

DERLEME**KADIN-ÇOCUK MÜLTECİLER, SIĞINMACILAR VE GÖÇMENLER**

Özlem SARIKAYA*

Günümüzde savaş, sivil kargaşa, zulüm nedeniyle 20 milyon üzerinde mülteci, sığınmacı ve yerinden olmuş kişi olduğu tahmin edilmektedir ve bunların % 80'ini kadın ve çocuklar oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHRC) herhangi bir nedenle yaşamakta olduğu yer dışında bulunan kişileri mülteciler, sığınma talebinde bulunan kişiler ve milliyetlerine ait sınırlar içinde yerinden olmuş kişiler/ göçmenler olarak üç ayrı tanım altına almakta ve izlemektedir. 2000 yılı

sonu itibariyle bu üç grup içinde 12 milyonun üstünde mülteci olduğu kayıtlarda yer almaktadır. Ancak Türkiye'de bulunan mülteciler 3 bin, sığınmacı 5 bin ve geriye dönen mülteci sayısı 270 olarak tespit edilmiştir. Aynı verilere göre Türkiye sınırları içinde ekonomik veya politik nedenlere bağlı yer değiştiren veya göçmenlere ait herhangi bir bilgi bulunmamaktadır (Tablo1). (Toole, M. J., et al; 1990, Critical Area 5 and 9, www.ICRC.org;2001, www.unhcr.ch)

Tablo 1. Bölgelere göre dünyadaki mülteci, sığınmacı ve göçmen sayıları**

BÖLGELER	Mülteciler	Sığınmacılar	Geri Dönen Mülteciler	Göçmenler	Geri Dönen Göçmenler	Diğer	TOPLAM
Orta Doğu (Afganistan, İran, Irak, vd.)	4 362 452	47 943	297 910	758 625	5 569	327 500	5 799 999
Orta ve Batı Afrika (Gine, Liberya, Sierra Leone, vd.)	851 540	12 800	86 539	410 686	213 361	-	1 574 926
Doğu Afrika ve Afrika Boynuzu (Eritre, Etyopya, vd.)	2 261 319	45 464	183 892	443 834	-	742	2 935 251
Amerika (USA, Kanada, Kolombiya, vd.)	666 602	419 901	714	525 000	-	8 567	1 620 784
Asya ve Pasifik (Çin, Sri Lanka, Tayland, vd.)	982 397	8 727	50 747	706 514	5 000	445	1 753 830
Avrupa (Azerbeycan, Almanya, Hollanda, İng. vd.)	2 160 614	341 818	426	1 343 282	70 284	1 231 638	5 148 062
Güney Afrika (Angola, Zambiya, vd.)	308 540	19 788	8 930	257 508	-	-	594 766
Güneydoğu Avrupa (Bosna Hersek, Yugoslavya, vd.)	554 553	116	163 946	819 886	74 841	85 000	1 698 342
TOPLAM	12 148 017	896 557	793 104	5 265 335	369 055	1 653 892	21 125 960

** Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, 2000 Yılı Sonu İtibariyle, www.unhcr.ch

Bu yazının amacı, sığınmacı veya göçmenlerin yaşam koşullarına ve sağlık risklerine yönelik bir inceleme gerçekleştirilebilir ve risk altındaki grup olan kadın ve çocukların sağlık sorunlarını özel olarak tartışmaktır.

Sığınmacıların hakları uluslararası anlaşmalarla korunmuştur. Bu anlaşmalara göre sığınmacı; "ırk, din, uyruk, özel bir sosyal grubun üyesi olmak veya politik düşünceleri vb. nedeniyle zulüm görme endişe ve korkusu olan ve yaşadıkları ülkenin sınırları dışına çıkmak zorunda kalan kişi" olarak tanımlanmaktadır. 1969'da Afrika Birliği Organizasyonu tanımı, savaş, sivil kargaşa/ karışıklık ve şiddetten kaçan kişi olarak genişletmiştir. Her iki tanım da ileri düzeyde ekonomik sıkıntı nedeniyle yaşadığı yerden ayrılan ve çeşitli nedenlerle evinden ve yaşadığı memleketinden göçe zorlanan iki önemli grubu dışarıda bırakmaktadır.

Uluslararası Kızılay ve Kızıl Haç Federasyonu'na göre ülke sınırları içinde yer değiştirenler; "silahlı çatışmaların etkisinden sakınmak, doğa olaylarına bağlı veya insan eliyle gerçekleşen insan hakları saldırılarından ve yaygın şiddet durumlarından ve silahlı çatışmaların etkisinden korunabilmek amacıyla evlerinden ve yaşadıkları topraklardan kaçmaya zorlanan kişiler" olarak tanımlanmaktadır. Sıklıkla yaşadıkları ülkenin sınırları içinde yer değiştirenler de bu kişilerin yaşamları bu sırada maruz kalabilecekleri tehlikeler, çatışmalar nedeniyle aşırı derecede tehdit altındadır ve yaşamlarını sürdürebilmek için gereksindikleri temel malzemelerden yoksundurlar. Yer değiştirenler arasında bu anlamda daha çok ölüm riski olanlar çocuklar, yaşlılar ve gebelerdir (*International review of the Red Cross*; 2000).

Sığınmacılar hakkında 70'li yıllardan sonra rakamsal verilerin düzenli olarak alınmaya başladığı çeşitli kaynaklardan aktarılmaktadır (Toole, M. J., et al; 1990, Naficy, A., et al; 1998, Mandalakos, A.; 2000). Sığınmacı kampları kişi başına düşen yıllık geliri 400 doların altında, bebek ölüm hızları 120/1000'lerin üzerinde olan, Pakistan, İran, Somali, Sudan, Etiyopya ve Malawi gibi gelişmekte olan ülkelerde yoğunlaşmıştır. Aynı zamanda Güney Afrika, Mozambik, Afganistan, Sudan Etiyopya, İran ve Orta Amerika ülkelerinde milyonlarca göçmen varlığı bilinmektedir (Toole, M. J., et al; 1990).

Göçmenler ve sığınmacılar bireysel ve ailesel ayrılık ve yoksunluk yaşamalarının yanı sıra hırsızlık, şiddet ve diğer nedenlerle fiziksel ve ruhsal travmalara da maruz kalmaktadırlar. Evlerinden uzakta, çoğunlukla aşırı kalabalık kamplarda bireysel ve moral değerlerini, mahremiyetlerini ve yaşamları üzerindeki söz haklarını yitirmişlerdir.

Sığınmacılar savaş, iç-sivil karışıklıklar, etnik, dini, siyasal düşünce ve sosyal bir gruba mensup olma gibi karmaşık olağandışı durumlar nedeniyle, göçmenler de işsizlik, afetlere bağlı kıtlık, açlık, salgın hastalık, siyasi otoritenin bölge boşaltma kararları sonucu yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalırlar.

Olağandışı durumun nedeni ne olursa olsun gerçekleşme anından itibaren temel olarak iki ayrı evrede incelenmesi mümkündür. Bunlardan ilki "acil evre", diğeri

ise "acil evre sonrası" dönemdir. Tipik olarak acil evrede olağandışı durumdan etkilenen nüfus hızlı bir şekilde hareket eder ve bu evre şiddet ve diğer riskleri barındırır ve geçici yerleşim yerlerinde sosyal ve tıbbi bakıma gereksinim duyulduğu evredir (UNFPA Report; 1999). Acil evre olağandışı durumun nedenine bağlı ölüm ve sakatlıklardan başka, olağandışı durumu yaşayan bireylerin mortalite ve morbidite hızlarının çok yüksek olduğu ilk bir yıla kadar olan süre olarak kabul edilebilir (Toole, M. J., et al; 1990, Mandalakos, A.; 2000).

Acil evre sonrasında gelen evrede olağandışı durumdan etkilenen nüfus çoğunlukla geçici de olsa herhangi bir bölgeye yerleşmiştir ve daha yaygın, eğitim, aktivite, iş olanağı gibi kurumsal temel hizmetlere gereksinimler ortaya çıkmıştır (UNFPA Report; 1999). Acil evre sonrası dönem sığınmacılar ve göçmenler açısından düşünüldüğünde, mortalite ve morbidite hızlarının içinde yaşanan toplumun değerlerine yaklaştığı ve acil evre göstergelerine göre düşme gösterdiği süreyle sınırlanabilir. Ancak bu evrenin süresi, acil evreye verilecek yanıtın özelliklerine, konuk ülkenin insan hakları açısından yaklaşımına, siyasi kararlara, ulusal veya uluslararası yardım programlarının niceliksel ve niteliksel desteğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Diğer yandan yine Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHRC) verilerine göre sığınmacıların ancak %1-2'lik kısmı gönüllü olarak geldikleri ülkelere geri dönmekte, yine %1-2'lik kısmı bir üçüncü ülkenin sığınma hakkını kabul etmesi üzerine o ülkeye gitmekte, %10-15'lik kısmı ise ilk sığınılan ülkede kamplardan yerleşik barınma bölgelerine aktarılabilir (Toole, M. J., et al; 1990, Mandalakos, A.; 2000).

Sığınmacı ve Göçmenlerin Sağlık Profilleri:

Acil evrede sığınmacılar ve göçmenlerin sağlık göstergeleri içinde en çok kullanılanları kaba mortalite, yaşa özel mortalite ve nedene özel mortalite hızlarıdır. Acil evrenin ilk aylarında mortalite hızlarının standart kayıt sisteminin çökmesi sonucu tahmin edilenin altında verilere yansır ve bias taşır. Göçmenlerin sağlık göstergelerini saptamak gönüllü yardım ekiplerinin politik nedenlerle daha sınırlı sayıda desteği nedeniyle çok daha güçtür.

Öncelikle bilinmesi gereken olağandışı durumun acil evresinde sığınmacı kamplarındaki kaba mortalite hızlarının tüm yaşlar için konuk olunan ülkenin verilerinin çok üstünde olduğudur.

Bu değerler yaşa özel mortalite hızı açısından incelendiğinde çok daha çarpıcı farklar ortaya çıkmaktadır. Özellikle 5 yaş ve altı mortalite hızı diğer yaşlara göre çok fazladır, ancak yine de yaşa özel mortalite hızları açısından risk altındaki gruplar için yaş 0-4 ve 5-14 yaşları arası diğer yaş gruplarından ayrıcalıklıdır (Toole, M. J., et al; 1990).

Acil evrede nedene yönelik mortalite hızları incelendiğinde; en sık ölüm nedenlerinden üçü değişik kaynaklara göre sıralamada ufak tefek değişiklikler olmasına rağmen, kızamık, diareye neden olan enfeksiyon hastalıkları, akut solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Daha az sıklıkla endemik bölgelerde malarya, akut bakteriyel menenjit, kolera, tifüs, tüberküloz, non A-non B hepatit

(hepatit E) ve gebelik ile ilgili nedenler bildirilmektedir. (Toole, M. J., et al; 1990, Naficy, A., et al; 1998, Mandalakos, A.; 2000). Özellikle kolera salgınları 1970'de Bengal, 1985 Somali, 1987-1993 arası Malawi, 1991'de Kuzey Irak Kürt sığınmacı kampında 1994'te Zaire, 1996'da Ruanda'daki sığınmacı kamplarında gösterilmiştir. Bir kaynağa göre Kuzey Irak'taki kampta kolera ve diğer diareye neden olan enfeksiyon hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümler tüm diğer nedenlerin %45'idir (Boetz-Greenwalt, B. et al; 2000).

Enfeksiyon hastalıkları nedenli mortalitenin önde gelme nedenleri: (Toole, M. J., et al; 1990, Warner, D.; 1997)

- Bozuk sanitasyon ve barınma koşulları (UNHRC'nin önerisi kişi başına 30 m² nin çok altında ve çoğu kampta yaklaşık 10 m²) (Haelterman, E., et al, 1996)

- Temiz içme suyu sağlayamama

- İçme ve kullanma suyunun birey başına yetersiz miktarda olması (minimum 15 lt/birey/gün olan sayının yarısından daha azı)

- Protein/kalori değeri düşük beslenme (minimum değer, 1900 kcal/birey/gün altında)

- Yetersiz besin içeriği (özellikle A, B, C, demir ve folik asit açısından fakir besinler)

- Özellikle aşı ile önlenilebilir enfeksiyonlar için programların gecikmesi, yetersizliği

- Endemik bölgeler, risk altındaki grup için uygun kemoprofilaksinin gerçekleştirilememesi

- Standart tedavi protokolleri ve ilaç listelerine uygun organizasyon, sağlık çalışan eksikliği

- Sağlık bilgi kayıt ve sistemlerinin kurulamamış olması veya yetersizliği

- Fiziksel şiddet

- Psikolojik travma

Yer değiştiren nüfusun tehdit altında olduğu bir diğer hastalık akut bakteriyel menenjitir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından olağandışı durumlarda toplu yaşanan yerler için menenjit salgını eşik değeri 1990'daki Burkino Faso'daki olgulara ait incelemelerden sonra birbirini izleyen iki hafta boyunca haftada 15 olgu/ 100.000'dir (Mandalakos, A.; 2000, Matthews, P., 2000). Ancak kızamıkta olduğu gibi risk altındaki kitlenin aşılmasına yönelik bir programa karar verebilmek için sağlıklı analizlere gereksinimin olduğu çeşitli kaynaklarda özellikle vurgulanmakta ve öncelikle olguların tespit edilerek, sistematik gözleme dikkat çekilmektedir. (Warner, D.; 1997, Matthews, P., 2000)

Sığınmacılar açısından koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda yukarıda sayılan hastalıkların yanı sıra; yüksek riskli bölgelerden geliyorsa tüberküloz açısından akciğer grafisi ve semptomlar açısından ayrıntılı inceleme, BCG skarının araştırılması, barsak parazit yumurta ve kistleri açısından inceleme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kadınlara servikal tarama, ağız-diş muayenesi ve bakımı önerilmektedir. Ayrıca sık rastlanan bölgelerden

gelenlerde Hepatit B ve C açısından inceleme de bunların arasında sayılmaktadır (Matthews, P., 2000).

Özellikle göçmenlerin toplu yaşadıkları yerlerde mortalite hızlarını aşağıya çekebilmek için alınacak önlemler için ulusal ve uluslar arası güçlü toplumsal desteğe gereksinim vardır. Yardımların eşit dağıtılması ve kötüye kullanımını önlemeye yönelik uluslar arası gönüllü gözlemciler yardım ve destek programlarına katılmalıdır. Tüm insani girişimlerin ilk basamağında göçmenler açısından da mülteciler için tanımlanmış uluslar arası hak ve kabullenimleri garanti altına almaktır.

Olağandışı Durumlarda Kadın Sağlığı:

Olağandışı durumlarda kadın ve üreme sağlığını korumaya yönelik temel sağlık hizmetleri, kişisel hijyen; ante-natal bakım, güvenli doğum ve post-natal bakım; aile planlaması bilgilenimi ve hizmeti; HIV/AIDS gibi üreme yollarına bağlı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi gibi olağan durumlarda da geçerli durumlar söz konusudur. Bunlara ek olarak, olağandışı durumlarda özellikle silahlı çatışmalarda ve sivil toplumla savaşımların karışık olduğu durumlarda cinsel şiddet ve kötüye kullanıma bağlı sağlık riskleri de gündeme gelir. Mültecilik durumlarında aile üyelerini kaybetmiş kadınlar için ekonomik güçlük ve sosyal destek ve korunmadan yoksunluk gibi durumlara bağlı olarak cinsel ayrımcılığa bağlı şiddet ve psikolojik travmalar daha da ağırlaşır (UNFPA Report; 1999).

Dünyadaki kadınların sağlığı ve hakları için belirleyici olan iki önemli konferans 1990'da Kahire'de düzenlenen Uluslar arası Nüfus ve Gelişim Konferansı, diğeri, 1995'de Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'dır. Özellikle Pekin Konferansı'nda kadın ve yoksulluk, kadının eğitim ve öğrenimi, kadın ve sağlık, kadınlara karşı şiddet, kadın ve silahlı çatışma ve karışıklıklar, kadın ve ekonomi, kadına ait yetki ve karar alma, kadının ilerlemesi için kurumsal mekanizmalar, kadın hakları, kadın ve medya, kadın ve çevre ve kız çocuklar gibi 12 kritik alanda kadın sağlığı ve uluslararası haklar konusu gündeme getirilmiştir. Özellikle kadın hakları alanında kadınların ayrımcılık ve dışlanma durumlarının tüm biçimlerine karşı haklarını insan hakları kapsamında ele almak, yasal ve pratikte ayrımcılık yerine okuryazarlık da dahil tüm haklardan eşit yararlanım öne çıkarılmıştır. Aynı konferansta doğrudan kadını ilgilendiren ve tüm dünyada kadın haklarının ihlalinin kanıtları olan yüksek maternal mortalite hızı, güvenli olmayan yollardan düşükler, HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı artmış maruziyet ve özellikle adölesanlar arasında istenmeyen gebelikler gibi üreme ve cinsel hakların garanti altına alınmasına duyulan gereksinim vurgulanmıştır (Critical Area 5 and 9).

Kadın ve kız çocukların acil/olağandışı ve kriz sonrası durumlarda artan oranda desteğe ve yardıma gereksinimi olması nedeniyle savaş ve sivil karışıklılarda cinsel şiddet ve tecavüze maruz kalma gibi durumlar için acil üreme sağlığı kitlerinin bölgelere ulaştırılması Doğu Timor, Kosova ve Afrika'da Büyük Göller Bölgesi örneklerinden bilinmektedir (Critical Area 5 and 9).

Kadın ve Savaş:

"...Silahlı karışıklıklar ve toplumsal kollaps dönemlerinde kadının rolü çok önemlidir. Kadınlar sıklıkla silahlı ve diğer karmaşa ve karışıklık durumlarının tam orta yerinde sosyal düzeni korumaya çalışırlar. Kadınların yaptıkları çok önemlidir fakat toplum ve aile içinde barışın öğreticileri olarak bu katkıları sıklıkla tanınmaz ve bilinmez." *Pekin Aksiyon Platformu, 1995, 131-139. paragraflar (Critical Area 5 and 9).*

Günümüzde çatışmalar ülkeler ve sınırlar ötesinden ziyade aynı milliyetten değişik etnik veya politik gruplar arasında gerçekleşmektedir ve bu tür çatışmalar sivil toplumun bir üyesi olarak kadınlar üzerinde çok etkili olmaktadır. Bu tür durumlar "kadınlar ve çocuklar" veya "maruziyet altında/risk altında olan grup" olarak sınıflandırılmaktadırlar (Lindsey, C.,2000).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kadınların silahlı kuvvetler içindeki rolleri artmıştır. ABD ordusunun %14'ü kadın askerlerden oluşmuştur ve bunların 40 bini 1990-91'deki Körfez Savaşı'na asker olarak katılmışlardır. Yine Eritre ordusunun yarısının, Sri Lanka'daki sivil savaşta Tamil Gerilla'larının üçte birinin kadınlardan oluştuğu ve bunların intihar saldırılarında canlı bomba olarak rol aldıkları tahmin edilmektedir. Kadınların bu şekilde kullanılmalarının en önemli nedenlerinden biri bu tür durumlarda kadının daha az şüphe çekici olması, Orta Doğu, Güney Asya geleneksel toplumlarında kadınların üstlerinin aranmasından çekinilmesi ve intihar saldırısında kullanılacak silahların kadınların giysilerinin altına gebe görünümü yaratarak dikkat çekmemesi nedeniyle rahatlıkla yerleştirilebilmesidir. Kadınların silahlı çatışmalara savaşçı ve destek sağlayan rollerde katılmaları örneklerine rağmen bir çok kültürde kadınların savaşta katılması reddedilmektedir (Lindsey, C.,2000).

Cinsel Şiddet: Toplumun tümünün silahlı çatışmalardan etkilenmesinin yanı sıra kadın ve kız çocuklar özellikle kriz dönemlerinde sosyal eşitsizliğin derinleşmesi ve sosyal yapıların yıkılması sonucu cinsel kötüye kullanım, tecavüz ve şiddet özneleri olarak tehdit altındadırlar ve olağandışı durum sonrası sığınmacılar/yerinden olmuş kişiler içinde yüksek orandadırlar ve benzer tehditler bu dönemde de devam eder. Kadınlara karşı şiddet, onların yaşamları, vücutları, psikolojik bütünlükleri ve özgürlüklerini tehdit eden bir durumdur (Critical Area 5 and 9, www. ICRC.org;2001). Bosna Hersek Savaşı sırasında kadınlara yönelik sistemli tecavüz ve bu nedenle yaşanan istenmeyen gebelikler olduğu bilinmektedir (<http://www.interactive population center>)

Ayrıca kadınlar bazı çatışmalarda-bir halkın etnik olarak yok edilmesinin amaçlanması, sınır ötesine kaçmaya zorlanması- etnik olarak sistematik cinsel şiddet için hedef seçilirler. Bangladeş'ten Yugoslavya'ya, Vietnam'dan Mozambik'e, Afganistan'dan Somali'ye kadınlar ve kız çocuklar silahlı çatışmalarda cinsel şiddetin kurbanları olmuşlardır. Ancak bu tür şiddete maruz kalan kadınların çoğunluğu aileleri ve toplumları tarafından dışlanma ve karşı tarafa misilleme yapılacağı endişesiyle sessiz kalarak

ikinci bir kez daha bu acıya dayanmak zorunda kalırlar. Düzenli bildirim, uluslar arası destek ve hak arayışları için istatistikler son derece yetersizdir ve bir kişi diğerine bir çok kere cinsel kötüye kullanım söz konusudur. Uluslar arası Kızıl Ay ve Kızıl Haç Birliği'nin halen savaşın veya silahlı çatışmaların sürdüğü yerlerdeki çalışmalarında dokuz kişiden birinin cinsel saldırı veya tecavüze uğrayan birini veya bir olayı bildiğini ifade ettiği rapor edilmiştir (Lindsey, C.,2000, <http://www.interactive population center>).

Kayıplar: Savaş ve silahlı çatışmalarda kadın ve çocuklar zaman zaman gönüllü, ancak çoğu kere gönülsüz olarak erkeklerden ayrılır. Ölen veya kaybolanların büyük bölümünün erkek olduğu bilinmekteyken- silahlı kuvvetler ve düzenli ordu içindeki- aynı durumdaki kadınların sayısına ulaşmak ise nerdeyse imkansızdır. Yugoslavya'daki savaşta ve Ruanda'daki soykırımda sevdikleri birinin akıbetini umutsuzca araştıran dul kadınların yaşadıkları zor durumlar bilinmektedir. Dullar veya kaybolan erkeklerin diğer akrabaları herhangi bir mülkiyet, miras, sosyal veya parasal destek veya bunları garanti altına alan bir sözleşmeden mahrum bir şekilde hayatlarına devam etmek zorunda kalmaktadırlar ([www. ICRC.org](http://www.ICRC.org);2001, Lindsey, C.,2000).

Güvenlik Nedeniyle Yer Değiştirme: Kadınlar silahlı çatışmalar sırasında toplumun üyesi olarak, ailedeki erkeğin savaşmak amacıyla ayrılması, bu sırada tutuklanması veya alıkonulması, kaybolması veya ölmesi, ülke içinde yerini değiştirmesi veya sürgün edilmesi durumunda çocukları ve ailedeki yaşlı akrabaları için daha büyük bir sorumluluk altına girer. Ancak güvensiz ortam ve saldırı korkusu sıklıkla kadınlar ve çocukların yaşadıkları bölgeden kaçmasına neden olur ve tüm dünyadaki sığınmacıların büyük bir kısmının bu gruplardan oluştuğu bilinmektedir ([www. ICRC.org](http://www.ICRC.org);2001, Lindsey, C.,2000).

Yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalan bu kadınlar su, yiyecek, yakacak ve ilaç olarak kullanmak üzere yiyecek veya bitkileri aramak amacıyla çoğunlukla çok uzun mesafeler giderler. Bu sırada çeşitli nedenlerle (savaş silahları, kara mayınları) patlamalar ve cinsel şiddet içeren saldırılara maruz kalma riskleri artar (Lindsey, C.,2000).

Yiyecek, Sağlık Hizmetleri ve Diğer Destek Hizmetlerinden Yararlanabilme: Çatışma ve savaşın sürdüğü yerlerde kadınlar çok sınırlı bir tıbbi yardım alabilmekte, özellikle stresli ortamda yaşanan gebelikler, yetersiz sağlık donanımı olmadan ve sağlık personeli desteği alamadan gerçekleşen doğumlar nedeniyle anne ve çocuk mortalitesi ve hastalıkları artmaktadır. (Lindsey, C.,2000).

Yer değiştiren ve kamplarda yaşayan kadınlardan özellikle ailenin başı durumunda olan, dul, gebe, küçük çocuklu ve yaşlı yakını olanlar yaşamın devamlılığı açısından taşıdıkları sorumluluklar nedeniyle aşırı zaman ve enerji tüketirler. Bu özelliklere sahip olanların ve ayrıca kendilerini tanımlayacak bir belgeden yoksun olmaları nedeniyle de kamp sorumluları ve organizasyonu yürütenler tarafından öncelikli olmaları gerekmektedir. Örneğin gebeler sağlık hizmetine ve daha fazla miktarda

yiyeceğe gereksinim duyarlar. Çocuklu kadınlar yine çocukların eğitimi nedeniyle gereksindikleri malzemeler için desteklenmelidir. Bunların yanı sıra kadınlar kişisel hijyen ve mahremiyet gereksinirler ve tüm bu özel nedenlerle kamplardaki planlama, aktivitelerin düzenlenmesi ve yürütülmesi aktif olarak kadınları kapsmalıdır (www.ICRC.org;2001, Lindsey, C.,2000). Ayrıca cinsel şiddet mağdurları için acil kontrasepsiyon ve düşük sonrası hizmetler için düzenlemeler yapmak,kamp görevlilerinin bu konuda eğitilmelerini sağlamak gereklidir ve bu konu uluslararası çalışma grupları tarafından sık sık gündeme getirilmektedir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun birlikte hazırladığı sivil kargaşaların acil evresinde kullanılmak üzere ev tipi kontrasepsiyon malzeme ve eğitim kiti geliştirmişti (Critical Area 5 and 9).

Siğınmacılara sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan kuruluşların deneyimleri arasında bu kişilerin siğınılan ülkenin dil ve kültürel özelliklerine yabancı olmaktan kaynaklanan sorunları olduğu bilgisi en başta gelmektedir. Siğınma taleplerinin kararı için bekledikleri zaman içinde artmış anksiyete düzeyi ile stres hali belirgindir. Bu duruma aşına oldukları kültürel çevrenin kaybı ve geri döndüklerinde kaybettikleri sosyal statü nedeniyle kaygı durumu eklenmiştir ve bu kendi kendilerine baş edemeyecekleri kadar derindir. Ayrıca kendi ülkelerinden gelecek hiç bir destek veya işbirliğine sahip değillerdir ve bu durum onların izolasyonuna ve ulaşılabilirlikleri hizmetleri fark etmemelerine neden olmaktadır (Refugee Council; 2000).

Çocuk Siğınmacı ve Mülteciler:

Çocuklar bugün özellikle karmaşık olağandışı durum olarak tanımlanan ve daha çok savaş veya silahlı çatışmayı aktif olarak yaşamaktadır. Bugün tüm dünya' da 200 binin üstünde çocuk yaşta asker olduğu tahmin edilmektedir. Savaş veya çatışmalar sonrası hala patlamamış 110 milyon kara mayını özellikle çocukları tehdit etmekte ve 8 bin çocuğun bu nedenle ekstremitte amputasyonu olduğu bilinmektedir (Kennel,J.et al; 2000).

Özellikle anne ve babası ölmüş çocuklar ile annesinde depresyon ve post travmatik stres bozukluğu olan çocuklar en yüksek risk grubu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle öncelikli sağlık hizmetinin 3-5 yaş ve okul öncesindeki çocuklarla yaşamının ilk 10 yılından önce annesini kaybetmiş çocuklara verilmesi önerilmektedir (Kennel,J.et al; 2000).

Olağandışı durumlar sonrası çocukların yaşadıkları fizik travmaların en önemli etkisi post travmatik stres bozukluğudur. Çocukluk çağında yaşanan travmalar duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişimin aniden durmasına neden olur. Ciddi olarak travmatize olan çocuklar yalancı olgunlaşma veya gelişim diye adlandırılan bir döneme girerler. Bu dönem "psiko-sosyal gerilik" olarak adlandırılmaktadır ve bu çocuklar fizyolojik olarak öyle olmamalarına rağmen mental olarak geri görünürler. Bu çocuklarda genel olarak uzun zamanda ve değişik

kaynaklardan birikmiş bir travma söz konusudur (Kennel,J.et al; 2000).

Uluslararası İnsan Hakları ile İlgili Düzenlemelerde Mülteci, Siğınmacı ve Yer Değiştiren Kadınların ve Çocukların Korunması (J.De Preux; 1985)

Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, UNESCO, Uluslararası Kızıl Haç ve Kızıl Ay Federasyonu, Dünya Nüfus Fonu ve daha bir çok uluslararası kuruluş mülteci, siğınmacı veya yerinden olmuş kişilerin temel yaşam ve sağlık gereksinimleri için yardım ve destek sağlamayı amaçlamaktadır. Ancak yine bilinmektedir ki, bir çok ülke ve olay bu şekilde yaşamak zorunda kalmış kişilere gereken desteği sağlamamakta, şiddet uygulamakta ve geriye sınır dışı etmektedir. Oysa İkinci Dünya Savaşı sonrası 1949'da Cenevre'de benimsenen ve daha sonra 1977'de genişletilen anlaşma tüm ülkelerin uymak durumunda olduğu mülteci, siğınmacı ve yerinden olmuş kişilerin temel insani haklarını tanımlayan düzenlemeleri içermektedir.

12 Ağustos 1949 Savaş Mağdurlarının Korunması için Dördüncü Cenevre Konvansiyonu ve 8 Haziran 1977 Ek İki Protokol; "Silahlı çatışmalarda sivil toplumun birer üyesi olarak kadınlar ve erkekleri korur. Ayrıca düşman tarafından ele geçirildikleri zaman da silahlı kuvvetlerin birer üyesi olarak kadın ve erkeği korur."

Savaş Mahkumlarının Tedavisi için Üçüncü Cenevre Konvansiyonu; "Savaş mahkumlarının tüm zamanlar için uygun bir şekilde tedavilerini şart koşar". Bunun yanı sıra, 14. madde, 2. paragraf, "kadınların cinsiyet özellikleri dikkate alınarak tedavi edilmeleri"nin altını çizer.

Savaş Zamanlarında Sivil Halkın Korunması'na İlişkin Dördüncü Cenevre Konvansiyonu'nda ve Ek Protokol I; "kadınlar şiddetin etkilerine karşı ve silahlı çatışmanın bazı durumlarında tedavinin kötüye kullanılmasına karşı korunmaktadır. Onlar yaşamları ve fiziksel bütünlükleri için bakımı ve işkence görmeden yaşamayı, hastalıklarının ve tacize karşı tedaviyi kapsayan insani tıbbi desteği görmeyi haklemektedirler".

Dördüncü Konvansiyon, 24. ve 89. madde'de; gebeler ve yedi yaşından küçük çocuk anneleri için özel koşullar tanımlanmıştır. Gebeler ve lohusalar için onların fizyolojik gereksinimlerine uygun olarak ek gıda desteği almaları konusunda düzenlemeler içermektedir. Ek Protokol I'de ayrıca, yedi yaşından küçük çocuk anneleri için de özel koşullar tanımlanmıştır.

Dördüncü Konvansiyon Madde 27'de, ve Ek Protokol I ve 76. madde; "kadınlar şereflerine yönelik herhangi bir saldırıda, tecavüz ve fahişeliğe zorlanma durumlarında veya her türden uygunsuz cinsel saldırıda özel olarak korunurlar".

Dördüncü Konvansiyon Madde 22 ve 23; "Birleşmiş Milletler mülteci veya mülteci statüsü arayan çocukları korumayı ve destek sağlamayı sürdürür ve koruma ve destek sunan organizasyonlarla bağlantı kurar ve ayrıca sakat çocuklara özel bakım ve sağlık hizmeti sunar".

Dördüncü Konvansiyon 14. maddede; yedi yaşından küçük çocukların anneleriyle birlikte hastane koşullarının olabileceği güvenli hatta tutulmaları ve savaşın etkilerinden olabildiğince korunmaları önerilmektedir.

Birleşmiş Milletler'in 1998'de hazırladığı Yer Değiştirenler için İlkeler Rehberi'nde genel tanımlar, geçici süre yer değiştirenlerin korunması, göç sırasında yer değiştirenlerin korunması, insani yardımlar ve göç edenlerin geriye dönüşü, yeniden yerleşme ve uyumlanmalarıyla ilgili ilkelere düzenleme getirilmiştir (UN Human Right Commisron; 1998).

Sonuç:

Olağandışı durumlar sonrası yaşam koşullarının değişmesi veya olağandışı durum sonrası dönemden olağan döneme geçiş sürecindeki farklı dinamikler, etkilenen nüfusun yaşadıkları yerleri bırakarak, güvenli, temel yaşamsal gereksinimlerini karşılayabilmek veya yeni bir yaşam kurabilmek amacıyla yer değiştirmesine neden olmaktadır. Özellikle karmaşık olağandışı durumlar olarak tanımlanan ve sınıflandırılan ulusal veya uluslararası savaşlar, sivil etnik veya politik çatışmalar sırasında ve sonrasında olayların dışında kalan sivil nüfusun büyük kısmı kadınlar ve çocuklardan oluşmaktadır. Dünyada tüm yer değiştiren nüfus olarak bilinen sayının %80'ini bu grup oluşturmaktadır.

Kadınlar özellikle, üreme sağlığı, cinse bağlı ayrımcılık ve şiddet nedeniyle, ayrıca çocukların bakımı açısından bağımlı oldukları grup olmaları nedeniyle olağandışı durum sırasında ve sonrasında uluslararası düzeyde öncelikli kabul edilen grupların başındadır ve uluslararası insan hakları veya ilkeleri ile korunmaktadır. Kadın ve çocuklar bölgeden bölgeye değişen farklar ve politik kötüye kullanım nedeniyle mülteci, sığınmacı veya göçmen konumları açısından da en fazla sağlık, sosyal ve kültürel desteğe gereksinim duymaktadırlar. Ancak bugün kadın ve çocuk mültecilerin, sığınmacıların ve göçmenlerin sağlık göstergeleri konuk oldukları ülkeler ve Dünya verileriyle karşılaştırıldığında oldukça kötüdür. Günümüzde sivil toplum kuruluşları ve yardım ve dayanışma gruplarının uluslar arası insan hakları açısından yükümlülükler çerçevesinde, genel olarak tüm savaş ve çatışma mağdurlarının, özel olarak kadınlar ve çocukların gerçekliklerini ortaya serecek bilgilenme ve süreçlerin izlenmesine dair sürekliliğin sağlanmasında taraf olmasına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

Toole, Michael J., MD, DTM&H; Ronald, J. Waldman, MD., (1990), MPH: Prevention of Excess Mortality in Refugee and Displaced Populations in Developing Countries, JAMA, 263 (24): 3296-3302, June 27.

Critical Area 5: Women and Armed Conflict; Critical Area 9: Human Rights of Women; Reproductive Health Must be an Integral Part of Care for All Refugess and Displaced Persons, Meeting Concludes, http:// www.unfpa.org.

The Impact of Armed Conflict on Women, Women and War, www. ICRC. org, 6 March 2001.

www.unhcr.ch.

Internally Displaced Persons: The Mandate and Role of the International Committee of the Red Cross, (2000), International Review of the Red Cross, 838: 491-500, 30 June.

Naficy, Abdollah., MD, MPH; Rao, Malla R., Mengg, MPH; Paquet, Christophe, MD, MPH; Antona, Denise, MD, MPH; Sorkin, Alan, PhD; Clemens, John, D., MD., (1998), Treatment and Vaccination Strategies to Control Cholera in Sub-Saharan Refugee Setting, JAMA, 279(7): 521-525, February 18.

Mandalakas, Anna, MD., (2000), Immunizations in Displaced Populations, 5th Annual Management of Complex Humanitarian Emergencies- Focus on Children and Families, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, June 19-23.

UNFPA Report., (1990), Support for Reproductive Health in Emergency Situations, 12-16 April.

Baetz- Greenwalt, Barbara, MD, MBA; Jones, Eddie, MD.,(2000), Infectious Disease, 5th Annual Management of Complex Humanitarian Emergencies- Focus on Children and Families, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, June 19-23.

Warner, Dennis, B., PhD, Chief, Rural Enviromental Health, WHO., (1997), Environmental Sanitation and Child Health: The Missing Link in Child Survival, The Changing Status of Children in Latin America: Issues in Child Health and Children's Right, University of Notre Dame, 26-29 September.

Haelterman, Edwige; Boelaert Marleen; Suetens, Carl; Blok, Lucie; Henkens, Myriam; Toole, Michael, J., (1996), Impact of Mass Vaccination Campaign Against A Meningitis Epidemic in A Refugee Camp, Tropical Medicine and International Health, 1(3): 385-391.

Matthews Philip., (2000), Preventative Healthcare for Asylum Seekers, Briefing, Refugee Council, London, UK.

Lindsey Charlotte.,(2000), Women and War, International Review of the Red Cross, 839: 561-579, 30 September.

Sexual and Reproductive self-Determinations, Violence and Women, http:// www.interactive. population center.

Access to health Services for Asylum Seekers and Refugees.,(2000), Refugee Council, London, UK, November.

Kennell, John, MD; Dobroski, Zana, MD, PhD., (2000), Vulnerable Populations, 5th Annual Management of Complex Humanitarian Emergencies- Focus on Children and Families, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, June 19-23.

J De Preux., (1985), International Humanitarian Law Treaties: Special Protection of Women and Children, International Review of Red Cross, 248: 292-302, 31 October.

Guiding Principles on Internal Displacement, UN Human Rights Commission., (1998), 17 April.