

GİRİŞ

“Haklarımızı vermeyecekler biz onlardan alacağız”

Nezihe Muhiddin

Tüm dünyada neo-liberal kapitalizm krizler dönemindeyken Türkiye’de de bunun yansımaları en derin şekliyle yaşanmıştır. Sistemin yaşadığı, finansal, siyasal, toplumsal, ekolojik ve patriyarkal krizler yüzeye çıkmış ve pandemi bu neo-liberal krizlerin içerisinde tıbbi bir kriz olarak ortaya çıkmıştır. Kadınlar pandemi öncesi neo-liberal kapitalizmin çoklu krizinde hem krizin yarattığı eşitsizliklerin odak noktası hem de bu uygarlık krizinde mücadelenin odak noktası olmuştur.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 11 Mart 2020 de pandemi ilanından günümüze kadar kadınların mevcut toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri daha da derinleşmiş, hak kayıpları ve hak kazanımlarına yönelik saldırılar artmıştır. Pandemi dönemi politikalar kadın sağlık çalışanları özelinde de sosyal yaşantı, özlük hakları, çalışma ortamı ve koşullarına dair mevcut sorunların artmasına ve bunlara yenilerinin eklenmesine neden olmuştur.

Kadınlar dünyada bakım kurumları dahil sağlık alanında çalışanlarının %70’ini oluşturmaktadır (ILO, 2020). Türkiye’de sağlık bakanlığında fiili çalışan personelin %44’ünü kadın sağlık çalışanları oluşturmakla birlikte kadın hekimlerin oranı %40’tır (Sağlık Bakanlığı, 2020, OECD,2015). Pandemi sürecinde kadın sağlık çalışanlarının hem mesai yükü ve stresi hem de ev içi iş yükü artmıştır. Bu süreçte kadınlar iş ve ev yaşamlarında aşırı iş yüküne maruz kalmışlardır.

Kreşlerin kapanması ile ebeveynler için bu süreç daha da zor geçmiştir. Evde kal çağrıları ile hane halkının evde kalma süresinin artması ile bakım yükleri de katlanmıştır.

Kadınların görünmeyen ücretsiz ev içi iş yükünün katlanarak artması, bakım verenler olarak ‘zaman yoksulu’ kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin pekişmesine neden olmuştur. Cinsel sağlık, üreme sağlığı ve hakları temel halk sağlığı hakları olmasına rağmen bu dönemde kadınların bu hizmetlere ulaşması zorlaşmış, kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik hizmet ve materyallere ulaşamadığı görülmüştür. Tüm kriz dönemlerinde olduğu gibi en zor erişilen hizmetler olmuşlardır.

Tüm dünyada pandemi ile birlikte kadına yönelik şiddetin arttığı gözlenmiştir. Otoriter muhafazakar iktidarlar kadınların yüzyılların mücadelesi ile biriktirdiği haklarına yönelik saldırılarını artırarak sürdürmektedir. Pandemi öncesi kadına yönelik şiddet ve cinayetlere karşı küresel olarak mücadele yükselmekteydi. Pandemiyle birlikte kadınlar evde kalma, kapanma dönemlerinde gerek hane içinde gerekse başta sağlıkçılar işyerlerinde şiddete daha çok maruz kalmıştır. Başta İstanbul Sözleşmesi olmak üzere kadına yönelik şiddeti önlemeye dönük uluslararası ve ulusal birçok yasal düzenleme pandemi fırsat bilinerek iptal edilmeye çalışılmaktadır. Şili'den Polonya'ya Türkiye'den Hindistan'a kadınlar kendi bedenleri ve hayatlarıyla ilgili haklarına sahip çıkmak adına eylemlerini sokaklara taşımaya devam ediyor.

Tüm bu sorunların farkındalığıyla Türk Tabipleri Birliği (TTB) "Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu" pandemide emek yoğun yer alan kadın sağlık çalışanlarının sorunlarına dikkat çekmek ve çözümleri ile gelecek planlarını ortaya koymak için bu yıl yapacağı çalıştayı konusunu "Pandemi ve Kadın" olarak belirlemiştir.

Pandemi ve Kadın Çalıştayı TTB Kadın Hekim ve Kadın Sağlığı Kolu, Ankara Tabip Odası Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Komisyonu birlikte 17-18 Nisan 2021 tarihinde çevrimiçi olarak ortak düzenlenmiştir. Çalıştaya 125 kişi katılım sağlanmıştır. Tabip odaları temsilcileri, sağlık emek meslek örgütlerinin yanı sıra uzmanlık dernekleri katılımıyla yapılan iki günlük çalıştayda, pandemide kadın olmak, pandeminin kadın sağlığına etkileri ve kadın sağlık çalışanlarının pandemi ile artan sorunları kapsamlı olarak tartışılmıştır. Çalıştayda özellikle riskli gruplardan göçmen ve mülteci kadınlar, LGTİQ+ların pandemi süresince yaşamış olduğu sağlık sorunları, kadına yönelik şiddet, kadın emeği ve pandemide kadına yönelik saldırılar üzerine sunumlar yapılmıştır.

Çalıştayı açılışını, TTB Merkez Konsey Başkanı Şebnem Korur Fincancı yaptı.

Alev Özkazanç; Pandemiden Dünya Yaşam ve Kadın Yaşamı Nasıl Etkilendi; Saldırıları, Direnme Dayanışma,

Ecehan Balta; Kadın Emeği Nasıl Etkilendi: Çalışma Yaşamı, Artan İş Yükü, İşsizlik,

Gökçeçiçek Ayata; Pandemi ve Kadına Yönelik Şiddet,

Ayşegül Ateş Tarla; Pandemi ve Göçmen/Mülteci Kadınlar, Kırılgan gruplar,

Göçmen Sağlığı Merkezi'nde deneyim aktarımı ve

Filiz Ak; Pandemide LGBTİQ+'lar Nasıl Etkilendi üzerine sunumlarını yaptı.

Sunumların ardından farklı uzmanlık ve uğraş alanlarından katılımcılar altı gruba ayrılarak kadın sağlık çalışanlarının deneyimlerin aktarımı ve sorunları tartışarak çözüm önerileri sunulmuştur. Kişisel mesleki deneyim ya da tanıklıkların paylaşımına ve interaktif tartışmaya dayanan çalışma gruplarında verimliliği arttırmak, sunum ve raporlaştırmayı kolaylaştırmak amacıyla ortak bir format kullanılmıştır. Kullanılan formatta şu ana başlıklar yer almaktadır;

- Pandeminin kadın sağlığına etkileri
- Pandemide kadın sağlık çalışanlarının karşılaştığı sorunlar
- Deneyimler ve tanıklıklar
- Çözüm önerileri

Çalıştay Grupları:

1. Grup: Pandemide Birinci Basamak ve Filyasyon Çalışmalarında Kadın Sağlığı ve Kadın Sağlık Çalışanları
2. Grup: Pandemi Hastanesi ve Kamu Hastanelerinde Kadın Sağlığı ve Kadın Sağlık Çalışanları
3. Grup: Pandemide Özel Sağlık Merkezlerinde ve İş Yeri Sağlık Birimlerinde Kadın Sağlığı ve Kadın Sağlık Çalışanları
4. Grup: Pandemide Kadın ve Kadın Sağlık Çalışanları Ruh Sağlığı
5. Grup: Pandemi ve Kadına Şiddet, Cinsel Taciz ve İfşa
6. Grup: Pandemide Kadın Asistan Hekimler ve Kadın Tıp Öğrencileri

Çalıştayın İkinci Gününde; Şevkat Bahar Özvarış; Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) işbirliği ile yürütülmüş olan "COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kadın Sağlık Çalışanlarının Özelleşmiş İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi Araştırması" raporu sunumu gerçekleşti. Grupların rapor sunumunun ardından forum gerçekleşti. Forumda kadın sağlık çalışanlarının meslek odaları ve uzmanlık dernekleri ile pandemi sürecinde yaşanan sorunların dile getirileceği, çalışanları bir araya getiren etkinlikler ile dayanışmanın artırılması gerektiği belirtildi. Önümüzdeki süreçte sağlık çalışanı kadınlar için şiddete karşı dayanışma ağları ve cinsel tacizle mücadele hareket planları oluşturmanın önemi vurgulandı.

Çalıştayın kapanış konuşmasını TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu yürütmesinden Mübeccel İlhan gerçekleştirdi.

Çalıştayın raporunda özellikle kadınların yaşamış olduğu belli sorunlar için başlıklar oluşturulmuş ve her başlığın altına sorunlar çözüm önerileri ile birlikte yazılmıştır.

Sorun Başlıkları;

- Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği
- Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı ve Hakları
- Değersizleştirilen Kadın Emeği
- Toplumsal Cinsiyet Rollerine Bağlı Olarak Ev İçi Emek ve Ücretsiz Bakım Emeği
- Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamı
- Kadına Yönelik Şiddet, Cinsel Taciz ve Sağlıkta Şiddet
- Kadın Sağlık Çalışanlarına Yönelik Ayrımcılık ve Mobbing
- Tükenmişlik
- Kanser Taramaları, Kronik Hastalık Takipleri ve Acil Sağlık Hizmetleri
- Tıp Eğitimi ve Uzmanlık Eğitimi
- Gruba Özgül Sorunlar

- 1- https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/covid-19/WCMS_741376/lang--tr/index.htm (03.05.2021)
- 2- <https://www.oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs.htm> (03.05.2021)
- 3- T.C Sağlık Bakanlığı, *2020 Faaliyet Raporu*. Ankara, 2020. ss. 34.
- 4- WHO, *State Of the Word's Nursing*. (2020), ss.41

ÇALIŞTAY SONUÇ RAPORU

Grupların kendi içlerinde yaptıkları tartışma, deneyim, aktarımlar, tanıklıklar ve paylaşımlar sonrası hazırlanan raporların değerlendirilmesi ile “pandemide kadın sağlığı ve kadın sağlık çalışanları”nın nasıl etkilendiğini şu alt başlıklar ile toparlamak mümkündür.

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ

Sağlık alanında çalışanların %70 ini kadınların oluşturduğu göz önünde bulundurulursa, pandeminin yükünü kadın sağlık çalışanlarının üstlendiğini kolaylıkla söyleyebiliriz. Bu yüksek orana rağmen sağlıkta idareci olan kadınların oranı %30 ile sınırlı kalmaktadır. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının büyük kısmı kadın olmasına rağmen yönetici kadrolarda daha çok erkekler yer almaktadır. Bu durum, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin derinleşmesine ve cinsiyet körü politikaların uygulanmasına neden olmaktadır. Büyük çoğunluğu erkeklerden oluşan yöneticilerin, kadın sağlık çalışanlarına karşı yaklaşımı toplumsal cinsiyet duyarlılığında ve eşit olmamaktadır.

Pandemi ile olan mücadelede daha çok öne çıkan enfeksiyon, göğüs, mikrobiyoloji, anestezi uzmanlık dalları daha çok kadın yoğunluklu alanlardır. Aynı zamanda, tedavi ve bakım işlerinde çalışan kadın sağlıkçıların yoğunluğu düşünülürse kadınların pandemi ile mücadelede öne çıktığını söyleyebiliriz. Sadece sorunun, yöneticilerin erkek olması olmadığı aynı zamanda emek yoğun olanların alanda sözü olmaması olduğu açıktır.

İstihdam ve yönetimde cinsiyet eşitliği sağlanmalıdır. Kadın emeğini gören, işçi sağlığı ve güvenliğini önemseyen politikalar için sendikalar ve meslek örgütleri ile birlikte çalışılmalıdır.

Pandemi sürecinde, velayet davalarında, hemşirelerin çocuklarının velayetinin, bulaş riskinden dolayı mahkemeler tarafından babaya verildiği kararlara tanıklık ettik. COVID-19 meslek hastalığı sayılmazken; kadın sağlık çalışanlarına yönelik bu kararlar sistemin kendi

içindeki tutarsızlığını ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin pandemi de derinleştiğini göstermektedir.

Pandemi döneminde kadınların görünmeyen ücretsiz ev içi iş yükünün katlanarak artması, bakım verenler olarak 'zaman yoksulu' kadınların toplumsal cinsiyet rollerini pekiştirdi. Çocuk bakımının kadının görevi olarak görülmesi toplumsal cinsiyete dayalı önemli bir sorundur.

Toplumsal cinsiyet körü planlamalar durdurulmalı, çalışma saatleri ve yerleri, görevlendirmeler toplumsal cinsiyet duyarlılığına uygun olarak yapılmalıdır. Merkezi Bilim Kurulunda ve İl Pandemi Kurullarında toplumsal cinsiyet çalışmaları yapan akademisyenlerin ve/veya kadın kuruluşlarının temsiliyeti sağlanmalıdır. Tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları özellikle kadın örgütleri ve yerel yönetimler belli bir koordinasyonla yürütülecek bu iş birliğinde mutlaka yer almalı, bu iş birliklerinde "toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımlar" gerçekleştirilmelidir.

CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE HAKLARI

Cinsel sağlık, üreme sağlığına ulaşım hakkının engellenmesi bir halk sağlığı sorunudur. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerindeki aksamalar; anne ve yeni doğan ölümünde artış, doğum kontrol yöntem taleplerinin karşılanamaması, güvenli olmayan kürtaj ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması, düşük, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar, yakın partner şiddeti, anne ve bebek ölümlerinde artış gibi sonuçlar ile halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Üreme sağlığı hizmetlerine getirilen kısıtlamalar, yoksul kadınları, engelli kadınları, Roman kadınları, belgesiz göçmen kadınları, genç kadınları, ev içi şiddet veya cinsel şiddete maruz kalan ya da maruz kalma tehlikesi altında olan kadınları daha fazla etkilemektedir.

Pandemide bu haklara erişimin ertelendiği ve pandemi öncesinden devam eden aile planlaması materyallerine ulaşılama durumunun giderek kötüleştiği görülmüştür. CSÜS hizmetleri, aşılama çalışmaları ve pandemiyi 'yönetememe' krizinden olumsuz olarak etkilenmiştir.

Salgın kontrolünün tamamen tedavi edici ve hastane merkezli olarak yönetilmeye çalışılması nedeniyle, sağlık hizmetlerinde aşırı yüklenmeye neden olmuştur, bazı birimlerin kapanmasına veya kısıtlı hizmet verilmesine dolayısıyla da birçok bireyin sağlık kontrollerini

ertelemesine neden olmaktadır. Küresel tedarik zincirlerinin bozulması gebeliği önleyici ürünlere ve hizmetlere ulaşımında da problemlere neden olmaktadır. Salgınla birlikte milyonlarca kadın aile planlaması hizmetlerine erişim, kendi bedenleri ve sağlıkları üzerindeki söz haklarını kaybetme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerinde pandemi dönemi öncesinde ciddi aksaklıklar var iken pandemi dönemi ile birlikte bu hizmetler durma noktasına geldi. Birçok kadın doğum hastalıkları servisi ve doğumhaneler pandemi servisi ve yoğun bakım üniteleri haline getirilirken; bu alanlarda çalışan sağlık çalışanları pandemi servisi/ yoğun bakım üniteleri ve filyasyon hizmetlerinde görevlendirildi. CSÜS hizmetleri gebelik takip hizmetlerine indirildi; infertilite ve jinekolojik hastalıklar nedeniyle başvurular durma noktasına geldi. İkinci ve Üçüncü basamakta isteğe bağlı kürtaj hizmetinin sunumu pandemi bahane edilerek daha da kısıtlandı. Kontraseptif yöntemlere ulaşamayan, kürtaj yasal olmasına rağmen fiili olarak kamuda uygulanmayan ve özel merkezlerde bunu fırsat bilerek kürtaj için yüksek ücretlerin istenildiği bir ortam oluşmuştur.

Bu dönemde kadınların, doğum kontrol ve korunma yöntemlerine ulaşmada zorluk yaşaması, istenmeyen gebeliklerin artmasına ve sağlıklı olmayan koşullarda kürtaj hizmetlerinin verilmesine neden olması beklenmektedir. Aile planlaması hizmetlerine uygun ve yeterli malzeme ile derhal başlanmalı ve gerekli lojistik destek sağlanmalıdır.

Kadınların bu hizmetlere nasıl ulaşacağı, hangi yöntemlerin uygun olduğu, bu yöntemlerin nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirilmesi ve bunlara erişiminin kolaylaştırılması, ücretsiz karşılanması gereklidir. Kürtaj erişimini kolaylaştırmak, uygulamadaki kısıtlamaları ortadan kaldırmak için devlet kurumlarını zorlayıcı açıklamalar, çalışmalar yapılmalıdır. Bu konunun halk sağlığı sorunu olduğu bilinci ile Türk Tabipleri Birliği (TTB), meslek odaları, kadın doğum uzmanlık dernekleri bu konuda birlikte planlamalar yapmalıdır. Kontraseptif yöntemlerin aile sağlığı merkezlerinde, göçmen sağlığı poliklinikleri ve merkezlerinde ücretsiz ve kolay ulaşılabilirliğinin sağlanmasının devletin görevi olduğunu hatırlatan ve buna yönelik olarak yöneticileri zorlayıcı çalışmalar yapılmalıdır.

DEĞERSİZLEŞTİRİLEN KADIN EMEĞİ

Ataerkil çalışma ilişkileri ve cinsiyetçi iş bölümü bu süreci kadınların daha da ağır yaşamasına yol açmıştır. Pandemi sürecinde kuraldışı ve daha da despotikleşen çalışma

ilişkileri; kadınların şiddet görmesine, eşitsizliklerin artmasına, kadın yoğun sektörlerde güvencesizlik, ayrımcılık, kuralsızlık, kötü muamele artmasına neden olmuştur.

Çalışma düzenindeki belirsizlikler, kendi uzmanlık alanı dışında COVID servis ve poliklinik gibi çalışma şekli, iş yerinde yapılması gereken evrak işlerini eve götürmek zorunda kalma, iş yaşamı ve aile yaşamı arasında kalma, anksiyete, tükenmişlik, depresyon oluşmasını artırmıştır.

Pandemi döneminde pandemi hastanelerinde ya da kamu hastanelerinde çalışan kadınlar rapor ve izin kullanamadılar ve ek ödemeler adil dağıtılmadı. Salgın boyunca sağlık çalışanlarının sayı olarak yetersizliği kendini hissettirirken ilk işten çıkarılan kesim kadın işçiler oldu. 4d’li taşerondan kadroya geçen çalışanlar, (özellikle kadın sağlık işçileri) ağır şartlarda çalışmakta ve genellikle çalıştıkları kurum tarafından sağlık çalışanı olarak kabul edilmediklerinden dolayı da kişisel koruyucu ekipmanlara ulaşmada sorunlar yaşamaktadır. Kadın sağlık işçilerinin artan iş yükünün gelire yansımaması, az kişi ile çok iş yaptırılmaya çalışılması, pandemide ek masrafların artmasına ve çalışanların hastalık ya da temaslı olduğu dönemde işçi sayısı azalmasına rağmen üretimin azaltılmaması buna bağlı olarak çalışanlarda kas iskelet sistemi hastalıkları, yorgunluk, psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Özel sağlık merkezlerinde çalışan kadın sağlıkçılar, işyeri hekimleri, kamuda 4/a 4/b kapsamında çalışan sağlıkçılar ebeveyn olmakla ilgili izin haklarından feragat etmek zorunda kalmaktadır.

Çalışanların özlük hakları ve ücret güvenceleri pandemi dönemine özgü düzenlenmelidir.

TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE BAĞLI OLARAK EV İÇİ EMEK VE ÜCRETSİZ BAKIM EMEĞİ

Aktif şekilde çalışan sağlık çalışanı olan kadınlar evde hijyen, beslenme ve ev içi bakımının büyük bir çoğunluğunu da yapan kişiler oldu. Kadınların ev içi yaptığı iş 2-3 kat artarken; erkeklerin ev içi yaptığı iş aynı kaldı. 10 yaş altı çocuğu olan kamu çalışanı kadınlara izin verilmişken (her ne kadar ebeveynlik ile ilgili iznin sadece kadın sağlıkçılara verilmesini yani çocuk bakımının kadına yüklenmesini doğru bulmuyor olsak da) pandemi ve kamu hastanelerinde çalışan kadın sağlık çalışanları bu izinden muaf tutuldu. Bu konuda çıkan yasa ile çocuk bakımı kadınlara yüklenmiştir.

Salgın politikaları düzenlenirken bakım ve eğitim öncelenmediği için çocuk bakımı önemli problem olmuştur. 10 yaş üstü çocukların evde yalnız kalabilmesi tartışmalı bir konu iken sağlıkçıların 10 yaş altı çocukları olduğunda bile izin hakkı olmaması çocuk bakımında zorluklar yaratmıştır. Pandemide kadın sağlık çalışanlarının, filyasyon çalışmalarında, polikliniklerde çalışıp, eve gidip bebeğini emzirip tekrar işe dönüş yaptığı örnekler yaşanmaktadır.

Yoğun çalışma temposuna bağlı olarak, kadınlar ev işleri/özel yaşam ile çalışma hayatı arasında kalmışlardır. Kadınlar aynı zamanda ailedeki yaşlı ve hastaların bakımı, alışverişin yapılması, hijyen sağlama, aile ve ebeveynlerin karantina süreçlerini yönetme gibi durumlara da zaman harcamaktadır. Toplumsal cinsiyet kimliğinden kaynaklı roller nedeniyle iş yaşamı ile ev arasında dengeli ve sağlıklı bir bağ kurmaya çaba gösteren kadın sağlık çalışanlarının yükü artmaktadır. Çocukların uzaktan eğitim sürecinin yönetilmesi, ders, ödev ve etkinlikleriyle ilgilenmeleri ayrı bir ev içi yük oluşturmakla birlikte pandemi öncesi yardım alabildikleri ev işlerini tek başlarına yeni yüklerle yapmak zorunda kaldıkları bir süreç yaşanmaktadır.

Pandemi süreci ile birlikte dilden düşmeyen “yeni normal” in kadın emeği sömürüsünü, cinsiyetçi ekonomik ilişkileri derinleştirdiği görüldü. “Yeni” olarak bize dayatılanın eskinin katmerleşmiş hali olduğunu, ev içi ve bakım yükünün tamamen kadınlara yüklenmeye çalışıldığını, her alanda deneyimledik.

Cinsiyetçi iş bölümü nedeniyle kadınların üzerine yığılan çocuk bakımı, ebeveynlerin ortak sorumluluğu ve kreşin kamusal bir hizmet olduğu vurgulanmalıdır. Her mahallede ve işyerlerinde kolay ulaşılabilir, ücretsiz, nitelikli 24 saat hizmet veren kreş, etüt, çocuk bakım merkezleri açılmalıdır.

Pandemi döneminde 10 yaş altında çocuğu olan ebeveynlerin; her ikisi de sağlık çalışanı ise dönüşümlü olarak, biri sağlık çalışanı ise sağlık çalışanı olmayan izinli sayılmalıdır. Tek ebeveyn sağlık çalışanı ise mutlaka izinli sayılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının çocukları için hastaneye yakın ve salgın şartlarında ücretsiz ve 24 saat hizmet veren, nitelikli kreşler açılmalıdır. Kreşlerin yeterlilikleri kadın sayısına göre değil, çalışan sayısına göre belirlenmelidir. Süt izni anne ve bebek sağlığının risk altında olmadığı koşullarda kullanılmalıdır. Kreş hakkı ve süt izni için tüm emek örgütleri çalışılmalıdır. Süt izninde olan kadınların gerekli dezenfeksiyonu gerçekleştirebileceği sürenin ek süre olarak verilmesi mutlaka gereklidir.

Pandemi süresince kadınlar üzerinde artan bu ev içi-ücretsiz emek yükü aile içinde eşit paylaşımlı hale getirilmelidir, bunun için farkındalığı artırıcı kamu spotları oluşturulmalı, çocuk-yaşlı-hasta hane halkının bakımının kamusallaştırılması için mücadele edilmelidir. Salgın sürecinde özellikle aktif çalışanların, ev işlerinde profesyonel hizmet alabilmeleri maddi açıdan desteklenmelidir.

Kadınlara, özel yaşamlarında taşıdıkları çocuk, yaşlı bakımı ve ev işlerine ilişkin yük ve kaygılarının en aza indirgenmesi için özel destekler sağlanmalıdır. Bu destekler arasında; bebek bakıcısı ikramiyesi, sağlık çalışanlarının çocuklarına hizmet veren tesisler, kreş yerine evde bakım için ekonomik destekler olabilir. Ev içi işlerin eşit paylaşımı hem kadınlar tarafından özümsemeli hem de erkekler tarafından kabul görmelidir.

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÇALIŞMA ORTAMLARI

Kadın sağlık çalışanları açısından sosyal yaşantı, özlük hakları, çalışma ortamı ve koşullarına dair mevcut sorunlar daha da derinleşmiş ve bunlara yenileri eklenmiştir.

Mevcut sorunlar;

- Kişisel koruyucu ekipmana erişimde yetersizlik, kadın bedenine uygunsuzluk, iş yerinde yeterli dezenfeksiyon ve izolasyonun sağlanmaması, düzenli test yapılmaması,
- Uzun çalışma saatleri, fazla mesai, yetersiz dinlenme süreleri, çalışma saatlerinde yeterli ve dengeli beslenememe, tuvalet ihtiyacının karşılanmaması
- Emzirme izni ve küçük çocuğu olanlara izin kullandırılmaması,
- Cinsiyetçi iş bölümünün artması, iş tanımlarının muğlaklaşması, stres

Kişisel koruyucu ekipmanlar, kadın fizyolojisine ve anatomisine uygun ve nitelikli olmalıdır.

Hastanelerde kadınlar için dinlenme ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri uygun alanlar sağlanmalıdır. Ayrıca bu alanların temizliklerinin sadece kadın sağlık çalışanları üzerinden yapılmaya çalışması kabul edilemez.

Kamuda ve özelde çalışan tüm kadın sağlık çalışanları için güvenli ulaşım imkânları sağlanmalıdır.

Pandemide artan iş yükü ve çalışma koşullarının niteliği düşünülerek nöbet süreleri kısaltılmalı, fazla mesai uygulamasından vazgeçilmelidir

KADINA YÖNELİK ŞİDDET, CİNSEL TACİZ VE SAĞLIKTA ŞİDDET

Pandemi nedeniyle eve kapanma, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet yaşanma sıklığını artıran süreçlerdir. Stres, sosyal ve koruyucu ağların bozulması ve hizmetlere erişimin azalması kadınların şiddete uğrama riskini artırmaktadır. Kısıtlayıcı tedbirler uygulamaya konuldukça ve insanlar evde kalmaya teşvik edildikçe, şiddetin failleri ile kadınlar evde baş başa kalmakta, partner şiddet riski artarken, kadınların şiddete karşı destek ve koruma sağlayabilecek aile ve arkadaşlarla temasları daha da azalmaktadır. Dünya’da Cinsel Şiddet Kriz Merkezlerinin sayıları ve yaygınlığı hızla artarken ne yazık ki Türkiye’de tüm çabalara karşın henüz bir tane bile kurulamamıştır.

Salgın sürecinde zorunlu evde kalışla birlikte şiddet artarken, kadınların şiddete uğrama riskini azaltmak için kendilerinden istenen her şeyi yapma zorundalığını hissettiği belirtilmektedir.

Sağlıkçılara ve kadınlara yönelik şiddetin giderek arttığı pandemi koşullarında, kadın hekimler her iki şiddet türünün daha kolay hedefi haline gelmektedir. Çalışma ortamları kadın hekimler için cinsel saldırı, fiziksel ve psikolojik şiddet de içinde olmak üzere bütün şiddet olayları açısından riskli ortamlara dönüşmüştür. Gecenin bir vaktinde vakaya çağırılan, bilmediği bir yere giden, ekip arkadaşları sürekli değişen kadın sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının güvenli olmaması nedeni ile şiddete uğrama ihtimali artmış, güvenlik kaygısı oluşmuş ancak kadınlar bu şartlarda çalışmaya devam etmek zorunda kalmışlardır. Özellikle sahada filyasyon ekiplerinde çalışan kadın sağlık çalışanlarının hasta ve yakınları tarafından şiddete uğradığı durumlar görülmekte ve bu konuda beyaz kod vermekten geri durdukları bilinmektedir. Kriz anında kadın sağlık çalışanları şiddeti bildirmekten geri durmaktadır. Kadınlar şiddete uğradıklarında kendilerini suçlama eğiliminde olduğu, şikayet ile uğraşmak istemediği bilinmekle birlikte kadın hemşirelerin başvurma çekincelerinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınlar iş yerinde tacize uğradıklarında nasıl davranacakları ve nereye başvuracakları konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdir.

Filyasyon ekiplerinde çalışan kadınlar başta olmak üzere tüm ekibin güvenliğini sağlayacak destek ekipleri oluşturulmalıdır. Kadınlara yönelik her türlü şiddet ve taciz durumunda güvenle başvurabilecekleri cinsel şiddet birimleri oluşturulmalı ve bu birimler bağımsız birer yapı olarak kurulmalıdır. Bu birimlerde, sendika ve meslek örgütlerinden kadın temsilciler yer almalıdır.

İş yerinde kadınlara yönelik her türlü şiddetin üstünün kapatılması engellenip, kadın beyanına göre ivedilikle disiplin soruşturması başlatılmalıdır. Soruşturmalar kadının travması gözetilerek yürütülmeli, faile yönelik yaptırımlar derhal uygulanmalıdır.

Sadece şiddete yönelik 7/24 hizmet veren, dayanışma ve yönlendirme yapabilecek deneyimli kişilerin yanıtladığı ulusal tek bir telefon hattı olmalıdır.

Kadına yönelik şiddeti ve ayrımcılığı önlemeye ilişkin taraf olunan uluslararası sözleşmelerin, ulusal yasal düzenlemelerin uygulanmaması ve yok sayılması girişimlerine karşı durulmalıdır. Sağlık kuruluşlarında, tıp fakültelerinde, meslek örgütlerinde ve uzmanlık derneklerinde yeterli ve işlevsel kurumsal düzenlemelerin oluşturulmaması nedeniyle kadın hekimlere, LGBTİQ+ 'lara ve sağlık çalışanlarına uygulanan başta cinsel taciz ve saldırı olmak üzere tüm şiddet olaylarında başvuru, soruşturma ve cezalandırma süreçlerinin işletilmemesinin ve cinsel, sözel, fiziksel tacizlerin olağanlaştırılmasının önüne geçilmelidir. Kadına yönelik şiddet suçtur ve bu suçun yasalarda yeri vardır. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'la sağlanan haklar ve yaptırımların uygulanması devletin yükümlülüğündedir. İstanbul Sözleşmesi mücadelesi yanında CEDAW, Lanzarote gibi halen yürürlükte olan sözleşmelere sahip çıkılmalıdır ve uygulanmasının sağlanmasına yönelik mücadele edilmelidir.

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK AYRIMCILIK VE MOBBİNG

Kadın sağlık çalışanları iş yerinde dikey ve yatay olarak mobbinge maruz kalmaktadır. Pandemi sürecinde özellikle yönetim kademelerindeki erkek yöneticilerin, stres altında, kadın sağlık çalışanlarına uyguladığı mobbingin arttığı görülmektedir.

Kadınlar mobbing ve ayrımcılığa uğradıklarında da şikayet ile uğraşmak istemediği bilinmektedir. Yıldırma ve sindirme politikaları kadınların yaşadıkları hak ihlallerini bildirmelerinin önünde engel teşkil etmektedir.

Kadınların örgütlenmeleri, mobbing ve şiddet unsuru olmamalıdır. Kadın sağlık çalışanları iş yerlerinde dayanışma ağları oluşturmalıdır. Kadın sağlık çalışanlarının pandemi döneminde yaşadıkları sorunlar için çalıştıkları kurumlarda destek birimleri kurulmalıdır.

TÜKENMİŞLİK

Pandemi, kaygı, sağlık anksiyetesi, yalnızlık, sosyal izolasyon, damgalanma, finansal zorluklar, değişen iş ve çalışma koşulları ve ailelerinden ayrı kalma gibi nedenlerle kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını olumsuz etkilemiştir. Bu olumsuzluklara ek olarak, bireysel olarak ve/veya toplu olarak stres, zorluklarla baş etme açısından kaynak ve olanaklar oluşturulmaması tükenmişliği artırmıştır.

Pandemi sürecinde sıkça gördüğümüz; nöbette, filyasyonda, poliklinikte görevi başındayken hasta ve hasta yakınları tarafından gerçekleştirilen saldırılar, yoğun bakım ve acil servis baskınları, sağlıkçıların hastanede kendilerini korumak için barikat kurmak zorunda kalması vb. durumlar kadın sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve tükenmişliği beraberinde getirmiştir.

Hemşirelerin %80'i kadınlardan oluşmaktadır. Hemşireler Derneğinin bu dönemde yaptığı anket çalışmasında; kadın hemşirelerin iş yaşamı ile aile yaşamı arasında kalmaktan dolayı zorlandıkları, özellikle gebelik dönemlerinde izin kullanamadıkları için sorunlar yaşadıkları, iki gebe hemşirenin COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybetmiş olmasının hemşireler arasında tükenmişliği artırdığı ortaya çıkmıştır. Hemşireler için çocuk bakımı pandemide büyük sorun olmuştur. Bakım veren konumunda oldukları için eve virüs taşıma kaygısı nedeniyle çocuklarından ayrı kalmak zorunda kaldılar. Gerek ayrı kalma durumu gerekse virüs taşıma kaygısı kadın sağlıkçıların daha fazla kaygı yaşamasına neden oldu.

Çocuklarına bakabilmek için istifa eden ya da yeterince ilgilenemedikleri için kendilerini yetersiz hisseden kadın sağlık çalışanları oldu. Her ikisi de sağlık çalışanı olan ebeveynlere bu durum dikkate alınmadan yazılan nöbetler, çocuk bakımını daha da zorlaştırdı.

Meslek odaları ve uzmanlık dernekleri; pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunları dile getirmelerini teşvik edecek, bir araya gelerek çözümler bulmalarını sağlayacak, dayanışmayı arttıracak ortamlar yaratmalıdır.

Kadınların üzerinde yaratılan, sağlık çalışanı kadınların daha yoğun yaşadığı “her yere ve her şeye yetişen süper kahraman” rolünün yarattığı olumsuz ruhsal etkileri açıklayıcı bilgilendirmeler yapılmalıdır. Uygun zamanlarda mola vermek gerektiğini ve yetişememenin olağan olduğunu vurgulayacak metinler oluşturulmalıdır.

COVID-19 pandemisi sürecinde bireylerin medikal desteğe olduğu gibi psikolojik desteğe duyduğu ihtiyaç da göz önünde bulundurularak, hobilerinin güçlendirilmesi için teşvikler olmalı, ruh sağlığı desteğine erişimlerinin kolaylaştırılmalı, kolay erişilebilir psikolojik destek birimleri kurulmalıdır.

Pandemi sürecinin başlangıcında Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından sağlık çalışanları ve halka yönelik hazırlanmış olan, pandeminin yarattığı olumsuz ruhsal etkiler ve bunlarla baş etme yöntemlerine dair metinler yaygınlaştırılmalıdır.

Toplum içerisinde özellikle dezavantajlı gruplara yönelik ruhsal destek hatları oluşturulmalıdır. Tek başına yaşayan ve bakım vermesi gereken kadınların bu dönemdeki tükenmişliğini ve şefkat yorgunluğunu azaltmaya yönelik ruhsal destek sistemleri oluşturulması için siyasi otorite ve yerel yönetimlerle iş birliği yapılmalıdır.

Devlet hastanelerinde, üniversite hastanelerinde insan haklarına saygılı hizmetin sürdürülebilmesi için yönetimlere baskı oluşturulmalı, gerekirse hekim ve sağlık çalışanlarına konu ile ilgili eğitimler düzenlenmeli ve iyi örnekler duyurulmalıdır.

KANSER TARAMALARI, KRONİK HASTALIK TAKİPLERİ VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Pandemi nedeniyle kanser taramaları, kronik hastalık takipleri ve acil sağlık hizmetlerinin gerek kamu gerek özel sağlık kurumlarında ertelendiği görülmektedir. Salgının başlangıcından itibaren gerekli planlamaların yapılmaması, pandemi hastanelerinin ayrılmasa, bulaş artışı olacağı kaygısıyla, kişilerin COVID dışı sağlık sorunlarını ertelemesine neden olmakta ve buna bağlı hastalıkların geç teşhisi, erken ölümler yaşanmaktadır.

Kadınlar meme-rahim ağzı kanser taramalarına başvurmadan salgın nedeniyle çekinmektedir

Kanser taraması işlemlerine uygun ve yeterli malzeme temin edilerek, salgın koşullarının gerektirdiği hijyen şartları sağlanarak derhal başlanmalıdır.

Erken tanı için hastaların hastanelere başvurabilmeleri ve hizmetlerin kesintisiz sürdürülebilmesi gereklidir. Pandemi hastaneleri uygulamasının belli hastaneleri kapsayacak

şekilde daraltılmalıdır. Alınan tedbirlerin gevşetilmesi sürecinde de COVID-19 dışı hastaların muayene ve tetkikleri enfeksiyon yayılımını önleyecek şekilde yeniden düzenlenmeli, elektif cerrahi yapılacak hastaların anestezi öncesi yapılacak tetkikleri uluslararası rehberlere ve uzmanlık alanlarının hasta ve çalışan güvenliğine yönelik önerilerine uygun yapılmalıdır.

TIP EĞİTİMİ VE UZMANLIK EĞİTİMİ

Asistan eğitimi pandemi öncesinde yetersiz bir durumda iken pandemi sürecinde yeni planlamalar yapılmadı. Asistan hekimlerin özel hayatları ve dinlenme ihtiyaçları gözetilmeden 36 saatlik mesailerden sonra katılımı zorunlu online dersler eklendi. Covid enfeksiyonu geçiren asistanların hastalık sürelerinde aldığı zorunlu istirahat raporları eğitim sürelerine eklendi.

Salgın sebebiyle birinci, ikinci ve üçüncü basamakta var olan sağlık çalışanı eksiklikleri için asistanlar tampon olarak kullanıldı, asistanlar yetkinliklerinin olmadıkları servislerde görevlendirildiler. Dış hekimliği yan dal asistanları, pandemi süresince fiyasyonda görevlendirildi.

Online eğitim başladıktan sonra intörn hekimler ve stajyer hekimler vaka göremediler, hastalarla birebir temas edemediler. Hastanelerde KKE 'a ulaşımında zorluk yaşadılar, yetersiz dinlenme alanları sebebiyle bulaş riski yüksek alanlarda dinlenmek zorunda kaldılar.

Tıp öğrencileri; yüz yüze eğitimin devam ettiği salgın döneminde, yurtların kapalı olmasından dolayı barınma sorunu ve yemekhanelerin kapalı olmasından dolayı da sağlıklı besine ulaşım sorunu yaşadılar.

Asistan hekim ve tıp öğrencilerinin, salgın sürecinde ve sonrasında yaşadıkları hak kayıplarının ve sağlıksız çalışma koşullarının giderilmesi için kendi eğitimlerinin planlandığı her kurumda temsilcilikleri olmalıdır. Asistan hekimler ve tıp öğrencileri için hem kendi aralarında hem de tabip odaları öncülüğünde dayanışma ağları oluşturulmalıdır. Hoca ve akran tacizine karşı dikkat çekici, alternatif eğitimler olmalıdır.

SONUCA DOĞRU GİDERKEN;

Ortaklaşmış olan birçok deneyimimizin yanı sıra katılan bazı grupların özgül ve önceliği olan birkaç sorununa da değinmek gerekmektedir. Pandemi öncesinde, pandemi sürecinde de sağlığın özelleştirilmiş bir sektöre dönüşmesinden kaynaklanan sorunlar katmerlenmiştir. Özel sağlık merkezlerinde çalışanların özlük haklarının tehdit altında olması (izin, ücret gibi), güvencesizlik, estetik emek sömürsünün belirginleşmesi artmıştır. İşyeri hekimlerinin OSGB' ye bağlı çalışması, işveren ile OSGB arasında kalma, her gün birçok işyerine ulaşmada zorluklar, işten çıkarma-yeni işe girişler ile çalışanların sirkülasyonun artmasına bağlı güvenlik sorunları artmıştır. İşyeri hekimleri; filyasyon ekibi gibi çalışması, tüm sağlık sorunlarının hatta çalışanların ailelerinin sağlık sorunlarının çözülmesi beklentisi ile karşı karşıya kalmışlardır.

Veteriner hekimler, sağlıkçı olarak görülmeyip aşılama programında öncelik verilmemiştir.

Birçok farklı alanda ve şehirlerde çalışan kadın sağlık çalışanları bir araya gelerek hem ev içinde hem işyerlerimizde kadın olmaktan ötürü yaşadığımız sorunları deneyim ve paylaşımlarımızdan yola çıkarak tartıştık. Bunlara ek olarak sağlıkçı olarak çalıştığımız alanın özgül sorunlarını da aktardık. Pandemi süresince birbirimizden uzak kaldığımızı, deneyim paylaşımı eksikliğimizi ve ne kadar yalnızlaştırıldığımızı fark ettik.

Kapitalizmin her yanından krizlerin patlak verdiği bu çağda yeni pandemiler kapıda. Bu pandemilere hazırlanırken dünya devletlerinin bir yandan kadın sağlığını önceleyen, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gerçeğini gören (şiddet, ekonomik, haklar...vb.) planlamalar yapması ve toplumsal cinsiyet eşitliği temeline dayalı stratejiler gelişmesi ve bu alanda çalışan hak temelli örgütlenmeleri desteklenmesi gerekmektedir.

Pandemi öncesi de var olan bu aksak düzenin sorunlarının, pandemi süresince nasıl bir kartopu gibi giderek büyüdüğünü deneyim ve aktarımlarımızla gördük. Aktarımlar ile ortaya koyduğumuz bu gerçeklikleri nesnel olarak belirtmekteki en büyük zorluğun, elimizde yeterli verinin olmaması olarak tespit ettik. Ölçemediğini yönetemezsin kuralına paralel olarak, etkili müdahaleler tasarlayabilmemiz için kadınların karşı karşıya kaldıkları olumsuzlukların görünür olması, yani salgının etkilerine dair düzenli olarak cinsiyete göre ayrıştırılmış veri ve bilgi toplanması gerekliliğini bir kez daha fark ettik.

İstanbul Sözleşmesinin saldırıya uğradığı, bizim olanın, kazanımlarımızın elimizden alınmaya çalışıldığı bu süreçte kısa süreli bir araya gelmelerin bile bizi ne kadar güçlü kıldığını hissettik. TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu olarak 17-18 Nisan’da gerçekleştirdiğimiz Pandemi ve Kadın Çalıştayından elimizde bu verilerle ayrıldık. Şimdi önümüzde yeni bir mücadele hattı örmek için kadın birlikteliklerine, örgütlenmesine katkı sağlayacak bu verileri sunuyoruz. Pandemi süresince yaşadığımız, maruz bırakıldığımız baskılar ile mücadele edebilmek için dayanışma ağlarının gerekli olduğunu bir kez daha anladık.

Meslek örgütleri, sendikalar, çalıştığımız kurumlar özelinde kendi içinde ve birbiriyle etkileşim halinde olan dayanışma ağları kurmak başta en kökleşmiş sorununuz kadına yönelik şiddet olmak üzere tüm mücadele alanlarında biz öznelerle daha çok alan açacak daha çok umut verecektir.

[Detaylı grup raporuna ulaşmak için tıklayın.](#)

SUNUMLAR

PANDEMİDEN DÜNYA YAŞAM VE KADINLAR NASIL ETKİLENDİ: SALDIRILAR, DİRENME, DAYANIŞMA

Alev Özkazanç

Sunuşumun başlığı çok geniş olarak belirlenmiş. Hepsinden konuşmak mümkün değil ama ben biraz daha sınırlı birkaç perspektifte birkaç önemli gördüğüm temel şeyleri paylaşmak istiyorum. Öncelikle salgınla oluşan gündemi değerlendirmek için biraz geriye 2011 yılına geri dönmek istiyorum. 2011 hatırlayacağınız gibi AKP'nin ustalık döneminin yani otoriterleşmenin kilometre taşlarından biriydi ama aynı zamanda 2011 İstanbul sözleşmesinin imzalandığı tarih. Ayrıca küresel kadın hareketi açısından da 2011 yılı bir dönüm noktası sayılabilir. 2011'de, 1970'lerden itibaren hep güçlenerek gelen ve önemli kazanımlara imza atan küresel kadın hareketinin doruk noktasına çıktık. İstanbul Sözleşmesinin imzalanması bunu ifade ediyordu bana göre. Ne yazık ki tam da bu noktada bu doruk noktasından itibaren kadın hareketi dönüşen uluslararası ve ulusal politik atmosferde ciddi reaksiyonlarla karşılaşmaya başladı. Bugün geldiğimiz noktada ise ciddi tehlikeler hem kazanımlara yönelik hem de doğrudan feminist harekete yönelik ciddi saldırılar söz konusu. Öyle ki Birleşmiş Milletler çevresinde uzun zamandır örgütlenen küresel kadın hareketi 2015 yılında yani Pekin'deki büyük Dünya konferansından 20 yıl sonra yeni bir Dünya kadın konferansı toplamaya cesaret edemedi tepkiler nedeniyle bunun nedeni toplanacak yeni bir kadın konferansında gövde gösterisi yapacak olan otoriter popülist devletlerin müdahaleleri nedeniyle kadınların mevcut kazanımlarından geriye gitme korkusuydu. Çünkü 1990'lar ile

2010 arasında aslında küresel kadın hareketini çevreleyen ortam ve siyasal atmosfer büyük ölçüde değişmişti ve kadın hareketleri aleyhine bir durum oluşmuştu.

Dolayısıyla bugün küresel kadın hareketinin gündem ederken kadınların sistematik olarak karşılaştıkları eşitsizliklere ve ayrımcılığa karşı verdikleri zorlu mücadelenin yanı sıra doğrudan kadın hareketlerine yönelik tehditlerin de artmış olduğundan söz ediyoruz.

Kadınlar pandemi koşullarında artan eşitsizliklere karşı mücadele ederken bir de doğrudan hak savunucularına karşı artan baskılarla karşılaşılıyorlar ve otoriter 2010 yılından başlayarak özellikle 2015 sonrasında hem çevre ülkelerde hem de merkez ülkelerde milliyetçi, sağ, popülist, otoriter rejimlerin yükseldiğini görüyoruz. Toplumsal cinsiyet karşıtı dediğimiz hareketlerde aslında bu yükselişin bir parçası. Öncelikle Doğu ve Orta Avrupa’da ortaya çıkan bu hareketlenme biçimi -toplumsal cinsiyet karşıtlığı- günümüzde çok büyümüş durumda ve neredeyse sansasyonel bir ağ oluşturmuş durumda Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan, Türkiye, Rusya, Polonya ve Macaristan bu konuda öne çıkan ülkeler oldular. Son yıllarda batı ülkelerinde özellikle hedef alınan konular üreme hakları, kürtaj, LGBTQ+ hakları, çocukların cinsel eğitimleri gibi konular oldu. Aslında uzun zamandır bu konular Vatikan ve İslam ülkeleri tarafından hedef alınmıştı ama artık çok daha genel ve kitlesel bir hareketin konusu haline geldi daha genel olarak cinsiyet eşitliğinin hedef alındığını söyleyebiliriz ve bu çerçevede geleneksel rollere ve aile rollerine geri dönüş çağrısı yapıldığını ve bütün politikaların bu perspektifi gözden geçirdiğini söyleyebiliriz. Bildiğiniz hem doğu Avrupa ülkelerinde hem de Türkiye’de İstanbul Sözleşmesi bu çerçevede hedef tahtasına konuldu bu şekilde İstanbul Sözleşmesi hedef alınarak hem doğrudan kadınlara şiddete karşı koruma belgesi hedef alınırken bir yandan da sözleşmede geçen toplumsal cinsiyet kavramı nedeniyle eşcinselliğin meşrulaştırıldığı gibi gerekçelerle LGBTİ+ karşıtı ve ayrımcı nefret söylemleri de beslenmiş oldu. 2010-2011 civarı aynı zamanda küresel kadın hareketinde de bir yenilenmenin başlangıcını ifade ediyor. 1970 ‘lerden beri değişerek gelen hareketin yeni bir evresine girdiğimizi söyleyebiliriz. Bu tarihlerden itibaren 2010 sonrasına başlayan dördüncü bir dalgadan söz ediliyor ki büyük ölçüde dijital aktivizmin artmış olması ve genç kuşak kadınların harekete yeni ve özel bir canlılık getirmesi ile ilgili bu durum. Son yıllarda özellikle ulusal ve uluslararası ortamın bozulması ile ve ulusal rejimlerin ve uluslararası korumalarında verdiği güvencelerin azalmasıyla ya da bu güvenceler tehdit altında kaldıkça, yükselen tehditlere ve otoriter uygulamalara karşı mevcut örgütlerle ve araçlarla karşı durmanın pek mümkün olmadığı anlaşılmaya başlandı ve bu süreç kadın hareketinde giderek

daha belirgin bir kitleselleşme ve radikalleşme şeklinde sonuçlar vermeye başladı.2015 sonrasında örneğin kitlesel sokak gösterilerinin çok arttığını görüyoruz. Dünyanın pek çok yerinde ve bu gösterilerin harekete damga vurduğunu biliyoruz örneğin 2016’da Polonya’da kürtaj hakkı için düzenlenen büyük gösteri Kara Pazartesi 2017’de Amerika’da Trump’ın seçilmesini ardından düzenlenen büyük kadın yürüyüşü, 2018’den itibaren Arjantin’de oluşan ve güçlenen yeşil dalga hareketi 2018’de yine Hindistan’da kadına şiddete yönelik kitlesel tecavüzlere karşı kitlesel protestolar 2018’de kadın grevi ve Türkiye’de de 2017 ve 2018’de ki 8 Mart gece yürüyüşleri bütün bunlar çok etkili ve büyük kitlesel olaylardı.

Bu hareketin etkileri sosyal medya yoluyla da küresel olarak yayıldı ve birbirlerine ilham verdi. Bu hareketlerde dikkat çeken iki yeni dinamik vardı bana göre bir tanesi diyebiliriz ki kesişimsel dediğimiz “intersectional” yaklaşımlar ve kapsayıcı koalisyon siyasetleri öne çıkıyordu bu hareketlerin düzenlenmesinde. Ve ayrıca örneğin Amerika’da Nancy Fraser ve diğerlerinin önerdiği %99 için feminizm örneğinde görüldüğü üzere feminizmin daha radikal eleştirel potansiyellerinin harekete geçirdiğini gördük. Özellikle anti-kapitalizm ve sosyal adalet çağrılarının öne çıktığını gördük. Böylece feminizmin daha ana akım türleri sorgulanmaya başladı. Hatta Arjantin gibi örneklerde sol popülist feminizm anlayışlarında geliştiğini gördük. Diyebiliriz ki; feminizm daha önceki 30-40 yılda yerleşmiş olan belirli örgütlenme tarzlarının tarihsel sınırlarının görüldüğü daha belirgin ve daha farklı şekilde politikleşmeye girmeye başladı. Tam da hareket bu şekilde dönüşürken birdenbire salgın patlak verdi. Herkesin gündemi ile birlikte kadınların ve kadın hareketinin gündemi sarsıcı bir biçimde değişti.

Ne yazık ki salgın hala devam ediyor. Salgın sonrasında iyiye doğru mu kötüye doğru mu gidecek yoksa aynı mı kalacağı üzerine bitmeyen tartışmalar devam ediyor. Açık olan şu ki salgın mevcut tüm eşitsizlikleri, aynı zamanda karşılıklı tüm bağımlılık ilişkilerini gözler önüne serdi. Sadece neoliberal kapitalist düzenlerin zaaflarını değil modern sanayi uygarlığımızın çelişkilerinide görünür kıldı gözler önüne serdi. Yeniden üretim emeğinin insan ve toplum yaşamı için önemini açığa çıkardı.

Cinsiyet ilişkileri ve kadınlar açısından salgın eşitsizliklerin daha öne çıktığı ve daha da derinleştiği bir süreç yarattı. Cinsiyet eşitliğindeki tarihsel kazanımlardan geri gitme riski olduğuna dair uyarılar yapıldı. Salgınla gelen beklenmedik iyi gelişmelerden biri cinsiyet analizlerini yapmamıza yardımcı olan verilerin toplanmaya başlanması oldu. Bu veriler

kadınları salgından nasıl ağır şekilde etkilendiklerini ortaya koyuyor. Bu verilere daha sonraki sunumlarda değinileceği için açmayacağım.

Salgınla gelen başka türlü saldırılara dikkat çekmek istiyorum, kadınların ve LGBTİQ+ kazanımlarına yönelik daha doğrudan politik saldırılarda oluyor. Polonya’da LGBTQ+ nefretini körükleyen politikalar şiddetlendi. Macaristan’da İstanbul Sözleşmesinin onaylanmaması da salgın sürecine denk getirildi. Türkiye de İstanbul Sözleşmesinden geri çekildi. Tüm bu gelişmeler tesadüfi değil, salgın yönetimlerinin krizlerini gizleme süreçleriyle ilgili. Salgın anti-feminist süreçlerin oluşmasını da tetikliyor. İspanya’ da aşırı sağcı yöneticiler tarafından 8 Mart eylemi salgını yayıp, şiddetlendiren etmen olarak gösterildi. Salgın inkarcılığı üzerinden daha fazla kişi anti-feminist söylemlere maruz kalıyor. Salgın inkarcılığı ile aşı karşıtlığı ve anti-feminizm pek çok ortak noktada buluşuyorlar ve bu post truth çağında birbirlerini güçlendiriyorlar. Pek çok coğrafyada salgına rağmen iyi şeyler de kaydedildi. Örneğin Arjantin’de Aralık 2020 tarihinde kürtaj yasallaştı. Son seçimlerde Trump’ın iktidardan düşmesi de kadın hareketi açısından ciddi bir kazanım sayılmalıdır. Polonya’da kürtajı yasaklayan mahkeme kararına karşı büyük direnişler gösterildi.

Bu dönemde sadece cinsiyet eşitliğini sağlamak için kullanılan kaynaklar kısıtlanmadı, kadın hareketine destek olan fonlar da kısıtlandı. Yine de kadın örgütleri salgının etkilerini araştırmak, belgeleme, acil destek sunma planlarına destek verdiler. Feminist Covid Response adlı kadın örgütleri ile desteklenen bu sitede cinsiyet verileri bulmak mümkün. Bir yandan hükümetlerin ne yapması gerektiğini, salgının nasıl yürütülmesi gerektiği, salgın sonrası neler yapılması gerektiği hakkında birçok çalışma var. Şu an her şeyi saran belirsizlik ortamında kadın hareketi de belirsizlik yaşıyor. Ulusal ve küresel çapta birçok örgüt talepler yaratıyor. Toplumsal güçler baskı altında. AB liderleri bu konularda uyarılar yaptılar. Örneğin Merkel toplumsal cinsiyet eşitliğinin salgınla beraber gerilediğini söyleyip uyarılar yaptı. Salgın kadın hareketi açısından bir duraklama ve yenileme sürecine denk geldi. Eğer kolektif akıl galip gelirse insanlık yeni bir çağa adım atabilir. Kadın hareketinin ancak daha geniş koalisyonlar içinde demokratik hareketin parçası olduğu durumlarda geleceğe daha umutlu bakabiliriz.

PANDEMİDE KADIN EMEĞİ NASIL ETKİLENDİ: ÇALIŞMA YAŞAMI, ARTAN İŞ YÜKÜ, İŞSİZLİK

Ecehan Balta

"Koronavirüs salgını, 25 yıldır artan cinsiyet eşitliğini ortadan kaldıracaktır. 1950'lerin cinsiyet kalıp yargılarına geri dönme konusunda gerçek bir risk teşkil ediyor".

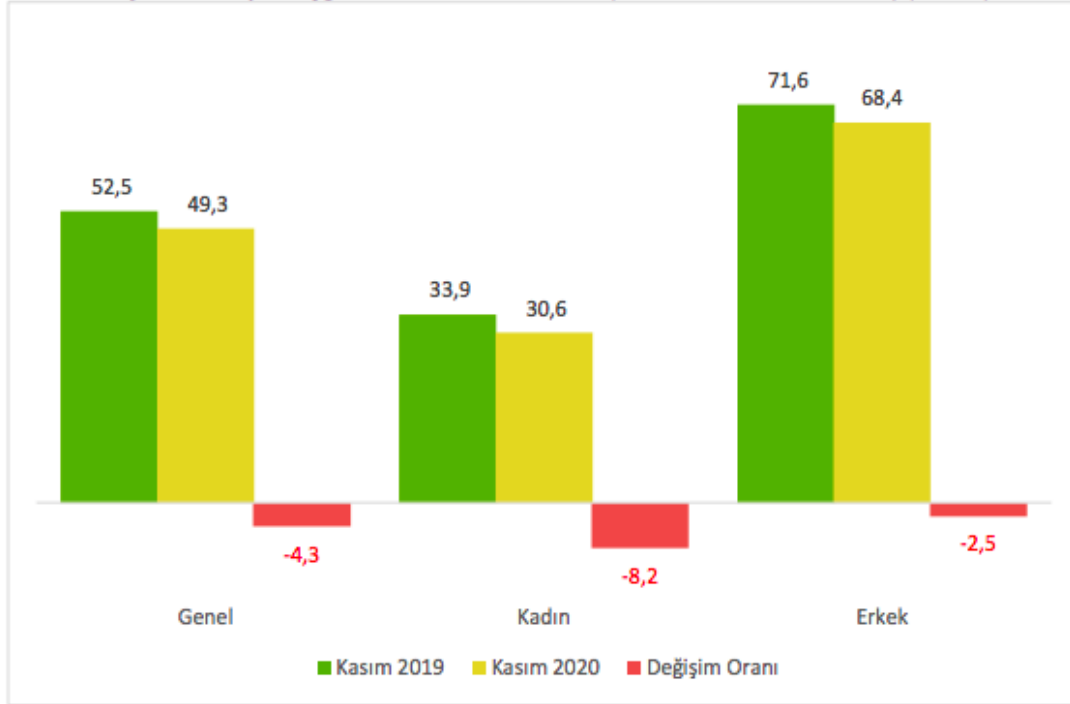
BM Kadın İcra Direktör Yardımcısı Anita Bhatia (BBC, 26 Kasım)

ILO rakamlarına göre, kadın istihdamının erkeklerden %19 daha fazla riskli. Kayıt dışı sektörde çalışanların %58'ini kadınlar oluşturuyor. Bir kadın örgütüne göre pandemi sırasında kayıt dışı çalışanlar gelirlerin %60'ını kaybetti. Yüzde 80'i kadın olan ev işçilerinin %72'si işlerini kaybetti. Üstelik bu işler ücretli izin, ihbar süresi veya kıdem tazminatı gibi temel işçi korumasından yoksun.

Sonuç olarak; bu dönemde karşılığı ödenmeyen (ücretsiz) emek artıyor, ücretli emek piyasası ise daralıyor.

Kadınların Türkiye'de işgücüne katılımı zaten dardı, pandemiyle daha da daraldı. Geniş tanımlı kadın işsizliği % 37.7, COVID 19 etkisiyle son bir yılda iş kaybı ve geniş tanımlı kadın işsizliği %43 oldu, kadın işgücü % 8.2 azaldı. İstihdam %4,3 azaldı bu oranın cinsiyete göre dağılımına baktığımızda erkeklerde %2.5 kadınlarda %8.2 oranında; yani 4 kat azaldığını görüyoruz.

Grafik 2: Cinsiyete İşgücüne Katılma Oranları (Kasım 2019-Kasım 2020) (Yüzde)



*Kaynak: TÜİK HİA, Kasım 2020. DİSK-AR tarafından hesaplanmıştır.
Değişim oranları işgücü sayılarındaki değişim oranını ifade etmektedir.*

Bakım Emeği

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre bakım emeği “bir evdeki veya toplumdaki diğer bireylerin refahını ve bakımını sürdürmek için yapılan karşılığı olmayan çalışmadır ve hem doğrudan hem de dolaylı bakımı (yani rutin ev işi) içerir.

ILO tahminleri, ücretsiz işte harcanan sürenin günde 16.4 milyar saat olduğunu ve kadınların bu toplamın dörtte üçünden fazlasına katkıda bulunduğunu göstermektedir, bu da 2 milyar insanın ücret almadan tam zamanlı olarak çalışmasına eşdeğerdir.

Bir örnek verecek olursak:

Hindistan’da iş için harcanan zaman (günde dakika)

	Ücretsiz iş	Ücretli iş	Toplam
Erkek	51.8	390.6	442.3
KADIN	351.9	184.7	536.6

Tabloda kadınların erkeklerin yarısı oranında ücretli işlerde zaman harcadığını görüyoruz, ancak toplamda erkeklerden yüzde 20 daha fazla çalışıyorlar. Muhtemelen eşdeğer işlere eşit ücret de alamıyorlardır. Ancak ücretsiz işlere bakıldığında kadınların erkeklerden tam yedi kat daha fazla çalıştığını görüyoruz. Sonuç olarak gün içinde erkekler 442.3 dakika çalışırken kadınlar 536.6 dakika çalışmış oluyorlar.

Başka bir örnek daha verelim, bu da ABD’de 2015 yılında yapılmış bir çalışma:

ABD’de bakım verenlerin tahmini %66’sı kadındır. Bakım veren kişi ev dışında çalışan ve annesine haftada 20 saat ücretsiz bakım sağlayan ortalama 49 yaşında bir kadındır. Erkekler de yardım sağlasa da kadın bakım verenler erkeklere göre %50 daha fazla zaman harcamaktadır.

Bakım emeği açısından değerlendirebileceğimiz başka unsurlara baktığımızda: Bu süreçte eğitim kurumları kapatıldı, yaşlı ve çocuk bakım kurumları kapatıldı, bunlar da kadının işi bırakması ve bakım görevini üstlenmesine neden oldu. Hastane doluluk oranları ile artan risk insanları kendi kendilerine bakım sağlamak zorunda bıraktı.

Uzaktan çalışma zaman ve mekanın ortadan kalktığı bir dönem yarattı, hepimiz açısından. Çalışma saatlerinin sınırlarının olmadığı, bakım emeği yükü yanında depresif bir ruh hali eklendi pandemiye ilaveten. Son genelgeyle de sağlık personeli hariç 10 yaş altı çocuğu olan kamu çalışanı kadınlara izin verildi. Çocuk bakımının kadının görevi olduğunu düşünen iktidar, kadının bakım emeğini, ücretsiz iş yükünü daha da şiddetlendirdi. 2014 TÜİK verilerine göre çalışan kadınlar, hane halkı ve ev bakımına 3 saat 35 dakika ayırırken erkekler sadece 46 dakika ayırmakta. Tüm sınırların kalktığı bu dönemde zaten zaman yoksunu olan kadınların zaman yoksulluğu daha da arttı.

COVID 19 ile birlikte sınıfsal, bölgesel farklılıklar daha da derinleştirdi. Dünyada yoksul kadınların %55'i sahra altı Afrika'da yaşarken pandemi sonrası yenilenen projeksiyonla 2030'da bu yüzdenin 63'e çıkması bekleniyor. Pandemi ile birlikte diğer eşitsizliklerin yanı sıra bölgesel eşitsizlikler ve bölgesel eşitsizliklerde de kadınların uğradığı eşitsizlikleri unutmamalıyız.

Burada Chatzidakis ve arkadaşlarının kaleme aldığı Bakım Emeği Manifestosu'nda tarif edildiği biçimde, bir bakım krizi ile karşı karşıya olduğumuzu söyleyebiliriz. Peki, hükümetin bu konudaki tepkisi ne?

Burada devletin sosyal koruma kapsamı altında yaptığı harcamaları görüyoruz:

Sosyal Koruma Kalkanı			
Türkiye Geneli		15.04.2021	
		Ödeme Yapılan Hane/Kişi	Miktar (TL)
Sosyal Destek Programı (Hane)	FAZ 1	2.111.254	2.111.254.000
	FAZ 2	2.316.010	2.316.010.000
	FAZ 3	2.061.527	2.061.527.000
Biz Bize Yeteriz Türkiyem	Hane	2.077.365	2.077.365.000
Kısa Çalışma Ödeneği	Çalışan	3.765.541	31.563.334.292
Nakdi Ücret Desteği	Çalışan	2.548.335	10.240.917.966
İşsizlik Ödeneği	Kişi	1.048.409	5.634.259.143
Normalleşme Desteği	Çalışan	3.183.435	4.034.225.189
#BirlikteBaşaracağız		Toplam: 60.038.892.590 TL	
 ailevecalisma		www.ailevecalisma.gov.tr	

Mart 2020'den itibaren bakım krizini kompanse ettiğini iddia eden iktidar haneye sadece 1000 lira verdiğini belgeleyerek aslında bakmamış ve umursamamış olduğunu gösteriyor.

Neler yapmalı?

Kadın istihdamının önündeki en büyük engel olan çocuk-yaşlı bakımı, ev işlerini kadının üzerinden alacak sosyal politikalar uygulanmalı.

Çalışma hayatında kadına yönelik her türlü ayrımcılık terk edilmeli; cinsiyetçi iş bölümüne, cinsiyet ayrımcı politikalara, ücret eşitsizliğine son verilmeli, herkes için güvenceli ve düzenli işler yaratılmalı

Salgın döneminde artan kadın işsizliğini azaltacak istihdam politikaları hızla hayata geçirilmeli

Kadınların gelirlerini koruyacak önlemler alınmalı, artan bakım emeği için ekonomik destek ve ebeveyn yardımları sağlanmalı.

Bizler bakımı öncelikli hale getirecek bir evrensel modeli daha fazla gündemimize almalıyız. Karşılıklı bağımlılık politikalarında aktif söz söylemeye ihtiyacımız var.

Son söz olarak şunu ifade edeyim: Bu krizde çok daha fazla gördük ki, DÜNYA ÖKÜZÜN BOYNUZLARINDA DEĞİL KADINLARIN OMUZLARINDA DÖNÜYOR!

PANDEMİ VE KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Gökçeçek Ayata

Yaşadığımız süreçte sadece sağlık alanında değil hayatımızın tüm yönlerini etkileyen bir tehdit ile karşı karşıyayız. Maalesef bakım emeğini küresel çapta kadınlar erkeklere oranla üç kat daha fazla üstlenirken Türkiye’de bu beş kat daha fazla. Sağlık emekçileri açısından daha iyi bazı alanlar çok daha erkek egemendir. Sağlık alanında da cerrahi vb alanlar daha erkek egemen alanlar ama bu salgınla kadın sayısının daha yüksek olduğunu gördük. Pandemide hastalarla daha fazla iç içe olan sağlıkçıların kadınlar olduğunu gördük. Sadece koruyucu giysileri giymek için kadınların erkeklerden 45 dakika fazla zaman ayırması gerektiğine dair çalışmalar var. Kadın akademisyenler %50 daha az makale üretirken bu süreçte erkek akademisyenler %50 daha fazla makale ve yazılı yayın üretmiş durumdalar. Bu aslında yaşanan tüm sürecin bizi ne kadar yıpratmış olduğunu ortaya koyuyor; ev içi emek, bakım emeği, ücretsiz izinler, iş kaybı, şiddet failiyle aynı evde yaşama, istenmeyen gebelikler, sağlık hizmetleri ve diğer hizmetlere ulaşamama, depresyon artışı gibi pek çok şeyi bir arada yaşadığımız bir dönem. Bu dönemde hem de birlikte ayakta kalıp çözüm üretmeye çalışıyor kadınlar.

Pandemide şiddetin arttığını biliyoruz. BM kadın birimi raporlarına göre Fransa’da şiddet %30 artmış, Arjantin’de yardım çağrıları %25 artmış, Singapur’da %33 Avusturya’da %50 artmış. 2020’de dünyada toplam 243 milyon kadın şiddete maruz kalmış, erkekler tarafından. Bu sayı da pandemi sürecinde ekonomik, sağlık ve güvenlik sıkıntıları da artmış durumda. Sadece fiziksel değil, ekonomik, psikolojik cinsel şiddet de var. Erişemediğimiz haklar nedeniyle-kürtaj, üreme hakkı, adalet gibi- daha fazla baskı altındayız. Öngörülere göre bu yıl 7 milyon istenmeyen gebelik sonucu çocuk doğacak.

Karantinada şiddet arttı. Bu süreç kurumların ne kadar yetersiz olduğunu gösterdi. Bu sürecin büyük bir kısmının kadınların kişisel çaba ve emekleri ile idare ettiğini görüyoruz. Pek çok kurumun yükünü kadınlar taşıırken, bir taraftan da çöküş halinin kadınlar üzerinde yarattığı baskı halini görüyoruz. Toplumsal cinsiyet eşitliğine inanan toplumlarda daha fazla önlem alınmaya çalışıldı.

Türkiye’de 6284 ile ilgili 30 Mart’ta Covid 19 kapsamında ilave tedbirler diye esnek uygulama kararı alındı. Ardından da infaz yasası ile karşı karşıya kaldık. Hakim savcılar kurulunun bu kararı pandemi şartları göz önüne alınarak erkeklerin evden uzaklaştırılmasını önledi. İnfaz yasası ile çoğunluğu erkek 90000 kişi çıkarıldı. (Kadınların hiçbirine haber verilmeksizin) Günde en az 3 kadın cinayeti görülen ülkemizde şiddet faili erkekler eve gönderildiler, İstanbul Sözleşmesine aykırı olarak ve uygun önlemler sağlanmadı. Bu da aslında politik bir karardır. Daha sonraları nafaka zaten konuşulmaktayken İstanbul Sözleşmesi feshi gündeme getirildi. Buna karşı kadınlar her alandan bir araya geldik ve Nisan ayı itibariyle TCK 103 ile Eşitlik için Kadın Platformu bir araya gelmeye başladı. Önemli bir birliktelik.

Kurumsal çöküşlerin belli dönemlerde altında kalıyor kadınlar da. Türkiye’deki şiddet verilerinde kadına yönelik şiddetin arttığını kadınların %43’nün karantinada şiddete maruz kaldığını gösteren veriler de var. Devlet kadına karşı şiddet verilerini tutmuyor ne yazık ki.

Demokratik birlikteliklerde erkeklerle beraber yol yürümekle ilgili bir sıkıntı yok ama kadın meselesinde karar süreçlerine erkeklerin müdahale etmesi bazen kadın odağını kaybetme riskini de beraberinde getiriyor.

Bütün bu şiddet süreci ve salgın süreci tüm hayatımızı etkiliyor ve çok uzun süre etkilemeye devam edecek. Düşünmek ve mücadele etmek zorundayız. İş yaşamında kalan kadınlar hak ve ücret kaybı yaşıyorlar, yaşayacaklar, geçim sıkıntısı yaşayan kadınların %30’u geçim sıkıntısı yaşamayan kadınların %18’i şiddet görüyor. Yoksullaşma hali kadınların şiddet ortamından uzaklaşmasını zorlaştıracak ve bağımsızlaşmasının önünde engel olacak yeni günleri beraberinde getirecek. Pandeminin geleneksel toplumsal cinsiyet normlarına büyük ölçekli bir geri dönüş, muhafazakarlığa geri dönüşe çok ciddi katkı sağlayacağına dair veriler var, sosyal muhafazakarlığı arttırabilir. Aslında insanları bir araya getiren bir salgından bahsetmiyoruz şu an yaşadığımız şey toplumsal cinsiyet eşitsizliğini derinleştiren ayrıştıran bir salgın, pandemiye yeni bir başlangıç olarak görenler de var. Pandemide bir açıdan da bir toparlanma ve yeni politikaların üretilmesi, uzun vadede planlar, eldeki kaynakları doğru kullanabilme gibi süreçler bizi bekliyor.

Birlikte düşünmeye devam ediyoruz.

PANDEMİDE GÖÇMEN ve MÜLTECİ KADINLAR

Ayşegül Ateş Tarla

Türkiye’de de pandemi nedeniyle, “Hayat Eve Sığar” sloganıyla evde kal denildiğinde ve karantina tedbirleri kapsamında yasaklar ilan edildiğinde, toplum içerisinde sosyo ekonomik açıdan dezavantajlı gruplar olarak değerlendireceğimiz göçmenler, mülteciler, vatansızlar, mevsimlik işçiler, Domlar vb.. gruplar için evde kalma hali ekonomik nedenler, evin fiziki koşulları ve kalabalık yaşam, vb., sebeplerden dolayı, hayat eve sığamamış ve bu dönemde bu gruplar için yaşamsal zorluklar daha da artmıştır.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 11 Mart 2020 de pandemi ilan ettiği tarihten sonra ülkelerin salgının yayılımını yavaşlatmak için almış olduğu tedbirler ve yasaklar mültecilerin bazı ülkelerde sıkışıp kalmasına ve mevcut bulundukları yerden güvenli yerlere ulaşmalarına engel olmuştur. İstatistiklere bakıldığında 2020’nin ilk 6 ayında üçüncü bir ülkeye yerleştirilen mülteci sayısının bir önceki yıla göre yarı yarıya ve 2019 yılı sığınmacı başvurularının ise üçte bir oranında azaldığı görülmüştür (UNCHR, 2020a). Pandeminin ilk dalgası olan 2020 nisan ayında 168 ülke sınırlarını kısmen veya tamamen kapatırken bu ülkelerden 90’ı sığınmacıları mevcut uygulamadan muaf tutmuşlardır (UNCHR, 2020a). Son on yılda zorla yerinden edinilenlerin sayısının iki katına çıktığı öngörülmekte ve 2020 ortası itibarıyla baktığımızda tüm dünyada zorla yerinden edilen kişilerin sayısının 80 milyonu aştığı tahmin edilmektedir ve 47.5 milyon kişi yaşadıkları ülke içinde yerinden edinilmiş, 4.2 milyon kişi sığınmacı ve 26.3 milyon kişi mülteci olarak bulunmaktadır (UNCHR, 2020b)

Dünyada en fazla mülteci veren ülkelere bakıldığında sırayla Suriye 6.6 milyon, Venezüella 3.7milyon, Afganistan 2.7 milyon, Güney Sudan 2.3 milyon ve 1.8 milyon kişi ile Kolombiya’dır (UNCHR 2b). En fazla mülteci bulunduran ülkeler ise Türkiye 3.6 milyon ile en fazla mülteci barındıran ülke konumunda olup diğer ülkeler, Pakistan 1,4 milyon, Uganda 1.4 milyon, Almanya 1.1 milyon ve 1 milyon kişi ile Myanmar’dır. Türkiye sığınmacılar-mülteciler konusundaki uluslararası yükümlülükleri “1951 Cenevre Sözleşmesi” ve “1967 Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Protokol” çerçevesinde belirlenmiştir. Cenevre Sözleşmesine ilk taraf olan ülkelerden birisi olan Türkiye, 29 Ağustos 1961 tarihli bir deklarasyon ile sözleşmedeki “coğrafi sınırlama” istisnasını uygulayacağını belirterek sadece Avrupa’da gelen kişileri mülteci olarak kabul etmektedir. Mevcut durumlardan kaynaklı Türkiye’de mülteci, şartlı

mülteci, ikincil koruma ve geçici koruma altında bulunanlar olmak üzere çeşitli tanımlamalar vardır. Türkiye'nin mevzuatı 2013 yılında göç ve mülteciler konusundaki hukuki altyapıyı oluşturan "Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK)" ve sonrasında yapılan 2014 yılında çıkan Geçici Koruma Yönetmeliği (GKY) oluşturmaktadır

- **Mülteci** – Avrupa Ülkelerinde Meydana Gelen Olaylar Sebebiyle (YUKK-Md 61),
- **Şartlı Mülteci**- Avrupa Ülkeleri Dışında Meydana Gelen Olaylar Sebebiyle (YUKK-Md 62)
- **İkincil Koruma** -Yasadaki Şartları Taşıyan Ancak Mülteci ya da Şartlı Mülteci Kategorilerine Girmeyen Yabancılar (YUKK-Md. 63)
- **Geçici Koruma**- Kitlese Akınlarla Toplu Ya Da Bireysel Olarak Sınırlarımıza Gelen, Ancak Uluslararası Koruma Talebi Bireysel Olarak Değerlendirmeye Alınamayanlar (Suriye'den gelenler- MİSAFİR) (YUKK-Md. 63- Geçici Koruma Yönetmeliği -2014)

Türkiye'de geçici koruma, mülteci ve uluslararası göçmen statüsünde 5 milyondan daha fazla kişi bulunmaktadır. Bu grubun içerisinde en büyük grubu geçici koruma yönetmeliği kapsamında bulunan Suriyeliler oluşturmaktadır, bunu Afganistan, Irak ve İran'dan gelen ve uluslararası koruma kapsamındaki sığınmacılar takip etmektedir. Türkiye'de GİGM (T.C Göç İdaresi Genel Müdürlüğü) tarafından "biometrik" kayıtları alınarak kendilerine geçici koruma statüsü verilen kişi sayısı ağustos 2019 itibari ile bu sayı 3.643.870 kişidir. İkinci grup, 2011 öncesinde Türkiye'ye gelen ve "ikamet izni" ile yaşayanlardır ve 99.643 kişilik gruptur. Üçüncü grup ise yine 2011 sonrasında Türkiye'ye gelen ancak henüz kayıtları (a)mamış yaklaşık 50 bin civarındaki Suriyeliden oluşmaktadır. Buna son iki yılda Türkiye'de vatandaşlığa alınan ve sayıları 1 Ağustos itibari ile 92.280 olan Suriyeliler de dördüncü bir kategori olarak eklenebilir. Düzensiz göçmen 2019 yılında 454 bin iken 2020 yılında 122 bin olarak raporlanmıştır. Uluslararası koruma altında Türkiye'de bulunan kişi sayısı 31 bindir (GİGM, 2021). Geçici koruma altındaki Suriyelilerin en yoğun olarak yaşadıkları beş şehir sırasıyla İstanbul, Gaziantep, Hatay, Şanlıurfa ve Adana'dır.

Kadınların göç tarihinde bir özne olarak değerlendirilmesi 1970'ten sonra mümkün olabilmıştır, kadın göçmenler aile birleşmesi gibi konularla, erkeğe bağımlı olarak değerlendirilirdi. Bugün dahi kadınlar erkekler üzerinden değerlendirilmekte ve bu durumda kadınların hikayelerinin ve anlatılarının yok sayılmasına neden olmaktadır. Pandemi döneminde de kadınları bağımsız bir özne olarak değerlendirmek gerekir ve

mülteci kadınlar üzerinde çoklu ayrımcılık ve damgalanma erkeklere ve yerli topluma göre daha fazla olduğu unutulmamalıdır.

Türkiye'de salgın sürecinde birçok devlet kurumu gibi Göç İdaresi Genel Müdürlüğü de çalışma saatlerini azaltmış ve kayıt işlemleri, iltica başvurularının incelenmesi ve mülteci statüsü verilmesi gibi birçok önemli faaliyetini durdurmuştur.

Göçmen ve mülteci kadınlar pandemi öncesinde mevcut eşitsizlikleri pandemide artmış ve sorunları görünmez olmuştur. Mevcut yaşanan sorunlar şöyle sıralayabiliriz;

- Bilgiye ulaşamama, yanlış bilgilendirmeler,
- Sosyal dışlanma, damgalanma, ötekileştirme,
- Yardım hizmetlerine sınırlı erişim,
- Sorunlarını ifade etmekte zorluk (dinlenmeme, önyargılar ve dil sorunu),
- Sınır dışı edilme korkusu nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuramama,
- Güvenli alanların olmaması,
- Hastalıktan korku düzeyleri yerli toplumdaki daha yüksek olması,
- Ataerkil toplumsal cinsiyet normları nedeniyle baskı,
- Cinsel taciz ve cinsiyete dayalı şiddet,
- Sağlık başta olmak üzere hizmetlere yetersiz erişim,
- Cinsiyetçilik/ Karar alma mekanizmalarında yer alamamaları, dışında tutulmaları,
- Etnik ve cinsiyetçi ayrımcılık, ırkçılık,
- Erken yaşta evlilik,
- Kız çocukların eğitime erişememe,

Mülteciler çoğunlukla yarı-zamanlı, sigortasız ve güvencesiz yani kayıt dışı işlerde çalıştıklarından bu sektörler ekonomik gerilemeden çok ciddi etkilenmişlerdir. Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD- ASAM) 'nin yaptığı araştırmada mültecilerin temel ihtiyaçlara, kira ve hijyene erişimi azalmış ve %50'sinin geçim kaynağı yardımlar ve geçici işler olduğu belirtmiş ve pandemi ile %89'nun çalışmadığı görülmüştür. Ayrıca %40'nın iş yeri kapanmış %17'si işten çıkarılmıştır (SGDD- ASAM, 2020). Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV)'in Haziran 2020'de yaptığı araştırmada TC vatandaşlarının yüzde 50'sinin gelir kaybına uğradığını belirtirken, bu rakam Suriyeli mülteciler için yüzde 88'dir (TEPAV, 2020).

SGDD-ASAM'ın "COVID- 19 Salgınının Türkiye'de Mülteciler Üzerindeki Etkilerinin Sektörel Analizi" isimli araştırmasının sonuçları, yine durumun vahametini gözler önüne sermektedir. Bu rapora göre, salgın öncesi çalışmama durumu yüzde 17,74 iken, salgından sonra işsizlik yüzde 88,59'a çıkmıştır (SGDD- ASAM, 2020).

Mülteci kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada ise kadınların %65,2'si pandemiden önce çalıştığını ifade ederken bu oran pandemi sürecinde %18,5'e düşmüştür ve kadınların %84,5'i işlerini kaybettiklerini belirtmiştir (İzmir Mülteci Dayanışma Derneği-İZMDD, 2020).

Göçmen ve mülteci kadınlar çalışma hayatında erkekler ile benzer sorunlar yaşamakla birlikte istihdam, eğitim ve hizmetlere erişimde daha fazla ayrımcılığa uğrama riski yüksektir, Suriyeli erkek işçiler küresel salgından önce asgari ücretin %95'ine karşılık gelen ücret kazanırken, Suriyeli kadın işçiler yalnızca %77'sini kazanmaktadır (ILO,2020). Mülteci kadınlar kayıt dışı çalışma ekonomisinde yer almaları, güvencesizlik, esnek çalışmanın çok yaygın olmasından dolayı işlerini kaybetme ve işsiz kalma oranları da artmış ve kadın emeğinin değersizleştirilmesi görünmez kılınması göçmen kadınlarda çok daha fazla olduğu görülmüştür (Kırkayak Kültür, 2020). Bundan dolayı emeklilik ve güvenceli bir gelecek mülteci kadınlar için çok zordur. Geçici işlerde çalışarak ve düşük ücret almaktadırlar. Türkiye'de, hükümet işçileri ve işverenleri korumak için kısa çalışma ödeneği (asgari ücretin %60'ına eşdeğer) için başvuru koşullarını hafifletmiştir. Ancak, mültecilerin neredeyse hepsi kayıt dışı çalıştığı için, bu desteği alamamışlardır.

06.12.2019 tarihinde "Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (YUKK) 89. Madde 3. Fıkra (a) bendinde yapılan değişiklikle, uluslararası koruma başvuru ve statü sahiplerinin sağlık sigortaları, 18 yaş üstü kayıttan bir yıl sonra kapatılmaya başlanmıştır. Bu kısıtlama, sadece özel ihtiyaç sahipleri ve bakanlık tarafından sigorta kaydının özel olarak devamı uygun görülenler için geçerli değildi. Dolayısıyla, hali hazırda çalışma izni alamayan, düzenli bir geliri bulunmayan pek çok sığınmacı ve mülteci için salgın Mart 2020'de baş gösterdiğinde sağlığa erişimleri bulunmamaktaydı. 13 Nisan 2020 tarihli ve 2399 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı ile covid-19 acil kategorisine alınarak ücretsiz olmuştur. Mülteciler genellikle mevcut mevzuat değişiklikleri bilmeleri daha zor olup böyle durumlarda reddedilme, ayrımcılığa uğrama ve korkulardan dolayı sağlığa erişemedikleri görülmüştür. Hastanelerin birçoğunun kaynaklarının pandemi ile mücadeleye yönlendirilmesi nedeniyle cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim olumsuz etkilenmiştir ve hizmetler verilememiştir. Sağlık alanında göçmen ve mülteci kadınlar için üreme sağlığı ve hakları

önemli ancak ilk konu üreme sağlığı oluyor, tek o dili kullanmak onlar için ayrımcılığa neden olabiliyor. Çünkü burada yaşlı, genç, evli, bekar gibi heterojen bakmak gerekiyor. Geçici korumada farklı illerde oldukları için bulunduğu il de sağlığa erişimi ücretli oldu, pandemi ile bu önemli bir sorun olmuştur.

İstanbul Sözleşmesine yapılan müdahaleler göçmen ve mülteci kadınların haklarına müdahale etmektedir. Türkiye'nin de taraf olduğu 01.08.2014 tarihinde yürürlüğe giren İstanbul Sözleşmesi toplumsal cinsiyete dayalı iltica talepleri ile ilgili madde 60 Mülteci Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi'nin 1A(2) maddesi çerçevesinde "Toplumsal Cinsiyete Dayalı Sığınmacı Başvurusu 'nu" ele almıştır (Baklacioğlu ve Kıvılcım, 2015:26-27). Bu doğrultuda İstanbul Sözleşmesi, taraflara toplumsal cinsiyete duyarlı sığınma usullere yönelik gerekli hukuki veya tedbirler alınmasını ayrıca bir veya birden fazla nedenle zulümden korktuğu durumlar da mülteci statüsü verilmesi gerektiğini belirtir. Madde 61'de de işkence, şiddet ve zulümden kaçan kişiyi geri göndermeme yönünden gerekli uygulamalarının yapılmasını talep etmektedir (İstanbul Sözleşmesi, 2014, Md. 60-61).

Sivil toplum kuruluşları pandeminin ilk üç ayında acil eylem planını uygulamakta geç kalmış ve dezavantajlı gruplara gerekli temel yardımları ulaştıramamışlardır. Yerelerde valilik bünyesinde dağıtılan gıda paketleri ise sadece Türkiye'li'lere dağıtılmış olup göçmen ve mülteci gruplara verilmediği görülmüştür. Mülteci kadınların homojen değil heterojen bir yapı olduğunu kabul etmek ve buna göre bir politika belirlemek gerekiyor. Türkiye'de böyle bir politika varmış gibi görünüyor, yok aslında. Kriz durumlarında en kırılgan grup olan göçmen ve mülteci kadınlar için kimseyi geride bırakmadan birlikte yaşam ve eşit sağlık hizmetleri ile sağlık hakkı tanımları önemli olmakta ve dayanışma modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

1- Bakkalcıoğlu, N.ve Kıvılcım, Z. (2015). Sürgünde Toplumsal Cinsiyet İstanbul'da Suriyeli Kadın ve LGBTİ Mülteciler, Derin Yayınları, İstanbul, ss.22-26

2- Geçici Koruma Yönetmeliği (2014, 22, Ekim). Resmi Gazete (Sayı: 29153).

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15.htm> (08.04.2021).

3- İstanbul Sözleşmesi, (2011, 11, Mayıs),

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308M1-1.pdf> Md. 60-61. (01.04.2021).

- 4- İzmir Mülteci Dayanışma Derneği (İZMDD), İzmir, 2020, *Covid-19 Pandemisinde Mülteci Kadınların Temel Haklara Erişimine İlişkin Araştırma Raporu*.
- 5- Kırkayak Kültür, Öznenin Sesi (2020). <http://www.kirkayak.org/publications/> (01.04.2021).
- 6- Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD- ASAM), Ankara, 2020, *COVID-19 Salgınının Türkiye’de Mülteciler Üzerindeki Etkilerinin Sektörel Analizi*.
- 7- T.C İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GiGM), 2021, <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> (04.04.2021)

GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ DENEYİM AKTARIMI

Aranızda olmak beni mutlu ediyor. 2015 yılında tek başıma geldim ve ailem Suriye’de kaldı. Birkaç ay çok zor oldu. Ben hızlı Türkçe öğrenmek için göçmen nüfusun az olduğu yerde yaşadım. Dil öğrendikten sonra hayat benim için daha kolay olmaya başladı. Daha az yabancı hissetmeye başladım. Tek başıma olduğum için zorluklar oldu. Ev tutmak, çalışmak, tek yaşamak ve ailemden uzak olmak ama daha zor hikayeleri olanlar var.

Göçmen Sağlığı Merkezi’nde çalıştığım için devamlı temas halindeyim ve yakından görebildim, onların hikayelerini sürekli duyuyorum. Okula gidemeyen çocuklar ve çalışmaya mecbur kalan çocuklar var, çok erken yaşta anne olanlar ya da daha önce eğitimi olmayan hiç iş hayatına dahil olmayan eşini savaşta kaybeden buraya gelip yabancı bir yerde çalışmaya mecbur kalan kadınlar var ve onlar çok zor şartlarda çalışıyor. Ya da emekli yaşlarda her şeyi kaybedip, birikimini de kaybedip burada sıfırdan başlayıp ve çalışmaya mecbur kalan, iş bulamayan insanlar var. Çok acı hikayeler var, onlardan ben her gün görüyorum ve ayrıca benim Türkçe öğrendiğim için hayatımı daha da kolaylaştırıyor ve şu anlamlarda kolaylaştırabilir. Çünkü ben derdimi anlatabiliyorum ya da biri bana bir şey söylediği zaman doğrusunu söyleyebiliyorum. Ama bazı mülteciler gerçekten dil bilmedikleri için bazı durumlarda çok zor durumda kalıyorlar. Özellikle ilk başta sosyal medyada çok yanlış haberler veriliyordu, “Suriyeliler çalışmadan burada yaşıyorsunuz”, “Bedava evlerde oturabiliyorsunuz”, “Sınava girmeden üniversiteye girebiliyorsunuz”. Bunların hepsi yanlış ama insan anlatmayınca böyle zor durumlarda kalabiliyor. Ayrıca benim için yani “Sen Suriyelilere benzemiyorsun” gibi iltifat olarak deniliyor ama beni çok üzüyor. “Senin gibi Suriyeliler olsun diğerleri gitsin” gibi şeyler maalesef bana bazen iltifat olarak söyleniyordu, aslında bunlar beni çok üzüyor ama aynı zamanda hayatımda en yakın arkadaşlarım var ve bana çok destek olan insanlarda oldu. Ben kendimi burada şanslı hissediyorum, mücadele ettim Türkçe öğrendim ama gerçekten burada çok dost kazandım. Bu yol boyunca bana destek olan çok oldu. Şimdi pandemiden bahsederseniz. Ben doktor olarak bizim için bir telaşa girdik çok stresli bir dönem oldu. Benim için burada tek başınayım ve pandemide daha çok tek başıma kaldım. Mesleğimden dolayı riskli bir grupta olduğum için ailemi göremedim, annemi de göremedim bu sene. Arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum, evlerine giremiyorum ya

da endişeleniyorum bir şey olursa ben temaslı bir insan olduğum için. Çok yakın bir arkadaşım kemoterapi görüyor ve ben onu hiç görmedim. Sürekli video ile konuşuyoruz, çünkü onun için ben korkuyorum yanına gidemiyorum. Öyle şeyler benim için zor oldu. Diğer kadın arkadaşlarım için daha fazla zorluklar var. Mesela anneleri için çocuklar evde kaldı, gelmeye mecbur kalıyor. Burada kimsesi yok. Çocuklar burada ve o işe gelmeye çalışıyor. Onlar için mesela çok zor. Hastalarımın bahsedersem pandemi döneminde tabiki mülteciler için çok daha zor bir dönem oldu. Kimsesiz ve sigortasız çalışan insanlar ve bunlar işi kaybedince hiçbir şeyi kalmadı. Ayrıca evde kal dediğimizde bazı mülteciler için küçük bir evde dört ya da beş aile olabiliyor ve bu beş aile evden çıkamayınca çok çok daha zor oluyor. Tabiki şiddet travmaları daha fazla oldu. Yaşlı hastalar için çok daha fazla oldu. Çünkü yaşlılar için derdini anlatamayan için zor oldu. Benim çalıştığım bölgede eğitim araştırma hastanesi vardı. Orası Covid servisi olduğu için diğer polikliniklerde kapandı. Benim bazı yaşlı hastalarım kardiyoloji, cildiye veya cerrahi muayene gerekiyordu onlar için ben sadece farklı bir ilçede randevu almaya çalıştığım için oraya gidemediler sanki farklı bir ülkeye gönderiyor gibi oldum. Özellikle yaşlı, kimsesiz olan ve çocuğu olmayanlar insanlar için çok zor oldu. Ben her gün bunları görüyorum. Evde kapanmak kolay değil. İş kaybetmek ya da böyle bir durumda mecbur kalmak hiç kolay olmadı onlar için. Benim çalışan arkadaşlarım oldu, ben başta filyasyon ekiplerine katılmadım yani ihtiyaç olmadığı için hemşireler alındı sadece bizim kurumdan. Şimdi haftaya katılmaya başlayacağım. Mesela benim dört tane hemşire arkadaşlarım var. Onlarda filyasyon ekiplerine çıktı. Pandemi başladığından beri orada çalışıyorlar. Gece gündüz tatil günlerinde de çalıştılar ama hiçbir hak kazanamadılar oradan. Aslında mesela en basit bir şey İl Sağlık Müdürlüğü'nden teşekkür belgeler geldi. Bütün çalışan filyasyon ekipleri içinde sadece o dört arkadaşım için gelmedi çünkü onlar bizim projede çalıştıkları için o ilçe sağlık müdürlüğü isimleri göndermedi. Bütün bu süreçte çalıştıklarında olmadı. Aslında her yerde bu öyle değil. Farklı ilçelerde çalışan arkadaşlarımız öyle bir ayrımcılık yaşamadılar. Maalesef bu müdüre bağlı oluyor. Benim arkadaşlarım böyle bir ayrımcılığa maruz kaldılar. Ek ödemelerde dahil onlarda öyle bir şey almadılar. Farklı ilçelerde oluyor bu daha kötü hissettiriyor insanı çünkü aslında ilçe onların isimlerini gönderebiliyordu ama göndermedi. Onları çok üzdü. Benim arkadaşlarımın Türkçesi çok iyi olmayabiliyor aksanı var ve anlaşılıyor Türk olmadığı. Bazı ev ziyaretleri olduğunda onları kabul etmediler. Hizmet almak istemediler "Siz Suriyelisiniz siz işinizi bilmiyorsunuz" "Siz buraya nasıl gönderiliyorsunuz" şeklinde oldu sonra ilçe sağlık müdürlüğünden gönderilen

hemşireler oldu. Başta bize sağlık çalışanı kimlik kartı vermediler, benim doktor olduğumu söyleyen bir kartım yok. Aynı zamanda ben ev ziyaretlerine gitmiyorum. Ev ziyaretlerine giden bazı arkadaşlarımdan kimlik istiyorlar biz bunları gösteremeyince sanki işini bilmeyen bir insan gibi oluyoruz. Kimlik kartları son 1-2 ay önce geldi. Göçmen sağlığı merkezleri çok iyi bir proje en azından dil derdini düşünmeden ulaşabiliyor. Ancak yine de bazen yeterli olmuyor.

PANDEMİDE LGBTİQ+'LAR NASIL ETKİLENDİ?

Filiz Ak

SARS-CoV-2'nin insandan insana temasla yayılmasıyla önce Çin'de başlayan COVID-19 salgının hızla diğer ülkelere de yayılması, 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü'nün kıtaları aşan salgın için pandemi durumu ilan etmesi ve 11 Mart'ta Türkiye'de tanı konmuş ilk olgunun varlığının açıklanması üzerinden bir yılı aşkın zaman geçti.

7 Mayıs 2021 tarihinde tüm dünyada virüse bağlı toplam ölüm 3.258.680, olgu sayısı 156.176.138 (1); Türkiye'de ise toplam kayıtlı ölüm 42.187, olgu sayısı 4.977.982 (2) olarak rapor edilmiştir. 140 ülkede biyolojik cinsiyete göre ayrıştırılmış verilere baktığımız zaman kadın ve erkek olguların oranı eşit görünmektedir. Cinsiyet, Toplumsal Cinsiyet ve COVID-19 Projesi için Küresel Sağlık 5050'nin topladığı cinsiyete göre ayrıştırılmış veriler önemli bir başvuru kaynağı oluşturmaktadır (3). Bu veriler toplandığı ülke sayılarıyla birlikte Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1

Verinin alındığı toplam ülke sayısı	Değişken	Cinsiyet (Sex) (Her 10 kadına karşılık gelen erkek sayısı)	
		Kadın	Erkek
16	Test	10	8
140	Olgu	10	10
26	Hastaneye Yatış	10	11
19	Yoğun Bakıma Alınış	10	18
107	Ölüm	10	13
95	Testle doğrulanmış olgularda ölüm	10	15
33	Aşılama	10	9

COVID-19'un bireylerde yol açtığı yıkımı etkileyen biyolojik, genetik, tıbbi etmenleri ve yıkımın organ sistemlerine göre klinik farklılıklarını inceleyen çok sayıda makale vardır. Tablo 1'deki cinsiyete göre ayrıştırılmış veriyi incelerken oranlar arasındaki farklılıkları cinsiyete ve biyolojik farklılıklara göre açıklamak yeterli değildir. Olguların cinsiyete göre oranları eşitken hastaneye yatış, yoğun bakıma alınış ve ölüm oranlarının erkeklerde yüksek olması sadece biyolojik farklılıklardan değil; alkol, sigara, hava kirliliği gibi risklere maruz kalmayı etkileyen toplumsal cinsiyet rollerinden; barınma, beslenme, yoksulluk, alışkanlıklar vb gibi sağlığın sosyal belirleyenlerinden ve tüm bu etmenlerin kesişimselliğinden kaynaklanmaktadır (3,4). Hem COVID-19'un farklı bireylerde doğrudan yol açtığı tıbbi etkileri hem de pandeminin neden olduğu sorunların toplumda ve bireylerdeki dolaylı etkilerini incelerken sağlığın sosyal belirleyenleri, toplumsal cinsiyet ve kesişimsellik merceklerini kullanmak gereklidir (4).

Toplumdaki kırılgan/dezavantajlı gruplarda hastalığın seyri ve sonuçları kadar, pandeminin yarattığı sosyal ve ekonomik koşulların sonuçları da ağır olmaktadır. Avrupa Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü (EIGE); dezavantajlı grupları “genel nüfustan daha fazla yoksulluk, sosyal dışlanma, ayrımcılık ve şiddet riski yaşayan kişilerden oluşan gruplar” olarak tanımlamaktadır (5). Dezavantajı belirleyen tematik başlıklar tek, birden fazla ya da çoklu olabilir. Bunların hiçbiri birbirinden bağımsız değildir. Bu nedenle bireyleri/grupları daha derin, çok katmanlı etkileyen kesişimsel dezavantajlılık durumundan söz etmek gerekir. Sağlığı etkileyen süreçler de bu çoklu eşitsizliklerden etkilenmektedir (4).

Lezbiyen, gey, biseksüel, transgender, quer interseks (LGBTQİ+) bireyler de hem sağlığın belirleyenleri hem cinsel yönelim ve/veya cinsiyet kimliği hem de farklı kırılganlıklar bağlamında karşılaştıkları kesişimsel ayrımcılık ve eşitsizlikler nedeniyle dezavantajlı durumdadırlar. Etnik köken, sınıf, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim nedeniyle sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar bakımından dezavantaja yol açan yapısal eşitsizlikler LGBTQİ+ toplulukları pandemi karşısında daha kırılgan hale getirmiştir.

Beyaz kadınların deneyimlerinin genellenmesi siyah kadınları dışarıda bırakırken, heteronormativite de LGBTQİ+ toplulukları dışarıda bırakan bir engel oluşturmaktadır (6,7). Crenshaw'un “kıyıdakilerin haritalanması” olarak ifade ettiği yaklaşımla (8) toplumsal

gruplara bakmak, görünmez olanları merkeze almak gereklidir. Bu mercekle, “kesişimsellik sağııkta eşitlik merceğı” olarak adlandırılmaktadır (7). Sağıığın sosyal belirleyenlerini çoklu kimliklerle ve durumlarla ele alma yöntemi olarak kesişimsellik, eşitsizlikleri yaratan derin bireysel, kurumsal, yapısal güç ilişkilerini de görmeyi sağıılayan bir mercektir (7).

COVID-19’a ait veriler ne yazık ki dezavantajlı koşulların sonuçlarını karşılaştırmaya olanak sağıılamamaktadır. Küresel Sağıık 5050’nin sayfasında da belirtildiğı gibi cinsiyete göre ayrıştırılmış veri cinsiyet kimliklerine göre ayrışmadığı için, COVID-19’un transgender ve kendini iki kutuplu cinsiyet sisteminde ifade etmeyen (non-binary) popölasyona etkilerini ortaya çıkarmak zorlaşmaktadır (3). Ancak yürütölen özgül araştırmalar bu konuda veri toplama olanağı sağıılayabilmekte, ikili cinsiyet sistemi üzerinden inşa edilen heteronormatif tıp uygulamaları bu konuda farkındalık oluşturmadağı için yürütölen klinik araştırmalar da toplumsal cinsiyete kör olduğı gibi LGBTQİ+’lara da kör olarak yürütölmektedir.

COVID-19’un ve pandeminin LGBTQİ+’lara etkilerini inceleyen uluslararası çalışmalar mevcuttur. Ölkemizde ise bazı LGBTQİ+ örgütlerinin pandemi ve LGBTQİ+ başlıklarını içeren araştırmaları ve raporları bulunmakta, pandeminin ruhsal etkilerini araştıran çalışmalar yürütölmekte; ama hastalığın klinik seyrini sağıığın sosyal belirleyenleri ve kesişimsellik bakış açısıyla karşılaştırmaya olanak sağıılayan çalışmalar bulunmamaktadır. Bu konuda yürötmekte olduğumuz bir çalışma henüz başında olduğı için bu sunumda paylaşılamamıştır.

LGBTQİ+lar dünyanın her yerinde cinsel yönelimleri, cinsiyet kimlikleri ve cinsiyet özellikleri nedeniyle insan hakları ihlallerine maruz bırakılmaktadır. İhlaller; ulus, ırk, etnik köken, yerlilik, dil, yaş, din, inanç, politik görüş, düşünce, engellilik, sağıık, ekonomik ve sosyal durum, göçmenlik/möltecilik veya insan hakları savunucusu olma gibi bileşenlerle kesişmekte, çok katmanlı olarak artmaktadır (9). LGBTQİ+lar, bu çoklu risk faktörlerine maruz kaldıkları için savunmasız/örselenebilir gruplar içinde kabul edilmektedir (10). Dünyanın pek çok ölkesinde pandemi dönemi, söz konusu eşitsizliklerin daha da artmasına neden olmuştur (10,11,12). Sağıık risklerinin artması, sağıık hizmetlerine erişim olanaklarının daha da azalması ve işsizliğın sağıık üzerine doğrudan ve dolaylı etkileri ana başlıklardır (10).

BM raporlarına göre, kentlerde kalabalık ve sağlıksız koşullarda yaşama zorunluluğu, barınma olanaklarından yoksun kalma, sosyal mesafe için koşulların uygun olmaması enfeksiyona maruz kalma açısından da riskleri artırmıştır (10). Eğlence sektöründe ya da seks işçisi olarak çalışan transların kapanma nedeniyle işsiz kalmaları (11) hem pandeminin yol açtığı ekonomik sonuçlardan biridir hem de çoklu kırılğanlığı artıran bir risktir. Dışlanma, ayrımcılık ve damgalanma korkusu sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller olmuştur (10). Oluşturulacak sağlık politikalarında çoklu ayrımcılığa maruz kalan ve sağlık hakkından mahrum bırakılan LGBTQİ+ grupları kapsayacak önlemler alınması gereklidir.

LGBTQİ popölasyonun kendi içindeki gruplara göre baktığımızda yaşlılar için yalnız yaşama, sosyal izolasyon, teknolojiyi yeterince kullanamama, sağlık hizmetine ulaşamama; gençler için çocuğunu kabul etmeyen aile ortamında kapalı kalma sonucu psikolojik stres ve şiddet, fiziksel şiddet; translar için sosyal izolasyon, işsizlik, evsizlik, sağlık güvencesi yokluğu, geçiş süreci hormonlarının alımında ve cerrahide aksamalar, kesintiler; HIV ile yaşayanlar için bağışıklık sisteminde zayıflığa bağlı COVID-19'a karşı kırılğanlığın artması, test, ilaç ve kontrol randevularında aksamalar pandeminin yol açtığı çoklu dezavantajlardır (13).

Pandemi günlerinde görünmez olan bir diğer grup ise mülteci LGBTİ+'lardır. HEVİ LGBTİ+ Derneği 'nin hazırladığı rapora göre; mülteci LGBTİ+'lar arasında psikolojik sorunları ve intihar girişimleri artmış, çalışabilecekleri tek alan olan kafeler kapanınca işten çıkarılmışlar, seks işçiliği yapanlar ve HIV ile enfekte olanlar bu durumdan daha çok etkilenmiştir. Evde kalma zorunluluğu yüzünden LGBTİ+ gençlerin ev içi şiddete ve istismara maruz kalması da derneğin raporunda yer alan sorunlardır.

Sunum için zaman kısıtlı olduğu için burada yer veremediğim LGBTQİ+ derneklerinin değerli raporlarını mutlaka okumak, bu örgütlerle LGBTQİ+'ların sağlık gereksinimleri ve sağlık hakkı için birlikte çözüm ve politika oluşturmak önemli adımlar olacaktır.

1. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2020. COVID-19 United States Cases by County. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 Bilgilendirme Sayfası. Genel Koronavirüs Tablosu. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
3. Global Health 50/50 (housed at University College London), the African Population and Health Research Center (APHRC) and the International Center for Research on Women (ICRW). The Sex, Gender and COVID-19 Project. <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/>
4. Ak F, Ungan M. Sağlığın Belirleyenleri, Toplumsal Cinsiyet ve Kesişimsellik Merceği ile COVID-19 Pandemisi ve Dezavantajlı/Kırılgan Gruplar. COVID-19, Genişletilmiş İkinci Baskı İçinde (Ed. Memikikoğlu O, Genç V. Ankara Üniversitesi Basımevi, 2021, Ankara. ISBN: 978-605-136-516-9
5. EIGE. (2020). Disadvantaged Groups. <https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1083>
6. Lynn C. Holley, Natasha S. Mendoza, Melissa M. Del-Colle & Marquita Lynette Bernard (2016) Heterosexism, racism, and mental illness discrimination: Experiences of people with mental health conditions and their families, Journal of Gay & Lesbian Social Services, 28:2, 93-116, DOI: 10.1080/10538720.2016.1155520
7. López, N., & Gadsden, V. L. (2016). Health inequities, social determinants, and intersectionality. Expert Voices in Health & Health Care, 1-15.
8. Crenshaw, K. W. (1994). Mapping the margins. In "The Public Nature of Private Violence" (Eds. Fineman, M. and Mykitiuk, R.) Routledge, Great Britain, 93-118.
9. Ak, F. (2019). Ekonomik Kriz/Krizler be LGBTİQ+ Bireyler. Toplum ve Hekim, 34(3), 229-240.
10. Suzanne B. Goldberg, COVID-19 and LGBT Rights, LAW IN THE TIME OF COVID-19, KATHARINA PISTOR, ED., COLUMBIA LAW SCHOOL, 2020 (2020). Available at: https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/2687
11. UN General Assembly. (2020). Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-

discrimination in this context, Balakrishnan Rajagopal COVID-19 and the right to adequate housing: impacts and the way forward. (A/75/148).27 July 2020.

<http://www.undocs.org/A/75/148>

12. Yasin, Y. (2020). Kırılgan Gruplar ve COVID-19; LGBTİ+. TTB COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu İçinde. Ankara, s. 437-

440 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part54.pdf

13. Fenway Institute. National LGBTQIA+ Health Education Center. The COVID-19 Pandemic: Supporting LGBTQIA+ Patients. 2021, USA

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖZELLEŞMİŞ İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI

Şevkat Bahar Özvarış

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) iş birliği ile yürütülmüştür.

ÖNE ÇIKAN ÖZET BULGULAR

Koronavirüs (COVID-19) pandemisi, sağlık sisteminin tüm bileşenlerini etkilemekle birlikte ön saflarda mücadele eden sağlık çalışanlarını daha da zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde küresel işgücünün %70'ini kadınlar oluştururken, kadın sağlık çalışanlarına yönelik toplumsal cinsiyet perspektifiyle yürütülen çalışmalar oldukça sınırlı kalmaktadır.

Bu araştırmada; COVID-19 pandemisi sürecinde Türkiye’de sağlık hizmeti vermekte olan kadın sağlık çalışanlarının özelleşmiş ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve toplumsal cinsiyete duyarlı perspektifle koruyucu ve önleyici sağlık politikalarının oluşturulması için öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada ülke genelinde herhangi bir sağlık kuruluşunda hizmet veren kadın sağlık çalışanlarına uzaktan erişim yolu ile uygulanan elektronik anket yolu ile ulaşılmıştır. Araştırmaya, farklı il, hizmet birimi ve mesleklerden **1082 kadın sağlık çalışanı** katılmıştır.

- **Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanların özellikleri;**

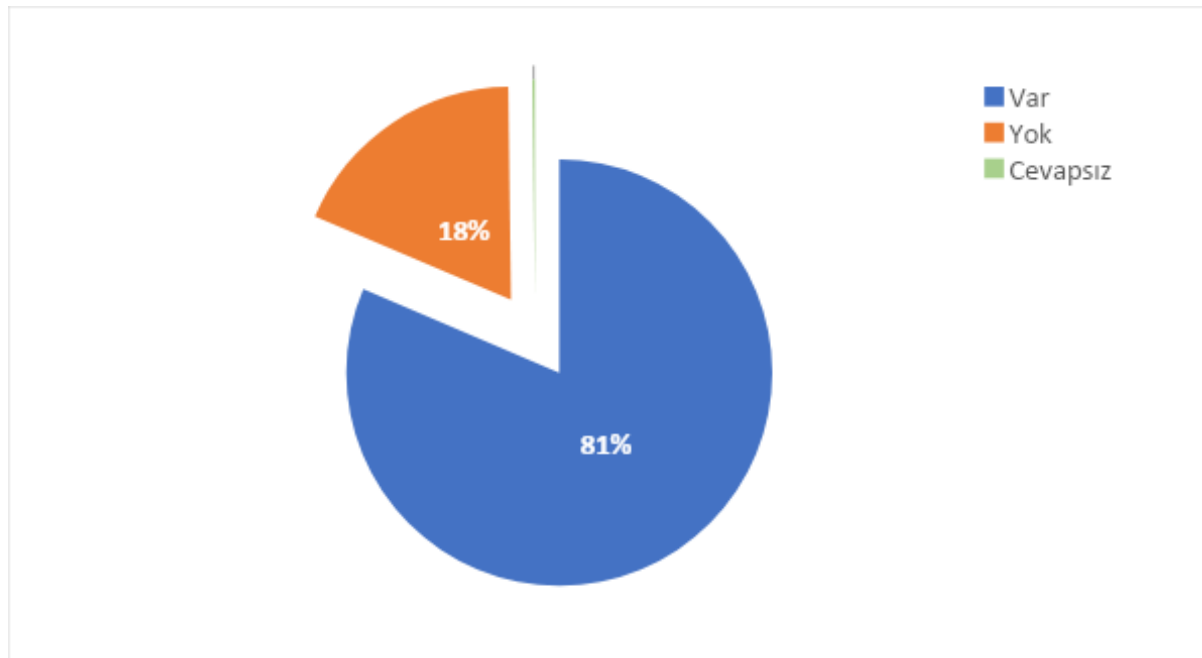
Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %28’i uzman hekim, %15’i akademisyen, %13’ü hemşire, %10’u pratisyen hekim ve %10’u asistan hekimdir. Bunların yanı sıra ebeler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, diş hekimleri, radyoloji/röntgen teknisyenleri, fizyoterapistler, idari görevlerde bulunanlar, sağlık memurları gibi çok geniş yelpazede sağlık çalışanları araştırmaya katılım sağlamıştır. Katılımcıların %81’i bir kamu kurumunda hizmet sunmakta olup çalışılan kurum ve kuruluşlar; “Birinci Basamak”

(%13), “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastane” (%31), “Üniversite Hastanesi” (%23), “Üniversite ve İdari Yapılar” (%18), “Özel Hastane, Tıp Merkezi ve Muayenehane” (%10) ve “İş yeri ve Kurum Hekimliği” (%5) olmak üzere geniş bir spektrumdadır. Çalışılan birimler de ayakta tanı/tedavi (poliklinik), yataklı servis/klinik, temaslı takibi/filyasyon, görüntüleme hizmetleri, yönetim/ıdari işler vb. olarak çeşitlilik göstermektedir.

- **Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının;**
 - %65’i 45 yaş altında (Ort. yaş 39.8 ±10.2; Min-Max.=21.0-70.0)
 - %65’i evli
 - %62’si çocuk sahibi
 - %54’ünün bakımından sorumlu olduğu herhangi bir kişi var
 - %98’i pandemi sürecinde evinde kalıyor.
- **Çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı (%48) COVID-19 biriminde çalışmış ve üçte biri (%28) araştırmanın yapıldığı tarihten önce COVID-19 tanısı almıştır.**
 - COVID-19 tanısı açısından COVID-19 hizmet biriminde çalışma durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır.
 - Çalışanların %39’unun yaşadığı evde COVID-19 açısından riskli grupta olan kişi bulunmaktadır. Bunun yanısıra, %71’inin çalışma arkadaşının COVID-19 tanısı almış olması, sağlık çalışanları arasındaki bulaş riskini ortaya koymakta ve sağlık çalışanlarının kaygılarını doğrulamaktadır.
 - **Hekimler en fazla COVID-19 tanısı alan meslek grubu** olarak ortaya çıkmaktadır.
 - Pandemi sürecinde **en çok COVID-19 tanısı alanlar** ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde (%9) görev yapan kadın sağlık çalışanlarıdır.
- **Araştırma sonuçları, bilgi ve eğitim eksiklerini ortaya koymaktadır.**
 - Katılımcıların bilgiye erişimde en fazla başvurdukları kaynak Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan kaynaklardır (%61). Bunu %55 ile bilimsel kaynaklar, %49 ile meslek örgütleri tarafından hazırlanan kaynaklar, %48 ile sosyal medya/

internet izlemektedir. Bilgiye erişimde en az kullanılan kaynak %23 ile televizyon olarak ifade edilmiştir.

- Katılımcıların %64'ünün COVID-19 pandemisine ilişkin verilen bir eğitime katılmadığı görülmektedir. En fazla katılınan eğitim başlıkları, “COVID-19’da bulaşma” (%87), “COVID-19’dan korunma” (%85), “COVID-19’un klinik belirtileri” (%83) ve “kişisel koruyucu malzeme ve ekipmanların kullanımı”dır (%76).
- “Pandemi sürecinde üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri (güvenli annelik dahil)” (%11) ve “pandemi sürecinde toplumsal cinsiyete dayalı şiddet” (%11) konularında ise eğitim açığı göze çarpmaktadır.
- Katılımcıların %81’inin bilgi ihtiyacı olduğu görülmektedir (Şekil 1). “Pandemi sürecinde ruh sağlığının korunması” (%69) katılımcıların en yoğun bilgi gereksinimi hissettiği başlık iken, “özellikli gruplara yaklaşım” (%48), “pandemi sürecindeki riskler” (%38), “diğer kurum ve kuruluşlara yönlendirme” (%36) ve “COVID-19 şüphesi ile başvurana yaklaşım” (%34) bilgi ihtiyacı konusunda belirtilen diğer konu başlıkları olmuştur.



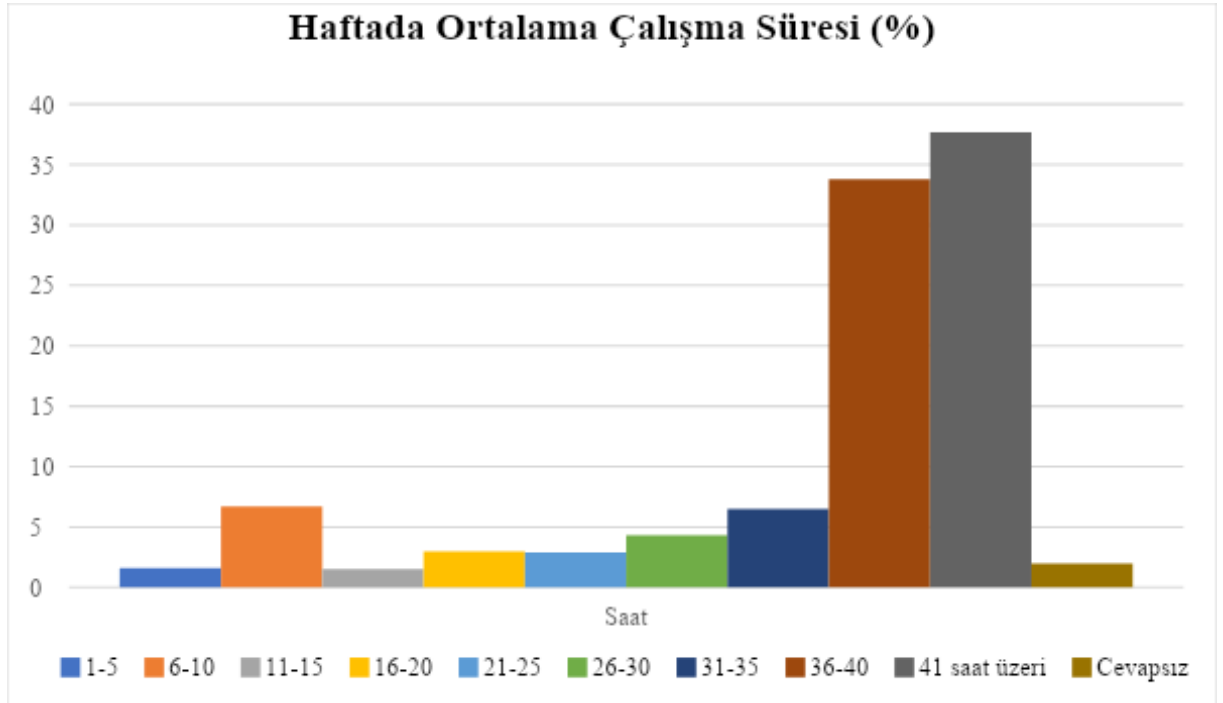
Şekil 1. Araştırmaya katılanların pandemi sürecinde herhangi bir konuda bilgiye ihtiyaçları olma durumlarının yüzde dağılımı

- ***Kadın sağlık çalışanları, kaygılı olduklarını belirtmekle beraber kaygılarının azaltılması yönünde sağlanabilecek desteklere yönelik önerilerde bulunmaktadır.***

- Katılımcıların %94'ü COVID-19 pandemisi süresince kendilerini kaygılı hissetmektedir.
- Pandemi sürecinde **kendisini en fazla kaygılı hisseden meslek grupları hekimler ve hemşire/ebelerdir.**
- Çalışılan kuruma göre incelendiğinde, kendisini **en çok kaygılı hisseden gruplar, birinci basamakta görev yapan kadın sağlık çalışanları (%97), üniversite hastanelerinde (%95) ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışanlar (%94)** olarak saptanmıştır.
- Virüsü ailelerine ve yakın çevrelerine bulaştırmanın (%91) en yüksek oranda kaygıya neden olduğu ortaya çıkarken, daha sonra sırasıyla "COVID-19 pozitif olmak/sürekli enfeksiyon riski altında olmak" (%79), "yaşanılan durumun belirsizliği" (%78) ve "insanların yeterince önlem almadığının düşünülmesi" (%77) katılımcılar tarafından kaygı nedenleri olarak belirtilmiştir. Çok önemli bir kaygı nedeni ise, katılımcıların %30'u tarafından belirtilen "hizmet alanlar veya onların aileleri tarafından şiddete uğrama düşünçesi"dir.
- Kaygıların azaltılması açısından kadın sağlık çalışanlarının öncelediği başlıklar ekonomik destek (%63), psikososyal destek (%62), çalışma saatlerinin azaltılması (%58), işyerinde çalışma organizasyonunun daha iyi yapılması (%49) ve işyerinde sorunların kolaylıkla ulaştırılabileceği bir sistemin kurulmasıdır (%44).
- Kadın sağlık çalışanlarının %34'ü ailelerine ilişkin yetersiz kaldıkları zamanlarda destek sağlanması gerektiğini düşünürken, yine aynı yüzdede katılımcı süpervizyon (deneyimli bir uzmandan destek almak) ihtiyacını belirtmiştir.

- **Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının karşılanamayan gereksinimlerini ortaya koymaktadır.** Katılımcıların %92'si COVID-19 pandemi süresince gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını belirtmiştir. Gereksinimler, harcanan emeği karşılayan bir gelirlerinin olmaması (%74), kendi bireysel sağlık kontrollerinin yapılamıyor olması (%49), kişisel koruyucu donanım malzemelerinin yetersiz olması (%43) ve psikososyal destek/özbakım ihtiyacı (%40) olarak somutlaşmıştır.
 - Araştırmaya katılanlar meslek gruplarına göre, hekimler, hemşire/ebeler, akademisyenler ve diğer sağlık çalışanları olarak gruplandırılarak değerlendirildiğinde; tüm meslek gruplarında **harcadıkları emeği karşılayan bir gelirlerinin olmaması** en çok ifade edilen karşılanamayan gereksinim olarak saptanmıştır.
- **COVID-19 pandemisi, sağlık çalışanlarının işyerlerindeki ve çalışma yaşamı dışındaki yüklerinin artmasına neden olmuştur ve bu konuda destek ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.**
 - Araştırmaya katılanların haftada ortalama çalışma süreleri değerlendirildiğinde, pandemi sürecinde, katılımcıların %38'inin 41 saat ve üzeri, %34'ünün ise 36 ila 40 saat arası çalıştığı görülmektedir (Şekil 2).
 - **40 saat ve üzeri çalışma en fazla hemşire/ebelerde,** daha sonra ise **hekimlerde** görülmektedir.
 - **COVID-19 biriminde çalışanlarda haftada 40 saat ve üzeri çalışma** diğer birimlerde çalışanlara göre **daha fazladır.**
 - İş yoğunluğuna bağlı olarak **daha fazla mesai de en çok özel hastane/tıp merkezi/muayenehanede** (%58), **üniversite hastanelerinde** (%42) ve **Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışanlarda** (%40) saptanmıştır.
 - Katılımcıların %61'i, eskiye oranla hem işyerinde hem de işyeri dışındaki yaşantısında **daha fazla yorulduğunu** belirtmiştir.
 - Kadın sağlık çalışanlarının %69'u **ev işleri/özel yaşam ile çalışma yaşamı arasında kaldığını,** %64'ü ise iş dışındaki yaşantısına ilişkin bir desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir.
 - **COVID-19 biriminde görev yapan kadın sağlık çalışanlarının,** diğerlerinden daha fazla **ev işleri/özel yaşam ile çalışma yaşamı arasında bölünme yaşadıkları** görülmektedir.

- **Ev işleri/özel yaşam ile çalışma yaşamı arasında kalma** ve iş dışındaki sorumluluklarını yerine getirmediklerinde **erkeklere kıyasla daha olumsuz tepkilerle karşılaşma en fazla hekimler**, en az akademisyenler tarafından ifade edilmiştir.
- **Özel yaşamları ile iş yaşamları arasında kaldığını en çok ifade eden gruplar birinci basamakta çalışanlar (%82), Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde (%72) ve üniversite hastanelerinde çalışanlar (%68) olmuştur.**
- **Kadın olmaktan kaynaklanan olumsuzluğa maruz kalma en fazla hemşire/ebeler**, en az akademisyenler tarafından ifade edilmiştir.
- Bulgular, **COVID-19 hizmet birimlerinde çalışanlarda** alınan kararlarda **kadınların görüşlerinin dikkate alınmama oranının daha yüksek olduğunu** göstermektedir.
- Psikososyal destek (%72), çamaşır, temizlik ve yemek gibi ev işlerinde destek (%58), çocukların bakımında destek (%37) ve alışveriş yapmak konusunda destek (%26) öne çıkan ihtiyaçlardır.



Şekil 2. Araştırmaya katılanların COVID-19 hizmet biriminde haftalık çalışma sürelerinin yüzde dağılımı

- ***Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerine gereksinim ve bu konudaki bilgi açığı bulgularla desteklenmiştir.***

- Katılımcıların %59'u, pandemi öncesinde, ya çalıştıkları kurumda CSÜS hizmetlerinin sunulmadığını ya da bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmektedir.
- Pandemi öncesinde CSÜS hizmetleri içerisinde en düşük oranda sunulan hizmetler, gençlerin CSÜS hizmetleri (%29) ve isteğe bağlı düşük hizmetleridir (%19).
- Katılımcıların %26'sı pandemi sürecinde CSÜS hizmetlerinin kesintiye uğradığını belirtmişlerdir.
- Varolan ve pandemi süresince sunulduğu bilinen CSÜS hizmetleri içerisinde infertilite (%8), prenatal ve postnatal bakım hizmetleri (%7) ve isteğe bağlı düşük hizmetleri (%5) en az sunulan hizmetler olarak belirtilmiştir.

- ***Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet hizmetlerine gereksinim ve bu konudaki bilgi açığı bulgularla desteklenmiştir.***

- Katılımcıların yalnızca %8'i çalıştıkları kuruma şiddete uğradığı için başvuran kadın olduğunu belirtmiş, %46'sı ise şiddete maruz bırakılma sonucunda kurumlarına yapılan başvurulara ilişkin herhangi bir bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir.
- Şiddete uğradığı için kuruma başvuran kadınların %40'ı bir zorluk yaşamıştır. Bu zorluklar, başvuran kişinin hukuki gereksiniminin karşılanamaması, başvuran kişinin hizmet almak üzere başka kuruma yönlendirilememesi, konuya ilişkin hizmet veren personelin bilgisinin yeterli olmaması ve başvuran kişinin çocuklarına yönelik planlamada sorun yaşanması (sırasıyla %44, %44, %36, %36) olarak belirtilmiştir.

- **Araştırmada, kamu kurumlarında çalışmak daha avantajlı olarak nitelendirilmiştir.**
 - Katılımcıların %55'i, kamu ve özel sektör arasında kadın sağlık çalışanlarının yaşadığı eşitsizlikler açısından bir fark bulunduğunu ifade etmiştir. Kamuda özlük haklarının daha iyi olması (%65), kamuda güvencenin daha fazla olması (%54) ve iş yükünün özel sektörde daha fazla olması (%47) başlıca belirtilen eşitsizlik alanlarıdır.
- **Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanları, “yalnız yaşamak” ve “evli olmak” ile, “bakımından sorumlu olduğu kişi bulunması ve bulunmaması” bağlamında ele alınarak özel yaşamlarındaki sorumluluklara göre değerlendirildiğinde;**
 - Pandemi sürecinde kendisini **en kaygılı hisseden grubun yalnız yaşayan ve bakımından sorumlu kişi bulunanlar** (%96) olduğu görülmektedir.
 - Yalnız yaşayan ve bakımından sorumlu kişi bulunmayanlar, kendisini **en az kaygılı hisseden** (%91) gruptur; aynı zamanda **en az ev işleri/özel yaşam ile çalışma yaşamı arasında kaldıklarını** (%61) ifade eden ve **özel yaşamlarında desteğe en az ihtiyaç duyanlar** (%48) da bu gruptur.
 - Buna paralel olarak, evli ve bakımından sorumlu kişi bulunanlar **en fazla yeterince karşılanamayan gereksinimi olduğunu** (%10) ifade edenlerdir. Buradan yola çıkarak, evli olma ve belirli kişilere karşı sorumluluk yüklenmenin, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının daha yüksek oranda kaygı yaşamalarına neden olduğu söylenebilir.
 - Araştırmanın önemli bulgularından birisi de, bakımından sorumlu olunan kişi olmasından bağımsız olarak, **yalnız yaşayan kadın sağlık çalışanlarının** diğerlerine göre **en fazla** (%57), **çalıştıkları birimde kadın olmaktan kaynaklanan bir olumsuzluğa maruz kaldıklarını** belirtmeleridir.
- **Kadın sağlık çalışanlarının koşulların iyileştirilmesine yönelik önerileri olmuştur;**

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının önerilerinin başında **ücretlerin iyileştirilmesi (%75), çalışma saatlerinin azaltılması (%71), meslek örgütlerinin daha etkin olması (%53), yaşanan olumsuzlukların iletilebileceği bir mekanizmanın oluşturulması (%52), menstrüasyon dönemlerinde izin konusunda kolaylık sağlanması (%49) ve işyerinde dinlenmek için kadın dostu alanların oluşturulması (%48)** gelmektedir. Bunlara ek olarak; beslenme olanaklarının iyileştirilmesi (%46), sendikaların daha aktif çalışması (%45), kararlarda kadın sağlık çalışanlarının katılımcı olacağı bir sistem kurgulanması (%45), farklı mesleklerden kadın sağlık çalışanları arasında bir dayanışma ağı oluşturulması (%43) ve işyerinde yaşanan şiddeti engelleyecek yeterlikte önlemler alınması (%40) da katılımcılar tarafından belirtilen önerilerdendir.

Araştırmada son söz olarak kendi ifadeleri ile aşağıdakileri belirtmişlerdir:

“Erkeklerin rollerine ilişkin farkındalıklarını arttırıcı ve erkekleri toplumsal cinsiyet eşitliğini destekler şekilde ev, çocuk vb. bakım sürecine dahil eden girişimlerin artırılması, medya ile toplum tabanında etki yaratılması güzel olur.”

“Akıl, bilim, emek ve insanın öne çıkacağı bir yönetim....”

“Çalışmak istemiyorum.
Çocuğuma sarılmayı çok

“Çok yorgunum.”

“Pandemi sürecinde psikolojik, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk, kaygı, kısıtlanmışlık duygusu, yaptığımız işin kıymetinin bilinmemesi gibi birçok olumsuz duvğu

“Duygularımı anlatma fırsatı verildiği için teşekkürler...”

“İhtiyaç duyan sağlık çalışanlarının çocukları ya da ebeveynlerinin açık havada zaman geçirmesine eşlik edecek gençlerin olduğu bir mekanizma kurulması. Günde bir saat iki saat gibi sürelerle eşlikçiler olması evde bunalan ve çocuk ve yaşlıları rahatlatır.

<http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/KadinSaglikCalisanlariCOVID19-SONRapor.pdf>