



Göçmenlerin Kentsel Sağlık Hizmetlerine Erişim Deneyimlerinin Çok Boyutlu İncelenmesi

Arife Şahin

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Şehir ve Bölge Planlama ABD
ORCID ID 0009-0002-8874-7303
E-mail: arifesahin695@gmail.com.tr

Fahriye Yavaşoğlu

Fırat Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü
ORCID ID: 0000-0003-0771-237X
E-mail: fahriyeyavasoglu@gazi.edu.tr

Seher Özkazanç (Sorumlu Yazar)

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Güzel Sanatlar ve Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü
ORCID ID: 0000-0001-7618-2494
E-mail: sozkazanc@erbakan.edu.tr

ÖZET

Bu çalışma, Konya kentinde yaşayan göçmenlerin kentsel sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini çok boyutlu bir çerçevede incelemeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim iletişim ve bilgiye ulaşma, ekonomik koşullar, sağlık güvencesi, fiziksel ve ruhsal sağlık durumları ile bağımlılık ve zararlı alışkanlıklar bağlamında ele alınmaktadır. Nitel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilen çalışma kapsamında, Konya Karatay Güçlendirilmiş Toplum Sağlığı Merkezinden hizmet alan 15 göçmen ve aynı merkezde görev yapan 9 sağlık çalışanı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler Nvivo 15 yazılımı kullanılarak içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırma bulguları, göçmenlerin sağlık hizmetlerine niceliksel olarak erişebilmesine karşın, erişimin niteliksel açıdan önemli eşitsizlikler barındırdığını göstermektedir. Dil bariyerleri, sağlık sistemine ilişkin bilgi eksikliği, ekonomik yetersizlikler, sağlık sigortası sahipliğinin sınırlılığı ve ayrımcılık algısı, göçmenlerin sağlık hizmetlerinden eşit ve etkin biçimde yararlanmasını zorlaştıran temel faktörler olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca ruhsal sağlık hizmetlerine erişimin son derece sınırlı olduğu ve psikososyal destek mekanizmalarının yeterince kullanılmadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının görüşleri ise iletişim sorunlarının yaygınlığına, hizmet sunumunda yapısal/mekânsal yetersizliklere ve ekonomik kırılganlıkların sağlık durumunu olumsuz etkilediğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kentsel Sağlık Hizmetleri, Göçmen Sağlığı, Sağlık Eşitsizlikleri, Mülteci, Sığınmacı, Nitel Analiz

A Multidimensional Examination of Migrants' Experiences in Accessing Urban Healthcare Services

ABSTRACT

This study aimed to analyze the experiences of migrants in the province of Konya regarding their access to urban healthcare services from a multidimensional perspective. Access to healthcare services was evaluated in the context of communication and access to information, economic conditions, health insurance, physical and mental health conditions, and addiction and harmful habits. Within the scope of the study, which was carried out with a qualitative research method, semi-structured in-depth interviews were held with 15 migrants receiving services from the Konya Karatay Enhanced Migrant Health Center and 9 healthcare workers employed at the same center. The collected data were subjected to content analysis using the NVivo 15 program. The results showed that although migrants had quantitative access to healthcare services, this access had significant inequalities in the qualitative sense. The main factors that made it difficult for migrants to utilize



healthcare services in an equal and effective manner were inadequate knowledge about the healthcare system, financial difficulties, limited ownership of health insurance, and perceived discrimination. It was also found that access to mental healthcare services was highly limited, and psychosocial support mechanisms were not sufficiently utilized. The views of healthcare workers indicated the prevalence of communication problems, structural and spatial shortcomings in the provision of services, and the negative effects of financial vulnerabilities on health.

Keywords: Urban Healthcare Services, Migrant Health, Inequalities in Healthcare, Refugees, Asylum Seekers, Qualitative Analysis

GİRİŞ

Göç mekânsal bir hareketlilik olarak algılanmakla birlikte, aslında yerinden edilme ve yeniden yerleşmeyi kapsayan, fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürel boyutları olan, dinamik bir değişim sürecini işaret eden bir kavramdır. Bu bağlamda göçmenler ekonomik sıkıntılar, iklim değişikliği, savaş, dini ve etnik baskı gibi zaruri sebeplerden dolayı ülkesini terk etmek zorunda kalan ve göç sürecinde çok boyutlu güçlükler yaşayan kişilerdir. Bu çalışmada göçmen terimi Türkiye'ye başka bir ülkeden zaruri nedenlerle gelmiş, bir yıl veya daha fazla bir süre kalma niyeti veya olasılığı bulunan kişiler için kullanılmaktadır. Bu bağlamda çalışmada göçmenler; mültecileri, sığınmacıları, yabancı uyrukluları ve geçici koruma altındaki bireyleri temsil etmektedir.

2025 yılı itibari ile Türkiye'de en çok "Suriyeli" göçmen bulunmaktadır. Bilindiği üzere Suriye'de 2011 yılında başlayan Arap Baharı hareketi ve sonrasında şiddetlenen savaş neticesinde altı milyondan fazla kişi yerinden edilmiş, küresel bir göç krizi yaşanmıştır. Uluslararası gelişmeler (Ukrayna, İran, Afganistan, Filistin vb. örnekler) düşünüldüğünde yakın gelecekte de kitlesel göç krizlerinin açığa çıkabileceği tahmin edilmektedir. Yaşanan (ve ilerideki olası) kitlesel göç hareketlerine karşı çoğu ülkenin hazırlıksız olduğu Suriye krizinde kendini göstermiştir. Nitekim Suriyelilerin göç ettiği ülkelerin, ekonomik, sosyal ve yönetsel açıdan gerekli yeterlilikleri kente yeni gelenler için sağlayamadıkları gözlenmiştir. Yapısal yetersizliklerin başında ise temel insani gereksinimlerden biri olan sağlık hizmetleri gelmektedir. Çoğu göçmenin geldikleri ülkenin dilini tam olarak konuş(a)maması ve sağlık sisteminin işleyişi hakkında bilgi sahibi ol(a)maması sebebiyle olanaklara erişimde sınırlılıklar yaşadığı bilinmektedir. Bu durum göçün en büyük zorluklarından biri olarak literatürde yerini alırken, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını iyi yönetmenin hayati bir önem taşıdığı da görülmektedir. Göçmenlerin potansiyel riskli/kırılgan grupta yer alması onların göç öncesi, sırası ve sonrasında bir dizi sağlık sorununa maruz kalmalarından kaynaklanmaktadır.

Göçmenlerin kentte sağlık hizmetlerine erişimi hem yapısal hem de pragmatik boyutlarıyla birlikte ele alması gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Norredam vd. (2011) göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunu, pragmatik gerekçeler açısından iki şekilde ele almaktadır. İlki ev sahibi ülkelerin başarılı bir toplumsal entegrasyon/uyum için göçmenlerin sağlığını korumak istemesi bağlamıdır. İkincisi ise ahlaki gerekçelerdir. Nitekim sağlık, insani bir hak olarak düşünüldüğünde, devlet göçmenler de dahil olmak üzere tüm sakinlerine erişilebilir, uygun ve etkili hizmetler sunmakla yükümlüdür. Sağlığın insani hak olarak tanımı, kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gereken önlemlerin alınmasını, hastalık hâlinde tedavi olmasını ve kamusal sağlık kurumlarından yararlanmasını ifade etmektedir (Metin, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (2005) sağlık hakkının temel bileşenlerini bulunabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite olmak üzere dört başlıkta ele almaktadır. Bulunabilirlik; yaş, cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik durum fark etmeksizin herkes için yeterli sayıda sağlık tesislerinin, ürünlerinin ve hizmetlerinin olması gerektiğini ifade etmektedir. Erişilebilirlik hizmetlere, tesislere ve sağlık bilgilerine fiziksel ve ekonomik erişim ile; kabul edilebilirlik tıbbi etik kurallarına saygı, kültürel uygunluk ve cinsiyet duyarlılığı ile; kalite ise sunulan hizmet ve tesislerin standartları ile ilgilidir. Penchansky ve Thomas (1981) sağlık hizmetlerine erişimi hastalar ve sağlık hizmetleri arasındaki uyum olarak tanımlamaktadır ve erişilebilirlik, bulunabilirlik, kabul edilebilirlik,



uygun fiyat ve konaklama gibi uyum derecesini etkileyen farklı ancak birbirine bağımlı çeşitli boyutları içerdiğini öne sürmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal statü ve ekonomik düzeyle bağlantılı biçimde göçmenlerin devlet ve kurumlarıyla kurduğu ilişkileri şekillendirmektedir (Genç ve Elitsoy, 2024). Bradby vd. (2015) göçmenlerin sağlık hizmeti erişimlerinde yasal statülerinin muğlaklığını önemli bir belirleyici olarak göstermektedir. Ülkelerde kayıt dışı bulunan, geçici koruma statüsünde veya oturma izni olan, mülteci veya düzensiz göçmen gibi farklı yasal tanımlamalar nedeniyle göçmenlerin sağlık hizmetine erişim düzeyleri değişmektedir. Bu farklı yasal statüler göçmen gruplarının sağlık kurumlarına başvuru oranlarını da etkilemektedir. Nitekim Rodriges (2021) kayıt dışı göçmenlerin yalnızca acil sağlık hizmetlerinden yararlandığını, Caldach vd. (2008) göçmenlerin misafir ülke vatandaşlarına göre daha az sağlık hizmeti aldığını bildirmektedir. Biddle vd. (2023) göçmenlerin yeniden yerleşimden sonraki süreçte karşılaştıkları kısıtlayıcı sağlık hizmetlerinin sosyal ve yasal politikalar nedeniyle daha kötüleştiğini ifade etmektedir. Benzer bir biçimde Dourgnon vd. (2023) Avrupa Birliği'nde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde var olan göçmen sağlığı eşitsizliklerini vurguladıkları çalışmalarında karşılanmayan ihtiyaçlar ve hizmet kullanımına dikkat çekmiştir. Göç deneyimi, sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinde önemli eşitsizlikler yaratmaktadır. Örneğin Kameraaj vd. (2024) göç geçmişi olmayan bireyler (ilk grup) ile göç deneyimi olan bireylerin (ikinci grup) rutin sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden yararlanma düzeylerini inceledikleri çalışmalarında ikinci grubun sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çektiğini ve daha düşük oranda rutin sağlık kontrolü yaptırdığını bulmuştur.

Sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan sorunlar aslında göçmenlerin sağlık sistemleriyle kurduğu ilişkinin eşitsizlik üreten bir yapıda olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Babacan vd. (2017) çalışmalarında Hatay'a göç eden Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen sorunları; düşük eğitim ve gelir düzeyi, kronik rahatsızlıklar, Türkçe bilmemek, ilaç ek ödemeleri ve sağlık personelinin olumsuz tutumları şeklinde sıralamaktadırlar. Önal (2015) mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunları sağlık personeli ve hekimlerin sergiledikleri olumsuz tutumlar ile finansal yetersizlikler olarak tanımlamıştır. Kisa ve Kisa (2024) özellikle kayıt dışı göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde kültürel farklılıklar, sağlık eşitsizlikleri, dil engeli ve ekonomik kısıtlamalardan kaynaklı sorunlar yaşadığını ifade etmektedir. Pandey vd. (2021) kültürel ve dilsel farklılıkların sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilediğini, göçmenlerin ev sahibi ülkede kalış sürelerinin arttıkça sağlık durumlarının kötüleştiğini gözlemlemiştir. Peled (2018) göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde dil sorununa odaklanarak dili yeterince iyi kullanamamanın zekâ problemi gibi algılanabileceğine dikkat çekmektedir. Zimmerman vd. (2011) göçmenlere yönelik sağlık hizmeti sunumunda klinisyenlerin tıbbi uygulamaları ile sağlık politikalarının çoğu zaman kısıtlayıcı ve dışlayıcı uyumsuzluğuna dikkat çekmektedir. Bu çalışmalar göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları eşitsizliklerin kişisel özelliklerinden ziyade yasal statü, sosyo-ekonomik koşullar ve sağlık sistemlerinin yapısal sınırlılıklarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde belirleyici olan temel unsurlardan biri de sağlık sigortası varlığı ve kapsamıdır. Bu unsur dolaylı olarak bireylerin ekonomik düzeyiyle ilişkilidir. Nitekim sigortasız ve yoksul olan göçmenlerin dezavantajlılıklarının perçinlendiği literatürde çeşitli çalışmalarda açığa çıkmaktadır. Örneğin Siddiqi vd. (2009) sığınmacılara sağlık sigortası imkanının sağlanmasının birincil düzeydeki eşitsizlikleri gidereceğini bildirmektedir. Gelatt (2016) göçmenlerin sigorta ve sağlık hizmetlerine erişimini fiziksel sağlık ile ilişkilendirerek özellikle kayıt dışı göçmen çocukların yetersiz sağlık erişimine dikkat çekmektedir. Benzer bir biçimde Çallı (2016) Türkiye'de mülteci ve sığınmacıların sağlık sigortasından yararlanmasının, yasal düzenlemelerdeki farklılıklar ve statü belirleme güçlükleri nedeniyle eşitsiz biçimde gerçekleşmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Sheppard vd. (2014) Latin kökenli göçmenler üzerinde yaptıkları çalışmalarında algılanan ayrımcılık faktörlerine işaret etmektedir. Literatürdeki bulgular sağlık sigortasına yeterli erişimi bulunmayan göçmenlerin ayrımcılık algısının tetiklendiğini ortaya çıkarmaktadır.



Göç sürecinin göçmenlerin fiziksel sağlık durumları üzerindeki etkilerini anlamak amacıyla, literatürde göç öncesi, sırası ve sonrasında yaşanan deneyimler bağlamında şekillenen bazı fiziksel sağlık faktörlerinin (kapsamlı olarak) ele alındığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan literatür sağlıklı göçmen paradoksuna işaret etmektedir. Paradoks göçmenlerin ev sahibi ülkeye ilk geldiklerinde yerel halka göre daha iyi sağlık göstergelerine sahipken, zamanla bu avantajın belirgin biçimde zayıfladığına dikkat çekmektedir (Escobar vd., 2000; Fennelly, 2007). Chen'in (2011) Çin'de yaptığı çalışması benzer bulgular içermektedir, özellikle kentsel alana yapılan göçlerde fiziksel sağlık avantajının azaldığı görülmektedir. Chen (2011) ayrıca göçmenlerin ilk geldikleri yıllarda psikolojik rahatsızlık düzeyinin arttığına ve ruh sağlığına yönelik acil politika ihtiyacına işaret etmektedir. Elliott ve Gillie (1998) Kanada'da yaptıkları çalışmalarında göç sürecinin stres, yorgunluk ve rol çatışmalarına neden olduğunu, kadınların sağlık durumunun daha belirgin biçimde etkilendiğini ve göçmen duyarlı sağlık politikalarına duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Göçmenlerin duygusal, psikolojik ve sosyal sağlık risklerini araştıran çalışmalar incelendiğinde özellikle zorunlu göçün, kültürel-ekonomik kırılmalıklar ile cinsiyet temelli eşitsizlikleri artırdığı ve dolayısıyla ruhsal sağlığı olumsuz etkilediği görülmektedir. Nitelim Zheng vd. (2022) çalışmalarında göçmenlerde psikolojik rahatsızlıkların sık görülmesine rağmen ruh sağlığı hizmetlerinin (RSH) yeterince kullanılmadığını bulgulamıştır. Araştırmaya göre, kadın göçmenler erkeklere oranla RSH'lerle daha sık iletişime geçme eğilimindedir. Sengoelge vd. (2022) mültecilerin anksiyete ve depresyona yönelik sorun bildirme oranının (%62) İsveç vatandaşlarına (%37) kıyasla daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Brooks vd. (2022) Ürdün'de kamp dışında yaşayan Suriyeli mülteci kadınların daha fazla sağlık eşitsizliğine maruz kaldığını ve psikolojik durumlarının daha kötü olduğunu ifade etmektedir. Literatürde mülteci kadınların ruh sağlığı sorunları yaşama ihtimali yerinden edilme sırasında cinsel, fiziksel ve psikolojik istismara maruz kalma riskiyle ilişkilendirilmektedir (bkz. Jansen, 2006; UN Women, 2013). Benzer şekilde Carroll vd. (2023) literatürü derledikleri çalışmalarında zorunlu göçün ve göç yolculuğu sürecinin ruh sağlığını olumsuz etkileyerek çeşitli psikolojik rahatsızlıklarda ciddi bir artışa neden olduğunu bulgulamışlardır. Görüldüğü gibi göçmenlerin (özellikle kadın göçmenlerin) ruh sağlığı açısından derinleşen bazı risklerle karşı karşıya olduğunu söylemek mümkündür.

Literatürde göçmen sağlığı kapsamındaki bir diğer konu ise sıklıkla sosyo-ekonomik yapı, aidiyet ve ruhsal sağlıkla ilişkilendirilen bağımlılık ve zararlı alışkanlıklar hususudur. Grüsser vd. (2005) uyuşturucu bağımlılığının göçmenlerde anksiyete ve depresyon durumunu artırdığını saptamıştır. Ayrıca bağımlı göçmenlerin göç sonrasında stresle baş etme ve yaşam memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu, dil ve ekonomik engellerin ise tedaviye erişimi belirgin bir şekilde sınırladığı tespit edilmiştir. Maina vd. (2023) Kanada'da yaptıkları çalışmalarında göçmenlerin uyum stresi nedeniyle madde kullanım eğilimi açısından gizli bir risk barındırdığını ifade etmektedir. Göçmenler damgalanma, utanç ve mevcut hizmetler hakkında bilgi eksikliği gibi çeşitli zorluklar nedeniyle önleyici ve tedavi edici hizmetlere erişimde engellerle karşılaşmaktadır.

Göçün dinamik ve değişken yapısı göçmen nüfus içerisinde farklı/değişen grupları ortaya çıkarabilmektedir. Bu grupların sağlık hizmetlerine erişimi, sağlığa ilişkin beklenti ve ihtiyaçları da çeşitlenmektedir. Bu bağlamda Konya'da göçmenlerin kentsel sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin saptanması, mevcut durumun değerlendirilmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi açısından özgün bir araştırma alanı oluşturmaktadır. Çalışma sağlık hizmeti alan göçmenler ile sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları özelinde iki kategoride ele alınmaktadır. Çalışmada göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim deneyimleri literatürde sıklıkla karşılaşılan dört ana tema altında değerlendirilmektedir. Bu temalar; sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde iletişim ve bilgi sorunları, ekonomik durum ve sağlık sigortası varlığı, fiziksel ve ruhsal sağlık faktörleri ile bağımlılıklar ve zararlı alışkanlıklardır. Sağlık çalışanları bölümü ise iletişim, dil ve bilgi kaynaklı sorunlar, sağlık hizmeti sunumunda kaygı ve hijyen, hizmete erişim düzeyi, güven ve algılar, sağlık güvencesi ve ekonomik faktörler ile iyileştirme önerileri bağlamında incelenmektedir.



1. Türkiye’de Göçmen Sağlığı Politikaları

Türkiye Suriye krizinin başlangıcından bu yana açık kapı politikası izlemiştir. Göç İdaresi Başkanlığı’nın (2025a) Nisan ayı verilerine göre Türkiye’deki yabancı uyruklu sayısının (4.043.215 kişi) yaklaşık %70’ini Suriyeliler oluşturmaktadır. Bu sebeple Suriyeli göçmenlere yönelik ayrı bir sağlık hizmeti tanımlanmıştır, Sağlık Bakanlığı ve Göç İdaresi tarafından geçici koruma kimlik belgesi olan Suriyelilere temel ve acil sağlık hizmetleri ile ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tedavi imkânı sunulmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın Arapça başta olmak üzere 6 dilde hizmet veren telefon çağrı hizmeti uygulaması mevcuttur. Avrupa Birliği ile yürütülen SIHHAT projesi nihayetinde ise Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) kurulmuştur. Bu merkezlerin kurulma amacı Türkiye’de geçici koruma altındaki Suriyelilere temel sağlık hizmetlerini daha etkin sunmak, dil ve kültür kaynaklı engelleri azaltmak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktır. Suriyelilerin yoğun olarak yaşadığı bölgelerde toplum sağlığı merkezlerine bağlı birimler olarak faaliyet gösteren bu merkezler, aile hekimliği modeline benzer şekilde yapılandırılmakta ve ortalama her 4.000 kişiye bir hekim ve yardımcı sağlık personeli düşecek biçimde hizmet vermektedir (Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2025b). Kimlik belgesi bulunmayan kayıt dışı göçmenler, yalnızca acil sağlık hizmetlerinden ve bulaşıcı/salgın hastalıklara karşı koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir (Keleşmehmet, 2018).

Ülkemizde Suriyeli olmayan uluslararası göçmenler için kurulan Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) başta Pakistan, Afganistan ve Irak olmak üzere farklı uyruklu göçmenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla planlanmıştır. Göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı ilçelerde Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde yapılandırılan bu polikliniklerde koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye öncelik verilmektedir. YUP’ların bölgesel ihtiyaçlara göre dil bilen personelle desteklenmesi ve merkezlerde görev yapan sağlık çalışanlarının göç ve göçmen sağlığı alanında eğitilmesi yoluyla göçmenlere yönelik sağlık hizmeti sunum kapasitesinin artırılması hedeflenmektedir (Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2025b).

2. Çalışma Alanı, Yöntem ve Görüşme Tasarımı

Konya ilinde toplam beş Göçmen Sağlığı Merkezi hizmet vermekte olup, bu merkezlerde 17 hekim ve 87 Suriyeli sağlık çalışanı görev yapmaktadır (Konya İl Sağlık Merkezi, 2019). Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Hizmetleri ise Karatay, Selçuklu ve Meram Larende Göçmen Sağlığı Merkezleri olmak üzere üç ilçede sunulmaktadır. Bu kapsamda saha araştırmasının tek bir merkezde derinlemesine yürütülmesini sağlamak, gerekli izinlerin alınmasını kolaylaştırmak, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin kurumsal işleyişi ve göçmenlerin hizmetlere erişim deneyimlerini bütüncül bir çerçevede analiz edebilmek amacıyla Konya Karatay Güçlendirilmiş GSM ve çevresi çalışma alanı olarak belirlenmiştir. Karatay ilçesi (özellikle Şems Tebrizi ve Doğanlar Mahalleleri) kentte göçmen nüfusun yoğun olarak yaşadığı bölgeler arasında yer almaktadır. Bu durum araştırmada göçmenlerin kentsel sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları fiziksel, sosyal ve ekonomik dinamiklerin analiz edilmesine olanak sağlamaktadır.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerine erişim sürecinin doğrudan kullanıcıları olan göçmenlerin bireysel deneyimleri, algıları ve karşılaştıkları engeller ele alınmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının hizmet sunumunun kurumsal ve mesleki boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri ile uygulama sürecinde karşılaşılan güçlükler ve sağlık sisteminin işleyişine dair gözlemleri incelenmektedir. Bu kapsamda araştırmada nitel analiz yöntemi kullanılmış; 15 göçmen ve 9 sağlık çalışanı olmak üzere toplam 24 katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenirken nitel yazındaki veri doygunluğu ilkesi esas alınmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan ampirik çalışmalarda veri doygunluğuna ulaşmak için gereken görüşme sayıları konusunda ilk 6-12 görüşmenin kritik olduğu vurgulanmaktadır. Nitekim Morgan (1997) temel bilgilerin çoğunun ilk 5-6 görüşmede elde edildiğini 20 görüşmeden sonra ise ek bilgi kazanımının oldukça azaldığını, tekrarların arttığını saptamıştır. Benzer bir şekilde Guest vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada temaların %70’inin ilk 6 görüşmede, %92’sinin ise ilk 12 görüşmede ortaya çıktığı



bulgulanmıştır. Bu bağlamda çalışmada gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin araştırma sorularını yanıtlamak ve kentsel sağlık hizmetlerine erişim dinamiklerini kapsayıcı bir şekilde analiz etmek için yeterli düzeyde olduğu kabul edilmiştir. Sahada veri toplama aşaması 25.11.2025 ile 23.12.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın etik izni Necmettin Erbakan Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (E-66991687-050-773648 sayılı karar).

Araştırmada ilk olarak göçmenlerle yapılacak görüşmelerin çerçevesi (ilgili literatürden yararlanılarak) çizilmiştir. Bu bağlamda belirlenen temalar ve görüşme soruları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Göçmenlere yönelik temalar ve görüşme soruları

Temalar	Derinlemesine görüşme soruları
Sosyo-Demografik bilgiler	Yaş / Cinsiyet / Eğitim düzeyi / Medeni durum / Uyrak / Ana dil
Sağlık hizmetlerine erişim	1. Sağlık kontrollerinizi düzenli olarak yaptırıyor musunuz? / Cevabınız evet ise, sağlık kontrollerinizi hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz? 2. Acil durumlarda sağlık kuruluşuna kendi imkânlarınızla başvurabiliyor musunuz? / Cevabınız hayır ise, sağlık kuruluşuna başvuramamanızın temel nedeni nedir? 3. Sağlık kuruluşlarında hizmet alırken ayrımcılığa maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz? 4. Sağlık hizmetlerinden Türk vatandaşları ile eşit koşullarda yararlandığınızı düşünüyor musunuz? / Cevabınız hayır ise, bunun nedenlerini belirtir misiniz?
Sağlık hizmetlerinde iletişim ve bilgi sorunları	5. Sağlık hizmetlerine erişim sürecinde iletişim kaynaklı sorunlar yaşıyor musunuz? 6. Sağlık kuruluşlarında yasal statünüz ve haklarınız konusunda bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
Ekonomik durum ve sağlık sigortası varlığı	7. Herhangi bir sağlık sigortanız bulunmakta mıdır? / Cevabınız evet ise, hangi sağlık sigortası kapsamında hizmet almaktasınız? 8. Medikal ürünlere (örneğin iştirme cihazı pili, tıbbi sarf malzemeleri vb.) erişim sağlayabiliyor musunuz? 9. Kullandığınız medikal ürünler veya ilaç erişiminde kamu desteği alıyor musunuz?
Fiziksel ve ruhsal sağlık faktörleri, bağımlılıklar ve zararlı alışkanlıklar	10. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 11. Ülkenizde yaşanan çatışmalar veya patlamalar sonucunda herhangi bir fiziksel yaralanma yaşadınız mı? / Cevabınız evet ise, yaralanmanın etkilendiği vücut bölgesini belirtir misiniz? 12. Duygusal veya ruhsal sorunlarınız nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu? 13. Kendinizin veya ailenizden bir bireyin sigara, alkol veya madde bağımlılığı bulunuyor mu? / Cevabınız evet ise, hangi tür bağımlılık söz konusudur? 14. Bağımlılık durumu göç süreci sonrasında mı ortaya çıktı yoksa göç öncesinde de mevcut muydu?

İkincil olarak sağlık çalışanları ile yapılacak görüşmeler tasarlanmıştır. Görüşmeler sosyo-demografik bilgiler, hizmet sunumunda iletişim ve dil kaynaklı sorunlar, göçmenlerin güven duygusu ve algıları, göçmenlerin sağlık güvencesi ve ekonomik faktörlere bağlı hizmete erişim durumu ve iyileştirme önerilerine yönelik bilgileri kapsamaktadır (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık çalışanlarına yönelik temalar ve görüşme soruları

Tema	Derinlemesine görüşme soruları
Sosyo-demografik bilgiler	Yaş / Cinsiyet / Uyrak / Ana dil / Meslek
İletişim, dil ve bilgi kaynaklı sorunlar	1. Göçmen hastalarınız ile iletişimde zorluk yaşıyor musunuz? 2. İletişim problemleri nedeniyle tanı ve tedavi süresinin uzadığını düşünüyor musunuz? 3. Toplumsal cinsiyet normları hastalarda güçlük yaratıyor mu? 4. Göçmen hastalar ile dil problemi haricinde sorun yaşıyor musunuz? / Cevabınız evet ise ne tür sorunlar yaşıyorsunuz?

Sağlık hizmeti sunumunda kaygı ve hijyen	7. Göçmenlere sağlık hizmeti sunmaktan korkuyor musunuz? / Cevabınız evet ise nedeni nedir? 8. Göçmenlere sağlık hizmeti sunarken hijyen problemiyle karşılaşılıyor musunuz?
Hizmete erişim düzeyi, güven ve algılar	5. Göçmenlerin sağlık çalışanlarına karşı güven eksikliği olduğunu düşünüyor musunuz? / Cevabınız evet ise nedenini açıklar mısınız? 6. Göçmenlerin sağlık hizmetlerinde, yönlendirme süreçlerine ve hizmet sağlayıcılarına erişim konusunda güçlük yaşadığını düşünüyor musunuz?
Sağlık güvencesi ve ekonomik faktörler	9. Sağlık güvencesi olmayan göçmenler ile karşılaştığınızda sorun yaşıyor musunuz? / Cevabınız evet ise ne tür sorunlar ile karşılaşıyorsunuz? 10. Göçmen hastalarda ekonomik yetersizliğin hastalığı tetikleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?
İyileştirme önerileri	11. Göçmenler için sağlık alanındaki düzenlemeleri ve destekleri yeterli buluyor musunuz? 12. Göçmenlerin sağlık kurumlarındaki durumunu iyileştirmek için öneriniz var mı?


Saha çalışması sonucunda elde edilen görüşme formlarının her biri ayrı bir metin dosyası olarak deşifre edilmiş ve Nvivo 15 yazılımı kullanılarak içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi kapsamında üst temalar bu çalışmanın kuramsal perspektifi kapsamında belirlenmiştir. Alt tema ve kodlar katılımcıların iletilerinin/dönütlerinin içeriklerinden elde edilerek temaya uygun şekilde gruplandırılmıştır. Analizler göçmen ve sağlık çalışanları görüşmeleri için 2 farklı temel grupta birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda göçmen görüşmelerinden sağlık hizmetlerine erişim, iletişim sorunları, ekonomik durum ve fiziksel ve ruhsal sağlık temalarına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Benzer şekilde sağlık çalışanları görüşmelerinden ise iletişim ve bilgi sorunları, güven ve algılar, ekonomik faktörler ve iyileştirme önerileri olmak üzere dört temel kategoride bulgular saptanmıştır.

3. Bulgular

Bu çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesi sürecinde, göçmenler ile sağlık çalışanları ayrı gruplar halinde ele alınmış, her iki gruba ilişkin veriler karşılaştırmalı ve bütüncül bir yaklaşımla analiz edilmiştir. Analiz sürecinde öncelikle göçmen katılımcılardan elde edilen bulgulara odaklanılmıştır. Göçmen katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile görüşmelerin gerçekleştirildiği mekânlara ilişkin bilgiler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Göçmen katılımcıların sosyo-demografik bilgileri

Katılımcı No	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Medeni Durum	Dil	Uyruk	Görüşme Yeri
G1	Erkek	22	İlkokul	Bekar	Somalice	Somali	
G2	Erkek	26	İlkokul	Evli	Arapça	Suriye	
G3	Kadın	29	İlkokul	Evli	Arapça	Suriye	
G4	Kadın	29	Lise	Evli	Arapça	Suriye	
G5	Erkek	40	İlkokul	Evli	Arapça	Suriye	
G6	Erkek	35	Lise	Bekar	Arapça	Suriye	
G7	Kadın	21	Lisans	Bekar	Arapça	Suriye	
G8	Erkek	35	İlkokul	Evli	Özbekçe	Özbek	
G9	Erkek	22	Lisans	Bekar	Somalice	Somali	
G10	Erkek	41	-	Evli	Arapça	Sudan	
G11	Kadın	45	İlkokul	Evli	Arapça	Suriye	
G12	Erkek	21	-	Bekar	Arapça	Suriye	
G13	Erkek	52	İlkokul	Evli	Arapça	Suriye	

G14	Kadın	18	Lise	Bekar	Arapça	Suriye	
G15	Kadın	20	-	Evli	Arapça	Suriye	

Göçmen katılımcıların sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini düzenli sağlık kontrolleri, acil durumda sağlık hizmetine erişim ve ayrımcılığa bağlı erişim eşitsizliklerine ilişkin tematik içerik analiz bulguları Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Sağlık hizmetlerine erişim kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Göçmen)	Sıklık	Yüzde (%)	
Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu	Evet	3 ayda 1	G13	1	6,6
		6 ayda 1	G5, G6, G9, G14	4	26,6
		Yılda 1	G4, G7	2	13,3
		Evet toplam	G4, G5, G6, G7, G9, G13, G14	7	46,6
	Hayır, sadece ihtiyaç duyduğu zamanlarda (acil durum, hasta olmak vb.) Hayır toplam	G1, G2, G3, G8, G10, G11, G12, G15	8	52,8	
Acil durumda sağlık kuruluşuna erişme durumu	Kendi imkanlarıyla erişebilme	Evet	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G11, G12, G13, G14, G15	14	92,4
Ayrımcılığa bağlı erişim hali	Sağlık hizmeti alırken ayrımcılığa maruz kalma durumu	Evet	G3, G4, G6, G7, G9, G14	6	39,6
		Hayır	G1, G2, G5, G8, G10, G11, G12, G13, G15	9	59,4
	Sağlık hizmetlerinden T.C. vatandaşları ile eşit koşullarda yararlanma durumu	Evet	G2, G3, G6, G7, G10, G13	6	39,6
		Hayır	G1, G4, G5, G8, G9, G11, G12, G14, G15	9	59,4
Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.					

Bulgular, sağlık hizmetlerine erişimin niceliksel olarak mümkün olmasına karşın, katılımcıların yarısından fazlasının (%52,8) yalnızca ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerinden faydalandığını göstermektedir. Acil durumlarda sağlık kuruluşuna erişim açısından bakıldığında, katılımcıların çok büyük bir bölümünün (%92,4) kendi imkânlarıyla sağlık kuruluşlarına ulaşabildiği görülmektedir. Ayrımcılığa bağlı erişim hali incelendiğinde, katılımcıların %39,6'sı sağlık hizmeti alırken ayrımcılığa maruz kaldığını belirtmiştir. Bu oran, sağlık sistemine temas eden her üç katılımcıdan birinin ayrımcı deneyimler yaşadığını göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Benzer şekilde, katılımcıların yalnızca %39,6'sı sağlık hizmetlerinden Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ile eşit koşullarda yararlanabildiğini ifade ederken, çoğunluk (%59,4) bu eşitliğin sağlanamadığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim sürecinde katılımcıların karşılaştıkları iletişim temelli sorunları ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için gerekli olan yasal statü ve haklara ilişkin bilgi düzeylerine yönelik dönütler Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Sağlık hizmetlerine erişim sürecinde iletişim ve bilgi sorunları kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Göçmen)	Sıklık	Yüzde (%)
Erişimde iletişim kaynaklı sorunlar	Var	G2, G3, G4, G11, G15	5	33
	Yok	G1, G5, G6, G7, G8, G9, G12, G13, G14	9	59,4
Erişim için yasal statü ve haklar konusunda bilgi sahibi olma durumu	Var	G1, G5, G7, G12, G13, G14	6	39,6
	Yok	G2, G3, G4, G6, G8, G9, G11, G15	8	52,8



Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%33), sağlık hizmetlerine erişim sürecinde iletişim kaynaklı sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Bu sorunlar, sağlık personeliyle iletişim kuramama, yönlendirme eksikliği, dil bariyerleri ya da sağlık sisteminin işleyişine dair çeşitli etmenler gibi örtük engellere işaret etmektedir. Katılımcıların çoğunluğu (%59,4) iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Bu bağlamda katılımcılar, sağlık tesislerinde görev yapan tercümanların varlığını iletişim sorunu yaşanmamasının temel nedenlerinden biri olarak belirtmiştir. Dolayısıyla bulgular, erişim sürecinde yalnızca yapısal değil, aynı zamanda bilgiye ve iletişime dayalı kırılmalıkların da belirleyici olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların ekonomik durumları ve sağlık sigortası sahipliği ile medikal ürünlere erişim ve kamu desteklerinden yararlanma deneyimlerine yönelik bulgular Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Ekonomik durum ve sağlık sigortası kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Göçmen)	Sıklık	Yüzde (%)
Sigorta sahibi olma durumu	Var	G3, G4, G6, G7, G9, G13	6	39,6
	Yok	G1, G2, G5, G8, G10, G11, G12, G14, G15	9	59,4
Medikal ürünlere erişebilme durumu	Var	G2, G4, G6, G7	4	26,4
	Yok	G12, G14	3	19,8
	Bilmiyor	G1, G2, G3, G5, G8, G9, G10, G11, G15	9	59,4
Medikal ürünlere erişimde kamu desteği alma durumu	Var	G13	1	6,6
	Yok	G2, G4, G6, G12	4	26,4
	Bilmiyor	G3, G5, G7, G8, G9, G10, G11, G13, G14, G15	10	66

Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.

Katılımcıların çoğunun (%59,4) herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmadığı görülmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik güvencenin sınırlı olduğunu ve bireylerin sağlık sistemine daha çok sigortasız ve kırılmalık koşullarda dahil olduklarını göstermektedir. Medikal ürünlere erişim durumu incelendiğinde katılımcıların yalnızca %26,4'ü olumlu dönüt vermiştir. Buna karşın katılımcıların %19,8'i ürünlere erişemediğini belirtirken, çoğunluk (%59,4) erişim imkânı olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Medikal ürünlere erişimde kamu desteği alma durumuna bakıldığında ise bu kırılmalık daha da belirginleşmektedir. Katılımcıların yalnızca biri (%6,6) kamu desteğinden yararlandığını belirtirken, %26,4'ü herhangi bir destek almadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte katılımcıların üçte ikisinden fazlası (%66) kamu desteği alma imkânı konusunda bilgi sahibi olmadığını dile getirmiştir. Bu bulgu, kamu destek mekanizmalarında gerekli bilgilerin katılımcılara etkin biçimde aktarılmadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlık durumları, göç öncesi sağlık deneyimleri, psikososyal destek alma pratikleri ve bağımlılık örüntülerine yönelik bulgular Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Fiziksel ve ruhsal sağlık faktörleri kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Göçmen)	Sıklık	Yüzde (%)	
Sağlık durumu	Sağlıklı	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15	15	100	
Geldiği ülkede yaralanma durumu	Yaralanmış	G2, G5	2	13,2	
	Hayır	G1, G3, G4, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15	14	92,8	
Psikososyal destek alma durumu	Almış	G1, G11	2	13,2	
	Hiç almamış	G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G12, G13, G14, G15	13	85,8	
Kendisi ve/veya ailesinde bağımlılık geçmişi	Var	Sigara	G2, G3, G4, G5, G6, G7, G9, G11	8	52,8
		Ekran	G2, G3, G9,	3	19,8

		Madde	G12	1	6,6
		Toplam	G2, G3, G4, G5, G6, G7, G9, G11, G12	9	59,4
	Yok		G1, G7, G8, G10, G13, G14, G15	7	47,2
Bağımlılık durumu göç ilişkisi	Göçten önce de vardı		G2, G3, G5, G6, G9, G11, G12	7	47,2
	Göçten sonra	Başladı	G3, G4, G7	3	19,8
		Arttı	G2,	1	6,6
		Toplam	G2, G3, G4, G7	4	26,4
Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.					

Katılımcıların tamamı (%100) mevcut sağlık durumlarını "sağlıklı" olarak ifade etmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların bir kısmı (%13,2) geldikleri ülkede yaralanma yaşadığını belirtmiştir. Psikososyal destek alma durumuna bakıldığında, katılımcıların çok büyük bir bölümünün (%85,8) bugüne kadar herhangi bir psikososyal destek almadığı görülmektedir. Yalnızca iki katılımcının (%13,2) bu tür bir destekten yararlanmış olması, ruhsal sağlık hizmetlerine erişimin son derece sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bağımlılık örüntülerinin göç deneyimiyle ilişkisi değerlendirildiğinde, katılımcıların önemli bir bölümünün (%47,2) bağımlılık davranışlarının göçten önce de var olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Bununla birlikte, bazı katılımcılar bağımlılıklarının göç sonrası ortaya çıktığını (%19,8) ya da arttığını (%6,6) belirtmiştir. Bu durum, göç sürecinin mevcut kırılma noktaları derinleştirebileceği ya da yeni riskli davranışların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceğini göstermektedir. Bulgular, psikososyal desteğin göç sonrası yaşanan travmatik deneyimlerin etkilerini azaltmak ve bireylerin toplumsal uyum süreçlerini desteklemek amacıyla güçlendirilmesi gereken bir husus olduğunu açığa çıkarmaktadır. Analiz sürecinin ikinci aşamasında sağlık çalışanlarından elde edilen bulgular değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının (katılımcıların) sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Sağlık çalışanları katılımcılarına ait sosyo-demografik bilgiler

Katılımcı No	Cinsiyet	Yaş	Etnik Köken	Ana Dil	Meslek	Eski Garaj Sağlık Merkezi	Güçlendirilmiş	Göçmen
S1	Erkek	32	Türk	Türkçe	Sağlık Teknisyeni			
S2	Erkek	43	Türk	Türkçe	Doktor			
S3	Kadın	27	Türk	Türkçe	Doktor			
S4	Erkek	24	Türk	Türkçe	Sağlık Teknisyeni			
S5	Erkek	34	Türk	Türkçe	Sağlık Teknisyeni			
S6	Erkek	34	Türk	Türkçe	Sağlık Teknisyeni			
S7	Kadın	41	Türk	Türkçe	Sağlık Teknisyeni			
S8	Erkek	48	Arap	Arapça	Sağlık Teknisyeni			
S9	Kadın	38	Arap	Arapça	Hemşire			

Çalışmanın bu aşamasında sağlık çalışanlarının dönütleri üzerinden elde edilen tematik içerik analizi bulguları ele alınmaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri sürecinde iletişim ve bilgiye dayalı sorunların yaygınlığına, bu sorunların tedavi süreçlerine etkisine ve toplumsal cinsiyet normlarının sağlık hizmet sunumuna yansımalarına ilişkin bulgular incelenmiştir (bkz. Tablo 9).

Tablo 9. Sağlık hizmetlerinde iletişim ve bilgi sorunları kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Sağlık çalışanı)	Sıklık	Yüzde (%)	
İletişim kaynaklı sorunlar	Var	Evret	S1, S2, S3, S4, S5, S8, S9	7	77,7
		Tedavi süresinin uzamasına neden oluyor	S1, S2, S3, S4, S8,	5	55,5



		Tedavi süresine etkisi yok	S5, S6, S7, S9	4	44,4
	Yok		S6, S7, S8, S9	4	44,4
Toplumsal cinsiyet normlarının sağlık çalışanlarına etkisi	Yok		S2, S3, S6, S7, S8, S,9	6	66,6
	Var	Evet	S1, S2, S3, S4, S5	5	55,5
		Kadınların çekingen olmaları	S1, S4	2	22,2
		Türkçe öğrenme/bilme oranlarının daha düşük olması	S1, S2, S3, S5	4	44,4
Dil dışında yaşanan sorunlar	Hijyen problemi		S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9,	9	100
	Eğitim seviyesinin düşük olması		S3	1	11,1
	Hizmet sunumunda göçmenlerden korkma durumu		S2, S5, S7, S8, S9,	5	55,5
Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.					

Katılımcıların çoğu (%77,7), sağlık hizmetleri sürecinde iletişim kaynaklı sorunlar yaşandığını ifade etmiştir. Bu durum, iletişim engellerinin istisnai değil yaygın bir deneyim olduğunu ortaya koymaktadır. İletişim sorunları yaşayan katılımcıların yarıdan fazlası (%55,5) bu sorunların tedavi süresinin uzamasına neden olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, iletişim sorunlarının yalnızca hasta memnuniyetiyle sınırlı kalmadığını, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve zamanında sunumu üzerinde de belirleyici olabildiğini göstermektedir. Toplumsal cinsiyet normlarının göçmen tutum ve davranışları üzerindeki etkisi incelendiğinde, sağlık katılımcılarının %55,5'i cinsiyetin sağlık hizmeti sunumunda etkili olduğunu belirtmiştir. Söz konusu etkinin; özellikle kadın katılımcıların sağlık hizmetlerinden faydalanma noktasında sergiledikleri çekingen tutumlar (%22,2) ve Türkçe dil yetkinliklerinin erkeklere oranla anlamlı derecede düşük olması (%44,4) biçiminde somutlaştığı saptanmıştır. Dil bariyerleri dışında yaşanan sorunlar değerlendirildiğinde, çalışanların hijyenle ilgili konulara işaret etmesi dikkat çekicidir. Bu bulgu, göçmenlerin hijyen koşullarının sağlık personeli tarafından risk unsuru olarak algılandığını göstermektedir. Hijyen sorunu barınma şartları ve yoksullukla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğu göçmenlere yönelik korku nedeniyle mesafeli tutum sergilediğini (%55,5) belirtmiş, düşük eğitim seviyesi ise daha az kişi (%11,1) tarafından sorun olarak ifade edilmiştir.

Hizmete erişim düzeyi, güven ve algılar kategorisi (bkz. Tablo 10) göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini, sağlık çalışanlarına duyulan güveni ve sağlık hizmetleri sürecine ilişkin algılarını ortaya koymaktadır.

Tablo 10. Hizmete erişim düzeyi, Güven ve Algılar Kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Sağlık çalışanı)	Sıklık	Yüzde (%)
Göçmenlerin sağlık çalışanlarına güven eksikliği durumu	Var	S1, S2, S3, S8	4	44,4
	Yok	S4, S5, S6, S7, S9	5	55,5
Göçmenlerin sağlık hizmetleri süreçlerinde erişim açısından sorun yaşama durumu	Var	S4, S5, S6, S7	4	44,4
	yok	S1, S2, S3, S8, S9	5	55,5
Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.				

Sağlık çalışanlarının %44,4'ü göçmenlerin kendilerine yönelik güven eksikliği yaşandığını ifade ederken, %55,5'i bu yönde bir sorun yaşanmadığını belirtmiştir. Sağlık hizmetleri süreçlerinde erişim açısından sorun yaşama durumu incelendiğinde, katılımcıların %44,4'ü çeşitli güçlüklerle karşılaştığını ifade ederken, %55,5'i herhangi bir erişim sorunu yaşanmadığını düşünmektedir. Göçmenlerin sağlık güvencesine sahip olmama durumunun sağlık hizmetlerine erişimleri üzerindeki etkileri ile ekonomik yetersizlikler ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığına ilişkin bulgular Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 11. Sağlık Güvencesi ve Ekonomik Faktörler Kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Sağlık çalışanı)	Sıklık	Yüzde (%)
Sağlık güvencesi olmaması nedeniyle sorun yaşama durumu	Var	S4, S5, S7, S9	4	44,4
	Yok	S1, S2, S3, S6, S8	5	55,5
Ekonomik yetersizliğin hastalığı tetikleme durumu	Var	S1, S2, S3, S4, S5, S8	6	66,6
	Yok	S6, S7, S9	3	33,3

Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.

Katılımcıların %44,4'ü sağlık güvencesi eksikliğini hizmete erişimdeki temel engel, %66,6'sı ise ekonomik yetersizliği hastalıkları tetikleyen bir unsur olarak tanımlamaktadır. Bu durum; yoksulluk, barınma ve beslenme gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinin bireysel yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkilerini yansıtmaktadır. Söz konusu ekonomik kırılganlıkların giderilmesi, sağlık hizmetlerinin mekânsal adalet temelinde daha erişilebilir ve kapsayıcı tasarlanmasını zorunlu kılmaktadır.

Katılımcıların mevcut sağlık hizmeti düzenlemeleri ve destek mekanizmalarına ilişkin değerlendirmeleri ile göçmenlerin sağlık kurumlarındaki durumunun iyileştirilmesine yönelik önerileri Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. İyileştirme Önerileri Kategorisi

Tema	Alt tema	Görüşmeci no (Sağlık çalışanı)	Sıklık	Yüzde (%)
Düzenlemeler ve desteklerin yeterlilik durumu	Yeterli	S2, S3, S4, S5, S6, S7	6	66,6
	Geliştirilebilir	S1, S2, S4, S8, S9	5	55,5
Göçmenlerin sağlık kurumlarındaki durumunu iyileştirmek için öneriler	Doktor sayısı ve uzmanlık alanının artırılması	S9	1	11,1
	Yeterli çalışma alanı sağlanması	S1, S2, S9	3	33,3
	Steril ortam sağlanması	S1	1	11,1
	Kurumların ve kullanılan malzemelerin yenilenmesi	S1, S4, S8,	3	33,3

Not: Katılımcı ifadeleri birden fazla tema kapsamında kodlanabildiği için yüzdelerin toplamı %100'ü aşabilmektedir.

Katılımcıların %66,6'sı, mevcut düzenlemeler ve desteklerin genel olarak yeterli olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların yarısından fazlası (%55,5) bu düzenlemelerin geliştirilebilir olduğunu ifade etmiştir. Bu iki bulgunun birlikte değerlendirilmesi, mevcut sağlık hizmeti altyapısının işlevsel olduğuna ancak sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayacak düzeyde olmadığına işaret etmektedir. Göçmenlerin sağlık kurumlarındaki durumunu iyileştirmeye yönelik öneriler incelendiğinde hizmet sunumunun fiziksel ve kurumsal/idari koşullarına odaklanıldığı görülmektedir. Katılımcılar, yeterli çalışma alanı sağlanması (%33,3), sağlık kurumlarının mekânsal koşullarının iyileştirilmesi ile kullanılan malzemelerin yenilenmesi (%33,3) gerektiğini ifade etmektedir. Bu bulgular sağlık hizmetlerine erişimde yalnızca bireysel ya da iletişimsel sorunların değil, hizmet sunulan ortamın fiziksel niteliğinin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, doktor sayısının ve uzmanlık alanlarının artırılması (%11,1), steril ortamların geliştirilmesi (%11,1) gibi öneriler ile sağlık hizmetlerinin kalite boyutuna dikkat çekilmektedir.

4. Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulguları, güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezlerini kullanan katılımcıların büyük bir bölümünün kentsel sağlık hizmetlerinden yalnızca zorunlu ve acil durumlarda yararlandığını göstermektedir. Bu durum, düzenli ve önleyici sağlık kontrollerinin aksatıldığını ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde eşitlik ile kapsayıcılık açısından çeşitli sorunları bulunduğunu ortaya koymaktadır. Derinlemesine görüşme bulguları dil yetersizliği ve sağlık sisteminin işleyişine ilişkin bilgi eksikliğini hem göçmenler hem de sağlık çalışanları açısından sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştıran belirleyici bir unsur olduğunu göstermektedir. Nitekim sağlık çalışanları, dil engelinin tanı ve tedavi süreçlerini



olumsuz etkilediğini, ancak göçmen sağlığı merkezlerinde sunulan tercüman ve yabancı uyruklu sağlık personeli desteğinin bu sorunu kısmen azalttığını belirtmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim açısından göçmenlerin çoğu ihtiyaç duyduklarında sağlık kurumlarına ulaşabildiklerini, acil durumlarda ciddi bir sorunla karşılaşmadıklarını ve çalışanlarının ayrımcı bir tutum sergilemediğini ifade etmiştir. Sağlık sisteminden dışlandıklarını belirten katılımcılar ise bu durumu ayrımcı tutumlar ve Türk vatandaşlarıyla eşit statüde görülmemekle ilişkilendirmiştir.

Sağlık çalışanları ve göçmenler verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin niteliksel ve niceliksel olarak geliştirilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Nitekim göçmen sağlığı sadece tıbbi bir müdahale alanı değil aynı zamanda bir kentsel tasarım problemidir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi kapsayıcı ve erişilebilir mekânsal stratejilerin geliştirilmesine bağlıdır. Sağlık tesislerinin/yapılarının planlama, tasarım ve mimari özellikleri göçmenlerin kültürel alışkanlıkları ve hizmet tasarımı ilkeleriyle yeniden ele alınabilir.

Sağlık sigortası ve ekonomik durum göçmenlerin kentsel sağlık hizmetlerine erişiminde bir diğer belirleyicidir. Göçmen katılımcıların büyük bir bölümünün herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı, sigortalı göçmenlerin ise çalıştıkları için bu kapsama alındığı görülmektedir. Sağlık sigortasının bulunmaması ve ekonomik yetersizlikler nedeniyle reçeteli ilaçlara veya medikal ürünlere erişimde yaşanan güçlükler, çoğu zaman göçmen hastaların sağlık sorunlarının ilerlemesini hızlandıran bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık risklerini artıran diğer sorunlar, hijyen koşullarındaki yetersizlikler ile ruhsal sağlık alanında yardım alma düzeyinin düşüklüğüyle ilişkilidir.

Görüşmelerde sağlık çalışanları kadın göçmenlerin kendilerini ifade etmede daha çekingen davrandıklarını vurgulamaktadır. Mevcut literatür de dikkate alındığında bu durumun nedenleri arasında toplumsal cinsiyet kalıpları, dini ve ahlaki inanışlar ile dil yetersizliğinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bağımlılık ve zararlı alışkanlıklar kapsamında sigara kullanımının yaygın olduğu, ayrıca bazı katılımcıların göç deneyimlerine bağlı olarak ekran bağımlılığı gibi alışkanlıklar geliştirdiği görülmektedir.

Araştırma sonuçları, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için dil bariyerini aşan tercümanlık hizmetlerinin ve çok dilli görsel bilgilendirme sistemlerinin (hijyen, yenidoğan, kadın sağlığı vb.) tüm sağlık kurumlarında yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle yoksul, yaşlı, engelli ve kronik hasta gibi dezavantajlı gruplar için ücretsiz veya düşük maliyetli hizmetler artırılmalı, fiziksel tedavinin yanı sıra travma ve stresle ilgili sorunlara yönelik psikososyal programlara öncelik verilmelidir. Sağlık merkezlerinin kapasitesini güçlendirecek bu adımlar, sadece idari değil aynı zamanda mekânsal erişilebilirlik ve kapsayıcı tasarım ilkeleriyle desteklenmelidir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik kültürel duyarlılık eğitimlerinin artırılması ve sağlık altyapısının kullanıcı ihtiyaçlarına göre fiziksel olarak iyileştirilmesi, göçmenlerin kentsel hizmetlerden daha eşit ve etkin yararlanmalarını sağlayacaktır.

5. Çalışmanın Kısıtları

Bu çalışma nitel bir araştırma olması, görüşmelerin tek bir kentte yapılması ve sınırlı sayıda katılımcıyla gerçekleştirilmesi nedeniyle genellenebilirlik açısından bazı kısıtlar taşımaktadır. Nitekim bulgular katılımcıların öznel deneyim ve algılarına dayanmaktadır, farklı ölçekteki kentlerde veya farklı göçmen gruplarında (bu çalışmada göçmenlerin büyük kısmı Suriyeli) sonuçlar değişiklik gösterebilir. Ayrıca dil engeli nedeniyle bazı görüşmelerde anlam kaybı yaşanmış olması ve sağlık hizmetlerine erişimin nicel göstergelerle desteklenememesi çalışmanın diğer sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıkları bağlamında gelecek araştırmaların farklı kentleri kapsayan, daha heterojen ve geniş örneklerle karşılaştırmalı analizlere odaklanması önerilmektedir. Ayrıca kadınlar, yaşlılar ve kronik hastalığı bulunan göçmenler gibi dezavantajlı gruplara



odaklanan çalışmalar ile sağlık çalışanlarının bu gruplara yönelik algı ve tutumlarını inceleyen araştırmaların literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Babacan, B., Coşkun, M., Öztürk Dönmez, R., Mermer, G. (2017). Hatay'a göç eden Suriyeli sığınmacıların ev yaşam koşulları, sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullanma özellikleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(4), 272-279.
- Biddle, L., Hintermeier, M., Costa, D., Zahia, W., Kayvan. (2023). Context, health and migration: A systematic review of natural experiments. *EClinicalMedicine*, 64, 102206.
- Bradby H., Humphris R., Newall D., Phillimore J. (2015). *Public health aspects of migrant health: A review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. Health Evidence Network Synthesis Report 44. WHO Regional Office for Europe.
- Brooks, M. A., Meinhart, M., Samawi, L., Mukherjee, T., Jaber, R., Alhomsh, H., Kaushal, N., Qutob, R. A., Khadra, M., El-Bassel, N., Dasgupta, A. (2022). Mental health of clinic-attending Syrian refugee women in Jordan: Associations between social ecological risks factors and mental health symptoms. *BMC Women's Health*, 22(4), 1-17.
- Calduch, E. N., Diaz, A., Diez, M. (2008). Ethical and legal issues related to health access for migrant populations in the Euro-Mediterranean Area. *Eurosurveillance*, 13(50), 19061.
- Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F., Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 321, 279-289.
- Chen, J. (2011). Internal migration and health: Re-examining the healthy migrant phenomenon in China. *Social Science Medicine*, 72(8), 1294-1301.
- Çallı, M. (2016). Türkiye'de mültecilerin ve sığınmacıların sağlık hakkı. *İş ve Hayat*, 2(3), 131-154.
- Dourgnon, P., Pourat, N., Rocco, L. (2023). European immigrant health policies, immigrants' health, and immigrants' access to healthcare. *Health Policy*, 127, 37-43.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2025). İnsan hakları. Erişim Tarihi: 10.09.2025. https://www-who-int.translate.google.com/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health?_x_tr_sl=en_x_tr_tl=tr_x_tr_hl=tr_x_tr_pto=tc
- Elliott, S. J., Gillie, J. (1998). Moving experiences: A qualitative analysis of health and migration. *Health Place*, 4(4), 327-339.
- Escobar, J. I., Nervi, C. H., Gara, M. A. (2000). Immigration and mental health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(2), 64-72.
- Fennelly, K. (2007). *Health and well-being of immigrants: the healthy migrant phenomenon*. In P. F. Walker, E. D. Barnett (Eds.), *Immigrant medicine: A comprehensive reference for the care of refugees and immigrants*. New York: Elsevier Press.
- Gelatt, J. (2016). Immigration status and the healthcare access and health of children of immigrants. *Social Science Quarterly*, 97(3), 540-554.
- Genç, H. D., Elitsoy, Z. A. (2024). Migrants' access to healthcare services: evidence from fieldwork in Turkey. *New Perspectives on Turkey*, 71, 165-185.
- Göç İdaresi Başkanlığı (2025a, 11 Aralık). *Türkiye göç yönetiminde dünyaya model ülke*. <https://www.goc.gov.tr/icisleri-bakani-ali-yerlikaya-turkiye-goc-yonetiminde-dunyaya-model-ulk-merkezicerik#:~:text=Türkiye'de%204%20Milyon%2043%20Bin%20215%20Yabancı%20Bulunuyortext=Türkiye'de%202%20milyon%20782,215%20yabancı%20bulunduğu%20kayıtlara%20geçti>
- Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2025b, 30 Kasım). *Göçmen sağlığı merkezleri*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html>



- Grüsser, S. M., Wölfling, K., Mörsen, C. P., Albrecht, U., Heinz, A. (2005). Immigration-associated variables and substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 98-104.
- Guest, G., Namey, E., Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS one*, 15(5), e0232076.
- Kameraj, A., König, H. H., Hajek, A. (2024). Migration background and use of preventive healthcare services: Findings of the German Ageing Survey. *BMC Public Health*, 24(1), 2442.
- Keleşmehmet, H. (2018). Immigrant health in the world and in Turkey. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(4), 119-126.
- Kisa, S., Kisa, A. (2024). "No Papers, No Treatment": A scoping review of challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 184
- Konya İl Sağlık Merkezi (2019, 30 Kasım). *Meram Hadimi Göçmen Sağlığı Merkezi açıldı*. <https://konyaism.saglik.gov.tr/TR-158485/meram-hadimi-gocmen-sagligi-merkezi-acildi.html#>
- Maina, G., Mousavian, G., Sherstobitoff, J., Kamrul, R., Twum-Antwi, B., Lewis, K., Malonga, F., Herzog, T., Maroof, R., Okinyo-Owiti, D. (2023). Process and Outcome of Community Engagement Event on Substance Use and Addiction Risks Facing Their Immigrant Communities in Regina, Saskatchewan. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17(1), 1-7.
- Metin, B. (2017). Sağlık hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage.
- Norredam, M., Nielsen, A. S., Krasnik, A. (2011). Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull*, 58(10), 48-49.
- Önal, A. (2015). *Isparta`da yaşayan mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 741-754.
- Peled, Y. (2018). Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*, 32(6), 360-367.
- Penchansky, R., Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Rodriguez, D. X., Hill, J., McDaniel, P. N. (2021). A scoping review of literature about mental health and well-being among immigrant communities in the United States. *Health Promotion Practice*, 22(2), 181-192.
- Sengoelge, M., Nissen, A., Solberg, Q. (2022). Post-Migration Stressors and Health-Related Quality of Life in Refugees from Syria Resettled in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2509.
- Sheppard, V. B., Williams, K. P., Wang, J., Shavers, V., Mandelblatt, J. S. (2014). An Examination of factors associated with healthcare discrimination in latina immigrants: the role of healthcare relationships and language. *Journal of the National Medical Association*, 106, 15-22.
- Siddiqi, A., Zuberi, D., Nguyen, Q. C. (2009). The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada. *Social Science Medicine*, 69(10), 1452-1459.
- UN Women. (2013). Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage: An interagency assessment. *Jordan: UN Women*.
- Zheng, M., Chen, F., Pan, Y., Kong, D., Renzaho, A. M. N., Sahle, B. W., Mahumud, R. A., Li, L., Chen, W. (2022). Trends and impact factors of mental health service utilization among resettled humanitarian migrants in Australia: findings from the BNLA cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10119.



Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLOS Medicine*, 8(5), e1001034.

EXTENDED SUMMARY

This study discusses the phenomenon of migration, which has become more prevalent in Türkiye, in the context of its effects on urban healthcare services and experiences of access to these services. The main aim is to investigate the structural, institutional, and individual obstacles encountered by migrants living in the province of Konya from a multidimensional perspective. The access of migrants to healthcare services is not limited to their frequency of using these services, but it is closely associated with factors like language and communication problems, health insurance, economic conditions, access to information, and discrimination experiences. In this context, this study aims to reveal the extent to which the urban healthcare system is inclusive for the migrant population.

The access of migrants to healthcare services is discussed in the international literature within the scope of social inequalities and access to public services. Current studies indicate that language barriers, ambiguous legal status, and socioeconomic disadvantages are determinants of the interaction of migrants with healthcare systems. Studies conducted in Türkiye usually focus on the legal framework of healthcare services and address experiences on the local scale to a limited extent. The contribution of this study to the literature is that it makes urban-scale implementation problems visible by simultaneously examining the everyday experiences of migrants and the perspectives of healthcare workers.

The study was planned with a qualitative research method. Semi-structured in-depth interviews were conducted in the data collection process. The population of the study consisted of migrants living in the province of Konya and healthcare workers involved in the provision of healthcare services. The data obtained in the interviews were analyzed using the thematic analysis method, and the results were categorized in line with the research questions. The study was carried out after obtaining ethics committee approval. The results indicated that the most notable problems in the access of migrants to healthcare services were language and communication problems, lack of knowledge about the healthcare system, and financial issues. In particular, the inadequacy of translation services directly affected the utilization of healthcare services. Healthcare workers reported that heavy workload, spatial limitations, and communication problems made the provision of healthcare services more difficult. These results revealed that existing practices were inadequate in meeting the needs of migrants.

The results obtained in this study largely supported the expectations regarding the research questions and confirmed the structural inequalities presented in the relevant literature. It was seen that the determinants of the access of migrants to healthcare services included not only individual factors but also institutional arrangements. These results highlighted the importance of inclusive healthcare policies to be developed on the local scale. On the other hand, because this study was carried out with a limited sample size, it had some limitations concerning the generalizability of its findings.

This study revealed that the access of migrants to urban healthcare services was shaped by multidimensional obstacles. The findings emphasized the importance of developing inclusive healthcare policies, making language support services available, and providing healthcare workers with awareness training. This study offers a basis for future local-scale studies in the field of migrant health and contributes to policy recommendations designed for practice.