



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ŞANLIURFA'DA YAŞAYAN SURİYELİ MÜLTECİLERDE
KRONİK HASTALIK PREVALANSI VE SAĞLIK
HİZMETİNDEN YARARLANMA DURUMU**

Dr. YÜKSEL DUYGU ALTIPARMAK
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2017



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**ŞANLIURFA'DA YAŞAYAN SURİYELİ MÜLTECİLERDE
KRONİK HASTALIK PREVALANSI VE SAĞLIK
HİZMETİNDEN YARARLANMA DURUMU**

Dr. YÜKSEL DUYGU ALTIPARMAK
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2017

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca yanımda çalışmaktan onur duyduğum, engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve tez sürecinde verdiği büyük destek ve katkılarından dolayı başta tez danışmanım değerli hocam sayın Doç. Dr. Mehmet AKMAN olmak üzere, hepsi birbirinden değerli bölüm hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu UZUNER'e, sayın Prof. Dr. Pemra C. ÜNALAN'a, sayın Doç. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ'ye ve sayın Doç. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA'ya,

Eğitim ve meslek hayatımdaki en büyük destekçim, kıymetli eşim Bekir Cenap ALTIPARMAK'a

Araştırmam boyunca yanımda, saha çalışmasında benimle beraber çalışan minik çalışma arkadaşım, kızım Zeynep Duru ALTIPARMAK'a

Asistanlık ve araştırmam sürecinde bana her zaman destek olan kız kardeşlerim Uzm. Dr. Bilge TUNCEL ve Uzm. Dr. Ülkü Sur ÜNAL'a,

Bir aile ortamı içinde birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım ve kliniğimiz ve anabilim dalımız personeline,

Son olarak, eğitim hayatım boyunca benden fazla fedakârlık yapıp, beni bulduğum yere getiren fakat yarı yolda bırakıp giden annem Emine KARAÇİZMELİ'ye, sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Dr. Y. Duygu ALTIPARMAK

Mart 2017

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar	v
GRAFİKLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ:.....	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.GİRİŞ	7
2.2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
2.2.1.Dünya’da Suriyeli Göçmenlerin Durumu	9
2.2.2.Göç ve sağlık.....	9
2.2.3.Göç ve kronik hastalık	12
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1.ARAŞTIRMA TİPİ.....	15
3.2.ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	15
3.3.KATILIMCILARIN SEÇİMİ	16
3.3.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	16
3.3.2.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	16
3.4.VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	16
3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	17
3.6.ANALİZ.....	18
3.7.ETİK KURUL ONAYI VE ARAŞTIRMA SÜRESİ	18
4.BULGULAR.....	18
4.1.KATILIMCI GENEL BİLGİLERİ	18
4.2.KRONİK HASTALIKLAR	21
4.3.SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM.....	24
4.4.EKONOMİK DURUM.....	32
4.5.KARŞILAŞTIRMALI ANALİZLER	32
5.TARTIŞMA	36
5.1.KRONİK HASTALIKLAR	37
5.2.EĞİTİM.....	38
5.3.HASTANE YATIŞI VE DİL ENGELİ	39
5.4.SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM.....	40
5.5.BİRİNCİ BASAMAK KULLANIMI VE KAYIT	40
6.SONUÇ	43
7.KAYNAKÇA.....	44
EKLER.....	48

TABLolar

Tablo 1 Tüm katılımcıların genel özellikleri	19
Tablo 2 Görüşülen kişilerin genel özellikleri.....	20
Tablo 3 Kronik hastalık prevalansı	22
Tablo 4: Sağlık hizmetlerine erişim.....	25
Tablo 5: Kronik hastalık-cinsiyet ilişkisi.....	32
Tablo 6: Kronik hastalık-eğitim düzeyi ilişkisi.....	33
Tablo 7: Kronik hastalık-Sigara kullanımı ilişkisi.....	33
Tablo 8: Kronik hastalık-anadil ilişkisi.....	33
Tablo 9: Kronik hastalık-birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma ilişkisi.....	34
Tablo 10: Kronik hastalık-gıda/nakit yardımı alma ilişkisi	34
Tablo 11: Kronik hastalık-Türkiye kimlik numarası bulunma ilişkisi	35
Tablo 12: Kronik hastalık-Göçmen sağlığı merkezi başvurusu ilişkisi	35

GRAFİKLER

Grafik 1: 18-39 yaş arası kronik hastalıkların sıklığı.....	23
Grafik 2: 40-59 yaş arası kronik hastalıkların sıklığı.....	23
Grafik 3: 60 yaş üzeri kronik hastalık sıklığı.....	24
Grafik 4: Sağlık merkezine başvuru zamanı	25
Grafik 5: İlk olarak tercih edilen sağlık merkezi	26
Grafik 6: Sağlık merkezinin seçilme nedeni	26
Grafik 7: Sağlık hizmetinden memnuniyet durumu.....	27
Grafik 8: Sevk edilme durumu.....	28
Grafik 9: Sevk edilme nedeni.....	28
Grafik 10: Reçete yazılma durumu	29
Grafik 11: Reçete geri ödenme durumu	29
Grafik 12: İlaçları bırakma nedeni	30
Grafik 13: Tıbbi bakım aramama nedeni	30
Grafik 14: Hastaneye yatış nedeni	31
Grafik 15: Hastaneyi tercih etme nedeni.....	31

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	: World Health Organization
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
CIA	: Central Intelligence Agency
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği
MYYO	: Mülteci Yeniden Yerleştirme Ofisi



ÖZET

Amaç

Ani ve hızlı bir çevre değişimi yaratan, böylece sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir. Çalışmamızın amacı, Suriyeli sığınmacılarda kronik hastalıkların görülme ve kronik hastalığı olanların mevcut sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumlarını tespit etmektir. İkincil amaç olarak kronik hastalıklar bağlamında sağlık hizmetine ulaşmada yaşadıkları zorlukları ve öncelikle ihtiyaç duydukları hizmetleri belirlemektir.

Yöntem

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Urfa ilinde Suriyeli misafirler koordinasyon merkezinde bulunan kayıtlardan saptanan verilere göre, göçmenlerin en yoğun yaşadığı mahalle olarak belirlenen Kurtuluş mahallesi seçilmiştir. Bu mahalleden randomize olarak 30 sokak seçilmiş ve seçilen her bir sokaktan rasgele belirlenen 7 hanede yaşan 18 yaş üstü bireyler çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Seçilen her bir haneye ziyaret yapılarak, Arapça ve Kürtçe bilen tercüman eşliğinde tüm hane halkı hakkında kronik hastalıklara yönelik bilgi toplanmıştır. Bilgi toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan anket kullanılmıştır. Her bir hanede öncelikle aile reisi ile görüşülmesi planlanmış, bu koşulun sağlanamadığı durumlarda aile reisinin eşi veya o anda evde olan ve anketi yanıtlayabilecek durumdaki en yaşlı bireyle görüşme yapılmıştır.

Bulgular

Toplamda 210 hanede yaşayan, 18 yaş üzeri 617 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların %47,5'i kadın, %52,5'i erkek, %68,7'si ilkokul mezunu olup yaş ortalaması 35,6 yıldır. 40 yaş üzeri katılımcıların %27,8'inde, 65 yaş üzerinde ise %65,2'inde en az bir kronik hastalığın var olduğu, saptanmıştır. Bu rakam tüm katılımcılar arasında %15,2'dir. Görüşülen kişilerin %40'ı sağlık hizmeti alabildiğini, %13,8'i gereksinim duyduğunda aile hekimine ulaşabildiğini belirtmiştir. Kronik hastalığı nedeniyle sağlık hizmetine başvuranların %76,5'i devlet hastanesine,

% 15,3'ü özel sağlık merkezine başvurmuştur. Aile hekimine kronik hastalık nedeniyle başvurma oranı ise sadece %2,4'tür. Sağlık hizmeti arayan katılımcılar %82,9 oranla ücretsiz sağlık hizmetini seçmişlerdir. Görüşülen kişilerin %11,5'i sağlık hizmeti almak üzere sağlık merkezlerine başvurmaktan vazgeçtiklerini beyan etmişlerdir. Bu durumun nedeni olarak %87,3 ile maliyeti karşılayamama endişesi ilk sırada gelmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda kronik hastalık görülme prevalansı ülkemizde Türkiye vatandaşları arasında yapılan çalışmalara benzerdir. Suriyeli sığınmacıların kronik hastalıkları nedeniyle neredeyse hiçbir zaman birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmadıkları, hizmet ihtiyaçlarını ağırlıklı hastanelerden karşıladıkları görülmektedir. Suriyeli sığınmacıların kronik hastalıklarının yönetiminde birinci basamağının rolünü artıracak ve birinci basamak sağlık hizmetine ulaşımlarını kolaylaştıracak planlamalara ihtiyaç vardır.

ABSTRACT

Introduction

Immigration, which creates a sudden and rapid change of the environment and thus affects society, culture and individuals, also has very important effects on health and health variables. The aim of our work is to detect the prevalence of chronic diseases among Syrian refugees and to find out utilization of health services in this population. As a secondary objective, the difficulties in reaching health services in the context of chronic diseases and the services primarily need are explored.

Method

This is a cross-sectional study. In Sanliurfa, according to the records of the Syrian guests coordination center, Kurtuluş district was the neighborhood highly populated by Syran migrants. Therefore this study was carried in this region. We randomly selected 30 streets from this district and enrolled people over 18 years of age living in 7 randomly selected homes from the selected streets. Each selected house was visited and information on chronic diseases was collected about the whole household with an interpreter who speaks Arabic and Kurdish. As a means of gathering information, a questionnaire was prepared by researchers after literature search. Questionnaire was applied to householders face to face. If the house older was not at home, then the wife of the householder, or the oldest individual in the household who could answer the question, was interviewed.

Results

A total of 210 households were visited. Data about 617 people over 18 years old was collected. 47.5% of the participants were female, 52.5% were male, the average age was 35,6 years and 68.7% were primary school graduates. At least one chronic disease was found in 27.8% of participants over age 40 and 65.2% over 65 years of age. This ratio is 15.2% among all participants. 40.5% of the participants stated that they can get health care services, and 13.8% stated that they can reach the family physician when they need it. 76.5% of those who applied for health services because of chronic illness applied to state hospital and 15.3% applied to private health center. The rate of application to the family physician for chronic illness is only 2.4%.

Participants who sought health care services preferred free health services with 82.9%. 11.5% of the participants declared that they gave up seeking for health service. High cost with 87.3% is the first reason for not seeking for health care.

Discussion and Conclusion

In our study the prevalence of chronic disease was relatively lower than the rates reported in the literature. Immigrants have almost never received primary health care due to their chronic diseases, and it seems that they receive health services predominantly from the hospitals. It is recommended to investigate the reasons for low prevalence and very low utilization of the primary health care services.



1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Ülkemiz komşu ülke Suriye’de 2010 yılında başlayan ve gittikçe şiddetlenen göç dalgasından oldukça etkilenmiştir. Günümüzde nüfusumuzun yüzde 3’ünden fazlasını oluşturan Suriyeli sığınmacılarla birlikte yaşamaktayız. (1)

Ani ve hızlı bir çevre değişimi yaratan, böylece sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir. Göçmenler, göç sırasında ve ülkelerinden ayrıldıktan sonra pek çok sağlık risklerine maruz kalmaktadır. Bireyin daha önceki sağlık problemleri, yaşı, cinsiyeti ve stresörlerin süresi, bu olumsuzlukları arttırabilmektedir (2). Kamplarda kalabilen sığınmacılar, kamp dışındakilere göre çok daha iyi hayat standartlarında, daha güvenli bir süreç geçirmektedirler. Kendilerine ait bir konaklama alanlarının olması, yiyeceğe ve temizliğe ulaşabilmeleri, sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalanabilmeleri onların bu zor dönemi maddi ve manevi olarak daha kolay geçirmelerini sağlamaktadır. Ne yazık ki Suriyeli göçmenlerin %90’ı devlete bağlı kampların dışında yaşamaktadır ve kamp dışındakiler için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. (1) Göç eden bireylerin kamp dışında yerleştikleri bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması veya var olan hizmetlerin kullanımının düşük olması da sağlık sorunlarının giderek artmasına neden olmaktadır. Göç eden bireyler dünya çapında danışmanlık, temel sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır (3,4).

Göç hareketlerinde genellikle ilk etapta bulaşıcı hastalıklar sorun olarak karşımıza çıkar ve bu ihtiyaca yönelik hizmet planları oluşturulur. Kronik hastalıklar, ihmal edilen bir durumdur ve tedavi edilmedikleri zaman ekonomik açıdan da önemli bir yük oluşturmaktadırlar. Suriyeli sığınmacılarda yaşandığı gibi, konaklamaya başladıktan bir süre sonra yaşam koşullarıyla da bağlantılı pek çok bulaşıcı olmayan hastalık tanı, tedavi ve izlem açısından sorun olmaya başlamaktadır. Tüm dünyada en sık karşılaşılan kronik hastalıklar, (hipertansiyon, diyabet, iskemik kalp hastalığı, artrit, kronik solunum yolu hastalığı, kanser, depresyon) ülkemize göç etmiş sığınmacılarda da önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir (5).

Kronik hastalıklar uzun bir süreci kapsar ve ilerleyici evrelerden oluşur. Kronik hastalığın her evresinde hem tıbbi hem de psikososyal boyutta farklı problemler ortaya

çıkılmaktadır. Hastalığın mevcut sürecinde yapılacak akılcı müdahaleler ile hastalığa bağlı beklenen yaşam süresi uzatmak mümkün olabilir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlarına göre kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin %63'ünden (57 milyon kişi) sorumludur. Bu ölümlerin 36 milyonu kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolları hastalıklarına bağlıdır. Kronik hastalıkları olan kişilerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2011 yılı başında Tütün Araştırmaları Suriye Merkezi tarafından yapılan, Suriye'de kardiyovasküler hastalıkların klinik risk faktörleri prevalansı araştırmasında 60 yaş üzeri hipertansiyon %45,6, obezite %43,2, hiperkolesterolemi için %21,9 ve diyabet için %15,6 olduğu bulunmuştur. Araştırmaya göre, Suriye'deki yetişkinler dünyanın en yüksek kardiyovasküler hastalık risk faktörleri prevalansına sahipler. Kronik hastalıklar sağlık sisteminin en önemli sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalıkların yönetiminde sık görülen sorunlar, parçalı hizmet sunumu, sürekliliğin sağlanamaması, erişim güçlükleri, etkisiz ve verimsiz tedavi, hasta güvenliği sorunları, pahalı hizmet sunumu ve koordinasyon eksikliğidir (5).

Eylül 2013'te Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yayımlanan "Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri hk." Konulu 2013/8 No'lu Genelge ile sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır. Geçici koruma statüsü kapsamında, yabancı tanıtım kartı bulunan tüm kişiler Aile hekimlerine ücretsiz kayıt yaptırabilir ve tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilir. Kayıtlı kişilerin ilaç giderleri karşılanabilmektedir. İlaçlarını anlaşmalı eczanelerden alabilmektedirler. İlaç ücretlerinin %80'i AFAD tarafından, %20'si hasta tarafından karşılanmaktadır. AFAD ile Eczacı Odasının imzaladığı protokol sayesinde reçete edilen ilaçlar AFAD'a fatura edilmektedir. Geçici koruma statüsü verilen sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı illerde, toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak 2015 yılından itibaren Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada amaç, Suriyeli sığınmacılarda kronik hastalıkların görülme ve kronik hastalığı olanların mevcut sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumlarını tespit etmektir. Ek olarak kronik hastalıklar bağlamında sağlık hizmetine ulaşmada yaşadıkları zorlukları ve öncelikle ihtiyaç duydukları hizmetleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GİRİŞ

Göç, “bir kişinin veya bir grup insanın gönüllü ya da zorunlu sebeplerle, hayatlarının tamamını veya bir bölümünü geçirmek üzere uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde bir yerden başka bir yere gitmesi” olarak tanımlanmaktadır. (6)

Göç, dünya genelinde hemen her ülkenin tarihinde etkilendiği bir durumdur. Özellikle 20. yüzyılda toplu göç dalgalarına sıkça rastlanılmıştır. Sadece son elli yılda bile yeryüzünde 175 milyondan fazla insanın göç ettiği bilinmektedir. (7)

Suriye Arap Cumhuriyeti, Türkiye'nin güneyinde yer alan 185,6 bin kilometre karelik yüz ölçümü ve 2012 yılı verilerine göre 22,5 milyon nüfusu olan Türkiye'ye komşu bir ülkedir. Suriye'nin resmi dili Arapçadır. Suriye oldukça genç bir nüfusa sahiptir. 2012 yılında Central Intelligence Agency (CIA) World Factbook verilerine göre beklenen yaşam süreleri verilmiştir. Rapora göre ortalama yaşam süresi erkeklerde 69,8, kadınlarda ise 72,6 yıldır. (8) 2010 yılında filizlenen Arap Baharı başta Tunus, Mısır, Libya ve Suriye olmak üzere birçok Arap ülkesini etkisi altına almıştır. (9). Suriye'ye 2011 yılında sıçrayan karışıklık ve protestolar, zamanla iç savaşa dönüşmüştür. Günümüzde maalesef çatışmalar halen devam etmektedir.

Türkiye, 911 kilometrelik sınırı ile savaştan en fazla etkilenen ülkedir. (10) Türkiye coğrafi konumu sebebiyle, tarih boyunca kitlesel sığınma hareketleri de dâhil olmak üzere geniş anlamda göç hareketlerinin nihai durağı olmuştur. Milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmasının yanı sıra göç alma göç verme ve göç yolunda transit ülke olma durumundadır. Bu özelliği nedeniyle göç olgusu ile iç içe yaşayan, dünyanın sayılı ülkelerinden birisidir. (11)

İlk sığınmacı akınına 29 Nisan 2011 tarihinde kapılarını açan Türkiye “Açık Kapı Politikası” izleyeceğini açıklayarak sığınmacıları kabul etmiştir. Dünya’da Suriyeli sığınmacı barındırma sıralamasında en başta Türkiye bulunmaktadır. Kayıtlı olmayan kişiler de göz önünde bulundurulduğunda rakamlar 3 milyona ulaşmaktadır.

(12) AFAD güncel raporuna göre barınma merkezlerindeki son duruma bakarsak, 28 Kasım 2016 itibariyle Suriyeli sayısı 257.093 kişidir.

Hatay ili Altınözü ve Yayladağı ilçelerinde ikişer çadır kent, Reyhanlı'da bir geçici kabul merkezi, Şanlıurfa ili Ceylanpınar ve Akçakale'de birer, Gaziantep ili İslahiye ve Karkamış ve Nizip'te birer, Kahramanmaraş Merkez'de bir, Osmaniye Cevdediye'de bir, Adıyaman'da bir, Mardin Midyat'ta bir ve Adana Sarıçam'da bir çadırkent ile Kilis'te iki, Hatay Apaydın, Şanlıurfa - Harran, Malatya Beydağı ve Gaziantep Nizip'te birer konteyner kent olmak üzere toplam 14 çadırkent, bir geçici kabul merkezi ve altı konteyner kent kurulmuştur.

Kriz öncesi dönemle kıyasladığımızda, Suriye'de görev yapan sağlık profesyonellerinin sayısının, %55 oranında azalması nedeniyle sağlık hizmetleri yoksunluğu yoğun olarak yaşanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insanların can güvenliği nedeniyle sağlık kuruluşlarına ulaşmada yaşadığı zorluklar nedeniyle hizmet aksaklıkları devam etmiştir. Hayatı tehdit eden kronik hastalıkları olan insanların, sürekli kullanmak zorunda oldukları ilaçlara ulaşamamaları hastalık komplikasyonlarının artmasına neden olmuştur. (13) Bütün bu yoksunluklar nedeniyle savaştan kaçan Suriyeli sığınmacıların, sağlık hizmetine gereksinimlerinin de Suriye'deki savaş öncesi durumlarına göre daha fazla olması beklenmektedir. Bu nedenle bölgede sağlık hizmet sunumunda olağanüstü bir durum söz konusudur. (1)

Suriye'de olduğu gibi çok sayıda sığınmacı girişinin yaşandığı durumlarda bir ülkenin tek başına bütün bu faaliyetleri gerçekleştirilmesi oldukça zordur. Bu nedenle başta Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği olmak üzere diğer uluslararası kuruluşlar, üçüncü ülkeler ve sivil toplum kuruluşları sığınmacılar ile ilgili acil durum faaliyetleri bir arada yürütmektedirler.

2.2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.2.1. Dünya’da Suriyeli Göçmenlerin Durumu

“Birleşmiş Milletlerin hazırladığı 04 Nisan 2016 tarihli rapora göre Suriye’den toplam 4.837.208 kişi kayıtlı olarak ülkeden göç etmiştir. Sınırlardan geçen kişi sayısının bu rakamın çok üzerinde olduğunu tahmin etmek zor olmaz. Türkiye’de kayıtlı sığınmacı sayısı ise 2.749.140 kişi olmuştur. (14)

Türkiye dışında en çok Suriyeli sığınmacı barındıran bir diğer komşu ülke Lübnan da 1,7 milyona ulaşmıştır. Lübnan’ı 630.000 rakamıyla Ürdün izlemektedir. Irak’ta 249.726 Mısır’da 132.375 ise sığınmacı barınmaktadır.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) son verilerine göre, Avrupa’da yaşayan Suriyeli sığınmacı sayısı geçen sene 137 bin 947 iken, bu yıl 681 bin 713 olarak belirlendi. 205 bin 578 kişi ile en fazla Suriyeli mülteci barındıran Avrupa ülkesi Sırbistan’dır. En çok Suriyeli sığınmacı barındıran ikinci Avrupa ülkesi ise 153 bin 655 kişi ile Almanya’dır. İsveç’te 93 bin 268, Macaristan’da 71 bin 845, Avusturya’da 27 bin 379, Hollanda’da 22 bin 159 Suriyeli sığınmacı bulunduğu biliniyor. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 1883 kişi kayıtlı olarak bulunmaktadır. (15)

2.2.2. Göç ve sağlık

Çalışmamızda genel olarak sığınmacı tanımı kullanılmaktadır. Fakat mülteci ile sığınmacı kavramı hukuki karşılıkları bakımından birbirinden farklı anlamlar içerir. Sığınmacı; bir ülke sınırlarına girmiş bulunan ancak henüz o ülkede kalmak için yasal başvuruda bulunmamış kişidir. Mülteci ise; sığınma talebinde bulunmuş ve talebi kabul edilmiş olup ve o ülkede kalmasına izin verilmiş olan kişidir. Bu çalışmada sığınmacı veya mülteci ayrımı yapılmamış ve aslında sığınmacı statüsünde bulunan fakat “geçici koruma statüsü” kapsamında değerlendirilen Suriyeli düzensiz göçmenler için daha uygun olan sığınmacı kavramı tercih edilmiştir. (16)

Kitlesel göçlerde sağlanan “Geçici Koruma” sistemi, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile hızlı ve etkin çözümler bulmak için geliştirilen bir koruma biçimidir. Geçici koruma, kitleler halinde ülke sınırlarına dayanan göçmenlere, belirli haklar sağlamayı amaçlayan bir çözüm yoludur. (17)

Krizin başlangıcından itibaren Türk hükümeti, Suriyeli sığınmacılara açık desteğini beyan ederek ve topluca iltica eden kişileri kabul ederek sığınmacılar için doğal bir koruma sağlamıştır. (18). Sığınmacılara, herhangi bir yasal güvence sağlamayan “misafir” unvanı verilmiştir. Daha sonra bu kişilere, 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’nun 91. maddesine istinaden 22 Ekim 2014 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Geçici Koruma Yönetmeliği” ile “Geçici koruma” statüsü verilmiştir. Türkiye uyguladığı “Açık kapı politikası” kapsamında sınırdan geçmek için başvuran hiçbir Suriyeli sığınmacıyı geri çevirmemiştir. (16)

Ülkesinden korunma sağlayamayan ve korunmaya muhtaç kişiler ile ilgili faaliyetleri yürütmek için Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 14 Aralık 1950 tarihinde Mülteciler Yüksek Komiserliği kurulmuştur. Bu kuruluş, İkinci Dünya Savaşı sonrasında Avrupa’da savaş nedeniyle göç eden kişilere yardım etmek amacıyla sadece 3 yıl hizmet verme amacıyla kurulmuş olmasına rağmen, dünyada yaşanan savaşlar ve iç karışıklıkların son bulmaması nedeniyle faaliyetlerini devam ettirme kararı alınmıştır. Günümüzde 36,4 milyon ihtiyaç sahibi kişiye yardım etmektedir. (19)

Sağlık hakkı, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi’nde de “yaşam hakkı” çerçevesinde kabul görmüş evrensel bir haktır. 1982 Anayasası’nın 56. Maddesine göre devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu çerçevede sağlık hakkı, üç alt birimi içermektedir. Birincisi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Uygun barınma koşullarının sağlanması, besine ve temiz suya ulaşma ile hastalıklara karşı aşılama, bu aşamada değerlendirilebilir. İkincisi, tıbbi kaynaklara ulaşma hakkı olarak nitelendirilir. Devletler, bütün vatandaşlarına temel bir insan hakkı olarak sağlık hakkından yararlanma imkânı sağlarlar. Sığınmacıların sağlık hakkından yararlanmaları sırasında karşılaştığı sorunların başında ilk olarak, bu kişilerin herhangi

bir devletin korumasına sahip olmamaları gelmektedir. Bu bağlamda sığınmacılara koruma sağlayan hukuki düzenlemeler, bu kişilere yapılacak sağlık yardımlarının da temelini oluşturmaktadır. (20)

Suriyeli sığınmacıların karşılaştığı temel sağlık problemi, açlık, hastalık ve yoksulluk ile ileri safhaya ulaşan kötü yaşam koşullarıdır. Sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle salgın hastalıklar ve önemli sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. (21) Sığınmacıların hayatlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmeleri için öncelikle barınma ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması gerekir. Ancak Suriyeli sığınmacı sadece %20'si geçici barınma için oluşturulan toplu yerleşim merkezlerinde kalırken geride kalanlar Türkiye'nin çeşitli şehirlerinde kendi imkânları ile yaşamlarını idame ettirmektedir. Toplu barınma merkezinde yaşayan sığınmacılar sağlıklı bir yaşam için gerekli olan barınma, su, gıda ve beslenme yardımlarından faydalanabilmektedir. Kamp dışında yaşayan sığınmacılara ise bu sorunları kendi başlarına çözmek zorunda kalabilmektedirler. Aynı zamanda çadır ve konteynır kentlerde Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz ve sürekli sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kamplarda kalan Suriyeli sığınmacılar tıbbi tedaviye kolayca erişebilirken kamp dışında yaşayan sığınmacılar, sağlık hizmetine ulaşmakta çeşitli sıkıntılar yaşayabilmektedir.

19.02.2011 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliğe göre: Suriyeli sığınmacıların bütün sağlık giderleri Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından karşılanmaktadır, 2013 yılında yeniden düzenlenen genelge ile sağlık hizmetlere erişimin kapsamı genişletilmiştir. Geçici barınma merkezlerinin içinde ve dışında verilen hizmetler Sağlık Bakanlığının kontrolü ve sorumluluğundadır. Acil sağlık hizmetleri ile bu kapsamdaki tedavi ve ilaçlardan katılım payı alınmaz, ikinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere bedelleri; Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde, AFAD tarafından ödenmektedir. Sığınmacılardan "99" ile başlayan Yabancı Kimlik Numarası hastane müracaatlarında kayıt esnasında istenmektedir. Suriye mülteci krizinin başından bu yana ülkemiz Suriyeli sığınmacı sağlık hizmetlerine erişim konusunda ciddi olanaklar sağlamıştır ve sağlamaya devam etmektedir. (22) Türkiye' de 19 Mayıs 2016 itibarıyla ülkemizde, Suriyeli sığınmacılara hizmet veren 25 saha hastanesi açılmıştır. Toplamda 15 milyondan fazla

Suriyeli sığınmacı hastanelerde ya da polikliniklerde muayene olmuş, bunlardan 472,356 yatarak tedavi edilmiştir. Doğum sayısı ise 76,354'e ulaşmıştır. (23)

En fazla sığınmacı barındıran ülkelerden biri olan Ürdün'de Suriyeli sığınmacıların sadece %30'u kamplarda yaşamaktadır. 120000 nüfusa sahip olan Ürdün'ün en büyük kampı Zaateri'de bulunmaktadır. Ürdün Sağlık Bakanlığı ve BMMYK iş birliğiyle sığınmacılara sağlık hizmetleri ve insani yardım sağlanmaktadır. Ürdün Sağlık Bakanlığı, kamp dışındaki sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimini, Türkiye'de de olduğu gibi tamamen ücretsiz karşılar. Ayrıca, sivil toplum kuruluşları da kamp dışındaki Suriyeli sığınmacılara hizmet vermektedir. (24)

Oldukça az bir Suriyeli sığınmacı nüfusuna sahip olan Amerika Birleşik Devletleri Dışişleri Bakanlığı, sığınmacılara bir tıp merkezine bağlı olarak kayıt sistemi üzerinden sağlık hizmeti vermeyi uygun bulmuştur. Kayıtlı olarak hizmet almayacak sığınmacılar için de Mülteci Yeniden Yerleştirme Ofisi (MYYO) bünyesinde sığınmacılara sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Fakat MYYO tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine verilen maddi destek, sekiz ay süre ile kısıtlıdır. (25)

2.2.3. Göç ve kronik hastalık

Tüm dünyada hızla sıklığı artmakta olan kronik hastalıklarla mücadelede önleme ve tedavinin birlikte yürütülmesi gerekir. Ani ve plansız gerçekleşen kitlesel göç hareketlerinde öncelikli olarak dikkat çeken halk sağlığı sorunları olan bulaşıcı hastalıklar ve ana-çocuk sağlığı, alanlarında acil eylem planları oluşturulup uygulanması yetkili sağlık otoritelerinin ilk gerçekleştirdikleri eylemler arasında yer alır. Kronik hastalıklar ise ikinci plana kalarak daha çok hekimlerin tedavi edici yaklaşımına bırakılmış olup, koruyucu ve tedavi hizmetlere yönelik etkili bir planlama ortaya konulmamıştır. Ancak günümüzde kronik hastalıklar artmakta ve bu hastalıklar nedeniyle çok önemli bir hastalık yükü oluşmaktadır (26).

İçinde buldukları kötü yaşam koşulları, sığınmacılar arasında yeni hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmakta ve mevcut hastalıkların da iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu

hastalıkları, diyabet ve erken doğum sayısında artışlar görülmektedir. Acil durumlarda en sık karşılaşılan psikolojik sorun travma sonrası stres bozukluğudur. Bütün bu artışların sebebi acil durum sonrası yaşanan strese ve artan fiziksel aktiviteye bağlıdır. Diğer yandan kronik hastalıkların artış göstermesi göç sırasında ve sonrasında bu hastalıkların ve hastaların yeterince takibinin yapılamaması ve kullanılması gereken ilaçlara ulaşamaması ile ilgilidir. (19) BMMYK'nin 2014 yılında yayınladığı, Sağlık Erişim ve Kullanma Anketi'ne göre, 18 yaş ve üzerindeki Suriyeli sığınmacıların yaklaşık %15'inde en az bir kronik durum mevcuttur. Bunlardan diyabet %16 dolayındadır. (27)

Tedavi edilmeyen kronik hastalıklar, örneğin diyabet, mortalite ve morbidite düzeylerinde artış gibi ağır komplikasyonlara neden olurlar. Kronik hastalıklardan muzdarip olanlar düzenli bir sağlık hizmetine ve ilaç teminine sahip olursa mortalite ve morbidite oranları aşağıya çekilebilir. Birçok sığınmacı için tedaviye engel olan başlıca madde sağlık hizmetine erişim maliyetidir. Sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirildiği durumda bile bazı sığınmacılar, gerekli sağlık merkezlerine ulaşım masraflarını göze alamadıklarını belirtmektedir. (28)

Ürdün'de yapılan bir çalışmaya katılan ileri yaştaki sığınmacıların yaklaşık yarısından fazlası (%54) kronik hastalıklara sahiptir. Ankete katılan nüfustan elde edilen veriler, kadınlar ve erkekler arasındaki kronik hastalık prevalansında herhangi bir farklılık olduğunu göstermemektedir. Ürdün'de araştırmaya katılan sığınmacıların %19,6'sı ve Lübnan'da %13'ü kronik hastalıklardan mustarip olduklarını bildirmiştir. (28)

Kalp damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserler tüm toplumu etkileyen başlıca kronik hastalıklardır ve tüm ülkelerde demografik ve epidemiyolojik dönüşümün sonucu olarak hızla artmaktadır. (29) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlarına göre kronik hastalıklar, dünyada tüm ölümlerin %63'ünden (57 milyon kişi) sorumludur.

Kronik hastalıklar günümüzde artık sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmaktan çıkmıştır ve erken ölümlere neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı

olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %29'u 60 yaş altında iken gelişmiş ölkelerde bu oran %13'tür.(30)

Kronik hastalıklarla mücadele birinci, ikinci, üçüncü basamakta koruyucu ve tedavi edici hizmetler açısından ortak bir yaklaşıma sahip olmak gereklidir. Hastalıkları kontrol altına alabilmek için hastalara ve topluma yönelik tüm sağlık hizmetlerinde ortak planın nasıl sağlanacağı iyi belirlenmelidir. Kronik hastalıkların önlenmesinde yapılacak girişim planları ve etkinliğinin değerlendirilebilmesi için güncel ve güvenilir epidemiyolojik veriye gereksinim vardır.

Suriyeli sığınmacılara sağlık hizmeti sunulurken yaşanan en temel sorun, bu kişilerin yasal veya fiziki engelleri nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada güçlük çekmesidir. Bununla birlikte hizmet verme noktalarında yetersiz sağlık personeli bulunması, dil ve kültür farklılıklarının aşılamaması, sığınmacıların yabancı sağlık sistemine uyum sağlayamaması, sağlık hizmetleri karşılığında ücret ödeneceği yanılığı gibi sorunlar da sığınmacıların sağlık hizmetinden yararlanmasını güçleştirmektedir. (3)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Lojistik zorluklar ve sınırlı kaynaklar bulunan acil durumlarda önerilen hızlı araştırma metodolojisi kullanılmıştır. (44)

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışma evrenini Şanlıurfa ili Eyyübiye ilçesi Kurtuluş mahallesinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. Şanlıurfa ilinde Suriyeli misafirler koordinasyon merkezinde bulunan kayıtlarından saptanan verilere göre, Suriyeli göçmenlerin en yoğun yaşadığı mahalle olarak belirlenen Kurtuluş mahallesi seçilmiştir. Mahalle genelinde güvenilir nüfus kayıtlarına ulaşılamaması ve bölgedeki nüfusun son derece hareketli (Suriye’den bölgeye ve bölgeden Türkiye’nin diğer kesimlerine) olması nedenleriyle 30x7 küme örneklem yöntemi kullanılmış ve 210 haneye ulaşılması hedeflenmiştir. Kurtuluş mahallesi sınırları içindeki tüm sokaklardan 30 tanesi rastlantısal olarak seçilip her bir sokaktan 7 hane çalışmaya alınmıştır. Sokağın hangi tarafından başlanılacağına ve hangi kapı numaralarının çalışmaya alınacağına yazı-tura ve kura ile karar verilmiştir. Seçilen hanelerde yaşayan aileler baz alınarak yapılan incelemede, bir arada yaşayan aile bireyleri hane halkı olarak kabul edilmiştir. Toplamda 210 hanede yaşayan, 18 yaş üzeri 617 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmamızda belirtilen “aile reisi” ifadesi hanede yaşayan en büyük erkek birey için kabul edilmiş olup, diğer aile fertleri aile reisine yakınlık derecesine göre kaydedilmiştir.

3.3. KATILIMCILARIN SEÇİMİ

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Şanlıurfa ili Kurtuluş mahallesinde ikamet eden, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onay veren 18 yaş üzeri Suriyeli sığınmacılar

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Şanlıurfa ili Kurtuluş mahallesinde ikamet eden 18 yaş altı Suriyeli sığınmacılar

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Basit rastgele örneklem uygulanmıştır. Mahallede bulunan her bir sokak numarası küçükten büyüğe doğru sıralandı. ‘RandomGenerator’ adlı bir program aracılığıyla önce 30 sokak sonra da belirlenen sokaklarda 7 hane belirlendi. Apartman tipi içerisinde birden fazla kapı bulunan ikametlerde her bir kapı numaralandırılarak tekrar ‘RandomGenerator’ adlı programla çalınacak kapı belirlendi. İlk kez çalındığında açılmayan kapılar bir gün sonra tekrar çalındı. İkinci defa çalındığında da açılmayan kapılar mesai saatleri dışında tekrar çalındı. Açılmayan bir adet kapı numarası listeden çıkarılıp yerine sokağın çalışmaya alınmayan kapı numaraları arasından tekrar randomize bir seçim yapılarak belirlendi ve çalışmaya dâhil edildi.

Belirlenen hanelere Arapça ve Kürtçe bilen tercüman eşliğinde ziyaret yapılarak tüm hane halkı hakkında kronik hastalıklara yönelik bilgi toplanmıştır. Eşlik edecek olan tercümanlara yarım günlük anketin ve çalışmanın içeriği hakkında eğitim verilmiştir. Bilimsel araştırma projesi kapsamında, üniversite bünyesinden ödenek sağlanmış ve tercümanlara 30 günlük hizmet bedeli bu kaynak tarafından ödenmiştir. Bilgi toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan anket kullanılmıştır. (33) Her bir hanede öncelikle aile reisi ile görüşülmesi planlanmış, bu koşulun sağlanamadığı durumlarda aile reisinin eşi veya o anda evde olan ve anketi

yanıtlayabilecek durumdaki 18 yaşından büyük en yaşlı bireyle yüz yüze görüşme yapılmıştır. Ardışık 4 hafta sonunda veriler toplandı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Literatür taraması sonucunda oluşturulan, birinci bölümünde tüm katılımcılara doğum tarihi, cinsiyet, aile reisine yakınlık durumu, doğum yeri, eğitim durumu, en uzun süre yaşadığı yer, göç edildikten sonra bölgedeki yaşam süresi ve ana dili gibi sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular ile birlikte bireyin sigara kullanım durumunu sorgulayarak başlayan toplamda 38 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. (Ek 1-Anket Formu) Ankete başlarken ev halkından uygunbir kişi görüşmeci olarak belirlenerek anket üzerinde işaretlenmiştir. Anketin ikinci bölümünde “Kesinlikle katılıyorum” dan “Fikrim yok” a doğru değişen 5’li likert skala ile tüm hane halkının sağlık hizmetine erişim durumları değerlendirilmiştir. Anketin üçüncü bölümünde, hane halkı içerisinde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum hastalığı, artrit, mental hastalıkları, kanser, engellilik olarak belirlenen kronik hastalıklara sahip olanlar yaş gruplarına göre sıralanarak belirlenmiştir. Kronik hastalığı nedeni ile doktora başvuru tarihi en yakın olan bireyin sağlık hizmeti kullanım durumunu belirlemek üzere, hangi sağlık merkezini tercih ettiği, bu sağlık merkezini seçme sebebi, memnuniyet durumu, sevk edilme durumu, reçete yazılma ve ilaç kullanma durumu ile anketin kalan soruları yanıtlanmıştır. Üçüncü bölümün son kısmında hane halkı içerisinde geçtiğimiz yıl içerisinde hastane yatışı olan var ise ne tür bir hastane tercih edildiği, ödeme durumları sorgulanmıştır. Son bölüm olan dördüncü bölümde ise hane halkının son 1 ayda herhangi bir yardım kuruluşundan gıda ya da nakit yardım alma durumları, Suriye’deyken birinci basamak kullanım durumları, Türkiye’de birinci basamak ve göçmen sağlığı merkezi kullanımı ve sağlık hizmeti alırken farklı muameleye maruz kalıp kalmadıkları sorgulanmıştır.

3.6. ANALİZ

Verilerin analizinde SPSS Statistics23.0 paket programı kullanılmıştır. Öncelikle verilerin tanımlayıcı istatistikleri (yüzde, ortalama standart sapma vb.) hesaplanmıştır. Daha sonra karşılaştırmalı analizlerde iki grup arasındaki yüzde farkının anlamlı olup olmadığını test etmek için ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılığında ise t-testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları karşılanmadığında bu testlerin non-parametrik eşdeğerleri ile analizler yapılmıştır.

3.7. ETİK KURUL ONAYI VE ARAŞTIRMA SÜRESİ

Çalışmamız Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01/04/2016 tarih ve 09.2016.228 sayılı onayı, Şanlıurfa Valiliği İl Göç İdaresi Müdürlüğü'nün 20/04/2016 tarih ve 14355 sayılı izniyle, 01/05/2016 – 31/05/2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCI GENEL BİLGİLERİ

Toplamda 210 haneye girilmiş ve hanelerde yaşayan 18 yaş üzeri 617 kişiye ulaşılmıştır. Ankete katılan tüm hane halkının yaş ortalamasının $35,6 \pm 14,3$ olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yaş ortalaması $35,5 \pm 14,3$ ve erkeklerin yaş ortalaması $35,7 \pm 14,3$ saptanmıştır. Görüşme dili olarak %95,1 oranında Arapça, %4,9 oranında Kürtçe kullanılmıştır.

Katılımcıların %68,7'si ilkokul mezunudur. Kadınların %72,7 (n=213) ilkokul mezunu, %14,7 (n=43) üniversite mezunudur. Erkeklerin %65,1 (n=211) ilkokul mezunu, %21,6 (n=70) üniversite mezunudur.

Görüşülen kişilerin %45,7'si (n=96) müstakil evde ikamet etmekte ve %98,1'i (n=206) ikamet için kira ödemektedir. Katılımcıların %83'ünün (n=512) kendi ülkelerinde iken, şehir merkezinde yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 1 Tüm katılımcıların genel özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	293	47,5
Erkek	324	52,5
Aile reisine yakınlık	n	%
Aile reisi	187	30,3
Eşi	200	32,4
Kızı	76	12,3
Oğlu	137	22,2
Annesi	10	1,6
Kardeşi	7	1,1
Doğum yeri	n	%
Hasiçi	12	1,9
Halep	176	28,5
Şam	14	2,3
Dara	7	1,1
Deyrulzor	221	35,8
Humus	24	3,9
Idlib	4	0,6
Rakka	159	25,8
Eğitim durumu	n	%
Okula gitmemiş	5	0,8
İlkokul	424	68,7
Ortaokul	41	6,6
Lise	34	5,5
Üniversite	113	18,3
En uzun süre yaşanılan yer	n	%
Rakka	158	25,6
Halep	167	27,1
Kobani	22	3,6
Deyrulzor	230	37,3

Şam	10	1,6
Humus	25	4,1
İdlip	3	0,5
Dara	2	0,3
Suriye'deyken yaşanılan yer	n	%
Şehir merkezi	512	83,0
Şehrin kırsalı	92	14,9
Küçük bir köy kasaba	10	1,6
Kırsal alan	3	0,5

Tablo 2 Görüşülen kişilerin genel özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	106	50,5
Erkek	104	49,5
Aile reisine yakınlık	n	%
Aile reisi	90	42,9
Eşi	94	44,8
Kızı	2	1
Oğlu	17	8,1
Annesi	6	2,9
Kardeşi	1	0,5
Doğum yeri	n	%
Hasiçi	4	1,9
Halep	62	29,5
Şam	4	1,9
Dara	3	1,4
Deyrulzor	69	32,9
Humus	7	3,3

Idlib	2	1
Rakka	59	28,1
Eğitim durumu	n	%
Okula gitmemiş	2	1
İlkokul	157	74,8
Ortaokul	5	2,4
Lise	7	3,3
Üniversite	39	18,6
En uzun süre yaşanılan yer	n	%
Rakka	60	28,6
Halep	61	29
Kobani	4	1,9
Deyrulzor	71	33,8
şam	4	1,9
Humus	8	3,8
İdlip	1	0,5
Dara	1	0,5
İkamet türü	n	%
Apartman dairesi	70	33,3
Müstakil ev içinde bir oda	37	17,6
Müstakil ev	96	45,7
Tamamlanmamış/terkedilmiş yapı	7	3,3

4.2. KRONİK HASTALIKLAR

Tüm katılımcılar içerisinde 18 yaş üzeri tüm yaş grupları ele alındığında en az 1 kronik hastalığı bulunma sıklığı %15,2 olarak belirlenmiştir.

Kronik hastalık sıklıklarını yaş gruplarına göre incelediğimizde; 18-39 yaş arasındaki katılımcılarda(n=394) en az bir kronik hastalık bulunma sıklığı %8,6 (n=34), 40-59 yaş arasında (n=171) %21,1, 60 yaş ve üzeri katılımcılarda(n=45) ise

%53,3 (n=24) olarak saptanmıştır. Ayrıca 40 yaş üzeri (n=216) %27,8(n=60) ve 65 yaş üzeri %47,8 (n=23) olarak saptanmıştır.

Kronik hastalık sıklıkları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre tüm katılımcılar içerisinde (n=617) en sık görülen üç kronik hastalık, hipertansiyon sıklığı %4,7 (n=29), kronik solunum yolları hastalığı sıklığı %2,4 (n=15), diyabet sıklığı %2,3 (n=14) olarak saptanmıştır.

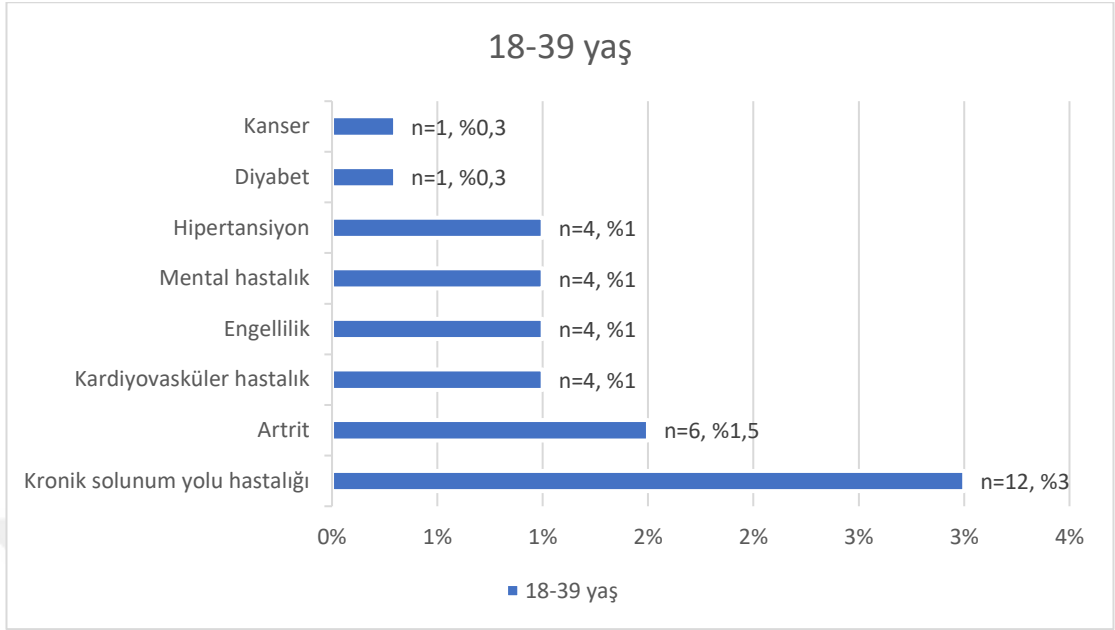
Kronik hastalık sıklıklarını cinsiyete göre incelediğimizde; kronik hastalığı olanların %46,8'i(n=44) kadın, %53,2 (n=50) ü erkek olan belirlenmiştir. Tüm yaş grubunda kadınlarda %5,5(n=16), erkeklerde de %4(n=13) oranında en sık kronik hastalık hipertansiyon olarak saptanmıştır.

Tablo 3 Kronik hastalık prevalansı

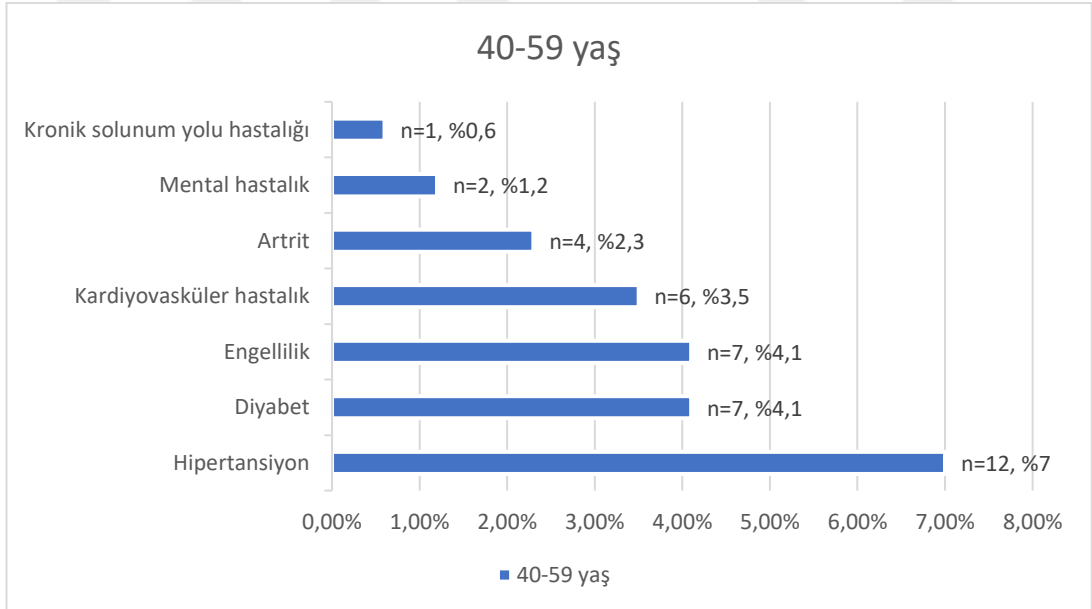
Kronik Hastalık	Genel %(n)	Kadın %(n)	Erkek %(n)
Hipertansiyon	4,7 (29)	5,5(16)	4,0 (13)
Kardiyovasküler Hastalıklar	2,1(13)	1,4 (4)	2,8 (9)
Diyabet	2,3(14)	2,4 (7)	2,2 (7)
Kronik solunum yolu hastalığı	2,4(15)	2,4 (7)	2,8 (8)
Artrit	1,6(10)	1,7 (5)	1,5 (5)
Mental hastalıklar	1(6)	0,7 (2)	1,2 (4)
Kanser	0,2(1)	0,3 (1)	0,0 (0)
Engellilik	2,1(13)	1,4 (4)	2,8 (9)

Yaş gruplarına göre hastalık görülme sıklıklarını incelediğimizde en sık olarak; 18-39 yaş arası kronik solunum yolları hastalıkları %3(n=12) oranında, 40-59 yaş arasında hipertansiyon %7 (n=12) ve diyabet sıklığı %4,1(n=7) oranında, 60 ve üzeri yaş grubuna bakıldığında hipertansiyon sıklığı %28,9 (n=13) oranında saptanmıştır.

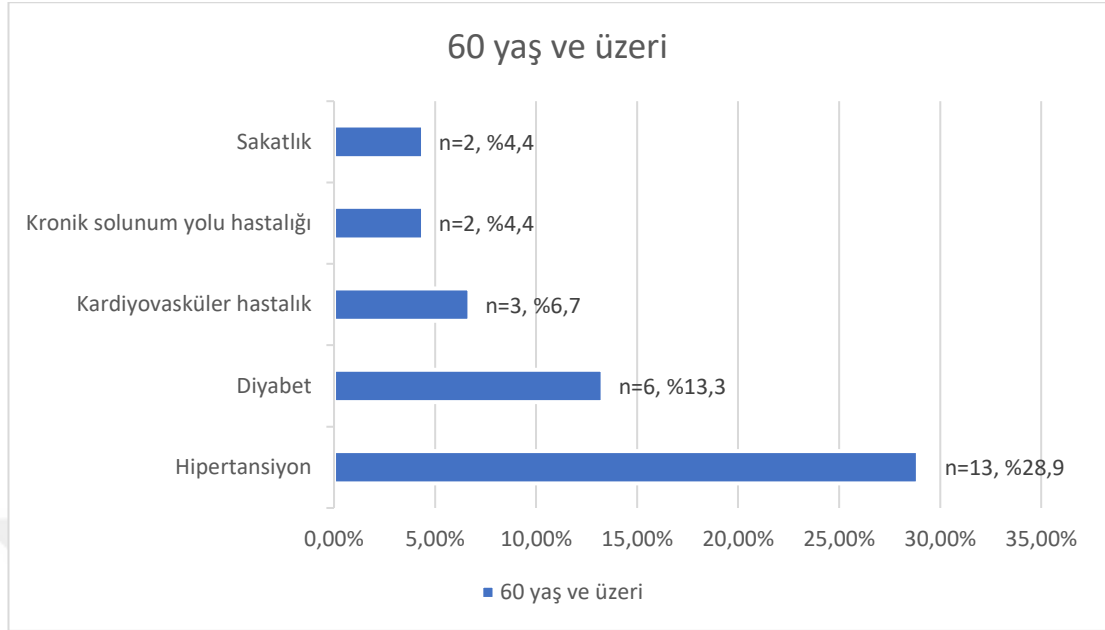
Grafik 1: 18-39 yaş arası kronik hastalıkların sıklığı



Grafik 2: 40-59 yaş arası kronik hastalıkların sıklığı



Grafik 3: 60 yaş üzeri kronik hastalık sıklığı



4.3. SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM

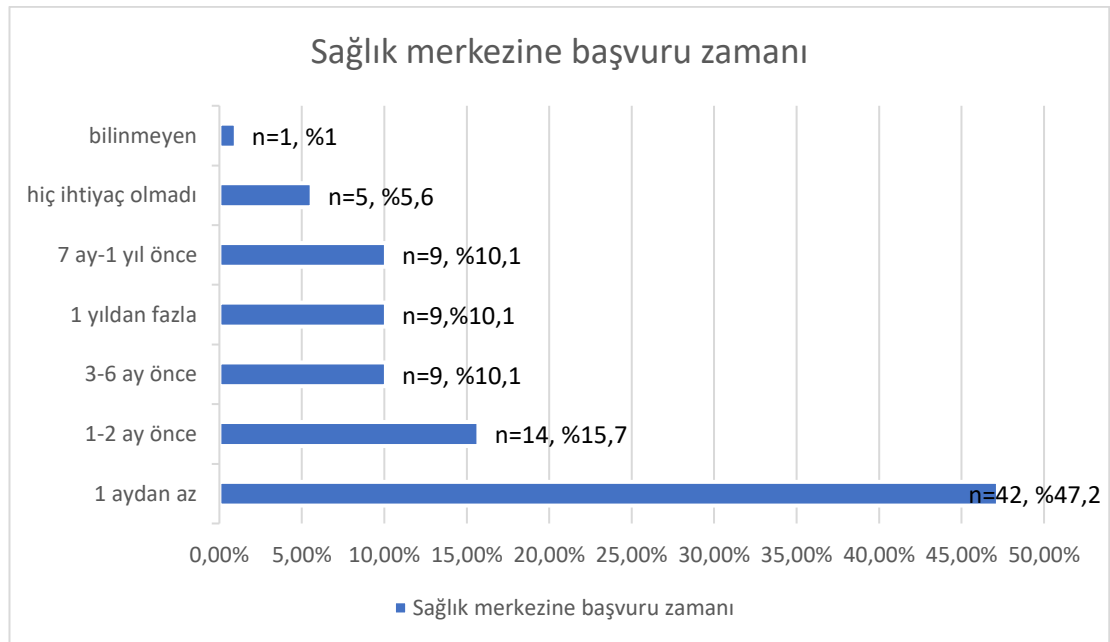
Görüşme yapılan kişilerin sağlık hizmetlerine erişim durumları sorgulandığında, %60 (n=126) oranında ev halkının ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmeti alamadığı belirtilmiştir. Katılımcılar, ev halkı ihtiyaç duyduğunda aile hekimine ulaşamadığını %86,1(n=181) oranında, uzman hekime ulaşamadığını ise %88,5 (n=186) oranında belirtmişlerdir. Katılımcıların %91,4'ü(n=192) sağlık hizmeti maliyetini karşılayamadığını, %89,1'i(n=187) reçete edilen ilaçların maliyetini karşılayamadığını belirtmiştir. Sağlık durumları hakkında bilgilendirme ihtiyaçlarının karşılandığı maddesine ise %66,7(n=140) oranında katılmadıkları saptanmıştır.

Tablo 4: Sağlık hizmetlerine erişim

	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum		Fikrim yok	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Sağlık hizmeti alabilmekteyim	5,2	11	34,8	73	55,2	116	1,9	4	2,9	6
Aile hekimine ulaşabilmekteyim	1,9	4	11,9	25	79,5	167	3,3	7	3,3	7
Uzman hekime ulaşabilmekteyim	1,4	3	10,0	21	79,5	167	5,2	11	3,8	8
Sağlık hizmetinin maliyetini karşılayabilmekteyim	1	2	7,6	16	71,4	150	17,1	36	2,9	6
İlaçların maliyetini karşılayabilmekteyim	1,4	3	9,5	20	65,2	137	21	44	2,9	6
Bilgilendirme ihtiyacım karşılanıyor	1,4	3	31,9	67	47,1	99	14,8	31	4,8	10

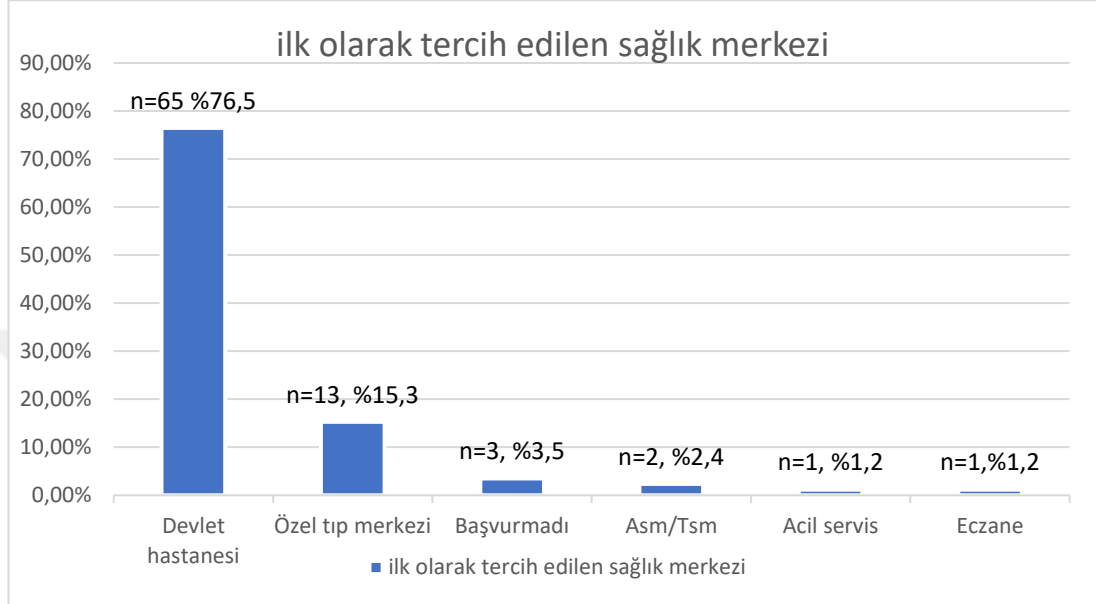
Tüm katılımcılar içerisinde kronik hastalıkları nedeniyle herhangi bir sağlık merkezine en son başvuru zamanı sorulduğunda %47,2 (n=42) oranında son 1 ayda tıbbi bakım için bir sağlık kuruluşuna başvurdukları görülmüştür.

Grafik 4: Sağlık merkezine başvuru zamanı



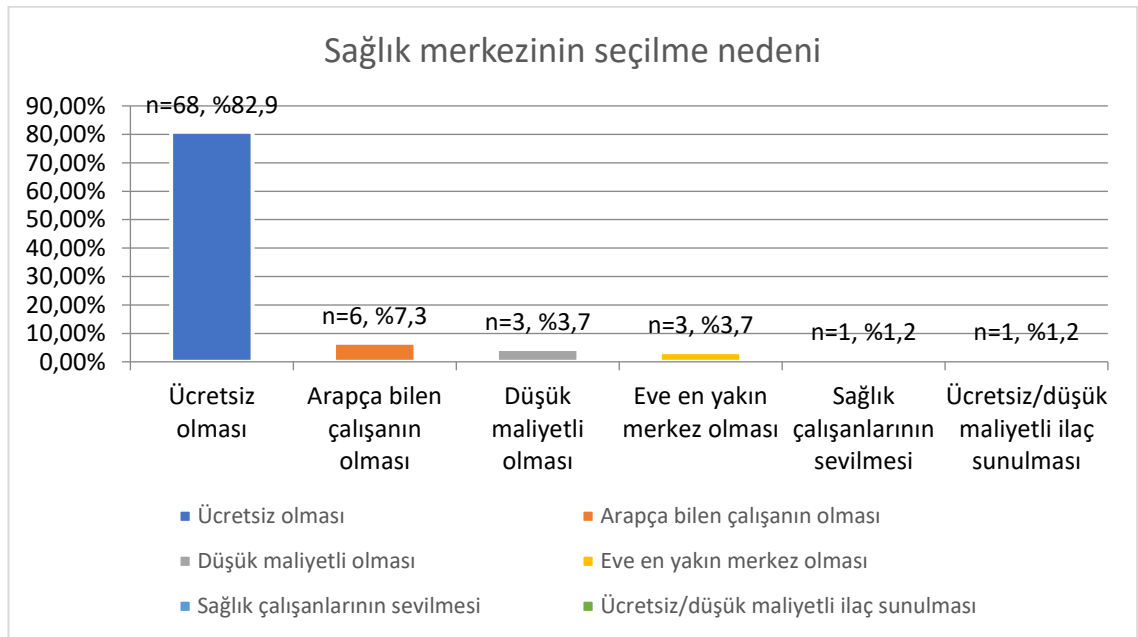
Kronik hastalığı nedeniyle bir sağlık kuruluşuna en son başvuru epizodu sorgulandığında %76,5(n=65) oranında Devlet Hastanesine başvurulduğu yanıt alınmıştır. Aile sağlığı merkezi tercih oranı ise %2,4 (n=2) olarak saptanmıştır.

Grafik 5: İlk olarak tercih edilen sağlık merkezi



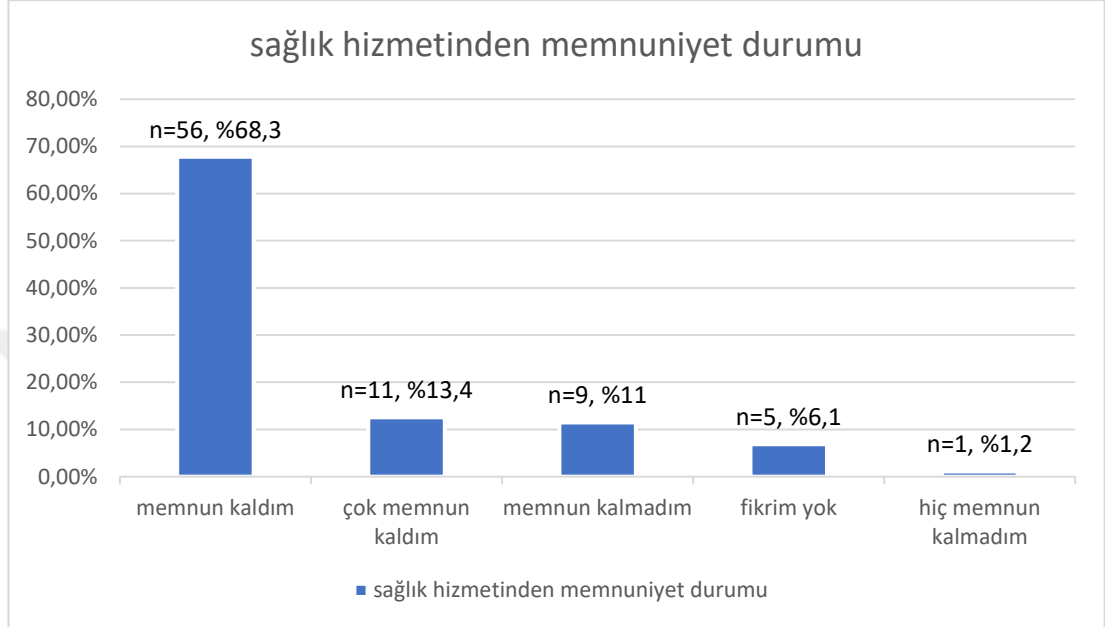
Kronik hastalığı sebebiyle sağlık hizmeti arayan katılımcılar herhangi bir sağlık merkezine başvuruda tercih nedeni olarak %82,9 (n=68) oranında ücretsiz hizmet verilmesini belirtmişlerdir.

Grafik 6: Sağlık merkezinin seçilme nedeni



Hane halkı içerisinde kronik hastalığı nedeniyle herhangi bir sağlık merkezine en son başvuruları baz alındığında, aldığı sağlık hizmetinden memnun kalma oranı %81,7 (n=67) olarak saptanmıştır.

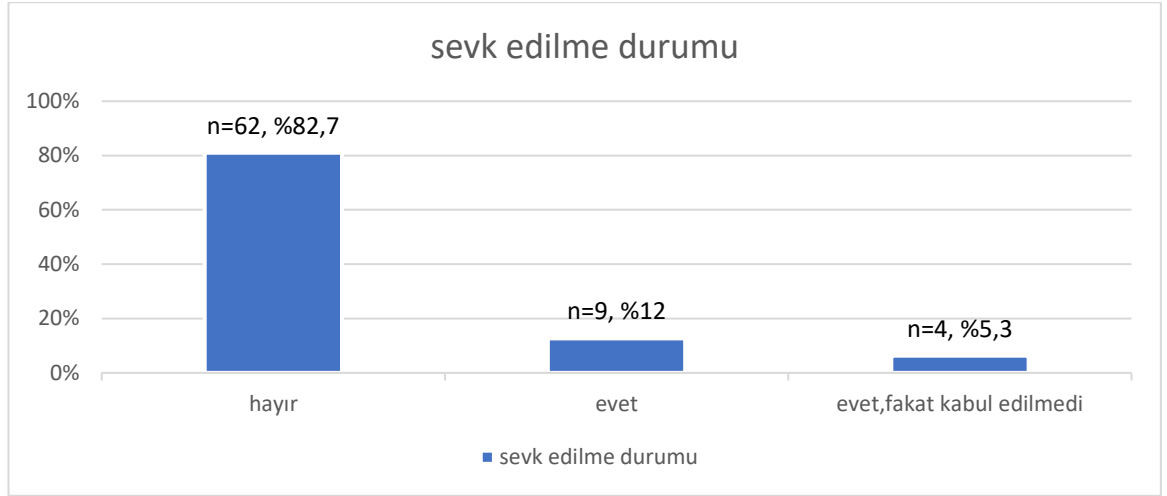
Grafik 7: Sağlık hizmetinden memnuniyet durumu



Hane halkı içerisinde görüşülen kişilerin kronik hastalığı nedeniyle herhangi bir sağlık merkezine en son başvuru baz alınarak, %85,7'sinin (n=66) yapılan muayene için herhangi bir ücret ödemediği belirlenmiştir.

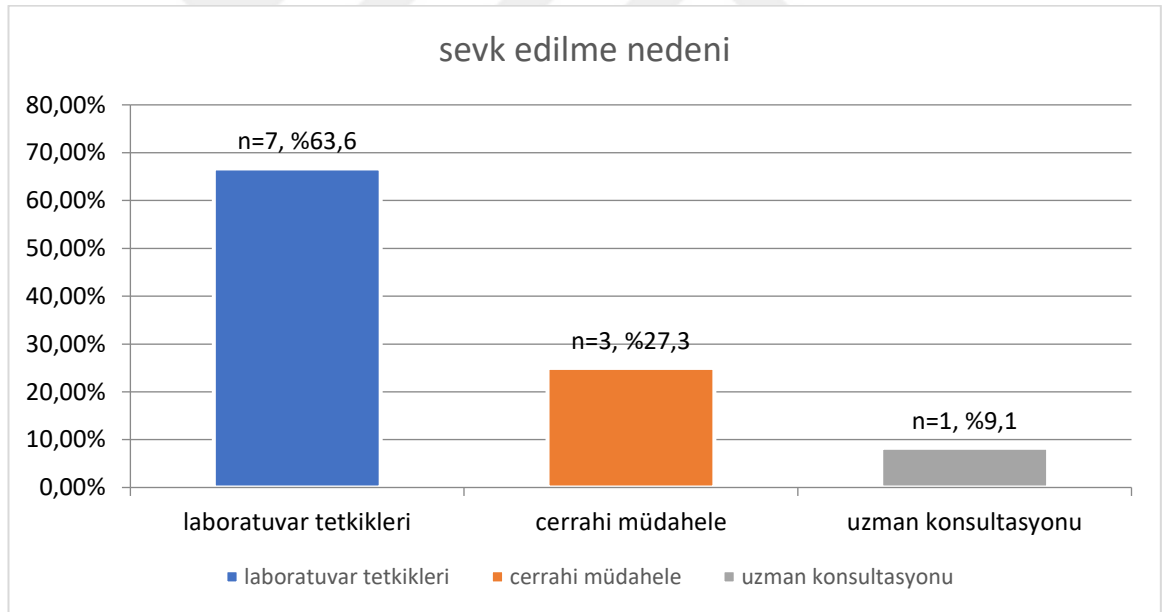
Görüşülen kişilerin sağlık merkezine başvuruları son başvurular baz alındığında sonucunda herhangi başka bir sağlık merkezine %82,7 (n=62) oranında sevk edilmedikleri saptanmıştır.

Grafik 8: Sevk edilme durumu



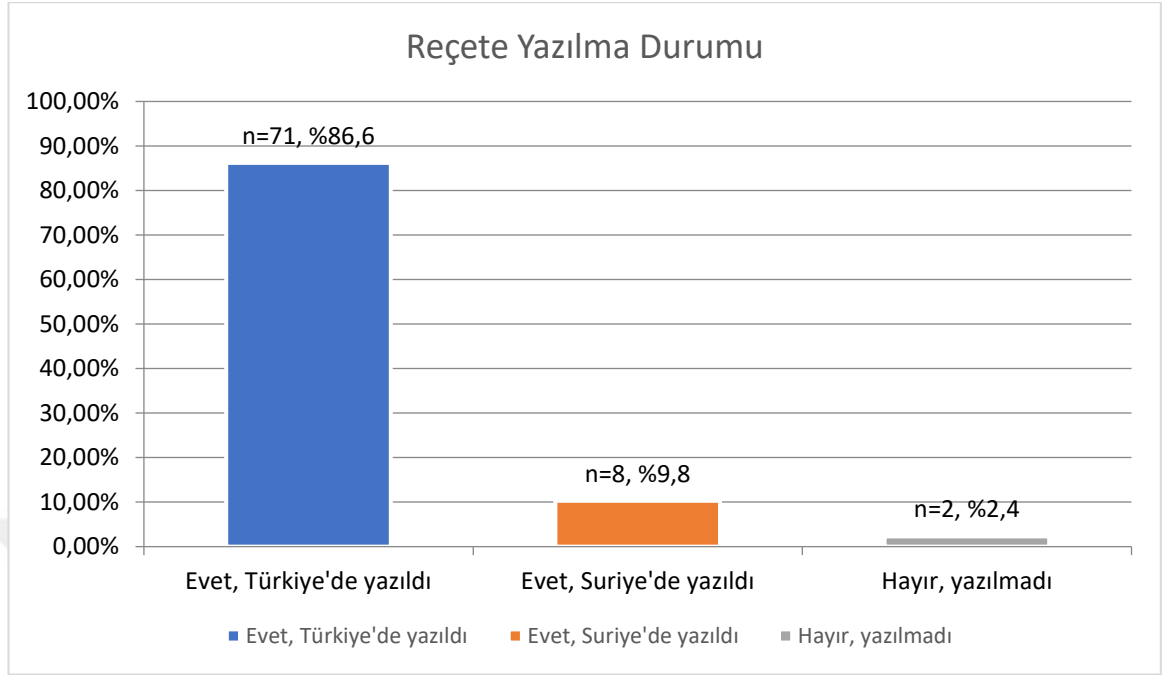
Sevk edilen katılımcıların %63,6'si (n=7) laboratuvar testleri için başka bir sağlık merkezine sevk edilmiştir.

Grafik 9: Sevk edilme nedeni



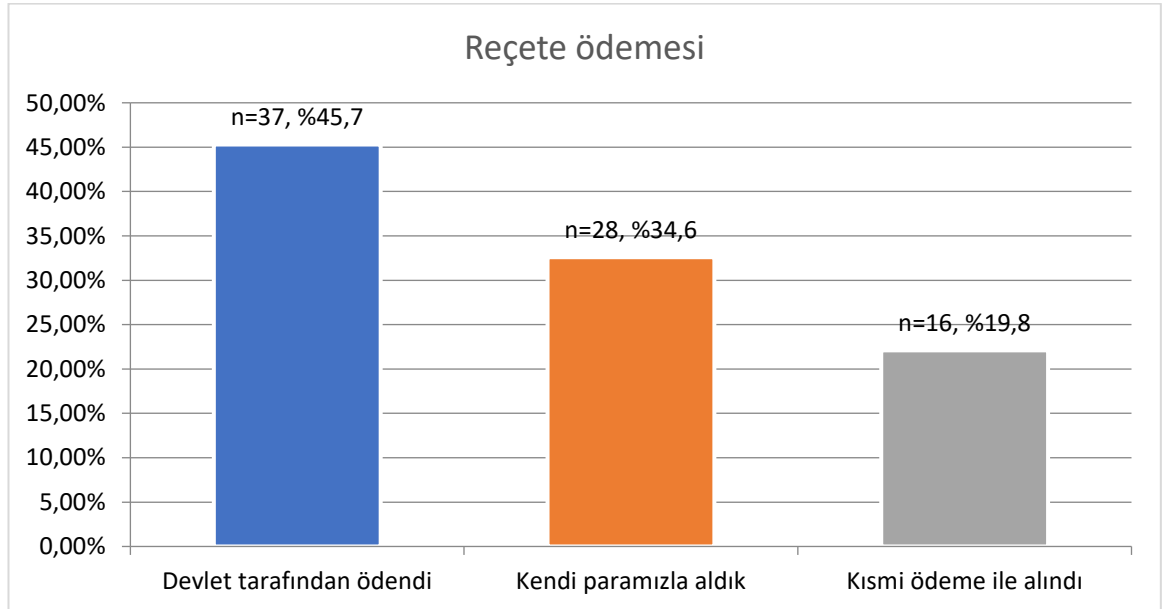
Kronik hastalığı nedeniyle sağlık hizmeti alan katılımcıların %86,2'sine (n=75) reçete yazıldığı belirlendi.

Grafik 10: Reçete yazılma durumu



Sağlık merkezine başvuran katılımcıların reçete edilen ilaçlarını temin edebilme durumlarına bakıldığında reçetelerin %45,7'sinin (n=37) maddi ödemesinin tamamen devlet tarafından karşılandığı belirlendi.

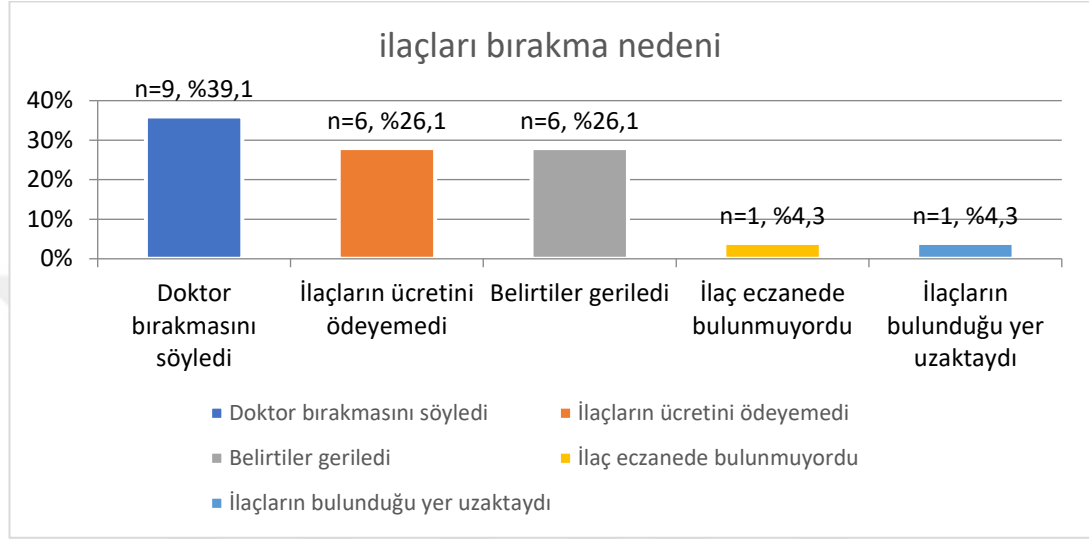
Grafik 11: Reçete geri ödenme durumu



Kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullanımının göç sırasında veya sonrasında bırakma durumları sorgulandığında ilaç kullananların %76,2'si (n=64) ilacını

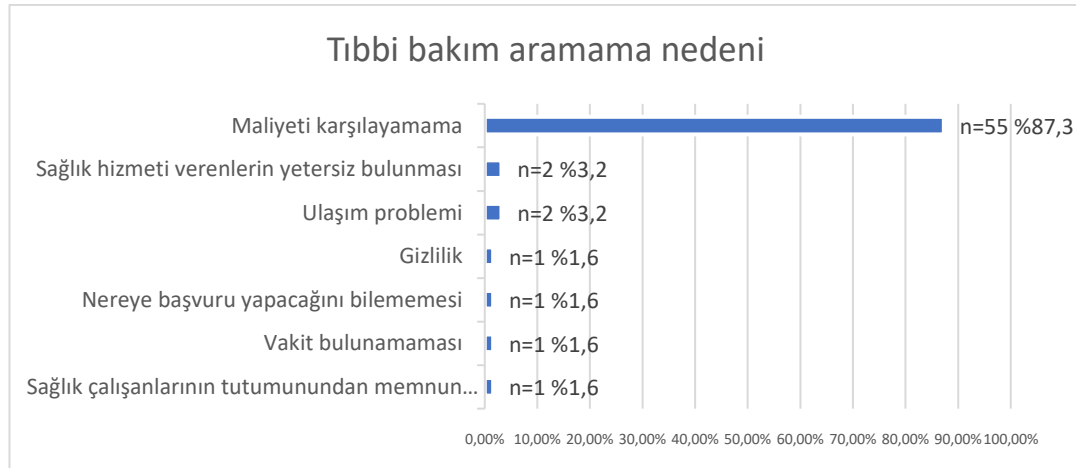
kullanmayı bırakmadığını, %21'4'ü (n=18) ilacın bitmesi nedeniyle ilaç kullanmayı bıraktığını, %1,2'si(n=1) hiç ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %39,1'i (n=9) kullanmakta olduğu ilaç veya ilaçlarını doktorun tavsiyesiyle kullanmayı bıraktığını belirtmiştir.

Grafik 12: İlaçları bırakma nedeni



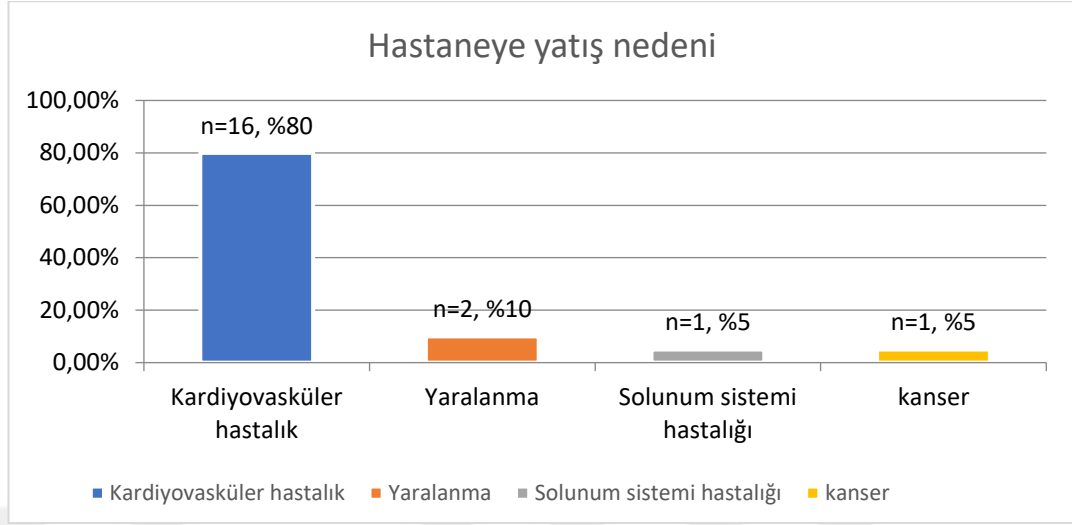
Katılımcıların Türkiye'de bulunduğu süreçte kronik hastalıkları nedeniyle ihtiyaçları halinde tıbbi bakım aramama nedeni olarak %87,3(n=55) oranında maliyeti karşılayamama endişesi olduğu saptanmıştır.

Grafik 13: Tıbbi bakım aramama nedeni



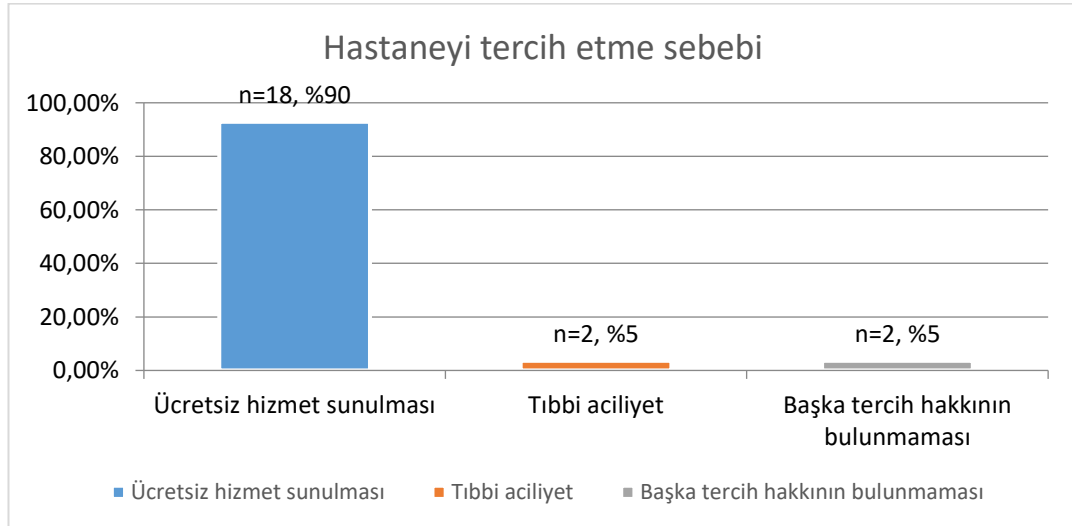
Kronik hastalığı bulunan katılımcılar içerisinde en son hastaneye yatış öyküsü olanlara, hastaneye yatış nedeni olarak %80 (n=16) oranında kardiyovasküler hastalık saptanmıştır.

Grafik 14: Hastaneye yatış nedeni



Türkiye’de buldukları süre içerisinde hastaneye yatışı gerçekleştiren katılımcıların yatış için hastane tercihleri %75 (n=15) oranında devlet hastanesi olarak saptanmıştır. Hastaneye yatış için herhangi bir hastaneyi tercih etme sebepleri, %90 (n=18) oranında ücretsiz hizmet sunulması olarak belirlenmiştir. Hastane yatışı olan katılımcıların %80’i (n=16) bu hastane yatışı için para ödemediklerini belirtmişlerdir.

Grafik 15: Hastaneyi tercih etme nedeni



4.4. EKONOMİK DURUM

Görüşülen kişilerin %53,8'inin(n=113) Türkiye'de buldukları süre içerisinde gıda ya da nakit para yardımı almadıkları belirlenmiştir.

Tüm katılımcıların %61,4'ünün (n=379) Suriye'deyken sağlık hizmeti alabileceği bir sağlık ocağının ya da aile sağlığı merkezinin bulunduğu saptanmıştır. Görüşülen kişiler içerisinde Türkiye'de ikamet ettiği süre boyunca, mevcut aile sağlığı merkezlerine kayıt olarak sağlık hizmeti almak isteyenlerin oranı ise %67,5 (n=142) olarak saptanmıştır.

Tüm katılımcılar içerisinde Şanlıurfa İli Göç İdaresi'ne başvuruda bulunup '99' rakamı ile başlayan kimlik numarasına sahip olma oranı %88,3 (n=545) olarak saptanmıştır.

Şanlıurfa ilinde hizmet veren Göçmen Sağlığı Merkezine başvuru oranı tüm katılımcılar için %38,3 (n=228) olarak saptanmıştır. Herhangi bir kronik hastalığı bulunan katılımcıların göçmen sağlığı merkezine başvuru oranı ise %48,9 (n=45) dir. Göçmen sağlığı merkezine başvuruda bulunan katılımcıların %55,7'si(127) verilen hizmetten memnun kaldığını belirtmiştir.

4.5. KARŞILAŞTIRMALI ANALİZLER

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri bireyler içerisinde herhangi bir kronik hastalığı bulunanların %53,2'si(n=50) erkek olarak saptanmıştır. Cinsiyetler arasında kronik hastalığa sahip olma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 5: Kronik hastalık-cinsiyet ilişkisi

$\chi^2=0,021$ $p>0,05$	Kadın %(n)	Erkek %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı olan	46,8(44)	53,2(50)	100(94)
Kronik hastalığı olmayan	47,6(249)	52,4(274)	100(523)

Tüm yaş grupları içerisinde herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların anlamlı düzeyde daha düşük eğitilmiş olduğu belirlendi.

Tablo 6: Kronik hastalık-egitim düzeyi ilişkisi

$\chi^2=11,711$ $p<0,01$	Okula gitmemiş- ilköğretime kadar %(n)	Ortaokul-lise ve üzeri %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı olan	80,9(76)	19,1(18)	100(94)
Kronik hastalığı olmayan	67,5(353)	32,5(170)	100(523)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri bireylerden %59,4 ü (n=366) hiç sigara kullanmadığını, %39,4 ü (n=243) aktif içici olduğunu ve %1,1 i (n=7) geçmişte kullanıp bıraktığını ifade etmiştir. Kronik hastalık duruma göre baktığımızda, kronik hastalığı bulunanların %44,7'si (n=42) kronik hastalığı bulunmayanların ise %38,4'ü (n=201) aktif içicidir. Bu oranlar, kronik hastalığı olanların aktif sigara içiciliği prevalansının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 7: Kronik hastalık-Sigara kullanımı ilişkisi

Kronik hastalık	Sigara kullanımı			
	Hiç kullanmamış %(n)	Kullanıp bırakmış %(n)	Aktif içici %(n)	Toplam
$\chi^2=2,492$ $p<0,5$				
Kronik hastalığı olmayan (%)	60,6 (317)	1(5)	38,4 (201)	100 (523)
Kronik hastalığı olan(%)	53,2(50)	2,1(2)	44,7(42)	100(94)
Toplam (%)	59,5(367)	1,1(7)	39,4(243)	100(617)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri ve kronik hastalığı olan katılımcıların %93,6'sinin (n=88) anadili Arapça, %6,4'ünün anadili (n=5) Kürtçe olarak saptanmıştır. Kronik hastalığı olma durumu, konuşulan dil grupları arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 8: Kronik hastalık-anadil ilişkisi

$\chi^2=0,162$ $p>0,05$	Arapça %(n)	Kürtçe %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı olan	93,6 (88)	6,4 (6)	100(94)
Kronik hastalığı olmayan	94,6(495)	5,4 (28)	100(523)
Toplam	94,5(583)	5,5(34)	100(617)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri tüm bireylerin Suriye’de iken birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarına baktığımızda, kronik hastalığa sahip olanlarda bu oran %67(n=63) olarak saptanmıştır. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan kişilerin sağlık hizmeti arayışında birinci basamağı kullanma alışkanlıkları ile kronik hastalığa sahip olmayanlara göre anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 9: Kronik hastalık-birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma ilişkisi

$\chi^2=3,249$ $p>0.05$	Birinci basamağı kullananlar %(n)	Birinci basamağı kullanmayanlar %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı var	67,0(63)	33(31)	100(94)
Kronik hastalığı yok	60,8(318)	39,2(205)	100(523)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri bireylerden kronik hastalığa sahip olanlar içerisinde gıda ya da nakit yardımı alma durumları incelendiğinde kronik hastalığı bulunan kişilerin %48,9’unun (n=46) inin yardım aldığı saptanmıştır. Bu grupta, gıda yardımı almayanlara göre %1 daha fazla kronik hastalık varlığı tespit edilmesine rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 10: Kronik hastalık-gıda/nakit yardımı alma ilişkisi

$\chi^2=0,751$ $p>0,05$	Kronik hastalığı olanlar %(n)	Kronik hastalığı olmayanlar %(n)
Gıda-nakit yardımı alanlar	48,9 (46)	44,6 (233)
Gıda-nakit yardımı almayanlar	51,1(48)	54,7 (286)
Toplam	100(94)	100 (523)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri bireyler içerisinde kronik hastalığı bulunanların %91,5(n=86) inin Türkiye kimlik numarasının bulunduğu saptanmıştır. Kronik hastalık varlığı, kimlik numarasına sahip olma durumu açısından belirleyici bir faktör olarak gözükmemektedir.

Tablo 11: Kronik hastalık-Türkiye kimlik numarası bulunma ilişkisi

$\chi^2=1,230$ $p>0,05$	Kimlik numarası var %(n)	Kimlik numarası yok %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı var	91,5(86)	8,5(8)	100(94)
Kronik hastalığı yok	87,8(459)	12,3(64)	100(523)

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri bireylerden kronik hastalığa sahip olanların %48,9 (n=45) unun, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayanların ise %36,3 (n=183) inin en az bir defa göçmen sağlığı merkezine başvurduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunan kişilerin göçmen sağlığı merkezine başvuru oranları anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır.

Tablo 12: Kronik hastalık-Göçmen sağlığı merkezi başvurusu ilişkisi

$\chi^2=6,254$ $p<0,01$	Göçmen sağlığı merkezine başvurmuş %(n)	Göçmen sağlığı merkezine başvurmamış %(n)	Toplam %(n)
Kronik hastalığı var	48,9 (45)	51,1 (47)	100(92)
Kronik hastalığı yok	36,3 (183)	63,7(321)	100(504)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, kayıtlı nüfusun olmadığı ve ikametgâh değişikliğinin sık yaşandığı bölgelerde önerilen hızlı bir yöntem olan 30x7 küme örneklem yöntemini kullandık. (31)

Tüm katılımcılar içerisinde 18 yaş üzeri tüm yaş grupları ele alındığında en az bir kronik hastalığı bulunma sıklığı %15,2 olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon sıklığı %4,7, kronik solunum yolları hastalığı sıklığı %2,4, diyabet sıklığı %2,3 olarak saptandı. 18-39 yaş arası kronik solunum yolları hastalıkları %3 oranında, 40-59 yaş arasında hipertansiyon %7 ve diyabet sıklığı %4,1 oranında, 60 ve üzeri yaş grubuna bakıldığında hipertansiyon sıklığı %28,9 oranında, 65 yaş üzeri grubunda ise hipertansiyon sıklığı %34,8 olarak saptandı. Kronik hastalık sıklıklarını cinsiyete göre incelediğimizde; kronik hastalığı olanların %46,8'i kadın, %53,2'si erkek olan belirlendi. Görüşülen kişilerin kronik hastalıkları nedeniyle tıbbi bakım aramak için herhangi bir sağlık merkezine başvurularının %47,2 oranında son 1 ayda yapıldığı belirlendi. Kronik hastalığı nedeniyle tıbbi bakım arayan sığınmacıların %76,5 oranında Devlet Hastanesini tercih ettikleri belirlendi. Aile sağlığı merkezi tercih oranı ise %2,4 olarak saptandı. Sağlık hizmeti için başvuran sığınmacıların sağlık merkezi tercihlerinde en önemli etkenin %82,9 oranında ücretsiz sağlık hizmeti sunumu olduğu görüldü. Görüşülen kişiler içerisinde, en son başvurular baz alındığında, kronik hastalığı nedeniyle sağlık hizmeti alanların, alınan sağlık hizmetinden %81,7 oranında memnun kaldığı belirlenmiştir. Yine kronik hastalık nedeniyle herhangi bir sağlık merkezine en son başvurular baz alındığında, %85,7 oranında sağlık hizmetine herhangi bir ücret ödenmediği belirlendi. Bu grubun içerisinde sevk edilme oranı %17,3 olup en sık sevk nedeni %63,6 ile laboratuvar testleri olarak bildirilmiştir.

Görüşülen kişilerin ifadelerine göre, ihtiyaç duyduğunda ev halkının sağlık hizmetine ulaşamama yüzdesi %57,4 aile hekimine ulaşamama yüzdesi %83,4 ve uzman hekime ulaşamama yüzdeleri ise %85 olarak belirlendi. Görüşülen kişilerin %70'inin sağlık hizmeti maliyetini karşılayamadığı %82,2'sinin reçete edilen ilaçların maliyetini karşılayamadığı saptandı. Sağlık durumları hakkında bilgilendirme ihtiyaçlarının ise %60,9 oranında karşılanmadığı saptandı.

Katılımcılar arasında herhangi bir kronik hastalığı bulunanların Türkiye’de bulunduğu süreçte ihtiyaç halinde tıbbi bakım aramama nedenlerinin %87,3 oranında maliyeti karşılayamama endişesi olduğu saptandı. Kronik hastalığı bulunan katılımcılar içerisinde en son hastaneye yatış öyküsü bulunanların, hastaneye yatış nedeninin %80 oranında kardiyovasküler hastalık olduğu saptandı. Hastaneye yatışı olan sığınmacılara hastane tercihlerinin %75 oranında devlet hastanesi olduğu belirlendi. Bu tercih sebeplerinin ise %92,9 oranında ücretsiz hizmeti sunulması olduğu ve %78,3’ünün bu hastane yatışı için para ödemedikleri belirlendi.

5.1. KRONİK HASTALIKLAR

Ülkemizde sığınmacı ve kronik hasta sayısı giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların epidemiyolojisini anlamak; hastalık yükünü azaltmak, sağlık hizmetlerini hastaların ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemek açısından çok önemlidir. (32) Literatürde ve ülkemizde bu konuda yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

2013 yılında 18477 kişi ile yapılan Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $41,3 \pm 17,2$ olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması $35,6 \pm 14,3$ olarak saptandı. Çalışmaya katılan 15 yaş ve üzeri tüm katılımcılar içerisinde eğitim %55 oranında ilköğretim düzeyinde saptanmış olup, bu oran bizim çalışmamızda 18 yaş ve üzeri popülasyon için %68,5’tir. Çalışmaya katılan tüm 15 yaş üzeri katılımcılar içerisinde %17 oranında hipertansiyon, %8 oranında diyabet, %3,2 oranında kardiyovasküler hastalık, %4 oranında kronik solunum yolu hastalığı saptanmıştır. (26) Bizim çalışmamızda tüm katılımcılar içerisinde, 18 yaş üzeri tüm yaş gruplarında; hipertansiyon %4,7, diyabet %2,3, kardiyovasküler hastalıklar %2,1, kronik solunum yolu hastalıkları %2,4 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan kronik hastalık sıklıklarının diğer çalışmadan düşük saptanmasının en önemli sebebi katılımcılarımızın genç nüfus tarafından oluşturulmasıdır. Kronik hastalığı bulunan ya da ileri yaşı veya işlevsellik kaybı/kırılgnalık nedeniyle göç edemeyen Suriyeliler nedeniyle, mevcut popülasyonun kronik hastalık prevalansları benzer çalışmalara göre daha az saptandığı düşünülmektedir.

Shannon Doocy ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı Ürdün'de yaşayan Suriyeli mülteciler ile yaptığı kronik hastalık prevalansı ve bakım arayışı, çalışmasında 18 yaş üzeri 1634 katılımcıda herhangi bir kronik hastalığın bulunma oranı %50,3'tür. Ayrıca 18 yaş üzeri tüm yaş grupları içerisinde hipertansiyon %9,7, diyabet %5,3, kardiyovasküler hastalık %3,7, kronik solunum yolu hastalıkları %3,1 olarak belirlenmiştir. (33) Yaş grupları ayrı olarak incelendiğinde; 40-59 yaş arasında hipertansiyon %21,1, diyabet %12 kardiyovasküler hastalık %7,5, kronik solunum yolu hastalığı 3,8 oranında saptanmıştır. 60 yaş üzerinde ise, hipertansiyon %52,1, diyabet %32,4, kardiyovasküler hastalık %21,4, kronik solunum yolu hastalığı %5,9 oranında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda 40-59 yaş grubu için hipertansiyon %7, diyabet %4,1, kardiyovasküler hastalık %3,5, kronik solunum yolu hastalığı %0,6 olarak saptanmıştır. 60 yaş üzerinde ise hipertansiyon %28,9, diyabet %13,3, kardiyovasküler hastalık %6,7, kronik solunum yolu hastalığı %4,4 olarak saptanmıştır.

Aynı çalışmada Suriyeli sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu %57,7 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda birinci basamağa başvuru oranı %2,4 olarak saptanmıştır. Bu durumda mevcut kronik hastalığından tıbbi bakım yetersizliği nedeniyle haberdar olamayan katılımcıların, kronik prevalansın olduğundan düşük çıkmasına etki ettiği düşünülmektedir.

5.2. EĞİTİM

2013 yılında ülkemizde yapılan Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasına göre araştırmaya katılanların %55'i ilk ve ortaöğretim, %27,9'u lise ve üzeri düzeyinde bir eğitim durumuna sahiptir. (26) Bizim çalışmamızda %75,3 ilk ve ortaöğretim, %23,8 lise ve üzeri düzeyinde eğitim durumu olarak saptanmıştır. Bu rakamlara göre çalışmamıza katılan sığınmacıların eğitim düzeyinin, yerel popülasyondan daha düşük olduğu saptanmıştır.

2013 yılında AFAD tarafından yapılan Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılar, saha araştırması raporunda, sağlığın temel sosyal belirleyicilerinden birisi olan eğitim düzeyi değerlendirildiğinde kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların %61'i

ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir (34). Bizim çalışmamızda ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olma oranı 69,5 olarak saptanmıştır.

Görüşülen kişiler içerisinde kronik hastalığa sahip olanların %76'sının eğitim düzeyi okula gitmemiş-ilkokula kadar gitmiş olarak belirlendi. En az bir kronik hastalığı bulunma ve eğitim düzeyi düşüklüğü ilişkisi anlamlı olarak yüksek saptandı. ($\chi^2=8,760p<0,05$)

5.3. HASTANE YATIŞI VE DİL ENGELİ

Gibson ve arkadaşlarının 2015 yılında Avustralya'da yaptığı çalışmaya göre; kırsaldaki yerlilerin sağlık ihtiyaçlarına cevap veren birinci basamak sağlık hizmetine daha iyi erişim imkânı, aralarında önlenebilir hastanede kalma oranlarını azalttığını göstermiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının yerlilerden oluşmasının, hastalar için samimi ve rahat bir ortam yarattığı belirlenmiştir. (35) Yerli Sağlık Çalışanları hastalar için kültürel güvenlik sağlamaktadır. Bizim çalışmamızda kronik hastalığı bulunan katılımcılar arasında %7,3 oranında sağlık merkezinde Arapça bilen çalışanın bulunması, ücretsiz sağlık hizmetinden sonra ikinci olarak en sık tercih edilme sebebidir. Kültürel açıdan güvenli bir hizmet sunmak, Yerli hastaların kronik hastalık yönetimine erişebilmeleri için etkin bir faktördür ve hastalara ve ailelerine saygı ve göz önüne alınmasını içermelidir. (35)

Katılımcıların sağlık hizmeti ararken karşılaştıkları en önemli zorluklardan biri dil engelidir. Gidilen bölgede ırk ve dil konusunda ayrımcılık yapılması göç eden kişilerde kronik hastalıkların artışıyla sonuçlanmaktadır. (36) Katılımcılar bir sağlık merkezine başvururken %80,9 ücretsiz sağlık hizmeti sunulmasından sonra ikinci olarak %7,3 oranında Arapça bilen bir tercümanın bulunmasını tercih etmektedirler. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, birinci basamakta hizmet veren personelin kolayca ulaşabileceği bir tercümanlık hattı kurulmuş olup 7 gün 24 saat hizmet vermektedir. Sağlık merkezine başvuran sığınmacıların dil engeli nedeniyle geri çevrilmemesi için kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

5.4. SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM

2016 yılında Isparta ilinde yapılan, mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar, çalışmasında araştırmaya katılan sığınmacılarda kronik hastalık oranı %17,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran %15,4'dir. Sığınmacıların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ise %59,4 ile Devlet Hastanesine başvurduklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oran %76,5 olup, Isparta iline göre Şanlıurfa'daki Suriyeli sığınmacıların devlet hastanesini daha fazla tercih ettiğini göstermektedir. (37)

Ürdün'de kronik hastalıklar için bakım arayan sığınmacıların en son tıbbi bakım aldığı zaman aralığı %46,7 oranında 1 aydan önce olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran %47,2 olarak saptandı. Bu bulgular çalışmamızda saptadığımız verilerle uyumludur.

5.5. BİRİNCİ BASAMAK KULLANIMI VE KAYIT

Kronik hastalıklar uzun vadede düzenli takip ve tedavi gerektirir. Hastasının problemlerini bir bütün olarak ele alabilen aile hekimliği, hasta merkezli yaklaşımı sayesinde bu sorumluluğun üstesinden gelebilecek bir yapıya sahiptir. (38) Özellikle kamp dışında yaşayan kronik hastalıkları bulunan sığınmacılar çevresel faktörlerden kolay etkilenmektedir ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacı halinde aile hekimine ulaşabilen katılımcı oranı %13,8 saptanmıştır. Yine birinci basamak olarak değerlendirebileceğimiz fakat Şanlıurfa'da henüz birinci basamak sağlık hizmetini tam olarak vermeye başlamamış olan göçmen sağlığı merkezine başvuru oranı %38,3 olarak saptanmıştır. 2006 yılında Sheikh-Mohammed ve arkadaşlarının Avustralya'da yaşayan Sahra altı mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller adlı çalışmasında sığınmacı ailelerin çoğunda birinci basamak kullanımına rastlandı ve aile hekimliğinin, sağlık sistemi ile ilk temas noktası haline geldiği gözlemlendi. (39) Çalışmamızın sonucunda saptadığımız düşük oranlar ülkemizde yaşayan Suriyeli sığınmacılar için birinci basamağın kullanımının ve farkındalığının henüz olmadığını ortaya koymaktadır. Sığınmacılar maddi imkânsızlıklardan dolayı sık sık ikamet değiştirmektedir. Aile hekimleri

başvuruda bulunan Suriyeli sığınmacılara sonrasında ulaşmada, bebek ve gebe izlemlerini, kanser taramalarını gerçekleştirmekte sorun yaşayacakları endişesiyle kayıt almak istememektedir. Aile hekimlerinin kayıt durumunda, takip eksikliği nedeniyle negatif performans yaptırımından etkilenmemesi için, geçici koruma kapsamında hizmet verilen sığınmacılara bu konuda bir takip kaybı esnekliği getirilmelidir. Bu hareketli nüfusu takip esnekliği ile negatif performans sistemine dâhil olma endişesi yaşamayan aile hekimliği birimleri sığınmacıları birime kayıt etme konusunda daha olumlu yaklaşacaklardır. (40) Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmeti arayışının birinci basamaktan başlamaması hem hastaya hem de kuruluşlara sağlık maliyetini arttırmakta ve mevcut olan sınırlı kaynakları tüketmektedir. (30)

Çalışmamızda görüşülen kişiler içerisinde herhangi bir kronik hastalığı bulunmayanların %36,3 oranında en az bir defa göçmen sağlığı merkezine başvurduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı nedeniyle tıbbi bakım arayan katılımcılar birinci basamak sağlık hizmetlerinden ziyade %78,9 oranında Devlet Hastanesine başvurumaktadırlar. Türk tabipler birliğinin 2016 yılında yayınladığı rapora göre, göçmen sağlığı merkezleri nitelikli sağlık hizmet sunumuna uygun olmayan koşullarda hizmet vermektedir. 2. ve 3. basamak sağlık hizmet ihtiyacı olanlar için, açılan göçmen polikliniklerinde müracaatların büyük çoğunluğunu (%80-90) hastaneye sevk alma talebiyle başvuranlar oluşturmaktadır. (1) Bu oran göçmen sağlığı merkezlerinin kronik hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde sığınmacılar tarafından tercih edilmediğini göstermektedir. Şanlıurfa'da henüz tam olarak birinci basamak sağlık merkezi statüsünde hizmet vermeye başlamamış olan ve daha çok başvuruda bulunan sığınmacıları bir sevk sistemine dahil eden göçmen sağlığı merkezlerinin, kronik hastalıkların tanı ve takibinde hastalar tarafından tercih edilmemesi beklenen bir durumdur.

Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerini etkin olarak kullanabilmesi için, aile hekimliği birimine kayıt yaptırımları ve buradan hizmet almaları, entegre sağlık hizmet sunumu açısından son derece önemlidir. 1978 Alma-Ata bildirgesinden itibaren (referans), bildirmede ortaya konan temel sağlık hizmetleri hedeflerine ulaşılabilmesi için selektif (dikey) ve kapsamlı (yatay) olmak üzere iki tip müdahale programları uygulamaya konmuştur. Bu müdahalelerin sonuçları değerlendirildiğinde

selektif uygulamaların fragmente sağlık sistemlerini beslediği ve sağlıkta eşitsizliği artırdığı görülmüstür. 3 milyondan fazla Suriyeli sığınmacının en az yarısının ülkemizde yaşamaya uzun yıllar devam edeceği varsayımı da dikkate alındığında, bu grubun mevcut sağlık sistemine entegrasyonlarını kolaylaştırıcı ve sadece kendi gruplarına özgü olmayan çözümlere ihtiyaç duyulduğu daha iyi anlaşılacaktır. (41)

Konya'da yapılan bir çalışmaya göre; sığınmacıların sağlık hizmetine ulaşamamasının temel nedeninin dil sorunları olduğu ve aile hekimlerinin kayıt yapmak istemedikleri olarak belirtilmiştir. (42) şüphesiz dil önemli bir bariyerdir ve her aile hekimliği biriminde bir çevirmen istihdam etmek güç olabilir. Ancak telefonla çevirmenlik hizmeti alınması ve bu amaçla bir hizmet merkezi kurulması mümkündür. 2003 yılında Jacobs ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmada, İngilizcesi yetersiz olan hastalarda tercüman hizmetlerinin sağlık hizmetleri maliyet ve kullanımına olan etkisini değerlendirilmiş ve tercüman hatları kullanan hastaların, daha fazla önleyici hizmet olarak, daha fazla ofis ziyareti yaptığı saptanmıştır. Telefonla tercümanlık hizmeti sağlamak, dil yeterliliğine sahip olmayan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin verimini arttırmak için maddi açıdan uygun bir yöntem olarak belirlenmiştir. (43)

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında kayıtlardan ulaşabileceğimiz bir evren belirlenememesi sayılabilir. Bu nedenle güven düzeyi ve hata payı çerçevesinde temsiliyet gücü yüksek bir örneklem hesaplanamamış, onun yerine 30*7 küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. İkinci olarak çalışma verisi yüz yüze görüşmelerle katılımcıların beyanları doğrultusunda toplandığından hafıza faktörüne bağlı hataya (recall bias) açıktır.

Çalışmamızın güçlü yanları ise küme örneklem yönteminin neredeyse tamamı Suriyeli sığınmacılardan oluşan bir mahallede yapılmış olması ve yanıt oranının çok yüksek (sadece 1 hane red etmiştir) olmasıdır. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı, görüşmelerin tamamının bir hekim tarafından yapılmış olmasıdır. Anket uygulaması sırasında eşlik eden çevirmenlerin de Suriyeli olması ziyaret edilen ailelerde bir güven ortamı yaratarak etkili bir iletişim kurulmasını kolaylaştırmıştır.

6. SONUÇ

Göç, ülkemizin coğrafik konumu nedeniyle sık karşılaşılan ve iyi yönetilmesi gereken bir kavramdır. Savaş ortamından kaçarak büyük bir sarsıntı yaşayan sığınmacıların, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının belirli bir düzen içerisinde karşılanması gerekmektedir. Sağlık sistemi göçmenler için karmaşıktır ve hastaların kendi başlarına sistemin içinde doğru kapıyı çalmalarını sağlamak, sistem içerisinde koordineli bir yaklaşım gerektirir. Afet durumlarında acil sağlık hizmetleri ön plana çıkarırken ne yazık ki kronik hastalık bakımları uzun vadede göz ardı edilmektedir. Çalışmamızın sonucunda belirtmek gerekir ki, kronik hastalık sıklığı ülkemizde ve dünyada göz ardı edilmeyecek seviyelerdedir. Artan sığınmacı popülasyonuna paralel olarak aile sağlığı merkezleri kronik hastalıkların tanı tedavi ve izleminde en önemli role sahip olan birimlerdir.

Çalışmamızda 40 yaş üzeri katılımcılarda hipertansiyon ve diyabet en sık rastlanan kronik hastalıklar olarak saptanmıştır. Bu hastalıklar birinci basamakta kolaylıkla tanı koyulup, takip ve tedavi edilebilir. Hasta bireylerin düzenli takiplerinin yapılması, hastalıkları ve kullanması gereken ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Çalışmamız göstermektedir ki, sığınmacıların sağlık hizmeti arayışında birinci basamak sağlık hizmetleri tercih edilmemektedir. Suriyeli sığınmacıların Türkçe öğrenmeleri için gerekli alt yapı oluşturulurken, diğer yandan anadillerinde hazırlanmış broşürlerle başta sağlık hizmeti olmak üzere, gereksinim duyabilecekleri hizmetleri nerelerden alabilecekleri ve sağlık hakları kendilerine bildirilmelidir. Sağlık çalışanlarının etkili iletişimleri sayesinde, aile hekimine kayıt olan sığınmacılar düzenli sağlık hizmetlerinden faydalanılabilir. İl göç idaresi müdürlüklerinin yönlendirmesiyle, sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı bölgelerde göçmen sağlığı mevzuatına ilişkin hizmet içi eğitim almış personellerden oluşan aile hekimliği birimlerinin açılması ve göçmen sağlığı merkezlerinin amacına uygun hizmet sunmaya başlaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla sığınmacının etkin olarak yararlanmasını sağlayacaktır. (40)

7. KAYNAKÇA

1. Ergin, Işıl. "Savaş, Göç Ve Sağlık." ISBN 978-605-9665-01-8 Şubat 2016, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
2. Lewis, S.J. (2003) Migration and Health Impact Assessment. Public Health , 117, 305–311
3. Karadağ, Ö., Altıntaş, K.H. (2010) Mülteciler ve Sağlık. TAF Prev Med Bull; 9(1):55-62
4. Beşer A. (2012) Göç, Kültür Ve Sağlık İlişkisi. Kültürlerarası Hemşirelik (Ed: Seviğ Ü., Tanrıverdi G.). İstanbul Tıp Kitabevi, 57-71.
5. World Health Organization. Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. 1.Chronic disease – therapy 2.Investments 3.Evidence-based medicine 4.Public policy
6. Çiçekli, B. Açıklamalı Göç ve İltica Hukuku Terimleri Sözlüğü, (Basım yeri belirtilmemiştir), Nisan 2013, s. 39-40
7. Birleşmiş milletler Küresel Göç İstatistikleri, <http://esa.un.org/unmigration/wallchart2013.htm> Erişim tarihi: 09.03.2017
8. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html> Erişim tarihi: 08.02.2017
9. Mis, Nebi, and Ismail Numan Telci. "Devrimden Darbeye: Mısır'da Askeri Vesayet Dönemi (From Revolution to Coup: Military Tutelage in Egypt)." *Ortadoğu Analiz (Middle East Analysis)*, August 5.56 (2013): 20-29.
10. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute Yıl:2015Cilt:12 Sayı:30, s. 265-280)
11. Kılıç, Tamer. "Türkiye’de Mültecilerin Hukuki Durumu, Uyum Meselesi." *Ed. Servet Karaca ve Uğur Doğan, Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı*

Sonuç Raporu, Mersin Üniversitesi Bölgesel İzleme Uygulama Araştırma Merkezi (2014).

12. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=122>
Erişim tarihi: 29 Şubat. 2016
13. Dünya Sağlık Örgütü Suriye Arap Cumhuriyeti Yıllık Rapor 2016
14. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=224> – Turkey -11 April 2016
15. <http://www.unhcr.org/turkey/home.php?content=648>
Erişim tarihi: 09.03.2017
16. Türkiye’deki Suriyeli Mülteciler Sık Sorulan Sorular, BMMYK Türkiye Ocak 2015
17. Kate Jastram, Mültecilerin Korunması: Uluslararası Mülteci Hukuku Rehberi, 2001, s.127; Bülent Çiçekli, Açıklamalı Göç ve İltica Hukuku Terimleri Sözlüğü, (Basım yeri belirtilmemiştir), Nisan 2013, s. 36.
18. Poyraz, Y. (2012). Suriyeli Vatandaşların Geçici Korunması ve Uluslararası Mülteci Hukuku. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 20(2), 53-69.
19. Yavuz, Ömer. *Afetler sonrası yapılan sosyal yardımlar ve hizmetler*. 2014.
20. (Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Mustafa Kemal University Journal of Social Sciences Institute Yıl/Year: 2015 Cilt/Volume: 12 Sayı/Issue: 30, s. 265-280)
21. Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1, 37-42
22. <http://www.unhcr.org/turkey/home.php> Erişim tarihi: 09.03.2017
23. Suriyeli Mültecilerin Sosyal ve Sağlık Durumları ve Türk Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri Prof. Dr. Seval AKGÜN- 8. ULUSLARARASI HASTA ve ÇALIŞAN HAKLARI KONGRESİ Ana Tema; “Mülteci Hakları, Sağlığı ve

Mülteci Sağlığı ile ilgili Çalışan Sağlık Personeli Hakları, Sorunları ve İhtiyaçları” 16 - 19 Kasım 2016

24. 03 July 2013 Murshidi, Mujalli Mhailan, et al. "Syrian refugees and Jordan's health sector." *The Lancet* 382.9888 (2013): 206-207.
25. <http://www.state.gov/j/prm/releases/sample/181172.htm>. Erişim tarihi: 15.Ocak 2015
26. Ünal, B., et al. "Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması." *Ankara: Sağlık Bakanlığı* (2013).
27. Holmes, David. "Chronic disease care crisis for Lebanon's Syrian refugees." *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 3.2 (2015): 102.
28. <http://www.helpage.org/newsroom/latest-news/hidden-victims-new-research-on-older-disabled-and-injured-syrian-refugees/>
Erişim tarihi: 21 Nisan 2016
29. Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010, 376:1861-1868.
30. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011. Geneva, World Health Organization.
31. Torun, Sebahat D., and Nadi Bakırcı. "Vaccination coverage and reasons for non-vaccination in a district of Istanbul." *BMC Public Health* 6.1 (2006): 125.
32. Aykın-Nadir S. (2013). Aile hekimliğinde multimorbidite ve komorbiditeyi anlamak. *Turkish journal of family medicine and primary care*;7 (3): 35-39
33. Doocy, Shannon, et al. "Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan." *BMC Public Health* 15.1 (2015): 1097.
34. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2013
35. Gibson, Odette, et al. "Enablers and barriers to the implementation of primary

- health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review." *Implementation Science* 10.1 (2015): 71.
36. Yılmaz TT. Göçün Kadın Yaşamı Üzerindeki Etkileri. T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Danışman; Köse, M.R.), Van. 2005
37. ÖNAL, Ahmet, and Belma KEKLİK. "Mülteci Ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama." *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi* 7.15 (2016).
38. Bilgel N., Tunç E., (2006). Aile Hekimliği: tanımı, tarihçesi, amacı ve önemi. Bilgel N ed. Aile Hekimliği, Medikal Tıp Yayınevi, Bursa
39. Sheikh-Mohammed, Mohamud, et al. "Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia." *Med J Aust* 185.11-12 (2006): 594-597.
40. Mersin'den Türkiye'ye Suriyeliler Sorunu Sağlık Çalıştay Raporu, 2015
41. De Maeseneer, J., et al. "Primary health care as a strategy for achieving equitable care." Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health (2007).
42. Kara F, Akgün N. Konya'ya Yerleşen Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s:216-217
43. Jacobs, Elizabeth A., et al. "Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services." *American journal of public health* 94.5 (2004): 866-869.
44. *Population Health Metrics* Advancing innovation in health measurement 2016
14:34

EKLER

EK 1-ANKET FORMU

Bölüm 1: GENEL BİLGİLER

Tarih:

Ev numarası:

Anketör:

Anket dili:

Bölüm 1: Katılımcı bilgileri ve ev özellikleri

1.

No	Doğum tarihi	Cinsiyet	Aile reisine yakınlık	Doğum yeri	Eğitim durumu	En uzun süre yaşanan yer	Bölgedeki yaşam süresi	Ana dili	Sigara kullanımı(*)

Görüşme yapılan kişi no:

(*) Sigara kullanımı: 1.Hiç kullanmamış 2.Kullanmış bırakmış 3. Aktif içici)

2. Burası ne tür bir ikamet? (sorulmadan işaretlenecek)

- Apartman dairesi
- Bir apartman/müstakil ev içerisinde bir oda
- Müstakil ev
- Çadır

- İnşaatı tamamlanmamış/terkedilmiş/atıl yapı
- Diğer

3. Evinizi kiraladınız mı/ bir ödeme yapıyor musunuz?

- Kira ödüyorum
- Satın aldım
- İş karşılığı kalıyorum
- İzin olmadan kalıyorum
- İzin ile ödeme yapmadan kalıyorum

Bölüm 2: SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM

Size Türkiye'deki Suriyelilere yönelik tıbbi bakım ile ilgili cümleler okuyacağım. Lütfen katılım durumunuzu belirtiniz.

	1	2	3	4	5
4. Ev halkı ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmeti alabilmektedir.					
5. Ev halkı ihtiyaç duyduğunda aile hekimine ulaşabilmektedir.					
6. Ev halkı ihtiyaç duyduğu uzman hekime ulaşabilmektedir.					
7. Ev halkı aldığı sağlık hizmetinin maliyetini her zaman karşılayabilir.					
8. Ev halkı ihtiyacı olan ilaçların maliyetini her zaman karşılayabilir.					
9. Ev halkının sağlık alanında bilgilendirme ihtiyacı karşılanmaktadır.					

- 1- Kesinlikle katılıyorum
- 2- Katılıyorum
- 3- Katılmıyorum
- 4- Kesinlikle katılmıyorum
- 5- Fikrim yok

Bölüm 3: KRONİK HASTALIKLAR

10. Ev halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kişi/kişiler var mı?

	17 ve altı	18-39	40-59	60 ve üzeri
Hipertansiyon				
Kardiyovasküler hastalık				
Diyabet				
Kronik solunum hastalığı				
Artrit				
Mental hastalık*				
Kanser				
Engellilik *				

(*): Açıklama ekleyiniz.

11. Hasta en son ne zaman bu kronik hastalığı için Türkiye’de doktora başvurdu?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 aydan az										
1-2 ay önce										
3-6 ay önce										
7 ay-1 yıl önce										
1 yıldan fazla										
Hiç ihtiyacı olmadı										
Bilmiyorum										

12. En son ihtiyacında hasta, bu kronik hastalığı için ilk olarak hangi sağlık merkezine başvurdu?

- Aile sağlığı merkezi/ Toplum sağlığı merkezi
- Özel sağlık merkezine
- Acil servise
- Hastane
- Eczaneye

- Diğer (.....)

- Herhangi bir sağlık merkezine başvurmadı.

(Eğer herhangi bir sağlık hizmetine başvuru yapılmadıysa 20. Nolu sorudan devam edilecektir.)

13. Bu sağlık merkezini seğmenizin sebebi neydi?

	Hasta No:				
Ücretsiz olması					
Düşük maliyetli hizmet sunulması					
Eve en yakın merkez olması					
Yakınlarda başka merkezin bulunmaması					
Doktorun/ęalıřanların sevilmesi					
Ücretsiz/düşük maliyetli ilaç sunulması					
Ücretsiz/düşük maliyetli labrotuar testlerinin sunulması					
Ek servislerin ulaşılabilir olması					
Tıbbi aciliyet					
Kısa bekleme süresi					
Arapęa bilen birisi olması					
Diğer					

14. Bu sağlık merkezinden aldığınız hizmetten memnun kaldınız mı?

- Çok memnun kaldım

- Memnun kaldım

- Fikrim yok

- Memnun kalmadım

- Hiç memnun kalmadım

15. Bu muayene için ücret ödediniz mi?

- Evet

- Hayır

- Bilmiyorum

16. Hasta başka bir sağlık merkezine sevk edildi mi?

	Hasta No				
Evet edildi					
Evet, fakat kabul edilmedi					
Hayır					
Bilmiyorum					

17.Hangi hizmet için sevk edildi?

	Hasta No				
Laboratuar testi					
Uzman konsultasyonu					
Cerrahi müdahale					
Diğer					

18.Hastaya bu kronik hastalığı için Türkiye’de veya Suriye’de bir reçete yazıldı mı?

- Evet, Suriye’de
- Evet, Türkiye’de
- Hayır
- Bilmiyorum

19.Hasta reçete edilen ilaçları temin edebildi mi?

- Evet, kendi paramızla aldık.
- Evet, devlet tarafından verildi.
- Evet, kısmi cepten ödeyerek aldık.
- Hayır

20.Son bir yıl içerisinde hasta ilaçlarını 2 hafta veya daha fazla süreyle bırakmak zorunda kaldı mı?

- Evet, bıraktı/bitti
- Hayır
- Hiç ilaç kullanmadı
- Bilmiyorum

21.İlaçlarını almayı neden bıraktı?

- Doktor bırakmasını söyledi
- İlaçların ücretini ödeyemedi
- İlaçları nereden alacağını bilemedi
- İlaç eczanede bulunmuyordu
- Belirtiler geriledi/daha iyi hissetti ve bıraktı
- İlaçların bulunduğu yer çok uzaktaydı

- Ulaşabildiklerini beğenmedi
- Diğer (.....)

22. Bu kronik hastalığınız için tıbbi bakım aramamanızın temel nedeni neydi?

- Maliyeti karşılayamamak
- Ulaşımın olmaması/zor olması
- Ulaşım ücretini karşılayamamak
- Sağlık hizmeti verenlerin ilaç ve ekipmanlarının yetersiz bulunması
- Önceki muayenede sağlık çalışanlarının tutumundan memnun kalınmaması
- Önceki muayenede uzun bekleme süresi nedeniyle memnun kalınmaması
- Diğer işlerden dolayı vakit bulunamaması
- Nereye başvuru yapacağının bilinmemesi
- Evin reisinin izin vermemesi
- Gizlilik
- Randevu alınmış/hala beklemede
- Diğer (.....)

23. Geçtiğimiz yıl içerisinde ev halkından herhangi birinin doğum dışında Türkiye’de hastaneye yatırışı oldu mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

24. En son hastaneye yatış sebebi neydi?

- Kardiyovasküler hastalıklar
- Sindirim sistemi hastalığı
- Solunum sistemi hastalığı
- Genitoüriner sistem hastalığı
- Yaralanma

- Enfeksiyon
- Kanser
- Akıl sağlığı
- Diğer(.....)

25.Ne tőr bir hastane tercih edildi?

- Özel hastane
- Devlet hastanesi
- Bilmiyorum

26.Bu hastaneyi tercih etmenizın sebebi neydi?

- Doktor tavsiyesi
- Őcretsiz hizmet sunulması
- Dőşők ücretli hizmet sunulması
- En yakın merkez olması
- Yakınlarda başka merkez olmaması
- Çalışanlarının/hizmetin/aile hekiminin sevilmesi
- Gerekli servislerin ulaşılabilirliği
- Tıbbi aciliyet
- Kısa bekleme sőresi
- Hastane dışında bir tercih hakkının bulunmaması
- Diğer (.....)

27.Hastanede yatarak tedaviniz için para ödediniz mi?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

28.Herhangi bir organizasyon sizin adınıza maliyetin bir kısmını ődedi mi?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

Bölüm 4. EV EKONOMİSİ

29.Son bir ay içinde, Yerel sivil toplum örgütü veya Uluslararası insani yardım kuruluşundan gıda ya da nakit yardımı aldınız mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

30.Suriye'den iken yaşadığınız il hangisi?

- Hasiçi
- Halep
- Şam
- Dara
- DeirEzzor
- Hama
- Ho-umus
- Idlib
- Lazkiye
- Quneitra
- Rakka
- Rif Şam
- As-Suwayda
- Tartus

31.Suriyedeiken yaşadığınız yeri tarif eder misiniz?

- Şehir merkezi
- Şehrin kırsalı
- Küçük bir köy/kasaba
- Kırsal alan
- Diğer

32.Vatanınızda aile hekimi/sağlık ocağı var mıydı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

33.Türkiye’de bir aile hekimine kayıtlı hasta olup, aile sağlığı merkezinden sürekli hizmet almak ister misiniz?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

34.Sağlık hizmeti alırken sağlık çalışanları tarafından diğer hastalardan farklı muameleye maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?

35.Türkiye kimlik numaranız var mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

36.Hiç misafir hasta olarak aile hekimine başvurduunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

37. Hiç göçmen sağlığı merkezine başvurduunuz mu?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

38.Memnun kaldınız mı?

- evet
- hayır
- bilmiyorum



EK-2: ÖZGEÇMİŞ

Ad- Soyad: Yüksel Duygu Altıparmak

Doğum tarihi: 01.03.1985

Doğum yeri: Gaziantep

Medeni hali: Evli

Eğitim durumu:

- Ocak 2013 - Halen: Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ABD
- Eylül 2012 - Aralık 2012: Göztepe Aile Sağlığı Merkezi
- Kasım 2008 - Aralık 2010: Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanseri
- Eylül 2002 - Temmuz 2008: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Eylül 1995 - Haziran 2001: Gaziantep Tekerekoğlu Anadolu Lisesi

Yabancı diller:

- İngilizce

Katıldığı kongreler ve kurslar

- Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi Çalıştayı 18 Şubat 2017
- 10. Aile Hekimliği Güz Okulu 28 Eylül – 2 Ekim 2016
- 7. Aile Hekimliği Araştırma Günleri 2-5 Nisan 2015
- 9. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 8-9 Ekim 2015
- 2. Marmara Pediatri Kongresi 12-14 Şubat 2015
- 8. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi 26-27 Nisan 2013

Çalışmalar

- Akman M.¹, Yılmaz S.¹, Çifçili S.¹, Karacizmeli D.¹, Sakarya S.², Patients' perceptions and expert opinions regarding a family medicine outpatient clinic embedded in a teaching hospital indicate the urge of qualified integrated care

EK-3 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup araştırma adı '*Şanlıurfa'da yaşayan Suriyeli mültecilerde kronik hastalık prevalansı ve sağlık hizmetinden yararlanma durumu*'dur.

Bu çalışmada amaç, Suriyeli sığınmacılarda kronik hastalıkların görülme ve kronik hastalığı olanların mevcut sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumlarını tespit etmektir. Suriyeli sığınmacının sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanması ile ilgili düzenleme yapılmış olsa da özellikle kronik hastalığı olan sığınmacıların ne oranda bu hizmetten yararlandıkları ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına yönelik çalışmalar sınırlıdır. Ek olarak kronik hastalıklar bağlamında sağlık hizmetine ulaşmada yaşadıkları zorlukları ve öncelikle ihtiyaç duydukları hizmetleri belirlemektir.

Bu çalışmada size sağlık durumunuzla ilgili sorular sorulacaktır. Anket verileri yalnızca araştırmacı tarafından bu çalışma için kullanılacak olup bireysel bazda değerlendirilmeyecektir ve kişisel bilgiler paylaşılmayacaktır. Araştırma kapsamında isim, iletişim bilgisi vb. herhangi bir bilgi paylaşmanız istenmemektedir.

Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile herhangi bir sorun için +90 555 720 82 60 numaralı telefondan Dr. Yüksel Duygu Altıparmak'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda soru formunu doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin için dezavantajlı bir duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve klinik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgilerinize yer verilmeyecektir ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Katılımcının Beyanı

Sayın Dr. Yüksel Duygu Altıparmak tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Yüksel Duygu Altıparmak'ı, Bayar caddesi, Yıldız sokak No:04/26 Kozyatağı/İstanbul adresinden ve 05557208260 no'lu telefondan bulabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.



Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Asist. Dr. Yüksel Duygu Altıparmak

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2016.228
	PROJE ADI	Şanlıurfa'da yaşayan Suriyeli mültecilerde kronik hastalık prevalansı ve sağlık hizmetinden yararlanma durumu
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Mehmet AKMAN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : 01 /04/ 2016
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi		Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Atıla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Av. Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	