

T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SURİYELİ SIĞINMACILARDA HEPATİT B VE C HASTALIK
SIKLIĞI İLE BU HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ VE
RİSKLİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşana Zehra KEKLİK

DANIŞMAN

Doç. Dr. İbrahim KORUK

ŞANLIURFA

2016

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SURİYELİ SİĞİNMACILARDA HEPATİT B VE C HASTALIK
SIKLIĞI İLE BU HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ VE
RİSKLİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ayşana Zehra KEKLİK

DANIŞMAN
Doç. Dr. İbrahim KORUK

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Fon Saymanlığı Tarafından 15065
proje numarası ile desteklenmiştir.

ŞANLIURFA

2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince büyük desteğini gördüğüm, tezimin hazırlanmasında değerli katkıları olan tez danışmanım sayın Doç. Dr. İbrahim KORUK'a, halk sağlığı bilginin artması için emeğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan sayın Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, bu süreçte bana destek olan ve yaşadığım sıkıntıları paylaşan arkadaşım Uzm. Dr. Canan DEMİR'e, tüm eğitim ve öğretim hayatımda beni her zaman destekleyen aileme, eşime ve kızıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ayrıca araştırmamın veri toplama sürecinde tercümanlığını yapan Halit ÇOBAN ve Hüseyin YILDIZ beylere de sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ayşana Zehra KEKLİK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
GRAFİKLER DİZİNİ	IV
TABLolar DİZİNİ	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kavramsal Çerçeve	4
2.2. Mülteci Hukuku ile ilgili Uluslararası Düzenlemeler ve Mekanizmalar	6
2.3. Mülteci ve Sığınmacı Sağlığına Genel Bakış	7
2.4. Mülteci ve Sığınmacılarda Bulaşıcı Hastalıklar	10
2.5. Hepatit B Hastalığı	14
2.5.1. Epidemiyoloji	14
2.5.2. Genel Bilgiler	16
2.5.3. Bulaşma Yolları	16
2.5.4. Klinik ve Tedavi	19
2.5.5. Korunma	19
2.6. Hepatit C Hastalığı	20
2.6.1. Epidemiyoloji	20
2.6.2. Genel Bilgiler	22
2.6.3. Bulaşma Yolları	22
2.6.4. Klinik ve Tedavi	23
2.6.5. Korunma	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın tipi	25
3.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	25
3.3. Araştırma Bölgesinin Özellikleri	25

3.4. Araştırmanın Evreni	26
3.5. Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi	26
3.6. Veri Toplama Araçları ve Ölçüm Yöntemleri	27
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.8. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	46
5.1. Tanımlayıcı Özellikler	46
5.2. Hepatit B ve C'ye Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranış Durumları	48
5.3. Hepatit B ve C Hastalık Prevalansları ve İlişkili Faktörler	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER	69
8.1. Ek-1. Hepatit B ve C Hastalıklarına Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Riskli Davranışlar Bilgi Formu	69
8.2. Ek-2. Etik Kurul Onayı	73
8.3. Ek-3. Valilik Onayı	74

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Dünya genelinde HBsAg prevalansının dağılımı	15
Grafik 2. Hepatit C enfeksiyonunun dünya genelinde dağılımı	21



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Suriyeli sığınmacıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-1	31
Tablo 2. Suriyeli sığınmacıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-2	33
Tablo 3. Suriyeli sığınmacıların hepatit B/C hastalıklarına yönelik bilgi düzeyine göre dağılımı	34
Tablo 4. Suriyeli sığınmacıların hepatit B/C hastalıklarına yönelik riskli davranışlarının dağılımı	36
Tablo 5. Suriyeli sığınmacıların cinsel ilişki ile hepatit B/C hastalıklarının bulaşından korunmadaki tutumlarının dağılımı	37
Tablo 6. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total ve Anti-HCV durumlarına göre dağılımı	37
Tablo 7. Suriyeli sığınmacıların HBsAg durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	38
Tablo 8. Suriyeli sığınmacıların Anti-HBc total antikor durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	39
Tablo 9. Suriyeli sığınmacıların Anti-HCV antikor durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	40
Tablo 10. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBc total ve Anti-HCV durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	41
Tablo 11. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBc total antikor ve Anti-HCV antikor durumunun cinsel ilişkide kondom kullanma tutumlarına göre dağılımı	42
Tablo 12. Suriyeli sığınmacıların HBsAg durumuna göre Hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışta bulunma durumu	43
Tablo 13. Suriyeli sığınmacıların Anti-HBc total antikor durumuna göre Hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışta bulunma durumu	44
Tablo 14. Suriyeli sığınmacıların Anti-HCV antikor durumuna göre hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışta bulunma durumu	45

KISALTMALAR

AFAD – Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

AİHS – Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

Anti-HAV – Hepatit A virüs antikoru

Anti-HBc – Hepatit B kor antikoru

Anti-HBs – Hepatit B yüzey antikoru

Anti-HBe – Hepatit B e antikoru

Anti-HCV – Hepatit C virüs antikoru

Anti-HEV – Hepatit E virüs antikoru

Anti-HIV – Human Immundeficiency Virus antikoru

ALT – Alanin aminotransferaz

AST – Aspartat aminotransferaz

BMMYK (UNHCR) – Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

DSÖ (WHO) – Dünya Sağlık Örgütü

GİGM – Göç İdaresi Genel Müdürlüğü

HBeAg – Hepatit B e antijeni

HBİg – Hepatit B immün globülin

HBsAg – Hepatit B yüzey antijeni

HBV – Hepatit B virüsü

HCV – Hepatit C virüsü

HIV – Human Immundeficiency Virus

IgM – Immunglobulin M

IgG – Immunglobulin G

IOM – Uluslararası Göç Örgütü

İHEB – İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

ODD – Olağan Dışı Durumlar

SGK – Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSSK – Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

TKAD – Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği

ÖZET

SURİYELİ SİĞINMACILARDA HEPATİT B VE C HASTALIK SIKLIĞI İLE BU HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ VE RİSKLİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİ

Dr Aşana Zehra KEKLİK

Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi

Araştırmanın amacı Şanlıurfa il merkezinde geçici yerleşim yerleri dışında ikamet eden Suriyeli sığınmacılarda hepatit B/C hastalık sıklığını, bireylerin bu hastalıklarla ilgili bilgi ve riskli davranış düzeylerini saptamaktır.

Kesitsel tipteki araştırma Nisan 2015 - Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa il merkezindeki 84 mahallede geçici yerleşim yerleri dışında ikamet eden 18 yaş üstü Suriyeli sığınmacılar oluşturmaktadır.

Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Yürütülen pilot çalışmadan elde edilen değerler kullanılarak gerekli küme sayısı 40 olarak hesaplanmış; toplam 473 katılımcıyla görüşülmüştür.

Veri toplanması sırasında bireylere araştırmacılar tarafından oluşturulmuş soru formu uygulanmış ve bireylerden venöz kan örneği alınarak HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total ve Anti-HCV düzeylerine bakılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi Ki kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak yapılmıştır. İstatistik analizler %95 güven düzeyinde yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Suriyeli sığınmacıların ortanca yaş değeri 34,0 olup %62,2'si kadın, %37,8'i erkektir. Katılımcıların %25,6'sı hiç okula gitmemişken sadece %22,6'sı lise ve üzeri eğitim almıştır. Suriyeli sığınmacıların %82,2'si evlidir. Kadınların %89,3'ü en az bir kez doğum yapmıştır.

Suriyeli sığınmacıların %60,3'ü hepatit B hastalığını, %69,1'i ise hepatit C hastalığını duymamıştır. Bireylerin sadece %2,3'i hepatit B/C hastalıklarının bulaşma ve korunma yolları ile ilgili sorulan tüm soruları doğru bilmıştır. Kondom kullanılarak cinsel ilişki ile hepatit B/C hastalığı bulaşından korunulabileceğini katılımcıların ancak %14,8'i bilmektedir.

Suriyeli sığınmacıların %1,7'sinde HBsAg pozitif, %23,9'unda ise Anti-HBc total pozitifdir. Hepatit B aşısı ile bağışıklanmış olanlar, Suriyeli sığınmacıların %7,1'idir. Katılımcıların %0,4'ü Anti-HCV pozitifdir.

Erkek bireylerde, 50 yaş üzerinde, hiç okula gitmeyenlerde ve en az bir kez evlenmiş olanlarda Anti-HBc total pozitifliği yüksek bulunmuştur($p<0,05$). Doğum yapan kadınlarda Anti-HBc total pozitifliği diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Evlilik yaşındaki bireylere hepatit B/C hastalıklarının geçiş ve korunma yollarının anlatılması, risk altındaki grubun taranması ve hepatit B'ye karşı bağışıklanması, riskli cinsel ilişki durumunda kondom kullanım oranlarının artırılması ve eğitim düzeyinin yükseltilmesiyle riskin azaltılabileceği düşünülmektedir. Gebelerin antenatal bakımının düzenli yapılması ve bu dönemde HBsAg taramasının yapılması hem hastalıktan korunma hem de erken tanı ve tedavi için mutlaka gerekmektedir. Kadınların doğumlarını hijyen koşullarının daha iyi olduğu hastane ortamında yapmaları da yine HBV ile karşılaşma ihtimalini azaltabilir. Hastanelerde hijyen koşullarının iyileştirilmesi ve kan nakli gereken durumlarda gerekli taramaların yapılması hastalık geçişini azaltacaktır. Sığınmacı ve mültecilerin sosyoekonomik durumlarının ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi de hastalık bulaşımını azaltılması, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Suriyeli, Sığınmacı, Hepatit B, Hepatit C, Bilgi düzeyi, Riskli davranış

ABSTRACT

HEPATİTİS B AND C PREVALANCE, KNOWLEDGE LEVEL AND PRECARIOUS BEHAVİOURS OF SYRIAN ASYLUM SEEKERS

Ayşana Zehra KEKLİK, MD

Specialty Thesis, Department of Public Health

The aim of the study is to determine the hepatitis B/C prevalence, knowledge level and precarious behaviours of Syrian asylum seekers who live in Şanlıurfa city center out of the temporary settlement places.

The cross-sectional study has been carried out between April 2015 – April 2016. Syrian asylum seekers over the age of 18 and who lives in 84 districts in Şanlıurfa city center out of the temporary settlement places constitute the population of the research.

It has been used cluster sampling method for the choice of sample. Necessary cluster number has been accounted as 40 by using the rates which acquire in pilot study. We have conversed 473 participants totally.

The questionnaire form which has been prepared by the researchers has been applied and venous blood sample has been taken from the individuals while data collection.

The evaluation of data has been done by using Chi square and Mann-Whitney U tests. Statistic analyses have been done 95% confidence level.

The median age of Syrian asylum seekers is 34,0 with 62,2% of women and 37,8% of men. 25,6% of participants never been to school and only 22,6% educated high school and above. 82,2% of Syrian asylum seekers have married. 89,3% of women have given birth at least once.

60,3% of Syrian asylum seekers never heard hepatitis B disease and 69,1% of them never heard hepatitis C disease. Only 2,3% of participants have known all the questions about transmission and protection of hepatitis B/C diseases. 14,8% of participants have known that they can protect from sexual transmission of hepatitis B/C disease by using condom.

1,7% of Syrian asylum seekers are HBsAg positive and 23,9% of them are Anti-HBc total positive. The immunized Syrian asylum seekers by hepatitis B vaccine are 7,1% of the participants. 0,4% of them are Anti-HCV positive.

Anti-HBc total positivity is high whom are men, never been to school and have married ($p < 0,05$). Anti-HBc total positivity is high in women who give a birth according to else ($p < 0,05$).

It has thought that the risk of the transmission of hepatitis B/C diseases can be decreased by telling the transmission and protection approach of hepatitis B/C diseases, scanning and vaccinating individuals who are under the risk of hepatitis B, increasing condom using rates and educational levels of individuals. For all pregnant, regular antenatal care and HBsAg antigene scanning must be done for protection, early diagnosis and treatment of hepatitis B. Childbearing in the hospital where has the more hygienic conditions can also reduce the transmission possibility with HBV. By improving the hospitals hygenic conditions and blood scanning before transfusion should be decrease the transmission of diseases. It's important that improving socioeconomic situation and living conditions of refugees and asylum seekers for reducing transmission, early detection and treatment of hepatitis B/C.

Key Words: Syrian, Asylum seeker, Hepatitis B, Hepatitis C, Knowledge level, Precarious Behaviour

1. GİRİŞ

Yaygın bir biçimde ortaya çıkan ve ağır hasar, yaralanma, can ve mal kaybına yol açan, toplumun kendi olanaklarıyla baş edemeyeceği büyüklükte bir yıkıma neden olan, ulusal ve uluslararası yardımı gerektiren olaya ya da duruma “**olağandışı durum**” denilmektedir. Olağandışı durumlar (ODD) içinde savaşlar, iç savaşlar, yasal otoriteye karşı silahlı mücadeleler, etnik sivil savaşlar **kompleks insani aciller** adı altında önemli bir yer tutmaktadır. Kompleks insani aciller, toplumun sağlık gereksinimlerinin artması, savaş araç gereçlerine ve saldırılara bağlı çoğu kez ağır fiziksel yaralanmalar, temel sanitasyon ve hastalıklara karşı korunmanın yetersizliği, beslenme bozuklukları, artmış mortalite ile karakterizedir. Zaman zaman yaşanan olaylara bağlı olarak büyük nüfus hareketlilikleri de gerçekleşmekte ve olayın yaşandığı ülke dışında pek çok ülkeyi de etkileyebilmektedir [1].

1948 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB)’ne göre herkesin zulüm altında başka ülkelere sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma hakkı vardır (Madde 14) [2]. Türkiye de beyannamenin kabulü ile sığınma hakkını insani haklar içerisinde kabul etmiştir.

Dünya genelinde 214 milyonu uluslararası, 740 milyonu ülke içerisinde olmak üzere 1 milyar göçmenin olduğu tahmin edilmektedir. Sığınmacı sorunu Türkiye için de uzun süredir devam eden önemli bir problemdir. Son verilere göre ülkemizde 35.259 mülteci, 166.937 sığınmacı ve 2.072.290 (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’ne (GİGM) göre bu sayı 1.905.684’tür.) geçici koruma statüsünde Suriyeli birey bulunmaktadır [3]. Göç akımları işçiler, mülteciler, öğrenciler, kayıt altına alınmamış göçmenler ve diğerleri gibi farklı sağlık göstergeleri, ihtiyaçları ve hassasiyet dereceleri olan çok geniş yelpazeli bir nüfustan oluşmaktadır ve bu geniş topluluğun müşterek sağlık ihtiyaçları ve olası sonuçları dikkate değer ölçüde çoktur.

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar arasında pek çok bulaşıcı hastalık da bulunmaktadır. Sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız

gruplar arasındadır. Bu durum bulaşıcı hastalıkların yayılma ve salgın ihtimalini artırmakta, tedaviye ulaşmada da güçlükler yaşanabilmektedir [4].

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, anemi, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar, hepatit B/C ve HIV/AIDS dâhil kan yoluyla ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik ve doğum sürecine bağlı sorunlar, kronik hastalıklar ve komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar ve diş sağlığı ile ilgili sorunlardır [5].

Ancak, bu kadar büyük soruna rağmen Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre mültecilerin çoğunluğu buldukları ülkede sadece acil sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedir. Bazı ülkelerde bu hizmete sağlık taramaları da eklenmiştir. Sığınmacı ve mülteciler için sağlık hizmetine erişimde yaşanan temel sorunlar ekonomik, coğrafik, konuşulan dile ait ve yönetsel problemlerdir. Buna bağlı olarak sağlık hizmetine ulaşımındaki aksaklıklar tedavi edici olduğu kadar koruyucu sağlık hizmetlerinde de sorunlara yol açmaktadır. Bağışıklama hizmetlerinin verilememesi ile birlikte bu durum bulaşıcı hastalıkların ve salgınların ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır [6].

Epidemiler, olağandışı durumların, afetlerin sonucunda ortaya çıkabildiği gibi bir olağandışı durum olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kalabalık yaşam sürdürülen geçici yerleşim koşullarında bulaşıcı hastalıkların görülme riski artmış ve ciddi salgınlara yol açabileceği gösterilmiştir. Pek çok barınma merkezinde sanitasyon, içme suyu, çöp toplama ve temizlik hizmetleri yetersiz düzeydedir. Bireyler çoğunlukla çadırlarda kalabalık bir ortamda yaşamaktadır [6].

Mülteci ve sığınmacı toplulukların yaklaşık yüzde ellisini kadınlar oluşturmaktadır ve kadınların yaşadığı önemli sorunlardan biri de cinsel istismardır. Birleşmiş Milletler verilerine göre her yıl iki milyon kadın ve çocuğun ticareti yapılmaktadır. Bosna, Kamboçya, Liberya, Peru, Somali ve Uganda'da savaş esnasında yaşanan toplu tecavüz vakaları bilinmektedir. Örneğin sadece Bosna savaşı sırasında en az yirmi bin Müslüman kadının; 1994 Ruanda

soykırımında ise beş yüz bin kadının tecavüze uğradığı tahmin edilmektedir. Sierra Leone' de kendilerine anket uygulanan yerinden edilmiş ailelerinin de %94'ü tecavüz, işkence ve cinsel kölelik de dâhil olmak üzere, cinsel saldırılara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir [7]. Mülteci kadınlar, kaçışları öncesi ve esnasında, sığınma ülkesinde ve/veya geri dönüşlerinden sonra fiziksel ve cinsel saldırı ve istismara, eşlerinin istismarı ve terk etmesine, silahlı çatışmaya ve zorla askere alınmaya, cinsel sömürüye ve fahişeliğe zorlanmaya, kişi olarak tanınmama ve belge eksikliğine maruz kalabilmektedirler [8].

Tüm bu yaşanan sorunlar bulaşıcı hastalıkların ve bu grup içerisinde de kan yoluyla ve cinsel yolla bulaşan hepatit B/C ve HIV gibi hastalıkların bulaş riskini artırmaktadır. Sonuçları itibariyle önemli sağlık sorunlarına hatta ölümlere yol açabilen ve korunulabilir olan bu hastalıklara karşı gerekli önlemlerin alınması bu nedenle önem taşımaktadır [9].

Ülkemizdeki mülteci ve sığınmacı bireylerin çokluğu ve 2011 yılında beri ülkemizde bulunan ve sayıları giderek artarak 2 milyonu geçen geçici koruma statüsündeki Suriyeli bireylerin varlığı düşünüldüğünde mülteci ve sığınmacıların sağlık durumları ve bunların ülkemiz vatandaşlarının sağlığına olan etkisi büyük önem arz etmektedir. Şanlıurfa ili Suriyeli sığınmacıların nüfus yoğunluğu olarak en çok yaşadıkları ve diğer illere göre kamp sayısının da en fazla olduğu ildir. Bireylerinin çoğunluğu kamp dışında yaşamaktadır. Şanlıurfa ilinde yaşayan Suriyeliler'de Hepatit B/C hastalıkları ile ilgili veri bulunmamakta ve bu nedenle toplum açısından risk oluşturup oluşturmadığı bilinmemektedir [10].

Bu araştırmanın amacı Şanlıurfa il merkezinde, Suriyeli sığınmacılarda hepatit B ve hepatit C hastalık sıklığı ile bu hastalıklarla ilgili bilgi ve riskli davranış düzeylerini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kavramsal Çerçeve

Uluslararası Göç Örgütü (IOM), süresine, tipine veya nedenine bakılmaksızın her türlü ülke içerisinde ya da ülkeler arası kişi ya da kişilerin yer değiştirmelerini **göç** olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama, ekonomik ya da herhangi bir sebep ve amaçla olabileceği gibi mültecilerin ve vatansız bireylerin yer değiştirmesini de kapsamaktadır [11].

Uluslararası düzeyde kabul edilmiş tek bir tanım olmamakla birlikte, “**göçmen**” tanımlaması genellikle dışarıdan herhangi bir zorlayıcı unsurun müdahalesi bulunmaksızın, bireylerin ve ailelerinin bir başka bölge ya da ülkeye kendi maddi veya sosyal durumlarını geliştirme beklentisi ve kişisel ya da ailevi yararı sağlamaya yönelik olarak kendi iradeleri ile göçen kişileri tanımlamaktadır [11].

Birleşmiş Milletler, **göçmeni**, kendi ülkesi dışında bir ülkeye göç ederek bu ülkede nedenine bakılmaksızın, gönüllü ya da gönülsüz, resmi ya da gayri resmi olarak bir yıldan fazla ikamet eden kişi olarak tanımlamaktadır. Buna göre, kısa dönemli olmak üzere turist olarak ya da iş amaçlı seyahat edenler göçmen sayılmazken mevsimlik tarım işçileri gibi kısa sürelerle tarımsal faaliyetler yapma amacıyla yer değiştirenler **kısa dönem göçmen** olarak kabul edilmektedir. Türk hukukunda uluslararası literatürden farklı olarak, dar kapsamlı bir anlayışla göçmen, Türk soyundan olan ve Türk kültürüne bağlı olma şartıyla ülkeye yerleşmek maksadıyla gelmiş olan kişileri içermektedir [12].

Doğal veya insan eliyle oluşturulmuş afetlerin (askeri çatışmalar, yaygın şiddet durumları, insan hakları ihlalleri) etkilerinden uzak durmak amacıyla evleri ya da yerleşim yerlerinden ayrılmak ya da kaçmak zorunda kalan, uluslararası tanımlanmış ülke sınırlarını geçmemiş kişi ya da gruplar “**yerinden olmuş kişi**” olarak tanımlanmaktadır [13].

Hiçbir ülkenin kanunlarına vatandaş olarak tabi olmayan kişi ise “**vatansız kişi**” sayılmaktadır [14]. Vatansız kişi, ikamet ettiği ülke içerisinde yer değiştirme ve seyahat ettiği

yerden geri dönüş hakkı gibi bir ülke tarafından verilen ulusal diplomatik korumaya ilişkin haklardan mahrumdur [11].

“**Mülteci**” tanımlamasına göre ise, ırk, din, uyruk, belirli bir politik düşünce ya da sosyal gruba dahil olma gibi nedenlerle eziyete maruz kalma korkusu olan, vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve kendi ülkesinin korumasından yararlanmak istemeyen ya da endişeleri nedeniyle yararlanamayan kişi mülteci olarak değerlendirilmektedir [14, 15]. 1951’deki mülteci tanımlamasına ek olarak 1969’daki Afrika Birliği Örgütü Sözleşmesi’nde kendine dışarıdan gelen saldırılar, mesleki durum, yabancı hakimiyeti ya da kendi uyruğunu, kökenini ya da yaşadığı ülkenin tamamı veya bir kısmının kamu düzenini ciddi bir şekilde rahatsız eden olaylar nedeniyle kendi ülkesinden ayrılmaya zorlanmış her bir birey mülteci olarak tanımlanmıştır. Benzer şekilde 1984’teki Cartagena Protokolü ile belirtildiği üzere mülteci tanımı yaşamın, güvenliğin ya da özgürlüğün yaygın bir şiddetle tehdidi, dış saldırılar, iç çatışmalar, büyük insan hakları ihlalleri ya da diğer kamu düzenini ciddi bir şekilde bozan durumlar nedeniyle ülkesinden kaçan kişileri de kapsamaktadır [12].

Ülkemizde Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu Madde 61'e göre Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında **mülteci** statüsü verilir. Madde 62'ye göre ise söz konusu durumla ilgili kişi ya da kişiler Avrupa ülkeleri dışında ikamet etmekteyse **şartlı mülteci** statüsü kazanarak üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, Türkiye’de kalmasına izin verilir. Madde 63'e göre ise mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde; ölüm cezasına mahkum olacak veya ölüm cezası infaz edilecek, işkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak, uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle

yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında **ikincil koruma** statüsü verilmektedir [16].

“**Sığınmacı**” ise, ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için vatandaşı olduğu ülke dışında bulunan ve vatandaşı olduğu ülkenin himayesinden istifade edemeyen veya korkudan dolayı istifade etmek istemeyen ya da uyuğu yoksa önceden ikamet ettiği ülke dışında bulunuyorsa oraya dönmeyen veya korkusundan dolayı dönmek istemeyen yabancıyı ifade etmektedir [17].

Ayrıca 04/04/2013 tarihli ve 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun 91. Maddesine dayanılarak hazırlanan Geçici Koruma Yönetmeliği'ne göre; ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak Türkiye sınırlarına gelen veya sınırları geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınan yabancılara geçici koruma sağlayan “**geçici korunan**” tanımı yapılmıştır [18].

2.2. Mülteci Hukuku ile ilgili Uluslararası Düzenlemeler ve Mekanizmalar

İHEB'de sözü edilen, herkesin sahip olduğu zulüm altında başka ülkelere sığınma hakkı ile ilgili en önemli uluslararası belge şüphesiz 28.07.1951 tarihinde Cenevre'de, Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiş, Türkiye tarafından hemen imzalanmış ancak onaylanması uzun zaman almış ve 1961'de yürürlüğe girmiş olan “Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme”dir. Kabul eden ülkelerin sayısı çok fazla olmasına rağmen İHEB, uluslararası hukuk anlamında bir sözleşme olmadığından, tanımladığı haklar konusunda takip, denetim ve yaptırım mekanizmalarına sahip değildir. Bu nedenle İHEB'de tanımlanan haklar için ayrı ve özel sözleşmeler düzenlenmesi ihtiyacı belirilmiş ve 28 Temmuz 1951 tarihinde Cenevre'de 26 ülkenin temsilcisi tarafından kabul edilen “Mültecilerin Hukuki Statüsüne Dair Sözleşme”, tarihte ilk kez yazılı hukuk anlamında bir mülteci tanımı yapmakla, haklar ve standartlarının çağdaş bir listesini sunmakla, mülteci iadesinin limitleri ile geleneksel hukukta bulunan “geri göndermeme” ilkesini sözleşme hükmü altına almakla ve yasal entegrasyona odaklanması ile

mülteci hukukunda bir milat olma misyonunu yüklenmiştir. Türkiye, bu sözleşmeyi hazırlayan ve ilk imzalayan ülkelerden birisidir. Aynı zamanda halen sözleşmenin yürütülmesinden sorumlu olan yürütme komitesi üyesidir [12].

Sözleşmenin başlangıç kısmında, amacın bütün insanların temel hak ve özgürlüklerden ayrımsız bir şekilde faydalanması ile mülteci ve sığınmacılarla ilgili sorunların devletler için ağır bir yük olduğu vurgulanarak; mültecilerin korunmasını sağlayan sözleşmelerin Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından nezaret edileceği ve sorunun çözümünün devletler ile BMMYK arasında işbirliğine bağlı olduğu belirtilmiştir. 1967 Protokolü ile 1951 Sözleşmesi'ndeki zaman ve yer kısıtlaması kaldırılmış fakat sözleşmeyi coğrafi sınırlama ile imzalayan –Türkiye gibi- akit devletlere bunu devam ettirebilme imkânı verilmiştir. Ancak bu durum, Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'ne “coğrafi çekince” ile taraf olduğu için Türkiye’de ulusal mevzuatta yer alan mülteci ve sığınmacı tanımlarının uluslararası standartlardan farklılık arz etmesi sonucunu doğurmaktadır. Buna göre Türkiye Avrupa ülkelerinden gelenlere doğrudan iltica hakkı tanırken, Avrupa dışından gelen ve mülteci konumunda olarak iltica hakkı korumasından yararlanması gereken yabancılara ancak şartlarını taşıyorlar ise geçici sığınma hakkı verebilmektedir [19, 20]. İltica ve Göç Ulusal Eylem Planı’nda coğrafi sınırlamanın, mülteci akımının teşvik edilmemesi ve Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin külfet paylaşımı göstermeleri durumunda kaldırılacağı belirtilmektedir [4].

2.3. Mülteci ve Sığınmacı Sağlığına Genel Bakış

Dünya genelinde 214 milyonu uluslararası, 740 milyonu ülke içerisinde olmak üzere 1 milyar göçmenin olduğu tahmin edilmektedir [21]. Göç akımları işçiler, mülteciler, öğrenciler, kayıt altına alınmamış göçmenler ve diğerleri gibi farklı sağlık göstergeleri, ihtiyaçları ve hassasiyet dereceleri olan çok geniş yelpazeli bir nüfustan oluşmaktadır ve bu geniş topluluğun müşterek sağlık ihtiyaçları ve olası sonuçları dikkate değer ölçüde çoktur.

Türkiye gerek coğrafi konumu gerekse siyasi, ekonomik ve kültürel özellikleri nedeniyle sığınmacı ve mülteciler için hem geçiş ülkesi hem de hedef ülke konumundadır. Son 10 yıla kadar geçiş ülkesi olma özelliği ağır basan Türkiye, siyasi ve ekonomik gelişme ve değişikliklerle birlikte artık hedef ülke olarak daha çok tercih edilmektedir. Çeşitli

sebeplerle Suriye, Irak, İran, Afganistan gibi pek çok ülkeden gelip Türkiye’de yaşamaktadır [22]. Sığınmacı sorunu Türkiye için de uzun süredir devam eden önemli bir problemdir. Son verilere göre ülkemizde 35.259 mülteci, 166.937 sığınmacı ve 2.072.290 (GİGM’ye göre bu sayı 1.905.684’tür.) geçici koruma statüsünde Suriyeli birey bulunmaktadır [3]. Türkiye’de yaşayan Suriyelilerin 26 Ekim 2015 tarihi itibarıyla 258.974’si, yani %10-12’si 10 ilde bulunan 25 kampta, geri kalan asıl büyük kitle, yani % 88-90’ı kamplar dışında Türkiye’ye dağılmış olarak yaşamaktadır. Şanlıurfa Suriyeli sığınmacıların bulunduğu iller içerisinde en çok sığınmacı barındırır. İl genelinde beş kamp bulunmaktadır. Kamplarda 104.890 ve kamp dışında 356.390 olmak üzere toplamda yaşayan kayıtlı 461.280 Suriyeli bulunmasına karşın bu sayının kayıt dışı bireylerle birlikte 500.000’in üzerinde olduğu düşünülmektedir [23].

Her insan gibi, sığınmacıların, mültecilerin ve geçici koruma statüsündeki bireylerin de yaşamlarını sürdürebilmek için barınma, gıda, giyecek, tıbbi bakım, psikolojik ihtiyaçlar gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Mülteci, sığınmacı ve geçici koruma statüsündeki bireyler de benzer şekilde sağlıklı barınma olanaklarının olmaması, kalabalık ortamlarda yaşama, kötü beslenme, temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanamaması, kısıtlı çalışma imkanı, sosyokültürel problemler ve geçirilen travmalara bağlı psikolojik sorunlar gibi pek çok sorunla karşı karşıya kalmakta ve bu durum pek çok sağlık problemini ortaya çıkarmaktadır [6].

Toplu ya da bireysel yer değişiklikleri, yaşam koşullarının bozulması, yaşanan ekonomik sıkıntılar, beslenme koşullarının değişmesi, enfeksiyon hastalıkları gibi pek çok nedene bağlı olarak mikrobese eksiklikleri, malnütrisyon gibi beslenme bozuklukları sık olarak görülmektedir. Erişkinlerde % 21,0 - % 89,0 arasında D vitamini eksikliği [24-27], İranlı, Afganlı ve Bhutanlı mültecilerde % 1,5 ile % 33,3 arasında B₁₂ vitamini eksikliği [27-29], %5,0-20,0 arasında mülteci kadınlarda kanda ve anne sütünde (% 4,0) tiamin düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür [30, 31]. Güney Sudanlı mülteci gebe kadınların %50’den fazlasında plazma retinol düzeyi düşük bulunmuştur [31].

Dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıklar ölüm nedenleri arasında başı çekmektedir. Kronik hastalıklar yaşam koşullarından ve çevresel faktörlerden çok fazla etkilenmektedir.

Sığınmacı ve mültecilerle yapılan çalışmalarda hipertansiyon prevalansı % 3,3-33,0; diyabet prevalansı % 2,5-11,0; kronik solunum yolu hastalıkları % 1,4-7,0 ve kanser prevalansı % 1,0-2,1 arasında değişmektedir [32-37]. Avustralya'da Afgan mültecilerde yapılan bir çalışmada ise hiperlipidemi hızı % 27,5 olarak saptanmıştır [35]. Alman Halk Sağlığı Servisi'nin mülteci kayıtlarına göre posttravmatik stres bozukluğuna sahip bireylerde tip 2 diyabetin diğer bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür [38]. Ankara'da yaşayan Iraklı, İranlı, Filistinli, Afgan, Somalili ve Etiyopyalı mültecilerin katıldığı bir çalışmada astım prevalansı %3,0, KOAH prevalansı ise %2,0 olarak tespit edilmiştir [32].

Dünyadaki mültecilerin çoğunluğu az gelişmiş ülkelerden olup, sığınmacı ve mülteci kadınlar gelişmekte olan diğer ülkelere benzer şekilde yoksulluk, yetersiz gıda, güvenli içme suyu eksikliği, büyük aileler, çocuk ölümündeki yüksek oranlar ve zayıf sağlık bakımı gibi benzer problemler yaşamaktadırlar. Mülteci olmayla bağlantılı olarak şiddetin etkileri, zulüm ve diğer travmatik olaylar gibi durumlar da buna eklenebilir. Kadınlar genel olarak kadın sağlığı, hijyen ve aile planlaması konusunda desteksiz durumdadırlar. Sudan, Uganda ve Kongo'da şiddete maruz kalmış altı bölgede yaşayan üreme çağındaki kadınların %30-40'ı iki yıl içerisinde çocuk sahibi olmak istememelerine rağmen aile planlaması hizmeti ihtiyaçlarının sadece üçte birinin karşılanabildiği bazı bölgelere ise hiç hizmet ulaştırılmadığı belirtilmektedir [39]. Gebe kadınların sağlık hizmetlerine erişimi yok denecek kadar azdır ve doğum zamanı gelmiş olan kadınlar mecburen evlerde doğum yapmak zorunda kalmaktadırlar. 2013 yılında Lübnan'daki Suriyeli gebelerin %31,9'unun 1-2 kez antenatal bakım aldığı, %4,3'ünün ise hiç antenatal bakım almadığı bildirilmiştir. Gebelerin ancak %31,2'sine kan basıncı ölçümü, kan ve idrar tetkikinin üçüde yapılmış, %41,2'sine yeterli düzeyde vitamin, mineral ve folik asit verilmiştir [40]. Ayrıca var olan koşullar hepatit B/C ve HIV/AIDS gibi hastalıkların bulaşma ve güvensiz koşullarda düşük yapma riskini arttırmaktadır. Öte yandan kadınların önemli derecede bilgi eksiklikleri de bulunmaktadır. Nitekim, Nijerya'da Oru kampındaki genç kadınların kontraseptiflerle ilgili bilgilerinin çoğunun yanlış olduğu, kontraseptif kullanımının %31,6 olduğu; bunun sonucunda da pek çok istenmeyen gebelik ortaya çıktığı belirtilmiştir [41].

Sığınmacı ya da mülteci bireyler ülkelerini, ailelerini, sevdiklerini ve kültürlerini yeni bir ülkeye yerleşmek amacıyla geride bırakmaya zorlanmışlardır. Yer değiştirmeleri öncesi,

sırası ve sonrasında süregelen travmaya uğramış ve başkalarının dinlemekte bile zorlanacağı deneyimlere sahip olabilmektedirler. Süreç içerisinde kısıtlı beslenme, kalabalık ve sağlıklı koşullarda uzun bekleme sürelerine de katlanmaktadırlar. Dolayısıyla da çeşitli fiziksel, psikolojik, davranışsal, kültürel ve tıbbi sorunların yanı sıra aile, iş, yuva ve arkadaşlarını kaybetmek gibi problemlerden de muzdariptirler. Çoğunluğu işkence görmüş sığınmacılar arasında yürütülen bir çalışmada bu bireylerin köklerinden koparılmaları sonucu üç ana kayıp yaşadıklarını belirlemiştir: (1) aile ve arkadaşların sağladığı sevgi ve saygı, (2) toplumsal statü kaybı ve (3) tanıdık sosyal çevrenin kaybı. Köklerinden koparılmak yani bireyin kendi ülkesinden baskı altında ayrılması ve yeni bir ortama yerleşmekten kaynaklanan uzun süreli uyum sorunları yuva özlemine, dil sorunlarını ve yerleşilen ülkenin farklı kültürel değerlerine uyumunu içermektedir. Kaçış sonrası yaşanan işsizlik, yetersiz yiyecek ve sağlık servisi, kültürel ve uyum sorunları, dil sorunu, ülkelerinden kaçışları sırasında sahip oldukları umutların yıkılması, yalnızlık ve yaşanan ekonomik sorunlar bireylerin üzerinde psikolojik bir baskı oluşturmakta ve altından kalkılması zor ruhsal sorunlara yol açabilmektedir [42].

Avustralya'da Iraklı mültecilerde yapılan posttravmatik stres bozukluğu(PTSB) prevalansı %14,2 olarak bulunurken [43]; Amerika'daki Bhutanlı kadın mültecilerin %26,0'sında erkeklerin ise %16,0'sında depresyon bulguları saptanmıştır [45]. Minnesota'da Somalili erkek ve kadınlarda depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının topluma göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [21]. Yine Amerika'da yaşayan Kamboçyalı mültecilerde ise depresyon prevalansı %41,0 olarak saptanmıştır [45]. Suriyeli sığınmacıların yaşadığı bir geçici yerleşim yerinde yapılan başka bir çalışmada posttravmatik stres bozukluğu prevalansı %33,5 olarak tespit edilmiştir [46].

2.4. Mülteci ve Sığınmacılarda Bulaşıcı Hastalıklar

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar arasında pek çok bulaşıcı hastalık da bulunmaktadır. Sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Bu durum bulaşıcı hastalıkların yayılma ve salgın ihtimalini artırmakta, tedaviye ulaşmada da güçlükler yaşanabilmektedir [47].

Beslenme yetersizliğiyle birlikte ya da tek başına bulaşıcı hastalıklar, kompleks insani acillerde ölümlerin pek çoğundan sorumlu tutulmaktadır. Hastalık bulaşını arttıran faktörler aynı zamanda ishal, solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, hepatit B/C, HIV ve kızamık gibi hastalıklarda yüksek insidans hızlarına neden olmakta, mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır.

Yaşam şartlarındaki değişikliklerle birlikte sık görülen bulaşıcı hastalıklar sığınmacı ve mülteci gruplar için önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kenya'da Dadaab bölgesinde ve Kakuma mülteci kampında influenza benzeri olgular ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu bulguları olan olgular etken virüs bulunmak üzere incelendiğinde toplam 6264 olgunun %21,7'sinde Adenovirüs, %12,5'inde Respiratuvar sinsişyal virüs, %5,7'sinde insan Metapnömovirüs, %9,4'ünde Parainfluenza virüs, %9,7'sinde İnfluenza A ve %2,6'sinde İnfluenza B tespit edilmiş ve olguların %49,8'i en az bir virüs ile enfekte bulunmuştur. Yıllık ağır akut solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış hızı 2007-1010 yılları arasında bin çocukta 57 olarak bulunmuştur [48]. 1999 yılında Tanzanya'daki Kongolu mülteci çocuklarda sıtma ve ishal ile birlikte görülen pnömoni, ölümlerin %80,0'inin nedenidir [49]. 2011 yılı UNHCR kamp raporlarına göre mortalite nedenleri içerisinde en önemli ikisi sıtma ve pnömoni olup her biri çocuk ölümlerinin %20,0'sine neden olmaktadır. Çocuk morbiditesinin %17,0'si pnömoni kaynaklıdır [50].

Somalili mültecilerde 2011 yılı Haziran-Kasım ayları arasında Kenya'da Dadaab bölgesinde olan salgında 1370 kızamık vakası görülmüş bunların %2,3'ü ölmüştür. Vakaların %79,6'sının aşısının olmadığı saptanmıştır. Dollo-Ado bölgesindeki 407 kızamık vakasının ise 23'ü (%5,7) ölmüştür [51]. Etiyopya'da mülteci kampında kızamık komplikasyonu olarak 9 hastada subkutanöz amfizem ortaya çıktığı görülmüş ve çok nadir bir komplikasyon olarak ortaya çıkan bu durum kamptaki kötü fiziksel yaşam şartlarıyla birlikte yüksek malnütrisyon hızlarına bağlanmıştır [52].

Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada Suriyeli gebe sığınmacılarda Toksoplazma IgM seropozitifliği 2012 yılında %4,7; 2013 yılında ise %4,8 olarak belirlenmiştir. Aynı toplulukta Toksoplazma IgG seropozitifliği ise %80,0 ve %62,6 olarak belirlenmiştir [53].

Gaziantep-Nizip'te yapılan bir çalışmada yerli vatandaşlar ve Suriyeli sığınmacılarda 2010, 2011, 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla 1 ve 0, 2 ve 0, 7 ve 0, 5 ve 62 kutanöz layşmanyazis vakası tespit edilmiştir [54].

İshalli hastalıklar, kompleks insani acillerde mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir. Kamp ortamında, acil durumların akut fazında ishaller hastalıklar, ölümlerin %40'ından fazlasına neden olmakta ve bunlarında %80'den fazlası iki yaş altı çocuklarda görülmektedir [9]. 2011 yılı UNHCR kamp raporlarına göre beş yaş altı çocuk mortalitesinin %7,0'si, morbiditesinin %10,0'u ishaller hastalıklardan kaynaklanmaktadır [50].

Roma'da ve Avustralya'da göçmen ve mültecilerin %0,3-%18,0'inde tüberküloz enfeksiyonu saptanmıştır [55, 56]. Dünya genelinde göçmen ve mültecilerle yapılan çalışmalarda latent tüberküloz prevalansı ise %14,1 ile %53,0 arasında değişmektedir [57-59]. Tüberküloz hastalığı için çoklu ilaç direnci dünyanın pek çok yerinde önemli bir problem olup Sahra altı Afrika'da yeni tüberküloz vakalarında giderek oranı artmaktadır. Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzanya ve Uganda'yı içeren Doğu Afrika ülkelerinde yapılan 16 çalışmada yeni tüberküloz vakalarında %0,4-%4,4 arasında, eski tüberküloz vakalarında ise %3,9-%17,7 arasında çoklu ilaç direnci saptanmıştır. Mülteci topluluklarında mülteci olmayanlara göre daha fazla sıklıkta tüberküloz ve çoklu ilaç direnç görüldüğü belirtilmiştir [60].

Dünya genelinde sıtma nedeniyle meydana gelen yıllık bir milyon ölümün en az %90,0'ı Sahra altı Afrika'da görülmekte ve bunların %30,0'u da kompleks insani acillerin etkilediği Afrika ülkelerinde meydana gelmektedir. 2011 yılı UNHCR kamp raporlarına göre mortalite nedenleri içerisinde en önemli ikisi sıtma ve pömoni olup her biri çocuk ölümlerinin %20,0'sine neden olmaktadır. Çocuk morbiditesinin %23,0'ü sıtma kaynaklıdır [50]. Güney Afrika ve Sudan'da yaşayan mültecilerde sıtma prevalansı %5,9-%9,1 olarak bulunmuştur [56, 57]. Burundi, Çad, Kamerun, Etiyopya, Kenya, Sudan, Tanzanya, Tayland ve Uganda bölgeleri için 2008-2009 yılları arasındaki UNHCR raporları sıtma morbidite ve mortalitesi açısından incelendiğinde morbidite hızının binde 50 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Yıllık sıtma mortalite hızı ise en yüksek Sudan (0,9/1000), Uganda ve Tanzanya'da (0,7/1000) saptanmıştır [61].

İtalya’da yaşayan Arnavut gebe mültecilerdeki viral hepatit prevalanslarının araştırıldığı bir araştırmada 500 gebenin %96,2’sinde anti-HAV, %1,0’inde anti-HAV IgM, ve %2,0’inde anti-HEV antikorları pozitif bulunmuştur [62]. Yunanistan’da yaşayan Arnavut mültecilerle yapılan bir çalışmada ise 1025 mülteçide %98,2 anti-HAV pozitifliği saptanmıştır. Bu prevalansın sağlıklı Yunan vatandaşlarından oluşturulan kontrol grubunun prevalansından oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir [63]. Yine Arnavut mülteciler ile yapılan bir başka çalışmada anti-HAV antikoru prevalansı %96,0 olarak tespit edilmiştir [64]. Kenya’daki mülteci kamplarında 2015 yılı Haziran ayı içerisinde 50 sarılık vakası tespit edilmiş; 21 vakadan alınan kan örneğinin %57,0’inde HEV-RNA pozitif bulunmuştur [65].

Kompleks insani acillerden etkilenen ülkeler ve yüksek HIV prevalansı arasında özellikle Sahra altı Afrika’da büyük bir örtüşme görülmektedir. Çatışmalar ve yaşanan yer değiştirmeler, güvenli olmayan kan kullanımı, sağlık hizmetlerinde evrensel önlemlerin yetersizliği, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisinin yapılmaması, HIV bulaşını kolaylaştıran riskli davranışları içeren davranış değişiklikleri ve paralı sex, kondomun az bulunması ve cinsel şiddet gibi nedenler HIV bulaşma riskini artırabilmektedir. Minnesota’da 2000-2007 yılları arasında bu bölgeye yerleşen 19.292 yetişkin bireyde yapılan taramalarda bireylerin 174’ünde (%0,9) HIV pozitifliği saptanmıştır. Bu bireylerin 169’unun (%97,0) Afrikalı olduğu görülmüştür [66]. 2008 yılında İtalya’nın Bari kentinde yaşayan 529 mülteçide yapılan HBsAg, anti-HBc, anti-HCV ve anti-HIV taramalarında %96,4’ü Afrikalı olan bireylerin 8’inde (%1,5) HIV pozitifliği tespit edilmiştir [67]. Yine İtalya’da Ocak 2012-Haziran 2013 arasında birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruda bulunan 926 göçmen ve mültecinin 882’sinde (%95,0) HBsAg, anti-HBc, anti-HCV ve HIV taraması yapılmış ve bireylerin 11’inde (%1,0) HIV pozitifliği saptanmıştır [69]. Aralık 2011-Haziran 2014 ayları arasında Toronto’da mülteciler için hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 87 farklı ülkeden (%33 Afrika, %28 Avrupa, %14 Doğu Akdeniz, %14 Asya ve %8 Amerika) 1063 mülteçide HIV enfeksiyonu hızı %2,0 olarak tespit edilmiştir [69].

Dünyadaki mültecilerin çoğunluğu az gelişmiş ülkelerden olup, sığındıkları ülkelerde de benzer şekilde yoksulluk, yetersiz gıda, güvenli içme suyu eksikliği, kalabalık aile yaşamı, yetersiz sağlık bakımı gibi benzer problemler yaşamaktadırlar. Mültecilerin göç ettikleri gelişmekte olan ülkeler HBV ve HCV gibi viral hastalıkların prevalanslarının da yüksek

seyrettiği ülkelerdir ve göçle birlikte bu sorunlarını da birlikte taşımaktadır. Nitekim Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde görülen hepatosellüler karsinomdan ölümlerde artışlar, kronikleşmiş HBV ve HCV enfeksiyonu artışlarının mültecilerde yerli halktan daha fazla olduğu belirtilmektedir [70, 71]. Bu nedenle CDC, hepatit B'nin \geq %2 olduğu ülkelere gelen mültecilerde ya da hepatit B açısından risk altında olan bireylerde tarama yapılmasını önermektedir [72].

Sığınmacı ve mülteci sağlığı içerisinde önemli bir yeri olan hepatit B ve C hastalıklarından iki ayrı ana başlık altında detaylı olarak sonraki bölümlerde bahsedilmiştir.

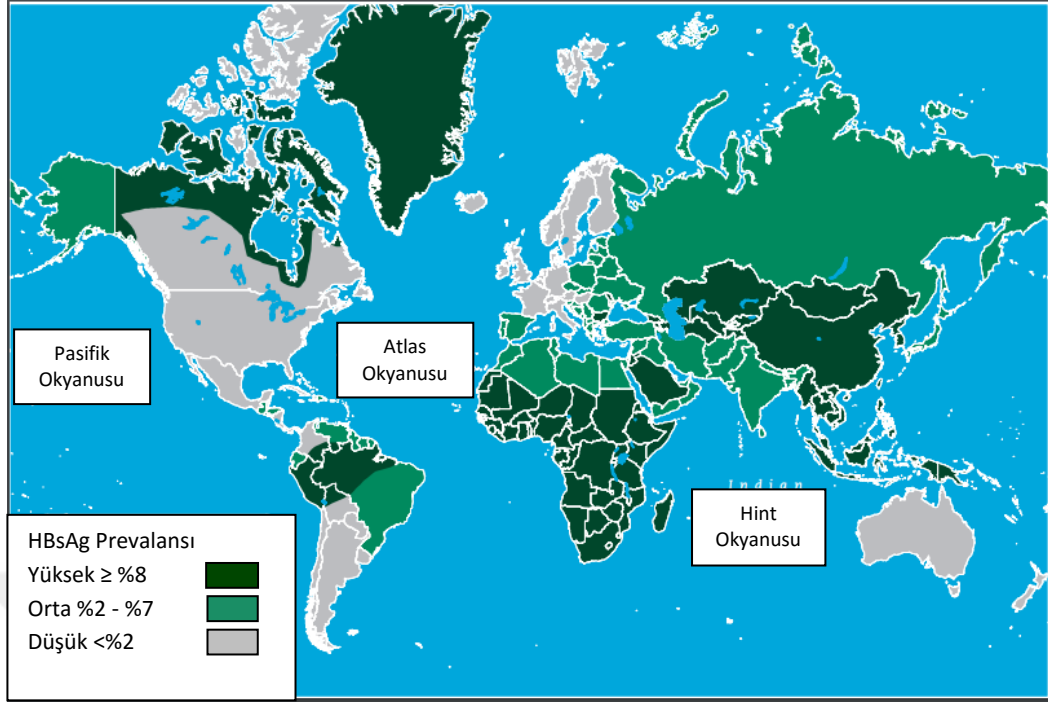
2.5. Hepatit B Hastalığı

2.5.1. Epidemiyoloji

Hepatit B enfeksiyonu küresel bir halk sağlığı problemidir. Dünya genelinde yaklaşık 2 milyar insanın geçmişte ya da şu an hepatit B virüsü ile enfekte olduğu ve 248 milyon insanın ise kronik taşıyıcı olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık olarak 600.000 kişinin ise HBV'nin neden olduğu siroz ve karaciğer kanseri nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmektedir [73].

Birçok ülkede efektif aşılama programlarının uygulanmasıyla akut HBV enfeksiyonlarının insidansında önemli bir azalma olmasına rağmen henüz rutin aşılama programına HBV aşısının dahil olmadığı ülkelere ve yaş nedeniyle rutin aşılama programı dışında kalan bireylerde HBV, morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedir. DSÖ verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık 450 milyon yeni HBV enfeksiyonunun ortaya çıkması ve bunların yaklaşık dörtte birinin kronikleşmesi, bu sürecin önümüzdeki dekatlarda da devam edeceğinin göstergesidir [74].

HBsAg'nin bildirilen toplam prevalansı %3,6 olsa da coğrafik dağılımı değişmektedir (Grafik 1). Kronik hepatit B enfeksiyonunun dağılımı, prevalansın %2'den küçük olduğu düşük endemik bölgelerden %2-7 arasında prevalansı olan orta endemik bölgelere ve prevalansı %7'den büyük olan yüksek endemik bölgelere kadar değişmektedir [76].



Grafik 1. Dünya genelinde HBsAg prevalansının dağılımı [76]

ABD, Kanada, Avustralya, Batı-Kuzey Avrupa ve Yeni Zelanda gibi düşük endemisite gösteren ülkelerde bulaşma genellikle yüksek riskli gruplardaki erişkinlerde ve sıklıkla cinsel ya da parenteral yolla olmaktadır. Türkiye, Akdeniz ve Karadeniz'e kıyısı olan ülkeler, Ortadoğu ülkeleri, Rusya, Japonya ve Doğu Avrupa ülkeleri gibi orta endemisite gösteren ülkelerde bulaşma genellikle perkütan, cinsel temas, horizontal ve daha az olarak da perinatal yolla olmaktadır. Tayland, Hong Kong, Güneydoğu Asya, bazı Afrika ülkeleri ve Alaska gibi yüksek endemisite gösteren ülkelerde bulaşma genellikle çoğunlukla perinatal bulaş şeklinde olmaktadır [77].

Türkiye orta endemisite gösteren bölgeler içerisinde yer almakta ve bu grubun özelliklerini taşımaktadır. Ülkemizde toplam 3,5 milyon kişinin HBV ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde son on yıl içinde toplumun değişik kesimlerindeki bireyleri kapsayan çalışmalarda HBsAg pozitiflik oranı %0,7-12 (ortalama %5) olarak bildirilmektedir. Viral Hepatitlerle Savaşım Derneği'nin 2008-2011 yılları arasında yaptığı saha çalışmalarına göre HBsAg prevalansı yıllara göre sırasıyla %2,4; %1,9; %3,0 ve %2,7 olarak belirlenmiştir. En yüksek HBsAg pozitifliği %4,1 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, en düşük %1,4 ile Ege Bölgesi'nde saptanmıştır [78]. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yürütülen toplum tabanlı

bir araştırmaya göre ise HBsAg seroprevalansı kırsal alanda %8,2, kentsel alanda %6,2'dir [79].

Araştırma bölgesi olan Şanlıurfa'da tüm toplum, gebeler, diş hekimleri ve tarım işçilerini içeren çalışmalarda HBsAg pozitifliği %3,2 ile %7,6 arasında değişen sıklıklarda belirtilmektedir [80-82].

Suriye'ye ait hepatit B verilerine baktığımızda ülkedeki savaş ortamı öncesinde hepatit B 3. doz aşılama oranının 2010 yılına kadar yaklaşık %98 civarında olduğu görülmektedir. Savaşın başlaması ve bunun sonucu olarak sağlık sisteminin çökmesi ile aşılama oranları 2014 yılındaki son verilere göre %60'lara kadar gerilemiştir. 2002 Şam verilerine göre HBsAg pozitifliği sağlık çalışanlarında %6,0; damardan ilaç kullananlarda %5,3; sex ticareti yapanlarda %10,8 ve kan donörlerinde %3,8 olarak tespit edilmiştir [83]. 2010 yılında Suriyeli sağlık çalışanlarında hepatit B görülme sıklığı %2,8; 2009 yılında hemodiyaliz hastalarında bu sıklık %7,8 ve 2011 yılında damardan ilaç kullananlarda ise %16,0'dır [85].

Almanya'da yapılan bir çalışmada Suriyeli sığınmacıların %3,2'sinde hepatit B enfeksiyonu göstergeleri yüksek bulunmuş ve bu sıklığın Alman toplumdakinin üç katı olduğu bildirilmiştir [85].

2.5.2. Genel Bilgiler

Hepatit B virüsü(HBV), Hepadnaviridae ailesinden, küçük, hepatotropik bir DNA virüsüdür. HBV'nin serum içerisinde 30-32°C'de saklandığında 6 ay süre ile ve -20°C'de dondurulduğunda yıllarca insanlar için enfekte edici özelliğini koruduğu gösterilmiştir. HBV, albümin içerisinde 60°C'de 10 saatte enfektivitesini kaybetmekte; kuru sıcak ile 160°C'de 1 saatte ve serum içerisinde 90°C'de 1-20dk içinde inaktive olmaktadır [86].

2.5.3. Bulaşma Yolları

HBV'nin başlıca bulaşma yolları enfekte kan ya da vücut salgıları ile parenteral temas, cinsel temas, enfekte anneden yenidoğana bulaşma ve enfekte kişilerle temas yoluyla (horizontal) bulaşmadır [86].

Kan, eksüdalar, plevra ve periton sıvılarının viral yükü en fazla olup, semen ve salya 10^3 kat daha az viral yük içermekte; idrar, gaita, anne sütü, ter, gözyaşı, vajinal salgı, beyin omurilik sıvısı ve kordon kanı da ise virüs varlığı gösterilmiş olmakla birlikte viral yükü çok düşüktür. Kan bankalarında HBsAg taramalarının zorunlu kılınması ile kan transfüzyonu aracılığıyla bulaşma en aza indirilmişse de HBsAg negatif enfeksiyöz HBV sağlıklı taşıyıcılarının varlığı bu yolla bulaşmayı henüz ortadan kaldırmamıştır. Yine, inaktivasyon işlemlerinden tam geçirilememeleri nedeniyle pıhtılaştırma faktör preparatları HBV bulaşında önemli bir aracı durumundadırlar. Kanla bulaşmışlığa bağlı olarak ortak enjektör kullanımı, kalıcı dövme yaptırma, akupunktur, kulak deldirme, piercing, diş çekirme, sünnet gibi işlemler ve günlük eşyaların (havlu, jilet, tıraş makinesi, diş fırçası, banyo malzemeleri vb.) ortaklaşa kullanımı gibi davranışlar da perkutan bulaşmaya neden olabilecek diğer yollardır [86].

HBV'nin genel olarak dayanıklı bir virüs olması, mukoza yüzeyleri ya da hasarlanmış deri ile temas etme olasılığı olan çevredeki yüzeylerden parenteral bulaşmaya neden olabildiğini sağlamaktadır. Cinsel temas HBV'nin başlıca bulaşma yollarından biridir. Özellikle yüksek ve orta endemik bölgelerdeki en önemli bulaş yollarından biridir. Düşük endemik bölgelerde ise başlıca bulaş yoludur. Heteroseksüel yol ile bulaşma ticari anlamda sex yapan kadınlar/erkekler ve bunların cinsel partnerleri, HBV taşıyıcılarının cinsel partnerleri ve homoseksüeller risk grubu olarak değerlendirilmektedir. Bu gruplarda HBV enfeksiyonu serolojik göstergeleri pozitifliği toplum geneline göre 3-5 kat daha yüksektir. Perinatal bulaş, taşıyıcı anneden çocuğa genellikle doğum sırasında bulaş şeklinde olmaktadır. Perinatal bulaş iki açıdan önemlidir. Birincisi aşı ve/veya hepatit B immün globülin (HBİg) ile önlenilebilir olması, ikincisi ise kronikleşme oranının çok yüksek olmasıdır. Perinatal bulaşma dünya ölçeğinde HBV taşıyıcılığı sayısına önemli bir katkıda bulunmaktadır (%15-40) [74].

Gösterilebilir parenteral, cinsel ya da perinatal temasın olmamasına karşın HBV bulaşması horizontal bulaşma olarak tanımlanır. Özellikle yüksek endemik bölgelerde etkin bulaşma yollarından biridir. Bu bölgelerde başlıca çocuk ve ergenlik dönemi bulaşmalarından sorumlu bulunmakta ise de her yaş grubunda görülebilir. HBV'nin horizontal bulaşına ilişkin yoğun epidemiyolojik kanıta karşın mekanizması tam olarak açığa kavuşturulamamıştır. HBV taşıyıcısı bulunan ailelerde enfeksiyonlu sayısının arttığı; kardeşler, oyun arkadaşları ve akrabaların seronegatif çocuklara HBV bulaştırdığı gösterilmiştir. Buna benzer durumlarda cinsellik içermeyen yakın temasın rolü olduğu düşünülmektedir. Kişisel eşyaların ortak kullanımı, bulaşmış yüzeylerden enfeksiyon alınması gibi yollarında horizontal bulaşta etkin olabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır [86].

HBV ile enfekte olanlar, onların enfekte ettiği yüzeylerle sık temas halinde bulunanlar ve yaşam şekilleri açısından HBV bulaşına açık olan bireyler, virüs bulaşı için risk gruplarını oluşturmaktadır.

- Kan ve kan ürünleriyle temas
 - Çoğul transfüzyon yapılan hastalar
 - Hemodiyaliz hastaları
 - Sağlık personeli
 - Laboratuvar personeli
 - Cerrah
 - Diş hekimi
 - İlk yardım çalışanı
- Kanla perkütan temas
 - Damar içi uyuşturucu bağımlıları
 - Kalıcı dövme yaptıranlar, kulak deldirenler vb.
- Cinsel temas
 - Erkek eşcinseller
 - Ticari anlamda seks yapanlar
 - Çok partnerli heteroseksüeller
- Perinatal temas
 - HBV taşıyıcısı annelerin bebekleri

- Bakım evlerinde yaşamak
 - Mental özürlüler
 - Gündüz bakımevi (yuva vb.) sakinleri
- Sosyoekonomik düzey düşüklüğü
 - Kötü hijyen koşullarında yaşayanlar
 - Kalabalık topluluklar halinde yaşayanlar

HBV enfeksiyonu için risk gruplarını oluşturmaktadır [86].

2.5.4. Klinik ve Tedavi

Akut hepatit B klinik olarak diğer akut viral hepatitlere benzer ve özgül tanı test sonuçları olmaksızın konulamaz. Özgül serolojik tanıda genel olarak HBV'nin iki antijeni (HBsAg, HBeAg) ve üç antijenine karşı gelişmiş antikorlar (Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HBe) kullanılır. HBV ile enfekte bireylerde HBsAg pozitif iken virüsle karşılaşmış bireylerde anti-HBc total pozitifliği görülür. Anti-HBs antikorü bireyin hastalığa karşı bağışık olduğunun göstergesidir. Aşıyla bağışık olmuş bireylerde sadece Anti-HBs pozitifliği görülür [74].

HBV akut enfeksiyon durumu klinik olarak unikterik, ikterik, kolestatik ve fulminan hepatit şeklinde ortaya çıkabilir. Akut HBV enfeksiyonu %90-95 kendiliğinden iyileşmektedir. Diğer viral hepatitlerde olduğu gibi olguların büyük bir bölümünde hastane tedavisi gerekli değildir. Kronik HBV enfeksiyonu klinik olarak genellikle sessizdir. En sık belirti yorgunluktur. Siroz gelişiminde klinik belirtiler daha belirgindir. Kronik HBV enfeksiyonunu izleyen hepatosellüler karsinoma klinik olarak sessizdir ve çapı 10 cm'yi aştıktan sonra belirtiler ortaya çıkar [74].

2.5.5. Korunma

HBV enfeksiyonundan korunmanın temel unsurları bilinen bulaşma yollarına karşı önlem alma, temas sonrası önlem alma ve temastan önce bireyin bağışıklanması olarak özetlenebilir.

HBsAg pozitif kişilerin ve temaslılarının eğitimi önemli bir önlem yöntemidir.

HBIg ile pasif immünizasyon başlıca üç durumda önerilmektedir:

1. HBsAg pozitif kanla kaza sonucu perkütan ya da mukoza teması sonrası
2. HBsAg pozitif kişi ile cinsel temas sonrası
3. HBsAg pozitif anneden doğan bebekler

Her üç grup da yüksek risk grubu olduğundan HBIg ile birlikte aşılama yapılmalıdır [87].

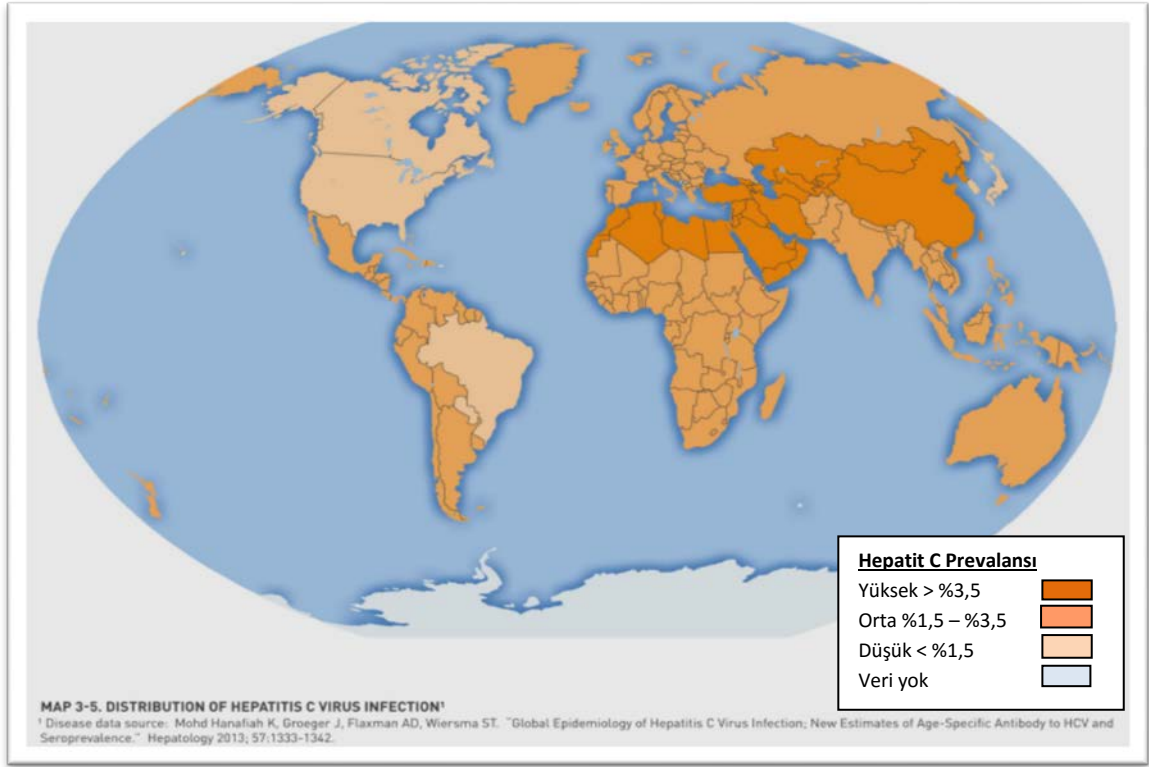
Temastan önce sağlam bireylerin bağışıklanması ile hastalığa karşı korunma sağlanabilmektedir. Günümüzde kullanılan aşılar, hepatit B virüsünün rekombinant DNA teknolojisi ile üretilmiş majör yüzey antijenini içerir. Bireylerin 0., 1. ve 6. aylarda birer doz aşılama ile etkin bir bağışıklık sağlanabilmektedir [87].

Aşı sonrası koruyucu antikor düzeyi 10 mIU/ml'nin üzerinde olmalıdır. Antikor titresi bir kez 10 mIU/ml'nin üzerine çıktıktan sonra bu değerin altına düşse ve saptanamayacak duruma gelse bile, hepatit B enfeksiyonuna karşı koruyuculuğun ömür boyu devam ettiği bildirilmektedir. Anti-HBs düzeyinin 10-50 mIU/mL olması zayıf antikor yanıtı olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarında ve aile içinde taşıyıcı olan kişilerde <50 mIU/mL antikor yanıtı varsa bir doz aşı yapılarak anti-HBs yanıtının artırılması önerilmektedir. Anti-HB stitresinin 100 ünitenin üzerinde olması korunmanın oldukça iyi olduğunu gösterir ve Anti-HBs yanıtı ne kadar yüksekse koruyuculuk o kadar uzun süreli olmaktadır [88].

2.6. Hepatit C Hastalığı

2.6.1. Epidemiyoloji

Hepatit C tüm dünyada yaygın olarak görülen sonuçları itibariyle de önemli yer tutan bir hastalıktır. Son 15 yılda dünya genelinde hepatit C hastalığı seroprevalansında görülen artışla birlikte prevalansın %2,8'e ulaştığı ve bunun dünya genelinde 185 milyonun üzerinde enfekte bireye karşılık geldiği tahmin edilmektedir [89]. Yine dünya genelinde 2010 yılında yaklaşık 500.000 bireyin HCV'ye bağlı karaciğer hastalıklarından öldüğü belirtilmiştir [90]. Hepatit C enfeksiyonunun dünya genelindeki dağılımı Grafik 2'de gösterilmiştir [89].



Grafik 2. Hepatit C enfeksiyonunun dünya genelinde dağılımı [89]

Pek çok ülke ve bölgeden gelen epidemiyolojik veriler değerlendirildiğinde HCV enfeksiyonunun ABD'yi de içeren gelişmiş ülkelerdeki prevalansının $< \%2$ olduğu; Latin Amerika, Doğu Avrupa, eski Sovyetler Birliği bölgesi, Afrika'daki bazı ülkeler, Orta Asya ve Güney Asya'da prevalansın $\geq \%2$ olduğu belirtilmiş ve en yüksek prevalansın $\%10$ ile Mısır'da saptandığı bildirilmiştir. ABD ve bir çok gelişmiş ülkede hastalığın bulaş yolunun çoğunlukla madde kullanımı sırasında enjeksiyon materyalinin ortak kullanımı olduğu belirtilmiştir. HCV'nin daha sık görüldüğü ($\geq \%2$ prevalanslı) ülkelerde ise geçiş çoğunlukla güvenli olmayan enjeksiyonlar sonucu ve enfeksiyon kontrolünün zayıf olduğu sağlık hizmeti alımı sırasında olmaktadır [91].

Hepatit C prevalansı İngiltere, Almanya ve Fransa'yı kapsayan Kuzey Avrupa ülkelerinde en düşüktür. Yapılan bir çalışmaya göre bölgedeki kan donörlerinde Anti-HCV antikor pozitifliği sıklığı $\%1,0$ 'in altındadır. Hindistan'ı ($\%1,5$), Malezya'yı ($\%2,3$) ve Filipinler'i ($\%2,3$) kapsayan Güneydoğu Asya ülkelerinde daha yüksek hastalık hızları raporlanmıştır. Japonya'daki hastalık insidansı $\%1,2$ 'dir. Pek çok Afrika bölgesinde en yüksek Mısır'da $\%14,5$ 'e varan hastalık hızları bildirilmiştir [92].

Ülkemizde kronik hepatitlerin etiyolojisinde HCV'nin rolü son yıllarda giderek artmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre HBV enfeksiyonunun karaciğer kanseri etiyolojisinde önemini korumasına karşılık son 10 yılda HCV'nin katkısı %23,0'ten %38,1'e çıkmıştır. Ayrıca sirozların etiyolojisinde HBV'nin payı %56,6'dan %45,9'a gerilerken HCV'nin payı %25,2'den %45,9'a yükselmiştir [93].

Ülkemizde anti-HCV seropozitifliği %0,5 ile %1,8 arasında değişmektedir [94]. Kronik hepatit C hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların en çok 50-59 yaş grubunda yığılma gösterdikleri; kronik hepatit, siroz, hepatosellüler karsinom gibi komplikasyonların da en sık bu yaş grubunda görüldüğü bildirilmiştir [95].

Şanlıurfa'da yapılan hepatit C hastalığına yönelik bir çalışmada Şanlıurfa il merkezinde Anti-HCV pozitifliği %1,0 olarak saptanmıştır [82]. 303 kişinin katılımıyla Şanlıurfa il genelinde ağız ve diş sağlığı çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise Anti-HCV pozitifliği %0,3 olarak saptanmıştır [81].

Savaş öncesi dönemdeki Suriye verileri incelendiğinde Şam'da 1995-1998 yılları arasında akut hepatit C düzeyi %1,4 olarak belirtilmektedir. 2015 yılı meta analiz sonucuna göre ise %0,4 olarak verilmiştir. 2001 yılında hemodiyaliz hastalarında %48,9 olan hastalık hızı, sağlık çalışanlarında %3,0; damardan madde kullananlarda %60,5; seks ticareti yapanlarda %1,9 ve kan donörlerinde %3,8 olarak bildirilmiştir [96].

2.6.2. Genel Bilgiler

Hepatit C virüsü Flaviviridae ailesi içerisinde bulunan, tek pozitif sarmallı bir RNA virüsüdür. Bilinen en küçük virüsler arasındadır. Spontan mutasyonun sık olduğu bir virüs olduğundan bağışıklık sistemi bu virüsü kontrol altına almakta güçlük çekmektedir [97].

2.6.3. Bulaşma Yolları

Hepatit C virüsü çoğunlukla kan yolu ile bulaşan bir virüstür. Virüs geçişi genellikle aşağıdaki yollardan biri ile olur:

- Damardan enjeksiyon yolu ile madde kullanımında enjeksiyon materyalinin başka kişilerle paylaşılması
- Sağlık hizmeti verilirken özellikle enjektör gibi medikal malzemelerin tekrar kullanımı ya da tekrar kullanılacak olan malzemelerin uygun şekilde sterilize edilmemesi
- Enfekte kan ya da kan ürünlerinin tarama yapılmadan transfüzyonu
- Organ transplantasyonu (böbrek, karaciğer, kalp, kemik iliği gibi)
- Daha az görülmekle birlikte korunmasız cinsel ilişki sırasında (eşcinsellik ya da birden fazla cinsel partner varlığı riski artırır)
- Anneden bebeğe hamilelikte, doğum sırası ve sonrasında (daha az)

Epidemiyolojik veriler HCV ile enfekte bireylerin bir bölümünde (%20-40) bilinen bulaşma yollarına ilişkin bir kanıtın bulunmadığını göstermektedir. Bu nedenle salya ve gözyaşı gibi vücut sıvılarının yakın temasla bulaşma aracı olabileceği; iyi sterilize edilmemiş ya da ortak kullanılan kimi araçlarla (akupunktur, diş girişimleri, tıraş bıçağı vb.) HCV'nin bulaşabileceğine dair bazı kanıtlar ileri sürülmüştür [86]. Hepatit C, anne sütüyle, besinlerle, suyla, sarılma, öpüşme gibi temas yoluyla ya da yiyecek ve içeceklerin enfekte kişi ile paylaşılması yoluyla bulaşmamaktadır [98].

Aralıklı kan transfüzyonu yapılan alıcılar, damar içi uyuşturucu bağımlıları, hemodiyaliz hastaları ve organ transplant alıcıları HCV bulaşı için yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. HCV enfeksiyonluların cinsel partnerleri, mental özürülüler, HCV'li annelerin çocukları, sağlık personeli, akupunktur, dövme, sünnet yapılanlar gibi gruplar da düşük riskli kesimi oluşturmaktadır [86].

2.6.4. Klinik ve Tedavi

Hepatit C, hepatit C virüsünün neden olduğu bir karaciğer hastalığıdır. Virüs hafif bir hastalık döneminin geçirilip iyileşmesiyle sonlanabilen akut hepatit hastalığının yanı sıra çok hızlı ve ağır bir seyir göstererek fulminan hepatitle sonlanabileceği gibi uzun yıllar taşıyıcı ya da kronik hepatit hastalığı olarak vücutta taşınıp siroz ya da karaciğer kanserine de sebep

olabilmektedir. Siroz gelişmiş hastalarda, karaciğer yetmezliği, karaciğer kanseri ya da aşırı kanamaya sebebiyet verebilecek özofagus ve midede varis oluşumuna yol açabilir [95, 99].

Anamnezinde 2-12 hafta içinde kuşkulu HCV bulaş durumu olan bireylerde -klinik semptomlar olsun olmasın- hepatit C enfeksiyonu tanısında kullanılan testlerin başında Anti-HCV antikor gelmektedir. ALT, AST yüksekliği olan bireylerde bakılan Anti-HCV antikor düzeyi tarama testi olarak kullanılmaktadır. Anti-HCV'nin pozitifliği/negatifliği tanı koymada değerli olsa da kesin tanı koyabilmek için serumda HCV RNA pozitifliği gerekmektedir [74].

2.6.5. Korunma

HCV enfeksiyonuna karşı aşı çalışmaları sürdürülse de henüz etkin bir aşı üretilmemiştir. Bu nedenle bulaşma yollarını dikkate alarak riskli girişim ve davranışlardan uzak durmak hastalıktan korunmanın temelini oluşturmaktadır. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanması yani güvenli cinsel ilişki bu yolla bulaşı önlemektedir. Özellikle sağlık personeli olmak üzere hemodiyaliz hastaları, madde kullanımı olanlar vb. tüm risk gruplarının eğitimleri yapılmalıdır. İğne, şırınga gibi kesici delici aletlerin mümkünse tek kullanımlık olması önemlidir. Bunun mümkün olmadığı kuaför ve berberlerde manikür, pedikür, tıraş gibi uygulamalarda kullanılan makas vb. gibi her türlü kesici delici aletin kişiye özel olması gerekmektedir. Kan bankalarında HCV taramalarının zorunlu hale gelmesi ile HCV bulaşı ileri derecede önlenmiştir. Taramaların bu olumlu etkisine karşın bulaşma riski sıfır değildir. Bu nedenle hemodiyaliz merkezleri gibi HCV bulaşma riski yüksek yerlerde özel önlemler alınarak hastalık geçiş riski minimuma indirilmelidir [74].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma Nisan 2015 - Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

- 10.04.2015 tarihli 04 no'lu oturumun 2 sayılı kararı ile etik kurul kararı alınmıştır.
- Nisan 2015'te pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sırasında veri toplama araçları denenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmış; pilot çalışma verisine göre örnek büyüklüğü hesaplanmıştır.
- Mayıs-Haziran 2015 tarihleri arasında araştırma verisi toplanmıştır. Katılımcılardan venöz kan örnekleri alınmış ve hazırlanan soru formu uygulanarak veri toplanmıştır.
- Temmuz-Ağustos 2015 tarihleri arasında laboratuvar analizleri (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total ve Anti-HCV) yapılmıştır.
- Eylül-Kasım 2015'te veri girişi yapılmıştır.
- Aralık 2015'te veri analizi yapılmıştır.
- Ocak-Nisan 2016'da araştırma raporu yazılmıştır.

3.3. Araştırma Bölgesinin Özellikleri

Araştırmanın yürütüldüğü Şanlıurfa şehri Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer almaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın yaptığı sıralamaya göre illerdeki eğitim, sağlık ve sosyal belirleyicileri içeren sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre 81 il içerisinde Şanlıurfa 73. Sıradadır [100]. Ancak geçtiğimiz yıllar içerisinde "Güneydoğu Anadolu Projesi" ile birlikte bölge ekonomisi gelişmeye başlamıştır. Bu proje ile tarım kapasitesi artmış olmasına rağmen bölge endüstriyel üretim açısından hala yetersizdir. Bu bölgede ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine özel bir önem verilmektedir. Toplumun büyük bir kısmının üreme çağındaki kadınlar ve çocuklardan oluşması, yüksek bebek, çocuk ve anne ölüm oranlarının olması, aile planlaması hizmetlerine talebin olması, prenatal ve postnatal

bakımın sınırlı olması (toplam doğurganlık hızı 3,41; 40-49 yaş kadınların ortalama çocuk sayısı 4,83 ve bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 24) bu hizmetleri önemli hale getirmektedir. Bölgede eğitim seviyesi de oldukça düşüktür (Kadınların %47,7'si, erkeklerin %28,2'si okuma yazma bilmemektedir.). Bu bölgede aileler düşük eğitilmiş ebeveynler, geniş hanehalkı büyüklüğü, çok sayıda çocuk ve daha çok düşük gelir düzeyli bir yapıya sahiptir [101].

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa il merkezindeki 84 mahallede barınma merkezleri dışında ikamet eden 18 yaş üstü Suriyeli sığınmacılar oluşturmaktadır. Türkiye genelinde bulunan 2 milyonu aşkın Suriyeli sığınmacının yaklaşık 500 bini Şanlıurfa il genelinde yaşamaktadır. Bu bireylerden 109.936'sı Şanlıurfa ili içerisindeki farklı ilçelerde (Akçakale, Ceylanpınar, Harran, Suruç, Viranşehir) barınma merkezlerinde ikamet etmektedir. Şanlıurfa il genelinde barınma merkezleri dışında yaklaşık 400.000 Suriyeli sığınmacının ikamet ettiği bildirilmekteyse de kayıt dışı bireylerin olması nedeniyle kesin bir sayı verilememektedir [99]

3.5. Örneklem Yöntemi ve Örnek Büyüklüğü

Sığınmacıların tümünün kaydının ve belirli bir ikamet adresinin olmaması, yer değiştirmelerin sık yaşanması nedeniyle örnek seçiminde küme örneklem yöntemi tercih edilmiştir.

Suriyeli mültecilerin yoğun olarak yaşadığı mahalleler AFAD'dan elde edilen bilgi ile öğrenilmiş ve mahalle muhtarları ile görüşülerek doğrulanmıştır.

Küme sayısını hesaplamak için 7 küme pilot çalışma için seçilmiştir. Pilot çalışmada, her bir küme çapı 11,4 ve varyans (sp^2) 0,40036 olarak hesaplanmıştır.

Toplam küme sayısı (N) 6000 olmak üzere pilot çalışmadan elde edilen küme çapı ve varyans ile pilotun tahmini tolerans sınırı (D) 0,01; tahmini hata sınırı (B) 0,0175 alınarak küme sayısı 40 olarak belirlenmiştir.

40 kümede toplam 473 kişi örnek büyüklüğünü oluşturmuştur. Bireylerin 3'ü hiç görüşme yapmak istememiş; 1'i ile Arapça bilmediği için görüşülememiş; 3'ü kan vermek istememiş ve 2'sinden ise kan alınamamıştır. Araştırmaya katılım düzeyi %98 olmuştur.

Küme seçimi için Şanlıurfa Belediyesi'nden elde edilen elektronik sokak listesinden basit rastgele yöntemle sokaklar seçilmiştir. Herhangi bir sokak girişi küme başlangıç noktası olarak kabul edilmiştir. Görüşmeler için sokağın sağ tarafından devam edilmiş ve tekrar başlangıç noktasına gelindiğinde küme tamamlanmıştır.

Erkeklerin gündüz çoğunlukla evde bulunmaması nedeniyle erkek bireylere öncelik verilmiştir. Evde birden fazla erkek ya da kadın bulunması durumunda hanedeki 18 yaş üzeri kadın erkek toplam birey sayısı ile hane numarası kullanılarak KİSH tablosundan uygun kişi seçimi yapılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Ölçüm Yöntemleri

Araştırmaya katılmayı kabul edenlere soru formu uygulanmış ve venöz kan örneği alınmıştır.

Katılımcılar çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirilip onamları alındıktan sonra bireylerden hazırlanan soru formunu Arapça bilen bir tercüman vasıtasıyla cevaplamaları istenmiştir. Soru formu toplam 38 sorudan oluşmakta olup cevaplama süresi yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

Soru formunda sosyodemografik özellikler (9 soru), yaşanan haneye ilişkin bilgiler (7 soru), bilgi düzeyi (12 soru), tutum (1 soru) ve riskli davranışların (9 soru) sorgulandığı beş bölüm yer almaktadır.

Sosyodemografik özellikler bölümünde, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, aylık gelir durumu, aynı/nakdiyardım alma durumu, etnik kökeni ve Türkçe bilme durumu yer almaktadır.

Yaşanılan haneye ilişkin bilgiler bölümünde; Türkiye’de bulunma süresi, Türkiye’de kiminle yaşadığı, hanedeki kişi sayısı, hanedeki aile sayısı, hanedeki oda sayısı, hanenin banyosunun olup olmadığı ve hanenin tuvaletinin evin içinde olup olmadığı sorulmuştur.

Bilgi düzeyi bölümünde, hepatit B/C hastalıklarını duyma durumu ve bu hastalıkların kullanılmış enjektörün tekrar kullanılmasıyla ya da kaza ile batması sonucu bulaşma özelliğine, sağlıklı birine hepatit B/C hastasının kan/kan ürününün verilmesiyle bulaşma özelliğine, hijyenik olmayan koşullarda kalıcı dövme yaptırmakla bulaşma özelliğine, korunmasız cinsel ilişki sırasında bulaşma özelliğine, doğumda anneden bebeğe geçme özelliğine, hepatit B/C hastalığından aşıyla korunma özelliğine ve kadın ya da erkeğin birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması ya da ticari anlamda sex yapan kadın ya da erkeklerle ilişkide bulunmanın hepatit B/C hastalığının bulaşma riskini artırma durumuna yönelik sorular sorulmuştur.

Tutum ve riskli davranışlar bölümünde; kadın ya da erkeğin eşi ya da eşi olmayan birisi ile cinsel ilişkide bulunması durumunda bu hastalıklardan korunması için ne yapması gerektiği bilgisi sorularak bireylerin hepatit B/C hastalıklarına tutumu ölçülmüştür.

Bireylerin ameliyat olma durumu, uyuşturucu madde kullanma durumu, kendisinde ya da ailesinde hepatit B/C hastalığı bulunma durumu, doğum yapma durumu ve yaptı ise nerede ve ne şekilde doğum yaptığı sorularak bireylerin hastalık bulaşı için riskli davranışlarda bulunma durumu değerlendirilmiştir.

Laboratuvar incelemesinde, ön kol periferik venlerinden jelli tüp içerisine alınan kan örnekleri aşı nakil kabı ile çalışılacak olan laboratuvara günlük olarak taşınmış, 3000 devirde beş dakika santrifüj edilerek -30°C ’de saklanmıştır. Tüm kan örneklerinde mikro ELİSA tekniği ile HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total ve Anti-HCV düzeylerine bakılmıştır. Çalışılan laboratuvar için sınır değerler olan HBsAg için ≥ 1 IU/ml, Anti-HBs için ≥ 10 mIU/ml, Anti-HBc total için ≤ 1 IU/ml ve Anti-HCV için ≥ 1 IU/ml pozitif değer olarak kabul edilmiştir.

Bilgi skoru: Soru formunun doldurulması sırasında hepatit B/C hastalıklarını duyduklarını söyleyen bireylere hastalıkların bulaşma ve korunma yolları ile ilgili 10 bilgi

sorusu sorulmuş ve analizler sırasında toplam doğru cevap sayısı hesaplanarak bilgi skoru elde edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Hepatit B virüsü ile enfekte olma (HBsAg pozitifliği), Hepatit B virüsüne karşı bağışık olma (Anti-HBs pozitifliği ile birlikte Anti-HBc total negatifliği), Hepatit B virüsü ile karşılaşmış olma (Anti-HBc total pozitifliği) ve Hepatit C virüsü ile enfekte olma (Anti-HCV pozitifliği)

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aylık gelir düzeyi, etnik köken, Türkçe bilme durumu, Türkiye’de bulunma süresi, Türkiye’de birlikte yaşanan aile, hane kişi/oda oranı, hastalık bilgi skoru, cinsel ilişki sırasında korunma tutumu, ameliyat olma, uyuşturucu madde kullanma, ailede/kendisinde hepatit B/C hastalığı olduğunu bilme, doğum yapma, doğumu evde yapma, normal doğum yapma

3.8. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 16.0) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde hesaplanmıştır. Sürekli verilerin ortanca, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler %95 güven düzeyinde yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

HBV ile enfekte olma, HBV ile karşılaşmış olma ve HCV ile enfekte olma durumunun cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, etnik köken, Türkçe bilme durumu, Türkiye’de birlikte yaşanan aile, cinsel ilişki sırasında korunma tutumu, ameliyat olma, ailede/kendisinde hepatit B/C hastalığı olduğunu bilme, doğum yapma, doğumu evde yapma ve normal doğum yapma durumlarına göre farklı olup olmadığını göstermek için Ki-kare testi yapılmıştır.

HBV ile enfekte olma, HBV ile karşılaşmış olma ve HCV ile enfekte olma durumunun yaş, aylık gelir d¼zeyi, T¼rkiye’de bulunma s¼resi, hane kişi/oda oranı ve hastalık bilgi skoruna g¼re farklılığını g¼stermek için Mann Whitney-U testi yapılmıştır.



4. BULGULAR

Şanlıurfa il merkezinde kamp dışında ikamet eden Suriyeli sığınmacıların yaş ortancası 34,0'tür (Tablo 1).

Tablo 1. Suriyeli sığınmacıların sosyodemografik özelliklerine ve toplam bilgi puanına göre dağılımı-1

	Ortanca (En küçük –En büyük)	Ortalama ± ss *
Yaş	34,0 (17,0-82,0)	36,9±13,4
Aylık gelir durumu (TL)	600 (0-5000)	664,8±434,6
Aylık nakdi yardım miktarı (TL)	300 (120-1200)	433,0±352,5
Türkiye’de bulunma süresi (Ay)	12 (0-48)	14,0±9,9
Hanede yaşayan kişi sayısı	7 (2-32)	8,6±4,6
Hanede bulunan oda sayısı	3 (1-8)	2,7±0,9
Hanenin kişi/oda oranı	3 (0,5-11)	3,2±1,5
Hanede yaşayan aile sayısı	2 (1-20)	1,9±1,8
Toplam bilgi puanı	0,0 (0-10)	2,3±3,7

* Standart sapma

Suriyeli sığınmacıların %62,2’si kadın, %37,8’i erkektir ve %82,2’si evlidir. Katılımcıların %25,6’sı ise hiç okula gitmemişken sadece %22,6’sı lise ve üzeri eğitim almıştır. Sığınmacıların %57,3’ü Arap, %41,9’u Kürt kökenlidir ve %80,1’i iletişim kuracak kadar Türkçe bilmemektedir (Tablo 2).

Sığınmacıların aylık gelir ortancası 600 TL’dir (Tablo 1). Sığınmacıların ancak %14,0’ü herhangi bir yardım alırken bunların %84,8’ini gıda yardımı oluşturmaktadır (Tablo 2).

Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de bulunma süresi ortancası 12 ay’dır. Hanede yaşayan aile sayısı ortancası 2 ve kişi sayısı ortancası 7’dir. Hanede ortanca 3 oda bulunmaktadır ve kişi/oda oranı ortancası 3’tür (Tablo 1). Sığınmacıların %50,1’i Suriyeli başka ailelerle birlikte yaşarken %48,8’i yalnız kendi ailesiyle yaşamaktadır (Tablo 2). Yaşanan hanenin %5,1’inde banyo bulunmamakta ve %34,7’sinde tuvalet hanenin dışında yer almaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Suriyeli sığınmacıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-2

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	294	62,2
Erkek	179	37,8
Öğrenim durumu		
Okuma yazma bilmeyen, hiç okula gitmemiş	110	23,3
Okuma yazma bilen, hiç okula gitmemiş	11	2,3
İlkokul mezunu	146	30,9
Ortaokul mezunu	99	20,9
Lise mezunu	69	14,6
Yüksekokul mezunu	38	8,0
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş	45	9,5
Evli, sadece imam nikahlı	82	17,3
Evli, resmi nikahlı	307	64,9
Eşi ölmüş	20	4,2
Boşanmış	4	0,8
Ayrı yaşıyor	15	3,2
Etnik köken		
Arap	271	57,3
Kürt	198	41,9
Türkmen	4	0,8
Türkçe bilme durumu		
Biliyor	94	19,9
Bilmiyor	379	80,1
Yardım alma durumu		
Alıyor	66	14,0
Almıyor	407	86,0

Tablo 2. Suriyeli sığınmacıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı-2 (Devamı)

	Sayı	%
Alınan yardım türü		
Gıda yardımı	56	84,8
Nakdi yardım	9	13,6
Hem gıda hem nakdi yardım	1	1,5
İkamet özelliği		
Türkiyeli bir ailenin yanında tek başına	2	0,4
Türkiyeli bir ailenin yanında ailesi ile birlikte	3	0,6
Sadece kendi ailesi ile birlikte	231	48,8
Suriyeli başka ailelerle birlikte	237	50,1
Banyo		
Var	449	94,9
Yok	24	5,1
Tuvaletin bulunduğu yer		
Hane içinde	309	65,3
Hane dışında	164	34,7
Toplam	473	100,0

Suriyeli sığınmacıların %60,3'ü hepatit B hastalığını %69,1'i ise hepatit C hastalığını duymamıştır. Katılanların, %27,1'i hastalığın kullanılmış enjektörün tekrar kullanılması ya da kaza ile iğne batması sonucu bulaşabileceğini; %27,5'i sağlıklı birine hepatit B/C hastasının kan ya da kan ürününün verilmesiyle bulaşabileceğini; %27,1'i hijyenik olmayan koşullarda kalıcı dövme yaptırmakla bulaşabileceğini; %20,9'u korunmasız cinsel ilişkiyle bulaşabileceğini; %22,4'ü doğumda anneden bebeğe bulaşabileceğini, %25,6'sı hijyenik olmayan koşullarda diş çektirme sırasında bulaşabileceğini bilmektedir. Suriyeli sığınmacıların %25,2'si kadın ya da erkeğin birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunmasının ve ticari anlamda seks yapan kadın ya da erkeklerle cinsel ilişkide bulunmanın hepatit B/C hastalığı bulaşma riskini artırdığını bilmektedir. Bireylerin %25,2'si hepatit B hastalığından aşı yaptırarak korunulabileceğini bilirken; %5,1'i hepatit C hastalığından aşı ile korunulamayacağını bilmektedir (Tablo 3). Katılımcıların hepatit B/C'nin bulaşma ve korunma yolları ile ilgili soruların sorulara doğru yanıt verme ortancası 0,0'dır (Tablo 1).

Tablo 3. Suriyeli sığınmacıların hepatit B/C hastalıklarına yönelik bilgi düzeyine göre dağılımı

	Sayı	%
Hepatit B hastalığını duyma/bilme durumu		
Duymuş	188	39,7
Duymamış	285	60,3
Hepatit C hastalığını duyma/bilme durumu		
Duymuş	146	30,9
Duymamış	327	69,1
Kullanılmış enjektörle ya da iğne batması sonucu bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	128	27,1
Hayır bulaşmaz	1	0,2
Bilmiyorum	344	72,7
Kan ya da kan ürünü ile bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	130	27,5
Hayır bulaşmaz	1	0,2
Bilmiyorum	342	72,3
Kalıcı dövme yaptırmakla bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	128	27,1
Hayır bulaşmaz	3	0,6
Bilmiyorum	342	72,3
Korunmasız cinsel ilişki sırasında bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	99	20,9
Hayır bulaşmaz	14	3,0
Bilmiyorum	360	76,1
Doğumda anneden bebeğe bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	106	22,4
Hayır bulaşmaz	11	2,3
Bilmiyorum	356	75,3

Tablo 3. Suriyeli sığınmacıların hepatit B/C hastalıklarına yönelik bilgi düzeyine göre dağılımı (Devamı)

	Sayı	%
Hijyenik olmayan koşullarda diş çektirme sırasında bulaşma bilgisi		
Evet bulaşır	121	25,6
Hayır bulaşmaz	7	1,5
Bilmiyorum	345	72,9
Birden fazla kişi ile cinsel ilişki ile bulaşma riskinin artması bilgisi		
Evet artar	119	25,2
Hayır artmaz	1	0,2
Bilmiyorum	353	74,6
Ticari seks yapanlarla cinsel ilişkinin bulaşma riskinin artması bilgisi		
Evet artar	119	25,2
Hayır artmaz	1	0,2
Bilmiyorum	353	74,6
Hepatit B hastalığından aşı yaptırılarak korunma bilgisi		
Evet korunulur	119	25,2
Hayır korunulmaz	6	1,3
Bilmiyorum	348	73,6
Hepatit C hastalığından aşı yaptırılarak korunma bilgisi		
Evet korunulur	49	10,4
Hayır korunulmaz	24	5,1
Bilmiyorum	400	84,6
Toplam	473	100,0

Suriyeli sığınmacıların %59,8'i (n=283) hem hepatit B hem de hepatit C hastalığını duymamıştır ve bu hastalıklarla ilgili hiçbir bilgisi yoktur. Bulaşma ve korunma yolları ile ilgili sorulan tüm sorulara doğru cevap veren katılımcıların oranıtısı %2,3'tür (n=11).

Suriyeli sığınmacıların %38,5'i herhangi bir nedenle bir ya da daha fazla ameliyat geçirmiştir. Kadınların %46,1'i normal doğum, %39,4'ü en az bir kez evde doğum yapmıştır. Katılımcılar uyuşturucu madde kullanımı beyan etmemişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Suriyeli sığınmacıların hepatit B/C hastalıklarına yönelik riskli davranışlarının dağılımı

	Sayı	%
Ameliyat olma durumu		
Evet	182	38,5
Hayır	291	61,5
Uyuşturucu madde kullanma durumu		
Evet	0	0,0
Hayır	473	100,0
Doğum yapma durumu*		
Evet	261	92,8
Hayır	20	7,2
Doğum şekli**		
Normal doğum	177	37,4
Sezaryen	43	9,1
Normal doğum + Sezaryen	41	8,7
Doğum yeri**		
Ev	45	17,2
Sağlık kuruluşu	158	60,5
Ev + Sağlık kuruluşu	58	22,2

*Analiz 281 kadın üzerinden yapılmıştır.

** Analiz doğum yapan 261 kadın üzerinden yapılmıştır.

Kondom kullanılarak cinsel ilişki ile hepatit B/C hastalıklarının bulaşından korunulabileceğini bilen bireylerin oranı %14,8'dir (Tablo 5).

Laboratuvar sonuçlarına göre sığınmacıların %1,7'si HBsAg pozitif, %23,9'u ise Anti-HBc total pozitifdir. Hepatit B aşısı ile bağışıklanmış olanlar sığınmacıların %7,1'ini oluşturmaktadır. Anti-HCV pozitif olan bireyler ise araştırmaya katılanların %0,4'üdür (Tablo 6).

Tablo 5. Suriyeli sığınmacıların cinsel ilişki ile hepatit B/C hastalıklarının bulaşından korunmadaki tutumlarının dağılımı

	Sayı	%
Kondom kullanma	70	14,8
Doktora gitme	14	3,0
Tedavi olma/ilaç kullanma	11	2,3
Cinsel ilişkiden uzak durma	7	1,5
Aşı yaptıрма	1	0,2
Temizlik/banyo yapılması	1	0,2
Doğum kontrol hapı kullanma	1	0,2
Bilmiyorum	368	77,8
Toplam	473	100,0

Tablo 6. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total ve Anti-HCV durumlarına göre dağılımı

	Pozitif		Negatif	
	Sayı	%	Sayı	%
HBsAg	8	1,7	465	98,3
Anti-HBs	119	25,2	354	74,8
Anti-HBc total	113	23,9	360	76,1
Anti HCV	2	0,4	471	99,6
Aşıyla bağışık	34	7,1	439	92,9

Suriyeli sığınmacıların HBsAg ile Anti-HCV antikor durumlarının cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, etnik köken, Türkçe bilme durumu, yardım alma durumu, Türkiye'de birlikte yaşadığı aile özelliklerine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7, 9, 10). Anti-HBc total antikor pozitifliği ise erkeklerde, hiç okula gitmeyenlerde ve en az bir kez evlenmiş olanlarda ve yaş ortancası 36,9 ve üzerinde olanlarda daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 8, 10).

Tablo 7. Suriyeli sığınmacıların HBsAg durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	HBsAg				χ^2	P
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	4	1,4	290	98,6		
Erkek	4	2,2	175	97,8	*	0,484
Öğrenim durumu						
Hiç okula gitmemiş	1	0,8	120	99,2		
En az ilkokula gitmiş	7	2,0	345	98,0	*	0,686
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	1	2,2	44	97,8		
En az bir kez evlenmiş	7	1,6	421	98,4	*	0,553
Etnik köken						
Arap	5	1,9	266	98,2		
Kürt	3	1,5	195	98,5		
Türkmen	0	0,0	4	100,0	0,1	0,930
Türkçe bilme durumu						
Biliyor	1	1,1	93	98,9		
Bilmiyor	7	1,8	372	98,2	*	1,000
Yardım alma durumu						
Yardım alıyor	1	1,5	65	98,5		
Yardım almıyor	7	1,7	400	98,3	*	1,000
Türkiye’de birlikte yaşadığı ailenin özelliği						
Türkiyeliler’le birlikte yaşıyor	0	0,0	5	100,0		
Türkiyeliler’le birlikte yaşamıyor	8	1,7	460	98,3	*	1,000

*Fisher’s Exact Test kullanılmıştır.

Tablo 8. Suriyeli sığınmacıların Anti-HBc total antikor durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Anti-HBc total				χ^2	P
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	52	17,7	242	82,3		
Erkek	61	34,1	118	65,9	15,5	<0,001
Öğrenim durumu						
Hiç okula gitmemiş	42	34,7	79	65,3		
En az ilkokula gitmiş	71	20,2	281	79,8	9,6	0,002
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	2	4,4	43	95,6		
En az bir kez evlenmiş	111	25,9	317	74,1	9,1	0,002
Etnik köken						
Arap	63	23,2	208	76,8		
Kürt	49	24,7	149	75,3		
Türkmen	1	25,0	3	75,0	0,1	0,930
Türkçe bilme durumu						
Biliyor	18	19,1	76	80,9		
Bilmiyor	95	25,1	284	74,9	1,1	0,285
Yardım alma durumu						
Yardım alıyor	20	30,3	46	69,7		
Yardım almıyor	93	22,9	314	77,1	1,3	0,245
Türkiye’de birlikte yaşadığı ailenin özelliği						
Türkiyeliler’le birlikte yaşıyor	1	20,0	4	80,0		
Türkiyeliler’le birlikte yaşamıyor	112	23,9	356	76,1	*	1,000

*Fisher’s Exact Test kullanılmıştır.

Tablo 9. Suriyeli sığınmacıların Anti-HCV antikor durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Anti-HCV				χ^2	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	2	0,7	292	99,3		
Erkek	0	0,0	179	100,0	*	0,529
Öğrenim durumu						
Hiç okula gitmemiş	1	0,8	120	99,2		
En az ilkokula gitmiş	1	0,3	351	99,7	*	0,447
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	1	2,2	44	97,8		
En az bir kez evlenmiş	1	0,2	427	99,8	*	0,181
Etnik köken						
Arap	1	0,4	270	99,6		
Kürt	1	0,5	197	99,5		
Türkmen	0	0,0	4	100,0	0,06	0,967
Türkçe bilme durumu						
Biliyor	0	0,0	94	100,0		
Bilmiyor	2	0,5	377	99,5	*	1,000
Yardım alma durumu						
Yardım alıyor	0	0,0	66	100,0		
Yardım almıyor	2	0,5	405	99,5	*	1,000
Türkiye’de birlikte yaşadığı ailenin özelliği						
Türkiyeliler’le birlikte yaşıyor	0	0,0	5	100,0		
Türkiyeliler’le birlikte yaşamıyor	2	0,4	466	99,6	*	1,000

* Fisher’s Exact Test kullanılmıştır.

Tablo 10. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBc total ve Anti-HCV durumunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	HBsAg		Anti-HBc total		Anti-HCV	
	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif
	Ortanca (En düşük- En yüksek)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)
Yaş	35,5 (31-52) MW-U= 1441,0 P= 0,274	34,0(17-82) MW-U= 1441,0 P= 0,274	50,0 (19-82) MW-U=8547,5 P<0,001	30,0 (17-73) MW-U=8547,5 P<0,001	39,0 (23-55) MW-U=464,0 P=0,971	34,0 (17-82) MW-U=464,0 P=0,971
Gelir durumu	750,0 (200-1250) MW-U= 1534,5 P= 0,394	600,0 (0-1500) MW-U= 1534,5 P= 0,394	600,0 (0-2700) MW-U= 19842,0 P= 0,693	600,0 (0-5000) MW-U= 19842,0 P= 0,693	700,0 (700-700) MW-U= 354,0 P= 0,543	600,0 (0-5000) MW-U= 354,0 P= 0,543
İkamet süresi	6,5 (5-18) MW-U= 1112,0 P= 0,050	12,0 (0-48) MW-U= 1112,0 P= 0,050	12,0 (2-36) MW-U= 19490,5 P= 0,501	12,0 (0-48) MW-U= 19490,5 P= 0,501	27,0 (18-36) MW-U= 159,5 P= 0,105	12,0 (0-48) MW-U= 159,5 P= 0,105
Kişi/oda oranı	3,1 (1,3-4,5) MW-U= 1825,5 P= 0,928	3,0 (0,5-11) MW-U= 1825,5 P= 0,928	3,0 (0,7-9,5) MW-U= 19116,5 P= 0,334	3,0 (0-11) MW-U= 19116,5 P= 0,334	3,0 (2-4) MW-U= 443,0 P= 0,884	3,0 (0,5-11) MW-U= 443,0 P= 0,884
Bilgi puanı	0,0 (0-9) MW-U= 1586,5 P= 0,420	0,0 (0-10) MW-U= 1586,5 P= 0,420	0,0 (0-10) MW-U= 19621,0 P= 0,522	0,0 (0-10) MW-U= 19621,0 P= 0,522	3,5 (0-7) MW-U= 432,5 P= 0,822	0,0 (0-10) MW-U= 432,5 P= 0,822

Katılımcıların, HBsAg pozitifliği, Anti-HBc total ve Anti-HCV pozitifliğinin bireylerin hepatit B/C hastalıkları ile ilgili toplam bilgi puanlarına göre dağılımına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Suriyeli sığınmacıların HBsAg, Anti-HBc total antikor ve Anti-HCV antikor durumunun riskli cinsel ilişkide kondom kullanma tutumlarına göre dağılımı

	Kondom kullanma				χ^2	P
	Kullananlar		Kullanmayanlar			
	Sayı	%	Sayı	%		
HBsAg						
Pozitif	1	1,4	7	1,7	*	1,000
Negatif	69	98,6	396	98,3		
Anti-HBc total						
Pozitif	18	25,7	95	23,6	0,05	0,813
Negatif	52	74,3	308	76,4		
Anti-HCV						
Pozitif	0	0,0	2	0,5	*	1,000
Negatif	70	100,0	401	99,5		

*Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin HBsAg, Anti-HBc total antikor ve Anti-HCV antikor durumunun bireylerin riskli cinsel ilişki sırasında hepatit B/C hastalığı bulaşından korunma tutumlarına göre dağılımına bakıldığında üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

HBsAg ve Anti-HCV antikor durumu ile riskli davranışta bulunma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12, 14). Ancak doğum yapan kadınlarda Anti-HBc total antikor pozitifliği daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Araştırmaya katılan bireylerden hepatit B ile enfekte olanların ($n=8$) sadece bir tanesi (%12,5) hepatit B hastalığı ile enfekte olduğunu bilmekte iken; hepatit C ile enfekte olan bireylerin hiçbiri ($n=2$) kendisinde hastalık olduğunu bilmemektedir.

Tablo 12. Suriyeli sığınmacıların HBsAg durumuna göre Hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışta bulunma durumu

	HBsAg				χ^2	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Ameliyat olma durumu						
Evet	7	2,4	284	97,6		
Hayır	1	0,5	181	99,5	*	0,161
Doğum yapma durumu**						
Evet	4	1,5	257	98,5		
Hayır	0	0,0	31	100,0	*	1,000
Doğum şekli*						
En az bir kez normal doğum yapmış	4	1,6	247	98,4		
Normal doğum yapmamış	0	0,0	43	100,0	*	1,000
Doğum yeri*						
Evde en az bir doğum yapmış	3	2,2	133	97,8		
Evde doğum yapmamış	1	0,6	157	99,4	*	0,339

*Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

** Sadece kadınlar analize alınmıştır.

Tablo 13. Suriyeli sığınmacıların Anti-HBc total antikor durumuna göre Hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışların dağılımı

	Anti-HBc total				χ^2	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Ameliyat olma durumu						
Evet	49	26,9	133	73,1		
Hayır	64	22,0	227	78,0	1,2	0,266
Doğum yapma durumu*						
Evet	52	19,9	209	80,1		
Hayır	0	0,0	31	100,0	6,2	0,013
Doğum şekli*						
En az bir kez normal doğum yapmış	46	18,3	205	81,7		
Normal doğum yapmamış	6	14,0	37	86,0	0,2	0,633
Doğum yeri*						
Evde en az bir doğum yapmış	27	19,9	109	80,1		
Evde doğum yapmamış	25	15,8	133	84,2	0,5	0,453

*Sadece kadınlar analize alınmıştır.

Tablo 14. Suriyeli sığınmacıların Anti-HCV antikor durumuna göre hepatit B/C hastalığına yönelik riskli davranışların dağılımı

	Anti-HCV				χ^2	p
	Pozitif		Negatif			
	Sayı	%	Sayı	%		
Ameliyat olma durumu						
Evet	0	0,0	182	100,0		
Hayır	2	0,7	289	99,3	*	0,526
Doğum yapma durumu**						
Evet	1	0,4	260	99,6		
Hayır	1	3,2	30	96,8	*	0,201
Doğum şekli**						
En az bir kez normal doğum yapmış	2	0,8	249	99,2		
Normal doğum yapmamış	0	0,0	43	100,0	*	1,000
Doğum yeri**						
Evde en az bir doğum yapmış	1	0,7	135	99,3		
Evde doğum yapmamış	1	0,6	157	99,4	*	1,000

*Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

** Sadece kadın bireyler analize alınmıştır.

** Sadece kadın bireyler analize alınmıştır.

5. TARTIŞMA

5.1. Tanımlayıcı Özellikler

Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların çoğunluğu kadındır. Orta Doğu ve Afrika bölgesinde yapılan araştırmalarda genellikle araştırmalara katılan erkeklerin sayısı araştırmamızın aksine daha fazla olmaktadır [102]. Araştırma yapılan saatlerin gündüz saatleri olması ile birlikte erkeklerin genellikle işte bulunduğu için evde bulunamaması sonucu bu araştırmada kadınlara erkeklerden daha fazla ulaşılmıştır. Bu durumun 18 yaş üzeri Suriyeli erkeklerin bir kısmının savaşmak için kendi ülkelerinde kalması ya da ölmesi nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği de düşünülmektedir. İnci ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'ta yaptığı çalışma da bu durumu destekler niteliktedir [13].

Şanlıurfa il merkezinde kamp dışında ikamet eden erişkin Suriyeli sığınmacılar genellikle genç erişkinlerden oluşmaktadır. Mülteci ve sığınmacılarda özellikle Orta Doğu ve Afrikalılar'da yapılan araştırmalarda da genellikle yaş ortancası benzer şekilde bulunmuştur [102, 103]. Suriye nüfusunun genç olması ve genç nüfusun hareket kabiliyetinin daha fazla olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Suriyeli sığınmacıların eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Benzer şekilde, Aziz ve arkadaşlarının Irak'ta yaptığı bir çalışmada Suriyeli mültecilerin %51,1'inin ilkokulu bitirmemiş olduğu ya da eğitim almadığı [90], Alpay ve arkadaşları tarafından Gaziantep'te yapılan bir çalışmada Suriyeli sığınmacıların %59,3'ünün en fazla ilkokula kadar eğitim aldığı bildirilmiştir [103].

Sığınmacıların çoğunluğunun evli olması cinsel olarak da aktif olduklarını göstermektedir. Bu durum cinsel yolla geçişi olan hastalıklarla karşılaşma riskini arttırmaktadır. Aziz ve Alpay'ın yaptıkları çalışmalarda sığınmacıların çoğunluğunun evli olduğu belirtilmektedir [90]

Şanlıurfa'daki Suriyeli sığınmacıların sadece beşte biri iletişim kuracak kadar Türkçe bilmektedir. Bu durumun bireylerin sağlık hizmetine ulaşımını zorlaştırdığı, sağlık hizmeti

almak için başvuruda bulunanların ise dil problemi nedeniyle yeterli olarak hizmet alamadıkları düşünülmektedir. Dil sorunları nedeniyle yaşanan iletişim sorunlarının Ürdün'de de Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetine ulaşımındaki sorunlarından biri olduğu belirtilmektedir [104]. Bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere koruma ve tedaviye yönelik hizmetleri alabilmeleri için sığındıkları ülkenin resmi dilini yeterli oranda konuşabilmeleri önemlidir. Ekmekçi'nin yaptığı çalışma da bu durumu destekler niteliktedir[105].Ancak, bu süreç oluşana kadar iletişim sorunlarını ortadan kaldıracak mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir.

Suriyeli sığınmacıların kişi başına düşen aylık gelir 75TL dolayındadır ve barınma koşulları da yeterli düzeyde değildir.Demirtaş ve Özden de bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu şekilde Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de kamp dışındaki yaşam şartlarının, ve ekonomik durumlarının kötü olduğunu hatta bazılarının evsiz yaşadığını belirtmektedir [106]. Savaş ya da çatışma ortamları zaman zaman bireyleri, aileleri yerlerinden edebilmekte, kişilerin üretkenliklerini azaltabilmekte hatta gereksinimlerini karşılayamadıkları için başka bireylerin ya da başka devletlerin yardımına ihtiyaç duyar hale getirebilmektedir. Bu ekonomik olumsuzluklar sığınmacıların maliyetleri azaltmak adına pek çok ailenin birlikte, fiziksel koşulları çok iyi olmayan ortak yaşam alanlarını kullanmasına da neden olmaktadır. Bu nedenle pek çok aile kalabalık ortamlarda, kötü hijyen ve sanitasyon koşullarında yaşamak zorunda kalmaktadır. Nitekim, TÜİK verisine göre Türkiye'de kişi/oda oranı 1,1 iken Suriyeli sığınmacılarda kişi/oda oranı 3'tür [107]. Kalabalık ortamda yaşamanın hepatit B'nin horizontal bulaşını kolaylaştırdığı bilinmektedir. Kötü ekonomik düzey öte yandan sağlık hizmetine erişimi de engellemekte ya da geciktirmekte bunun sonucunda da hastalıkların teşhis ve tedavisi gecikmektedir. Tüm bu olumsuz koşulların bulaşıcı hastalıkların yayılımını kolaylaştırdığı hatta salgınlara yol açtığı da belirtilmektedir [105, 108-110].

Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de bulunma süresi ortancası 12 aydır. Bu süre bazı bireyler için 48 aya kadar da çıkmaktadır. Ürdün'de yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının iki yıla yakın bir süredir Ürdün'de yaşadığı bildirilmiştir [104]. Gaziantep'te yapılan bir çalışmada ise Suriyeli sığınmacıların ülkede bulunma süresi ortalama $6,5 \pm 3,0$ aydır [103]. Suriye'de iç savaş ortamının devam etmesi ve ne zaman sonuçlanacağı bilinmemesi, bireylerin bazısının Türkiye vatandaşları ile evlilik yaparak

ülkemize yerleşmesi bu topluluğun bir kısmının ülkemizde kalacağını, bir kısmının da ülkemizde kalış süresinin uzun olacağını düşündürmektedir. Bu nedenle hepatit B ve C hastalıkları da dahil olmak üzere bulaşıcı hastalıklar korunma ve kontrol programlarının başarısı için Suriyeli mültecilerin risklerinin belirlenmesi ve yapılan çalışmalara dahil edilmesi önemli olacaktır.

5.2. Hepatit B ve C'ye Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranış Durumları

Hepatit B ve C hastalıkları hem kan ve kan ürünleri ile hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Çatışma ve savaş ortamları ve yarattığı sorunlar mülteci ve sığınmacıları nitelikli sağlık hizmeti alamamak, güvenli kan ve kan ürünleri kullanamamak, cinsel istismar ve sex ticareti vb. olumsuz durumlarla daha sık karşı karşıya getirmektedir [111].

Suriyeli sığınmacıların çoğunluğunun hepatit B ve/veya hepatit C hastalığını duymamış ve bu hastalıklarla ilgili hiçbir bilgisi yoktur. Koreli, Çinli ve Vietnamlı mültecilerde yapılan çalışmalarda da katılımcılar hepatit B ve C hastalıklarının nedeninin kötü beslenme, alkol, stresli yaşam, çevresel kirleticiler gibi faktörlerin etkili olduğunu belirtmişlerdir [112-115]

Suriyeli sığınmacıların %27'si kullanılmış iğne ya da enjektör ile bulaşabileceğini belirtirken Güneydoğu Asyalı mültecilerde bu düzey %59 ile %86 düzeyinde değişmektedir [116-120]

Suriyeli sığınmacıların yaklaşık %20'si korunmasız cinsel ilişki ile bu etkenlerin bulaşabileceğini belirtirken farklı çalışmalarda Güneydoğu Asyalı mülteciler %19 ile %80 arasında cinsel yolla bulaş olabileceğini belirtmişlerdir. Bu tür konular çalışılırken bölgeler arasında önemli farklılıklar olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Doğumda anneden bebeğe bulaşma olabileceği bilgisini, Koreli mülteciler %34, Çinli mülteciler %76 ile %91 arasında belirtirken Suriyeli sığınmacılar %22 olarak daha düşük düzeyde belirtmektedir [121-126].

Suriyeli mültecilerin ancak %25'i aşı ile hepatit B'den korunulabileceğini belirtirken Güneydoğu Asyalı mültecilerde %54 ile %96 arasında bu bilgiyi doğru bilmektedir [116-120].

Güvenli cinsel ilişki yaklaşımını doğru bilenler ancak %14,8 iken %2,3'ü (n=11) hepatit B/C hastalıkları ile ilgili tüm bulaşma ve korunma yollarını doğru bilmektedir. Çoğunluğunu Güney Doğu Asyalı mültecilerin oluşturduğu 51 araştırmanın incelenmesiyle hazırlanan bir derleme çalışmasında hepatit B hastalığı için bireylerin bilgi düzeyleri (semptom, bulaş yolları ve korunma) incelenmiş ve mültecilerin %19 ile %92 arasında hepatit B'nin farklı bulaş yollarını bildikleri belirtilmiştir. Hepatit B hastalığından aşıyla korunulabileceğini bilenlerin oranı ise %54 ile %96 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada hepatit B hastalığı ile ilgili bireylerin bilgi düzeyinin ise sosyoekonomik durum, eğitim durumu, gelir durumu ve yeterli düzeyde dil bilme durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yine benzer şekilde hepatit C hastalığı ile ilgili bireylerin bilgi düzeyinin de eğitim durumu, genç yaş, ev ve iş sahibi olma durumları ve hepatit B aşısı yaptırmama durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [127].

Suriyeli sığınmacıların %38,5'i herhangi bir nedenle bir ya da daha fazla ameliyat geçirmiş olup bu durum hepatit B/C hastalıkları için olası bir risk oluşturmaktadır. Kadınların çoğunluğu en az bir kez doğum yapmış olup bunların yarıya yakını normal doğumdur. Yaklaşık %40'ı ise en az bir kez evde doğum yapmıştır. Suriyeli sığınmacı kadınların doğurganlık hızlarının yüksek olması doğum ile birlikte anneye ve bebeğe hastalık bulaşma riskinin de önemini ortaya koymaktadır [128].

Hepatit B/C hastalıkları bulaşma için risk oluşturabilecek uyandırıcı madde kullanımı ise araştırmaya katılan bireylerde %0,0'dır. Araştırmamızda madde kullanımı olan birey bulunmadığı için hastalık bulaşma riski değerlendirilememiştir. Fakat yapılan çalışmalarda madde kullanımı olan bireylerde hepatit B ve C hastalığı prevalansı toplumun diğer kesimlerine göre yüksek bulunmuştur [129].

5.3. Hepatit B ve C Hastalık Prevalansları ve İlişkili Faktörler

Sığınmacı ve mültecilerde yapılan çalışmalarda genellikle hepatit B ve C hastalık sıklıkları yüksek bulunmakta; aşılama oranları ise düşük olmaktadır. Mülteci ve sığınmacılarla yapılan araştırmalarda hepatit B hastalık oranlarının %2,2 ile %22,2 arasında değiştiği görülmektedir [58, 62-64, 67, 68, 130-135]. Anti-HCV pozitifliği olan bireylerin sıklığı ise %0,1 ile %36,8 arasında bildirilmiştir [62, 67, 68, 130, 132, 135].

Suriyeli sığınmacılarda hepatit B prevalansı %1,7, hepatit C prevalansı %0,4 bulunmuştur. Bu sonuçlar Suriye'de kan donörlerinde yapılan çalışmaların sonuçları ile aynıdır [136, 137]. Koruk ve arkadaşlarının 2008 yılında Şanlıurfa il merkezinde yaptıkları bir çalışmada HBsAg seropozitifliği %4,2, anti-HCV seropozitifliği ise %1,0 olarak bulunmuştur [80]. Suriye'de kan donörlerinde Anti-HBs pozitifliği %9,4 olarak belirtirken Suriyeli sığınmacılarda %25,2'dir. Suriye'de kan donörlerinde Anti-HBc pozitifliği %10,3, Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılarda %23,9'dur [136, 137]. Suriyeli mültecilerde hepatit B ve C düzeyi düşüktür. Ancak, Suriye'deki donör çalışmaları ile karşılaştırıldığında daha fazla Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaştıkları söylenebilir. Üstelik aşı ile korunanların düzeyi de oldukça düşüktür. Bu yönü ile risk altında oldukları söylenebilir.

Suriyeli mültecilerden erkek, evli, düşük eğitilmiş ve 50 yaş üzerinde olanlar daha fazla hepatit B virusü ile karşılaşmıştır. Afgan mültecilerle yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hepatit B ve C enfeksiyonu görülme sıklığı erkeklerde ve 40-49 yaş grubunda daha fazla bulunmuştur [138]. Düşük eğitimlilerin bilgi düzeyi ve kendilerini koruma çabası daha düşük olabilmektedir [113, 121]. Cinsel olarak aktif olanlarda yaşla birlikte karşılaşma riski de artmaktadır [139]. Özellikle erkeklerde gözlenen çok partnerli gerçekleşen ilişkiler riski arttırmaktadır [140].

Muhtemelen vaka sayılarının az olmasından kaynaklı olarak, hepatit B ve C ile enfekte olma ile riskli davranışlar ve bu hastalıklara karşı alınan tutum arasında bir ilişki saptanmamıştır [80].

Suriyeli mültecilerde doğum yapan kadınlarda HBV ile karşılaşma daha fazladır. Ancak, bunun cinsel olarak aktif olma ile ilgili mi yoksa doğum hizmeti sunan kurumların hijyenik koşulları sağlayamaması ile ilgili mi olduğu konuları başka çalışmalarla araştırmaya

muhtaçtır. Yunanistan’da yapılan bir çalışmada Arnavut göçmeni gebelerde HBsAg pozitifliği %13,4, anti-HBs pozitifliği ise %53 olarak tespit edilmiştir. Bu duruma sosyoekonomik durumun kötülüğünün ve sanitasyonun iyi olmamasının neden olabileceği düşünülmüştür. Gebelerdeki bu yüksek enfekte olma durumu ve koruyuculuğun düşük olması hem kadınların hem de bebeklerinin hepatit B enfeksiyonu bulaşı açısından risk altında olduklarını destekler niteliktedir [62].

Cinsel yolla ve kan yoluyla bulaşan hepatit B/C hastalıklarını çalışırken araştırma bütçesinin yeterli olmaması nedeniyle aynı başlıkta yer alan ve diğer hastalıklar kadar önemli olan HIV etkeni çalışılmamış, prevalansının daha yüksek olması nedeniyle hepatit B/C’ye öncelik verilmiştir. Ayrıca, veri toplama aşamasında Suriyeli sığınmacıların Türkçe bilmiyor olması nedeniyle soru formlarının Arapça bilen tercüman eşliğinde uygulanmış olması araştırmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Suriyeli sığınmacıların %56,5'i en fazla ilkokula kadar okumuş olup sadece %22,6'sı lise ve üzeri eğitim almıştır. Bireylerin %25,6'sı ise hiç okula gitmemiştir.
2. Araştırmaya katılan Suriyeli sığınmacıların %82,2'si evlidir.
3. Araştırmaya katılan Suriyeli sığınmacı kadınların %92,8'i en az bir kez doğum yapmıştır. Bunların %39,4'ü ise en az bir kez evde doğum yapmıştır.
4. Suriyeli sığınmacıların %60,3'ü hepatit B hastalığını %69,1'i ise hepatit C hastalığını duymamıştır.
5. Bireylerin sadece %2,3'ü hepatit B/C hastalıkları ile ilgili sorulan tüm bulaşma ve korunma yollarını doğru bilmektedir.
6. Kondom kullanılarak cinsel ilişki ile hepatit B/C hastalıklarının bulaşından korunulabileceğini bilen Suriyeli sığınmacıların oranı %14,8'dir.
7. Suriyeli sığınmacıların %1,7'si hepatit B virüsü ile enfekte durumda iken %23,9'u ise hepatit B virüsü ile karşılaşmıştır.
8. Hepatit B aşısı ile bağışıklanmış olanlar Suriyeli sığınmacıların %7,1'ini oluşturmaktadır.
9. Hepatit C virüsü ile enfekte olan Suriyeli sığınmacıların araştırmaya katılanların %0,4'üdür.
10. Erkekler bireylerde, hiç okula gitmeyenlerde ve en az bir kez evlenmiş olanlarda HBV ile karşılaşma hızı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
11. HBV ile karşılaşmış olanların yaş ortancası (50,0), HBV ile karşılaşmayanların yaş ortancasından (30,0) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
12. Doğum yapan ve evde en az bir kez doğum yapan Suriyeli sığınmacı kadınlarda HBV ile karşılaşma riski istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
13. Suriyeli sığınmacı bireylerden hepatit B ile enfekte olanların sadece bir tanesi (%12,5) hepatit B hastalığı ile enfekte olduğunu bilirken; hepatit C ile enfekte olan bireylerin hiçbiri (n=2) kendisinde hastalık olduğunu bilmemektedir.

Evlilik yaşındaki bireylere hepatit B/C hastalıklarının geçiş ve korunma yollarının anlatılması, risk altındaki grubun taranması ve hepatit B'ye karşı bağışıklanması, riskli cinsel ilişki durumunda kondom kullanım oranlarının artırılması ve eğitim düzeyinin

yükseltilmesiyle riskin azaltılabileceği düşünölmektedir. Gebelerin antenatal bakımının düzenli yapılması ve bu dönemde HBsAg taramasının yapılması hem hastalıktan korunma hem de erken tanı ve tedavi için mutlaka gerekmektedir. Kadınların doğumlarını hijyen koşullarının daha iyi olduğu hastane ortamında yapmaları da yine HBV ile karşılaşma ihtimalini azaltabilir. Hastanelerde hijyen koşullarının iyileştirilmesi ve kan nakli gereken durumlarda gerekli taramaların yapılması hastalık geçişini azaltacaktır. Sığınmacı ve mültecilerin sosyoekonomik durumlarının ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi de hastalık bulaşının azaltılması, erken tanı ve tedavi açısından önemlidir.



7. KAYNAKLAR

1. Karababa A.O., Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı. 2002, Ankara: Türk Tabipler Birliği. 11-14
2. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. 1948: T.C. Resmi Gazete. 7217. 27.05.1949
3. Ocak 2015 İtibariyle UNHCR Türkiye İstatistikleri. 2015. 16.10.2015]; Available from: <http://docplayer.biz.tr/3859545-Ocak-2015-itibariyle-unhcr-turkiye-istatistikleri.html>
4. Firik M., Türkiye’de Bulunan Mülteciler, Sığınmacılar ve Yasa Dışı Göçmenlerin Sorunlarını İnceleme Raporu 2010: Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu.
5. WHO. Refugees and Migrants: Common Health Problems. 18.07.2016]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-keyissues#292115>.
6. TTB Sağlık ve Politika Çalışma Grubu, TTB Halk Sağlığı Kolu, Zencir M., Davas A., Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. 2014.
7. Özkaya C., İnsan Hakları Dünya Raporu 2005. Mazlum-Der. 27.
8. Coomaraswamy R., Sexual Violence Against Refugees. 1995. UNHCR. 08.03.1995. Available from: <http://www.unhcr.org/publications/operations/3b9cc26c4/sexual-violence-against-refugees-guidelines-prevention-response-unhcr.html>
9. Connolly M. A., Gayer M., Ryan M. J., Salama P., Spiegel P., Heymann D. L., Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. Lancet 2004; 364: 1974–83, 2004.
10. Özpınar, E., Suriye Krizi Türkiye’de Halk Sağlığını Nasıl Etkiliyor?. 2016 18.07.2016]; Available from: <http://www.tepav.org.tr/tr/haberler/s/4035>
11. IOM, Glossary on Migration, International Migration Law Series No.25. 25: 114, 2011. 12.11.2014]; Available from: <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html>.
12. Başak C., Mülteciler, Sığınmacılar ve Yasa Dışı Göçmenler. 2011: T.C. İçişleri Bakanlığı.

13. İnci R., Öztürk P., Mülayim M. K., Özyurt K., Alataş E. T., İnci M. F., Effect of the Syrian Civil War on Prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in Southeastern Anatolia, Turkey. *Med Sci Monitor* 21, 2015. 21: p. 2100-2104.
14. Convention Relating to the Status of Stateless Persons. 1954: UN. 526 A (XVII). 26.04.1954
15. Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme, 1951:BM, Cenevre. T.C. Resmi Gazete. 10898. 05.09.1961.
16. 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. 2013: T.C. Resmi Gazete. 6458. 04.04.2013.
17. Erdoğan M., İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku. 2007, Ankara: Orion.
18. Geçici Koruma Yönetmeliği. 2014: T.C. Resmi Gazete. 6883. 13.10.2014.
19. 5543 Sayılı İskan Kanunu. 2006: T.C. Resmi Gazete. 5543. 19.09.2006.
20. Türkiye'ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye'den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar ile Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. 2006: T.C. Resmi Gazete. 9938. 16.01.2006.
21. Kroll J, Yusuf A. I., Fujiwara K. Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 Jun;46(6):481-93. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20354676>.
22. Şensoy T., Suriyeli Sığınmacılar AB Ortak Eylem Planı Türkiye İçin Büyük Riskler Taşıyor. 2015 18.07.2016]; Available from: <http://gusam.org/2015/11/18/suriyeli-siginmacilar-ab-ortak-eylem-plani-turkiye-icin-buyuk-riskler-tasiyor/>.
23. Erdoğan M., Ünver C., Türk İş Dünyasının Türkiye'deki Suriyeliler Konusundaki Görüş, Beklenti ve Önerileri. 2015: TİSK.
24. Aucoin M., Weaver R., Thomas R., Jones L., Vitamin D status of refugees arriving in Canada: findings from the Calgary Refugee Health Program. *Can Fam Physician.* 2013 Apr;59(4):e188-94. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23585622>.
25. Campagna A.M., Settgrass A.M., Walker P.F., Defor T.A., Campagna E.J., Plotnikoff G.A., Effect of country of origin, age, and body mass index on prevalence of vitamin D deficiency in a US immigrant and refugee population. *Mayo Clin Proc.* 2013

- Jan;88(1):31-7. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23274018>.
26. Penrose K., Hunter Adams J., Nguyen T., Cochran J., Geltman P.L., Vitamin D deficiency among newly resettled refugees in Massachusetts. *J Immigr Minor Health*. 2012 Dec; 14(6):941-8. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22411495>.
27. Paxton G.A., Sangster K.J., Maxwell E.L., McBride C.R., Drewe R.H., Post-arrival health screening in Karen refugees in Australia. *PLoS One*. 2012;7(5):e38194. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22693599>.
28. Benson J., Phillips C., Kay M., Webber M.T., Ratcliff A.J., Correa-Velez I., Lorimer M.F., Low vitamin B12 levels among newly-arrived refugees from Bhutan, Iran and Afghanistan: a multicentre Australian study. *PLoS One*. 2013;8(2):e57998. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469126>.
29. CDC, Vitamin B12 deficiency in resettled Bhutanese refugees--United States, 2008-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011 Mar 25;60(11):343-6. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430638>.
30. Stuetz W., Carrara V.I., McGready R., Lee S.J., Biesalski H.K., Nosten F.H., Thiamine diphosphate in whole blood, thiamine and thiamine monophosphate in breast-milk in a refugee population. *PLoS One*. 2012;7(6):e36280. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22768031>.
31. Nyuar K.B., Ghebremeskel K., Crawford M.A., Sudanese women's and neonates' vitamin A status. *Nutr Health*. 2012 Jan;21(1):45-55. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22544775>.
32. Amara A.H., Aljunid S.M.. Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected health care need. *Globalization and Health* 2014, 10:24. 04.09.2015]; Available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/24>.
33. Bhatta M.P., Shakya S., Assad L., Zullo M.D., Chronic Disease Burden Among Bhutanese Refugee Women Aged 18-65 Years Resettled in Northeast Ohio, United States, 2008-2011. *J Immigr Minor Health*. 2015 Aug;17(4). 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24849870>.

34. Renzaho A.M., Bilal P., Marks G.C., Obesity, type 2 diabetes and high blood pressure amongst recently arrived Sudanese refugees in Queensland, Australia. *J Immigr Minor Health*. 2014 Feb;16(1). 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23576028>.
35. Sanati Pour M., Kumble S., Hanieh S., Biggs B.A., Prevalence of dyslipidaemia and micronutrient deficiencies among newly arrived Afghan refugees in rural Australia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:896. 04.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175525>.
36. Mateen F.J., Carone M., Al-Saedy H., Nyce S., Ghosn J., Mutuerandu T., Black R.E., Medical conditions among Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *Bull World Health Organ*. 2012 Jun 1;90(6). 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22690034>.
37. Goosen S., Middelkoop B., Stronks K., Agyemang C., Kunst A.E., High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands. *Diabet Med*. 2014 Dec;31(12). 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24860962>.
38. Agyemang C., Goosen S., Anujoo K., Ogedegbe G., Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. *Eur J Public Health*. 2012 Oct;22(5). 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21953061>.
39. McGinn T., Austin J., Anfinson K., Amsalu R., Casey S.E., Fadulalmula S.I., Langston A., Lee-Jones L., Meyers J., Mubiru F.K., Schlecht J., Sharer M., Yetter M., Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Confl Health*. 2011 Jul 13;5:11. 11.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752241>.
40. Benage M., Greenough P.G., Vinck P., Omeira N., Pham P., 2015An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*. 2015 Feb 26;9:8. 11.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25741381>.
41. Okanlawon K., Reeves M., Agbaje O.F., Contraceptive use: knowledge, perceptions and attitudes of refugee youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2010 Dec;14(4 Spec no.):16-25. 11.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21812194>.

42. Eşsiz V., Günel G., Mülteci Destek El Kitabı. 2007. 11.08.2016]; Available from: <http://docplayer.biz.tr/3859945-Multeci-destek-el-kitabi-hakkindaki-gorus-ve-onerilerinizi-iletisim-hyd-org-tr-adresinden-bize-iletebilirsiniz.html>
43. Slewa-Younan S., Mond J., Bussion E., Mohammad Y., Uribe Guajardo M., Smith M., Milosevic D., Lujic S., Jorm A., Mental health literacy of resettled Iraqi refugees in Australia: knowledge about posttraumatic stress disorder and beliefs about helpfulness of interventions. *BMC Psychiatry*, 2014;14(1):320. 04.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25403955>.
44. Vonnahme L.A., Lankau E.W., Ao T., Shetty S., Cardozo B.L., Factors Associated with Symptoms of Depression Among Bhutanese Refugees in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2015 Dec;17(6):1705-14. 04.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25348425>.
45. Nelson-Peterman J.L., Toof R., Liang S.L., Grigg-Saito D.C., Long-Term Refugee Health: Health Behaviors and Outcomes of Cambodian Refugee and Immigrant Women. *Health Educ Behav*. 2015 Dec;42(6):814-23. 13.10.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26157042>.
46. Alpak G., Unal A., Bulbul F., Sagaltici E., Bez Y., Altindag A., Dalkilic A., Savas H.A., Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2015 Mar;19(1):45-50. 04.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25195765>.
47. Altındış M., Türkiye'deki Mülteciler, Salgın Hastalıklar ve Korunma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2013. 28: p. 64-67.
48. Ahmed J.A., Katz M.A., Auko E., Njenga M.K., Weinberg M., Kapella B.K., Burke H., Nyoka R., Gichangi A., Waiboci L.W., Mahamud A., Qassim M., Swai B., Wagacha B., Mutonga D., Nguhi M., Breiman R.F., Eidex R.B., Epidemiology of respiratory viral infections in two long-term refugee camps in Kenya, 2007-2010. *BMC Infect Dis*. 2012 Jan 17;12:7. 08.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22251705>.
49. Talley L., Spiegel P.B., Girgis M., An investigation of increasing mortality among Congolese refugees in Lugufu camp, Tanzania, May-June 1999. *J Refug Stud* 2001; 14: 412-27, 2001.

50. Hershey C.L., Doocy S., Anderson J., Haskew C., Spiegel P., Moss W.J., Incidence and risk factors for Malaria, pneumonia and diarrhea in children under 5 in UNHCR refugee camps: A retrospective study. *Confl Health*. 2011 Oct 26;5(1):24. 19.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029694>.
51. Navarro-Colorado C., Mahamud A., Burton A., Haskew C., Maina G.K., Wagacha J.B., Ahmed J.A., Shetty S., Cookson S., Goodson J.L., Schilperoord M., Spiegel P., Measles outbreak response among adolescent and adult somali refugees displaced by famine in kenya and ethiopia, 2011. *J Infect Dis*. 2014 Dec 15;210(12):1863-70. 04.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25117754>.
52. Moons P., Thallinger M., High incidence of subcutaneous emphysema in children in a Somali refugee cAMP during measles outbreak. *Pediatr Infect Dis J*. 2014 Jan;33(1):96-8. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23899965>.
53. Bakacak M., Serin S., Aral M., Ercan Ö., Köstü B., Kireççi A., Bostancı M.S., Bakacak Z., Seroprevalance Differences of Toxoplasma Between Syrian Refugees Pregnants and Indigenous Turkish Pregnants in Kahramanmaraş. *Turkiye Parazitoloj Derg*. 2015 Jun;39(2):94-7. 16.10.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26081880>.
54. Salman I.S., Vural A., Unver A., Saçar S., Cutaneous leishmaniasis cases in Nizip, Turkey after the Syrian civil war. *Mikrobiyol Bul*. 2014 Jan;48(1):106-13. 16.10.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24506720>.
55. Sañé Schepisi M., Gualano G., Fellus C., Bevilacqua N., Vecchi M., Piselli P., Battagin G., Silvestrini G., Attanasio A., Vela A., Rocca G., Rinaldi A., Benedetti P., Geraci S., Lauria F.N., Girardi ETuberculosis case finding based on symptom screening among immigrants, refugees and asylum seekers in Rome. *BMC Public Health*. 2013 Sep 22;13:872. 24.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24053349>.
56. Johnston V., Smith L., Roydhouse H., The health of newly arrived refugees to the Top End of Australia: results of a clinical audit at the Darwin Refugee Health Service. *Aust J Prim Health*. 2012;18(3):242-7. 24.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23069368>.

57. Nuzzo J.B., Golub J.E., Chaulk P., Shah M., Postarrival Tuberculosis Screening of High-Risk Immigrants at a Local Health Department. *Am J Public Health*. 2015 Jul;105(7):1432-8. 24.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25602872>.
58. Chai S.J., Davies-Cole J., Cookson S.T., Infectious disease burden and vaccination needs among asylees versus refugees, district of columbia. *Clin Infect Dis*. 2013 Mar;56(5):652-8. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23118270>.
59. CDC, Health of resettled Iraqi refugees --- San Diego County, California, October 2007-September 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010 Dec 17;59(49):1614-8. 24.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160458>.
60. Kidenya B.R., Webster L.E., Behan S., Kabangila R., Peck R.N., Mshana S.E., Ocheretina O., Fitzgerald D.W., Epidemiology and genetic diversity of multidrug-resistant tuberculosis in East Africa. *Tuberculosis (Edinb)*. 2014 Jan;94(1):1-7. 24.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24215798>.
61. Anderson J., Doocy S., Haskew C., Spiegel P., Moss W.J., The burden of malaria in post-emergency refugee sites: A retrospective study. *Confl Health*. 2011 Sep 19;5(1):17. 25.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929774>.
62. Malamitsi-Puchner A., Papacharitonos S., Sotos D., Tzala L., Psychogiou M., Hatzakis A., Evangelopoulou A., Michalas S., Prevalence study of different hepatitis markers among pregnant Albanian refugees in Greece. *Eur J Epidemiol*. 1996 Jun;12(3):297-301. 24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8884198>.
63. Dalekos G.N., Zervou E., Karabini F., Tsianos E.V., Prevalence of viral markers among refugees from southern Albania: increased incidence of infection with hepatitis A, B and D viruses. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1995 Jun;7(6):553-8. 24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7552639>.
64. Santantonio T., Lo Caputo S., Germinario C., Squarcione S., Greco D., Laddago V., Pastore G., Prevalence of hepatitis virus infections in Albanian refugees. *Eur J Epidemiol*. 1993 Sep;9(5):537-40. 24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8307139>.

65. Browne L.B., Menkir Z., Kahi V., Maina G., Asnakew S., Tubman M., Elyas H.Z., Nigatu A., Dak D., Maung U.A., Nakao J.H., Bilukha O., Shahpar C.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Notes from the field: hepatitis E outbreak among refugees from South Sudan - Gambella, Ethiopia, April 2014-January 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 May 22;64(19):537. 24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25996097>.
66. Lowther S.A., Johnson G., Hendel-Paterson B., Nelson K., Mamo B., Krohn K., Pessoa-Brandão L., O'Fallon A., Stauffer W., HIV/AIDS and associated conditions among HIV-infected refugees in Minnesota, 2000–2007. *Int J Environ Res Public Health.* 2012 Nov 16;9(11):4197-209. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23202841>.
67. Tafuri S., Prato R., Martinelli D., Melpignano L., De Palma M., Quarto M., Germinario C., Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy. *BMC Infect Dis.* 2010 Jul 20;10:213. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20646306>.
68. Coppola N., Alessio L., Gualdieri L., Pisaturo M., Sagnelli C., Caprio N., Maffei R., Starace M., Angelillo I.F., Pasquale G., Sagnelli E., Hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection in undocumented migrants and refugees in southern Italy, January 2012 to June 2013. *Euro Surveill.* 2015 Sep 3;20(35). 27.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26530499>.
69. Redditt V.J., Janakiram P., Graziano D., Rashid M., Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont: Part 1: infectious diseases. *Can Fam Physician.* 2015 Jul;61(7). 27.11.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26175381>.
70. Ahmed F., Foster G.R., Global Hepatitis, Migration and Its Impact on Western Healthcare. *Gut*, 2010. 59(8): p. 1009-1011.
71. Esteban J.I., Sauleda S., Quer J., The Changing Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection in Europe. *J Hepatol*, 2008. 48(1): p. 148-162.
72. CDC, Hepatitis B Screening and Prevalence Among Resettled Refugees — United States, 2006–2011. 2015.
73. Jia J., Global Epidemiology of HBV and HCV Infection. Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Glasgow. 2015 19.07.2016]; Available from:

- <http://www.worldhepatitissummit.org/docs/default-source/default-document-library/2015/resources/state-of-the-art-epidemiological-overview.pdf?sfvrsn=4>.
74. Kahramanoğlu Aksoy E., Arhan M., Aydemir S., Bahçecioglu İ.H., Baykam N., Baysal B., Çelen M.K., Danalıoğlu A., Demir M., Hepatit B'den D'ye Hep Güncel Klinik El Kitabı. 2015. Viral Hepatitle Savaşım Derneği.
75. Teo E.K., Lok A.S.F., Epidemiology, transmission, and prevention of hepatitis B virus infection. Nisan 2016 04.05.2016]; Available from: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-transmission-and-prevention-of-hepatitis-b-virus-infection>.
76. CDC, Health Information for International Travel 2012. 2012: New York: Oxford University Press.
77. Şanlıdağ T. Hepatit B Epidemiyolojisi. Celal Bayar Üniversitesi. 04.05.2016]; Available from: www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2013/01/1_Tamer_Şanlıdağ.pdf.
78. Kandemir Ö., Danalıoğlu A., Hepatit B'den D'ye Hep Güncel-El Kitabı. 2015. Viral Hepatitlerle Savaşım Derneği. 05.05.2016]; Available from: http://www.vhsd.org/Hepatit_B_D_Hep_Guncel/#4/z.
79. Dursun M., Ertem M., Yılmaz S., Saka G., Özekinci T., Şimşek Z., Prevalence of Hepatitis B İnfection in the Southeastern Region of Turkey: Comparision of Risk Factors for HBV İnfection in Rural and Urban Areas. Jpn J Infect Dis, 2005. 58(1): p. 15-19.
80. Tekin Koruk S., Koruk İ., Gürsoy B., Çalışır C., Yüksel F., Yıldız Zeyrek F., Şimşek Z., Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in the Center of Sanliurfa Province From Southeastern Anatolia Region and Related Risk Factors. Balkan Med J, 2010. 27: p. 367-372.
81. Tekin Koruk S., Koruk İ., Şahin M., Duygu F., Şanlıurfa'da Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarında HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV Pozitifliği ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Klimik Dergisi, 2009. 22(2): p. 55-61.
82. Koruk İ., Tekin Koruk S., Demir C., Şeyhanoğlu A. S., Kara B., Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yoğun Olarak Yaşadıkları Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Gebelerde HbsAg Pozitifliği Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turk J Public Health, 2013. 11(3): p. 149-159.

83. Berger, S., Infectious Diseases of Syria. 2016, Gideon. p. 128-129.
84. Gasim G.İ., Hepatitis B Virus In The Arab World: Where Do We Stand? Arab Journal of Gastroenterology, 2013. 14(2): p. 35-43.
85. Hepmag. Hepatitis B Prevalence High Among Syrian Refugees in Europe. 2016 11.05.2016]; Available from: <https://www.hepmag.com/article/hepatitis-b-prevalence-high-among-syrian-refugees-europe>.
86. Topçu A.W., Söyletir G., Doğanay M., İnfeksiyon Hastalıkları. 1996: Nobel Tıp Kitabevleri.
87. Tekin Koruk S. Hepatit B İnfeksiyonu Korunma. 2014 09.08.2016]; Available from: <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2014/01/Hepatit-B-korunma-2014-Akademi.pdf>.
88. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Hepatit B Aşılması, Dünyadaki ve Ülkemizdeki Durum. 2009 25.04.2016]; Available from: <http://www.vhsd.org/files/file/7.pdf>.
89. Mohd Hanafiah K., Groeger J., Flaxman A.D., Wiersma S.T., Global Epidemiology Of Hepatitis C Virus Infection: New Estimates Of Age-Specific Antibody To HCV Seroprevalence. Hepatology, 2013. 57: p. 1333-1342.
90. Aziz I.A., Hutchinson C.V., Maltby J., Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. PeerJ. 2014 Nov 11;2:e670.
91. Holtzman, D. Hepatitis C, CDC. 2016. 11.05.2016]; Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-c>.
92. Koop C.E., Hepatitis C. 2016 11.05.2016]; Available from: <http://www.epidemic.org/thefacts/theepidemic/worldPrevalence/>.
93. Ökten A., Türkiye’de Kronik Hepatit, Siroz Ve Hepatosellüler Karsinoma Etiyolojisi. Güncel Gastroenterol, 2003. 7(3): p. 187-191.
94. Saltoğlu N., Akut ve Kronik Hepatit C: Güncel Yaklaşım, Viral Hepatitle Savaşım Derneği . 2009. 26.04.2016]; Available from: <http://www.vhsd.org/files/file/5.pdf>.
95. Karaca C., Çakaloğlu Y., Demir K., Risk Factors For The Transmission Of Hepatitis C Virus Infection In The Turkish Population. Dig Dis Sci, 2006. 51(2): p. 365-369.
96. Berger, S., Infectious Diseases in Syria. 2016, Gideon. p. 132.
97. Polonsky J.A., Ronsse A., Ciglenecki I., Rull M., Porten K. High levels of mortality, malnutrition, and measles, among recently-displaced Somali refugees in Dagahaley

- camp, Dadaab refugee camp complex, Kenya, 2011. *Confl Health*. 2013 Jan 22;7(1):1. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23339463>.
98. WHO, Hepatitis C. 2015 26.04.2016]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
99. En fazla Suriyeli Şanlıurfa ve İstanbul'da, Anadolu Ajansı. 2016 22.06.2016]; Available from: <http://www.ensonhaber.com/en-fazla-suriyeli-sanliurfa-ve-istanbulda-2016-04-11.html>.
100. İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması 2013: Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü. Kalkınma Bakanlığı. p. 50.
101. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013: Ankara.
102. Pfortmueller C.A., Schwetlick M., Mueller T., Lehmann B., Exadaktylos A.K., Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems?. *PLoS One*. 2016; 11(2), 2016.
103. Alpak G., Ünal A., Bulbul f., Sagaltici E., Bez Y., Altindag A., Dalkilic A., Savas H.A., Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2014. 19(1): p. 45-50.
104. Ay M., González P.A., Delgado R.C., The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Health Services*, 2016. 0(0): p. 1-24.
105. Ekmekci, P.E., Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey. *J Immigrant Minority Health*, 2016.
106. Demirtas U., Ozden A., Syrian refugees: health services support and hospitality in Turkey. *Public Health*, 2015. 129(11): p. 1549–1550.
107. TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011. 2011 06.06.2016]; Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15843>.
108. Ozaras R., Leblebicioglu H., Sunbul M., Tabak F., Balkan I.I., Yemisen M., Sencan I., Ozturk R., The Syrian conflict and infectious diseases. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2016 Apr 27:1-9, 2016.
109. Doocy S., Lyles E., Akhu-Zaheya L., Burton A., Weiss W., Health service utilization and access to medicines among Syrian refugee children in Jordan. *Int J Health Plann*

Manage. 2016 Jan; 31(1). 06.06.2016]; Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4819707/>

110. Leblebicioglu H., Ozaras R., Syrian refugees and infectious disease challenges. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 2015. 13(6): p. 443-444.
111. IOM, International Migration, Health and Human Rights. 2013.
112. Burke N.J., Jackson J.C., Thai H.C., Stackhouse F., Nguyen T., Chen A., Honoring Tradition, Accepting New Ways: Development of A Hepatitis B Control Intervention for Vietnamese Immigrants. *Ethn Health*, 2004. 9(2): p. 153-169.
113. Chen H., Tu S.P., Teh C.Z., Yip M.P., Choe J.H., Hislop T.G., Lay Beliefs About Hepatitis Among North American Chinese: Implications for Hepatitis Prevention. *J Community Health*, 2006. 31(2): p. 94-112.
114. Hwang J.P., Roundtree A.K., Suarez-Almazor M.E., Attitudes Toward Hepatitis B Virus Among Vietnamese, Chinese and Korean Americans in the Houston Area, Texas. *J Community Health*, 2012. 37(5): p. 1091-1100.
115. Philbin M.M., Shaw M., Wen L.M., Quine S., Hepatitis B and Liver Cancer Among Three Asian American Sub-groups: A Focus Group Inquiry. *J Immigr Minor Health*, 2012. 14(5): p. 858-868.
116. Carabez R.M., Swanner J.A., Yoo G.J., Ho M., Knowledge and Fears Among Asian Americans Chronically Infected with Hepatitis B. *J Cancer Educ*, 2014. 7(7).
117. Hwang J.P., Huang C.H., Yi J.K., Knowledge About Hepatitis B and Predictors of Hepatitis B Vaccination Among Vietnamese American College Students. *J A Coll Health*, 2008. 56(4): p. 377-382.
118. Kue J., Thorburn S., Hepatitis B Knowledge, Screening, and Vaccination Among Hmong Americans. *J Health Care Poor Underserved*, 2013. 24(2): p. 566-578.
119. Taylor V.M., Jackson J.C., Pineda M., Pham P., Fischer M., Yasui Y., Hepatitis B Knowledge Among Vietnamese Immigrants: Implications for Prevention of Hepatocellular Carcinoma. *J Cancer Educ*, 2000. 15(1): p. 51-55.
120. Wu C.A., Lin S.Y., So S.K., Chang E.T., Hepatitis B and Liver Cancer Knowledge and Preventive Practices Among Asian Americans in the San Francisco Bay Area, California. *Asia Pacific J Cancer Prev*, 2007. 8(1): p. 127-134.

121. Lee H-O., Lee O.J., Kim S., Hontz I., Warner A., Differences in Knowledge of Hepatitis B Among Korean Immigrants in Two Cities in the Rocky Mountain Region. *Asian Nurs Res*, 2007. 1(3): p. 165-175.
122. Coronado G.D., Taylor V.M., Tu S.P., Yasui Y., Acorda E., Woodall E., Correlates of Hepatitis B Testing Among Chinese Americans. *J Community Health*, 2007. 32(6): p. 379-390.
123. Cotler S.J., Cotler S., Xie H., Luc B.J., Layden T.J., Wong S.S., Characterizing Hepatitis B Stigma in Chinese Immigrants. *J Viral Hepat*, 2012. 19(2): p. 147-152.
124. Li D., Tang T., Patterson M., Ho M., Heathcote J., Shah H., The Impact of Hepatitis B Knowledge and Stigma on Screening in Canadian Chinese Persons. *Can J Gastroenterol*, 2012. 26(9): p. 597-602.
125. Taylor V.M., Chan N., Do H.H., Woodall E., Lim E., Taylor V.M., Hepatitis B Knowledge and Practices Among Chinese Immigrants to the United States. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2006. 7(2): p. 313-317.
126. Vu L.H., Gu Z., Walton J., Peet A., Dean J., Dunne M.P., Hepatitis B Knowledge, Testing, and Vaccination Among Chinese and Vietnamese Adults in Australia. *Asia Pac J Public Health*, 2012. 4(2): p. 374-384.
127. Owiti J.A., Greenhalgh T., Sweeney L., Foster G.R., Bhui K.S., Illness perceptions and explanatory models of viral hepatitis B & C among immigrants and refugees: a narrative systematic review. *BMC Public Health*. 2015; 15: 151, 2015.
128. Büyüktiryaki M., Canpolat F.E., Dizdar E.A, Okur N., Şimşek G.K., Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *ConflHealth*. 2015; 9: 38, 2015.
129. Othman B.M., Monem F.S., Prevalence of hepatitis C virus antibodies among intravenous drug abusers and prostitutes in Damascus, Syria. *SaudiMed J*. 2002 Apr;23(4):393-5, 2002.
130. Chironna M., Germinario C., Lopalco P.L., Carrozzini F., Barbuti S., Quarto M., Prevalence rates of viral hepatitis infections in refugee Kurds from Iraq and Turkey. *Infection*. 2003 Mar;31(2):70-4 [24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12682810>.

131. Köse S., Kuzucu L., Gözaydın A., Yılmaz T., Prevalence of Hepatitis B and C Viruses Among Asylum Seekers in Izmir. *J Immigr Minor Health*. 2015 Feb;17(1):76-8. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23925518>.
132. Rossi C., Shrier I., Marshall L., Cnossen S., Schwartzman K., Klein M.B., Schwarzer G., Greenaway C., Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(9) 04.09.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22957088>.
133. Chin J., Control of communicable diseases manual. 2000, American Public Health Association: Washington DC.
134. Johnston V., Smith L., Roydhouse H., The health of newly arrived refugees to the Top End of Australia: results of a clinical audit at the Darwin Refugee Health Service. *Aust J Prim Health*. 2012;18(3):242-7. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23069368>.
135. Chironna M., Germinario C., Lopalco P.L., Carrozzini F., Quarto M., Prevalence of hepatitis virus infections in Kosovar refugees. *Int J Infect Dis*. 2001;5(4):209-13. 24.12.2015]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11953219>.
136. Muselmani W., Habbal W., Monem F., Prevalence of "anti-HBc alone" among Syrian blood donors. *J Infect Dev Ctries* 2014; 8(8):1013-1015, 2014.
137. Muselmani W., Habbal W., Monem F., Significance of screening antibodies to hepatitis B virus core antigen among Syrian blood donors. *Transfusion Medicine*, 2013. 23(4): p. 265–268.
138. Khanani M.R., Ansari A.S., Khan S., Somani M., Kazmi S.U., Ali S.H., Concentrated epidemics of HIV, HCV, and HBV among Afghan refugees. *J Infect*. 2010 Nov;61(5):434-7. 22.12.2014]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20831883>.
139. Brito M.O., Hodge D., Donastorg Y., Khosla S., Lerebours L., Pope Z., Risk Behaviours and Prevalence of Sexually Transmitted Infections and HIV in a Group of Dominican Gay Men, Other Men Who Have Sex with Men and Transgender Women. *BMJ Open*, 2015. 5(4).
140. Remis R.S., Liu J., Loutfy M.R., Tharao W., Rebbapragada A., Huibner S., Kesler M., Halpenny R., Grennan T., Brunetta J., Smith G., Reko T., Kaul R., Prevalence of

Sexually Transmitted Viral and Bacterial Infections in HIV-Positive and HIV-Negative Men Who Have Sex with Men in Toronto. PLoS One, 2016. 11(7).



8. EKLER

8.1. Ek-1: Hepatit B ve C Hastalıklarına Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutum ve Riskli Davranışlar Bilgi Formu

İlçe Adı:
Küme No:
Hane No:
Anket No:

Adı Soyadı:

Sosyo-demografik Bilgiler

1. Yaş:
2. Cinsiyet:	1. Kadın 2. Erkek
3. Öğrenim durumu:	1. Hiç okula gitmemiş, okuma yazma bilmiyor 2. Hiç okula gitmemiş, okuma yazma biliyor 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksekokul mezunu
4. Medeni durum:	1. Hiç evlenmemiş 2. Evli, sadece imam nikahlı 3. Evli, resmi nikahlı 4. Eşi ölmüş 5. Boşanmış 6. Ayrı yaşıyor
5. Aylık nakit olarak tahmini ne kadar gelirsiniz var?
6. Herhangi bir ayni ya da nakdi yardım alıyormusunuz?	1. Evet 2. Hayır
7. (6. Sorunun cevabı "Evet"se) a. Ne yardımı? b. Ne kadar?
8. Evde konuşulan dil:	1. Arapça 2. Kürtçe 3. Türkçe 4. Diğer
9. Türkçe bilme durumu:	1. Biliyor 2. Bilmiyor

Yaşanılan Haneye İlişkin Bilgiler

10. Kaç aydır Türkiye’desiniz?
11. Türkiye’de kiminle oturuyorsunuz?	1. Türkiyeli bir ailenin yanında tek başına. Konumu nedir(Nikahlı eş, nikahsız eş, çalışan vs)? 2. Türkiyeli bir ailenin yanında ailesi ile birlikte 3. Sadece kendi ailesi ile birlikte 4. Suriyeli başka ailelerle birlikte
12. Hanede yaşayan kişi sayısı kaçtır?
13. Hanede yaşayan aile sayısı kaçtır?
14. Hanede bulunan oda sayısı kaçtır?
15. Hanede banyo bulunuyor mu?	1. Evet 2. Hayır
16. Hanede bulunan tuvalet içeride mi?	1. Evet 2. Hayır

Hepatit B/C Hastalıklarına Yönelik Bilgi, Tutum Ve Riskli Olabilecek Davranış Durumu

BİLGİ	
17. Hepatit B sarılığını duydunuz mu?	1. Evet 2. Hayır
18. Hepatit C sarılığını duydunuz mu?	1. Evet 2. Hayır
19. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı başka birinde kullanılmış enjektörün tekrar kullanılmasıyla ya da kaza ile batması sonucu bulaşır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
20. Sağlıklı birine hepatit B/C hastasının kan ya da kan ürününün verilmesiyle hastalık bulaşır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
21. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı hijyenik olmayan koşullarda kalıcı dövme yaptırmakla bulaşır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
• Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı yiyeceklerle bulaşır mı?	1. Evet 2. Hayır

	3. Bilmiyorum
• Sarılık(Hepatit B/C) hastalığından maske takarak korunulabilir mi?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
22. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı korunmasız cinsel ilişki sırasında(kondom kullanmadan) hasta kişiden sağlıklı kişiye bulaşır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
23. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı doğumda anneden bebeğe geçer mi?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
24. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı hijyenik olmayan koşullarda diş çekirme sırasında bulaşabilir mi?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
25. Hepatit B hastalığından aşı yaptırılarak korunulabilir mi?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
26. Hepatit C hastalığından aşı yaptırılarak korunulabilir mi?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
27. Kadın ya da erkeğin birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması sarılık(Hepatit B/C)hastalığının bulaşma riskini artırır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
28. Ticari anlamda sex(fuhuş/paralı sex) yapan kadın ya da erkeklerle ilişkide bulunmak sarılık(Hepatit B/C) hastalığının bulaşma riskini artırır mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

TUTUM

29. Sarılık(Hepatit B/C) hastalığı cinsel yolla bulaşabilir. Kadın ya da erkeğin eşi ya da eşi olmayan birisi ile cinsel ilişkide bulunması durumunda bu hastalıklardan korunması için ne önerirsiniz?	1. Kondom 2. Diğer
--	--------------------------------

DAVRANIŞ

30. Herhangi bir nedenle ameliyat oldunuz mu?	1. Evet 2. Hayır
---	---------------------------

• Sigara kullanıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
• Alkol kullanıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
31. Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?	1. Evet..... 2. Hayır
32. Ailenizde Hepatit B sarılığı geçiren var mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
33. Ailenizde Hepatit C sarılığı geçiren var mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum
34. Sizde Hepatit B ya da Hepatit C hastalığı var mı?	1. Evet ise hangisi..... 2. Hayır 3. Bilmiyorum
35. (34. Sorunun cevabı “Evet”se) Doktor kontrolünde misiniz?	1. Evet 2. Hayır
36-38. Sorular sadece kadınlara sorulacak.	
36. Hiç doğum yaptınız mı?	1. Evet 2. Hayır
37. (36. Sorunun cevabı “Evet”se) Doğumu nasıl yaptınız?	1. Normal doğum 2. Sezaryen
38. (36. Sorunun cevabı “Evet”se) Doğumu nerde yaptınız?	1. Evde 2. Sağlık kuruluşunda

Test Sonuçları

HBsAg:


Anti HBc total:

Anti-HBs:

Anti-HCV:

8.2. Ek-2. Etik Kurul Onayı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 10.04.2015
OTURUM	: 04
SAAT	: 11:00

15/04/02	<p>Karar: Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. İbrahim KORUK'un sorumlu araştırmacı olduğu "Suriyeli Sığınmacılarda Hepatit B ve C Hastalık Sıklığı ile Bu Hastalıklarla İlgili Bilgi ve Riskli Davranış Düzeyleri" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;"> Prof. Dr. Nürten AKSOY Etik Kurul Başkan V.</p>
----------	---



8.3. Ek-3. Valilik Onayı



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü

Sayı : 34410057/954.02/1096
Konu : Saha Çalışması Hk.

18.../05/2015

VALİLİK MAKAMINA
ŞANLIURFA

İlgi : Harran Univ. Tıp Fak. Halk Sağ. Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Ayşana Zehra KEKLIK'in
12.05.2015 tarihli dilekçesi.

İlgi dilekçe ile, ilimizde yürütmekte olduğu "Suriyeli Sığınmacılarda Hepatit B ve C Hastalığı Sıklığı ile bu Hastalıklarla ilgili bilgi ve riskli davranış düzeyi" başlıklı uzmanlık tez çalışmasının Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onayı alınmış olup, ilimiz merkezli genelinde saha çalışması yapabilmek için gerekli iznin verilmesi istenilmiştir.

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Ayşana Zehra KEKLIK'in ilimiz genelinde, (AFAD kampları hariç olmak kaydıyla) Suriyeli sığınmacılarda Hepatit B ve C hastalıkları saha çalışması yapabilmeleri için gerekli iznin verilmesi hususunda,

Oturduğuma arz ederim.

Mahmut SÖNMEZ
İl Afet ve Acil Durum Müdürü

Uygun Görüşle Arz Ederim
.../05/2015

Meral UÇAR
Vafı Yardımcısı

OLUR

.../2015
Ezgin KÜÇÜK
Şanlıurfa Valisi