

MAKALELER / Articles

## Uluslararası Göç ve Kadın Sağlığı

### International Migration and Women's Health

Özge KARADAĞ ÇAMAN <sup>1</sup>, Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ <sup>2</sup>

#### ÖZET

Bu derlemenin amacı, farklı nedenlerle ülkeler arası göç eden kadınların sağlık sorunlarını ve hizmet gereksinimlerini toplumsal cinsiyete duyarlı bir bakış açısıyla ele almaktır. Çalışmada son on yılda yayımlanan bilimsel literatür ve uluslararası raporlar gözden geçirilerek, bulgular derlenmiş ve bazı öneriler geliştirilmiştir. Son yıllarda kadın göçmenlerin sayısının artması nedeniyle "göçün kadınsılaşması"ndan söz edilmektedir. Göç eden kadınlar, kadın ve göçmen olarak çifte yük taşımaktadırlar. Göç, kadınların sosyoekonomik durumları, sosyal destek ağları, sağlık hizmetlerine erişimi gibi yaşamlarının her alanında değişikliğe neden olmaktadır. Kadınlar, özellikle zorunlu göçlerde barınma, beslenme, temel sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar, fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz koşullarla karşılaşmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının bu grupların gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyiminin az olması, dil sorunları, kültürel farklılıklar, idari ve yasal engeller sağlık hizmetlerinde yaşanan başlıca sorunlardır. Göç ile ilgili sorunlar toplumsal cinsiyet bakış açısı çerçevesinde ele alınmalıdır. Göçmen kadınlara özel sağlık sorunlarının araştırmaları ortaya konması, temel sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran politikaların oluşturulması ve

#### SUMMARY

This review article aimed to address health problems and health service needs of migrant women from a gender-sensitive perspective. In the study, findings in literature and international reports in the last decade were reviewed and some recommendations were developed. In recent years, the term "feminization of migration" has been commonly used due to an increase in the number of migrant women, who face a double burden as both migrants and women. Migration leads to changes in every aspect of women's lives such as their socioeconomic status, social support networks and access to health care. Migrant women, especially during forced migration, face unfavorable conditions. e.g. problems with housing, nutrition, primary health care, physical and sexual abuse. Low level of awareness and experience among health workers with respect to migrants, language barriers, cultural differences, administrative and legislative barriers are among the main problems encountered in health care. Migration issues need to be tackled within a gender-sensitive framework. In this regard, more effort is needed to conduct research to reveal health problems specific to migrant women, to develop policies that enable access to primary health care and to provide culturally sensitive health services.

**Anahtar Kelimeler:** Göç, kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet, sağlık hizmeti, sağlık eşitsizlikleri

**Key Words:** Migration, women's health, gender, health care, health inequalities

#### GİRİŞ

Tüm dünyada insanlar, bugüne kadar hiç olmadığı kadar çok yer değiştirmektedir (1). 2010 yılı verilerine göre dünyada yaklaşık 214 milyon insan, doğduğu ülkeden başka bir ülkede yaşamakta ve bu insanların yarısını kadınlar oluşturmaktadır (2).

Dünya üzerinde insanlar pek çok farklı nedenle

kendi ülkesi içinde ya da ülkeler arasında yer değiştirmektedir. Bir ülkeden başka bir ülkeye yer değiştirenler arasında gönüllü göçmenlerin yanı sıra göçe zorlanan sığınmacılar, mülteciler ve insan ticareti mağdurları bulunmakta ve yer değiştirmenin boyutu, sağlığı farklı biçimlerde etkilemektedir. Günümüzde göç, küreselleşmenin olumsuz yüzünü giderek daha çok yansıtmakta ve temel insan hakları konusunda yaşanan eşitsizlikleri artırmaktadır (3).

Göçmen kadınlar, yakın geçmişe kadar uzun

1.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD  
2.Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

yıllar uluslararası politikanın konusu olmaktan uzak kalmıştır, ne var ki kadınlar hem göçmen hem de kadın olarak çifte yük taşımakta ve insan hakları ihlalleri açısından en savunmasız gruplar arasında yer almaktadır. Bu savunmasızlığın temel nedeni toplumsal cinsiyetin; eğitim fırsatları, bilgiye erişim, sağlık bilgisi ve düzeyi, aile sorumlulukları ve şiddet/ayrımcılık deneyimleri gibi yaşamın pek çok boyutunu olumsuz etkilemesidir (3,4). Günümüzde bu konudaki farkındalık giderek artmakta, hem uluslararası kuruluşlar hem de hükümetler göç, kalkınma ve sağlık arasındaki ilişkilere ve bu ilişkiler arasında toplumsal cinsiyetin rolüne daha çok odaklanmaktadır.

Bu derlemenin amacı, farklı nedenlerle doğduğu ülkeden başka bir ülkeye göç eden kadınların sağlık sorunlarını ve sağlık hizmeti gereksinimlerini toplumsal cinsiyete duyarlı bir bakış açısıyla ele almaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada son on yılda yayımlanan bilimsel literatürün derlenmesi amacıyla, PubMed ve Cochrane veri tabanlarında “uluslararası göç”, “göçmen”, “mülteci”, “sığınmacı”, “insan ticareti” kelimeleri ile “kadın” ve “toplumsal cinsiyet” kelimeleri birlikte taranmış, 2000-2010 yılları arasında hakemli dergilerde tam metni İngilizce ya da Türkçe olarak yayımlanan makaleler gözden geçirilerek, konuyu farklı boyutları ile ele alan çalışma bulgularına yer verilmiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), BM Nüfus Fonu (UNFPA), Uluslararası Göç Örgütü (IOM) ve BM Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) gibi uluslararası organizasyonlar tarafından aynı tarihe kadar yayımlanan raporlar gözden geçirilerek konu ile ilgili yakın tarihli politikalar ve uygulamalar derlenmiş, bu kapsamda edinilen güncel bilgiler doğrultusunda göç eden kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir.

## BULGULAR

### Uluslararası Göç

Uluslararası göç, giderek küreselleşen dünyanın daha önemli bir parçası haline gelmektedir. Doğduğu ülkeden başka bir ülkede yaşayan

insanların sayısı son elli yılda neredeyse iki katına çıkmış ve 2005 yılında 191 milyon kişiye ulaşmıştır. Aynı yıl Afrika ve Asya kıtaları hariç dünyanın diğer bölgelerindeki kadın göçmenlerin sayısı erkeklerden daha fazladır (3). Bu durum son yıllarda, “göçün kadınsılaşması (göçün feminizasyonu)” olarak tanımlanmaktadır (5).

Uluslararası göç, gönüllü ya da zorunlu olabilmekle birlikte gerçek deneyim her iki durumun özelliklerini de içerebilmektedir. Gönüllü göç eden insanların çoğu iş imkanları, aile ile birleşme ya da evlilik nedeniyle göç etmekte ve bu insanların çoğu sınırlı sayıda ülkede kümelenmektedir. Buna göre her dört gönüllü göçmenden biri Kuzey Amerika'da, her üç gönüllü göçmenden biri ise Avrupa'da yaşamaktadır. Öte yandan, zorunlu göç ve insan ticareti ile ilişkili uluslararası hareketler, daha farklı coğrafyalarda ve koşullarda gerçekleşebilmekte, özellikle çocuklar ve kadınlar söz konusu olduğunda konu çok daha hassas hale gelmektedir (3).

### Gönüllü Göç

Uluslararası Göç Örgütü (IOM), başka bir ülkede yaşamak amacıyla uluslararası sınırları geçen kişileri “uluslararası göçmen” olarak tanımlanmaktadır (6). Gönüllü göç, daha iyi yaşam koşullarına kavuşmak ve uzun bir süre ya da sürekli yaşamak maksadıyla kültürel, coğrafi ya da siyasi sınırları gönüllü olarak geçmektir. Potansiyel göçmenler, aileleri ya da arkadaşları ile birlikte yaşadıkları yerin “itici faktörleri” ile göç etmeyi düşündükleri yerin “çekici faktörlerini” değerlendirmekte ve göç etmeye genellikle gönüllü olarak karar vermektedirler. Ne var ki göçmenler, fiziksel olarak yer değiştirmenin ardından genellikle aile rolleri, iş, sosyoekonomik durum, kültürel ve sosyal ağlarda değişiklikler gibi yaşamlarının her alanında önemli değişimler yaşamaktadırlar (1). Gönüllü göçmenlik ile ilgili sağlık konuları, uzun yıllardır araştırılmaktadır. Günümüzde göçmenlerin sağlıklarının, katıldıkları yeni toplumun sağlığına etkileri dışında göç deneyiminin göçmenlerin sağlığına etkisi de incelenmektedir (1).

### Göçmen Kadınların Sağlığı

Göçmenlerin sağlığı; cinsiyet, sosyokültürel ve

etnik özellikler, göç edilen ülkenin dilini bilme, çalışma koşulları, yasal statü, sağlık ve ulaşım hizmetlerine erişim ile yakından ilişkilidir (7).

Uluslararası raporlara göre göç eden kadınlar, kadın ve göçmen olarak çifte yük taşımaktadırlar. Günümüzde halen pek çok ülkede, göçmen kadınların hakları ve gereksinimlerine yönelik özel politikalar bulunmamaktadır (3).

DSÖ'ye göre göçmenlerin sağlığını belirleyen en önemli etkenlerden biri yoksulluktur, zira göçmenlerin pek çoğu göç ettikleri ülkenin vatandaşlarına göre ekonomik açıdan daha dezavantajlı konumdadır (8). Buna ek olarak çoğu ulusal sağlık sistemi, geçici göçmenler ya da vatandaş olmayanlar için yalnızca acil sağlık hizmetlerini karşılamaktadır. Çoğu göçmenin koruyucu hizmetlerden yararlanamaması, hastalıkların ortaya çıkması açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu duruma, yasal olmayan göçmenlerde daha fazla rastlanmaktadır. Yasal statüde çalışmayan çoğu göçmen, sağlık çalışanları tarafından yetkililere bildirilme korkusu ile sağlık hizmetlerini kullanmaktan özellikle kaçınmaktadır (9). Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili yapılan çalışmalar, göçmenlerin sağlıkta eşitsizlikler açısından genel nüfusa göre daha dezavantajlı olduğunu göstermektedir (10,11).

Diğer taraftan, bazı göçmenler için başka bir ülkeye göç etmek, sağlık eğitimi ve hizmetlerine daha fazla erişim sağlayabilmektedir. Bu göçmenler, göç deneyiminin olumsuz koşullarından daha az etkilenmektedir. Bazı raporlara göre, kendi ülkesinde sağlık eğitiminden yoksun olup, göç ettiği ülkede sağlık eğitimi olanaklarından yararlanmaya başlayan göçmen kadınların çocuklarında görülen hastalık ve ölüm hızları, kaynak ülke ile karşılaştırıldığında daha düşüktür (3).

Sağlığı etkileyen başlıca etkenlerden bir diğeri çalışma koşullarıdır. Göçmen kadınların çalıştıkları işler, erkeklere kıyasla genellikle daha geleneksel (hizmet sektörü vb), daha düşük maaşlı ve geçici işler olmaktadır. Göçmen kadınlar düşük kaliteli, hastalık ve yaralanma risklerinin yüksek olduğu, ruhsal, fiziksel ve cinsel istismara açık işlerde yoğunlaşmaktadır. Göçmen kadınlar, özellikle yasal olarak

çalışmadıklarında, uzun çalışma saatleri, düşük maaş, fiziksel ve cinsel istismar ve sağlık sigortasından yoksun çalışma riskleri artmaktadır (3).

Öte yandan çalışma hayatının kimi kadınlar açısından olumlu etkileri olabilmektedir. Bazı kaynaklara göre kendi ülkesinde çalışmayan, ancak göç ettiği ülkede çalışmaya başlayan kadınların ev içindeki statüsünün değişimi, kendisine ve çocuklarına daha iyi sağlık olanakları sağlayabilmektedir. Diğer taraftan statü değişikliği, kimi zaman toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti tetiklemektedir (3).

Evlilik, günümüze kadar kadın göçünde önemli bir rol oynamış ve halen oynamaktadır. Ancak günümüzün küreselleşen dünyasında evlilik göçleri; başta internet üzerinden "sipariş" edilen evlilikler, ayarlanmış ve zorla evlilikler olmak üzere yeni bir boyut kazanmıştır. Bazı hükümetler bu konuda önlem almaya çalışmaktadır. İngiltere, 2004 yılında bu tür evlilik kurbanı kadınları desteklemek üzere "Zorla Evlilik Birimi"ni kurmuştur. Avustralya'da genç kızları kendi isteği dışında yurtdışında evlenmeye göndermenin cezası 25 yıl hapis olarak belirlenmiştir (7). Danimarka'da evliliğe zorlanan kız çocukları ve kadınlar için kriz merkezleri ulusal ağı oluşturulmuştur (12). Göç ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Göç, kimi zaman kadın ve erkeğin aile ve toplum içindeki geleneksel rollerinde değişikliklere neden olmaktadır. Deneyimler farklı olmakla birlikte, bir ülkeye yalnız başına göç ederek, yasal olarak çalışmaya başlayan kadınların göç deneyimleri, ailesi ile göç eden ve çalışmayan kadınlara göre genellikle daha olumlu olmaktadır (13). Evlenmek için ya da ailesi ile göç eden kadınlar ise çoğu zaman akraba ve arkadaşlarından oluşan sosyal destek ağlarını geride bırakmakta, göç ettikleri ülkede kültürel kimlik ve "namus"larını korumak adına sosyal baskılar ile karşılaşabilmektedirler.

Literatürde göçmenlerin sağlık düzeyi ile ilgili bulgular genellikle ikiye ayrılmaktadır. Mortalite hızları, beklenen yaşam süresi, sağlıklı doğumlar ve hastalık riskleri ile ilgili yapılan pek çok araştırmada, göçmenlerin "sağlıklı göçmen hipotezi"ni destekler biçimde daha sağlıklı oldukları bulunmuştur. Bu hipoteze göre gönüllü

olarak göç eden insanlar tipik olarak, kendi ülkelerindeki göç etmeyen insanlara göre daha sağlıklıdır (1). Bu durum kısmen, göç başvurularında genellikle sağlık taramalarının istenmesi ve bu nedenle sağlıklı olma şartı ile de açıklanabilir (7). Ancak bu hipotezi destekleyen mortalite verilerini değerlendirirken, yurtdışında doğan kişilerin ölmek için anayurtlarına dönme eğilimi ile ilişkili “somon taraf tutma etkisi”ni (salmon bias effect) ve sağlığı bozulan ya da uyum sorunları yaşayan göçmenlerin ülkelerine geri dönme eğilimi ile ilişkili geri-göç hipotezini (unhealthy remigration hypothesis) göz ardı etmemek gerekir (1).

Doğumların incelendiği bazı araştırmalarda; kendisi anayurdunda doğan, ancak doğumunu Batı ülkelerinde yapan annelerin bebekleri, Batı ülkelerinde doğan ve doğum yapan annelerin bebeklerinden daha sağlıklı bulunmuştur. Bu bulgular da sağlıklı göçmen hipotezini desteklemektedir (1). Hastalık riskleri ile ilgili yapılan bazı araştırmalarda da göçmenlerin, göç edilen ülkede doğan benzer etnik gruplara göre daha az hastalandıkları bulunmuştur. Öte yandan bu çalışmaların ortak sınırlılığı, göçmenlerin karşılaştırıldıkları gruba göre başta mı daha sağlıklı oldukları, yoksa göçün etkisi ile mi daha sağlıklı olduklarının belirlenmesindeki güçlülüdür (1).

Malmusi ve ark. (2010), sağlıklı göçmen hipotezinin geçici olduğunu ve göçmenlerin başta sağlıklı olsalar bile göç sonrası yaşadıkları eşitsizlikler nedeniyle zaman içinde sağlıklarını kaybettiklerini öne sürmektedir (10). Spitzer (2008) Kanada'da yürüttüğü bir araştırmada, göçmenlerin göç ettikleri dönemde genel nüfusa göre daha sağlıklı olduklarını, ancak ülkede 10 sene ve daha fazla yaşayan göçmenlerin, özellikle de göçmen kadınların yoksulluk, iş yükü, sağlıklı davranışların terk edilmesi vb. nedenlerle sağlık açısından giderek daha dezavantajlı olduklarını belirtmektedir (14). Literatürdeki diğer bazı araştırmalarda da göçmenlerin göç ettikten sonra sağlık durumlarında olumsuz yönde değişimler olduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Bu durumun, sosyal belirleyiciler dışındaki açıklamalarından birisi kültürel etkileşim hipotezidir. Bu hipoteze göre; koruyucu sağlık davranışları olan bazı göçmenler, özellikle Batı toplumları ile etkileşim sonucunda sağlıksız

davranışlara yönelmektedir (1). Hennessy-Burt ve ark. (2010), Meksika'dan ABD'ye göç eden kadınlarla yürüttükleri çalışmalarında, kültürel etkileşimi daha fazla olan göçmen kadınların alkol kullanma düzeyinin ve cinsel eş sayısının arttığına işaret etmektedir (15). Ancak bu durumun tam tersi de mümkündür.

Göçün sağlık açısından olumsuz etkilerinin yanı sıra olumlu etkileri de olabilmektedir. Örneğin göç, göçmen ailelerde yeni normları tetikleyebilir: Kadınlar açısından daha büyük yaşta evlilik, daha az doğurganlık, daha fazla iş gücüne katılım, kız çocukları için daha fazla eğitim umudu gibi. (16). Ayrıca kimi göçmenler göç ettikleri ülkede fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme vb. olumlu sağlık davranışları kazanmakta ve geldikleri ülkedeki akranlarına göre daha sağlıklı olmaktadır.

Kaynaklara göre bazı olumlu deneyimler bir kenara bırakıldığında, göçmenlerin çoğu olumsuz çalışma ve barınma koşullarına maruz kalmakta ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamaktadırlar (7). Sağlık çalışanları ile yaşanan dil ve iletişim sorunları ile bazı hastalıklar ile ilgili kültürel damgalanma, hizmetlere erişimi olumsuz etkilemektedir (1). Özellikle gönüllü göçlerin daha fazla olduğu yüksek gelirli ülkelerde, bu sorunun çözümüne yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Örneğin Avrupa Birliği Fonu'nun halen 12 AB ülkesinde yürütmekte olan “Göçmen Dostu Hastane” girişiminde, kültüre duyarlı hizmet sunumunun yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır (17).

Yapılan bazı çalışmalarda göçmenlerde genel sağlığın, koroner arter hastalıklarının, şişmanlığın (özellikle ABD'de) ve kan basıncının göç sonrası arttığına dair sonuçlar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde ilk ve ikinci nesil göçmen kadınlarda kronik hastalık hızlarının, genel kadın nüfusuna göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (18). Diğer taraftan geleneksel yaşam tarzını koruyan göçmenlerde bu etkilerin azaldığını gösteren kanıtlar vardır (1).

Göç ve ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar da ise göç deneyiminin ruh sağlığına olumsuz etkileri ve özellikle depresyon riskini artırdığına dair bulgular mevcuttur. Bu durum, evini/ülkesini özleme, yalnızlık hissi, aile desteğinden yoksun

olma ve kendini göç ettiği ülkeye ait hissetmeme gibi nedenlere bağlanmaktadır (1). Göç ettiği ülkede gelir getiren bir işte çalışan kadınlarla yapılan pek çok araştırma, göçmen kadınlarda tükenmişlik sendromunun daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir (19).

Göçmen kadınların ruh sağlığını olumsuz etkileyen bir diğer faktör, toplumsal cinsiyete dayalı şiddettir. Irkçı tutumlara ek olarak kadın ve yabancı olmak, göçmen kadınları evde, sokakta ve işyerlerinde fiziksel istismar ve şiddet açısından daha savunmasız hale getirmektedir. ABD'de yürütülen bir çalışma (2006), Latin Amerikalı göçmen kadınların %31'inin, göç ettikten sonra eşleri tarafından daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir (20). Almanya'da yapılan bir başka çalışmada (2004), Türkiye'den göç eden evli kadınların %49'unun fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (21). Şiddet mağduru göçmen kadınların yasal haklarını ve başvurabilecekleri kurumları bilmemeleri, dil sorunları, kültürel ya da sosyal izolasyon ve ülkeden ihraç edilme korkusu nedeniyle polise ya da diğer destek hizmetlere başvuramamaları, şiddet sorununun çok önemli boyutlarıdır. Kanada'da yürütülen ve ulusal temsiliyeti olan bir çalışmada (2003), şiddete maruz kaldığını belirten göçmen ve "azınlık" kadınların destek hizmetlere başvurma düzeyinin, genel nüfusa göre çok düşük olduğu bulunmuştur (22). ABD'de bu sorunun çözümüne katkı sağlaması açısından, şiddet gören göçmen kadınların eşlerinden bağımsız olarak yasal statülerini korumalarını sağlayan bir mevzuat değişikliği yapılmıştır (23). Benzer şekilde İsveç'te de, vatandaş olan eşi tarafından şiddete maruz kalan göçmen kadınlara sürekli oturma izni verilmektedir. Avrupa Parlamentosu, 2003 yılında tüm üye ülkelerin göç ile ilgili mevzuatlarını "namus suçları"na maruz kalan göçmen kadınlara oturma izni verecek şekilde değiştirmeleri yönünde resmi bir karar yayımlamıştır (24).

Avrupa Birliği ülkelerinde göçün kadın sağlığına etkileri konusunda yapılan pek çok çalışma, göçmen kadınlarda üreme sağlığı/cinsel sağlık (ÜS/CS) ile ilişkili sorunların önemli yer tuttuğuna işaret etmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, göçmen kadınların kontraseptiflere erişim ve kullanma düzeyi

genellikle daha düşük olup, planlanmamış gebeliklere daha sık rastlanmaktadır (25). Benzer araştırmalar göçmen kadınlarda doğum öncesi bakım alma düzeyinin genel olarak düşük olduğunu, ölü doğum ve bebek ölüm hızlarının ise daha yüksek olduğunu göstermektedir (26). İngiltere'de yapılan bir çalışmada (2001), gebelikte ciddi morbiditenin en önemli belirleyicilerinin sosyal dışlanma ve beyaz ırk dışında bir ırka mensup olmak olduğu bulunmuştur (27). Aynı ülkede yapılan bir başka çalışma (2001), Asyalı kadınların bebeklerinin doğum ağırlıklarının daha düşük, Karayip ve Pakistanlı kadınların bebeklerinde perinatal ve post-natal ölüm hızlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (28). İspanya'da prematür ve düşük doğum ağırlıklı bebekler, doğum komplikasyonları ve isteyerek düşük talepleri özellikle Afrikalı ve Orta/Güney Amerikalı kadınlarda siktir (28). Norveç ve İtalya'da da göçmen kadınlarda isteyerek düşük hızı, genel kadın nüfusuna göre yüksektir (29,30). Benzer şekilde, Almanya'da yaşayan Türk göçmenlerde anne ölüm hızı ile perinatal ve neonatal ölüm hızları daha yüksek bulunmuştur (28).

Küresel çapta göç ile daha fazla gündeme gelen bir diğer kadın sağlığı konusu kadın sünnetidir. Bu uygulama uluslararası göç ile birlikte, Afrika, Güney Asya ve Orta Doğu'daki bazı ülkelerden Avrupa, Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'ya yayılmıştır (31). Araştırmacılar sadece İngiltere'de her yıl 3000-4000 kız çocuğunun sünnet edildiğini hesaplamaktadır (32). Kadın sünnetinin yaygın olduğu ülkelerden göç alan ülkelerde, bu uygulamanın engellenmesi için kültüre duyarlı politikaların geliştirilmesine çalışılmaktadır. Günümüzde ondan fazla gelişmiş ülkenin mevzuatı, kadın sünnetini yasaklayacak şekilde düzenlenmiştir (3). Bu ülkelerdeki pek çok organizasyon, sağlık çalışanlarının bu uygulamaya maruz kalan kadınlara yaklaşımını geliştirmek üzere çalışmaktadır (33). Belçika, Almanya ve İsveç'te kadın sünneti ile ilgili sağlık çalışanlarına yönelik rehberler hazırlanmıştır (34).

Göçmen kadınların ÜS/CS düzeyi ile ilgili tüm bu olumsuz bulgular: aile planlaması bilgilerinden yoksun olma, dil sorunları, hizmetlere erişimde sorunlar, erkek sağlık çalışanlarına başvurmadan kaçınma,

sosyokültürel baskılar ve kadınların karar verme gücünün sınırlı olmasına bağlanmaktadır (3,35,36).

Göçmen kadınların ÜS/CS düzeyinin, göç ettikleri topluma göre düşük olduğunu gösteren bulgulara rağmen, göçün olumlu etkilerine dair araştırma bulguları da mevcuttur. Bu çalışmalara göre göçmen kadınların bazı üreme sağlığı davranışları, doğdukları ülkelere göre kadınlara göre çok daha yüksektir. Belçika'da 25-29 yaş grubu evli kadınlarda yapılan bir çalışmada, Türkiye ve Fas'tan göç eden kadınların modern aile planlaması yöntemlerini kullanma düzeyleri (%79 ve 71), kaynak ülkelere (%44 ve 35) göre daha yüksek bulunmuştur (37).

Özetle, göçmen kadınların sağlığını olumlu ve olumsuz etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Aşağıda sıralanan bu faktörler, göçmen kadınların sağlık düzeyleri arasındaki farkları açıklamaya yardımcı olabilir:

- Sosyal belirleyiciler (ekonomik durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu...)
- Kültür, gelenek ve görenekler
- Göç edilen ülkede yaşama süresi ve kültürel etkileşim
- Yaşam koşulları (İklim, sanitasyon, barınma koşulları, çalışma koşulları, beslenme)
- Hizmetlere erişim (sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler...)
- Kaynak ülkede (göç öncesi) alınan sağlık hizmetleri (özellikle bağışıklama hizmetleri)
- Hastalıklara maruz kalma
- Olumlu ve olumsuz sağlık davranışları
- Sosyal destek ağları
- İrkçılığa maruz kalmak
- Kültürel engeller ve yabancı dil engeli
- Sağlık çalışanlarının kültürel sağlık uygulamaları ile ilgili farkındalık düzeyi (1,10,38,39).

### **Zorunlu Göç**

Bireylerin isteği dışında şiddet, zorlama, politik ve çevresel koşullar vb. nedeniyle gerçekleşen göçler, zorunlu göç olarak adlandırılmaktadır (12). Dünya çapında yasal göçmenlere oranla daha az sayıda zorunlu göçmen bulunmakla birlikte bu gruplar, sağlık ve sağlık hizmetleri açısından en savunmasız gruplardan birini oluşturmaktadır (3). Zorunlu göç kapsamında ele alınan başlıca gruplar: sığınmacılar, mülteciler ve

insan ticareti mağdurlarıdır.

### **Sığınmacı ve Mülteci Kadınların Sağlığı**

Birleşmiş Milletler Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi'ne (40) göre mülteci "ırkı, dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan, bu yüzden ülkesinden ayrılan ve korkusu nedeniyle geri dönemeyen veya dönmek istemeyen kişi" olarak tanımlanmaktadır. Gönüllü göçmenlerin aksine mülteciler ülkelerini terk etmeyi kendileri seçmemekte, bunu yapmaya mecbur kalmaktadırlar. Mülteciler ile ekonomik nedenlerle göç edenler arasındaki en önemli fark, gönüllü göç edenlerin ülkelerinin kendilerine sağladığı devlet korumasından faydalananı olmalarıdır (41,42,43). Ayrıca gönüllü göçmenler genellikle gelişmekte olan ülkelere göç ederken, mültecilerin yaklaşık %90'ı gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır (3).

"Sığınmacı", mülteci statüsü almaya yönelik başvurusu henüz karara bağlanmamış kişiler için kullanılan bir terimdir. Aynı zamanda henüz başvuru yapmamış veya başvurusu hakkında yanıt bekleyen kişiler de sığınmacı olarak tanımlanmaktadır (42).Günümüzde dünya üzerinde sığınmacı, mülteci vb. durumda olan insan sayısı 34 milyonu aşmıştır ve bu sayının yaklaşık yarısını kadınlar oluşturmaktadır (44). Sığınmacı ve mülteciler; belirsizlik, korku ve endişenin hakim olduğu travmatik yolculuk deneyimleri, sığınma sistemine erişiminde sorunlar, yasal statü kazanmak için uzun bekleme süreleri, çalışma hakkı, barınma, beslenme, eğitim, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişim ve ilaç temininde sorunlar gibi pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Aile ve arkadaş gibi sosyal destek ağlarından yoksun olma, farklı bir kültür içinde yaşamak, dil sorunları, ırkçı tutumlara maruz kalmak, sağlık sorunları, yakalanıp sınırışı edilme korkusu ve gelecek kaygısı da zorunlu göçmenler açısından önemli sorunlardır. Tüm bu sayılanlar, kadın sığınmacı ve mülteciler tarafından genellikle daha fazla yaşanmaktadır. Kadınlar ayrıca kaçış öncesi, sırası ve sonrasında fiziksel, cinsel saldırı ve istismara uğramak (12) ve insan ticareti mağduru olmak açısından daha fazla risk altındadırlar. Yapılan bir araştırmada (2002),

Orta Amerika'dan Meksika'ya göç eden gruplarda, ülke sınırlarından geçişi garantiye almak için erkek mültecilerin kadınları sınır görevlileri ile cinsel ilişkiye zorladığı belirlenmiştir (45). Benzer şekilde Sınır Tanımayan Doktorlar'ın bir raporunda (2005), Fas'tan İspanya'ya göç etmekte olan Sahra-altı Afrikalı kadınlar ve çocukların, güvenlik güçleri ve erkek mülteciler tarafından cinsel istismara uğradığı belirtilmektedir (3).

Cinsel istismara uğrayan sığınmacı ve mülteci kadınların çoğu yasal haklarını bilmemekte ya da sınırdışı edilme korkusuyla destek verebilecek kurumlara başvurmamaktadır. Sığınmacı ve mülteci kadınların üreme sağlığı ve hakları konusunda gereksinimleri yüksek olmakla birlikte yasal, kültürel ve dil engelleri bilgiye ve hizmetlere erişimlerini sınırlamaktadır (3,38).

Literatüre göre sığınmacı ve mülteci kadınların sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, anemi, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları, HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, fiziksel ve cinsel şiddet, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıkların komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere diğer ruhsal sorunlardır (46-50).

Sığınmacı ve mülteci kadınların tüm bu sağlık riskleri, temel sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici hizmetler ve ilaca erişim konusunda sorunlar yaşamaları nedeniyle artmaktadır (46,47,51-53). Hizmetlere erişimde yaşanan başlıca sorunlar arasında sağlık çalışanlarının bu grupların gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyiminin az olması, dil engeli ve kültürel engeller, sağlık hizmeti ile ilgili farkındalığın düşük olması, hizmetlerin ücretli olması, kimliğini ispatlayamamak, idari ve yasal engeller bulunmaktadır (46-48,51,52).

#### ***Türkiye'de Sığınmacı ve Mülteciler ile İlgili Durum***

Türkiye, sığınmacı ve mülteciler açısından hem hedef ülke hem de geçiş ülkesi konumundadır. BM Mülteciler Yüksek Komiserliği Türkiye Ofisi'nin Mayıs, 2010 verilerine göre kabul edilen mülteci sayısı 9,150 kişi, sığınmacı ise 6,105 kişidir. Bu kişilerin çoğu Irak (%35,4), İran

(%29,6), Afganistan (%18,9) ve Afrika'dan (%8,9) gelmekte ve yarısına yakını (%41) kadınlar oluşturmaktadır (54). Mültecilerle Dayanışma Derneği'nin Raporu'na (2010) göre; Türkiye'deki sığınmacı ve mülteciler başta ekonomik koşullar ve barınma koşulları olmak üzere hukuk, sağlık, eğitim, istihdam, üçüncü ülkeye yerleştirilme gibi pek çok alanda sorunlar yaşamaktadır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yasa sonrasında sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinde karmaşa yaşanmaktadır. Yasayı takiben çıkarılan genelgede mülteci ve sığınmacıların genel sigortalı olduğu ifade edilse de pratikte bu, Türkiye'nin getirdiği coğrafi sınırlama nedeniyle sadece mülteci olarak kabul ettiği (Avrupa'dan gelen) kişilerin bu hükümden yararlanabileceği anlamına gelmektedir. Türkiye'nin "sığınma başvurusu sahibi" olarak nitelendirdiği mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ise ikamet harcını ödeyerek alabildikleri Yabancı Kimlik Numarasına bağlıdır. İkamet harcını ödeyemeyen sığınmacı ve mülteciler sağlık hizmetlerinden ücretli yararlanabilmektedirler (54).

TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu 2009 yılında iltica ve göç alanına ilişkin bir alt komisyon oluşturmuştur. Komisyon'un Haziran 2010 tarihinde yayımlanan raporu için Kırklareli, İstanbul ve Edirne illerindeki misafirhanelerde tutulan düzensiz göçmenler ile Yozgat'ta bulunan kampta kalan mülteci ve sığınmacılarla görüşmeler yapılmıştır. Rapora göre kayıtlarda, gözetim altına alınma nedenleri, sürelerinin ve diğer hakların bildirilmesinde, yaşam koşullarında (bulundukları yerin büyüklüğü, temiz su ve yeterli yiyeceğe erişim, kadın ve erkeklerin aynı alanlarda tutulması; temiz hava ve havalandırma temini, hijyen, sosyal tesisler ve faaliyetlerinden yararlanma) ve sağlık hizmetlerine erişimde ciddi sorunlar yaşanmaktadır (55).

Helsinki Yurttaşlar Derneği tarafından Kasım 2007'de mültecilerin gözetim merkezlerindeki yaşam koşulları ile ilgili yayımlanan raporda da aşırı kalabalık, havalandırma sorunu, temizlik sorunları, temiz su ve beslenme sorunları, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, tedavi maliyetleri, gerekli çevirmenlerin eksikliği vb. sorunlara yer verilmiştir (51).

Türkiye'de yaşanan bu sorunlarla birlikte sığınmacı ve mültecilerle ilgili çalışmalar sürmektedir. 2005 yılında Ulusal Eylem Planı kapsamında yer alan ve yedi ilde yapılması planlanan "kabul merkezlerinin" birkaçı 2009 yılında inşa edilmeye başlanmıştır. Kabul merkezleri dışında İstanbul, Ankara, İzmir illeri başta olmak üzere altı adet geri-gönderme merkezinin yapılması planlanmaktadır (54). Ancak yasal düzenlemelerle ilgili çalışmalar, STK'ların çalışmaları ve raporlarındaki artan ivmeye rağmen özellikle barınma, sağlık, eğitim gibi temel konularda mevcut durum istenilen düzeyde değildir.

### ***İnsan Ticareti Mağduru Kadınların Sağlığı***

Küreselleşme ile birlikte eğlence ve fuhuş endüstrileri büyümekte ve bu endüstriler kadınlar için ek göç yolları getirmektedir (3). 2004 yılında İngiltere'de yabancı kadınlara verilen çalışma izinlerinde ikinci en büyük kategoriye eğlence ve tatil sektörü oluşturmıştır. Aynı yıl Japonya, çoğu Filipinler'den olmak üzere 65.000 kadına eğlence sektöründe çalışmak için vize vermiştir. Ancak kaçırılan ya da alıkonulan kadınlar söz konusu olduğunda, eğlence (şarkıcı, dansçı vb.) sektörü ve seks işçiliği arasındaki sınır bulanıklaşmaktadır (56). Bu endüstrilerin yeterince denetlenemeyen, gizli yapıları nedeniyle seks işçiliğine zorlanan kadınların sayısı ile ilgili tahminler çoğu zaman gerçek sayıların altında kalmaktadır. Sadece Avrupa Birliği ülkelerinde yasadışı fuhuş endüstrisinde çalışan kadınların sayısının 200-500.000 arasında olduğu ve çoğunun insan ticareti kurbanı olduğu tahmin edilmektedir (3). ILO verilerine göre dünya çapında yaklaşık 2,45 milyon insan ticareti mağduru olduğu ve bu sayıya ek olarak her yıl 1,2 milyon mağdurun uluslararası sınırlar arasında yer değiştirdiği hesaplanmaktadır (57).

Günümüzde insan ticareti mağduru kadınların çoğu seks işçiliğine, ticari evliliklere ya da ev işleri, tarım işleri vb. "kadın" işlerinde çalışmaya zorlanmaktadır. İnsan ticareti, dünyada bugün yasadışı ve organize suçlar kapsamında silah ve uyuşturucu ticaretinin ardından üçüncü sıradadır. Çoğu insan ticareti mağduru, yoksulluk ve işsizlik nedeniyle bebek bakıcılığı, modellik, kuaförlük, garsonluk vb. iş ilanlarına başvurmakta ve bu yolla gittikleri ülkelerde

başka işler yapmaya zorlanmaktadır. Sırbistan'da yapılan bir çalışmaya (2004) göre mağdurların %64'ü bu işlere tanıdıkları bir kişi aracılığı ile başvurmuştur (58).

İnsan ticareti mağduru olan kadınların çoğu, duruma "uyum sağlamaları" için kendilerini alıkoyan kişiler tarafından tecavüze uğramakta, izole edilmekte ya da madde kullanımına alıştırılmaktadır. Bu kız çocukları ve kadınlar çoğu kez tekrar pazarlanmakta ve başka ülkelere kaçırılmaktadır (58). Bugün Güney ve Güneydoğu Asya, uluslararası insan ticareti mağduru sayısının (yaklaşık 400.000 kişi) en fazla olduğu bölgedir. ABD verilerine göre her yıl Sovyetler Birliği'nden 100.000, Doğu Avrupa'dan 75.000, Latin Amerika ve Karayipler'den 100.000 ve Afrika'dan 50.000 kişi insan ticareti mağduru olmaktadır (59).

İnsan ticareti mağdurları sıklıkla post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, madde kullanımı vb. ruhsal sorunlarla karşılaşmakta, özellikle seks işçiliğine zorlanan kadınlar cinsel istismar, şiddet, HIV/AIDS de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler ve sosyal damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (3,60,61). Uluslararası Göç Örgütü'nün Avrupa'da insan ticareti mağduru olan kadınlar ve gençlerin sağlık sorunları ile ilgili bir raporuna göre (2006); mağdur kadınların %92'si seks işçiliğine zorlanmış, %76'sı kaçakçılar tarafından fiziksel saldırıya uğramış, %90'ı cinsel şiddet yaşamış, %44'ü cinsel yolla bulaşan enfeksiyon teşhisi almış, %17'si en az bir kez isteyerek düşük yapmış, %95'i depresyon belirtileri, %56'sı post-travmatik stres bozukluğu belirtileri göstermiştir (62). İnsan ticareti mağduru kadınların çoğu, tüm bu sağlık sorunlarına rağmen uygun sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır (61).

İnsan ticareti uluslararası hukukta ilk defa 2000 senesinin Kasım ayında "Sınıraşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'ne Ek İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol" (Palermo Protokolü) ile birlikte devletlerarası bir mutabakat sonucu tanımlanmıştır (63). Sözleşmeye 147 devlet, sözleşmeyle birlikte kabul edilen Protokol'e 124 devlet taraftır.

Türkiye'de Palermo Protokolü'nün onaylanmasına ilişkin Bakanlar Kurulu Kararı 18 Mart 2003 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Emek, seks ve organ ticareti gibi farklı şekillerde görülen insan ticaretinin her üç biçiminin de ortak noktası, evrensel insan hakları anlaşmalarını ve normlarını ihlal eden bir suç olmasıdır. Bu bağlamda insan ticaretinin literatürde “modern kölelik” şeklinde tabir edilmesi; insan ticareti mağdurlarının yaşadıkları tecavüz, işkence, zorla düşük, aç bırakılma, kendileri ve aile üyelerinin yaşamlarına karşı tehditler, ruhsal ve fiziksel travma, hastalıklar, madde bağımlılığı, beslenme bozuklukları, toplumsal dışlanma gibi insan hakları ihlalleri göz önüne alındığında anlaşılabilir olmaktadır (64,65).

#### ***Türkiye'de İnsan Ticareti ile İlgili Durum***

Uluslararası Göç Örgütü (IOM) (2005) verilerine göre Türkiye, Sovyetler Birliği ülkelerindeki kadınlar için en geniş “insan ticareti pazarı” konumundadır. Türkiye'de 2005 yılında tespit edilen mağdurların %60'ı Moldova ve Ukrayna'dan getirilmiş olup, bu kadınların yarısından fazlası 18-24 yaşları arasındadır (18). Türkiye'de insan ticareti mağduru olarak 2006 yılında 246, 2007 yılında ise 148 kişi tespit edilmiştir. Kasım 2004-Aralık 2008 tarihleri arasında sığınma evlerinde tıbbi ve psikolojik destek alan insan ticareti mağduru sayısı 547'dir. 2005 yılında toplam 220, 2006 yılında 197, 2007 yılında 30 mağdurun Uluslararası Göç Örgütüne hazırlanan seyahat programı doğrultusunda ülkelerine güvenli geri dönüşleri sağlanmıştır (66). Türkiye'de özellikle son yıllarda ticaret mağdurları ile ilgili çalışmalar artmış, “Alo 157” yardım hattının kurulması, devlet kuruluşları ve STK'lar tarafından düzenlenen bilgilendirme kampanyaları ile mağdurların tespitinde ivme kazanılmıştır. Mağdur olduğu tespit edilen ve belgelendirilen kadınlar için özellikle STK'lara ait sığınma evlerinin varlığı ve devlet hastanelerinde ücretsiz sağlık hizmetlerinin sağlanması ise sağlık açısından çok önemli uygulamalardır (66).

Uluslararası raporlar ve araştırmalara göre insan ticaretinin önlenmesine yönelik çalışmalar arasında kız çocukları ve kadınlara eğitim ve iş

olanaklarının sağlanması, gelir eşitsizliğinin önlenmesi, yasal önlemler, mağdur olmayı önlemeye yönelik farkındalığı artıran eğitimler bulunmaktadır (67). Daha önce bahsedildiği gibi, Türkiye de dahil olmak üzere çeşitli ülkelerde mağdurlara yönelik çalışmalar da yürütülmektedir; Mağdurların tespiti için telefonla yardım hatları, kriz merkezlerinin oluşturulması, sığınma evleri vb. yerlerde güvenli barınma koşullarının sağlanması, geçici ikamet izni, maddi destek, yasal haklar konusunda bilinçlendirme ve hukuki destek, kendi dillerinde danışmanlık hizmetleri, psikolojik destek, HIV testi vb. dahil sağlık hizmetleri ve güvenli geri dönüşün sağlanması bu çalışmalar arasındadır (3).

Pek çok ülkede yürütülen çalışmalara rağmen, ticaretin gizli yüzü, sürekli yeni yöntemlerin geliştirilmesi, veri eksikliği, yeterli olmayan hükümet programları, finansman yetersizliği vb. nedenlerle insan ticareti sorunu, özellikle kadınlar açısından tüm dünyada önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir.

Birleşmiş Milletler raporlarına göre hem kadın göçlerinin hem de kadın ticaretinin altında yatan en önemli neden toplumsal cinsiyet eşitsizlikleridir. Bu bağlamda kadın ticareti ile mücadelenin en önemli basamaklarından birinin yoksulluk ve eşitsizliklerle mücadele olduğu belirtilmektedir (3,68).

#### **HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA SONUÇ VE ÖNERİLER**

Dünyada ve Türkiye'de giderek artacağı ve daha büyük sorunlara yol açacağı öngörülen göç olgusunun sonuçları, gerek gönüllü gerekse zorunlu göçlerde kadınlar için daha ağır olmaktadır. Bu kadınların sorunları, hem insan hakları hem de toplumsal cinsiyet bakış açısı ile ele alınmalı ve temel sağlık hizmetlerinden ülkelerin genel nüfusu ile eşit düzeyde faydalanmaları için daha yoğun çaba harcanmalıdır. Göç eden kadınların sağlık düzeyinin yükseltilmesi; sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran politikaların oluşturulması ve bu süreçte göçmen kadınların katılımının sağlanması, sağlık çalışanlarının ve sağlık konusunda politika yapıcıların göç ve sağlık ilişkisi konusundaki farkındalığının artırılması, sağlık hizmetlerinde damgalama ve ayrımcılığın azaltılması, göç eden kadınlara özel sağlık

sorunlarının niteliksel ve niceliksel araştırmalarla ortaya konması ve sonuç olarak hem kanıta dayalı, hem de kültüre duyarlı sağlık hizmetlerinin sunumu ile mümkün olacaktır.

Göç, kısa süreli bir olay olarak ele alınmamalı, fiziksel yer değiştirmenin ardından yıllarca devam eden zorlu bir süreç olarak algılanmalıdır. Bu kapsamda göçmen kadınların, göç ettikleri topluma sosyal ve politik entegrasyonlarının sağlanması için çok sektörlü bir yaklaşım benimsenmelidir. Göçmen kadınların eğitim ve iş olanaklarına erişimlerinin artırılması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini azaltmaya yönelik diğer girişimler de kadınların hem kendi sağlıkları, hem çocuklarının sağlıkları konusunda karar verme güçlerini, olumlu sağlık davranışlarını ve bilgi ve hizmete erişimlerini artıracaktır.

Diğer taraftan zorunlu göçler, sağlığa etkileri ve hizmet gereksinimleri bakımından toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımları ve daha fazla çabayı gerektirmektedir. Bu noktada, kadın mağdurların sorunları özel olarak ele alınmak koşuluyla güvenlik, barınma, beslenme, danışmanlık ve temel hizmetlere erişimlerinin sağlanması ve yaşanan istismarların olumsuz sağlık etkilerini azaltmaya yönelik halk sağlığı yaklaşımları ön plana çıkmaktadır.

Göçlerin sağlığa olumsuz etkilerinin küresel boyutta azaltılması, hem ülkeler düzeyindeki hem de ülkeler arası düzeydeki çalışmalara bağlıdır. Bu kapsamda, ülkelerin kendi içinde iş gücü, göç ve sağlık ile ilgili ulusal politikalarının birbiri ile uyumlu olması, ülkeler arası boyutta ise göç ile ilgili ortak politikaların ve işbirliklerinin oluşturulması ve tüm bu süreçlerde toplumsal cinsiyete duyarlı bakış açısının korunması için daha fazla çaba gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

- 1) Lassetter JH, Callister LC. *The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies: A Review of the Literature*. J Transcult Nurs 2009; 20; 93.
- 2) IOM. *World Migration Report 2010. The Future of Migration: Building Capacities for Change*. IOM, 2010.
- 3) UNFPA. *State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration*. United Nations Population Fund, New York, 2006.
- 4) WHO. 'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 5) UN. *Gender, Remittances and Development. Feminization of Migration 2007. Working paper 1*, United Nations Instraw, p.2
- 6) International Organization for Migration. *Identifying International Migrants*, 2010. Erişim tarihi: 28.10.2010, Erişim adresi: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/518>
- 7) United Nations. *World Population Monitoring, Focusing on International Migration and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2006/3)*. New York: United Nations, 2006.
- 8) Sachs JD. "Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor: Second Consultation in Macroeconomics and Health: Mobilization of Domestic and Donor Resources for Health: A Viewpoint." Geneva: WHO, 2003.
- 9) WHO. *International Migration, Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series. No. 4*, p.21. Geneva: WHO, 2003.
- 10) Malmusi D, Borrell C, Benach J. *Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin*. Social Science & Medicine 71, 2010:1610-1619.
- 11) Williams DR. *Racial/ethnic variations in women's health: the social embeddedness of health*. Am J Public Health. 2008 Sep; 98(9 Suppl):38-47.
- 12) IOM. *World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration*, IOM World Migration Report Series. No. 3, p.173, Geneva: IOM, 2005.
- 13) Global Commission on International Migration. *Migration in an Interconnected World: New Directions for Action: Report of the Global Commission on International Migration*, p. 36. Geneva: Global Commission on International Migration, 2005.
- 14) Spitzer D. *Gender, labour and the loss of the healthy immigrant effect (unpublished research paper)*. Ottawa: University of Ottawa, 2008.
- 15) Hennessy-Burt TE, Stoecklin-Marois MT, Meneses-González F, Schenker MB. *A Pilot Binational Study of Health Behaviors and Immigration*. J Immigr Minor Health. 2010 Sep 2. [Epub ahead of print]
- 16) UNDP. *Küresel İnsani Gelişim Raporu 2009. Engelleri Aşmak: Göç ve İnsani Gelişim*. UN Plaza, New York, NY 10017, ABD.
- 17) Migrant-Friendly Hospitals Project. *European Recommendations: The Amsterdam Declaration Towards Migrant Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe*. Vienna, Austria: Migrant-Friendly Hospitals Project. Erişim tarihi 18.12.2010, Erişim adresi: [http://www.mfh-eu.net/public/european\\_recommendations.htm](http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm)
- 18) IOM. 2005: Turkey, Trafficking and Trends, pp. 6, 11, and 20-22. Ankara, Turkey: IOM, 2006.
- 19) Al-Turki HA, Al-Turki RA, Al-Dardas HA, Al-Gazal MR, Al-Maghrabi GH, Al-Enizi NH, Ghareeb BA. *Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia*. Ann Afr Med. 2010 Oct-Dec; 9(4):226-9.
- 20) Hass G, Ammar N, Orloff L. *Battered Immigrants and U.S. Citizen Spouses*, p. 3. Washington, D. C.: Legal Momentum, 2006.
- 21) Government of Germany. *Health, Well-Being and Personal Safety of Women in Germany: A Representative Study of Violence against Women in Germany: Summary of Central Research Results*, p.27. Bonn: Federal Ministry for

- Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, Government of Germany, 2004.
- 22)Smith E. Nowhere to Turn: Responding to Partner Violence Against Immigrant and Visible Minority Women, p. viii. Report submitted to the Department of Justice, Sectoral Involvement in Departmental Policy Development. Ottawa: The Canadian Council on Social Development, 2003.
- 23)Government of the United States. Violence Against Women Act of 2000 as passed by the Senate and House of Representatives., 2000. Erişim tarihi: 12.11.2010, Erişim adresi: [www.acadv.org/VAWAbillssummary.html](http://www.acadv.org/VAWAbillssummary.html)
- 24)Council of Europe. So-called "Honour Crimes" (9720). Report of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Parliamentary Assembly: Raportouse: Mrs. Cryer, United Kingdom, SOC. Strasbourg, France: Parliamentary Assembly, Council of Europe, 2003.
- 25)Mora L. Las Fronteras de la Vulnerabilidad: Género, Migración y Derechos Reproductivos. Paper presented at the Hemispheric Conference on International Migration: Human Rights and Trafficking in Persons in the Americas, 20-22 November 2002, Santiago de Chile. Santiago de Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2003.
- 26)Bollini P. The Health of Migrant Women in Europe: Perspectives for the Year 2000. pp. 197-206 in: Migration, Frauen, Gesundheit, Perspektiven im europäischen Kontext, edited by M. David, T. Borde, and H. Kantenich. 2000. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2000.
- 27)Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and Predictors of Severe Obstetric Morbidity: Case Control Study. British Medical Journal 2001; 322(7294):1089-1093.
- 28)Carballo M, and Nerukar A. Migration, Refugees, and Health Risks. Emerging Infectious Diseases 2001; 3(7 Supplement):556-560.
- 29)Eskild A, et al. Induced Abortion among Women with Foreign Cultural Background in Oslo. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122(14): 1355-1357.
- 30)Medda E, et al. Reproductive Health of Immigrant Women in the Lazio Region of Italy. Annali dell'Istituto superiore di sanità 2002; 38(4): 357-65.
- 31)Dooley M, and Stephenson R. When Cultures Collide: Female Genital Mutilation within Immigrant Communities in Developed Countries: A Literature Review, p. 20. Atlanta, Georgia: Department of Global Health, Rollins School of Public Health, Emory University, 2005.
- 32)Powell R, et al. Female Genital Mutilation, Asylum Seekers and Refugees: The Need for an Integrated UK Policy Agenda. Forced Migration Review 2002; 14: 35.
- 33)Bosch X. Female Genital Mutilation in Developed Countries. The Lancet 2001; 358(9288): 1177-1179.
- 34)Thierfelder, C., M. Tanner, and C. M. K. Bodiang. Female Genital Mutilation in the Context of Migration: Experience of African Women with the Swiss Health Care System. European Journal of Public Health 2005; 15(1): 86-90.
- 35)Carballo M, Katic B, Miller R, et al. Migration and reproductive health in Western Europe. Geneva: International Centre for Migration and Health, 2004.
- 36)Darj E, and Lindmark G. Not All Women Use Maternal Health Services: Language Barriers and Fear of the Examination are Common. Lakartidningen 2002; 99(1-2): 41-44.
- 37)United Nations. Trends in Total Migrant Stock: 2005 Revision (POP/DB/MIG/Rev.2005). Spreadsheet. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2006.
- 38)Maffia C. Health in the age of migration: migration and health in the EU. Community Practitioner Aug 2008; 81,8;32.
- 39)Gijón-Sánchez MT, Pinzón-Pulido S, Kolehmainen-Aitken RT, Weekers J, López Acuña D, Benedict R, Peiro MJ. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. Eurohealth: Migration and health in the European Union 2010; 16(1):17-19.
- 40)1951 BM Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Uluslararası Sözleşmesi, Erişim tarihi: 10.05.2010, Erişim adresi: <http://www.unhcr.org.tr/MEP/FTPRoot/HTMLEditor/File/anasayfa/sozlesme.pdf>
- 41)Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği-Türkiye Ofisi, Erişim tarihi: 14.05.2010. Erişim adresi: <http://www.unhcr.org.tr/MEP/index.aspx?pageKey=MulteciKimdir>
- 42)Mültecilerin Korunması Uluslararası Mülteci Hukuku Rehberi, Parlamenterler İçin El Kitabı Sayı 2, BM Mülteciler Yüksek Komiserliği Ofisi, 2001.
- 43)Karadağ Ö, Altıntaş KA. Mülteciler ve Sağlık. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1):55-62.
- 44)UNHCR-Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, Basic Facts., Erişim tarihi: 15.05.2010, Erişim adresi: <http://www.unhcr.org/basics.html>
- 45)Caballero M, et al. Migration, Gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico. Paper presented at the 14th International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7-12 July 2002.
- 46)A Study of Asylum Seekers With Special Needs, Refugee Council, London, UK, 2005.
- 47)Frantz E. Report on the Situation of Refugees in Turkey: Findings of a Five-week Exploratory Study December 2002 – January 2003, Forced Migration and Refugee Studies, American University of Cairo.
- 48)The Health Needs of Asylum Seekers. Briefing Statement. Faculty of Public Health, London, UK, 2008.
- 49)Emergency Health and Nutrition Toolkit: From Development to Emergency Preparedness and Response. Save the Children and CDC, US.
- 50)UNHCR. Handbook for Emergencies, 3rd Edition. UNHCR, Geneva, Feb, 2007.
- 51)İstenmeyen Misafirler: Türkiye'de "Yabancı Misafirhaneleri"nde Tutulan Mülteciler, Mülteci Gözetim Raporu. Helsinki Yurttaşlar Derneği, Kasım 2007.
- 52)Homans H. Situation and Response Analysis of HIV Prevention, Treatment and Care Services For Asylum Seekers and Refugees in Turkey. UNHCR, December, 2006.
- 53)Overcoming Migrants' Barriers to Health. Bulletin of the World Health Organization, August 2008, 86 (8).
- 54)Mültecilerle Dayanışma Derneği. İltica ve Göç Alanında Dünya, Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki Gelişmeler, 2009-2010 Dönemi. s.7-9, Mülteci-Der: İzmir, 2010.
- 55)TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, 23.Dönem 3.Yasama Yılı Faaliyet Raporu, Ekim 2008-Eylül 2009. Yayın no:20. TBMM Basımevi, Ankara, 2009.
- 56)Council of Europe. 2005b. Council of Europe Convention against Trafficking in Human Beings and Its Explanatory Report. Council of Europe Treaty Series. No. 197. Warsaw: Council of Europe. Erişim tarihi: 12.06.2010, Erişim adresi: [www.coe.int/T/E/human\\_rights/trafficking/PDF\\_Conv\\_197\\_Trafficking\\_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking/PDF_Conv_197_Trafficking_E.pdf)