

SAĞLIK BİLİMLERİ ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR - III

Editor: **Doç. Dr. Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ**

ARTİKEL AKADEMİ:194

Sağlık Bilimler Alanında Akademik Çalışmalar - III

Editor: Doç Dr. Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ

HAKEM KURULU:

Prof. Dr. Giuseppe T. CIRELLA

Prof. Dr. Mohammed SHARAF

Prof. Dr. Selin Şahin Sevgili

Prof. Dr. Targan ÜNAL

Doç. Dr. Sibel ŞAHİN AYL A

ISBN 978-625-8088-34-2

Birinci Basım: Eylül - 2022

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Net Kırtasiye Tanıtım ve Matbaa San. Tic. Ltd. Şti.

Gümüşsuyu, İnönü Caddesi & Beytül Malcı Sokak 23/A,

34427 Beyoğlu/İstanbul

Matbaa Sertifika No: 47334

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2022

Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında
yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.

Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul

Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708

mail: info@artikelakademi.com

www.artikelakademi.com

SAĞLIK BİLİMLERİ ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR - III

Editor: Doç. Dr. Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ

YAZARLAR

- *Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ*
- *İbrahim BOZKURT*
- *Özlem SALMAN*
- *Nasıf Fatih KARAKUYU*
- *Neslişah GÜREL KÖKSAL*
- *Zehra HAYANİ*

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	7
1. Bölüm	
TÜRKİYE’DE SURİYELİ GÖÇMENLERE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN SAĞLIK POLİTİKALAR.....	19
- <i>Zehra HAYANİ</i>	
- <i>İbrahim BOZKURT</i>	
2. Bölüm	
GEBELİK DURUMUNDA GÖRÜLEN FARMAKOKİNETİK DEĞİŞİKLİKLER.....	37
- <i>Nasıf Fatih KARAKUYU</i>	
3. Bölüm	
KADINLARIN ERİŞKİN DÖNEM AŞILANMA DURUMU VE AŞI FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	47
- <i>Neslişah GÜREL KÖKSAL</i>	
4. Bölüm	
YAŞLILIK VE DİJİTAL HAYAT	63
- <i>Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ</i>	
- <i>Özlem SALMAN</i>	

ÖNSÖZ

Değişen dünya şartları, salgın hastalıklar, sömürü amaçlı savaşlar, savaş sonrası yaşanan küresel göçler ve tüm bunların sonucunda yaşanan sosyolojik hareketlilik dünyamızın bir bütün olduğunu ve bu bütünsellik sürecinde tüm insanlığı etkisi altına aldığı bilinmektedir. Toplumsal sorunlar ve travmalardan en fazla etkilenen grupların başında toplumun zayıf halkasını oluşturan dezavantajlı gruplar olmuştur. Öncelik tanıyacağımız bu grupta kadınlar, çocuklar, hamileler, yaşlılar, engelliler, gaziler ve korunma ihtiyacı olan kişiler öncelikli olarak yer almaktadır.

M. Robinson'a göre *sağlık hakkı*; sağlıklı olmak değildir, devletlerin ve idarecilerin olası en kısa sürede tüm toplumun erişebileceği ve faydalanabileceği bir sağlık mekanizması geliştirmesi (Nygren-Krug, 2002) ve bu hizmeti sağlamasıdır.

“Ulusun tüm bireylerinin sağlıklı olmaları için sağlık koşullarını gerçekleştirmek, devlet durumunda bulunan siyasal kuruluşların en birinci görevidir.” Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün de belirttiği gibi bir toplumun, coğrafyanın refah ve huzuru orada yaşayan yaşlı, engelli, kimsesiz gibi dezavantajlı gruplara sunulan hizmet kalitesi ile ilişkilidir. Onlar sağlıklı, mutlu, huzurlu olduğu sürece toplumun diğer halkaları da huzur içinde olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün **“21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık”** bildirgesi evrensel bir hedef olarak ve küresel bir planlama olarak deklare edilmiştir. Pandemi sürecinde gördüğümüz gibi Covid-19 süreci son yıllarda tüm dünyada en çok konuşulan konu ve tüm sektörlerin odağında yer almıştır. Covid-19 ülkelerin sağlık sisteminden kentleşme politikasına, gıda güvenliğinden politikacılara kadar (Çolak, 2020) mikro ve makro düzeyde birçok konunun sorgulamasına neden olmuştur. Bu doğrultuda sağlığın hem ülkeler hem de sektörler için bu kadar büyük önem taşıması sağlık sektörüne kalıcı yatırımların yapılmasını ve sağlık alanında bilimsel çalışmalar yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Tüm Dünyayı etkisi altına alan pandemi döneminde yaşanan sıkıntı ve zorluklar yanın da sağlıklı yaşamın devamı için tıp alanında yapılan buluşlar ve verilen mücadeleler sağlığın ne den-

li önemli olduğunu bizlere göstermiştir. Öncelikle değişimin kişinin kendisi ve çevresinde başladığını göstererek sağlığın muazzam önemi bize son iki yılın en önemli hayat dersi olmuştur.

Sağlık Bilimleri Alanında Akademik Çalışmalar – III isimli bu bilimsel eserin ortaya çıkmasında emeği geçen *Uluslararası Artikel Akademi Yayınevine* ve kıymetli zamanlarını ayırarak kitabın hazırlanmasına katkı sağlama nezaketinde bulunan bölüm yazarlarına özverilerinden dolayı teşekkür ederim. Bilim dünyasına da böyle bir eseri kazandırmaktan dolayı ayrıca onur ve mutluluk duymaktayım. Keyifli okumalar dileğiyle...

- Doç. Dr. Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ

1. Bölüm

TÜRKİYE’DE SURİYELİ GÖÇMENLERE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN SAĞLIK POLİTİKALARI^{1*}

*Zehra HAYANI^{2**}*

*İbrahim BOZKURT^{3***}*

GİRİŞ

İnsanın sosyal bir varlık olduğu bilinen bir gerçektir. Bundan dolayı var olduğundan bu yana toplum içerisinde yaşamaya ihtiyaç duymuştur. Toplumsal yaşam insanın birçok ihtiyacını karşılamasının yanında bazı zorluklarla karşılaşmasına da neden olmuştur. Toplu yaşamın getirdiği zorluklara bakıldığında; beslenme, barınma, sağlık gibi konuların önemli olduğu bir gerçektir. Ancak insanlar ortak kültür, din, dil, ırk, devlet gibi birleştirici unsurlarla bir araya gelerek bir toplum meydana getirdikten sonra göç, savaş gibi nedenlerle bu topluma katılacak yeni grupları kabul etmekte ve birlikte yaşayabilmek için bazı zorluklara katlanmaktadır. Günümüzde bu duruma verilebilecek en son örneklerden biri, 2011 yılında Suriye’de başlayan savaş sonrasında özellikle Türkiye’ye yönelen Suriyelilerden oluşan göç dalgasıdır. Bu yoğun göç, Türkiye’nin yeni toplumsal kuralları devreye soktuğu bir sürecin de başlangıcını oluşturmuştur. Ancak toplum olarak yaşamının getirdiği zorluklar Suriyelilerin Türkiye’ye göç etmesiyle birlikte artarken farklı bir boyuta da geçmiştir.

1 * Bu çalışma 2022 yılında Kilis 7 Aralık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nde tamamlanmış “Türkiye’de Suriyeli Göçmenlere Yönelik Geliştirilen Sağlık Politikaları” başlıklı tezsiz yüksek lisans dönem projesinden üretilmiştir.

2 ** Tezsiz Yüksek lisans öğrencisi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, zerahayani@gmail.com, orcid/0000-0003-1860-3267

3 *** Dr.Öğr.Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr, orcid/ 0000-0002-5446-9862

Günümüzde yaşanan bölgesel savaşlar küresel göç hareketine ivme kazandıran en önemli etkenlerden biridir. Türkiye ile aynı sınırdaki bulunan Suriye’de 2011 yılında başlayan iç savaşla bölgeden kitlesel bir göç hareketi başlamış, savaş milyonlarca insanın yerinden olmasına neden olmuştur. Zorunlu göç, var olan eşitsizlikleri derinleştirirken aynı zamanda yeni çaresizlikler ve zorluklar yaratmaktadır. Evin kaybı ve savaşın yarattığı travmaların yanı sıra göç edilen yerdeki koşulların yetersizliği öncelikle ortak yaşam alanları olan kamplarda ve kamp dışında güvensizlik durumunu artırmıştır (Gönül, 2020, s.80).

Öncelikle barınma, sağlık, gıda temini gibi temel ihtiyaçlardan kaynaklanan toplu yaşamın getirdiği bazı problemleri görmek mümkünken, bunun yanında yasal sorunlar da toplumu etkilemektedir. Bu sorunlar özellikle göç eden bireylerin sağlığı yanında sosyal, kültürel, psikolojik ve fiziksel açıdan da ciddi bir şekilde etki oluşturmaktadır. Çalışmanın konusunu oluşturan göçmenlerin sağlığı konusunda elbette Türkiye tarafından birçok çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmalar oldukça etkili ve çözüm odaklıdır. Ancak göçmenlerin sayılarının artması ve yerleşim alanlarına dağılımları birçok hususu etkilediği gibi sağlık hizmetlerinde de aksamalara neden olmaktadır. Çok sayıda sığınmacının topluma uyum sağlaması aşamasında sığınmacılar arasında psikolojik ve sosyal birçok problem yaşanabilmektedir. Bu doğrultuda mültecilerin sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının çözüme kavuşturulmasının acil bir durum olarak görülmesi, değerlendirilmesi ve sorunların çözümü için kalıcı çözümler üretilmesi arzu edilmektedir (Bükecik vd., 2019, s.460).

Göçe ev sahipliği yapan ülkelerde yeterli sağlık kuruluşlarının olmaması, göçmenin düşük gelir düzeyi ve sağlık sigortalarının olmaması gibi etkenler bireylerin sağlık koşullarını olumsuz etkilemektedir (Gümüş ve Bilgili, 2014, s.63). Ayrıca toplu yaşamın getirdiği zorluklar bazı hastalıkların daha da yaygınlaşmasını kaçınılmaz kılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu araştırmaların sonuçları neticesinde mülteci kamplarında sıklıkla karşılaşılan sağlık problemleri, hipotermi, yanıklar ve gastrointestinal olarak görülmüştür. Ayrıca, göçmenlerin yaşadıkları bölgelerde rutubet ve nem gibi sorunların olması ve sanitasyonun yetersiz olması nedeniyle üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıklarına sıklıkla yakalanmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ayrıca uyuz ve döküntü gibi cilt hastalıklarının da yaşam koşullarının elverişsiz olması nedeniyle artmasını beklediğini ve gerekli kontrollerle söz konusu durumlara karşı tedbirli olunması gerektiğini belirtmiştir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017, s.144).

Göçün kadınlar ve çocuklar açısından daha zorlu olduğu düşünülürse kadın sağlığına etkileri de farklı boyutlarda görülebilmektedir. Göçün kadın sağlığına etkilerinin tespit edilmesi üzerine birçok çalışmalar bulunmaktadır. Bazı durumlarda göç sonucunda kadın sağlığı olumlu etkilenmektedir. Örneğin; kadının yaşam standartlarının sağlanamadığı bir ülkeden yaşam standartlarının artabileceği bir ülkeye göç etmesi durumunda sağlık düzeyi konusunda da iyileşme görülebilecektir. Ancak bir kadının bulunduğu ülkenin sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için bulunduğu ülkede yaşayabileceği düzeyde o ülkede konuşulan dile hakim olabilmesi ve mümkünse kendisine uygun bir işte çalışabiliyor olması da önemli bir durumdur. Dünyanın birçok yerine bakıldığında kadının toplum içerisindeki statüsünün düşük olduğu görülmektedir. Kadınların birçok ülkede düşük bir statüde olmasının bir de göçmen olma durumu eklendiğinde sorunları daha da üst boyuta taşımaktadır. Göçmenler arasında bulunan kadınların şiddetten çeşitli tacizlere kadar birçok olumsuz durumla karşılaşma olasılıkları da olabilmektedir. Göçmen kadınların çok sık olmasa da zor durumda kaldıkları önemli konulardan bir diğeri fuhuşa zorlanmalarıdır. Bu durum sonucunda birçok kadının sağlığı olumsuz etkilenirken aynı zamanda kadınlarda hazır olmadıkları şekilde anne olma, cinsel sağlık sorunları ile bulaşan hastalıklar ve HIV virüsü taşıyıcısı olma gibi durumlar da ortaya çıkarmaktadır (Aksu ve Selim, 2010, s.135). Dolayısıyla kadınların yaşadıkları sorunlara bir de göçmen olmalarının eklenmesi kadınları bedensel ve ruhsal birçok konuda etkilemektedir. Diğer taraftan göç edilmesine karar verilme aşamasında herhangi bir etkisi bulunmayan çocuklar da göç sürecinde en çok etkilenen grupları oluşturmaktadır. Çocuklar bu süreçte fiziksel ve ruhsal bazı tehdit edici unsurlarla karşılaşabilmektedirler. Bu nedenle göç, özellikle son zamanlarda artması sebebiyle hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kadınların ve çocukların sağlığını gözle görülür şekilde etkilemektedir. Aile ve toplum açısından değerli bir konuma sahip olması gereken kadınların ve çocukların yaşadıkları sağlık sorunlarının titizlikle ele alınması ve çözüm üretmek için gerekli çalışmaların uygulamaya geçmesi gerektiği toplum tarafından da anlaşılan bir durumdur. Kadınların ve çocukların göç durumundan en çok etkilenen grubu oluşturmaları düşüncesiyle öncelikle kadın ve çocuk sağlığı konusunda çalışmaların hayata geçirilmesi elzem görülmektedir (Kara ve Nazik, 2018, ss. 59-60).

Göçün kadın ve çocuklar üzerinde olduğu kadar yaşlılar üzerinde de etkisi oldukça fazladır. Yaşlıların da hem yaş itibarıyla hem de göç etme durumuyla

yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle fiziksel ve ruhsal olarak etkilendiklerini göz ardı etmemek gerekir. Burada yaşlıların sağlık sorunlarına çözüm bulmanın önemiyle birlikte yaşlılık döneminin sağlıklı olarak devam ettirebilmesi için de yaşlı bireylerin sağlıklı beslenmesinin sağlanması üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalara ve önlemlere rağmen zorunlu göç durumu göç eden neredeyse her bireyde olduğu gibi yaşlılarda da sağlık sorunlarının artmasına yol açmıştır ve sağlıklı koşullar altında olamayan yaşlıların yaşam standartlarının düştüğü söylenebilmektedir (Aslan ve Akarçay Ulutaş, 2018, s.13).

Bu çalışmada, 2011 yılı itibariyle başlayan Suriye’den Türkiye’ye göçle birlikte Türkiye’nin Suriyeli göçmenlere yönelik geliştirdiği sağlık politikaları ve uygulamalarını ortaya koymak, incelemek ve mültecilerin sağlık sorunları konusunda yeni çözüm önerileri getirmek amaçlanmaktadır.

1. GENEL BİLGİLER VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Suriye Coğrafyası ve Hakkında

Suriye olarak adlandırılan coğrafi bölge birçok toplumun en eski denilebilecek yerleşimlerine tanıklık etmiş bölgelerden biridir. Suriye sahası Bereketli Hilal olarak bahsedilen ve içinde Mezopotamya’yı da bulunduran dünya üzerindeki en verimli sahalardan biri olan Bereketli Hilal’de yer almaktadır. Ayrıca bulunduğu konum itibariyle Doğu Akdeniz’in en gözde alanlarından biri olagelmıştır. Konumu ve verimli coğrafyası sebebiyle tarihin başlangıcı sayılan dönemlerden bu yana birçok farklı kavim ve topluluklara ev sahipliği yapmış olan Suriye günümüzde de zengin petrol sahaları sebebiyle paylaşılamayan bölgelerden biri durumundadır. Suriye tarihine bakıldığında tarih öncesi çağlardan günümüze kadar bölgede birçok kavmin yaşadığı görülmekle birlikte bölgede en uzun süreli hâkimiyeti Osmanlı İmparatorluğu kurabilmiştir. Neredeyse dört yüz yıl devam eden Osmanlı İmparatorluğu dönemi öncesine bakıldığında Suriye sahasında İbraniler, Aramiler, Asurlular, Babilliler, Persler, Romalılar gibi medeniyetlerin bölgeden gelip geçerek izler bıraktığı görülmektedir (Opruklu, 2006, s. 21).

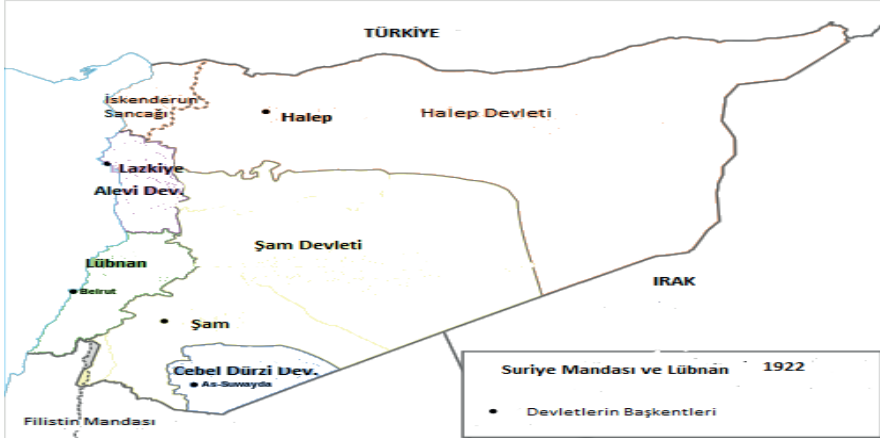


Şekil 1. Bereketli Hilal (Ötümlü, 2006, s. 6).

İslamiyet öncesinde bölgede pagan inançların dışında Musevilik ve Hıristiyanlık benzeri semavi din mensuplarının da olduğu bilinmektedir (Zırhlı, 2017, s. 34-35). İslam devleti döneminde dört halifeden biri olan Hz. Ömer ile Suriye'nin İslam devleti topraklarına katıldığı bilinmektedir. Bu dönemden itibaren bölge hızla İslamlaşmış, aynı zamanda Arap nüfus artacak şekilde bölgenin demografik yapısı değişmiştir. İslam devletlerine bakıldığı zaman önemli bir konuma sahip olan Emevîler Devleti döneminde, Suriye İslam dünyasının önemli merkezlerinden biri konumuna yükselmiştir. Emevî Devleti'nden sonra bölgede Abbasi hâkimiyeti kurulmuş, Abbasiler döneminde ise tarihte en büyük göç dalgalarından birine sebep olan Haçlı seferlerine maruz kalmıştır. Bölgenin haçlı kuvvetlerinden geri alınması süreci Türkler sayesinde olmuştur. Bölgede hâkimiyet kuran Türk kökenli büyük Selçuklu devletinin zayıflamaya başlamasıyla Suriye sahasına Memlûk Devleti döneminde bölge üzerinde Haçlı seferleri devam etmiş, aynı dönemde Haçlıların eline geçen bölge bir diğer Türk devleti Timurlular tarafından ele geçirilmiştir. Timurluların bölgeden çekilmesiyle Suriye topraklarına XVI. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu hâkim olmuştur. XVI. Yüzyılın ilk çeyreğinde başlayan Osmanlı hâkimiyeti Birinci Dünya Savaşına kadar sürmüş ve Suriye 400 yıl Osmanlı hâkimiyetinde kalmıştır. Bu dönem aynı zamanda Suriye sahasındaki en uzun hâkimiyet dönemini temsil etmiştir (Gürbüz, 2020, s. 56).

Birinci Dünya Savaşı sırasında bölge ilk olarak İngilizler devamında Fransızlar tarafından işgal edilmiştir. İngilizler ve Fransızların kendi aralarında Or-

tadoğu’yu paylaşma planında Suriye Fransızlara bırakılmıştır. XX. yüzyılın ilk çeyreğinin sonunda bölgede Fransız manda yönetimi kurulmuş, Fransız manda yönetimi 1946 yılına değin sürmüştür. Fransızlar bölgede ayrıştırıcı bir politika izleyerek bölgeyi azınlıkların yönetmelerine izin vermiştir.



Şekil 2. Fransız mandası altında Suriye'nin bölünmesi (Şen:2004).

İkinci Dünya Savaşı bittikten sonra ise bölgede Fransızlara karşı gerçekleşen ihtilal başarıya ulaşmış ve Suriye devleti kurulmuştur. Bu dönem aynı zamanda SSCB'ye yaklaştığı dönem olmuştur (Ataman, 2012, s. 7). SSCB'ye yaklaşma döneminin sonucunda bölgede sosyolojik düşünceye sahip birçok parti kurulmuştur. Bu partilerin başını ise Baas Partisi olmuştur. O dönem itibariyle Baas Partisi bölgede birleştirici bir rol üstlenmiş, Suriye devrimi olarak adlandırılan önemli dönüm noktalarından birini gerçekleştirmiştir. Baas Partisi Suriye yönetimine geldikten sonra ülkede muhalefeti sonlandırmış, devletin iç siyasetinde sosyalizmi, dış siyasetinde ise Baas'ın temel fikirlerinden biri olan Arap milliyetçiliğini uygulamışlardır (Gürbüz, 2020,s. 94-95; Kodaz, 2016, s. 219).

1960'lara gelindiğinde Arap milliyetçiliğinin en önemli savunucularından biri olan Suriye Devleti Arap-İsrail savaşında başı çeken aktörlerden biri olmuştur. İsrail'e karşı kaybedilen bu savaş Suriye tarihinde dönüm noktası oluşturmuş Ortadoğu Arap dünyasında Irak, Mısır ve Suriye arasında fikir çatışmaları meydana gelmiştir. Bu ayrışmadan kaynaklı olarak Suriye'deki Baas Partisi fikirleri değişime uğramıştır. Bu dönemin sonunda 1970'lerden günümüze değin Suriye

Devleti'ni Esad ailesi yönetmiştir (Arslan, 2018, s.642).

Hafız Esad döneminde Suriye topraklarında huzurlu bir ortam sağlansa da oğul Esad döneminde bu huzur Arap baharı denen halk olayları sonucunda bozulmuştur. Arap baharıyla bölgede başlayan iç savaş tarih boyunca birçok göçe sebep olarak ülke sınırlarında yeniden hareketlenmeye yol açmıştır. Ülke içerisinde çıkan iç savaş Suriye'de bulunan halkın can ve mal güvenliğini tehlikeye atıcı seviyeye ulaşınca bölge halkı düşmanın kendi devletlerini yönetenler olması dolayısıyla çareyi çevre ülkelere kaçmakta bulmuşlardır. 2011 yılı itibariyle başlayan olaylar neticesinde milyonlarca Suriyeli çevre ülkelere ve özellikle Avrupa yönüne göç etmişlerdir. Bu göçten en fazla etkilenenler ise Suriye'ye sınır komşusu olan devletlerdir. Bu ülkelerin başında da açık kapı politikası izleyen Türkiye gelmektedir (Sivrikaya, 2019, s. 330-332).

Çalışmanın sonraki bölümünde öncelikle göç ve göçle ilişkili kavramlar, Suriye'de başlayan iç savaşın sonucunda ortaya çıkan göç olayı, sığınmacı veya mültecilerin durumu, yaşanan sağlık sorunları ve sağlık sorunlarının çözümüne yönelik geliştirilen politika ve uygulamalara yer verilmektedir.

1.2. Göç ve Göç ile İlgili Temel Kavramlar

Dünya üzerinde insanoğlunun varlığıyla eşdeğer kabul edilebilir bir olgu olan göç, insanların bir yerden başka bir yere hareketliliği olarak tanımlanabilir. Bu hareketliliğinin sebepleri ve menzili ise göç kavramının kendi içerisinde sınıflandırılmasını kolaylaştırmıştır. Göçler geniş kapsamda iç ve dış göçler olarak ikiye buradan da sosyal, iktisadi, siyasi ve dini olmak üzere alt başlıklara sınıflandırılabilir (İpek, 2006: 18; Karkın, 2021, s. 58-61). Bu açıklamalardan hareketle insanın coğrafya değiştirmesi ile şekillenen hareketlilik birçok toplumun kalıcı olan değişiklikleri ile sonuçlanmaktadır. Bu dinamik döngü günümüz dünyasında küreselleşmenin önemli bir parçasını oluşturan karışık toplum düzenine geçişi hızlandırmaktadır (Kara ve Korkut, 2010, s.154).

Kitlesel göç hareketleri ile toplumların demografik yapılarında meydana gelen değişimler çok eski dönemlerden bu yana kullanılan ve bu çerçevede yasal düzenlemeler ile donatılan kavramların da değişmesi veya kapsamlarının genişletilmesi ile sonuçlanmıştır. Kavramların kapsamlarının genişlemesi, yaşanan göçlerin sebepleri değişmese de sonuçlarının daha etkileyici olması göç olayla-

rını tanımlayan kavramların da değişmesine yol açmıştır. Çalışmanın konusunu oluşturan Suriyeli göçmenlere yönelik sağlık politikaları öncelikle göç, göçmen, sığınmacı ve geçici koruma kavramlarının açıklanmasını gerektirmiştir.

Göç: Dini, siyasi, ekonomik ve sosyal birçok sebepten kaynaklı olarak insanların yaşamlarının hepsini veya bir kısmını geçirmek üzere bir bölgeden diğer bir bölgeye taşınmak amacıyla yaptıkları hareketliliklerdir (Yılmaz, 2014, s. 1686; <https://sozluk.gov.tr/>). Birçok araştırmacı göçü farklı kavramlarla sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmaların genel anlamda göçün sebepleri üzerinden yorumlandığı görülmektedir. Petersen, göçü aşağıdaki şekilde sınıflandırmıştır:

- İlkel göç
- Zoraki göç
- Serbest göç
- Kitlesele göç (Ekici ve Tuncel, 2015, s.11; Çağlayan, 2006, ss.68-71; Yılmaz, 2014, s.1686)

Uluslararası göç: Bu tip göçler bir devletten başka bir devlete olan göçleri tanımlamaktadır. Bu göçlerin en belirgin sonucunu ise küresel toplum oluşumunun meydana gelmesidir (Bartram vd., 2017).

Göçmen: Göç eylemini gerçekleştiren insanlar olarak belirtilebilir. Göçmenin yaşadığı hareketlilik ise çoğu zaman göçün sebepsel tanımlamasına doğrudan etki etmektedir (Köşk ve Özbek, 2017, s.250). Göçmenler çoğunlukla ekonomik nedenlerle ülkelerini terk etseler de siyasal ve toplumsal huzursuzluğun da göçe ekonomik sebepler kadar etki ettiği gözlemlenmektedir. Bu eylem birçok kez gönüllü yapılsa da zorunluluktan da kaynaklanabilmektedir. Göçmen tanımlaması genel anlamda insanların yasal çerçevede başka bir ülkeden yerleşim talep etmesi ve bu isteğin olumlu karşılanması durumunda yer değiştiren insan için kullanılmaktadır (Olçay, 2012, s. 232; Deniz, 2014, s.177).

Sığınmacı: Genel anlamda ülkesinden zorunlu sebeplerle çıkmış ve başka bir ülkeye geçmiş insanlara sığınmacı tanımlaması yapılmıştır. Sığınmacıların ülkelerini terk etmeye zorlayan en büyük sebebi ise kendi veya aile bireylerinin sağlık durumları konusunda duydukları kaygı oluşturmaktadır. Sığınmacıların mültecilerden farkını ise ülkelerinde maruz kaldıkları tehdit durumunun sona ermesi durumunda geri dönme istekleri belirlemektedir. Sığınmacının göç ettiği ülkedeki misafirlik durumunun netlik kazanması bu tanımlamayı da değiştirmek-

tedir. Dolayısıyla zorunlu göç sonucu başka bir ülkeye sığınan her bir göçmen birey statüsü netleşinceye kadar sığınmacıdır (Elmacı, 2019 ; Ganiyeva, 2016).

Mülteci: Mültecilik sığınmacılıktan farklı olarak kendi ülkesinden zorunlu sebeplerle ayrılan ve başka bir ülkeye kalıcı olarak yerleşen insanları tanımlamak için kullanılmaktadır (Sariteke, Kahraman, ve Aydın, 2018, s. 386; Şimşek, 2019, s.173).

1951 yılında yürürlüğe konulan ve “1951 Sözleşmesi veya Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme” olarak adlandırılan kararlar doğrultusunda mülteci; ırkı, dini, fikirleri, belli bir topluma mensubiyeti veya siyasi kimliği yüzünden, eziyet göreceğinden kaynaklı kendi vatanını bırakarak başka bir devletin çatısı altına korunmak maksadıyla sığınan ve ülkesine geri dönmek istemeyen her bir şahıs olarak tanımlanmıştır (Çakran ve Eren, 2017, s. 5).

Misafir: Misafir günümüzde kısa süreli vizeler dâhilinde başka bir ülkede bulunanları tanımlamakla birlikte Türkiye’de ise yakın dönemde Suriye’de yaşanan iç savaşın sonucu olarak Türkiye’ye sığınan Suriyeliler için kullanılmaktadır. Bu tanımlama yapılırken buldukları ülkeden başka bir ülkeye geçici bir süre için göç eden insanlar geçici koruma kapsamında misafir kabul edilmekte ve yasal düzenlemeler de bu doğrultuda yapılmaktadır (Nurdoğan ve Öztürk, 2018, s.1167; Gökçen ve Ulutaş, 2018, s. 119; Sandal, Hançerkıran ve Tıraş, 2016, s.466; Ciğer, 2016, s.65).

Geçici koruma; Bu kavram ülkelerinde meydana gelen silahlı çatışma ikliminden korunmak amacıyla göç etmeye mecbur kalan insanları anlatmak için göç sınıflamasına yeni kazandırılmıştır. İngilizce karşılığı temporary protection olan bu kavram ülkesinden öldürülme riski nedeniyle kaçmak zorunda kalan insanların korunması ve insan hakları ihlallerine maruz kalmalarını önleme amacına hizmet etmektedir. Bu kapsamda Türkiye Cumhuriyeti Devleti Suriye’de yaşanan iç savaşının başlamasından bugüne kadar, Suriyeli sığınmacılara yönelik olarak açık kapı politikası izlemiş, bölge halkı ve Türk toplumunun ortak geçmişine dayanarak İslam tarihinin derin hoşgörü anlayışlarından biri olan ensar -muhacir geleneğini canlı tutmuştur. Bu kapsamda Türkiye’ye sığınan Suriyeli sığınmacılar için temel insan hakları prensipleri uygulanmaya çalışılmış, hızlı müdahale için sınır güvenliği sağlanırken sınıra yakın kentlere çadır ve konteynir yerleşkeleri kurulmuştur. İlerleyen zamanlarda ise Türkiye’nin çeşitli şehirleri pilot kabul edilerek Suriyeli sığınmacılara yönelik uyum çalışmaları yapılmıştır (Eren ve Kaya, 2018, s.54).

1.3. Suriye İç Savaşı ve Göçe Yansımaları

Dünya tarihinde yönetim şekillerinin dönüşüm yaşadığı toplumsal ve siyasal olayların zirveye ulaştığı milat niteliğinde dönemler yaşanmıştır. 2010 yılı Aralık ayı itibariyle Tunus’ta ortaya çıkan ve büyük ölçüde neredeyse bütün Arap ülkelerine yansıyan olaylar da bu dönüm noktalarından birini oluşturmuştur. Arap baharı olarak adlandırılan bu olaylar Orta doğu geneline demokrasi mücadelesi olarak yansımıştır. Tunus’ta Muhammed Bouazzizi adlı gencin işsizlik ve ekonomik sorunlar nedeniyle kendini yakarak öldürmesi sonucu başlayan olaylar Mısır, Yemen ve Libya gibi birçok Arap ülkesinde yönetim değişikliği ile sonuçlanırken birçoğunda da yönetimlerde reform çalışmalarıyla sonuçlanmıştır (Karkin ve Yazıcı, 2015, s. 206; Topal, 2015, s.5).

2011 yılı Mart ayı itibariyle Ortadoğu’da geniş yankı uyandıran halk ayaklanmaları Suriye’ye de yansımıştır. Arap Baharı’nın Suriye’ye yansımaları olarak gösterilebilecek bu olaylar ülkenin güneyinde bulunan Dera şehrinde birkaç genç tarafından yazılan duvar yazıları nedeniyle tutuklanması ve mensubu oldukları aşiretlerin sokağa dökülmesi ülke genelinde protesto gösterilerine dönüşmüştür. Suriye rejimi bu gösterilere sert şekilde müdahale edince barışçıl olarak nitelenebilecek olan gösteriler kanlı eylemlere dönüşmüştür. Rejimin sert tutumu ülkedeki insanların güvenlik gerekçesiyle çevre ülkelere doğru kaçmaya başlaması ile sonuçlanmıştır. Yaşanan iç savaş nedeniyle 2011-2017 yılları arasında milyonlarca Suriyeli çevre ülkelere göç etmiş, bu göçten Suriye’nin sınır çizgisi olarak en uzun mesafeye sahip olan Türkiye’de nasibini almıştır. Bu yıllar arasında üç milyonu aşkın Suriyeli Türkiye’ye sığınmıştır (Akın ve Bozbaş, 2020, s.50).

Suriyelilerin ülkelerinden güvenlik gerekçeleriyle göçlerinde en büyük desteği sağlayan ülkelerin başında Türkiye gelmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti bu zaman zarfında Suriyeliler için açık kapı politikası izleyerek insani olarak en büyük desteği sağlamıştır. Olayların başladığı 2011 yılından bu yana Suriyelilere olan desteğini sürdüren Türkiye Cumhuriyeti Devleti gerek sınırları içerisinde gerekse sınır ötesinde bölge halkının güvenliği için büyük özveride bulunmuştur. Suriyeliler için yalnızca sınır kapıları açılmamış aynı zamanda zor durumdaki insanların modern şartlar altında bütün ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır. Başlangıçta sınıra yakın bölgelerde oluşturulan kamplar ile geçici olarak yerleştirilen Suriyeli sığınmacılar zamanla ülke içerisinde farklı şehirlere yerleştirilmişler ve insani olarak Türk halkının yararlandığı haklardan yararlandırıl-

mışlardır. Bu süreç içerisinde Avrupa'dan destek alınmış, Suriyeli sığınmacılar için Avrupa Birliği ile birlikte Türk ulusal ajansı kaynaklı binlerce proje hayata geçirilmiştir(Ağır ve Sezik, 2015, ss. 99-100).

1.4. Uluslararası Düzeyde Mülteciler

1.4.1. Mültecilerin hukuksal statüsü

Dünya genelinde mülteci konumu 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi ile 1967 Protokolü çerçevesinde belirlenmektedir. Cenevre Sözleşmesi gereğince ülkeden kaçıp başka bir ülkeye sığınan kişilerden ziyade, belirli kategoride bulunan ve haklı nedenle zulüm göreceğinden korkarak ülkesini terk eden kişiler için mülteci statüsü verilmektedir. Bu nedenle kıtlık, doğal afet ya da iklim değişiklikleri nedeniyle ülkelerini terk edenler mülteci statüsüne sahip olamamaktadır (Kap, 2014, s. 31; Özel, 2020, ss. 713, 714).

Mülteci statüsünü kazanan kişiler; güvenlik gerekçeleriyle terk ettikleri ülkeye dönmüşlerse ve sığındıkları ülkenin vatandaşlığını sürdürüyorlarsa ve kendi vatanlarına yeniden yerleşmek istiyorlarsa mültecilik durumu ortadan kalkmış olacaktır (Özel, 2020, ss. 715-716).

1.4.2. Mültecilerin karşılaştıkları sağlık sorunları

Göç insanları birçok açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzlukların en çok etkilediği grubu da hiç şüphesiz erkek yetişkinlere nazaran daha savunmasız olan kadın ve çocuklar oluşturmaktadır. Kısıtlı imkânlarla can havliyle yanlarına sadece taşıyabileceklerini alarak göçe mecbur bırakılan insanlar ilk olarak sağlık sorunları olmak üzere barınma, beslenme ve sosyal imkânlara ulaşabilme konularında birçok güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Uluslararası araştırma verilerine göre mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, büyüme ve gelişme sorunları, kansızlık, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları, cinsel istismar, Hiv, riskli gebelikler, stres, kronik hastalıkları gibidir (Karadağ ve Altıntaş, 2010, ss. 56-57).

1.4.3. Mültecilere yönelik sağlık hizmetleri

Bulunduğu ülkeyi terk ederek başka bir ülkeye göç etmek zorunda kalan mültecilerin en çok yaşadıkları sorunların başında farklı bir kültür ortamına girmelerinden kaynaklı olarak oryantasyon gelmektedir. Bu oryantasyon süreci ise yalnızca mülteciyi ilgilendiren bir problem değil aynı zamanda yerli halkla da ilgili bir durumdur. Yabancıları oldukları bir topluma giriş yapan insanlar o bölgede uzun süredir uygulana gelen kural ve uygulamalara da doğal olarak yabancı kalmaktadır. Bu uygulamalardan hiç şüphesiz en önde geleni ise sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin evrensel kabul edilebilecek uygulamaları olsa da uygulandıkları kültür çevrelerinin izlerini taşımaları da normal bir durumdur. Bu farklılıklar ise mültecilerin tanı, tedavi ve sonucunda ilaca ulaşım konularında sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Bostan, 2018, s. 41).

Mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları konusunda sağlık çalışanlarının yeni ve ani karşılaştıkları bu durum konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına farkındalık ve deneyimlerinin az olduğu; iletişim sorunları, kültürel farklılıklar, mültecilerin yaşamış olabilecekleri cinsel istismar, tecavüz ve buna benzer durumları anlatabilmek konusunda utangaçlık, toplumsal bazı hizmetlerin paralı olması, kimliğini ispatlayamamak, yasal engeller konularında bilgilendirilmeleri başta atılması gereken adımlar arasında gösterilebilir. Bu sorunların çözümü için ise mülteci sağlığının ve hizmetlerinin iyileştirilmesi adına öncelikle Birleşmiş Milletler (BM)’e, sonrasında uluslararası ve ulusal sivil toplum kuruluşlarına ve yasal düzenlemeler yapma gücü olan hükümetlere görevler düşmektedir. Birleşmiş Milletler ile uluslararası sivil toplum kuruluşları mültecilere yönelik ücretsiz tedavi, üreme sağlığı hizmetleri, temel sağlık eğitimi, ruh sağlığı hizmetleri, tüm hizmetlerin insan haklarına uygun olarak sağlanması, dil sorununa yönelik çalışmalar, barınma, güvenlik ve en önemlisi hizmetlerin sürdürülebilir olması gibi birçok konuda önerilerde bulunmaktadırlar (Karadağ ve Altıntaş, 2010, ss. 56-57).

1.5. Türkiye’de Mültecilerin Durumu

Türkiye özellikle son zamanlarda sürekli artan mülteci, sığınmacı ve göçmenin geçiş bölgelerinden birini oluşturan ülkelerin başında gelmektedir. Anadolu coğrafyasının konumu, binlerce yıllık insanlık tarihi boyunca göçlerden etkilenmesine neden olmuştur. Türkiye’nin özellikle Asya ve Avrupa kıtalarını birbirine

bağlayan bir konuma sahip olması, Asya ve Afrika ülkelerinden farklı nedenlerle ayrılan yüz binlerce göçmenin Türkiye aracılığıyla özellikle kara ve deniz yoluyla Avrupa'ya geçiş yapmaya çalıştığı yer olmasıyla dikkat çekmektedir.

2.5.1. Mültecilerin hukuksal statüsü

Türkiye Cumhuriyeti Devleti göçleri yönetebilmek için mültecilerle ilgili ilk sözleşme olan ve Cenevre'de 28 Temmuz 1951 tarihinde imzalanan sözleşmeye göre hareket etmekle birlikte Türkiye sınırlarına Batı'dan gelenler dışındakiler için geçicilik ifade eden sığınmacı tabiri kullanılmaktadır (Özlü, Kara ve Karkın, 2017, s. 479). Suriye'den Türkiye'ye gelen göçmenler her ne kadar sığınmacı yani misafir kabul edilse de mültecilik kanunun sağladığı haklardan da yararlanmaktadırlar. Sığınmacılar için Türkiye'de mülteci konumuna sahip olmak için yapılan başvurularında Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) mülakat süreleri çok uzamaktadır. Bu durum da Suriyeli sığınmacıların misafirlik sürelerinin uzamasına ve kimlik belirsizliği de beraberinde bir dizi soruna sebep olmaktadır. Avrupa Birliği'nin mülteci, akınına önlemek için mültecilerin geçtikleri ülkelere yönelik politikalarından birini mali destek projeleri oluşturmuştur. Bu kapsamında inşa edilmesi düşünülen belli başlı kabul merkezlerde binlerce göçmenin tutulması amaçlanmıştır. Sürecin sonuçlarının doğru hesaplanamaması vatanlarından uzakta olan bu göçmenlerin ileriye dönük atacakları adımların ertelenmesine neden olmuştur (Karadağ ve Altıntaş, 2010, ss. 58-59).

1.5.2. Mültecilerin sağlık sorunları

Türkiye'de sayıca en fazla olan göçmen grubu Suriyeli göçmenlerdir. Türkiye'de yaşayan Suriyeli göçmenlerin sayılarına cinsiyet ve yaş bağlamında; neredeyse yarısının (%45) kadın, yaş olarak yarısının (%46) 18 yaş altı çocuk ve %3,2'sinin ise 60 yaş üzerindeki yaşlılardan oluştuğu kayıtlara geçmiştir. Kadın ve çocukların sayısı bir araya toplandığında bu oran %70'e çıkmaktadır. Bu verilerden anlaşılacağı gibi Türkiye'de yaşamakta olan Suriyeli mülteci nüfusunun büyük bir kısmı çocuk, kadın ve yaşlılardır. Türkiye'deki normal nüfus grubuna göre bu grubun sağlık sorunlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Budak vd., 2018, s.69).

Mültecilerin sağlık sorunlarına bakıldığında en dikkat çekenlerini; beslenme bozuklukları, büyüme ve gelişme sorunları, kansızlık, solunum yolu enfeksiyonları, cinsel istismar, düşükler, sağlıksız gebelikler, depresyon ve kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Karataştan, 2017, s. 30).

1.6. Türkiye’de Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, savaştan kaçarak Türkiye’ye sığınan ve her türlü temel ihtiyacının giderilmesine muhtaç olan Suriyeli mültecilere yönelik iç savaşın başladığı ilk günlerden bugüne kadar birçok alanda çalışmalar yürütmüştür. Bu doğrultuda Suriyeli sığınmacıların başta sağlık olmak üzere bütün temel ihtiyaçları gözetilmeye çalışılmıştır.

1.6.1. Sağlık hizmetlerinin hukuksal dayanağı

Türkiye’ye sığınan Suriyeli göçmenler için düşünülenler ve bunların gerçekleştirilmesi için yapılması gerekenler çok kısa sürede uygulamaya koyulmuştur. Dolayısıyla bu uygulamaların en önemli basamaklarından birini oluşturan sağlık hizmeti ve uygulamaları için yasal alt yapı belirli bir zaman içerisinde oluşturulmuş ve yürürlüğe konmuştur (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018, s.194-195).

1.6.2. Sağlık hizmetlerinin finansmanı

Türkiye birçok ülkenin göç dalgasına maruz kalan bir ülke konumundadır. Gerek izlediği göç politikasıyla gerekse din ve kültür yakınlığı ile maruz kaldığı bu göç dalgaları Türkiye’yi finansal açıdan da oldukça etkilemektedir. Göçmenlerin sayılarına bakıldığında Suriyelilerin yoğunluğunun fazla olduğu ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin de en çok Suriyeli göçmenlere verildiği görülmektedir. Geçici koruma altında olan Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için yaşadığı şehir ve bölgeye kayıtlı olması gerekli görülmüştür.

2017 yılına gelindiğinde 22 ilde 93 göçmen sağlığı merkezi hizmet vermiştir. Genellikle buldukları ilçelerdeki toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak çalışmışlardır. Bu merkezlerde sayılarının fazla olması nedeniyle öncelikle Suriyelilerin sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması sağlanmaya çalışılmış ve bu hizmetin kaliteli yapılmasına da özen gösterilmiştir. Aile hekimliği uygu-

lamasıyla benzerlik gösteren bu sağlık hizmetleri, Türkiye’de yaşayan herkesin sağlığı konusunda titiz çalışmalar olduğunu ve gerekli hizmetleri sağlamak-tan kaçınmadığını gösterir niteliktedir. Suriyeli sığınmacı nüfusun yirmi binin (20.000) üzerinde olması durumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinden sonra dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız ve diş sağlığı ile psiko-sosyal sağlık hizmetlerinin de verildiği daha donanımlı ve daha çok sağlık hizmeti alanına hizmet eden göçmen sağlığı merkezleri inşa edilmiştir. Sağlık hizmetleri sağla-nırken bu hizmette çalışacak personellere arasına dil desteği ve danışmanlık için Suriyeli sığınmacılar da dâhil edilmiştir. Bu yolla verilecek hizmetin kapsayıcı-lığı genişletilmiştir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Göçmen sağlığı merkezlerinin ekonomik desteği “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İl-gili Hizmetlerin Geliştirilmesi” adını taşıyan proje sayesinde devamlılığını sür-dürmüştür. 2016 yılının sonlarında başlayan projede amaç, 28 ilde toplam 178 Göçmen Sağlığı Merkezi kurulması olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporu, 2018). Göçmen Sağlığı Merkezlerinin dışında, Yabancı Uyruklular Po-likliniği açılması kararı sadece Suriyeli göçmenler için değil diğer yabancıların da sağlık hizmetleri olanaklarından yararlanabilmesi için oldukça önemli bir ka-rar olmuştur (Dama, 2020, s.225).

1.6.3. Sağlık kurumlarında iletişim ihtiyacı

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde giderek artan Suriyeli göçmen sayısı, sosyo-ekonomik problemlerle birlikte sağlık hizmetlerinde sorunlar yaşanmasına sebep olmuştur. Türkiye’deki sağlık personelinin çoğunluğu Suriyeli göçmenlerle anlaşabilecekleri ortak bir dil kullanamama sorunuyla karşı karşıya kalmıştır. Sağlık personellerinin söz konusu hastalarla anlaşma sağlayamadıklarından do-laylı sağlık hizmetlerinin verilmesinde sorun yaşadıkları bir gerçektir. Bu sorun-ların giderilmesi hususunda bazı uygulamaların gerçekleştirilmesi faydalı olabi-lecektir. Bunlar; “Kurum bünyesinde tercüman istihdam edilmesi veya mevcut tercüman bulunan kurumlardan ihtiyaç doğrultusunda görevlendirme, İl/ilçe ba-zında sığınmacılara Türkçe dil eğitimi kurslarının açılması ve yaygınlaştırılması, Hastane planı ve yönlendirme tabelalarına ek olarak farklı dillerde hazırlanmış tabelaların eklenmesi” şeklindedir (Akkoç, Tok ve Hasırıpı, 2017, 24-26).

2.7. Türkiye’de Yaşayan Suriyelilere Yönelik Sağlık Politika ve Uygulamaları

Göçün tahmin edilemeyen bir eylem olması göç edilen ülkelerin bu konuda önceden plan yapmasını önleyen en önemli faktörü oluşturmaktadır. Ortadoğu coğrafyasında geçtiğimiz çeyrek asırlık süreçte yaşananlar da bölgeden kaçışları hızlandırmış birçok ülke bu göçlere hazırlıksız yakalanmıştır. Bu ülkelerden biri de Türkiye olmuştur. Türkiye yaşanan göçlere her ne kadar hazırlıksız yakalansa da bölge halkları ile olan ortak geçmişten ve ortak dinden kaynaklı olarak diğer birçok Hıristiyan ülkeye göre daha hazırlıklı gözükmiştir. Suriyeli göçünün ani ve hızlı yaşanması göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin de göç sırasında belirlenmesini gerekli kılmıştır. Göçmen sayısının fazlalığı alınan önlemleri ve sağlanan sağlık hizmetlerini etkilemiş, insanların zor şartlarda yaptıkları yolculuklar sırasında yaşadıkları düşünülerek temel ihtiyaçların karşılanması öncelikli kabul edilmiştir. Temel ihtiyaçları karşılanan mülteciler için sonraki süreci ise yaşamlarını kaliteli olarak sürdürebilecekleri düzenin kurulması oluşturmuştur. Bu kapsamda geçici koruma politikası çerçevesinde sınırda sağlık kontrolleri ile başlayan süreç ülke içinde de devam ettirilmiştir. Suriyeliler için sınıra yakın kentlerde oluşturulan kamplarda sağlanan sağlık hizmetleri mülteci sayısının çokluğu nedeniyle zor şartlar altında yürütülmüştür (Bostan, 2018, s.58). Kamp- ların mülteciler için yetersiz kalması sonucunda ülke geneline yayılmalarına izin verilmesi nedeniyle ülke içerisindeki sağlık merkezlerinin sınırları zorlanmıştır. Geçici koruma bünyesi altındaki Suriyeli sığınmacıların ülkelerindeki iç savaşın sürmesi başka bir ülkede yaşadıkları misafirlik sürecinin uzamasına neden olmuş başlangıçta belirlenen sağlıkta acil durum politikası da zamanla değişmiştir. Baş- langıçta Suriyeli sığınmacıların en çok sorun yaşadıkları dil oryantasyonu süreci de neredeyse sona ermiştir. Suriyeli sığınmacıların çocukları Türk okullarında Türkçe eğitim alarak oryantasyon sürecinin en önemli aşamasını geçmişler, eği- timle başlayan bu süreç sosyal hayatın bütün aşamalarında dil kaynaklı uyum so- runun çözümü için önemli bir adımın tamamlanmasını sağlamıştır (Önder, 2019, ss.112-113).

1.7.1. Göçmen sağlık merkezleri

Göçmen sağlığı merkezleri göçmenlerin yoğunluğu arttıkça bir zorunluluk hâliyle kurulmuştur. Göçmenlerin sağlık sorunlarına gereken zamanda uygun bir

cevap verebilmek adına kurulan bu merkezlerin hem göçmenlerin sağlığı hem de devletin sağlık kurumları için önemi büyüktür. Devlet kurumlarında göçmenlerin tedavi edilmesi beklenmeyen bir yoğunluk oluşturabileceği düşüncesiyle göçmen sağlığı merkezlerinin kurulması elzem olmuştur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından 2015'te "Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) / Birimleri (GSB)" konulu yönerge planlanmıştır. Bu yönergede göçmenlere verilecek sağlık hizmetlerinin her göçmene ulaştırılabilmesi ve göçmenlerin sayıca fazla oldukları yerlerde toplum sağlığı merkezlerine destek olmak amacıyla açılacak göçmen sağlığı birimleri/ merkezleri ile sağlık hizmetlerinin daha fazla göçmen kitlesine ulaşabilmesi için var olan göçmen sağlığı merkezi birimlerinin kapasitelerinin genişletilmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu fikirler doğrultusunda Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından 2015/8 sayılı "Geçici Koruma Altındaki Yabancılar İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi" başlıklı genelge 2015 tarihinde yayımlanarak 2014 tarihli genelgenin "Sağlık Hizmetleri" başlığı altında bulunan hükümlerinin düzenlendiği ve geçici olarak korunanlar için sağlık hizmetlerinin yeni sunulan genelgeyle birlikte devam ettirilmesine karar verilmiştir. Bu genelgedeki en dikkat çekici konulardan birini geçici koruma altındakilerin karşılanabilen tedavi hizmetlerinin, AFAD ile Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü" hükümleri doğrultusunda verilebileceği olmuştur. Bu durum göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırır niteliktedir. Sonrasında ise tedavi masraflarının AFAD tarafından Sağlık Bakanlığına ödenek aktarmak suretiyle karşılanacağı da açıkça ifade edilmiştir. 2018 yılı mart ayı itibariyle AFAD inisiyatifinde yapılan bütün işlemler Göç İdaresi Genel Müdürlüğüne (GİGM) bırakılmıştır (Önder, 2019, ss. 139-140).

Göçmenlere yönelik sağlık hizmetlerinin il düzeyinde idare edilmesinde, planlanmasında ve yürütülmesinde İl Sağlık Müdürlüklerinin önemi büyüktür. İl bazında yürütülen çalışmalardan neredeyse tamamen İl Sağlık Müdürlükleri sorumlu tutulmaktadır. Geçici Barınma Merkezlerinde (GBM), Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilerek çalışan 112 acil sağlık ekipleri, Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları personeli ve kalabalık sayılabilecek merkezlerine ek olarak hastane personelleri aracılığıyla sağlık hizmetleri verilmektedir. GBM'lerde, yaşayan kişi sayısına ve hastaneye uzaklığına göre birinci ve ikinci kademe sağlık hizmetleri ile 112 acil sağlık hizmetlerinin olduğu sağlık merkezleri de hizmet

vermeye başlamıştır. (GİGM). GBM’lerle birlikte TSM’ler, Aile Sağlığı Merkezleri, Hastaneler ve Geçici Gönüllü Sağlık Kuruluşları ile de sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Önder, 2019, ss. 143-144).

Tablo 1. Geçici Barınma Merkezlerinde Sağlık Hizmetlerini Veren Kurumlar ve Hizmetin Verildiği Yer

İl	GBM Adı	Hizmet Veren Kurum	Hizmetlerin Verildiği Yer
Şanlıurfa (3)	Ceylanpınar	TSM/Hastane	Betonarme Bina
	Harran	TSM/Hastane	Betonarme Bina
	Suruç	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
Adana (1)	Sarıçam	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
	Öncüpınar	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
Kilis (2)	Elbeyli	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
	Merkez	TSM/Hastane	Sabit Hizmet Binası
Kahramanmaraş (1)	Altınözü	TSM	Çelik Konstrüksiyon Bina
	Yayladağı	TSM	Konteyner Betonarme Bina
Hatay (3)	Apaydın	TSM	Prefabrik Bina
	Cevdetiye	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
Osmaniye (1)	Beydağı	TSM/Hastane	Prefabrik Bina
Malatya (1)	Nizip 2	TSM/Hastane	Konteyner Prefabrik Bina
Gaziantep (1)			

Kaynak: (T.C. İç İşleri Bakanlığı GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı)

Tablo 2. Gönüllü Sağlık Tesisleri (Ağustos 2018)

İl	Sağlık Merkezi Adı
Hatay	Ataa Gönüllü Sağlık Tesisi
	Muhsin İnsani Gönüllü Sağlık Tesisi
Gaziantep	Kıtalararası Doktorlar Sağlık Derneği
	Sağlık Yardım Derneği
İstanbul	Nefisoğlu Sağlık Eğitim ve Kültür Derneği

Kaynak: (T.C. İç İşleri Bakanlığı GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı)

GİGM'den alınan bilgilere göre GBM'lerde, 2018 itibariyle Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü sayesinde sağlık hizmetleri verenlerin sayısal olarak bilgisi şöyledir: Hafta içi nöbet esasına göre çalışan 32 uzman doktor, 16 pratisyen doktor, 7 diş doktoru ve 64 hekim dışı sağlık personeli ile Suriye uyruklu 26'sı uzman doktor ve 37'si yardımcı sağlık personelidir. Bu sayı toplam 182'dir (Önder, 2019, s.144).

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmiş olan 2015 tarihli genelge ile geçici korunan Suriyelilere koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin en iyi ve etkili bir şekilde yapılabilmesi için dil ve kültür farklılıklarından kaynaklanan sorunların giderilebilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşabilmesi için de öncelikle göçmenlerin sayıca fazla oldukları yerlerde sağlık hizmetlerinin daha yaygın hale gelmesi için çalışmalar yapılmıştır. Bu hedefle göçmenlerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde ulaşım sıkıntısı olmayacak şekilde yaklaşık 4000-7000 Suriyeli nüfus olan ilçenin toplum sağlığı merkezi olarak göçmen sağlığı merkezlerini kuracak ve idare edecek GSM'ler meydana getirilecektir. Göçmenlerin daha az oldukları bölgelerde ise birinci basamak olarak görülen toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri tarafından sağlık hizmetleri verilmeye çalışılacaktır. Yönergeye bakıldığında GSM'lerin en az bir doktor ile bir hemşireden oluşacağı belirtilmiş, fiziki ve teknik olarak ise aile hekimliği merkezlerine benzeyen özelliklere sahip olması gerektiği açıkça söylenmiştir. Bu merkezlerde göçmenlere hizmet verirken yaşanan en önemli problemlerden biri olan dilin engel olmasını ortadan kaldırabilmek için sağlık personeli dışında istenilen özellikleri taşıyan tercüman, hastaya yardımcı olabilecek personel de yer alacaktır. Bu hizmetleri verebilen GSM sayısı GİGM'den ulaşılan bilgilere göre 2018'in sonlarına doğru 29 ilde, 172 Göçmen Sağlığı Merkezi içerisinde 656 göçmen sağlığı birimidir. (Önder, 2019, s.146).

Tablo 3. İllere Göre Göçmen Sağlığı Merkezlerinde Bulunan Birim Sayıları (Ağustos 2018)

SIRA	İL	Kurum Onaylı GSM	Kurum Onaylı GSB	Valilik Onaylı GSM	Valilik Onaylı GSM
1	Adana	10	51	1	1
2	Adıyaman	2	10	0	0
3	Ankara	6	26	0	0

4	Batman	2	5	0	0
5	Burdur	1	1	0	0
6	Bursa	5	20	0	0
7	Denizli	2	2	0	0
8	Diyarbakır	1	1	0	0
9	Elazığ	1	2	0	0
10	Gaziantep	12	85	0	6
11	Hatay	21	89	3	13
12	Isparta	1	1	0	0
13	İstanbul	29	77	0	0
14	İzmir	8	36	0	0
15	Kahramanmaraş	5	20	1	1
16	Kayseri	4	13	0	0
17	Kilis	2	15	2	20
18	Kocaeli	1	2	0	0
19	Konya	4	23	0	5
20	Malatya	3	11	0	0
21	Manisa	1	1	0	0
22	Mardin	6	10	1	2
23	Mersin	9	43	0	0
24	Muğla	0	0	1	1
25	Nevşehir	0	0	1	1
26	Osmaniye	3	13	0	0
27	Samsun	1	1	0	0
28	Sakarya	1	1	0	0
29	Şanlıurfa	5	20	16	27
	TOPLAM	146	579	26	77

Kaynak: (T.C. İç İşleri Bakanlığı GİGM, Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı)

1.7.2. Türkiye’nin Suriye’de açtığı sağlık kurum ve kuruluşları

Türkiye, Suriye’den gelen göç olaylarına mevcut sağlık kuruluşları, afet ve acil durum kuruluşlarının yanı sıra yeni kurulan sağlık merkezleri ile destek olmaya çalışmıştır. Bu süreci olabildiğince iyi yöneten Türkiye Cumhuriyeti Devleti yerinde müdahale anlayışıyla da hareket ederek hem sınırında ve içerisinde

hem sınır ötesinde insanı ön plana alarak son derece gayret göstermiştir. T.C. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünden ulaşılan bilgilere göre Suriye’de Türkiye tarafından açılan sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Bu sağlık kuruluşları aşağıdaki gibidir:

- **Afrin Hastanesi;** 2018 yılında hizmete açılmıştır. Hastane 50 yatak kapasitelidir. Hastanede yaklaşık 80 personel hizmet etmektedir (yenibalkan.com).
- **Azez Vatan Hastanesi;** 2018 yılında rejim tarafından bombalanmasının ardından Türkiye bu hastaneyi restore edip hizmete açmıştır. Hastane 180 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 460’a yakın personel hizmet etmektedir (aksaraypostagazetesi).
- **Cerablus Hastanesi;** 2016 yılında hizmete açılmıştır. Hastanede günde 500 hastaya hizmet verilmektedir. Hastanede 204 personel hizmet vermektedir.
- **Çobanbey Hastanesi;** 2018 yılında hizmete açılmıştır. Hastane 200 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede “ 8 ameliyathane, 51 poliklinik odası, 10 yeni doğan yoğun bakım yatağı, 18 erişkin yoğun bakım yatağı, 10 pediatrik yoğun bakım yatağı, 16 cihazlı diyaliz odası, ERCP ünitesi, 4 diş ünitesi, anjiyografi ünitesi, MR ünitesi, tomografi ünitesi, endoskopi, doğum salonu, sancı ve lohusa odası, 75 kişilik misafirhane ve 6 servis ” bulunmaktadır.
- **El-Bab Hastanesi;** 2018 yılında hizmete açılan hastane, 200 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede “ 8 ameliyathane, 51 poliklinik odası, 10 yeni doğan yoğun bakım yatağı, 18 erişkin yoğun bakım yatağı, 10 pediatrik yoğun bakım yatağı, 16 cihazlı diyaliz odası, ERCP ünitesi, 4 diş ünitesi, anjiyografi ünitesi, MR ünitesi, tomografi ünitesi, endoskopi, doğum salonu, sancı ve lohusa odası, 75 kişilik misafirhane ve 6 servis” bulunmaktadır. El-Bab Hastanesinde 56’sı hekim 275 Suriye uyruklu personel hizmet etmektedir.
- **Marea Hastanesi;** 2018 yılında hizmete açılmıştır. Hastane 75 yatak kapasitelidir. Hastanede “14 adet poliklinik odası, 5 ameliyathane, bir doğum salonu, sancı ve lohusa odası, tomografi, 2 diş ünitesi, 4 yeni doğan yoğun bakım yatağı, 4 erişkin yoğun bakım yatağı, 10 cihazlı diyaliz ünitesi ve 48 kişilik misafirhane” bulunmaktadır (aa.com.tr).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Göç, eylemini gerçekleştiren bireyleri ve göç edilen yerdeki toplumu etkilemektedir. Bu etkiler hayatın neredeyse her alanında kendini gösterse de sağlık alanında yaşanan sorunlar başta gelmektedir. Birçok dünya ülkesi mültecilik ve mülteci sorunları ile baş etmeye çalışırken temel insan haklarını gözetmeye özen göstermektedir. Fakat mülteci sayısının çokluğu bu durumu zorlaştırmaktadır.

Arap Baharı olarak adlandırılan halk ayaklanmalarının görüldüğü ülkelerden özellikle Batı yönlü olan göçler birçok dünya devletini bu göçlere ve göçmenlere yönelik politikalar geliştirmeye zorlamaktadır. Mülteciler konusunda BM’in desteği ile ortak kararlar alınmaya çalışılsa da mültecilerin sığındığı birçok ülke kendi kararlarını almak zorunda kalmaktadır.

XXI. Yüzyılda Ortadoğu’da meydana gelen halk hareketleri sonucunda ortaya çıkan kitlesel göç hareketleri genel anlamda Avrupa’ya ulaşma çabası olarak görülse de bu göç olaylarından geçiş ülkeleri daha çok etkilenmektedir. Bu ülkelerden Suriye ile sınır komşusu olan Türkiye oldukça fazla etkilenmektedir. Bu süreç içerisinde Türkiye’ye biçilen rol ise Avrupa’ya daha az mülteci girmemesini sağlamak olmuştur. Bu politikanın neticesi olarak Türkiye’ye maddi destek sözü verilse de ülkedeki imkânların mülteci sayısının çokluğu oranında olumsuz etkilendiği de gözlemlenmiştir.

Türkiye özellikle Suriyeli göçünden en çok etkilenen ülke olmuş, sınır içerisinde ve dışarısında sağlığın en önemli şartlarından olan güvenlik önlemleri konusunda büyük adımlar atmak zorunda kalmıştır. Ülke içerisinde Suriyeli sığınmacılara yönelik olarak tüm imkânlar seferber edilmiş, Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmıştır. Bu çerçevede Suriyeli sığınmacılar için Sağlık Bakanlığı, Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi, AFAD, Kızılay ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü gibi devlet kurumlarından sonra üniversiteler ve vakıflar aracılığıyla Suriyelilere yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti ve halkı her ne kadar Suriyeli sığınmacılara kucak açsa da sürecin uzaması hem Suriyeli sığınmacıları hem de Türk halkını olumsuz etkilemektedir. Başlangıçta yaşanan alışma sorunu çözülmüş olsa da sürecin yeni problemlere gebe olduğu da açıktır. Çünkü mülteci sorunu bugün itibarıyla Covid-19 salgını, dünya genelinde ortaya çıkan ekonomik sorunlar ve savaşlar nedeniyle geri plana atılmış görülmektedir. Bu durum da ne yazık ki hala devam etmekte olan mülteci sorunu konusunda çözümlerin üretilmemesi ile

sonuçlanmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, Suriye'deki insanlık dramına köklerinde taşıdığı gelenek ve alışkanlıkla kayıtsız kalmamış, önce insan anlayışı ile zor şartlarda göç etmek zorunda kalan insanlara bir kez daha kucak açmıştır. Bir kez daha derken tarihte birçok örneğine rastladığımız göç olaylarına her maruz kaldığında elinden gelenin en iyisini yapacak şekilde destek olmuş bir milletin devamı olarak Türkiye Cumhuriyeti Devleti de üstüne düşen sorumluluğu yerine getirmiştir.

Türkiye'nin göç süreci boyunca yaptığı çalışmalara bakıldığında birçok sağlık kuruluşunun yanı sıra ek olarak göçmen sağlığı merkezlerinin açıldığı ve buna da ek olarak afet durumları için kurulan kuruluşların da desteği sağlanmıştır. Sağlık çalışanları olağanüstü bir gayret ile göçmenler için kurulan sağlık merkezlerinde görev yapmışlardır. Devletin desteklerinin yanı sıra Türk halkı ve birçok vakıf da Suriyeli sığınmacılar için çalışmalar yürütmüş, göçmenlerin uyum sürecini en iyi şekilde atlatmalarını sağlamışlardır.

Göçmenlerin göç esnasında ve sonrasında yaşadıkları fiziksel sorunların yanı sıra ruhsal sorunlarının da önemli olduğu açıktır. Göçmenlerin ruhsal sorunlarının giderilmesi için yapılacak çalışmalar dünyanın yeni gündemlerinden birini oluşturan göçmen krizinin de en önemli maddelerinden birini oluşturmaktadır. Birçok dünya devleti ve uluslararası birçok kuruluş bu konuda yapılacak projelere destek verse de yapılan çalışmaların hala yeterli seviyede olmadığı düşünülmektedir.

İnsanın ülkesinden çıkmak zorunda bırakılması başka bir ülkeye gelerek orada uzun bir süre yaşamak zorunda kalması ya da ülkesine geri dönme şansı olmayan göçmenler, girdikleri toplumların demografik yapısını değiştirerek oldukça yeni olan dünya milleti kavramının da doğmasına sebep olmaktadır. Bu kavram toplum inşasında önemli bir paya sahip olan millet veya ırk kavramlarının da değişmesine neden olmaktadır. Bu durum özellikle ırkçılığın daha kalın çizgiler ile belirmesine dolayısıyla göçmen olanların içine girdikleri toplumlarda doğacak kin ve nefretten kötü anlamda nasibini almasıyla sonuçlanacaktır. Bu anlamda göçmenlerin işledikleri suç veya yaptıkları hatalardan dolayı özellikle ülke yöneticilerince genellemeden, suçun bireyselliği anlayışıyla savunulmaları gerekmektedir. Ülke yöneticilerinden sonra toplumun önemli karar mekanizmalarından biri haline gelen basın ve sosyal medyanın da bu ko-

nuda daha dikkatli yapılandırılmaları elzem görünmektedir.

Özellikle göçmen sağlığı politikalarında; Aile Sağlığı Merkezleri’ni etkin kullanarak koruyucu sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaşmak, talep artışlarına cevap verebilmek için gerektiğinde geçici sağlık personeli istihdamı sağlamak, çalışanlar ile göçmenler arasındaki dil temelli iletişim sorununa kalıcı çözümler üretmek yerinde olacaktır.

Sonuç olarak göçmenlere yönelik geliştirilen sağlık politikaları her açıdan değerlendirilmelidir. Zorlu bir göç olayının devamında ruhsal ve fiziksel açıdan da güçlükler yaşayan göçmenlerin insan haklarının ilki olan yaşam hakkının elinden alınmaması ve sağlıklı bir yaşam için yapılacak çalışmalar arttırılmalı ve sürdürülmelidir.

KAYNAKÇA

- Akın, M. H., ve Bozbaş, G. (2020). *Suriye’den Türkiye’ye Göçün Sosyolojik Sonuçları: Suriyeli Göçmenler Üzerine Uygulamalı Bir Saha Araştırması. Liberal Düşünce Dergisi*, 25(97), ss. 47-65.
- Aksu, H., ve Sevil, Ü. (2010). *Göç ve kadın sağlığı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 133-138.
- Arslan, Y. E. (2018, Temmuz). *1957 Suriye Krizi. Social Mentality And Researcher Thinkers Journal*, 640-647.
- Aslan, Ş., ve Ulutaş, D. A. (2018). *Sağlık Açısından Göç ve Yaşlılık. Göç Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 10-29.
- Ataman, M. (2012). *Suriye’de İktidar Mücadelesi: Baas Rejimi, Toplumsal Talepler*. Ankara.
- Bartram, D., Poros, M. V., ve Monforte, P. (2017). *Göç Meselesinde Temel Kavramlar; çev. İtir Ağabeyoğlu Tuncay*, Ankara: Hece Yayınları.
- Beşer, A., ve Tekkaş Kerman, K. (2017). *Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımdaki engeller. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 3(3), 143-8.
- Bostan, H. (2018). *Geçici koruma statüsündeki Suriyelilerin uyum, vatandaşlık ve iskân sorunu. Göç Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 39-88.
- Budak, F., Özer, Ö., ve Yanardağ, M. Z. (2018). *Suriyeli Sığınmacıların Fiziksel Sağlık*

- Algılarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), ss. 68-75.
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S., ve Düzgün, A. A. (2019). *Mülteci Kadınlar ve Üreme Sağlığı: Sağlık Hizmetlerine Ulaşmalarını Etkileyen Faktörler, Engeller ve Çözüm Önerileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), ss. 460-464.
- Ciğer, M. İ. (2016). *Uluslararası Hukuka Uygun Geçici Koruma Rejiminin Unsurları Üzerine. Göç Araştırmaları Dergisi*, (3), ss. 62-92.
- Çağlayan, S. (2006). *Göç Kuramları, Göç ve Göçmen İlişkisi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (17), ss. 67-91.
- Dama, N. (2020). *Geçici Koruma Statüsündeki Suriyelilere Sunulan Refah Hizmetlerinin Türkiye'nin Refah Sistemindeki Dönüştürücü Perspektifi. In Journal of Social Policy Conferences*, No. 79, pp. 207-235.
- Deniz, T. (2014). *Uluslar arası göç sorunu perspektifinde Türkiye. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 181(181), 175-204.
- Ekici, S., ve Tuncel, G. (2015). *Göç ve İnsan. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), ss. 9-22.
- Elmacı, D. (2019). *Sığınmacı Çocukların Maruz Kaldığı Kültürel Şiddet Cultural Violence Towards Asylum Seeker Children. Çocuk ve Şiddet: Toplumsal Şiddetin Cenderesinde Çocuklar, Researchgatess*. 71-78.
- Eren, E. Y., ve Kaya, D. İ. (2018). *Mülteci hukukunda geçici koruma*. Seçkin Yayıncılık.
- Ganiyeva, S. (2016). *Türk ve Rusya Federasyonu Hukukunda Mülteci ve Sığınmacı Kavramları Arasındaki Ayrım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 16(2), 45-82.
- Gökçen, A., ve Ulutaş, E. (2019). *Toplumsal Bir Tip: Misafir. Adam Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), ss. 115-138.
- Gönül, S. (2020). *Zorunlu göç ve toplumsal cinsiyet: Suriyeli kadınların evlilik deneyimleri. Toplumsal cinsiyet perspektifinden Türkiye'de göç araştırmaları*, 80.
- Gültaş, A., ve Balçık, P. Y. (2018). *Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları. Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), ss. 193-204.
- Gümüş, Y. (2015). *Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 63-67.
- Gürbüz, E. (2020). *Suriye'de Ulus İnşa Çabaları ve Baas Partisi'nin Rolü. Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul*.

- İpek, N. (2006). *İmparatorluktan Ulus Devlete Göçler*. Baskı I. Trabzon: Serander Yayınları.
- Kap, D. (2014). *Suriyeli mülteciler: Türkiye’nin müstakbel vatandaşları. Akademik Perspektif*, 1(3), 30-35.
- Kara, P., ve Korkut, R. (2010). *Türkiye’de göç, iltica ve mülteciler. Türk İdare Dergisi*, 467(1), 153-162.
- Karadağ, Ö., ve Altıntaş, K. H. (2010). *Mülteciler ve Sağlık. TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), ss. 777-780.
- Karataştan, N. (2017). *Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Yaşadıkları Zorluklar* (Master’s thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karkın, V. (2021). *1877-1878 Osmanlı-Rus savaşı sonrası Anadolu’ya göç eden Çerkezlerin yerli unsurlarla ilişkileri* (Yüksek Lisans Tezi), Artvin Çoruh Üniversitesi.
- Karkın, V., ve Yazıcı, Ö. (2015). *Arap Baharı’nın Suriye’ye Yansıması ve Türkiye’ye Sığınan Mülteciler (Gaziantep Örneği)*. *21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(12).
- Kodaz, Y. (2016). *Bağımsız Suriye İçin Atılan İlk Adım: Fransa-Suriye Antlaşması ve Türk Kamuoyu*(9 Eylül 1936). *TAD*, 35(59), 213-237.
- Köşk, U. C., ve Özbek, Ç. (2017). *Küreselleşme ve Uluslararası Göç İlişkisinde Değişen Göçmen Algısı. Researcher*, 5(1), ss. 247-265.
- Nurdoğan, A., ve Öztürk, M. (2018). *Geçici Koruma Statüsü İle Türkiye’de Bulunan Suriyelilerin Vatandaşlık Hakkı. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3), 1163-1172.
- Olçay, Z. (2012). *Mülteci - göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri. Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 99(232-233), 201.
- Opruklu, H. (2006). *Türkiye-Suriye İlişkileri (Atatürk Dönemi)*. İzmir.
- Önder, N. (2019). *Türkiye’de Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikalarının Analizi. Göç Araştırmaları Dergisi*, 5(1), ss. 110-165.
- Ötümlü, A. (2006). *Tarihten Günümüze Kadar Bereketli Hilal’de Sosyo-Ekonomik Yapı* (Doctoral dissertation). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Özel, S. (2020). *Türkiye’deki Suriyelilerin Hukuki Statüsü. Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 17(2), ss. 709-734.
- Özlu, Z., Kara, A., ve Karkın, V. (2017). *Suriye Özelinde Arap Baharı ve Türkiye’ye Etkileri. Osman Köse (Yay. haz.), Geçmişten Günümüze Göç I içinde*, 477-484.
- Pınar, K., ve Nazik, E. (2018). *Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. Gümüşhane Üni-*

versitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 58-69.

Sandal, E. K., Hançerkıran, M., ve Tıraş, M. (2016). *Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler ve Gaziantep İlindeki Yansımaları*. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 15(2).

Sarıteke, İ., Kahraman, Ö. F., ve Aydın, A. (2018). *Türkiye'deki Suriyeli Nüfusun Hukuki Statüsü İle İlgili Bir Analiz*. *Electronic Turkish Studies*, 13(7).

Sezik, M., ve Ağır, O. (2015). *Suriye'den Türkiye'ye Yaşanan Göç Dalgasından Kaynaklanan Güvenlik Sorunları*. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), ss. 95-124.

Sivrikaya, H. A. (2019). *Arap Baharı'nın Suriye Sahasında Arap Dilinde Olan Yansımaları: PYD/YPG Örneği*. *Güvenlik Bilimleri Dergisi*, 329-357.

Şen, S. (2020, 2 1). *Ortadoğu'da İdeolojik Bunalım* (Suriye Baas Partisi ve İdeoloji). Hiperkitap.Com: <https://Hiperkitap.Com/Book/Pdfviewer?Name=&UId=00000000-0000-0000-00000000000000&Bid=2550&Bookid=&Pagenumber=70&Realpagenumber=AdresindenAlındı>.

Şimşek, D. (2019). *Türkiye'de Suriyeli Mülteci Entegrasyonu: Zorlukları ve Olanakları*. *Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*, 4(2), ss. 172-187.

Topal, A. H. (2015). *Geçici koruma yönetmeliği ve Türkiye'deki Suriyelilerin hukuki statüsü*. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2(1), 5-22.

Yılmaz, A. (2014). *Uluslararası Göç: Çeşitleri, Nedenleri ve Etkileri*. *Electronic Turkish Studies*, 9(2), ss. 1684-1705.

İnternet Kaynakları

<http://aksaraypostagazetesi.com/suriye-deki-hastanenin-mudurlugu-aksarayli-umit-korkmaz-yapiyor/12795/>, (18.07.2022).

<https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiye-geri-donusleri-tesvik-icin-suriyede-3-hastane-insa-etti/1285284> (01.06.2022).

Göç, <https://sozluk.gov.tr/> (15.06.2022).

<https://yenibalkan.com/tr/saglik/turkiye-afrinde-sifa-dagitiyor>, (23.06.2022).

2. Bölüm

GEBELİK DURUMUNDA GÖRÜLEN FARMAKOKİNETİK DEĞİŞİKLİKLER

Dr. Ecz. Nasıf Fatih Karakuyu

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fatihkarakuyu03@gmail.com

Orcid No: 0000-0002-2249-4668

GİRİŞ

Farmakokinetik bilimi temel olarak vücudun ilaca ne yaptığı olarak bilinmektedir. Kısaca ilacın vücuttaki serüvenini inceleyen bilim dalı da denilebilir. İlacın vücuda uygulanmasının ardından sırasıyla emilim(absorpsiyon), dağılım, metabolizma ve atılım(itrah) olaylarını değerlendirir ve bu olaylara bağlı olarak kullanılan ilacın vücutta bulunduğu ilgili yerdeki konsantrasyonunu inceler. Ayrıca farmakokinetik, vücuda alınan her türlü ilaç için bu aşamaların detaylı olarak saptanmasını ve bu bağlamda ilacın ne zaman, ne dozda, hangi yolla, ne sürede ve nasıl kullanılması gerektiği gibi farklı sorulara cevap verilmesini sağlar (Loebstein vd., 1997).

Yukarıda bahsedilen ilaçların kullanım şekillerinin saptanmasına yardımcı olan farmakokinetik bilgiler, ilacın ruhsatlandırılmasından önce yapılması zorunlu olan prelinik ve klinik araştırmalar aracılığıyla elde edilir. İlaç geliştirme prosesi esnasında ne yazık ki etik nedenler ve teratojenite riski nedeniyle gebe kadınlarda kullanım ile ilgili çok az sayıda veri toplanır. İlacın piyasaya sunulmasından sonra yapılan klinik araştırmalarda ise öncesine oranla kısmen daha fazla bilgi elde etmek mümkündür. Ancak bu son aşamada elde edilen bilgiler de çoğu zaman yetersiz kalır. Gebeliğin sebep olduğu fizyolojik farklılaşmaların farmakokinetik mekanizmaları nasıl ve ne yönde etkilediğinin sağlık profesyonelleri tarafından iyi bilinmesi gereklidir. Bu bilgilere sahip

olmak, yaşanan ve yaşanması muhtemel problemleri azaltmada çok önemlidir (Anger ve Piquette-Miller, 2008; McCormack ve Best, 2014; Avram, 2020).

Bu çalışmada gebelikte meydana gelen farmakokinetik değişiklikler farmakokinetik mekanizmalar üzerinden sırasıyla açıklanacaktır.

1. ABSORPSİYON

Farmakokinetiğin bu ve diğer basamaklarında gerçekleşen olaylar esnasında ilaçların bazı biyolojik membranlardan geçmesi gerekir. Bu geçiş işlemi genellikle pasif difüzyon olmak üzere, aktif taşıma, kolaylaştırılmış difüzyon, endositoz gibi mekanizmalar aracılığıyla meydana gelir. Bu geçişlerin başarıyla gerçekleşmesi için ilacın sahip olduğu özelliklerle vücuttaki geçeceği yerin özelliklerinin birbiriyle uyumlu olması gerekir. Bir ilaç molekülünden istediğimiz etkiyi elde edebilmek için etki yerine ulaşabilmesi, bunun için de ilk olarak ilacın uygulama yerinden yeterli dozda emilmesi gerekir (Murray ve Seger, 1994).

İlaçların uygulama yerinin yüzey geçirgenliği ve kan akış hızı gibi uygulama yerine ait unsurlar ilacın absorpsiyonunu etkiler. Annenin gebelik sebebiyle vücudunda ortaya çıkan bazı fizyolojik değişimler, ilacın uygulandığı yeri etkileyerek absorpsiyonu pozitif veya negatif olarak değiştirebilir. Bu durumdan ötürü anne ve fetüsteki ilaç konsantrasyonları etkilenecek ilacın etki ve advers etkilerinde değişimler gözlenebilmektedir (Anderson, 2005).

1.1 Oral Absorpsiyon

Gebelikte progesteron hormonunun artışına bağlı olarak gastrointestinal motilitenin yavaşlaması ve gastrik asit salgılanmasının azalması sebebiyle gastrik pH değerinin artması muhtemel bir sonuçtur. Gastrik pH değerinin artması yani ortamın bazikleşmesi zayıf asit formundaki ilaçların iyonizasyonunu artırır. Bu durumda serbest ilaç miktarı ve dolayısıyla ilacın absorpsiyonu azalabilir. Motilitenin azalması, ilaçların bağırsak lümeninden geçiş zamanının uzamasına sebep olduğu için absorpsiyonun fazlalaşacağını düşündürmektedir. Fakat bu durumda katı farmasötik şekilde verilen ilaçların disintegrasyon-dissolüsyonu ve ilaç moleküllerinin emilim gerçekleşeceği mukoza yüzeyi ile temas miktarı azalır. Bu sebeple özellikle katı haldeki ilaçların absorpsiyon oranı normalden daha düşük olabilir (Dawes ve Chowienczyk, 2001).

Bazı ilaç molekülleri ince bağırsağın yalnız belirli ve kısa bir segmentinden geçiş yaparken absorbe edilirler. Örneğin; demir, tiamin (B1) ve riboflavin (B2) gibi vitaminler ince bağırsağın üst segmentinden emilir. Kobalamin(B12) vitamininin emilimi ise ileumda gerçekleşir. Bağırsak motilitesindeki azalış, özellikle bu şekilde sadece belli bir kısımdan emilen ilaçların absorpsiyonunun artmasına neden olabilir (Dawes ve Chowieńczyk, 2001).

Gebelikte absorpsiyonu en fazla etkileyen bir diğer problem çoğu gebede görülen mide bulantısı ve kusmadır. Kusma durumunda diğer problemlerin yanı sıra vücuda alınması istenen ilacın ne oranda emilmeden uzaklaştırıldığı tam olarak bilinemediğinden gebelikte oral ilaç tedavisini fazlasıyla zora sokabilen bir durumdur. İlacın alım saatini mide bulantısının en az olduğu vakitlere denk düşürülmesi ve antiemetik ilaç tedavisi gibi müdahaleler uygulanarak bu problemin çözümü kısmen mümkün olabilir (Costantine, 2014).

1.2 Pulmoner Absorpsiyon

Gebelik döneminde progesteron seviyesindeki artış nedeniyle solunum sisteminde damarlanmanın artması ve üst solunum yollarında oluşan ödem gibi anatomik değişiklikler görülmektedir. Solunum hacmi %30-50 oranında artış göstermekte ve ventilasyon hızı da yaklaşık %50 oranında artmaktadır (Mehta vd., 2015).

Hamilelikte artan kalp debisi ve solunum hacmi nedeniyle ilaçların alveolar absorpsiyonunda artış görülmektedir. Halotan, izofluran, enfluran ve metoksifluran gibi ilaçlar inhalasyon yoluyla uygulanırken dozlarının azaltılması şeklinde bir ayarlama yapılması gerekmektedir (Tan ve Tan, 2013).

1.3 Parenteral Absorpsiyon

İntramsküler yoldan verilen ilaçların absorpsiyonu, gebelikte görülen doku perfüzyonundaki artış ve vazodilatasyon sonucunda artmaktadır.

Gebelik halinde ciltteki kan dolaşımı da artış gösterir. Bu sebepten ötürü intrakütan ve subkütan yoldan uygulanan ilaçların da absorpsiyonlarıyla ilgili değişimler olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıyeten aşırı ödem gibi nedenlerle kan ve lenf dolaşımının bozulması halinde, bahsedilen parenteral uygulamalar esnasında absorpsiyon azalabilir (Dallman vd, 2019).

2. DAĞILIM

Hamilelik halinde fetüsün gelişimine bağlı olarak kadınların vücut hacmi artar. Daha büyük hacimli insanlar daha fazla dozlarda ilaçlara ihtiyaç duyarlar çünkü daha büyük dağılım hacimlerine ve daha fazla klirensa sahiptirler. Gebelikte plazma hacmi normale kıyasla yaklaşık %50 artış göstermektedir. Artan plazma hacmi, suda çözünür ilaçların dağılım hacmini artırır ve bu nedenle, doz ayarlanmazsa, daha düşük pik ve kararlı durum ilaç konsantrasyonları görülmesi olasıdır.

Albümin konsantrasyonu ikinci trimesterde azalır ve hamilelik boyunca daha da düşüş gösterir. Plazma protein seviyeleri ve dolayısıyla ilaç bağlama yeteneği azalmış olur. Midazolam, digoksin, fenitoin ve valproik asit gibi proteine yüksek oranda bağlanan ilaçların serbest fraksiyonunu artırır (Pacheco vd., 2013).

Gebeliğin üçüncü trimesterinde, valproik asidin plazmada serbest halde bulunan kısmının konsantrasyonu yalnız %29 azalmasına rağmen plazma toplam ilaç konsantrasyonu %50 oranında azalış göstermiştir. Bu sebeple doz ayarlaması yapılırken eğer bu ilacın serbest değil de plazma toplam ilaç konsantrasyonu değerlendirilecek olunursa, bu değerle tespit edilecek bir azalmanın telafisi için uygulanacak doz artışı; fark edilmeden serbest ilaç konsantrasyonu gereğinden daha fazla artıracak ve toksisiteye neden olabilecektir. Özellikle epilepsi hastalığına sahip gebelerde anti-epileptik ilaçların doz ayarlamasında bu ilaçların dağılım kinetiği göz önünde bulundurulmalı, tedavi süreci terapötik ilaç düzeyi izlemi ile değerlendirilmelidir (Yerby vd., 1990).

3. METABOLİZMA

Anne ve fetüsün eliminasyonda görev alan organlarının fonksiyon yetisi farmakokinetik kaynaklı problemlerde belirleyici faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Eliminasyon olayı enzimatik süreçle metabolize olarak ya da doğrudan atılım şeklinde meydana gelir. Metabolizma sürecinde görev alan enzimlerin çoğu karaciğer başta olmak üzere akciğer, böbrek ve gastrointestinal sistem üzerindeki bazı yapılarda yoğunlaşmıştır (Anderson, 2005).

Karaciğerde gerçekleşen eliminasyon kinetiği; protein bağlama, metabolik enzimlerin aktivitesi ve portal kan akımı miktarı gibi pek çok faktöre bağlı olarak gebelikte değişebilmektedir. Örneğin gebelikte parasetamolün glukuronidasyonu

artar. Analjezik etkiye sahip bu ilacın metabolizmasındaki artış, parasetamolün normal dozlarda vücuda alınması halinde gebede yeterli ağrı kesici etki görülmemesi sonucuna sebep olabilir (de Fays vd, 2015).

Karaciğerde yer alan ve çoğu ilaçların metabolizmasını gerçekleştiren sorumlu enzimlerden özellikle sitokrom P450 (CYP450) enzimleri östrojen/progesteron tarafından indüklenerek, antidepresanlar gibi bu enzimlerler yıkıma uğrayan ilaçların metabolizma hızını artırabilmektedir. Gebelikte antidepresan ilaç kullanan hastaların plazma ilaç konsantrasyonları, 20. gebelik haftasından terme doğru giderek azalır bu yüzden gebeliğin ikinci yarısında dozun kademeli olarak arttırılması gerekmektedir. Fetüs, doz arttırımı esnasında annenin vücuduna aldığı doza değil, ilacın maternal serum konsantrasyonuna maruz kalmaktadır, dolayısıyla doz arttırılması fetal etkinin artması anlamına gelmemektedir (Zanger ve Schwab, 2013).

Bazı enzimler de tam tersine progesteron ve östrojen tarafından yarışmalı bir şekilde inhibe edilebilmektedir. Bu durumda da bazı ilaçların eliminasyonunun bozulması kaçınılmaz bir sonuçtur.

CYP1A2 enziminin aktivitesinin gebelik esnasında belirgin şekilde azaldığı ve bu enzim aracılığıyla metabolize edilen kafeinin gebelerde daha uzunca bir süre zarfında vücuttan elimine edildiği saptanmıştır. Bu durum kahve ve çay tüketimi hususunda gebelerin daha dikkatli olmasını gerektirir. CYP1A2 ile metabolize olan olanzapin ve klozapin gibi yeni nesil antipsikotik ilaçların gebelik esnasındaki eliminasyonları üzerine yapılan çalışmalar bulunmamaktadır. CYP1A2 enzimi aktivitesinin gebelikte azalmasına bağlı olarak gebeliğin ilk trimesterinde bu ilaçların dozunun üçte bir oranında azaltılması, ikinci ve üçüncü trimesterde ise dozun sırasıyla yarısına ve üçte birine düşürülmesi gerektiği belirtilmiştir (Feghali vd., 2015).

CYP2D6 enzimi analjezikler, β -adrenoseptör antagonistleri, antiaritmikler gibi gebelikte de yaygın olarak kullanım alanı olan ilaçların metabolizmasından sorumludur. Yapılan çalışmalarda bu enzimin aktivitesinin gebelik süresince arttığı ve dolayısıyla bu gruplardaki ilaçların plazma konsantrasyonları ve etkinliklerinin azaldığı belirtilmiştir (Tracy vd., 2005).

CYP3A4, piyasada var olan ilaçların metabolizmalarında en fazla sorumlu olan mikrozomal enzimlerden biridir. Gebelik halinde bu enzimin de etkinliği artar. Bu enzim aracılığıyla yıkıma uğrayan midazolamın gebedeki eliminasyonunun, gebeliği bulunmayan bir kadına göre 3 kata yakın daha fazla

olduğu belirtilmektedir. Eliminasyondaki artış oranları farklı olabilmekle birlikte, benzeri enzimin aktivitesinden kaynaklı metabolizma artışı metronidazol, nifedipin, metadon ve kortizol de görülmektedir (Tracy vd., 2005).

4. İTRAH

Renal kan akımı gebelik esnasında yaklaşık %70, glomerüler filtrasyon hızı ise yaklaşık %50 oranında artış göstermektedir. Bu nedenle digoksin, lityum, sefalosporinler ve penisilinler gibi böbrekten değişmeden veya az değişerek itrah edilen ilaçların eliminasyonu gebelikte artış gösterir. Bu artan atılımları dolayısıyla bahsedilen ilaçların beklenen etkilerinde azalmalar görülmesi olası bir durumdur (Chikhani ve Hardman, 2016).

Yapılan araştırmalara göre ampisilin, sefazolin, sefuroksim, piperasilin ve seftazidim gibi pek çok β -laktam grubu antibiyotiklerin klirensinin birinci trimester sonrasında arttığı belirtilmiştir. Bu durum kararlı ilaç konsantrasyonunu aşağıya çekebilmektedir. Ancak çoğu zaman doz artışı gerekmemektedir (Roumen vd., 1990; Chamberlain vd., 1993; Nathorst-Böös vd., 1995).

Düşük molekül ağırlıklı heparin olan ve klinikte çokça kullanılan enoksaparinin de klirensinde de artış görülür, gebelik durumunda tromboz oluşumunu engellemek için bu ilacın dozunun da artırılması gerekebilmektedir (Casele vd., 1999).

SONUÇ

Gebelikte yaşanan fizyolojik ve metabolik farklılaşmalar çeşitli yollar üzerinden çeşitli ilaçların farmakokinetik özelliklerini değiştirebilmektedir. Bu değişimlerin bilinmesi gebelerde ilaç dozlarının hekim tarafından regüle edilmesini kolaylaştırır.

Gebe kadınlar üzerinde deneysel çalışmalar yapmak etik bağlamında çok zordur. Bu durum özellikle yeni piyasaya sürülen ilaçların gebelikte değişim gösteren farmakokinetiklerine dair bilgi edinilmesini çok zorlaştırır. Bu yüzden bu ilaçların kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalı ve varsa benzer endikasyona sahip ilaçlar kullanılmalıdır.

Farmakokinetik basamaklardaki değişikliklerin ciddi sonuçlara yol açabildiği bazı klinik olgular, hekimin tek başına baş edebileceği sınırları aşabilir. Başta bu gibi durumlar olmak üzere, spesifik bilgi gerektiren durumlarda mümkün olduğunca klinik farmakoloji alanında uzman olan sağlık profesyonellerinden de yardım alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Anderson G. D. (2005). Pregnancy-induced changes in pharmacokinetics: a mechanistic-based approach. *Clinical pharmacokinetics*, 44(10), 989–1008.
- Anger, G. J., & Piquette-Miller, M. (2008). Pharmacokinetic studies in pregnant women. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 83(1).
- Avram M. J. (2020). Pharmacokinetic studies in pregnancy. *Seminars in perinatology*, 44(3), 151227.
- Casele, H. L., Laifer, S. A., Woelkers, D. A., & Venkataramanan, R. (1999). Changes in the pharmacokinetics of the low-molecular-weight heparin enoxaparin sodium during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 181(5 Pt 1), 1113–1117.
- Chamberlain, A., White, S., Bawdon, R., Thomas, S., & Larsen, B. (1993). Pharmacokinetics of ampicillin and sulbactam in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 168(2), 667–673.
- Chikhani M. & Hardman J. G. (2016). Pharmacokinetic variation. *Anaesth Intensive Care Med*, 17, 163–165.
- Costantine M. M. (2014). Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in pharmacology*, 5, 65.
- Dallmann, A., van den Anker, J., Pfister, M., & Koch, G. (2019). Characterization of Maternal and Neonatal Pharmacokinetic Behavior of Ceftazidime. *Journal of clinical pharmacology*, 59(1), 74–82.
- Dawes, M., & Chowienczyk, P. J. (2001). Drugs in pregnancy. Pharmacokinetics in pregnancy. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 15(6), 819–826.
- de Fays, L., Van Malderen, K., De Smet, K., Sawchik, J., Verlinden, V., Hamdani, J., Dogné, J. M., & Dan, B. (2015). Use of paracetamol during pregnancy and child neurological development. *Developmental medicine and child neurology*, 57(8), 718–724.

- Feghali, M., Venkataramanan, R., & Caritis, S. (2015). Pharmacokinetics of drugs in pregnancy. *Seminars in perinatology*, 39(7), 512–519.
- Loebstein, R., Lalkin, A., & Koren, G. (1997). Pharmacokinetic changes during pregnancy and their clinical relevance. *Clinical pharmacokinetics*, 33(5), 328–343.
- McCormack, S. A., & Best, B. M. (2014). Obstetric Pharmacokinetic Dosing Studies are Urgently Needed. *Frontiers in pediatrics*, 2, 9.
- Mehta, N., Chen, K., Hardy, E., & Powrie, R. (2015). Respiratory disease in pregnancy. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 29(5), 598–611.
- Murray, L., & Seger, D. (1994). Drug therapy during pregnancy and lactation. *Emergency medicine clinics of North America*, 12(1), 129–149.
- Nathorst-Böös, J., Philipson, A., Hedman, A., & Arvisson, A. (1995). Renal elimination of ceftazidime during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 172(1 Pt 1), 163–166.
- Pacheco, L. D., Costantine, M. M., & Hankins, G. D. V. (2013). Physiologic Changes During Pregnancy. In *Clinical Pharmacology During Pregnancy* (pp. 5-16). Elsevier Inc.
- Roumen, F. J., Bouckaert, P. X., Cremers, H. M., & Vree, T. B. (1990). Pharmacokinetics of cefuroxime in pregnant patients with preterm premature rupture of the membranes. *Pharmaceutisch weekblad. Scientific edition*, 12(6A), 275–279.
- Tan, E. K., & Tan, E. L. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(6), 791–802.
- Tracy, T. S., Venkataramanan, R., Glover, D. D., Caritis, S. N., & National Institute for Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine Units (2005). Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(2), 633–639.
- Yerby, M. S., Friel, P. N., McCormick, K., Koerner, M., Van Allen, M., Leavitt, A. M., Sells, C. J., & Yerby, J. A. (1990). Pharmacokinetics of anticonvulsants in pregnancy: alterations in plasma protein binding. *Epilepsy research*, 5(3), 223–228.
- Zanger, U. M., & Schwab, M. (2013). Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. *Pharmacology & therapeutics*, 138(1), 103–141.

Dr. Ecz. Nasıf Fatih KARAKUYU

1993 yılında Dinar’da doğdu. 2016 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nden lisans ve yüksek lisans derecesinde mezun oldu. 6 yıl boyunca Isparta’da serbest eczacılık yaptıktan sonra 2022 yılı ağustos ayında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı’nda doktora eğitimini tamamladı.

3. Bölüm

KADINLARIN ERİŞKİN DÖNEM AŞILANMA DURUMU VE AŞI FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Neslişah GÜREL KÖKSAL^{1}*

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Biz birinci basamak hekimleri olarak koruyucu sağlık hizmetlerini önemsiyoruz, bağışıklamada bu hizmetlerin önemli bir komponentidir. Günümüzde çocukluk dönemi bağışıklanma programları aktif olarak takip edilip güncellenmekte fakat benzer derece geliştirme çabası erişkin bağışıklanması için bulunmamakta ve sahada destek görmemektedir (Alici, Sayiner, & Unal, 2017). Erişkin dönemde aşılama ile ilgili birinci basamakta rutin bir takip protokolü olmaması nedeniyle aşıdan bahsedildiğinde toplumda ilk aklı gelen çocukluk çağı aşıları olmaktadır. Çocukluk çağında uygulanan tetanoz, difteri gibi aşılar ile bağışıklamanın ömür boyu sürmemesi, çocukluk çağında aşılanamamış ya da eksik aşılanan erişkinlerin aşı ile önlenebilen hastalıklara karşı savunmasız olmaları sebebiyle erişkin dönemde aşılanmanın devam etmesi gerekmektedir (Doherty, Del Giudice, & Maggi, 2019).

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) Yönetim Kurulu, erişkin dönem bağışıklaması ile ilgili eksikliği gidermek amacıyla 2007 yılında erişkin bağışıklama rehberi yayınlamış ve ilerleyen senelerde rehber geliştirilmiştir (İnternet, 2019). Bugün tüm yaş grupları açısından bakarsak aşısı olan ve büyük kısmı aşılama programı kapsamında olan 18 enfeksiyöz hastalık mevcuttur: “difteri, tetanoz, boğmaca, hepatit A, hepatit B, kızamık, kızamıkçık, rotavirus, herpes zoster, pnömokok, meningokok, influ-

¹ * Uzm. Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL, Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Giresun, ORCID: 0000-0002-9469-2516, neslisahgurel@hotmail.com

enza, hpv, çocuk felci, hemofilus influenza tip b, suçiçeği, meningokok, kabakulak” (İnternet, 2018a). Ülkemizde 1985 yılından beri başlatılan “genişletilmiş aşı programı (GBP)” yürütülmektedir (İnternet, 2022). Türkiyede erişkin yaş gruplarına yönelik aşı uygulamaları aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır:

- Hepatit-B Aşılması
- Sağlık Çalışanı Aşılması
- Erişkin Tetanoz Aşılması
- Askerlik Aşılması
- Seyahat Sağlığı Aşılması
- Hac Aşılması
- Pnömonokok ve Grip aşısı uygulaması
- Premenopozal kadınlara tetanoz aşılması
- Premenopozal kadınlarda kızamıkçık aşılmasıdır (İnternet, 2018b; Öztürk, 2012).

Aşılar söz konusu olduğunda akla ilk etapta akla çocukluk çağı aşıları gelmektedir. Pediatrik popülasyon için oluşturulmuş bu başarılı algının erişkin dönem aşılama programları içinde oluşturulabilmesi önemli bir adımdır. Ayrıca çocukluk döneminde birey aşılanmış olsa dahi yaş aldıkça antikor titrelerinin azalması nedeniyle aşının etkin koruma sağlayabilmesi için ek doz ihtiyacı doğacaktır. Ülkemizde aile sağlığı merkezi ve hastanelerde yapılan aşılama aşı takip sistemi (ATS) ile Sağlık Bakanlığına bildirilse de özel kurumlar, muayenehaneler ve klinikler gibi yerlerde yapılan aşılar ile ilgili uygulanan aşı tipi ve doz sayısı gibi bilgiler net değildir. Bunun gibi çeşitli nedenlerle ülkemizde toplumun asıl bağışıklanma durumlarının oranlarını bilmek imkansızdır, Bu oranların %2`nin altında olduğu tahmin edilirken bağışıklamada öncelikli olan risk grubunda yer alan bireylerde dahi aşılama oranları bir hayli geri kalmıştır (Alici et al., 2017; Biberoglu K; İnternet, 2018b; Öztürk, 2012).Bu çalışmada kanser taraması için başvurmuş kadınlar örneklemimizi oluşturuyor temel sorumuz ise kanser taraması konusunda farkındalıkları yüksek olan kadın hastalar erişkin dönem bağışıklaması konusunun ne kadar farkında olmuştur.

ÖRNEKLEM VE VERİ TOPLAMA

Bu çalışma 1 Mayıs - 30 Haziran 2022 tarihleri arasında Giresun Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezine kanser taraması yaptırmak amaçlı başvuran 30-65 yaş arası iletişim kurmaya engel olacak bir hastalığı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 160 kadın hastanın dahil edildiği tanımlayıcı bir çalışmadır. Katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, kronik hastalıkları olup olmadığı, düzenli ilaç kullanım durumu ve sigara içme öyküsünü sorgulayan literatür doğrultusunda hazırlanmış 17 soruluk anket formunu yüz yüze uygulandı. Erişkin dönemde mevsimsel influenza, konjuge pnömokok, tetanoz, human papilloma virus, kızamık kızamıkçık kaba-kulak, meningokok, zona zoster, hepatit A hepatit B aşısı yaptıırıp yaptıımadıkları sorgulandı. Aşı yaptııranlara bu konuda onları motive edici faktörler sorulurken aşı yaptıırmayanların aşı yaptıırmama sebepleri soruldu.

Bu çalışma Ordu Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 22.04.2022 tarihinde 2022/100 karar numarası ile onaylanmıştır. Çalışma, 1964 Helsinki Bildirgesi'nde ve daha sonra yapılan değişikliklerde belirtilen etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

VERİ ANALİZİ

Değişkenlerin analizinde SPSS 26.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk francia testi ile değerlendirildi. Erişkin Dönemde Aşı Yaptııranlar ile yaptıırmayanları Yaş'a göre karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi Monte Carlo sonuçlarıyla birlikte kullanıldı. Kategorik değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılmasında ise Pearson Chi-Square, Fisher Exact ve Fisher-Freeman-Halton testleri Monte Carlo Simülasyon tekniği ile test edildi ve sütun oranlarının birbiri ile karşılaştırılması, Benjamini-Hochberg düzeltmeli p değeri sonuçları ile ifade edildi. Nicel değişkenler tablolarda ortalama (standart sapma), Median (Minimum -Maximum) ve Median (1st quartile / 3rd quartile) şeklinde ifade edilirken kategorik değişkenler ise n(%) olarak gösterildi. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05 ten küçük anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamızda hastaların yaş aralıkları 31 ile 65 yaş arası değişmekte olup yaş ortalaması $50,78 \pm 10,18$ 'dir. Bu çalışmada katılımcıların %73,8'i ev hanımı, %11,3'ü sağlık çalışanıdır. Eğitim düzeylerine bakıldığında %24,4'ü sadece okuryazar olup %3,1'i yüksek lisans mezunudur. Sigara kullanan kişi oranı %11,9 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin % 71,9'unda kronik hastalık öyküsü bulunmayıp kronik hastalık öyküsü olanlar arasında en sık izlenen % 11,9 oranıyla hipertansiyon olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan hastalarda erişkin dönemde aşılama durumu dağılımına bakarsak %38,8 (n=62) mevsimsel influenza aşısı, %5,6 (n=9) konjuge pnömokok, %15,6 (n=25) tetanoz aşısı, %3,8 (n=6) meningokok aşısı %0,6(n=1), zona zoster aşısı %2,5 (n=4) human papilloma virüs aşısı %6,3 (n=10) hepatit A aşısı, %15 (n=24) Hepatit B aşısı %3,1 (n=5) kızamık kızamıkçık kabakulak aşılarını yaşam boyu en az bir kez yaptırmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının hepsi erişkin dönemde en az bir kez aşı yaptırmıştı. Aşı yaptırmamız gerektiği bilgisini nereden edindiniz sorusuna %41,3 (n=69) doktor önerisiyle yanıtı verdi. Aşı yaptırmamız için sizi motive eden şey sorusuna en fazla verilen yanıt %44,4 (n=71) ile doktor tavsiyesi olmuştur. Aşı yaptıranların %22,5'i devlet ya da üniversite hastanesinde, %20,6'sı aile sağlığı merkezinde %13,8 özel hastanede %13,8 eczanede aşılarını yaptırmışlardır (Tablo2). Aşı yaptırmayan grupta aşı yaptırmam gerektiğini bilmiyordum cevabı eğitim düzeyi düşük grupta anlamlı yüksektir. Erişkin dönemde aşı yaptırma durumları öğrenim durumu ile kıyaslandığında lise ve üstü eğitim görenlerde aşılama oranı daha yüksektir. Yaşadıkları yere göre değerlendirildiğinde kırsal alanda yaşayanların aşı yaptırma oranları kentsel bölgede yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

Aşılama enfeksiyon hastalıklarından korunmada güvenilir ve uygulaması kolay bir yöntemdir. Erişkin dönemde bağışıklama uygulamaları hem yaş almakla azalan immunitiyi desteklemek hem de ilerleyen yaşlarda bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarına bağlı oluşabilecek olan mortalite ve morbiditeyi önleyici niteliktedir.

Bizim çalışmamızda en fazla yaptırılan aşı influenza aşısı olmuştur. Bu durum toplumumuzda influenza aşısı ile ilgili yeterli ve etkin farkındalığın oluşmuş olması ve aşının kolay ulaşılabilir olması ile açıklanabilir. Hastalarımızın erişkin dönemde mevsimsel influenza aşısı yaptırma dağılımına bakarsak %38,8 (n=62)'i hayat boyu en az bir kez aşı yaptırmıştır. Yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %48,3'ü, hemşirelerin %41,1'i hayat boyu en az bir kez mevsimsel influenza aşısı yaptırmıştır (Yıldız & A., 2019). Bolatkale ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada kişilerin %35,1'i hayat boyu en az bir kez influenza aşısı ile aşılandığını ifade etmiştir (Bolatkale, Kutlu, & A., 2019). Yine literatürde bir çalışmada en sık yaptırılan erişkin aşılarının influenza ve tetanos aşıları olduğu belirtilmiştir (Uzuner et al., 2018). Bizim çalışma grubumuz kanser taraması amaçlı başvuru yapmış olan bireysel sağlık farkındalığı yüksek bir gruptur fakat sonuçlarımız katılımcı sayısının yüksek olmaması nedeniyle tüm toplumun aşılama bilincini yansıtmamaktadır. Yapılan bir çalışmada erişkin dönemde en az bir kez aşılandığını belirten hekim sayısı %88,7 olarak bulunmuştur (Han-Yekdeş, Altunok, Eskiocak, & Marangoz, 2020). Çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının hepsi erişkin dönemde en az bir kez aşı yaptırmıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili bilinçlilik düzeyi yüksek bir grup olması ile açıklanabilir.

Çalışmamız serviks kanser taraması yapılan bir kurumda gerçekleşmiştir ve bireylerin sadece %2,5 (n=4)'i Human papilloma virüs aşısı yaptırmıştır. Bu kişiler serviks kanseri konusunda farkındalık sahibiydi fakat bu hastalıktan koruyucu etkisi olan human papilloma virus aşılması oranları beklenilenin altındaydı. 2015 yılında Amerika'da katılımcıları human papillo virus aşısı ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirilirken üçte birinin bu aşının erişkinlerde uygulanması konusunda bilgilerinin olmadığı görülmüştür (Lu et al., 2017). Özkan ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada HPV aşılması yaptıran 12 hasta (%4,1) mevcut olup bu oran bizim çalışmamızda olduğu gibi düşük bir orandır (Pehlivanoglu, B., Balcioğlu, & Ünlüoğlu, 2019). Serviks kanseri önlenebilir bir kanser tipidir. Bu nedenle kadınların serviks kanseri hakkında bilgilenebilmesi ve aşılama yöntemleri ile bu hastalıktan korunabileceklerini bilmeleri önemli bir noktadır. Bunun yanı sıra HPV aşısının yüksek maliyeti olması da bu aşıya yönelimi azaltan bir durum olabilir.

Çalışmamızda bireylerin yalnızca %0,6'sı hayatında en az bir kez herpes zoster aşısı olmuştur. Zona hastalığı postherpatik nevralji gibi ağrılı kompli-

kasyonlara neden olabilir. Yaşlanmanın doğal ilerleyişinde hücrel bağışıklık azalması omurganın hassas dorsal ganglionlarında latent kalan varisella zoster virusü, yaşlıları herpes zoster'e yatkın hale getirir. Aşı ile yaşlı popülasyonda zona hastalığının ağır ve ağrılı geçirilmesi önlenebilir. Literatüre bakıldığında Aşık ve ark. 'nın yaptığı araştırmada en az bilgi sahibi olunan aşı zona aşısıydı (Aşık, Çakmak, & Bilgili, 2013). Yine başka bir çalışmada zona aşısı yaptırılma oranı %0,9'du (Uzuner et al., 2018). Bizim çalışmamıza katılan bireylerin 65 yaş altında olmaları ve zona aşısının yakın dönemlerde uygulanmaya başlanması nedeniyle toplum tarafından henü farkındalık oluşmadığı düşünöldü.

Dahiliye polikliniklerinde yapılan bir çalışmada, risk grubu olarak tanımlanan katılımcılarda dahi aşılama oranı %27,2'yi geçmemiş olup, en fazla oranda (%22,8) tetanoz aşısı uygulanmış olup, pnömokok aşısı uygulaması %1 ile en az seviyede çıkmıştır (Biberoğlu K). Çalışmamızda pnömokok aşısı ile aşılama oranı %5,6 (n=9). Bolatkale ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi lise ve üstünde olanlarda aşılama oranları daha fazla bulunmuştu, Aşık ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim seviyesi ile aşılama durumu etkilenmemişti (Aşık et al., 2013; Bolatkale et al., 2019). Çalışmamızda aşı yaptıran bireylerin kronik hastalıkları olması ve düzenli ilaç kullanmaları aşı yaptıрма durumlarını etkilememiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sarıgül ve arkadaşlarının üçüncü basamakta yapmış olduğu bir çalışmada kardiyovasküler sistem hastalığı ve dermatolojik hastalığı olan bireylerin erişkin dönemde aşı yaptıрма durumu anlamlı olarak bulunmuştu. Yine aynı çalışmada düzenli ilaç kullanan katılımcıların aşı yaptıрма oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştu (Sarıgül, Korkmazer, Afyoncu, & Şahin, 2021).

Aşı yaptıрма konusunda katılımcıları motive eden faktör sorulduğunda %44,7 (n=71) 'si doktor önerisiyle yanıtını verirken %20 (n=32)' si diğerk sağıık çalışanı önerisi ile şeklinde yanıt vermiştir. Mutlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %70,41'i aşı yaptırmaları için motive eden faktörün, doktorunun tavsiye etmesi olduğunu söylemiştir (Mutlu, Coşkun, & Sargın, 2018). Yine yapılan başka bir çalışma doktor tavsiyesinin aşılama oranını arttırmada çok etkili olduğunu göstermiştir (Ünal et al., 2015). Hekimler tarafından bilgilendirme ve yönlendirme yapılması ile erişkin aşılama oranlarının artabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların %22,5'i ikinci ve üçüncü basamakta %20,6'sı birinci basamak-

ta aşı yaptırdığını belirtmiştir. Aşı yaptıranların çoğunluğunun ikinci ve üçüncü basamakta aşı yaptırmış olması birinci basamakta erişkin dönem bağışıklanması ile ilgili yeterli yönlendirme ve bilgilendirmenin yapılmamış olmasından kaynaklanabilir. Diğer yandan bireyler ikinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmeti alırken konu ile ilgili uzman hekim önerileri aşı yaptıрма konusunda hastalarda motive edici bir etki oluşturmuş olabilir diye düşünüyoruz.

Mutlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada katılımcılara aşı yaptırmak istememe nedenleri sorulduğunda %57,44'ü aşı ile ilgili bilgisi olmadığını, %9,22'si enfeksiyonlardan koruyucu olduğuna inanmadığını, %12,35'i yan etkileri açısından kaygılı olduklarını belirtmişlerdir (Mutlu et al., 2018). Uzuner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %47,1'i "konu hakkında bilgilendirilmediğini", %43,2'si ise "aşıları yaptırmaya gerek duymadığını"; %3,1'i "aşılardan yan etkisi olduğunu düşündüğünü"; %2,8'i "aşıdan korktuğu için yaptırmadığını" belirtmiştir (Uzuner et al., 2018). Bizim çalışmamızda %18,8'i aşı yaptırmayı gerektiğini bilmediğini, %16,9 hastalık önlemede etkili olduğuna inanmadığını, %13,8 aşılardan içeriğine güvenmediklerini %13,1'i yan etkileri konusunda endişeli olduklarını bildirmişlerdir. Literatüre bakıldığında doktorların aşı ile ilgili yeterli bilgilendirme ve yönlendirme yapmamış olması, bağışıklanma söz konusu olunca öncelikle akla çocukluk dönemi aşılalarının gelmesi ve aşı sadece çocuğa yapılır algısı, erişkinler için kalıplaşmış bir aşı takviminin bulunmaması da erişkin dönemde bağışıklanma konusunda pasif kalınmasının temel sebepleri arasındadır (Alici et al., 2017; Toprak, Köksal, Sargın, & Akan, 2018).

2016 yılında yapılan bir çalışma pediatrik influenza aşısı için yapılan 1546 başvurunun, yalnızca %1,5'inin çocuğa refakat eden bir yetişkinin aşılanmasıyla sonuçlandığını göstermiştir (Mishra & Dehority, 2021). Ülkemizde de aile sağlığı merkezlerine çocukluk çağı aşılardan erişkin dönem aşılardan ilgili bilgi vermek uygun bir yaklaşım olabilir. Benzer şekilde bizde çalışmamızda kanser taraması gibi erişkin bağışıklanmasından bağımsız olarak başvuran bireylere yine koruyucu hekimliğin önemli bir ayağını oluşturan erişkin aşılanması ile ilgili farkındalıklarını artırdığımızı düşünmekteyiz.

Çalışmamızın tanımlayıcı yönde yapılmış olması ve sadece kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezine başvuran kadın hastaları kapsamı nedeniyle toplumun bağışıklanma durumunu tam anlamıyla yansıtamaması çalışmamızı

zın kısıtlılıklarındandır. Bu çalışmada belirttiğimiz gibi erişkin dönemde aşılama uygulamalarının devamlılığı önemlidir bu yüzden genel muayene başvurularında mutlaka kişilere aşılama ile ilgili bilgi verilmesi ve aşılara erişimini kolaylaştırmak önemli bir yaklaşım olacaktır. Toplumun büyük kısmını hedef alan aşılama ile ilgili bilgi kirliliği kafa karıştırıcı olup aşıya olan güveni azaltmaktadır. Bu anlamda tıp hekimlerinin yönlendirmeleri ve en çokta toplumun her kesimine ulaşım eğitim sağlayabilecek toplum sağlığı merkezlerine ciddi bir sorumluluklar düşmektedir. Diğer önemli bir boyutta aşının ekonomik yönüdür. Bireyleri teşvik anlamında ek ücret olmaksızın her bireyin kendi yaş ve risk faktörü durumlarının değerlendirilerek uygun olan aşılama planlanmasıdır. Bütün bu prosedür içinde erişkinlerinde çocukluk çağı benzeri fiziki ya da sağlık uygulama programlarında kayıtlı aşı kartlarının olması farkındalığı artırıcı bir ayrıntı olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak aşı önlenbilir enfeksiyon hastalıklarından korunmada faydalı bir yöntemdir. Pek tabii bu fayda aşının önerilmesi ve kullanılması ile ortaya çıkacaktır. Özellikle birinci basamakta hekimlerin erişkinlere aşılama hatırlatması, farkındalık uyandırması ve bu şekilde erişkin dönem bağışıklama sıklığının artırılması, ülkemizde aşılama ile önlenilecek hastalıkların görülme sıklığının azalması ve hastalığın görülmesi durumunda oluşabilecek sağlık gider ve hasta takip maliyetini azalmasını sağlayacaktır. Son dönemlerde artan aşılama ile ilgili yanlış algı ve bilgi kirliliğinin önüne geçip toplumsal bağışıklamaya destek olmak amacıyla daha kapsamlı aşı çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

Alici, D. E., Sayiner, A., & Unal, S. (2017). Barriers to adult immunization and solutions: Personalized approaches. *Hum Vaccin Immunother*, 13(1), 213-215. doi:10.1080/21645515.2016.1234556

Aşık, Z., Çakmak, T., & Bilgili, P. (2013). Erişkinlerin Erişkinlik Dönemi Aşılama Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 113-118.

- Biberoglu K, B. S., Özbakkaloğlu M ve ark. . Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu. Haydi Büyüklükler Aşıya. Retrieved from <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179>
- Bolat kale, M. K., Kutlu, R., & A., E. M. (2019). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Erişkin Aşılarda Hakkındaki Bilgileri ve Aşılama Durumları. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 362-368.
- Doherty, T. M., Del Giudice, G., & Maggi, S. (2019). Adult vaccination as part of a healthy lifestyle: moving from medical intervention to health promotion. *Ann Med*, 51(2), 128-140. doi:10.1080/07853890.2019.1588470
- Han-Yekdeş, D., Altunok, A., Eskiocak, M., & Marangoz, B. (2020). Immunization attitudes of physicians at a university hospital *Klinik Derg*, 33(3), 255-259.
- İnternet. (2018a). Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/vaccines-diseases.html>.
- İnternet. (2018b). Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Risk Grubu Aşılama. Tarih: 27.05.2016, Sayı: 21001706/131.99. Retrieved from <http://asirehberi.saglik.gov.tr/?g-riskgrubu>
- İnternet. (2019). Erişkin Bağışıklama Rehberi. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu. Retrieved from <http://ekmud.org.tr/wpcontent/uploads/ErisikinBagisiklamaRehberi-web.pdf>
- İnternet. (2022). T.C Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı. Retrieved from <https://asi.saglik.gov.tr>
- Lu, P. J., O'Halloran, A., Kennedy, E. D., Williams, W. W., Kim, D., Fiebelkorn, A. P., . . . Bridges, C. B. (2017). Awareness among adults of vaccine-preventable diseases and recommended vaccinations, United States, 2015. *Vaccine*, 35(23), 3104-3115. doi:10.1016/j.vaccine.2017.04.028
- Mishra, A., & Dehority, W. (2021). Influenza Immunization of Adults During Outpatient Pediatric Visits. *J Pediatric Infect Dis Soc*, 10(7), 793-796. doi:10.1093/jpids/piab038
- Mutlu, H. H., Coşkun, F. O., & Sargın, M. (2018). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Aşılama Sıklığı ve Farkındalığı. *Ankara Med J*, 18(1), 1-13.
- Öztürk, R. (2012). Erişkinde bağışıklama. *Klinik Gelişim*, 25, 49*59.
- Pehlivanoğlu, E. F. Ö., B., S. H., Balcioğlu, H., & Ünlüoğlu, İ. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(4), 456-460.

- Sarıgül, B., Korkmazer, B., Afyoncu, A. A., & Şahin, E. M. (2021). Üçüncü basamak üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğinde erişkin bağışıklanma durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg*, 25(4), 105-112.
- Toprak, D., Köksal, İ., Sargın, M., & Akan, H. (2018). Erişkin aşılması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılmasındaki rolü. *Türk Aile Hek Derg*, 22(3), 166-174.
- Ünal, S., Tanrıöver, M. D., Taş, E., Güner, İ., Çetin, Ö. Y., & Sayar, İ. (2015). Aile hekimlerine eğitim verilmesi ve aşılama hedeflerinin belirlenmesinin pnömokok aşılama oranları üzerine etkileri. *Flora İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 20, 10-15.
- Uzuner, A., Arabacı, Ş., Yüceel, A. İ., Kocatürk, A. C., Kaynar, E., & A., K. (2018). Erişkinlerin Erişkin Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları *TJFMPC*, 12(3), 215-225.
- Yıldız, İ. E., & A., Y. Y. (2019). Approaches of the healthcare staff in a tertiary healthcare service providing hospital for seasonal influenza vaccination. *Family Practice and Palliative Care*, 4, 62-68.

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Median (Min-Max)		Mean (SD.)	
Yaş (yıl)		53 (31-65)		50.78 (10.18)	
	n	%		n	%
Meslek			Düzenli İlaç Kullanımı	47	29,4%
Ev Hanımı	118	73,8%	Aşı yapılma durumları		
Çiftçi	3	1,9%	İnfluenza Grip	62	38,8%
Öğretmen	8	5,0%	Pnömoni	9	5,6%
Sağlık Çalışanı	18	11,3%	TD	25	15,6%
Özel Sektör Çalışanı	9	5,6%	Meningokok	6	3,8%
Diğer	4	2,5%	Zona	1	0,6%
Medeni Durum			HPV	4	2,5%
Bekar	9	5,6%	HAV	10	6,3%
Evli	142	88,8%	Hepatit B	24	15,0%
Boşanmış	9	5,6%	KKK	5	3,1%
Öğrenim Durumu			Aşı Yaptırmanız Gerektiği Bilgisini Nereden Edindiniz		
Okuryazar Değil	13	8,1%	Doktor Önerisiyle	69	43,1%
Sadece Okuryazar	39	24,4%	Diğer Sağlık Çalışanları Önerisiyle	16	10,0%
İlkokul	38	23,8%	Çevre Tavsiyesiyle	12	7,5%
Ortaokul	17	10,6%	Tv - Radyo	15	9,4%
Lise	30	18,8%	Gazete Dergi	6	3,8%
Üniversite	18	11,3%	İnternet Sosyal Medya	12	7,5%
Yükseköğretim	5	3,1%	Aşı Yaptırmanız İçin Sizi Motive Eden Şey		
Çalışma Durumu			Dr Tavsiyesi	71	44,4%
Hayır	106	66,3%	Diğer Sağlık Çalışanı Tavsiyesi	32	20,0%
Evet	35	21,9%	Ne Kendim Karar Verdim	23	14,4%
Emekli	19	11,9%	Aşının Sosyal Güvence Kapsamında Olması	21	13,1%
Günlük Kullanılan Sigara Sayısı Adet			Diğer	9	5,6%

İçmiyor	141	88,1%	Aşığı Nerede Yaptırdınız?		
5-10 ad.	6	3,8%	Asm	33	20,6%
10-20 ad.	13	8,1%	Devlet/Üni. Hastanesi	36	22,5%
Demografik bilgi			Özel Hastane	22	13,8%
Yaşadığı Yer (Kırsal)	99	61,9%	Eczane	22	13,8%
Yalnız Yaşama Durumu	22	13,8%	Diğer	2	1,3%
Sosyal Güvence	158	98,8%	Aşı Yaptırmama Nedeniniz		
Ek Hastalıklar			Bilmiyordum	30	18,8%
Kronik Hastalık Öyküsü Yok	115	71,9%	Hastalık Önlemede Etkili Olduğunu Düşünmüyorum	27	16,9%
Diyabet	18	11,3%	Yan Etki Konusunda Endişeliyim	21	13,1%
Hipertansiyon	19	11,9%	Maddi Yetersizlik	11	6,9%
Kr. Akciğer Hastalığı	3	1,9%	Aşılar Hakkında Basında Çıkan Haberler Nedeniyle	21	13,1%
Kr. Kalp Hastalığı	7	4,4%	Aşı Alerjim Var	8	5,0%
Kr. Böbrek Hastalığı	8	5,0%	Enjeksiyon Korkum Var	10	6,3%
Kr. Karaciğer Hastalığı	1	0,6%	Aşıların İçeriğine Güvenmiyorum	22	13,8%
Diğer	9	5,6%	Sosyal Güvence Kapsamında Olmaması	11	6,9%

SD.: Standard Deviaton, Min.:Minimum, Max.:Maximum

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile erişkin dönemde aşı yaptırma durumlarının karşılaştırması

	Erişkin Dönemde Aşı Yaptırdınız mı?		P
	Hayır (n=80)	Evet (n=80)	
	Median (q1 / q3)	Median (q1 / q3)	
Yaş	55,5 (44 / 60,5)	49 (40 / 59)	0,149 ^u
Meslek			<0,001 ^{ff}
Ev Hanımı	73 (91,3) ^B	45 (56,3)	<0,001
Çiftçi	1 (1,3)	2 (2,5)	ad.
Öğretmen	2 (2,5)	6 (7,5)	ad.
Sağlık Çalışanı	0 (0,0)	18 (22,5) ^A	<0,001
Özel Sektör Çalışanı	3 (3,8)	6 (7,5)	ad.
Diğer	1 (1,3)	3 (3,8)	ad.
Medeni Durum			0,024 ^{ff}
Bekar	1 (1,3)	8 (10,0) ^A	0,016
Evli	76 (95,0) ^B	66 (82,5)	0,012
Boşanmış	3 (3,8)	6 (7,5)	ad.
Öğrenim Durumu			<0,001 ^{ff}
Okuryazar	12 (15,0) ^B	1 (1,3)	0,001
Değil			
Sadece Okuryazar	27 (33,8) ^B	12 (15,0)	0,006
İlkokul	25 (31,3) ^B	13 (16,3)	0,026
Ortaokul	9 (11,3)	8 (10,0)	ad.
Lise	6 (7,5)	24 (30,0)	<0,001
Üniversite	1 (1,3)	17 (21,3) ^A	<0,001
Yükseklisans	0 (0,0)	5 (6,3) ^A	<0,001
Çalışma Durumu			<0,001 ^c
Hayır	61 (76,3) ^B	45 (56,3)	0,007
Evet	6 (7,5)	29 (36,3) ^A	<0,001
Emekli	13 (16,3)	6 (7,5)	ad.

Günlük Kullanılan Sigara Sayısı Adet			0,001^{ff}
İçmiyor	78 (97,5) ^B	63 (78,8)	<0,001
5-10 ad,	1 (1,3)	5 (6,3)	ad.
10-20 ad,	1 (1,3)	12 (15,0) ^A	0,001
Demografik bilgi			
Yaşadığı Yer (Kırsal)	68 (85,0)	31 (38,8)	<0,001^c
Yalnız Yaşama Durumu	9 (11,3)	13 (16,3)	0,492 ^c
Sosyal Güvence	78 (97,5)	80 (100,0)	0,497 ^c
Ek Hastalıklar			
Kronik Hastalık Öyküsü Yok	60 (75,0)	55 (68,8)	0,482 ^c
Diyabet	8 (10,0)	10 (12,5)	0,803 ^c
Hipertansiyon	11 (13,8)	8 (10,0)	0,626 ^c
Kr,Akciğer Hastalığı	0 (0,0)	3 (3,8)	0,245 ^f
Kr,Kalp Hastalığı	2 (2,5)	5 (6,3)	0,443 ^f
Kr,Böbrek Hastalığı	5 (6,3)	3 (3,8)	0,719 ^f
Kr,Karaciğer Hastalığı	0 (0,0)	1 (1,3)	0,999 ^f
Diğer	2 (2,5)	7 (8,8)	0,197 ^f
Düzenli İlaç Kullanımı	21 (26,3)	26 (32,5)	0,488 ^f

^v Mann Whitney U test(monte Carlo), ^c Pearson Chi-Square Test(Monte Carlo), ^f Fisher exact Test (Monte Carlo), ^{ff} Fisher Freeman Halton Test (Monte Carlo); Post Hoc Test Benjamini-Hochberg Test,
q1: 1st Quartile, q3: 3rd Quartile

^A Erişkin dönemde aşı yaptırmayanlara göre anlamlılığı ifade eder

^B Erişkin dönemde aşı yaptıranlara göre anlamlılığı ifade eder

Tablo 3: Katılımcıların öğrenim durumlarının, çalışma durumlarının ve yaşadıkları yerin aşı yaptırmama nedenleri ile olan ilişkisi

Okuryazar+Okuryazar değil Aşı Yaptırmama Nedeniniz	Öğrenim Durumu			p ^{ff}	Çalışma Durumu		p ^f	Yaşadığı Yer		p ^f
	İlkokul+Ortaokul	Lise ve sonrası			Hayır	Evet		Kırsal	Kentsel	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Bilmiyordum	9 (23,1)	19 (55,9) ^A	2 (28,6)	0,011	19 (31,1)	3 (50)	0,098	23 (33,8)	7 (58,3)	0,194
Hastalık Önlemede Etkili Olduğunu Düşünmüyorum	15 (38,5)	9 (26,5)	3 (42,9)	0,476	19 (31,1)	3 (50)	0,588	23 (33,8)	4 (33,3)	0,999
Yan Etki Konusunda Endişeliyim	10 (25,6)	8 (23,5)	3 (42,9)	0,562	14 (23)	3 (50)	0,318	18 (26,5)	3 (25)	0,999
Maddi Yetersizlik	6 (15,4)	5 (14,7)	0 (0,0)	0,791	9 (14,8)	1 (16,7)	0,866	9 (13,2)	2 (16,7)	0,999
Aşılar Hakkında Basında Çıkan Haberler Nedeniyle	11 (28,2)	9 (26,5)	1 (14,3)	0,865	17 (27,9)	1 (16,7)	0,999	20 (29,4)	1 (8,3)	0,168
Aşı Alerjim Var	3 (7,7)	3 (8,8)	2 (28,6)	0,257	6 (9,8)	0 (0)	0,807	6 (8,8)	2 (16,7)	0,599
Enjeksiyon Korkum Var	3 (7,7)	6 (17,6)	1 (14,3)	0,393	7 (11,5)	2 (33,3)	0,212	8 (11,8)	2 (16,7)	0,999
Aşıların İçeriğine Güvenmiyorum	11 (28,2)	9 (26,5)	2 (28,6)	0,999	17 (27,9)	3 (50)	0,299	19 (27,9)	3 (25)	0,999
Sosyal Güvence Kapsamında Olmaması	5 (12,8)	5 (14,7)	1 (14,3)	0,999	8 (13,1)	1 (16,7)	0,999	8 (11,8)	3 (25)	0,357

^f Fisher exact Test (Monte Carlo), ^{ff} Fisher Freeman Halton Test (Monte Carlo); Post Hoc Test Benjamini-Hochberg Test

^A Okuryazar+Okuryazar değil grubuna göre anlamlılığı ifade eder

4. Bölüm

YAŞLILIK VE DİJİTAL HAYAT

*Doç.Dr.Güzide Öncü EROĞLU PEKTAŞ*¹,

*Özlem SALMAN*²

*Yaşlanmak, bir dağa tırmanmaya benzer;
çıkıkça yorgunluğunuz artar, nefesiniz daralır,
ama görüş açınız genişler...”*
İngmar Bergman (Kutsal, 2012)

YAŞLILIK KAVRAMI: YAŞLILIK NEDİR?

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” kavramları gerontoloji ve geriatri bölümlerinin ana konuları arasında olup Türk Dil Kurumu sözlüğünde; yaş, bir canlının, bir olay ya da olgunun ortaya çıkışından itibaren geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman göstergesi olarak ifade edilmektedir (TDK, Güncel Türkçe Sözlük; aktaran Tekin ve Kara, 2018).

Yaşlılık; insan yaşamının doğuştan ölümüne kadar geçirdiği sürede vücudunda ve ruhunda yaşadığı değişimler ve yıpranmalardır. Yaşanılan bu değişimler, her canlıda farklı kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal çeşitlilik gösterir. Bu süreç fizyolojik bir durum olarak değerlendirilip canlıların bedensel ve psikolojik açıdan gerilemesi olarak adlandırılır. Yaşlılık bilimi olarak da isimlendirilen

1 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Mühendislik Fakültesi Öğretim Üyesi,
guzide.pektas@iuc.edu.tr

2 İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi, ozlem.salman@outlook.com

gerontoloji; yaşlı bireyin biyo-psiko-sosyal-iktisadi süreçlerine odaklanır (N. Büken ve E. Büken, 2003). Gerontoloji bilimi yaşlı olarak nitelenen kişilerin hayatlarını kolaylaştırmak için onların yaşla beraber ortaya çıkan her türlü bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılar. Gerontolojinin amacı insanlara kendilerini iyi hissettirerek en ileri yaşlara kadar aktif ve kaliteli bir şekilde erişmelerine yardımcı olacak koşulların oluşmasını sağlamaktır. Bunların fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, çevresel, ekonomik, hukuksal ve politik alanlarda gerçekleşmeleri gerekir. Yaşlanma bunların birleşmesinden meydana gelen *biyopsikososyal* bütünsel bir olgu olarak tanımlanabilir. Bu bütünsellikten hareketle toplumsal süreçlerin etkisi yaşlanma serüveninde yadsınamayacak kadar etkilidir (Kılıç, 2021).

Yaşlılığın başladığı yaş gruplamasında birçok farklı görüş bulunmaktadır. Birçok batılı ülke yaşlılığın genel başlangıç noktasını emeklilik yaşı olan 65 yaş olarak belirlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul ederken, Birleşmiş Milletler yaşlılık ile ilgili çalışmalarında genellikle 60 ve üzeri yaş grubunu temel almıştır (Mackinlay, 2001; aktaran Tekin ve Kara, 2018). En son veriler de Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılık sınıflamasında 45-59 orta, 60-74 yaşlı, 75 yaş ve üstünün ileri yaşlı olduğu belirtilmiştir. Yine DSÖ'nün başka bir sınıflamasında 60-74 genç/erkek, 74-84 yaşlı, 85 ve üstünün ileri yaşlı olarak sınıflandırılmıştır (WHO, 1998; UN, 2015; aktaran Bölüktaş, 2019). Dünya nüfusunun artması sebebiyle bu sınıflamalar da değişim göstermektedir. Bir başka kaynağa binaen DSÖ/WHO ve bilim insanları uyarınca yaşlılığın kategorize edilmesi üç aşamada toplanmıştır: 65-75 erkek; 75-85 orta; 85 ve üzeri ileri yaşlılık olduğu kanısındır (Tümerdem, 2006). Görüldüğü üzere yaşlılık sınıflamaları kaynaktan kaynağa farklılık göstermekle birlikte çoğunlukla 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak ele alınmaktadır.

2022 Türkiye istatistikleri incelendiğinde, toplam ülke nüfusunun 84 milyon 680 bin 273 kişi olduğu bilinmektedir. 2021'de yaşlı nüfusun dünya ortalaması %9,6 olup, bu oranın %9,7'sini ülkedeki yaşlılar oluşturmaktadır. 2021 BM'e göre (Birleşmiş Milletler) 65 yaş ve üzeri yaşlı yüzdesi en fazla olan ülkelere bakıldığında %28,7 Japonya, %23,6 İtalya, %23,1 Portekiz olurken en az yaşlı ise %1,4 Birleşik Arap Emirlikleri, %1,9 Katar, %2,0 Uganda olduğu öngörülmüştür (TÜİK, 2022). Tüm bu bilgiler ışığında Türkiye'deki yaşlı nüfusun dünya ortalamasına kıyasla fazla olduğunu ve ülkemizin giderek yaşlandığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Bir diğer 2021 tarihli TÜİK raporu incelendiğinde ülkelerdeki yaşlı sıralamaları değişmiş olup, en fazla yaşlının %34,3 ile Monako'da yaşadığı ve bunu peşin sıra %28,8 Japonya ve %22,8 İtalya'nın takip ettiğini görmekteyiz. Yine nüfus tahminlerine göre dünya popülasyonunun 2025'te %11,0, 2030'da %12,9, 2040'ta %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı tahmin edilmiştir. Türkiye'nin yaşlı yüzdesine bakıldığında 68. sırada yer aldığı, 99 ülkeyi geride bıraktığı görülmüş olup dünya ortalamasının %9,8'si yaşlı bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2022). Dolayısıyla Türkiye'nin diğer ülkelere nazaran genç bir ülke olduğu söylenebilse de yaşlı popülasyonun fazla olduğunu görmezden gelemeziz. Ayrıca her iki tarihli raporda da değişiklikler fark edilmiş olup, en çok yaşlının Japonya'da olduğu düşünülürken Monoka'da olduğu tespit edilmiştir. Özetle dünya ortalamasındaki yaşlı oranı %2 artmıştır ve Türkiye ise yerini korumuştur.

Yaşlanmanın spesifik nitelikleri arasında (1) uzuv yapısındaki rezerv yapabilirliği, (2) denge kayıpları, (3) çevresel etmenlere entegre olamama, (4) stresörlerle başa çıkmada güçlükler sayılmaktadır. Dolayısıyla yaşlılıkla beraber meydana gelen ve gitgide artış gösteren bu yitimler sonucunda kişiler rahatsızlık ve incinmeler karşısında savunmasız kalabilmekte (Gökçe-Kutsal, 2012) ve yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Yaşlı bireylerin kaybettikleri bu fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak yaşlılık biliminin ana hedeflerini oluşturmaktadır.

Yaşlı popülasyonun niceliğinin ve niteliğinin belirlenmesi, bedensel-sosyo-psikolojik ve toplumsal problemlerin saptanması, başarılı yaşlanma açısından koruyucu/önleyici çalışmalar gerçekleştirilmesi (Bilir, 2018) sadece bireysel ihtiyaçların karşılanması için değil toplum coğrafyası açısından da önem arz etmektedir. Yaşlılık salt bireysel bir olgu değil aynı zamanda sosyolojik bir olgu olarak ülkeleri ve genelinde tüm insanlığı kapsamaktadır. M. Robinson'a göre sağlık hakkı; sağlıklı olmak değildir, devletlerin ve idarecilerin olası en kısa sürede tüm toplumun erişebileceği ve faydalanabileceği bir sağlık mekanizması geliştirmesi (Nygren-Krug, 2002) ve bu hizmeti sağlamasıdır. Çünkü bir toplumun, coğrafyanın refah ve huzuru orada yaşayan yaşlı, engelli, kimsesiz gibi dezavantajlı gruplara sunulan, sağlanan hizmet kalitesi ile ölçülür.

Gökçe-Kutsal (2012) yayımında yer alan ve pek çok platformda gündeme getirilen 1982 "World Assembly on Ageing" raporundaki gibi; yaşlılar fiziksel

ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilen ve nerde yaşarlarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında güvenli bir şekilde yaşayabilmelidir.

DSÖ'nün "21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık" başlığının beşinci maddesi yaşlı sağlığına ilişkindir. Burada amaçlanan ise 2020'ye kadar, 65 yaş ve üzeri bireylerin her daim imkân ve güçleri doğrultusunda daha sağlıklı olabilmesi ve etkin toplumsal hayata katılıma sahip olmasıdır. Ayrıca yaşam süresinin uzatılması ve otonomi, öz-saygı, toplumsal statü hususunda yerinde yaşlanmaya vurgu yapılmaktadır (WHO, 1999).

YAŞAM KALİTESİ VE UZUN YAŞAM

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde savaş sonrası dönemde maddi zenginliğin, "refahın" insanların yaşamını nasıl etkilediğini değerlendirmek için ortaya çıkmıştır. Kısa süre sonra bu kavramın kapsamı eğitim durumu, refah düzeyi, ekonomik gelişmişlik gibi konuları da içine alacak şekilde genişletilmiştir. Yaşam kalitesi denildiğinde bu kavramın herkes için anlamı farklı olsa da bu kavramın kapsadığı en önemli konu sağlıktır (Aslan, 2012). Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken, geriatric popülasyonda esas hedef; "yaşam kalitesinin korunmasıdır. Yaşam kalitesi hem kişinin içsel hem de sosyal kriterlerini içerir (Gökçe-Kutsal, 2012) ve artırır.

Yaşam kalitesi ile uzun yaşama arasındaki bu anlamlı bir ilişki yaşlının sadece sağlıklı olmasının yanında sosyal ortamında olması açısından da önemlidir. Öyle ki yapılan bir literatür değerlendirmesinde yaşlılar için yaşam kalitesinin anlamı aile bireyleri ve akrabalarla ilişkileri üzerinden tanımlanmıştır. Diğer bireylerle ilişkiler, sosyal ilişkiler, duygusal olarak iyilik hali gibi başlıklar da yaşlılar arasında (Aslan, 2012) öncelikli konulardandır.

Max Planck İnsan Gelişim Enstitüsünde yaşlılar üzerine yapılan bir araştırmada torunlarına bakan ile bakmayan yaşlılar arasında uzun yaşama konusun-

da fark olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında 1990-2009 yılları arasında ve 70-103 yaş arasındaki 500'den fazla kişi incelemeye alınmış ve araştırmada 2019 engellilik ve yaşlılığa ilişkin veriler incelendiğinde, toplamda görme problemlili %5,8 kişi; işitme problemlili %4,4 kişi; desteksiz/araç olmaksızın yürüyemeyen %5,5 kişi; merdiven inip çıkamayan %7,9 kişi; akranlarına nazaran öğrenme ve hatırlamada güçlük yaşayan 5,4 kişi olduğu görülmüştür (TÜİK, 2020). Görüldüğü üzere 2019 özelinde en fazla merdiven inip çıkamayan en az ise işitme problemlili kişilerin olduğu bilinmektedir. Bu bakımdan sağlık alanında kullanılan araç/ekipmanlar sağlık sorunları açısından önem arz etmekte olup, yenilikçi, sorunlara cevap niteliğinde müdahale ve yöntemler geliştirilmelidir.



Fotoğraf 1. Torunlarına bakan yaşlılar

Kaynak: <https://pxhere.com/tr/photo/1283525>

2019 özelinde 15 yaş ve üzeri kişilerde en çok rastlanan rahatsızlık %29,7 bel bölgesi sorunları olup, akabinde %20,5 boyun bölgesi sorunları; %16,4 hipertansiyon; %12,3 alerji; %11,2 artroz ve %10,2 şeker takip etmiştir (TÜİK, 2020s). Genel grafiğe baktığımızda, 2014-2016-2019 yılları incelendiğinde şeker hastalığı hariç diğer tüm rahatsızlıklar 2016'da düşüşe geçmiştir. Diğer bir açıdan yıllara göre sorun bazlı baktığımızda ise bel ve boyun bölgesi en çok 2014'te görülmüş olup; hipertansiyon, alerji, artroz ve şeker en çok 2019'da artışa geçmiştir.

Yine 2019 Türkiye Sağlık Araştırması'nda genel grafiğe baktığımızda, 2014-

2016-2019 yılları arasında koruyucu hizmetlerden yararlanan 15 yaş ve üzeri kişilerin, kan şekeri ve kolesterol ölçümlerinde tüm yıllarda artış yaşandığı; yalnızca tansiyon ölçtürenler 2014'te 50,2 iken 2016'da 48,6'ya düştüğü daha sonra 2019'da %50,8 olarak tekrar yükseldiği söylenebilir (TÜİK, 2020). Başka bir deyişle koruyucu hizmetlerin sunumunda e-sağlık uygulamaları tele-tıp, tele-bakım, tele-sağlık ve mobil sağlık gibi e-sağlık uygulamaları önem bildirmekte olup, konunun üzerine daha fazla düşünülmesi gerekmektedir. Bu gibi hizmetler sağlık alanında hastalık ve rahatsızlıklar hususunda koruyucu/önleyici bir yer alabilir ve yaşlının kendisi tarafından acil bir müdahale gerektiğinde hızlı çözümler sunabilir.

YAŞLILAR VE TEKNOLOJİ

Teknolojik gelişmelerin hızlı bir şekilde ilerlemesi ve bu ilerlemeyi takip etmekte zorlanan yaşlı bireyler için teknoloji hem avantaj hem de dezavantaj olabilmektedir. Yaşlı bireyler genel fiziksel durumlarında meydana gelen sorunlardan ve bilişsel yeteneklerinin zayıflamasından dolayı yeni teknolojik ürünleri kullanmakta zorlanmaktadırlar (Ekici ve Gümüş, 2016). Hazer ve Kılınç (2009) çalışmasındaki bir araştırmaya göre cep telefonunu yardımsız kullanabilen bireylerin oranı %92,1, yardımsız bilgisayarı kullanabilen bireylerin oranı ise %89,3'tür. 65 ve üzeri yaşlı grubunda 3 yıldan daha az bir süredir yardımla kullanılabildikleri teknolojik araçlar arasında %88,9'ile cep telefonu, %83,3 ile bulaşık makinesi, %85,7 ile CD çalar gelmektedir. 4 yıldan daha fazla bir süredir yardımla kullanılabildikleri araçlar arasında ise %40,0 ile derin dondurucu, %33,3 ile elektrik süpürgesi ve %33,3 ile çamaşır makinesi gelmektedir.

Geronteknoloji; talep ve gereksinimler doğrultusunda var olan geleneksel ve modern teknolojileri ile yaşlanan ve yaşlı bireylere odaklanan interdisipliner bir yaklaşım içermektedir (Bronswijk vd., 2009). Söz konusu bu yaklaşım iki konuya dikkat çekmektedir: (1) yaşam süresinin artışı ve düşüğe geçen doğum yüzdesi ile yaşlı niceliğindeki fazlalık, (2) teknolojinin bileşenleri, globalleşme ve sayısız yeni hızlı kitle öğesinin yayılımıdır (Bouma vd., 2007). Geronteknolojinin hedeflerine baktığımızda opsiyon ve bağımsızlığı yükseltmek, olası aksilik ve riskleri en aza indirmek, noksanlık ve engelleri gidermek, formal ve enformel yolla bakım verenleri desteklemek ve başlıca ar-ge çalışmalarını interdisipliner bir şekilde yürütmektir (Bouma, 1997).

Baran vd. (2017) yaşlı bireylerin teknolojiyi hangi amaçla kullandıklarını araştırmışlardır. Bu doğrultuda çalışmanın sonuçlarına göre sırasıyla ilk 5 sırada; haber siteleri (%8,4), sosyal medya (%7,5), sağlığa ilişkin bilgi alma (%6,6), mal ve hizmet ürünlerine dair bilgi arama (%5,9), paylaşım sitelerinden video izlemedir (%4,8).

Eurostat (2019) raporunda ise, AB (Avrupa Birliği) ülkelerinde ikamet eden 65-74 yaş arasının % 81 e-mail, % 72 haber, % 60 sağlığa dair bilgi arama, % 54 internet bankacılığı, %37 video içerik izleme, % 35 sesli-videolu arama ve % 34 Facebook, Twitter vb. sosyal ağlarda vakit geçirmek için internetten yararlandıklarını göstermiştir (Uysal, 2020).

Sağlık sektöründe yaşanan dijitalleşmenin etkisiyle hastaların tanı, tedavi ve tedavi sonrası süreçlerinin takibi olumlu yönde gelişme göstermiştir. Gelişen sağlık teknolojileri sayesinde online randevu, sağlık konusunda daha doğru bilgiye ulaşma, soru sorma ve bilgi alma vb. birçok konuda hasta ve refakatçilerine çözümler sunulmuştur. Ayrıca sanal gerçeklik teknolojileri arasında yer alan *Tele-Tıp*, *M- Sağlık*, *E-Sağlık*, *3D Yazıcılar* gibi teknolojilerin kullanımı ile insan sağlığının geliştirilmesini amaçlamaktadır. Süreçte mobil sağlık, tele sağlık ve dijital hastane uygulamaları gibi inovasyonlar sağlık sektöründeki rolünün önemini arttırmıştır (Aladağ ve Dalkıran, 2022).

E-sağlık; tıp BT (Bilişim Teknolojileri) halk sağlığı ve iş alanlarının keşif noktasını oluşmakta olup, sağlık hizmetleri ve internete ilişkin teknolojilere referans sağlayan çatı bir kavramdır. Diğer bir deyişle BİT (Bilgi ve İletişim Teknolojileri) salt teknik bir çözüm olmaksızın ayrıca sağlık hizmetlerini lokal, bölgesel ve global olarak geliştirilmesi amacıyla ağ ilişkili, global anlayış, duygu-durum ve tutumu da içermektedir (Eysenbach, 2001).

Eysenbach, e-sağlığın adı geçen 10 e'sini aşağıdaki gibi ifade etmektedir (Eysenbach, 2001):

Verimlilik: Sağlık sunumlarında etkinliği yükseltmek ve böylelikle masrafları düşürmek e-sağlığın amaçlarından birisidir. Sağlık işletmelerinde iyileştirilmiş iletişim fırsatları ve danışan iştiraki aracılığıyla tekrarlayan ya da gereksiz tanı-sağaltım uygulamalarından uzaklaşılması masrafları azaltacak iyi bir uygulamadır.

Bakım Niteliğinin Yükseltilmesi: Heterojen tedarikçiler içerisinde kıyasla-

ma yaparak, kullanıcıları, nitelik teminatı amacıyla sürece ortak ederek ve danışan akışlarını en nitelikli tedarikçilere kanalize ederek sağlık sunumlarının niteliğini yükseltmesi e-sağlığın bu konudaki uygulamalarına örnektir.

Kanıtı Dayalı: Kanıtı dayalı (KDU) e-sağlık uygulamaları, verimlilik ve yeterliği kapsayacak biçimde gerçekleştirmelidir.

Tüketici ve Danışanların Güçlendirilmesi: Tıp ve bireysel elektronik bilgilendirmeler, internet aracılığıyla alıcıların ulaşabildiği kayıtlar, e-sağlık müdahaleleri danışan odaklı tıp amacıyla yeni yöntemler geliştirir ve KDU'ya bağlı danışan tercihini karşılamaktadır.

Teşvik: Danışan ve sağlık profesyonelleri arasında yeni bir temasın teşviki ile iş birliği içerisinde müşterek kararlar vermeyi amaçlamaktadır.

Eğitim: Online kaynaklar (süregelemler tıp eğitimi) ve alıcılar (sağlık eğitimi, alıcılar için adanpte edilmiş koruyucu/önleyici bilgilendirmeler)

Etkinleştirme: Sağlık kurum/kuruluşları arasında standardize edilmiş bilgi alışverişi ve komünikasyonun yürütülmesi.

Genişletme: Sağlık hizmetleri alanını geleneksel çizgilerinin dışına çıkarılması hem bölgesel hem de teorik çerçevede sunulması gerektiği üzerinde durmaktadır. E-sağlık; alıcıların, global sunuculardan online sağlık sunumlarını kolaylıkla edinmesini karşılamaktadır. Örn.: Basit önerilerden kompleks uygulamalara ya da farmasötik ürünler gibi.

Etik: Danışan-hekim transaksyonunun yeni formlarını kapsamaktadır ve online mesleki müdahale, bilgilendirilmiş onam, mahremiyet ve eşitlik vb. hususlarda yeni güçlükler ve risklere sebebiyet vermektedir.

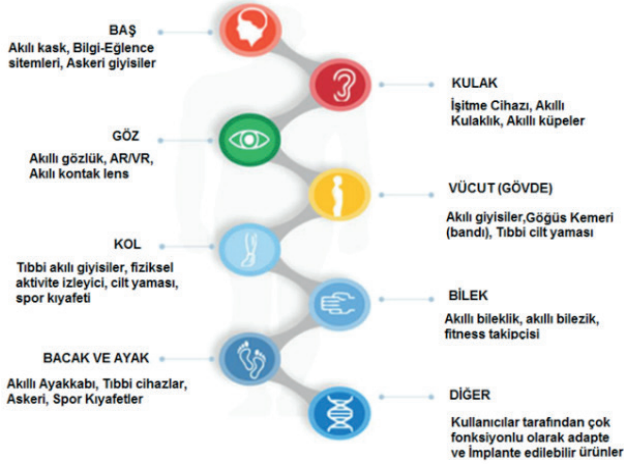
Eşitlik: E-sağlığın amaçlarından birisi de sağlık sunumlarını tarafsız bir şekilde gerçekleştirmektir. Ancak dezavantajlı ve avantajlı gruplar da bu değişiklik gösterse bile her iki grubun dijital uçurum yaşamaması adına eşit erişim hakkı son derecede önemlidir.

Online danışan brifing sistemleri, online sağlık ajandaları, dayanışma ağları, tıbbi dataların olduğu bilgi sistemleri ve danışanların bulunduğu sosyal ağ platformları e-sağlık alanına girmektedir (Ekici ve Gümüş, 2016).

Bireysel ölçüm ve giyilebilir teknolojinin yararları aşağıda açıklanmıştır (S. Aydan ve M. Aydan, 2016):

- Bireyin kendisini takip ederek negatif hareketlerinin tespiti ve düşürülmesi,
- Hareketleri, sağlık olguları ve sağlığa bölünen mali kaynaklara dair doneyi kişinin bütüncül inceleyebilmesi ve vakitten kazanç sağlaması,
- Danışanların rejim, egzersiz ve sağaltımlarının kontrolünü sağlamada güdülenmesi,
- Sağlık sunumlarında holistik bir şekilde hekimlerin, danışana ilişkin daha çok bilgiye erişmeleri ve özelleştirilebilir koruyucu/önleyici sağlık sunumlarının iyileştirilmesi,
- İvedi olguların sağlık sağlayıcılarına ya da danışan yakınlarına yönlendirilmesi,
- Tıp eğitimin ilerletilmesinde bir araç önermesi,
- Danışanların hayat standartlarının yükseltilmesi,
- Sağlık sunumu sağlayıcıları, araştırmacılar ve tıbbi firmalar amacıyla sosyal bazda done edinilmesi ve rahatsızlıklar konusunda tedbirlerin alınması,
- Söz konusu bu donelerle sağlık düzenlemelerine yeni bir biçim kazandırmaktır.

GT (Giyilebilir teknoloji) ve uygulamalar; tüketiciye fayda sunabilmek adına basit arayüz içermeli, tüketicinin hayatı ve sağlık sunumu ile holistik (bütüncül) bir yaklaşım içermesi, farklı araç-gereç ve uygulamalara entegre edilebilir ve çalışabilir olması, tüketicinin seçimine bağlı data paylaşımını kolaylaştırması, kullanıma özendirici ile çekici hale getirilmesi, hem tüketiciler hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları ve başka ortaklar amacıyla sonuç odaklı yaklaşımı içermelidir (S. Aydan ve M. Aydan, 2016). Bu bilgiler ışığında giyilebilir teknoloji ürünlerine ilişkin aşağıdaki görsel konuya açıklık getirmektedir.



Şekil 1. Giyilebilir Teknolojik Ürünler

Kaynak: <https://www.i-scoop.eu/wearables-market-outlook-2020-drivers-new-markets/> Türkçe'ye uyarlayan; (Özgüner Kılıç, 2017:102)

Yukarıdaki görsel genel tüketici kitlesi için üretilen araç-gereçleri göstermektedir. Yaşlı bireyler için de bu teknolojiler, yaşam kalitesini arttırmak ve teknolojiyle uyumunu kolaylaştırmak açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda harekete duyarlı ışık, dijital alarmlı ilaç hatırlatma kutusu, robot süpürge, akıllı saat, akıllı saksı, e-kitap okuyucu, dijital tansiyon aleti, güvenli pişirme sistemleri, büyük tuşlu cep telefonları, kablosuz TV dinleme cihazları, izleme ve takip sistemleri, kişisel acil müdahale sistemleri yaşlı bireyler açısından örnek gösterilebilir (<https://mediatrend.mediamarkt.com.tr/yasli-larin-hayatini-kolaylastiran-teknolojiler/>, 2015).

YAŞLILARIN DİJİTAL HAYATA UYUMU

Yaşlı bireylerin teknoloji ile uyumu basit olmasa da onların hayatını kolay-

laştırdığı ve onlara avantaj sağladığı bir gerçektir. Dijital hayat onlara en başta sosyal açıdan çocukları, torunları, akrabaları ile iletişim kurma imkânı sağlayarak mutluluk verir. Özellikle pandemi döneminde evlere kapanan yaşlı bireylerin alışveriş ihtiyaçlarını sağlamada online alışveriş avantajı sağlamış, birçok yaşlı için hayat kurtarmıştır. Kimi yaşlı bireyler bu süreci daha kolay sağlarken kimi yaşlılar zayıflayan refleksleri nedeniyle bu süreci daha zor sağlamıştır. Evlerinde torunları yaşayan yaşlı bireyler yardım alırken, anlamadıkları veya zorlandıkları noktalarda yardım alamayanlar için bu süreç daha sıkıntılı olmuştur. Özetle teknolojinin avantajlarını iyi kullanan yaşlı bireyler için hayatlarını kolaylaştırmış ve bunu eğlenceli bir araca dönüştürmüştür.

Anderson ve Perrin (2017) tarihli yayınlarındaki bir başka araştırmada; Amerika'da 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların cep telefonu ve akıllı telefon kullanımı arasında fark olduğu görülmüştür. Katılımcıların modası biraz daha eski olan cep telefonlarına daha fazla yakınlık gösterdikleri, son model telefon kullanımının diğerine oranla daha az olduğu sonucu çıkmıştır.

Tablo 1. 65 yaş üzeri yaşlıların akıllı telefon kullanım oranları

Yaş grupları	Cep telefonu çeşitleri	Akıllı telefon
65-69 yaş arası	% 95	% 59
70-74 yaş arası	% 93	% 49
75-79 yaş arası	% 63	% 31
80 yaş ve üzeri	% 58	% 17
Toplam 65 +	% 80	% 42

Yaşlı bireylerin sağlık sunumları, bireysel bakım, hane içi gereksinim, toplumsallaşma ve iletişimlerini birincil gereksinimleri arasında ön sırada yer almaktadır. Buradan yola çıkarak yaşlıların sosyal yaşama katılımı, tek başına hayatı sürdürebilme, hareket açıklığı yaratma, güvence ve himaye altına alma vb. hususlarda teknoloji ögesi etkin bir şekilde yarar sağlayabilir (Çataloğlu, 2018).

SOPRANO (Yaşlı Avrupalılar için Hizmet Odaklı Programlanabilir Akıllı Ortamlar) isimli Avrupa araştırma projesi yaşlı sağlığına ilişkin örnek olarak gösterilebilir. Burada amaçlanan ise bilgi ve iletişim teknolojilerinden (BİT) ya-

rarlanarak, yaşlı bireylerin yerinde yaşlanmalarını desteklemek ve hayat standartlarını yükseltmektir ((Bierhoff, vd., 2013)).

Yaşlı-teknoloji ikileminde kişilerin, teknolojiden kaçındıkları veya kullanımlarında isteksizlikleri konusundaki ön kabuller farklılıkları daha da belirginleştirmektedir. Oysaki bu kişilerin teknoloji karşısında kayıtsız kaldıklarını işaret eden bir çalışmaya rastlanılmamıştır (Çataloğlu, 2018).



Fotoğraf 2. Akıllı telefon ve yaşlı davranışı

Kaynak: <https://www.bulnews.bg/article/367787>

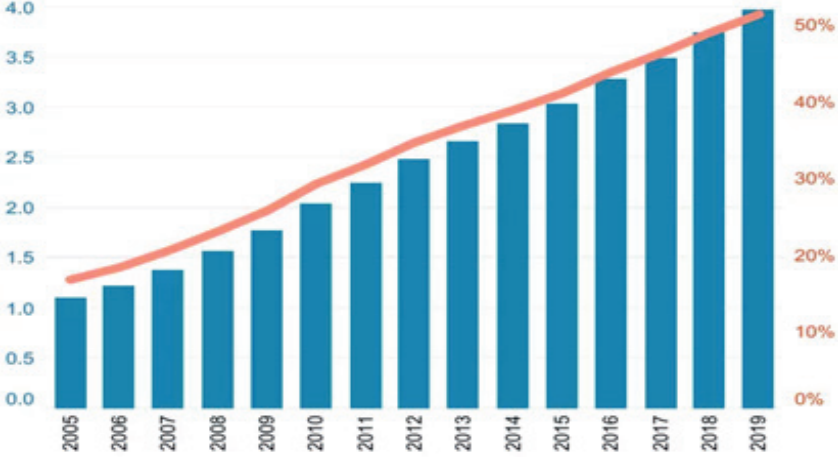
Son 3 ay içerisinde 55-64 ve 65-74 yaş skalasındaki kişilerin internet kullarıncıları incelendiğinde 2004'ten 2022'ye kadar her daim ilk grup, diğere gruba nazaran interneti aktif bir şekilde kullanmaktadır. İlk grubun internet kullanım oranları 2014'ten bu yana (%15,3) artarak bugüne değin (%64,2) devam etmiştir. Yine aynı yıl süresince ikinci grubun internet kullanımlarında 2010-2011 arası sabit olup (%2,7), daha sonrası için (%36,6)'lara ulaştığı görülmektedir (TÜİK, 2022c). Bu bakımdan bilgi ve iletişim teknolojileri geliştikçe kullanım oranlarının aynı şekilde sürdürüleceği tahmin edilmektedir. Günümüz açısından dijital çağ, yaşlı bireyleri dezavantajlı veya dijital göçmen olarak tanımlamaktadır.

Tablo 2. Cinsiyete ve Yaş Grubuna Göre Bireylerin Son 3 Ay İçinde İnternet Kullanım Oranı, 2017-2022

Yıl	Cinsiyet	Yaş (65-74 Yaş)	Toplam
2017	Erkek	15,6	11,3
	Kadın	7,5	
2018	Erkek	23,0	17,0
	Kadın	11,9	
2019	Erkek	25,3	19,8
	Kadın	15,0	
2020	Erkek	34,9	27,1
	Kadın	20,4	
2021	Erkek	40,0	32,5
	Kadın	25,9	
2022	Erkek	43,8	36,6
	Kadın	30,3	

Aynı şekilde son 3 ay içerisinde 55-64 ve 65-74 yaş skalasındaki kişilerin bilgisayar kullanımları incelendiğinde internet kullanımları ile benzer sonuçlar gösterdiği görülecektir. Buna ithafen 2004'ten 2018'e dek yine ilk grup, ikinciye oranla daha fazla bilgisayarda vakit geçirmiştir. Dahası ilk grubun internet kullanım oranları 2014'te (%2,3) olurken 2018'de (%19,7) ile yaklaşık 10 kat büyüme göstermiştir. Keza aynı yıl zarfında ikinci grubun internet kullanımları 2004'te (%0,4) iken 2018'de bu rakam (%8,5)'i bularak geçmişten günümüze katlanarak artmıştır (TÜİK, 2022d). Bir başka ifadeyle dijital okuryazarlık salt yaşlı değil; herkes için gereklidir, ancak bu alanda eğitimler düzenlenerek bireylerin bilinçli olunması sağlanabilir.

Bir başka araştırmaya göre yaş grubu olmaksızın cinsiyet baz alındığında, 2018'de %92,7 olan cep telefonu kullanımı 2022'de %95,8'lere yükselmiştir. 55-64 yaş grubunda, 2018'den (88,5) bugüne dek %94,6'lara çıkmış olup; 65-74 yaş grubunda, 2018'de (%76,5) olan cep telefonu kullanımları 2020-2021 arası statiktir (%86,5) ve günümüzde (%88,3) olarak varlığını korumaktadır. (TÜİK, 2022e). Genel olarak 65-74 yaş arasının cep kullanımları en az bulunurken, günümüz gereği sonuçlar olağandır ve yaşlı bireylere özel ürün geliştirme-tanıtma faaliyetleri yapılarak oranlarının yükseltilmesine katkı sunabilir.

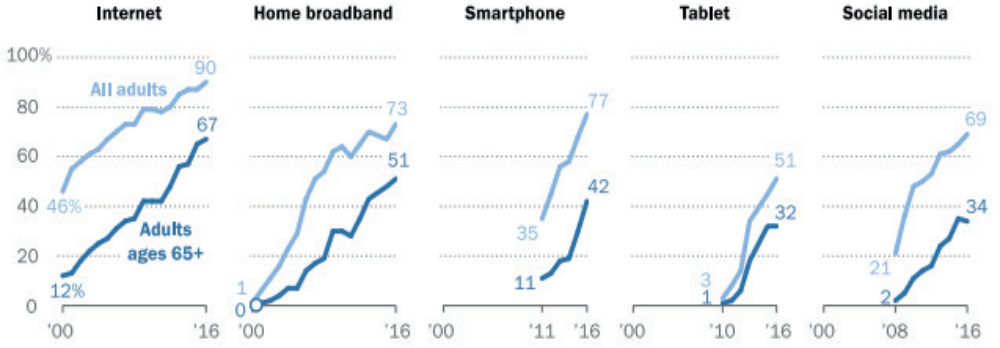


Grafik 1. İnternet Kullanımı

Kaynak: (World Economic Forum, 2021)

Uluslararası Telekomünikasyon Birliği'nin (ITU) 2019 tarihli internet kullanımına dair araştırmasında internet kullanıcı sayısı 4.1 milyonu gösterse de internet kullanıcı oranı hala %50'de seyretmektedir. Nitekim günümüzde endüstri 4.0 teknolojilerinin olmasına rağmen dünya nüfusunun yarısının internete erişiminin olmaması bu denli büyük bir soruna işaret etmektedir. Covid-19'la beraber dijital servisler (tele-sağlık ve bankacılık işlemleri vs.) daha da zor bir hale dönüşmüştür; ancak BİT, enformasyon, sağlık ve sağlık sunumlarına ulaşım, sosyo-ekonomik katılım, yaşlının tam katılımı ve katılımıyla beraber çeşitli etmenler aktif ve sağlıklı yaşlanmaya zemin hazırlayabilmektedir.

Yine ITU'nün 2022 tarihli çalışmasında takriben 5,3 milyar dünya nüfusunun %66' sının internet kullanıma sahip olduğu bilinmektedir. Bu, bir önceki grafiğe göre (2019) %24' lük bir yükselişi göstermektedir; bu süreçte 1,1 milyar kişinin erişimi olduğu bilinmektedir, ancak bu, 2,7 milyar kişi halen bu hizmetlere erişim sağlayamamaktadır (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>).



Grafik 2. 8 ve 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Farklı Alanlardaki Kullanımları

Kaynak: Anderson ve Perrin (2017)

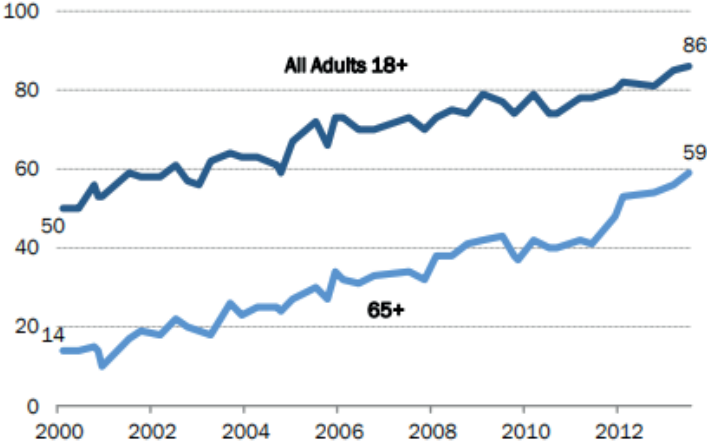
İnternet: Yukarıdaki grafiğe göre internet kullanıcılarının %90'ı tüm yaş gruplarını kapsarken, sadece 65 yaş ve üzeri olanların %67'si internete erişmektedir.

Ev İnterneti (ADSL): Geniş bant yararlanıcılarının %73'ü herkesi içerirken, yalnızca 65+ grubun %51'inin bu ürüne sahip olduğu bilinmektedir.

Akıllı Telefon: Yetişkinlerin %77'sinin akıllı telefon kullanıcısı olduğu ön görülmektedir ve bunun %42'si salt 65 ve üzeridir.

Tablet: Yetişkinlerin %51'i en az 1 adet tablete sahipken, bu durum 65+ bireylerde %32'sini oluşturmaktadır.

Sosyal Medya: Sosyal medya kullanıcı oranı %69 iken yaşlılarda bu oran %34'ü bulmaktadır.



Grafik 3. İnternetin Zamanla Benimsenmesi

Kaynak: (Smith, 2014)

18 yaş ve üzeri kişilerde 2000'den 2012 yılına kadar inişli çıkışlı bir internet kullanımı benimsenmiştir. 50 yaş ve üzeri bireylerde %50'de seyrederken bu oran artış göstererek %80'i aşarak 86'yı bulmuştur. 65 yaş ve üzeri bireylerde ise 2000'lerde %14'te seyredirken 2012'de %59'a çıkmıştır. Dolayısıyla geçmişten günümüze internetin benimsenmesi her iki grup için de farklı sonuçlanmış olup, benzer sonuçlar görünmüştür.

SONUÇ

Görüldüğü üzere dijital çağ, yaşlıları dezavantajlı ya da dijital göçmen olarak adlandırırsa da tüm bu olumsuzluklara rağmen yaşlı bireyler de teknoloji karşısında zamanla kullanım becerilerini geliştirmiş ve kendisine karşı üretilen ürünler ile daha da benimsenmiştir. Bu bakımdan yaşlı ve teknoloji alanı gelecek aktarımlar hususunda köprü görevindedir.

Yaşlı ve dijital hayat eskiye oranla günümüzde popüler konular arasında yerini almıştır. Birçok araştırmacı yaşlılık kavramının dönüşümü, yaşam kalitesi, teknoloji ve dijital hayata uyumları temalarında araştırmalar yapmışlardır. Biz-

de, bu çalışmamızda bunları ön görerek teknolojinin yaşlı bireylerdeki yerine odaklandık ve sonuçlarda pozitif bir ivme kazandığımızı gördük. Markalar ve işletmeler de aynı şekilde pozitif bir yaklaşımla yaşlı davranışlarını mercek altına alacaklardır. Dolayısıyla yaşlı ve teknoloji giderek önemli bir hal alarak bilim insanları tarafından da merak konusu olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akinola, S. (1 Ekim 2021). *How can we ensure digital inclusion for older adults?*. 21 Eylül 2022, <https://www.weforum.org/agenda/2021/10/how-can-we-ensure-digital-inclusion-for-older-adults/>
- Anderson, M. ve Perrin, A. (2017). *Tech adoption climbs among older adults*. Pew Research Center.
- Aslan, D. (2012). Yaşam kalitesi: Yaşlılık dönemine dair öne çıkanlar. *Birinci basamak için temel geriatri*. (s. 42-45) içinde. Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği Yayınları, (ISBN: 978-605-5867-64-5).
- Aydan, S. ve Aydan, M. (2016). Sağlık hizmetlerinde bireysel ölçüm ve giyilebilir teknoloji: Olası katkıları, güncel durum ve öneriler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 325-342.
- Bayrak, Ö. ve Dalkıran, G. B. (2022). Sağlıkta dijitalizasyon: ileri yaş bireylerin sağlık bakımında kullanılan bir uygulama. *Meriç Uluslararası Sosyal ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 100-112.
- Bierhoff, I., Müller, S., Schoenrade-Sproll, S., Delaney, S., Byrne, P., Dolničar, V., ve Huijnen, C. (2013). Ambient assisted living systems in real-life situations: Experiences from the SOPRANO Project. *Technologies for Active Aging*. (ss. 123-153) içinde. Springer.
- Bilir, N. (2018). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. A. Ertürk, A. Bahadır, Filiz K. (Edi.), *Yaşlılık ve solunum hastalıkları*. (s. 13-31) içinde. TÜ-SAD (Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği), (ISBN: 978-605-4899-68-5).
- Bouma, H. (1997). Gerontechnology: Directing technology towards needs and aspirations of the elderly. *Japan Society ME & BE*, 1.
- Bouma, H., Fozard, J. L., Bouwhuis, D. G. ve Taipale, V. (2007). Gerontechnology in perspective. *Gerontechnology*, 6(4), 190-216.
- Bronswijk, Johanna E.M.H.; Bouma, Herman; Fozard, James L.; Kearns, William D.; Davison, Gerald C.; ve Tuan, Pan-Chio, Defining gerontechnology for R&D purposes (2009). *Rehabilitation and Mental Health Counseling Faculty Publications*.

- Bölüktaş, R. P. (2019). Yaşlılığa genel bakış. R. P. Bölüktaş (Edi.), *Temel gerontoloji. Yaşlı Sağlığı Önlisans Programı, İstanbul Üniversitesi Yayınları*.
- Büken, N. Ö. ve Büken, E. (2003). Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. *Geriatry*, 6(2), 75-79.
- Cataloğlu, S. (2018). Yaşlılık, değer ve teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 27-35.
- Ekici, S. K. ve Gümüş, Ö. (2016). Yaşlılıkta Teknolojinin Kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 55 (Ek Sayı), 26-30.
- Eysenbach, G. (2001). What is E-Health?. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 1-2.
- Gökçe-Kutsal, Y. (2012). Yaşlanan dünya ve yaşlanan insan. *Birinci basamak için temel geriatry*. (s. 7-15) içinde. Ankara Tabip Odası, Türk Geriatry Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği Yayınları, (ISBN: 978-605-5867-64-5).
- Görgün Baran, A., Koçak Kurt, Ş., Serdar Tekeli, E. (2017). Yaşlıların dijital teknolojileri kullanım düzeyleri üzerine bir araştırma, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 45, 1-24.
- Haber Ekspres (24 Aralık 2016). *Araştırmacılar diyor ki: Torun bak daha uzun yaşa!* 21 Eylül, 2022. <https://www.haberekspres.com.tr/saglik/arastirmacilar-diyor-ki-torun-bak-daha-uzun-yasa-h96794.html>
- Hazer O ve Kılınç V. S. (2009). Kırkbeş yaş ve üzeri yetişkinlerin günlük yaşamda teknolojiyi kullanma durumlarının incelenmesi. *Geriatry*, 12(2), 82-92.
- Kılıç, H. Ö. (2017). Giyilebilir teknoloji ürünleri pazarı ve kullanım alanları. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(4), 99-112.
- Kılıç, S. (2021). Yaşlılıkta sosyal dışlanma. A. Arısoy (Edi.), *Dezavantajlı gruplar ve sosyal dışlanma* (1. bs.) içinde. Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Nygren-Krug, H. (2002). *Sağlık ve insan hakları üzerine 25 soru-25 cevap*. (N. Zengin, Çev.) World Health Organization ve Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi.
- Önemli, S. (24 Temmuz 2015). *Yaşlıların hayatını kolaylaştıran teknolojiler*. 21 Eylül 2022, <https://mediatrend.mediamarkt.com.tr/yasli-larin-hayatini-kolaylastiran-teknolojiler/>
- Smith, A. (2014). *Older Adults and Technology Use*. Pew Research Center.
- Tekin, Ç. S. ve Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (4 Haziran 2020). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2019*.

21 Eylül 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (06 Temmuz 2022). Dünya Nüfus Günü, 2022. 21 Eylül 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552>

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (18 Mart 2022). İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. 21 Eylül 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (26 Ağustos 2022). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2022. 21 Eylül 2022. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)

Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş (Real age). Editöre Mektup. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3), 195-196.

Uysal, M. T. (2020). Yaşlı bireylerin sosyalleşmesinde dijital teknolojinin rolü: Dijital yaşlılar üzerine bir çalışma. *SDÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 50, 43-59.

World Health Organization (WHO). (1999). *Health21: The health for all policy framework for the WHO european region*. (European Health for All Series, No. 6, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen.

<https://pxhere.com/tr/photo/1283525>

<https://www.bulnews.bg/article/367787>