, diğer göçmen çocuklara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Sağlık sigortası olması, ailenin buldukları ortamda sosyal etkinlikleri katılması göçmen çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında olumlu etkilidir [112].

Göçmen çocuk acil servis başvurularında, semptomlara yönelik görüntü kartlarının geliştirilmesi ve hasta medikal öyküsünün bu şekilde alınması hasta – sağlık profesyoneli iletişimde olumlu sonuç yarattığı saptanmıştır [113]. Dil farklılıkları nedeniyle iletişimde yaşanan güçlüklerin aşılmasında, görüntü temelli dijital iletişim de önerilen yöntemlerden biridir. Bu yöntem de açıklayıcı, farklı kültürler açısından aynı şekilde anlaşılır, yüksek çözünürlüklü dijital resimlerin kullanılması önerilmiştir [114].

Göçmen çocukların sağlık hizmeti alımında ebeveynlerinin sağlıkla ilgili düşünceleri ve sağlık okuryazarlığı önemlidir. İngiltere’de göçmen ebeveynler ve okul öncesi dönemde sunulan çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmada koruyucu sağlık hizmetlerinde hekim ve hemşire iş birliği ile ortak şekilde yürütülmesinin, ebeveyn otonomisi üzerinde çocuk sağlığı hizmetlerinin proaktif planlanmasının göçmen ebeveynlerce göç ettikleri ülkeden farklı olarak algılandığı saptanmıştır [115]. Ebeveynlerinin göç ile ilgili yaşadığı olumsuz deneyimler çocukların iyilik hallerine de yansımaktadır. Ebeveyn eğitim programlarının, göçmen aileler ve çocukları arasındaki bağı kuvvetlendirmede, olumlu ebeveynlik davranışlarının geliştirilmesinde ve ebeveynlerinin streslerinde azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır [116]. Erken çocukluk dönemi eğitim ve bakım hizmetlerinden yararlanan çocukların ebeveynlerinin sosyal entegrasyonunun, diğer göçmenlere göre daha iyi olduğu saptanmıştır [117]. İletişimde yaşanan güçlükler, ebeveynlerin göçmen çocukların eğitim sürecinde desteğini ve kararlara katılmasını olumsuz etkilemektedir [118]. Sosyal ve kültürel yönden destekleyici, farklı kültürel özelliklere sahip kişilerle iletişimi geliştiren yöntemlerin kullanılması ebeveynlerin katılımını destekleyebilir. Ebeveynler arasında sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, göçmen çocukların sağlık hizmeti alım süreçlerini iyileştirecektir [119]. Göç ile ülkeye geldikleri süreçte erken dönemde, annelere anneliğe giriş, çocukluk dönemi hastalıkları, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi başlıklarda bilgiler içeren eğitim ve programların düzenlenmesi sağlık okuryazarlığının arttırılması yönünden önemlidir [120].

c. Göçmen Çocuklar, Bakım, Sağlık Durumu ve Geleneksel Yaklaşım
i. Göçmen Çocuklar ve Beslenme

Göçmen ailelerde gıda güvencesizliği, çocukların gelişimi için önemli bir sorundur. Ailelerin gelir düzeyleri gıdaya erişimleri için önemlidir. Ekonomik olarak zorlanılan zamanlarda buldukları bölgedeki sosyal bağları ebeveynlerin çocukları ev halkı için gıdaya ulaşımını kolaylaştırır. Göçmen ailelerin gıda temininde karbonhidrat ağırlıklı temel gıdaların temin daha kolay olabilmektedir. Bu durum göçmen çocukların dengeli beslenmesini etkilemektedir [121]. Sağlık hizmetlerine başvurular değerlendirildiğinde göçmen çocuklarda, bodurluk, şişmanlık, Vitamin D yetersizliği ve anemi nedeniyle başvuruların sık olduğu saptanmıştır [122].

Anne sütü, çocukların yaşamın ilk anından itibaren beslenmesi için önemli bir gıdadır. Yapılan araştırmalarda göçmen kadınlarda, göç edilen ülkedeki kadınlara göre emzirmenin daha sık olduğu saptanmıştır [123]. Göçmen annelerin emzirme davranışı, kişisel, çevre şartları ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Kişisel faktörler arasında sosyoekonomik faktörler, kültürel değerler, emzirmenin önemli görülmesi ve emzirmeye hazır olmak yer almaktadır. Suriyeli kadınlar, emzirmeye olumlu bakmaktadır, fakat altı aya kadar sürmesi konusunda zorluk yaşamaktadırlar. [124]. Suriyeli annelere destek emzirmenin devamlılığı için önemlidir [125]. Ülkemizde 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, Suriyeli bireylerin ele alındığı örnekleme 6 aydan küçük bebeklerin %52,0'ünün sadece anne sütü ile beslendiği saptanmıştır. Suriyeli 2 yaş altı çocukların %73,0'ünün doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirildiği ortaya koyulmuştur [125].

Göçmen çocuklarda şişmanlık, önemli bir sağlık sorunudur. Avusturalya'da göçmen çocuklar ve annelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, annelerinin göç edilen bölgedeki beslenme alışkanlıklarının çocukların beslenmesi ve şişmanlık riski üzerinde etkili olduğunu göstermiştir [126]. İspanya'da yapılan bir araştırmada, göçmen çocukların yerli halktan diğer çocuklara göre kilolu/şişman olma riskinin 1,67 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik eşitsizlikler bu durumda önemli rol oynamaktadır. Göçmen çocuklar daha fazla şekerli içecek tüketimi, düşük fiziksel aktivite düzeyi, uzun ekran maruz kalımı yönünden risk altındadır [127]. Hollanda'da

4-12 yaş çocuğu olan 5.010 göçmen ebeveynin çocuklarının beslenmesi hakkında yapılan değerlendirmede, çocukların %22,1'i yetersiz sebze ve %11,9'u yetersiz meyve tükettiği bulunmuştur. Yetersiz miktarsa sebze tüketimi, annenin olmaması, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, düşük çevre sosyoekonomik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur [128]. İngiltere'de 74 düzensiz göçmen çocuk ve hane halkının değerlendirildiği araştırmada, %75,6 göçmen çocuğun gıda güvencesi açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Göçmen çocukların ilgili kurumlar tarafından düzenlenecek destek programlarına ihtiyacı vardır [129]. Sırbistan Belgrat göçmen merkezinde göçmen çocuklarla ilgili yapılan değerlendirmede yaklaşık %75'inin gıda ve gıda dışı ihtiyaç maddesine ihtiyacı olduğu saptanmıştır; başvuruların %38'i sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmıştırdır [130]. İsviçre'de 528 göçmen çocuğun vitamin D düzeyi yönünden değerlendirildiği araştırmada, %73'ünde vitamin D eksikliği saptanmıştır. Göçmen çocuklar için ülkeye gelişlerinde ve kış aylarında vitamin D düzeyi değerlendirilerek, eksiklik halinde yerine koyma tedavisinin yapılması komplikasyonların önüne geçilmesi açısından önemlidir [131]. Göçmen çocuklarda sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmayı hedefleyen çevrimiçi mobil uygulamalar, kültürlerarası sağlıklı beslenme ve yemek tarifi kitapları ve ücretsiz fiziksel aktivite uygulamaları obezite ile mücadelede başarılı sonuçların elde edilmesini sağlamıştır [132].

ii. Göçmen Çocuklar ve Fiziksel Aktivite

Göçmen çocukların yaşam alanlarında fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik çevre düzenlemelerinin yapılması, ücretsiz spor programlarının yapılması önemlidir [133]. Avustralya'da, dil ve kültürel farklılıkları olan göçmen annelere, yeni doğan beslenmesi ve aktif çocuk oyunları konuları ile ilgili yapılan telefonla yapılan bilgilendirme ve eğitimler dil bariyeri ve ulaşım zorluğunu ortadan kaldırdığı için katılımcılar tarafından olumlu karşılanmıştır [134]. Okul tabanlı sosyal etkinlikler, fiziksel aktiviteler ve ruhsal sağlık hizmetleri göçmen çocuklara ulaşmada ve sağlığı geliştirme etkinliklerini yürütmede önemlidir. Bu yolla eğitim ve hizmetin yer ve dil farklılığının iletişim yönünden yarattığı güçlükler ortadan kalkmaktadır [135].

iii. Göçmen Çocuklar ve Ruh Sağlığı

Sosyal hayat ve okul yaşamında göçmen kökenli çocuklar ayrımcılık ve olumsuz davranışlarla karşılaşabilmektedir. Bu durum ruhsal sağlıkları ve sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etkiye sahiptir [136]. Akran zorbalığı, göçmen çocukların okulda karşılaştıkları olumsuz durumlardan biridir [137]. Koruma altındaki Suriyeli çocuklar okulda Türkçe bilmemeleri nedeni ile sınıf arkadaşları ve öğretmenleri ile iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Öğretmenler, Suriyeli çocukların sosyal gelişim ve akademik ilerlemesini dil farklılığının iletişimdeki yarattığı güçlükler nedeniyle takip etmekte zorlanmakta, ebeveynleri ile yeterli iletişim kuramamaktadırlar. Sınıf ortamında, diğer çocuklar tarafından ayrımcılığa uğrayabilmektedir [138]. Suriyeli çocukların okula adaptasyonlarında aile katılımı önemlidir. Ebeveynlerin katılımının evde, okulda ve ebeveyn-öğretmen iletişimi olmak üzere üç boyutu vardır. Ebeveynlerin evde çocukların okul ile ilgili olumlu/olumsuz yaşadıklarını öğrenmesi, eğitim ve öğrenme sürecini desteklemesi önemlidir. Okul düzeyinde, ebeveynin okul iletişim gruplarında var olması, haber ve duyuruları aktif takip edebilmesi, eğitim ve okul sürecinde alınacak kararlara katılım sağlayabilmesi Suriyeli çocukların okula uyumunu arttırmaktadır. Ebeveyn ve öğretmen iletişimi, çocuğun sosyal ve eğitim yönünden gelişim sürecinde destek ve iş birliği açısından önemlidir [139].

İsviçre’de yapılan çalışmada göçmen çocukların ruhsal hastalık tanıları olmasına karşın, ülke vatandaşı olan çocuklarla benzer sıklıkta uygun tedaviye ulaşamadığını göstermiştir [140]. Göçmen adolesanların ayaktan psikiyatri polikliniği başvurularında, ailelerinin sosyoekonomik durumunun etkili olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik durumu daha iyi olan ailelerin çocukları ruh sağlığı hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır [141]. Göçmen çocuklar, travma ve kültürel değişim nedeniyle olumsuz kişilik özellikleri geliştirmek yönünden risk altındadır [142]. Ülkemize gelen Suriyeli çocukların Haziran 2016-Aralık 2018 arasında bir üçüncü basamak hastanenin çocuk ve adolesan psikiyatri polikliniğine başvurularının değerlendirildiği çalışmada, savaş ilişkili travmatik yaşam olaylarının diğer travmalara göre daha olumsuz etkisinin olduğu saptanmıştır [143]. Aileden ayrılma, ayrımcılık göçmen çocukları olumsuz etkileyen durumlardandır [144]. İstanbul Sultanbeyli

İlçesinde 2019 yılında 852 Suriyeli çocuğun değerlendirildiği araştırmada, yaşla birlikte depresyon ve post travmatik stres bozukluğunun arttığı saptanmıştır [145]. Anksiyete ve post travmatik stres bozukluğu kız çocuklarda, erkek çocuklara göre daha fazladır. Hane gelir düzeyi, eğitim fırsatlarına ulaşım ve konut büyüklüğünün ruhsal semptomlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Depresyon, eğitim almayan ve küçük konutlarda yaşayan Suriyeli çocuklarda daha sık görülmektedir [146]. Göç öncesi ve sonrası dönemde travmatik yaşam olayları, fiziksel ve ruhsal istismar, şiddet ve aileden ayrılma gibi nedenlerle 11-18 yaş arası göçmenler alkol ve madde kullanımı yönünden risk altındadır [147].

Göç eden adolesanlardan, ebeveynleri veya akrabaları ile yaşamalarının ruhsal destek, sosyal hayata uyum yönünden olumlu etkisi olduğu saptanmıştır [148]. Okul entegrasyonu ve toplum içinde yer alma göçmen çocukların sosyal iyilik hallerinde önemli rol oynamaktadır [149]. Erken çocukluk çağı gelişiminin desteklenmesi, sığınmacı çocukların ileri yaştaki fiziksel ve ruhsal sağlıkları için önemlidir. Göçmen kabul merkezleri, göçmen çocuk ve aileleri için yaşam ve destek alanı olurken, sığınmacı çocuklar ve ebeveynleri için destekleyici çevre oluşumunda önemli rol sahibidir. Bu bölgelerde çocuk dostu ve psikososyal gelişimi destekleyen alanların oluşturulması, gelişime uygun aktivitelerle sığınmacı çocukların desteklenmesi, ebeveynlere uygun desteğin sağlanmasının çocukların iyilik halinin geliştirilmesi için önemli olduğu tespit edilmiştir [150]. Göçmen çocukların sosyal destekte grup etkinliklerinde yer alması, ruhsal durumlarını iyileştirilmesi toplumla entegrasyonlarını arttırmaktadır [151]. Okullarda yürütülecek uygulamalar ile farklı kültürden çocuklar arasında negatif etkileşimin azaltılması, olumlu ilişkilerin geliştirilmesini sağladığı belirtilmiştir [152].

iv. Özel Gereksinimi Olan Göçmen Çocuklar

Gelişme geriliği, göçmen çocuklarda dil farklılığının iletişimde yarattığı güçlükler ve kültürel farklılıkla nedeniyle tanı koymada zorlanılan durumlar arasındadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, göçmen çocuklarda gelişme geriliğinin ön tanısının değerlendirilmesi açısından önemlidir [153]. İngiltere’de 514 göçmen aileye mensup çocuğun değerlendirildiği çalışmada, İngiltere doğumlu çocuklarda

gelişim geriliği sıklığı ile karşılaştırıldığında, bir göçmen kökenli ebeveyne sahip çocuklarda yaklaşık iki kat, iki göçmen ebeveyne sahip çocuklarda yaklaşık üç kat olduğu saptanmıştır [154]. Hong Kong'da, Pakistan, Nepal ve Hindistan kökenli göçmen çocuk ve ebeveynlerinin değerlendirildiği nitel çalışmada, damgalanma ve sosyal izolasyon nedeniyle sağlık hizmet alımında gecikme saptanmıştır. Dil farklılığı nedeniyle iletişimde yaşanan güçlüklerle ilgili olarak özel eğitim kurum bulmanın zorlaşması, ebeveynlerin var olan özel eğitim kurumları konusunda bilgi sahibi olmaması özel gereksinimli göçmen çocukların desteklenmesini zorlaştırmıştır [155].

v. Göçmen Çocuklar ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Göçmenlerde kronik hastalıklarda hastalığa ait bilgi, tutum ve sağlık hizmetlerine ulaşım hastalık komplikasyonları ve seyri üzerinde etkilidir. Hastalığa ait bilgi ve tutum kültürel özellikler ve sağlık okuryazarlığından etkilenirken, sağlık hizmetlerine ulaşım sosyoekonomik düzeyden ve sigorta kapsayıcılığından da etkilenmektedir [156]. Göçmen çocukların kronik hastalıklarında yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşımını hastalığın seyri açısından önemlidir. Ürdün'de göçmen çocuklar üzerinde yapılan değerlendirmede, Tip 1 diyabet hastası göçmen çocukların glisemik kontrollerinin bozuk olduğu, yerli halktan diğer çocuk hastalara göre daha fazla akut komplikasyonla karşılaştıklarını saptamışlardır [157]. Almanya ve Avusturya'da Tip 1 diyabet tedavisi yönünden takip edilen Orta Doğu ve Afrika kökenli göçmen çocuklarda, Hba1c düzeyinin ve mikroalbumeminin diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Afrika kökenli çocuklarda Tip 1 diyabete bağlı hipoglisemi ile acile başvuru, Orta Doğu kökenli çocuklarda retinopati nedenli başvuru sıklığıdır [158].

Ülkemizde onkoloji tedavisi alan Suriyeli çocuklar tedavi sürecinde uygun barınma, hijyen ve beslenme koşullarına erişimde zorluk çektiği gösterilmiştir. Yaşam koşullarının, hastalıkları sürecinde hastane başvurularını arttırmakta, hastalık tedavi süreçlerini uzatmaktadır. Hastane yatışları sırasında ilaç temininde zorluk çekilmezken, ayaktan poliklinikte tedavi edilen göçmen çocukların onkoloji ilaçlarının temininde zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Yer değiştirme ve ülkeye geri dönüşler de tedaviyi aksatmaktadır [159]. Onkoloji tedavisi alan koruma altındaki Suriyeli çocuklar ile Türkiye vatandaşı olan çocukların prognoz ve tedavi sonuçlarının değerlendirildiği

bir araştırmada (2012-2019), Suriyeli çocuklarda Türkiye vatandaşı çocuklara göre metastaz ve relapsa daha fazla rastlanmıştır. Tedavi sonrası hayatta kalma süreleri Suriyeli çocuklarda, Türkiye vatandaşı çocuklara göre daha kısadır [159]. Ülkemizde Konya İlinde, onkoloji tedavisi alan çocuklar değerlendirildiğinde, lösemi dışındaki lenfoma ve santral sinir sistemi kanserlerinde ilerlemiş dönemde hastane başvurusu olduğu ortaya koyulmuştur [160].

Göçmen çocukların ağız ve diş sağlığı düzeyleri, ağız sağlığı bakımı ve ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkilidir [161]. Ürdün’de 606 Suriyeli çocuğun ağız sağlığı yönünden değerlendirildiği araştırmada, %96,1 çocuğun düzenli diş fırçalama alışkanlığının olmadığı tespit edilmiş olup, kötü ağız hijyeni ve maloklüzyon açısından riskli olarak tanımlanmışlardır [162]. Göçmen çocuklarda, ağızda çürük diş varlığı sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkili olup ebeveynin düşük ekonomik düzey ve yetersiz sağlık bilgisinin etkili faktörler olduğu belirlenmiştir [163]. Göçmen annelerin ağız diş sağlığı konusunda bilgisinin yeterli olması çocuklarda ağız ve diş sağlığının iyi düzeyde olmasını sağladığı belirtilmektedir [164].

vi. Göçmen Çocuklar, Bulaşıcı Hastalıklar ve Aşılama Hizmetlerine Erişim

Göçmen çocuklar, kalabalık yaşam, olumsuz yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması nedeniyle bulaşıcı hastalıklar açısından riskli gruptur. Akut üst solunum yolu hastalıkları, gastrointestinal enfeksiyonlar kalabalık ve yetersiz yaşam koşulları ile ilişkili olarak artmaktadır. Yaşa uygun aşılanmanın tam olmaması, bulaşıcı hastalıklar açısından göçmen çocukları olumsuz etkilemektedir. Göçmen çocuklarda tüberküloz, HIV, hepatit B ve C, aşı ile korunulabilen hastalıklar (kızamık, kızamıkçık, kabakulak, difteri, tetanoz, boğmaca ve Hemophilus İnfluenza Tip B) sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıklarıdır. [165]. Göçmen çocuklarda yüksek tüberküloz insidansı nedeniyle, tüberküloz tarama programlarının geliştirilmesi ve hastalık saptanması durumunda tedavinin tamamlanması sağlanmalıdır [166].

Kalabalık yaşanılan ortamlarda, göçmen çocuklarda pedikülozis (bitlenme) ve skabiyes (uyuz hastalığı) görülebilmektedir. Parazitik hastalıklardan bağırsak parazitleri göçmen çocuklarda sık görülmektedir [165]. Göçmen çocuklarda parazit

enfeksiyonları sık olmasına rağmen asemptomatik seyredebilmektedir. İspanya’da 813 göçmen çocuk katılımcı ile yapılan değerlendirmede, çocuklarda en sık giardia (%35,3), şistozomiazis (%19,1), toksokariasis (%15,4), strongleides enfeksiyonu (%9,1) olarak saptanmıştır. Göçmen çocukların, %29,6’sına en az bir parazit enfeksiyonu tanısı konulduğu saptanmıştır. Göçmen çocuklarda yüksek riskli gruplarda, parazit enfeksiyonu taraması önerilmektedir [167].

İngiltere’de 36 ülkeden, 12.526 göçmen çocuğun değerlendirildiği çalışmada, çocukluk çağı aşı programında %80,9’unun en az bir kızamık aşısı dozu, %84,4’ünün en az bir doz oral polio aşısının olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağında yapılan aşılardan yaş, ülke, sağlık değerlendirilmesinin yapıldığı ülke yeri gibi faktörlere bağlı olduğu saptanmıştır [168]. Ülkemizde Ocak-Şubat 2017 aralığında 89.986 koruma altında olan Suriyeli çocuğun değerlendirildiği çalışmada, çocukların %74’ünün ülkemizde doğduğu, ülkemizde doğan çocukların %20,3’ünün hiç aşılanmadığı tespit edilmiştir. Aşı takviminde eksik aşılardan değerlendirildiğinde, %70,8’inin oral polio aşısının, %76,6’sının kızamık, kızamıkçık, boğmaca aşısının ve %76,0’ünün hepatit A aşısının eksik olduğu saptanmıştır [169]. Ülkemizde, Hatay İlinde bir üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru yapan Suriyeli çocukların aşılanma durumu değerlendirildiğinde, yaklaşık yarısının (%47,9) aşılardan tamamlandığı tespit edilmiştir. Göçmen çocukların ebeveynlerinin %90,0’i aşılanma için aile sağlığı merkezinden hizmet aldıklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin aşı yaptırmalarında dil bariyeri önemli bulunmuştur. Ebeveynlerin %10,3’ü kimlik kartı olmaması nedeniyle çocuklarına aşı yaptıramadığını belirtmiştir. Anne eğitim düzeyi aşılardan tamamlanmış olması açısından etkilidir. Sosyoekonomik düzeyi, aşılardan tamamlanması açısından olumlu etkilidir [169]. Atina’da değerlendirilen göçmen çocuklarda, poliovirüs bağışıklık seroprevalansı değerlendirildiğinde, %13,5’inin en az bir polio alt tipine karşı bağışıklık düzeyinin yetersiz olduğu ortaya koyulmuştur. Polio endemik bölgelerden göçlerde, çocuk ve erişkinlerin ilk doz oral polio aşısının uygulanması önerilmektedir [170]. Çin’de göçmen çocukların aşılanma yönünden değerlendirildiği bir çalışmada, ailelerinin ekonomik, sosyal, kültürel ve buldukları topluma aidiyet yönünden düşüncelerinin çocukların aşılanma düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Sağlık sigortası olan,

buldukları ortamdaki dili konuşan ve sosyal entegrasyonu olan göçmenlerin çocukları arasında tam aşılı yüzdesi, diğer göçmenlere daha fazladır [171]. Danimarka'da sağlık çalışanları göçmen çocukların aşılmasında önceki aşılama ile ilgili aileden bilgi edinmek için çevirmenlerden yararlandıklarını, Dünya Sağlık Örgütü yayınlarından göç edilen ülkedeki aşılama takvimi hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Ailenin göç ettikleri ülke, ulaşılan son bölgeye kadar geçirdikleri zaman ve ebeveynlerin genel durumu sağlık çalışanları için çocukların aşılama gereksinimleri için yol gösterici olduğu belirtilmiştir [172].

vii. Göçmen Çocuklar ve COVID-19

Pandemi nedeniyle, çocukluk çağı takip, tarama ve aşılama hizmetleri olumsuz etkilenmiştir. Pandemi döneminde, uzaktan muayene ve danışmanlık sağlık hizmetlerinde göçmenlerin yararlanmasını azaltmıştır. Bu durum üzerinde dil farklılığının iletişim yönünden yarattığı güçlükler ve dijital olanaklara sahip olmamak etkili olmuştur. Göçmenler arasında COVID-19 enfeksiyonu ve aşılar ile ilgili yanlış bilgiler dolaşmaktadır [173]. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Meksika'dan yalnız göç eden çocuklar üzerinde yapılan değerlendirmede pandeminin yalnız göçmen çocukların uygun barınma olanaklarına yerleştirmelerini güçleştirdiği ortaya koyulmuştur. Sağlık kapsayıcılığındaki yetersizlik COVID-19 test yaptırma ve tedavi olanaklarına ulaşmada göçmen çocuklar zorluk yaşamışlardır [174]. Göçmen aileler arasında koruyucu sağlık hizmetine ulaşmada zorluk çekenler, aşılama hizmetlerinden yeterince yararlanamamışlardır. Düşük eğitim düzeyi olan ve aşı tereddüdü yaşayan ailelerin çocukları COVID-19 aşılama hizmetlerine ulaşamamışlardır [175]. Pandemi sırasında uygulanan evde kalma uygulamaları, göçmen çocuklarda da fiziksel aktivite düzeyini azaltmış ve şişmanlığın artmasına neden olmuştur [176]. Pandemi nedeni ile yapılan kısıtlamalar, göçmen çocukların ruh sağlığı hizmetlerinden de yararlanımı azaltmıştır [177]. Pandemi nedeniyle iş kaybı, dolayısıyla gıda güvencesizliğinin ortaya çıkması ebeveynlerde ve çocuklarda beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur; ayrıca anksiyete ve depresyon sıklığı da artmıştır [178]. Ev halkından COVID-19 ile enfekte kişinin olması ailelerde stres ve kaygıyı artmıştır. Hastalanan kişinin anne ve çocuklar olduğu durumda, bu durum daha yoğun yaşanmıştır [179].

COVID-19 pandemisi nedeniyle, çocukların korumasına sosyal hizmetlerin uygulamalarının kısıtlanmış olması, sorunu olan çocuklara ulaşımı zorlaştırmış, çocuk istismar ve şiddet vakalarında artış saptanmıştır [180]. Pandemi nedenli, uzaktan eğitim modeli göçmen çocukların eğitim süreçlerini olumsuz etkilemiştir. İnternet tabanlı eğitim için gereken bilgisayar, tablet gibi gereksinimlerin sağlanamaması, ebeveynlerin dijital okuryazarlıklarının az olması uzaktan eğitimi etkilemiştir [181].

viii. Geleneksel Sağlık Bakım Uygulamaları

Sağlıkla ilgili geleneksel uygulamalar, toplumdaki kültürel özellikler ile ilişkilidir. Hastalık durumunda geleneksel uygulamalar, çocukların sağlık kurumuna getirilmesini geciktirmekte, hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır. Antalya’da bir ikinci basamak hastaneye yapılan başvurularda, 1-12 ay bebeği olan annelerin %74,3’ü sağlık kurumuna başvurmadan bebeklerinde ağrıyı geçirmek için evde uygulama yaptıkları belirlenmiştir. Anneler bebeklerde karın ağrısı olduğunda yapılması gerekenlere ilişkin bilgileri %77,8 ile aile büyüklerinden ve %24,7 ile kitap ve internetten ulaştıklarını belirtmişlerdir. Annelerin %12,3’ü karın ağrısı ile bilgiye hekimden ve %4,4 ile hemşireden ulaştığını belirtmiştir. Bu araştırmaya katılan annelerin %63,6’sı boğaz ağrısı durumunda sağlık kurumuna başvurmaksızın bebeğine antibiyotik verdiğini belirtmiştir [182]. Manisa’da (2005) annelerin çocukların ateşi olduğunda vücudunu sirkeli su ile silme geleneksel uygulamasının sıklığı değerlendirildiği çalışmada, annelerin %8,0 bu uygulamayı yaptıklarını belirtmişlerdir [183]. Burun tıkanıklığı durumunda, çocuğun burun deliklerine tuzlu su damlatılması uygulanan geleneksel uygulamalardandır [184].

Çocuklarda karın ağrısında, ebeveynlerin gaz olmaması gerekçesiyle soda ve çörek otu yağı içirme hemşireler tarafından gözlemlenen geleneksel uygulamalardır. Ancak, soda içirilen yenidoğanların kusma ve rehidratasyon ile başvurduğu belirtilmiştir. Çörek otu yağı içirilen çocuklarda, alerjik reaksiyon ve solunum durması ile hastane başvuruları saptanmıştır [185]. Ülkemizde batı ve doğudan iki ilde 2015 yılında yapılan değerlendirmede, 1-12 ay arası bebeği olan göçmen annelerin, batıda yer alan ilde yaşayan annelerin %39,7’si ve doğuda yer alan ilde yaşayan annelerin %54,3’ü karın ağrısı durumunda doktora başvurmadan ilaç verdiğini belirtmiştir [186].

3.4. Göçmen Sağlığı Hizmetleri

a. Göçmen Sağlığı Hizmetlerinde Engeller

Göçmenler sağlık hizmetlerinde sosyal, kültürel ve sağlık sistemi kaynaklı engeller yaşamaktadır. Göç süreci göçmenler yönünden fiziksel ve psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Özellikle kayıt dışı göçmenler diğer göçmenlere göre bu sorunlarla daha fazla karşılaşmaktadır. Göç edilen ülkede kayıt dışı göçmen olmak sağlık hizmeti alımını güçleştirmektedir. Kayıtsız göçmenlerin sağlık hizmet alımı sağlık sistemi içerisinde diğer göçmenlere göre daha kısıtlıdır. Kayıtsız göçmenler, sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta, özel hastanelerden ücretli şekilde sağlık hizmeti alımına yönelmektedirler. Bu durumda da ekonomik koşullar sağlık hizmeti alımı süreçlerini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık sisteminde göçmen hastalara karşı tutum ve sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan olumsuz deneyimler göçmenlerin sağlık hizmeti alımında karşılaştıkları engellerdir. Sağlık hizmeti sunumunda kendilerinin, ailelerinin ve çevrelerinden birinin yaşadığı olumsuz deneyim ilerideki dönemdeki sağlık kurumu başvurularında olumsuz algı yarattığı ortaya koyulmuştur. Dil bariyeri göçmenlerin sağlık kuruluşlarına başvurusunda yaşanan önemli engellerden biridir. Toplumsal cinsiyet yönünden ayrımcılık göçmen topluluklarda, kadınların sağlık hizmeti alımında önemli etkenlerdir. Göçmen kadınlar için aynı cinsiyetten tercüman desteğindeki kısıtlılıklar sağlık hizmeti alımında engel yaratmaktadır. İleri yaştaki göçmenlerde kadın sağlığı hizmetlerinin üreme sağlığı hizmetleri ile benzer görüldüğü algısı nedeniyle sağlık kuruluşu başvurusunda çekinme sık görülebilen durumlardan biri olarak ortaya koyulmuştur [187].

Göçmen hastalara sağlık hizmeti sunumunda farklı kültürel yanıt veren yaklaşımın kısıtlı olması göçmenlerin sağlık hizmeti alımında engel olarak saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri için, farklı inanç ve kültürel değerlere bağlı sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan durumlara yönelik yapılandırılmış eğitim ve sağlık kurumu politikası eksikliği ortaya koyulmuştur. Bu durum sağlık hizmeti sunumu sırasında yanlış anlaşılmalara ve olumsuz algıya neden olabilmektedir. Göçmen hastalar yönünden bu durum, sağlık hizmetine karşı olumsuz deneyim algısı ve başvuru süreçlerinde yaşanan engellere yol açmaktadır [188].

b. Ülkemizde Göçmen Sağlığı Hizmetleri

Ülkemizde göçmenlere birinci basamak sağlık hizmetinde aile sağlığı merkezleri ve göçmen sağlığı merkezleri görev almaktadır. Göçmen sağlığı merkezleri aile hekimliği birimlerine benzer olarak 4.000 kişiye hizmet verecek bir hekim ile bir yardımcı sağlık personelinden oluşan göçmen sağlığı birimlerini (GSB) bulundurmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde göçmen sağlığı merkezi bağlı birimler arasında yer almaktadır [189]. Göçmen Sağlığı Merkezleri aile hekimliği için tanımlanan fiziki ve teknik standartlarda oluşturulur. Göçmen Sağlığı Merkezlerinde uyum eğitimi almış Suriyeli sağlık personeli yanında iki dil bilen (Arapça-Türkçe) hasta yönlendirme elemanları ile destek hizmetleri personeli de görev yapmaktadır. Bu yolla dil ve kültür bariyerinden kaynaklanan sorunları aşabilmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırabilmek amaçlanmaktadır [190].

Göçmen nüfusunun yoğun olduğu alanlarda Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde birinci basamak sağlık hizmetlerine yanında iç hastalıkları, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. Hasta kayıtları için "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi" kullanılmaktadır. SIHHAT projesi Göçmen Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaştırılması, işletilmesi ve çalışan personelin istihdamına dair giderler yönünden önemli rol oynamıştır [191].

c. Göçmenler, Sağlık Sistemi ve Sağlık Profesyonelleri

Kısa dönemde göçmen krizlerinde ulusal sağlık sistemine göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve savunuculuk müdahalelerinin rolü önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların göçmen sağlığı konusundaki bilgi ve deneyimleri, göçmenlerin gereksinimlerinin belirlenmesinde önemlidir. [192]. Dünyada artan göçlerle, sağlık çalışanları çok sık olarak göçmenlere sağlık hizmeti veren sağlık profesyoneli konumunda bulunabilmektedirler. Ancak, tıp fakültesi ders programında göçmenlere ve azınlık gruplara ait sağlık yakınma ve hizmetleri arasında, cilt muayenesi ve fizik muayenede karşılaşılabilecek patolojilerle ilgili sınırlı bilgi verilmektedir. Örneğin; tıp fakültelerinde fizik muayene derslerinde farklı etnik kökene sahip, daha koyu ten renkleri için siyanoz belirtilerine ilişkin bilgilendirme

programda yer almamaktadır. Oysa, fizik muayene uygulama pratiğinde farklı ten renklerindeki farklı patolojilerin klinik görüntüleri yer almalıdır [193].

Kültürel farkındalığı arttıran eğitim programının düzenlenmesi göçmen sağlığı hizmet sunumu açısından önemlidir. İspanya’da göçmen hastalara hizmet veren hekimler göçmenlerin başvuru nedenlerini ruhsal sağlık sorunları (%67,5), enfeksiyon hastalıkları (%55,3) ve bulaşıcı olmayan hastalıklar (%43,9) olarak sıralamışlardır. Katılımcıların %63,6’sı sağlık profesyonellerinin kültürler arası sağlık hizmet becerilerinin geliştirilmesinin göçmen sağlığı hizmetlerinde olumlu etkisi olacağını belirtmiştir. Diğer taraftan katılımcıların %88,6’sı dil bariyeri, %70,6’sı kültürel farklılıklar ve %68,4’ü yönetsel sorunlar nedeniyle göçmen hastaların sağlık kurumuna başvuruda zorlandığını belirtmiştir. Göçmen sağlık hizmeti alımını geliştirilmesinde toplum sağlık temsilcilerinin kullanılması (%61,8) ve çevirmen (%57,0) kullanılmasının yararlı olacağı belirtilmiştir [194]. İsviçre’de birinci basamakta çalışan hekimlerin değerlendirildiği araştırmada %90’dan fazla katılımcının son bir yıl içerisinde dil bariyeri nedeni ile sağlık hizmet sunumunda zorluk yaşadığını saptanmıştır. Hekimler bu süreçte dil farklılıklarının iletişimde yarattığı güçlükleri aşmak için vücut diliyle ifade etme, hasta yakınından tercüme için destek alma ve profesyonel tercüman desteği alma seçeneklerini kullanmaktadır [195].

Ülkemizde koruma altındaki Suriyeli göçmenlere hizmet veren aile hekimleri ile yapılan nitel bir çalışmada, hizmetlerden yararlanma ve sağlık hizmetlerinden beklentinin diğer hastalarla benzer olduğu ifade edilmiştir. Ancak, Suriyeli göçmen hastalara hizmet vermede Arapça bilmemenin olumsuz etkisi de vurgulanmıştır. Göçmen sağlığı ve göçmenlerce sağlık başvurusunda sık kullanılan terimlerin anlamlarının öğrenilmesinin göçmen hastalara hizmet vermede kolaylaştırıcı rolü olduğu belirtilmiştir [196]. Ülkemizin doğusundaki iki farklı ilden, çocuk yoğun bakım üniteleri ve yataklı servislerde göçmen hastalara sağlık hizmet sunumu deneyimi olmuş hemşireler değerlendirildiğinde, zorlandıkları alanlar iletişim, tedavi güçlükleri ve kültürel farklılıklar başlıkları altında toplanmıştır. İletişim güçlüğünde dil farklılığı nedeniyle iletişimde yaşanan zorluk ve tercüman sayısı yetersizliği öne çıkan sorun alanları olarak belirlenmiştir. Tedavi alanında, uygulanan tedavinin anlaşılması, bu

nedenle tedavi sürecinin gecikmesi, tedavinin reddedilmesi yaşanan zorluklardandır. Kültürel farklılıklarda, çocuğa bakış açısı, beslenme ve genel hijyen uygulamalarında farklılıklar ortaya koyulmuştur [197]. Şanlıurfa'da 2017 yılında, yoğun göçmen nüfusunun bulunduğu hastanelerde sağlık hizmeti veren hemşirelerin tükenmişlik düzeyi değerlendirildiğinde, aşırı iş yükü nedeniyle duygusal yönden zorlandıklarını belirtmişlerdir [198].

Göçmen hastalara sunulan sağlık hizmetinde, göçmenlerin ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, çevreyle kurdukları bağlarının değerlendirilmesi önemlidir [199]. Göçmen sağlığı hizmetlerini iyileştirebilmek için uygulanan yasal düzenlemeler, dil farklılığının iletişimde yarattığı güçlükleri aşmak için düzenlemeler, birinci basamakta görev yapan sağlık profesyonellerinin göçmen hasta bakım yeterliliklerinin artırılması ve göçmen hastaların sağlık bilgi ve becerilerinin artırılması müdahale edilebilecek alanlardır [200]. Amerika Birleşik Devletleri'nde göçmenlerin acil sağlık hizmetleri başvuruları değerlendirildiğinde, İngilizce bilmeyen göçmenlerin diğer göçmenlere göre acil sağlık hizmeti başvurularının sık olduğu belirlenmiştir. Bu durum üzerinde göçmenlerin poliklinik randevularına alma ve zamanında sağlık kurumunda bulunmada zorluk yaşaması, kendi kültürlerine uygun sağlık hizmeti imkanlarına erişememesi ve sağlık sigorta kapsayıcılığı ile ilgili zorluk yaşaması etkilidir [201]. Damgalanmaktan korktuğu için sağlık hizmeti almaya çekinen göçmenler için, sağlık iletişimi, göçmen destek grupları ve birinci basamağı temel alan yaklaşım tedaviyi ulaşımlarını kolaylaştırır [202].

d. Sağlık Çalışanları ve Kültürel Yeterlilik

Kültürel yeterlilik tanımı, farklı kültürel yapıların farklılıklarını kabul eden politikalar çerçevesinde farklı kültüre ait bireyler arasında saygılı, olumlu iletişim ve çalışma ortamında bireylerin farklılıklara saygılı davranış ve tutuma sahip olunmasıdır [203]. Kültürel yeterlilikte, kültür başlığı altında değerler, din ve sağlık inançları yer almaktadır. Kültürel yeterlilikte, belirtilen değerlerde farkındalık, bilgi ve beceri düzeyiyle değerlendirilmektedir. Kültürel yeterlilik, devamlı, gelişen demografik ve kültürel yapı farklılıklarına uyum sağlayan bilgi kazanma ve beceri geliştirmeyi gerektirmektedir [204]. Kültürel farklılıklara duyarlı olarak toplumdaki sağlık

sorunlarının belirlenmesi, bu sağlık sorunlarına yönelik etkili program ve koruma stratejilerinin oluşturulmasında önemlidir. Bireylerin öz değerlendirmesiyle oluşan sağlık sorunları, toplumun kültürel örüntüsüyle oluşan yakınma ve sağlık sorunlarının ortaya çıkarmaktadır [205].

Dünya üzerinde artan göçlerle birlikte, farklı etnik ve kültürel örüntüye sahip olan kişilere sağlık hizmeti sunumunda önem verilmesi gereken konuları daha çok gündeme getirmektedir. Göçmenlerin yaşadığı toplumlarda sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi, sağlık hizmetleri ulaşımının herkes tarafından sağlanması için transkültürel (kültürler arası) yaklaşımın sağlık hizmetine ve sağlık eğitime entegre edilmesi önemlidir [206]. Sağlık hizmeti sunumunda kültürel yeterliliğin, sağlık hizmeti alanlar, sağlık hizmet sunumu verenler ve sağlık ile ilişkili sonuçlar üzerinde etkileri vardır. Sağlık hizmeti alanlar açısından kültürel yeterliliğin sağlık hizmet sunumunda niteliğin artırılması ile tedaviye uyum ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet arasında pozitif bir ilişki vardır. Sağlık hizmetinde bütüncül ve kültürel yeterlilik yaklaşımı hizmet alanların sağlık hizmetine duydukları güveni de arttırmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kültürel yeterliliğin geliştirilmesinde, sağlık profesyonellerinin farklı kültürlerle ilgili bilgi düzeyini arttırmasının ve kültürel yeteneklerini geliştirmesinin önemli bir etkisi vardır. Sağlık profesyonellerinde kültürel yeterliliğin geliştirilmesi, kişisel ve profesyonel olarak değer ve ilişkileri geliştirmesinin yanı sıra iş memnuniyetlerini de arttırmaktadır. Sağlıkta eşitsizlikleri azaltması ve tedavi uyumunu arttırması ile hastalıkların görülme sıklığı ve ölümlülük hızlarını düşürmekte, dolayısıyla sağlık harcamalarını düşürmekte ve toplumun sağlık düzeyi yükseltmektedir [207].

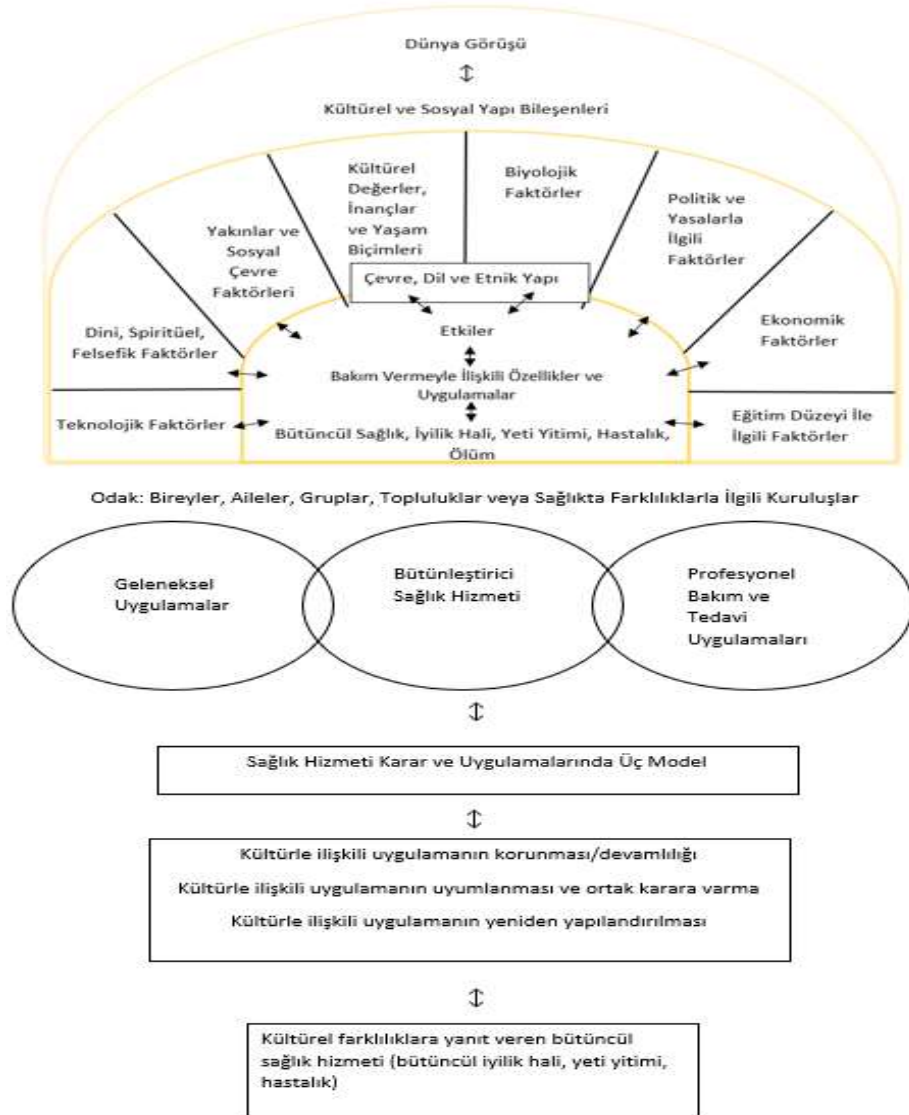
Farklı kültürdeki bireylere sağlık hizmet sunumu sağlık profesyonellerine, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi için kazandırılması gereken bir beceridir. Olumlu hasta-sağlık profesyoneli iletişimi, hastaların tedavi uyumunu ve sağlık çıktılarını olumlu olarak etkilemektedir. Olumlu iletişim, sağlık profesyonelinin hizmet sunumunda yaşadığı zorlukları azaltmaktadır. Eğitim döneminde, farklı kültürden olan bireylere sağlık hizmeti sunumu deneyimi kültürel yeterlilik becerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Kültürel farkındalık, bilgi, beceri, tutum ve isteklilik

değerlendirildiğinde farklı ülkelerden gelen bireylere sağlık hizmeti veren hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sağlık hizmet sunum deneyimi sonrasında bu alt faktörlerde becerilerinin arttığı saptanmıştır [208].

e. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kültürlerarası Yaklaşım Modelleri

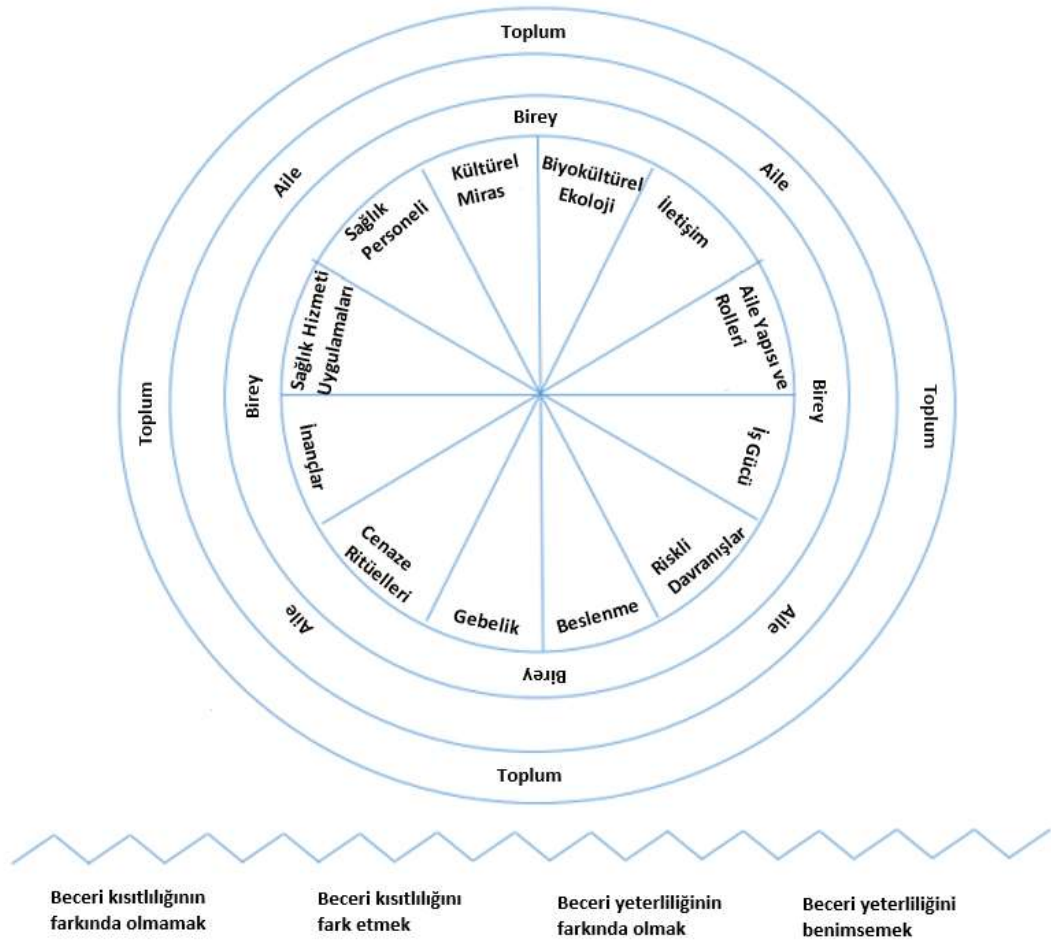
Kültürlerarası yaklaşım modelinin amacı araştırmacılara ve sağlık hizmeti sunan profesyonellere sağlık bakımı ve kültür ilişkisini kültürler arası benzerlikler ve farklılıklar gözeterek açıklamaktır. Bu yaklaşım, bireylerin ve toplulukların sağlık durumunu etkileyen kültüre özgü inançlar, tutumlar ve uygulamaları tanımlamayı sağlar. Bu modelle bireylere kültürler örüntüleriyle uyumlu sağlık hizmeti sunumu ile sağlık durumlarının iyileştirilmesi, yeti yitimi, hastalık ve ölüm süreçlerinde destek olunması hedeflenmektedir. Kültürlerarası yaklaşım modeli ilk olarak Dr. Leininger tarafından Papua Yeni Gine’de yüksek rakımlı bölgesinde yaşayan Gadsup yerlileri ile yaptığı çalışmalarla ortaya çıkmış olup, 1966 doktora tezinde “etno-hemşirelik” kavramı olarak ortaya koyulmuştur. Daha sonra 1978 yılında Leininger tarafından kültürlerarası ve etno-hemşirelik yapısı model şeklinde yayınlanmıştır. Bu modelde, kültür ve alt kültürün öğeleri, temel sosyal yapılar, kültürel değerler, sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin faktörler ana başlıklar halinde verilmiştir. Refah ve destek sistemleri, merhamet, yardım ve başa çıkma davranışları, yardım ve hayatta kalmaya yönelik davranışlar, koruyucu, iyileştirici veya uyaran davranış kalıpları, sağlık ve hastalığa ilişkin inançlar ve uygulamalar alt başlıklardır. Leininger tarafından 1991 yılında “gün doğumu modeli”, kültürel faktörleri bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmek için ortaya koyulmuştur. “Gün doğumu modeli”, “etno-hemşirelik” kavramını da kapsayacak şekilde 2006 yılında güncellenmiştir. Gün doğumu modelinde sosyal, dini, ekonomik, biyolojik, politik ve eğitim düzeyine ilişkin faktörler kültürel ve sosyal yapı bileşenleri şemsiyesinde toplanır ve sağlık algısını, sağlık hizmeti alımını ve sağlık uygulamalarını etkiler. Sağlık algı, hizmet alımı ve sağlık uygulamaları bütüncül iyilik hali, yeti yitimi durumları, hastalık ve ölüm üzerinde

etkilidir. Faktörler arasındaki etki çift yönlüdür [209].



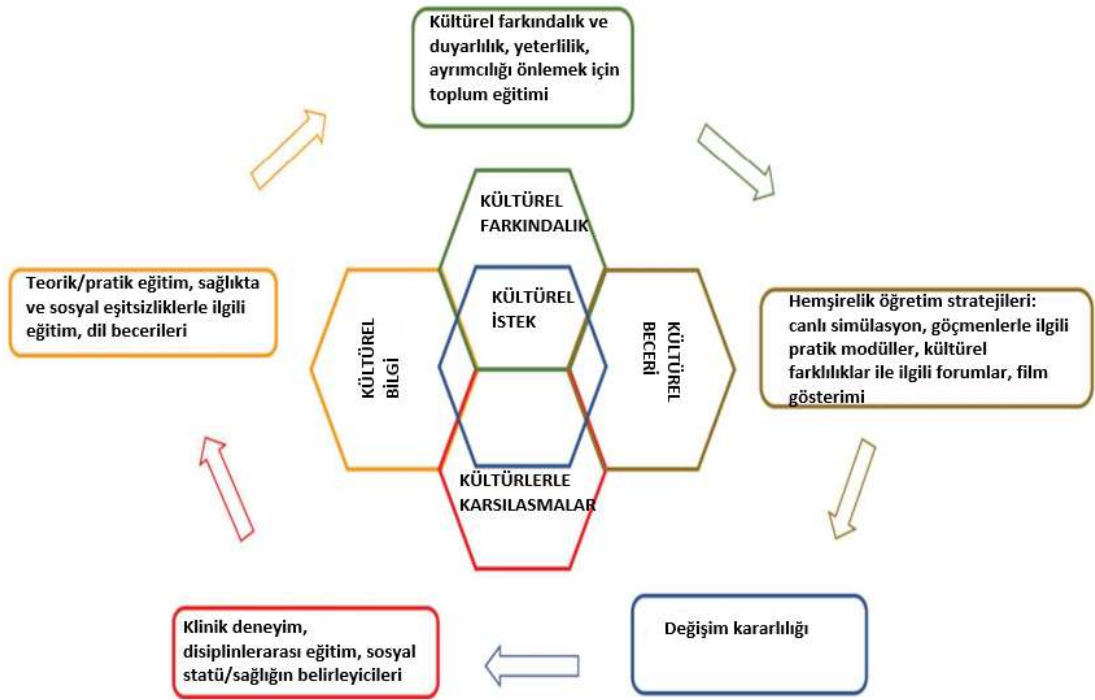
Şekil 1: Leinenger Gün Doğumu Modeli [210]

“Purnell’in Kültürel Yeterlilik Modeli” toplum, aile ve bireyde 12 faktörü inceler. Bu faktörler kültür, iletişim, dini ve kültürel öğeler, çalışma hayatı, sağlıklı yaşam davranışları, beslenme, yüksek riskli davranışlar, sağlık hizmeti alım davranışlarını kapsar [211]. Hemşire Purnell tarafından 1995 yılında oluşturulmuş, 2002 yılında kültürel yeterlilik ölçeği de eklenerek geliştirilmiştir [211].



Şekil 2: Purnell Kültürel Yeterlilik Modeli [212]

“Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli” Campinha-Bacote tarafından “Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yeterlilik” olarak 1998 yılında ortaya koyulmuştur, 2002 yılında güncellenmiştir [213]. Kültürel farkındalık, kültürel beceri, kültürel deneyim, kültürel bilgi ve kültürel istek olmak üzere beş alt kategoriden oluşur. Bu modelde, faktörlerin etkilediği bir sonuçtan çok, sağlık profesyonelinin farklı kültürlerle iletişimini ve beceresini arttırdığı süreç ortaya koyulmuştur [214].



Şekil 3: Campinha-Bacote Modeli[215]

“Kleinman Modeli” hastaların, hastalık nedenlerini, süreçlerini ve tedavilerini kendi özlerinden anlatmalarını sağlayan modeldir. Kleinman tarafından 1980 yılında geliştirilen açıklayıcı model, hastalık deneyimini, etiyoloji, semptomların başlangıcı, patofizyoloji, hastalığın seyri ve tedavi süreci olmak üzere beş aşamada inceler. Kişilerin hastalığa dair öznel deneyimlerinin ortaya koyulmasını sağlar [216].

LEARN modeli, hastayı etkili bir şekilde dinleme (listen), uygun şekilde açıklamalar yapmak (explain), yaklaşımlardaki farklılıkları ve benzerlikleri kabul etmek (acknowledge), uygun tedaviyi önermek (recommend), hastayla uygun tedavi konusunda uzlaşmak (negotiation) alt bölümlerinden oluşur. Bu model, hasta-hekim iletişimini geliştirmekte, kültürler arası hasta-hekim etkileşimini iyileştirmektedir [217].

“Giger ve Davidhizar Kültürlerarası Modeli” 1988 yılında Joyce Newman Giger ve Ruth Davidhizar tarafından mezuniyet öncesi hemşirelik eğitiminde kültürlerarası iletişim ve bakım için geliştirilmiştir. Bu model iletişim, kişiler arası iletişim mesafesi, sosyal yapı, hedef toplumda zaman algısı, çevre kontrolü ve biyolojik farklılıklar alt başlıklarını ele alır. Farklı kültürlerle iletişimde kişiler arasında iletişim sırasında

normal kabul edilen mesafe farklıdır. Toplumun kültürüne göre bazı toplumlar daha çok yaşadıkları dönemdeki ihtiyaçlarını önemserken, bazı toplumlar daha yoğun şekilde geleceklerini düşünebilir. Bu durum toplumların sağlığa bakış açılarını, tedavi ve koruyucu hizmetlere bakış açılarını etkiler. Biyolojik farklılıkların bilinmesi, farklı toplumlarda daha sık görülebilecek hastalıklar konusunda koruma ve tedavi hizmetleri geliştirilmesi açısından önemlidir [218].

Hemşirelik fakültelerinde kültürel yeterlilik yönelik programların olması olumlu olarak görülmektedir. Hemşirelik fakültesi öğrencileri yarı-yapılandırılmış görüşmeler ile değerlendirildiğinde teorik bilgi ve farklı kültürlere yaklaşım yönünden pratik deneyimin kazandırılması saptanan temalardan olmuştur. Farklı kültürlerin daha çok bir araya geldiği Avrupa bölgesinde, sağlık ile ilgili alanların eğitiminde sağlıkta eşitsizlikler, kültürel farklılıklar ve farklı kültürel yapılara yaklaşımlar hakkında eğitimlerin programların yapısında yer alması gerekmektedir[219].

Göçmenler, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, kültürel örüntü, dini inançlar, gelenekler nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşım ve yararlanmada zorluk çekmektedirler. Kültürel farklılıklara yanıt veren sağlık hizmeti sunumu göçmenlerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi için önemlidir [81]. Kültürel farklılıklar, tedavi ve ilaç uyumunda da önemlidir. Hastalık algısı, hastalığa bakış açısı, dini inançlar tedavi ve ilaç uyumunu etkilemektedir [220]. Kültürel farklılıklara yanıt veren sağlık hizmetinin benimsenmesi, sağlığın belirleyicilerinin bireyler üzerinde etkisinin belirlenmesini sağlar [221]. Birinci basamakta hizmet sunan hekimlerin sağlık sunumunda, kültürel yeterli sağlık hizmetini bilgi, davranış ve beceri gelişimi üzerinden bireylerin sağlık düzeyinin iyileştirilmesi sağlar. Kültürel yeterli sağlık hizmeti, hastalığı ve tedavisi konusunda sağlık bilgisinin artmasına, tedavisine uyum ve katılımının artmasını sağlar. Kültürel farklılıkları göz önünde tutan tutumun benimsenmesi bireylerin kültürlerine saygılı davranış algısını sağlar. Farklı kültürler arası iletişim tekniklerinin artırılması, hasta temelli yaklaşım hasta-hekim iletişimini arttırmaktadır [222]. Göçmen hastalara ruh sağlığı hizmetlerinde, bireyin sosyal entegrasyonu hedefler arasındadır. Yeni yerleşilen ülkede, gıdaya ulaşım, konut, iş imkanları ile sorunlarla birlikte, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon da sık görülmektedir. Göçmenlere

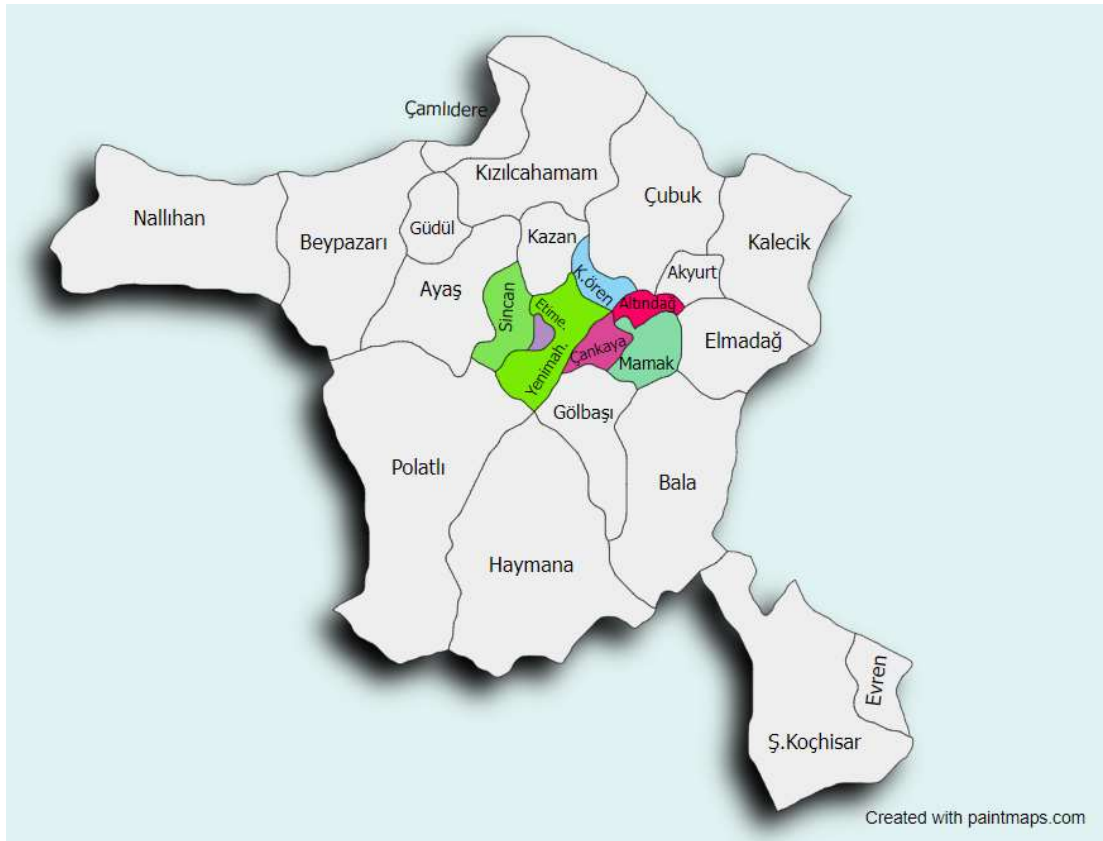
ruh sağlığı hizmetlerinde yer alan profesyonellerin, sağlığın belirleyicilerinin ve kültürel farklılıkların ruh sağlığı üzerinde etkilerini değerlendirmesi önemlidir [223]. Doğum ncesi ve sonrasında anne sağlığı hizmetlerinde hizmet alım düzeyini arttırmada kültürel yeterlilik üzerine kurulu modellerin geliştirilmesi önemlidir. Dil farklılıkları nedeniyle iletişimde yaşanan güçlüklerin olumsuz etkisinin azaltılması ve farklı kültürlerdeki anne sağlık hizmet alımı özelliklerinin anlaşılması doğum öncesi ve sonrasında anne sağlığı hizmet alımını arttırmak için gereklidir [224].

Göçmenlere yönelik gebelik dönemi eğitim, hastalık tanı ve tedavisi ve izlemlerinde kültürel yeterli bakım anlayışının benimsenmesi, gebe sağlığında görev alan hemşire ve ebelerin hizmet süreçlerini kolaylaştırıcı, sağlık profesyoneli-hizmet alan iletişimini güçlendirici ve sağlık profesyoneli destekleyicidir. Kültürel yeterli bakım anlayışı ile göçmen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanabilir [225]. ocuk sağlığı hizmetlerinde, çocuğun içinde yaşadığı ailenin sosyokültürel durumu, dini inançları, sağlık ve hastalık kavramlarına bakış açısı ve sağlıkta geleneksel uygulamalarının öğrenilmesi tanı, tedavi ve koruma süreçlerinin yanı sıra çocuğun sağlık hizmetine ulaşımı ve iyilik halinin arttırılması açısından da önemlidir [226].

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN YERİ

Ankara İlinde toplam yirmi beş ilçe olup, bu araştırma Ankara kent merkezinde yer alan yedi ilçede yürütülmüştür. Bu ilçeler Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçeleridir. Bu ilçelerin seçilme nedenleri, kent merkezinde yer almaları ve göçmen nüfus yerleşiminin daha çok olmasıdır [227].



Resim 1: Araştırmanın Yürütüldüğü İl İçerisindeki Konumları

Altındağ: Altındağ ilçesi 55 mahalleden oluşmaktadır, 573 km² yüzölçümüyle 363.744 kişilik nüfusa sahiptir. Altındağ bölgesi Romalılar, Selçuklular ve Osmanlı döneminden itibaren önemli bir yerleşke olarak bilinmektedir. Altındağ ilçesinin resmi kuruluşu 1953 yılında olup, resmi il merkezine 1 km uzaklıktadır. İlçenin ekonomisi geçmişte tarım ve ticarete dayanırken günümüzde sanayi ve küçük sanayi dallarında birçok işletme yer almaktadır [228]. İlçede ülke ve il yönetiminin yürütüldüğü pek çok kamu

kuruluşu bulunmaktadır. Alemdağ Göçmen Sağlığı Merkezi ve Babışifa Göçmen Sağlığı Merkezi ilçede yer almaktadır. Araştırma döneminde Altındağ ilçesinde toplam 27 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

Çankaya: Çankaya, 2020 yılı itibariyle 925.828 nüfusa, 17 semt ve 124 mahalleye sahiptir. Ankara'da Çankaya resmi olarak 9 Haziran 1936'da merkez ilçe olarak belirlenmiştir. Milli mücadele döneminde bağ evleri ve bahçeleri olan ilçe şu anda Ankara'nın sosyal, kültürel, siyasi ve ticari hayatına yön veren kuruluşlarını bünyesinde barındırmaktadır [229, 230]. İlçede ülke ve il yönetiminin yürütüldüğü pek çok kamu kuruluşu bulunmaktadır. İlçede birçok kamu ve özel sağlık kuruluşu yer almaktadır [229]. Araştırma döneminde Çankaya ilçesinde 39 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

Etimesgut: Etimesgut, 2020 yılı itibariyle 595.305 nüfusa sahip ilçedir, 36 mahalle içermektedir. Cumhuriyetin ilanından sonra Batı Trakya'dan gelen göçmen Türkler için Atatürk'ün emri ile 1924-25 döneminde 50 haneli bir köy olarak kurulmuştur. Etimesgut 1968 yılına kadar belde olarak kalmış, 1990 yılında ilçe statüsü kazanmıştır [231]. Araştırma döneminde ilçe içerisinde kamu sağlık kuruluşu olarak bir ilçe devlet hastanesi, 28 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

Keçiören: Keçiören, 938.568 kişilik nüfusa sahip Ankara'nın merkez ilçelerinden biridir. İlçe 51 mahalleden oluşmaktadır. Keçiören önceleri Altındağ'a bağlıyken, 1983 yılında ilçe statüsü kazanmıştır. Keçiören Cumhuriyet'in ilk yıllarında bağ ve bahçeleri ile anılırken, şimdi düzenli imar yapısına sahip, yapılaşmanın yoğun olduğu, kalabalık bir ilçedir [232]. Keçiören ilçesinde kamu ve özel hastaneler yer almakta; araştırma döneminde 54 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

Mamak: Mamak ilçesi Ankara il merkezine 3,5 km uzaklığındadır. İlçe nüfusu 2019 yılı itibariyle 665.978 olup, 68 mahalleden oluşmaktadır. Kentsel dönüşüm projesi içine alınan ilçe, şehrin doğu kısmında yer almaktadır [233]. Mamak ilçesinde özel sağlık kuruluşları olup, araştırma döneminde 32 aile sağlığı merkezi mevcuttur. İlçede Kartaltepe Göçmen Sağlığı Merkezi yer almaktadır [234].

Sincan: Sincan 549.108 nüfusu olan, 57 mahalleden oluşan bir ilçedir. Sincan 1936 yılında örnek köy olarak planlanmış ve göçmen aileler yerleştirilmiştir, 1983 yılında ilçe özelliği kazanmıştır. İstanbul-Ankara tren yolu ile Ankara-Bey pazarı-Ayaş Devlet Karayolu üzerinde olması nedeniyle gelişime açık bir ilçe özelliği göstermektedir [235]. İlçede, Sincan Göçmen Sağlığı Merkezi yer almaktadır. İlçede bir ilçe devlet hastanesi ve özel sağlık kuruluşları yer almakta olup, araştırma döneminde 18 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır.

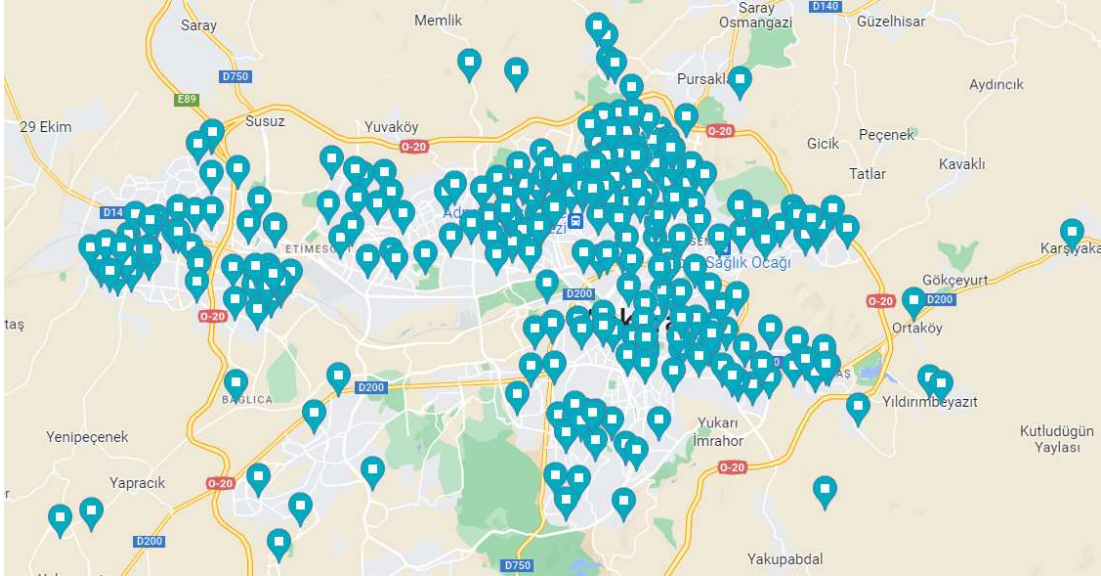
Yenimahalle: Yenimahalle ilçesi yüzölçümü 542 km² olan, 2020 yılı nüfusu 695.395 olan metropol ilçelerden biridir. Ankara Belediye Başkanı olan Ragıp Tüzün 1946-1949 yılları arasında de, bu çiftlik karşısındaki boş yamaçları satın alarak dar gelirli memurlara konut yapmaları için dağıtmış ve böylece Yenimahalle ilçesinin planlı bir biçimde kurulmasının yolunu açmıştır. Yenimahalle 2 Nolu Göçmen Sağlığı Birimi ilçede bulunmaktadır. İlçede kamu ve özel sağlık kuruluşları olup, araştırma döneminde 26 aile sağlığı merkezi yer almaktadır [236].

4.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerindeki aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları oluşturmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin konum ve sayılarına Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara Aile Hekimliği Derneği internet sitelerinden ulaşılmıştır [237, 238]. Araştırma sırasında adresler, Google Maps haritalar uygulaması ile eşleştirilmiş ve ziyaret edilmiş. Veri toplama sürecinde kapatılan ve yer değiştiren aile sağlığı merkezleri saptanmış, yer değiştiren aile sağlığı merkezlerinin güncel adreslerine erişilmiştir. Araştırma için örneklem belirlenmemiş, araştırmanın yürütüldüğü ilçelerdeki tüm aile sağlığı merkezlerine ulaşılmıştır.



Resim 2: Ziyaret Edilen Aile Sağlığı Merkezlerinin Konumları

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.
- Aile sağlığı merkezinde en az üç ay çalışmış olmak.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Anket yanıtlamasının yarıda kalması.

Tablo 4.1: Araştırmaya dahil edilen ilçelerdeki ulaşılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları (Ankara, 2022)

İlçe Adı	Mevcut ASM Sayısı	Ziyaret edilen ASM sayısı	Ziyaret edilen merkezlerde mevcut aile hekimi sayısı	Çalışmaya katılan aile hekimi sayısı	Yüzde*	Ziyaret edilen merkezlerde mevcut Aile sağlığı çalışanı sayısı	Çalışmaya katılan aile sağlığı çalışanı sayısı	Yüzde**
Altındağ	27	27	102	55	53,9	102	38	37,2
Çankaya	39	39	157	6	3,8	157	11	7,0
Etimesgut	28	28	118	8	6,7	118	24	20,3
Keçiören	54	54	232	71	30,6	233	86	36,9
Mamak	32	32	142	61	0,42	141	60	42,5
Sincan	18	18	92	11	11,9	92	20	21,7
Yenimahalle	26	26	115	12	10,4	115	11	9,5
Toplam	224	224	958	224	23,3	958	250	26,0

*Araştırmaya katılan aile hekimi/Ziyaret edilen aile sağlığı merkezlerinde mevcut aile hekimi sayısı *100

**Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanı/Ziyaret edilen aile sağlığı merkezlerinde mevcut aile sağlığı çalışan sayısı *100

Araştırma kapsamında, belirtilen yedi ilçede, araştırma veri toplama döneminde bulunan toplam 224 aile sağlığı merkezi ziyaret edilmiştir. Ulaşılan hekimlerden %23,3'ü (n=224) araştırmaya katılmayı kabul ederken, ulaşılan aile sağlığı çalışanlarından %26,0'ı (n=250) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

4.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler:

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı çalışanlarının;

Sosyodemografik özellikleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı

Öğrenim öyküsü: Mezun olunan son okul, mezuniyet tarihi, uzmanlığı olma durumu, yabancı dil bilme durumu, mezuniyet öncesi göçmen sağlığı ile ilgili ders alma durumu, mezuniyet sonrası göçmen sağlığı ile ilgili ders alma durumu, göçmen sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşlarında staj yapma durumu, yurtdışında eğitim/staj/çalışma nedeniyle bir aydan daha fazla bulunma

Çalışma yaşamı deneyimleri: Devlet Hizmet Yükümlülüğü çalışma yeri, lisans mezuniyetinden sonra çalıştığı en uzun yerin kırsal/kentsel bölge olma durumu, kırsal/kentsel bölge hizmet süreleri, göçmen hasta yoğunluklu bölge hizmet verme durumu

Aile hekimliği hizmet bölgesi özellikleri: Hizmet verilen yaklaşık göçmen sayısı, hizmet verilen yaklaşık çocuk göçmen sayısı, hizmet bölgesi göçmenlerin ekonomik durumuna ilişkin görüşler

Göçmen çocuklarda en sık karşılaştıkları sağlık yakınmaları ve poliklinikte aldıkları tanılar

Göçmen çocukların sağlık hizmeti alımında yaşadıkları engellere dair görüşleri: Sağlık merkezine ulaşım, ekonomik durum, sağlık güvencesi, iletişim bilgilerinin sık değişikliği, adres değişikliği, dil bariyeri, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı, toplumsal cinsiyet bakış açısı

Göçmen çocuklara sunulan sağlık hizmeti sırasında karşılaşılan engeller

Göçmen ailelere sunulan çocuk sağlığı hizmet sunumu deneyimleri, karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin görüşleri: Gebelik izlemi, emzirme eğitimi, poliklinik randevularına uyum, çocukluk çağı taramaları, aşılama hizmetleri, çocuk beslenmesi eğitimi, tetkik istemi, reçete yazma, tedavi hakkında bilgi verme, ilaç kullanımını anlatma, sevk etme, artmış muayene süresi ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi.

Gebelik, emzirme, aşılama ve ishaller hastalıklarda göçmen ailelerin bilgi ve davranışları hakkında düşünceleri: Gebelik dönemi ve izlemler, çocukluk dönemi aşıları, ishaller hastalıklar

Göçmen ailelerin bazı durumlarda (ateş, nezle, karın ağrısı) yaptığı uygulamalarla karşılaşmalarının değerlendirilmesi

Göçmen hasta bakım sürecindeki bilgi ve destek hakkındaki görüşleri: Şiddet ve istismarı bildirim konusunda bilgi sahibi olma, sosyal hizmet uzmanından destek alma, göçmen çocuklara özel oluşturulmuş rehberleri kullanma, göçmen çocuk hasta bakımı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlanma

Bağımlı Değişkenler:

Kültürel yeterlilik ölçeği puanı

Göçmen çocuk hasta takip ve tedavide öz değerlendirmesi

4.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇLAR VE TERİMLER

Engel: Türk Dil Kurumu tarafından “Bir şeyin gerçekleşmesini önleyen sebep, mâni, mahzur.” olarak tanımlanan engel, araştırmada göçmen çocukların sağlık hizmetine ulaşımında karşılaşılan faktörleri tanımlamak için kullanılmıştır [239].

Deneyim: Türk Dil Kurumu tarafından “Bir kimsenin belli bir sürede veya hayat boyu edindiği bilgilerin tamamı, tecrübe, eksperyans.” olarak tanımlanan deneyim, araştırmada aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının sağlık hizmeti sunumunda hizmet süreci ile ilişkili kullanılmıştır [240].

Bilgi: Türk Dil Kurumu tarafından bilgi tanımı “Öğrenme, araştırma veya gözlem yolu ile elde edilen gerçek, malumat...” olarak tanımlanmıştır [241]. Sağlık profesyonelleri yönünden, bilginin arttırılması ve buna yönelik uygulamaların hizmet içi uygulamalarla sürekli olarak desteklenmesi sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi için önemlidir [242].

Destek: Türk Dil Kurumu “destek” için “yardımcı, dayanak” tanımını yapmıştır [243]. Sağlık profesyonellerinin bilgi ve uygulamalarla sağlık hizmet sunumunda karşılaşılabilecek engellerde desteklenmesi sağlık hizmet sunumu süreçlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir [244].

Gebelik: Fetüsün, kadının uterusunda (rahim) geliştiği dönemi tanımlamak için kullanılan terimdir. Gebelik dönemi üç aylık (trimester) dönemlerle tanımlanır, belirlenen koruyucu sağlık hizmetleri bu dönem özelliklerine uygun şekilde tamamlanır [245].

Emzirme: Annenin, doğrudan memeden veya memeden sağarak (pompalayarak) bebeği anne sütü ile beslemesidir. Anne sütü, bebek için yağ, protein ve karbonhidratın yanında vitamin ve mineral sağlar [246].

Aşılama: Vücudun hastalıklara karşı bağışıklık tepkisini uyarmak için iğne enjeksiyonu, oral yolla (ağız yoluyla) yapılan uygulamadır [247]. Aşılama, bulaşıcı hastalık etkenleriyle karşılaşmadan önce bağışıklık sisteminizi güçlendirir ve hastalıklardan korunmayı sağlar [248].

İshalli Hastalık: İshal genellikle çeşitli bakteriyel, viral ve parazitik organizmaların neden olduğu, dışkılama sayısı/yapısının değiştiği bağırsak yolundaki bir enfeksiyonun belirtisidir. İshalli hastalıklar, kontamine yiyecek ve su kaynaklarından kaynaklanan mikroorganizmalardan kaynaklanır, kötü hijyen koşullarında yayılır [249].

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Kültürel Yeterlilik Ölçeği: Ölçek, Gözüm ve arkadaşları tarafından Perng ve Watson tarafından 2012 yılında geliştirilen Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeğini uyarlayarak Birinci Basamak Sağlık Çalışanları için Kültürel Yeterlilik Ölçeği (BBSÇ-KYÖ) olarak uyarlanmıştır. BBSÇ-KYÖ, aile hekimi, aile sağlığı çalışanı ve toplum sağlığı merkezi sağlık çalışanlarından oluşan 231 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda geliştirilmiştir.

Ölçek, 20 madde, üç faktörden oluşmaktadır. Kültürel beceri faktörü için sekiz madde, kültürel bilgi faktörü için sekiz madde ve kültürel duyarlılık faktörü için dört madde oluşturulmuştur. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %73,5'ini açıklayan üç faktörlü bir yapı saptanmıştır. Cronbach Alpha katsayıları toplam puan için 0,84, faktörler için ise sırasıyla 0,78, 0,76 ve 0,87 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada kullanılan ölçek için Cronbach Alpha katsayısı toplam puan için 0,96 olarak hesaplanmıştır.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları: Hastalıkların tanı, teşhis ve tedavilerinin yanında, sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerinin yürütüldüğü, düşük maliyetle, etkin ve yaygın sağlık hizmetinin sunulduğu kurumlardır. Ülkemizde 2010 yılından itibaren yaygın olarak birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunda aile hekimliği sistemi öne çıkmıştır. Aile hekimliği birimi ortalama 3000 kişiye hizmet verecek şekilde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanından oluşmaktadır. Bir veya daha fazla aile hekimliği biriminden oluşan aile sağlığı merkezleri hizmet yerleridir [250].

Göçmen: Sürekli yaşadığı yerden geçici veya kalıcı olarak, değişik nedenlerle yer değiştiren kişiler göçmen olarak tanımlanır. Göçmen tanımı mültecileri, düzenli/düzensiz göçmenleri kapsayan genel tanımdır [251].

4.6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırma kapsamında, aile hekimleri için 9 bölümden (toplam 82 soru), aile sağlığı çalışanları için 9 bölümden (toplam 74 soru) oluşan veri toplama formu oluşturulmuştur.

- İlk bölümde sosyodemografik bilgilere yönelik sorular yer almaktadır.
- İkinci bölümde çalışma yaşamı ve eğitim bilgileri ile ilişkin sorulara yer verilmiştir. Mezuniyetten sonra geçen süre, birinci basamakta hizmet süresi ve göçmen yoğunluklu bölgede hizmet süresi sorularına katılımcının sağlık hizmet sunumu deneyimine ilişkin yer verilmiştir.

Yabancı dil bilme ve yurt dışında bulunma ile ilgili sorular bu bölümde yer almaktadır.

- Hizmet verilen hasta grubu özellikleri ilişkin sorular anketin üçüncü bölümünde yer almaktadır. Katılımcıların göçmen erişkin ve çocuk hasta sayıları, en sık görülen semptom ve sık konulan tanılar ile ilgili görüşlerine yönelik sorular bu bölümde yer almaktadır.
- Dördüncü bölümde, aile hekimlerinin göçmen çocukların sağlık hizmeti alımı hakkındaki görüşlerini değerlendirmeye yönelik önermelerin, katılımcılar tarafından “Kesinlikle Katılmıyorum-Kesinlikle Katılıyorum” aralığındaki yanıtlardan en uygununun işaretlenmesi istenmiştir. Bu bölümde dil farklılığının iletişimde yarattığı güçlükler, sağlık hizmetlerine ulaşım, kültürel faktörler ile ilgili önermeler, literatürde göçmen çocuk sağlığında hizmete ulaşım ile ilgili saptanan zorluklara yer verilerek oluşturulmuştur.
- Göçmen sağlığı hizmetleri hakkında değerlendirmelere ait sorular veri toplama formunda beşinci bölümde yer almaktadır. Aile sağlığı birimlerinde göçmen çocuklara sunulan sağlık hizmetlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yaşadıkları zorluğu “Sıkıntı yaşamıyorum-Çok sıkıntı yaşıyorum” aralığındaki beş seçeneğe en uygun olanıyla yanıtlaması istenmiştir.
- Altıncı bölüme gebelik, emzirme, aşılama ve ishaller hastalıklarda göçmen ailelerin bilgi ve davranışları hakkında değerlendirmeye yönelik sorulara yer verilmiştir.
- Göçmen ailelerde çocuklara yönelik geleneksel sağlık uygulamaları ile aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının karşılaşma durumlarının değerlendirildiği sorular yedinci bölümde yer almıştır.
- Veri toplama formunun sekizinci bölümünde, katılımcıların göçmen hasta bakım sürecindeki bilgi ve destek hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği sorular yer almaktadır. Kültürel yeterlilik ölçeği, veri toplama formunun dokuzuncu bölümde yer almıştır.

- Anketin son bölümünde katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumunda yaşadıkları zorluk yönünden öz değerlendirme yapmaları ve COVID-19 pandemisi nedeniyle göçmen hastalara sağlık hizmet sunumunda göçmen çocuk sağlığı hizmetlerinden en çok etkilenenleri belirtmesi istenmiştir.

Araştırmada, veri toplama formları Ankara'daki merkez yedi ilçenin (Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan, Yenimahalle) aile hekimliği birimlerinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına aile sağlığı merkezleri, araştırmacı tarafından ziyaret edilerek ulaştırılmıştır. Aile sağlığı merkezlerine ulaşım toplu taşıma kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasında aile sağlığı merkezleri konumları ve yakınlıkları gözetilerek günlük ve haftalık ziyaret planı yapılmıştır. Veri toplama planı dahilinde ziyaret edilen aile sağlığı merkezlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlara dağıtılan veri toplama formları bir gün sonra yapılan ziyarette alınmıştır. Veri toplama formlarının geri alınması aşamasında, saha görevi, yıllık izin gibi mazeret durumları olan hekim ve aile sağlığı çalışanlarından veri toplama formlarının geri alınması için uygun zaman öğrenilmiştir. Veri toplama formlarının geri alınması için ziyaret edilen aile sağlığı merkezlerinde anket dağıtım aşamasında bulunmayan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarından da gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aşamasına, Altındağ ilçesinde başlanarak, Çankaya ilçesinde son bulmuştur.

Veri toplama sürecinde, COVID-19 pandemi döneminde gerçekleşmiştir. Araştırmacı, Sağlık Bakanlığı COVID-19 aşı önerilerine uygun şekilde aşı şemasını tamamlamıştır. Aile sağlığı merkezlerine ulaşımında ve aile sağlığı merkezlerinde kişisel mesafe kurallarına uyulmuş, maske kullanılmıştır.

4.7. ARAŞTIRMANIN ÖN DENEMESİ

Veri toplama formunun ön denemesi 7 aile hekimliği asistanı ve 2 pediatri asistanı ile yapılmıştır. Anket yanıtlama süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Ön deneme sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak veri toplama formuna son şekli verilmiştir.

4.8. ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İNSAN GÜCÜ

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Hilal Özcebe danışmanlığında Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Damla Özyürek tarafından yürütülmüştür. Araştırma etkinliklerinin tamamı, danışman Prof. Dr. Hilal Özcebe tarafından ve araştırmacı Dr. Damla Özyürek tarafından planlanmıştır.

4.9. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

- Verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır.
- Perng ve Watson (2012) Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği'nin Gözüm ve arkadaşları tarafından uyarlandığı "Birinci Basamak Sağlık Çalışanları için Kültürel Yeterlilik Ölçeği (BBSÇ-KYÖ)" kullanılarak 20 madde (Kesinlikle katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılmıyorum=4, Kesinlikle katılıyorum=5 puan) puanları toplanarak Kültürel Yeterlilik Ölçeği puanı hesaplanmıştır.
- Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, 1. çeyrek, 3. çeyrek, en küçük ve en büyük değer olarak belirlenmiştir.
- Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile diğer normalite ölçütleri kullanılarak kontrol edilmiştir. Sürekli değişkenlerden,
 - Yaş
 - Mezuniyet sonrası geçen süre,

- Kentsel bölge/ kırsal bölge hizmet süresi,
 - Birinci basamakta çalışma süresi,
 - Bulunulan birimde çalışma süresi,
 - Göçmen sağlığı hizmeti sunulan birimde çalışma süresi,
 - Kültürel yeterlilik ölçeği puanı normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerdir.
- Yaş değişkeni için doğum yılı alınarak, katılımcıların yaşı belirlenmiştir. Mezuniyet sonrası geçen süre ve hizmet süreleri yıl/ay olarak veri toplama formunda yanıtlanması istenerek, ay olarak analizlerde yer almıştır.
 - Ankette yer alan “diğer” seçeneği yanıtlarında, araştırmacılar tarafından kategoriler belirlenerek, sıklıklar belirlenen kategorilerde verilmiştir.
 - Göçmen sayıları, katılımcılardan sürekli veri olarak yanıtlanması istenerek, 100 kişi altı, 100-499 kişi, 500-1499 kişi, 1500 kişi üzeri şeklinde kategorilere dahil edilerek sunulmuştur.
 - Bazı değişkenler için 5’li Likert tipi yanıtların kabul edildiği sorular analizler için 3’lü Likert tipine çevrilerek analizlere dahil edilmişlerdir bu değişkenler arasında,
 - Aile hekimlerinin göçmen çocukların sağlık hizmeti alımı hakkındaki görüşleri,
 - Göçmen çocuk sağlık hizmetleri hakkında değerlendirme,
 - Gebelik, emzirme, aşılama ve ishaller hastalıklarda göçmen ailelerin bilgi ve davranışları hakkında aile hekiminin düşünceleri,
 - Göçmen ailelerin bazı durumlarda yaptığı uygulamalarla aile hekimlerinin karşılaşmalarının değerlendirilmesi bölümlerindeki sorular yer almaktadır.

- Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastalara hizmet sunumunda zorluk yaşama derecelerini en az 1 puan, en çok 5 puan olmak üzere değerlendirmeleri alınmıştır. Düşük seviyede zorluk 1 ve 2 puan, orta seviyede zorluk 3 puan, yüksek derecede zorluk 4 ve 5 puan olarak belirlenmiştir.
- Kategorik değerşkenler için gruplar arasındaki farklılık Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. İkiden fazla kategorili değerşkenlerin yer aldığı Ki-Kare testinde sütün yüzdeleri karşılaştırılarak istatistiksel olarak farklı gözler saptanmış, çoklu karşılaştırma yapıldığından Bonferroni düzeltmesi yapılmış p değerı verilmiştir.
- Normal dağılıma uymayan bağımsız iki gruplu sürekli değerşkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup olan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.
- İstatistiksel anlamlılık için Tip 1 hata değerı (α) %5'in altında olan durumlar anlamlı kabul edilmiştir.
- Göçmen hastalara hizmet vermede zorluk yaşamaya ilişkin öz değerlendirmeleriyle ilişkili olan faktörler multinominal lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analizde yabancı dil bilme, mezuniyet öncesi göçmen sağlığı eğitimi alma, mezuniyet sonrası göçmen sağlığı eğitimi alma ve kültürel yeterlilik leği puanı bağımsız değerşkenler olarak belirlenmiştir. Göçmen hastalara hizmet vermede zorluk yaşama 1-5 puanından, 1-3 puanına tekrar gruplandırılmıştır. Yeni gruplarda 1 puan düşük seviyede zorluk, 2 puan orta seviyede zorluk, 3 puan yüksek seviyede zorluk yaşama düzeyini göstermektedir. Multinominal lojistik regresyon analizinde değerlendirmeler, yüksek seviyede zorluk grubu ile diğer grupların karşılaştırılması ile yapılmıştır.

4.10. ETİK KONULAR VE KURUMSAL İZİNLER

- COVID-19 Bilimsel Araştırma Platformu Sistemi
(<https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr>) zerinden T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık

Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bilimsel araştırma başvurusu yapılarak, araştırma için izin alınmıştır. (Ek 3)

- Etik izin için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (Ek 4)
- Veri toplama aşaması için T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden izin alınmıştır. (Ek 5)
- Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olarak kabul edilmiş ve katılımcıların yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.
- Araştırma sürecinde katılımcıların yanıtları gizli tutulmuştur, araştırma sonrasında da katılımcıların yanıtları gizli tutulacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.
- Araştırma sonucunda, araştırma özet sonuçları Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ile paylaşılacaktır.

4.11.ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. İl kapsamında 7 ilçede bulunan tüm aile sağlığı birimlerine ziyaret edilerek, ulaşılan 958 aile hekimi ve 958 aile sağlığı çalışanından kabul eden 224 aile hekimi ve 250 aile sağlığı çalışanına ulaşılarak göçmen nüfusla olan etkileşimleri sorulmuştur ve kendilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Sağlık profesyonellerinin bu etkileşim sırasında göçmen nüfusun çocuk sağlığı hizmetleri kapsayıcılığı ve ulaşılabilirlik düzeyinin yanı sıra hizmet sunumunu etkileyecek kültürel farklılıklar konusundaki görüşleri detaylı olarak öğrenilmiştir.

Araştırmanın önemli sınırlılıkları ise göçmen sağlığı merkezlerine ulaşamaması ve göçmen nüfusla aynı konunun değerlendirilememesidir. Ayrıca aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının gönüllülük yüzdesinin düşük olması da araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır. Bu araştırma pandemi döneminde yürütülmüştür; hem hasta olan aile hekimlerine ulaşamamış hem de aile hekimlerinin ilgisinin COVID-19'a olması gönüllülük yüzdesini düşürmüştür.

4.12. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Konu seçimi	:	Nisan 2021
Literatür tarama	:	Nisan 2021 – Ocak 2023
Gerekçe, amaçlar ve yöntemin belirlenmesi	:	Mayıs 2021 – Ağustos 2021
Veri toplama formunun hazırlanması	:	Mayıs 2021 – Ağustos 2021
Tez önerisi sunumu	:	10 Eylül 2021
Etik kurul başvurusu /onayı	:	Haziran 2021 / Eylül 2021
Veri toplama	:	Kasım 2021- Şubat 2022
Veri girişi ve veri temizliği	:	Mart 2022-Mayıs 2022
Verilerin analizi	:	Haziran 2022 -Ekim 2022
Rapor yazımı	:	Eylül 2022– Ocak 2023
Araştırma sunumu	:	Ocak 2023
Araştırma raporunun teslim edilmesi	:	Ocak 2023

4.13. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırma bütçesi için destek alınmamıştır, araştırma giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Tablo 2. Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcama tutarları

Bütçe Kalemi	Tutar
Anketlerin Çoğaltılması	900₺
Ulaşım	3000₺
Raporun Basımı	600₺
TOPLAM	4500₺

5. BULGULAR

Tablo 5.1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Çalışılan İlçe	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Altındağ	55	24,6	38	15,2	93	19,6
Çankaya	6	2,6	11	4,4	17	3,6
Etimesgut	8	3,6	24	9,6	32	6,8
Keçiören	71	31,7	86	34,4	157	33,1
Mamak	61	27,2	60	24,0	121	25,5
Sincan	11	4,9	20	8,0	31	6,5
Yenimahalle	12	5,4	11	4,4	23	4,9
Toplam	224	100,0	250	100,0	474	100,0

Araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının %33,1'i Keçiören ilçesinde, %25,5 Mamak ilçesinde ve %19,6'sı Altındağ ilçesinde görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %31,7'si (n=71) Keçiören, %27,2'si (n=61) Mamak ve %24,6'sı (n=55) Altındağ ilçelerinde görev yapmaktadır. Çalışmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının %34,4'ü (n=86) Keçiören, %24'ü (n=60) Mamak ve %15,2'si (n=38) Altındağ ilçelerinde görev yapmaktadır. (Tablo 5.1)

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 5.2. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Sosyodemografik Özellikler	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet							
Erkek	108	48,4	4	1,6	112	23,7	<0,001
Kadın	115	51,6	245	98,4	360	76,3	
Toplam	223	100,0	249	100,0	472	100,0	
Yaş Grupları							
24 ve altı	-	-*	10	4,2*	10	2,2	<0,001
25-34	24	11,4*	56	23,3*	80	17,7	
35-44	58	27,5*	110	45,8*	168	37,3	
45-54	82	38,9*	60	25,0*	142	31,5	
55-64	44	20,9*	3	1,3*	47	10,4	
65 ve üzeri	3	1,3	1	0,4	4	0,9	
Toplam	211	100,0	240	100,0	451	100,0	
Medeni Durum							
Evli	170	76,2	212	84,8	382	81,1	<0,001
Bekar	29	13,0	19	7,6	49	10,4	
Boşanmış	24	10,8	13	5,2	37	7,9	
Eşi vefat etmiş	-	-	3	1,2	3	0,6	
Toplam	223	100,0	248	100,0	471	100,0	

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Aile sağlığı çalışanlarının %98,4'ü kadındır; bu yüzde aile hekimlerinde %51,6'dır. Aile sağlığı çalışanları arasında kadın yüzdesi daha yüksektir ($p<0,001$). (Tablo 5.2)

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Aile sağlığı çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımında, daha genç yaşlarda oldukları gözlenmiştir ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %38,9'u ($n=82$) 45-54 yaş aralığında iken aile sağlığı çalışanlarının %45,8'i ($n=110$) ise 35-44 yaş aralığındadır. (Tablo 5.2)

Katılımcıların yaş ortalaması $42,6 \pm 9,2$ (ss), ortanca yaş değeri 42, en küçük yaş 23 ve en büyük yaş 75'dir. Aile hekimlerinin yaş ortalaması $46,8 \pm 9,0$ (ss), ortanca yaş değeri 48, en küçük yaş 27 ve en büyük yaş 67'dir. Aile sağlığı çalışanlarının yaş ortalaması $39,0 \pm 7,6$ (ss), ortanca yaş değeri 38, en küçük yaş 23 ve en büyük yaş 75'dir. (Tabloda verilmemiştir.)

Aile sağlığı çalışanlarının %84,8'i evli iken, aile hekimlerinde bu yüzde %76,2'dir ($p < 0,001$). (Tablo 5.2)

Tablo 5.3. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çocuğunun Olma Durumu ve Çocuk Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)

Çocuklara İlişkin Bilgiler	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Çocuğu Olma							
Evet	181	81,2	216	86,7	397	84,1	0,10
Hayır	42	18,8	33	13,3	75	15,9	
Toplam	223	100,0	249	100,0	472	100,0	
Çocuk Sayısı							
1	65	35,9	61	28,2	126	31,7	0,24
2	99	54,7	130	60,2	229	57,7	
3 ve üzeri	17	9,4	25	11,6	42	10,6	
Toplam	181	100,0	216	100,0	397	100,0	
Çocukların Yaş Grupları *							
1 yaş altı	4	2,2	3	1,4	7	1,8	
1-4 yaş	38	21,1	71	33,0	109	27,5	
5-9 yaş	46	25,4	99	46,1	145	36,6	
10-19 yaş	88	48,6	104	48,4	192	48,5	
20 yaş ve üzeri	72	39,8	50	22,8	122	30,6	

*Birden fazla işaretlenebilir seçeneklere sahip sorudur. Bu soruya yanıt veren çocuğu olan 181 aile hekimi, 215 aile sağlığı çalışanıdır, toplam 396 kişi ile ilgili sıklıklar verilmiştir. Çocuğu olduğunu belirterek, yaşları ile ilgili soruyu yanıtlamayan 1 aile sağlığı çalışanı katılımcı tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %84,1'inin (n=397) çocuğu vardır. Aile hekimlerinin %81,2'si (n=181), aile sağlığı çalışanlarının %86,7'sinin (n=216) çocuğu vardır. Çocuğu olan katılımcıların %57,7'sinin (n=229) iki çocuğu vardır. Çocuğu olan katılımcıların %36,6'sının (n=145) 5-9 yaş arası, %27,5'inin (n=109) 1-4 yaş arası çocuğu vardır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının çocuklarının olma durumu ve yaş grupları istatistiksel olarak benzer bulunmakla birlikte, aile hekimlerinin çocuklarının yaş

grupları aile sağlığı çalışanlarının çocuklarından daha büyük yaş gruplarındadırlar (Tablo 5.3).

Tablo 5.4. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Yabancı Dil Bilme Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Yabancı Dil Bilme ve Yurt Dışı Deneyimi	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bilme							
Evet	176	78,9	79	31,6	255	53,9	<0,001
Hayır	47	21,1	171	68,4	218	46,1	
Toplam	223	100,0	250	100,0	473	100,0	
Bilinen Yabancı Dil							
İngilizce	168	96,0	75	96,2	243	96,0	
Almanca	6	3,4	2	2,6	8	3,2	
Farsça	1	0,6	1	1,3	2	0,8	
Toplam*	175	100,0	78	100,0	253	100,0	
İki Yabancı Dil Bilme							
Evet	16	7,2	2	0,8	18	3,8	<0,001
Hayır	207	92,8	248	99,2	455	96,2	
Toplam	223	100,0	250	100,0	473	100,0	
Bilinen İkinci Yabancı Dil							
Almanca	12	75,0	-	-	12	66,6	
Arapça	2	12,4	-	-	2	11,0	
Fransızca	-	-	1	50,0	1	5,6	
İtalyanca	1	6,3	-	-	1	5,6	
Gürcüce	-	-	1	50,0	1	5,6	
Tıbbi Kürtçe	1	6,3	-	-	1	5,6	
Toplam	16	100,0	2	100,0	18	100,0	
Yurtdışında Bir Aydan Fazla Bulunma							
Evet	26	11,7	7	2,8	33	7,0	<0,001
Hayır	197	88,3	242	97,2	439	93,0	
Toplam	223	100,0	249	100,0	472	100,0	

*Yabancı dil bilen katılımcılar arasında 2 kişi soruyu yanıtlamamıştır.

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %53,9'u (n=255) yabancı dil bilmektedir. Aile hekimlerinin %78,9'u (n=176), aile sağlığı çalışanlarının %31,6'sı (n=79) en az bir yabancı dil bilmektedir (p<0,001). (Tablo 5.4)

Yabancı dil bilenlerin %96,0'ı (n=243) İngilizce bilmektedir. Aile hekimlerinin %7,2'si (n=16), aile sağlığı çalışanlarının %0,8'i (n=2) iki yabancı dil bilmektedir (p<0,001). İki yabancı dil bilen katılımcıların hepsi birinci dil olarak İngilizce bildiklerini ifade etmişlerdir, iki dil içinde ise en fazla Almanca bilinmektedir (%66,6; n=12). Katılımcıların %7,0'ı (n=33) yurt dışında bir aydan fazla bulunmuştur. Aile hekimlerinin %11,7'si (n=26), aile sağlığı çalışanlarının %2,8'i (n=7) yurt dışında bir aydan fazla bulunduğunu belirtmiştir (p<0,001). (Tablo 5.4)

5.2. Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimi İlişkin Özellikler

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının meslek ve çalışma deneyimine ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 5.5. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Uzmanlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Aile Hekimi Uzmanlık Eğitimi Alma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	52	23,5
Öğrenci		
Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı	7	3,2
Aile Hekimliği Uzmanlığı	3	1,4
Hayır	159	71,9
Toplam	221*	100,0

*Araştırmaya 224 aile hekimi katılmıştır. Soruyu yanıtlanmayan aile hekimleri, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %23,5'i (n=52) uzmanlık eğitimi almıştır, halen %3,2'si (n=7) Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) öğrencisi ve %1,4'ü (n=3) halen uzmanlık eğitimi öğrencisidir. (Tablo 5.5)

Tablo 5.6. Araştırmaya Katılan Aile Sağlığı Çalışanlarının Mezun Olduğu Son Okula Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Aile Sağlığı Çalışanı Mezun Olunan Son Okul	Sayı	Yüzde
Hemşirelik Fakültesi	108	43,7
Ebelik Yüksekokulu	66	26,7
Sağlık Meslek Lisesi	13	5,3
Ön Lisans (Ebelik dışı) *	15	6,1
İlk ve Acil Yardım Programı /Acil Yardım ve Afet Bölümü	15	6,1
Yüksek Lisans**	5	2,0
Sağlık Kurumları İşletmeciliği (Lisans Programı)	5	2,0
Sağlık Yönetimi Lisans Programı	4	1,6
Diğer***	16	6,5
Toplam	247	100,0

* Laborant ve Veterinerlik Sağlık Ön Lisans Programı ve Tıbbi Laboratuvar Teknikerliği, 6 kişi açıklamamış

** Pediatri hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, sağlık yönetimi yüksek lisans programı

***Diğer lisans programları (8 kişi: Biyoloji, kamu yönetimi, sosyal hizmetler, işletme, ilahiyat fakültesi) ve diğer (8 kişi: Hiç açıklama yapılmamış)

Not: Araştırmaya 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlanmayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının tümü Bakanlıkça görevlendirilmiş, hemşire, ebe, sağlık memur ve acil tıp teknisyeni unvanlarından birine sahip sağlık çalışanlarıdır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarından 16 kişi (%6,5), görevlerinde çalıştıkları sırada sağlık dışı ek bir programdan daha mezun olmuşlardır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının (n=247) %43,7'si hemşirelik fakültesi, %26,7'si ebelik yüksekokulu ve %5,3'ü sağlık meslek lisesi mezunudur. (Tablo 5.6)

Tablo 5.7. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Mezuniyet Sonrası Yaşama ve Çalışma Yerlerine İlişkin Deneyimleri (Ankara, 2022)

Çalışma Yerleri	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Zorunlu Hizmet Bölgesi							
Kırsal	133	61,9					
Kentsel	82	38,1					
Toplam	215	100,0					
Mezuniyet Sonrası En Uzun Süre Yaşanılan Bölge							0,10
Kentsel	204	91,5	238	95,2	442	93,4	
Kırsal	19	8,5	12	4,8	31	6,6	
Toplam	223	100,0	250	100,0	473	100,0	
Kentsel Yerleşim Yeri Hizmet Süresi							<0,001
<1 yıl	2	0,9	2	0,8	4	0,9	
1-4 yıl	27	12,2	19	7,8	46	9,9	
5-14 yıl	59	26,7*	118	48,6*	177	38,2	
15-24 yıl	72	32,6	72	29,6	144	31,0	
25-34 yıl	56	25,3*	30	12,3*	86	18,5	
>35 yıl	5	2,3	2	0,9	7	4,5	
Toplam	221	100,0	243	100,0	464	100,0	
Kırsal Yerleşim Yeri Hizmet Süresi							<0,001
Çalışmamış	56	25,5*	140	57,1*	196	42,2	
<1 yıl	11	5,0	15	6,2	26	5,6	
1-4 yıl	114	51,8*	47	19,2*	161	34,6	
5-14 yıl	36	16,4	41	16,7	77	16,6	
15-24 yıl	3	1,3	1	0,4	4	0,9	
25-35 yıl	-	-	1	0,4	1	0,1	
Toplam	220	100,0	245	100,0	465	100,0	

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %91,5'i (n=204), aile sağlığı çalışanlarının %95,2'si (n=238) mezuniyet tarihinden sonra en uzun süre kentsel bölgede yaşamıştır. (p>0,05). (Tablo 5.7)

Katılımcıların %38,2'sinin (n=177) 5-14 yıl arasında kentsel bölge hizmet vermiştir. Aile hekimlerinin kentsel bölgede hizmet verme süresi aile sağlığı çalışanlarına göre daha uzundur (p<0,001). Aile hekimlerinin %26,7'sinin (n=59) ve aile sağlığı çalışanlarının %48,6'sının (n=118) kentsel bölge hizmet süresi 5-14 yıldır.

Aile hekimlerinin %25,3'ünün (n=56) ve aile sağlığı çalışanlarının %12,3'ünün (n=30) kentsel bölge hizmet süresi 25-34 yıldır. (Tablo 5.7)

Aile hekimlerinin kentsel yerleşim yerlerinde hizmet süresinin ortalaması $17,1\pm 9,7$ (ss) yıl, ortanca süre 17 yıl, en uzun süre 38 yıl olup henüz bir yılını tamamlamayan katılımcı bulunmaktadır. Aile sağlığı çalışanlarının kentsel yerleşim yerleri hizmet süresi ortalaması $14,0\pm 7,6$ (ss) yıl, ortanca süre 13 yıl, en uzun süre 35 yıl olup henüz bir yılını tamamlamayan katılımcı bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Katılımcıların %42,2'si (n=196) kırsal bölgede çalışmamıştır. Aile hekimlerinin kırsal bölgede hizmet verme süresi aile sağlığı çalışanlarına göre daha uzundur ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %25,5'i (n=56), aile sağlığı çalışanın %57,1'i (n=140) kırsal yerleşim yerinde çalışmamıştır ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %51,8'inin (n=114), aile sağlığı çalışanın %19,2'sinin (n=47) kırsal yerleşim yerinde hizmet süresi 1-4 yıl arasındadır. (Tablo 5.7)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kırsal yerleşim yeri hizmet süresi ortalaması $2,6\pm 3,2$ (ss) yıl, ortanca süre 2 yıl, en uzun süre 20 yıl olup, henüz bir yılını tamamlamayan katılımcı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının kırsal yerleşim yeri hizmet süresi ortalaması $1,8\pm 3,4$ (ss) yıl, en uzun süre 32,3 olup, ortanca ve en kısa süre bir yıldan kısadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Tablo 5.8. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalışma Süresine İlişkin Deneyimlerinin Dağılımı (Ankara, 2022)

Mezuniyet Sonrası/Çalışma Süresi	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Mezuniyet Sonrası Süre (yıl)							<0,001
<1	-	-	1	0,4	1	0,3	
1-4	7	3,2*	30	12,7*	37	8,1	
5-14	51	23,3*	113	47,7*	164	36,0	
15-24	60	27,4	72	30,4	132	28,9	
25-34	90	41,1	20	8,4	110	24,1	
≥35	11	5,0*	1	0,4*	12	2,6	
Toplam	219	100,0	237	100,0	456	100,0	
Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Çalışma süresi (yıl)							<0,001
<1	9	4,0*	25	10,1*	34	7,2	
1-4	37	16,5*	81	32,8*	118	25,1	
5-14	162	72,3*	137	55,5*	299	63,5	
15-24	10	4,5*	3	1,2*	13	2,8	
25-35	6	2,7*	1	0,4*	7	1,5	
Toplam	224	100,0	247	100,0	471	100,0	

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %36,0'ının (n=164) mezuniyetleri 5-14 yıl öncedir. Aile sağlığı çalışanlarının mezuniyet sonrası çalışma süresi aile hekimlerine göre daha kısadır ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %3,2'sinin (n=7), aile sağlığı çalışanlarının %12,7'sinin (n=30) mezuniyetleri 1-4 yıl öncedir. Aile hekimlerinin %23,3'ünün (n=51), aile sağlığı çalışanlarının %47,7'sinin (n=113) mezuniyetleri 5-14 yıl öncedir ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %5,0'ünün (n=11), aile sağlığı çalışanlarının %0,4'ünün (n=1) mezuniyet sonrası geçen süreleri 35 yıl ve üzeridir ($p<0,001$). (Tablo 5.8)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin mezuniyet sonrası geçen süre ortalaması $21,9\pm 9,1$ (ss) yıl, ortanca süre 24 yıl, en kısa süre 3 yıl ve en uzun süre 42 yıldır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının mezuniyet sonrası geçen süre ortalaması $13,2\pm 7,4$ (ss) yıl, ortanca süre 13 yıl, en uzun süre 35 yıl olup henüz bir yılını tamamlamayan çalışan bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Aile hekimlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma suresi aile sağlığı çalışanlarından daha uzundur ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %4,0'ının ($n=9$), aile sağlığı çalışanlarının %10,1'inin ($n=25$) aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı hizmet suresi 1 yılın altındadır. Aile hekimlerinin %16,5'inin ($n=37$), aile sağlığı çalışanlarının %32,8'inin ($n=81$) aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı hizmet suresi 1-4 yıldır ($p<0,001$). Aile hekimlerinin %72,3'ünün ($n=162$), aile sağlığı çalışanlarının %55,5'inin ($n=137$) aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı hizmet suresi 5-14 yıldır ($p<0,001$). (Tablo 5.8)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı hizmet suresi ortalaması $9,4\pm 5,4$ (ss) yıl, ortanca sure 10,5 yıl, en uzun sure 32 yıl olup henüz bir yılını tamamlamayan çalışan bulunmaktadır. Aile sağlığı çalışanlarının aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı hizmet suresi ortalaması $6,7\pm 4,7$ (ss) yıl, ortanca sure 6,8 yıl ve en uzun sure 26,5 yıl olup, henüz bir yılını tamamlamayan çalışan bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir)

Tablo 5.9. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Sağlığı Alanında Eğitim Alma ve Sağlık Hizmet Sunumu Deneyimlerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Sağlığı Konusunda	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Mezuniyet Öncesi Dönemde Teorik Ders Alma							
Evet	5	2,2	9	3,6	14	3,0	0,25
Hayır	202	90,6	214	85,6	416	87,8	
Hatırlamıyorum	16	7,2	27	10,8	43	9,1	
Toplam	223	100,0	250	100,0	473	100,0	
Mezuniyet Öncesi Uygulamalı Ders Alma							
Evet	5	2,2	7	2,8	12	2,5	0,55
Hayır	212	95,1	232	92,8	444	93,9	
Hatırlamıyorum	6	2,7	11	4,4	17	3,6	
Toplam	223	100,0	250	100,0	473	100,0	
Mezuniyet Sonrası Dönemde Teorik Eğitim Alma							
Evet	10	4,5	11	4,4	21	4,4	0,30
Hayır	202	91,0	234	93,6	436	92,4	
Hatırlamıyorum	10	4,5	5	2,0	15	3,2	
Toplam	222	100,0	250	100,0	472	100,0	
Çalışılan Birim Öncesinde Göçmen Sağlığı Hizmeti Deneyimi							
Evet	35	15,7	48	19,4	83	17,4	0,28
Hayır	188	84,3	199	80,6	387	81,6	
Toplam	223	100,0	247	100,0	470	100,0	
Deneyim Kazanılan Birimde Çalışma Süresi**							
<1 yıl	14	40,0*	7	14,9*	21	25,6	0,025
1-4 yıl	15	42,9	24	51,1	39	47,6	
5-15 yıl	6	17,1	16	34,0	22	26,8	
Toplam	35	100,0	47	100,0	82	100,0	
Göçmen Çocuk Sağlığı İle İlgili Hizmet İçi Eğitimlerden Yararlanma***							
Yetersiz	120	78,9	137	72,5	257	75,4	0,10
Kısmen Yeterli	25	16,4	35	18,5	60	17,6	
Yeterli	7	4,6	17	9,0	24	7,0	
Toplam	152	100,0	189	100,0	341	100,0	

*İstatistiksel anlamlı farka neden olan gözler

**Çalışılan birim öncesinde göçmen sağlığı hizmeti deneyimi olan katılımcılardan (n=83) 82 kişi bu soruyu yanıtlamıştır.

***Mezuniyet sonrası göçmen sağlığı eğitimi almadığını belirten katılımcılar göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlanmada değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların sadece %3,0'ı (n=14) mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı ile ilgili teorik ders aldığını belirtmiştir. Mezuniyet öncesi göçmen sağlığıyla ilgili teorik eğitim alma aile hekimlerinde %2,2 iken aile sağlığı çalışanlarında %3,6'dır (p>0,05). (Tablo 5.9)

Aile hekimlerinin %2,2'si (n=5), aile sağlığı çalışanlarının %2,8'i (n=7) mezuniyet öncesi uygulamalı göçmen sağlığı dersi almıştır (p>0,05). Toplamda katılımcıların yalnızca %2,5'i (n=12) mezuniyet öncesinde uygulamalı göçmen sağlığı dersi aldığını belirtmiştir. (Tablo 5.9)

Mezuniyet sonrası göçmen sağlığı ile ilgili eğitim alma aile hekimlerinde %4,5 iken aile sağlığı çalışanlarında da %4,4'dür (p>0,05). Toplamda katılımcıların çoğu (%92,4) mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı ile ilgili teorik ders almadığını belirtmiştir. (Tablo 5.9)

Katılımcıların yaklaşık beşte birinin (%17,4; n=83) çalışılan birim öncesinde göçmen sağlığı hizmeti deneyimi olmuştur. Göçmen sağlığı alanında hizmet deneyimi olma aile hekimlerinde %15,7 ve aile sağlığı çalışanlarında %19,4'dür (p>0,05). Göçmen sağlığı hizmeti deneyimi olan katılımcıların 73,2'sinin (n=60) çalışma süresi 4 yıl ve daha kısadır; aile hekimlerinde bu yüzde %82,9 iken aile sağlığı çalışanlarında %66,0'dır (p<0,05). (Tablo 5.9)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin göçmen hasta yoğunluklu bölgede çalışma süresi ortalaması $2,1 \pm 2,2$ (ss) yıl, ortanca süre 1,5 yıl, en uzun süre 10 yıl olup halen bir yılı tamamlamamış katılımcı bulunmaktadır. Aile sağlığı çalışanlarının göçmen hasta yoğunluklu bölgede çalışma süresi ortalaması $4,1 \pm 3,1$ (ss) yıl, ortanca süre 4 yıl, en uzun süre 11 yıl olup, halen bir yılını tamamlamayan katılımcılar bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Göçmen sağlığı hizmeti sunulan bölgede çalışma deneyimi olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının, bu bölgede çalışma sürelerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Aile hekimlerinin göçmenlerin yaşadığı bölgede çalışma süresi daha kısadır; aile hekimlerinin %40,0'ı (n=14), aile sağlığı çalışanlarının

%14,9'u (n=7) göçmenlerin yaşadığı bölgede bir yılın altı sürede çalışmıştır (p<0,05). (Tablo 5.9)

Katılımcıların göçmenlerin yaşadığı bölgede çalışma sürelerinin ortalaması $6,3 \pm 5,1$ (ss) yıl, ortanca süre 4,9 yıl, en uzun süre 34,2 yıl olup bir yılı tamamlamayan katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların bulunulan birimde çalışma süresinin dağılımında çeyrekler arası genişlik 4,3 yıl olarak saptanmıştır. (Tabloda verilmemiştir.)

Aile hekimlerinin yalnızca %4,6'sı, aile sağlığı çalışanlarının %9,0'ı göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandığını belirtmiştir (p>0,05). Katılımcıların çoğunluğu %75,4'ü göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimleri "yetersiz" olarak belirtmiştir. (Tablo 5.9)

5.3. Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Özellikler

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının çalıştıkları birim ve göçmen sağlığı hizmetlerine ilişkin bulguları sunulacaktır.

Tablo 5.10. Araştırmaya Katılan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Görüşme Yapılan Birimde Çalışma Süresine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Görüşme Yapılan Birimde Çalışma Süresi	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<1 yıl	36	16,9	43	17,6	79	17,3
1-4 yıl	63	29,6	88	36,1	151	33,0
5-14 yıl	110	51,6*	103	42,2*	213	46,6
15-24 yıl	1	0,5*	9	3,7*	10	2,2
25-35 yıl	3	1,4	1	0,4	4	0,9
Toplam	213	100,0	244	100,0	457	100,0

$\chi^2=10,334$, p=0,035

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların %46,6'sı (n=213) halen görev yaptıkları birimde 5-14 yıl arasında çalışmaktadır. Bu birimde çalışma süresi açısından aile

hekimleri ve aile sağlığı çalışanları arasında fark bulunmaktadır; aile hekimlerinin çalışma suresi aile sağlığı çalışanlarına gore daha uzundur ($p=0,035$). Aile hekimlerinin %51,6'sı ($n=110$), aile sağlığı çalışanlarının %42,2'si ($n=103$) buldukları birimde 5-14 yıl suresinde çalışmaktadır ($p<0,05$). Aile hekimlerinin %0,5'i ($n=1$), aile sağlığı çalışanlarının %3,7'si ($n=9$) buldukları birimde 15-24 yıl suresinde çalışmaktadır. (Tablo 5.10)

Aile hekimlerinin bulunulan birimde çalışma suresinin ortalaması $6,6\pm 5,3$ (ss) yıl, ortanca değer 5,8 yıl, en uzun sure 34,2 yıl olup henüz bir yılı tamamlamayan katılımcılar bulunmaktadır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının bulunulan birimde çalışma suresinin ortalaması $6,0\pm 4,9$ (ss) yıl, ortanca sure 4,5 yıl, en uzun sure 31,1 yıl olup henüz bir yılı tamamlamayan katılımcılar bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Tablo 5.11. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı alışanlarının İfadelerine Gore Birimlerine Kayıtlı Ortalama Gomen Sayılarının Dağılımları (Ankara, 2022)

Birime Kayıtlı	Aile Hekimi		Aile Sağlığı alışanı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gomen Sayısı						
Kayıtlı kişi yok	40	19,4	39	17,3	79	18,3
<100	114	55,3	103	45,6	217	50,2
100-499	38	18,4	54	23,9	92	21,3
500-1499	12	5,8	19	8,3	31	7,2
1500 ve zeri	2	1,1	11	4,9	13	3,0
Toplam	206	100,0	226	100,0	432	100,0
Gomen ocuk Sayısı						
Kayıtlı kişi yok	41	20,1	43	19,0	84	19,5
<100	143	70,1	152	67,3	295	68,6
100-499	19	9,3	21	9,3	40	9,3
500 ve zeri	1	0,5	10	4,4	11	2,6
Toplam	204	100,0	226	100,0	430	100,0

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Aile hekimlerinin %19,4' ($n=40$), aile sağlığı çalışanlarının %17,3' ($n=39$) alıştıkları birime kayıtlı gomen hastalarının olmadığını belirtmişlerdir. Aile

hekimlerinin %55,3'ünün (n=114), aile sağlığı çalışanlarının %45,6'sının (n=103) birimlerine kayıtlı göçmen sayısı 100 kişi altındadır. Aile hekimlerinin %1,1'i (n=2) ve aile sağlığı çalışanlarının %4,9'u (n=11) birimlerine kayıtlı göçmen sayısı 1500 kişi ve üzerinde olduğunu ifade etmiştir. (Tablo 5.11)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin birimlerine kayıtlı göçmen hasta sayısı ortanca değer 50 kişi, en az söylenen 2 ve en fazla söylenen kişi sayısı 1662 iken hiç göçmen hasta olmadığını söyleyen katılımcı da bulunmaktadır. Aile sağlığı çalışanlarının kayıtlı göçmen hasta sayısı ortanca değer 60 kişi, en az söylenen 2, en fazla söylenen kişi sayısı 2100 olup yine hiç göçmen hasta olmadığını söyleyen katılımcı da bulunmaktadır. (Tabloda verilmemiştir.)

Aile hekimlerinin %20,1'i (n=41), aile sağlığı çalışanlarının %19,0'ı (n=43) alıştıkları birime kayıtlı göçmen ocuk hastalarının olmadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %70,1'i (n=143), aile sağlığı çalışanlarının %67,3' (n=152) birimlerine kayıtlı göçmen ocuk sayısının 100 ve altında olduğunu belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin %0,5'i (n=1), aile sağlığı çalışanlarının %4,4' (n=10) birimlerine 500-1499 kişi göçmen çocuğun kayıtlı olduğunu belirtmişlerdir. (Tablo 5.11)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin birimlerine kayıtlı göçmen ocuk sayısı ortanca değer 15 kişi, en az söylenen ocuk sayısı 1 kişi, en fazla söylenen ocuk sayısı 500 kişiyken, kayıtlı göçmen ocuk olmadığını belirten katılımcı da bulunmaktadır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının birimlerine kayıtlı göçmen ocuk sayısı ortanca değer 20 kişi, en az söylenen ocuk sayısı 1 kişi, en fazla söylenen kişi sayısı 1000 kişiyken, kayıtlı göçmen ocuk olmadığını söyleyen katılımcı vardır. (Tabloda verilmemiştir.)

Tablo 5.12.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kayıtlı Göçmen Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)

Çalışılan İlçeler	n	Aile Hekimi	n	Aile Sağlığı Çalışanı	n	Toplam
		Ortanca (EKD-EBD)		Ortanca (EKD-EBD)		Ortanca (EKD-EBD)
Altındağ	41	50(2-1662)	29	60 (5-1500)	70	50 (2-1662)
Çankaya	4	136,5 (10-200)	9	200 (10-1000)	13	200 (10-1000)
Etimesgut	6	40 (10-500)	22	35 (2-2000)	28	35 (2-2000)
Keçiören	52	50 (2-500)	59	100 (4-2100)	111	80 (2-2100)
Mamak	42	30 (3-1500)	41	40 (2-2000)	83	30 (2-2000)
Sincan	10	50 (10-270)	18	32,5 (10-250)	28	37,5 (10-270)
Yenimahalle	11	50 (8-500)	9	50 (4-1500)	20	50 (4-1500)

Not: Katılımcılardan 42 kişi soruyu yanıtlamamıştır, 79 kişi kayıtlı göçmen hastası olmadığını

belirtmiştir. Soruyu yanıtlamayanlar ve kayıtlı göçmen hastası olmayanlar tablo için değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Çankaya İlçesindeki katılımcıların, kayıtlı göçmen sayısı ortanca 200 (10-1000) olarak saptanırken, Yenimahalle İlçesindeki katılımcıların kayıtlı göçmen sayısı ortanca 50 (4-1500) olarak saptanmıştır. Mamak İlçesi kayıtlı göçmen hasta sayısı ortanca 30 (2-2000) olarak belirlenirken, ilçeler arasında katılımcıların en düşük kayıtlı göçmen hasta belirttikleri ilçedir. (Tablo 5.12)

Tablo 5.13.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kayıtlı Göçmen Çocuk Sayılarının Dağılımı (Ankara, 2022)

Çalışılan İlçeler	n	Aile Hekimi	n	Aile Sağlığı Çalışanı	n	Toplam
		Ortanca (EKD-EBD)		Ortanca (EKD-EBD)		Ortanca (EKD-EBD)
Altındağ	40	22,5(1-308)	28	24,5(1-1000)	68	22,5(1-1000)
Çankaya	4	33(3-70)	8	50(3-500)	12	115,5(3-500)
Etimesgut	6	16,5(6-100)	22	10(1-1000)	28	10(1-1000)
Keçiören	51	12(1-200)	58	30(2-500)	28	20(1-500)
Mamak	41	10(2-500)	41	10(1-500)	109	10(1-500)
Sincan	10	15,5(4-30)	18	10(2-100)	82	10(2-100)
Yenimahalle	11	30(2-300)	8	15(2-100)	19	20(2-300)

Not: Katılımcılardan 44 kişi soruyu yanıtlamamıştır, 84 kişi kayıtlı göçmen çocuk hastası olmadığını

belirtmiştir. Soruyu yanıtlamayanlar ve kayıtlı göçmen hastası olmayanlar tablo için değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Çankaya İlçesindeki katılımcıların, kayıtlı göçmen çocuk sayısı ortanca 22,5 (1-1000) olarak saptanırken, Mamak İlçesi kayıtlı göçmen çocuk hasta sayısı ortanca 10

(1-500) olarak belirlenmiştir. Etimesgut, Mamak ve Sincan katılımcıların en düşük kayıtlı göçmen çocuk hasta belirttikleri ilçelerdir. (Tablo 5.13)

Tablo 5.14. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Bulunan Göçmenlerin Ekonomik Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmenlerin Ekonomik Durumlarına İlişkin Görüş	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çok kötü	14	8,1	10	5,0	24	6,4
Kötü	65	37,1	70	35,2	135	36,1
Orta	79	45,1	93	46,7	172	46,0
İyi	13	7,4	18	9,0	31	8,3
Çok iyi	4	2,3	8	4,1	12	3,2
Toplam	175	100,0	199	100,0	374	100,0

$\chi^2=2,602$, $p=0,627$

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %42,5'i (n=159) aile sağlığı merkezi bölgesinde bulunan göçmenlerin ekonomik durumlarını "kötü" ve "çok kötü" olarak yanıtlamıştır. Aile hekimlerinin %9,7'si (n=17), aile sağlığı çalışanlarının %13,1'i (n=26) aile sağlığı merkezi bölgesinde bulunan göçmenlerin ekonomik durumlarını "iyi" ve "çok iyi" olarak tanımlamaktadır ($p>0,05$). (Tablo 5.14)

Tablo 5.15. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Görev Yaptıkları İlçelere Göre Göçmen Hastaların Ekonomik Durumlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

İlçeler	Ekonomik Durum Görüşü								Toplam (%)			
	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı							
	n	Kötü	Orta	İyi	n	Kötü	Orta	İyi	n	Kötü	Orta	İyi
Altındağ	39	61,5	28,2	10,3	27	37,0	44,4	18,6	66	51,5	34,8	13,7
Çankaya	4	-	50,0	50,0	9	11,1	55,6	33,3	13	7,7	53,8	38,5*
Etimesgut	6	83,3	16,7	-	24	50,0	45,8	4,2	30	56,7	40,0	3,3*
Keçiören	59	35,6	55,9	8,5	68	38,2	48,5	13,3	127	37,0	52,0	11,0
Mamak	45	46,7	40,0	13,3	43	51,2	32,6	16,2	88	48,9	36,4	14,7
Sincan	11	36,4	63,6	-	19	31,6	68,4	-	30	33,3	66,7	-*
Yenimahalle	11	36,4	63,6	-	9	33,3	55,6	11,1	20	35,0	60,0	5,0

$\chi^2=32,824$, $p=0,001$

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların görev yaptıkları ilçelere göre göçmen hastalarının ekonomik durumlarının değerlendirilmesi sorulduğunda, Etimesgut (%56,7), Altındağ (%51,5) ve Mamak (%48,9) ilçelerinde çalışanlar ekonomik durumlarını “kötü” olarak belirtmiştir. Katılımcılar Sincan (%66,7), Çankaya (%53,8) ve Keçiören (%52,0) ilçelerinde bölgedeki göçmenlerin ekonomik durumunu “orta” düzeyde olarak belirtmiştir. Çankaya İlçesinde katılımcıların %38,5’i bölgedeki göçmenlerin ekonomik durumunu “iyi” düzeyde olarak belirtirken, Etimesgut İlçesinde bu sıklık %3,3’tür ($p<0,05$). (Tablo 5.15)

Aile hekimlerine görev yaptıkları ilçelere göre göçmen hastalarının ekonomik durumlarının değerlendirilmesi sorulduğunda Çankaya İlçesinde %50 aile hekimi “iyi” düzeyde yanıtını verirken, Etimesgut ve Sincan ilçelerinde hiçbir aile hekimi “iyi” düzey yanıtını vermemiştir. Aile sağlığı çalışanlarında, Çankaya İlçesinde (%33,3), Altındağ İlçesinde (%18,6) kişi bölgedeki göçmenlerin ekonomik durumunu “iyi” düzeyde olarak belirtirken, Sincan ilçesinde hiçbir aile sağlığı çalışanı bu yanıtı belirtmemiştir. (Tablo 5.15)

5.4. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşleri

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmenlerin sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri ve hastalık tanılarına ilişkin görüşleri sunulmaktadır.

5.4.1. Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenleri

Tablo 5.16. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Çocuk Hastalarda En Sık Karşılaştıkları Şikayetler ve Tanılara Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Çocuk Hastalarda	Aile Hekimi			Aile Sağlığı Çalışanı			Toplam			p değeri
	n	Sayı	Yüzde	n	Sayı	Yüzde	n	Sayı	Yüzde	
En Sık Şikayetler*										
Öksürük	175	161	92,0	180	155	86,1	355	316	89,0	0,07
Ateş	175	142	81,1	181	143	79,0	356	285	80,1	0,61
Burun Akıntısı	175	125	71,4	180	122	67,8	355	247	69,6	0,45
İshal	175	43	24,6	180	43	23,9	355	86	24,2	0,88
Karın Ağrısı	175	27	15,4	179	36	20,1	354	63	17,8	0,24
Kusma	175	12	6,9	180	21	11,7	355	33	9,3	0,11
Deride kızarıklık kaşıntı	174	11	6,3	180	14	7,8	354	25	7,1	0,59
İdrar Yaparken Yanma	174	6	3,4	180	5	2,8	354	11	3,1	0,71
Diğer**	174	-	-	180	4	2,2	354	4	1,1	0,12
En Sık Konulan Tanılar*										
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	175	169	96,6	179	176	98,3	354	345	97,5	0,333
Akut Gastroenterit	175	34	19,4	179	11	6,1	354	45	12,7	<0,001
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	175	14	8,0	179	20	11,2	354	34	9,6	0,311
İdrar Yolları Enfeksiyonları	175	5	2,9	179	15	8,4	354	20	5,6	0,024
Cilt Enfeksiyonları	175	10	5,7	179	8	4,5	354	18	5,1	0,594
Yumuşak Doku Yaralanması	175	2	1,1	179	4	2,2	354	6	1,7	0,426
Diğer***	175	1	0,6	179	1	0,6	354	2	0,6	1,000

*Birden fazla şık işaretlenebilir sorulardır. Aile hekimi, aile sağlığı çalışanı ve toplamda her şıkki işaretleyen kişi sayısı ve yüzdesi satırlarda verilmiştir.

**Eksik aşılardan tamamlanması (3 kişi), kulak ağrısı (1 kişi)

***Anemi, parazitoz

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlanmayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %89,0'ı (n=316) göçmen çocuk hastalarda en sık öksürük şikayetiyle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Soruyu yanıtlayan her 10 aile hekiminden dokuzu ve her 10 aile sağlığı çalışanından ise sekizi öksürük yakınmasını ilk sıraya koymuştur. Ateş yakınması aile hekimlerinin %81,1'i, aile sağlığı çalışanlarının %79,0'ı tarafından başvuruda ilk sırada olan yakınma olarak belirtilmiştir ($p>0,05$). Burun akıntısı yakınması aile hekimleri %71,4, aile sağlığı çalışanları %67,8 tarafından benzer şekilde ilk sıralarda olan başvuru yakınması olarak yanıtlanmıştır. Katılımcıların yalnızca %3,1'i idrar yaparken yanma şikayetini en sık başvuru olduğunu belirtmiştir. (Tablo 5.16)

Katılımcıların %97,5'u (n=345) göçmen çocuk hastalarda en sık konulan tanının üst solunum yolları enfeksiyonu olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan 10 kişide biri göçmen çocuk hastalarda akut gastroenteritin en sık konulan tanı olduğunu belirtmiştir. Aile hekimlerinin %19,4'ü, aile sağlığı çalışanlarının %6,1'i akut gastroenteritin göçmen çocuk hastalarda en sık konulan tanı olduğu yanıtını vermiştir ($p<0,001$). Katılımcıların yalnızca %1,7'si yumuşak doku yaralanmasının en sık konulan tanı olduğunu belirtmiştir. (Tablo 5.16)

5.4.2. Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılar

Bu bölümde aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen ailelerin sağlık hizmeti kullanımında karşılaştıkları engeller ve kolaylaştırıcılara ilişkin görüşleri sunulmaktadır.

Tablo 5.17. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmet Kullanımı Sırasında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılara İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Engeller ve Kolaylaştırıcılar	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam				p değeri
	n	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	n	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	n	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	
Sağlık Hizmetleri Kapsayıcılığı													
Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilemesi	175	17,2	11,4	71,4	206	15,5	15,6	68,9	381	16,3	13,6	70,1	0,49
Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik													
Ailelerin dil bariyeri (Türkçe bilmeme) nedeniyle sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmesi	176	45,5	14,8	39,8	207	46,9	14,5	38,6	383	46,2	14,6	39,2	0,96
Ekonomik durumu iyi olmayanların sağlık hizmetlerini daha az kullanması	176	50,0	11,4	38,6	206	56,3	9,2	34,5	382	53,4	10,2	36,4	0,45
Düşük sağlık okuryazarlığı nedeniyle ailelerin çocuklarını koruyucu sağlık hizmetlerine getirmemesi	176	43,2	17,0	39,8	207	52,2	19,8	28,0	383	48,0	18,5	33,5	0,05
Aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğu	176	63,6	14,8	21,6	206	66,0	13,1	20,9	382	64,9	13,9	21,2	0,86
Ailelerin kız çocuklarını sağlık hizmetlerine erkek çocuklarından daha az getirmesi	176	64,8	23,9	11,3	207	72,9	18,4	8,7	383	69,2	20,9	9,9	0,22
Göçmen nüfusun izlenmesi													
Ailelerin sık telefon numaraları değişikliği nedeniyle için aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu	176	14,2	9,1	76,7	207	16,9	6,8	76,3	383	15,7	7,8	76,5	0,57
Sık adres değişiklikleri nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu	176	13,6	8,0	78,4	207	13,0	3,9	83,1	383	13,3	5,8	80,9	0,21

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların %70,1'i "Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilemesi" önermesine "katılıyorum" yanıtı vermiştir. "Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilediği" önermesine aile hekimleri (%71,4) ve aile sağlığı çalışanları (%68,9) "katılıyorum" şeklinde benzer görüş belirtmişlerdir. (Tablo 5.17)

"Ailelerin dil bariyeri (Türkçe bilmeme) nedeniyle sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmesi" önermesine aile hekimleri %45,5 "katılmıyorum" yanıtını verirken, aile sağlığı çalışanları %46,9 bu yanıtı vermiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%53,4) "Ekonomik durumu iyi olmayanların sağlık hizmetlerini daha az kullanması" önermesine "katılmıyorum" yanıtını vermiştir. Aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğu katılımcıların yarısından fazlasında (%64,9) hizmet alımını olumsuz etkileyen bir faktör olarak görülmemektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada engel olduğu önermesine aile sağlığı çalışanlarının %52,2'si "katılıyorum" yanıtını verirken, aile hekimlerinin %43,2'si bu önermeyi "katılıyorum" olarak yanıtlamıştır. Sağlık hizmet alımında cinsiyet ayrımcılığı katılımcıların %69,2'si tarafından sorun olarak görülmektedir. Yaklaşık her 10 hekimden biri (%11,3) ve 11 sağlık çalışanından biri (%9,9) cinsiyet ayrımcılığının sorun olduğunu düşünmektedir. (Tablo 5.17)

Sık telefon numara değişikliği nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için hastalara ulaşma zorluğu hakkında aile hekimlerinin %76,7'si, aile sağlığı çalışanlarının %76,3'ü "katılıyorum" yanıtını vermiştir. Katılımcıların %80,9'u "Sık adres değişiklikleri nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu" önermesine "katılıyorum" yanıtını verirken, katılımcıların yalnızca %5,8'i bu önermeye "kararsızım" yanıtını vermiştir. (Tablo 5.17)

Tablo 5.18.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Sağlık Hizmet Alımına İlişkin Değerlendirmelerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Engeller ve Kolaylaştırıcılar	Altındağ	Çankaya	Etimesgut	Keçiören	Mamak	Sincan	Yenimahalle	p değeri
	n=69	n=13	n=31	n=131	n=89	n=30	n=20	
Sağlık Hizmetleri Kapsayıcılığı Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilemesi	73,9	76,9	71,0	66,9	72,7	70,0	60,0	0,94
Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Ailelerin dil bariyeri (Türkçe bilmeme) nedeniyle sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmesi	37,7	30,8	41,9	28,2	49,4	50,0	55,0	0,12
Ekonomik durumu iyi olmayanların sağlık hizmetlerini daha az kullanması	37,7	38,5	32,3	31,5	44,9	40,0	25,0	0,56
Düşük sağlık okuryazarlığı nedeniyle ailelerin çocuklarını koruyucu sağlık hizmetlerine getirmemesi	36,2	38,5	38,7	29,0	40,4	30,0	15,0	0,05
Aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğu	26,1	23,1	12,9	17,7	24,7	20,0	25,0	0,86
Ailelerin kız çocuklarını sağlık hizmetlerine erkek çocuklarından daha az getirmesi	13,0	23,1	6,5	8,4	9,0	16,7	-	0,05
Göçmen nüfusun izlenmesi Ailelerin sık telefon numaraları değişikliği nedeniyle için aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu	72,5	76,9	87,1	77,1	77,5	73,3	70,0	0,68
Sık adres değişiklikleri nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu	76,8	76,9	90,3	84,0	79,8	76,7	75,0	0,75

* "Katılıyorum" seçeneği yüzdeleri her ilçe için verilmiştir.

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlanmayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Tüm ilçelerde “Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilemesi” önermesine %60 ve üzeri katılımcı “katılıyorum” yanıtını vermiştir. (Tablo 5.18)

Mamak İlçesinde ekonomik durumun sağlık hizmeti az kullanımına neden olduğunu düşünen katılımcılar %44,9, Yenimahalle İlçesinde ise bu yanıt %25,0’dır. Altındağ ve Yenimahalle ilçelerinde yaklaşık 4 katılımcıdan biri aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğunun hizmet alımında engel olduğunu düşünmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmama Mamak İlçesinde katılımcılar %40,4, Yenimahalle İlçesinde %15,0 olumsuz etken olduğunu belirtmişlerdir. Çankaya İlçesinde 4 katılımcıdan biri ailelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada cinsiyet ayrımcılığı yaptığını düşünmektedir. (Tablo 5.18)

Sık telefon ve adres değişikliğinin hastalara ulaşma zorluğu tüm ilçelerdeki katılımcılar tarafından %75 ve üzeri olumsuz etken olarak değerlendirilmiştir. (Tablo 5.18)

5.4.3. Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımı

Bu bölümde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen ailelerin ana çocuk sağlığı hizmetlerine olan yaklaşımlarına ilişkin görüşleri sunulacaktır.

Tablo 5.19. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Uygulamalarına İlişkin Yaklaşımlarına İlişkin Görüşleri	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam				P değeri
	n	Yanlış	Kısmen doğru	Doğru	n	Yanlış	Kısmen doğru	Doğru	n	Yanlış	Kısmen doğru	Doğru	
Gebelik Süreci													
Gebelik doğal bir süreçtir, kontrollere gelmek gerekmez düşüncesi yaygındır.	167	32,9	41,3	25,7	199	29,1	39,7	31,2	366	39,9	40,4	28,7	0,49
Gebelik döneminde şikayetlerini anlatması ayıp olarak algılanmaktadır.	167	42,5	41,3	16,2	198	47,5	31,3	21,2	365	45,2	35,9	18,9	0,12
Gebe kadınlar takiplere eşleri izin vermezse gelemmezler.	167	27,5	38,9	33,5	198	30,3	32,8	36,9	365	29,0	35,6	35,4	0,48
Gebe kadınlar izlemlere yalnız başlarına gelebilirler.	167	23,4	39,5	37,1	198	21,2	36,4	42,4	365	22,2	37,8	40,0	0,58
Emzirme ve Bebek Beslenmesi													
Emzirmeyi doğal bir olay olarak kabul edilir, ek öneriye gereksinim	167	16,8	43,7	39,5	199	12,5	35,7	51,8	366	14,5	39,3	46,2	0,06
Çocuklarını sık olarak emzirerek iyileştirirler.	166	21,1	53,0	25,9	197	18,3	53,3	28,4	363	19,6	53,2	27,2	0,75
Türkçe bilmemeleri emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkiler.	168	13,7	27,4	58,9	199	14,1	25,1	60,8	367	13,9	26,2	59,9	0,88
Aşı Programı													
Aşıların çocuklarına zarar vereceğini düşünmektedir.	168	52,4	37,5	10,1	200	55,0	32,0	13,0	368	53,8	34,5	11,7	0,45
Çocuklarının aşı takvimine uygun olarak aşılanmasını önemsemezler.	168	38,1	37,5	24,4	200	36,5	36,5	27,0	368	37,2	37,0	25,8	0,85
Aşı kartını saklamayı önemsemezler.	168	33,9	39,9	26,2	200	28,5	35,5	36,0	368	31,0	37,5	31,5	0,12
Hastalıklara Yaklaşım													
Çocukların ishal olmasını olağan karşılarlar.	168	45,8	36,9	17,3	196	41,3	37,8	20,9	364	43,4	37,4	19,2	0,58
İshalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi değildir.	168	20,2	41,7	38,1	196	20,4	45,4	34,2	364	20,3	43,7	36,0	0,71
Hastalıkların kolay geçeceğini düşünerek doktora başvurmak istemezler.	167	38,3	44,9	16,8	196	34,7	42,9	22,4	363	36,4	43,8	19,8	0,39
Geleneksel Bakış													
Aile büyüklerinin önerilerini uygularlar.	167	7,8	38,9	53,3	198	8,1	31,8	60,1	365	7,9	35,1	57,0	0,35
Ailelerinin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamaması	176	19,9	59,1	21,0	204	21,6	50,5	27,9	380	20,8	54,5	24,7	0,19

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yaklaşık üçte biri göçmen hastaların gebelik sırasında sağlık kontrollerinin gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir ($p>0,05$). Gebelik döneminde Őikayet anlatılmasının ayıp olarak algılanmadığını aile hekimlerinin %42,5'i, aile sağlığı çalışanlarının %47,5'i belirtmiştir ($p>0,05$). Aile hekimlerine göre yaklaşık üçte biri göçmen hastaların gebelik sırasında sağlık kontrollerinin gerekli olduğunu düşündüklerini ve beşte ikisi göçmenlerin gebelik sırasında sağlık yakınmalarını rahatlıkla ifade edeceklerini belirtmektedirler. Aile sağlığı çalışanları bu sorulara verdikleri yanıtlar daha olumlu yöndedir. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının yaklaşık üçte biri gebe kadınların eşleri izin vermezse sağlık hizmetine başvuramayacağını düşünmektedir ($p>0,05$). Diğer yandan katılımcıların %40,0'ı gebe kadınların izlemlere yalnız başlarına gelebileceğini belirtmiştir. (Tablo 5.19)

Aile sağlığı çalışanlarının yarısından fazlası (%51,8) göçmenlerin kadınların emzirme yönünden eğitime ihtiyaçlarının olmadığını düşünürken, aile hekimlerinin yalnızca %39,5'i bu yönde düşünmektedir ($p>0,05$). Aile hekimlerinin %25,9'u, aile sağlığı çalışanlarının %28,4' benzer Şekilde göçmen annelerin çocuklarını sık emzirerek iyileştirdiklerini düşündüklerini belirtmişlerdir ($p>0,05$). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yarısından fazlası göçmen annelerin Türkçe bilmemelerinin emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkilediğini düşünmektedir ($p>0,05$). (Tablo 5.19)

Aile hekimleri ve aile sağlığı alışanlarında iki katılımcıdan biri göçmen ailelerin aşı tereddüdü olduğunu düşünmektedir ($p>0,05$). Aile hekimlerinin %24,4', aile sağlığı çalışanlarının %27,0'ı göçmen ailelerin çocuklarının aşı takvimine uygun aşılanmasını önemsemediklerini düşünmektedir ($p>0,05$). Aile sağlığı çalışanlarının %36'sı göçmen ailelerin aşı kartını saklamayı önemsemediklerini düşünürken, bu yüzde aile hekimlerinde %26,2'dir ($p>0,05$). (Tablo 5.19)

Katılımcıların %43,4' göçmen ailelerin çocuklarının ishal olmasını olağan karşılamadığı görüşündedir, buna karşın katılımcıların yalnızca %36,0'ı göçmen ailelerin ishalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir. Aile hekimlerinin %44,9'u, aile sağlığı çalışanlarının %42,9'u göçmenlerin hastalık durumunda doktora zaman geçirmeden başvuracağını düşünmektedir ($p>0,05$). Aile hekimlerinin ikisinden

biri, aile sağlığı çalışanlarının on kişiden altısı göçmenlerin aile büyüklerinin önerilerini uyguladığını düşünmektedir ($p>0,05$). (Tablo 5.19)

Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%24,7) göçmen ailelerde ceza vermenin şiddet olarak algılanmadığı görüşündedir (Tablo 22). Altındağ İlçesinde yaklaşık 3 katılımcıdan biri ailelerin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamadığı görüşündedir. Mamak İlçesinde %28,1, Sincan İlçesinde %6,7 katılımcı ailelerin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamadığı görüşündedir ($p<0,05$). (Tabloda verilmemiştir.)

5.5. Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamalar

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen ailelerde karşılaştıkları geleneksel uygulamalara ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 5.20.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ailelerin Çocuklarının Hasta Olma Durumlarında Evdeki Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Ailelerin Sağlık ile İlgili Uygulamalarına Dair Değerlendirmeler	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam				p değeri
	n	Hiçbir zaman/ Nadiren	Bazen	Sıklıkla/ Her Zaman	n	Hiçbir zaman/ Nadiren	Bazen	Sıklıkla/ Her Zaman	n	Hiçbir zaman/ Nadiren	Bazen	Sıklıkla/ Her Zaman	
Çocuk ateşlendiğinde; kalın örtüyle örtme	163	31,3	42,3	26,4	188	37,8	36,2	26,0	351	34,8	39,0	26,2	0,38
Çocuk ateşlendiğinde; kolonya/sirke ile ovma	162	22,2*	34,6	43,2*	190	38,4*	40,0	21,6*	352	31,0	37,5	31,5	<0,001
Çocuk ateşlendiğinde; soğuk su altında bekletme	164	41,5	38,4	20,1	189	43,4	39,7	16,9	353	42,5	39,1	18,4	0,74
Çocukta nezle olduğunda, burnuna tuzlu su (SF) damlatmak	160	48,8	31,3	20,0	188	56,9	31,9	11,2	348	53,2	31,6	15,2	0,06
Çocukta nezle olduğunda, reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı	162	48,1	24,7	27,2*	185	52,4	33,5	14,1*	347	50,4	29,4	20,2	0,007
Çocukta nezle olduğunda, sık emzirmek	162	14,8	36,4	48,8	188	17,6	27,1	55,3	350	16,3	31,4	52,3	0,17
Çocukta karın ağrısı olduğunda, çörek otu yağı, soda içirme	157	61,2*	31,8*	7,0	177	78,0*	18,0*	4,0	334	70,1	24,6	5,3	0,004
Çocukta karın ağrısı olduğunda, sıcak havlu koyma	159	26,4	39,0	34,6	187	35,3	41,2	23,5	346	31,2	40,2	28,6	0,05
Çocukta karın ağrısı olduğunda, ağrı kesici ilaç verme	162	9,9	25,9	64,2*	189	16,4	33,9	49,7*	351	13,4	30,2	56,4	0,020

*İstatistiksel anlamlı farka neden olan gözler

Çocuk ateşlendiğinde, kalın giysi giydirilmemesi, kalın örtüyle örtülmemesi önerilmektedir [252]. Göçmen ailelerin sağlık ile ilgili uygulamalarına dair değerlendirmelerde “çocuk ateşlendiğinde; kalın örtüyle örtme” uygulaması ile aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarında benzer şekilde yaklaşık her dört kişiden biri “sıklıkla/her zaman” karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.20)

Ateş düşürme uygulamalarında kolonya/sirke ile ovma önerilen bir uygulama değildir [253]. “Çocuk ateşlendiğinde; kolonya/sirke ile ovma” uygulamasıyla aile hekimlerinin %43,2’si “sıklıkla/her zaman” karşılaştıklarını belirtirken, bu yüzde aile sağlığı çalışanlarında %21,6’dır ($p<0,001$). (Tablo 5.20)

Çocuk ateşlendiğinde soğuk su altında bekletmek yerine, ılık su ile banyo önerilmektedir [254]. Aile hekimlerinin yaklaşık beşte biri (%20,1) göçmen ailelerde “çocuk ateşlendiğinde; soğuk su altında bekletme” uygulaması ile karşılaştığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının %16,9’u bu uygulama ile karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta nezle ve burun tıkanıklığında, buruna tuzlu su/serum fizyolojik damlatılması önerilen bir uygulamadır [255]. Aile hekimlerinde beş aile hekiminden biri “çocukta nezle olduğunda burnuna tuzlu su (SF) damlatmak” uygulaması ile karşılaştığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının %11,2’si bu uygulama ile karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta nezle olduğunda reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı önerilmeyen ve antibiyotik direncine neden olabilecek bir uygulamadır [256]. “Çocukta nezle olduğunda, reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı” uygulaması ile aile hekimlerinin yaklaşık %48,1’i, aile sağlığı çalışanlarının %52,4’ü “hiçbir zaman/nadiren” karşılaştığını yanıtını vermiştir. Aile hekimlerinin dörtte birinden fazlası (%27,2) nezlede reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı ile karşılaşırken, aile sağlığı çalışanlarının %14,1’i bu yanıtı vermiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta nezle, soğuk algınlığı durumunda sık emzirme önerilen bir uygulamadır [257]. Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48,8), aile sağlığı çalışanlarının

yarısından fazlası (%55,3) bu uygulamayla “sıklıkla/her zaman” karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta karın ağrısı olduğunda çörek otu yağı/soda içirmek yanlış bir uygulamadır, önerilmemektedir [182]. Aile hekimlerinin %61,2’si, aile sağlığı çalışanlarının %78,0’i “çocukta karın ağrısı olduğunda çörek otu yağı, soda içirme” uygulaması ile “hiçbir zaman/nadiren” karşılaştığı yanıtını vermiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta karın ağrısı olduğunda sıcak havlu koyma, sıcak uygulama önerilmemektedir [258]. Aile hekimlerinin %34,6’ı, aile sağlığı çalışanlarının %23,5’i bu uygulama ile “sıklıkla/her zaman” karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.20)

Çocukta karın ağrısı olduğunda ağrı kesici ilaç verme yanlış bir uygulamadır, önerilmemektedir [186]. Aile hekimlerinin %64,2’si çocukta karın ağrısında ağrı kesici ilaç verme ile “sıklıkla/her zaman” karşılaştığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının yarısından azı (%49,7) bu uygulama ile karşılaşmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5.20).

5.6. Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engeller

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları zorluklar sunulmaktadır

Tablo 5.21. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlere Sağlık Hizmet Sunumu Sırasında Zorluk Yaşama Durumlarına İlişkin Yanıtlarının Yüzde Dağılımı (Ankara, 2022)

Hizmet Sunumuna İlişkin Maddeler	Aile Hekimi			Aile Sağlığı Çalışanı			Toplam			p değeri			
	n	Zorluk yaşamıyorum	Farkında değilim	Zorluk yaşıyorum	n	Zorluk yaşamıyorum	Farkında değilim	Zorluk yaşıyorum	n		Zorluk yaşamıyorum	Farkında değilim	Zorluk yaşıyorum
Koruyucu Sağlık Hizmetleri													
Gebelik İzlemi	174	37,0	8,0	54,6	203	35,5	3,9	60,6	377	36,4	5,8	57,8	0,18
Emzirme Eğitimi	174	38,5	12,1*	49,4*	202	35,1	3,5*	61,4*	376	36,7	7,4	55,9	0,003
Randevuya Uyum	174	48,9	6,3	44,8	202	41,6	9,9	48,5	376	44,9	8,3	46,8	0,24
Çocukluk Çağı Taramaları	174	40,8	5,2	54,0	202	31,6	4,5	63,9	376	35,9	4,8	59,3	0,15
Aşı İzlem	172	40,7	6,4*	52,9	203	36,0	2,0*	62,1	375	38,1	4,0	57,9	0,040
Çocuk Beslenme Eğitimi	173	37,0	9,2*	53,8	202	34,2	3,0*	62,8	375	35,4	5,9	58,7	0,020
Göçmen Hastaya Ayrılan Artmış İzlem/Eğitim	171	34,5	9,4	56,1	200	29,0	11,5	59,5	371	31,5	10,5	58,0	0,48
İlaç Tedavi Uygulamaları (IM/IV İlaç Uygulama)	173	48,0*	7,5*	44,5	202	31,7*	16,3*	52,0	375	39,2	12,3	48,5	0,001
Poliklinik Hizmetleri													
Tetkik İstemi	137	62,0	6,6	31,4									
Reçete Yazma	172	64,0	4,0	32,0									
Tedavi Hakkında Bilgi Verme	173	44,5	4,0	51,4									
İlaç Kullanımını Anlatma	173	42,2	5,2	52,6									
Sevk Etme	173	43,9	5,8	50,3									
Artmış Muayene Süresi	173	43,4	4,0	52,6									

*İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

Not: Araştırmaya 224 aile hekimi, 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır. Soruyu yanıtlamayan katılımcılar, tablodaki değerlendirmenin dışında bırakılmıştır.

Katılımcıların yarısından fazlası (%57,8) gebelik izleminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin %54,6'sı zorluk yaşadığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının %60,6'sı zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.21)

Katılımcılardan, yaklaşık iki kişiden biri (%55,9) emzirme eğitiminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Aile hekimleri %49,4 bu soruya "zorluk yaşıyorum" yanıtını verirken, aile sağlığı çalışanlarının %61,4'ü aynı yanıtı vermiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.21)

Katılımcıların %46,8'i hastalarının randevularına uyumlarıyla ilgili zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.21)

Çocukluk çağı taramalarında katılımcıların %59,3'ü zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.21)

Aşı izleminde katılımcıların yarısından fazlası (%57,9) zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu konunun farkında olmama aile hekimlerinin %6,4 iken aile sağlığı çalışanlarında %2,0'dır ($p<0,05$). (Tablo 5.21)

Çocuk beslenme eğitiminde katılımcılarda iki kişiden biri (%58,7) zorlandığını belirtmiştir. Bu konunun farkında olmama aile hekimlerinde %9,2 iken aile sağlığı çalışanlarında %3,0'dır ($p<0,05$). (Tablo 5.21)

Göçmen hastaya ayrılan artmış izlem/eğitim süresi katılımcıların yarısından fazlası için zorluk yaşanan durumlardandır. İlaç ve tedavi uygulamalarında aile sağlığı çalışanları aile hekimlerine göre daha çok zorluk yaşadığını belirtmiştir, aile hekimlerinin %48'i zorluk yaşamadığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarında bu yanıt %31,7'dir ($p<0,05$). (Tablo 5.21)

Tedavi poliklinik hizmetlerinde tedavi hakkında bilgi verme, ilaç kullanımı anlatma, sevk ve muayene süresinin uzaması konularında iki aile hekiminden biri zorluk yaşamaktadır. (Tablo 5.21)

Tablo 5.22. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Hizmet Sunumuna İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara, 2022) ^a

Sağlık Hizmeti	Altındağ	Çankaya	Etimesgut	Keçiören	Mamak	Sincan	Yenimahalle	p değeri
	n=69	n=13	n=31	n=131	n=89	n=30	n=20	
Gebelik İzlemi	63,2	76,9	80,0*	57,7	53,5	40,0*	40,0	0,030
Emzirme Eğitimi	57,4	76,9	73,3	56,9	51,8	40,0	45,0	0,31
Randevuya Uyum	40,6	69,2*	63,3*	49,2	51,2	33,3	15,0*	0,019
Çocukluk Çağı Taramaları	61,8	76,9	73,3	63,8*	54,1	46,7	30,0*	0,013
Aşı İzlem	55,2	84,6	75,9*	59,2	54,7	60,0	25,0*	0,018
Çocuk Beslenme Eğitimi	58,2	76,9	76,7	59,2	55,3	50,0	45,0	0,11
Göçmen Hastaya Ayrılan Artmış İzlem/Eğitim Süresi	55,2	84,6	78,6	58,9	56,0	43,3	45,0	0,05
İlaç Tedavi Uygulamaları	45,6	61,5	69,0	49,2	49,4	33,3	35,0	0,16
Tetkik İstemi	28,1	50,0	16,7	45,2	34,3	-	9,1	0,27
Reçete Yazma	38,5	25,0	14,3	36,2	33,3	9,1	18,2	0,63
Tedavi Hakkında Bilgi Verme	59,0	75,0	42,9	50,0	53,5	36,4	36,4	0,90
İlaç Kullanımını Anlatma	59,0	75,0	57,1	50,0	53,5	45,5	36,4	0,87
Sevk Etme	48,7	75,0	71,4	48,3	55,8	45,5	27,3	0,72
Artmış Muayene Süresi	59,0	75,0	85,7	55,2	48,8	36,4	18,2	0,22

* İstatiksel anlamlı farka neden olan gözler

^a "Zorluk yaşıyorum" seçeneği yüzdeleri her ilçe için verilmiştir.

Gebelik izleminde zorluk yaşama sıklığı ilçelerde %40,0-%80 aralığında yer almaktadır. Etimesgut İlçesinde katılımcıların %80'i gebelik izleminde zorluk yaşarken, Sincan İlçesinde katılımcıların %40,0'ı zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.22)

İlçeler arasında emzirme eğitiminde zorluk yaşadığını belirtme sıklığı %40,0-%80 aralığındadır. Emzirme eğitiminde Çankaya İlçesinde katılımcıların %76,9'u zorluk yaşadığını belirtirken, bu sıklık Sincan'da %40'tır. (Tablo 5.22)

Göçmen hastaların randevuya uyumu konusunda Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde zorluk yaşadığını belirten katılımcılar %60,0-70,0 arasındayken, Yenimahalle ilçesinde katılımcıların yalnızca %15,0'ı zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.22)

Çocukluk çağı taramalarında Keçiören İlçesindeki katılımcıların %60'ından fazlası zorluk yaşadığını belirtirken, Yenimahalle İlçesinde katılımcıların yalnızca %30'u zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.22)

Yenimahalle ilçesinde dört katılımcıdan biri aşı izlemlerinde zorluk yaşadığını belirtirken, Etimesgut ilçesinde yaklaşık her dört katılımcıdan üçü zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$). (Tablo 5.22)

Tüm ilçelerde çocuk beslenme eğitiminde zorluk yaşadığını belirten katılımcıların sıklığı %40,0'tan fazladır. (Tablo 5.22)

Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde göçmen hastaya ayrılan artmış izlem/egitim süresi konusunda zorluk yaşayan katılımcılar %75'in üzerindeyken; Altındağ, Keçiören ve Mamak'ta katılımcıların yarısından fazlası bu konuda zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.22)

Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde her üç katılımcıdan biri ilaç ve tedavi uygulamalarında zorluk yaşadığını belirtirken, Etimesgut İlçesinde katılımcıların yaklaşık %70'i bu yanıtı vermiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.22)

Çankaya ilçesinde tetkik istemi her iki katılımcıdan birinde zorluk yaşadığını belirtirken, Sincan ilçesinde hiçbir katılımcı bu konuda zorluk yaşadığını belirtmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 5.22)

Altındağ, Keçiören ve Mamak ilçelerinde aile hekimlerinin %30,0-%40,0'ı göçmen hastalara reçete yazmada zorluk yaşadığını belirtmiştir. Altındağ, Keçiören ve Mamak ilçelerinde aile hekimlerinde yaklaşık iki kişiden biri tedavi hakkında bilgi vermede zorluk yaşamaktadır. Altındağ, Etimesgut, Keçiören ve Mamak ilçelerinde aile hekimlerinden yaklaşık iki kişiden biri ilaç kullanımını anlatmada zorluk yaşarken, Çankaya ilçesinde aile hekimlerinin %75'i bu konuda zorluk yaşamaktadır ($p>0,05$). (Tablo 5.22)

Altındağ, Keçiören ve Sincan ilçelerinde sevk etme ile ilgili aile hekimlerinin %45,0-50,0'ı zorluk yaşamaktadır, buna karşın bu sıklık Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde %70'in üzerindedir ($p>0,05$). (Tablo 5.22)

Altındağ ve Keçiören ilçelerinde aile hekimlerinin yarısından fazlası artmış muayene süresi konusunda zorluk yaşamaktadırlar; Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde aile hekimlerinin %75,0'i tarafından zorluk olarak belirtilmiştir. (Tablo 5.22)

Tablo 5.23. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Pandemi Sırasında Göçmen Çocuk Sağlığı ile İlişkili En Çok Etkilenen Hizmetler Konusunda Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara, 2022)

Pandemide en çok etkilenen göçmen çocuk sağlığı hizmetleri	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam		p değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Aşı Hizmetleri	111	54,1	125	55,3	236	54,8	0,80
Tarama Programları	98	47,8	85	37,6	183	42,5	0,032
Poliklinik Hizmetleri	46	22,4	50	22,1	96	22,3	0,93
Diğer*	5	2,4	9	4,0	14	3,2	0,36

*Çocuk ve ergen ruh sağlığı (4 kişi), bebek-çocuk izlem ve takibi (1 kişi)

Not: Soruyu yanıtlayan 205 aile hekimi ve 226 aile sağlığı çalışanı olmak üzere 431 katılımcı üzerinden yüzdeler hesaplanmıştır.

Katılımcıların %54,8'i (n=236) pandemi sırasında en çok aşı hizmetlerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Aile hekimleri, aile sağlığı çalışanlarına göre pandemi nedeniyle tarama programlarının etkilendiğini daha fazla belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin %47,8'i (n=98), aile sağlığı çalışanlarının %37,6'sı (n=85) tarama programlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%22,3) poliklinik hizmetlerinin pandemi döneminde en çok etkilenen hizmet olduğunu düşünmektedir. (Tablo 5.23)

Tablo 5.24. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanının Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmeler	Göçmen Hasta Bakımında Zorluk Öz Değerlendirme Puanı						p değeri
	Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli		
	Ortalama±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±SS	Ortanca (EKD-EBD)	
Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.	3,9±0,8	4,0(1,0-5,0)	3,9±1,0	4,0(2,0-5,0)	3,7±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,190
Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.	4,1±0,8	4,0(1,0-5,0)	3,9±0,9	4,0(2,0-5,0)	3,6±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,002
Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.	4,0±0,9	4,0(1,0-5,0)	3,7±1,0	4,0(1,0-5,0)	3,5±1,1	3,0(1,0-5,0)	0,007
Göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandım.	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	3,6±0,9	4,0(1,0-5,0)	3,5±1,3	4,0(1,0-5,0)	0,070

Katılımcılardan “Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.” önermesine “yeterli” olduğunu belirten katılımcıların zorluk öz değerlendirme puanının (ortalama $3,6\pm 1,0$, ortanca $4,0(1,0-5,0)$), “yetersiz” olduğunu belirten (ortalama $4,1\pm 0,8$, ortanca $4,0(1,0-5,0)$) katılımcıların puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcılardan “Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum” önermesine “yeterli” olduğunu belirten katılımcıların zorluk öz değerlendirme puanının (ortalama $3,5\pm 1,1$, ortanca $3,0(1,0-5,0)$), “yetersiz” olduğunu belirten (ortalama $4,0\pm 0,9$, ortanca $4,0(1,0-5,0)$) katılımcıların puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında rehberleri kullanım ve hizmet içi eğitimlerden yararlanma düzeylerini yeterli olarak gören katılımcıların, diğer katılımcılara göre göçmen hasta hizmet vermede daha az zorlandığı saptanmıştır. (Tablo 5.24)

Tablo 5.25. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Çocuklara Hizmet Verme Bilgilerinin Öz Değerlendirmelerinin Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirme	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				p değeri
	n	Yüzde Dağılımı			n	Yüzde Dağılımı			
		Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli		Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli	
Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.	161	63,4*	27,3	9,3*	197	48,7*	33,0	18,3*	0,009
Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.	165	26,1*	38,8	35,1*	198	13,6*	32,4	54,0*	<0,001
Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.	163	31,3*	41,7	27,0*	194	14,9*	36,1	49,0*	<0,001

“Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.” önermesini aile hekimleri (%9,3), aile sağlığı çalışanları (%18,3) “yeterli” olarak değerlendirmiştir; aile hekimleri arasında kendini yetersiz hissetme yanıtı daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.25).

Göçmen hasta bakımında bilgi ve destek ile ilgili değerlendirmede “Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.” önermesine aile hekimleri (%35,1) ve aile sağlığı çalışanları (%54,0) “yeterli” yanıtını vermişlerdir; yine aile hekimleri kendilerini, aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla yetersiz değerlendirmektedirler ($p<0,001$) (Tablo 5.25).

“Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.” önermesi için aile hekimleri (%27,0), aile sağlığı çalışanları (%49,0) “yeterli” değerlendirmesini belirtmişlerdir; yine aile hekimleri kendilerini, aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla yetersiz değerlendirmektedirler ($p<0,001$) (Tablo 5.25).

Tablo 5.26.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Ağırlıklı Bölgede Çalışma Süresinin Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Öz Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

	Göçmen Ağırlıklı Bölgede Çalışma Süresi (yıl)						p değeri
	Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli		
	Ortalama ±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±SS	Ortanca (EKD-EBD)	
Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Öz Değerlendirme							
Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.	1,8±1,5	1,5 (0,2-5,0)	3,3±3,0	3,0(0,08-10,0)	4,2±5,0	4,0(0,1-11,0)	0,045
Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.	3,4±3,1	3,0 (0,2-10,0)	2,7±2,5	2,0 (0,08-9,0)	4,1±3,1	3,0(0,17-11,0)	0,17
Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.	3,3±2,9	3,0 (0,08-11,0)	2,8±2,3	2,0 (0,25-8,0)	4,9±3,5	4,0(0,1-11,0)	0,25
Göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandım.	3,8±2,9	3,5 (0,08-11,0)	1,9±1,9	2,0(0,08-8,0)	4,1±3,6	3,0(0,17-11,0)	0,06

Katılımcılardan “Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.” önermesine “yeterli” olduğunu belirten katılımcıların göçmen ağırlıklı bölgede çalışma süresiyle (ortalama $4,2 \pm 5,0$ (ss), ortanca $4,0(0,1-11,0)$), “yetersiz” olduğunu belirten (ortalama $1,8 \pm 1,5$ SS, ortanca $1,5 (0,2-5,0)$) katılımcıların çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığında bu durumu bildirim konusunda bilgi konusundan yetersiz gören katılımcıların göçmen ağırlıklı bölgede çalışma süresi diğer katılımcılara göre daha kısadır. (Tablo 5.26)

Tablo 5.27. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı Hizmet Süresinin Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Göçmen Hasta Bakımında Bilgi ve Destek İle İlgili Değerlendirmeler	Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı Hizmet Süresi						p değeri
	Yetersiz		Kısmen Yeterli		Yeterli		
	Ortalama ±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama ±SS	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama ±SS	Ortanca (EKD-EBD)	
Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.	8,3±5,0	10,1(0,17-25,0)	7,1±4,8	8,0 (0,08-24,0)	7,9±5,3	9,1 (0,08-32,0)	0,36
Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.	9,0±5,5	11,0(0,5-25,0)	7,4±4,4	10,0 (0,08-22,0)	7,1±5,4	8,0 (0,08-32,0)	0,025
Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.	8,1±5,2	10,0(0,08-32,0)	6,7±4,6	7,0(0,08-25,0)	8,1±5,6	9,0(0,08-26,5)	0,11
Göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandım.	8,0±5,2	10,0(0,08-32,0)	6,7±4,6	7,0(0,08-23,0)	6,7±4,7	7,2(0,17-17,0)	0,09

Katılımcılardan “Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.” önermesine “yeterli” olduğunu belirten katılımcıların aile Hekimi/aile sağlığı çalışanı hizmet süresinin (ortalama $7,1 \pm 5,4$ (ss), ortanca 8,0 (0,08-32,0)) “yetersiz” olduğunu belirten (ortalama $9,0 \pm 5,0$ SS, ortanca 11,0(0,5-25,0)) katılımcıların aile hekimi/aile sağlığı çalışanı hizmet süresiyle istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bağlı buldukları ilçe sağlık müdürlüklerinden göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek almada kendini yeterli olarak değerlendiren katılımcıların aile hekimi/aile sağlığı çalışanı hizmet süresi diğer katılımcılara göre daha kısadır (Tablo 5.27).

5.7. Kültürel Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kültürel yeterlilik ölçeği puanları ve ilişkili faktörlere ilişkin analiz sonuçları sunulmaktadır.

Tablo 5.28. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanları Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, 2022)

	Aile Hekimi (n=207)		Aile Sağlığı Çalışanı (n=232)		Toplam (n=439)	
	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)
Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanı	59,4±15,9	60,0(20,0-100,0)	62,67±15,7	63,0 (20,0-100,0)	61,17±15,8	61,0 (20,0-100,0)

t=26.439, p=0,067

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması 59,4±15,9 (ss), ortanca değer 60,0, en küçük değer 20,0, en büyük değer 100'dür. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması 62,67±15,7 (ss), ortanca değer 63,0, en küçük değer 20,0, en büyük değer 100,0'dür. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalamaları birbiriyle benzerdir. (Tablo 5.28)

Tablo 5.29. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

KYÖ Puanı	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam			
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi)
Cinsiyet												
Erkek	101	61,7±15,8	63,0 (20,0-100,0)	0,03*	4	62,7±27,1	62,5 (30,0-96,0)	0,97*	105	61,77±16,2	63,0 (20,0-100,0)	0,50*
Kadın	106	57,3±15,7	60,0 (20,0-100,0)		227	62,6±15,5	63,0 (20,0-100,0)		333	60,9±15,8	61,0 (20,0-100,0)	
Yaş Grupları												
24 ve altı	-	-	-	0,90**	10	72,3±10,9	72,5 (58,0-95,0)	0,19**	10	72,3±10,9	72,5 (58,0-95,0)	0,18**
25-34	23	62,8±14,6	62,0 (33,0-98,0)		53	61,5±14,1	62,0 (22,0-87,0)		76	61,6±14,2	62,0 (22,0-98,0)	
35-44	54	60,1±15,6	60,5 (20,0-100,0)		104	61,9±15,2	61,5 (20,0-100,0)		158	61,3±15,3	61,0 (20,0-100,0)	
45-54	72	58,6±15,6	61,0 (20,0-100,0)		53	61,9±18,3	64,0 (20,0-100,0)		125	60,0±16,8	62,0 (20,0-100,0)	
55-64	44	58,2±15,9	58,5± (20,0-93,0)		2	70,5±4,9	70,5 (67,0-74,0)		46	58,7±15,8	59,5 (20,0-93,0)	
65 ve üzeri	3	58,6±21,5	61,0 (36,0-79,0)		1	-	-		4	58,0±17,6	58,5 (36,0-79,0)	
Medeni Durum												
Evli	25	60,2±15,9	61,0 (20,0-100,0)	0,18**	18	62,3±16,2	62,0(20,0-100,0)	0,37**	43	61,4±16,0	61,5 (20,0-100,0)	0,65**
Bekar	161	55,92±18,6	58,0 (21,0-98,0)		197	66,8±8,8	66,5 (53,0 – 80,0)		358	60,4±16,1	60,0 (21,0-98,0)	
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	21	57,9±12,3	60,0 (32,0-89,0)		15	62,2±16,3	64,0 (30,0-89,0)		36	59,7±14,1	61,0 (30,0-89,0)	
Çocuğu Olma												
Evet	170	59,4±15,4	61,0 (20,0-100,0)	0,64*	199	61,9±16,0	62,0 (20,0-100,0)	0,07*	369	60,7±15,8	61,0 (20,0-100,0)	0,41*
Hayır	37	59,5±18,3	59,0 (21,0-98,0)		32	67,4±12,5	66,0 (39,0-100,0)		69	63,2±16,3	62,0 (21,0-100,0)	

*Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis testi

Aile hekimlerinin kültürel yeterlilik ölçeği puanı kadın ve erkek katılımcılar arasında değerlendirildiğinde istatistiksel olarak sınırda bir fark bulunmuştur ($p=0,05$). Aile sağlığı çalışanları değerlendirildiğinde erkek ve kadın katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanları benzerdir. Katılımcılardan 24 yaş ve altında olanların kültürel yeterlilik ölçeği puanı $72,3\pm 10,9$ (ss), ortanca 72,5, en küçük değer 58,0, en büyük değer 95,0 olarak saptanmıştır. (Tablo 5.29)

Katılımcılardan daha genç olanların kültürel yeterlilik ölçeği puanı daha yüksek olsa da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Evli olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalama $61,4\pm 16,0$ (ss), ortanca 61,5 (20,0-100,0); bekar olanların benzer şekilde $60,4\pm 16,1$ (ss), ortanca 60,0 (21,0-98,0) olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Çocuğu olmayan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ile çoğu olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanları benzerdir ($p>0,05$). (Tablo 5.29)

Tablo 5.30. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Eğitim/Hizmet Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

KYÖ Puanı	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam				
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	
Yabancı Dil Bilme	Evet	161	60,2±14,8	61,0(20,0-100,0)	0,18**	75	68,0±14,1	67,0 (20,0-100,0)	<0,001**	236	62,7±15,0	65,0(20,0-100,0)	0,006**
	Hayır	45	56,0±18,9	60,0 (20,0-98,0)		157	60,0±15,7	60,0 (20,0-100,0)		202	59,1±16,5	60,0 (20,0-100,0)	
Yurt Dışında Bir Aydan Fazla Bulunma	Evet	26	68,0±13,2	66,0 (48,0-100,0)	0,006**	7	62,7±26,9	60,0 (22,0-100,0)	0,95**	33	66,8±16,6	66,0 (22,0-100,0)	0,05**
	Hayır	180	58,1±15,8	60,0 (20,0-100,0)		224	62,6±15,3	63,0 (20,0-100,0)		404	60,6±15,7	61,0 (20,0-100,0)	
Mezuniyet Öncesi Dönemde Göçmen Sağlığı Dersi Alma	Evet	5	72,4±11,1	70,0 (60,0-89,0)	0,11***	8	70,5±12,8	71,5 (54,0-91,0)	0,32***	13	71,2±11,7*	70,0 (54,0-91,0)	0,034***
	Hayır	187	58,8±16,2	60,0 (20,0-100,0)		200	62,1±15,9	62,0 (20,0-100,0)		387	60,5±16,1*	61,0 (20,0-100,0)	
	Hatırlamıyorum	14	61,7±8,8	62,5 (41,0-74,0)		24	64,6±13,8	63,0 (38,0-100,0)		38	63,5±12,2	62,5 (38,0-100,0)	
Eğitim Sırasında Göçmen Yoğunluklu Alanlarda Uygulamalı Eğitim Alma	Evet	5	75,2±11,4	76,0 (65,0-93,0)	0,05***	7	67,0±25,2	66,0 (21,0-100,0)	0,45***	12	70,4±20,3	71,0 (21,0-100,0)	0,07***
	Hayır	196	58,9±15,9	60,0 (20,0-100,0)		215	62,3±15,5	63,0 (20,0-100,0)		411	60,7±15,8	61,0 (20,0-100,0)	
	Hatırlamıyorum	5	60,2±8,8	60,0 (51,0-74,0)		10	66,7±11,2	63,0 (49,0-84,0)		15	64,5±10,6	60,0 (49,0-84,0)	
Mezuniyet Sonrası Dönemde Göçmen Sağlığı Eğitimi Alma	Evet	8	69,3±12,2	67,0 (51,0-89,0)	0,17***	10	64,5±23,4	67,0 (21,0-91,0)	0,08***	18	66,6±18,9	67,0 (21,0-91,0)	0,12***
	Hayır	189	58,9±16,1	60,0 (20,0-100,0)		218	62,3±15,3	62,0 (20,0-100,0)		407	60,7±15,7	61,0 (20,0-100,0)	
	Hatırlamıyorum	8	59,2±10,6	60,0 (41,0-74,0)		4	75,2±7,3	75,5 (66,0-84,0)		12	64,5±12,2	65,0 (41,0-84,0)	
Çalışılan Birimde Kayıtlı Göçmen Hasta Sayısı	500 kişi altı	178	59,5±16,5	61,0 (20,0-100,0)	0,50***	180	61,6±16,3	60,0 (20,0-100,0)	0,06***	358	60,6±16,4	61,0 (20,0-100,0)	0,035***
	500-1499 kişi	12	62,9±11,6	60,0 (48,0-79,0)		19	66,1±7,3	66,0 (54,0-85,0)		31	64,9±9,1	66,0 (48,0-85,0)	
	1500 kişi ve üzeri	2	68,5±3,5	68,5 (66,0-71,0)		11	67,8±11,5	68,3 (41,0-86,0)		13	67,9±10,6	70,0 (41,0-86,0)	

*İstatistiksel anlamlı farka neden olan gözlemler

**Mann-Whitney U testi

***Kruskal Wallis Test

Katılımcılardan yabancı dil bilenlerin kültürel yeterlilik ölçeği puanı (ortalama $62,7 \pm 15,0$, ortanca $65,0$ ($20,0-100,0$)), yabancı dil bilmeyen katılımcılara göre ($59,1 \pm 16,5$, $60,0$ ($20,0-100,0$)) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 5.30)

Mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı dersi alan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı, ders almayanlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$). (Tablo 5.30)

Çalıştıkları birimde kayıtlı göçmen hasta sayısı yönünden katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalıştıkları birimde kayıtlı göçmen hasta sayısı 1500 kişi ve üzeri olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ($67,9 \pm 10,6$ ss), birimlerinde kayıtlı göçmen hasta sayısı 500 kişi ve altı olan gruba göre ($60,6 \pm 16,4$) daha yüksektir ($p < 0,05$). Biriminde daha çok kayıtlı göçmen hastası olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı daha yüksektir. (Tablo 5.30)

Tablo 5.31. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanı Dağılımı (Ankara, 2022)

Çalışılan İlçeler	Aile Hekimi			Aile Sağlığı Çalışanı			Toplam		
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)
Altındağ	54	59,6±16,0	61,0(20,0-98,0)	34	62,3±17,2	64,0(21,0-100,0)	88	60,7±16,4	63,0(20,0-100,0)
Çankaya	6	59,3±18,9	67,0(27,0-70,0)	11	55,1±20,9	58,0(20,0-99,0)	17	56,6±19,8	62,0(20,0-99,0)
Etimesgut	8	64,5±5,9	63,0(58,0-77,0)	21	65,6±13,6	60,0(41,0-100,0)	29	65,3±11,9	61,0(41,0-100,0)
Keçiören	64	57,9±16,8	60,0(20,0-100,0)	82	60,9±16,9	64,0(20,0-100,0)	146	59,6±16,9	62,0(20,0-100,0)
Mamak	54	61,3±16,7	60,0(20,0-100,0)	54	64,4±13,1	61,5(39,0-96,0)	108	62,9±15,0	61,0(20,0-100,0)
Sincan	10	57,9±11,5	56,5(40,0-73,0)	19	65,7±14,8	60,0(49,0-100,0)	29	63,0±14,1	59,0(40,0-100,0)
Yenimahalle	11	56,6±14,1	54,0(33,0-77,0)	11	63,9±11,3	64,0(46,0-84,0)	22	60,2±13,0	62,5(33,0-84,0)
		t=2,689, p=0,847			t=3,518, p=0,742			t=2,762, p=0,838	

Etimesgut ilçesinde görev yapan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalama $65,3 \pm 11,9$ (ss), ortanca $61,0(41,0-100,0)$ olarak saptanmıştır. Çankaya ilçesinde görev yapan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalama $56,6 \pm 19,8$ (ss), ortanca $62,0(20,0-99,0)$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanları değerlendirildiğinde ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 5.31)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin çalıştıkları ilçelere göre kültürel yeterlilik ölçeği puanı dağılımı değerlendirildiğinde ilçeler arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının ilçelere göre kültürel yeterlilik ölçeği puanı dağılımı değerlendirildiğinde ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 5.31)

Tablo 5.32. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Hizmet Sunumunda Zorluk Öz Değerlendirme	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam			
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri
Düşük	18	70,8±18,8	73,5(26,0-98,0) ^a	p<0,01	14	74,7±14,8	72,5(57,0-100,0) ^a	p<0,01	32	72,5±17,0	73,5(26,0-100,0) ^a	p<0,01
Orta	52	67,1±12,1	68,0(33,0-100,0) ^b		54	67,2±15,6	69,0(20,0-100,0) ^b		106	67,2±13,9	69,0(20,0-100,0) ^b	
Yüksek	131	55,1±14,9	58,0(20,0-100,0) ^{a,b}		139	60,0±14,5	60,0(20,0-100,0) ^{a,b}		274	57,6±14,9	60,0(20,0-100,0) ^{a,b}	

a. Birbirinden farklı gözler

b. Birbirinden farklı gözler

Katılımcılardan, göçmen hastalara hizmet sunumunda yüksek seviyede zorluk yaşayanların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalaması $57,6 \pm 14,9$ (ss), ortanca 60,0, en küçük değer 20,0, en büyük değer 100,0 olarak saptanırken; düşük seviyede zorluk yaşayanların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ortalama $72,5 \pm 17,0$ (ss), ortanca 73,5, en küçük değer 26,0, en büyük değer 100,0 olarak saptanmıştır. Göçmen sağlığı hizmet sunumunda daha az zorlanan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı daha fazla zorlananlara göre daha yüksektir ($p < 0,01$) ($t = 59,053$, $p < 0,01$. Kruskal Wallis testi). (Tablo 5.32)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinde göçmen hastalara hizmet sunumunda düşük seviyede zorlananların, yüksek seviyede zorlananlara göre kültürel yeterlilik ölçeği daha yüksektir ($p < 0,01$). (Tablo 5.32)

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarında göçmen hastalara hizmet sunumunda düşük seviyede zorlananların, yüksek seviyede zorlananlara göre kültürel yeterlilik ölçeği daha yüksektir ($p < 0,01$). (Tablo 5.32)

5.8. Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastalara hizmet sunumlarına ilişkin öz değerlendirmelerine ilişkin görüşleri sunulmaktadır.

Tablo 5.33. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanları (Ankara, 2022)

Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirmesi (puan)	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1 Puan (En Düşük)	4	2,0	2	1,0	6	1,5
2 Puan	14	6,9	12	5,7	26	6,3
3 Puan	52	25,5	54	26,0	106	25,7
4 Puan	77	37,7	55	26,4	132	32,0
5 Puan (En Yüksek)	57	27,9	85	40,9	142	34,5
Toplam	204	100,0	208	100,0	412	100,0

$\chi^2 = 0,630$, $p = 0,730$

Her iki grup da göçmenlere sağlık hizmet sunarken karşılaştığı zorluğu benzer şekilde değerlendirmiştir. Aile hekimlerinin %65,6'sı yaşadığı zorluğu (4 puan ve 5 puan) ile ifade ederken, aile sağlığı çalışanlarının %67,3'ü bu puanı vermiştir ($p > 0,05$). (Tablo 5.33)

Tablo 5.34. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Vermede Zorluk Öz Değerlendirme Puan Ortalamalarının Dağılımı (Ankara, 2022)

	Göçmen Hastalara Hizmet Verme Öz Değerlendirme Puanları	
	Ortalama \pm ss	Ortanca (EKD-EBD)
Aile Hekimi	3,8 \pm 0,9	4,0 (1,0-5,0)
Aile Sağlığı Çalışanı	4,0 \pm 0,9	4,0 (1,0-5,0)
Toplam	3,9 \pm 0,9	4,0 (1,0-5,0)

t=23.397, p=0,058

*Değerlendirme 1-5 arasında yapılmıştır, 1- zorluk çekmiyorum 5 – çok zorluk çekiyorum

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin göçmen hastaya hizmet verme zorluk puanı öz değerlendirme puan ortalaması 3,8 \pm 0,9 (ss), ortanca değer 4,0, en küçük değer 1,0 ve en büyük değer 5,0'dır. Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastaya hizmet verme zorluk öz değerlendirmesi puan ortalaması 4,0 \pm 0,9 SS, ortanca değer 4,0, en küçük değer 1,0, en büyük değer 5,0'dır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastaya hizmet verme zorluk öz değerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (t=23,397, p>0,05. Mann Whitney U testi). (Tablo 5.34)

Tablo 5.35. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Çalıştıkları İlçelere Göre Göçmen Hastaya Sağlık Hizmeti Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanları (Ankara, 2022)

Çalışılan İlçeler	Göçmen Hastaya Hizmet Verme Zorluk Öz Değerlendirme Puanı								
	Aile Hekimi			Aile Sağlığı Çalışanı			Toplam		
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)
Altındağ	50	3,7±0,8	4,0 (1,0-5,0)	29	4,1±0,8	4,0 (3,0-5,0)	79	3,9±0,8	4,0 (1,0-5,0)
Çankaya	6	4,0±0,8	4,0 (3,0-5,0)	8	4,6±0,5	5,0 (4,0-5,0)	14	4,3±0,7	4,5 (3,0-5,0)
Etimesgut	8	3,2±1,0	3,0 (2,0-5,0)	21	3,8±1,1	4,0 (2,0-5,0)	29	3,6±1,1	4,0 (2,0-5,0)
Keçiören	63	3,9±1,0	4,0 (1,0-5,0)	75	4,0±0,9	4,0 (1,0-5,0)	138	4,0±1,0*	4,0 (1,0-5,0) *
Mamak	56	3,9±0,9	4,0 (2,0-5,0)	48	3,9±1,0	4,0 (2,0-5,0)	104	3,9±0,9	4,0 (2,0-5,0)
Sincan	10	3,2±1,0	3,5 (1,0-4,0)	18	3,5±0,9	3,0 (2,0-5,0)	28	3,4±0,9*	3,0 (1,0-5,0) *
Yenimahalle	11	3,6±0,9	4,0 (2,0-5,0)	9	3,8±1,0	4,0 (2,0-5,0)	20	3,7±0,9	4,0 (2,0-5,0)
		t=9,915, p=0,128			t=9,105, p=0,168			t=13,561, p=0,035	

*İstatistiksel anlamlı farka neden olan gözler

Katılımcılar arasında göçmen hastaya hizmet verme zorluk öz değerlendirme puanı en düşük olan Sincan İlçesinde ortalama $3,4 \pm 0,9$ (ss), ortanca 3,0 (1,0-5,0) olarak saptanırken, Keçiören İlçesinde ortalama $4,0 \pm 1,0$, ortanca 4,0 (1,0-5,0) * olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 5.35)

Çankaya İlçesinde aile hekimlerinin göçmen hastaya sağlık hizmeti verme zorluk öz değerlendirme puan ortalaması $4,0 \pm 0,8$ (ss), ortanca 4,0 (3,0-5,0) olarak saptanırken, Sincan İlçesinde $3,2 \pm 1,0$ (ss), ortanca 3,5 (1,0-4,0) olarak saptanmıştır ($p > 0,05$). Aile hekimlerinin ilçeler arasında göçmen hastaya sağlık hizmeti zorluk öz değerlendirme puanı istatistiksel olarak anlamlı farklı saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çankaya ilçesinde aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastaya sağlık hizmeti verme zorluk öz değerlendirme puanı $4,6 \pm 0,5$ (ss), ortanca 5,0 (4,0-5,0) olarak saptanırken, Sincan İlçesinde göçmen hastaya sağlık hizmeti verme zorluk öz değerlendirme puanı ortalama $3,5 \pm 0,9$ (ss), ortanca 3,0 (2,0-5,0) olarak saptanmıştır ($p > 0,05$). (Tablo 5.35)

Aile sağlığı çalışanlarının ilçeler arasında göçmen hastaya sağlık hizmeti zorluk öz değerlendirme puanı istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Keçiören İlçesinde katılımcıların göçmen hastaya sağlık hizmeti verme zorluk öz değerlendirme puanı ortalama $4,0 \pm 1,0$ (ss), ortanca 4,0 (1,0-5,0) olarak saptanırken, Sincan İlçesinde ise ortalama $3,4 \pm 0,9$ (ss), ortanca 3,0 (1,0-5,0) olarak daha düşük saptanmıştır ($p < 0,05$). İlçeler arasında katılımcıların göçmen hastaya sağlık hizmeti verirken en çok zorlandığı ilçe Çankaya iken, en az zorlandıkları ilçe Sincan ilçesidir. (Tablo 5.35)

Tablo 5.36.Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Göçmen Hastalara Hizmet Verme Öz Değerlendirme Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2022)

Sosyodemografik özellikler	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam			
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±s	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri
Cinsiyet												
Erkek	97	3,7±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,40*	4	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,029*	101	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,263*
Kadın	107	3,8±1,0	4,0(1,0-5,0)		203	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)		310	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)	
Yaş Grupları									395			
24 ve altı	-	-	-	0,13**	9	3,8±0,7	4,0(3,0-5,0)	0,837**	9	3,8±0,7	4,0(3,0-5,0)	0,188**
25-34	23	3,8±1,1	4,0(1,0-5,0)		51	3,9±1,1	4,0(1,0-5,0)		74	3,9±1,1	4,0(1,0-5,0)	
35-44	53	3,7±0,9	4,0(2,0-5,0)		94	4,0±0,9	4,0(2,0-5,0)		147	3,9±0,9	4,0(2,0-5,0)	
45-54	72	4,0±0,8	4,0(1,0-5,0)		44	3,9±0,9	4,0(2,0-5,0)		116	4,0±0,8	4,0(1,0-5,0)	
55-64	44	3,6±0,9	4,0(1,0-5,0)		1	3,6±0,9	4,0(1,0-5,0)		45	3,6±0,9	4,0(1,0-5,0)	
65 ve üzeri	3	3,3±0,5	3,0(3,0-4,0)		1	3,2±0,5	3,0(3,0-4,0)		4	3,2±0,5	3,0(3,0-4,0)	
Medeni Durum												
Evli	26	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,56**	16	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,281**	42	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,321**
Bekar	158	3,6±1,0	4,0(2,0-5,0)		176	4,2±0,7	4,0(3,0-5,0)		334	3,8±1,0	4,0(2,0-5,0)	
Boşanmış/Eşi Vefat Etmiş	20	3,7±0,8	4,0(2,0-5,0)		14	3,7±0,8	3,5(3,0-5,0)		34	3,7±0,8	4,0(2,0-5,0)	
Çocuğu Olma												
Evet	167	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,68*	177	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,123*	344	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,484*
Hayır	37	3,7±1,1	4,0(2,0-5,0)		30	4,2±0,8	4,5(2,0-5,0)		67	3,9±1,0	4,0(2,0-5,0)	

*Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis testi

Aile sağlığı çalışanlarından, kadın aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan ortalaması $3,9\pm 0,9$ (ss), erkek aile sağlığı çalışanlarının $3,8\pm 0,9$ (ss) olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın aile sağlığı çalışanları, erkek aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla göçmen hastalara hizmet vermede zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). (Tablo 5.36)

Katılımcıların yaş grupları arasında göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılardan 65 yaş ve üzeri olanların göçmen hastalara hizmet vermede zorluk çekme öz değerlendirme puan ortalaması $3,2\pm 0,5$ (ss), ortanca 3,0, en küçük değer 3,0, en büyük değer 4,0 olarak saptanmıştır. Katılımcılar arasında daha ileri yaşta olanların göçmen hastalara hizmet verme zorluk çekme öz değerlendirme puan ortalaması daha yüksek olsa da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 5.36)

Evli olan katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan ortalaması $3,8\pm 0,9$ (ss), ortanca 4,0(1,0-5,0); bekar olanların benzer şekilde $3,6\pm 1,0$ (ss), ortanca 4,0(2,0-5,0) olarak saptanmıştır ($p>0,05$). ocuğu olmayan katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan dağılımı, çocuğu olan katılımcılar öz değerlendirmesi puan dağılımıyla benzerdir ($p>0,05$). (Tablo 5.36)

Tablo 5.37. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Zorluk Çekme Öz Değerlendirme Puanlarının Katılımcıların Eğitim/Hizmet Özelliklerine Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

Eğitim/Hizmet Özellikleri	Aile Hekimi				Aile Sağlığı Çalışanı				Toplam			
	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	N	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri	n	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	p değeri
Yabancı Dil Bilme												
Evet	160	3,7±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,21*	68	3,9±0,9	4,0(2,0-5,0)	0,25*	228	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)	0,018*
Hayır	43	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)		140	4,0±1,3	4,0(1,0-5,0)		183	4,0±1,0	4,0(1,0-5,0)	
Yurt Dışında Bir Aydan Fazla Bulunma												
Evet	26	3,4±1,1	4,0(1,0-5,0)	0,049*	7	4,2±1,1	5,0(2,0-5,0)	0,37*	33	3,6±1,1	4,0(1,0-5,0)	0,123*
Hayır	177	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)		200	4,0±0,9	4,0(1,0-5,0)		377	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	
Mezuniyet Öncesi Dönemde Göçmen Sağlığı Dersi Alma												
Evet	4	3,2±1,2	3,0(2,0-5,0)	0,47**	8	3,3±0,9	3,0(2,0-5,0)	0,021**	12	3,3±0,9	3,0(2,0-5,0)	0,025**
Hayır	184	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)		178	4,0±0,9	4,0(1,0-5,0)		362	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	
Hatırlamıyorum	15	3,7±1,1	4,0(1,0-5,0)		22	3,5±1,1	3,5(1,0-5,0)		37	3,6±1,1	4,0(1,0-5,0)	
Eğitim Sırasında Göçmen Yoğunluklu Alanlarda Uygulamalı Eğitim Alma												
Evet	5	3,4±1,1	3,0(2,0-5,0)	0,51**	6	3,3±1,3	3,0(2,0-5,0)	0,32**	11	3,3±1,2	3,0(2,0-5,0)	0,222**
Hayır	192	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)		192	4,0±0,9	4,0(1,0-5,0)		384	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	
Hatırlamıyorum	6	4,0±1,0	4,0(2,0-5,0)		10	3,9±0,9	3,5(3,0-5,0)		16	3,9±0,9	4,0(2,0-5,0)	
Mezuniyet Sonrası Dönemde Göçmen Sağlığı Eğitimi Alma												
Evet	8	3,0±0,5	3,0(2,0-4,0)	0,009**	10	3,2±1,0	3,0(2,0-5,0)	0,019**	18	3,1±0,8	3,0(2,0-5,0)	0,001**
Hayır	185	3,8±0,9	4,0(1,0-5,0)		194	4,0±0,9	4,0(1,0-5,0)		379	3,9±0,9	4,0(1,0-5,0)	
Hatırlamıyorum	9	4,2±0,9	4,0(2,0-5,0)		4	3,5±1,0	3,0(3,0-5,0)		13	4,1±1,0	4,0(2,0-5,0)	
Çalışılan Birimde Kayıtlı Göçmen Hasta Sayısı												
500 kişi altı	174	3,8±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,38*	163	3,9±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,25*	337	3,8±1,0	4,0(1,0-5,0)	0,736*
500-1499 kişi	12	3,5±0,6	4,0(2,0-4,0)		16	4,3±0,7	4,5(3,0-5,0)		28	4,0±0,7	4,0(2,0-5,0)	
1500 kişi ve üzeri	2	3,0±1,4	3,0(2,0-4,0)		11	4,1±0,8	4,0(3,0-5,0)		13	4,0±1,0	4,0(2,0-5,0)	

*Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis testi

Katılımcılardan yabancı dil bilenlerin göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan öz değerlendirmesi ortalama $3,8\pm 0,9$ (ss), ortanca 4,0 (1,0-5,0) olarak saptanırken, yabancı dil bilmeyen katılımcılarda ortalama $4,0\pm 1,0$, ortanca 4,0 (1,0-5,0) saptanmıştır. Yabancı dil bilen katılımcılar, göçmen hastalara hizmet verirken yabancı dil bilmeyen katılımcılara göre daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). (Tablo 5.37)

Aile hekimleri içerisinde yurt dışında bir aydan fazla bulunan katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan ortalaması $3,4\pm 1,1$ (ss), ortanca 4,0(1,0-5,0) saptanırken, diğer aile hekimi katılımcılarda ortalama $3,8\pm 0,9$ (ss), ortanca 4,0(1,0-5,0) olarak saptanmıştır. Katılımcılardan yurt dışında bir aydan fazla bulunan aile hekimleri, diğer aile hekimlerine göre göçmen hastalara hizmet vermede daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Aile sağlığı çalışanları arasında yurt dışında bir aydan fazla bulunma açısından katılımcılar açısından göçmen hastalara hizmet vermede zorluk puan öz değerlendirmesi benzerdir ($p>0,05$). (Tablo 5.37)

Mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı dersi alan katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan ortalaması $3,3\pm 0,9$ (ss), ortanca 3,0(2,0-5,0) olarak saptanırken, ders almayanlarda ortalama $3,9\pm 0,9$ (ss), ortanca 4,0(1,0-5,0) olarak saptanmıştır. Mezuniyet öncesi göçmen sağlığı dersi alan katılımcılar, almayan katılımcılara göre göçmen hastaya sağlık hizmeti vermede daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Aynı farklılık aile sağlığı çalışanlarında da görülmektedir, aile sağlığı çalışanları arasında da mezuniyet öncesi göçmen sağlığı konusunda eğitim alanlar daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). (Tablo 5.37)

Katılımcılar eğitim sırasında göçmen yoğunluklu alanlarda uygulamalı eğitim alma durumu açısından değerlendirildiğinde, uygulamalı eğitim alanlar ve almayanlarda göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puan dağılımının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,005$). (Tablo 5.37)

Katılımcılardan, mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı eğitimi alanların göçmen hastalara hizmet vermede zorluk puan öz değerlendirmesi ortalama $3,1 \pm 0,8$, ortanca $3,0(2,0-5,0)$ olarak saptanırken, bu eğitimi almayanlarda ortalama $3,9 \pm 0,9$, ortanca $4,0(1,0-5,0)$ olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı eğitimi alan katılımcılar, almayan katılımcılara göre göçmen hastalara hizmet vermede daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları değerlendirildiğinde mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı eğitimi alanlar ve almayanlar arasında zorluk puan öz değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 5.37)

Çalıştıkları birimde kayıtlı göçmen hasta sayısı yönünden katılımcıların göçmen hastalara hizmet sunumu sırasında zorluk çekme öz değerlendirmesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 5.37)

Tablo 5.38. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmen Hastalara Hizmet Verme Öz Değerlendirmesinin Katılımcıların Eğitim ve Hizmet Özellikleri ile Olan İlişkisi (Ankara, 2022)

	Katsayı (β)	Standart Hata	p değeri	Odds	Güven Aralıkları
Sabit	-7,666	1,138	<0,001		
Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı Olma*					
Düşük seviyede zorluk yaşama**	0,642	0,449	0,152	1,901	0,789-4,580
Orta seviyede zorluk yaşama***	0,344	0,280	0,219	1,410	0,815-2,440
Yabancı Dil Bilme*					
Düşük seviyede zorluk yaşama**	-0,211	0,455	0,642	0,810	0,332-1,973
Orta seviyede zorluk yaşama***	0,344	0,280	0,238	0,718	0,414-1,245
Mezuniyet Öncesi Dönemde Göçmen Sağlığı Dersi Alma*					
Düşük seviyede zorluk yaşama**	0,752	1,001	0,453	2,121	0,298-15,096
Orta seviyede zorluk yaşama***	0,693	0,745	0,352	1,999	0,464-8,605
Mezuniyet Sonrası Dönemde Göçmen Sağlığı Dersi Alma*					
Düşük seviyede zorluk yaşama**	2,186	0,948	0,021	8,898	1,387-57,080
Orta seviyede zorluk yaşama***	2,467	0,722	0,001	11,792	2,864-48,544
Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanı*					
Düşük seviyede zorluk yaşama**	0,079	0,015	<0,001	1,083	1,051-1,115
Orta seviyede zorluk yaşama**	0,048	0,009	<0,001	1,049	1,030-1,069

Referans: Yüksek Seviyede Zorluk Yaşayan (Puan 4 ve Puan5)

*Düşük Seviyede Zorluk Yaşayan (Puan 1 ve Puan 2)

**Orta Seviyede Zorluk Yaşayan (Puan 3)

$R^2=0,164$ (Cox-Snell), $0,204$ (Nagelkerke), Model $\chi^2(10)=72,951$ $p<0,001$

Göçmen hastalara hizmet vermede düşük seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcılar yüksek zorluk yaşadığını belirten katılımcılara göre 8,8 kat ($p<0,05$) ve göçmen hastalara hizmet vermede orta seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcılar ise 11,8 kat mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı dersi almıştır ($p<0,05$). (Tablo 5.38)

Göçmen hastalara hizmet vermede düşük seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı, yüksek düzeyde yetersizlik yaşayanlara göre 1,083 kat daha yüksektir ($p<0,001$); göçmen hastalara hizmet vermede orta seviyede zorluk yaşadığını belirten katılımcıların ise 1,049 kat daha yüksektir ($p<0,001$). (Tablo 5.38)

6. TARTIŞMA

6.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların %76,3'ü kadındır (n=360); aile sağlığı çalışanları arasında kadınların yüzdesi aile hekimlerine göre daha yüksektir (sırasıyla %98,4 ve %51,6; $p<0,001$) (Tablo 5.2). Tekiner ve arkadaşları (2016) Ankara ilinde kanser taramaları ile ilgili birinci basamağı değerlendiren çalışmalarında ulaşılan aile hekimlerinden %42,0'nin kadın ve %58,0'nin erkek olduğu belirtmişlerdir [259]. Bu araştırmada her iki cinsiyetteki aile hekimlerine benzer düzeylerde ulaşılmış olması, her iki cinsiyet açısından da sağlık hizmet sunumunda yaşanan zorlukların tanımlanmasına katkı sunacaktır. Çalışmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının hemşire/ebe olmasının anne ve çocuk sağlığı hizmet sunumuna katkı sağlaması nedeniyle kadın yüzdesinin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Kırklareli ilinde aile hekimliği birimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada aile sağlığı çalışanlarının %96,1 kadın olduğu gözlenmiştir [260].

Aile hekimlerinin yaş ortalaması $46,8\pm 9,0$ (ss), aile sağlığı çalışanlarının yaş ortalaması $39,0\pm 7,6$ (ss) olarak saptanmıştır (Tablo 5.2). Aile hekimlerinin yaş ortalamalarının, aile sağlığı çalışanlarından yüksek olmasında, büyükşehir ve merkez bölgelerde daha yüksek hizmet puanına sahip bireylerin kadrolarda olması etkili olabilir. Mezuniyet sonrasında hekimler merkezlere daha uzak ve hekim ihtiyacının daha çok olduğu alanlarda devlet hizmet yükümlülüğünü tamamlamakta, hizmet puanı arttıkça daha merkezi yerlere atanmaktadır [261]. Ülkemizdeki yasal düzenlemeye göre aile sağlığı çalışanları mezuniyetlerinden sonra devlet hizmet yükümlülüğü olmaksızın çalışma hayatında yer almakta, merkezi bölgelerde çalışmaları daha genç yaşlarda mümkün olmaktadır.

Bu araştırmada ulaşılan aile hekimlerinin %76,2'si, aile sağlığı çalışanlarının %84,8'i evli olarak saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 5.2). Bu durum, aile sağlığı çalışanlarının büyük kısmının kadın olması ve kadınların erkeklere göre evlilik yaşının daha düşük olması ile açıklanabilir.

Sağlık kuruluşlarına Türkçe bilmeyen kişilerin başvurması durumunda, hasta-sağlık çalışanı iletişimde hizmet sunan kişilerin yabancı dil bilmesi önemlidir. Bu çalışmada aile hekimleri arasında en az bir yabancı dil bilme yüzdesi aile sağlığı

çalışanlarının yüzdesinden daha yüksektir (sırasıyla %78,9 ve %31,6; $p<0,001$) (Tablo 4). Ülkemizde yasal düzenlemeye göre aile hekimlerinde, aile sağlığı çalışanlarına göre yabancı dil bilme yüzdesinin fazla olmasında üniversitede hazırlık okumak ve tıpta uzmanlık sınavına girebilmek için dil yeterlilik sınavlarına girme zorunluluğu etkili olabilir [262]. Ancak her beş aile hekiminden biri yabancı dil bilmediğini belirtmiştir. Bu sıklık aile sağlığı çalışanları için daha da yüksek olup, her 10 aile sağlığı çalışanından yedisi yabancı dil bilmemektedir. Yılmaz ve arkadaşları (2019), İzmir ili merkez ilçelerinde 2017 yılında yaptıkları çalışmada aile sağlığı çalışanlarının %49,5'inin en az bir yabancı dil bildiğini belirtmişlerdir [263]. Yılmaz (2020), Gaziantep'te bir Devlet hastanesinde çocuk poliklinik ve servislerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyi yönünden değerlendirildiği yüksek lisans tezinde yabancı dil bilme sıklığını %27,9 olarak saptamıştır [264]. Bu çalışmada, yabancı dil bilme sıklığı Gaziantep örneği ile benzer saptanmış, İzmir örneğinin gerisinde kalmıştır. Bu durum, batıda yer alan şehirlerde görev yapan hemşirelerin yabancı dil bilme sıklıklarının daha fazla olması şeklinde açıklanabilir.

Yurtdışında yaşam, kişilerin kültürlerarası farklılıkları deneyimlemelerinin yanında kendi benliklerini ve istekleri üzerinde farkındalıklarını arttırmaları açısından olumlu etkilidir [265]. Hayashi ve arkadaşları yaptıkları niteliksel çalışmada sağlık profesyonelleri için yurtdışında yaşamak ve çalışmak profesyonel ve etik ilkelerin gelişmesi, farklı kültürlerle ilgili bilgi ve deneyimin artması için önemli olduğunu bulmuşlardır [266]. Bu çalışmada aile hekimlerinin sadece %11,7'si ve aile sağlığı çalışanlarının %2,8'i yurt dışında bir aydan fazla bulunduğunu belirtmiştir ($p<0,001$) (Tablo 5.4). Avustralya'da hemşirelik fakültesi öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada %89,7'sinin ülke dışına seyahat deneyimi olduğu, %19,3'ünün yurt dışında staj deneyimi olduğu saptanmıştır [267]. Ülkemizde Mersin Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda hemşirelik fakültesi öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada (2018), büyük çoğunluğunun (%84,9) hiç yurt dışında bulunmadığı tespit edilmiştir [268]. Bu çalışmada aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının yurt dışında bir aydan fazla bulunma sıklıklarının, diğer ülkelerdeki örneklerden daha düşük olduğu değerlendirilmiştir [269],[270],[271].

6.2. Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimi İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %23,5'i aile hekimliği uzmanlık eğitimi almıştır (Tablo 5.5). Şirin (2021), tüm Ankara ilinde tabakalı örnekleme ile, aile hekimlerinin toplum ruh sağlığına yaklaşımını değerlendiren bir araştırmasında aile hekimlerinin %15,3'ünün aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamladığı saptamıştır [272]. Araştırmaya katılan aile hekimi uzmanı yüzdesinin, diğer çalışmadan yüksek saptanmasında çalışmanın merkez ilçelerde yürütülmesi olabilir.

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının (n=247) %43,7'si hemşirelik fakültesi mezunudur (Tablo 5.6). Yılmaz ve arkadaşları (2019), İzmir merkez ilçelerinde aile sağlığı çalışanlarının %43,5'inin hemşirelik fakültesi mezunu olduğunu ortaya koymuştur [263]. Aile sağlığı birimlerinde sunulan anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin yanı sıra hasta bakımı ve hizmetlerinde hemşirelerin daha fazla rolünün olması istihdamı etkilemektedir [273].

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %91,5'i ve aile sağlığı çalışanlarının %95,2'si mezuniyet tarihinden sonra en uzun süre kentsel yerleşim yerlerinde yaşamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 5.7). Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının kentsel alan hizmet deneyimlerinin benzer olması araştırmanın büyükşehirde yürütülmesi ile bağlantılı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %61,9'u (n=133) devlet hizmet yükümlüğünü kırsal yerleşim yerlerinde yapmıştır (Tablo 5.7). Ohta ve arkadaşları, Japonya'da kırsal alanda çalışmanın daha fazla vaka çeşitliliği ile karşılaşma, hastaya bütüncül yaklaşım yönünden olumlu etkilerinin olduğu göstermişlerdir, diğer yandan kırsal kesimdeki kültürel farklılıklar hekimlerin karşılaştıkları zorluklar arasında olduğunu belirtmişlerdir [274]. Bu çalışmada, kırsal yerleşim yerlerinde mezuniyet sonrası devlet hizmet yükümlülüğünü tamamlayan hekimlerin yüksek oranda temsil edilmesi, hekim-hasta iletişimi, kültürel farklılıklar yönünden değerlendirmelerde çeşitliliği sağlamaktadır. Aile hekimlerinin kırsal yerleşim yerlerinde hizmet verme süresi aile sağlığı çalışanlarına göre daha uzundur ($p<0,001$) (Tablo 5.7). Bu durum üzerinde de devlet hizmet yükümlülüğü atamalarının kırsal yerleşim birimlerinde

hekim açığının daha yoğun olduğu bölgelere yapılması, hekimlerin devlet hizmet yükümlülüğünü bitirdikten sonra başka illere atanabilmeleriyle ilgilidir. Araştırmaya katılan aile hekimlerin hizmet sürelerinin uzunluğu, devlet hizmet yükümlülüğünü kırsal yerleşim yerlerinde yapan hekimlerin çoğunluğu oluşturmasının yanı sıra bu bölgelerde hizmet sürelerinin daha uzun olması saha hizmet deneyimlerinin göstergesi olarak kabul edilebilir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin mezuniyet sonrası çalışma süreleri aile sağlığı çalışanlarından daha uzundur ($p<0,001$); ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarında (aile sağlığı merkezi/sağlık ocağı) hizmet deneyimleri aile sağlığı çalışanlarına göre de daha uzundur ($p<0,001$) (Tablo 5.8). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları arasındaki bu farka, hekimlerden yüksek hizmet puanı olanların il merkezinde çalışabilmesi neden olabilir. Araştırmaya katılan aile hekimleri mesleğinin ilerleyen yıllarında olan hekimlerdir, aile sağlığı çalışanları hizmet puanı düşük olsa da aile hekimliği birimi için sözleşmeli olarak görev alabilmektedir.

Mezuniyet öncesinde, göçmen sağlığının ders programında yer alması göçmen sağlığının geliştirilmesi açısından desteklenmektedir [193, 275]. Katılımcıların %2,5-4,0'ı mezuniyet öncesi ve sonrası göçmen sağlığı ile ilgili ders aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5.9). Tıp fakültesinde mezuniyet öncesi ve sonrasında göçmen sağlığı eğitiminin yetersiz olduğu, ülkemizde Türk Tabipler Birliği tarafından da gündeme getirilmiştir [276]. Son yıllarda hemşirelik fakültesi eğitim programlarında göçmen sağlığı hizmet sunumuna ilişkin program yer almakta ve gelişen ihtiyaçlarla birlikte giderek daha fazla önem verilmektedir [277]. Araştırmanın yürütüldüğü bölgedeki aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının hizmet süresinin uzun olması nedeniyle, lisans programlarında göçmen sağlığı ile ilgili dersin yer almadığı dönemde mezun olmuşlardır.

6.3. Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin bulunulan birimde çalışma süreleri aile sağlığı çalışanlarından daha uzundur ($p<0,05$) (Tablo 5.10). Ülkemizde yasal düzenlemelere göre aile hekimliği birim atama ve yeni birim açma kuralarında aile hekimi kuraya katılmakta ve sözleşme aile hekimi ile yapılmaktadır. Aile sağlığı çalışanları kura

olmaksızın yer değiştirebilmektedir. Bu nedenle aile hekimleri, aile sağlığı çalışanlarına göre buldukları birimde sonuçlarla uyumlu olarak daha uzun süre çalışmakta oldukları görülmektedir [273].

Araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının çok büyük bir kısmı hizmet verdikleri aile sağlığı biriminde göçmenlere hizmet verdiklerini ifade etmektedirler. Aile hekimleri hizmet sunulan göçmen kişi sayısı 2-1662 arasında ve göçmen çocuklar için de 1 – 500 olarak belirtirken, bu nüfuslar aile sağlığı çalışanları tarafından sırasıyla ise 2–2100 ve 1-1000 arasında olarak belirtilmiştir. Göçmen nüfus kayıtlı olmadığını belirten 40 aile hekimi ve 39 aile sağlığı çalışanı vardır (Tablo 5.11). Aile hekimleri birimlerinden aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı kendi istekleri doğrultusunda çalışmaya katılmışlardır ve araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları görev yaptıkları birim yönünden eşleştirilmemiştir; kayıtlı göçmen sayı ortalamaları arasındaki fark bu durumdan kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının kayıtlı nüfus sayısı birimlere göre değişmekle birlikte, göçmen hasta hizmet sunumunda aktif görev almaktadırlar ve kayıtlı olmadıkları halde misafir hasta olarak hizmet verdikleri hastaları da bulunmaktadır.

Her 10 aile hekimi ve aile sağlığı çalışanından yaklaşık beşi göçmenlerin ekonomik durumlarını “orta” düzeyde ve dördü “kötü ve çok kötü” düzeyde olarak tanımlamaktadır (Tablo 5.14). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, göçmenlerin ekonomik olarak orta ve altında tanımlanması gereksinimlerini karşılama ile ilişkin endişeleri olduğu düşünülmektedir. Altındağ (%51,5), Etimesgut (%56,7) ve Mamak (%48,9) ilçelerinde görev yapan katılımcılar hizmet verdikleri göçmenlerin ekonomik durumuna “kötü” düzeyde yanıtının en çok olduğu ilçelerdir (Tablo 5.15). Çankaya ilçesinde %38,5 katılımcı, görev yaptığı bölgede yaşayan göçmen hastaların sosyoekonomik durumunun “iyi” düzeyde olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında (2022), Çankaya 2., Altındağ 22., Etimesgut 47. ve Mamak 165. sırada yer alan ilçelerdir [278]. İlçelerin sosyoekonomik gelişmişlik seviyesine göre kiralar ve yaşam giderleri artmaktadır. Göçmenlerin sosyoekonomik gelişmişlik seviyelerine göre yaşam alanı belirlemiş olma olasılıkları yüksektir; bu

durumda sosyoekonomik durumu düşük olan göçmen ailelerin etmesinde konut kira uygunluğunun ve yaşam maliyetlerinin görece daha düşük olması açısından sosyoekonomik sıralamada daha alt sıralarda yer alan ilçeleri tercih etmiş olabilirler. Ancak, araştırmaya katılan aile hekimi sayısının bazı ilçelerde diğer ilçelere göre daha düşük olması bu değerlendirme yönünden sınırlılık olarak belirtilebilir.

6.4. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi

6.4.1. Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcılar öksürük (%89,0), ateş (%80,1), burun akıntısının (%69,6) göçmen çocuk hastalarda görülen en sık şikayetler olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılara göre çocuklarda üst solunum yolları enfeksiyonu (%97,5) ve akut gastroenterit (%12,7) en sık konulan tanılardır (Tablo 5.16). Almanya'da yapılan bir araştırmada (2020), göçmen çocuk ve adolesanların en sık aldığı tanı üst solunum yolları enfeksiyonu olarak belirlenmiştir. Değerlendirilen çocukların yarısından fazlası (%55,3) üst solunum yolları enfeksiyonu (öksürük, ateş boğaz ağrısı) belirtileri göstermektedir. Kalabalık hanelerde yaşayan çocuklarda bu risk daha fazladır [279]. Yunanistan'da (2019) göçmen kamplarında yapılan değerlendirmede, çocuklarda en sık üst solunum yolları enfeksiyonları (%66,8), cilt enfeksiyonları (%23,2), gastrointestinal sistem enfeksiyonları (%6,2) ve üriner sistem enfeksiyonları (%3,2) saptandığını belirtilmiştir [280]. Eskişehir'de 2014-2017 yılları arasında acil servise göçmen çocuk hasta başvuruları değerlendirildiğinde, enfeksiyon hastalıklarına bağlı nedenler (%44,24), ağrı (%17,8), gastrointestinal nedenler en sık tespit edilmiştir [281]. Araştırmada tespit göçmen çocuk hastalarda en sık hastalık ile ilgili şikayetler ve tanıların dağılımı birbiri ile benzer saptanmıştır. Türk vatandaşı ve göçmen çocuk hastaların da başvuruda sık şekilde alınan tanıların dağılımı benzer olmakla beraber kalabalık yaşam koşulları, sağlıklı gıdaya erişimde zorluklar, aşılardan tamamlanma durumu göçmen çocuk hastaların bu şikayetlerle, birinci basamak başvuru sıklığı daha yüksek olabilir.

6.4.2. Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcıların Değerlendirilmesi

Dünyada, sağlık profesyonelleri bakış açısından göçmen sağlığı hizmet sunumunda sağlık kapsayıcılığı önemlidir. Modeste-James ve arkadaşları Venezüella’da göçmen hastaların sağlık sigorta düzenlemeleri açısından kapsanması, sağlık hizmeti alımlarını olumlu etkilediğini göstermişlerdir [282]. Ülkemizde Suriyeli bireylere verilen geçici koruma kimlik belgesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır. Katılımcıların %70,1’i “Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilemesi” önermesine “katılıyorum” yanıtı vermiştir (Tablo 5.17). Katılımcıların %70’inden fazlası literatürle benzer şekilde sağlık kapsayıcılığının, göçmenlerin sağlık hizmeti alımında olumlu etki ettiğini belirtmiştir [283, 284]. Tüm ilçelerde geçici koruma kimlik belgesine sahip olmanın olumlu etkisi katılımcılar tarafından benzer sıklıkta bildirilmiştir

“Ailelerin dil bariyeri (Türkçe bilmeme) nedeniyle sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmesi” önermesine katılımcıların %39,2’si “katılıyorum” yanıtı vermiştir (Tablo 5.17). Ülkemizde Suriyelilerle yapılan çalışmalarda dil farklılıklarının iletişim yönünden yarattığı engeller sağlık hizmeti sunumunu etkileyen olumsuz faktörler olarak gösterilmiştir [197, 285]. Amasya İlinde (2017), göçmenlere sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin değerlendirildiği araştırmada %46’sı dil farklılıklarının iletişimde yarattığı engeller nedeniyle zorluk yaşadığını belirtmiştir [286]. Hatay İli Altınözü İlçesinde 2015 yılında göçmen hastalara ilgili yapılan değerlendirmelerde de, göçmen hastaların %32,0’ının Türkçe bilmemeleri nedeniyle sorun yaşadığı ve tercüman desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir [287]. Araştırmada, göçmen hastalara sağlık hizmeti sunumunda dil farklılıkları ile iletişimde yaşanan güçlüğü olumsuz etkisi, literatür ile uyumlu saptanmıştır.

Katılımcıların yarısından fazlası (%53,4) “Ekonomik durumu iyi olmayanların sağlık hizmetlerini daha az kullanması” önermesine “katılmıyorum” yanıtı vermiştir (Tablo 5.17). Birinci basamakta göçmen hastaların sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimin olması ekonomik durum nedeni ile sağlık hizmetine ulaşamamayı en aza indirmektedir. Ülkemizdeki Suriyeli bireyler birinci basamak sağlık kuruluşlarında aşı, tarama gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinden bedeli Göç

İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından karşılanarak, ücretsiz şekilde yararlanmaktadırlar [47].

Düşük sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada engel olduğu önermesine aile sağlığı çalışanlarının %52,2'si ve aile hekimlerinin %43,2'si katılmıştır (Tablo 5.17). DSÖ tarafından ülkemizdeki Suriyeli göçmenlerin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği bir araştırmada, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olma %17,6 olarak saptanmıştır [288]. Ülkemizdeki göçmenler için koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada düşük sağlık okuryazarlığı bir engel olarak değerlendirilmektedir. Savaş öncesinde Suriye'de tedaviye yönelik sağlık hizmetleri daha çok gündemdeyken, koruyucu sağlık hizmetleri ve tarama programları ulusal planlamalarda yer almamaktadır.[289]

Aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğu katılımcıların yarısından fazlası (%64,9) hizmet alımını olumsuz etkileyen bir faktör olarak görmemektedir (Tablo 5.17). Bunun nedeni araştırmanın merkez ilçelerde yapılmış olması ve bu ilçelerde yaya kullanımına uygun yolların ve toplu ulaşım hatlarının etkin kullanımını düşünmeleri olabilir. Ancak, yerleşimin eski olduğu merkez bölgelerde aile sağlığı merkezlerine ulaşım daha kolay olurken, araştırmamızda da yer alan Çankaya'da oluşan yeni yerleşim alanlarında aile sağlığı merkezlerine yaya ulaşımı daha zor olmaktadır [290]. Değerlendirilen ilçelerde mahalle düzeyinde, coğrafi bilgi sistemleri yardımıyla değerlendirme yapılması aile sağlığı merkezi ulaşım durumunu daha net ortaya koyabilir. Ayrıca, bazı ilçelerden katılan aile sağlığı hekim ve aile sağlığı çalışan sayısının düşük olması ilçelere göre değerlendirmelerde taraflılık yaratmış olabilir.

Katılımcıların %76,5'i "Sık telefon numara değişikliği nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için hastalara ulaşma zorluğu" önermesine "katılıyorum" yanıtını vermiştir. Katılımcıların %80,9'u "Sık adres değişiklikleri nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu" önermesine "katılıyorum" yanıtını vermiştir (Tablo 5.17). Göçmen ailelerde sık telefon ve adres değişikliği katılımcıların %75'inden fazlasında aşı ve çocukluk çağı takipleri için zorluk yaşatmaktadır. Aşı ve çocuk takipleri için göçmen çocuklara erişimde sıkıntılar yaşanırken, çocuğunu sağlık kuruluşuna getirmeyen ailelere ulaşılamamaktadır. Bu durum göçmen çocukların

aşılarının eksik kalmasına, çocukluk çağı takip ve taramalarının aksamasına neden olmaktadır. Aydın'da araştırmasında bu durumun, hem hizmet alan göçmen aileler ve çocuklar, hem de sağlık hizmet sunucuları açısından olumsuz etkileri olduğunu belirtmektedir [291]. Sık telefon ve adres değişikliğinin hastalara ulaşma tüm ilçelerdeki katılımcılar tarafından %75 ve üzeri olumsuz etken olarak değerlendirilmiştir. Bu durum tüm ilçelerde göçmenlere sağlık hizmet sunumunda benzer zorluklarla karşılaşılması ile ilişkilendirilmiştir (Tablo 5.18).

Suriyeli bireylerde kız çocuklarına toplumsal cinsiyet ayrımcılığı önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Suriye'de yaşanan bölgelere toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle yaşanan zorluklar farklılaşmaktadır [292]. Araştırmaya katılan yaklaşık her 10 hekimden biri (%11,3) ve 11 sağlık çalışanından biri (%9,9) kız-erkek ayrımcılığının göçmen nüfusta da sorun olduğunu düşünmektedir (Tablo 17). Ülkemizde göç gelen Suriyelilerde cinsiyet ayrımcılığının devam etmesi, kız çocuklarının sağlık hizmetine erişimleri için olumsuz bir etkidir [293].

6.4.3. Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımının Değerlendirilmesi

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmenlerin gebelik sürecindeki sağlık bakımına ilişkin yaklaşımları da sorulmuştur. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının benzer görüşlerde olduğu belirlenmiştir. Görüşülen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanın yarısından çoğu, Suriyeliler arasında gebelikte sağlık kontrolüne gelmesinin gerekli olmadığına ilişkin görüşün olduğunu ve gebelik sırasında sağlık yakınmalarını ayıp kabul ettikleri için ifade edemeyeceklerini belirtmektedirler. Kadınların gebelik izlemelerine gelebilmek için eşinden izin alarak gelebileceği her on görüşülen katılıcıdan yedisi tarafından onaylanırken, sekizi de gebelerin fiziksel olarak aile sağlığı merkezine ulaşabileceklerini görüşündedirler (Tablo 5.19). Göçmen kadınlarda gebelik sırasında sağlık takiplerine devamlılık, sağlık konusunda farkındalık ile ilişkilidir. Ancak, kültürel farklılıklar, göçmen kadınların sağlık hizmetlerine başvuru ve şikayetlerini anlatmakta kısıtlayıcı faktörler olarak yer alabilmektedir [294]. Katılımcılar ülkemizdeki göçmen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmalarında kültürel faktörler ve toplumsal cinsiyet rollerinin etken olabileceği düşünmektedirler. Suriyeli

göçmenlerde ataerkil aile yapısı, erkeğin evde karar verici konumda görülmesi Suriyeli kadınların sağlık hizmetine ulaşmaları konusunda belirleyici olmaktadır. Ancak, göçten sonra kadınların çalışma yaşamında yer almasının bu durumu değiştiren bir faktör olarak belirlenmiştir [292]. Araştırma bölgelerinde kadınların hizmet alımında sağlık hizmetine erişimlerinde böyle bir faktörün olması kültürel farklılıklar ve toplumsal cinsiyet rollerinin olumsuz etkisi ile ilişkilendirilmiştir.

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının çocuk beslenmesinde önemli yeri olan anne sütü verme konusunda göçmenlerin davranışlarına ilişkin benzer görüşleri bulunmaktadır. (Tablo 5.19). Katılımcılar arasında göçmenlerin anne sütü ile beslemeyi doğal bir süreç olduğu görüşüne katılma, ek eğitime gereksinimleri olmadığı düşündüklerini belirtmektedirler. Birinci basamak çalışanlarının anne sütüyle beslenme konusunda aktif rol alması göçmenlerin emzirme davranışlarını değerlendirmelerini sağladığı düşünülmüştür. Aile sağlığı çalışanları emzirme eğitimi ve emzirme pratiği ile uygulamalarda, aile hekimleri ise emzirme ile ilgili ortaya çıkan fizyolojik sorunlarda (anne sütü yetersizliği, memede apse/mastit ve bebek kilo alımının yavaşladığı durumlarda) tanı, tedavi, yönlendirme ve sevk işlemlerinde daha fazla görev almaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yarısından fazlası göçmen annelerin Türkçe bilmemelerinin emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkilediğini düşünmektedir ($p>0,05$) (Tablo 5.19). Daha önce de Odeniyi ve arkadaşları tarafından, dil farklılığı ile iletişimde yaşanan zorluk, emzirme eğitiminde önemli engellerden biri olarak ortaya konulmuştur [295]. Her iki katılımcıdan biri tarafından emzirme eğitiminde engel olarak belirtilen dil nedeniyle iletişimde yaşanan engellerin etkisini en aza indirmeye yönelik emzirme eğitiminde şekil ve infografik ağırlıklı, kültürel farklılıklara yanıt veren programın geliştirilmesi önerilmektedir

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları göçmen ailelerin çocuk aşılara olan yaklaşımları konusunda benzer görüşe sahip olup; her on katılımcıdan beşi göçmen ailelerin aşı tereddüdü olduğunu, dördü çocuklarının aşı takvimine uygun aşılanmasını önemsemediklerini ve aşı kartını saklamayı önemsemediğini düşünmektedir (Tablo 5.19). Aşı tereddüdü günümüzde hekimlerin sıklıkla

karşılaştıkları bir durum haline gelmiştir [296]. Göçmen bireyler arasında aşı tereddüdü yaygın olduğu belirtilmektedir [297]. Araştırmada iki katılımcıdan birinin göçmen ailelerde aşı tereddüdü olduğunu belirtmesiyle, birinci basamakta göçmen çocukların aşılınması sıklığı ve yaşanan sorunlarda aşı tereddüdün önemli bir etken olarak değerlendirilmiştir. Aşı takvimini uyumda zorluk ve aşı kartlarının saklamayı önemsememeleri düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. Göç ile gelen Suriyeli bireylerin aşı ve aşı programları ile ilgili bilgilerinin yeterli olmaması, Suriye’de kapsayıcı aşı programının olmaması ve sağlık sisteminin Türkiye ile farklarının aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmenlerde aşı tereddüdü ile ilgili olarak değerlendirilmiştir [169].

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları göçmen çocukların hastalıklarında ailelerin yaklaşımları konusunda benzer görüşlere sahiptirler; Katılımcıların yaklaşık %55’i göçmen ailelerin çocuklarının ishal olmasını olağan karşıladığını, %80’ni göçmen ailelerin ishalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi olmadığını ve %65’i göçmenlerin hastalıkların kolay geçeceği için doktora başvurmayacağını düşünmektedir (Tablo 5.19). İshal, Suriyeli göçmen çocuklarda sık görülmektedir, sosyoekonomik seviyesi düşük, kırsal alanda yaşayan ve kalabalık ailelerde yer alan Suriyeli çocuklar ishal yönünden risk altındadır [298, 299]. Katılımcılar göçmen ailelerin ishal konusunda farkındalıkları olduğunu belirtmekle beraber ishal konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını düşünmektedirler. Bu durum sağlık bilgisi düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilendirilmiştir, sağlık algısının ve sağlık bilgisinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç vardır [300].

İki aile hekiminden biri, on aile sağlığı çalışanından altısı göçmenlerin aile büyüklerinin önerilerini uyguladığını düşünmektedir ($p>0,05$) (Tablo 5.19). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının yarısından fazlasının göçmenlerin aile büyüklerinin önerilerini uyguladığını belirtmesi göçmenlerin kültürel ve geleneksel yaşantıları ile açıklanabilir. Ülkemizin batı kesiminde bir ilde yapılan araştırmada ebeveynlerin %41,3’ü bebek bakımı konusunda bilgi kaynağını aile bireyleri olarak belirtmiştir [301]. Ülkemizde yerli halktan bireylerde de aile büyüklerinden önerileri uygulama davranışına göçmen ailelere benzer şekilde rastlanmaktadır.

Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%24,7) göçmen ailelerde ceza vermenin şiddet olarak algılanmadığı görüşündedir (Tablo 5.19). Çocuğa şiddet ülkemizde de yanlış bir biçimde disiplin yöntemi olarak görülmeye devam etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2021 Raporu'nda ebeveynlerin %20,7'sinin dövme, %32,6'sının tokat atma ile çocuklarına "ceza" verdikleri belirtilmiştir [302]. Göçmen çocuklar ve yerli halktan çocuklar için şiddet olumsuz bir şekilde ceza yöntemi olarak görülmeye devam etmektedir. Mamak İlçesinde %28,1, Sincan İlçesinde %6,7 katılımcı ailelerin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamadığı görüşündedir ($p=0,004$) (Tablo 5.19). İki ilçe arasındaki farklılıkta, göçmen ailelerin sosyoekonomik koşulları, eğitim düzeyleri ve şiddete bakış açılarının farklılıkları etkili olmuş olabilir.

6.4.4. Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamaların Değerlendirilmesi

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına, göçmen ailelerin hasta olan çocuklarına ilişkin evdeki ilk müdahaleleri sorulmuştur. Çocuk ateşlendiğinde, kalın giysi giydirilmemesi, kalın örtüyle örtülmemesi önerilirken, ateş düşürmek için kolonya/sirke ile ovma önerilen bir uygulama değildir [252, 253]. Çocuk ateşlendiğinde soğuk su altında bekletmek yerine, ılık su ile banyo önerilmektedir [254].

Ateş, çocuklarda nörolojik sekellere neden olabilecek, doğru uygulamalarla yönetilmesi gereken bir semptomdur [303]. "Çocuk ateşlendiğinde; kalın örtüyle örtme" uygulaması ile aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarında benzer şekilde yaklaşık her dört kişiden biri "sıklıkla/her zaman" karşılaştığını belirtmişlerdir ($p>0,05$) (Tablo 5.20). "Çocuk ateşlendiğinde; kolonya/sirke ile ovma" uygulamasıyla aile hekimlerinin %43,2'si "sıklıkla/her zaman" karşılaştıklarını belirtirken, bu yüzde aile sağlığı çalışanlarında %21,6'dır ($p<0,001$) (Tablo 5.20). Ateş yüksekliğinde çocuğu limon/sirke ile ovma Türk toplumunda da görülmektedir [304]. Çocukta ateş varlığında geleneksel uygulamalar göçmen çocuklarda da yerli halktan çocuklara benzer şekilde yer almaktadır [305]. Bu durum, ateşi düşürmek için geleneksel yanlış

uygulamaların göçmen ve yerli bireylerde benzer şekilde gözlemlenmesi ile ilişkilendirilmiştir [306].

Çocukta nezle ve burun tıkanıklığında, buruna tuzlu su/serum fizyolojik damlatılması ve sık emzirme önerilen bir uygulamalardır [255, 257]. Çocukta nezle olduğunda reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı önerilmeyen ve antibiyotik direncine neden olabilecek, önerilmeyen bir uygulamadır [256]. Beş aile hekiminden biri “çocukta nezle olduğunda burnuna tuzlu su (SF) damlatmak” uygulaması ile karşılaştığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının %11,2’si bu uygulama ile karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5.20). Çocukta nezle, soğuk algınlığı durumunda sık emzirme uygulaması ile aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48,8), aile sağlığı çalışanlarının yarısından fazlası (%55,3) “sıklıkla/her zaman” karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5.20). Aile hekimlerinin dörtte birinden fazlası (%27,2) nezlede reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı ile karşılaşırken, aile sağlığı çalışanlarının %14,1’i bu yanıtı vermiştir ($p=0,007$) (Tablo 5.20). Burun tıkanıklığı ve soğuk algınlığı sırasında doğru uygulamaların göçmen aileler tarafından uygulandığı, yeterli düzeye getirilmek için sağlık eğitimi ile yaygınlaştırılması gerekliliği bulgularla ortaya koyulmaktadır. Reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı, ailelerin semptomlarla baş etme yollarını ve doğru uygulamaları bilmedikleri için başvurdukları yanlış bir uygulama olarak gündeme getirilmiştir [307]. Gerekli olmayan durumlarda antibiyotik kullanımı antibiyotik direnci yönünden riski arttırmaktadır [308].

Çocukta karın ağrısı, fizik muayene, tetkik ve radyolojik görüntüleme uygulamalarını içeren bir prosedürde değerlendirilmesi gereklidir. Akut karın durumu, karın ağrısında durumunda hızla tanı koyulması gereken, cerrahi tedavi gerektiren acil bir durumdur [309]. Yapılan yanlış uygulamalar, var olan semptomları ağırlaştırması, mide, bağırsak ve kolon ile ilgili cerrahi girişim gerektiren bir durumda tedavinin gecikmesine neden olabilir. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının bu uygulamalarla sıklıkla karşılaşması, karın ağrısı, nedenleri ve tedavinin önemi hakkında göçmen ailelerin sağlık bilgi düzeyinin düşük olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Çocukta karın ağrısı olduğunda çörek otu yağı/soda içermek yanlış

bir uygulamadır, önerilmemektedir [182]. Aile hekimlerinin %61,2'si, aile sağlığı çalışanlarının %78,0'ı "çocukta karın ağrısı olduğunda çörek otu yağı, soda içirme" uygulaması ile "hiçbir zaman/nadiren" karşılaştığı yanıtını vermiştir ($p=0,004$) (Tablo 5.20). Çocukta karın ağrısı olduğunda sıcak havlu koyma, sıcak uygulama önerilmemektedir [258]. Aile hekimlerinin %34,6'sı, aile sağlığı çalışanlarının %23,5'i bu uygulama ile "sıklıkla/her zaman" karşılaştığını belirtmiştir ($p>0,05$). Çocukta karın ağrısı olduğunda ağrı kesici ilaç verme yanlış bir uygulama olarak kabul edilmektedir [186]. Aile hekimlerinin %64,2'si çocukta karın ağrısında ağrı kesici ilaç verme ile "sıklıkla/her zaman" karşılaştığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarının yarısından azı (%49,7) bu uygulama ile karşılaşmaktadır ($p=0,020$) (Tablo 5.20). Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları çörek otu yağı, soda içirme gibi yanlış uygulamalarla daha az karşılaşırken, karın ağrısında sıcak uygulama ve ağrı kesici ilaç verme gibi yanlış uygulamalarla daha sık karşılaşmaktadır. Göçmen ailelerde karın ağrısı durumunda yanlış uygulamalar, geleneksel ve kültürel sağlık uygulamaları ve sağlık bilgi düzeyi düşüklüğü ile ilişkilendirilmiştir. , doğru uygulamalar desteklenme ve geliştirilme yönüyle değerlendirilebilir [310].

Geleneksel uygulamalar içerisinde çocuklarla ilgili herhangi bir maddeyi cilde sürme/içirme, reçete edilmemiş antibiyotik veya ağrı kesici kullanımı ile aile hekimlerinin aile sağlığı çalışanlarına göre daha sık rastladıkları tespit edilmiştir. Bu durum aile hekimlerinin, ebeveynlere başvuru sırasında ilaç öyküsü sorması ile ilişkilendirilebilir. Çocuktaki şikayetlere yönelik ayrıntılı öykü alınması sırasında göçmen aileler geleneksel uygulamalarda sıcak/soğuk uygulama gibi fiziksel uygulamalar dışında herhangi bir sıvı, ilaç uygulamasını çocuğun sağlık durumu üzerinde olumlu/olumsuz etkisinin daha fazla olabileceğini düşünerek hekim ile bu durumu paylaşmaktadır.

6.5. Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engellerin Değerlendirilmesi

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen bireylere sağlık hizmetleri sunumu sırasında karşılaştıkları durumları değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların %46,8'i hastalarının randevularına uyumlarıyla ilgili zorluk yaşadığını

belirtmiştir (Tablo 5.21). Alwan ve arkadaşları, Suriyeli göçmen çocukların sağlık hizmetinde, doktor randevusu alma, zamanında sağlık kuruluşunda olamama veya randevusuna gelmeme durumlarında dil bariyeri, kısıtlı ulaşım imkanları, sağlık okuryazarlığının düşük olmasının olumsuz etkisi olduğunu belirtmektedirler [311]. DSÖ de göçmen ailelerde düşük sağlık okuryazarlığının, randevu uyumları etkisinde olumsuz etkisi olduğu vurgulamaktadır [288].

Katılımcıların yarısından fazlası (%57,8) gebelik izleminde zorluk yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5.21). Yapılan araştırmalarda göçmenlerde, gebelik izlemlerinde sağlık profesyonellerinin Arapça bilmemesi, kültürel farklılıklar nedeniyle zorluk yaşadıkları ortaya koyulmuştur [312-314]. Katılımcıların gebelik izleminde zorluk yaşaması, göçmen hastaların yoğun olduğu alanlarda uzun dönemde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarında mesleki tükenmişliğe neden olabilir. Batista ve arkadaşları, sağlık hizmeti alan gebe kadınlar açısından, sağlıkta eşitsizlikler doğum öncesi takiplerin azalmasına; dolayısıyla gebelik döneminde risklerin tanımlanmaması komplikasyonlara neden olduğunu vurgulamaktadırlar. Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılmaması, göçmen bireyler arasında sağlık eşitsizliklerini derinleştirmesi ile ilişkilendirebilir [315].

Etimesgut İlçesinde katılımcıların %80'ni gebelik izleminde zorluk yaşarken, Sincan ilçesinde katılımcıların %40,0'ı zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5. 22). Sincan ilçesi yaşam giderleri ve kira giderleri bakımından Çankaya ve Etimesgut ilçelerine göre daha ulaşılabilir ilçeler arasındadır. Sincan sosyoekonomik gelişmişlik sırasında Çankaya ve Etimesgut ilçelerinin gerisinde kalmaktadır [278]. Sincan ilçesinde kira ve yaşam gelirlerinin diğer ilçelere göre düşük olması nedeniyle, göçmen yoğunluğu daha fazladır [316]. Sincan ilçesinde hekim ve aile sağlığı çalışanlarının uzun süreli hasta deneyimi, göçmenlerin buldukları ortama alışma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının daha yeterli düzeyde olması gebelik izleminde daha az zorlanma ile ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışan sayısı bazı ilçelerde diğer ilçelere göre daha düşük sayıda olmuştur, bu durum ilçeler arasındaki değerlendirme yönünden sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen annelere emzirme eğitimi sırasında karşılaştıkları zorlukları değerlendirmeleri öğrenilmiştir. Katılımcılardan, yaklaşık iki kişiden biri (%55,9) emzirme eğitiminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Aile hekimleri %49,4 “zorluk yaşıyorum” yanıtını verirken, aile sağlığı çalışanlarının %61,4’u bu yanıtı vermiştir (p=0,003) (Tablo 5.21). Emzirme eğitiminde ankaya İlçesinde katılımcıların %76,9’u zorluk yaşarken, bu sıklık Sincan’da %40’tır (Tablo 5.22). Emzirme eğitiminde aile sağlığı çalışanlarının, aile hekimlerine göre hastayla iletişim ve yönlendirme yönünden iletişimi daha fazla olmaktadır [317]. Bangladeş mülteci kamplarında emzirme eğitim ve destek programında görev alan kişilerin değerlendirildiği bir araştırmada (2019), katılımcıların yarısından fazlasının (%58,3) eğitim ve destek sürecinde iletişim ve kültürel farklılıklar nedeniyle zorlandığı belirlenmiştir [318]. Aile sağlığı çalışanlarının aile hekimlerinden daha çok zorlanmasının altında, aile sağlığı çalışanlarının çoğunun cinsiyetinin kadın olması nedeniyle göçmen hastalar tarafından soru ve danışmanlık için daha çok tercih edilmesi, ayrıca görev tanımında ana ocuk sağlığı hizmetlerinin yer alması bu farklılığa neden olmuş olabilir [319].

Aile Sağlığı Biriminde sunulan çocukluk ağı tarama hizmetleri sunumu sırasında aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının %59,3’ zorluk yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5.21). Kroening ve arkadaşları yaptıkları niteliksel araştırmada göçmen ailelerde düşük eğitim düzeyi, iletişimde yaşanan engeller, inançlar/değerler, sağlık algısı, geleneksel sağlık uygulamaları çocukluk ağı taramaları hizmetlerinden yararlanmada önemli faktörler olarak tanımlamışlardır [320]. Savaş ncesinde Suriye’de tedaviye yönelik sağlık hizmetleri daha çok gündemdeyken, koruyucu sağlık hizmetleri ve tarama programları ulusal planlamalarda yer almamaktadır [321]. Bu durum ailelerin tarama programlarına uyumları ve katılımlarının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

İlçeler düzeyinde değerlendirildiğinde; çocukluk ağı taramalarında Keçiören İlçesindeki katılımcıların %60’ından fazlası zorluk yaşadığını belirtirken, Yenimahalle İlçesinde katılımcıların yalnızca %30’u zorluk yaşadığını belirtmiştir (p<0,05) (Tablo 5.22). Yenimahalle ilçesinde dört katılımcıdan biri aşı izlemlerinde zorluk yaşadığını

belirtirken, Etimesgut ilçesinde yaklaşık her dört katılımcıdan üçü zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p=0,05$) (Tablo 5.22). Yenimahalle’de göçmen yoğunluğu, Keçiören ve Etimesgut ilçesine göre daha fazladır. Yenimahalle’de buldukları bölgelerdeki göçmen nüfusun yerleşik olması, sağlık bilgisi ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarının daha iyi olması, tarama ve aşı programlarında daha az zorlanmada bir etken olabilir. Yapılan değerlendirmelerde göçmen yoğunluğunun daha fazla olduğu alanlar aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının daha az zorlandığını belirtmesi iletişim, kültürel farklılıklara yanıt veren sağlık hizmeti anlayışının belirlenmesi ile de ilişkilendirilmiştir [227]. Bazı ilçelerde araştırmaya katılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının diğer ilçelere göre daha düşük olması, bu değerlendirmenin ortaya koyulması yönünden bir sınırlılıktır.

Aşı izlem ve çocuk beslenme eğitiminde aile hekimleri aile sağlığı çalışanlarına göre daha az zorlanmaktadır, aile sağlığı çalışanlarının %60’dan fazlası zorluk yaşadığını belirtirken, aile hekimlerinin %50-55’i zorluk yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5.21). Bu durum üzerinde çocukluk çağı aşılama programında aile sağlığı çalışanlarının göçmen çocukların aşılarının hatırlatılması, randevularının ayarlanması ve aşının uygulanması görevlerinin aile sağlığı çalışanı görev tanımında olması ile açıklanabilir [273]. Çelebi (2019) hemşirelerle yaptığı çalışmasında çocukluk çağı takibi sırasında beslenme önerileri aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından verilirken, aile sağlığı çalışanlarının daha çok zorlanmasında dil bariyeri önemli bir etken olarak değerlendirmiştir [322].

Göçmen hastaların randevuya uyumu konusunda Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde zorluk yaşadığını belirten katılımcılar %60,0-%70,0 arasındayken, Yenimahalle ilçesinde katılımcıların yalnızca %15,0’ı zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5.22). Yenimahalle ilçesi sosyoekonomik gelişmişlik sırasında Çankaya’dan sonra beşinci sırada yer almasına rağmen farklı kültürel ve sosyoekonomik seviyeden bireyleri barındırması ile heterojen özellik göstermektedir. Yenimahalle ilçesinde göçmen bireylerin yoğun olarak yaşadıkları alanlarda hekim ve aile sağlığı çalışanlarının, randevu uyumu konusunda Çankaya ve Etimesgut

ilçelerindeki katılımcılara göre sık karşılaştıkları için daha az zorlandıklarını belirtmeleri bu durum ile ilişkilendirilmiştir.

Poliklinik hizmetlerde tedavi planı hakkında bilgi verme, ilaç kullanımı anlatma, sevk ve muayene süresinin uzaması konularında iki aile hekiminden biri zorluk yaşamaktadır (Tablo 5.21). Dil farklılığı nedeniyle iletişimde yaşanan zorluk, muayene sırasında sağlık profesyoneli ile iletişimi zorlaştırdığı için muayene süresinin uzamasına neden olan bir faktör olarak düşünülebilir [323]. Delilovic ve arkadaşları, dil farklılığının yanı sıra göçmen bireylerin sağlık sistemi ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması ve sevk sırasında anlatım güçlüğü yaşanması muayene sürecinin uzatmasına neden olduğunu belirtmiştir [323].

Katılımcıların %54,8'i (n=236) pandemi sırasında göçmen çocuk sağlığı hizmetlerinden en çok aşı hizmetlerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 5.23). Tarama programları (%42,5) ve poliklinik hizmetleri (%22,3) de katılımcılar arasında en çok olumsuz etkilenen sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir (Tablo 5.23). Sahoo ve arkadaşları düşük ve orta gelirli ülkelerde pandemi dönemi göçmen çocuklarda çocuk sağlığı hizmetlerinin olumsuz etkilendiği belirtmektedir. Etkilenen sağlık hizmetlerinin başında aşılama hizmetleri ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık hizmetine ulaşım zorlaşmış, poliklinik hizmetlerinden yararlanma olumsuz etkilenmiştir [324]. Araştırmalarda COVID-19 pandemisi döneminde COVID-19 enfeksiyonu bulaşma riski, ailede birden fazla çocuğun olması, yaşlı ebeveynlere bakım verme gibi nedenlerle ebeveynlerde çocuklarının çocukluk çağı takiplerini ve aşılarını aksatma durumuna sıklıkla rastlanmıştır [325-327]. Toplumda kırılabilir gruplar içerisinde yer alan göçmen çocukların da pandemiden etkilenmeleri yerli halktan çocuklarla benzer şekilde olmuştur [328].

Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında rehberleri kullanım ve hizmet içi eğitimlerden yararlanma düzeylerini yeterli olarak gören katılımcıların, diğer katılımcılara göre göçmen hasta hizmet vermede daha az zorlandığı saptanmıştır (Tablo 5.24). Sağlık profesyonellerine yönelik rehber ve eğitimlerin göçmen hastalara hizmet sunumunda kolaylaştırıcı etkisi yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur [329-331]. Araştırmamızdaki bulgularla, var olan sonuçlarla uyumlu şekilde rehber

kullanımının ve hizmet içi eğitimlerinden yararlanmanın göçmen sağlık hizmet sunumundaki zorluğu azalttığı değerlendirilmiştir.

Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında oluşturulmuş rehberleri kullanmada çocukta şiddet ve istismar durumunda bildirim konusunda, bağlı bulunduğu ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet çalışanlarından destek almada araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanları arasında, aile hekimlerine göre “yeterli” olduğu yanıtı veren kişilerin yüzdesi daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 5.25). Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığında bu durumu bildirim konusunda bilgi konusundan yetersiz gören katılımcıların göçmen ağırlıklı bölgede çalışma süresi diğer katılımcılara göre daha kısadır (Tablo 5.26). Çocukta şiddet ve istismarda farkındalık, bilgi ve bildirim sağlık profesyonelinin deneyimi ile ilişkilidir [332, 333]. Göçmen ağırlıklı bölgede çalışma deneyimi daha uzun olan katılımcıların, oradaki sağlık hizmeti sunum, farklı vakalarla karşılaşma durumunun çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığında bu durumu bildirim konusunda olumlu etkisi olduğu diğer araştırmalarla benzer yönde değerlendirilmiştir. Bağlı buldukları ilçe sağlık müdürlüklerinden göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek almada kendini yeterli olarak değerlendiren katılımcıların aile hekimi/aile sağlığı çalışanı hizmet süresi diğer katılımcılara göre daha kısadır (Tablo 5.27). Bu durum aile hekimliği sisteminde yeni yer alan sağlık profesyonellerinin destek ile ilgili kanallar hakkında kendilerini yeterli görmeleri ile ilişkilendirilmiştir.

6.6. Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puan ortalamaları birbiriyle benzerdir (Tablo 5.28). Bu durum, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının aynı hizmet alanında görev yaparken, kayıtlı nüfusları ile iletişim ve kültürel farklılıklara yaklaşım konusunda benzer tutumlar göstermeleri ile gerekçelendirilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve çocuğu olma durumu yönünden değerlendirildiğinde kültürel yeterlilik ölçeği puanları arasında istatistiksel fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 5.29).

Katılımcılardan yabancı dil bilenlerin kültürel yeterlilik ölçeği puanı, yabancı dil bilmeyen katılımcılara göre daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5.30). Yılmaz'ın 2020 yılında Gaziantep'te hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyini değerlendirdiği araştırmada, benzer şekilde yabancı dil bilen katılımcıların kültürel yeterlilik düzeyi puanı bilmeyenlere göre daha yüksek saptanmıştır [264]. Türker, İstanbul'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan 115 hemşireyi değerlendirdiği araştırmasında yabancı dil bilen hemşirelerin, bilmeyenlere göre kültürel yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır [334]. Bu kapsamda, kültürel yeterlilik düzeyi benzer araştırmalarla benzer şekilde yabancı dil bilme ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir.

Mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı dersi alan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı, ders almayanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.30). Biriminde daha çok kayıtlı göçmen hastası olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.30). Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılında İzmir'de aile sağlığı çalışanları değerlendirdikleri araştırmada eğitim ve göçmen hasta hizmet deneyiminin etkili olduğu belirtilmiştir [263]. Jowsey(2019) kültürel farklılıklara yanıt veren sağlık hizmet sunumunda, sağlık profesyonellerinin kültürel farklılıklara yönelik bilgi ve tutumunun geliştirilmesi önemli olduğunu ortaya koymuştur [335]. Eğitim ve deneyimin kültürel yeterlilik düzeyini olumlu etkilediğinin gösterilmesi, kişi özelliklerinden bağımsız, geliştirilebilir bir yeterlilik olarak değerlendirilmesinde önemlidir.

Araştırmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının ilçelere göre kültürel yeterlilik ölçeği puanı dağılımı değerlendirildiğinde ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.31). Bu durum ilçeler arasında aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmenlere kültüre duyarlı sağlık hizmet sunumu konusunda kendilerini benzer şekilde değerlendirdikleri ile ilişkilendirilmiştir. Katılımcıların hizmet verdiği toplumda, kültürel farklılıklar konusundaki farkındalığı benzer değerlendirilmiştir [336].

6.7. Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesinin Değerlendirilmesi

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen hastaya hizmet verme zorluk öz değerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 5.34). Bu durum ile ilgili aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen hasta hizmet sürecinde aynı şartlardan benzer şekilde etkilendikleri değerlendirilmiştir. Sağlık profesyonellerinde, meslek grubu tanımlarındaki farklılıklar, zorluk yaşama düzeyini etkilememektedir.

İlçeler arasında katılımcıların göçmen hastaya sağlık hizmeti verirken en çok zorlandığı ilçe Çankaya iken, en az zorlandıkları ilçe Sincan ilçesidir. Keçiören İlçesinde katılımcıların göçmen hastaya sağlık hizmeti verme zorluk derecesi öz değerlendirme puanı Sincan İlçesine göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 5.35). Sincan İlçesinde, göçmen yoğunluğu Keçiören İlçesinden daha fazladır. Göçmen yoğunluğunun daha fazla olduğu ilçelerde aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının daha az zorlandıklarını belirtmesi, katılımcıların hizmet verilen bölgede sıklıkla karşılaştığı zorluklarla baş etme kapasitesinin artması ile açıklanabilir. Göçmen yoğunluğunun sık olduğu bölgelerde hizmet veren katılımcılar, hizmet sürecinde dil farklılığı nedeniyle iletişimde yaşanan engeller, kültürel farklılıklar, hastaya ulaşım zorluklarını hizmet verdikleri nüfusun özelliği olarak kabul ederek, bu durumları diğer ilçelerdeki katılımcılara göre daha baş edilebilir olarak algılamaktadır [337].

Kadın aile sağlığı çalışanları, erkek aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla göçmen hastalara hizmet vermede zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 5.36). Göçmen kadınların hizmet alımı sırasında, aynı cinsiyetten sağlık hizmet sunucusunu tercih etmesi bu durumla ilişkilendirilmiştir [338]. Akgül-Gündoğdu ve arkadaşlarının 2018 yılında Kahramanmaraş'ta birinci basamak ve iki basamak sağlık kuruluşlarında göçmen hastalara sağlık hizmeti sunumunda görev alan hemşirelerle yaptığı nitel araştırmada, göçmenlerde toplumsal cinsiyet rolleri ve göçmen ailelerdeki kadının toplumdaki rolü anlayışının göçmenler tarafından sağlık hizmeti kuruluşlarında da devam ettiği ve bu yönden kadın hemşirelerin zorlandıklarını ortaya koymuşlardır [339]. Kadın aile sağlığı çalışanlarının, erkek aile sağlığı çalışanlarına göre daha çok zorlaması bu şekilde açıklanabilir.

Katılımcılardan yurt dışında bir aydan fazla bulunan aile hekimleri, diğer aile hekimlerine göre göçmen hastalara hizmet vermede daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 5.37). Savaş, tarafından 2018 yılında Adıyaman il merkezinde hemşirelerin değerlendirildiği, yayınlanmamış yüksek lisans tezinde, birinci basamakta çalışma süresi, Türkiye dışında iş veya turistik amaçlı ziyaret yapma, sağlık hizmeti verilen alanda farklı kültürden gelen birey-ailelerle karşılaşma sıklığı göçmen/sığınmacılarla çalışmak hakkında memnuniyet durumunun sağlık çalışanlarının kültürel yeterlilik puanlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir [340]. Aile hekimlerinden, yurtdışı deneyimi olanların, kültürel farkındalık artışı yönüyle hizmet sunumunda daha az zorlandıkları değerlendirilmiştir.

Yabancı dil bilen katılımcılar, göçmen hastalara hizmet verirken yabancı dil bilmeyen katılımcılara göre daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 5.37). Araştırmamızda, yabancı dil bilenler arasında İngilizce bilenler çoğunluğu oluşturmaktadır. Gürbüz ve arkadaşlarının 2017 yılında Konya ilinde Suriyeli bireylerin sağlık hizmet kullanımlarının değerlendirildiği nitel araştırmada, hekimlerin İngilizce ve/veya Arapça bilmesinin iletişimde yaşanan güçlükleri azaltmakta etkisi olacağı vurgulanmıştır [341]. Yabancı dil bilen katılımcıların, bilmeyenlere göre daha az zorlanması hekim-sağlık hizmet sunucu arasında dil farklılık nedeniyle iletişimde yaşanan güçlükten daha az etkilenmeleri ile ilişkilendirilmiştir.

Mezuniyet öncesi göçmen sağlığı dersi alan katılımcılar, almayan katılımcılara göre göçmen hastaya sağlık hizmeti vermede daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Aile sağlığı çalışanları arasında da benzer şekilde mezuniyet öncesi göçmen sağlığı konusunda eğitim alanlar daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 5.37). Göçmen sağlığının geliştirilmesi ve ihtiyaçlara yönelik hizmet sunumu için sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitimi göçmen sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir [342]. Göçmen sağlığına yönelik mezuniyet öncesi eğitim programlarının gelişmesi, artan göç trafiği ve göçmen sağlığının getirdiği ihtiyaçlar nedeniyle hızlanmıştır [343]. Araştırmaya katılan, aile sağlığı çalışanlarının, yaş ortalaması ve mezuniyetlerinden itibaren geçen sürenin, aile hekimlerine göre daha kısa olup; mezuniyet öncesinde göçmen sağlığı vurgusunun daha çok arttığı bir programla

eğitimlerini tamamlamalarının bu durum üzerinde etkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Katılımcılar arasında mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı eğitimi alanlar, almayanlara göre daha az zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$) (Tablo 5.37). Göçmen sağlığı eğitimi mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitim, kurs ve uzaktan öğrenme tabanlı modeller ile bilgi düzeyinin arttırılması gereken bir konu olarak vurgulanmaktadır [344, 345]. Mezuniyet sonrası dönemde eğitim alanların göçmen sağlığı hizmet sunumunda daha az zorlanması bilgi düzeyi artışı ile ilişkilendirilmiştir.

Tanımlayıcı analizler sonunda kurulan ileri analiz modelinde, hizmet sunumunda öz değerlendirme ile belirlenen zorluk derecesi mezuniyet sonrası göçmen sağlığı eğitimi alma ve kültürel yeterlilik ölçeğinden yüksek puan alma ile ilişkili bulunmuştur. Göçmen hastalara hizmet vermede düşük seviyede zorlanan katılımcılar yüksek derecede zorlanan katılımcılara göre 8,8 kat, orta seviyede zorlanan katılımcılar ise 11,8 kat mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı dersi almıştır ($p<0,05$) (Tablo 5.38). Göçmen hastalara hizmet vermede yüksek düzeyde zorlanan katılımcılara göre, düşük seviyede zorlanan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı 1,083 kat, orta seviyede zorlanan katılımcıların ise 1,049 kat daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 5.38). Göçmen sağlığı eğitimi alma ve kültürel farklılıklara yanıt veren sağlık hizmetinde yetkinliğin sağlık profesyonellerinin hizmet süreçlerinde kolaylaştırıcı faktörler olduğu değerlendirilmiştir [346]. Sağlık profesyonellerinin göçmenlere hizmet sunmasında bilgi, beceri ve yeterliliklerinin yanı sıra kültürel farklılıkları kabul eden tutum kazandırılması hizmet sunumunun kalitesini geliştirmektedir.

7. SONUÇLAR

Ankara İlinde 6 ilçede aile sağlığı merkezlerinde aile sağlığı hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumu sırasındaki karşılaştıkları engeller ve kolaylaştırıcıların belirlenmesi amacıyla bu araştırma yürütülmüştür. Araştırmaya gönüllü olarak 224 aile hekimi ve 250 aile sağlığı çalışanı katılmıştır.

7.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Sonuçlar

- Katılımcıların yaş ortalaması $42,6 \pm 9,2$ (ss), yaş aralığı 23 ile 75 arasındadır. Aile sağlığı çalışanları aile hekimlerine göre daha genç yaş grubundadırlar (sırasıyla, $39,0 \pm 7,6$ ve $46,8 \pm 9,0$ ($p < 0,001$)).
- Aile sağlığı çalışanları arasında kadın yüzdesi (%98,4), aile hekimlerine (%51,6) göre daha yüksektir ($p < 0,001$).
- Aile sağlığı çalışanlarının %84,8'i evli iken, aile hekimlerinde bu yüzde %76,2'dir ($p < 0,001$).

7.2. Katılımcıların Meslek ve Çalışma Deneyimine İlişkin Özellikler

- Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %23,5'i uzmanlık eğitimi almıştır. Aile sağlığı çalışanlarının %43,7'si hemşirelik fakültesi, %26,7'si ebelik yüksekokulu ve %5,3'ü sağlık meslek lisesi mezunudur.
- Katılımcıların %53,9'u ($n=255$) yabancı dil bilmektedir. (Aile hekimlerinde %78,9 ve aile sağlığı çalışanlarından %31,6; $p < 0,001$)
- Katılımcıların %7,0'ı ($n=33$) yurt dışında bir aydan fazla bulunmuştur. (Aile hekimlerinde %11,7 ve aile sağlığı çalışanlarından %2,8; $p < 0,001$).
- Aile hekimlerinin %61,9'u zorunlu hizmetini kırsal yerleşim yerlerinde yapmıştır.
- Katılımcıların %93,4'ü ($n=442$) mezuniyet tarihinden sonra en uzun süre kentsel bölgede yaşamıştır. Aile hekimlerinin kentsel yerleşim yerlerinde hizmet süresinin ortalaması $17,1 \pm 9,7$ yıl ve aile sağlığı çalışanlarının ise $14,0 \pm 7,6$ yıldır.
- Aile hekimlerinin ($9,4 \pm 5,4$ yıl) birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma süresi aile sağlığı çalışanlarından ($6,7 \pm 4,7$ yıl) daha uzundur ($p < 0,001$).

- Katılımcıların sadece %3'ü (n=14) mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı ile ilgili teorik ders ve %2,5'i (n=12) uygulamalı göçmen sağlığı dersi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%92,4) mezuniyet sonrası dönemde göçmen sağlığı ile ilgili teorik ders almadığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu %75,4'ü göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimleri "yetersiz" olarak belirtmiştir.
- Katılımcıların yaklaşık beşte birinin (%17,4; n=83) halen çalışılan birim öncesinde göçmen sağlığı hizmeti deneyimi olmuştur. Aile hekimlerinin göçmen hasta yoğunluklu bölgede çalışma süresi (ortanca 1,5 yıl) aile sağlığı çalışanlarına (ortanca 4 yıl) göre daha kısadır (p<0,05).

7.3. Çalışılan Birim ve Göçmen Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Sonuçlar

- Aile hekimlerinin (ortanca 5,8 yıl), aile sağlığı çalışanlarına (ortanca 4,5 yıl) göre buldukları birimde çalışma süresi uzundur (p<0,05).
- Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %20,1'i (n=40) ve aile sağlığı çalışanlarının %19,0'ı (n=43) birimlerine kayıtlı göçmen çocuk olmadığını bildirmişlerdir. Aile hekimlerinin %55,3'ü ve aile sağlığı çalışanlarının %45,6'sı bölgelerinde en çok 100 çocuk olduğunu belirtmişlerdir.
- Katılımcıların %42,5'i (n=159) aile sağlığı merkezi bölgesinde bulunan göçmenlerin ekonomik durumlarını "kötü" ve "çok kötü" olarak yanıtlamıştır. Katılımcıların görev yaptıkları ilçelere göre göçmen hastalarının ekonomik durumlarının değerlendirilmesi sorulduğunda, Etimesgut (%56,7), Altındağ (%51,5) ve Mamak (%48,9) ilçelerinde çalışanlar "kötü" olarak belirtmiştir.

7.4. Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarına İlişkin Görüşleri

7.4.1. Aile Sağlığı Birimine Başvuru Nedenleri

- Katılımcıların %89'u (n=316) göçmen çocuk hastalarda en sık öksürük şikayetiyle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların %97,5'u (n=345) göçmen çocuk hastalarda en sık konulan tanının üst solunum yolları enfeksiyonu olduğunu belirtmiştir.

7.4.2. Göçmenlerin Sağlık Hizmetleri Başvurularında Karşılaştıkları Engeller ve Kolaylaştırıcılar

“Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmanın sağlık hizmeti kullanımını olumlu etkilediği” önermesine katılımcıların %70,1’i “katılıyorum” şeklinde yanıtlamıştır. Tüm ilçelerde bu önermeye %60 ve üzeri katılımcı “katılıyorum” yanıtını vermiştir.

- Aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğu katılımcıların yarısından fazlasında (%64,9) hizmet alımını olumsuz etkileyen bir faktör olarak görülmektedir. Altındağ ve Yenimahalle ilçelerinde yaklaşık 4 katılımcıdan biri aile sağlığı merkezine başvuruda ulaşım zorluğunun hizmet alımında engel olduğunu düşünmektedir.
- Düşük sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada engel olduğu önermesine katılımcıların %33,5’i “katılıyorum” yanıtını vermiştir.
- Sağlık hizmet alımında kız-erkek ayrımcılığı katılımcıların %69,2’si tarafından sorun olarak görülmektedir.
- Sık telefon numara değişikliği nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için hastalara ulaşma zorluğu hakkında katılımcıların çoğunluğu (%76,5) “katılıyorum” yanıtını vermiştir.
- Katılımcıların %80,9’u “Sık adres değişiklikleri nedeniyle aşı ve çocukluk çağı takipleri için ulaşma zorluğu” önermesine “katılıyorum” yanıtını vermiştir.
- Sık telefon ve adres değişikliğinin hastalara ulaşma zorluğu tüm ilçelerdeki katılımcılar tarafından %75 ve üzeri olumsuz etken olarak değerlendirilmiştir.

7.4.3. Göçmen Ailelerin Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Yaklaşımına İlişkin Sonuçlar

- Katılımcıların %28,7’si (n=102) göçmen bireylerin gebelik sırasında sağlık kontrollerinin gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir.
- Katılımcıların yaklaşık üçte biri gebe kadınların eşleri izin vermezse sağlık hizmetine başvuramayacağını düşünmektedir. Diğer yandan katılımcıların %40’ı gebe kadınların izlemlere yalnız başlarına gelebileceğini belirtmiştir.
- Katılımcılardan yarısından fazlası (%59,9) göçmen annelerin Türkçe bilmemelerinin emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkilediğini düşünmektedir.

- Katılımcıların %46,2'si göçmen ailelerin aşı tereddüdü olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %25,8'i göçmen ailelerin çocuklarının aşı takvimine uygun aşılmasını önemsemediklerini düşünmektedir. Yaklaşık her üç katılımcıdan biri (%31,5) göçmen ailelerin aşı kartını saklamayı önemsemediklerini düşünmektedir.
- Katılımcıların %43,4'ü göçmen ailelerin çocuklarının ishal olmasını olağan karşılamadığı görüşündedir, buna karşın katılımcıların yalnızca %36,0'sı göçmen ailelerin ishalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir.

7.4.4. Göçmen Ailelerde Geleneksel Uygulamalar

- Çocukta ateş durumunda önerilmeyen, yanlış bir uygulama olan “kolonya/sirke ile ovma” uygulamasıyla katılımcıların %31,5'i “sıklıkla/her zaman” karşılaştıklarını belirtmişlerdir.
- “Çocukta nezle olduğunda, reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı” önerilmeyen, yanlış bir uygulamadır. Aile hekimlerinin dörtte birinden fazlası (%27,2) nezlede reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı ile karşılaşırken, aile sağlığı çalışanlarının %14,1'i bu yanıtı vermiştir ($p<0,05$).
- Çocukta karın ağrısı olduğunda çörek otu yağı/soda içermek yanlış bir uygulamadır, önerilmemektedir. Bu uygulama ile ilgili aile hekimleri (%61,2), aile sağlığı çalışanlarına göre (%78,0) daha az sıklıkta “hiçbir zaman/nadiren” yanıtını vermişlerdir ($p<0,05$).
- Çocukta karın ağrısı olduğunda ağrı kesici ilaç verme yanlış bir uygulamadır, önerilmemektedir. Aile hekimleri (%64,2) bu uygulama ile ilgili aile sağlığı çalışanlarına göre (%49,7) daha yüksek yüzdeyle “sıklıkla/her zaman” karşılaştıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$).

7.5. Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Engeller

- Katılımcıların yarısından fazlası (%57,8) gebelik izleminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Gebelik izleminde zorluk yaşama sıklığı ilçelerde %40,0-%80 aralığında yer almaktadır.

- Katılımcılardan, yaklaşık iki kişiden biri (%55,9) emzirme eğitiminde zorluk yaşadığını belirtmiştir. Aile hekimleri %49,4 “zorluk yaşıyorum” yanıtını verirken, aile sağlığı çalışanlarının %61,4’ü bu yanıtı vermiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların %46,8’i hastalarının randevularına uyumlarıyla ilgili zorluk yaşadığını belirtmiştir. Göçmen hastaların randevuya uyumu konusunda Çankaya ve Etimesgut ilçelerinde zorluk yaşadığını belirten katılımcılar %60,0-%70,0 arasındayken, Yenimahalle ilçesinde katılımcıların yalnızca %15,0’i zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$).
- Çocukluk çağı taramalarında katılımcıların %59,3’ü zorluk yaşadığını belirtmiştir. Çocukluk çağı taramalarında Keçiören İlçesindeki katılımcıların %60’ından fazlası zorluk yaşadığını belirtirken, Yenimahalle İlçesinde katılımcıların yalnızca %30’u zorluk yaşadığını belirtmiştir ($p<0,05$).
- Aşı izleminde katılımcıların yarısından fazlası (%57,9) zorlandıklarını belirtmişlerdir. Aşı izleminde zorluk değerlendirilmesi istendiğinde aile hekimlerinin %6,4’ü zorluğun farkında olmadıklarını belirtirken, bu yüzde aile sağlığı çalışanlarında %2,0’dır ($p<0,05$).
- Çocuk beslenme eğitiminde katılımcılarda iki kişiden biri (%58,7) zorlandığını belirtmiştir.
- Göçmen hastaya ayrılan artmış izlem/eğitim süresi katılımcıların yarısından fazlası için zorluk yaşanan durumlardandır. İlaç ve tedavi uygulamalarında aile hekimlerinin %48’i zorluk yaşamadığını belirtirken, aile sağlığı çalışanlarında bu yanıt %31,7’dir ($p<0,05$).
- Tedavi poliklinik hizmetlerinde tedavi hakkında bilgi verme, ilaç kullanımı anlatma, sevk ve muayene süresinin uzaması konularında yaklaşık 2 aile hekiminden biri zorluk yaşamaktadır.
- Katılımcıların %54,8’i ($n=236$) pandemi sırasında en çok aşı hizmetlerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir.
- Göçmen hasta bakımında bilgi ve destek ile ilgili değerlendirmede “Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.” önermesine aile hekimleri (%35,1) ve aile sağlığı çalışanları (%54,0) “yeterli” yanıtını

vermişlerdir; yine aile hekimleri kendilerini, aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla yetersiz değerlendirmektedirler ($p<0,001$).

- “Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.” önermesi için aile hekimleri (%27,0), aile sağlığı çalışanları (%49,0) “yeterli” değerlendirmesini belirtmişlerdir; aile hekimleri kendilerini, aile sağlığı çalışanlarına göre daha fazla yetersiz değerlendirmektedirler ($p<0,001$)

7.6. Kültürel Yeterlilik Ölçek Puanı ile İlgili Sonuçlar

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin kültürel yeterlilik ölçeği puanları ortalaması $59,4\pm 15,9$, ortanca değer 60 (20-100); aile sağlığı çalışanlarının kültürel yeterlilik ölçeği puanları sırasıyla $62,67\pm 15,7$, 63 (20-100). ($p>0,005$)

- Yabancı dil bilme ve mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı dersi alma diğer katılımcılara göre daha yüksek kültürel yeterlilik ölçeği puanına sahip olma ile ilişkilendirilmiştir ($p<0,05$).
- Çalıştıkları birimde kayıtlı göçmen hasta sayısı 1500 kişi ve üzeri olan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı ($67,9\pm 10,6$), birimlerinde kayıtlı göçmen hasta sayısı 500 kişi ve altı olan gruba göre ($60,6\pm 16,4$) daha yüksektir ($p<0,05$).

7.7. Hizmet Sunumu Öz Değerlendirmesi ile İlgili Sonuçlar

- Değerlendirme 1-5 arasında yapılmıştır, en az zorluk derecesi 1, en çok zorluk derecesi 5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların göçmen hastaya hizmet verme zorluk puanı öz değerlendirme ortalaması $3,9\pm 0,9$ ve ortanca değer 4,0’dür. İlçeler arasında katılımcıların göçmen hastaya sağlık hizmeti verirken en çok zorlandığı ilçe Çankaya iken, en az zorlandıkları ilçe Sincan ilçesidir.
- İkili analizlerde
 - a. Kadın aile sağlığı çalışanları, erkek aile sağlığı çalışanlarına göre göçmen hastalara hizmet vermede daha fazla zorlandıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$).

- b. Yabancı dil bilme, mezuniyet öncesi göçmen sağlığı dersi alma ve mezuniyet sonrası göçmen sağlığı dersi alma göçmen hastalara hizmet sunumunda daha az zorlanma ile ilişkili tespit edilmiştir ($p<0,05$). Göçmen sağlığı hizmet sunumunda daha az zorlanan katılımcıların kültürel yeterlilik ölçeği puanı daha fazla zorlananlara göre daha yüksektir ($p<0,01$).
- İleri analizde mezuniyet sonrası göçmen sağlığı ile ilgili ders almayan ve kültürel yeterlilik puanı düşük olan katılımcılar göçmenlere hizmet sunumunda daha çok zorlandıklarını belirtmişlerdir.

8. ÖNERİLER

Göçmenlere hizmet sunumunda yerel düzeyden ülke düzeyine sağlık profesyonelleri, göçmen bireyler ve sağlık sistemi düzeyinde geliştirilebilecek uygulama ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Düzenlemeler ve geliştirilecek programlar sağlık profesyonellerinin hizmet sunumunda yaşadıkları zorluklarının azaltılmasını, göçmen bireylerin sağlık hizmet alım süreçlerini ve sağlık çıktılarını iyileştirecek özelliklere sahip olmalıdır.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik, göçmen hastalara sağlık hizmet sunum sürecinde yaşanan engelleri azaltan, olumlu iletişimi arttıran ve farklı kültürlerle yanıt veren sağlık hizmet sunumunu destekleyen müdahalelerin yapılması önemlidir.

8.1. Sağlık Profesyonellerinin Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Göçmen Sağlığı Eğitimine İlişkin Öneriler

Bu araştırmada önemli bulgulardan birisi göçmen sağlığı ile eğitim alanların hizmet sunumunu daha kolay yapmalarıdır. Bu nedenle aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına göçmen sağlığı ile ilgili eğitim almaları önerilmektedir. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik göçmen sağlığı eğitimi kapsamında ilgili müdahaleler mezuniyet öncesi dönemde ve mezuniyet sonrası dönemde geliştirilebilecek uygulamalar olarak iki başlık altında değerlendirilebilir.

Mezuniyet öncesi aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik müdahalelerde,

- Göçmen sağlığı ve ilişkin konuları kapsamlı yer veren ders program içeriklerinin oluşturulması,
- Göçmen çocuk sağlığında sağlık riskleri ve doğru müdahaleler eğitim içeriklerinde yer almalıdır,
- Farklı kültürlerden başvuranlara sağlık hizmet sunumuyla ilgili bilgi ve davranışı geliştirecek içeriklerin eğitim programında etkin olarak yer alması,
- Farklı kültürlerle iletişimde dil farklılığı nedeniyle yaşanan güçlükleri azaltmaya yönelik, yabancı dil öğrenimini destekleyen programların eğitime

entegre edilmesi, mezuniyet öncesinde farklı dillere yönelik tıp fakülteleri ve sağlık bilimleri fakültelerinde kurs/program içeriklerinin oluşturulması ve desteklenmesi,

- Yurt dışı öğrenci hareketliliğinin desteklenerek, farklı ülkelerde akademik ve sosyal gelişim yönünden öğrencilerin deneyim kazanmasının sağlanması,
- Uygulamalı eğitimler sırasında birinci basamakta göçmen hasta yoğunluğunun olduğu alanlarda öğrencilerin bilgi ve tutumlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Mezuniyet sonrası dönemde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik müdahalelerde,

- Göçmen sağlığının hizmet içi eğitimlerde etkin şekilde yer almasının sağlanması,
- Göçmen çocuk sağlığına ilişkin bilgi, beceri ve tutum gelişimini hedefleyen eğitim içeriklerinin oluşturulması,
- Göçmen yoğunluğunun olduğu alanlarda göçmen sağlığı hizmet içi eğitimleri kapsamında uygulamalı eğitimlerin oluşturulması,
- Kültürel farklılıklara cevap veren hizmet sunumunda bilgi ve tutumun geliştirilmesine yönelik hizmet içi teorik ve uygulamalı eğitimlerin programlanması,
- Sağlık profesyonellerine yönelik yabancı dil öğrenmeye yönelik program ve kurs programlarının oluşturulması önerilmektedir.

8.2. Göçmen Ailelerin Sağlık Bilgi Düzeyinin Arttırılması ve Göçmen Çocukların Sağlık Düzeyinin Arttırılmasına Yönelik Öneriler

Göçmen çocukların sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve ailelerin sağlık bilgi düzeylerinin arttırılmasına yönelik uygulamalarda,

- Çocukluk döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik sağlık bilgi düzeyinin arttırılmasına yönelik göçmen bireyleri kapsayan sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi,

- Annelerin çocukluk dönemine ilişkin sağlık bilgi ve tutumlarını geliştiren, doğru uygulamalarla ilgili bilgi veren broşür ve infografiklerle desteklenen eğitimlerin düzenlenmesi,
- Kültürel farklılıklardan kaynaklanan çocukluk döneminde sağlık ile ilgili yanlış uygulamalarla ilgili göçmen ailelerin yoğun yaşadığı alanlarda eğitim ve programların oluşturulması önerilmektedir.

8.3. Sağlık Sistemi Düzeyinde Göçmen Çocuk Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Öneriler

Sağlık sistemi düzeyinde geliştirilebilecek programlarda,

- Sağlık sistemi ve sağlık bilgisi ile desteklenen farklı dillerde tercüman hizmetlerinin geliştirilerek, yaygınlaştırılması,
- Göçmen bireylerin sağlık kayıtları, iletişim ve adres bilgilerinin yerel yönetimlerin desteği alınarak veri tabanının güncel şekilde, kişisel verilerin güvenliği konusunda gerekli önlemler alınarak aile hekimliği birimlerinde sağlık profesyonellerinin göçmen ailelerle iletişim kanallarını destekleyecek şekilde paylaşılması,
 - Dezavantajlı bölgelerde sağlık kuruluşları ve yerleşim yerleri arasında yerel idarelerin de desteği alınarak ulaşım imkanlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

8.4. Göçmen Çocukların Sağlığına Yönelik Gelecekte Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Göçmen sağlığı merkezlerinde hizmet veren hekimlerin göçmen sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları zorluklar ile göçmen hastaların sağlık hizmet alımı hakkındaki görüşlerini değerlendiren kalitatif ve kantitatif araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Kültürel farklılıklara duyarlı sağlık hizmet sunumunun göçmen çocuk sağlığı hizmet sunumundaki engellere etkisinin değerlendirilmesine yönelik müdahale araştırmalarının planlanması ve etkisinin değerlendirilmesi göçmen çocuk sağlığı alanındaki araştırmalara katkı sağlayabilir.

- Farklı eğitim ve sosyoekonomik düzeydeki göçmen ailelerin göçmen sağlığına bakış açılarının değerlendirilmesi çok merkezde değerlendirilmesi evrene genellenebilir sonuçların ortaya koyulması yönünden önemlidir.
- Sağlık profesyonellerinin hizmet sunumunda yaşadıkları zorlukların azaltılmasına yönelik uygulamaların göçmen çocukların sağlık hizmet alımı, başvuruları ve hizmet kalitesi algısı yönünden değerlendirilmesi uygulanan müdahalelerin etkisini ortaya koyabilir.

9. KAYNAKLAR

1. [internet], *Göç Terimleri Sözlüğü*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
2. [internet], *Refugee and Migrant Health*. https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
3. [internet], *Migration Data Portal*. https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2019 Erişim Tarihi: 30.03.2023.
4. [internet], *Turkey Migration Profile*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/countryprofiles.asp>. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
5. Karasu, M., *Türkiye'ye Yönelik Dış Göçler, Suriyeli Sığınmacı Göçü ve Etkileri* Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi 2018. **14**(1): p. 21-41.
6. [internet], *Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler*. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> Erişim Tarihi: 30.03.2023.
7. [internet], *Social Determinants of Migrant Health*. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
8. Hammelman, C., *Investigating connectivity in the urban food landscapes of migrant women facing food insecurity in Washington, DC*. Health Place, 2018. **50**: p. 89-97.
9. [internet], *Migration and health: key issues*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migration-and-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
10. Greenaway, C. and F. Castelli, *Migration Medicine*. Infect Dis Clin North Am, 2019. **33**(1): p. 265-287.
11. Gleeson, C., et al., *Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review*. European journal of psychotraumatology, 2020. **11**(1): p. 1793567-1793567.
12. Başterzi, A.D., *Mülteci, Sığınmacı ve Göçmen Kadınların Ruh Sağlığı*. Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry, 2017. **9**(4): p. 1-1.
13. Kadir, A., et al., *Children on the move in Europe: a narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and undocumented children*. BMJ Paediatr Open, 2019. **3**(1).
14. Stevens, A.J., *How can we meet the health needs of child refugees, asylum seekers and undocumented migrants?* Arch Dis Child, 2020. **105**(2): p. 191-196.
15. Zhou, Q., et al., *Breastfeeding practices 2008-2009 among Chinese mothers living in Ireland: a mixed methods study*. BMC Pregnancy Childbirth, 2020. **20**(1): p. 51.
16. Abdi, I., R. Menzies, and H. Seale, *Barriers and facilitators of immunisation in refugees and migrants in Australia: an east-African case study*. Vaccine, 2019. **37**(44): p. 6724-6729.
17. Dondi, A., et al., *Food Insecurity and Major Diet-Related Morbidities in Migrating Children: A Systematic Review*. Nutrients, 2020. **12**(2).
18. Yücel, A., et al., *Newborn hearing screening results of refugees living in our city and the factors affecting the results*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2019. **123**: p. 187-190.
19. Bin Yameen, T.A., A. Abadeh, and M. Lichter, *Visual impairment and unmet eye care needs among a Syrian pediatric refugee population in a Canadian city*. Can J Ophthalmol, 2019. **54**(6): p. 668-673.

20. Führer, A., et al., *Health-Related Disparities among Migrant Children at School Entry in Germany. How does the Definition of Migration Status Matter?* Int J Environ Res Public Health, 2019. **17**(1).
21. Cayabyab, C.R., et al., *Psychological morbidity among forcibly displaced children-a literature review.* Ir J Med Sci, 2020. **189**(3): p. 991-997.
22. Karadag, M., et al., *Our experience with Syrian refugee patients at the child and adolescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey.* Int J Psychiatry Clin Pract, 2018. **22**(2): p. 157-159.
23. Makaroff, L.A., et al., *Factors influencing family physicians' contribution to the child health care workforce.* Ann Fam Med, 2014. **12**(5): p. 427-31.
24. Keleşmehmet, H., *Dünyada ve Türkiye'de Göçmen Sağlığı* Jour Turk Fam Phy, 2018. **9**(4): p. 119-126.
25. [internet], *Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı Görev Tanımı.* <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gocsagligi-baskanligimiz/g%C3%B6rev-tan%C4%B1m%C4%B1.html>. Erişim: 30.03.2023.
26. [internet], *Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık İhtiyaç Analizi Araştırması Final Raporu.* [https://www.sihatproject.org/userfiles/files/Final%20Raporu\(TR\).pdf](https://www.sihatproject.org/userfiles/files/Final%20Raporu(TR).pdf). Erişim Tarihi: 31.03.2023.
27. Aygn, O., et al., *Evaluation of Primary Health Care Services Which Is Provided to Refugees within a Public Health Center.* Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2016. **10**(1).
28. Condon, L., S. McClean, and L. McRae, *'Differences between the earth and the sky': migrant parents' experiences of child health services for pre-school children in the UK.* Primary Health Care Research & Development, 2020. **21**: p. e29.
29. Dikmetaş Yardan, E., Coşkun Us, N , Yardan, T . (2016). GÖÇMEN HASTALAR İLE AİLE HEKİMLİĞİ PERSONELİ ARASINDAKİ İLETİŞİM . Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi , 1 (2) , 83-92 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/jsbs/issue/27924/286731>.
30. Savci, C., *Göçmen / Mülteci / Sığınmacı Hastalara Bakım Veren Hemşire ve Ebelerin Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi.* Social Sciences Studies Journal, 2019. **5**(43): p. 4631-4637.
31. Dias, S., et al., *Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services.* Hum Resour Health, 2012. **10**: p. 14.
32. Robertshaw, L., S. Dhesi, and L.L. Jones, *Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research.* BMJ Open, 2017. **7**(8): p. e015981.
33. Papić, O., Z. Malak, and E. Rosenberg, *Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs.* Patient Educ Couns, 2012. **86**(2): p. 205-9.
34. [internet], *T.C. İçişleri Bakanlığı.* <https://www.goc.gov.tr/goc-terimleri-sozlugu>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
35. Hyndman, I.J., *Rheumatoid arthritis: past, present and future approaches to treating the disease.* Int J Rheum Dis, 2017. **20**(4): p. 417-419.
36. Castelli, F., *Drivers of migration: why do people move?* J Travel Med, 2018. **25**(1).
37. [internet], *World Migration Report 2022.* <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.

38. [internet], *International Migrant Stock*.
<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>.
Erişim Tarihi: 31.03.2023.
39. [internet], *Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme*.
<https://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/tr/content/114-multecilerin-hukuki-durumuna-dair-sozlesme/>. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
40. [internet], *Birleşmiş Milletler Antlaşması*. <https://turkiye.un.org/tr/33499-birlesmis-milletler-antlasmasi>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
41. Birinci, G. (2017). İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ'NİN KISA TARİHİ I: MİLLETLER CEMİYETİ'NDEN BİRLEŞMİŞ MİLLETLER'E . Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi , 7 (2) , 50-81 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nevsosbilen/issue/33522/339814>.
42. [internet], *Cenevre'de 1951 Tarihinde İmzalanmış Olan Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşmenin Tasdiki Hakkında Kanun Tasarısı ve Dışişleri Komisyonu Raporu (1/125)*.
https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/KM_/d00/c002/km__00002024ss0053.pdf. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
43. [internet], *Mültecilerin Hukuk Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü*.
<https://www.goc.gov.tr/kurumlar/goc.gov.tr/yonetmelikler/Sozlesmeler/MULTECILERIN-HUKUK-STATUSUNE-ILISKIN-1967-PROTOKOLU.pdf> Erişim Tarihi: 31.03.2023.
44. TÜRKİYE'YE İLTİCA EDEN VEYA BAŞKA BİR ÜLKEYE İLTİCA ETMEK ÜZERE TÜRKİYE'DEN İKAMET İZİNİ TALEP EDEN MÜNFERİT YABANCILAR İLE TOPLUCA SİĞİNMA AMACIYLA SINIRLARIMIZA GELEN YABANCILARA VE OLABİLECEK NÜFUS HAREKETLERİNE UYGULANACAK USUL VE ESASLAR HAKKINDA YÖNETMELİK. Milletlerarası Hukuk ve Milletlerarası Özel Hukuk Bülteni 2011. 14((1-2)): p. 205-213.
45. [internet], *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu*.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6458.pdf>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
46. Topal, A.H., *Geçici Koruma Yönetmeliği ve Türkiye'deki Suriyelilerin Hukuki Statüsü*. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2015. 2(1): p. 5-22.
47. [internet], *Geçici Koruma Yönetmeliği*.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20146883&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
48. [internet], *Geçici Koruma-Genel Bilgi*. <https://www.goc.gov.tr/genel-bilgi45>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
49. [internet], *Türkiye'de Geçici Koruma*. <https://www.goc.gov.tr/turkiye-de-gecici-koruma>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
50. Birinci Gemici, N., *Çalışma Hayatında Dezavantajlı Bir Grup: Göçmenler . . İş ve Hayat* 2017. 2(4): p. 239-261.
51. [internet], *International Labour Standarts of Migrant Workers*.
<https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/migrant-workers/lang--en/index.htm>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
52. Arici, C., et al., *Occupational Health and Safety of Immigrant Workers in Italy and Spain: A Scoping Review*. Int J Environ Res Public Health, 2019. 16(22).
53. Aksu, E., R. Erzan, and M.G. Kırdar, *The impact of mass migration of Syrians on the Turkish labor market*. Labour Economics, 2022. 76: p. 102183.
54. Mansour, R., et al., *Prevalence and risk factors of food insecurity among Libyan migrant families in Australia*. BMC Public Health, 2021. 21(1): p. 2156.

55. Mansour, R., et al. *Food Insecurity and Food Label Comprehension among Libyan Migrants in Australia*. *Nutrients*, 2021. **13**, DOI: 10.3390/nu13072433.
56. [internet], *Migration and the right to the housing*. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-housing/migration-and-right-housing>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
57. Kaur, H., et al., *Understanding the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: a systematic review using GRADE-CERQual*. *CMAJ Open*, 2021. **9**(2): p. E681-e692.
58. Mangrio, E. and S. Zdravkovic, *Crowded living and its association with mental ill-health among recently-arrived migrants in Sweden: a quantitative study*. *BMC Research Notes*, 2018. **11**(1): p. 609.
59. Ellison, G.T.H. and T. De Wet, *Johannesburg's 'poor housing, good health' paradox: the role of health status assessment, statistical modelling, residential context and migrant status*. *Public Health*, 2020. **186**: p. 257-264.
60. Haliloğlu Kahraman, Z.E., *Subjective evaluations of Syrian refugees on residential satisfaction: an exploratory study in an ethnic enclave in Turkey*. *Journal of Housing and the Built Environment*, 2022. **37**(2): p. 747-775.
61. [internet], *World report on the health of refugees and migrants*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
62. Heidinger, E., *Overcoming Barriers to Service Access: Refugees' Professional Support Service Utilization and the Impact of Human and Social Capital*. *Journal of International Migration and Integration*, 2022.
63. Giuntella, O., et al., *Reason for immigration and immigrants' health*. *Public Health*, 2018. **158**: p. 102-109.
64. Tzogiou, C., S. Boes, and B. Brunner, *What explains the inequalities in health care utilization between immigrants and non-migrants in Switzerland?* *BMC Public Health*, 2021. **21**(1): p. 530.
65. Turhan, S., S. Gürsoy, and S. Karakullukçu, *Türkiye'de Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri İçin Yürütülen İletişim Çalışmaları* *Turkish Journal of Public Health*, 2021. **19**(3): p. 286-294.
66. Puthoopparambil, S.J., M. Phelan, and A. MacFarlane, *Migrant health and language barriers: Uncovering macro level influences on the implementation of trained interpreters in healthcare settings*. *Health Policy*, 2021. **125**(8): p. 1085-1091.
67. Yıldırım, J.G., *Suriyeli Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: Olgubilim Çalışması Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2019. **28** (4).
68. Antonipillai, V., et al., *Patient and provider perspectives on how migrants access prescription drugs in Ontario: Implications for health policy and practice*. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2022. **2**: p. 100063.
69. Soeiro, R.E., et al., *Period poverty: menstrual health hygiene issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil*. *Reprod Health*, 2021. **18**(1): p. 238.
70. Cordel, H., et al., *Addressing sexuality and sexual health with migrants. Practice guidelines*. *Infectious Diseases Now*, 2022. **52**(2): p. 61-67.
71. Ménard, V., O.F. Sotunde, and H.A. Weiler, *Ethnicity and Immigration Status as Risk Factors for Gestational Diabetes Mellitus, Anemia and Pregnancy Outcomes Among Food Insecure Women Attending the Montreal Diet Dispensary Program*. *Can J Diabetes*, 2020. **44**(2): p. 139-145.e1.

72. Behboudi-Gandevani, S., et al., *Adverse Pregnancy Outcomes and International Immigration Status: A Systematic Review and Meta-analysis*. Ann Glob Health, 2022. **88**(1): p. 44.
73. Ceulemans, M., et al., *Arabic-speaking pregnant women with a migration background: A vulnerable target group for prenatal counseling on medicines*. Res Social Adm Pharm, 2020. **16**(3): p. 377-382.
74. Heller, H.M., et al., *Complications and Healthcare Consumption of Pregnant Women with a Migrant Background: Could There be an Association with Psychological Distress?* Matern Child Health J, 2022. **26**(8): p. 1613-1621.
75. Nyström, M.E., et al., *Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth – what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden?* BMC Health Services Research, 2022. **22**(1): p. 662.
76. [internet], *Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations*. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf>
Erişim Tarihi: 31.03.2023.
77. Çelikel, A., et al., *Childhood casualties during civil war: Syrian experience*. J Forensic Leg Med, 2015. **34**: p. 1-4.
78. Kroening, A.L.H. and E. Dawson-Hahn, *Health Considerations for Immigrant and Refugee Children*. Adv Pediatr, 2019. **66**: p. 87-110.
79. Karataş, M. and B. Barut, *Sosyal Hizmet Perspektifinden Göç ve Savunmasız Gruplar: IOM Raporları Üzerine Bir Araştırma*. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2021. **8**(1): p. 86-109.
80. [internet], *Protection of children in migration*. <https://eea.iom.int/protection-children-migration>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
81. Chang, C.D., *Social Determinants of Health and Health Disparities Among Immigrants and their Children*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2019. **49**(1): p. 23-30.
82. [internet], *Gender and Migration*. <https://www.iom.int/gender-and-migration>
Erişim Tarihi: 31.03.2023.
83. Şeker, D. and G. Uçan, *GÖÇ SÜRECİNDE KADIN*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2016. **14**(1).
84. Yarwood, V., et al., *LGBTQI + Migrants: A Systematic Review and Conceptual Framework of Health, Safety and Wellbeing during Migration*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(2).
85. O'Neil, K. and M. Tienda, *Age at Immigration and the Incomes of Older Immigrants, 1994–2010*. The Journals of Gerontology: Series B, 2014. **70**(2): p. 291-302.
86. Nakash, O., et al., *Association between Knowledge about How to Search for Mental Health Information and Emotional Distress among Older Adults: The Moderating Role of Immigration Status*. J Gerontol Soc Work, 2020. **63**(1-2): p. 78-91.
87. Park, H.J. and C.G. Kim, *Ageing in an inconvenient paradise: the immigrant experiences of older Korean people in New Zealand*. Australas J Ageing, 2013. **32**(3): p. 158-62.
88. [internet], *Disability and unsafe migration: Data and policy, understanding the evidence*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/gmdac_data_briefing_series_issue_7.pdf. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
89. Morgan, J., *Disability-a neglected issue in Greece's refugee camps*. Lancet, 2017. **389**(10072): p. 896.

90. Abdulkerim, S., et al., *Title: Report on a survey of mobility disability among Syrian refugees living in Turkey*. International Journal of Educational Research Open, 2021. **2**: p. 100059.
91. Hossain, M., et al., *Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting*. Glob Ment Health (Camb), 2020. **7**: p. e30.
92. Suarez-Balcazar, Y., et al., *Barriers to and facilitators of community participation among Latinx migrants with disabilities in the United States and Latinx migrant workers in Canada: An ecological analysis*. J Community Psychol, 2020. **48**(8): p. 2773-2788.
93. Sarvan, S. and E. Efe, *MÜLTECİ ÇOCUKLAR ve SORUNLARI*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2020. **9**(1): p. 55-62.
94. Shankar Mishra, P., et al., *Understanding the Socio-Economic Vulnerability in Child Malnutrition Between Migrants and Non-Migrants Children (12–59 Months) in India: Evidence from a Cross-Sectional Study*. Child Indicators Research, 2022. **15**(5): p. 1871-1888.
95. Habib, R.R., et al., *Syrian refugee child workers: Gender differences in ergonomic exposures and musculoskeletal health*. Applied Ergonomics, 2020. **83**: p. 102983.
96. Habib, R.R., et al., *Mistreatment at work and musculoskeletal pain in male and female working Syrian refugee children*. Ergonomics, 2022. **65**(11): p. 1469-1476.
97. Habib, R.R., et al., *Social capital, social cohesion, and health of Syrian refugee working children living in informal tented settlements in Lebanon: A cross-sectional study*. PLOS Medicine, 2020. **17**(9): p. e1003283.
98. Garbern, S.C., et al., *'It will be a weapon in my hand': The Protective Potential of Education for Adolescent Syrian Refugee Girls in Lebanon*. Refuge: Canada's Journal on Refugees, 2020. **36**(1): p. 3-13.
99. Bartels, S.A., S. Michael, and A. Bunting, *Child Marriage among Syrian Refugees in Lebanon: At the Gendered Intersection of Poverty, Immigration, and Safety*. Journal of Immigrant & Refugee Studies, 2021. **19**(4): p. 472-487.
100. Goers, M., et al., *Child marriage among displaced populations – a 2019 study in Kurdistan Region of Iraq*. BMC Public Health, 2022. **22**(1): p. 796.
101. ÖZTÜRK, A.B., et al., *Dynamics of Child Marriages among Syrian and Afghan Refugees in Turkey*. . Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2021. **25**(1): p. 251-269.
102. Jawed, A. and C. Peck, *Locked out of healthcare: A descriptive context of migrant health considerations in pediatrics*. Int J Health Plann Manage, 2022. **37**(4): p. 2474-2478.
103. Kvamme, E. and N. Voldner, *Public health nurses' encounters with undocumented migrant mothers and children*. Public Health Nurs, 2022. **39**(1): p. 286-295.
104. Wood, L.C.N. and D. Devakumar, *Healthcare access for migrant children in England during the COVID-19 pandemic*. BMJ Paediatr Open, 2020. **4**(1): p. e000705.
105. Spielberger, B., et al., *[Care of infectious diseases in underage refugees exemplified by Ukraine]*. Monatschrift Kinderheilkunde : Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, 2022. **170**(12): p. 1103-1112.
106. Mohan, G., *The influence of caregiver's migration status on child's use of healthcare services: evidence from Ireland*. Sociology of Health & Illness, 2021. **43**(3): p. 557-574.
107. Baris, H.E., et al., *Rates of emergency room visits and hospitalizations among refugee and resident children in a tertiary hospital in Turkey*. Eur J Pediatr, 2022. **181**(8): p. 2953-2960.

108. Kendir Ö, T., et al., *Effects of regional differences on the outcome of cardiopulmonary resuscitation in children: How much different is Gaziantep from Izmir?* Turk J Emerg Med, 2021. **21**(3): p. 104-110.
109. Happle, C., et al., *Pediatric Healthcare Utilization in a Large Cohort of Refugee Children Entering Western Europe During the Migrant Crisis.* Int J Environ Res Public Health, 2019. **16**(22).
110. Amuedo-Dorantes, C. and L. Juarez, *Health Care and Education Access of Transnational Children in Mexico.* Demography, 2022. **59**(2): p. 511-533.
111. Njue, C., et al., *Geographical Access to Child and Family Healthcare Services and Hospitals for Africa-Born Migrants and Refugees in NSW, Australia; A Spatial Study.* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(24).
112. Jing, Z., et al., *The Effect of Parental Social Integration on the Physical Examination Utilization for Young Migrant Children: A National Cross-Sectional Study in China.* Front Public Health, 2021. **9**: p. 755726.
113. Denecke, K., et al., *Participatory Development of an Image-Based Communication Aid for Migrant Patients and Emergency Nurses.* Stud Health Technol Inform, 2022. **292**: p. 15-20.
114. Kaufmann, B., et al., *Can We Do Better than Gesturing? Requirements for a Digital Communication Aid to Support Non-Verbal Communication in Paediatric Emergency Care.* Studies in health technology and informatics, 2022. **290**: p. 1034-1035.
115. Condon, L., S. McClean, and L. McRae, *'Differences between the earth and the sky': migrant parents' experiences of child health services for pre-school children in the UK.* Prim Health Care Res Dev, 2020. **21**: p. e29.
116. Lee, I.S. and E. Kim, *Effects of parenting education programs for refugee and migrant parents: a systematic review and meta-analysis.* Child Health Nurs Res, 2022. **28**(1): p. 23-40.
117. Gambaro, L., G. Neidhöfer, and C.K. Spiess, *The effect of early childhood education and care services on the integration of refugee families.* Labour Economics, 2021. **72**: p. 102053.
118. Karsli-Calamak, E. and S. Kilinc, *Becoming the teacher of a refugee child: Teachers' evolving experiences in Turkey.* International Journal of Inclusive Education, 2021. **25**(2): p. 259-282.
119. Mangrio, E., et al., *The Need for Parental Support for Migrant Parents in Transition Into Sweden: A Perspective.* Front Public Health, 2022. **10**: p. 680767.
120. Dougherty, L., et al., *Supporting Newly Arrived Migrant Mothers: A Pilot Health Literacy Intervention.* Health Lit Res Pract, 2021. **5**(3): p. e201-e207.
121. Brannen, J. and R. O'Connell, *Experiences of food poverty among undocumented parents with children in three European countries: a multi-level research strategy.* Humanities and Social Sciences Communications, 2022. **9**(1): p. 42.
122. Esmaili, E., et al., *Pediatric Refugee Health and Patterns of Health Care Utilization in Durham, North Carolina.* N C Med J, 2021. **82**(3): p. 157-163.
123. Dennis, C.L., et al., *Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among immigrant and Canadian-born Chinese women.* Matern Child Nutr, 2019. **15**(2): p. e12687.
124. Ozkaya, M., O. Korukcu, and I. Aune, *Breastfeeding attitudes of refugee women from Syria and influencing factors: a study based on the transition theory.* Perspect Public Health, 2022. **142**(1): p. 46-55.
125. Bektas, I. and G. Arkan, *The Effect of Perceived Social Support of Syrian Mothers on Their Infant Feeding Attitudes.* Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 2021. **57**: p. e40-e45.

126. Hartono, S., et al., *Children's longitudinal bodyweight in Australia: Influence of migrant mothers' long-term residency, attachment to, and level of childhood overweight in country-of-birth*. Health Place, 2022. **75**: p. 102791.
127. Moncho, J., A. Martínez-García, and E.M. Trescastro-López, *Prevalence of Overweight and Obesity in Children of Immigrant Origin in Spain: A Cross-Sectional Study*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(3).
128. Boelens, M., et al., *Associations of socioeconomic status indicators and migrant status with risk of a low vegetable and fruit consumption in children*. SSM Popul Health, 2022. **17**: p. 101039.
129. Jolly, A. and J.L. Thompson, *Risk of food insecurity in undocumented migrant households in Birmingham, UK*. J Public Health (Oxf), 2022.
130. Topalovic, T., et al., *Migrant children in transit: health profile and social needs of unaccompanied and accompanied children visiting the MSF clinic in Belgrade, Serbia*. Confl Health, 2021. **15**(1): p. 32.
131. Fahrni, O., et al., *Hypovitaminosis D in migrant children in Switzerland: a retrospective study*. European Journal of Pediatrics, 2021. **180**(8): p. 2637-2644.
132. Franceschi, R., et al. *Educational Intervention of Healthy Life Promotion for Children with a Migrant Background or at Socioeconomic Disadvantage in the North of Italy: Efficacy of Telematic Tools in Improving Nutritional and Physical Activity Knowledge*. Nutrients, 2021. **13**, DOI: 10.3390/nu13103634.
133. Chen, S., et al., *Built-environment attributes associated with refugee children's physical activity: a narrative review and research agenda*. Conflict and Health, 2021. **15**(1): p. 55.
134. Marshall, S., et al., *Feasibility of a culturally adapted early childhood obesity prevention program among migrant mothers in Australia: a mixed methods evaluation*. BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 1159.
135. Charbonneau, S., et al., *A meta-analysis of school-based interventions for student refugees, migrants, and immigrants*. J Prev Interv Community, 2021: p. 1-16.
136. Metzner, F., et al., *Experiences of Discrimination and Everyday Racism Among Children and Adolescents With an Immigrant Background - Results of a Systematic Literature Review on the Impact of Discrimination on the Developmental Outcomes of Minors Worldwide*. Front Psychol, 2022. **13**: p. 805941.
137. Caravita, S.C.S., et al., *Contact with migrants and perceived school climate as correlates of bullying toward migrants classmates*. New Dir Child Adolesc Dev, 2021. **2021**(177): p. 141-157.
138. Sarmini, I., E. Topçu, and O. Scharbrodt, *Integrating Syrian refugee children in Turkey: The role of Turkish language skills (A case study in Gaziantep)*. International Journal of Educational Research Open, 2020. **1**: p. 100007.
139. Kurt, G., et al., *Traumatic experiences, acculturation, and psychological distress among Syrian refugees in Turkey: The mediating role of coping strategies*. International Journal of Intercultural Relations, 2021. **81**: p. 214-225.
140. Gubi, E., et al., *Are all children treated equally? Psychiatric care and treatment receipt among migrant, descendant and majority Swedish children: a register-based study*. Epidemiol Psychiatr Sci, 2022. **31**: p. e20.
141. Hynek, K.A., et al., *The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: a Norwegian register-based study of migrants and non-migrants*. BMC Psychiatry, 2022. **22**(1): p. 206.

142. Zettl, M., et al., *Identity Development and Maladaptive Personality Traits in Young Refugees and First- and Second-Generation Migrants*. Front Psychiatry, 2021. **12**: p. 798152.
143. Gunes, S. and O. Guvenmez, *Psychiatric symptoms in traumatized Syrian refugee children settled in Hatay*. Nord J Psychiatry, 2020. **74**(4): p. 307-310.
144. Spaas, C., et al., *Mental health of refugee and non-refugee migrant young people in European secondary education: The role of family separation, daily material stress and perceived discrimination in resettlement*. Journal of Youth and Adolescence, 2022. **51**: p. 848-870.
145. Sahin, E., et al., *Vulnerabilities of Syrian refugee children in Turkey and actions taken for prevention and management in terms of health and wellbeing*. Child Abuse Negl, 2021. **119**(Pt 1): p. 104628.
146. Scherer, N., et al., *Prevalence of common mental disorders among Syrian refugee children and adolescents in Sultanbeyli district, Istanbul: results of a population-based survey*. Epidemiol Psychiatr Sci, 2020. **29**: p. e192.
147. Vasic, J., et al., *Mental Health, Alcohol and Substance Use of Refugee Youth*. Front Psychiatry, 2021. **12**: p. 713152.
148. Orjuela-Grimm, M., et al., *Household composition after resettlement and emotional health in adolescent migrants*. J Migr Health, 2022. **5**: p. 100103.
149. Lu, W., N. Liu, and J. Chen, *Subjective Social Mobility among Migrant Children in China*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(9).
150. Parviainen, H., et al., *Parenting in place: The reception centre as the spatial context for laying the foundations for asylum-seeking children's healthy development*. Health Place, 2022. **76**: p. 102823.
151. Yu, B. and E. Wang, *The Influencing Mechanism of Social and Cultural Adaptation for Chinese Migrant Children: A Longitudinal Intervention Study*. Front Psychol, 2022. **13**: p. 832871.
152. Tercan, M., et al., *Reducing prejudice toward Syrian refugee children: A vicarious contact intervention among Turkish elementary school children*. Journal of Community Psychology, 2021. **49**: p. 564-587.
153. Bhayana, A. and B. Bhayana, *Approach to developmental disabilities in newcomer families*. Can Fam Physician, 2018. **64**(8): p. 567-573.
154. Allport, T., A. Ambrose, and S.M. Collin, *Developmental referrals of pre-school children in a diverse community in England: The importance of parental migration for referral rates*. Child Care Health Dev, 2022.
155. Kwok, K. and S. Kwok Lai Yuk Ching, *Navigating Stigma and Discrimination: Experiences of Migrant Children with Special Needs and Their Families in Accessing Education and Healthcare in Hong Kong*. Int J Environ Res Public Health, 2022. **19**(10).
156. Shahin, W., I. Stupans, and G. Kennedy, *Health beliefs and chronic illnesses of refugees: a systematic review*. Ethn Health, 2021. **26**(5): p. 756-768.
157. Odeh, R., et al., *Children with type one diabetes who are migrants and refugees suffer from poor metabolic control and frequent acute complications, a study from Jordan, a limited resource country with high migrant/refugee population*. Diabetes Res Clin Pract, 2022. **185**: p. 109807.
158. Prinz, N., et al., *Diabetes care in pediatric refugees from Africa or Middle East: experiences from Germany and Austria based on real-world data from the DPV registry*. European Journal of Endocrinology, 2019. **181**(1): p. 31-38.
159. Kebudi, R., et al., *Refugee children with cancer in Turkey*. The Lancet Oncology, 2016. **17**(7): p. 865-867.

160. Kutluk, T., et al., *Cancer among syrian refugees living in Konya Province, Turkey*. *Confl Health*, 2022. **16**(1): p. 3.
161. Crespo, E. *The Importance of Oral Health in Immigrant and Refugee Children*. *Children*, 2019. **6**, DOI: 10.3390/children6090102.
162. Salim, N.A., et al., *Relationship between dental caries, oral hygiene and malocclusion among Syrian refugee children and adolescents: a cross-sectional study*. *BMC Oral Health*, 2021. **21**(1): p. 629.
163. Flynn, P.M., et al., *The Association of Social Determinants of Health with Somali Refugee Mother-Child Caries*. *J Immigr Minor Health*, 2021. **23**(3): p. 615-623.
164. Noaman, B.R., R.F. Khalid, and L.D. Fattah, *Maternal Dental Health Knowledge and Its Relation to the Dental Caries Experience of Their Children in Mamyzawa Camp of Refugees in Erbil, Iraq*. *Acta Med Acad*, 2019. **48**(3): p. 294-302.
165. Shetty, A.K., *Infectious Diseases among Refugee Children*. *Children (Basel)*, 2019. **6**(12).
166. Stærke, N.B., et al., *The cascade of care in tuberculosis infection screening and management in newly arrived refugees in Aarhus, Denmark*. *Travel Med Infect Dis*, 2022. **49**: p. 102388.
167. Bustamante, J., et al., *Screening for parasites in migrant children*. *Travel Med Infect Dis*, 2022. **47**: p. 102287.
168. Deal, A., et al., *Immunisation status of UK-bound refugees between January, 2018, and October, 2019: a retrospective, population-based cross-sectional study*. *The Lancet. Public health*, 2022. **7**(7): p. e606-e615.
169. Öztaş, D., et al., *Vaccination rates for Syrian population under temporary protection in Turkey*. *Cent Eur J Public Health*, 2020. **28**(2): p. 130-134.
170. Ioannidou, C., et al., *Suboptimal Serologic Immunity Against Poliomyelitis Among New Migrant Children in Greece Calls for Organized Action*. *J Immigr Minor Health*, 2022.
171. Lin, S., et al. *Associations of Elements of Parental Social Integration with Migrant Children's Vaccination: An Epidemiological Analysis of National Survey Data in China*. *Vaccines*, 2021. **9**, DOI: 10.3390/vaccines9080884.
172. Nakken, C.S., M. Norredam, and M. Skovdal, *Tactics employed by healthcare providers in Denmark to determine the vaccination needs of asylum-seeking children: a qualitative study*. *BMC Health Serv Res*, 2018. **18**(1): p. 859.
173. Knights, F., et al., *Impact of COVID-19 on migrants' access to primary care and implications for vaccine roll-out: a national qualitative study*. *Br J Gen Pract*, 2021. **71**(709): p. e583-e595.
174. Siegel, J.L., *The COVID-19 Pandemic: Health Impact on Unaccompanied Migrant Children*. *Social Work*, 2022. **67**(3): p. 218-227.
175. Nguyen, K.H., et al., *Child and adolescent COVID-19 vaccination status and reasons for non-vaccination by parental vaccination status*. *Public Health*, 2022. **209**: p. 82-89.
176. Singh, A., et al., *Child wellbeing in the United Kingdom following the COVID-19 lockdowns*. *Paediatr Child Health (Oxford)*, 2021. **31**(12): p. 445-448.
177. Ünver, H. and N. Perdahlı Fiş, *An Analysis of Admissions to a Refugee Child Mental Health Unit in the Context of the COVID-19 Pandemic*. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2022. **27**(1): p. 136-144.
178. Ward, K.P. and S.J. Lee, *Associations of food insecurity and material social support with parent and child mental health during COVID-19*. *Child Youth Serv Rev*, 2022. **140**: p. 106562.

179. Loss, G., et al., *Impact of COVID-19 on maternal health and child care behavior: Evidence from a quasi-experimental study of vulnerable communities in Boa Vista, Brazil*. Child Abuse Negl, 2022. **129**: p. 105667.
180. Katz, I., et al., *One year into COVID-19: What have we learned about child maltreatment reports and child protective service responses?* Child Abuse & Neglect, 2022. **130**: p. 1-16.
181. Popyk, A. and P. Pustułka, *Educational Disadvantages During COVID-19 Pandemic Faced by Migrant Schoolchildren in Poland*. Journal of International Migration and Integration, 2022.
182. Teskereci G., Ünal A., and Evgin D., *1-12 Aylık Bebeklerde Sık Karşılaşılan Ağrı Durumları ve Annelerin Bebeklerinin Ağrısına Yönelik Geleneksel Uygulamaları*. . Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2020. **17**(4): p. 592-598.
183. Celasin, N., D. Ergin, and Ü. Atman, *Yüksek Ateş Şikayeti İle Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Tutumları*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2008. **22**(6).
184. Avcioglu, İ. and Ü. Kara, *GİRESUN HALK HEKİMLİĞİNDE ÇOCUK HASTALIKLARI VE GELENEKSEL TEDAVİ YÖNTEMLERİ*. Karadeniz Araştırmaları, 2022. **19**(74): p. 445-461.
185. Çakırcı Çalbayram, N., *Hemşirelerin Çocuk Hastalarda Karşılaştıkları Geleneksel Uygulamalar*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2017. **26**(1): p. 27-31.
186. Karaca Çiftçi, E., S. Kahraman, and D. Aydın, *Türkiye'nin İki Farklı Bölgesindeki 1-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Karın Ağrısına Yönelik Geleneksel Uygulamalarının Belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2017. **4**(2): p. 80-87.
187. [İnternet], *Göç Araştırmaları Derneği. Göçmenlerin İstanbul'daki Sağlık Hizmetlerine Erişimlerinin Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar*. <https://gocarastirmalaridernegi.org/tr/calismalar/arastirmalar/gocmenlerin-istanbul-daki-saglik-hizmetlerine-erisimlerinin-onundeki-engeller-ve-kolaylastiricilar/182-gocmenlerin-istanbul-daki-saglik-hizmetlerine-erisimlerinin-onundeki-engeller-ve-kolaylastiricilar>. Erişim Tarihi: 01.04.2023.
188. Çavuşoğlu, F., A. Çal, and İ. Aydın, *Göçmen Bireylere Sağlık Bakım Hizmeti Sunumunda Yaşanan Sorunlar*. Göç ve Göçmen Sağlığı, Türkiye Klinikleri, 2018: p. 59-64.
189. [İnternet], *Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 01.04.2023.
190. [İnternet], *Göçmen Sağlığı Merkezi*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/g%C3%B6%C3%A7men-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-merkezleri.html>. Erişim Tarihi: 01.04.2023.
191. [İnternet], *SIHHAT Projesi, Sunulan Sağlık Hizmetleri*. http://www.sihhatproject.org/saglik_hizmetleri.html. Erişim Tarihi: 01.04.2023.
192. Clark, E. and R. Farrington, *Migrants in vulnerable circumstances: not a quick fix*. Br J Gen Pract, 2022. **72**(714): p. 29.
193. Chohan, N., Z. Arzoky, and N. Khan, *Twelve tips for incorporating migrant and ethnic minorities in the medical curriculum and healthcare*. Med Teach, 2021. **43**(10): p. 1122-1126.
194. Serre-Delcor, N., et al., *A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain*. Frontiers in Public Health, 2021. **9**.
195. Jaeger, F.N., et al., *The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland*. BMC Health Serv Res, 2019. **19**(1): p. 429.

196. Ayhan Baser, D., et al., *Views and experiences of family physicians about Syrian refugee patients in Turkey: a qualitative research*. Prim Health Care Res Dev, 2021. **22**: p. e19.
197. Zengin, M., et al., *HEMŞİRELERİN SURİYELİ SİĞİNMACI ÇOCUKLARA BAKIM VERİRKEN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER*. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2021. **9**(1): p. 252-263
198. Eriş, H., Havlioğlu, S. Küçüközkan, Y and S. Özmen, *SURİYELİ MÜLTECİ KAMPLARININ BULUNDUĞU İLÇELERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN TÜKENMİŞLİK SEVİYESİ: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2017. **3**(3): p. 326-339.
199. Fabio, M., L.D. Parker, and M.B. Siddharth, *Building on Resiliencies of Refugee Families*. Pediatr Clin North Am, 2019. **66**(3): p. 655-667.
200. M, P.I., et al., *Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches*. Health Expect, 2022. **25**(5): p. 2065-2094.
201. Guess, M.A., et al., *Emergency Department and Primary Care Use by Refugees Compared to Non-refugee Controls*. J Immigr Minor Health, 2019. **21**(4): p. 793-800.
202. Place, V., et al., *Interventions to increase migrants' care-seeking behaviour for stigmatised conditions: a scoping review*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2021. **56**(6): p. 913-930.
203. Cross, T.L. *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. 1989.
204. Shen, Z., *Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: a literature review*. J Transcult Nurs, 2015. **26**(3): p. 308-21.
205. Sengupta, S., R.K. Hopson, and M. Thompson-Robinson, *Cultural competence in evaluation: An overview*. New Directions for Evaluation, 2004. **2004**.
206. Mareno, N. and P.L. Hart, *Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: implications for nursing education*. Nurs Educ Perspect, 2014. **35**(2): p. 83-8.
207. Sharifi, N., M. Adib-Hajbaghery, and M. Najafi, *Cultural competence in nursing: A concept analysis*. Int J Nurs Stud, 2019. **99**: p. 103386.
208. Kohlbry, P.W., *The Impact of International Service-Learning on Nursing Students' Cultural Competency*. J Nurs Scholarsh, 2016. **48**(3): p. 303-11.
209. McFarland, M.R. and H.B. Wehbe-Alamah, *Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future*. J Transcult Nurs, 2019. **30**(6): p. 540-557.
210. Wehbe-Alamah, H. and M. McFarland, *Leininger's Ethnonursing Research Method: Historical Retrospective and Overview*. Journal of Transcultural Nursing, 2020. **31**(4): p. 337-349.
211. Purnell, L., *A description of the Purnell Model for Cultural Competence*. J Transcult Nurs, 2000. **11**(1): p. 40-6.
212. [internet]. *The War on Language: Providing Culturally Appropriate Care to Syrian Refugees*. Available from: <https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/uojm-jmuo/article/view/1544/1667>.
213. Albougami, A. *Comparison of Four Cultural Competence Models in Transcultural Nursing: A Discussion Paper*. 2016.

214. Başı, M., M. Bekar, and İ. Civelek, *KÜLTÜRLERARASI HEMŞİRELİKTE KULLANILAN MODELLER VE "KÜLTÜREL YETERLİLİK SÜRECİ MODELİ" Nİ ANLAMAK*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2018. **1**(1): p. 18-24.
215. Gradellini, C., et al., *Cultural Competence and Cultural Sensitivity Education in University Nursing Courses. A Scoping Review*. Frontiers in Psychology, 2021. **12**.
216. Stonbraker, S., et al., *"If They Give Their Mind to HIV, They Don't Last as Long": An Explanatory Model of HIV Infection in a Limited-Resource Setting Informs Person-Centered Care*. Global Qualitative Nursing Research, 2022. **9**: p. 23333936221097112.
217. Berlin, E.A. and W.C. Fowkes, Jr., *A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice*. West J Med, 1983. **139**(6): p. 934-8.
218. Giger, J.N. and R. Davidhizar, *The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model*. J Transcult Nurs, 2002. **13**(3): p. 185-8; discussion 200-1.
219. Antón-Solanas, I., et al., *Nursing students' experience of learning cultural competence*. PLoS One, 2021. **16**(12): p. e0259802.
220. McQuaid, E.L. and W. Landier, *Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions*. J Gen Intern Med, 2018. **33**(2): p. 200-206.
221. McGregor, B., et al., *Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers*. Ethn Dis, 2019. **29**(Suppl 2): p. 359-364.
222. Watt, K., P. Abbott, and J. Reath, *Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature*. BMC Family Practice, 2016. **17**(1): p. 158.
223. Sá, F.H.L. and F.L.C. Baeza, *Mental health care for refugees and the need for cultural competence training in mental health professionals*. Braz J Psychiatry, 2021. **43**(2): p. 223-224.
224. Raihan, M.M.H. and T.C. Turin, *Cultural competency among healthcare providers is vital to ensure equitable and optimal maternity care for im/migrant and visible minority women*. Evid Based Nurs, 2022. **25**(3): p. 107.
225. Shorey, S., E.D. Ng, and S. Downe, *Cultural competence and experiences of maternity health care providers on care for migrant women: A qualitative meta-synthesis*. Birth, 2021. **48**(4): p. 458-469.
226. Dabney, K., et al., *Cultural Competence in Pediatrics: Health Care Provider Knowledge, Awareness, and Skills*. Int J Environ Res Public Health, 2015. **13**(1): p. ijerph13010014.
227. Savran, S. and N. Sat, *Ankara'da Suriyeli Göçmenlerin Yer Seçimi Tercihlerinin İncelenmesi ve Bir Etnik Kentsel Adacık Örneği Olarak Önder, Ulubey, Alemdağ Mahalleleri*. Ankara Araştırmaları Dergisi, 2019. **7**(2): p. 283 - 302.
228. [internet], *Altındağ İlçesi*. <http://www.ankara.gov.tr/altindag> Erişim: 31.03.2023.
229. [internet], *Çankaya İlçesi*. <https://www.cankaya.bel.tr/pages/17/TARİHCE/>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
230. [internet], *Çankaya İlçesi*. <http://www.ankara.gov.tr/cankaya>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
231. [internet], *Etimesgut İlçesi*. <http://www.etimesgut.gov.tr/mahalli-idareler>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
232. [internet], *Keçiören*. <http://www.ankara.gov.tr/kecioren>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
233. [internet], *Mamak İlçesi*. <http://www.mamak.gov.tr/ilcemiz-nufus-verileri> Erişim Tarihi: 31.03.2023.
234. [internet]. <https://ankaraism.saglik.gov.tr/TR-252347/kartaltepe-gocmen-sagligi-ve-saglikli-hayat-merkezlerine-ziyaret.html>.

235. [internet], *Sincan İlçesi* <http://www.sincan.gov.tr/sincan-tarihcesi>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
236. [internet], *Yenimahalle İlçesi*. <http://www.ankara.gov.tr/yenimahalle>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
237. [internet], *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Aile Sağlığı Merkezleri İletişim Bilgileri* <https://ankaraism.saglik.gov.tr/TR,159544/aile-sagligi-merkezleri-adres-ve-telefonlari.html> Erişim Tarihi: 10.09.2021.
238. [internet], *Aile Hekimleri Derneği Aile Sağlığı Merkezleri İletişim Bilgileri* <https://www.ankahed.org.tr/tr/asm> Erişim Tarihi: 10.09.2021.
239. [internet], "Engel" <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim: 30.03.2023.
240. [internet], "Deneyim" <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim: 30.03.2023.
241. [internet], *Bilgi*. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim: 30.03.2023.
242. Filipe, H.P., et al., *Continuing professional development: best practices*. Middle East Afr J Ophthalmol, 2014. **21**(2): p. 134-41.
243. [internet], *Destek*. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim: 30.03.2023.
244. Diver, S., N. Buccheri, and C. Ohri, *The value of healthcare worker support strategies to enhance wellbeing and optimise patient care*. Future healthcare journal, 2021. **8**(1): p. e60-e66.
245. [internet], *About Pregnancy*. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo#:~:text=Pregnancy%20is%20the%20term%20used,segments%20of%20pregnancy%2C%20called%20trimesters>. Erişim: 30.03.2023.
246. [internet], *About Breastfeeding and Breast Milk*. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/breastfeeding/conditioninfo>. Erişim: 30.03.2023.
247. [internet], *Immunization: The Basics*. <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/imz-basics.htm>. Erişim: 30.03.2023.
248. [internet], *Vaccines and immunization: What is vaccination?*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>. Erişim: 30.03.2023.
249. [internet], *Diarrhoeal disease*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease#:~:text=Diarrhoea%20is%20usually%20a%20symptom,a%20result%20of%20poor%20hygiene>. Erişim: 30.03.2023.
250. [internet], *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>. Erişim Tarihi: 30.03.2023.
251. *About Migration*. <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
252. Yalnızoğlu Çaka, S., N. Çınar, and S. Altınkaynak, *Ateşli Çocuğa Yaklaşım*. Journal of Human Rhythm, 2015. **1**(4): p. 133-138.
253. Araz, N.Ç., *Ailelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı: Bilgi, Tutum ve Uygulamaları*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2013. **7**(1): p. 27-32.
254. Öztürk, Ö., A. Topan, and T. Ayyıldız, *Ateş Şikayeti İle Acil Servise Getirilen Çocuklarda Ateş Olgularının Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015. **2**(3): p. 285-296.
255. Ünüvar, P.D.E., *Bebeklerde Burun Tıkanıklığı*. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2017. **9**(3): p. 12-16
256. Keskin Tunç, S. and E. Feslihan, *0-12 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Annelerin Antibiyotik Kullanımı Konusunda Bilinç Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Van Tıp Dergisi, 2019. **26**(4): p. 498 - 504.

257. Uzun, K., M. Kolcu, and D. Kurap Öcebe, *Anne Sütü ile Beslenmede Kanıta Dayalı Uygulamalar*. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2018. **1**(2): p. 29-32.
258. Esenay, F., et al., *Karın ağrısı ile hastaneye başvuran çocuklarda geleneksel uygulamalar*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. **7**(2): p. 47-54
259. Tekiner, A., G. Lale, and G. Ceyhun, *Ankara Merkezinde Çalışan 40 Yaş ve Üstü Aile Hekimlerinin Kanser Taramalarını Kendilerine Yaptırma Oranları*. Konuralp Tıp Dergisi, 2016. **8**(2).
260. Porsuk, A.Ö. and Ç. Cerit, *Aile Hekimliği Birimlerinin Onuncu Yılında İdari, Mali ve Mesleki Bazı Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Bir İl Örneği*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2021. **11**(1): p. 39-44.
261. [İnternet], *Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17232&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 30.03.2023.
262. [İnternet], *Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 30.03.2023.
263. Yılmaz, M., et al., *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşire/Ebelerin Kültürel Duyarlılık ve Kültürel Beceri Düzeylerinin İncelenmesi*. . Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2019. **12**(3): p. 170-178.
264. Yılmaz, M., *Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeyleri: Bir Gaziantep Devlet Hastanesi örneği*. . 2020, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
265. Adam, H., et al., *The shortest path to oneself leads around the world: Living abroad increases self-concept clarity*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 2018. **145**: p. 16-29.
266. Hayashi, M., et al., *Long-term contribution of international electives for medical students to professional identity formation: a qualitative study*. BMJ Open, 2020. **10**(8): p. e039944.
267. Wang, C., et al., *How much can our universities do in the development of cultural intelligence? A cross-sectional study among health care students*. Nurse Educ Today, 2021. **103**: p. 104956.
268. Öncü, E., et al., *"Hemşirelik öğrencilerinde Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışması"*. Cukurova Medical Journal, 2018. **43**: p. 207-215
269. Slifko, S.E., et al., *Students with global experiences during medical school are more likely to work in settings that focus on the underserved: an observational study from a public U.S. institution*. BMC Med Educ, 2021. **21**(1): p. 552.
270. Nishigori, H., et al., *A national survey of international electives for medical students in Japan: 2009-2010*. Med Teach, 2012. **34**(1): p. 71-3.
271. Tamamaki, K. and H. Nishio, *Study abroad experience is related to Japanese doctors' behavior to see foreign patients*. Kobe J Med Sci, 2013. **59**(1): p. E10-6.
272. Şirin, H. and H. Erdem, *Ankara'da Çalışan Aile Hekimlerinin Toplum Ruh Sağlığına Yaklaşımı*. . . Sağlık ve Toplum, 2021. **31**(2): p. 58-66.
273. [İnternet], *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 31.03.2023.
274. Ohta, R., et al., *Strengths and Challenges for Medical Students and Residents in Rural Japan*. Fam Med, 2021. **53**(1): p. 32-38.

275. Gruner, D., et al., *An undergraduate medical education framework for refugee and migrant health: Curriculum development and conceptual approaches*. BMC Medical Education, 2022. **22**(1): p. 374.
276. *TTB Halk Sağlığı Kolu'ndan Göçün Sağlık Boyutu ve Göçmenlerin Sağlığı Kursu*. Available from: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=c385c9d2-755f-11e9-8558-d074d2c3586f.
277. Ceylan, S.S. and B. Çetinkaya, *Göçmen Hastalara Bakım Veren Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılık Düzeyleri ve Deneyimleri: Bir Karma Yöntem Araştırması*. YBH Dergisi, 2022. **3**(2): p. 1-20.
278. [internet], *İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması 2022*. <https://www.sanayi.gov.tr/assets/pdf/birimler/2022-ilce-sege.pdf> Erişim Tarihi: 31.03.2023.
279. Müller, F., et al., *Factors Influencing the Frequency of Airway Infections in Underage Refugees: A Retrospective, Cross Sectional Study*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020. **17**: p. 6823.
280. Kampouras, A., et al., *Child Morbidity and Disease Burden in Refugee Camps in Mainland Greece*. 2019, **6**, 46. <https://doi.org/10.3390/children6030046>. Children 2019. **6**.
281. Karakaş, N., et al., *Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 yıllık izlem*. Osmangazi Tıp Dergisi, 2020. **42**(1): p. 67-74.
282. Modeste-James, A. and C. Huggins, *Barriers to healthcare for Venezuelan migrants: physicians' perspective*. International Journal of Health Governance, 2022. **27**(3): p. 329-341.
283. Onarheim, K.H., et al., *Towards universal health coverage: including undocumented migrants*. BMJ Global Health, 2018. **3**(5): p. e001031.
284. Mosca, D.T., et al., *Universal Health Coverage: Ensuring migrants and migration are included*. Global Social Policy, 2020. **20**(2): p. 247-253.
285. Torun, P., M. Mücaz Karaaslan, and B. Sandıklı, *Health and health care access for Syrian refugees living in İstanbul*. . Int J Public Health, 2018. **63**: p. 601–608.
286. Akkoç, S., M. Tok, and A. Hasripi, *Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2017. **4**(1): p. 23-27
287. Babacan, B., et al., *Hatay'a Göç Eden Suriyeli Sığınmacıların Ev Yaşam Koşulları, Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri*. . Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2017. **9**(4): p. 272 - 279.
288. World Health Organization. Regional Office for, E., *Assessing the health literacy and health communication needs of Syrian refugees in Turkey*. 2020, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.
289. Kherallah, M., et al., *Health care in Syria before and during the crisis*. Avicenna J Med, 2012. **2**(3): p. 51-53.
290. Bulut, S., *Aile sağlığı merkezleri kuruluş yeri değerlendirmesi; metropol ilçe örneği*. Turkish Journal of Public Health, 2022. **20**(1): p. 14-24.
291. Aydın, Y., *TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİ GÖÇMENLERE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUN VE ÖNERİLER*. . Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 2021. **0**(18): p. 227-248
292. [internet], *Suriye'den Türkiye'ye Kadın Olmak*. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/suriyedenurkiyeye_TR_210519.pdf Erişim Tarihi: 31.03.2023.
293. [internet], *Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının*

- Belirlenmesi. http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma_TR.pdf
Erişim Tarihi: 31.03.2023.
294. Stirling Cameron, E., et al., *The postnatal experiences of resettled Syrian refugee women: Access to healthcare and social support in Nova Scotia, Canada*. Midwifery, 2022. **104**: p. 103171.
295. Odeniyi, A.O., et al., *Breastfeeding beliefs and experiences of African immigrant mothers in high-income countries: A systematic review*. Maternal & Child Nutrition, 2020. **16**(3): p. e12970.
296. Fernández-Basanta, S., M. Lagoa-Millarengo, and M.J. Movilla-Fernández, *Encountering Parents Who Are Hesitant or Reluctant to Vaccinate Their Children: A Meta-Ethnography*. Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(14).
297. Tankwanchi, A.S., et al., *Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence*. Curr Opin Immunol, 2021. **71**: p. 62-68.
298. Malik, M.A., et al., *Conflict driven displacement and child health: Evidence based on mother's nationality from Jordan Population and Family Health Survey*. PLOS ONE, 2021. **16**(9): p. e0257080.
299. Terkawi, A.S., et al., *Child and adolescent health in northwestern Syria: findings from Healthy-Syria 2017 study*. Avicenna J Med, 2019. **9**(2): p. 61-74.
300. Budak, F., Ö. Özer, and M. Zubaroglu Yanardağ, *SURİYELİ SIĞINMACILARIN FİZİKSEL SAĞLIK ALGILARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018. **5**(3): p. 68-75.
301. Akçay, G., et al., *Muğla ilinde annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler*. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019: p. 263-270.
302. [İnternet], *Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, TÜİK*. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/toplumsal_cinsiyet_istatistikleri_2021.pdf Erişim Tarihi: 31.03.2023.
303. Walter, E.J. and M. Carraretto, *The neurological and cognitive consequences of hyperthermia*. Crit Care, 2016. **20**(1): p. 199.
304. Özyazıcıoğlu, N. and S. Polat, *12 AYLIK ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BAZI SAĞLIK SORUNLARINDA BAŞVURDUKLARI GELENEKSEL UYGULAMALAR*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010. **7**(2).
305. Özdemir, S., *Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamalar*. . Sağlık ve Toplum, 2020. **30**(3): p. 3-10.
306. [İnternet], *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Py4EBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA137&dq=syrians+traditional+health+practice&ots=Y11cl93_ss&sig=b8LRTfHCjGXHb54qESyStM7d3CE&redir_esc=y#v=onepage&q=syrians%20traditional%20health%20practice&f=false Erişim Tarihi: 31.03.2023.
307. Hazır, Y. and G. Bozkurt, *Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2020. **13**(3): p. 117-123.
308. Güngör, A., *Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı ile İlgili Ebeveynlerin Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2019. **13**(3): p. 203-207.
309. Akova, S., et al., *Çocuk acil polikliniğine karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların değerlendirilmesi*. Gaziantep Medical Journal, 2013. **19**(2): p. 60-64
310. Haraldstad, K., et al., *Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey*. Scand J Caring Sci, 2011. **25**(1): p. 27-36.

311. Alwan, R.M., et al., *Beliefs, perceptions, and behaviors impacting healthcare utilization of Syrian refugee children*. PLOS ONE, 2020. **15**(8): p. e0237081.
312. Artuğ Cansızlar, G. and K.D. Beydağ, *Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler*. Dünya İnsan Bilimleri Dergisi 2022. **2**: p. 53-72.
313. Rogers, H.J., et al., *Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds-Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review*. Health Soc Care Community, 2020. **28**(5): p. 1343-1365.
314. Winn, A., E. Hetherington, and S. Tough, *Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta*. Int J Equity Health, 2018. **17**(1): p. 91.
315. Batista, R., et al., *Primary Health Care Models Addressing Health Equity for Immigrants: A Systematic Scoping Review*. J Immigr Minor Health, 2018. **20**(1): p. 214-230.
316. Aksoy, E. and Ö. Güzey Kocataş, *GECEKONDU ALANLARINDA UYGULANAN KENTSEL DÖNÜŞÜM PROJELERİNİN MEŞRUIYET ZEMİNİ OLARAK YOKSULLUK VE SUÇ*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi, 2017. **7**(14): p. 275-295.
317. Işık, H. and G. Arça, *Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2019. **1**(3): p. 221-228.
318. Azad, F., et al., *Breastfeeding support through wet nursing during nutritional emergency: A cross sectional study from Rohingya refugee camps in Bangladesh*. PLoS One, 2019. **14**(10): p. e0222980.
319. George, P., J.L. Terrion, and R. Ahmed, *Reproductive health behaviour of Muslim immigrant women in Canada*. International Journal of Migration, Health and Social Care, 2014. **10**: p. 88-101.
320. Kroening, A.L., et al., *Developmental Screening of Refugees: A Qualitative Study*. Pediatrics, 2016. **138**(3).
321. Audi, M.N., et al., *Healthcare accessibility in preconflict Syria: a comparative spatial analysis*. BMJ Open, 2022. **12**(5): p. e059210.
322. Çelebi, C., *Hemşirelerin farklı kültürden olan hastaya yaklaşımları (Order No. 28243104)*. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2477279548). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/hemşirelerin-farkli-kültürden-olan-hastaya/docview/2477279548/se-2>. 2019.
323. Delilovic, S., et al., *What value for whom? – provider perspectives on health examinations for asylum seekers in Stockholm, Sweden*. BMC Health Services Research, 2018. **18**(1): p. 601.
324. Sahoo, K.C., et al., *Challenges in Maternal and Child Health Services Delivery and Access during Pandemics or Public Health Disasters in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review*. Healthcare (Basel), 2021. **9**(7).
325. Singh, A.K., et al., *Impact of COVID-19 pandemic on maternal and child health services in Uttar Pradesh, India*. J Family Med Prim Care, 2021. **10**(1): p. 509-513.
326. Weston, S.J., D.M. Condon, and P.A. Fisher, *Psychosocial factors associated with preventive pediatric care during the COVID-19 pandemic*. Soc Sci Med, 2021. **287**: p. 114356.
327. Akseer, N., et al., *COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2020. **112**(2): p. 251-256.

328. Palo, S.K., et al. *Effective interventions to ensure MCH (Maternal and Child Health) services during pandemic related health emergencies (Zika, Ebola, and COVID-19): A systematic review*. PloS one, 2022. **17**, e0268106 DOI: 10.1371/journal.pone.0268106.
329. Scott, R., E. Forde, and C. Wedderburn, *GP trainees' experience, knowledge and attitudes towards caring for refugees, asylum seekers and undocumented migrants*. Educ Prim Care, 2019. **30**(5): p. 322-323.
330. Civitelli, G., et al., *A service-learning experience in a free medical centre for undocumented migrants and homeless people*. Archives of Public Health, 2021. **79**(1): p. 7.
331. Dupin, C.-M., et al., *Public health nursing education viewed through the lens of superdiversity: a resource for global health*. BMC Nursing, 2020. **19**(1): p. 18.
332. Alsaleem, S.A., et al., *Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, 2018*. J Family Med Prim Care, 2019. **8**(2): p. 706-710.
333. Herendeen, P.A., et al., *Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners*. J Pediatr Health Care, 2014. **28**(1): p. e1-7.
334. Türker, A., *Aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebelerin sağlık iletişimi yeterlilikleri ve kültürlerarası etkililikleri (Order No. 28242229)*. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2468382291). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/aile-sagliği-merkezinde-çalışan-hemşire-ve/docview/2468382291/se-2>. 2019.
335. Jowsey, T., *Three zones of cultural competency: surface competency, bias twilight, and the confronting midnight zone*. BMC Med Educ, 2019. **19**(1): p. 306.
336. Casillas, A., et al., *Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study*. BMC Med Educ, 2014. **14**: p. 19.
337. Luiking, M.-L., et al., *Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature*. Journal of Nursing Scholarship, 2019. **51**(1): p. 58-67.
338. Almontaser, E. and S.L. Baumann, *The Syrian Refugee Crisis: What Nurses Need to Know*. Nurs Sci Q, 2017. **30**(2): p. 168-173.
339. Gündoğdu, A., N. Taş, and F. Tosun, *Nursing Care Experiences With Syrian Refugees in Southern Turkey: A Metaphor Analysis*. Journal of Nursing Research, 2022. **30**(3).
340. [internet], *ADİYAMAN İL MERKEZİNDE BİRİNCİ VE İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KÜLTÜREL YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI*. Erişim Tarihi: 31.03.2023.
341. Gürbüz, S. and Ö. Duğan, *SIĞINMACILARDA SAĞLIK İLETİŞİMİ: SURİYELİ ÖĞRETMENLER ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA*. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, 2017. **64**: p. 479-490.
342. Kavukcu, N. and K. Altıntaş, *The Challenges of the Health Care Providers in Refugee Settings: A Systematic Review*. Prehospital and Disaster Medicine, 2019. **34**(2): p. 188-196.
343. Gruner, D., et al., *An undergraduate medical education framework for refugee and migrant health: Curriculum development and conceptual approaches*. BMC Med Educ, 2022. **22**(1): p. 374.
344. Tanrıverdi, S., N. Soylemez, and C. Dilekci, *Türkiye'deki Mültecilere Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımı*. Annals of Health Sciences Research, 2018. **7**(1): p. 40-44.
345. Alpern, J.D., C.S. Davey, and J. Song, *Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health*. BMC Med Educ, 2016. **16**: p. 178.

346. Jongen, C., J. McCalman, and R. Bainbridge, *Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review*. BMC Health Serv Res, 2018. **18**(1): p. 232.

EK 1: AİLE HEKİMİ VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih: __ / __ / ____ Anket No:

ANKARA İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA GÖÇMEN ÇOCUKLARA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN ENGELLERİN BELİRLENMESİ – AİLE HEKİMİ ANKETİ

Sayın Katılımcı,

Ankara ili birinci basamak sağlık kuruluşlarında göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan engellerin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma Prof. Dr. Hilal Özcebe danışmanlığında Araştırma Görevlisi Dr. Damla Özyürek'in uzmanlık tez araştırması olarak yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumunda etkili faktörler belirlenecek, sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi, göçmen çocukların sağlık hizmet alımında tanı, tedavi ve takip süreçlerinin iyileştirilmesi adına adımların atılması planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anket devamında istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formunda adınızı ve soyadınız yer almayacaktır.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Hilal Özcebe
Araştırma Görevlisi Dr. Damla Özyürek
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Telefon: 0-312-3244623

Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Kabul ediyorum Kabul etmiyorum.

A. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.
 - a. Erkek
 - b. Kadın
 - c. Diğer
2. Doğum yılınızı yazınız.
.....
3. Medeni durumunu işaretleyiniz.
 - a. Bekar
 - b. Evli
 - c. Boşanmış
 - d. Eşi vefat etmiş
 - e. Ayrı yaşıyor
 - f. Diğer
4. Çocuğunuz var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Kaç çocuğunuz var?
.....
6. Belirtilen yaş aralıklarında kaç çocuğunuz var?
 - a. 0 yaş (.....)
 - b. 1-4 yaş (.....)
 - c. 5-9 yaş (.....)
 - d. 10-19 yaş (.....)
 - e. 20 ve üzeri (.....)

B. ÇALIŞMA YAŞAMI VE EĞİTİM BİLGİLERİ

7. Halen çalıştığınız ilçeyi işaretleyiniz.
 - a. Altındağ
 - b. Çankaya
 - c. Etimesgut
 - d. Keçiören
 - e. Mamak
 - f. Sincan
 - g. Yenimahalle
8. Tıp fakültesi mezuniyet yılınız nedir?
.....
9. Aile hekimi olarak ne kadar süredir hizmet veriyorsunuz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız)
.....Yıl Ay
10. Uzmanlık eğitimi aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

- c. Halen uzmanlık eğitimi öğrencisiyim
d. Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) öğrencisiyim.
11. Bulduğunuz birimde çalışmaya başladığınız tarih nedir?
.../.../.../
12. Mezuniyet öncesi dönemde göçmen sağlığı ile ilgili herhangi bir ders aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır
c. Hatırlamıyorum
13. Eğitiminiz sırasında göçmen yoğunluklu alanlarda uygulamalı eğitim aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır
c. Hatırlamıyorum
14. Mezuniyet sonrasında göçmen sağlığı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır
c. Hatırlamıyorum
15. Mezuniyet sonrası eğitim aldıysanız eğitim içeriğini açıklayınız.
.....
16. Yabancı dil biliyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
17. Hangi yabancı dili biliyorsunuz?
.....
18. Yurtdışında eğitim/staj/çalışma nedeniyle bir aydan daha fazla süre buldunuz mu?
a. Evet
b. Hayır
19. Zorunlu hizmetinizi nerede yaptınız?
a. Kırsal Bölge
b. Kentsel Bölge
20. Mezun olduktan sonra nerede en uzun süre yaşadınız?
a. Kırsal Bölge
b. Kentsel Bölge
21. Çalışma hayatınızda kırsal alanda ne kadar süre hizmet verdiniz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.)
..... ay/yıl
22. Çalışma hayatınızda kentsel alanda ne kadar süre hizmet verdiniz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.)
..... ay/yıl
23. Aile sağlığı merkezinden önce göçmen hasta yoğunluğu olan bir bölgede çalıştınız mı?
a. Evet
b. Hayır
24. Göçmen hasta yoğunluklu bölgede ne kadar süre çalıştınız? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız)

..... ay/yıl

C. HİZMET VERİLEN HASTA GRUBUNA DAİR ÖZELLİKLER

25. Bölgenizde ortalama kaç göçmen hastanız var?

.....

26. Bölgenizde ortalama kaç göçmen çocuk hastanız var?

.....

27. Göçmen çocuk hastaların polikliniğe başvurduğu en sık yakınma nedir? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz.)

- a. Ateş
- b. Öksürük
- c. Burun Akıntısı
- d. Karın Ağrısı
- e. Kusma
- f. İshal
- g. İdrar Yaparken Yanma
- h. Deride kızarıklık, kaşıntı
- i. Diğer (Belirtiniz

28. Sizce, göçmen çocuk hastaların poliklinikte aldığı en sık tanı nedir?

- a. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
- b. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
- c. Akut Gastroenterit
- d. İdrar Yolları Enfeksiyonu
- e. Yumuşak Doku Yaralanmaları
- f. Cilt Enfeksiyonları
- g. Diğer (Belirtiniz:

29. Bölgenizde bulunan göçmenlerin ekonomik durumlarını nasıl tanımlarsınız?

- a. Çok Kötü
- b. Kötü
- c. Orta
- d. İyi
- e. Çok İyi

D. AİLE HEKİMLERİNİN GÖÇMEN ÇOCUKLARIN SAĞLIK HİZMETİ ALIMI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aşağıdaki önermelerde göçmen çocukların sağlık hizmeti alımlarını düşünerek sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Göçmen çocukların ,	Kesinlikle katılmıyorum.	Katılmıyorum.	Kararsızım.	Katılıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum.
30. Aileleri aile sağlığı merkezine başvuru sırasında ulaşım zorluğu yaşarlar.					
31. Ailelerinin ekonomik durumu iyi olmayanlar sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadırlar.					
32. Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmaları sağlık hizmetleri kullanımını olumlu etkiler.					
33. Aşılari ve çocukluk çağı takipleri için ailelerinin telefon numaraları çok sık değiştii için ulaşmak sorun olmaktadır.					
34. Aşılari ve çocukluk çağı takipleri için ailelerin sık adres değişiklikleri olması sorun yaratmaktadır.					
35. Aileleri Türkçe bilmedikleri için sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmektedirler.					
36. Aileleri sağlık okuryazarlığı düşük olduğu için çocuklarının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması için getirmemektedirler.					
37. Aileleri kız çocuklarını sağlık hizmetlerine erkek çocuklarından daha az getirmektedirler.					
38. Ailelerinin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamadığı görüşüneyim.					

E. GÖÇMEN ÇOCUK SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki maddelerde göçmen çocukların sağlık hizmeti sunumunu düşünerek sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Sıkıntı yaşamıyorum	Kismen	Farkında değilim	Kismen yaşıyorum	Çok sıkıntı yaşıyorum
39. Gebelik izlemi					
40. Emzirme eğitimi					
41. Poliklinik randevularına uyum					
42. Çocukluk çağı taramaları					
	Sıkıntı yaşamıyorum	Kismen	Farkında değilim	Kismen yaşıyorum	Çok sıkıntı yaşıyorum
43. Aşı izlemi					
44. Çocuk beslenmesi eğitimi					
45. Artmış izlem/eğitim süresi					

46. İlaç/tedavi uygulamaları					
47. Tetkik istemi					
48. Reçete yazma					
49. Tedavi hakkında bilgi verme					
50. İlaç kullanımını anlatma					
51. Sevk etme					
52. Artmış muayene süresi					
53. Tetkik istemi					

F. GEBELİK, EMZİRME, AŞILAMA VE İSHALLİ HASTALIKLARDA GÖÇMEN AİLELERİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARI HAKKINDA AİLE HEKİMİNİN DÜŞÜNCELERİ

Aşağıdaki maddelerde göçmen ailelerin gebelik, emzirme, aşılama ve ishaller hastalıklarda göçmen ailelerin bilgi ve davranışları hakkında önermelerden sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	1-Tamamen yanlış	2-Yanlış	3-Kısmen doğru	4-Doğru	5- Çok doğru
Suriyeli kadınlar arasında					
54. Gebelik 'Doğal bir süreçtir, kontrollere gelmek gerekmez.' düşüncesi yaygındır.					
55. Gebelik döneminde şikayetlerini anlatması ayıp olarak algılanmaktadır.					
56. Gebe kadınlar takiplere eşleri izin vermezse gelemezler.					
57. Gebe kadınlar izlemlere yalnız başlarına gelebilirler.					
Emzirme döneminde Suriyeli anneler					
	1-Tamamen yanlış	2-Yanlış	3-Kısmen doğru	4-Doğru	5- Çok doğru
58. Aile büyüklerinin önerilerini uygularlar.					
59. Emzirmeyi doğal bir olay olarak kabul edilir, ek öneriye gereksinim duymazlar.					
60. Türkçe bilmemeleri emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkiler.					
Aşılama Hizmetleri					
61. Göçmen aileler aşılarda çocuklarına zarar vereceğini düşünmektedir.					

62. Göçmen aileler çocuklarının aşı takvimine uygun olarak aşılanmasını önemsemeyiz.					
63. Göçmen aileler aşı kartını saklamayı önemsemeyiz.					
İshalli Hastalıklar					
64. Aileler, çocukların ishal olmasını olağan karşılarlar.					
65. Aileler, ishalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi değildir.					
66. Aileler, çocuklarını sık olarak emzirerek iyileştirirler.					
67. Aileler kolay geçeceğini düşünerek doktora başvurmak istemezler.					

G. GÖÇMEN AİLELERİN BAZI DURUMLARDA YAPTIĞI UYGULAMALARLA AİLE HEKİMLERİNİN KARŞILAŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aşağıdaki maddelerde göçmen ailelerin bazı durumlarda yaptığı uygulamalarla ilgili karşılaşma sıklığınızla ilgili sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Çocuk ateşlendiğinde;					
68. Kalın örtüyle örtme					
69. Kolonya/sirke ile ovma					
70. Soğuk su altında bekletme					
Çocukta nezle olduğunda,					
71. Burnuna tuzlu su (SF) damlatmak					
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
72. Reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı					
73. Sık emzirmek					
Çocukta karın ağrısı olduğunda,					
74. Çörek otu yağı, soda içirme					
75. Sıcak havlu koyma					
76. Ağrı kesici ilaç verme					

H. AİLE HEKİMLERİNİN GÖÇMEN HASTA BAKIM SÜRECİNDEKİ BİLGİ VE DESTEK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aşağıda göçmen hasta bakım sürecindeki bilgi ve destek ile ilgili önermelerden sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	1. Çok Kötü	2. Kötü	3. Orta	4. İyi	5. Çok İyi
77. Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.					
78. Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.					
79. Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.					
80. Göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandım.					

I. BİRİNCİ BASAMAK ÇALIŞANLARINDA KÜLTÜREL YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılıyorum.	Katılıyorum.	Kararsızım.	Katılmıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Meslektaşlarıma, çeşitli kültürlerin farklılık ve benzerliklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
2. Meslektaşlarıma, farklı kültürlerden gelen birey-aile-topluma yönelik sağlık hizmetlerini nasıl planlayacaklarını öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					

3. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini göstermek için örneklerden yararlanabilirim.					
4. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini meslektaşlarıma öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
5. Kültürel faktörlerin, sağlık hastalık konusundaki inanç/davranışlar üzerindeki etkilerini farklı etnik geçmişi olan birey-aile-topluma açıklayabilirim.					
6. Her birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları ile ilgili bilgileri toplamak benim için kolaydır.					
7. Meslektaşlarıma, sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgileri öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
8. Meslektaşlarıma, farklı kültür gruplarından olan birey-aile-topluma sağlık hizmeti verirken nasıl uygun davranış sergileyeceklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
9. Sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgi ya da kuramları biliyorum.					
10. Kültürün, birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkisini açıklayabilirim.					
11. Sağlık, hastalık ve kültürle ilgili bilgi toplama yöntemlerini biliyorum.					
12. Farklı kültürel geçmişi olan bireyler-aileler-toplumlar arasındaki sağlık ve hastalık inançlarını karşılaştırabilirim.					
13. Farklı kültürel geçmişi olan bireyin-ailenin-toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerini kolaylıkla belirleyebilirim.					
	Kesinlikle katılıyorum.	Katılıyorum.	Kararsızım.	Katılmıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Sağlık hizmeti verirken, farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumun gereksinimlerini karşılayabilirim.					
15. Birey-aile-toplumun sağlık/hastalık inancı ile kültürü arasındaki ilişkiyi açıklayabilirim.					
16. Sağlık hizmetlerinin hedeflerini, birey-aile-toplumun kültürel geçmişine göre belirleyebilirim.					
17. Farklı kültürlerden olan grupların inançlarını anlamak için genellikle çok çaba gösteririm.					
18. Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-topluma bakım verirken, genellikle onların kültürel normlarına uygun davranırım.					
19. Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumla iletişim kurabilirim.					
20. Birey-aile-toplumun sağlık inanç/davranışları ile sağlık hizmetlerindeki bakım uygulamaları arasındaki farklılıkları onlarla konuşurum.					

81. Göçmen hastaya hizmet vermenin zorluk derecesi 1- 5 arasında en kolaydan en zora doğru sizin için kaç puandır?

1	2	3	4	5

82. Pandemi sırasında göçmen çocuk sağlığı ile ilişkili aşağıdaki hizmetlerden en çok hangisinin etkilendiğini düşünöyorsunuz?

- a. Gebe izlemi
- b. Aşılama hizmetleri
- c. Tarama programları
- d. Hastalık için başvuru
- e. Diğer (Belirtiniz

EK 2: AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih: __ / __ / ____ Anket No:

ANKARA İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA GÖÇMEN ÇOCUKLARA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN ENGELLERİN BELİRLENMESİ – AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI ANKETİ

Sayın Katılımcı,

Ankara ili birinci basamak sağlık kuruluşlarında göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan engellerin belirlenmesini amaçlayan bu araştırma Prof. Dr. Hilal Özcebe danışmanlığında Araştırma Görevlisi Dr. Damla Özyürek'in uzmanlık tez araştırması olarak yapılmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla göçmen çocuklara sağlık hizmeti sunumunda etkili faktörler belirlenecek, sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi, göçmen çocukların sağlık hizmet alımında tanı, tedavi ve takip süreçlerinin iyileştirilmesi adına adımların atılması planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anket devamında istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formunda adınızı ve soyadınız yer almayacaktır.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Hilal Özcebe
Araştırma Görevlisi Dr. Damla Özyürek
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Telefon: 0-312-3244623

Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum.

A. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

30. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

- a. Erkek
- b. Kadın
- c. Diğer

31. Doğum yılınızı yazınız.

.....

32. Medeni durumunu işaretleyiniz.

- g. Bekar
- h. Evli
- i. Boşanmış
- j. Eşi vefat etmiş
- k. Ayrı yaşıyor
- l. Diğer

33. Çocuğunuz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

34. Kaç çocuğunuz var?

.....

35. Belirtilen yaş aralıklarında kaç çocuğunuz var?

- a. 0 yaş (.....)
- b. 1-4 yaş (.....)
- c. 5-9 yaş (.....)
- d. 10-19 yaş (.....)
- e. 20 ve üzeri (.....)

B. ÇALIŞMA YAŞAMI VE EĞİTİM BİLGİLERİ

36. Halen çalıştığınız ilçeyi işaretleyiniz.

- h. Altındağ
- i. Çankaya
- j. Etimesgut
- k. Keçiören
- l. Mamak
- m. Sincan
- n. Yenimahalle

37. Bulduğunuz birimde çalışmaya başladığınız tarih nedir?

.../.../.../

38. Mezun olduğunuz son okulu işaretleyiniz.

- a. Hemşirelik Fakültesi
- b. Ebelik Yüksekokulu
- c. İlk ve Acil Yardım Programı
- d. Diğer (Belirtiniz.....)

39. Mezuniyet tarihinizi yazınız.

.....

40. Aile sağlığı çalışanı olarak ne kadar süredir hizmet veriyorsunuz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.)

..... Yıl Ay

41. Mezuniyet ncesi dönemde göçmen sağlığı ile ilgili herhangi bir ders aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Hatırlamıyorum

42. Eğitiminiz sırasında göçmen yoğunluklu alanlarda uygulamalı eğitim aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Hatırlamıyorum

43. Mezuniyet sonrasında göçmen sağlığı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Hatırlamıyorum

44. Mezuniyet sonrası eğitim aldıysanız eğitim içeriğini açıklayınız.

.....

45. Yabancı dil biliyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

46. Hangi yabancı dili biliyorsunuz?

.....

47. Yurtdışında eğitim/staj/çalışma nedeniyle bir aydan daha fazla süre buldunuz mu?

- a. Evet
- b. Hayır

48. Mezun olduktan sonra nerede en uzun süre yaşadınız?

- a. Kırsal Bölge
- b. Kentsel Bölge

49. Çalışma hayatınızda kırsal alanda ne kadar süre hizmet verdiniz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.)

..... ay/yıl

50. Çalışma hayatınızda kentsel alanda ne kadar süre hizmet verdiniz? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.)

..... ay/yıl

51. Aile sağlığı merkezinden önce göçmen hasta yoğunluğu olan bir bölgede çalıştınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

52. Göçmen hasta yoğunluklu bölgede ne kadar süre çalıştınız? (Bir yıldan az ise ay olarak yazınız, bir yıldan fazla ise yıl olarak yazınız.) ay/yıl

C. HİZMET VERİLEN HASTA GRUBUNA DAİR ÖZELLİKLER

53. Bölgenizde ortalama kaç göçmen hastanız var?
.....
54. Bölgenizde ortalama kaç göçmen çocuk hastanız var?
.....
55. Göçmen çocuk hastaların polikliniğe başvurduğu en sık yakınma nedir? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz.)
- j. Ateş
 - k. Öksürük
 - l. Burun Akıntısı
 - m. Karın Ağrısı
 - n. Kusma
 - o. İshal
 - p. İdrar Yaparken Yanma
 - q. Deride kızarıklık, kaşıntı
 - r. Diğer (Belirtiniz
56. Sizce, göçmen çocuk hastaların poliklinikte aldığı en sık tanı nedir?
- h. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
 - i. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
 - j. Akut Gastroenterit
 - k. İdrar Yolları Enfeksiyonu
 - l. Yumuşak Doku Yaralanmaları
 - m. Cilt Enfeksiyonları
 - n. Diğer (Belirtiniz:
57. Bölgenizde bulunan göçmenlerin ekonomik durumlarını nasıl tanımlarsınız?
- a. Çok Kötü
 - b. Kötü
 - c. Orta
 - d. İyi
 - e. Çok İyi

C. AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ GÖÇMEN ÇOCUKLARIN SAĞLIK HİZMETİ ALIMI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aşağıdaki önermelerde göçmen çocukların sağlık hizmeti alımlarını düşünerek sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum.	Katılmıyorum.	Kararsızım.	Katılıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum.
Göçmen çocukların ,					
29. Aileleri aile sağlığı merkezine başvuru sırasında ulaşım zorluğu yaşarlar.					
30. Ailelerinin ekonomik durumu iyi olmayanlar sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadırlar.					
31. Geçici koruma kimlik belgesi sahibi olmaları sağlık hizmetleri kullanımını olumlu etkiler.					
32. Aşılari ve çocukluk çağı takipleri için ailelerinin telefon numaraları çok sık değiştiği için sorun olmaktadır.					
33. Aşılari ve çocukluk çağı takipleri için ailelerin sık adres değişiklikleri olması sorun yaratmaktadır.					
34. Aileleri Türkçe bilmedikleri için sağlık hizmeti almak için başvurmaya çekinmektedirler.					
35. Aileleri sağlık okuryazarlığı düşük olduğu için çocuklarının koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması için getirmemektedirler					
36. Aileleri kız çocuklarını sağlık hizmetlerine erkek çocuklarından daha az getirmektedirler.					
37. Ailelerinin çocuklarını yetiştirirken ceza vermeyi şiddet olarak algılamadığı görüşüneyim.					

D. GÖÇMEN ÇOCUK SAğLIK HİZMETLERİ HAKKINDA DEğERLENDİRME

Aşağıdaki maddelerde göçmen çocukların sağlık hizmeti sunumunu düşünerek sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Sıkıntı yaşamıyorum	Kismen	Farkında değilim	Kismen yaşıyorum	Çok sıkıntı yaşıyorum
38. Gebelik izlemi					
39. Emzirme eğitimi					
40. Poliklinik randevularına uyum					
41. Çocukluk çağı taramaları					
42. Aşı izlemi					
43. Çocuk beslenmesi eğitimi					
	Sıkıntı yaşamıyorum	Kismen	Farkında değilim	Kismen yaşıyorum	Çok sıkıntı yaşıyorum
44. Artmış izlem/eğitim süresi					

45. ilaç/tedavi uygulamaları					
------------------------------	--	--	--	--	--

E. GEBELİK, EMZİRME, AŞILAMA VE İSHALLİ HASTALIKLARDA GÖÇMEN AİLELERİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARI HAKKINDA AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ DÜŞÜNCELERİ

Aşağıdaki maddelerde göçmen ailelerin gebelik, emzirme, aşılama ve ishelli hastalıklarda göçmen ailelerin bilgi ve davranışları hakkında önermelerden sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	1-Tamamen yanlış	2-Yanlış	3-Kısmen doğru	4-Doğru	5- Çok doğru
Suriyeli kadınlar arasında					
46. Gebelik 'Doğal bir süreçtir, kontrollere gelmek gerekmez.' düşüncesi yaygındır.					
47. Gebelik döneminde şikayetlerini anlatması ayıp olarak algılanmaktadır.					
48. Gebe kadınlar takiplere eşleri izin vermezse gelemesler.					
49. Gebe kadınlar izlemlere yalnız başlarına gelebilirler.					
Emzirme döneminde Suriyeli anneler					
50. Aile büyüklerinin önerilerini uygularlar.					
51. Emzirmeyi doğal bir olay olarak kabul edilir, ek öneriye gereksinim duymazlar					
52. Türkçe bilmemeleri emzirme eğitimi almalarını olumsuz etkiler.					
Aşılama Hizmetleri					
53. Göçmen aileler aşuların çocuklarına zarar vereceğini düşünmektedir.					
54. Göçmen aileler çocuklarının aşı takvimine uygun olarak aşılanmasını önemsemezler.					
55. Göçmen aileler aşı kartını saklamayı önemsemezler.					
İshelli Hastalıklar					
56. Aileler, çocukların ishal olmasını olağan karşılarlar.					
57. Aileler, ishalde sıvı tedavisi konusunda bilgi sahibi değildir.					
58. Aileler, çocuklarını sık olarak emzirek iyileştirirler.					
59. Aileler kolay geçeceğini düşünerek doktora başvurmak istemezler.					

F. GÖÇMEN AİLELERİN BAZI DURUMLARDA YAPTIĞI UYGULAMALARLA AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aşağıdaki maddelerde göçmen ailelerin bazı durumlarda yaptığı uygulamalarla ilgili karşılaşma sıklığınızla ilgili sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Çocuk ateşlendiğinde;					

60. Kalın örtüyle örtme					
61. Kolonya/sirke ile ovma					
62. Soğuk su altında bekletme					
Çocukta nezle olduğunda,					
63. Burnuna tuzlu su (SF) damlatmak					
64. Reçete edilmeksizin antibiyotik kullanımı					
65. Sık emzirmek					
Çocukta karın ağrısı olduğunda,					
66. Çörek otu yağı, soda içirme					
67. Sıcak havlu koyma					
68. Ağrı kesici ilaç verme					

G. AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ GÖÇMEN HASTA BAKIM SÜRECİNDEKİ BİLGİ VE DESTEK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Aşağıda göçmen hasta bakım sürecindeki bilgi ve destek ile ilgili önermelerden sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	1. Çok Kötü	2. Kötü	3. Orta	4. İyi	5. Çok İyi

69. Göçmen çocukta şiddet ve istismarla karşılaştığımda bu durumu bildirim konusunda bilgi sahibiyim.					
70. Bağlı bulunduğum ilçe sağlık müdürlüğünde göçmen çocuklarla ilgili sosyal hizmet uzmanından destek alabilirim.					
71. Göçmen çocuklara yaklaşım sırasında özel olarak oluşturulmuş rehberleri kullanabiliyorum.					
72. Göçmen çocuk sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitimlerden yararlandım.					

H. BİRİNCİ BASAMAK ÇALIŞANLARINDA KÜLTÜREL YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılıyorum.	Katılıyorum.	Kararsızım.	Katılmıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Meslektaşlarıma, çeşitli kültürlerin farklılık ve benzerliklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
2. Meslektaşlarıma, farklı kültürlerden gelen birey-aile-topluma yönelik sağlık hizmetlerini nasıl planlayacaklarını öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
3. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini göstermek için örneklerden yararlanabilirim.					
4. Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini meslektaşlarıma öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
5. Kültürel faktörlerin, sağlık hastalık konusundaki inanç/davranışlar üzerindeki etkilerini farklı etnik geçmişi olan birey-aile-topluma açıklayabilirim.					
	Kesinlikle katılıyorum.	Katılıyorum.	Kararsızım.	Katılmıyorum.	Kesinlikle Katılmıyorum
6. Her birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları ile ilgili bilgileri toplamak benim için kolaydır.					
7. Meslektaşlarıma, sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgileri öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
8. Meslektaşlarıma, farklı kültür gruplarından olan birey-aile-topluma sağlık hizmeti verirken nasıl uygun davranış sergileyeceklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.					
9. Sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgi ya da kuramları biliyorum.					

10. Kültürün, birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkisini açıklayabilirim.					
11. Sağlık, hastalık ve kültürle ilgili bilgi toplama yöntemlerini biliyorum.					
12. Farklı kültürel geçmişi olan bireyler-aileler-toplumlar arasındaki sağlık ve hastalık inançlarını karşılaştırabilirim.					
13. Farklı kültürel geçmişi olan bireyin-ailenin-toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerini kolaylıkla belirleyebilirim.					
14. Sağlık hizmeti verirken, farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumun gereksinimlerini karşılayabilirim.					
15. Birey-aile-toplumun sağlık/hastalık inancı ile kültürü arasındaki ilişkiyi açıklayabilirim.					
16. Sağlık hizmetlerinin hedeflerini, birey-aile-toplumun kültürel geçmişine göre belirleyebilirim.					
17. Farklı kültürlerden olan grupların inançlarını anlamak için genellikle çok çaba gösteririm.					
18. Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-topluma bakım verirken, genellikle onların kültürel normlarına uygun davranırım.					
19. Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumla iletişim kurabilirim.					
20. Birey-aile-toplumun sağlık inanç/davranışları ile sağlık hizmetlerindeki bakım uygulamaları arasındaki farklılıkları onlarla konuşurum.					

73. Göçmen hastaya hizmet vermenin zorluk derecesi 1- 5 arasında en kolaydan en zora doğru sizin için kaç puandır?

1		2	3	4	5

82. Pandemi sırasında göçmen çocuk sağlığı ile ilişkili aşağıdaki hizmetlerden en çok hangisinin etkilendiğini düşünüyorsunuz?

- a. Gebe izlemi
- b. Aşılama hizmetleri
- c. Tarama programları
- d. Hastalık için başvuru
- e. Diğer (Belirtiniz

EK 3: T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Başvurusu Onayı

YÖK Yürütme Kurulu'nun 13.05.2020 tarihli toplantısında alınan karar gereği kişisel verilerin korunması amacıyla onay paylaşılmamıştır.

EK 4: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

YÖK Yürütme Kurulu'nun 13.05.2020 tarihli toplantısında alınan karar gereği kişisel verilerin korunması amacıyla onay paylaşılmamıştır.

EK 5: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Araştırma Onayı

YÖK Yürütme Kurulu'nun 13.05.2020 tarihli toplantısında alınan karar gereği kişisel verilerin korunması amacıyla onay paylaşılmamıştır.

Ek Tablo 1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı
(Ankara, 2022)

KYÖ Puanı	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)
Meslektaşlarıma, çeşitli kültürlerin farklılık ve benzerliklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	2,8±1,1	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,1	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,1	3,0(1,0-5,0)
Meslektaşlarıma, farklı kültürlerden gelen birey-aile-topluma yönelik sağlık hizmetlerini nasıl planlayacaklarını öğretebilir ve rehberlik edebilirim	2,7±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini göstermek için örneklerden yararlanabilirim.	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,2±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürlerden gelen birey-aile-toplum ile iletişim kurma becerilerini meslektaşlarıma öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	2,7±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)
Kültürel faktörlerin, sağlık hastalık konusundaki inanç/davranışlar üzerindeki etkilerini farklı etnik geçmişi olan birey-aile-topluma açıklayabilirim.	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)
Her birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları ile ilgili bilgileri toplamak benim için kolaydır.	2,7±0,9	3,0(1,0-5,0)	2,8±1,1	3,0(1,0-5,0)	2,8±1,0	3,0(1,0-5,0)
Meslektaşlarıma, sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgileri öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	2,7±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)
Meslektaşlarıma, farklı kültür gruplarından olan birey-aile-topluma sağlık hizmeti verirken nasıl uygun davranış sergileyeceklerini öğretebilir ve rehberlik edebilirim.	2,8±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)

Ek Tablo 1. (Devamı) Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

KYÖ Puanı	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Ortalama ±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama ±ss	Ortanca (EKD- EBD)	Ortalama± ss	Ortanca (EKD- EBD)
Sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel bilgi ya da kuramları biliyorum.	2,8±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)
Kültürün, birey-aile-toplumun sağlık/hastalık konusundaki inanç/davranışları üzerindeki etkisini açıklayabilirim.	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,1±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)
Sağlık, hastalık ve kültürle ilgili bilgi toplama yöntemlerini biliyorum.	2,7±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	2,9±0,9	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürel geçmişi olan bireyler-aileler-toplumlar arasındaki sağlık ve hastalık inançlarını karşılaştırabilirim.	2,8±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)	2,9±1,0	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürel geçmişi olan bireyin-ailenin-toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerini kolaylıkla belirleyebilirim.	2,8±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	2,9±0,9	3,0(1,0-5,0)
Sağlık hizmeti verirken, farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumun gereksinimlerini karşılayabilirim.	3,0±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)
Birey-aile-toplumun sağlık/hastalık inancı ile kültürü arasındaki ilişkiyi açıklayabilirim.	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)
Sağlık hizmetlerinin hedeflerini, birey-aile-toplumun kültürel geçmişine göre belirleyebilirim.	2,9±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,0±0,9	3,0(1,0-5,0)

Ek Tablo 1. (Devamı) Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Çalışanlarının Kültürel Yeterlilik Ölçeği Puanlarına Göre Dağılımı (Ankara, 2022)

KYÖ Puanı	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Toplam	
	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)	Ortalama±ss	Ortanca (EKD-EBD)
Farklı kültürlerden olan grupların inançlarını anlamak için genellikle çok çaba gösteririm.	3,2±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-topluma bakım verirken, genellikle onların kültürel normlarına uygun davranırım.	3,2±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,3±0,9	3,0(1,0-5,0)
Farklı kültürel geçmişi olan birey-aile-toplumla iletişim kurabilirim.	3,3±0,9	4,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,2±0,9	4,0(1,0-5,0)
Birey-aile-toplumun sağlık inanç/davranışları ile sağlık hizmetlerindeki bakım uygulamaları arasındaki farklılıkları onlarla konuşurum.	3,3±0,9	3,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)	3,3±1,0	3,0(1,0-5,0)