

وصول اللاجئين السوريين للرعاية الصحية في اسطنبول:
منظور مراع للاعتبارات الجنسانية

غابرييل كلوترز
سعاد عسيران

IPC | ISTANBUL POLICY CENTER
SABANCI UNIVERSITY
STIFTUNG MERCATOR INITIATIVE

وصول اللاجئين السوريين للرعاية الصحية في اسطنبول: منظور مراع للاعتبارات الجنسانية

تقرير ورشة العمل

غابرييل كلوترز
سعاد عسيران

كانون الثاني 2019

غبرييل كلوترز: زميلة باحثة حاصلة على زمالة ميركاتور ومعهد الIPC لعام 2017-2018. تركز غبرييل في بحثها على الجانب الجنساني للهجرة السورية في تركيا، من خلال دراسة مراعاة المنظمات غير الحكومية للوضع الخاص باللاجئين الإناث في تقديم خدمات الدعم للاجئين

سعاد عسيران: زميلة باحثة حاصلة على زمالة ميركاتور ومعهد ال IPC لعام 2017-2018. تبحث سعاد عملية إدماج المهنيين السوريين في مجال الرعاية الصحية في سوق العمل التركي وتدرس العلاقة بين هذا الإدماج والوضع المتغير للجنسية التركية.

حول مركز اسطنبول للسياسات (IPC)

IPC هو مؤسسة لبحوث السياسيات العالمية، ويختص المركز بالقضايا السياسية والاجتماعية الرئيسية من إرساء الديمقراطية إلى التغير المناخي، ومن العلاقات عبر الأطلسي إلى الحل والوساطة في النزاع. ويعمل IPC على تنظيم وإجراء أبحاث ضمن ثلاث مجموعات رئيسية وهي: مبادرة ستيفتنغ ميركاتور وجامعة سابنجي متمثلة بالIPC، والإصلاح المؤسسي وإرساء الديمقراطية، إضافة لحل والوساطة في النزاعات. ومنذ عام 2001، عمل IPC على تزويد صناع القرار وقادة الرأي وأصحاب المصلحة الرئيسيين بتحليلات موضوعية وتوصيات مبتكرة في مجال السياسات.

الموقع الالكتروني للمركز: www.ipc.sabanciuniv.edu

حول برنامج زمالة ميركاتور-IPC

يعد برنامج زمالة ميركاتورIPC- حجر الأساس في مبادرة جامعة سابنجي-IPC ومبادرة ستيفتنغ ميركاتور. يهدف البرنامج إلى تعزيز العلاقات الأكاديمية والسياسية والاجتماعية بين تركيا وألمانيا، وكذلك بين تركيا وأوروبا، من خلال تيسير البحث العملي الممتاز والعمل المباشر في مجال السياسات. يعتمد هذا الاعتقاد على أن اكتساب المعرفة وتبادل الأفكار بين الشعوب، يمثلان الشروط المسبقة لمواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين في عالم يزداد عولمة.

* التفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذا الكتيب تخص المؤلفين فقط ولا تعكس الموقف الرسمي لـ IPC.

المحتوى

شكر وتقدير 4
مقدمة 6
السياق 8
التشريعات الحالية المتعلقة بحق اللاجئين في الرعاية الصحية 8
الاعتبارات الصحية القائمة على النوع الاجتماعي للاجئين السوريين 9
المنهج 11
المشاكل الرئيسية في الوصول الى النظام الصحي والخدمات 13
الحواجز في النظام 13
التسجيل 14
رد بطيء 15
اللغة والمعلومات الخاطئة 16
محو الأمية الصحية ومعرفة نظام الرعاية الصحية 16
اللغة 17
أنماط تمييز متقاطعة 17
الوصول إلى الرعاية الصحية النفسية 19
غياب الخدمة والاهتمام بالدعم النفسي الاجتماعي 19
الجوانب الجندرية للصحة النفسية 20
الصحة الإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي 22
الفجوات في الرعاية الصحية الإنجابية 22
قبل الولادة 22
عند الولادة 24
بعد الولادة 24
الإجهاض 25
العنف القائم على الجنس 26
اعتبارات منظمات المجتمع المدني 29
تمويل واستدامة المشاريع 29
تبادل وتنسيق البيانات حول وضع اللاجئين الصحي واحتياجاتهم 29
التنسيق بين منظمات المجتمع المدني 30
المؤسسات الصحية المعنية بمشاكل اللاجئين الصحية 31
العيادات السورية غير الرسمية 31
مراكز الصحة الرسمية للمهاجرين 31
أخصائيو الرعاية الصحية السوريون 32
الخاتمة 33
التوصيات 34
المصادر 37

شكر وتقدير

نود أن نشكر جميع المشاركين في ورشة العمل، فقد كانت آرؤاهم وتعليقاتهم ومشاركاتهم في ورشة العمل مثمرة ومنتجة. ونأمل أن تقود توصياتهم والمشاكل التي أبرزوها إلى تغييرات تجعل نظام الرعاية الصحية في متناول اللاجئين السوريين واللاجئات السوريات بشكل خاص. ونود أن نقدم شكر خاص للذين قاموا بتقديم عروض إيضاحية، وقدموا أراء مهمة في الموضوع بمساهماتهم ، وساعدوا في تنظيم النقاش وهم : الدكتورة دنيز ماردين، الدكتورة سيلين أورس ريهان أغلو، أوزلم تشولاك، الدكتور مصطفى حامد أغلو، أوزغول كابتان، واسن إيبلي.

نود أيضاً أن نقدم جزيل الشكر لزملائنا غول جيهان تشيدم أوكان، تشيدم تونغال، دارين توفان لدعمهم الكبير في تنظيم ورشة العمل ونقدم الشكر لميغان جيسكلون لتحرير هذا التقرير.

ونقدم جزيل الشكر أيضاً لكلير تريت للتحرير والتعليق على المسودة الأولى من التقرير.

نود أن نشكر مطبخ النساء اللاجئات على تقديم الطعام في يوم الورشة.

نود أن نشكر المتدربين في IPC لينا هوفميستر، أرجا يلماز، أوزان بوزكايا، باتيكان بولوت، سنان فان دير هوفن على مساعدتهم أثناء ورشة العمل وبعدها.

قائمة المختصرات

أفاد	جمهورية تركيا وزارة الكوارث وإدارة الطوارئ
سيداو	اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة
KADAV	مؤسسة للتضامن مع النساء
LGBTTI	مثليات الجنس، مثلي الجنس، ثنائي الجنس، المتحولين جنسياً، متحولي الجندر
PDMM	مديرية إدارة الهجرة في المحافظة
UN Women	هيئة الأمم المتحدة للمرأة
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
WHO	منظمة الصحة العالمية
WGSS	المساحات الآمنة للنساء والفتيات

مـقدمــة

خـلال البحـث الـذي أجريناه كزمـلاء ميركاتـور- IPC، قامـت عدة منظمـات مجتمـع مـدني ناشـطة في دعم اللاجئـين في اسـطنبول، بتسـليط الضـوء عـلى مسـألة الحواجـز الخاصـة بالجنـس والـتي تؤثـر على وصـول اللاجئات السـوريات للرعاية الصحية. وبسـبب تقاطـع مشـاريعنا البحثية ذات الصلة[1]، قمنا بتنظيم ورشـة عمل طاولـة مسـتديرة بعنـوان، «وصـول اللاجئـين السـوريين للرعايـة الصحيـة في اسـطنبول: منظـور مـراع للاعتبـارات الجنسـانية» في مركـز اسـطنبول للسياسـات في 4 أيـار 2018. جمعـت ورشـة العمـل مختلـف أصحـاب المصلحـة الناشـطين سـواء متطوعـين أو مهنيـين لدعـم مجتمعـات اللاجئـين في تركيـا. يتمتـع معظـم المشـاركون بخـبرة واسـعة تتعلـق بنظـام الرعايـة الصحيـة أو في دعـم اللاجئـين للوصـول إلى خدمـات الرعايـة الصحيـة في اسـطنبول.

يقـدم هـذا التقريـر نتائج ورشـة العمـل الـتي اسـتغرقت نصف يـوم، ويقـترح توصيـات ملموسـة ذات صلـة بالسياسـات حـول كيفيـة تسـهيل حصـول اللاجئـين السـوريين وخاصـة اللاجئـات عـلى خدمـات الرعايـة الصحيـة في تركيـا.

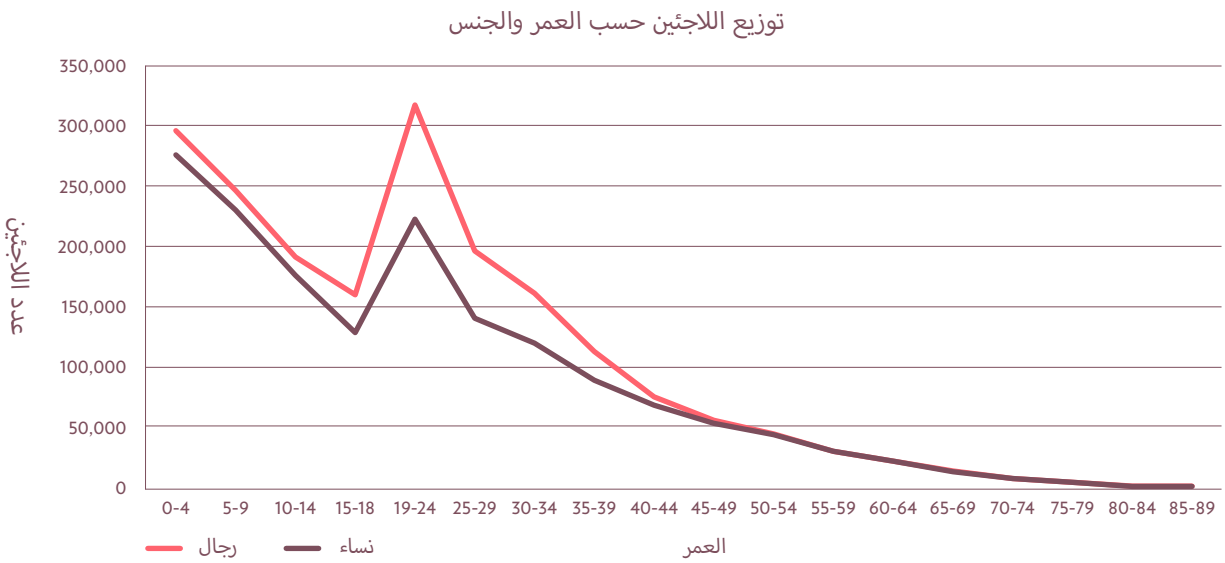
تـم تصميـم ورشـة العمـل للاسـتفادة مـن خـبرات المشـاركين لمناقشـة المشـاكل الخاصـة بالجنسـين، والحواجـز الـتي تواجـه اللاجئـات السـوريات في الوصـول إلى خدمـات الرعايـة الصحيـة واسـتمرار وجـود فجـوات في الخدمـات الصحيـة والمبـادرات المسـتمرة، لتسـهيل وصـول اللاجئـين إلى الرعايـة الصحيـة.

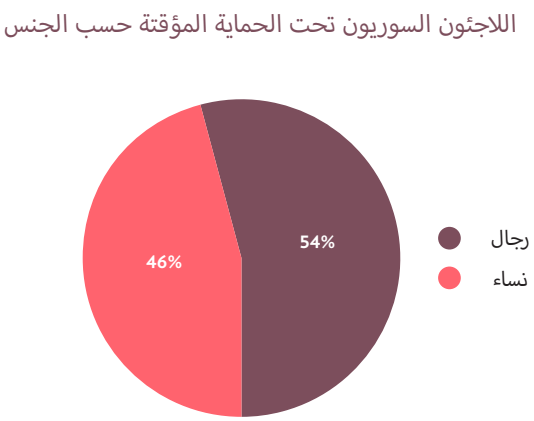
تهـدف ورشـة العمـل إلى صياغـة توصيـات بنـاءة، تسـتند عـلى تقييمـات مـن الميـدان حـول المشـاكل الـتي يواجههـا اللاجئـون في الوصـول إلى خدمـات الرعايـة الصحية وكيفية تحسـين سياسـة اللجـوء والرعايـة الصحيـة، وإمكانيـة الوصـول إلى الخدمـات بشـكل عـام. وقـد كانت ورشـة العمـل فرصة لتبـادل الأفـكار بين المشـاركين بالإضافـة إلى إتاحـة الفرصـة للمشـاركين للتشـبيك[2]. وقـد عقـدت مناقشـات ورشـة العمـل باللغـة التركيـة والعربيـة والإنجليزيـة مـع وجود الترجمـة الفورية. وكانـت الترجمة الفورية وسـيلة للمشـاركين للتواصل مع بعضهم البعـض وفرصة للخبراء لمشـاركة خبراتهـم مع الآخريـن في هذا المجـال، خاصة وأن هذا التبـادل غـير ممكـن دائماً بسـبب الحواجـز اللغوية.

ضمـت ورشـة عمـل الطاولـة المسـتديرة 19 مشـاركاً، يمثلـون مجموعـة واسـعة مـن مواقـف أصحـاب المصلحـة الرئيسـيين بمـا في ذلـك أعضـاء المنظمـات غـير الحكوميـة السـورية والتركية وممثـلي مراكـز اجتماعيـة وخـبراء الصحـة العامـة المسـتقلين والمهنيـين الطبيـين العاملـين في اسـطنبول والأكاديميـين الذيـن يقومـون بإجـراء البحـوث في هـذا المجـال.

1 مشروع بحث سعاد عسيران في إطار زمالة مركاتور CPI 18/2017 بعنوان "دمج المهنيين السوريين في مجال الرعاية الصحية في تركيا: تغيير صياغة المواطنة التركية". عنوان بحث غابرييل كلوتر "البحث عن الجوانب الجنسانية للهجرة في تركيا: مقاربات المجتمع المدني نحو اللاجئات السوريات ".

2 كان النقص في الشبكات وتبادل المعرفة أو الخبرات بين مختلف أصحاب المصلحة الناشطين في دعم اللاجئين موضوعاً تم تسليط الضوء عليه مراراً خلال مناقشات ورشة العمل.





الشكل الأول 1 و2 توزع اللاجئين السوريين حسب العمر والجنس: المصدر إدارة الهجرة (22 تشرين الثاني 2018)

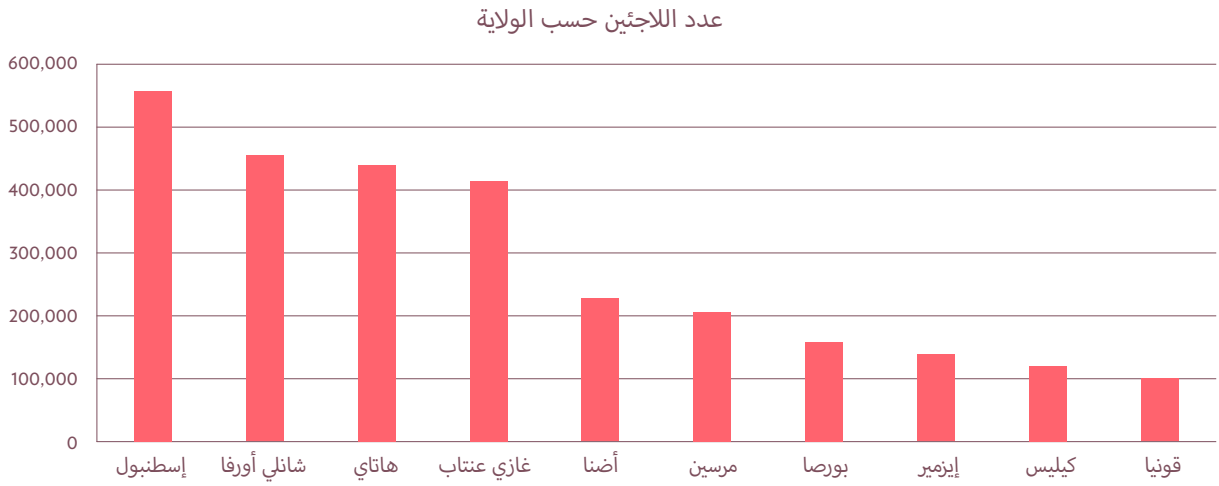
السياق

التشريعات الحالية المتعلقة بحق اللاجئين في الرعاية الصحية

تستضيف تركيا حالياً أكثر من 3.6 مليون لاجئ سوري مسجلًا. بناءً على إحصاءات المديرية العامة لإدارة الهجرة، 64٪ من اللاجئين الموجودين في تركيا إناث و 45٪ ذكور. أما بالنسبة للتوزيع حسب الجنس والعمر، فإن عدد كبير من اللاجئين دون سن الثامنة عشرة،[3] و بشكل عام فإن غالبية اللاجئين السوريين هم من النساء والأطفال.

إن الدور الرئيسي للنساء هو تقديم الرعاية للأطفال والمسنين. فقد أصبحن المعيل الرئيسي للأسرة أو رب الأسرة الوحيد وذلك بسبب الهجرة القسرية. كما تعمل النساء في الكثير من العائلات على تسهيل وصول أفراد الأسرة إلى الخدمات الأساسية عبر التماسهن أو تسجيلهن في المنظمات غير الحكومية أو مرافقة أطفالهن إلى المدارس أو مرافقة أفراد الأسرة إلى المستشفى.

يعيش حوالي 90٪ من اللاجئين السوريين في تركيا خارج المخيمات الموجودة في جنوب تركيا. والغالبية منهم يقيمون في المناطق الحضرية في تركيا. ووفقاً للمديرية العامة لإدارة الهجرة، تستضيف اسطنبول حالياً أكبر عدد منهم.[4]



الشكل رقم 3 يشير إلى توزع اللاجئين السوريين المسجلين تحت الحماية المؤقتة في الولايات العشرة حيث يقيم العدد الأكبر منهم. المصدر دائرة الهجرة -22 تشرين الثاني 2018.

3 الجمهورية التركية، المديرية العامة لإدارة الهجرة، صفحة الإحصاءات، تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018، http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik.

4 المرجع نفسه.

وتأتي أهمية هذا السياق الحضري من حيث التركيز بشكل خاص على كيفية حصول اللاجئين على الخدمات الأساسية مثل الرعاية الصحية أو التعليم. تعتبر الرعاية الصحية قضية أساسية متعلقة بتعرض اللاجئين السوريين لعوامل متعددة بعضها بسبب الهجرة القسرية، تؤثر هذه العوامل على صحتهم وقدرتهم على استخدام نظام الرعاية الصحية. من هذه العوامل : الظروف غير الصحية في المعيشة والعمل وانخفاض مستويات المعرفة الصحية والإقصاء الاجتماعي والتمييز. أما العوامل الأخرى المؤثرة في هذا السياق هي النتائج المباشرة للحرب مثل الإصابات المرتبطة بالحرب وقضايا الصحة النفسية. كما يجب أن يتلقى اللاجئون السوريون الذين يصلون إلى تركيا رعاية طبية للحالات الطبية المزمنة الموجودة مسبقاً بما في ذلك المشاكل الصحية المتعلقة بالضغط ومرض السكري وما إلى ذلك، والتي ربما عانوا منها في سوريا والتي ربما تكون قد تفاقمت بسبب ظروف الهجرة القسرية. ولهذه العوامل آثار قصيرة وطويلة المدى على نظام الرعاية الصحية في تركيا بشكل عام. يحدد قانون الأجانب واللاجئين تحت الحماية الدولية الصادر عام 2014 التفاصيل المتعلقة بوصول اللاجئين السوريين إلى الرعاية الصحية. حيث يمكن أن يحصل اللاجئون السوريون الخاضعون للحماية المؤقتة على الرعاية الأولية والطارئة مجاناً في المراكز الصحية للمهاجرين، والتي يقتصر دورها على الرعاية الأولية، بالإضافة إلى إمكانية حصولهم على الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية ومستشفيات التعلم والبحث. وتشمل الرعاية الصحية الأولية الفحوصات واللقاحات والمراقبة خلال فترة الحمل ورعاية ما بعد الولادة وخدمات تنظيم الأسرة. يمكن للاجئين السوريين المسجلين ضمن الحماية المؤقتة الوصول إلى الخدمات الثانوية (الحكومية) والثالثة (مستشفيات التعلم والبحث) ومع ذلك، فإن تغطية تكاليف الرعاية الطبية من مسؤولية المديرية العامة لإدارة الهجرة وهذه التغطية تقتصر على تكاليف العلاج والأدوية المنصوص عليها في ميزانية قانون الصحة.[5] و بسبب القيود والفجوات في ميزانية قانون الصحة، فإن مؤسسات الدولة لا تغطي بعض العلاجات والأدوية والمساعدات الطبية التي تتجاوز التكلفة المحددة من قبل مؤسسة الضمان الاجتماعي للمستفيدين من التأمين الصحي العام.[6]

الاعتبارات الصحية القائمة على النوع الاجتماعي للاجئين السوريين

تعد أنظمة الرعاية الصحية الخاصة للنوع الاجتماعي مع أنظمة الرعاية الصحية الأساسية جانباً حاسماً في الرعاية الصحية المؤثرة على النساء والمجتمع بشكل عام. تواجه النساء اللاجئات مشاكل خاصة ولهن احتياجات محددة فيما يتعلق بوصولهن إلى الرعاية الصحية الإنجابية والرعاية الطبية خلال فترة الحمل وفترة ما بعد الولادة. وقد تطرق المشاركون في ورشة العمل إلى هذه القضايا بعمق وذلك من خلال التركيز على الإطار القانوني والوصول العملي والآثار المترتبة على اللاجئين.

إن العنف القائم على النوع الاجتماعي يمثل تهديداً صحياً للعديد من النساء في جميع أنحاء العالم سواءً كانوا مهاجرين أم لا؛ ومع ذلك، فإن خطر العنف القائم على النوع الاجتماعي يتفاقم أثناء الهجرة القسرية. ووفقاً للعديد من الدراسات والأبحاث فإن النساء والفتيات اللاجئات يواجهن خطراً كبيراً في التعرض للعنف القائم على النوع الاجتماعي خلال دورة النزوح.[7] تحت مصطلح العنف القائم على النوع الاجتماعي، ونحدد جميع أشكال العنف بناءً على المعايير

5 بناءً على التعديلات التي أدخلت على الحماية المؤقتة (16 آذار 2018)، أصبحت المديرية العامة لإدارة الهجرة مسؤولة عن تغطية تكاليف الرعاية الصحية. المديرية العامة لإدارة الهجرة تتولى هذه المسؤولية عن أفاد.

6 انظر إلى تشريع الحماية المؤقتة المادة 27 (ج). للحصول على تقرير مفصل حول التشريع والوصول إلى الخدمات الصحية للاجئين السوريين، Deniz F. Mardin, "Right to Health and Access to Health Services for Syrian Refugees in Turkey," MiReKoc Policy Brief Series/March 2017.

7 انظر إلى Jeanne Ward and Mendy Marsh, "Sexual Violence against Women and Girls in War and Its Aftermath: Realities, Responses, and Required Resources," prepared for the Symposium on Sexual Violence in Conflict and Beyond, June 21–23, 2006, Brussels; Inger Skjelsbœk, "Sexual Violence and War: Mapping out a Complex Relationship," European Journal of International Relations 7, no. 2 (2001): 211–237.

الجنسانية والتسلسل الهرمي للسلطة الجنسانية بما في ذلك العنف الجسدي والنفسي والجنسي والاقتصادي والهيكلي الذي يؤذي النساء والرجال بشكل مختلف. تم التركيز في هذا التقرير على أشكال العنف الجنساني ضد المرأة التي لها آثار طويلة ا الأمد على الصحة البدنية والنفسية للاجئات. ويشمل أشكال العنف المضايقة والاغتصاب أثناء الهجرة القسرية والزواج المبكر أو القسري، وممارسة الجنس للبقاء على قيد الحياة والصمت حين التعرض للتحرش لضمان سبل العيش أو المأوى والعنف المنزلي.

يعد العنف القائم على النوع الاجتماعي أحد أكثر انتهاكات حقوق المرأة انتشاراً في جميع أنحاء العالم، كما هو واضح في العديد من المبادئ التوجيهية الدولية وخطط الاستجابة الوطنية. فمنذ عام 1985، أصبحت تركيا من ضمن الدول الموقعة على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو). وفي عام 2011، وقعت الحكومة على اتفاقية اسطنبول التي تحدد إطاراً شاملاً لمنع ومكافحة العنف ضد المرأة. يوفر قانون حماية الأسرة ومنع العنف ضد المرأة إطاراً قانونياً وطنياً لحماية المرأة من العنف القائم على النوع الاجتماعي. ومع ذلك فإن منع العنف الجنسي ودعم الناجين منه وما يترتب على ذلك من محاكمة المرتكبين يُعتبر فجوة في تنفيذ الإطار الوطني والدولي ضد هذا العنف .[8]

ففي سوريا، كان العنف ضد المرأة مشكلة مجتمعية قبل الحرب وتفاقم الأمر بسبب النزاع المسلح الذي طال أمده.[9] ولا توجد بيانات وإحصاءات موثقة بشأن العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد اللاجئات في تركيا. ومع ذلك، وجدت دراسة أجرتها هيئة الأمم المتحدة للمرأة في الأردن بين اللاجئين السوريين أن العنف القائم على النوع الاجتماعي يمثل مشكلة صحة عامة واسعة النطاق تؤثر بشدة على حياة اللاجئات السوريات.[10] مع أن الدراسة تركز على الأردن ولكن بناءً عليه فإن العنف مشكلة كبيرة تواجه اللاجئات السوريات في تركيا. وقد أيد الممارسون في ورشة العمل هذه الملاحظة. فقد أثار الطبيب النفسي الدكتور محمد دندل قضية العنف القائم على النوع الاجتماعي في سوريا والتي قد تفاقمت في تركيا بناءً على الحالات التي رآها في اسطنبول.

8 يوضح القانون الدولي التحيز الجنساني الأساسي من خلال التطور التاريخي لحقوق الإنسان. اتفاقية اللاجئين لعام 1951 محايدة من حيث النوع الاجتماعي ولا تتناول بشكل كاف الاضطهاد المرتبط بنوع الجنس. لا يتم تطبيق تعريف حماية اللاجئين على نطاق واسع على التجارب الخاصة للإناث المعرضات للعنف الجنسي (مثل تشويه الأعضاء التناسلية ، والزواج القسري والزواج المبكر، والعنف المنزلي، وممارسات الصحة الإنجابية التمييزية).

9 UNFPA, Whole of Syria Gender-Based Violence Area of Responsibility (GBV AoR), Voices from Syria 2018: Assessment Findings of the Humanitarian Needs Overview (New York: UNFPA, 2017)

10 UN Women, Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage (Amman: UN, 2013).

المنهج

بـيّن المشـاركون خـلال ورشـة العمل الثغـرات في خدمـات الرعاية الصحيـة والعقبـات التي تحول دون الوصـول إلى الرعاية الصحية الأساسـية و أفضل الممارسـات لتسـهيل خدمات الرعاية الصحية للاجئـين في تركيـا. وركـزت النقاشـات بشـكل خاص عـلى اللاجئات بهـدف تعزيز التواصل والتعاون بـين أصحاب المصلحة وتحديد الخطـوات الرئيسـية للمـضي قدمـاً، ووضـع توصيـات منهجيـة لتسـهيل وصـول اللاجئات السـوريات إلى الرعايـة الصحية.

للحصـول عـلى نظـرة عامة حـول تصـورات المشـاركين للتحديات الرئيسـية الـتي تواجه اللاجئات السـوريات في الوصـول إلى الرعاية الصحيـة ومشـاركتهم في القضية، افتتحت ورشـة العمل بمقدمة قصـيرة قـدم خلالها المشـاركون أنفسـهم وشرحوا كيفيـة ارتباط عملهـم بقطـاع الرعايـة الصحية وذكـروا التحديات الرئيسـية التي تواجههـا اللاجئـات السـوريات في الوصـول إلى خدمـات الرعايـة الصحيـة بنظرهـم.[11] تلـت الجولـة التمهيدية عروض من خمسـة خـبراء تمـت دعوتهـم لتقديم عـروض متعلقة بعملهـم من أجل اعطـاء مدخـلات وهيكلـة لمناقشـات الطاولة المسـتديرة. وهم:

الدكتـورة دنـيز ماردين: الدكتـورة دنـيز ماردين هي طبيبـة عامة تقـدم رسـالة الدكتـوراه حـول المشـاكل الـتي يواجههـا اللاجئون للوصول إلى الرعاية الصحية في مدينتي إسـطنبول وإسـكي شـهير. فقـد أجـرت بحـث مـع مقدمـي الخدمـات في ثلاثـة مستشـفيات وعملـت أيضاً بشـكل موسـع مع منظمـة أطباء بلا حـدود في تركيا.

الدكتـورة سـلين اورس ريهـاني أغلـو (صنـدوق الأمـم المتحـدة للسـكان): الدكتـورة سـلين اورس ريهـاني أغلـو هـي منسـقة برنامـج مـع صنـدوق الأمـم المتحـدة للسـكان في تركيـا (صندوق الأمـم المتحـدة للسـكان)[12] الـذي يدير حالياً برنامج المسـاحات الآمنـة للنسـاء والفتيـات (WGSS)[13] بالتنسـيق مـع وزارة الصحـة والمنظمـات الشريكـة المنفـذة.

أوزليـم تشـولاك (YUVA): أوزليـم تشـولاك هـي منسـق الحماية في جمعيـة YUVA.[14] جمعيـة YUVA تدعـم السـكان المحروميـن في تركيـا وتركـز عـلى سـبل العيـش والتعليـم. كمـا تديـر مركـزاً اجتماعيـاً في منطقة العمرانية في إسـطنبول. حيـث تقدم للاجئين السـوريين الدعـم للوصـول إلى الخدمـات الأساسـية و للوصـول إلى التعليـم وتنميـة المهـارات. وقد أجرت YUVA دراسـة لتقييم احتياجـات اللاجئـين السـوريين الذيـن يعيشـون في العمرانيـة وأفجيـلار (اسـطنبول) وشـولاك وقدمت جـزءاً من نتائـج التقييم في ورشـة العمـل.[15]

اوزغـول كبتـان واسـن ابـلي (KADAV): اوزغـول كبتـان هي عاملة اجتماعيـة واسـن ابـلي هـي منسـقة المـشروع لمركـز KADAV الاجتماعـي في كشوكشـكميجي. KADAV[16] (مؤسسـة تضامـن النسـوية) لهـا تاريـخ عريـق في السياسـة النسـوية في تركيـا وتعمل عـلى دعـم تمكـين النسـاء وأفـراد LGBTTI ومجتمعـات اللاجئـين

11 انظر إلى الشكل رقم 4

12 صفحة صندوق الأمم المتحدة للسكان، تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018.
https://turkey.unf- pa.org/en.

13 صفحة صندوق الأمم المتحدة للسكان، «المساحات الآمنة للنساء والفتيات» تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20UNFPA%20Women%20and%20Girls%20Safe%20Spaces%20Guidance%20%5B1%5D.pdf.

14 صفحة منظمة YUVA، تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018.
https://www.yuva. org.tr.

15 تم إجراء تقييم الاحتياجات في تشرين الثاني و كانون الأول 2017. قام أعضاء YUVA بزيارات إلى 265 أسرة في كلا المناطق حيث قابلوا 1453 شخصاً في المجموع. ومن بين الـ 1453 طلبوا بعد ذلك من 294 شخصاً المشاركة في مشروع تقييم الاحتياجات.
. Özlem Çolak et al. ،Yerinde Erişim Projesi Değerlendirme Raporu (Istanbul: YUVA، March 2018).

16 صفحة منظمة KADAV تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018.
http://www.kadav. org.tr.

والمهاجرين في تركيا. تدير KADAV مركزاً في كشوكشكميجي في اسطنبول حيث تقدم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي وبرامج تنمية المهارات وتوفر خدمة الحضانة للنساء اللاجئات.

الدكتور مصطفى حامد أغلو: الدكتور مصطفى حامد أغلو أخصائي أمراض الجهاز الهضمي كما عمل سابقاً كموظف في وزارة الصحة التركية وهو الرئيس الحالي لاتحاد الجالية السورية في اسطنبول. عمل سابقاً مستشاراً لوزير الصحة في الحكومة السورية المؤقتة وهو مؤسس الاتحاد السوري ومنظمة التعاون.

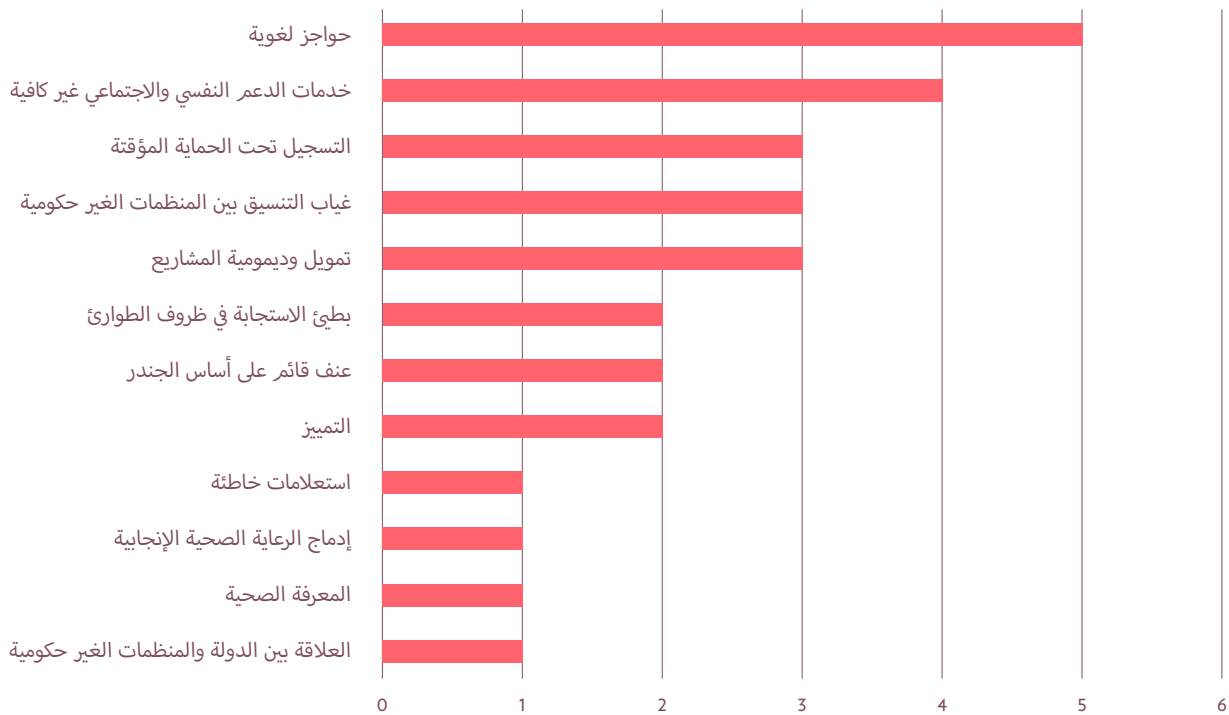
تمت دعوة المشاركين الخمسة لتقديم عروض من وجهات نظر مختلفة. وتلت العروض تعليقات ومناقشات من المشاركين. وتم تشجيع المشاركين على تقديم مداخلات حول مشاريعهم وتجاربهم فيما يتعلق بالعروض وكذلك نظام الرعاية الصحية ووصول اللاجئات الى الرعاية الصحية بشكل عام .

في الجزء الأول من ورشة العمل ركز المشاركون على الحواجز والمشاكل المستمرة التي يواجهها اللاجئون السوريون بشكل عام واللاجئات بشكل خاص للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وفي الجزء الثاني، ركز المشاركون على مسألة العنف الجندري وناقشوا المشاكل العامة في تركيا للتصدي ومنع العنف الجندري بالشكل الكاف، وكذلك الصعوبات المحددة التي تواجهها اللاجئات في الوصول إلى الأحكام.

المشاكل الرئيسية في الوصول الى النظام الصحي والخدمات

الحواجز في النظام

في بداية ورشة العمل طُلب من المشاركين تحديد التحديات الرئيسية التي تواجه اللاجئات السوريات عند محاولتهن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. يوضح الشكل رقم 4 التحديات المختلفة التي ذكرها المشاركون. وهذا التمرين قد سلط الضوء على التداخلات والقواسم المشتركة في تصورات المشاركين للعقبات. كما كانت الجولة التمهيدية بمثابة مدخل لمناقشات ورشة العمل. وقد اعتمدنا في هيكلة هذا التقرير على التحديات التي ذكرها المشاركون خلال هذا التمرين بشكل جزئي وكذلك على العروض التقديمية والمناقشة بشكل عام.



الشكل رقم 4 نظرة عامة على التحديات التي ذكرها المشاركون عندما طُلب منهم تحديد تحدي رئيسي يواجهه السوريون في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وقد حدد بعض المشاركين أكثر من تحدٍ في ردودهم.

التسجيل

يعد التسجيل تحت الحماية المؤقتة المشكلة الأساسية التي تؤثر على وصول اللاجئين إلى الخدمات. وهي : أن يكون لدى اللاجئين السوريين الذين يطلبون الخدمات الطبية وثيقة الحماية المؤقتة أو على الأقل وثيقة تسجيل تثبت أنهم بصدد التقدم بطلب للحصول على الحماية المؤقتة. وذكر المشاركون في ورشة العمل أن اللاجئين المسجلين وغير المسجلين يواجهون المشاكل ذاتها في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بسبب العمليات البيروقراطية. فقد تبين أن المديرية العامة لإدارة الهجرة والمديريات الإقليمية لإدارة الهجرة (PDMM) تؤثر على وصول اللاجئين إلى خدمات الرعاية الصحية. ووفقاً لجمعية YUVA، فإن العديد من اللاجئين السوريين ينتقلون من المحافظات التركية الجنوبية الحدودية إلى اسطنبول أو يعبرون الحدود الجنوبية ويتجهون مباشرة إلى اسطنبول لأسباب اقتصادية وشبكاتهم الاجتماعية القائمة في اسطنبول. ومنذ أواخر عام 2017، تم إيقاف تسجيل اللاجئين السوريين في اسطنبول بسبب العدد الكبير من اللاجئين الموجودين (558,805)[17] مما يضغط على المؤسسات الخدماتية و وقدراتها ولذلك لا يستطيع اللاجئون المسجلون في المقاطعات الأخرى الذين ينتقلون إلى اسطنبول نقل تسجيلهم إلى اسطنبول. بالإضافة إلى ذلك، يواجه اللاجئون الذين تقدموا بطلبات تسجيل تحت الحماية المؤقتة قبل توقف التسجيل، فترات انتظار طويلة بين تسجيلهم الأولي والحصول على وثائق الحماية المؤقتة. وبذلك تؤثر هذه الفترة على قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الأساسية.

عدد اللاجئين غير المسجلين موضوع متنازع عليه مع تقارير وخبراء مختلفين يقدمون أرقاماً مختلفة. فقد أفاد أعضاء جمعية YUVA أنه في تقييم الاحتياجات الذي اجروه فإن ٪ 13 من اللاجئين الذين شاركوا في التقييم هم غير مسجلين تحت الحماية المؤقتة.[18]

يشمل التوقف عن تسجيل اللاجئين السوريين تحت الحماية المؤقتة بعض الاستثناءات من ضمنها النساء الحوامل والأشخاص الذين يعانون من حالات طبية خطيرة والأطفال حديثي الولادة. ويتعين على الأشخاص الذين يعانون من حالات طبية تقديم تقرير طبي إلى دائرة الهجرة العامة او في المحافظات لإثبات حالتهم لبدء وتسريع عملية التسجيل. نظراً لأن اللاجئين غير المسجلين ليس لديهم أرقام هوية أجنبية التي تبدأ بالأرقام 99،[19] فلا يمكنهم حجز موعد في المشافي الحكومية عبر الإنترنت أو عبر استخدام نظام المواعيد الهاتفية لأجل تلقي تشخيص من أخصائي. كمقدمي الرعاية الصحية الأولية، لا تملك المراكز الصحة للمهاجرين إذناً بإصدار تقارير صحية متخصصة. وفقاً لأوزليم تشولاك من جمعية YUVA، هنا يتحول الوضع إلى «حلقة مفرغة» لأن اللاجئين الأكثر احتياجاً لخدمات الرعاية الصحية قد يعانون للوصول لهذه الخدمات.

يرتبط وصول اللاجئين السوريين إلى الرعاية الصحية بالولاية التي تم تسجيلهم فيها، حيث يمكنهم في معظم الحالات استخدام خدمات الرعاية الصحية فقط في تلك المحافظة. وفقاً لقانون الحماية المؤقتة، يمكن للاجئين المسجلين في إحدى الولايات استخدام خدمات الطوارئ والمراكز الصحة للمهاجرين في ولاية أخرى. ويعتمد هذا الاستخدام على المشافي والموظفين. وذلك بسبب القيود المفروضة على استخدام خدمات الرعاية الصحية خارج محافظات تسجيلهم، وقد أوضحت الدكتورة ماردين أن العاملين في مجال الرعاية الصحية يصبحون حراس بوابات لحركة اللاجئين وتنقلهم.[20] كما يطلب من اللاجئين السوريين تحت الحماية المؤقتة الذين يرغبون في تغيير المحافظة التي سجلوا فيها تقديم دليل يوضح أسباب الانتقال (على سبيل المثال، الانتقال لأغراض تعليمية أو طلب علاج طبي). وكما ذكرنا سابقاً، لا يستطيع اللاجئون الذين انتقلوا إلى مقاطعة أخرى للانضمام إلى أفراد الأسرة أو لأسباب اقتصادية تغيير تسجيلهم وهذا يشكل عقبة رئيسية أمام تمتعهم بحقهم الكاملة في الوصول إلى الرعاية

17 الجمهورية التركية وزارة الداخلية إدارة الهجرة صفحة الإحصاءات، إحصاءات "الحماية المؤقتة"، تم مراجعتها في 26 تشرين الثاني 2018 http://www.goc.gov.tr/icerik6/geci- ci-koruma_363_378_4713_icerik

18 Çolak et al., Yerinde Erişim Projesi Değerlendirme.

19 السلطة التركية تخصص لكل شخص مسجل سواء كان تحت الحماية المؤقتة أو الحماية الدولية أو كمقيم رقم هوية يبدأ ب 99.

20 Mardin, "Right to Health and Access."

الصحية.

كما يواجه اللاجئون تحت الحماية المؤقتة أو الحماية الدولية[21] الذين يتقدمون بطلب إلى دائرة الهجرة المحلية للانتقال إلى محافظة أخرى لتلقي العلاج الطبي غير المتاح في المحافظة التي يعيشون فيها الكثير من الصعوبات. ووفقاً للدكتورة ماردين، فإن الحصول على موافقة النقل أمر صعب ويتطلب فترات انتظار طويلة. وأوضحت أن التأخير قد يؤثر على فعالية العلاج الطبي عند تلقيه.

رد بطيء

خلال مناقشات ورشة العمل، ورد عدة مرات موضوع بطئ استجابة الحكومة لوجود اللاجئين من حيث تكييف النظام أو تنفيذ آليات الطوارئ لمواجهة الهجرة الجماعية. وخاصة في أوقات الأزمات والكوارث فإن قطاع الرعاية الصحية هو القطاع الرئيسي حيث يجب أن تكون الاستجابة السريعة ضرورية. ووفقاً للدكتورة ماردين فإن نظام الرعاية الصحية الوطني التركي لم يكن مستعدًّا لطبيعة النزاع طويل الأمد في سوريا وللعدد الكبير من المرضى الإضافيين. كما أضاف الدكتور حامد أغلو معلقاً بأن طبيعة النزاعات طويلة المدى لم تكن متوقعة لذلك يجب الإشادة بجهود الحكومة التركية في ضوء حجم وضع اللاجئين.

وبشكل عام فقد شهد نظام الرعاية الصحية الوطني التركي تغييرات في السنوات الأخيرة. تحاول وزارة الصحة من خلال هذه التغيرات تحويل التركيز نحو الرعاية الوقائية وذلك من خلال تطوير مستوى الرعاية الأولية، ولكن بشكل عام يتبع النظام مقاربة قائمة على الأمراض. وفي حالة الهجرة الجماعية قد يؤدي هذا النهج إلى مشاكل طويلة الأمد تتعلق بالصحة العامة بسبب الحالات الطبية المزمنة الموجودة مسبقاً والتي يجب على نظام الرعاية الصحية التعامل معها الآن.[22]

بالإضافة إلى الإصابات المرتبطة بالحرب وقضايا الصحة النفسية والأمراض الموجودة مسبقاً فإن معالجة اللاجئين زادت الضغط على البنية التحتية للرعاية الصحية.

وبسبب الاستجابة البطيئة، ظهرت فجوات عامة في نظام الرعاية الصحية لجميع المستفيدين (مواطنين الأتراك واللاجئين على حد سواء).[23] وقد أدى العدد الكبير من المرضى الإضافيين إلى تفاقم الفجوات الموجودة في نظام الرعاية الصحية. ومن هنا يتأثر العاملون في الخطوط الأمامية بكل من الفجوات الموجودة والضغط المتزايد على نظام الرعاية الصحية. ويواجه العاملون في القطاع الطبي مشاكل متعلقة بالعمل قد تؤثر على ارتباطهم باللاجئين، مثل ساعات العمل الطويلة والعمل الزائد. وعندما تقترن هذه الأمور بالحواجز اللغوية تؤثر على علاج المرضى اللاجئين. العاملون في المستشفى أيضاً لهم تأثير على وصول اللاجئين إلى الخدمات الصحية في حين أن القانون ينظم حصول اللاجئين السوريين على الرعاية الصحية إلا أن تطبيق التشريعات في المشافي يختلف حسب المستشفى. وفي هذا الصدد، فإن التميز العنصري ضد اللاجئين ونقص المعرفة بالتشريعات الحالية وحتى في بعض حالات قد تفرض المشافي رسوماً مقابل الخدمات المجانية وهذه من المشاكل الكبيرة التي تم ذكرها أثناء ورشة العمل.

وقد تتمثل الفجوة الإضافية التي تؤثر على اللاجئين في انخفاض عدد الصيدليات التي تتعاون مع دائرة الهجرة منذ عام 2014. حيث تقوم الصيدليات التي تشارك في البرنامج بإرسال الفواتير إلى دائرة الهجرة لتغطية القسم الأكبر من تكلفة الأدوية الموصوفة بينما يساهم اللاجئون بنسبة مادية صغيرة من تكلفة هذه الأدوية. كما أشارت الدكتورة ماردين، إن انخفاض عدد الصيدليات المتعاونة يشكل عبئاً أكبر على

21 الحماية الدولية مشمولة في قانون الأجانب والحماية الدولية (قانون 6458). اللاجئون تحت الحماية الدولية هم أشخاص قدموا طلب لجوء وحصلوا على صفة اللاجئ المشروط على أساس خوف مبرر وحقيقي من الاضطهاد.

22 وفقاً لتقييم الاحتياجات الذي أجرته جمعية YUVA، 34٪ من جميع الأسر التي شاركة بالتقييم ذكرت اصابتها بأمراض مزمنة. ونصف الأسر التي لديها أفراد يعانون من أمراض مزمنة لا يمكنهم الحصول على الأدوية اللازمة. انظر إلى Çolak et. al

23 كمثال تحاول وزارة الصحة نقل الدعم النفسي والاجتماعي إلى مراكز مجتمع الصحة النفسية ومع ذلك هذا النقل يحدث بوتيرة محدودة والكثير من الخدمات النفسية والاجتماعية تقتصر على الرعاية النفسية في مستشفيات معينة.

اللاجئين بسبب عدد الصيدليات المستعدة لملىء الوصفات الطبية الخاصة بهم.

و فيما يتعلق أيضا بالفجوات التي تؤثر على اللاجئات بشكل محدد، فقد أبرز المشاركون في ورشة العمل وجود تباينات كبيرة في أحكام الرعاية الصحية النفسية والرعاية الصحية الإنجابية ودعم الناجيات من العنف الجندري. وفقاً للمشاركين تمثل الصحة الإنجابية بشكل خاص خطراً متفاقماً في ظروف الهجرة القسرية، مما يؤثر على معدلات وفيات الأمهات والرضع.[24] و سوف تطرح مشاركة المشاركين بخصوص هذه الفجوات المحددة بشكل أعمق في الأقسام التالية.

اللغة و المعلومات الخاطئة

محو الأمية الصحية ومعرفة نظام الرعاية الصحية

يواجه اللاجئون مشاكل كبيرة في استخدام خدمات الرعاية الصحية أو الوصول إلى معلومات حول خدمات الرعاية الصحية المتاحة بسبب عدة عوامل منها : اختلافات في ثقافة المرضى في تركيا مقارنة بسوريا والعمليات الإدارية والحواجز اللغوية. وتتضمن المعضلات الرئيسية مشاكل في استخدام نظام مواعيد المشافي للحصول على موعد والتحديات التي يواجهها اللاجئين في توجيه أنفسهم في بيروقراطية نظام المشافي. ويصبح هذا الأمر أكثر تعقيداً في الحالات التي يتوجب على اللاجئين الحصول على تقرير طبي يوضح وجود إعاقة أو تحديد الجراحة أو العلاج الضروري. وقد تطرق العديد من المشاركين في ورشة العمل إلى هذه القضايا من زوايا مختلفة خلال المناقشات. ويمكن تلخيص التعليقات بكلمات من أزليم تشولاك:

> لا ينبغي لنا أن نرى الموضوع على أن [اللاجئين السوريين] ليس لديهم أي معرفة بنظام الرعاية الصحية بل إنهم لا يعرفون كيفية توجيه أنفسهم وإلى أين يذهبون [وكيفية] الوصول إلى الخدمات عندما يريدون الذهاب إلى المستشفى. فمن الممكن أن هذا الشخص قد ذهب إلى المشفى مرة واحدة من قبل. فليس الأمر أنهم لم يحاولوا الذهاب إلى المستشفى. بل إنهم قد يذهبون إلى هناك ويفقدون طريقهم ولا يعرفون ماذا يمكنهم فعله. حاولوا مرة واحدة أو مرتين ثم استسلموا عند المحاولة الثالثة وفقدوا الأمل بالوصول إلى الخدمة أو العلاج أو الفحص.

كما سلطت تشولاك الضوء على قضية حاسمة يمكن أن يكون لها آثار طويلة المدى على صحة اللاجئين و تأثير كبير على المدى الطويل على نظام الرعاية الصحية التركي بشكل عام نظراً لأن خطر الإصابة بأمراض مزمنة وأمراض خطيرة بسبب عدم الحصول على العلاج أو عدم كفاية العلاج، يشكل تحديات مستقبلية لنظام الرعاية الصحية. علاوة على ذلك، فإن العوائق التي تحول دون تلقي الرعاية الصحية المطلوبة بشكل كاف تزيد من معدلات وفيات اللاجئين.

ونظراً لأن اللاجئين غير متمرسين بنظام الرعاية الصحية في تركيا، ففي الكثير من الحالات يعتمدون على توجيهات من منظمات غير حكومية أو توجيهات من الأصدقاء أو المعارف لتوجيه أنفسهم. وتلعب المنظمات الغير حكومية في اسطنبول دوراً رئيسياً في دعم اللاجئين حيث تمكن اللاجئين من التمتع بحقهم في الوصول للخدمات الأساسية.

وفي الحالات التي يكون فيها اللاجئين قادرين على الحصول على موعد مع الأخصائي المطلوب فهم في كثير من الأحيان غير راضيين عن التشخيص الذي يتلقونه. وقد أوضحت الدكتورة ماردين أن هذا يعود إلى الاختلافات في ثقافة المريض. ويشكو العديد من المرضى اللاجئين أنهم غير قادرين على فهم التشخيص بشكل صحيح أو لا يثقون بالتشخيص. وفي بعض الحالات، لا يتابع المرضى اللاجئون العلاج مع نفس الطبيب أو لا يتبعون العلاج الموصوف. وهكذا تؤثر الاختلافات في ثقافة المريض على معرفة المرضى الصحية وثقتهم في الأطباء كسلطات طبية واستعدادهم للالتزام بالعلاج الطبي الموصوف.

24 انظر إلى Hatice Kahyaoğlu Süt, "Suriye'den Göç Eden Kadınlar ve Üreme Sağlığı Sorunları," Sağlık ve Toplum 21, no. 1 (2017).

اللغة

يمثل حاجز اللغة ونقص خدمات الترجمة في المرافق الصحية تحديات كبيرة للاجئين ومقدمي الرعاية الصحية. ويشمل قانون الحماية المؤقتة فقرات تذكر أن خدمات الترجمة ستتاح للاجئين (المادة 31) لكن هذا البند لم يتم تفعيله بعد.[25] وفي محاولة لتجاوز حاجز اللغة يطلب اللاجئون من الأصدقاء الترجمة عبر الهاتف إلى مرافقتهم في المواعيد الطبية. ومع ذلك يرفض العديد من الأطباء قبول الترجمة عبر الهاتف لأنهم يخشون أن تتم ترجمة المعلومات بشكل خاطئ أو سيء. وقد لوحظ خلال ورشة العمل أن اللغة ليست مشكلة تتعلق بالتواصل مع الطاقم الطبي فحسب بل وأيضاً أثناء حجز موعد باستخدام نظام المواعيد.[26] فالحواجز اللغوية لا تشكل مشكلة فقط بسبب ترجمة المصطلحات الطبية ولكن أيضاً فيما يتعلق بالتعامل مع بيروقراطية نظام الرعاية الصحية.

وكما ذكرنا سابقاً، فإن أغلبية اللاجئين السوريين هم من النساء والأطفال والعديد من النساء يعملون لتسهيل وصول أفراد أسرهم إلى خدمات الرعاية الصحية. فوفقاً لأوزغول كابتان من KADAV، فإن الحواجز اللغوية لا تزال قائمة بالنسبة للنساء لأن العديد من النساء لا يتمتعن بحياة اجتماعية خارج دائرة أسرهن. على الرغم من توفر دورات اللغة فقد يصعب على النساء الانضمام إذا لم يكن هناك دعم لرعاية أطفالهن. وذكرت كابتان في ورشة العمل «من ناحية، يجب ألا ننسى أن النساء يأخذن الأطفال إلى الطبيب. لذلك فإن عبأهم هو أكثر بكثير في هذا الصدد. لذلك تحتاج النساء إلى دعم خاص فيما يتعلق بالتدريب اللغوي.» كما أوضحت أن KADAV كجزء من عملها مع النساء تحاول التركيز على تحديد مفردات متعلقة بالقضايا الصحية أو المواقف اليومية الأخرى الضرورية في محاولة لمساعدة المستفيدات من برامجهم في تعاملهن مع البيروقراطية وحالات أخرى.[27]

أنماط تمييز متقاطعة

ناقش المشاركون في ورشة العمل الحواجز الهيكلية التي يواجهها اللاجئون عند استخدام خدمات الرعاية الصحية كنماذج لتقاطع التمييز ضد اللاجئين. فيمكن أن تتقاطع العقبات البيروقراطية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مع العنصرية تجاه اللاجئين و/أو التمييز القائم على نوع الجنس ضد اللاجئات. بالإضافة إلى ذلك قد تتقاطع العقبات التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مع العوائق التي تحول دون دخول سوق العمل الرسمي لأن اللاجئين قد يتعرضون لظروف عمل غير صحية وغير آمنة.

وقد أوضحت الدكتورة ماردين اعتماداً على دراستها حول وصول اللاجئين السوريين في تركيا إلى الرعاية الصحية[28]، أن نظام الرعاية الصحية مصمم للأشخاص الذين يفهمون النظام ويعيشون في سكن ثابت وقادرين على توصيل احتياجاتهم بلغة البلد. فقد تؤثر ظروف المعيشة وظروف العمل والوصول والحق في العمل والوضع القانوني جميعها على حياة اللاجئين السوريين اليومية و حصولهم على الموارد. ونقلاً عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[29]، عرَّفت الدكتورة ماردين «الفقر كحالة إنسانية تتميز بالحرمان المستمر أو المزمن من الموارد والقدرات والخيارات والأمن

25 قامت وزارة الصحة بتدريب 960 دليلًا بلغتين (التركية والعربية) للنظام الصحي بهدف توزيعهم في المستشفيات في جميع أنحاء تركيا. سوف يساعدون اللاجئين على توجيه أنفسهم داخل المستشفيات. حتى الآن تم تعيين 511 دليل نظام صحي للاستعلامات في المستشفيات الرئيسية في جميع أنحاء تركيا.

26 تم تعديل نظام الحجز عبر الإنترنت في أواخر عام 2018. تم إضافة اللغة العربية والروسية إلى التركية والإنجليزية الموجودة سابقاً

27 تؤثر التشريعات الحكومية الحديثة على قدرة المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية على تقديم دورات لغة. تشترط التشريعات على منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية الحصول على إذن رسمي لتوفير التدريب اللغوي. يمثل التغيير في السياسة عقبة رئيسية أمام المنظمات غير الحكومية في مجال تعليم اللغة.

28 Mardin, "Right to Health and Access."

29 لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية هي هيئة تضم 18 خبيراً مستقلاً تشرف على تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من قبل الدول الأعضاء في الأمم المتحدة. مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ، "لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" ، مراجعة 26 تشرين الثاني 2018، https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx

والسلطة اللازمة للتمتع بمستوى معيشي لائق وغيره من الحقوق المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية». وقد تؤثر هذه الأشكال الهيكلية التمييزية بشدة على وصول اللاجئات إلى الموارد والخدمات الأساسية.

كما تشكل العنصرية ضد اللاجئين بالإضافة إلى الحواجز الهيكلية مشكلة كبيرة تؤثر على حصولهم على حقوقهم الأساسية. فإن المنظور السلبي لدي أفراد المجتمع المضيف للاجئين مثل الرأي القائل بأن اللاجئين يجلبون الأمراض أو يؤثرون سلباً على النظام الصحي واسعة الانتشار وتساهم في التمييز ضد اللاجئين. فقد يتعرض اللاجئون للتمييز في المستشفيات حيث يرفض الموظفون معالجة ملفاتهم أو معالجتهم حتى لو أن التشريعات القانونية تضمن ذلك كحق أساسي لهم. ووفقاً للدكتورة ماردين يعمل العاملون في الرعاية الصحية كحراس بوابات يؤثرون على كيفية تلقي اللاجئين للعلاج الطبي اللازم. ويمثل التمييز مشكلة خاصة بالنسبة لموضوع الصحة الإنجابية للمرأة لأن النساء الحوامل و/أو اللواتي ممكن أن يتعرضن لمضاعفات خلال الولادة قد يواجهن صعوبات في تلقي العلاج المناسب. وهذه الممارسات تؤثر على معدلات وفيات الأمهات والرضع.

بالإضافة إلى التمييز الذي قد يواجهه اللاجئون عند التماس خدمات الرعاية الصحية، فإن تأثير الاندماج غير الرسمي للعمال من اللاجئين السوريين واللاجئين بشكل عام في تركيا قد يكون له آثار سلبية على ظروفهم الصحية. فقد تؤثر الحواجز المرتبطة بالتوظيف الرسمي على حصول اللاجئين على حقوقهم العمالية خاصة فيما يتعلق بإصابات العمل والإجازات المرضية. فمنذ العام 2016 أصبح من الممكن أن يحصل اللاجئون السوريون على تصريح عمل بموجب قانون الحماية المؤقتة لكن العملية طويلة ويجب على أرباب العمل التقدم بطلب للحصول على تصريح العمل في معظم الحالات. ولذلك فإن العديد من أرباب العمل يترددون في التقدم بطلب للحصول على تصاريح عمل للموظفين اللاجئين لأن تكاليف توظيفهم بشكل غير رسمي أقل بكثير. و تعتبر هذه الحواجز الهيكلية شكلاً من أشكال التمييز التي تؤثر على فرص اللاجئين في الوصول إلى الخدمات والحقوق.[30]

أوضحت الدكتورة ماردين أن إصابات العمل تشكل مشكلة كبيرة للاجئين السوريين وغير السوريين، حيث يخشى أرباب العمل من أن يبلغ الموظف المصاب في المستشفى أنه تعرض لإصابة عمل. فإذا تم تقديم تبليغ من هذا النوع فسيواجه صاحب العمل تهماً وغرامات مقابل توظيفه للاجئين بشكل غير رسمي. كما أوضح الدكتور حامد أغلو على أن اندماج اللاجئين في سوق العمل غير النظامي يؤثر على وصولهم إلى الخدمات الصحية. وقد يؤخر اللاجئون طلب العلاج الطبي بسبب خوفهم من فقدان عملهم إذا أخذوا إجازة. وهذا قد يؤدي إلى تفاقم الحالة الصحية وزيادة العبء على اللاجئين ونظام الرعاية الصحية على المدى الطويل.

بالإضافة إلى العوائق التي تواجه جميع اللاجئين لدخول سوق العمل الرسمي فقد أبرز العديد من المشاركين في ورشة العمل أن اللاجئات يتعرضن للاستغلال في سوق العمل ويواجهن مخاطر أكبر كالتعرض للتحرش الجنسي في مكان العمل. وغالباً ما تعمل اللاجئات في ظروف عمل غير رسمية وغير مستقرة وقد يستفيد أصحاب العمل من حاجة النساء اللاجئات لضمان عيش أسرهن. ويمثل هذا العنف القائم على النوع الاجتماعي انتهاكاً لحقوق الإنسان الأساسية للمرأة وله آثار هائلة على صحة المرأة.

30 بناءً على أرقام المعلنة من قبل وزارة العمل والأسرة والخدمات الاجتماعية لعام 2016 تم إصدار 13284 تصريح عمل للاجئين السوريين. تم دمج وزارة العمل والضمان الاجتماعي مع وزارة الأسرة والسياسات الاجتماعية في 9 يوليو 2018. انظر الجريدة الرسمية .http://www.resmi-gazete gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskil-er/2018/07/20180709m3.htm&main=http://www.resmigazete.gov. tr/eskiler/2018/07/20180709m3.htm.
تاريخ الوصول 26 تشرين الثاني 2018.

غياب الخدمة والاهتمام بالدعم النفسي الاجتماعي

وفقاً لقانون الحماية المؤقتة يمكن للاجئين استخدام خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية. ومع ذلك فإن القانون لا يحدد بوضوح إمكانية الوصول إلى الدعم النفسي والاجتماعي.[31] ويقترن هذا الغياب الواضح بارتفاع معدل انتشار مشاكل الصحة النفسية بين اللاجئين السوريين والغياب المتزامن للخدمات الشاملة التي تعالج هذه القضية.[32] أوضحت تشولاك أن هناك ثلاثة مستشفيات رئيسية مخصصة للرعاية النفسية في اسطنبول وليس لدى أي منها طاقم طبي يتحدث اللغة العربية كما لا تقدم خدمة الترجمة الفورية. وتعتمد المنظمات غير الحكومية الناشطة في دعم اللاجئين على إحالة المستفيدين من اللاجئين الذين يبحثون عن الدعم النفسي والاجتماعي إلى المنظمات غير الحكومية الأخرى التي تقدم هذه الخدمات. فقد أوضحت تشولاك أنه «بشكل عام، هناك عدد قليل جداً من المصادر التي يمكننا الرجوع إليها للأشخاص الذين يحتاجون علاج محدد متخصص أكثر فيما يتعلق بالصحة النفسية أيضا». بالإضافة إلى ذلك لا يتم تدريب متخصصي الرعاية الصحية في تركيا على التعامل مع السكان اللاجئين بشكل عام ولا سيما قضايا الصحة النفسية المتعلقة بالهجرة القسرية والصدمات النفسية. وقد أوضح المشاركون من منظمة YUVA أن عدداً كبيراً من اللاجئين السوريين الذين شاركوا في استطلاع YUVA قالوا أنهم يعانون من مشاكل الصحة النفسية ولكن عدداً قليلاً جداً منهم كانوا يتلقون العلاج.[33] وهكذا من المهم تطوير استجابة سريعة وفعالة للعدد الكبير من اللاجئين الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية بما في ذلك الصدمات النفسية والاكتئاب.

كما ذكر المشاركون أن نقص الطبيبات النفسيات - وخاصة الطبيبات النفسيات السوريات - في تركيا يمثل فجوة كبيرة في نظام الرعاية الصحية. وقد تحدث الدكتور محمد دندل وهو طبيب نفسي عن إمكانية دمج النساء السوريات المتخصصات في مجال الصحة النفسية في النظام الصحي و دمجهن في نظام الرعاية الصحية التركي:

> هناك عدد كبير ممن يريدون المجيء [إلى تركيا]: أطباء نساء ورجال. وقد تحدثت إلى الكثيرين حول إنشاء مبادرات تتعلق بالصحة النفسية. وكانت لدينا فكرة عن إجراء تدريب منهجي بحيث على سبيل المثال نقوم بتدريب عدد من أطباء الأطفال و النسائية حتى يتمكنوا من التعامل مع جانب الصحة النفسية المتعلق بالأطفال أو النساء وخاصة اكتئاب ما بعد الولادة [وخاصة] في المناطق التي لا يوجد فيها أطباء نفسيون وهي العديد من المحافظات...[34]

31 كجزء من التعديلات على قانون الحماية المؤقتة في عام 2018 (16 آذار 2018) تم تضمين الدعم النفسي الاجتماعي بموجب المادة 27 (5 ،ا): "الخدمات النفسية والاجتماعية التي يتعين تقديمها للأشخاص المستفيدين من الحماية المؤقتة سيتم تنفيذ [بالتعاون] مع شركاء حل الدعم والتي تم تحديدها أيضاً في خطة التدخل في حالات الكوارث في تركيا التي نشرتها وزارة الأسرة والسياسات الاجتماعية في الجريدة الرسمية رقم 28871 بتاريخ 2014/1/3. "

32 انظر الى Gökay Alpak et al., "Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study," International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 19, no. 1 (2015); S. Al-Nuaimi et al., "Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey," Comprehensive Psychiatry 80 (2018); Mehmet Karadağ et al., "Our experience with Syrian refugee patients at the child and ado- lescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey," International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 22, no. 2 (2018): 157-159.

33 Çolak et al., Yerinde Erişim Projesi Değerlendirmesi.

34 أوضح الدكتور دندل أنه كان جزءاً من مبادرة مماثلة في سوريا قبل الحرب لتدريب أطباء طب عام وأطباء النساء وأطباء الأطفال في المناطق الريفية على تحديد قضايا الصحة النفسية الخفيفة والتعامل معها بسبب غياب الأطباء النفسيين في هذه المناطق.

هناك جانب آخر ذكره المشاركين في ورشة العمل وهو وصمة العار الاجتماعية المتعلقة بقضايا الصحة النفسية حيث يُنظر إلى البحث عن خدمات الصحة النفسية على أنه أمر مخزٍ. وأوضحت علا مروة مسؤولة الحماية في منظمة «نساء الآن من أجل التنمية» أن متابعة علاج مشاكل الصحة النفسية لا تعتبر أولوية قصوى بالنسبة للعديد من اللاجئين لأن الاحتياجات الأساسية الأخرى مثل السكن والدخل والتغذية تعد أكثر إلحاحاً. لذلك يؤجل اللاجئون استخدام العلاج أو لا يتطرقون إلى العلاج على الإطلاق.

كما أوضحت تشولاك أن بعض المشاركين في تقييم الاحتياجات الذي أجرته YUVA قالوا إنهم لم يطلبوا الدعم النفسي والاجتماعي لأنه يعتبر غير مناسب ثقافياً. بالإضافة فقد لا يحاول العديد من اللاجئين السعي إلى الدعم النفسي بسبب عدم إدراكهم لمشاكل الصحة النفسية أو الأماكن التي تقدم الخدمات:

> من الضروري أن تكون هناك معرفة [بأعراض الصحة النفسية] لتحديد المشكلة كمشكلة أولاً مثل: القلق والخوف والحزن، والتي تؤثر دائماً على الحياة اليومية. ونظراً لعدم وجود معلومات يتعين على [اللاجئين] تحديد تجربة الأشخاص. إذا كانت هذه المعلومات غير متوفرة فإنها تصبح جزءاً من حياتهم، وإذا لم يروا أنها مشكلة [مشكلة الصحة النفسية] وإذا كانت حالتهم ليست متطرفة إلى درجة يجب عليهم دخول مؤسسة للأمراض النفسية فلن يبحث الناس عن حل لهذه المشكلة. بسبب وجود معلومات غير كاملة أو معدومة ترتبط بهذا الجانب.

وبالمثل، أكدت الدكتورة ماردين على وجوب تلبية الاحتياجات غير المتوقعة وليس فقط الاحتياجات المدركة. وسلطت الضوء على الضغوط التي يفرضها الغموض المزمن على الصحة النفسية للاجئين. فقد تؤدي العزلة الاجتماعية والاستغلال في سوق العمل إلى القلق والاكتئاب. ولمعالجة القضايا النفسية والاجتماعية التي يواجهها اللاجئون من الضروري أيضاً معالجة الطابع المؤسسي لوضعهم المؤقت الذي يتعامل معه اللاجئون السوريون وغير السوريون . فقد يؤثر عدم اليقين الهيكلي على الإمكانيات الاقتصادية والتعليمية للاجئين وحصولهم على الموارد والتخطيط الطويل الأجل لأنفسهم ولأسرهم .

وقد أبرز المشاركون في الورشة باختصار الحواجز المتعددة التي يواجهها اللاجئون السوريون في تلقي العلاج النفسي. وتتراوح هذه الحواجز بين حواجز النظام الصحي ونقص المعرفة لدى اللاجئين و التقليل من أهمية قضايا الصحة النفسية والوصم الاجتماعي للمشاكل النفسية.

الجوانب الجندرية للصحة النفسية

أكد المشاركون خلال ورشة العمل أن أعراض مشاكل الصحة النفسية منتشرة على نطاق واسع بين اللاجئات السوريات بما في ذلك اضطرابات الأكل والتغيرات في عادات الأكل والعزلة والخوف والحزن والغضب والقلق من بين أمور أخرى. وقد سلط الدكتور دندل الضوء على الحجم الهائل للمشكلة:

> من خلال عملي الفردي رأيت كوارث حقيقية للنساء. تبدأ في مجتمعاتنا كنساء معنفات في المجتمع السوري. ولكي نكون صادقين فقد كانت نسبة التعليم في المناطق الريفية منخفضة [وهناك] نقص في فرص العمل. لذلك نرى امرأة انتقلت من قرية صغيرة في ريف سوريا وهي الآن موجودة في اسطنبول. وفي بعض الأحيان تكون قد فقدت زوجها وهي الآن مسؤولة عن أطفالها وتعمل أحياناً في مصنع لمدة عشر ساعات لإعالة نفسها. لذلك يمكننا أن نتخيل حجم الكارثة لهؤلاء الأطفال، الأم شبه الأميّة التي تعمل عشر ساعات في اليوم لدفع أجرها وأكلها وشربها لأطفالها. (...) إذا جمعنا الظروف الأولية (حقوق المرأة المنتهكة في سوريا) وظروف الحرب وغياب خدمات الدعم النفسي والاجتماعي يمكننا أن نتخيل الكارثة.

كما أوضح الدكتور دندل أيضاً الآثار الاجتماعية لقضايا الصحة النفسية التي لم يتم معالجتها بشكل كافٍ مشيراً إلى أن آثار مشاكل الصحة النفسية تبقى لعدة أجيال:

(...) إن المرأة التي عانت من الصدمة وتعاني من الاكتئاب أو اضطراب ما بعد الصدمة ستترك علامات كارثية على الأطفال وبهذه الطريقة تنتقل عبر عدة أجيال. كما نعلم الآن أنه لا يزال هناك معاناة في أمريكا وأوروبا بسبب حرب فيتنام وحتى الحرب العالمية [الثانية] التي لا تزال لها تداعيات حتى هذه اللحظة. فإن هذه المشكلة تحدث في غياب الدراسات حول السوريين بالكامل والمعاملة التي يتلقاها الأطفال السوريون ومخاطر ذلك لعشرات السنين القادمة.

لا تقتصر الأحكام التي تركز على قضايا الصحة النفسية وخاصة الاستجابات الجندرية على المحدودية بل إن عدد النساء اللواتي يتلقين الدعم أقل بكثير من النساء اللاتي يعانين من مشاكل الصحة النفسية. ولذلك فإن تطوير مبادرات موجهة إلى المرأة على وجه التحديد سيساعد العديد من الأطراف المختلفة بما في ذلك كل من النساء اللاتي يعانين من مشاكل الصحة النفسية وكذلك المجتمع السوري والتركي على المدى البعيد.

الصحة الإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي

الفجوات في الرعاية الصحية الإنجابية

مع تحديد وصول اللاجئين إلى خدمات الرعاية الصحية، فإن قانون الحماية المؤقتة لا يتضمن الإشارة إلى خدمات الصحة الإنجابية. وهنا تلعب المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدولية والوطنية غير الدولة دوراً رئيسياً في تعزيز الوصول إلى الصحة الإنجابية وزيادة الوعي بضرورة جعلها جزءاً من خدمات الرعاية الصحية الوطنية. وضمن هذا المجال يواصل صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعوة إلى قيام وزارة الصحة والحكومة التركية بدمج خدمات الرعاية الصحية الإنجابية في خدمات الرعاية الصحية الوطنية. وأوضحت الدكتورة سيلين أورس ريهاني أغلو من صندوق الأمم المتحدة للسكان على أنه في حالات الحرب والهجرة القسرية تزداد الحاجة إلى الصحة الإنجابية، خاصة وأن خطر العنف الجنسي والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي قد يزيد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية.

ونظراً لأن أكثر من 46٪ من اللاجئين السوريين في تركيا من النساء والفتيات فإن الحاجة إلى الرعاية الصحية الإنجابية واضحة. فإن النساء والفتيات السوريات في سن الإنجاب معرضات بشكل خاص لخطر التعرض للعنف الجنسي. و يتمثل العنف الجنسي في شكل زيجات قسرية أو مبكرة وحالات حمل غير مرغوب فيها. وذكرت الدكتورة أورس ريهاني أغلو أن 15٪ على الأقل من النساء اللاجئات قد يتعرضن لمضاعفات أثناء الولادة أو يتعرضن للإجهاض وكذلك في حالات ولادة الخدج حيث يحتاج المواليد إلى علاج ومتابعة طبية.

ويوضح القسم التالي المشاكل التي تواجهها اللاجئات السوريات خلال مراحل الحمل المختلفة.

قبل الولادة

تعد الرعاية قبل الولادة مهمة لتحديد والمساعدة في تفادي المضاعفات في وقت لاحق من الحمل أو أثناء الولادة. كما أوضحت الدكتورة أورس ريهاني أغلو أنه في أي مجتمع هناك 15 من كل 100 حالة حمل قد لا تواجه الأم مشكلة أثناء الحمل ولكنها قد تعاني من مضاعفات أثناء الولادة تتطلب رعاية شاملة للتوليد. وإضافة إلى ذلك من المهم استهداف الفتيات القاصرات الحوامل على وجه الخصوص بسبب مخاطر صحية إضافية في حالات الحمل المبكر.[35]

كما أوضحت تشولاك أنه من بين الأمهات الحوامل أو الجدد اللواتي قابلتهن لم تخضع 48٪ من النساء اللواتي تمت مقابلتهن لفحوصات طبية أثناء حملهن. من بين 52٪ ممن خضعوا لفحوصات طبية، فالغالبية خضعن لفحوصات فقط في الأشهر الأخيرة من الحمل. كما أن هناك عدد أقل من النساء - من 52٪ - خضعن لمعاينة الطبيب في الشهر الرابع إلى السادس من حملهن أو في بداية حملهن.[36] ويقدم تقييم جمعية YUVA على الرغم من محدودية حجم العينة أمثلة على الثغرات الرئيسية في الوصول إلى رعاية كافية خلال مرحلة الحمل.

إن عدم تلقي رعاية طبية أثناء الحمل قد يعرض حياة الأمهات والرضع للخطر، وفي هذا الصدد من المهم للغاية زيادة الوعي وضمان وصول اللاجئات إلى خدمة شاملة في مرحلة ما قبل الولادة.

35 Çolak et al., Yerinde Erişim Projesi Değerlendirme Raporu.

36 Çolak et al., Yerinde Erişim Projesi Değerlendirme Raporu.

مساحات آمنة: نهج واحد لمعالجة مشاكل اللاجئات الصحية

«قد يكون من الصعب في العديد من المجتمعات، رؤية امرأة في المجال العام من وقت لآخر حيث أن هناك مساحة محدودة لتجتمع النساء. وتبعاً للعرف تعتبر رعاية الأطفال والطهي والأعمال المنزلية ورعاية الأسرة وما إلى ذلك مسؤولية المرأة. في حالة الأزمات يمكن إضافة أدوار أخرى مثل العمل في الخارج أو جلب الدخل أو العثور على المساعدة. بالرغم من ذلك تختار العائلات بشكل عام إبقاء فتياتهم في المنزل لحمايتهم وعدم السماح لهن بالخروج من المنزل كثيراً. ولهذا في بيئات الأزمات أصبحت الفتيات والنساء أكثر عزلة في هذا الوقت وأصبحن أكثر اعتماداً على المنزل.» (الدكتورة أورس ريهاني أغلو، صندوق الأمم المتحدة للسكان)

إن الهدف الرئيسي من برنامج المساحات الآمنة للنساء والفتيات (WGSS) في إطار صندوق الأمم المتحدة للسكان هو ضمان حصول النساء والفتيات على الرعاية الصحية ولا سيما حقوقهن وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك الرعاية خلال الحمل والولادة المؤمنّة والرعاية بعد الولادة وأساليب تنظيم الأسرة. كما ترفع WGSS الوعي بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وطرق منع الحمل.

وتستجيب WGSS أيضاً للعنف القائم على النوع الاجتماعي دون وصم النساء اللاجئات من خلال تقديم الدعم القانوني والنفسي والاجتماعي والطبي للناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي. وذلك من خلال توفير خدمات الحماية وزيادة الوعي لمنع العنف القائم على نوع الجنس. كما يوفر برنامج WGSS أماكن للنساء خارج منازلهن يكن فيها آمنين عاطفياً وجسدياً من العنف ولا يواجهن رقابة من مجتمعاتهن أو تمييز من المجتمع المضيف. ووفقاً للدكتورة أورس ريهاني أغلو فإن المشروع يهدف إلى مساعدة اللاجئات على التواصل مع النساء الأخريات وإنشاء شبكات من خلال توفير مساحة للتواصل الاجتماعي.

ويعمل حوالي 400 من مقدمي الخدمات بما في ذلك أطباء وممرضات وقابلات وعلماء نفس وأخصائيون اجتماعيون ومقدمي الرعاية الصحية في لWGSS.و أوضحت الدكتورة أورس ريهاني أغلو أنه في عام 2018، 34 مركز خدمات رعاية صحية ونفسية تعمل بالتعاون مع وزارة الصحة وتقدم خدمات مكملة لخدمة مراكز صحة للمهاجرين.

ويعمل مقدمو الخدمات مع وسطاء الرعاية الصحية من أجل تفعيل دور المرأة في المجتمع، فقد شرع الصندوق في برنامج يعمل مع وسطاء الرعاية الصحية داخل المجتمع السوري في جميع أنحاء تركيا. وعادة ما يكون الوسطاء من النساء اللواتي توجهن إلى المراكز وتلقين تدريباً داخل المراكز (التدريب في مجال خدمات الصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين وتنظيم الأسرة والدعم النفسي والاجتماعي). تعمل النساء كعاملات توعية وكجسور بين مجتمعهن والمركز.

كما تستجيب WGSS لحاجة اللاجئات للحصول على معلومات حول القضايا الصحية وتنظيم الأسرة والعنف القائم على النوع الاجتماعي وكذلك مساحة للنساء اللاجئات للانخراط في بيئة آمنة.

عند الولادة

ذكر العديد من المشاركين أن الوصول إلى خدمات الولادة يمثل مشكلة أساسية تواجه اللاجئات السوريات في اسطنبول وخاصة اللاجئات اللواتي يحملن بطاقة الحماية المؤقتة أو بطاقة الحماية المؤقتة الصادرة من محافظة أخرى. فبالنسبة للأمهات اللاجئات تعتمد الولادة في بيئة صحية على حصول الأم على بطاقة الحماية المؤقتة من المدينة التي تعيش فيها والتسجيل في المستشفى وحضور المواعيد مع أخصائي أمراض النساء والتوليد لضمان قدرتها على الولادة في المستشفى. النساء اللواتي لا يحملن بطاقة الحماية المؤقتة أو قيدهن في مدينة أخرى ليس لديهن خيار آخر غير الولادة في المستشفيات الخاصة (المكلفة) أو في المنزل. وتشكل النساء في الأشهر الأخيرة من حملهن الغير مسجلات تحت الحماية المؤقتة تحدياً كبيراً للمنظمات غير الحكومية التي تدعم اللاجئين نظراً لوجود غموض حول السلطة التي يجب التواصل معها لطلب تسجيل هؤلاء النساء بسرعة. ففي حالة عدم تسجيل الأم وولادتها في المنزل لن يكون لدى الطفل أي وثائق (بيان ولادة، إلخ) مما قد يؤدي إلى زيادة عدد الأشخاص من دون جنسية في المستقبل.

بالإضافة إلى ذلك، تواجه اللاجئات مشاكل فيما يتعلق بالولادة، لأنه غير مدرج في قانون خدمات الطوارئ الطبية. على هذا النحو يُتوقع من جميع النساء الحوامل التخطيط للمستقبل لضمان قبول المستشفى لهن عند الولادة. فتلجأ بعض النساء إلى غرف الطوارئ للولادة بسبب عدم كفاية المعلومات عن تشريعات الرعاية الصحية أثناء الحمل. وفي مثل هذه الحالات قد يوصي موظفو المستشفى بأن تعود المرأة الحامل إلى المستشفى قبل الولادة مباشرةً وإلا فسيتم فرض رسوم على الأسرة بسبب قبول المرأة الحامل كحالة غير طارئة.

كما يعد توافر البيانات حول معدلات وفيات الأمهات والرضع قضية أخرى للمنظمات غير الحكومية والمؤسسات العاملة مع اللاجئات. فقد أكدت الدكتورة ماردين على وجود بيانات عامة عن معدلات وفيات الأمهات والرضع من المواطنين الأتراك ولكن وزارة الصحة لا تشارك البيانات نفسها الخاصة باللاجئات. ففي الحالات التي تلد فيها مواطنة تركية في المنزل ويموت الرضيع تتولى مديرية الصحة المحلية التحقيق في الوفاة. ولكن في حالة اللاجئات من غير الواضح كيف وما إذا كانت نفس العملية تتبع. وكانت إحدى التوصيات التي قدمها الدكتور إلكير كايي من جامعة كوش أن المنظمات غير الحكومية ممكن أن تجري تشريح شفهي في هذه الحالة. فقد يساعد هذا المنهج على فهم تواتر الحوادث لمعالجة المشكلة.

بعد الولادة

نظراً لأن تسجيل الأمهات يؤثر على السرعة التي يتم بها تسجيل الأطفال الرضع فإن الأطفال الذين يحتاجون إلى متابعة طبية وعلاج سيواجهون مشاكل إذا لم يتم تسجيل أمهم. على المدى الطويل، لن يتمكن الأطفال غير المسجلين من الوصول إلى التعليم الرسمي أو غيره من الحقوق الأساسية.

وقد حدد المشاركون فجوة حاسمة أخرى داخل نظام الرعاية الصحية فيما يتعلق بالصحة النفسية للنساء اللاجئات. ووفقاً للدكتور دندل، من الضروري مراعاة تأثير اكتئاب ما بعد الولادة بين اللاجئات:

> نحن نتحدث عن عدد كبير من الولادات. ليس لدي أرقام، لكنهم ذكروا عدة آلاف. نعلم أنه 10٪ من الولادات، [الأمهات] سيعانين من اكتئاب ما بعد الولادة. لذلك قد نجد الآلاف من النساء اللواتي يعانين من اكتئاب مابعد الولادة دون تلقي علاج وهي أرقام محتملة.

كما نوقش سابقاً فإن الحصول على الرعاية الصحية النفسية وخاصة أشكال الدعم النفسي الخاصة بنوع الجندري لحالات الاكتئاب ما بعد الولادة يعتبر فجوة كبيرة في استجابة نظام الرعاية الصحية للاجئين بشكل عام.

الإجهاض

الإجهاض يعد قانونياً في تركيا منذ عام 1983 ومع ذلك فإن الوصول إلى خدمات الإجهاض محدودة للغاية. ووفقاً لماري لو أونيل ومؤلفين المشاركين (2016)، حتى و إن كان الإجهاض قانونياً في تركيا فإن عدداً صغيراً فقط من مستشفيات الدولة و مستشفيات التعليم والبحث تقدم خدمات إجهاض دون قيود. فمن بين 81 محافظة في تركيا لا يوجد غير 53 مستشفى حكومي يوفر خدمات الإجهاض دون قيود. وترفض العديد من المستشفيات إجراء عمليات الإجهاض وتطبق ممارسات وصم وتوفر خدمات الإجهاض فقط في حالات الضرورة الطبية.[37] أما في حالات الاغتصاب فهناك صعوبات أيضاً في الإجهاض بسبب محدودية الوصول ووجود مناخ اجتماعي وسياسي يتسم بالخطاب الذي يوصم بشدة الإجهاض ويتحكم في الحقوق الإنجابية للمرأة ويُنتهك باستمرار حق المرأة بتقرير مصيرها.[38]

بالإضافة إلى محدودية الوصول إلى خدمات الإجهاض في تركيا، فقد أبرز المشاركون في ورشة العمل أن الإجهاض يتعرض أيضاً للوصم في المجتمعات السورية. كما أكدت المنظمة النسوية KADAV هذا:

> رأينا أن المرأة السورية بحاجة لأن أن تكون قادرة على التحدث عن أساليب تنظيم الأسرة بسهولة ،

فقد رأينا في بعض الأحيان أنهم يريدون إجراء عملية إجهاض لأنهم لا يريدون أن يلدوا طفلهم السادس. طرح نفس الموضوع داخل مجتمعاتهن عندما قمنا بإجراء مجموعة عمل تضم 160 شخصاً. فعندما تتم مناقشة الموضوع في المجتمع تتفاعل المرأة وتقول أنه غير مناسب ويحظره الدين وتستسلم المرأة. وذلك بسبب الضغط الاجتماعي، وضغط المجتمع في الواقع. لا يمثل الكثير من التعب لكن مسألة قادة الرأي تحتاج إلى التعزيز قليلاً. ولهذا يضطلع أخصائيو الرعاية الصحية بمهمة مهمة للغاية في هذا الصدد لأنه يُنظر إلى العاملين بالرعاية الصحية تلقائياً على أنهم قادة رأي ضمن هذا الموضوع.

كما أثار المشاركون الآخرون أيضاً مسألة دور أخصائيي الرعاية الصحية كشخصيات عامة في رفع مستوى الوعي. وتمت أيضاً إثارة مشكلة أخرى في الورشة وهي صعوبة الوصول إلى الأطفال الحوامل وضمان الإجهاض. فيعتبر الزواج المبكر مشكلة مهمة بين اللاجئين السوريين ولا تشكل الآثار الصحية على الفتيات الحوامل والمراهقات تحدياً للنظام الصحي فحسب بل من ناحية حقوق النساء والفتيات أيضاً.[39]

37 وجدت الدراسة التي أجرتها ماري لو أونيل ومؤلفوها المشاركون (2016) أن عدداً صغيراً فقط من المستشفيات الحكومية تقدم خدمات الإجهاض من دون قيود. غالبية المستشفيات لا تقدم سوى عمليات الإجهاض لمعالجة أسباب طبية وبعض المستشفيات التي لديها أقسام التوليد / أمراض النساء لا تقدم خدمات الإجهاض على الإطلاق.. Mary Lou O'Neil et al., "Legal but not Necessarily Available: Abortion Services at State Hospitals in Turkey" انظر ايضاً إلى Katrina A. Macfarlane et al., "It was as if society didn't want a woman to get an abortion": a qualitative study in Istanbul, Turkey", Contraception 95, no.2 (2017): 154-160. (Istanbul: Kadir Has University Scientific Research Fund, 2016).

38 بالإضافة إلى نقاش ونال و جندي أوغلو حول موضوع الإجهاض وحقوق المرأة الإنجابية. "Reproductive Citizenship in Turkey. Abortion Chronicles," Women's Studies International Forum 38 (2013): 21-31.

39 UN Women, Gender-Based Violence and Child Protection.

KADAV وتضامن المرأة: نهج واحد للتصدي للعنف القائم على أساس نوع الجنس ضد المرأة (اللاجئين)

KADAV هي منظمة نسوية تأسست عام 1999 تعمل في المقام الأول مع النساء والأطفال وأفراد LGBTTI . وقد ركزت المنظمة أيضاً على اللاجئات في تركيا منذ عام 2011. KADAV تدير مركزاً في كتشوك شكمجة في اسطنبول حيث تقدم الدعم في الغالب للنساء السوريات.

وتوفر المنظمة الدعم الاستشاري القانوني والدعم النفسي والاجتماعي ، وكذلك ورش عمل لتنمية المهارات مثل التصميم والخياطة والنسيج للنساء اللاجئات. وتدعم KADAV اللاجئات في الوصول إلى حقوقهم والخدمات الأساسية بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية. KADAV هي شريك منفذ للمفوضية الأمم المتحدة للاجئين في مجال حماية اللاجئات والأطفال من العنف القائم على النوع الاجتماعي. ففي هذا الصدد يقومون بإدارة حالات متعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي ويقدمون الدعم النفسي والاجتماعي في هذه الحالات ويقدمون الدعم للنساء للحصول على تقارير الطب الشرعي بعد حوادث العنف. وأوضحت ممثلة KADAV أن أعضاء المنظمة يرافقون النساء المواطنات أو اللاجئات عند الذهاب إلى الشرطة والمؤسسات الأخرى في كثير من الحالات عندما تريد المرأة الإبلاغ عن العنف من أجل ضمان إنفاذ حق المرأة في الحماية. بالإضافة إلى ذلك تقدم KADAV المشورة القانونية في حالات الحمل الغير مرغوب فيه والمشاكل الصحية في حالة الحمل المبكر والتدريب على الصحة الإنجابية والجنسية والنظافة من خلال مجموعات التضامن.

كما تقوم المنظمة بتكوين مجموعات تضامن نسائي ذات مقاربة نسوية لدعم الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي ، والدعوة إلى حق المرأة الأساسي في أن لا تتضرر من جميع أشكال العنف ولتعزيز الدعم بين النساء في حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي.

وقد أبرزت ممثلات KADAV خلال ورشة العمل أهمية تضامن المرأة للدفاع عن الحقوق الأساسية للنساء (اللاجئات) وأهمية ممارسة الضغط الاستباقي والحازم من أجل تنفيذ القوانين المتعلقة بمنع ومكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي من قبل منظمات المجتمع المدني النشطة في مجال دعم اللاجئين.

كما تلعب المنظمات النسائية مثل KADAV وكذلك المنظمات النسائية التي تقودها النساء السوريات مثل Women Now for Development (النساء الآن) دوراً مهماً في الدفاع عن الحقوق الأساسية للنساء اللاجئات.

العنف القائم على الجنس

وقد تم تسليط الضوء على هذا الانتهاك الواسع لحقوق المرأة خلال مناقشات ورشة العمل. وأكد ممثلو KADAV أن هناك بعض المشكلات الرئيسية في الوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والتصدي له. فقد أوضحت اسن إبلي من KADAV أنه على الرغم من وجود إطار قانوني لمعالجة و معاقبة العنف القائم على النوع الاجتماعي ولحماية المرأة، لا تزال هناك عقلية في العديد من المؤسسات التي تتعامل مع هذا الموضوع لا تدعم المرأة. وأوضحت إبلي أن اللاجئين يواجهون مختلف المشاكل المتعلقة بتنفيذ القوانين القائمة. كما أوضحت أن القانون رقم 6284 لحماية الأسرة ومنع العنف ضد المرأة[40] على سبيل المثال غير معروف جيداً عند المسؤولين والمنظمات غير الحكومية.

40 يوفر القانون 6284 لحماية الأسرة ومنع العنف ضد المرأة الحماية للمرأة بغض النظر عن الحالة الزواجية. بموجب هذا القانون، يمكن للمرأة الحصول على أمر تقييدي مؤقت ضد مرتكب العنف المنزلي. كما يوفر القانون مساعدة من الدولة لضحايا العنف المنزلي بما في ذلك المأوى والمساعدة المالية والإرشاد النفسي والقانوني والاستشارات، ودعم لاندماج الضحايا في القوى العاملة المجلة الرسمية 26 تشرين الثاني 2018، يمكن الوصول إلى نص القانون من: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm

غالباً ما تؤيد المؤسسات المعنية بإنفاذ القانون جمع شمل النساء مع أزواجهن العنيفين بحجة حماية كيان الأسرة بدلاً من التركيز على حماية المرأة. بالإضافة إلى أن لم شمل النساء مع أزواجهن لا يتم دائماً بتنفيذ القوانين المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي لصالح المرأة.[41] حتى لو أن الاغتصاب الزوجي جريمة في القانون التركي فإن القوانين لا تنفذ في كثير من الأحيان في حالات الاغتصاب الزوجي. وبشكل عام، فإن هناك فجوة في نظام الرعاية الصحية للناجين من الاعتداء والتعذيب الجنسي. فلا يوجد سوى مستشفيات معينة فقط تقدم الدعم والعلاج مما يحد من الوصول إلى الخدمات المناسبة.

وتتفاقم الحواجز الهيكلية المذكورة أعلاه والعقبات التي تعترض معالجة العنف القائم على نوع الجنس بالنسبة للاجئات. فقد أوضحت أوزغول كابتن من KADAV ، أنه حتى بين النساء الأتراك اللواتي لديهن القدرة على الوصول لأنهم لا يعانين من حاجز اللغة وعدم معرفة المؤسسات التي يجب اللجوء إليها، فإن عدد النساء اللواتي يتقدمن بطلب للحصول على الحماية القانونية على أساس العنف المنزلي أو غيره من أشكال العنف منخفض (11٪).[42] أما في حالة النساء السوريات اللواتي لا يعرفن اللغة ويواجهن المزيد من التحديات الهيكلية للحصول على معلومات حول المؤسسات القائمة فإن الوضع أكثر تعقيداً. وأوضحت كابتن أنه على سبيل المثال من الناحية النظرية يمكن للمرأة أن تقدم شكوى إلى الشرطة دون الحاجة إلى تقديم بطاقة هويتها ولكن في الممارسة العملية ستطلب الشرطة بطاقة الهوية وذلك يشكل حاجزاً آخر للسوريين.

كما يجب على متخصصي الرعاية الصحية كتابة تقرير إذا كان المريض يحمل علامات عنف. وتسجيل هذه التقارير تعد مهمة خاصةً في حال حدوث انتهاك آخر. ومع ذلك، وفقاً للمشاركين في ورشة العمل لا يقوم جميع اختصاصيي الرعاية الصحية بالإبلاغ عن الحالات حتى إذا كان ذلك مطلب قانونيا. وأوضحت كابتن أن KADAV تواجه مشاكل في الحصول على تقارير الطب الشرعي:

> نحن نواجه مقاومة عامة ضد تنفيذ [القانون] 6284. وهذا ليس فقط في الحالات التي تنطوي على اللاجئين السوريين. على سبيل المثال، كان الحصول على تقرير الطب الشرعي في الواقع عملية سهلة للغاية قبل بضعة سنوات فإذا تقدمت المرأة بطلب إلى مركز للشرطة كانت الشرطة في مركز الشرطة توجههم. الآن علينا أن ندفعهم، علينا أن نرافقهم. لا يمكننا الحصول على تقرير الطب الشرعي للنساء التركيات كذلك من دون مرافقتهم. هناك تردد خطير في تطبيق القانون في الممارسة العملية. لا يعرف الضباط مبدأ عدم الإعادة القسرية ومسألة العنف بمعنى خطير للغاية. في كل مركز للشرطة تفضل الشرطة إرسال الأشخاص [إلى بلدهم] إذا كانت هناك مشكلة تتعلق بتأشيرة الدخول أو إذا أكملوا فترة إقامتهم.[43]

وأبرزت الدكتورة أورس ريهاني أغلو أنه بالإضافة إلى العوائق المؤسسية التي تحول دون وصول اللاجئات إلى الدعم في حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي فإن المشكلة (خاصةً العنف الجنسي) تُوصم وتُسكت حيث تخشى اللاجئات أن تُستبعد من قبل أسرهن ومجتمعهن. أشارت ألتونا سويلمز أغلو من صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى التجارب داخل المساحات الآمنة للنساء والفتيات وأوضحت

41 على سبيل المثال استخدمت ملابس و/أو سلوكيات "استفزازية" النساء في العديد من الحالات لإلقاء اللوم على الضحية من أجل تخفيف عقوبة المخالف. لتحليل نسوي شامل للممارسات القانونية للوصم والتنفيذ الناقص للقوانين لحماية المرأة، انظر إلى
Cemre Baytok, "Political Vigilance in Courtrooms: Feminist Interventions in the Field of Law, 2012. أطروحة مجستر جامعة بواجزي، انظر إلى
Feminist Politika, "Dosya: Tecavüz Şiddet, Ceza, 'Cinsellik" Feminist Politika 14 (2012): 21-42.

42 المعلومات من دراسة ارات و التن أي حول العنف ضد المرأة تؤكد هذه الفرضيات.Yeşim Arat and Ayşe Gül Altınay, Violence Against Women in Turkey: A Nationwode Survey (Istanbul: Punta, 2009).

43 كابتن تشير إلى النساء اللاجئات أو المهاجرات في تركيا الذين تحملن تأشيرة أو تصريح إقامة. للنساء اللاجئات السوريات كأشخاص تحت الحماية المؤقتة لهن الحق في البقاء في تركيا للمستقبل المنظر.

أنه في الحالات التي يشتبه فيها الأطباء والممرضات في برنامج المساحات الأمنة لتعرض أحد المرضى للعنف القائم على النوع الاجتماعي ويناقشون المشكلة مع المرضى غالباً ما لم تعود المستفيدات إلى مركز المساحات الأمنة.

بالإضافة إلى أوجه القصور الجدية في تنفيذ القوانين المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي لجميع النساء في تركيا، لا يرغب اللاجئون غير المسجلون في كثير من الأحيان في الذهاب إلى الشرطة لأنهم يخشون أن يتم ترحيلهم. وأوضحت ابلي من KADAV أن مبدأ عدم الإعادة القسرية وفقاً لاتفاقية إسطنبول في حالات العنف غير معروفة بشكل جيد بين المسؤولين. وتؤثر هذه القضية على اللاجئات والمهاجرات من جميع الجنسيات والأوضاع القانونية في تركيا.

كما أبرز النقاش في ورشة العمل أن هناك فجوات حرجة في المعرفة بين المنظمات غير الحكومية التي تدعم اللاجئين ومنظمات المجتمع المدني فيما يتعلق بالإطار القانوني والآليات القائمة لمعالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي. خاصة بالنسبة للمنظمات التي تعمل مع اللاجئات، من المهم وجود شبكة دعم ومعرفة كافية بالتدخلات والآليات القانونية الممكنة لمنع العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية اللاجئات.

وتحدث كل من ممثلي KADAV وصندوق الأمم المتحدة للسكان عن حالة الملاجئ للنساء في تركيا. الإدارة العامة المعنية بوضع المرأة وهي وحدة تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية و الاسرة والعمل مسؤولة عن إدارة الملاجئ النسائية. وفي بعض المدن الكبيرة في تركيا تدير البلديات ملاجئ على المستوى المحلي. وفي مدن مختلفة تدير بعض المنظمات غير الحكومية ملاجئ للناجين من العنف القائم على النوع الاجتماعي. وبعض هذه الملاجئ هي نتيجة لجهود ودعوة الناشطات النسويات النشطات في تركيا منذ الثمانينات.[44]

كما أوضح المشاركون في ورشة العمل أنه نظراً لأن غالبية الملاجئ تديرها سلطات الولاية فإن الوصول إلى المأوى مرهون بتقديم شكوى إلى الشرطة. وقد أوضحوا أن عدد الملاجئ غير كاف والملاجئ الموجودة مزدحمة، وفي بعض الحالات قد يكون وضع الملجأ غير مناسب لبعض النساء. وقد أعطت سويلمز أغلو مثالاً على امرأة ذهبت إلى ملجأ مع طفلها الرضيع، ولكن بسبب قواعد المأوى عادت في النهاية إلى زوجها، لأن قواعد الملجأ أصرت على ضرورة ترك طفلها الرضيع في قسم الأطفال خلال الليل. ومن الضروري الإشارة إلى أنه لا يوجد في أي من الملاجئ في تركيا موظفون ناطقون باللغة العربية أو مترجمون مما قد يشكل رادعاً للمرأة السورية.

تؤدي المشاكل الهيكلية الجدية في مجال منع العنف القائم على نوع الجنس والتصدي له إلى وجود أوجه قصور خطيرة فيما يتعلق بحماية اللاجئات. حتى مع وجود قوانين في تركيا لحماية المرأة فإن تطبيق القانون لصالح المرأة أو الوعي بالقوانين غير موجود. لهذا تواجه اللاجئات اللواتي يتعرضن للعنف القائم على النوع الاجتماعي، عقبات متعددة وحواجز مؤسساتية وحواجز هيكلية قانونية وكذلك حواجز لغوية ومشاكل تسجيل. بالإضافة إلى ذلك، يمثل استمرار وصم الناجين من العنف القائم على النوع الاجتماعي، والتأكيد على أن الحفاظ على وحدة الأسرة له قيود خطيرة في حماية النساء (اللاجئات) ضد جميع أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي.

44 انظر إلى Çagla Diner and Şule Toktaş, "Shelters for Women Survivors of Domestic Violence. A view from Turkey," Women's Studies: An Interdisciplinary Journal 44, no.5 (2015): 613.

تمويل واستدامة المشاريع

لقد ذكر العديد من المشاركين في ورشة العمل أن تأمين التمويل المستمر للمشاريع يمثل تحدياً كبيراً للجهود المبذولة في مجال دعم اللاجئين. كما تعتمد الاستدامة طويلة الأمد للمشاريع على مصادر تمويل موثوقة.

وتزداد أهمية الحاجة إلى مشاريع مستدامة على المدى الطويل عندما نعتبر أن العديد من السوريين سوف يبقون في تركيا. وبالتالي أصبحت قضايا مثل: التماسك الاجتماعي والتكامل الاقتصادي وإدماج أخصائيي الرعاية الصحية والتعليم السوريين في مؤسسات الدولة أولويات للممثلين الحكوميين والمجتمع المدني. وهنا تلعب الجهات الفاعلة في المجتمع المدني مثل المنظمات غير الحكومية دوراً رئيسياً في مساعدة اللاجئين السوريين ليس فقط في الوصول إلى حقوقهم الأساسية، ولكن أيضاً في توفير برامج تركز على سبل العيش أو التعليم أو الرعاية الصحية أو التماسك الاجتماعي. وإن إحدى المسائل التي أبرزتها إيبلي هي أن المنظمات تميل إلى التركيز أكثر على تقديم الخدمات كنقطة انطلاق نحو الدعوة إلى حقوق اللاجئين والدفاع عنها.

إن ضمان حصول منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية على التمويل الكافي والمستدام هو أمر بالغ الأهمية، لأن هذه المنظمات تحتاج إلى دعم لتقديم خدمات مختلفة، بما في ذلك التوعية وزيادة الوعي للفئات الهشة أو التي يصعب الوصول إليها مثل اللاجئين. ونظرتهم المحلية عن وضع اللاجئين و معرفتهم وتوجيهاتهم بناءً على خبرتهم الميدانية مفيدة في عمليات صنع السياسات.

تبادل وتنسيق البيانات حول وضع اللاجئين الصحي واحتياجاتهم

أثار عدد من المشاركين مسألة عدم كفاية البيانات وعدم رغبة مؤسسات الدولة في مشاركة البيانات الموجودة. إلى جانب بعض التقارير من أفاد[45] حول الوضع الصحي ومشاكل اللاجئين السوريين، ولا توجد بيانات عامة شاملة متاحة على الصعيد الوطني حول الظروف الصحية والمشاكل الطبية للاجئين السوريين.

في حين أن تقارير المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الأكاديمية تقدم نظرة ثاقبة على المستوى الصغير والمتوسط، فإن هذه التقارير تعاني من قيود معينة بسبب نطاق وظروف السياق (المدينة والمحافظة) حيث تم إجراء البحث. فتعد هذه التقارير حاسمة في تسليط الضوء على الصعوبات والحواجز التي تؤثر على وصول اللاجئين إلى الخدمات ولكنها غير كافية لاستخدامها كقاعدة لتطوير سياسات على مستوى الدولة. فمن شأن البيانات الوطنية حول ملف اللاجئين السوريين المسجلين أن تساعد جميع الجهات الفاعلة العاملة في مجال الاستجابة لاحتياجات اللاجئين على تطوير برامج ومبادرات وأدوات أكثر شمولاً.

وإن من شأن دمج مراكز الرعاية الصحية السورية غير الرسمية أن توفر مصدراً آخر للمعلومات حول الحالات الطبية السائدة والاحتياجات الطبية. فمن المتوقع أن تتقدم مراكز الرعاية الصحية السورية بطلب للحصول على ترخيص من وزارة الصحة للعمل لكن قلة من المراكز تمكنت من الحصول على الترخيص. في حين تلبي العيادات غير الرسمية طلباً كبيراً موجوداً وتقلل من الضغط على نظام الرعاية الصحية الرسمي، فإنها تمثل مشاكل لكل من المرضى وأخصائيي الرعاية الصحية وواضعي السياسات كما سيوضح أدناه.

لا توجد بيانات كافية عن المشاكل التي تواجه اللاجئات خاصة فيما يتعلق بالحمل المبكر والآثار الصحية الناجمة عن الحمل

45 التقارير اعتمدت على جمع معلومات من سكان المخيمات لذلك العينة قد لا تمثل أغلبية من السكان السوريين الذين يعيشون في تركيا خاصة أن 90٪ من اللاجئين السوريين من غير المقيمين في المخيمات (انظر الشكل 3 للتوزيع على أساس المحافظة).

المبكر، أو العنف القائم على النوع الاجتماعي. ففي الحالات التي توجد فيها البيانات تكون محدودة النطاق. وتم تسليط الضوء على نقص البيانات المتعلقة بمعدلات وفيات الرضع والأمهات كقضية رئيسية مثيرة للقلق.

التنسيق بين منظمات المجتمع المدني

لقد أبرزت ورشة العمل نقص التنسيق ونقل المعرفة بين منظمات المجتمع المدني والمبادرات وهيئات الأمم المتحدة والجهات الفاعلة الأخرى. ولذلك فإن مختلف أصحاب المصلحة في مجال دعم اللاجئين ليسوا بالضرورة على دراية بمشاريع أو أنشطة المنظمات الأخرى التي تحد من قدرتهم على الاستفادة من خبرات وموارد أصحاب المصلحة الآخرين. ففي مجال العنف القائم على النوع الاجتماعي سلطت مناقشات حلقات العمل الضوء على وجود فجوة في الاستراتيجيات لمعالجة القضية والوصول إلى الإطار القانوني الحالي لمنع المشكلة والاستجابة لها.

العيادات السورية غير الرسمية

في عام 2015 أصدرت وزارة الصحة قراراً يقضي بإمكانية تقديم الأطباء السوريين رعاية طبية مجانية للمرضى السوريين في العيادات التي تديرها الجمعيات الخيرية تحت إشراف طبيب تركي. في حين أن العديد من العيادات تقدمت بطلب للحصول على ترخيص من وزارة الصحة إلا أن عدداً قليلاً جداً منها حصلت على الترخيص. ومع ذلك استمرت العديد من العيادات في العمل من دون تراخيص بسبب الطلب الكبير على خدمات الرعاية الصحية. علاوة على ذلك، على المراكز المرخصة تجديد الرخصة كل ستة أشهر مما يخلق حالة من عدم اليقين للعاملين في هذه العيادات. فتعتبر هذه العيادات إشكالية من قبل الحكومة التركية بسبب طبيعتها وعدم وجود إشراف في العلاج الطبي. ونظراً لعدم وجود حواجز لغوية في العيادات السورية غير الرسمية فلا توجد حاجة إلى تقديم أية أوراق ثبوتية ويفضل عدد كبير من اللاجئين الذهاب إلى هذه المراكز. ومما يزيد من جاذبية هذه المراكز عمل الأطباء في تخصصاتهم ، وهكذا كما أشار الدكتور حامد أغلو ساعدت هذه المراكز في الواقع على تخفيف العبء عن نظام الرعاية الصحية الوطني.

وأثار العديد من المشاركين في ورشة العمل أسئلة حول رعاية المرضى ونوع خدمات الرعاية الصحية المقدمة في هذه المراكز غير الرسمية. كما ذكرت حقوق الطاقم الطبي والآثار القانونية للعيادات كقضايا رئيسية. وتم تسليط الضوء على النقص في المعدات الطبية والمرافق المكتظة والافتقار إلى المعايير الطبية كعوامل تؤثر على جودة العلاج الذي يتلقاه المرضى. ذكر المشاركون في ورشة العمل أن هناك حاجة ملحة لتطوير آليات إضافية لإضفاء الشرعية على هذه العيادات بطريقة تضمن معايير رعاية المرضى، وتوفر لموظفي الرعاية الصحية الحماية القانونية، وتمكن من جمع البيانات من الحالات الطبية السائدة. من وجهة نظر مختلفة أكد الدكتور كاي أن تشجيع العيادات المستقلة للاجئين السوريين يمكن أن يؤدي إلى ممارسات تمييزية من قبل مقدمي الرعاية الصحية حيث يقوم مقدمو الرعاية الصحية الأتراك بإرسال السوريين إلى العيادات السورية بدلاً من معالجتهم. العمل لتقنين العيادات السورية سيدعم نظام الرعاية الصحية، وذلك من خلال رعاية المرضى السوريين. ولكن إذا تم ترقية العيادات فيجب تبني هذا المشروع بطريقة تقلل من خلق نظام رعاية صحية منفصل للاجئين السوريين.

مراكز الصحة الرسمية للمهاجرين

أنشأت وزارة الصحة مراكز صحة للمهاجرين في عام 2016 بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (WHO) يعمل فيها متخصصون في الرعاية الصحية سوريون بدعم من تمويل الاتحاد الأوروبي. يتلقى الأطباء والممرضات في مراكز صحة للمهاجرين دورة تدريبية طوّرتها وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية. فينضمون إلى التدريب بعد تقييم يجريه متخصصين أتراك، حيث يتم تقييم ما إذا كانت لديهم خلفية طبية. بعد اتمام الدورة، يقدم أخصائيو الرعاية الصحية خدمات في مراكز صحة المهاجرين في جميع أنحاء تركيا.

إن شمول هؤلاء المهنيين محدود لأن غالبية الأطباء يتم توظيفهم كأطباء طب عام في المراكز على الرغم من أنهم ربما تدربوا وعملوا كأخصائيين (أطباء قلبية او أطفال، إلخ) في سوريا. وعلى الرغم من هذا القيد العام فإن 42 من أصل 178 مركز صحي للمهاجرين سيقدم المزيد من خدمات الرعاية الصحية المتخصصة حيث يعمل طبيب الأطفال وأخصائي أمراض النساء في تخصصهم في هذه المركز فقط.[46]

ويقتصر دور المراكز الصحية للمهاجرين على الرعاية الأولية. ويمكن للمراكز تقديم الخدمات لجميع المهاجرين واللاجئين بغض النظر عن جنسيتهم أو وضعهم القانوني. نظراً

46 من الـ 178 مركز المتوقعة انشائها في جميع الأراضي التركية، 160 كانت فعالة في أيار 2018.

لأن مراكز صحة للمهاجرين جزء من نظام الرعاية الصحية الوطني، حيث يمكن للممارسين إحالة المرضى إلى المتخصصين للمتابعة في مستشفيات الدولة. كما تقوم وزارة الصحة بجمع المعلومات عن الحالات الطبية للمرضى ويتم تنظيم وصفات الدواء وتسجيلها في نظام المريض عبر البرنامج التابع لوزارة الصحة.

كما ذكرنا سابقاً، فبينما تقدم هذه العيادات الدعم لنظام الرعاية الصحية الوطني وتسهل الوصول إلى الرعاية الصحية الرسمية لا يزال هناك خطر إنشاء نظام رعاية صحية منفصلة للاجئين.

أخصائيو الرعاية الصحية السوريون

غالباً ما يفضل المرضى السوريون استشارة متخصصي الرعاية الصحية السوريين بسبب العوائق اللغوية والاختلافات في ثقافة المرضى و/أو الممارسات التمييزية. على الرغم من أن المراكز الصحية للمهاجرين هي إحدى المبادرات لدمج أصحاب هذه المهن، إلّا أن هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود كما أبرز المشاركون في ورشة العمل.

ونظراً لأن المتخصصين يواجهون صعوبات مستمرة في العمل رسمياً في تركيا، فإن بعض أخصائيي الرعاية الصحية السوريين يفضلون الهجرة إلى دول الخليج أو الدول الأوروبية وفقاً للدكتور دندل والدكتور حامد أغلو. وتشكل هذه الهجرة خسارة بالنسبة لتركيا خاصةً إذا كان أخصائي الرعاية الصحية المهاجر يتمتع بسنوات عديدة من الخبرة أو يعمل في مجال مثل الطب النفسي، حيث هناك حاجة كبيرة للمهنيين المتخصصين.

وذكر المشاركون في ورشة العمل أن هناك حاجة إلى طبيبات نفسيات سوريات يركزن على النساء التي تعاني من حالات نفسية. وذلك لتقديم المشورة أو العلاج في اللغة الأم للمرضى مما يحسن من جودة الرعاية المقدمة. مع استمرار صعوبات الممارسة في تركيا من الصعب جذب الأطباء النفسيين السوريين للمجيء إلى تركيا وهم قليلون بالأصل.

بالإضافة إلى أخصائيي الرعاية الصحية السوريين، يواجه الممارسون العاملون في مجال الصحة النفسية صعوبات في العمل بشكل رسمي في مجالهم. وقد أوضحت علا مروة أن العديد من علماء النفس السوريين الموجودين في تركيا هم خريجين جدد، ويحتاجون إلى الإشراف والتدريب. وذكرت أنه لا يوجد إطار لتقديم مثل هذا الإشراف والتدريب لنقل التقنيات والأساليب. وقد استمدت مروة من وضعها الشخصي كأخصائية علم نفس موضحة أنها لا تستطيع العمل رسمياً في تركيا لأنه لا يوجد قانون يضفي الشرعية على عملها. وبدون حماية قانونية ستكون معرضة لإجراء قانوني إذا قدمت المشورة أو أي خدمات أخرى كأخصائية علم نفس.

الخاتمة

كانت ورشة العمل فرصة لممثلي منظمات المجتمع المدني والأطباء والأكاديميين لمناقشة المشاكل والحواجز الرئيسية أمام وصول اللاجئات السوريات إلى نظام الرعاية الصحية. وقد سلطت مداولات ورشة العمل الضوء على الخبرات والمبادرات الإيجابية الحالية لزيادة وصول اللاجئات إلى الخدمات وكذلك الفجوات والقيود.

وكانت المشاكل الرئيسية التي نوقشت تتعلق بالتسجيل وارتفاع مستوى الأميّة الصحية أو قلّة المعرفة بنظام الرعاية الصحية التركي بالإضافة إلى وجود ثغرات أصلية في نظام الرعاية الصحية بما في ذلك أحكام الخدمات الصحة النفسية والصحة الإنجابية. وتم تخصيص جزء كبير من ورشة العمل للمشاكل الخاصة باللاجئات الموجودة داخل النظام الصحي مع التركيز على الحماية غير الكافية للنساء والفتيات ضد العنف القائم على النوع الاجتماعي. وقد أسفر النقاش عن اقتراحات وتوصيات ملموسة حول كيفية تعزيز نظام الرعاية الصحية بشكل عام أو أجزاء منه لتحسين الوصول والخدمات والأداء.

جزء من العمل لتحسين الوصول وتوفير الخدمات أوضح ضرورة دمج أخصائيي الرعاية الصحية السوريين ومبادرات المجتمع المدني السوري، لا سيما المنظمات التي تركز على المرأة قدر الإمكان. دمج اختصاصيي الرعاية الصحية السوريين في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية التركي سيكون له تأثيرات مباشرة مثل: تحسين الوصول وتقوية النظام. وقد يساعد أيضاً زيادة إدماج هؤلاء الأطباء في تقليل التمييز داخل المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية.

يجب أن تستفيد الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية من خبرات ومعرفة المنظمات غير الحكومية وغيرها من الجهات الفاعلة في المجتمع المدني. وذلك من أجل اتباع نهج شمولي لزيادة وصول اللاجئات إلى خدمات الرعاية الصحية، كما يحتاج أصحاب المصلحة إلى إضافة منظور يراعي الجندرة في المبادرات التي تركز على صحة اللاجئين، وبشكل عام يجب وضع حق اللاجئات في الوصول إلى الخدمات الأساسية وفي الحماية من جميع أشكال العنف في صلب سياسات الاستجابة للاجئين.

التوصيات

التوصيات للحواجز في النظام الصحي

- وضع خطة عمل وطنية ملموسة تستند إلى المبادرات والممارسات الناجحة من هذه التجربة في الاستجابة لمجيء اللاجئين، لتصبح الخطة السياسة الرسمية للدولة التركية في حالة حدوث هجرة جماعية أخرى إلى تركيا.
- توفير نظام تسجيل شفاف لضمان الوصول السريع لجميع اللاجئين من دون دفع أي مقابل مادي و/أو التمييز إلى خدمات الرعاية الصحية.
- إنشاء مراكز معلومات لنشر المعلومات حول الخدمات المتاحة للاجئين والمهاجرين. بالإضافة إلى تدريب عدد كافٍ من الموظفات للعمل في هذه المراكز لاستهداف اللاجئات على وجه التحديد.
- الأخذ في عين الاعتبار التقارير الطبية الصادرة عن المراكز الصحية غير الرسمية واعتبارها صالحة لإثبات الحالات الطبية المزمنة أو الخطيرة للاجئين الذين يحاولون التسجيل تحت الحماية المؤقتة.
- زيادة الجهود لدمج اللاجئين السوريين وغير السوريين في سوق العمل بشكل رسمي وذلك لضمان تمكن اللاجئون من الوصول إلى حقوقهم كاملةً في حالات الإصابات المرتبطة بالعمل والإجازات المرضية.

التوصيات: للعاملين في القطاع الطبي

- دمج اللاجئين العاملين في مجال الرعاية الصحية في النظام الصحي الوطني بمستوياته المختلفة سواء من خلال طرق الدمج الموجودة أو مسار دمج سريع.
- تدريب المتخصصين في الرعاية الصحية التركية للتعامل مع السكان اللاجئين من خلال توفير التعليم حول الأمراض المتعلقة بالهجرة القسرية وظروف الصحة الت.
- تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأتراك على الحساسية الجنسانية لتحسين الخدمات المقدمة للمرضى من النساء.
- إنشاء آليات لتنظيم العمل في العيادات السورية غير الرسمية لضمان المعايير الطبية وحقوق المرضى والطاقم الطبي.

التوصيات: للغة و المعلومات

- ضمان خدمات ترجمة متخصصة كافية في مرافق الرعاية الصحية بما في ذلك المستشفيات العامة ومستشفيات التعليم والبحث، لتخفيف الحواجز التي تحول دون وصول اللاجئين إلى خدمات الرعاية الصحية.
- توظيف موظفين متعددي اللغات للعمل في الاستعلامات لمساعدة المرضى.
- توفير المزيد من المعلومات الأساسية عن الأمراض المزمنة والعلاج للاجئين في مختلف اللغات بما في ذلك كتيبات باللغة العربية.
- تسهيل تعليم اللاجئات للغة التركية من خلال توفير دعم خدمات حضانة للنساء اللائي لديهن أطفال.

التوصيات: للوصول إلى الرعاية الصحية العقلية

- تسهيل دمج المتخصصين السوريين في الرعاية الصحية النفسية، بما في ذلك ضمان حقهم في العمل بشكل قانوني.
- زيادة الجهود لدمج الدعم النفسي والاجتماعي في خطط الاستجابة للاجئين ونظام الرعاية الصحية الوطني.
- تقديم منح دراسية وتدريب للأطباء السوريين أو الطلاب السوريين الذين يدرسون الطب أو علم النفس في الجامعات التركية، لتشجيعهم على دراسة الطب النفسي أو الإرشاد النفسي، لزيادة إمكانية وصول اللاجئين السوريين إلى خدمات الرعاية النفسية.

- دعم أصحاب المصلحة بما في ذلك منظمات المجتمع المدني التي تتصدى لقضايا الصحة النفسية (الصدمات، عواقب العنف القائم على النوع الاجتماعي إلخ..) وتراعي تجارب الهجرة الخاصة بالنساء اللاجئات، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي.
- معالجة مشاكل الصحة النفسية مبكراً لتقليل عواقب السلوك الاجتماعي (مثل مشاكل الصحة النفسية عند الأطفال)

التوصيات: للصحة الإنجابية

- تسهيل دمج طبيبات سوريات في المستويات المختلفة من نظام الرعاية الصحية التركية.
- وضع سياسة شاملة بشأن الرعاية الصحية لكل مراحل الحمل والولادة، وإدراج هذه التدابير في سياسات وخطط الطوارئ. دعم الجهود الرامية إلى زيادة الوعي بين اللاجئات حول مكان وكيفية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لكل مراحل الحمل والولادة.
- تسهيل وصول اللاجئات للحصول على معلومات حول تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي.
- التأكد من أن القوانين السارية في تركيا التي تقضي بالإجهاض تُطبَّق داخل نظام الرعاية الصحية دون حواجز ووصم المرأة.
- يجب على المنظمات غير الحكومية وضع نهج لإجراء تشريح شفهي إذا عرف أن امرأة لاجئة ولدت في المنزل وتوفي الرضيع من أجل المساعدة في جمع البيانات حول تواتر حدوثها.

التوصيات: للعنف القائم على النوع الاجتماعي

- تعزيز وعي النساء والفتيات بالعمليات القانونية والعملية إذا تقدمن كناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي بما في ذلك معلومات حول كيفية الإبلاغ عن العنف القائم على النوع الاجتماعي ومكان البحث عن الحماية لأنفسهن وأطفالهن.
- زيادة جهود الدعوة بين المسؤولين لدعم حق اللاجئات والمهاجرات في الحماية من الإعادة القسرية في حالات العنف الجنساني.
- زيادة دعوات منظمات المجتمع المدني للمسؤولين لتنفيذ القوانين والعمليات ذات الصلة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي وتوسيع نطاق الدعوة بين الجهات الفاعلة الحكومية بشأن أهمية منع العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية النساء والفتيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي. .
- توفير التدريب للأطباء والمسؤولين الحكوميين مثل الشرطة والموظفين التابعين للشرطة، بشأن الحساسية تجاه العنف القائم على النوع الاجتماعي وكيفية تحديد أية نساء وفتيات معرضات لخطر العنف القائم على النوع الاجتماعي.
- تدريب عدد كافٍ من مقدمي الخدمات ومترجمات للعمل على قضايا العنف القائم على النوع الاجتماعي في المؤسسات العامة ذات الصلة.
- تنظيم دورات تدريبية بين المنظمات غير الحكومية وموظفي المؤسسات العامة التي تنطوي على المساواة بين الجنسين والتوعية بالقوانين مثل القانون 6284.
- إعطاء مساحة أو تشجيع المبادرات لتشكيل مجموعات تضامن للمرأة تضم نساء من كل من مجتمع اللاجئين والمجتمع المضيف لتمكينهم من التواصل والتنظيم ومعالجة المشاكل والتعرف على اهتماماتهن المشتركة.
- تقديم الدعم للنساء اللائي يتعرضن للعنف القائم على نوع الجنس أو تعرضهن له، من خلال زيادة توافر المأوى المناسب والأحكام.
- توسيع نطاق الأنشطة بين اللاجئين لرفع الوعي حول العنف القائم على النوع الاجتماعي، للحد من وصم النساء اللائي تعرضن للعنف القائم على النوع الاجتماعي داخل أسرهن / مجتمعهن.
- ضم الرجال في برامج العنف القائم على النوع الاجتماعي، لمحاولة معالجة هذا الموضوع مع جميع الفئات الاجتماعية من أجل اتباع نهج شامل.

- إدراج قادة المجتمع رجالاً ونساءً في البرامج أو المبادرات التي تركز على العنف القائم على النوع الاجتماعي لأنهم مفتاح إحداث التغيير.

التوصيات: لتمويل المشاريع واستدامتها

- ضمان التمويل المستدام والكافي للمنظمات والمبادرات التي تعمل في مجال دعم اللاجئين.
- تخصيص المزيد من الأموال لتيسير وصول اللاجئات المعرّضات للعنف القائم على النوع الاجتماعي إلى الرعاية الصحية ودعم المنظمات التي تقدم خدمات للناجيات من الاعتداء الجنسي.
- دعم منظمات المجتمع المدني لتنفيذ نهج قائم على الحقوق بدلاً من التركيز فقط على تقديم الخدمات.

التوصيات: للتنسيق بين المنظمات غير الحكومية وتبادل البيانات

البيانات

- تشجيع تبادل البيانات الموجودة بين المنظمات غير الحكومية ومؤسسات الدولة عن الحالة الصحية للاجئين وفقاً لقوانين تركيا المتعلقة بخصوصية المعلومات.
- جمع ونشر بيانات كافية ودقيقة عن العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء اللاجئات (والمجتمع المضيف) لوضع سياسات شاملة وتبعية للاستجابة والوقاية

التنسيق

- دعم المنصات والمبادرات الشبكية بين المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني الأخرى ووكالات الأمم المتحدة والجهات الفاعلة الحكومية، لتيسير التواصل والتنسيق بين أصحاب المصلحة وزيادة المعرفة حول المبادرات التي تسهل وصول اللاجئات إلى خدمات الرعاية الصحية.
- نشر معلومات حول المشاريع والمبادرات الحكومية وغير الحكومية التي تركز على خدمات الرعاية الصحية بين المنظمات غير الحكومية.
- زيادة الدورات التدريبية والندوات مع المنظمات السورية والمنظمات غير الحكومية، التي تركز على قضايا المرأة في إطار القانون التركي والإجراءات العملية لقضايا العنف القائم على النوع الاجتماعي.

التوصيات: أنماط التمييز متقاطعة

- زيادة الجهود الرامية إلى تبديد التحيزات العنصرية والتمييزية ضد اللاجئين، لا سيما بين العاملين في المشافي ونظام الرعاية الصحية. ومعالجة الصور النمطية المتعلقة بالوضع الصحي للاجئين والآثار الصحية المترتبة على المجتمعات المضيفة، لضمان وصول اللاجئين إلى خدمات الرعاية الصحية من دون تمييز.
- جمع بيانات منهجية حول أشكال الوصم التي يواجهها اللاجئون لوضع استراتيجيات للتغلب على هذه التحيزات.
- الدعوة إلى التشريعات القانونية التي تمنع التمييز ضد اللاجئين والمهاجرين في مرافق الرعاية الصحية من منظور اجتماعي، بما في ذلك الميول الجنسي.

المصادر

MacFarlane, Katrina A., Mary Lou O'Neil, Deniz Tekdemir, and Angel M. Foster. ""It was as if society didn't want a woman to get an abortion": a qualitative study in Istanbul, Turkey." Contraception 95, no. 2 (2017): 154–160.

Mardin, Deniz F. "Right to Health and Access to Health Services for Syrian Refugees in Turkey." MiReKoc Policy Brief Series 201701/, March 2017.

O'Neil, Mary Lou, Bahar Aldanmaz, Rosa Maria Quirant Quiles, and Fatih Rusul Kilinc. Legal but not Necessarily Available: Abortion Services at State Hospitals in Turkey. Istanbul: Kadir Has University Scientific Research Fund, 2016.

Skjelsbœk, Inger."Sexual Violenceand War: Mapping out a Complex Relationship." European Journal of International Relations 7, no. 2 (2001): 211–237.

UN Women. Gender-Based Violenceand Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage. Amman: UN, 2013.

Ünal, Didem, and Dilek Cindoğlu. "Reproductive Citizenship in Turkey. Abortion Chronicles." Women's Studies International Forum 38 (2013): 21–31.

Ward, Jeanne, and Mendy Marsh. "Sexual Violence against Women and Girls in War and Its Aftermath: Realities, Responses, and Required Resources." Prepared for the Symposium on Sexual Violence in Conflict and Beyond, June 21–23, 2006.

Whole of Syria Gender-Based Violence Area of Responsibility (GBV AoR). Voices from Syria 2018: Assessment Findings of the Humanitarian Needs Overview. New York: UNFPA, 2017.

Al-Nuaimi, S., S. Aldandashi, AKS Easa, and M. Saqqur. "Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey." Comprehensive Psychiatry 80 (2018).

Alpak, Gökay, Ahmet Unal, Feridun Bulbul, Eser Sagaltici, Yasin Bez, Abdurraham Altindag, Alican Dalkilic, and Haluk A. Savas. "Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross- sectional study." International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 19, no. 1 (2015).

Arat, Yeşim, and Ayşe Gül Altınay, Violence Against Women in Turkey: A Nationwide Survey. Istanbul: Punto, 2009.

Baytok, Cemre. "Political Vigilance in Courtrooms: Feminist Interventions in the Field of Law." MA thesis, Bogazici University, 2012.

Çolak, Özlem et al. Yerinde Erişim Projesi Değerlendirme Raporu. Istanbul: YUVA, March 2018.

Diner, Çağla, and Şule Toktaş. "Shelters for Women Survivors of Domestic Violence. A view from Turkey." Women's Studies. An Inter-disciplinary Journal 44, no. 5 (2015): 611–634.

Feminist Politika. "Dosya: Tecavüz: Şiddet, ceza, 'cinsellik.'" Feminist Politika 14 (2012): 21–42.

Kahyaoğlu Süt, Hatice. "Suriye'den Göç Eden Kadınlar ve Üreme Sağılığı Sorunları." Sağlık ve Toplum 21, no. 1 (2017).

Karadağ, Mehmet, Cem Gokcen, Funda Dandil, and Baran Calisgan. "Our experience with Syrian refugee patients at the child and adolescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey." International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 22, no. 2 (2018): 157–159.

IPC

ISTANBUL POLICY CENTER
SABANCI UNIVERSITY
STIFTUNG MERCATOR INITIATIVE

ISBN: 978-605-2095-66-9

Istanbul Policy Center
Bankalar Caddesi No: 2 Minerva Han 34420
Karaköy, İstanbul TURKEY

+90 212 292 49 39
+90 212 292 49 57
@ ipc@sabanciuniv.edu
w ipc.sabanciuniv.edu