

MÜLTECİ VE GÖÇMEN KADINLARDA KADIN SAĞLIĞI SORUNLARI*

WOMEN'S HEALTH ISSUES IN REFUGEE AND MIGRANT WOMEN

Meryem ÖNGEN** Nurcan KIRCA***

ÖZ

**Araş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya/Türkiye
ORCID ID: 0000-0001-8708-3336

***Dr. Öğr. Üyesi. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya/Türkiye
ORCID ID: 0000-0003-1856-4026

Mülteci ve göçmen kadınlar göç sırasında baskı, fiziksel ve cinsel şiddet ve yaşamı tehdit eden durumlar olmak üzere çok sayıda travmaya maruz kalabilirler. Göç sonrasında ise, dil engeli, barınma, beslenme, eğitim, iş bulma, sağlık kurumlarına ve tıbbi tedavilere erişimin kısıtlı olması, sağlık sigortasının bulunmaması, cinsel sağlık taramaları ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği ve olumsuz tutumlar, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan küretaj ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi nedenlere bağlı olarak da sağlık açısından risk altında olan gruplar arasındadırlar. Ayrıca ataerkil değerler, kültürel ve bireysel tabular üreme sağlığı, cinsel sağlık ve ana-çocuk sağlığı konularında sağlık okuryazarlığını ve edinilen bilgileri davranışa dönüştürebilmeyi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bu sebeple, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin, mülteci ve göçmen kadınlarda kadın sağlığı, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularını dikkatli bir şekilde ele almaları ve hasta ilişkilerini kadınların cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını karşılamalarına imkân verecek şekilde yönetme becerisine sahip olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen, Kadın, Mülteci, Sağlık Sorunları

Yazışma Adresi:

Meryem ÖNGEN
E posta: ongenmeryem@gmail.com

Gönderim Tarihi : 06 Kasım 2020
Kabul Tarihi: 28 Kasım 2020

*Bu makalenin özeti 22-24 Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen "Uluslararası Dezavantajlı Gruplara Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu"nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Refugee and migrant women can be subjected to a number of traumas during migration, including coercion, physical and sexual violence, and life-threatening situations. After migration, they are also among the groups at risk in terms of health due to reasons such as language barrier, accommodation, nutrition, education, employment, limited access to health institutions and medical treatments, lack of health insurance, lack of information and negative attitudes about sexual health screening and family planning methods, unwanted pregnancy, unsafe abortion and sexually transmitted diseases. In addition, patriarchal values, cultural and individual taboos can negatively affect health literacy on reproductive health, sexual health and maternal and child health and the ability to transform the acquired knowledge into behavior. Therefore, nurses and other healthcare professionals need to carefully address women's health, reproductive health and sexual health issues in refugee and migrant women, and have the ability to manage patient relationships in a way that enables them to meet women's sexual and reproductive health needs.

Keywords: Immigrant, Women, Refugee, Health Problems

Atıf için (How to cite): Öngen M, Kırca N. Mülteci ve Göçmen Kadınlarda Kadın Sağlığı Sorunları . Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi, 2020;2(2):55-69.

GİRİŞ

Göç, savaş, hastalık ve yoksulluk gibi nedenlere bağlı olarak bireylerin ve grupların vatandaşlığına sahip oldukları veya vatandaşlığına sahip olmadıkları başka bir ülkeye kalıcı olarak ikamet etmek amacıyla yaptıkları bir harekettir (Kaypak ve Bimay, 2016). Mülteciler, baskı, çatışma, savaş, şiddet veya kamu düzenini ciddi şekilde bozan diğer koşullar nedeniyle korktukları için menşe ülkeleri dışında bulunan ve sonuç olarak “uluslararası korumaya” ihtiyaç duyan kişilerdir. Göçmen teriminin ise tek tip bir tanımı bulunmamakla birlikte genellikle göçmen ile mülteci terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak göçmen kişiler, genellikle daha iyi ekonomik fırsatlar aramak için gönüllü olarak bir yerden başka bir yere hareket etmektedir. Evlerine güvenli bir şekilde dönemeyen ve bu nedenle uluslararası hukuk kapsamında belirli korumaları olan mülteciler için bu tanım geçerli olmamaktadır. Ayrıca bu iki tanımın karıştırılması mülteci kişilerin korumaya ihtiyaç duyduğu bir zamanda, mültecilere ve sığınma kurumuna verilen kamu desteğini zayıflatabilir (UNHCR, 2016). Türkiye, dünyada en yüksek sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülkedir ve mevcut jeopolitik konumu bunda önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye'nin yaklaşık olarak, 3.6 milyon kayıtlı Suriyeli ve 330 bine yakın diğer milletlerden mülteciye ev sahipliği yaptığı belirtilmektedir (UNHCR, 2020).

Mülteci ve göçmenler, göç sırasında yaşamı tehdit eden durumlar da dâhil olmak üzere çok sayıda travmaya maruz kalabilirler (Foster, 2001). Ayrıca göç edilen ülkede de, barınma, beslenme, eğitim, iş bulma ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi birçok konuda sıkıntılar ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Önal ve Keklik, 2016). Mülteci ve göçmen kadınlar, istismar, şiddet, stres, dil engeli, gebelik, mevcut kronik hastalık ve enfeksiyon hastalığı durumu, yaşanan çevredeki sağlık koşullarının yeterli olmaması ve sağlık kurumlarına ve tıbbi tedavilere erişimin kısıtlı olması gibi nedenlere bağlı olarak sağlık açısından risk

altında olan gruplar arasındadır (Kahler, Sobota, Hines ve Griswold, 1996). Bu sebeple göçmen ve mülteci kadınların, kadın sağlığı, üreme sağlığı, cinsel sağlık, postpartum bakım, güvenli küretaj ve diğer sağlık alanlarına yönelik ihtiyaçlarının değerlendirilerek karşılanması gerekmektedir.

MÜLTECİ VE GÖÇMEN KADINLARDA KADIN SAĞLIĞI SORUNLARI

Mülteci ve Göçmen Kadınlarda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunları

Üreme sağlığı “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en üst düzeyde iyi olma durumu” şeklinde tanımlanmaktadır (SB, 2009). Cinsel sağlık ise fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyiliği ve zorlama, ayrımcılık veya şiddet içermeyen zevkli, güvenli cinsel deneyimleri kapsayan geniş bir kavramdır. Ayrıca, cinsel sağlığa yönelik eğitim alma, ayrımcılığa uğramama, istediği zaman istediği sayıda çocuğa sahip olma ve cinselliği istediği zaman yaşama hakkını da ifade etmektedir (WHO, 2020). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı, kadınların yaşam kalitesinin önemli bir parçası olmasına rağmen, bu hizmetlerin mülteci ve göçmen kadınlar tarafından kullanımı düşüktür ve bu da cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik sorunlara neden olmaktadır (Gagnon, Merry ve Robinson, 2002).

Mülteci ve göçmen kadınlarda, hijyenik olmayan çevre koşullarında yaşama, yoksulluk, sağlık sigortasının bulunmaması, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişimin sınırlı olması ve dil engeli gibi nedenlere bağlı olarak kadın sağlığı ve dolayısıyla üreme sağlığı sorunları ortaya çıkabilmektedir (Gagnon, 2004). Ayrıca cinsel sağlık taramaları, HPV aşısı ve aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği veya olumsuz tutumlar, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan küretaj, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve servikal patolojilerin tanımlanmasında gecikme gibi

üreme sağlığı ve cinsel sağlığa zarar verebilecek durumlar gelişebilmektedir (McMullin, De Alba, Chavez ve Hubbell, 2005; Ngum Chi Watts, Liamputtong ve Carolan, 2014; Salad, verdonk, de Boer ve Abma, 2015). Mülteci kadınlarda aile planlaması yöntemlerini kullanma oranlarının düşük olması, doğurganlık oranlarının yüksek olması, genital temizliğe yönelik hatalı uygulamaların fazla olması ve büyük çoğunluğunun serviks ve meme kanseri tarama kontrollerini yaptırmamış olması bu kadınlarda üreme sağlığına yönelik koruyucu davranışlarda ve aile planlaması hizmeti almada yetersizliğin olduğunu göstermektedir (Gümüş ve ark., 2017). Mülteci ve göçmen kadınların üreme sağlığı konusunda bilgi eksiklikleri ve aile planlamasına yönelik yöntem kullanım oranlarının düşük olması nedeniyle plansız gebelik oranlarının ev sahibi ülkedeki kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (McMichael, 2013; Ngum Chi Watts ve ark., 2014).

Göçmen ve mülteci kadınlarda, sahip oldukları kültürel özelliklerini ve statülerinin devamlılığını sağlamak için çocuk doğurmanın önemli olduğu ve bu sebeple göçmen ve mülteci kadınların aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanmadıkları belirtilmiştir (Kara ve Nazik, 2018). Benzer şekilde, kültürün, eğitim düzeyinin, sosyoekonomik durumun, kendi kararlarını alma ve iletişim durumunun ve gebelik sayısının göçmen ve mülteci kadınlarda antenatal bakıma yönelik tutumları da etkilediği saptanmıştır (Taşçı Duran, 2016). Türkiye’de mülteci olan ve olmayan gebeler ile yapılan bir çalışmada, 12-19 yaş adölesan gebelik oranlarının mülteci kadınlarda daha fazla olduğu (%14.3’e karşılık %5.3) ve mülteci kadınların %41.3’ünün antenatal bakım almadığı belirlenmiştir. Perinatal hiçbir olumsuz sonuç gözlenmediği ve gruplar arasında erken doğum oranları açısından bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Erenel ve ark., 2017). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, 41 yaş ve altında doğum yapan mülteci kadınların yaş ortalamasının 18 olduğu,

%26’sında erken doğum görüldüğü, sezaryen oranının %26 olduğu, bebeklerin %10’unun düşük ve %6’sının çok düşük doğum ağırlıklı olduğu ve neonatal ölüm oranının %1.8 olduğu saptanmıştır (Büyüktiryaki, Canpolat, Alyamaç Dizdar, Okur ve Kadioğlu Şimşek, 2015). Türk ve Suriyeli mülteci kadınlarda obstetrik ve neonatal sonuçların karşılaştırıldığı bir çalışmada; mülteci gebe kadınlarda adölesan gebelik oranının önemli ölçüde daha yüksek olduğu, antenatal takip ve taramaları yaptırmama oranının ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca preterm prematür membran rüptürü (%0.2’ye karşılık %1.6), erken doğum (%0.7’ye karşılık %4.2) ve düşük doğum ağırlığı (%5.8’e karşılık %12) oranlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir. Sezaryen oranının mülteci kadınlarda daha düşük olduğu belirtilmiştir (%38’e karşılık %32) (Ozel ve ark., 2018). Mülteci kadınlarda gebelikte yetersiz beslenmenin ve yetersiz antenatal bakımın, erken doğum ve fetüste düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Turkay ve ark., 2020). Mülteci kadınlarda sezaryen oranlarının daha düşük olması ise doğum için hastaneye başvurulduğunda servikal dilatasyonun genellikle 4 cm ve üzerinde olmasına bağlanmaktadır (Erenel ve ark., 2017).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise; fetal distres, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, fetal anomali, malprezantasyon, amniyotik sıvı anomalileri, düşük APGAR skoru, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı, ölü doğum, gestasyonel diyabet, preeklamsi, sezaryen doğum ve enfeksiyonlar gibi fetal ve maternal morbite ve mortalite ile ilişkili olumsuz sorunların gelişme riskinin mülteci ve göçmen kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Suarez ve ark., 2000; Van Roosmalen, Schuitemaker, Brand, Van Dongen ve Bennerbroek Gravenhorst, 2002; Johnson, Reed, Hitti ve Batra, 2005; Merry, Small, Blondel ve Gagnon, 2013; Wilson Mitchell ve Rummens, 2013; Gibson Helm ve ark., 2014). Mülteci ve göçmen kadınlarda ilk doğum yaşının küçük olduğu, büyük çoğunluğunun aile planlaması yöntemlerini kullanmadığı, gebelik

oranlarının ve çocuk sayısının fazla olduğu, antenatal bakım ve üreme sağlığı hizmetlerinden daha az yararlandıkları belirtilmektedir (Kalkan ve ark., 2014; Islam ve Gagnon, 2016). Tüm veriler değerlendirildiğinde yapılan çalışmalarda farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Sonuçlardaki bu farklılıklar kadınların eğitim düzeyleri, evlilik ve gebelik yaşı, beslenme ve gebelikte kilo alma durumları ve kültürel inançlarından kaynaklanabilir. Ayrıca ev sahibi ülkenin ekonomisine bağlı olarak göçmen ve mültecilere sunulan imkânlar, sağlık hizmetinin kalitesi, mültecilerin bu kaynaklara erişimi, tercümanlık hizmetleri, aile planlaması danışmanlığı konusunda zorluklara ve ayrımcılığa maruz kalma gibi birçok etkenin mülteci kadınların kadın sağlığı veya gebelikte antenatal bakım hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurmalarını etkileyebilir (Kiyak ve ark., 2020).

Mülteci ve göçmen kadınlarda kültürel, bireysel ve ataerkil değerler üreme sağlığı, cinsel sağlık ve ana-çocuk sağlığı konularında sağlık okuryazarlığını ve edinilen bilgileri davranışa dönüştürmeyi olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Ngum Chi Watts ve ark., 2014; Meldrum, Liamputtong ve Wollersheim, 2016). Ayrıca dil engelinin de üreme ve cinsel sağlığa yönelik hizmetlerden yeterince yararlanamamada önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple üreme sağlığına ve cinsel sağlığa yönelik bilgiye ulaşma ve sağlığı korumaya yönelik davranışların geliştirilmesi yeterli değildir (Ussher ve ark., 2012; Botfield, Newman ve Zwi, 2016). Mülteci ve göçmen kadınlara kapsamlı sağlık hizmeti sunabilmek için üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili kültürel ve sosyal engellerin de anlaşılması ve tüm kadınların güvenli tıbbi bakım, cinsel sağlık eğitimi ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerinin sağlanması gerekmektedir (Metusela ve ark., 2017). Türkiye Cumhuriyeti hükümeti, Suriyeli mültecilere ücretsiz sağlık hizmeti sunmakta ve sağlık kaynaklarına erişimlerini kolaylaştırmaktadır (Turkay ve ark., 2020). Ayrıca gebe ve postpartum dönemdeki

mülteci kadınlara ücretsiz olarak demir ve D vitamini takviyeleri dağıtılmaktadır (Ekmekci, 2017). Bazı hastanelerde mültecilere dil engelleri konusunda yardımcı olmak için Suriyeli tercümanlar da bulunmaktadır (Erenel ve ark., 2017). Ayrıca mülteci kadınlarda kadın sağlığı sorunlarının olmamasının, 12 ay boyunca düzenli olarak verilen anne eğitimlerinin ve doğum öncesi ziyaretlerin fetal ve maternal sağlık yönünden gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkisinin bulunduğu belirtilmektedir (Kiyak ve ark., 2020).

Mülteci ve Göçmen Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Kalabalık yaşam koşulları, psikolojik sorunlar, gıda, güvenli su, sanitasyon ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kısıtlı olması mülteci ve göçmen gruplarda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca göçmen ve mülteci kadınların cinsel istismara maruz kalması, çok eşlilik, ihtiyaçları karşısında cinsel birlikteliğe zorlanması ve seks işçiliği yapmak zorunda kalmaları cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalmalarına neden olabilmektedir (Austin, Guy, Lee Jones, McGinn ve Schlecht, 2008; Liu, Li, Hong ve Yao, 2016; Kurtuldu ve Şahin, 2018).

Human papilloma virüsü (HPV), cinsel yolla bulaşan, yaygın görülen bir enfeksiyondur. HPV'nin birçok genotipi bulunmakla birlikte onkojenik tipleri serviks, vulva, vajina, anüs ve penis kanserlerine neden olmaktadır (de Martel, Plummer, Vignat ve Franceschi, 2017). Dünya genelinde HPV ile ilişkili yılda 528 bin yeni kanser vakası ve 250 binden fazla ölüm bildirilmektedir (WHO, 2018). HPV enfeksiyonu ile ilgili mülteci ve göçmen kadınların bilgi ve tutumlarına ve bu kadınlarda enfeksiyonun sıklığına ve mortalite oranlarına odaklanan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Johnson, Mues, Mayne ve Kiblawi, 2008; Agenor ve ark., 2018; Napolitano, Gualderi, Santagati ve Angelillo, 2018). Yapılan bazı çalışmalarda ev sahibi ülke ile karşılaştırıldığında göçmen kadınlarda HPV enfeksiyonu ve aşılmasına

yönelik bilgi ve tutumların yeterli olmadığı, HPV aşılması ve serviks kanseri taramalarını yaptırma oranlarının daha düşük olduğu, servikal kanser yükünün ve mortalitenin ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Johson ve ark., 2008; Agenor ve ark., 2018; Napolitano ve ark., 2018). Göçmen ve mülteci kadınlarda tıbbi hizmetlere erişim ile ilgili sıkıntılar, sağlık bilgilerinin yetersiz olması, dil engeli ve kültürel uyumsuzluk gibi çeşitli engeller HPV enfeksiyonu, bulaş yolu ve aşılama ile ilgili konularda bilgi eksikliği ve olumsuz tutumların gelişmesine sebep olabilir. Sağlık profesyonelleri HPV enfeksiyonu ve aşılama ile ilgili en önemli güvenilir bilgi kaynağıdır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin HPV enfeksiyonu ve HPV aşılı hakkında bilimsel olarak sağlam bilgilerin yayılmasında ve ilgili bilgilerin sunulmasında ve önleme stratejilerini uygulamada önemli rollerinin olduğunu göstermektedir (Gargano ve ark., 2015; Greenfield ve ark., 2015; Napolitano ve ark., 2018). Ayrıca HPV hakkında eğitimlerin sadece teorik bilgileri değil aynı zamanda aşılama ile ilgili inançları ve tutumları da kapsamı gerektiği belirtilmektedir (Napolitano ve ark., 2018).

Mülteci ve göçmen kadınlarda İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) geçişi ve etkileri konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Abdool Karim ve ark., 2010). HIV immün sistemde görev alan hücrelere nüfuz ederek immün sistemin zayıflamasına neden olur ve zamanla Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) adı verilen bir hastalık tablosunun gelişmesine sebep olur. HIV nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı ve ciddiyeti artar. Türkiye’de HIV testi pozitif tespit edilerek bildirimi yapılan toplam vaka sayısı 24.237’dir. Bu vakaların %19.28’i kadınlar ve %15.69’u yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır (SB, 2020). HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar için, çok eşlilik, küçük yaşta cinsel ilişkiye girme, kendinden yaşça büyük biri ile cinsel ilişkiye girme ve prezervatif kullanmama gibi riskli davranışların bulaşma riskini arttırdığı

belirtilmektedir (Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kurfin ve Ajdukovic, 2009). HIV dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur ve erkeğin çok eşli olması, erken yaşta evlilik, hormonal değişiklikler, cinsel şiddete maruziyet, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlı olarak kadınlar daha fazla risk altındadır (Kumbasar Karaosmanoğlu, 2018). Göçmen ve mülteci kadınlar göç öncesinde, göç sırasında ve göç ettikleri yerde cinsel istismara maruz kalabilirler. Bu durum göçmen kadınlarda HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar için önemli bir etkidir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada, göçten sonra HIV(+) kadınların HIV(-) kadınlara göre cinsel istismara maruz kalma ve seks işçiliğine zorlanma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (%15’e karşılık %4) (Pannetier, Ravalihasy, Lydie, Lert ve Desgrees du Lou, 2018).

Sifiliz, Treponema Pallidum'un neden olduğu yaygın görülen bir enfeksiyondur. Tedavi edilmeyen sifiliz, gastrointestinal, kardiyak ve nörolojik bozukluklar gibi birçok sisteme ait sorunların gelişmesine neden olmaktadır (Nyangoma ve ark., 2017). Sifiliz teşhisinin atlanması, diğer bakteriyel ve tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalıklara kıyasla daha fazla maternal ve fetal/neonatal sorunlarla ilişkilendirilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan göçmen ve mültecilerin daha savunmasız olduğu ve enfeksiyon prevalansına ilişkin yeterli verinin bulunmadığı belirtilmektedir (McGready ve ark., 2015). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, devlete bağlı tüm mülteciler arasında sifiliz oranının 373/100.000 olduğu tahmin edilmektedir (Nyangoma ve ark., 2017). ABD’de sifiliz için ön taramanın zorunlu olduğu ve pozitif sonuç gösteren mültecilerin yeniden yerleştirilmeden önce tedavi edilmeleri gerektiği belirtilmiştir (CDC-HHS, 2016).

Mültecilerde gonore ve klamidya enfeksiyonunun özgül prevalansına ilişkin çalışmalar da sınırlıdır. Gonore, Neisseria gonorrhoeae adı verilen bakterinin neden olduğu, genellikle cinsel temas sonucu bulaşan ve anneden bebeğe geçen bir

hastalıktır. Hem kadın hem de erkeklerde üreme sisteminin mukoz membranlarını enfekte eder. Genellikle asemptomatiktir, ancak olağandışı akıntı, ağrılı idrar yapma, pelvik ve abdominal ağrı, ateş gibi semptomlarında gelişmesine neden olabilir (CDC, 2019). Mülteci ve göçmenlerde hastalık riskini arttıran durumlar arasında, yetersiz ve kalabalık yaşam koşulları, cinsel istismar, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması ya da erişememe gibi faktörler yer almaktadır (WHO, 2018). ABD’de gonore için de ön taramanın zorunlu olduğu ve pozitif sonuç gösteren mültecilerin yeniden yerleştirilmeden önce tedavi edilmeleri gerektiği rapor edilmiştir (CDC-HHS, 2016). Klamidya, Chlamydia trachomatis enfeksiyonunun neden olduğu, yaygın görülen bir cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Kadınlarda servisit, uretrit, pelvik inflamatuvar hastalık, fallop tüplerinde tıkanıklık, ektopik gebelik, kronik pelvik ağrı gibi ciddi sorunların gelişmesine neden olabilir. Klamidya, enfekte bir partnerin penisi, vajinası, ağız veya anüsü ile cinsel temas yoluyla bulaşır. Ayrıca doğum sırasında enfekte anneden bebeğe perinatal olarak yayılabilir ve bu da maruz kalan bazı bebeklerde oftalmi neonatorum veya pnömoniye neden olabilir (CDC, 2016). En yüksek enfeksiyon prevalansı 15-25 yaş arası kişilerde görülmektedir. ABD’de 25 yaşından küçük cinsel olarak aktif mülteci kadınların ve çok partnerli, enfekte partneri olan veya yeni partneri olan 25 yaşından büyük mülteci kadınların klamidya yönünden taranması tavsiye edilmektedir (Le Fevre ve U.S. Preventive Services Task Force, 2014). Mülteci popülasyonda klamidya prevalansına ilişkin yayınlanmış çok az veri bulunmasına rağmen, 2.500’den fazla mültecinin katıldığı bir çalışmada %0.6’lık bir oran bulunmuştur. Bu oranın genel popülasyondan önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada gonore prevalansı ise %0.2 olarak bulunmuştur (Stauffer ve ark., 2012).

Mülteci ve Göçmen Kadınlarda Mental Sağlığa Yönelik Sorunlar

Mülteciler göç ederken ve göç ettikleri yerlerde yoksulluk, istismar ve kötü

yaşam koşulları gibi olumsuz durumlar nedeniyle kısa ve uzun dönemde psikolojik sıkıntılar yaşayabilmektedirler (Foster, 2001; Porter ve Haslam, 2005; Li, 2016). Ayrıca göç sonrası etnik ve dini nedenlerle ayrımcılığa maruz kalmanın, sosyokültürel uyum sorunları yaşamamanın ve yoksulluğun mental sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli etkenler olduğu belirtilmektedir (Gee, Spencer, Chen, Yip ve Takeuchi, 2007; Torres, Driscoll ve Voell, 2012). Yapılan bir çalışmada, her 10 yetişkin mülteci en az birinde posttravmatik stres bozukluğu geliştiği ve her 20 kişiden birinde majör depresyon bulunduğu saptanmıştır (Fazel, Wheeler ve Danesh, 2005). Mülteci ve göçmenlerin kültürleşme stresi, ayrımcılık ve aile çatışması yaşamalarının stresi ve mental rahatsızlık riskini arttırdığı belirtilmektedir (Sangalang ve ark., 2019). Ancak göç öncesi yaşanan travmanın, mülteciler arasında artan mental sağlığa yönelik riskler için en yaygın neden olduğu vurgulanmıştır (Hollander, Bruce, Burström ve Ekblad, 2011). Özellikle, göç öncesinde yüksek beşeri sermayeye sahip olan göçmenlerin göç sonrası sosyoekonomik statü kaybı yaşamalarının mental sağlığı ciddi anlamda etkilediği ifade edilmiştir (Porter ve Haslam, 2005).

Mülteci ve göçmen kadınlar göçten ciddi boyutlarda etkilenmektedir. Savaşa, şiddete ve kayıplar yaşamaya bağlı olarak gelişen travma ve yoğun stres, depresyon ve stres bozukluğuna yatkınlığı arttırabilmektedir (Baş, Molu, Tuna ve Baş, 2017). Göç edilen yerde ise, yoksulluk, işsizlik, sosyal statü kaybı, yalnızlık ve kültürel uyum sorunlarına bağlı olarak göçmen ve mülteci kadınlar strese maruz kalırlar (Demir ve Arıöz, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün raporuna göre, depresyon ve anksiyete sıklığının mülteci kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Priebe, Giacco ve El-Naib, 2016). Travma sonrası stres bozukluğu gelişimi göç öncesi ve göç sırasında travmatik deneyimlere maruz kalma ile depresyonun ise göç sonrası kötü sosyoekonomik koşullar ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Priebe ve ark., 2016).

Ayrıca gebe ve postpartum dönemdeki mülteci ve göçmen kadınlar, belirli sosyal ve sağlık ihtiyaçları yönünden özellikle savunmasızdırlar (Fellmeth, Fazel ve Plugge, 2016). Göçmen ve mülteci gebe kadınlarda mental sorunların değerlendirildiği bir çalışmada; bu kadınlarda yoğun üzüntü, öfke, korku, duygular üzerinde kontrol kaybı ve uygun olmayan sosyal davranışların gelişebildiği görülmüştür. Aile desteğinin olmaması ve gelecekle ilgili kaygıların bulunmasının mental sorunların ortaya çıkma riskini arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca utanç duygusu nedeniyle intihar düşüncelerinin de bulunduğu tespit edilmiştir (Fellmeth ve ark., 2015). Düşük ve orta gelirli ülkelerde perinatal depresyon oranlarının yaklaşık olarak %16-20 arasında değiştiği ve bu oranın göçmen kadınlarda %42'ye kadar çıkabildiği vurgulanmaktadır (Collins, Zimmerman ve Howard, 2011; Fisher ve ark., 2012; Parsons, Young, Rochat, Kringelbach ve Stein, 2012). Bu durumun ekonomik, psikososyal, sağlık sistemi, gebelik, düşük sosyal destek ve göç gibi çeşitli faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmekte ve kesin bir neden tanımlanamamaktadır (Fellmeth ve ark., 2016).

Göçmen ve mülteci kadınlar için gelişen mental sağlık sorunlarına karşı yardım aramada birçok engel bulunmaktadır. Bu engeller arasında, hastalık ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi eksikliği, duygusal sorunları açıklamada ve tıbbi tedavi almada isteksizlik, stigma korkusu ve utanç gibi durumlar yer almaktadır (Kirmayer ve ark., 2011). Ayrıca mental sağlığa yönelik sorunların tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi, dil engeli, kültürel farklılıklar, göç ve yeniden yerleşimle ilişkili çeşitli stres faktörlerine bağlı olarak güçleşmektedir. Bu sebeple, mental sağlık sorunlarının tespit edilebilmesi için eğitimli tercümanlar ve kültür komisyonlarından yararlanılarak toplum organizasyonları ile istişarelerde bulunulması gerektiği belirtilmiştir. Bu bireylerle ve aileleri ile özel görüşmeler yapılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir (Kirmayer ve ark., 2011).

Ayrıca birinci basamakta yaygın görülen mental sağlık sorunlarının teşhisi ve tedavisinde genel nüfus için yapılan uygulamaların, mülteci ve göçmen bireyleri kapsayacak şekilde genişletilebileceği belirtilmektedir. Ancak bu noktada etkili bir yaklaşım için, hasta-sağlık profesyoneli arasındaki iletişime, hastaların davranışlarına ve kültürel farklılıklara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kleinman ve Benson, 2006).

Mülteci ve Göçmen Kadınlarda Cinsiyet Eşitsizliği ve Cinsiyete Dayalı Şiddet

Cinsiyet eşitsizliği, biyolojik, psikolojik ve kültürel normlardaki farklılardan kaynaklanan kadın ve erkeğin eşit olmadığı fikridir. Kadınların ekonomik, sosyal, kültürel ve politik alanlardaki insani haklarının ve temel özgürlüklerinin tanınmaması, kadınların bu haklardan yararlanmasının engellenmesi, kısıtlanması ve mahrum bırakılması şeklinde tanımlanmaktadır (Şimşek, 2011). Cinsiyete dayalı şiddet ise dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur, bir insan hakları ihlali ve bazı durumlarda insanlığa karşı bir suçtur. Cinsiyete dayalı şiddet, cinsel şiddet, duygusal-psikolojik şiddet, fiziksel şiddet ve sosyoekonomik şiddeti içermektedir (Basile, Smith, Breiding, Black ve Mahendra, 2014). Kadının refahını ve topluma katılımını olumsuz etkilediği gibi fiziksel, mental, cinsel ve üreme sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri olabilmektedir (Tavara, 2006).

Göç nedeniyle yaşanan sosyoekonomik zorluklar aile içi dengelerin ve geleneksel olarak atfedilen cinsiyet rollerinin değişmesine sebep olabilir. Yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, erkeklerin iş bulmada sıkıntı yaşaması, kadınların iş yaşamına yönelmesi, erkek ve kadının sorumluluk ve rollerindeki değişimler geleneksel aile rollerini tersine çevirerek kriz durumunun ortaya çıkmasına ve kadınların fiziksel istismara maruz kalmasına neden olabilir. Ayrıca çalışan mülteci kadınların işverenleri tarafından da fiziksel, sözlü ve cinsel istismara uğrayabildikleri belirtilmektedir (Akhter ve Kusakabe, 2014).

Bazı mülteci ve göçmen kadınlar, göçten önce veya sonra cinsel istismar ve diğer istismar türlerine maruz kalmış olabilirler (Freedman, 2016). Ayrıca göç edilen bölgede de tacize, cinsel istismara maruz kalabildikleri ve ihtiyaçları karşılığında cinsel birlikteliğe mecbur bırakıldıkları belirtilmiştir (Kurtuldu ve Şahin, 2018). Kadınların aile ve arkadaşlarının yanında barındırılması, barınma sorunları yaşaması ve oturma izninin bulunmamasının cinsel istismar ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Pannetier, Ravalihasy, Lydie, Lert ve Desgrees du Lou, 2018). Yapılan başka bir çalışmada da oturma izninin olmaması ve barınma olanaklarının sağlanamamasının cinsel istismar riskini önemli ölçüde arttırdığı görülmüştür (Desgrees du Lou, 2016). Mülteci kadınlar ile yapılan çalışmalarda, fiziksel, duygusal ve sosyoekonomik istismarın olduğu durumlarda genellikle cinsel istismarın da bulunduğu dile getirilmiştir (Keygnaert, Vettenburg ve Temmerman, 2012; Freedman, 2016). Bütün bu durumlara bağlı olarak istenmeyen gebelik, psikolojik travma, güvenli olmayan küretaj ve cinsel yolla bulaşan hastalık taşıma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Austin ve ark., 2008). Geçmiş cinsel istismar ve diğer istismar türlerinin, mevcut istismar durumunun ve sekellerinin değerlendirilmesinin büyük bir hassasiyetle yapılması gerekmektedir. Bu araştırma sürecinde kadının ihtiyaçlarının ve rahatlık durumunun da göz önünde bulundurulması önemlidir.

Göçmen ve mülteci kadınlar, maddi zorluktan ve cinsiyete yönelik şiddetten kaçınmak ve güvenliklerini sağlayabilmek amacıyla evliliği bir çözüm yolu olarak görebilmektedirler. Bu sebeple evlilikler kadının rızası ile ya da rızası olmadan, özellikle de çocuk yaşta ve/veya çoklu eşli evlilikler şeklinde gerçekleşebilmektedir. Bu evlilikler kadınların yaşadıkları zorlukların daha da artmasına neden olmaktadır. Ayrıca eşler arası yaş farkının fazla olmasının, çok eşli ve/veya para karşılığı evliliklerin toplum tarafından mülteci kadınlara karşı stigmatın

ortaya çıkmasında da etkili olduğu dile getirilmiştir. Bu sebeple bu kadınların kendilerini değersiz ve niteliksiz hissedebildikleri, hor görüldükleri ve istismara maruz kalma risklerinin de arttığı vurgulanmıştır (Gönül, 2020). Erken evlilik veya çok eşli evlilikler sonrasında cinsel ve fiziksel istismara maruz kalma, eğitim alamama, toplumdan izole edilme, yoksulluk, erken gebelik ve bebek ölümleri gibi durumlar nedeniyle bu kadınlarda fiziksel, mental ve sosyal sıkıntılar ortaya çıkabilmekte ve kadın sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir (Ağcadağ Çelik ve Vural, 2018).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, kadın sağlığını korumak, yükseltmek ve hastalıkları önlemek için kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmalıdırlar. Kadın sağlığı hizmetlerinin sunumunda kadınların sağlık bakım gereksinimlerine öncelik tanınması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ve temel nedenlerinin farkında olmalarının ve politika, strateji ve uygulamalarına “insan hakları” ve “toplumsal cinsiyet eşitliği” perspektifinden bakmalarının önemli olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca geleneksel uygulamalar, kültürel faktörler ve kadının dezavantajlı olduğu durumların bilincinde olunması gerektiği belirtilmiştir (Başar, 2017).

MÜLTECİ VE GÖÇMEN KADINLARDA KADIN SAĞLIĞI SORUNLARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Çeşitli sebeplere bağlı olarak artan göçler nedeniyle sağlık profesyonellerinin mülteci ve göçmen kadınlarla etkileşimleri artmaktadır. Bu noktada hemşireler önemli roller üstlenmektedir. Hemşirelerin bakım hizmeti verdikleri göçmen ve mülteci kadınların aile yapısı, inançları, kültürleri, ekonomik durumları, eğitim durumları ve sosyal rolleri gibi birçok konuda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Aydın, 2017). Ancak bu noktada, kültür, din ve dil farklılıkları nedeniyle iletişim sorunları ortaya çıkabilmektedir. Hastalara eşit ve

kaliteli hizmet sağlayabilmek için göç koşulları, kültürel geçmiş ve dil farklılığı gibi çeşitli faktörlerin anlaşılması gerekmektedir (Alpern, Davey ve Song, 2016). Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin tıbbi teorik bilgi ve klinik uygulama bilgisine ek olarak kültürler arası ve kültürel yeterlilik ile ilgili eğitimleri de almaları gerektiği belirtilmektedir. Bu eğitimlerin sağlık profesyonellerinin kültürel farkındalıklarını arttırmalarında, hastalarına karşı daha anlayışlı olmalarında ve profesyonel tercüman kullanma gibi iletişimi sağlamaya yönelik çözüm önerileri üretebilmelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Vazquez Navarrete, Terraza Nunez, Vargas Lorenzo ve Lizana Alcazo, 2009; Alpern ve ark., 2016).

Mülteci ve göçmen kadınlarda kadın sağlığı, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konuları dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. Sağlık profesyonellerinin hasta ilişkilerini kadınların cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını karşılamalarına imkân verecek şekilde yönetme becerisine sahip olmaları gerekmektedir (Utting, Calcutt, Marsh ve Doherty, 2012). Özellikle cinsel sağlık ve menstruasyon hakkında mülteci ve göçmen kadınlarla konuşmanın ve ihtiyaçlarının belirlenmesinin oldukça zor olduğu dile getirilmiştir (Ussher ve ark., 2017). Ayrıca aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik hizmetler konusunda mülteci ve göçmen kadınların farkındalıkların artırılması ve bu hizmetlerden yararlanabilmeleri sağlanmalıdır (Yağmur ve Aytekin, 2018). Ancak bu noktada kadınlar, kültürel inançlar, sahip oldukları statünün devamlılığını sağlama ve ataerkil kökenli bir toplumda yetişmeye bağlı olarak aile planlaması, üreme sağlığı, cinsel sağlık ve ana-çocuk sağlığı konularında danışmanlık ve bakım hizmeti alma gibi konularda isteksiz veya çekingen olabilirler (Ngum Chi Watts ve ark., 2014; Meldrum ve ark., 2016; Kara ve Nazik, 2018). Bu kadınlara kapsamlı sağlık hizmeti sunabilmek için öncelikle üreme sağlığı, cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili konularda eğitim ve hizmet almayı

engelleyen kültürel ve sosyal engellerin tespit edilmesi gerekmektedir (Metusela ve ark., 2017). Antenatal bakıma yönelik sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve ev ziyaretleri yapılarak kadının yaşam koşullarının ve bakım ihtiyaçlarının da anlaşılması önemlidir (Aydın, 2017). Mülteci ve göçmen kadınların sağlık hizmeti almadaki engellerinin tanımlanması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ile kadın sağlığı, maternal sağlık ve fetal sağlığa yönelik olumsuz sonuçların en aza indirilmesi sağlanabilir.

Göçmen ve mülteci kadınların erken yaşta evlilik, çok eşlilik, ihtiyaçları karşılığında cinsel birlikteliğe zorlanmaları ve cinsel istismara maruz kalmaları psikolojik travmalar yaşamalarına ve ciddi mental sorunların gelişmesine neden olur. Aynı zamanda cinsel istismar ve çok eşlilik gibi durumlara bağlı olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklarda ortaya çıkabilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için birincil ve ikincil önleme stratejileri doğrultusunda eğitim, aşılama ve tarama testleri kullanılmaktadır. Cinsel istismara uğrayan kadınların belirlenerek yasalar çerçevesinde koruma altına alınması gerekmektedir. Ayrıca travma sonrası gelişen mental sorunlarda destek ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması için kadınların ilgili kaynaklara yönlendirilmesinin sağlanması gerekmektedir (Yağmur ve Aytekin, 2018).

SONUÇ

Göçmen ve mülteci kadınlar göç öncesinde, göç esnasında ve göçten sonra birçok psikolojik ve genel sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu kadınlar göç öncesinde yaşanan savaş, kayıplar ve bu süreçte maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismarlara bağlı olarak ciddi bir travma yaşarlar ve bu travmalar nedeniyle psikolojik sorunlar ortaya çıkar. Göç edilen bölgede yaşanan ekonomik sorunlar ve sosyal ayrımcılığa bağlı olarak da bu psikolojik sıkıntılar şiddetlenebilmektedir. Dünya genelinde ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda göçmen ve mülteci kadınların özellikle aile içi veya yabancılar tarafından

cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldıklarına işaret edilmektedir (Akhter ve Kusakabe, 2014; Freedman, 2016; Kurtuldu ve Şahin, 2018; Pannetier ve ark., 2018; Gönül, 2020). Cinsel istismar nedeniyle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan küretaj, bebek ölümleri ve stigma gibi kadın sağlığını ve ana-çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kadınların cinsel istismardan, şiddetten ve ekonomik zorluklardan kaçınmak istemesi veya aile baskısı gibi nedenlerle erken yaşta, kendisinden yaş büyük kişilerle veya çok eşli evliliğe zorlanmaları toplumdan izole edilmelerine, eğitim haklarından yararlanamamalarına, dil öğrenememelerine, cinsel, fiziksel istismara ve stigmaya maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, ataerkil kültür yapısı, baskılar, travmalar sonucunda gelişen psikososyal sıkıntılar ve dil engeli kadın sağlığına yönelik sağlık hizmetlerine ulaşımında ve bu hizmetlerin davranışa dönüşmesinde büyük bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca göç nedeniyle cinsiyet eşitsizliğinin ve cinsel şiddet başta olmak üzere diğer şiddet türlerinin ne ölçüde ciddi boyutlara ulaşabildiği görülmektedir.

Mülteci ve göçmen kadınlarda önemli olan bir diğer durum ise cinsel istismar, maddi nedenler ile cinsel birlikteliğe zorlanma, erken yaşta evlilik, çok eşli evlilik ve prezervatif kullanmama gibi nedenlerle bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasız olmalarıdır. Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda, mülteci ve göçmen kadınların sifiliz, klamidya, gonore, HIV ve HPV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden risk altında olduklarına işaret edilmektedir. Bu enfeksiyon hastalıkları kadın sağlığını, maternal sağlığı ve fetal/neonatal sağlığı olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle mülteci ve göçmen kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden değerlendirilmeleri kadın sağlığı, maternal sağlık ve fetal/neonatal sağlık yönünden önem taşımaktadır. Ayrıca bu kadınların kültürel, bireysel inançları, eğitim durumları

ve sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyen durumlara bağlı olarak Pap smear, HPV DNA testi gibi taramaları yaptıran oranları oldukça düşüktür. Bu nedenle bu kadınlarda servikal patolojiler ilerleyebilmekte, erken teşhis gecikebilmekte ve sağ kalım oranı azalabilmektedir.

Tüm bu sorunlar kadının bedensel, cinsel ve üreme sağlığını etkilediği gibi mental sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir.

ÖNERİLER

Göçmen ve mülteci kadınların göç öncesinde, göç esnasında ve göçten sonra karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmek için hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin ön yargıdan uzak ve transkültürel bir anlayış ile bu kadınlara anlayışla yaklaşmaları önem taşımaktadır. Kadınların yetiştiği kültürün kadın üzerindeki etkilerinin anlaşılması, kadının bilgi almaya isteklilik durumunun belirlenmesi, görüşmeler esnasında uzman tercümanlardan yardım alınması ve istismarın tespit edildiği durumlarda gerekli birimlere bildirilerek kadının can güvenliğinin koruma altına alınması gerekmektedir.

Gebe kadınların antenatal bakım hizmetlere erişimlerinin kolaylaştırılması, hizmetlere erişimdeki engellerin tanımlanması ve ev ziyaretleri ile yaşam koşullarının değerlendirilmesi önemlidir. Mülteci ve göçmen kadınlarda doğum oranlarının ev sahibi ülkedeki kadınlara kıyasla daha fazla olduğuna işaret edilmektedir. Bu durum çocuk doğurmanın sosyal statü ile ilişkilendirilmesi, çocukların iş gücü olarak görülmesi ve neslin devamı olarak algılanmasına bağlı olarak gelişebilmektedir. Ayrıca aile planlaması yöntemleri ile ilgili ön yargılar, çekingen olma ve yöntem kullanımı ile ilgili erkeği ikna edememe ve erkeğe karşı gelememe gibi durumlarda aile planlaması yöntemleri ile ilgili danışmanlık hizmeti alma ve yöntemleri kullanma davranışını etkilemektedir. Bu tür hizmetlerin sadece kadınlara değil aynı zamanda erkeklere de verilmesi, eğitimlere çift halinde çağırılması ve eğitimlerin bireylerin eğitim düzeylerine

uygun olarak verilmesi gerekmektedir. Eğitimlerin etkili olması için sadece uzman tercüman kullanma, çift halinde alma yeterli olmayabilir. Bu noktada hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin bireylerin kültürel değerlerinin, bireysel inançlarının ve bireylerin kararlarının bunlardan ne ölçüde etkilendiğinin de farkında olunması önemli bir noktadır.

Hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin kadın sağlığına yönelik eğitimlerinde sifiliz, gonore, klamidy, HPV, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar, servikal patolojiler, pap smear, HPV DNA testi gibi taramalar, önleme ve korunma yöntemleri konularına da yer vermeleri önemlidir. Eğitimler sırasında bu konuların kadın, ana-çocuk ve toplum sağlığı açısından önemini vurgulamaları ve tarama hizmetlerinin verildiği birimler konusunda kadınları bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Cinsel istismar mağdurlarına ise özel bir hassasiyetle yaklaşılması önemlidir. Çünkü cinsel istismara maruz kalan kadınlar bu durumu gizleyebilir, açıklamak istemeyebilirler ve bu sebeple tarama hizmeti almada isteksiz davranabilirler. Ancak bu durum hem cinsel yolla bulaşan hastalıkların

yayılmının artmasına hem de kadın sağlığının olumsuz olarak etkilenmesine neden olur. Bu açıdan bakıldığında bireysel bir sağlık sorunu toplumsal bir sağlık sorununa dönüşür. Bu sebeple kadın sağlığı, üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik sorunların profesyonel bir şekilde ele alınması, istismar mağduru ve/veya mülteci gibi hassas gruplara karşı özenli ve dikkatli olunması, destek sistemlerinin oluşturulması, rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması ve ayırım yapılmaksızın kadın sağlığına yönelik bütün hizmetlerden her kadının yararlanmasının sağlanması hem bireysel hem de toplum sağlığını iyileştirme ve geliştirmede önemlidir.

Gerekli önlemlerin alınması ile kadınların psikososyal ve fiziksel iyilik halinin korunması ve sürdürülmesi sağlanabilir. Ayrıca anne sağlığının iyileştirilmesi çocuk sağlığının iyileştirilmesi, maternal ve neonatal ölüm oranlarının azaltılması açısından da önem taşır. Koruyucu tedavi hizmetleri tıbbi tedavilerden daha az maliyetlidir ve bu sebeple koruyucu sağlık hizmetlerinin hem bireysel hem de ülke ekonomisine getireceği yükte daha az olacaktır.

KAYNAKLAR

Abdool Karim, Q., Abdool Karim, S.S., Frohlich, J.A., Grobler, A.C., Baxter, C., Mansoor, L. E., . . . Taylor, D. (2010). Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 329(5996), 1168-1174.

Agcadağ Çelik, İ. & Vural, F. (2018). Suriyeli mülteci kadınların kuma dramı: Kilis İli Örneği. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(14), 343-375.

Agénor, M., Abboud, S., Delgadillo, J.G., Pérez, A.E., Peitzmeier, S.M. & Borrero, S. (2018). Intersectional nativity and racial/ethnic disparities in human papillomavirus vaccination initiation among U.S. women: a national population-based study. *Cancer Causes Control*, 29(10), 927-936.

Akhter, S. & Kusakabe, K. (2014). Gender-based violence among documented Rohingya refugees in Bangladesh. *Indian Journal of Gender Studies*, 21(2), 225-246.

Alpern, J.D., Davey, C.S. & Song, J. (2016). Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health. *BMC Medical Education*, 16, 178.

Austin, J., Guy, S., Lee Jones, L., McGinn, T. & Schlecht, J. (2008). Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 10-21.

Aydın, C. (2017). Göçmenlerin karşılaştıkları ve neden oldukları bazı psikolojik sorunlar ve çözüm önerileri üzerine bir analiz. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 305-316.

Basile, K.C., Smith, S.G., Breiding, M.J., Black, M.C. & Mahendra, R. (2014). Sexual Violence Surveillance. *Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv_surveillance_definitions-2009-a.pdf (last accessed 15.08.2020)

Baş, M., Molu, B., Tuna, H.İ. & Baş, İ. (2017). Göç eden ailelerin sosyo-kültürel ve ekonomik değişiminin kadın ve çocuk yaşamına etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 1680-1693.

Başar, F. (2017). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017(3), 131-137.

- Botfield, J.R., Newman, C.E. & Zwi, A.B. (2016).** Young people from culturally diverse backgrounds and their use of services for sexual and reproductive health needs: a structured scoping review. *Sexual Health, 13*(1), 1-9.
- Büyüktiryaki, M., Canpolat, F.E., Alyamaç Dizdar, E., Okur, N. & Kadioğlu Şimşek, G. (2015).** Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Conflict and Health, 9*, 38.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016).** *Chlamydia-CDC Fact Sheet (Detailed)*.
https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm#_ENREF_1 (last accessed 25.11.2020)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019).** *Gonorrhea-CDC Fact Sheet (Detailed Version)*.
<https://www.cdc.gov/std/gonorrhea/stdfact-gonorrhea-detailed.htm> (last accessed 25.11.2020)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)-U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (2016).** *Department of Health and Human Services: Medical examination of aliens revisions to medical screening process*. Federal Register, 81(16).
<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2016-01-26/pdf/2016-01418.pdf> (last accessed 25.11.2020)
- Collins, C. H., Zimmerman, C. & Howard, L.M. (2011).** Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health, 14*(1), 3-11.
- De Martel, C., Plummer, M., Vignat, J. & Franceschi, S. (2017).** Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International Journal of Cancer, 141*(4), 664-670.
- Demir, G. & Arıöz, A. (2014).** Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1*(2), 1-8.
- Desgrees du Lou, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Le Guen, M., Gosselin, A., Panjo, H., . . . Dray-Spira, R. (2016).** Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS (London, England), 30*(4), 645-656.
- Ekmekci, P. E. (2017).** Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey. *Journal of Immigrant and Minority Health, 19*(6), 1434-1441.
- Erenel, H., Aydoğan Mathyk, B., Sal, V., Ayhan, I., Karatas, S. & Koc Bebek, A. (2017).** Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 295*(1), 45-50.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005).** Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet, 365*(9467), 1309-1314.
- Fellmeth, G., Fazel, M. & Plugge, E. (2016).** Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 124*(5), 742-752.
- Fellmeth, G., Plugge, E., Paw, M. K., Charunwathana, P., Nosten, F. & McGready, R. (2015).** Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth, 15*(1), 93.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. & Holmes, W. (2012).** Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization, 90*(2), 139g-149g.
- Foster, R.P. (2001).** When immigration is trauma: guidelines for the individual and family clinician. *The American Journal of Orthopsychiatry, 71*(2), 153-170.
- Freedman, J. (2016).** Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive Health Matters, 24*(47), 18-26.
- Gagnon, A.J. (2004).** The Responsiveness of the Canadian Health Care System towards Newcomers. In P. G. Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, pp. 349-388.
- Gagnon, A.J., Merry, L. & Robinson, C. (2002).** A Systematic Review of Refugee Women's Reproductive Health. *Refuge: Canada's Journal on Refugees, 21*(1), 6-17.
- Gargano, L.M., Underwood, N.L., Sales, J.M., Seib, K., Morfaw, C., Murray, D., . . . Hughes, J.M. (2015).** Influence of sources of information about influenza vaccine on parental attitudes and adolescent vaccine receipt. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 11*(7), 1641-1647.
- Gee, G.C., Spencer, M., Chen, J., Yip, T. & Takeuchi, D.T. (2007).** The association between self-reported racial discrimination and 12-month DSM-IV mental disorders among Asian Americans nationwide. *Social Science & Medicine, 64*(10), 1984-1996.
- Gibson-Helm, M., Teede, H., Block, A., Knight, M., East, C., Wallace, E. M. & Boyle, J. (2014).** Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth, 14*, 392.
- Gönül, S. (2020).** Zorunlu Göç ve Toplumsal Cinsiyet: Suriyeli Kadınların Evlilik Deneyimleri. *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Türkiye'de Göç Araştırmaları*.

- Greenfield, L.S., Page, L.C., Kay, M., Li Vollmer, M., Breuner, C.C. & Duchin, J.S. (2015).** Strategies for increasing adolescent immunizations in diverse ethnic communities. *The Journal of Adolescent Health, 56*(5 Suppl), S47-53.
- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S.Ş., Özdemir, S., Başbüyük, M. & Coşkun, A.M. (2017).** Sureyili mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 3*(1), 1-17.
- Hollander, A.C., Bruce, D., Burström, B. & Ekblad, S. (2011).** Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants--A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health, 11*, 180.
- Islam, M.M. & Gagnon, A.J. (2016).** Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC Women's Health, 16*, 15.
- Johnson, C.E., Mues, K.E., Mayne, S.L. & Kiblawi, A.N. (2008).** Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. *Journal of Lower Genital Tract Disease, 12*(3), 232-241.
- Johnson, E.B., Reed, S.D., Hitti, J. & Batra, M. (2005).** Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(2), 475-482.
- Kahler, L.R., Sobota, C.M., Hines, C.K. & Griswold, K. (1996).** Pregnant women at risk: an evaluation of the health status of refugee women in Buffalo, New York. *Health Care for Women International, 17*(1), 15-23.
- Kalkan, O., Gülay, M., Vatan, İ., Engindeniz, F.T., Bakış, B. & Özyürek, M.M. (2014).** Bursa İli Osmangazi İlçesi'nde İkamet Eden Suriyeli Göçmenlerin Temel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi.
- Kara, P. & Nazik, E. (2018).** Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(2), 58-69.
- Kaypak, Ş. & Bimay, M. (2016).** Suriye Savaşı Nedeniyle Yaşanan Göçün Ekonomik ve Sosyo-Kültürel Etkileri: Batman Örneği. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi, 6*(1), 84-110.
- Keygnaert, I., Vettenburg, N. & Temmerman, M. (2012).** Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality, 14*(5), 505-520.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., . . . Pottie, K. (2011).** Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E959-E967.
- Kiyak, H., Gezer, S., Ozdemir, C., Gunkaya, S., Karacan, T. & Gedikbasi, A. (2020).** Comparison of delivery characteristics and early obstetric outcomes between Turkish women and Syrian refugee pregnancies. *Nigerian Journal of Clinical Practice, 23*(1), 12-17.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006).** Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine, 3*(10), 1673-1676.
- Kumbasar Karaosmanoğlu, H. (2018).** HIV İnfeksiyonuna Cinsiyet Bazlı Bakış: Kadın ve HIV. *Flora Dergisi, 23*(3), 95-101.
- Kurtuldu, K. & Şahin, E. (2018).** Göçün Kadın Yaşamı ve Sağlığı Üzerine Etkileri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 1*(1), 37-46.
- Le Fevre, M.L. (2014).** Screening for Chlamydia and gonorrhoea: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine, 161*(12), 902-910.
- Li, M. (2016).** Pre-migration Trauma and Post-migration Stressors for Asian and Latino American Immigrants: Transnational Stress Proliferation. *Social Indicators Research, 129*(1), 47-59.
- Liu, Z.Y., Li, J., Hong, Y. & Yao, L. (2016).** Reproductive health service utilization and social determinants among married female rural-to-urban migrants in two metropolises, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences], 36*, 904-909.
- McGready, R., Kang, J., Watts, I., Tyrosvoutis, M.E.G., Torchinsky, M.B., Htut, A.M., Tun, N.W., Keerecharoen, L., Wangsing, C., Hanboonkunupakarn, B. & Nosten, F.H. (2015).** Audit of antenatal screening for syphilis and HIV in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: a descriptive study [version 2; referees: 2 approved]. *F1000 Research, 3*, 123.
- McMichael, C. (2013).** Unplanned but not unwanted? Teen pregnancy and parenthood among young people with refugee backgrounds. *Journal of Youth Studies, 16*(5), 663-678.
- McMullin, J. M., De Alba, I., Chávez, L. R. & Hubbell, F. A. (2005).** Influence of beliefs about cervical cancer etiology on Pap smear use among Latina immigrants. *Ethnicity & Health, 10*(1), 3-18.
- Meldrum, R. M., Liamputtong, P. & Wollersheim, D. (2016).** Sexual Health Knowledge and Needs: Young Muslim Women in Melbourne, Australia. *International Journal of Health Services, 46*(1), 124-140.
- Merry, L., Small, R., Blondel, B. & Gagnon, A.J. (2013).** International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth, 13*, 27.
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., . . . Monteiro, M. (2017).** "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and reproductive health of migrant and refugee women. *International Journal of Behavioral Medicine, 24*(6), 836-845.
- Napolitano, F., Gualdieri, L., Santagati, G. & Angelillo, I.F. (2018).** Knowledge and attitudes toward HPV infection and vaccination among

- immigrants and refugees in Italy. *Vaccine*, 36(49), 7536-7541.
- Ngum Chi Watts, M. C., Liamputtong, P. & Carolan, M. (2014).** Contraception knowledge and attitudes: Truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2131-2141.
- Nyangoma, E.N., Olson, C.K., Painter, J.A., Posey, D.L., Stauffer, W.M., Naughton, M., Zhou, W., Kamb, M. & Benoit, S.R. (2017).** Syphilis among U.S.-bound refugees, 2009-2013. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 835-842.
- Ozel, S., Yaman, S., Kansu Celik, H., Hancerliogullari, N., Balci, N. & Engin Ustun, Y. (2018).** Obstetric outcomes among Syrian refugees: a comparative study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(11).
- Önal, A. & Keklik, B. (2016).** Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(15), 132-148.
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F. & Desgrées du Loû, A. (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.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L. & Stein, A. (2012).** Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101, 57-79.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005).** Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612.
- Priebe, S., Giacco, D. & El-Naib, R. (2016).** Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326308/9789289051651-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (last accessed 20.08.2020)
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2009).** Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı. *Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi*. Retrieved from <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf> (Son Erişim: 18.08.2020)
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2020).** HIV-AIDS İstatistik. Retrieved from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> (Son Erişim: 19.08.2020)
- Salad, J., Verdonk, P., de Boer, F. & Abma, T. A. (2015).** "A Somali girl is Muslim and does not have premarital sex. Is vaccination really necessary?" A qualitative study into the perceptions of Somali women in the Netherlands about the prevention of cervical cancer. *International Journal for Equity in Health*, 14, 68.
- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K. & Kim, I. (2019).** Trauma, post-migration stress, and mental health: a comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909-919.
- Stauffer, W.M., Painter, J., Mamo, B., Kaiser, R., Weinberg, M. & Berman, S. (2012).** Sexually transmitted infections in newly arrived refugees: is routine screening for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection indicated? *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 86(2), 292-295.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicević, I., Kufrin, K. & Ajduković, D. (2009).** An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 209-225.
- Suarez, L., Hendricks, K.A., Cooper, S.P., Sweeney, A.M., Hardy, R.J. & Larsen, R.D. (2000).** Neural tube defects among Mexican Americans living on the US-Mexico border: Effects of folic acid and dietary folate. *American Journal of Epidemiology*, 152(11), 1017-1023.
- Şimşek, H. (2011).** Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.
- Taşçı Duran, E. (2016).** Göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 1-15.
- Tavara, L. (2006).** Sexual violence. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20(3), 395-408.
- Torres, L., Driscoll, M.W. & Voell, M. (2012).** Discrimination, acculturation, acculturative stress, and Latino psychological distress: a moderated mediational model. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 18(1), 17-25.
- Turkay, Ü., Aydın, Ü., Salıcı, M., Çalışkan, E., Terzi, H., Astepe, B. S. & Varlıklı, O. (2020).** Comparison of pregnant Turkish women and Syrian refugees: Does living as a refugee have an unfavorable effect on pregnancy outcomes? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(2), 160-165.
- UNHCR. (2016).** 'Refugees' and 'Migrants' – Frequently Asked Questions (FAQs). Retrieved from <https://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/3/56e95c676/refugees-migrants-frequently-asked-questions-faqs.html> (last accessed 14.08.2020)

- UNHCR. (2020).** Türkiye'deki Mülteciler ve Sığınmacılar. Retrieved from <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar> (Son Erişim: 14.08.2020)
- Ussher, J.M., Perz, J., Metusela, C., Hawkey, A.J., Morrow, M., Narchal, R. & Estoesta, J. (2017).** Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women's Experiences of Sexual Embodiment. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 1901-1921.
- Ussher, J.M., Ryhder Orbid, M., Perz, J., Rae, M., Wong, T.W.K. & Newman, P. (2012).** Purity, Privacy and Procreation: Constructions and Experiences of Sexual and Reproductive Health in Assyrian and Karen Women Living in Australia. *Sexuality & Culture*, 16(4), 467-485.
- Utting, S., Calcutt, C., Marsh, K. & Doherty, P. (2012).** *Women and Sexual and Reproductive Health*. Paper presented at the Australian Women's Health Network, Drysdale, Australia. Retrieved from https://awhn.org.au/wp-content/uploads/2015/03/94_AWHNWomenSexualReproductiveHealthPositionPaper2012.pdf (last accessed 15.08.2020)
- Van Roosmalen, J., Schuitemaker, N. W. E., Brand, R., Van Dongen, P. M. J. & Bennebroek Gravenhorst, J. (2002).** Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(2), 212-213.
- Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I. & Lizana Alcazo, T. (2009).** Perceived needs of health personnel in the provision of healthcare to the immigrant population. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402.
- Wilson-Mitchell, K. & Rummens, J. A. (2013).** Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2198-2213.
- World Health Organization (WHO). (2018).** Human papillomavirus (HPV). *Immunization, Vaccines and Biologicals*. Retrieved from <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/> (last accessed 18.08.2020)
- World Health Organization (WHO). (2018).** *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3111347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (last accessed 25.11.2020)
- World Health Organization (WHO). (2020).** Defining sexual health. *Sexual and Reproductive Health*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (last accessed 16.08.2020)
- Yağmur, Y. & Aytakin, S. (2018).** Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 56-60.