

Politika Bilgi Notu: Mülteci Kadınların Türkiye’de Anne Sağlığı Hizmetlerine Erişimi Konusundaki Deneyimleri

Süreyya Sönmez Efe¹

Öz

Uluslararası düzeyde benzeri görülmemiş kitlesel göç zamanlarında yaşıyoruz. İnsanların sınır ötesi hareketleri zorunlu göç biçimini alabilmektedir ki bu insani bir durumdur ve insan hakları sorunu çerçevesinde değerlendirilmelidir. İnsanların zorla yerinden edilmesi, artan insani ihtiyaçlar sonucunda zorluklar yaratır ve bu durum zorunlu göçmenlerin (mültecilerin) savunmasızlıklarını arttırmaktadır. Mültecilerin sağlık hizmeti gibi temel ihtiyaçları, ev sahibi ülkelerde sağlık bakımına erişme ve/veya sağlık bakımı alma kapasitelerinin olmaması nedeniyle tehlikeye girmektedir. Bu sorunun temel nedenleri çok yönlü olup, mültecilerin statüsünden, kültürel geçmişinden, toplumsal konumundan ve ev sahibi ülkenin sağlık sisteminin yapısından kaynaklanabilmektedir. Mülteci kadınların sağlık sistemi deneyimlerini analiz etmek için kullanılan ekolojik model, karşılaşılan zorlukların sosyal ve politik belirleyicilerin makro, mezo ve mikro düzeylerindeki etkileşimler içinde oluştuğunu göstermektedir. Mülteci kadınların belirsiz ve karışık olan geçici yasal statüsü, ekonomik olanakların eksikliğiyle bir araya geldiğinde, ev sahibi ülkelerde sağlık hizmeti almak için ev sahibi kurumlarla mekansal etkileşimlerini etkilemektedir. Politika Bilgi Notu, mülteci kadınların anne sağlığı bakımına ilişkin yaşanmış deneyimlerine ilişkin kesişimsel bir ampirik çalışma yoluyla bu konuya ışık tutmakta; ve anne sağlığı bakımının birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kapsayan çok katmanlı bir ilişki biçimini içeren, karmaşık bir süreç olduğunu savunmaktadır. Zorunlu göçün mülteci kadınlar üzerindeki olumsuz etkilerini ele almakla beraber sağlık profesyonellerinin gözünde mülteci kadınların Türkiye’de temel sağlık hizmeti almalarında 'haklarının' ve 'hak sahibi olmalarının' (veya 'haklardan yoksunluklarının') önemini ortaya çıkarmak için analitik ve metodolojik bir çerçeve sunmaktadır. Politika Notu, geçici çözümlerin ötesine geçerek, mülteci kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin neden insan hakları ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesi için ekolojik bir model çerçevesinde ele alınması gerektiğini; ve uzun vadeli yapısal çözümlerin hem savunmasız mülteci nüfuslarına hem de ev sahibi toplumlara nasıl fayda sağlayabileceğini açıklamaktadır. Not, mülteciler için anne bakımına erişimi ve hizmeti engelleyen toplumsal ve yapısal zorluklarla başa çıkmak için stratejileri iyileştirmeye yönelik öneriler geliştirmektedir. Öneriler, mülteciler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki engelleri ortadan kaldırarak kaliteli sağlık hizmetini geliştirmeyi; mültecilerin ister geçici ister kalıcı olsun bütünsel bir entegrasyon modelini oluşturmayı; ve mülteci kadınların sağlık okuryazarlığını artırmak için etkileşimler için alan yaratmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mülteci kadınlar, anne sağlığı bakımı, İnsan hakları, ekolojik model, politika çözümleri

¹ Dr Süreyya Sonmez Efe, Senior Lecturer in Political Science, University of Lincoln, UK. Email: ssonmezefe@lincoln.ac.uk

Bilgilendirme: Bu araştırma British Academy Leverhulme Small Grants program desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Lincoln Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır (Etik kurul referans no: UoL2023_16174)

Bu politika notunun İngilizce versiyonu *Border Crossing* dergisinde eş zamanlı olarak yayınlanmaktadır. Süreyya Sonmez Efe (2025) 'Policy Brief: Refugee Women's Experiences of Maternal Healthcare Services in Türkiye', *Border Crossing*, Vol. 15, No.4, pp.1-15. DOI: <https://doi.org/10.33182/bc.v15i4.2910>



ABSTRACT IN ENGLISH

Policy Brief: Refugee Women’s Experiences of Maternal Healthcare Services in Türkiye

We live in times of unprecedented mass migration at the international level. The cross-border movements of people take a form of forced migration which is a humanitarian and human rights issue. Forced displacement of people creates challenges and increases vulnerabilities as a result of humanitarian needs. The basic needs of refugees, such as healthcare, are compromised by the absence of capabilities to access and/or receive care in the host countries. The root causes of this issue are multi-faceted and may stem from the refugees’ status, cultural background, societal positioning and structure of the host country’s health system. The ecological model to analyse the experiences of refugee women’s healthcare system demonstrates the challenges produced within a mixture of interactions at macro, meso and micro levels of social and political determinants. A precarious and temporary legal status of refugee women coupled with a lack of economic means impacts their spatial interactions with host institutions for receiving health care in the host countries. The Brief sheds light on this issue through an intersectional empirical study of refugee women’s lived experiences of maternal care arguing that it is a complex process comprising a multilayered form of relationship with primary, secondary and tertiary health services. The policy brief provides an analytical and methodological framework for: addressing the negative impacts of forced migration on refugee women; and uncovering the significance of the ‘rights’ and ‘entitlements’ (or ‘lack of’) of refugee women in the eyes of healthcare professionals in receiving basic healthcare in Türkiye. The Policy Brief transcends temporary solutions and explains why refugee women’s access to health care should also be framed within human rights and an ecological model for robust management of health provision to refugees; and why long-term structural solutions can benefit both vulnerable refugee populations and host societies. The Brief develops recommendations for improving strategies to tackle the societal and structural challenges that hinder maternal care access and provision for refugees. The proposed recommendations aim to enhance quality health provision by breaking the barriers between refugees and health providers; a holistic model of integration of refugees whether it is temporary or permanent; and generating space for interactions to increase the health literacy of refugee women.

Keywords: refugee women; right to health; maternal care; policy; ecological model

Genel Bakış

Uluslararası düzeyde benzeri görülmemiş kitlesel göç zamanlarında yaşıyoruz. İnsanların sınır ötesi hareketleri zorunlu göç biçimini alabilmektedir ki bu insani bir durumdur ve insan hakları sorunu çerçevesinde değerlendirilmelidir. İnsanların zorla yerinden edilmesi, artan insani ihtiyaçlar sonucunda zorluklar yaratır ve bu durum zorunlu göçmenlerin (mültecilerin) savunmasızlıklarını arttırmaktadır. Mültecilerin sağlık hizmeti gibi temel ihtiyaçları, ev sahibi ülkelerde sağlık bakımına erişme ve/veya sağlık bakımı alma kapasitelerinin olmaması nedeniyle tehlikeye girmektedir. Bu sorunun temel nedenleri çok yönlü olup, mültecilerin statüsünden, kültürel geçmişinden, toplumsal konumundan ve ev sahibi ülkenin sağlık sisteminin yapısından kaynaklanabilmektedir.

Mülteci kadınların sağlık sistemi deneyimlerini analiz etmek için kullanılan ekolojik model, karşılaşılan zorlukların sosyal ve politik belirleyicilerin makro, mezo ve mikro düzeylerindeki etkileşimler içinde oluştuğunu göstermektedir. Mülteci kadınların belirsiz ve kırılgan olan geçici yasal statüsü, ekonomik olanakların eksikliğiyle bir araya geldiğinde, ev sahibi ülkelerde sağlık hizmeti almak için ev sahibi kurumlarla mekansal etkileşimlerini etkilemektedir. Politika Bilgi Notu, mülteci kadınların anne sağlığı bakımına ilişkin yaşanmış deneyimlerine ilişkin kesişimsel bir ampirik çalışma yoluyla bu konuya ışık tutmakta; ve anne sağlığı bakımının birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kapsayan çok katmanlı bir ilişki biçimini içeren, karmaşık bir süreç olduğunu savunmaktadır. Zorunlu göçün mülteci kadınlar üzerindeki olumsuz etkilerini ele almakla beraber sağlık profesyonellerinin gözünde mülteci kadınların Türkiye’de temel sağlık hizmeti almalarında ‘haklarının’ ve ‘hak sahibi olmalarının’ (veya



'haklardan yoksunluklarının') önemini ortaya çıkarmak için analitik ve metodolojik bir çerçeve sunmaktadır.

Politika bilgi notu, geçici çözümlerin ötesine geçerek mülteci kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin bir insan hakkı olarak ele alınması ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin etkili ve kalıcı bir şekilde yönetilmesi için ekolojik bir model çerçevesinde ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu çerçeve uzun vadeli yapısal çözümlerin hem korunmasız mültecilere hem de ev sahibi toplumlara fayda sağlayabileceğini ileri sürmektedir. Bilgi notu, anne sağlığı bakımına erişimi ve mültecilere yönelik hizmet sağlanmasını engelleyen toplumsal ve yapısal zorlukların üstesinden gelmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesine yönelik öneriler geliştirmektedir. İleri sürülen öneriler, mülteciler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki engelleri ortadan kaldırarak kaliteli sağlık hizmetini geliştirmeyi; geçici veya kalıcı olsunlar mültecilere bütünsel bir entegrasyon modelini; ve mülteci kadınların sağlık okuryazarlığını artırmak için etkileşimler için alan yaratmayı amaçlamaktadırlar.

Sağlık İhtiyaçlarına İnsan Hakları Odaklı Yaklaşım

Göçmen nüfus, özellikle de mülteciler, ev sahibi toplumların marjinlerinde yer alan ve orantısız bir şekilde sağlık sorunları yaşayan kırılgan gruplar olarak değerlendirilmektedir (Ahonen ve ark., 2007). Ulusötesi kırılgan yasal statüleri ve sosyal dışlanmaları, bu grupların marjinalleşmesini daha da ileri dereceye götürmektedir. Mülteci kadınlar cinsiyetleri, geçici yasal statüleri, kültürel yabancılaşmaları ve yapısal sorunlar nedeniyle ev sahibi ülkelerde sağlık eşitsizliklerine karşı daha savunmasızlardır. Ev sahibi ülkedeki sosyal ve hukuki konumları, bu kadınları 'sağlık'ın bir veya birden fazla yönünün yokluğuyla 'onurlu' bir yaşam sürmekten mahrum bırakan engeller yaratmaktadır. İnsan onuru, insanı otomatik olarak ve doğası gereği saygıya layık kılan, insanın sahip olduğu en 'nihai değerdir' (Hasson, 2003, s.83).

İnsan hakları odaklı bir yaklaşım, bir insanın sağlıklı bir yaşama sahip olabilmesi için barınma, gıda, ekonomik refah ve eğitim gibi tüm temel ihtiyaçları kapsadığı için kırılganlık ve sağlık eşitsizliğine bütünsel bir bakış açısı sağlar. Bu insani yaklaşım, çok yönlü temel hakların sağlanmasıyla, sosyal dışlanmadan sosyal katılıma (geçici veya kalıcı) doğru bir geçiş yolunu yaratmaktadır. Bu durumda hakların karşılıklı bağımlılığının tanınması, iyi sağlığa ulaşmak için hayati önem taşımaktadır (Tuncer, 2021, s.14). Dünya Sağlık Örgütü Anayasası da bütünsel yaklaşımı vurgulamakta ve sağlığı 'yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu' olarak tanımlamaktadır (1948). Mülteci kadınların 'sağlık açısından iyi olma hali', kişinin tüm fiziksel potansiyelini kullanma yeteneği anlamına gelen iyi fiziksel sağlığa; stres ve kaygıyla başa çıkmak için iyi bir psikolojik sağlığa; ve toplum içinde başkalarıyla iletişim kurmak ve sosyalleşmek için sosyal sağlığa ihtiyaç duyma durumunu gerektirir (Erdil, 2023, s.67-68). Böylece sağlık hakkı, 'kendi sağlığını kontrol etme hakkı, bilgilendirilmiş onam, bedensel bütünlük ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine katılım hakkı' (WHO, 2024a) gibi diğer hakları da içerir. Bu haklar, ulusötesi sınırları aşan ve yalnızca istatistiksel veri olarak tanımlanan görünmez, savunmasız bir gruba, bedensel bütünlüğe ve toplumsal kimliğe sahip, vatandaşlarla eşit temel ihtiyaçlara sahip görünür insanlara dönüştürmektedir. Uluslararası Hukuk, uluslararası koruma altındaki tüm bireylerin iyi fiziksel ve psikolojik sağlık standartlarına sahip olma hakkının olması gerektiğini ileri sürer (Erdil, 2023, s.99). Evrensel Beyanname modeli, İnsan Hakları Bildirgesi'ni de bünyesinde barındırır ve 'yaşam hakkı' (İHEB, Madde 3; ICCPR Madde 9), 'hareket ve ikamet özgürlüğü' (İHEB,

Madde 13; ICCPR Madde 12) ve 'sağlık bakımı ve sosyal hizmet hakkı' (İHEB, Madde 25; ESPR Madde 12) gibi insan haklarının temel ilkeleri konusunda bize yol gösterir.

Bu Bilgi Notu, mülteci kadınların anne sağlığı bakımı ihtiyacını, ev sahibi ülkelerde kadınları otomatik olarak savunmasız bir gruba yerleştiren bir sağlık durumu olduğunu ileri sürmektedir. Burada 'anne sağlığı bakımı' derken hamile veya doğum sonrası sağlık durumundaki kadınları kast ediyoruz. Anne sağlığı bakımı, 'üreme sağlığı'nın bir parçası olarak incelenmektedir ve bu da 'üreme sistemi ve işlevleri ve süreçleri ile ilgili tüm konularda yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam fiziksel, ruhsal ve sosyal refah durumu' olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2024b). Bu tanımın kadınların üreme yeteneğini ve çocuk sahibi olup olmayacaklarına, ne zaman ve ne sıklıkta çocuk sahibi olacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip olmalarını da kapsadığını vurgulamak önemlidir. Bu imkân ve özgürlükler, genellikle ev sahibi toplum tarafından sosyal ve kültürel anlamlar yüklenen 'mülteci statüsü' nedeniyle tehlikeye girmektedir. Bu özgürlük, mülteci kadınların belirsiz sosyal ve ekonomik statüleri nedeniyle otonomi ve öz güven eksikliği nedeniyle sıklıkla baltalanmaktadır. Sosyoekonomik konum, sosyal hiyerarşi içindeki statünün temsilcisidir ve kişinin cinsiyet rolü veya yasal statüsü, ev sahibi ülkede uygulanan güç ve yapabilirliklerin derecesi ile ilgilidir. Özellikle sağlık kurumlarına erişim gibi önenebilir ve kaçınılabilir nedenlerden dolayı bu yapabilirliklerin bulunmaması, toplumsal gücün zayıflaması sonucunda sağlıkta eşitsizliklere yol açacaktır.

Yasal statü, etnik köken, sosyal sınıf, cinsiyet ve eğitim gibi yapısal mekanizmalar mültecilerin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığını etkileyerek sağlıkla ilgili kaynakların eşitsiz dağılımından etkilenmelerine neden olmaktadır (Christie-de Jong, 2018). Bu yapısal mekanizmalar, ev sahibi veya göçmen alan ülkelerdeki sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri olarak tanımlanabilir (DSÖ, 2010). Sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmanın ilk adımı, politika çerçevelerinin sosyal belirleyicileri sağlık hizmetlerinde eşitsizliklere yol açtığını tanımasıdır. Bu, anne sağlığı bakımına ihtiyaç duyan mülteci kadınların mağduriyetini gidermek için gerekli önlemlerin alınmasına ve pratik çözümlerin uygulanmasına yönelik yapısal mekanizmaların oluşmasını sağlayacaktır. Bu süreç, mülteci kadınları iyileştirici politika eylemleriyle güçlendirmeyi amaçlayan, ev sahibi ülkedeki toplumsal olarak marjinalleştirilmiş nüfusların kırılganlıklarını açıkça tanıyan bir eşitlik gündemi yaratacaktır. 'Her kadın için kaliteli anne sağlığı bakımı' sağlamak için (yerel ve merkezi) sağlık, göçmen yönetimi, aile ve sosyal hizmetler kurumları ile sivil toplum örgütlerinin bir eşitlik gündemi tasarlamak ve uygulamak amacıyla işbirliği yapması gerekmektedir.

Kesişimsellik Yaklaşımı İle Kırılganlıkların İncelenmesi

Kesişimsel teorik yaklaşım (Crenshaw 1989; 1991) ve metodolojisi, kamu sağlığı, yoksulluk, eğitim ve istihdamla ilgili sosyal sorunları analiz etmek için giderek daha fazla kullanılmaktadır (Berger ve Guidroz, 2009; Collins, 2019, s.21; Dill ve Zambrana, 2009; Sabık vd. 2021). Bu güçlü kavramsal görüş, toplumsal inşa edilmiş ırk, cinsiyet, milliyet ve sınıf gibi etkileşim halinde olan kavramların farklılık yönlerinin analizini ve sosyal dünyaya ilişkin anlayışımızı zenginleştirmektedir (Anthias 2013; Choo ve Ferree, 2010; Collins ve Bilge, 2016; Glenn 2009; Ken 2008; McCall 2005; Misra vd., 2020).

Kesişimsel araştırma, araştırmacıların toplumsal eşitsizlikleri anlamak için merkezi kavramlar olarak güç ve baskıyı dahil etmelerine olanak tanıyan disiplinlerarası alanda yerini bulmaktadır (Collins, 2019, s.22). Kesişimsel sorgulamada araştırmacılar, baskı, karmaşıklık, ilişkisellik, bağlam, karşılaştırma ve yapısöküm gibi metodolojik özellikleri tanırlar (ibid). Bu ilkeler bize,



insan yaşamlarının karmaşık ve çok boyutlu olması nedeniyle, tek bir kategoriye dikkate alarak insanların yaşamlarını tanımlayamayacağımızı ve anlayamayacağımızı, dolayısıyla insanların yaşamış deneyimlerinin farklı faktörler ve toplumsal dinamikler tarafından şekillendirildiğini hatırlatmaktadır. Bunun yerine, bu çalışma, ekonomi gibi sosyal yapılara ve sağlık hizmetleri gibi kurumlara yerleşmiş makro düzeydeki daha büyük güç sistemlerinin bireylerin kimliklerini nasıl kesitirdiğini ve dolayısıyla yaşamlarını nasıl etkilediğini incelemek için daha karmaşık bir kesişimsellik biçimini kullanır (Wyatt vd. 2022, s.863). Bu perspektifte, güç, ayrıcalıklar ve eşitsizliklerin toplumsal bağlamındaki çoklu marjinalleştirilmiş kesişimler aracılığıyla 'insanların' kırılganlıklarını anlamlandırıyoruz.

Bu araştırmada, mülteci kadınların anne bakımına ilişkin yaşamış deneyimlerini incelemek için bir yöntem olarak kesişimselliği kullanıyorum. Bu yöntem, yalnızca iki veya daha fazla sosyal statüye (örneğin cinsiyet, etnik köken, eğitim, yasal statü) odaklanmanın ötesine geçmemi ve böylece yalnızca mikro ve mezo düzeylerdeki deneyimlerine odaklanarak çalışmanın aşırı basitleştirilmesinden kaçınmamı sağlıyor (Wyatt vd. 2022, s.869; Conagham, 2009; Yuval-Davis, 2006). Bu araştırmada, dünyayı vatandaş ile göçmen ve erkekler ile kadınlar gibi ikiliklere dayalı olarak düzenleyen Batı merkezli bir epistemolojiden kaçınmamızı sağlayan toplumsal eşitsizliklerin karmaşıklığını kabul ediyorum ve bu görünüşte ikili kimliklerin, kültürel ve yapısal olarak çeşitli güç yapıları içinde işleyen, birbirine bağlı ve ilişkisel olduğunu vurguluyorum. Sosyal grupların karmaşıklıklarını kucaklayarak, mülteci kadınların sosyal ve kültürel özelliklerini, ev sahibi ülkelerdeki politik ve ekonomik değişimler gibi dinamik bağlamlarda tanıyorum. Bu nedenle, eşitsizlik ve baskı, ayrıcalık ve gücü yansıtan farklı şekillerde deneyimleniyor (Misra vd. 2020) ve "ırk, sınıf, cinsiyet ve diğer statülerin belirginliği zamana, mekana ve yere göre değişiyor" (Browne ve Misra, 2003; Collins ve Bilge, 2016). Mülteci kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimi ve Türk sağlık sistemindeki deneyimleri, göç statülerine, ev sahibi ülkedeki yasal ve sosyal kabul (görmeme) durumlarına ve sağlık kurumları gibi dış yapılardaki güç müzakerelerine göre belirlenmektedir.

Bir yöntem olarak kesişimsellik, araştırmacıların toplumdaki marjinal grupları iki şekilde incelemesini sağlar: ilişkisel eklemlenme ve fikirlerin ve toplumun birbirine bağlılığı. İlki, araştırmacıların toplumu, iktidarla ilişkinin dinamik olduğu ve toplumsal bağlamlara göre değiştiği genel bir yapı içindeki bir dizi hareketli parça aracılığıyla analiz etmesini sağlar. İkincisi, birbiriyle ilişkili fikirlere ve ideolojik unsurlara ve bunların bir araya gelme biçimlerine odaklanır. Toplumun kesişimsel eklemlenmesini ve İnsan Hakları söylemindeki kırılganlıkları birleştirdiğimizde, cinsiyet ve toplumsal statü gibi kategorileri ayrımcılık mantığıyla ele almayız, ancak marjinal grupları çeşitli yönler ve kalıpların bir kombinasyonu aracılığıyla analiz ederiz.

Ekolojik model (Thursten ve Vissandjee, 2005) bu kategori karmaşıklıklarını kapsar ve araştırmacının marjinal grupların kimliklerini (yani cinsiyet ve yasal statü) ve sağlık sisteminin mezo ve makro düzeylerindeki güçle ilişkilerini içeren yaşamış deneyimlerini analiz etmesini sağlar. Kesişimsel yaklaşımla (ekolojik model), mülteci kadınların deneyimlerini anlamak için önemli sorular sorabiliyoruz (Sabik 2021, s.3): ortak sosyal ve kültürel özellikleri nelerdir? Anne bakımına erişimlerinin anlaşılmasında güç ve eşitsizliğin rolü ne düzeydedir? Deneyimlerindeki farklılıklar nelerdir? Yapısal faktörler sağlıklarını nasıl etkiliyor? Bu araştırmada, yalnızca bu soruları ele almakla kalmıyor, aynı zamanda toplumsal eşitsizliklere çözümler üretmeye çalışıyoruz

Araştırma Yöntemleri

Bu çalışmada nitel araştırma tasarımı ve tümevarımsal bir yaklaşım kullanılmış olup, sonuçları bilgilendirmek için bir dizi yöntem kullanılmıştır. Tümevarımsal yaklaşım, çalışmanın mevcut bilgi üzerine inşa edilmesini ve mülteci kadınların sağlık hizmetlerindeki zorluklar, engeller ve bu zorlukların üstesinden gelmek için pratik çözümler de dahil olmak üzere anne bakımı deneyimlerine ilişkin anlayışımızı geliştirmemizi sağlamıştır.

Bu çalışmada, görüşme sorularını ve kesişimsel temaların analizini bilgilendiren ekolojik model (Thursten ve Vissandjee, 2005) kullanılmıştır. Ekolojik model, araştırmanın makro (devlet, yönetim, uluslararası kuruluşlar, sosyal ve kamu politikaları), mezo (sağlık kurumları, sivil toplum ve diğer kurumlar) ve mikro (mülteci kadınlar) düzeylerde bir soruşturma yürütmesine olanak sağlamıştır. Kesişimsel bir ekolojik çalışmada, hem mülteci kadınlarla hem de sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmeler, anne sağlığı bağlamında haklarını ve toplumsal eşitsizlikleri anlamlandırmak için çeşitli bireysel kategorileri (cinsiyet, yasal statü, kültür, sosyoekonomik statü ve eğitim) ve süreçleri (göç, entegrasyon, geçicilik) içerir. Bu kategorileri bu soruşturmaya dahil ederken ikili bir yaklaşım benimsemiyorum, bu nedenle kültürel bağlam, mekan ve zamana göre şekillenen kategorilerin dinamizmini kabul ediyorum. Örneğin, yasal statü, hastanelere erişimde güç ve refah için müzakere yaparken bir mülteci kadın için ana kategori olabilir; oysa toplumsal eşitsizlikler topluluk hiyerarşilerinden kaynaklandığında bu, cinsiyet ve kültür rollerine kayabilir.

2023/24’te, Türkiye’nin Bursa ve İstanbul şehirlerinde anne sağlığı bakımı sağlık durumuna (doğum öncesi veya sonrası) sahip 28 mülteci kadın ile yarı yapılandırılmış görüşmeler için işbirliği yapılmıştır. Mülteci kadınlarla yapılan görüşmeler aile sağlığı merkezleri, göçmen sağlık merkezleri, hastane doğum, emzirme ve doğum yoğun bakım üniteleri ve sağlık STK’larında gerçekleştirildi. Görüşülen mülteci kadınların çoğunluğu Suriye kökenliydi ve birkaçı Türk kökenliydi (bu durum Türkiye’deki mülteci demografisiyle doğru orantılıdır), çoğu Geçici Koruma yasal statüsüne sahipti (az sayıdaki kadının Geçici Koruma statüsünden sonra ikameti vardı). Görüşme yapılan kadınların çoğunluğunun ekonomik durumu düşük ya da zayıftı ve mülteci nüfusunun yoğun olduğu mahallelerde yaşamaktaydı.

Aynı dönemde sağlık sektöründe hemşireler, ebeler, pratisyen hekimler, sosyal hizmet uzmanları ve sağlık yöneticileri (34); göçmen kurumları yöneticileri (5); akademisyenlerden (1) oluşan toplam 40 sağlık çalışanları ve profesyonellerle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirildi. Bu görüşmeler sağlık kurumlarında, hastanelerde, aile sağlığı merkezlerinde, göçmen sağlığı merkezlerinde, STK genel merkezlerinde ve çevrimiçi platformlarda gerçekleştirildi. Görüşülen sağlık çalışanları ve profesyonellerinin çoğunluğu (32) Türk kökenliydi ve 8 sağlık profesyoneli Geçici Koruma altındaki Suriyeli mülteciler de dahil olmak üzere Türk kökenli değildi.

Bu çalışmada ayrıca 2 aile sağlığı merkezi, 2 göçmen sağlığı merkezi ve 1 hastanenin emzirme ünitesi, doğum ünitesi ve doğum yoğun bakım ünitesinde de katılımcı gözlemler gerçekleştirildi. Gözlemler ‘açık gözlem’ tarzındaydı ve dolayısıyla sahalardaki kişilerle gayri resmi görüşmeleri de içeriyordu. Gözlemsel verilere daha fazla bilgi sağlayan kahvaltı, öğle yemeği ve personel toplantıları gibi gayri resmi ortamlarda sağlık profesyonelleriyle resmi olmayan toplantılara da katılarak gözlemsel veriler zenginleştirildi.

Kesişimsel sorgulama ve ekolojik bir model, görüşme sorularının tasarımını ve saha verilerinden ortaya çıkan temaların analizini bilgilendirdi. Kesişimsel sorgulama, metodolojik



tasarım sürecine sürekli olarak yerleştirilmiştir. Bu nedenle, kesişimsel yol gösterici öncüller bu soruşturmada rutin olarak ortaya çıkmaktadır ve bunlar şunları içermektedir: (a) ilişkisellik (b) güç (c) toplumsal eşitsizlik (d) toplumsal bağlam (e) karmaşıklık ve (f) toplumsal adalet (Collins ve Bilge, 2016, s. 25-30, 194-204). Analiz, teori aşamasından önce çeşitli aşamalarda ‘açık kodlama’ (katılımcıların özgün yaşam deneyimlerine dayalı) ve ‘seçici kodlama’ (ortak yapısal etkileşimlere ve paylaşılan kategorilere dayalı) aşamalarını içermektedir.

Saha Çalışması Sonuçları

Çalışma, mülteci kadınların anne sağlığı bakımı deneyimlerinin, statüleri (cinsiyet, etnik köken, yasal statü, ekonomik sınıf ve kültür), sağlık okuryazarlığı, yapısal değişkenler, sosyal tutumlar ve göç süreçlerinin etkisi dahil olmak üzere çok yönlü nedenlerden kaynaklanan zorlukların yanı sıra olumlu öykülerin de olduğu çoklu bir veriye ulaşıldığını vurgulamıştır. Bu analiz, mülteci kadınların yaşamlarıyla bağlantılı olan ve yaşamlarının çeşitli aşamalarını (yani göç öncesi, göç süreci ve göç sonrası) kapsayan bir sağlık hizmeti bağlamında bu kategorilerin ilişkişel etkileşimlerinin karmaşıklıklarını göstermektedir. Nitel veriler ayrıca bu kadınların güç yapıları ve ev sahibi toplumdaki sosyal konumlarıyla sürekli müzakere halinde olduklarını göstermektedir. Yaşadıkları hikayeler aracılığıyla, mezo (yani sağlık kurumları) ve makro düzeyde (yani devlet ve politika düzeyi) yapılardaki güç dengesizliğinden kaynaklanan kırılmalıklarına ilişkin kendi açıklamalarını anlamlandırıyoruz.

Sağlık çalışanlarının algılarının incelenmesi sonucunda, mülteci kadınların deneyimleriyle örtüşen bazı zorluklar, ve diğer sosyal ve yapısal konuların da eklenmesiyle sağlık hizmeti sunumunun daha karmaşık bir yapı aldığı ortaya çıkmıştır. Türkiye’de mülteci kadınların sağlık ve refahı üzerinde ulusötesi hareketlerin etkisini anlamak için, diğer güç ilişkileri yelpazesini anlamamızı sağlayacak sağlık profesyonellerinin ve paydaşların anlatımlarını duymak da büyük önem taşımaktadır. Mülteci kadınların haklarına ilişkin insani (İnsan Hakları) yaklaşım ile hukuki pozitivist yaklaşım arasında sürekli bir müzakerenin olduğu etik ve güç konumunun birbirine bağlılığı söz konusudur. Araştırmanın merkezinde, mülteci kadınlara anne sağlığı bakımı sağlanmasının ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının bakım vermesinin önündeki temel engelleri ele alıyoruz. Bu politika belgesi, bu zorlukları değerlendirerek, kilit paydaşlar ve kurumların işbirliğini içeren göç politikası ve uygulamasına yönelik öneriler sunmaktadır.

Mülteci Kadınların Deneyimleri

Bu çalışmada anne sağlığı bakımı konusunda görüşülen 28 mülteci kadının demografik verilerinin analizi, bu kadınların Türkiye’de sağlık hizmeti almada yaşadıkları zorlukların temel nedenlerinin açıklanması açısından oldukça önemlidir. Görüşme yapılan mülteci kadınların çoğunluğu ortaokul (14’ü) veya ilkokul (5’i) eğitimi almış ya da hiç eğitim almamış (1), geri kalan 8 mülteci kadın ise lise diplomasına (5 kadın) veya yüksek öğrenim diplomasına (3 kadın) sahiptir. Mülteci kadınların ev sahibi ülkedeki ekonomik ve sosyal entegrasyonunu ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemesi açısından eğitim düzeyi önemli bir değişken haline gelmektedir. Veriler, yüksek öğrenim düzeyi ile entegrasyon arasında bir bağlantı olduğunu ve bunun mülteci kadınların sağlık hizmetlerindeki haklarını anlamalarına olan güvenlerini artırdığını göstermektedir. Görüşme verilerine göre lise veya lisans düzeyinde eğitim almış mülteci kadınlar Türkçeyi daha kolay öğreniyor ve sağlık okuryazarlığı daha yüksek. Bu durum, kadınların sağlık okuryazarlıklarını geliştirmeleri, sağlık profesyonelleriyle daha kolay iletişim kurmalarını sağlayarak Türk sağlık sisteminde daha iyi hareket etmelerini sağlıyor. Görüşmeler sırasında, eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınların soruları yanıtlama ve hikayelerini anlatma

konusunda daha özgüvenli oldukları, ayrıca sağlık profesyonelleriyle daha kolay iletişim kurdukları görüldü. Ancak gözlem ve görüşme verileri, eğitim düzeyinin yüksek okuryazarlık ve sağlık hizmetlerinden olumlu deneyimin göstergesi olarak tek başına bir belirleyici olmadığını göstermektedir. Örneğin, yüksek öğrenim görmüş, Türkçe, İngilizce ve Arapçayı akıcı bir şekilde konuşabilen bir mülteci kadının şu sözleri, anne bakımına ilişkin deneyimlerinin karmaşıklığını göstermektedir:

“Her şey çok iyi... Burada çok iyi insanlar var, Allah'a şükür, bize çok yardımcı oldular. Ama bir şey sormak istiyorum. Bir keresinde hamileyken, durumum için ... X Hastanesi'ne randevu aldım. Orada bir kadın doktor vardı, çok kötü davrandı. Suriyeli olduğum için çok kötü davrandı, görüşüşümden dolayı... Hiçbir şey açıklamadı, 'tercümanla konuş' dedi. Çok üzgündüm, eve geldiğimde çok ağladım.” (PNRW1, mülteci kadın, Suriyeli, 42 yaşında).

Bu mülteci kadın, Aile Sağlık Merkezi'ndeki (ASM) sağlık görevlileri tarafından sağlanan anne bakımıyla ilgili deneyimini 'minnettarlık duygusuyla' anlatmakla başlıyor. Görüşme sırasında zaman zaman bir hemşire de hazır bulunmuştu ve bu mülteci kadın hikayesinin son kısmını odada yalnız kaldığımızda anlatmaya başladı; bu da hikayesini anlatırken özgüvenini etkileyen bir güç dengesizliğinin olduğunun bir göstergesidir. Etnik kökeninin ve hukuki statüsünün de sağlık çalışanıyla iletişimini etkileyen bir etken olduğu hastane randevusuyla ilgili yaşadığı olumsuz deneyimi dile getirdi. İyi Türkçe seviyelerine rağmen iletişim engelleri yaşadıklarını söyleyen 3'ten fazla mülteci kadın vardı:

“Evet denedim, böyle bir durumum olduğunu söyledim. Randevu gelene kadar ultrason yapmıyoruz dediler, ultrason yapabilir misiniz diye sordum. Hayır dediler... Kötü davrandılar. Anlıyorum dedim, Türkçem iyi dedim. Sonra hemen tercümanı çağırıp beni dışarı çıkardılar, randevu alırsınız dediler. Tamam dedim randevu alırım...” (PNRW2, mülteci kadın, Suriyeli, 21 yaşında, FHC).

Güç dengesizliği, önyargı ve kültürel ve sosyal bağlam gibi birden fazla değişken, mülteci kadınlar ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kültürel engeller gerçek kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, ‘farklılık’ kavramının toplumsal olarak oluşturulmuş versiyonlarından da kaynaklanabilir; ilki, mülteci kadınların kültürel kimliğinden ve Türk kültüründen farklı uygulamalarından kaynaklanırken, ikincisi, annelik ihtiyaçlarını baskın kültürden ayırmak için farklılıkların oluşturulmasıyla ilgilidir. Görüşme sırasında mülteci kadın (PNRW2), deneyimlerini anlatma konusunda kendine güveniyordu ve Türkçe’yi akıcı bir şekilde konuşuyordu, ancak doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi eksikliğinden de anlaşılabileceği üzere asgari düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipti ve görüşme benden ve sonra da hemşireden bilgi istedi.

Görüştüğümüz bu mülteci kadınların ekonomik durumları ve Türkçe öğrenmeleri, entegrasyonlarını iyileştirmek için aynı derecede önemlidir. Dolayısıyla, bu kadınların dil yeterlilikleri ve Türk iş piyasasında çalışmaları sağlık okuryazarlıklarını ve sosyal entegrasyonlarını önemli ölçüde geliştiren temel belirleyicilerdir. Görüşme verileri, 28 kadından 8'inin doğum yapmadan ve işe ara vermeden (doğum izni değil) önce Türkiye’de çeşitli sektörlerde (tekstil, eğitim veya gıda endüstrisi) çalıştığını göstermektedir. Türkiye’de istihdam deneyimi olan mülteci kadınlar, yaşadıkları şehirlerdeki sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim kurma ve sağlık sistemini anlama konusunda kendilerine güven duyduklarını ifade ettiler. Dolayısıyla olumlu deneyimleri ifade etmektedirler:



“Örneğin, bu hastaneye geldim, tüm hemşireler ve doktorlar çok iyi. Hiçbir ayrımcılık yapmadılar. Ayrıca her iki saatte bir gelip bebeğime bakıyorlar. Doktor sabah (odama) geldi, çok iyiydi.” (PNRW15, Mülteci kadın, Suriyeli, 24 yaşında, bir devlet hastanesinin Doğum Ünitesi).

“Başlangıçta dil sorunları yüzünden gerçekten zordu...sonra ülkede yaşayarak dili öğrenmeye başladım. Ayrıca çocuklar okula gidiyordu, öğretmenlerle konuşmaları gerekiyordu ve ben onlardan öğrendim...diziler, çizgi filmler, vs. sonrasında her şey daha iyi oldu.” (PNRW1, mülteci kadın, Suriyeli, 42 yaşında).

İş deneyimi olan 8 mülteci kadın, ev sahibi topluma daha iyi entegre oldukları görülmektedir ve görüşmeler sırasında Türkçe'yi akıcı bir şekilde konuştukları görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmada, mülteci kadınların eğitim ve ekonomik durumunun sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim kurmaları konusunda güvenlerini arttırarak sağlık sistemi hakkındaki farkındalıklarını, sağlık okuryazarlığı düzeyini ve ev sahibi ülkedeki entegrasyonlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya çıkarmaktadır. Gözlemsel veriler ayrıca mülteci kadınlar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında ekonomik ve sosyal entegrasyon sonucunda olumlu bir etkileşim ve iletişimin oluştuğunu ve bunun da sağlık kalitesini artırdığını ortaya koymaktadır.

Görüşülen mülteci kadınların geri kalanının (20'sinin) Türkçe dil becerileri çok az ya da hiç olmadığı görüldü ve bu durum onların sağlık sistemini anlamalarını ciddi şekilde etkiliyordu. Dolayısıyla bu kadınlar hastanelerde bir tercümana (genellikle bir aile üyesinden) bağımlı oldukları için sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimleri sınırlı oluyordu ya da hiç olmuyordu ve bu olumsuz deneyim, birçok mülteci kadın tarafından özellikle hastanelerdeki sağlık ziyaretlerinden kaçınmasına neden olduğu belirtildi. Bu zorluklar, mülteci nüfusunun yoğun olduğu bölgelerdeki hastane personeli üzerindeki yüksek iş yükü sorunu ile birleştğinde, mülteci kadınların doğum yapana kadar ya çok az sağlık ziyaretine gitmesine ya da hiç sağlık ziyaretine gitmemesine neden oldu. Üstelik maddi imkanı olan mülteci kadınlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimlerinin zayıf olması ve hastanelerdeki olumsuz deneyimleri nedeniyle, anne sağlığı bakımı ve çocuk doğumu için özel sağlık kuruluşlarına (yasal olarak izin verilmemektedir), sağlık STK'larına ve ruhsatsız sağlık merkezlerine başvurduklarını ifade etmektedirler. Sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde, hamilelik sırasında sağlık ziyaretlerinin yapılmamasının, erken doğum, önlenabilir hastalıkların tespit edilememesi, vitamin eksiklikleri ve bebeklerin sağlık riskleri gibi kadınların ve doğmamış bebeklerin sağlığını riske atabileceği öne sürülüyor. Dolayısıyla yukarıda saydığımız sorunların tespiti ve ele alınmasının, mülteci kadınların ciddi sağlık sorunları yaşamalarının önlenmesi açısından önemli olduğunu görmekteyiz.

Mülteci kadınlar Türkiye'deki sağlık hizmetlerini alma konusundaki deneyimlerini hem 'takdir ve memnuniyet duyguları' hem de 'tarafsızlık ve umutsuzluk duyguları' olmak üzere hem pozitif hem de negatif 'duyguların' bir senteziyle beraber anlatmışlardır. Bu çalışma, mülteci kadınların karşılaştığı en büyük zorluğun 'dil engeli' olduğunu ortaya çıkarmıştır ki bu da, onların sağlık sistemini anlama ve zorlukların üstesinden gelme konusundaki deneyimlerini, sağlık çalışanlarıyla ilişkilerini ve fiziksel/psikolojik refahlarını etkileyen önemli bir payda olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak mülteci kadınların (özellikle Suriyeli mültecilerin) cinsiyet kimliği ve kendi içlerindeki mülteci topluluklarındaki rolleri, ataerkil hiyerarşi düzeyi ve toplumsal baskı gibi sosyal statülerinin analizi sonucunda çok sayıda erken evlilik, zorla evlilik, yakın akraba evliliği, genç yaşta hamilelik ve yüksek doğurganlık oranı gibi değişkenlerin

sağlık ve refahlarını etkilediği görülmektedir (SIHHAT, 2018). Görüşme ve gözlem verileri de bu toplumsal cinsiyet rollerini ortaya koymaktadır; çünkü görüşülen kadınların büyük çoğunluğu 18-29 yaş aralığındadır ve bunlardan 12’sinin 3 ve üzeri çocuğu vardır. Bu grubun içinde genç görüşmeciler daha fazla çocuk sahibi olmayı planlıyorlardı. Çalışmalar, kültürel beklentilerin ve cinsiyet rollerinin mülteci kadınların yeterli sağlık hizmetine erişimini etkilediğini göstermektedir; bunlardan bazıları ataerkil aile yapısı ve dışarı çıkmak için eşlerine bağımlılık, Türkçeyi pratik olarak bilmeme ve sistem bilgisi eksikliği olduğu ileri sürülmektedir (Tuncer Ünver ve Baykal, 2020, Sönmez Efe'den alıntı, 2025).

Yukarıda belirtildiği gibi, eğitim düzeyi ve istihdam durumu mülteci kadınların dil becerilerini etkileyen iki belirleyicidir, ancak birçok kadın sosyal statüleri nedeniyle yerel halkla kaynaşmadıklarını ve kendilerine karşı önyargı olduğunu hissettiklerini belirtmiştir. Saha çalışması verileri, mülteci kadınların göç öyküleriyle (göç öncesi, göç ve göç sonrası) bağlantılı olarak anne bakımı deneyimlerinin daha iyi anlaşılması gerektiğini ortaya koymaktadır; çünkü görüşme verileri bu kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) düzeylerini göstermektedir. Yapılan araştırmalara göre “mülteci kadınların psiko-sosyolojik sağlıkları genellikle iyi değildir çünkü onlar zorlu göç deneyimleri yaşamakta, zor durumlara tanık olmakta, evlerinden ve ailelerinden uzakta bulunmaktadır” (Sönmez Efe, 2025). Suriye’den Türkiye’ye göç eden mültecilerin göçten önce %85’inin sağlık durumunun iyi olduğu belirtilirken, göçten sonra bu oranın %62’ye düştüğü görülmektedir (SIHHAT, 2018, s.55). Bu nedenle, birçok mülteci kadın 'kaygı ve üzüntü, umutsuzluk, uyku güçlüğü, yorgunluk, sinirlilik, öfke veya ağrı ve sızı duyguları... depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşıyor' (WHO, 2022). Bir araştırmaya göre mülteci kadınlar arasında depresyon seviyesi çok yüksektir; her 10 kadından biri intihar etmektedir (Yurdağül ve Aytakin (2018). Bu nedenle, bu değişkenler, mülteci kadınların anne bakımı deneyimlerini analiz ederken ve sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyal eşitsizlikleri ele alırken dikkate alınması gereken sağlık belirleyicilerinin ve diğer kategorilerin (yasal statü, cinsiyet, etnik köken, sosyoekonomik statü) karmaşıklığını göstermektedir. Verilerin karmaşıklığının kabul edilmesi, politika ve pratik çözümler için çok önemlidir.

Türkçe konuşabilen mülteci kadınlar, önyargıyla baş etme konusunda kendilerine güven duyduklarını gösterebilirler de, özellikle hastanelerde yerel halkın kendilerine karşı bazen olumsuz tutum sergilediğini de dile getirdiler. Dolayısıyla, görüşülen kadınların çoğu, özellikle hastanelerde kendilerine yönelik önyargı biçimleriyle ve olumsuz tutumlarla karşılaştıklarını ifade ettiler; ancak bu durumun aile sağlığı merkezlerinde veya göçmen sağlığı merkezlerinde o kadar da belirgin olmadığını belirttiler. Görüşme verileri, tüm mülteci kadınların zorlu bir göç yolculuğu yaşadıklarını ve bu yolculuğun zihinsel ve fiziksel sağlıkları üzerindeki psikolojik etkilerini ifade ettiklerini ortaya koyuyor. Veriler, göç yolculuğunun olumsuz etkilerinin üstesinden gelmek için mülteci kadınların ‘inkâr duygusu’, ‘aile hayatına odaklanma’ ve bazen ‘istihdam’ (nadiren eğitim) gibi çeşitli başa çıkma mekanizmaları kullandıklarını göstermiştir. Görüşülen tüm mülteci kadınlar, ev sahibi ülkedeki göçmen statüleriyle ilgili duygularını ifade ederken hamilelik ve doğumla 'yeni bir yaşam ve umut' duygusu oluşturduğunu sergilediler ki bu literatürde göç olgusuyla psikolojik olarak bir 'başa çıkma mekanizması' olarak kabul edilmektedir. Araştırma aynı zamanda, görüşülen mülteci kadınların neredeyse tamamında geçerli olan, erken yaşta evlilik, doğum yapma ve çok çocuk sahibi olma konusunda kültürel bir yaklaşımın varlığını da ortaya çıkarmaktadır. Elde edilen veriler ayrıca eğitilmiş mülteci kadınların, toplum içindeki sosyal baskılara rağmen daha az çocuk sahibi olmayı tercih ettiklerini ve doğum kontrol yöntemlerine başvurduklarını da ortaya koyuyor.



Sonuç olarak, mülteci kadınlarla yapılan görüşme verileri, anne sağlığı bakımlarını etkileyen temel zorlukların çok yönlü olduğunu ortaya koymuştur ki bunlar sırasıyla şöyledir; dil becerilerinin eksikliği, sağlık okuryazarlıklarının olmaması veya minimum düzeyde olması, sosyal entegrasyon eksikliği, mültecilere karşı olumsuz toplumsal tutum ve bu kadınlara karşı önyargı olarak tanımlanmıştır. Görüşme verilerinin analizi ve katılımcı gözlem sonuçları, mülteci kadınların karşılaştığı en büyük zorluklardan birinin, yukarıda belirtilen zorluklarla iç içe geçmiş olan Türkiye'deki 'sağlık okuryazarlığı' eksikliği ve 'sağlık sistemi' bilgilerinin çok az ya da hiç olmaması durumunu da ortaya çıkarmaktadır.



Olumlu Deneyimler:

Görüşmelerden elde edilen veriler ayrıca mülteci kadınların Türk sağlık sistemi ve sağlık hizmet sağlayıcılarından aldıkları anne sağlığı bakımıyla ilgili olumlu deneyimlerini de göstermektedir. Görüşülen mülteci kadınların tamamı, sağlık merkezleri ve hastanelerinde sağlık hizmeti sunulmasından dolayı Türkiye'ye minnettarlıklarını dile getirmektedirler. Kadınların çoğu Türkiye'deki sağlık sisteminin kendi ülkelerine göre daha iyi olduğunu ifade ettiler. Sağlık sunumuna ilişkin olumlu deneyimler ağırlıklı olarak aile sağlığı merkezlerinde, göçmen sağlığı merkezlerinde ve hastanelerin emzirme merkezlerinde (Resim 1) yaşandığı belirtildi.

Görsel Kaynak: Bursa'daki bir Emzirme Merkezi'nden izin alınarak alınmıştır (2024).

Sağlık Hizmet Sağlayıcılarının Görüşleri:

Mülteci kadınlara anne sağlığı bakımı vermedeki zorlukları ve bu konudaki sağlık hizmeti verenler açısından algıları, 40 profesyonel ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ortaya koymaktadır. Bunun için, sahada aile hekimleri, ebeler, hemşireler, sağlık yönetimindeki üst düzey yetkililer, sosyal hizmet görevlileri ve psikologlar gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarının deneyimlerini anlamak için yarı yapılandırılmış mülakatlar yapılmıştır. Mülteci kadınların anne sağlığı bakımına erişimi, hastanelerde ve aile sağlık merkezlerindeki tüm görüşülen kişiler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından bir 'insan hakkı' olarak kabul edilerek önemle vurgulanmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, belirttikleri ağır iş yüküne ve hizmet vermedeki dil sorunu, kültürel, sosyal ya da sistemle ilgili engellere rağmen hastane doğum bölümlerinde ve sağlık merkezlerinde kadınlara bakım sağlarken hiçbir hastaya etnik kökene göre ayrımcılık yapmadıklarını vurgulamışlardır. Ancak, görüşülen tüm sağlık çalışanları, mülteci kadınlara

anne sağlığı bakımı sağlamadaki en önemli zorluğun dil engeli olduğunu vurgulamıştır ki bunun da kültürel ve cinsiyete dayalı bir sorun olduğunu dile getirmişlerdir. Sağlık hizmeti sunucuları, yetersiz sağlık okuryazarlığı, entegrasyon ve aile planlaması eksikliğinin sağlık çalışanlarının sağlık hizmetini vermelerini ve iş yükünü negatif yönde etkilediğini belirttiler. Hastanelerdeki sağlık hizmeti sunucuları, mülteci kadınlarla ilgili olarak yüksek doğurganlık, bazı kültürel uygulamalar, ataerkil aile yapıları, dil becerilerinin az olması ya da hiç olmaması ve sağlık okuryazarlıklarının olmayışı gibi olumsuz görüşlere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Aile sağlığı merkezleri ve göçmen sağlığı merkezlerindeki sağlık hizmeti sağlayıcıları, mülteci kadınlara atfedilen benzer sorunlardan bahsetmiş olsalar da, görüşmeler ve gözlem verileri, aynı engeller konusunda daha destekleyici ve anlayışlı bir tutum sergilediklerini ve bunun için sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu zorluklara karşı daha hoşgörülü olduklarını göstermiştir.

Öte yandan, sağlık hizmeti sağlayıcıların (çoğunlukla hemşireler ve ebeler) mülteci kadınlarla 'iletişim eksikliğinin' anne sağlığı bakımının sağlanmasında en büyük engel olduğu ve bunun hizmet kalitesini düşürdüğünü göstermekle beraber, bu sorunun kaynağının ağırlıklı olarak mülteci kadınların Türkçe öğrenme konusunda isteksiz olmalarıyla doğrudan ilgili bir durum olduğunu belirtmektedirler. Mülakat verileri, iletişim sorunları, çeviri hizmetlerine olan ihtiyaç ve çeviri süreçlerindeki sorunlar nedeniyle artan iş yükü açısından sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bir 'kayıp duygusunun' oluştuğunu ortaya koymaktadır. Bu zorlukların nedenlerinden birinin mülteci kadınların 'entegrasyon eksikliği' olduğu ifade edilse de sağlık çalışanları, savaş bittiğinde ülkelerine dönebileceklerine inandıkları için mültecilerin ülkedeki varlığını geçici olarak gördüklerini de belirtmektedirler. Dolayısıyla veriler, Türkiye'deki mülteci nüfusunun durumuna ilişkin sağlık çalışanlarının 'karmaşık duygu ve düşünceler' ortaya koyduklarını ortaya koymaktadır çünkü bu sağlık çalışanları aynı zamanda 'mültecilerin burada kalıcı olduğunu' da düşündüklerini ifade etmekle beraber devletin bu zorluklara çözüm üretmesi gerektiğini ileri sürmektedirler.

Üst düzey sağlık yetkilileri ve paydaşlarla yapılan görüşmelerde yukarıda bahsedilen zorlukların bazıları vurgulanmıştır. Ancak bu yetkililer, mülteciler/düzensiz göçmenler tarafından işletilen ruhsatsız 'gayri resmi sağlık merkezleri' sorununun kurumsal açıdan en büyük zorluk olduğunu ifade etmektedirler. Bu lisanssız sağlık merkezleri/kliniklerinin mülteci kadınların sağlığı ve tüm toplum sağlığı için bir risk olduğu belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının denetleme birimleri çalışanları (üst düzey sağlık yöneticilerinin de belirttiği gibi) bu sorunla mücadele etmek için yorulmadan çalıştıklarını belirttiler, ancak bu tür sağlık merkezlerinin sayısının arttığını, dolayısıyla bu sorunun devam ettiğini de vurguladılar. Üst düzey sağlık profesyonelleri/yöneticileri de, sağlık hizmeti sağlayıcıları gibi, mültecilerin dil yeterliliği eksikliğinin ve iletişim sorununun sağlık bakımının kalitesi açısından en büyük zorluklardan biri olduğunu vurgularken, aynı zamanda Türkiye’de yeterli sayıda tercüme hizmetinin ve yerel belediyeler tarafından mültecilere yönelik sağlanan dil kurslarının varlığını da vurguladılar. Mülakat verileri ve gözlemler aynı zamanda, genç ve yaşlı mülteciler arasında dil yeterliliği açısından fark olduğunu ortaya koyuyor; zira gençler genellikle Türkçeyi akıcı bir şekilde konuşuyorlar. Burada da su çıkarımda bulunmak mümkündür: görüşme verileri üst düzey sağlık profesyonelleri/yöneticileri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının mültecilere kurumsal olarak sağlanan mevcut hizmetler konusunda aynı algıya sahip olmadıklarını belirtmektedir.

Görüşme yapılan tüm sağlık profesyonelleri ve paydaşlar, sağlığın bir 'insan hakkı' olduğunu ve Türkiye’de mülteci kadınlara bu hakkın hukuki statülerine bakılmaksızın tanındığı ve bu hizmetin verilmesi gerektiği konusunda hemfikir olduklarını vurgulamaktadırlar. Bazı sağlık



hizmeti sağlayıcılarının yukarıda bahsedilen mülteci nüfusu ve hastanelerde karşılaştıkları zorluklara ilişkin önyargılı görüşlere sahip olmalarına rağmen, mülakat verileri bu sağlık çalışanlarının mülteci kadınlara ve onların Türkiye'deki göçmen statülerine karşı bir dereceye kadar 'empati' göstermiş olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık ocakları ve hastanelerde ayırım gözetmeksizin Türk vatandaşlarına verildiği gibi anne sağlığı bakımını mülteci kadınlara da verdiklerini belirtmişlerdir. Mülakat ve gözlem verileri, mülteci kadınlara daha iyi sağlık hizmeti sağlanması için bazı iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymakla beraber bunların bir kısmının sağlık sisteminden kaynaklandığı dolayısıyla çözümün sistemsel olduğu, diğerlerinin ise mülteci ve ev sahibi toplumundan kaynaklandığı dolayısıyla çözümün de çok yönlü olup sağlık girişimlerine mültecilerin aktif olarak katılmaları yoluyla gerçekleştirilebileceğini belirtiyor.

Önerilen İyileştirmeler

Araştırma bulguları, Türkiye'deki mülteci kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde olumlu bir değişiklik yapmayı amaçlamaktadır. Araştırma verileri, mülteci kadınların Türkiye'deki anne sağlığı bakımı merkezlerinde/ kuruluşlarında yaşadıkları zorlukların yanı sıra sağlık hizmeti sağlayıcılarının endişelerini ve sorunlarını gidermeye yönelik sağlık hizmeti deneyimlerini dile getirmelerine olanak tanımayı da amaçlamaktadır. Mülakat soruları, görüşülen kişilerin bu zorlukların üstesinden gelmek için olası iyileştirmelere yönelik önerilerde bulunmalarına olanak sağlamıştır. Ancak mülteci kadınlar, ağırlıklı olarak sağlık kuruluşlarında yaşadıkları endişelerini ve zorlukları açıkça öneride bulunmadan dile getirmişlerdir. Politika önerileri (aşağıda belirtildiği gibi) aynı zamanda mülteci kadınların kaygılarının yorumlarını da içermektedir. Dolayısıyla aşağıdaki öneriler yalnızca görüşülen sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ilişkin görüşlerini yansıtmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sorunlara çözüm üretmesinde temel kaynağın kamu sağlık kuruluşları olması gerektiği önerilmektedir (STK'lar kamu kuruluşlarına destek verebilir).
- Göçmen Sağlığı Merkezleri, mülteci kadınlara birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlanması açısından iyi alternatiflerdir.
- Mülteci kadınların, aile planlaması yöntemlerinin anlaşılması ve kullanılması da dahil olmak üzere, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik daha iyi politikalara ihtiyaç vardır.
- Mülteci kadınlar için dil kurslarına yönelik teşviklerin uygulamaya konulması.
- Mülteci nüfusunun yoğun olduğu bölgelerdeki hastanelerdeki ağır iş yükünün önlenmesi amacıyla mülteci nüfusunun şehirler içindeki dağılımını iyileştirmeye yönelik etkili politikalar üretilmesi.

Politika Önerileri

- Çalışma, hem mülteci kadınlar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kaliteli bakım verilmesinin önündeki temel engellerin etkisine ve devletin ve devlet dışı ağ organlarının zorlukları ele alma ve sorunların üstesinden gelme konularında teşvikler üretmedeki rolüne ilişkin anlayışımızı arttırmıştır:

- o Sağlık politikaları, planlamaları ve programları çok kültürlü bir bakış açısına sahip olmalıdır. Bu bağlamda, savunmasız grupların sağlık ihtiyaçlarına yanıt vermek üzere ihtiyaç analizi pilot programlarına bütçe ayrılmalıdır.

- Sağlık okuryazarlığı eksikliği, kaliteli bakım alma/sunma konusundaki bileşenlerin karşılıklı önyargıyarının etkisi, iletişim engeli ve bu sorunun devam etmesi gibi nedenlerden kaynaklanan mülteci kadınlara yönelik sağlık risklerini belirlemek ve gidermek amaçlı teşvik edici politika tartışmasına dair kanıtlar üretmiştir:
 - o Aile ve göçmen sağlık merkezlerinde mülteci nüfusa yönelik sağlık okuryazarlığını artırmak için eğitime bütçe ayırmak
 - o Devlet kamu dil merkezlerinde yüz yüze kurslara katılamayan mülteci kadınlar için çevrimiçi Türkçe kurslarına teşvik sağlanması
- Çalışmadan elde edilen bilgilerin pratik çözümlere, yani engelleri aşmak, farkındalığı artırmak, karşılıklı bilgiyi geliştirmek ve güvenli bir ortamda kaliteli sağlık bakımı geliştirmek için mülteciler ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik Araç Setlerinin ortak yapımına nasıl uygulanabileceğine dair önerilerde bulunmayı amaçlamaktadır:
 - o Devlet ve devlet dışı paydaşların katılımıyla mülteciler için araç setlerinin ortak oluşturulmasına yönelik programları başlatmak/artırmak
- Sağlık kurumlarının hem mültecilere hem de hizmet sağlayıcılara yönelik eğitim hizmetlerinin kullanımına yönelik 'kapsayıcı anlatılara' yönelik ilkelerin ortaklaşa üretilmesini amaçlamaktadır:
 - o Mülteci nüfusları konusunda farkındalığı artırmak ve sosyal uyumu sağlamak amacıyla sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik personel eğitim programları için somut önlemler almak
 - o Korunması gereken marjinalleşmiş kesimleri gözden geçiren ve tanıyan sağlık sektöründe Eşitlik, Çeşitlilik ve Kapsayıcılık düzenlemelerini ele almak.

Kaynaklar

- Ahonen, E.Q., Benavidas F., and Benach, J. (2007) Immigrant populations, work and health-a systematic literature review. JSTOR: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Vol.33, No.2, pp.96-104
- Anthias, F. (2013). “Hierarchies of Social Location, Class and Intersectionality: Towards a Translocational Frame.” International Sociology 28(1):121–138.
- Berger, M., and Guidroz, K. (eds.) (2009). The Intersectional Approach: Transforming the Academy through Race, Class, & Gender. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Browne, I. and Misra, J. (2003). The Intersection of Gender and Race in the Labour Market. Annual Review of Sociology 29(1): 487-513
- Choo, Hae Yeon, and Myra Marx Ferree. 2010. “Practicing Intersectionality in Sociological Research: A Critical Analysis of Inclusions, Interactions, and Institutions in the Study.” Sociological Theory 28(2):129–149
- Collins, P.H. (2019). Intersectionality as Critical Social Theory. Duke University Press.
- Collins, Patricia Hill, and Sirma Bilge. 2016. Intersectionality. Hoboken, NJ: Wiley.
- Cronaghan, J. (2009). Intersectionality and the feminist project in law. In E. Grabham, D. Cooper, J. Krishnadas, & D. Herman (Eds), Intersectionality and beyond: Law, Power and the Politics of Location.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalising the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. University of Chicago Forum, 1, 139-167



- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299
- Christie-de Jong, F. (2018) Health Inequalities and Migrants: Accessing Healthcare as Global Human Right.
- Dill, B. T., and Zambrana R., (eds.) (2009). *Emerging Intersections: Race, Class, and Gender in Theory, Policy, and Practice*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Donnelly, J. (2013) *Universal Human Rights: in theory and practice* (third edition). Ithaca and London: Cornell University Press.
- Economic, Social and Cultural Rights (ESCR) (1966) Available at < <https://www.ohchr.org/en/human-rights/economic-social-cultural-rights>> Accessed on 07 April 2025.
- Erdil, M. (2023) *Gecici Korunanların Sağlık Hakkı*. Ankara, Türkiye: Adalet Yayınevi.
- Glenn, E. N. (2009). *Unequal Freedoms: How Race and Gender Shaped American Citizenship and Labor*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hasson, K.J. (2003), Religious Liberty and Human Dignity: A Tale of Two Declarations. *Harvard Journal of Law and Public Policy*, 27(1):81-92
- International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR) (1966) Available at < <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>> Accessed on 07 April 2025.
- Ken, I. (2008). Beyond the Intersection: A New Culinary Metaphor for Race-Class-Gender Studies. *Sociological Theory* 26(2):152–172.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 30(3): 1771–1800.
- Misra, J., Curington, C.V. and Green V.M. (2021). Methods of Intersectional Research. *Sociological Spectrum*, 41:1, 9-28
- Sabik, N.J. (2021). The Intersectionality Toolbox: A Resource for Teaching and Applying an Intersectional Lens in Public Health. *Frontiers in Public Health*, 9:7723301, p.1-7.
- SIHHAT (EU-funded Project) (2018). Reproductive Health. Available at < <http://www.sihhatproject.org/Belgeler/06.%C3%9Creme%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>> Accessed on 3 April 2024
- Sönmez Efe, S. (2025) An Ecological and Human Rights Approach to Healthcare: Understanding Refugee Women's Access to Maternal Care in Türkiye. *Turkish Journal of Diaspora Studies*, Vol.4, No.2.
- Thursten, W. E. and Vissandjee, B (2005) An ecological model for understanding culture as a determinant of women's health. *Critical Public Health*, 15(3): 229–242.
- Tuncer Unver G. and Baykal, U. (2020) *Ana Vatan ve Ana Dilden Uzakta Sağlık Hizmeti Sunumu*. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. Vol.2, Issue:2, 51-60
- Tuncer, P. (2021) *Sağlık Hukuku Temel Bilgileri*, (6. Baskı), Adalet Yayınevi, Ankara.
- Universal Declaration of Human Rights (UDHR) (1948). Available at < <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>> Accessed on 30 March 2024.
- World Health Organisation (WHO) Constitution (1948). Available at < <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>> Accessed on 30 March 2024.
- World Health Organisation (WHO) (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinant of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Available at < https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1> Accessed on 1 April 2024.
- World Health Organisation (WHO) (2022). Refugee and Migrant Health. Available at < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>> Accessed on 03 April 2024.
- World Health Organisation (WHO) (2024a). Human Rights. Available at < https://www.who.int/health-topics/human-rights#tab=tab_1> Accessed on 01 April 2024.

- World Health Organisation (WHO) (2024b). Reproductive Health. Available at < <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>> Accessed on 01 April 2024.
- Wyatt, T.R., Johnson, M. and Zaidi, Z. (2022). Intersectionality: a means for centering power and oppression in research. *Advances in Health Sciences Education*. 27:863-875
- Yurdagül, Y. and Aytekin, S. (2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözümleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. Volume:11, Issue:1, 56-60
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women’s Studies*, 13(3), 193-209.

EXTENDED ABSTRACT IN ENGLISH

Policy Brief: Refugee Women’s Experiences of Maternal Healthcare Services in Türkiye

In an era marked by unprecedented global displacement, forced migration presents a profound humanitarian and human rights challenge, particularly for vulnerable groups like refugee women. This policy brief critically examines the lived experiences of refugee women in Türkiye concerning their access to maternal healthcare, a fundamental human right often compromised by a complex interplay of factors including legal status, cultural background, societal position, and the structure of the host country's healthcare system.

Employing a robust ecological model and an intersectional theoretical framework (Crenshaw, 1989; 1991), this study sheds light on how challenges emerge from the interaction of social and political determinants across macro (state policies, international organizations), meso (health institutions, NGOs), and micro (individual experiences of refugee women) levels. The research advocates for a human rights-based approach to health needs, recognizing that a holistic perspective encompassing housing, food, economic well-being, and education is crucial for addressing vulnerability and health inequalities. It highlights that refugee women, due to intersecting vulnerabilities such as gender, precarious legal status, cultural alienation, and structural barriers, face heightened health inequities, preventing them from living a 'dignified' life encompassing physical, mental, and social well-being.

The qualitative research design utilized an inductive approach, gathering data through semi-structured interviews with 28 refugee women experiencing maternal health conditions (pre- or post-natal) in Bursa and Istanbul during 2023/24. Concurrently, 40 healthcare professionals and stakeholders (nurses, midwives, general practitioners, social workers, health managers, migration institution managers, academics) were interviewed, and participant observations were conducted in family health centers, migrant health centers, and hospital maternity units. The majority of refugee women interviewed were of Syrian origin with Temporary Protection status, often from low socio-economic backgrounds.

Key findings reveal that refugee women's maternal healthcare experiences are shaped by multi-faceted challenges, including language barriers, limited health literacy, lack of social integration, negative societal attitudes, and inherent biases. The analysis demonstrates the complex, relational interactions of these categories—gender, ethnicity, legal status, economic class, and culture—across pre-migration, migration, and post-migration phases. Participants' narratives highlighted continuous negotiation with power structures within healthcare institutions and the broader host society, often reflecting power imbalances leading to their



vulnerability. Healthcare providers acknowledged the human right to health but also articulated challenges related to heavy workloads, communication difficulties, cultural differences, and the perceived temporariness of the refugee population. While positive experiences were reported, particularly in family and migrant health centers, systemic issues and prejudices, especially in hospitals, were prevalent. The study also uncovered psychological impacts of displacement, including signs of PTSD, underscoring the urgency for comprehensive support.

This policy brief concludes by emphasizing the imperative for multi-layered, structural, and long-term solutions that benefit both refugees and host communities. It proposes strategic recommendations aimed at developing culturally competent healthcare policies, improving health literacy for refugee women through language incentives and targeted education, fostering holistic integration models, and enhancing communication and social cohesion between refugees and healthcare providers through training and awareness programs. By adopting an Equality, Diversity, and Inclusion framework within the health sector, Türkiye can ensure equitable and dignified access to maternal healthcare for all, transforming vulnerability into empowerment.