

TOPLUMSAL CİNSİYET, GÖÇ VE SAĞLIK

Zeynep Sedef VAROL*

Öz: Bugün dünyada göç edenlerin hemen hemen yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Toplumsal cinsiyet sağlığın temel belirlecilerinden biridir ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri göç sürecinde kadınların, LGBTİ bireylerin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu makalede göçün toplumsal cinsiyet ile ilişkisi incelenmiş ve toplumsal cinsiyetin göçmenlerin, sığınmacıların ve mültecilerin kronik hastalıklarına, ruh sağlığı durumlarına, üreme sağlığına etkileri ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: toplumsal cinsiyet, göç, üreme sağlığı, mülteci, sığınmacı

Gender, Migration and Health

Abstract: Today, almost half of migrants are women. Gender is one of the determinants of health and gender inequalities effect directly health of women and LGBTİ individuals during migration process. In this article relation between migration and gender was evaluated and the effects of gender on immigrants, asylum seekers' and refugees' chronic diseases, mental health and reproductive health were discussed.

Key words: gender, migration, reproductive health, refugee, asylum seeker

Giriş

Göç "Bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmesidir. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir" (IOM, 2004). Literatürde aile birleşimi, yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla ekonomik nedenlerle göç, genelde gönüllü göç olarak tanımlanırken, doğal ya da insan eliyle oluşturulan nedenlerden dolayı içerisinde yaşama yönelik tehditleri de içeren bir zorlama unsuru bulunan göç hareketleri zorunlu göç olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası göç, göç sınıflamasına benzer bir biçimde gönüllü ve zorunlu göçler şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Gönüllü uluslararası göçler genel itibarıyla işgücü göçü, aile birleşmeleri ve uluslararası öğrencilerin göçünü kapsamaktadır. Zorunlu uluslararası göçler ise sığınmacı ve mülteci hareketlerini, çevresel yıkım ve doğal afetlerden kaçan kişilerin hareketlerini içermektedir (IOM, 2004). Günümüzde yaklaşık 244 milyon insan; çoğunluğu ekonomik sebeplerle olmak üzere yaşadıkları göç sonrasında kendi ülkesi dışında uluslararası göçmen olarak yaşamakta ve bu sayı dünya nüfusunun %3.3'ünü oluşturmaktadır (IOM, 2018).

Göçmenlerin göç ettikleri yere hangi nedenle geldiği uluslararası göç hukuku açısından insanların devletler nezdinde statüsünü belirlemektedir. Ancak göç çok boyutlu ekonomik, siyasi, kültürel ve

demografik bir süreçtir (IOM, 2018). Örneğin yıllarca savaşların sürdüğü, aktif çatışma ortamı olmamasına rağmen çatışma süreçlerinin beklenen sonucu olarak açlık, işsizlik gibi koşullar dolayısıyla başka bir ülkeye giden 'ekonomik göçmen'leri veya kadın olduğu için ülkesinde işgücü piyasasında yer bulamayıp göç etmek zorunda kalan göçmenleri gönüllü göç kategorisinde ele almak yetersiz olmaktadır (Turton, 2003). Buna ek olarak sınıf, toplumsal cinsiyet, etnik köken, farklı toplumsal yapılarda ve süreçlerde göç sürecini belirleyen başlıca etkenlerdir (Parrado ve Flippen, 2005). Dolayısıyla göç alanında her ne kadar kavramsallaştırma yapılsa da, her göç hareketinin kendi nedensellik ağı içinde farklı sosyal katmanlar ve gruplar açısından ele alınması, kök neden analizi ve çözüm yaklaşımları için önemlidir.

1. Toplumsal cinsiyet ve göç

Toplumsal cinsiyet, göç süreci öncesinde, sırasında ve sonrasında yaşantılanan deneyimi doğrudan etkilemektedir (Parrado ve Flippen, 2005). Toplumsal cinsiyet biyolojik cinsiyetten farklı olarak çoğunlukla kadın ve erkek olmak üzere insanlar arasındaki sosyokültürel ekonomik ilişkiler ağında oluşan, farklı zaman ve topluluklarda farklı tezahürleri olan; değişken bir kavramdır. Genellikle toplumun cinsiyete attığı mesleki, ailevi, sosyal ve politik alanlarda

*Tıp Doktoru, Doktora Öğrencisi, Medical School of Aristotle University of Thessaloniki

Geliş Tarihi / Received : 14.05.2018

Kabul Tarihi / Accepted : 30.06.2018

maskülen-feminen roller üzerinden bir eşitsizlik yaratır (Parrado ve Flippen, 2005; Engle, 2004). Göç deneyimi ile ilgili toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ele alındığında, literatürde bazı çalışmalarda kadını daha özgür ve güçlü hâle getirdiğine dair bulgular olsa da çoğunlukla olumsuz olarak etkilemektedir (Parrado ve Flippen, 2005; Şeker ve Uçan, 2016). Buna ek olarak kadının göç kararı çoğunlukla aile gelenekleri, statüsü, kültürel uygulamaları ve dini inancına göre belirlenmektedir (IOM, 2018). Kadını göçe iten sebepler düşük ücret, işsizlik, yoksulluk, sınırlı ekonomik ve sosyal olanaklardır (UNFPA, 2006). Özellikle ekonomik nedenlerle göç kararı alınırken, kadının kendi bireysel ilerlemesi için değil hanehalkına potansiyel faydaları karar sürecini belirlemektedir (IOM, 2018). Göçmen kadınlar genelde kazandıkları paranın %50'den fazlasını ailelerine göndermektedir (UNFPA, 2006). Bu durum kadının göçünü aile içi roller ve pazar rolleri arasında şekillendirmektedir. Öte yandan bugün dünyada zorla yerinden edilen insanların yarısından fazlasını kadınların oluşturduğu tahmin edilmekte, 'göçün feminizasyonu' olarak adlandırılmakta, göçün bir kadın sorunu hâline gelmesi söz konusudur (Parrado ve Flippen, 2005; Çaman ve Özvarış, 2010; Şeker ve Uçan, 2016). Göçün feminizasyonu temel olarak 1970'lerden sonra dünyada yükselen neoliberal politikaların sonucu olarak eşitsizlik, yoksulluk, az gelişmiş ülkelerde yaşanan çatışmalar yüzünden göç eden kadın sayısındaki artıştır (Parrado ve Flippen, 2005; Şeker ve Uçan, 2016). Bu süreç özellikle Latin Amerika'da ve Endonezya, Filipinler, Sri Lanka ve Tayland gibi ülkelerde, kadınları alışılan aksine, eşin ardı sıra aile birleşimi için göç etmek yerine çocuklarını ve eşini geride bırakıp tek başına göç eder hâle getirmiştir (IOM, 2018; Şeker ve Uçan, 2016).

Toplumsal cinsiyet rolleri, kimliği, sorumlulukları şekillendirdiği gibi göç sürecinde de kadının koşullarını belirlediği için, kadın göçmen olmak mevcut eşitsizliklerin pekişmesi anlamına gelmektedir (Şeker ve Uçan, 2016). Kadının göç öncesinde eğitim olanakları, bilgiye erişimi, sağlık bilgisi ve düzeyi, aile içinde üstlendiği sorumluluklar göçün düzenli ya da düzensiz hangi yolla gerçekleşeceğini, gidilecek ülkedeki çalışma hakkı, vatandaşlık başvurusu gibi koşullar ya da sığınma talebi için göç edilecek ülkenin alt yapısı ve sağlık, eğitim, sosyal hizmetlere erişim ile ilgili bilgi düzeyini belirlemektedir (Llácer ve ark., 2007). Uluslararası Göç Örgütü'nün Ukrayna'dan insan kaçakçıları aracılığıyla göç eden binden fazla kadınla yaptığı bir çalışmada kadınların %74.1'inin nasıl gideceklerini, gittikleri ülkedeki

prosedürleri ve kendilerini bekleyen statüyü bilmedikleri bildirilmiştir (IOM, 1998). Göç sırasında, özellikle zorunlu ya da düzensiz göç söz konusuysa kadınlar insan kaçakçılarının, erkek göçmenlerin, sınırlı görevlilerinin fiziksel ve cinsel saldırılarına daha fazla açık hâle gelmektedir. Yolculuk boyunca hijyen koşullarının yetersiz olması ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlere erişemiyor olmak kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) ve istenmeyen gebelik riskini artırmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün 2018 göç raporunda göç sırasında tacize uğrama oranı %1-44 arasında bildirilmiştir (IOM, 2018). Yine aynı raporda 2014 yılında kayıtlara geçen insan kaçakçılığı kurbanlarının %71'inin kız çocukları ve kadınlardan oluştuğu ve bunların %72'sinin fuhuşa zorlandığı belirtilmektedir (IOM, 2018).

Göç edilen ülkede ise toplumsal cinsiyet kadının yasal statüsünü, iş gücü piyasasında konumlanışını, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişimini etkilemeye devam etmektedir (Llácer ve ark., 2007). Göçmen kadınların düşük ücretli, kayıt dışı ekonomi için çalışma veya işsiz olma ihtimali erkeklere göre daha fazladır (Llácer ve ark., 2007). Buna ek olarak göçmen kadınlar gittikleri ülkede cinsiyetçi iş bölümüne dayanan istihdam olanaklarına sahiptir; genellikle bakım verici veya ev hizmetlisi olarak çalışmaktadırlar. Bugün dünyada 67 milyon ev hizmetlisinin 11.5 milyonunu (%17) göçmenler oluşturmaktadır (IOM, 2018). Bu 11.5 milyon göçmenin 8.45 milyonu kadındır (IOM, 2018). Göçmen kadınlar sıklıkla yoksulluk ve istihdama dayalı yabancı düşmanlığı, ırkçılık, ayrımcılık, zulüm, baskı, hoşgörüsüzlüğü deneyimlemektedirler (Şeker ve Uçan, 2016). Buna ek olarak istikrarsız işgücü piyasasında baştan dezavantajlı olan göçmen kadınlar özellikle kayıt dışı göçmen iseler, çalışma izinleri olmadığı için patronları tarafından uygulanan hak ihlallerine, cinsel tacize ve şiddete karşı yeterince tepki verememektedirler (Llácer ve ark., 2007).

2. Toplumsal cinsiyetin göçmen sağlığına etkileri

Göçmenlerin sağlığı sosyo ekonomik düzey, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, toplumsal cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmekle birlikte göç edilen ülkenin göç politikaları, çalışma koşulları, göçmenlerin yasal statüleri de sağlığın belirleyicileri hâline gelmektedir. Göçmenler sağlıkta eşitsizlikler açısından normal nüfusa göre daha dezavantajlı konumdadır. Öte yandan sağlık hakkının belirleyicileri olan erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, nitelikli sağlık hizmeti gibi ilkeler göz önüne alındığında pek çok ülkede sağlık sistemi göçmenlerin temel sağlık ve tedavi hizmetlerine erişmesini sağlayacak düzenlemeleri

kapsamamaktadır (IOM, 2013). Bununla birlikte sığınmacı, insan kaçakçıları aracılığıyla göç eden ve kayıtdışı göçmen gruplarında kadınların genel sağlık durumları olumsuz koşullardan etkilenmeye daha açıktır ve sağlık hizmetlerine erişimleri daha düşük düzeydedir (IOM, 2009) .

2.1. Toplumsal cinsiyet bakış açısıyla göçmenlerin kronik hastalıkları

"Geldiğimden beri tacizlerden korktuğum için doğru dürüst dışarı çıkamadım. Bu sebeple hareketsizlikten evde çok kilo aldım." (16 yaşında Suriyeli kız çocuğu, Mazlumder Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu, 2014)

Kronik hastalıklar bugün özellikle gelişmiş ülkelerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kronik hastalıkların seyrini biyolojik farklılıkların yanı sıra sağlık eşitsizliklerine sebep olan sosyal, ekonomik, politik ve kültürel faktörler belirlemektedir (DiGiacomo ve ark., 2015; De Waure ve ark., 2014). Toplumsal cinsiyet kadınların özellikle sağlık sistemi ağları içinde kronik hastalık bakım hizmeti alırken dil, iletişim gibi engellerle karşılaşması, psikolojik sıkıntı ve damgalanma korkusu yaşamaları, aile içi roller nedeniyle tanı ve tedavi süreçlerinin aksaması gibi nedenlerle sağlık eşitsizliğine neden olmaktadır (DiGiacomo ve ark., 2015; De Waure ve ark., 2014). Sağlığın belirleyicilerinden biri olan toplumsal cinsiyet kronik hastalıklar ve göç ilişkisini göç sonrası diyet alışkanlıkları, hayat tarzı, stres düzeyi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetine yaklaşım ve erişim gibi sosyoekonomik-kültürel süreçler de etkilemektedir (De Waure ve ark., 2014; Skogberg ve ark., 2017) .

Özellikle göçmen toplum ile yerleşik toplum arasında sosyo ekonomik kültürel farklılıklar belirginse sağlık eşitsizlikleri daha derin yaşanmaktadır (Skogberg ve ark., 2017). Örneğin pek çok batı ülkesinde özellikle kadınlar olmak üzere göçmenlerin metabolik sendrom, diyabet, kardiyak hastalık riski normal popülasyona göre daha yüksektir. Diaz ve arkadaşlarının Norveç'te göç nedeni ve ülkede kalış süresi ile multimorbidite sıklığı arasındaki ilişkiyi incelediği geniş çaplı araştırmada, ülkede bulunan 13 bin kadın göçmen işçinin ve 67 bin mültecinin beş yılın sonunda iki veya daha fazla hastalığa sahip olma sıklığının iki katına çıktığı ve en hassas grupların bu gruplar olduğu bildirilmiştir (Adams, 2004). Skogberg ve arkadaşlarının Finlandiya'da göçmenlerde metabolik sendrom sıklığı üzerine yaptığı çalışmada hızla değişen çevre ve sağlık alışkanlıklarının kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilediği

vurgulanmış ve işsizliğin Kürt kadınlarda, sigara ve fiziksel inaktivitenin Rus kadınlarda metabolik sendrom sıklığının normal popülasyona göre daha yüksek olmasına neden olduğu belirtilmiştir (Skogberg ve ark., 2017). İsveç'te farklı göçmen gruplarından ve İsveçlilerden oluşan 184 bin erkek ve 151 bin kadını kapsayan diyabet sıklığının araştırıldığı bir kohort çalışmasında İsveçli erkeklerin ve kadınların diyabet sıklığı sırasıyla %3.3 ve %2.3 olarak bulunmuştur. Buna karşın göçmen popülasyonundan beş grubun kadınlarında ve bir grubun erkeklerinde İsveçlilere göre diyabet sıklığı daha yüksek tespit edilmiştir: Iraklı kadınlarda %6, Kuzey Afrikalı kadınlarda %6.9, Güney Asyalı kadınlarda %3.1, Suriyeli kadınlarda %5.3, Türkiyeli kadınlarda %3.7. Bu çalışmada özellikle göçmen kadınlardaki diyabet sıklığının yüksek olması fiziksel inaktivite ve obezite ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca göçmen kadınlarda diyabet sıklığını artırmış olabilecek faktörlerden birinin de stres olduğu vurgulanmıştır (Carlsson ve ark., 2013). Commodore-Mensah ve arkadaşlarının Amerika'da Gana ve Nijeryalı göçmenlerde kardiyovasküler hastalık riskini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada kadınların işsiz olmasının ve sağlık sigortalarının olmamasının kardiyovasküler hastalık riskini anlamlı olarak yükselttiği bulunmuştur. Yine bu çalışmada hipertansiyon sıklığı %40 olarak bulunmuş ve kadın göçmenler hipertansiyon tedavisi konusunda daha talepkar olmalarına rağmen, kadınlarda kontrol altındaki hipertansiyon %43 iken erkeklerde %71 olarak bildirilmiştir. Öte yandan Commodore-Mensah ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerde sosyal destekten yoksun olmanın kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı tespit edilmiştir (Commodore-Mensah ve ark., 2016). Bu bulgu ilk bakışta toplumsal cinsiyet normları açısından kafa karıştırıcıdır. Ancak Hollanda'da Beune ve arkadaşlarının hastaların antihipertansif tedaviye yaklaşımlarını belirlemek için Ganalı ve Surinamlı ilk kuşak göçmen erkekler ve Hollandalı erkeklerle yaptıkları niteliksel çalışmada Ganalı ve Surinamlı göçmenlerin antihipertansif tedavinin seksüel performansı etkilemesinden ötürü ilaç kullanımı konusunda sosyal baskı altında hissettikleri belirtilmiştir (Beune ve ark., 2008). Dolayısıyla toplumsal cinsiyet kodları göçmenler için geleneksel güç ve iktidar ilişkileri üzerinden erkeklerin sağlığına da zarar vermektedir.

2.2. Toplumsal cinsiyet bakış açısıyla göçmenlerin ruh sağlığı ve hastalıkları

"Göçle birlikte kişi memleketini, ailesinin tamamını ya da bir kısmını gerçek ya da sembolik anlamda yitirmiştir." (Başterzi, 2017).

Göçmenlerin ailelerinden ve ülkelerinden ayrı kalmaları fiziksel ve psikososyal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Göç eğer savaş, çatışma, insan hakları ihlalleri gibi nedenlerle gerçekleşiyorsa, göç öncesi hazırlık dönemi azalır, bu durum ruh sağlığını olumsuz etkiler. Özellikle mültecilerin psikolojik problemleri ilk etapta önemsenmemektedir ancak mülteciler, yaşadıkları süreç oldukça karmaşık olduğu için, psikolojik desteğin en kritik olduğu gruptan biridir (**Başterzi, 2017**).

Mülteci ve göçmen kadınlar toplumsal cinsiyet ve düşük sosyo ekonomik durumları nedeniyle göç ve yeniden yerleşim sürecinde sosyal dışlanma, ayrımcılık, dil bariyeri gibi stresör faktörlerden daha çok etkilenmekte ve depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar (**UN, 2010; Pan-netier ve ark., 2017**). Stres ve travma, immün sistemi baskılamakta ve özellikle depresyona yatkınlığı artırmaktadır. Ruiz ve ark.'larının Kanada'da partner şiddeti görmüş Latin Amerikalı göçmen kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların hepsinde şiddete bağlı depresyon geliştiği bildirilmiştir (**UN, 2010**). Jesuthasan ve arkadaşlarının Almanya'ya düzensiz göç ile gelen Suriyeli, Afgan, Eritreli, Somalili, Iraklı, İranlı 650 mülteci kadınla gerçekleştirdikleri kadın mülteci çalışmasında kadınların %52'si evsizliği, %46'sı açlık ve susuzluğu, %36'sı sağlık hizmetlerine ulaşamamayı yaşamlarına yönelik bir tehdit olarak algıladıklarını ve travmatik bir deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak kadınların %32'si zorla yakınlarından ayrılmayı, %26'sı aile üyelerinden birinin ölümüne şahit olmayı, %14'ü işkence ve kötü muameleyi, %8'i yabancılar ve %5'i aile üyeleri tarafından cinsel şiddete maruz kalmayı deneyimlemiştir (**Jesuthasan ve ark., 2018**).

Göç sonrası değişen toplumsal cinsiyet rolleri de ruh sağlığını etkilemektedir. El-Masri ve arkadaşlarının Lübnan'daki Suriyeli sığınmacılar üzerine yaptıkları niteliksel çalışmada Suriyeli erkeklerin toplumun onlardan beklediği 'maskülen' rolleri artık gerçekleştiremedikleri için anksiyete yaşadıkları, kadınların geleneksel rollere daha sıkı sarılarak kocalarının ve çocuklarının durumunu önemseme eğilimiyle kendilerini ihmal ettiklerinden bahsedilmektedir. Yine bu çalışmada iş bulamayan kocaların bir süre sonra evde bunaldıktan ve sosyalleşemedikçe toplumsal cinsiyet rollerini bir baskı aracı olarak evde eşi üzerinde uygulanmaya başladığı belirtilmektedir. Kadın evde ücretsiz işçi ve çocukların bakım vereni olarak çalışırken geçimi sağlamak için iş aramaya başladığında tersine dönmüş toplumsal

cinsiyet rolleri, eril partner şiddetinde artışa neden olmaktadır (**El-Masri ve ark., 2013**).

2.3. Toplumsal cinsiyet ve üreme sağlığı

Üreme sağlığı sosyo ekonomik çevredeki değişiklikler, sağlık hizmetlerine erişim, cinsel davranışlardaki değişiklikler, sosyal statü gibi pek çok etkenden etkilenir. Göçlerle birlikte travma yaşayan mültecilerin sorunlarının başında üreme sağlığı riskleri gelmektedir (**Aytek, 2018**).

Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Sonlandırılması Bildirgesi'nin 12. Maddesi kadınların aile planlaması (AP) dahil tüm sağlık hizmetlerine erişimini garantilemektedir. Aynı maddede özellikle göçmen kadınların ve kız çocuklarının toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, HIV/AIDS riskini artıran cinsel zorbalık, istenmeyen gebelikler açısından özel sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kaldığı vurgulanmaktadır (**UN, 2010**).

2.3.1. Göç sonrası ana çocuk sağlığı ve aile planlaması

"15 gün önce burada hastanede doğum yaptım. Dil bilmiyorum. Hastanenin yerini bilmiyorum. Uzakta oturan bir tanıdık var. O gelirse hastaneye gidebilirim. Buradan taşınacağız." (**TTB, 2014**).

Göç süreci sonrasında genellikle kadınların kontraseptif yöntemlere ve bağışıklama hizmetlerine erişimleri düşük, planlanmamış gebelik oranı yüksektir. Sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller nedeniyle gebe göçmen kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı düşük; doğum komplikasyonları, preterm veya ölü doğum, düşük ve bebek ölüm hızı yüksektir (**UN, 2010**). Dil bariyeri, bilgi eksikliği, erkek sağlık çalışanından kaçınma, sosyokültürel baskılar, geleneksel uygulamalar, kadınların karar mekanizmalarının dışında olması ve sosyoekonomik düzeyleri hizmet alımının önündeki başlıca nedenlerdir (**IOM, 2009; Aytek, 2018**).

Mülteciler ve göçmenler genellikle yaşadıkları toplumdan daha kötü düzeyde ana çocuk sağlığı göstergelerine sahiptir. Hollanda'da Afrikalı, Güney Asyalı göçmenlerin bebek ölüm hızları daha yüksek bulunmuştur. İtalya'da kayıt dışı göçmenlerde erken gebelik, doğum komplikasyonları, uygun olmayan koşullarda küretaj önemli üreme sağlığı problemleridir. Fransa'da göçmen kadınlarda anne ölüm hızı iki kat yüksek, sağlık hizmet kalitesi ise optimal değerlerin altında; Fransız kadınların ulaşabildiği hizmetlerin yarısından daha azdır (**Almeida ve ark., 2013**). İngiltere'de Asyalı kadınların

bebeklerinin doğum ağırlıkları normal topluma göre daha düşüktür; Karayip ve Pakistanlı kadınların perinatal ve postnatal dönemde ölüm hızları daha yüksektir. Almanya'da yaşayan Türk kadınlar da da perinatal ve postnatal dönemde ölüm hızları daha yüksektir (**Carballo ve Nerukar, 2001**). Farklı ülkelerde benzer sağlık eşitsizliklerinin görülmesi göçmen ve mülteci kadınların sağlık hizmetine erişiminin önündeki engellerin her ülkede bir düzeyde devam etmekte olduğunu göstermektedir (**Almeida ve ark., 2013**).

Savaş sonrası göç etmek zorunda kalan kadınlarda ana çocuk sağlığıyla ilgili hizmetler savaşın sağlık üzerindeki yıkıcı etkileri yüzünden göç öncesinde kötüleşmeye başlar. Bugün en büyük insani krizlerden biri olan Suriye savaşı yüzünden ülkesinden ayrılmak zorunda kalan milyonlarca kadın bu durumun canlı örneğidir. Suriyelilerin yoğun olarak bulunduğu Lübnan'da Suriyeli kadınların AP yöntem kullanımı %34.5'tir ve bu değer Suriye'de savaş öncesinde %58.3'tür. Suriyeli kadınlar AP kliniklerine gittiklerinde çoktan gebe kaldıklarını öğrenmekte ve sağlık çalışanları tarafından gebeliklerinin sonlandırılması reddedilmektedir. Öte yandan Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) çocuk sayısı ile orantılı yardım politikaları nedeniyle Suriyeli kadınlar daha fazla doğurmaya teşvik edilmektedir. Doğurganlığın artışı ile birlikte bugün Lübnan'da Suriyeli kadınların sezeryan hızı %15'ten %35'e çıkmıştır. Bunun nedeni ise sağlık çalışanlarının saatlerce normal doğumu beklemek istememeleridir; çünkü her koşulda BMMYK tarafından ücretleri ödenmektedir (**Yasmine ve Moughalian, 2016**).

Lübnan gibi Suriyelilerin yoğun olarak göç ettiği Türkiye'de 3 milyonun üzerinde Suriyeli sığınmacı vardır. Bu nüfusun dörtte biri üreme çağındadır kadındır. Göç sonrasında Suriyeli kadınların ana çocuk sağlığı göstergeleri, sınırlı sayıdaki çalışmaya rağmen, oldukça çarpıcı verilerle durumu ortaya koymaktadır. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Başkanlığı'nın (AFAD) 2014 yılında yaptığı nüfus sağlık araştırmasında kamp dışındaki Suriyeli nüfusun %44'ünün hekim yardımı olmaksızın doğum yaptığı belirtilmiştir (**AFAD, 2014**). Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri adlı raporunda neredeyse her gittikleri evde gebe kadın olduğu, gebelerin herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadıkları ya da hiçbir gezici hizmetin onlara ulaşmadığı belirtilmiştir (**TTB, 2014**). Şimşek ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da 15-49 yaş aralığındaki evli Suriyeli kadınlarla yaptıkları

çalışmada; Suriyeli kadınların %26,7'sinin gebeliği nedeniyle hiç doktora-ebeye-hemşireye başvurmadığı, %47,7'sinin Türkiye'ye geldikten sonra düşük veya ölü doğum şeklinde gebelik kaybı yaşadığı, karşılanmamış AP ihtiyacının %36,4 olduğu bildirilmiştir (**Şimşek ve ark., 2015**). Aynı çalışmada, kadınların yarısında demir eksikliği, %45.6'sında B12 eksikliği ve %10.5'inde folik asit eksikliği olduğu belirlenmiştir (**Şimşek ve ark., 2015**). Gümüş ve arkadaşlarının İstanbul'da Suriyeli kadınlarla üreme sağlığı üzerine yaptıkları çalışmada ise düşük hızı %40 olarak bildirilmiştir (**Gümüş ve ark., 2017**). Bugün Türkiye popülasyonu için düşük/ölü doğum hızı %15 ve karşılanmamış AP ihtiyacı %6 seviyesindedir (**TNSA, 2013**). Gümüş ve arkadaşlarının çalışmasında Suriyeli kadınlara neden üreme sağlığı hizmeti almadıkları sorulduğunda maddi olanaksızlık, yakında sağlık kuruluşu olmaması, sağlık çalışanlarına güvenmeme, kötü muamele görme, nereden hizmet alacağını bilmeme gibi nedenler tespit edilmiştir (**Gümüş ve ark., 2017**). Üreme sağlığı hizmetlerinin Suriyeli kadınlar için ulaşılabilir, erişilebilir, kabul edilebilir düzeyde olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla Suriyeli kadınlar sığınmacı statüsünde hâlihazırda risk grubundayken bir de buna ek olarak temel sağlık hizmetlerinin en önemli göstergesi olan ana çocuk sağlığı hizmetleri açısından ülkemizde eşitsiz bir konumdadırlar.

2.3.2. Göçün cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) üzerine etkisi

"Zimbabwe'den Güney Afrika'ya iki kadın ve dört erkekle göç eden 16 yaşındaki kız çocuğu göç yolunda çetelerin saldırısına uğramış. Genç kız saldırıdan kaçmaya çalışırken yere düşmüş. Bir çeteci tüm parasını almış ve kıza tecavüz etmiş. Genç kızın genital bölgesi yaralanmış ve cinsel yolla bulaşan hastalığa yakalanmış. Şu an genç kız regl olmuyor, gebe olabilir. Ancak ülkeden çıkarılma korkusuyla hastaneye gitmekten korkuyor." (**MSF, 2009**).

Göç süreci özellikle çatışmalı ortamlarda cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin arttığı, dolayısıyla CYBH riskinin arttığı bir süreçtir (**Aytek, 2018; UNHCR, 2003**). Zorunlu göç gündelik hayatın keşintiyeye uğraması ile beraber riskli cinsel davranışları beraberinde getirmektedir. Cinsel şiddetin yanı sıra partnerlerinden ayrılan mültecilerin ve göçmenlerin çok eşli yaşamaya başlamaları CYBH riskini artırmaktadır. Buna ek olarak göç sonrası sağlık ve sosyal hizmetlere erişimde sorun yaşamak, ayrımcılık, dil ve kültür farklılıklarından dolayı dışlanma CYBH'nin tanı ve tedavisini geciktirmekte ve kronik komplikasyonlara neden olmaktadır (**Çaman ve Özvarış, 2010; Aytek, 2018**).

2.3.3. Cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet

"...Suriye'nin kızları ucuz bir eşyaymış gibi davranıyorlar, kötü gözle bakıyorlar. İş yerinde Suriyeli bir arkadaşım patron "seni oğluma alayım, bu işte niye çalışıyorsun, gel, evinin hanımı ol" demiş, arkadaşım kabul etmemiş. Bunun üzerine oğluyla evlenmesi için bin TL para teklif etmiş..." (16 yaşında Suriyeli kız çocuğu, *Mazlumder Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu, 2014*)

Cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet; tecavüz, istismar ya da taciz, partner şiddeti, zorla fuhuş ya da herhangi bir fiziksel, cinsel ya da psikolojik şiddet de dahil olmak üzere kadınlara ve kız çocuklarına karşı işlenen fiziksel ve cinsel şiddeti içerir. Bu şiddet biçiminin daha geniş tanımlamaları, çocuk evliliği, kadınların genital mutilasyonu, cinsel yönelime dayalı sosyal dışlanma, kız çocukları veya kadınların ebeveynlikten muaf tutulması, erkek çocukların silahlı milis kuvvetlerine zorla işe alınması, namus cinayetleri veya seks ticaretini de kapsar (UNHCR, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya genelinde kadınların %35'inin cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet gördüğünü bildirmektedir. Başta sistematik tecavüz olmak üzere birçok çatışmada cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet savaş silahı olarak kullanılmıştır. Birleşmiş Milletler kadınların ve kız çocuklarının savaş koşullarında çatışma sırasında, savaştan kaçıştan önce, kaçış sırasında, sığınılan ülkede, geri dönüş sırasında ve yeniden entegrasyon sürecinde cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (UNHCR, 2003).

Balkanlar, Irak, Kongo Demokratik Cumhuriyeti ve Sierra Leone gibi farklı yerlerde yaşanan krizlerden kaynaklanan deneyimler, kadınların sistematik olarak gerek cinsel gerekse fiziksel şiddetin mağduru olduğunu göstermektedir (Engle, 2004). Kosova savaşı sırasında kadınların %44'ü çatışma ortamında şiddet görmüş ve damgalanma korkusu nedeniyle sadece 120 kadar kadın cinsel saldırıya uğradığını bildirmiştir (Desai ve Perry, 2004). Bosna savaşı sırasında en az 20 bin, Ruanda soykırımında 250 bin kadının tecavüze uğradığı bilinmektedir (Engle, 2004). Sierra Leone' de yerinden edilmiş ailelerin %97'si tecavüz, işkence ve cinsel kölelik de dahil olmak üzere, cinsel saldırılara maruz kaldıklarını bildirmektedir (Amowitz ve ark., 2015).

Stabil ve güvenli olmayan çatışma alanları ve çatışma sonrası alanlar cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet sıklığını artırmakta ve bu şiddete maruz kadınlar ve çocuklar pek çok sağlık sorunuyla ve

diğer sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. İstenmeyen gebelikler, zorla düşük yapmaya zorlanma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, HIV ve cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar, madde bağımlılığı, kronik boyun ve sırt ağrısı, baş ağrısı-migren, hipertansiyon bu şiddetin neden olduğu başlıca sağlık sorunlarıdır. Toplumsal inanışlar, stigmatizasyon korkusu cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti bildirme ve şiddete dayalı sağlık sorunları için sağlık hizmetlerinden yararlanmaktan kaçınmayı beraberinde getirmektedir (UNHCR, 2003; Godoy-Ruiz ve ark., 2015). Pannetier ve arkadaşlarının Fransa'da HIV pozitif ve negatif Afrikalı göçmen kadınları karşılaştırdıkları çalışmada göç sürecinde zorla seks yapılan kadınlarda HIV pozitif sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada oturma izni ve barınma ile ilgili problemlerin kadınlarda HIV sıklığını artırdığı bildirilmiştir (Pannetier ve ark., 2018). Feseha ve arkadaşlarının Etiyopyalıların kaldığı bir mülteci kampında partner şiddetini değerlendirdiği araştırmada kadınların %31'inin partnerleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiş ve bu oranın yüksekliği savaş ve sonraki sürecin kadın açısından eşitsizlikleri derinleştirmesi ile ilişkilendirilmiştir (Feseha ve ark., 2012). Fernandez ve arkadaşlarının Lübnan'da ev işçisi olarak çalışan çoğunluğu Etiyopyalı göçmenler üzerine yaptığı araştırmada göçmen kadınların ülkede doğum yapmalarına izin verilmediği için kayıt dışı çalışmaya itildiğini ve bu durumun onları fiziksel, psikolojik, cinsel saldırıya açık hâle getirdiği bildirilmiştir (Fernandez, 2018). Yasmin ve arkadaşlarının yine Lübnan'da Suriyeli sığınmacı kadınlarla yaptığı araştırmada Lübnan devletinin oturma izni için 200 dolar istemesinin kadınları kayıt dışı barınma koşullarına ittiği ve bu yüzden ev sahibi tarafından cinsel tacize uğrayan çok sayıda kadın olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların cinsel şiddet vakalarını sınır dışı edilme, polis tarafından taciz edilme, damgalanma korkusuyla gerekli kurumlara bildirmedikleri belirtilmiştir (Yasmine ve Moughalian, 2016). Mazlumder'in Türkiye'de Suriyeli sığınmacı kadınlarla yaptığı çalışmada ise kadınların %8'inin cinsel istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (Mazlumder, 2014).

Kadın sünneti geleneksel ve kültürel ataerkil uygulamaların cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddete evrilmiş hâlidir. Kadın sünneti kız çocuklarının bedeninde fiziksel, psikolojik, cinsel hasara neden olmaktadır. Enfeksiyon, vajinal fistül, yaralanma, üriner retansiyon ve kimi zaman şok tablosu ilk dönemde en sık görülen sağlık sorunlarıdır. Sonraki dönemlerde ise travma sonrası stres bozukluğu, kronik ağrı, kronik enfeksiyon,

ağrılı cinsel ilişki, kısırlık, doğum komplikasyonları görülebilmektedir. Bugün dünyada özellikle Sudan, Mısır, Somali, Etiyopya gibi Afrika ve Asya kıtasında olmak üzere 30 ülkede 200 milyon kadın ve kız çocuğu kadın sünnetinden etkilenmiş durumdadır. Ne yazık ki göç sonrası kadın sünneti uygulamaları devam etmektedir (**Engle, 2004; Evans ve ark., 2017**). Bugün ABD’de 168 bin, İngilterede 137 bin kız çocuğuna kadın sünneti yapılmıştır (**Adams, 2004; Evans ve ark., 2017**). Avusturalya’da ise 83 bin kadın sünneti olan göçmen vardır (**Varol ve ark., 2017**). Her ne kadar bazı yasal düzenlemeler yapılsa ve sağlık çalışanlarında kadın sünneti konusunda bilgi ve duyarlılık artışı sağlanmaya çalışılsa da bu son derece gayri insani geleneksel uygulama durdurulmaktadır (**Çaman ve Özvarış, 2010**).

2.3.4. Lezbiyen Gey Biseksüel Transseksüel İnterseks (LGBTİ) bireylerin göç sürecinde yaşadığı sağlık riskleri

*Adnan eşcinsel bir Iraklı mültecidir. Ağustos 2015’te Birleşik Devletler Güvenlik Konseyi’ne iltica başvurusundan önce yaşadıklarını şöyle anlatıyor:İŞİD’in yönetiminde gay olmak, kesin ölüm cezası anlamına gelmektedir. Kendi ailem bana sırtını döndü. Eğer İŞİD beni öldürmeseydi bile, kendi ailemin üyeleri bunu yapardı (**Kaos GL, 2015**).*

LGBTİ bireyler için göç iki şekilde ele alınabilir: 1) Cinsel yönelim, cinsiyet kimliği, interseks durumu gibi sebeplerle zorunlu göç süreci yaşayanlar 2) Çatışma ve savaş ortamlarında LGBTİ olarak göç etmek zorunda kalanlar. Çatışma ve savaş ortamlarından güvenli bir ülkeye göç etmek zorunda kalan LGBTİ mültecilere ‘double refugee’ yani iki kez mülteci olma hâli yaşamak zorunda kalan anlamında bir tanımlama yapılmaktadır. Bugün 70’ten fazla ülkede LGBTİ olmak yasalarda yeralan bir durum değil veya yasadışı-cezalandırılan bir durumdur. 13 ulus için ise LGBTİ olmak ölüm ile cezalandırılması gereken bir durumdur. 1979’dan bu yana İran’da 4000-6000 arası LGBTİ birey cezalandırılmıştır (**Chiam ve ark., 2016**).

Homofobik ortamlardan kaçmak ve daha fazla cinsel, sosyal özgürlüğe ulaşmak için göç eden LGBTİ bireylerin karşılaştığı sağlık riskleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Cinsel azınlıklar, heteroseksüellerle kıyaslandığında, yaşadıkları yerdeki baskı unsurlarını daha fazla deneyimlerler ve daha büyük şehirlere taşınmaya motive olabilirler (**Egan ve ark., 2011**). Ancak büyük bir şehre göç etmiş olmak LGBTİ’ler üzerindeki damgalanma ve ayrımcılığın

ortadan kalkmasının garantisi değildir. Bu durum özellikle yerel destek ağlarının yetersiz olduğu koşullarda LGBTİ bireylerin gittikleri yeni yerlerde sağlık riskleri ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Cinsel yönelim, cinsiyet kimliği, interseks durumu gibi sebeplerle zorunlu göç süreci yaşayanlar sözlü, duygusal, fiziksel ve cinsel taciz ve saldırı, kaçınma, konut ve istihdamda ayrımcılık, mülklerin tahrip edilmesi, şantaj, zorla fahişelik, zorla heteroseksüel evlilik, ‘düzeltici tecavüz’ ve zorla cinsel yönelim dönüşüm müdahaleleri, hapis cezası, kaba dayak, işkence, arkadaşlarının öldürülmesi, aile içi şiddet gibi beden ve ruh sağlığını doğrudan etkileyen pek çok olumsuz deneyim yaşamaktadırlar (**Chiam ve ark., 2016**). Taşınma sonrası en belirgin sağlık risklerinden biri HIV sıklığının artmasıdır (**Egan ve ark., 2011**). Bir diğer riskli durum ise mental sağlığın bozulmasıdır. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu LGBTİ mültecilerin hemen hemen yarısında görülen ruh sağlığı sorunlarıdır (**Egan ve ark., 2011**). Bunlara ek olarak LGBTİ’ler sağlık hakkına erişim sürecinde dil bariyeri, sağlık çalışanlarının tavrı, trans geçiş süreci ve hormon tedarik sorunları ile sıklıkla karşılaşmaktadır (**Chiam ve ark., 2016**).

Sonuç

Kimse isteyerek ailesinden, sevdiklerinden, doğduğu topraklardan ayrılmaz. İnsanlar var olduklarından bu yana göç etmektedirler. Dolayısıyla göç normal bir süreçtir; göçü bir trajedi hâline getiren savaşlar, çatışmalar, toplumdaki eşitsizlikler ve ayrımcılık mekanizmalarıdır.

Özellikle ekonomik göçmenler ve mülteciler sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri bakımından oldukça dezavantajlı gruplardan biridir. Buna ek olarak toplumsal cinsiyet faktörü göç süreci ve karşılaşılan engelleri kadınlar ve LGBTİ bireyler için daha da zorlaştırmaktadır. Geldikleri toplumda hâlihazırda eşitsiz konumda olan kadınlar ve LGBTİ bireyler göç ettikleri ülkede genellikle bu eşitsizlikleri daha derin bir şekilde deneyimlemektedirler.

Sağlığın sosyal belirleyicileri olan barınma, beslenme, eğitim, iş, çevre koşulları asgari şartlarda olmadığı sürece kadın ve LGBTİ göçmenler ve mülteciler için tam bir sağlıkta iyilik hâlinde bahsetmek mümkün olmayacaktır. Sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller için de aynı şeyi söylemek mümkündür. Buna ek olarak özellikle birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiği kadın ve LGBTİ göçmenler ve mültecilerin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Çünkü toplum tabanlı ve ücretsiz

olmayan, başvuru temelli birinci basamak sağlık hizmetleri, kadın ve LGBTİ göçmenler ve mültecilerin sağlık hizmetine erişiminin önündeki engeller düşünüldüğünde bu hizmetlere en çok ihtiyaç duyan topluluklar için çoğunlukla erişilebilir değildir.

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet sağlığının temel belirleyicilerindenidir. Göçün sağlık üzerine etkilerini daha iyi anlayabilmek ve göçmenlerin sağlığını geliştirebilmek için toplumsal cinsiyet bakış açısına ihtiyaç vardır. Göç eden kadınların, LGBTİ bireylerin sağlık hizmetine erişiminin önündeki dil, ücret, mahremiyet, damgalanma korkusu, sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumu vb engelleri toplumsal cinsiyet duyarlı bakış açısıyla ortadan kaldıracak politikalar üretilmelidir. Politika yapıcılarının mülteci dostu akıl ile düşünmeleri, kadınların ve LGBTİ bireylerin karar alma mekanizmalarına dahil edilmesi çözüme yönelik politika geliştirmeyi sağlayacaktır. Buna ek olarak sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında eğitim, iş, barınma vb koşulların kadın ve LGBTİ göçmenler için nitelikli ve eşit olarak sağlanması gerekmektedir.

Kaynaklar

Adams, K. M. (2004). *Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine*. *BMJ*, 328(7455), 1548–1552.

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-De-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., Dias, S. (2013). *Maternal healthcare in migrants: A systematic review*. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346–1354.

Amowitz, L. L., Reis, C., Lyons, K. H., Vann, B., Taylor, L. (2015). *Prevalence of War-Related Sexual Violence and Other Human Rights Abuses among Internally Displaced Persons in Sierra Leone*. *JAMA*, 287(4), 513–521.

Aytek, S. (2018). *Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 56–60.

Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Web Sitesi (2014) Erişim tarihi 02 Mayıs 2018, https://www.afad.gov.tr/upload/Node/17932/xfiles/webformatisuriyedenturkiyeyenufushareketleri_1_.pdf

Başterzi, A. D. (2017). *Mülteci, Sığınmacı ve Göçmen Kadınların Ruh Sağlığı*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 379–387.

Beune, E. J., Haafkens, J. A., Agyemang, C., Schuster, J. S., Willems, D. L. (2008). *How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study*. *J Hypertens*, 26, 648–656.

Carballo, M., Nerukar, A. (2001). *Migration, refugees, and health risks*. *Emerging Infectious Diseases*, 7(3), 556–560.

Carlsson, A. C., Wändell, P. E., Hedlund, E., Walldius, G., Nordqvist, T., Jungner, I., Hammar, N. (2013). *Country of birth-specific and gender differences in prevalence of diabetes in Sweden*. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 100(3), 404–408.

Chiam, Z., Duffy, S., González Gil, M. (2016) *Trans Legal Mapping Report Recognition before the law*. *Trans Legal Mapping Report*, Erişim tarihi 02 Mayıs 2018, https://ilga.org/downloads/TLMR_ENG.pdf.

Commodore-Mensah, Y., Hill, M., Allen, J., Cooper, L. A., Blumenthal, R., Agyemang, C., Himmelfarb, C. D. (2016). *Sex differences in cardiovascular disease risk of Ghanaian and Nigerian born West African immigrants in the United States: The Afro-cardiac study*. *Journal of the American Heart Association*, 5(2), 1–13.

Çaman, Ö. K., Özvarış, Ş. B. (2010) *Uluslararası Göç Ve Kadın Sağlığı*. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Erişim tarihi 19 Mayıs 2018, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/Makale-Goc.pdf>.

Desai, S., Perry, M. J. (2004). *Tracking Gender-Based Human Rights Violations in Postwar Kosovo*. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1304–1307.

De Waure, C., Bruno, S., Furia, G., Di Sciallo, L., Carovillano, S., Specchia, M. L., Ricciardi, W. (2014). *Health inequalities: An analysis of hospitalizations with respect to migrant status, gender and geographical area*. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 1–10.

DiGiacomo, M., Green, A., Rodrigues, E., Mulligan, K., Davidson, P. M. (2015). *Developing a gender-based approach to chronic conditions and women's health: A qualitative investigation of community dwelling women and service provider perspectives*. *BMC Women's Health*, 15(1), 1–11.

Egan, J. E., Frye, V., Kurtz, S. P., Latkin, C., Chen, M., Tobin, K., Koblin, B. A. (2011). *Migration neighborhoods and networks: Approaches to understanding how urban environmental conditions affect syndemic adverse health outcomes among gay bisexual and other men who have sex with men*. *AIDS and Behavior*, 15(1), 1–27.

El-Masri, R., Harvey, C., Garwood, R. (2013) *Changing gender roles among refugees in Lebanon: A family sit in a temporary shelter in an abandoned shopping centre*. *Oxfam Research Report*, Erişim Tarihi 02 Mayıs 2018, <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/rr-shifting-sands-lebanon-syria-refugees-gender-030913-summ-en.pdf>

Engle, L. B. (2004) *World Motion, Short Essays on Migration and Gender*. *International Organization of Migration (IOM)*, Erişim tarihi 04 Nisan 2018, http://www.kok-gegen-menschenhandel.de/fileadmin/user_upload/world_motion.pdf.

Evans, C., Tweheyo, R., MCGarry, J., Eldridge, J., McCormick, C., Nkoyo, V., Higginbottom, A. (2017). *What are the experiences of seeking, receiving and providing FGM-related health-care? Perspectives of health professionals and women/ girls who have undergone FGM: protocol for a systematic review of qualitative evidence*. *BMJ Open*, 14; 7(12):e018170.

Fernandez, B. (2018). *Health inequities faced by Ethiopian mi-*

- grant domestic workers in Lebanon. *Health and Place*, 50(12), 154–161.
- Feseha, G., Abebe, G., Gerbaba, M.** (2012). Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, Northern Ethiopia. *BMC Public Health*, 12(1), 125.
- International Organization for Migration (IOM) Web Sitesi** (2004) Erişim tarihi 15 Mart 2018, http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf.
- IOM Web Sitesi** (2009) Erişim tarihi 12 Nisan 2018, [http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper(1).pdf).
- IOM Web Sitesi** (2013) Erişim tarihi 15 Mart 2018, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf.
- IOM Web Sitesi** (2018) Erişim tarihi 15 Mart 2018, <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>.
- Jesuthasan, J., Sönmez, E., Abels, I., Kurmeyer, C., Guter-mann, J., Kimbel, R., Zier, U.** (2018). Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi- study. *BMC Med*, 1;16(1):15.
- Godoy-Ruiz, P., Toner, B., Mason, R., Vidal, C., McKenzie, K.** (2015). Intimate Partner Violence and Depression among Latin American Women in Toronto. *J Immigrant Minority Health* (2015) 17: 1771.
- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S.Ş., Özdemir, S., Başbüyük M., Coşkun, A. M.** (2017). Suriyeli mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *KASHED*, 3 (1):1-17.
- Kaos GL.** (2015) Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi'nden ilk LGBT toplantısı, Erişim tarihi: 05 Mayıs 2018, <http://kaosgl.org/sayfa.php?id=20075>.
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., Del Amo, J., Mazarrasa, L., Bolúmar, F.** (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(SUPPL. 2), 4–10.
- Mazlumder Web Sitesi** (2014) Erişim tarihi 02 Mayıs 2018, [http://mazlumder.org/webimage/MAZLUMDER%20KAMP%20DI%20C5%9EINDA%20YA%20C5%9EAYAN%20KADIN%20SI%20C4%9EINMACILAR%20RAPORU\(9\).pdf](http://mazlumder.org/webimage/MAZLUMDER%20KAMP%20DI%20C5%9EINDA%20YA%20C5%9EAYAN%20KADIN%20SI%20C4%9EINMACILAR%20RAPORU(9).pdf).
- Medecins Sans Frontieres Web Sitesi** (2009) Erişim tarihi 05 Mayıs 2018, <http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf-no-refuge-access-denied.pdf>.
- Pannetier, J., Lert, F., Jau, M., Desgrées, A.** (2017). Mental health of sub-saharan African migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM - Population Health*, 3 (2017) 549–557.
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lert, F.** (2018). Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*, 3(1):e16-e23.
- Parrado, E. A., Flippen, C. A.** (2005). Migration and Gender among Mexican Women among Mexican Women. *American Sociological Review*, 70(4), 606–632.
- Şeker, D., Uçan, G.** (2016). Göç Sürecinde Kadın. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1).
- Şimşek, Z., Doğan, F., Hilali, N., Özek, B.** (2015). Bir İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Evli Suriyeli Kadınlarda Üreme Sağlığı Göstergeleri Ve Hizmet İhtiyacı. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Erişim tarihi 05 Mayıs 2018, <http://uhsk.org/uhsk18/ocs/index.php/uhsk18/uhsk/paper/view/387>.
- Skogberg, N., Laatikainen, T., Jula, A., Harkanen, T., Vartiainen, E., Koponen, P.** (2017). Contribution of sociodemographic and lifestyle-related factors to the differences in metabolic syndrome among Russian, Somali and Kurdish migrants compared with Finns. *International Journal of Cardiology*, 232, 63–69.
- Türk Tabipleri Birliği Web Sitesi** (2014) Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri raporu, Erişim tarihi 05 Mayıs 2018, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacipr.pdf>.
- Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) Web Sitesi** (2013) Erişim tarihi 05 Mayıs 2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- Turton, D.** (2003). *Conceptualising Forced Migration*. Oxford Refugee Studies Centre, Working Paper Series, 12(12), 1–17.
- United Nations (UN) Web Sitesi** (2010) Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants, Erişim tarihi 02 Mayıs 2018, http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.30.Add.3_en.pdf.
- United Nations High Comisser of Refugees (UNHCR) Web Sitesi** (2003) Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons Guidelines for Prevention and Response, Erişim tarihi 05 Mayıs 2018, <http://www.unhcr.org/3f696bcc4.pdf>.
- United Nations Population Fund (UNFPA) Web Sitesi** (2006) *A Passage to Hope: Women and International Migration*. Erişim tarihi 28 Nisan 2018, <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38409/1/ICPDDecember2006.pdf>. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38409/1/ICPDDecember2006.pdf>.
- Varol, N., Hall, J. J., Black, K., Turkmani, S., Dawson, A.** (2017). Evidence-based policy responses to strengthen health, community and legislative systems that care for women in Australia with female genital mutilation / cutting. *Reproductive Health*, 14–63.
- Yasmine, R., Moughalian, C.** (2016). Systemic violence against Syrian refugee women and the myth of effective intrapersonal interventions. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 27–35.