

Original Research / Orijinal Araştırma

## Chronic Disease Prevalence and Utilization of Health Services in Syrian Refugees Living in Şanlıurfa

### Şanlıurfa'da Yaşayan Suriyeli Mültecilerde Kronik Hastalık Prevalansı ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumu

Yüksel Duygu Altıparmak<sup>1</sup>, Mehmet Akman<sup>2</sup>

#### Abstract

**Introduction:** Immigration, which creates a sudden and rapid change of the environment and thus affects society, culture and individuals, also has very important effects on health and health variables. The aim of our work is to detect the prevalence of chronic diseases among Syrian refugees and to find out utilization of health services in this population. **Method:** This is a cross-sectional study. In Şanlıurfa, according to the records of the Syrian guests coordination center, Kurtuluş district was the neighborhood highly populated by Syrian migrants. Therefore this study was carried in this region. We randomly selected 30 streets from this district and enrolled people over 18 years of age living in 7 randomly selected homes from the selected streets. Each selected house was visited and information on chronic diseases was collected about the whole household with an interpreter who speaks Arabic and Kurdish. **Results:** A total of 210 households were visited. Data about 617 people over 18 years old was collected. At least one chronic disease was found in 27.8% of participants over age 40 and 65.2% over 65 years of age. This ratio is 15.2% among all participants. 76.5% of those who applied for health services because of chronic illness applied to state hospital and 15.3% applied to private health center. **Conclusion:** In our study the prevalence of chronic disease was relatively lower than the rates reported in the literature. Immigrants have almost never received primary health care due to their chronic diseases, and it seems that they receive health services predominantly from the hospitals. It is recommended to investigate the reasons for low prevalence and very low utilization of the primary health care services.

**Key words:** immigrant, chronic disease, health care.

#### Özet

**Amaç:** Ani ve hızlı bir çevre değişimi yaratan, böylece sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir. Çalışmamızın amacı, Suriyeli sığınmacılarda kronik hastalık prevalansı ve kronik hastalığı olanların mevcut sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumlarını tespit etmektir. **Yöntem:** Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Urfa ilinde Suriyeli misafirler koordinasyon merkezinde bulunan kayıtlardan saptanan verilere göre, göçmenlerin en yoğun yaşadığı mahalle olarak belirlenen Kurtuluş mahallesi seçilmiştir. Bu mahalleden randomize olarak 30 sokak seçilmiş ve seçilen her bir sokaktan rasgele belirlenen 7 hanede yaşayan 18 yaş üstü bireyler çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Seçilen her bir haneye ziyaret yapılarak, Arapça ve Kürtçe bilen tercüman eşliğinde tüm hane halkı hakkında kronik hastalıklara yönelik bilgi toplanmıştır. **Bulgular:** Toplamda 210 hanede yaşayan, 18 yaş üzeri 617 kişiye ulaşılmıştır. 40 yaş üzeri katılımcıların %27,8'inde, 65 yaş üzerinde ise %65,2'sinde en az bir kronik hastalığın var olduğu, saptanmıştır. Bu rakam tüm katılımcılar arasında %15,2'dir. Görüşülen kişilerin %40'ı sağlık hizmeti alabildiğini, %13,8'i gereksinim duyduğunda aile hekimine ulaşabildiğini belirtmiştir. Kronik hastalığı nedeniyle sağlık hizmetine başvuranların %76,5'i devlet hastanesine, %15,3'ü özel sağlık merkezine başvurmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızda kronik hastalık görülme prevalansı literatürde bildirilen oranlardan nispeten düşük saptanmıştır. Suriyeli sığınmacıların kronik hastalıkları nedeniyle neredeyse hiçbir zaman birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmadıkları, hizmet ihtiyaçlarını ağırlıklı hastanelerden karşıladıkları görülmektedir. Suriyeli sığınmacıların kronik hastalıklarının yönetiminde birinci basamağın rolünü artıracak ve birinci basamak sağlık hizmetine ulaşmalarını kolaylaştıracak planlamalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** göçmen, kronik hastalık, sağlık hizmeti.

Geliş tarihi / Received: 02.09.2022 Kabul tarihi / Accepted: 30.01.2023

<sup>1</sup>Fenerbahçe Üniversitesi / Türkiye

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yüksel Duygu Altıparmak, Fenerbahçe Üniversitesi / Türkiye  
yukse.altiparmak@fbu.edu.tr

Altıparmak YD, Akman M. Chronic Disease Prevalence and Utilization of Health Services in Syrian Refugees Living in Şanlıurfa. TJFMPC, 2023;17(1): 150-156

DOI:10.21763/tjfmpe.1170349

## Giriş

Suriye’de 2010 yılında başlayan ve zamanla şiddetlenen göç dalgasından oldukça etkilenen ülkemizde, nüfusumuzun yüzde 3’ünden fazlasını oluşturan Suriyeli sığınmacılarla birlikte yaşamaktayız.<sup>1</sup> Çevre değişimi yaratarak birçok yönden toplumu ve bireyleri etkileyen göçün, sağlık üzerinde de çok önemli etkileri bulunmaktadır. Göçmenler çeşitli sağlık risklerine maruz kalırken önceden var olan sağlık problemleri durumu daha da zorlaştırmaktadır.<sup>2</sup> Göç eden bireylerin kamplar dışında yerleştikleri bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olması da sağlık sorunlarının giderek artmasına ve başvuruların karmaşıklaşmasına neden olmaktadır.<sup>3,4</sup>

Göç hareketlerinde genellikle ilk etapta bulaşıcı hastalıklar sorun olarak karşımıza çıkar ve kronik hastalıklar, ihmal edilir. Tüm dünyada en sık karşılaşılan kronik hastalıklar, (hipertansiyon, diyabet, iskemik kalp hastalığı, artrit, kronik solunum yolu hastalığı, kanser, depresyon) ülkemize göç etmiş sığınmacılarda da önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin %63’ünden (57 milyon kişi) sorumludur. Kronik hastalık yönetimi sürekliliğin sağlanamaması, erişim güçlükleri, verimsiz tedavi, hasta güvenliği sorunları ve koordinasyon eksikliği gibi sorunlar barındıran zorlu bir süreçtir.<sup>5</sup> Ülkemizde Eylül 2013’ten itibaren mültecilerin, geçici koruma statüsü kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi sağlanmıştır. Ayrıca 2015 yılından itibaren Toplum Sağlığı Merkezleri’ne bağlı olarak hizmet veren Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmıştır.<sup>6</sup>

Evrensel bir hak olan sağlık hakkı birinci basamak sağlık hizmetlerinin vermekte olduğu koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da içermektedir.<sup>7</sup> Suriyeli sığınmacılara sağlık hizmeti sunulurken yaşanan en temel sorun, bu kişilerin yasal veya fiziki engelleri nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada güçlük çekmesidir. Bununla birlikte yetersiz sağlık personeli bulunması, yabancı dilin iletişimi engellemesi, sığınmacıların mevcut sağlık sistemi işleyişine uyum sağlayamaması, sağlık hizmetleri karşılığında ücret ödeneceği yanılgısı gibi sorunlar da sığınmacıların sağlık hizmetinden yararlanmasını güçleştirmektedir.<sup>8</sup>

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

## Gereç ve yöntem

Çalışmanın etik onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı (01.04.2016 tarih ve 09.2016.228 protokol kodlu karar). Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmamızda, kayıtlı nüfusun olmadığı ve ikametgâh değişikliğinin sık yaşandığı bölgelerde kullanılan, 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün geliştirdiği 30x7 küme örnekleme yöntemi kullanıldı. Çalışma evrenini Şanlıurfa ili Eyyübiye ilçesi Kurtuluş mahallesinde ikamet eden 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. Şanlıurfa ilinde Suriyeli misafirler koordinasyon merkezi kayıtlarına göre, Suriyeli göçmenlerin en yoğun yaşadığı mahalle olan Kurtuluş mahallesi seçilmiştir. Mahalle genelinde güvenilir nüfus kayıtlarına ulaşılabilmesi ve bölgedeki nüfusun son derece hareketli olması nedenleriyle 30x7 küme örnekleme yöntemi kullanılmış ve 210 haneye ulaşılması hedeflenmiştir. Toplamda 210 hanede yaşayan, 18 yaş üzeri 617 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri toplama sürecinde basit rastgele örnekleme uygulanmıştır. Mahallede bulunan her bir sokak numarası küçükten büyüğe doğru sıralandı. ‘RandomGenerator’(Alex Rutkowski, Rusya) adlı bir program aracılığıyla önce 30 sokak sonra da belirlenen sokaklarda 7 hane belirlendi. Belirlenen hanelere Arapça ve Kürtçe bilen tercüman eşliğinde ziyaret yapılarak tüm hane halkı hakkında kronik hastalıklara yönelik bilgi toplanmıştır. Bilgi toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan 38 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.<sup>8</sup>

Anketin birinci bölümünde tüm katılımcılara sosyodemografik özellikleri ile bireyin sigara kullanım durumu sorgulanmıştır. Anketin ikinci bölümünde “Kesinlikle katılıyorum” dan “Fikrim yok” a doğru değişen 5’li likert skala ile tüm hane halkının sağlık hizmetine erişim durumları değerlendirilmiştir. Anketin üçüncü bölümünde, hane halkı içerisinde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum hastalığı, artrit, mental hastalıkları, kanser, engellilik olarak belirlenen kronik hastalıklara sahip olanlar yaş gruplarına göre sıralanarak belirlenmiştir. Son bölümde ise hane halkının son 1 ayda herhangi bir yardım kuruluşundan gıda ya da nakit yardım alma durumları, Suriye’deyken birinci basamak kullanım durumları, Türkiye’de birinci basamak ve göçmen sağlığı merkezi kullanımı ve sağlık hizmeti alırken farklı muameleye maruz kalıp kalmadıkları sorgulanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS Statistics 23.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY. ABD) paket programı kullanılmıştır. Öncelikle verilerin tanımlayıcı istatistikleri (yüzde, ortalama standart sapma vb.) hesaplanmıştır. Daha sonra karşılaştırmalı analizlerde iki grup arasındaki yüzde farkının anlamlı olup olmadığını test etmek için ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılığında ise t-testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları karşılanmadığında bu testlerin non-parametrik eşdeğerleri ile analizler yapılmıştır.

## Bulgular

Tüm katılımcıların yaş ortalaması  $35,6 \pm 14,3$  olarak saptandı. Katılımcılar içerisinde 18 yaş üzeri tüm yaş grupları ele alındığında en az 1 kronik hastalığı bulunma sıklığı %15,2 olarak belirlenmiştir. Kronik hastalık sıklığı yaş gruplarına göre incelendiğinde, en yüksek oran olarak 60 yaş ve üzeri katılımcılarda %53,3 (n=24) olarak saptanmıştır.

Kronik hastalık sıklıkları incelendiğinde tüm katılımcılar içerisinde (n=617) en sık görülen üç kronik hastalık, %4,7 ile hipertansiyon, %2,4 ile kronik solunum yolları hastalığı ve %2,3 ile diyabet olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalık sıklıklarını cinsiyete göre incelediğimizde; kronik hastalığı olanların %53,2 (n=50) sinin erkek olduğu saptanmıştır.

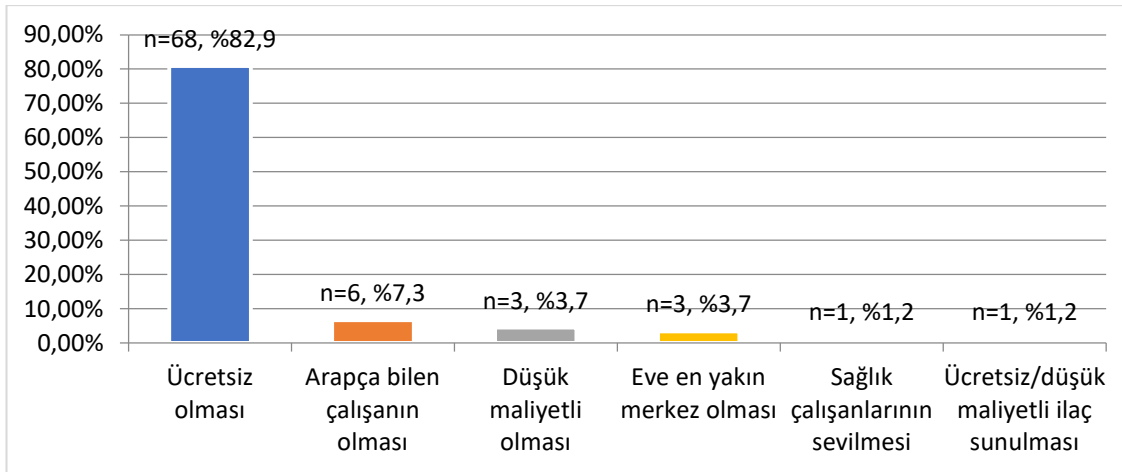
Görüşme yapılan kişilerin sağlık hizmetlerine erişim durumları sorgulandığında, %60 (n=126) oranında ev halkının ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmeti alamadığı saptanmıştır. Katılımcıların %86,11'i (n=181) ihtiyaç duyduğunda aile hekimine ulaşamadığını, %88,5'i (n=186) ise uzman hekime ulaşamadığını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetine ulaşabilen katılımcıların maliyetleri karşılayabilme durumları sorgulandığında, %91,4'ü (n=192) sağlık hizmeti maliyetini karşılayamadığını, %89,1'i (n=187) ise reçete edilen ilaçların maliyetini karşılayamadığını belirtmiştir.

Kronik hastalığı bulunan katılımcılara en son başvuru zamanı sorulduğunda %47,2 sinin (n=42) son 1 ayda tıbbi bakım almak için bir sağlık kuruluşuna başvurdukları görülmüştür. Başvuruda bulunan kişilerin %76,5 sının (n=65) Devlet Hastanesine başvurduğu, birinci basamak sağlık merkezine başvurunun ise %2,4 (n=2) olduğu görülmüştür (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvuru tercihleri

	%	n
Devlet hastanesi	76.5	65
Özel tıp merkezi	15.3	13
Birinci basamak sağlık merkezi	2.4	2
Acil servis	1.2	1
Eczane	1.2	1
Başvurmadı	3.5	3

Kronik hastalığı sebebiyle sağlık hizmeti arayan katılımcılar, herhangi bir sağlık merkezine başvuruda tercih nedeni olarak %82,9 (n=68) oranında ücretsiz hizmet verilmesi olduğunu belirtmişlerdir (Grafik 1). Hane halkı içerisinde kronik hastalığı nedeniyle herhangi bir sağlık merkezine en son başvurular baz alındığında, aldığı sağlık hizmetinden memnun kalma oranı %81,7 (n=67) olarak saptanmıştır.

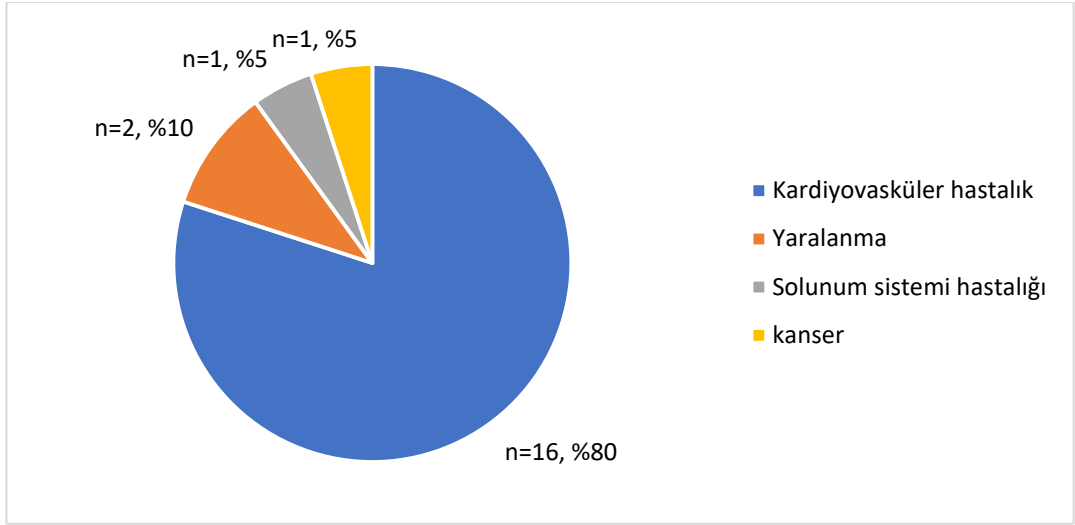


**Grafik 1.** Sağlık Merkezinin Seçilme Nedeni

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

Kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullanımının göç sırasında veya sonrasında bırakma durumları sorgulandığında ilaç kullananların %76,2'si (n=64) ilacını kullanmayı bırakmadığını, %21,4'ü (n=18) ilacın bitmesi nedeniyle ilaç kullanmayı bıraktığını ve %1,2'si (n=1) hiç ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Türkiye’de bulunduğu sürede katılımcıların kronik hastalıkları nedeniyle ihtiyaçları halinde tıbbi bakım aramama nedeni olarak %87,3 (n=55) oranında maliyeti karşılayamama endişesi olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunan katılımcılar içerisinde en son hastaneye yatış öyküsü olanların yatış nedeni %80 (n=16) oranında kardiyovasküler hastalık saptanmıştır (Grafik 2).



**Grafik 2.** Hastaneye yatış nedeni

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

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

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

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

Toplamda 210 hanede yaşayan 18 yaş üzeri tüm bireylerin Suriye’de iken birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarına baktığımızda, kronik hastalığa sahip olanlarda bu oran %67 (n=63) olarak saptanmıştır (Tablo2). Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan kişilerin sağlık hizmeti arayışında birinci basamağı kullanma alışkanlıkları ile kronik hastalığa sahip olmayanlara göre anlamlı bir fark saptanmadı.

**Tablo 2.** Kronik hastalık-birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma ilişkisi

	Birinci basamağı kullananlar %(n)	Birinci basamağı kullanmayanlar %(n)	Toplam %(n)
<b>Kronik hastalığı var</b>	67,0(63)	33(31)	100(94)
<b>Kronik hastalığı yok</b>	60,8(318)	39,2(205)	100(523)

$\chi^2=3,249; p>0.05$

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

şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 3). Göçmen sağlığı merkezine başvuruda bulunan katılımcıların %55,7'si (n=127) verilen hizmetten memnun kaldıklarını belirtmiştir.

**Tablo 3.** Kronik hastalık-Göçmen sağlığı merkezi başvurusu ilişkisi

	Göçmen sağlığı merkezine başvurmuş %(n)	Göçmen sağlığı merkezine başvurmamış %(n)	Toplam %(n)
<b>Kronik hastalığı var</b>	48,9 (45)	51,1 (47)	100(92)
<b>Kronik hastalığı yok</b>	36,3 (183)	63,7(321)	100(504)

$\chi^2=6,254; p<0,01$

### Tartışma

Çalışma Şanlıurfa'da yaşayan Suriyeli mültecilerde kronik hastalık prevalansı ve sağlık hizmetinden yararlanma prevalansını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Literatüre bakıldığında ülkemizde bu konuda yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.2013 yılında 18477 kişi ile yapılan Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması  $41,3\pm 17,2$  olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması  $35,6 \pm 14,3$  olarak saptandı. Çalışmaya katılan 15 yaş ve üzeri tüm katılımcılar içerisinde eğitim %55 oranında ilköğretim düzeyinde saptanmış olup, bu oran bizim çalışmamızda 18 yaş ve üzeri popülasyon için %68,5 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda 15 yaş üzeri katılımcılar içerisinde %17 oranında hipertansiyon, %8 oranında diyabet, %3,2 oranında kardiyovasküler hastalık, %4 oranında kronik solunum yolu hastalığı saptanmıştır.<sup>11</sup> Çalışmamızda katılımcılardan 18 yaş üzeri tüm yaş gruplarında ise; hipertansiyon %4,7, diyabet %2,3, kardiyovasküler hastalıklar %2,1, kronik solunum yolu hastalıkları %2,4 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan kronik hastalık sıklıklarının diğer çalışmadan düşük saptanmasının en önemli sebebi katılımcılarımızın daha genç nüfus tarafından oluşturulmasıdır.

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

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

2013 yılında ülkemizde yapılan Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasına göre araştırmaya katılanların %55'i ilk ve ortaöğretim, %27,9'u lise ve üzeri düzeyinde bir eğitim durumuna sahiptir<sup>10</sup>. 2013 yılında Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yapılan Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılar, saha araştırması raporunda, eğitim düzeyi değerlendirildiğinde kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların %61'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir.<sup>11</sup> Bizim çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %75,3'ünün ilk ve ortaöğretim, %23,8'inin ise lise ve üzeri düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bu rakamlara göre çalışmamıza katılan sığınmacıların eğitim düzeyinin, yerel popülasyondan daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda görüşülen kişiler içerisinde kronik hastalığa sahip olanların %76'sının eğitim düzeyi okula gitmemiş-ilkokula kadar gitmiş olarak belirlendi. En az bir kronik hastalığı bulunma ve eğitim düzeyi düşüklüğü ilişkisi anlamlı olarak yüksek saptandı.

Katılımcıların sağlık hizmeti ararken karşılaştıkları en önemli zorluklardan biri dil engeli<sup>12</sup>. Katılımcılar bir sağlık merkezine başvururken %80,9 oranında ücretsiz sağlık hizmeti sunulmasından sonra ikinci olarak %7,3 oranında Arapça bilen bir tercümanın bulunmasını tercih etmektedirler. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, birinci basamakta hizmet veren personelin kolayca ulaşabileceği bir tercümanlık hattı kurulmuş olup 7 gün 24 saat hizmet vermektedir.

2016 yılında Isparta ilinde yapılan, mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar, çalışmada araştırmaya katılan sığınmacılarda kronik hastalık oranı %17,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran %15,4'tür. Sığınmacıların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ise %59,4 ile Devlet Hastanesine başvurduklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oran %76,5 olup, Isparta iline göre Şanlıurfa'daki Suriyeli sığınmacıların devlet hastanesini daha fazla tercih ettiği görülmektedir.<sup>13</sup>

Kronik hastalıklar uzun vadede bütüncül tıp disipliniyle düzenli takip ve tedavi gerektirir. Aile hekimliği merkezleri, hasta merkezli yaklaşımı sayesinde bu sorumluluğun üstesinden gelebilecek bir yapıya sahiptir.<sup>14</sup>

Özellikle kamp dışında yaşayan kronik hastalıkları bulunan sığınmacılar çevresel faktörlerden kolay etkilenmektedir ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacı halinde aile hekimine ulaşabilen katılımcı oranı %13,8 ve göçmen sağlığı merkezine başvuru oranı %38,3 olarak saptanmıştır. 2006 yılında Sheikh-Mohammed ve arkadaşlarının Avustralya'da yaşayan mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller adlı çalışmada sığınmacı ailelerin çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurduğu ve aile hekimliğinin, sağlık sistemi ile ilk temas noktası haline geldiği gözlenmiştir.<sup>15</sup>

Çalışmamızın sonucunda saptadığımız düşük oranlar ülkemizde yaşayan Suriyeli sığınmacılar için birinci basamağın kullanımının ve farkındalığının henüz olmadığını ortaya koymaktadır.

Sığınmacılar maddi imkânsızlıklardan dolayı sık sık ikamet değiştirmektedir. Aile sağlığı merkezine başvuruda bulunan Suriyeli sığınmacılara, sonrasında bebek ve gebe izlemlerini, kanser taramalarını yapabilmek için sorun yaşayacakları endişesiyle, aile hekimleri kendi birimlerine kaydetme konusunda çekinceler yaşamaktadırlar. Aile hekimlerinin kayıt durumunda, takip eksikliği nedeniyle negatif performans yaptırımından etkilenmemesi için, geçici koruma kapsamında hizmet verilen sığınmacılara bu konuda bir takip kaybı esnekliği getirilmelidir.<sup>16</sup>

Çalışmamızda görüşülen kişiler içerisinde herhangi bir kronik hastalığı bulunmayanların %36,3 oranında en az bir defa göçmen sağlığı merkezine başvurduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı nedeniyle tıbbi bakım arayan katılımcılar birinci basamak sağlık hizmetlerinden ziyade %78,9 oranında devlet Hhastanesine başvurumaktadırlar. Hizmet vermekte olan göçmen sağlığı polikliniklerinde başvuruların büyük çoğunluğunu (%80-90) hastaneye sevk alma talebiyle başvuranlar oluşturmaktadır<sup>1</sup>. Bu oran göçmen sağlığı merkezlerinin kronik hastalıkların tanı, tedavi ve takibinde sığınmacılar tarafından tercih edilmediğini göstermektedir.

Konya'da yapılan bir çalışmaya göre; sığınmacıların sağlık hizmetine ulaşamamasının temel nedeninin dil sorunları olduğu ve aile hekimlerinin kayıt yapmak istemedikleri olarak belirtilmiştir.<sup>17</sup> Şüphesiz dil önemli bir bariyerdir ve her aile hekimliği biriminde bir çevirmen istihdam etmek güç olabilir. Ancak telefonla çevirmenlik hizmeti alınması ve bu amaçla bir hizmet merkezi kurulması mümkündür. 2003 yılında Jacobs ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmada, İngilizcesi yetersiz olan hastalarda tercüman hizmetlerinin sağlık hizmetleri maliyet ve kullanımına olan etkisini değerlendirilmiş ve tercüman hatları kullanan hastaların, daha fazla önleyici hizmet olarak, daha fazla ofis ziyareti yaptığı saptanmıştır. Telefonla tercümanlık hizmeti sağlamak, dil yeterliliğine sahip olmayan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin verimini arttırmak için maddi açıdan uygun bir yöntem olarak belirlenmiştir.<sup>18</sup>

Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerini etkin olarak kullanabilmesi için, aile hekimliği birimine kayıt yaptırılmaları ve buradan hizmet almaları, entegre sağlık hizmet sunumu açısından son derece önemlidir. 1978 Alma-Ata bildirgesinden itibaren, bildirmede ortaya konan temel sağlık hizmetleri hedeflerine ulaşılabilmesi için selektif (dikey) ve kapsamlı (yatay) olmak üzere iki tip müdahale programı uygulamaya konmuştur. Bu müdahalelerin sonuçları değerlendirildiğinde selektif uygulamaların fragmente sağlık sistemlerini beslediği ve sağlıkta eşitsizliği artırdığı görülmüştür. 3 milyondan fazla Suriyeli sığınmacının en az yarısının ülkemizde yaşamaya uzun yıllar devam edeceği varsayımı da dikkate alındığında, bu grubun mevcut sağlık sistemine entegrasyonlarını kolaylaştırıcı ve sadece kendi gruplarına özgü olmayan çözümlere ihtiyaç duyulduğu daha iyi anlaşılacaktır.<sup>19</sup>

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

Çalışmamızın güçlü yanları ise küme örneklem yönteminin neredeyse tamamı Suriyeli sığınmacılardan oluşan bir mahallede yapılmış olması ve yanıt oranının çok yüksek olmasıdır. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanı, görüşmelerin tamamının simultane çeviri kullanılarak bir hekim tarafından yüz yüze yapılmış olmasıdır. Anket uygulaması sırasında eşlik eden çevirmenlerin de Suriyeli olması ziyaret edilen ailelerde bir güven ortamı yaratarak etkili bir iletişim kurulmasını ve fikirlerini özgürce ifade edebilmelerini sağlamıştır.

## Sonuç

Göç, ülkemizin coğrafik konumu nedeniyle sık karşılaşılan ve iyi yönetilmesi gereken bir kavramdır. Sığınmacıların, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının belirli bir düzen içerisinde karşılanması gerekmektedir. Çalışmamızın

sonucunda belirtmek gerekir ki, kronik hastalıklara bağlı artan sağlık hizmeti arayışı ile gün geçtikçe artan sığınmacı popülasyonu sağlık kuruluşlarında yoğunluğa neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuruda tercih edilmesi sağlık hizmetlerinde oluşan yoğunluğu azaltacak ve aynı zamanda hastaların daha hızlı sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacaktır.

Çalışmamız göstermektedir ki, sığınmacıların sağlık hizmeti arayışında birinci basamak sağlık hizmetleri tercih edilmemektedir. İl göç idaresi müdürlüklerinin yönlendirmesiyle, sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı bölgelerde göçmen sağlığı mevzuatına ilişkin hizmet içi eğitim almış personellerden oluşan aile hekimliği birimlerinin açılması ve göçmen sağlığı merkezlerinin amacına uygun hizmet sunmaya başlaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla sığınmacının etkin olarak yararlanmasını sağlayacaktır.

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

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

**Declaration of Conflicting Interests:** The authors declare that they have no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** No financial support was received.

## Kaynaklar

1. Önder N. Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sağlık politikalarının analizi. Göç Araştırmaları Dergisi. 2019; 5(1): 110-165.
2. Darlington F, Norman P, Gould M. Health and internal migration. In Internal Migration. 2016: 129-144.
3. Babacan T, et al. Evaluation of immigrant health services in Turkey: a single-center study. Journal of Public Health. 2021; 1-8.
4. Beşer A, Tekkaş K. Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 2017; 3(3): 143-8.
5. Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. Circulation. 2016; 133(2): 187-225.
6. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK).(2015). Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler Sık Sorulan Sorular. Türkiye. 2015. Erişim tarihi: 06.09.2022.
7. Oğuz A. İngilizce Öğretmenliği Öğretmen Adaylarının Ders Planı Hazırlamaya İlişki Görüşleri. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009; 6(11): 456-477.
8. Doocy S., et al. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. BMC Public Health. 2015; 15(1):1097.
9. Aykın S. Aile hekimliğinde multimorbidite ve komorbiditeyi anlamak. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2015; 7(3): 35-39.
10. Ünal B., et al. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2013. Erişim tarihi: 06.09.2022
11. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2013). Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar Saha Araştırması Sonuçları. Türkiye. 2013. Erişim tarihi: 06.09.2022.
12. Aygün O., et al. Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016: 10.1.
13. Önal A, Keklik B. Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama. Vizyoner Dergisi.2016: (7)15.
14. Akbıyık D, et al. Reliability and Validity of Turkish Version of Scale of Patient Overall Satisfaction with Primary Care Physicians (SPOSPCP). Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2017; 11(3): 159-163.
15. Farley R, Askew D, Kay M. Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. Australian Journal of Primary Health. 2014; 20(1): 85-91.
16. Mersin Büyükşehir Belediyesi. Mersin'den Türkiye'ye Suriyeliler Sorunu Sağlık Çalıştay Raporu. Mersin. 2015. Erişim tarihi: 06.09.2022
17. Kara F, Akgün N. Konya'ya Yerleşen Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya.2015: 216 (17).
18. López L, et al. Use Of Interpreters By Physicians For Hospitalized Limited English Proficient Patients And Its Impact On Patient Outcomes. Journal Of General Internal Medicine. 2015; 30(6): 783-789.
19. Marmot M, Allen J. Social Determinants Of Health Equity. American journal of public health. 2014; 104(4): 517-519.