

# Suriyeli Çocuk Mültecilerde Sağlıkta Savunmasızlık: Türkiye’de Kesitsel Bir Çalışma

## Health Vulnerabilities Among Syrian Refugee Children: A Cross-Sectional Study in Türkiye

<sup>1b</sup> Emre ÖZCAN<sup>a</sup>, <sup>1b</sup> Deniz GÜNGÖR ÖZCAN<sup>b</sup>, <sup>1b</sup> Fikriye YILMAZ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, Türkiye

<sup>b</sup>Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

**ÖZET Amaç:** Çalışmanın amacı, Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci çocukların sağlıkta savunmasızlıklarını etkileyen faktörleri ortaya koymaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, nicel yöntemle dayalı kesitsel model olarak tasarlanmış bir saha çalışmasıdır. Adana ilinde, valilikten sosyal yardım alan Suriyeli mülteci ailelerin toplam 1.207 çocuğu araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın örnekleminde yer alan çocukların ebeveynlerine valilik aracılığıyla ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynler, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgiler, kapasite faktörleri ve risk faktörleri başlığı altında 3 bölümden oluşan anket formunu çevirmenler aracılığıyla yüz yüze cevaplamıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 25.0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare analizi ve olabilirlik oranına dayalı geriye doğru yöntemi ile ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya dâhil edilen çocukların %52,1’inin erkek, %68’inin 5-17 yaş arasında olduğu, %37,3’ünün herhangi bir gelirinin olmadığı, %15,2’sinin sağlık ihtiyacı olduğu, %89,4’ünün herhangi bir engellilik durumu olmadığı ve %93’ünün sağlık problemi olmadığı belirlenmiştir. Çocuklarda sağlık problemi olma durumunu etkileyen faktörleri belirlemek üzere geliştirilen ikili lojistik regresyon modeline göre güvensiz fiziksel çevrede yaşayanların [odds ratio “odds oranı (OR)”=1,78], Türkçesi sınırlı olanların (OR=1,872), yeni gelenlerin (OR=1,748), karşılanmayan sağlık ihtiyacı olanların (OR=1,375), geçerli kimlik kartı olmayanların (OR=0,640), aile bütünlüğü olmayanların (OR=1,55), sosyal yardım almayanların (OR=2,137) sağlık problemi olan grupta yer alma olasılığı daha fazla bulunmuştur (p<0,05). **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları, mülteci çocuklarda sağlıkta savunmasızlık döngüsünün kırılması için politikacılar ve sivil toplum çalışanlarının risk faktörlerinden ziyade “kapasite iyileştirme” yaklaşımı odağında müdahaleler planlamaları gerektiğini göstermektedir.

**ABSTRACT Objective:** The aim of the study is to reveal the factors affecting the health vulnerabilities of Syrian refugee children living in Türkiye. **Material and Methods:** The study is a field study designed as a cross-sectional model based on the quantitative method. A total of 1,207 children from Syrian refugee families receiving social assistance from the governorship in Adana were included in the study. The parents of the children included in the sample of the study were reached through the governorship. Parents who agreed to participate in the study answered the questionnaire form, which consists of three parts, under the headings of socio-demographic information, capacity factors and risk factors, created by the researchers, face to face through translators. Statistical analysis of the data was evaluated with descriptive statistics, chi-square analysis and backwards method based on likelihood ratio using binary logistic regression analysis in the PASW 25.0 package program. **Results:** 52.1% of the children included in the study were male, 68% were between the ages of 5-17, 37.3% had no income, 15.2% had health needs, 89.4%. It was determined that 1% of them did not have any disability and 93% of them did not have any health problems. According to the binary logistic regression model developed to determine the factors affecting the state of having health problems in children; those living in an unsafe physical environment [odds ratio (OR)=1.78], those having limited Turkish (OR=1.872), newcomers (OR=1.748), those with unmet health needs (OR=1.375), those without a valid ID card (OR=0.640), those who did not have family integrity (OR=1.55) and those who did not receive social assistance (OR=2.137) were more likely to be included in the group with health problems (p<0.05). **Conclusion:** The results of the study show that politicians and civil society workers should plan interventions with a focus on “capacity improvement” approach rather than risk factors in order to break the cycle of health vulnerability in refugee children.

**Anahtar Kelimeler:** Savunmasızlık; mülteciler; çocuklar; sağlık problemleri

**Keywords:** Vulnerability; refugees, children; health problems

**Correspondence:** Fikriye YILMAZ

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

**E-mail:** fyilmaz@baskent.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

**Received:** 17 Jan 2023

**Received in revised form:** 18 Apr 2023

**Accepted:** 07 Jun 2023

**Available online:** 09 Jun 2023

2536-4391 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Belirli birey ve grupları tanımlamak için yaygın olarak kullanılan savunmasızlık kavramı, sağlık alanında ilk olarak hemşirelik literatüründe etkin bir şekilde tanımlanmıştır. 1983 yılında Rose ve Killien, “risk” ve “savunmasızlık” arasında ayırım yaparak antepartum hastalarda, ergen ebeveynlerde ve evsiz gebelerde savunmasızlık olgusunu tartışmaya açmışlardır.<sup>1</sup> Savunmasızlık, kişinin biyopsikososyal açıdan sağlık problemlerine, çeşitli şekillerde zarar görmesine ve ihmale karşı dayanıksızlığına işaret etmektedir.<sup>2</sup> Savunmasızlığın temel unsurları literatürde değiştirilemez risk faktörleri olarak; yaş, toplumsal cinsiyet, etnisite, ırk olarak sıralanırken; kapasite faktörleri olarak da vurgulanan değiştirilebilir unsurlar; sosyal destek, eğitim, gelir düzeyi, yaşam değişikliği gibi bileşenlerle aktarılmaktadır.<sup>3</sup> Bu değiştirilebilir faktörlerin bireyin kendisinden mi, yoksa çevresinden mi kaynaklandığı sorusu kritiktir.<sup>4</sup> Sağlıkta savunmasızlık noktasında bu soruyu sormak gerekir, yani sağlığa yönelik riskleri azaltacak başlıkların bireyin kendisiyle mi, yoksa çevresiyle mi ilişkili olduğu ortaya konulmalıdır. Fakat bu yapılırken bunların birbirini etkilediği de göz ardı edilmemelidir. Mesele, çevresel faktörleri bireysel riskleri en aza indirecek şekilde düzenleyebilmektir.<sup>5</sup>

Sağlıkta savunmasızlık, kişinin kendi çıkarlarını koruyamama, zarara açık olma ve sağlığın sosyal belirleyicilerinden olumsuz etkilenme hâlini ifade etmektedir.<sup>6</sup> Sağlık hizmetleri bağlamında birçok grup, kötü sağlık sonuçlarını ve sağlığın olumsuz sosyal belirleyicilerini deneyimlemeye bağlı olarak savunmasız olarak sınıflandırılır. Araştırmalar, sağlıkta savunmasız bireylerin artmasıyla sağlık sistemine yönelik taleplerin de yükseldiğini ortaya koymaktadır.<sup>7,8</sup> Yük olarak görülmemesi gereken bu durum, sağlık hizmetlerine erişim odağında çok daha kapsayıcı politikalara ihtiyaç duyulduğunu salık verirken; sağlık hizmeti sunucularının, araştırmacıların ve politika yapıcıların onları hem zarardan koruma hem de onların kapasitelerini artırma konusunda yükümlülüklerinin olduğunu hatırlatmaktadır ki bu nokta, sağlıkta savunmasızlık açısından önemli bir husus olan “kapasite geliştirme”ye işaret eder. Savunmasızlıkta sadece risk boyutu değil, bireylerin kapasitelerinin artırılması da savunmasızlığın kırılmasında önemli bir başlıktır.<sup>9</sup> Burada göz ardı edilmemesi gereken husus, Amartya

Sen’in kapasite yaklaşımından hareketle savunmasızlığı analiz ederken geleneksel yaklaşıma referansla refah analizini gelir düzeyi ve servete indirgememektir.<sup>10</sup> Mesele, yoksunluğu kapasite yoksunluğu olarak irdeleyerek, iktisadi fırsatlar, siyasal özgürlükler, toplumsal fırsatlar ve kamusal kaynaklardan yararlanmak, bilgiye erişebilmek, koruyucu güvenlik şeklindeki kapasite artırıcı faktörlere odaklanmaktır.<sup>11</sup>

Toplumun bazı kesimleri sağlıkta diğerlerine göre daha savunmasızdır. Sağlıkta savunmasız gruplar fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık açısından risk altında olan kişilerdir. Bunlar arasında çocuklar, engelliler, kronik hastalar, ruhsal hastalığı olanlar, istismara uğrayanlar, kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromlu kişiler, yaşlılar, kadınlar, sosyoekonomik statüsü düşük olanlar, etnik ve ırksal azınlıklar, işsizler tanımlanmaktadır.<sup>12</sup> Sağlıkta savunmasız gruplar arasında akla gelen ilk öznelere biri de mültecilerdir. Kişi, bir durum üzerinde ne kadar az kontrole sahipse kendisini o kadar savunmasız hisseder. Belirli bir ortamda hastalığa karşı savunmasız olmayan bir kişi, farklı bir ortama geçtiğinde savunmasız hâle gelebilir.<sup>13</sup> Bunun tipik örneklerinden biri olarak mülteciler; kendi dilinden, kültüründen, destek sistemlerinden uzaklaştığında savunmasız kalabilirler. Mülteci gruplar arasındaysa kadınlar, yaşlılar ve engellilerle birlikte en savunmasız nüfuslardan birini çocuklar oluşturmaktadır. Sınırlı yasal haklar ve ayrımcılık dâhil olmak üzere yoksulluk, zorla çalıştırılma, akran zorbalığı, dil yetersizliği, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimle ilgili zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar.<sup>14</sup> Dil sorunu, kırsal bölgede ikamet etmek, kimlik kartına sahip olmamak, aile üyelerinin birinden veya birden fazlasından mahrum kalmak, çalıştırılıyor olmak, kronik rahatsızlığın veya engel durumunun olması, ihmal veya istismara maruz kalmak, suça sürüklenmiş olmak, ergen ebeveyn olmak, ruhsal bir rahatsızlığın varlığı, toplumsal izolasyon vb. faktörler mülteci çocukları sağlıkta savunmasız hâle getirmektedir. Bu unsurlar bir araya geldiğinde, mülteci çocukların sağlık problemlerinin yerel çocuklarınkine oranla çok daha ağır olduğu vurgulanmaktadır.<sup>15,16</sup> Bilhassa sınır dışı edilme ve aileden ayrılma korkusuyla çevrelenen kayıt dışı olanlar için sağlık hizmetlerine erişmek ve sağlık problemlerini çözmek daha da zorlaşmaktadır.

Tüm bunlardan hareketle bu araştırmanın amacı, Türkiye’de yaşayan Suriyeli çocuk mültecilerin sağ- lıkta savunmasızlıklarını etkileyen faktörlerin belir- lenmesidir. Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlara yanıt aranmaktadır:

1. Suriyeli çocuk mültecilerin sağlık problemi olma durumu sosyodemografik özelliklere göre fark- lılaşmakta mıdır?

2. Suriyeli çocuk mültecilerin sağlık problemi olma durumları ile ilişkili kapasite faktörleri neler- dir?

3. Suriyeli çocuk mültecilerin sağlık problemi olma durumları ile ilişkili risk faktörleri nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Suriyeli mülteci çocukların sağlıkta savunmasızlık- larını etkileyen faktörleri ortaya koymak üzere ya- pılan bu çalışma, nicel yöntemle dayalı kesitsel model olarak tasarlanmış bir saha çalışmasıdır. Çalı- şmanın gerçekleşmesi için öncelikle Başkent Üni- versitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu’na başvurulmuş ve çalışma kurul onayı (07.12.2022) alındıktan sonra 30 gün (07.01.2023) içerisinde tamamlanmıştır (no: 17162298.600-280). Çalışma, Helsinki Deklaras- yonu prensiplerine uygun olarak yapılmış ve ebe- veynlerden yazılı onam alınmıştır.

## ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci ailelerin çocukları oluşturmaktadır. Çalışma- nın örnekleme ise Adana ilinde valilikten sosyal yar- dım alan Suriyeli mülteci ailelerin çocukları olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 1.207 çocuk araştırma kapsamına alınmıştır.

## VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmanın örnekleminde yer alan çocukların ebe- veynlerine valilik aracılığıyla ulaşılmış ve araştır- maya katılmayı kabul eden ebeveynlere araştır- macılar tarafından oluşturulan anket formu çevir- menler aracılığıyla yüz yüze uygulanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; yaş, cinsiyet, gelir, sosyal yardıma başvuru nedeni, sağlık sorunu, engellilik durumu gibi sosyodemografik özel-

likler ile ilgili 7 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm; aile bütünlüğü, sosyal yardımların yeterli olup olma- dığı, Türkçe bilinip bilinmediği, aile ve toplum des- teğinin varlığı, ihtiyaç duyulan sağlık bakımına erişilip erişilmediği, hizmet sunuculara fiziksel yakınlık, toplumsal kaynaklara dair farkındalık gibi kapasite faktörlerinin varlığının incelendiği “evet/hayır” şeklinde cevaplanan 11 sorudan oluş- maktadır. Üçüncü bölüm ise okul çağında olup okula gitmeme, güvensiz fiziksel çevrede bulunma, kayıt dışı olma, yeni gelme, resmi kaydın olup olmadığı, kayıtlı kimlik kartının mevcudiyeti, kronik hastalık- ların varlığı, fiziksel engel durumu, karşılanmayan sağlık ihtiyacı, temel ihtiyaçları karşılamama derece- sinde yoksulluk, sınırlı Türkçe bilgisi, tıbbi ihtiyaçları alamama, ailede bağımlı bireylerin olup olmadığı ve finansal kaynağın yetersizliği gibi risk faktörlerinin değerlendirildiği “evet/hayır” şeklinde cevaplanan 58 sorudan oluşmaktadır.

## VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin istatistiksel analizi ABD’li firma IBM’nin oluşturduğu SPSS 25.0 paket programında gerçek- leştirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni, çocuğun akut veya kronik sağlık problemi olma durumu olarak belirlenirken, bağımsız değişkenler; çocuğun sosyo- demografik özellikleri, ailenin finansal durumu, kap- asite faktörleri ve risk faktörlerine ilişkin göstergeler olarak kabul edilmiştir. Çocuğun sağlık problemi olma durumu ile çocuğun sosyodemografik özellik- leri, ailenin finansal durumu, kapasite faktörleri ve risk faktörleri arasındaki ilişkileri belirlemek üzere ki-kare analizi yapılmıştır. Çocuğun sağlık problemi olma durumunu etkileyen faktörleri belirlemek ama- cıyla olabilirlik oranına dayalı geriye doğru yöntemi ile ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak model geliştirilmiştir. Çocuğun sağlık problemi olma du- rumu “var” ve “yok” olarak 2 kategoriye ayrılmıştır. Bu doğrultuda çocuğun sağlık problemi olma du- rumunu etkileyen faktörleri belirlemek üzere geliştiril- len modelde, çocuğun sağlık problemi olma durumu bağımlı değişken, sağlık problemi olma durumu ile ilişkili bulunan bağımsız değişkenler ise açıklayıcı değişkenler olarak analiz edilmiştir. Değerlendirmel- erde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmada, Adana ilindeki Suriyeli çocuk mültecilerin sağlıkta savunmasızlıklarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla ebeveynlere uygulanan anket formları ile toplam 1.207 çocuğa ait veriler toplanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen çocukların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı **Tablo 1**'de gösterilmektedir. **Tablo 1**'de gösterildiği gibi çocukların %52,1'inin erkek, %68'inin 5-17 yaş arasında olduğu, %37,3'ünün herhangi bir gelirinin olmadığı, %15,2'sinin sağlık ihtiyacı olduğu, %89,4'ünün herhangi bir engellilik durumu olmadığı ve %93'ünün sağlık sorunu olmadığı belirlenmiştir. Sağlık sorunu olan 85 çocuğun %44'ünün engellilikten kaynaklı sorunları olduğu, %27,6'sının kronik sağlık problemi olduğu, %25,5'inin akut sağlık problemi olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca 5-17 yaş arasında 3 çocuğun gebe olduğu, 3 çocuğun da emziren anne olduğu tespit edilmiştir.

TABLO 1: Çocukların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.		
	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	578	47,9
Erkek	629	52,1
<b>Yaş</b>		
0-4	386	32
5-17	821	68
<b>Gelir</b>		
Geliri yok	450	37,3
Düzenli geliri var	408	33,8
Yardım	127	10,5
Düzensiz gelir	60	5
<b>İhtiyaç kategorisi</b>		
Temel	389	9,8
Eğitim	477	12
Sağlık	602	15,2
Diğer	579	14,6
<b>Engellilik durumu</b>		
Var	128	10,6
Yok	1.079	89,4
<b>Sağlık problemi</b>		
Yok	1.122	93,0
Var	85	7,0
<b>Toplam</b>	<b>1.207</b>	<b>100</b>

**Tablo 2**'de çocukların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı gösterilmektedir. Yapılan ki-kare analizi sonucunda, çocukların sağlık problemi olma durumlarının sosyodemografik özelliklerine göre fark göstermediği anlaşılmıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3**'te çocukların kapasite faktörlerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ki-kare analizi sonucunda sağlık problemi olmayan çocuklar arasında aile bütünlüğü olanların ve sosyal yardım alanların daha fazla olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4**'te çocukların risk faktörlerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ki-kare analizi sonucunda sağlık problemi olan çocuklar arasında güvensiz fiziksel çevrede yaşayanların, sınırlı Türkçe bilenlerin, yeni gelenlerin, geçerli kimlik kartı olmayanların, karşılanmayan sağlık ihtiyacı olanların ve gelir yetersizliği olanların daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 5**'te çocuklarda sağlık problemi olma durumunu etkileyen faktörleri belirlemek üzere geliştirilen ikili lojistik regresyon modeli yer almaktadır. Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin, çocuklarda sağlık problemi olma durumundaki değişimin yaklaşık %46'sını (Nagelkerke  $R^2$ ) açıklayabildiği ve değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığının %93,6 olduğu belirlenmiştir. Tabloda yer alan modele göre güvensiz fiziksel çevrede yaşayanların yaşamayanlara göre [odds oranı "odds ratio (OR)=1,78], sınırlı Türkçe problemi olanların olmayanlara göre (OR=1,872), yeni gelenlerin daha önce gelenlere göre (OR=1,748), karşılanmayan sağlık ihtiyacı olanların olmayanlara göre (OR=1,375), geçerli kimlik kartı olmayanların olanlara göre (OR=0,640), aile bütünlüğü olmayanların olanlara göre (OR=1,55), sosyal yardım almayanların alanlara göre (OR=2,137) sağlık problemi olan grupta yer alma olasılığı daha fazladır ( $p<0,05$ ).

## TARTIŞMA

Türkiye'de yaşayan Suriyeli çocuk mültecilerin sağlık alanında savunmasızlıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 1.207 çocuğa ait bil-

**TABLO 2:** Çocukların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı.

	Sağlık problemi yok		Sağlık problemi var		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kız	544	94,1	35	5,9	0,172
Erkek	586	93,3	42	6,7	
Yaş					
0-4	360	93,2	27	6,8	0,211
5-17	770	39,9	50	6,1	
Birden fazla ihtiyaç					
Yok	983	93,6	68	6,4	0,346
Var	147	94,2	9	5,8	
Gelir					
Geliri yok	484	93,1	37	6,9	0,089
Düzenli geliri var	442	93,8	29	6,2	
Yardım	139	95,4	7	4,6	
Düzensiz gelir	67	97	2	3	

**TABLO 3:** Çocukların kapasite faktörlerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı.

	Sağlık problemi yok		Sağlık problemi var		p değeri
	n	%	n	%	
Aile bütünlüğü					
Yok	798	92,8	62	7,2	0,000*
Var	332	95,8	15	4,2	
Sosyal yardım					
Yok	1.013	93,3	73	6,7	0,001*
Var	117	97,2	4	2,8	
Sosyal destek					
Yok	913	93,8	61	6,2	0,322
Var	217	93,2	16	6,8	
Türkçe bilme					
Yok	1.069	93,7	72	6,3	0,219
Var	61	92,2	5	7,8	

\*p&lt;0,05.

giler ebeveynler aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın en önemli sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

Mevcut çalışmada, çocukların sağlık problemi olma durumlarının cinsiyet, yaş ve gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Suriyeli çocuk mültecilerin sağlık problemi olma durumlarında risk ve kapasite faktörlerinin sosyodemografik özelliklere göre daha fazla etkili olduğu ortaya konulmuştur. Alanyazında benzer şekilde,

ilişkinin tespit edilmediği çalışmaların yanı sıra çocuk mültecilerde yaş, cinsiyet ve gelir durumu ile sağlık durumunun ilişkili olduğunu tespit eden araştırmalara da rastlamak mümkündür.<sup>17-21</sup> Örneğin Abdalla ve Elklit, Kosovalı mülteci çocuklarda genç yaştakilerin ileri yaştakilere oranla daha az ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaştığını ileri sürmektedir.<sup>17</sup> Cinsiyet değişkeni ile ilgili olarak Ekblad, İsveç'teki Yugoslavyalı çocuk mültecilerle ilgili yaptığı çalışmasında, kız çocuklarının erkeklere oranla daha fazla ruh sağlığı sorunlarına sahip olduğunu göstermiştir.<sup>22</sup>

**TABLO 4:** Çocukların risk faktörlerine göre sağlık problemi olma durumlarının dağılımı.

	Sağlık problemi yok		Sağlık problemi var		p değeri
	n	%	n	%	
Okul çağında olup okula gitmeyen çocuk					
Yok	876	93,8	58	6,2	0,285
Var	254	93,2	19	6,8	
Hanede yüksek bağımlılık oranı					
Yok	1.065	93,6	73	6,4	0,525
Var	65	93,8	4	6,2	
Güvensiz fiziksel çevre					
Yok	1.059	94	68	6	0,001*
Var	71	88,6	9	11,4	
Sınırlı Türkçe					
Yok	758	95	40	5	0,000*
Var	372	91	37	9	
Yeni gelenler (2 yıldan az)					
Yok	1.086	93,9	70	6,1	0,008*
Var	45	88,5	6	11,5	
Kayıt dışı					
Yok	1.092	93,6	75	6,4	0,532
Var	38	93,9	2	6,1	
Kayıtlı kimlik kartının olmaması					
Yok	950	94	61	6	0,023*
Var	180	91,7	16	8,3	
Kronik hastalık					
Yok	1.077	93,6	73	6,4	0,527
Var	53	93,5	4	6,5	
Geçerli kimlik kartının olmaması					
Yok	922	93,1	68	6,9	0,003*
Var	208	95,9	9	4,1	
Fiziksel sakatlık/engellilik					
Yok	1.086	93,7	73	6,3	0,290
Var	44	92,3	4	7,7	
Karşılanmayan sağlık ihtiyacı					
Yok	891	94,1	56	5,9	0,009*
Var	239	91,8	21	8,2	
Diğer sağlık durumu					
Yok	1.080	93,7	73	6,3	0,323
Var	50	92,6	4	7,4	
Yetersiz finansal kaynak					
Yok	1.045	93,6	71	6,4	0,536
Var	85	93,6	6	6,4	
Gelir yetersizliği					
Yok	794	94,4	47	5,6	0,002*
Var	336	91,8	30	8,2	
Yoksulluk					
Yok	498	94,6	29	5,4	0,020*
Var	632	92,9	48	7,1	

\*p&lt;0,05.

Düzenli gelir değişkeninde ise O'Higgins, İngiltere'de gerçekleştirdiği araştırmasında, düzenli geliri

olan mülteci ailelerin çocuklarının daha az sağlık sorunu yaşadığını ortaya koymuştur.<sup>23</sup>



**TABLO 5:** Sağlık problemi olan Suriyeli mülteci çocuklar için regresyon sonuçları.

Çocuklarda sağlık problemi (var)	Beta (RO)	%95 GA	p değeri
Güvensiz fiziksel çevre (evet)	1,780	1,161-2,729	0,008*
Sınırlı dil-Türkçe (evet)	1,872	1,437-2,439	0,000*
Yeni gelenler (evet)	1,748	1,053-2,905	0,031*
Karşılanmayan sağlık ihtiyacı (evet)	1,375	1,019-1,854	0,037*
Yoksulluk (evet)	1,270	0,969-1,665	0,083
Geçerli kimlik kartının olmayışı (evet)	0,640	0,426-0,960	0,031*
Aile bütünlüğü (hayır)	1,550	1,113-2,159	0,009*
Sosyal yardım (hayır)	2,137	1,143-3,996	0,017*

\*p<0,05, RO: Risk oranı; GA: Güven aralığı.

Çalışmanın kapasite faktörleri ile ilgili sonuçları incelendiğinde, sağlık problemi olmayan çocuklar arasında aile bütünlüğü olanların ve sosyal yardım desteği alanların çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Nitekim çocuk mültecilerin aile bütünlüğü içerisinde yaşamlarını sürdürmeleri, sağlık hizmetlerine erişimde ve herhangi bir sağlık sorunu yaşamamada kolaylaştırıcı bir faktördür. Ailenin yeniden birleştirilmesi yönündeki politikalar çocuk mültecilerin sağlık durumları üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Eide ve Hjern de benzer şekilde, ailesi yanında yaşayan çocukların refakatsiz çocuklara göre sağlık durumu açısından daha avantajlı olduğunu vurgulamaktadır.<sup>24</sup> Sosyal yardım değişkeninde de aynı doğrultuda herhangi bir kuruluştan sosyal yardım almıyor olması, literatürde sağlık problemi yaşamayan çocuklar arasında olumlu bir kapasite faktörü olarak öne çıkmaktadır.<sup>25</sup> Bu durum, hem geçerli bir kimlik kartına sahip olunduğunu ve bu bağlamda başta sağlık hizmeti olmak üzere birçok kamusal hizmetten yararlanılabildiğini hem de sosyoekonomik desteği geliştirici bir unsur odağında sağlık sorunlarının daha kolay çözülebildiğini göstermektedir.

Çalışmanın risk faktörleri ile ilgili sonuçları değerlendirildiğinde, güvensiz fiziksel çevrede yaşayanların, sınırlı Türkçe bilenlerin, yeni gelenlerin (2 yıldan az), geçerli kimlik kartı olmayanların, karşılanmayan sağlık ihtiyacı olanların ve gelir yetersizliği olanların sağlık problemlerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu noktada yeni gelme durumu dışındaki risk faktörlerinin değiştirilebilir etkenler olduğuna dikkat çekmek gerekir. Dolayısıyla bu başlıklar üzerinde hayata geçirilecek koruyucu,

önleyici ve iyileştirici politikaların çocuk mültecilerin sağlıkta savunmasızlığını kırabileceği söylenebilir. Bunlar arasındaki en önemli sorunlardan biri dil bariyeridir. Dil engeli nedeniyle hastaneye başvurmadan geri duran, randevu alamayan, alsa da kendisini ifade edemeyen birçok mülteci aileler ve çocukları sağlık hizmetlerine erişmekte zorlanmaktadır. Teksas'taki Iraklı çocuk mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini araştıran Vermette ve ark., çocukların sağlık durumlarını etkileyen en önemli unsurların başında finansal yetersizliklerle birlikte dil bariyerinin geldiğini vurgulamaktadır.<sup>26</sup> Mei ve ark. da benzer biçimde, sosyoekonomik düzeyi düşük mülteci ailelerin çocuklarındaki sağlık sorunlarının çok daha fazla olduğunu, bunların başında da yetersiz beslenme ve tüberküloz, hepatit B, sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların geldiğinin altını çizmektedir.<sup>27</sup> Yaşanılan çevre açısından değerlendirildiğinde, Lübnan'daki Suriyeli çocuk mültecilerin yaşam koşulları ile sağlık durumları arasındaki ilişkiyi araştıran Habib ve ark., yaşanılan mahalleyi güvensiz bulan haneler ile bu hanelerdeki sağlık sorunu olan çocukların sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmekte ve ayrıca barınma sorunu olan çocukların diğer çocuklara oranla 3 kat ve üstü sağlık sorunu yaşadığını ortaya koymaktadır.<sup>28</sup> Mülteci ailelerin ve çocuklarının karşılanamayan sağlık ihtiyaçları da sağlıkta savunmasızlık noktasında başka bir risk faktörüdür. Dil bariyeri ve ekonomik yetersizliklerin yanı sıra kültürel farklılıklar, geçerli bir kimlik kartının olmaması ve bilgi eksikliği gibi bileşenler sağlık ihtiyacının karşılanmamasının temel sebepleridir. Vermette ve ark., çocuk mültecilerin kültürel farklı-

lıklar, bilgi eksikliği, sosyal destek yetersizliği, sağlık sigortasından yoksunluk ve geçerli kimlik kartının olmaması gibi sebeplerle sağlık problemleriyle daha yoğun karşılaştığını açığa çıkarmaktadır.<sup>26</sup> Bunların dışında, her ne kadar değiştirilemez risk faktörü olsa da sığınılan ülkeye yeni gelmiş olmak da (ki bu çalışmada 2 yıldan az olarak kabul edilmiştir) çocuk mültecilerin sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktördür. Ülkeye hem sosyokültürel ve ekonomik hem de kamusal hizmetler açısından uyum sağlamış olmak, mülteci ailelerin sağlık problemlerini zorlanmadan çözmesinin aracıdır. Lane ve ark., 3-13 yaş arasındaki, 5 yıldan beri Kanada’da yaşayan mülteci çocuklarla gerçekleştirdikleri çalışmada, bu çocukların daha önceden gelen çocuklara oranla sağlık problemleriyle başa çıkmada daha çok zorlandıklarını ele almışlardır.<sup>29</sup>

Çalışmanın bulguları bazı sınırlılıklarıyla birlikte değerlendirilmelidir. İlk olarak, çalışmanın sonuçları kesitsel bir alan çalışmasına dayandığı için tüm mülteci çocuklara genellenmesi yanlış değerlendirmelere neden olabilir. İkincisi çalışmada risk ve kapasite faktörleri tek boyutlu olarak ailelerin algısı ile değerlendirilmiştir; bu faktörlere özgü çok boyutlu ölçüm araçlarının veri toplama aşamasında araştırmaya dahil edilmesi bulguların daha nesnelleşmesine katkıda bulunabilir.

## SONUÇ

Alanyazında, ulaşılması zor gruplardan biri olan çocuk mültecilerin sağlıkta savunmasızlığını etkileyen faktörlere dair çalışmalar oldukça sınırlıdır. Mevcut çalışma bulgularının, risk ve kapasite başlıklarıyla karakterize olan savunmasızlık faktörlerinin belirlenmesi yönünde genel bir fikir oluşturarak, önemli bir boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışma, hem değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörlerinin neler olduğunu hem de sağlıkta savunmasızlık döngüsünün kırılması için

“kapasite iyileştirme” yaklaşımı odağında hangi kapasite faktörlerinin geliştirilmesi/iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın sonuçları, kapasite faktörleri olarak sosyal yardım alma ve aile bütünlüğüne sahip olma durumunun sağlık problemleri olmama üzerinde olumlu etkisi; risk faktörleri olaraksa güvensiz fiziksel çevrede yaşama, sınırlı Türkçe bilme, yeni gelme, geçerli kimlik kartı olmama, karşılanmayan sağlık ihtiyacı ve gelir yetersizliği durumlarının sağlık problemi yaşama üzerinde olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir. Mülteci sağlığı odağında dikkate alındığında, genelde mültecilerle özellikle çocuk mültecilerle ilgili politika yapıcı konumundaki ilgili kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlar, gerekse bu gruplarla sahada bire bir çalışma yürüten sivil toplum çalışanları açısından bu bulguların sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi noktasında dikkate değer olacağına inanılmaktadır.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Emre Özcan, Deniz Güngör Özcan, Fikriye Yılmaz; **Tasarım:** Emre Özcan, Fikriye Yılmaz; **Denetleme/Danışmanlık:** Emre Özcan, Fikriye Yılmaz; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Emre Özcan; **Analiz ve/veya Yorum:** Fikriye Yılmaz, Deniz Güngör Özcan; **Kaynak Taraması:** Emre Özcan; **Makalenin Yazımı:** Emre Özcan, Deniz Güngör Özcan; **Eleştirel İnceleme:** Fikriye Yılmaz; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Emre Özcan.



## KAYNAKLAR

1. Rose MH, Killien M. Risk and vulnerability: a case for differentiation. *ANS Adv Nurs Sci.* 1983;5(3):60-73. [Crossref] [PubMed]
2. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health.* 1994;15:487-509. [Crossref] [PubMed]
3. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res.* 1998;47(2):69-78. [Crossref] [PubMed]
4. Lowe D, Ebi KL, Forsberg B. Factors increasing vulnerability to health effects before, during and after floods. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(12):7015-67. [Crossref] [PubMed] [PMC]
5. Lessick M, Woodring BC, Naber S, Halstead L. Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs.* 1992;6(3):1-14. [Crossref] [PubMed]
6. Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J Adv Nurs.* 1997;26(1):65-72. [Crossref] [PubMed]
7. Tappen RM, Beckerman A. A vulnerable population: multiproblem older adults in acute care. *J Gerontol Nurs.* 1993;19(11):38-42. [Crossref] [PubMed]
8. Broyles RW, McAuley WJ, Baird-Holmes D. The medically vulnerable: their health risks, health status, and use of physician care. *J Health Care Poor Underserved.* 1999;10(2):186-200. [Crossref] [PubMed]
9. Martínez-Martínez OA, Rodríguez-Brito A. Vulnerability in health and social capital: a qualitative analysis by levels of marginalization in Mexico. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):24. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Sen A. Capabilities, lists and public reasons: continuing the conversation. *Feminist Economics.* 2004;10(3):77-80. [Crossref]
11. Şeker F. Amartya Sen'in kapasite yaklaşımı [Amartya Sen's capability approach]. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2009;32:259-80. [Link]
12. Martin AK, Tavaglione N, Hurst S. Resolving the conflict: clarifying 'vulnerability' in health care ethics. *Kennedy Inst Ethics J.* 2014;24(1):51-72. [Crossref] [PubMed]
13. Smith K, Waite L. New and enduring narratives of vulnerability: rethinking stories about the figure of the refugee. *J Ethn Migr Stud.* 2019;45(13):2289-307. [Crossref]
14. Sarvan S, Efe E. Mülteci çocuklar ve sorunları [Syrian Child refugees and problems]. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;9(1):55-62.
15. McCloskey LA, Southwick K. Psychosocial problems in refugee children exposed to war. *Pediatrics.* 1996;97(3):394-7. [Crossref] [PubMed]
16. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(1):44-56. [Crossref] [PubMed]
17. Abdalla K, Elkhit A. A nationwide screening survey of refugee children from Kosovo. *Torture.* 2001;11(2):45-9. [Link]
18. Montgomery E, Foldspang A. Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. *Eur J Public Health.* 2008;18(2):156-61. [Crossref] [PubMed]
19. Hjern A, Kling S. Health care needs in school-age refugee children. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(21):4255. [Crossref] [PubMed] [PMC]
20. Angel B, Hjern A, Ingleby D. Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(1):4-15. [Crossref] [PubMed]
21. Sourander A. Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse Negl.* 1998;22(7):719-27. [Crossref] [PubMed]
22. Ekblad S. Psychosocial adaptation of children while housed in a Swedish refugee camp: aftermath of the collapse of Yugoslavia. *Stress Med.* 1993;9(3):159-66. [Crossref]
23. O'Higgins A. Analysis of care and education pathways of refugee and asylum-seeking children in care in England: implications for social work. *Int J Soc Welfare.* 2018;28(6):53-62. [Crossref]
24. Eide K, Hjern A. Unaccompanied refugee children--vulnerability and agency. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):666-8. [Crossref] [PubMed]
25. Zwi K, Rungan S, Woolfenden S, Woodland L, Palasanthiran P, Williams K. Refugee children and their health, development and well-being over the first year of settlement: a longitudinal study. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(9):841-9. [Crossref] [PubMed]
26. Vermette D, Shetgiri R, Al Zuheiri H, Flores G. Healthcare access for Iraqi refugee children in Texas: persistent barriers, potential solutions, and policy implications. *J Immigr Minor Health.* 2015;17(5):1526-36. [Crossref] [PubMed]
27. Mei Z, Yip R, Trowbridge F. Improving trend of growth of Asian refugee children in the USA: Evidence to support the importance of environmental factors on growth. *Asia Pac J Clin Nutr.* 1998;7(2):111-6.
28. Habib RR, Ziadee M, Abi Younes E, El Asmar K, Jawad M. The association between living conditions and health among Syrian refugee children in informal tented settlements in Lebanon. *J Public Health (Oxf).* 2020;42(3):e323-33. [Crossref] [PubMed]
29. Lane G, Farag M, White J, Nisbet C, Vatanparast H. Chronic health disparities among refugee and immigrant children in Canada. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2018;43(10):1043-58. [Crossref] [PubMed]