

Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiyede CSÜS Hizmetleri İzleme Raporu

Hazırlayan

Doç. Dr. Volkan Yılmaz, Boğaziçi Üniversitesi

Proje Yürütücüsü

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu adına

Türkiye Aile Sağlığı Planlaması Vakfı



“Bu yayın, Etkiniz AB Programı kapsamında Avrupa Birliği finansal desteği ile üretilmiştir. Bu yayının içeriğinden yalnızca Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu sorumludur ve hiçbir şekilde Avrupa Birliği’nin görüşlerini yansıtmamaktadır”

İçindekiler

Kısaltmalar 1

Giriş: Pandemide Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri2

Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Yönelik İhtiyaç11

İzleme Yöntemi14

Pandemi Öncesinde Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Görünümü18

Anne sağlığı hizmetleri19

Kontrasepsiyon ve aile planlaması21

Cinsel sağlık ve esenlik32

Pandemi Döneminde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Durumu35

Anne sağlığı hizmetleri36

Kontrasepsiyon ve aile planlaması41

Cinsel sağlık ve esenlik46

Sonuç ve Öneriler51

Genel sonuç ve öneriler51

Pandemi dönemine ilişkin sonuç ve öneriler53

Kaynakça57

Kısaltmalar

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi
AP	Aile Planlaması
ARV	Antiretroviral
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler
CDC	American Centers for Disease Control and Prevention (Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CİMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
CSÜS	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
ÇEKÜS	Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi
EPF	European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (Cinsel ve Üreme Hakları için Avrupa Parlamenter Forumu)
GDTM	Gönüllü Test ve Danışmanlık Merkezi
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ILO	International Labor Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
IPPF EN	International Planned Parenthood Federation – European Network (Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu – Avrupa Ağı)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
RIA	Rahim İçi Araç
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
SKA	Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları

STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TAPV	Türkiye Aile Planlaması Vakfı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UNFPA	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
UNHCR	United Nations Refugee Agency (Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü)
ÜSBEM	Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Giriş: Pandemide Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetleri kişilerin temel insan hak ve hürriyetlerini kullanabilmelerini sağlayan en önemli araçlardan biri. CSÜS’ün insan hakları çerçevesinde düşünölmeye başlanılması 1970’lerin sonunda ortaya çıkan ve nihayet 1994 yılında Kahire’de gerçekleşen Birleşmiş Milletler (BM) Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’yla mümkün oldu (IPPF’in 1995 yılında yayınladığı Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi’nin Türkçe çevirisi için bkz. (TAPV, 1997)). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) CSÜS haklarını tüm insanların zorlama, ayrımcılık ve şiddete maruz kalmaksızın en yüksek standartta cinsel sağlığa ve üreme sağlığına ulaşma hakkı şeklinde tanımlıyor. WHO’ya (2002) göre bu haklar şunları kapsıyor:

- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi,
- Cinselliğe ve üremeye ilişkin bilgi talep etmeyi ve bu bilgiyi edinmeyi,
- Cinsellik ve üreme sağlığı eğitimini, bedensel bütönlüğe saygıyı,
- Eşini/partnerini seçmeyi,
- Cinsel olarak aktif olma ya da olmama kararını vermeyi,
- Rızaya bağlı cinsel ilişkileri,
- Rızaya bağlı evliliği,
- Çocuk sahibi olma ya da olmama (bundan sonra, ebeveyn olma) kararını vermeyi,
- Ebeveyn olmak istediği takdirde çocuk sayısına ilişkin kararını vermeyi,
- Tatmin edici ve güvenli bir cinsel hayat sürdürmeyi.

Her ne kadar son yıllarda dünyanın birçok ülkesinde görölen CSÜS haklarına ilişkin bir kesimin siyasi karşı çıkışı bu hakları belirli türde bir yaşam tarzının insanlığa dayatılması şeklinde çerçevelemeye çalışsa da, aslında CSÜS hakları her kişinin cinselliğe ve üremeye ilişkin kendi kararını, yeterli bilgiye sahip ve özgür bir biçimde vermesini hedefleyen bir yaklaşım sunuyor ve tüm kararları kişilerin takdirine bırakıyor. Bu anlamda, CSÜS hakları zorlayıcı bir müdahale çerçevesi değil, aksine kişilerin kararlarını her türlü zorlayıcı çerçevenin etkisinden azade bir biçimde almalarını teşvik ediyor.

Bu yaklaşımdan hareketle CSÜS hizmetlerine erişim Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının (SKA) 5.si olan Toplumsal Cinsiyet Eşitliği’nin alt amaçlarından biri olarak şu şekilde tanımlanıyor:

“Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı, Pekin Eylem Platformu ve bunların gözden geçirme konferansları sonucunda ortaya çıkan konferans çıktılarına uygun olarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarına evrensel erişimin sağlanması.” (Küresel Amaçlar, 2020).

Bu amaca ne ölçüde ulaşıldığını ölçmeye yönelik iki SKA göstergesi ise şu şekilde geliştiriliyor:

“1) Gebelik önleyici uygulamaların kullanımı, cinsel ilişkileri ve üreme sağlığına ilişkin kendi bilinçli kararlarını veren 15-49 yaş kadınların oranı ve 2) 15-49 yaş kadınlara cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi ve eğitime erişimi kanun ve yönetmeliklerle garanti eden ülkelerin sayısı” (Küresel Amaçlar, 2020).

BM ve BM kuruluşlarının oluşturdukları bu göstergeler her ne kadar ülkeleri kıyaslamak için çok önemli birer referans noktası oluştursalar da, bu göstergeleri besleyen veriler esasında ölçülmek istenen hususları ölçme konusunda geçerliliği kısıtlı iki yöntemle gerçekleştiriliyor: anket araştırması ve mevzuat taraması. Fakat bu yöntemler kişilerin kamuoyu anketlerinde neye dayanarak “kendi bilinçli kararlarını verdiklerini” belirttiklerini ve yasal çerçevenin ne ölçüde hayata yansıdığını ortaya koymakta yetersiz kalabilirler. Bu nedenle, elinizdeki rapor gibi ülkelerdeki uygulamayı, özellikle de hizmet sunanların gözünden inceleyen izleme raporları bu tür göstergelerin ötesine geçen derinlikte değerlendirmeler sunabilirler.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA, 2020a) ülkelerin CSÜS hizmetlerine evrensel erişimi ne ölçüde sağladığını ölçmeyi hedefleyen ve yukarıda sözü edilen ikinci göstergelyi 4 başlık altında ve 13 bileşen temelinde detaylandırıyor. Bu bileşenler CSÜS hizmetlerinde dikkate alınması gereken hususları göstermesi açısından bizlere faydalı bir rehber sunuyor:

Anne Sağlığı Hizmetleri:

- 1) Gebelik hizmetleri,
- 2) Hayat kurtaran ürünler,¹
- 3) İstemli gebelik sonlandırmanın yasal statüsü,
- 4) Düşük sonrası bakım,

Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması:

- 5) Kontrasepsiyon,
- 6) Kontraseptif hizmetlerde rıza,
- 7) Acil kontrasepsiyon,

1. BM hayat kurtaran 13 ürünün dünya çapında erişilebilir hale getirilmesini öneriyor. Bu ürünler şöyle: 1) Anne sağlığı ürünleri: Oxytocin, misoprostol, magnesium sulfat; 2) Yeni doğan sağlığı ürünleri: Enjekte edilebilir antibiyotikler, antenatal corticosteroids, chlorhexidine, resuscitation araçları; 3) Çocuk sağlığı ürünleri: Amoxicillin, oral rehydration salts, zinc; 4) Üreme sağlığı ürünleri: Kadın kondomu, gebelik önleyici implantlar, acil kontrasepsiyon (BM, 2012).

Kapsamlı Cinsellik Eğitimi ve Bilgilendirmesi:

- 8) Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgilerinin yasal çerçevesi,
- 9) Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgileri müfredatı,

Cinsel Sağlık ve Esenlik:

- 10) HIV tanı ve danışmanlığı,
- 11) HIV tedavi ve bakımı,
- 12) HIV’le yaşayan kadın ve erkeklerin sağlık bilgilerinin mahremiyeti,
- 13) HPV aşısı.

Pandemi öncesinde ülkemizin CSÜS hizmetleri alanındaki genel görünümüne ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapmamıza olanak sağlayacak bilimsel çalışmalar epeyce kısıtlıydı. Fakat bu çalışmanın ilk bölümünde incelendiği kadarıyla ülkemizde CSÜS hizmetleri pandemi öncesinde parçalı ve dağınık bir yapı arz ediyordu. Örneğin bir yandan paydaşların değerli katkılarıyla oluşturulan Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024) yayınlanırken (Sağlık Bakanlığı, 2019), diğer yandan CSÜS alanında koruyucu ve önleyici adımların atılmasında epeyce çekingen davranılıyordu. Dünyanın birçok ülkesindekine benzer bir biçimde ülkemizde de CSÜS alanı bilimsel çerçeveden bakıldığında anlaşılması zor bir siyasi polarizasyon konusu haline getirilmeye başlanmıştı.

COVID-19 pandemisi hem dünyayı hem de ülkemizi böyle bir bağlamda yakaladı. Pandemi kapsamı ve etkileri bakımından dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük pandemilerden biri konumunda. WHO’nun verdiği bilgiye göre ilk COVID-19 vakası 31 Aralık 2019’da Çin’in Wuhan eyaletinde tespit edildi ve 30 Ocak 2020’de WHO tarafından Küresel Acil Durum ilan edildi (2020, Nisan 9). Özellikle 2020 yılının Mart ayından itibaren birçok ülke virüsün yayılma hızını kontrol altına almak için sokağa çıkma yasağı, işletme ve okulların kapatılması, seyahat yasağı vb. önlemlerden oluşan sosyal mesafe önlemlerini yürürlüğe koydu (ILO, 2020). 15 Haziran 2020 itibarıyla küresel çapta WHO’ya bildirilmiş 8 milyona yakın doğrulanmış vaka ve 500 bine yakın pandemiye bağlı ölüm bulunmaktaydı (WHO, 2020, Haziran 15).

Pandeminin halk sağlığına verdiği doğrudan zararlar ve sosyoekonomik açıdan yarattığı yıkıcı etkiler sadece bunlarla da sınırlı kalmadı. Ülkelerin pandemi sürecinde diğer önemli sağlık hizmetlerine erişimi garanti etmeye yönelik hazırlıksızlıkları doğrudan pandeminin kendisinden kaynaklanan etkilere kaçınılmaz bir şekilde yeni bir katman daha ekledi. Bu rapor da pandemi sürecinin henüz açığa çıkmamış bu türden ve CSÜS hizmetleri çerçevesindeki etkilerine yönelik bir inceleme niteliğinde.

Henüz pandemi dünyayı etkisi altına almamışken Birleşmiş Milletler Mülteciler Örgütü (UNHCR, 2011) kriz durumlarında üreme sağlığında asgari başlangıç hizmet paketi tanımlıyor ve CSÜS hizmetlerinin mutlaka krizle mücadele stratejilerine eklenmesi gerektiğinin altını çiziyordu. Benzer bir biçimde WHO (2012) ulusal afetle mücadele stratejilerinde CSÜS hizmetlerinin mutlaka yer alması gerektiğini salık veriyordu. WHO afet döneminde CSÜS hizmetlerinin idaresinde şu önceliklerin esas alınmasını öneriyordu:

1. Ulusal ve yerel düzeydeki çok sektörlü risk yönetimi politika ve planlarına CSÜS’ü dâhil et.
2. Sağlık riski tespit çalışmalarına CSÜS’ü dâhil et ve topluma, kırılgan gruplara erken uyarılar gönder.
3. CSÜS alanındaki risklere ilişkin bir öğrenme ve farkındalık ortamı yarat.
4. CSÜS hizmetlerini kapsayan, güçlü birinci basamak ve koruyucu, önleyici sağlık hizmet sunumu yoluyla riski tüm toplum ve kırılgan gruplar için azalt.
5. Mevcut CSÜS hizmetlerini krizin etkisiyle baş edecek, kriz koşullarına uyum sağlayacak, krizle mücadele edecek ve kriz sonrasında toparlanacak şekilde hazırla (WHO, 2012).

UNFPA’nın verdiği bilgiye göre pandemi “şimdiden, hayat kurtaran cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde ciddi aksaklıklara yol açmış” (UNFPA, 2020b) görünüyor. Pandemi sebebiyle birçok ülkenin hastanelerinde oluşan yoğunluğun ve sağlık hizmetlerine yönelik bütçelerin ve insan kaynaklarının önemli bir kısmının pandemiyle mücadeleye yönlendirilmesinin CSÜS alanında hizmet kapasitesinin önemli ölçüde düşmesine sebep olduğuna işaret ediliyor (UNFPA, 2020b). UNFPA bu düşüşten en çok sağlık sistemleri zayıf ve düşük gelirli ülkelerin olumsuz etkilendiğini belirtiyor (UNFPA, 2020b).

Harcamalar, hizmet ve insan kaynağı kapasitesinin önemli bir bölümünün pandemiyle mücadeleye yönlendirilmesine ek olarak, pandemiyle mücadele kapsamında yürürlüğe konan seyahat kısıtlamaları ve sokağa çıkma yasağı gibi önlemlerin CSÜS’e ihtiyaç duyan kişilerin hizmetlere erişimleri planlanmadan uygulanmasının, aile planlaması (AP) hizmetleri, doğum öncesi, sonrası ve sonrasında verilen sağlık bakım hizmetleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) yönelik tanılama ve enfekte kişilere yönelik ilaç ve tedavi hizmetlerine erişimde ciddi sorunlar meydana getirdiği bildiriliyor (UNFPA, 2020b). UNFPA yine aynı sebeplerle CSÜS alanında kullanılan önemli medikal ürünlerin üretimini yapan bazı fabrikaların kapandığını ve küresel ve yerel tedarik zincirlerinde meydana gelen kopmalar nedeniyle HIV’le yaşayanların ve hamile kadınların kullandığı yaşamsal önem taşıyan birtakım ilaçlara ve kontraseptiflere erişimin oldukça güçleştiğine işaret ediyor (UNFPA, 2020b). Kurum bu aksamaların CSÜS alanında hem toplum içi hem de toplumlar arası hâlihazırda var olan eşitsizliklerin derinleşmesine yol açmış ve bu aksamalardan en önce ve en olumsuz etkilenen toplumsal grupların kırılgan gruplar (kadınlar, kız çocukları, HIV’le yaşayanlar vb.) olduğunun altını çiziyor (UNFPA, 2020b).

AP hizmetleri kontraseptiflerin sağlanması, güvenli istemli gebelik sonlandırma ve danışmanlık gibi hizmetleri içerir. AP danışmanlığının istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek için en etkin araçlardan biri olduğu biliniyor (WHO, 2020, Nisan 6). Çünkü bu hizmetler sayesinde istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi ile bu gebeliklerin kadınların sağlığı üzerinde yaratacağı muhtemel olumsuz etkileri yok etmek, yasadışı ve sağlıksız koşullarda yapılan kürtajların önüne geçmek ve anne ölümlerini engellemek mümkün oluyor (WHO, 2020, Nisan 6). Bunun yanı sıra, istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi, pandemi sebebiyle kapasite aşımı tehlikesi ile karşı karşıya kalan sağlık kuruluşlarının ek bir hizmet yükünden de kurtarılması anlamına geliyor (WHO, 2020, Nisan 6). Ancak pandemi sebebiyle sağlık personelinin yetersiz olduğu ülkelerde bu yetersizliğin boyutunun daha da artması, sağlık personelinin yeterli zamanının

olmaması, yeterli koruyucu ekipmana sahip olmaması, pek çok yerdeki sağlık tesislerinin kapanması veya hizmetlerin kısıtlanması sonucunda AP danışmanlık hizmetlerinin kapasitesinde de düşüş yaşandığı ve bu nedenle karşılanamayan AP ihtiyaçlarının arttığı belirtiliyor (UNFPA, 2020c). Ayrıca, virüsten korunma kaygısı nedeniyle kadınların sağlık kuruluşlarına başvurma talebinde de bir düşüş yaşandığına işaret ediliyor (UNFPA, 2020c). Tedarik zincirindeki aksaklıklar ise gebelik önleyici araçlara erişimde sorunlar yaratıyor (UNFPA, 2020c).

Tüm Avrupa ülkelerini kapsayan bir rapordan 307 klinik ve halk sağlığı merkezinin pandemi sebebiyle kapanmak durumunda kaldığını öğreniyoruz (EPF ve IPPF EN, 2020). Bu rakam ilgili araştırmaya katılan sağlık kuruluşlarının yaklaşık yüzde 78’in denk geliyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Yine aynı rapor Belçika’nın Brüksel ve Valon bölgesinde tüm AP merkezleri açık olmasına rağmen merkeze yapılan ziyaretlerde yüzde 80’lik bir düşüş olduğunu gösteriyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Hizmetlerin devamı için gereken sağlık personeli sayısındaki yetersizlikler ise raporda bahsedilen sorunlardan bir diğeri (EPF ve IPPF EN, 2020). Örneğin, raporlamanın yapıldığı sırada 11 kuruluşun çalışanlarının hasta veya karantinada olduğu, 6 kuruluşun ise çalışanlarını geçici olarak pandemi ile mücadele için görevlendirildiği görülüyor (EPF ve IPPF EN, 2020).

Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki duruma ilişkin henüz Cinsel ve Üreme Hakları için Avrupa Parlamenter Forumu (EPF) ve Uluslararası Planlı Ebeveynlik Federasyonu – Avrupa Ağı (IPPF EN) ortaklığında hazırlanan bu rapordakine benzer bir çalışma yapılmış olmasa da, pandeminin bu ülkelerde CSÜS alanındaki etkilerini öngören bazı çalışmalar bulunuyor. Örneğin, UNFPA’nın bir raporunda pandeminin 6 aydan uzun sürmesi durumunda 144 düşük ve orta gelirli ülkede 47 milyon kadının modern doğum kontrol yöntemlerine erişemeyeceği öngörülüyor (UNFPA, 2020c). Yine aynı rapora göre hizmette büyük kesintilerin ve sokağa çıkma yasaklarının 6 ay devam etmesi durumunda istenmeyen gebeliklerde 7 milyon kadar bir artış olacağı tahmin ediliyor (UNFPA, 2020c). 132 düşük ve orta gelirli ülkeyi kapsayan bir başka çalışma ise doğum kontrol haplarının kullanımında yüzde onluk bir düşüş olacağını tahmin ediyor (Riley vd., 2020). Doğum kontrol haplarının kullanımındaki bu düşüşün bu haplara ihtiyaç duyan kadınların sayısını yaklaşık 48 milyon arttırması ve bunun sonucunda ise 15 milyondan fazla kadının istenmeyen gebeliğe maruz kalmasına neden olması bekleniyor (Riley vd., 2020).

AP hizmetlerinin yanı sıra doğum öncesi, sırası ve sonrasında verilen sağlık bakım hizmetleri de CSÜS hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturuyor. AP hizmetlerinin kesintiye uğramasına sebep olan etkenler bu alanda da benzer düzeyde hizmet kesintilerine yol açıyor (UNFPA, 2020ç). UNFPA anne ve yeni doğan ölüm oranlarının yükselmesini engellemek için pandemi boyunca bu hizmetlerinin devamlılığını sağlamanın kilit önemde olduğunun altını çiziyor (UNFPA, 2020d). Düşük ve orta gelirli 132 ülkeyi inceleyen bir çalışma, pandeminin bu ülkelerde doğumla ilgili sağlık hizmetlerinin kapsamının yüzde 10 düşmesine sebep olacağını tahmin ediyor (Riley vd., 2020). Bu düşüşün ise doğum ile ilgili komplikasyon yaşayan kadınların sayısını 1 milyar 745 bin arttıracağı ve bunun sonucunda ise 28 bin anne, 168 bin yeni doğan ölümünün gerçekleşeceğini öngörüyor (Riley vd., 2020).

2014’te yaşanan Ebola virüsü salgınının sağlık hizmetleri sistemleri dirençli olmayan ülkelere anne ve yeni doğan sağlığına olan etkilerinin bugün yaşanan pandeminin yaratacağı muhtemel olumsuzluklara ışık

tutabileceği düşünülebilir. Örneğin, bir çalışma Ebola salgını esnasında Sierra Leone’deki CSÜS hizmetlerinin kapsamında yüzde 22’lik bir düşüş yaşandığını ve bunun sonucunda ise 3,600 ek anne ölümü, yeni doğan ölümü veya ölü doğumun gerçekleştiğini tahmin ediyor (Sochas, Channon ve Nam, 2017). Araştırmacılar bu rakamların en ölçülü senaryodan çıkan sonuçlar olduğunu belirtiyor ve salgının dolaylı olarak yol açtığı bu ölümlerin salgının doğrudan yol açtığı ölümler kadar yıkıcı olmuş olabileceğinin altını çiziyor (Sochas, Channon ve Nam, 2017).

Ayrıca COVID-19 ile enfekte olan hamile kadınlarda ve yeni doğan bebeklerde ortaya çıkacak muhtemel olumsuz sağlık sonuçlarına ilişkin de henüz yeterli bilgiye sahip değiliz (CDC, 2020). Çin’de COVID-19 ile enfekte olmuş 9 gebenin katıldığı bir araştırma sonucunda enfeksiyonun bu kadınlardaki seyrinin gebe olmayan kadınlardan farklı olmadığı ve enfeksiyonun rahim içi yoluyla anneden çocuğa geçtiği herhangi bir vakaya rastlanmadığına işaret ediliyor (Chen vd., 2020). Her ne kadar bu çok kısıtlı ölçekteki araştırmalar virüsün hamileler üzerinde ciddi bir etkisi olmadığı yönünde bulgulara ulaşmış olsa da başka bir çalışmada bu araştırmaların hamileliğinin son 3 ayındaki kadınlarla yapıldığına ve hamile kadınların sağlıklarına en çok dikkat etmesi gereken dönemin ilk üç ay olduğuna vurgu yapılıyor (Qiao, 2020). WHO, her ne kadar henüz hamile kadınların virüsten daha yoğun etkilendiğine dair bir kanıt olmasa da hamileliğin kadınların vücudunda ve bağışıklık sisteminde yarattığı değişiklikler sebebiyle hamilelikte virüse karşı korunmak için ek önlemler alınması gerektiğini belirtiyor (WHO, 2020, Mart 18). Ayrıca WHO hamile kadınların güvenli ve olumlu bir doğum tecrübesi yaşaması için insan onuruna yakışan bir muamele görmesi, doğum sırasında kendi seçtiği bir refakatçiye sahip olması, doğumu yaptıracak görevlilerle temiz ve açık bir iletişim kurması, gebeye uygun ağrı kesici yöntemin uygulanması ve doğum esnasında hareket kabiliyetine sahip olduğu ve gebenin kendi seçtiği bir pozisyonda doğum yapması gerektiğinin altını çiziyor (WHO, 2020, Mart 18).

WHO, anneden çocuğa ağır semptomlara yol açacak şekilde virüs bulaşının gerçekleştiği bir vakanın henüz görülmemiş olmasını ve yeni doğan bebeklerin anne ile ten tene temasının ve anne sütü ile beslenmesinin yeni doğanların sağlığına yaptığı olumlu katkıları göz önünde bulundurarak COVID-19 taşıyan annelerin dahi istedikleri takdirde yeni doğanı süt ile emzirmeye ve onunla ten tene temas edebileceğini belirtiyor (WHO, 2020, Mayıs 7). Ancak annelerin emzirmeden önce ve sonra ellerini yıkamasını ve emzirme esnasında maske takmasını tavsiye ediyor (WHO, 2020, Mayıs 7). Çin’de yapılan COVID-19 ile enfekte olmuş 33 çocuk ile yapılan araştırmada ise virüsün semptomları sadece 3 çocukta hafif bir şekilde gözlemleniyor (Zeng vd., 2020).

Pandemi döneminde gebe sağlığı alanındaki en önemli sorunlardan bir diğerinin ise istemli gebelik sonlandırma hizmetlerine erişim kısıtlarının oluşturması bekleniyor. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Küresel Sağlık Yardımında Yaşamı Koruma politikası kapsamında, kürtaj hizmetlerini sağlayan, bu hizmetlere yönlendiren, bu hizmetlerle ilgili danışmanlık veren veya savunuculuk yapan tüm sivil toplum kuruluşlarına (STK) yaptığı yardımları kesti (Hall vd., 2020). Amerikan kalkınma yardımı politikasındaki bu değişimin, paydaşlar arasında koordinasyonun azalması, kürtaj konusunun gündemden düşmesi, AP hizmetlerine erişimin azalmasıyla birlikte istenmeyen gebeliklerin artması gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı belirtiliyor (Hall vd., 2020). Buna ek olarak, ABD ve Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin kısıtlayıcı göç politikalarının bu ülkelerde yoksulluk koşullarında yaşayan belgesiz göçmen kadınların doğum sağlığı

hizmetleri, hijyen malzemeleri ve güvenli kürtaja erişiminin önünde büyük engeller yarattığına da dikkat çekiliyor (Hall vd., 2020).

Pandemi öncesindeki mevcut kürtaj yasakları ya da kürtaj hizmetine erişim kısıtlamaları da güvenli kürtaja erişimde engeller yaratmaya devam ediyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Örneğin, Polonya’daki sınırlayıcı kürtaj yasalarının üzerine eklenen pandemi durumunun güvenli kürtaja erişimi neredeyse imkânsız hale getirdiğine işaret ediliyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Romanya’da hükümetin aldığı acil olmayan sağlık hizmetlerini askıya alma kararının kadınların kürtaj hizmetine erişimlerini kamu ve özel tıp merkezlerinin inisiyatifine bırakılmasına neden olduğunun ve pratikte bu hizmetlerinin neredeyse hiç sağlanmaması ile sonuçlandığının altı çiziliyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Dahası, bazı ülkelerin pandemiye kürtajı yasaklamak için bir fırsat olarak gördüğüne işaret ediliyor. Örneğin, pandemi döneminde AB üyesi Litvanya’nın Sağlık Bakanı kadınların karantinada geçirdikleri vakti kürtaj kararlarını gözden geçirmek için iyi bir fırsat olduğunu söylerken, bir diğer AB üyesi Polonya’da hükümet kürtajı fiilen yasaklayan yasa tasarısını tekrar tartışmaya açıyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Pandemi sürecinde düşük ve orta gelirli ülkelerde kürtaj hizmetine erişiminde yaşanacak sorunlara dair öngörüler içeren bir başka araştırma ise pandemide bu ülkelerde güvenli kürtajdan yasadışı ve sağlıksız koşullarda yapılan kürtajlara yüzde onluk bir kayma yaşanacağını ve bu kaymanın anne ölümü rakamlarını önemli ölçüde arttırabileceğini tahmin ediyor (Riley vd., 2020).

Pandeminin CYBE’ya yönelik tanılama ve enfekte kişilere yönelik ilaç ve tedavi hizmetlerine erişim konusunda da sorunlar yaratması bekleniyor. COVID-19 pandemisinin bu alanda yaratacağı muhtemel aksamalarla ilgili tartışmalar en çok HIV alanında yoğunlaşıyor. Öncelikle sosyal mesafe önlemlerinin HIV testlerine erişimi azalttığı ve bu azalmanın HIV ile enfekte olmuş kişilerin tanı almasında ve zamanında tedaviye başlamasında gecikmelere yol açacağı belirtiliyor (Jiang, Zhou ve Tang, 2020). Bunun yanı sıra, hastanelerin yoğunluğu veya HIV ile mücadele için ayrılan kaynakların pandemi sebebiyle azalması gibi sebeplerle tanı almış kişilerin antiretroviral (ARV) tedaviye başlamasında gecikmeler yaşanabileceğine işaret ediliyor (Jiang, Zhou ve Tang, 2020). Örneğin, yayınlanan bir raporda İsviçre, Arnavutluk ve Polonya’da CYBE veya HIV alanında verilen danışmanlık, test veya rutin tarama gibi hizmetlerde ciddi bir düşüş gözlemleniyor (EPF ve IPPF EN, 2020).

Ayrıca, pandemiden etkilenen tedarik zincirlerinin belli yerlerde ARV ilaçların stoklarının tükenmesi veya ihtiyaç olan yerlere ulaştırılması konusunda sıkıntılar yaratacağı düşünülüyor (UNFPA, 2020e). Bu çerçevede pandeminin tanı almış kişilerin ARV tedavilerine devam etmesinde birtakım sıkıntılar yaratabileceği öngörüülüyor (Jiang, Zhou ve Tang, 2020). Çin’de yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların yüzde 32.6’sı olası bir sokağa çıkma yasağı veya seyahat kısıtlamasında ihtiyaçlarını karşılayacak miktarda ARV ilaca sahip olmadığını ve bir sonraki ay ellerindeki ilacın bitme riski olduğunu bildiriyor (Guo vd., 2020). Yine aynı araştırmaya göre katılımcıların yüzde 64.15’i var olan sokağa çıkma kısıtlamaları sebebiyle ARV ilaçlarına erişimde zorluk çektiğini belirtiyor (Guo vd., 2020).

Aynı zamanda toplumun geri kalanı gibi bugün dünyada yaklaşık 37.9 milyon HIV ile yaşayan kişi de COVID-19’a yakalanma riski taşıyor (Jiang, Zhou ve Tang, 2020). Pandeminin ortaya çıkmasıyla birlikte bağışıklık sistemi zayıf kişilerde daha ağır semptomlar doğurduğu bilinen COVID-19 ile HIV’le yaşayan kişilerin enfekte olması durumunda bunun HIV’le yaşayan kişiler bakımından ne gibi sonuçlar doğuracağı

araştırılmaya başlandı. Çin’de 1174 HIV ile yaşayan kişiyle yapılan bir araştırmanın sonucunda düzenli ilaç kullanan HIV ile yaşayan kişilerin COVID-19’un ağır semptomlarından korunduğu iddiasında bulunuluyor (Guo vd., 2020). Ancak araştırmacılar bu bulgunun daha büyük ölçekli çalışmalarla desteklenmesi gerektiğinin de altını çiziyorlar (Guo vd., 2020). WHO bu alanda yapılan araştırmaların benzer bulgularından yola çıkarak HIV ile yaşayanların COVID-19’a karşı nüfusun geri kalanıyla aynı önlemleri almasının yeterli olacağını belirtiyor (2020, Mart 24).

Pandemide CSÜS alanında yaşananlardan olumsuz etkilenmesi beklenen kilit gruplardan bir tanesini de ergenler ve gençler oluşturuyor (UNFPA, 2020f). Bu dönemde ergenlere ve gençlere CSÜS ve haklarıyla ilgili bilgilerin sunulmasında aksaklıklar yaşanması bekleniyor (UNFPA, 2020f). Örneğin, Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu Avrupa Ağı’nın üyesi olan 28 ülkenin 23’ünde örgün eğitime ara verilmesi ile birlikte bütünlüklü cinsel eğitimlerin durdurulduğuna, 24 tanesinde ise diğer paydaşlar ve akran eğitimi veren kişilere yönelik eğitimlerin kesintiye uğradığına işaret ediliyor (EPF ve IPPF EN, 2020). Yine aynı raporun katılımcıları Birleşik Krallık ve Finlandiya’da genç ve ergen dostu kliniklerin pandemi sürecinde kapatıldığını belirtiyorlar (EPF ve IPPF EN, 2020).

Bilimsel yazında pandeminin CSÜS alanında yarattığı ya da yaratması beklenen tüm bu sorunların yanı sıra pandemi süresince ortaya çıkan yeni koşullara ve ihtiyaçlara uygun şekilde CSÜS alanındaki faaliyetlerin aksamaması için alternatif yollar da aranıyor. Pandemi esnasında CSÜS hizmetlerine erişimin en az seviyede aksamaması için sağlık hizmetlerinin toplum temelli bir yaklaşımla verilmesinin, kırılgan grupların eşitsizliklerden ötürü tecrübe ettikleri olumsuz etkileri azaltmak için evrensel sağlık güvencesinin hayata geçirilmesinin, teletıp, özbakım ve kişisel sağlık uygulamaları gibi yöntemlerin yaygınlaştırılmasının ve CSÜS hizmetlerine erişimi kısıtlayan politika ve yasaların değiştirilmesinin önemi vurgulanıyor (Hall vd., 2020; WHO, 2020). Toplum temelli sağlık hizmetleri, eğitim ve kapasite açısından epey geniş çapta tanımlanmış bir insan kaynağı tarafından verilen hizmetlerin tamamını içeriyor (WHO, 2020). Bu geniş çapta tanımlanmış işgücü, profesyonel veya örgün; resmi veya gayri resmi; ücretli veya ücretsiz tüm personelin yanı sıra, bu personeli destekleyen ve denetleyen ve onlara destek hizmetleri sağlayan çalışanları da içerebiliyor (WHO, 2020). Bahsedilen yerel aktörler arasında kanaat önderleri, belediye çalışanları, STK çalışanları ve gönüllüleri sayılabilir (WHO, 2020). Toplum temelli sağlık hizmeti yaklaşımının uygulanması; temel sağlık hizmetlerinin toplum temelli bir yaklaşımla sağlanması, sağlık otoriteleri ile toplum arasında sağlıklı iletişimin sağlanması, sağlık çalışanlarına uygun roller biçilmesi ve tedarik zincirlerinin güçlendirilmesi gibi önemli adımları içeriyor (WHO, 2020). WHO temel sağlık hizmetlerinin toplum temelli bir yaklaşımla verilmesinin hastalık ve ölüm oranlarının yükselmesinin önüne geçmek için elverişli bir araç olduğunu vurguluyor (WHO, 2020). Sağlık otoriteleri ve toplum arasında sağlıklı iletişimin sağlanmasının ve topluluk içi bağların olumlu sağlık davranışları çerçevesinde güçlendirilmesinin, toplum içinde güvenin inşa edilip, korkunun azalmasına ve işbirliğinin artmasına yol açacağı öngörülüyor (WHO, 2020). Böylece sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uygun sağlık davranışlarının yaygınlaşacağı düşünülüyor (WHO, 2020). WHO sağlık çalışanlarına gerekli koruyucu ekipmanın düzenli bir biçimde sağlanmasının ve düzenli test yapılmasının sağlık çalışanlarının tüm bu yaklaşım içerisinde kendilerine biçilen rolü en iyi şekilde yerine getirebilmeleri için hayati bir önem taşıdığının altını çiziyor (WHO, 2020).

Sonuç olarak COVID-19 pandemisi sürecinde alınan tedbirlerin diğer sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik planlama ile eşgüdüm içinde yürütülmemesi, sağlık hizmetleri sistemlerinin maruz kaldığı aşırı yüklenmeler sebebiyle bu sistemlerin CSÜS hizmet sunum kapasitelerinin düşmesi, sağlığa ayrılan kamu bütçelerinin önemli bir kısmını pandemiyle mücadeleye ayrılması ve bulaş riski nedeniyle sağlık hizmetlerine talebin düşmesi gibi sebeplerle CSÜS hizmetlerine erişimde önemli aksamalar yaşanması bekleniyor. CSÜS alanında yaşanan aksamaların özellikle AP hizmetlerine erişimde, doğum ile ilgili sağlık hizmetlerine erişimde ve CYBE’a yönelik tanılama ve enfekte kişilere yönelik ilaç ve tedavi yöntemlerine erişimde yoğunlaşması bekleniyor. Yukarıda tartışıldığı üzere, kadınlar, ergenler, gençler, engelliler, HIV ile yaşayanlar ve uluslararası göçmenler gibi gruplar bu aksamalardan en önce etkilenecek kilit toplumsal gruplar olarak karşımıza çıkıyor. Yapılan çalışmalar CSÜS hizmetlerine erişimin aksamadan devam etmesinin, olası olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi bakımından özellikle dünyanın bazı bölgelerinde COVID-19’a karşı verilen mücadele kadar hayati bir öneme sahip olduğuna işaret ediyor.

Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerine Yönelik İhtiyaç

Türkiye’de CSÜS hizmetlerine yönelik ihtiyacın niteliğini ve boyutunu, ülke nüfusunu temsil eden ve her beş yılda bir Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından başarıyla gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’ndan (TNSA) öğrenebiliyoruz. Sonuçları 2019 yılının sonunda yayınlanan TNSA 2018 ülkemizde CSÜS hizmetlerine ilişkin karşılanamamış ihtiyaçların oranında 2013’e oranla hatırı sayılır bir artış olduğuna işaret ediyor (HÜNEE, 2019).

Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitliğinin ne ölçüde tesis edildiği ve çocuk koruma sistemlerinin ne kadar etkin olduğu CSÜS alanındaki toplumsal sonuçlarının en önemlileri belirleyenleri arasında. TNSA’nın dikkat çeken sonuçlarından biri ülkemizde adolesan dönemde olan (15-19 yaş grubu) kadınların yüzde 4’ünün ve 15-17 yaş grubundaki kız çocuklarının yüzde 1,3’ünün çocuk doğurmaya başlamış olması (HÜNEE, 2019). Her ne kadar 2013 yılına göre ilk oranda yüzde birlik bir düşüş kaydedilmiş olması sevindirici olsa da, adolesan dönemde gebeliğin olumsuz sağlık sonuçları ve diğer toplumsal cinsiyet eşitliğini zedeleyici sonuçları nedeniyle ülkemizde bu oranların hızla düşürülmesine yönelik kamu müdahalelerine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

TNSA’nın bir diğer önemli bulgusu toplumda AP danışmanlığı ve hizmetlerine yönelik ciddi bir talebin olduğu yönünde. 15-49 yaş aralığındaki evli kadınların yarısından fazlasının (yüzde 53’ünün) ileride başka çocuk sahibi olmak istemediği ve aynı yaş grubundaki kadınların yüzde 14’ü ise (başka) çocuk sahibi olmak için en az iki sene beklemek istediklerini belirtmesi AP danışmanlığı ve hizmetlerine yönelik talebin boyutunu gösteren en çarpıcı bulgular. Araştırmada halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan evli kadınların üçte birinden fazlası (yüzde 38) gelecekte bir yöntem kullanma niyetlerinin bulunduğunu belirtiyor. Kadınların kullanmaya niyetli oldukları yöntemler arasında rahim içi araç (RİA) başı çekerken (yüzde 28), bu yöntemi erkek kondomu (yüzde 21), hap (yüzde 11) ve tüplerin bağlanması (yüzde 8) takip ediyor (HÜNEE, 2019).

15-49 yaş aralığındaki kadınların arasında istenmeyen doğumların yüzdesi 1993 yılına oranla beş puanlık bir düşüş göstermiş olması, ülkemizde CSÜS haklarının hayata geçirilmesi bakımından sevindirici bir gelişme. Bu gelişmeye rağmen, TNSA 2018 araştırmasının son beş yılda gerçekleşen doğumların yüzde 15’inin istenmemiş doğum olduğuna ilişkin bulgusu (HÜNEE, 2019) mevcut AP danışmanlığı ve hizmetlerinin henüz ihtiyacı karşılamaya yetmediğine işaret ediyor. Karşılanmamış ihtiyaca sahip kilit gruplar arasında özellikle ileri yaşta ve birden fazla çocuklu kadınların ön plana çıktığı görülüyor. Bunu kadının yaşı ve çocuk sayısı arttıkça istenmemiş doğumlarının oranında da artış olmasından öğreniyoruz (HÜNEE, 2019). Kırdan yaşayan kadınlar ise bir diğer kilit grup olarak ortaya çıkıyor. Toplam istenen doğurganlık hızı ile toplam gerçek doğurganlık hızı arasındaki fark ülke genelinde 0,3 düzeyindeyken, bu farkın

kırda yaşayan kadınlar için 0,5 düzeyine yükselmesi (HÜNEE, 2019) kırdaki kadınların AP danışmanlık ve hizmetlerine yönelik karşılanamamış ihtiyaçlarının daha yüksek oranda olduğuna işaret ediyor.

TNSA 2018’in bulgularına göre kadınlar arasında en az bir AP yöntemini bilme oranının yüzde 97 seviyesinde olması (HÜNEE, 2019) memnuniyet uyandırıcı bir sonuç. Ancak kadınların tek bir AP yöntemini bilmelerinin yeterli kabul edilmemesi gerektiğine ve farklı kontraseptif seçeneklerini bilmelerinin kendilerine seçim yapma hakkı vereceği için AP danışmanlığı ve hizmetlerinin bu yönde sunulmasının uygun olacağına dikkat çekmek isteriz. Araştırmaya göre kadınların yüzde 81’inin herhangi bir medya organından aile planlamasına ilişkin bir bilgi edinemediğini belirtmesi (HÜNEE, 2019), kamu sağlık kuruluşlarının AP danışmanlığı alanında ne kadar kilit ve ikame edilmesi zor bir işleve sahip olduklarına da işaret ediyor.

Araştırma bulguları evli kadınların yüzde 70’inin en az bir AP yöntemi kullandığını beyan ettiğini gösteriyor. Evli kadınların en yaygın kullandığı yöntemlerin geri çekme (yüzde 58), erkek kondomu (yüzde 49), RİA (yüzde 35) ve hap (yüzde 30) olduğu görülüyor (HÜNEE, 2019). TNSA 2018’in sonuçları kadınların yarısından fazlasının (yüzde 52) modern AP yöntemlerini kamu sağlık hizmet sunucularından temin ettiklerini gösteriyor. Ancak modern yöntemlerin temininde kamunun payında 2013-2018 yılları arasında dört puan düzeyinde bir azalma da dikkat çekiyor (HÜNEE, 2019). Kontraseptif malzeme temininde kamunun payında gözlemlenen bu azalma, bazı kadınların yöntemleri kendi iradeleri dışında kullanmayı bırakmasıyla sonuçlanmış olabilir. RİA, iğne ve hap kullanırken bu yöntemi bırakan kadınların onda birinin bu yöntemi bırakma nedeni olarak temin güçlüğüne işaret etmesi (HÜNEE, 2019) bu çıkarımı destekler nitelikte. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, bir yandan kamu sağlık hizmet sunucularının kadınların CSÜS haklarının hayata geçirilmesinde ne kadar kilit bir rol üstlendikleri görülürken, diğer yandan kamunun bu rolünde son beş yıllık bir süreçte görülen daralmanın CSÜS alanında olumsuz çıktıları olabileceği de göze çarpıyor. TNSA 2018 raporunun yazarları da bu bulgulara ilişkin şöyle bir değerlendirmede bulunuyorlar:

“Türkiye’de geleneksel yöntemlerin kullanımındaki azalma, modern yöntemlerin kullanımındaki sınırlı artışla telafi edilemediğinden, gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların oranı, 2013-2018 döneminde yüzde 27’den yüzde 30’a yükselmiştir” (HÜNEE, 2019: 85).

Karşılanamamış AP ihtiyacı oranının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde, bu oranın 1993’ten 2013’e kadar düşüş eğiliminde olduğu (yüzde 15’ten yüzde 6’ya) ancak 2018 yılında oranın yeniden yüzde 12 seviyesine çıktığı görülüyor (HÜNEE, 2019). Kadınların karşılanamamış AP ihtiyacının üçte ikisinin doğumları sonlandırma, üçte birinin ise doğumların arasını açma oluşturuyor (HÜNEE, 2019).

Karşılanamamış AP ihtiyacı bulunan kadınların oranının Kuzeydoğu Anadolu, İstanbul, Batı Marmara ve Güneydoğu Anadolu’da Türkiye ortalamasının üstüne çıkması (HÜNEE, 2019) dikkat çekici bulgular arasında. Ülke ortalamasının üzerinde karşılanamamış AP ihtiyacı bulunan bölgeler arasında en yüksek ve en düşük ekonomik gelişmişliğe sahip bölgelerin birarada yer alması, özellikle kamu tarafından sunulan ücretsiz ve kapsayıcı AP hizmetlerine bölgesel ekonomik gelişmişlikten bağımsız bir biçimde ülke çapında bir ihtiyaç olduğunu düşündürüyor. Bununla birlikte, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında karşılanamamış AP ihtiyacının da Türkiye ortalamasının altı puan üzerinde olduğu gö-

rülüyor (HÜNEE, 2019). Bu bulgu da yine kamu sağlık hizmet sunucuların AP hizmetleri bakımından kilit rolüne işaret ediyor.

Anne sağlığı ve doğum hizmetlerinde ise durum diğer CSÜS alanlarına oranla bir nebze daha olumlu görünüyor. Son beş yıl içinde canlı doğumu olan 15-49 yaş arası kadınların yüzde 96’sının uzman sağlık personelinin doğum öncesi bakım aldığı ve canlı doğumların yüzde 99’unun bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirildiği tespit ediliyor (HÜNEE, 2019). Araştırmadan önceki iki yıl içinde doğum yapan kadınların yüzde 96’sı doğumdan sonraki ilk 41 gün içinde doğum sonrası bakım hizmeti aldığı belirtiyor. Bu genel anlamda olumlu tabloya rağmen doğum öncesi veya sonrası herhangi bir sağlık bakımı almadığını bildiren kadınların oranı yüzde 3,5 düzeyinde olduğunu da hatırd tutmak gerekiyor (HÜNEE, 2019). TNSA’nın örneğin adrese dayalı nüfus kayıt sisteminde kayıtları bulunmayan göçebe topluluklar veya mevsimlik tarım işçileri gibi topluluklara erişememe olasılığı da hesaba katıldığında, gebe sağlığı ve doğum hizmetlerinde bu gruplara yönelik de özel müdahalelere ihtiyaç olabileceğini düşündürüyor.

Son olarak, araştırmanın sonuçlarına göre ülkemizde her 100 gebeliğin 5,9’u isteyerek düşükle sonlanıyor (HÜNEE, 2019). İstemli gebelik sonlandırma hizmetlerinin yarısından biraz fazlasının kamu sağlık kurumlarında ve yarısından biraz azının özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirildiği görülüyor (HÜNEE, 2019). Daha önce de altı çizildiği gibi ileri yaşta ve birden fazla çocuklu kadınlar arasında istenmemiş doğumların oranının kadınların geneline göre yüksek olması bulgusuna paralel bir biçimde, isteyerek düşük oranı da kadının yaşayan çocuk sayısı ve yaşı arttıkça yükseliyor (HÜNEE, 2019). İsteyerek düşük yapan kadınların yüzde 64,3’ünün isteyerek düşükle sonlanan gebelik öncesinde herhangi bir AP yöntemi kullanmadıklarını beyan etmeleri araştırmanın bir diğer dikkat çekici bulgusu (HÜNEE, 2019). Bu bulgu, karşılanmamış AP ihtiyacı ile birlikte değerlendirildiğinde, karşılanamamış AP ihtiyacın karşılanmasının istemli gebelik sonlandırma oranında da düşüşü beraberinde getirebileceğini düşündürüyor.

İzleme Yöntemi

Bu izleme çalışmasını COVID-19 pandemisinde ülkemizde CSÜS hizmetlerinin durumuna ilişkin bir değerlendirme yapma amacıyla gerçekleştirdik. Pandemide CSÜS hizmetlerinin ne tür değişimlere uğradığını isabetli bir biçimde değerlendirebilmek için izleme kapsamında pandeminin hemen öncesinde bu hizmetlerin durumuna ilişkin kapsamlı bir bilgiye sahip olmamız gerekiyordu. Bu alanda güncel çalışmaların eksik olması nedeniyle, bu izleme çalışmasında hem pandeminin hemen öncesinde hem de pandemi sırasında CSÜS hizmetlerine ilişkin bilgi toplamaya karar verdik. Elinizdeki izleme raporu bu bilgiler ışığında pandemi sırasında Türkiye’de CSÜS hizmetlerinin durumunu pandeminin hemen öncesindeki duruma kıyasla değerlendiriyor. Ayrıca pandemi öncesindeki durumu da CSÜS hizmetlerine ilişkin ulusal yükümlülükler ışığında inceliyor.

Bu çalışma Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları (CİSÜ) Platformu desteğiyle hazırlandı. CİSÜ cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkına ve hizmetlerine hiçbir ayrımcılık olmadan erişimi desteklemek üzere çalışan ulusal veya yerel sivil toplum kuruluşları, akademik kurumlar, meslek örgütleri ve akademisyenlerin bir araya gelerek ortak savunuculuk çalışmaları gerçekleştirdiği bir platform. CİSÜ Platformu’nun 2020 yılı Şubat ayı itibarıyla başlayan yeniden yapılanma sürecini takiben COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması ile birlikte Platform ilk olarak pandeminin CSÜS alanındaki etkilerini anlamaya yönelik adımlar atmaya başladı.

İlgili gelişmeler doğrultusunda, elinizdeki izleme çalışmasına başlanmadan önce, CİSÜ Platformu Yürütme Kurulu CSÜS alanında çalışma yürüten STK’ların hizmet sunumunda yaşadığı güçlükleri belirlemek, CSÜS hizmetlerinin sunumunda yaşanan değişimlere ve alandaki hak ihlallerine ilişkin bilgi edinmek ve iyi uygulamaları anlayabilmek amacıyla açık uçlu sorulara dayalı bir anket çalışması gerçekleştirdi. Soru formunu Dr. Doğan Güneş Tomruk’un hazırladığı çalışmaya Platform ile ilişkide olan ve üye olan toplam 20 STK katıldı. Çalışmanın sonuçları CSÜS alanında çalışan STK’ların pandemi döneminde programlarını önemli ölçüde çevrimiçi platformlara taşıdıklarına işaret ediyordu. Yanıt veren STK’ların temsilcileri özellikle kadınların ve dezavantajlı grupların CSÜS hizmetlerine erişimlerinin kısıtlandığı izlemine ve kaygısını taşıyorlardı. Bu çalışma STK’ların alana ilişkin iç görüşlerini sunma hususunda oldukça kıymetli olsa da, pandemi sürecinde CSÜS hizmet sunumunda yaşanan değişimleri kapsamlı bir şekilde izlemek amacıyla sağlık hizmet sunucuların görüşlerini almanın da önemli olduğunu düşündük. Bu sebeple doğrudan hizmet sunan kişilerle derinlemesine görüşmeler yaparak bilgi edinme yoluna gittik.

Elinizdeki raporun dayandığı izleme çalışması sosyal bilimlerde niteliksel yöntem yaklaşımını esas alıyor. İzleme çalışması kapsamında CSÜS alanında çalışan toplam 18 kurumdan kişilerle çevrimiçi araçlarla

derinlemesine mülakatlar gerçekleştirdik. Görüşmecilerin belirlenmesinde amaçsal örnekleme yöntemi kullandık. Görüşmecilerimizin seçiminde şu kıstasları dikkate aldık: CSÜS alanında çalışan profesyoneller arasındaki uzmanlık çeşitliliği (hekim, ebe ve hemşire; enfeksiyon hastalıkları uzmanı, kadın doğum uzmanı gibi), kişilerin çalıştıkları şehirler, kurumlar ve çalıştıkları kurumların hizmetlerinin ya da uzmanlığının odaklandığı CSÜS alt alanları. Kurduğumuz amaçsal örnekleme çerçevesine sadık kalarak, görüşmecilerimizi CSÜS alanında aktif olarak sahada çalıştığı bilinen deneyimli profesyoneller veya kurumlar arasından elverişlilik esasıyla belirledik. Görüşmecilerimizin büyük çoğunluğunu CSÜS alanında çalışan ve CSÜS alanında çalışan STK'larla ortak çalışma deneyimi bulunan ve alanında uzman profesyoneller oluşturdu. Bu görüşmeleri gerçekleştirdiğimiz 2020 yılının Haziran ve Temmuz aylarında ülkemizde COVID-19 pandemisiyle mücadele devam ettiği için, görüşmecilerin büyük bir kısmına TAPV ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları (CİSÜ) Platformu üyelerinin desteği ve bu kuruluşların profesyonellerle kurdukları güvene dayalı ilişkiler sayesinde ulaşabildik. Bu kuruluşların desteği olmasaydı bu görüşmelerin önemli bir bölümünü gerçekleştirebilmek kolay olmazdı. Görüştüğümüz tüm sağlık çalışanları kamu sektöründe çalışıyordu. Görüşmecilerimizin dağılımı aşağıdaki şekildedir:

- Aile hekimi (2 kişi)
- Aile planlaması uzmanı ve ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı ebe
- CSÜS alanında uzman kuruluş çalışanı
- Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi (2 kişi)
- Eski AÇSAP çalışanı ve ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı hekim (2 kişi)
- Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı ve Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi
- Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi
- HIV ile yaşayanlara yönelik hizmet sunan STK çalışanı
- İlçe belediyesine bağlı GDTM çalışanı
- İlçe belediyesine bağlı GDTM çalışanı, hemşire
- Kadın doğum uzmanı hekim
- Kadın doğum uzmanı hekim, aile hekimliği kliniği
- Mültecilere yönelik CSÜS hizmetleri sunan STK çalışanı(2 kişi)
- Şiddet gören kadınlara yönelik hizmet sunan STK çalışanı

Mülakatlarda görüşmecilerden uzmanlık alanlarına ve çalıştıkları kurumun yetki ve sorumluluk alanına uygun bir biçimde pandeminin hemen öncesinde ve pandemi sırasında ülkemizdeki CSÜS hizmetlerinin durumunu tasvir etmelerini, bu duruma ilişkin kendi gözlem ve değerlendirmelerini bizlerle paylaşmalarını ve tespit ettikleri eksikliklere yönelik ne tür çözümler geliştirilebileceğine ilişkin görüşlerini ifade etmelerini istedik. Mülakatların süresi 20 dakika ile 70 dakika arasında çeşitlilik gösterdi. Mülakatlarda görüşmecilerimiz kurumları adına değil, ilgili kurumlarda edindikleri uzmanlık deneyimleri ışığında oluşturdukları görüşlerini bizlerle paylaştılar.

Topladığımız niteliksel veriyi NVIVO yazılımını kullanarak içerik analizine tabi tuttuk. İçerik analizinde tümünden gelimci bir kodlama stratejisi izledik. Kullandığımız genel temaları bu raporun başında sizlere aktardığımız UNFPA’nın CSÜS hizmetlerine ilişkin sınıflandırması oluşturdu. Kodlama sürecinin ardından analizde kullandığımız her bir alt temaya (CSÜS hizmetlerinin her bir bileşenine) ilişkin topladığımız verideki genel örüntüleri tespit ettik. Bulguları bu genel eğilimleri örnekleyen doğrudan alıntılar kullanarak kaleme aldık.

Ayrıca bir örnek olarak İstanbul’da kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında hizmet veren ara merkezlerin (bazıları halen faaliyette olan AÇSAP’lar, sağlık müdürlüklerine bağlı ÇEKÜS’ler ve bazılarının içinde kadın ve üreme sağlığı danışmanlık hizmetleri de bulunan SHM’ler) kaçının insan hareketliliğini kısıtlayan önlemlerin gevşetildiği dönemde (2020 yılının Temmuz ayı ortasında) faaliyetlerine başladığını öğrenmek istedik. Bu bilgiyi İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi’nin internet sayfasından edinemedik. Bu nedenle internet taramasıyla ulaştığımız ve tümü (muhtemelen eski adları olan) AÇSAP adıyla karşımıza çıkan İstanbul’un farklı ilçelerindeki 26 merkezi tek tek telefonla aradık. Mesai saatleri içinde 26 merkezden yalnızca üçüne ulaşabildik. Telefona yanıt veren toplam üç merkezin ikisinin çalışanı merkezde RİA uygulaması yaptıkları bilgisini paylaşıırken, diğer bir merkezin çalışanı ise pandemi nedeniyle başvuru kabul etmediklerini ve bir devlet hastanesinin doğum evine yönlendirme yapabileceklerini belirtti. Çalışmasının bu ayağındaki desteği için Sosyal Politika Forumu araştırmacısı Cemre Canbazer’e teşekkür ederiz.

Son olarak pandemi döneminde kamu sağlık kuruluşlarından kondom ve diğer kontraseptif malzeme temininde aksama olmasından hareketle, bu aksamanın kondom satışları ile ikame edilip edilmediğini öğrenebilmek amacıyla Türkiye’de pazar payı yüksek bir kondom firmasından satış istatistiklerine ilişkin bizlere bilgi vermesini rica ettik. Firma ülkemizde insan hareketliliğini kısıtlayan önlemlerin yaygın bir biçimde alındığı Nisan ayında satışlarının, bir önceki aya oranla dörtte birin üzerinde bir düşüş kaydettiği yönünde bilgi verdi. Eğer bu firmanın satışlarındaki düşüş eğrisi sektör geneli için de geçerliyse, bu durumda pandemi döneminde karşılanamayan AP ihtiyacında artış olmuş olmasının beklenebileceğini düşünüyoruz.

Pandemi öncesinde ve sırasında Türkiye’de CSÜS hizmetlerinin görünümünü UNFPA’nın önerdiği dört başlığın şu üçüne odaklanarak inceleyeceğiz: Anne sağlığı hizmetleri, kontrasepsiyon ve aile planlaması ve cinsel sağlık ve esenlik. Kapsamlı cinsellik eğitimi ve bilgilendirmesi ana başlığını bu izlemenin kapsamının dışında bıraktık. Kapsam dâhilindeki ana başlıklar arasında bulunan rıza ve mahremiyet gibi, doğrudan hizmet alanlardan da bilgi toplamayı gerektiren bileşenlerini de bu izlemenin kapsamının dışında tuttuk. Ayrıca toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin önlenmesi ve bu tür şiddet vakalarına müdahale edilmesi konusunun da genellikle CSÜS kapsamında değerlendirildiğini not etmek isteriz (Bkz. WHO, 2017). Ancak bu izleme raporunda bu hususa ilişkin de veri toplamadık. Bu konudaki gelişmeleri takip etmek isteyenler Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı’nın (2020) pandemi sürecinde yayınladığı aylık raporlardan bilgi edinebilirler.

Amaçsal örneklemeye dayanan bu keşifsel izleme çalışmasının önemli kısıtlılıkları bulunuyor. Bu kısıtların başında CSÜS hizmet kullanıcılarının deneyimlerine bu çalışmada yer verilmemesi geliyor. Daha önce de ifade ettiğimiz üzere, bu izleme çalışması büyük oranda hizmeti sunanların profesyonel gözlemlerini esas alıyor. Bu izleme çalışmasının bir diğer kısıtını ise görüşülen profesyonellerin kendi alanlarındaki çeşitliliği yeterince yansıtamaması oluşturuyor. Bir yandan Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemlerinin merkezi yapısı, hizmet sunumu, hizmetlerin organizasyonu ve genel sağlık sigortası kapsamı bakımından ülke çapında bir standartlaşmayı beraberinde getiriyor. Bu açıdan örneğin enfeksiyon hastalıkları uzmanı iki hekimin gözlemleri dahi ülkemizde CYBE’lerin tanı ve tedavisine ilişkin bizlere önemli bilgiler sağlayabiliyor. Diğer yandan yalnızca iki hekimin gözlemlerine dayalı olarak yapılacak bir değerlendirmenin ülkede CYBE’lerin tanı ve tedavisinin durumunu etraflı bir biçimde yansıtmamasının birçok açıdan mümkün olmadığı kanaatindeyiz. Örneğin, hekimlerin çalıştıkları sağlık kuruluşlarının türleri (devlet üniversitesi hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi vb.) ve farklı yerleşim birimlerindeki halkın CSÜS hizmetlerine olan ihtiyaçlarındaki çeşitlilik az sayıda görüşmeye dayanarak bu tür genellemeler yapmayı olanaksız kılıyor. Bu nedenle pandemi öncesinde ve sırasında ülkemizde CSÜS hizmetlerinin durumuna ilişkin genellenabilir değerlendirmeler yapmaya olanak verecek bir çalışmada mutlaka CSÜS hizmetlerinin farklı alt bileşenlerine ve bu alt bileşenlerde hizmet sunan tüm birimlere odaklanan daha fazla sayıda ve uzmanlık çeşitliliğinde profesyonelle görüşmek gerektiği kanaatindeyiz. Ancak bu alanda ülkemizde bu kapsamda bilimsel çalışmalar mevcut olmadığından ve pandemi döneminde böylesine hızlı gerçekleştirilen bir çalışmanın da bilgi dağarcığımızı zenginleştireceğinden hareketle, tüm bu kısıtlarına rağmen bu çalışmanın Türkiye’de CSÜS hizmetlerinin durumuna ilişkin epeyce kapsamlı bir değerlendirme sunduğuna inanıyoruz.

İzleme sürecinin birçok aşamasında cömert desteklerini bizlere sunan TAPV genel koordinatörü Nurgün Müftüoğlu’na ve TAPV proje yöneticisi Hilal Döner’e, pandemide CSÜS alanındaki uluslararası tartışmaları derleyen ve GDTM çalışanlarıyla mülakatları gerçekleştiren bu izleme çalışmasında asistanlığını yapan Oğulcan Yediveren’e ve pandemi sürecinde insanüstü mesailerine rağmen bize vakit ayıran tüm görüşmecilerimize ve özellikle sağlık çalışanlarına teşekkür ederiz.

Pandemi Öncesinde Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Görünümü

Pandeminin hemen öncesinde ülkemizde CSÜS hizmetlerinin genel durumunu incelemek, pandemi- de CSÜS hizmetlerinde ne tür değişiklikler olduğunu değerlendirebilmek için bizlere bir referans noktası sunması bakımından önemliydi. Raporun giriş bölümünde ifade edildiği üzere, pandemi öncesi dönemde ülkemizde CSÜS hizmetleri parçalı ve dağınık bir görünüm arz ediyordu. Görüşmecilerimizden CSÜS alanında uzman bir kuruluşun çalışanı, Türkiye’de CSÜS alanında pandemi öncesi görünümü şöyle özet- liyordu:

“Pandeminin hemen öncesine baktığımızda Türkiye’de CSÜS hizmetlerinin ve kamudaki hizmetlerin önceliği özellikle anne ve çocuk ölümlerini önlemek dışında bir adım ötede de- ğildi. Bu ne demekti? Birinci basamakta en azından gebelik süresince dört takip yapmak, riskli gebeliklerin yönlendirmesini yapmak ve bu konuda özellikle doğum hizmetlerini özendirmek. ... Doğurganlığı düzenleyici davranışlar konusuna yatırım yapılmadı. Yani aile planlaması dediğimiz şey aslında istenmeyen ya da riskli gebeliklerin önlenmesi meselesi. Bu dönemde (bu hizmetler) geride bırakılmadı ama zaten desteklenmediğinde kendiliğin- den sönecek hizmetler olduğu için söndü.”

(CSÜS alanında uzman kuruluş çalışanı)

Diğer görüşmelerde de benzer biçimlerde tasvir edilen bu genel görünüm, bir yandan anne ve çocuk ölümlerini azaltma bakımından önemli bir kararlılığa işaret ederken diğer yandan bu kararlılığın CSÜS hizmetlerinin geneli için geçerli olmadığına da altını çiziyordu. Görüştüğümüz bir enfeksiyon hastalık- ları uzman hekimi benzer parçalı yapının HIV ile mücadele alanı için de geçerli olduğunu şöyle ifade edi- yordu:

“Korumaya, önlemeye ilişkin hemen hemen hiçbir çalışma yapılmıyordu. Tedavi hizmetle- rine odaklanılmıştı. O nedenle de hasta sayısındaki artışı engellemekte zorlanıyorduk ve bu bizi baya rahatsız ediyordu. Dünyadaki hızlı artan bölgelerden bir tanesi olarak belirtiyorduk Türkiye’yi. Şimdi ne olacak bilmiyoruz.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 1)

Yukarıda ifade ettiği üzere, görüşmeci CYBE’lerle mücadele konusunda koruyucu ve önleyici çalışma- lara yer verilmemesinin tedavi edici hizmetler alanındaki başarılı çalışmaları da gölgede bıraktığının altını

çiziyordu. Genel anlamda görüşmeciler pandemi öncesinde Türkiye’de CSÜS hizmetlerinde anne sağlığı ile cinsel sağlık ve esenlik alanındaki tedavi edici hizmetlerin görece güçlü bir yapı arz ederken, kontrasepsiyon ve aile planlaması alanı ile cinsel sağlık alanındaki koruyucu ve önleyici bileşenin geri planda kaldığına vurgu yapıyorlardı.

“Görüşmeciler pandemi öncesinde Türkiye’de CSÜS hizmetlerinde anne sağlığı ile cinsel sağlık ve esenlik alanındaki tedavi edici hizmetlerin görece güçlü bir yapı arz ederken, kontrasepsiyon ve aile planlaması alanı ile cinsel sağlık alanındaki koruyucu ve önleyici bileşenin geri planda kaldığına vurgu yapıyorlardı.”

Bu çerçevede raporun bu bölümünde ülkemizde CSÜS hizmetlerinin pandemi öncesindeki durumunu anne sağlığı hizmetleri, kontrasepsiyon ve aile planlaması ve cinsel sağlık ve esenlik ana başlıkları odağında detaylı olarak inceleyeceğiz.

Anne Sağlığı Hizmetleri

Gebe izlemi ile ilgili ülkemizde yürürlükte olan uygulama, bir kişi gebe olarak kaydedildikten sonra o kişinin dört kez gebe izleminin aile sağlığı merkezlerince (ASM) yapılması şeklinde. Görüştüğümüz aile hekimleri gebe izlemlerini ASM hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak görüyorlar ve gebe izlemlerinin büyük oranda zamanında yapıldığına işaret ediyorlardı. Yine aile hekimleri bir kereye mahsus anne ve bebek sağlığını izlemek üzere lohusa ziyaretlerini de düzenli gerçekleştirdiklerini belirtiyorlardı.

“Gebe izlemlerinin performans sistemi ile ilişkilendirilmesi bir yandan bu hizmetin genel anlamda uygulanırlığını iyileştirmiş gibi görünmekle birlikte, aile hekimi bir görüşmeci bu durumun bazı aile hekimlerini takibi zor kişileri (örn. mevsimlik tarım işçileri) kaydetmeme eğilimine de ittiğini iddia ediyordu.”

Görüştüğümüz aile hekimleri özellikle gebe izlemlerindeki bu düzenli hizmet sunumunu bu hizmetlerin performans sistemi ile bağlantılandırılmasına bağlıyorlardı. Gebe izlemlerinin performans sistemi ile ilişkilendirilmesi bir yandan bu hizmetin genel anlamda uygulanırlığını iyileştirmiş gibi görünmekle birlikte, aile hekimi bir görüşmeci bu durumun bazı aile hekimlerini takibi zor kişileri (örn. mevsimlik tarım işçileri) kaydetmeme eğilimine de ittiğini iddia ediyordu. TNSA 2018’in bulgularında da doğum öncesi veya sonrası herhangi bir sağlık bakımı almadığını bildiren kadınların oranı yüzde 3,5 düzeyinde olduğu hatırd tutulduğunda, görüşmecinin işaret ettiği bu olasılığın mutlaka dikkate alınması gerektiği ortaya çıkıyor.

“Kadın doğum hizmetlerinde performans sistemi uygulaması, hizmetin kalitesini düşüren bir faktör olarak gündeme geldi.”

Görüştüğümüz aile hekimlerinden bir diğeri ise kişilerin ASM kayıtları ile ilgili sorunların gebe izleme olumsuz yansımaları olabileceğine dikkat çekiyordu. Görüşmeci, kişilerin her zaman ikametlerine en yakın ASMLerden birine kayıtlı olmaması veya ikamet değiştirmesine rağmen ASM kaydını taşımaması gibi durumlarda kişi ve aile hekimi arasındaki bağın epeyce zayıf olabileceğini, bu nedenle de gebe takibi yapmanın zorlaşabileceğini belirtiyordu.

ASM hizmetlerinde özellikle gebe izlemlerinin performans sistemi ile bağlantılandırılması genellikle bu hizmetlerin düzenli sürdürülmesini sağlayan bir faktör olarak sunulurken, kadın doğum hizmetlerinde performans sistemi uygulaması, hizmetin kalitesini düşüren bir faktör olarak gündeme geldi. Örneğin, devlet hastanesinde kadın doğum uzmanı olarak çalışan bir hekim görüşünü şu şekilde aktarıyordu:

“Şimdi hasta geldi, hastanın şikâyetini öğrendim. Hastayı jinekoloji masasına aldım. İşte hasta soyundu, giyindi, kalktı. Sonrasında işte ya laboratuvarını ya da reçetesini yazdım, gönderdim. Şimdi bunun beş dakika içinde olmasının imkânı yok. Böyle bir durumda biz bazı şeyleri tahmin ederek yapmaya çalışıyoruz. Yani belki başka meslektaşlarım bu konuda beni haksız bulabilir ama devlet hastanesinde 400 hasta bakıyorum diyen kadın doğumcu herkesi ben layığıyla muayene ediyorum diyemez. Herkesi masaya alıyorum. İlacını da yazıyorum. Artı hastanın sorularını da cevaplıyorum diyemez.”

(Kadın doğum uzmanı hekim)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, görüşmeci performans sistemi kapsamında hastaya ayrılan sürede kadın doğum hizmetinin layığıyla sunulabileceğine inanmadığını belirtiyor. Görüşmeci hastaya ayrılan asgari sürenin mutlaka uzatılması gerektiğinin ve ancak bu şekilde kaliteli bir kadın doğum hizmet sunumundan söz edilebileceğinin altını çiziyor.

“Görüşmeci hastaya ayrılan asgari sürenin mutlaka uzatılması gerektiğinin ve ancak bu şekilde kaliteli bir kadın doğum hizmet sunumundan söz edilebileceğinin altını çiziyor.”

Görüşmelerde geçici koruma altındaki Suriyelilerin Göçmen Sağlığı Merkezleri veya ASM’ler yoluyla birinci basamak anne sağlığı hizmetlerinin erişimlerinin önünde dil bariyeri dışında sosyal güvenlik ya da hizmetlere erişimden kaynaklı önemli bir engel bulunmadığı izlenimini edindik. Yine ikinci ve üçüncü basamakta geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların kadın doğum hizmetlerine erişimlerinin önünde de bir engel bulunmamasına rağmen, özellikle dil bariyerinin halen bir takım sorunlar yarattığına ilişkin

görüşler de dinledik. Örneğin mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK çalışanı şöyle bir soruna işaret ediyordu:

“En çok kadınların şikâyet ettikleri şeylerden biri hastanelerdeki tercümanların onlardan ekstra para istemesi. Mesela X Kadın Doğum Hastanesi’nde bu çok fazla yaşanan bir durum ne yazık ki. Biz de kadınlara şunu söylemeye çalışıyoruz atölyelerimizde. Şikâyet mekanizmalarını nasıl çalıştıracakları ile ilgili bilgiler vermeye çalışıyoruz. Hasta hakları merkezi nedir, ne yapar, nereye şikâyet edilir, CİMER’e nasıl yazarsın, İl Sağlık Müdürlüğü’ne nasıl ulaşırsın”

(Mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı, 1)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki dil bariyerinin kaldırılması için istihdam edilen tercümanların bazılarının kişilerden yasadışı ek ücret talepleri olabiliyor. Bu tür pratikler denetimsiz bir biçimde sürdüğü ve cezasız bırakıldığı takdirde hâlihazırda büyük çoğunluğu çok düşük gelirli olan Suriyeli kadınların hizmetlere erişimlerini zorlaştırabilir.

Anne sağlığı alanında görüşmelerde sıkça dile getirilen sorun, yasal çerçeveye rağmen istemli gebelik sonlandırma hizmetlerinin sunumunda ciddi kısıtlamalar olmasıydı. Ülkemizde 10 haftalık yasal süre içinde olmak kaydıyla istemli gebelik sonlandırmanın mümkün olması, bu hizmetin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında bulunması ve kamu sağlık hizmet sunucuların ilgili hizmeti sağlamakla yükümlü olmasına rağmen, bu hizmete erişim önemli ölçüde zorlaşmış görünüyor. Geçen yıllarda istemli gebelik sonlandırma hizmetlerine erişime ilişkin sorunun boyutlarını etraflıca inceleyen değerli çalışmalar yapılmıştı (O’neil vd., 2016; Topgül vd., 2017). Bu izleme çalışması da bu çalışmaların sonuçlarının pandeminin hemen öncesinde de geçerli olduğunu ortaya koyuyor. Bununla birlikte TNSA 2018’in bulguları istemli gebelik sonlandırma hizmetlerinin yaklaşık yarısının kamudan alındığını gösteriyor. Bu durum yine CSÜS alanında parçalı ve dağınık bir hizmet yapısının mevcut olduğunu doğruluyor.

Görüştüğümüz sağlık çalışanlarının neredeyse tümü istemli gebelik sonlandırma hizmeti talep eden bir hastaları olduğunda hastayı nereye yönlendirebileceklerini bilmediklerini belirtiyorlardı. Görüştüğümüz bir aile hekimi istemli gebelik sonlandırma hizmetlerindeki bu kısıtlamanın anne sağlığı açısından da olumsuz sonuçlar doğuracağını belirtiyordu:

“Görüştüğümüz sağlık çalışanlarının neredeyse tümü istemli gebelik sonlandırma hizmeti talep eden bir hastaları olduğunda hastayı nereye yönlendirebileceklerini bilmediklerini belirtiyorlardı.”

“Doğumu arttırmak istiyorum, ülke nüfusunu arttırmak istiyorum diyen, anne bebek ölümlerini azaltmak istiyorum diyen bir Sağlık Bakanlığı varsa, o zaman gebelik sonlandırmasını çok iyi yaptırmak zorunda, aile planlamasını çok iyi yaptırmak zorunda. Bu nasıl bir çelişki? Şöyle bir durum var, gebelik sonlandırmasını kestiğin anda, merdiven altına sürüklediğin anda, anne bebek ölümleri artıyor. Senin en büyük amaçladığın şey eğer gebelikse, doğum sayısını arttırmaksa, o doğumu yapacak kadın vefat ediyor. Eğer gebeliği arttırmak istiyorsan, insanlar planladıkları gebelikleri yaptıkları zaman aslında gebelikle aralarındaki ilişki de farklılaşıyor. İstenmeyen gebelikler, sonu belli olmayan riskli gebelikler yerine istediği zaman gebe kalabilen ve sağlıklı bir şekilde gebeye doğumu sağlayabilen bir yapılanma da olabiliyor.”

(Aile hekimi 1)

Görüşmecinin yukarıda ifade ettiği üzere, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için hizmet almanın zorlaştırılması, sonuçları itibarıyla anne ölümlerini artırma riski taşıyor. “Bu çerçevede görüşmeci pandemi öncesinde CSÜS hizmetleri alanındaki temel politika hedefi olan anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasıyla, uygulamada istemli gebelik sonlandırmanın zorlaştırılması arasında bir çelişki olduğunun altını çiziyor.” Bununla birlikte, istemli gebelik sonlandırma hizmetine olan talebin etkin AP danışmanlığı ve hizmetleri ile azaltılmasının ve bu hizmetin son durağa dönüştürülmesinin kadın sağlığı bakımından çok daha uygun olacağını da not etmek gerekiyor.

“Bu çerçevede görüşmeci pandemi öncesinde CSÜS hizmetleri alanındaki temel politika hedefi olan anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasıyla, uygulamada istemli gebelik sonlandırmanın zorlaştırılması arasında bir çelişki olduğunun altını çiziyor.”

Kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK çalışanı, istemli gebelik sonlandırmada kadınlara tıbbi tahliye dışında farklı alternatiflerin sunulabileceğine şu şekilde dikkat çekiyor:

“Medikal haplar, bilmiyorum duydunuz mu, dünyada çok yaygın medikal haplar. Biz 2011’de bir toplantıya gittik. Orada hekimler önerdi aslında bu medikal hapi. Dünyada, Avrupa’da da kullanılıyor dediler.

Araştırmacı: İstenmeyen gebelikleri sonlandırmak için değil mi?

Evet, evet. Doktor kontrolü ile bunlar yapılıyor. Türkiye’de izin verilmedi. Hâlbuki bu doktor kontrolü ile aile sağlığı merkezlerinde uygulanabilir. Kürtaj pahalıysa, anestezi işte ameliyathanesi şunu bunu, çok pahalı deniliyorsa bunları uygulayabilirler. Ama olmuyor.”

(Kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı)

Yukarıda alıntılanan STK çalışanının söz ettiği gibi, istemli gebelik sonlandırmaya ilişkin mevcut alternatiflerin bilimsel olarak etkin olmaları kaydıyla SGK kapsamına alınması ve bu hizmeti talep eden kadınlara farklı seçeneklerin erişilebilir kılınması da sistemi iyileştirecek bir adım olarak görülebilir.

Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması

Sağlık hizmetleri alanındaki reformla birlikte kontrasepsiyon ve aile planlaması hizmetlerinin birinci basamakta, yani ASM’lerde sunulmasına karar verildi. Görüşmecilerimizin büyük bir bölümü AP hizmetlerinin ASM’lerce vatandaşa en yakın noktada verilmesini sağlamakla yükümlü kılınmasına prensipte onay veriyordu. Ancak uygulamada ASM’lerde AP hizmetleri ve danışmanlığının etkin bir biçimde sunulmadığına ilişkin önemli hususlara dikkat çekiyorlardı. Örneğin kapatılan bir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi’nde çalışmış ve görüştüğümüz tarihte ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı olarak çalışan bir hekim bu konudaki görüşünü şöyle ifade ediyordu:

“Birinci hedef şeydi aile hekimliğine geçişle birlikte aile hekimleri aslında bu işi yapsın. Mantıklı ve doğru olanı da aslında o. Nüfuslarını tanıyorlar, gelen insanlar belli. İnsanların ulaşma şansı çok daha fazla. Çünkü bizi arayıp bulup gelmeleri lazım ama ASM dediğiniz zaman hemen evinin yanında. E çocuğunu oraya muayeneye getiriyor kendisi ilaç yazdırıyor derken o hizmeti alma şansı haliyle biraz daha fazla. Ama bu pratikte böyle yürüdü mü dersiniz, yürümedi.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 2)

“ASM’lerin sorumluluk alanında bulunan 15-49 kadın izleminin özellikle AP danışmanlığı için önemli bir kanal açtığını söylemek mümkün. Fakat görüştüğümüz aile hekimleri bu izlemin ASM’lerin bir kısmında danışmanlık sunmak şeklinde değil, yalnızca veri toplamak şeklinde anlaşıldığını ve bu şekilde uygulandığını belirtti.”

ASM’lerin sorumluluk alanında bulunan 15-49 kadın izleminin özellikle AP danışmanlığı için önemli bir kanal açtığını söylemek mümkün. Fakat görüştüğümüz aile hekimleri bu izlemin ASM’lerin bir kısmında danışmanlık sunmak şeklinde değil, yalnızca veri toplamak şeklinde anlaşıldığını ve bu şekilde uygulandığını belirtti. Ayrıca görüşmeciler 15-49 yaş kadın izleminin yalnızca veri toplama amaçlı bir uygulamaya dönüşmesine neden olan önemli etkenlerden birinin de ASM’ye kayıtlı nüfus sayısının yüksekliği olduğunu vurguladı. Son olarak görüştüğümüz aile hekimleri kadın izlemlerinde evli olmayan kadınlara takip sorularının sorulmayabildiğini ve bilgilendirmenin es geçilebildiğini belirtti. ASM çalışanlarının evli olmayan kadınlara yönelik takip sorularının sorulamamasının kısmen mevcut kültürel kodların oluşturduğu kısıtlardan ve ASM’lerde gençlere yönelik AP bilgilendirmesi yapmak için gereken beceri ve materyal eksikliğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Diğer yandan bu uygulamanın hem önemli bir bilgilendirme fırsatının kaçırılması hem de bazı durumlarda karşılanamamış bir ihtiyaç anlamına geldiğini de not etmek isteriz.

Görüşmelerde ASM’lerde AP hizmetleri ve danışmanlığının etkin bir biçimde sunulabilmesinin önündeki engellerden birinin ASM’lere düşen nüfus sayısının fazlalığı ve ASM’lerin standart altyapı ve personel yapılanması olduğu belirtiliyordu. Örneğin bir sağlık yöneticisi bu soruna şöyle dikkat çekiyordu:

“Sağlık ocaklarının çalışma mantığı ile ASM’lerin çalışma mantığını tam birbiriyle örtüş-türemedik. Çünkü eskiden sağlık ocağımızda sorumlu ekibimiz vardı. Mesela bir idareci-miz vardı. Artı diğer çalışan ekiplerimizi destekleyebilecek personelimiz vardı. Personel istihdamını istediğiniz zaman arttırabiliyordunuz bir sağlık ocağında. Mesela ekstradan bir personel daha gönderebiliyordunuz. Bir ebe daha gönderebiliyordunuz. Ama şu anda bizler tamamen şey ile sınırlıyız. Bir sayı ile sınırlıyız. Bir birim ile sınırlıyız. Artı hem mekânsal olarak buraya ekstra takviye yapamıyorsunuz. Çünkü sözleşme aile hekimlerinde, özelde bir anlamda.”

(Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi)

“Aile hekimleri doğurganlığın yüksek olduğu ve gelir durumunun düşük olduğu mahallelerde yer alan ASM’lerin AP hizmetine olan yüksek talebi karşılamakta özellikle insan kaynağı bakımından yetersiz kalabildiğinin altını çizdiler.”

Yukarıda alıntıya paralel bir biçimde, görüştüğümüz aile hekimleri ASM’lerin bulunduğu mahallenin demografik yapısının ve gelir durumunun halkın ASM’lerin AP hizmetlerine talebinde ciddi farklar yaratabildiğine işaret ettiler. Ayrıca aile hekimleri doğurganlığın yüksek olduğu ve gelir durumunun düşük olduğu mahallelerde yer alan ASM’lerin AP hizmetine olan yüksek talebi karşılamakta özellikle insan kaynağı bakımından yetersiz kalabildiğinin altını çizdiler. Bu görüşler bize AP hizmetlerine ihtiyacın birinden epeyce farklı olduğu yerlerde aynı tür ASM yapılanması ve personel tahsisıyla bu ihtiyaçlara eşit düzeyde karşılık verilebilmesinin mümkün olmadığını düşündürüyor.

Görüşmecilerin bir bölümü ASM’lerin etkin bir AP hizmeti sunabilmesinin önündeki bir diğer engel olarak bu hizmeti sunacak personelin niteliğini gösterdiler. Topgül vd.’nin (2017) raporundaki bulgularını doğrular şekilde, görüşmelerde aile hekimlerinin AP hizmetinin muhatabı olarak genellikle kendilerini değil, birlikte çalıştıkları diğer sağlık personellerini gördüklerine şahit olduk. Dolayısıyla ASM’lerde verilen AP hizmetinin niteliği de çoğunlukla hizmetin muhatabı olarak görülen diğer sağlık personellerinin nitelikleri olarak tasvir edildi. Örneğin, bir aile hekimi görüşmeci şöyle bir değerlendirme yaptı:

“(Yalnızca) Niceliksel bir sıkıntı değil niteliksel bir sıkıntı da var. Çünkü Sağlık Bakanlığı diyor ki hekimin yanında çalışacak kişi aile sağlığı çalışanı, sağlık memuru, hemşire ve acil tıp teknisyeni olabilir. Şimdi bir meslek ünvanı eğitim müfredatı ile verilir. Örneğin ebenin bu konuda aslında birebir aslında bu konulara giren bir alanı var.”

(Aile hekimi 1)

Yukarıda alıntılanan aile hekiminin sözünü ettiği üzere, birinci basamakta hizmet veren görüşmecilerin çoğu bir ASM’de özellikle bir ebenin ya da hemşirenin bulunmasının bu ASM’de AP hizmetlerinin daha özenli, yetkin ve kapsamlı sunulabilmesini sağlayan bir faktör olduğuna işaret ettiler. Örneğin görüştüğümüz bir aile hekimi bu konudaki görüşünü şöyle aktarıyordu:

“Birinci basamakta hizmet veren görüşmecilerin çoğu bir ASM’de özellikle bir ebenin ya da hemşirenin bulunmasının bu ASM’de AP hizmetlerinin daha özenli, yetkin ve kapsamlı sunulabilmesini sağlayan bir faktör olduğuna işaret ettiler.”

“Gerçekten çok iyi bir ebe orayı sahiplenen biri olsa [ASM’de aile planlaması danışmanlığı] evet var. Ama şimdi öyle bir devir ki sen bunun için ekstra bir şey almıyorsun. Mesela şöyle, aile hekimliğinde nüfusun sabit. Maaşın da sabit. O 4 bin kişi sana her gün de gelse, o 4 bin kişi sana hiç uğramasa bile aynı parayı alıyorsun. Dolayısıyla bizdeki [ebeler] de aynı görüşte olabilir ama şans yani bizimkiler şu anda çok güzel hani kendilerinden vererek saatlerce anlatıyorlar ama eski yerde [başka bir ilçedeki ASM’de] öyle değildi.”

(Aile hekimi 2)

Aile hekiminin ifade ettiği üzere, ASM’lerde özellikle AP danışmanlığı konusundaki hizmet sunumu bir nebze “şansa” kalmış durumda. Burada hekimin “şans” olarak tarif ettiği husus, bir ASM’de AP danışmanlığı sunmayı kendine görev edinen ve bunu herhangi bir ek maddi getirisi olmamasına rağmen yapmayı sürdüren eğitimli sağlık personelinin bulunup bulunmaması. Bu yapılanmanın bir sonucu olarak, tek bir aile hekiminin deneyiminde dahi çalıştığı iki ASM’nin biri AP danışmanlığı hizmeti sunarken diğeri sunmamış olabiliyor.

Ayrıca görüşmelerde eğitim müfredatında CSÜS konuları bulunmayan acil tıp teknisyenliği mezunlarının da ASM’lerde aile sağlığı çalışanı kadrosunda çalışabilmelerinin ASM’lerin AP hizmet kapasitesini zayıflatmış olabileceğine değinildi. İlçe sağlık müdürlüğüne bağlı bir üreme sağlığı biriminde ebe olarak çalışan görüşmecimiz bu durumun yaratabileceği sorunları şöyle ifade ediyordu:

“CSÜS ile ilgili konularda danışmaya gelen bir kadın varsayalım. Ondan (CSÜS alanında eğitim almamış bir sağlık personelinin kastediyor) hizmet alması konusunda sıkıntı yaşanabilir. Şimdi biz üreme sağlığı hizmetlerinde ne anlatıyoruz? Aile planlaması, iletişim, gençlere yönelik cinsel sağlık, CYBE ve güvenli annelik anlatıyoruz. Yani bunlarla ilgili eğer iyi bir eğitim almışsa okey ama bunlar sürekli güncellenen ve yenilenen bilgilere sahip olması gerektiği için o konuda belki kısıtlı olabilir.”

(İlçe sağlık müdürlüğünde çalışan aile planlaması uzmanı bir ebe)

Bu çerçevede AP hizmetlerine ilişkin yeterli teorik ve uygulama bilgisine sahip olmayan sağlık personellerini bu alanlarda güçlendirmeye yönelik Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu hizmet içi eğitimlerin büyük önem taşıdığı görülüyor. Aile hekimi olarak görev yapan görüşmecilerden biri ilçe sağlık müdürlüğünden zaman zaman aile planlaması ve üreme sağlığı konulu hizmet içi eğitim duyurularının kendilerine ulaştığını ve bu eğitimlere ASM çalışanlarının katılımını özendirdiklerini söyledi. AP ve üreme sağlığı alanındaki eğitimleri sunan Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi’nde (ÜSBEM) çalışan bir hekim, bu eğitimlere katılımın gönüllülük esasıyla işlediğini şöyle anlatıyordu:

“AP hizmetlerine ilişkin yeterli teorik ve uygulama bilgisine sahip olmayan sağlık personellerini bu alanlarda güçlendirmeye yönelik Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu hizmet içi eğitimlerin büyük önem taşıdığı görülüyor.”

“Zorunlu diyemeyiz eğitimlere ama belirli programları yürütmek için o sertifikasyona tabii ki ihtiyacın var. Yani RİA takacaksa, aile planlaması eğitimi kursu almak zorunda. Danışmanlık yapacaksa ya aile planlaması hizmetleri kursu sertifikası olacak ya da üreme sağlığı sertifikası olacak. Ne oluyor? İş zorunluya dönüyor. Veya gebe okulu açacaklar ya da ilçede gebe bilgilendirme sınıfı eğitimleri yürütecekse arkadaşlar gelip üreme sağlığı eğitimi alıyorlar.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, AP hizmetlerini sunabilmek için gereken hizmet içi eğitimlere katılım gönüllülük esasıyla işliyor. Ancak belirli bir ASM ya da sağlık personeli bu eğitimin kapsamındaki teorik bilgileri ve uygulama becerilerini uygulamaya niyetliyse bu eğitimlere katılması gerekiyor. Bu yapılanma dahi ASM’lerde AP hizmet ve danışmanlığının uygulamada seçimlik bir hizmet biçiminde algılandığına işaret ediyor. Ayrıca Sağlıklı Hayat Merkezi’nde (SHM) görev yapan bir hekim, pandemi öncesinde AP beceri kursuna katılımı özendiren bir uygulamanın da yürürlükten kaldırıldığını anlatıyordu:

“Geçmişte aile hekimliği birimlerinin bir sınıflaması vardı, işte A, B, C ve işte sınıfsız. A ve B cari gider açısından en yüksek miktarı maddi olarak alan birimlerdi. Bunlar da 2019 Haziran ayına kadar şey zorunluydu RİA sertifikası almak, yani o aile planlaması beceri kursundan geçmek. Dolayısıyla aile hekimleri ya da yanında çalışan hemşiresi, ebesi bu kursa geliyordu ki A veya B sınıfı olsun, cari gideri alsın.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

Aile planlaması beceri kurslarına katılımı özendirici uygulamanın yürürlükten kaldırılmasının ASM personelinin bu tür eğitimlere katılımlarında bir düşüşe neden olması beklenebilir. Ayrıca ASM’lerde sunulan AP hizmetlerinde standart bir hizmet kalitesinin tutturulmasının, mevcut hizmet yapılanması ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ilgili hizmet içi eğitim programları ile pek mümkün görünmediği de söylenebilir. Fakat pandemi öncesinde AP ve üreme sağlığı eğitimlerine katılımın ASM sınıflandırması ile ilişkilendirilmesi pratiğinin de ASM’lerde bu hizmetlerin sunulmasına yetmediğini de bir görüşmeci şöyle ifade ediyordu:

“ASM’lerde sunulan AP hizmetlerinde standart bir hizmet kalitesinin tutturulmasının, mevcut hizmet yapılanması ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ilgili hizmet içi eğitim programları ile pek mümkün görünmediği de söylenebilir.”

“Ama bunu aldıktan sonra uyguluyorlar mıydı? Hayır, uygulamıyorlardı. Neden uygulamıyorlar? Çünkü aile hekimliği de ... koruyucu hekimlik hizmetlerinin sadece performansa giren kısmının önemsendiği bir sistem. Şimdi aile planlaması hizmetleri performansa giren kısım değil.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

Alıntıda dikkat çekildiği üzere ASM personeli AP ve üreme sağlığı eğitimlerini alsa bile, bu eğitimlerin hizmete yansımalarına ilişkin herhangi bir özendirici mekanizmanın bulunmaması ve hizmetlerin performans sistemi ile bağlantılandırılmaması, genellikle ilgili hizmetlerin sunulmasına yetmemiş görünüyor. Bu izlenimi doğrular bir biçimde, aile hekimi olarak görev yapan görüşmeciler ASM’lerde jinekolojik masa bulunsa dahi bu masanın kullanılmadığını ve RİA gibi uygulamaların genel olarak yapılmadığını belirtti. Örneğin bir görüşmeci jinekolojik masanın kullanılmamasının, serviks kanseri tarama gibi yeni uygulamaların da ASM bünyesinde yapılmasını zorlaştırdığını şu sözlerle ifade ediyordu:

“ASM personeli AP ve üreme sağlığı eğitimlerini alsa bile, bu eğitimlerin hizmete yansımalarına ilişkin herhangi bir özendirici mekanizmanın bulunmaması ve hizmetlerin performans sistemi ile bağlantılandırılmaması, genellikle ilgili hizmetlerin sunulmasına yetmemiş görünüyor.”

“Hatta şu anda bu jinekolojik masa öyle bir noktaya geldi ki aile planlamasında yok sayılan süreçlere kronik sağlık hizmetlerinde yani kanser taramalarında ihtiyaç duyuldu. Fark edildi ki eğer sen HPV rahim ağzı kanseri taramalarını arttırmak istiyorsan o sağlık kurumunda geçmişte aile planlaması tecrübesi ya da aile planlaması kapasitesi olması lazım. Çünkü aile planlaması hizmetlerini çok sıklıkta yapan, spiral takabilen bir merkezde zaten vajinal muayene, jinekolojik masa uygulaması oluyor. Sadece yapman gerekenin üzerine bir HPV tarama kiti ekliyorsun. Ama bu kapasiteyi yok ettiysen, sıfırdan tekrar bir jinekolojik masanın varlığı ona hizmet etsin, ona göre bir hijyen ortamı, ona göre bir mahremiyet sağlayacak oda ortamı sağlaman gerekiyor. (Kapasite çalıştırılıyorduyorsa) hastalar da o jinekolojik masaya oturmayı tecrübe etmiş oluyorlar aile planlaması hizmetlerinde ama kanser tarama hizmetlerinde hiç tecrübesi olmadığı için ‘aile sağlığı merkezinde kanser taraması yaptırmam’ diyor. Hani bu da şunu gösteriyor ki geçmişte yapmadığın birinci basamak uygulamaları ihtiyaç haline geldiğinde çok büyük sıkıntılara yol açıyor. Sıfırdan başlıyorsun.”

(Aile hekimi 1)

Aile hekimin yukarıda ifade ettiği üzere, geçmiş uygulamada ASM sınıflandırmasında yükselmek için ASM’ye jinekolojik masa koyulduğu takdirde dahi oluşturulan bu kapasitenin hizmete dönüşmemesi yaygın bir pratik gibi görünüyor. Görüşmeci bu kapasitenin zamanında hizmete dönüştürülmemesinin günümüzde birinci basamakta serviks kanseri taraması gibi uygulamaları da etkin bir biçimde gerçekleştirmenin önünde bir engel teşkil ettiğine işaret ediyor. ASM’lerde etkin, kaliteli ve sürdürülebilir bir AP hizmet sunumunun olmamasını aynı aile hekimi ASM’lerin bu hizmetlere ilişkin herhangi bir denetime tabi tutulmamasına bağlıyor:

“Sağlık idaresi reçete yazmayan bir sağlık kurumunu anında ‘sen nasıl tıbbi reçete yazmazsın gelen poliklinik süreçlerinde?’ der. Ama ben şimdiye kadar hiçbir sağlık idarecisinin sizin aile sağlığı merkezinde aile planlaması hizmetleri sunulmuyor, spiral talebine karşılık verilmiyor dediğini görmedim.”

(Aile hekimi 1)

“Sağlık Bakanlığının ASM’lerdeki AP hizmetlerinin yürütülmesini denetleyen herhangi bir mekanizması bulunmaması, ASM çalışanları arasındaki bu hizmetlerin tercihli hizmetler olduğu algısını pekiştiriyor.”

Görüşmecinin yukarıda belirttiği üzere, Sağlık Bakanlığı’nın ASM’lerdeki AP hizmetlerinin yürütülmesini denetleyen herhangi bir mekanizması bulunmaması, ASM çalışanları arasındaki bu hizmetlerin tercihli hizmetler olduğu algısını pekiştiriyor. Başka bir görüşmeci ise ASM’lerde AP hizmetleri ve danışmanlığının reformun başında tahayyül edildiği gibi işlememesini şu faktörler üzerinden açıklıyordu:

Temelde bence performansa girmemesi ve iş yükünde bir artış olarak görülmesi diyeyim. Uygulanmadı yani (ASM’lerde aile planlaması hizmetlerini kastediyor).

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

“Görüşmelerde pandemi öncesinde kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında birinci basamaktaki en önemli sorunlardan birinin ASM’lere ve diğer sağlık kuruluşlarına merkezden kontraseptif malzeme temininin özellikle son bir yılda tümüyle durması olduğuna vurgu yapıldı.”

Görüşmelerde pandemi öncesinde kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında birinci basamaktaki en önemli sorunlardan birinin ASM’lere ve diğer sağlık kuruluşlarına merkezden kontraseptif malzeme temininin özellikle son bir yılda tümüyle durması olduğuna vurgu yapıldı. Görüşmecilerin önemli bir kısmı bu soruna aşağıdaki gibi işaret ediyorlardı:

“Yani üç aylık iğne ya da aylık iğne ya da kondom gibi süreçlerde bazen sıkıntılar yer almakta. Bunda da vatandaşın sağlık bilgi sistemi 184’e şikâyet etmesiyle geri bildirimler alınmakta.”

(Aile hekimi, 1)

“Şimdi biz onların (kontraseptifler) hiçbir zaman olmadığı bir dönem yaşamadık o zamanlar ya da işte az olduğu azaldı ne yapacağız gibi bir kaygı yaşamazdık (AÇSAP’ların faaliyette olduğu dönemi kastediyor). Ama son dönemde uzun süreli boşluklar olmaya başladı. İşte iki ay, üç ay yok mesela hap, mesela kondom. Ne yapacak vatandaş?”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Aile planlaması malzemesi dağıtımı konusunda bir sıkıntı olduğu aşikâr. Son altı aydır diyebiliriz. Geçen yılın sonunda itibaren. Bizim malzeme talebini karşılamada sıkıntımız var. Tüm Türkiye’nin sıkıntısı var. Bunun cevabını verse verse ancak bizden daha üst düzey bir yöneticinin vermesi lazım. Neden böyle bir sıkıntı ile karşı karşıya olduğumuzun cevabını ancak genel müdürlük verebilir. Maalesef bunun cevabı yok. Ama malzeme eksikliği kesin.”

(Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi)

“Merkezi idarenin kontraseptif malzeme temin etmemesi, bu malzemelerin toplumun geniş kesimleri açısından erişilebilir olmaktan çıkması anlamına geliyor. Türkiye’de gelir dağılımı adaletsizliğinin diğer Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) üye ülkelerine kıyasla epeyce yüksek olduğu (OECD, 2020) da hesaba katıldığında, kontraseptif malzeme teminindeki kesintinin özellikle düşük gelirli kişiler bakımından karşılanamamış AP ihtiyacına dönüşeceğini tahmin etmek güç değil.”

Yukarıda alıntılanan ve farklı illerde hizmet veren sağlık çalışanları, kontraseptif malzeme temini ile ilgili sıkıntının merkezi idarenin bu malzemeleri almak için ihaleye çıkmamasından kaynaklandığını belirttiler. Türkiye gibi üst orta gelir grubuna dâhil olan bir ülkenin (Dünya Bankası, 2020) sürdürülebilir bir biçimde kontraseptif malzeme teminini sağlayamamasının mali bir nedeni olması anlaşılır görünmüyor. Hâlbuki TNSA 2018’in bulguları kadınların önemli bir bölümünün kontraseptif malzeme talebinin bulunduğu ve bu malzemeleri kamu sağlık hizmet sunucularından almayı seçtiğine işaret ediyor. Merkezi idarenin kontraseptif malzeme temin etmemesi, bu malzemelerin toplumun geniş kesimleri açısından erişilebilir olmaktan çıkması anlamına geliyor. Türkiye’de gelir dağılımı adaletsizliğinin diğer Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) üye ülkelere kıyasla epeyce yüksek olduğu (OECD, 2020) da hesaba katıldığında, kontraseptif malzeme teminindeki kesintinin özellikle düşük gelirli kişiler bakımından karşılanamamış AP ihtiyacına dönüşeceğini tahmin etmek güç değil. İki görüşmeci bu soruna şu şekilde işaret ediyorlardı:

“Bizim ücretsiz verdiğimiz aylık iğne (piyasada) 59 lira. Şimdi asgari ücretle geçinen bir aile için o 59 lira çok önemli bir şey. Çünkü onu yaptırmak için dolmuşa biniyor, geliyor bizim yanımıza, yani on lira yol parası veriyor. 59 lira iğne. İğne yoksa, iğneyi eczaneden alıyor geliyor. Yani gerçekten yük yani. Hani talep ediyor insanlar bunu ama ulaşamıyor. O yüzden sıkıntı.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

“Zaten gebelikten korunma hapları da çok pahalı bu arada, biliyorsunuz, 60-70 TL ve her ay aldığınızı düşündüğünüzde, kadın her ay bunu alacak. Baya pahalı bir yöntem.”

(Kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK temsilcisi)

Yukarıdaki alıntılarda görülebileceği üzere, kamunun kontraseptif malzeme temininde yaşanan kesintinin TNSA 2018’de tespit edilen karşılanamayan AP ihtiyacını özellikle düşük gelirliiler arasında daha da artırması olası görünüyor. Görüşmelerde bazı sağlık çalışanlarının mevcut kontraseptif malzeme eksikliğinin giderilmesi için yöneticileri ile görüştükleri ve yöneticilerinden il düzeyinde bu malzemelerin alınabileceğine yönelik geri dönüşler aldıklarını öğrendik. Örneğin Sağlıklı Hayat Merkezi’nde görev yapan bir hekim deneyimini şu şekilde anlatıyordu:

“Fakat son iki yıldır 2019’dan beri malzeme alımı yapılmadı. Bir eğitim için Ankara’ya da gittiğimizde bakanlık yetkilileri ile de konuşma gereği duydum. İlleriniz alsın diyor, ama iller de almıyor. Kendi illeriniz kendi bütçeleri ile alsın. Biliyorsunuz döner sermaye bütçesi var illerin. Ama bu da ile göre değişiyor. Bizde alınmadı. Biz yaklaşık hemen hemen bir yıldır normal aile planlaması hizmeti olarak uygulanan kondom, yani bizde uygulananı söylüyorum, aylık iğne ve doğum kontrol hapı, bunların hiçbir kalmamıştı. Mesela biz oral kontraseptifleri Sıhhat diye bir proje vardı, o proje için çok alınmıştı. Oradan bir kısım aldık. Ücretsiz geldi. Onları kendimiz dağıttık, çünkü hani göçmenler de bize geliyor diğer halk da geliyor. Ama 2020’nin başından beri size söyleyeyim sadece elimizde RİA var. Başka hiçbir aile planlaması yöntemi yok.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, görüştüğümüz hekim kendi inisiyatifıyla kontraseptif malzeme temininde yaşanan kesintiyi telafi etmeye çalıştığını ancak pandemi öncesinde bu ek yöntemleri de tükettiklerini belirtiyordu. Benzer bir biçimde, GDTM çalışanlarından biri danışanlarının özellikle kondom talebinin yüksek olduğunu, bu talebi karşılamak için çeşitli STK’larla işbirliği yaptıklarını belirtti. Ancak STK işbirlikleri çerçevesinde kondom temininin sürdürülebilirliğini sağlamanın mümkün olmadığını da sözlerine ekledi. Görüşmecisi ne Sağlık Bakanlığı’ndan ne de bağlı bulundukları ilçe belediyesinden kondom temini ile ilgili herhangi bir destek alamadıklarını altını çizdi. Başka bir görüşmecimiz ise il düzeyinde alım yapılmasının merkezi idarenin kontraseptif malzeme temini yapmamasını ikame etmesinin olanaksız olduğuna işaret ediyordu:

“(İl düzeyinde alım yapılması) Mümkün değil çünkü bizdeki bütçe yüz bin yüzlerce bin lira civarında diyeyim, ama bunun bizim ilimizin bir yıllık ihtiyaç şeyi milyon TL’lerle. Yani bizdeki mevcut bütçenin otuz, kırk katı bir bütçe lazım. Siz ilde olmayan bir para ile alıma çıkamazsınız. Bütçe yoksa alım yapamazsınız. ... Biz neyi satın alırdık. Daha az bütçe gerektiren şeyleri. Atıyorum bizim ilde yılda dokuz bin tane RİA uygulaması yaparız. Düz hesap on bin diyeyim. Tanesi on liradan yüz bin yapar. Bunun bütçesini karşılayabiliriz. Ama kondom gibi, milyonlarca hap gibi, yüz binlerce dağıttığımız malzemelerde bütçe milyon TL’ye çıkıyor. Bunun bütçesi ilde yok.”

(Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi)

Yukarıdaki alıntı merkezi idareden kontraseptif temininde yaşanan kesintinin il düzeyindeki alımlarla ikame edilmeyeceğini örneklerle açıklıyor. İl düzeyinde kontraseptif temini için kullanılabilecek yeterli bütçe olsaydı dahi, kontraseptif malzeme temini kararının illere bırakılmasının hizmet sunumunda iller arasında yaratacağı dengesizliklere nedeniyle tercih edilir bir yöntem olmayacağı kanaatindeyiz.

ASM’lerde kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin pandemi öncesindeki genel görünümü özetle şöyleydi: Henüz ulaşılamamış yüzde 3,5 civarında azımsanamayacak bir nüfus olsa dahi genel anlamda etkin bir biçimde yürütülen gebe izlemleri, temelde veri toplama amacıyla yürütülen 15-49 yaş kadın izlemleri, ancak ASM’de eğitilmiş ve motivasyonu yüksek bir sağlık personeli bulunması halinde sunulan AP danışmanlığı ve kontraseptif malzeme eksikliği. Bu genel görünümün bir bileşenini de ASM’ler dışında kontrasepsiyon ve AP hizmetleri sunan diğer hizmet birimleri oluşturuyordu. Bu hizmet birimleri arasında hastanelerin AP merkezleri, önemli bir bölümü kapatılmış olsa da bazıları halen faaliyette olan AÇSAP’lar, sağlık müdürlüklerine bağlı ÇEKÜS’ler ve yeni açılmaya başlanan ve bazılarının içinde kadın ve üreme sağlığı danışmanlık hizmetleri de bulunan SHM’ler bulunuyordu.

“Sağlık reformuyla kontrasepsiyon ve AP hizmetleri ASM’lerin görev alanında tanımlanmasına rağmen, görüştüğümüz sağlık personelinin genel değerlendirilmesi ASM’lerde bu hizmetlerin etkin bir biçimde yürütülemediğine işaret ediyordu. Durum böyle olunca, pandemi öncesinde ASM dışındaki hizmet birimlerinin kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanındaki işlevleri epeyce önemli görünüyordu.”

Daha önce değerlendirildiği gibi, sağlık reformuyla kontrasepsiyon ve AP hizmetleri ASM’lerin görev alanında tanımlanmasına rağmen, görüştüğümüz sağlık personelinin genel değerlendirilmesi ASM’lerde bu hizmetlerin etkin bir biçimde yürütülemediğine işaret ediyordu. Durum böyle olunca, pandemi öncesinde ASM dışındaki hizmet birimlerinin kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanındaki işlevleri epeyce önemli görünüyordu. Görüştüğümüz aile hekimleri bulundukları illerde AÇSAP hizmetlerinin ortadan kalkmasını önemli bir sorun olarak görüyorlardı:

“Sağlık Bakanlığı’nın AÇSAP merkezlerinde yapılan tüm işlemler ücretsiz. Kimlikle başvuru bir hizmet. Bunun ikamesi olmadığı için de daha da büyük sıkıntı çıkarıyor. Bu sistemin çöküşü ... ikamesi olmayan bir hizmetin ortadan kalkması anlamına geliyor.”

(Aile hekimi 1)

“Herkes eski sistemi şey gibi anlatıyor yani, çok mutlu güzel zamanlar gibi anlatıyor, çünkü hakikaten bütün hizmetler varmış. Daha çok elemanınla daha kaliteli bir hizmet oluyormuş. Şimdi biraz birebiriz ve nüfus biraz daha yüklenince AÇSAP’lar evet biraz aranıyor.”

(Aile hekimi 2)

“Aslında tabii sağlıklılsı, evlilik öncesi sağlık danışmanlığı ya da işte gebelik öncesi sağlık danışmanlığı, ergenlik öncesi vs. aile planlaması. AÇSAP’ların güzel olduğu zamanlarda her yaş grubuna göre farklı şekillerde anlatımı varmış. Hani kırk yaşına gelip kucağında bebekle eğitim almak tabii biraz şey yani.”

(Aile hekimi 2)

“Görüştüğümüz aile hekimleri AÇSAP’ların sunduğu kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin önemine ve ASM’leri tamamlayıcı işlevlerine birçok boyutuyla dikkat çekiyorlardı.”

Yukarıda alıntılandığı üzere görüştüğümüz aile hekimleri AÇSAP’ların sunduğu kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin önemine ve ASM’leri tamamlayıcı işlevlerine birçok boyutuyla dikkat çekiyorlardı. Bu boyutlardan ilki, AÇSAP’ların sunduğu hizmetlerin ASM’lerce ikame edilememiş olmasıydı. Aile hekimi 2’nin anlatısı adeta AÇSAP’ların olduğu dönemin bir tür altın çağ gibi hatırlandığını gösteriyor. AÇSAP’ların bir bölümünün faaliyetlerine son verilmesiyle ortaya çıkan hizmet boşluğunun doldurulamadığına ve bu raporda daha önce de değinildiği üzere kontraseptif malzeme temininin yalnızca özel sektör yoluyla gerçekleşebilmesi durumunda düşük gelirli kişilerin bu malzemelere erişimlerinin sağlanamadığına işaret ediliyordu. Ayrıca AÇSAP’ların sunduğu hizmetlerin ikinci önemli boyutunu ise, bu merkezlerdeki uzman personel istihdamı ve doğrudan AP hizmet talebi olan nüfusa yönelmesi sayesinde, sunulan hizmetlerin kalitesinin yüksekliği ve çeşitliliği oluşturuyordu. Örneğin aile hekimi 2’nin dikkat çektiği üzere, AP danışmanlığının yaş gruplarına özgü bir biçimde AÇSAP’larca yapılabildiğine ancak ASM’lerde böyle bir danışmanlığın sunulmasının mümkün olmadığına işaret ediliyordu.

Kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında ASM’ler dışında hizmet sunan ara birimlere olan ihtiyaç bu denli belirginken, eski AÇSAP çalışanı iki hekim bu hizmet birimlerin pandemi öncesinde iyi durumda olmadıklarını şu şekilde tasvir ediyorlardı:

“Bir sürü yer açık değil çünkü personel yok artık yürütemiyorsunuz bu hizmeti. Çok da önemsenmiyor da yani. Diyorlar ki arayan bir şekilde bu hizmeti bulur. Aile hekimliğinden ister hastanelerin bazılarının AP klinikleri var oraya giderler. Öyle yani. Çok arada kalmış bir hizmet.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Hastalara hizmet veriyoruz, aile planlaması hizmetleri devam ediyor. Bir taraftan da bu eğitim kısmı devam ediyor. Zaten bu eğitim kısmı devam etmeyen aile planlaması birimleri kapatıldı. Çok azı kaldı şu anda aktif olan. Biz de onlardan biriyiz.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 2)

“İhtiyaç da var sahada o da belli. ... Küçüle küçüle kocaman kurumlardan tek odalara şeklinde indik. Personel sayısı azalınca, üreme sağlığı yani çok geniş... Eskiden daha kalabalıkken çok daha fazla şey yapıyorduk tabi. Biz de küçüle küçüle sadece RİA uygulaması gibi bir noktaya geldik.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 2)

Görüşmecilerin aktardığı üzere, faaliyetlerini sürdürmeye devam eden merkezlerin daha çok hizmet içi eğitim faaliyetlerini sürdürmeleri bekleniyor. Bu merkezlerde uzman personel istihdamının da azalması sonucunda, her ne kadar bazılarında AP hizmetleri sunulmaya devam edilse de bu hizmetlerin çeşitliliğinde ciddi bir daralma olduğu da dikkat çekiyor. Her ne kadar yukarıda alıntılanan ikinci görüşmecenin aktardığı gibi idarecilerde AP hizmetleri için AÇSAP'lara ihtiyaç olmadığı ve bu hizmetlerin başka merkezlerden de alınabileceği gibi bir görüş hâkimse de, bu izleme çalışmasında edindiğimiz bilgilerin ve TNSA 2018'in bulguların ışığında bu görüşün gerçekte bağdaşmadığı kanaatindeyiz. Örneğin görüştüğümüz bir sağlık idarecisi, görev yaptığı şehirde pandemi öncesinde AÇSAP'ların kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında çok önemli bir tamamlayıcı işlev üstlendiklerini ifade ediyordu:

“Devlet hastanelerimizde (aile planlaması hizmetleri) yetersiz olduğu durumlarda, mesela bizim ilimizde iki tane AÇSAP merkezimiz faaliyetlerine devam ediyor.”

(Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi)

Görüştüğümüz sağlık idarecisinin kontrasepsiyon ve AP hizmetlerine ilişkin kent ölçeğinde bir planlama yaptığını ve bu çerçevede iki merkezin faaliyetlerini sürdürmesini uygun gördüğünü öğrendik. Ancak farklı şehirlerde görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığımız diğer görüşmeler bu idarecinin kent ölçeğinde hizmet planlaması pratiğinin istisnai olduğunu gösteriyordu. Örneğin, SHM’de çalışan bir hekim görev yaptığı şehirdeki durumu şöyle betimliyordu:

“İlde biz tekiz, bahsettiğim Sağlıklı Hayat Merkezleri içinde hizmet veren tek yeriz. Bu şehir, bilmiyorum biliyor musunuz, büyükşehir statüsünde. Bir tane merkez ilçesi var. Onun dışında da 11-12 ilçesi var. Büyük ilçeleri var, onlar da koca koca şehirlerdir. Oralarda da yok bu hizmeti veren yer. Onların yani Sağlıklı Hayat Merkezleri var ancak (bu hizmet) verilmiyor. Onlar da bize geliyor.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

“Her ne kadar SHM’lerin karşılanamayan AP danışmanlığı hizmetleri konusunda önemli bir işlev üstlenmeleri halen mümkünse de, mevcut yapılanmada bu hizmetlerin yine tercihli bir hizmet alanı şeklinde görüldüğü ortaya çıkıyor.”

Aslında sağlığın teşviki amacıyla kurulmaya başlanan SHM’lerin sunacağı hizmetler arasında kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı da yer alıyor (Sağlık Bakanlığı, 2020). Hâlbuki görüşmecinin işaret ettiği gibi, bu merkezlerde de kontrasepsiyon ve AP danışmanlığına ilişkin bir standardizasyona gidilmediği dikkat çekiyor. Her ne kadar SHM’lerin karşılanamayan AP danışmanlığı hizmetleri konusunda önemli bir işlev üstlenmeleri halen mümkünse de, mevcut yapılanmada bu hizmetlerin yine tercihli bir hizmet alanı şeklinde görüldüğü ortaya çıkıyor.

Görüşmecilerimiz arasında halkın AP danışmanlığı hizmetleri ve daha genel anlamda CSÜS danışmanlık hizmetlerine olan ihtiyacının yeterince karşılanamadığına ilişkin bir görüş birliği mevcuttu. Örneğin bir görüşmeci, uzun yıllar kapasite gelişimine yatırım yapılmış olmasına rağmen sonradan faaliyetlerine son verilen Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezlerine referansla pandemi öncesindeki durumu şöyle betimliyordu:

“İnsanlar, gençler dâhil danışmanlık, bilgi alıyordu. Şu anda genç insanlar CSÜS bilgisine, danışmanlığına erişemez durumda.”

(CSÜS alanında uzman kuruluş çalışanı)

Pandemi öncesi dönemde AP ve CSÜS danışmanlığı alanında ortaya çıkan hizmet açığını kısıtlı da olsa bir ölçüde ikame edenler insani yardım alanında faaliyet gösteren STK’lar oldular. Geçici koruma altındaki Suriyelilerin temel gereksinimlerine ulaşmalarına yönelik çalışmalar yürüten bu STK’lar, genellikle AP ve CSÜS alanındaki danışmanlık hizmetlerini mülteci nüfusla birlikte Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına da sundular. Bu alanda faaliyet gösteren bir STK çalışanı ile yaptığımız görüşmede, görüşmeci gözlemini şöyle aktardı:

“Türkiyeliler için de çoğu sorun birebir benzer. Yaptığımız eğitimlerde karşılaştığımız büyük sorunları şöyle özetleyebilirim: En büyük şey bilgi yanlışlığı. Doğru bilinen yanlışlar. En başta bunlar. Gittiğimiz eğitimlerde en başta ‘A bu böyle miymiş? Ben bunu böyle biliyordum.’ gibi çok geri bildirim alıyorduk.”

(Mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı, 2)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere görüşmeci, vatandaşların ve mültecilerin AP ve CSÜS danışmanlığına olan ihtiyaçta ortaklaştıklarına işaret ediyordu. Vatandaşlara yönelik benzer bir danışmanlık hizmetinin yaygın bir biçimde sunulmadığı bir kurumsal ortamda, bu ortaklaşmanın beklenir bir durum olduğu

kanaatindeyiz. Ayrıca bu alanda faaliyet gösteren bir diğer STK’da çalışan görüşmeci, mülteci kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunarken bu danışmanlığın tüm kadınlara yönelik bir biçimde sunulmasının önemine şöyle işaret ediyordu:

“Bu konu biraz hassas bir mesele çünkü toplumun çoğu onların çok fazla çocuk doğurduğunu söylüyor ve bu konuda ciddi bir baskı yaşıyor (geçici koruma altındaki Suriyeli) kadınlar. Aynı zamanda hastanede de bazı şeylerle (ayrımcı davranışları kastediyor) karşılaşabiliyorlar. O sebeple o konuya girmek biraz hassasiyet gerektiren bir şey. ... Bu meselelerin sadece Suriyeli kadınlarla alakalı bir şey olmadığını, bunun bütün kadınları ilgilendiren bir konu olduğunu söyleyerek, yani biraz daha bütünleştirerek Türkiye’deki kadınlarla birlikte, sorunu o şekilde tahayyül ettikten sonra konuya giriyorum.”

(Mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı, 1)

“Türkiye gibi gelişmiş sağlık hizmetleri sistemi olan bir ülkede vatandaşların CSÜS danışmanlığı ihtiyaçlarının ancak mültecilere yönelik insani yardım programları çerçevesinde yeniden gündeme gelebilmesinin düşündürücü olduğu kanısındayız. Her ne kadar bu programlar önemli bir ihtiyaca yanıt verseler de, kamu sağlık hizmet sunucuların bu alandaki ihtiyaçları karşılamadığı takdirde bu ihtiyaçların sürdürülebilir bir biçimde karşılanması olanaksız görünüyor.”

Görüşmecinin bu alıntısı CSÜS danışmanlığına olan ihtiyaçta olduğu kadar, bu ihtiyacın karşılanma boyutunda da vatandaş ve mülteci kadınların ortaklaştırılmasının mümkün ve gerekli olduğunu gösteriyor. Türkiye gibi gelişmiş sağlık hizmetleri sistemi olan bir ülkede vatandaşların CSÜS danışmanlığı ihtiyaçlarının ancak mültecilere yönelik insani yardım programları çerçevesinde yeniden gündeme gelebilmesinin düşündürücü olduğu kanısındayız. Her ne kadar bu programlar önemli bir ihtiyaca yanıt verseler de, kamu sağlık hizmet sunucuların bu alandaki ihtiyaçları karşılamadığı takdirde bu ihtiyaçların sürdürülebilir bir biçimde karşılanması olanaksız görünüyor.

Bir devlet üniversitesi hastanesinde görev yapan kadın doğum uzmanı görüşmecimiz anne sağlığı ile kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin birbirleriyle yakından ilişkili hizmet alanları olarak görülmesi gerektiğine şöyle dikkat çekiyordu:

“Organize bir doğum sonu, düşük sonu kontrasepsiyon danışmanlığı hizmetleri Türkiye’de yok.”

(Kadın doğum uzman hekim, aile planlaması kliniği)

“Ülkemizde pandemi öncesinde doğum ve düşük sonrası kontrasepsiyon danışmanlığı hizmetleri genellikle sunulmuyordu.”

Görüşmecinin ifade ettiği üzere, ülkemizde pandemi öncesinde doğum ve düşük sonrası kontrasepsiyon danışmanlığı hizmetleri genellikle sunulmuyordu. Diğer görüşmelerin bir bölümünde sağlık personelleri bu hizmetin yalnızca az sayıda devlet üniversitesi hastanesinde, doğum evi bulunan devlet hastanelerinde ve bazı kadın ve çocuk hastalıkları eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulduğuna ilişkin izlenimlerini aktarıyorlardı. Hâlbuki TNSA 2018’in bulgularında görüldüğü üzere, özellikle birden çok çocuklu, ileri yaştaki ve AP hizmetlerine ihtiyaç duyduklarını belirten kadınların bu danışmanlığı doğum sonrasında alabilmeleri önemli bir toplumsal işlev görebilirdi.

Son olarak, yaptığımız görüşmelerde bir üreme sistemi rahatsızlığı olarak tarif edilen infertiliteye ilişkin tedavi hizmetlerinde Türkiye’nin genel olarak olumlu bir tabloya sahip olduğu ifade edildi. Örneğin AP kliniğinde çalışan kadın doğum uzman hekimi görüşmeci Türkiye’de infertilite tedavisine ilişkin genel görünümü şöyle tarif ediyordu:

“İnfertilite (tedavisini kastediyor) tüm Türkiye’de yaygın, dünya ile eş değerde hizmet yürüyor zaten.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

Hakikaten de ülkemizde hem erkek hem de kadının infertilitesi durumunda tedavi masrafları ve kadınlar için 40 yaşına kadar üç denemeye kadar tüp bebek tedavi masrafları SGK kapsamında ödeniyor. Bu hizmete erişimin önündeki potansiyel tek engelin tüp bebek tedavisinde hastaların ödemesi beklenen katılım payı olduğu kanısındayız.

Cinsel Sağlık ve Esenlik

Cinsel sağlık ve esenlik alanında pandemi öncesi ülkemizdeki durum, bu bölümün başında da ifade edildiği üzere parçalı bir yapı arz ediyordu. Bu yapının parçalı niteliği CBYE’lerin tanı ve tedavisine yönelik hizmetlerin bir takım geliştirilmesi gereken yanları olmakla birlikte genel anlamda güçlü olmalarına rağmen; koruyucu, önleyici uygulamaların geri planda kalmasından kaynaklanıyordu. Görüştüğümüz bir enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi bu genel görünümü şöyle ifade ediyordu:

“Çok artılarımız var. Ulaştığımız ilaç, tanı ve takip sırasındaki testlerin yapılabilmesi. Ama koruyucu cinsel eğitim ve diğer koruyucu yöntemler ile ilgili aksaklıklarımız var.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 2)

“Görüşmecilerimiz Bakanlığın yayınladığı Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programının (2019-2024) alanda yaratacağı ivmeden ve geliştirdiği vizyondan umutlu olduklarını ifade ediyorlardı.”

Hakikaten de Türkiye bir yandan tarihsel olarak HIV konusunda düşük prevalansa sahip bir ülke olmasına rağmen, diğer yandan pandemi öncesinde HIV ile enfekte olan kişi sayısında hatırı sayılır bir hızla artış yaşayan bir ülke konumuna gelmişti. Görüşmecilerimiz Bakanlığın yayınladığı Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı’nın (2019-2024) alanda yaratacağı ivmeden ve geliştirdiği vizyondan umutlu olduklarını ifade ediyorlardı. Ancak görüştüğümüz bir enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi her ne kadar HIV’le yaşayan kişi sayısındaki artışın Bakanlık düzeyinde de ciddiye alındığını düşünse de, halen bazı koruyucu, önleyici müdahalelerin hayata geçirilmesi ile ilgili Bakanlık düzeyinde bir direnç bulunduğunu gözlemlediğini aktarıyordu:

“Günümüzde en etkili yöntem olarak bildiğimiz temas öncesi ilaçla ilgili bütün önerilerimize rağmen stratejik plana bir satır bile yazılmadı. Bu da çok acıydı bizim açımızdan.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 1)

CYBE’lerle mücadele konusunda koruyucu, önleyici müdahalelerin geri planda kalması aslında bu raporun bir önceki bölümünde kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanının geri planda kalması ile de uyum içinde görünüyor.

Görüşmelerde CYBE tanı ve tedavisi konusunda ülkemizin pandemi öncesindeki genel görünümünün olumlu olduğu izlenimi yaygın olmakla, birlikte bu alanda da bir takım iyileştirmelerin gerektiğine de değiniliyordu. Bilindiği gibi, CYBE’lere ilişkin toplumsal önyargılar ve bu önyargılar nedeniyle kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurma konusunda çekingen davranmaları kişilerin tedaviye erişimleri önünde de engel oluşturabiliyor. Bu nedenle anonim CYBE test hizmetlerinin sunulması, kişilerin tanı süreçlerini ve ardından enfekte olmuşlarsa tedaviye erişim süreçlerini önemli ölçüde kolaylaştırıyor. Pandemi öncesinde Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin ortaklığında yaygınlaşan GDTM modeli bu soruna etkin çözüm sunma potansiyeli olan bir model olarak göze çarpıyor.

CYBE tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili bir diğer aksaklık ise bu süreçlerin kapsamlı bir biçimde takibinin yapıldığı bazı hastanelerde geri ödemelerden kaynaklı sorunlar olabilmesi gibi görünüyordu. Görüşmecilerimizden bir devlet üniversitesi hastanesinde görev yapan enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi sorunu şu şekilde tarif ediyordu:

“Bizim en çok sıkıntı yaşadığımız noktalardan biri, devlet üniversite hastanelerinde bu ödemelerle ilgili bazı sıkıntılarımız var. Çok uzun zamandan beri (SGK) ücretlendirme politikası değişmedi. Ama işte testler hastanenin masrafları pek çok şey değişti. Bundan dolayı ödeme zorluğu yaşıyoruz. Ödeme zorluğu yaşayınca ya bir şey alamıyoruz ya da almak istediğimiz zaman firmalar vermek istemiyor çünkü uzun vadeli ödemeler söz konusu oluyor. Burada da bazı testlere ulaşımımız sıkıntı oluyor. Bazen işte CD4, CD8 oranlarına bakamıyoruz. Bazen HIV RNA, Hepatit B DNA, Hepatit C RNA, bunlara bakamıyoruz. Yine Hepatit C ile ilgili genotip testi yapamıyoruz. Neden? Alt yapı hazır fakat bunlar da sonuç olarak alınması gereken birer kalem. Hastane diyor ki ben bunu alayım ama teklif veren yok. Şu anda hastanemizde mesele HIV RNA bakılmıyor. Hepatit B DNA bakılmıyor. Uzun bir süre de bakılmayacak gibi gözüküyor.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 2)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, CYBE tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ve hasta takibinin yapıldığı bir devlet üniversitesi hastanesinde bazı testlerin geri ödeme düzeylerinin düşük olması nedeniyle hizmetlerin aksadığına işaret ediliyor. Her ne kadar görüşmeci böyle durumlarda hastaları bu testlerin yapılabildiği en yakın hastaneye yönlendirdiklerini ve bu şekilde hizmetin aksamasını engelleyebildiklerini belirtse de, hasta açısından bu durumun hizmete erişimi zorlaştıran bir durum olduğunu tahmin etmek güç değil.

Ayrıca pandemi öncesinde ülkemizde HPV aşısı halen SGK kapsamına alınmamıştı. Ancak 2012 yılında bu yana gerçekleştirilen kanser taramaları kapsamında ASM’lerde 30-65 yaş aralığındaki kadınlara 5 yılda bir smear ve HPV-DNA testi uygulanıyor. Kadın doğum uzman hekimi bu konudaki durumu şöyle betimliyordu:

“Tarama testleri, HPV taraması zaten bakanlığın biliyorsunuz kanser tarama programı var. Bu yürüyor. Biz elimizden geldiğince buna destek veriyoruz. HPV aşısı bakanlığın desteğinde değil. Çok pahalı bir aşı. Almaya çalıştılar yani burada da ama çok pahalı. Onları da anlamak lazım. Yani haklılar çok pahalıydı. İstedikleri şeye de indiremediler.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

“UNFPA’nın HPV aşısını SKA kapsamındaki CSÜS göstergelerinden biri olarak tanımladığını ve ülkemizde aşının erişilebilir hale gelmemiş olmasının ülkemizin bir yükümlülüğünü henüz yerine getirmemiş olması anlamına geldiğini hatırlatmak isteriz.”

Her ne kadar yukarıdaki alıntıda görüşmeci HPV aşısının ülkemizde henüz geri ödemeye girmemiş olmasını aşının yüksek fiyatına gönderme ile açıkladıysa da, UNFPA’nın HPV aşısını SKA kapsamındaki CSÜS göstergelerinden biri olarak tanımladığını ve ülkemizde aşının erişilebilir hale gelmemiş olmasının ülkemizin bir yükümlülüğünü henüz yerine getirmemiş olması anlamına geldiğini hatırlatmak isteriz. Son olarak TTB’nin ülkemizdeki serviks kanseri tarama programının uygulamasında sağlık kuruluşları arasında eşgüdüm eksikliği bulunduğuna ilişkin değerlendirmesinin (TTB, 2019, Nisan 19) de programın başarıyla uygulanmasının önündeki önemli kısıtlara işaret ettiği kanaatindeyiz.

Pandemi Döneminde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Durumu

Ülkemiz pandeminin etkisine girdikten sonra sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmetleri sisteminin önceliği radikal bir biçimde değişti ve hemen hemen tüm kaynaklar pandemiye yönlendirildi. Pandemi yalnızca Türkiye’nin değil neredeyse tüm ülkelerin sağlık politikalarına ilişkin önemli bir eksikliği ortaya çıkardı: koruyucu ve önleyici halk sağlığı ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki denge ve tamamlayıcılık ilişkisi ikincisi lehine bozulmuş olması. Dolayısıyla ülkeler pandemiye halk sağlığı hizmetleri sistemi ve bu alandaki insan kaynağı yetersiz bir biçimde yakalandılar. Durum böyle olunca, mevcut sağlık hizmetleri sistemi ve insan kaynaklarının odağının pandemiye mücadeleyle yönlendirilmesi birçok ülke için bir mecburiyete dönüştü.

Bununla birlikte, raporun bir önceki bölümünde incelendiği üzere ülkemiz pandemiye parçalı bir CSÜS hizmet yapısı ile yakalandı. Pandemi öncesi dönemde ülkemizde CSÜS hizmetleri bir yandan gebe izlemleri, CSÜS ve infertilite tedavisi gibi alanlarda güçlü bir hizmet altyapısına sahipken, diğer yandan AP hizmetleri ve danışmanlığı, ücretsiz ve erişilebilir kontraseptif malzeme temini ve istemli gebelik sonlandırma hizmetleri gibi alanlarda uygulamada ciddi kısıtlar barındırıyordu. Bu bağlamda, pandeminin ülkemizdeki CSÜS hizmetleri üzerindeki genel etkisi bir görüşmecimizin kısa ve öz anlatımıyla şöyle oldu:

“Hizmet sunuculardaki değişiklik bu: Öncelikler ve işgücünün kayması, sayısal azalma. ... CS/ÜS alanındaki karşılanmayan ihtiyaçların ... yansımalarını uzun zaman sonra görebiliriz.”

(CSÜS alanında uzman kuruluş çalışanı)

“Pandemi döneminde CSÜS hizmetlerinin sürdürülmesini sağlayacak merkezi bir planlamanın yapılmamış olmasının pandemiyle mücadele stratejimize ilişkin önemli bir eksikliğe işaret ettiği kanısındayız.”

Görüşmelerde pandeminin başlamasıyla birlikte CSÜS hizmetlerinin devamlılığına ilişkin kapsamlı bir merkezi planlamanın yapılmadığı izlenimini edindik. Bu durum beklenmedik bir pandemiyle yukarıda sözü edilen bir kurumsal yapının kısıtları içinde mücadele edilmeye çalışılması ile kısmen açıklanabilir. Ancak raporun giriş bölümünde WHO ve UNFPA’nın açıklamalarına gönderme ile altını çizdiğimiz gibi,

bir sağlık krizi veya afet döneminde CSÜS hizmetlerinin sürdürülmesi orta vadede ülkedeki sağlık çıktılarına kötüleşme olmaması için kilit önem taşıyor. Bu bakımdan pandemi döneminde CSÜS hizmetlerinin sürdürülmesini sağlayacak merkezi bir planlamanın yapılmamış olmasının pandemiyle mücadele stratejimize ilişkin önemli bir eksikliğe işaret ettiği kanısındayız.

Pandemiyle mücadele stratejisinde CSÜS’e ilişkin kapsamlı bir çalışmanın bulunmamasını bir görüşmeci CSÜS hizmetlerinin idari düzeyde ihtiyari bir hizmet alanı olarak görülmesine bağlıyordu:

“Hani bu isteğe bağlı bir sağlık hizmeti midir? Bir plastik cerrahideki isteğe bağlı hizmet midir? Yoksa gerçekten özellikle bu kriz dönemlerinden sonra artan doğurganlık sebebiyle bu hizmete daha çok ihtiyaç olacak bir dönem midir? Bunun bir şekilde tartışmaya açılması lazım.”

(Aile hekimi 1)

Ancak pandemi sürecinde yalnızca CSÜS hizmetlerinde aksamalar yaşanmadı. Henüz bu aksamaların boyutunu ve etkilerini tam olarak bilmemiz mümkün olmasa da sağlık hizmetlerindeki aksamaların CSÜS ile beraber başka birçok sağlık hizmet alanını da kapsadığı tahmin edilebilir. Aşağıdaki alıntı doğrudan pandemiyle mücadele konusunda görevli olmayan sağlık çalışanlarının nasıl bir kurumsal çerçeve içinde çalıştıklarını özetliyor:

“Hani direkt olarak bakanlık şunu yapın bunu yapmayın diye bir emir kesinlikle vermedi ama aciller dışında elektif yani isteğe bağlı çok aciliyeti olmayan şeyleri yapmayın dediler.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

“Sağlık çalışanlarının bulaş riskini asgariye indirme içgüdüsüyle hareket etmeleri beklenebilecek bir dönemde, acil ve acil olmayan (ya da daha doğru bir ifadeyle, sürdürülmesi gereken hizmetlerle ertelenebilecek hizmetler) ayrımının merkezi düzeyde yapılmamış olmasının ülke çapında sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde bir standart oluşturmakta yetersiz kaldığı tahmin edilebilir.”

Görüşmecinin yukarıda ifade ettiği gibi, doğrudan pandemiyle mücadele konusunda görevlendirilmemiş sağlık çalışanları takdir yetkileri böyle geniş biçimde tanımlanmış bir çerçeve içinde hizmet sunmaya devam ettiler gibi görünüyor. Sağlık çalışanlarının bulaş riskini asgariye indirme içgüdüsüyle hareket etmeleri beklenebilecek bir dönemde, acil ve acil olmayan (ya da daha doğru bir ifadeyle, sürdürülmesi gereken hizmetlerle ertelenebilecek hizmetler) ayrımının merkezi düzeyde yapılmamış olmasının ülke çapında sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde bir standart oluşturmakta yetersiz kaldığı tahmin edilebilir.

Anne Sağlığı Hizmetleri

Ülkemizde CSÜS hizmetlerinin pandemi öncesindeki görünümüne paralel biçimde, pandemi döneminde de yalnızca anne sağlığı hizmetleri alanında hizmetlerin sürdürülmesine yönelik merkezi bir yönlendirme ve denetim mekanizması işletildiği görülüyor. ASM’ler eski kapasitede hasta kabul etmeseler de pandemi süresince hizmet vermeye devam ettiler. Görüştüğümüz sağlık çalışanları pandemi sürecinde ASM’lerin gebe izlemlerini sürdürülmesine yönelik güçlü bir merkezi irade bulunduğuna dikkat çekiyorlardı:

“Pandemi döneminde de yalnızca anne sağlığı hizmetleri alanında hizmetlerin sürdürülmesine yönelik merkezi bir yönlendirme ve denetim mekanizması işletildiği görülüyor.”

“Bakanlık düzeyinde o anlamda (pandemi sürecinde) bebek izlem, gebe izlemle ilgili yazılar geldi.”

(Halk sağlığı hizmetleri yöneticisi)

Görüştüğümüz aile hekimlerinden biri ise, gebe hizmetlerinin sürdürülmesine yönelik güçlü iradeye rağmen bazı gebelerin pandemide bulaş riskinden korunmak amacıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış olma olasılığı ile karşı karşıya olduklarını belirtiyordu:

“Belki bu pandemi sürecinden sonra uzun süre bir sağlık kuruluşuna başvurmadım ama işte beş aylık gebeyim diye gelebilme ihtimali olanlar olabilir diye düşünüyoruz. Öyle bir sıkıntımız da var. O yüzden ben olabildiğince 15-49 yaş izlemlerin aranması için mesai arkadaşlarımı motive etmeye çalışıyorum. Yani günlük bir telefon görüşmesi ile bile en azından bir irtibat kurmak epeyce bir riski azaltacak. Çünkü öbür türlü geç fark edeceksiniz. Onun yaratacağı birçok risk var.”

(Aile hekimi 1)

Görüştüğümüz bir diğer aile hekimi ise, 15-49 yaş kadın izlemini de pandemi sürecinde devam ettirdiklerini ve bu izlemlerin yapılmasına ilişkin denetimlerin bulunduğunu belirtiyordu:

“Telefonla yaptık 15-49 yaş izlenimi, çünkü denetimler oldu bununla ilgili. Sen atıyorum 15-49’unu yapmamışsın bu ay. Şu kadar nüfusun var. Bin kişi var nüfusunda taraman gereken işte sen bunların yüzde otuzunu yapmışsın. Daha yapman gereken var gibi. O yüzden telefonla yaptık vallahi yani.”

(Aile hekimi 2)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, diğer aile hekimi gibi bu aile hekimi görüşmeci de 15-49 yaş kadın izlemine pandemi koşulları nedeniyle ASM’ye davet ederek değil, telefonla yaptıklarını belirtti. Ancak bu süreçte lohusalara yönelik ev ziyareti gibi faaliyetlerde aksama olduğunu ve zaten böyle bir ziyareti gerçekleştiriminin pandemiyle mücadele önlemleriyle de çelişeceğini ifade etti.

Başka bir görüşmeci ise pandemi sürecinde gebe izlemlerin devam etmesine yönelik sağlık çalışanlarına yapılan bilgilendirmenin bu süreçteki belirsizliği ortadan kaldırmakta yetersiz kaldığına dikkat çekti. Görüşmeci sürecin başında yaşadıkları belirsizliği şöyle ifade ediyordu:

“Gebe olarak takibe gelsin mi gelmesin mi? Ama gebeler eninde sonunda geldiler. Zaten öyle bir duruma geldik ki biz COVID’in ikinci ayında tüm poliklinikler gebe bakar oldu. Ama tabi normal hastalığa mümkün olduğunca gelmediler acil durum olmadıkça. Bu bizim için bir avantaj oldu çünkü hasta muayene aralıklarını çoğalttık.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

Bir diğer kadın doğum uzmanı görüşmeci ise yaşadıkları bu belirsizliğin ancak COVID-19’a ilişkin yayınlanan ulusal rehberlerde yalnızca COVID-19 tedavisine ilişkin değil, genel olarak gebe izlemlerine ilişkin de yönlendirmelere yer verilmesiyle ve gebelere de bu yönde bir bilgilendirme yapılmasıyla aşılabileceğine işaret ediyordu:

“Doğum uzmanı görüşmeci ise yaşadıkları bu belirsizliğin ancak COVID-19’a ilişkin yayınlanan ulusal rehberlerde yalnızca COVID-19 tedavisine ilişkin değil, genel olarak gebe izlemlerine ilişkin de yönlendirmelere yer verilmesiyle ve gebelere de bu yönde bir bilgilendirme yapılmasıyla aşılabileceğine işaret ediyordu.”

“Ulusal rehberde gebelerle ilgili ayrı bir bölümün olmaması bence biraz sıkıntılı oldu. Biz mesela bireysel olarak gebelere mümkünse gelmeyin diyoruz ama aslında normalde 4 takibe gelmesi lazım. Hatta bakanlık COVID’ten önce bunu sekize çıkaralım, daha nitelikli daha güzel bakalım diyordu. Şimdi bütün kadın doğumcular arasında bu çok konuşuldu. Yani biz hastalara az gel nasıl diyelim? İşte bakanlık deseydi ki şu şu şu taramalarınız mecburi. Bunun dışındaki taramalarınız için öncelikle danışın. Bir çağrı merkeziyle görüşün. Bir bilgilendirme hattı olur çünkü insanların daha yani gebeyse emzirsin mi, çocuk yanında mı olsun, bunu dahi netleştirmede rehber. Bu sadece Türkiye’nin sıkıntısı değil. Amerika’daki CDC dahi tüm rehberler Dünya Sağlık Örgütü, İngiltere’deki kuruluşlar onların hemen ilk versiyonlarına gebeler ne yapsın onu koydular. Yani tabi gebeler ne yapsın bilmiyoruz ama giderek böyle hani Çin’den gelen bilgiler, diğer yerlerden gelenler ile bunları yeniliyoruz sürekli zaten.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, pandemi süreci diğer sağlık hizmet alanlarında olduğu gibi anne sağlığı hizmetlerinde de birçok bilinmezi beraberinde getirdi. Sürecin başında pandemiyle mücadele konusundaki ulusal rehberlerde CSÜS alanındaki kilit gruplara ilişkin yeterli bilgi bulunmaması mevcut veri eksikliğinden kaynaklanmış olabileceksede, ilerleyen süreçte mutlaka bu grupların hem COVID-19 riskleri hem de diğer sağlık ihtiyaçlarının pandemi sürecinde nasıl giderilmesi gerektiğine ilişkin rehberlerin oluşturulması önemli görünüyor.

Pandemi sürecinde CSÜS hizmetleri kapsamında en çok etkilenen alanlardan birini de doğum hizmetleri oluşturmuş gibi görünüyor. Kadın doğum uzmanı hekimlerle yaptığımız görüşmelerde birçok şehirde neredeyse tüm kamu hastanelerinin pandemi hastanesine dönüştürülmesi ve sağlık personellerinin pandemiyle mücadele kapsamında yeni görevlere yönlendirilmeleri gibi nedenlerle hastanelerinin önemli bir bölümünde doğum hizmetlerine ara verildiği izlenimini edindik. Görüşmeciler kamu hastanelerinde doğum hizmetlerinde pandemi süresince yaşanan kısıtlamaları ikame etmek amacıyla merkezi idarenin bazı şehirlerde doğumların yönlendirildiği az sayıda hastane belirlediğini aktardılar. Örneğin bir görüşmeci yaşanan değişimi şöyle aktarıyordu:

“Görüşmeciler kamu hastanelerinde doğum hizmetlerinde pandemi süresince yaşanan kısıtlamaları ikame etmek amacıyla merkezi idarenin bazı şehirlerde doğumların yönlendirildiği az sayıda hastane belirlediğini aktardılar.”

“Bizim hastanemiz tamamen pandemi hastanesine çevrilip bütün servisleri doğumhane de dâhil olmak üzere pandemi servisi ve pandemi polikliniklerine dönüştürüldü. Semt polikliniğinde bir tane kadın doğum polikliniği devam etti. Ama bunun dışında doğumhane kapandı, yenidoğan yoğun bakım kapandı, servisler ve şeyler tamamen pandemi polikliniğine döndürüldü. Uzmanlar ben de dâhil olmak üzere başka bir hastaneye görevlendirildik. O dönemde doğumlar devam ettiği için bir yerlerde doğumhane olması gerekiyordu. Ama onun dışında bizim ilçede doğumla ilgili hiçbir şey kalmadı. Doğum ya da üreme sağlığı ile ilgili. Poliklinik hizmeti de dâhil olmak üzere. Haziran ayı başı itibarıyla yeniden poliklinik hizmetleri vermeye başladık. Ancak yine yenidoğan bakım olmaması, doktorların bazılarının ayrılmış olması ve nöbet tutamıyor olmaları nedeniyle şu anda doğum hizmeti yine veremiyoruz. Kadın doğumun ana alanlarından biri, olmazsa olmazı gibi bir şey doğum. Doğum yaptırıyoruz. Pandemi nedeniyle şu an için sezaryenlere başlamadık. Dediğim gibi yenidoğan bakım ve çocuk doktoru olmaması nedeniyle.”

(Kadın doğum uzmanı hekim)

Görüldüğü gibi görüşmeleri yaptığımız Haziran ve Temmuz aylarında dahi doğum hizmetleri bazı kamu hastanelerinde olağan biçimde işlemeye başlamamış görünüyordu. Pandeminin ilk aylarında ise özellikle kamu hastanelerinde doğum hizmetlerine erişimde aksaklıklar olması ve doğum hizmetleri için özel hastanelere geçmişe oranla daha çok başvurulmuş olması muhtemel. Özellikle büyükşehirlerde mesafelerin uzaklığı, pandemi nedeniyle toplu ulaşımı kullanmama eğilimi ve dolayısıyla ulaşımın pahalılığı nedeniyle kamu hastanelerinde doğum hizmetlerine erişimde güçlükler yaşanmış olabilir. Örneğin, mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK’nın çalışanı görüşme yaptığımız dönemde bir mülteci kadını doğuma yönlendirmek için yaptığı çalışmada edindiği deneyimi şöyle paylaştı:

“Özellikle büyükşehirlerde mesafelerin uzaklığı, pandemi nedeniyle toplu ulaşımı kullanmama eğilimi ve dolayısıyla ulaşımın pahalılığı nedeniyle kamu hastanelerinde doğum hizmetlerine erişimde güçlükler yaşanmış olabilir.”

“Doğumla ilgili ciddi anlamda sıkıntılarla karşılaştık. Hatta dün bizzat kendim yaptım araştırma hastanelerini arayarak. Kadın doğum polikliniği çalışıyor mu? Doğum hizmeti veriyor musunuz? Bu sorularımdan biriydi. Pek çok devlet hastanesinde, tabii bu süreçle ilgili, bu hizmetlerin askıya alındığını, acilde bir kadın doğum uzmanı olduğunu ama gelmelerini tavsiye etmediklerini ancak çok acilse gelmeleri yönünde bir danışmanlık hizmeti verebilirsiniz gibi bir şeyler söylendi. Evet, hastanede bu kısıtlama vardı ama mesela yönlendirebilecekleri başka bir hastane poliklinik vs. bir şey olması gerekirdi. Bu anlamda çalışan sadece X Kadın Doğum Hastanesi vardı ama bence o da yeterli değildi çünkü pek çok uzak yerden oraya erişim, çünkü zaten risk altında gebeler işte, çok uzak yollardan işte toplu taşımayı kullanarak gidecekleri için çok göze alabilecekleri bir şey değildi ve bu sebeple de ben pek çoğunun sıkıntı yaşadığını düşünüyorum ve biliyorum. Tamam, ben görevimi bitirmiş oluyorum: Oraya gidebilirsin. Fakat o kişinin oraya gidemeyeceğini biliyorum, çünkü gitmiyor. Daha sonra bu sorun devam ediyor. Çok zor durumlarda, işte taksi bularak vs. ulaşım sağladık ama hastanelerde böyle bir sıkıntı var. Bu bizi gerçekten çok zor durumda bıraktı. Biz sadece insanlara bunu yapın deyip telefon kapatmıyoruz. Biz işte takipçisi oluyoruz, tercüme desteği sağlıyoruz. Hepimizin bir şekilde bir bağı var ve bir mesuliyetimiz var. Bu gerçekten, şu hala devam edegelen süreç bizi çok yıprattı.”

(Mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı, 1)

STK çalışanının yukarıda alıntılanan deneyimi pandemi sürecinde doğum hizmetlerinin planlanmasında hesaba katılmamış birçok unsura değiniyor. Bu unsurlar arasında hangi kamu hastanelerde doğum hizmetlerinin devam ettiği bilgisinin kamuoyu ile erişilebilir bir biçimde paylaşılması, pandemi sürecinde doğum hizmetlerinin planlanmasında düşük gelirli kişilerin hizmetlere erişimlerinin nasıl etkileneceğinin

hesaplanması ve yine düşük gelirli kişilerin hizmetin sunulduğu hastaneye ulaşımının nasıl sağlanacağı sayılabilir. Bu unsurların pandemide doğum hizmetlerinin sunumunda hesaba katılmamasına rağmen, kadın doğum uzmanı bir görüşmeci doğum hizmetlerinin sürdürüldüğü hastanelerde doğum sayılarının epeyce artmasına dayanarak yine de hizmetlere bir biçimde erişilebildiğini düşündüğünü şöyle ifade ediyordu:

“Görevlendirildiğim hastaneye gebelerin bazıları gelebildi, hepsi ulaşamadı ne yazık ki. ... Dolayısıyla benim normalde takip ettiğim hastanın belki onda birini görebilmişimdir. ... Hastalar çünkü hem gebe olduğu için bundan bir çekingenlik duyup gelmediler. Dolayısıyla hasta sayısı kesinlikle azaldı. Ben üçte birine bile düştü diyebilirim. Ama doğum sayısı öyle ya da böyle yani zaten doğum yapacak hastalar bir şekilde geldi. Mesela görevlendirildiğim hastanede doğum sayısı arttı. Evet, belki iki üç katına çıktı.”

(Kadın doğum uzmanı hekim)

İstemli gebelik sonlandırma hizmetlerinin TAPV’nin 2017 yılında yayınladığı rapordaki ifadeyle “sistem değil, isteğe bağlı” uygulaması pandemi sürecinde de devam etmiş görünüyor. Kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK’nın çalışanı kendilerine gelen bir başvurunun hikâyesini ve kendilerinin bu süreci takip ederken edindiği deneyimi şöyle aktarıyordu:

“Covid döneminde, seyahat yasakları da başladığı dönemde A kentinden bir kadın aradı. ... Evliler ayrıca, kocası da destekliyor kadını kürtaj yaptırmasını. Kadın A kentinde devlet hastanesine gidiyor. Devlet hastanesinde jinekolog muayenesi yapılıyor. Hamile olduğu çıkıyor ve 7 haftalık. Doktor ‘ben yapamam’ diyor. Kadın da diyor ki yani ‘Bu bir hak’ diyor, ‘Onuncu haftayı doldurmadım, nasıl olur?’ diyor. ‘Evet’ diyor, ‘Biliyorum’ diyor doktor ondan sonra ama diyor ‘Bunu ben yapmak istemiyorum’. Sonra kadın ve kocası başhekimine çıkıyor. Başhekimine söylüyorlar hani, böyle böyle sonuçta bu yasal bir hak ve biz henüz o süreci de geçmiş değiliz diyor. Başhekim bunlara şunu söylüyor. ‘Ona kalmış’ diyor, doktor için. ‘Ben bir şey yapamam’ diyor. Neyse kadın yapamıyor. O arada B kentinde bir hastanenin yaptığını duymuşlar. ... Kadın zaten bizi sürekli ağlayarak arıyor. Ondan sonra, istemiyor, ‘İki tane çocuğum var kocaman yani istemiyorum, kendimi mi öldüreyim?’ falan diyor o derece yani. B kentine gidecek fakat seyahat yasağı olduğu için gidemiyor. O da bununla ilgili Valilik’ten seyahat izni nerden hangi kurumlardan alınıyorsa söylüyor, dilekçe yazıyor. Şu nedenle diyor, şu kadar zamanım var diyor, bunun bu hafta çözülmesi gerekiyor iki hafta sonra geçecek vs. Seyahat izni de alamadı. Biz de ne yapalım dedik ve orada pardon, özel hastane de yoktu. Evet, evet onun için... Özel hastane de yoktu. ... Başhekimine sonra kadını yönlendirdik. Başhekim demiş ki kadın için ‘Gelsin’ demiş ama ‘söz vermem’ demiş. Yani hala söz vermem diyor ama bir gelsin diyor. Kadın gitti. Başhekim kadınla görüşmüş. Siz işte şu gün gelin. Herhalde iki gün üç gün sonraya randevu vermiş. Neyse kadın üç gün gitti ve operasyon gerçekleşti. Baya büyük bir mücadele ettik böyle hep birlikte. Yani düşünün artık.”

(Kadınlara yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK çalışanı)

“İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmeti pandemi sürecinde de sağlık personelinin kendi kararına bırakılmış bir biçimde işlediğini gösteriyor. Fakat bu anlatıdan bu işleyiş biçiminin özellikle seyahat kısıtlamalarının olduğu pandemi sürecindeki etkilerinin çok daha yakıcı olabildiğini de görüyoruz.”

Bu alıntıda görüldüğü gibi, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmeti pandemi sürecinde de sağlık personelinin kendi kararına bırakılmış bir biçimde işlediğini gösteriyor. Fakat bu anlatıdan bu işleyiş biçiminin özellikle seyahat kısıtlamalarının olduğu pandemi sürecindeki etkilerinin çok daha yakıcı olabildiğini de görüyoruz. Bu olumsuz deneyimin yanı sıra, görüştüğümüz başka bir şehirde görev yapan bir kadın doğum uzmanı hekim ise bu hizmeti pandemi sürecinde kesintisiz sürdürdüklerini ifade ediyordu:

“Pandemi başladığı günden bu güne kadar yasal tahliye ile ilgili hiçbir kısıtlama yapmadık çünkü o bekleyebilecek bir işlem değil. Gebeliğin tahliyesi için on hafta kadar bir süre var, ondan sonra kürtaj olamıyor hastalar. Ama o dönemde çok ciddi bir post abortif kontrasepsiyon danışmanlığı ve yöntem sunumu uyguladık.”

(Kadın doğum uzmanı hekim, aile planlaması kliniği)

Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması

Raporun bir önceki bölümünde detaylı olarak incelendiği üzere pandemi öncesinde kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında önemli sorunlar mevcuttu. Bu sorunların başında kontrasepsiyon ve AP hizmet sunumunun ASM’lerce verilmesi hedefinin uygulamaya büyük oranda yansımaması oluşturuyordu. Ayrıca geçmiş yıllarda bu alanda önemli bir işlev üstlenen AÇSAP merkezlerinin sayıları düşmüş, faaliyete devam edenlerin ise genellikle insan kaynakları azalmış ve hizmet kapasitesi daralmıştı. SHM’lerin ve hastanelerdeki AP kliniklerinin bu hizmet boşluğunu doldurmaları olasıydı, ancak böyle bir hizmet planlaması yapılmış gibi görünmüyordu. Ek olarak özellikle son bir yıldır kamu sağlık hizmet sunucularının kontraseptif malzeme stokları tükenmiş ve yeni malzeme temini yapılamıyor haldeydi. Bütün bu kısıtlara rağmen, kontrasepsiyon ve AP hizmetleri, eğitimli ve motive sağlık çalışanlarının bulunduğu ASM’lerde, bazıları halen faaliyette olan AÇSAP’larda, sağlık müdürlüklerine bağlı ÇEKÜS’lerde ve yeni açılmaya başlanan, bazılarının içinde kadın ve üreme sağlığı danışmanlık hizmetleri de bulunan SHM’lerde ve aile planlaması kliniği bulunan kamu hastanelerinde parçalı ve dağınık bir yapı içinde sürüyordu.

“Görüşmelerde pandemi süreciyle birlikte kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin durma noktasına geldiği izlenimini edindik. Hizmetlerin durma noktasına gelmesinin en önemli nedeni özellikle AÇSAP, ÇEKÜS ve SHM’lerdeki sağlık çalışanlarının neredeyse tümünün pandemiyle mücadelede görevlendirilmesi gibi görünüyor.”

Görüşmelerde pandemi süreciyle birlikte kontrasepsiyon ve AP hizmetlerinin durma noktasına geldiği izlenimini edindik. Hizmetlerin durma noktasına gelmesinin en önemli nedeni özellikle AÇSAP, ÇEKÜS ve SHM’lerdeki sağlık çalışanlarının neredeyse tümünün pandemiyle mücadelede görevlendirilmesi gibi görünüyor. Görüştüğümüz sağlık çalışanlarının pandemiyle mücadele ekiplerinde görevlendirilenlerinden bazıları bu geçici görevlendirmelerin özellikle pandeminin ilk aylarında bulundukları ilçede yeterli sağlık personeli bulunmamasından kaynaklanan mecburiyet nedeniyle olduğunu düşünmekle birlikte, bir diğer kısmı ise CSÜS alanının ihtiyarı bir hizmet alanı şeklinde algılanması nedeniyle kendilerinin pandemiyle mücadeleye yönlendirildiklerini düşünüyorlardı. Pandemi öncesinde AP alanında görev yapan iki hekim pandemiyle yaşanan değişimi şöyle anlatıyordu:

“Mart’ın on beşi gibi devam etmeyeceğiz bu hizmete, kapatıyoruz, sizi de bu fiyasyon işlerine çekiyoruz dendi. Biz de o tarihten itibaren kurumun kapısına kilidi vurduk, öyle diyeyim. İlçe sağlığının içinde çalışmaya başladık.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Biz hepimiz, Sağlıklı Hayat Merkezlerinde çalışanlar illerin fiyasyon ekiplerinde yer aldık. Ben o ekiplerin içindeyim ve ekiplerin sorumlusuyum. Dolayısıyla aile planlaması tamamen durduruldu.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

İki alıntıda görüldüğü gibi kontrasepsiyon ve AP hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının pandemiyle mücadele ekiplerine katılması bu hizmetlerin neredeyse tamamen durmasıyla sonuçlanmış görünüyor. Raporun bu bölümünün başında tartışıldığı üzere bu değişiklik, halk sağlığı hizmet sistemi zayıf bir ülkenin pandemiyle karşı karşıya kaldığında atmak zorunda olduğu adımlardan biriydi. Fakat raporun ilk bölümünde aktardığımız üzere pandemi ortaya çıkmadan önce BM kuruluşları afet ve sağlık krizi durumlarında kilit CSÜS hizmetlerinin mutlaka mücadele programlarına eklenmesini öneriyorlar ve bu hizmet alanının ertelenebilir olmayan önemli bileşenleri bulunduğuna dikkat çekiyorlardı. Pandemi öncesinde kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında çalışan görüşmeciler arasında BM kuruluşlarının önerdiği bakış açısının genel olarak karşılık bulduğu ancak idarenin genellikle bu yaklaşıma sahip olmadığı izlenimini edindik. Örneğin bir görüşmeci şöyle bir deneyimini aktardı:

“(Pandemiyle birlikte) İlçe sağlığının içinde çalışmaya başladık. Orada dönemsel olarak ne yapacağız, bu aile planlaması hizmetlerine insanlar nereye gidecekler falan diye ilçe müdürlerimiz ile görüşme şansımız oluyor. ‘Valla hiçbir şey yapmayacağız şu anda önceliğimiz o değil. İşte bir şekilde temin etsinler korunmanın bir sürü yolu var. İlla bunu sizinle yapmak zorunda değiller.’ şeklinde yanıt alıyoruz”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

Her ne kadar alıntıda aktarıldığı gibi bazı idareciler açısından pandemiyle mücadelenin aciliyeti CSÜS hizmetlerine olan ihtiyacın önüne geçmesi şaşırtıcı olmasa da, bu alıntıda ifade edilen kontrasepsiyon ve AP hizmet ihtiyacı için kamu sağlık hizmet sunucularının ikamesinin bulunabileceği varsayımı gerçekte bağdaşmıyor. TNSA 2018’in bulguları incelendiğinde kontrasepsiyon ve AP hizmet ihtiyacının karşılanmasında kamu sektörünün ne kadar kilit bir konumda olduğu görülebiliyor. Kriz dönemlerinde doğurganlık davranışlarının değişebildiği, pandemi sürecinde yaşanan gelir kaybının kontraseptiflere erişimi kısıtlayabileceği ve insan hareketliliğini kısıtlayan önlemlerin hanelerde bazı kişilerin toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalma olasılığını arttırdığı dikkate alındığında, bu dönemde CSÜS hizmetlerine ihtiyacın ertelenemeyen ya da ikame edilemeyen boyutları olabileceğinin fark edilebileceği kanısındayız.

“Kriz dönemlerinde doğurganlık davranışlarının değişebildiği, pandemi sürecinde yaşanan gelir kaybının kontraseptiflere erişimi kısıtlayabileceği ve insan hareketliliğini kısıtlayan önlemlerin hanelerde bazı kişilerin toplumsal cinsiyete dayalı şiddete maruz kalma olasılığını arttırdığı dikkate alındığında, bu dönemde CSÜS hizmetlerine ihtiyacın ertelenemeyen ya da ikame edilemeyen boyutları olabileceğinin fark edilebileceği kanısındayız.”

Aile hekimi olarak çalışan bir görüşmecimiz, pandemide ASM’lerin anne sağlığı hizmetlerinden farklı olarak kontrasepsiyon ve AP hizmetlerini sunmadıklarını ve ASM’ye gelen hizmet talebini nereye yönlendirebileceklerine ilişkin kendilerine herhangi bir bilgilendirme de yapılmadığına dikkat çekti. ASM’ler dışında kontrasepsiyon ve AP hizmeti veren birimlerin geçici olarak faaliyetlerine ara verildiği durumlarda, görüşmecilerimizin bazıları bulundukları ilde yönlendirme yapabileceklerini bildikleri başka merkezler bulunduğunu ifade ederken, diğerleri yönlendirme yapabilecekleri başka bir merkezin bulunmadığını belirtti. Aşağıdaki iki alıntı pandemi sürecinde kontrasepsiyon ve AP hizmet sunumunun devam edip etmediğinin illere göre değişiklik gösterdiğine işaret ediyor:

“ASM’ler dışında kontracepsiyon ve AP hizmeti veren birimlerin geçici olarak faaliyetlerine ara verildiği durumlarda, görüşmecilerimizin bazıları bulundukları ilde yönlendirme yapabileceklerini bildikleri başka merkezler bulunduğunu ifade ederken, diğerleri yönlendirme yapabilecekleri başka bir merkezin bulunmadığını belirtti.”

“RİA’yı falan takmayı kaldırdılar çünkü güvenli değil. Hem takan için güvenli değil hem takılan için güvenli değil. Onun için neredeyse yani kaldırdılar. Taktırtmıyorlar. Ama diğer yöntemler yürüyor diye biliyorum arkadaşlardan.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Ben doğal buluyorum şu süreci ama şöyle bir şey var yani RİA takamazsın da bu dönem şu yöntemi verirsin. Anlatabiliyor muyum? İşte o doğru gitmeli ve iyi bir danışmanlıkla gitmeli. Emrivaki gibi değil. Ay bu dönemde takamıyoruz al sana kondom vereyim bari değil bu yani. Düzgün bir danışmanlıkla gitmeli. Ama tabii yüz yüze oturup danışmanlık yapmak da mümkün değil.

Araştırmacı: Peki bu danışmanlık hizmetlerinin şu anda muhatabı kimdir? Üreme sağlığı ile ilgili söylüyorum ve aile planlaması ile ilgili.

İşte ilçelerdeki arkadaşlar varsa, ama yoksa durduruyorlar. Yani mesela bizim ilçede şu an durdu. Personel yok yani. Personel yoksa, artık diyor ki üreme sağlığı hizmeti şu anda verilememektedir diyor. Bitti. Biz yetişemiyoruz yani. 2-3 vardiya çalışılıyor biz burada yetişemeyen üreme sağlığına personel ayıramayız yani. Zaten bilen personel kalmadı.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

Yukarıdaki ikinci alıntıda görüldüğü üzere, nitelikli personel sıkıntısının yaşandığı bir alan olması nedeniyle kontracepsiyon ve AP hizmetleri alanındaki personelin bazı ilçelerde tümüyle pandemiyle mücadeleyle yönlendirilmesi bu hizmetlerin tümüyle durmasına neden olmuş görünüyor. Pandemi döneminde AP hizmeti sunan merkez ve birimlerin geçici olarak kapatılması bir takım karşılanamamış ihtiyaçlar doğurmuş gibi görünüyor. Örneğin bir görüşmeci, merkezde nöbet bekleyen sağlık çalışanından aldığı bilgiye dayanarak şu değerlendirmede bulundu:

“Mesela RİA talebiyle gelip geri dönen bir sürü insan oluyor zaman zaman ya da kontraseptif malzeme talebi ile gelen.”

(İlçe sağlık müdürlüğünde çalışan aile planlaması uzmanı bir ebe)

“Pandemi sürecinde kontrasepsiyon ve AP hizmet sunumunun sürdürülmesine yönelik merkezi bir yönlendirmenin bulunmaması, ASM’lerin bebek ve gebe izleme yoğunlaşmaları, ASM’ler dışındaki birimlerde bu alanda hizmet veren personelin önemli bir bölümü pandemiyle mücadelede görevlendirilmesi ve alternatif hizmet kanallarının açılmaması nedeniyle bu dönemde karşılanamamış AP ihtiyacının artmış olması beklenebilir.”

Görüşmelerin bir kısmında geçici olarak hizmetlerin durdurulduğu bazı klinik ve merkezlerde nöbetçi birer personel bırakılması uygulamasına gidildiğini öğrendik (Örn. İlçe sağlık müdürlüğünde çalışan aile planlaması uzmanı bir ebe). Bu uygulamanın hastaların en azından bilgi alabilecekleri ve acil durumlarda sağlık çalışanlarına ulaşabilecekleri bir iletişim kanalı sağlamış olduğu kanısındayız. Başka bir görüşmecimiz de ortaya çıkan hizmet boşluğunu ikame etmek amacıyla, kendi inisiyatifleriyle telefonla danışmanlığa başladıklarını anlattı:

“Telefonla danışmanlığı daha çok yapalım istedim. Örneğin işte RİA’sı olan ama şikâyeti olan bir kadın. Zaten bizim RİA taktığımız tüm hastalarda telefonumuz var. Gene kurumun telefonu ile de ulaşabiliyorlar. Ama şey sıkıntısı vardı. Kadıncağız arıyor ama biz sahadayız. Bize ulaşamayabilir. Kimse yok. Başka yerlerdeyiz. Öyle ulaşamayanlara telefonla danışmanlık vermeye devam ettik. 1 Haziran’dan beri de normalleşme oldu ya ... randevu ile hasta alıyoruz, az da olsa. Eskiden daha yoğundu harala gürele gelen giriyordu. Şimdi en azından ortam havalansın temizlensin. Yarım saatte bir randevu vererek hasta alıyoruz. Takmalarda biraz daha uzatıyoruz süreyi ama kontrol danışmanlık vs. yarım saat üzerinden yapıyoruz.”

(Eski hastane aile planlaması kliniği çalışanı, Sağlıklı Hayat Merkezi hekimi)

Bu alıntıda görülebileceği gibi pandemi sürecinde bazı ihtiyaçlar kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında çalışan sağlık personelinin fedakârlığı sayesinde karşılanmış olabilir. Fakat bu tür tekil fedakârlıkların sistematik bir önlemin bulunmadığı durumda ortaya çıkan hizmet ihtiyacını tümüyle karşılamasının mümkün olmadığı kanaatindeyiz.

“Ayrıca izleme mülakatlarını gerçekleştirdiğimiz Haziran ve Temmuz aylarında halen olağan faaliyetlerine dönmemiş epeyce cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmet veren sağlık çalışanı ve merkez bulunuyordu. Bu durumdaki görüşmecilerin hepsi ana faaliyet alanlarına hızla dönmeyi istediklerini ve sürecin uzaması durumunda karşılanamamış ihtiyaçların daha da artacağı endişesi duyduklarını belirttiler.”

Pandemi süreci aynı zamanda üreme sağlığı, AP ve güvenli annelik gibi alanlarda talep eden sağlık çalışanlarına ÜSBEM’lerce ve AÇSAP’larca sunulan hizmet içi eğitimlerin ve halk eğitim programlarının durmasına neden oldu. Aşağıda alıntılanan iki görüşmeci pandemiyle birlikte bu tür eğitimlerin çevrimiçi platformlara taşınarak devam ettirilmesine yönelik çalışmaların başladığını belirtiyorlardı:

“Bakanlığın yavaş yavaş online eğitim hazırlığına girdiğini biliyorum, çünkü üreme sağlığını yürüten, aile planlaması sağlığı eğitimini yürüten bakanlıktaki arkadaşlarımızdan biraz bu sinyalleri alıyorum. Anne sütünü mesela online’a döndürdük zaten. Onun eğitimlerine başladık online. Hatta anne online danışmanlıklarını kurmaya başladık ki danışmanlıkta baya bir bu işle uğraşıyorum, ben gebe kadınlarla çalışıyorum. O iş hemen oturdu söyleyeyim. Bunu online yürütebilir hale getirdik.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Biliyorsunuz hastanelerde gebe okulları var. O okulların programı çerçevesinde gebe bakımı, gebe beslenmesi, doğum ağrısıyla başa çıkma, doğum şekli, doğum sonrası kontrasepsiyon gibi konular var. Gebe okuluna gelemedikleri için gebelerimiz, online iki kez iki eğitim tamamladık. Şimdi üçüncü eğitimi yapıyoruz. Online kişiler bağlanıyor evden. Bütün bu eğitimlerin içerisinde kontrasepsiyon da vardı.”

(Kadın doğum uzman hekimi, aile planlaması kliniği)

“Gebe okulu gibi kamuya açık eğitimlerin, özellikle de doğum sonrası kontrasepsiyon bilgilerini de içerecek biçimde online olarak verilmeye başlanması bu eğitim içeriklerini gebeler bakımından daha erişilebilir kılacağı için sevindirici bir gelişme.”

Gebe okulu gibi kamuya açık eğitimlerin, özellikle de doğum sonrası kontrasepsiyon bilgilerini de içerecek biçimde online olarak verilmeye başlanması bu eğitim içeriklerini gebeler bakımından daha erişilebilir kılacağı için sevindirici bir gelişme. Ancak kontrasepsiyon ve AP alanında halka yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin çevrimiçi sunulmasının önündeki önemli bir kısıta ise mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan bir STK’nın çalışanı şöyle işaret ediyordu:

“Maddi durumları örneğin özellikle mülteciler anlamında çok büyük sorun oluşturmuştu, harcamalarını minimize eden gruplar oldukları için çoğunlukla internetlerini kapatan, ödeyemeyen, temel teknolojik aletlere ulaşımı olmayan insanlar oldu. Uzaktan bilgiye erişmek sınıf meselesi yani maalesef. Telefon aslında burada etkin nispeten ucuz ulaşılacak bir araç ama yeni şeyler düşünmek zorundayız kısaca. Yeni ulaşma kanalları, bilgiyi yaygınlaştırma kanalları.”

(Mültecilere yönelik CSÜS danışmanlığı sunan STK çalışanı, 2)

Yukarıdaki alıntıda dikkat çekildiği üzere, çevrimiçi platformlarda kamuoyuna yönelik kontrasepsiyon ve AP bilgilendirmesi yapılması durumunda bu bilgilendirme faaliyetlerine erişimin önünde hem maddi hem de teknolojik altyapıya ilişkin bir takım kısıtlar bulunabilir. Özellikle pandemi süreci gibi ekonomik krizi derinleştiren bir süreçte düşük gelirli kişilerin internet erişimlerinin kesintiye uğraması nedeniyle bu tür eğitim içeriklerine ulaşmalarının her zaman mümkün olmayabileceğinin hatırd tutulması önemli görünür.

“Çevrimiçi platformlarda kamuoyuna yönelik kontrasepsiyon ve AP bilgilendirmesi yapılması durumunda bu bilgilendirme faaliyetlerine erişimin önünde hem maddi hem de teknolojik altyapıya ilişkin bir takım kısıtlar bulunabilir. Özellikle pandemi süreci gibi ekonomik krizi derinleştiren bir süreçte düşük gelirli kişilerin internet erişimlerinin kesintiye uğraması nedeniyle bu tür eğitim içeriklerine ulaşmalarının her zaman mümkün olmayabileceğinin hatırd tutulması önemli görünür.”

Sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimlerin çevrimiçi platforma taşınması konusunda ise, görüşmeciler mevcut koşullarda hizmet içi eğitimlerin devamlılığını sağlayabilecek bu tür çabaların çok değerli olduğunu belirtiyorlardı. Ancak görüşmelerde online eğitime taşınacak eğitim içeriklerinin çeşitlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılıyordu. Örneğin, aşağıda alıntılanan görüşmeci çevrimiçi platforma taşınacak eğitim modülleri arasında üreme sağlığı modülünün de yer alabileceğini ifade ediyordu:

“Ama bu çabayı üreme sağlığında henüz görmüyorum. Sinyal alıyorum ama görmüyorum. Beceri kursu zaten olamaz. Ne teorisi olabilir yanlış anlamayın ne pratiği olabilir, olamaz. Ama üreme sağlığı olabilir mi? Kabul edilebilir diyeyim. Öyle bir seçenek vardır ya. Kabul edilebilir düzeyde olur. Ama kötünün de çok çok iyisi olur.”

(Eski AÇSAP çalışanı, ilçe sağlık müdürlüğüne bağlı çalışan hekim, 1)

“Görüşmeci henüz üreme sağlığı hizmet içi eğitimin çevrimiçi platforma taşınma sürecine başlanmadığını ancak mevcut durumda bu eğitimlerin durmasına kıyasla böyle bir yöntemin çok daha olumlu sonuç vereceğini belirtiyordu.”

Yukarıda alıntılanan görüşmeci henüz üreme sağlığı hizmet içi eğitimin çevrimiçi platforma taşınma sürecine başlanmadığını ancak mevcut durumda bu eğitimlerin durmasına kıyasla böyle bir yöntemin çok daha olumlu sonuç vereceğini belirtiyordu.

“İnfertilite tedavisinin SGK kapsamında ödenebilmesi için hastaların başta yaş kriterini sağlamalarının gerektiği hesaba katıldığında, yaş üst sınırına yakın hastaların bu tedaviye erişim sürelerinin pandemi nedeniyle uzamasının hastaların SGK kapsamında bu tedaviye erişmelerini olanaksız kılabileceği durumlar baş göstermiş olabilir.”

Son olarak, pandemiyle birlikte infertilite tedavisi de diğer birçok tıbbi hizmet alanı gibi sekteye uğradı. İnfertilite tedavisinin SGK kapsamında ödenebilmesi için hastaların başta yaş kriterini sağlamalarının gerektiği hesaba katıldığında, yaş üst sınırına yakın hastaların bu tedaviye erişim sürelerinin pandemi nedeniyle uzamasının hastaların SGK kapsamında bu tedaviye erişmelerini olanaksız kılabileceği durumlar baş göstermiş olabilir. Bir devlet üniversitesi hastanesinin aile planlaması kliniğinde görev yapan görüşmeci bu soruna şöyle dikkat çekiyordu:

“Tüp bebek merkezimize yazı geldi, kapattık. Şimdi tüp bebek merkezinde infertilitede yaş olarak 39-40 yaşında olup, yumurtalık kapasitesi azalmış bir aciliyeti olan hastaları yavaş yavaş alıyoruz. Çünkü hani bu bekleme sürecinin ne kadar olacağı belli değil. Belki onlar hem fizyolojik olarak gebe kalamayacak bir duruma gelebilirler hem de tüp bebek tedavisi için devletin ödeme sınırı 40 yaş. Bu yaştan sonra ödeme yapmıyor. Koşulları uygun bile olsa onlar şanslarını kaybetmesinler diye onlara başladık.”

(Kadın doğum uzman hekim, aile planlaması kliniği)

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, görüşmeci çalıştığı AP kliniği düzeyinde aldıkları bir kararla pandemi sürecinde infertilite tedavisine erişimleri ertelenen kişilerden özellikle SGK kapsamında tedavi görme hakkını yitirme riski olan veya hamile kalma olasılığı düşen kişileri önceliklendirerek kendilerine hizmet sunmaya başladıklarını aktarıyordu.

Cinsel Sağlık ve Esenlik

Pandemi sürecinde cinsel sağlık ve esenlik alanındaki aksaklıkların arasında ilk olarak ASM’lerce yapılan HPV taramalarının sekteye uğraması sayılabilir. Bu tarama faaliyetlerinin sekteye uğraması serviks kanserinde erken teşhisi zorlaştırabileceği için, bu faaliyetlerin pandemi sürecinde de sürmesine yönelik adımlara atılması gerektiği söylenebilir.

Görüşmelerde CYBE tanı ve tedavi hizmetleri bakımından pandemi sürecinde ortaya çıkan ilk önemli ihtiyacın bilgilendirme olduğu izlenimini edindik. Örneğin HIV ile yaşayanlara yönelik danışmanlık hizmeti sunan bir STK’nın çalışanı ihtiyacı şöyle tarif ediyordu:

“Yani COVID ilk süreçte çok fazla soru işareti yarattı tabii ki, HIV’le yaşayanlar açısından. Daha fazla risk altında mıyız? Ne yapmamız gerekiyor? Ya da hastaneye gitmeli miyim? Benim rutin kontrollerim var üç ayda bir. Ne yapmam gerekiyor?”

(HIV ile yaşayanlara yönelik hizmet sunan STK çalışanı)

“HIV ile yaşayan kişilere ulaştırılması bilgilendirme çalışması yapmayı gerektiriyordu. Bu alanda görev yapan sağlık çalışanları bu bilgilendirme faaliyetini STK’ların çevrimiçi kanallardan başarıyla yürüttüklerini ve STK’ların bu süreçteki bilgilendirme faaliyetlerinden memnuniyet duyduklarını belirttiler.”

Yukarıda görüşmecinin ifade ettiği gibi, CYBE tanı ve tedavi alanlarında çalışanların hemen hepsi pandeminin başlaması ile birlikte HIV ile yaşayan kişilerin hatırı sayılır bir bölümünün pandemide özel bir risk altında olup olmadıkları konusunda ciddi bir endişe içinde olduklarını aktardılar. Neyse ki pandemi sürecinin erken safhalarından itibaren HIV ile yaşayanların COVID-19 ile ilgili özel bir risk altında olmadıklarına hatta ARV tedavisi alanların daha düşük risk altında olduklarına ilişkin bilimsel bilgiler gelmeye başlamıştı (Del Amo vd., 2020). Ancak bu bilgilerin HIV ile yaşayan kişilere ulaştırılması bilgilendirme çalışması yapmayı gerektiriyordu. Bu alanda görev yapan sağlık çalışanları bu bilgilendirme faaliyetini STK’ların çevrimiçi kanallardan başarıyla yürüttüklerini ve STK’ların bu süreçteki bilgilendirme faaliyetlerinden memnuniyet duyduklarını belirttiler.

Raporun bir önceki bölümünde pandemi öncesinde CYBE bulaş riskinin azaltılmasına yönelik bilgilendirme, danışmanlık ve benzeri koruyucu, önleyici uygulamalar konusunda ülkemizin karnesinin epeyce zayıf olduğundan söz etmiştik. CYBE bulaş riskinde pandemi döneminde ne tür bir değişiklik olabileceğine ilişkin sorumuza CSÜS alanında uzman kuruluşun çalışanı şöyle yanıt veriyordu:

“HIV konusuna dönersek, sosyal izolasyon ile ilgili kısıtların oraya kısa süreli ama yalancı bir etki olarak yansıyacağını ancak bundan yanlış sonuçlar çıkarılmaması gerektiğini düşünüyorum. Sosyalleşmedeki daralmanın HIV üzerine kısmi, yalancı bir pozitif etkisi, yani CYBE’ler üzerine etkisi olacağını düşünüyorum. Kaygılar güvenli olmaya itecektir.”

(CSÜS alanında uzman kuruluş çalışanı)

“Pandemide belediyelere bağlı hizmet veren Gönüllü Test ve Danışmanlık Merkezleri’nde kişilere sunulan anonim CYBE test hizmetlerinin uzunca bir süre durduğu görülüyor.”

Yukarıda sözü edildiği gibi, insan hareketliliğinin kısıtlandığı pandeminin erken döneminde riskli davranışların bir ölçüde azalması beklenebilir. Bununla birlikte, pandemi döneminde CYBE tanı hizmetlerinin sekteye uğraması ve kişilerin bu hizmetlere talebinin düşmesi nedeniyle de CYBE tanılarında suni bir düşüş de yaşanabilir. Hakikaten de pandemide belediyelere bağlı hizmet veren Gönüllü Test ve Danışmanlık Merkezleri’nde kişilere sunulan anonim CYBE test hizmetlerinin uzunca bir süre durduğu görülüyor. Her ne kadar GDTM’lerin kişilerin fiziksel olarak başvurmasına kapalı olduğu dönemde danışmanlık hizmetinin sistematik ve planlı bir biçimde devam etmediği söylenebilirse de, GDTM çalışanlarıyla yaptığımız görüşmelerde danışanların telefon yoluyla bu hizmeti kısmen alabildikleri ifade ediliyordu. Görüştüğümüz GDTM çalışanlarından biri yeniden test yapmaya belediyede dönüşümlü çalışmanın başladığı Haziran ayı itibarıyla başlayabildiklerini söylüyordu. Test hizmetinin başlamasının ardından bu hizmete yüklü bir talebin geldiğini sözlerine ekliyordu. Bir diğer görüşmeci ise Temmuz ayından başlayarak test hizmetini yeniden sunmaya başladıklarını ifade ediyordu. Bir diğer görüşmeci ise Haziran ayında yeniden çalışmaya başlamalarına yönelik toplumdan önemli bir talep geldiğini şu şekilde anlatıyordu:

“Çok yakında çalıştığımız bir aile hekimliği var, onlar yani bıkmışlar artık bizim sorulmamızdan. Yeter artık hani açılın biz de kurtulalım diye, soran çok olmuş. ... Tabii ki gelen telefonlardan anlıyoruz insanlar hastaneye gitmek istemiyor. Özellikle zaten kimse duyulsun istemiyor, anonim olsun istiyor. Anonim olması burada çok önemli. Hiçbir kimlik bilgisi almıyoruz, hiçbir yere kaydetmiyoruz, hiçbir yere bildirmiyoruz. Bizi özel kılan bu zaten. O yüzden başladığımızda hem bu anlamda çok teşekkür aldık hem de çok memnuniyet aldık.”

(İlçe belediyesine bağlı GDTM çalışanı 2, hemşire)

Pandeminin ilk döneminde GDTM’lerde tanı hizmetlerinin aksamış olması, ülkede CYBE tanı hizmetlerinin tümüyle durduğu anlamına gelmiyor. İlgili testlerin ASM ve hastanelerde de yapılabilir olması ve bir GDTM çalışanının özellikle vurguladığı üzere ilgili alanda hizmet veren STK’ların çalışmaya devam etmesi sayesinde acil bir ihtiyaçla test hizmeti almak isteyen danışanların bu hizmetlere en azından teorik olarak ulaşmasının önünde bir engel olmadığını gösteriyordu. Ancak pandeminin özellikle hastanelerin enfeksiyon hastalıkları kliniklerinin iş yükünü ciddi bir biçimde artırması, kişilerin hastaneye gitmeye çekinmesi ve CYBE tanı ve tedavi hizmetlerinin ne ölçüde devam ettiğinin GDTM çalışanlarınca bilinmemesi nedeniyle, görüşmecilerimizden biri GDTM’ler ile hastaneler arasındaki yönlendirme bağının bu dönemde zayıfladığını belirtiyordu.

“ Bakanlığın düzenli tedavisine devam eden hastaların raporlarının otomatik olarak uzatılması kararıyla HIV’le yaşayan kişilerin de pandemi döneminde ilaçlarına erişimlerini garanti altına almış görünüyor. ”

Pandemi döneminde en yoğun çalışan uzmanlık dallarından birini enfeksiyon hastalıkları oluşturdu. Görüştüğümüz enfeksiyon hastalıkları uzmanları da çalıştıkları kliniklerde rutin hizmetlerin durduğunu ve tümüyle pandemiyle mücadele kapsamında çalışmaya başladıklarını aktardılar. Enfeksiyon hastalıkları kliniklerinin sunduğu rutin hizmetlerin sunumunun geçici bir süreyle durması HIV’le yaşayan ve tedavilerine devam eden kişiler bakımından önemli bir sorun oluşturmuş gibi görünmüyor. Bakanlığın düzenli tedavisine devam eden hastaların raporlarının otomatik olarak uzatılması kararıyla HIV’le yaşayan kişilerin de pandemi döneminde ilaçlarına erişimlerini garanti altına almış görünüyor. Görüştüğümüz enfeksiyon hastalıkları uzmanı da bu uygulamayı olumlu bulduğunu aktarıyordu:

“Bu tabii düzenli tedavi kullanmakta olan sorunu olmayan hastalar için iyi bir karardı.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 1)

Her ne kadar HIV’le yaşayan ve düzenli tedavisine devam eden kişilerin pandemi sürecinde ilaçlarına erişimleri garanti altına alınmış ve alanda uzman STK’larca HIV ve pandemi ilişkine dair bilgilendirme faaliyetlerinde bulunulmuş olsa da, kişilerin bu dönemde düzenli ilişkilerinin bulunduğu hekimlerine ulaşma ve onlardan bilgi alma ihtiyaçları da devam etmiş görünüyor. Görüştüğümüz bir enfeksiyon hastalıkları uzmanı deneyimini şöyle aktarıyordu:

“Onun haricinde hastalarımızda mesela beni en çok rahatlatan şey şu oldu. ... Ben hastalarımın telefon numaramı veriyordum. Hastalarımın önce ‘Ben hasta olacak mıyım? Bana ne olacak? İşte daha çok mu hasta olacağım?’, ikincisi ‘İlaçlarımı nasıl kul-

lanacağım? Nasıl alacağım?’ gibi çok mesajlar geldi. Yani her an hastanın size ulaşabilir olması gerekiyor. Bu tereddütlerine, korkularına cevap verebilecek bir sistemin olması, ama sistematik olması lazım. Çünkü ben bir taraftan ona koşuyorum, bir taraftan başka bir işe koşuyorum, bir taraftan da telefonla cevap yazmaya çalışıyorum.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 2)

“Pandemi sürecinde cinsel sağlık ve esenlik alanında da doğru bilgi edinme ihtiyacı en önemli ihtiyaçlardan biri olarak karşımıza çıkıyor.”

Yukarıdaki alıntıda görüldüğü üzere, pandemi sürecinde cinsel sağlık ve esenlik alanında da doğru bilgi edinme ihtiyacı en önemli ihtiyaçlardan biri olarak karşımıza çıkıyor. Her ne kadar ülkemizde teletıp uygulamaları henüz başlamamış olsa da, yukarıda alıntılanan görüşmecinin bu dönemde hastalarını telefon yoluyla bilgilendirdiğini öğreniyoruz. Alıntıda görüşmeyi yaptığımız dönemde pandemiyle mücadelede görev yapan bir enfeksiyon hastalıkları uzman hekiminin, herhangi bir performans kriteri olmaksızın, hastalarına karşı duyduğu sorumluluk gereğince böyle bir bilgilendirme faaliyetini sürdürmesinin bir iyi hekimlik uygulaması olduğu kanaatindeyiz. Ancak görüşmecinin de altını çizdiği üzere, bu tür bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin sağlık çalışanlarının fedakârlıklarına bırakılmasının hastaların ihtiyaçlarının sistematik bir biçimde karşılanmasını beraberinde getirmeyebileceği için sürdürülebilir bir yöntem olmadığını da not etmek isteriz.

“Bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin sağlık çalışanlarının fedakârlıklarına bırakılmasının hastaların ihtiyaçlarının sistematik bir biçimde karşılanmasını beraberinde getirmeyebileceği için sürdürülebilir bir yöntem olmadığını da not etmek isteriz.”

“Tedaviye uyum zorluğu yaşayanların süreçte düzenli uzman hekim takibinden çıkmış olabilecekleri ve bu durumun orta vadede sağlıklarını olumsuz etkileyebileceğine değinildi.”

Görüşmelerde pandemi döneminde cinsel sağlık danışmanlığı, CYBE tanı ve tedavi hizmetlerinin sektöre uğramasının bazı kişileri kırılğan bir durumda bırakmış olabileceğine değinildi. Görüşmelerde bu durumda olabilecek kişiler arasında HIV’le yaşayan kişilerden tedaviye uyum sorunu yaşayanlar sayıldı. Tedaviye uyum zorluğu yaşayanların süreçte düzenli uzman hekim takibinden çıkmış olabilecekleri ve bu durumun orta vadede sağlıklarını olumsuz etkileyebileceğine değinildi. İkinci olarak görüşmelerde pandemi sürecinde özellikle yeni HIV tanısı alan kişilerin kırılğan bir durumda kaldıklarına işaret ediliyordu:

“Henüz tanı alan kişiler hastaneye gittiklerinde orda bir uzman bulamamaya başladılar, ilk dönemde özellikle. Çünkü pandemi hastanesi olmuştü çoğu hastane ve randevu almak çok zor oluyordu. Burada (görev yaptığı şehri kastediyor) yine alternatif merkezler vardı. Daha küçük şehirlerde, tek merkezli yerlerde tedaviye yeni başlayan kişilerin de yine tahlil yaptırmak için, tahlilin daha sık yapıldığı bir dönem olduğu için ilk süreçler, tahlil yaptırmak için hastaneye gitmek istediler. Ya da ilaç kullanıyorlar, ilacın yan etkisini doktoruna sormamaya başladı bu sefer. Doktorlar yer değiştirmeye, birim değiştirmeye başladılar. Hani farklı kişilerle bu sefer karşılaşmaya başladılar. O güven ilişkisini kuramadıkları için yeni gelen hekimle de, çoğu zaman göz ardı ettiler sorunları, ertelediler. Tedaviyi bırakma durumları olabildi.”

(HIV ile yaşayanlara yönelik hizmet sunan STK çalışanı)

“(Yeni HIV tanısı almış olanlar) Onlar için zor bir dönemdi gerçekten, çünkü biz onlara hastaneye gelmeyin demek zorunda kaldık ama öte yandan onlar durumlarını bilmek istiyorlardı, konuşmak istiyorlardı, bir an önce tedaviye başlamak istiyorlardı. Hatta birkaç acil vakada hastayı hiç görmeden uzaktan reçete yazmak zorunda kaldık. Durumları riskliyd, ileri düzeyde hastalıkları oldukları için. ... Yakın tarihte tanı almış takiplerini yapmamız gereken bazı hastalar vardı onların takibini hiç yapamadık. Biz çünkü tedaviye başladıktan bir ay sonra iki ay sonra, üç ayda bir şey yaparız, tetkiklerini yaparız. Yeni tedavi almaya başlamış kişilerde. Biraz da şeydir o. Tedavi nasıl gidiyor, yan etkisi var mı, düzenli kullanabiliyor mu, bir problem var mı, bunları sorgulamak açısından da tabii bu önemlidir. Takiplerimizi maalesef yapamadık son birkaç ay içerisinde tanı alıp tedaviye başlamış hastalarımızı ihmal etmek zorunda kaldık. O açıdan biraz rahatsız hissediyorum kendimi.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 1)

Yukarıdaki alıntılarda ifade edildiği üzere, pandemi sürecinde enfeksiyon hastalıkları kliniklerinin iş yoğunluğunun artmasıyla, ayaktan hasta görmemeye başlamaları ve bu kliniklerdeki insan kaynaklarının pandemiyle mücadele sevk edilmesiyle, yeni HIV tanısı almış kişilerin tedaviye başlama ve takip süreçlerinde aksamalar yaşanmış gibi görünüyor.

“pandemi sürecinde enfeksiyon hastalıkları kliniklerinin iş yoğunluğunun artmasıyla, ayaktan hasta görmemeye başlamaları ve bu kliniklerdeki insan kaynaklarının pandemiyle mücadeleye sevk edilmesiyle, yeni HIV tanısı almış kişilerin tedaviye başlama ve takip süreçlerinde aksamalar yaşanmış gibi görünüyor.”

Görüşmecilerin bir kısmı pandemi sürecinde cinsel sağlık ve esenlik alanında yaşanan bir diğer aksaklığın enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde COVID-19 tanılı kişilere yönelik olanlar dışında yatılı sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin iyi bir planlamanın yapılmaması olduğunu belirtiyorlardı:

“Gelen herkesi de olası taşıyıcı olası (COVID-19) pozitif gibi değerlendirmek, buna göre önlemleri almak gerekiyor. Yani temiz hastane artık şu andan itibaren, bu gelişmelerle öğrendiğimiz bilgilerle, nitelendirmek biraz zor. Ama yoğunluk. Mesela benim yoğunluğum o kadar fazladır ki enfeksiyon hastalıkları polikliniğinin tamamına COVID pozitif olan hastaları kabul ederim, servisimde sadece bunlar yatar, başka hasta kabul edemem. O zaman mutlaka bunların başvurabileceği başka hastanelerin olması gerekiyor.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 2)

“Yatması gereken hastamız şans eseri olmadı. Olsaydı ne yapacaktık onu da bilmiyorum, çünkü pandemide şöyle bir sıkıntı oldu. O da yönetsel bir sıkıntıydı aslında. Bizim şehrimizde bütün hastaneler korona bakıyordu. Bu nedenle acil durumu olması gereken hastalar olsaydı ne yapacaktık hiç bilmiyorum.”

(Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi, 1)

Görüşmecilerin ifade ettikleri gibi, her ne kadar görüştüğümüz iki enfeksiyon hastalıkları uzmanı da COVID-19 dışı yatılı hasta kabul etmelerini gerektiren bir durumla karşılaşmamış olsalar da, böyle bir olasılığın mutlaka pandemide hizmet planlamasında hesaba katılması gerektiğine vurgu yapıyorlardı. İki görüşmeci de pandemiyle mücadelenin diğer sağlık hizmetlerini sekteye uğratmayacak bir biçimde planlanmaması durumunda, pandemiden bağımsız acil sağlık ihtiyaçlarının karşılanamaması riskinin doğduğunun altını çiziyorlardı.

Sonuç ve Öneriler

Bu izleme raporu pandemi öncesinde Türkiye’de CSÜS hizmetlerinin genel görünümünü betimliyor ve pandemi sırasında bu hizmetlerin durumunu pandemi öncesine ve ülkemizin bu alandaki ulusal yükümlülüklerine kıyasla değerlendiriyor. Bu değerlendirmenin çerçevesini Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları çerçevesinde CSÜS’e ilişkin tanımlanan alt amaçlar ve göstergeler, bu bağlamda Türkiye’nin CSÜS alanındaki ulusal yükümlülükleri ile BM kuruluşlarının afet ve sağlık krizlerinde CSÜS hizmetlerinin nasıl ele alınması gerektiğine ilişkin yönergeleri oluşturuyor. Raporda yapılan değerlendirmeler temelde Haziran ve Temmuz 2020’de CSÜS alanındaki 18 anahtar kurumda çalışan ve büyük çoğunluğu sağlık çalışanlarından oluşan kişilerle gerçekleştirilen görüşmelerin niteliksel analizine dayanıyor. Ayrıca raporda mülakat verilerinin analizi; ülkemizdeki mevcut politika ve uygulamalar, TNSA özelinde tespit edilen CSÜS alanındaki ihtiyaçlar ve izleme sürecinde topladığımız dar kapsamlı ancak önemli başka bilgiler ile destekleniyor. Raporun bu bölümünde genel sonuç ve öneriler ile pandemi dönemine ilişkin sonuç ve önerileri iki başlık altında sunuluyor.

Genel Sonuç ve Öneriler

Pandemi öncesinde ülkemizde CSÜS hizmetleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde parçalı ve dağınık bir yapı arz ediyordu. Ülkemiz bir yandan gebe izlemleri, CYBE tedavisi, infertilite tedavisi gibi alanlarda hizmet sunumu ve hizmetlere erişimde güçlü bir profil çizerken, diğer yandan kontrasepsiyon ve AP hizmet ve danışmanlığı, CYBE’lere yönelik koruyucu ve önleyici hizmetler ve istemli gebelik sonlandırma gibi alanlarda ise zayıf kalıyordu. CSÜS hizmetleri bütüncül bir biçimde ele alınmadığı takdirde, bir alanda karşılanamamış ihtiyaçlar bir diğer alanda olumsuz sağlık çıktılarına neden olabiliyor. Bu nedenle, pandemi öncesindeki bu parçalı ve dağınık CSÜS hizmet yapısı, ülkemizde kapsamlı bir CSÜS hizmet planlamasının olmadığına işaret ediyor ve bu durum ülkenin güçlü olduğu CSÜS hizmet alanlarındaki başarısına da gölge düşürüyordu. Ayrıca pandemi öncesinde ülkemizdeki CSÜS hizmetlerinin genel görünümü, hizmet kapasitesinin ve sunumunun güçlü olduğu alanlarda da bir takım iyileştirmeler yapılmasının gerekliliğini ortaya koyuyordu. Son olarak, ülkemizde gelir dağılımı adaletsizliğinin yüksek oranda olması nedeniyle CSÜS hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanmasının ancak güçlü bir kamu mevcudiyeti ile mümkün olduğunu ve üst orta gelir grubunda olan ülkemizde bunu gerçekleştirecek mali kaynakların mevcut olduğunu not etmek isteriz. Bu çerçevede ülkemizde CSÜS hizmetlerinin bilimsel, bütüncül bir yaklaşımla, ücretsiz ve kaliteli bir biçimde ve kamu tarafından sunulabilmesi için aşağıdaki hususların dikkate alınmasının faydalı olacağı kanısındayız:

- Doğum sonrası kontrasepsiyon danışmanlığının standart doğum hizmetlerine eklenmesi önerilir.
- TNSA 2018’in bulgularından izlenebildiği üzere, gebe izlemi kapsamına alınamamış hatırı sayılır büyüklükteki gebelerin izlem kapsamına alınabilmesi için gerekli tedbirlerin alınması gerekir.
- Kamu sağlık hizmet sunucularında kadın doğum muayenelerinde hasta başına ayrılan sürenin bu alanda uzman hekimlerle istişare edilerek nitelikli bir muayeneye olanak verecek biçimde artırılması tavsiye edilir.
- Yasal çerçeve dâhilinde istemli gebelik sonlandırma hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi hizmet sunucuların kişisel takdirlerine bırakılmaksızın yaygın bir biçimde sunulmasının garanti altına alınması gerekir. Ayrıca yasal tahliye dışındaki medikal seçeneklerin geri ödeme kapsamına alınması düşünülebilir.
- TNSA 2018’in bulgularından hareketle başta çok çocuklu ve ileri yaştaki kadınlar ile kırdaki yaşayan kadınlar olmak üzere karşılanamamış AP ihtiyacı bulunan tüm kadınlara yönelik ülke çapında yaygın, kolayca ulaşılabilir, ücretsiz ve kaliteli kontrasepsiyon ve AP hizmet ve danışmanlığı sunulmasına yönelik kurumsal yapılanmanın hayata geçirilmesi önerilir.
- Tüm kontraseptif seçeneklerinin ASM’lerde, AP hizmet ve danışmanlığı alanında hizmet veren merkezlerde ve hastanelerin aile planlaması merkezlerinde sürekli ve ücretsiz bir biçimde, merkezi idare tarafından erişilebilir hale getirilmesi tavsiye edilir.
- Kontrasepsiyon ve aile planlaması hizmetlerinin ASM’lerce etkin ve kaliteli bir biçimde sunulabilmesi için:
 - ASM’lerin sorumlu olduğu nüfus büyüklüğünün ortalama ideal nüfus büyüklüğüne (her ASM başına 2,500 civarı) düşürülmesi,
 - ASM’lerde AP hizmetleri ve danışmanlığı alanında yetkin sağlık personelinin istihdam edilmesi,
 - Aile Planlaması Eğitimi ve Üreme Sağlığı Eğitimi gibi hizmet içi eğitimlere katılımın tüm ASM çalışanları için zorunlu hale getirilmesi,
 - ASM’lerin 15-49 yaş kadın izlemini AP danışmanlığı sunmayı kapsayacak bir biçimde sürdürmesinin sağlanması,
 - AP hizmetlerinin ASM’lere uygulanan performans sistemi ile bağlantılandırılması,
 - ASM’lerce sunulan AP hizmetleri ve danışmanlığının sağlık idaresi tarafından niceliksel ve niteliksel boyutları bir arada ele alınarak düzenli bir biçimde denetlenmesi önerilir.

- Pandemi öncesi durumda ASM’lerin iş yükleri ve personel yetkinlikleri göz önünde bulundurulduğunda, ASM’lerin öngörüldüğü biçimde kapsamlı AP hizmet ve danışmanlığı sunma potansiyellerinin düşük görünmesinden hareketle, ASM’lerin mutlaka AP hizmetleri ve danışmanlığı alanında güçlendirilmiş ve yaygın ara hizmet birimleri ile desteklenmeleri önerilir. Bazıları halen faaliyette olan AÇSAP’lar, sağlık müdürlüklerine bağlı ÇEKÜS’ler ve bazılarının içinde kadın ve üreme sağlığı danışmanlık hizmet birimleri bulunan SHM’lerin bu ara hizmet birimleri şeklinde yapılandırılması düşünülebilir. Bu tür merkezlerin AP hizmet sunumu ve danışmanlığı alanında etkin işlev görebilmeleri için:
 - Yeterli ve yetkin sağlık çalışanına sahip (kadın doğum uzmanı, ebe, hemşire, klinik psikolog vb.),
 - Yeterli ekipmana sahip (ultrason, jinekolojik muayene masası vb.),
 - Farklı yaş gruplarına yönelik CSÜS ve AP danışmanlığı sunabilme konusunda yetkin sağlık çalışanları ve destekleyici materyalleri bulunan,
 - Sağlık çalışanlarının yükselme ve performansına bağlı olarak daha iyi kazanma olanaklarının bulunduğu,
 - Hizmet kapasitesi ve insan kaynağı nüfusa ve belirli bir yereldeki nüfusun ortalama aile planlaması ihtiyacına oranla belirlenmiş yaygın hizmet birimleri olarak planlanması önerilir.
- Gençlerin CSÜS danışmanlık ve hizmetlerine erişimlerini sağlamaya yönelik bir düzenleme yapılması tavsiye edilir.
- CYBE’lerin tanı süreçlerini ve kişilerin tedaviye erişimlerini kolaylaştıran GTDM’lerin ülke genelinde yaygınlaştırılması önerilir.
- Altyapısı bulunan tüm devlet ve devlet üniversitesi hastanelerinde tanı ve takip testlerinin yapılabilir hale getirilmesi için SGK geri ödeme düzeylerinden kaynaklanan sorunların giderilmesi tavsiye edilir.
- ASM’lerce sürdürülen HPV tarama süreçlerinde vaka takibinin ve yönlendirilmesinin etkin bir biçimde işlemlerini sağlayacak izleme ve denetim mekanizmalarının kurulması önerilir.
- HPV aşısının SGK kapsamına alınması tavsiye edilir.
- CSÜS hizmetlerine erişim hususunda farklı nedenlerle dezavantajlı konumda bulunan kişilerin (geçici koruma altındakiler için dil bariyeri, mevsimlik tarım işçileri için ASM’ye kayıtlı bulunmama ya da yılın önemli bir kısmında kayıtlı bulunan ASM’den uzakta olma) hizmetlere erişimlerinin sağlanması için gerekli tüm özel tedbirlerin alınması önerilir.

Pandemi Dönemine İlişkin Sonuç ve Öneriler

COVID-19 pandemisi büyük boyutta bir halk sağlığı krizine yol açtı. Pandeminin neredeyse tüm ülkelerde halk sağlığı hizmetleri ve bu alandaki insan kaynaklarının tedavi edici hizmetlerin gölgesinde bırakıldığı bir dönemin ardından baş göstermesi, ülkemiz dâhil çok sayıda ülkenin bu tür bir sağlık krizine hazırlıksız yakalanmasına neden oldu. Her ne kadar BM kuruluşları uzun yıllardır CSÜS hizmetlerinin afetle mücadelenin temel bileşenlerinden olarak kurgulanması gerektiğine vurgu yapsalar da, ülkelerdeki bu hazırlıksızlık sağlık hizmetleri alanındaki tüm odağın bir anda pandemiyle mücadeleye çevrilmesiyle sonuçlandı. Pandemi öncesi dönemde CSÜS hizmetleri parçalı ve dağınık bir yapı arz eden ülkemizde de, pandeminin etkilerinin görülmesiyle sağlık hizmetleri sisteminin neredeyse tek odağı pandemiyle mücadeleye dönüştü. Her ne kadar tehdidin boyutu düşünüldüğünde pandemiyle mücadelenin ana gündem maddesine dönüşmesi olağan olsa da, bu mücadelenin hem CSÜS hizmetlerinin bu dönemdeki ihtiyaçları da kapsayacak hem de CSÜS alanındaki kilit grupları da gözetecek bir biçimde yürütülmesi gerekir. Aksi takdirde CSÜS hizmetlerindeki aksamalar kısa ve orta vadede sağlık çıktılarına olumsuz yansiyabilir. Dolayısıyla tek başına pandemiyle mücadeledeki başarı, sağlık çıktılarında pandemi döneminde beklenen olası kötüleşmeyi durdurmaya yetmeyebilir. Bu nedenle ülkemizde ve diğer tüm ülkelerde pandemiyle mücadelenin diğer tüm ertelenmesi mümkün olmayan ya da riskli olan sağlık hizmet ihtiyaçlarının karşılanmasından olabildiğince ödün vermeden ve pandeminin diğer sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yaptığı dışsal etkilerin hesaba katılarak yürütülmesi büyük önem taşıyor.

Ülkemizde pandemi sırasında CSÜS hizmetlerinin sürdürülmesine ilişkin olumlu örneklerin geze izlemlerinin devam ettirilmesi ve diğer kronik hastalarda olduğu gibi HIV’le yaşayanların ilaçlarına erişimlerinin kolaylaştırılması olduğu söylenebilir. Ancak bu izleme çalışması, CSÜS hizmetlerinin diğer birçok alanında hizmetlerin ciddi ölçüde aksadığına, önemli ölçüde kısıtlandığına ya da tümüyle askıya alındığına işaret ediyor. Bu dönemde CSÜS hizmetlerine ilişkin ortaya çıkmış olması beklenen karşılanamamış ihtiyaçların halen karşılık verilebilecek olanlarına ve ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara hızla karşılık verilebilmesi için CSÜS alanındaki kapasitenin yeniden hizmete dönüşmesini mümkün kılacak düzenlemelerin ivedilikle yapılması gerektiğine inanıyoruz. Bu çerçevede ülkemizde pandemi ve benzeri afet durumlarında CSÜS hizmetlerinin bilimsel, hak temelli, bütüncül bir yaklaşımla, ücretsiz ve kaliteli bir biçimde, kamu tarafından sunulmaya devam edilebilmesi için aşağıdaki hususların dikkate alınmasının faydalı olacağı kanısındayız:

- Pandemi ve benzeri afet durumlarında,
 - CSÜS hizmetlerinin kesintisiz ve afet döneminin ortaya çıkardığı özel koşulları dikkate alacak bir biçimde sürdürülmesinin merkezi planlanmaya dâhil edilmesi, bu hizmetlerin pandemiyle mücadele kapsamında sağlık çalışanları bakımından alınması gereken tüm iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri alınarak yaygın şekilde sunulmaya devam edilmesi,
 - CSÜS alanındaki kilit grupların (örn. gebeler, HIV’le yaşayanlar) pandemi döneminde sağlık risk ve ihtiyaçlarının neler olduğu, kendilerini korumak için ek tedbirler almaları gerekiyorsa bu tedbir-

lerin neler olduğu ve nasıl alınabileceği, sağlık hizmetlerine erişimde nasıl bir yol izlemeleri gerektiği gibi hususları içeren yönergelerin hazırlanması, bu yönergelerin kamuoyu ve sağlık çalışanları ile paylaşılması,

- Kişilerin hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurması gerektiği, kuruluşa gitmeleri gerektiği durumlarda hangi tedbirleri alarak bu kuruluşlara başvurmaları gerektiği, ihtiyaç duydukları hizmetin kendilerine en yakın hangi sağlık kuruluşunda sunulduğu gibi temel bilgilere erişebilecekleri bilgilendirme hizmetinin telefon ve çevrimiçi platformlar yoluyla sunulması,
- Yukarıda sözü edilen planlama, hazırlık ve uygulamaların geliştirilmesi, uygulamanın izlenmesi ve denetlenmesi için pandemi ve benzeri afet durumlarında CSÜS alanında uzman kişilerden oluşan bu alana özgü bir bilim kurulu kurulması,
- Pandemi veya diğer afetlerin CSÜS alanındaki kilit gruplar üzerindeki sağlık etkilerine ilişkin düzenli kayıt tutulması, toplanan verilerin bilimsel olarak analiz edilmesi ve yapılan analizler ışığında kişileri koruyucu, önleyici tedbirler geliştirilmesi önerilir.
- ASM ve SHM gibi sağlık kuruluşlarının bulundukları bina, havalandırma sistemleri gibi fiziki altyapılarının deprem ve salgın dâhil tüm afetlerde hizmetlerin sürdürülebilirliğini güvence altına almak için azami ölçüde uygun mekânlara yerleştirilmeleri gerekir. Bu çerçevede Bakanlığın hem bina üretimi veya satın alımı hem de kira sözleşmelerine müdahil olması ve altyapıya gerekli yatırımı yapması tavsiye edilir.
- Ülkemizde pandemi öncesinde özellikle kontrasepsiyon ve AP hizmetleri alanında hizmet kapasitesinin kısıtlı olması nedeniyle, pandemiyle birlikte bu kısıtlı kapasitenin de birçok ilde işler olmaktan çıktığı gözlemleniyor. Bu durumun orta vadede karşılanamayan AP ihtiyaçlarını daha da arttırma riskini ortadan kaldıracak adımların ivedilikle atılması önem taşıyor. Bu nedenle, mevcut durumda ülkemizin anne sağlığı, kontrasepsiyon ve aile planlaması ile cinsel sağlık ve esenlik alanında hizmet sunan tüm hizmet birimlerinin yeniden çalışmaya başlaması ve pandemiyle mücadeleye yönlendirilen CSÜS alanında uzman personelin, pandemiyle mücadeleyi sekteye uğratmayacak şekilde ana görev alanlarına dönmelerinin sağlanması önerilir.
- Pandemi döneminde kamu tarafından sunulan doğum hizmetlerine erişimin sekteye uğramaması için, bu hizmetlerin nerelerde sunulacağının planlanması ve bu bilgilerin kamuoyu ile kolayca erişilebilir bir biçimde paylaşılması önerilir. Bu planlamanın şehirdeki mekânsal uzaklık ve hizmetlerin sunulacağı kuruluşlara ulaşım bakımından hangi kişileri dezavantajlı konumda bırakabileceği hesaplanarak, bu tür dezavantajların nasıl ortadan kaldırılabilceğine ilişkin etkin çözümler geliştirilmesi tavsiye edilir.
- Pandemi döneminde halkın önemli bir kesiminin yaşadığı gelir kaybı ve bu gelir kaybının piyasadan kontraseptif malzeme alma gücü üzerinde olası olumsuz etkisi de hesaba katılarak, halkın kontraseptif malzemelere erişimlerinin kesintisiz bir biçimde sağlanması önerilir.

- Fiziksel temasın asgari düzeye indirilmesi gereken pandemi döneminde, halka yönelik CSÜS ve AP danışmanlığı, gebe okulları gibi ve sağlık çalışanlarına yönelik üreme sağlığı ve AP alanında sunulan hizmet içi eğitimler gibi eğitim içeriklerinin mümkün olduğunca çevrimiçi platformlara taşınarak sürdürülmesi tavsiye edilir.
- Pandemi döneminde enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının iş yüklerinin artması ve pandemiyle mücadelede kilit görevler üstlenmeleri nedeniyle, HIV tedavisi alan kişilerin tedaviye uyum ve tedavi sürecinin takip edilebilmesi amacıyla teletıp benzeri uygulamaların geliştirilmesi önerilir. Pandemi sürecinde yeni HIV tanısı almış kişilerin tedaviye ulaşmaları ve uyumlarının sağlanması için gerekli düzenlemelerin ivedilikle yapılması gerekir. Enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde yatılı hizmet planlamasının COVID-19 dışında nedenlerle yatılı tedavi görmesi gerekenler hesaba katılarak yapılması tavsiye edilir.
- İnfertilite tedavisi görmek isteyenlerden gebe kalma olasılığı düşen ve/veya SGK geri ödeme yaş üst sınırına yaklaşan kişilerin ülke çapında tedaviye erişimde önceliklendirilmesi önerilir.
- Pandemiyle mücadele kapsamında insan hareketliliğinin kısıtlanmasıyla hane içi toplumsal cinsiyete dayalı ve/veya cinsel şiddetin artma riski göz önünde bulundurulması ve bu çerçevede sağlık hizmetleri sistemine, şiddete maruz bırakılan kadınlara yönelik acil kontrasepsiyon, psikolojik destek ve istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasını da içeren kapsayıcı bir yaklaşımla hizmet sunmasını sağlayacak bir altyapı kazandırılması tavsiye edilir.

Kaynakça

- BM. (2012). *UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children*.
- CDC. (2020, Haziran 9). *If You Are Pregnant, Breastfeeding, or Caring for Young Children*. [www.cdc.gov: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fpregnant-women-faq.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fpregnant-women-faq.html) adresinden alındı
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li J., Zhao D., Xu D., Gong Q., Liao J., Yang, H., Hou W., Zhang Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women:a retrospective review of medical records. *Lancet*(395), s. 809-815.
- Del Amo, J., Polo, R., Moreno, S., Díaz, A., Martínez, E., Arribas, J. R., Jarrín, I., Hernán, M. A. (2020). Incidence and severity of COVID-19 in HIV-positive persons receiving antiretroviral therapy: a cohort study. *Annals of Internal Medicine*.
- Dünya Bankası. (2020). Turkey. <https://data.worldbank.org/country/turkey> adresinden alındı.
- EPF & IPPF EN. (2020). *Sexual and Reproductive Health and Rights during the COVID-19 pandemic*.
- Guo, W., Ming, F., Dong, Y., Zhang, Q., Zhang, X., Mo, P., Feng Y., Liang, K. (2020). A Survey for COVID-19 among HIV/AIDS Patients in Two Districts of Wuhan, China. *Lancet*.
- Guo, W., Weng, H. L., Bai, H., Liu J., Wei X. N., Zhou K., Sande A. (2020). Quick Community Survey on Impact of COVID-19 outbreak for the healthcare of people living with HIV. *Chin J Epidemiol*, 663-667.
- HÜNEE. (2019). *2018 TNSA*.
- Hall, K. S., Samari, G., Garbers, S., Casey, S. E., Diallo, D. D., Orcutt, M., Moresky R. T., Martinez N. E., McGovern, T. (2020). Centering Sexual and Reproductive Health and Justice in the Global COVID19 Response. *Lancet*(395), 1175-1177.
- ILO. (2020). *ILO Monitor 2nd edition: COVID-19 and the world of work*.
- Jiang, H., Zhou, Y., & Tang, W. (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *Lancet*, e308-e309.

- Küresel Amaçlar. (2020). Sürdürülebilir Kalkınma İçin Küresel Amaçlar. <https://www.kureselamaclar.org/> adresinden alındı.
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. (2020). Koronavirüs Salgını ve Kadına Yönelik Şiddet / Mor Çatı Haziran 2020 Raporu. <https://morcati.org.tr/izleme-raporlari/koronavirus-salgini-ve-kadina-yonelik-siddet-mor-cati-haziran-2020-raporu/> adresinden alındı.
- OECD. (2020). Income inequality. <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm> adresinden alındı.
- Qiao, J. (2020). What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet*, s. 760-762.
- O’neil, M. L., Aldanmaz, B., Quiles, R. M. Q., & Kılınç, F. R. (2016). *Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri*. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi.
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low and Middle Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*(46).
- Sağlık Bakanlığı. (2019). Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1131, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlıklı Hayat Merkezleri, <https://shm.saglik.gov.tr/index.php> adresinden alındı.
- Sochas, L., Channon, A. A., & Nam, S. (2017). Counting indirect crises-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy and Planning*, iii32-iii39.
- TAPV. (1997). *IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi*.
- Topgül, C., Adalı, T., Çavlin, A., & Dayan, C. (2017). *Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul’da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu*. TAPV.
- TTB. (2019, Nisan 19). Kanser taramalarında sorunlar giderilemiyor, https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahek/haber_goster.php?Guid=6b8c6cb8-6295-11e9-994d-fcf6dd719ec4 adresinden alındı.
- UNFPA. (2020a). *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights*.
- UNFPA. (2020b). *Koronavirüs (COVID-19) Salgını: UNFPA Küresel Müdahale Planı*.
- UNFPA. (2020c). *COVID-19 Salgının Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddeti, Kadın Sünnetini ve Çocuk Yaşta Evliliği Sona Erdirme Çabaları ile Aile Planlaması Üzerindeki Etkileri*.
- UNFPA. (2020ç). *Sexual and Reproductive Health and Rights, Maternal and Newborn Health & COVID-19*.

- UNFPA. (2020d). *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden COVID-19: Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığının ve Haklarının Korunması ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Teşvik Edilmesi*.
- UNFPA. (2020e). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ve Hakları: COVID-19’a Yönelik Önleme, Koruma ve Müdahale Amaçlı Ürün Tedariki de Dâhil Olmak Üzere, Modern Gebeliği Önleyici Yöntemlerin ve Diğer Tıbbi Ürün Temini*.
- UNFPA. (2020f). *Ergenler ve Gençler & Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)*.
- UNHCR. (2011). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations*.
- WHO. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*.
- WHO. (2012). *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/SRH_HERM_Policy_brief_A4.pdf?ua=1 adresinden alındı.
- WHO. (2017). *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/> adresinden alındı.
- WHO. (2020). *Community-based Health Care, including Outreach and Campaigns, in the Context of COVID-19 Pandemic*.
- WHO. (2020, Mayıs 7). *Q&A: Breastfeeding and COVID-19*. www.who.int: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-and-breastfeeding> adresinden alındı.
- WHO. (2020, Nisan 6). *Q&A: Conception/Family Planning and COVID-19*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19> adresinden alındı.
- WHO. (2020, Mart 24). *Q&A: HIV, antiretrovirals and COVID-19*. www.who.int: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals> adresinden alındı.
- WHO. (2020, Mart 18). *Q&A: Pregnancy, childbirth and COVID19*. www.who.int: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth> adresinden alındı.
- WHO. (2020, Nisan 9). *Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)*. who.int: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> adresinden alındı.
- WHO. (2020, Haziran 15). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>: <https://covid19.who.int/> adresinden alındı.
- Zeng, L., Xia, S., Yuan, W., Yan, K., Xiao, F., Shao, J., & Zhou, W. (2020). Neonatal Early-Onset Infection with SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatrics*, s. E1-E3.

