

Sağlık Açısından Göç ve Yaşlılık

Şebnem Aslan*, Demet Akarçay Ulutaş**

Öz

Göç eden bireylerin göç ettikleri yerde yaşlandıklarında, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma fırsatları, göç edilen ülkelerdeki olanaklar, sigortacılık sistemi önem taşımaktadır. Diğer açıdan yaşlı bireylerin göç etmesi durumunda da farklı düzeyde ruhsal ve fiziksel olumsuz yönde etkiler görülebilmektedir. Ülkelerin yaşlılara bakış açısı, yaşlıların sağlık ve sosyal sigortacılık sisteminden aldıkları payı ve bu sistemdeki sınırlarını belirleyebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, Andersen'in refah devleti sınıflandırması, farklı devletlerin yaşlı bireyleri metalaştırması üzerine sosyal yardımlar ve sağlık bakımı yardımlarıyla fikir sunabilmektedir. Bu çalışmanın, Andersen'in refah devleti sınıflandırması ışığında ülkelerin insana yönelik bakışı, sağlık hizmetlerinin çok kültürlü yapısı ve yaşlı bireylerin özel gereksinimleri, göç, sağlık ve yaşlılık kavramlarıyla bütünleştirilerek yapılan bir derleme şeklinde alan yazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Göç, Yaşlılık, Sağlık, Refah Devleti

* Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: sebnemaslan27@hotmail.com

** Öğr. Gör., KTO Karatay Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: demetakarcay@gmail.com

Migration and Elderliness in the Sense of Health

Şebnem Aslan*, Demet Akarçay Ulutaş**

Abstract

Accessing opportunities to health facilities and services, opportunities and social and health security system in migrated country are vital for immigrant individuals as they grow old. Besides, mental and physical disadvantages on different levels can be seen as older people migrate to other countries. The perspective of countries on elderly people could determine the obtained share of elderly people from health and social security system and the limitation of this share. When considered from this point of view, Andersen's classification of welfare state could present a perspective on commodification of elderly people through social assistances and health care services. This study is considered as a contribution to the literature as a review in the light of Andersen's classification of welfare state by integrating the concepts of migration, health and elderliness with multicultural health services and special needs of elderly people.

Keywords: Migration, Elderliness, Health, Welfare State

*Prof. Dr., Selçuk University, The Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, e-mail: sebnemaslan27@hotmail.com

**Öğr. Gör., KTO Karatay University, Faculty of Social and Human Sciences, Department of Social Service, e-mail: demetakarçay@gmail.com

YAŞLILIK VE SAĞLIK

Yaşlı birey ifadesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtildiği üzere, 65 yaş ve üzeri olan bireyleri kapsamaktadır (Saraç ve Yılmaz, 2015, s. 2). Öz (1992) ise yaşlılığı, yaşam döngüsünde normal bir süreç olmasının yanında ve bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini yavaş yavaş kaybetmeleri olarak tanımlamıştır (Bahar ve Parlar, 2007, s. 32). Toplumdaki yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak görülen sosyal sorunların kapsamı da değişmektedir (Aylaz, Güneş ve Karaoğlu, 2005, s. 178). Toplumun genelinde yaşanan sorunlara yol açan başka bir olgu ise göç olarak karşımıza çıkmaktadır. Göç süreci, birey ya da grupların eğitim, sağlık, ekonomik, siyasi nedenlerle farklı kültür ve yerleşim yerlerine zorunlu olarak ya da kendi istekleri doğrultusunda geçici veya kalıcı olarak gerçekleştirdikleri hareket olarak tanımlanmaktadır (Kolukırık, 2006, s. 1). Erkan (1995) ise literatürde göç olgusunu ifade eden sosyal hareketlilik kavramını, bireylerin, ailelerin, grupların statülerini değiştirmek adına yaptıkları hareket olarak ifade etmektedir (Tüfekçi, 2012, s. 2). Göç genellikle fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel değişiklikleri de beraberinde getirmektedir (Sır, Bayram ve Özkan, 1998, s. 84).

Toplumun yaş ortalamasının artması ve ilerleyen yaşla birlikte artan hastalık riski, yaşlılığa bağlı kronik hastalıkların, fonksiyonel yetersizliklerin artmasına ve yaşlı bireylerin ortaya çıkan bakım ve destek gibi ihtiyaçlarının karşılanması gereksinimine yol açmaktadır (Oğlak, 2015, s. 218). Almanya İstatistik Kurumu, 2013 yılı itibarıyla 80 yaş üzeri bireylerin toplam nüfusun % 5,4'ünü oluşturduğunu, bu oranın 2050 yılına kadar % 13'e ulaşacağını tahmin edildiğini ifade etmektedir ("German's Population by 2060", 2015). Türkiye'de ise 2017 yılı itibarıyla yaşlı bireyler, toplam nüfusun % 8,5'ini oluşturmakta ve bu oranın 2030 yılında Almanya'da tahmin edildiği gibi % 10'u geçerek % 12,9 ve 2080 yılında % 25,6 olacağı öngörülmektedir. Bu oranla birlikte Türkiye nüfusunun da "çok yaşlı" olarak tanımlanabileceği belirtilmektedir. Almanya'daki yaşlı göçmenler arasında en büyük grubu 1950-1970 yılları arasında bu ülkeye gelen Türk kökenliler oluşturmakta ve bu grupta yaşlıları Almanlara oranla bazı hastalıklara yakalanma riskleri daha yüksek olarak saptanmaktadır. Göçmen işçi olarak özellikle sağlıklı olarak seçilmiş olmalarına rağmen bu işçiler

kronik hastalıklar yüzünden çalışma hayatından daha erken kopmuşlar ve daha erken emekliye sevk edilmişlerdir. Ayrıca kronik hastalıklara, göçmen kökenli olmayanlara göre ortalama 10 yıl daha erken yakalandıkları gözlemlenmiştir (Ellinghaus, Brand ve Zeeb, 2013, s. 154).

Göç, sağlık ve yaşlılık çeşitli açılardan toplumsal sorunların nedenleri arasında konumlandırıldığından, göçün yaşlı nüfus üzerindeki en önemli etkisi ruhsal ve fiziksel olarak görülmektedir. İnsan hayatında yaşlılık döneminin sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için özellikle yaşlı bireylerin dengeli ve çeşitli beslenmesinin sağlanması önem taşımaktadır (Saraç ve Yılmaz, 2015, s. 9). Yaşlı bireylerle yapılan bir grup çalışmasının sonunda, katılımcıların yaşlarına göre sağlıklı bir yaşam sürmelerinin dengeli beslenme ve spor yapmakla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Ellinghaus ve diğ., 2013, s. 157). Yaşlılık olgusunun yanı sıra göç de sosyal sorunların boyutunun ve kapsamının değişimine yol açan başka bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim göç alan ülkelerin yaşlı göçmenler için sosyal politikalarında düzenlemelere gittikleri görülmektedir (Kartal ve Alptekin, 2015, s. 595).

GÖÇ EDİLEN ÜLKELERDE YAŞLILARA BAKIŞ

Yaşlı bireylere yüklenen anlam pek çok çalışmada ve teoride ele alınmıştır. Bunlar içerisinde yer alan “Etkinlik Teorisi”ne göre, yaşlı bireylerin sosyoekonomik durumu ve sağlık düzeyine göre toplumsal etkileşimi azaltmakta, emekli olan yaşlıların iş yerinde sahip oldukları rollerin yanı sıra eşlerini ya da yakınlarını da kaybederek aile içinde de rol kayıpları yaşadıkları ve etkinliklerinin azaldığı ya da yok olduğu görülmektedir (Öz, 2002, s. 17). Başka bir teori olan “İlgisizlik Teorisi”nde yaşlı bireylerin yaşadığı rol kayıpları nedeniyle sosyal çevrelerinin daraldığı ve yeni roller üstlenemedikleri vurgulanmaktadır. Bunun yanında “Sosyal-Çevresel Teori” ise yaşlı bireylerin yaşlarıyla ve rol kayıplarıyla bağlantılı olarak yaşamdan geri çekildiklerini ve farklılaşan ihtiyaç ve isteklerini dile getirmekten kaçındıklarını savunmaktadır (Konak ve Çiğdem, 2005, s. 27).

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL- OLD) Çok Merkezli Projesi Boyut Skorlarının Katılımcı Merkezlere göre Dağılımı (2005)

| Merkez | Kişi sayısı | Duyusal yetiler | Otonomi | Dün. bugün ve gelecek faaliyetleri | Sosyal Katılım | Ölüm ve ölme | Yakınlık |
|------------------|-------------|-----------------|---------|------------------------------------|----------------|--------------|----------|
| | | Ort | Ort | Ort. | Ort. | Ort. | |
| İskoçya | 108 | 71.4 | 66.7 | 65.03 | 62.3 | 71.43 | 51.36 |
| İngiltere | 142 | 81.0 | 72.4 | 69.10 | 73.1 | 68.36 | 67.63 |
| Almanya (doğu) | 343 | 70.8 | 68.1 | 66.55 | 70.58 | 56.34 | 70.45 |
| İspanya | 258 | 68.7 | 58.8 | 61.69 | 66.91 | 56.15 | 61.77 |
| Danimarka | 358 | 77.8 | 72.5 | 65.83 | 66.30 | 62.99 | 62.12 |
| Fransa | 139 | 61.2 | 54.6 | 56.61 | 52.54 | 67.91 | 58.91 |
| Çek cum. | 320 | 64.3 | 66.2 | 61.12 | 62.52 | - | 64.51 |
| Macaristan | 319 | 64.8 | 61.1 | 58.29 | 63.52 | 69.60 | 48.55 |
| Norveç | 299 | 77.6 | 66.4 | 66.37 | 68.73 | 64.62 | 73.25 |
| Kanada | 184 | 79.9 | 77.0 | 74.84 | 73.80 | 73.83 | 67.19 |
| Avustralya | 363 | 77.0 | 71.8 | 69.40 | 70.89 | 69.26 | 61.33 |
| ABD | 287 | 77.2 | 72.2 | 71.77 | 71.82 | 75.04 | 66.61 |
| İsrail | 240 | 74.5 | 70.2 | 62.86 | 66.23 | 51.58 | 62.87 |
| Japonya | 178 | 73.0 | 65.9 | 58.70 | 59.94 | 55.50 | 53.04 |
| İsveç | 445 | 72.7 | 66.1 | 66.68 | 66.57 | 70.76 | 59.23 |
| Brezilya | 326 | 76.7 | 67.8 | 69.89 | 67.66 | 64.39 | 68.83 |
| Uruguay | 235 | 81.5 | 65.8 | 66.87 | 66.86 | 65.02 | 71.23 |
| Türkiye (Manisa) | 327 | 55.6 | 60.8 | 58.05 | 54.66 | 44.07 | 65.92 |
| İsviçre | 134 | 81.6 | 76.6 | 71.90 | 73.55 | 60.83 | 63.50 |
| Litvanya | 326 | 71.0 | 53.3 | 48.23 | 61.44 | 65.05 | 39.18 |

Kaynak: Saygun ve Eser (2012, s. 71).

Yaşlı bireylerin kendi yaşamları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri, sosyal çevrelerine katılım sağlayabilmeleri sosyal adaletin, insan haklarının ve yaşlı refah alanının önemli faktörleridir. Buradan hareketle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen ve Tablo 1’de görülen kriterler incelendiğinde, özellikle yaşlı bireyler arasında en yüksek otonomiye sahip olma yaşının Kanada’da olduğu görülmektedir. Toplumsal bütünlük açısından düşünüldüğünde, yaşlı bireylere toplumda verilen anlam ve değer kapsamında toplumun refah yapısıyla da yakından ilgilidir. Refah devletinde toplumu oluşturan bireylere yüklenen anlamlar doğrultusunda hizmet sunulduğu düşünüldüğünde, Andersen’in refah devleti sınıflandırmasını bu açıdan incelemek faydalı olacaktır.

Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya’nın temsilcisi olduğu Andersen’in Liberal Refah Devleti sınıflandırmasına göre, ihtiyaç tespitine bağlı bir yapı bulunmaktadır. Devlet, ihtiyaç sahiplerini gelir ve gereksinim tespitine tabi tutarak, kuralları katı ve damgalamaya olanak ta-

nyan bir yapıyı temsil etmekte birlikte refahın piyasa teşvikiyle sağlanması taraftarı olmaktadır. Buradan anlaşılacağı gibi, piyasa başarısızlıklarında devletin sorumluluğu sınırlandırılmaktadır (Taşgın, 2010, s. 49). Liberal modelde piyasa koşulları temel alındığından ekonomiye katkı sunmak önem taşımaktadır. Ancak literatürde bu durum, metalaşma ve yabancılaştırmaya yol açtığı için eleştirilmektedir (Gökbunar, Özdemir ve Uğur, 2008, s. 161).

İyi bir sağlık bakımının her vatandaşın hakkı olmasına karşın, piyasa tarafından sunulan sağlık bakımının toplumsal eşitlik ilkesine uymadığı açıktır (Blau ve Abramovitz, 2003, s. 374). Bu modelde, sigortacılık sistemi içine dâhil olmak için prim ödenmesi, yani ekonomiye katkı veren bir aktör olmak gerekmektedir. Sigortacılık sistemi içine dâhil olmayan birey sağlık sisteminin de dışında sayılmakta ve sağlık hizmetlerini kendi cebinden satın almak durumunda kalmaktadır. Amerika'da yaygınlaşan Medicaid ve Medicare sistemleri 1980'li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitliği sağlamak adına bulunulan girişimleri ifade etmektedir. Medicaid sistemi düşük gelirli bireyleri temel alarak, engelli, yaşa ve gelire göre ailesine bağımlı olan grupları kapsayarak sağlık yardımı sunmaktadır. Bu sistem içinde, hastane ve hastane dışı hizmetlerin yanı sıra evde bakım hizmetleri de verilmektedir. Medicare sistemi ise Medicaid sistemi ile benzerlik gösterse de yaşlı ya da yeti yitimine sahip bireylere sağlık hizmeti ve yardımı sunmaktadır (Blau ve Abramovitz, 2003, s. 375-383).

Liberal toplumlarda yaşlı bireyler aileleri tarafından güçsüz olarak değerlendirilmekte ve yaşlıların tercihleri dikkate alınmamaktadır. Bu nedenle, yaşlı göçmenlerdeki temel sorun aile desteğinin sınırlı olması şeklinde dikkati çekmektedir (Treas ve Mazumdar, 2002, s. 246). Özellikle liberal yapı içinde, endüstrileşme ve kentleşmenin de etkisiyle sosyal yapı değişmeye başlamış, aileler küçülmüş ve bunların bir sonucu olarak da yaşlıların toplumdaki statüleri farklılaşmıştır (Aylaz ve diğ., 2005, s. 178). Çalışma hayatından çekilen yaşlı bireyin "bakıma muhtaç" olarak değerlendirilmesi, yakınları ve devlet tarafından sunulan desteğe ihtiyacının artması ülke açısından yaşlı bağımlılık oranının artmasına neden olduğundan başka bir toplumsal ve ekonomik soruna da işaret etmektedir (Oğlak, 2015, s. 220). Kendi aile bireyleri tarafından dışlanan yaşlı göçmenler yalnızlık nedeniyle

ruhsal çöküntü yaşamakta ve kendilerini daha da güçsüz hissetmektedirler. Ayrıca, yaşlı bireyler aile içinde çocuklarıyla özerklik sorunları yaşamakta ve aile ilişkileri bu nedenle zarar görebilmektedir (Treas ve Mazumdar, 2002, s. 252). Çalıştığı dönemde sigortacılık sistemi içine dâhil olmayan yaşlı bireyler, yaşam döngüsü gereği sağlık bakımına ve hizmetlerine daha çok ihtiyaç duydukları bu dönemde gerekli hizmeti alamayabilmektedirler. Liberal yapının etkin olduğu ülkelere göç etmiş yaşlı bireyler bu sorunla karşı karşıya kalabilmekte ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çalışma hayatına devam etmek zorunda kalabilmektedirler. Sosyal politikaların ve ücretsiz sağlanacak sağlık hizmetlerinin ekonomik yük olarak görüldüğü bu modelde, yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından finanse edilmesi de yetersiz olmaktadır.

Muhafazakâr modelde ise örnekler arasında Avusturya, Fransa, Almanya ve İtalya bulunmaktadır. Çoğunlukla, kilise tarafından şekillendirilen bu modelde aileye ve kadına karşı tutucu bir tavır sergilenmekte ve aile yardımları anneliği destekleyici nitelikte sunulmaktadır. Devletin bu modeldeki rolü telafi edici bir nitelikte olup devlet ara kurumları, özellikle de kilisenin karşılayamadığı refah hizmetlerini sunmakla yükümlü tutulmaktadır (Taşgın, 2010, s. 50). Bir toplum ne denli kentleşmiş, sanayileşmiş ve kurumsal anlamda farklılaşmışsa, yaşlı bakımı da o oranda aile ortamı ötesinde kurumsallaşmaya tabi olmaktadır. Aynı zamanda, en azından bu kuramsal perspektif izlenerek varılan kanıya göre, yaşlıların saygınlığı azaldıkça bir topluma nüfuz eden yaşlılık imgesi de o oranda kötüleşir (Strumpen, 2013, s. 194). Yaşlı bireylerin bakımının ev içinde sağlanması, aile fertlerine de ekonomik ve sosyal açıdan bir yük yaratarak aile sorunlarına neden olabilmektedir. Ayrıca, ev içinde deyim yerindeyse el yordamıyla bakım sunulan yaşlı bireyin özel ihtiyaçlarının algılanması mümkün olamamakta ve profesyonel bakım sunulamamaktadır (Bulduk, 2014, s. 57). Ayrıca yaşlı bireylere ev içinde bakım sunulması halinde bakım rolünü üstlenen aile üyesi tarafından verdiği emeğin herhangi bir ekonomik karşılığı olmadığı şeklinde değerlendirildiği için ailenin ekonomik ve sosyal sorunlarının yaşlı bireye yansıtılmasıyla da sonuçlanabilmektedir (Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007, s. 46).

Sosyal demokrat refah modeline İsveç ve Norveç örnek olarak verilebilmektedir. Bu modelde, işveren, çalışan ve piyasa arasındaki çelişkilerin tolere edilmesinden ziyade toplumun her kesimine eşit ve yüksek yaşam standardı getirecek hizmetlerin devlet tarafından sunulması temel alınmaktadır. Her bireyin tam istihdamı kilit bir rol oynarken, yaşlı, çocuk ve diğer dezavantajlı kesimin ihtiyaçları devlet tarafından karşılanmaktadır (Taşgın, 2010, s. 48). Yaşam kalitesinin odak noktaya alındığı bu ülkelerde herkese eşit yaşam sunulması felsefesiyle hareket edilmesi sonucu yaşlı bireylerin de diğer ülkelere göre göreceli olarak refah alanlarının genişlediği görülmektedir.

Fukuyama, yaşlılarda aileye bağlılık derecesinin yüksek olduğunu ve yaşamlarını geçirdikleri bireylere karşı daha ilgili olduklarına dair yaygın bir inancın olduğunu vurgulamaktadır (Treas ve Mazumdar, 2002, s. 245). Bu yaklaşım ışığında; yaşlı bireyin, alışkın olduğu ev ortamından ayrılmadan yaşamına devam etmesi önem taşımaktadır. Buna yönelik olarak, evde bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin destek sorunlarının sadece ev içinde çözümlenemeyeceğinin görülmesiyle ortaya çıkmıştır (Bulduk, 2014, s. 57). Örnek vermek gerekirse, İsveç'te yaşlı bakımı evde bakım, özel donanımlı bakım ve kısa süreli konut bakımı şeklinde Belediyeler tarafından sunulmaktadır. Belediyeler devletten maddi olarak yardım elde edemeseler de, faaliyetlerinde devlet desteği sağlayabilmektedirler (Atar, 2013). Yaşlılara sunulan hizmetlerin bir hak olarak görüldüğü İsveç'te özellikle kısa süreli konutların yoğun olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu konutlarda 24 saat bakım sağlanmakta olup yaşlıların bu evlerde aldıkları tedavi süresi 3 ay ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca, nüfusu yaşlı olan, özellikle İsveç ve Norveç gibi ülkelerde, yaşlılar için tatil gibi aktivitelere oldukça önem verilmekte ve yaşlıların seyahatleri sayesinde yaşamlarında olumlu değişimler geçirdikleri gözlenmektedir. Norveç'te tüm toplum yaşlılığa karşı sosyal güvenlik sistemine dâhil olup yaşlı bakımı da devlet tarafından sağlanmakta ve bu süreçte huzurevi gibi kurumlar yerine evde bakım hizmetleri tercih edilmektedir (Karahanoğulları, 2013, s. 253).

AVRUPA'YA GÖÇ ETMİŞ YAŞLILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ

Çok Kültürlü Sağlık Bakımı

Bakım alanında mesleki eğitim ve yeterlilik kazanılmasını sağlayarak kültürlerarası yeterlilik ve anadilde personel sağlanması konularında hizmet kuruluşlarını bilgilendirmek ve duyarlılık oluşturmak; göçmenleri bu konularda bilgilendirmek ve onlarda duyarlılık oluşturmak ve bakım hizmeti alanındaki işyerlerine piyasaya giriş imkânı açmak, çok kültürlü sağlık bakımının temel yapısını oluşturmaktadır (Schäfer, 2012, s. 5).“Bu yeteneklerden her grup ve insan kazançlı çıkar” fikrinin(Schäfer, 2012) odak noktası olduğu bu yapıda, toplumsal ve küresel sağlık, finansman ve sigortacılık açısından önemli değerlendirme noktaları bulunmaktadır. Toplum içinde farklı kültürlerden yaşayanlar olabileceği gibi *evrensel köy* olarak isimlendirilen dünyada, hizmet ve insan ulaşımının kolaylaşmasından dolayı başka ülkelerdeki uygulamalara dâhil olmak isteyen bireylerin bulunması, bir sistemin çok kültürlü boyutunun önemine vurgu yapmaktadır. Cevahir (2013, s. 146), başka ülkelere göç etmiş bireylerin çalışma hayatlarında gittikleri ülkelerde sigortacılık sisteminin bürokratik belirsizliğin sigortasız olarak çalışmalarına, işten atılma ve geri gönderilme korkusu ile de hastalıklarını ya da rahatsızlıklarını işverenlerinden gizlemelerine neden olduğunu vurgulamıştır.

Ramakrishna ve Weiss tarafından 1992 yılında yayımlanan çalışma, çok kültürlü bir yapının sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini daha iyi açıklamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinin özel olarak sunulmasına ve cepten yapılan ödemelerle karşılanmasına alışık olan Hintli göçmenlerin kültürel olarak sağlık ve hastalık algıları ile sağlık profesyonelleriyle iletişimlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hintliler genellikle, hekimlerinin hastalıklarıyla ilgili fazla bilgi vermesini istememektedir. Amerikalıların hastayı bilgilendirme ve şeffaflık olarak adlandırdıkları sağlıktaki etik ilkeler, Hintliler tarafından ölüm duygusunun hastaya yaşatılması, buna bağlı olarak hastanın yaşamdan umudunu kesmesi ve ölümden bahsedilmesinin ölümü getirmesi olarak algılanmaktadır. Bu nedenle, Hintli ailelerin hastalarına hastalıklarının ciddiyetiyle ilgili bilgi verilmesini istememesi ve bu

durumu hoş karşılamamaları potansiyel olarak tıbbi etik ve hasta değerleri arasında etik ikileme yol açmaktadır (Ramakrishna ve Weiss, 1992, s. 269). Almanya'ya göç etmiş bireylerden biriyle yapılan görüşmede kullandığı “Tabii ki yaşılanıyoruz, tansiyon gibi rahatsızlıklarım var tabii, bunlar normal, yaşlanmaktan. Ama çoğu sorunların sebebi göç ve sonra yaşadıklarım. Gurbet hasta eder evet kesinlikle!” ifadesi dikkati çekmektedir (Cevahir, 2013, s. 147).

Başka ülkelere yapılan göçün doğal bir sonucu olarak görülebilecek çok kültürlü yapının sağlık politikaları ve sosyal politikalar içine dâhil edilmesi, göç eden bireylerin sosyal haklarının korunması toplumsal açıdan önem taşımaktadır. Ayrıca, göç ettikleri ülkede yaşlılık dönemlerini geçiren bireylerin de sistem içine alınmalarının yanı sıra sağlık ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duydukları noktada ulaşabilmeleri yine toplumsal düzeyde sağlık statüsüne olumlu katkıda bulunacaktır.

Evde Bakım Hizmetleri

1700'lerin sonunda dini gereklilik nedeniyle yoksul hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler sonucu şekillenen evde bakım hizmetleri (Aydın, 2005, s. 14), Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlı bireylerde uzun süreli ya da geçici kurumsal bakımın yerini alabilecek, bu bakım şeklini geciktirebilecek ya da önlenebilecek bir unsur olarak ifade edilmektedir. Evde bakımın amacı, “hastalığı ya da yetersizliğine bakılmaksızın, gereksinimi olan yaşlıya, bağımsızlığını sürdürebildiği ve istediği sürece, kendi evinde yaşama olanağı” sunmaktır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Yaşlı Sağlığı Modülleri, 2011, s.429).

Evde bakım hizmetlerinde asıl düşünce “Mümkün olduğunca ayaktan bakım – Gerektiği kadar hastanede yatılı bakım” şeklinde özetlenebilmektedir (Schäfer, 2012, s. 9-25). Bu şekilde, yaşlı bireylerin alıştıkları ortamdaki ayrılmadan fiziksel ve psikososyal işlevselliklerine katkıda bulunulması, sağlık kuruluşlarına olan başvuru sayısının azaltılması, maliyetlerde verimliliğin sağlanması ve sürdürülebilir bir yaşlı refah alanı yaratılması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Yaşlı Sağlığı Modülleri, 2011:429). Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında çıkarılan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu

Hakkında Yönetmelik ile ilk olarak özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaya başlanan evde bakım hizmetleri, 2010 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde oluşturulan Evde Sağlık Birimleri tarafından verilmektedir. Bu birimlere yapılan başvurularda bireylerin herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında olup olmadıklarına bakılmaksızın personel tarafından yapılan ev ziyaretleriyle bireylerin ihtiyaçları belirlenmektedir.

Almanya'da yaşlı göçmen bireylerin sağlık ve bakım hizmetlerinin temelinde evde bakım ve çok kültürlü yapı yer almaktadır. Vorarlberg Eyaleti Toplum, Sosyal Hususlar ve Entegrasyon Dairesi tarafından göçmen bireylerin mevcut hizmetler hakkında bilgilendirilmesi ve hastalıklarının erken teşhisine yönelik çalışmalar ile evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve yakınlarına yönelik "yaşlılık" konusunda farkındalığın artırılması çalışmaları yürütülmektedir. Bu eyaletteki evde bakım hizmetleri ise bakım sunulan bireyin istek ve ihtiyaçlarının karşılanması kadar bakım sunan yakınlarının da haklarını korumaktadır. Bakım sunanlara dinlenme tatil, bakım parası, emeklilik sigortası gibi olanaklar sağlayan evde bakım hizmetlerinin kapsamı yaşlı bireylerin eğitim hizmetlerinden, palyatif bakımlarına kadar tüm süreçleri desteklemektedir ("DaSein", 2011).

Sağlık Sigortası Kapsamı

Avrupa'daki sigortacılık sistemi Beveridge ve Bismarck olmak üzere iki yapı şeklindedir. Bismarck'ın sosyal sigorta modelini benimseyen ülkelerde çalışan bireylerden alınan katkı payları üzerinden sistem finanse edilmektedir. Yani, bu sistemde kazanç sağlayanın fayda elde ettiği görülmekte ve emeklilik süreci emek piyasasından alınan ödemelerle karşılanmaktadır. Diğer bir model olan Beveridge sosyal yardım modelinde ise bireylerin vatandaşlık statüleri ve gelir testi üzerinden başvurular kabul edilmektedir. Bu sistem, çalışanların çalıştıkları dönemdeki ödemelerini dikkate almamakta ve yardımların finansmanı kolektivist bir düzenlemeyle karşılanmaktadır (Dwyer ve Papadimitriou, 2006, s. 1310). Daha geniş bir anlatımla, Bismarck modelinde çalışanlar gelirlerinin bir kısmını hastalık fonlarına veya bu amaçla başka bir sigorta şirketine prim şeklinde ödemektedirler. Aktif olarak çalışan nüfustan, aktif olmayan yani, çalışmayan ya da emekli nüfusa doğru bir finansman akışı bulunmaktadır. Sunulan

hizmetlerin finansmanı, çalışanların primlerinden ve devlet tarafından yapılan katkılardan sağlanmaktadır. Yapının içinde, bağımsız olarak çalışan doktorlar ve hizmet başına ücret alan doktorlar da bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu ise çok sayıda ve farklı kurumlarca gerçekleştirilmektedir. Örneğin, Almanya’da sigorta primleri daha serbest bir ortamda belirlenebildiği için sigorta şirketleri arasında devamlı olarak bir rekabet söz konusudur ve kişiler istedikleri sigorta şirketini özgürce seçebilmektedirler. Bu model, aynı zamanda çalışanları gelir gruplarına göre ayırdığı için de kategori temeline dayanmaktadır. Örneğin, çalışanlar Fransa’da işçiler, memurlar, serbest çalışanlar ve çiftçiler olarak ayrılırken, Hollanda’da belli bir gelir seviyesinin üzerinde kazananlar kamu sisteminin tamamen dışında tutulabilmektedirler. Bu modelin uygulandığı bazı ülkelerde sevk sistemi kullanılmazken bazı ülkelerde ise aile hekimleri hastalarını ihtiyaçları doğrultusunda uzman hekimlere sevk etmek zorundadırlar. Sağlık hizmetlerinin çıktısı açısından değerlendirilirse, iki grubun da amacı temel sağlık hizmetlerine tam erişimi sağlayabilmek, verimliliği arttırabilmek ve bu hizmetleri ücretsiz olarak sunabilmektir(Sargutan, 2006).

Beveridge modelini daha detaylı incelemek gerekirse, bu modelde vatandaşlar, sağlık hizmetlerini çalışma ve aile durumlarına bakılmaksızın eşit olarak ve ihtiyaçları oldukça kullanabilirler. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı olarak kamu sektörü faaliyetlerinin görüldüğü bu modelin finansmanı genel gelirlere veya vergi gelirlerine dayanmaktadır. Sağlık sunucuları arasında genellikle bir rekabet vardır, ancak hastanın kendi hekimini özgürce seçebilme hakkı sınırlıdır. Bu modelde Devlet, ulusal politik amaçları yasalarla belirlemekte, bölgesel idareler ise topluma sunulacak hizmetlerin genel organizasyonunu üstlenmektedir, yani genel olarak modelde önemli derecede devlet müdahalesi görülmektedir. İngiltere, Danimarka, İrlanda, Yunanistan ve İspanya bu modeli kullanan ülkeler arasında yer almaktadırlar (Yıldırım ve Yıldırım, 2005).

Geçmişte, Avrupa ülkelerinde güçlü bir şekilde kamu tarafından sağlanan emeklilik sistemi, günümüzde artık bireyselleşmiş ve özel koşullara dayanır hale gelmiştir (Dwyer ve Papadimitriou, 2006, s. 1313).Bu durum sadece Avrupa’da değil liberal yapıdaki bütün ülkelerde görülmekte, kolektif statüden ziyade bireylerin katkılarına ve ihtiyaçlarına göre bir

ayrım yoluna gidilmektedir. Titmuss'a göre, bireyler emek piyasasına aktif olarak katıldıklarında sosyal refahın paylaşımından ve sosyal güvenlik yapısından pay alabilmektedirler (Dwyer ve Papadimitriou, 2006, s. 1312). Bu durum, belli açıdan hakkaniyetli bir bakış sunmuş olsa da toplumsal refahı uzun vadede olumsuz etkilemektedir. Sosyal sistem, Parsons'ın da ifade ettiği gibi bireyler arasındaki etkileşim ve işbirliği üzerine kurgulandığından (Kroeber ve Parsons, 1958, s. 583) alt sistemlerin birinde meydana gelen bir sorun diğer sistemlere de sirayet edebilecektir. Türkiye'de yabancı uyruklu bireyler için koşulsuz sağlık hizmetleri sunumu bir devlet zorunluluğu olarak görülmektedir (Aydın, Aktepe ve Arslan, 2011:20). Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara göre, ülkesindeki zorunlu koşullar nedeniyle göç etmek mecburiyetinde kalmış ve Türkiye'de geçici koruma altına alınmış yabancı uyruklular her türlü kamu ve özel sağlık kuruluşu tarafından sunulan hizmetlerden faydalanabilmekte ve hizmetlerin bedeli ise bulunulan ildeki Valilik adına faturalandırılmaktadır. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün Yabancılar için Genel Sağlık Sigortası raporuna göre, oturma izni almış olan yabancı uyruklu bireyler de genel sağlık sigortası kapsamına alınarak, bu kapsama alındığı tarihten önceki kronik hastalıkları hariç diğer bütün hastalıklarının tedavisi için gerekli sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Bu statüdeki bireyler asgari ücretin %24'ü oranında, öğrenciler ise %4'ü oranında genel sağlık sigortası primi ödemek durumundadırlar. Görüldüğü gibi, Türkiye'de de Andersen'in liberal refah devleti modeline yakın olarak sağlık hizmetlerine erişim, primlerle sınırlandırılmaktadır ("Yabancılar için Genel Sağlık Sigortası", 2014).

DİĞER ÜLKELERDEN TÜRKİYE'YE GELEN YAŞLILARIN SAĞLIK VE BAKIM İHTİYAÇLARININ KARŞILANMASI

Göç, yaşlılık ve sağlık kavramlarının bir araya gelmesiyle ortaya çıkan başka bir konu ise sağlık turizmi olmaktadır. Sağlık turizmi Boz'a (2004) göre, bireylerin korunma, iyileşme ve rehabilitasyon amacıyla belli bir süreliğine yer değiştirerek doğal kaynaklara dayalı turistik bir yerde konaklama, beslenme ve eğlence ihtiyaçlarını karşılamaları olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2012, s. 92). Sağlık turizminin amacı ise sağlığın gelişmesi, yük-

sek sağlık statüsünün korunması, sağlık sorunlarına yönelik çözümlerin sunulması adına her türlü seyahat faaliyetlerinin bütünleştirilmesi olarak ifade edilebilmektedir (Özsarı ve Karatana, 2013, s. 137).

Türkiye’de sağlık turizm hizmetleri medikal, termal turizm ve yaşlı ve engelli turizmi olarak ayrılmaktadır. Medikal Turizm, uluslararası hastaların tedavisi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumlarından hizmet alınması şeklinde, Termal Turizm ve Medikal SPA, kaplıca suları veya otelcilik hizmetleriyle birlikte medikal masaj, peloid gibi bazı tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı sağlık turizmi çeşidi olarak tanımlanmaktadır. Medikal Turizm, yaşlı-engelli turizmi, yaşlı ve engellilerin bakım, rehabilitasyon ve medikal tedavilerini de kapsayan bir turizm çeşididir. Özellikle Türkiye’ye turist olarak gelen daha sonra kalmayı tercih eden yaşlı bireyler için bu tür sağlık hizmetleri çekici olabilmektedir (“Sağlık Turizmi Nedir?”, 2017). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 2014 yılı verilerine göre Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında en çok gelenlerin Avrupa’dan olduğu görülmektedir. Özellikle İngiltere, Fransa, İrlanda, Almanya gibi ülkelerde dış hastalıkları tedavisi gibi bazı hizmetlerin sigorta kapsamında olmaması ve pahalılığı ayrıca tanı ve tedaviye ulaşım süresinin uzunluğu başlıca tercih sebepleri arasındadır. Bunun yanında, Libya, Irak, Balkan Ülkeleri, Orta Asya’daki Türk Cumhuriyetleri gibi ülkelerde yaşanan alt yapı ve hekim yetersizlikleri nedeniyle de Türkiye, sağlık açısından yoğun olarak tercih edilmektedir (“Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Yeri”, 2017).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Yaşlılık ve göç sağlık açısından değerlendirildiğinde, temel olarak iki bakış açısı kendini göstermektedir. Bunlardan ilki, yurtdışına çeşitli nedenlerle göç etmiş ve yaşlanan göçmenlerin sağlığı, diğeri ise sağlık için yapılan göçleri kapsamaktadır.

Yaşlı göçmenlerin sağlığı açısından gidilen ülkelerin yaşlılara bakış açısı ve mevcut sigortacılık sistemi ön plana çıkmaktadır. Amerika gibi liberal ekonomi piyasasının hâkim olduğu ülkelerde yaşlılar toplumdaki diğer gruplar gibi meta olarak değerlendirilmekte ve üretime katkıda buldukları çerçevede bakım hizmetlerinden ve sigorta kapsamından fay-

dalanabilmektedirler. Liberal refah fikrinin geliştiği ülkelerde yaşlıların aile içerisinde kalmasına katkıda bulunacak düzenlemelerin azlığı dikkati çekmekte ve yaşlılar bir yük olarak değerlendirilebilmektedir. Başka bir bakış açısı olan muhafazakâr ve sosyal demokrat refah modellerinde ise yaşlıların yakınları ve tanıdıklarıyla zamanını geçirmesi önem kazanmakta ve bu nedenle evde bakım hizmetlerinin ön planda tutulduğu görülmektedir. Bu iki fikirde farklılaşan noktalar yaşlıların sağlık bakım sistemlerinde finansman açısından nasıl yer aldıklarıyla ilgilidir. Muhafazakâr model, yaşlı bakım sisteminden faydalanma noktasında hem üretime katkı hem de ihtiyacı temel almaktadır. Sosyal demokrat modelde ise, özellikle yaşlı nüfusun toplumda önemli bir kesimi oluşturduğu Norveç ve İsveç gibi İskandinav ülkelerinde, sosyal yardımların tüm nüfusu kapsamaya ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, sosyal demokrat fikrin benimsendiği ülkelerde yaşlılara yakınlarıyla birlikte zaman geçirmelerine olanak sağlayan evde bakım hizmetlerinin yanında, toplumdaki koparak kendi köşelerine çekilme hissi- ne engel olan toplu aktivite olanakları da sunulmaktadır. Bu ülkelerde asıl olan fikir, çalışma yaşına geldikten sonra bireylerin ölünceye kadar üretime katkıda bulunarak hem toplumsal refahı artırması hem de yıllarca çalışarak kendi hayatını kurgulayan yaşlıların belli mali kaynaklara kavuşması ve insanlara bağımlılıklarının en az düzeyde tutulması şeklinde olmaktadır. Belli açıdan yine yaşlının metalaşması şeklinde görülebilen bu model, yaşlıları toplumda bir parya olarak görmemesinden dolayı daha hümanist ve olması gereken bir yaklaşım olarak değerlendirilebilmektedir.

Sağlık için başka ülkelere göç eden yaşlılar açısından değerlendirme yapıldığında da yine finansman ve sigortacılık sistemleri ön plana çıkmaktadır. Kendi ülkelerinde yaşlı bakım ve tedavi hizmetlerinden faydalanmaları noktasında ciddi finansman desteğine ihtiyaç duyan yaşlılar bu hizmetleri daha uygun fiyatlarla satın alabilecekleri başka ülkeleri tercih edebilmektedir. Ayrıca, bu nokta sadece bireysel olarak değil, devletler tarafından da maliyetleri azaltmak için tercih edilebilen bir yöntem olmaktadır. Yumurta- cı (2013, s. 27) tarafından yapılan çalışmada, yaşlı dostu politikalar olarak isimlendirilen uygulamaların önemi vurgulanmış; bu kapsamda yaşlılara yönelik koruyucu aile oluşturulması, kentlerde bireysel sosyal sorumluluk projelerinin güçlendirilmesi, yaşlı yalnızlığını önleyici politikaların geliş-

tirilmesi, kırılğan gruplardan birini oluşturan yaşlı bireylerin yoksulluk karşıtı politikalarla desteklenmesi, bekleme sürelerinin kısaltılarak yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine kolayca ulaşmasının sağlanması gibi çözüm önerilerinin doğrudan yaşlı bireylerin ve dolaylı olarak ise toplumun sağlık statüsüne katkıda bulunabileceği bildirilmiştir. Bunun yanında, göç etmiş yaşlı bireylerin de bu uygulamalar içine dâhil edilmesi uluslararası ve multidisipliner çalışmaların temelini oluşturmalıdır. Ayrıca, sağlık, yaşlılık ve göç olgularını bir arada sosyal hizmet bakış açısıyla ele almak gerekirse, çok kültürlü sağlık bakımının içine; danışmanlık hizmetinin sunulması, özellikle sağlıkla ilgili ülkedeki haklar konusunda doğru bilginin verilmesi, savunuculuk yapılması, ihtiyaçlar dâhilinde doğru kaynaklara ulaşılmasına yardımcı olunması ve sağlık hizmetlerinin ve bakımının bireylerin kendi kültürleriyle fiilen yaşadıkları ülkelerin kültürleri arasında bütünleştirilerek sunulması gibi hizmetlerin dâhil edilmesi büyük önem taşımaktadır (Akgün, 2012, s. 54; Buz, 2004, s. 118–119; Alaettinoğlu, 2012, s. 189).

Çok kültürlü sağlık bakımı üzerine çalışmaların genişletilmesi, kültür odaklı davranış ve tutum değişikliğine yönelik deneysel çalışmaların yürütülmesi ve sağlık turizminin de çok kültürlü sağlık bakımının bir parçası olarak değerlendirilmesiyle yapılacak çalışmalar konunun toplumdaki tüm grupları içine alarak daha detaylı tartışılmasına ve anlaşılmasına olanak sağlayabilecektir. Bu konudaki çalışmaların yaşlılar, gençler, engelliler gibi farklı grupların yanı sıra sağlık profesyonelleri ve hastalık grupları açısından da değerlendirilmesinin literatüre ve sağlık politikalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akgün, L. (2012). Türken und Deutsche- Fremde oder Freunde? E. Esen, & B. Gümüş içinde, *Aktuelle Aspekte Deutsch- Türkischer Wissenschaftskooperation/ Türk- Alman Bilimsel İşbirliğinin Güncel Konuları* (s. 53-64). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Alaettinoğlu, J. (2012). Arbeit und Leben deutscher Migranten in der Türkei: Beispiel Alanya / Antalya. E. Esen, & B. Gümüş içinde, *Aktuelle Aspekte deutsch- Türkischer Wissenschaftskooperation/ Türk- Alman Bilimsel İşbirliğinin Güncel Konuları* (s. 189- 198). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Atar, N. (2013, Ekim). Küresel Yaşlı Bakımı Ve Yaşlı Turizmde İsveç, Norveç, Avusturya. Turizm Haberleri. Erişim adresi: <http://www.turizmhaberleri.com/koseyazisi.asp?ID=2378>

Aydın, D. (2005). *Evde Bakım Hizmetleri*. Ankara: Başak Matbaası.

Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(23), 91-96.

Aylaz, R., Güneş, G., & Karaoğlu, L. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(3), 177-183.

Bahar, A., & Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.

Blau, J., & Abramovitz, M. (2003). *The Dynamics of Social Welfare Policy*. New York: Oxford University Press.

Bulduk, E. Ö. (2014). Yaşlılık ve Toplumsal Değişim. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*(182), 53-60.

Carrasquillo, O., Carrasquillo, A. I., & Shea, S. (2000). Health Insurance Coverage of Immigrants Living in the United States: Differences by Citizenship Status and Country of Origin. *Am J Public Health*, 90(6), 917- 923.

Cevahir, A. T. (2013). *Disiplinlerarası Tartışmalar Işığında Almanya’daki Türkiyeli Kadın Göçmenlerin Sağlık Koşullarının Tarihsel Gelişimi*. Ankara: Akdeniz Üniversitesi Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi

ve Berlin Alice Salomon Yüksek Okulu.

DaSein. (2011). Erişim Adresi: <http://www.vorarlberg.at/pdf/presentation-kultursensi.pdf>.

Dwyer, P., & Papadimitriou, D. (2006). The Social Security Rights of Older International Migrants in the European Union. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(8), 1301-1319.

Ellinghaus, F. K.-, Brand, T., & Zeeb, H. (2013). *Almanya'da yaşayan Göçmenlerde Demografik Değişim ve Sağlık – BT (Bilişim Teknolojileri) Destekli Uygulamaların Getirdiği Yeni Olanaklar*.

Esen, E., & Borde, T. (2013). *Toplum, Sağlık ve Eğitimde Araştırma, Öğretim ve İşbirliği*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

German's Population by 2060. (2015). ErişimAdresi: https://www.destatis.de/EN/Publications/Specialized/Population/GermanyPopulation2060_5124206159004.pdf?__blob=publicationFile.

Gökbunar, R., Özdemir, H., & Uğur, A. (2008). Küreselleşme Kısacasındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 158-173.

Karahanoğulları, Y. (2013). Norveç Ekonomisine ve Kamu Maliyesine Genel Bir Bakış *Maliye Dergisi*(164), 233-258.

Kartal, B., & Alptekin, D. (2015). Ulus Aşırı Göç Süreci ve Yaşlılık: Almanya'da Birinci Kuşak Türk Göçmenler. *Journal of International Social Research*, 8(37), 595-612.

Kolukırcık, S. (2006). Bulgaristan'dan Göç Eden Türk Göçmenlerin Dayanışma ve Örgütlenme Biçimleri: İzmir Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 1-13.

Konak, A., & Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1), 23-63.

Kroeber, A. L., & Parsons, T. (1958). The Concepts of Culture and of Social System. *The American Sociological Review*, 23(582-583).

Lee, R., & Miller, T. (2000). Immigration, Social Security, and Broader

Fiscal Impacts. *The American Economic Review*, 90(2), 350-354.

Oğlak, S. (2015). Uzun Süreli Bakım ve Bakım Politikalarında Değişen Eğilimler. In T. Borde & E. Esen (Eds.), *Toplum, Sağlık ve Eğitimde Çeşitlilik* (pp. 218-239). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Öz, F. (2002). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.

Ramakrishna, J., & Weiss, M. G. (1992). Health, illness, and immigration-East Indians in the United States, *In Cross-cultural Medicine-A Decade Later. West J Med*, 157, 265-270.

Sainsbury, D. (2015). Immigrants' Social Rights in Comparative Perspective: Welfare Regimes, Forms of Immigration and Immigration Policy Regimes. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 229-244.

Sağlık Turizmi Nedir?. (2017). Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10944,02pdf.pdf?0>.

Saraç, Z. F., & Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*, 54, 1-11.

Sargutan, E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Saygun, M., Eser, E. (2012). Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz?, Dilek Aslan, Melikşah Ertem içinde, *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*, (66-74), Ankara: Palme Yayıncılık.

Schäfer, M. (2012). Vorarlberg'de Yaşlılara Yönelik Kültürel Ağırlıklı Çalışmalar. *Dasein*(Özel Sayı: Göç ve Yaşlılık), 1-28.

Sır, A., Bayram, Y., & Özkan, M. (1998). Zoraki İç Göçün Ruh Sağlığına Etkileri Üzerine Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2, 83-88.

Strumpen, S. (2013). *Türk-Alman Yaşlı Göçü – Bir Reklam*. Ankara: Akdeniz Üniversitesi Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Berlin Alice Salomon Yüksek Okulu.

Taşgın, N. Ş. (2010). *Refah Devleti ve İnsan Hakları Açısından Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Treas, J., & Mazumdar, S. (2002). Older People in America's Immigrant Families Dilemmas of Dependence, Integration, and Isolation. *Journal of Aging Studies*(16), 243-258.

Tüfekçi, S. (2012). Kırsal Kesimlerden Büyükşehirlere Göç ve Göçün Aile Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler: İstanbul Örneği *Yüksek Lisans Tezi*. Isparta: T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi. (2017). Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10948,06pdf.pdf?0>.

Yabancılar için Genel Sağlık Sigortası. (2014). Erişim Adresi: http://www.goc.gov.tr/files/files/SGK_KITAPCIK_tr-1.pdf.

Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2005). *Avrupa Birliği'ne uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler*. Ankara.

Yumurtacı, A. (2013). Demografik Değişim: Psiko- Sosyal ve Sosyo- Ekonomik Boyutları ile Yaşlılık. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*(6), 9-31.