

# Türkiye'deki mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma

## Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı görevine atanmış olup halen Eurorotanet projesi Türkiye koordinatörlüğü yanı sıra 2 ayrı TÜBİTAK projesini de yürütmektedir.

Uluslararası hukukta *mülteci* kavramı, vatandaşı olduğu ülke dışında olan ve "ırkı, dini, tabiiyeti, belirli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncesi nedeniyle zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu" için vatandaşı olduğu ülkeye dönemeyen veya dönmek istemeyen kişileri ifade etmektedir. Sığınmacı ise, mülteci olarak uluslararası koruma arayan ancak statüleri henüz resmi olarak tanınmamış kişilere denir. Bu terim genellikle, mülteci statüsü almaya yönelik başvurularının hükümet ya da Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından karara bağlanmasını bekleyen kişiler için kullanılmaktadır.

Sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere istenen düzeyde değildir. Mülteciler dünya çapında danışmanlık, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Dünyada ve Türkiye'de önemli bir sorun

olan ve dünyada artan eşitsizlikler, çatışmalar ve iklim değişiklikleri ile birlikte giderek daha büyük bir sorun olacağı tahmin edilen sığınmacı ve mülteciler sorunu, tüm yasal düzenlemelere rağmen sürmektedir.

"Üçüncü dünya ülkeleri"nde yaşanan siyasi ve etnik çatışmalar, çevre felaketleri ve küreselleşmeyle gelen gelir eşitsizliği göç olgusunu karşımıza çıkarmaktadır. Türkiye 1980 sonrası dönemde uluslararası göç akımlarına maruz kalmıştır. Bu göçmenler; Batı ülkelerine geçmek amacıyla Türkiye'yi geçiş yeri olarak kullanmak isteyenler, sığınmacılar, yerleşmek için gelenler, çalışmak için gelenler ve insan ticareti mağdurlarından oluşmaktadır. Türkiye'de mülteciler bekleme dönemlerini geçirmek için önceden belirlenmiş uydu kentlere yerleştirilmektedir. Günümüzde ülkemizde yaşayan ve sadece Suriye'den gelmiş göçmen sayısı 500 binden fazladır (Ağustos 2013 sonu itibari ile resmi kayıtlı 460 bin; Bunların 300 bine yakını çadır/konteyner kentler yani kamplarda, 200 bini ise şehirlerde kendi imkân ya da yerel yönetim yardımları yaşamlarını sürdürmektedir). Suriyeli mültecilerin yarısından fazlası çocuk olup en yoğun yaşadıkları bölgeler; Hatay, Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Osmaniye, Adıyaman ve Adana'daki çadır kentlerdir. Hastanelerde tedavi görenler

ve refakatçiler bu rakamlara eklenmelidir. Ayrıca ülkemizde İran, Irak, Bangladeş, Somali mültecileri de yaşamaktadır.

## Mültecilerde sağlık ve bağışıklama

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, anemi, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar, HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar ve komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar ve diş sağlığı ile ilgili sorunlardır. Sağlık düzeyinin ve hizmetlerin iyileştirilmesi için temel öneriler ise; malnutrisyon, anemi, kronik hastalıkların, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların taranması ve ücretsiz tedaviye ulaşımın sağlanması, bağışıklama ve üreme sağlığı hizmetleri, temel sağlık eğitimi (akran eğitimi vb.) ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Barınma, güvenlik, temiz



su, sanitasyon, beslenme, eğitim gibi sağlığın belirleyicileri iyileştirilmeli, sağlık göstergelerinin kaydı tutulmalıdır.

### **Mülteci çocuklarda sağlık**

Mültecilerin ve göçmenlerin özellikle çocuklarındaki enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi zordur ve sorunludur. Çünkü bu çocukların temas etmiş olduğu hastalıklar ve aşılama uygulamaları anayurtlarına özgüdür. 1996'da Göç ve Vatandaşlaştırma Yasasına yeni bir alt bölüm eklenmiştir ve buna göre kalıcı oturma için göçmen vizesi başvurusunda bulunanlardan göç etmeden önce CDC'nin Aşılama Uygulamaları Danışma Komitesinin önerdiği tüm aşıları olduklarına ilişkin belge istenmektedir. Mülteci kamplarında birkaç ay ya da daha fazla kalan mülteci çocuklarına genellikle tıbbi hizmetler ulaşır ve belli aşılar da yapılır. Yazılı aşı belgesi kayıtlarına göre güncel aşılanma yapılmamış olan mülteci çocukları, yaşlarına uygun endikasyondaki aşıları eş zamanlı biçimde olmak zorundadırlar. Tüberküloz mülteciler ve göçmenler için önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Geçen on yıl içinde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yeni tüberküloz olgularının çoğunluğu mülteciler ve göçmenlerden oluşturmaktadır. Hepatit B içinde endemik olduğu bölgelerden, özellikle doğu Asya, Afrika ve Ortadoğu'dan gelen mültecilerde sorgulanmalı, tüm çocuklara ve her yaşta hastalığa duyarlı hane halkına Hepatit B aşısı yapılmalıdır.

### **Mülteci kampları ve salgın enfeksiyonlar**

Epidemiler(=salgınlar), bir olağandışı durumların, afetlerin sonucunda ortaya çıkabildiği gibi bir olağandışı durum olarak da ortaya çıkabilir. Kalabalık yaşam

sürdürülen geçici yerleşim koşullarında bulaşıcı hastalık riskinin artmıştır ve ciddi salgınlara yol açabileceği gösterilmiştir. Hastalığın önceden var olan düzeyi, bağışıklık durumu, beslenme durumu, çevresel değişiklikler, nüfus yoğunluğundaki değişiklikler ve nüfus hareketleri, su ve kanalizasyon sistemlerinin bozulması, temel sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması potansiyel bir epidemiyi ortaya çıkarmaktadır.

Sık görülen hastalıkların kuluçka süresi genellikle dört haftadan kısa olduğundan geçici yerleşim yerlerinde dört haftadan daha uzun kalanlarda yerleşim yerinin koşullarına, yerel halkın sağlık sorunlarına bağlı olarak pek çok bulaşıcı hastalık görülebilir. Gıda ve su kaynaklı olanlar (tifo ve kolera), vektörle yayılanlar (veba ve sıtma), temasla yayılanlar (Hepatit A, şigelloz), solunum yoluyla yayılanlar (kızamık ve nezle) olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalık mültecileri tehdit etmektedir. Bu koşullarda en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar; diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıtmadır.

Shigella dizanteri tip 1 en virulan, infektivitesi yüksek, antibiyotik direncinin en yaygın olduğu ajandır. Kişiden kişiye temas veya su ve besinlerle kolaylıkla geçebildiğinden pek çok gelişmekte olan toplumda endemiktir ve kalabalık yaşam, yetersiz çevre sağlığı koşullarında salgınlar oluşturabilmektedir. Antibiyotik tedavisi ile hastalığın şiddeti azalır, mikroorganizmanın dışkı ile atılış süresi kısalmaktadır. Ancak seçilecek antibiyotiğe direnç göz önüne alınarak seçim lokal özelliklere yapılmalıdır. Kitle profilaksisinin veya aile üyelerinin profilaksisinin kontrol önlemleri içinde yeri yoktur.

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, anemi, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar, HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar ve komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar ve diş sağlığı ile ilgili sorunlardır.



Kolera, çok hızlı yayılıp bir kaç saat içinde, ağır dehidrasyona yol açabilir. Bu nedenle hazırlıklı olmak çok önemlidir. Dışkı/kusma ile kontamine su ve besinler temel bulaşma yoludur. Oral veya IV sıvı ve uygun antibiyotik tedavide kullanılır. Kontrolde kitle kemoprofilaksisi önerilmez. Ancak kaynaklar yeterli ve bulaş hızı da yüksek ise olguların ailelerine tek doz doxycyline verilebilir.

Kızamık; geçici yerleşim yerlerinde en önemli ölüm sebeplerinden biridir. Olguların izolasyonu hastalığın yayılmasında etkili bir korunma sağlamaz, spesifik tedavi yoktur. Komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi, beslenme desteğinin sağlanması temel yaklaşımdır. Tek etkili korunma yöntemi ise aşılama. Salgının önlenmesinde risk altındaki grubun % 95'inin aşılanması gerekir.

Kızamık, bulaştırıcılığı en yüksek olan enfeksiyonlardan biridir ve dünyadaki önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Bir hasta 16-18 kişiyi enfekte edebilir. Atak hızı duyarlı temaslı popülasyon için %75'tir. Erişkin dönemde komplikasyon hızı ve mortalitesi yüksek olan ciddi bir hastalıktır. Kızamık aşılama öncesi döneme ilişkin bilgiler herkesin, her yaşta hastalığa duyarlı olduğudur (Güvenli ve etkin bir aşısının olmasına karşın hala dünyada en önemli çocuk ölüm nedenlerinden birisi durumundadır.) Kızamık fatalitesinin sanayileşmiş ülkelerde binde 0,5-1 olgu düzeyinde olduğu ancak gelişmekte olan ülkelere ortalama %7,4 gibi yüksek düzeylerde olabildiği, mülteci kampları gibi koşullar altında %32 gibi daha da yüksek düzeylere ulaşabildiği bildirilmiştir.

Türkiye'de de son yıllarda kızamık olgularında ciddi bir artış saptanmaktadır. Ülkemize hastalığın Avrupa'dan ve Suriye'den geldiği düşünülmektedir. 2011'de yılda 11 olan yeni vaka sayısı son 13 ayda bini geçmiştir. Salgını

önlemek için yurt genelinde 9. ayda yapılan kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısının 12. ayda ilave bir doz daha yapılması planlanmıştır. Ayrıca ilkokul birinci sınıfta yapılan ilave tekrar aşısı da 4. yaşa çekilmiştir.

Ülkemizin için 1981-1991 arası doğanlar da kızamık için risk taşımakta. Çünkü o dönemde 9. ayda aşı yapılmış ve tekrarlanmamıştır. Bu nedenle, anılan yaş grubu risk altında olabilir, bunlara da ilave aşı planlanmaktadır. Hastalıktan korunmada el temizliği, yaşanan ortamların havalandırılması ön plana çıkmaktadır.

Akut alt solunum yolu enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu bakteriyeldir ve kızamığın sık görülen bir komplikasyondur. Aynı zamanda kalabalık ve sağlıklı yaşam koşullarının bir sonucudur. Sıtma; endemik bölgede önemli salgınlar oluşturur. Kontrol programını sivrisinek üreme yerlerinin azalması, insektisid uygulanarak erişkin vektör kontrolü, kişisel korunma önlemlerinin alınması, kemoterapi ile hasta tedavisi oluşturmaktadır.

#### **Bulaşıcı hastalıklardan korunma**

Kalabalık yaşam; menenjit, tüberküloz, helmint, yetersiz vücut hijyeni skabies enfeksiyonlarına, Vit. A yetersizliği bebeklerde körlüğe, demir ve folat eksikliği, sıtma ve parazit enfeksiyonları anemiye yol açmaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada çevre sağlığı önlemlerinin alınması, düzenli bilgi toplama sisteminin oluşturulması ve birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi temeldir. Çevre sağlığı çalışmaları içinde öncelikle temiz su sağlanması, uygun atık kontrolü ve barınak sağlanması ele alınmalıdır. Bağışıklama çalışmaları kitlesel aşılamalar yerine çocuk ve gebelerin rutin aşılarını içermelidir. Özellikle çocuklara kızamık aşısı mutlaka yapılmalıdır. Kitlesel ilaç uygulamaları korunmada etkili değildir.

Olağan dışı durum sonrası epidemilerin ve açlığın ortaya çıkması yoksullukla yakından ilintilidir.

Göç edilecek ülkeye göre değişmekle birlikte; hepatit B, kızamık, polio, tetanoz ve difteriye ek olarak hepatit A, kolera, sarıhumma, meningokok hastalığı, tifo, kuduz ve Japon ensefaliti gibi ek aşıların yaptırılması konusu önerilebilir ya da zorunlu olarak uygulanır. Tropikal ya da subtropikal bölgelere göçte aşıları kolay bulunmayan sıtma, dengue ateşi ve diğer başka hastalıklar ile de temas etme riski vardır. Risk altındaki toplumlar için sıtma profilaksisi, böceklerle ilişkin önlemler ve besin ve sıvılar ile ilgili temizliğe dikkat edilmesi önemli koruyucu davranışlardır. Bazı ülkeler içinse canlı bir virüs aşısı olan sarıhumma aşısının yaptırılması zorunludur. Bu ülkeler Güney Amerika'nın Amazon bölgesinde ve Afrika'da ekvatorun 15° kuzey ve 10° güneyindeki bölgede yer alırlar. Halen piyasada bulunan tam hücreli inaktif kolera aşısının etkinliği kısıtlıdır ve rahatsız edici yan etkileri vardır, bu nedenlerden dolayı hiçbir ülke tarafından uygulaması zorunlu tutulmamaktadır. Kontamine besin ya da su kullanma durumunda tifo aşısı da önerilebilir. Sivil kullanımda üç tür tifo aşısı vardır: Canlı attenüe S typhi (TY21a suşu) içeren oral aşı, parenteral Vi kapsüller polisakkarid (ViCPS) aşısı ve daha eski tam hücreli inaktif aşı. Meningokok polisakkarid aşısı, sahra altı Afrika, Hindistan, Nepal gibi salgınların sıklıkla ortaya çıktığı ülkelere göç durumunda aşıya başvurulmalıdır. Hac seyahati öncesi de bu aşı uygulanmaktadır. Kuduz, mülteci kamplarında dikkatle takip edilmesi gereken salgın hastalıklarındandır. Muhtemel temas öncesi 3 dozluk seri enjeksiyon şeklinde verilir. Kuduz olma potansiyeli bulunan bir hayvan tarafından ısırılma olayında, tüm mülteciler yarı sabun ve su ile iyice yıkamaları ve daha sonra kuduz aşısı ile hemen temas sonrası tedavi ve rapel dozları olmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Akşam alacakaranlık vaktinden sabah şafak vaktine kadar Culex sivrisineğinin sokması ile yayılan Japon ensefalit virusu (JE) Güneydoğu Asya'da, Çin'de, Doğu Avrupa'da ve Hindistan alt-kıtasında potansiyel bir risktir. Sivrisinek sokmalarından korunma sıtma, dengue ateşi ve diğer arbovirus hastalıklarına yakalanma riskini azaltacaktır. Diğer koruyucu önlemler ise; uzun kollu pamuklu gömlekler ve uzun pantolonlar giyilmesi; açıkta kalan deriye DEET-içeren böcek kovucular uygulanması ve pencerelere sineklik ve yataklara cibinlik koyulması.

Kaynağa yönelik önlemlerin alınması; olguların erken tanı ve tedavisi, izolasyonu, hayvan kaynakların kontrolü, duyarlı kişilere yönelik bağışıklama (kızamık), iyi

beslenme, ilaçla koruma (sıtma), güvenli kan ve kan ürünlerinin sağlanması gereklidir. Bulaşma yolları, besin hijyeni, sağlıklı içme suyu sağlanması, kişisel hijyen konusunda sağlık eğitimi, vektör kontrolü, dezenfeksiyon ve sterilizasyon ile önlenebilir.

Mültecileri tehdit eden sağlık sorunlarına bakıldığında ölümlerin çoğunluğunun beş yaş altı nüfusta olduğu, çok veri bulunmamakla birlikte kadınlarda mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu görülmektedir. Bulaşıcı hastalıkların fatalitesi beş yaş altında ve yaşlılarda daha yüksektir. Risk grupları(5 yaş altı) mutlaka öncelenmelidir. Mortalite ve morbiditeye neden olan beş neden (ishal, alt solunum yolu enfeksiyonları, malnütrisyon, kızamık, sıtma) için koruma ve kontrol programları yapılmalıdır. Maternal ve neonatal mortaliteyi azaltmak için kadın sağlığını ve üreme sağlığını odağına almalıdır. Sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tüm dünyada istenen düzeyde değildir. Mülteciler dünya çapında danışmanlık, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan temel sorunlar; sağlık çalışanlarının sığınmacı ve mültecilerin özel gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyiminin az olması, dil ve iletişim sorunları, kültürel farklılıklar, yabancı sağlık sistemine uyum sağlayamamak, varsa sağlık hizmeti hakkı konusunda bilgilendirilmemiş olmak, istismar, tecavüz vb. durumları açıklamak konusunda çekingenlik, hizmetlerin ücretli olması, sağlık kuruluşuna ulaşmak için yol parasını karşılayamamak, kimliğini ispatlayamamak, idari/yasal engellerdir.

T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) mülteci kampları ile ilgili düzenlemeleri yapmaktadır. 2010 kayıtlarına göre ise en çok Irak, İran, Afganistan ve Somali'den olmak üzere 50 farklı ülkeden Türkiye'ye 17 bin kayıtlı mülteci ya da sığınmacı girmiştir. Nisan 2011 den itibaren ise Suriyeli mülteciler ülkemize giriş yapmaya başlamışlar ve günümüzdeki resmi mülteci sayısı toplam 460 binin üstündedir.

### Mültecilerde riskli gruplar ve sağlık sorunları

Ölümlerin çoğunluğu beş yaş altı nüfusta olmaktadır ve yetim olanlarda daha fazladır. Beş yaş altı çocuklarda, yaşlılarda ve kadınlarda mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu belirtilmektedir. Bazı hastalıkların atak ve fatalite hızı gebeler, yaşlılar, hastalar ve sakatlarda daha yüksektir.

- Yaralanmalar, acil sağlık hizmeti gerektirmekte, acil servislerin ve ameliyathanelerin iş yükünü arttırmakta, malzeme stoklarını hızla tüketmektedir.
- Erken göç döneminde en çok bildirilen hastalıklar enfeksiyon hastalıklarıdır. Kalabalık yaşam ortamı ve yetersiz barınaklar bu hastalıklarla ilgili olumsuz sonuçları daha da arttırmaktadır.
- Psikolojik problemler, özellikle travma sonrası stres bozukluğu ise kesin olarak dökümanite edilememektedir.
- Kronik hastalığı olanlar yeterli tedavi olanağını çoğu zaman bulamamaktadır.
- Tecavüzlere bağlı akıl sağlığı sorunları, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda önemli mortalite ve morbidite nedenleridir.
- Akut malnütrisyon beş yaş altı mülteci çocuklarda %10 ile %80 arasında değişebilmektedir. Zayıflık (boya göre ağırlık) toplumda %5'i aştığında ölüm hızları yükselmektedir. Akut malnütrisyon prevalansının saptanması toplumunda genel beslenme düzeyi hakkında önemli bilgi vermektedir. A vitamini, niasin, C vitamini ve demir eksikliği gibi beslenme sorunlarına da sıklıkla karşılaşılmaktadır.

### Kamp yönetimi ilkeleri

- Koruma görevlileri, sağlık, gıda, beslenme, su, sanitasyon, alt yapı, barınak hazırlama konusunda uzman kişiler çalışmalı ve bunların arasında kamp yönetimi tarafından koordinasyon sağlanmalıdır.
- Kamp yönetimleri yerel liderlere bırakılmamalı, mafyalaşmaya izin verilmemelidir.
- Farklı kamplarda yiyecek sunumu ve yardımı ile ilgili nitelik farkları olmamalıdır.
- Sigara yardımları engellenmelidir.

Yönetime toplum katılımının sağlanması, alt yapının sürdürülmesi, bilgi toplama ve ilgili taraflarla paylaşım, hizmetlerin sürdürülmesi, hizmetlerin standartlarının izlenmesi, hizmet sunumunda çakışmalarının önlenmesi, toplumun şikâyetlerini ve sorunlarını bildirme mekanizmasının oluşturulması olarak belirlenmiştir.

Mülteci kamplarında acil durum göstergeleri; beş yaş altı ölüm hızını >2 ölüm/10 000/gün, kaba ölüm hızı >2.0 ölüm/10.000/gün, malnütrisyonun >%10, gıda <2100 kalori/kşi/gün, su miktarı<10 litre/kşi/gün, su kalitesi > %25 toplumda ishal varlığı, kişi başına düşen alan <30 m<sup>2</sup>, barınak alanı < 3.5m<sup>2</sup> olmasıdır.

### Temel sağlık programları

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bağışıklama, çocuklarda büyüme ve gelişmenin izlenmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenme-

si ve kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, güvenli annelik, anne sütünün teşvik edilmesini kapsamalıdır.

Acil dönemde içme ve pişirme için kişi başı 5 litre, daha sonraki evrelerde 15-20 litre su ihtiyacı karşılanmalı, su dezenfeksiyonunda klor ve bileşikleri kullanılmalıdır. Tuvaletler en fazla 20 kişiye bir tuvalet olacak şekilde yapılmalı ve arası mesafe en fazla 30 metre olmalıdır. Tercihan tuvaletler kanalizasyona bağlı olmalı ya da biriktirme çukurlarında toplanmalıdır. Katı atıkların bertarafı için çöpler günlük uzaklaştırılmalı ve ideali de gömülmelidir. Vektörlerin ve başıboş hayvanların kontrolü doğrudan alınan çevre önlemleri ile ilişkilidir.

### 20 Haziran Dünya Mülteciler Günü

Dünyadaki savaş ve çatışmalar yüzünden mülteci konumuna düşen insanların sorunlarının gündeme getirilmesi için 20 Haziran, 2001 yılından günümüze her yıl Dünya Mülteciler Günü olarak çeşitli etkinlikler ile anılmaktadır. Mülteciler Günü kapsamında düzenlenen çeşitli aktiviteler ile mültecilerin ve sığınmacıların toplumdaki görünürlüğü artırılması sağlanmalı, gönüllü teşekküllerin de farklı yardım ve katkılar için çabaları sağlanmalıdır.

Mültecilerin ve sığınmacıların insan hakları çerçevesinde muamele görmeleri ve kalıcı yerleşmeleri sağlanana kadar özellikle beslenme, barınma ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetlerden faydalanmaları için hükümetler, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin hem küresel hem de ülkeler düzeyinde daha yoğun çabasına gereksinim bulunmaktadır.

### Kaynaklar

[http://www.academia.edu/2466668/Turkiyede\\_Multecilere\\_Yonelik\\_Soylemeler\\_ve\\_Soylemelerin\\_Politikalara\\_Etkisi](http://www.academia.edu/2466668/Turkiyede_Multecilere_Yonelik_Soylemeler_ve_Soylemelerin_Politikalara_Etkisi) (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/immunizations-guidelines.html> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.haber7.com/guncel/haber/1009594-iste-turkiyedeki-suriyeli-multeci-sayisi> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.hyd.org.tr/multecieltitabi/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

[http://www.ikgv.org/duzensiz\\_goc.html](http://www.ikgv.org/duzensiz_goc.html) (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.multecihaklari.org/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.yeniturkiye.org/ufuk-ulutas-suriyeli-multeciler-yerli-halk-ile-ice-ice-gecti/yeni-turkiye/1509> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.wnc.cdc.gov/travel/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)